



掛川市・袋井市病院企業団立
中東遠総合医療センター

令和元年度 部門別目標成果発表会



令和元年7月11日（木）

17:30 開会

17:40 発表開始

- ①経営戦略室 ②管理課 ③医事課 ④人間ドック・健診センター ⑤地域連携室 ⑥医療安全管理室 ⑦感染対策管理室
⑧臨床研究管理室 ⑨教育研修センター ⑩臨床工学室 ⑪栄養室 ⑫リハビリテーション室 ⑬臨床検査室 ⑭診療放射線室 ⑮薬剤部
⑯第1外来 ⑰第2外来 ⑱血液浄化センター ⑲病棟 ⑳ICU・CCUセンター ㉑救命救急センター・救急病棟 ㉒手術センター・中央材料室

18:45 講評、閉会

基本理念

中東遠総合医療センターは、掛川市及び袋井市をはじめとする中東遠地域の基幹病院として、すべての人に質の高い医療を提供し、愛され、信頼される病院を目指します。

基本方針

1. 地域連携のもとに、地域住民にとって必要とされる患者中心の質の高い医療を提供します。
2. 地域の救急体制の核として、充実した救急医療を行います。
3. 保健・医療・福祉の連携のもとに、地域住民の健康増進と健康管理に貢献します。
4. 災害時には命を守るための拠点となります。
5. 職員が誇りと働きがいを持って地域医療に尽くすことができる職場環境を整備します。
6. 良質な医療を提供するため、教育、研修を充実します。
7. 持続的かつ安定的な健全経営を実現します。

令和元年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 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30年度)の目標及び結果(抜粋)

1. 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) 診療科別目標発表会の開催

目標達成

(3) 静岡県がん診療連携推進病院指定に向けた準備・調整

目標達成

2. 広報活動の充実



(1) HPアクセス数(平日):900件

目標達成

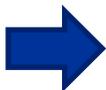
(2) 医療市民講座の参加人数の増加:320人減

目標未達

(3) 開院5周年式典の開催

目標達成

3. 次期医療情報システムの調達



(1) 電子カルテ等システムベンダの選定

目標達成

4. 現システムの改修と安定した保守体制



(1) 日々のシステム変更等要望書の受け入れ

目標達成

(2) サーバ部品の予防交換

目標達成

経営戦略室 SWOT分析

基礎データ		外部環境		
1. 22部門行動計画目標設定進捗管理 毎月 2. 各診療科・部門とのヒアリング 年3回 3. 診療科・部門別目標発表会 年1回 4. 新公立病院改革プラン点検評価 年1回 5. ホームページ更新 443回 6. Facebook更新 82回 7. 院内報発行 毎月 8. システム変更等要望書対応 210件 9. 主要システム改修 8件 10. システム機器故障対応 634件	(3)機会 (Opportunity)		(4)脅威 (Threat)	
	経営企画係 1. 公立病院改革プランに沿った運営の進捗管理 2. 静岡県地域がん連携推進病院調査対象年度 3. がん拠点病院の指定に向けた取り組み 4. 病院機能評価受審に向けたキックオフ		経営企画係 1. 消費税増税に伴う診療報酬改定 2. 入院患者・紹介患者の減少	
	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 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. ホームページリニューアル		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. 診療科・部門別目標発表会に関する取り組み 2. 最適な病棟運営、病棟編成を目指した取り組み 3. 収益向上プロジェクト等会議運営による改善活動	経営企画係 1. 診療科・部門別目標管理による病院全体の意欲向上 2. 静岡県地域がん診療連携推進病院に向けた取り組み 3. がん拠点病院を目指した病院全体の意欲向上 4. 収益向上のためのあらゆる取り組みの実践		経営企画係 1. 診療報酬改定への早期の対応 2. 入院患者・紹介患者の増患対策
	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 3. 他部署との連携が強い	情報システム係 1. 委員会・WG等で各部署の意見集約 2. 第2期医療情報システムの安定稼働 3. 新システム用マニュアルの整備と職員教育		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. ホームページリニューアルに伴う情報発信力強化 3. 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. 人員配置による専門知識を持った職員の流出	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育成 2. マニュアル作成
	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. 積極的なスキルアップ研修への参加 2. マニュアル整備による係員の技術向上 3. 4病院ユーザー会への参加		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

- 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
- 診療科別・部門別目標管理の実践

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稼働と安定稼働

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
- ホームページリニューアルに向けた各ページ内容の精査

SWOT分析の結果

- 静岡県地域がん診療連携推進病院の指定
- がん拠点病院指定に向けた病院全体の意欲向上
- 診療科別・部門別目標管理の実践による意欲向上

- 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と保守
- 保守会社との日常協力体制強化と機器の予防交換
- コンサルタントの活用と第2期医療情報システムの安定稼働

- 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
- ホームページリニューアルによる情報発信力強化



中期目標

中東遠ブランドを確立し 県内屈指のリーディングホスピタルを目指す

経営企画係

- DPC特定病院群の指定
- がん拠点病院の指定
- 黒字経営の継続
- 公立病院改革プランの達成
- 病院機能評価の認定



情報システム係

- システムの安定稼働を守り医療提供を中断させない
- 業務の効率化と健全経営への貢献
- 未来に向けたシステム技術の導入と地域ネットワークを確立し、病院の明日を拓く



秘書広報係

- 広報を通じてブランド確立に貢献
- 市民の信頼を勝ち取る
- 病院の価値を向上させる
- 職員が誇りと働きがいを持つ



そもそもブランドとは・・・？

ブランドとは

顧客の心の中に存在する、品質を超えたポジティブなイメージ
(本文より引用)

ブランドづくりとは

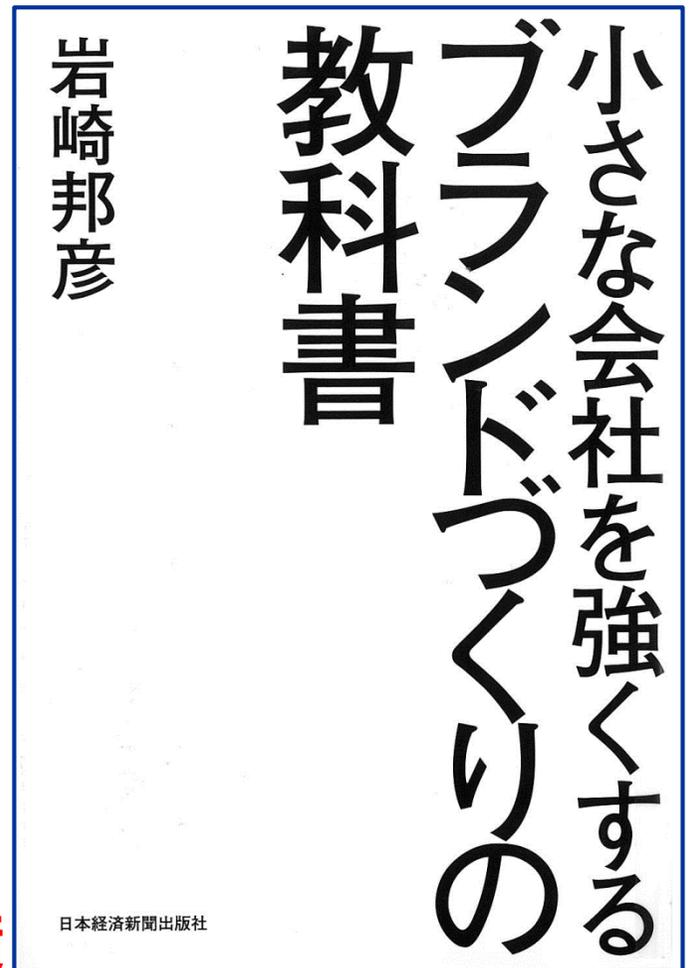
顧客の心の中に、品質を超えたポジティブなイメージを形成し、
顧客との感情的なつながりをつくること
(本文より引用)

顧客 = 市民 = 医療関係者 = 職員



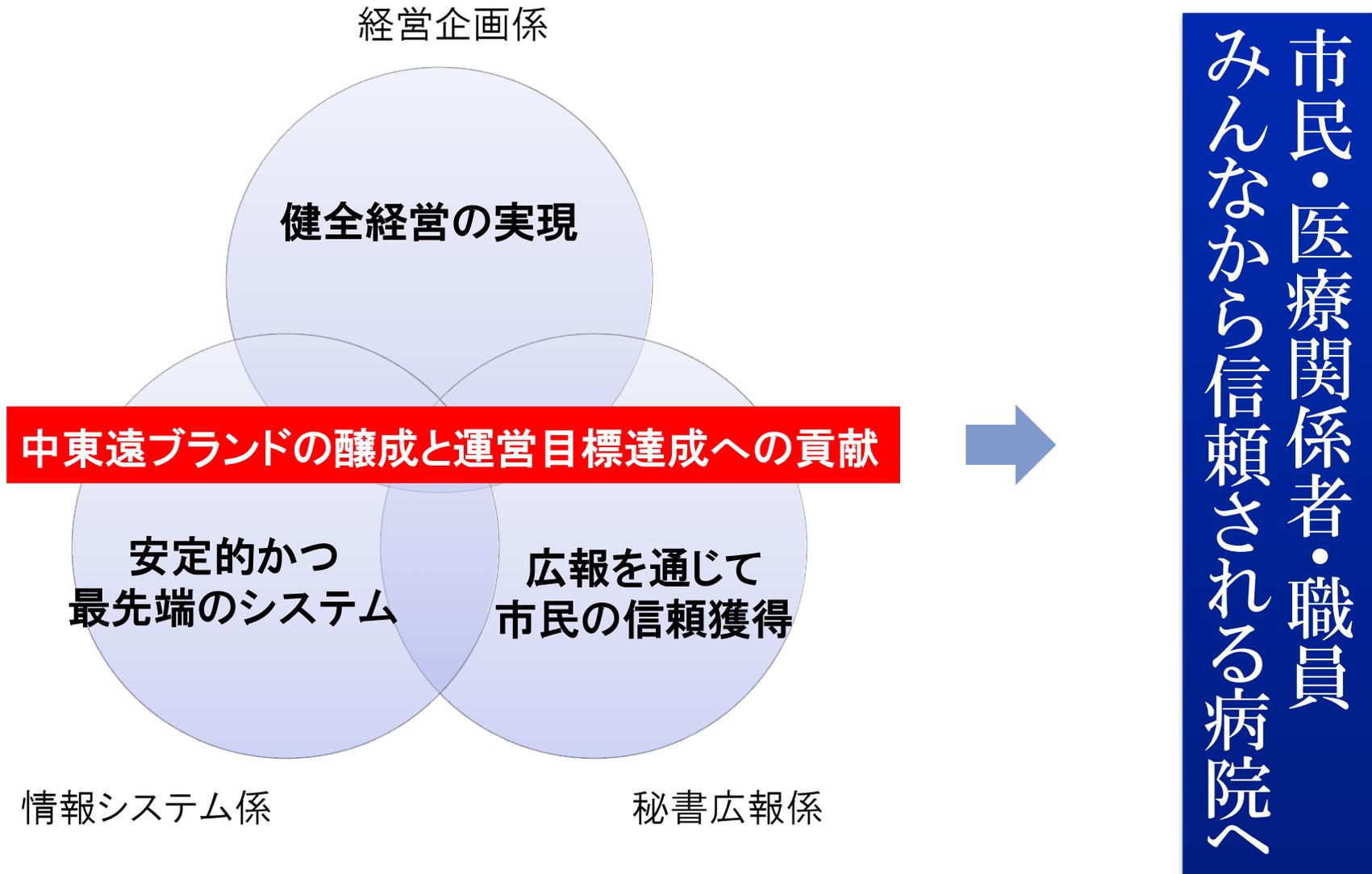
地域の皆様と職員一人一人が率直に感じる
当院への「信頼感とポジティブなイメージ」の集積
= 中東遠ブランド

であると経営戦略室では考えています



図書室にありました
岩崎邦彦 著 / 日本経済新聞出版社

経営戦略室の目指す姿



2019年度重点目標

	項目	評価指標	目標値
経営企画係	医療の質及び収益の向上	入院診療単価	63,500円以上
	静岡県診療連携推進病院の指定	指定	指定
	診療科発表会の昨年度以上の成功	院外参加者数	昨年度以上
	患者満足度の向上	総合評価(入・外)	昨年度以上
	新入院患者数増加	新入院患者数	昨年度以上
情報システム係	第2期医療情報システム構築	WG開催・最短システム停止	2020.01運用開始
	第2期ネットワークの調達と構築	安価・接続機器増加対策	11月運用開始
	保守契約終了システムの安定稼働	保守部品枯渇情報把握	代替品による安定稼働
	患者情報の保護	抑止効果対策の実施	外部漏洩防止100%
秘書広報係	ホームページリニューアル	実施	実施
	ホームページのさらなる充実	アクセス数	800件/日以上
	医療市民講座開催による認知度向上	参加者数	200人/回
	より親しまれる広報紙発行	毎月発行(年2回全戸配布)	毎月発行(年2回全戸配布)
	より効果的な広報活動	随時実施	随時実施

収益向上による
病院経営黒字化

静岡県がん診療
連携推進病院指定

病院機能評価
受審キックオフ

ホームページ
リニューアル

第2期医療情報
システム構築

**職員全員の知恵と技術を結集して
最大限の結果を！**

決
意

企業長を全力で支え
院内で起こる
あらゆる課題に立ち向かい
中東遠ブランドの確立を
目指します



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 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

人事、給与、福利厚生、
職員採用、研修

財務係・3名

予算・決算、財政計画

物品係
SPDセンター・11名

物品の価格交渉、契約、
調達、SPDセンター運営



昨年度(2018年度)の目標及び結果

1-1 休暇取得の推進

休暇取得日数14日以上

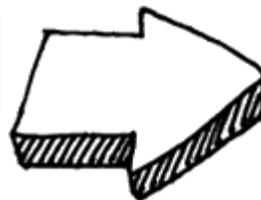


休暇取得日数
14.4日

目標達成!

1-2 時間外勤務時間数の削減

時間外勤務時間数23.1 h / 月



時間外勤務時間数
23.9h/月

目標未達...

2-1 新病院改革プラン

経営指標更新の達成度



経営指標更新の達成

目標達成!

2-2 職員募集HP製作

スマートフォン版HP企画製作・運用開始



SNSへ情報発信

**HPリニューアルに併せて
次年度へ繰り越し**

昨年度(2018年度)の目標及び結果

3 価格交渉術の強化

- (1) 薬品購入価格の抑制
 - (2) 診療材料購入価格の抑制
- 12.5%以上



薬品購入価格
診療材料購入価格
14.4%抑制

目標達成!

4 エネルギーの使用量の抑制

- (1) 電気
目標 : 9,800kw h 以下
- (2) ガス
目標 : 585km³以下
- (3) 灯油
目標 : 170k ℓ 以下



電気使用量
10,035kwh
都市ガス使用量
551km³
灯油使用量
159kℓ

目標未達...

目標達成!

* エネルギー資源を巡る環境の変化により納入価格では14,760千円の増額

管理課 SWOT分析 ①



CHUTOEN GENERAL MEDICAL CENTER

基礎データ	外部環境	
	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての自治体病院が平成26年度から新会計基準適用となった。 ・新病院改革プラン策定により収支計画が盛り込まれた。 ・掛川市と袋井市が構成市であることから、市から繰入基準に沿った繰入金が入る。 ・マイナス金利により、設備投資に係る起債の利息が低利に抑えられる。 ・災害時の連携について、構成市、医師会との連携強化 ・医師の病院見学者の増 ・薬剤師の病院見学者の増 ・会計年度任用職員制度の対応 ・価格の分析及び試算や勉強会への参加 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・消費税増税が及ぼす影響が大きい。(控除対象外消費税の増大) ・地域医療構想に基づく改革プラン策定により、医療の質やより一層経営の効率化が求められる。 ・会計基準の変更により、繰入金の収益化処理を実施するにあたり、管理業務が煩雑になっている。 ・災害時の対象エリアが不明確 ・職種により応募人数の伸び悩みなど人員確保が困難 ・職種ごとの年齢層のかたまり ・部門の人数が増えても減らない時間外 ・働き方改革の対応(時間外労働の上限規制、年5日以上有給休暇の取得) ・業者同士の棲み分け、競争不足、メーカー設定定価の値上げ(償還越え定価設定)

管理課 SWOT分析 ②



CHUTOEN GENERAL MEDICAL CENTER

内部環境

(1)強み (Strength)	積極的	差別化
<ul style="list-style-type: none"> ・業務に精通する職員の増加 ・緻密な計理資料を作成し、資金管理や内部分析ができています。 ・防災マニュアルのスムーズな年度更新 ・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、在庫状況の把握 ・医学生の人気・関心が高まっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公営企業会計の経験を生かし、新会計基準にも完璧に対応できるよう勉強会をしたり研修会に参加したりし更なるスキルアップを図る。 ・両市との連絡調整及び現状報告を密にし、現状に合った適正額を市から繰入金として収入する。 ・流動資産増により、資金運用マニュアルを整備し資金運用を行う。 ・防災マニュアルを活用し、行政・災害協定企業との合同防災訓練の実施 ・時間外勤務・休暇取得状況を公開し、所属長、職員が状況の把握 ・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 ・ニーズに即したフレキシブルな受入対応(院内保育園) ・日本トップクラスの臨床研修病院を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・総務省からの情報を収集し、会計処理が適正に行われているか常時確認する。 ・民間の企業会計の手法を研究し、会計処理に遺漏のないよう留意する。 ・消費税増税にかかる影響を把握する。(財務分析、会計システムなど多角的な影響度) ・災害拠点病院としてDMATの受入強化 ・時間外勤務縮減、年休取得日数増加のための具体的方策の周知と実践 ・個々の価格について、他病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
(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
<ul style="list-style-type: none"> ・異動による各担当者の変更（市派遣職員の帰任） ・決算書を読める職員が少ない。 ・中長期の経営戦略が機能していない。 ・決算や予算資料作成に時間を要する。 ・災害時、構成市等との情報共有の難しさ ・DMAT隊員の担い手不足 ・特定の部門の人員不足 ・人についてしまう業務の固定化 ・スクラップアンドビルドの難しさ ・薬価改定 ・子育て居住圏域(校区)へスムーズな移行の不安 	<ul style="list-style-type: none"> ・企業団内の職員の財務知識アップのために、横断的に研修、勉強会を実施する。 ・事務分掌を見直し、必要な業務量の把握 ・積極的な採用活動の展開 ・防災対策に対応する職員知識の向上 ・スクラップを意識して従来の業務を根本的に見直す。 ・薬価制度を遵守した妥当な交渉術（要求） ・子育て居住地域の行政・教育機関へのスムーズな情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・新公立病院改革プラン策定に伴う各指標のトレースを行い、経営指針の判断材料の準備 ・収益化経理事務のマニュアル整備 ・各関係機関との連携強化 ・BCP計画による実地訓練の実施 ・人材派遣等、採用以外の人員確保策の検討 ・募集方法の検討 ・時間外勤務が減らない部門の業務見直し ・年次有給休暇の進まない部署へ状況報告 ・入札方法の工夫 ・院内の子育て支援する総合的な体制づくり

現状・取り巻く環境

- 消費税増税の及ぼす影響が大きい。
- 地域医療構想に基づく改革プランの策定により、医療の質やより一層経営の効率化は求められる。
- 働き方改革の対応（時間外勤務の上限規制、年5日以上の年次有給休暇の取得）
- 業者同士の棲み分け、競争不足、メーカー設定定価の値上げ（償還越え定価設定）
- 行政の待機児童対策の充実強化
- 医学生の人気が高まり、平成30年度にフルマッチを達成した。

SWOT分析の結果

- ワークライフバランスを推進する。
- 新中東遠総合医療センター改革プラン策定に伴う各指標のトレースを行い、経営指針の判断材料の準備
- 優秀な研修医・専攻医を確保する。
- 入札方法の工夫
- 院内の子育てを支援する総合的な体制づくり

ワーク・ライフ・バランスの推進

日本トップクラスの
臨床研修病院を目指す

さらなる経費節減

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

年次有給休暇等取得の推進  休暇取得日数

- 休暇日数17日以上

時間外勤務の削減

 時間外勤務の時間数

- 全職員月60時間以内

インターバル制度

 制度の導入

- 制度の導入

* 「インターバル制度」とは、勤務終了後、一定時間以上の「休息时间」を設けることで働く方の生活時間を確保する制度です。

中期目標

子育てしやすい
職場環境づくりの推進

業務と人員体制の最適化
を達成

業績指標 (業績評価指標等)



院内保育園の利用者数

- **定員50人を維持**



業務と人員体制の計画
の作成

- **人員計画の作成**

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

日本トップクラスの臨床研修病院
(初期研修医)

 マッチ者数

- フルマッチの継続達成

日本トップクラスの臨床研修病院
(専攻医)

 専攻医確保数

- 専攻医20人

日本トップクラスの臨床研修病院
(専攻医)

 外科・救急科領域の
専門医研修

- 基幹施設の登録

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

中東遠総合医療センター
改革プランの推進



経常収支比率

- **100%以上を維持**

経営改善指標による健全経営の推進
(価格交渉術の強化)



薬品・診療材料購入平均値引率

- **15%以上**

2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

年次有給休暇等取得の推進  休暇取得日数
● 休暇日数14日以上

時間外勤務の削減  時間外勤務の時間数
● 月60時間以内を
(病院全体で) 月10人以内

インターバル制度  タイムレコーダーの導入
● 導入計画の作成

2019年度の戦略目標

子育てしやすい
職場環境づくりの推進

業務と人員体制の最適化
を達成

業務と人員体制の最適化
を達成

業績指標 (業績評価指標等)

 院内保育園の利用者数
● **定員50人**

 看護部の計画の作成
● **現状把握と分析**

 コメディカル計画の作成
● **業務量調査の実施**

2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

日本トップクラスの臨床研修病院 (初期研修医)

➡ マッチ者数
● **フルマッチ達成**

日本トップクラスの臨床研修病院 (専攻医)

➡ 専攻医確保数
● **専攻医7人以上**

2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

中東遠総合医療センター
改革プランの推進



経常収支比率

● **100%以上**

経営改善指標による健全経営の推進
(価格交渉術の強化)

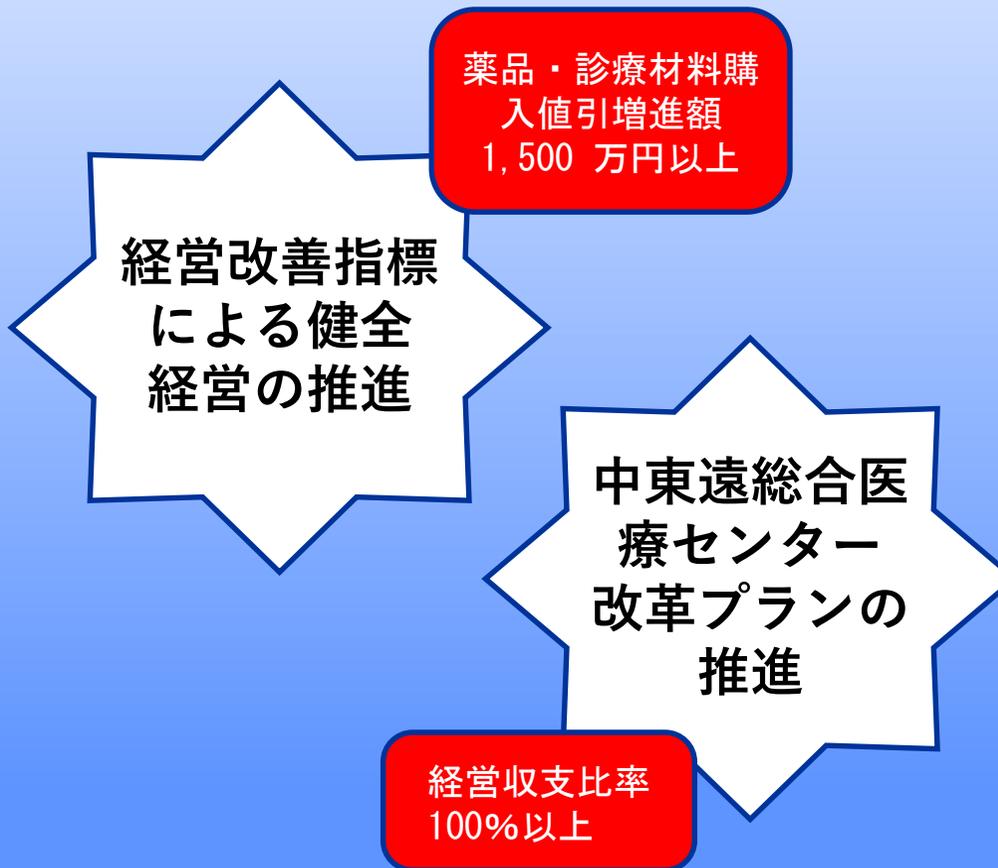


薬品・診療材料購入値引増進額

● **1,500万円以上**

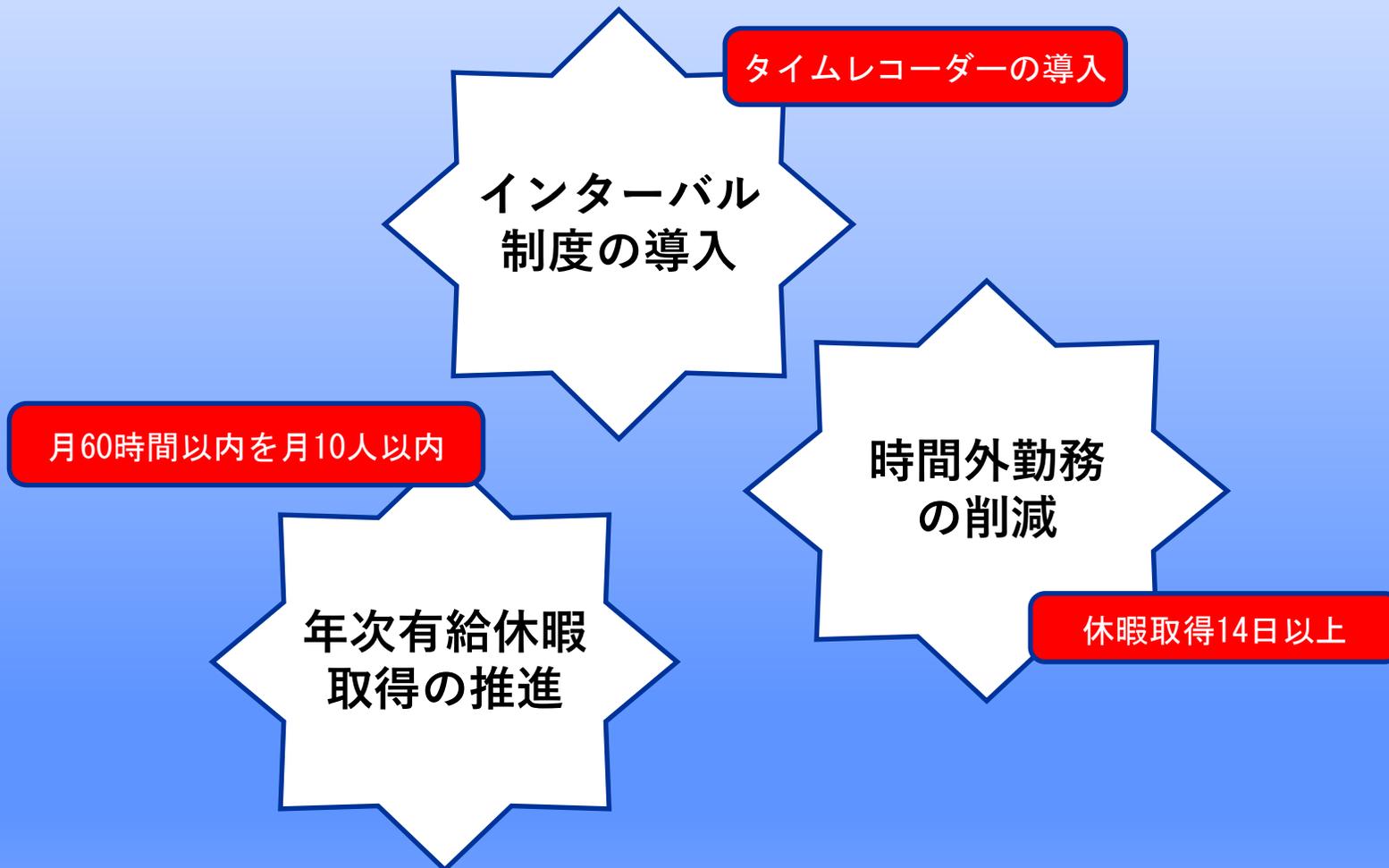
(2019年度運営目標)

1 地域医療への貢献



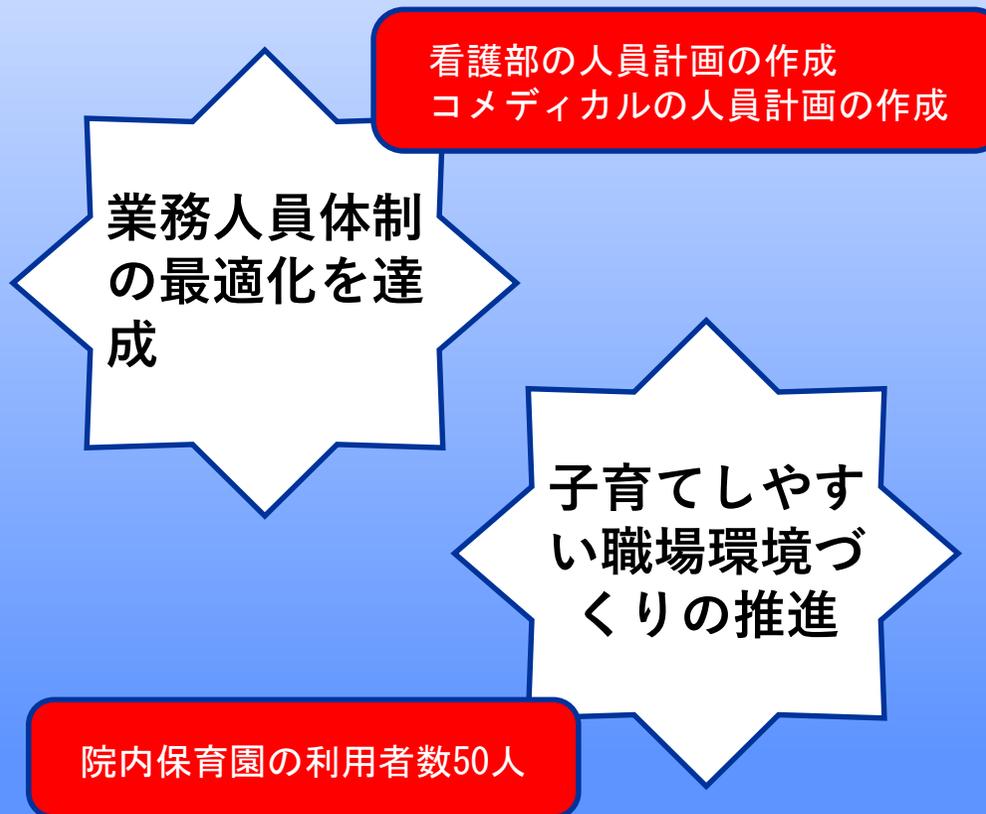
経常収支での黒字化を目指す

(2019年度運営目標) 2 誇りと働きがいを持てる病院の創造



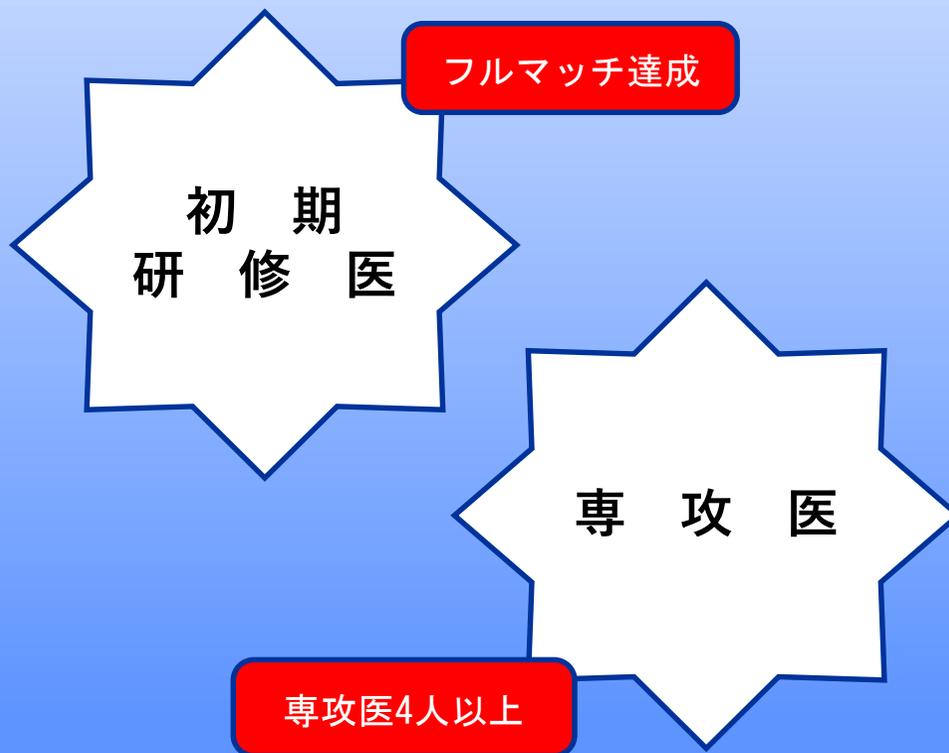
ワーク・ライフ・バランスを確立させる

(2019年度運営目標) 2 誇りと働きがいを持てる病院の創造



業務の効率化と人員配置の適正化により職場環境を改善する
院内保育園を拡充する

(2019年度運営目標) 3 日本トップクラスの臨床研修病院を目指す



優秀な初期研修医のフルマッチを継続する
当院で研修する専攻医を前年度以上確保する

仕事 休もっ化 計画

休もっ化
計画 **1**

業務はチームで行い、情報共有で
休みやすい職場環境をつくろう！

休もっ化
計画 **2**

年次有給休暇等を計画的に取得し
よう！

休もっ化
計画 **3**

土日・祝日にプラスワン休暇で連
続休暇を取得しよう。

働くみなさんが主役

ワーク・ライフ・バランスを推進します

病院全体で取り組む

日本トップクラスの臨床研修病院を目指します

主人公はあなた

さらなる経費節減に取り組みます



表決
明意

2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

医 事 課

部門紹介

□ 業務内容 と 職員の状況

☆ 課長

□ 医事係 8人

- ・ 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 8人

- ・ 患者相談、未収金対策、各種受付業務 など

□ 医師事務サポート係 29人

- ・ 医師の事務作業補助 など
(診察補助、文書作成、がん登録)

□ 診療情報管理係 8人

- ・ カルテ管理、D P C・統計業務 など **計54人**



昨年度の目標及び結果

戦略目標	指標	結果
診療報酬の確実な確保 ☆ レセプト返戻金額：月2,800万円以内	返戻金額 (月平均)	達成率 96% ・ 2,907万円
未収金ゼロを目指す ☆ 請求から2ヶ月後の未収金額 入院分:150万円 / 外来分:40万円 以内	未収金額 (月平均)	達成率 83% ・ 入院分 173 万円 ・ 外来分 55 万円
医師の負担軽減 ☆ 医師事務作業補助者の8名増員	増員数	達成率 62% ・ 5名増員
スキャン文書の質向上 ☆ 患者間違い、分類誤りなどの不備のチェック → 不備があれば、現場へフィードバック	実施回数	達成率 100%



医事課 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
☆ 課長 <input type="checkbox"/> 医事係 8人 ・ 診療報酬の算定・請求、施設基準の届出 など <input type="checkbox"/> 患者サービス係 8人 ・ 各種受付業務、患者相談、未収金対策 など <input type="checkbox"/> 医師事務サポート係 29人 ・ 医師の事務作業補助 など （診察補助、文書作成、がん登録） <input type="checkbox"/> 診療情報管理係 8人 ・ カルテ管理、DPC、統計業務 など 計54人	(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)	
	O1 医事事務作業補助者 (MS) の増員 O2 厚生局による適時調査／個別指導等の実施 O3 R2年度 診療報酬改定 O4 第2期医療情報システムの導入	T1 生活困窮者や保険未加入者の増加 T2 厚生局による適時調査／個別指導等の実施 T3 R2年度 診療報酬改定 T4 審査機関による診療報酬請求に対する審査体制の強化 (システムによる点検、縦覧／突合点検)	
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	S1 医事事務作業補助者 (MS) の増員 S2 医事データの分析と活用 S3 中東遠圏内の病院との連携 (医事協議会の開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医事事務作業補助者の業務範囲拡大による医師の事務作業の負担軽減 ・ 限度額適用認定証の取得や生活保護申請への介入 ・ Microsoft Access (データベースソフトウェア) を活用した医事業務に関する様々なチェックの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未収金対策の強化 (法律事務所への債権回収業務委託) ・ 生活困窮者や保険未加入者との医療相談 ・ 会計待ち時間の表示
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W1 外来患者の会計待ち時間が長い (患者満足度の低下) W2 医事業務の委託化が進み、職員の受付業務や診療報酬請求業務に関する知識や経験が不足 W3 医事委託業者のコスト意識が希薄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計算センターの人員配置の見直しと会計混雑時の応援態勢の確立 ・ 職員の計画的な人材育成、院外研修会への参加 ・ 効率的な診療報酬算定、レセプトチェック体制の強化 (レセプト点検システムのバージョンアップ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種医療制度／医療サービスの有効活用 (医療費の患者負担金の減額) ・ 診療録の監査 (算定した管理料等の記載チェック) ・ 査定／返戻原因の分析と対策の強化

現状・取り巻く環境

強み

医師事務作業補助者 の増員

機会

厚生局による
適時調査・個別指導 の実施

弱み

外来患者の
会計待ち時間が長い

脅威

生活困窮者 や 保険未加入者 の増加

SWOT分析の結果

積極的

差別化

弱点克服

リスク回避

医師の事務作業の負担軽減

未収対策の強化

会計混雑時の応援態勢の確立

診療記録の質の向上



5年後の目標

1. 患者満足度の向上
2. 未収金ゼロを目指す
3. 医師の負担軽減
4. 診療記録の質向上



業績評価指標

会計待ち時間評価点

4.0 / 5.0 点 (H30年度:2.8点)

請求から2ヶ月後の未収金額

入院分:50万円 / 外来分:10万円 以内
(H30年度 入院分:173万円 / 外来分:55万円)

診療支援室_(仮称)の設立

診療録監査の評価点

18 / 20点

今年度の戦略目標

1. 会計待ち時間の短縮



2. 未収金ゼロを目指す



3. 医師の負担軽減



4. 入院診療計画書の
不備をなくす



業績評価指標

会計待ち時間
5～10分以内

請求から2ヶ月後の未収金額
入院分:100万円 / 外来分:30万円 以内

医師事務作業補助者
6名増員

不備率
0%

目標達成に向けた具体的な取り組み

1. 会計待ち時間の短縮



会計待ち時間をモニタリング、委託職員と連携し混雑時の応援態勢を確立して、待ち時間の短縮を図る

2. 未収金ゼロを目指す



医療サービス・クレジット決裁等を有効活用し未収金の発生を未然に防ぎ、発生した未収金に対しては段階に応じた未収金回収を実施

3. 医師の負担軽減



医師事務作業補助者を増員、適正配置するとともに、研修で個々のレベルアップを図り、医師の事務作業のサポートを強化

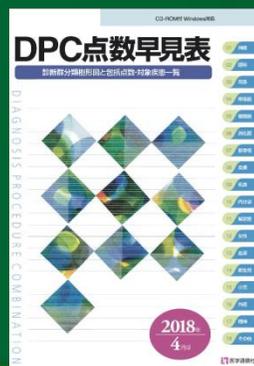
4. 入院診療計画書の不備をなくす



入院診療計画書の内容を定期的にチェックし不備がある場合は、現場へフィードバックして改善を求める

- 診療報酬の算定
- 施設基準の届出
- 患者相談
- 医師事務サポート
- DPC業務
- 統計業務
- カルテ管理

何かお困りのことがありましたら
お気軽にご相談ください。



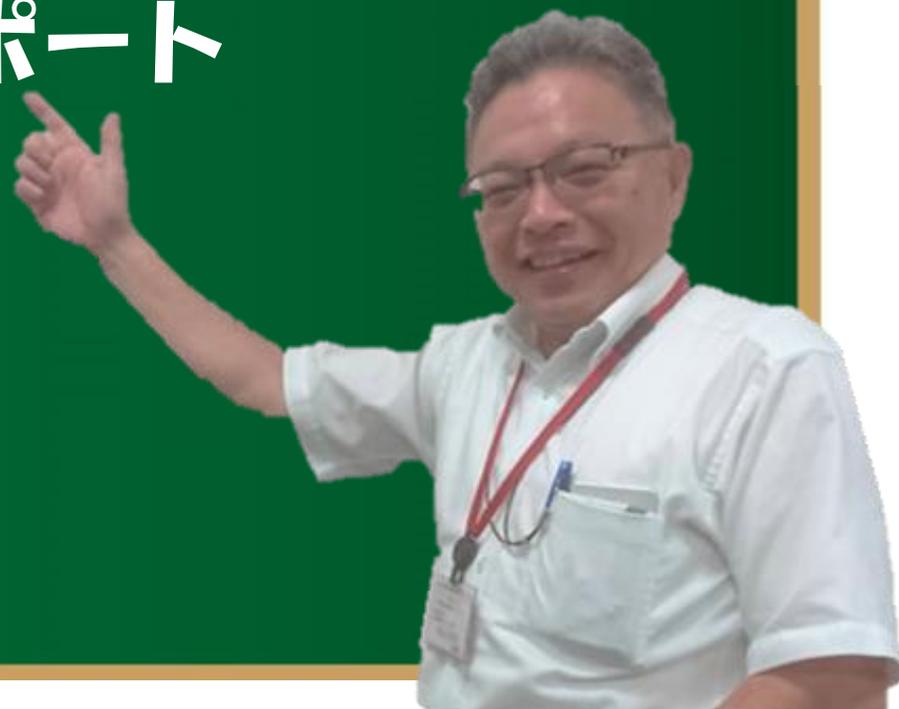
会計待ち時間を
大幅に短縮

医療費は
確実に回収

決
意

医師の事務作業を
全力でサポート

入院診療計画書
の質向上



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

—— 人間ドック・健診センター ——



部門紹介

- 人間ドック年間総受診者数
13,605人(H29年比106%)
- 収入 484百万円
(H30年度実績)
- スタッフ数
32名



人間ドック・健診センター部門

昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 人間ドック受診者の増加を図る 目標件数 9561件/年

➡ 年間日帰りドック受診者数 **9765件/年** 目標達成



年度	H28	H29	H30	一昨年比 (H30-H28)	前年比 (H30-H29)	増減率 (H30/H29)	
総数	12,280	12,848	13,605	1,325	757	106%	
ドック	日帰り	8,806	9,201	9,765	959	564	106%
	宿泊	38	47	37	-1	-10	79%
協会けんぽ	1,337	1,366	1,647	310	281	121%	
健康診断	1,769	1,890	1,800	31	-90	95%	
脳ドックA	230	263	278	48	15	106%	
脳ドックB	69	50	54	-15	4	108%	
PET検診	31	31	24	-7	-7	77%	

2. 新コースを導入し収益増加を図る 目標件数192件/年

➡ 乳がん検診 7月より開始 **196件/年** 目標達成



3. 人間ドック機能評価認定

➡ 9月29日認定 目標達成



人間ドック・健診センター一部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. 年間受健者数 13,645人 2. リポート率 約80% 3. 掛川市・袋井市 国保および後期高齢者割合 26% 4. 男女比 男性60% 女性40%		(3)機会 (Opportunity) O1: 胃カメラの受診希望が多い O2: 協会けんぽの特定保健指導請求額(特定保健指導 積極的支援当日実施)が25,800円より28,800円に上がる、協会けんぽ受診者への特定保健指導を実施する事により増収が見込まれる	(4)脅威 (Threat) T1: 胃カメラ希望者が多いが消化器内科医師が常勤医4名と日替わり非常勤医師で検査を行っているため、胃カメラ枠を増やすことが困難
内部環境	(1)強み (Strength) S2: 受診者増加、今年度も、4月より日帰り人間ドック検診数45名の上限としてスタートした。 S3: 医師、事務スタッフ、検査技師、看護師など多職種が連携し、関係部署の放射線部・臨床検査技師・内視鏡センターなど協力出来ている S4: 管理栄養士が、2名増員(1名は非常勤)となり、特定保健指導の件数増加に対応できるようになり、さらに今年度保健指導強化に取り組める体制が出来た S5: 競合相手が二次医療圏内に少ない	積極的 S2 S3 S4 S5 O1 O2 胃カメラの希望者が多いこと、受診者の希望が月・金の曜日であること等から、 日帰り人間ドックの上限を45→50 とし、収入の10%増加を目標とする。 将来的にドック受健者数100名を目指す為、面談医師、判定医、検査医師、放射線室、検査技師の増員等体制強化を図る。	差別化 S2 S3 T1 人間ドック受診者の予定数を把握 し、胃カメラ枠の空き状況に対応し、胃カメラ枠を有効活用する(来週、2週間後、3週間後の予約数を把握し調整を図り、予約に対応して申し込み枠を管理する必要がある)
	(2)弱み (Weakness) W6: 1日の件数上限枠を人間ドック45名、協会けんぽ月・水・金8名。火・木12名で受け付けるが、月・金は希望者が多いが火・水・木が希望が少なく上限まで受診者が集まらない W7: 部門システムの運用での情報共有が難しい。 キャンセル時の対応(予約日直近でのキャンセル時に次の予約が埋まらない)	弱点克服 W6 O1 1日12件の胃カメラ枠を火・水・木の3件アップ15件にする ・このためには、胃カメラ後の説明を人間ドックの看護師が説明を請け負う必要がある W7: O6: システム更新に合わせて、使いやすく、必要な情報が整理でき、必要な情報がスタッフで共有出来るやすいシステムを目指す 必要がある	リスク回避 W1 W7 T4 予約業務に関わる業務が、予約電話の対応により、作業中断され、時間外業務に繋がっており、時間外業務を減らすためにも業務整理や業務分担など進める必要がある 予約情報のオンタイムでの共有化 を図り、キャンセルやオプション別の予約状況を一元化することで機会損失を極限まで減らす。 今後の予約業務について方向性と検討が必要

人間ドック・健診センター部門

現状・取り巻く環境

- 胃カメラの受健希望が多い
- 4月より日帰り人間ドック受健者数を43名→45名に増枠してスタート
- 火・水・木が希望が少なく、上限まで埋まらない
- 予約業務に関わる業務が、予約電話の対応により、作業中断

SWOT分析の結果

- 日帰り人間ドックの上限UPのために、面談医師、判定医、検査医師、放射線室、検査技師との調整を図る必要がある
- 1日12件の胃カメラ枠を火・水・木の3件アップのため、胃カメラ後の説明を人間ドックの看護師が請け負う必要がある
- 胃カメラの予定数を把握し、検査枠を有効活用する
- 予約業務について方向性と検討



人間ドック・健診センター部門

中期目標

□ 人間ドック利用者
100件(2023年)

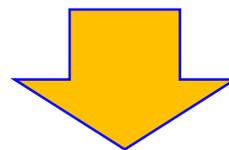
対象コース

- ・日帰りドック
- ・協会けんぽ一般健診
- ・健康診断
- ・脳ドックA・B
- ・PETがん検診
- ・宿泊ドック

業績指標 (業績評価指標等)

➡ □ 日帰り人間ドック件数
現状45件→70件

➡ □ 協会健保検診数
現状48件/週→60件/週



**人間ドック受付時間など、大幅
に運営を見直す必要がある**

人間ドック・健診センター部門

2019年度の戦略目標

□収益向上に関すること

- ①日帰り人間ドック件数を10%UPする
- ②胃カメラドック枠の増加
- ③特定保健指導の積極的支援

□システム更新に対応する

□予約管理の見直し

業績指標 (業績評価指標等)

- ➡ ① 日帰り人間ドック件数の変更
45件→50件
- ➡ ② 火・水・木 の胃カメラ枠の増加に向けて、消化器内科医師や第2外来と調整する
- ③ 受診当日該当者の確保
- ➡ 更新後の安定稼働と共に業務効率20%UP
- ➡ 空き枠利用率5%UP

人間ドック・健診センター部門

詳細

□ 日帰り人間ドック受診者数の10%UP(45名→50名)

医師・他部門と依頼と調整

- ・面談、判定医師へ協力依頼と調整を行う
- ・診療技術部・放射線部・内視鏡センター等を中心に調整依頼を進める

特定保健指導対象者の確保

協会けんぽ受診者の採血結果を見て対象者確保

□ システム更新に対応する

新システムに向けて課題の洗い出し

課題の解決および業務効率を20%UPすることで
業務負担を軽減する。

□ 予約管理の見直し

データを収集・分析し、機会損失を減らすことで空き枠
の効率的な運用を確立する。



決意

人間ドック・健診センターは、地域の皆様の疾病予防や健康の維持・増進に貢献し、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。



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

地域連携室

実績		平成29年	平成30年
紹介率		79.8%	81.6% ↑
逆紹介率		96.2%	101.5% ↑
在宅復帰率		93.3%	97.7% ↑
介護連携指導料算定件数	400点	31.3件/月	27件/月 ↓
共同指導料2算定件数	400点	15.1件/月	14.7件/月 ↓
	2400点	0.4件/月	0.4件/月 →
乳がん術後連携パス開始	750点	—	7月から 5件(導入30件)
当日食物アレルギー検査入院システム開始		—	12月から
開業医からの放射線検査の一部ネット予約開始		—	1月から
地域医療従事者への研修		20回	24回 ↑
地域への訪問	開業医(循環器Dr)	14件	54件 ↑
	開業医(訪問診療依頼)	17件	19件 ↑
	行政・包括・ふくしあ	9件	12件 ↑
	後方施設	20件	25件 ↑
血液内科患者転院調整			45件



受付がカウンターの延長になり
部屋が広くなったぞ。皆来いよ!



平成30年度決意
「門戸開放&地域訪問」



地域連携室

平成30年度の戦略目標

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



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



業績

(1) 退院前カンファレンスの実施 **未**

(ケアマネジャーのいる**50%以上**に実施)→**32%**

・介護連携指導料算定・・・**35件以上**／月→**27件**

・共同指導料2算定(400点)・・・**15件以上**／月→**14.7件**

(2) (新)退院支援フローの周知徹底→**年1回のみ** **未**

(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

達成
目標回数
訪問

(1) ルールの周知と実践 **未**

・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→**40件(3.5件**／月)

(2) 報告書作成の推進 **達成**

・未作成の報告書の減少

・・・**前年度比較20%減**→**20%減少**

地域連携室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
<p>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</p> <p>*各種データ(平成29年度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・紹介率 81.6%↑ 逆紹介率 101.5%↑ ・在宅復帰率...97.7%↑ ・介護連携指導料算定件数 400点:27件/月 ↓ ・共同指導料2算定件数 400点:14.7件/月 ↓ 2400点:0.4件/月 → ・乳がん術後連携パス開始(7月から) 750点:5件 ・当日食物アレルギー検査入院システムの構築と開始 12月から ・開業医からの放射線検査のネット予約の一部開始 ・血液内科常勤医不在に伴う血液内科疾患患者の転院調整45件 ・訪問件数一開業医(循環器Dr)54件、訪問診療依頼開業医19件 包括・ふくしあ11件、後方施設25件 ・地域医療従事者への地域連携カンファレンス...24回開催 		<p>(3) 機会 (Opportunity)</p> <p>O1 病床マネジメントチームの活動で、適切な退院時期の意識づけがなされてきている</p> <p>O2 入院支援室ができ入院前に情報収集が可能になり早期からの支援に繋がられる</p> <p>O3 がん相談支援センター開設で、がん患者相談窓口が統一されてきている</p> <p>O4 地域連携カンファレンスの実施で、当院と近隣医療機関の医師が直接顔合わせできる環境がある</p> <p>O5 行政や介護関係機関との会議や研修会、地域包括センターや開業医への訪問を通して、多職種が顔が見える関係・相談しやすい関係を築く機会がある</p>	<p>(4) 脅威 (Threat)</p> <p>T1 開業医の高齢化・閉院・訪問診療ができない等、地域医療に格差が生じている</p> <p>T2 転院までの待機時間が長くなる後方病院や施設がある</p> <p>T3 患者支援に関わる部署が、がん相談支援センター・入院支援室・患者サービス係・地域連携室と複数ありそれぞれが独立していて横の連携が取れていない</p>
内部環境	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	<p>S1 看護師・MSWが増員され、担当退院支援職員としての役割を師阿部に渡り行う事ができる</p> <p>S2 病棟担当制にしていることで、医師や病棟スタッフとコミュニケーションが取れやすく信頼関係が構築できる</p> <p>S3 看護師・MSWは、訪問診療を依頼した開業医や施設を訪問している</p>	<p>S1・S2・× O1・O2・O3</p> <p>DPC II 期末の退院を目標に、院内の他部署と連携をはかり情報共有すると共に、早期から適切な退院支援を行う</p>	<p>S1・S2× T1・T2・T3</p> <p>担当退院支援職員の役割に沿い、支援患者の情報を院内の関係部署と共有し、早期から適切な退院支援を行う</p>
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
<p>W1 紹介患者の報告書や退院サマリーや訪問看護指示書等、書類を期日迄に記入しない医師がいる</p> <p>W2 開業医・訪問看護師・ケアマネジャーから、依頼した書類ができているか、発送は済んでいるかの問い合わせが無くならない</p>	<p>W1・W2× O4・O5</p> <p>書類の作成を期日までに行うように催促し手続きすることで、開業医初め地域の医療関係者の信頼を得、紹介率の向上を目指す</p>		

地域連携室

現状・取り巻く環境

平成30年度の診療報酬改定で、入院時からの退院支援ではなく入院前からの支援をすることで、患者は一層医療への不安が払拭され適切な医療を受けれる環境を整備することが求められている。一方、人生100年時代、如何にして健康寿命を延長するか地域の取り組みが問われている。当院は急性期病院であるが、地域の核となる病院である。治療はもとより、急性期病院として持っている知識・技術を惜しみなく地域に還元する立場であり、その橋渡しが地域連携室の使命である。

SWOT分析の結果

積極的（S強み×O機会）

DPC II 期末の退院を目標に、院内の他部署と連携をはかり情報共有すると共に、早期から適切な退院支援を行う

差別化（S強み×T脅威）

担当退院支援職員の役割に沿い、支援者患者の情報を院内の関係部署と共有し、早期から適切な退院支援を行う

弱点克服（W弱み×O機会）

書類の作成を期日までに行うように催促し手続きすることで、開業医初め地域の医療関係者の信頼を得、紹介率の向上を目指す

地域連携室

中期目標

適切な退院支援の実施

地域から
信頼される連携室になる

業績評価指標

DPC II 期內退院率の割合・・・75%以上

紹介患者の受け入れマニュアル	完成
未報告書	0
開業医満足度	2018年調査 より上昇
紹介患者数の増加	紹介率85% 以上
開業医・包括・行政・後方施設 への訪問	2回／年 以上



地域連携室

2019年度戦略目標

- 1、DPC II 期末の退院を目標に、院内の他部署と連携をはかり情報共有し、早期から適切な退院支援を行う
- 2、紹介患者のスムーズな受け入れと未作成報告書を減少させる
- 3、院外の多職種との交流を積極的に行い信頼関係を築く

業績評価指標

- 1- (1)退院支援職員介入患者のDPC II 期末内の退院率
- 1- (2)入院支援室・がん相談支援センターとの連携システム構築
- 2- (1)各外来部門との定期会議2回/年
- 2- (2)開業医へ受診案内の再送訪問・クレーム件数 3件以下/月
- 2- (3)未作成報告書 昨年度の20%減
- 3- (1)地域の開業医・行政・包括支援センターに訪問 2回/年
- 3- (2)後方施設と会議・研修の開催
後方施設に訪問2回/年



目標達成に向けた具体的な取り組み

1、退院支援について

1-1(1)

- ①スタッフ教育・・・担当退院支援職員の役割について
- ②在院日数7日以上リスト(毎週水曜日配信)の活用
 - ・退院支援進捗状況の確認
 - ・担当病棟退院支援カンファレンスで検討
 - ・検討結果を連携室内後方支援ミーティングで共有
- ③退院支援職員介入患者のDPCⅡ期末内の退院率の報告

1-1(2)

- ①入院支援室・がん相談支援センターの実際について受講
- ②両者との連携システム構築のための会議の開催と連携システムの実践



地域連携室

目標達成に向けた具体的な取り組み

2、紹介患者の受け入れについて

2-1(1)

ER・外来各ブロック(A~H)との会議・・・2回／年

2-1(2)

- ①開業医へ「時間帯別連携室の予約・受診業務について」の案内の再送
- ②誤手続きの開業医へ訪問し受付担当者へ説明
- ③クレーム集計とクレーム内容の情報共有(連携室内会議)

2-1(3)

- ①未作成報告書の抽出
- ②個人への督促発行
- ③各診療部科長宛に部下の状況報告
- ④地域連携推進委員会で報告



目標達成に向けた具体的な取り組み

3、院外との交流について

3-1

- ①2回／年(6月～7月、10月～11月)の訪問
 - ・訪問診療を依頼した開業医
 - ・行政、包括支援センターに訪問

3-2

- ①後方施設と会議(3回／年)・研修(1回／年)の開催
- ②後方施設に訪問(2回／年)

注)MSW全員が回復期・療養の両者を見学体験する
看護師も希望者は同行する

※百聞は一見に如かず！ 知ることによって説明に真実味が加わる！



アピールポイント

「連携」という名の下に

皆様からのご依頼に答える姿勢で
コミュニケーションに努め

フレックスも対応します



決 意



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 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 34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



□ 主な活動内容

- ① 医療事故発生時の迅速な対応・対策検討・周知
- ② ヒヤリハットの収集・分析・対策立案・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開催
- ⑤ 5病院地域連携加算相互ラウンド実施

2019年度医療安全管理委員会



医療安全カンファレンス

- ★ 毎週(月曜) 約1時間
- ★ ヒヤリハット報告事例の検討
- ★ 重要事例の検討会
- ★ 3b事例対策確認ラウンド
- ★ チームで改善策を検討

医療安全推進委員会

- ★ 医療安全管理委員会の方針に基づいて、患者確認等推進活動を実施
- ★ 各部署の安全推進リーダーとして活動
- ★ 環境ラウンド
- ★ 新採用者研修



昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 医療行為における 間違い防止の強化



- 誤認防止に有効なWチェックについて学ぶ
目標80% ⇒ 99%
- 患者誤認防止事例の分類・分析
目標100% ⇒ 100%
- 書類・検査・内服の最終確認の強化
目標90% ⇒ 100%

2. 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
目標50% ⇒ 100%
- 点滴注射流量に関する事例の分析
目標50% ⇒ 100%

3. 重症度(3b以上)の転倒 転落事例の発生防止に 取り組む



- 骨折について学ぶ
目標 90% ⇒ 98%
- 安全推進委員が現場に赴き転倒や骨折のリスクを検討
目標 100% ⇒ 100%
- 事例検討ラウンドし対策を各職場に伝達
目標 100% ⇒ 100%



医療安全部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
基礎データ		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
<ul style="list-style-type: none"> □平成30度ヒヤリハット報告件数 1728件 □平成30年度3b以上の事例 31件 (レベル5:0件) □平成30年度:オカレンス報告16件 □転倒転落による骨折(3b該当)17件 うち大腿骨骨折9件 □毎週医療安全ファレンスを開催。メンバーは室長の浦崎医師をはじめ各職種12名で構成 □薬剤確認関連ヒヤリハット報告数 379件(内服188 注射191) □患者確認関連ヒヤリハット報告数 124件 □医療安全推進委員会によるラウンドの実施 「転倒転落予防対策ラウンド」計4回/年 8・9・10・11月 「環境ラウンド」アクセス統合実習 12月に2回 12月10日 17日 「患者確認ラウンド」計2回/2・3月 □安全推進委員は現場の安全推進リーダーとしてスタッフにラウンド結果を報告した。 □平成31年新採用者研修では、推進委員が中心となり実技指導をした。 □研修会参加者 院内:3775名 院外:42名 □院内研修参加率 29年度参加平均94.3% 30年度参加平均97%(第4回倫理含む86.5%) □警鐘事例報告21件 /年 □安全ラウンドの実施114回/年 		<ol style="list-style-type: none"> 1.院長が医療安全管理者養成講習会を受講予定 2.開院6年目になり職員全体の一体感が増す時期である 3.推進委員会で「患者確認の最終場面リスト」を作成している。 4.30年度医療安全管理研修「なぜ私たちはWチェックをするのか」という研修がありWチェックを減らす意義を学んだ 5.e-LearningでWチェックの研修を視聴出来る環境が整っている 6.各職場に医療安全推進委員がいる。 7.医療安全管理者と医療安全推進委員長が研修会で分析手法を習得。 8.30年度看護部リスク委員会が再開した。 9.看護部リスク委員の約半分は安全推進委員経験者である 10.東海アクセス看護専門学校との統合実習で環境ラウンドがある 11.1月4日からシステムが更新される。 12.赴任医師への研修会の機会が毎月ある 13.中途採用者・産育休明け者への研修会の機会が毎月ある 14.研修医が増えた。 15.チーム医療、TeamSTPPSなどの研修機会が増えている 16.院長は医療安全研修への参加や医療安全管理者養成研修に積極的に賛同・理解を示してくれる 17.5病院相互ラウンドを開始し医療安全対策地域連携加算Ⅱを取得 	<ol style="list-style-type: none"> 1.入院患者の高齢者・認知症がある患者が増加している 2.地域の更なる高齢化 3.人は誰でも転ぶ 5.病床稼働率を上げるために主科でない病棟に慣れない疾患の患者を受け入れることがある
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	<ol style="list-style-type: none"> 1.院長直轄の部門であり、院長が医療安全のリーダーである 2.医療安全管理室室長が整形外科医師で毎年転倒転落予防のための研修会を開催。 3.医療安全管理者が専従2名である 4.毎週の医療安全カンファレンスは定着しヒヤリハットの共有が出来ている(30年度47回開催) 5.医療安全管理委員会は各部門長で構成され、積極的な意見交換ができている 6.ヒヤリハット報告を提出することは定着してきている(1728件/年) 7.医師の報告件数が年々増加。オカレンス16件 安全の為の報告 25件 8.医療安全推進委員会で「患者確認の最終場面での確認リスト」作成できた。 9.「最終場面での確認リスト」を使用し確認ラウンドを実施できた。 10.患者確認報告件数年間124件(前年比9件減23%減少) 11.安全推進委員は、指示されたことは行動できている。 12.安全推進委員が自部署の患者関連事例に介入しスタッフ指導を行った。 13.安全推進委員介入後、患者関連事例が月平均13.7件から5.6件に減少した 14.安全推進委員による転倒転落ラウンドが実施出来ている。年2回。 15.アクセス統合実習で安全推進委員が転倒転落予防に向けた環境ラウンドを実施、定着している。 16.医療事故3b以上について委員会報告、事例検証している 17.近隣5病院間で医療安全地域連携相互ラウンドを5回実施 18.平成30年度から看護部リスク委員会が再開し、安全管理者がアドバイザーとして関与。 19.研修委員会が院内全体のコミュニケーション能力向上の必要性を感じている 	<p><中・長期目標:分析力を向上させリスク感性の高い自立した組織を作る></p> <p>></p> <p>⇒ 現場のヒヤリハットから原因に気づき、改善が出来る</p> <p>S-3・4・6・11×O-6・7・9</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 安全推進委員がリーダーとなって自部署のヒヤリハットを検討することが出来るように分析手法を学ぶ ● 学んだことを実践できるように自部署のヒヤリハットに取り組む ● 自部署での取組みを推進委員会で発表し、意見交換する <p>S-12・13×O-3・4・8・9</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個人の確認に頼らない、ダブルチェックを減らしたシステム的な視点や物の改善等を手がけ、成功体験を増やすような検討を行う 	<p><医療現場でのコミュニケーションが良くなり、チーム医療が活性化する></p> <p>⇒ チーム力を向上させるためのツールを導入し全体で取り組みやすくする</p> <p>⇒ 相手からほしい答えがもらえるような伝え方を学ぶ</p> <p>O-1・2・14・15・16×S-5・7</p> <ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーションツールを学ぶ研修会に各部門の核となる人材に参加・習得してもらう ● 病院全体で組織的且つ長期的に取り組めるように教育研修委員会を巻き込んで取り組む <ol style="list-style-type: none"> 1) TeamSTPPSなどの研修参加 2) 医療安全管理委員会・教育研修委員会に講師を招聘し、学習会を開催 3) 教育研修委員会が主体となって、院内学習会を医師を含め長期的に開催する
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
<ol style="list-style-type: none"> 1.転倒転落による骨折(3b該当)17件。そのうちベッドサイドとトイレ内が11件である 2.医療事故3b以上の事例の半数は転倒転落による骨折事例。 3.転倒転落による骨折に対する対策が浸透しない 4.転倒転落アセスメントスコアシートのアセスメントと対策が一致していないことがある 5.転倒転落アセスメントスコアシート-の基準である入院3日目・転倒後の再評価がされていないことがある 6.ヒヤリハット報告を部署で振り返り、現場の質を向上させるよいチャンスにしている 7.ヒヤリハットに関する現場の分析力が弱い 8.ヒヤリハットから改善できることがあることに気付いていない 9.推進委員が部署の安全対策のリーダーとなって改善までに至っていない 10.指示出し・指示受けに関するヒヤリハットが多い 11. 医療安全推進委員会に医師がいない 	<p><「転倒転落予防」ではなく、「転倒転落による重大な受傷を防ぐ></p> <p>⇒ベッドサイドやトイレ内で「転んでも大きな受傷に至らない対策の実施」</p> <p>W-1・2・3・4・5×O-1・8・10・13・17</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 転倒転落に関する用語の定義の再考 ● 転倒転落防止マニュアルの内容改訂 ● マニュアルによる現場の意識改革と対策の理解・浸透 ● 対策立案ツールの作成 ● 対策立案ツールの活用状況の把握・分析・評価 ● 転倒転落の発生内容の分析と傷害の把握・対策の評価をPDCAサイクルで行う 	<p><医師の参画がないと改善やリスク回避が難しい></p> <p>⇒ 医師の参画をどのようにするか</p> <p>O-1・16・14</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の医療安全に対する認識・理解を向上を目指す ● 医療安全の研修会に積極的に病院から出張して頂く 	

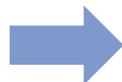
現状・取り巻く環境

強み



・ヒヤリハット報告を提出することは定着している・安全推進委員が自部署の患者間違い事例に介入スタッフ指導したことで、月平均13.5件から5.6件に減少した

弱み



・転倒転落による骨折事例が17件昨年度に比べ5件増加そのうちベッドサイドとトイレ内が11件
・ヒヤリハット報告に関する現場の分析力が弱い

機会



・各部署に安全推進委員がいる・医療安全管理者と安全推進委員長が研修会で分析手法を取得した
・チーム医療、TeamSTTPSなどの研修機会が増えている

脅威



・入院患者に高齢者・認知症がある患者が増加している
・地域の更なる高齢化

SWOT分析の結果

積極的

強み3・4・6・11×
機会6・7・9

□安全推進委員が分析手法を学び、自部署のヒヤリハットを分析・対策立案出来る

弱点克服

弱み1・2・3・4・5×
機会1・8・10・13・17

□ベッドサイドやトイレ内での「転んでも大きな受傷に至らない対策の実施」を目指す

差別化

機会1・2・14・15・16×
強み5・7

□コミュニケーション能力の向上(相手から欲しい答えがもらえるような伝え方を学ぶ)

医療安全部門

中期目標

達成見込み年は2024年度

□ 3b以上の転倒転落事例0件
(ベッドサイド・トイレ内)



□ ベッドサイド・トイレ内の転倒転落3b以上の発生件数
目標 0件

□ 業務のスリム化が実施される

※ 全部署でマニュアルのWチェックを
厳選



□ 全部署でマニュアルのWチェックの厳選が終了
目標 完了

※ 2点認証5項目に対し、バーコードリー
ダーを確実に使用できる

□ 2点認証対象項目のヒヤリハット件数
目標 0件

□ コミュニケーションが円滑になる



□ コミュニケーションエラー報告数
目標 50%減

※ 伝えたいことが伝わり、もらいたい
答えがもらえる

□ 現場の改善力が向上する



□ 各部署の改善報告数
目標 50件/月



2019年度の戦略目標

□ 転倒転落対策への認識が変容し、ベッド周囲の転倒転落対策が出来る

□ 業務のスリム化(注射・内服)

- 注射・内服のWチェックを厳選し、マニュアルを改訂
- Wチェックを厳選したマニュアルの実践

□ 2点認証の導入

目標: ・カートリッジ用注射器 ・薬包
・書類(文書一覧) ・経管栄養食 ・食札

業績指標 (業績評価指標等)

- | | | |
|-----------------------|----|---------|
| □ 転倒転落マニュアルの改訂 | 目標 | 完了 |
| □ アセスメントスコアシートの改良 | 目標 | 完了 |
| □ アセスメントシートに沿った予防策の実施 | 目標 | 80% |
| □ ベッド周囲の転倒転落3b以上の発生数 | 目標 | 前年比50%減 |
| □ マニュアルの改訂 | 目標 | 完了 |
| □ マニュアルの実施率 | 目標 | 100% |
| □ 2点認証の導入 | 目標 | 完了 |



2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

□ コミュニケーションツール(電子カルテ指示機能)の改善

□ 電子カルテ指示機能の改善 目標 完了

□ コミュニケーション能力向上トレーニングの開始

□ TeamSTPPS(チームステップス)の導入
院内研修の開催(11月以降)

目標 完了

□ 現場力の向上
簡易版RCAによる改善対策を実施

□ 改善報告数 目標 8月~3月 180件
(1件/1ヶ月/20部署)

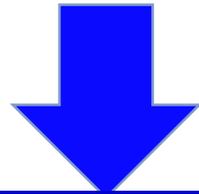


- **ベッド周囲の転倒転落による3b事例発生0を目指す**
 - ◆ **転倒転落マニュアルの改訂**
 - 転倒転落に使用する用語の定義を再考
 - 転倒転落マニュアルの内容改訂
 - マニュアルを使って現場に指導し、認識を新たにして行動変容を求める
 - ◆ **転倒転落アセスメントスコアシートの改良**
 - アセスメントスコアシートを、患者評価に応じた対策を取れるようにする
 - 必要な対策を写真等を活用し見やすくわかりやすいシートにする
 - ベッドサイドに持参出来るようにし患者評価に合った対策がベッドサイドでできるようにする
- **業務のスリム化を図る**
 - 注射・内服のプロセスで患者氏名確認に関するWチェックを極力減らす方向で厳選し、行動の時間短縮を図る
 - 2点認証を「インスリン、薬包、書類、食札、経管栄養食」に導入することで、患者間違い防止に役立てる
- **コミュニケーション向上に向けてトレーニング**
 - 「伝えたいことが伝わる・もらいたい答えがもらえる」ことが出来るように、TeamSTPPS導入、院内研修会を行う
- **現場力の向上**
 - 簡易版RCAを導入し、現場で発生した事例を医療安全推進委員がリーダーとなって検討し短時間で対策立てられ改善する力をつける

医療安全部門

ア
ピ
ー
ル
ポ
イ
ン
ト
・
注
意
点

- ♥ 患者さんが安心して利用できる病院にしたい
- ♥ 職員が最大限の安全を考慮した医療を提供出来る病院にしたい



医療事故・ヒヤリハット0を目指す

目標の着地点としました



医療安全部門

改善

決意

改善

「現場の力が強くなる事を目指して、
自分たちで改善出来る力を身につけます!!」

決意



改善

がんばります！



令和元年度 中東遠総合医療センター 経営健全化 行動計画目標

感染対策部門

部門紹介

◆診療報酬

平成30年度 7900万円の収入！

- 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 ⇒ **50**回/年
- ICT・感染対策推進委員合同ラウンド: 計**90**回/年 のべ**190**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: 職員指導**95%**実施、患者指導**98%**実施
- ASTミーティング 2回/週 実施⇒**102**回/年
- 抗菌薬適正使用に関する検討:
1467症例検討 754症例介入(介入率:51.4%)
周術期抗菌薬選択率**100%**
採用抗菌薬の整理:**12品目削除**、企画違い採用⇒**380万円/年**利益

院内感染対策委員会



ICT

(感染制御チーム)



AST

(抗菌薬適正使用支援チーム)



感染対策部門

昨年度(平成30年度)の目標及び結果

		H30年度	評価
1. 針刺し・曝露等を防止する	(1) ゴーグル持参率50%以上	平均持参率56%	達成!
	(2) 曝露防止DVD視聴率100%	視聴率100%	達成!
	(3) 針刺し等報告書提出100%	報告書提出100%	達成!
	(4) 携帯用廃棄容器持参率 70%以上	平均67%持参	達成できず
	(1) 安全器材の検討1例以上	翼状針1件検討	達成!
2. AST活動の基盤を作る ※AST・・・抗菌薬適正使用支援チーム	(1) 抗菌薬適正使用検討100%介入30%	検討100% 介入率51.4%	達成!
	(2) 血培複数セット採取率90%以上	採取率99%	達成!
	(3) 特定抗菌薬使用前未検査20件以下	未施行29件	達成できず
	(4) ASTニュース発行1回/月	年間17号発行	達成!
3. 周術期抗菌薬適正使用を推進する	(1) 周術期抗菌薬選択率100%	選択率100%	達成!
4. 採用抗菌薬の適正化	(1) 抗菌薬全品目の検討	検討し12品目削除、 企画違い採用 年間380万円利益	達成!

感染対策部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
<p>◆ 診療報酬:平成30年度年間7900万円</p> <p>◆ 地域連携カンファレンス:年8回 相互ラウンド評価:年1回</p> <p>◆ 活動</p> <p>①ICT活動:1回/週ラウンド実施、研修会参加率93%(+4%)</p> <p>②AST活動:抗菌薬適正使用の検討・ラウンド実施100%、介入53% 血培複数セット採取率98%、特定抗菌薬使用前検査未施行数29件、ASTニュース1回/月以上</p> <p>②推進委員会⇒患者家族手洗い指導実施98%、職員蛍光手洗い指導95%実施、1患者1日アルコール使用回数3.8回</p> <p>◆ 周術期抗菌薬適正使用の推進:選択率100%</p> <p>◆ 採用抗菌薬の適正化:点滴5品目削除、経口7品目削除</p> <p>◆ アウトブレイク 0件 各種サーベイランスの実施</p> <p>◆ 平成30年度 針刺し・曝露等合計45件(前年-1件) 針刺し28件、曝露11件、切創5件、咬傷1件</p>		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬改訂による一入院患者あたり590点取得(抗菌薬適正使用支援加算取得) 地域連携加算の連携施設の増加 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 感染対策推進委員による手指衛生の直接観察評価 AST専従の配置 小笠医師会への情報発信ルートがある 感染管理認定看護師教育機関合格1名 	<ul style="list-style-type: none"> 院内感染・アウトブレイク発生 加算が取得できず、返金がある 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 AST加算取得のための活動内容が手探り状態 AMR対策は、中東遠地域全体で推進する必要があるが、認知度が低い
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	<ul style="list-style-type: none"> 1回/週感染対策推進委員とICT合同の環境ラウンド 相互ラウンドで毎年外部評価をしている 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 患者・家族への手洗い指導の定着 ASTI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 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策推進委員の直接観察評価で手指衛生への取り組みを強化する 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 感染管理認定看護師の育成 中東遠地域の感染対策を相互評価で強化する 	<ul style="list-style-type: none"> ICT・感染対策推進委員が中心となり、院内感染・アウトブレイクを防止する 職員が針刺し・曝露をしないように、各部門で感染対策推進委員が活動する 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
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	<ul style="list-style-type: none"> 手指衛生への取り組みが不十分(使用回数3.8回) インスリン針刺しが9件(33%)、曝露は10件(2.2倍) 委託職員と実習生のワクチン接種が不十分 院内外のAST認知度が低い 周術期抗菌薬24時間停止率が59% 特定抗菌薬使用前検査未施行・血培採取1セットがある 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策推進委員と外部の評価を得て、段階的にアルコール使用回数を増加する 外部と比較し、針刺し・曝露等の分析・評価をして、対策を立案する 情報発信を行い、ASTの認知度を上げる 周術期パスを見直し、術後24時間停止率を適正化する 	<ul style="list-style-type: none"> ワクチン接種を計画的に行い、針刺し・曝露等による職員・学生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** ラウンドの充実と推進委員を中心とした活動
ASTによる抗菌薬適正使用への介入
- 弱み** 手指衛生への取り組みが不十分、針刺し・曝露等が減少しない
AST認知度が低い、周術期抗菌薬24時間停止率が59%
特定抗菌薬使用前検査未施行・血培採取1セットがある
- 機会** 診療報酬改訂(590点)、地域連携加算の連携施設の増加、AST専従配置
- 脅威** 院内感染によるアウトブレイク、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 手指衛生への取り組み強化、専門資格の育成
地域にAMR対策を普及、周術期抗菌薬の適正化
中東遠地域の感染対策強化

段階的

戦略目標 針刺し・曝露等の減少

差別化

戦略目標 AST活動の盤石化

感染対策部門

中期目標

業績指標(評価指標等)

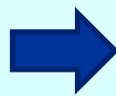
※中東遠地域でトップの感染対策を誇る病院となる

1.職員自らが職業感染防止を行える



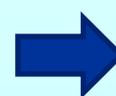
(1)ゴーグル着用・持参率 100%

2.職員の手指衛生実施



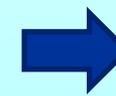
(1)1日1患者アルコール使用回数 14回以上

3.厚生労働省のAMR
アクションプランを達成
※AMR・・・薬剤耐性



- (1) 黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率20%以下
- (2) 大腸菌フルオロキノロン体制率 25%以下
- (3) 全体の抗菌薬使用量33%削減
- (4) 経口セファロスポリン薬50%削減
- (5) 経口フルオロキノロン系50%削減
- (6) 経口マクロライド系50%削減

4.中東遠地域の感染対策の充実



(1)相互評価A項目 80%以上

5.トップクラスの研修病院を目指す



(1)感染専門資格者の育成 4名増加

感染対策部門

2019度の 戦略目標

3.AMR 対策活
動の周知



- (1) 市民講座開催回数
- (2) きんもくせい投稿回数
- (3) ASTニュース発行回数
- (4) 感染症勉強会開催回数

4.AMR 活動の
推進 AMR・・・薬剤耐性



- (1) 開業医への情報提供回数
- (2) 小笠医師会で講演会開催

5.術後抗菌薬
停止率の増加



- (1) 周術期抗菌薬の変更件数

6.AST 活動の
定着



- (1) 検討・介入件数、コンサルテーション件数
- (2) 特定抗菌薬使用前の検査採取率
- (3) 血培採取率
- (4) 特定抗菌薬のAUD維持率

AST・・・抗菌薬使用支援チーム

業績指標 (評価指標等)

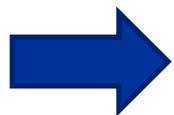


感染対策部門

2019年度の
戦略目標

業績指標
(評価指標等)

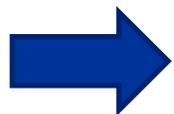
7. 中東遠地域の相互評価基準の見直し



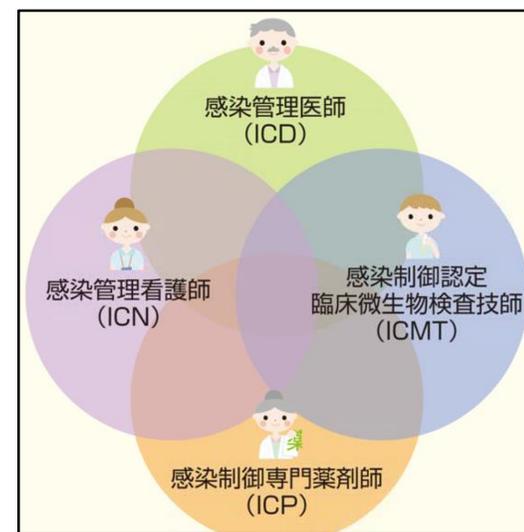
(1) 相互評価表の基準の作成

表24 感染防止対策地域連携加算チェック項目表			
評価基準	A	適切に行われている。あるいは十分である	
	B	適切に行われているが改善が必要。あるいは十分ではない	
	C	不適切である。あるいは行われていない	
	D	資料不備(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)	
評価実施	年月日:	評価対象医療機関名: 中東遠域を医療センター	
A. 感染対策の組織		評価	資料の有無
1. 院内感染対策委員会	1)	委員会が定期的に開催されている	
	2)	委員長をはじめとする感染管理委員が参加している	
	3)	議事録が適切である	
2. 感染対策を実施を行う組織(IGT)	1)	単位の院内感染管理室を配置、感染防止に係る部門を設置している	
	2)	感染対策に3年以上の経験を有する単位の感染医がいる	
	3)	感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関する適切な研修を終了した単位の感染医がいる	
	4)	3年以上の感染医経験を有し、感染対策に関する単位の感染医がいる	
	5)	3年以上の感染医経験を有し、感染対策に関する単位の感染医がいる	

8. 専門資格者の育成



(1) 専門資格者の1名増加



感染対策部門

詳細

1. 針刺し・曝露等の減少

(1) ゴーグル着用の定着

目標:ラウンドA評価60%



✓ ラウンド時のゴーグル持参率・着用率の調査

(2) 携帯用廃棄容器持参の定着

目標:ラウンドA評価70%



✓ ラウンド時の携帯用廃棄容器持参率の調査

(3) 針刺し・曝露等防止への 分析・検討

目標:報告書提出100%



- ✓ 発生時の状況調査
- ✓ 報告書の提出集計(発生の分析)
- ✓ 対策の検討・立案
- ✓ 対策が実施出来ているかの評価

(4) 安全器材の検討

目標:検討1事例以上



✓ 安全機能付きインスリン針の検討

2. 手指衛生への取り組み

(1) 患者・家族の手指衛生の定着

目標:手指衛生指導率98%維持



✓ 手指衛生指導状況調査

(2) 職員の手指衛生実施率の 向上

目標:1日1患者アルコール使用回数
4.8回



- ✓ 推進委員への手指衛生指導
- ✓ 毎月5人の直接観察法の実施・集計
- ✓ アルコール手指消毒剤使用量調査・集計

感染対策部門

詳細

3. AMR対策活動の周知

(1) 地域全体にAMRを普及する
目標:市民講座の開催



✓ 市民講座の開催

(2) きんもくせいへの投稿
目標:1回/年以上の投稿



✓ きんもくせいへの投稿

(3) ASTニュースの発行
目標:1回/月以上の発行



✓ ASTニュース発行を計画的に行う

(4) 感染症勉強会の開催
目標:毎月1回開催



✓ 毎月第2木曜日の開催
✓ ポスター掲示
✓ ナレッジに掲載

4. 中東遠地域のAMR活動推進

目標:毎月1回小笠医師会・磐周医師会への情報提供



✓ 磐周医師会・袋井医師会に情報提供
✓ 小笠医師会で講演会開催

5. 周術期抗菌薬の適正化

目標:全周術期クリニカルパスのうち適正化を70%以上



✓ 過去のQIデータの分析
✓ 全パスの抗菌薬使用状況の抽出

感染対策部門

詳細

6. AST活動を定着

(1) ASTラウンドを定着し、抗菌薬適正使用を支援する

目標：検討率100%、介入率50%、コンサルテーション150件/年



- ✓ 特定抗菌薬使用患者・血培陽性患者・長期抗菌薬使用患者チェック
- ✓ AST会2回/週開催
- ✓ 介入症例基準の明確化
- ✓ 主治医との検討
- ✓ 介入後の後追い調査
- ✓ コンサルテーション内容のニュース作成
- ✓ 医師へのアンケート実施

(2) 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

目標：検査採取率95%以上



- ✓ 必要性の説明(医師オリエンテーション)
- ✓ 未施行症例の検討
- ✓ 依頼書の発行・未提出理由の検討・主治医との話し合い

(3) 血培複数セット採取理解を深める

目標：検査採取率95%以上



- ✓ 必要性の説明(医師オリエンテーション)
- ✓ 看護師への必要性の教育
- ✓ 1セット採取症例の検討
- ✓ 依頼書の発行・理由の検討・主治医と話し合い

(4) 特定抗菌薬AUDを維持する

目標：カルバペネム25以下、
抗MRSA薬10以下、
ニューキノロン薬4以下



- ✓ 毎月AUD統計の算出

7. 中東遠地域の相互評価基準の見直し

(1) 中東遠地域の相互評価基準表を作成し、相互評価視点を統一する

目標 : 評価基準作成率 100%



- ✓ 中東遠地域における過去の相互評価結果を検討
- ✓ 評価基準ABC項目内容を設定
- ✓ 評価基準表の作成
- ✓ 新評価基準表を使用し相互評価の実施
- ✓ 新評価基準表の見直し・評価

8. 専門資格者の育成

目標 : 感染専門資格者を1名育成



- ✓ 感染対策管理室兼任看護師の確保
- ✓ 感染管理認定看護師教育機関合格者へのサポート

- ◆ 中東遠地区への感染対策及びAMR対策の普及
- ◆ 周術期抗菌薬術後24時間停止率の向上
- ◆ AST活動の盤石化

香川市・徳井市病院企業体立
中東遠総合医療センター

病院日より
vol.74
発行元
7月号

診療科から No.24 総合内科

バイ菌の病気 総合内科部長(科長)兼 臨床研修センター長 伊藤 裕司
兼 AST長

世の中には多くの菌がありますが、「感染症」にかかったことのない方はいないでしょう。感染症とは、バイ菌(様々な病原微生物)が体内に入ると増殖した結果として臓器の機能を低下させてしまう菌の病みです。バイ菌の種類も多く、1つのバイ菌でも菌が繁殖すれば、違う病名の感染症になります。

【菌】という菌は、「ウイルス」というジャンルのバイ菌が嫌や菌などについて悪さをする菌で、【肺炎】という菌は、多くの場合に【菌】というジャンルのバイ菌が嫌や菌などについて悪さをします。もちろんウイルスが嫌や菌の中にも肺炎菌は存在しますが、【菌】というジャンルのバイ菌も存在します。

昔々、感染症が怖い意味で恐れられていました。現在世界で人が亡くなる一番の原因は感染症ということになっていますが、現在のままでは2050年までに半数以上が「菌」による死亡が予測されています。菌という計算がされています。感染症の原因であるバイ菌が他の人にうつることで、菌性菌も世界中に広がってしまうことが懸念されているのです。これら感染症が起きる時に伝える認識である抗菌薬-抗ウイルス薬-抗真菌薬が効かなくなると、治療ができなくなったり、治療の選択肢が狭くなるために治療しにくくなる可能性があります。場合によっては菌性菌で命を落とす患者さんもいるかもしれません。

菌性菌はどのように作られてきて、どうしたら少しでも作らなくなるのでしょうか。実は市民の皆さんの協力がとても大切なのですが、詳しい話は8月31日(土)に当院で予定しています。医療市民講座にぜひご参加いただき、一緒に勉強しましょう。

昨年度結果！
AST(Antimicrobial Stewardship Team)・抗菌薬適正使用支援チームのご紹介！
国の4つの菌性菌対策推進プロジェクトに、医師・薬剤師・検査技師、各職種で参加しています。
菌性菌は「菌性菌」にかかっている又はかかりやすい患者さんが多くいます。抗菌薬適正使用委員会に必要なたすけに協力し、必要のない時は使わないことが菌性菌対策にはとても大切です。私たちは抗菌薬が正しく使用され、適切な感染症治療が行えるように頑張っています。

微生物検査中の検査技師
ASTメンバー(医師・薬剤師・検査技師)
手術室で抗菌薬適正使用の薬剤師

医療市民講座 特別編
クスリが効かない
バイ菌の話

薬が効かなくなったら
どうしよう…

感染症の治療がしにくく
なるって本当？

将来そうならないために
今、私たちにできることは？
この講座でわかりやすくお話しします！

2019年
8/31(土)
10:00~(開場9:30)

中東遠総合医療センター
3階 大会議室
定員200名(先着順)
申込不要・入場無料

講演: 菌性菌対策推進プロジェクトに
参加している医療従事者から、菌性菌対策の
重要性や菌性菌対策の現状について
講演: 伊藤 裕司(総合内科部長 兼 AST長)
兼 志賀 昌樹(内科部長) ほかASTスタッフ

AST(Antimicrobial Stewardship Team)とは…
菌性菌対策の推進を目的として、医師・薬剤師・検査技師、各職種で参加しています。
菌性菌対策の推進を目的として、医師・薬剤師・検査技師、各職種で参加しています。

中東遠総合医療センター 経営戦略室 ☎0537-21-5555(代)

香川市・徳井市病院企業体立
中東遠総合医療センター

感染対策部門

感染症・抗菌薬に関する相談に いつでも対応します！！

アピールポイント・注目点



医師・薬剤師・検査
技師・事務・看護師
など多職種で相談に
応じます！

感染対策部門

1. 患者様と御家族・職員のために
感染症を予防します！
2. 抗菌薬を適切に使用できるように
支援します！

決
意



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会 雛形案

臨床研究管理室

部門紹介

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）

【治験審査委員会・臨床研究倫理審査委員会事務局】

- ◇ 委員：14名（外部有識者3名含む）



昨年度(2018年度)の目標及び結果

□ 治験・研究・調査の院内体制の充実

- ・75%がやっと
- ・省令や法律変更及びガイドラインの発出が施行ギリギリ
- ・次々に出てくるQ&A
- ・その時々で見解が異なる・・混乱の渦

□ 文書管理の徹底

- ・80%の達成
- ・保存期間の再確認、資料の廃棄の実施
- ・申請書類の整理



臨床研究管理室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
<p>【平成30年度実績】 治験 5件 臨床研究 65件、特定臨床研究2件 製造販売後調査 68件 副作用報告 2件</p> <p>【スタッフ】 室長 山本副院長 事務・CRC 4名（兼任 2名 含）</p> <p>【治験審査委員会・臨床研究倫理審査委員会】委員 計 14名</p> <p>【関連法規等の改訂】 臨床研究法への対応</p> <p>【研修機会】 講習会の実施</p> <p>【資格取得】 日本臨床試験学会(JSCTR)認定GCPパスポート 一般社団法人日本癌治療学会認定 がん医療ネットワークナビゲーター 骨粗鬆症学会認定 骨粗鬆症マネージャー</p>		<p>(3)機会 (Opportunity)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>(4)脅威 (Threat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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） 院内で実施の検査等に関する精度管理の要求の増加 病院知名度が低い 臨床研究法施行も審議資料が委員会によってまちまち 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) 法令に関する文書が頻繁に発信されている 資格認定者の確認をされることがある
内部環境	<p>(1)強み (Strength)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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期情報システムの検討 	<p>積極的</p> <p>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</p>	<p>差別化</p> <p>S1.2・T4,5,6 治験（実施医療機関）手順書改訂、院内マニュアルの整備</p>
	<p>(2)弱み (Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、書類取り扱いの理解が乏しい CRC教育プログラムが無い 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（臨床研究法、倫理指針の変更対応） 特定臨床研究の実施が開始されたが、知識が少ない、罰則（罰金）が発生する可能性 研究等の申請手順が守られない 治験及び研究のシステムが無い（導入はされない） 現行検索システム等使用上の制約が多い システム等の使用がCRCとして独立していない 必須文書の保管場所が無い、必須文書の増加 認定試験受験及び継続が業務上難しい（費用、時間） 	<p>弱点克服</p> <p>W1,2,3・O2,3 CRC及び事務教育機会を生かしてレベルアップ W6.7.8、・O2,3 手順等の変更、院内への周知・徹底 W9.10.11・O3 業務上必要なシステム等の検討及び検討への参画</p>	<p>リスク回避</p> <p>W2・T3,4 院内・院外への情報発信 W9.10.11・T1,4 患者スクリーニングの強化し、実施率を向上 W12・T5,6 必須文書の増大あり、保管場所の検討が必要 W6.7.8・T3.4.5.6.7申請の手順書整備 W13・T8認定者の育成及び試験受験機会の獲得</p>

現状・取り巻く環境

- 治験・研究の知識が少ない・・許可前に研究実施
研究計画書が書けない
- 治験受託件数の減少・研究実施件数の増加
- GCP・臨床研究法の変更、Q&Aの発出が多く、体制整備が追いつかない
- 認定者の有無を確認される(CRC・オンサイドモニタリング)

SWOT分析の結果

- 医療機関の体制整備(治験・研究)
- 業務の効率化
- 教育の充実
- スタッフのレベルアップ



臨床研究管理室

中期目標

円滑な治験・研究の実施

□ 省令に沿った手順書の変更
(ICH-GCP変更による)

□ 臨床研究法対応手順の整備

□ 研究申請手順が定着する

□ 認定者の育成

□ 次世代の育成

業績指標 (業績評価指標等)

□ 治験に関する手順書修正

□ 必要な手順書の作成

□ 確実な研究事前申請
(実施中研究100件/年)

□ 認定の取得(CRCだけでは
取得困難、がんなどは研究
実績が必要)

□ 研究に係るスタッフの
育成・雇用



臨床研究管理室

2019年度の戦略目標

□ 治験・研究・調査の院内体制の充実



□ 教育の充実



□ 管理室職員のレベルアップ



業績指標 (業績評価指標等)

- 手順書作成状況
- プロセス、原資料の特定化
- 情報システムへの参画・使用体制の構築
- 申請手順の見直し
- 申請書類の雛形の作成
- 研究・調査申請の効率化

- 講演開催、CRC研修参加
- 研究申請手順の周知

- 認定者の育成



臨床研究管理室

詳細

- 治験・研究・調査の院内体制の充実
 - ① 臨床研究法対応の手順書作成
 - ② 治験手順書改訂
 - ③ 治験プロセスの再検討
 - ④ 第2期情報システム検討への参画
 - ⑤ 研究・調査申請の効率化
- 研究教育の充実
 - ① 教育機会の提供
 - ② 申請手順の周知
- レベルアップ
 - ① 認定者の育成
 - ② 研究への関り



臨床研究管理室

アピールポイント・注目点

- 静岡県やおとうみ臨床試験ネットワークを通して、早い情報入手による、手順書改訂及び問題点の対応が可能
 - 研究の申請の手引きを検討し、雛形の作成により、計画書等の作成の手助けに
 - 今後、GCP及改訂及び研究実施の法令化を見据えた対応を検討
 - 認定取得には実績が必要(がん認定・症例数)
 - 産学連携の研究への参画(AMED・ネットワーク)
- 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・調査の支援をする部署です



臨床研究管理室

決意

- 治験・研究実施の推進
- 研究申請が分かりやすく
- 身近な臨床研究管理室で

今年の臨床研究の講習は

8月29日

研究実施には毎年講習会に
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



2019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 —

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	河合 徹	(医師)
次 長	長谷川 修一	(事務)
主 幹	杉山 久美子	(看護師)
主 幹	村上 真弓	(看護師)
主 幹	西尾 宜紀	(事務)
副看護師長	兼子 仁美	(看護師)
主 査	増田 令子	(事務)
主 査	大村 泰久	(事務)



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



教育・研修センター

昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 全職種共通研修のさらなる充実

	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	管理職研修 (モチベーションマネジメント)
参加人数	37名	45名	45名	46名	69名
研修後の自己評価 【理解度】 目標 90%以上	100%	98%	95%	97%	76%



2. 部門別研修の支援体制の強化

	目標	結果
(1) 部門別研修の充実	情報交換会 2回以上	2回開催
(2) 各部門や委員会で実施する研修会の支援	100%実施	100%実施
(3) 事務職員の人材育成計画、研修計画の策定	100%実施	方針決定



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) 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. 職員意識調査を外委託し、分析結果を得る機会がある O6. 病院全体として教育研修に力を入れている O7. 各専門職の認定資格制度がある O8. 病院採用事務職員が増加している	(4)脅威 (Threat) 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
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、4年が経過している S2. 全職種共通研修を実施し、受講者からはすべての研修で理解度90%以上を得ることができた S3. H30年度職員意識調査の結果、当院の組織タイプは「活性型」に分類され、意欲度・満足度が高い職員が多い(全体の51.6%) S4. 教育研修センターが設置され、院内全体の研修管理を行っている S5. 院外研修参加における出張基準を作成しており、計画的に院外研修に参加できる環境となっている S6. 各職種で新人研修プログラムが作成されている	S1.O2. 病院職員として確立した人材育成 S3.S6.O1.O2. 急性期病院に必要な専門的知識・技術の習得 S3.O3.O4. 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.O2.O3.O4. 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.O5..O6 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.O3.O4 全職種共通研修の継続的に実施し、多くの職員が研修に参加できる機会を設ける S5.S6.O7 院外研修を活用し、専門職としての質向上に努める S4.S6.O6 各職種の研修プログラムを集約することで、職種間での情報共有が可能になるとともに、病院の強みとしてPRIに活用できる	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、教育を受ける機会が少ないと感じている職員がいる W5. 全職種共通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. 各専門職の認定資格の取得状況が把握できていない	W1.O4. 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.O5. 適切な人事評価ができるための管理職研修の実施 W4.O6 全職種共通研修の実施回数を増やし、受講者は公募も採用するなど、研修機会の増加を図る W5.O6 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 W6.O7 各専門職の認定資格を活かすために、取得状況を集約する	

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
- 病院全体として教育研修に力を入れている
- 職員満足度調査の結果、教育を受ける機会が少ないと感じている職員がいる
- 各専門職の認定資格の取得状況が把握できていない

SWOT分析の結果

積極的

- ◆各職種の研究プログラムを集約する
- ◆全職種共通研修の実施回数を増やす
- ◆各専門職の認定資格を活かすため、取得状況を集約する

段階的・弱点克服

- ◆出席者が満足できる仕組みの検討

教育・研修センター

中期目標

1. 職員の質向上を図ることで、地域の医療従事者の質向上に貢献する
2. すべての職種において教育プログラムを作成し、実践する
3. 各種専門資格、認定資格の取得推進と活用

業績指標 (評価指標等)

- ➡ 公開講座の実施
臨床カンファレンスの開催
- ➡ 中東遠総合医療センター
職員教育プログラムの作成
⇒ 病院の強みとしてPR
- ➡ 資格取得計画、育成計画の策定

教育・研修センター

2019年度の戦略目標

1. 全職種共通研修のさらなる充実



①全職種共通研修の継続実施

②より効果的かつ実践的な研修の企画

2. 全職種の教育体制の強化



部門別教育プログラムの把握と支援

3. 各職種の認定資格の把握



職種別の認定資格取得状況の把握

4. 地域連携事業の把握



地域の医療機関を対象とした研修会等の実施状況の把握

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 より効果的かつ実践的な研修内容の企画
⇒現場で求められている内容を取り入れた研修の企画
- ② 経験年数に応じた全職種共通研修の継続実施

目標
新しい分野の研修実施
満足度 90%以上

	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

目標
研修後のアンケート
理解度 90%以上

目標
3か月後の実践評価アンケート
実践度 3.8以上
(5段階評価)

教育・研修センター

詳細Ⅱ

2. 全職種の教育体制の強化

- ① 部門別ヒアリングにより、教育プログラムの作成状況を把握
- ② 部門別教育ワーキングにより、部門間で情報共有
⇒ 来年度以降の内容更新に向けた準備



目標

実施率 100%

3. 各職種の認定資格の把握

部門別ヒアリングにより、職種別の認定資格取得状況を把握

目標

実施率 100%

4. 地域連携事業の把握

各診療科・部門で実施している地域の医療機関を対象とした研修会等の実施状況を把握

目標

実施率 100%

1. 全職種共通研修の開催を増やし、新しい分野の研修も企画していきます

**実践的で満足度の高い研修をお約束します。
多くのみなさんのご参加をお待ちしています！**

2. 日本トップクラスの臨床研修病院を目指して、病院全体の教育プログラムを可視化します

今年度は部門別の教育プログラムの把握と共有を行います。ご協力よろしくお願ひします。

2019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 工 学 室 —

部門紹介1

【臨床工学技士19名】

・男性15名(新人1名)、女性4名

【24時間待機(1日あたり3人の呼び出し体制)】



よろしくお願ひします



平成31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

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

臨床工学部門

昨年度(2018年度)の目標及び結果

1 診療材料費の削減



インデフレーター及び対極板の見直し
を行い年間**70万円**の削減

2-a 透析患者のQOL向上



通常 of 血液透析より透析合併症の予防
効果が見込める血液透析濾過の施行人数
目標50人に対して、**50人**の導入

2-b 慢性維持透析濾過加算
(50点)の算定



血液透析濾過の導入により
年間**360万円**の増収

臨床工学部門

中期目標

- 1.複数業務を行える体制構築
- 2.手術室における診療科増に対応する体制作り
- 3.知識・技術の習得
- 4.研修医への医療機器研修を充実させる

業績指標 (業績評価指標等)

緊急呼び出しや、急な業務の追加などの対応に備えるため、
スタッフ一人一人が2部署以上に
ローテーション可能な体制を整える

心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、
形成外科の手術と機器の知識・技術の
習得に努め、それぞれの症例に
2人以上のスペシャリストを育成する

認定資格取得
1人 2資格以上保持・取得を目標

年2回の開催と研修医の受講率100%を
目指す

臨床工学部門

2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 診療材料費の削減



年間**50万円**以上の削減

2. 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

3. 知識・技術の習得



H31年度研修参加件数増加
H30年度実績 5.06件／名
H31年度目標 **7 件**／名

部署内の勉強会を**毎月**実施

1. 診療材料費の削減
 - ・透析穿刺針・ダイアライザ・光源ランプなどの価格の調査
 - ・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. 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(人工呼吸器・輸液・シリンジ)を予定
3. 知識・技術の習得
 - ・学会・講習会などの情報を掲示・斡旋
 - ・スタッフの研修・学会等参加状況の把握
 - ・研修・学会等での習得知識をスタッフ間で共有
 - ・部署内で勉強会を1(回/月)行う



- ・ME管理機器の勉強会等依頼あれば気軽に相談してください！
- ・ME機器の故障や不具合、使い方など気軽にお問い合わせ下さい
- ・スタッフ全員が2つ以上の認定資格取得を目指しています！



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努めます。
- 継続的に医療機器研修を行い、院内教育に携わることで医療安全に貢献します。



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

栄 養 室

部門紹介

- ◆ 管理栄養士8人
作業補助者1人
- ◆ 給食数30,200食／月
- ◆ 栄養指導件数356件／月
- ◆ 管理栄養士病棟配置



栄養室 昨年度（2018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356件／目標月350件） 糖尿病教室実施	○
2 給食業務の安定	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）	○
	給食業務人員確保	△
3 栄養管理体制の確立	NSTカンファレンス （実績月55症例／目標100症例） NSTイブニングセミナー（年1回開催）	△

栄養室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理栄養士8人 作業補助者1人 ◆ 食数:30,200食/月 ◆ 栄養指導件数:356件/月 ◆ 給食業務全面委託(シダックス) 	(3) 機会 (Opportunity)	(4) 脅威 (Threat)	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 診療報酬改定による減収の可能性 ◆ 委託会社の人員不足 ◆ 食中毒や食物アレルギー事故 自然災害の脅威 	
内部環境	(1) 強み (Strength)	積極的	差別化
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 食事がおいしい ◆ 管理栄養士の病棟配置 ◆ 認定資格取得者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ チーム医療への参画 ◆ 認定資格取得の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 委託会社スタッフとの情報共有 ◆ おいしい食事の提供
	(2) 弱み(Weakness)	段階的	リスク回避
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 新人や子育て中の職員が多くマンパワー不足 ◆ 給食委託会社の人手不足を補う必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ワークライフバランスの確立 ◆ 教育研修体制の確立 ◆ 適切な人材確保 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 委託契約交渉の継続 ◆ 栄養部門の収益確保

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**
- ◆ 新人や子育て中の職員が多く**マンパワー不足**

SWOT分析の結果

- ◆ チーム医療への参画
- ◆ 給食業務人員確保
- ◆ **ワークライフバランス**の確立
- ◆ **教育**研修体制の確立



栄養室

病院給食の働き手不足

新人や子育て中の職員が
多くマンパワー不足

教育とワークライフバランス

中期
目標

- ◆ 安定した給食運営
- ◆ 栄養管理体制の確立
- ◆ 栄養指導件数の増加

2019年度の戦略目標

◆ 安定した給食運営

◆ 栄養管理体制の確立

◆ 栄養指導件数の増加

業績指標

◆ 給食業務の効率化
(4項目以上/年)

旧 (Old Form):

食物アレルギー確認票

氏名 _____ (姓) _____ (名) _____ (生年) _____ (年) _____ (月) _____ (日) _____ (住所)

生年月日 _____ (年) _____ (月) _____ (日) (就学) _____ (期) _____ (学期) _____ (学期) _____ (学期) _____ (学期)

住 所 _____ (住所)

安心して食事を召し上がっていただくために、食物アレルギー(食べると症状が現れる食物)の確認にご協力をお願いします。

食物アレルギーはありますか? (アレルギーによるものがあります)

あり _____ なし _____

「あり」と答えた方は、下記の食べると症状が現れる食物に口を記入してください。ひとつでも該当がある場合は保健士や栄養士の詳細確認のためにお伺いします。

食べると症状が現れる食物

<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> いくる
<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> あわび
<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> 落花生
<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> くるみ
<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> バナナ
<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> キウイフルーツ
<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> オレンジ
<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> もも
<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> りんご
<input type="checkbox"/> さび	<input type="checkbox"/> やまいも
<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> まつたけ
<input type="checkbox"/> かじ	<input type="checkbox"/> せうたん
<input type="checkbox"/> その他食物アレルギー(食べると症状が現れる食物を記入してください)	

「あり」の場合

受け持ち看護師は、入館時の食事オーダーに左食の場合でもアレルギー情報を記入する。

---サインをして、栄養士宛紙に入れる。

確認サイン 受け持ち看護師 _____ (月 日) _____

給食管理栄養士 _____ (月 日) _____ 2019年度

新 (New Form):

食物アレルギー確認票

氏名 _____ (姓) _____ (名) _____ (生年) _____ (年) _____ (月) _____ (日) _____ (住所)

生年月日 _____ (年) _____ (月) _____ (日) (就学) _____ (期) _____ (学期) _____ (学期) _____ (学期)

住 所 _____ (住所)

安心して食事を召し上がっていただくために、食物アレルギー(食べると症状が現れる食物)の確認にご協力をお願いします。

食物アレルギーはありますか? (アレルギーによるものがあります)

あり _____ なし _____

「あり」と答えた方は、下記の食べると症状が現れる食物(アレルギー除去が必要な食物)に口を記入してください。アレルギー除去のために、お問い合わせがあります。

食べると症状が現れる食物(アレルギー除去が必要な食物)

<input type="checkbox"/> 乳 (口牛乳のみ 口乳製品まで)
<input type="checkbox"/> 卵 (口卵のみ 口卵製品まで)
<input type="checkbox"/> 小麦 (口小麦のみ 口小麦製品まで)
<input type="checkbox"/> 大豆
<input type="checkbox"/> えび
<input type="checkbox"/> かじ
<input type="checkbox"/> その他食物アレルギー

「あり」の場合

受け持ち看護師は、入館時の食事オーダーに左食の場合でもアレルギー情報を記入する。

---サインをして、栄養士宛紙に入れる。

確認サイン 受け持ち看護師 _____ (月 日) _____

給食管理栄養士 _____ (月 日) _____ 2019年度

ンス
(月)

(月)

アピールポイント1 他部門とのコミュニケーションの良さ



アピールポイント2 認定資格・専門資格試験に合格

- ◆ 糖尿病療養指導士 (CDE)
- ◆ 病態栄養専門管理栄養士
- ◆ 栄養サポートチーム (NST) 専門療法士
- ◆ がん病態栄養専門管理栄養士・研修指導士



糖尿病

8名



病態栄養

5名



NST

1名



がん

2名

◆ 学会誌 J S P E N

◆ 日本病態栄養学会 (パシフィコ横浜)

JSPEN Vol. 1 (2) : 2019

症例報告

血液透析中に非閉塞性腸間膜虚血 (NOMI) を発症し空腸ストーマ・回腸粘液嚢となった症例に対して行った「腸液返還」の経験

Clinical experience with postoperative sacrus enteric reflux: a case of hemodialysis patient who underwent jejunostomy and mucous fistula due to non-occlusive mesenteric ischemia

天野香世子¹⁾ 川合亮佑²⁾ 飯島 碧¹⁾ 福海奈歩³⁾ 大村泰正³⁾
松島 暁⁴⁾ 宮地正彦²⁾

Kayoko Amami¹⁾, Ryouuke Kawa²⁾, Midori Sameshima³⁾, Naho Fukuzumi³⁾, Yasuuma Otsuru⁴⁾, Satoru Matsumoto⁴⁾ and Masahiko Miyachi²⁾

福川市・県井市病院企業団は 中央連絡救命センター 栄養室¹⁾, 同 外科²⁾, 同 看護部³⁾, 同 救急科⁴⁾
Department of Nutrition¹⁾, Department of Surgery²⁾, Department of Nursing³⁾,
Department of Emergency Medicine⁴⁾, Chitose General Medical Center

要旨: 症例は60歳代女性。血液透析中に非閉塞性腸間膜虚血 (non-occlusive mesenteric ischemia; 以下、NOMIと略) を発症し広範囲小腸切除および双孔式人工肛門造設術を施行し、トランプ套管から90cmの部位で空腸嚢となった。空腸嚢患者では消化液喪失などが問題となり低栄養に陥りやすいため、「空腸ストーマより排出された腸液を濾過し、回腸粘液嚢へ再注入すること」(以下、この手技を「腸液返還」と略) を導入し、静脈栄養とシンバイオアクセス療法を併用して栄養管理を行った。最終的には人工肛門を閉鎖し、中心静脈栄養を離脱して経口摂取のみで退院した。空腸嚢となった患者の全身管理法として、「腸液返還」は非常に有用な手技であると思われる。

索引用語: 腸液返還, NOMI, 空腸嚢
交付日: 2018年6月26日 採用決定日: 2019年2月20日 第33回日本病態栄養学会会長推薦課題

はじめに

非閉塞性腸間膜虚血 (non-occlusive mesenteric ischemia; 以下、NOMIと略) は、腸間膜血管に閉塞が存在しないにもかかわらず、腸間膜虚血や腸管壊死を呈する疾患である¹⁾。NOMIを発症し広範囲小腸切除となった場合は、空腸で人工肛門を造設することを余儀なくされる。空腸嚢では、消化液喪失、脱水、電解質異常、腸絨毛萎縮、パクテリアルトランスロケーション、腸肝循環の障害などの問題が発生し、低栄養に陥りやすい²⁾。

今回、血液透析中に発症したNOMIのため双孔式人工肛門を造設し空腸嚢となった患者に対し、「空腸ストーマより排出された腸液を濾過し、回腸粘液嚢へ再注入すること」(以下、この手技を「腸液返還」と略) を導入して術後の全身管

理を行ったので報告する。

症例

患者: 60歳代、女性
主訴: 腹痛
既往歴: 2型糖尿病、糖尿病腎症 (6年前に血液透析導入)、虚血性心疾患
現病歴: 201X年2月、近医で血液透析中に腹痛を発症し、当院救命救急センターへ搬送された。
入院時現症: 身長 154.7cm、体重 51.9kg、BMI 21.7 kg/m²、意識レベル JCS I-1、血圧 66/46mmHg、脈拍 113回/分、白血球数 78 × 10⁹/μL、CRP 3.51mg/dL、AST 45IU/L、AL-T2IU/L、CPR 81IU/L。腹部に圧痛や筋性防御等の腹膜刺激症状を認めた。腹部造影CTで、肝

92 日本病態栄養学会



アピールポイント4 採用試験に多数の応募者！



◆ 管理栄養士 **2** 名募集・応募者 **43** 名

決意

安定した給食運営

教育の充実とワークライフバランス



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

リハビリテーション室



新規採用 6名：経験者4名（PT2名・OT2名）、新人PT2名
スタッフ計 42名 PT 22名、OT9名、ST6名、MA2名、MS2名、事務1名

リハビリテーション室 昨年度(平成30年度)の目標及び結果

1. 早期リハビリテーション
早期離床の促進

ICUの早期リハ実施率100%
毎朝ICU・ECUカンファの参加

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

土日勤務実施

3. がんリハビリテーションの
推進、質の向上

4チームで稼働
188名/年、30044件の実施

4. 障害・介護予防教室実施
スポーツイベントの参加

23回/年開催

5. 収益維持

月平均2,470万円 達成

リハビリテーション室 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
平成30年度 部門収益 総収益: <u>3億2247万7650円</u> 月平均: <u>2689万5638円</u> 患者数: <u>8915名</u> 件数: <u>81455件</u>		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 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2名の介入 ■ 離床インストラクターの介入 ■ 院外研修の積極的参加 ■ がん患者数の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 病院機能評価Sランク ■ 各種資格取得者多数在籍 ■ ICU・ECUへPTを配置 ■ 地域貢献活動数が多い ■ カンファレンス開催が多い ■ 部門内会議で新たな取り組み ■ 部門内カンファレンスで情報共有 ■ 部門内勉強会・症例検討会 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ICU・ECUカンファレンスの参加 ■ ICU・ECUのPT配置を3名と増やし午前午後の離床 ■ 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 ■ がんリハ研修会1チーム参加 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 休日リハビリの段階的推進 ■ ICU・ECUでの積極的離床
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ハードワーク、業務が終わらない ■ 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 ■ コミュニケーション不足 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 業務の効率化 ■ 新人教育プログラムの有効活用 ■ がんリハ勉強会の開始 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ リハ内パスの作成

リハビリテーション室

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
- ICU・ECUでの超早期からの介入とリスク
- 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

- がんリハビリテーション研修5チーム目受講
- がんリハビリテーション勉強会開始
- 土日リハビリテーションの段階的開始
- 新人教育プログラムの修正
- リハビリテーション室内パスの作成
- ICU・ECUへのPT配置3名へ



中期目標

業績指標

1. **365日**のリハビリ体制
(疾患別リハビリチーム作り)

土日勤務スタッフの適正数の調査

2. より**急性期に特化**した
リハビリ体制

入院からリハビリ開始期間の半減

3. **がんリハビリテーション**の
充実・質向上

がんリハ対応スタッフを20名増

4. **収益の向上**

一人 85万円/月以上の収益

5. **教育プログラムの構築**

キャリアプログラムの作成

6. 地域関連機関との
連携強化

退院カンファ参加率50%
転院時サマリー作成率100%

リハビリテーション室 2019戦略目標

1. 救急救命センターのリハビリ機能強化・スタッフ育成
介入率100%、スタッフ3名対応



2. 知識・技術の向上
新人教育プログラム修正
キャリアプログラム策定
リハビリ内及びがん勉強会計40回
リハビリ内パス作成



先輩、膝を伸ばしきる力がありません

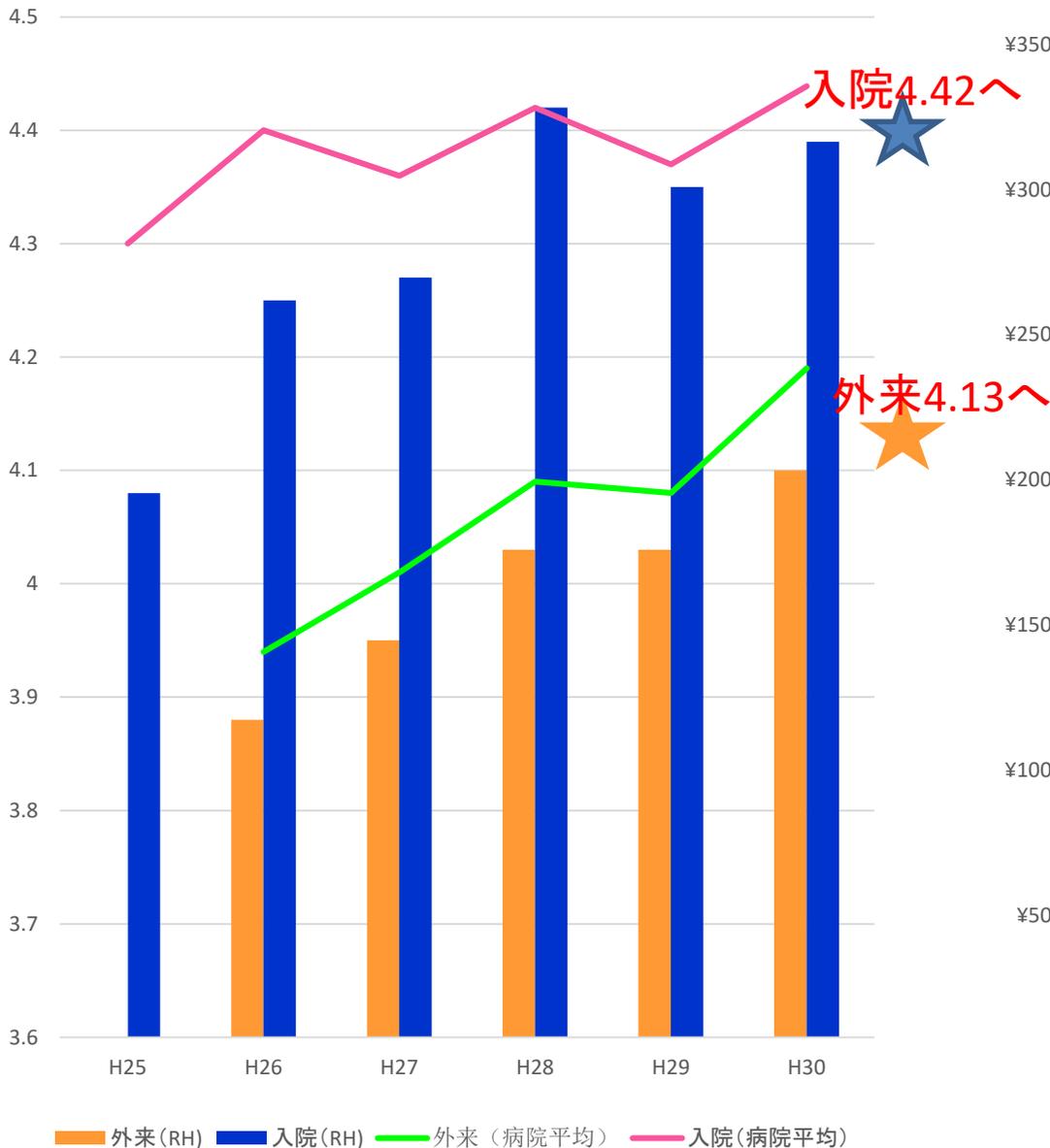


筋収縮を促すためにはね

新人指導

3. 患者満足度の向上

患者満足度調査



4. 月収益2821万円へ向上

収益



5. 地域社会への貢献

目標: 82回

掛川市駅伝チームトレーナー
掛川在宅介護者の会の講師
糖尿病患者会
糖尿病研究会
院外産後骨盤ケア教室
東海アクシス看護専門学校講師



健康体操講座



院内母親教室での指導



宿泊人間ドック者への運動指導



オリブの会での運動指導

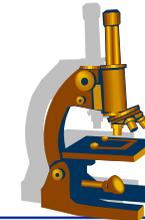


地域ケア会議

保有資格

3学会合同呼吸療法認定士(5)
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士(3)
心臓リハビリテーション指導士(2)
日本糖尿病療養指導士(2)
認定理学療法士(スポーツ)(循環器)
介護支援専門員(3)
福祉住環境コーディネーター(4)
日本離床学会認定離床アドバイザー
NASM-PES
国際ボイタ協会認定ボイタセラピスト
Fundamental Critical Support
BLS Instructor
初級呼吸ケア指導士
認知症ライフパートナー検定2級
糖尿病療養指導カードシステム指導者トレーナー(2)
糖尿病療養指導カードシステム研修修了者
接遇インストラクター
骨盤底筋エクササイズインストラクター
ひめトレ認定普及員
トコちゃんベルトアドバイザー
入谷式足底板上級者セミナー終了
がんリハビリテーション研修修了者(21)

2019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 令和元年7月11日(火)



超音波検査士(体表臓器領域)



細胞検査士



日本結核病学会認定抗酸菌症エキスパート



2級臨床病理技術士(微生物学)



部門紹介

2019年6月現在：48名（非常勤職員10名含む）

8F
7F
6F
5F
4F
3F
2F
1F

検査科診療部長：医師 1名

睡眠検査室：5名

病理診断科：医師1名
病理検査室：7名

血液検査
生化・免疫検査 } 10名
輸血検査
尿・一般検査
微生物検査室：4名

生理検査室：14名
（非常勤7名含む）
中央採血・採尿室：6名
（非常勤1名 看護師 1名
非常勤事務員2名含む）



病理検査室



睡眠検査室



検体検査・輸血検査室



微生物検査室



生理検査室



中央採血採尿室

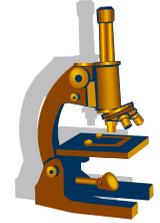


昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 職場リーダー育成と各部門における情報共有
リーダーによる情報交換会の定期開催 **→ 達成率:100%**
 2. 継続した専門性(認定資格)の習得
5年後を見据えた各部門における認定資格取得の推進 **→ 一部達成(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
**→ 2017年度;61%に対して2018年度;88% (継続目標)
(12日以上では71%)**

昨年度認定資格合格者一覧

おめでとう！！



超音波検査士(体表臓器領域)



細胞検査士



日本結核病学会認定抗結核薬処方エキスパート



2級臨床病理技術士(微生物学)



認定資格および保有者

- * 細胞検査士 6名
- * 国際細胞検査士 2名
- * 超音波検査士
体表臓器 3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
- * 医用マススペクトル認定士 3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 6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
- * 日本睡眠学会認定技師 2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
- * 日本結核病学会認定抗酸菌症エキスパート 1名



臨床検査室

中期目標

1. 継続した専門的な知識・技術（認定資格）の習得
（継続目標）

2. 検査室内研修会の実施
（継続目標）

業績指標 （業績評価指標等）

➡ 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%)

➡ テーマ・目標を決めて年6回実施
(100%)



2019年度の戦略目標

業績指標 (業績評価指標等)

1. 時間外勤務の削減
(継続目標)



業務の洗い出しと業務削減
のための検討。月60時間以内
(100%)

2. 休暇取得率の向上
(継続目標)



全員が12日以上休暇(夏期
休暇7日、有休休暇5日)を取得
(100%)

3. スムーズなシステム更新
作業の実施
(新規目標)



システム構築を行い更新を確実に
実施する(100%)



1. 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
2. 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
3. スムーズなシステム更新作業の実施
WG実施後の議事録作成などによる伝達
WG実施後の課題事項の検討



1. 認定資格者の充実
2. システム更新による迅速で正確な報告体制確立
3. 女性が多い職場でも働きやすい環境作り

医師をサポートする専門的な
技術・知識の習得を目指す



決意

- 良質な検査を提供するため、教育・研修を充実します
- システム更新による安全で正確な報告体制を整備します
- 職場環境を改善し職員意識(意欲と満足度)を向上させます



信頼される診療放射線室を目指します！

公益社団法人日本診療放射線技師会認定 □□□□
医療被ばく低減施設
掛川市・袋井市病院企業団立 □□□□
中東遠総合医療センター

診療放射線技師33名 受付事務員2名
(救急対応 日当直2名 (待機3名) 画像診断機器34台)



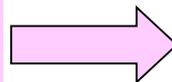
昨年度 (平成30年度) 目標・ 結果	昨年度目標 (平成30年度)	施策 (重要課題) 活動内容	結果 (業績評価指標)	
	患者サービス向上	待遇改善 昨年度行ったアンケートの解析 改善策の立案 → 実施 → アンケート	患者満足度の改善 ○ 外来 4.22 → 4.44 ○ 入院 4.51 → 4.55 △ アンケート未実施	○
		待ち時間短縮 待ち時間調査 → 改善策実施 → 効果検証 (待ち時間調査)	待ち時間 ○ 4.5分短縮 △ 積極的な施策はできなかった	
	教育体制強化	教育プログラムの作成 ① ベーシック (新人研修プラン) ② アドバンス (モダリティ別研修プラン)	○ ① ベーシック 完成 ○ ② アドバンス 完成	○
		研究発表推進 5演題 発表	○ 9 演題 発表 ◎ 1 演題は奨励賞!	
経営改善	放射線障害予防規定改定 (R I 法への対応) 改正予防規定完成 → 委員会承認 放射線規制委員会の受理	○ 予防規定完成 ○ 委員会承認済 △ 届出 未実施	△	

中期戦略目標

- 1 人間ドック受診者増加に対応できる体制を整える
- 2 地域がん診療連携拠点病院を目指す
- 3 検査数を増やし、増収に努める
- 4 患者様に思いやりのある接遇、丁寧な説明をおこなう
- 5 複数の業務をこなせる人材育成プラン、
専門性を維持するためのキャリア教育プランを実行する

2019年度戦略目標

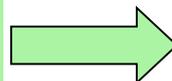
1 新医療情報システム移行



施策（重要課題）

第2期医療情報システム
新システム構築 → 移行

2 法令改正への対応



放射線安全管理体制の構築

3 認定・有資格者育成



育成計画策定 → 実施

4 紹介検査件数の増加



受入体制の充実・情報発信

5 情報発信



ホームページリニューアル

	戦略目標	施策（重要課題） 活動内容	結果 (業績評価指標)
詳	新医療情報システム移行	仕様書、構成の確認 電子カルテ、部門システムとの調整 システム研修	移行時のトラブルなし
	法令改正への対応	医療放射線安全関連法令の 対応策と体制の構築	放射線安全管理体制構築 放射線被ばく管理体制構築
細	認定・有資格者育成	長期育成プランの作成 → 実行	有資格者育成 3名
	紹介検査増加	受け入れ体制づくり 院外への発信	紹介検査件数 3%増
	情報発信	ホームページの精査 ホームページのリニューアル	新ホームページ完成





基礎データ		外部環境分析		
<ul style="list-style-type: none"> □ 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)	
	<ul style="list-style-type: none"> O1 地域の中核病院 O2 生活習慣病、がん患者、高齢者増加 O3 基幹病院として地域住民の期待 O4 業務拡大 O5 機器の更新 O6 第2期医療情報システムの更新 O7 静岡県地域がん診療連携推進病院 O8 放射線障害防止法改正 O9 医療放射線安全管理体制の構築 O10 ホームページのリニューアル 	<ul style="list-style-type: none"> 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 		
病院内分析	(1) 強み (Strength)	積極的		差別化
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> O2.O5,S1 高額機器の共同利用 (紹介率増加) O2.O5.S1 院外画像参照システム導入 O1.S2 24時間対応体制 		<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> 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 待遇・患者満足度の低下 W9 他院依頼検査数の減少 	<ul style="list-style-type: none"> 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 待遇改善 		<ul style="list-style-type: none"> T3.W1 検査予約・検査待ち時間短縮

現状・取り巻く環境

- 地域の中核病院
- 第2期医療情報システムの更新
- 機器の更新
- 放射線科医の減少
- 静岡県地域がん診療連携推進病院
- 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

SWOT分析の結果

- 新情報システムへの移行
- 医療放射線安全管理体制の構築
- 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
- 他院依頼検査件数の増加
- 地域医療への貢献

診療放射線室

2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

薬 劑 部 門

部門紹介

◆ 構成人数

薬剤師：29名 (非常勤1名を含む) ※うち現在2名育児休暇中
MA：4名
事務員：3名

◆ 薬剤管理業務

- 薬剤管理指導算定件数 2,216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
- AST薬剤師の専任

◆ 採用医薬品の概要

- 全採用医薬品数：2,531剤 (院内採用2,139剤)
- 後発医薬品指数：84.51% (※3月時点平均)

◆ 休暇取得日数

- 夏季休暇平均取得日数：5.7日
- 年次休暇平均取得日数：9.4日

◆ 平均残業時間

- 正 規 職 員：約20時間/月 (当直及び土日祝日勤務除く)
- 非常勤職員：約 9時間/月

力を合わせて頑張っています





昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 質の高いがん医療の提供

- ◆ 薬剤師によるがん患者指導
管理料ハ(200点)の算定

実施率 目標: **100%**



実施率: **100%**



達成

2. 働き方改革の推進

- ◆ 年次休暇+夏期休暇
12日間以上全員が取得する

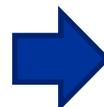


達成者: 17人/26人



未達成

- ◆ 時間外労働を前年度比
10%削減する



達成者: 12人/19人



未達成

薬剤部門 SWOT分析

基礎データ

【スタッフ】
 薬剤師: 29名(非常勤1名を含む) ※うち現在2名育児休暇中
 MA: 4名 事務員: 3名
 【平成30年度実績】
 薬剤管理指導算定件数: 2,216件/月 収益: 8,416,220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: (入院) 6,720枚/月 (外来) 558枚/月
 院外処方箋枚数: 9,517枚/月(発行率94.4%)
 注射処方箋枚数: (入院) 8,896枚/月 (外来) 1,166枚/月
 化学療法調整数: 382名/月
 全採用医薬品数: 2,531剤(院内採用医薬品数: 2,139剤)
 採用中止医薬品数(院外専用含む): 70剤
 後発医薬品指数(数量): 84.51%(2019年3月現在)
 【休暇取得状況】
 夏期休暇平均取得日数: 5.7日
 年次休暇平均取得日数: 9.4日
 【時間外労働状況】
 正規職員: 約20時間/月(当直及び土日祝日除く)
 非常勤職員: 約9時間/月

外部環境

(3) 機会 (Opportunity)

- ① DPC の係数に後発医薬品指数を上げる取り組みがある
- ② 毎月薬事審議委員会で医薬品採用についての審議が行われる
- ③ 月に1回期限の迫った医薬品情報を広報している
- ④ 各病棟に専任薬剤師を配置し、病棟管理業務を行っている
- ⑤ 毎年薬剤師を募集・採用し、薬剤師の人員が増加している
- ⑥ 他部署に対して月1回医薬品情報提供をする機会を設けている
- ⑦ 各種薬剤師認定制度があり、自己研鑽が可能である
- ⑧ 各種認定取得に向けた研修会や学会への参加機会がある
- ⑨ 研修会や学会等での研究発表の機会がある

(4) 脅威 (Threat)

- ① 採用医薬品が増大の一途をたどっている
- ② 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%である
- ③ 注射薬など高額な医薬品の廃棄が増大している
- ④ 薬剤の適正使用推進及び医療安全の観点から、薬剤師に求められる業務内容は多様かつ業務量は増大している。
- ⑤ 休暇取得、長時間労働・残業などに対し、政府による働き方改革関連法案が順次施行される

(1) 強み (Strength)

- ① 薬事審議委員会で後発医薬品変更案の提出が可能
- ② 後発医薬品への切り替え手順が確立されている
- ③ 月に1回、全医薬品の期限をチェックしている
- ④ 病棟薬剤師の常駐化
- ⑤ 薬剤管理指導件数が他施設より多い
- ⑥ 副作用収集手順が確立され、適正に情報共有されている
- ⑦ 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
- ⑧ 研修会への参加により認定に必要な研修単位を取得可能である
- ⑨ 若手薬剤師の研修発表等に対する指導体制がある
- ⑩ 特別休暇枠(誕生日休暇、リフレッシュ休暇)を設け、休暇取得推進している

積極的

S①②×O①②
 後発医薬品への採用変更を推進し、指数85%以上を目指す
 S③×O③
 積極的な広報により、廃棄医薬品の減少に努める
 S④⑤×O④⑤
 病棟薬剤師の常駐を維持し、安定した収益を目指す
 S⑥×O⑥
 様々な医薬品情報提供を通し、医療安全推進に努める
 S⑦⑧×O⑦⑧
 薬剤師としての職能を活かしたスキルアップを目指す
 研究発表などに対する年間目標(予定)を設定する。
 S⑨×O⑨
 研究発表など場を多く体験し、スキルを身につける
 S⑩×O⑩
 休暇取得の改善や、時間外労働の削減に努める

差別化

S①②×I①②
 後発医薬品への変更案を薬剤部主体で提案可能であるため、医薬品採用に関する目標を指数上昇の一歩化とし、集中して取り組んでいく
 S③×I③
 期限の迫った医薬品の使用が可能と思われる場合は、積極的に使用を依頼していく。
 S④⑤×I④
 病棟に薬剤師が常駐することで、多種多様に対応していく
 S⑩×I⑩
 薬剤師の増員に伴い、休暇取得への意識は以前より向上している
 時間外労働に対する意識改革にも着手し始めている

(2) 弱み (Weakness)

- ① 採用医薬品数の多さに起因する薬剤管理の複雑化
- ② 後発医薬品への変更に伴う薬剤管理の混乱および医療安全上の問題
- ③ 高額医薬品採用に伴う薬剤管理の問題
- ④ 薬剤師の業務量増大に対し、必要人員確保が不十分であり、時間外勤務が多い
- ⑤ 協力体制が不十分で、此処の裁量に任されている為、仕事量に偏りがある
- ⑥ 休暇取得に対する意識が不十分である

弱点克服

W①②×O①②
 後発医薬品への変更を検討する際には、医療安全上の観点から推奨医薬品の選定に十分な配慮をする。また、薬剤情報提供(月1回)やDIニュースなどを通して、後発医薬品への変更によるリスクマネジメント情報を提供していく
 W③×O③
 使用頻度の少ない医薬品は採用見直し及び用時購入扱いを検討していく
 W④⑤×O④⑤
 個々の仕事内容を明確化し、適正な人員配置を検討及び協力体制を確立することで時間外労働削減に努めていく
 W⑥×O⑥
 協力体制を確立し、休暇取得に対する意識改革を行っていく

リスク回避

W①②×I①②
 後発医薬品への変更の際には、多面的な広報を行う
 W③×I③
 化学療法の当日オーダーをなくす方向に広報活動を行う
 W④⑤×I④
 薬剤部全体で業務内容の見直しと効率化を図っていく
 W⑥×I⑥
 年間休暇取得を12日/人を目標に、休暇取得状況を管理していく
 協体制を確立し、時間外労働の平均化を図っていく

内部環境

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。
各病棟への薬剤師常駐化により薬剤管理指導加算を安定して算定可能である

機会

毎年若干名の薬剤師募集を行っている。
月1回期限切迫医薬品についての広報をしている。

弱み

薬剤師に求められる業務量の増大に対し、人員確保が不十分であり、時間外勤務が多く休暇取得も困難である。

脅威

長時間労働や休暇取得に対し、働き方改革関連法案が順次施行される。
採用医薬品数が増大し、それに伴い医薬品の廃棄も増大している。

SWOT分析の結果

- **積極的** : 休暇取得への改善や、時間外労働の削減に努める。
薬剤師としての職能を活かしたスキルアップ(研究発表など)を目指す。
積極的広報により、廃棄医薬品の減少に努める。
臨床試験への大学からの協力要請に積極的に応じていく。
- **差別化** : 期限切迫医薬品の積極的使用を依頼していく。
- **弱点克服** : 業務内の協力体制を確立し、時間外労働削減や休暇取得に対する意識改革を行っていく。
使用頻度の少ない医薬品は、採用及び採用形態の見直しを検討していく。
- **リスク回避** : 業務内容の見直しと効率化を図っていく。



中期目標

1. 薬剤部の働き方改革推進

続カエル! ジャパン



2. 学術的活動の推進

3. 期限切れ廃棄医薬品の削減

業績指標 (業績評価指標等)

◆ 全員年間15日以上休暇を取得

◆ 平日時間外労働の削減

正規職員：15時間以内/月

非常勤職員：5時間以内/月

◆ 学会・研究会発表

⇒ 1人1題(全員)を目標

◆ 臨床試験を通じた大学との連携

⇒ 2施設以上を目標

◆ 廃棄医薬品削減(品目数)

⇒ 現状の50%以上削減



2019年度の戦略目標

1. 薬剤部の働き方改革推進

ひとつ「働き方」を変えてみよう!

カエル! ジャパン

Change! JPN 

2. 学術的活動の推進

3. 期限切れ廃棄医薬品の 削減

業績指標 (業績評価指標等)

- ◆最低1日／月(年間12日)休暇取得
⇒ 全員取得を目指す
(※昨年度は24名／32名が達成)
- ◆平日時間外労働の削減
⇒各個人現状の月20%削減を目指す
- ◆学会・研究会発表
⇒ 18題以上／年を目標
(※昨年度は16題／年)
- ◆臨床試験の大学との協力体制の構築
- ◆廃棄医薬品削減(品目数)
⇒ 現状の10%削減を目指す





カエル! ジャパン
Change! JPN

1. 薬剤部の働き方改革推進

- ◆年次休暇+夏期休暇=12日以上全員が取得
- ◆時間外労働を現状の月20%削減



2. 学術的活動の推進

- ◆学会・研究会発表を18題以上/年



3. 期限切れ廃棄医薬品の削減

- ◆廃棄医薬品を現状の50%削減を目指す



- ☆休暇取得推進
- ☆仕事効率をUP
- ☆ノ一残業宣言曜日を意識
- ☆職種間の業務取り決めを検討

空いた時間を利用して...

- ☆研修会等へ積極的参加
- ☆認定取得に向けスキルアップ
- ☆学会・研究会発表件数の増加

臨床試験に関して...

- ☆大学施設との連携アピール

- ☆医薬品状況の広報
- ☆採用形態の見直し

詳細



1. 休暇取得・時間外労働削減に対する取り組み

- * 申告された休暇予定が反映されるよう勤務調整に取り組んでいる
- * 週1日ノー残業dayを各自設定し、意識改革に取り組んでいる
- * 時間外労働の原因となる業務についての職種間の取り決めにつき検討し運用を見直して、時間外労働を削減するよう取り組んでいる

2. 学会、研究会発表への積極的参加に対する取り組み

- * 新人薬剤師や若手薬剤師を教育するシステムを構築し取り組んでいる
- * 毎月1回2名ずつ、薬剤部内の勉強会で発表する機会を設けている
- * 学会や研究会への積極的参加及び発表を促す取り組みがある

3. 期限切れ廃棄医薬品削減に対する取り組み

- * 月初めに使用期限切迫医薬品情報を広報している
- * 使用期限切迫医薬品の積極的使用を依頼している
- * 期限切れで廃棄した医薬品情報を薬事審議委員会の場で報告

決 意

1. 心と身体をリフレッシュし効率のよい業務を遂行出来るよう、**休暇取得・時間外労働削減**に向け取り組んでいきます。
2. アフター5を有効に活用し、専門知識をより高める努力をするとともに、**学会や研究会発表への積極的参加**に努めていきます。
3. 高騰する医療費の無駄削減に少しでも貢献できるように、**廃棄医薬品の削減**を目指して取り組みを行っていきます。

2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

第 1 外 来 部 門

部門紹介

- 【職員データ】 診療科 28科
- ・医師職員数： 医師 134人(常勤96人、代務 34人、非常勤医師5人)
 - ・看護職員数： 看護師 64人(常勤39人、非常勤 25人)
部分休看護師10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 14人(非常勤 14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4人)
眼科検査助手 1人(常勤)
 - ・医事課職員： MS 22人(常勤6人、非常勤 16人) **計245人**
- 【患者データ】
- ・外来患者数(一日あたり) : 1,242人
 - ・外来収益(一人一日あたり) : 14,247円
 - ・紹介率 : 81.6%
 - ・逆紹介率 : 100.5%
- 【待ち時間データ】
- 予約時間～診察開始時間
1時間以上の待ち時間 : 38.7%
- 【中央化検査説明数】
- 平均:14~25 件/日
- 【専門外来の設置】
- ・緩和外来・がん相談支援センターのがん患者指導管理料→
1244件/年(昨年度12件)
 - ・入院前支援の設置、昨年度12月から開始(入院時支援加算 170/年)



第1外来部門

昨年度(2018年度)の目標及び結果

- 外来患者満足度の向上
総合評価構成比(総合的に満足している)
目標値80%以上に対し69.8%
- 予約患者の待ち時間の短縮
待ち時間構成比(待ち時間0~59分以内)
目標値60%に対し61.4%

改善しているが
未達成

達成したが、
更に短縮していく



第1外来部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 開業医の増加により紹介・逆紹介率の増加が見込める ■ がん診療連携推進病院の指定を目指している ■ 地域医療支援病院であり、紹介・逆紹介率は増加している 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 待ち時間に対する苦情数が減らない
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	<ul style="list-style-type: none"> ■ MSの増加により医師診察の補助業務が広がる ■ 看護師はラダーレベルIVが多く、資格のある看護師が多く、幅広い視野で活動できる ■ 専門外来の増加により当院で完結できる疾患が増えた 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者の満足度を上げ、当院での受診を選択してもらえよう、適正な診察時間や待ち時間の改善を行う。 	
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 外来患者の診療単価の減少により外来収益の減少 ■ 待ち時間に対する患者満足度が低い 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 積極的な逆紹介を進めることで紹介患者の受け入れがしやすい外来環境を整える ■ 予約時間の取り方の見直しを行なう事により、時間管理についての意識を高め待ち時間の短縮に繋げていく 	

第一外来部門

現状・取り巻く環境

- 地域医療支援病院としての役割があり、急性期医療や高度な診療を担っており、開業医からの紹介患者を受け入れている
- 紹介率・逆紹介率は増加しているが、外来収益は減少している
- MSの増加により医師診察の補助業務が広がっている
- 看護師はラダーレベルⅣが多く、資格のある看護師も多く、幅広い視野で活動できる
- 待ち時間に対する患者満足度が低い

SWOT分析の結果

- 適正な診察時間を調整し、診察待ち時間を減らし、患者満足度(待ち時間)を上げていく
- 当院での受診を選択してもらえるようにするために患者満足度(総合評価)を上げていく
- 積極的な逆紹介を進めることで予約患者数を調整したり、新規の紹介患者数をのばして外来診療単価を上げて外来収益に繋げていく
- 予約枠を調整し、新患患者の受け入れがしやすい外来環境を整える



第1外来部門

中期目標

□ 患者が診察後に中東遠総合医療センターに受診して良かったと思えるような外来環境を目指す

□ 予約患者の待ち時間の更なる短縮



業績指標 (業績評価指標等)

□ 外来満足度の総合評価平均点 4.00点以上

□ 1時間以内の待ち時間構成比 80%以上



第1外来部門

2019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



- ① 予約時間の調整を全医師に対して
2回/年提案
- ② 逆紹介についての検討回数を
1回/月提案
- ③ 科別のMS業務の新たな入力シートの作成
8割

患者満足度の向上



待ち時間をどのように感じたか
普通以上 80%以上



第1外来部門

詳細

1. 予約患者の待ち時間短縮
 - 1) 各診療科に合わせた予約時間枠の調整方法の検討
 - 2) 外来業務運営委員会等で、待ち時間の現状や、各診療科の診療情報の共有し改善策を図っていく
外来予約患者の調整と逆紹介率の検討
 - 3) 診察の効率を図るために、
他職種との業務連携・業務委譲を進めていく
2. 患者満足度の向上
 - 1) 外来職員の機能別業務仕分け
 - ① 中央での検査説明の説明内容と数を評価し拡大
 - ② 診察業務のMSの配置を検討

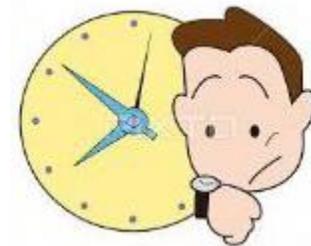


外来に関わる全ての職種で

智恵を結集し

外来待ち時間を減らす

外来患者の**満足度**を**全て**向上する



第1外来

決意

地域医療
支援病院
紹介・逆紹介

がん診療連携
病院

患者が
紹介先として
選ぶ病院

急性期病院
高度な医療
がん医療
緩和医療

患者満足度の
向上
予約患者の待ち時間を
減らす



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 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 : 20名

(常勤 15名 非常勤 5名)

MA : 3名

クラーク : 1名



令和 1年 7月 11日

第2外来

昨年度(2018年度)の目標及び結果

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
 - 1 内視鏡検査室運用の見直し
 - 2 ドックとの連携・業務協力



ドック健診センター
胃カメラ件数
目標 15件/日⇒12件/日

未達成

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



着衣しめつけによる
血管外漏出件数
目標 0⇒0件/年

達成



第2外来 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
<p>1. 昨年度総時間外 2519.7時間 (昨年比-409.8時間)</p> <p>2. 内視鏡総検査件数 7,752件(昨年比+522件)</p> <p>上部内視鏡検査5,233件(昨年比+452件) 経鼻内視鏡検査1,929件(昨年比+563件) ドック件数2,759件(昨年比+476件)</p> <p>血管センター総検査件数 2202件(昨年比-32件)</p> <p>3. スタッフ数24名 看護師20名(昨年比-3名)</p>		<p>(3)機会 (Opportunity)</p> <p>①消化器内科医師の交代で、上部の特殊の治療が経験出来る可能性がある</p> <p>②人間ドックの件数を増やそうとしている</p> <p>③システムの変更に伴い、入力や会計に関する見直しの機会である</p>	<p>(4)脅威 (Threat)</p> <p>①人間ドックの増加に伴い、胃カメラの件数が増加する可能性があるが、対応するスタッフの人数不足がある</p> <p>②消化器医師が4人のため、救急対応で検査や治療に支障がでる</p> <p>③人間ドックの利用者さんが内視鏡室でEGDを行っている。人間ドックからの協力体制が整っていない(人間ドックで行うことが出来ていない)</p>
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	<p>①内視鏡センター件数増加(521件)ドックの胃カメラ、(476件)増加し診療報酬の増加に貢献できている</p> <p>②胃カメラ等の内服薬等に関するヒヤリ・ハットが、内視鏡室で再度情報を取るため、回避できている</p>	<p>検査や治療の件数が増加していても、事前の情報収集が確実に出来る体制が整っており、協力体制がスムーズにおこなわれていることで、インシデント等が回避できている。ME等他部門の協力があり、機器の対応はスムーズに行うことが出来る。</p>	
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	<p>②内視鏡の部門システムで、患者情報や会計を行っているため、不具合が生じると検査や治療に支障がでる、患者等に迷惑がかかる</p> <p>③スタッフの数が、減少しているが、内視鏡等の件数は増えているスタッフに負担があり、患者を待たせてしまっている</p> <p>④ヒヤリ・ハットやインシデント等で患者を待たせてしまっていることがある(検査を2回行った・内服薬に関することなど)</p>	<p>W②③④×①②③</p> <p>人間ドックの件数増加に伴い内視鏡センターのスタッフが增えているため、人間ドック部門のスタッフの連携を強化し、協力体制を整えていく必要がある</p> <p>外来との連携を行うことで、患者を待たせることなく検査がスムーズに行われるような体制にしていく</p>	

第2外来

現状・取り巻く環境

- 弱み** スタッフ数は、減少しているが、内視鏡等の件数は増えているスタッフに負担がきている(2017年度人間ドック2283/年 2018年度2759件/年)
ヒヤリ・ハットやインシデント等で患者を待たせてしまっていることがある
(検査を2回行った・内服薬に関することなど)
- 機会** 消化器内科医師の交代で、上部の特殊の治療が経験出来る可能性がある
人間ドックの件数を増やそうとしている

SWOT分析の結果

弱点克服 **弱み×機会**

内視鏡センターのスタッフが減少しているが、今後の人間ドックの件数増加に伴い、人間ドック部門のスタッフの連携を強化し、協力体制を整えていく必要がある

第1外来との連携を行うことで、患者を待たせることなく検査がスムーズに行われるような体制にしていく



第2外来

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

上部内視鏡検査(人間ドック)の件数増加 →

目標 EGD14件以上/日

IVR看護師・消化器内視鏡検査技師の増員 →

**目標 IVR看護師5名
内視鏡検査技師7名
(MEを含む)**



第2外来

2019年度の戦略目標

業績指標
(業績評価指標等)

1. 人間ドック部門との協力体制を整え、胃カメラの件数増加に貢献する

➡ 人間ドックの件数
230件以上/月

2. 第1外来との連携を行い、患者を待たせることなくスムーズに検査がおこなえるようにする

➡ 第1外来との話し合い
3b以上のインシデントがない



第2外来

詳細

1. 人間ドック部門との協力体制を整え、胃カメラの件数増加に貢献する

- 1) 人間ドックで実施できる項目について検討
- 2) 依頼項目についての説明
- 3) 実施
- 4) 問題点の抽出
- 5) 改善

2. 第1外来との連携を行い、患者を待たせることなくスムーズに検査が行われるようにする

- 1) 第1外来師長と交流会の打合せ
- 2) 交流会の開催
- 3) 意見の検討
- 4) 実施
- 5) 評価



第2外来

アピールポイント・注目点

- ・検査や治療の件数が増加していても、事前の情報収集が確実に出来る体制が整っている。そのためインシデント等が回避できている。
- ・ME等他部門の協力があり、機器の対応はスムーズに行うことができています。



第2外来

決意

他部署と連携し、
安全・安心な検査提供と
検査数増加を目指します



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

7月11日(木)

—— 透析部門（血液浄化センター） ——

部門紹介

【スタッフ配置】

医師：腎臓内科5名

看護師：18名

看護助手：2名

臨床工学技士：5～7名配置/日

※栄養士：4名（毎月指導実施日のみ）

【業務内容】

透析業務

栄養指導（スタッフ・栄養士）

患者指導

下肢病変早期介入・シャント管理

CKD指導外来（外来へ出向）：毎日

PD外来

チームで頑張ります！



透析部門(血液浄化センター)

昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. シヤント閉塞の早期発見・早期介入

達成

シヤントスコアリングシートを活用して早期介入ができている。シヤント閉塞手術 11件/年

2. 下肢病変の早期発見・早期治療の介入

達成

下肢動脈診察やフットチェックを定期的に行い、下肢病変の早期治療介入のため循環器内科紹介7件/年

3. HDF(血液透析濾過法)実施患者数の増加

達成

HDFへ移行した患者数 14名増加

4. 適切な障害者加算の算定継続

達成

医事課と協力し算定し、該当患者の算定漏れをなくしたことにより26万増収



透析部門（血液浄化センター）SWOT分析

基礎データ

【2018年度実績データ】

外来血液透析患者数:90名、外来腹膜透析患者数:4名
 外来維持血液透析患者年齢:平均年齢69.1 ※75歳以上:38名(全体の42.3%)
 入院透析患者数:317名(当院123名、他院194名)
 新規導入患者数:44名 ※平均年齢:68歳
 糖尿病合併患者数:36名 シヤントOP件数11件

【2019年度スタッフ配置】

医師:腎臓内科4名、看護師:正規15名(師長含む)、非常勤3名
 看護助手:非常勤2名、臨床工学技士:4~5名+1名配置
 ※子育て中Ns(中学生以下の子)が59%、介護家族有のNs2.9%

【専門性】

透析認定看護師 1名・慢性腎臓病療養指導看護師 2名
 腎不全看護学会員 7名
 フットケア研修受講者 3名

外部環境

(3)機会 (Opportunity)

- ①下肢末梢動脈診察を毎月実施し早期紹介(循環器内科・皮膚科等)につなげる
- ②医事課職員がカルテオーダーから障害者加算・導入期加算・下肢末梢動脈疾患指導管理料等を算定している
- ④エコーを常時配置することで、早急にシヤント診断ができるようになっていく
- ⑤透析領域に関わる医師が1診療科(腎臓内科)になり医師間の報連相が確実になる
- ⑥MEの育児休暇より復帰者2名あり
- ⑦2018年度よりNs・MEで患者の問題点の共有化を図るシステムを作った。
- ⑧2018年度より検査結果、次回検査予定表(胸部レントゲン)を他部署の事務スタッフへプリントアウトを依頼できるようになった
- ⑨中東遠地区での透析施設の懇談会や災害対策会議が開催されておりネットワーク作りができていく。
- ⑩中東遠地域の透析施設合同師長会が発足され、情報が得られる機会がある
- ⑪透析医学会・腎不全看護学会会員が6人いるため他施設の業務運営などの情報が得られる。

(4)脅威 (Threat)

- ①患者の高齢化やADL低下など患者の問題が多様化している
- ②電子カルテシステムの更新により、部門システムとの連動や更新作業のためのシステム停止期間が1週間続く
- ③病棟の7:1加算死守のため、看護師が異動となり、透析室看護師が毎年減少している状態が続いている。
- ④ノートパソコン9台で透析指示の確認や時間チェック等の記録をしているためタイムリーな記録ができず業務効率が悪い。

(1)強み (Strength)

- ①医師・看護師・技師が連携し下肢血管病変の予防対策を実施している
- ②今年度は下肢末梢動脈疾患指導管理加算を毎月実施予定としさらに収益増見込み(2018年度53万円→2019年度約100万円)
- ③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
- ④看護師と臨床工学士のコミュニケーションがよい
- ⑤看護師も臨床工学士も専門分野での学習意欲が高い

積極的

- S①②×O①②⑤
1. 下肢末梢動脈疾患の早期発見・早期治療介入を実施
 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
- S③④×O④⑤
3. カンファレンスでの情報共有がシヤントトラブルの早期治療へとつながられる

差別化

- S③④⑤×T①
1. 多職種で知識の共有をはかり、専門的な技術・知識を向上させる

(2)弱み (Weakness)

- ①看護師数が昨年よりさらに2名減少し、看護介入が必要な患者への関わりが十分持たない。(MEが看護介入に協力)
- ②子育て中Ns(中学生以下)が59%、家族介護Ns2.9%、急な休みが発生
- ③勤務買上げ発生や年休消化日数平均4日(正規)
- ④透析は専門に特化した領域のため応援を受けられない
- ⑤停電時の紙運用や他施設受け入れ体制がまだ十分に整っていない
- ⑥遅番勤務終了時間に合わせた1日業務にしているため、看護師配置数が減少した現在、業務に時間的・精神的ゆとりが持たず、インシデントに繋がる可能性がある。(業務のタイムスケジュールの見直しが必要)
- ⑦CKD看護外来・PD外来業務と透析室業務の兼任者がいるため、センターとしては毎日マイナス人員となる。(外来担当日は受け持ちに入れれない)

弱点克服

- W①②③④×O⑥
1. 働きやすい職場作りをおこなう
 - ・MEと協議し規定休を取得
 - ・業務の見直し(Ns・ME業務の整理、タイムスケジュールなど)
- W①⑥⑦×O⑦⑧⑨⑩⑪
2. 看護師は削減されたがMEの補充がある為、安全な透析医療が継続して提供できるよう整理する
 - ・業務の見直し(Ns・ME業務の整理、タイムスケジュールなど)
 - ・看護問題の共有化の継続
- ※弱点克服2. のところは看護部部署目標計画に落として実施予定

リスク回避

- W⑤×T②
1. システム停止時の紙運用時の業務について整理する
 - ・システム停止時の稼働方法の検討
 - ・災害時受け入れ体制の検討

透析部門(血液浄化センター)

現状・取り巻く環境

- 医師・看護師・技士が連携しシャントトラブルを早期に発見している
- 他職種との合同カンファレンスを毎週2回開催している
- 電子カルテシステムの更新により、部門システムの停止期間が年末年始に1週間続く
- 停電時の紙運用や、他施設透析患者の受け入れ体制がまだ十分に整っていない
- 看護師・臨床工学技士で、患者の問題点の共有化を図るシステムがある

SWOT分析の結果

- カンファレンスでの情報共有がシャントトラブルの早期治療へとつなげられる
- システム停止時の紙運用時の業務について整理する
 - ・システム停止時の稼働方法の検討
 - ・災害時受け入れ体制の検討



透析部門（血液浄化センター）

アピールポイント・注目点

- 透析医療は専門性が高く、災害時には特殊な分野になる。災害拠点病院ではあるが、緊急時に対応できる準備が早急に求められる。
- 医師・看護師・臨床工学技士・栄養士などが、それぞれの専門性をもって協力し、質の良い医療を提供する。



透析部門(血液浄化センター)

中期目標

- 中東遠地域の透析として血液浄化センターの立ち位置を確立する
- 災害時の地域の透析ネットワーク化を勧める
- シヤント閉塞0件をめざす
- 多職種協働により質の高い透析医療を提供する



業績指標 (業績評価指標等)

- 国内の透析患者数と当地域の透析患者数の推移を把握
- 災害時マニュアルの見直しと、機能検証ができる
- シヤント閉塞による手術件数(当院外来維持患者)
- 学習会参加状況、学会発表件数

透析部門(血液浄化センター)

2019年度の戦略目標

- 稼働率を上げるための方針の決定
- 災害対策マニュアルの見直しと検討
- シャント閉塞の早期発見・早期介入
- 多職種で知識の共有をはかり、専門的な知識を向上させる
- 働きやすい職場環境をめざす

業績指標 (業績評価指標等)

- ベッド稼働率
- 紙運用時マニュアル・外部維持透析受け入れマニュアル作成度
- シャント閉塞による手術件数・シャントエコー実施数(当院外来維持患者)
- 学習会の開催数と出席率(看護師・臨床工学技士)
- 年休取得、買い上げ日数



透析部門(血液浄化センター)

詳細

- 新規導入患者の当院 外来通院の増加
- 導入後の患者の流れを知る
- システム停止時運用マニュアル作成
- 外部透析患者受け入れマニュアル作成
- シヤントスコアリングを実施し、閉塞早期発見・早期介入
- 看護師・臨床工学技士合同で学習会を毎月開催する
- 臨床工学技士と配置調整をする



透析部門(血液浄化センター)

決意

多職種で連携して、
質の良い医療を提供します

- 透析ベッド稼働率を上げる
- システム停止時も安全に医療を提供する
- シヤント閉塞を未然に防止する
- 専門的知識を向上させる
- 働きやすい職場をめざす



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会

— 病 棟 部 門 —

部門紹介

【職員データ】

- 看護師総数 581名(内. 助産師 37名)、MA67名
- 看護師平均年齢 37歳
- 看護師経験年数 14.3年 (助産師含む)
- 離職率 常勤 6.02 % 新卒 6.06 %
(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 9.8日
- 一般病棟・平均病床稼働率 86.9%





昨年度(2018年度)の目標及び結果

目標1: 認知症ケアの向上

- 認知症サポートチームの相談体制の確立
- 認知症ケアリンクナースの育成
- 院内デイの実現



- 相談体制確立 **100%達成**
- 各病棟に1名 **100%達成**
- 週に1回 **100%達成**

目標2: 働きやすい職場環境の改善

- 新勤務体制の完全導入
- 入院時の実施項目見直し
- MA業務基準の作成



- 9部署導入 **90%達成**
- 見直し0件 **未達成**
- MA業務基準 **100%達成**

病棟部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
2019年度 看護部目標		(3)機会 (Opportunity)	(4)脅威 (Threat)
1. 入退院支援や病床管理の強化 2. アセスメント能力の向上 3. 看護の質を高めるための 4. 業務改善		<ul style="list-style-type: none"> ■ 病床マネジメントチームが結成され、病床管理が推進された ■ DPC入院期間2期での退院が、70%程度にコントロールするように示唆された ■ 中央材料室から中材物品管理を行い、器材の紛失による金額が131,640円減少したという報告あり 	
内部環境	(1)強み (Strength)	積極的	差別化
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ベッドコントローラーに入院患者の情報を一元化したことで、混乱なくベッドコントロールができた ■ 全入院患者の69%が、DPC入院期間2期での退院ができています ■ セカンド病棟が整備されたことで、病棟稼働率の病棟間格差が減少した 平成29年度 病棟稼働率 最高96.5%・最低79.8% 平成30年度 病棟稼働率 最高94.7%・最低81.8% 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 昨年度、病床管理チームが結成されベッドコントロールを行った。その結果、病床稼働が高くなった冬期も混乱無く乗り切ることができた。収益黒字化のために、今年度もDPC2期最終日退院が70%以上になるように調整する。地域連携室との病棟ラウンドの体制づくりを行い、病棟間の稼働率の平準化、稼働率90%以上の病棟運営を目指す 	
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 年間に使用しない病棟の診療材料の非稼働在庫が122品目、金額166370円となっている事から、病棟の在庫管理ができておらず、病院経営の負担になっている ■ 患者とかかわる時間が減少、ベッドサイドケア時間と満足度の評価が2.7と低い ■ 業務量調査結果、情報集時間や申し送り時間に1.5時間要している ■ ベッドサイドにいる時間と看護室にいる時間とが、ほぼ同等であった 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療材料の非稼働在庫が訂正管理できておらず、病院の経営に負担を及ぼしている ■ 昨年、業務量調査を行い、ベッドサイドにいる時間の確保が難しい現状あった。そのため、ベッドサイドケアの充実を図るために、業務をスリム化しベッドサイドにいる時間の確保に努め、看護の満足につなげる 	

病棟部門

現状・取り巻く環境

- ベッドコントローラーに入院患者情報を一元化した事で、混乱無くベッドコントロールができた
- 病棟間の稼働率の差が16.7%から12.9%と減少した
- ベッドサイド時間と満足度の評価が低い(看護師満足度評価)
- 業務量調査結果、情報集時間と申し送り時間に90分要している
- 年間に使用しない診療材料の非稼動在庫が122品目あり病院経営の負担になっている

SWOT分析の結果

- DPC2 期最終日の退院70%以上に調整する事で、入院患者満足度の向上と収益アップをめざす
- 業務をスリム化しベッドサイドにいる時間を確保する事で、看護の満足につなげる
- 診療材料の非稼動在庫の削減





中期目標

- 適正な病床管理の強化
- 魅力ある職場環境の実現
(組織ロイヤルティの向上)
- 職員一人ひとりの積極的
経営参画



業績指標 (業績評価指標等)

- 病床稼働率の維持
90%以上
- 入院患者満足度調査結果
4.5以上
- 職場満足度調査結果
60%以上
- コスト意識のさらなる向上
60%以上



2019年度の戦略目標

□ 在院日数管理

□ 業務のスリム化

□ 診療材料費用の削減

業績指標 (業績評価指標等)

- DPC入院期間Ⅱ最終日での
退院管理 **全部署70%以上**
- 病棟稼働の平準化 **5%以内**
- 入院患者満足度調査結果 **4.5以上**
- クリニカルパス稼働率 **50%以上**
- 情報収集や申し送り時間の削減
60分以内/日
- 非稼働在庫の削減 **100品目以下**
- 同一目的の診療材料の統一
3種類



□ 在院日数管理

- * 地域連携室との病床ラウンド
- * 師長の退院調整力強化
- * 患者満足度調査の実施

□ 業務のスリム化

- * クリニカルパス作製
- * 業務量調査の分析、情報収集と申し送り時間の削減
- * 業務改善

□ 診療材料費用の削減

- * 非稼動在庫の調査と分析、削減
- * 診療材料の統一



□専門的な知識・技術と温かい心で、
あなたに寄り添う看護を提供します

私達看護師は
24時間対応で患者様を看まもりま

決意

□ ベッドコントローラーのもと

こころ一つに病床管理

□ 働き続けたい職場環境作り

看護師は **ベッドサイド**へ



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 発表会 雛形案

— ICU / CCU センター 部門 —

部門紹介

【職員データ】

- 医師3名・看護師28名 【認定看護師4名】
MA1名・薬剤師1名・栄養士1名・PT1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 | 3.57日 |
| ■ 平均稼働率 | 54.9% |
| ■ 平均医療看護必要度(重症) | 88.8% |
| ■ 特定集中治療室加算料月平均 | 1,291万円 |
| ■ 予定:緊急入院割合 | 47%:53% |
| ■ 院内急変コール | 37件 |

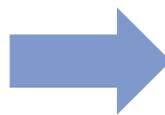


ICU/CCUセンター部門

昨年度(2018年度)の目標及び結果

目標1: 医療看護必要度(重症)を正確に取得し、ICU基準を満たす
ベッドコントロールを行う

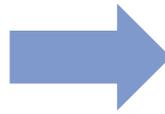
- 1 特定集中治療室加算料 **1300万円以上/月**
- 2 看護必要度(重症) **85%以上/月平均取得**
- 3 在院日数14日以上的人工呼吸器装着者数の割合 **40%以下**



- 1 特定集中治療室加算料 **1291万円/月**
- 2 看護必要度(重症) **90.6%/月平均取得**
- 3 在院日数14日以上的人工呼吸器装着者数の割合 **→5%**

目標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 **2回/年**
- 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 **カンファレンス実施率**



- 1 PICSに対する学習会開催 **2回実施**
- 2 PICS予防への取り組み
VAP予防→**VAP発症2件/年**
鎮痛鎮静管理→**せん妄発症率40.8%**
早期離床促進→**実践記録のみ**
家族看護・DVT予防・栄養カンファレンスによる多職種協働 **カンファレンス実施率 44%**

ICU/CCUセンター部門 SWOT分析

基礎データ		外部環境	
1. ベッド数10床(救命救急センターICU6床 院内ICU4床) 2. 2:1看護体制 モジュール型継続受け持ち看護方式 3. 救急医3名 看護師30名(認定看護師3名)薬剤師1名 管理栄養士1名 MA1名 4. 入室患者数702件 平均在院日数3.57日 平均稼働率54.89% 5. 平均医療看護必要度(重症)89.0% 特定集中治療室加算料 月平均11766140円 6. 診療科割合 循環器科(25%)脳外科(24%)外科(24%) 予定:緊急入院割合48%:52% 7. 院内急変コール対応:37件/年		(3)機会 (Opportunity) O① 救命救急センターとして、中東遠地区の救急を担っている O② 全職種(医師・栄養士・薬剤師・リハビリ)の集まるカンファレンスを毎日開催している O③ 救急部門担当のリハビリスタッフが配置された O④ 重症集中治療学会の動向において、PICS予防(早期離床、DVT予防、栄養管理、VAP予防、鎮静鎮痛管理、家族ケア)が求められている。 O⑤ 重症集中治療学会の動向において、ICU環境について検討されている	(4)脅威 (Threat) T① 平成30年度の院内急変(99コール)は37件あり。そのうち17件がICUに入室している。 T② 一般病棟で人工呼吸器などの器械を取り扱う件数がほぼない T③ 一般病棟のスタッフは機会が少なく、急変対応が苦手である T④ 一般病棟は急変の予兆をキャッチすることが苦手である T⑤ 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)	積極的	差別化
	S① 2:1看護体制。充実した看護ケアを提供できる。 S② 多診療科(14診療科)の入室に対応できる S③ カンファレンス内容の看護記録へ残すことを意識したテンプレートを作成した(リハビリ せん妄 家族看護) S④ RHチームは、週末もリハビリが継続できるように看護師が計画を実践し記録に残している S⑤ 院内急変に適切に対応し、振り返りもできている	S①③④×O-②③④ ・リハビリと連携して、継続的にリハビリを行い早期離床に努める(行動目標)	S①②⑤×T①②③④ ・院内急変に対して迅速かつ適切に対応すると共に、一般病棟のスタッフに対し院内急変を削減する教育的な関わりが必要である(行動目標)
	(2)弱み (Weakness)	弱点克服	リスク回避
	W① ICU経験5年目以上看護師がH30:50%→46%へ減少しており、ICU看護の質の低下が懸念される W② 看護師人数の減少によりモジュールリーダーをチーム毎に配置できない。また、モジュールリーダーの育成ができていない W③ 新規入職、異動してきたスタッフへの教育内容が更新されていない W④ ルート自己抜去のインシデント13件あり、うちⅢb2件あり W⑤ せん妄の発生率は、40.8% W⑥ 自部署の災害対策が進んでいない	W①②③④×O⑤ ・スタッフの教育方法の構築(部署目標) 看護師数の減少、看護師のICU経験年数の減少、新規入職者や異動してきたスタッフへの教育体制が更新されていないことなど看護の質低下への懸念がある。ICUステップ表を活用し、スタッフ教育の再構築が必要。 W⑤⑥×O①⑤⑧⑨ ・適切な鎮静鎮痛管理を行い、せん妄を減らし、重大インシデントを防止する(部署目標)	W⑥×T⑤ ・災害対策の強化(主任・防災チーム)

ICU/CCUセンター部門

現状・取り巻く環境

- ☆強み: 多診療科を受け入れ、院内急変にも対応している
他職種カンファレンスが活かされるケアができています
- ★弱み: ICUスタッフ教育の更新がされていない。重大インシデントが起こっている
- ♡機会: 多職種カンファレンスができています。PICS予防のケアに介入している
救命センター担当のリハビリスタッフが配置された
- ♥脅威: 院内急変うち45%ほどICUに入室している
大規模災害が予測されている 地域である

SWOT分析の結果

- ☆積極性: リハビリと連携して、継続的にリハビリを行ない早期
離床に努める
- ★差別化: 院内急変に対して一般病棟への教育的関わりが必要
- ♡弱点克服: スタッフ教育の再構築が必要
- ♥リスク回避: 災害対策の強化



ICU/CCUセンター部門

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

☆看護必要度(重症)取得率を維持する



☆看護必要度取得率
80%以上取得する

☆特定集中治療加算料を維持する



☆1200万円/月を維持する

☆レベルⅢ以上のアクシデントを起ささない



☆アクシデント数0とする



ICU/CCUセンター部門

2019年度の戦略目標

看護必要度を取得する

特定集中治療加算料

重大アクシデントを起こさない

業績指標 (業績評価指標等)

85%以上を維持する

- ➡ 加算病棟の適性利用
- リハビリに有効なデバイスの選択をする

1200万円/月を維持する

- ➡ 術後管理の増加に対応し、適正な利用を考慮する

早期離床を勧め、せん妄予防し、適切な日数で退室できる

- ➡ 超早期のリハビリ介入



ICU/CCUセンター部門

詳細

- 早期リハビリ介入を継続的に行ない、適正期間でICUを退室をできるようにする
 - 各種データベースを考慮し、治療の必要期間の有効なICU加算病床活用を目指す！
 - 必要なデバイスを考え、離床が有効に出来るようにする
 - PICS(集中治療後症候群) 予防ケアを充実させる

- スタッフ教育の再構築を行う
 - 新人、異動者に対する教育方法、ICU-STEP表を用いた教育を再構築する
 - RRS(院内救急対応システム)の取りかかりとして、一般病棟への急変予測を一緒に考えていきたい

ICU/CCUセンター部門

アピールポイント・注目点

- ☆他職種カンファレンスを平日毎日開催
- ☆各科の手術後や内科系の重症患者の全身管理
- ☆RRS(院内救急対応システム)にて24時間急変対応可能！
- ☆日本救急学会認定インストラクター4名在籍！
- ☆看護協会認定看護師4名在籍！



□ 現行の看護ケアを見直し、より専門性の高い集中治療看護を安全に実践していきます！

□ Join with Us!
スタッフ希望者、
大募集！！！！



2019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 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3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)41名(非常勤)3名

看護師平均年齢 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

クレーク2名

* 救急看護認定看護師: 2名



救急部門

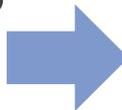
昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 適正なトリアージ
・JTASの活用



- トリアージ妥当率98%
- トリアージ加算850万円→2400万円

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



- ホームページ視聴率:50%
- トリアージ(緑・白)の割合:
53%→36%
- 院外講習会:5件
- 院外講習会アンケート調査
満足度80%

3. 災害対策の充実



- 防災マニュアルの修正
- 救急における机上シミュレーション
を3回開催
- 職員アンケート調査



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:14339名 ・救急車搬送車数:6158名(前年度+79名) ・ドクターヘリ受け入れ数:42件 ・CPA患者受け入れ数:133名 【救急病棟】 ・入院患者延べ数:1518名 ・病棟稼働率:60.1% ・平均入院数:8.4人/日 ・平均在棟日数:2.6日 【職員情報】 ・救急医3名(代務医師交替制:6名) ・看護師(ER:18名 ・ECU:25名) ・MA2名 ・クラーク2名		(3)機会 (Opportunity) <ul style="list-style-type: none"> ■ 救急医が3名増員し、救急対応や現場教育も充実している ■ JTASを用いてトリアージが適正に行われている ■ BLSなど救急の研修会が院内で開催される ■ 救急病棟の新勤務導入により、夜間4人体制、14床の確保(9月予定) 	(4)脅威 (Threat) <ul style="list-style-type: none"> ■ 救急車搬送数は6185台(前年度比+79台) ■ 限られた人数で対応しなければならない ■ 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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 救急看護認定看護師が2名いる ■ トリアージ妥当率が98% ■ チームワークが取れている 	積極的 <ul style="list-style-type: none"> ■ 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、トリアージ加算を取得する 	差別化 <ul style="list-style-type: none"> ■ 他職種と協力し、患者の安全を確保しつつ、優先順位をつけて対応 ■ 各スタッフの役割の明確化
	(2)弱み (Weakness) <ul style="list-style-type: none"> ■ いつ忙しくなるか、分からない ■ 病棟の稼働率60.1% 上半期、下半期に差がある ■ 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から受診方法がわかりにくい ■ 小児・防災の経験が少ない 	弱点克服 <ul style="list-style-type: none"> ■ 小児の学習、シミュレーション、事例検討、運用手順追加 ■ 救急入院加算1算定率を上げるため、新勤務で夜勤4名で受けていく 	リスク回避 <ul style="list-style-type: none"> ■ 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、救急の広報にFacebookを活用

救急部門

現状・取り巻く環境

(強み) トリアージ妥当率98%

(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) 救急病棟の新勤務導入により、夜間4人体制、14床の確保(9月予定)

(脅威) ウォークイン患者のトリアージ(緑)が36%を占める
大規模な災害が予想されている地域である

SWOT分析の結果

(強み) × (機会) 1. 救急病棟が最大限活用できるよう、14床稼働できる体制を構築

(強み) × (脅威) 2. 地域のニーズ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、Facebookを活用し、救急の情報を提供する

(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



救急部門

中期目標

業績指標 (業績評価指標等)

静岡でリーディング 救命救急センターとなる

- 1 病棟の最大活用
- 2 救急車を断らない
- 3 救急外来の適正利用



- 1 救命救急入院料
1600万円/月を維持
- 2 救急車応需率 100%
- 3 トリアージ緑・白 20%



救急部門

2019年度の戦略目標

1. 救急病棟の最大活用



2. 救急外来の適性利用の推進

院外講習会の開催

救急認定看護師を中心に、
学校、介護関係、企業など



3. 救急部門の他職種と協働、教育



業績指標

1. 常時14床運用
救急病棟稼働率 70%
患者在室日数3.0日
救命救急入院料 1600万円/月
救命救急入院料算定率 70%
2. Facebook救急部で月4回UP
8月 院内ホームページ改修
救急外来の受診方法の表示
要望に合わせ、5回開催
アンケート 満足度80%
3. 救急外来で医師・看護師・研修医・
救命士の教育体制の確立と協働

1. 救急病棟の最大活用

- ・加算対象患者の在室日数を増やす(17時残6名を目安)
- ・救急入院加算1の算定率を上げる(対象患者の入室)
- ・9月～変則勤務へ移行
常時14名受け入れられる体制作り

2. 救急外来の適正利用の推進

- ・病院ホームページのリニューアル
救急外来の受診方法を作成
- ・ホームページ、Facebookを利用
救急部の活動報告・季節ごとの疾患を紹介
- ・院外講習会を開催し、救急部から地域へ
情報発信 病院と地域をつないでいく



3. 救急部門の他職種と協働、教育

- 救急ラダーを作成し、看護師の質の向上
- 役割の明確化、指示命令系統の確立
- 認定看護師、DMATになるためのサポート

- 研修医教育の確立
医師と看護師と両面から教育・協働

- 救急救命士の就業前実習・再教育の受け入れ
搬送後、協力して役割分担できる



救急部門



アピールポイント



オール救急でサポート！！

他職種との連携

患者をよりよい状態へ

他職種が協力して介入し、病棟へ退室



- 救急病棟の最大活用
- 救急外来の適正利用の推進
- 救急部門の他職種の
協働・教育



2019年度 中東遠総合医療センター 行動計画目標成果 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5名、非常勤医2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3名・非常勤3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)
- ・クーク1名 (8:15~17:00委託職員)

□ 中材部門

- ・委託職員22名
平日7:30~21:00(3交替制)

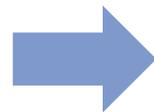




昨年度(2018年度)の目標及び結果

1. 業務の効率化、効果的な手術室運営

- ▶目標:手術件数4500件
- ▶定時内稼働率50%
- ▶コスト削減:中材物品紛失費3%減



手術件数4718件(+215件)

定時内稼働率50%

昨年度より**プラス**になり、

目標達成



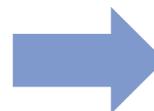
紛失費67%減

2. 超緊急帝王切開(グレードA)

夜間・休日受け入れ体制の整備

- ▶目標:産科病棟との
シミュレーション実施

2回/年 フローの完成



産科病棟と合同シミュレーション

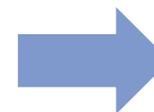
4回実施 フローの完成!

2018年度グレードA発令4件



3. 患者様に満足される手術環境の提供

- ▶目標:術前看護外来を受けた患者
又は家族にアンケート実施
(300症例)



アンケート配布98名 回収78名

目標症例数には**達しなかったが**

面談して良かったと答えた割合が
96%と内容的には満足できる結果
と考える

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:32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4718件(10部屋稼働) 3. 全麻2061件42%緊急・臨時件数(28%) 4. 定時内稼働率49.9%(定時外含む57%) 5. 75歳以上の手術件数1485件(31%)	(3)機会 (Opportunity) ○①今年度手術件数4,800件の目標が出された ○②中材委託業者の契約が更新され、業務内容が拡充された ○③術中イメージ操作に放射線技師が来てくれている ○④歯科衛生士が口腔外科手術の看護補助業務を行ってくれる体制が出来た ○⑤麻酔科医師・ME・薬剤師が常駐している ○⑥院内で外来待ち時間短縮に努めている ○⑦75歳以上の高齢者やリスクの高い患者手術が増加傾向である。	(4)脅威 (Threat) T①患者要因や術前評価不足等で手術器械準備後のキャンセルがあり、物品を無駄にする事が有る T②麻酔科管理だったカイザーを自科麻酔で行うようになり、他科の自科麻酔手術増加が考えられる T③研修医の増加により経験の少ない医師が関わる機会が増え、不測の事態が起こる可能性がある T④昨年度、ガーゼ紛失事例などインシデント3bが3症例報告があった T⑤病棟へ術後のお迎え、手術出しの連絡をしてから、来るまでに時間がかかる事が有る	
	(1)強み (Strength) S①委託業者の業務拡大により、MA業務が委譲でき、看護師の補助作業を行ってもらえる時間が出来た S②術前看護外来を受けた患者対象のアンケートを実施し、96%が「良かった」と回答した S③待機制で申し込み手術は24時間断らない S④手術室認定看護師が2名在籍している。 S⑤術前看護外来に降りるス事でスタッフのアセスメント力の向上につながっている	積極的 S①③×O①②③④⑤ 手術件数増加の為に随時手術が受け入れ出来る体制を整えるには人員の確保が必要で有り、他職種に、業務委譲を行うなど、他職種との連携を強化する。 S②④⑤×O⑥⑦ 術前看護外来のアンケートの結果、面談を受けて良かったと高評価を得られた。今後も患者が安心して手術が受けられるように、待ち時間短縮など、質の維持および向上に努める。	差別化 S①③×T⑤ 手術の集中する昼前後に稼働が低くなる時間帯がある。時間内稼働率を上げる為、手術入替時間の短縮や、術間清掃を見直し、稼働率UPにつなげる。 S③④×T② 手術件数増加の為に、自科麻酔のカイザーが始まり、他科の自科麻酔も増えると考えられる為人材育成など受け入れ体制の整備を行って行く。
(2)弱み (Weakness) W①準備スタッフが少ない為、午前中に午後の手術の器械展開を行う為、手術の中止で物品が無駄になる事が有る W②手術に付かない兼任業務が有り、手術要員が確保出来ない W③時間外手術の増加により、常勤スタッフの負担が減らない W④インシデント事例が有った場合、報告や手順の周知徹底が出来ていない	弱点克服 W②③×O①② 看護師の兼任業務により、手術要員に含まれない器械係、術前看護外来業務の業務内容を見直し、手術要員として確保できる時間を増やし、手術を受け入れる体制を整える。	リスク回避 W①×T① 器械展開後の手術中止による損失がある為、損失原因を調査し、問題の分析を行い、展開時間、方法等改善し、無駄の削減に努める。 W④×③④ インシデント事例が発生した場合、速やかに手順の見直しや周知徹底を行い、再発防止に努めると共に、事例検討会を行うなどKYT意識の向上を目指す。	

内部環境

手術・中材部門

現状・取り巻く環境

強み

- ▶委託業者の業務拡大で、MAIに看護補助業務を行ってもらえる時間が出来た
- ▶待機制で24時間手術は断らない
- ▶術前看護外来を受けた患者対象のアンケートで96%が「良かった」と回答した

機会

- ▶今年度手術件数目標が4,800件の目標が出された
- ▶術中イメージ操作に放射線技師が、口腔外科手術の看護補助に歯科衛生士が入ってくれる環境がある
- ▶75歳以上の高齢患者の手術が行われている

弱み

- ▶手術に付かない兼任業務が有り、手術要員が確保出来ない
- ▶時間外手術の増加により、常勤スタッフの負担が減らない
- ▶インシデント事例があった場合、報告や手順の周知徹底が出来ていない

脅威

- ▶患者要因等で手術がキャンセルにより、物品を無駄にする事が有る
- ▶自科麻酔カイザーが始まり、他科の自科麻酔手術の増加が考えられる
- ▶研修医増加により、不測の事態が起こる可能性がある
- ▶インシデント3bが3症例有った

SWOT分析の結果

積極的: 手術件数増加の為に随時手術が受け入れできる体制を整えるには人員確保が必要なため、他職種と連携を強化する

弱点克服: 看護師の兼任業務により、手術要因に含まれない業務がある為、業務内容を見直し、手術要因を確保する

差別化: 時間内稼働率を上げる為、手術入替時間、術間清掃の短縮をはかり、稼働率UPにつなげる

リスク回避: インシデント事例の速やかに手順の見直しや周知徹底を行い、再発防止に努める



手術・中材部門

中期目標

手術件数6,000件以上

手術稼働率70%以上

専門分野の強化に向けて
看護師・研修医の教育の充実

業績指標 (業績評価指標等)

麻酔科医師10名常駐
看護師7名増員

OP9を稼働し、11室運営に

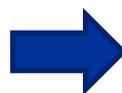
シュミレーションルーム設置
専任教育担当者の配置

教育を充実させ、手術室のプロフェッショナルを育成し、新たな術式、手術件数増加にも対応出来る手術センターの確立を目指す！

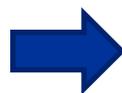


令和元年度の戦略目標

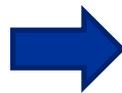
1. 職場環境を整備し、
効率的な手術室運営を目指す



2. 患者に安心・安全な
手術環境の提供



3. コストを削減し、無駄のない
効率的な手術室運営を目指す



業績指標 (業績評価指標等)

1. 断らない手術室の為の体制整備
⇒年間手術件数4800件
2. 時間内稼働率UP
⇒時間内稼働率55%

1. 術前看護外来の質の維持・向上
⇒担当看護師13名→18名へ
面接時間15分/人
2. 3b以上の事故報告を0にする
⇒3B以上の報告0件

1. コスト削減
⇒削減金額200万円/年

1. 職場環境を整備し、効率的な手術室運営を目指す

(1) 断らない手術室のための体制整備

⇒ 目標手術件数 4,800件

1) 他職種との連携強化

- ① 委譲項目の調査、委譲準備
- ② ME・MA・歯科衛生士へ業務委譲

2) 手術室看護師の兼任業務を短縮し、手術要員の確保

- ① 器械係・術前看護外来業務の業務量調査
- ② 短縮・省略出来る業務の洗い出し

3) 自科麻酔手術の標準化

- ① 麻酔科・各科と受け入れ基準の設定
- ② 自科麻酔手術に対応出来る看護師の育成



1. 職場環境を整備し、効率的な手術室運営を目指す

(2) 時間内稼働率・業務効率のUP⇒ **時間内稼働率55%**

1) 他部門と連携し、患者入退室時間の短縮

- ① 手術室のベッドプールの有効活用方法の検討
- ② OP出し、OP迎え連絡方法の一元化

2) 他職種と協力し、入れ替え準備時間の短縮

- ① 術間清掃方法を見直し、効率良く準備が出来る方法の検討
- ② スタッフの休憩時間取得方法の検討



2. 患者に安心・安全な手術環境の提供

(1) 術前看護外来の質の

維持・向上⇒担当看護師数増員13名→18名
面接時間15分／人

1) 待ち時間短縮に対する取り組み

- ①説明内容の検討・説明方法の統一
- ②待ち時間の有効活用方法の検討・対策

2) 担当看護師教育の充実

- ①説明マニュアルの見直し、再編
- ②新しい担当看護師の教育

(2) 3b以上の事故報告を0にする

1) KYT意識の向上

- ①事例検討会の実施
- ②迅速な対応策の立案・周知



3. 無駄なコストを削減し、効果的な 手術室運営を目指す

(1) コスト削減⇒**削減金額 200万円／年**

- 1) キットを見直し、細分化したものを一包化に変更する
- 2) 手術材料・梱包材料のメーカー変更する
- 3) 器械展開後の中止による損失削減
 - ① 中止になる原因・術式・損失額の調査
 - ② 改善方法の周知・徹底



手術・中材部門

アピールポイント・注目点

- 一人の患者の為に、他職種が連携し、それぞれが専門性を発揮し、チームワークで取り組んでいます！
- 決して敷居は高くありません！手術室に興味のあるスタッフの方は見学に来て下さい！
手術室認定看護師が2名在籍し、随時対応いたします！
- 術前看護外来、術前訪問を行い、患者が安心・安全に手術が受けられるように取り組んでいます！



他職種、他部門と連携し

1. 業務改善を行い、
手術の効率化を目指します！
2. チーム一丸となって、
安心・安全な手術看護の
提供に努めます！

