

平成28年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

1. 高度急性期病院の確立

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度に実施する予定のこと | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|------|------|---|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|--------|-----------|------|------|-------|---------|---|---|-----|--|
| 救命救急センターの充実 | 断らない体制の強化 | 救急車の受け入れを断わることとなった事例を分析し、単年度で改善できるものについては改善し、複数年かかるものについては3年間の中で改善する。 スタッフの充実(救急医の確保、薬剤師) | 救急車の受け入れを断わることとなった事例を分析し、単年度で改善できるものについては改善し、複数年かかるものについては29年度までに改善する | 救急車受け入れ台数 4,500台または三次救急患者1,100人 救急医最低1名確保 | ○ | 救急医 2名採用(H28.4.1) | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>28年度</td> <td>27年度</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>救急車受け入れ台数(台)</td> <td>3,633</td> <td>3,545</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>三次救急患者数(人)</td> <td>1,196</td> <td>1,168</td> <td>28</td> </tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 救急車受け入れ台数(台) | 3,633 | 3,545 | 88 | 三次救急患者数(人) | 1,196 | 1,168 | 28 | | | | | | | | | |
| | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救急車受け入れ台数(台) | 3,633 | 3,545 | 88 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三次救急患者数(人) | 1,196 | 1,168 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベッドコントロールの実施 | | ・ICU、CCU、ACUから一般病棟へのスムーズな患者の移動 ・混合病棟の推進 ・病院全体のベッドの調整をする責任者を明確にする ・ベッドコントロールミーティングの強化 ・救急外来のベッドを空けるため実態把握とルールの見直し | ・救急患者の入院要請時は必ずベッドを確保する(24時間) ・最終調整は副看護局長が行う。休日・夜間は当直師長が調整する ・救急外来のベッドの空きが確保されている | ○ | ベッドコントロールミーティング 救急患者の入院要請時は必ずベッドを確保する(24時間)病棟移動優先順位を医師と調整 | 左記により、ベッドコントロールを実施 満床時においても夜間、休日患者受け入れを実施できた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域がん診療連携拠点病院の充実 | 指定の更新を見据えた体制の整備 | 現行の指定要件では努力目標とされているものが、指針の改定時に義務化される可能性がある。これらの指定要件の厳格化が見込まれるものについて対応する。 ・スタッフの充実 ・医療機器の整備 ・遺伝子検査ができる体制の整備 | 目標数値に達するように該当医師には受講を徹底するように依頼する。 | 医学物理士を1名確保 院内がん登録で各がんのステージ別の5年生存率を把握している がんサポート症例検討率 20% 緩和ケア研修受講率 がん診療医90%、後期研修修了時100% 遺伝子検査の導入 | △ | 医学物理士2名を確保した(H29.1.1 1名、3.1 1名採用) 5大がんについてステージ別の5年生存率を病院HPIにアップした | <ul style="list-style-type: none"> ・がんサポーター症例検討率(5大がん) 14.1% (625例/4,431例中) ・緩和ケア研修受講率 がん診療医 93.3% (42人/45人中) 後期研修修了時 86.7% (26人/30人中) ・遺伝子検査 機器の導入完了 | がんサポーター検討率については検討率の低いがんの検討数を今後増やしていく(緩和ケア研修未受講のがん診療医1名、後期研修修了3名はすでに退職している) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者サポートセンターの整備 | 入院前説明等を一元的に行う患者サポートセンターの整備 | 質の高い高度急性期医療を推進するため、手術予定の患者に対して外来で施行可能な検査や治療計画の説明、さらには退院調整の介入まで入院前に行うようにする。 | 適切な人員配置(ドクターエイト、看護師、薬剤師等)入院セットにクリニックバスをリンクする | 整形外科、耳鼻いんこう科、産婦人科、大腸内視鏡等の予定手術入院患者の検査、治療説明等を入院前に外来で実施している | ○ | 目標の該当診療科と心臓血管外科・眼科の導入 | 全9診療科導入済み(外科、整形外科、耳鼻いんこう科、産婦人科、呼吸器外科、乳腺外科、眼科、消化器内科、心臓血管外科)検査・治療1,971件、入院前説明1,249件、薬剤2,664件 | ブース・人員の確保 診療報酬適正化への支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域医療連携の強化 | より実践的な地域連携の推進 | 連携医からの紹介受付時間を拡大するなど紹介しやすい体制を整備する 船橋医療介護連携研究会を開催し、より実践的な関係を築くことでスムーズな転院(介護施設等を含む)を行える体制を構築する | 優先診療予約、優先検査予約の利用を促進できるようにPRを図る。 | 優先予約患者数の増 毎月380人以上 在宅復帰率 95%以上 平均在院日数の短縮 11日以下 船橋医療介護連携研究会の開催回数 3回以上 | △ | 地域のクリニックや診療所を訪問し、PRを図った。 予約手続きは10分以内の事務処理を徹底する。 優先予約患者数 月平均326人 | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>28年度</td> <td>27年度</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>優先予約患者数(人)</td> <td>3,917</td> <td>4,478</td> <td>△ 561</td> </tr> <tr> <td>在宅復帰率(%)</td> <td>96.9%</td> <td>97.3%</td> <td>△ 0.4%</td> </tr> <tr> <td>平均在院日数(日)</td> <td>11.3</td> <td>11.6</td> <td>△ 0.3</td> </tr> <tr> <td>開催回数(回)</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>△ 1</td> </tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 優先予約患者数(人) | 3,917 | 4,478 | △ 561 | 在宅復帰率(%) | 96.9% | 97.3% | △ 0.4% | 平均在院日数(日) | 11.3 | 11.6 | △ 0.3 | 開催回数(回) | 3 | 4 | △ 1 | |
| | | | | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 優先予約患者数(人) | 3,917 | 4,478 | △ 561 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅復帰率(%) | 96.9% | 97.3% | △ 0.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平均在院日数(日) | 11.3 | 11.6 | △ 0.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開催回数(回) | 3 | 4 | △ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 地域のクリニックや診療所を訪問し、地域の医療機関との連携強化を図る | 診療科の医師と訪問する。船橋西部地区を中心に訪問を強化する。訪問結果は随時フィードバックする。 | 年間訪問件数 120件 | ○ | 目標訪問件数120件に向けて実施 | 平成28年度 123件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己評価 | | 28年度の総合的な所見 | | | 29年度に向けて | | | 委員会評価 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ | | 救命救急センターの充実について、三次救急患者数は目標の1,100人を超え、27年度比で28人増加した。また、救急車の受け入れ台数は目標に達しなかったものの27年度比で88台増加した。地域がん診療連携拠点病院の充実については医学物理士を2名採用し、放射線治療体制の強化を図った。地域医療連携の強化については地域のクリニックや診療所を診療科の医師が訪問することで更なる地域医療連携の強化に努めた。 | | | 引き続き、救急患者の受入体制の強化を図り、救急車の受け入れ台数及び三次救急患者数の目標達成を目指す。また、患者サポートセンターで予定手術入院前の検査や治療説明等を実施する体制を全診療科で導入し、より質の高い高度急性期医療を提供できるよう努める。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. 安定的な経営の確保

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度に実施する予定のこと | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|---|----|------|------|---|-----------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|---|
| 収入の確保 | 病床稼働率の増 | 病床稼働率を上げる | 緊急入院対応フローを作成し、それに基づきスムーズな病床決定ができるようにする。また、オーダーリングのトップ画面にタイムリーな病床稼働率を掲載するなどし、職員への意識付けを図る。 | 病床稼働率 90% | × | 緊急入院対応フローを作成 診療科入院病棟看護師長に連絡をすることとした。 | 病床稼働率 83.5% | 夏季の患者数減少対策 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 手術室の効率的な運用 | 空き枠情報の共有 手術室マネジメントの強化 診療科枠の見直し | 手術室稼働率 74% | ○ | 空枠情報の共有(空枠情報のメール配信、各診療科部長への声掛けなど) | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>28年度</td> <td>27年度</td> <td>差</td> </tr> <tr> <td>手術室稼働率(%)</td> <td>74.6%</td> <td>73.4%</td> <td>1.2%</td> </tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 手術室稼働率(%) | 74.6% | 73.4% | 1.2% | | | | | |
| | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手術室稼働率(%) | 74.6% | 73.4% | 1.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療報酬請求の最適化 | 現状の査定率(0.2%未満)を維持しつつ、高額請求(2,000点以上)の査定減を減少させる。 | ・医師への情報提供やレセプト担当職員への教育の徹底 ・レセプト事前点検システムの活用 | 査定率:0.2%未満 高額請求の査定件数:130件 高額請求の査定点数:1,200,000点 | × | ・医師への情報提供を行った。 ・新人職員への研修を月1回実施している。 ・査定情報の収集・反映の迅速化 ・審査基準の解析 ・再審査請求時の請求根拠提示 | <table border="1"> <tr> <td></td> <td colspan="2">入院</td> <td>外来</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>28年度</td> <td>0.39%</td> <td>0.11%</td> <td>0.32%</td> </tr> <tr> <td>27年度</td> <td>0.25%</td> <td>0.10%</td> <td>0.21%</td> </tr> </table> | | 入院 | | 外来 | 計 | 28年度 | 0.39% | 0.11% | 0.32% | 27年度 | 0.25% | 0.10% | 0.21% | ・査定率の高い診療科に対して重点的に点検を行う。 ・職員に注意喚起を行う |
| | | | | 入院 | | 外来 | 計 | | | | | | | | | | | | | | |
| 28年度 | 0.39% | 0.11% | 0.32% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27年度 | 0.25% | 0.10% | 0.21% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPCの適正なコーディング | DPCの適正なコーディングに努める | 医師と診療情報管理士の連携を密にして、適正なコーディングに努める | ○ | 医師と診療情報管理士の連携を密にして、適正なコーディングに努めた | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院時要約が全患者について速やかに作成されるよう、医師及び看護師に働きかけを行う。 | 医師及び看護師に対して督促を行う | 退院日の翌日から起算して10日以内に作成される退院時要約の割合:90%以上 | × | 医師に対して督促を行った。 | 退院日の翌日から起算して10日以内に作成される退院時要約の割合:81.9% | 医師、看護師に対し督促の強化を図る | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬への対応 | ・施設基準の取得可能な項目の調査及び体制の整備 ・院内説明会の開催 | 院内説明会及び研修会を各1回以上開催する施設基準の取得可能な項目について対応する(退院支援加算1、総合入院体制加算2、25対1急性期看護補助体制加算、認知症ケア加算1の取得) 医師事務作業補助体制加算2(15対1)取得のための人員確保 DPC II 群病院への復帰に向けた取り組みの実施及び重症度係数の上昇 | ○ | ・院内説明会及び研修会を各1回実施した。 ・病棟クラスを配置するなどして、処置の入力漏れを極力なくすようにして、診療密度を上げるように努めている。 | ・退院支援加算1、総合入院体制加算2、25対1急性期看護補助体制加算、認知症ケア加算1を取得した。 ・医師事務作業補助体制加算2(15対1)取得のための人員確保に努めたが、加算の取得には至らなかった。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

平成28年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度に実施する予定のこと | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|---|---|-------------|--------|--------|----------------------|------------------------|---------------|---------------|---|---|---------------|-------|------------|----------------|-----|-----|-----|---|
| 収入の確保 | 未収金対策 | 医療費の公費負担制度等の説明を行い、関係機関と連携して未収金の発生を抑制するとともに未収金の早期回収を図る。 | 医療費の公的負担制度等の説明を行い、関係機関と連携して未収金の発生を抑制するとともに、未収金の発生時点で支払を強く要望し、早期回収を図る | 臨戸徴収:月2回以上 催告書発送:年3回以上 | ○ | ・昼間、夜間、休日に分けて臨戸徴収を行っている。 ・患者本人及び保証人に対し、各1回の催告書発送を実施した。 | 臨戸徴収: 27回 (月2.25回) 催告書発送: 3回 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他の収入確保策 | がん患者指導管理料の実施 | 算定要件と方法の周知 算定資格者の増員(医師3名、看護師1名、薬剤師1名) | 管理料1: 250件 管理料2: 350件 管理料3: 250件 | △ | がん指導管理料2は、看護師から認定看護師へ依頼できるようにフローを修正した 管理料算定資格者 看護師1名増 | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>管理料1(件)</td><td>248</td><td>199</td><td>49</td></tr> <tr><td>管理料2(件)</td><td>378</td><td>236</td><td>142</td></tr> <tr><td>管理料3(件)</td><td>160</td><td>178</td><td>△18</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 管理料1(件) | 248 | 199 | 49 | 管理料2(件) | 378 | 236 | 142 | 管理料3(件) | 160 | 178 | △18 | 管理料1、管理料2については前年度よりも増加した 今後は管理料3の増加にも取り組んでいく |
| | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 管理料1(件) | 248 | 199 | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 管理料2(件) | 378 | 236 | 142 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理料3(件) | 160 | 178 | △18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 全入院患者への服薬指導の実施 | 薬剤管理指導料件数の増加 | 薬剤管理指導料 1,500件 実施率86.0% | ○ | 薬剤管理指導料 1,605 件(月平均) 実施率 99.6 % | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度累計</td><td>27年度累計</td><td>差</td></tr> <tr><td>薬剤管理指導料件数</td><td>19,260</td><td>16,424</td><td>2,836</td></tr> <tr><td>実施率(%)</td><td>99.6%</td><td>85.7%</td><td>13.9%</td></tr> </table> | | 28年度累計 | 27年度累計 | 差 | 薬剤管理指導料件数 | 19,260 | 16,424 | 2,836 | 実施率(%) | 99.6% | 85.7% | 13.9% | | | | | | |
| | 28年度累計 | 27年度累計 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤管理指導料件数 | 19,260 | 16,424 | 2,836 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施率(%) | 99.6% | 85.7% | 13.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別食加算の増加 | 入院時の食事内容の確認 | 特別食加算比率 27% | ○ | | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>特別食加算比率(%)</td><td>28.3%</td><td>26.9%</td><td>0.0</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 特別食加算比率(%) | 28.3% | 26.9% | 0.0 | | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別食加算比率(%) | 28.3% | 26.9% | 0.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 栄養食事指導件数の増加 | 院内外の医師へ栄養指導依頼への働きかけ、患者への周知 | 栄養指導件数 2,000件 | ○ | | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>栄養指導件数(件)</td><td>3,104</td><td>1,923</td><td>1,181</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 栄養指導件数(件) | 3,104 | 1,923 | 1,181 | | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栄養指導件数(件) | 3,104 | 1,923 | 1,181 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支出の削減 | 委託料の抑制 | 26年度総額を維持 | 仕様の見直し等による支出額削減 | 26年度予算額を上限として、業務を実施 | ○ | 仕様の過不足を確認し見直しながら、支出額の削減に努めた | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>26年度</td><td>26年度予算額と28年度決算額の差</td></tr> <tr><td>委託料予算額(円)</td><td>1,442,900,000</td><td>1,352,630,000</td><td></td></tr> <tr><td>支出額(円)</td><td>1,340,922,155</td><td>—</td><td>△1,170,845</td></tr> </table> | | 28年度 | 26年度 | 26年度予算額と28年度決算額の差 | 委託料予算額(円) | 1,442,900,000 | 1,352,630,000 | | 支出額(円) | 1,340,922,155 | — | △1,170,845 | 引き続き支出額の削減に努める | | | | |
| | | 28年度 | 26年度 | 26年度予算額と28年度決算額の差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 委託料予算額(円) | 1,442,900,000 | 1,352,630,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 支出額(円) | 1,340,922,155 | — | △1,170,845 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療材料費率の削減 | 一般医療材料の統一 採用医療材料の厳密な選定 | 同種の材料のとりまとめ 安価な同種同効品への切替推進 | 入院・外来収益に占める診療材料費の比率 15.6%(25年度実績)を維持 | × | 購入物流委員会において材料の切替提案(H28.4~H29.3まで48品目)を行い、48品目中26品目切替終了。 業者との価格交渉による15品目、約445万円の削減効果 | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度決算</td><td>27年度決算</td><td>差</td></tr> <tr><td>入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%)</td><td>16.0%</td><td>15.6%</td><td>0.4%</td></tr> </table> | | 28年度決算 | 27年度決算 | 差 | 入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%) | 16.0% | 15.6% | 0.4% | 引き続き安価な同種同効品への切替を進める 価格を抑えるよう、業者との打ち合わせを密に行う | | | | | | | | |
| | 28年度決算 | 27年度決算 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・外来収益に占める診療材料費の比率(%) | 16.0% | 15.6% | 0.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬品費率の削減 | 採用薬品の厳密な選定 | 採用品目の変更 卸業者との価格交渉 | 入院・外来収益に占める薬品費の比率 10.8%を維持 | × | メーカーの特約店担当者にも同席を依頼し、卸業者と1品目ごとに価格交渉を実施 | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度決算</td><td>27年度決算</td><td>差</td></tr> <tr><td>入院・外来収益に占める薬品費の比率(%)</td><td>11.6%</td><td>10.1%</td><td>1.5%</td></tr> </table> | | 28年度決算 | 27年度決算 | 差 | 入院・外来収益に占める薬品費の比率(%) | 11.6% | 10.1% | 1.5% | 引き続き価格交渉を実施していく 接点のないメーカーの特約店担当者と面談を実施する | | | | | | | | | |
| | 28年度決算 | 27年度決算 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・外来収益に占める薬品費の比率(%) | 11.6% | 10.1% | 1.5% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 後発医薬品への切り替え | 後発医薬品への切り替え | ジェネリック比率:数量ベース 82% 採用品目ベース23% | ○ | | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>数量ベース(%)</td><td>89.2%</td><td>84.5%</td><td>4.7%</td></tr> <tr><td>採用品目ベース(%)</td><td>23.3%</td><td>22.0%</td><td>1.3%</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 数量ベース(%) | 89.2% | 84.5% | 4.7% | 採用品目ベース(%) | 23.3% | 22.0% | 1.3% | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 数量ベース(%) | 89.2% | 84.5% | 4.7% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 採用品目ベース(%) | 23.3% | 22.0% | 1.3% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 同種同効品の見直し | 採用品目の削減 | 採用品目数:1,220品目以下 | ○ | | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>採用品目数(品目)</td><td>1,195</td><td>1,213</td><td>△18</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 採用品目数(品目) | 1,195 | 1,213 | △18 | | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 採用品目数(品目) | 1,195 | 1,213 | △18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 廃棄薬の削減 | 期限切れ廃棄金額の減少 | 期限切れ廃棄金額:45万以下 | × | 薬事委員会等での呼びかけ | <table border="1"> <tr><td></td><td>28年度</td><td>27年度</td><td>差</td></tr> <tr><td>期限切れ廃棄金額(円)</td><td>806,012</td><td>620,962</td><td>185,050</td></tr> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 期限切れ廃棄金額(円) | 806,012 | 620,962 | 185,050 | 各診療科に個別で使用を促している | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期限切れ廃棄金額(円) | 806,012 | 620,962 | 185,050 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己評価 | 28年度の総合的な所見 | | | | 29年度に向けて | | | 委員会評価 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| △ | <p>手術室の稼働状況については空枠の情報をメールで配信するなど、手術室の効率的な運用に努め、27年度と比べて1.2ポイント上昇した。がん患者指導管理料については、看護師の算定資格者を1名増員し、管理料1と管理料2が昨年度よりも増加した。入院・外来に占める診療材料費の比率については、0.4ポイントの差で目標値には届かなかったが、安価な同種同効品への切り替え等により、445万円の削減に成功した。高額薬品の増加により薬品費が増加し、入院・外来収益に占める割合は、11.6%と目標の10.8%に届かなかった。しかし、採用薬品の品目数については、27年度と比較し18品目の削減、ジェネリック比率は数量ベースで4.7ポイント、採用品目ベースで1.3ポイント増加し、目標を達成した。経営状況としては、3次救急患者数の増、新入院患者数の増等により入院外来収益は約3億4,800万円の増となった。</p> | | | | <p>診療報酬の最適化については、査定率の高い診療科の点検を重点的に行い、高額請求の査定件数を減少させる。来年度の診療報酬改定に向けて早期の情報収集に努めるほか、取得可能な施設基準の洗い出しを行う。また、傷病名等の適切な登録を促し、術式、処置、副傷病名等についての確認を行うことでDPCの適正なコーディングに努める。さらに、クリニカルパスの見直し等により、入院期間Ⅱ越えの割合を縮減し、診療密度の上昇を図ることでDPCⅡ群病院への復帰を目指す。支出の削減については、後発医薬品への切り替えを積極的に推進していく。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 医療の質の向上

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度実施計画の取り組み | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 |
|-----------|-------------|----------------------|--|---|----|---|--|--|
| 総合診療施設の充実 | 医師の確保 | 初期研修医からの確保、大学との提携 | 初期臨床研修医からの確保、大学との提携 | 29年度までに緩和ケア医1名、放射線診断医2名、精神科医1名、麻酔医・救急医・集中治療医6名、循環器内科医3名、その他診療科医師を確保 | △ | 初期臨床研修医からの確保、大学との提携 | 救急医 2名採用(平成28年4月1日) 麻酔科医 1名採用(平成28年4月1日) 泌尿器科 1名採用(平成28年10月1日) ※麻酔科1名(平成27年10月1日)採用済み | 初期臨床研修医からの確保、大学との提携 |
| | 看護師の確保 | 看護師の確保 | <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院に適応できる看護師の確保 就職説明会の参加(東京・千葉等) 看護学生の臨床実習の充実 当院における就職説明会の実施 院外研修、院内研修の充実 | 看護職員離職率 全体 9%以内 新人 7%以内 | △ | <ul style="list-style-type: none"> 就職説明会の参加(東京・千葉等)、仙台、新潟に参加 看護学生の臨床実習の充実、東京医科大学の見学実習受け入れ 就職説明会、インターンシップを年2回、計7日間の実施 新採用者・中途採用者面接 | 看護職員離職率 3月31日 全体 8.7 % (40人/ 470人中) 新人 19.0 % (8人/ 42人中) | 就職説明会、病院説明会、インターンシップを継続開催する。 スタッフ同士が支えあえる体制づくり |
| | 7対1入院基本料の維持 | 重症度、医療・看護必要度の維持 | <ul style="list-style-type: none"> 診療報酬に対応する 新医療看護必要度のシミュレーションの実施と導入 重症度、医療・看護必要度にかかる院外研修の受講 精度を上げるために電子媒体を活用した組織的研修の実施 医療・看護必要度に関する院内研修の実施 | 診療報酬改定に対応する重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が25%以上入院している(新基準) | ○ | <ul style="list-style-type: none"> 新医療看護必要度のシミュレーションの実施と導入 医療・看護必要度にかかる院外・院内研修の受講 精度を上げるために電子媒体を活用した組織的研修の実施 毎日必要度データ提示しデータの確認と修正 | 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 29.6% | 精度を上げるために電子媒体を活用した組織的研修の実施 毎日必要度データ提示しデータの確認と修正 |

平成28年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度実施計画の取り組み | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|------|---------------|---------------------|--------|-----------|----------|----------------|---------|------------|---------------------------------|------------|------------------|-----|-----|--|-------|--|--|--|
| 総合診療 施設の充実 | チーム医療の推進 | 多職種のレベルアップ | 各職種が専門・認定資格取得に関する計画を策定する 計画に基づき専門・認定資格を取得する | 後述の目標を達成する | ○ | | ・手術室認定看護師 1名採用 ・臨床検査技師 4名、放射線技師 1名、臨床工学士 1名、 管理栄養士 1名、薬剤師 1名が資格取得 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 栄養サポートチーム(NST)の充実 | NST介入の充実 | ラウンド回数 50回/年 NST加算 450件/年 | ○ | 定期的なカンファレンスと回診を継続して実施している | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ラウンド回数(回)</td> <td>86</td> <td>47</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>NST加算件数(件)</td> <td>492</td> <td>444</td> <td>48</td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | ラウンド回数(回) | 86 | 47 | 39 | NST加算件数(件) | 492 | 444 | 48 | | | | | | | |
| | | | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ラウンド回数(回) | 86 | 47 | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NST加算件数(件) | 492 | 444 | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ドクターエイドの活用 | 業務の拡大(病棟・外来でのサポート充実) | 病棟回診参加(整形外科、外科、心臓血管外科以外の診療科) 外来サポート(泌尿器科、整形外科以外の診療科) | × | 病棟回診参加について診療各科に問い合わせたが、左記3科以外は要望がなかった 外来サポートについて診療科別に介入方法を検討したが実施に至っていない | | 外来のスペースの問題などもあり外来サポートの介入については各診療科の状況に応じて検討していく必要がある | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均在院日数の短縮 | 院外への啓発活動を実施し、地域医療機関との連携を強化する | 院外への啓発活動を充実させながら実施していく | 紹介率 58%以上 逆紹介率 90%以上 | ○ | 訪問活動による当院診療のPR 返書管理の徹底 | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>紹介率(%)</td> <td>59.3%</td> <td>57.4%</td> <td>1.9%</td> </tr> <tr> <td>逆紹介率(%)</td> <td>90.4%</td> <td>89.2%</td> <td>1.2%</td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 紹介率(%) | 59.3% | 57.4% | 1.9% | 逆紹介率(%) | 90.4% | 89.2% | 1.2% | 引き続き目標達成に向けて取り組む | | | | | | | |
| | | | | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 紹介率(%) | 59.3% | 57.4% | 1.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 逆紹介率(%) | 90.4% | 89.2% | 1.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 低侵襲診断・治療の充実 | 短期滞在手術のクリニカルパスの見直しと実施 | 短期滞在手術(主な5手術)の平均在院日数 2.9日 内視鏡手術件数 750件 血管内治療件数 780件 | △ | 治療・手術機材の整備 | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平均在院日数(日) 短期滞在手術</td> <td>3.0</td> <td>3.1</td> <td>△ 0.1</td> </tr> <tr> <td>内視鏡手術件数(件)</td> <td>1,009</td> <td>735</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>血管内治療件数(件)</td> <td>985</td> <td>772</td> <td>213</td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 平均在院日数(日) 短期滞在手術 | 3.0 | 3.1 | △ 0.1 | 内視鏡手術件数(件) | 1,009 | 735 | 274 | 血管内治療件数(件) | 985 | 772 | 213 | 平均在院日数だけがわずかに目標値に届かなかった 引き続き日数の短縮を目標としていく | | | | |
| | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平均在院日数(日) 短期滞在手術 | 3.0 | 3.1 | △ 0.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡手術件数(件) | 1,009 | 735 | 274 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血管内治療件数(件) | 985 | 772 | 213 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 急性期リハビリテーションの拡充 | PT,OT各1名4月採用 | 平日実施患者のうち土曜日にもリハビリを実施した割合:40%以上 | ○ | | H28年度実績 平日実施患者のうち土曜日にもリハビリを実施した割合:40.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院調整看護師の積極的な活用 病棟で退院調整ができる看護師の育成 入院前の検査、説明、在宅療養支援等ができる体制の確立 | 退院支援加算Ⅰの取得、退院支援専任看護師を2病棟に1名配置、退院支援カンファレンスの充実 | 退院支援加算Ⅰの件数の増:月平均330件以上 入院前検査、説明等ができる体制の準備(できるところから開始) | ○ | 退院支援加算Ⅰを5月取得 退院支援看護師を2病棟に1名、計5名配置 退院支援リンクナース会を定例化し、各病棟看護師の知識を補完 患者支援センターに看護師を新たに2名配置、入院前説明対象診療科を増やした | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院支援加算Ⅰの件数(件)</td> <td>5,214</td> <td>3,751</td> <td>1,463</td> </tr> <tr> <td>月平均件数(件)</td> <td>435</td> <td>313</td> <td>122</td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 退院支援加算Ⅰの件数(件) | 5,214 | 3,751 | 1,463 | 月平均件数(件) | 435 | 313 | 122 | 退院支援看護師を各病棟1名配置を目指す、在宅支援体制を強化する | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院支援加算Ⅰの件数(件) | 5,214 | 3,751 | 1,463 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月平均件数(件) | 435 | 313 | 122 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| クリニカルパスの推進 | DPCIに適合したクリニカルパスへの見直し (パス改定のチーム:医師・クリニカルパス担当看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・診療情報管理士等) | クリニカルパス担当看護師の配置 | 見直したパスの数 30種類 パス適用患者数 6,500人 新規パス件数 20件 パス適用率 55% | × | クリニカルパスリンクナース会を立ち上げ、各病棟で担当するクリニカルパスの修正を実施した。 | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>見直したパスの数(種類)</td> <td>122</td> <td>15</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td>パス適用患者数(人)</td> <td>6,419</td> <td>6,028</td> <td>391</td> </tr> <tr> <td>新規パス件数(件)</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>パス適用率(%)</td> <td>51.7%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 見直したパスの数(種類) | 122 | 15 | 107 | パス適用患者数(人) | 6,419 | 6,028 | 391 | 新規パス件数(件) | 11 | | | パス適用率(%) | 51.7% | | | 入院期間の短縮をはかり、加算の算定漏れを防ぎ、DPCIに適合したパスを作成するため、診療科が主体となった多部門によってパスの内容を検討していく必要がある |
| | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 見直したパスの数(種類) | 122 | 15 | 107 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| パス適用患者数(人) | 6,419 | 6,028 | 391 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新規パス件数(件) | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| パス適用率(%) | 51.7% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栄養管理の充実 | 喫食率の増加 | 計画どおり実施する | 喫食率 85% | ○ | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>28年度</th> <th>27年度</th> <th>差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>喫食率(%)</td> <td>85.1%</td> <td>84.6%</td> <td>0.0</td> </tr> </tbody> </table> | | 28年度 | 27年度 | 差 | 喫食率(%) | 85.1% | 84.6% | 0.0 | 経口や経腸からの栄養摂取支援 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 28年度 | 27年度 | 差 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 喫食率(%) | 85.1% | 84.6% | 0.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フードサービスの充実 | 調査結果に基づく、速やかな対応 | 嗜好調査回数 年4回実施 献立内容、調査手順の見直し | ○ | | 嗜好調査回数 4回 | 4回目の調査は3月実施予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他病院の栄養部門との連携 | 他施設との連携だけでなく、在宅での活用を視野に 入れた整備 | 「がん患者の食事調整アセスメントシート」の評価 脳卒中の栄養シート の活用 | ○ | 「がん患者の食事調整アセスメントシート」は評価済み 脳卒中の栄養シートは問題なく活用できており、在宅用のものを作成する方向に | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・設備及び医療機器等の計画的な整備 | 施設・設備の計画的な整備 | 病院機能を維持するために行う施設・設備の整備について、年度毎に計画を作成し、整備費用の平準化を図る。 | 計画の見直し、更新 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 高度医療機器の計画的な導入・更新 | 入院・外来収益の3%を目安に老朽化した医療機器の更新を優先度をつけて行うとともに、高度・先進的な医療に取り組めるよう新たな医療機器の導入を計画的に行う。 | 28年度更新予定だったガンマカメラの更新時期の検討、29年度の放射線治療装置更新に向けた準備 | ○ | ・ガンマカメラ31年度以降更新の方向性を確認 ・更新する放射線治療装置の機種決定 ・鼻副鼻腔手術用ナビゲーションシステム、ホルター心電計、過酸化水素低温プラズマ滅菌器等導入済み | 鼻副鼻腔手術用ナビゲーションシステム、ホルター心電計、過酸化水素低温プラズマ滅菌器等導入済み | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | システムの計画的更新 | 計画的なシステム更新 | 治療RISシステム更新 心臓超音波画像システム更新 | ○ ○ | | 治療RISシステム更新済 心臓超音波画像システム更新済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

平成28年度の取り組み達成状況

状況欄の「○」は達成済。「△」は一部未達成または継続中。「×」は未達成。

様式1

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度実施計画の取り組み | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|--|------------------------------|--|--|---|-------------|--|------|--------------|------|------|----|----|---|-------|----|----|----|-------|------|----|----|----|-------|----|----|----|-------|------------------------|
| サービスの向上 | 患者満足度の向上 | 患者満足度の向上を図る | 患者満足度調査を年1回実施する 外来運営委員会で結果を検証し、改善する | 各項目の「満足」「ほぼ満足」の割合を前年度より向上させる | △ | 12月に定例の患者満足度調査を実施 委員会を月1回開催し、タイムリーに院長の手紙、患者クレーム改善に取り組んだ 外来運営・患者サービス委員会で部署ごとの患者サービス向上のため目標を設定し取り組んだ 9部署中、6部署が中間評価により目標達成 | 患者満足度調査結果「満足」「ほぼ満足」の割合 <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>全項目数</td> <td>前年度より上昇した項目数</td> <td>上昇割合</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">28年度</td> <td>入院</td> <td>38</td> <td>7</td> <td>18.4%</td> </tr> <tr> <td>外来</td> <td>41</td> <td>18</td> <td>43.9%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">27年度</td> <td>入院</td> <td>38</td> <td>34</td> <td>89.5%</td> </tr> <tr> <td>外来</td> <td>41</td> <td>32</td> <td>78.0%</td> </tr> </table> | | | 全項目数 | 前年度より上昇した項目数 | 上昇割合 | 28年度 | 入院 | 38 | 7 | 18.4% | 外来 | 41 | 18 | 43.9% | 27年度 | 入院 | 38 | 34 | 89.5% | 外来 | 41 | 32 | 78.0% | 部署目標による患者サービス向上活動を継続する |
| | | | 全項目数 | 前年度より上昇した項目数 | 上昇割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28年度 | 入院 | 38 | 7 | 18.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 外来 | 41 | 18 | 43.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27年度 | 入院 | 38 | 34 | 89.5% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 外来 | 41 | 32 | 78.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外来待ち時間対策 | 各外来の基本的業務の統一 外来予約枠の見直し 外来診療待ち時間の対策 | ・外来の予約枠の適宜見直し【医師と連携し見直しをする】 ・外来の案内表示に院内のお知らせを組み込む【例 市民公開講座等】 ・外来待ち時間調査 ・会計待ち時間の短縮 | 外来待ち時間が短縮する 外来待ち時間のクレームを前年度より減少させる | △ | 新患予約枠(外科、消化器内科、皮膚科)を開始 外来待ち時間調査実施 会計待ち時間短縮・・・医事課問い合わせ内容を診療局会議で周知、混雑時の人員配置 | 患者呼び出し方法を名前から番号に変更(1月より開始) 外来予約変更の周知 外来待ち時間全体で昨年度調査より24分短縮、到着から診察開始が16分、会計待ち時間が7分短縮した。 | 連携予約枠活用の強化 外来診療科にDA配置 診療予約枠の検討 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接遇の向上 | 接遇研修の毎年度実施 | より多くの方が参加できるように、開催日、時間を検討する | 1回 | ○ | 12月16日と12月26日に実施 | 研修会参加人数 100人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ボランティアの活用 | ボランティアの活動内容、活動時間の充実、拡大 | 活動状況の広報:活動内容の充実 | ボランティア数 22人 | × | 出張所、ボランティアセンター、市民中学校等への募集 広告の掲示 | ボランティア数 14人 | 広報「ふなばし」への掲載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己評価 | | 28年度の総合的な所見 | | | 29年度に向けて | | | 委員会評価 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ | | 平均在院日数の短縮について、紹介率・逆紹介率は訪問活動や返書管理の徹底により、いずれも平成27年度より上昇した。また、退院支援看護師5名を病棟に配置し、よりスムーズな退院調整に取り組んだ。NST加算件数、内視鏡手術件数、血管内治療件数、退院支援加算件数、喫食率は全て平成27年度を上回り、総合診療施設の充実に向けた取り組みの効果が表れた。 クリニカルパスの推進について、各病棟でパスの修正を行った。それにより、見直したパスの数は目標を達成したが、その他の項目は目標に届かなかった。 | | | 療士士の病棟専従について検討すること、退院支援看護師を各病棟に1名ずつ配置すること、疾患・術式のクリニカルパスは全て入院期間Ⅱ以内にする等々の取り組みにより、平均在院日数の更なる短縮、よりスムーズな退院調整を図る。また、在宅看護の現場で研修を行い、今後の連携に活かすことができる体制を構築する。患者サービスの向上については外来にドクターエイドの配置を検討するほか、引き続き診療科の予約枠の見直し等を行い、待ち時間の短縮を目指す。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. 教育・研修等の充実

| 中項目 | 小項目 | 中期経営計画上で実施するとされていること | 28年度実施計画の取り組み | 28年度目標 | 状況 | 実施したこと | 成果(増収額、削減額など) | 現状の課題と今後の課題 |
|------------|------------------|--|---|---|--|---|---|--|
| 臨床研究の更なる充実 | 先進医療に対応できる医療職の育成 | 学術研究の促進 | 論文・学会発表 | 論文30編・学会発表100回 | △ | | 論文 29編 学会発表 91回(2015年全国大会以上) | |
| | 臨床研究部の充実 | 治験実施件数が増加するような院内体制の整備 | 実施診療科を拡充 実績率の安定 | 年間8件の新規治験の受託 | △ | 新規SMOでの治験開始 | 新規治験受託件数 7件 | 同一診療科での案件は案件受託に限られることがあるため、実施診療科の拡充。 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(臨床研究に関する倫理指針)の変更に伴う倫理委員会申請へのフォロー。 |
| 教育の充実 | 看護師教育の充実 | キャリア開発ラダーに沿った看護教育体制の構築 | (1)看護師長・副看護師長、院内研修の計画立案・実施 (2)中堅看護師(ラダーⅢ相当)の育成強化 | (1)看護師長・副看護師長院内研修の評価を元に修正できたか (2)中堅看護師対象の院内研修終了者の割合: 90% | ○ | 教育担当者育成研修、看護技術指導者育成研修、ジェネラリスト研修、プリセプター研修、看護倫理研修開催 | 中堅看護師対象の院内研修終了者の割合 93.9% | 日本看護協会のクリニカルラダーに沿ったキャリア開発ラダーに修正する 修正版ラダーに沿った認定実施 |
| | | 専門看護師・認定看護師の育成 | 乳がん看護、認知症看護、心不全看護、緩和ケア認定看護師分野等の研修受講させる | 以下の認定資格を新たに取得 その他認定分野の看護師1~2名 | ○ | 乳がん看護認定看護師研修 1名修了 手術室認定看護師1名採用 | 認定看護師 1名増、計 16名 | 認知症看護、緩和ケア、放射線治療看護認定研修に受講 当院に必要な特定行為分野を検討し研修受講を計画する |
| | | メディカルスタッフの専門性の向上 | 認定資格の取得 | 各部署毎に必要ないは目指したい認定資格を取得する | ○ | 以下の職種が認定資格を新たに取得 ・臨床検査技師 4名 ・放射線技師 1名 ・臨床工学士 1名 ・管理栄養士 1名 | ・臨床検査技師 4名(認定心電検査技師、超音波検査士、有機溶剤作業主任者、細胞検査士) ・放射線技師 1名(放射線品質管理士) ・臨床工学士 1名(呼吸療法認定士) ・管理栄養士 1名(糖尿病療養指導士) | |
| | | 薬剤師の育成 | 認定薬剤師の育成 | 教育の充実 | 以下の認定を新たに取得 その他認定薬剤師1名 | ○ | ICD(感染制御ドクター)の資格取得 | 認定薬剤師 1名(ICD) |
| | 事務の専門性の向上 | 診療情報・レセプト(DPC)・電子カルテ・経理・病院経営に精通した人材の育成 | 学会や研修等への参加を促す | 学会、研修会への参加 40講座60人 | ○ | 研修会等案内の周知 | 学会、研修会への参加 62 講座 108 人 | 継続して情報を収集し、周知、呼びかけを実施 |
| | 病院職員の意識改革 | 講演会の開催 | 講演会開催 | 1回 | ○ | | 1回(平成29年2月23日)実施 講演内容等:コンプライアンス研修 参加者数: 94人 | |
| 臨床研修病院の充実 | 初期臨床研修医の充実 | 1) 卒後臨床研修評価機構の認定継続 2) 臨床実技シミュレーターの充実 3) 研修終了後の動向把握 | H29.2のJCEPの再審査に向けて、準備を整える | 1) 卒後臨床研修機構からの改善要求のクリア 卒後臨床研修評価機構の審査において「適切」または「a」の割合 80%以上 3) メーリングリストを80%連絡 | △ | JCEPの評価目標はほぼ改善させた | JCEP更新の受審(12月)終了。2年間の認定更新 1) 「適切」または「a」の割合 79.5% 3) リスト整備を実施 | 臨床研修プログラムの改善 |
| 自己評価 | | 28年度の総合的な所見 | | | 29年度に向けて | | | 委員会評価 |
| ○ | | 看護師教育の充実を図った結果、中堅看護師対象の院内研修終了者の割合が平成27年度から13ポイント上昇した。また、各部署で職員のスキルアップに努め、看護師1名、臨床検査技師4名、放射線技師1名、臨床工学士1名、管理栄養士1名、薬剤師1名が認定資格を取得した。 卒後臨床研修評価機構の認定については、「適切」または「a」の割合が79.5%で目標の80%にはわずかに届かなかったが、2年間の認定更新を受けた。 | | | 臨床研究については、実施診療科を拡充し、新規治験受託件数の増加を図る。 教育の充実については、さらなるスキルアップに向けて各部署が認定資格の取得を目指す。また、職員の意識を高めるため、院内での講演会や研修等も引き続き開催していく。 | | | |