



看護部

1. 概要

一般病床45床、回復期リハビリ病棟30床、計75床で、急性期から、亜急性期、回復期までの地域に密着した医療を担っています。

看護背景：7：1看護（一般病棟）

看護提供：固定チームナーシング＋受け持ち制

看護体制：3交替（日勤・準夜勤・深夜勤）

看護職数（平成20年4月1日現在）

看護職員	52名（臨時職員を含む）
看護師	39名
准看護師	13名
看護助手	10名

看護部 理念

安全と安楽を第一に患者さん中心の看護を実施する

看護部 基本方針

- ・ 患者さん、ご家族と共に看護計画を立て、看護を行います
- ・ 安全と安楽を優先させ、24時間責任ある看護を実施します
- ・ 患者さんの療養環境を清潔に保ちます
- ・ 看護の質の向上に努めます。

2. 2008年度の取り組みとその成果

「受け持ち患者全体を捉えた看護の提供」を目標に取り組んだ。カンファレンスの定着により、スタッフの受け持ち患者意識は高まり、問題点の共有が図れる様になった。

看護計画立案や、サマリーにも受け持ち患者意識の高まりが見られた。しかし、患者全体を捉えた看護までは至らなかった。また、7：1看護体制以降、新人看護師の増加もあり、新たな問題に、十字チャートで分析を行い2009年度の目標とした。

スタッフの良い所を見つけ投書（フィッシュ箱）してもらい、看護部会で表彰する取り組みも行った。思いやりや、感謝の言葉も多く聞かれこのまま継続の予定。

3. 2009年度の重点目標

1. 一定の質の看護の提供

- ① マニュアルを活用して看護実践を行う
- ② クリティカルパスの使用症例数を増やす
- ③ 標準看護計画を実践できるように改定する



2. 教育システムの構築

- ① 職能要件に合わせた、クリニカルラダーの具体的計画の立案
- ② ラダーに沿った教育計画
- ③ 目標管理の継続

4. 看護部の組織活動

5月 看護の日のイベント 看護師体験ツアーと題し、明野中学の生徒さんを招き一日看護師体験を行なった。

7月 近隣の中学校の依頼の職場体験を受け入れている。

看護部の委員会活動、会議

師長主任会議	(月1度開催)
教育委員会(記録)	(月1度開催)
医療安全委員会	(月1度開催)
感染委員会	(月1度開催)
褥創NST委員会	(月1度開催)
マニュアル委員会	(月1度開催)

学会・研修会の参加実績

月日	内容	開催場所	参加
4/19	看護必要度の基本的理解と運用の実際	大分県看護協会	2名
5/25	日本褥創学会 九州地方会教育セミナー	長崎	2名
6/7 6/8	日本整形外科看護研究会学術集会	横浜市 浜銀ホール」	2名
6/7	転棟転落予防教室 研究会	湯布院厚生年金病院	2名
6/25	看護職の自律をめざして	大分県合同庁舎 大分県福祉保健部	1名
7/5 7/6	キャリア開発と人的資源の活用	別府ビーコンプラザ 日本看護協会	2名
7/6	感染防止に関する研修会 採血器材の使用法	大分県看護協会	2名
7/10	コミュニケーション研修	大分市 病院協会	1名
7/27	大分県医療ガスセミナー	江藤酸素ビル	2名
8/2 8/3	回復期リハビリテーション 病棟師長研修会	東京（笹川記念館） 回復リハビリ	1名
8/9	地域貢献事業講演会 診療報酬改定の仕組みと看護サービス	大分大学附属病院	2名
10/30,31	看護管理者学会	熊本 日本看護協会	2名
10/26	病院総看護師長研修会 病院と地域をつなぐ看護の役割	大分県看護協会 大分県福祉保健部	1名
12/19,20	トップマネジメントに役立つ 看護管理	大分県看護協会	1名
11/24	大分県病院学会 2題 発表	別府ビーコンプラザ	発表 4名 参加 8名
2/7	大分地区講演会 「リレー・フォー・ライフへの想い」	大分市保健所会議室	1名
3/15	大分県における肝疾患治療の現状と インターフェロンの治療助成制度	大分県看護協会 大分大学医学部肝疾患相談センター	2名
	NST 専門療法士教育実習参加	新別府病院	1名



その他

認定看護管理者教育課程ファーストレベル研修

池田直美

5月16日～11月21日までの21日間

医療安全管理者要請研修 12月6日～12月26日までの5日間

長島みゆき

その他の 看護協会教育研修 8名

大分大学医学部 看護技術研修会 5項目 5人

大分国体救護班として看護部より派遣

救急の日の行事一日救急隊長 参加



2階病棟

1. スタッフ構成・勤務態勢

1) スタッフ構成

看護師長 1名 副看護師長 2名 主任 2名 看護師 21名 (内パート 4名)
准看護師 6名 看護助手 3名 病棟クラーク 1名

2) 勤務体制

3交代制

日勤 8 : 30 ~ 17 : 30

準夜勤 16 : 30 ~ 1 : 00 深夜勤 0 : 30 ~ 9 : 00 各 2名

早出 6 : 00 ~ 10 : 00 遅出 17 : 30 ~ 21 : 30 各 1名

固定チームナーシングと受け持ち制の併用

2. 2008年度の取り組みとその成果

目標 入院から退院まで責任を持った看護が提供できる

- ①問題点を把握し、看護計画を立案する
- ②看護計画にそった記録・ケアができる
- ③1週間毎に計画・修正ができる
- ④退院指導が行える

方法 前年度同様グループ編成し、各グループで活動を行う。評価は1週間毎に行い、病棟会議で1ヶ月の結果を発表する。


1G 1. 病状変化に伴い看護計画が立案されているか。2. 疾患だけでなく個別性がだされているか。3. ADL状況から計画が書かれているかを重点的に1週間毎に担当者を決めカルテチェックを行いカンファレンスや、個人的に声かけしていきながら計画を立案していくようによびかけた。

また、ケアプランが立案されなければケアの面で患者に不自由をかけるため受け持ち看護師が立案していない事にすぐ気がつけるように、ADL表のカードを作成しカルテにはさむようにした。

2G 1. SOAPで記録が書かれているか。2. 計画とともにケアが実践されているかの2点を1週間毎に担当者を決めカルテと、介助表をチェックし、記録が出来ていないものには、SOAPのカードを作成しカルテにはさみ、ケア計画が書かれていないものには個人的に呼びかけたり、チームに協力してもらって、ケアの実践を行ってもらった。

3G 1週間毎に評価・修正がされていないものにはイエローカードを2週間後もされていない場合はレッドカードをカルテにはさみ、カンファレンスでもよびかけ、指導Nsから指導をしてもらうように声かけを行った。

4G 退院が近くなった時点で退院を示すお花マークのカードを作成しカルテに表示し退院指導をよびかけ、記録に残すようにカンファレンスや、個人指導を行った。



成果・反省

1 G 前年度は24時間以内に計画を立案することも出来ていない状況もみられたが、100%立案は可能となった。しかし、看護師の一方的なとらえで立案され、患者・家族の意見もふまえて立案することができたら、もっと効果的だと考える。

ケア計画・実践もよく行えていたが、受け持ち看護師というより、チームの協力が大きかったようである。状況変化とともに受け持ち看護師が責任をもって立案できるように取り組む必要がある。

2 G SOAPで記録を書くという面ではかなり充実した記録になってはきたが、まだSOAPで記録を書くという習慣がついていない看護師が数人いるため個人指導が必要である。

ケアの実践も行えているが、記録にまで残せていないのが現状である。今後は記録もケアとともにこなえるよう取り組む必要がある。

3 G 1週間毎の評価まで業務におわれ出来ないと口にしていたスタッフの意識がかなり変わり、空き時間を利用したり、残って評価をしあげて帰るスタッフの姿がみられるようになり、1週間毎の評価の意識が向上したと思われる。今後はその評価・修正の内容を充実させていきたいと考える。

4 G 退院指導という意識から、記録に指導の内容が充実してきたが、計画的にすすめられているわけではなかった。立案の時期や、指導のタイミングにずれが生じたりで指導ができていないケースもある。このことから、早期から取り組むことや、パスを使用することで指導の効率化をはかる必要があると考える。

3. 2009年度の重点目標

今年度は、看護部理念にもかかげられているように、患者・家族とともに看護計画を立案することが出来るように取り組んでいきたい。

また、前年度の残された課題をクリアし、内容の充実を図り、患者・家族に満足してもらえる看護が提供できるように努めていきたい。

目標 入院から退院まで責任もった看護が提供できる

- ①患者とともに、具体的に看護計画を立案することができる
- ②看護計画にそった記録・ケアができる
- ③1週間毎に患者とともに計画・修正ができる
- ④他部署との連携を図りながら、退院指導が行える

上記の目標をかかげ受け持ち看護師の意識をさらに高め、スタッフ全員で取り組んでいく。前年度に引き続きグループ毎に活動を行い、グループのアイデアや、協力性の効果も期待する。



回復期リハビリテーション病棟

当院で回復期リハビリテーション病棟が設立し2年が経過している。病床稼働率99%、在宅復帰率83.5%、2008年7月から2009年4月末まで入院患者245名、看護必要度判定にて、重症者合計50名、重症者割合24.6%、重症改善者合計22名、重症改善者割合44%の実績をあげ、各スタッフ（ナース・看護助手・PT・OT・ST）が連携し、患者さん、家族に対する日々の努力がうかがえる。2009年度は、スタッフ増員に伴い、回復期リハ病棟のケア10項目宣言について再度振り返り、確実に実践できているか評価し病棟の指針を固めたい。

1. スタッフ構成

1) スタッフ構成：

看護師長1名、副看護師長1名、看護師4名、準看護師3名
看護助手7名（内学生1名）

2) 勤務体制：

3交代制 日勤 8：30～17：30

準夜勤 16：30～ 1：00 深夜勤 0：00～ 9：00 各2名

早出 6：00～10：00 遅出 17：30～21：30 各1名

固定チームナーシングと受け持ち制の併用

PT 3名 ・ OT 3名 ・ ST 1名

日勤 8：30～17：30

早出 7：00～16：00

2. 2008年度の取り組みとその成果

年間目標「入院生活の中でリハビリ訓練が出来るようスタッフ間の情報を共有し、ADLの向上を図る」を掲げ、ホワイトボードを活用し、情報を共有する。FIMをリハスタッフと相談し正しく確実にチェックする。などの2点を具体策にあげ取り組んだ。ホワイトボードの活用は、スタッフ全員が患者のベッドサイドで確認しながら統一したケアを行った。また、毎週金曜日、カンファレンスで目標設定をしたことで、より情報の共有がはかれた。さらに、FIMのチェックは、最初は70%であったが、スタッフの全体の意識化が高まり、2月末には100%となった。

11月から、早朝の更衣訓練を開始し、入浴を週2回から3回へ改善、環境整備の徹底、リーダ業務の改訂、看護助手の業務改善を行った。12月1月には、業務改善（回復期用オリエンテーション板作成・申し送りの改訂・サマリーの記入など）を行いました、2月には、食事を食堂に誘導し、経口摂取に取り組んだ。その結果、栄養科より残飯が少なくなったと言う評価をいただいた。3月は、リハスケジュールボードを開始し、全員が個々のリハビリの時間を把握することができ、業務が円滑に行えるようになった。患者さん・ご家族のリハビリに対する意欲向上と、スタッフの意識改革が図れ、リハビリ強化につながった。2009年度も業務を見直しながら、患者さん中心とした、個々のケアの充実を図りたい。



3. 2009年度の重点目標

病棟看護目標：看護計画を見直し、リハ計画に反映する。

- 具体策：① 入院担当者は、初期計画を立てる。受け持ちナースは、計画を完成させる。週に1回プリセプター・師長は、カルテをチェックし、未完成の場合は、記録監査の棒を差し込む。受け持ちナースは修正し、棒を除去する。
師長は、毎週（土）チェックし、毎月統計をとる
- ② パスを活用し、充実したケアの提供をはかる。



手術室

1. 概要

当院は2つの手術室があり、バイオクリーンルームと一般手術室がある。
主に脊椎、人工膝関節、人工骨頭、その他の骨折などの手術を年間 600～700 例を行っている。
1つの手術に、執刀医、介助医師、麻酔科医、手洗い看護師、外回り看護師といったチームを組んで行われている。

2. スタッフ構成

麻酔科医 1名 副看護師長 1名 准看護師 1名 他 病棟より傾斜配置
夜間休日待機

3. 2008年度の取り組みとその成果

手術前、手術後の患者訪問を行い手術室看護の充実を図る

方法 術前訪問

- ① 医師が手術説明を行った後、手術当日担当看護師が手術、麻酔についての説明確認を行い理解を深める。
- ② コミュニケーションを取りながら手術に対する不安を和らげる。
- ③ チェック表を参照し情報収集を行う。

術中

- ① 環境整備
- ② 音楽などで緊張をほぐす
- ③ 入室前に自分が担当することを伝え不安を和らげる

成果

- ① 術前訪問は予定手術に関しては当日入院以外ほとんどの患者に行えた。チェック表を参照し、コミュニケーションをとりながら不安の緩和に努めることが出来た。
- ② 手術室入室から行動をとる前に患者に声をかけることで不安の緩和がはかれた。
- ③ 手術後患者訪問はチェック表等がなく確実には行えていなかった。

オペ件数

全麻 394例
腰麻 119例
局麻 231例
伝達 3例
硬膜外 6例
全+硬膜 26例
腰+硬膜 1例

科別オペ件数

整形外科 623件
外科 3件
形成 126件
その他 1件（ペースメーカー）



【整形外科手術件数】 623 件

内外来 93 件
入院 530 件

外来内訳

腱鞘切開術 42 件
手根管手術 14 件
骨接合術(ピンニング) 17 件

その他 抜釘・異物除去術等

入院内訳

上肢

肩関節形成術 20 件
骨接合術 鎖骨 6 件
肘関節形成 1 件
骨接合術 肘 2 件
骨接合術 上腕 7 件
骨接合術 前腕 26 件

脊椎

椎間板摘出術 41 件
椎弓形成術 42 件
後方固定術 29 件

下肢

骨接合術 大腿 27 件
人工骨頭挿入術 15 件
人工股関節置換術 14 件
人工膝関節置換術 65 件
膝関節鏡 72 件
前十字靭帯再建術 11 件
骨接合術 膝蓋骨 3 件
骨接合術 下腿 9 件
骨接合術 足 4 件

抜釘 鎖骨 6 件 上腕 2 件 前腕 2 件
大腿 3 件 膝蓋骨 3 件 下腿 11 件 足 6 件

その他 103 件



4. 2009年度の重点目標

術前訪問は予定手術のほとんどの患者に行うことが出来た。

今年度はオペ件数が増加したため入退室時の患者誤認に注意し、より安全で、充実した看護を目指す

- 目標 ① 入退室の際患者誤認と手術部位の確認を行い、安全に努める
② 術前術後訪問の継続





外来

1. 概要

当病院は、診療科 9 科を置き、理念である「医療・介護を通じ、生活の質の向上に努める」をモットーに専門性を重視した医療を提供している。また、地域の病院と提携し、回復期リハビリテーションにも力を入れている。内科では、内視鏡検査や、禁煙外来、3 ヶ月に一度糖尿病相談会を開催している。2008 年 2 月には、第 18 回目が開催された。整形外科では、脊椎や・膝関節の疾患の患者が増えている。

また、介護支援ステーションの補助的役割も担っている。私たち、外来看護師は、”病院の顔“として、やさしさと思いやりの気持ちで看護している。

2. スタッフ構成

看護師長 1 名 看護師 4 名 (パート 2 名) 准看護師 2 名 (パート)
内視鏡業務を含む

3. 2008 年度の取り組みとその成果

カンファレンスを行い記録の充実を図る。またインシデントを元に、業務改善やマニュアルの作成改訂 教育を行い、患者の不安を和らげる、相談できる外来を目指した。

また、①個々の訴えに対し、耳を傾け個別対応・個別指導などの継続看護を行う
(記録の充実・カンファレンス)

②各部署との連携を密にし、業務の円滑化を図る。

③スタッフ間・患者・家族とのコミュニケーションがとれ、良い信頼関係ができる。

等を重点目標に掲げ取り組んできた。毎日の業務に追われ、個別指導などが十分に出来ていないが、今年度の目標にも挙げて継続看護に力を入れて行きたい。

4. 2009 年度の重点目標

- 1 <継続看護> 看護サマリーの今後の問題について観察 記録が出来る。
- 2 各自の役割分担を明確にし、役割に責任を持つ。

業務改善を進めながら、5 S 運動に取り組んで行きたい。



訪問看護ステーション・ふくろう

1. 概要

地域医療の一環として、療養生活支援の専門家である看護師が、人々が望む場所で看護を実施することにより、在宅療養の充実を図ることを目的に、2006年8月1日より指定訪問看護ステーションが認可され、訪問看護業務を行っている。

リハビリテーションも訪問看護ステーションよりリハビリの専門職としてサービス提供を行っている。

2. スタッフ構成

スタッフ

管理者と訪問看護師 2.5人にて構成されている。

勤務体制

(月曜日から金曜日) 午前8時30分～17時30分まで

(土曜日) 午前8時30分～12時30分まで

※ 利用者さんの状況では休日に訪問もあり

訪問リハビリ 兼任 PT 1人

3. 2008年度の取り組みとその成果

目 標

- ①モニタリングを行い日々のケアの内容について見直しを行う。
- ②他の事業者との連携を行い、情報の共有を図る。

成 果

日々のケースカンファと週1回のケース検討を行い訪問看護サービスの提供について見直しを行い、職員間の情報の共有を図った。また連携機関には1カ月1回の報告書の提供を行い、状況の変化に対してはタイムリー連携先との情報交換を行った。

2008年4月～12月までの訪問看護サービス提供件数について

延べ件数 835件 月平均 92.7件

2008年4月～11月までの訪問リハビリの件数について

延べ件数 487件 月平均 60.9件

訪問看護ステーションにおける満足度調査

- ・2008年7月実施 現在行っているサービスの見直しと、より質の高い訪問看護ステーションの運営に役立てるために実施。
- ・総合的な満足度としては、支持率80%であったが、業務体制や訪問看護サービスの時間の見直しについての要請があり、業務改善を行う必要がある。



訪問看護サービス提供内容

- ・フィジカルアセスメント
- ・療養生活への援助、療養生活自立支援
環境整備、食事、排泄、入浴、衣生活、移動、社会とのつながり、清拭、スキンケア、服薬管理、運動、介護指導、看護指導
- ・急変時の対応
- ・在宅の輸液管理、筋肉注射・静脈注射・点滴
- ・認知症の看護・介護指導
- ・リハビリテーション看護
- ・呼吸管理 ネブライザー・吸引・在宅酸素
- ・連携業務 各サービス事業所・家族・医療機関・情報交換・情報提供
- ・相談対応 病状・受診相談 等

当院訪問看護の特徴

当院の退院支援に基づく在宅への継続看護となっている。退院時の移行期の体調管理、家族・本人へのセルフ看護、介護の指導、サービス支援の移行期の調整的役割を果たしている。

在宅生活の継続を積極的に支援している。

4. まとめ

地域に根付く医療と看護を目指して訪問看護のサービスを提供してきたが、院内業務の再編に伴い、訪問リハビリは2008年の11月、訪問看護は12月で業務休止となっている。今後業務の再開が計画された場合に備え、地域医療における訪問サービスのありかたについては、引き続き検討していきたい。



居宅介護支援事業

1. 概要

介護保険の基本理念は高齢者の自己決定権の尊重、自分らしい生活の継続及び自立支援を推進することである。

居宅介護支援事業は、要介護状態になった場合でも、その利用者が可能な限りその居宅において、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ち、利用者の心身の状況や環境に応じて、利用者の選択に基づき適切な保険医療サービスや福祉サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供、調整し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように支援援助を提供している。介護支援専門員として、質の良いサービスプランの提供ができるように業務を行っている。

2. スタッフ構成・勤務態勢

2008年度勤務体制

	勤務時間	資格	勤務形態
管理者	8:30～17:30	医師	常勤（兼）
介護支援専門員	8:30～17:30	保健師	常勤（兼）
		社会福祉士	常勤（兼）
		看護師	常勤（兼）

3. 2008年度の取り組みとその成果

地域医療・看護支援センターの目標

- ① モニタリングの充実を図る。
- ② 定期訪問を行い、アセスメントを行う。

アセスメント、居宅サービス計画の作成、サービスの提供調整、モニタリング、居宅サービス計画の見直しを行った。月1回の利用者宅訪問、サービス事業者との毎月の情報交換を行った。

2008年度の居宅サービス計画数・相談件数

居宅サービス計画数	285件	月平均	31.6件
居宅介護支援相談件数	1411件	月平均	157件

居宅介護支援事業所満足度調査の実施

2008年8月実施し現行サービスの見直しを行った。総合的な満足度は支持率90%であったが、介護保険サービス制度の説明が分かりにくいとの指摘があったため、患者の立場に立った説明を心がけるよう業務を改善した。

4. 総括

自分らしい生活の継続や、自立支援を目指して、介護支援業務を行ってきたが、院内業務の再編により2008年12月で業務休止となっている。今後業務の再開が計画された場合に備え、地域とのサービス提供事業者や施設との連携を行う。合わせて、地域住民、患者の生活支援相談には引き続き対応していきたい。



医療福祉相談部

1. 概要

医療・介護・福祉の制度と社会資源を活用し、外来・入院患者さんの抱える生活不安の軽減を支援する。

2. スタッフ構成

医療ソーシャルワーカー2名

(外来・一般・亜急性期病床担当1名、回復期担当1名)

3. 2008年度の取り組みとその成果

入院相談

入院相談窓口として急性期病院からの転院調整を行った他、介護施設、在宅からの入院相談、回復期病棟、回復期対象疾患外のリハビリ目的入院相談に対応した。

退院支援

診療計画の中で円滑に退院ができるよう、介護保険申請、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの紹介・連携、在宅支援カンファレンスの設定、家屋調査、福祉用具の手配、介護施設・療養病床への入所支援を行った。

受診相談

他病院受診の際の予約や、移動手段の手配を行なった他、日常的に連携しているケアマネージャーや介護サービス事業所、介護保険施設等から、利用者の様態悪化や急変があった場合などに、スムーズな受診が図れるよう、院内調整を行った。

介護・福祉相談

外来、入院患者さんからの、介護保険や高齢者福祉制度、障害者福祉制度の利用に関する問い合わせに対応した。

医療・介護連携

外来、病棟、医事課からの、他機関への問い合わせや情報収集に対応した。

前方連携、後方連携のネットワークを維持するため、病院訪問（年3回実施）を行った他、医療連携実務者会議へ参加し、他院連携室との顔の見える連携を心がけた。

後方連携では居宅介護支援事業所、地域包括支援センター主催のセミナーへの参加や、独自アンケートの実施を通して、医療・介護連携における問題点の把握に努めた。



4. 総括

2008 度はのべ 5865 件の相談対応を行った。今年度相談部が関わって退院した患者数はおよそ 484 名（亜急性 247 名、回復期 237 名 ※一般病床除く）であった。回復期病棟退院患者においては、施設待機者も含め入棟期限内で円滑に退院支援を行なうことができた（在宅復帰率 83.5%）。

急性期病院の担当者とは顔の見える連携を心がけ、信頼関係に基づいたスムーズな入退院が行なえるよう、病院訪問、会合への参加を通してネットワークの強化に取り組んだ。本年度、回復期へは 16 病院より 113 名の患者紹介があった。

特に今年度は後方連携に力を入れ、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの連携を円滑に図るため、独自に医療と介護の連携に関するアンケートも実施した。その他、地域の居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの主催する医療と介護の連携に関するセミナーにもパネリストとして出席するなど連携強化に取り組んだ。

次年度も引き続き、患者さんの生活不安を軽減し、安心して医療を受け、在宅生活を送れるよう対応していきたい。



事務部

1. 概要

事務部は、財務管理、労務管理、施設管理、経営企画、用度・システム管理担当より構成され、正職員 5 名で主として以下の業務を行っている。

◆財務管理

- ・ 予算編成及び決算報告に関すること
- ・ 現金及び有価証券の管理に関すること
- ・ 給与計算及び税務に関すること
- ・ 会計書類の作成及び諸支払いに関すること
- ・ 経営分析に関すること

◆労務管理

- ・ 職員の採用、退職に関すること
- ・ 人員標準数の管理に関すること
- ・ 職員の福利厚生に関すること
- ・ 研修、出張に関すること
- ・ 就業規則の整備、管理に関すること
- ・ 人事考課に関すること

◆施設管理

- ・ 建物の保全、管理に関すること
- ・ 機械、設備、電気、ガス等の保全、管理に関すること
- ・ 防火訓練、危機管理に関すること
- ・ 清掃、景観の管理に関すること

◆経営企画

- ・ 病院運営会議、連絡調整会議に関すること
- ・ 施設基準の届出及び調査研究に関すること
- ・ 病院行事及び広報に関すること
- ・ 「ふくろうの会」、「ボランティア会」に関すること
- ・ 監査に関すること



◆用度・システム管理

- ・機器、医療材料、薬剤、消耗品等の購入に関すること
- ・院内 SPD システムの管理に関すること
- ・オーダーリングシステムの管理、運営に関すること
- ・院内グループウェアの管理に関すること
- ・インターネット関連の管理に関すること
- ・院内コンピュータ全般及び PHS 等通信機器の管理に関すること

2. 2008年度の取り組みとその成果

①業務の見直しと役割分担の再検討

2009年度の人事を考慮し、部署内の業務及び担当者の見直し、引継ぎ等を行った。

②人事考課制度の再構築

経営コンサルタントにも検討を依頼し、人事制度の具体的な見直しに着手した。

③経費の見直しと節減対策

薬剤の購入について検討し、仕入業者の絞り込みと価格の抑制を行った。医療機器、診療材料等は逆に仕入業者数を増やす方向で検討し、緊張感のある購入環境に努めた。

3. 2009年度の重点目標

①人事制度の再構築と経費対策を引き続き努力する。

②業務改善に向けた提案制度の実施

「グッドアイデアシート」の提出制度を設け、業務改善に対する意識の養成を行う。

③DPC 対象病院への移行を見据えた準備、研究を行う。



医事課

1. 概要

受付業務、総合案内、電話交換、診療行為入力、会計業務、入退院業務、病棟業務、医事相談、診療報酬請求業務、未収金請求業務、集計(医事統計資料作成)

2. スタッフ構成

職員 6 人 (パート 1 名)

3. 2008年度の取り組みとその成果

未収金管理システム起動、レセプトオンライン請求

4. 2009年度の重点目標

患者さんに対する接遇を重視、診療報酬業務の体制整備、医事課業務改善、未収金業務の強化整備

5. 実習の受け入れと学会・研修会の参加実績

三幸医療カレッジ、労災保険研修会



ちょっと一息②

正面駐車場 今昔

1997年当時



1999年当時



現在





委員会

医療事故防止委員会

1. 設置目的

医療安全管理に関する事項、職員への医療安全教育に関する事項、インシデント・アクシデントの統計分析報告、最新医療事故対策研究、医療訴訟に関する事項

2. 委員構成

委員長1名、副委員長3名、看護部長、事務長、各部署長、事務部の若干名

3. 2008年度の活動報告

「安全管理意識の定着」

- ① 一人一月一インシデント報告ができる。
 - ・年間報告総件数は1570件（職員数116名）で目標は達成できた。
 - ・インシデント報告書が紙媒体からPC書き込み報告様式へと佐藤委員の協力で容易にタイムリーに報告ができるようになり報告数がUPした。
 - ・毎月の報告件数を「インシデント報告目標達成表」のタイトルで表にして医局・職員食堂に掲示し啓蒙ができた。
 - ・各部署の委員さんの協力により飛躍的に報告数が伸びた部署として2F病棟があげられる。
 - ・年度末には報告件数最多（職員数に対する報告割合）の検査科を表彰した。
 - ・問題点として内容がわかりづらいものが有り書き方の訓練をする必要を感じた。
- ② 安全マニュアルの評価
今年度は十分にできなかったので来年度の課題としたい。
- ③ 各部署会議では安全管理に関する議題を取り上げ安全管理室長が同席する。
看護部では安全に関する議題は取り上げられたが他部署会議への参加は今後の課題である。
- ④ 看護部では転倒転落の低減に努める
アセスメント並びに家族への説明と同意に配慮してきた。

安全教育

年2回行った。

1回目 6月30日（金）18:30～19:30 講演会「認知症患者とどう向き合うか」

講師 わかば台クリニック 山内 千代先生

地域の福祉関係職場にも参加を呼びかけ有意義な講演会となった。今後も認知症については抑制問題との絡みもあり来年度も講演会を開催したい。

2回目 11月25日と27日 18:00～19:00

GワークによるKYTと伝達講習

伝達講習の内容

- ・ 医療安全に関するワークショップ

厚労省九州厚生局主催



- ・管理者のためのリスクマネジメント 看護協会主催
- ・「危険予知トレーニングを知ろう」 テルモメディカルセミナー

Gワークは5名1組で2枚のイラストを使い行った。

KYTには基礎知識に裏打ちされた危険察知能力向上の効果が期待できるので各部署で日常的に小集団で短時間に行われることが望ましい。

その他の教育

ノロウイルス対策として

吐物・下痢便の処理に関するデモンストレーションを行った。

4. 2009年度の重点目標

「職員の安全管理意識を高め事故防止に努める」

活動目標

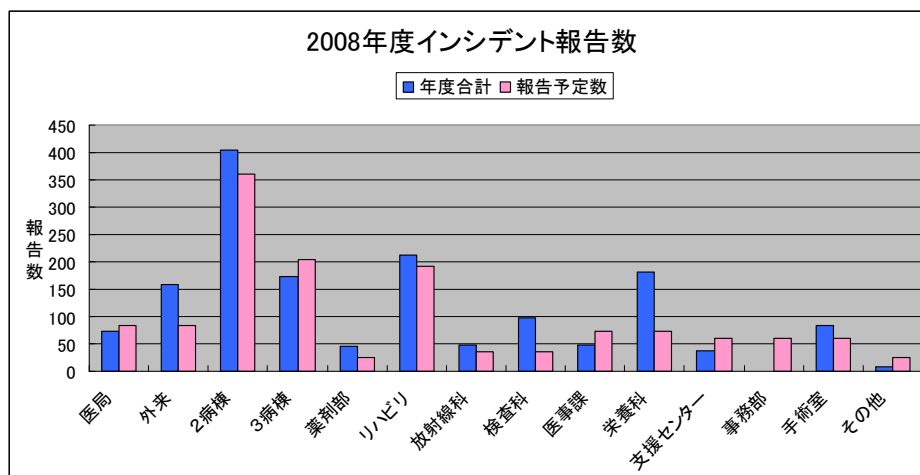
- ・一人一月一インシデント報告ができるは継続
- ・患者誤認防止策を実行する。
患者さん自ら名乗っていただき確認する。
リストバンドで確認する。
家族、同僚と確認する。
- ・転倒転落防止につとめる。
- ・5S運動に取り組む。
- ・「安全管理員」の役割の強化
- ・病院機能評価機構よりの安全情報を月朝礼で情報内容関係部署長が発表
- ・医局への安全情報は院長が選択し回覧する。(安全管理室が準備)
- ・同姓患者名は全職員が順番で発表する。

5. 2008年度の委員会開催日

定例会として月1回開催した。

4/15 5/13 6/12 7/15 8/14 6/16 10/14 11/14 12/12 1/23 2/13 3/13

インシデント報告集計表 (2008年4月1日～2009年3月31日)





6. まとめ

本年度の目標である「安全管理意識の定着」に関してはインシデント報告が年間を通して1570件報告されていることを見る限り安全管理意識が定着したと評価できる。只全職員が一人残らずインシデント報告をしているかは判明しない。したがって今後は項目をきめて集めるなどの工夫をする必要がある。



医療ガス安全委員会

1. 設置目的

定期的継続して医療ガスの取り扱いを勉強することにより、初歩的ミス、人為的ミスを院全体として防ぐ事を目的とする

2. 委員構成

委員長、副委員長、委員 3名

3. 2008年度の活動報告

年間活動計画策定

1. 医療ガスに関する概要の説明
2. 医療ガスに関する法令の説明
3. 医療ガス（各種）の特徴、性質等の説明
4. 実際に起きた事故例の紹介
5. 医療ガス設備、アウトレット取り扱い上留意すべき事を DVD を見ながら説明
6. 医療ガス、高圧酸素と酸素ビンレギュレーターの手取り扱いを説明する

4. 2009年度の重点目標

医療ガスの性質と取り扱いを再度説明し特に新入職員を教育したい。

ストレッチャ設置機器、アウトレットの破損しやすい箇所を注意するよう教育する。

高圧ガスの使用前、中、後の基本的操作を何回でも教育する。

5. 2008年度の委員会開催日

4/15 7/15 10/14 1/23

6. まとめ

安全に無駄なく誰でも安心して使用できるように、教育します。



感染対策委員会

1. 設置目的

院内感染に関する事項 感染患者の状況把握と対策に関する事項
感染に対する研究教育に関する事項 感染者の統計処理、感染性廃棄物処理に関する事項

2. 委員構成

委員長、副委員長、委員 20名

3. 2008年度の活動報告

目標 一人ひとりの感染対策意識の定着

1. 早朝カンファレンスにて 感染患者報告を行い全職員へ周知させ感染意識を高める。
2. オーダリング 掲示板にて毎月活動内容を全職員に周知する。

3. 勉強会

新型インフルエンザについて 外部講師 10月17日 出席率 61.5%
消毒剤の特徴と取り扱いについて 外部講師 3月6日 出席率 56.1%

4. 職員教育

①ノロウイルス感染患者対策 マニュアルの作成し実演講習を行う。
10月25・27日 出席率 100%

②新人教育 (入社時随時)

5. 職員の感染予防対策

①インフルエンザ予防接種 全職員 11月17日～11月30日
感染予防対策 1階フロアー・リハビリ・検査室 2月中マスク着用とする。
面会患者に対し 掲示板告知 マスク着用
病室 加湿器使用

②新人職員 B型ワクチンの接種

6. 研修参加 6月感染セミナー 7月感染管理

7. 針刺し事故 MRSA発生率統計報告

以上、活動報告とする。

4. 2009年度の重点目標

感染対策マニュアルを実践し院内感染の防止を図る。
マニュアルを見直しエビデンスに基づいた使えるマニュアルにする。
スタンダードプリコーションを徹底する。

5. 2008年度の委員会開催日

毎月 第2火曜日 15:00～15:30



6. まとめ

毎朝のカンファレンスで感染患者の報告を行い職員全員で情報の共有ができています。

さらに院内研修にてノロウイルス、インフルエンザの勉強会を行い感染防止に対する意識を高めた。

感染経路別マニュアルを見直しエビデンスに基づいた使えるマニュアルを作成し

スタンダードプリコーションを徹底し感染防止に対する意識を持つことが必要と考え、今年度の目標を決定した。

今後さらに職員の感染対策に関する知識を深め感染防止に努めて行きたい。



情報管理委員会

1. 設置目的

診療録等の管理に関する事項 診療録の廃棄に関する事項 診療録の貸出に関する事項
診療録の開示に関する事項

2. 委員構成

委員長 西田医事課長、副委員長 佐藤主任、委員 7名

3. 2008年度の活動報告

毎月の委員会開催時に診療録の監査内容の報告を行った。委員会の中でも監査を行い問題点について協議した。添付する文書の劣化に対しても注意・指導を行った。

カルテの貸出に対しても期限越えることなく回収できた。またアライバイ管理に関しても徹底できた。

年末には院内のパソコンの清掃を行った。

カルテ仕切りの劣化が目立った為クリアファイルにて新しく作成した。作成に伴いカルテに綴る文書の整理を行い各部署に周知した。

今年度の診療録開示請求は0件であった。

4. 2009年度重点目標

診療録監査の徹底

情報管理規程の見直し検討


5. 2008年度の委員会開催日

4/21 5/26 6/23 7/28 8/26 9/22 10/27 11/25 12/22 1/19 2/16 3/23

6. まとめ

本委員会の活動により、カルテに対する職員の意識は高まってきたのではないかと考える。引き続き活動の継続と書院の意識の向上を目標に行って行きたいと考える。

また院内情報システムのセキュリティー対策なども個人情報保護情報委員会・IT委員会と共同で行いたいと考える。



IT委員会

1. 設置目的

院内情報システムの管理 運用方法の検討と決定
システムトラブルの対応 システム保守

2. 委員構成

委員長 佐藤主任、副委員長 首藤、委員 11名

3. 2008年度の活動報告

サブシステムの開発と導入を行った。

導入したシステム一覧

文書管理システム(情報提供書・お返事・急性期入院診療計画書・亜急性期入院診療計画書・診断書)

院内報告システム(入退院患者数・外来患者数等各種統計出力が可能)

患者待ち時間調査システム(外来診療時の行動別に待ち時間を調査・分析するシステム)

情報システムは年間を通じて診療に影響するシステムトラブルは0件であり安定稼働している状況である

オーダーリングシステムのマスタ更新作業を実施 09年3月

4. 2009年度の重点目標

サブシステムの導入計画 各部門別のシステムを構築予定 手術・内視鏡等

定期的なオーダーリングのマスタ更新を実施予定

各部門別のハード点検

院内ネットワークの保守

5. 2008年度の委員会開催日

4/21 5/26 6/23 7/28 8/26 9/22 10/27 11/25 12/22 1/19 2/16 3/23

6. まとめ

オーダーリングシステムの導入も一段落しサブシステムの導入強化を行った。

上記導入したシステムは現在安定稼働しているが年数が経過するとハードの故障やエラーの発生が考えられる為来年度は保守点検を重点的に行いたいと考える。

また新規開発も並行して行いIT化を通じて職員の事務的作業の軽減に努めたいと思う。



倫理・個人情報保護委員会

1. 設置目的

倫理、個人情報基本方針による

2. 委員構成

委員長、副委員長、委員 11名

3. 2008年度の活動報告

☆毎月1回の倫理個人情報委員会を行う(個人情報に関する事、抑制に関する事、倫理に関する事)

☆倫理に関する勉強会開催

☆人格と尊厳を守る(木下院長先生講演 8月29日)

4. 2009年度の重点目標

個人情報保護法についてのセキュリティー管理の体制作りと強化

個人情報関連の問題発生に対する迅速な対応に対するマニュアル整備

5. 2008年度の委員会開催日

4/21 5/26 6/23 7/28 8/26 9/22 10/27 11/26 12/22 1/19 2/16 3/24

6. まとめ

倫理に関しては、研修会を開催し、個人情報では、定例の委員会にて、院内のセキュリティー管理の強化、問題発生時の迅速な対応をとるためのマニュアル整備を行いたいと思います。今後は、個人情報の保護、法規等について職員各自の意識の向上が高められるよう倫理と同様に研修会等を企画したいと思います。



褥瘡・栄養対策委員会

1. 設置目的

明野中央病院に於ける院内褥瘡対策を討議・検討し、その効果的な推進を図る。

2. 委員構成

委員長	佐々木（理学療法士）	
副委員長	玉井（看護師）	
委員	木下院長（医師）	園田（看護師）
	中村副院長（医師）	前原（看護師）
	西宮 Dr.（医師）	畑（看護師）
	宮崎 Dr.（医師）	平川（看護師）
	中村（管理栄養士）	溝部（看護師）
	尾中（薬剤師）	横田（相談員）
	村上（作業療法士）	小川（看護助手）

3. 2008年度の活動報告

- ・週1回（毎週火曜日）褥瘡回診と月1回委員会を実施。
- ・褥瘡回診では、褥瘡患者の評価及び治療、対策の検討を実施。
- ・褥瘡予防用具の管理及び効果的な使用状況の検討を実施。
- ・褥瘡対策マニュアルの見直し
- ・2008年度褥瘡発生状況の把握 * 褥瘡発生状況－資料添付

4. 2009年度の重点目標

- ・院内での褥瘡発生件数10を目指す。
- ・褥瘡予防用具の効果的な使用を図る。

5. 2008年度の委員会開催日

- ・2008年4月15日（火）
- ・2008年5月20日（火）
- ・2008年6月17日（火）
- ・2008年7月15日（火）
- ・2008年8月19日（火）
- ・2008年9月16日（火）
- ・2008年10月21日（火）
- ・2008年11月18日（火）
- ・2008年12月9日（火）
- ・2009年1月20日（月）
- ・2009年2月24日（火）
- ・2009年3月17日（火）

2008年度褥瘡発生状況

○褥瘡発生者数 : 33名

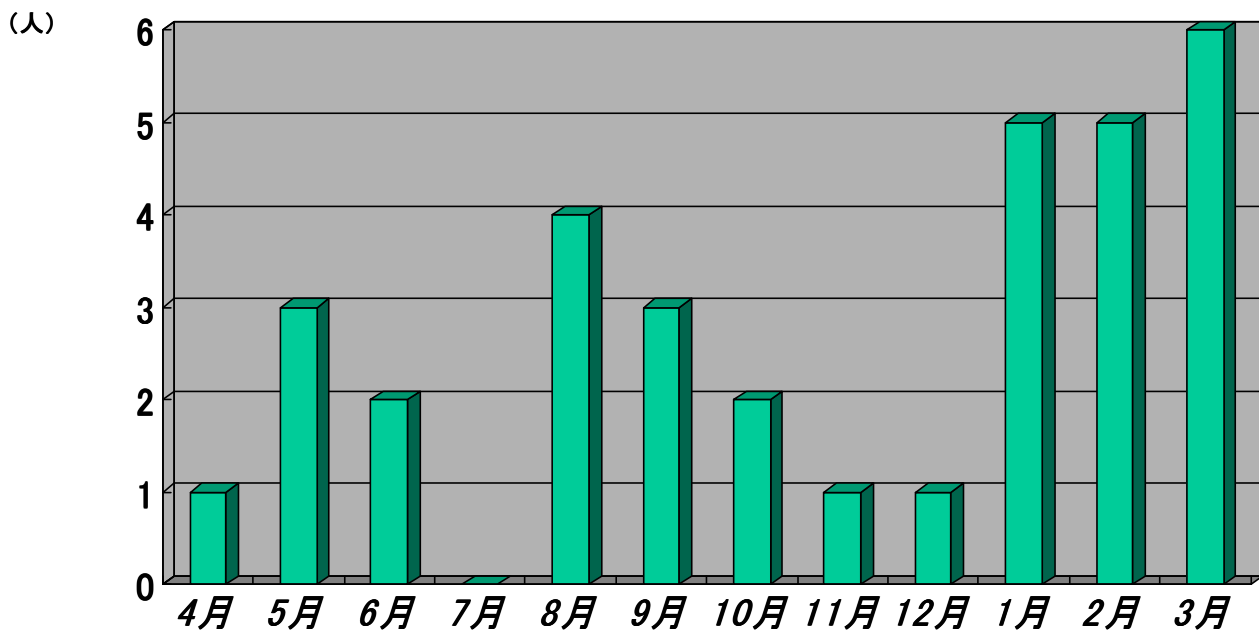
○入院時の褥瘡の有無

{ 入院時・無 : 17名 (当院発生)

入院時・有 : 16名 (持ち込み)

○褥瘡が治癒した患者数 : 12名

【2008年度月別褥瘡発生者】



2008年度 褥瘡治癒率 : 36.4%

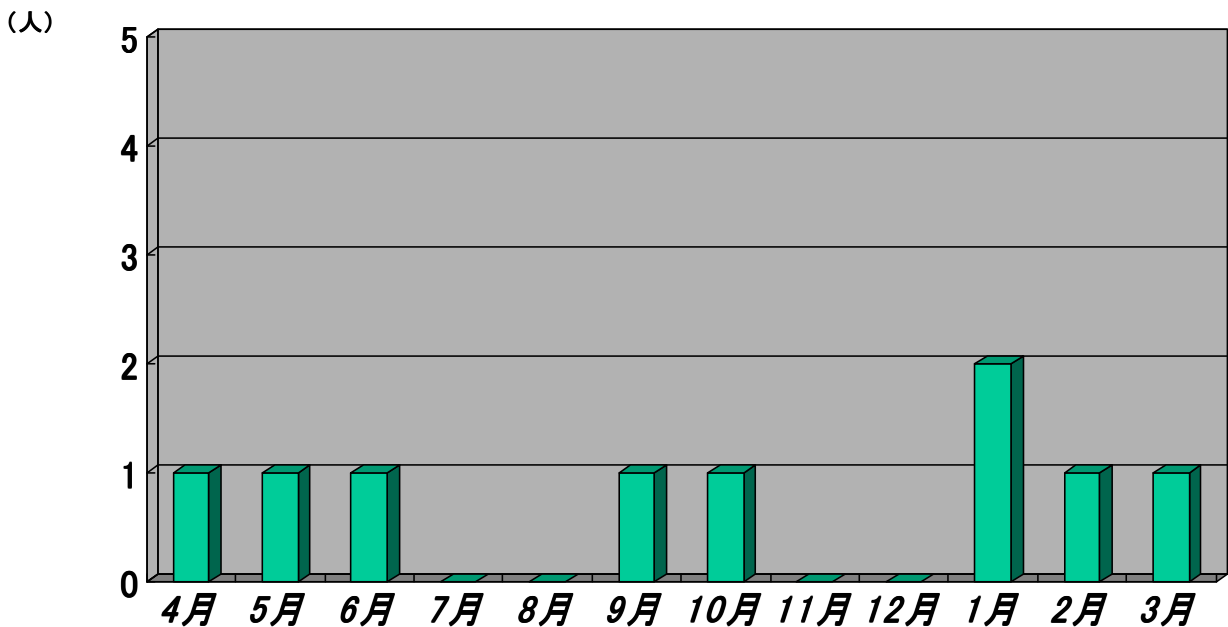


2008年度褥瘡発生状況(当院発生患者)

○褥瘡発生者数 : 17名

○褥瘡が治癒した患者数 : 9名

【2008年度月別褥瘡発生者】



2008年度 褥瘡治癒率 : 52.9%

褥瘡対策委員会

6. まとめ

委員会の活動として、週1回の褥瘡回診と毎月の委員会を開催し、褥瘡発生状況の把握、治療の推進を実施することが出来た。

2008年度の褥瘡発生者は33名、治癒した患者数は12名、治癒率は36.4%であった。

発生者の内訳は、当院発生者が17名、持ち込みが16名であり、2007年度と比較し発生者数は3名減少したが、治癒率は、58.3%から36.4%に低下がみられた。

褥瘡発生時の連絡体制及び褥瘡回診により評価・治療・発生状況の把握が適切に実施された。しかし発生者は昨年度と変わらない状態であり、今後の原因分析と予防対策の検討が必要である。



労働安全衛生委員会

1. 設置目的

職員の安全管理及び健康管理に関する対策を討議・検討し、その効果的な推進を図ることを目的とする。

2. 委員構成

委員長 高山事務長、副委員長 長島師長、委員 12名

3. 2008年度の活動報告

月1回委員会の開催を行い、以下の事項の調査及び審議を行う。

○年2回の職員健康診断の実施

- ・受診率100%を目標に各部署へ呼びかけを行う。
未受診者がいないか調査を行い、受診していない職員には、各部署長が催促する。
- ・健康診断終了後、各個人、検査部でデータを受け取り、精密検査の必要がある人は診察を勧める。
- ・2008年度よりBMI、腹囲、LDLコレステロールの追加項目があるため測定もれがないように注意する。

○3ヶ月に1度職場内のラウンド

- ・訪問部署と訪問者を委員内で決め、その職場をラウンドし、衛生及び危険な場所などないか調査する。写真にて委員会で検討する。
また、部署長や職員からの意見も聞き取る。
- ・翌月の委員会で討議し委員内で取り組むことができる事項については対処し、幹部への報告が必要な場合は、診療管理会議で報告する。

○年2回の火災訓練の実施（5月昼間想定、11月夜間想定）

- ・緊急連絡網のテスト

4. 2009年度の重点目標

- 年2回の防災訓練及び職員連絡網による緊急連絡テストを行い、防災意識を高める。
- 2ヶ月毎の職場訪問を行い、安全な職場作りに努める。

5. 2008年度の委員会開催日

2008年度	4/4	5/2	6/6	7/4	8/1	9/5	10/3	11/14	12/12
2009年度	1/9	2/13	3/6						



6. まとめ

毎年、年2回の職員検診を行っているが、今年度の受診率はほぼ100%であった。

3ヶ月に1回のラウンドを行い、各職場の危険と思われる場所を写真に撮り検討し対策をたて改善してきた。

また、年2回の防災訓練を行うことにより防災意識を高めている。

しかし、職員連絡網による緊急連絡テストが確実に行えなかったため、職員一人一人が緊急連絡網の重要性を考え、行えるよう努めていきたい。



広報委員会

1. 設置目的

病院広報誌の編集・発行、院内掲示板の管理、病院ホームページの作成・管理等、広報活動全般に関する検討及び提案を行う。

2. 委員構成

委員長、副委員長、他5名

3. 2008年度活動報告

- ・ 広報誌発行（ふくろう便）
6月・10月・1月に発行
市内の医療機関・介護施設を中心に約300件郵送
- ・ ホームページ管理
トピックスとして年間47回の更新
その他掲載情報の更新や新規追加
- ・ 院内掲示板の整理・管理業務
- ・ 患者向け書籍の整理・管理

4. 2009年度の重点目標

ホームページデザイン及び情報のリニューアル

5. 2008年度の委員会開催日（19回）

4/23 5/7 5/21 6/4 7/2 7/16 8/3 8/17 9/3 9/17 10/15 11/5 11/19 12/17 1/7 1/21
2/4 2/18 3/4

6. まとめ

広報委員会は、ホームページ、広報誌、院内掲示板の運営を中心に取り組んでいる。

当院の情報を開示、発信する手段として上記以外にも有意義な方法があれば取り組んでいきたいと考えている。

教育委員会と共催での患者健康教室なども考えられるが、今後の検討課題である。

明野地域の健康関連情報発信基地を目指して、今後ともいろいろな挑戦を試みたい。



サービス向上委員会

1. 設置目的

病院の基本理念に沿って患者サービスの向上に関する事項・業務改善・効率化に関する事項及び環境美化・患者、職員の満足度・職員の服装マナーに関する事項を機能とする委員会である。

2. 委員構成

委員長1名・副委員長1名・委員10名（事務局1名・看護部3名・医療技術職2名
看護助手1名・医事課1名・支援1名・栄養科1名）

3. 2008年度の活動報告

・「挨拶を呼びかける。コミュニケーション技術を身につける（目をみる・微笑む・あいづちをうつ）」を活動目標として下記の活動を行った。

- ①患者さんのご意見箱の意見を収集し、改善・指導・周知を行った。（年間24件）
朝礼・掲示板で周知した。
- ②職員意見箱の意見を収集し、改善・指導・周知を行った。（年間1件）
- ③患者様満足度調査年間2回（7月・12月）実施し、改善・指導など掲示板・ホームページで周知した。
 - ・1回目 7月（外来106名・病棟44名）
 - ・2回目 12月（外来101名・病棟41名）
- ④職員満足度調査を実施し、病院総会で回答・検討会が行われた。
 - ・2009年2月実施（74名）
- ⑤コミュニケーションのとり方のポスターを作製し、全部署に掲示・周知を行った。
- ⑥環境チェックシートを委員に配布し、それぞれの部署のチェックを各自行い、委員としての自覚をもった。
- ⑦清掃の件で検討、清掃業者との見直しを行った。
- ⑧外来のマイクの検討、音量調節・周知を行う。
- ⑨誕生日会の継続（お花・カード・昼食時のデザートなど）
- ⑩リハビリ室の枕カバーの検討・改善
- ⑪入浴時間・入浴日の検討・改善
- ⑫外来待ち時間調査サービス向上委員会が中心に行う（年2回 2月・8月）

4. 2009年度重点目標

・挨拶で仲間づくり ポスターを作製し、周知を行う。

5. 2008年度の委員会開催日

- ・5月16日・6月20日・7月18日・8月15日・9月19日
- ・10月17日・11月21日・12月19日・1月16日
- ・2月20日・3月13日



6. まとめ

2007年度から開催されている誕生日会は、定着化し、患者さんとの良い人間関係が保たれ、患者さんのサービス向上に多いに貢献している。しかし、去年のクレームの内容は、職員の言葉使い、対応が大半をしめている。そこで、基本となる挨拶を中心とし、良い職場・仲間づくりを目指し、目標を掲げ活動していきたい。また、外来の待ち時間にも着眼し、サービス向上に力をいれていきたい。



教育委員会

1. 設置目的

質の高い医療。介護を提供するために職員のスキルアップを図る。

2. 委員構成

委員長、副委員長、委員 他13名

3. 2008年度の活動報告

- 6月30日 山内先生講演会
- 7月26日 院内研究発表会
- 8月26日 倫理勉強会
- 10月17日 感染勉強会
- 10月18日 健康セミナー 高橋淳氏講演会
- 11月25日 KYT研修
- 11月27日 KYT研修
- 2月 4日 肺塞栓・倫理勉強会
- 3月 6日 感染勉強会

4. 2009年度重点目標

地域のニーズに答えられる、職員を育てる。

5. 2008年度の委員会開催日

毎月第1金曜日

6. まとめ

2008年度は重点目標を「実践に役立つ研修会を目指す。」として、若葉台クリニックの山内千代先生をはじめ、多くの院外講師をお迎えして研修会を行ってきた。また全体の研修会の他に看護部でも月1回の勉強会を行った。これからもなぜ？どうして？と考える力を育てる研修会を企画していきたいと思う。



図書委員会

1. 設置目的

広く職員が利用し知識や技能の向上に役立てる。

2. 委員構成

委員長、副委員長、委員 2 名

3. 2007年度の活動報告

毎月第1金曜、本の整理・インターネット利用状況などの確認を行っている。

図書室を広く利用していただくために、図書室掲示板に新刊の案内を掲げ、蔵書と分けて毎月雑誌を案内している。

インターネットによる文献検索、大分大学医学部データベースへのアクセスや図書蔵書一覧を閲覧できる。

インターネットの利用件数は1ヶ月平均約200件、各部署毎月雑誌を購入している。

また、今年度から1階、2階、3階待合室の本を管理している。

4. 2009年度の重点目標

職員が図書室を勉強会や研究発表の場として広く活用する。

院内 LAN を通じて新刊の案内を行う。

5. 2008年度の委員会開催日

毎月 第1金曜 16:00～(図書室)

6. まとめ

今年度も広く職員が図書室を利用し、インターネットによる文献検索など知識や技能の向上に役立てることができた。これを来年度も続ける。



クリティカルパス委員会

1. 設置目的

医療の標準化、質の向上と医療業務の効率化を目指した、クリニカルパスの検討。
パスの作成、運用を目的とする。

2. 委員構成

委員長 外科部長 安江和彦

副院長 看護部長 鈴木京子

委員 整形外科部長 工藤修己

薬剤部 リハビリテーション部、放射線科、検査科、栄養科、支援センター、事務、外来、2階病棟、
3階病棟より1名 計13名

3. 2008年度の活動報告

1. 形式を統一した現存のパス及び新規追加のパスの完成
2. 使用状況の把握やバリエーション分析などパス管理
3. 記録と一体化したパスの検討

を目標に、記録が重複しないような用紙の工夫をしながら、腰椎後方手術、人工膝関節、人工骨頭・人工股関節前置換術、関節鏡、ミエロ、のスタッフ用と患者さん用のパスの検討、作成、運用を開始した。毎月第3火曜日の17:00から委員会を開催し、パスの使用状況や、バリエーション発生状況、を報告し、パスの見直しなどのを行っている。

4. 2009年度の重点目標

1. パスの使用状況の把握とバリエーション発生の把握と見直し
2. パスについての知識を深め、より使いやすいパスの工夫