

平成22年度  
事業報告書

自 平成22年 4月 1日

至 平成23年 3月31日

地方独立行政法人北松中央病院

## 地方独立行政法人北松中央病院事業報告書

### 平成 22 年度決算の概要

平成 22 年度は、前年度末で長崎大学第一外科の医師不足から 3 名の外科医が 1 名に減員され、常勤医師数が 11 名から 9 名に減じた。外科医 2 名の退職に伴い、救急医療での外科疾患対応と手術の激減により、外科外来および入院患者の減少から今年度の決算への影響が懸念されたが、今年度の目標に掲げていた電子カルテ化と外来医療クランク配置により、残った医師の負担軽減を図れたことから、診療実績の低下を最小限にすることができ今年度も黒字を計上することができた。

医師、看護師確保対策として平成 22 年 4 月から院内保育所を設置したが、今年度は 2 名の看護師の新規獲得と 3 名の看護師の出産後早期復職を促すことに繋がっている。また、将来の医師、看護師確保のために病院独自に修学資金の募集を行い、平成 23 年度 4 月より 2 名の医学生および 5 名の看護学生に修学資金の提供を開始している。

#### 患者動向

当院は、今年度 4 月から内科系疾患を中心に県北 2 次医療圏の中核病院として、主に外来、入院、救急医療を提供している。そのなかで、救急患者は、救急車搬入台数で見ると年間 642 名（昨年度 614 名）が搬入され、386 名（昨年度 371 名）が当院に入院となり、当院で対応困難な脳外科的疾患、緊急開腹手術を要する急性腹症などの患者 31 名のみが佐世保市立総合病院、長崎労災病院へ転送されており、おおむね 95% の急患は当院で完結している。

一般外来患者の推移では、外科医減員と長期処方方の定着から、今年度は前年度に比べて外来受診数は一日平均 13 名ほど減少している。透析患者数は透析施設の医師数、ベッド数による患者受け入れの許容範囲の問題から前年度ほどの患者増加は認められないが前年度末 125 名から 126 名へと増加している。入院患者については、平均在院日数 17.6 日と前年度と変化なく、医師 2 名の減員にも関わらず前年度平均入院患者数 121.5 名から 120.8 名と 0.7 名の減少にとどまっている。現在の医師数では診療実績あたりの医師充足率は 75% であり、最大限の診療実績である。

#### 収支状況

患者動向でも述べたように、診療実績は医師の減員の影響は最小限であり、前年度に比べ医業収益は 1.6% の減収にとどまった。医業外収益では収益全体で 1 億 5630 万円と前年度より 2600 万円減少し、総収入は 25 億 5400 万円となった。支出は、医業費用が医業収益の増加に伴い増加し、退職引当金を含む給与費、減価償却費を含む経費も含めると 24 億 9360 万となった。医業外費用として起債償還利息など 4720 万円、臨時費用として固定資産除却損など 1100 万円があり、総支出は 25 億 5190 万円となり、22 年度純利益は約 220 万円となった。

第1 住民に対して提供するサービスその他業務の質の向上に関する目標を達成するためにとるべき措置

1. 診療事業

(1)急性期医療、慢性期医療への対応

内科医9名(内 非常勤医 1名)、外科医1名の常勤医で、それぞれの専門分野で対応していく。

整形外科、脳神経外科、神経内科は非常勤医で従来通り対応していく。

「常勤医の内科医8名と外科医1名は、急性期・慢性期医療を問わず、それぞれの専門分野における医療の提供に努めた。

糖尿病内科、整形外科、脳神経外科、神経内科は非常勤医で対応の継続ができた。」

区 分	22年度実績	21年度実績
延入院患者数	44,089 人	44,350 人
入院診療単価	30,598 円	30,850 円
延外来患者数	59,483 人	62,182 人
外来診療単価	15,125 円	14,746 円
病床利用率	68.6 %	68.8 %
平均在院日数	17.6 日	17.7 日

区 分	22年度実績	21年度実績
MRI検査装置利用件数	742 件	842 件
CT検査装置利用件数	3,931 件	4,510 件
血管造影装置利用件数	263 件	317 件
内視鏡検査件数	2,479 件	2,943 件
透析件数	18,671 件	18,506 件

(1)救急医療への対応

当院が位置する江迎町が佐世保市となっても、平戸、松浦、佐々地区に救急医療に対応できる病院がないため今後も地域の基幹病院として救急医療を担っていく。しかしながら常勤外科医2名の減員を余儀なくされ、今後は内科疾患を中心に9名の常勤医にて24時間体制を継続していく。外科疾患については、佐世保圏域の病院や県北圏域の他の病院と連携しながら行っていく。また、医療機器、施設整備と共に、救急スタッフ養成の2次救命処置の研修も継続していく。

「二次救急病院として、24時間365日9(-2)名の勤務医と非常勤医師を中心に、コ・メディカルとのチーム医療体制のもと、救急医療への対応に努めた。また、医療機器・施設整備の点検についても継続した。

職員全体の救急に対する知識の向上のため毎月1~2回のペースで、BLS訓練を実施し参加人数238名であった。他にも人材育成のため教育システムを検討し、計画を継続させている。院内ではAED事例検討を7例・急変時事例検討を12例実施した。院外では、救急医学会・AHA-BLSガイドライン2010説明会・BLSプロバイダーコースアシスタント・JPTECコース・心肺蘇生法ガイドライン2010の説明会などの研修会に参加した。地域住民への応急処置に対する普及と啓蒙活動には、H23年9月6日~9月10日に救急週間を開催し150名の参加、H23年2月5日には一般市民救急講習会を開催し24名の参加があった。」

区 分	22年度実績	21年度実績
救急車搬送受入件数	642 件	614 件
救急外来患者数	3,121 件	4,463 件
時間外外来患者数	2,479 件	3,849 件
2次医療完結率(救急車搬入中当院での診療完結率)	95.2 %	91.2 %

### (3)看護部門の充実

医師不足の昨今、当院看護師の質の高い医療技術へのサポートは不可欠である。今後も糖尿病療養指導士、呼吸療法士、透析技術専門認定士、認知症ケア専門士、内視鏡認定技師、BLS(一次救命処置)プロバイダー、BLSインストラクター、ACLS(二次心肺蘇生法)プロバイダー等の公認ライセンス取得を目指し、それぞれが研鑽を積み、更なる看護の質の向上を目指す。

また、在宅看護のニーズの増加に対応していくため、訪問看護師、MSW(医療ソーシャルワーカー)の配置数を検討していく。

「地域住民に信頼される看護・思いやりのある看護を提供する」を理念に、看護部方針として、①看護専門職として高い倫理観を持ち、信頼される看護を目指す②安全でより質の高い看護の提供を目指す③明るい笑顔、優しい言葉づかい、さわやかな職場マナーを心がけ、患者中心の快適な環境作りを目指す。を掲げ、病院の理念と年度計画に連動する目標管理を行った。H20年度からは、BSC(バランス・スコアカード)を導入し、看護部の年度目標にBSCの視点(財務の視点・顧客の視点・業務の視点・人材育成の視点)を使った行動計画を作成した。評価については、年度末評価を実施し、達成状況の評価を基に次年度の目標へと繋ぐこともできた。また、個人目標については、師長による目標面接を2回/年実施することで、本人の目標

に対する自己評価と、所属部署の目標との連動性、そして貢献度を踏まえての評価、指導、助言を行うことができた。

各委員会においても、目標達成に向けた取り組みが行われ、部門の意見を反映させることで業務の効率化に繋がり、他部門との連携・推進を図ることができた。

看護要員配置については、10対1取得維持を目標に看護職員の確保（奨学資金制度の導入、看護力再開発講習会の実習協力病院、職場体験学習の受け入れなどや定着に努めた。また、育休明けで安心して早期職場復帰が出来るようH22年4月院内保育園を開設した。

看護の質の向上では、人材育成のため看護教育委員会主催で卒後研修を主とした年間教育計画に基づき全過程の研修を実施することができた。院内院外研修も積極的な参加がみられた。他に、看護管理者研修（ファーストレベル）では、今年度も2名が参加、修了することができ、看護管理者の育成に繋げることができた。

平均在院日数短縮に繋がる退院支援をチーム医療では、MSW（医療ソーシャルワーカー）を退院調整窓口配置しMSWを軸に医師、看護師、コ・メディカル、患者、家族、在宅に繋ぐためのケアマネージャー（介護支援専門員）、訪問看護師等関係者と、退院前カンファレンスを実施するなど、保健・医療・福祉との連携が図れたことで、患者のQOLを配慮した退院支援ができた。訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所については、利用者が家庭や地域で安心して自立した生活を送れるよう、訪問看護に積極的に取り組んだ。在宅看護のニーズの増加は、地域の高齢化率にも繁栄され統計資料からも増加の傾向をたどっている。しかし今年度も看護師不足の為増員はできなかった。」

区 分	22年度実績	21年度実績
居宅介護支援事業における居宅稼働件数	486件	410件
訪問看護における訪問件数	3,859件	4,698件
MSW相談件数	375件	319件

(4)診療に携わる、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、臨床工学技士

医療技術職については、各部門で専門性に応じた研修等を実施すると共に、自己研鑽を積み専門技術の向上を図る。医師不足を補う上でも技師の診断技術（超音波等）の更なる向上を目指す。

「薬剤部の年度目標は、「患者さんのことを思いやり、安心・信頼される薬局」としていた。目標達成のために、個々の自己研鑽を積み、技術・知識を習得することにより患者さんへのより良い服薬指導、また医療の進歩についていけるように薬剤部

内外、病院内外における学会・研修会・講習会などに積極的に参加している。具体的には就業後に佐世保等で開催されている薬剤師会・医師会主催の研修会に約 60 件参加した。また、新薬・新規知見等については、医局との合同説明会に週 1～2 回参加 (46 件) をして知識の習得をしている。薬剤部内においても新薬説明会及び透析関連の勉強会をシリーズとして 10 回開催した。

医薬品安全管理の面においては、院内の薬剤インシデントレポートの傾向・分析を行い、院内講習会を開催、ハイリスク薬であるインスリンについての勉強会を開催。またリスク回避のための医薬品の切替え等を実施し、院内医療安全管理における医薬品に係る安全管理、安全使用に努めている。

放射線科の年度目標は、昨年度に続き患者様へより質の高いサービスを提供する事とした。

機器のメンテナンスを徹底し、撮影方法の検討会などを行い情報量の多い写真提出を心がけた。中でも本年度は電子カルテに伴い PACS の導入が行われた。デジタル化へのスムーズな移行も課題とし、フィルムレスに伴う様々な問題に取り組んだ。特に検像は PACS へ転送されるまでの時間をより短くするべく現在でもシステムの構築を再検討している。

学術面に於いては、日本放射線技術学会九州部会学術大会、長崎県放射線技師会研修会、長崎 CT・MR 研究会などに参加、また部署内で小規模な勉強会などを行い技術の向上に努めた。

臨床検査部では、電子カルテ導入稼動に伴い効率化と省力化を目指すべく検体・生体検査システムを更新し診療効率化を支援した。

検体検査部門においては旧システムデメリット部の改善と電子カルテ化に対応すべく検査システムを更新した。これにより検査処理能力の向上とデータ一括管理およびバーコード読み取りによる検体取り違えのリスクを一掃した。更に受付から報告までの流れが一元化され省力化が図れた。細菌検査関連では新型および季節性インフルエンザの流行に対応すべく前年に引き続き 24 時間体制でウィルス感染チェックを実施した。また、臨床研究にも深く関与し成果をあげた。

生体検査部門においては、画像診断精度の向上と強化を目標に超音波担当技師の増員を目指し、透析シャントを含む血管系超音波検査はトレーニングの成果で 1 名増員となった。

電子カルテ導入に伴い生理検査新システム導入により波形データ、動画・静止画データを一元管理とした。完全電子化し電子カルテと連携したことで院内各セクションからも画像・波形検査データベースにアクセス可能となり診療支援に繋がった。また各コメディカル職員が情報を共有することにより、質の高い業務の一助となった。全国規模の多施設動脈硬化共同研究にも長崎大学関連病院として参画し現在進

行中である。

BLS（1次救命処置）免許取得者は積極的に内部、外部の講習会に参画し指導者として成果をあげた。その他、技師個人の検査技術、知識向上の為、研修・学会・院内外勉強会など多数参加した。

検査業務外においても院内各種委員会活動、技師会活動など積極的に参加し医療人としてモチベーションの向上につなげた。

リハビリ部門の年度目標として“専門的知識と技術の習得に努め、これを実践に生かし患者の機能回復、ADL（日常生活動作）の向上に努める”を挙げていた。

内容として、新人研修3週間（脳血管疾患、運動器、呼吸器）、新人教育プログラム研修会5回、県北地区研修会1回、地域リハ研修会1回、県北NST研究会1回、長崎救急医学会1回、四肢・体幹の運動器研修会3回、COPD研修会2回、リンパマッサージ勉強会1回、認知症予防の勉強会1回、脳血管疾患の勉強会2回等に参加し、専門的知識と技術の習得に努めた。

臨床工学技士は、生命維持管理装置ならびに関連機器の操作及び保守点検業務を通じ治療に参加し、院内医療安全管理における医療機器に係わる安全管理のための体制確保及び安全使用研修の充実に努めることができた。

さらに専門知識と技術向上を図るため、日本透析医学会、日本アフェレシス学会等に参加し知識の習得に努めた。また、本年度導入した透析情報管理システムにより、透析業務の効率化と透析データの有効活用に努めることができた。」

#### (5)リハビリ機能の充実

地域の患者の高齢化に伴い、急性疾患で入院後 ADL（日常生活動作）低下から自宅退院が困難な事例が多く、患者の ADL を保つために、回復期リハビリ機能を有した病床の拡充および理学療法士と作業療法士の増員に努め、リハビリ機能の充実に努める。

「今年度は理学療法士4名、作業療法士1名増員し、急性期から回復期リハビリにて個別に充実した訓練が施行できる様になった。

単位数として前年度と比較し、約2.1倍増となり ADL の向上に伴い自宅退院する患者が増加した。又、理学療法士、作業療法士の増員に伴い、3連休以上の休日に対し半日3名勤務にて入院患者のみ訓練を施行し、ADL の維持・向上に努めた。」

区分	22年度実績	21年度実績
脳血管疾患単位数	12,372 件	5,410 件
運動器単位数	6,063 件	3,208 件

## (6) 診療情報の電子化とそれに伴う業務の見直し

医師を含めた医療従事者が効率よく業務を遂行するために、電子カルテの導入と画像の電子化を行い、医師、看護師の業務の補助に医療クラークを配置していく。また電子化に伴い不要となった部署などから新たな患者サービスに向けて業務を見直していく。

「電子カルテの導入、画像の電子化によって、業務の効率化及び情報共有の推進を行い、各部門での業務分担を見直すことで、ほとんどの部門の業務効率を上げることができた。

とくに、電子カルテ導入前は難しかった診療部門と事務部門の連携が、医師事務作業補助者を配置することにより業務分担を進めることができ、効率よく業務を遂行することができた。

ただし、電子化に伴い不要となると予測していた部署については、業務分担により新たな業務が増えたため、患者サービスを上げるほどの業務見直しはできなかったが、今後も業務の見直しを進め、患者サービスに資する業務を増やしていく。」

## 2. 医療の安全対策

労働安全衛生委員会、感染症対策委員会、医療事故防止委員会が活発に活動し啓蒙を繰り返し行うことで安全な医療を確保していく。また、医薬品安全確保のため、医薬品や医療器械に関する安全情報の的確な提供に努めると共に、医療に携わる全員が質の向上のための研修を今後も積極的に行っていく。

医療安全委員会において、医療事故に関する情報の収集、分析に努め、医療安全対策を徹底する。今年度に予定される電子カルテの導入に伴う情報の共有により、さらに医療の安全対策を向上させる。

「院内の医療安全に関わる委員会として労働安全衛生委員会、院内感染対策委員会、医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会、褥瘡対策委員会、医薬品安全管理部会、医療機器安全管理部会を設置し、各委員会目標達成のため定例会を毎月一回以上開催し、安全情報の的確な提供に努めた。

① 労働安全衛生委員会では「心と体の健康保持と増進・労災事故ゼロ運動の徹底・針刺し事故ゼロを目標に活動を行った。リスクマネジメント部会とタイアップし事故防止対策を検討、防止策の再確認を行ない針刺し切創事故は、21年度の14件から22年度3件へと減少した。1回/月の定例会と定期健診の実施（2次検診受診の促進、生活習慣病検診の受診促進を含めて）など職員の健康保持増進に努めた。食中毒に関する注意喚起、総合避難訓練（2回/年）も実施した。

② 院内感染対策委員会では「職員へのスタンダードプリコーションの周知とそ



れに基づく手洗いの徹底」「感染経路のための監視体制」を目標に現状を見直し、指導を行なった。院内研修会は2回開催、延べ304名が参加した。また情報提供として2回の院内報（感染症報）の発行も行なった。感染リンクナース会による感染安全パトロール、感染に係る物品管理を実施した。ノロウイルスやインフルエンザの患者に対しての対応時等、リーダー的な役割を担った。また感染安全パトロールを実施、現場での感染対策にも取り組んだ。

- ③ リスクマネジメント部会では、「医療安全に関する職員個々の意識の向上を図り、質の高い医療の提供する」「患者満足度の向上、小委員会の活動強化、リスクマネージャーとしての能力向上に努める」を目標に取り組んだ。患者満足度を10月に実施し、満足度の平均値は、4.24（5点満点）で昨年度より0.01下まわった。苦情・クレーム対応については、即対応に努めたこともあり今年度は9件（前年度11件）と減少した。

H22年度のレポート提出件数は、624件（前年度477件）で、うちレベル3以上のアクシデントの発生は、75件（前年度44件）で31件増となった。総レポート件数の内訳は（1）薬剤、（2）療養上の世話、（3）検査の順であった。医療安全研修会については4回／年開催し、延624名の参加があった。医療安全に関する情報提供として院内広報を3回発行し、職員のリスク感性の向上を図った。また安全パトロールを実施し、現場での教育、指導も行なった。

- ④ 褥瘡対策委員会では、「皮膚潰瘍の発生を減少させる」を目標に活動した。褥瘡発生率1.4%（前年度3.2%）であった。褥瘡予防のため適時、体圧分散寝具を効果的に活用する（リスク患者に対して稼働率90%以上）とともにリスク患者の評価、背抜き徹底、処置の手技統一を周知させた。また他施設や家族に対しての退院指導も行ない褥瘡予防に取り組んだ。手技統一をはかるための強化月間の設定やスキルアップのための勉強会を院内は各セクションで行ない院外に向けても1回／年開催（他施設よりの参加人数22名）した。

- ⑤ 医薬品安全管理部会では、医薬品に係る安全管理のための体制を確保する事を目的に、月1回の部会を開催した。配薬におけるアクシデント増加のためリスク部会とタイアップし院内パトロールを行ない実態調査を実施、薬剤関連のインシデントレポートの分析をし、各部署に伝達指導を行なった。また、薬剤インシデントレポートの分析、傾向、課題について医薬品安全管理講習会を全職員対象に開催した。（127名参加）

- ⑥ 医療機器安全管理部会では、「医療機器に係る安全管理のための体制確保及び安全使用研修の充実」を目標に活動した。安全な医療機器の使用のために部署毎の研修会を行なった。（開催回数10回、延べ参加数126名）また院外研修にも参加した。（延べ3回 延べ参加数10名）また臨床工学士を中心に安全パトロールを行い、安全使用を指導した各診療科等に保守点検実施責任者を置き、医療機器に係る安全管理のための体制の確保を行った。更に、医療安全の為、病院保有の

車椅子49台を点検し台帳を作成した。古い車椅子の多くが、錆や故障が生じてきており、患者さんが転倒するような医療事故につながる危険性を軽減する為、18台の車椅子の買い替えを行った。」

- ⑦ 医療安全管理委員会では、各部会の統括的役割を担い「安全な医療環境が提供できる」を目標に活動を行った。各委員会が円滑に機能するための助言・指導をはじめとした現場にフィードバックできる縦断的かつ横断的なシステムづくりに努めた。」

区 分	22年度実績	21年度実績
医療安全管理委員会の開催数	12 回	12 回
院内感染症対策委員会の開催数	12 回	12 回

### 3. 病病、病診連携

診療圏を設定した上での病病、病診連携については、今後も連携を進めるための検討をしていく。循環器など一部の医療連携については、今後も継続していく。また、クリニカルパスを共通ツールとして活用し、連携強化に努める。

「地域に向けての循環器の地域連携パスは、22年度は、電子カルテの導入とスタッフの交代で使用していないが、経皮的冠動脈形成術後、弁膜症心不全、冠動脈バイパス術後等21年度同様、開業医の先生方と連携を図った。紹介患者などについては、地域連携室を中心に地域医療への連携強化に取り組んだ。(嬉野医療センターとの循環器連携パスは、7件であった。)また地域の先生方、スタッフへ向けて糖尿病、循環器、呼吸器などの勉強会を開催した。」

区 分	22年度実績	21年度実績
クリティカルパスの種類数	3 種類	3 種類
クリティカルパスの適用数	7 件	18 件

### 4. 疾病予防対策・住民健康教育

特定健診、特定保健指導において、「動機づけ支援」、「積極的支援」は当院が永年、チーム医療で糖尿病患者の指導に使用していたツールを用い、看護師、管理栄養士、薬剤師、検査技師など、16名の糖尿病療養指導士で活用していく。

「糖尿病専門外来では、糖尿病・メタボリック患者の継続看護の充実を目標に、看護師によるフットケア指導、管理栄養士による栄養指導を実施した。また、糖尿病療養指導士(CDE)が中心となり、糖尿病週間行事を11/8~14に行い約200名の参加があった。期間中は地域住民への糖尿病及び生活習慣病についての啓蒙の為

に外来フロアーにて相談コーナーを設置、内容は（健康生活・栄養・くすり）健康チェックは（血圧・足の状態・体脂肪率・BMI）他に糖尿病食・フードモデル・ポスター展示なども行った。特定健診、特定保健指導は医師の減員により実施困難となっている。」

## 5. 非常事態に備えて

平成 21 年度の新型インフルエンザの流行の経験を生かし、今後発生が危惧される新型ウイルスによるパンデミック（世界的な流行）時、感染症予防治療の拠点として、機能するために、設備、備品を充足していく。また、地震、台風その他大事故などの災害拠点として、日頃より訓練を積み、専門職員として研修を続けていく。

「22年度は、昨年度発生した H1N1 新型インフルエンザが通常見られていた季節型インフルエンザと同様の流行様式を示したため、通常の季節型インフルエンザとして診療に従事した。今後に危惧される H5N1 新型インフルエンザなどの流行に備えて、診療に必要な感染対策防護服キット 392 人分の備蓄を行なった。

災害拠点病院としては今年度も、「災害医療のシステムを理解し、その準備・訓練を実施し、実際の災害医療を行える能力を身につける」を目標に、実践活動として下記のとおり取組んだ。

①災害拠点病院としての物品点検。

②平成 22 年 10 月 15 日に大規模交通事故を想定した院内での机上訓練。

さらに、平成 23 年 3 月 11 日に発生した東北大震災に際して、県からの要請を受け 3 月 13 日から 1 名の医師を宮城県に 1 週間派遣した。」

## 6. 治験

感染症をはじめとする疾病への薬剤効果判定のための治験に参加、治験実施症例を増やし、新薬の開発と市販後の薬剤の安全性に貢献していく。

「今年度の治験実績なし」

## 7. 臨床研究

循環器、腎臓、呼吸器感染症など、専門グループによる臨床、研究、発表、臨床における診断、治療法の発展におおいに寄与しており、今後も継続していく。

「今年度の下記の研究を行った」

①ノルバスク錠、ノルバスク OD 錠使用成績調査（プロトコール No. : A0531097）

②メロペン特定使用成績調査（院内肺炎第 2 回）

③クラリス錠特定使用成績調査（肺非結核性抗菌症患者を対象としたクラリス錠

200 の有効性及び安全性の検討)

- ④インフルエンザによる炎症及び組織障害に関する因子に対する、A 群（オセルタミビルリン酸塩単独群）、B 群（アジスロマイシン単回投与製剤併用薬）併用の有効性検討

区 分	22年度実績	21年度実績
治験実施件数	0 件	1 件
研究実施件数	4 件	3 件

8. 住民、患者に対するサービスの向上

患者、住民の満足度が高められるよう、ニーズに応じたきめ細かな医療サービスを提供する。また、患者サービス向上のため、満足度調査を年1回実施し分析を行なう。また、待ち時間短縮の妙案を模索、検討していく。

「顧客満足度調査を10月に実施した。全体の結果は、満足度平均値4.235点で（昨年度より-0.005点）であった。外来の待ち時間については満足度3.18点（昨年度より+0.01点）で昨年度と変わらなかったがクレームの声はなかった。

満足度調査の結果は、各部署で分析・改善策をまとめ全職員対象の勉強会を開催し同じ目線で問題点を認識することが出来た。外来の待ち時間については、どの時間帯での待ち時間なのか検証が必要なので、次回は調査の内容を検討して実施予定である。」

区 分	22年度実績	21年度実績
外来待ち時間に関する満足度	34.6 %	40.8 %

9. 病院給食の改善

検食を行いながら、メニュー、味、色合い、栄養を吟味し、改善していく。現在の資源で可能な限り、患者満足度の向上に努めていく。

- ① 医師・栄養士による検食を毎食行ない、料理の組み合わせ、彩り、味、量について評価を行なった。又、残食調査も毎食同時に行ない食事の残食量を実測し、患者の嗜好傾向を把握し、献立内容の改善・参考とし、献立に反映させた。
- ② 昼食提供時に、4回/週 病棟訪問を行ない、摂取状況や嗜好などを聞き取り、適切な食事の提供が行なわれているかチェックし、患者個々にあった調理形態の食事提供ができた。又、栄養障害のある患者さんについては、NST（栄養サポートチーム）とタイアップし、回診を行ない、早期に栄養管理を開始し、栄養状態改善に取り組んだ。

- ③ 安心・安全な食事の提供を行なうにあたり給食従事者は 食中毒防止の重要性を認識し、衛生意識を高め、衛生管理に心がけたことにより食中毒0件であった。
- ④ 患者満足度調査の結果については 食事のメニューが昨年度より8.9ポイントの低下がみられたため解析行ない改善策をたて 取り組んでいるが、今後 不満の声が分析できるよう 嗜好調査の内容の改善を行ない、満足度の向上に努めていきたい。

区 分	22年度実績	21年度実績
食事メニューの満足度	69.3 %	78.2 %
食事時間の満足度	80.7 %	79.3 %

区 分	22年度実績	21年度実績
NST委員会開催回数	12回	12回
NST介入患者数	22人	24人
NST回診回数	6回	10回
NST回診人数	15人	19人

## 第2 業務運営の効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置

### 1. 効率的な業務運営体制の確立

法人においては院内組織及び、職員配置は少数精鋭主義で効率良く運営し効果を挙げているが、更に努力していく。

#### (1)組織運営の方針

病院幹部職員 30人で構成される病院運営戦略会議を通じ、情報を共有し重点項目はトップダウンで全職員に伝達され、意識を高め、連帯のもとに今後も改善をすすめる。

「病院運営戦略会議を月1回開催することで、病院運営を円滑に行うことが可能であった。」

#### ①地域医療連携室の活動

入退院の一元管理は未だ達成されていないが、入退院に関しては医師（主治医）の裁量権は尊重されねばならないので、医師とコメディカルとの情報交換をサポートする業務をよりスピーディーにすることを今後の目標とする。

「紹介入院に関しては地域連携が窓口になりまた、今年度から当病院適応の全ての患者を受け入れる目的で担当医師を設置して行った。紹介患者数は589名（昨年度

519名)。退院に関しては担当医師と綿密に連絡を取り合い、メディカルソーシャルワーカーを中心に、在宅、介護施設、長期療養施設等への退院支援をスムーズに行うことが出来た。またその結果、平均在院日数は17.6日（今年度目標17.5日）にほぼ達成できた。」

## ②医療安全管理室

医療安全管理室の設置に取り組み、専任のリスクマネージャーを配置するなど、各部署の医療安全管理委員と協働し、リスクマネジメントへの取り組みを強化する。

「医療安全管理室の設置については、昨年同様検討を重ねてきたがハード面の問題で実現に至っていない。医療安全対策については、リスクマネジメント部会を中心に、リスクマネージャーを配置し、リスク回避のための安全対策を実施する等ソフト面での強化を図った。」

## ③看護部門の改革

看護部の職員は、医療業務遂行にあたって、安全、確実が第一であり、そのためには的確な判断・技術が一人一人に求められている。今後も患者の安心、安全、安楽を目指し、職員の職務能力の向上のため努力できる体制作りを推進する。

「安心・安全でより質の高い看護を提供するために、看護部では人材育成を目標に看護管理・感染管理・リスク管理など専門分野の勉強会に毎年継続して参加している。また、今年度から厚生労働省が提示した「新人看護ガイドライン」にもとづいて、新人看護師、それにかかわる研修責任者や教育担当者、実施指導者への研修も行っている。

院内では各委員会と協働し、システムの改善（H22.6～電子カルテ導入）、業務改善に努め種々のマニュアル作成の見直しを行った。学術集会では第41回日本看護協会学術集会・第15回長崎県国保地域医療学会・長崎救急医療学会・長崎県人工透析研究会などで発表した。自己啓発のための院外研修会への自主的参加も昨年とほぼ同じ人数の参加があっている。また、研修実績は、看護実践能力向上に結びついたと考える。

看護部は、今年度も4単位の病棟部門・外来部門・血液浄化センターを柱に居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションを入れた組織編成のもと縦の組織、横の組織を明確にした効率的・効果的な運営ができた。」

## ④事務部門の改革

事務部門も専門職としての技能は一段と高まっている。平成22年度の保険点数

改正に迅速に対応し、さらに、電子カルテ化後は、その効率化と業務の見直しを行っていく。

「医事課では、電子カルテ導入に伴い診療報酬請求業務を行う人員を減らすこととし、人員削減分をシステムで補えるよう事前準備に力を入れることによって、6月1日電子カルテ稼働開始とともに、診療報酬請求業務の人員を従来の8人から5人に削減しながらも同様の仕事量をこなしていった。

また、外来クラークの廃止、病棟クラークの業務統合によって余剰人員を確保し、電子カルテ導入後の医師の事務負担の軽減を行う「医師事務作業補助係」を新設・配置した。これにより、医師の電子カルテ導入に対するデメリットを減らし、効率の良い診療を行えるようになった。」

## 2. 外部評価の活用等

地方独立行政法人評価委員会の評価結果を業務改善に積極的に反映させると共に会計監査を有効に活用する。また、地域住民の評価を受けるため、患者満足度調査を毎年継続していく。

「決算時に監事が交替し地方独立行政法人会計基準に沿った様式、科目の計上を指摘していただき対応することができた。また、業務監査も平行して行っていただき今後の業務遂行のためにも意識が深まった。

また、前述しているように、平成19年度から患者サービスの向上に向けて患者満足度調査を継続して行っている。」

## 第3 業務運営の見直しや効率化による収支改善

### 1. 収入増のための施策

現在の診療機能を維持しながら、平均在院日数の短縮を図ると共に、地域連携の推進と紹介率の向上に努め、患者数を確保し病床利用率の向上に取り組む。また、回復期リハビリ機能を有する病床を拡充することで、病床利用率の向上も確保する。

「平成22年度診療報酬改定を分析し、体制の整備によって増収となる項目の検討・実施を進めた。

診療部門では、時間外・休日の救急医療を評価する救急医療管理加算について、4月より要件変更されたため、算定を開始した。1月につきおよそ100回の算定実績で、月80万の増収となった。

リハビリテーション部門では、4月より新卒の理学療法士を4人、現場での経験年数が10年以上の作業療法士1名を雇用しリハビリテーションに力を入れた。こ

れにより高い点数のリハビリを算定できることとなり、月 2200 単位以上、約 400 万の収益となった。

看護部門では、電子カルテ導入によって基盤整備が可能となった、一般病棟における看護必要度の評価と急性期の看護補助の体制に対する加算で、月 150 万の増収となった。

事務部門では、医師事務作業補助者を設置し、医師の負担を軽減することによって、医師事務作業補助体制加算として月におよそ 30 万の増収となった。また、医師の業務の効率化を図ることができたため、医師 1 人当たりの医業収益としては増収となった。」

## 2. 業務上のコストの節減

### (1) 材料費

ジェネリック医薬品の使用促進については、まだその品質、供給体制について確立されていないため、検討を要する。同種同効医薬品の整理、対象品目の見直しを行い薬品費、診療材料費等、材料比率の増加抑制を図る。

「医薬品費については、在庫管理の業務がコスト節減に関する重要な業務となる。在庫管理に関しては、特に院内の期限切迫対象品および、対象医薬品の在庫量を把握し、定期的に期限切迫品一覧表を作成し、全医師・全部署に配布して使用促進を図っている。また、院内経営会議においても医師への使用促進・各部署への周知徹底を図り、院内連携をすることにより、期限切迫品の使用促進によりコスト節減を行った。」

区 分	22年度実績	21年度実績
後発医薬品採用率(品目ベース)	5.8%	6.1%
材料費比率	25.5%	28.3%
医薬品費比率	14.3%	16.9%
診療材料費比率	9.8%	9.9%

注)比率は救急告示、救急輪番制補助金を除く対医業収益比

### (2) 人件費

医療ニーズに適切に対応するために医師(非常勤医含む)、薬剤師、臨床工学技士等の医療技術者の増員、確保によっては人件費率の変動が見込まれるが、適正な人員配置等により人件費率等の抑制に努める。

「人件費比率は、医業収益比 57.2%と大きく増加したが、会計監査での指摘により賞与(法定福利費を含む)引当金繰入の翌期支給見積額(43,835,097円)と常勤職員



の3月分の残業及び当直等の費用、さらに月遅れで支給していた臨時職員の給料(15,491,465円)の総額59,326,562円を計上したことによるものである。」

区 分	22年度実績	21年度実績
人件費比率	57.2 %	53.6 %

#### 第4 医療資源の有効活用

人的物的資源及びネットワークを有効に活用して収入の増加を図るため下記の取り組みを実施する。

##### 1. 医療機器の効率的な利用の推進

既に、整備済みの医療機器、特に高額なCT、MRIの利用を推進するため、地域医療連携室の広報などで、診療所等の医師に情報発信して稼働率の向上を図る。

「今年度はCT、MRI、血管造影の件数は減少となった。」

医療機器稼働件数(紹介) : 再掲

区 分	22年度実績	21年度実績
CT	3,931(71)件	4,510(93)件
MRI	742(92)件	842(91)件
血管造影	263(93)件	317(149)件

##### 2. 病床の効率的な利用の推進

病診連携の推進等により、新規患者数を増やし、病床利用率を高めると共に平均在院日数を短縮して収入の増加を図る。

「22年度は新規入院患者数、病床利用率、平均在院日数ともに前年度に比してほぼ横ばいであった。20年度に比較して常勤医師が3名減となった状況下であったが、9名の医師と医療スタッフの協力により診療の維持に努めた。」

区 分	22年度実績	21年度実績
新規入院患者数	2,034 人	2,077 人
病床利用率	68.6 %	68.8 %
平均在院日数	17.6 日	17.7 日

## 第5 予算、収支計画及び資金計画

業務運営の体制効率化に関する目標を達成するために計画を確実に実施することにより全体の財務内容の改善を図る。

### 1. 経営の計画

平成22年度の予定損益計算において、純利益を0.2%（4,688千円）の目標とする。

「22年度決算において、純利益0.09%（2,225,507円）となった。これは2.業務上のコストの節減（2）人件費の項で説明のとおり、会計監査での指摘によって賞与（法定福利費を含む）引当金繰入の翌期支給見積額と常勤職員の3月分の残業及び当直等の費用、さらに月遅れで支給していた臨時職員の給料（15,491,465円）の総額59,326,562円を計上したことによる利益の減少によるものである。」

### 別紙「決算資料」

1. 貸借対照表
2. 損益計算書
3. キャッシュフロー計算書
4. 利益の処分に関する書類
5. 行政サービス実施コスト計算書
6. 附属明細書

## 第6 短期借入金の限度額

「借入れの実績なし」

## 第7 重要な財産を譲渡し、又は、担保に供しようとするときは、その計画

「実績なし」

## 第8 剰余金の使途

決算において剰余金を生じた場合は将来の投資（病院建物の整備、修繕、医療機器等の購入等）及び地方独立行政法人法第40条により処理する。

「処理の実績なし」

## 第9 その他設立団体の規則で定める業務運営に関する事項

### 1. 人員に関する計画

#### ① 方針

良質な医療を効率的に提供していくため、医師、看護師等の医療従事者数については、医療を取り巻く状況の変化に応じて柔軟に対応する。有為な人材の育成や能力の開発を行うための研修を実施する。

#### ② 人員にかかる指標

平成22年度当初の常勤職員数を255人（正職員202人、臨時職員53人）とするものの、医師、看護師、医療技術員等医療ニーズに適切に対応するために、変動が見込まれる。

「22年度中、職員の平均在籍数は常勤職員203名、臨時職員54名、総数257名であった。今年度は4月から外科常勤医2名減となったが、理学療法士4名、作業療法士1名が増員となり職員数は昨年度ほぼ同数であった。」

#### 年度末在籍職員数

区分	22年度	21年度
医師	9人	11人
看護部門	125人	125人
医療技術員	31人	26人
その他	37人	38人
臨時職員	53人	51人
(看護部門臨時職員)	(22)人	(18)人
計	255人	251人

### 2. 医療機器・施設整備に関する計画

平成22年度中の期間中に整備する医療機器・施設整備については、別紙4のとおりとする。

「別添の資産購入一覧表のとおり、医療機器等の導入及び更新を行った。購入額は315,666,105円であった。計画では4億円を予定していたが、故障時等に備えての予算計上であったため約8500万円は未購入となった。」

### 3. 法人が承継する債務の償還

借入金の元利償還を確実に行う。

「佐世保市より承継した債務残高の前年度末残高は（平成 22 年 3 月 31 日現在）は 1,544,032,272 円である。今年度、元金 92,229,898 円、利息 41,748,920 円、合計 133,978,818 円の償還を行った。」

「佐世保市より承継した債務償還を下記の通り行った。」

前年度末残高	元 金	利 息	合 計	起債残高
1,544,032,272	92,229,898	41,748,920	133,978,818	1,451,802,374