

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、情報共有が日常的に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く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。

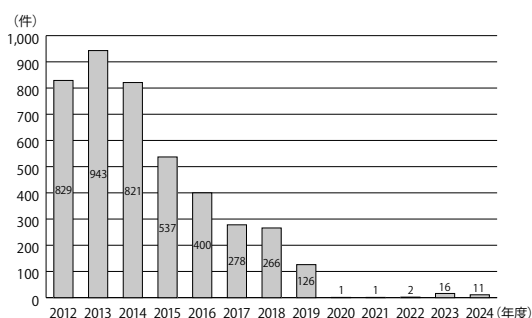
また、症例報告を 10 症例まとめて提出することで、ワニバッチを取得することができます。2024 年度は 2 名の看護師と 4 名の栄養士が取得できています。

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っています。

(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：浅井杏月 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

図 1 栄養サポート加算算定数の推移
2012 年度～2024 年度



【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。

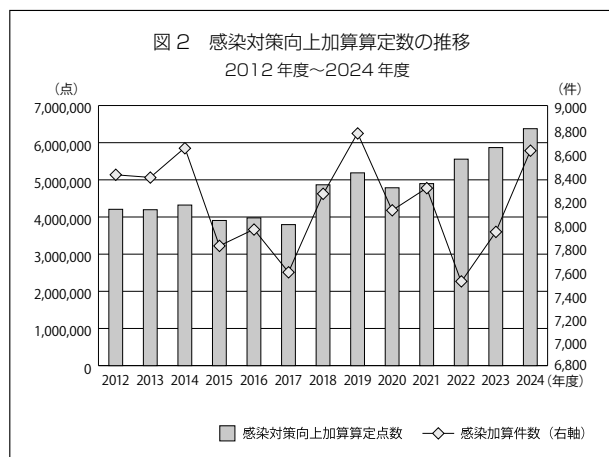
主な活動は、新型コロナウイルス感染症や薬剤耐性菌対策をはじめとする院内感染対策、月 1 回の院内感染対策委員会、ICT リンクスタッフ会、現場の諸問題を解決するため、週 1 回の ICT 会議、ICT と現場リンクスタッフと協働した ICT 環境ラウンド、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) では抗 MRSA 薬など届出が必要な抗菌薬を使用している患者のカルテチェック及び必要時にはベッドサイドへのラウンドを実施しています。

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。

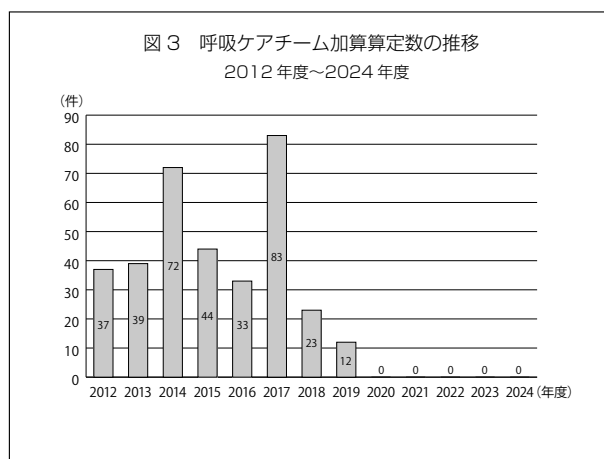


【呼吸ケアチーム】

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っています。



【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%）、延べラウンド件数は 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、

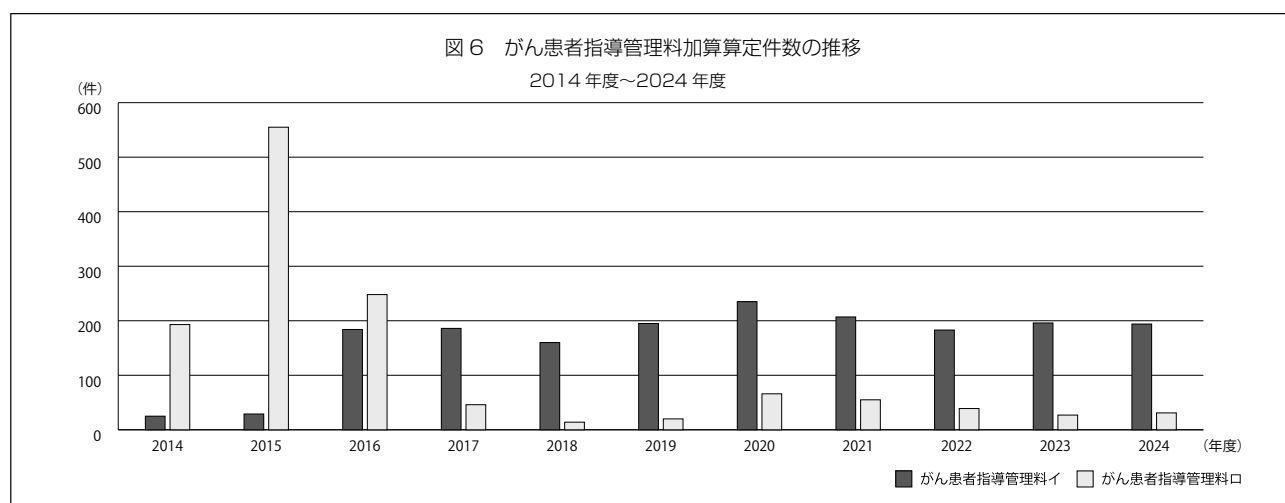
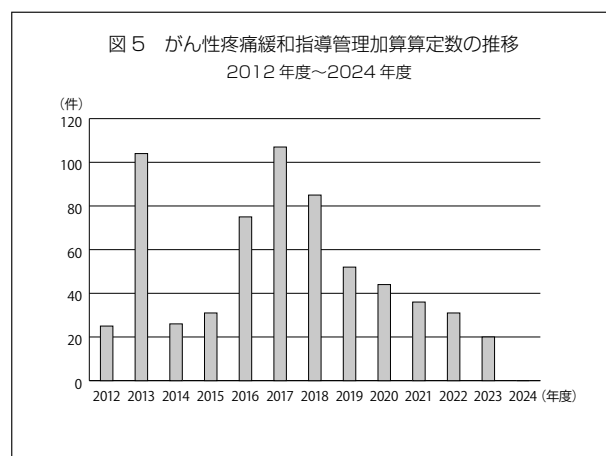
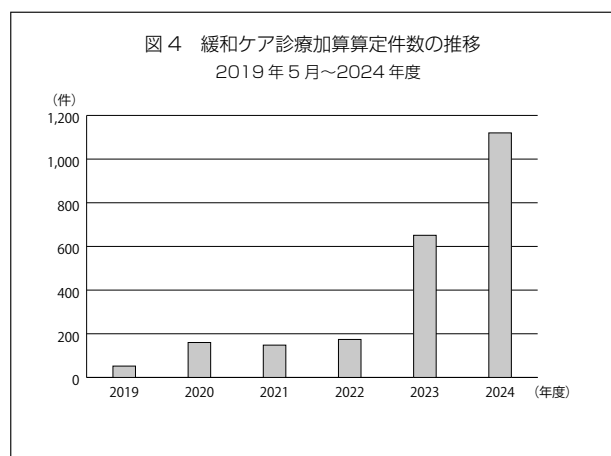
医師同士のインフォーマルな相談からチーム介入に繋がることも多く見られるようになりました。

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。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。

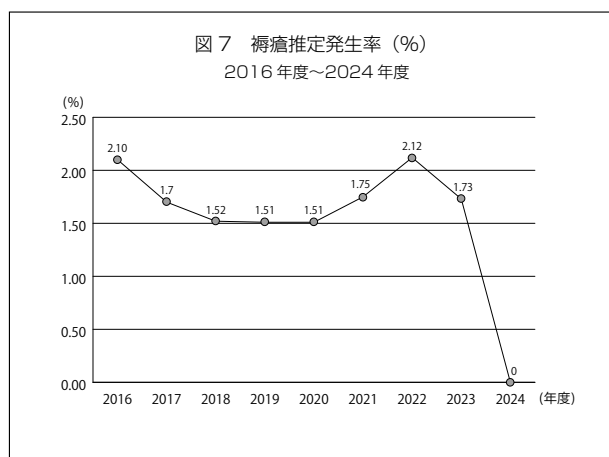


【褥瘡対策チーム】

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。

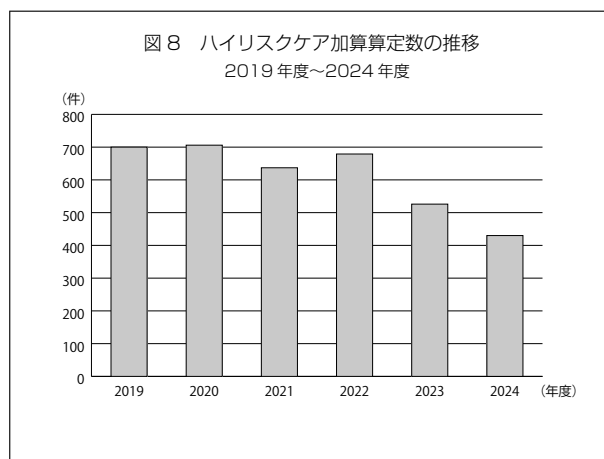
主に外科的デブリードマンを必要とする褥瘡を有する患者、ポジショニングの見直しが必要な患者を中心にラウンドを行っています。チーム介入例については、おおよそ改善を認めています。

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。



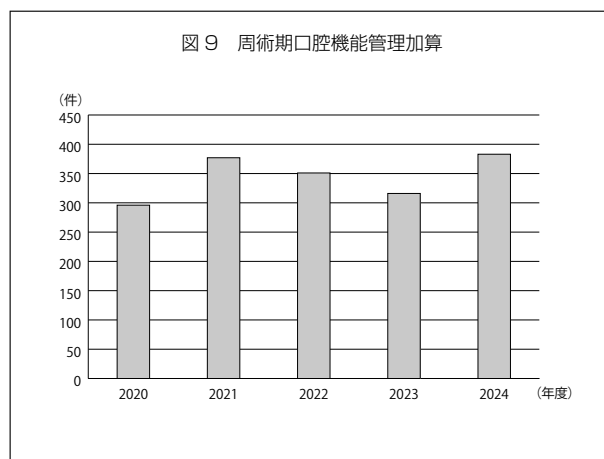
【周術期管理チーム】

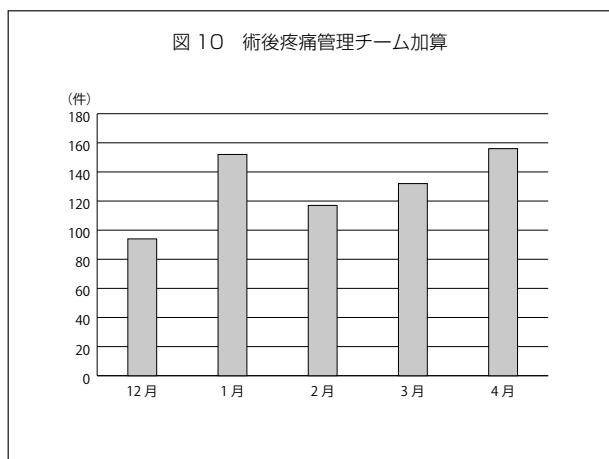
がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理は定着しています。今後も介入漏れのないように、主治医・麻酔科医と連携していきたいです。

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。

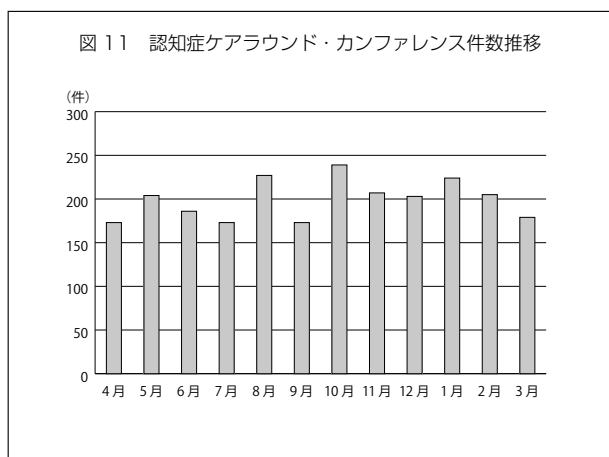
術後訪問は437件/年と促しにより昨年度より増加しています。今後は術後訪問の継続と振り返りができるような働きかけをしていきたいです。





【認知症ケアチーム】

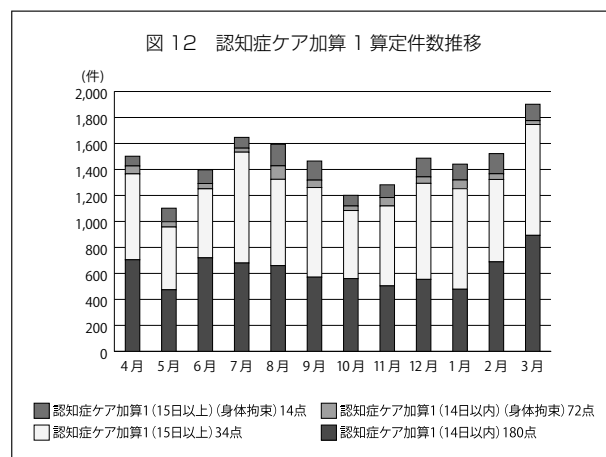
2017 年度より活動及び算定を開始しました。認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対して、病棟の看護師と専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価です。精神科医、認知症看護認定看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、臨床心理士、リンクナースにて構成され活動しています。病棟での対象者評価とせん妄ハイリスク評価を基に介入を行っており、ラウンド・カンファレンス件数は 2,496 件でした。(前年度より 103 件増)



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。

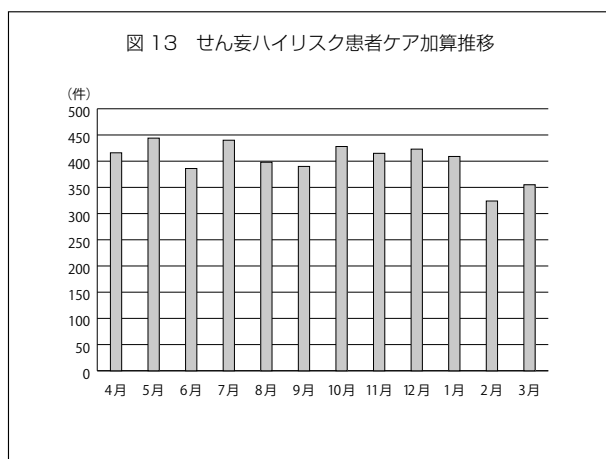
※令和 6 年度診療報酬改定により、14 日以内：160 点 → 180 点 15 日以上：30 点 → 34 点 身体的拘束を実施した日は所定点数の 100 分の

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、せん妄リ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。



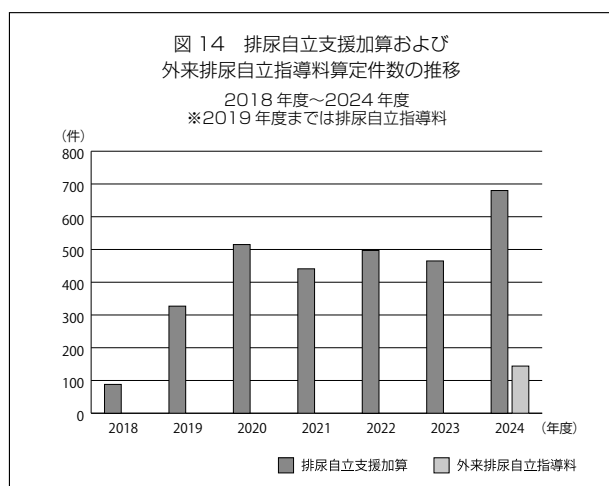
今後、ますます高齢化は進み認知症患者は増加すると考えられる背景の中で、入院生活での混乱を最小限にし、安全で安心できる療養環境を提供できるようケアの質向上に取り組んでいきます。また、せん妄ケアや身体的拘束最小化する取り組みを身体的拘束最小化チームと共同し行っていきます。

【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】

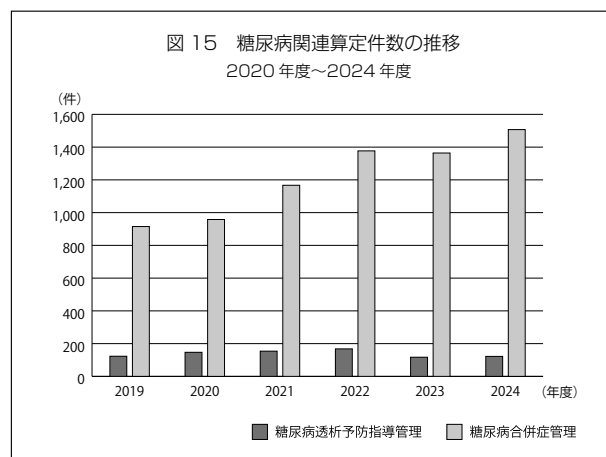
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、視能訓練士、歯科衛生士、臨床心理士で構成され活動しています。

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が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
(QC 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

4. 要因の解析

5. 要因の背景

6. 対策の立案

7. 対策の実施のために

8. 効果の確認

9. 停止

10. 反省と今後の進め方

11. 最後に

回復期リハビリ病棟での摂食嚥下の取り組み

【活動計画・実施の振り返り】

【目的・背景】

【対策の実施】

【結果】

【効果確認】

【標準化と管理の定着】

【反省と今後の課題】

【まとめ】

更衣室に関するクレームを減らしたい

【現状把握】

【対策の立案】

【対策の実施】

【現状把握】

【対策の立案】

【対策の実施】

【現状把握】

【対策の立案】

【対策の実施】

対策項目	いつ	どこで	誰が	何を	どうする
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	6月～	受付で	事務が	ロッカーの使用順番を	決める
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	6月	受付で	事務が	ロッカー番号を記載した札を	作成する
③前日に鍵と控え用の札を渡す順番にケースにセロする	6月～	受付で	事務が	ロッカーの鍵と控え用の札を	ケースにセロする
④掲示をする	7月	更衣室で	QC担当が	案内を	作成・掲示する

（ロッカーの鍵の管理）

- ・ロッカーが2つ空きになるように、ロッカーの使用順番を決めた。
（例）ロッカー番号①→②→③→④→⑤→⑥→⑦→⑧→⑨→⑩→⑪→⑫→⑬→⑭→⑮→⑯→⑰→⑱→⑲→⑳→㉑→㉒→㉓→㉔→㉕→㉖→㉗→㉘→㉙→㉚→㉛→㉜→㉝→㉞→㉟→㊱→㊲→㊳→㊴→㊵→㊶→㊷→㊸→㊹→㊺→㊻→㊼→㊽→㊾→㊿

（ロッカーの鍵の紛失防止対策）

ロッカー番号を控えのために、札を作った

- 改善前は事前に受診者ごとにロッカーを割り振っていたため事前に控えていたが、当日の受付時に各席に控える余裕がなかったため、札を一時的な控えとした。

・当日スムーズに渡せるようにロッカーの使用順番で札と鍵をケースに並べた

（当日の流れ）

ケースに並べた順番で、受付時に鍵を受診者に渡していく。札は受診者ごとに番順を管理しているBOXへ入れて、時間のあるときに札を見ながら番順にロッカー番号を控えた。

4

（院内掲示）

- ・掲示時は窓外で待つよう案内を掲示した
- 健診終了の時間を予測し、健診終了者と健診開始者の更衣が重なるのを防ぐのは願ひのため、掲示をして受診者に協力を得た

【結果の傾向】

（情報提供）

全体のクレーム件数に対する更衣室が密になるというクレーム件数の割合 4.5%

★新型コロナウイルスが蔓延した年から 1.9%減少

★クレームピーク時から 6.3%減少

年度	割合
2019年度	4.5%
2020年度	6.4%
2021年度	7.2%
2022年度	10.8%
改善後	4.5%

改善後（4月～6月2023年） 6月24日～11月30日

（現状改善）

（改善の声）

- ・受付でクレームを言われることがなくなった
- ・長年の課題がやっと解決した
- ・最前列、更衣室の前で待つ受診者を見かけなくなった

（改善効果）

- ・クレームによるスタッフのストレスの軽減
- ・仕事の効率化
- ・他のクレームに対する関心の高まり
- 改善案の話し合いの増加

【標準化と管理の定着】

項目	なぜ	何を	誰が	いつ	どのように
標準化	更衣室の密状態改善	ロッカーの使用順番	事務	健診前日	決める
標準化	受付業務の負担軽減	ロッカーの鍵	事務	健診前日	使用順にケースにセロする
管理	業務改善	受診者アンケート	QC担当	月に1回	確認する

5

【反省と今後の課題】

スタッフ	良かった点	悪かった点
チーム設定	長年の課題であり、受診者の意見も多かったため必要性があった	—
現状把握	受診者アンケートの意見を集計し、1つずつ意見を確認することで詳細な原因の追究に繋がった	受診者アンケートの集計期間が毎年違つたため、数値化が困難だった
目標設定	数値化したことで詳細しやすかった	—
要因分析	複雑な要因を解析できた	要因が複雑で、本当にいい原因になった
対策立案・実施	受診者のクレーム減少に加え、スタッフの業務負担を軽減できる対策が実施できた。	—
効果確認	数値で効果を確認することができた	受診者アンケートの集計期間が毎年違つたため、正確性に欠けた
標準化	業務負担が少なく定着できている	—

業務のルーティンがあり、改善が難しいと思われていた更衣室の課題に取り組み、改善することができた。今回の改善活動で、他のクレームに対するスタッフの関心も高まっており、改善策の話し合いの機会も増加している。受診者アンケートで「毎年ならは改善され良くなっていい」という意見も多く聞かれるため、今後もアンケートの意見を参考に改善し、より良い人間ドックの環境を作りたい。

6

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なく、やり甲斐を上げるための活動が必要であるとする。

※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〕

介護老人保健施設

【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事実となっていました。このためゴールデンウィーク明けより、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』

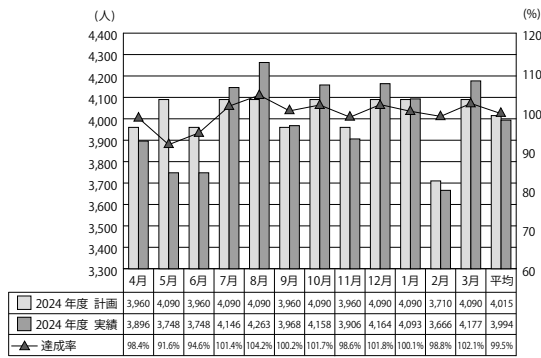
通所リハビリテーションにおいても、新型コロナウイルス感染症対策を緩和しながらも利用者に安心してサービスをご利用いただけるよう引き続き感染対策に取り組みました。特に 2024 年 4 月の医療・介護同時改定により、回復リハビリ病棟との連携強化が示され、情報共有の円滑化や一貫性のある支援体制の充実等の同法人の強みを生かすことができました。また、入所者が在宅復帰する際に通所リハビリテーション

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。

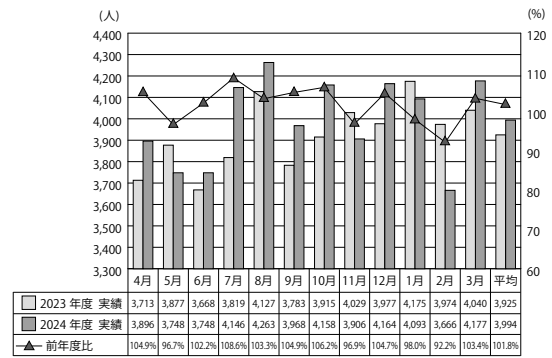
引き続き、通所リハビリテーションと通所介護（デイサービス）との差異について居宅介護支援事業所等にアピールし、体験利用者の満足度を高め利用者増を図ってまいります。

〔文責：川原哲生〕

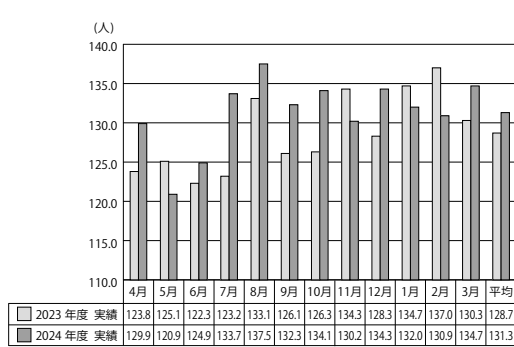
入所利用者数（月累計 計画対比）



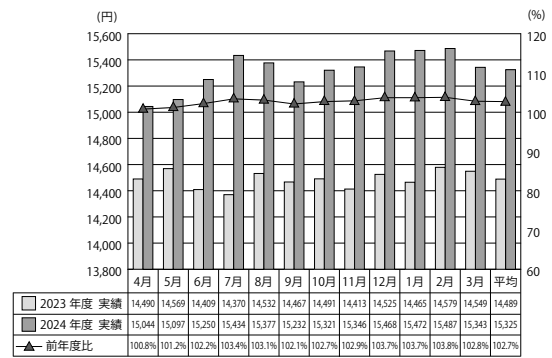
入所利用者数（月累計 前年対比）



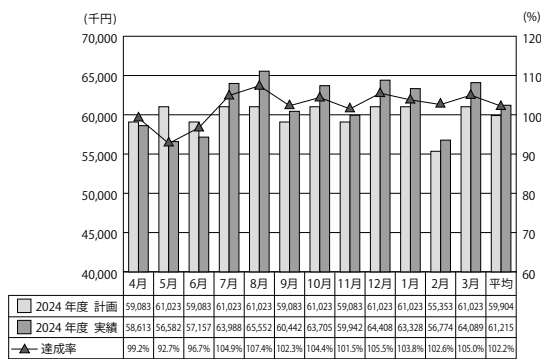
入所 1 日平均利用者数



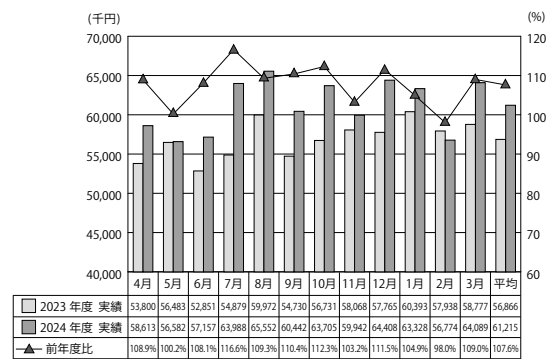
入所 平均単価



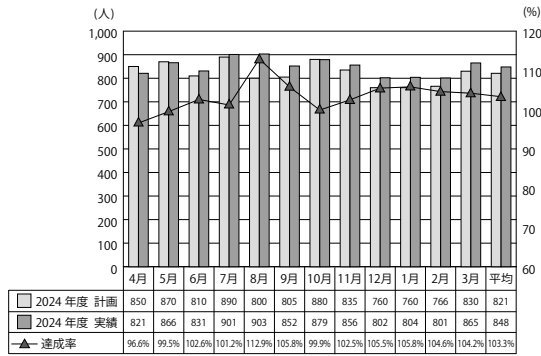
入所 月売上（計画対比）



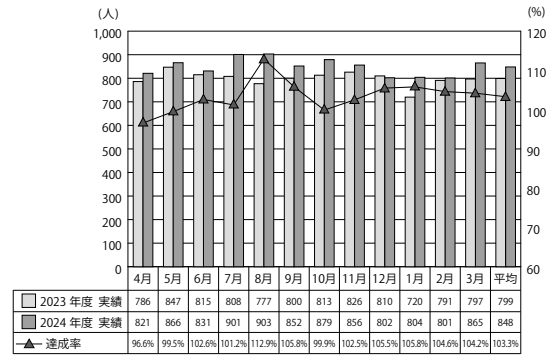
入所 月売上（前年度対比）



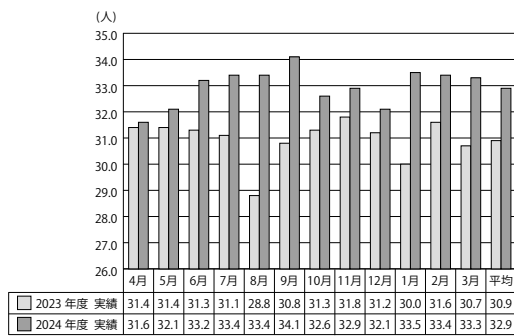
通所利用者数（計画対比）



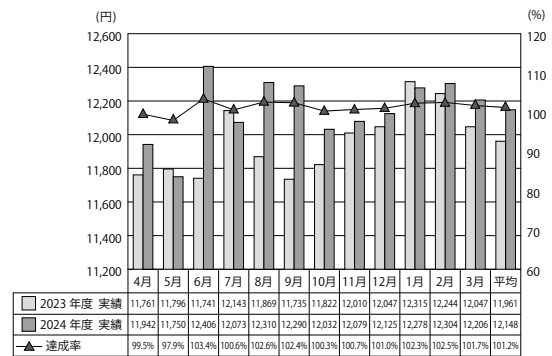
通所利用者数（前年度比）



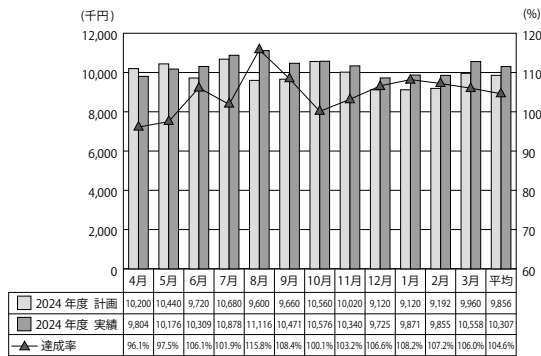
通所 1 日平均利用者数



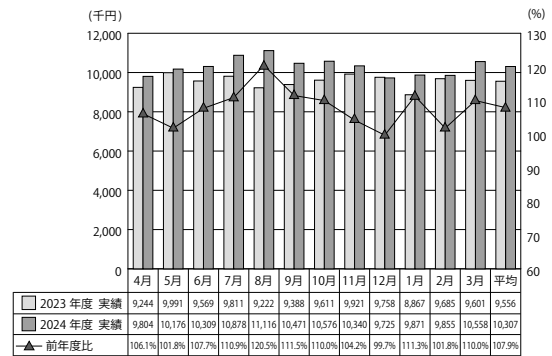
通所 平均単価



通所 売上（計画比）



通所 売上（前年度比）



新規相談件数及び紹介元（表 1）

単位：件

2024 年度		4 月	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		15	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
法人内	PFM センター	10	2	4	2	4	5	1	4	4	3	4	2	45	3.8
	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	1,044	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	

