

平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

—— 経 営 戦 略 室 ——

部門紹介

経営企画係

1. 病院運営に関する分析
2. 病院運営に関する企画立案・実行

情報システム係

1. 医療情報システム保守管理
2. 医療情報システム導入
3. 新規採用職員操作研修

秘書広報係

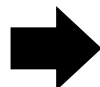
1. 企業長、院長の日程調整
2. 企業長、院長の指示事項の進捗管理
3. 広報活動



昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 新公立病院改革プランの策定

- (1) 年間計画の策定
- (2) 部門目標達成の支援および進捗管理
- (3) 診療科別目標の設定と管理



- (1) 平成29年3月末:策定完了 **目標達成**
- (2) 87%(63項目中 55項目) **目標未達成**
- (3) 2回実施 **目標達成**

2. ホームページの充実

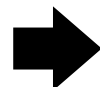
- (1) HPアクセス数(平日)650件以上/日
- (2) Facebook記事閲覧数
1,500人/記事
※閲覧数上位10記事の平均



- (1) HPアクセス数(平日):701件 **目標達成**
- (2) Facebook 記事閲覧数:1,835人/記事
目標達成

3. 医療情報システムの計画的更新

- (1) 第2期医療情報システムの基本方針、
基本計画策定



- (1) 平成29年3月 策定完了 **目標達成**

4. MS・MA研修の充実

- (1) 研修の実施 月/1回以上
- (2) 研修の理解度・習熟度 90%以上



- (1) 月1回以上実施 **目標達成**
- (2) 理解度約85% **目標未達成**



経営戦略室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. 23部門行動計画目標設定進捗管理 毎月 2. 各部門とのヒアリング 2回 3. 診療科別目標設定 実施 4. 診療科別ヒアリング 2回 5. ホームページ更新 260回 6. Facebook更新 84回 7. 院内報発行 毎月 8. システム変更等要望書対応 292件 9. 主要システム改修 15件 10. システム機器故障対応 512件		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		経営企画係 1. 公立病院改革プラン初年度 2. コンサルタントの活用 3. 静岡県地域がん診療連携推進病院調査対象年度	経営企画係 1. 診療報酬の改定
		情報システム係 1. 院外研修への参加 2. 医療制度改正・政策等に際し、システムへの依存度が高い	情報システム係 1. システム機器保守年限 2. 保守契約費・保守費用の増加
		秘書広報係 1. 近隣市町(市役所)との連携 2. 近隣病院や同規模病院との情報交換	秘書広報係 1. 人事異動に伴う知識や経験豊富な人材の流出
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	経営企画係 1. 診療報酬や医療分野に詳しい職員の増加	経営企画係 1. 診療科・各部門の目標達成への調整 2. 静岡県地域がん診療連携推進病院指定に向けた準備・調整	経営企画係 1. 当院の得意分野強化の為の調整
	情報システム係 1. 全係員が医療情報システム業務を経験 2. システム化が進んでいる	情報システム係 1. 委員会・WG等で各部署の意見集約 2. 整備されたマニュアルを生かした職員教育 3. ユーザー会へ積極的に参加する。	情報システム係 1. 各システムにマスタ管理者がいる
	秘書広報係 1. 多職種・多部門との連携、情報交換が可能 2. 病院が比較的新しく、医療設備・機器が充実している	秘書広報係 1. ホームページ、フェイスブック、広報誌等を活用した情報発信 2. 医療市民講座を年4回開催し、市民に直接語りかける	秘書広報係 1. 近隣病院では実施が困難な医療サービス(医療機器、治療、手術等)を積極的にPRする
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	経営企画係 1. 分析力の強化	経営企画係 1. 積極的な研修への参加	経営企画係 1. 専門知識を持った人材の採用・育成
	情報システム係 1. 導入システム数が多く対応範囲が広い 2. 職員数が多く改修等の周知徹底が困難	情報システム係 1. 積極的な研修への参加 2. マニュアル整備による係員の技術向上	情報システム係 1. 災害時に使用可能な端末がある 2. 保守業者との緊急連絡網がある 3. 部門マスタ管理者と通報体制がある
	秘書広報係 1. ホームページに関する知識や経験が不足	秘書広報係 1. 専門的な知識をもつ委託業者との連携	秘書広報係 1. ホームページに関わる担当職員の増加(業務の共有化)

現状・取り巻く環境

経営企画係

- 新公立病院改革プランに沿った病院経営の実践
- 医事統計・DPCデータのより高度な分析

情報システム係

- 医療制度改正・政策等に際し、システムへの依存度が高い
- 全係員が医療情報システム業務を経験
- 保守契約費・保守費用の増加
- 導入システムが多く、対応範囲が広い

秘書広報係

- ホームページ作成や修正に関する担当職員の増加
- ホームページ保守委託業者との連携

SWOT分析の結果

- 診療科・各部門への目標達成に向けた協力と調整
- 診療報酬改定に向けた研修会への参加・分析力の強化

- 整備されたマニュアルを生かした職員教育
- マニュアル整備による係員の技術向上
- 各システムにマスタ管理者がいる
- 最新の障害通報システムがある

- 近隣市町や報道機関と連携した効果的な情報発信の強化
- 近隣病院では実施が困難な医療サービス(医療機器、治療、手術等)を積極的にPR



経営戦略室

平成29年度の戦略目標

1. 新公立病院改革プランに沿った
健全な病院経営と病院の機能向
上に向けた取り組み



(1) 公立病院改革プランの進捗管理

達成率／90%以上

(2) 部門別目標達成の支援・調整

達成率／90%以上

(3) 静岡県地域がん診療連携推進病院
指定に向けた準備・調整

準備完了

2. 広報活動の充実



(1) HPアクセス数(平日): 750件以上／日

(2) Facebook記事閲覧数: 2,000人／記事

※閲覧数上位10記事の平均

(3) 医療市民講座の参加人数の増加

200人以上／回

3. 医療情報システムの
計画的更新



(1) 第2期医療情報システムの
仕様書(案)策定

作成完了

4. MS・MA研修の充実



(1) 定期研修と振り返り研修の実施

1回以上／月

(2) 実践テストの実施

2回／年

1. 新公立病院改革プランに沿った病院運営と 病院の機能向上に向けた取組み

- (1) 新公立病院改革プランの進捗管理
 - ・ 改革プラン経営指標の進捗管理
 - ・ DPC分析ソフトを活用による機能評価係数Ⅱの向上
 - ・ 各種加算の算定率の向上
- (2) 部門別目標達成に向けた取組み
 - ・ 実施率低下部署への介入
 - ・ コンサルタントを活用した分析・情報収集
- (3) 地域がん診療連携推進病院指定に向けた準備・整備
 - ・ 検討事項に対する院内の調整
 - ・ 提出資料の取りまとめ



2. 広報の充実

(1) HPの内容精査・充実

- ・ HPアクセス数分析、分析情報の周知
- ・ 運用方針の検討(掲載基準等)
- ・ 定期的な内容の精査
- ・ QI、手術件数等情報の掲載

(2) Facebookの利用推進

- ・ 定期的な企画(人材確保に寄与する取り組み)

(3) 医療市民講座開催の周知徹底及び要望の把握

- ・ 周知徹底(院内掲示・広報誌・ホームページ、新聞等)
- ・ アンケート結果などを参考に要望に添った講座を企画

3. 医療情報システムの計画的更新

- (1) 次期システムの仕様書(案)の策定
 - ・ 次期システムの仕様書(案)作成(コンサル活用)
 - ・ 更新規模での予算把握(コンサル活用)
 - ・ サーバ室の拡張工事検討
- (2) 現システムの改修
 - ・ システム変更等要望書
 - ・ 運用での回避提案、重要度、緊急性を判断
 - ・ 改修計画案、予算計画案の策定
 - ・ 院内周知(ポータル・医局会・院内掲示、等)
 - ・ マニュアルへ反映

4. MS・MA研修の充実

- (1) 基本操作の習得及び操作レベルの向上
- (2) システム習熟度の均一化
 - ・ 定期研修と振り返り研修の実施
 - ・ 既存MSへの実践テストの実施
 - ・ マニュアルの作成・見直しと院内掲示



決
意

診療実績や経営状況を
的確に把握・分析し、
健全経営に貢献します！！



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

—— 事 務 管 理 部 門 ——

部門紹介

- 管理課長（1人）
- 庶務係（4人）
 - 【主な業務】
 - ・ 病院の管理・運営に関すること
 - ・ 防災に関すること
 - ・ 病院庶務に関すること
- 職員係（8人）
 - 【主な業務】
 - ・ 勤務条件等職員管理
 - ・ 職員研修に関すること
- 財務係（3人）
 - 【主な業務】
 - ・ 予算、決算及び財政計画に関すること



昨年度(平成28年度)の目標及び結果

- | | | | |
|------------------------------|---|---|-----------|
| 1. 450～550床の病院の
各種比較資料を作成 | ➡ | (1)指標ごと数値化・グラフ完成
純損益、経常損益、入院・外来収益
入院・外来単価・減価償却等 | 達成 |
| 2. 静岡県・掛川市
総合防災訓練の実施 | ➡ | (1) 平成28年9月4日実施
・ 患者受入、トリアージ、治療訓練 (125症例)
・ 給水・燃料補給訓練 (市・危険物協会)
・ ヘリ広域搬送訓練 (4機)
・ 遺体安置所運営訓練 (さんりーな) | 達成 |
| 3. 時間外勤務の削減と
休暇取得率の向上 | ➡ | (1)時間外勤務縮減は未達成
(14.6%→15.3%)
(2)休暇取得率向上を達成
(12.4日→12.6日) | 未達成
達成 |
- 

事務管理部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. 地方公営企業法全部適用 2. 防災マニュアル作成済 3. 職員数の推移(各年4月1日現在) H26:999人、H27:1,035人、 H28:1,057人、H29:1,089人 4. 時間外勤務: H28 15.3h/月		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		■ 新会計基準の早期適用 ■ 繰入基準に沿った繰入金 ■ 災害時の連携について、構成市、医師会との連携強化 ■ 病院見学者の増	■ 地域医療構想に基づく改革プラン策定 ■ 災害時の対象エリアが不明確 ■ 職種により人材確保が困難
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	■ 公営企業会計について理解 ■ 防災マニュアル修正版完成 ■ 職員数の増加	■ 現状に合った適正額を市から繰入要求 ■ 防災マニュアルを活用した関係機関との連携訓練実施 ■ 時間外勤務・休暇取得状況の共有化	■ 民間の企業会計の手法研究 ■ DMATの受入連携強化 ■ 時間外勤務縮減。休暇取得率向上のための具体的方策の周知と実践
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	■ 異動による担当の変更 ■ 財務諸表が読めない ■ DMAT隊員の減 ■ 特定の部門の人員不足及び人についてしまう業務の固定化	■ 財務知識アップのための横断的な研修 ■ 防災に関する職員知識の向上 ■ 積極的な採用活動の展開	■ 経営指針の判断材料を常に準備 ■ BCPを想定した訓練の実施 ■ 職場環境のフォローアップ

事務管理部門

現状・取り巻く環境

- 財務係員以外でも財務諸表を読むスキルが必要
- 防災マニュアル修正版の完成
- 特定部門の人材不足、時間外勤務の増、休暇取得率の伸び悩み

SWOT分析の結果

- 財務知識向上のための横断的な研修・勉強会の実施
- 防災関係機関（構成市、医師会、DMAT）との連携強化
- チーム力で仕事を進めますが、職員一人ひとりの状況についてフォローアップを図るため
カウンセリングの周知と実践を進める。



事務管理部門

SWOT分析 による課題

平成29年度の 戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 財務諸表を読む
スキルの必要性

事務職員の経営分
析能力の向上

財務諸表を読む勉強会・
研修会の実施

2. 防災関連機関
との連携強化

防災関係機関との
連携強化

消火訓練、防災訓練、緊
急被ばく訓練

3. 職場環境の
フォローアップ

働きやすい職場環
境の実現

カウンセリング利用の促
進と実践



1.事務職員の経営分析能力の向上

- (1)財務諸表を読む勉強会・研修会の実施

2. 防災関係機関との連携強化

- (1) 行政、消防、医師会等と協議して連携した訓練を実施する。
- (2) DMATとの情報共有及び訓練参加

3. 働きやすい職場環境の実現

- (1) カウンセリングのPR(説明会開催)
- (2) カウンセリング利用促進



決 意

- 経営感覚を持って業務にあたることができる職員を育成します。
- 中東遠地域の災害拠点病院として、関係機関との連携を強化し、防災機能を高めます。
- カウンセリングを推進して、働きやすい職場環境を実現します。



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会

施設管理・物品管理

部門紹介

- 施設の維持管理(委託契約含む)
- 物品の価格交渉、契約、調達
 - ・ 薬品(試薬)
 - ・ 診療材料
 - ・ 医療機器(保守、修理含む)
 - ・ 什器備品
 - ・ 消耗備品
- SPDセンター運営



施設物品係15名です
※委託業者を除く

施設管理・物品管理

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 効率的な物品管理の推進

(1) 薬品費(たな出庫)／医業収益

目標：10.0%以下

➡ (1) 10.9% 高額な新薬の影響大！
※オプジーボやリプレガル等

(2) 診療材料費(たな出庫)／医業収益

目標：10.0%以下

➡ (2) 9.3% 達成！

2. エネルギーの年間総使用量の抑制

(1) 電気

目標：前年度対比 10万kWh削減

980万kWh ⇒ 970万kWh以下

➡ (1) 980万kWh 昨年と同数値

(2) ガス

目標：前年度対比 28km³削減

613km³ ⇒ 585km³以下

➡ (2) 585km³ 達成！

※ガス需要契約規定による最低使用量確保のため、意図的に+68km³使用しました

(3) 灯油

目標：前年度対比 9kl削減

181kl ⇒ 172kl以下

➡ (3) 170kl 達成！



施設管理・物品管理部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
○管理課施設物品係 15名(内、SPD7名) ○H28年度決算額 ・薬品費 1,862百万円 ・診療材料費 1,386百万円 ・電気料 153百万円 ・都市ガス代 46百万円 ☆施設概要(H28年度) ・敷地面積 137,200㎡ ・建物延床建物 46,151㎡ ・契約電気量 1,832kW		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		① コンサルタントによる支援や勉強会への参加 ② 新規材料見直しや効率的な在庫管理への診療現場の協力 ③ 地球・環境意識の高まり	① 業者同士の棲み分け、競争不足 ② 異常気象等の気象条件 ③ 冬場の強風 ④ 電気やガス料金等の値上がり
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	① 他病院との連携(ベンチマークや勉強会) ② 専門知識を有した職員の採用 ③ SPDシステムの導入により、材料の消費状況、在庫状況を把握 ④ 省エネに配慮した設備	S①②×O① ベンチマークや専門知識を有した職員を活用した価格交渉の実施 S③×O② データを活用した効率的な在庫管理とより有利な新規材料への切替 S④×O③ 診療部門以外は積極的に省エネ実施	S①②③×T① 個々の価格について、他院との比較による評価を明らかにすることにより、当院の立ち位置を確認 S④×T②③④ 省エネ化された病院の実現
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
① 療養環境の快適性は確保する必要がある ② 新築のため、大規模な改修は難しい ③ 省エネに対する職員の意識		W①②③×O③ 診療部門は出来る範囲で実施 職員のコスト意識の啓発	W①②③×T②③④ 強風対策等施設の大規模改修 燃料の時価に気を配り、より安価な燃料で動かせるエネルギー供給器械を選択する。

施設管理・物品管理

現状・取り巻く環境

- 強みや機会
 - ・ 他病院との連携（ベンチマークや勉強会）
 - ・ SPDシステムの導入により、材料の消費状況、稼働状況を把握
 - ・ 新規材料見直しや効率的な在庫管理への診療現場の協力
 - ・ 地球・環境意識の高まりと省エネに配慮した設備
- 弱みや脅威
 - ・ 療養環境の快適性は確保が必要
 - ・ 電気料金やガス料金等の値上がり

SWOT分析の結果

- 積極的
 - ・ ベンチマークや専門的知識を有した職員を活用した価格交渉の実施
 - ・ データを活用した効率的な在庫管理と有利な新規材料への切替
 - ・ 診療部門以外は積極的に省エネ実施
- 弱点克服
 - ・ 職員のコスト意識の啓発（自分の家のつもりで・・・）
- 差別化
 - ・ 他院との比較評価による当院の現状を確認
- リスク回避
 - ・ 燃料の実勢価格に気を配る



施設管理・物品管理

平成29年度の戦略目標

1. 効率的な物品管理の推進



業績指標 (業績評価指標等)

(1) 薬品費 (たな出庫) / 医業収益

目標 : 11.0%以下

(2) 薬品購入値引率

目標 : 16%以上

※H28年度(4~12月分)
全自病平均13.55%

(3) 診療材料費 (たな出庫) / 医業収益

目標 : 10.0%以下

2. エネルギー使用量の抑制



1年間のエネルギー使用量について、
開院後4年間の実績値を参考に設定

(1) 電気量 **目標 : 980万kWh未満**

(2) ガス量 **目標 : 585km³未満**

(3) 灯油量 **目標 : 170kℓ未満**

1. 効率的な物品管理の推進

(1) 薬品購入価格の抑制

- ・ 薬品購入月実績の把握と分析・検証
- ・ 薬品納入業者との面談・交渉（上期・下期）

(2) 診療材料購入価格の抑制

- ・ 材料使用月実績の把握と分析・検証
- ・ 納入業者やメーカーとの面談・交渉
- ・ 同等有効品への切替の検討

2. エネルギー使用量の抑制

(1) 電気使用量の抑制

- ・ 使用実績の把握と設備運転検討会の開催
- ・ 節電意識の啓発（実績値の掲示等）

照明のこまめな電源OFF
退出時には照明を切りましょう



1. 物品管理

- 適正な在庫管理により、診療現場にストレスのない物品管理を目指します。
- 価格交渉力を強化し、「良いものを、より安く」の精神で臨みます。

2. 施設管理

- 快適性を保持しつつ、地球環境や経済性に配慮したバランスの良い施設管理を目指します。

職員の皆様のご協力をお願いします！



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会

医 事 課

部門紹介

- 職員数の状況（平成29年5月現在）
 - 課長 1名 ・医事係 9名
 - ・患者サービス係 7名
 - ・診療情報管理係 8名
 - ・医師事務サポート係 22名 計 47名
- 医事係
 - ・診療報酬の算定、請求、届け出 など
- 患者サービス係
 - ・受付窓口、相談、お支払い など
- 診療情報管理係
 - ・カルテ管理、DPC、統計 など
- 医師事務サポート係
 - ・診察・文書の補助、NCD・がん登録 など



CHUTOEN GENERAL MEDICAL CENTER

戦略目標

平準値

結果 (H29・3月) (業績評価指標等)

診療報酬の確実な確保

査定率0.25%以内

社保査定率0.259%
国保査定率0.152%
(厚労省26.6.23)

査定率平均0.257%

12月:0.19、1月:0.25、2月:0.19



めざせ！未収金ゼロ

1,500万以内
(125万円/月以内)

1,400万円 (117万円/月)
(25年度 860万円、26年度 830万円
27年度 1,000万円)



適切なDPCコーディング

・副傷病付与率13%以上
・不明コード使用率 7%以内

副傷病付与率
10.9%
(平成28年度ヒラソル参加病院)

副傷病付与率18.3%
不明コード 使用率5.3%



医師事務サポート体制の充実

・MS研修の充実
・医師事務作業補助体制加算20対1の取得

医師の負担軽減

・MS研修23回⇒技能向上
・加算の 25対1



医事課 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
○職員数の状況（平成29年4月現在） 課長1名 医事係9名 診療情報管理係8名 医師事務サポート係22名 患者サービス係7名 計47名 ○入院診療単価 60,462円(28年度稼動額ベース) ○外来診療単価 13,282円(") 医事課業務 ○医事係：医療費の算定、診療報酬の請求等 ○患者サービス係：受付、医療相談、収納未収金対策等 ○医師事務サポート係：医師の事務作業補助 ○診療情報管理係：診療録管理、DPCコーディング等		(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
		・旧両病院紙カルテの全部返還 H30年 4月 ・全国がん登録の開始、がん登録の義務化（がん登録にかかるDPC係数の消滅） ・機能評価係数Ⅱ 複雑性係数の増 ・H30年 医療介護の同時改定 ・病床の機能分化の推進 ・地域連携の強化	・審査機関・保険者のレセ点検体制の強化（システムによる点検、縦覧点検など） ・今後の厚生局適時調査・個別指導等の立入検査実施の可能性 ・生活困窮者や外国人の増加傾向 ・H30年 医療介護の同時改定 ・診療報酬のマイナス改定 ・重症度看護必要度基準の高度化 ・がん登録にかかるD P C 係数の消滅
内部環境	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	・PET稼動の推進 ・がん診療の推進 ・がん患者リハビリテーション料算定への取り組み ・ダヴィンチの導入 ・職員の知識と技能の向上 ・病棟クラークの増員 ⇒ 1病棟1人の配置 ・医師事務作業補助者の増員 ・e-文書システムの導入・稼動 ・医事業務委託プロポーザルの実施	・診療科カンファレンスへの参加 ・保険証・限度額証の取得や生保申請への積極的介入 ・コンビニ収納、取り扱い開始（予定） ・診療録に関するシステム改修 ・看護補助者から医師事務作業補助者への異動推進 ・医師事務作業補助者の新規募集	・未収金対策の強化 ・法律事務所への債権回収業務委託 ・診療費算定の増額 ・外来診療時間の短縮
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	・救急医の減 ・難易度の高い手術実績の減少 ・診療録管理に関する情報システムの機能が弱い（e-文書化できない記録の顕在化） ・診療録監査の実施、十分に確立されていない ・看護補助者（医師事務補助候補者）の減 ・予約外患者の待ち時間が長い	・診療録管理体制、監査体制の確立 ・診療録に関するシステム改修 ・効率的な診療報酬算定、チェック体制の確立 ・レセ点検システムの導入 ・診療情報管理士との連携強化 ・医師事務作業補助者の配置 ・外来診療補助体制の強化 ・MS技能研修の実施 ・MS配置管理の強化	・診療費本人請求額の減額（保険制度の適正適用） ・返戻・査定対策の強化、維持 ・算定した管理料の診療録記載事項の確認 ・「管理料なび」による記事入力チェック開始 ・予約外患者の受付開始時間の見直し

現状・取り巻く環境

強み

- ・ 病棟クランクの増員
- ・ 医師事務作業補助者の増員
- ・ e-文書システムの導入・稼動
- ・ 医事業務委託プロポーザルの実施

弱み

- ・ 救急科医師・難易度の高い手術の減
- ・ 診療録監査が確立されていない
- ・ 看護補助者(MS候補者)の減

機会

- ・ 旧両病院紙カルテの全部返還予定
- ・ 機能評価係数Ⅱ 複雑性係数の増
- ・ H30年 医療介護の同時改定

脅威

- ・ 審査機関/保険者のレセプト点検の強化
- ・ 厚生局適時調査/個別指導の可能性
- ・ 急速な格差社会の進展
- ・ がん登録DPC係数の廃止

SWOT分析の結果

積極的：保険証や限度額証取得の積極的介入

差別化：未収金対策の強化（回収困難者の法律事務所への回収業務委託）
外来診療時間の短縮を

段階的・弱点克服：診療録管理体制、監査体制の確立

リスク回避：レセプトの返戻・査定対策の強化、維持

医事課

平成29年度の戦略目標

前年実績

評価指標・目標

診療報酬の確実な確保

査定率
0.257%

査定率 0.2% 以内

めざせ! 未収金ゼロ

1,400万円
(117万円/月)

1,350万円以内
(113万円/月以内)

医師事務サポート体制
の充実

医師事務作業
補助体制加算
25対1

医師の負担軽減
20対1の取得

適切なDPCコーディング

副傷病付与率
18.3%
不明コード5.31%

副傷病付与率 18.5%以上
不明コード使用率 5%以内

診療録監査の実施

診療録管理委員会
メンバーによる各科
の診療記録監査

加えて

管理料ナビで算定患者の記事入力チェック
退院時の必要書類の量的監査実施

医事課

詳細

診療報酬の確実な確保

診療部門との連携強化
診療報酬確保プロジェクトの実施
カンファ参加・事業者と協働

査定率と返戻額の削減
管理料の確実な算定
レセプトチェック体制の強化

めざせ！未収金ゼロ

未収金発生未然対策
保険制度適正利用による
自己負担額の低減

債権管理体制強化
段階に応じた
未収金回収の強化

回収困難者対応
支払督促の実施
法律事務所への回収委託

医師事務サポート体制の充実

MS研修の実施
反復研修
事例別研修

MSの増員配置①
(2名の配置を検討)
25対1配置⇒20対1へ

MSの増員配置②
(3名の配置を検討)
配置加算2⇒加算1へ

適切なDPCコーディング

副傷病名の付与
副傷病変更に伴う早期見直し

部位・詳細不明コードの削減
不明コード病名の確認、再コーディング

診療録監査の実施

管理料算定患者の記事入力チェック
管理料ナビで算定患者の記事チェック

退院時の必要書類の量的監査
チェックリストを作成し、量的監査を実施

診療単価
アップ



収益アップ



医療サービス
向上

一生懸命頑張ります!!

決意

●診療報酬の適正な算定

やったこと、
使った物は、
しっかり請求

●正しい
DPCコーディング

コーディングは
ばっちり!

●医療費の確実な回収

ちゃんと
払ってもらいます!

●診療録監査の実施

より良い記録へ
更なる一歩!

●医師の
事務作業サポートの充実

先生のお仕事
応援します!

平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

—— 人間ドック・健診センター ——

部門紹介

地域の皆様に安心して受診していただけるように、
常にお客様に満足していただけるように心がけております。



職員体制

センター長
健診医師4名
事務職10名
医療職17名
保健師
管理栄養士
看護師
臨床検査技師
メディカル エイド

人間ドック・健診センター

昨年度の目標

結果

1. ドック学会の二日ドック指定の更新



・優良人間ドック健診施設指定の更新
完了 **達成**

2. 特定保健指導システムの確立

- ・業務手順書の作成
- ・実施者数 **目標60人/年**
- ・当日面談した方の参加率 **目標60%**



- ・手順書完成 **達成**
- ・実施者数129人 **達成**
- ・当日面談者の参加率 71% **達成**

3. 要精密検査者のフォローアップの強化

- ・精密検査受診率80%維持
- ・当院受診率アップ **H27年度56.6%**



- ・受診率 74.6% **未達成**
- ・受診率 57.2% **達成**

4. ドック受診者数の維持、増加

- ・1月～3月の稼働率80%以上



- ・1月～3月の稼働率 86% **達成**
(年間稼働率91%)

H27年度 1～3月稼働率 78%
年間稼働率 88%



人間ドック・健診センター SWOT分析

基礎データ		外部環境	
H28年度実績 1.人間ドック 日帰り 8806人 一泊 38人 協会けんぽ 1337人 脳ドック 230人 脳動脈硬化ドック 69人 PETがん検診 31人 健康診断 1785人 ドック稼働率 91%(年間)86%(1～3月) 2.リピーター率 83% 特定保健指導 実施者数 129名		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		■ H28年度より特定保健指導開始 ■ 人間ドック健診施設機能評価受診予定 ■ H28年度にダビンチが導入 ■ がんに対し早期発見の期待が大きい	■ 契約企業の健診受診期間の制限 ■ 近隣病院に健診拡充の動きがある
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	■ センター長が専任になった ■ 健診業務経験がある医師が採用 ■ 中東遠地域でPET健診実施は当院のみ ■ 画像読影は専門医が行い精度が高い ■ 職員のドック受診の増加	■ 機能評価の受診準備を行う ■ 特定保健指導体制の強化 ■ 人間ドック利用のPR活動 ■ オプション項目を見直し、収益増加を図る	■ 1月以降の受診者増加対策 病院職員・市職員へのPR ■ PETがん検診のPR
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	■ 胃内視鏡の希望は多いが、予約枠が少ない ■ 部署経験が少ない職員が多い(2年未満27名中8名) ■ 特定保健指導とドック業務兼務のため保健師が不足	■ 利用者アンケートの実施、内容分析 ■ スタッフの教育をはかる(業務マニュアル・接遇教育) ■ スタッフの情報の共有化	■ 胃カメラ検査枠の拡大検討

人間ドック・健診センター

現状・取り巻く環境

強み: 中東遠地域でPET健診実施は当院のみ
健診業務経験がある医師の採用

弱み: 胃カメラ希望は多いが、枠が少ない

機会: 機能評価受審予定、病院に手術支援ロボットを導入

脅威: 近隣病院に健診拡充の動きがある

SWOT分析の結果

積極的: 機能評価受診準備を万全に行う

特定保健指導に対する体制の強化

差別化: PETがん検診のPR、1月～3月の受診者増加対策

弱点克服: 利用者アンケートを実施し問題点の指摘改善、
新人スタッフ教育

リスク回避: 胃カメラ検査枠の拡大検討



人間ドック・健診センター

平成29年度の戦略目標

1. 人間ドック健診施設
機能評価の受審

➡ 受審準備を万全に行う
2月受審、認定を目指す

2. 特定保健指導の課題を
明確にし、対策を立てる

➡ 人員体制の確認見直し
人員配置・対策案作成
指導結果について検証
指導プログラムの修正

3. オプション項目を見直し
収益増加を図る

➡ PSA検査・PET検診のPR
オプション全体の見直し
増加対策検討実施



人間ドック・健診センター

詳細

1. 人間ドック健診施設機能評価の受審 受審行程表の作成と達成

- ・ 10月 自己評価表作成・提出
- ・ 12月 訪問審査時の書類準備
- ・ 1月 訪問審査シミュレーション実施
- ・ 2月 訪問審査予定

2. 特定保健指導の課題を明確にし、対策を立てる

- ・ 人員体制の見直し・対策検討
- ・ 特定保健指導の結果を分析・評価し
指導プログラムの見直しを行う

3. オプション項目を見直し収益増加を図る

- ・ PSA検査のPR・PET検診のPR
ホームページ、冊子等の再検討
- ・ オプションの内容と推奨のPRについて見直す



決意

人間ドック健診センターの
質の向上と収益増を
目指します



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

地 域 連 携 室

室長 & 22名
体育会系で
Fight!!!

室長

部門紹介（平成28年度実績）

基礎データ		平成27年	平成28年
紹介率		68.1%	71.2%
逆紹介率		84.0%	86.1%
在宅復帰率		93.4%	93.2%
退院調整カンファレンス参加件数 (地域連携関与)		18 回／月	20 回／月
介護連携指導料算定件数	400点	36件／月	32件／月
共同指導料2算定件数	400点	4件／月	5.4件／月
	2400点	1件／月	0.6件／月
地域連携パス件数	脳卒中	1.7件／月	0.1件／月
	大腿骨	8.3件／月	10.6件／月
転院までの 調整日数	療養型	25.8日	24.6日
	リハビリテーション	22.5日	22.5日
	老人保健施設	16.5日	16.5日
	老人福祉施設	11.6日	11.6日

前方支援チーム

後方支援チーム

地域連携室

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 地域支援病院の承認

- (1) 紹介率 65%以上
- (2) 逆紹介率 80%以上

	平成26	平成27	平成28
紹介率	54.6	68.1	71.2
逆紹介率	66.0	84.0	86.1

達成

2. 総合入院体制加算の維持

- ・入院精神療法 年間20件以上確保

➡ 25件達成

3. 退院支援の充実

- (1) 病棟と連携した退院支援体制確立
 - ・医師参加の退院前カンファレンス開催
3件以上／月
- (2) 後方支援関係者との連携強化
 - ・後方連携に関する会議の開催
3回／年

- (1) ・病棟ごと担当退院支援職員の配置
 - ・入院1週間内の退院支援カンファレンスの実施
 - ・退院時共同指導料(2,400点)件数 0.6件／月
- 未達成

- (2) ・後方支援施設(全56施設)と連携会議・・・3回
 - ・施設との個別打ち合わせ・・・88件対応

達成

地域連携室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
	職員数：医師1名(兼務)、看護師5名、MSW6名、事務員5名(1名非常勤)ソラスト6名(7月に2名産前休暇に入る) *各種データ(平成28年度) ・紹介率 71.2% 逆紹介率 86.1% ・在宅復帰率・・・93.2% ・在宅退院迄の調整日数(地域連携室介入)・・・13.8日 ・退院前カンファレンス参加件数(地域連携関与)：20回／月 ・介護連携指導料算定件数 400点：32件／月 ・共同指導料2算定件数 400点：5.4件／月 2400点：0.6件／月 ・地域連携パス件数 脳卒中：0.1件／月 - 大腿骨：10.6件／月 ・転院までの調整日数(平均) - 療養型施設・・・・・・・24.6日 - リハビリテーション・・・・・・19日 - 介護老人保健施設・・・・・・・14.8日 - 介護老人福祉施設・・・・・・・14.0日	(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
		O1 救急医の減少で救急に関する事がルール化された O2 地域医療支援病院の承認を受け院内全体が退院支援を重要視している O3 退院支援の院内認定看護師が誕生し、活動日や業務が検討され退院支援について院内外で期待が高い O4 多職種との退院支援カンファレンスが定期的に開催されている O5 小笠医師会、袋井医師会が共に在宅介護を推奨している O6 院内(新人他部署経験)、院外(学生実習・退院との人事交流)から、連携室業務に興味を持った人達の見学や研修を受け入れている	T1 在宅医療(看取りを含む)を促進させるための医療資源が地域に乏しい T2 後方施設の待機状況によって、当院の退院支援に影響が出る T3 中東遠医療圏域の高齢化率推計(日本医師会：地域医療情報システム参照)で、2015年：25.3%→2020年：29.2%となり、患者の高齢化に伴い医療・介護の相談件数が増えていく
内部環境	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	S1 患者受け入れルールが整備され開業医との連携がスムーズになった S2 改定された退院支援フローが定着し、手順に沿った退院支援が行われ診療報酬算定額が増加した	S1×O1 開業医との連携の元、紹介・逆紹介率を維持する S2×O2・O3・O4・O5 フローに沿い、早期(入院時)から多職種間での情報共有をおこない適切な退院支援を実施する	S2×T1 在宅医療(看取りを含む)に関する開業医の受け入れ状況を確認し、在宅退院への連携をはかる
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W1 後方支援担当者の中で(MSWと看護師)、役割分担ができてしまっていて協力体制やコミュニケーション不足が伺われる(柔軟さが必要) W2 急性期病院・地域医療支援病院としての当院の役割が市民に十分浸透しておらず、受診時間や退院日について自分の都合を優先する	W2×O2・O5・O6 急性期病院・地域医療支援病院としての当院の役割と将来の地域包括ケアシステムについて、院内・院外に向けてPRし職員や住民に理解を求めていく必要がある	W1×T2・T3 連携室内でのコミュニケーションを密にし、後方施設関係者との患者受け入れに伴うタイムリーな情報交換を行うと共に、お互いに求める内容についての意見交換や研修会を開催し連携を強化していく

地域連携室

現状・取り巻く環境

- 平成28年度診療報酬改訂に伴い、地域連携室と病棟が共同しての退院支援の強化が求められた。今後は地域包括ケアを見据えた退院支援の実践が求められる。
- 平成28年度地域医療支援病院の承認と開業医からの患者受け入れルールで開業医との連携はできつつあるが、当院の役割が周囲に十分知られていない。

SWOT分析の結果

積極的（S強み×O機会）

年々増加する紹介患者数、前方連携・後方連携を強化し
紹介率・逆紹介率の維持と早期からの適切な退院支援の実施

差別化（S強み×T脅威）

在宅医療（看取りを含む）医療資源に乏しい
開業医の受け入れ状況の実情確認と依頼

弱点克服（W弱み×O機会）

急性期病院・地域医療支援病院としての役割が周囲に十分知られていない
院内・院外に向けてPR、職員や住民に理解を求める

リスク回避（W弱み×T脅威）

後方施設の受け入れ状況が当院の退院支援に影響する
後方支援施設関係者とのタイムリーな情報交換と知識の共有

地域連携室

平成29年度の戦略目標

1. 適切な退院支援の実施



(1) 退院前カンファレンスの実施

(対象の**80%以上**に実施)

- ・介護連携指導料算定件数
- ・共同指導料2算定件数

(2) 後方支援施設関係者と知識の共有 会議の開催(研修会含む) **3回以上/年**

2. 急性期病院・地域医療支援病院の 役割の実践と周囲への啓発



(1) 紹介率・逆紹介率の維持

紹介率:**70%以上**、逆紹介率:**85%以上**

※ H28年度実績(紹介率 71.2%・逆紹介率 86.1%)

(2) 説明会の実施

「かかりつけ医と当院への受診」

- ・職員への説明……………**各部署1回**
- ・地域住民への説明……………**両市各3回以上/年**

1. 適切な退院支援の実施

(1) 退院前カンファレンスの実施

- ◆ 入院後1W以内に開催の退院支援カンファレンスに参加し退院後の生活の方向性の確認
- ◆ 介護(ケアマネジャー)・訪問看護の介入が必要な該当者の選別
- ◆ 病棟担当看護師とコミュニケーションをはかり、退院前カンファレンスの準備
- ◆ 退院前カンファレンスに参加
- ◆ 退院前カンファレンス実施患者の記載

(2) 後方支援関係者との知識の共有

- ◆ アンケートの実施
- ◆ 研修会の開催 1回／年



2. 急性期病院・地域医療支援病院の役割の実践と周囲への啓発

(1) 紹介率・逆紹介率の維持

- ◆ 毎月の紹介・逆紹介データの収集
- ◆ 報告書未作成の医師への督促強化
- ◆ 逆紹介時の紹介状記入の依頼
- ◆ 開業医リストの見直し(看取りを含む)

開業医との連携を密にして紹介を増やす

(2) 説明会の実施

- ◆ 説明内容「かかりつけ医と当院への受診」の検討
- ◆ 説明部署・地域の選定と説明会の計画立案



決 意

目指せ！

「連 携」

1. 地域との連携を密にした
退院支援の実践
2. 急性期病院・地域医療支援病院の
役割を院内 外にPR

顔(^_^)の見える関係の構築



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会

—— 医 療 安 全 部 門 ——

部門紹介

□ 医療安全管理体制

- ① 院長直轄の部門
- ② 医療安全管理と活動推進を担う
 - ・ 医療安全管理委員会 35名
 - ・ 医療安全推進委員会 30名
- ③ 医療安全管理者 2名、事務 1名



□ 主な活動内容

- ① 医療事故発生時の迅速な対応
- ② ヒヤリハットの収集・分析・対策立案 及び周知
- ③ 安全な医療の提供のためマニュアルの
作成と 遵守の推進・実態調査
- ④ 医療安全管理のための職員研修

平成29年度医療安全管理委員会



医療安全カンファレンス

- ★ 毎週(月)開催約1時間
- ★ ヒヤリハット報告事例の検討
- ★ 重要事例の臨時検討会
- ★ 28年度も部門を超えて改善策を検討

医療安全推進委員会

- ★ 患者確認・薬剤確認手順の指導・確認
- ★ 患者本人確認手順・薬剤確認手順の確認モニタリング
- ★ 環境ラウンド
- ★ 新採用者研修



11人の
有志達



2017.06.01

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 患者本人確認の定着



- 患者本人確認手順指導の実施率
目標 98% ⇒ **100%**
- ヒヤリハット前年比
目標 20%減 ⇒ **23%減**
- 中途採用・産育休復職者への指導
目標 100% ⇒ **100%**

2. 薬剤の確認方法の定着



- 薬剤確認手順指導の実施率
目標 100% ⇒ **100%**
- ヒヤリハット前年比
目標 20%減 ⇒ **20%減**
- 中途採用・産育休復職者への指導
目標 100% ⇒ **100%**

3. 事例から学ぶ再発防止



- ヒヤリ／ハット分析・対策立案(件／月／部署)
目標 70% ⇒ **76%**
- 患者の移乗介助学習会
目標 年3回 ⇒ **7回実施**



医療安全部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
内部環境	- 平成28年度ヒヤリハット報告件数 1854件 - 平成28年度3b以上の事例16件(レベル5:2件オカレンス該当:6件) - 平成28年11月オカレンス設置:オカレンス報告7件 - 転倒転落による骨折(3b該当)4件(病棟2件・外来系2件) - 外来での転倒転落 9件発生(内:3b事例2件) - 毎週医療カンファレンスを開催。メンバーは室長の浦崎医師をはじめ各職種10名で構成 - 薬剤確認方法指導 100%実施 ヒヤリハット報告数 552件 注射の「ひなやくりょうほう」に関するヒヤリハット報告数 213件 - 患者確認方法指導 100%実施 ヒヤリハット報告数 103件 - 医療安全推進委員による実施調査 「患者確認」の実施確認 計4回/年 ・「薬剤確認」の実施確認計2回/ 環境ラウンド 3回/年 - 患者移乗方法の指導 208名の職員に実施 - 研修会参加者 院内:1037名 院外:資格取得 13名、その他62名	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		- 新院長が就任したことで仕組みの見直しを行う意向がある - 救急医減少により現場で救急対応を学ぶ事が求められる。 - 地域の期待に応えるため医療レベルの向上が求められている。 - 輸血委員会から院内ラウンドの依頼がある - 医師が増加している。 - 研修医は21名で比較的人数が多い。 - QIプロジェクトへの参加が継続し参加病院内で当院の状況が把握・比較できる - 地域と病院の双方が質の高い安全な医療を求めている	- クレームから患者家族とのトラブルが発生している事例がある - 医療事故調査制度が開始され社会的に注目されている - 当院の救急医が減少し(2名)救急体制が変更となり仕組みが定着するまで混乱が予想される。 - 地域の更なる高齢化
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	1.院長が医療安全のリーダーである 2.医療安全管理者が専従2名である 3.医療安全管理委員会で積極的な意見交換ができています 4.毎週の医療安全カンファレンスが定着(28年度46回開催) 5.安全室長が整形外科の医師で転倒転落予防のための研修会を実施 6.救急医により院内急変対応に対する研修会を開催 7.リハビリ室安全推進委員により患者移乗方法の研修会開催(院内研修担当者が協力) 8.ヒヤリハット報告を提出することが定着してきた(1854件/年、前年比22件増) 9.オカレンス報告システム設定後、レポート9件提出 10.看護部が28年度からKYTを取り入れ、視点を転倒転落として対策の検討を始めた 11.転倒転落による3b骨折事例は27年度より7件減の4件であった 12.安全推進委員が医師以外の部署に配置されている 13.安全推進委員は現場の安全推進リーダーとなり、部署のスタッフ全員に患者確認及び薬剤確認手順を指導した 14.薬剤事例を注射を分析し「指示」と「投与方法」に関連した事例が残っていることがわかった 15.薬剤事例の内服を分析し、患者誤認、投与日・時間間違い、指示の未実施などに原因があることがわかった 16.28年度も安全推進委員が約1/3交代し、安全に対する理解者が現場に増えた 17.平成29年新採用者研修では、講義を安全管理者が担当し、実技研修を安全推進委員が担当し定着してきている 18.28年度13名が医療安全管理者の資格取得をしている。	S-6 × O-2 - 救急対応出来るまでの仕組み作りの一環として、基礎的知識を習得出来るように研修会を開催する S-5 × O-8 - 高齢者を意識した安全な環境作り S-2、S-4 × O-4 × W-4 - 医療カンファレンスの開催日を活用して安全ラウンドを定期的に行う S-13、S-14、S-15、O-8 - 薬剤の確実な投与に取り組む - 注射:「指示」「投与方法」について分析と対策を検討 - 内服:「患者誤認」「投与日」「時間間違い」「指示受け」等について分析と対策を検討	O-8、S-3、S-9 - オカレンスレポートについて協議する - オカレンスレポートのカンファレンスを開催できるような仕組みを作りたい
内部環境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	1.医療事故3b以上について委員会報告はしているが、全部の事例検証までできていない 2.3b以上の事例に窒息事例が2件発生している 3.医療事故3b以上の医療事故及びヒヤリハット報告を現場にフィードバックできていない 4.安全カンファレンスの検討結果を現場にフィードバックできていない 5.安全管理のラウンドが実施できていない 6.作業手順が現場の実情に合致しているか検討ができていない 7.暗黙のルール、ローカルルールを表面化し、基準にすることができていない 8.ヒヤリハット報告を部署で振り返り現場の室を向上させるよいチャンスにしていない。 9.ヒヤリハット、医療事故に関する現場の分析力が弱い 10.ヒヤリハット分析がきちんとできていないため根本原因が明確でない 11.ヒヤリハット、医療事故に関する現場の指導力が弱い 12.薬剤に関する事例がヒヤリハット全体の30%占めている 13.注射364件前年比36件減・内服329件前年比61件増。 14.薬剤発生要因として、指示の情報伝達に関連した事例がある 15.薬剤発生要因では「投与方法」の誤りに関する事例が多い 16.患者誤認報告年間103件で減少していない 17.患者誤認報告の内容分類では外来では書類・病棟では出棟の場面が多い	O-3 × W-1-2-3 今後、発生した事例検証から、多職種で取り組める改善点を見いだして現場にフィードバックしていく	

医療安全部門

現状・取り巻く環境

強み



- ・院長が安全のリーダーである
- ・研修に協力してくれる医師及び専門職がいる
- ・推進委員が現場で積極的に活躍している

弱み



- ・薬剤・患者間違いのヒヤリ・ハット報告が減らない
- ・作業手順が現場の実情に合致しているか検討ができていない

機会



- ・新院長が就任したことで仕組みの見直しを行う意向がある
- ・地域の期待に応えるため医療レベルの向上が求められている
- ・輸血委員会から院内ラウンドの依頼がある

脅威



- ・救急体制の変更
- ・地域の更なる高齢化

SWOT分析の結果

積極的

強み13・14・15 × 機会8

□正しい手順で薬剤投与ができる

積極的

強み13・14・15 × 機会8

□正しい手順で患者確認ができる

段階的

弱み3 × 機会1・2・3

□継続的な学習の場の提供とフィードバック



医療安全部門

平成29年度の戦略目標

□正しい手順で薬剤投与ができる

ひ	な	やく	りょう	ほう
日	名前	薬名	量	方法

□正しい手順で患者確認ができる

□継続的な学習の場の提供とフィードバック

業績指標 (業績評価指標等)

- 各部署の薬剤確認(ひ・な・やく・りょう・ほう)の実施率 **目標 100%**
- 注射の(ひ・な・やく・りょう・ほう)に関するヒヤリ・ハット報告数の減少 **目標前年比 30 %減(150件↓)**
- 各部署の患者確認の実施率 **目標 100%**
- 患者間違いヒヤリ・ハット報告数の減少 **目標前年比 20%減 (80件↓)**
- 教育及び研修会開催 **目標 6回／年**
- ヒヤリ・ハット検証と現場確認
 - ・安全ラウンドの実施 **目標 20回／年**
- 現場へのフィードバック
 - ・安全情報の配信 **目標 35回／年**



□ 正しい手順で薬剤投与ができる

ひ・な・やく・りょう・ほう

- ①各部署の推進活動の提示
- ②毎月の活動進捗状況の把握
- ③各部署で薬剤確認のモニタリング
- ④推進委員会委員によるモニタリング
- ⑤薬剤に関するヒヤリ・ハット報告の共通理解と見直し
 - ・作業工程に基づいて発生原因について検討
 - ・作業工程の見直し
 - ・修正箇所の確認



□ 正しい手順で患者確認ができる

名前の一致確認

- ①各部署の推進活動の提示
- ②毎月の活動進捗状況の把握
- ③各部署で患者確認のモニタリング
- ④推進委員会委員によるモニタリング



□ 継続的な学習の場の提供とフィードバック

- ①医療安全管理研修会の開催（6回／年）
- ②安全ラウンドの実施（1～2回／月）
- ③ダイジェスト版の配信（1回／週）

参加よろしく



医療安全部門

決意

現場リーダーの推進委員の活動で
薬剤関連及び患者間違い防止
正しい手順の実施・定着を目指す！

ご協力お願いします



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

感 染 発 表 会 策 部 門

部門紹介

◆診療報酬

年間5,800万円の収入！

- ① 感染防止対策加算1: **400**点（入院初日）
- ② 感染防止対策地域連携加算: **100**点（入院初日）
- 合計 500点**（入院患者1人につき）

◆活動内容

- ICT会(1回/週) ⇒ **48**回/年
- 抗菌薬適正使用に関する検討: 症例数**850**件/年 介入件数 **196**件
- ICT・感染対策推進委員会ラウンド: 計**92**回/年 のべ**176**か所
- 地域連携カンファレンス: **8**回開催/年
- 地域連携相互ラウンド: **1**回 (磐田市立病院評価)
- 手洗い指導への取り組み: **90%**実施

◆結果

アウトブレイク **0**件

院内感染対策委員会



ICT会



感染対策推進委員会



感染対策部門

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 職業(業務関連) 感染防止対策 の強化

- (1) インスリン関連の事故減少
H27:6件 目標:4件以下
- (2) 携帯用針捨て容器未持参による
事故減少
H27:3件 目標:0件
- (3) 事故発生後感染症結果の有無判明
まで2時間以上の件数を減らす
H27:8件 目標:3件以下

H28年度 評価

0件 達成! 😊

1件 達成
できず 😞

1件 達成! 😊

2. アウトブレイクを 起こさない

- (1) アウトブレイク発生件数
H27:0件 目標:0件
- (2) 感染症別
行動フローチャートの定着
H27:0% 目標:70%
- (3) 入院患者へ手洗い指導継続
H27:85% 目標:98%
スタッフ全員が指導実施
H27:71% 目標:90%

0件 達成! 😊

97% 達成! 😊

98% 達成! 😊

97% 達成! 😊

感染対策部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
◆ 診療報酬「感染防止対策加算1:400点」「感染防止対策地域連携加算:100点（入院初日）を取得（年間5,700万円） ◆ 地域連携かファレンス:年8回 相互ラウンド評価:年1回 ◆ 委員会の活動 ① ICT⇒抗菌薬適正使用 症例数850件/年 介入196件数件 ② 推進委員会⇒手洗い指導実施(90%)環境ラウンド176か所 ◆ アウトブレイク0件 ✓ サーベイランスの実施(BSI・UTI・VAP・SSI・インフルエンザ・耐性菌・アルコール手指消毒剤・手洗い指導) ✓ 行動フローチャートの作成・実施 ◆ 針刺し切創事故35件:針刺し23件、血液曝露8件、切創2件、咬傷2件 ・ 廃棄容器に関する事故5件		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		・ 認定看護師の専従化が診療報酬の加算条件 ・ 一入院患者あたり500点が取得 ・ 地域連携による感染対策の強化 ・ 機能評価でサーベイランスの拡大を提案された ・ 機能評価で手洗い指導が評価 ・ JANIS・QIプロジェクト・リンクルに加入し、全国と当院の状況の比較可能 ・ 2人目ICN誕生 ・ 機能評価を受審し感染対策のレベルが向上	・ アウトブレイク発生 ・ 針刺し切創事故による職員の健康被害の恐れ ・ 感染対策加算1が取得できないと返金がある ・ 結核患者発生により職員に曝露のリスクがある。 ・ 委託業者含め全職員の流行性ウイルス疾患の曝露・発生のリスク ・ 針刺し事故後の不適切な対応により患者・職員共に曝露のリスクが発生している
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	・ 1回/週感染対策推進委員とICT合同の環境ラウンド ・ 耐性菌・流行性ウイルスのラウンドの実施(2人ICN) ・ 感染対策推進委員が各部門にいて中心軸として活動 ・ 感染対策推進委員にサーベイランスに参加 ・ 感染管理システムで感染情報をタイムリーに取得 ・ システムを活用してサーベイランスができる。 ・ 手洗い指導の定着 ・ 感染症別行動フローチャートが活用されている	◆ ICC・ICT・推進委員会が連携を取ることで、同じ目標に向かって病院全体で感染対策を行う。 ◆ 感染管理システムを利用したサーベイランスが実施できる ◆ JANISサーベイランス・QIプロジェクト・リンクルに参加していることにより外部との比較ができる。 ◆ 2人ICNとなり更にサーベイランスの拡大ができる	◆ 針刺し切創事故を減少させるために職員の意識を向上するとともに、安全装置の見直しを行う。 ◆ 確実に診療報酬を取るために活動内容を充実 ◆ 感染対策推進委員を中心に各部署の教育を強化する ◆ 行動フローチャートを周知し実施することで、院内職員すべてが統一した感染対策を行いアウトブレイクを起こさない
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	・ 病院全体の経営が厳しい ・ 必要な場面においての手指衛生が十分できていない ・ 感染リスクの高い患者を多く受け入れているためアウトブレイクのリスクが高い ・ 年間34件の針刺し・切創・曝露事故が発生している。 ・ ゴーグルの着用が徹底されず、曝露事故がある。 ・ ゴミの分別ができていない。 ・ 針刺し事故の中に、患者様への曝露事故が1件あった。 ・ 結核患者が多い。 ・ 委託業者と実習学生の抗体価把握とワクチン接種が不十分 ・ 携帯用針捨て容器の未持参によって針刺し事故が発生	◆ ラウンドを行い、廃棄物管理を徹底する。 ◆ 廃棄物管理を徹底することで職業感染リスクと経費を軽減する ◆ 感染管理加算を確実に取得し、経営に貢献する ◆ 曝露事故防止のため、ゴーグル着用の徹底に取り組む ◆ 感染予防のためにワクチンプログラムの実施 ◆ 研修会で結核感染対策について取り入れていく。 ◆ ラウンドを行い、携帯用針捨て容器持参の徹底を行っていく。	◆ アウトブレイク防止の体制づくりの強化 ◆ 手指衛生を徹底して行う。 ◆ 針刺し切創曝露事故を減少させ、職員を感染から守り、B型肝炎ワクチン接種を推奨する。 ◆ 血液曝露防止のためにゴーグルの着用を徹底 ◆ 感染管理加算を確実に取得するために活動内容の充実を図る。 ◆ 今年度より委託業者と学生の契約内容にワクチン接種について記載した

感染対策部門

現状・取り巻く環境

- 強み** ① 耐性菌、ウイルス・SSI・BSI・UTI・アルコール手指消毒剤サーベイランスの充実
② 手洗い指導の定着
- 弱み** ① 年間34件の針刺し・切創事故が発生している。
② ゴーグル未着用による血液曝露事故が多い
③ 携帯用針捨て容器未持参による事故がある
- 脅威** ① アウトブレイク発生時の風評被害リスク
② 針刺し・切創・曝露事故による感染のリスク増加
- 機会** ① 外部評価の機会がある(地域連携相互ラウンド)
② 感染管理加算1により入院患者一人につき500点取得

SWOT分析の結果

積極的

強み①② × 機会①②

リスク回避

弱み①②③ × 脅威①②

差別化

強み①② × 脅威①②

段階的

弱み①②③ × 機会①②

戦略目標 1

1. 地域連携ラウンドで外部評価を受けて改善への取り組みのきっかけにする

戦略目標 2

1. 針刺し・切創事故の分析を行い事故発生減少に努める
2. 適切な場面で手指衛生を行うことにより、アウトブレイクを防ぐ

戦略目標 3

1. 手洗い指導の継続により感染対策の強化を行う
2. サーベイランスによりアウトブレイクの徴候を早期に察知する

戦略目標 4

1. 携帯用針捨て容器の持参の定着
2. ゴーグルの装着率を上げ、曝露事故を防ぐ

感染対策部門

平成29年度の 戦略目標

1. 職業（業務関連） 感染防止対策の強化

携帯用針捨て容器



2. アウトブレイクを 起こさない

手洗い指導



業績指標 （評価指標等）

(1) ゴーグル装着率の向上

目標：ラウンドA評価が40%⇒70%以上

事故件数が5件以下

シールドの払い出し量30%増加

(2) 携帯用針捨て容器未持参による事故減少

目標：事故件数1件⇒0件に抑える

(1) アウトブレイク発生件数

目標：0件

(2) 入院患者への手洗い指導の継続

目標：実施率98%を維持

(3) アルコール手指消毒剤使用量の増加

目標：1患者1日あたりの手指衛生回数
5回以上

感染対策部門

詳細

1. 職業(業務関連)感染防止対策の強化

(1) 針刺し切創事故の減少

◆ ゴーグル装着率の向上

目標 : ラウンドA評価が40%⇒70%以上
事故件数が5件以下
シールドの払い出し量30%増加



◆ ゴーグル未装着による事故発生 【評価方法】

- ✓ ラウンド評価
- ✓ 事故件数
- ✓ シールドの払い出し量

◆ 携帯用針捨て容器未持参事故 0件

目標 : 事故件数1件⇒0件に抑える



◆ 携帯用針捨て容器持参の定着

- ✓ ラウンド評価
- ✓ 事故件数

2. アウトブレイクを起こさない

(1) アウトブレイク件数0件継続



◆ 平成26年度より0件を継続

(2) 手洗い指導の継続

目標 : 実施率 : 98%以上維持



◆ 年4回集計し90%以上を維持しているか確認

(3) 適切な場面で手指衛生ができる

目標 : 1患者1日あたりの手指衛生回数
平成28年度4.39回⇒5回



- ◆ 1患者1日あたりの手指衛生回数を払い出し量から算出
- ◆ 適切な場面での手指衛生実施の評価

感染対策部門



1. 職業(業務関連)感染を減らし、
安全な職場環境を作ります！

2. アウトブレイクを起こさない体制づくりを確立します！

ICT ニュース

No.4
平成29年5月19日
感染対策 山本



緊急事態！

今年度すでに **5** 件の眼への曝露事故発生！
至急ゴーグル着用！



ゴーグル使用



ゴーグル未使用

HCV感染乳がん患者の手術で
助手を務めた20代の女性外科医が
患者血液の飛沫が目に入り
C型肝炎ウイルスに感染。
翌年出産した赤ちゃんへの
母子感染も確認された。

実際にあった
話です(>_<)



決
意



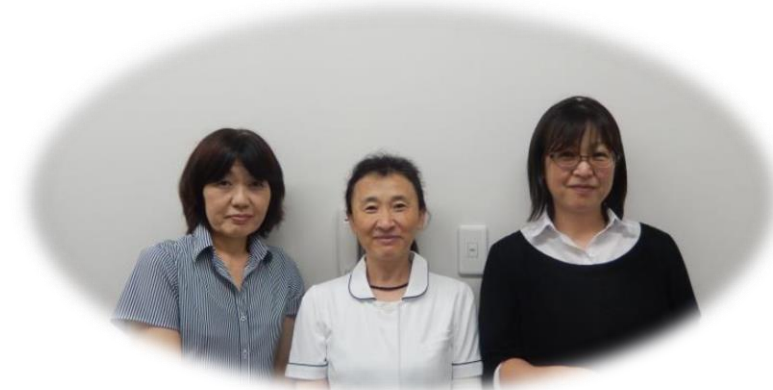
平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会



臨床研究管理室

部門紹介

- スタッフ
室長 山本副院長
事務・CRC 4名（兼任 2名 含）
- 治験審査委員会・臨床研究倫理審査委員会の
各事務局を兼ねる
委員 計 15名
- 関連する法律
医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令
（GCP）
個人情報保護法
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針
- CRC業務・事務業務
治験及び研究サポート
委員会準備・契約・研究費用の管理
必須文書管理



昨年度(平成28年度)の目標及び結果

□ 治験・研究・調査の実施体制の充実

- (1) 事務手続きに関するマニュアルの見直し
 - ・ 変更及び検討事項の洗い出し
- (2) 患者マニュアルフローの見直し
- (3) 手順書の改訂
 - ・ 治験・・・平成28年10月改訂
 - ・ 臨床研究・・・個人情報保護法改正、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針が検討中にて平成29年度に改訂
- (4) CRC教育内容の検討
 - ・ CRC教育プログラム(英語教育を含める)・・・平成29年度に検討

□ 院内外へのPR

- (1) ホームページへ治験資料や委員会概要の掲載及び内容確認
 - ・ 会議の概要
 - ・ 募集中の治験、実施中の治験、実施中の臨床研究 など
- (2) 管理室たよりの発行
 - ・ 平成29年2月に発行
- (3) 院内報きんもくせいへの掲載
 - ・ 室の紹介(平成28年8月号)
- (4) 研修機会の提供・・・平成29年度に検討



臨床研究管理室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. 平成28年度実績 治験 6件 臨床研究 51件 製造販売後調査 53件 副作用報告 6件 2. 関連法規等の改訂 個人情報保護法 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 臨床研究法案国会通過		(3)機会 (Opportunity) ■ ネットワーク(とおとうみ、ファルマ、日本医師会)より治験・研究紹介がある ■ ネットワークの研修会がある ■ ネットワークでの情報交換が可能 ■ 日本臨床薬理学会の地方会の開催	(4)脅威 (Threat) ■ 実施可能な治験紹介が少ない、受託件数の減少 ■ 国際共同治験の増加(英語対応、海外への発送) ■ 病院知名度が低い ■ 保険外併用療養費の依頼者意見のくい違いがある ■ 個人情報保護法改訂 ■ 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針の改訂 ■ 臨床研究法が国会通過 ■ GCP省令の改訂が予測される (ICH-GCPの改訂がすでに行われている)
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	■ 院内職員の協力が得られてきた ■ 実施に前向きな医師が増えた ■ 室長の理解	■ 院内体制を充実する ■ 治験・研究の紹介を実施し、受託件数の増加	■ 治験手順書、院内マニュアルの再検討
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	■ 室職員の治験・研究に関する知識が少ない(治験および研究について、関与する省令等、書類取り扱い) ■ CRC教育プログラムが無い ■ 院内・院外への情報発信が遅れている ■ 保険外併用療養費の検討が進んでいない ■ 個人情報保護法、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針の改訂内容が院内手順書に反映できない ■ 治験実施は面倒というイメージが強い ■ 治験エントリーの減速 ■ 臨床研究手順書の改訂が必要 ■ 臨床研究の講習が未実施	■ CRC及び事務教育機会を生かしてレベルアップ ■ 通知等の変更に対応	■ 院内・院外への情報発信 ■ 患者スクリーニングの強化 ■ 臨床研究手順書の改訂および周知

現状・取り巻く環境

□ 厳しい環境の中に一筋の光

- × 法令等の改訂に院内整備が追い付かない
- × 院内教育システムが不十分
- × 国際共同治験、エントリーの減速、受託件数の減少
- × 知名度がない
- ☺ 治験・研究に前向きな職員の増加
- ☺ ネットワークを利用した情報収集・情報交換

SWOT分析の結果

□ 光に向かって Let's Go

- ☺ 体制整備
- ☺ 手順書改訂・周知
- ☺ 教育体制の充実
- ☺ 情報発信



臨床研究管理室

平成29年度の戦略目標

□ 治験・研究・調査の実施体制の
充実

□ 積極的な情報発信



- 室内体制整備
- 諸手続きに有効なデータベース化
- 治験・臨床研究手順書改訂
- 教育体制の整備



- 的確な情報発信
- 経費部門の充実



□ 治験・研究・調査の実施体制の充実

- 室内体制整備 ⇒ 事務手続きマニュアルの見直し
治験実施フローの見直し
- 諸手続きに有効なデータベース化 ⇒ 研究・調査一覧の整備
- 治験・臨床研究手順書改訂 ⇒ 治験・研究の手順書改訂
- 教育体制の整備 ⇒ 院内研修の実施・院外の研修参加(1回/年以上)

□ 積極的な情報発信

- 的確な情報発信 ⇒ ホームページの充実
実施体制の登録変更(医師会、厚労省、機構等)
- 経費部門の充実 ⇒ 研究費用の確認



臨床研究管理室

決意

- 身近な臨床研究管理室
- 信頼される臨床研究管理室
(職員、依頼者)
- 法律等の変化に沿った体制整備
(GCP、個人情報保護法、研究指針、臨床研究法)



参加される患者の人権や安全に配慮しながら、倫理的、科学的、医学的及び薬学的見地に立った臨床研究が実施できるよう努めていきます。



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標発表会

—— 教 育 ・ 研 修 セ ン タ ー ——

部門紹介

教育研修委員会

【役割】
教育研修センターの諮問機関



活動報告・諮問

教育研修センター

【役割】

- ・人材育成プログラムの策定
- ・全職種共通研修の企画、運営
- ・各委員会、各部門で実施する研修の実施支援
- ・地域の医療従事者対象の研修会の管理、評価
- ・その他教育研修に関すること

【メンバー】

センター長：一戸 建志 (医師)
次 長：岩井 政昭 (事務)
主 幹：杉山久美子 (看護)
主 幹：澤 万記子 (看護)
係 長：西尾 宜紀 (事務)
主 査：大村 泰久 (事務)
主 任：増田 令子 (事務)

部門研修ワーキング

【役割】

部門内における研修会の計画、実施

【メンバー】

各部門 1 人

救急蘇生研修ワーキング

【役割】

救急蘇生に関する研修会の計画、実施

【メンバー】

看護師 (ICLS イストラクター、教育研修センター) 3 人
事務職員 2 人



連携・支援

関連する委員会等

接遇委員会

医療安全管理委員会

院内感染対策委員会

倫理委員会

医事課(診療報酬関係)

⋮



教育・研修センター

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 全職種共通研修の充実

	ステップ 1	ステップ 2	ステップ 3	ステップ 4	ステップ 5
経験年数	1年目	2～6年目	7～14年目	15年目～	管理職
研修目標	「職場適応」	「チーム参画」	「チーム運営」	「部署運営」	「病院運営」
研修内容	フォローアップ研修	コミュニケーション研修	リーダーシップ研修	コーチング研修 初級管理職研修	管理職研修 評価者研修
参加人数	31名	47名	43名	コーチング研修 69名 初級管理職研修 34名	管理職研修 38名 評価者研修 31名
研修後の自己評価 【理解度】	100%	96%	100%	コーチング研修 90% 初級管理職研修 97%	管理職研修 97% 評価者研修 90%
半年後の実践自己評価 【実践度】	—	3.7点	H29.5月に実施予定	コーチング研修 3.6点	H29.6月に実施予定



2. 部門別研修の支援体制の強化

部 署	延べ参加人数		学会発表 件数	部 署	延べ参加人数		学会発表 件数
	出張	自費			出張	自費	
看護部	345 人	153 人	10 件	臨床検査室	32 人	20 人	8 件
薬剤部	9 人	100 人	3 件	栄養室	6 人	8 人	2 件
リハビリテーション室	26 人	48 人	4 件	臨床工学室	30 人	18 人	1 件
診療放射線室	32 人	77 人	4 件	人間ドック・健診センター	4 人	7 人	—
合 計					484 人	431 人	32 件

院外出張基準の新規作成
「専門職としてのスキルアップ」を
支援するための出張基準を作成

教育・研修センター SWOT分析

基礎データ		外部環境	
教育研修センター研修制度の戦略目標 『人材から人財への4つの柱』 1. 医療の質の確保 ～専門性の向上～ 2. 患者サービスの向上 ～患者満足度の増～ 3. 健全な病院経営 ～経営の効率化～ 4. チーム医療の推進 ～協働による患者中心の医療の提供～ ⇒上記目標の達成に向け、「職種共通研修」及び「部門別研修」を基本に研修体系を構築する		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		O1. 急性期病院の役割を担っている O2. 基幹病院として市民の期待がある O3. 医療の高度化・複雑化に対応するためにチーム医療の推進が求められている。 O4. 患者のニーズの多様化と権利意識の高まっている。 O5. 職員意識調査を外部委託し、分析結果を得る機会があった O6. 病院全体として教育研修に力を入れている。 O7. 災害拠点病院としての役割が求められている。 O8. 専門職の研修が院外で多数開催されている。 O9. 病院採用事務職員が増加している。	T1 在宅医療が高度化・複雑化する T2 実施しなければならない法的研修が多く、開催するには時間外に実施せざるを得ない。 T3 看護師が不足している。
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	S1. 人材育成プログラムに基づき、研修を計画・実施している S2.職種共通研修を実施し、受講者からすべての研修で理解度90%以上を得ることができた。 S3. H28年度職員意識調査の結果、H27年度に比べて意欲度(6.2pt)、満足度(8.0pt)上昇した。 S4. 教育研修センターが院内の研修管理を行っている S5. 質向上のために出張基準を作成したため、計画的に院外研修に参加できるようになった。	S1.02. 病院職員として確立した人材育成 S3.01.02. 急性期病院に必要な専門的知識・技術の習得 S3.03.04. 職員の高い意欲を活かしたチーム医療に貢献できる人材育成 S3.02.03.04. チーム医療の必要性を認識し、多職種連携を推進する研修の実施 S2.S3.05. 職員意識調査結果を踏まえ、より効果的な研修内容を企画することができる S1.S2.03.04 職種共通研修の継続的な実施し、多くの職員が職種共通研修に参加できる機会を設ける S5.08 院外研修を活用し、専門職としての質向上に努める	S4.T2 出席者が満足できる仕組みの検討
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W1. 職員の待遇や医療サービスに対して不満を持つ患者がいる W2. 病院経営(コスト管理)に関する職員の意識に差がある W3. 職員満足度調査の結果、人事評価において客観的な評価基準が明確でないと感じている職員が多い。 W4. 職員満足度調査の結果、他の項目に比べてコスト意識が低い。 W5.管理職研修を実施したが、どの程度実践されているかは不透明である。 W6. 災害対応に対する意識が職員によって差がある。 W7. 事務職員に対する研修は職種共通研修と担当業務に関する研修に限られ、病院事務職員として共通して求められる知識、内容に関する研修の機会が少ない。	W1.04. 患者から求められていることが増えているため接遇面の強化が必要である。 W3.W5.05. 適切な人事評価ができるための管理職研修の実施 W6.07. 防災意識を高めるための教育が必要である W4.W7.09 病院事務職員の研修計画の構築	3.W3.W 4.W5 離職率防止につながる研修の検討

現状・取り巻く環境

- 医療の高度化・複雑化に対応するためにチーム医療の推進が求められている
- 職員満足度調査の結果、人事評価において客観的な評価基準が明確でないと感じている職員が多い
- 病院採用事務職員が増加している

SWOT分析の結果

積極的

- ◆ 職員の高い意欲を活かしたチーム医療に貢献できる人材育成
- ◆ チーム医療の必要性を認識し、多職種連携を推進する研修の実施

段階的・弱点克服

- ◆ 適切な人事評価ができるための管理職研修の実施
- ◆ 病院事務職員の研修計画の構築

教育・研修センター

平成29年度の戦略目標

1. 全職種共通研修のさらなる充実



業績指標 (評価指標等)

(1) 経験年数に応じた職種共通研修の実施

目標：研修後アンケート
理解度 90%以上

(2) 職種共通研修の効果の確認

目標：研修後の実践評価アンケート
平均点 3.5以上

2. 部門別研修の支援体制の強化



(1) 部門別研修の充実

目標：情報交換会 4回以上/年

(2) 救急蘇生ワーキング体制の見直し

目標：研修体制の見直し・強化

(3) 院外研修の強化

目標：出張基準の評価

教育・研修センター

詳

細

I

1. 全職種共通研修のさらなる充実

(1) 経験年数に応じた全職種共通研修の継続

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4	ステップ5
経験年数	1年目	2～6年目	7～14年目	15年目～	管理職
研修目標	「職場適応」	「チーム参画」	「チーム運営」	「部署運営」	「病院運営」
研修内容	フォローアップ研修	コミュニケーション研修	リーダーシップ研修	コーチング研修 初級管理職研修	管理職研修 タイムマネジメント研修 人事評価研修

目標
研修後アンケート
理解度 90%以上

(2) 全職種共通研修の効果の確認

- ・ 3ヶ月後 ・ 6ヶ月後に実践評価アンケートを実施

目標
実践評価アンケート
平均点 3.5以上
(5段階評価)

(3) 多職種連携研修の企画

2. 部門別研修の支援体制の強化

(1) 部門別研修の充実

- ・部門研修ワーキングメンバー育成のための情報交換会の発足
- ・病院採用事務職員の研修体制の構築
- ・育休明け、中途採用者研修の実施

目標
情報交換会
4回以上



(2) 救急蘇生ワーキング体制の見直し・強化

- ・病棟看護師、コメディカルへのICLS受講の推進
- ・インストラクターの体制の検討



(3) 院外研修の強化

- ・院外出張基準の評価



必要性の高い研修への参加推進

決 意

1. 全職種共通研修を実践に活かせるよう
研修内容の充実をはかります
2. 出張基準をもとに必要性の高い研修への
参加を推進します
3. 部門別研修の支援体制を強化します



職員の皆様が自信と誇りを持って
働けるよう、支援していきます！

平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会 臨床工学室

部門紹介1

【臨床工学技士17名】

・男性12名(新人2名)、女性5名

【24時間待機(1日あたり3人の呼び出し体制)】



よろしくお願いします



平成29年度新入臨床工学技士

医療機器の**管理**



- ・輸液ポンプ
- ・シリンジポンプ
- ・電気メス
- ・人工呼吸器
- ・心電図モニター
- ・その他

医療機器の**操作**



- ・心血管治療センター
- ・血液浄化センター
- ・手術室
- ・腎臓、尿管結石破砕
- ・**内視鏡センター**
(H29年度より新規参入)

医療機器の**教育**



- ・医療機器を安全に
使用するための研修
- ・機器の借り方、
返し方など

臨床工学室

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

経営改善

(1) 点検費用の削減

➡ 95万円／年 点検費用削減達成

(2) 透析患者の重症管理加算算定の
見直し

➡ 算定率100%達成(約145万円/年の増収)

医療安全

医療機器研修の実施

➡ 研修参加率 88.8%

透析患者の血管病変の早期発見

外来透析患者の下肢動脈疾患発見
のための検査を実施

➡ 検査実施率 98.9%

臨床工学部門SWOT分析(TOWS分析)

基礎データ		外部環境分析	
□ スタッフ数17名(男性12、女性5) □ 業務範囲 - 血液浄化センター - 心血管治療センター - 手術室 - ESWL - ME機器保守管理 - 内視鏡室 □ 24時間待機(呼び出し体制) □ 透析業務においてフレックス勤務(早番・遅番)	(3) 機会 (Opportunity)		(4) 脅威 (Threat)
	□ 医療業者の立会規制 □ 看護師不足 □ 医療機器の高度化		□ 医師不足による業務縮小 □ 業者の知識、技術の必要性 □ 不採算部門
病院内分析	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	□ 高齢化していない □ 業務範囲が拡大中 □ 高度医療機器への対応 □ オールマイティを目指す	□ 看護師の業務代行 □ 医療機器の安全確保 □ 業務拡大 □ 教育する立場	□ 専門性の高い教育 □ 機器、材料への介入 □ 業務体制の変化、改革 □ 特殊機器の保守
	(2) 弱み (Weakness)	段階的	リスク回避
	□ 経験不足 □ 知識、技術が未熟 □ エキスパートになりにくい	□ 個々の技術、知識向上 □ マニュアルの整備	□ 知識、技術の向上により存在感の向上 □ 業者に頼らない

臨床工学室

現状・取り巻く環境

- 病院への貢献度が数値化しにくく、採算度合いが算出しにくい
- 医療機器の高度化により、知識・技術の向上とともに教育面からの安全対策への貢献が必要

SWOT分析の結果

- 医療機器、専門分野に対するエキスパートを育成し、業者に劣らないよう努力
- 院内における安全を守る立場として、教育に必要な個々のスタッフ能力向上が必要
- 診療材料の効率的な運用への介入



臨床工学室

平成29年度の戦略目標

評価指標 (業績評価指標等)

1. 医療機器講習の実施



看護職員全員を対象に行い、
参加率**100%**を目指す

2. 診療材料の見直し



診療材料費**50万円／年削減**

3. スタッフの研修参加推進



平成29年度研修参加件数増加
平成28年度 5件／名
↓
平成29年度 **7件／名**



臨床工学室

詳細

1. 医療機器講習の実施
 - ・看護職員全員を対象とした医療機器講習の実施
 - ・今年度は(輸液・シリンジ・除細動・AED)を予定
2. 診療材料費の見直し
 - ・人工呼吸器に関連した材料、価格の調査
 - ・類似品の削減
 - ・サンプル材料の臨床使用をして検証
 - ・より安価かつ安全な材料へ変更
3. MEスタッフの研修参加推進
 - ・学会、講習会などの情報を掲示、斡旋
 - ・スタッフの研修等参加状況の把握
 - ・スタッフの知識、技術の向上をはかる



決 意

- スタッフの知識、技術の向上を目指し、より質の高い医療を提供します。
- 医療材料の見直しを行い、より安価で安全な材料に変更することで、経営改善及び医療安全に貢献します。



平成29年度 中東遠総合医療センター
経営健全化 行動計画目標 発表会
2017年7月4日

栄養室



栄養室 昨年度（H28年度）の目標および結果

戦略目標	施策（評価指標・結果）	評価
1 栄養指導の充実	栄養指導（実績月325件／目標月300件） がん、嚥下障害、低栄養 の栄養指導開始	○
2 おいしい食事の提供	嗜好調査（年6回実施） 献立会議（年12回実施） 給食ニュース（年6回発行）	○
3 栄養管理体制の確立	N S Tカンファレンス（月82症例） N S Tイブニングセミナー（年2回開催） 摂食機能療法（月130万円） 病棟ごとの栄養管理目標 の策定	△

栄養室 SWOT分析

基礎データ		外部環境分析	
- 管理栄養士9人 作業補助者 1人 - 食数：30,979食／月 - 栄養指導件数:326件／月 - 給食業務全面委託(シダックス)		(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
		- 栄養指導診療報酬増額と範囲の拡大 がん、嚥下障害、低栄養 - 管理栄養士の活躍機会の拡大	- H30診療報酬改定による減収の可能性 - 委託会社の動向 - 食中毒や食物アレルギー事故、自然災害の脅威
病院内分析	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	- H28部門収支が黒字 - 管理栄養士の病棟配置 - 認定資格取得者が多い	- チーム医療への参画 - 認定資格取得の推進	適切な委託契約 H29契約見直し
	(2) 弱み(Weakness)	段階的	リスク回避
	- 産休・育休・子育て中の職員が多い - 災害用非常食や備品の不足	- 栄養管理（NST）体制の確立 病棟NST - 教育研修体制の確立	災害対策マニュアルの整備、周知 災害対策

戦略目標①

栄養指導 の充実

栄養指導件数
目標300件／月

がん、嚥下障害
の指導件数up！



戦略目標②

おいしい 食事の提供

適切な委託契約
(H29契約見直し)



戦略目標③

栄養管理 体制の確立

病棟NST
活動の充実

資格取得
スキルアップ！



戦略目標④

災害対策

BCP
(事業継続計画)



栄養室のレベルアップをめざします！



チームの力でがんばる♪

平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

リハビリテーション室

部門紹介

1. 理学療法士 19名

＜動作＞の専門家

起きる・座る・立つ・歩くなどの
基本動作の改善

2. 作業療法士 8名

＜心＞と＜体＞の専門家

食事・更衣・トイレなどの
応用動作の改善

3. 言語聴覚士 5名

コミュニケーションの改善

摂食・嚥下機能の改善

4. MA3名, MS2名



リハビリテーション室

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. リハビリテーション室の
収益維持



【目標】 月平均: 1,900万円以上
H28結果: **2,368万円/月**

2. 新人教育プログラムの修正
及び構築(1~3年目)



【目標】 会議開催: 6回/年
H28結果: **4回/年**

3. 地域医療への貢献



【目標】 院外講演活動開催数: 19回/月
H28結果: **18回/月**



リハビリテーション室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
平成28年度 部門収益 総収益:2億8422万5400円 月平均:2368万5450円 患者数:8,092名 件 数:75,149件		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		■ 超早期リハビリオーダー ■ 院外活動の積極的参加 ■ 講師依頼数が多数 ■ 非常勤リハビリテーション医の介入 ■ 離床インストラクターの介入	■ 超早期リハビリオーダーによるリスクの拡大
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	■ 病院機能評価Sランク ■ 各種資格取得者多数在籍 ■ 超早期からのリハビリ介入 ■ 地域貢献活動数が多い ■ 学会・講演数が多い ■ スポーツ外来 ■ がんリハビリテーション開始予定	■ 地域貢献活動の継続による市民健康寿命・選手のパフォーマンス向上 ■ 病院ホームページやSNSの活用	■ 病院機能評価Sランク ■ 地域貢献活動に力を入れている ■ がんリハビリテーションに力を入れる ■ スポーツリハビリに力を入れている
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	■ ハードワーク ■ 業務整理が不十分 ■ ベッドサイドリハビリ件数の増加 ■ 超急性性に対するリスク管理 ■ 技術格差 ■ 常勤リハビリテーション医不在	■ 業務の効率化 ■ 新人教育プログラムの有効活用	■ 業務整理 ■ リハビリテーション医・離床インストラクターとの協力によるリスク回避 ■ 新人教育プログラムの見直し

リハビリテーション室

現状・取り巻く環境

- 院内・院外での地域貢献活動や講演活動の積極的参加
- がんリハビリテーション開始予定
- 超早期からのリハビリ介入とそれに伴うリスクの拡大
- リスク管理能力や技術力のスタッフ間格差
- ハードワークによる業務量の増加

SWOT分析の結果

- 地域活動への積極的参加による、
「市民の健康寿命」・「選手のパフォーマンス」向上への貢献
- がんリハビリテーション研修への参加
- 新人教育プログラムの有効活用と修正
- 既存業務の整理による業務の効率化



リハビリテーション室

平成29年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 地域医療への貢献



院外講演活動開催数

215回/年

2. がんリハビリテーション
施設基準取得



年間**8名**以上の研修会参加

3. 新人教育プログラムの実施



新人教育プログラム研修開催数

22回/年

4. 業務整理



業務整理会議開催数

4回/年

5. 収益維持



月平均**2,400万円**以上

リハビリテーション室

詳細

1. 地域医療への貢献

健康体操教室，産後骨盤ケア教室，地域ケア会議，失語症友の会，各種講演活動，スポーツ障害予防教室，高校野球メディカル事業，市町対抗駅伝掛川市代表チームトレーナー活動 等

2. がんリハビリテーション施設基準取得

①がんリハビリテーション研修会への参加

3. 新人教育プログラムの実施

①新人教育プログラム(1～3年目用)の実施

②新人教育プログラムの修正

4. 業務整理

①業務整理会議の開催

②業務の効率化

5. 収益維持

①昨年度収益の維持



決
意

**高度な知識・技術とまごころで、
あなたの未来を共に築く、
リハビリテーションを提供します。**

ご清聴ありがとうございました。



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会



臨床検査室

部門紹介

- 採血室 … 1F
- 生理検査室 … 1F
- 検体検査室 … 2F
- 微生物検査室 … 2F
- 病理診断科 … 3F
- 睡眠医療センター … 6F

常勤職員：34名
非常勤職員：10名





臨床検査室

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

□新入職員への日当直業務の指導と育成

目標達成

平成28年8月より新入職員による日当直業務実施

□見やすくオーダーしやすい検査依頼画面の構築

ほぼ目標達成

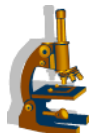
平成28年11月より画面変更

□外部精度管理におけるC・D評価の改善

わずかに及ばず

日本臨床衛生検査技師会精度管理では改善が必要な項目がありましたが、日本医師会精度管理ではすべてA評価満点でした。





臨床検査室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
・臨床検査室スタッフ：常勤職員 34名 非常勤職員 10名 ・部門：検体検査室、輸血検査室、微生物検査室、 睡眠検査室、生理検査室、採血室 ・施設基準認定施設 検体検査管理加算(Ⅳ) 輸血管理料(Ⅰ)、輸血適性使用加算 日本内科学会認定教育施設 他		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		O1 臨床検査技師正規職員の増員 O2 急性期病院や地域の基幹病院として 周辺地域からの期待が高い O3 全ての臨床検査技師に幅広い知識や技術 が求められている	T1 電子カルテと部門システムが業務の全てを 管理しているが、それらシステムに精通し ている職員が少ない T2 開院から4年が経過し、機器の保守管理や 今後の機器導入が重要となる T3 進歩する医療の高度化・複雑化に対し、 知識や技術が追いついていかない
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	S1 検査診療部長が常勤している S2 認定や資格など専門性を有する職員が 配置 S3 24時間体制で検査業務が対応可能である	S3・O1 新人職員の日当直業務研修 S2・O1 各部署配置新人職員の業務研修 S1・S2・O2 日臨技精度保証施設の認定申請	S2・T3 検査室内研修会や勉強会参加者による 報告会の開催 S3・T3 日当直業務への不安解消
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W1 専門性の習得に数年単位の時間がかかる W2 時間外勤務時間や休暇取得率にバラツキ がある W3 担当部署以外の業務状況が把握できてい ない	W1・O1・O2・O3 専門性習得の業務研修 W2・O1 時間外勤務削減と休暇取得率の向上 W3・O3 各部署のリーダーによる情報交換 W2・W3・O1 応援態勢の確立	W3・T1 マスター管理者の役割の明確化と 増員 T2 全ての機器に管理責任者を設け、保守 及び維持管理にあたる W3・T1・T3 各人が業務を引き継ぐための マニュアル作成



臨床検査室

現状・取り巻く環境

- 臨床検査技師正規職員の増員、各部署に配属
- 専門性の習得に数年単位の時間がかかる
- 時間外勤務時間や休暇取得率にバラツキがある
- 担当部署以外の業務状況が把握できていない

SWOT分析の結果

- 各部署のリーダーによる情報交換
- 専門性習得の業務研修
- 時間外勤務の削減、休暇取得率の向上





臨床検査室

平成29年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 他部署の業務状況の把握 → 毎月、業務状況の報告会を開催
2. 専門性の習得 → 研修計画を作成し、計画に沿って専門性を習得させる
3. 時間外勤務の削減及び
休暇取得率の向上 → 時間外勤務の10%削減
全員が10日以上休暇を取得





臨床検査室

詳細

1. 他部署の業務状況の把握
 - ・毎週金曜日にリーダー会を開催し、情報の共有・問題点の検討を行う
 - ・目標に対する進捗状況を毎月報告
2. 専門性の習得
 - ・各部署で研修計画を立て、毎月、到達度を評価し習得に努める
 - ・院外勉強会参加者を把握し、報告会の実施を確認
3. 時間外勤務の削減及び休暇取得率の向上
 - ・検査室内での協力体制の構築
 - ・検体早出当番に対する優先帰宅の実施
 - ・微生物検査呼び出し時に対応する技師の育成
 - ・日直の補助職員は、原則振替休日とする





決
意

次世代の検査室のため
全員が協力し合い
目標に取り組めます



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会



診療放射線室

診療放射線技師 33名

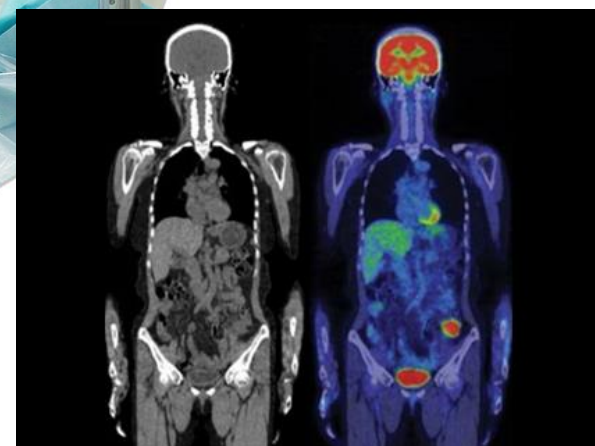
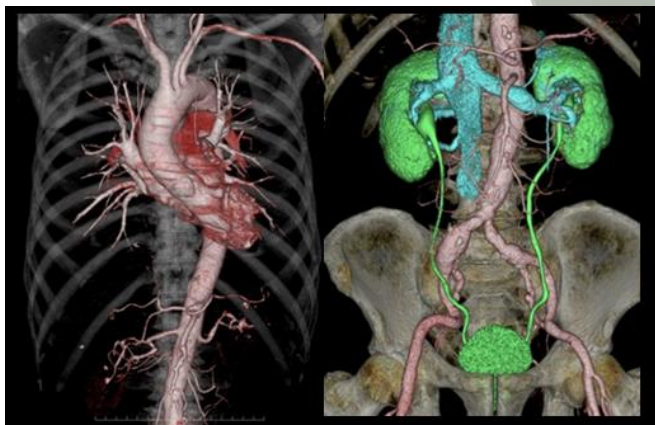
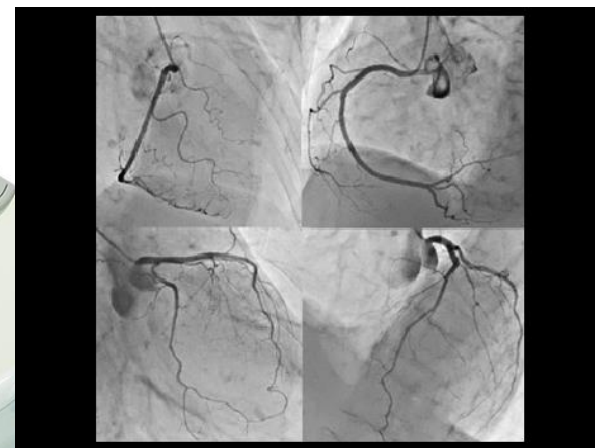
受付事務員 2名

救急対応 当直 2名 (待機者 3名)

機器 34台



愛され信頼される病院を目指します！



診断・治療をサポート

診療放射線室 SWOT分析 (TOWS分析)

基礎データ		外部環境分析	
☐ 診療放射線技師 33 名 事務員 2 名 ☐ 放射線機器 34 台 ☐ 救急対応 日当直 2 名 待機者 (緊急血管撮影等 1 ~ 3 名)		(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
		☐ 地域の中核病院 ☐ 周囲に開業医が多い ☐ 医師不足 ☐ 診療放射線技師の業務拡大 ☐ 機器の更新 ☐ 診療報酬改定 ☐ 静岡県がん診療連携推進病院指定	☐ 他病院の高評価 ☐ 病院へのアクセス ☐ 患者意識の変化 ☐ 放射線のリスクイメージ
病院内分析	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	☐ 最新医療機器 ☐ 救急救命センター ☐ 24時間対応体制 ☐ 専門技師・認定技師	☐ 休日検査 ☐ 高額機器の共同利用(検査紹介率増) ☐ 院外画像参照システム導入 ☐ ホームページの充実 ☐ 医師業務負担低減 (サポート業務) ☐ 業務拡大	☐ 被ばく低減施設の認定 ☐ 最新機器の導入 ☐ 検診施設機能評価の認定
	(2) 弱み (Weakness)	段階的	リスク回避
	☐ 医師の指示下の業務 ☐ 時間帯・部門による検査件数多寡 ☐ 移設機器の老朽化 ☐ 接遇力が低い ☐ 他部門や院外への広報不足 ☐ 画像診断における被ばく	☐ 業務手順の確立 ☐ 時間帯による検査集中の緩和 ☐ 勉強会・研修会・症例検討会の実施 ☐ 放射線機器の更新 ☐ 他院検査予約システムの充実	☐ 検査説明書の整備・改定 ☐ コスト、診療報酬の知識 ☐ 接遇向上 ☐ 被ばく相談 ☐ 保守点検

現状・取り巻く環境

- 放射線のリスクイメージ
- 専門技師・認定技師
- 地域の中核病院
- 患者意識の変化
- 診療放射線技師の業務拡大
- 周囲に開業医が多い
- 他病院の高評価
- 接遇力が低い
- 機器の老朽化
- 静岡県がん診療連携推進病院指定

SWOT分析の結果

- 接遇向上
- 高額機器の共同利用
- 他院検査予約システムの充実
- 勉強会・研修会・症例検討会の実施
- 業務拡大
- 被ばく低減施設の認定
- 機器の更新

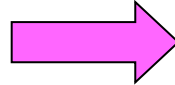
診療放射線室

中東遠総合医療センター経営健全化プロジェクト 2017

昨年度目標 (平成28年度)	施策（重要課題） 活動内容	結果（業績評価指標）
医療被ばくの適正化	医療被ばく低減施設認定 (1) 施設整備 (2) 患者対応 (3) 申請手続き	未達成 書類審査申請
患者サービスの向上	接遇の改善 (1) 接遇講習会の開催 (2) 放射線室以外からの指導	ほぼ達成 2 回／年 2 回／年
知識・技術の向上	研修会等の参加 (1) 診療放射線室症例検討会 (2) 診療放射線室勉強会 (3) 院内向け勉強会	100%達成 12 回／年 6 回／年 2 回／年
	診療放射線技師法改正への対応 (1) 業務拡大に伴う講習会の参加	43%達成 30名中13名 講習会参加

H29 年度戦略目標

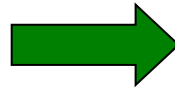
1 患者サービスの向上



接遇の改善

放射線室における接遇の問題点を調査し
接遇の向上を図る

2 知識技術の向上



勉強会 研修会等の実施

今年度は、勉強会研修会の質を向上させる

3 経営改善



紹介患者数増加の取り組み
業務の効率化
業務拡大

4 医療被ばくの適正化



医療被ばく低減施設認定

(今年度認定取得)

診療放射線室

中東遠総合医療センター経営健全化プロジェクト 2017

詳細

戦略目標	施策（重要課題） 活動内容	業績評価指標
患者サービスの向上	接遇の改善 （１）放射線室独自の接遇アンケート実施 （２）アンケート結果より対策実施	2 回／年 アンケート結果の向上
知識・技術の向上	勉強会研修会等の質の向上 （１）症例検討会（データベース化） （２）診療報酬勉強会 （３）放射線機器勉強会 （４）院内向け勉強会（安全な検査のために）	1 2 回／年 4 回／年 1 2 回／年 2 回／年
経営改善	紹介検査数増加の取り組み インターネット予約の導入 業務の効率化 業務量・残業等の調査および効率化 業務拡大 運用・方法の検討および調整	検査数の増加 効率的な業務の実施 業務拡大の実施
医療被ばくの適正化	医療被ばく低減施設認定	施設認定取得

質の高い患者サービスの提供

接遇の改善
知識技術の向上

経営改善

業務の効率化
紹介検査数増加への取り組み

医療被ばく低減施設認定



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

薬 剤 部

部門紹介

◆構成人数

薬剤師: 25名 (1名の非常勤を含む)

MA: 4名

事務員: 3名

◆薬剤管理業務

- 薬剤管理指導算定件数 2,240件/月
- 11病棟薬剤師常駐化
- 化学療法専門薬剤師1名の専従化

◆採用医薬品の概要

- 全採用医薬品数: 2,348剤 (院内採用2,092剤)
- 後発医薬品指数: 78.0% (※3月時点平均)

◆休暇取得日数

- 夏季休暇平均取得日数: 4.2日
(※7日間取得は3名のみ)
- 年次休暇平均取得日数: 3.6日

育っています！
育てていきます！
新しい力



澤口薬剤部長と今年度新人薬剤師



薬剤部

昨年度(平成28年度)の目標及び最終結果

1. 後発医薬品の採用推進

・ 後発医薬品指数

- ① 数量ベース 目標：80%以上
- ② 金額ベース 目標：70%以上



数量ベース

78.0%



未達成

金額ベース

64.5%



未達成

2. 薬剤指導算定件数の維持と質的向上

・ 月平均算定件数 目標：2,000件以上

薬物療法適正化を目的とした

・ 医師への処方提案件数 目標：700件以上/年



2,240件/月



達成

700件/年



達成

3. 院内使用可能医薬品を減らす

・ 院内採用医薬品数

目標：2,000品目以下



院内採用薬：2,092剤



未達成

薬剤部

平成29年度SWOT分析

基礎データ		外部環境分析	
薬剤師:25名(1名の非常勤を含む)MA:4名 事務員:3名 薬剤管理指導算定件数 2,240件/月 収益:849,407円/月 11病棟薬剤師常駐化 化学療法専門薬剤師1名の専従化 院内処方箋枚数:621枚/月 院外処方箋枚数:9,826枚/月(発行率94.1%) 入院処方箋枚数:6,853枚/月 外来注射箋枚数:1,329枚/月 入院注射箋枚数:8,887枚/月 化学療法調製数:357名/月 全採用医薬品数:2,348剤(院内採用2,092剤) 昨年採用中止医薬品(院外専用含):77剤 後発医薬品指数(数量%):78.0% 夏期休暇平均取得日数:4.2日(7日間取得は3名のみ) 年次休暇平均取得日数:3.6日		(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
		①DPCの係数に後発医薬品指数を上げる取り組みがある ②毎月の薬事審議委員会で、採用薬の審議が行なわれる ③新人薬剤師を毎年採用し、薬剤師の数が増加している ④各病棟に専任の薬剤師を配置し、病棟管理業務を行なっている ⑤各種の薬剤師認定制度があり、それらを通しての自己研鑽が可能である ⑥認定取得に向けた研修会への参加機会がある ⑦病棟への薬剤情報提供(副作用とハイリスク薬)を月1回ペースで行なう機会がある ⑧学会や研修会等での研究発表の機会がある	①薬剤の適正使用推進および医療安全の観点から、薬剤師に求められる業務量は増大の一途をたどっている ②長時間労働・残業などに対し、政府は働き方改革を進めている ③統合により、採用医薬品が増大している。 ④来年度、DPC最高係数獲得に要する後発品指数が引き上げられる可能性が高い
内部環境	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	①病棟薬剤師の常駐 ②薬剤管理指導件数の算定率が他院より高い ③毎月の薬事審議委員会で、後発品変更案を提出可能 ④後発医薬品への切り替え手順が確立されている ⑤副作用収集手順が確立され、報告数が漸増している ⑥既に各種認定制度に基づいた専門・認定薬剤師が在籍しており、新たな取得希望者への指導が可能である ⑦近隣で開催される研修会へ参加することで、認定に必要な研修単位を取得することが出来る ⑧若手薬剤師の研究発表等に対する指導体制がある ⑨部署内で特別休暇枠(バースディ休暇)を設けた	O①②×S③④ ・後発医薬品への採用変更を推進し、指数80%以上を目指す O④×S①② ・病棟薬剤師の常駐制維持により、収益の安定化を目指す O⑤⑥×S⑥⑦ ・各種認定制度の中から、個々の薬剤師に合わせた目標設定を行い、将来の認定取得に向けた指導を行なう O④⑦⑧×S①⑧ ・薬剤情報提供を通し、人前での口頭発表に慣れる O⑧×S⑦ ・研究発表に対する年間予定(目標)を設定している O③×S⑨ ・薬剤師を増員し、休暇の取得状況の改善に努めている	T①×S③ ・後発品への変更案を薬剤部主体で提案することが出来るため、医薬品採用に関する目標を指数上昇に一本化し、集中して取り組むようにしていく T①②×S⑧ ・薬剤師数が徐々に増えたことから、職場内の「働き方改革」へも目を向ける気運が高まり、休暇を取得しやすい職場環境作りに着手し始めている
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	①病院薬剤師の業務量の増大に対し、人員の確保が不十分であり、時間外勤務が多い ②夏期休暇、年次休暇等の取得日数が少ない(休暇を取るという文化が育っていない) ③採用数の多さに起因する薬剤管理の困難さ ④短期間に後発品へ変更する際に、現場の混乱が生じ、医療安全的な問題が起こりやすい	O②×W④ ・後発品への変更を検討する際は、予め医療安全に配慮した上で、推奨薬の選定を行なう O⑦×W④ ・毎月の薬剤情報提供やDIニュースなどを通し、後発品切り替え時のリスクマネジメントの情報を提供していく	T①×W① ・病棟薬師業務内容の見直しと効率化を図っていく T②×W② ・休暇取得状況を日頃から管理し、指定の夏期休暇日数は必ず取得させる T④×W④ ・後発品切り替え時には多面的な広報を行なう

現状・取り巻く環境

◆ 強み

薬剤師の人員が徐々に増加している。

◆ 弱み

昨年度の後発品指数平均は**78%**であり、**80%**に到達していない。

薬剤部では、がん患者指導管理料3算定に向けての体制作りが遅れている。

夏季休暇、年次休暇の取得日数が少なく、衛生委員会からも対応を求められている。

◆ 機会

後発医薬品指数の上限が現在の**70%**から、**80%**へ引き上げられる可能性が大きい。

当院は平成31年度に地域がん診療連携推進病院の指定を目指している。

長時間労働等に対し、政府が働き方改革を進めている。

SWOT分析の結果

★積極的

後発医薬品変更を加速化し、平成28年度10月～平成29年度9月までの指数平均を

80%以上に上げ、平成30年度のDPC最高係数獲得を目指す。

★段階的

平成30年度のがん患者指導管理料3算定開始を目指し、体制作りを進めていく。

休暇取得に対する意識改革を進め、休暇を取得しやすい文化を作っていく。



薬剤部

平成29年度の戦略目標

1.後発医薬品の採用推進



2.質の高いがん医療提供を目指した薬剤部内の体制作り



3.薬剤部の働き方改革を推進



業績指標 (業績評価指標等)

□ 指数平均を上げる ⇒ 平均**80%以上**へ
(※ 対象期間は平成28年10月～
平成29年9月まで)

□ 9月時点の指数 ⇒ **86%以上**へ

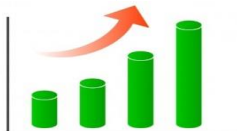
□ 薬剤師によるがん患者指導管理料3算定
⇒ 平成30年度開始を目標とする

□ 夏季休暇7日間 ⇒ 全員取得へ！
(※ 昨年度は、平均取得日数4.2日。
7日間取得は3名のみ)

□ 3日間以上の年次休暇 ⇒ 全員取得へ

1. 後発医薬品の採用推進に努める

- ◆ 指数平均を80%以上に上げる
- ◆ 9月時の指数を86%以上にする



- ◆ 毎月の後発品指数データより、使用量が多い薬剤を選定する
- ◆ 9月時86%以上を目指し、変更案を薬事審議会へ提案する
- ◆ 年2回の新規後発品発売時を変更強化月間として推進していく。

2. 質の高いがん医療提供を目指し、薬剤部内の体制作りを行う

- ◆ 平成30年度には、がん患者指導管理料3を算定出来るようにする



- ◆ 化学療法担当者の増員
- ◆ 部署内のワーキングチームの立ち上げ
- ◆ チーム会の企画と運営
- ◆ 代表的なレジメンの説明書の作成
(※外科を中心に進めていく)

3. 薬剤部の働き方改革を推進

- ◆ 夏季休暇7日間を全員が取得する
- ◆ 3日間以上の年次休暇を全員が取得する



- ◆ 休暇取得状況を2か月ごとに提示する
- ◆ 11月を目途に取得日数の少ない職員には今後の取得予定表を提出してもらう
- ◆ 取得目標日数に到達の見込みがない職員には、12月までに管理者が休暇を指定する

1.後発医薬品指数**平均80%以上**を達成し、
DPC最高係数獲得へ貢献します！



2.がん患者指導管理料3算定を通し、質の高いがん
医療の実現に努めます！

3.適切な休暇を取得し、心身ともに健康な状態で、
効率のよい業務を遂行していきます！



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

第 1 外 来

部門紹介

【職員データ】 診療科 32科

- ・ 医師職員数： 常勤医師 91人 ・ 代務医師 21人
- ・ 看護職員数： 看護師 55人(常勤32人、非常勤23人)
メディカルアシスタント(MA)17人(常勤2人、非常勤15人)
- ・ 医事課職員： 医師事務作業補助者(MS)16人(常勤4人、非常勤12人)
《看護師外来経験年数》

1～3年:15名 ・ 4～6年:4名 ・ 7～10年:12名 ・ 11年以上:24名

*** 小学生以下の子育て中の職員43% * 非常勤看護師の割合は42%**

【患者データ】

- ・ 外来患者数(延べ) : 231,767人
- ・ 外来患者数(一日あたり) : 1,273人
- ・ 外来収益(一人一日あたり) : 13,095円
- ・ 紹介率 : 70.5% ・ 逆紹介率 : 84.2%

【待ち時間データ】

- 受付～診察 : 0～29分-26.7%、30～59分-34.3%、60～119分-30%、
120分以上-8.9%
- 診察後～会計 : 0～29分-58.9%、30～59分-22.4%、60～119分-11.3%、
120分以上-7.4%

【中央化検査説明数】

平均:10～15件/日



第1外来

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 業務改善による

待ち時間の短縮



(1) 予約時間内の診察 : 68%(2%↓)

(2) 診察後の会計計算時間の短縮

【患者満足度調査】

「診察終了から会計終了までの待ち時間」

30分以内 59%(19%↑)

満足・やや満足・ふつう : 74%(12%↑)

(3) クイック(迅速)会計対象外来の拡大

クイック会計件数(一日あたり) : 112件(70件↑)

クイック会計割合 : 12%(2%↑)

2. 急な出勤変更に伴う

応援体制の構築



(1) 各外来の看護手順・マニュアルの見直し

100%(20%↑)

中央処置室で行う検査・処置の手順カード作成

新規10件



第1外来 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
【職員数】 看護師－55人・MA－16人・MS－16人 ＊小学生以下の子育て中の職員43％ ＊非常勤看護師の割合は38％ 【実績】 ・ 外来患者数（一日あたり）： 1,273人 ・ 外来収益（一人一日あたり）： 13,095円 ・ 外来化学療法件数： 2727件（＋425件／年）		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		①近年診療報酬の改訂に伴い、治療や療養の場が入院から外来へ移行しており、外来の化学療法件数が増加している ②院長より、「外来化学療法患者数の増加をしていきたい」「がん患者指導管料を増やしたい」との展望がある	①病棟より、退院後の患者の外来受診に関する情報が入らない時がある
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	①リリーフ体制の拡大と、リリーフに行く事で、他部署の状況を知り情報共有の機会となっている ②師長が2人体制となり、管理の強化につながり、業務の効率化が図れる		
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	①認定看護師が指導管理料が算定出来るICの全てに入ることが出来ない ②突然の休みが多いため、日々の配置人員に余裕がない ③診察準備時に退院サマリーが活用されていない	W-1.2.×O-1.2 認定看護師が必要時対応できるような、リリーフ体制の拡大と業務仕分けを行い、 外来看護の専門性を高める	W- 3×T-1 入退患者の情報提供が共有出来ておらず、患者の継続看護ができていない。 患者が安心して生活出来るよう、継続看護に向けた システムを構築 する

第1外来

現状・取り巻く環境

【強み】・リリーフ体制の拡大と、リリーフに行く事で、他部署の状況を知り情報共有の機会となっている

【弱み】・認定看護師が指導管理料が取れるICの全てに入ることが出来ない

- ・突然の休みが多いため、日々の配置人員に余裕がない
- ・診察準備時に、退院サマリーの活用がされていない

【機会】・院長より、外来化学療法患者数の増加、癌患者指導管理料の増加の展望がある

- ・治療や療養の場が、入院から外来に変わってきており、外来化学療法の件数が増加している

【脅威】・病棟より、退院後の患者の外来受診に関する情報が入らないときがある

SWOT分析の結果

《段階的・弱点克服》弱み × 機会

認定看護師が必要時対応できるような、リリーフ体制の拡大と業務仕分けを行い
外来看護の専門性を高める

《リスク回避》弱み × 脅威

入院患者の情報提供が共有出来ていないので、患者が安心して生活できるように
外来と病棟との継続看護に向けたシステムを構築する。



第1外来

平成29年度の戦略目標

□ 外来看護の
専門性を高める



業績指標 (業績評価指標等)

- がん患者指導管理料算定率
前年比より10%増加
- 化学療法の数
2700件 ⇒ 3000件/年
- 検査説明の中央化(5項目)
80%以上
- 専任患者説明担当看護師数
1人 ⇒ 4人以上

□ 外来・病棟間の
継続看護の強化



- 看護サマリーの活用率
80%以上
- 外来会議での報告回数
3回以上

第1外来

詳細

□外来看護の専門性を高める

- ①職種(Ns・MA・MS)毎の業務整理を行なう
- ②ルチーン検査(CT・MRI・PET・GIF・CF)の説明を中央化
- ③化学療法に関する算定の増加

□外来・病棟間での継続看護の強化

- ①継続看護の出来るシステムの構築
 - ・病棟より継続看護の依頼を受け、看護サマリーを確認して、患者に関わり結果(看護記録)を病棟に戻す ⇒ キャッチボール



第1外来

決意

地域に繋がる外来

目指し

外来・病棟間の継続看護強化

外来看護の専門性を高める

今年の
取り組み



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

第

2

外

来

部門紹介

- 内視鏡センター
- 血管内治療センター
- 腫瘍放射線科
- 放射線診断科

【職員構成】

- ・ 看護師 : 23 名
(常勤 18 名、非常勤 5名)
- ・ MA : 1名
- ・ クラーク: 1名

待機業務で24時間
あらゆる検査に対応!!



第2外来

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 専門性が高い

検査介助の教育体制
を確立する



(1) 検査介助手順書の作成

- ・ 内視鏡検査 20件
- ・ 血管(循環器・腹部・脳外)検査 37件

(2) 異動者への研修スケジュール作成

(3) 看護師個々の検査介助実施記録の作成(経験録)

2. コストもれを防ぎ

物品の効率的な運用
を図る



(SPD)シール貼り忘れチェックとシール貼り忘れ防止対策の検討



第2外来 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. 第2外来看護師 23名中待機業務施行者12名 平均待機呼び出し回数2.99回/月 2. 内視鏡総検査件数 6651件(昨年比-86件) 上部内視鏡検査4224件 -134件(ドック1884件 +50件) 下部内視鏡検査 1946件(+112件) ERCP検査 212件(-33件) 気管支鏡検査257件(昨年比+123件) 3. 血管撮影総件数 2197件(+26件) 循環器科検査 963件(+79件) 治療 780件(+17件) 脳外科検査 131件(-58件) 治療89件(-4件) 腹部アンギオ検査20件(-7件) 治療 133件(+25件) シャント造影検査 40件(-5件) 治療36件(-19件)		(3)機会 (Opportunity) ① 新しいデバイスが入ってきて、新しい方法や検査件数UPにつながる ② 4月からMEが内視鏡検査に本格的に導入された(月・水・木) ③ ドックから上部内視鏡検査を増やしたいとの要望があり件数UPにつながる	(4)脅威 (Threat) ① 他部署とのコミュニケーション不足による情報のズレが時々ある ② 特殊検査において医師が直接メーカーに連絡をしていることが多く、担当スタッフに連絡が入らないことがあり、検査準備や手順の確認に不安がある
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	① 24時間365日2名の待機性ですべての検査・治療を断らずに対応している。 ② ラダーⅢ以上の看護師が約9割 ③ 内視鏡検査の経験録が作成でき、個人の技術習熟度の確認ができた ④ 昨年より検査ガイド作成ができ、スタッフ間の最新の検査情報共有ができてきた	O①②×S①③④ スタッフの検査介助レベルの標準化と検査ガイドの更新により 安全で専門的な看護が提供できる	T①×S② 他部署とのコミュニケーションを図る ことで情報や認識のズレを埋め、検査時のトラブル回避ができ業務を円滑に進めていくことができる
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	① 内視鏡スコープの年間修理金額約314万円 ② 物品管理を細かくチェックできていないため物品の過不足がおきることがある ③ 内視鏡機器のトラブル対応は、業者に一任で機器の定期点検のシステムがない	O②×S①②③ MEが内視鏡に導入され、 内視鏡機器の日常点検のシステム化ができる ことで故障やトラブルの早期発見ができ、より安全に検査ができる	T②×W② 担当スタッフとメーカーと連絡するシステムを作っていくことで、詳細な物品準備や手順が確認でき安全・安心な検査介助につながる

現状・取り巻く環境

強み

24時間365日2名の待機性で
すべての検査・治療を断らずに対応

スタッフ間の最新の検査情報共有
ができてきた

機会

4月からMEが内視鏡検査に
本格的に導入

ドックから上部内視鏡検査を
増やしたいとの要望あり

弱み

内視鏡機器は精密機器であり、故
障の際の修理費は高価となること
がある。
内視鏡機器の定期点検システムが
ない。

脅威

他部署とのコミュニケーション不足
による情報のズレが時々ある

SWOT分析の結果

積極的 強み①③④
× 機会①②

差別化 弱み② × 脅威①

弱点克服 弱み①②
③ × 機会②

1. 検査ガイドによるスタッフのレベルの標準化を図り、随時更新することで、より安全で専門的な看護が提供できる
2. 他部署とのコミュニケーションを図ることで情報や認識のズレを埋め、業務を円滑に進めていくことができる
3. MEが内視鏡に導入され、内視鏡機器の日常点検のシステム化ができることで故障やトラブルの早期発見ができ、より安全に検査ができる

第2外来

平成29年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. より安全で専門的な看護の提供



- ・検査ガイドの更新率 75%
- ・検査ガイドの新規作成件数 5件以上
- ・経験録による習得度の確認 2回/年

2. 他部署とのコミュニケーションを図り、円滑な業務を目指す



- ・病棟との交流会の開催 3回/年
- ・病棟とのお互いの業務の見学 2名

3. MEと協同で内視鏡検査機器の日常点検のシステム化ができる



- ・日常点検のシステムを作る
- ・スコープや機器の修理費用状況
昨年比 マイナス20%

第2外来

詳細

1. スタッフのレベルの標準化を図り、より安全で専門的な看護が提供できる



- 検査ガイドの更新と新規作成件数の確認
- 経験録による個人の習得度を確認し業務振り分け時に考慮することで安全な検査を行う

2. 他部署とのズレや問題を明確にし、改善することで業務を円滑に進めていくことができる



- 交流会の内容検討
- 部署内での報告
- 改善内容の実践と評価

3. MEと協同で内視鏡検査機器の日常点検のシステム化ができる



- 日常点検のシステム作り
- 昨年度のスコップや機器の修理状況の確認





他職種と連携し、 安心・安全に検査、 治療を提供できる 看護体制を作ります



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会

—— 血 液 浄 化 セ ン タ ー ——

部門紹介

【職員データ】

医師：4名 看護師：22名

MA：2名

ME：月・土4名、火～金5名配置

【設備データ】

透析ベッド数：50床（感染用2床含）

【実績データ】

透析患者数：107名

ベッド稼働率

月水金 午前：91.3% 午後：87%

火木土 午前：91.3%



血液浄化センター

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 全透析患者の足病変の早期発見・早期治療介入

(1) 足病変有無のチェック件数

目標 100件 ⇒ 結果 104件



目標達成!

(2) 足部の血流測定、血圧測定の実施

目標 100件 ⇒ 結果 278件



目標達成!

(3) 循環器内科受診件数 ⇒ 結果 6件

2. リスクの高い血液透析患者に対する加算の適性算定

(1) 加算請求の妥当性評価者を設置

(2) 加算算定対象患者の确实算定

結果 ⇒ 100%加算算定 1,468,800円の増収!!



やったね!



血液浄化センター SWOT分析

基礎データ		外部環境	
【平成28年度実績データ】 通院維持透析患者数:95名(－8名) 新規導入患者数:47名(－12名) 他科紹介患者:147名(－23名) 障害者加算収益1,468,800円 糖尿病合併患者数23名 外来維持透析患者年齢:33歳～89歳 65歳以上:66名(69%) 75歳以上:33名(35%) 外来透析患者透析歴: 30年1名、25～29年6名、20～24年10名 15～19年21名、10～14年10名 約50%が10年以上の透析歴 新規導入患者年齢:36歳～87歳 ベッド稼働率:午前平均90.7%(84～94%) 午後平均86.2%(73～97%)		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		①ABI、SPPの結果で当院循環器医師の診察協力がある。 ②中東遠透析医療懇談会が毎年開催されており他院の看護の取り組みなど情報を得る機会がある。 ③医事課職員がカルテオーダーから障害者加算を算定している	①ノートパソコンが患者数比べ不足しており他職種間で情報共有しにくい環境である ②患者の高齢化により自己管理困難な患者が増加する可能性がある。
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	①障害者加算収益1,468,800円と昨年度より1万円弱の増収に貢献 ②MEによるSPP測定278件実施、循環器科紹介できた患者が6名あり。 ③フットチェックを104件実施でき、足病変の早期発見・早期治療へと貢献できた(外来透析患者は全員実施)	S－②、③×O－①、② フットチェックの継続実施、SPP測定を継続させ下肢病変の早期発見・早期治療につなげる S－①×O－③ 障害者加算内容のチェック体制を継続し収益に反映させる	S－②、③×T－② フットチェック、SPP測定継続実施により循環器受診対象患者への早期介入・治療へ誘導
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	①透析中の看護度の増加、稼働率84～97%にてフットケアを実施する人員確保と時間確保が難しくなっている。 ②透析前準備から患者入室までの時間が45分と短くノートパソコン台数も12名の患者に対し2台で運用している状況(9台＋回診用1台)のため情報収集しづらい。 ③看護師とMEの業務棲み分けができていない。	W－①×O－①、② フットチェックの継続実施により下肢病変の早期発見に努める W－③×O－② 看護師・MEの業務内容を見直し、それぞれの職種の専門性を発揮する	W－②×T－① ノートパソコン増設(部門システム入り)により患者の透析経過把握に繋げる



現状・取り巻く環境

強み

1. 足病変チェック・SPP測定実施による足病変の早期発見・早期治療
2. 障害者加算算定による147万円の収益

弱み

1. 看護度増加、高稼働率にてフットケア実施の人員と時間確保困難

機会

1. 循環器医師の診察協力
2. 医事課職員が障害者加算を算定

脅威

1. 患者の高齢化による自己管理困難者の増加

SWOT分析の結果

1. 足病変チェック、SPP測定の継続、下肢病変の早期発見・早期治療介入
2. 障害者加算内容のチェック体制の継続
3. 看護師・MEの業務内容を見直し、専門性を発揮



平成29年度の戦略目標

1. 下肢病変の早期発見・早期治療への介入ができる
2. 適切な障害者加算の算定継続
3. 専門性発揮のための業務改善を検討できる



業績指標 (業績評価指標等)

1. (1) 足病変チェック件数
(2) 足部の血流、血圧測定継続実施
(3) 該当患者の循環器紹介
(4) 該当患者の循環器受診件数
2. (1) 追加障害者加算算定率
(2) 障害者加算算定額
3. 業務改善検討会の定期的開催

血液浄化センター

詳

細

1. 下肢病変の早期発見・早期治療への介入

- | | |
|-----------------------------|------------|
| (1) 足病変チェックの継続実施 | 目標: 105件 |
| (2) 足部の血流、血圧測定 of 継続実施 | 目標: 285件 |
| (3) 治療対象患者を循環器科へ紹介、受診状況チェック | 目標: 100%受診 |

2. 適切な障害者加算の算定継続

- | | |
|----------------------|-------------|
| (1) 障害者加算項目の確認、追加・修正 | 目標: 算定率100% |
| (2) 医事課担当者との情報共有 | 算定額150万円 |

3. 専門性発揮のための業務整備

看護師と臨床工学技士の業務分担検討会 開催

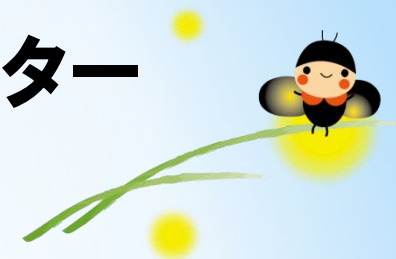


決 意

1. 多職種連携で透析患者の足病変を未然に防ぎ透析生活をサポートします
2. 提供した医療を収益につなげ、病院経営に参画します
3. 看護師・臨床工学技士の専門性が発揮できる業務改善を目指します



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標



病 棟 部 門

部門紹介

【職員データ】

- 看護師総数 557名(助産師 28名)、MA 65名
- 看護師平均年齢 34歳
- 看護師経験年数 14.5年 (助産師含む)
- 離職率 常勤 6.37 % 新卒 3.57 %
(全国の離職率 常勤 10.8% 新卒 7.5 %)

【患者データ】

- 一般病棟・平均在院日数 12.4日
- 一般病棟・平均病床稼働率 89.6%
- 一般病棟・平均重症度・医療看護必要度 26.4%



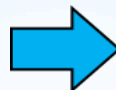
*昨年度の目標及び結果



1. 7:1の看護体制を継続し、
DPC上3.2億円の収益を維持

(1) 一般病棟用重症度・医療看護
必要度

目標: 25%以上



(1) 一般病棟用重症度・医療看護必要度
3月まで26.4%／月 **達成**

2. 患者が安心して退院できる
支援体制の強化

(1) 院内認定退院支援看護師の育成
目標: 12名

(2) 退院支援カンファレンス件数の増加
目標: 退院前カンファレンス

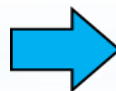
40件／月

訪問看護師との連携

5件／月

在宅医との連携

3件／月



(1) 院内認定退院支援看護師
3月に12名誕生

達成

(2) 在宅との連携件数

退院前カンファレンス 32件／月
未達成

訪問看護師との連携 5.4件／月
達成

在宅医との連携 0.6件／月
未達成

* 病棟部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
・ 平均在院日数 10.5日 ・ 平均病床稼働率 88.5% ・ 平均看護必要度（一般） 26.4%		（３）機会 （Opportunity）	（４）脅威 （Threat）
		①看護協会から、WLBの推進が推奨されている。夜勤勤務形態の検討が必須 ②平成29年4月よりすべての病棟にクラークが配置されることで役割分担が促進される ③SPDの搬送業務が委託される。それにより現在のSPD職員がMAに移行することができMAの職員の増員が期待される	①高齢者65歳以上68%（64.8%）、75歳以上47.8%（44.8%）の入院患者の増加に伴い、認知症や合併症等の患者が増えている。 ②在院日数の短縮に伴い、医療依存度の高い患者が問題を抱えたまま退院するケースが増えている
内部環境	（１）強み （Strength）	積極的	差別化
	①勤務形態のワークショップを開催したところ（157）名の看護師の参加があり関心の高さがうかがえられる ②職員満足度調査では意欲、満足ともに向上している ③MA業務の一つの搬送について中央化できる体制が整った → メッセンジャーMAの導入	S③×O③看護補助者の業務を拡大し、協働をすることで、看護ケアの質向上をめざす。	
	（２）弱み （Weakness）	弱点克服	リスク回避
	①高齢者認知症患者の増加に伴い、食事介助やナースコール等の対応が増えたため時間に終できない ②平均時間外時間（ 8.6 ）時間で病棟により格差がある。最大は10.4 最小は1.3時間 ③看護の実践評価ではとくにベッドサイドでのケア内容やケア時間に不満足をしめている ④転倒転落発生 8時 11時 19時 頃に多く 食事の前後に集中する傾向がある	O①②×W③クラークの導入により、クラークと看護師の業務を整理することで、看護職員のケアの充実を図り、患者ケアに対する満足度の向上が期待される O①③×W①②④勤務形態の見直しを行うことで、看護師の負担軽減を図り、時間外勤務時間が減少することができる。	



現状・取り巻く環境

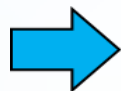
- ❑ 職員満足度調査では意欲、満足ともに向上している
- ❑ MA業務の一つの搬送について中央化できる体制が整った → メッセンジャーMAの導入
- ❑ 高齢者認知症患者の増加に伴い、食事介助やナースコール等の対応が増えたため時間に終了できない
- ❑ 平均時間外時間(8.6)時間で病棟により格差がある。最大は10.4 最小は1.3時間

SWOT分析の結果

- ❑ 看護補助者の業務を拡大し、協働をすることで、看護ケアの質向上をめざす。
- ❑ クラークの導入により、クラークと看護師の業務を整理することで、看護職員のケアの充実を図り、患者ケアに対する満足度の向上が期待される
- ❑ 勤務形態の見直しを行うことで、看護師の負担軽減を図り、時間外勤務時間が減少することができる。

平成29 年度の
戦略目標

看護必要量に
あわせた
適正な人員配置



業績指標
(業績評価指標等)

- 1.新勤務形態の導入
- 2.多職種との役割分担の
明確化

- ・メッセンジャーMA導入
- ・MA会議の定期開催 年5回開催
- ・病棟クランクの定期開催 年6回開催





➤ 新勤務形態の導入

- 12時間夜勤の導入
- 日勤、遅番の変更

- ① モデル病棟の決定
- ② デモ勤務表の作成、評価
- ③ 新勤務形態をモデル病棟で実施、評価
- ④ 平成30年3月 全病棟へ導入



➤ 多職種との役割分担の明確化

- ① メッセンジャーMAの導入
- ② MA業務の現状確認を行い、MA会議の
定期開催と業務拡大を行う
- ③ クラーク会議の定期開催と業務の明確化

1. 平成30年3月 新勤務形態の導入をします



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会



— I C U ・ C C U 部 門 —

部門紹介

【職員データ】

■医師2名・看護師32名

【認定看護師3名 呼吸認定士3名 ICN1名】

MA1名・薬剤師1名・栄養士1名

■看護体制:2:1

モジュール型継続受け持ち看護方式

■中堅看護師(経験年数10年目以上):63%

■ICU経験4年目以上看護師:75%

【病棟・患者データ】

■ベット数 10床

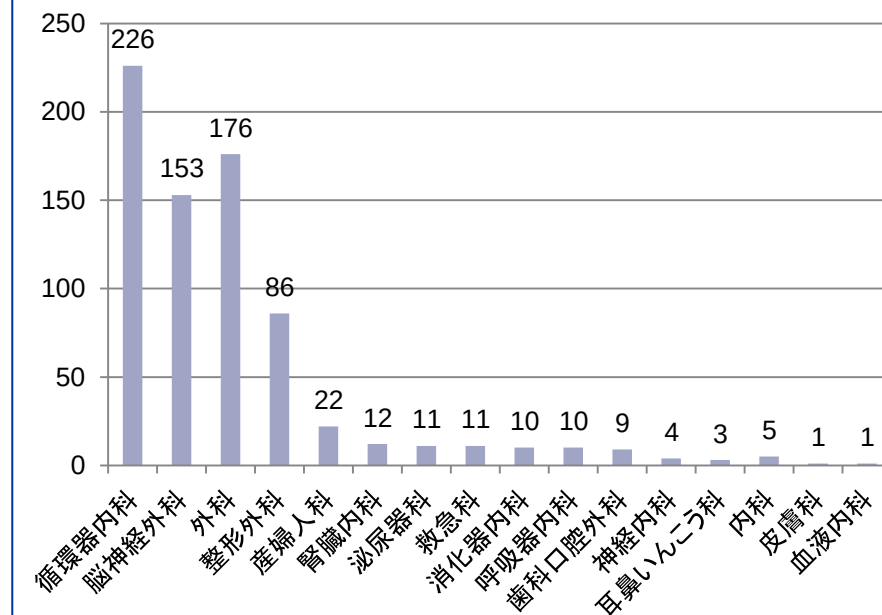
■平均在室日数 3.9日

■平均稼働率 64%

■平均医療看護必要度(重症) 89.6%

■特定集中治療室加算料月平均1,277万円

平成28年度診療科別
ICU入院患者数 740名



昨年度(平成28年度)の目標及び結果

目標1:医療・看護必要度(重症)を正確に習得し、ICU基準を満たす効率的なベッドコントロールを行う

目標

- (1)医療・看護必要度(重症) **73%以上**
- (2)病床稼働率 **70%以上**
- (3)特定集中治療室加算料 **1,400万円/月**



結果

- (1)医療・看護必要度(重症) **89.6%**
- (2)病床稼働率 **64.0%**
- (3)特定集中治療室加算料 **1,277万円/月**

達成!

わずかに
及ばず!

わずかに
及ばず!

目標2:ICU・CCU退室後の機能予後改善につなげる医療・看護の提供

目標

- (1)せん妄評価・対策の実施 **80%以上**
- (2)人工呼吸器関連性肺炎(VAP)について
理解と対策の実施 **100%**



結果

- (1)せん妄評価・対策の実施 **80.7%**
* 見過ごしていた低活動性せん妄の発生を評価できるようになった。
- (2)人工呼吸器関連性肺炎(VAP)について
理解と対策の実施 **86.0%**

達成!

わずかに
及ばず!

ICU・CCU部門 SWOT分析

基礎データ

□ 職員データ

医師2名・看護師32名(認定看護師3名)ICN・MA・薬剤師・栄養士 各1名 ICU経験4年以上看護師(75%)

□ 病棟データ

ベッド数10床 2:1看護体制

平均在室日数3.9日 平均病棟稼働率64%

平均医療看護必要度【重症】 89.6%

特定集中治療室加算料月平均 1,277万円

外部環境

(3)機会 (Opportunity)

1. 中東遠地区の救急を担っている
2. 循環器・脳外科の血管内治療や救急科の高度な治療が出来る。外科系手術件数が増加する可能性がある
3. 他職種の集まるカンファレンスを毎日開催していることで、質の高いチーム医療が行える

(4)脅威 (Threat)

1. 救急医数の減少に伴い救急体制が変わり、99コールなど院内急変患者や重症患者の対応(呼吸器管理や全身管理)の遅れが懸念される

内部環境

(1)強み (Strength)

1. 循環器、脳外科、外科の患者入室が80%を占める。IABP・ECMO・人工呼吸器装着など特殊な治療の経験ができる
2. VAP対策・せん妄評価・摂食嚥下や誤嚥・家族看護・リハビリ・身体抑制評価など取り組み
3. 各科学習グループによる学習会開催
4. 事例検討会開催
5. 「患者・家族とのコミュニケーション」や「ベッドサイドケアに満足している」の項目での評価が高い

積極的

S1.2.3.4×O1.2
救急や重症度の高い患者の管理、血管内治療後の管理などの医療を担っている。前年度も合併症対策に取り組んだ。
合併症発症の予防を強化することで、患者の状態や入室期間に合わせた退室を目指す。
S5×O3
ICU看護師は、マンパワーが充実していることで、患者家族とコミュニケーションがとれ、ベッドサイドケアに満足していると評価している。面会制限の緩和に取り組み、家族とケアを共有する時間を確保し、**家族参画やモジュール看護師としての関わりを強化する**

差別化

S1.2.3.4×T1
救急体制の変化へ対応できるように、ICU経験豊かな看護師や認定看護師を中心に、インシデント防止や感染対策の強化や急変対応への運用の明確化、学習会を行うことで、**救命看護やICU看護の質の低下に備える**

(2)弱み (Weakness)

1. 特定集中治療室加算料の習得できていない患者の疾患や科別動向に伴う疾患別や科別での動向や救急ICUと院内ICU患者の在室日数のデータがないので、ベッドコントロールの際の指標が不足している
2. カンファレンスでの看護師の発言量が少ないことや意見が言いにくい雰囲気があるなど看護師のカンファレンスへ参加しているという意識が低い
3. 自分達が学習してきたことにも自信が持てないことや記録として残せていない

弱点克服

W2.3×O3
さらに知識や技術の向上を目指すことや勤務交替者などへの教育が期待されている。学習会や事例検討会、記録監査の充実を図り**記録からみえる看護実践力やアセスメント力を強化する**。さらにICUステップ表を活用してICU看護師の質や患者管理を標準化していく。カンファレンスを利用し他職種との連携を図ることで**チーム医療の低下を防げる**と捉える

リスク回避

W1.2×T1
前年度と比較すると入室患者数の減少や看護必要度は、70%以上の保持はできているものの数値的には低下している。今後救急医の減少に伴い、稼働率が低下する恐れがある。特定集中治療室加算料の伴う疾患別や科別での動向を調べることで**在室日数を考えながら、増収を見込んだベッドコントロールをする**

現状・取り巻く環境

脅威

□ 救急体制の変化により、99コールや重症患者対応の遅れへの懸念

機会

□ 医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・リハビリ技師など多職種カンファレンスを毎日、開催している

強み

□ 各科学習グループの活動があり、重症患者の受け入れやIABP・PCPS・人工呼吸器症例など重症者を受け入れる

弱み

□ 看護記録において、自分達が行った看護やアセスメントがみえない

SWOT分析の結果

リスク 回避

□ 特定集中治療室加算料を引き続き取得できるよう、医療・看護必要度を取得し、病床稼働率上昇など効率的なベットコントロールを行う

積極的

□ 合併症（VAP・せん妄・誤嚥など）予防対策の実践とアセスメントの見える記録を行う

ICU・CCU部門

平成29年度の戦略目標

1 効率的な
ベットコントロールを行う



業績指標 (業績評価指標等)

1 特定集中治療室加算料
前年度(1,277万円/月)
以上の増収

2 病床稼働率 70%以上

2 看護実践能力や
アセスメント力の可視化を
図る



1 合併症(VAP・せん妄・誤嚥)予防対策
の実践

VAP発症(JANIS) : 2件以内/年
スクリーニングシート活用 : 100%
自己抜去件数 : 10件以内/年
水飲みテスト実施 : 看護師100%

2 看護記録監査の実施

監査2件/月 形式監査20点以上

ICU・CCU部門

詳細

1 効率的なベットコントロールを行う

在室日数のコントロール

- ①毎日のデータ収集(病床稼働率 看護必要度など)
- ②数値を毎日確認し基準を満たさない時は医師と相談する
- ③ICU・CCU運営委員会や病棟会で報告
- ④特定集中治療室加算料習得対象外患者の疾患別動向・診療科別の在室日数のデータ収集と分析
- ⑤稼働率70%以上に向けた一般病棟との調整

看護必要度の正確な評価

- ①看護必要度習得を意識した声掛け
- ②看護必要度の精度を高める学習会開催

2 看護実践力やアセスメント力の可視化を図る

合併症予防対策の実践

- ①標準看護予防策や感染対策の実践
- ②ICU版VAPスクリーニングシート活用・事例検討
- ③せん妄:陽性患者への原因除去についての学習会開催
- ④自己抜去患者の事例検討会
- ⑤水飲みテストの看護師全員の実施

看護記録監査

- ①記録に関する問題点や課題についての学習会開催
- ②日々の記録の確認
- ③監査会開催:内容や結果の報告

構築してきたICU・CCUセンターの 医療や看護の質を低下させない！

継続した医療・看護を目指します



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

発表会

—— 救命救急センター ——

部門紹介

診療体制: 365日(24時間体制)

対象: すべての診療科の患者

職員体制: 救急医2名

当直(救急直・ICU直・内科直・
外科直・研修医1・2年)

看護師(常勤)42名(非常勤)2名

看護師平均年齢 34.9歳

// 経験年数16年

当直看護師 ER3名・
ECU4名(準4・深3)
管理当直(副師長)

MA2名

クレーク3名

* 救急看護認定看護師: 2名



救命救急センター

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

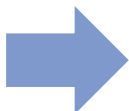
1. 有効な病床利用



1. 救急病棟の有効利用

救命救急加算 1,300万円／月取得

2. 救急外来の円滑な
診療体制の見直し



1. 地域連携室やその他の診療
部門の連携強化

管理マニュアル未完成

2. 待ち時間対策

3時間以内の帰宅……80%

(4連休以上長期休暇時)

3. 教育体制の再構築
と強化



1. 教育計画の見直し

救命救急センター研修ラダー完成



救命救急センター SWOT分析

基礎データ		外部環境	
【救急外来】 - 救急外来受診者数:21715名 (救急車:5506名 ウォークイン:16039名) - ドクターヘリ受け入れ数:35件 - CPA患者受け入れ数:191名 【救急病棟】 - 入院患者延べ数:1895名 ・病棟稼働率:62.3% - 平均入院数:8.7人/日 ・平均在棟日数:2.3日 【職員情報】 - 救急医2名(代務医師交替制:6名) - 看護師(ER:20名 ・ECU:24名) - MA2名 ・クラーク3名	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)	
		- 救急医が1名に減少し救命率や救急車の応需率が低下する恐れあり - 各科の医師は救急車対応に不慣れである - ECUの急変時は各科の対応となり判断力を求められる - 大規模災害が予測されている	
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	- 救急看護認定看護師が2名いる - トリアージは妥当率が99% - 救急ラダー(教育計画)ができた - 救急医は学習会に協力的である - 救命救急入院料は1300万/月取得できた	JTAS(5段階評価のトリアージ方法)を学習し、緊急度の高い患者を見逃さないようトリアージの精度を上げていく	すべての診療科に対応できるよう、計画的に救急の学習会を行う
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	- 救急医不在時の体制、運用が未完成である - 救急医不在時のルール of 徹底が不十分である - 災害対策マニュアルが脆弱 - 防災訓練が不十分である	救急外来が円滑に機能するよう関係各所にルールの周知する	- 救急医不在時の体制を整備し、患者サービスの低下を招かない努力する - 災害対策マニュアルを改善・強化し効果的な防災訓練を行い、大規模災害に備える

救命救急センター

現状・取り巻く環境

- (強み) 救命救急センターラダー(教育計画)ができた
- (弱み) 救急医不在時のルールの周知徹底が不十分である
災害対策マニュアルが脆弱・防災訓練が不十分である
- (機会) 救急医が減り、各診療科の医師との関わりが増える
- (脅威) 救急医が2名に減少し救命率や救急車応需率が低下する恐れあり
大規模な災害が予想されている

SWOT分析の結果

- (強み) × (脅威) 1. すべての診療科に対応できるよう計画的に学習を行う
- (弱み) × (機会) 2. 救急外来が円滑に機能するようルールの周知徹底をする
- (弱み) × (脅威) 3. 災害対策マニュアルを改善・強化し、効果的な災害訓練を行い
大規模災害に備える



救命救急センター

平成29年度の戦略目標

1. 円滑な救急体制の再構築
 ● ルールの周知徹底
 ● 救急車の応需率の維持
2. 教育体制の強化
 ● 救命救急センターラダーの
 実践
3. 災害時の医療体制の整備
 ● 災害対策マニュアルを見直す

目標値

- 救急外来運用によるトラブル数 0 件
 - 救急車応需率 96%以上
- ➡
- 救命救急センターラダー自己目標
 100 %達成
 - 吉田医師による救急の学習会
 参加率 70 %以上
- ➡
- 災害対策マニュアルの検証を行う



救命救急センター

詳細

1. 円滑な救急体制の再構築

ルールの周知徹底

- ルールは文章で表示し明確にする
- 朝礼で繰り返し伝達し周知する

救急車の応需率の維持

- 救急車のお断り事例を委員会で検討する

2. 教育体制の強化

救命救急センターラダーの実践

- 研修会への積極的参加

3. 災害時の医療体制の整備

災害対策マニュアルの完成

- 防災訓練のための訓練を実施する
- 災害対策マニュアルの見直し
- アクションカードの完成



決意

- 救命救急センターの新体制を確立する
- 学習の強化



平成29年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標 発表会

—— 手術 セ ン タ ——

部門紹介

□手術スタッフ構成

- ・麻酔科常勤医:7名(時短1名、産休1名)
- ・看護師:31名
(滅菌技師2種2名、時短2名、
非常勤1名)
- ・ME(臨床工学士):6名輪番制
- ・MA2名(滅菌技師1種1名、
非常勤1名)
- ・薬剤師:1名(8:15~9:30)
- ・クラーク:1名(8:15~17:00委託職員)

□中材部門

- ・委託職員:21名(産休1名)
平日 7:30~19:00(2交替制)



手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」

手術センター

昨年度(平成28年度)の目標及び結果

1. 効果的な手術室運営 業務効率化



- (1)手術件数 4,385件／年(目標4,700件)
- (2)麻酔管理料算定件数
360件／年(目標390件)
- (3)手術材料キット細分化46種類⇒50種類

2. 安心・安全な 手術室看護の提供



- (1)災害時・緊急時の対応訓練の実施
- (2)勉強会の開催(1回／月)

3. 病棟とのスムーズな 連携を図る



- (1)術前情報テンプレート作成・運用
- (2)患者用 術前説明パンフレット作成・運用



手術センター SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. スタッフ構成 ・麻酔科常勤医：7名　・看護師：31名 ・MA2名　ME（臨床工学士）：6名・薬剤師：1名 ・クラーク：1名　・中材委託職員：21名 2. 手術件数 ・4385件(10室稼働) ・全麻1,857件46% ・緊急・臨時件数1279件27% ・手術稼働率45.9%(時間外含む52.1%) ・1件あたりの平均手術時間1.2時間 ・時間外3,228時間1人あたりの平均12.5時間		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		①術前説明パンフレットを作成、外来での配布を行った ②外科医が新院長に就任したことで新しい手術等で手術件数の増加が見込まれる ③麻酔科医から術前外来開設の要望がある ④手術キットの変更により、10%材料費減及び器械展開時間の短縮の見込みがある	①不妊治療等によるリスクの高い緊急手術の増加傾向にある ②高齢化社会によりハイリスク手術患者増加 ③高額な手術器材の故障や外来・病棟の器材紛失が多い(H28年度紛失器材額113,140円) ④手術申請時間より延長する手術があり、手術室スケジュールに影響がある
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	①24時間体制でどんな手術にも対応する ②緊急時対応能力向上のための勉強会を開催している ③術前訪問テンプレートを作成・使用し、術前訪問率6割達成できた ④滅菌技師1種・2種の資格を持つスタッフがいる	■ S-①④×O-②④ 手術・中材関連のコストを意識した効果的な手術室運営を図る(収益向上) ■ S-③×O-①②③ 術前訪問及び術前外来(名称未定)に向けた取り組みを行い、外来・病棟との連携強化を図る(質の向上)	■ S-①②×T-①② 産科における緊急手術や緊急事態に対応できる看護師の育成(質の向上) ■ S-④×T-① 手術器材の洗浄・滅菌、品質管理方法のマニュアル化をすすめ、安全な器材を提供する(費用削減・抑制)
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	①手術室看護師の育成には時間がかかり、難易度の高い手術は対応するスタッフが限定される ②使用頻度の高い手術器械の不足、器械のコンテナ化ができていない	■ W-①×O-② 手術ラダーを確立させ、看護実践能力の向上を目指した看護師の育成	■ W-②×T-③④ 手術時間の適正入力と手術器機の適正定数化を行い、手術の効率化につなげる(収益向上)

手術センター

現状・取り巻く環境

- 強み** ①24時間体制でどんな手術にも対応する
②緊急時対応能力向上のための勉強会を開催している
③術前訪問テンプレートを作成・使用し術前訪問率6割達成できた
- 弱み** ①手術看護師の育成には時間がかかり、対応スタッフが限定される術式がある
②使用頻度の高い手術器械の不足、器械のコンテナ化ができていない
- 機会** ①手術材料キットの変更し、10%材料費減が見込まれる
②緊急帝王切開手術の対応について産科病棟と話し合いを行っている
③術前説明パンフレットを作成、外来での配布を行った
- 脅威** ①不妊治療や合併症によるハイリスク患者の増加
②高額な手術器材の故障や外来・病棟の器材紛失が多い(H28年度 紛失器材113,140円)
③手術申請時間より延長する手術があり、手術スケジュールに影響がある



SWOT分析の結果

積極的

強み①機会①
強み③機会③

- ・手術・中材関連のコストを意識した効率的かつ効果的な手術室運営を図る
- ・術前訪問及び術前外来(名称未定)に向けた取り組みを行い、外来・病棟との連携強化を図る

差別化

強み②脅威①②

- ・産科における緊急手術や緊急事態に対応できる看護師の育成
- ・器材の品質管理のマニュアル化をすすめ、安全な器材を提供する

リスク回避

弱み②脅威②③

- ・手術時間の適正入力と手術器械の適正定数化を行い、手術の効率化につなげる

手術センター

平成29年度の戦略目標

1. 業務の効率化
効果的な手術室運営
2. 産科における緊急手術に
対応できる看護師の育成
3. 患者様に安心な手術環境
の提供



業績指標 (業績評価指標等)

- 1) 手術稼働率アップ 平日日勤 55%
 - 2) 手術材料コスト 10%減
 - 3) 中材管理物品の紛失材料費 10%減
-
- 1) 緊急帝王切開の受け入れがスムーズ
にできる
・シミュレーション実施 1回／年
-
- 1) 術前訪問率 60%→70%
 - 2) 患者満足度調査の実施 100例以上
 - 3) 術前外来(名称未定)開設
H29年12月を目標



手術センター



詳細

1. 業務効率化、効果的な手術室運営

- (1) 適正な手術時間入力を医師に提示する
- (2) 手術材料キット・梱包材料・洗浄剤・滅菌試薬の見直し
- (3) 手術材料ピッキングリストの見直し
- (4) 中材滅菌物ラウンドを実施(2回/年)

2. 産科における緊急手術に対応できる看護師の育成

- (1) 産科病棟と話合いの場をもつ
- (2) 緊急帝王切開受け入れ手順・フロー作成
- (3) シュミレーションの実施

3. 患者様に安心な手術環境の提供

- (1) 術前訪問時間の確保(業務見直し)
- (2) 術後の患者様に満足度の聞き取り調査を行う(100例以上)
- (3) 術前外来(名称未定)運用手順・フロー作成

手術センター

決意

1. 業務の効率化、材料見直しで経費削減に努めます。
2. 産科における緊急手術の
スムーズな受け入れを行います。
3. 患者様に安心な手術環境の提供に努めます。



