平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

経営戦略

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



室

経営戦略室

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 新公立病院改革プランに沿った 健全な病院経営



(1) 公立病院改革プランの進捗管理

目標達成

- (2) 部門別目標達成の支援・調整 148項目中 116項目達成 達成率78.3%
- (3) 静岡県がん診療連携推進病院指定に 向けた準備・調整 90%完了

2. 広報活動の充実



- (1) HPアクセス数(平日):790件 目標達成
- (2) Facebook記事閲覧数: 1,231人 目標達成
- (3) 医療市民講座の参加人数の増加:112人増 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 仕様書(案)策定

目標達成

4. MS・MA研修の充実 (看護補助者・医師事務作業補助者)



(1) 定期研修と振り返り研修の実施

目標達成

(2) 実践テストの実施

目標達成

経営戦略室 SWOT分析

_				
	基礎データ	外部環境		
	22部門行動計画目標設定進捗管理 毎月 各診療科・部門とのヒアリング 年2回 診療科・部門別目標発表会 年1回 新公立病院改革プラン点検評価 年1回 ホームページ更新 443回 Facebook更新 82回 院内報発行 毎月 システム変更等要望書対応 206件 主要システム改修 13件 システム機器故障対応 501件	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威(Threat)	
3. 4. 5. 6.		経営企画係 1. 公立病院改革プランの進捗管理 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 2. 暫定調整係数の廃止・機能評価係数Ⅱへの影響	
8. 9.		情報システム係 1. 院外研修への参加 2. コンサルタントの活用 3. 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. システム機器保守契約期間の延長 2. 保守契約費と保守費用の増加 3. システム機器保守部品の枯渇	
		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 3. 開院5周年記念式典・講演会の開催	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 2. 業務の蓄積によるスキルアップ	経営企画係 1. 診療報酬改定に伴う新たな算定対象への取組み 2. 診療科・部門との目標達成に係わる取組み 3. 静岡県地域がん診療連携推進病院指定に向けた取組み	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. システム保守に精通した職員が多い 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. 第2期医療情報システムの仕様書策定とベンダ選定	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、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 3. 開院5周年記念式典・講演会で関係者にPRできる	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 2. 他部門との調整(合意形成能力)	経営企画係 1. 積極的な研修への参加 2. 他施設への見学・他部門との連携	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. 病院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 3. 先進的取り組み病院への視察	情報システム係 1. 災害時に使用可能な端末を活用する 2. 保守業者との緊急連絡網を整備している 3. 部門マスタ管理者と通報体制が確立している	
	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・広報の新たなスキルの習得	

経営戦略室

現状・取り巻く環境

経営企画係

- □診療報酬改定による加算等算定 取り組み及び他部門との連携調 整。積極的な算定への枠組み作り
- □静岡県地域がん診療連携推進病院調査対象年度
- ■新公立病院改革プランに沿った病院経営の実践

情報システム係

- □医療制度改正・政策等を反映したシステムの改修と構築
- □保守契約費・保守費用の増加と保守部 品の枯渇
- 第2期医療情報システムのベンダ選定 とWG開催準備

秘書広報係

- □ホームページ作成や修正に関わる担当職員のスキル向上
- □ホームページ保守委託業者との 連携
- □開院5周年記念式典·講演会の 開催

SWOT分析の結果

- □診療報酬改定に対応する為、先進 医療施設への視察及び当院への 落とし込み
- □静岡県地域がん診療連携推進病院の指定
- □診療科·各部門への目標達成に向けた協力と調整

- □4病院ユーザー会での意見交換と他病院事例を参考としたシステム構築
- □保守会社への協力依頼と日常連携の強 化
- □コンサルタントの活用と先進医療機関へ の視察

- □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
- □5周年記念式典·講演会を開催し 関係者にPR

平成30年度の戦略目標

- 1. 医療の質及び収益向上に 関する取り組み
- 静岡県地域がん診療連携 推進病院の指定
- 3. 広報活動の充実
- 4. 次期医療情報システムの調達

5. 現システムの改修と安定した保守 体制の確保

業績指標 (業績評価指標等)

- (1)総合入院体制加算2の算定 <mark>算定開始</mark>
 - 2) 診療報酬改定に伴う在院日数の適正化

ベッドコントロール基準の策定

- (1) 平成31年度静岡県地域がん診療 連携推進病院 <mark>指定</mark>
- (1) HPアクセス数(平日)
- (2) 医療市民講座の参加者数の増加 200人/回
- (3) 開院5周年記念式典•講演会:

開催成功

800件以上/日

(1) 電子カルテ等システムベンダの選定

選定完了

(2) ワーキング開催準備

準備完了 5件/年

- (1) 必要最小限の改修
 -)保守部品枯渇対応 100%修理

1. 医療の質及び収益向上に関する取り組み

- (1) 総合入院体制加算2の取得
 - ・認知症ケアチームの設置に向けた企画提案・サポート
 - ・認知症ケア加算1取得のためのマニュアル整備
- (2) 診療報酬改定に伴う在院日数の見直し
 - DPC分析ソフトを用いて定期的な在院日数の適正化
 - ・ DPC期間 II (DPC参加病院全国標準)への クリニカルパス見直し提案を強化

2. 静岡県地域がん診療連携推進病院の指定

- (1) 静岡県地域がん診療連携推進病院の指定準備
 - ・9月に予定されている県庁疾病対策課立ち入り 調査に対する院内対応取りまとめ・提出資料の整備



3. 広報の充実

- (1) アクセス数の増加
 - ・アクセス数分析、分析情報の周知、多職種・多部門との 連携、情報交換
- (2) 内容の精査・充実
 - ・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
- (3) 医療市民講座の充実・開催方法の見直し
 - ・演題数の増加
 - 周知徹底(広報誌、ホームページ、関係機関・団体、新聞、院内掲示等)
 - ・当院の強みや市民要望に添った講座を企画
- (4) 開院5周年記念式典・講演会の開催
 - 当日実施までの進捗管理及び準備



経営戦略室 (情報システム係)

詳細皿

4. 医療情報システムの調達

- (1) 次期システムの仕様書の策定
 - ・次期システムの仕様書作成と業者選定(コンサル活用)
 - ・次期システムの予算確保
 - ・サーバ室の拡張工事
- (2) ワーキングの開催準備
 - ・ワーキング開催頻度とメンバーの選任
 - ・開催場所の確保

5. 現システムの改修と安定した保守体制

- (1) 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
 - ・次期システムへの反映
- (2) 安定した保守体制の確保
 - 経年劣化に伴うサーバ部品等の予防交換
 - ・メーカーが保管している保守部品枯渇対策
 - 端末等予備機の確保



決意

宮地院長を全力でサポートし 経営状況や社会情勢を 的確に把握・分析することで 当院の健全経営と 働きがいのある病院づくり に貢献します!!



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

管

理

課

部門紹介

長谷川管理課長

施設庶務係•6名

病院の運営・管理 施設の維持管理

職員係・8名

勤務条件等職員管理 職員研修

財務係・3名

予算•決算及財政計画

SPDセンター • 11名 物品係

物品の価格交渉、契約、調達 SPDセンター運営



管理課 I



昨年度(平成29年度)の質的目標及び結果

- 1. 防災関係機関との連携強化
 - (1)行政、消防、医師会等と協議・連携した訓練の実施
 - (2)消火訓練、防災訓練、緊急被ばく訓 練の実施
- (1)消火訓練、防災訓練、緊急被ばく訓練の実施



- 2. 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)
 - (2)カウンセリング利用促進

- 3. 事務職員の経営分析能力の向上
 - (1)勉強会・研修会の開催(年3回)



(2)カウンセリング相談利用率100%



- (1)勉強会・研修会の開催(年3回) * 地方公党企業法の制度が難解のため、表面的
- *地方公営企業法の制度が難解のため、表面的な理解にとどまる

管理課 Ⅱ



昨年度(平成29年度)の量的目標及び結果

4. 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:11.0%以下

(2)薬品購入値引率 目標:16.0%以上 77

(3) 診療材料費 (たな出庫) / 医業収益 目標: 10.0%以下

5. エネルギーの使用量の抑制

(1) 電気 目標: 980万kWh以下

(2) ガス 目標: 585km 以下

(3) 灯油 目標:170kl以下

(1) 11.8% 高額な新薬の影響大! ※オプジーボやサイラムザ等

(2) 上期16.510% 下期17.078%



※全自病平均上期14.470%下期15.130%(見込み)

下期17.078% ※1%=約2,000万円の経費削減

(3) 9.5%





(2) 624km³

(3) 151kl



管理課 SWOT分析



CHUTOEN GENERAL MEDICAL CENTER				
基礎データ		外部環境		
〇職員数の推移 H30;1,117人 H29;1,089人		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)	
〇休暇取得日数(H29)		・新病院改革プランの策定、両市からの繰 入金対応	・改革プランに基づく経営効率化、消費税増税税	
正規職員 312日平成14.9日 非常勤職員131日平均14.6日		- ハェハル ・病院見学者の増加 ・環境意識の向上	・職種により人材確保が困難を極める ・地球温暖化の影響	
〇時間外勤務時間(H29) 23.1h/月		・価格の分析及び資産や勉強会への参加、	・業者同士の棲み分け、競争不足、メーカー	
1	也方公営企業法適用、企業債、繰入金等取扱、 予金運用	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	設定定価の値上げ(償還超え定価設定)	
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化	
内部	・異動が少ない(理解度が上がる)、緻密な計理資料、派遣職員の配置 ・職員数の増加 ・多元的なエネルギー供給手段 ・他病院との連携(ベンチマークや勉強会)、専門知識を有した職員の採用、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	・改革プランの経営指標更新、民間企業の手法の習得 ・時間外勤務・休暇取得状況の共有化・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、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	・消費税増税の影響測定 ・時間外勤務縮減、休暇取得の推進、ライフ ワークバランスの推進 ・職員の節電意識の醸成 ・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	
環境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避	
	・特定部門の人材不足、人についてしまう業務、他職種との連携 ・異動の際の影響大、業務マニュアル整備 の遅延、経営精通者の不足、本来業務外に よる負担 ・冷暖房の環境要因による影響 ・薬価改定	・経営感覚の醸成、難解な経理業務の遂行 ・職員採用の応募者数を増やす ・エネルギー量監視体制の強化 ・薬価制度を遵守した妥当な交渉術(要求)	・職場環境のフォローアップ、働きやすい職場環境整備 ・初心者向け業務マニュアルの整備、事務 部での事務分掌再検討 ・節電意識の醸成 ・入札方法の工夫	

管理課



現状・取り巻く環境

- 新病院改革プラン策定、両市からの繰入金への対応
- ◆特定部門の人材不足、時間外勤務の増加、休暇取得率の伸び悩み
- ●環境に対する市民意識の向上
- 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
- 薬価改定やメーカー設定定価の値上がり(償還超定価設定)

SWOT分析の結果

- 経営指標の更新と更新手順マニュアル
- 優秀な人材の確保を図る
- ●経営指標の更新、改革プランのPDCAサイクルの構築
- エネルギー消費量の削減
- ベンチマークや専門的知識を生か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
- 制度を遵守した交渉術
- •他院との比較評価、現状分析及び試算による当院の現状確認
- 入札方法の工夫

管理課



平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

ワーク・ライフ・バランスの推進

休暇取得の促進 時間外勤務時間数の削減

目標:14日以上の取得

目標:対前年度比3%の削減

①新病院改革プランの経営指標の更新

経営指標の更新/更新手順マニュアル

②職員募集専用HP作製

スマートフォンにも対応したHPの作製

③エネルギー使用量の抑制

電気使用量 目標:980万kWh以下 ガス使用量 目標:585km以下 灯油使用量 目標:170k2以下

④価格交渉術の強化

薬品購入値引き率 ※H30薬価改定率

薬品費(たな出庫)/医業収益

※安価に仕入れて経費抑制

薬剤費ベース▲7.48%

月標:12.5%以上

目標: 12.5%以下

診療材料費(たな出庫)/医業収益

経

営

改

善

指

標



詳細

ワーク・ライフ・バランスの推進

休暇取得の促進と時間外勤務時間数の削減

休暇取得日数(H29年度実績)正規職員 312日 平均14.9日/非常勤職員131日 平均14.6日時間外勤務時間数(H29年度実績)正規職員5,463 h 平均23.1h/月/非常勤職員378h 平均3.3h/月

薬品購入価格の抑制 診療材料購入価格の抑制

価格父渉術の強化

エネルギー使用量の抑制

スマートフォンにも

対応したHPの作製

職員券集 専用HP作製

経営指標の更新 更新手順マニュアル

●新病院 改革プランの 経営指標更新

電気使用量980万kWh以下

ガス使用量585km。以下 灯油使用量170kl以下



平成30年度 決意表

- ■職員のワーク・ライフ・バランスを推進し、健康で働きやすい
 - 職場環境を整えます
- ・新病院改革プランの経菌指標更
 - 新と進捗管理を行動とともに
 - 経費削減に努め、病院の健全
 - 営に取り組みます

平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

医 事 課

部門紹介

- □ 職員数の状況 (平成30年7月現在)
 - 課長 1人 ・医事係 8人
 - ・患者サービス係 8 人
 - ·診療情報管理係 8人
 - ・医師事務サポート係 25人 計 50人
- □ 医事係
 - ・診療報酬の算定・請求、施設基準の届出 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







医事課

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

戦略目標

平準値

結果(H30·3月)

(業績評価指標等)

診療報酬の確実な確保 査定率0.20%以内

查定率0.25% (厚労省26.6.23)

查定率 平均 0.13%



未収金ゼロを目指す

3ヶ月後:400万円以内

6ヶ月後:150万円以内

平均額

・3ヶ月後 465万円

・6ヶ月後 192万円



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

医師の負担を少しでも軽減

·新人MS32時間研修 修了

・加算の 20対1



DPC調査制度向上

•副傷病付与率18.5%以上

・不明コード使用率 5.0%以内

副傷病付与率 11.9%

(平成29年度ヒラソル参加病院)

副傷病付与率15.8% 不明コート 使用率5.4%

残念•

診療録監査の実施

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 SWOT分析

	基礎データ	外部環境		
○職員数の状況(平成30年5月現在) 課長1名 医事係8人 診療情報管理係7人		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)	
医師事務サポート係25人 患者サービス係8人計49人 入院診療単価 62,102円(29年度稼動額ベース) 外来診療単価 14.034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		・旧両病院紙カルテの全部返還(H30年5月) ・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 ・DPC重症度係数の廃止 ・特定初診料5,000円	・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・個別指導等の実施 ・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	
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化	
内部	・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 ・がん診療連携推進病院の認定取り組み ・職員の知識と技能の向上 ・医師事務作業補助者の増員 ・e-文書システムの導入・稼動	・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(平成30年1月導入) ・診療録に関するシステム改修 ・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・外来診療待ち時間の短縮	
内部環境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避	
	・医事係職員の減(平成30年度) ・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 ・レセプト点検システムのバージョンアップ ・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 ・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

- 医師事務作業補助者の増員
- ・e-文書システムの導入・稼動

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

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
- ・看護補助者の減

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/個別指導の実施
- ・急速な格差社会の進展

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30年度の戦略目標



業績指標 (業績評価指標等)

診療報酬の確実な確保



返戻額 2,800万円 以内

未収金ゼロを目指す



2ヶ月経過後

入院分 150万円以内 外来分 40万円以内

医師負担の軽減



医師事務サポート体制の充実 15対1の取得

スキャナ文書の質の向上



スキャン文書の患者間違いチェックの強化 スキャナ依頼文書の分類誤り、Q Rコード 不備のチェック強化

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

返戻額 と 査定額 の削減 レセプトチェック体制の強化

未収金ゼロを目指す

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

(1名の配置を検討)配置加算2⇒加算1へ

MSの増員配置②

(9名の配置を検討) 20対1配置⇒15対1へ

スキャン文書の質の向上

患者間違いチェックの強化

スキャン後患者のスキャナー覧画面での確認 ローテーションによる相互チェック スキャナ依頼用紙の分類誤り、Q Rコード 不備のチェックの強化

スキャン前のチェック強化・現場への周知徹底

診療単価アップ







医療サービス

一生懸命頑張ります!!

●診療報酬の確実な算定

やったこと、 使った物は、 しっかり請求

より良い記録へ 更なる一歩!

●医療費の確実な回収

●スキャン文書の質の向上

ちゃんと 払ってもらいます!

先生のお仕事 応援します! ●医師の 事務作業サポートの充実

決 意

平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果発表会

−人間ドック健診センター

部門紹介

人間ドック・健診センターは質の高い健診サービスを提供し、地域 の皆様が健康で豊かな生活を送ることができるよう支援します。



職員体制

センター長 健診医師5名 事務職11名 医療職20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



昨年度の目標

結果

- 1.人間ドック健診施設機能評価受審
 - ·訪問審査の<u>準備を万</u>全に

ジュミュレーション2回
グライバシー対策工事



- ・シミュレーション3回
- 達成)
- ・カーテン設置、受付仕切り達成

2.特定保健指導の課題を明確にし、

対策を立てる

・人員体制見直し・対策検討(会議2回以上

・指導結果の分析・評価

会議2回以上

•現状確認、会議2回

達成達成

・指導プログラムの見直し プログラム修正

・結果のまとめ、会議6回

達成

・プログラム修正完了

3.オプション項目を見直し

収益増加をはかる

・PSA検査の件数増

前年比105%



-件数 前年比 102%

未達成

人間ドック健診センター SWOT分析

基礎データ		外部環境		
1.人 協脳 BE 健 デン・ 2.ド	実績H29年度H28年度間ドック 日帰り9201人8806人一泊47人38人会けんぽ1366人1337人ドック263人230人動脈硬化ドック50人69人ETがん検診31人31人康診断1890人1785人ック球働率(年間)95%91%ックリピーター率83%83%定保健指導実施者数176名	(3)機会 (Opportunity) ■ H28年度より特定保健指導開始 ■ がんに対し早期発見の期待が大きい ■ トモシンセシスが導入された ■ H29年度人間ドック機能評価受審	(4)脅威 (Threat) ■ 契約企業の健診受診期間の制限 ■ 近隣病院の健診拡充 ■ 胃カメラの希望者増加	
内部環境	(1)強み (Strength)■ 健診センター所属常勤医師配置■ この地域でPET実施は当院のみ■ 画像読影は専門医が行っている■ 職員ドック受診増加 H29年度220名 H28年度181名(正規)	積極的 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、収益増加を図る新コースを策定し、収益増を図る	差別化 ■ 4月の受診者増加対策 ■ PETがん検診のPR ■ 新コースの検討・策定	
	(2)弱み (Weakness) ■ 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31名中10名) ■ 特定保健指導件数増加に対し保健師・管理栄養士が不足 ■ 乳腺検査依頼があるが準備不足 ■ 人間ドック機能評価継続審査中	弱点克服 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 乳がん検査の新コース設定 人間ドック機能評価認定取得 	リスク回避 ■ 胃カメラ検査枠の拡大検討	

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

健診センター常勤医師の配置

弱み:胃カメラ希望は多いが、枠が少ない

機会:病院に手術支援ロボットを導入

脅威:近隣病院の健診拡充

SWOT分析の結果

積極的:特定保健指導に対する体制の強化、新コースの検討・策定

差別化: PETがん検診のPR、4月の受診者増加対策

弱点克服:乳がん検査の新コース設定

人間ドック機能評価認定継続審査中

リスク回避:胃カメラ検査枠の拡大検討



平成30年度の戦略目標

1.人間ドック受診者の増加を図る

2.新コースを導入し 収益増加を図る

3. 人間ドック機能評価認定

業績指標 (業績評価指標等)

- ▶ドック検査終了時間の短縮 受付から検査終了までの時間を短縮
- ▶ ドック予約件数を増やす 予約枠を1日40件から42件に増やす 目標 9561件/年(前年より360件増)
- → 乳房検診の導入 件数目標 6件/週 192件/30年度
- → 他新コースの導入検討 オプション含めて検討
- → 追跡調査データ収集及び統計作成 追跡調査統計資料の提出

詳細

1. 人間ドック受診者の増加を図る

- 受付から検査終了までの時間の確認
- ・コースごとに設定されている受付時間、順路の見直し
- 1人の検査時間を短縮し、ドックを1日40件から42件に増やす
- ・健診予約がない火曜日、木曜日にドック枠を増やせるか検討

2. 新規コースを導入し収益増加を図る

- 乳房検診コースの導入 検査項目、金額、1週間の検査枠の検討設定 検査場所、受診者の導線決定 案内書、問診票、報告書の見直し、マスター改修 件数目標192件/8ヶ月間 6件/週
- 新コース、新規導入オプションの検討
- 3. 人間ドック機能評価認定取得
 - ・追跡調査項目の洗い出し、システム室と統計作成方法 の検討。提出用統計資料の作成、提出

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30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

地 域 連

部門紹介(平成29年度実績)

基礎データ	平成28年	平成29年
紹介率	71.2%	79.8% ↑
逆紹介率	86.1%	96.2% ↑
在宅復帰率	93.2%	93.3% ↑
退院調整カンファレンス参加件数 (地域連携関与)	20 回/月	24.4回/月 🕇
介護連携指導料算定件数 400点	32件/月	31.3件/月↓
共同指導料2算定件数 400点	5.4件/月	14件/月↑
2400点	0.6件/月	0.4件/月↓
地域連携パス件数脳卒中	0.1件/月	0.1件/月→
大腿骨	10.6件/月	6.8件/月↓
転院までの 調整日数 療養型	24.6日	21.8日↓
リハビリテーション	22.5日	18.6日↓
老人保健施設	16.5日	14.7日↓
老人福祉施設	11.6日	9.5日↓ _



地域連携室

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

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 (ケアマネありの対象の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



退院前カンファレンスは対象の30%に実施

- -介護連携指導料算定件数 31.3件/月(-0.7件)
- 共同指導料2算定兼数 400点 14件/月(+8.6件) 2400点 0.4件/月(-0.2件)



- ・研修会・・・11月に開催
- ・後方施設・・・25施設と3回面接

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%)



	平成27	平成28	平成29
紹介率	68.1	71.2	79.8
逆紹介率	84.0	86.1	96.2 🕇

(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3回以上/年



- ▶看護部―退院支援に絡んで説明(全部署1回)
- ・掛川市大東地区のみに3回/年、袋井市未実施

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)、副室長(看護師)1名、看護師4名 MSW10名(4月に3名採用、6月から2名産休)、 事務員7名(3名非常勤)、ソラスト4名 *各種データー(平成29年度) ・紹介率 79.8% 逆紹介率 96.2% ・在宅復帰率・・・93.3% ・在宅退院迄の調整日数(地域連携室介入)・・・12.2日 ・退院前カンファレンス参加件数(地域連携関与):24.4回/月 ・介護連携指導料算定件数 400点:31.3件/月 ・共同指導料2算定件数 400点:14件/月 ・共同指導料2算定件数 400点:0.4件/月 ・地域連携パス件数 脳卒中:0.1件/月 ・地域連携パス件数 下の1件/月 大限骨:6.8件/月		(3) 機会 (Opportunity) O1 当日緊急紹介患者受入れルールが改定され 全職員に流された O2 診療報酬の改定で退院前カンファレンスへの 参加条件が緩徐になり加算がとれやすくなる O3 院内認定退院支援看護師が増え、全部署に 配属された O4 がん相談支援センターが開設、今後入退院支 援センターも検討中 O5 定期的な外部機関との会議に参加し、連携が 取りやすい	(4) 脅威 (Threat) T1 掛川、袋井市には在宅医療を主に担当してくれるような家庭医療センター(クリニック)がない T2 在宅医療(看取りを含む)を受け入れてくれる開業医は制限される T3 在宅医療を行ってくれている開業医をバックアップできるような一時的な入院施設がない		
	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化		
内部環境	S1 相談員の増員により、より多くの面談対応が可能 S2 部署内に多職種が配置され、共同作業や多角的な 視点で物事に対処できる。 S3 開業医や後方施設への訪問を積極的に行っている	S1・S2・S3× O2・O3・O4・O5 院内の各部門と連携をし、開業医や後方施設へ の定期的訪問を行うことで医療の機能分担と連 携強化が図られ、多職種参加での早期からの適 切な退院支援の実践に繋がる 目標:院内部門・院外医療関連機関との連携強 化で、多職種参加の早期からの適切な退 院支援の実施	S2・3×T1・T2・T3 電話や訪問を通して、病院・開業医・後 方施設との情報共有が密に行われ、退 院支援がスムーズに実施できる 目標は積極的に同じ		
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避		

地域連携室

現状・取り巻く環境

医療の機能分担が進み、病院は急性期治療の終了と共に次の回復期や療養先への調整を速やかに行うように要求されている。一方、核家族化や個人の経済面・社会面・精神面の問題から、患者を取り巻く環境は様々であり、より個にあった退院支援・調整が必要になっている。2025年問題、多死社会に向かい、入院に関わらず、受診時からの病院と地域との共同の患者支援が必要である。地域連携室は、まさしく病院と地域を繋ぐ核となる役割を課せられている。

SWOT分析の結果

積極的(S強み×O機会)

院内の各部門と連携をし、開業医や後方施設への定期的訪問を行うことで医療の機能分担と連携強化が図られる

→多職種参加での早期からの適切な退院支援の実践

差別化(S強み×T脅威)

電話や訪問を通して、病院・開業医・後方施設との連携強化 →多職種参加での早期からの適切な退院支援の実践

弱点克服 (W弱み×O機会)

ルールに従った受入れをし、報告書の早期返信

→ルールに従った紹介患者の受入れ実践と報告書の作成推進

リスク回避 (W弱み×T脅威)

地域連携室

平成30年度の戦略目標

 院内部門・院外医療関連機関との 連携強化で、多職種参加の適切な 早期退院支援の実施



(1)退院前カンファレンスの実施

(ケアマネジャーのいる50%以上に実施)

- ·介護連携指導料算定··35件以上/月
- ・共同指導料2算定(400点)・・15件以上/月
- (2)新)退院支援フローの周知徹底
- (3)外部医療機関への訪問
 - ・訪問診療、往診依頼開業医・・・1回/年
 - ・地域包括センター ···1回/年
 - ・後方施設・・・・3回以上/年

2. ルールに従った紹介患者の受入れと早期の報告書の返信



- ・開業医からの受入れに関するクレーム減少
- →開業医からのクレーム 2件以内/月
- (2)報告書作成の推進
 - ・未作成の報告書の減少
 - ···前年度比較60%減



地域連携室

1. 院内部門・院外医療関連機関との連携強化で 多職種参加の適切な早期退院支援の実施

(ケアマネジャーのいる50%以上に実施)

(1) 退院前カンファレンスの実施

- •介護連携指導料算定•••••35件以上/月
- •共同指導料2算定(400点)•••15件以上/月
- •実施件数と算定件数の合致の確認と部署への報告

(2)新)退院支援フローの周知徹底

•看護部会議や各病棟・外来部門へ、2回/年の説明

(3)外部医療機関への訪問計画作成と実施

- ・訪問診療や往診依頼をした開業医・・・1回/年
- ・地域包括支援センター ・・・1回/年
- ·後方施設(20施設以上) ···3回以上/年

詳

細

T

詳

細

Π

2. ルールに従った紹介患者の受入れと早期の報告書の返信

- (1)ルール(「開業医からの当日緊急受診受入れ」) の周知と実践
 - 連携室内会議、外来部門との会議開催で情報共有
 - ・開業医からの受入れに関するクレーム集計
 - →開業医からのクレーム減少(2件以内/月)

(2)報告書作成の推進

- •未作成報告書の抽出(1回/2W)
- ▪督促発送(個人と各診療部科長宛)
- ・地域連携推進会議へ報告
- 報告書未作成の減少
 - • 前年度比較60%減



いくぞ!

決

意

「門戸開放&地域訪問」

行って、見て、触れて、「そだね」で 明日に向かってGOー





平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 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 医療安全管理室長1名、医療安全管理者2名 事務1名

口主な活動内容

- 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30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
- ★3b事例対策確認ラウンド
- ★5病院地域連携加算相互ラウンド
- ☀30年度も部門を超えて改善策を検討



医療安全推進委員会

- ☀ 転倒転落3b以上発生防止対策検討
- *対策確認ラウンド
- ☀患者間違い0を目指して重要な確認行為検討
- ★ 患者本人確認手順確認ラウンド
- *環境ラウンド
- ☀新採用者研修

看護部リスク委員会

- * 看護部で発生した事例を分析・検討
- *「インスリン」「輸液管理」「転倒転落」事例対応 策検討

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 正しい手順で薬剤投与が できる



□ 注射の確認「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 30%減(150件) ⇒ 20%減

2. 正しい手順で患者確認が できる □ 各部署の患者確認の実施率

目標 80% ⇒ 78.5%

□ 患者間違いヒヤリ・ハット報告数の減少 目標 20%減(80件) ⇒ 4%減

3. 継続的な学習の場の提供とフィードバック



ロ 教育及び研修会開催

目標 6回/年 ⇒ 6回開催

ロ 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⇒ 12回実施

現場へのフィードバック・安全情報の配信

目標 30回 /年⇒ 37回実施

医療安全部門 SWOT分析

	基礎データ	外部環境			
6. 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12名で構成 7. 警鐘事例から医療カンファレンス時輸血の適性使用について病棟ラウンドを実施した 8. 薬剤確認方法指導 100%実施 ヒヤリハット報告数 516件(内服303注射213) 9. 患者確認方法指導 100%実施 ヒヤリハット報告数 133件 10. 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2回/年「環境ラウンド」アクシス統合実習 12月に2回 11. 安全推進委員は現場の安全推進リーダーとなり部署スタップに手順の指導をした 12. 平成30年度新規採用者研修では、「権材の安全な取り扱い」の事例を追加した 13. 研修会参加者 院内:3276名 院外:41名 資格取得6名、その他35名 14. 医療安全管理者21名 29年度資格取得3名 (医師2名 看護師1名) 15. ヒヤリハットダイジェスト版発行 年37回		(3)機会(Opportunity)	(4)脅威 (Threat)		
		1. 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 2. 地域と病院の双方が質の高い安全な医療を求めている 3. 安全室長が整形外科医師で転倒転落予防の研修会を実施 4. 看護部が28年度からKYTを取り入れ、転倒転落予防に取り組んでいる部署がある 5. 患者誤認報告の内容分類では、書類・検査・内服の最終患者確認ができれば70%減少になる 6. 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 7. 医療安全管理研修「なぜダブルチェックをするのかを実施した 8. 医療安全対策地域連携加算 II 取得し、相互ラウンドが開始される 9. 30年度看護部リスク委員会が再開した 10. 東海アクシス看護専門学校の統合実習で安全のための項目がある	1. 患者家族からクレームやトラブルが増加している 2 医療事故調査制度が開始され社会的に注目されている 3. 当院の救急医が減少し(1名)救急体制が変更となった 4. 地域の更なる高齢化 5. 有効な病床管理のために主科でない病棟に慣れない疾患の患者が入院する		
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化		
内部環境	1. 院長が直轄の部門であり、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. 毎週の医療安全カンファレンスが定着(29年度51回開催) 4. 医療安全管理委員会で積極的な意見交換ができている 5. ヒヤリハット報告を提出することが定着してきた(1858件/年、前年比2件増) 6. オカレンス報告システム設定後、レボート14件提出 前年度比5件増 7. 医療事級お助上について委員会報告、事例検証できている 8. 薬剤に関する事例がヒヤリ・ハット全体の30%占めているが、「ひなやくりょうほう」が定着し注射213件前年比151減・内服303件前年比26件減と全体に減少している 9. 注射の内容を分類し「インスリン」と「流量」に関連した事例が多いことがわかった 10. 患者誤認報告年間133件前年比30件増で減少していないが、最終場面の確認が出来ていないことがわかった 11. 29年度も安全推進委員が約4割交代し、安全に対する理解者が現場に増えている 12. 12月に環境ラウンド実施、環境ラウンドの必要性を感じた 13. 5病院で連絡会議実施、近隣の病院と連携がとれている	S-11 × O-2・8 ●医療行為における間違い防止をすすめる ・患者誤認防止 ・「書類」「検査」「内服」に関する間違い防止として最終確認の強化をする ・各部署で有効なダブルチェックについて検討する S-2・3・4・8・9 × O-3・8・10 ●注射に関する事例を徹底して分析する ・対象:「インスリン」に関する事例の分析 :「点滴(流量)」に関する事例の分析 S-2・3×O-2・9 ●医療カンファレンスチームによる安全ラウンドの実施 ・医療カンファレンス開催日を活用して、ラウンドする ・対象:「厚生労働省からの12項目のうち人工呼吸器・窒息・輸血に関する事例 :カンファレンス内容からラウンドを必要とした事例	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		
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避		
	1. 転倒転落による骨折(3b該当)12件前年度比8件増 2. 医療事故3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 3. 作業手順の見直し(スリム化)できていない 4. 暗黙のルール、ローカルルールを表面化し、基準にすることが出来ていない 5. ヒヤリ・ハット報告を部署で振り返り現場の質の向上させるよいチャンスにしていない 6. ヒヤリ・ハット、医療事故に関する現場の分析力が弱い 7. 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 8. ヒヤリ・ハット、医療事故に関する現場の指導力が弱い 9. 薬剤事例の内服は、内容が多岐にわたり分析しにくい 10. 医療安全推進委員会に医師がいない	W-1・2・5・6×O-3・4・6・10 ●重症度の高い転倒転落事例の発生防止に向けて取り組む ・骨折について学ぶ ・推進委員がチームで現場におもむき転倒や骨折のリスクについて検討する ・現場をラウンドして転倒転落予防の環境を確認する ・事例検討を行い、ラウンドをすることにより対策を現場に浸透させる			

現状・取り巻く環境

強み



- ・注射の内容を分類し、「インスリン」と「流量」に関連した事例が多いことがわかった
- ・医療安全推進委員が4割ほど交代し、安全に関する理解者が現場に増えている

弱み



- ・転倒転落による骨折事例が昨年度に比べ8件増加
- ・ヒヤリハット・医療事故の現場の分析力が弱い

機会



- ・地域と病院双方が質の高い安全な医療を求めている
- 医療安全地域連携加算Ⅱの取得により、関連病院との相互ラウンド評価が始まる

脅威



- ・医療事故調査制度が開始され社会的に注目されている
- ・地域の更なる高齢化

SWOT分析の結果

積極的

強み11×機会6・8

ロ 医療行為における間違い防止の強化

積極的

強み2·3·4·8·9× 機会3·8·10 コ 注射に関する事例を重点的に分析する

弱点克服

弱み1·2·5·6×

機会3・4・6・10

重症度(3b以上)の転倒転落事例の発生防止に取り組む

平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

□ 誤認防止に有効なWチェックの研修会目標 受講率80%

ロ医療行為における 間違い防止の強化



□ 患者誤認防止事例の分類 目標 分類率100%

■ 患者誤認防止事例の分析 目標 分析率90%

■書類・検査・内服の最終確認の強化 目標 実施率90%

□ 患者間違いに関する報告件数の減少 目標 前年比20%減

口注射に関する事を 徹底して分析する



□ インスリンに関する事例の分析

目標 分析率50%

Ⅰ点滴注射・流量に関する事例の分析 目標 分析率50%



平成30年度の戦略目標

ロ 重症度(3b以上)の転倒 転落事例の発生防止に 取り組む



業績指標 (業績評価指標等)

□ 骨粗鬆症と骨折の研修会

目標 受講率 90%

□ 現場に赴き転倒や骨折のリスクを検討

目標 実施率 100%

□ ラウンドにて転倒転落予防の環境を確認

目標 実施率 100%

■ 事例検討ラウンドし対策を各職場に伝達

目標 実施率 100%

□ ラウンド後の対策を自部署のスタッフに伝達

目標 実施率 100%

□ 骨折防止対策の実施をラウンドで確認

目標 実施率 100%

ਡ 入院中の骨折事例の発生 目標 発生率 50%減



ロ 医療行為における間違い防止の強化

- 誤認防止対策に有効なWチェックについて学ぶ
 - ①第1回医療安全管理研修会「なぜ私たちはWチェックするのか?」
- 患者誤認事例の分類
 - ①29年度患者誤認事例の分類
- 患者誤認事例の分析
 - ①分類した内容について安全推進委員会で分析
- 書類・検査・内服の最終確認の強化
 - ①安全推進委員会で部署毎に有効な確認方法を検討
 - ②検討した確認方法を各部署で周知
 - ③検討した確認方法を実施状況をラウンドで確認
 - ④確認結果を委員会で報告

⑤各部署の安全推進委員はラウンド結果を職場に浸透

ロ 注射に関する事例を徹底して分析する

- インスリンに関する事例の分析
 - ①平成29年度のインスリン事例の内容分類
 - ②分類結果を一覧表作成し分析
 - ③看護部リスク委員会でインスリンに関する対策検討 年4回8月9月10月11月
 - ④事例まとめ報告

12月

⑤第3回医療安全管理研修会「医薬品安全研修会」 9月28日

詳細



名前の一致確認

年2回 10月・1月



参加よろしく

詳細

- 「点滴・注射・流量」に関する事例の分析
 - ①平成29年度の点滴注射流量事例に内容分類
 - ②分類結果を一覧表作成し分析
 - ③看護部リスク委員会で輸液管理に関する対策検討 年4回8月9月10月11月
 - ④検討結果報告

口重症度の高い転倒転落事例の発生防止に取り組む

- 骨折について学ぶ
 - ①第2回医療安全管理研修「骨粗鬆症と骨折」整形外科医師 8月6日
- 推進委員全員が現場に赴き、転倒や骨折のリスクについて検討する
 - ①推進委員会で転倒転落事例の検討をする 7月7日 ※ ロールプレイ形式で検討する
- 現場をラウンドして転倒転落予防の環境確認をする
 - ①推進委員会で患者ラウンド・事例検討
- ▶ 事例検討・ラウンドすることで対策を各職場に伝達
 - ①推進委員会でラウンド結果報告

年4回8月9月11月12月

年4回8月9月11月12月

- ラウンド後の対策を推進委員が自部署のスタッフに伝達
 - ①当該部署の推進委員が現場に浸透させる
- 3b事例の対策確認ラウンド
 - ①医療カンファレンスメンバーでラウンド結果報告 月1回

決意

医療安全管理室は、現場リーダーの推進委員と看護部リスク委員の協力と活動で 注射関連及び患者間違い防止・重症度の高い転倒転落事例発生防止に努めます



ご協力お願いします

平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

感染対策部門

部門紹介

◆診療報酬 平成29年度 6100万円の収入!

- ① 感染防止対策加算1: 390点(入院初日)
- ② 感染防止対策地域連携加算: 100点(入院初日)
- ③ 抗菌薬適正使用支援加算: 100点(入院初日)

合計 590点 (入院患者1人につき)

◆活動内容

- ICT会(1回/週) ⇒ **51**回/年
- 抗菌薬適正使用に関する検討:血培症例数336件/年 介入 107件 長期抗菌薬症例数552件/年 介入 93件
- ICT・感染対策推進委員会ラウンド:計92回/年 のべ175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
- 手洗い指導への取り組み:98%実施

4月から~

抗菌薬適正使用支援チーム(AST)発足

院内感染対策委員会



ICT

AST 伊藤先生と仲間たち









感染対策部門

昨年度(平成29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) ゴーグル装着率の向上

目標:

ラウンドA評価が70%以上 事故件数5件以下 シールド払い出し量30%増加

(2) 携帯用廃棄容器未持参 による事故減少

目標:0件

H29年度 評価

■ 63.4% 達成できず

■▶ 1件 達成!

➡ 77%増加 達成!

1件 達成できず

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

目標:0件

(2) 入院患者へ手洗い指導継続

目標:実施率98%維持

(3) 感染症情報を早期に キャッチし対応する

目標:100%

● 0件 達成!

■ 98% 達成!

■ 100% 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1:390点 感染防止対策地域連携加算:100点 抗菌薬適性使用支援加算:100点(入院初日) (平成29年度年間6,100万円) ◆ 地域連携かファレンス:年8回 相互ラウント・評価:年1回 ◆ 委員会の活動 ① 抗菌薬適正使用 血培症例数336件/年 介入107件長期抗菌薬症例数552件/年 介入93件 ② 推進委員会⇒手洗い指導実施(98%)環境ラウンド175か所 ◆ アウトブレイク0件 ✓ サーベイランスの実施、行動フローチャートの実施 ◆ 平成29年度 針刺し・曝露等合計46件 針刺し29件、曝露13件、切創3件、咬傷1件		 (3)機会 (Opportunity) ・ 診療報酬改訂による抗菌薬適正使用支援加算取得 ・ 一入院患者あたり590点が取得 ・ 地域連携による感染対策の強化 ・ 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 ・ AST専従看護師の配置 	(4)脅威 (Threat) ・ アウトブレイク発生 ・ 針刺し・曝露等による職員の健康被害の恐れ ・ 抗菌薬不適正使用による死亡率上昇、耐性菌 増加、CD感染症増加、入院期間延長が起こ る		
内部環	(1)強み (Strength) ・ 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 ・ 感染対策推進委員が各部門で中心軸として活動 ・ システムで感染情報取得・サーベイランスができる ・ 感染症別行動フローチャートの活用 ・ AST発足による血培陽性・特定抗菌薬・長期抗菌薬への介入・検討・フォローができる	積極的 ◆ 診療報酬改訂を受けて、(抗菌薬適正使用加算) AST活動の基盤を作る ◆ AST介入による採用抗菌薬の検討を行う	差別化 ◆ 針刺し・曝露等をラウンド評価によって整備し 予防する ◆ AST介入による適正抗菌薬使用で、耐性菌の 出現、CD感染症増加、死亡率上昇、入院期 間延長を予防する ◆ 推進委員が中心となり、感染症フローチャート を使用した感染対策を実施し、アウトブレイク を防止する		
環境	(2)弱み (Weakness) ・ 針刺し等が46件、曝露は全国平均の3.1倍(13件) ・ 針刺しの交差感染が2件、携帯用廃棄容器未持参が2件 ・ AST実働医師が1名 ・ 周術期抗菌薬選択率が85%、24時間停止率が59%	弱点克服 ◆ 外部と比較し、針刺し・曝露等の分析をして対策を強化する ◆ 抗菌薬適正使用支援加算により、周術期抗菌薬の適正使用を推進する	リスク回避 ◆ 針刺し・曝露等を防止し、職員の健康被害を回避する ◆ 周術期抗菌薬選択率の上昇により、死亡率上昇、耐性菌増加、CD感染症増加、入院期間延長を回避する		

感染対策部門

現状・取り巻く環境

強み 環境ラウンドの充実と推進委員を中心とした活動 AST発足による介入

弱み 年間46件の針刺し・曝露等の発生 周術期抗菌薬選択率85%

機 会 診療報酬改定による入院患者一人につき590点取得 AST専従看護師の配置

<mark>脅 威</mark> 針刺し・曝露等による職員の健康被害 抗菌薬不適正使用による死亡率上昇、耐性菌増加、CD感染症増加、 入院期間延長

SWOT分析の結果

積極的 戦略目標 採用抗菌薬の適正化

段階的戦略目標 周術期抗菌薬適正使用を推進する

リスク回避 戦略目標 針刺し・曝露等を防止する

感染対策部門

平成30年度の 戦略目標

 AST活動の基盤 を作る



業績指標 (評価指標等)

(1) 抗菌薬適正使用検討件数100% 介入率30%

- (2) 血培複数セット採取率80%以上
- (3) 特定抗菌薬使用前の検査未施行数20件以下
- (4) ASTニュース発行1回/月以上

2. 採用抗菌薬の 適正化



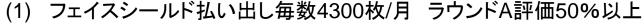
(1) 抗菌薬の採用・削除についての検討件数



3. 周術期抗菌薬 適正使用を推進する



(1) 適正な周術期抗菌薬選択率100%



(2) 曝露DVD視聴100%実施

4. 針刺し・曝露等を 防止する



- (3) 針刺し・曝露等状況報告書提出100%
- (4) 携帯用廃棄容器持参ラウンドA評価70%以上
- (5) 安全器材の再教育実施100%



詳

細

1.AST活動の基盤を作る

(1) ASTラウンドを定着し、 抗菌薬適正使用を支援する

目標:検討件数100%、介入率30%



(2)血培複数セット採取の理解を深める

目標:平成29年度77.5%⇒H30年度80%



(3)特定抗菌薬使用前の細菌検査の 必要性について理解を深める



- 特定抗菌薬使用患者と血培陽性患者 長期抗菌薬使用患者を対象
- AST会ASTラウンドを週に2回実施
- 主治医と検討
- 介入後の後追い調査
- ASTで検討
- 主治医に依頼書発行
- 理由を検討
- 必要時主治医と話し合い

目標:平成29年度22件⇒H30年度20件以下

(4)ASTニュースを発信し、活動を周知する

目標:月1回以上(年12回以上)発信



2.周術期抗菌薬適正使用を推進する

目標:周術期抗菌薬選択率 H29年度85%⇒H30年度100%

3.採用抗菌薬を整備する

目標:抗菌薬の採用・削除について全 品目をAST検討





- 過去のQIデータの分析
- 不適切使用の診療科と話し合い
- ✓ パスの変更



- ASTで検討
- 薬事審議会に提案



感染対策部門

4.針刺し・曝露等を防止する

(1) ゴーグル着用の向上

目標:フェイスシールド払い出し枚数 4300枚/月 ラウンドA評価50%以上

(2)針刺し・曝露防止への教育

目標: 曝露DVD視聴100%



- ✓ 毎月のフェイスシールド払い出し枚数 調査
- ✓ ゴーグル持参率・着用率の調査



- ✓ 感染対策推進委員会でのDVD視聴
- ✓ 各部署でのDVD視聴

詳

細

 ${
m I\hspace{-.1em}I}$

(3)針刺し・曝露防止対策の強化

目標:報告書提出100%



- ✓ ICNによる発生時の状況把握
- ✓ 安全のための報告書の内容確認
- ✓ 委員会・ICT会での情報共有
- ✓ 状況報告書の配布・提出確認
- ✓ 改善策が実施出来ているかの確認

(4)携帯用廃棄容器持参の定着

目標:ラウンドA評価70%以上



✓ 携帯用廃棄容器持参状況調査

(5)安全器材の検討

目標:新人再教育実施率100%



- ✓ 安全器材の新人への再教育
- ✓ 翼状針の検討

感染対策部門

1. ASTの基盤を作り、抗菌薬適正使用 を推進します!

2. 針刺し・曝露を防止し、安全な職場環境

にします!

決

意









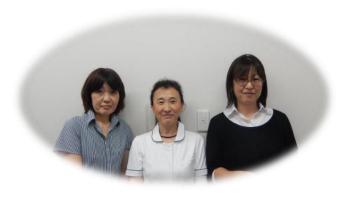
平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会



臨 床 研 究 管 理 室

部門紹介

治験をはじめとした臨床研究・ 調査の審査や申請等の手続 きの支援及び管理 治験・研究実施の支援



【スタッフ】

◇ 室長:山本副院長

◇ 治験コーディネーター:看護師 1名(事務兼任)

:薬剤師 1名(兼任)

◇ 事務:3名(兼任 2名)

【治験審查委員会·臨床研究倫理審查委員会事務局】

◇ 委員:15名(外部有識者3名含む)

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

- □治験・研究・調査の実施体制の充実
 - 1. 室内体制整備•••手順書改訂
 - 2. 諸手続きに有効なデーターベース化
 - 3. 治験、臨床研究手順書改訂・・・平成30年度へ
 - 4. 教育体制の整備・・・講演を開催
- ロ積極的な情報発信
 - 1. 的確な情報発信・・・厚労省及びネットワーク情報登録ホームページにて情報発信
 - 2. 経費部門の充実・・・的確な研究経費の管理



治験・臨床研究等の実績

	平成28年度			平成29年度		
	継続	新規	計	継続	新規	計
治験	4件	1件	5件	3件	3件	6件
臨床研究	28 件	30件	58件	58件	34件	92件
製造販売後調査	47 件			68件		
副作用報告	5 件			5 件		
治験紹介件数	30 件			23件		
収 入	約 1,230 万円			約 1, 587万円		

臨床研究管理室 SWOT分析

_=					
基礎データ 【平成29年度実績】 治験 6件 臨床研究 92件 製造販売後調査 68件 副作用報告 5件 【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】 委員 計 15名 【関連法規等の改訂】 臨床研究法制定 【研修開頭】 講習会の実施		外部環境			
		(3)機会 (Opportunity) 1. 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 2. ネットワークの研修会がある 3. ネットワークでの情報交換が可能 4. 日本臨床薬理学会の地方会の開催	(4)脅威 (Threat) 1. 実施可能な治験紹介が少ない、受託件数の減少 2. 国際共同治験の増加(英語対応、海外への発送) 3. 病院知名度が低い 4. 保険外併用療養費の依頼者意見のくい違いがある 5. 臨床研究法施行(2018年4月) 6. GCP省令の改訂が予測される(2017年実施されず) (ICH-GCPの改訂がすでに行われている)		
	(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ふえた 室長の理解 第2期情報システム検討がされている 	S1・O2,3 院内体制を整備、再検討 S3・O1 治験・研究の紹介を実施	S1・T4,5,6 治験(実施医療機関)手順書改訂、院内マニュアルの変更		
内如	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避		
部環境	1. 職員の治験・研究に関する知識少ない (治験および研究について、関与する省令等、書類取り扱い) 1. CRC教育プログラムが無い 2. 保険外併用療養費の検討が進んでいない 3. 治験実施は面倒というイメージが強い 4. 治験エントリーの減速 5. 臨床研究手順書の改訂が必要 (臨床研究法の施行、倫理指針の変更対応) 6. 治験及び研究のシステムが無い(導入はされない) 7. 現行検索システム等使用上の制約が多い 8. システム等の使用がCRCとして独立していない 9. 必須文書の保管場所が無い、必須文書の増加	W1,2·O2,4 CRC及び事務教育機会を生かしてレベルアップ W5,·O2,3 手順等の変更 W6,7,8·O3 業務上必要なシステム等の検討及び検討への参画	W3・T3,4 院内・院外への情報発信 W4,6,7,8・T1,3 患者スクリーニングの強化し、実施率 を向上 W9・T5,6 必須文書の増大あり、保管場所の検討が 必要 申請手順の複雑化による手順書整備		

平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

- □治験・研究・調査の院内体制 | の充実
- □臨床研究法対応の手順書 作成
- □治験プロセスの再検討
- □教育体制整備
- □第2期情報システム検討へ の参画

□文書管理の徹底



□契約、省令、指針に沿った 文書整理



□治験・研究・調査の院内体制の充実

詳 細 T

関与する法律はとても多い。

医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令、 臨床研究法、人を対象とする医学系研究に関す る指針、個人情報保護法等

医療機関が遵守する法律にプラス 求められる事は年々増加 治験受託にはスピードも必要

- 1. 臨床研究法対応の手順書作成
- 2. 治験プロセスの再検討
- 3. 教育体制整備
- 4. 第2期情報システム検討への参画



□ 文書管理の徹底

詳細Ⅱ

真正性、保存、再現性等の観点から必須文書は紙媒体が多い 書類は増える一方(1試験で厚さ140cm超でまだ増える) 実施、薬品承認、関与する法律、海外との契約により、保存期

間はまちまち、そして長期(15~30年) 再現性等から電子の管理は大丈夫?

1. 契約、省令、指針に沿った文書整理 (旧病院の書類から再度整理)



- □身近な臨床研究管理室
- □法律等の変化に沿った体制整備

決意

今年の臨床研究の研修は

8月24日

研究実施には毎年研修会に 出席が必要

研究の申請は

研究実施前

研究実施後 投稿後

」の申請依頼は

禁

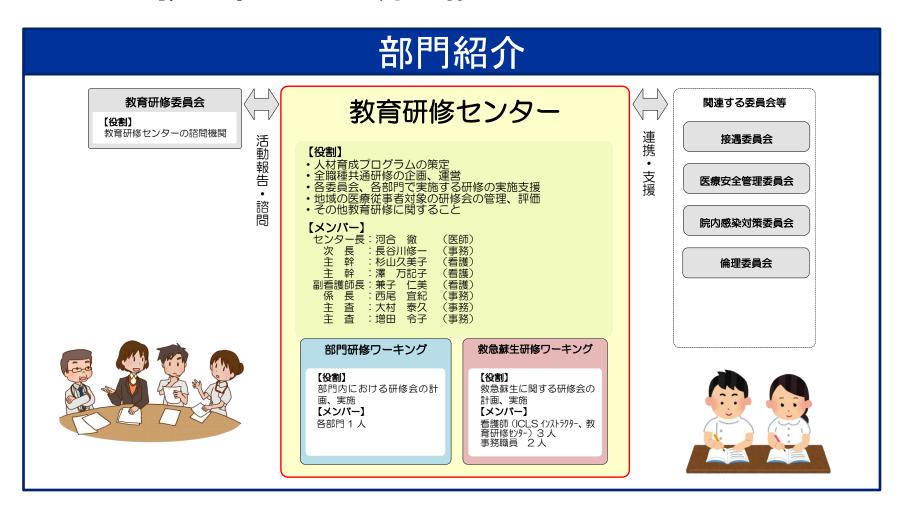






平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果発表会

教育・研修センター



教育・研修センター

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 全職種共通研修の充実

	<i>ステッフ</i> ゜ 1	<i>ステッフ</i> ゜ 2	<i>ステップ</i> 3	<i>⊼テッフ</i> ゚ 4	ステッフ [。] 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	⊐−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	41名	49名	45名	コーチング 研修 41名 初級管理職研修 36名	管理職研修 31名 評価者研修 31名
研修後の自己評価 【理解度】	100%	98%	98%	コーチング 研修 98% 初級管理職研修 94%	管理職研修 100% 評価者研修 90%
半年後の実践自己評価 【実践度】	-	3.7点	H30. 5月に実施予定	コーチング 研修 2.4 点 初級管理職研修 3.4 点	_



2. 部門別研修の支援体制の強化

- (1) 部門別研修の充実
- (2) 救急蘇生に関する研修会の計画
- (3) 院外研修の強化

情報交換会 2回開催

年間研修計画の作成・実施

出張基準(H28策定)の運用状況の把握と見直し

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』	(3)機会(Opportunity)	(4)脅威(Threat)		
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		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. 専門職の研修が院外で多数開催されている。 O8. 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。		
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化		
内部	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. H29年度職員意識調査の結果、H28年度に比べて意欲度、満足度上昇した。 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.S3.05.06 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 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 S5.07 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		
部環境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避		
児	W1. 職員の接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.段階的に全職員に研修を実施しているが、どの程度現場で実 践されているかは不透明である。 W6. 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 W4.W7.08 病院事務職員の人材育成計画、研修計画の構築 W5.06 実践に活かせる研修の仕組みを作り、その後の各職場での実践評価が必要			

教育・研修センター

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
- ◆実践に活かせる研修企画と、その後 の各職場での実践評価を行う

教育・研修センター

平成30年度の戦略目標

業績指標 (評価指標等)

1. 全職種共通研修のさらなる充実



- (1) より効果的かつ実践的な研修内容の企画
- (2) 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

(3) 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 2回以上/年

(2) 各部門で実施する研修会の支援

目標:実施率 100%

(3) 事務職員の人材育成計画、研修計画の策定 目標:計画策定・周知 実施率 100%

1. 全職種共通研修のさらなる充実

- (1) より効果的かつ実践的な研修内容の企画
 - 現場で起きている事象を取り入れた研修内容の企画
- (2) 経験年数に応じた全職種共通研修の継続

日標

	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 人事評価研修

- (3) 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

2. 部門別研修の支援体制の強化

(1) 部門別研修の充実

- ・各部門の研修内容についての情報交換会を開催
- 育休明け、中途採用者研修の継続



目標 情報交換会 2回以上

(2) 各部門や委員会で実施する研修会の支援

- ・参加の推進
- ・研修開催のための準備
- 参加実践の把握



(3) 病院事務職員の人材育成計画、研修計画の策定

- ・ 事務職員に求められる役割・能力を踏まえた人材育成計画の策定
- ・人材育成に必要な研修計画の策定

目標 実施率 100%

教育・研修センター

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

決

意

2. 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30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

臨

床

I

学

室

部門紹介1

【臨床工学技士17名】

男性15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30年度新入臨床工学技士

部門紹介2

【業務内容】

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
- •腎臟、尿管結石破砕
- ・内視鏡センター

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

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 医療機器研修の実施 (輸液・シリンジポンプ、除細動器)



年15回の研修を行い、 研修参加率99.5%を達成

2. 診療材料の見直し



人工呼吸器回路の見直しを行い、 年間53万円の削減

3. スタッフの研修参加推進



目標7件/人に対して 研修参加数8.4件/人となり目標達成

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20名(男性15、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	
	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化	
病院内分析	□ 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	

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



平成30年度の戦略目標

評価指標 (業績評価指標等)

1. 診療材料費の削減



年間50万円の削減

2-a 透析患者のQOL向上



通常の血液透析より副作用の少ない 血液透析濾過の施行人数 50人導入を目指す

2-b 慢性維持透析濾過加算 (50点)の算定



血液透析濾過導入による増収

- ・1人あたり1回50点算定
- ・透析は週3回、4週で12回実施
- ・毎月1人あたり 50点×10円×12回=6000円の増収
- 1年間で50人増加すると6000円×12ヶ月×50人=360万円
- 年間360万円の増収予定(見込み)

- 1. 診療材料費の削減
 - インデフレーター及び対極板の材料・価格の調査
 - サンプル材料の臨床使用による検証
 - •より安価かつ安全な材料へ変更
- 2-a. 透析患者のQOL向上
 - 透析患者毎の透析歴、合併症の有無、透析中の血圧 などを調査する
 - 血液透析濾過適応の該当患者を決定する
 - カンファレンスなどで医師へ報告・検討
 - 血液透析濾過の開始
- 2-b. 慢性維持透析濾過加算の算定
 - 血液透析濾過実施患者の算定確認





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。

決 意

血液透析濾過の施行件数増加により、 透析患者のQOL向上と、収益向上を 目指します。



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

一栄 養 室

部門紹介

- □管理栄養士7人(育休1人) 作業補助者1人
- □給食数31,393食/月
- □栄養指導件数370件/月
- □管理栄養士病棟配置



栄養室 昨年度(平成29年度)の目標及び結果

	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370件/目標月300件) がん、嚥下障害、低栄養の栄養指導実施	0
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)	0
3	栄養管理体制の確立	NSTカンファレンス (実績月87症例/目標100症例) NSTイブニングセミナー(年2回開催)	Δ
4	BCPに基づいた災害 対策	備蓄食品の確保 災害対策マニュアルの周知	0

栄養室 SWOT分析

基礎データ		外部環境分析		
	管理栄養士8人作業補助者1人	(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)	
□ 食数:31,393食/月		□ 栄養指導診療報酬増額と範囲の拡	□ 診療報酬改定による減収の可	
	栄養指導件数:370件/月	大(がん、嚥下障害、低栄養)	能性 □ 委託会社の人員不足	
□ 給食業務全面委託(シダックス)		□ 管理栄養士の活躍機会の拡大	□ 食中毒や食物アレルギー事故、 自然災害の脅威	
	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化	
病院	□ H29部門収支が黒字 □ 管理栄養士の病棟配置	■ チーム医療への参画	□ 適切な委託契約	
	□ 認定資格取得者が多い	□ 認定資格取得の推進		
内分析	(2) 弱み(Weakness)	段階的	リスク回避	
析 	■ 産休・育休・子育て中の職員が多い	□ ワークライフバランスの確立	□ 給食業務人員確保	
	■ 給食業務に精通していない 職員が多い			

栄養室

現状・取り巻く環境

- □栄養指導診療報酬増額と範囲の拡大
- □管理栄養士の活躍機会の拡大
- □給食委託会社の人員不足
- □産休・育休・子育て中の職員が多い

SWOT分析の結果

- ロチーム医療への参画
- □認定資格取得の推進
- □給食業務人員確保
- ロワークライフバランスの確立



栄養室

平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

□安定した 給食運営



□給食業務人員確保 (シダックス・栄養室)

□栄養指導の充実

→ □栄養指導件数 (個別指導350件/月) (集団指導7件/月)

□栄養管理体制の維持

→ □病棟NSTカンファレンス
(100症例/月)

決 意

給食業務と臨床業務の両立をめざします!



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

リハビリテーション室―

部門紹介

- 1. 理学療法士 18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
- 作業療法士 7名
 ベル>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 6名 コミュニケーションの改善 摂食・嚥下機能の改善
- 4. MA2名、事務職員1名、MS2名



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 地域医療への貢献



【目標】院外講演活動開催数 19回/月

H29結果:18回/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

H29結果: 4回/年

3. リハビリテーション室の 収益維持



【目標】 月平均: 2.400万円以上

H29結果: 2.470万円/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29年度 部門収益		(3)機会(Opportunity)	(4)脅威 (Threat)	
総収益:2億9651万9700円 月平均:2470万9975円 患者数:7857名 件 数:73548件		■ 超早期リハビリオーダー■ 院外活動の積極的参加■ 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	
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化	
内部	 ■ 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 ■ スポーツ外来 ■ がんリハビリテーション実施・拡大 	■ ICU/ECUカンファレンスの参加■ 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 ■ 休日リハビリの準備と開始 ■ 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	
部環境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避	
児	 ■ ハート・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	 ■ 療法士の増員 ■ 小児リハの対応(非常勤療法士) ■ 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 	

現状・取り巻く環境

- □ がんリハビリテーション実施と質の向上
- □ 超早期からのリハビリ介入とそれに伴うリスクの拡大
- □ ICU・ECUカンファレンスの参加
- ロ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

- 口がんリハビリテーション研修への参加、4チームで稼動開始
- □土日リハビリテーションの準備と年度内開始
- □療法士の増員
- □新人教育プログラムの有効活用と期間の短縮化



平成30年度の戦略目標

- 早期リハビリテーション 早期離床の促進
- 2. 土日リハビリテーションの準備 本年度10月からの開始
- 3. がんリハビリテーションの推進 質の向上
- 4. 障害・介護予防教室実施スポーツイベントの参加
- 5. 収益維持





職員の増員:新規4名、経験者3名程度を 採用予定

新人教育プログラム 12回/年 開催

4チームで稼働 48名以上/年の実施

実施開催数 22回以上/年

一





1.早期リハビリテーション、早期離床の推進

ICUの早期リハビリテーション適応患者の実施率100% ICU・ECUカンファレンスへの継続的な参加、情報の共有化

2. 土日リハビリテーションの準備と10月から開始

来年度新規採用職員4名予定、 土日1名体制で10月から開始

3.がんリハビリテーションの質の向上

4チームで稼動、対象患者数の増加・拡大

<u>4.障害・介護予防教室やスポーツイベント等の参加</u>

母親教室の講師、地域包括ケア会議等の参加

5.収益維持

月平均2,470万円を維持

詳

細



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30年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会 臨 床 検 査 室 部 門



平成30年7月10日(火)



精度保証施設認証書

第18-0269号

掛川市袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター 殿

貴施設が提供する臨床検査値は 標準化され 且つ精度が保証されていることを証する

認証期間

自 2018年4月1日~至 2020年3月31日

2018年4月1日

Japanese Association of Medical Technologists

一般社团法人日本臨床衛生検査技師会 代表理事会長 宮 島 喜 文



Japanese Committee for Clinical Laboratory Standards 特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会 会長 高 木 康

AUTO レスス ALEROFSE スペパート





部門紹介

6月現在:45名(うち非常勤職員10名)

8F

検査科診療部長:医師 1名

<u>7F</u>

睡眠検査室:3名

6F

5F 病理診断科:医師1名

4F

病理検査室:5名

3F

血液検査 生化·免疫検査 輸血検査 尿·一般検査

2F

微生物検査室:4名

1F

生理検査室:14名 (うち非常勤7名) 中央採血・採尿室:5名 (うち非常勤1名 看護師1名 非常勤事務員2名



病理検査室



検体検査・輸血検査室



生理検査室



睡眠検査室



微生物検査室



中央採血採尿室



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 他部署の業務状況の把握 リーダー会を金曜日開催・議事録の送付

達成率:100%

2. 専門性の習得

各部署による研修計画の作成、定期的な進捗状況の確認、 院外勉強会の報告会の実施

- 達成不可(継続目標)
- 3. 時間外勤務の削減及び休暇取得率の向上個人の時間外勤務を10%削減
 - **達成率:100%**

全員が10日以上(夏季休暇を含む)休暇を取得

H28年度;46%に対してH29年度;61% (継続目標)



臨床検査室

平成30年度の戦略目標

- 1. 職場リーダーの育成と部門における情報共有 (継続目標)
- 2. 継続した専門性(認定資格)の習得 (継続目標)
- 3. 時間外勤務の削減及び 休暇取得率の向上 (継続目標)

業績指標 (業績評価指標等)

- リーダー会を毎週開催 (100%)
- 5年後を見据えた各部門にお ける認定資格取得の推進 研修会への積極的参加 (100%)
- → 業務の洗い出しと業務削減の ための検討 全員が10日以上休暇を取得



臨床検査室

詳細

1. 毎週金曜日開催のリーダー会継続、情報の共有・ 意見交換・対応策の検討

2. 認定資格取得のための業務サポート 検体採取講習会の受講状況把握と受講要請 研修会,参加後の報告会の実施 学会発表と予演会の実施

3. 時間外業務内容の記録の作製・提出と解析 計画的な休暇取得の推進



認定資格および保有者

- *細胞検査士 5名
- *国際細胞検査士 3名
- * 超音波検査士 体表臓器 2名、循環器 6名 消化器 2名
- *認定臨床微生物検査技師 1名
- *感染制御認定臨床微生物検査技師 1名 *日本睡眠学会認定技師 2名
- * 医用マススペクトル認定士 2名
- *認定輸血検査技師 1名
- *認定血液技師 1名
- *緊急臨床検査士 6名
- *日本抗加齢学会指導士 1名
- *臨床工学技士 1名

*2級臨床病理技術士

血液学 4名、循環生理学 4名

呼吸生理学 1名、神経生理学 1名

微生物学 5名、病理学 3名

- *日本臨床神経生理学会認定技術師 1名
- * 米国睡眠技師認定協会認定技師 1名
- - *睡眠指導士(上級) 1名
 - *認定心電検査技師 4名
 - *心電図検定1級・2級 1名
 - * 聴力検査士 3名
 - *有機溶剤作業主任者 5名
 - *特定化学物質作業主任者 2名

正確・迅速な検査の実施、報告体制を整備します。

良質な検査を提供するため、教育・研修を充実します。

診療放射線室部門

診療放射線技師32名(育休1名)受付事務員2名

救急対応 当直 2 名 (待機者 3 名) 機器 3 4 台





7月から 人間ドック健診センターで 新しい乳がん検診が始まります。 2018.10.21(日)は J.M.S (Japan MammoGraphy Sunday)です!

診療放射線室

	H29 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	対策実施後の満足度 外来 4.22 → 4.44 入院 4.51 → 4.52
詳	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 (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(新人職員向け)	100%達成 10回/年 4回/年 12回/年 2回/年
細	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	契約済み 運用準備中 対策未実施 抜針等の業務を開始
	医療被ばくの適正化	医療被ばく低減施設認定	100%達成 施設認定取得

医療被ばく低減施設認定



静岡県 5番目

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	(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
事務員 2名		01 地域の中核病院 02 生活習慣病、がん患者、高齢者増加 03 基幹病院として地域住民の期待 04 業務拡大 05 機器の更新 06 診療放射線技師の新人採用 07 静岡県地域がん診療連携推進病院 08 放射線障害防止法改正	T1 他病院の高評価 T2 病院へのアクセス T3 患者意識の変化 T4 医療被ばくに対するリスク T5 最新医療機器の進歩 T6 医師減少
	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
病院内分析	S1 高度医療機器 S2 救急救命センター S3 医療被ばく低減施設認定 S4 専門技師・認定技師	O2.05,S1高額機器の共同利用(紹介率増加)O2.05.S1院外画像参照システム導入O1.S224時間対応体制	T5.S1 最新機器の導入 T1.S5 ホームページの充実 T4.S3 被ばく相談 S3 被ばく低減啓発
	(2) 弱み (Weakness)	段階的	リスク回避
	W1 時間帯・部門による検査件数多寡 W2 機器の老朽化 W3 機器の高度化・専門化による熟練度バラツキ W4 他部門や院外への広報不足 W5 画像診断における被ばく W6 MRI検査予約待ち増加 W7 診療放射線技師教育システム構築 W8 接遇・患者満足度の低下	O7.W3業務手順の確立O3.W1.W4.W6時間帯による検査集中の緩和O5.W2.W3勉強会・研修会・症例検討会実施O6.W2.W3放射線機器の更新O6.W7教育プログラム構築O1.O3.W1休日検査実施O3.W8接遇改善	T3.W1 検査予約・検査待ち時間短縮

診療放射線室

現状・取り巻く環境

- 地域の中核病院
- 診療放射線技師の業務拡大
- 機器の更新
- 新人の採用
- 静岡県地域がん診療連携推進病院

- 他院の高評価
- 患者意識の変化
- 医療被ばくに対するリスク
- 最新医療機器の進歩
- 医師減少

SWOT分析の結果

- 業務手順の確立
- 検査予約・検査待ち時間短縮
- 勉強会・研修会・症例検討会の実施
- 診療放射線技師教育プログラム構築

- 休日検査の実施
- 接遇改善
- 機器の更新

平成30年度戦略目標

施策 (重要課題)

1 <u>患者サービスの向上</u>



接遇改善

待ち時間改善

2 教育体制の強化



教育プログラムの作成

研究発表の推進

3 <u>業務改善</u>



放射線障害予防規定の改定

診療放射線室

	戦略目標	施策(重要課題) 活動内容	業績評価指標
詳	患者サービス向上	 1 接遇改善 ② 待ち時間短縮 昨年度末のアンケート結果の解析 改善対策立案 → 実施 アンケート調査、待ち時間調査 	 アンケートの得点 0.5以上 UP 待ち時間調査の結果 5分以上短縮
細	教育体制強化	教育プログラムの作成 ① ベーシック ② アドバンス ③ インストラクター ④ リーダー 研究発表の推進	①②の完成 H31.5までに5演題以上
	業務改善	放射線障害予防規定 改訂	原子力規制委員会へ 届出、受理

質の高い患者サービスの提供

接遇改善 待ち時間短縮

教育強化

教育プラン作成 研究発表推進

業務改善

新しい放射線障害予防規定



決

意

平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

薬剤

部門紹介

◆構成人数

薬剤師: 26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 2,248件/月実施率83.7%(全国25位/366施設:DPC対象 患者のみ)
- > 11病棟薬剤師常駐化
- > 化学療法専門薬剤師1名の専従化
- ➤ AST薬剤師の専任

◆採用医薬品の概要

- 全採用医薬品数:2.477剤(院内採用2.109剤)
- > 後発医薬品指数:86.9% (※3月時点平均)
- ◆休暇取得日数
 - ▶ 夏季休暇平均取得日数:4.9日
 - ▶ 年次休暇平均取得日数:4.5日
- ▶平均残業時間
 - ▶ 薬剤師(非常勤含む):平均568時間/月/20人

部

着実に育っています! 大切に育てていきます! 若い力、新しい力



新人

薬剤部

昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 後発医薬品の採用推進

後発医薬品指数

数量ベース **目標**:80%以上



数量ベース:86.9%(



達成

2. 質の高いがん医療提供

がん患者指導管理料を目指した体 制つくり



使用頻度の多いレジメン の説明書作成



達成

外来化学療法室の担当 薬剤師1名増員



達成

3.薬剤部の働き方改革を推進

全員夏期休暇+年次休暇:10日以 上取得



達成者: 8人/25人



未達成

平均取得日数:9.2日



未達成

尖川可	薬	剤	
-----	---	---	--

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

平成30年度SWOT分析

7	マカリロト イロー・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・	〒1次30千次34401万仞	
基礎データ		外部環	境分析
薬剤領	師: 26名(2名の非常勤を含む)MA: 4名 事務員: 3名 管理指導算定件数 2,248件/月 収益: 837,953円/月	(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)
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:628枚/月院外処方箋枚数:10,046枚/月(発行率94.0%)入院処方箋枚数:7,063枚/月外来注射箋枚数:1,240枚/月入院注射箋枚数:9,599枚/月化学療法調製数:430名/月全採用医薬品数:2,477剤(院内採用2,109剤)昨年採用中止医薬品(院外専用含):99剤後発医薬品指数(数量%):86.9%(2018.3月)夏期休暇平均取得日数:4.9日年次休暇平均取得日数:4.5日		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や学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後発医薬品使用体制加算申請基準値(カットオフ値) 50%以上、後発医薬品指数(外来も含む)として最高評価が85%となった。
	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
内部環境	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、リフレッシュ休暇)を設けた ⑩部署内で月1回2名発表する機会を設けている。	○①②×S③④ ・後発医薬品への採用変更を推進し、指数85%以上を目指す ○④×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 ○⑤⑥×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 ○④⑦⑧×S①⑧⑩ ・部内発表や薬剤情報提供を通し、人前での口頭発表に慣れる ○⑧×S⑦ ・研究発表に対する年間予定(目標)を設定している ○③×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×S③ ・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	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	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、夏期・年次休暇を合わせ て12日以上必ず取得させる

替え時のリスクマネジメントの情報を提供していく

 $T4 \times W4$

・後発品切り替え時には多面的な広報を行なう

薬剤部

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。 化学療法担当薬剤師1名の増加。

◆ 弱み

夏期休暇、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

後発品医薬品使用体制加算申請基準値50%以上、後発品医薬品指数の上限が85%となった。 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

後発品医薬品使用体制加算申請基準値50%以上、後発品医薬品指数の上限が85%を目指すがん患者指導管理料ハ算定実施

★段階的

休暇取得に対する意識改革の推進を継続し、休暇を取得しやすい文化を作っていく。業務の見直しを行い、時間外削減に努める。



薬剤部

平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 質の高いがん医療の提供を目指す



■ がん指導連絡箋を用いたがん認定薬 剤師と病棟薬剤師との連携強化

2. 薬剤部の働き方改革を 推進および実施 ■ 夏季休暇+年次休暇=12日間以上 ⇒ 全員取得へ!

(※ 昨年度は、平均取得日数9.2日。)

■ 時間外労働時間の削減⇒

前年度比 10%減

詳細

- 1.質の高いがん医療提供 を目指す
- ◆がん患者指導管理料ハに対する 指導の実施



- ◆新規化学療法導入およびレジメン変更の場合、 指導の実施
- ◆新規レジメンおよび外科以外の診療科の説明 書作成
- ◆がん指導連絡箋の作成
- ◆認定取得予定の若手薬剤師に対するサポート

- 2.薬剤部の働き方改革を推進
- ◆夏季休暇+年次休暇=12日間以上 全員が取得する
- ◆時間外労働時間を前年度比 10%削減する



- ◆休暇取得状況を3か月ごとに提示する
- ◆誕生月休暇の継続とリフレッシュ休暇の導入
- ◆取得目標日数に到達の見込みがない職員 には、管理者が面談し取得を促す
- ◆部署内会議時間の短縮、業務の問題点を抽出 し、対策を検討する
- ◆週1日は時間外労働時間ゼロにする日をつくる

決 意

1.がん患者指導管理料ハの算定を実施し、質の高いがん医療の実現に努めます!

2.休暇を取得しやすい体制をつくり、 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30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

第 1 外 来

部門紹介

【職員データ】 診療科 35科

医師職員数: 医師 136 人(常勤89人、 代務 47人)

看護職員数: 看護師 61人(常勤36人、非常勤 25人)

助産師 1人(常勤)

(正規看護師・助産師35%: 時短勤務・非常勤職員52%)

MA 15人(非常勤 15人)

・パラメディカル 歯科衛生士 5人(常勤3人、非常勤 3人)

視能訓練士 4人(常勤3人、非常勤 1人)

眼科検査助手 1人(常勤)

· 医事課職員: 医師事務作業補助者(MS)19人

(常勤6人、非常勤 13人)

【患者データ】

外来患者数(一日あたり) : 1、234人外来収益(一人一日あたり): 14、423円

·紹介率 :79.8 % · 逆紹介率 : 93.5%

【待ち時間データ】

予約時間~診察開始時間【中央値】: 34.6分

【中央化検査説明数】

平均:10~15件/日







昨年度(平成29年度)の目標及び結果

化学療法加算の増加を図るため、職員のリリーフ体制の強化



- ・リリーフ対応者が3名増加
- ・化学療法の件数増加2727件/年→3812件/年

看護師の業務分担→ 予約検査説明の一部中央化



中央処置室で一部説明を開始

業務分担のための業務調査



業務量調查 (小児科·泌尿器科·皮膚科)

	基礎データ	外部環境	
• 医	員データ】 診療科 32科 師職員数 : 常勤医師 99人 ・ 代務医師 21人	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
- 看護職員数: 看護師 61人(常勤36人、非常勤25人) メディカルアシスタント(MA)15人(非常勤15人) - 医事課職員数: 医師事務作業補助者(MS)19人(常勤6人、非常勤13人) 【患者データ】 - 外来患者数(一日あたり): 1、234人 - 外来収益(一人一日あたり): 14、423円 - 紹介率: 79.8% ・逆紹介率: 93.5% 【待ち時間データ】 受付 ~診察: 0~29分-35.7%・30~59分-29.8%・60~119分-25.5%・120分以上-9.1% 【中央化検査説明数】 平均:14~25件/日		【経済要因】 ① 「小児外科」・「腎臓移植外来」今年度開始となる ② 呼吸器外科の手術の拡大(肺癌手術等)が図られ、4月にLKのオペが1件あった。 ③ 紹介状で受け入れる急性期病院であり、紹介で来院する患者が増えている(1、161人/月⇒1、234人/月) ④ 紹介率 71.2⇒79.8%、逆紹介率 86.1⇒93.5%と増えている	 入院先によって同じ疾患でも指導内容が違う 疾患に関する高度な知識が求められる サマリーが分かりにくい 画像読影に時間がかかる 医事システムと電カルとの連携が悪い
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
内部環境	【財務要因】 ① 紹介患者が平均70人/月以上の増加があり、14、423円/日と1000円程の外来収益の増加に繋がっている【マーケティング要因】 ② 緩和看護認定看護師が専従となり、29年最高介入件数108件/月から、4月だけで80件近くの介入数が増え、患者の相談に応じた、患者の関わりが増えた。③「がん相談支援センター」が開設され、専従看護師が患者相談を受けるようになり、患者から「相談できる場所が出来て良かった」と言われ、相談しやすい状況になっている	S:1.2.3×O:1.2.3.4 紹介率が79.8%と昨年より8.7%増加しており、4月より「小児外科」・「腎移植外来」、呼吸器外科手術の拡大など診療業務の拡大が行なわれ、更に緩和ケア外来やがん相談支援センターが開設している。 患者の満足度を上げ当院の受診を選択してもらえるようにしていく	
^垛 境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	 ① 1人で診察を完結出来ない医者が多い ② 看護師・MS・MAの業務内容が基準として、見直しがされていないため、ローカルルールになってしまい、業務種分けが出来ていない ③ 予約時間に診察が出来ず待たされているとのコミュニケーションボックスへの意見が無くならない 	W:1.2.3+O:1.2.3.4 紹介率が79.8%と昨年より8.7%増加しており、4月より「小児外科」・「腎移植外来」、呼吸器外科手術の拡大など診療業務の拡大が行なわれた。しかし1人で診察を完結できない医師が多く、看護師・MS・MAの業務種分けが出来ていない。更に、予約時間に診察が出来ず待たされているとのコミュニケーションボックスへの投書が無くならないことから、業務の見直しを行ない診察の効率性を高める	

第1外来

現状・取り巻く環境

【弱み】・1人で診察を完結出来ない医者が多い

- ・看護師・MS・MAの業務種分けが出来ていない
- •予約時間に診察が出来ず待たされ感がある



【機会】-「小児外科」-「腎臓移植外来」今年度開始

- •呼吸器外科の手術の拡大(肺癌手術等)
- ・紹介患者の増加 (1、161人/月⇒1、234人/月)
- ・紹介率の増加 (71.2⇒79.8%、逆紹介率 86.1⇒93.5%)

SWOT分析の結果

《段階的・弱点克服》弱み×機会

紹介率が79.8%と昨年より8.7%増加しており、4月より「小児外科」・「腎移植外来」、呼吸器外科手術の拡大など診療業務の拡大が行なわれた。しかし、1人で診察を完結できない医師が多く、看護師・MS・MAの業務種分けが出来ていない。更に、予約時間に診察が出来ず待たされているとのコミュニケーションボックスへの投書が無くならないことから、業務の見直しを行ない診察の効率性を高める

第一外来

平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

予約患者の 待ち時間の短縮



予約時間より60分以内の 診察割合

➡ 60%以上

患者満足度の向上



患者満足度調査結果

*満足度普通以上

67%



➡ 80%以上



外来第一部門

詳細

1. 予約患者の待ち時間短縮

- ① 定点調査における待ち時間の長い診療科を選択
- ② 予約時間~診察開始時間の実態調査(A)
- ③ 調査診療科医師と予約枠を相談・調整
- ④ 診察介助業務内容の見直し
 - ·職種別(看護師·MA·MS)業務調査
 - *業務仕分け
- ⑤ (A)の再調査

2. 患者満足度の向上

- ① スタッフの知識レベルの向上
- ② 接遇の強化



決 意 患者が 選ぶ病院 地域医療構想



患者満足度の 向上

予約患者の待ち時間を 減らす



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 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 :24名

(常勤 18名 非常勤 6名)

MA : 2名

クラーク: 1名



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

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



- 2. 検査ガイドの新規作成件数
- 3. 経験録を使用し習得度を確認

100%⇒100% 5件以上⇒5件 2回/年⇒1回/年



残念

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



- 1.8西病棟との交流会
- 2.8西病棟への見学会

2回以上⇒2回開催 2名ずつ⇒8西2名 当部署未施行



残念

3. 内視鏡検査機器の日常点検のシステム化ができる



- 1. MEと協力し日常点検のシステム作り システム完成
- 2. スコープの修理本数

ュータークステム元成。 昨年10本⇒15本



残念



第2外来 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
 1. 昨年度総時間外 2929.5時間 101時間/名(昨年比-17.4時間/名) 2. 内視鏡総検査件数 7230件(昨年比+579件) 上部内視鏡検査4781件(+565件) 経鼻内視鏡検査1366件(昨年比+515件) ドック件数2283件(昨年比+399件) 血管センター総検査件数 2234件(昨年比+37件) CT造影検査時レベルⅢbアクシデント2件/昨年 		(3)機会 (Opportunity) O① 7月より消化器内視鏡検査に火曜日の代務医師が1名増員される。 O② ドックより胃カメラ件数を増やしたい要望がある。 O③ 健診が胃透視より胃カメラを行う傾向に変わってきている。 O④ 内視鏡センター会議で内視鏡検査室の運用を見直す提案が出ている。	(4)脅威(Threat) T① 今後予定のCT造影のルート確保をすべてCT 室で行うことになるためTV室看護師の業務量が増加する。 T② CT前の検査着への更衣を勧めたいが更衣室が2つしかないため更衣が困難。
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
内部環境	S① 患者に負担の少ない経鼻内視鏡検査がH29年度1366件(昨年比+515件)増加した。 S② 昨年10月よりドック件数12件/日に増加でき、総件数も増加した。2283件(昨年比+399件) S③ 今年1月よりフジフィルムの内視鏡装置を導入し、経鼻内視鏡検査が高画質な画像が好評でフジの経鼻スコープを使った検査が増加している。	S①②③×O①②③④ ドック健診センターで胃カメラ件数を増やしたいと の要望があり、昨年からドックでの経鼻内視鏡件 数が増加し総件数も増加傾向にある。7月から代 務医師の増員がされることもあり、医師と共に内 視鏡検査室の運用を見直し、さらなるドック件数の 増加要望に応える。	
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W① ドック患者は検査に降りてこないと、経口か 経鼻かわからないため準備や検査回しがスムー ズに進まない。 W② CT造影時下着で上腕部を圧迫したまま検 査が行われ造影剤の漏出があった。(レベルⅢb)		W②×T①② CT造影時、検査着への更衣がされないまま下着で上腕部を圧迫したまま検査が行われ造影剤の漏出があったが、更衣室は不足しており、かつ予約のCT造影検査はすべてCT室でのルートを確保となるため、放射線技師と連携し再発防止を図る。

現状・取り巻く環境

強み ドック件数12件/日に増加 総件数も2283件(昨年比+399件)と増加

高画質なフジの経鼻スコープを使った検査が増加

弱み CT造影時締め付け下着による造影剤の漏出が2件起きた

機会 7月から消化器内視鏡検査に代務医師が1名増員予定

ドックから胃カメラ件数の増加要望がある

内視鏡センター会議で内視鏡検査室の運用を見直す提案がある

脅威 CT前の検査着への更衣は更衣室が2つしかないため困難

SWOT分析の結果

積極的攻勢 強み×機会

ドック健診センターで胃カメラ待ちが多くなっており、代務医師の増員も予定されることから、医師と 共に内視鏡検査室の運用を見直し、さらなるドック件数の増加要望に応える

リスク回避 弱み×脅威

CT造影時、しめつけ下着を着用したまま検査が行われ造影剤の漏出があったが、更衣室は2つのみ。予約のCT造影検査がCT室でのルート確保となり件数が増加するため放射線技師と連携し再発防止を図る



平成30年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 医師と共に内視鏡検査室の 運用を見直しドック検査 件数増加の要望に応える

ドック健診センター 胃カメラ件数 目標12⇒15件/日

2. 安全な放射線造影検査の 提供



着衣しめつけによる 血管外漏出件数 目標 2⇒0件/年間



詳細

- 1)-1内視鏡検査室運用の見直し
 - 医師と共同し内視鏡検査室の運用を見直す
 - 内視鏡チームで検討し業務改善
- 1)-2ドックとの連携・業務協力
 - ドック健診センターと協議し相互の業務改善
- 2) CT検査時の着衣しめつけによる血管外漏出をなくす
 - 放射線技師と連携し確認事項の統一
 - 検査着への更衣の基準作り



決 意

他職種・他部署と連携し、 安全・安心な検査提供と 検査数増加を目指す



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 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:19名

MA: 2名

ME:月·水·金:4名、遅番2名配置

火•木:5名配置

土:4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】

外来透析患者数:93名 新規導入患者数:40名

ベッド稼働率

午前:87.5 % 午後:72 %(24床運用)



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 下肢病変の早期発見・早期治療への介入ができる



フットチェック:104件

循環器紹介対象患者:3名

2. 適切な障害者加算の算定継続



昨年より46件増、55,000円増額

3. 専門性発揮のための業務改善を検討できる



遅番勤務: Ns. 4人+ME1人⇒Ns. 3人+ME2人により

日中のNs. 配置が増員



基礎データ		外部	環境	
【平成29年度実績データ】 通院維持透析患者数:93名(-2名) 新規導入患者数:47名(±0名) 他科紹介患者件数:193件(+7件) 障害者加算収益2,102,400円(前年より約63万円増) 糖尿病合併患者数:23名 外来維持透析患者年齢:34歳~90歳 平均年齢:70歳 65歳以上:67名(+1名,72%) 75歳以上:34名(+1名,36%) 新規導入患者年齢:39歳~85歳 平均年齢:65.4歳 ベッド稼働率:午前平均87.5% 午後平均72%		(3)機会 (Opportunity) ①下肢末梢動脈疾患への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フットケア等の取り組み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	(4)脅威(Threat) ①患者の高齢化、ADL低下 ②掛川共立クリニックのスタッフ数不足により送迎サービスを希望する患者が転院できない。又は、居住地以外のサテライトへ転院している ③2名の腎内医師が1年で交替となるため医師は患者の経過を継続して把握しにくい	
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化	
内部環境	①医師・看護師・技師が連携し、フットチェックができている ②他職種との合同カンファレンスが毎週2回開催できている ③今年4月に下肢末梢動脈疾患指導管理加算取得できた ④障害者加算収益が2,102,400円と昨年度より約63万円の増収に貢献できた	S-①・②・③×O-①・② 医師・看護師・技師が連携し、下肢末梢動脈疾 患への早期発見に努め、循環器医師や医事課 の協力も得ながら早期治療介入、病院経営参 画を進めていく S-④×O-③	O-①・②・③×T-① フットチェック、下肢末梢動脈診察の実施により下肢 病変の早期発見、循環器受診への早期介入を進め アンプタを回避する	
		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		
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避	
	①看護師数が昨年より3名減となっている ②技師が3名産後・育児休暇取得中で一人当りの業 務量が増えている	W-①②×O-② 他施設でのフットチェック・フットケアについて情報を得ながら、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、収益につなげる	W−③×T③ 合同カンファレンス等を利用し、職種間の連携を 強化していくことでインシデントを未然に防ぐ	

現状・取り巻く環境

- ①医師・看護師・技師が連携し、フットチェックができている
- ②他職種との合同カンファレンスが毎週2回開催できている
- ③今年4月に下肢末梢動脈疾患指導管理加算取得できた
- ④障害者加算収益が2,102,400円と昨年度より約63万円の増収に貢献できた
- ⑤下肢末梢動脈疾患への当院循環器医師の診察協力がある。
- ⑥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

SWOT分析の結果

- 1. 医師・看護師・技師が連携し、下肢末梢動脈疾患への早期発見に努め、循環器 医師や医事課の協力も得ながら早期治療介入、病院経営参画を進めていく ____
- 2. 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



平成30年度の戦略目標

1. シャント閉塞の早期発見・早期介入



- 1)DSA実施件数
- 2)PTA実施件数
- 3)シャント閉塞による手術件数

- 2. 下肢病変の早期発見・早期治療への介入
- 1)フットチェック件数
- 2)下肢末梢動脈診察件数
- 3)循環器·皮膚科紹介件数

3. HDF(血液透析濾過法)実施患者数の 増加



HDからHDFに切り替えた患者数

4. 適切な障害者加算の算定継続



加算算定件数 · 加算算定額

1. シャント閉塞の早期発見・早期介入

- 1)シャントスコアリングシートの活用
- 2) 多職種による対象患者の情報共有
- 3)必要時、エコー・シャント造影・PTA施行

2.下肢病変の早期発見・早期治療への介入

- 1) Ns. +MEによる定期的なフットチェック
- 2) Dr. による定期的な下肢末梢動脈診察
- 3)対象患者に対し早期受診への対応



3.HDF(血液透析濾過法)実施患者数の増加

- 1)HDからHDFへ変更候補患者の選定・検討
- 2)対象患者の透析方法をHDFへ変更
- 3)変更後の患者状態評価
- 4) 增収金額算定
- 4.適切な障害者加算の算定継続
 - 1)新規導入患者・他科依頼患者の加算該当 有無チェック
 - 2) 障害者加算該当患者への算定
 - 3)加算金額チェック



多職種連携で

決 意 1. 透析とともに生きる患者さまを 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



平成30年度 中東遠総合医療センター

部門別目標成果 発表会

病 棟 部 門

部門紹介

【職員データ】

- 看護師総数 547名(内. 助産師 28名)、MA71名
- 看護師平均年齢 37歳
- 看護師経験年数 14.8年 (助産師含む)
- 離職率 常勤 5.73 % 新卒 14.55 % (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 10.3日
- 一般病棟・平均病床稼働率 89.5%
- 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. 勤務形態の見直しを行い、 新しい勤務形態を導入する
 - (1)新勤務形態の決定と導入
 - (2)業務の見直し 業務改善項目抽出数 36件



- (1)勤務形態の決定と導入 日勤7時間45分 変則3交代勤務 デモ病棟5病棟導入 **50%達成**
- (2)業務の見直し 業務改善項目実施数 36件 **達成**

- 2. 看護ケアの質向上を図る
 - (1)MA業務の整理と明文化
 - (2)MA業務の拡大
 - (3)病棟クラーク業務の明文化

看護実践評価:看護課程の展開 平均3.5



(1)看護実践評価 看護過程の展開 平均3.4 未達成 病棟部門 SWOT分析

	基礎データ	外部環境	
<u>.</u> 1	 □均在院日数 10.3日	(3)機会(Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
平均在院日数 10.3日平均病床稼働率 89.5%平均看護必要度(一般)26.4%		①看護協会から、WLBの推進が推奨されている。新勤務形態導入の検討が必須 ②高齢者が75歳以上が44.8%から47.8%に増加している中、H30認知症ケア加算の取得を目指すと病院の方針が決定した ③H30年度診療報酬改訂で必要度に「診療の指示が入らない」「危険行動」が加算される	①高齢者(65歳以上68% 75歳以上47.8%)の 入院患者の増加に伴い、認知症や合併症のあ る患者が増えている。それにより在院日数の延 長や看護ケア度が増すことが予測される。 ②認知症ケアについて多職種で関わる体制がで きていない
	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
内部環境	①高齢者の認知症悪化とせん妄予防のため、認知症ケアワーキングを立ち上げた ②院内デイケア設立の計画がある ③認知症ケア認定看護師が誕生予定である ④平成29年度から5病棟で勤務形態変更のデモを実施できたことで全病棟に拡がっていくことの足かけになった ⑤新勤務形態を実施した病棟の時間外が導入後1病棟を除いて減少した ⑥新勤務形態の導入により夜勤の心身的負担が軽減した	0-②×S-①②③ H30年7月には認知症看護の認定看護師が誕生の予定であり、75歳以上の入院患者数が47.8%と増加し、病院の方針として認知症ケア加算の取得を目指す方針が出された。これを機会に認知症ケアワーキングの立ち上げと院内デイケアの設立をすることで患者が安心して療養できる環境を整え、認知症ケアの質の向上を目指す。	
境	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	①新勤務形態を導入した5病棟のアンケート結果、長日勤、遅番の終了時間に終わらない。 患者と関わる時間が減少したと評価している。 ②ベッドサイドケアの満足が看護の満足度の平 均3.4より毎年低い状況にある	0-①×W-①② 看護協会からWLBの推進が推奨され、新勤勤 務形態導入の検討が必須である。昨年から5病 棟のデモ病棟が新勤務形態を導入した。その中 で、長日勤、遅番が終了時間に終わらない、患 者と関わる時間が減少したと言う改善点が明ら かになった。今年度は全病棟で新勤務形態を導 入し業務改善に取り組み、働きやすい職場環境 の実現をめざす	

病棟部門



現状・取り巻く環境

- □ 高齢者・75歳以上が44.8%から47.8%に増加している中、H30年認知症ケア加算の取得を目指すと病院の方針が決定
- □ H30年 認知症認定看護師が誕生予定
- □ 高齢者の認知症症状の悪化とせん妄予防のため、認知症ケアワーキング立ち上げと 院内デイケアを設立予定
- □ 看護協会からWLBが推奨され、昨年5病棟が変則3交代勤務の導入をした
- □ 12時間夜勤導入後アンケートから、心身の負担が軽減されたという結果が得られた

SWOT分析の結果

- 認知症ケアワーキングの立ち上げと院内ディケアの設立することで、患者が 安心して療養できる環境を整え、認知症ケアの質の向上をめざす
- □ 全病棟で新勤務形態を導入し業務改善に取り組み、働きやすい職場環境の 実現をめざす

平成30 年度の 戦略目標

業績指標

(業績評価指標等)

1. 認知症ケアの質 の向上



- 1)認知症サポートチームへの 相談体制の確立
- 2)認知症ケアリンクナースの育成
- 3)院内デイケアの実現

開催数 週1回

10月

完全導入

2. 働きやすい職場 環境の改善



- 1)新勤務形態完全導入
- 2)入院時の実施項目見直じ
- 3)MA業務基準の作成

見直し件数 **3件**

作成率 100%

詳 細 I



1)認知症サポートチームへの相談体制の確立

- (1)認知症マニュアルの作成と周知
- (2)認知症サポートチームとの連携
- (3)認知症看護計画立案

2)認知症ケアリンクナースの育成

- (1)リンクナースへの学習会の開催
- (2)認知症ケアマニュアルの周知
- (3)認知症患者の看護計画の確認

3)院内デイケアの実現

- (1)院内デイケアの基準作成
- (2)院内デイケアの開始と評価

開催数 週1回





▶働きやすい職場環境の実現

1)新勤務形態完全導入

- (1)導入病棟と非導入病棟との交換会
- (2)各病棟毎の業務改善
- (3)完全導入後の評価

2)入院時の実施項目見直し

- (1)入院時の実施項目の現状把握
- (2)入院時チェックリスト内容の検討と実施

3)MA業務範囲の基準作成

10月

完全導入

見直し件数 3件

作成率 100%

決 意

活き活き元気な職場環境をめざします



平成30年度 中東遠総合医療センター



部門別目標成果 発表会 発表会

ICU·CCU部門——

部門紹介

【職員データ】

■医師1名·看護師30名 【認定看護師3名 呼吸認定士3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):75%

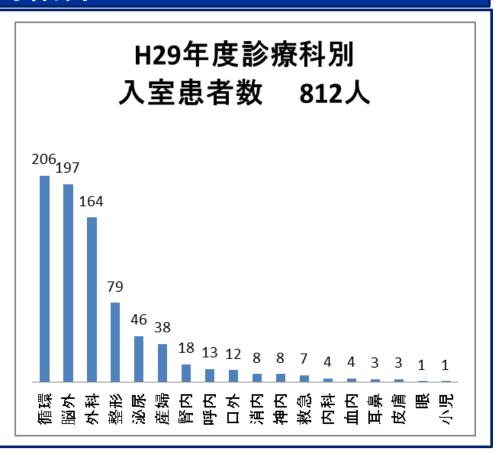
■ICU経験5年目以上看護師:46%

【病棟・患者データ】

■ベット数 10床■平均在室日数 3.79日■平均稼働率 63.3%■平均医療看護必要度(重症) 90.6%

■特定集中治療室加算料月平均1,291万円

■人工呼吸器装着患者数 175人



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

目標1: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) 90%以上

(2)病床稼働率 70%以上

(3)特定集中治療室加算料

1,300万円/月



目標2:看護実践能力やアセスメントカの可視化を図る

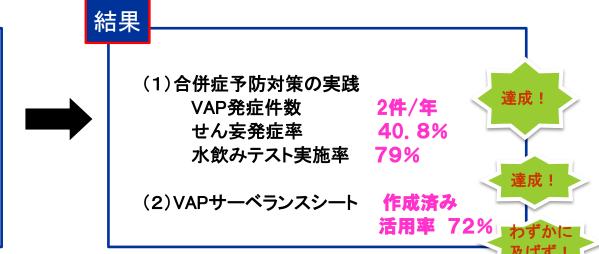
目標

(1)合併症予防対策の実践

VAP発症件数2件以内/年せん妄発症率50%以下水飲みテスト実施率70%以上

(2)VAPサーベランスシート

作成 活用率100%



ICU·CCU部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境		
□ 職員データ 医師1名・看護師30名(認定看護師3名)・MA・薬剤師・栄養士 各1名 10年目以上中堅看護師(75%) ICU経験4年目以上看護師(50%) □ 病棟データ ベッド数10床 2:1看護体制 平均在室日数3.7日 平均病棟稼働率63% 平均医療看護必要度【重症】90.6% 特定集中治療室加算料月平均 1,291万円 診療科割合 循環器26% 脳外科24% 外科20%		(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. 重症集中治療学会より、PICS(集中治療後症候群)予防についての指標提示があった	(4)脅威 (Threat) 1. 看護必要度(重症)が90.6%と昨年度よりアップしており、入室患者の重症化がわかる 2. ICU入室患者の人工呼吸器装着患者数が昨年度と比較し62%増加している。 3. 人工呼吸器離脱困難患者は、一般病棟へ転棟できない現状があり、I特定集中治療室加算料習得期間をオーバーする患者が増えている	
内部環境	(1)強み (Strength) 1. ICUデータベースが完成し、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収集できるようになった 2. 循環器、脳外科、外科の患者入室が70%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 3. VAP対策・せん妄評価・摂食嚥下や誤嚥予防・家族看護・リハビリ・身体抑制評価など取り組んでおり、合併症発症件数も減少している	精極的 S1.2.3×O1.2.3.4 中東遠地区の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み合併症減少の効果をあげている。今年は、昨年度のデータ分析をもとに対策の継続や運用の検討を行い、PICS予防を強化することで、患者の状態やICU入室基準や看護必要度に合わせた退室を目指したベッドコントロールを行う	差別化 S1.2.3×T1.2.3 前年度と比較すると重症化や人工呼吸器装着患者数の増加がみられている。人工呼吸器離脱困難患者による在院日数の長期化がみられ、特定集中治療室加算料を習得できない期間がある。人工呼吸器からの離脱に向けた看護を検討し、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	
児	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避	
	1. 合併症予防対策に取り組んでいるが、チーム 別での看護が浮き彫りになり、ICU看護とし の継続性が個人レベルに任されている現状が ある 2. 開院から6年目になり、勤務異動者や退職者、 新人加入などでICU経験4年以上看護 師数の割合が50%と年々減少してきている	W1.2×O3.4 ICU経験看護師数の減少や合併症予防対策への取組みが継続されない現状がある。チーム看護としての横断的チーム活動の継続や教育が期待されている。カンファレンスの充実を図り、PICS予防に対しに多角的視点でのアセスメント力をつけることや多職種連携を図ることでチーム医療の低下を防ぐ		

ICU-CCU部門

現状・取り巻く環境

強み

□ ICUデータベースの完成により、ベッドコントロールに必要なデータ収集が可能

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

機会

■ 重症集中治療学会よりPICS(集中治療後症候群)予防についての指標提示があった

弱み

□ ICU経験看護師数の減少や看護の継続性が個人レベルに任されている傾向

SWOT分析の結果

積極的

□ データ分析を行い、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、PICS予防を強化することで効率的なベットコントロールを行う

弱点 克服 □ カンファレンスの充実を図り、PICS予防に対して多角的視 点でアセスメント力をつけることや他職種連携を図ることで チーム医療の低下を防ぐ

ICU-CCU部門

平成30年度の戦略目標

1

医療看護必要度(重症)を 正確に取得し、ICU基準を 満たすベッドコントロールを 行う



業績指標 (業績評価指標等)

1 特定集中治療室加算料

1300万円以上の増収

2 看護必要度(重症)

85%以上取得

3 在院日数14日以上の 人工呼吸器装着者数の割合

40%以下

2

PICS(集中治療後症候群) に関する多角的なアセスメ ントを行い、他職種と協働し PICS予防を実践する



1 PICSに対する学習会開催

知識・アセスメントの確認 看護の振り返り

2 PICS予防への取り組み

VAP予防→VAP発症2件/年以下

鎮痛鎮静管理→せん妄発症率40%以下

早期離床促進→入室翌日全患者への取り組み

家族看護·DVT予防·栄養

カンファレンスによる多職種協働

取り組みを評価する

ICU-CCU部門

1 医療看護必要度を正確に取得し、ICU基準を満たすベットコントロールを 行う

在院日数のコントロール

看護必要度の正確な評価

①ICUデータベースによるデータ収集(疾患 在院日数 必要度等)

- 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
- ④ICU・CCUデータベースを活用した分析
- ⑤稼働率アップに向けた一般病棟との調整
- 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 PICSに関して多角的なアセスメントを行い、多職種(医師・看護師・薬剤師・管理栄養 ±・リハビリ技師・放射線科技師) と協働してPICS予防を実践する

アセスメント能力の向上

PICS予防の実践

- ① 学習会の開催 知識・アセスメントの確認 事例カンファレンス・看護の振り返り
- ①PICS予防(DVT予防・栄養管理・VAP予防 鎮痛鎮静管理・早期離床の促進・家族看護)
- ②横断的チームによる活動
- ③他職種カンファレンスへの参加

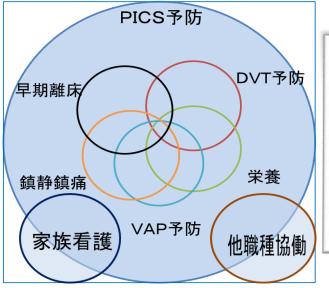
詳

細

構築してきたICU・CCUセンターの 継続した医療・看護の向上を目指します

決

意









平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

救 急

部

門

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1名(10月~3名体制)

当直(救急直·ICU直·内科直·

外科直•研修医1.2年)

看護師(常勤)43名(非常勤)2名

看護師平均年齡 36.4歳

〃 経験年数16年

当直看護師 ER3名(遅番1名)

ECU4名(準4·深3)

管理当直(副師長)

MA2名

クラーク3名

* 救急看護認定看護師:2名



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

- 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
- ルールは日当直の朝礼(顔合わせ) で伝達し、周知した
- 救急車応需率 96%

2. 教育体制の強化 救急ラダーの実践 計画的な教育の実践



- 救急ラダー自己評価 5点満点で平均3.47 小児救急と重症外傷が弱い
- 吉田医師による救急の学習会 参加率 61.3%

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



● 災害対策マニュアルは訓練で検証できた点を修正し、ルールの変更をした



救急部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境					
【救急外来】 ・ウォークイン受診者:18191名 ・救急車搬送車数:6106名(前年度+583名) ・ドクターへリ受け入れ数:32件 ・CPA患者受け入れ数:182名 【救急病棟】 ・入院患者延べ数:1683名 ・病棟稼働率:62.8% ・平均入院数:8.4人/日 ・平均在棟日数:2.5日 【職員情報】 ・救急医1名(代務医師交替制:6名) ・看護師(ER:19名 ・ECU:24名) ・MA2名 ・クラーク3名		 (3)機会 (Opportunity) ■ 4月よりJTASが導入された ■ 診療報酬の改訂により、トリアージ加算が100点から300点になった ■ BLSなどの救急の研修会が院内で開催される 	(4)脅威 (Threat) ■ 救急医が1名となり、内科当番の医師も減っている ■ 救急車搬送数は6106台 (前年度比+583台) ■ ウォークイン患者のトリアージ(緑)が全体患者数の53%を占める ■ 大規模災害が予測されている地域である				
内部環境	(1)強み (Strength)■ 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%■ 地域の学校などから家庭での救急対応について5件講習会を開催した	積極的 ■ JTAS(5段階トリアージ方法)を使用し、適正なトリアージを行い、トリアージを行い、トリアージを取得する	差別化 ■ 地域に働きかけ、救急医療の知識を広める				
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避				
境	 来院者に対しお断りが心苦しい 患者数やその日の体制により待ち時間が発生する 防災マニュアルの周知が不十分 救急外来のホームページがある 		■ 防災マニュアルを改善・強化し効果 的な防災訓練を行い、大規模災害 に備える ■ 救急外来のホームページを充実し 救急外来の適性利用を促す				

現状・取り巻く環境

- (強み)トリアージ妥当率90%
- (弱み) 救急外来のホームページから受診の方法などがわかりにくい 防災マニュアルの周知や防災訓練が不十分である
- (機会)4月よりJTAS(5段階トリアージ方法)が導入された
- (脅威) ウォークイン患者のトリアージ(緑)が53%を占める 大規模な災害が予想されている

SWOT分析の結果

- (強み)×(機会) 1. 適性なトリアージを確実に行い、トリアージ加算を取得する
- (強み)×(脅威) 2. 地域のニードにあった院外講習会を開催し救急医療の知識を 広める
- (弱み)×(脅威) 3. ホームページを充実させ、救急外来の適正使用を促す
- (弱み)×(脅威) 4. 防災マニュアルを改善・強化し、効果的な災害訓練を行い 大規模災害に備える



平成30年度の戦略目標

 1. 適正なトリアージ・ JTASの活用

- 2. 地域に救急医療の知識を広め 救急外来の適正利用を促す
 - ・救急外来のホームページの 充実
 - •院外講習会の開催
- 3. 災害対策の充実

目標值

- トリアージ妥当率:90%
- ●トリアージ加算

(診療報酬改訂:100点→300点) 850万円→2500万円取得

- ▲ ホームページ視聴率: 50%
 - トリアージ(緑・白)の割合:53%→40%
 - 院外講習会:10件
 - 院外講習会アンケート調査

満足度80%



- 防災マニュアルの修正
- エマルゴ(机上シミュレーション)

を3回開催

● 職員アンケート調査

詳細

- 1. 適正なトリアージを行う
 - •JTASを活用し、正しいトリアージができているか評価を 毎日行い、看護師のトリアージ精度を上げていく
 - 緊急度の判定結果を現場に活かす
- 2. 地域に救急医療の知識を広め、

救急外来の適正利用を促す

- •地域に出向き救急医療を知っていただく
- ・救急外来の利用方法を紹介するなど 役立つホームページにリニューアル
- 3. 災害対策の充実
 - ・災害防止マニュアルの修正
 - エマルゴ(机上シミュレーション)を繰り返し、災害時のイメージを持って訓練をする



決意

●地域に根ざす 救急医療の適正化

● 災害対策の強化



平成30年度 中東遠総合医療センター 部門別目標成果 発表会

手 術 中 材 部 門

部門紹介

- □ 手術スタッフ構成
- ・麻酔科医:7名(常勤医6名 非常勤医1名、浜医より代務医あり)
- •看護師:33名(滅菌技師2種1名•時短
- 4名•非常勤2名)
- •MA:2名

(滅菌技師1種1名、非常勤1名)

- ·ME:6名輪番制1~2名/日
- -薬剤師:1名(8:30~9:30)
- クラーク1名(8:15~17:00委託職員)
- □中材部門
- -委託職員18名

平日7:30~19:00(2交替制)



手術・中材部門



昨年度(平成29年度)の目標及び結果

1. 業務の効率化、 効果的な手術室運営

目標:定時内稼働率50%以上



定時内稼働率47.5%(+1.7%) 手術件数4053件(+118件) 昨年度よりプラスだが

目標達成ならず

➡ 引き続き取り組む

2. 産科における緊急手術に 対応出来る看護師の育成

目標:シミュレーションの実施

1回/年



産科病棟との

合同シミュレーションの実施 未実施のため達成ならず

引き続き取り組む

3. 患者様に安心な 手術環境の提供

目標:(1)術前訪問率70%

- (2)聞き取り調査100例
- (3)術前看護外来開設



- (1)術前訪問率70%達成
- (2)術後の患者様より聞き取り調査 未実施達成ならず
- (3)術前看護外来

平成30年2月開催



手術·中材部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. スタッフ構成 ・麻酔科医:7名・看護師:33名・MA2名・ME:6名 (輪番制1~2名/日)・薬剤師1名・クラーク1名・中材委 託職員18名 2. 手術件数4503件(10部屋稼動) 3. 全麻1900件42%緊急・臨時件数(28%) 4.定時内稼働率47.5%(定時外含む54.5%) 5.時間外4403.5時間/年 一人あたりの平均時間外 13.46時間/月		(3)機会 (Opportunity) ①手術件数の増加 (婦人科腹腔鏡手術、帝王切開、泌尿器結石手術等) ②医師より手術が予定より早く入室できるときは積極的に声かけをしてくれている ③麻酔科医や麻酔科外来看護師から手術説明時間の短縮につながったという声が聞かれた	(4)脅威 (Threat) ①リスクの高い緊急帝王切開手術症例が搬送されるケースが増加している ②超緊急帝王切開に対する緊急性の認識が院内で統一されていない ③当手術室は当直制ではない ④手術材料キット費用が上昇傾向であると管理課より指摘された ⑤開院時から手術材料の提供は一社のみで競争業者がいない ⑥病棟・外来での紛失器械が減らない
内部環境	(1)強み(Strength) ①術前外来の開設により朝の準備要員が減少したが、 9時の定時手術は予定通り実施された。 ②手術室経験の長いMAやMEが配置されており、 様々な業務に従事している	積極的 S-1.2×O-1.2 手術室経験の長いMAやMEが配属されており、手 術看護師の補助的役割を委譲することで効果的な 人員配置、効率的な手術計画を行い、手術稼働率	差別化 S-3.4×T4.5 手術件数の増加に伴い、器械の滅菌回数や材料費が増加した。手術収益増加のため、より安価な梱包材料や手術キットに見直し、コスト削減を図る。また
	③滅菌技師1種・2種の資格を持つスタッフがいる ④手術キット係がコスト削減に向けてSPDと連携し取り組んでいる ⑤2月から術前看護外来が始まり、外来で手術患者・ 家族と面談時間がもてるようになった	アップを目指す。 S-5×O-3 術前看護外来が開設されたことで、手術を受ける患者の情報の精度があがり、より患者が安心して手術を受けれられる環境を目指す	中材管理物品の紛失が減らないため、適切な管理を行い紛失費減を目指す。
	(2)弱み(Weakness) ①看護師の人数は増加したが、時短、新人の割合が増えるため戦力になるまでに時間がかかる	弱点克服	リスク回避 W-3.4×T-1.2.3 がレードA宣言から胎児娩出30分以内を目指すための
	②経験値の違いにより緊急手術に対して同じように対応できない ③AMの手術の遅れや延長によるPMスタッフの確保が困難になることがある ④術間清掃など手術入れ替えに時間がかかる		人材育成と受け入れ体制の整備および病棟・医師とのシミュレーションを行い、母子ともに安全な手術環境の 提供を目指す。

手術・中材部門

現状・取り巻く環境

- 強み ①術前看護外来の開設により朝の準備要員が減少したが、9時の定時手術は予定通り実施された
 - ②手術室経験の長いMAやMEが配置されており、様々な業務に従事している
 - ③滅菌技師1種・2種の資格をもつスタッフがいる
 - ④手術キット係がコスト削減に向けてSPDと連携し取り組んでいる
 - ⑤2月から術前看護外来が始まり、外来で手術患者・家族と面談時間がもてるようになった
- **弱み** ①看護師の人数は増加したが、時短·新人の割合が増えるため戦力になるまでに時間がかかる
 - ②看護師の経験値の違いにより緊急手術に同じように対応できない
 - ③ AMの手術の遅れや延長によるPMスタッフの確保が困難になる事がある
 - ④術間清掃など手術入れ替えに時間がかかる
- 機会 ①手術件数の増加
 - ②医師より手術が予定より早く入室できるときは積極的に声を掛けてくれている
 - ③麻酔科医や麻酔科外来看護師から手術説明時間の短縮につながったという声が聞かれた
- 脅威 ①高リスクの緊急帝王切開手術症例が搬送されるケースが増加している
 - ②超緊急帝王切開に対する緊急性の認識が院内で統一されていない
 - ③手術材料キット費用が上昇傾向であると管理課から指摘を受けた

SWOT分析の結果

積極的 強み1(2)×機会1(2) スタッフの業務を見直し、役割委譲することで効果的な人員配置、効率的な手術計画を行い、手術稼働率アップを目指す

差別化 強み(3)(4) × 脅威(3)

手術収益増加のため、より安価な手術材料を見直し、コスト削減を図る

リスク回避 弱み(1)②×脅威(1)② グレードA宣言から胎児娩出30分以内を目指した人材育成と、 受け入れ体制の整備を行い、母子共に安全な手術環境の提供を目指す

積極的 強み⑤×機会③ 術前看護外来が開設されたことで手術を受ける患者の情報の精度が上がり より安心して手術を受けられる環境を目指す

手術・中材部門



平成30年度の戦略目標

1. 業務の効率化、 効果的な手術室運営



2. 超緊急帝王切開術(グレードA) 夜間・休日の受け入れ体制の 整備



- ~院内統一した意識を持つ~
- 3. 患者様に満足される 手術環境の提供



業績指標 (業績評価指標等)

- 1. 手術稼働率アップを目指す ⇒定時内手術50%以上
- 2. コスト削減
 - ・既存の手術材料より安価な材料へ ⇒切り替え品目10品目以上
 - •中材管理物品器材紛失費 ⇒3%減
- 1. 産科病棟とのシミュレーション実施 ⇒2回/年
 - ・産科病棟、産科医、麻酔科医 手術看護師を交えた話合いの実施
 - •フローの作成 ⇒完成
- 1. 術前看護外来を受けた患者または家族にアンケート調査の実施
 - ⇒300症例



1. 業務の効率化、効果的な手術室運営

(1)定時内手術室稼動率アップ50%以上を目指す

- 1)手術申し込み時間と実際の入室時間の時間差異の調査をする
- 2)要因分析をする(執刀医・麻酔科・看護師・器材関連等に分けて分析)
- 3)手術関連業務の見直し・実施
 - ・他職種に委譲できる業務の洗い出し

(2)コスト削減

- 1)手術材料見直し、改定
 - ・既存の手術材料より安価な材料へ切り替えの検討、実施<u>10品目以上</u>
- 2) 外来・病棟の中材管理物品の適正な管理
 - ・滅菌物管理状況ラウンド実施(7月・1月)
 - ・結果報告し、紛失器材費を提示し注意喚起を促す(8月・2月)

2. 超緊急帝王切開(グレードA) 夜間・休日の受け入れ体制の整備

(1)グレードA宣言から胎児娩出まで30分以内を目指す

- 1) 産科医・麻酔科医・産科病棟・手術スタッフとの話し合いの実施
 - それぞれの役割を明確化し、フローの作成
- 2)シミュレーションの実施(6月・8月)

3. 患者様に満足される手術看護の提供

- (1)術前看護外来に対するアンケート調査の実施
 - ・術前看護外来を受けた患者または家族300症例

決意

1. 手術件数増加に対応できるよう 業務の効率化に取り組みます!

2. 他職種と連携し チームで手術を受ける患者に 安心・安全な手術環境の提供に努めます!

