東京小児療育病院中長期計画 （ 2015年10月1日改定 ） の概要

中長期計画（当初）の進捗状況評価
≪2013年度～2014年度≫

≪一定の成果が得られたもの≫
・既存ベッドとマットレスの入れ替え
・発達障害診療システム構築
・専門チーム（栄養管理、摂食嚥下）の立上げ
・短期入所の日課・病床数の見直し
・人材育成プログラムの策定
・合同研究・実践活動発表会の実施
・BSCの導入
・ホームページ、病院パンフレット刷新

≪遅れ・成果が得られていないもの≫
・外来新患数の増
・訪問看護契約件数の増
・教育センター設置の検討
・個人情報保護に関する規程類の整備

≪未実施≫
・地域療育支援における対象者・地域の検証
・地域住民の理解とボランティア活動の推進
・他施設との役割分担検討のための実態調査
・病棟の再編成

環境の変化と新たな課題

（1）福祉サービスは区市町村中心の仕組みへ
・地域ニーズの把握
・地域で必要とされている役割を果たす

（2）見える化（共有）と見せる化（発信）

（3）地域連携の推進
・複合的な課題への対応
・多職種連携

（4）IT化の推進
・厚生労働省による「情報化グランドデザイン」
・個人情報の保護

（5）利用者の加齢に伴う課題
・利用者の望む人生のあり方、送り方

（6）少子高齢化に伴う労働力人口減少
・組織のモチベーションアップ
・生産性の向上
・「ワーク・ライフ・バランス」の実現

（7）適正な施設運営
・サービス推進費補助金交付要綱の改正

改定された中長期計画の主な内容・スケジュール

≪緊急的取り組み≫
◎MRI検査：稼働実績、予約見込を踏まえ継続可否検討（2016.1）。可否決定（2016.2）
◎東京都実地検査結果への対応：指摘事項の改善（2015.12まで）。改善状況確認（2016.3）
◎医療法25条の規定に基づく立入検査結果への対応：改善状況確認（2015.11）

≪戦略ごとの主な実行プログラム≫ ＊年は年度を表す

Ⅰ 療育の質の向上と利用者サービスの向上
○外来診療システム：実態把握（2015）。ニーズ分析、リハ含む診療システムの再構築（2016）
実施（2017）。評価（2019）
○緊急時対応カードの運用：対応カード導入（2015）。評価（2018）
○看取り体制の構築：プロジェクトチーム立上げ、検討（2016まで）。実施（2017）。評価（2019）
○専門チーム：呼吸・痙縮チーム開始（2015）。発達障害開始（2017）。専門外来試行（2019）

Ⅱ 重症児者療育の拠点施設としての地域療育支援体制の構築
○通所事業：対象地域再検討、卒業生調査（2015）。事業検討、準備（2017まで）。導入（2018）
○療育支援事業：ニーズ調査、取組み検討（2015）。事業体制構築（2016）。実施（2017）
○訪問看護事業：体制整備（2015）。看護師育成、ネットワーク活用（2018まで）。評価（2019）
○小中学生ボランティア体験：企画、広報活動（2015）。実施（2016）。評価（2018）

Ⅲ 総合的な療育支援を担う人材の育成と資質の向上
○総合人材育成システム構築：未作成職種作成（2015）。全職種実施（2016）。評価（2018～20）
○教育センター設置検討：運営方法等の検討終了（2015）。開設可否決定（2016）

Ⅳ 計画的、効果的な組織運営
○人事給与制度の見直し：俸給表切替（2016）。評価制度研修（2017）。業績評価試行（2018）
○時間外労働の削減：実態・原因・理由・改善方法報告（2016まで）。毎年実態調査（2016～）
○有給休暇取得率の向上：実態調査、目標60%以上（2015）。毎年確認（2016以降毎年）

Ⅴ 施設機能の整備・強化
○施設改修：病棟改修（2015～2016）。外来棟検討（2020～）。外来棟建替（2024）
○電子カルテ：プロジェクトチーム立上げ、帳票類見直し（2017）。検討（2018）。導入（2019）
○個人情報保護：規程等見直し（2015）。研修開始（2016）。評価（2017）

新たな実行プログラムの策定にあたっての基本方針

<u>今後数年間は様々な事業の見える化とシステム化、PDCAの確立を進めていく</u>

○緊急に取り組むべきことと、今後5年間の取り組みを工程表で示す

○担当部署（担当責任者）の明確化

○できる限りアウトカム指標を原則にした重要業績指標（KPI）で検証・改善する仕組みを作る

ミッション（使命）

【理念】
私たちは障害児者の生命機能の維持向上と生活援助のため積極的に取り組み障害児者とその家族を支援します

【基本指針】
Ⅰ 障害児者と家族の安心と希望ある暮らしのために、利用者本位の良質で総合的な療育支援を行う。
Ⅱ 障害児者療育の拠点施設として地域支援を推進し、地域の療育環境の向上に貢献する。
Ⅲ 豊かな人間性と専門性を身につけた職員を育成する。
Ⅳ 組織と経営の安定、効率化と職員の誇り、働き甲斐を重視した運営を行う。

ビジョン
≪総合療育・生涯療育で全国をリードする施設≫

（1）障害児者の自立、権利の行使、健康の維持・向上、発達の促進、病気からの回復および本人と家族の生活の支援のために誠実に努力し、積極的に社会に貢献することによって、利用者、家族をはじめ多くの人から大きな信頼を寄せられる施設になっている。
（2）外来・在宅から入院・入所まで総合的な支援を生涯にわたって行う障害児者のための専門施設としての機能が強化されている。
（3）濃厚な医療的ケアを要する重症児者および発達障害児者の支援では最高水準の療育を行い、全国をリードする医療と福祉を統合した施設になっている。
（4）北多摩西部地域、西多摩地域を中心とした地域が障害児者と家族にとってとても暮らしやすい場所として全国から高い評価を受けている。
（5）教育センターが併設され、障害児者療育に係る人材育成の要として重要な役割を果たしている。
（6）豊かな人間性と専門性を身につけた職員が増え、療育に関する研究にも積極的に取り組み、日本の障害児者の療育の発展に貢献している。
（7）円滑な組織運営および健全経営を行うことと、職員が誇りと働き甲斐を感じ、意欲的に働くことが両立する組織になっている。

東京小児療育病院中長期計画（改定）

平成 27 年 10 月 1 日

2 年が経過した当院中長期計画の評価および見直しを行い、新たな実行プログラムを作成した。今後の数年間は、当院の様々な事業について、見える化とシステム化、そして PDCA の確立を進めていく必要がある。

はじめに

東京小児療育病院中長期計画（以下、本計画）は、当院の事業を継続・推進するために 2012 年度に検討し、2013 年 4 月に策定された。概ね 2013 年度から 2017 年度までの 5 年間の取り組みをある程度具体的に示し、2018 年度以降はその方向性を示したが、医療および福祉環境等が激しく変化している状況に鑑み、柔軟に見直しを図っていくことになっていた。

本計画策定後 2 年が経過し、当初計画から遅れている部分や新たな課題もみられることから、本計画の進捗状況等の評価を行うとともに、戦略ごとの課題と方向性、実行スケジュールの見直しを行った。

最近の当院を取り巻く環境

〇福祉サービスは住民に最も身近な地域においてきめ細かく提供されるように区市町村中心の仕組みへと変化している。東京小児療育病院（以下、当院）の運営も地域ニーズに適切に反映されるように、ニーズの把握を行い、これまで以上に地域で必要とされている役割を果たしていくことが求められている。

〇当院は地域に対して様々な取り組みを行ってきたが、それを可視化し、広く情報発信することについては十分取り組めていなかった。今後は、見える化（共有）と見せる化（発信）する仕組み作りが必要である。

〇当院だけで解決が難しい複合的な課題に対応するには、複数のサービスを組み合わせた支援や、多職種連携といった地域連携の推進が不可欠となっている。

〇重症心身障害児者（以下、重症児者）の生命予後は数十年前と比べて大幅に伸び、QOL も向上している。しかし、利用者の加齢に伴い新たな課題も出てきた。一人ひとりの人権を尊重したその人の望む人生のあり方、送り方の視点を重視したケアが必要となっている。

〇情報通信技術（以下、IT）については、厚生労働省による「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」が示されており、今後ますます IT 化が進んでいく。平成 27 年 10 月にはマイナンバー制度の導入も予定されている。IT 化は当院の事業運営にも不可欠な要素となっており、IT 化に伴う個人情報の保護も重要な課題である。

〇少子高齢化に伴う労働力人口の減少により、今後は絶対的な働き手数の不足が大きな問題となってくる。働き手不足に対応するには、組織のモチベーションを高め、生産性を向上させる方向性で考える「ワーク・ライフ・バランス」という視点を取り入れた対応が必要となってくる。

〇東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金交付要綱の一部改正が行われ、基本補助および一部の努力・実績加算の単価が改定された（2015 年４月１日施行）。新設された特別処遇支援に対応するとともに、ますます適正な施設運営が求められてくる。

評価、見直し、今後の計画提案に当たっての基本方針

まず戦略ごとに、それぞれの課題に対する 2 年間の取り組み状況を確認した（資料 1、2）。その上で、前述の環境変化も視野に入れ、取り組む課題と方向性の見直しを行った。これまでの取

り組みで一定の成果を上げたものもある一方、そうでない課題もあった。その反省から、今後の計画提案に当たっては、①担当部署（担当責任者）を明確にすること、②緊急に取り組むべきことと、今後約 5 年間の具体的な取り組みを工程表で示すこと、③できるだけアウトカム指標を原則にした重要業績指標（KPI）で検証・改善する仕組みを作ることを基本方針とした。

“戦略ごとの基本方針と主なスケジュール”に関する評価および見直し

Ⅰ　療育の質の向上と利用者サービスの向上

〇取り組むべき課題と方向性

１）長期入所

脱施設の大きな流れがあるが、その最大の理由として入所者の人権やプライバシーが侵害されやすい点があげられる。しかし、施設なくして重症児者の支援は不可能と言っても過言ではない。よって、施設にいるからこそ受けられるサービスがあるという利点を生かしつつ、施設にいても在宅に近い生活ができるという「施設の在宅化」を目指さなければならない。そのためにも人権やプライバシーを重視し、ライフステージ・発達ステージに応じた個別支援計画を利用者および家族等の意向を尊重しながら作成し、常に見直し、改善しながら支援の向上を図らなければならない。

利用者の状態の変化に応じた病棟機能の見直しのため、2015 年度より 1 階病棟の大規模改修工事が行われる予定であるが、今後も計画的に生活環境の改善を行っていく必要がある。新たな課題としては、利用者の加齢に伴う「看取り」への対応がある。「看取り」は、医師、看護師、生活支援員だけでなく、コメディカルも含めたチームで検討していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・2014 年度に既存ベッドとマットレスの入れ替えは完了した。

・利用者の状態の変化に応じた病棟機能の見直しのため、2015 年度より 1 階病棟の大規模改修工事が行われる予定となっている。

・2014 年 4 月、「重症心身障害児者の緊急時対応および医療ケアについての話し合いのガイドライン」が策定された。「緊急時対応カード」の進捗状況について経過をみていく必要がある。

＜見直し点＞

利用者の加齢に伴い、新たな課題として「看取り」への取り組みが必要になってきている。その際は、医師、看護師、生活支援員だけでなく、コメディカルのケアへの関与についても検討する必要がある。

２）短期入所

短期入所は重症児者の在宅支援のためには不可欠なサービスである。受け入れには入念な準備や濃厚な対応を要求される上に経営面では長期入所に比べ不利であるため、特に民間施設では積極的に取り組めていないのが現状である。その中で当院は積極的な受け入れを行い、全国の公・法人立重症心身障害児者施設が行っている短期入所の約７％（延べ日数）、超重症に関しては約

23%を受け入れ、大きな役割を果たしてきた。しかし、表面化してきた様々な問題の解決のため、2014 年度に短期ベッドの４床を長期ベッドへ転用した。今後も他の事業とのバランスや職員状況を勘案しながら、適切な短期ベッド数や病棟編成を検討していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・2013 年度より、短期入所の日課は病棟標準日課を基に行うよう変更された。

・2014 年度に短期ベッドの 4 床を長期ベッド数に転用した。2015 年 4 月現在、長期：141 床、短期：27 床、治療：4 床となっている。

・現在の短期ベッドは稼働率からみると 90%近いため、ほぼ適正だと思われる。サービスの質の維持・向上および医療安全対策を考え、ケアの負担が大きい人工呼吸器装着者や定期的導尿が必要な利用者等の受け入れ条件を見直すことが必要であり、対応できる職員配置も必要となる。

＜見直し点＞

短期入所の受け入れは在宅支援を重視する当院の特色でもあり、方向性は継続すべきである。東京都との契約ベッド数を増やすことで経営面での改善が見込まれる。病棟編成については受け入れ病棟を集約する考えもあるが、現在のところ、現場の意見としては複数病棟での受け入れ態勢継続を望む声が多い。

３）検査、治療入院

検査、治療入院も重視し、当院で対応できるものに関しては積極的に入院を受け入れてきた。最近は地域の一般病院との連携も進んできているが、役割分担に基づいた連携をさらに進め、当院の本来の目的である療育に重点を置いた支援ができるようにしていく必要がある。役割分担に基づいた連携を考えるには、当院の現状を把握しておくことが不可欠であり、各検査機器の稼働状況推移等は把握･分析しておく必要がある。分析結果は検査機器を更新する際の検討資料とし、管理を行っていく。

現在、MRI はコストがかかる割に予約が入らないという状況が続いているため、稼働計画数の見直し等を含め継続するのか、廃止するのかを早急に判断する。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・MRI 導入当初は他院からの依頼もあったが、現在は全くなくなっている。平成 2013 年度は 163 件で月平均 13.6 件、平成 2014 年度は 133 件で月平均 11.1 件となっており、稼働実績が少ない。2010 年度にバージョンアップし、予約枠も増やして対応しているが、対象者がいないということが最大の原因である[1)]。

・MRI は 2016 年 3 月までリース契約が継続となったが、保守費用や液体ヘリウムガスの費用等の維持費が経営に大きな負担となっている。

＜見直し点＞

今後の地域における当院の役割や連携を考えるには、当院の現状を把握・分析しておくこと

が不可欠である。MRI 検査については、取扱い件数が少なく、経費に見合った収入が得られていない。今後維持するためには、維持費のみの確保だけでも月平均 40 件の稼働が必要である。2016 年度以降は 2015 年度の実績を勘案し、計画数の見直し等を含め継続するのか、廃止するのか判断する必要がある。

４）**外来**

2012 年度頃までの１年間の新患数は約 650～700、１日外来数は約 300 であったが、新患は希望者が多く、４ヶ月以上待ちの状態が続いていた。しかし、2015 年度は診療体制の問題もあり、外来新患数が大幅に減少しているため、早急な対応が求められる。

近年は、重度の行動障害や不登校、引きこもり等をはじめ薬物療法、精神療法等の医療が必要な患者が増えてきているが、その多くは発達障害である。発達障害への対応については、診療レベルの向上を図るため、受診申し込みから初診、担当部署との連携、ゴールの設定、終了に繋がる診療システムが構築された。

外来診療の質の向上と利用者サービスの向上のためには、まず当院の規模（施設および医師・看護師・リハスタッフ等の職員）に見合った外来診療なのかどうかの検討が必要である。その検討結果も踏まえ、リハビリ部門も含めた外来全体の診療システムを再構築していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・再診も入りにくい状況への対応として、2015 年 2 月から第 1・3・5 土曜の休診や、2015 年 4 月から新患予約は医師 1 名につき、新患 1 名／隔週に変更となった。

・長期入所と同様に、外来も「緊急時対応カード」の運用を行うため、進捗状況について経過をみていく必要がある。

・当院を利用する発達障害の子どもとその家族に対して、より効率的で質の高い支援をチームアプローチの視点から構築する「発達障害診療システム」は、2014 年度からプロジェクトチームで検討されてきたが、2015 年 9 月 1 日より開始になった。

＜見直し点＞

外来診療の質の向上と利用者サービスの向上のためには、一人ひとりの医師の活用や病棟の管理方法も含めて改善策を検討することが必要であり、リハビリ部門も含めた外来全体の再構築が求められる。

５）通所

通所は他の施設で対応が困難な重症例を中心に受け入れてきた。今後も重症児者の受け入れは可能な限り続けるが、その結果、他の利用者の QOL が低下することがあってはならない。他の通所施設への支援を強め、重症児者が通える施設が増えるようにしていく必要がある。現在は日々の定員は 36 名であり、当院規模としては限界である。今後は利用者の重症化と家族の高齢化により、入所への移行等も予測される。利用者が安全・安楽に通所を利用するために、今後の新規登録利用者の条件設定を検討していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・他施設（東村山市の社会福祉法人）への支援は継続されている。
・登録利用者の重症化が進んでおり、人工呼吸器使用の利用者が 2 名増加した。現在の定数である看護師 4 名で安全に管理できる人工呼吸器装着者数には限界があり、2014 年 4 月は新たな人工呼吸器装着者の受け入れを行わず、現状の通所利用者の QOL を保持している。
・長期入所と同様に、通所も「緊急時対応カード」の運用を行うため、進捗状況について経過をみていく必要がある。
＜見直し点＞
　他の通所施設への支援を継続し、人工呼吸器装着者が通える通所増加に努める必要がある。今後も現状の登録者の人工呼吸器装着増加の可能性が高く、人工呼吸器装着者の新規受け入れは難しい。新たな課題としては、今後の入所や死亡退所を考え、新規登録利用者の条件設定が必要である。

６）訪問看護

　当院の訪問看護は重症児者に特化した、全国的に見ても希少な訪問看護ステーションである。在宅で医療やケアを受けたり、看取られたりすることを希望する在宅化の方向は益々強まっている。さらに、一人の利用者に様々な病院や施設や行政等が関わることになるが、そのコーディネート役としても訪問看護師への期待は大きい。訪問看護は在宅化への流れに沿った事業であるが、診療報酬の動向や他ステーションの進出を考えると、重症児者に特化するだけでは健全経営が困難である。今後は小児の受け入れも行い、対象地域エリアを責任を持ってカバーする態勢としていく。

　また、利用の希望は多いが、それに十分応えられていないため、看護師の確保を図りながら、訪問看護師の育成を行い、看護の質を高めていく。さらに、地域連携を推進し、当訪問看護ステーションの周知を図るとともに、将来、訪問診療への道を開くことも念頭に置きながら、事業拡大を目指していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・当院の訪問看護ステーションが重症児者に特化した、全国的に見ても希少な訪問看護ステーションであることは、東京都立小児総合医療センターでの研修会[2)] 等でも確認することができた。
・看護師の増員が困難であり、計画通りの契約者数増加ができていない（2013 年度 3 月末：43 名、2014 年度 3 月末：44 名）。
・利用の希望は朝と夕方の時間帯に多い。2011 年度から夕方の時間帯への対応のために時差勤務が導入され、現在に至っている。
＜見直し点＞
　在宅からのニーズは同時間帯が多く、必要とするニーズに応じられない現状がある。しかし、

他の訪問看護ステーションがカバーすることが増えていることから、重症児者に特化することだけでは、他ステーションとの差別化やブランド力強化とはならない。今後は、対象地域エリアを責任を持ってカバーしていく態勢を構築していく必要がある。

新たな課題としては、看護の質の向上と健全経営である。国の情勢を考えると、訪問看護の診療報酬の減額は考えられないものの、大きな増額も期待できない[3)]。今後は重症児者の積極的な受け入れは維持するが、重症児以外の小児の受け入れを増やし、突然のキャンセルに耐えられる運営にしていかなければならない。また、地域連携を積極的に進め、当ステーションの周知を図るとともに、選ばれる訪問看護ステーションとなるために、看護の質を高める必要がある。

7）地域支援

乳幼児健診、発達健診、保育園・幼稚園・学校・施設への職員派遣等の地域への支援事業も積極的に行ってきた。2014 年 4 月からは相談支援事業も開始された。今後は、これまで個別に行われてきた支援を地域の療育ネットワークとして構築し、可視化していく。可視化（共有化）することによって、「療育の質の向上と利用者サービスの向上」についての新たな課題が見えてくる。また、当院や当院のサービス内容を対象地域に認知してもらったり、事業活動を継続させるためには、効果的な広報活動を行うことも必要である。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・地域への支援事業は断ることなく実施してきている。しかし、地域支援事業の全体像が見えにくいため、分析ができず、課題も見えない状態となっている。

・新たに相談支援事業は開始されたが、申し込み待ちの態勢であり、顧客獲得につながっていない。

＜見直し点＞

次項にも関係することだが、これまで行ってきた地域支援の内容を可視化し、地域の療育ネットワークとして構築していく必要がある。新たな課題としては、地域支援事業をホームページへ掲載したり、パンフレットを関係機関に配布する等の積極的な広報活動を行い、顧客の獲得に繋げていくことである。

○東京都の実地検査結果および医療法 25 条の規定に基づく立入検査への対応

2015 年 3 月に東京都の実地検査があった。文書指摘のあった「サービス提供記録について利用者等から確認を受けること」については、通所は毎日、入所は月に 1 度確認を受ける態勢がすでに整備された。今後は、口頭指導事項について着実に改善していく。

また、医療法 25 条の規定に基づく立入検査は 2013 年 1 月に行われたが、指導事項に対する改善がすべて終了していない状況にある。東京都の実地検査指導事項とともに速やかに改善に取り組んでいく。

○療育のスタンダードの確立

以上のような様々な事業の質を上げるには、当院全体の到達点を全体で共有していく必要がある。そのために以下の点を重視して取り組む。

１）プロトコール、マニュアル類等の当院のスタンダードを整備し、実際の業務を通じて改善・改良を続ける。

２）職員がサブスペシャリティー（例えば摂食嚥下、栄養管理、褥瘡、呼吸ケア、痙縮治療、発達障害等）を持ち、施設の療育レベルの向上に貢献する。そのために専門チームを立ち上げ、スペシャリストを積極的に養成する。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・「発達障害診療システム」は外来の項を参照

・マニュアル類は各職種で必要とされる業務基準・手順や管理マニュアル等が整備されつつあり、今後作成される予定のマニュアルもいくつか挙げられている（資料 2)。

・専門チームは、2013 年度に栄養管理チームと摂食嚥下チーム（現：NST の栄養管理部会と摂食嚥下・口腔ケア部会）が立ち上がり、2015 年度中には痙縮治療チーム、呼吸ケアチームが発足する予定になっている。

＜見直し点＞

取り組むべき課題と方向性は継続すべきである。作成済みのマニュアル類等（資料 1）は、実際の業務を通じて改善を続けていく必要がある。

Ⅱ　重症児者療育の拠点施設としての地域療育支援体制の構築

当院は早い時期から、行政の健診事業や福祉施設・教育機関への医師やリハビリスタッフ等の派遣を行い、現在では地域療育等支援事業の制度も活用して地域支援に幅広く取り組んできた。また、通所事業による特別支援学校卒業後の重症児者の在宅生活への対応にもいち早く取り組んできた。対象とする利用者像を重症心身障害、肢体不自由、知的障害、発達障害を中心とした障害児者とし、北多摩西部地域と西多摩地域を地域範囲としたが、総合的な視点に立ち、先の見通しをもって地域支援体制を計画することが不十分だったと思われる。

一方で、地域で生活する重症児者についても、高齢化や NICU における治療の向上により、医療および福祉の両面で支援を必要とする方が着実に増えると予測される。当院が責任を持って応えていける地域支援体制を構築する必要がある。

○取り組むべき課題と方向性

１）対象利用者と対象地域の見直しによる再構築

医師や看護師をはじめとする医療職不足の現状や、当院が支援の範囲とする北多摩西部地域と西多摩地域の広さから、優先すべき事柄(事業、対象者、地域)について再度検証する作業が必要

である。制度的には東京都から市町村へのレベルへ様々なことが移管されており、個別の市町村との関係づくりについても重要な課題になる。こうした点から、現在の各事業を展開しながら効率性や実効性を整理し、分析と検討を行わなければならない。さらに、今後を見据えて、地域の連携先や連携内容も検討し、構築していく必要がある。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

対象者、対象地域の検証は行われていない。

＜見直し点＞

取り組むべき課題と方向性は継続すべきである。地域については、現状でカバーできる範囲を考えた場合、現状維持と考える。近隣の施設との位置関係から、重複する部分も多くあるが、効率性を考えても妥当と思われる。しかし、検証は必要であり、各事業を展開しながら、分析、検討していかなければならない。その結果を踏まえて、地域療育支援体制の構築につなげていく必要がある。

２）地域住民の理解とボランティア活動の推進

現在、重症児者へ対する理解が十分な社会とは言えない。そればかりか障害児者全般についても、一般市民がどの程度、同胞と感じて生活できているか疑問である。建物環境等については、この近年でバリアフリー化が進んではいるが、ノーマライゼーションの考えについては概念が先行していて、実感が持てていないのが現状ではないか。当院でも、ボランティア講座を村山特別支援学校と共催で行い、病棟等の現場へのボランティア導入を行ってはいるが、広く地域住民への理解が深まっているかについては疑問が残る。ボランティア受け入れや社会への重症児者理解の啓発等については、一定の時間や人手が必要であり、その点も含めて検討する必要がある。小中学生等の早いうちからのボランティア体験、当院利用者と保育園・幼稚園との交流事業等を積極的に進めていく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

着手されていない状態である。通園では長年にわたり近隣保育園交流が行われ、双方が肯定的評価を行っているが、病院全体の交流には広がっていない。

＜見直し点＞

取り組むべき課題と方向性は継続すべきである。多摩地区は障害者施設の多い地区であるが、住民理解が進んでいるとは感じられない。近隣の住民理解が進んでいない理由は、当院の活動の不十分からであると考える。積極的な情報開示と協力依頼、さらに当院の社会貢献が必要である。ボランティアの活用については、ボランティア講座は行っているが、そのことがその後のボランティア活用につながっていない。小中学生のボランティア体験も進んでおらず、企画も立案されていない。ボランティア委員会の機能と運営について再検討し、活性化を図る必要がある。

３）地域重症児者療育の担い手育成と分担

Ⅲの総合的な療育支援を担う人材の育成と資質の向上でも述べられている教育センター構想の実現により、地域の医療機関や施設において重症児者療育の担い手を育成する。その結果、他の通所事業者や訪問事業者がより重症な障害児者へ対応できるようになり、地域の重症児者の支援希望が当院に集中することが緩和され、新しい役割分担ができるようになると考える。教育センターの構想にも合わせ、当面は地域施設の実態の調査や分析をするよう計画すべきである。2015年度は重症者向けグループホームの調査・研究プロジェクトチームが活動し、その中で実態調査が行われるため、その実態調査結果を活用していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
　着手されていない状態である。地域施設の実態調査・分析は行われていない。
＜見直し点＞
　取り組むべき課題と方向性は継続すべきである。

Ⅲ　総合的な療育支援を担う人材の育成と資質の向上

ソフト面での核となるのは「人」である。療育サービスにおいては、優秀な医療福祉人材の確保・育成・活用が最も重要となる。いかに人が育つことができる環境を準備するかが鍵である。

〇取り組むべき課題と方向性

１）総合人材育成システムの構築

当院に寄せられるニーズに的確に応えていくには、量も勿論であるが質の高い人材の確保が不可欠である。

資格を必要とする専門職には、職員の能力が経験を積むにつれて相応の実践能力が身につくと同時に単に経験年数だけでなく、経験をどのように積むかという経験の質にまで考慮した一人ひとりのステップアップを支援するキャリアパス（成長の道しるべ）を導入し、推進していく。

また、管理職登用についても公平性と可視化を進める必要がある。当院だけでしか通用しないというような人材ではなく、他のどんな施設においても実力が発揮できる人材を評価し、登用する仕組みを作っていく。

このように、採用からプロスタッフ、管理職まで一貫した教育システムを整備し、職員の能力を最大限に伸ばし、その職員が喜んで働くことができる組織への転換が図れれば、おのずと人材は集まり、人材確保ができる。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・2014 年 4 月に「東京小児療育病院人材育成プログラム」が策定された。求める人材像を明確にした上で、部門別・階層別研修体系が作成され、研修体系に則った人材育成が始まっている。しかし、その時点で未作成が 4 部署（医科診療科・歯科診療科・栄養科・放射線係）あった。
・他職種合同研究発表会として、「院内研究・実践活動報告発表会」が 2013 年度より開始された。

＜見直し点＞
　見直し不要であるが、当院のビジョン達成のためにも、当院の求める人材像（共通像・幹部職員に併せ求める人材像）を目指して、着実に職員の育成を行い、管理職への登用を図っていく必要がある。研修体系を作成していない 4 部署は、2015 年度中に研修体系を作成し、2016 年度から実施とする。さらに、今後は実施後 5 年程度経過した時点で、評価・修正するスケジュールとし、PDCA を確立させる仕組みを作っておく必要がある。

２）教育センター（仮称）の設置
　重症児者を対象とする介護・看護方法を学ぶことができる研修施設は極めて少ないことから、重症児者の地域生活を支えるスタッフ育成および家族に対する支援技術を総合的に支援する教育センターを設置する。超重症や準超重症児者の療育に対する豊富な経験を有する当院が、人材育成の要としての役割を果たすことで、積極的に地域に貢献していく。
　教育センターについては、2013 年度にプロジェクトチームが立ち上がり検討中である。その結果を受け、開設の時期（可否）、対象、運営する組織や職員配置について検討していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・重症心身障害児者の地域モデル事業検討プロジェクトでも検討していたが、モデル事業として選ばれなかった。
・2013 年度にプロジェクトチームが立ち上がったものの、その後の検討が遅れ、2015 年 4 月に中間報告として現状把握の結果が報告されている。報告では、当院が教育センターを開設する必要性が高いものの、人材不足の背景も考慮した運営方法の検討が必要であるとし、2016 年度には開設したいとの希望が述べられていた。
＜見直し点＞
　教育センターは、検討するチームが変更となっているが、検討が遅れているためスケジュールを見直す必要がある。プロジェクトチームには、教育センターの組織・運営方法・対象とする研修範囲等についての検討結果報告を 2015 年度末まで提出するように求める。その後、報告内容と人員確保状況見通しや準備期間の検討を行い、開設時期（可否）を決める必要がある。

Ⅳ　計画的、効率的な組織運営

　事業の推進や人材育成のためにも、円滑な組織運営が不可欠である。職員一人ひとりの力を引き出し、能力を伸ばしていける組織であることが必要である。そのために以下の点を重視して取り組む。

〇取り組むべき課題と方向性
１）ミッション、ビジョンをすべての業務の基準にする
　事業計画の作成やそれぞれが役割に応じて行う意思決定の際に、基準になるのは当院のミッションやビジョンであるということを徹底する。

＜2013 年度～2014 年度の取り組み状況＞
・新入職員のオリエンテーション時や院長の定例挨拶時にミッションやビジョンについて説明があり、浸透されつつある。
・一体化された看護・生活支援部や地域支援センターの理念策定時には、ミッションやビジョンを念頭に置いて、理念が策定されている。
＜見直し点＞
　ビジョン（将来像）については、当面のところ見直し不要であると考える。しかし、変化に対応できない組織は生き残れないことから、少子化による働き手の減少等の今後の環境変化によっては将来像の変更は行う可能性は出てくる。

２）規則、役割に基づいた施設運営の確立
　ミッションやビジョンが達成されるためには、組織の規則や役割に基づく権限・責任を明確にし、それを遵守し、組織を円滑に運営しなければならない。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・2014 年度にすべての部・センター・課・科・室（以下、各部・科）の職務規程が作成されているが、統一的な視点での調整作業が残っている。
・2015 年 5 月現在作成されているマニュアル類は資料 2 の通りであり、今後、作成予定のマニュアルや手順の検討を予定している部署等もあった。
＜見直し点＞
　取り組むべき課題と方向性は見直し不要である。今後は作成された規則や明確にされた役割に基づく実践により組織運営を進めていく必要がある。また、マニュアル類は各部・科の責任で定期的な見直しが行われるべきである。新たな作成状況の把握のためにも定期的な確認が必要である。

３）計画的な組織運営
　計画的な組織運営を行うために、バランススコアカード（BSC）を活用した経営管理手法を導入し、Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）（PDCA）の 4 段階を繰り返すことによって、業務の継続的な改善を推進する。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・BSC を 2014 年度までに導入している部署は、病院、看護・生活支援部、看護科、各病棟、外来、地域支援センター、通所、訪問看護と増加している。導入した委員会は、医療安全対策委員会、感染対策委員会、サービス向上委員会である。今年度導入予定の部署は生活支援科と地域支援室である。
＜見直し点＞
　PDCA を回した組織運営は必要不可欠であり、課題の方向性は継続すべきである。BSC はツー

ルであり、ビジョン達成への意欲と戦略のないところには無用の長物であるといわれているため、未導入の部署に対しては、該当部署の自覚と自発的な取組みに任せるべきである。しかし、PDCA は部署の運営にとどまらず、委員会活動等を含む様々な活動にも必要であり、推進すべきである。

４）経営安定のための戦略

業務の効率化を推進し、人的資源の有効活用を図る必要がある。ただし人件費の削減を優先し、サービスの低下、労働衛生の悪化を招くようなことがあってはならない。利用者サービスおよび職員処遇とバランスをとりながら、安定した経営を行っていく必要がある。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・社会福祉法人も新会計基準が適用されることになり、2014 年度分から事業ごとの会計管理ができるようになった。

＜見直し点＞

取り組むべき課題と方向性は見直し不要であるが、後述する主要な経営指標を活用しながら財務分析を行いつつ、バランスのとれた安定した経営を行っていく必要がある。

５）有効で効率的な人事給与制度

適材適所の人員配置、新しい幹部職員の養成、給与制度の見直し等を計画的に進めていく必要がある。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・前項の「総合人材育成システムの構築」により、将来の幹部職員の育成は始まったばかりである。

・人事制度については、当初計画では 2015 年度に人事制度の見直しとなっていたが、当院の今年度の計画では、2015 年 10 月～2017 年 2 月末までの予定で法人人事給与制度について検討されることになっている。

＜見直し点＞

当初計画の「適材適所の人員配置、新しい幹部職員の養成」等は計画的に進めていく必要がある。併せて当院にふさわしい給与制度は必要である。当院の今年度の検討内容は、①施設の運営が継続できる　②経験および実績をバランスよく評価する　③わかりやすい基準であるとなっており、検討結果を踏まえて、2017 年度以降の試行となる見込みである。

６）働き甲斐があり、ワークライフバランスのとれた職場

雇用条件、労働条件の改善が図られ、自由に意見が言え、自分の専門性も高められ、仕事を通して達成感や働き甲斐を感じられる職場にならなければならない。一人ひとりが状況に応じて「主役」になったり「脇役」になったりできる職場を目指す。また、健康で豊かな生活のための時間

が確保できる職場の実現のために、ワークライフバランスを考慮した働き方も進めていく[4)]。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・職員が働きやすく、やりがいのある職場の実現を目指すには、職員満足度調査結果を活用しての改善は有効である。当院はこれまで 2011 年度、2013 年度、2014 年度に職員満足度調査を実施しており、2015 年度にも調査が計画されている。2011 年度と 2013 年度の比較については、サービス向上委員会が結果を分析している。改善への取り組みを着実に行うためには、どの部署がどのような改善に取り組んだか可視化しておく必要がある。しかし、2011 年度と 2013 年度の比較後の取り組みは不明であり、2014 年度の調査結果も周知されていないことから、PDCA が回っていない現状にある。

・2014 年 4 月に労働基準監督署より労働基準法および労働安全衛生法に関する事項の改善命令が出され、改善に取り組んでいる。

＜見直し点＞

職員満足度調査結果の活用が図られるべきであり、サービス向上委員会活動の活性化が求められる。さらに、今後は「ワークライフバランス」という視点を取り入れた働き方を進めていく必要がある。改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度も義務付けられる等のメンタルヘルス面での職場環境の改善も行っていかなければならない。仕事の進め方の効率化や時間外労働の抑制も同時に進めていく必要がある。

V　施設機能の整備・強化

障害者総合支援法の施行により、当法人についても事業の変更を行ってきたところではあるが、さらなる業務改善として施設の再整備を行う必要がある。

また、法人開設より増築および改修を行い、現在では外来棟として使用している本館については、経年劣化もあり新棟への建て替え計画を検討する時期になってきた。

診療報酬については 2 年ごとに大幅な改定が行われ、電子化への移行も急速に進んでいる。当院についても、基幹システムの強化を行い「情報の正確性」「情報の共有」「効率化」「適正な請求」等の IT 化を促進し、効率的な施設運営および透明性の向上を目指す。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・2013 年度に 3 社による電子カルテシステムのデモを実施した。2014 年度は電子カルテシステムと連動可能なレセプトコンピュータを導入した。

・2015 年～2016 年に 1 階病棟の大規模改修が実施される。

・個人情報保護に関しては、個人情報保護規程に規定されている管理責任者の任命や関連する他の規程の未整備等の問題がある。内容を再検討し整備する必要がある。

＜見直し点＞

方向性は継続すべきであるが、基幹システムの強化に伴い、個人情報保護関係についても整備が必要である。個人情報保護規程関係の見直し・整備を進めていくとともに実行スケジュー

ルの見直しも必要である。

Ⅵ　ブランド力の確立

オンリーワンの価値を持たない限り真に選ばれる対象とはならない。当院の商品は療育サービスであり、それをオンリーワンの価値を持つものに変えていく必要がある。オンリーワンの価値を持つには、その品質に加え、独自性を有することが不可欠である。この独自性を感じられる時、当院はブランドになる。これまで培ってきた療育のノウハウを活かしながら、当院の療育サービスをブランドにする仕組み作りを総合的に行う必要がある。

〇取り組むべき課題と方向性

１）CS マネジメント

CS（Customer　Satisfaction＝顧客満足）は、すべてがお客様とその期待から始まるという考え方のもとに、お客様に満足していただくために何をどのように提供していくのかを考え、それを達成するための仕組みを作り上げる活動によってもたらされる。

CS の位置づけは、最も低いレベルである「接遇向上と苦情処理」にとどまらず、「経営戦略としての CS」とする。そして、顧客は「利用者」「職員」「パートナー組織」「地域」、つまり“自分以外みんな顧客”と定義する。利用者満足を追求する結果、職員が疲弊し離職率が高くなったり、場当たり的で無理が多い取り組みは最終的に利用者に迷惑がかかってしまい、CS とはほど遠い結果となってしまう。当院を長期的・俯瞰的に見渡して、当院に関係するすべての人と組織が満足できるような取り組みを目指す。

CS マネジメントの実践ポイントの一つは ES（Employee Satisfaction=内部顧客満足）である。サービスを個人の善意に依存するのではなく、組織のシステムとして確立するよう取り組んでいく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞

・利用者満足度調査は 2012 年度から、職員満足度調査は 2013 年度から実施されている（Ⅳ　計画的、効率的な組織運営の項を参照）。

＜見直し点＞

継続が必要である。当院の現在の CS（顧客満足）は、最も低いレベルの「接遇向上と苦情処理」レベルに留まっている。組織のシステムとして確立するように取り組みの強化が必要である。

２）一貫したメッセージの発信

ブランド力は「良いもの」を提供するだけでは確立しない。ターゲットとする人に広く認知されていることが必要である。

ホームページやフェイスブックを活用したり、学会発表や執筆等の機会を多く作り、当院の露

出を積極的に高めていく。ホームページ等を見直す場合は、コンセプトを明確にして、一貫したメッセージを発信する工夫を行う。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・病院パンフレットは 2014 年度に改訂された。
・ホームページの見直しはプロジェクトチームで取り組み、当院分については 2015 年 10 月に完成した。
・フェイスブックは、2013 年度にプロジェクトチームが検討したが、アップ後の継続的管理が困難なことから導入しないことが提案されていた。しかし、検討経過の報告がなく、検討内容が不明である。
＜見直し点＞
　継続が必要であり、スケジュールを見直す必要がある。ホームページはタイムリーに更新する仕組み（ルール）を作っておく必要があり、プロジェクトチームにその仕組みづくりまで求める必要がある。フェイスブックは、情報発信ができること、また正しい情報の発信が必要であることから、現在フェイスブックを活用している職員を中心としたメンバーでの再検討が望ましい。

Ⅶ　主要な経営指標

　社会福祉法人についても新会計基準が適用されることとなり、2014 年 4 月、会計処理基準の一元化が行われた。これにより、拠点区分の設定を行い事業ごとに会計管理を行う構造へと変更も進んでいく。また、安定した経営を行うためには、財務分析による事業管理を行い、経営指標を明確にする必要がある。当院の収益性、生産性、機能性を評価するため、①病床利用率　②材料比率　③流動比率　④純資産比率　⑤委託費比率　⑥人件費＋委託費比率　⑦固定長期適合率　⑧経常活動差額率　⑨労働分配率を指標として評価していく。

＜2013～2014 年度の取り組み状況＞
・病床利用率は、172 床に対して 97.83％であり、１日平均 168 床の稼働であった。
・経常活動比率は、101.37％であった。人件費率は 75.91％であった。医療材料比率は、2.98％であり、BSC 目標値 3.3％未満を達成できている。労働生産性は、9,292,602 円であった。
＜見直し点＞
　経営指標の見直しを行う。東京都が指標としている社会福祉法人経営分析のための財務指標が示されている。都内社会福祉法人の平均値が公表されており、当施設との比較が可能なことから、これらの指標を追加し、経常活動収支比率、人件費比率及び労働生産性の指標を削除する。

○今後の指標

指　標	目的および算出式
病床利用率	事業活動の成果をみる。許可運用病床に対する病床稼働率をみる。
	172 床×365 日(年間稼働日数)÷延入院患者数×100（%）
医療材料比率	コスト合理性をみる。医業収入に対する材料費支出総額の占める割合。
	医療材料費÷医業収入×100（%）
流動比率	短期安定性をみる。短期返済が必要な流動負債返済能力。
	算出式　（流動資産÷流動負債）×100（%）
純資産比率	長期安定性をみる。総資産に占める純資産（自己資本）の割合
	（純資産÷資産総額）×100（%）
委託費率	コスト合理性をみる。事業活動収入に対する委託費支出総額の占める割合。
	{（委託費）÷（事業活動収入−寄附金収入−雑収入−国庫補助金等特別積立金取崩額）}×100（%）
人件費率+委託費比率	コスト合理性をみる。事業活動収入に対する人件費+委託費（人件費を代替する委託料を含む）支出総額の占める割合。
	{(人件費+福利厚生費+退職給与引当金繰入−退職給与引当金戻入+賞与引当金　繰入−賞与引当金戻入）+委託費支出}÷（事業活動収入−寄附金収入−雑収入−国庫補助金等特別積立金取崩額）}×100（%）
固定長期適合率	長期安定性をみる。固定資産が長期資本（純資産+固定負債）によってどれだけ賄われているかを表す。
	固定資産÷（純資産+固定負債）×100（%）
経常活動差額率	収益性をみる。経常活動に対する経常収支差額の占める割合。
	（経常活動収支差額）÷（事業活動収入+事業活動外収入）×100（%）
労働分配率	コスト合理性をみる。収入から事務費の委託費、事業費等を引いた残額に占める人件費の割合で、法人の限界利益に対する人件費の占める割合。
	{(人件費支出+福利厚生費+退職給与引当金繰入−退職給与引当金戻入+　賞与引当金繰入−賞与引当金戻入）÷（事業活動収入−寄附金収入−雑収入−国庫補助金等特別積立金取崩額）−（事業費支出+委託費+減価償却費−国庫補助金等特別積立金取崩額）}×100（%）

今後の実行プログラム

これまで述べてきた様々な課題について、着実な取り組みを行うために、緊急的取り組みと戦略ごとの課題に分けて今後の実行プログラム（資料 3、4）をそれぞれ作成、改定した。

おわりに

2013 年 4 月に策定された中長期計画の進捗状況を調べ、評価と見直しを行い、当院の様々な事業内容の見える化が不十分であることが分かった。今後の数年間は、当院の様々な事業について見える化（共有）を進め、それによりシステム化と PDCA の確立を目指して改善を進めていく必要がある。

資料

1　東京小児療育病院　中長期計画の進捗状況（2015 年 5 月現在）
2　東京小児療育病院　規程・マニュアル類（2015 年 5 月現在）
3　今後の実行プログラム

参考文献

1　東京小児療育病院　事業概要　平成 26 年版
2　富田　直. 多摩における小児在宅医療の地域連携. 小児在宅医療サポートチーム勉強会. 2015 年 4 月
3　医療保険担当者（訪問看護）集団指導講習会. 2014 年 5 月. 関東信越厚生局東京事務所
4　まち・ひと・しごと創生総合戦略　文部科学省　2014 年 12 月

資料1

東京小児療育病院　中長期計画の進捗状況 （2015年5月現在）

中長期計画評価・見直しPT作成

＜戦略Ⅰ＞療育の質の向上と患者サービスの向上

項目	当初計画	進捗状況
ベッド・マットレスの入れ替え	2013年度：67 2014年度：17 2015年度：完了	2014年度：既存ベッド・マットレスの入れ替えは完了
医師の増員	2013年度：0 2014年度：1 2015年度：1 2016年度：1 2017年度：1	常勤換算医師数（各4月1日付） 2013年度：16.0人 2014年度：19.0人（＋3人） 2015年度：16.8人（－2.2人）
新患数	2013年度：650 2014年度：700 2015年度：750 2016年度：800 2017年度：800	新規患者の診療録作成数 2013年度：617 2014年度：666
診療体制の見直し	2013年度：検討 2014年度：実施	2014年度：1月に検討結果報告あり（発達障害児に関して、受診申し込みから初診、担当部署との連携、ゴールの設定、終了に繋がるシステムをまとめた）
訪問看護件数	2013年度：50 2014年度：55 2015年度：60 2016年度：65 2017年度：70	訪問看護契約者数 2013年度3月末：48名 2014年度3月末：44名 契約者の増加は、利用者の希望時間が集中するため、限られた看護師数ではニーズに応じられず、新規契約は困難であった
専門チームの立ち上げ数	2013年度：1 2014年度：1 2015年度：1 2016年度：1 2017年度：1	2013年度：2（栄養、摂食嚥下） 2014年度：0 2015年度：2（呼吸、痙縮）発足予定

資料1

＜戦略Ⅱ＞重症児者療育の拠点施設としての地域療育支援体制の構築

項目		当初計画	進捗状況
対象利用者・対象地域の見直しによる再構築	総合的な検討	2013年度：調査 2014年度：検討 2015年度～：再構築 2017年度：再検討	2013年度：調査せず 2014年度：地域支援センターの理念・方針・BSCを策定し、それに伴い通所と訪問看護の理念・方針・BSCも策定した。また、訪問看護は満足度調査を実施し、地域支援室は東京都の地域療育支援事業の事後アンケート（当院分）を開示した。総合的な検討は行っていない
	通所	2013年度～：維持 2015年度～：再構築	2013年度：利用者数は、青年部と幼少部を合わせて41名（1日定員36人）。青年部の新規受け入れ5名。超準重症児者比率：青年部90.4%、幼少部100%。出席率82.6% 2014年度：青年部と幼少部合わせた利用者数46名（1日定員36人）。青年部の新規受け入れなし、超準重症児者比率：青年部95%、幼少部100%。出席率80.3%
	療育等支援事業	2013年度～：維持 2015年度～：再構築	東京都の委託事業として、2013年度は269件、2014年度は288件、他施設からの要望を受け、必要とするスタッフ（医師・訓練士等）の派遣を行った
	相談支援事業	2013年度～：サンプル的に実施 対象等検討 2015年度～：再構築	2013年度：7件のサービス計画の作成 2014年度：200件の目標であったが、実績は72件。原因は行政からの利用者に対する働きかけ不足であると考える
	訪問看護	2013年度～：地域縮小 2015年度～：再構築	2013年度：ステーションから5km圏内を対象地域（3名対象外）とし、常勤換算2.8人の看護師で年間2573件実施 2014年度：2.9人の看護師で2788件実施
	保育所等訪問	都の方針待ち	東京都からの依頼で、地域支援事業を保育所等訪問に切り替えるように指示のあった場合は行うが、現状としては行わない
地域住民の理解とボランティア	施設紹介行事	2013年度：検討 2014年度：企画 2015年度～：実施	2014年度：みどり祭りに近隣へのポスティング。バザー時に新聞折り込み20000部
	小中学生対象ボランティア体験	2013年度：検討 2014年度：企画 2015年度～：実施	2013年度：受け入れなし 2014年度：中学生のみどり祭りボランティア15名と職場体験3名3日間
	交流活動	2013年度：調査・検討 2014年度～：実施	行っていない

資料1

担い手育成と役割分担	他機関との新たな役割	2013年度：実態調査 2014年度～：検討 2016年度～：支援	実態把握のために、都内重心通所連絡会や日中活動協議会でネットワーク作りや情報交換を行っている。近隣での重心通所の状況は、2013年度は5か所であったが、2014年度には6か所となった。重症児新規受け入れ開始施設に対し、管理者・スタッフに訪問指導や見学研修を実施してきた
	＊研修センターの項参照		

＜戦略Ⅲ＞総合的な療育支援を担う人材の育成と資質の向上

項目		当初計画	進捗状況
人材育成システム	看護	2013年度：見直し 2014年度：実施	2013年度：看護は見直し、他は検討 2014年度：4月「東京小児療育病院人材育成プログラム」を策定し、実施開始 ①求める人材像 ②各部門の求める人材像 ③人材育成の現状と課題 ④部門別研修体系の作成 ⑤階層別研修体系の作成 主任・係長及び科長研修作成 ＜②～④未作成の部署＞ 医科診療科 歯科診療科 検査科 栄養科
	他専門職	2013年度：検討 2014年度～：順次試行 2016年度：実施	
	事務等	2013年度：検討 2014年度～：順次試行 2016年度：実施	
	管理職	2013年度：検討 2014年度～：順次試行 2016年度：実施	
	合同研究発表会	2013年度：企画・実施	2013年度～：「院内研究・実践活動報告発表会」として実施。企画・運営は研修運営委員会
研修センター		2013年度：検討 2014年度～：準備 2016年度：開設	2013年度：PT立上げ 2014年度まで：現状把握のための調査と課題の検討を実施

＜戦略Ⅳ＞計画的、効率的な組織運営

項目	当初計画	進捗状況
規程類の整備	2013年度：完了	＜2014年度までに作成している規程・マニュアル＞ 別紙

資料1

BSCの導入	2013年度：院、部、委員会導入 2014年度：課・科（係）導入	＜2014年度までの導入部署＞ 院、看護・生活支援部、看護科、各病棟、外来、 地域支援センター、通所、訪問看護 ＜2014年度までの導入委員会＞ 医療安全対策、感染対策、サービス向上
人事制度の見直し	2015年度：検討 2016年度：試行 2017年度：実施	2015年度：10月人事給与制度の検討PT立上げ

＜戦略Ⅴ＞施設機能の整備・強化

項目	当初計画	進捗状況
病棟の再編成および改修	2013年度：調査検討 2014年度～2015年度：改修	未実施
電子カルテ	2013年度：検討 2014年度～：一部導入 2016年度：全面導入	2013年度：3社によるデモ終了 2014年度～：レセプトコンピュータ導入 2016年度：全面導入
外来棟建て替え	2017年度：検討	2014年度：法人施設整備長期計画が提示された （本館・訓練棟・通所棟・職員宿舎）

＜戦略Ⅵ＞ブランド力の確立

項目	当初計画	進捗状況
HP・病院パンフ刷新	2013年度：検討 2014年度：完成	＜HP＞ 2014年度：1月PT立上げ 2015年度：4月～検討開始。7月末完成予定 ＜病院パンフ＞ 2014年度：1月完成
フェイスブック	2013年度：運営方法検討 2014年度：試行 2015年度：実施 2016年度：評価、見直し	2013年度：検討。アップ後の継続的管理が困難なことから導入しないことを提案した

資料2

東京小児療育病院　規程・マニュアル類（2015年5月現在）

中長期計画評価・見直しPT作成

	現在ある規程	現在あるマニュアル	作成予定のもの
庶務課	処務規程 職務規程	（法令及び規程が事務処理のマニュアルとなっている）	検討
経理課	職務規程	（法令及び規程が事務処理のマニュアルとなっている）	検討
医事課	職務規程	（法令及び規程が事務処理のマニュアルとなっている）	検討
医科診療科	職務規程	医局申し合わせ 診療申し合わせ	左記の改訂
歯科診療科	職務規程	なし	なし
検査科	職務規程	中央検査室業務手順 生理検査室業務手順 医薬外劇物管理マニュアル	
薬剤科	職務規程	薬剤科業務規程 医薬品安全使用要綱 医薬品の安全使用のための業務手順書 薬剤管理指導マニュアル	なし
栄養科	職務規程	入院時食事療法運営要項 （献立手順・栄養管理委員会規程・衛生マニュアル含む）	
理学療法科	職務規程	事務作業・保険請求マニュアル 電話対応マニュアル	
作業療法科	職務規程	作業療法対応マニュアル 事務作業・保険請求マニュアル 電話対応マニュアル	
言語聴覚科	職務規程	事務作業・保険請求マニュアル 電話対応マニュアル	
心理科	職務規程	電話対応マニュアル	
看護科	職務規程	看護管理マニュアル 業務基準・手順（看護） 業務基準・手順（共通） 在宅医療ケアマニュアル 看護記録基準マニュアル	
生活支援科	職務規程	業務基準・手順（共通） 記録マニュアル 学生受け入れマニュアル	生活支援管理マニュアル
地域支援室	職務規程	地域支援室マニュアル	左記マニュアルの見直し
通所科	職務規程	送迎マニュアル 通所看護業務手順	通所管理マニュアル
訪問看護科	職務規程	訪問看護手順 災害時対応マニュアル	実習指導マニュアル 訪問看護師養成マニュアル
委員会	各委員会規程	医療安全マニュアル 感染対策マニュアル 褥瘡対策マニュアル	虐待防止マニュアル

資料３

緊急的取り組み

	項　　目	取り組み内容	担当（責任者）
1	MRI 検査	○2015 年度は継続が決まった。 ○来年度以降は稼働実績および今後の予約見込を踏まえ、継続の可否を検討し、結論を出す。（2016 年 1 月末まで） ○病院運営会議による決定。（2016 年 2 月）	診療部（診療部長） 院長
2	東京都実地検査結果（口頭指導事項）への対応	○指摘事項の改善（計画）に取り組む。（2015 年 12 月末までに結果を報告） ＊指導事項は 4 月幹部職員会議資料参照 ○病院運営会議で上記内容を把握する。（2016 年 1 月）	各担当部門の責任者 院長
		○改善計画が提出された事項については、計画通りに改善に取り組む。 （2016 年 2 月までに実践状況を報告） ○病院運営会議で上記内容を把握する。（2016 年 3 月）	各担当部門の責任者 院長
3	医療法 25 条の規定に基づく立入検査への対応	○2013 年 1 月立入検査の文書指導事項改善策の改善結果について報告する。 （2015 年 10 月末まで） ○病院運営会議で上記内容を把握する。（2015 年 11 月）	個人情報管理委員会（委員長） 検査科長（放射線係長） 院長
		○2013 年 1 月立入検査の口頭指導事項改善策の改善結果について報告する。 （2015 年 10 月末まで） ○病院運営会議で上記内容を把握する。（2015 年 11 月）	各担当部門の責任者 院長
		○2015 年度立入検査の自主管理チェックリスト点検結果に基づく改善必要事項について、速やかに改善に取り組む。（2015 年 10 月末までに結果を報告） ○病院運営会議で上記内容を把握する。（2015 年 11 月）	各担当部門の責任者 院長

東京小児療育病院中長期計画（改定）
実行プログラム（2015 年度～2019 年度）

＜戦略ごとの今後の実行プログラム＞

Ⅰ　療育の質の向上と利用者サービスの向上

<table>
<tr><th>項　　目</th><th>担当（責任者）</th><th>2015 年度</th><th>2016 年度</th><th>2017 年度</th><th>2018 年度</th><th>2019 年度</th></tr>
<tr><td>外来診療システム</td><td>副院長（外来医長）
医事課長</td><td>○実態の情報収集
○各種検査機器の稼働状況の把握</td><td>○ニード分析を行う。
○重症心身障害、発達障害等の利用者に対する診療システム（リハビリを含む）の構築を行う。</td><td>○実施</td><td>→</td><td>○評価</td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年 KPI（成果目標）：システムが改良されて確立し、重症心身障害、肢体不自由、発達障害、知的障害の初診から終了までのスムーズな流れができている。
外来棟建替えの検討を行う前までにシステムが構築されている。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">緊急時対応カード</td><td>病棟：医長</td><td>○導入</td><td>○集計</td><td>○集計</td><td>○評価</td><td></td></tr>
<tr><td>外来：医長</td><td>○導入</td><td>○集計</td><td>○集計</td><td>○評価</td><td></td></tr>
<tr><td>地域センター：
センター長</td><td>○導入</td><td>○集計</td><td>○集計</td><td>○評価</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年 KPI（成果目標）：対象者全員のカードが作成され、必要時更新され、活用されている。</td></tr>
<tr><td>看取り体制の構築</td><td>PT 責任者（西 2 病棟看護係長）</td><td colspan="2">○PT の立ち上げ
○改築工事での看取り環境の整備
○看取り体制の検討</td><td>○実施</td><td>→</td><td>○評価</td></tr>
</table>

2020 年度 KPI（成果目標）：一人ひとりの人権を尊重し、その人の望む看取りができている。						
通所の新規登録者条件設定	通所科長	○通所利用者の重症度とケア量を分析し、2017 年度までの新規利用者の受け入れを検討する	○新規利用者の受け入れと現状を分析・評価する	○新規利用者の受け入れと現状を分析・評価する	○通所利用者の重症度とケア量を分析し、2020 年度までの新規利用者の受け入れを検討する	○新規利用者の受け入れと現状を分析・評価する
2020 年度 KPI（成果目標）：適正に新規利用者が受け入れられ、QOL を保持し、安全・安楽なケアが提供できている。						
訪問看護契約者数	訪問看護科長	○48 名	○50 名（2015 年度の常勤換算に対する指標であり変動する）			
2020 年度 KPI（成果目標）：訪問看護師数に対して、適正な契約者数が確保されている。						
専門チームの立ち上げ	診療部長	○上半期：呼吸ケア、痙縮治療チームの活動計画、マニュアル等の検討 ○下半期：利用者対象に実施開始	○活動の拡大 ○発達障害指導チームの活動計画、マニュアル等の検討	○活動の定着化 ○発達障害指導チームの活動開始	○専門外来への準備開始	○専門外来試行開始
2020 年 KPI(成果目標)：専門チームによる専門外来を立ち上げて相談を受けている。						

Ⅱ　重症児者療育の拠点施設としての地域療育支援体制の構築

<table>
<tr><th colspan="2">項　　目</th><th>担当（責任者）</th><th>2015 年度</th><th>2016 年度</th><th>2017 年度</th><th>2018 年度</th><th>2019 年度</th></tr>
<tr><td rowspan="3">対象とする利用者・地域の見直しによる構築</td><td rowspan="2">通所事業</td><td rowspan="2">通所科長</td><td>○対象地域の再検討を行う
○対象地域の今後 5 年間の特別支援学校卒業生の実態調査を実施する</td><td>○対象・地域を考慮した上での新規事業を検討し、結論を得る</td><td>○新規事業体制準備</td><td>○導入</td><td>○実施 3 年後に評価</td></tr>
<tr><td>○安定した通所出席率を確保する</td><td>○実施</td><td>→</td><td>→</td><td>○評価</td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年度 KPI（成果目標）：新規事業の分析と今後の方針が決定できている。</td></tr>
<tr><td></td><td>療育支援事業</td><td>地域支援室長</td><td>○ニード分析を実施する
○必要となる取り組みの内容を検討し、結論を得る</td><td>○対象・地域を考慮した上での事業体制を構築する</td><td>○実施</td><td>○実施</td><td>○評価</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">2020 年度 KPI（成果目標）：対象地域からのニードに基づいた支援事業が展開できている。</td></tr>
<tr><td></td><td>相談支援事業</td><td>地域支援室長</td><td>○積極的な広報活動を行う
○計画的な事業展開を実施する</td><td>○実施</td><td>○評価</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	2018 年度 KPI（成果目標）：計画的な事業展開が行われている。						
	訪問看護事業	訪問看護科長	○訪問看護管理体制を整備し構築する	○計画に則った訪問看護師の育成 ○訪問看護ネットワークの活用	→	→	○評価
	2020 年度 KPI（成果目標）：訪問看護管理体制が確立し、質の高い看護が提供できている。						
	総合的な検討	地域支援センター長	○各事業を分析・評価しながら方向性を検討する。				
	2020 年度 KPI（成果目標）：地域を支える多様なサービス事業が構築されている。実践内容と評価が可視化できている。						
地域住民の理解とボランティア	施設紹介	施設行事実行委員会（みどり祭、バザー）施設だより編集委員会）	○院内行事で積極的に施設 PR を行う	○実施	○評価	○地域行事への参加を検討する	
	2017 年度 KPI（成果目標）：行事を通して、地域に貢献することができ、東京小児療育病院名が周知されている。						
	小中学生対象 ボランティア体験	ボランティア委員会	○小中学生対象のボランティア体験企画を検討する ○積極的な広報活動を行う	○実施	→	○評価	
	2018 年度 KPI（成果目標）：小中学生のボランティア体験体制が構築され継続的に実施されている。						
	地域交流活動	地域支援室長	○施設行事を利用した地域交流活動 PR 企画を検討する ○積極的な広報	○地域交流活動を実施する	→	○評価	

			活動を行う				
	2018 年度 KPI（成果目標）：地域住民や保育園・幼稚園との交流活動が継続的に実施されている。						
地域重症児者の担い手育成と分担		地域支援室長	○実態調査を実施する	○支援体制を検討する	○教育センターへの協力を行う		
2017 年度 KPI（成果目標）：地域施設の実態調査と分析が終了し、その結果を踏まえた他施設への支援が行われている。							

Ⅲ 総合的な療育支援を担う人材の育成と資質の向上

	職　　種	担当（責任者）	2015 年度	2016 年度以降	2018 年度以降
総合人材育成システムの構築	事務職	庶務課長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	薬剤師	薬剤科長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	リハ部門セラピスト	各科科長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	看護師	看護科長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	生活支援員	生活支援科長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	ソーシャルワーカー	地域支援室長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	医師	医科診療科長	○研修体系の作成	○研修の実施	○評価・見直し（2020 年度まで）
	歯科医師・歯科衛生士	歯科診療科長	○研修体系の作成	○研修の実施	○評価・見直し（2020 年度まで）
	検査技師	検査科長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	放射線技師	検査科長	○研修体系の作成	○研修の実施	○評価・見直し（2020 年度まで）
	栄養士・調理師	栄養科長	○研修体系の作成	○研修の実施	○評価・見直し（2020 年度まで）
	管理職	総務部長	○研修の実施	→	○評価・見直し（2018 年度まで）
	2020 年度 KPI（成果目標）：研修体系に基づいた研修が実施されている。PDCA サイクルの確立。				

	項　　目	担当（責任者）	2015 年度	2016 年度
教育センターの設置	教育センター（仮称）の設置検討	PT 責任者（看護科長）	○組織・運営方法・研修範囲等の検討結果報告	○検討結果を踏まえて、開設の可否を決定する。（院長）
	2016 年度 KPI（成果目標）：開設の可否が決定できている。			

Ⅳ 計画的、効果的な組織運営

<table>
<tr><td rowspan="4">規則役割に基づいた施設運営の確立</td><td>項　　目</td><td>担当（責任者）</td><td>2015 年度</td><td>2016 年度</td><td>2017 年度</td><td colspan="2">2018 年度以降</td></tr>
<tr><td>規程・マニュアル類整備</td><td>各課（科）長
室長</td><td>○作成済のものは見直し
○新規作成
・生活支援管理ﾏﾆｭｱﾙ
・通所管理ﾏﾆｭｱﾙ
・実習指導ﾏﾆｭｱﾙ
・訪問看護師育成ﾏﾆｭｱﾙ
・虐待防止ﾏﾆｭｱﾙ</td><td>○見直し</td><td>○作成状況の確認</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>BSC の導入</td><td>各課（科）長
室長</td><td>○生活支援科
○地域支援室</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年度 KPI（成果目標）：組織の規則や役割に基づく権限・責任が明確にされ、規則・規程を遵守した組織運営が行われている。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">人事給与制度</td><td>項　　目</td><td>担当（責任者）</td><td>2015 年度</td><td>2016 年度</td><td>2017 年度</td><td>2018 年度</td><td>2019 年度</td></tr>
<tr><td>人事給与制度の見直し</td><td>事務局長</td><td>○検討開始（10 月）</td><td>○一部実施
（俸給表切替）</td><td>○研修の実施
（評価制度）</td><td>○試行実施
（業績評価）</td><td>○実施
（業績評価）</td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年度 KPI（成果目標）：当院に相応しい新人事給与制度が確立している。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">職員満足度</td><td>項　　目</td><td>担当（責任者）</td><td>2015 年度</td><td>2016 年度</td><td>2017 年度</td><td>2018 年度</td><td>2019 年度</td></tr>
<tr><td>職員満足度調査結果を踏まえた分析及び改善の取り組み</td><td>サービス向上委員会</td><td>○調査実施
○結果分析及び改善実施</td><td></td><td></td><td>○調査実施
○結果分析及び改善実施</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">2020 年度 KPI（成果目標）：PDCA サイクルの確立。</td></tr>
</table>

	項　　目	担当（責任者）	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度
ライフ・ワーク・バランス	時間外労働の削減	PT 責任者（庶務課長） 各課（科）長 室長	○実態・原因・理由・改善方法の報告を 2016 年 3 月末までに行い、それに基づく改善を実施する。	○実態調査	→	→	→
	有給休暇の取得率向上	各課（科）長 室長	○実態調査を行い取得率の向上を図る。 ○60％以上（BSC 目標値）	○取得率の確認	→	→	→
	2020 年度 KPI（成果目標）：ライフ・ワーク・バランスのとれた働きやすい職場環境ができている。 有給休暇の取得率 70％。（まち・ひと・しごと創生総合戦略：2020 年目標値）						

Ⅴ　施設機能の整備・強化

<table>
<tr><th colspan="2">項　　目</th><th>担当（責任者）</th><th>2015 年度</th><th>2016 年度</th><th>2017 年度</th><th>2018 年度</th><th>2019 年度</th></tr>
<tr><td rowspan="2">施設改修</td><td>病棟</td><td>PT 責任者（院長）</td><td>〇改修</td><td>〇改修</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>外来棟</td><td colspan="5">〇外来の規模及び診療システムなどを考慮した外来棟が必要であるため、2020 年度までには中長期計画を完了していることが必要である。
〇建替の規模を検討する。
〇建替中の外来診療等をどのように行うのかの検討が必要である。</td><td>2020 年度～検討
2024 年度　建替</td></tr>
<tr><td colspan="8">2017 年度 KPI（成果目標）：病棟改修により、各病棟の定員による稼働率が 98%以上となっている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">電子カルテ</td><td>診療部長
医事課長</td><td></td><td></td><td>〇PT 立ち上げ
〇電子カルテ導入に向けた業務及び帳票類の見直しを行なう</td><td>〇検討</td><td>〇導入（４月）</td></tr>
<tr><td colspan="8">2020 年度 KPI（成果目標）：電子カルテシステムが円滑に運用されている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">個人情報保護</td><td>個人情報管理委員会</td><td>〇規程等見直し</td><td>〇研修開始
〇職員周知</td><td>〇評価</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">2017 度 KPI（成果目標）：規程のとおり運用されている。</td></tr>
</table>

Ⅵ　ブランド力の確立

項　　目	担当（責任者）	2015 年度	2016	2017 年度	2018 年度	2019 年度
フェイスブック	庶務課長		○再検討			
2016 度 KPI（成果目標）：情報発信の方法及び管理方法を検討し協議されている。						