# チーム医療推進委員会

医療を取り巻く環境が複雑化し、患者さんのニー ズが多様化する中で、チーム医療の重要性はます ます高まっています。当院では、患者さんに最適 な医療を提供するため、多職種が協働し、それぞ れの専門性を活かしたチーム医療を推進していま す。2024年度、チーム医療推進委員会は、栄養 サポートチーム、院内感染対策チーム、呼吸ケア チーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、周術 期管理チーム、認知症ケアチーム、排尿ケアチーム、 糖尿病ケアチームの9チームを統括し、チーム間 の連携強化、活動の活性化、そして質の向上に努 めました。その一方で、各病棟や治療の場には多 職種が常駐し、必要なタイミングでスタッフ同士 が集まり、相談、情報共有が日常的行われるよう になってきました。本年報では、各チームの具体 的な活動内容と診療報酬の算定実績として報告し ます。

# 【栄養サポートチーム】

栄養サポートチームは、医師、管理栄養士、看護師、薬剤師、リハビリテーション技術室セラピスト、MSW、歯科衛生士、臨床検査技師で構成され、そのうち専任である医師、看護師、管理栄養士、薬剤師で、各病棟対象者を回診しています。栄養サポートチーム加算として回診を行った対象者に週1回200点の算定が可能となっています。また、歯科口腔外科医師が回診に参加することで、歯科医師連携加算50点が算定できます。

算定要件である人員確保が困難な状況が続き回 診件数は減少していますが、各病棟で随時栄養カ ンファレンスを行っています。2024年度は対象 患者がありませんでしたが、退院時に NST サマ リーを作成することで連携施設等への栄養情報を 提供しています。

また、症例報告を10症例まとめて提出することで、ワニバッチを取得することができます。2024年度は2名の看護師と4名の栄養士が取得できています。

次年度はより質の高い NST 介入について検討し、病棟栄養カンファレンスの継続と回診件数増加に向け対応していきたいと思います。

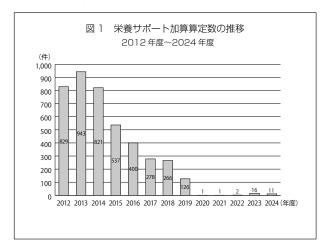
# (実績)

NST 研修 ワニバッチ取得: 6名

看護師:遠藤玲海 岩井彩英 栄養科:淺井杏月 稲山結菜 石塚友里 濱田奈美

(2024 年度 NST 回診集計)

- ・回診数:32件(新規18、継続14) 加算件数 18/32件 (NST サマリー作成件数)
- 合計 0件



# 【院内感染対策チーム】

医師 (ICD)、薬剤師、看護師 (感染管理認定看 護師)、臨床検査技師、事務職で構成されています。

主な活動は、新型コロナウイルス感染症や薬剤耐性菌対策をはじめとする院内感染対策、月1回の院内感染対策委員会、ICTリンクスタッフ会、現場の諸問題を解決するため、週1回のICT会議、ICTと現場リンクスタッフと協働したICT環境ラウンド、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)では抗MRSA薬など届出が必要な抗菌薬を使用している患者のカルテチェック及び必要時にはベッドサイドへのラウンドを実施しています。

診療報酬では、感染対策向上加算として入院初日に710点、指導強化加算として30点、計740点算定が可能です。算定要件として連携施設との定期的なカンファレンスや新興感染症を想定した訓練の実施が求められます。指導強化加算では、外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合に算定可能です。加算件数は、新規入院患者数の推移に大きく影響

されます。2024年度は、加算件数 8,617件(前年度比+687件)、算定点数 6,376,580点(前年度比+508,380点)(図 2)の算定ができました。

新型コロナウイルス感染症の院内クラスター発生により一部入院制限を行う等の影響を受けましたが、加算件数は増加に転じました。

患者さんや職員、病院に関わる全ての人を感染 症の脅威から守るために適切な感染対策を実践し ていくため、チームメンバーを中心に日々取り組 んでいきます。

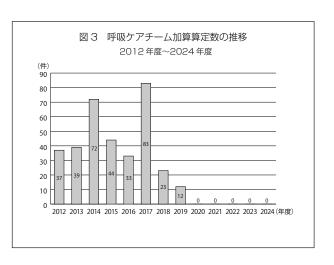


# 【呼吸ケアチーム】

医師、看護師、リハビリテーション技術室セラ ピスト、臨床工学技士で構成され活動しています。

呼吸ケアチーム加算は、対象患者が 48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であり、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から、1ヶ月以内または装着してから 1ヶ月以内の患者で算定できます。ICU や HCU では算定がとれないことや対象患者の受け入れ病棟が限られるため、算定数が増えにくい現状にあります。しかし、呼吸器からの早期離脱に向けた取り組みは、医師や理学療法士と連携しながら行い、134件と昨年度と同様数介入することができています。

救命救急センター設立に伴い、今後一般病棟で 人工呼吸器管理することが求められます。人工呼 吸器管理について、チームで協働して研修を企画 し、スタッフの質向上に向けて取り組んでいきた いと思います。



# 【緩和ケアチーム】

医師(精神科医含む)、看護師、薬剤師、管理栄養士、MSW、リハビリテーション技術室セラピスト、公認心理師、事務で構成しています。

2024年度の緩和ケアチーム新規依頼件数は 152 件(前年比126%)、延ベラウンド件数は1,084件(前 年比 129%) でした。緩和ケアチームへの依頼時 期では、診断から初期治療前が11件(7.5%)、が ん治療中が91件(62%)、積極的がん治療終了後 が 44 件 (30%) と、昨年に比べ診断時からがん 治療中の依頼が増えており、早期から緩和ケアが 提供されるようになってきました。また、非がん 患者の症状緩和に関する介入依頼も年々増えてき ています(前年比190%)。依頼内容(複数カウント) では痛みが73%、疼痛以外の身体症状が87%、 精神症状が35%、家族ケアが13%、倫理的問題 が6%、地域との連携・退院支援が32%等となっ ています。依頼内容としては痛みに限らず様々な 身体症状に関する依頼がありました。また緩和ケ アチームメンバーである公認心理師らの関わりも 充実し、精神的苦痛に対する依頼も増えています。

今年度前半は緩和ケア認定医が専従となり、専任看護師、専任薬剤師の配置により、タイムリーなチーム介入が可能となりました。しかし、年度後半はマンパワー不足もあり、チームとして介入しているものの算定に繋がらなかったものも多く、人員確保は今後の大きな課題と考えます。(図 4)

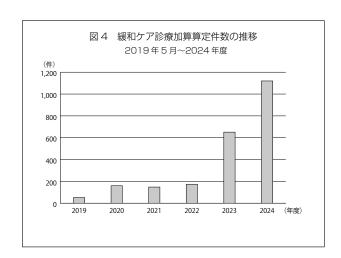
緩和ケア対象患者の抽出については、各部署の リンクナースが中心となって活動しています。「生 活のしやすさに関する質問票」を用い、全ての入 院患者の全人的苦痛の把握に努めています。また 緩和ケア認定医が専従として活動するようになり、 医師同士のインフォーマルな相談からチーム介入 に繋がることも多く見られるようになりました。

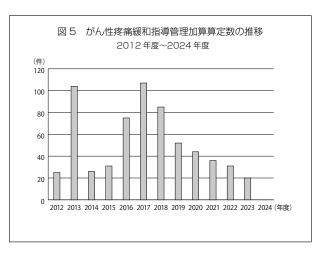
がん性疼痛緩和指導管理加算が算定可能な場合、 適切なタイミングで指導ができるよう外来スタッ フから医師への働きかけを行っていますが、一部 の診療科ではまだ不十分な点も多く、より周知徹 底を図る必要があります(図 5)。

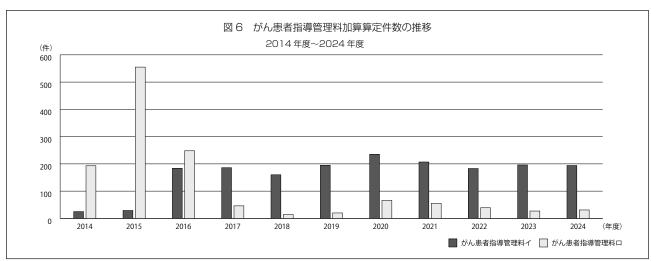
がん患者指導管理料として、イ)では医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合は500点(患者1人につき1回)、ロ)では医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合に200点(患者1人につき6回)の算定が可能です。(図6)

いずれの場合も、診療にあたる医師が「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」を受講していることが算定要件となります。2024年度に

は地域がん診療連携拠点病院に認定され、全ての 医師が緩和ケア研修を修了していることが望まし いため、当院主催の緩和ケア研修を実施するなど、 今後も提供する緩和ケアの質を向上させるべく、 積極的に働きかけていきます。







# 【褥瘡対策チーム】

形成外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理 栄養士、理学療法士、言語聴覚士、薬剤師、リン クナースで構成され活動しています。2024年度の 褥瘡対策チームラウンド件数は154件となってい ます。

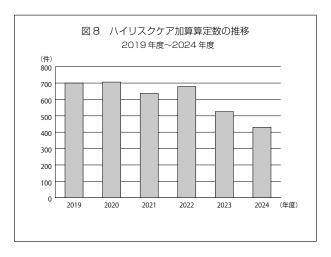
主に外科的デブリードマンを必要とする褥瘡を 有する患者、ポジショニングの見直しが必要な患 者を中心にラウンドを行っています。チーム介入 例については、おおよそ改善を認めています。

褥瘡推定発生率(図 7)については、2024年度は減少傾向にあります。補助者を対象とした研修を追加したことや、予防的スキンケアに取り組んだ結果であると考えます。 また、初期対応の重要性や、早期発見に力を入れた結果、d1、d2での発見が86%でした。前年度の78%から増加することができました。うちd2での発見は51%でしたが、d1で発見できるように更に取り組みを強化していきたいと考えます。



重点的な褥瘡対策をおこなった場合に算定可能な褥瘡ハイリスク患者ケア加算(図8)においては、2023年度に続き減少傾向にあります。

今後は褥瘡予防・ケアの底上げができるように、 教育を継続しながら、褥瘡予防対策に重点を置き 取り組んでいきます。



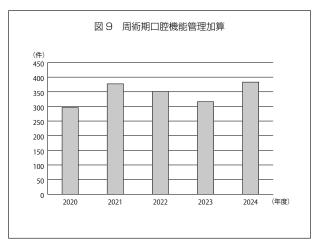
# 【周術期管理チーム】

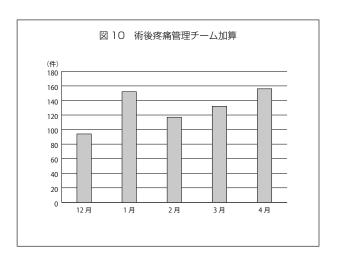
がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理は定着しています。今後も介入漏れのないように、主治医・麻酔科医と連携していきたいです。

術後疼痛緩和チームは現在3名で活動を行って おり当番を決め、回診を行っています。引き続き 回診を行いつつ、スタッフの育成にも励んでいき たいです。

術前訪問は 2,703 件 / 年実施しています。術前 カンファレンス、ブリーフィングをスタッフ間で 情報共有を実施してから手術に入るようになって います。今後も継続をしていきます。

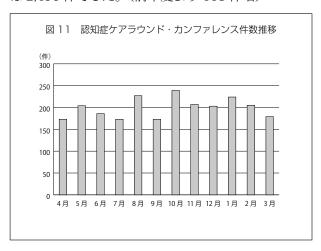
術後訪問は 437 件 / 年と促しにより昨年度より 増加しています。今後は術後訪問の継続と振り返 りができるような働きかけをしていきたいです。





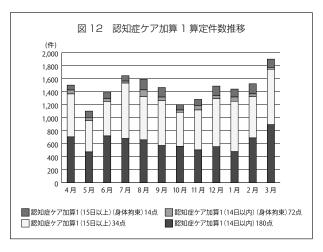
# 【認知症ケアチーム】

2017年度より活動及び算定を開始しました。認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対して、病棟の看護師と専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価です。精神科医、認知症看護認定看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、臨床心理士、リンクナースにて構成され活動しています。病棟での対象者評価とせん妄ハイリスク評価を基に介入を行っており、ラウンド・カンファレンス件数は 2.496 件でした。(前年度より 103 件増)



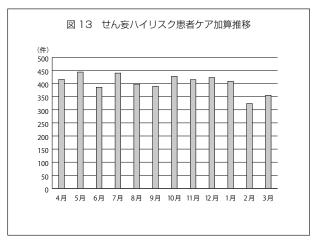
算定件数は認知症ケア加算 1 (14 日以内) 180 点は延べ 7,488 件、(15 日以上) 34 点は延べ 8,021 件、身体的拘束を実施した日は、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数となることより、(14 日以 内) 72 点は延べ 626 件、(15 日以上) 14 点は延 べ 1,407 件でした。

※令和 6 年度診療報酬改定により、14 日以内: 160 点  $\rightarrow$  180 点 15 日以上: 30 点  $\rightarrow$  34 点 身体的拘束を実施した日は所定点数の 100 分の 60 → 100 分の 40 に変更。



以前より行っていた、せん妄ハイリスク評価は「せん妄ハイリスク患者ケア加算(100点)」として 2020 年度より診療報酬に新設され 2021 年 5 月より算定を開始し、今年度は 4,986 件でした。(前年度より 96 件増)(図 13)

※令和6年度診療報酬改定により、認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄りスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可となった。



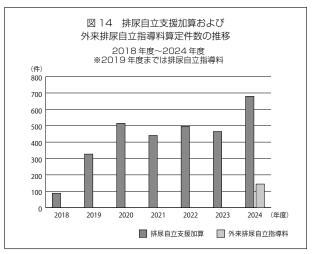
今後、ますます高齢化は進み認知症患者は増加すると考えられる背景の中で、入院生活での混乱を最小限にし、安全で安心できる療養環境を提供できるようケアの質向上に取り組んでいきます。また、せん妄ケアや身体的拘束最小化する取り組みを身体的拘束最小化チームと共同し行っていきます。

# 【排尿ケアチーム】

泌尿器科医師、看護師(皮膚・排泄ケア認定看 護師含む)、理学療法士、作業療法士、薬剤師、医 事にて構成しています。当院では、2018年7月に チームを発足し、同年10月よりチームラウンドを 開始しています。2020年度診療報酬改定により、 それまでの排尿自立指導料から排尿自立支援加算 への名称変更とともに、週1回200点を6回まで から、12回までの算定が可能となりました。排尿 自立支援は、排尿自立の方向へ導くことを目的と し、排尿ケアチームが病棟看護師らと連携し下部 尿路機能回復のための包括的排尿ケア(保存療法、 リハビリテーション、薬物療法等)を計画し実施 していきます。各病棟へ膀胱用超音波画像診断装 置を配置し、全病棟を対象に活動を行っています。 2024年度の算定件数は675件となりました(図 14)。今年度は人員を含めたラウンド体制の見直し を行うことで、より効率的にラウンドを実施でき るようになり、過去最高の算定件数となりました。

2021年度より排尿ケアチームリンクナース会を発足し、活動は4年目を迎えました。各病棟にリンクナースを配置し、年間を通じ多職種による勉強会を開催しています。今年度は、排尿ケアの質向上に向け各病棟毎に目標設定を行い、年間を通して取り組み成果を得ています。リンクナースが中心となり、病棟単位の課題に取り組むことで、各病棟の特徴に合わせた排尿ケアの実践ができ、院内における排尿ケアの普及とさらなる質の向上につながると考えています。

また、泌尿器科外来において、入院から外来へと継続した排尿自立支援を目的とした外来排尿自立指導料の算定も開始し、年間144件算定することができました。引き続き外来における継続的な患者支援に努めていきたいと考えます。



# 【糖尿病生活支援チーム】

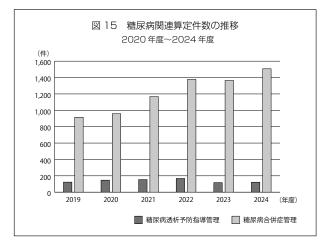
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、 臨床検査技師、視能訓練士、歯科衛生士、臨床心 理士で構成され活動しています。

2000年から開始している個別型教育入院「糖尿病療養指導2週間コース」の紹介施設数は144施設と増加し病診連携と地域貢献につながっています。2024年度の受講者は1週コース1名、2週間コース13名、非コース型14名でした。

糖尿病関連における外来算定においては、糖尿病合併症管理料 170 点が総合病院、クリニック合わせて(1,507件 256,190点)、糖尿病透析予防指導管理料 350点(117件 40,950点)でした。

2014年に、肥満に起因関連する健康障害の予防・改善を目的とした「肥満症」の治療として、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術が保険適用になりました。減量代謝改善手術は、糖尿病の治療の有効な手段と認められるようになり、内科的アプローチとして、2019年3月から肥満外来を開設しています。肥満外来受診者は、2024年度74名・566件でした。そして、2023年度から肥満入院コースを開設し2024年度は1名の受講者があり、肥満症の療養にチームで対応しています。

また、新型コロナウイルス感染症で中止していました集団支援である糖尿病教室を、2024年9月から再開しています。主に入院患者を対象とした毎週木曜日開催の糖尿病教室では、延べ64名の参加者がありました。そして、主に外来患者対象とした毎月土曜日開催の糖尿病教室では、延べ49名の参加者がありました。次年度は実習会の再開を計画しています。



[文責:森田則彦、松本利恵]

# QC 活動支援委員会

医療の質を高める改善活動 ~品質保証の時代~

# 【学びあう QC 活動】

日々働きながらストレスを感じる方は7割以上と言われており、特に働き方改革のしわ寄せが、働く人に与えるストレスが増えている状況は多くの職員は感じていると思います。

これからの医療を考えた時、後期高齢者が現在 より約750万人増加し、医療需要が著しく増大す るにもかかわらず、少子化のために医療・介護の 従事者が不足することは明らかです。一方、医療 費は右肩上がりの状況の中、医療費財源は年々厳 しくなり、医療費の財源確保が困難と成りつつあ ります。このような状況下で医療を提供する病院 には病床再編と医療・介護連携強化、と共に医療 機能の効率化が求められています。そこで、医療 の現場においても医療の質の向上が重要な課題と 捉え改善活動を行い、この改善サークル活動を通 して、医療の現場で働く私たちスタッフひとり一 人が自己啓発・相互啓発し、医療職の専門家とし て成長し続けることが、医療の質改善・医療安全・ サービスにつながると考え、当院ではチームワー クの向上や患者さんとのコミュニケーションの向 上、そして明るく活気に満ちた病院(職場)をつ くる事が出来ればと考えます。

# 【委員構成】

委員会委員長1名副委員長1名事務責任者1名各所属部署から1名

(OC活動支援推進者) 総勢 25 名

# 【外部研究会・研修会参加】

■ TQM 推進協議会主催「プレセミナー(医療の改善活動推進セミナー)」(6月8日)じゅうろくプラザ

·13名

# 【全国大会参加】

●第25回フォーラム「医療の改善活動」全国 大会 in 岐阜

(11月15~16日) じゅうろくプラザ

• 5 演題発表

## 申し送り時間の短糖 ~申し送りマニュアル作成

社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 看護部 田中華実

	-		152	211	200	
MARKETS DARGER	4	۵	0	0		2
et apwarten tolk	0	0	0	0	-	1
株型的間級や小 を対応み (本数を向)	Δ	0	0	Δ		1

《ターー・選定理由》 リハビリ別報が患者保証急性周内報に比べ、入限期間は長く、入れ替わりが少ないとも関わらず、申し送り 利用が記極してより、超過されば毛嚢線だけではなく、セラビストもの情みでリットビリが編まれているため患 またも影響を及ぼしていた。日もリルビリでAMLの変更などもあり、申し返りは次かせないが出発したして 食を含め、ナースールールではこと提案がも成が金貨を変してかい現状にある。そのため、申し返りが自己 のが編と申し送り方法の後一が必要だと考え、申し返り時間を報信しつ、情報が正確に伝達できる方法を持 のが編と申し送り方法の後一が必要だと考え、申し返り時間を報信しつ、情報が正確に伝達できる方法を持

《現状を整〉 現状を他前するため、各チームの申し送り所要時間の測定をしたところ、延期は平均並223分、夜間は30 分かっていることが分かった。申し送りの内容としては、姿態振振時つ詳細、鉄地グアの指示、インジデント報告、遊場が改多った後の機所ななどであった。また、ホワイトボードの電影が場一されておけ、重複した記入されている。から、物情報をとはあずた記入されている後できった。スタッフアンケートの経察では、申し送りの時間について意識しているスタッフは44%おり、80%は申し送り時間の根据を望んでいた。

<日標設定> 日標:申し送り時間を5分短縮させる



	1000	1000	19.11	50		20	ETI)	æ
etann etan -setti k-set	et.gen 6-1656	かなのまード の物理	3003-90103 3004-			0	nk	77
		SLIDE TEATAR	MARKETS R				16	7
		PH.	BUTTOBOOK	0		0	nk	49
			MEAS GOTOL MESSAGE MESSAGE	0			nh	2
			HOURSTONESCY S. MEYS		0	0	mili	10

## <対策の実施>

誰が	<i>}</i> ~⊃	何を	どうする
QC 委員が	12月	申し送りマニュアルを 作	作成し、実際に使用する
看護師	1月	申し送りマニュアル、 ボード整理力法の統一を	手びかけ、修正する
看護師	1月	ストップウォッチを	使用して時間への 意識を高める

○ 1日報を削除していまりた。
②月曜日からの新規患者と混合しないように、一週間掲示していた患者名を日曜日にホワイトボードから消 した。 ③排尿ケアラウンドの申し送りに対しては、排尿状態が記入できる表を作成した。勤務毎に受け持ち看護師が

申し送り時までに棟尿表に記入し、情報共有ができるようにした。 ④申し送りが超過している原因を、看護師スタッフ内に周知し、申し送りマニュアル内の①②③を徹底するよ



<効果の確認>

申し送り時間は5分以上短縮され目標は達成した。 《有形効果》

A チーム:申し送り平均時間(朝)226分→132分 (夜)214→136分 B チーム:申し送り平均時間(朝)237分→193分 (夜)301→211分

(無形効果) ボワイトボードの修正を転入時や普段から意識して取り組む人が増え、ボードが見やすくなった。マニュア 小化することで申し近り時間を意識するようになった。 (仮及処態)

・次の業務に早く取り組むことができた。・ベッドサイドで患者のために使える時間が増えた。

## <歯止め>

	4.47	90	201	1998	29290
押中化	ec greens.	85,309	中に担付金する人 全ける人	01,259	HOUSEFUL BYEN
465	er, greette	6.408989	max.	NARE R	#96#-RDEA
æn	er anester	- 中に近かマニュアル - ボリ のボードの型 用り込の前 -	CHIN	A,BIR 発動印	説明する
24	マニュアルを定 数かから	01.014680	公司与表 哲學表	cm	スシップウォッチを扱いて 時間の研究をする。
9.4	マニュアルを定 用させる	かりのボードの使用 お装	公司与表 哲學表	cm	マルムアもに向ってでき ていらか確認する

## <反省と今後の課題>

MANY	RH-ISA	BH-MA:
7-722	ストップが使っている業界であった	
RREN	内臓の音なかなかった	
HERE	<b>申し辺ケアニュアルの市場ができた</b>	
EDUNK	RIBONIOSPE do ut:	
村英之宗-大阪	159で中に混らた。ボードの根原、中に返 サマニンアを着をすることに企業が必まった	MERCANCE-FREELANCE
119.62	economistracous	表のもたヤニップを全分の行び扱わる) で中に混る人のった
400	・中し返りアニュアル ・セフ・ボードの使用を扱の値・	文集して日本の表記までから見からかった ため、哲学をによりが含ましている

くまとめ> 申し返り時間報鑑に向けて、申し送りマニュアルの作成・実施でき、申し送り所要時間を、平均的に報節する ことができた。申し返り時間を計断することで、申し返りにかから時間を重要することができた。今後の問題 は、チームで意常量が振りが、申し返り所便時間に遊があるため、引き続きホワイトボード整理の継続、板ー した申し送りが並ができるように呼びがけていく必要がある。

## きれいにしよう!!

社会医療法人蘇西厚生会松液総合病院 看護部 栗本真弓



《テー・電定用曲》 開助:「希別社」、長期廃棄と治療が可能な消費である。ADL 自立な力はおらず、患者全員がセルフケア・ 開助:「希別社」、長期廃棄と治療が可能といる。評価管理や必須治療等を行っているがも多くみえ、セルフケアが参加がや も可慮か及が高い。患者のペッド利用の整理整理は、看解師がまとなって行っていた。新型ニロサッイルス の認め起かば物として配け金金に最かが出たとなり、以同はいるトッド列間が開始をかることで整理整備が非的 が十分にできていないことについての声が上がっていた。そのため、方法を被一することで整理整備が徐寿的 が十分にできていないことについてのア かつ最適に実施できることを目指した。

く場別を開かったの、患者の身なりやベッド周囲が整っていないことで気になっている項目についてスタッフにアンター・調査を実施した。アンタートの結構、の前水がはだけているの時か、シープが得知とたままゆ。 アーブルの上に発達しては下ば下げ向いているの場合を実を定用していないものがよれったなり、期間が同じているものもあるのが一世など機能と必要なものが取りない。のるつの項目の意見が参かった。そのため、この名目を必要できるような対象を値でいてことにした。

<日標設定> 日標: 2023年1月までに患者ケア光足度の中央値: 4以上になる

※患者を足度「患者の病女に汚れや乱れがないシーツ・布団に汚染がない・処置 BOX は整頓されている・ オーバーデーブル・床頭台・チェストは汚れがなく、清微である」の4項目を評価したものを指す 毎中央値が、光足度「5:できている 4:まあまあできている」のどちらかになることを意味する



	8001-11-01-1 7-1-8-75	Telego (17)	BURNESS LUMBER LUMBER TOTAL		0	0	8	29	1981
			P-121012 B1404-451-1088-10	d	-	×	-	16	-
mentan	2171001	E-Player	more against on a continuous and		9	¥	ï		
	*		CATALOGUE AND ADDRESS OF THE PARTY OF		0	Z	-	34	100
41/41-39	Lincoln	391 (1986) 54	ANY COMMENT BREEDING	-	À	×	×		
TARRE .	MR1 1975	THE PERSON NAMED IN	$\frac{1}{14}$ and $\frac{1}{14}$ , which is the substitution of the $\frac{1}{14}$		4	*	9	16	100
		200000	SCHOOLSEN DESCRIPTION	0	4		Ů.	38	1083
		-	SATISFACE TO A SPANNER OF A THIRD ST	-			×	34.	-
SET OF THE	Mary-re-	Service and	Ad-1-OTES, SOLUTION TO SE			4	2		
7	-		MI-3-COMMINTS		A	1	6		

アーブルを拭くことができるよう、配茶時にクリネルを袋に入れて配布し、食後にテーコ ※定及は14・ペ・・・・・ハとが、ここのじさ 9より、能参考にクリイルを表に入れて配布し、其後にデーラルの情終を実施した。
⑥朝・昼の検温時、即時にクリネルにてオーバーアーブル・チェスト・床預台・ベッド周囲を清拭するように

した。 ②患者ケアチームと協働し、毎月1回各患者のベッド同圏のチェックを実施し、整理整頓されていない時は指 薄した。 《効果の確認》 《効果の確認》

ルガル 患者ケア充足度の中央値は4であった。

市場施 ・ 公共持ち看護がが、整理整備・特品権定等を行うようにしたことでプライマリー宣統が高まった。 ・ サニメトの上・引き出上がに入れる等を被一し、整理整備の徹底を呼びかけたことでペット周囲の整理整 毎一の意識があった。 ・ 大後・回・検温時にチェストの上・オーバーアーブル・床頭台の滑杖の実施することで構像への意識が高。

・食後、晒・他国味にチェストの上・オーバーアーブル・床頭台の接状の実施することで清潔 よった。 を支え機 ・受け持ちとしての意識が高まり、以前よりも観客できるようになった ・受け持ち患者をより観察するようになったため、以前より助室する機会が ・最高がじ患者からとへ助妻するようになったため、以前より助室する機会が ・場合が見り、新原に扱りに戻ることが少なくなった ・受け持ちとしての再任感が強くなった ・愛想されているため、処置やケアが打いやすくなった ・愛想されているため、処置やケアが打いやすくなった ・愛想されているため、処置やケアが打いやすくなった

MFC.	できたの を与えるこれ	***		680 - 315	オーバーサーブル・チェスト・県 脚田のよ年	NYA TR
		280		******	SHILMS	-
		apri		**********	SESLACEGE	MEYE
mit		入程的 発動的	mmn	OCESE	SESTAGRERATOR	mera.
		入程/的 資配的		OCRISE	Cylindrination	BRYS
8.8		489		88277-6	<	MEMERA
		85		28779-1	SIESCA-No FAMOYERS MONTH-SPE	7117 8878

ステップ	AP>た点	表示のため
7-VBR	の味の含ますべきなどを回し、実用の菓子ールに 自動して何だてきた	
RICE	アンケートの報行したデータをまとめ、物がを確 様することができた	
BERR	MENDERHERSHMARYCAN	
BRME	MRSEF-SCHOOL ASSOCIATION RESERVOISENTES	
HWOM - MM	事を見からがなりがありますものをおける。(本名 試験を表示にフィードバッグできた	REPROPERTY OF BETTA
ньожи	アンタートの集計機能がもの標準はできているこ より確定することができ、そこから無知効策・選 系的事につなけて確定することができた。	2.0000000
個単化と形理 の世界	東海した川原を破壊化できるよう。東海川前以 ルールを設けスタッフ物に用能できた	

整理整頓については受け持ち看護師が今後も実施していくため、患者ケアチームが次年度も継続して定期的なチェックを行っていく。整理整頓が不十分であった場合は、患者ケアチームが繰り返し受け持ち看護師に指 準していく。 単していく。 シーツ・布団の汚染時にすぐに交換することができていないため、気づいた時にすぐに交換するよう患者ク

「医療の改善活動」時間外労働の削減を目指して

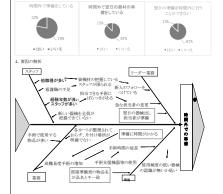
社会医療法人 蘇生厚生会 松波総合病院

(明形成が7年 南京数は12(18長, HCU20 床, 一般病権 294 床, 回復期リハビリテーション病権 60 床, 地域包括ケア病権 60 床並び に障害者病権 59 床の計 50 ほです 「地域住民の皆様に安全で質の高い張療・脳社を効率的かつ機能的に提供する」ことを理念に掲げ活動しておいりま

1. はどめに 松波総合病院予術室の手術件数は年平均3700 件わり、接着率も年々増加傾向である。ロボット予術等の増加に体 トテ桁時間の延長が59時間外の輸は増加傾向にある。現状調査でアンケートを実施すると予定予前時間延長だけではなく翌日予修の準備を行っているためと判別し必要の必要があった。

		0:1	4.0	te	A.		- 50
7645	71						
<b>中型の対象</b>	0	0	0	0	0	0	# 17
MACATE	0	0	0	0	0	0	13
	0	4	0	0	0	0	12

3. 現状把握 手術室内の多級種にアンケートを実施した、下記アンケート結果より8割近くのスタッフが器材準備 時間外労働が発生していた。



個人の責任のもとに翌日準備をおこなっていた。担当手術は敷育計画やレベルに応じてリーダー看護師にて決定して いた。リーダー看護師がメンバー個人の週間の業務パランスや時間内の準備などを配慮していない。

②業務時間内で準備する時間を設ける。③だれもがわかる準備表に変更をする

7. 対策の実施のために 以前の準備表は物品の位置が分からないことや品名の不一致など問題点が多数かった。 全てのスタッフが同じ準備を行えるために準備をを変更した。準備の一部を裏務部に依頼した。

【波及効果】 ・電機師は前前防門やカンファレンスの実施 ・機能工予算は土壌器等観1に物質を化ことができた。(アンケート結果より) ・空、小型間で手術の環の投のを行う事ができた。(アンケート結果) 結果として対策の実行の10月以降に時間外労働時間の減少は見られませんでした。 9. 歯止め

項目	כייון	<b>೭</b> ೭೪	量が	何を	とのように
標準化	準備する際に	手術室	時間のあいているスタッフが	資機材を	準備する
教育	未経験の手術 を準備する際に	手術室	経験年数の長いスタッフが	資機材準備を	指導していく

## 10 反案と会後の進め方

ステップ	臭かった点	最かった点
ケーマ設定	今まで無かったものを作成できた	最終評価しにくいケーマとなってしまった
現状把握	アンケートを行い、全スタッフの意見を聞けた。	アンケートで現状の要因が分かる内容にして いくべきであった
目標設定	希望がもてる目標であった	数値設定がない
要因解析	わかりやすく、簡潔にできた	要因がすくない
対策立案·実 施	メンバースタッフと相談し対策を行えた	対策実行に時間がかかってしまった
効果確認	どのスタッフが使用しても準備ができた	
標準化	物品準備を統一してできる様になった	慣れるまで時間がかかった

11. 最後に 3023年度の改善活動を確絶し更なら改善を現在加えています。 対検可能な改善活動を行いながらスタッフの意識改善を務めて影響の改善をしております。

## 回復期リハ病棟での摂食嚥下の取り組み

の場合では「いから、同じかておします」という。 このでき からか 料度要合物性 アッドアデーション技術者 古松山 枚米

いました。 都改会には10つか、「対支格子訓練」に関いては、引力機能 もには下、301のもお別様のやもとなっている情景があかれた。 た、さこで、多様権に対象情ではから基本がなかりま 争る自己終着できる機関を整えるこれを目的しました。





展標で関わり、収益が別 他の展標と比べ、業後別に負担 グラるアーマであった がかかった を担催し、連成しやす 時間によりばらつ 情にできた 様にできた はが明下か会事に対し、もっとたくさんの ように感じているかが 員かった

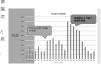
世界本権政策を示います。 作者権政策を示け、1号 20 分月 3 小男子 実施や技術を行った場合で、144 点が第三でも54かでき、責事が当 中心的心臓性、182 アア、1911年を選択者、整備が出来ないという主事的点法をクラアに基定可能です。した 、 2回 アト、事務的による第1817を行ういきせんできた。 宣記が出来る。



# 鉄果1

| 純米|| 上述した対策を実施した結果、これまで ST のみが帳下訓練を実施し、算定していた摂食機能療法を、看護師が実施 できるようになり、2023 年度はのべ 21 人(211,635 点)算定

できるただなり。2023 年度12ペート 4 ハートートを作成したこと きた、カルテを記載するためのテンプレートを作成したこと で、看護師がかかた。記入する時間は5分以内であり、負担 を駆びこことがかりという意見が明えました。 しかし、せっかく訓練を実施しても、カルテ記載や算定を だれてしまうことがありました。



# 【反仮と会の機関】 多種様で関わり、収益が期待できるテーマを選 近しまし、現役を他拠し、適成しやすい目標にで さました。また、他場合実施後、すてに看着側によ の低性機能機能が実施できています。 一方、他の機能に小原達がいきています。 一方、他の機能に小原達がいきています。 一方、他の機能に小原達がいきています。 かすいテーマであった可能性も考えられました。 度関解所においては、もつきをの意見が出ても がかったと思います。 カルケの配達を打が勢折みれるため、今後も 専業活動が必要だと考えます。

【反省と今後の課題】

(3条集件2) 都特別条比で、接貨機能療法を買客さらたからハマニュアルが決成しました。 無性機能療法を冒害が1第定でさるしてから作ることにより、収益が増加しました。また、毎日の食事の様子を管護 断からルマー電器がことができるらどんがありました。 無形効果しては、多職権で食事や嚥下状態について情報共有できるとがになり、食事形態の変更の機能などを お話いてしゃすくがきまた。 変変の業としては、多職権で食事に関わっているという意識が学生人、患者さんがより安全に食事ができるとがより

、2023年度は食事中の窒息・脳痛事能がありませんでした。 また、STから看護師に嚥下訓練を移行するようになり、ST は早期から言語訓練 や高次脳機能訓練を実施でき

## 標準化と管理の定着】

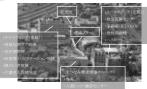
今後も、摂食機能療法を正しく算定するために、1ヶ月 だとにQC委員が、カルテチェックを行うようにしていこうと をえています。

また、今後も異動や新入職員があれば、ST や QC 委員 独強会を実施していく予定です。



## 更衣室に関するクレームを減らしたい

松波総合病院 人間ドック・健診センター 水谷 珠乃



病床数 501 床(開放型病床12 人間ドック総受診者数 9,533 人(2023 年度) 人間ドックスタッフ数 ・センター長1名 ・保健師 9名 ・臨床検査技師 2名 ・管理栄養士1名

要金 額底 私たちは、地域中核の社会医療法人として地域住民の皆様に、安全で質の高い医療・福祉を効率的 かつ継続的に提供する。 人間ドック・健診センター 受診される皆様の健康管理のホームドクターを目指します。

(ファール・ファインタートで、更水電が深速するという意見を得開されなるという意見が多数寄せられており、更水差のカルーが必要の即應性なっている。換量上限いことや、ロッカーが展に扱い仕様になっているから他を含った関連が取りたいことがあるよう。とればは高、ロッカーを描いる音が出ているとか、当日の支着の事務制になっては開閉されたることがある。また、新型コロナウイルスの重要で感染の関心も高さり、能になるという意見が寄せる。

評価項目 問題点	重要性	経済性	実現性	上位 方針	30(0)	評価	施弦
女子トイレの混雑	0	Δ	Δ	0	0	13	- 4
更衣室のクレーム	0	0	0	0	0	23	1
ホルマリンの取り扱い	0	0	0	0	0	21	2
待ち時間の長さ	0	0	Δ	0	0	15	3
胃カメラの対応	0	0	Δ	Δ	0	12	5

 
 大阪
 → )

 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月
 

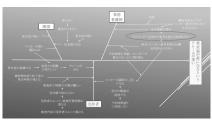
具体例 ・混雑する ・受付番号が近い人と隣同士になる 隣同士になるとぶつかる 健診終了者の更衣と健診開始者の 更衣が重なる

当日の受付業務を簡素化するため、予約 →予約時間を考慮し、ロッカーが近くならないように割り扱っていたが、当日の受診者の未続時間や来続順によっては瞬間上になることがあった。

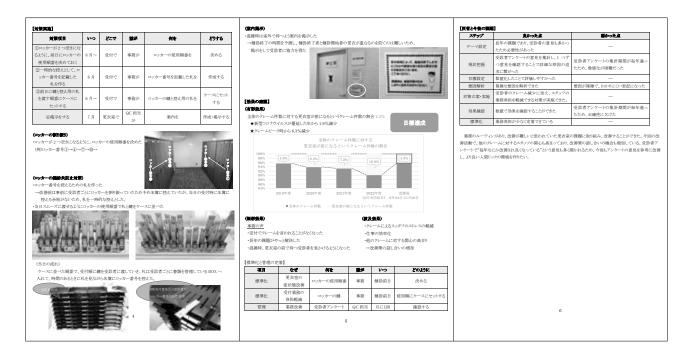
[日朝安定] 日祖:受診者アンケートの更次室が前になるというハーム件影波か 〜全体のハーム件影に対する更次室が前になるというハーム件影の割合を 6.4%にする〜

## 【要因の解析】

①ロッカーが隣回士、近くになる ②当日ロッカーを決めて番号を控える時間がない③触診開始者と終す者の更表時間が重なる



		2782	1次対策	2 次対策	3 次対策 (具体策)	<b>教</b>	実現性	維裁性	総合評価
更衣書	受診者	ロッカーが隣 同士、近くに なる	ロッカー番号 が近くならな いように案内 する	前日にロッカー を受診者に割り 当でず、当日に 受付順でロッカ ーを案内する	①ロッカーが2 つ空きになるよう に、前日にロッカ ーの使用順番を 決めておく	0	0	0	11
更衣裳が樹になるというクレームが多い	事務看護師	当日にロッカ 一を決めて番 号を名簿に 控える時間が ない(受付業 務が多忙)	ロッカー番号 を控える手間 を最小限に する	名簿にロッカー 番号を控える方 法を変える	②一時的な控え として、ロッカー 番号を記載した 札を作る ③前日に鍵と控 え用の札を渡す 順番にケースに セットする	0	0	0	13
	受診者	健診開始者と 終了者の更 衣時間が重 なる	更衣室が混 雑しないよう にする	更衣室が混雑し ている場合は、 更衣室の外で待 ってもらう	④掲示をする	Δ	0	0	11



医療関係者が自らの医療の改善に目覚め、改善システムを学び積極的に取り入れて、日々改善に努力しつつ・・小さなことからコツコツと!ちりも積もれば山となる!1人の満足が、たくさんの方の満足に繋がるよう、"できることから始めよう"をスローガンに今後もQC活動支援委員会は活動をしていきたい。

〔文責:足立明隆〕

# 【委員会体制】

ES・CS 委員会は職員満足度・患者満足度の向上を目的に、21名の委員で構成されている。

# 1. 患者・職員への調査の実施

患者満足度調査(日本医療機能評価機構支援 プログラム)を11月に実施した。

改善が難しいことについては、委員会で検討を 行った。また12月には職員満足度調査アンケー トも実施した。

# 『各部署での主な取り組み』

- ・サンクスカードの上質化
- ・業務の見える化を推進
- ・定時ラジオ体操によるリフレッシュ
- 週1回ノー残業デー

# 『委員会での主な検討内容』

- ・有給休暇の取得促進
- ・挨拶運動、挨拶優秀者表彰の実施
- 毎月のベストスタッフ・オブ・ザ・イヤー表 彰の実施

# 『改善事例』

毎月のベストスタッフ・オブ・ザ・イヤー表彰は、38名が表彰を受けモチベーション向上になった。

- 2. 今後の委員会活動について
  - ・職員全体で挨拶運動を行う (M-net での通知、ポスター添付)
  - ・部署活動の発表大会開催
  - ・委員会としての提案、発信
  - ・役職者から部下への声掛け

2024年度は、主に職員満足度の向上を目標に活動をした。調査では、前年度より満足の割合は5%増という結果であったが、委員会として具体的な成果は出せてはいない。改善や不満を解消するだけではなく、やり甲斐を上げるための活動が必要であると考える。

# ※患者満足度調査より

『全体として、この病院に満足している』との設問 にややそう思う・そう思うと回答した割合

2024 入院	2024 年外来
85.4%	78.5%

# ※職員満足度調査より

『仕事の成果や能力が適正に評価されていると思いますか?』(フィードバック面談の実施率)

設問に思う・まあまあ思うと回答した割合

2023 年	2024年
31.3%	36.4%

〔文責:足立成道〕

# 【人員体制】

医師 2名

薬剤師 1名(兼務)

看護師21名介護職員49名介護助手4名

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 16名

歯科衛生士1名管理栄養士1名

支援相談員 7名(3名兼務)

介護支援専門員 2名

事務職員 4名(3名兼務) 送迎運転手 2名(1名兼務)

(2025年3月現在)

# 【取り組み・実績】

# 『入所部門』

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類に変更となってから約1年経過をし、一般市民の行動は完全にアフターコロナとなりましたが、高齢者施設においてはクラスター発生が散見され、当施設においては一定の感染予防対策を継続してまいりました。このため2024年度においては、新型コロナウイルスによるクラスター発生を防止することができました。しかしながら、2025年1月にノロウイルス感染症疑いが発生し、入所者様ご家族様には大変ご心配をおかけしました。

今年度は、稼働率90.4%を達成することによる 収益黒字化を至上命題として掲げ下記の取り組み を実施してまいりました。しかしながら4・5月 は3月に発生した新型コロナウイルスのクラス ターによる新規受け入れ停止の影響と春季に在宅 復帰が多数発生することによる稼働率低迷が確実 となっていました。このためゴールデンウイーク 明けより、総合病院をはじめ他の医療機関との連 携に加えて、居宅介護支援事業所との連携を強化 することにより在宅療養者のニーズを掘り起こし、 入所希望者の早期入所の達成に向けてベッドコン トロールの柔軟・効率的運用、リピート利用の推進、 終末期の看取り対応者の積極的受入れを強力に進 めました。特に当院回復リハビリ病棟からの紹介 は、病状・薬剤費の緩和により原則受け入れに努 め進めました。これにより7月には稼働率91.6% と効果として現れ、その後の単月稼働率も概ね90%以上となりましたが、年間稼働率は89.9%とわずかに目標未達となりました。単価面では、2024年4月の介護報酬改定により、在宅復帰指標「超強化型」は基準要件が厳しくなる代わりに手厚い介護報酬配分になりました。このため職員一同「超強化型」死守、さらに加算も取りこぼさないよう取り組んだことにより、計画単価14,920円に対し実績15,325円と+405円の単価引き上げにつながりました。これにより年間売上が顕著に改善し、職員も増員が無い中で頑張ってくれたことにより収益も黒字化を達成しました。

前年度後半より、介護 DX への取り組みとして介護ソフト更新選定作業に取り組んでまいりました。5月にインカムによる音声入力が可能な介護ソフトを選定し、7月に仮導入、9月より稼働をいたしました。半年が経過し、転記作業軽減の成果により現場も事務方も業務改善の成果が現れております。まだまだ問題点がありますので業務改善につなげてまいります。

他の取り組みとして、まず能登半島地震の 1.5 次避難所の応援に、5月にも 2名を派遣しました。 岐阜県内の老健施設で 2回の派遣は、当施設の みであります。また 11月 14・15日の二日間に わたり岐阜県老健協会が担当となり「全国老健 大会岐阜」が開催されました。理事施設として、 当日も多数の職員を派遣し、大会成功に貢献す ることができました。

今後とも特別養護老人ホーム等への待機・通 過施設ではなく、在宅復帰への拠点としての超 強化型老健の役割を見据えながら稼働率向上に 取り組んでまいります。

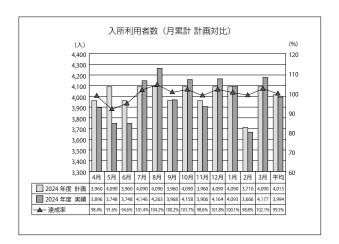
# 『通所リハビリテーション部門』

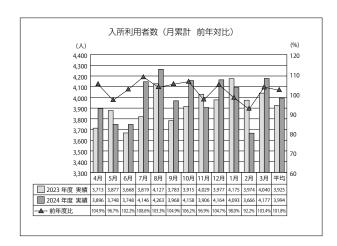
通所リハビリテーションにおいても、新型コロナウイルス感染症対策を緩和しながらも利用者に安心してサービスをご利用いただけるよう引き続き感染対策に取り組みました。特に2024年4月の医療・介護同時改定により、回復リハビリ病棟との連携強化が示され、情報共有の円滑化や一貫性のある支援体制の充実等の同法人の強みを生かすことができました。また、入所者が在宅復帰する際に通所リハビリテーション

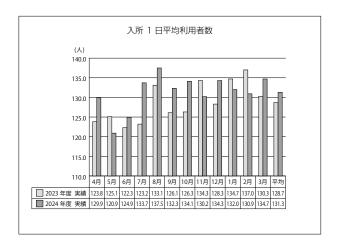
を利用できるよう、遠方の場合は、相談員・介護 支援専門員が送迎支援を行うことで、さらに稼働 率アップとなり、4月のみ目標稼働率の80%に若 干未達でしたが、年間平均82.4%と前年比5ポイントの改善を果たしました。単価も介護報酬改定 端境期の4・5月のみ目標計画単価の12,000円を 切りましたが、年間平均12,148円となりました。 これは、新規利用者増による短期集中リハビリ加 算等の算定、その他加算算定への取り組みにより ます。

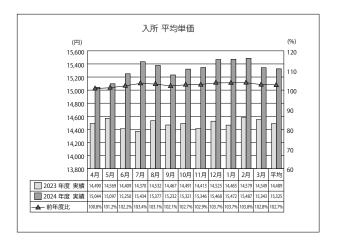
引き続き、通所リハビリテーションと通所介護 (デイサービス) との差異について居宅介護支援事 業所等にアピールし、体験利用者の満足度を高め 利用者増を図ってまいります。

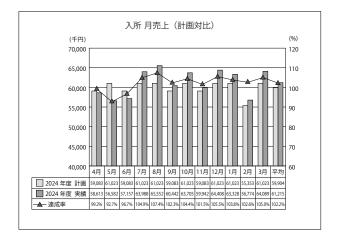
〔文責:川原哲生〕

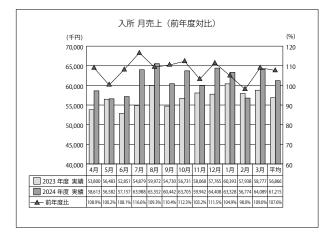


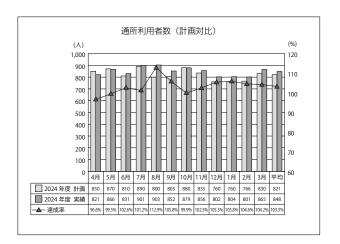


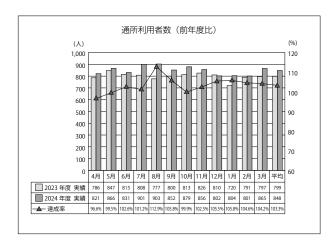


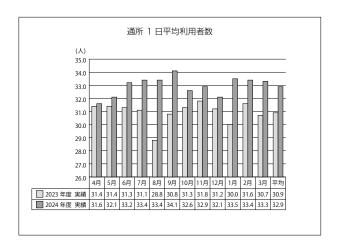


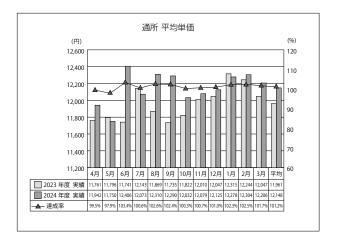


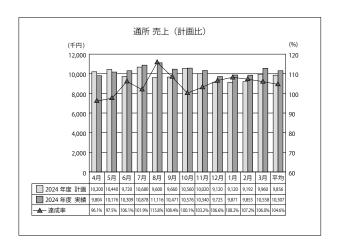


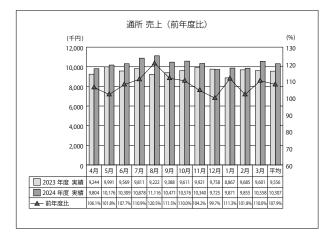












# 新規相談件数及び紹介元(表1)

単位:件

2024 年度			5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均
新規相談件数			13	5	9	11	10	9	6	12	10	7	14	121	10.1
本人・家族		0	3	1	5	4	1	2	0	3	1	0	4	24	2.0
	PFM センター	10	2	4	2	4	5	1	4	4	3	4	2	45	3.8
法人内	介護老人保健 施設	1	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	1	7	0.6
	訪問サービス 事業所	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0.2
地域包括支援センター		2	5	0	1	3	4	2	1	5	5	2	7	37	3.1
その他		2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6	0.5

相談件数≠新規契約数

# 要介護別利用者数 (表 2)

# 単位:件

2024年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均	前年度 合計	前年度 平均
要介護 1	51	58	59	58	55	59	57	54	55	53	54	56	669	55.8	608	50.7
要介護 2	87	86	87	85	88	88	88	87	89	91	90	96	1,062	88.5	1044	87
要介護3	50	47	47	46	50	49	50	56	52	51	46	45	589	49.1	526	43.8
要介護 4	39	42	38	40	38	36	36	34	35	33	34	31	436	36.3	435	36.25
要介護 5	15	16	16	17	16	16	17	17	21	19	22	20	212	17.7	216	18
要支援 1	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	46	3.83	42	3.5
要支援2	27	27	28	29	32	33	32	32	31	30	29	30	360	30	274	22.8
事業対象者	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	8	0.67	0	0
要介護3~5の 割合(%)	42.9	42.1	40.8	41.8	42.1	40.7	41.5	43.1	42.8	41.7	41.4	38.7	3.382		3,145	

