

第25回

さいたま市立病院経営評価委員会次第

日 時：令和4年7月28日（木）10時～

場 所：さいたま市立病院 アッセンブリーホール

1 開 会

2 議 事

(1) 委員長の選出

(2) 第2次中期経営計画の達成状況に対する評価について

3 そ の 他

4 閉 会

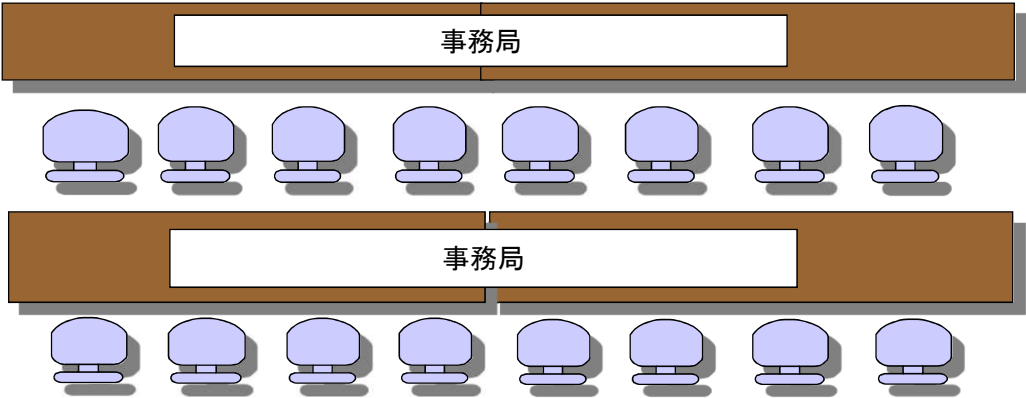
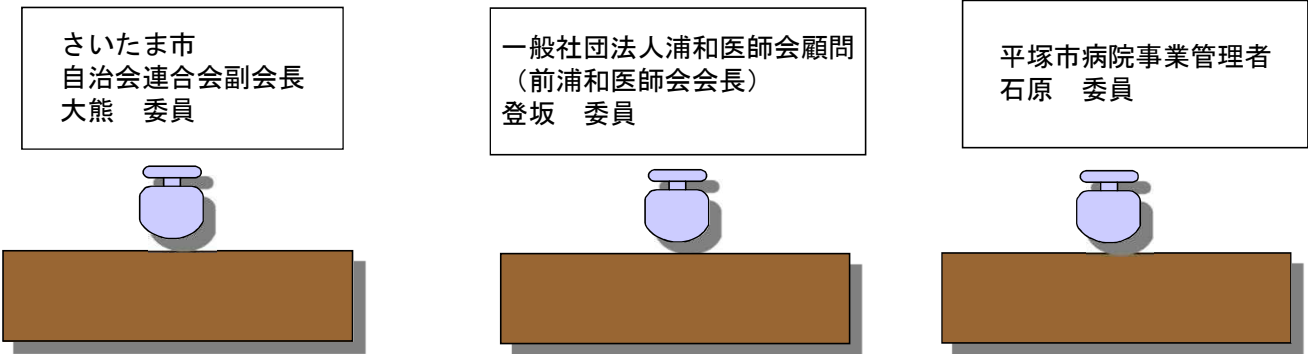
さいたま市立病院経営評価委員会委員名簿

職 名	氏 名
九州大学名誉教授	お 尾 がた ひろ や 形 裕 也
公益社団法人日本医業経営コンサル タント協会東京都支部	あお ち きよ こ 青 地 記代子
一般社団法人浦和医師会顧問 (前浦和医師会会長)	と さか ひで あき 登 坂 英 明
さいたま市自治会連合会副会長	おお くま ひろ 大 熊 博
平塚市病院事業管理者	いし はら じゅん 石 原 淳
川口市病院事業管理者	おお つか まさ ひこ 大 塚 正 彦

第25回 さいたま市立病院経営評価委員会 配席図

日時：令和4年7月28日（木） 午前10時～
場所：さいたま市立病院 アッセンブリーホール

オンライン参加者		
九州大学名誉教授 尾形 委員	公益社団法人日本医業 経営コンサルタント 協会東京都支部 青地 委員	川口市病院事業管理者 大塚 委員



さいたま市立病院経営評価委員会設置要綱

(設置)

第1条 さいたま市立病院中期経営計画（以下「中期計画」という。）の達成状況等を点検・評価し、中期計画の着実な遂行とさいたま市立病院（以下「市立病院」という。）の事業の改善を図るため、外部有識者からなる、さいたま市立病院経営評価委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 中期計画の達成状況について、市立病院の自己評価を点検すること。
- (2) 中期計画の推進に関し、必要な助言を行うこと。
- (3) その他市立病院の経営に関すること。

(組織)

第3条 委員会は、委員6人以内をもって組織する。

2 委員は次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 病院の経営について識見を有する者
- (2) 地域の医療機関、医療関係団体の代表者
- (3) 市民の代表
- (4) 前3号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3 本要綱施行に伴い委嘱された委員の任期は、第1項の規定にかかわらず、平成26年3月31日までとする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は委員の互選とし、副委員長は委員会の承認を得て委員長が指名する。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は欠けたときはその職務を代理する。

(会議)

第6条 委員長は、委員会の会議（以下「会議」という。）を招集し、その議長となる。

2 委員長は、必要があると認めるときは委員以外の者に会議への出席を求めることができる。

(会議の公開)

第7条 会議は、原則として公開とする。ただし、出席した委員の過半数の同意を得た場合は、公開しないことができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、保健福祉局市立病院病院経営部病院財務課において処理する。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成24年8月23日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年12月29日から施行する。

項目評価一覧

目指すべき方向性	大項目	中項目	評価ウエイト	小項目	頁	R03年度目標	R03年度実績	小項目評価	評価点数	評価点数合計	評価点数/満点	病院評価	外部評価	備考						
(1)地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	①公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供 (満点115)	ア 施設整備の推進 イ 急性期病院としての機能強化と充実	A	1 新病院建設事業の円滑な推進	1	実施	実施	b	4	59.5	52%	B		新病院計画及び予算等に基づいて、順次滞りなく進める。						
				2 急性期一般入院科1の維持	2	維持	維持	a	7					看護必要度注意到し、病床利用率にも配慮する。						
				3 平均在院日数の適正化	3	12.0日	11.3日	a	7					DPC入院期間がⅢまたはⅣ超の患者数の抑制を図る。						
				4 手術件数の増加	4	6,000件/年	5,122件/年	b	4					新病院では、手術室を現行の7室から12室に拡張する。						
				5 外傷運送試案及び特定内科診療の項目達成数	5	5項目	3項目	c	1					DPC病院Ⅱ群指定を受けるため、唯一未達である「高度な医療技術」要件の達成を図る。						
		ウ 救急医療対応の充実	A	6 救急搬送患者数の増加	7	7,000件/年	6,671件/年	b	4					新病院では、救命救急センターを新設し、重症患者の受け入れを積極的に行う。						
		エ がん診療の機能強化と充実	B	7 がん診療連携拠点病院指定の維持	7	維持	維持	a	4.9					施設基準に基づく実績要件を維持する。						
				8 放射線治療処置件数の増加	8	5,370件/年	6,469件/年	a	4.9					総合入院体制加算1の施設基準として意識する。						
				9 化学療法実施件数の増加	9	6,000件/年	5,237件/年	b	2.8					新病院では、現行の10ベッドから20ベッドに拡張する。						
				10 内視鏡治療処置件数の増加	10	1,900件/年	1,894件/年	b	2.8					新病院では、現行の3室から5室に拡張する。						
				11 新生児対応機能の維持	11	実施	実施	a	4.9					院内出生の新生児を適切に管理するとともに、院外出生の新生児についても積極的に受け入れる。						
		オ 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	B	12 母体搬送の積極的な受入	12	140件/年	197件/年	a	4.9					ハイリスク妊産婦の受け入れを積極的に行うとともに、分娩については周辺医療機関と連携して適切に対応する。						
				13 分娩対応の適正化	13	720件/年	888件/年	a	4.9											
				14 災害時における医療体制の充実	14	実施	実施	b	1.2											
				15 DMATチーム体制の充実	15	実施	実施	b	1.2											
	カ 災害拠点病院としての体制整備			C																
	②医療の質の向上 (満点41)	ア 外部組織における報告・評価	A	16 病院機能評価の受審	-	-	-	-	-	28.7	70%	A		総合入院体制加算1及び2の施設基準として意識する。						
				17 ISO15189の取得	16	維持	維持	a	7					国際標準検査管理加算の施設基準として意識する。						
				イ 総合的な診療体制の強化	A	18 チーム医療の推進	17	継続	継続					a	7	既存チームの活動を充実させるとともに、必要なチームの設置についても適宜検討する。				
				ウ 医療安全に関する取組の更なる強化	B	19 医療安全関連の研修会・セミナー等の開催件数	18	8回/年	10回/年					a	4.9	医療安全に対する職員の関心や理解を深め、ヒヤリハット等の報告を徹底し、順次必要な対策を講じる。				
20 医療安全に関する改善取組の推進				19	12回/年	12回/年	a	4.9	特に「病院情報の公表」に関するデータを整理し、公表することで、保健診療係数を確保する。											
エ 医療情報の活用		B	21 クリニカルインディケーター作成・公表・活用	20	実施	実施	a	4.9												
			③利用者サービスの向上 (満点29)	A	22 入院患者満足度の向上	21	90%以上	93%	a					7	定期的に患者満足度調査を実施し、患者の不満や要望等を把握した上で、順次必要な対策を講じる。					
					23 外来患者満足度の向上	22	75%以上	78%	a					7						
					イ 院外への情報発信	C	24 市民公開講座の実施	23	20回/年					0回/年	d	0	19.1	66%	A	市立病院の診療機能や診療活動等を地域住民等に周知し、地域の基幹病院としての役割を果たすとともに、患者の確保に繋げる。
							25 広報誌の発行	24	4回/年					4回/年	a	2.1				
26 ホームページアクセス件数の増加	25	約36千件/月					約76千件/月	s	3											
ア 地域医療支援病院の承認 イ 産科セミアンプレックスシステムの充実	B	27 承認に必要な基準の達成・維持	26	維持	維持	a	7	承認後の係数付与により増収が見込まれる。(総65%・逆紹40%or紹50%・逆紹70%)												
		28 登録医療機関数の増加	27	25件	20件	b	2.8	地域医療機関との機能分化により、外来業務の負担軽減及びハイリスク妊産婦等の受入強化を図る。												
		29 取扱件数の増加・維持	28	180件以上	132件	c	0.7	紹介患者の確保に向けた情報交換を行う。												
		ウ (仮称)地域医療支援センターの設置に向けた機能強化	B	30 情報交換のための医療機関訪問	29	実施	実施	b	2.8	患者さんの転院、在宅療養、医療費等の相談・情報提供及び関係機関との連絡調整の強化を図る。										
		31 医療相談対応件数の増加	30	2,300件/年	4,061件/年	s	7	退院支援機能を強化し、患者さんの早期回復・在宅復帰及び平均在院日数の短縮化を図る。												
32 院内職員に対する退院支援研修会の開催	31	3回/年	3回/年	a	4.9															
④病診連携の強化 (満点45)	ア 院内情報システムの更新 イ SPDの導入	B	33 院内情報システムの更新	32	稼働	稼働	a	4.9	9.8	70%	A		新病院計画及び予算等に基づいて、順次滞りなく進める。							
			34 SPDの導入	33	実施	実施	a	4.9												
	②収益確保に向けた取組 (満点57)	A	35 病床利用率(一般病床)の向上	34	81.6%	73.2%	b	4	平均在院日数及び新入院患者数(一般病床)の目標値より算出。											
			36 新入院患者数(一般病床)の増加	35	1,235人/月	1,182人/月	b	4	救急及び紹介による患者確保を積極的に行う。											
			37 入院診療単価(一般病床)の向上	36	74,080円	81,303円	a	7	地域医療支援病院の承認、平均在院日数の短縮化及び手術件数の増加等により、診療単価の向上を図る。											
			38 外来診療単価の向上	37	15,864円	16,479円	a	7	外来患者数の適正化(総合入院体制加算の施設基準である逆紹割合4割)を図る。											
			39 査定率の抑制	38	0.14%	0.16%	b	4	請求業務の精度向上を図るとともに、査定内容の診療現場へのフィードバック等を行い、再発防止を図る。											
	イ 医療未収金の削減	B	40 医療未収金発生率の抑制	39	2.18%	2.85%	c	0.7	未収金の発生防止に努めるとともに、効率的・効果的な督促を行う。											
			③費用削減に関する取組 (満点30)	A	41 材料費対医療収益比率の適正化	40	23.9%	26.4%	b	4	包括算定される高額薬剤の抑制及び購買管理の徹底を図る。									
					42 後発医薬品使用数量割合の拡大	41	85%	88.91%	a	7	薬品費の縮減及び後発医薬品係数の確保を図る。									
	イ 医療機器等調達費用の縮減	B			43 価格及び保守内容の妥当性確認	42	実施	実施	a	4.9	保守費用も考慮した適正価格で購入する。									
	ウ ESCOによるエネルギーの省力化	C			44 ESCOによる光熱水費の縮減	43	4,000万円/年	6,938万円/年	s	3	ESCOによる省エネルギー効果の検証を行い、光熱水費の縮減を図る。									
	④経営管理体制の整備 (満点17)	B			45 院内組織の見直し	44	実施	実施	b	4	企画部門の設置等、経営管理機能の向上を図る。									
			イ 職員の経営意識の醸成	B	46 経営状況に関する説明会(研修会)の実施	45	2回	2回	a	4.9	8.9	52%	B	市立病院の経営状況及び取組課題等について、職員の理解を深める。						
			⑤職員の確保・人材育成と適正配置 (満点23)	A	47 必要人員の確保	47	1,038名	1,013名	b	4	12.2	53%	B	新病院計画等に基づき、更なる医療サービスの拡充、施設基準の維持及び新たな施設基準の取得に必要な人員の確保及び人材の育成を図る。						
イ 人材の育成	B	48 資格取得支援・研修会や学会への参加推進			47	実施	実施	a	4.9											
ウ 働きがいのある職場づくり	C	49 職員満足度の向上			48	80%以上	85%	a	2.1	定期的な職員満足度調査を実施し、職員の不満や要望等を把握した上で、必要な対策を講じる。										
50 労働環境の改善	49	実施			実施	b	1.2	PDCA管理に基づいて勤務時間の適正化及び労働安全衛生水準の向上を図り、快適な職場環境を形成する。												

【評価方法】

①評価指標

S (s)	中期経営計画の目標を大幅に上回り、特に優れた成果が認められる
A (a)	中期経営計画の目標を達成、又は上回っている (実績値が目標値に対して100%以上の場合等)
B (b)	中期経営計画のおおむね目標どおり (実績値が目標値に対して80%以上100%未満の場合等)
C (c)	中期経営計画の目標を下回っている (実績値が目標値の80%未満の場合等)
D (d)	未着手又は中期経営計画の目標を大幅に下回っている (未着手又は実績値が目標値の60%未満で、かつ取組の実施について重大な問題が生じている場合等)

②小項目評価の点数

s	10点
a	7点
b	4点
c	1点
d	0点

③満点評価点数に占める小項目評価点数の割合による大項目評価

S	90%以上
A	60%以上90%未満
B	30%以上60%未満
C	10%以上30%未満
D	10%未満

④中項目に対する評価ウエイトの設定

		重要度	
		I	II
難易度	I	A (100%)	B (70%)
	II	B (70%)	C (30%)

※満点は、大項目ごとの小項目評価がすべてsと仮定して設定。

さいたま市立病院中期経営計画の達成状況について
【令和3年度評価(案)】

項目評価一覧

目指すべき方向性	大項目	中項目	評価ウエイト	小項目	頁	R03年度目標	R03年度実績	小項目評価	評価点数	評価点数合計	評価点数/満点	病院評価	外部評価	備考	
(1)地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	①公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供(満点115)	A 施設整備の推進	A	1 新病院建設事業の円滑な推進	1	実施	実施	b	4	59.5	52%	B		新病院計画及び予算等に基づいて、順次滞りなく進める。 看護必要度に注意しつつ、病床利用率にも配慮する。 DPCの入院期間が皿または皿超の患者数の抑制を図る。 新病院では、手術室を現行の7室から12室に拡張する。 DPC病院Ⅱ群指定を受けるため、唯一未達である「高度な医療技術」要件の達成を図る。 新病院では、救命救急センターを新設し、重症患者の受入れを積極的に行う。 施設基準に基づく実績要件を維持する。 総合入院体制加算1の施設基準として意識する。 新病院では、現行の10ベッドから20ベッドに拡張する。 新病院では、現行の3室から5室に拡張する。 院内出生の新生児を適切に管理するとともに、院外出生の新生児についても積極的に受け入れる。 ハイリスク妊産婦の受入れを積極的に行うとともに、分娩については周辺医療機関と連携して適切に対応する。 別途、計画等で定められている基準に基づいて体制を整備し、災害発生時に迅速かつ適切に対応する。	
				2 急性期一般入院料1の維持	2	維持	維持	a	7						
				3 平均在院日数の適正化	3	12.0日	11.3日	a	7						
				4 手術件数の増加	4	6,000件/年	5,122件/年	b	4						
				5 外保連試案及び特定内科診療の項目達成度	5	5項目	3項目	c	1						
		ウ 救急医療対応の充実	A	6	7,000件/年	6,671件/年	b	4							
		E がん診療の機能強化と充実	B	7 がん診療連携拠点病院指定の維持	7	維持	維持	a	4.9						
				8 放射線治療処置件数の増加	8	5,370件/年	6,469件/年	a	4.9						
				9 化学療法実施件数の増加	9	6,000件/年	5,237件/年	b	2.8						
				10 内視鏡治療処置件数の増加	10	1,900件/年	1,894件/年	b	2.8						
				11 新生児対応機能の維持	11	実施	実施	a	4.9						
				12 母体搬送の積極的な受入	12	140件/年	197件/年	a	4.9						
				13 分娩対応の適正化	13	720件/年	888件/年	a	4.9						
				カ 災害拠点病院としての体制整備	C	14	災害時における医療体制の充実	14	実施						実施
		②医療の質の向上(満点41)	イ 総合的な診療体制の強化	A	16 病院機能評価の受審	16	-	-	-						-
	17 ISO15189の取得				17	維持	維持	a	7						
	ウ 医療安全に関する取組の更なる強化		B	18 チーム医療の推進	18	継続	継続	a	7						
				19 医療安全関連の研修会・セミナー等の開催件数	19	8回/年	10回/年	a	4.9						
	E 医療情報の活用		B	20 医療安全に関する改善取組の推進	20	12回/年	12回/年	a	4.9						
				21 クリニカルインディケータの作成・公表・活用	20	実施	実施	a	4.9						
	③利用者サービスの向上(満点29)		A	22 入院患者満足度の向上	22	90%以上	93%	a	7						
				23 外来患者満足度の向上	23	75%以上	78%	a	7						
			C	24 市民公開講座の実施	24	20回/年	0回/年	d	0						
				25 広報誌の発行	25	4回/年	4回/年	a	2.1						
	④病診連携の強化(満点45)		A	26 ホームページアクセス件数の増加	26	約36千件/月	約76千件/月	s	3						
		27 承認に必要な基準の達成・維持		27	維持	維持	a	7							
28 登録医療機関数の増加		28		25件	20件	b	2.8								
B		29 取扱件数の増加・維持	29	180件以上	132件	c	0.7								
		30 情報交換のための医療機関訪問	29	実施	実施	b	2.8								
		31 医療相談対応件数の増加	30	2,300件/年	4,061件/年	s	7								
B		32 院内職員に対する退院支援研修会の開催	31	3回/年	3回/年	a	4.9								
		33 院内情報システムの更新	32	稼働	稼働	a	4.9								
		34 SPDの導入	33	実施	実施	a	4.9								
(2)健全な経営基盤の確立	①業務改善に関する取組(満点14)	B	35 医療収益の拡大	35	81.6%	73.2%	b	4							
			A	36 病床利用率(一般病床)の向上	36	81.6%	73.2%	b	4						
				37 入院患者数(一般病床)の増加	35	1,235人/月	1,182人/月	b	4						
	38 入院診療単価(一般病床)の向上	36		74,080円	81,303円	a	7								
	39 外来診療単価の向上	37		15,864円	16,479円	a	7								
	B	40 医療未収金の削減	38	0.14%	0.16%	b	4								
		A	41 材料費対医療収益比率の適正化	39	2.18%	2.85%	c	0.7							
			42 後発医薬品使用数量割合の拡大	41	85%	88.91%	a	7							
	③費用削減に関する取組(満点30)	B	43 医療機器等調達費用の削減	42	実施	実施	a	4.9							
			C	44 ESCOによるエネルギーの省力化	44	4,000万円/年	6,938万円/年	s	3						
45 組織の見直し				44	実施	実施	b	4							
④経営管理体制の整備(満点17)	A	46 職員の経営意識の醸成	45	2回	2回	a	4.9								
		47 職員の増員	46	1,038名	1,013名	b	4								
⑤職員の確保・人材育成と適正配置(満点23)	B	48 資格取得支援・研修会や学会への参加推進	47	実施	実施	a	4.9								
		C	49 職員満足度の向上	48	80%以上	85%	a	2.1							
			50 労働環境の改善	49	実施	実施	b	1.2							

※満点は、大項目ごとの小項目評価がすべてと仮定して設定。

【評価方法】

①評価指標

S (a)	中期経営計画の目標を大幅に上回り、特に優れた成果が認められる
A (a)	中期経営計画の目標を達成、又は上回っている(実績値が目標値に対して100%以上の場合等)
B (b)	中期経営計画のおおむね目標どおり(実績値が目標値に対して80%以上100%未満の場合等)
C (c)	中期経営計画の目標を下回っている(実績値が目標値の80%未満の場合等)
D (d)	未着手又は中期経営計画の目標を大幅に下回っている(未着手又は実績値が目標値の60%未満で、かつ取組の実施について重大な問題が生じている場合等)

②小項目評価の点数

s	10点
a	7点
b	4点
c	1点
d	0点

③満点評価点数に占める小項目評価点数の割合による大項目評価

S	90%以上
A	60%以上90%未満
B	30%以上60%未満
C	10%以上30%未満
D	10%未満

④中項目に対する評価ウエイトの設定

		重要度	
		I	II
難易度	I	A (100%)	B (70%)
	II	B (70%)	C (30%)

I 項目 評価

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 施設整備 の推進	1 新病院建設 事業の円滑な 推進	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・周産期センター改修工事 設計再積算業務(4～6月)、工事発注(8月23日)、工事契約(9月24日)、工事(9月24日～3月) ・旧病棟解体工事 設計再積算業務(4～7月)、工事発注(8月30日)、入札不調(9月28日)、再発注(11月)、工事契約(12月14日)、工事(12～3月) ・外構工事 修正設計発注(9月)、修正設計契約(10月8日)、修正設計(10～3月) ・環境影響評価事後調査業務(工事中その2) 委託業務発注準備(9月)、委託業務契約(12月14日)、調査業務(12～3月) 	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備え、旧病棟の活用の可能性も勘案し、令和2年6月に各工事について延期することとしたが、旧病棟の活用も整理し、今年度から再開し、各工事を進めてきた。旧病棟解体工事が一度入札不調となったが、再発注をすみやかにし、新病院建設事業の完了するスケジュールの遅れを最小限に抑え、各工事とも契約後は、順調に進めている。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・立体駐車場建設工事の完了(4月)及びサービス棟・プレハブ棟解体工事の完了(5月) ・新病院建設工事契約及び着工(5月)、工事監理業務委託及びCM業務委託の契約(5月) ・起工の実施(5月) ・新病院建設工事環境影響評価事後調査作成業務委託の契約(5月) ・新病院建設工事の実施(5月～)、工事監理業務委託及びCM業務委託の実施(5月～) ・新病院建設工事環境影響評価事後調査作成のための現地調査等の実施(5月～) 	<p>新病院建設事業について、立体駐車場建設工事及びサービス棟・プレハブ棟解体工事の完了後、新病院建設工事及び関連する工事監理業務委託、CM業務委託について予定どおり契約を締結し、事業を実施した。</p>	a
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新病院建設工事及び関連する事業の適切な実施 ・新病院建設工事環境影響評価事後調査の実施(計画に基づき適宜)及び定期報告(5月、8月、11月、2月) ・新病院におけるサーバー室空調設備設置工事の発注(5月)、契約(6月)、着工(6月) ・エネルギーセンター更新事業(増設)の設計業務発注(5月)、契約(5月)、着工(5月) ・新病院開院に伴う移転業務の発注(7月) ・新病院におけるサーバー室空調設備設置工事を完了(12月) ・エネルギーセンター更新事業(増設)の適切な実施 ・新病院開院に伴う移転業務の契約(10月)、適切な実施 	<p>新病院建設事業について、新病院建設工事及び関連する事業を適切に実施するとともに、新病院建設工事環境影響評価事後調査を実施し、5月、8月、11月及び2月に定期報告を行った。 また、サーバー室空調設備設置工事が予定どおり完了したほか、エネルギーセンター更新事業(増設)及び新病院開院に伴う移転業務についても、予定どおり進捗した。</p>	a
R01年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新病院建設工事及び関連する事業の適切な実施(4～11月) ・新病院開院に伴う移転業務の適切な実施(4～1月) ・新病院建設工事環境影響評価事後調査の実施(計画に基づき適宜)及び定期報告(5月、8月)、事後調査書の作成(10～3月)、提出(3月) ・エネルギーセンター更新事業(増設)の適切な実施(4～12月) ・周産期棟改修設計業務の発注(5月)、契約(6月)、実施(6～3月) ・既存病棟解体工事・インフラ施設切替工事修正設計業務の契約(12月)、実施(12～3月) 	<p>スロープ棟の完成が11月となったため、新病院工事の延期に伴い、既存病院解体工事・インフラ施設切替工事修正設計業務の契約が12月、環境影響評価事後調査書の作成が3月に遅れているが、概ね予定どおり進捗し、新病院建設事業を円滑に進めた結果、予定どおり12月末に新病院を開院することができた。</p>	b
R02年度	↓	一部実施	<ul style="list-style-type: none"> ・既存病棟解体工事 修正設計(4～7月) ・環境影響評価事後調査(工事中その1) 市民意見に対する見解書の作成・送付(4月)、技術審議会の書面開催(4～6月)、市長意見の公表(6月) ・旧病棟の一部を発熱外来で活用することを決定(11月) ・各工事をリスケジュールした令和3年度予算を計上(1月) ・令和3年度より設計等の必要な手続きを行い、順次、各工事を進めていくことを決定(3月) 	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備え、旧病棟の活用の可能性も勘案し、6月に今年度予定している各工事について延期することとしたため、R2年度は新病院建設事業を進めていくことができなかったが、旧病棟の活用も整理し、3月に来年度から各工事を進めていくことを決定した。</p>	d

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 急性期病院としての機能強化と充実	2 急性期一般入院料1の維持	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> 重症度、医療・看護必要度の評価者を育成するために、研修を企画し、院内研修(12回開催)に148名、外部研修に14名、中途採用者を対象とした個別研修に13名が参加した。 看護部で入力するDPC項目について、診療情報管理士等より入力漏れや入力誤りの指摘を受けた際には、速やかに確認・修正し、入力精度の向上に努めた。 毎月、病棟ごとに看護必要度の基準該当患者割合を測定し、看護管理者会で情報共有して適正な病床管理に努めた。 	看護配置について、入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類(様式9)を用いて、月毎に7対1看護配置人数、月平均夜勤時間数及び看護補助者数について、状況確認と調整を行った結果、通年で月平均1日当たり看護配置数が1日看護配置必要数を上回った。 また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱについても、基準の該当患者割合である29%以上を維持し、施設基準を達成することができた。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	維持	維持	「7:1看護基準を満たす体制の維持」のため、看護職員採用選考を3回実施し、臨時職員の採用等も合わせて行った。	看護職員採用選考を3回(H29年4・7・8月)行い、看護職員94名を採用した。 看護職員の採用月及び採用人数については以下のとおり。 H29.7月 5名 H29.10月 2名 H29.12月 2名 H30.4月 85名 なお、不足人員については、臨時職員29名及び再任用職員6名(ともに3月時点)により対応した。	a
H30年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> 入院基本料1(7対1看護配置)を維持するために、重症度、医療・看護必要度の入力に対して、「看護必要度研修」を計画し、評価指導者の育成と評価者の育成を行った。 精度管理として日々の評価確認と、毎月の定点調査を実施し、現場の指導を強化した。 	7対1看護配置について、入院基本料の維持基準に係る届出(様式9)を用いて、月毎に7対1看護配置人数、夜勤時間及び看護補助者数について、状況確認と調整を行った。 その結果として、通年、月平均1日当たり看護配置数が1日看護配置必要数を上回るとともに、重症度、医療・看護必要度についても、基準の32%以上を維持し、施設基準を達成することができた。 また、指導者育成(対象者:25人)及び評価者育成(対象者:192人)を実施し、人材育成を推進した。 今後も現状の取組を進めていく。	a
R01年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> 入院基本料1(7対1看護配置)を維持するために看護配置の調整を行い、新病院の機能に合わせて配置の再編成を行った。 重症度、医療・看護必要度の入力に対して、「看護必要度研修」を計画し、評価指導者の育成と評価者の育成を行い、精度管理として日々の評価確認を行い現場の指導を強化した。 	7対1看護配置について、入院基本料の維持基準に係る届出(様式9)を用いて、月毎に7対1看護配置人数、夜勤時間及び看護補助者数について、状況確認と調整を行った。 その結果として、月平均1日当たりの看護配置数が1日看護配置必要数を上回っていた。 重症度、医療・看護必要度については、基準の32%以上を維持し、施設基準を達成することができたものの、新病院開院後の夜勤時間の調整が困難であり、急性期一般入院料1が一時的に維持できない期間があった。 今後は、各部門の責任者と評価結果の情報共有を行い、24時間急性期医療を必要とする患者がスムーズに入院できるよう、病床管理業務につなげていく。	b
R02年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> 重症度、医療・看護必要度の評価者を育成するために、研修を企画し、外部研修に18名、インターネット配信研修に26名、各部署での研修に60名が参加した。 また新入職員を対象とした院内研修を実施し90名が参加した。 情報管理室にDPC入力の監査を依頼し入力精度の向上を図るとともに、管理者会で共有した。 	7対1看護配置について、入院基本料の維持基準に係る届出(様式9)を用いて、月毎に7対1看護配置人数、夜勤時間及び看護補助者数について、状況確認と調整を行った。 その結果として、通年、月平均1日当たり看護配置数が1日看護配置必要数を上回るとともに、重症度、医療・看護必要度についても、基準を維持し、施設基準を達成することができた。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 急性期病院としての機能強化と充実	3 平均在院日数の適正化	12.0日	11.3日	病床管理データをもとに、より経営の視点に立つとともに、患者の状態にあった受け入れに繋げることができた。また、病床管理委員会を月に一度開催し、情報提供・意見照会を行い、情報の共有を図るとともに、管理上の問題点に対する検討を図った(新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため1月、3月は書面開催)。	看護部副看護部長を引き続き患者支援センター副参事として兼務配置し、病床管理センターの担当者として病床管理業務を実施したことにより、平均在院日数の適正化を図った。一般病床における平均在院日数について、以下のとおりである。 第1四半期(4月～6月)11.3日、第2四半期(7月～9月)11.2日 第3四半期(10月～12月)11.1日、第4四半期(1月～3月)11.6日 緊急事態宣言(8月～9月)、2度のまん延防止等重点措置(4月～8月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響はあったものの、新型コロナウイルス感染症に対する体制の整備等が進んだことや、転院・退院調整についての検査や調整方法が整備されたこともあり、概ね11日台で推移した。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	12.0日	11.8日	退院調整支援の充実を図るため、退院調整部門に看護師を増員した。また、病床管理の状況について、院内病床管理委員会で、状況報告を行い、問題点等について討議を行った。更に、在院日数が長期化の傾向にある部署については、週単位での調整を行った。	H29年4月より退院支援担当看護師をH28年度比で2名増員して、8人体制とし、退院調整支援を充実することで、平均在院日数の適正化を行った。 平均在院日数については、以下のとおりである。 第1四半期(4月～6月)11.9日 第2四半期(7月～9月)11.4日 第3四半期(10月～12月)11.5日 第4四半期(1月～3月)12.3日	a
H30年度	↓	11.9日	現行の退院調整業務に加え、入院支援業務を新たに開始し、退院困難が予測される患者に対して早期から介入するなど、患者の状態に合わせた入退院支援を行った。また、病床管理の状況について、入退院支援管理委員会等の関連する委員会で定期的に報告を行い、問題点等について検討を行った。	H30年4月から入院支援担当看護師を5名増員して15人体制とし、入院支援業務の強化を図った。また、入院支援業務として、入院支援コーナーを2席開設し、入院支援全体の連携を図った。 平均在院日数については、以下のとおりである。 第1四半期(4～6月)12.1日 第2四半期(7～9月)11.7日 第3四半期(10～12月)11.9日 第4四半期(1～3月)11.8日 課題としては、入院支援を行うことができた患者は、必要患者の30%程度だったため、更に運用方法を工夫していく必要がある。	a
R01年度	↓	11.8日	看護部において病床管理業務を継続して実施していくとともに、副看護部長を入退院支援室の担当者とし、入退院調整看護師の活動を支援していくことで、入院期間の適正化等につなげる。また、病床管理業務については、入退院支援管理委員会において、関連する活動内容とその結果報告を定期的に行い、管理上の問題点に対する対策の検討を行った。	R2年1月より患者支援センターが組織化されたことから、副看護部長を病床管理担当とし看護部と患者支援センターが連携することができた。 一般病棟における平均在院日数については、以下のとおりである。 第1四半期(4月～6月)12.1日、第2四半期(7月～9月)11.7日 第3四半期(10月～12月)12.1日、第4四半期(1月～3月)11.3日	a
R02年度	↓	12.4日	病床管理データをもとに、より経営の視点に立つとともに、患者の状態にあった受け入れに繋げることができた。6月から病床管理委員会を開催し、情報提供・意見照会を行い、情報の共有を図るとともに、管理上の問題点に対する検討を図った(新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため6月、11月、1月、2月は書面開催)。	R2年度より看護部副看護部長を患者支援センター副参事として兼務配置し、病床管理センターの担当者として病床管理業務を実施し、平均在院日数の適正化を行った。 2度の緊急事態宣言(4月～5月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響により、一般病床における平均在院日数について、以下のとおりである。 第1四半期(4月～6月)13.2日、第2四半期(7月～9月)12.9日 第3四半期(10月～12月)12.1日、第4四半期(1月～3月)12.1日 平均在院日数が増加した要因として、新型コロナウイルス感染症患者の転院や退院時、受け入れ可能な医療機関・施設等が少な(調整が困難だったことや、新型コロナウイルス感染症患者のみならず一般病床の患者の転院や施設入所においても、PCR検査を患者受け入れの条件とする医療機関等が多く調整に時間を要したことがあげられる。	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 急性期病院としての機能強化と充実	4 手術件数の増加	6,000件/年	5,122件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度同様、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、医師や手術室看護スタッフを新型コロナウイルス感染症陽性患者の受け入れに充てなければならず、予定手術枠を減らさなければならない期間がかなりあった。限られた医師、看護師のマンパワーのなかで、効率よく手術件数を維持することが求められた。 ・新型コロナウイルス感染症についての科学的な知見が蓄積され、術前の新型コロナウイルス感染症陽性患者のスクリーニングをより効率よく、かつ正確に行うことに努めた。 ・新型コロナウイルス感染症陽性、あるいは濃厚接触の手術患者の増加が見込まれ、医療スタッフの安全を確保し、また手術室内での他の患者への感染を防ぎつつそれらの患者手術を受け入れるよう努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度よりの新型コロナウイルス感染症の感染拡大の中、手術室の医師、看護師の確保が困難にもかかわらず、目標には及ばなかったものの、年間手術件数は大幅に増やすことができた。 ・新型コロナウイルス感染症陽性、あるいは濃厚接触の手術患者の受け入れが増えた。それらの手術患者から医療スタッフ、あるいは他の患者へ新型コロナウイルス感染症が感染した事例はなく、安全に手術を行うことができたと考ええる。 	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	4,750件/年	4,939件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・形成外科が増設され、88件の手術を施行した。 ・新人教育に積極的に取り組んだこともあり、外科の手術件数が増加し、難易度の高い手術件数が増加した。 ・土曜日、日曜日及び祝日に手術室看護師が勤務する体制にし、手術室の利便性の向上を図った。 	<p>手術室の利用率は常に80%を超えており、今後は新病院へ移行するまでの間に大幅な手術件数の増加は見込めない。むしろ、手術内容の充実を図るようしていきたい。</p> <p>手術件数はもちろん、手術患者が増えないと増える事はない。そのためには新規患者の増加が必要である。この点は新病院開設が大きなきっかけになると考えている。手術件数を既定する3つの病院側の要因が挙げられる。</p> <p>※1点目は手術室看護師数である。この点は現在、手術件数の増加を見込んだ手術室看護師の増員が進み、問題は解決しつつある。その波及効果としてH29年度第2四半期より手術室看護師の平日夜勤、休日勤務を開始し、緊急手術対応がスムーズになった。</p> <p>※2点目は手術室数である。この点では、新病院において手術室は現行の7室から12室に増設され、満室での手術受入れ不可能は解消出来ると考えられる。</p> <p>※最後に3点目は麻酔医の人数である。この点は問題がある。現在では、多くの手術において麻酔管理となっており、増員は急務と考えているが、大学からの増員が困難な状況にある。麻酔医の労働条件の優遇等が必要だと思われる。</p>	a
H30年度	4,750件/年	4,967件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室数に対し、手術需要が増加傾向にあるので、効率的な手術室運営に努めた。 ・ロボット支援手術(ダヴィンチ手術)を開始し、高難度手術の割合を増やすことに寄与した。 	<p>手術室の利用率は常に80%を超えているが、今後は新病院へ移行するまでの間に大幅な手術件数の増加は見込めないため、効率的に手術室を運営することで手術数を維持する必要がある。H30年度に実施した具体的な取組として、以下のことが挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の入退室を短時間で行うとともに、準備を効率よく行うことで手術間の時間を短縮させた。 ・手術室の空き室を減らすよう手術予定を組むことで、緊急手術へも対応できるようにし、手術総数も増加するよう工夫した。 <p>課題としては、現在、手術室看護師数は手術件数の増加を見込んだ増員が進められているが、逆に経験年数の少ない看護師の割合が増えているため、早急な教育体制が必要と思われる。</p> <p>また、新病院においては手術室を現行の7室から12室に増設するため、満室での手術受入れ不可能は解消できると考えられるが、麻酔医の人数は新病院の手術室増加に対応できておらず問題がある。現在では、多くの手術において麻酔科管理となっており、増員は急務と考えているが、大学からの増員が困難な状況にある。また、大学に依存しない麻酔医の募集に努めているが効果は少ない。麻酔医の労働条件の優遇が必要だと思われる。</p>	a
R01年度	5,280件/年	4985件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・4月から12月までの旧手術室では、手術室数に比して手術件数が飽和しており、手術患者の入れ替えをいかに効率よく行い、手術室の空き時間を少なくするかが課題であった。 ・年末の新病院移転に向けての稼働準備期間では症例を段階的に減らし、なおかつ完全に症例を無くすことにはなしに安全に移転を行うよう努めた。 ・1月から3月は新病院の手術室であるが、不慣れた新手術室での思いがけないトラブルに対応できるよう、慎重に症例数を増やすよう努めた。具体的には1月から2月中旬にかけては、旧手術室と同じ手術件数で臨み、2月中旬以降、1例を1例増やし、全体としての手術数を安全に増加させるよう努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・旧手術室では効率のよい手術室運営に努めたがなかなか目標値を上回ることは難しかった。 ・年末の病院移転時、計画的に症例を減らし、安全な移転を心掛けたが、手術件数は通常の6割ほど行うことができた。 ・新病院では手術室数が増え、手術列数を増やすことで手術数を増加させることができた。 ・今後の課題としては、さらに安定して手術数を増加させるために、看護師と麻酔医のスタッフを増やすことが必要と考える。 	b
R02年度	6,300件/年	4,835件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・R2年1月に新手術室の運営が開始となり、手術件数も1例増やした。新手術室の稼働も軌道に乗ってきたので、R2年度より手術数を増やす試みをする(スタッフの教育等も含めて)予定であった。 ・実際は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、医師や手術室看護スタッフを新型コロナウイルス感染症陽性患者の受け入れに充てなければならず、予定手術枠を減らさなければならない期間がかなりあった。 ・その中で、術前から細心の注意を払い、検査等によるばかりでなく、手術前に発熱などの症状を呈した場合に即、手術室に連絡してもらうようにし、手術に携わる者全員で情報を共有できるようにし、手術患者の中から予想せぬ新型コロナウイルス感染症陽性患者がでないうつ努めた。 ・医師、手術室看護師、その他手術室内で従事するスタッフ全員の意識を高め、常日からの健康チェックを行い、医療従事者が新型コロナウイルス感染症に感染することのないよう努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期(4月から5月)は、予定手術枠の減少、不急の手術は先に延ばす等の理由で昨年の6割程度まで手術数が落ちてしまったが、その後は手術枠数が少なくとも昨年と同程度までは手術数を回復はできた。しかし、手術枠数が元に戻った月でも、患者サイドでの手術控えもあり、予想するほどは手術数を伸ばすことができなかった。 ・1年間、市中で新型コロナウイルス感染症が感染拡大している中で、1例も予期せぬ新型コロナウイルス感染症陽性患者がなかった。これは術前より細心の注意を払って新型コロナウイルスの検出に努めたことによるが、その成果もあり、一定期間手術室を閉鎖するなどの処置をする必要がなかった。 	c

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 急性期病院としての機能強化と充実	5 外保連試案及び特定内科診療の項目達成数	5項目	3項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、進捗管理を行った。	<p>特定内科診療については3項目すべての基準値を達成した。</p> <p>外保連試案については、手術実施症例1件あたりの手術指数、DPC算定病床当たりの手術指数及び手術実施症例件数の3項目とも昨年度と比べ実績値は上昇したが、基準値も上昇したため、3項目とも基準を満たせなかった。</p> <p>引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指数及び手術症例数の向上について検討し、項目達成を目指す。</p>	C

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	5項目	4項目	手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討した。	特定内科診療については3項目すべてを達成したが、外保連試案については1項目のみの達成であるため、引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討していく。	b
H30年度	↓	4項目	手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討した。	特定内科診療については3項目すべてを達成したが、外保連試案については1項目のみの達成であるため、引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討していく。	b
R01年度	↓	4項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、進捗管理を行った。	<p>外保連試案については、手術実施症例件数は達成したが、手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)及びDPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)については、難易度の高い手術の件数が基準を満たさなかったため未達成となった。</p> <p>また、特定内科診療については3項目全てを達成した。引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討していく。</p>	b
R02年度	↓	5項目	手術及び特定内科診療の実施状況を把握し、進捗管理を行った。	<p>外保連試案については、手術実施症例件数及びDPC算定病床当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)は達成したが、手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)については、難易度の高い手術の件数が基準を満たさなかったため未達成となった。</p> <p>また、特定内科診療については3項目全てを達成した。今期については目標値を達成しているが、引き続き手術の実施状況等を検証し、手術指数の向上について検討していく。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ 救急医療 対応の充実	6 救急搬送患 者数の増加	7,000件/年	6,671件/年	救急患者の受入方法等について、救急委員会で検討し、積極的な救急車の受入れを行った。	数か月おきに新型コロナウイルス感染症が急速に拡大する中(いわゆる第4波～第6波)、当該患者を受け入れるため、一部病棟を閉鎖し、救急患者の受入れを制限したことが要因となり、目標に対して95.3%の達成率となった。今後も、救急委員会において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況下での受入可否事例を精査し、受入件数の増加を目指していく。	b

年 度	目 標	実 績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	6,200件/年	6,596件/年	救急搬送患者数の増加に向けて、救急委員会で搬送受入可否事例について精査分析を行い、受入体制の改善を図った。	救急委員会において、埼玉県救急医療情報システムの受入可否の情報を細やかにすることにより、救急患者の受入増加を図った。救急搬送患者数は、目標に対して106.4%の達成率となった。今後も引き続き、当該委員会にて、救急患者の受入れについて検討し、件数の増加を目指したい。	a
H30年度	6,200件/年	7,503件/年	・救急搬送患者数の増加に向けて、救急委員会で搬送受入可否事例について精査分析を行い、受入体制の改善を図った。 ・救急医療体制の充実を図るため、救急科に経験豊富な救急科医師を配置した。	取組を進めた結果、受入れから入院までの流れなどがスムーズになり、受入件数が増加し、救急搬送患者数は目標に対し121%の達成率となった。	a
R01年度	6,500件/年	7,114件/年	・救急搬送患者数の増加に向けて、救急委員会で搬送受入可否事例について精査分析を行い、受入体制の改善を図った。 ・救急医療体制の充実を図るため、救急科部長(救急科専門医)に加え、救急科専門医1名、大学の救命救急センターで経験のある医師1名を配置した。	取組を進めた結果、旧病院から新病院移転に伴う救急搬送受入制限をおこなったにもかかわらず、救急搬送患者数は目標に対し109%の達成率となった。今後も引き続き、当該委員会にて、救急患者の受入れについて検討し、件数の増加を目指したい。	a
R02年度	7,000件/年	6,820件/年	救急患者の受入方法等について、救急委員会で検討し、積極的な救急車の受入れを行った。	12月に救命救急センターを開設し、3次救急の受入れを開始したところであるが、市内の救急車出動件数が前年度に比べ13.4%減少したことなどから、救急搬送患者数は、目標に対し97.4%の達成率となった。今後も、救急委員会にて、救急患者の受入れについて検討し、救急搬送患者数の増加を目指していく。	b

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
エ がん診療の機能強化と充実	7 がん診療連携拠点病院指定の維持	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した(10月30日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定を維持した。 	<p>がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会について、昨年度からの新型コロナウイルス感染症の影響により、院内で受講できていない医師に対して参加を呼びかけ、昨年度より定員を増やし、10月末に開催した。要件について、一時的に未充足となる項目もあったので、今後は安定的に要件を充足できるよう取り組んでいきたい。</p> <p>現在も新型コロナウイルス感染症の影響下であるため、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出等について、関係機関と調整しながら適切に対応していきたい。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア研修会については目標どおり6月3日、6月4日に実施した(受講者27人)。 ・がん診療の機能強化と充実を図るため、4月1日に腫瘍センターを設置し、体制整備を図った。 ・11月にがん診療連携拠点病院の現状報告書を提出し、指定を維持した。 	<p>予定どおり、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出を実施した。</p> <p>今後は、H30年度にがん診療連携拠点病院の指針の変更が予定されているため、がん診療推進委員会をH30年度に開催する。</p>	a
H30年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した(7月21日、22日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定更新を受けた(認定期間:4年間)。 	<p>予定どおり、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出を行った。</p> <p>H30年度に発出されたがん診療連携拠点病院の指針の変更により、要件が細かく変更となったものが多くあったが、更新手続に向け、関係部署ごとに打ち合わせを行い、対応した。</p>	a
R01年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した(9月8日)。 ・地域がん診療連携拠点病院の指定更新を受けた(認定期間:1年間)。 	<p>予定どおり、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出を実施した。</p> <p>指定要件について、一時期未充足となる項目もあったので、今後は安定的に要件を確保できるよう取り組んでいきたい。</p>	b
R02年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・地域がん診療連携拠点病院の指定要件である緩和ケア研修会を開催した(2月27日)。 ・新型コロナウイルス感染症の影響もあり、地域がん診療連携拠点病院の現状報告書については、提出が不要となり、R1年度の現況報告及びその後提出した拳証書類による審査により地域がん診療連携拠点病院指定は維持することとなった。 	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大等により、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催時期が例年より遅くなったが無事開催することができた。</p> <p>現在も新型コロナウイルス感染症の影響下であり、がん診療連携拠点病院指定に必要な緩和ケア研修会の開催や、現況報告書の提出等についてどのような対応を行っていく必要があるか不明瞭な点があるが、関係機関と調整しながら適切に対応していきたい。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
工 がん診療 の機能強化と 充実	8 放射線治療 処置件数の増加	5,370件/年	6,469件/年	<p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p> <p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p> <p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p>	<p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p> <p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p> <p>がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	4,000件/年	4,220件/年	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	a
H30年度	4,000件/年	4,233件/年	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	a
R01年度	4,470件/年	4,063件/年	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	b
R02年度	5,370件/年	6,767件/年	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	がん診療機能強化と充実のため、がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。がん診療連携拠点病院として、がん診療機能の充実を図る。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
工 がん診療 の機能強化と 充実	9 化学療法実 施件数の増加	6,000件/年	5,237件/年	<ul style="list-style-type: none"> 安全な化学療法の実施。 安定的な症例の蓄積。 外来化学療法室では日々の症例数・施行時間に偏りがないように各診療科の調整をして、効率化を図った。 抗悪性腫瘍剤について医療従事者の習熟を深めた。 新型コロナウイルス感染症の感染対策を十分に実施した。 	<p>第1四半期1,276件、第2四半期1,284件、第3四半期1,275件、第4四半期1,402件、合計5,237件の化学療法を施行し、目標に対し87.3%の達成率となった。</p> <p>R3年度第4四半期において、直近4年間の四半期では最高値であり、初めて1,400件超えを達成できた。</p> <p>新病院での化学療法室の体制が出来上がったこと、新人の婦人科医師主導により婦人科疾患の化学療法の増加したことがプラスの要因であったが、R3年度の目標であった6,000件には及ばなかった。</p> <p>主な要因としては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が挙げられる。今後も、この状態が継続する可能性がある一方、第4四半期が過去最高の件数であったことを考慮すると、今後の実施件数の増加が見込まれる。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	5,000件/年	4,700件/年	<ul style="list-style-type: none"> 安全な化学療法の実施 安定的な症例の蓄積 新規抗癌剤に対応できる研修体制の構築 薬剤被曝対策の導入による、化学療法に携わる医療者の保護 	<p>第1四半期1,185件、第2四半期1,180件、第3四半期1,232件、第4四半期1,103件、合計4,700件の化学療法を施行し、目標に対し94%の達成率となった。</p> <p>長時間を要する化学療法も外来化学療法室で実施されており、外来化学療法室の利用時間は上限に達しているため、今後、効率的な運営を図るべく、改善を行う必要がある。</p>	b
H30年度	↓	4,742件/年	<ul style="list-style-type: none"> 安全な化学療法の実施 安定的な症例の蓄積 新規抗癌剤に対応できる研修体制の構築 薬剤被曝対策の導入による、化学療法に携わる医療者の保護 	<p>第1四半期1,115件、第2四半期1,213件、第3四半期1,274件、第4四半期1,140件、合計4,742件の化学療法を施行し、目標に対し94.8%の達成率となった。</p> <p>長時間を要する化学療法にも対応しており、外来化学療法室の利用時間はほぼ上限に達している。</p> <p>今後、短時間で終了するレジメンの採用、チェック体制の効率化を行って、患者にも医療従事者にも無理のない状況で症例の増加を図っていく。</p>	b
R01年度	5,400件/年	4,787件	<ul style="list-style-type: none"> 安全な化学療法の実施 安定的な症例の蓄積 新規抗癌剤に対応できる研修体制の構築 薬剤被曝対策の導入による、化学療法に携わる医療者の保護 	<p>第1四半期1,238件、第2四半期1,241件、第3四半期1,192件、第4四半期1,116件、合計4,787件の化学療法を施行し目標に対し、88.6%の達成度となった。</p> <p>今年度は旧病院の閉鎖と新病院への移転事業があり、外来診療を一時停止するなどの診療縮小期間があったことで目標値を下回った。</p> <p>また、R2年2月より顕在化した新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、抗がん剤治療を選択しない症例が増えたことも化学療法施行件数の増加を阻んだ要因であった。</p> <p>新病院となり、化学療法室のベッド数も10床から20床に増加した。今後は化学療法症例数の確保を目指すとともに、化学療法を行う診療科の医師の確保に力を注ぐ必要がある。</p>	b
R02年度	7,200件/年	5,186件/年	<ul style="list-style-type: none"> 安全な化学療法の実施 安定的な症例の蓄積 新規抗癌剤に対応できる研修体制の構築 薬剤被曝対策の導入による、化学療法に携わる医療者の保護 	<p>第1四半期1,258件、第2四半期1,287件、第3四半期1,272件、第4四半期1,369件、合計5,186件の化学療法を施行し、目標に対し72%の達成度となった。</p> <p>新病院となり、化学療法室のベッド数も10床から20床に増加したが、化学療法の適応となるがん種の患者が少なく、目標値を下回った。</p> <p>来年度より化学療法を行う診療科の医師を確保できたため、婦人科疾患の化学療法の増加を図っていく。また、新規抗悪性腫瘍薬の採用と適応を推進していく。</p>	c

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
工 がん診療 の機能強化と 充実	10 内視鏡治 療処置件数の 増加	1,900件/年	1,894件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れて、治療に取り組んだ。	<p>内視鏡治療の対象患者を幅広く受け入れ、内視鏡室で1,894件の治療を行った。近隣医療機関からの紹介が増加し、第1四半期から増加傾向で、第3、4四半期は目標を上回り、年間目標数にほぼ達した。</p> <p>R3年度からの消化器内科人員増加に見合った、内視鏡治療件数の増加を図れるよう、引き続き近隣医療機関へのアピールと堅実なフィードバックを継続する。</p> <p>また、院内他科からの紹介も増やすために内視鏡予約外来を設置した。従来より、大腸内視鏡検査のオーダーがやや煩雑であり、他科からはオーダーしにくいことから、今後さらに周知し、活用を促進し、検査数増加に努める。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	1,350件/年	1,427件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れて、治療に取り組んだ。	内視鏡治療の対象患者を幅広く受け入れ、内視鏡室で1,427件の治療を行った。設備・体制的に余裕がないため、引き続き効率的な診療によって現在の件数レベルを維持していく(放射線室で511件の内視鏡治療も実施)。	a
H30年度	↓	1,427件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れて、治療に取り組んだ。	内視鏡治療の対象患者を幅広く受け入れ、内視鏡室で1,427件の治療を行った。設備・体制的に余裕がないため、引き続き効率的な診療によって現在の件数レベルを維持していく(放射線室で488件の内視鏡治療も実施)。	a
R01年度	↓	1,353件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れて、治療に取り組んだ。	内視鏡治療の対象患者を幅広く受け入れ、内視鏡室で1,353件の治療を行った。R1年12月までは、旧病院において限られた設備で効率的な診療を行った。新病院になり施設が充実し、今後も効率的な診療を行う事により現在の件数レベルを維持していく(放射線室で468件の内視鏡治療も実施)。	a
R02年度	1,900件/年	1,365件/年	内視鏡治療の対象となる疾患に対して、幅広く患者を受け入れて、治療に取り組んだ。	<p>内視鏡治療の対象患者を幅広く受け入れ、内視鏡室で1,365件の治療を行った。新病院になりベッド数が増えたこともあり、目標値が増加したが、第1四半期においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、近隣の病院と同様に不急の内視鏡検査は控えたため、件数が伸びなかった。</p> <p>しかし、現役世代の検査数が増加したため、前年度比較で件数が増加したと考える。今後も効率的な診療を行う事により処理件数を増加させていく(放射線室で405件の内視鏡治療も実施)。</p>	c

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
才 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	11 新生児対応機能の維持	実施	実施	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大における地域周産期母子医療センターの役割として、以下の2項目を中心に取組んだ。</p> <p>①新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦から出生した児の積極的な受け入れ ② 職員の感染防止に取り組む</p>	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大期において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う院内病床再編により、NICU・GCU看護師の一部が異動せざるを得なかった。このため、病床の減床をせざるを得ない時期が生じた。</p> <p>①については公立病院として地域における役割を十分に果たすことができた ②については感染第6波の時期に、家族内感染を通じ職員の感染が複数回起こり病棟・外来運営に一部支障をきたした。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> 院内で出生した新生児の適切な管理 院外で出生した新生児の積極的な受け入れ 	<p>一部ハイリスク児が東2階新生児室で管理されることがあったが、1月中旬からGCUに空床のある場合、医療安全面から生後早期は可能な限りGCUで管理するようにした。</p> <p>院外出生児の受け入れはH28年度並みの94件となった。</p>	a
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> 産科と協力した入院患者数の増加 院外出生児の積極的な受け入れ シナジス外来の充実 	<p>入院数、GCUの利用率、院外出生児の新生児搬送受入数ともにH29年度よりも大きく上昇した。周産期母子医療センター3F病棟が満床の場合には、西2階小児病棟をGCUの後方病床として使用した。</p> <p>早産入院数の増加に伴いシナジス外来受診者が増え、結果としてシナジス薬価下落分以上の外来収益の増加につながった。</p> <p>当院周産期母子医療センターの地域医療における役割が大きくなった分、必要な常勤医を確保することができるか否かが今後の課題である。</p>	a
R01年度	↓	実施	<p>院内出生の新生児を適切に管理するとともに、院外出生の新生児についても積極的に受け入れる。</p>	<p>12月末に新病院に移転してNICUが増床され、総病床数33床(NICU15床+GCU18床)になった。増床効果が反映され新生児内科の収益は前年度比+2.5%となった。</p> <p>一方で、3月からは新型コロナウイルス流行に伴い担当地域外(さいたま市外)からの搬送受け入れを制限しており、R2年度前半の病院稼働に対し、影響があるものと思慮する。</p>	a
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者数の増加 外来患者数の増加 新型コロナウイルス感染症に罹患した妊婦から出生した児の積極的な受け入れ 	<p>入院数639名(前年度622名)、院外出生児受入数79名(前年度90名)、外来数6216名(前年度5617名)であった。新型コロナウイルス感染症に罹患している妊婦の出産を計6例と埼玉県内で一番多く受け入れた。3月に職員が新型コロナウイルス感染症に罹患したため、入院制限をせざるを得なかった。</p>	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
才 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	12 母体搬送の積極的な受入	140件/年	197件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり、効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れ状況は、依頼件数259件、受け入れ総数197件であった。そのうち、さいたま市内からの依頼件数は168件、受け入れ件数は135件であった。受け入れ件数は目標を上回っている(141%)。 ・母体搬送受け入れできなかった63件の理由の内訳は、産科病棟満床が32件、NICU満床が22件、手術室対応不能が7件、調整中に他院に搬送決定が2件であった。第2四半期に分娩数が261件と非常に多かったために、産科病棟満床による24件の受け入れ不可が生じたことから、分娩予約数を70件/月から60件/月に縮小させた。その後は産科病棟満床による受け入れ不可は下半期で5件にとどまっている。 ・母体搬送は197件のうち66件は新型コロナウイルス感染症の陽性および濃厚接触者であった。特に第2四半期は51件中27件、第4四半期は48件中28件を占めた。 	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	140件/年	172件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れは、6月にNICUの一時的な閉鎖のため減少したが、それ以外はNICUとの密な連携と産科病棟の円滑な運営により順調に進み、目標の123%を達成した。 ・NICUとは週1回の入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行い、また、毎日病棟状況を確認し合うことにより効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れ状況は、依頼件数:217件、受け入れ総数:172件 ・担当ブロック(さいたま市内)受け入れ件数:140件(受け入れ率95%) ・母体搬送受け入れ数 目標値140件に対し実績172件 ・ブロック内受け入れ率 目標90%以上に対し実績95% ・目標は達することができているが、課題は下記が挙げられる。 ・限られた病床数のなかでの正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について ・手術室が満床の際の緊急帝王切開を伴う母体搬送の受け入れについて 	a
H30年度	↓	190件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・病棟運営として、帝王切開術後の入院日数を1日短縮した。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れ状況は、依頼件数:286件、受け入れ総数:190件 ・うち担当ブロック(さいたま市内)受け入れ件数:147件 ・受け入れ件数は目標を上回っている(135%)。 ・目標数を大幅に超えているが、課題は下記が挙げられる。 ①限られた病床数のなかでの正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について ②手術室が満床の際の緊急帝王切開を伴う母体搬送の受け入れやリスクを伴う緊急帝王切開の際の自家麻酔について ③母体搬送が長期入院になった場合に、すべてハイリスク加算を取れるとは限らず、病床数の限界もあるため、妊娠34週から35週くらいまでとするかどうかについて ④限られた医師数での婦人科とのバランスについて 	a
R01年度	↓	188件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れ状況は、依頼件数:243件、受け入れ総数:188件 ・うち担当ブロック(さいたま市内)受け入れ件数:148件 ・病院移転や品胎の入院により搬送制限をしていたにもかかわらず、目標を大きく上回った。 ・受け入れ件数は目標を上回っている(135%)。 ・目標数を大幅に超えているが、課題は下記が挙げられる。 ①限られた病床数のなかでの正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について ②母体搬送が長期入院になった場合に、すべてハイリスク加算を取れるとは限らず、病床数の限界もあるため、妊娠34週から35週くらいまでとするかどうかについて ③限られた医師数での婦人科とのバランスについて 	a
R02年度	↓	173件/年	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期センターとして担当ブロック内のハイリスク妊産婦を積極的に受け入れた。また、担当ブロック以外からの要請についても、可能な限り受け入れられるよう、産科病棟等の病床コントロールを行った。 ・週1回の産科とNICUとのカンファレンスの際、入院及び外来管理中の全ハイリスク妊婦の情報交換を行うとともに、毎日病棟状況を確認し合うことにより、円滑な受入体制の構築を図った。 ・病棟の状況に応じてコーディネーターとも連絡をとり効率の良い受け入れを図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母体搬送の受け入れ状況は、依頼件数:228件、受け入れ総数:173件 ・うち担当ブロック(さいたま市内)依頼件数:157件、受け入れ件数:134件 ・受け入れ件数は目標を上回っている(124%)。 ・目標数を大幅に超えているが、課題は下記が挙げられる。 ①限られた病床数のなかでの正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について ②母体搬送が長期入院になった場合に、全てハイリスク加算を取れるとは限らず、病床数の限界もあるため、妊娠34週から35週くらいまでとするかどうかについて ③限られた医師数での婦人科とのバランスについて 	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
才 周産期母子医療センターとしての機能維持と強化	13 分娩対応の適正化	720件/年	888件/年	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開術後及び正常分娩後の入院日数を短縮するなどしてベッドコントロールを行った。 予約センター、心療内科及び助産師で構成する地域連携チームとの連携により、精神疾患合併妊婦や社会的リスク症例も積極的に受け入れた。 	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともなう妊娠数の減少があり、ローリスク分娩は減少したが、母体搬送を積極的に受け入れることにより、分娩数の目標を上回ることができ、地域の周産期医療における公立病院としての役割を果たすことができた。</p> <p>第2四半期に分娩数が261件と非常に多かったために、産科病棟満床による24件の母体搬送受け入れ不可が生じたことから、分娩予約数を70件/月から60件/月に小さくさせた。その後第3四半期は200件、第4四半期は201件と適正な分娩数となった。</p> <p>一部病棟の閉鎖、手術枠の削減がされる中、婦人科患者は増えてきており、今後入院病床や手術枠をどのように確保していくかが課題である。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	720件/年	838件/年	<ul style="list-style-type: none"> 予約センターとの定期的な話し合いによる断り事例の分析や、積極的なハイリスク症例や社会的リスク症例の受け入れを行った。 	<p>取組を進めた結果、予約枠外の分娩も増加し、目標の116%の達成となった。今後の課題としては下記が挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 限られた病床数での正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の割合はどのように調整していくか。 社会的リスクの妊婦は増加しているが、特に保健センターや児童相談所との密接な連携や対応等が重要であり、医療者側の労力や時間も取られるため、今後どのようにどこまで関わっていくか検討が必要。 H30年度は医師の人員が2名減少するため、目標達成のための施策が必要となり、働き方対策の点からも個々の負担を増やすことなく、達成するための方法を検討していく。 	a
H30年度	↓	896件/年	<ul style="list-style-type: none"> 限られた病床数の中で母体搬送の受け入れもあり、帝王切開術後の入院日数を短縮し、ベッドコントロールを行った。 予約センター、心療内科及び助産師で構成する地域連携チームとの連携により、精神疾患合併妊婦や社会的リスク症例も積極的に受け入れた。 	<p>取組を進めたことや、母体搬送の症例も増加したため、予約外の症例が増え、人員が減少したにもかかわらず、H29年度より更に目標数を超えることになった(124%)。</p> <p>R1年度からは、心理療法士の介入によるカウンセリングを開始し、取組を進めていく予定である。</p> <p>今後の課題として、下記が挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 限られた病床数の中で正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について 分娩数が増加すると夜間や緊急の分娩も増えるため、派遣医師も含めた人員確保について 限られた医師数で地域周産期センターとしての役割を果たしつつ、婦人科疾患にも広く対応するための対策について 	a
R01年度	↓	843件/年	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開術後及び正常分娩後の入院日数を短縮するなどしてベッドコントロールを行った。 予約センター、心療内科及び助産師で構成する地域連携チームとの連携により、精神疾患合併妊婦や社会的リスク症例も積極的に受け入れた。 	<p>病院移転による分娩制限を行ったものの、目標数を上回り、制限による影響を最小限に抑えることができた。</p> <p>母体搬送からの分娩も含め、分娩数としての目標を上回ることができ、地域の周産期医療における公立病院としての役割を果たすことができた。</p> <p>R1年度からは、心理療法士の介入によるカウンセリングを開始し、年間延べ約800件以上のカウンセリングを実施した。</p> <p>今後は、限られた病床数の中で正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整について検討していく。</p>	a
R02年度	↓	872件/年	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開術後及び正常分娩後の入院日数を短縮するなどしてベッドコントロールを行った。 予約センター、心療内科及び助産師で構成する地域連携チームとの連携により、精神疾患合併妊婦や社会的リスク症例も積極的に受け入れた。 	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともなう妊娠数の減少があり、ローリスク分娩は減少したが、母体搬送を積極的に受け入れることにより、分娩数の目標を上回ることができ、地域の周産期医療における公立病院としての役割を果たすことができた。</p> <p>今後は、限られた病床数の中で正常分娩とハイリスク妊婦(母体搬送)の調整が必要である。また、一部の病棟が閉鎖されている中、婦人科患者を増やしていくことが求められており、今後入院病床をどのように確保していくかが課題である。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
力 災害拠点 病院としての 体制整備	14 災害時に おける医療体 制の充実	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、検討を行った。 ・新病院における、レベル別のエリアの配置場所について、コアメンバーの意見を確認した。 ・黄色エリアのアクションカードの検討・GMエリアの設営検証を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、院内配布用の検討として購入を行った。 ・新病院における事業継続計画(BCP)を策定するにあたり、レベル別のエリアの配置場所についてコアメンバーの意見を確認することができた。また、DMATメンバーによって、黄色エリアのアクションカードの検討・GMエリアの設営検証などを行った。確認した意見を基に、R4年度も引き続き事業継続計画(BCP)を修正していく。 	b

年度	目 標	実 績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に必要となる物品等の導入 ・事業継続計画(BCP)策定 ・トリアージ訓練の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に広域災害救急医療情報システムの利用が可能なモバイルPC等を導入した。 ・3月に業務継続計画(BCP)を策定した。 ・作成したBCPを基に3月にトリアージ訓練を実施し、災害時対応に関する職員の意識及び能力の向上を図った。 今後、災害拠点病院として訓練等を継続的に実施し、災害時に医療機能が提供できるようにしていく。 	a
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に必要となる物品等の導入 ・トリアージ訓練の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時を想定し、衛生管理備品の整備を行うとともに、計画に基づいて、災害時用食糧の購入を行った。 ・11月にトリアージ訓練を実施し、災害時対応に関する職員の意識及び能力の向上を図った。 今後は、新病院においてもトリアージ訓練を実施できるよう委員会にて検討を進めるとともに、災害拠点病院として、災害時に医療機能が提供できるよう訓練等を継続的に実施していく。 	a
R01年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に使用する、さいたま市及び埼玉県の地図を取得した。 ・新病院における、レベル別のエリアの配置場所について、コアメンバーの意見を確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・大規模地震時の災害の医療体制を検討するにあたって必須となる、さいたま市及び埼玉県の地図を取得し、訓練でも活用することができた。 ・毎年、病院全体及び地域の医師会の方と実施しているトリアージ訓練について、病院移転を控えていたため、災害対策本部についての訓練に絞り実施した。 ・新病院における事業継続計画(BCP)の策定を予定していたが、レベル別のエリア配置場所の確認・調整にとどまったため、災害対策委員会やDMAT隊員からいただいた意見を基に令和2年度も引き続きBCPを修正していく。 	b
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、新設部門の分を購入した。 ・新病院における、レベル別のエリアの配置場所について、コアメンバーの意見を確認した。 ・黄色エリアの設営検証を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の防災用品(ヘルメット等)について、新病院における新設部門分の購入を行った。 ・新病院における事業継続計画(BCP)を策定するにあたり、レベル別のエリアの配置場所についてコアメンバーの意見を確認することができた。 ・災害時に鍵となる黄色エリアをアクションカードをもとに物品を運び出し、設営検証を行ったが、事業継続計画(BCP)の修正にまで至らなかった。そのため、確認した意見を基に、令和3年度において事業継続計画(BCP)を修正していく。 	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	① 公立病院として地域住民から求められる医療機能の提供	52% (59.5/115)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
力 災害拠点 病院としての 体制整備	15 DMATチー ム体制の充実	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・広域搬送訓練、DMAT技能維持研修等に参加した。 ・日本DMAT研修の受講については申し込んだが、今年度は落選した。 ・DMAT隊員の活動服を調達した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で開催は減っていたが、研修及び訓練については可能な限り参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・日本DMAT研修の受講については、申込希望者はいたものの落選した。今後も募集がかかり次第検討していく。 ・現在、最大2隊でのチーム編成が可能のため、1隊分の活動服を買い足した。 	b

年度	目 標	実 績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・日本DMATが定めるDMAT標準医療資機材リストを準用し、機器等の導入を行った。 ・日本DMAT研修を受講し、2名の新規隊員登録を行った。 ・DMAT関連の様々な研修や訓練に積極的に参加した。 	<p>H29年度はモバイルパソコンや、隊員用装備を導入したほか、DMATに関する様々な研修や訓練に参加した。また、日本DMAT研修を受講し、業務調整員2名の新規隊員登録を実現した。</p> <p>今後も、新規隊員登録及び研修への積極的な参加を継続し、DMATチーム体制の充実を図っていく必要がある。</p>	a
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・日本DMATが定めるDMAT標準医療資機材リストを準用し、機器等の導入を行った。 ・DMAT関連の様々な研修や訓練に積極的に参加した。 	<p>H30年度は隊員用装備を導入したほか、DMATに関する様々な研修や訓練に参加した。なお、新規隊員登録については、看護師3名を追加申請したが、抽選により養成講習へ参加することができず、実現しなかった。</p> <p>今後も、新規隊員登録及び研修への積極的な参加を継続し、DMATチーム体制の充実を図っていく必要がある。</p>	a
R01年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・R1年度さいたま市総合防災訓練防災フェア、大規模地震時医療活動訓練、基礎研修C、基礎研修A、埼玉SMART合同訓練 等に参加した。 ・新規に1名日本DMAT研修を受講し、認定された。 ・DMAT隊員が活動時に着用するユニフォームを調達した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの研修及び訓練に参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・看護師1名が日本DMAT研修を受講し、認定を受けることができたため、DMATを2隊編成することができるようになった。 ・主に夏場に着用できるユニフォームを整えたことで、災害医療活動時の暑さによる疲労を緩和することに寄与できた。 	a
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・DMAT参集訓練、R2年度埼玉県災害医療コーディネート研修等に参加した。 ・日本DMAT研修の受講については研修日程などの都合が合わず、今年度は申込はしなかった。 ・DMAT隊員が活動時に使用する赤・黄・緑の資機材を入れるトローリーバッグを調達した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により開催は減っていたが、研修及び訓練については可能な限り参加することができたことで、各隊員の能力向上に寄与することができた。今後も、積極的に研修及び訓練に参加することで、災害拠点病院としての責務を果たせるようにしていく。 ・日本DMAT研修の受講については、申込希望者はいたものの研修日程などの都合が合わず、今年度は申込はしなかった。 ・色別のバッグを購入できたことにより、色によって一目で必要なバッグを見つけられるので、災害医療活動時により迅速に準備できるようになった。 	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	② 医療の質の向上	70% (28.7/41)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 外部組織 における報 告・評価	17 ISO15189 の取得	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO15189の要求事項への適合を維持するために、品質目標・品質計画に基づいて継続的な改善を行った。 ・第1回再審査(更新審査)用提出書類一覧を準備したうえで、9月14日に第1回再審査を受審した。 	<p>内部精度管理、検査機器の保守管理、試薬・消耗品の管理を毎日実施し、正確な検査結果の提供に努めた。外部精度管理は、6月に日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査、9月に日本医師会臨床検査精度管理調査・埼玉県医師会臨床検査精度管理調査に参加した。教育訓練を9回実施し、インシデントに対する是正処置を通年にわたり実施し、品質文書の定期点検を6月に、安全監査を7月に、内部監査を6月と11月に、マネジメントレビューを9月と3月に実施し改善に努めた。第1回再審査(更新審査)の審査結果として、重大な不適合2件、軽微な不適合5件の計7件の指摘を受けたが、11月11日に指摘事項の是正処置が完了し、ISO15189が維持・継続される見込みとなり、1月26日に適合していることが認められた。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	準備・取得	準備・取得	申請用チェックリストに基づいて、適用する要求事項に対して適合しているか検証し、認定申請書及び認定申請書添付書類をすべて準備したうえで、審査を受審し、ISO15189を3月15日に取得した。	<p>認定申請:8月7日 認定申請受理:9月5日 予備訪問実施:9月20日 指摘事項NC(不適合)2件、RM(注記)3件 是正結果:10月10日完了 現地審査実施:11月27日~29日 指摘事項NC(不適合)6件、RM(注記)18件 是正結果:2月1日完了 認定委員会:3月15日に認定取得</p>	a
H30年度	維持	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO15189の要求事項への適合を維持するために、品質目標・品質計画に基づいて継続的な改善を行った。 ・定期サーベランス用提出書類一覧を準備したうえで、1月30日、31日に第1回定期サーベランスを受審した。 	<p>第1回定期サーベランスの審査結果として、不適合1件、注記10件の指摘を受けたが、3月29日に指摘事項の是正処置が完了し、ISO15189が維持・継続される見込みとなった。</p>	a
R01年度	↓	維持	ISO15189の要求事項への適合を維持するために、品質目標・品質計画に基づいて継続的な改善を行った。	<p>内部精度管理、検査機器保守管理、試薬・消耗品管理を毎日実施し、正確な検査結果の提供に努めた。検査科内教育訓練を16回実施した。外部精度管理は、6月に日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査、9月に日本医師会臨床検査精度管理調査・埼玉県医師会臨床検査精度管理調査に参加した。教育訓練を9回実施し、インシデントに対する是正処置を通年にわたり実施し、品質文書の定期点検を6月、安全監査を7月、内部監査を6月と11月に、マネジメントレビューを9月と3月に実施し改善に努めた。</p>	a
R02年度	↓	維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO15189の要求事項への適合を維持するために、品質目標・品質計画に基づいて継続的な改善を行った。 ・定期サーベランス用提出書類一覧を準備したうえで、8月5日~7日に第2回定期サーベランスを受審した。 	<p>内部精度管理、検査機器の保守管理、試薬・消耗品の管理を毎日実施し、正確な検査結果の提供に努めた。外部精度管理は、6月に日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査、9月に日本医師会臨床検査精度管理調査・埼玉県医師会臨床検査精度管理調査に参加した。教育訓練を9回実施し、インシデントに対する是正処置を通年にわたり実施し、品質文書の定期点検を6月、安全監査を7月、内部監査を6月と11月、外注先評価・取引先評価を3月に、力量評価・スキルマップ評価を3月に、マネジメントレビューを9月と3月に実施し改善に努めた。第2回定期サーベランスの審査結果として、注記9件の指摘を受けたが、9月29日に指摘事項の是正処置が完了し、ISO15189が維持・継続される見込みとなり、1月9日に適合していることが認められた。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	② 医療の質の向上	70% (28.7/41)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 総合的な診療体制の強化	18 チーム医療の推進	継続	継続	5月、9月、1月とチーム医療推進委員会を3回開催し、各チームからの活動状況の報告のほか、活動の推進策の検討、各チーム間の連携について検討を行った。	委員会開催については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため書面開催としたが、意見提出用紙を用い、今後のチーム医療推進のあり方や委員会における事例報告のやり方等について意見交換を行った。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	継続	継続	5月17日、9月20日、1月17日にチーム医療推進委員会を開催し、各チーム(感染対策、緩和ケア、褥瘡対策、栄養サポート)の活動状況を確認するとともに、今後更なるチーム医療を推進するため、依頼事項の院内周知方法や委員会の構成員の拡充等(チーム以外のメンバーを委員として参加させる等)の課題について検討を行った。	チーム医療推進委員会を年間計画どおりに実施し、各チームの活動状況の把握と、課題である構成員の拡充に対する検討を行った。 H30年度では、新病院での新たな体制を見据え、引き続き委員会にて検討の深化を行う。	a
H30年度	↓	継続	5月15日、9月19日、1月16日にチーム医療推進委員会を開催し、各チームの活動状況を確認し、チーム医療の推進に向けた課題やその解決策等について検討を行った。 また、1月に開催した第3回委員会からは、感染対策、緩和ケア、褥瘡対策及び栄養サポートの各チームに加え、H30年度新たに発足した摂食嚥下ケアチーム、認知症ケアチームを構成員に加え、構成員の拡充を図った。	チーム医療推進委員会を年3回開催し、各チームの活動状況や現在の課題について情報共有を行ったほか、各チームの課題に対して他チームでの解決方法を紹介した。また、チーム医療の推進を図るため、各チームの今後の方向性についても検討を行った。	a
R01年度	↓	継続	5月15日と10月16日と1月15日にチーム医療推進委員会を開催し、各チームからの活動状況の報告のほか、活動の推進策の検討、各チーム間の連携について議論を行った。	チーム医療推進委員会を年3回開催し、各チームの活動状況や現在の課題について情報共有を行ったほか、各チームの課題に対して他チームでの解決方法を紹介した。また、チーム医療の推進を図るため、各チームの今後の方向性についても検討を行った。	a
R02年度	↓	継続	5月20日と9月16日と1月20日にチーム医療推進委員会を開催し、各チームからの活動状況の報告のほか、活動の推進策の検討、各チーム間の連携について検討を行った。	委員会開催については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため書面開催としたが、意見提出用紙を用い、今後のチーム医療推進のあり方や委員会における事例報告のやり方等について、活発な意見交換を行った。	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	② 医療の質の向上	70% (28.7/41)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ 医療安全に関する取組の更なる強化	19 医療安全関連の研修会・セミナー等の開催件数	8回/年	10回/年	<p>【医療安全関連】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全研修会については、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から人数に上限を設け、録画による研修会を実施するなど7月、12月ともに複数回実施した。また、録画による研修への参加も難しい職員向けに各所属へのDVD配布。対象者：全職員 ・全看護職員を対象に「生体情報モニター講習」をDVDによる映像配信形式で実施(7月～11月) ・診療放射線技師を対象に「MRI室での急変時対応研修」を実施(9月) ・看護師、コメディカルを対象に「患者急変時対応研修」を実施(11月～1月) 7月「ヒューマンファクター工学:エラーメカニズムと基礎」 9月「MRI室での急変時対応研修」 7月～11月「生体情報モニター講習会」 10月「輸液・シリンジポンプ安全講習会」 11月「経腸栄養誤接続防止コネクター講習会」 11月～1月「患者急変時対応研修」 12月「転倒転落防止」 <p>【感染対策関連】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図るため、動画配信、e-ラーニングを活用し、全職員対象の研修会を3回開催した。 10月「第1回院内感染対策研修会」 12月「第2回院内感染対策研修会」 1月「AST研修会」 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全研修会については、録画上映による複数回開催、DVD配布など新型コロナウイルス感染症の拡大防止を図りながら、研修会を実施することが出来た。 ・新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、e-ラーニングや映像配信等の手法を取り入れながら、院内感染対策研修会やAST研修会を行った。 様々な手法で研修会を行なえるようにしたこと、これまで参加が難しかった職員に対しても研修会を行うことができたため、今後も活用していきたいと考えている。 	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	8回/年	9回/年	<p>・全職員対象の研修会を4回開催、同内容のビデオ研修会を4回開催した。また、医療職対象の安全講習会(4シリーズ)を実施した。医療職対象の講習会では、知識確認のためにe-ラーニングでのテストを実施した。</p> <p>【研修会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 5月「平成28年度のインシデントおよびアクシデント報告」 6月「正しく実践！手指衛生」 10月「医療従事者として覚えておきたい医薬品副作用被害救済制度の概要」 10月「かぜ×抗生薬＝？その抗生薬、本当に必要ですか？」 10月「結核研修会」(看護部対象、診療部を対象に3月も実施) <p>【安全講習会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「AED安全講習会」他4シリーズ 	<p>ビデオ研修会を含めた全職員対象全体研修会を計5回と、医療職安全講習会4シリーズの合計9回実施した。</p> <p>医療安全研修会参加者数は1回平均312名となり、多くの参加があった。</p> <p>感染の研修会については地域の4医師会に働き掛け、地域の医療従事者にも参加していただいた。</p> <p>今後も継続して研修・講習会等を行い、医療安全に取り組んでいく。</p>	a
H30年度	↓	8回/年	<p>・全職員対象の研修会を4回開催、同内容のビデオ研修会を10回開催した。また、医療職対象の安全講習会(2シリーズ)を実施した。医療職対象の講習会では、知識確認のためにe-ラーニングでのテストを実施した。</p> <p>【研修会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 5月「平成29年度のインシデントおよびアクシデント報告」 6月「抗生薬適正使用支援チーム(AST)とは？—当院での活動状況—」 9月「看護で取れない「患者さんどうするの？」 9月「微生物検査の適切な検体採取の方法」 10月「実例から考えるチーム医療の重要性」 12月「結核研修会」(看護部対象、診療部を対象に3月も実施) <p>【安全講習会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「AED安全講習会」「モニター講習会」 	<p>ビデオ研修会を含めた全職員対象全体研修会を計6回、医療職安全講習会2シリーズの合計8回実施した。</p> <p>医療安全研修会参加者数は、H29年度と比較して、1回平均59人増(18.9%増)の371名となり、多くの参加があった。</p> <p>院内感染対策研修会参加者数は、1回平均320名(結核研修を除く)となり、地域の4医師会にも働き掛け、地域の医療従事者にも参加していただいた。</p> <p>今後も継続して研修・講習会等を開催し、医療安全に取り組んでいく。</p>	a
R01年度	↓	8回/年	<p>・全職員対象の研修会を5回(各回ビデオ研修会も実施)開催した。また、医療職対象の安全講習会(2シリーズ)、全職員参加型の手指消毒のキャンペーンを実施した。医療職対象の講習会では、知識確認のためにe-ラーニングでのテストを実施した。</p> <p>【研修会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 5月「平成30年度のインシデントおよびアクシデント報告」 6月「抗生薬適正使用支援チーム(AST)とは？—当院での活動状況—」 9月「微生物検査の適切な検体採取の方法」 10月「あらためて医療安全を考える」 12月「抗生薬—薬物動態」 <p>【安全講習会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「AED安全講習会」「モニター講習会」 	<p>医療安全についてはビデオ研修会を含めた全職員対象全体研修会を計2回、医療職安全講習会2シリーズの合計2回実施した。感染対策については、感染対策研修会を3回、手指消毒に関する全職員対象のキャンペーンを1回行った。</p> <p>医療安全研修会については、平均400名超の参加があった。より具体的に身近な研修内容とするため、放射線部門や皮膚科の医療事故等の実際の事例を基にした研修内容とした。</p> <p>院内感染対策研修会参加者数は、1回平均320名(結核研修を除く)となり、地域の4医師会にも働き掛け、地域の医療従事者にも参加していただいた。</p> <p>今後も継続して研修・講習会等を開催し、医療安全に取り組んでいく。</p>	a
R02年度	↓	8回/年	<p>・上半期の医療安全研修会については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から全体研修ではなく、委員会にて報告を行う形とした。</p> <p>・新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図るため、動画配信、e-ラーニングを活用し、全職員対象の研修会を4回開催した。また、医療職対象の安全講習会(2シリーズ)、全職員参加型の手指消毒のキャンペーンを実施した。医療職対象の講習会では、知識確認のためにe-ラーニングでのテストを実施した。</p> <p>【研修会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 6月「第1回院内感染対策研修会」 9月「第1回AST研修会」 10月「10月～12月まで(冬期講習会)」「ICLSブラッシュアップ研修」 11月「第2回院内感染対策研修会」 12月「医療安全研修会～医療における自己決定支援と説明義務～」 12月「第3回院内感染対策研修会」 12月「第2回AST研修会」 3月「第4回院内感染対策研修会」 3月「医療安全研修会～これまでのインシデントおよびアクシデント報告～」、院内改善事例報告 <p>【安全講習会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「輸液シリンジポンプの講習会」「心電図モニターの講習会」 	<p>医療安全研修会については、上半期は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、委員会にて報告を行う形としたが、下半期は、e-ラーニングや映像配信等の手法を取り入れるほか、複数回開催することで、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図りながら研修会を実施することができた。</p> <p>・新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、e-ラーニングや映像配信等の手法を取り入れながら、院内感染対策研修会4回やAST研修会2回行った。様々な手法で研修会を行なえるようにしたこと、これまで参加が難しかった職員に対しても研修会を行うことができたため、今後も活用していきたいと考えている。</p> <p>・輸液シリンジポンプの講習会については、7/13～8/19の間に23回実施、心電図モニターの講習会については7/27～8/6の間に6回を実施した。</p> <p>・開催を計画していた結核研修については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止とした。</p>	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	② 医療の質の向上	70% (28.7/41)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ 医療安全に関する取組の更なる強化	20 医療安全に関する改善取組の推進	12回/年	12回/年	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポート分析の件数や主な改善事例の内容を整理し、毎月、医療安全管理委員会で報告・検討した。また、毎週、医療安全管理室内ミーティングを実施し、院内の医療安全上の様々な課題に対する改善策を検討・実施した。 院内感染対策委員会を毎月開催した。併せて、感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施した。また、新型コロナウイルス感染症に対し、感染症指定医療機関として地域の中心的役割を担っている。 	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポート分析の件数や主な改善事例の内容を整理し、毎月、医療安全管理委員会で報告・検討した。また、院内の医療安全上の様々な課題に対する改善策を検討・実施した。 院内感染対策委員会を毎月開催した。併せて、感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施した。また、新型コロナウイルス感染症に対し、感染症指定医療機関として地域の中心的役割を担っている。 	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	12回/年	12回/年	<ul style="list-style-type: none"> 更なる改善策等を抽出し、改善に取り組んだ。 検査データにおける異常値の取扱い(表示・連絡方法)の改善を行った。 病理標本の受付システムの変更を行い、標体間違いの防止を図った。 MRI室における使用機材の表示方法、入室前の確認方法の変更を行い、吸着事故防止を図った。 抗菌薬使用量の集計方法の改善を行い、客観的な比較を行い易くした。 地域の医療機関とのカンファレンス、相互ラウンドを行い、お互いの感染症に関する知識の向上を図った。 病院内の水道水の細菌の状況を調査し、問題がないことを確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポート分析の件数、主な結果及び主な改善事例の内容(改善前と改善後の比較等)を整理し、医療安全管理委員会、院内感染対策委員会で審議し、インスリン自己注射針の針廃棄ボックスの導入等、改善策を実施した。 院内感染対策委員会の他、地域の医療機関等(4施設)と感染防止対策加算カンファレンスを計12回、感染防止対策地域連携加算カンファレンス・相互ラウンドを計2回、さいたま市感染対策連絡会議に計3回参加した。 今後も継続して分析等を行い、医療安全の改善に取り組んでいく。 	a
H30年度	↓	12回/年	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全管理委員会を毎月開催し、インシデントレポート分析の件数や主な改善事例の報告に基づき、院内の医療安全上の様々な課題に対する改善策を検討した。改善策の導入決定後は、院内関係部署へ周知して改善策を実施した。 医療安全管理室において、毎週、ミーティングを実施し、タイムリーにインシデントを把握して改善策を検討した。 院内感染対策委員会を年12回開催するとともに、地域の医療機関(4施設)と感染防止対策加算カンファレンスを計12回、感染防止対策加算カンファレンス、相互ラウンドをそれぞれ1回ずつ実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> 順調に取組を進め、H30年度は改善策として、同意書の書式改良や薬剤等に係る手順書の作成などを行った。 また、感染対策委員会の開催に併せて、地域の医療機関と感染防止対策加算カンファレンスや相互ラウンド等を実施することで、当院だけではなく地域の医療安全の改善にも大きく貢献することができた。 	a
R01年度	↓	12回/年	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポート分析の件数や主な改善事例の内容を整理し、毎月、医療安全管理委員会で報告・検討した。また、院内の医療安全上の様々な課題に対する改善策を検討・実施した。 院内感染対策委員会を毎月開催した。併せて、感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施した。また、新型コロナウイルス感染症に対し、感染症指定医療機関として地域の中心的役割を担っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月定例で委員会を開催するとともに、週1回、医療安全管理室においてミーティングを行っており、タイムリーにインシデントを把握し、改善策を検討・策定、院内に周知することができた。 院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。また、外部の4病院と感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施し、地域の院内感染対策にも寄与することができた。 新型コロナウイルス感染症に対しては、感染症指定医療機関として市内の最前線の医療機関として対応を続けている。 	a
R02年度	↓	12回/年	<ul style="list-style-type: none"> インシデントレポート分析の件数や主な改善事例の内容を整理し、毎月、医療安全管理委員会で報告・検討した。また、院内の医療安全上の様々な課題に対する改善策を検討・実施した。 院内感染対策委員会を毎月開催した。併せて、感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施した。また、新型コロナウイルス感染症に対し、感染症指定医療機関として地域の中心的役割を担っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月定例で委員会を開催するとともに、週1回、医療安全管理室においてミーティングを行っており、タイムリーにインシデントを把握し、改善策を検討・策定、院内に周知することができた。また、医療安全対策地域連携会議を年1回開催した。 院内感染対策委員会を毎月開催し、感染症の動向や抗菌薬の使用状況等を確認し、適切な院内感染対策を検討し、実施することができた。また、外部の4病院と感染防止対策加算カンファレンスを計12回実施し、地域の院内感染対策にも寄与することができた。 新型コロナウイルス感染症に対しては、感染症指定医療機関として市内の最前線の医療機関として対応を続けている。 	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	② 医療の質の向上	70% (28.7/41)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
エ 医療情報の活用	21 クリニカルインディケーター ¹ の作成・公表・活用	実施	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目のデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(R3年1～3月分、4～6月分、7～9月分、10～12月分)提出した。 また、同法人のホームページを通じてR3年9月にR3年1～3月分、R3年10月にR3年4～6月分、R4年1月にR3年7～9月分、R4年3月にR3年10～12月分が公表された。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目すべてのデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4度(1～3月分、4～6月分、7～9月分、10～12月分)提出した。 また、同法人のホームページを通じて10月に1～6月分、1月に7～9月分が公表された。 なお、10～12月分については4月に公表予定である。	a
H30年度	↓	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目すべてのデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(H30年1～3月分、4～6月分、7～9月分、10～12月分)提出した。 また、同法人のホームページを通じて9月にH30年1～3月分、10月に4～6月分、12月に7～9月分、3月に10～12月分が公表された。	a
R01年度	↓	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目すべてのデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(H31年1～3月分、4～6月分、7～9月分、10～12月分)提出した。 また、同法人のホームページを通じてR1年9月にH31年1～3月分、R1年10月にH31年4～R1年6月分、R2年1月にR1年7～9月分、R2年3月にR1年10～12月分が公表された。	a
R02年度	↓	実施	公益社団法人全国自治体病院協議会が実施している「医療の質の評価・公表等推進事業」へ参加し、医療の質の評価・公表を4回行った。	目標とする項目すべてのデータを公益社団法人全国自治体病院協議会に4回(R2年1～3月分、4～6月分、7～9月分、10～12月分)提出した。 また、同法人のホームページを通じてR2年9月にR2年1～3月分、R2年10月にR2年4～6月分、R3年1月にR2年7～9月分、R3年3月にR2年10～12月分が公表された。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	③ 利用者サービスの向上	66% (19.1/29)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 患者満足度の向上	22 入院患者満足度の向上	90%以上	93%	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者を対象に、スタッフの対応及び病棟の療養環境等についてアンケートを実施した(11～12月)。 アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を12日間とし、R2年度(165人)よりも68人多い233人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、R2年度(98%)より5ポイント減の93%となったが、目標値は上回った。今後は、アンケートの回収数を増加させつつ、引き続き目標値を上回るよう満足度の維持・向上(られるよう)に努める。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	90%以上	88%	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者を対象に、スタッフの対応及び病棟の療養環境等についてアンケートを実施した。 アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> アンケート回収期間を12日間とし、H28年度と同程度の333人から回答を得た。 アンケートで得た意見について、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟外来運営委員会において、H28年度との比較や改善策の検討を行った。特に意見の多かった食事内容の見直しについて検討を行った。 患者満足度はH28年度と同じ値だったが、目標値を若干下回った。今後は、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。 	b
H30年度	↓	89%	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者を対象に、スタッフの対応及び病棟の療養環境等についてアンケートを実施した(12月)。 アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を12日間とし、H29年度よりも73人多い406人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。</p> <p>患者満足度については、H29年度比1%の微増となったが、目標値を若干下回った。今後は、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	b
R01年度	↓	83%	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者を対象に、スタッフの対応及び病棟の療養環境等についてアンケートを実施した(10月)。 アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を12日間とし、H30年度(406人)よりも101人少ない305人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、H30年度(89%)より6%の減となり目標値を若干下回った。</p> <p>今後は、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。</p>	b
R02年度	↓	98%	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者を対象に、スタッフの対応及び病棟の療養環境等についてアンケートを実施した(12月)。 アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<p>アンケート回収期間を5日間とし、R1年度(305人)よりも140人少ない165人から回答を得た。アンケートで得た意見については、病棟ごとに取りまとめを行い、病棟・外来運営委員会において報告し、情報の共有化を図った。患者満足度については、R1年度(83%)より15%増となり目標値を上回った。今後は、アンケートの回収数を増加させられるよう努める。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	③ 利用者サービスの向上	66% (19.1/29)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 患者満足度の向上	23 外来患者満足度の向上	75%以上	78%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	12月1日から28日まで1階においてアンケートを配置し、R2年度(107件)よりも1件増加の108件の回答を得た。アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会において関連部署に情報提供を行い、対応を図った。患者満足度については、R2年度(95%)から17ポイント減の78%となったが、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	75%以上	72%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・12月の第1金曜日に各外来窓口において実施し、H28年度よりも38件減少の333件の回答を得た。 ・アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会においてH28年度との比較や改善策の検討を行い、改善できるものについては、関連部署に情報提供を行い、対応を図った。 ・患者満足度はH28年度よりも下回り、目標値も若干下回った。今後は目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。 	b
H30年度	↓	73%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・12月の第1金曜日に各外来窓口において実施し、H28年度よりも38件減少の333件の回答を得た。 ・アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会においてH28年度との比較や改善策の検討を行い、改善できるものについては、関連部署に情報提供を行い、対応を図った。 ・患者満足度はH28年度よりも下回り、目標値も若干下回った。今後は目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。 	b
R01年度	↓	79%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(10月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・10月の第1金曜日に各外来窓口において実施し、H30年度(320件)よりも47件減少の273件の回答を得た。アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会においてH30年度との比較や改善策の検討を行い、改善できるものについては、関連部署に情報提供を行い、対応を図った。 ・患者満足度については、H30年度(73%)から6%の増となり、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。 	a
R02年度	↓	95%	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者を対象に、待ち時間やスタッフの対応等についてアンケートを実施した(12月)。 ・アンケート結果を過年度と比較検証し、満足度の傾向及び課題を整理した。 ・満足度の傾向及び課題について、院内で情報の共有化を図り、改善策を検討した。 	3月1日から19日まで1階においてアンケートを配置し、R1年度(273件)よりも166件減少の107件の回答を得た。アンケートの結果を踏まえ、病棟外来運営委員会において関連部署に情報提供を行い、対応を図った。患者満足度については、R1年度(79%)から16%増の95%となり、目標値を上回った。今後も引き続き、目標値を上回るよう満足度の向上に努めていく。	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	③ 利用者サービスの向上	66% (19.1/29)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 院外への 情報発信	24 市民公開 講座の実施	20回/年	0回/年	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から開催を見送りとした。	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から今年度の開催について見送ることとした。再開については、新型コロナウイルス感染症の感染状況から判断するとともに、新たな方法として、オンライン公開講座開催の検討を進めていくこととし、機材の調達、撮影方法等について検討を進めていく。	d

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	20回/年	20回/年	市民公開講座を20回開催した。	開催日ごとのテーマ及び参加者数は以下のとおり。 4月19日開催「骨粗鬆症の健康講座 元気な骨を作るには?」:101人、5月17日開催「頭の健康講座 頭と肩の痛み」:112人、5月25日開催「大腸がんについて」:99人、6月14日開催「肺がんについて」:101人、6月21日開催「膝の健康講座 膝の痛みから解放される方法」:96人、7月19日開催「股関節の健康講座 カラダの要(股関節)のおはなし」:111人、7月24日開催「形成外科を知ろう」:52人、8月23日開催「こわい不整脈、こわくない不整脈」:120人、9月13日開催「膝の痛みから解放される方法」:97人、9月20日開催「運動部の健康講座 勤ける老後のために」:82人、9月22日開催「脳梗塞を知ろう」:114人、10月18日開催「膝の健康講座 人工関節手術の前に知っておきたい事」:82人、10月25日開催「血管の病気について知ろう」:114人、11月15日開催「膝の健康講座 膝痛の原因と治療」:109人、11月28日開催「アレルギー性鼻炎について」:97人、12月16日開催「市立病院の新しい心筋梗塞治療」:90人、1月17日開催「股関節の健康講座 よくわかる! 股関節のおはなし」:94人、1月25日開催「くも膜下出血について知ろう」:102人、2月21日開催「膝の健康講座 膝の痛みで本当に困っている人のために」:87人、3月14日開催「膝の健康講座 膝痛の原因と治療」:101人	a
H30年度	↓	36回/年	市民公開講座を年36回開催した。 ○浦和コミュニティセンター(24回) ・【骨粗鬆症の健康講座「元気な骨を作るには?」】 ・【おしっこのお話】ほか ○その他(12回) ※H30年度から新たな会場で開催 ・【膝の健康講座「膝痛の原因と最新の治療法」】 会場:プラザウエスト ・【糖尿病と心臓の危険な関係】 会場:プラザイーストほか	整形外科(15回)とそれ以外の診療科(21回)による、市民の健康保持・増進を目的とした市民公開講座を開催した。 H30年度は、幅広い地域の方に参加してもらえるように、新たにプラザウエストやプラザイースト等の会場でも開催した。また、同一内容の講座を複数会場、日程で開催することにより、開催回数を増やし、講座へ参加しやすい環境を整えた。あわせて、チラシの配布先を増やし、ホームページやSNSを利用した広報を行うことにより、より多くの市民の目に触れるようにした。 その結果として、H30年度の延べ参加者数は、H29年度の1,921人(20回開催)からH30年度の2,425人(36回開催)へと大幅に増加した。	s
R01年度	↓	24回/年	市民公開講座を年24回開催した。 ○整形外科(9回) ・4月20日(土)「膝の健康講座『膝の痛みで困っていませんか?』」 ・5月15日(水)「膝の健康講座『元気な骨をつくるには?』」ほか ○その他診療科(15回) ・4月24日(水)「高血圧はなぜ悪い?」 ・6月19日(水)「増えている大腸がん! ~これでわかる検診の重要性~」ほか	整形外科(9回)とそれ以外の診療科(15回)による、市民の健康保持・増進を目的とした市民公開講座を開催した。 R1年度の延べ参加者数は1,664人(24回開催)だった。H30年度より開催回数は減ったが、浦和区健康まつりに初出展し、より多くの世代の方に参加していただくことができた。なお、あと2回開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響により中止とした。	a
R02年度	↓	0回/年	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から開催を見送りとした。	新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から今年度の開催について見送ることとした。再開については、新型コロナウイルス感染症の感染状況から判断する。	d

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	③ 利用者サービスの向上	66% (19.1/29)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 院外への 情報発信	25 広報誌の 発刊	4回/年	4回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回広報誌を発刊した(R3年7月、9月、R4年2月、3月)。 ・広報・情報管理委員会を開催し、病院広報誌の内容の検討を行った。(2回開催) 	<p>広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。</p> <p>【掲載内容】</p> <p>7月：排尿ケアチームの紹介、呼吸器内科と新型コロナの日常、新任医師の紹介</p> <p>9月：3Dプリンターについて(3Dプリンターの導入、歯科口腔外科における3Dプリンターの活用)、治験管理センターの紹介、新任医師の紹介</p> <p>2月：新年のご挨拶、医療安全管理室の取組紹介、患者支援センターの紹介、新任医師の紹介</p> <p>3月：消化器内科の紹介、周産期母子医療センター棟の新たな機能等について紹介、院長への手紙の紹介、新型コロナウイルス感染症対策について</p> <p>【発行部数】各1,200部</p> <p>【配布場所】医師会、各区情報公開コーナー、緑区内公民館など</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	4回/年	2回/年	12月に広報・情報管理委員会を開催し、2月、3月に広報誌を発刊した。	<p>上半期は広報誌の発刊には至らなかったが、下半期は広報・情報管理委員会を開催し、2・3月に以下のとおり発刊した。</p> <p>2月：形成外科の紹介、小児病棟クリスマス会、新病院建設工事の進捗状況</p> <p>3月：トリアージ訓練、新病院建設工事の進捗状況、市民公開講座H29年度まとめ、院長への手紙H29年度まとめ</p> <p>発行部数：700部</p> <p>配布場所：各区情報公開コーナー、緑区内公民館・市民の窓口・支所へ各20部、院内</p> <p>今後は広報・情報管理委員会を定期的に開催していく必要がある。</p>	d
H30年度	↓	4回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回広報誌を発刊した。(H30年7月、9月、H31年1月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催し、病院広報誌の内容の検討を行った。(H30年7月、11月、H31年1月、3月) ・11月に病院ホームページや広報誌に対する認知度や意見に関する院内アンケートを実施(回答数：454件)し、そのアンケート結果を踏まえ、広報誌の掲載内容、ホームページのスマートフォン対応及びトップページの見直しについて検討を行った。 	<p>広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。</p> <p>【掲載内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H30.7 32号：新任医師の紹介、院長への手紙、市民公開講座、病院建設工事 ・H30.9 33号：救急科の紹介・トリアージ訓練、市民公開講座、院長への手紙、病院建設工事 ・H31.1 34号：院長挨拶、リードレスペースメーカーの紹介、デンチの紹介、病院建設工事、ポランティアの紹介(百歳体操) ・H31.3 35号：新病院の紹介、病院建設工事 <p>【発行部数】700部</p> <p>【配布場所】各区情報公開コーナー、緑区内公民館・市民の窓口・支所へ各20部、院内(総合案内・各病棟)、緑区内包括支援センター(しづや苑、リハビリハウス)</p>	a
R01年度	↓	4回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回広報誌を発刊した。(R1年7月、R2年1月、2月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催し、病院広報誌の内容の検討を行った。(8回開催) 	<p>広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。</p> <p>【掲載内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R1.7：形成外科の紹介、新任医師の紹介、市民公開講座の案内、院長への手紙、新病院建設工事の進捗状況 ・R2.1：院長あいさつ、サイバーナイフの紹介、新任医師の紹介、新病院の紹介 ・R2.2：歯科口腔外科の紹介、学術集会の開催報告、新任医師の紹介 ・R2.3：緩和ケア科の紹介、院長への手紙報告、図書コーナーの紹介 <p>【発行部数】1,200部</p> <p>【配布場所】4医師会会員、各区情報公開コーナー、緑区内公民館・市民の窓口・支所、緑区地域包括支援センター</p>	a
R02年度	↓	4回/年	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回広報誌を発刊した。(R2年6月、9月、R3年1月、3月) ・広報・情報管理委員会を開催し、病院広報誌の内容の検討を行った。(2回開催) 	<p>広報・情報管理委員会を開催し、広報誌を以下のとおり発刊した。</p> <p>【掲載内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R2.6：院長就任のごあいさつ、新任医師のご紹介 ・R2.9：当院のがん医療について(ロボット支援手術の導入、サイバーナイフによるがん治療、がん相談・情報提供) ・R3.1：新年のごあいさつ、救命救急センターの紹介、応援メッセージの紹介 ・R3.3：がん化学療法法の紹介、成育母子医療センターの紹介、新型コロナウイルス感染症対策について <p>【発行部数】1,200部</p> <p>【配布場所】医師会、各区情報公開コーナー、緑区内公民館など</p>	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	③ 利用者サービスの向上	66% (19.1/29)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 院外への 情報発信	26 ホーム ページアクセ ス件数の増加	約36千件/月	約76千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページに関するアンケート結果で要望の多かったバス時刻表や駐車場案内図について、広報・情報管理委員会において検討のうえ、外部リンク設定や案内図添付を行い、要望に応えた。 ・全所属に対してホームページの内容確認を依頼(3月)し必要に応じて更新した。 ・ホームページについて随時更新した。 	院内全所属への更新依頼に基づくホームページの定期更新及び必要に応じた随時更新を行った結果、月当たりのアクセス件数は、R2年度と比較して、11千件増加の約76千件となり、目標に対しては2.1倍の達成率となった。	S

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	約30千件/月	約43千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・上半期においては、初期研修医・専攻医の採用ページについて充実化を図った。 ・随時ホームページの更新を行った。 	上半期においては、初期研修医・専攻医の採用ページについて充実化を図った。その結果、研修医の病院見学者はH28年度の160名からH29年度は194名となり、また、医師臨床研修マッチングでは、当院を研修先として第一位に希望する受験者がH28年度の14名からH29年度は18名に増えた。アクセス件数の進捗管理を行い、H28年度比で1.2倍のアクセス件数となった(H28年度月平均約35千件)。	a
H30年度	約32千件/月	55千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・H30年7月、11月、H31年1月、3月に広報・情報管理委員会を開催し、病院ホームページの内容の検討を行った。 ・院内各所属にホームページ更新の依頼を行い、随時ホームページを更新し、院外への情報発信を推進した。 ・初期研修医・専攻医の採用ページについて充実化を図った。 ・病院広報誌裏表紙に、病院ホームページTOPページのQRコードを表記し、ホームページへのアクセス性の向上を図った。 	病院広報誌裏表紙に病院ホームページTOPページのQRコードを表記し、ホームページへのアクセスをしやすくするなど、取組を進めた結果、ホームページへの月当たりのアクセス件数は、H29年度と比較して、27.9%増加の約5万5千件となり、目標に対しては171.9%の達成率となった。	S
R01年度	約34千件/月	60千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・8回広報・情報管理委員会を開催し、病院ホームページの内容の検討を行った。 ・5月に院内全所属に対してホームページ更新の依頼を行い、院外への情報発信を推進した。 ・11月に院内全所属に対して新病院開院に伴うホームページの見直しを依頼し、最新の情報に更新した。 	新病院の開院に合わせて院内全所属へ更新依頼を積極的に行った結果、ホームページへの月当たりのアクセス件数は、H30年度と比較して、5千件増加の約6万件となり、目標に対しては1.76倍の達成率となった。	S
R02年度	約36千件/月	65千件/月	<ul style="list-style-type: none"> ・広報・情報管理委員会を開催し、ホームページのリニューアルや内容について検討を行った。(8月、1月) ・全所属に対してホームページの内容確認を依頼し、更新した。(9月、3月) ・リニューアルにより、スマートフォン表示、音声読み上げ、多言語表示が可能になった。 ・院内でホームページに関するアンケートを実施した。 	院内全所属への積極的な更新依頼や、ホームページのリニューアルを行った結果、月当たりのアクセス件数は、R1年度と比較して、5千件増加の65千件となり、目標に対しては1.8倍の達成率となった。	S

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 地域医療支援病院の承認	27 承認に必要な基準の達成・維持	維持	維持	・地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。	承認要件の一つである紹介率・逆紹介率の状況を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、院内の幹部が出席する経営状況分析会議等において報告を行い、情報の共有化を図った。 緊急事態宣言(8月～9月)、2度のまん延防止等重点措置(4月～8月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R2年度と比較して、紹介率が1.3ポイント減の67.5%、逆紹介率は3.8ポイント減の85.7%となった。 R4年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	承認	承認	地域医療支援病院の承認要件に対する達成状況を取りまとめ、申請書及び添付様式を作成し、申請を行った。	10月17日に開催された第2回埼玉県医療審議会において諮問され、地域医療支援病院について承認を受けた。 H29年度は、紹介率が62.9%から67.3%、逆紹介率は76.8%から90.0%となり、H28年度から大きく上昇した。 H30年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	a
H30年度	維持	維持	・地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。 ・H29年度の活動状況について業務報告書を作成し、管轄の保健所に報告を行った。(10月)	承認要件の一つである紹介率・逆紹介率の状況を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、院内の幹部が出席する経営状況分析会議等において報告を行い、院内での情報の共有化を図った。 その結果として、H29年度と比較して、紹介率が6.7ポイント増の74.0%、逆紹介率が3.8ポイント増の93.8%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	a
R01年度	↓	維持	・地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。 ・H30年度の活動状況について業務報告書を作成し、管轄の保健所に報告を行った。(10月)	承認要件の一つである紹介率・逆紹介率の状況を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、院内の幹部が出席する経営状況分析会議等において報告を行い、院内での情報の共有化を図った。 その結果として、H30年度と比較して、紹介率が0.4ポイント減の73.6%、逆紹介率は0.9ポイント増の94.7%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	a
R02年度	↓	維持	・地域医療支援病院の承認要件である紹介率・逆紹介率の状況を毎月確認し、要件適合の維持を図った。 ・R1年度の活動状況について業務報告書を作成し、管轄の保健所に報告を行った。(10月)	承認要件の一つである紹介率・逆紹介率の状況を毎月算出し、要件に適合していることを確認のうえ、院内の幹部が出席する経営状況分析会議等において報告を行い、情報の共有化を図った。 2度の緊急事態宣言(4月～5月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R1年度と比較して、紹介率が4.8ポイント減の68.8%、逆紹介率は5.2ポイント減の89.5%となった。 次年度以降についても、地域医療支援病院の承認要件の維持を図っていく。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 産科セミオープンシステムの充実	28 登録医療機関数の増加	25件	20件	<ul style="list-style-type: none"> ・11月に地域周産期連絡会をハイブリッド形式で開催し、地域医療機関と密な連携を図り、セミオープンシステムの活用を積極的に推進した。 ・特に紹介実績のある医療機関や新規に開業した医療機関については、個別訪問を実施し、連携強化を図った。 	<p>分娩取扱い施設は、埼玉県でも年々減少傾向にあるが、今年度は登録医療機関数を維持できた。新型コロナウイルス感染症を含むハイリスク症例に注力するためにはローリスク症例の取り扱いを現状より増やすことは現実的ではない。今後も役割分担を明確にした地域の周産期医療の連携構築に努めていく。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	25件	23件	<p>地域周産期連絡会を1回開催し、地域医療機関との密な連携を図り、積極的なセミオープンシステムの活用を図ったが、2施設が閉院及び妊婦健診を行わなくなったため、登録医療機関数は減少した。</p>	<p>分娩取扱い施設は埼玉県でも年々減少する一方であり、セミオープン登録施設となると妊婦健診を行っている施設に限られるため、地域連携はこれまでどおり進めていくものの、今後の事業の進め方については検討していく。</p>	b
H30年度	↓	21件	<ul style="list-style-type: none"> ・11月に地域周産期連絡会を開催し、地域医療機関と密な連携を図り、セミオープンシステムの活用を積極的に推進した。 ・より充実したセミオープンシステムの確立を図るため、登録医療機関を訪問し、各施設のニーズを確認した。 	<p>分娩取扱い施設は、埼玉県でも年々減少する一方であり、H30年度も更に2施設が減少した。地域連携はこれまでどおり進めていくものの、今後の事業の進め方については検討していく。</p> <p>一方、リスクを有する妊婦は増加しているため、より役割分担を明確にした地域の周産期医療の構築が必要である。</p>	b
R01年度	↓	21件	<ul style="list-style-type: none"> ・11月に地域周産期連絡会を開催し、地域医療機関と密な連携を図り、セミオープンシステムの活用を積極的に推進した。 ・より充実したセミオープンシステムの確立を図るため、登録医療機関を訪問し、各施設のニーズを確認した。 	<p>分娩取扱い施設は、埼玉県でも年々減少する一方であり、R1年度は昨年度の実績数の21件は維持できたものの、目標の25件には届かなかった。地域連携はこれまでどおり進めていくものの、今後の事業の進め方については検討していく。</p> <p>一方、リスクを有する妊婦は増加しているため、より役割分担を明確にした地域の周産期医療の構築が必要である。</p>	b
R02年度	↓	20件	<ul style="list-style-type: none"> ・11月に地域周産期連絡会を開催し、地域医療機関と密な連携を図り、セミオープンシステムの活用を積極的に推進した。 ・より充実したセミオープンシステムの確立を図るため、登録医療機関を訪問し、各施設のニーズを確認した。 	<p>分娩取扱い施設は、埼玉県でも年々減少する一方であり、R2年度は昨年度の実績数からさらに1施設減少した。地域連携はこれまでどおり進めていくものの、今後の事業の進め方については検討していく。</p> <p>一方、リスクを有する妊婦は増加しているため、より役割分担を明確にした地域の周産期医療の構築が必要である。</p>	b

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 産科セミオープンシステムの充実	29 取扱件数の増加・維持	180件以上	132件	<ul style="list-style-type: none"> ・11月に地域周産期連絡会をハイブリッドで開催し、登録医療機関との連携により、円滑なセミオープンシステムを推進した。 ・浦和医師会にて講演を1回、大宮医師会にて講演を1回、座長を1回おこない、地域医療機関と緊密な関係の構築に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・さいたま市においても出生数は減少しており、ローリスク分娩も減少傾向にある。ローリスクの妊婦がセミオープンの対象であるため、取扱件数が減少傾向にあるのもやむを得ないと思われる。今後とも地域の適正な役割分担を目標に、患者のニーズを汲み入れながらセミオープンシステムを運用していく。 	C

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	180件以上	183件	<ul style="list-style-type: none"> 登録医療機関との連携により、円滑なセミオープンシステムを推進し、目標値に到達することができた。 また、ポスターや共通カルテの活用、定期的な地域連絡会によりセミオープンシステムを中心とした地域連携の強化を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標は達成したが、今後の課題としては以下が挙げられる。 ・セミオープン妊婦は基本的にローリスク妊婦なので、全体の分娩数の中でセミオープンシステムに適応しないハイリスク妊婦や精神的・社会的リスクのある妊婦との比率をどのように設定するのか検討する。 ・現在のセミオープンシステム適応、非適応妊婦の分析と、適切なリスク評価(リスクスコア)の見直しを図る。 	a
H30年度	↓	178件	<ul style="list-style-type: none"> ・セミオープンシステムの現状の把握と評価のため、当院に受診した妊婦のリスク評価の分析を行い検討を行った。 ・個々の施設により、リスク評価やニーズも異なるため、施設を訪問し意見を伺った。 ・11月に地域連絡会を開催し、当院の稼働状況とセミオープンシステムの現状について情報共有し連携を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスク評価の分析により、ほぼ適切にセミオープンシステムが活用されていることが確認された。 ・今後は、ハイリスク妊婦の増加と産婦人科施設の減少や、地域のハイリスク妊婦を預かるセンターとしての役割を果たす必要性からも、セミオープンの取扱件数の大幅な増加は望めないと思われるが、地域にとっては、より役割分担を明瞭化したセミオープンシステムの確立が必要と思われるため、今後も適正なセミオープンシステムを推進していく。 	b
R01年度	↓	147件	<ul style="list-style-type: none"> ・セミオープンシステムの現状の把握と評価のため、当院に受診した妊婦のリスク評価の分析を行い検討を行った。 ・個々の施設により、リスク評価やニーズも異なるため、施設を訪問し意見を伺った。 ・11月に地域連絡会を開催し、当院の稼働状況とセミオープンシステムの現状について情報共有し連携を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・さいたま市全域に当たってのセミオープンシステムを中心とした地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・今後は、ハイリスク妊婦の増加と産婦人科施設の減少や、地域のハイリスク妊婦を預かるセンターとしての役割を果たす必要性からも、セミオープンの取扱件数の大幅な増加は望めないと思われるが、地域にとっては、より役割分担を明瞭化したセミオープンシステムの確立が必要と思われるため、今後も適正なセミオープンシステムを推進していく。 	b
R02年度	↓	150件	<ul style="list-style-type: none"> 11月に地域周産期連絡会をリモートで開催し、登録医療機関との連携により、円滑なセミオープンシステムを推進した。 また、ポスターや共通カルテの活用、定期的な地域連絡会によりセミオープンシステムを中心とした地域連携の強化を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・さいたま市全域に当たってのセミオープンシステムを中心とした地域の周産期連携を深めるため、積極的に地域の先生方との意見交換を行った。 ・今後は、ハイリスク妊婦の増加と産婦人科施設の減少や、地域のハイリスク妊婦を預かるセンターとしての役割を果たす必要性からも、セミオープンの取扱件数の大幅な増加は望めないと思われるが、地域にとっては、より役割分担を明瞭化したセミオープンシステムの確立が必要と思われるため、今後も適正なセミオープンシステムを推進していく。 	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ(仮称)地域医療支援センターの設置に向けた機能強化	30 情報交換のための医療機関訪問	実施	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	緊急事態宣言(8月～9月)、2度のまん延防止等重点措置(4月～8月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、医療機関への訪問時期が限定的になったが、医療機関との連携は一般病院3件、回復期病院3件、療養病院1件、ケアミックス病院13件、診療所47件への訪問・情報交換を行った。 医療機関への訪問67件の他、コロナ禍における当院の体制について適宜、医師会所属の医療機関をはじめ、関係医療機関へ文書により情報提供を行った。 また、市内外の医療機関向けに文書による情報発信を行った(小児外科から市内外78医療機関に対して、歯科口腔外科から市内3歯科医師会所属の医療機関に対して情報発信を実施)	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	医療機関との連携を図るため、「さいたま地域連携の会」、「さいたま地域医療連携交流会」、「さいたま地域連携看護師会」に参加し、延べ29病院と連携を図った他、回復期病院1件、療養病院3件、急性期病院1件を訪問し、情報交換を行った。また、「埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会」に2回参加し、情報交換を行った。 今後も引き続き、医療機関を訪問する等、連携、情報交換を行う。	a
H30年度	↓	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	医療機関との連携を図るため、回復期病院3件、療養病院3件、急性期病院2件、ケアミックス病院12件、一般病院1件、診療所44件を訪問し、情報交換を行った。 また、「さいたま地域連携の会」に参加し、市内の30病院と連携を図ったほか、「メディカル・ソーシャル・ワーカー等研修」に参加し、市内20病院及び介護事業者等と連携を図った。 更に、「埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会」に2回参加し、情報交換を行った。 今後も引き続き、医療機関を訪問する等、連携、情報交換を行う。	a
R01年度	↓	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	医療機関との連携を図るため、回復期病院3件、療養病院2件、ケアミックス病院11件、一般病院5件、診療所112件を訪問し、情報交換を行った。 また、「さいたま地域連携の会」に参加し、市内の30病院と連携を図ったほか、「メディカル・ソーシャル・ワーカー等研修」に参加し、市内20病院及び介護事業者等と連携を図った。 更に、「埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会」に2回参加し、情報交換を行った。 今後も引き続き、医療機関を訪問する等、連携、情報交換を行う。	a
R02年度	↓	実施	紹介患者の確保及び医療機関との連携を図るため、医療機関を訪問し、情報交換を行った。	2度の緊急事態宣言(4月～5月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、医療機関への訪問を極力控えたことから、医療機関との連携は一般病院1件、療養病院1件、ケアミックス病院5件への訪問・情報交換にとどまった。 医療機関への訪問は7件にとどまったが、さいたま市内4医師会所属の医療機関宛に患者支援センターの周知案内の文書を発信し、連携強化を図った。 また、さいたま市内4医師会等にさいたま市立病院救命救急センターの開設について文書を発信するとともに、市外医療機関向けに情報発信を行い、連携強化を図った。 さらに、市内外の医療機関向けに文書による情報発信を行った(小児外科から市内外75医療機関に対して、呼吸器外科より市内140医療機関に対して情報発信を実施)。	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ(仮称)地域医療支援センターの設置に向けた機能強化	31 医療相談対応件数の増加	2,300件/年	4,061件/年	医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った。	緊急事態宣言(8月～9月)、2度のまん延防止等重点措置(4月～8月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響はあったが、救命救急センターにおける医療相談業務を年間を通して受けていたため、相談件数が4,061件となり、目標を大幅に上回った。 引き続き、転院及び自宅退院支援について、医療機関や介護事業所等の関係機関と連携調整を行うことで、患者支援を行っていく。	S

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	1,200件/年	1,878件/年	医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った。	医療相談員及び退院調整看護師が行った患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談件数が1,878件となり、目標値を上回った。 今後も引き続き、転院、自宅退院支援について、医療機関及び介護事業所等関係機関と連携調整を行い、患者支援を行っていく。	a
H30年度	1,200件/年	2,456件/年	医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った。	退院調整看護師の増員及び入院支援が開始されたことにより、相談件数が2,456件となり、大きく増加した。 引き続き、転院及び自宅退院支援について、医療機関や介護事業所等の関係機関と連携調整を行うことで、患者支援を行っていく。	S
R01年度	2,050件/年	2,266件/年	医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った。	新病院開院に伴い患者支援センターが設立し、医療相談員が増員されたことにより、相談件数が2,266件となり、目標を上回った。 引き続き、転院及び自宅退院支援について、医療機関や介護事業所等の関係機関と連携調整を行うことで、患者支援を行っていく。	a
R02年度	2,300件/年	3,443件/年	医療相談員及び退院調整看護師が、患者の転院、在宅医療及び医療費等の相談に対して情報提供を行うとともに、医療機関及び介護事業所等の関係機関と連携調整を行った。	2度の緊急事態宣言(4月～5月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の影響はあったが医療相談員の増員による医療相談の増加や、R2年12月に開設した救命救急センターにおける医療相談業務の追加もあったため、相談件数が3,443件となり、目標を上回った。 引き続き、転院及び自宅退院支援について、医療機関や介護事業所等の関係機関と連携調整を行うことで、患者支援を行っていく。	S

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(1) 地域の基幹病院としての地域医療における中核的な役割	④ 病診連携の強化	56% (25.2/45)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ(仮称)地域医療支援センターの設置に向けた機能強化	32 院内職員に対する退院支援研修会の開催	3回/年	3回/年	「入退院支援・退院支援フロー図について」及び「地域看護について」をテーマとした院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	「入退院支援・退院支援フロー図について」をテーマに7月に師長会内において、1月に副師長会内において研修会を開催した。また、11月に看護部院内教育計画の中で地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割をとらえ、看護実践への応用を狙いとした「地域看護について」をテーマとした研修会を開催し、職員への周知を図った。 今後も引き続き、退院支援に関する報告や研修会、勉強会の開催により、職員への周知徹底を図る。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	3回/年	4回/年	退院支援機能の強化による患者の早期回復、在宅復帰及び平均在院日数の短縮化を図るため、退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	毎月開催の師長会において、退院支援に関する業務内容及び取組状況等について報告を行った。また、6月及び11月の看護部マネジメント研修会の他、救急外来、内科病棟において、退院支援研修会を開催し、職員への周知を図った。 今後も引き続き、退院支援に関する報告や研修会の開催により、職員への周知徹底を図る。	a
H30年度	↓	4回/年	退院支援機能の強化による患者の早期回復、在宅復帰及び平均在院日数の短縮化を図るため、退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	6月に師長会における退院支援研修会、11月に東5階病棟スタッフに向けた退院支援に関する研修会及び在宅医療に関する全職員向けの研修会、3月に師長・副師長合同会における退院支援業務及び取組状況に関する研修会を開催し、職員への周知を図った。 また、4月には、H30年度採用の内科系専修医向け院内オリエンテーションにおいて、退院支援に関する業務内容の説明を行った。 今後も引き続き、退院支援に関する報告や研修会の開催により、職員への周知徹底を図る。	a
R01年度	↓	4回/年	退院支援機能の強化による患者の早期回復、在宅復帰及び平均在院日数の短縮化を図るため、退院支援の業務内容及び取組状況等について院内研修会を開催し、職員への周知徹底を図った。	9月に入退院支援をテーマにチーム医療推進の研修会、西6F病棟の看護師に入退院支援の業務内容及び介護保険に関する勉強会、10月に手術室の看護師に対し入退院支援に関する勉強会を開催し、職員への周知を図った。 また、4月に実施したR1年度採用の内科系専修医向け院内オリエンテーションにおいて、退院支援に関する業務内容の説明を行った。 今後も引き続き、退院支援に関する報告や研修会、勉強会の開催により、職員への周知徹底を図る。	a
R02年度	↓	0回/年	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、院内研修会等の開催を控え、開催数は0回であった。	2度の緊急事態宣言(4月～5月、1月～3月)を含め、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、院内研修会等の開催を控えたことから、開催数は0回であった。来年度は院内における新型コロナウイルス感染症防止対策の状況を見極めつつ、開催を図る。	d

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	① 業務改善に関する取組	70% (9.8/14)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 院内情報システムの更新	33 院内情報システムの更新	稼働	稼働	<ul style="list-style-type: none"> 医療総合情報システム及び院内業務システムを安定的に稼働出来るよう取り組みを実施した。 医療総合情報システムの運用支援業務委託の締結 院内業務システムの運用支援業務委託を締結 医療総合情報システムの定例会を実施(毎月) 院内業務システムの脆弱性への検討を実施(随時) 	<p>医療総合情報システムに関する運用支援業務委託を締結し、安定的に稼働させた。また、毎月定例会を実施し、安定稼働に向けて情報の共有を欠かさず実施した。</p> <p>院内業務システムに関する運用支援業務委託を締結し、安定的に稼働させた。また、脆弱性への検討を実施し、Windowsのアップデートやファームウェア(UTM機器やソフトウェア管理ツール等)の更新を実施した。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	準備	準備	<ul style="list-style-type: none"> H30年度当初予算要求分の仕様書を作成し、各社へ情報提供依頼を行った(4～6月)。 各社の情報提供を参考に、H30年度予算要求資料を作成し、予算要求に係る情報システム精査用見積書をIoT政策課へ提出した(7～8月)。 H30年度当初予算分を要求し、財政局との協議の上、所要費用を予算計上した(10月予算要求、11～1月協議、2月予算計上)。 H31年度当初予算要求分の移行計画及び仕様書の検討を行った(10～3月)。 設計・建築との与条件の整合を行った(随時)。 	<p>H30年度当初予算要求分(新病院の医療情報システム)について、予定どおり準備を進め、所要費用を予算計上した。</p> <p>H31年度当初予算要求分(院内の情報ネットワーク)について、移行計画及び仕様書の作成をH29年度末までに終える予定にしていたが、関連するシステム管理委員会に議題として付議し、概要の検討を行うまでに留まった。</p>	b
H30年度	準備	準備	<ul style="list-style-type: none"> 医療総合情報システムの調達を準備(4月～7月)し、発注(8月)した。 H31年度調達の情報系ネットワーク構築の情報提供依頼を行い、予算要求を実施した。 新病院建設工事との与条件整合(随時) 医療総合情報システムの調達を行い、契約を締結した(11月)。 医療総合情報システムのシステム設計を開始し、WGを開始した(2月)。 新病院建設工事との与条件整合(随時) 	<p>医療総合情報システムは、ほぼスケジュール通りに調達を実施した。</p> <p>H31年度情報系ネットワーク構築(職員用インターネット)について、これまでのアンケート内容等を踏まえ、情報提供依頼を行った。その後、情報提供があった各社とヒアリング(9月)を実施し、予算要求を実施した。</p> <p>医療総合情報システムは、ほぼスケジュール通りに調達を実施した。</p> <p>医療総合情報システムの設計を2月から開始し、院内の各部門からメンバーを集め36個のシステムWGを開始した。WGは、H31年4月までに概ね終了する見込みである。</p>	a
R01年度	更新・稼働	更新・稼働	<ul style="list-style-type: none"> 医療総合情報システム(電子カルテシステム)の構築を実施した。※システム設計(4月)、システム構築(5月～7月中旬)、システムテスト(7月中旬～9月) 循環器画像・動画システム、生体検査ファイリングシステム、眼科支援システム及び物流管理システムの構築を行った。 情報系ネットワーク構築の発注(4月)、契約及び着手(5月) 新病院建設工事との与条件整合(随時) 稼働前レビュー(11月、12月)を実施し、軽微なシステム修正とテスト(10～12月)を行った。 新病院の開院に合わせ、医療総合情報システム(電子カルテシステム)を稼働させた(12月)。 開院後、システムが継続して安定的に利用できる運用の実施。 情報系ネットワークを稼働させた(12月)。 開院後、システムが継続して安定的に利用できる運用の実施。 	<ul style="list-style-type: none"> リハーサル、軽微なシステム修正とテストを予定通り実施して、その成果を、医療総合情報システムの稼働に反映させた。 新病院開院に合わせ、医療総合情報システム、情報系ネットワークを稼働させた。 循環器画像・動画システム、生体検査ファイリングシステム、眼科支援システム及び物流管理システムを稼働させた。 開院後、医療総合情報システム、情報系ネットワークが継続して安定的に利用していくための運用を実施している。 	a
R02年度	稼働	稼働	<ul style="list-style-type: none"> 医療総合情報システム及び院内業務システムを安定的に稼働出来るよう取り組みを実施した。 医療総合情報システムの運用支援業務委託の締結(4月) 院内業務システムの運用支援業務委託を締結(4月) 医療総合情報システムの定例会を実施(毎月) 院内業務システムの脆弱性への検討を実施(随時) 	<p>医療総合情報システムに関する運用支援業務委託を締結し、安定的に稼働させた。また、毎月定例会を実施し、安定稼働に向けて情報の共有を欠かさず実施した。</p> <p>院内業務システムに関する運用支援業務委託を締結し、安定的に稼働させた。また、脆弱性への検討を実施し、ファームウェア(UTM機器やソフトウェア管理ツール等)の更新を実施した。</p>	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	① 業務改善に関する取組	70% (9.8/14)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ SPDの導入	34 SPDの導入	実施	実施	物流管理システムを用いて、適時適切に医療材料等を供給するとともに死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物品管理業務の安定的な運用を行うとともに、購入、使用(＝出庫)、在庫データの集約管理と実績に基づく定数見直しを図った。	計画の通り実施することが出来た。今後も引き続き、適時適切に医療材料等を供給するとともに、在庫、請求、発注及び使用の実績データ等を基に、業務の軽減を図り、物流管理業務の安定的な運営を行う。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	検討	検討	院内関係所管で調整のうえ、SPD業務の運用フロー及び仕様内容等について決定し、H30年度予算要求を行った。また、総合図確認会においてSPD倉庫内の什器・備品に係る電源設備の配置等について仕様内容に基づく確認及び修正を行った。	4月から院内関係部署及びコンサルタント業者を交え、業務運用フロー及び仕様内容等について検討を重ね、8月に仕様書を作成し、その仕様書に基づいた概算見積書を複数業者から徴取した。また、1月末に新病院建物の総合図確認会においてSPD倉庫内の什器・備品に係る電源設備の配置等について仕様内容に基づく確認及び修正を行った。 今後は、トレイライナーの運用を含め、開院後の物流フローを検討するとともに、公募資料を作成し、業者選定を進めていく。	a
H30年度	検討	検討	院内関係所管及びコンサルタント業者を交え、契約方法や「新病院開院前の準備業務」及び「開院後の物品管理業務(薬品管理業務・診療材料等管理業務)」の各業務の内容確認及び仕様書の文言整理を行い、9月に業務運用フロー及び仕様内容を確定させた。そして、10月に保健福祉局契約審査委員会の審議・承認を経て、1月に入札公告、2月に入札を執行し業務委託契約を締結した。3月から契約の履行が開始され、受託者と導入に必要な準備業務の協議を行った。	新病院開院時(12月28日)のSPD導入に向け、順調に取組を進めた。 今後は、受託者とともに各種マスタの構築、各部署との運用協議、物品定数のヒアリング等を行うほか、SPD導入までに業務運用マニュアルの作成、院内全体でのオリエンテーションの開催及びシステムシミュレーションの実施等を行い、SPDの円滑な導入を図る。また、導入後は安定的に運用を行っていく。	a
R01年度	実施	実施	院内関係所管で調整のうえ、9月末までに物流管理システムのシステム体形に応じた各種マスタを構築させた。また、部門ごとに毎月のワーキングを開催し、SPD導入後の運用について協議を行い、新病院での部署ごとの物品定数を確定させた。 そして、12月28日までに業務運用マニュアルを作成し、全職員を対象としたオリエンテーション及び物流管理システムの操作方法に関するシミュレーションを実施した。 12月29日の新病院開院以降については、物品管理業務の安定的な運用を行うことが出来た。	予定通り取組を進めた。物流管理システムへのマスタ移行、運用協議内容を反映させた業務運用マニュアルの作成、院内全体での物流管理システムの操作研修及び物流管理業務に関するオリエンテーションを実施した。 今後は、物流管理システムを用いて、適時適切に医療材料等を供給するとともに死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物流管理業務の安定的な運営を行う。	a
R02年度	↓	実施	物流管理システムを用いて、適時適切に医療材料等を供給するとともに死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減等、物品管理業務の安定的な運用を行うとともに、購入、使用(＝出庫)、在庫データの集約管理と実績に基づく定数見直しを図った。	計画通り実施することが出来た。今後も引き続き、適時適切に医療材料等を供給するとともに、在庫、請求、発注及び使用の実績データ等を基に、業務の軽減を図り、物流管理業務の安定的な運営を行う。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 医業収益 の拡大	35 病床利用 率(一般病床) の向上	81.6%	73.2%	病床管理委員会を開催し、平均在院日数の適正化及び重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行うとともに、病床管理上の課題を検討した。	<p>病床管理委員会を11回開催し、病床利用状況の把握及び病床運用上の課題の検討を行った(新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、1月、3月は書面開催)。</p> <p>病床利用率については、R2年度との比較では、2ポイント減の73.2%となったが、目標に対しては89.7%の達成率となった。</p> <p>今後も目標達成に向け、入退院支援を充実させることで平均在院日数の適正化を図るとともに、重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行う。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	86.9%	82.8%	・病床管理委員会を定期的に開催し、平均在院日数の適正化及び重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行うとともに、病床管理上の課題を検討した。	病床管理委員会を3回開催し、病床利用状況の把握及び病床運用上の課題の検討を行った。病床利用率については、H28年度との比較では、0.2ポイント減少の82.8%となり、目標に対しては95.3%の達成率となった。	b
H30年度	86.9%	84.8%	入退院支援管理委員会を定期的に開催し、平均在院日数の適正化及び重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行うとともに、病床管理上の課題を検討した。	入退院支援管理委員会を4回開催し、病床利用状況の把握及び病床運用上の課題の検討を行った。 病床利用率については、H29年度との比較では、2.0ポイント増の84.8%となり、目標に対しては97.6%の達成率となった。	b
R01年度	75.0%	78.1%	入退院支援管理委員会を定期的に開催し、平均在院日数の適正化及び重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行うとともに、病床管理上の課題を検討した。	入退院支援管理委員会を4回開催し、病床利用状況の把握及び病床運用上の課題の検討を行った。 病床利用率については、H30年度との比較では、6.7ポイント減の78.1%となったが、目標に対しては104.1%の達成率となった。	a
R02年度	83.0%	75.2%	病床管理委員会を6月より開催し、平均在院日数の適正化及び重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行うとともに、病床管理上の課題を検討した。	<p>病床管理委員会を9回開催し、病床利用状況の把握及び病床運用上の課題の検討を行った(新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、6月、11月、1月、2月は書面開催)。</p> <p>病床利用率については、R1年度との比較では、2.9ポイント減の75.2%となったが、目標に対しては90.6%の達成率となった。</p> <p>今後も目標達成に向け、入退院支援を充実させることで平均在院日数の適正化を図るとともに、重症度、医療・看護必要度評価の適切な管理を行う。</p>	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 医業収益 の拡大	36 新入院患 者数(一般病 床)の増加	1,235人/月	1,182人/月	・救急患者の受入体制の強化 ・地域医療機関との連携推進	一般病床の新入院患者数は、数か月おきに新型コロナウイルス感染症が急速に拡大する中(いわゆる第4波～第6波)、当該患者の入院病床を確保するため、一部病棟を閉鎖し、一般の入院患者を受け入れられる病床数が減少したことや、救急患者の受入れを制限したことが要因となり、目標に対して95.7%の達成率となった。 今後も、救急委員会において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況下での受入可否事例を精査し、救急患者の受入件数の増加を図るとともに、地域医療機関との連携推進により紹介患者数の増加を図ることで、新入院患者数の増加に努めていく。	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	1,180人/月	1,171人/月	・救急患者の受入体制の強化 ・地域医療機関との連携推進	救急委員会において、受入体制について検討を行い、救急入院患者数がH28年度の5,594人に対して、H29年度の5,557人と比較すると37人の微減となったが、月当たりの新入院患者数は、H28年度の1,165人と比較して6人増加し、目標に対して99.2%の達成率となった。 今後は、受入れを断った理由等の精査を行い、引き続き目標値の達成に向けて努力していく。	b
H30年度	1,180人/月	1,189人/月	・救急患者の受入体制の強化 ・地域医療機関との連携推進	救急委員会において、受入体制について検討を行い、救急入院患者数がH29年度の5,557人に対して、H30年度は、5,811人と254人の増となった。 月当たりの新入院患者数は、H29年度の1,171人と比較して18人増加し、目標に対して100.7%の達成率となった。 今後は、受入れを断った理由や救急隊の引き上げの際の所要時間等の精査を行い、引き続き目標値の達成に向けて努力していく。	a
R01年度	1,116人/月	1,130人/月	・救急患者の受入体制の強化 ・地域医療機関との連携推進	救急委員会において、受入体制について検討を行い取り組んだ。新病院への引越時期の救急車受入制限や、入院患者の制限も行ったが、新入院患者数は1,130人/月となり、目標に対して101.3%の達成率になった。 今後も引き続き、受入れを断った理由や救急隊の引き上げの際の所要時間等の精査を行い、引き続き目標値の達成に向けて努力していく。	a
R02年度	1,235人/月	1,107人/月	・救急患者の受入体制の強化 ・地域医療機関との連携推進	救急委員会において、受入体制について検討を行い取り組んだものの、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響等により、救急車の受入要請に応えられない事例があったことや外来の紹介患者が減少したことなどから、新入院患者数は1,107人/月となり、目標に対して89.6%の達成率となった。 今後も、受入れを断った理由や救急隊の引上げの際の所要時間等の精査を行い、目標値の達成に向けて努力していく。	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 医業収益 の拡大	37 入院診療 単価(一般病 床)の向上	74,080円	81,303円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。	一般病床の入院診療単価は、前年度に比べ、平均在院日数を約1.1日短縮したことや手術件数が約6%増加したことなどにより、目標値に対して約109.8%の達成率となった。 今後も、平均在院日数の適正化や手術件数の増加に努めるとともに、令和4年度の診療報酬改定により新設された加算等の届出を適切に行うことで、入院診療単価の向上に努めていく。	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	63,708円	64,602円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。	重症患者の入院数は増加傾向にあり目標値を達成したが、入院診療単価はH28年度比で173円下回った。 今後は、H30年度の診療報酬改定を踏まえ、新設加算等について届出を行っていく。	a
H30年度	64,440円	69,342円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。 H30年度診療報酬改定により新たに設定された施設基準等のうち、取得可能なものについて届出を行い、算定を開始した。	総合入院体制加算3から2への加算区分の変更や、新たな加算の届出のほか、診療報酬改定の係数増加等の影響により、入院診療単価はH29年度と比較して4,740円上昇し、目標値に対して107.6%の達成率となった。 今後は、R2年度の診療報酬改定を見据え、適宜情報を収集し、新設加算等の届出に向けた準備を行っていく。	a
R01年度	70,181円	71,025円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化及び手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。	平均在院日数の短縮、手術件数の増加や係数の増加等により、目標値に対して101.2%の達成率となった。また、前年度と比較しても1,683円の増加となった。 引き続き、R2年度の診療報酬改定により新設された加算等の届出を適切に行いながら入院診療単価の向上に努める。	a
R02年度	72,341円	75,925円	医学管理料等の算定拡大、平均在院日数の適正化、手術件数の増加等により、入院診療単価の向上を図った。	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、手術件数は前年度比で減少となったが、診療報酬の改定の影響、前年度の金額を上回る保留レセプトの請求や返戻レセプトの再請求の実施等により、入院診療単価は、前年度と比較して4,900円増加し、目標値に対して約105.0%の達成率となった。 今後は、R4年度の診療報酬改定を見据え、適宜情報を収集し、新設加算等の届出に向けた準備を行っていく。	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 医業収益 の拡大	38 外来診療 単価の向上	15,864円	16,479円	化学療法や先進的な検査等を推進し、外来診療単価の向上を図った。	<p>外来診療単価は、前年度比で約0.4%増加し、目標値に対して約103.9%と目標を上回る実績となった。</p> <p>目標達成の要因としては、外来患者数が前年度比で約13.2%の増加となったことに対し、1人当たり診療単価が比較的高い放射線治療科(約14.5%増)や内科(約14.6%増)などの患者数がそれを上回る割合で増加し、化学療法の実施件数(約1.0%増)や内視鏡治療処置件数(約38.8%増)が増加したことなどが寄与したものと考えている。</p> <p>今後も、地域医療機関との連携推進により紹介患者数の増加を図るとともに、令和4年度の診療報酬改定により新設された加算等の届出を適切に行うことで、外来診療単価の向上に努めていく。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	13,531円	14,547円	化学療法や高額検査等を推進し、外来診療単価の向上を図った。	<p>H28年度と比較して、化学療法の件数が406件増の2,989件となったこと等により、外来診療単価が1,098円増となり、目標値を達成した。</p> <p>今後は、H30年度の診療報酬改定を踏まえ、新設加算等について届出を行っていく。</p>	a
H30年度	13,707円	14,781円	化学療法や高額検査等を推進し、外来診療単価の向上を図った。 H30年度診療報酬改定により新たに設定された施設基準等のうち、取得可能なものについて届出を行い、算定を開始した。	<p>H29年度と比較して、化学療法の件数が74件増の3,063件、CTの撮影件数が1,039件増の21,706件となったこと等により、外来診療単価はH29年度と比較して234円上昇し、目標値に対して107.8%の達成率となった。</p> <p>今後は、R2年度の診療報酬改定を見据え、適宜情報を収集し、新設加算等の届出に向けた準備を行っていく。</p>	a
R01年度	14,674円	15,058円	化学療法や高額検査等を推進し、外来診療単価の向上を図った。	<p>放射線治療やCT等の高額検査の増加により、目標値に対して102.6%の達成率となった。また、前年度と比較しても277円の増加となった。</p> <p>引き続き、R2年度の診療報酬改定により新設された加算等の届出を適切に行いながら外来診療単価の向上に努める。</p>	a
R02年度	15,336円	16,412円	化学療法や高額検査等を推進し、外来診療単価の向上を図った。	<p>放射線治療や化学療法、CT等の高額検査の増加により、外来診療単価が、前年度比1,354円の増加となり、目標値に対して107.0%の達成率となった。</p> <p>今後は、R4年度の診療報酬改定を見据え、適宜情報を収集し、新設加算等の届出に向けた準備を行っていく。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 医業収益 の拡大	39 査定率の 抑制	0.14%	0.16%	<ul style="list-style-type: none"> ・保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医療従事者に協議内容を周知することにより、査定率の抑制を図った。 ・レセプトチェックソフトのチェック項目の見直しを行った。 	<p>R3年度は、救急医療管理加算や手術で使用する高額な材料が査定され、査定率が高くなる傾向があったが、高額な査定についても保険委員会で協議し、再審査請求することで復活することもあった。</p> <p>また、連月頻出する査定項目について、その都度迅速に周知を行い注意を促した。</p> <p>さらに、レセプトチェックソフトの病名漏れチェック機能等を改善し、病名漏れ等を防げたこともあり、目標値は概ね達成することができた。</p>	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	0.14%	0.12%	<ul style="list-style-type: none"> ・保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医療従事者に協議内容を周知することにより、査定率の抑制を図った。 ・レセプトチェックソフトのチェック項目の見直しを行った。 	<p>第1四半期では、新たな査定項目が増えたことへの対応が十分にできず、実績値が0.17%となった。しかし、その後、8月よりレセプトチェックソフトの点検項目を、直接レセプトに表記するように改善してからは、レセプト請求前のチェックをより正確に行えるようになり、査定率を抑制することができ、H29年度の実績値では目標を上回った。</p>	a
H30年度	↓	0.15%	<ul style="list-style-type: none"> ・保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医療従事者に協議内容を周知することにより、査定率の抑制を図った。 ・レセプトチェックソフトのチェック項目の見直しを行った。 	<p>H30年度は、手術で使用する高額な材料が査定され、査定率が高くなる傾向があったが、高額な査定についても保険委員会で協議し、再審査請求することで復活することもあった。</p> <p>また、レセプトチェックソフトの病名漏れチェック機能等を改善し、病名漏れ等を防げたこともあり、目標値は概ね達成することができた。</p>	b
R01年度	↓	0.17%	<ul style="list-style-type: none"> ・保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医療従事者に協議内容を周知することにより、査定率の抑制を図った。 ・レセプトチェックソフトのチェック項目の見直しを行った。 	<p>R1年度は、手術で使用する高額な材料が査定され、査定率が高くなる傾向があったが、高額な査定についても保険委員会で協議し、再審査請求することで復活することもあった。</p> <p>また、レセプトチェックソフトの病名漏れチェック機能等を改善し、病名漏れ等を防げたこともあり、目標値は概ね達成することができた。</p>	b
R02年度	↓	0.12%	<ul style="list-style-type: none"> ・保険委員会で査定内容を協議し、必要に応じて医療従事者に協議内容を周知することにより、査定率の抑制を図った。 ・レセプトチェックソフトのチェック項目の見直しを行った。 	<p>R2年度は、手術で使用する高額な材料が査定され、査定率が高くなる傾向があったが、高額な査定についても保険委員会で協議し、再審査請求することで復活することもあった。</p> <p>また、レセプトチェックソフトの病名漏れチェック機能等を改善し、病名漏れ等を防げたこともあり、目標を上回ることができた。</p>	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	② 収益確保に向けた取組	47% (26.7/57)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 医業未収金の削減	40 医業未収金発生率の抑制	2.18%	2.85%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収金回収業務委託の際、業務の履行期間を延ばし回収実績の向上を図った。 ・債権管理条例に基づき、定期的な督促を実施した。 	<p>定期的に督促状を発送するとともに、未収患者の外来受診及び再入院時等に積極的に折衝を繰り返し、支払いを促したが、新型コロナウイルス感染症蔓延による経済的困窮を理由とした支払い不能を訴える患者が増加し、目標値を達成できなかった。</p> <p>今後も引き続き定期的な督促を行いつつ、死亡患者や転居した患者に対しては、住民登録や戸籍の調査を行い、速やかに督促を行うように努めていく。また、住所不定者や外国人の未収患者に対しても、社会資源の活用により、未収金の削減を図っていく。</p>	C

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	2.18%	2.20%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収金回収業務委託の際、契約時期を早め業務の履行期間を延ばすことで回収実績の向上を図った。 ・債権管理条例に基づき、定期的な督促を実施するとともに、継続して市立病院経営部3課による臨戸徴収を行った。 	<p>定期的に督促状を発送するとともに、未収患者の外来受診及び再入院時等に積極的に折衝を繰り返し支払いを促したが、目標を下回る実績値となった。</p> <p>今後も引き続き定期的な督促を行いつつ、死亡患者や転居した患者に対しては、住民登録や戸籍の調査を行い、速やかに督促を行うように努めていく。また、住所不定者や外国人の未収患者に対しても社会資源の活用により、未収金の削減を図っていく。</p>	b
H30年度	↓	2.15%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収金回収業務委託の際、契約時期を早め業務の履行期間を延ばすことで回収実績の向上を図った。 ・債権管理条例に基づき、定期的な督促を実施するとともに、継続して市立病院経営部3課による臨戸徴収を行った。 	<p>定期的に督促状を発送するとともに、未収患者の外来受診及び再入院時等に積極的に折衝を繰り返し、支払いを促した結果、目標値を達成した。</p> <p>今後も引き続き定期的な督促を行いつつ、死亡患者や転居した患者に対しては、住民登録や戸籍の調査を行い、速やかに督促を行うように努めていく。また、住所不定者や外国人の未収患者に対しても、社会資源の活用により、未収金の削減を図っていく。</p>	a
R01年度	↓	2.74%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収金回収業務委託の際、契約時期を早め業務の履行期間を延ばすことで回収実績の向上を図った。 ・債権管理条例に基づき、定期的な督促を実施するとともに、継続して市立病院経営部3課による臨戸徴収を行った。 	<p>定期的に督促状を発送するとともに、未収患者の外来受診及び再入院時等に積極的に折衝を繰り返し、支払いを促したが、目標値を達成できなかった。</p> <p>今後も引き続き定期的な督促を行いつつ、死亡患者や転居した患者に対しては、住民登録や戸籍の調査を行い、速やかに督促を行うように努めていく。また、住所不定者や外国人の未収患者に対しても、社会資源の活用により、未収金の削減を図っていく。</p>	C
R02年度	↓	3.57%	<ul style="list-style-type: none"> ・未収金回収業務委託の際、契約時期を早め業務の履行期間を延ばすことで回収実績の向上を図った。 ・債権管理条例に基づき、定期的な督促を実施した。 	<p>定期的に督促状を発送するとともに、未収患者の外来受診及び再入院時等に積極的に折衝を繰り返し、支払いを促したが、新型コロナウイルス感染症蔓延による経済的困窮を理由とした支払い不能を訴える患者が増加し、目標値を達成できなかった。</p> <p>今後も引き続き定期的な督促を行いつつ、死亡患者や転居した患者に対しては、住民登録や戸籍の調査を行い、速やかに督促を行うように努めていく。また、住所不定者や外国人の未収患者に対しても、社会資源の活用により、未収金の削減を図っていく。</p>	C

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	③ 費用縮減に関する取組	63% (18.9/30)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 材料費の縮減	41 材料費対 医業収益比率 の適正化	23.9%	26.4%	薬品及び診療材料について価格交渉を行い、R3年度の材料費対医業収益比率は26.4%となった。	目標値の23.9%を下回ったものの、価格交渉の結果、薬品は、716品目の内用薬、外用薬及び注射薬について価格変更を行い、年間で約800万円を削減効果が得られた。診療材料は、112品目について価格変更を行い、年間で約80万円の削減効果が得られた。 今後も、さらなる材料費対医業収益比率の改善に向けて取り組んでいく。	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	22.9%	26.4%	薬品及び診療材料について価格交渉を行い、H29年度の材料費対医業収益比率は26.4%となった。	目標値の22.9%を下回ったものの、価格交渉の結果、薬品については、内用薬、外用薬及び注射薬の全体加重平均値引率が17.2%となり、年間で約2,000万円を削減し、診療材料については、約500万円の削減効果が得られた。 今後も、さらなる材料費対医業収益比率の改善に向けて取り組んでいく。	b
H30年度	22.7%	24.6%	薬品及び診療材料について価格交渉を行い、H29年度の材料費対医業収益比率は26.4%となった。	目標値の22.9%を下回ったものの、価格交渉の結果、薬品については、内用薬、外用薬及び注射薬の全体加重平均値引率が17.2%となり、年間で約2,000万円を削減し、診療材料については、約500万円の削減効果が得られた。 今後も、さらなる材料費対医業収益比率の改善に向けて取り組んでいく。	b
R01年度	25.7%	24.8%	薬品及び診療材料について価格交渉を行い、R1年度の材料費対医業収益比率は24.8%となった。	目標値の25.7%を上回り、価格交渉の結果、薬品については、内用薬、外用薬及び注射薬の全体加重平均値引率が15.09%となり、年間で約570万円を削減し、診療材料については、約260万円の削減効果が得られた。 今後も、さらなる材料費対医業収益比率の改善に向けて取り組んでいく。	a
R02年度	23.8%	25.2%	薬品及び診療材料について価格交渉を行い、R2年度の材料費対医業収益比率は25.2%となった。	目標値の23.8%を下回ったものの、価格交渉の結果、薬品は、652品目の内用薬、外用薬及び注射薬について価格変更を行い、年間で約1,000万円を削減効果が得られた。診療材料は、204品目について価格変更を行い、年間で約1,600万円の削減効果が得られた。 今後も、さらなる材料費対医業収益比率の改善に向けて取り組んでいく。	b

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	③ 費用縮減に関する取組	63% (18.9/30)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 材料費の縮減	42 後発医薬品使用数量割合の拡大	85%	88.91%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、6品目移行及び3品目採用した。</p> <p>【候補選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能なこと。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や後発医薬品へ切替可能な医薬品を随時抽出し、後発医薬品へ切り替えを実施した。条件として後発品の供給が不安定の中、品質の管理が徹底され安定供給が可能であり、先発医薬品との効能効果が一致、及び新たに発売された規格なども薬事委員会にて審議を行った。R3年度は、6品目後発医薬品へ移行及び3品目採用となり、後発医薬品の使用数量ベースでは、88.91%(R2年度平均88.12%)となった。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	80%	84.33%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、15品目移行及び2品目採用した。</p> <p>【候補選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能なこと。 	<p>随時、使用数量上位の医薬品を抽出し、切替える方法を実施することにより、使用数量上位の医薬品が15品目後発医薬品へ移行及び2品目採用となり、後発医薬品の使用数量ベースでは、84.33%(H29年度平均)となった。</p>	a
H30年度	80%	86.56%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、10品目移行及び1品目採用した。</p> <p>【候補選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能なこと。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や後発医薬品へ切替可能な医薬品を抽出し、随時、後発医薬品へ切り替える方法を実施することにより、10品目後発医薬品へ移行及び1品目採用となり、後発医薬品の使用数量ベースでは、86.56%(H30年度平均)となった。</p>	a
R01年度	85%	85.97%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、13品目移行及び4品目採用した。</p> <p>【候補選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能なこと。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や後発医薬品へ切替可能な医薬品を抽出し、随時、後発医薬品へ切り替える方法を実施した。また、先発医薬品との効能効果一致、及び新たに開設された採用薬品の選定の際に、後発医薬品のある医薬品は、後発医薬品を選定することを協議し、R1年度は、13品目後発医薬品へ移行及び4品目採用となり、後発医薬品の使用数量ベースでは、85.97%(H30年度平均86.56%)となった。</p>	a
R02年度	↓	88.12%	<p>以下の条件に基づいて、該当する医薬品のうち、使用数量上位を抽出し、随時、薬事委員会の承認、院長承認を得て切り替える方法を実施し、9品目移行及び4品目採用した。</p> <p>【候補選択の前提条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の品質、製造管理が徹底されていること。 ・医薬品の情報提供が速やかで問題の無いこと。 ・安定供給が可能なこと。 	<p>新たに薬価収載された後発医薬品や後発医薬品へ切替可能な医薬品を随時抽出し、後発医薬品へ切り替えを実施した。また、先発医薬品との効能効果一致、及び新たに開設された採用薬品の選定の際に、後発医薬品のある医薬品は、後発医薬品を選定することを協議し、R2年度は、9品目後発医薬品へ移行及び4品目採用となり、後発医薬品の使用数量ベースでは、88.12%(R1年度平均85.97%)となった。</p>	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	③ 費用縮減に関する取組	63% (18.9/30)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 医療機器 等調達費用の 縮減	43 価格及び 保守内容の妥 当性確認	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・調達予定機器の保守費用や保証期間の長さ等を含めたトータルコストについて、比較検討を行い仕様書を作成する。 ・故障等による整備の緊急性が高い医療機器の調達(臨時分)においても、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、メーカー間での競争を促すことにより、調達費用の縮減を図る。 	<p>パルス方式キセノン紫外線照射ロボットの調達(R3.6月入札・契約)において他の機種と比較検討し、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とし、免疫組織化学染色機の調達(R3.11月入札・契約)において、複数のメーカーを比較することにより、競争性を高めて入札を行った。</p> <p>競争性を高めた結果、前段の契約では、定価ベースである約6,600万円から約4,800万円の削減効果があった。また、後段の契約では、予算ベースである約2,840万円から約440万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<p>保守費が発生する機器について、保守費用を含めたトータルコストを比較検討した仕様書に基づき購入した。また、その他の機器購入に関しても、類似機器についてはセット購入することにより高い割引率で購入する等、医療機器調達費用の縮減を図った。</p>	<p>超音波診断装置の購入においては、購入前の価格動向調査、メーカーへの働き掛け、仕様の見直し及び一括購入により、約565万円の購入費用の縮減を図った。</p> <p>今後も医療機器の購入方法については、費用縮減できるように見直しや改善を進める。</p>	a
H30年度	↓	実施	<p>医療機器の調達において、トータルコストを縮減するため、保守費用、保証期間及び関連機器とのセット購入等の調達方法について、比較検討を行った。</p>	<p>手術支援ロボット(H30.8月入札・契約)及び患者監視モニタリングシステム(H31.3月入札・契約)の調達において、当該各機器の単独調達では、調達費用及び保守費用や保証期間の長さを含めたトータルコストの差が小さかったため、各機器に必要な関連機器をセット購入する仕様とし、競争性を高めて入札を行った。セット購入としたことにより、手術支援ロボットでは約600万円、患者監視モニタリングシステムでは約1,111万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	a
R01年度	↓	実施	<p>医療機器の調達において、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、安易なメーカー指定を避け、同種同機能メーカー間での競争を促すこと、関連機器とのセット購入や、各部門の希望機種による仕様書の集約や仕分けにより、トータルコストを縮減した。</p>	<p>電気メス(H31.4月入札・契約)の調達において、全手術室分をセット購入する仕様とし、競争性を高めて入札を行った。セット購入としたことにより、通常価格では約6,200万円となるものを約2,100万円で購入することができ、約4,100万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	a
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・調達予定機器の保守費用や保証期間の長さ等を含めたトータルコストについて、比較検討を行い仕様書を作成する。 ・故障等による整備の緊急性が高い医療機器の調達(臨時分)においても、必要十分かつ無駄な機能を省いた仕様とすることや、メーカー間での競争を促すことにより、調達費用の縮減を図る。 	<p>泌尿器科用レーザーの調達(R2.6月入札・契約)において、複数の機種をセット購入する仕様とし、脳神経外科手術用ナビゲーションユニットの調達(R2.10月入札・契約)において、複数のメーカーを比較することにより、競争性を高めて入札を行った。</p> <p>競争性を高めた結果、前段の契約では、定価ベースである約6,600万円から約2,750万円の削減効果があった。また、後段の契約では、予算ベースである約5,660万円から約3,790万円の削減効果があった。</p> <p>今後も、費用の縮減を図るため、医療機器の調達方法の見直しや改善を進めていく。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	③ 費用縮減に関する取組	63% (18.9/30)	A		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ ESCOによるエネルギーの省力化	44 ESCOによる光熱水費の縮減	4,000万円/年	6,938万円/年	ESCO事業の適切な管理運営を行った。	適切な管理運営を行ったことで、光熱水費を年間で6,938万円削減することができた。 目標値は達成することができたが、今後も適切な管理運営を行い、計画目標を達成していく必要がある。	S

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	4,000万円/年	4,257万円/年	適切な管理運営を行うとともに、省エネルギー効果の検証を行った。	適切な管理運営を行ったことで、H29年度の削減効果は4,257万円となった。 目標値は達成することができたが、今後も適切な管理運営を行い、計画目標を達成していく必要がある。	a
H30年度	↓	4,059万2千円/年	適切な管理運営を行うとともに、省エネルギー効果の検証を行った。	適切な管理運営を行ったことで、H30年度の削減効果は4,059万2千円となった。 目標値は達成することができたが、今後も適切な管理運営を行い、計画目標を達成していく必要がある。	a
R01年度	↓	4,962万円/年	ESCO事業の適切な管理運営を行った。	適切な管理運営を行ったことで、光熱水費を年間で4,962万円削減することができた。 目標値は達成することができたが、今後も適切な管理運営を行い、計画目標を達成していく必要がある。	a
R02年度	↓	8,927万円/年	ESCO事業の適切な管理運営を行った。	適切な管理運営を行ったことで、光熱水費を年間で8,927万円削減することができた。 目標値は達成することができたが、今後も適切な管理運営を行い、計画目標を達成していく必要がある。	S

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	④ 経営管理体制の整備	52% (8.9/17)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ア 院内組織 の見直し	45 組織の見 直し	実施	実施	新病院稼働後の状況を踏まえ、現在の組織状況について随時必要な見直しを検討する。	業務量増加に伴い病院経営部を1名増とすることとした。なお、新型コロナウイルス感染症の影響により、通常と異なる業務量、人員配置(検査等の対応に係る医師の体制整備、患者受け入れに伴う看護師の配置転換、休日の事務員配置等)となったことから、引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響状況を見つつ、組織体制見直しの前提となる業務量の把握に努めていく。	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	新病院開院に向けた病院全体の組織体制の検討を行い、組織案を作成した。 また、医療制度の動向や経営課題の解決に迅速に対応できるよう、事務部門に企画部門を設置することとした。 検討内容:診療部-診療科の細分化、精神身体合併症療養の組織、事務部門の組織体制(企画部門の体制整備、電算部門の充実を含む)、(仮称)患者支援センター設置に伴う組織体制、院長直轄の組織(医療安全管理、感染管理、臨床研修管理)の体制、内科、外科に括らない部門(腫瘍センター、手術センター)の位置付け、企画部門と事務部門の業務の区分け	新病院開院に向けた施設整備を反映した組織体制の検討・整備を行い、組織案を作成したが、院長直結の組織(医療安全管理、臨床研修管理)の体制及び業務、内科、外科に括らない部門(腫瘍センター、手術センター)の位置付け、企画部門と事務部門の業務の区分けについては、早期に整理する必要がある。	b
H30年度	↓	実施	・新病院開院に向けた病院全体の組織・人員計画を作成した。 医療制度の動向や経営課題等に迅速に対応することを目的とした企画部門の設置については、経営状況を見ながら職員を増員して配置する必要があるため、新病院開院時には設置しないこととした。 実施内容:事務部門の組織体制案の作成(企画部門の設置時期の延期、病院施設整備室と庶務施設管理係の統合)、新病院に係る条例・規則改正の実施(標ぼう科名、病床数、定数条例の変更)、救急ワークステーションの運営に関する検討(消防局と協議)、周産期センター跡地利用に入る組織の課題整理	新病院開院に向けた施設整備を反映した組織・人員計画を作成したが、内科、外科に括らない部門(腫瘍センター、手術センター)の位置付け、緩和ケアに関する部門の位置付けは最終調整をする必要がある。	a
R01年度	↓	実施	・2月議会において、4月からの診療科追加に向け、条例議案を提出(設置条例改正。呼吸器内科) ・新病院における組織体制や事務分掌の変更に必要な規則等を改正。(管理規則、専決規定)	組織改正に必要な規定の整備(呼吸器内科の追加及び設置条例の改正並びに組織体制や事務分掌の変更に伴う管理規則及び専決規定の改正)については、計画通りに進捗した。	a
R02年度	↓	実施	地域の医療機関との連携強化を図るため、患者支援センターの人員を1名増員し、病院経営部を1名減とした。	地域の医療機関との連携強化を図るため、患者支援センターの人員を1名増員し、病院経営部を1名増員し、新型コロナウイルス感染症の影響により、通常と異なる業務量、人員配置(医師の体制整備、患者受け入れに伴う看護師の配置転換、休日の事務員配置等)のため、業務量の把握はできていない。新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、業務量把握に努め、組織体制の見直しを検討する。	b

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	④ 経営管理体制の整備	52% (8.9/17)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 職員の経営意識の醸成	46 経営状況に関する説明会(研修会)の実施	2回	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・6月: R2年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・11月: R3年度上半期の経営状況等に関する院内説明会の実施 	<p>医師や看護師等を対象に、下記の内容について説明会を開催した。</p> <p>6月は、市立病院経営部からR2年度決算見込みや、主要経営指標の達成状況について説明を行うとともに、病院長から新型コロナウイルス感染症の経過状況と当院の今後の課題と目標等について説明を行った。(参加者: 67名)</p> <p>11月は、市立病院経営部からR3年度上半期の決算状況(見込み)や、各主要指標の達成状況について説明を行った。また、コンサルタントからDPC特定病院群の指定に向けての現状と今後の取組みについて説明を行うとともに、病院長から当院の新型コロナ感染症の当院の対応と今後の対応について説明を行った。(参加者: 61名)</p> <p>資料等については、職員が確認できるよう電子カルテシステムに掲載した。今後はより多くの方が参加できる方策を検討していく。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	2回	2回	6月にH28年度の経営状況等に関する院内説明会を実施し、11月にH29年度上半期の経営状況等に関する院内説明会を実施した。	<p>診療部長や看護師長等を対象に、下記の内容について説明会を開催した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6月はH28年度決算見込みや、主要経営指標の達成状況等について説明を行い、病院長による自治体病院の経営原則や公立病院改革の取組状況、当院の経営状況の推移等について、講話を行った(参加者: 約50名)。 ・11月は、H29年度上半期の決算見込みや主要経営指標の達成状況等について説明を行い、病院長による現年及び過去3ヶ年における当院の各指標の推移や、現在当院が抱えている課題、今後当院が目指すべき方向性等について講話を行った(参加者: 約50名)。 <p>・今後は参加対象者の拡大等を検討していく。</p>	a
H30年度	↓	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・6月: H29年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・11月: H30年度上半期の経営状況等に関する院内説明会の実施 	<p>診療部長や看護師長等を対象に、下記の内容について説明会を開催した。</p> <p>6月は、市立病院経営部からH29年度決算見込みや、主要経営指標の達成状況について説明を行うとともに、病院長から増収への対策や今後の課題等について説明を行った。(参加者: 47名)</p> <p>11月は、市立病院経営部からH30年度上半期の決算状況(見込み)や、各主要指標の達成状況について説明を行うとともに、病院長から延べ入院患者数、平均在院日数及び入院診療単価のそれぞれの関連性等について説明を行った。(参加者: 55名)</p> <p>今後は参加対象者の拡大等を検討していく。</p>	a
R01年度	↓	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・6月: H30年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・1月: R1年度上半期の経営状況等に関する院内説明会の実施 	<p>診療部長や看護師長等を対象に、下記の内容について説明会を開催した。</p> <p>6月は、市立病院経営部からH30年度決算見込みや、主要経営指標の達成状況について説明を行うとともに、病院長から増収への対策や今後の課題等について説明を行った。(参加者: 77名)</p> <p>1月は、市立病院経営部からR1年度上半期の決算状況(見込み)や、各主要指標の達成状況について説明を行うとともに、院長からDPCでの高度急性期病院の社会的役割について説明を行った。(参加者: 83名)</p> <p>今後は参加対象者の拡大等を検討していく。</p>	a
R02年度	↓	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・6月: R1年度の経営状況等に関する院内説明会の実施 ・11月: R2年度上半期の経営状況等に関する院内説明会の実施 	<p>診療部長や看護師長等を対象に、下記の内容について説明会を開催した。</p> <p>6月は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から書面開催とし、R1年度決算見込みや、主要経営指標の達成状況について説明を行うとともに、他院との比較による当院の経営状況の位置付け等について説明を行った。</p> <p>11月は、市立病院経営部からR2年度上半期の決算状況(見込み)や、各主要指標の達成状況について説明を行うとともに、病院長から当院の新型コロナ感染症の診療の概要について説明を行った。(参加者: 58名)</p> <p>今後は参加対象者の拡大等を検討していく。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と適正配置	53% (12.2/23)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価																														
ア 必要人員 の確保	47 職員の増 員	1,038名	1,013名	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・年6回の看護師採用選考の実施により、R4年度当初の看護職員数が695名となった。 	<p>R3年度末とR2年度末の比較では、医師8名増、看護職員17名増、医療技術員3名減、事務その他1名減で、合計21名増となり、医師以外は計画人員を概ね確保した。</p> <p><職種別配置数></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>計画数</th> <th>配置数</th> <th>充足率</th> <th>(参考)R2年度末</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>135</td> <td>115</td> <td>85%</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>672</td> <td>676</td> <td>101%</td> <td>659</td> </tr> <tr> <td>医療技術員</td> <td>162</td> <td>156</td> <td>96%</td> <td>159</td> </tr> <tr> <td>事務その他</td> <td>69</td> <td>66</td> <td>96%</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1,038</td> <td>1,013</td> <td>98%</td> <td>992</td> </tr> </tbody> </table> <p>今後も、医師については人員確保のため関連大学の医局へ働きかけを行うとともに、その他の職種についても第3次中期経営計画に基づく人員確保に努めていく必要がある。</p>		計画数	配置数	充足率	(参考)R2年度末	医師	135	115	85%	107	看護職員	672	676	101%	659	医療技術員	162	156	96%	159	事務その他	69	66	96%	67	合計	1,038	1,013	98%	992	b
	計画数	配置数	充足率	(参考)R2年度末																																
医師	135	115	85%	107																																
看護職員	672	676	101%	659																																
医療技術員	162	156	96%	159																																
事務その他	69	66	96%	67																																
合計	1,038	1,013	98%	992																																

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	804名	818名	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・年3回の看護師採用選考の実施により、H30年度当初の看護職員数が608名となり、概ね計画どおりの職員を確保した。 ・診療放射線技師の採用選考を実施し、放射線治療専門技師、放射線治療品質管理士等の資格を有する人材を確保した。 ・臨床工学技士の採用選考を実施し、2名を採用した。 	<p>H29年度末とH28年度末の比較では、医師8名増、看護職員43名増、医療技術員10名増、事務職員3名増、労務職員1名減で、合計63名増となり、医師以外は新病院に向けた計画人員を概ね確保した。特に、診療放射線技師採用選考を行った結果、新病院において高精度の放射線治療を行うために必要となる資格(放射線治療専門技師、放射線治療品質管理士等)保持者を採用した。</p> <p>今後も、医師の確保について働きかけを行っていくこと、また、歯科医師や歯科衛生士を始めとした新病院において新たに必要となる職種について人員の確保に努める必要がある。</p>	a
H30年度	848名	888名	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・年1回の看護師採用選考の実施により、H31年度当初の看護職員数が603名となった。 ・歯科衛生士の採用選考を実施し、歯科衛生士の資格を有する2名を採用した。 	<p>H30年度末とH29年度末の比較では、医師1名減、看護職員49名増、医療技術員17名増、事務職員5名増、労務職員増減なしで、合計70名増となり、医師以外は新病院に向けた計画人員を概ね確保した。特に、歯科衛生士の採用選考を行った結果、現在の市立病院には配属されていない歯科衛生士を2名採用することができ、新病院開院と同時に設置される歯科口腔外科の開院に向けた人員確保につながった。</p> <p>今後も、医師については人員確保のため関連大学の医局へ働きかけを行うとともに、その他の職種についても新病院開院に向けた人員確保に努めていく必要がある。</p>	a
R01年度	972名	912名	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・年2回の看護師採用選考の実施により、R2年度当初の看護職員数が659名となった。 ・歯科衛生士の採用選考を2回実施し、歯科衛生士の資格を有する2名を採用した。 	<p>R1年度末とH30年度末の比較では、医師12名増、看護職員7名減、医療技術員15名増、事務職員5名増、労務職員1名減で、合計24名増となり、医師以外は計画人員を概ね確保した。</p> <p>今後も、医師については人員確保のため関連大学の医局へ働きかけを行うとともに、その他の職種についても人員確保に努めていく必要がある。</p>	b
R02年度	1,038名	992名	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保のため、関連大学の医局へ医師の派遣を要望した。 ・年3回の看護師採用選考の実施により、R3年度当初の看護職員数が667名となった。 	<p>R2年度末とR1年度末の比較では、医師1名増、看護職員71名増、医療技術員9名増、事務職員1名増、労務職員2名減で、合計80名増となり、医師以外は計画人員を概ね確保した。</p> <p>今後も、医師については人員確保のため関連大学の医局へ働きかけを行うとともに、その他の職種についても人員確保に努めていく必要がある。</p>	b

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と適正配置	53% (12.2/23)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
イ 人材の育成	48 資格取得支援・研修会や学会への参加推進	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師及び医療技術員に対し、学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護師の資格取得に向け、3分野に係る資格取得支援(授業料等の支出)を行った。 ・手術支援ロボットによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。(消化器外科医師1名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師について、入職時に学会専門医、指導医、各種資格の取得状況を確認した。 ・学会、研修会への参加や資格取得に係る参加費、旅費、授業料等の支援を行い、専門的知識の習得につながった。 ・看護職員においては、医療活動の充実を図るため、クリティカルケア、感染管理、摂食嚥下障害の分野に係る認定看護師等育成支援を実施した。 ・手術支援ロボットに係るトレーニング参加費の支援を行い、手術支援ロボットによる手術の実施につながった。 	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に対し国内の学会103件、国外の学会5件の旅費・参加費の支援を行った。 ・看護師、医療技術員に対し学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護師「認知症看護」「新生児集中ケア」「感染管理」及び特定行為看護師の資格取得に向け、資格取得支援(授業料及び旅費の支出)を行った。(認定管理者2名、認定看護師1名、特定行為1名) ・手術支援ロボットda Vinciによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。(泌尿器科医師1名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員、医療技術員の学会・研修会への参加や資格取得に係る旅費・参加費・授業料等の支援を行い、専門的知識の習得に繋がった。 ・看護職員においては、H29年度末での認定看護師14名、特定行為看護師1名となり、各分野に認定看護師を配置することで、医療活動の充実化が図られている。 ・今後も引き続き、資格取得や学会・研修会への参加を支援していく必要がある。 	a
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に対し国内の学会103件、国外の学会5件の旅費・参加費の支援を行った。 ・看護師、医療技術員に対し、学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護管理者、認定看護師「皮膚・排泄ケア」及び特定行為看護師の資格取得に向け、資格取得支援(授業料及び旅費の支出)を行った。(認定管理者2名、認定看護師1名、特定行為1名) ・手術支援ロボットda Vinciによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。(泌尿器科医師1名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員及び医療技術員の学会・研修会への参加や資格取得に係る旅費・参加費・授業料等の支援を行い、専門的知識の習得につながった。 ・看護職員においては、H30年度末での認定看護管理者6名、認定看護師18名、特定行為看護師2名となり、各分野に認定看護師を配置することで、医療活動の充実化が図られている。 ・また、手術支援ロボットda Vinciに係るトレーニング参加費の支援を行い、泌尿器科医師がロボット支援下内視鏡手術のcertificationを取得し、手術支援ロボットda Vinciによる手術の実施につながった。 ・今後も引き続き、資格取得や学会・研修会への参加を支援していく必要がある。 	a
R01年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に対し国内の学会125件、国外の学会2件の旅費・参加費の支援を行った。 ・看護師、医療技術員に対し、学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護管理者、認定看護師「がん放射線療法看護」及び特定行為看護師の資格取得に向け、資格取得支援(授業料及び旅費の支出)を行った。(認定看護師1名、特定行為1名) ・手術支援ロボットによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。(外科医師1名、呼吸器外科医師1名、泌尿器科医師1名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員及び医療技術員の学会・研修会への参加や資格取得に係る旅費・参加費・授業料等の支援を行い、専門的知識の習得につながった。 ・看護職員においては、R1年度末での認定看護管理者6名、認定看護師19名、特定行為看護師3名となり、各分野に認定看護師を配置することで、医療活動の充実化が図られている。 ・また、手術支援ロボットに係るトレーニング参加費の支援を行い、外科医師1名、呼吸器外科医師1名、泌尿器科医師1名がロボット支援手術の認定を取得し、手術支援ロボットによる手術の実施につながった。 ・今後も引き続き、資格取得や学会・研修会への参加を支援していく必要がある。 	a
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師及び医療技術員に対し、学会や研修会に参加するための旅費・参加費の支援を行った。 ・認定看護師「脳卒中・リハビリテーション看護」の資格取得に向け、資格取得支援(授業料及び旅費の支出)を行った。(認定看護師1名) ・手術支援ロボットによる手術を行うためのトレーニング参加費の支援を行った。(消化器外科医師2名、泌尿器科医師1名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員及び医療技術員の学会・研修会への参加や資格取得に係る旅費・参加費・授業料等の支援を行い、専門的知識の習得につながった。 ・看護職員においては、R2年度末での認定看護管理者7名、認定看護師22名、特定行為看護師3名となり、各分野に認定看護師を配置することで、医療活動の充実化を図ることができた。 ・また、手術支援ロボットに係るトレーニング参加費の支援を行い、手術支援ロボットによる手術の実施につながった。 ・今後も引き続き、資格取得や学会・研修会への参加を支援していく必要がある。 	a

項目評価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と適正配置	53% (12.2/23)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ 働きがいのある職場づくり	49 職員満足度の向上	80%以上	85%	R4年2月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施し、満足度の傾向及び課題について検証を行った。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目(満足度)で『そう思う』と回答した人の割合が85%だった。</p> <p>項目別では、全17項目のうち、14項目で満足度が向上しており、特に、「2-1 職場での人間関係や雰囲気は良好である」の8%向上をはじめ、「2-2 他部署・他職種との連携や協力関係は良好である」が3%向上、「4-1 上司と十分なコミュニケーションがとれている」が4%向上、「4-2 上司は、適切な支援・指導してくれる」が5%向上と、職種間及び所属内のコミュニケーションに関する項目で満足度が向上していた。</p> <p>看護職員について、人員不足にかかる満足度の低下が著しいため、第3次中期経営計画における新興感染症拡大時を想定した人員配置計画に基づく採用を確実に実施し、人員不足に係る満足度を向上させる必要がある。</p>	a

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	70%以上	79%	・調査項目の見直しを行い、2月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施した。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目(満足度)で『そう思う』と回答した人の割合が79%だった。</p> <p>項目別で比較すると「現在の仕事にやりがいを感じている」、「職場での人間関係や雰囲気は良好である」、「上司は、適切な支援・指導してくれる」、「上司は正当に評価してくれている」の項目で『そう思う』『どちらかというとそう思う』と回答した人の割合が高く、反対に「組織や人員配置は適切である」、「職場の施設や整備に満足している」の項目で低かった。</p> <p>今後は組織や人員配置については、各部署へのヒアリングを行うとともに、引き続き人員確保に向けて関係機関に対し要望・働きかけを行っていく。</p>	a
H30年度	↓	77%	・H29年度調査時に、職員数が少ない職種では、年齢等から個人の特定が可能であるとの指摘があったため、項目を一部修正した上で、H31年2月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施し、満足度の傾向及び課題について検証を行った。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目(満足度)で『そう思う』と回答した人の割合が79%だった。</p> <p>項目別で比較すると「現在の仕事にやりがいを感じている」、「職場での人間関係や雰囲気は良好である」、「上司は、適切な支援・指導してくれる」、「上司は正当に評価してくれている」の項目で『そう思う』『どちらかというとそう思う』と回答した人の割合が高く、反対に「組織や人員配置は適切である」、「職場の施設や整備に満足している」の項目で低かった。</p> <p>今後は組織や人員配置については、各部署へのヒアリングを行うとともに、引き続き人員確保に向けて関係機関に対し要望・働きかけを行っていく。</p>	a
R01年度	↓	71%	R2年2月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施し、満足度の傾向及び課題について検証を行った。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目(満足度)で『そう思う』と回答した人の割合が71%だった。</p> <p>項目別で比較すると「職場での人間関係や雰囲気は良好である」、「院内研修の実施、外部研修への参加支援など、能力開発の機会がある」、「上司は正当に評価してくれている」の項目で『そう思う』『どちらかというとそう思う』と回答した人の割合が高く、反対に「組織や人員配置は適切である」、「職場の施設や整備に満足している」の項目で低かった。</p> <p>新病院開院後、看護職員の夜勤回数等が増加したことで、負担が過重になっていることが窺えたが、4月には70人程度の増員を行うため、配置後の負担軽減の状況を注視していく。</p>	a
R02年度	80%以上	80%	R3年3月に院内職員を対象に職員満足度調査を実施し、満足度の傾向及び課題について検証を行った。	<p>調査票を集計した結果、「総合的に、当院で働いていることに満足している」の項目(満足度)で『そう思う』と回答した人の割合が80%だった。</p> <p>項目別では、全17項目のうち、14項目で前年度より満足度が向上しており、特に、「5-1組織や人員配置は適切である」が15%、「5-2職場の施設や設備に満足している」が12%、「6-1現在の残業や夜勤などを含めた労働時間は、あなたの無理のない範囲内である」が16%と大きく向上していた。</p> <p>看護職員について、4月に約70人増員したことが、十分とは言えないまでも、満足度向上の要因となっているが、令和3年度は現行計画の欠員分の増員しか行えないため、業務負担増に対する満足度の低下が懸念される。</p> <p>現行計画と比較すると産休・育休職員や短時間勤務職員が増加しており、新型コロナウイルス感染症の影響も継続することが見込まれるため、会計年度任用職員の採用による看護師・看護補助の増員等で業務負担の軽減を図る必要がある。</p>	a

項 目 評 価

目指すべき方向性	大項目	病院評価 (点数合計/満点)	病院評価 (スコア)	委員会評価	委員会による評価修正理由
(2) 健全な経営基盤の確立	⑤ 職員の確保・人材育成と適正配置	53% (12.2/23)	B		

中項目	小項目	R03年度 目標	R03年度 実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
ウ 働きがいのある職場づくり	50 労務環境の改善	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の対応を全体で共有した。 ・さいたま市職員定数条例第2条第2項に基づく定数外職員とする規定を適用して中途の職員採用を実施した。 ・月2日の特設健康相談窓口を設置し、職員の健康相談体制を強化した。 ・働き方改革推進委員会を設置し、タスクシフティングの検討を行った。 ・医師の事務作業の軽減を図るため、診療記録や診断書の作成の補助を行う医師事務作業補助職員を雇用した。 ・医師の宿日直の負担を軽減するため、関連大学病院から非常勤の医師を招へいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・会計年度任用職員の採用や休業職員の定数外規定の活用により、新型コロナウイルス感染症対応や育児休業職員の増加に伴う負担軽減を図った。 ・特設健康相談窓口を設置し、メンタル不調を予防する体制を整備した。 ・働き方改革推進委員会で法改正を伴うタスクシフトの情報を発信し、推進項目の検討を実施した。 ・安全衛生委員会で年次有給休暇取得状況を議題としたが、新型コロナウイルス感染症に係る就業制限等の増加により、秋以降は取得促進を図ることができなかった。 	b

年度	目標	実績	取組内容	病院評価説明 (成果・課題等)	小項目 評価
H29年度	実施	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・長時間労働者に対する産業医保健指導の実施と併せて所属長に対し対応状況の報告を求めた。 ・ノー残業デーの実施、夏季休暇と併せて有給休暇の取得促進を図った。 ・医師の事務作業の軽減を図るため、診療記録や診断書の作成の補助を行う医師事務作業補助職員を雇用した。 ・当直の負担を軽減するため、関連大学病院から非常勤の医師を招へいた。 ・当直明けに帰宅できる変則勤務を内科や小児科で導入した。 ・子育て中の職員が働きやすいよう、24時間対応の院内保育室を設置した。 	<p>時間外勤務は減少傾向にあるが、一部に長時間勤務の職員が見受けられるため、更なる取組が必要である。</p>	b
H30年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・長時間労働者に対する産業医保健指導の実施対象を拡大するとともに、所属長による対応状況報告の徹底を図った。 ・医師の働き方に関する調査を実施し、課題を集約した。 ・連続勤務解消のため、医療技術職員の宿直時の変則勤務をH31年4月より導入することとした。 ・医師の事務作業の軽減を図るため、診療記録や診断書の作成の補助を行う医師事務作業補助職員を雇用した。 ・医師の宿日直の負担を軽減するため、関連大学病院から非常勤の医師を招へいた。 	<p>時間外勤務は減少傾向にあるが、一部に長時間勤務の職員が見受けられるため、更なる取組が必要である。</p> <p>また、医師の働き方については、厚労省の検討会から方針が示されたため、院内調査の結果と合わせて対策を検討していく。</p>	a
R01年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・産業医を1名から2名体制に変更し、職員の健康相談体制を強化した。 ・所属別の年次有給休暇取得状況を見える化し、年次有給休暇取得促進を図った。 ・働き方改革推進委員会を設置し、タスクシフティングの検討を行った。 ・医療技術職員の宿直時の変則勤務を導入し、連続勤務の解消を図った。 ・医師の事務作業の軽減を図るため、診療記録や診断書の作成の補助を行う医師事務作業補助職員を雇用した。 ・医師の宿日直の負担を軽減するため、関連大学病院から非常勤の医師を招へいた。 	<p>時間外勤務は年々減少傾向にあるが、まだ、医師の一部に長時間勤務の職員が見受けられる。</p> <p>医師の働き方については、厚労省に設置されている検討会から労働時間短縮計画策定のガイドラインが示される予定となっているため、項目に沿った対策を検討していく。</p> <p>タスクシフティングについては、推奨されている項目は実施できており、R2年2月に公表された現行法で対応できる項目の中から負担軽減に有効な業務を検討していく。</p>	a
R02年度	↓	実施	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の対応を全体で共有した。 ・月2日の特設健康相談窓口を設置し、職員の健康相談体制を強化した。 ・所属別の年次有給休暇取得状況を見える化し、年次有給休暇取得促進を図った。 ・働き方改革推進委員会を設置し、タスクシフティングの検討を行った。 ・医師の事務作業の軽減を図るため、診療記録や診断書の作成の補助を行う医師事務作業補助職員を雇用した。 ・医師の宿日直の負担を軽減するため、関連大学病院から非常勤の医師を招へいた。 	<p>新型コロナウイルス感染症の発生当初は、対応する職員が長時間務となったため、医師は感染病棟業務を医師全体による輪番体制に、看護師はリリーフ体制により増員するなど、負担の共有化を図った。</p> <p>また、月2回の特設健康相談窓口を設置し、メンタル不調を予防する体制を整備した。</p> <p>タスクシフティングについては、現行法で対応可能な業務が示されたため、今後、当院で負担軽減に有効な業務を検討していく。</p>	a