

愛有会

年報

2023 令和5年4月1日～令和6年3月31日

令和5年度
vol. 22

社会医療法人社団 愛有会

久米川病院
介護老人保健施設久米川
三愛クリニックス
さんあい介護医療院
三愛訪問看護ステーション
訪問看護ステーションはぎやま
指定居宅介護支援事業所はぎやま



目次

年報の発行にあたって	2
愛有会の基本理念	3
経営方針	
愛有会の組織図	4
開設事業の概要	
開設事業所の沿革	5
法人事業部 事業報告	7
久米川病院 事業報告	11
概要	
事業計画・実績・集計報告	
委員会活動・研修参加実績	
環境活動レポート	
介護老人保健施設久米川 事業報告	105
概要	
目標進捗状況	
実績・集計報告	
三愛クリニック さんあい介護医療院 三愛訪問看護ステーション 事業報告	131
概要	
事業計画・実績・集計報告	
会議・委員会活動・研修参加実績	
環境経営レポート	
訪問看護ステーションはぎやま 指定居宅介護支援事業所はぎやま 事業報告	218
概要	
事業計画・実績・評価	
研修参加実績・資格取得・関連機関	
事業所案内図	242

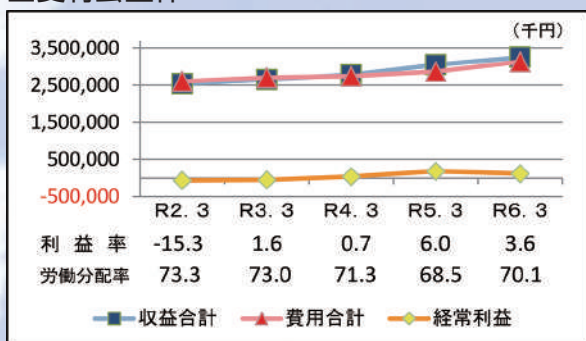
5年間をふりかえって



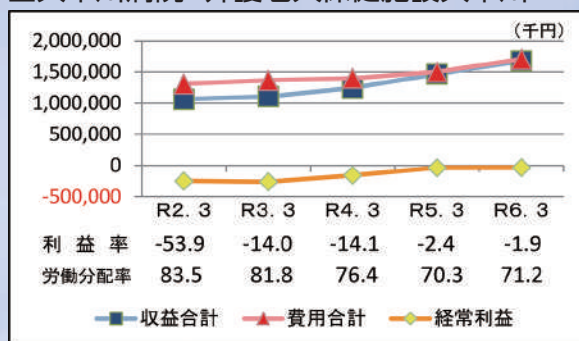
社会医療法人社団 愛有会
理事長 阿部 真也

この5年間に世界も我国も大きな変化を迎えたことはここで述べるまでもありません。では私たち愛有会の5年間はどうかを経営の視点でみると、各事業所の変化と差異が見て取れます。(下図)

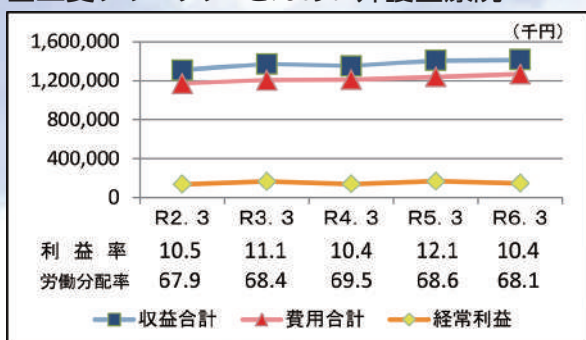
■愛有会全体



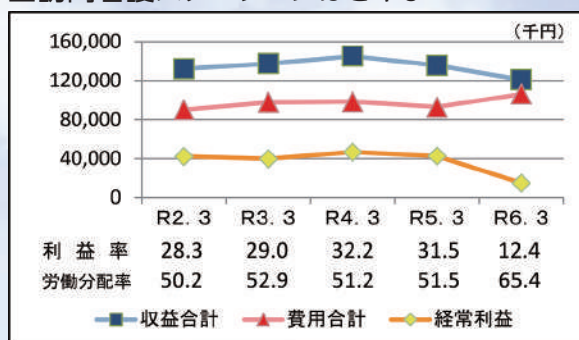
■久米川病院・介護老人保健施設久米川



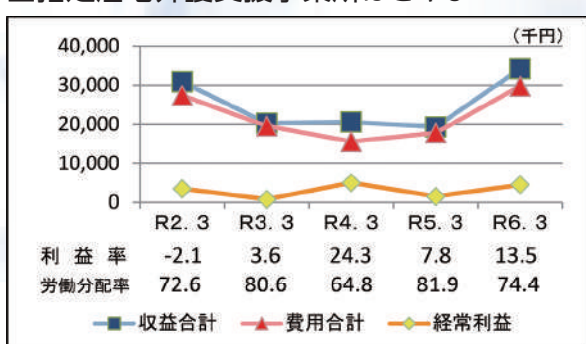
■三愛クリニック・さんあい介護医療院



■訪問看護ステーションはぎやま



■指定居宅介護支援事業所はぎやま



数年後には全国の自治体の10~15%が消滅するという予測もある中で、愛有会は地域の存立のために「誠」の精神で活動して参ります。

愛有会の基本理念

1. 地域包括ケア 2. 環境経営 3. 健康経営 4. 地域防災

私たちは、医療・看護・介護・予防・生活支援のサービスを通じて、地域と共に安全で安心して暮らしている街づくりに貢献します。

私たちは、様々な環境への取り組みを責務と考え、職員全員で質の向上と環境負荷の低減に努めます。

私たちは、職員の健康保持と共に働き方改革を推進し、多様な人材が向上心を持って働き続けられるよう努めます。

私たちは、事業活動と地域社会活動を継続していくため、災害防止対策と災害時支援活動に地域と共に取り組みます。

経営方針

- ① 地域、特に二次医療圏における医療と介護の拠点としての責務を自覚し、
- ② 安全で安心な全人的医療と介護の提供により信頼感を高め、
- ③ 時流を見誤ることなく、組織の体質強化と持続的発展につとめ、
- ④ 利用者の皆様に強く支持される医療・介護機関であり続けること。

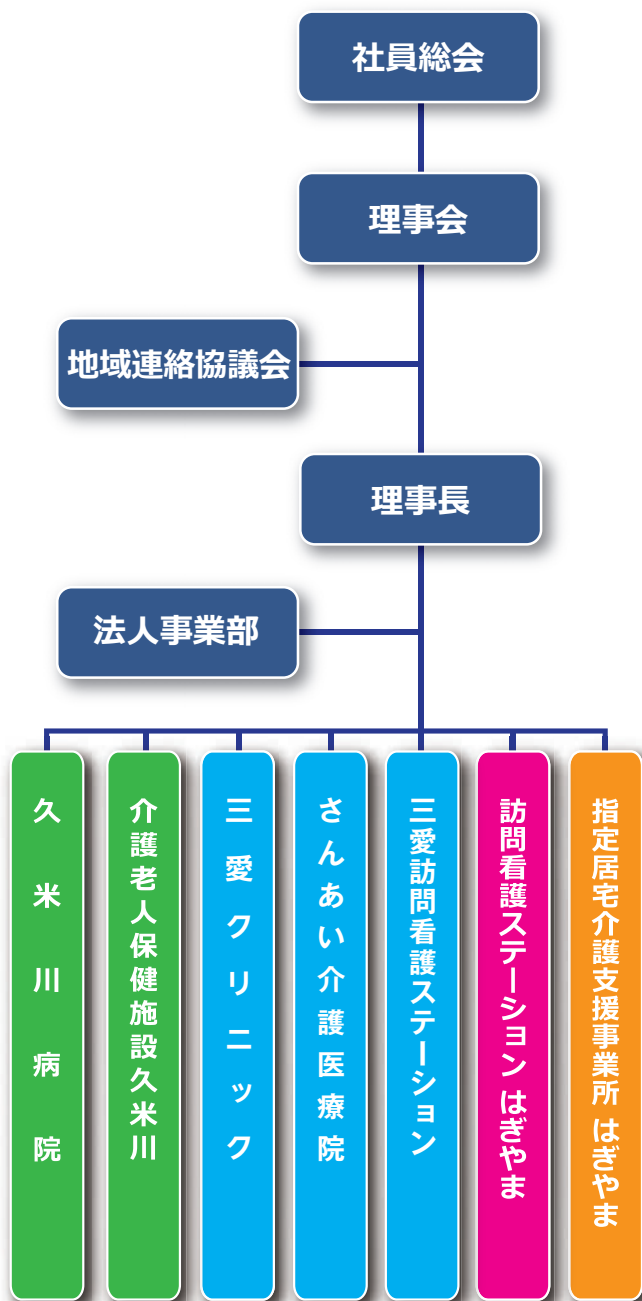
そのために、次のことを基本方針とします。

1. 二次医療圏における地域の住民や医療・福祉機関および関係諸団体と、友好的で信頼感に基づいた緊密な連携をとりながら、地域に安全で安心な医療、介護体制をつくること。
2. 急性期から慢性期、そして在宅に至るまで、一貫した医療、リハビリ、介護の体制をつくること。

3. 患者さまおよび利用者の意思と権利を尊重し、かつ開示に耐えられる透明性の高い医療と介護のために、十分な説明と同意に基づいてサービスを行うこと。
4. ミスや事故に対する感性を高め、職場の安全管理水準を高めることにより、利用者の安全を最優先する組織風土づくりをすること。
5. 愛有会の安定した維持運営と持続的発展を担う能力をもった強力な事務部門をつくること。外においては、社会情勢や制度の急速な変化に目を配り、内においてはリアルタイムに現状の把握と分析を行い、予防重視のリスクマネジメントを心がけ、事業計画の立案、検証、実行が行える体制をつくること。
6. 愛有会は、高い技術と最新の知識を備え、人間愛と医の心・介護の心を持ち、人のため世のために献身する職員の集合体であることを目指す。

愛有会の組織図

(令和6年3月31日現在)



※ 事業所別の組織図は、各事業所のページをご覧ください。

01 久米川病院

所在地 東京都東村山市本町 4-7-14
 開設年月日 昭和 38 年 3 月 1 日
 病床数 40 床 (地域包括ケア病棟)
 管理者 阿部 真也 (アベ シンヤ)
 診療科目

【内科】 内科、消化器内科、循環器内科、
 糖尿病内科、内分泌内科、
 代謝内科、内視鏡内科

【外科】 外科、呼吸器外科、乳腺外科、
 肛門外科、整形外科

【他】 泌尿器科、放射線科、
 リハビリテーション科

02 介護老人保健施設久米川

所在地 東京都東村山市本町 4-7-14
 開設年月日 令和元年 10 月 1 日
 定員数 80 床 (従来型 20 床・ユニット型 60 床)
 管理者 阿部 真也 (アベ シンヤ)

03 さんあい介護医療院

所在地 東京都八王子市宮下町 377
 開設年月日 令和 2 年 4 月 1 日
 定員数 180 床 (介護医療院)
 管理者 小野 真一 (オノ シンイチ)

04 三愛クリニック

所在地 東京都八王子市宮下町 377
 開設年月日 令和 3 年 10 月 1 日
 管理者 小野 真一 (オノ シンイチ)
 診療科目 内科、リハビリテーション科

05 三愛訪問看護ステーション

所在地 東京都八王子市宮下町 377
 開設年月日 令和 5 年 4 月 1 日
 管理者 相田 園子 (ソウダ ソノコ)
 事業内容 訪問看護

06 訪問看護ステーション はぎやま

所在地 東京都東村山市本町 4-7-14
 (栄町分室) 東京都東村山市栄町 2-10-51
 NSビル 107 2 階
 開設年月日 平成 8 年 12 月 1 日
 管理者 佐野 みゆき (サノ ミユキ)
 事業内容 訪問看護

07 指定居宅介護支援事業所 はぎやま

所在地 東京都東村山市本町 4-7-14
 開設年月日 平成 12 年 4 月 1 日
 管理者 高橋 佐知子 (タカハシ サチコ)
 事業内容 居宅介護支援

開設事業所の沿革

01 久米川病院・介護老人保健施設久米川

昭和38年3月 初代院長 阿部士良が東京都東村山町久米川79番地に久米川病院（内科・外科26床）を開設。

昭和39年11月 別館病棟を建築し、46床となる。

昭和42年1月 別館を増築し、55床となる。

昭和43年4月 別館を増築し、73床となる。

昭和44年12月 別館を増築し、93床となる。

昭和47年4月 医療法人社団愛有会となる。

昭和47年5月 別館に外来診療部門、病室を含む1棟を完成し、これを本館とし旧本館を別館とし132床となる。

昭和53年10月 本館に南棟を増築し、179床となる。

昭和61年6月 リハビリテーション科開設。7床減少し172床となる。

昭和62年6月 3床増床し、175床となる。

平成4年9月 西棟を介護力強化病棟とする。

平成6年4月 南棟1階に健診センターを設置する。

平成7年6月 政管健保（現：協会けんぽ）の健診指定医療機関となる。

平成11年4月 西棟を改築し、185床となる。

平成13年11月 院長逝去により第2代院長に阿部真也が就任。

平成13年12月 第1期病棟再編し、176床となる。

平成14年4月 財務省より特定医療法人の認可を受ける。

平成14年7月 第2期病棟再編し、173床となる。

平成14年12月 第3期病棟再編し、156床となる。（西棟42床を一般病棟、2階病棟58床を介護療養型医療施設、3階病棟56床を医療保険療養病棟へ転換）

平成17年1月 財団法人日本医療機能評価機構の認証（Ver.5.0）を受ける。

平成18年4月 西棟を障害者施設等一般病棟とする。

平成18年11月 3階56床を介護療養型医療施設に変更。

平成19年2月 ISO9001:2000品質マネジメントシステムの認証を受ける。（更新中）

平成20年5月 環境省よりエコアクション21の認証を受ける。（平成30年まで）

平成22年5月 日本医療機能評価機構の認証（Ver.6.0）を更新。

平成22年7月 日本慢性期医療協会より慢性期医療認定病院として認定（第00004号）を受ける。（平成27年6月期間満了）

平成25年10月 東京都災害拠点連携病院の指定を受ける。

平成27年3月 日本医療機能評価機構の認証（3rdG:Ver.1.0）を更新

平成27年4月 西棟42床のうち6床を地域包括ケア病床とする。

平成28年2月 西棟42床のうち12床を地域包括ケア病床とする。

平成28年12月 西棟42床のうち30床を地域包括ケア病床とする。

平成29年6月 西棟42床を全床地域包括ケア病床とする。

平成30年4月 東京都より社会医療法人の認可を受け、社会医療法人社団愛有会となる。

平成30年8月 ISO9001（品質）：2015、ISO14001（環境）：2015の認証を受ける。（更新中）

平成30年9月 Tokyo働きやすい福祉の職場宣言事業所の認証を受ける。

令和元年10月 東村山市本町四丁目7番地14に新築移転し、久米川病院は（地域包括ケア病床）40床となり、併設施設として介護老人保健施設久米川80床（ユニット型個室60床、従来型多床室20床）と合せて、計156床から120床へ再編された。

令和2年7月 国土強靱化貢献団体の認証に関するガイドラインに基づき、一般社団法人レジリエンスジャパン推進協議会からレジリエンス認証（事業継続の要求事項に適合）を受ける。

令和3年3月 法人全体で健康経営優良法人2021（大規模法人部門）の認証を受ける。（更新中）

02 三愛病院・三愛クリニック

昭和63年12月 八王子市内にて運営されていた個人立の三愛病院（184床）の営業権を譲り受け当法人の運営する病院となる。

平成10年10月 療養型病床群に転換し、174床となる。

平成11年2月 看護師詰所の改修工事に伴い、3床減少し、171床となる。

平成15年3月 3月31日をもって旧病院は閉鎖。

平成15年4月 宮下町に当法人の完全所有病院として新築移転し新規開設170床となる。（医療保険55床、介護保険115床）

平成16年5月 医療保険60床、介護保険118床に増床

平成17年12月 医療保険60床、介護保険120床に増床

平成18年10月 医療保険療養病床60床を介護療養型医療施設に変更。（介護保険180床へ）

平成18年12月 財団法人日本医療機能評価機構より認証（Ver.5.0）を受ける。

平成19年6月 介護保険174床へ減床

平成19年8月 介護保険168床へ減床

平成20年11月 介護保険174床へ増床

平成22年10月 日本慢性期医療協会より慢性期医療認定病院として認定（00007号）を受ける。（令和2年まで）

平成22年11月 介護保険180床へ増床

平成23年12月 日本医療機能評価機構の認証（Ver.6.0）を更新。

平成25年5月 ISO9001の認証を受ける。（更新中）Ecoアクション21の認証を受ける。（更新中）

平成28年10月 認知症初期集中支援事業を八王子市より受託。

平成30年4月 Tokyo働きやすい福祉の職場宣言事業所の認証を受ける。

平成31年3月 通所リハビリテーション事業を開始

令和2年4月 介護療養型医療施設180床のうち、120床を介護医療院に事業転換

令和3年10月 三愛病院（60床）全床を介護医療院に事業転換し病院基準を廃止。さんあい介護医療院1階に三愛クリニックを開設。

03 さんあい介護医療院

令和2年4月 三愛病院（180床）から120床を事業転換し、病院併設施設として介護医療院を開設

令和3年10月 全180床を介護医療院とし、三愛病院からさんあい介護医療院となる。

令和6年3月1日 さんあい介護医療院内で空床利用型の障害者短期入所事業を開始

04 三愛訪問看護ステーション

令和5年4月1日 さんあい介護医療院1階に併設して新規開設。

05 訪問看護ステーション はぎやま

平成8年12月 久米川病院の隣地に開設。

平成30年12月 東村山市栄町に移転（事務所拡張）。

令和元年10月 東村山市本町に移転（久米川病院内に）。東村山市栄町の事業所は訪問看護ステーションはぎやま栄町分室として事業を継続

06 指定居宅介護支援事業所 はぎやま

平成12年4月 介護保険施行と同時に訪問看護ステーションはぎやまに隣接して開設。

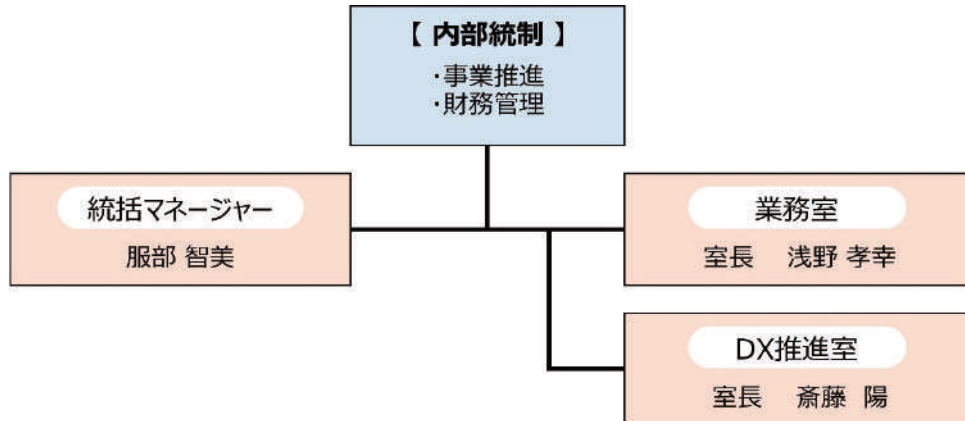
平成30年12月 東村山市栄町に移転。（事務所拡張）。

令和元年10月 東村山市本町に移転（久米川病院内に）

法人事業部の概要

人事組織図 (令和6年3月末日時点)

法人事業部は、法人理念に基づく事業経営の継続と事業収益の拡大を図るため、中長期的視点で事業運営の基盤となるシステムを構築し、事業所と協力して人材育成と事業計画の進捗管理に取り組んでいます。



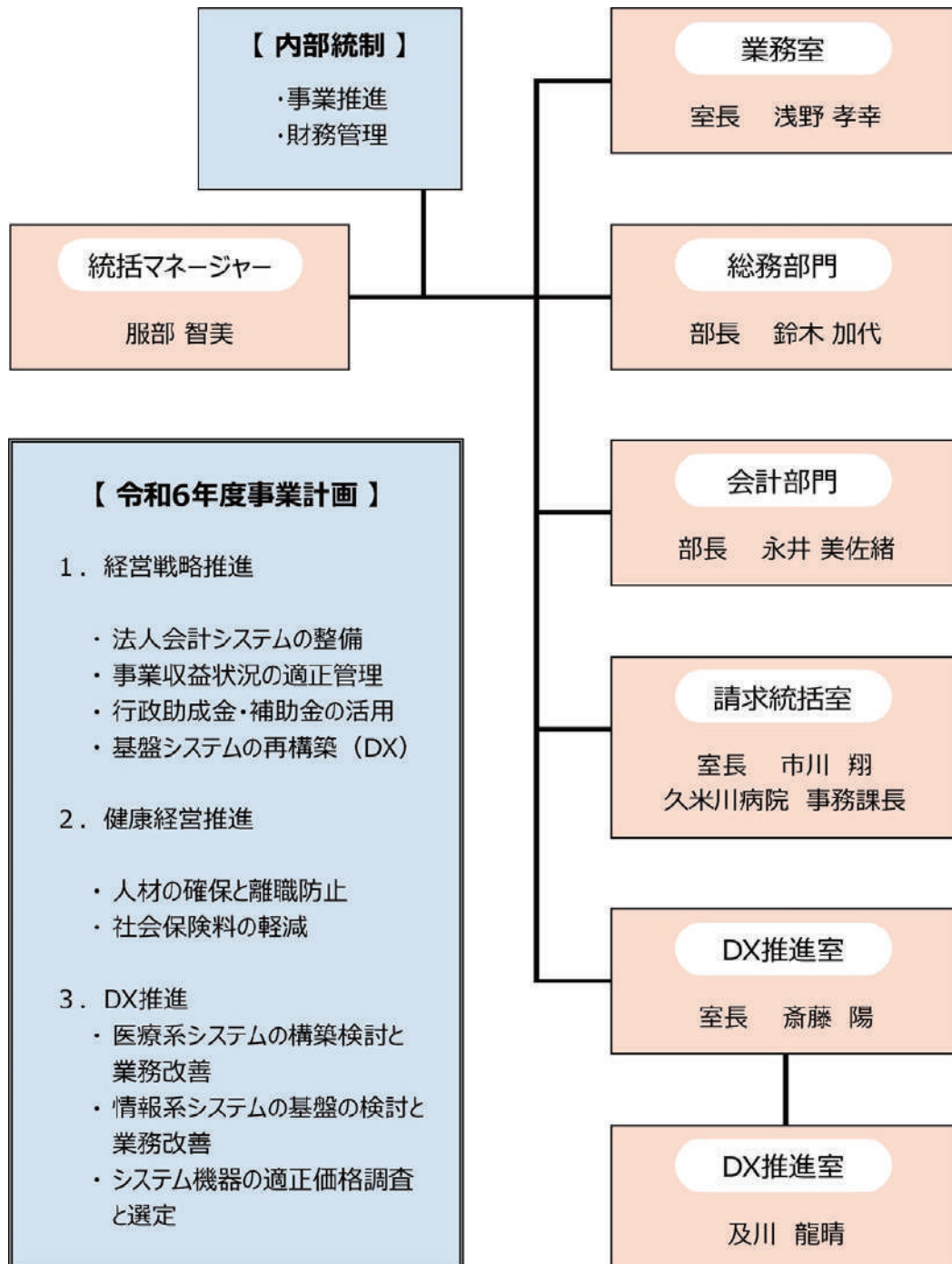
【令和5年度事業計画】

1. 人材の定着確保
 - ①採用方針の見直し
 - ・多様な人材の採用
 - ・外国籍・在宅事業の専門職・50歳以上
 - ②ホームページの有効活用
 - ・採用情報の充実
 - ・継続的な情報更新と機動的な対応
 - ③人員配置の適正管理
 - ・適材適所・業務内容の多様化・勤務時間の効率化
2. 教育研修制度の構築
 - ①新入職者研修の強化
 - ・研修計画のマニュアル化
 - ・相談支援体制の構築
 - ②管理職の役割を明確化
 - ・役割と責任範囲の見える化・実務研修
 - ・教育指導体制の構築
 - ③次世代の育成
 - ・JOBシェアによる業務経験の機会確保
 - ・職種間の連携体制を強化
 - ・機能別に相互協力する体制の強化
3. 経営基盤の強化
 - ①事業収益の向上
 - ・報酬制度の改正動向を踏まえた増収計画の立案
 - ・在宅医療・救急医療・手術収益の拡大
 - ②事業支出の管理
 - ・人材確保と人件費支出の適正管理
 - ・業務の電子化と医療介護機器の有効活用
 - ・事業原価の統一的な管理
 - ・一般経費の統一的な管理
 - ③キャッシュフロー管理
 - ・中長期的視点での財務基盤の強化



法人事業部 (新) 人事組織図 (令和6年4月1日時点)

令和6年度以降、法人事業の成長と発展を推進する部署として法人事業部の活動機能を強化するため、新たに総務部門・会計部門・請求統括部門を創設し、法人全体を統括する機能と合わせて内部統制管理にも取り組んでいます。(下図)



法人事業部の概要

令和5年度での取り組み実績

01 人財の定着確保

活動目標・具体的施策	活動実績
<p>① 採用方針の見直し</p> <ul style="list-style-type: none">多様な人財の採用（急性期医療経験2～3年経過、子育て中、新卒採用）外国籍・在宅事業の専門職・50歳以上（プラチナ世代） <p>② ホームページの有効活用</p> <ul style="list-style-type: none">採用情報の充実継続的な情報更新と機動的な対応 <p>③ 人員配置の適正管理</p> <ul style="list-style-type: none">適材適所・業務内容の多様化・勤務時間の効率化	<p>① 入職1年未満の退職が多いことから、多数の紹介会社を絞り込み、マッチングの高い採用を行った。</p> <p>② ホームページの担当者は兼務であることから、迅速な対応や大幅な見直しに限界があるため、外部業者に依頼することとした。全般的なリニューアルと法人採用情報を一括掲載できるページを新設する方針とした。</p> <p>③ 人員配置の適正管理</p> <p>【久米川病院】 医事課・健診部門の業務改善調査を実施。</p> <p>【さんあい介護医療院】 業務遂行に困難が生じている通所リハに介入し、業務の標準化と人員の適正化を行った。</p>

02 教育研修制度の構築

活動目標・具体的施策	活動実績
<p>① 新入職者研修の強化</p> <ul style="list-style-type: none">研修計画のマニュアル化相談支援体制の構築 <p>② 役職者・管理職者の役割を明確化</p> <ul style="list-style-type: none">役割と責任範囲の見える化・実務研修教育指導体制の構築 <p>③ 次世代の育成</p> <ul style="list-style-type: none">JOBシェアによる業務経験の機会確保職種間の連携体制を強化機能別に相互協力する体制の強化	<p>①～③</p> <ul style="list-style-type: none">新入職者研修の内容を見直し実施。就業規則・ハラスメント研修の全体実施。 <p>【久米川病院】 コンサートを活用した賃金制度構築と合わせて役割と評価内容の見える化を計画。次年度から運用開始。</p> <p>【さんあい介護医療院】 管理職の経営への参画が適正に行えるよう、責任者を明確にして事業計画に沿ったPDCAを自律的に推進できるよう共に構築していった。</p> <p>【はぎやま事業所】 紹介業者を活用して職員採用を支援した。</p> <p>【法人全体】 管理者リーダーシップ研修、実務者会議を実施。</p>

02 教育研修制度の構築

活動目標・具体的施策	活動実績
<p>① 事業収益の向上</p> <ul style="list-style-type: none">社会保険報酬制度の改正動向を踏まえた増収計画の立案在宅医療収益、救急医療収益、手術収益の拡大 <p>② 事業支出の管理</p> <ul style="list-style-type: none">人財確保と人件費支出の適正管理事業原価（診療材料・医薬品・食材費・消耗品）、一般経費（光熱水費・医療介護機器・建設設備保守）の統一的な管理 <p>③ キャッシュフロー管理</p> <ul style="list-style-type: none">中長期的視点での財務基盤の強化	<p>①～③</p> <p>【老健久米川】 老健収益の向上に向けてコンサルを活用。</p> <p>【久米川病院】 医業請求・手術部門の収支実績を分析。</p> <p>【さんあい介護医療院】 年度初めにコロナの影響もあり、稼働病床が低下。コンサルを受けながら営業活動を促進し、相談室の人員配置と業務内容を見直した。今後も稼働低下のリスクもあることから、障害者の短期入所事業を開設。物価高騰と厨房設備等の老朽化に伴い給食委託会社をセントラルキッチン方式の委託に変更した。</p> <p>【はぎやま事業所】 業務改善を目的に職員面談を実施した。</p> <p>【法人全体】 月次会議のCF様式を統一化して運用を開始。電子化に向けて専従職員を採用、DX推進室を新規開設。</p>

理事会・社員総会の開催状況 (令和6年3月末日時点)

令和5年度（令和5年4月1日～令和6年3月31日）開催

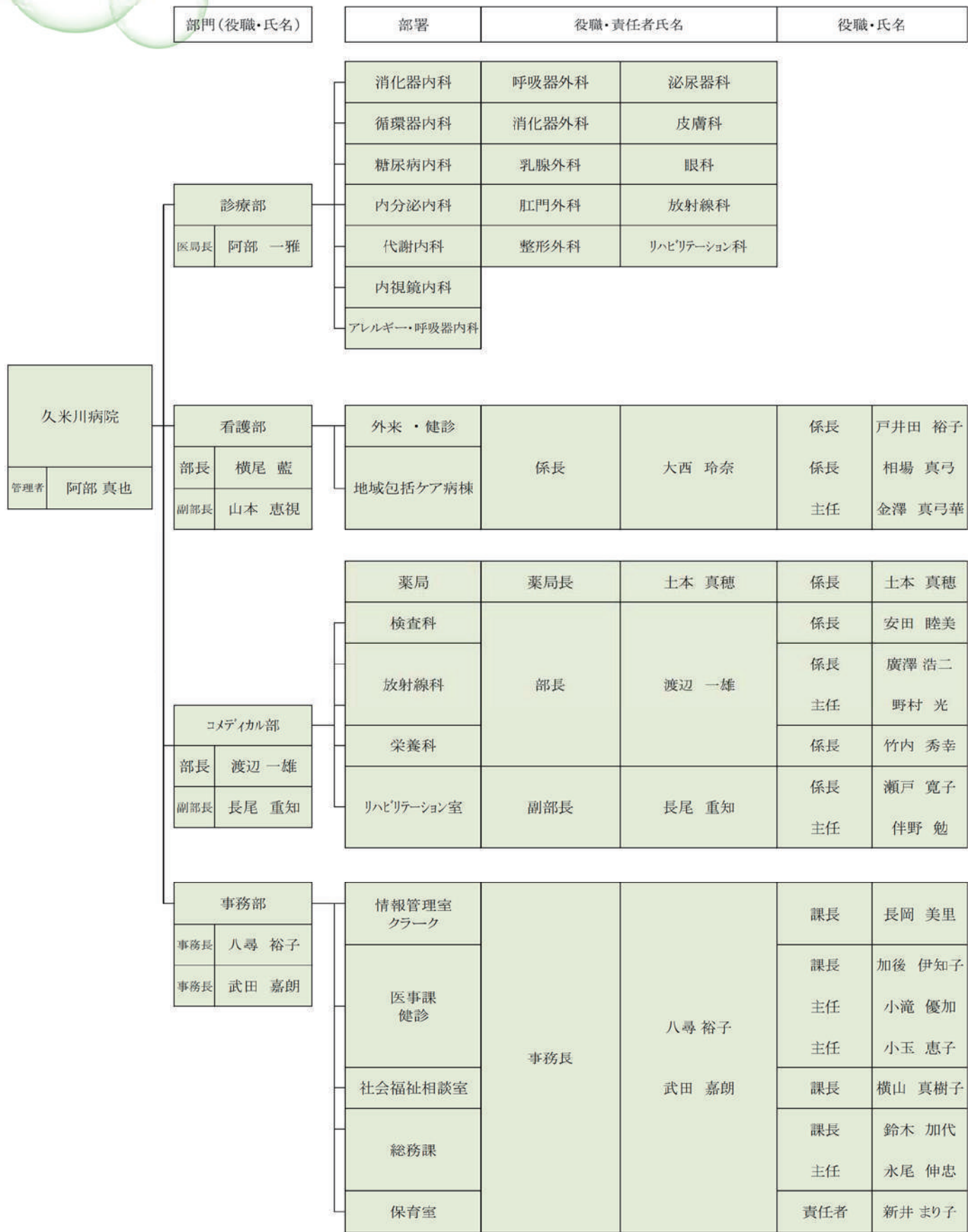
令和5年6月15日 定時理事会・社員総会を開催	<ol style="list-style-type: none"> 1 令和4年度決算内容および前期剰余金処理の承認 2 令和5年度事業計画および収支予算計画の修正（全事業所） 3 税務会計事務所との顧問契約選考 4 役員交代に伴う社員および理事の選任を承認
令和5年10月27日 臨時理事会・社員総会を開催	<ol style="list-style-type: none"> 1 りそな銀行当座勘定貸越契約の活用承認 2 定款変更の承認（附帯業務「医療型短期入所事業」の追加） 3 役員変更の承認（さんあい介護医療院の管理者交代） 4 法人賃金制度構築について（報告事項） 5 理事長の職務執行状況の上半期報告（報告事項）
令和5年11月24日 臨時理事会・社員総会を開催	<ol style="list-style-type: none"> 1 令和5年度事業計画および収支予算計画の修正（全事業所） ・中間決算報告（四谷会計事務所） 2 委託会社等の契約見直しについて ・食事サービス委託業務（さんあい介護医療院） ・警備委託・設備管理委託業務（久米川病院・老健久米川） ・従業員起業会社との取引契約（久米川病院・老健久米川） 3 定款に定める理事の役員順位の承認
令和6年2月29日 臨時理事会・社員総会を開催	<ol style="list-style-type: none"> 1 令和6年度事業計画および収支予算計画の策定状況 ・事業計画および収支予算計画の作成状況報告（全事業所） ・法人全体収支予算計画の作成状況報告（法人事業部） 2 日本国債の購入・ネット銀行口座開設の検討 3 コンサルタント会社の活用状況（報告事項） ・ホームページ再構築支援 ・賃金制度再構築支援 ・福祉はぐみ企業年金基金の加入支援
令和6年3月28日 定時社員総会・理事会を開催	<ol style="list-style-type: none"> 1 令和6年度事業計画案および収支予算案（全事業所） 2 日本国債購入の承認（法人資産運用） 3 りそな銀行当座勘定貸越契約の借入継続を承認 4 令和6年度借入最高限度額の承認 5 ISO規格認証の更新終了を承認 6 任期満了に伴う役員選任（重任）を承認 7 従業員起業会社との取引状況（報告事項） 8 理事長の職務執行状況の下半期報告（報告事項） 9 賃金制度構築プロジェクト方針（報告事項）

令和5年度 久米川病院 事業報告

久米川病院の概要	12
人事組織図、施設基準等、取り組み	
事業計画	14
事業計画に対する実績・評価	
実績・集計報告	22
診療圏	22
入院・退院	23
外来	24
検査科	27
薬局	31
リハビリテーション科	32
栄養科	33
情報管理室	35
社会福祉相談室	37
健診部	39
各部署の年度総括	40
各部署の上半期及び下半期まとめ	
委員会活動・「委員会・チーム発表会」	59
委員会・チーム総括、発表内容	
研修参加・実績	89
主な会議・委員会の開催状況	
環境活動レポート	94
令和5年度活動実績	

久米川病院の概要 人事組織図 (令和6年3月末日時点)

久米川病院の概要



久米川病院の概要 施設基準等 (令和6年3月末日時点)

院長	■阿部 真也
職員数	■147名(常勤86名・非常勤61名) ※老健兼務職員を含む (病院のみは95名・常勤48名・非常勤47名)
診療科目	■内科・消化器内科・循環器内科・糖尿病内科・内分泌内科・代謝内科・内視鏡内科・アレルギー・呼吸器内科 ■外科・消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科・肛門外科・整形外科 ■泌尿器科・皮膚科・眼科・放射線科・リハビリテーション科
保険指定	■健康保険 国民健康保険 高齢者の医療の確保に関する法律 介護保険 労災保険 生活保護法
指定	■救急告示病院 東京都指定二次救急医療機関 東京都災害拠点連携病院 ■労災指定 感染症指定 難病医療費助成指定 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく指定被爆者一般疾病指定 ■東村山市特定健康診査 東村山市乳ガン検診 東村山市肺ガン検診 ■日帰り人間ドック実施施設 全国健康保険協会(協会けんぽ) 健診機関(生活習慣病)
病床	(2階) 地域包括ケア病棟 40床
施設基準 (届出15項目)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟入院料1 <ul style="list-style-type: none"> 〔看護補助者配置加算 〔看護補助体制充実加算 ・感染対策向上加算2 <ul style="list-style-type: none"> 〔連携強化加算 〔サーベイランス強化加算 ・医療安全管理体制加算2 ・診療録管理体制加算(Ⅰ) ・検体検査管理加算(Ⅰ) ・入院食事療養(Ⅰ) ・データ提出加算 ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) ・運動器リハビリテーション料(Ⅱ) ・在宅時医学総合管理料 ・CT撮影およびMRI撮影(MRIの設置なし) ・認知症ケア加算 ・患者サポート体制充実加算 ・胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。) ・胃瘻造設時嚥下機能評価加算

令和5年度 事業計画 久米川病院・老健久米川

1. 地域包括ケア

医療・看護・介護・予防・生活支援のサービスを通じて、地域と共に安全で安心して暮らせる街づくりに貢献します。

2. 環境経営

様々な環境への取組みを責務と考え、職員全員で質の向上と環境負荷の低減に努めます。

3. 健康経営

職員の健康保持と共に働き方改革を推進し、多様な人材が向上心を持って働き続けられるよう努めます。

4. 地域防災

事業活動と地域社会活動を持続していくため、災害防止対策と災害時支援活動に地域と共に取り組みます。

01 地域包括ケア

【事業拡大を図り地域包括ケアシステムの中核を担う】

- ①老人保健施設 入所（ユニット・従来型）
- ②老人保健施設 通所リハビリテーション
- ③地域包括ケア病棟 入院・手術
- ④救急・外来・訪問
- ⑤健診（企業・東村山市）

02 環境経営

【事業環境の変化に付帯して発生するリスクや機会に対して適切に対処できる能力をつける】

- ①環境負荷の低減

03 健康経営

【全世代に向けた魅力的職場づくりに全職員が参画する】

- ①健康管理・働き方
- ②人材育成

04 地域防災

【災害防止対策と災害時支援活動に地域と共に取り組む】

- ①災害拠点連携病院としての機能強化

実績・評価

事業計画 1 | 地域包括ケア

具体的施策

- 1.老人保健施設 入所（ユニット・従来型）
- 2.老人保健施設 通所リハビリテーション
- 3.地域包括ケア病棟 入院・手術
 - ①7月に看護配置加算取得。（6月取得済）加算継続できるよう人員管理していく
 - ②日中の離床を進め、機能低下の予防と入院期間の短縮を目指す（離床促進のために必要な車椅子及びサークル歩行器等の購入）術後合併症予防のための看護ケアを専門職に介入してもらいながら実施する（口腔ケア、ポジショニング等）
 - ③救急が少ない時期には外来、MSW 経由の入院をすすめ、稼働率を維持したベッドコントロールを行う。週1回の多職種カンファレンスで患者の状態・目標を共有し、早期退院を目指し、回転率を上げていく。
 - ④固定チームナーシングを導入し、担当看護師を固定することで、患者情報の共有を強固にし、専門性を高めつつ、個別性を考慮した看護を実施する
 - ⑤事務作業の分業化、電子化導入の準備を進める
 - ⑥週1回チームカンファレンスを実施し、患者の看護計画の見直しや問題点を話し合い、ケアの質の向上に努める
 - ⑦月に2回の勉強会（疾患・ケア方法・周術期管理等）を開催する
 - ⑧病棟カンファレンスを月1回実施し、病棟内での問題点や改善項目について話し合う
- 4.救急・外来・訪問
 - ①救急受入患者増加の為の、救急処置室内ベッド数を増やせるようにレイアウトの見直しを行う
救急到着から入院までがスムーズに行えるように救急対応ができるスタッフを育成する（下半期2名）
 - ②外来・発熱・救急患者のスムーズな業務運営のための見直し（書類・運用方法・コメディカルとの連携）
 - ③訪問診療増患に向け、ホームページ及び院内掲示・パンフレット等を充実させ、問題点の抽出・改善を行う。外来患者に積極的に声掛けを行う
 - ④事務作業の分業化・簡略化・多職種連携、電子化導入の準備を進める
- 5.健診（企業・東村山市）
 - ①内視鏡・マンモグラフィー検査の件数を増やす。
・契約企業・団体への案内や周知を行う。
 - ②増収のため健診コース(ドック・協会けんぽ)の受診者数を増加させる。
・日の健診者数を増加（12名→16名以上）
・受付時間・診察時間・検査運用の見直しを行い、待ち時間短縮につなげる。
 - ③受診者へ健康に対する啓発活動（栄養、食事、運動）を充実させる。
・健康情報提供(ポスター・チラシ・資料)。

- ・企業用のアンケートを実施しニーズ調査を行う。
- ④受診者の満足度を向上させる。
 - ・アンケートを集計し、利便性、円滑さ、迅速な報告の指標とする。結果を踏まえた業務改善を行う。受診者用のアンケート内容を見直し・変更し、オプション等のニーズ調査を行う。
 - ・2次検査フォローアップ再診率アップとして、はがきや電話での受診の把握と勧奨

実績

1.2.109-110ページに記載

3.【達成・要因】

- ・看護配置加算は6月に取得でき、看護師の離職を防止するために面談を適宜行い、スタッフの抱えている問題解決につとめ、加算継続できている。
- ・手術件数年間合計259件、月平均22件。
- ・病床稼働率月平均97.6%であり、達成できた。ベッドコントロールの窓口の統一、ホワイトボードを用いたタイムリーな空床情報の把握、東京ルールに備えた入退院の調整、人員配置を調整し、スムーズなベッドコントロールができるようになってきている。
- ・整形外科、消化器外科の手術用バスの運用に向けて取り組んだ。
- ・日々の業務の合間に小カンファレンスを不定期で開催している。またカンファレンスを習慣化するために、比較的病棟の動きの少ない日曜日に実施している。
- ・看護部や外部からの研修や、現状の問題点に即した勉強会は不定期ではあるが、実施できている。現場のスタッフの学習する意欲はあるものの、時間が確保できないため「SQラダー研修」を活用した体制を整えていく。

【未達成・原因】

- ・平均在院日数24日であり、入退院数は前年度より約月8名増加し、3日の短縮にはなったものの目標には達成できなかった。リハビリスタッフの協力により車椅子や歩行器への移行がスムーズになり離床促進につながったが、その中でも術後合併症や肺炎の繰り返しにより長期入院になるケースもあった。今後は平均在院日数を短縮するためには、多職種でのカンファレンスを行い、専門的に早期介入していく必要がある。また、身体拘束の長期化は入院を長引かせる要因であるため、拘束を行わない取り組みをスタッフ全体で検討していく。
- ・固定チームナーシングの導入はできていないが、できるだけ日々同じ患者と関わられるようにし、患者の継続的な変化を把握し、介入できるようになってきている。
- ・病棟カンファレンスが不定期であり、実施できていないこともある。まず、カンファレンスを定期的に行えるように日時の固定を行い、スタッフが問題提起や改善案を出せるような環境にしていく必要がある。

4.【達成・要因】

- ・救急搬送年間1,956件であり、前年度より881件増加し達成することができた。看護師1名、看護助手1名が救急対応できるようになった。救急処置室のベッドを3台に増やし、それぞれにカルテが置けるようにカートを設置し、スムーズな動線を確認した。
- ・外来業務のマニュアルの作成、内視鏡検査の申込書・問診票を見直しし、スプレッドシートにスムーズに入力できるようにし、業務の短縮化を図った。ベッドコントロールについては、病棟責任者と連携し常に空床状況を把握し、スムーズな救急受け入れを実施することができた。

【未達成・原因】

訪問診療件数は、月平均8.3件であり、院内掲示等行ったものの、達成できなかった。包括病棟からの退院患者へのフォローアップとしての機能を強化していく。

5.【達成・要因】

中長期目標：2,000 件以上/年 ⇒ 企業健診のみで 2,735 件/年

増収 200 万円以上/年 ⇒ 約 1,300 万円増収(企業健診約 1,200 万、市健診約 100 万)

・内視鏡件数：2022 年度⇒85 件 2023 年度⇒358 件 273 件増加

要因：水・土曜の入江 Dr による内視鏡検査開始の為。

・マンモグラフィー件数：2022 年度⇒121 件 2023 年度⇒179 件 58 件増加

要因：放射線技師増員により、需要への対応が可能となった為。ホームページを活用し広告宣伝を行った。

・受診者数：2022 年度：2115 件 2023 年度：2735 件 620 名増加

4 月から大幅な健診運用の見直しを実施。それにより 6 月より 1 日の健

診者数を 12 名⇒16 名に増加させることが出来た。

また運用変更が一部コースでの待ち時間短縮にも繋がった。

・検査項目別の食事栄養関連パンフレットを自作し、2 月より待合室に設置。

また企業の健診に対するニーズ把握のために、1 月にアンケート実施。結果を今後の健診部の取り組みに生かしていく。

・受診者アンケート内で改善の必要性がある要望に対して、早急な対応を都度行った。

【未達成・原因】

・再診率アップの取組は、医事課の業務多忙にて取り組むことができなかった。

事業計画 2

環境経営

具体的施策

事業活動に伴う資源・エネルギー消費と環境負荷の発生をライフサイクル全体で抑制する

・事業エリア内での環境負荷低減だけでなく、グリーン調達や環境配慮製品を積極的に採用する

・持続可能な資源・エネルギーの利用

・ステークホルダー（利害関係者）への対応

・3 R（リデュース：減らす、リユース：繰り返し使う、リサイクル：再資源化）の推進、感染症発生による廃棄物の削減

・水道光熱費の 40%削減（適正使用を行い、旧病院と同等の使用量を目指す）

実績

【達成・要因】

感染性廃棄物については、新型コロナウイルス感染症に伴う廃棄物減少により▲6.8%となった。

【未達成・原因】

水道光熱費については、適正使用を心がけたが夏場の猛暑もあり、▲2.8%となったが、金額では 8,056,078 の削減となった。環境関連設備の不具合が頻発したため、目標値には届かなかった。

具体的施策

1.健康管理・働き方

- ①健康経営度調査の過去データによる当院の強み・弱みを分析し、ホワイト 500 の取得を目指す。
 - ・全体目標：働きやすさ普通以上 80%以上
 - ・チーム目標
 - QOWL 会議（特定保健指導 100%）、健康セミナーチーム（有所見者受診率 100%）、衛生委員会（6S：職場環境改善）
- ②業務の 5S（セーフティ：安全、シンプル：標準化、スマート：効率化、スピード：迅速、シー：見える化）、ワークシェアによる業務負担軽減・残業削減（前年対比 20%削減）
- ③高齢者職員の個々の経験や能力・適性を見極めた雇用環境の整備
- ④経営の土台となる事務部内の強化
 - ・請求業務を主とした医事体制
 - 適正な人員配置(入院係 3 名、外来受付 4 名、外来会計入力 3 名、健診 4 名、統括 1～2 名)
 - ・施設・設備管理
 - 委託による専門職の配置により、安定した管理の充実を図る
 - ・労務・労働安全管理体制
 - 一括管理システムの導入を推進し、業務の平準化を図る

2.人材育成

- ①考える力・他部門との連携・コミュニケーション能力・接遇の質を高めるための外部講師や WEB による研修の実施
- ②ラダーによる段階的教育の実践、評価を行い、部署・部門ごとに力量を可視化し、能力の向上を図る。賃金制度の見直し。

実績

1.【達成・要因】

- ・特定保健指導は、計画的に面談を組んだことで 100%実施できた。

【未達成・原因】

- ・有所見者受診率は、受診アンケートの 3 割が回収できず、69%であった。
- ・働きやすさアンケートは、普通以上 77%（医局 100%、看護師 62%、看護補助者 100%、老健介護士 83%、コメ部 80%、事務部 78%）。
- ・残業は、前年度対比 162.7%（看護部看護科 124%、介護科 75%、コメ部 195%、事務部 383%）。
- ・有休取得率 73%（看護部看護科 73%、介護科 76%、コメ部 67%、事務部 77%）。
- ・事務部の残業は主に医事課であるが、派遣職員などで人員の確保に努めるも、教育体制が整えられず、特定の職員にのみ業務負担が多くなり、最低限の日常業務をこなす事で精一杯の状況であった。
- ・看護部は入退院数、オペ件数、救急車受入れ数の増加により、残業発生。
- ・コメ部は検査科・栄養科・薬局で残業が多く発生している。残業の内訳として委員会資料等の作成が増えたことと、通常業務後にしか取り組めていないことが要因である。

2.【達成・要因】

- 外部講習を招き、自立型養成研修、リーダーシップ研修、幹部研修を実施したことで、課題や気づ

き、心構えなど自分自身と向き合うきっかけとなった。

【未達成・原因】

ラダーによる評価は実施したものの、評価結果を活かすことには繋がらなかった。今後賃金制度の見直しと共に評価方法を見直す。

事業計画 4 地域防災

具体的施策

- 災害拠点連携病院としての役割を鑑み、災害時に医療活動を通じて地域社会の復興に貢献する
- 医療救護所としての体制整備及び、訓練の継続実施
- 4 師会・市役所・警察・消防・自治会・多摩北・公立昭和等と連携し、体制を整備する
- 地域の燃料・食料供給機関・自治会との協定締結
- 災害時の事業継続計画（BCP）の継続見直し及び、訓練の実施

実績

【達成・要因】

9/3 に東京都・東村山市合同防災訓練にて医療救護所訓練を実施。また、公立昭和病院で行われた防災訓練を見学した。それらを通して、課題や参考になった点を活かし訓練・BCP見直しを実施できた。東村山消防署との間で災害発生時等における施設の使用に関する協定を締結した。今後、警察・消防・市役所の担当者レベルで具体的な打合せを実施していく。

【未達成・原因】

自治会等との協定締結については、訓練に参加していただくことが出来なかったことが原因であるため、院内で実施する訓練時に参加できるよう声かけを行っていく。

目標進捗状況 1 稼働状況項目

事業計画

指 標		目標値	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
外来	一日平均患者数 (人)	37人	35.5	38.1	46.2	64.6	61.1	54.6	50
	救急搬送件数 (件) (診療時間中/夜間・休日/東京ルール)	110件/月 10月~150件/月	110(43/60/7)	106(34/59/13)	115(41/59/15)	175(69/91/15)	200(66/107/27)	179(56/99/24)	153(46/92/15)
	夜間・休日救急搬送応需率 (%) (東京ルール含まない)	75% 以上	93.3%	70.2%	80.8%	79.1%	75.4%	83.2%	86.8%
	在宅患者訪問診療料 算定回数 (回)	30回 (30回/3M必須)	10	8	10	12	13	9	6
	時間外等加算割合 (%)	20% 以上	26.6%	34.5%	16.8%	19.8%	18.5%	21.6%	28.1%
地域 包括 ケア 病棟	病床稼働率 (%)	95.0%	95.4%	96.4%	97.6%	96.5%	98.6%	98.2%	97.9%
	看護必要度 (%)	12% 以上	75.8%	46.4%	42.2%	43.4%	46.9%	55.4%	47.3%
	リハビリ実施平均単位数 (単位)	平均 2単位 以上	2.09	2.21	2.19	2.13	2.34	2.16	2.09
	在宅復帰率 (%)	72.5% 以上	94.4%	84.0%	76.1%	86.0%	89.6%	84.9%	79.1%
	一日平均単価 (円)	45,339 10月~52,764	55,511	46,530	52,602	49,607	49,564	54,134	51,615
	手術件数 (件)	30件/月 10月~22件/月	30	19	27	17	15	21	17

指 標		目標値	11月	12月	1月	2月	3月	月平均実績	今期累計 進捗率
外来	一日平均患者数 (人)	37人	51.9	59.4	56.8	46.6	49.8	51.2	138.4%
	救急搬送件数 (件) (診療時間中/夜間・休日/東京ルール)	110件/月 10月~150件/月	148(42/92/14)	177(38/124/15)	227(49/149/29)	197(42/127/28)	169(45/117/7)	163(47.6/98/17.4)	1956(571/1176/209)
	夜間・休日救急搬送応需率 (%) (東京ルール含まない)	75% 以上	84.4%	86.1%	81.9%	80.4%	89.3%	82.6%	110.1%
	在宅患者訪問診療料 算定回数 (回)	30回 (30回/3M必須)	6	6	5	7	7	8.3	27.5%
	時間外等加算割合 (%)	20% 以上	24.7%	23.5%	30.3%	29.9%	32.0%	25.5%	127.6%
地域 包括 ケア 病棟	病床稼働率 (%)	95.0%	97.3%	97.2%	98.7%	98.2%	99.4%	97.6%	102.8%
	看護必要度 (%)	12% 以上	36.5%	36.5%	36.9%	50.3%	46.7%	47.0%	391.9%
	リハビリ実施平均単位数 (単位)	平均 2単位 以上	2.23	2.04	2.2	2.26	2.07	2.17	108.4%
	在宅復帰率 (%)	72.5% 以上	81.6%	84.6%	81.8%	84.7%	79.4%	83.9%	115.7%
	一日平均単価 (円)	45,339 10月~52,764	49,533	54,152	50,309	56,543	56,114	52,185	115.1%
	手術件数 (件)	30件/月 10月~22件/月	18	26	21	24	24	22	71.9%

目標進捗状況 2 品質目標項目

品質目標	病院目標値	4月実績	5月実績	6月実績	7月実績	8月実績	9月実績	10月実績
①ケアプロセス評価	プロセス監査 効果あり 100%	99.8%	99.8%	90.1%	80.8%	95.0%	89.0%	71.0%
②アクシデント件数 (3a以上)	前年対比20%減 (30件/年)	0件	5件	13件	5件	6件	5件	7件
③院内感染	0件/月	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件
④満足度調査	満足 100%	99.1%	94.8%	90.0%	96.6%	93.4%	98.5%	86.1%
⑤働きがいアンケート	普通以上100%							

事業計画

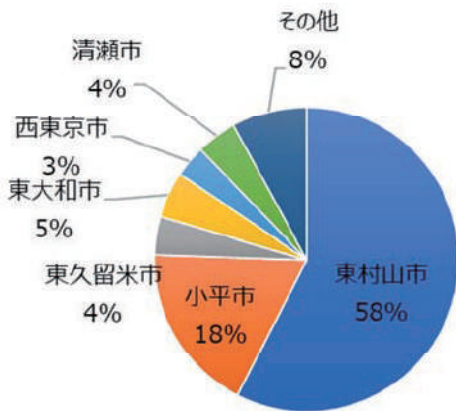
品質目標	病院目標値	11月実績	12月実績	1月実績	2月実績	3月実績	月平均	今期累計 進捗率
①ケアプロセス評価	プロセス監査 効果あり 100%	85.7%	91.7%	94.1%	91.2%	90.2%	89.9%	90%
②アクシデント件数 (3a以上)	前年対比20%減 (30件/年)	3件	3件	6件	3件	6件	5件	17.5%
③院内感染	0件/月	0件	1件	1件	0件	0件	0件	2件
④満足度調査	満足 100%	100.0%	100.0%	-	-	90.0%	94.9%	94.9%
⑤働きがいアンケート	普通以上100%		77.0%				77.0%	77.0%

実績・集計報告

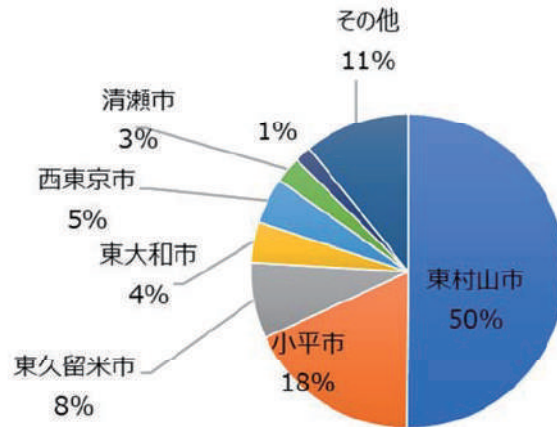
統計資料 1 診療圏（外来・入院 合算）

▶2023 年度 診療圏（区市町村）

<上半期>

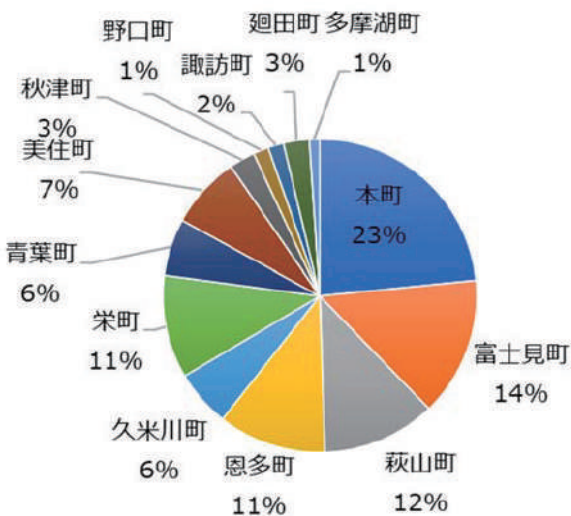


<下半期>

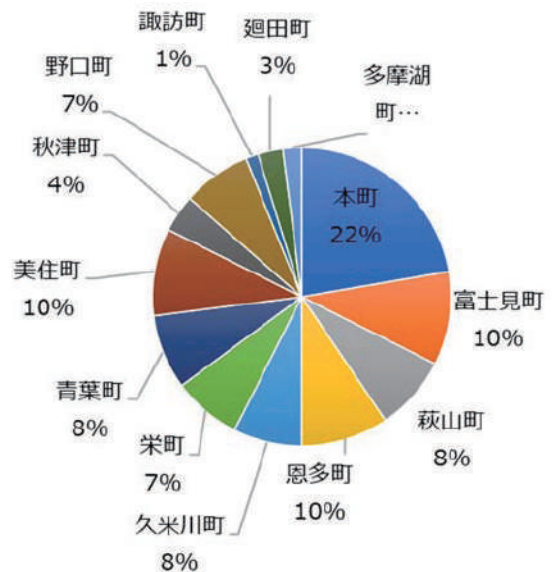


▶2023 年度 診療圏（東村山市内）

<上半期>



<下半期>



統計資料 2 | 入院・退院

▶ 新規入院数(単位:人)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
地域包括ケア病棟 40床	63	53	47	47	57	60	327	47	53	45	53	56	41	295	622

▶ 退院数(単位:人)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
地域包括ケア病棟 40床	63	54	47	50	54	60	328	46	55	44	52	56	42	295	623

▶ 延患者数(単位:人)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
地域包括ケア病棟 40床	1,145	1,195	1,171	1,197	1,223	1,178	7,109	1,214	1,167	1,205	1,224	1,139	1,233	7,182	14,291

▶ 病床稼働率(単位:%)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総平均
地域包括ケア病棟 40床	95.4	96.4	97.6	96.5	98.6	98.2	97.1	97.9	97.3	97.2	98.7	98.2	99.4	98.1	97.6

▶ 平均在院日数(単位:日)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総平均
地域包括ケア病棟 40床	24.1	22.3	21.5	23.9	23.8	21.9	22.9	22.3	22.2	24.7	23.8	23.3	24.0	23.4	23.2

▶ 診療科別患者数(単位:人)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
患者延数	1,064	1,182	1,387	1,616	1,893	1,638	8,780	1,551	1,557	1,841	1,762	1,445	1,544	9,700	18,480
新患者数	206	215	367	488	616	510	2,402	378	359	457	535	334	274	2,337	4,739
初診患者数	169	190	245	301	343	299	1,547	279	316	354	336	226	268	1,779	3,326
外 科	101	122	115	133	135	117	723	174	161	164	193	156	158	1,006	1,729
新患者数	23	20	24	24	26	31	148	31	21	27	34	34	25	172	320
初診患者数	18	25	19	23	25	12	122	28	28	26	21	16	19	138	260
内 科	559	592	785	978	1,271	1,060	5,245	919	914	1,095	1,090	817	795	5,630	10,875
新患者数	138	158	301	419	543	436	1,995	287	291	378	456	264	195	1,871	3,866
初診患者数	105	116	175	209	280	260	1,145	216	243	269	277	171	180	1,356	2,501
整 形	292	364	349	373	386	334	2,098	345	381	409	368	355	415	2,273	4,371
新患者数	37	35	33	38	43	38	224	55	37	43	39	32	47	253	477
初診患者数	30	35	37	49	33	16	200	23	29	39	30	22	46	189	389
その 他	112	104	138	132	101	127	714	113	101	173	111	117	176	791	1,505
新患者数	8	2	9	7	4	5	35	5	10	9	6	4	7	41	76
初診患者数	16	14	14	20	5	11	80	12	16	20	8	17	23	96	176

▶ 休日・夜間患者数(単位:人)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
患者数	140	177	135	206	221	235	1114	200	184	238	328	231	213	1,394	2,508

▶ 紹介患者数(単位:人/%)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総平均
総 数	21	20	19	17	11	17	105	23	19	23	13	20	30	128	19.4
紹介率	0.4	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3

▶ 救急隊別搬入患者数(単位:人)

救急隊名		4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
東村山市	東村山	21	11	16	16	21	20	105	22	19	16	27	21	24	129	234
	本町	15	17	13	19	17	13	94	13	17	21	27	22	26	126	220
	秋津	5	6	7	9	13	8	48	11	13	16	17	20	14	91	139
小平市	小平	9	8	5	17	10	7	56	13	9	11	14	9	8	64	120
	花小金井	5	6	6	4	9	7	37	6	9	20	10	13	15	73	110
	小川	10	5	13	9	6	11	54	7	9	13	9	9	9	56	110
東久留米		5	7	6	4	9	8	39	7	6	7	11	9	10	50	89
新川		0	1	3	2	9	4	19	1	9	7	10	7	8	42	61
清瀬		2	3	4	4	8	9	30	4	1	6	6	9	3	29	59
竹丘		3	7	8	8	9	7	42	10	8	10	16	11	8	63	105
西東京		1	2	1	3	8	0	15	0	3	2	2	6	5	18	33
田無		0	2	1	3	2	1	9	2	0	2	4	0	0	8	17
西原		2	2	3	1	6	2	16	0	5	1	5	2	4	17	33
緑町		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保谷		3	1	1	0	2	1	8	2	0	1	2	3	1	9	17
その他		29	28	28	76	71	79	311	55	40	44	67	56	34	296	607
合計		110	106	115	175	200	177	883	153	148	177	227	197	169	1071	1,954

▶ 救急搬送患者 病状程度(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
程度5	69	63	77	133	136	121	599	113	102	131	179	135	116	776	1375
程度4	33	38	34	42	61	54	262	33	39	41	37	52	39	241	503
程度3	2	0	0	0	0	1	3	2	2	0	2	0	0	6	9
程度2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
程度1	6	5	4	0	3	3	21	5	5	5	9	10	14	48	69
合計	110	106	115	175	200	179	885	153	148	177	227	197	169	1,071	1,956

1 ……死亡（初診時死亡が確定されたもの）

2 ……重篤（生命の危険が切迫しているもの）

3 ……重症（生命の危険が強いと認められるもの）

4 ……中等症（生命の危険はないが入院を要するもの）

5 ……軽症（軽易で入院を要しないもの）

▶ 救急搬送患者 時間帯別比率(単位:%)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	平均	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均	総平均
0:00~5:59	16.4	10.4	16.5	8.0	9.5	11.2	12.0	9.8	14.2	15.3	14.1	13.2	17.8	14.0	13.0
6:00~11:59	22.7	21.7	17.4	27.4	29.5	25.1	24.0	29.4	24.3	22.6	25.1	24.9	15.4	23.6	23.8
12:00~17:59	36.4	41.5	40.0	35.4	35.0	30.7	36.5	26.8	31.8	27.1	25.6	25.4	29.0	27.6	32.1
18:00~23:59	24.5	26.4	26.1	29.1	26.0	33.0	27.5	34.0	29.7	35.0	35.2	36.5	37.9	34.7	31.1

▶ 救急搬送患者 疾病・主訴内訳(単位:件)

	疾病		主訴	
1	外傷	196	発熱	281
2	その他整形疾患	98	めまい	108
3	急性胃炎・胃腸炎	94	腹痛	97
4	一過性脳虚血、意識障害	72	吐気・嘔吐	74
5	C P A	71	脱力感	63
6	その他	550	その他	252



▶ 手術件数(単位:件)

部位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
整形外科上肢	3	1	3	3	2	3	15	4	3	3	3	2	4	19	34
下肢	10	7	10	10	5	9	51	6	4	7	10	7	10	44	95
体幹	10	5	11	4	5	8	43	7	8	12	6	9	9	51	94
消化器	7	4	3	1	3	1	19	1	1	3	1	3	1	10	29
その他	0	2	0	0	0	0	2	0	2	1	2	3	0	8	10
計	30	19	27	18	15	21	130	18	18	26	22	24	24	132	262

統計資料 4

検査科

安田睦美（係長）、竹内健人、柄澤真弓、栗原恵子

▶ 検査実施件数(単位:件)

区分	内視鏡				超音波				
	胃	大腸	胃ろう 交換	内視鏡 計	腹部	心臓	乳腺	他	超音波 計
4月	19	12	2	33	48	14	24	8	94
5月	28	10	3	41	30	8	16	10	64
6月	48	7	0	55	35	17	22	5	79
7月	36	7	0	43	30	12	12	10	64
8月	45	3	0	48	23	18	29	8	78
9月	48	5	2	55	39	10	18	10	77
計	224	44	7	275	205	79	121	51	456
10月	56	10	3	69	39	19	27	8	93
11月	50	14	2	66	52	12	25	8	97
12月	49	8	1	58	34	21	23	7	85
1月	54	15	4	73	33	12	22	7	74
2月	47	11	0	58	30	17	16	5	68
3月	46	7	0	53	67	23	36	7	133
計	302	65	10	377	255	104	149	42	550
総計	526	109	17	652	460	183	270	93	1006

実績・集計報告

キット検査実施数 陽性率	インフルエンザ A型 (目視法)	インフルエンザ B型 (目視法)	インフルエンザ (銀クロマト 法)	アデノウイルス	マイコプラズマ	溶連菌
年間検査実施数(件)	1763		1159	2	6	29
陽性者数(人)	437	79	184	0	0	7
陽性率(%)	24.8	4.5	15.9	0	0	24.1

キット検査実施数 陽性率	肺炎球菌	レジオネラ	新型 コロナウイルス 抗原検査	新型 コロナウイルス PCR検査	HIV スクリーニング
年間検査実施数(件)	2	3	3264	2192	52
陽性者数(人)	0	0	1183	809	0
陽性率(%)	0	0	36.2	36.9	0

検査別件数(単位:件)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
院外	生化	295	221	322	366	346	387	1,937	323	298	267	280	230	166	1,564	3,501
	血算	274	189	305	344	330	361	1,803	298	337	240	264	227	152	1,518	3,321
細胞・組織	細菌	29	26	22	22	21	26	146	16	28	13	33	22	22	134	280
	細胞診	27	23	28	32	33	42	185	34	39	30	31	50	58	242	427
	病理	19	25	19	17	12	10	102	15	24	21	16	17	10	103	205
院内	生化	314	321	322	401	405	402	2,165	417	356	389	396	406	401	2,365	4,530
	血算	250	255	264	351	351	365	1,836	353	307	328	345	365	344	2,042	3,878
	血糖	171	160	146	171	194	178	1,020	166	156	171	165	173	161	992	2,012
	HbA1c	165	159	139	155	169	156	943	160	154	165	156	155	136	926	1,869
	血沈・出血時間	8	6	7	8	8	5	42	7	1	3	5	3	5	24	66
	輸血検査	6	8	15	14	15	10	68	17	10	8	17	18	7	77	145
	血液型	23	19	20	17	23	17	119	21	21	26	19	24	34	145	264
	血液ガス	2	0	1	2	0	0	5	3	2	5	3	3	2	18	23
	呼吸器病原体セット	255	268	568	621	801	778	3,291	554	528	941	947	569	431	3,970	7,261
	トロボニンT	4	3	4	7	7	0	25	6	7	4	8	11	13	49	74
	尿検査	427	331	434	489	505	507	2,693	439	464	390	372	379	297	2,341	5,034
生理	心電図	342	241	342	388	388	418	2,119	354	347	308	331	316	253	1,909	4,028
	負荷心電図	0	0	1	0	0	3	4	0	0	1	0	0	0	1	5
	ホルター心電図	1	1	2	0	2	2	8	1	2	1	2	2	4	12	20
	聴力	273	164	246	270	288	292	1,533	271	318	235	248	224	173	1,469	3,002
	肺機能	5	16	24	19	15	15	94	18	20	17	21	13	16	105	199
	眼底	174	27	59	54	45	71	430	69	56	59	54	39	33	310	740
	眼圧	5	4	4	6	6	6	31	7	12	10	8	8	8	53	84
	6分間歩行	0	0	0	1	0	1	2	1	0	0	2	1	0	4	6
	PSG検査	0	0	2	1	1	1	5	1	1	0	2	0	1	5	10
超音波	94	64	79	63	78	77	455	93	97	85	74	68	133	550	1,005	

※1つの検査に対して複数の目的・検出病変がある為、件数が一致しない場合あり。

▶腹部超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変	
1	スクリーニング	319	脂肪肝 113
2	残尿測定	39	腎嚢胞 86
3	肝機能障害精査	24	動脈硬化症 77
4	前立腺肥大症疑い	9	胆嚢ポリープ 75
5	頻尿精査	6	肝嚢胞 64
5	腹痛精査	6	

▶悪性病変 (単位:件)

膀胱がんの疑い	2
胆嚢がんの疑い	1
膵臓がんの疑い	1

▶乳腺超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変	
1	乳腺精査	158	Negative study 73
2	フォローアップ	88	乳腺嚢胞 71
3	乳腺結節精査	16	乳腺結節 52
4	乳房腫瘍精査	2	乳腺症 32
5	乳腺腫瘍精査	1	乳腺線維腺腫 25
5	乳房痛精査	1	

▶悪性病変 (単位:件)

乳がんの疑い	14
--------	----

▶心臓超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変	
1	スクリーニング	135	弁膜症 136
2	心不全精査	7	Negative study 19
3	心雑音精査	5	心嚢液貯留 11
4	心電図異常	3	心房拡大 10
4	不整脈精査	3	
5	トロポニンT陽性	2	左室不全 8
5	胸痛精査	2	

▶頸動脈超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変	
1	スクリーニング	47	動脈硬化症 21
2	動脈硬化精査	4	甲状腺結節 12
3	プラーク経過観察	1	Negative study 7
3			頸動脈プラーク 7
4			甲状腺のコロイド嚢胞疑い 4
4			頸動脈狭窄 4
5			甲状腺嚢胞 3

▶ 下肢超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変		
1	下肢静脈血栓症疑い	13	Negative study	13
2	閉塞性動脈硬化症疑い	1	リンパ節腫大	1

▶ 甲状腺超音波検査 検査目的と検出病変 (単位:件)

検査目的		検出病変		
1	スクリーニング	7	甲状腺結節	6
2	甲状腺経過観察	3	甲状腺のコロイド嚢胞疑い	4
3	甲状腺腫大精査	1	甲状腺腫	1
3			甲状腺腫瘍	1
3			甲状腺石灰化	1



検査室



エコー室

▶ 内服処方・注射処方

	内服処方箋（枚数）		注射処方箋（枚数）
	外来	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟
4月	67	602	650
5月	168	590	777
6月	140	597	885
7月	164	540	807
8月	153	613	792
9月	99	611	789
計	791	3,553	4,700
10月	111	520	903
11月	85	503	842
12月	109	557	641
1月	125	533	907
2月	95	513	915
3月	92	586	839
計	617	3,212	5,047
総計	1,408	6,765	9,747
	8,173		9,747

※服薬指導件数については、地域包括ケア病棟では基本料に包括されているため、個別での算定実績はありません。

▶ 薬効別処方上位50 数量(単位:個)

内服薬	件数	注射薬	件数
下剤	46,358	電解質輸液	17,974
鎮痛剤	27,312	抗生剤	8,056
制酸剤・胃粘膜保護剤	26,807	骨粗鬆症治療薬	1,575
整腸剤	18,192	解熱・鎮痛剤など	1,153
降圧剤	6,891	麻酔剤	886

▶ 実施状況（区分別延実施回数）（1単位20分）

区分	外来				地域包括ケア病棟															
	運動器				運動器				脳血管				廃用				摂食			
	理学療法		作業療法		理学療法		作業療法		理学療法		作業療法		言語聴覚		理学療法				作業療法	
	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数	人数	単位数
4月	50	50	0	0	250	736	0	0	0	0	0	0	0	0	32	118	0	0	3	3
5月	56	72	0	0	236	718	0	0	0	0	0	0	0	0	41	123	0	0	16	16
6月	47	53	0	0	210	659	0	0	0	0	0	0	0	0	42	134	0	0	28	28
7月	66	75	0	0	230	736	0	0	0	0	0	0	0	0	43	126	0	0	11	11
8月	65	83	0	0	179	609	0	0	0	0	0	0	0	0	64	200	0	0	46	46
9月	58	75	0	0	247	760	0	0	0	0	0	0	0	0	76	220	0	0	21	21
合計	342	408	0	0	1,352	4,218	0	0	0	0	0	0	0	0	298	921	0	0	125	125
10月	51	68	0	0	215	733	0	0	0	0	0	0	0	0	33	113	0	0	27	27
11月	61	80	0	0	170	567	0	0	0	0	0	0	0	0	76	253	0	0	9	9
12月	63	87	0	0	178	587	0	0	11	42	0	0	0	0	71	196	0	0	22	22
1月	56	84	0	0	207	688	0	0	4	21	0	0	0	0	39	110	0	0	27	27
2月	67	96	0	0	172	560	0	0	0	0	0	0	0	0	24	70	0	0	14	14
3月	72	114	0	0	195	642	0	0	0	0	0	0	0	0	71	211	0	0	8	8
合計	370	529	0	0	1,137	3,777	0	0	15	63	0	0	0	0	314	953	0	0	107	107
総計	712	937	0	0	2,489	7,995	0	0	15	63	0	0	0	0	612	1,874	0	0	232	232

※言語聴覚士は摂食状況確認等、随時介入

※今年度、摂食機能訓練については算定可能対象者なし。肺炎、認知症による食欲不振や嚥下障害に対して介入し、摂食状態の評価や食形態の変更をしています。

▶ 運動器リハビリの対象疾患・病態と件数(単位:件数)

疾患・病態	件数
1 大腿骨頸部骨折	21
2 腰部脊柱管狭窄症	19
3 腰椎圧迫骨折	14
3 大腿骨転子部骨折	14
5 腰椎椎間板ヘルニア	9
5 頸椎症性脊髄症	9
その他	101

▶ 廃用症候群リハビリの対象疾患・病態と件数(単位:件数)

疾患・病態	件数
1 肺炎	7
2 新型コロナ感染症後	6
3 脱水症後	2
3 尿路感染症後	2
3 脱力症	2
6 その他	25

▶ 脳血管リハビリの対象疾患・病態と件数(単位:件数)

疾患・病態	件数
1 マルキファークアピニャミ病	1

▶ 食種別食数(単位:食)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
常食	734	690	370	565	756	679	3,794	710	535	644	591	626	646	3,752	7,546
軟食	1,825	1,925	1,786	2,202	2,249	2,025	12,012	1,989	1,752	1,920	2,000	1,621	2,096	11,378	23,390
7分粥食	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	12	5	0	17	18
5分粥食	16	10	60	32	0	0	118	0	1	3	28	18	3	53	171
3分粥食	1	0	0	6	0	0	7	0	0	0	0	3	0	3	10
流動食	13	22	10	14	1	1	61	6	4	3	10	10	3	36	97
エネルギー 塩分制限食 1800	0	0	70	0	0	0	70	0	4	9	53	70	40	176	246
エネルギー 塩分制限食 1600	124	126	202	200	6	119	777	122	161	119	149	131	117	799	1,576
エネルギー 塩分制限食 1400	179	25	5	70	124	103	506	101	97	39	1	61	55	354	860
エネルギー 塩分制限食 1200	0	49	76	0	18	0	143	0	0	0	0	0	45	45	188
エネルギー 塩分制限食 1000	0	0	0	0	0	0	0	0	25	13	0	0	0	38	38
低たんぱく食 40g	0	0	0	14	27	59	100	93	95	93	25	0	0	306	406
低残渣食	0	0	17	20	20	17	74	60	33	99	39	34	10	275	349
高たんぱく食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	133	0	141	141
経管栄養食	22	12	127	0	0	38	199	14	86	241	160	23	34	558	757
合計	2,914	2,859	2,723	3,123	3,201	3,042	17,862	3,095	2,793	3,183	3,076	2,735	3,049	17,931	35,793

▶ 病態別特別食数(単位:食)

対象病態	食数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
糖尿病	1,599	経管栄養食	22	12	127	0	0	38	14	86	241	160	23	34
心疾患	629	治療食等	303	200	370	304	195	298	376	415	372	275	429	267
腎疾患	497	一般食	2,589	2,647	2,226	2,819	3,006	2,706	2,705	2,292	2,570	2,641	2,283	2,748

▶ 栄養指導(入院・外来)(単位:人)

区分	4月		5月		6月		7月		8月		9月		合計		
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	合計
脂質異常症	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2
糖尿病	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	3
高度肥満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	3
合計	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	3	2	6	8

区分	10月		11月		12月		1月		2月		3月		合計			総計		
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	合計	入院	外来	合計
脂質異常症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3	3
糖尿病	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	1	5	6
高度肥満	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	2	2
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
合計	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	6	6	2	12	14

▶ 特定保健指導(外来・職員)(単位:人)

区分	4月		5月		6月		7月		8月		9月		合計		
	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	合計
社保 動機付け	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	3	5
社保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国保 動機付け	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	3
国保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2
職員 動機付け	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	0	7	7
職員 積極的	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	5	5
合計	0	3	0	0	0	1	4	4	3	6	0	1	7	15	22

区分	10月		11月		12月		1月		2月		3月		合計			合計
	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	合計	
社保 動機付け	1	2	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	4	5	9	14
社保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国保 動機付け	3	1	1	2	0	0	0	0	0	4	0	0	4	7	11	14
国保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
職員 動機付け	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
職員 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
合計	4	3	1	2	0	0	1	3	2	4	0	0	8	12	20	42

▶ 国際疾病分類(入院:上位10疾患)(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
筋骨格系・結合組織系	31	23	16	24	24	28	146	11	23	21	19	7	10	91	237
循環器系	18	25	11	18	27	22	121	15	25	25	23	39	24	151	272
損傷・中毒・その他の外因の影響	17	22	15	20	18	18	110	21	18	13	20	12	22	106	216
呼吸器系	13	17	17	15	12	20	94	11	15	16	16	27	12	97	191
内分泌・代謝系	9	12	12	16	19	16	84	13	20	12	10	15	8	78	162
消化器系	19	14	11	5	11	12	72	16	12	15	10	16	7	76	148
精神及び行動の障害	13	7	8	10	13	8	59	8	5	11	4	8	5	41	100
尿路生殖器系	12	6	7	11	6	10	52	8	8	5	6	5	6	38	90
神経系	8	2	6	8	12	12	48	6	8	3	9	2	5	33	81
傷病及び死亡の外因	9	10	8	7	6	7	47	7	5	3	11	5	6	37	84

▶ 区分の主な内訳(単位:件/%)

順位	筋骨格系・結合組織系		循環器系		損傷・中毒・その他の外因の影響		呼吸器系		内分泌・代謝系	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1	63	26.6	105	38.6	46	21.3	103	53.9		0.0
2	38	16.0	51	18.8	30	13.9	19	9.9		0.0
3	18	7.6	42	15.4	19	8.8	19	9.9		0.0
4	16	6.8	22	8.1	17	7.9	14	7.3		0.0
5	16	6.8	21	7.7	16	7.4	8	4.2		0.0
6	86	36.3	31	11.4	88	40.7	57	29.8	38	23.5

▶ 国際疾病分類統計(入院)(単位:件)

区 分		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
感染症及び 寄生虫症	男性	1	2	1	1	2	2	1	1	1	0	0	0	12
	女性	4	0	2	2	1	1	2	3	2	1	4	1	23
	全体	5	2	3	3	3	3	3	4	3	1	4	1	35
新生物	男性	2	6	4	3	3	3	8	1	0	1	0	4	35
	女性	1	4	1	4	0	0	0	2	3	3	6	4	28
	全体	3	10	5	7	3	3	8	3	3	4	6	8	63
血液及び造血器の 疾患ならびに免疫 機構の障害	男性	0	1	3	2	2	2	2	1	0	1	3	0	17
	女性	1	0	0	2	1	0	2	1	0	2	2	1	12
	全体	1	1	3	4	3	2	4	2	0	3	5	1	29
内分泌、栄養 及び代謝疾患	男性	5	7	7	7	11	7	8	8	5	3	6	3	77
	女性	4	5	5	9	8	9	5	12	7	7	9	5	85
	全体	9	12	12	16	19	16	13	20	12	10	15	8	162
精神及び 行動の障害	男性	7	3	2	3	5	3	4	1	3	3	5	3	42
	女性	6	4	6	7	8	5	4	4	8	1	3	2	58
	全体	13	7	8	10	13	8	8	5	11	4	8	5	100
神経系の疾患	男性	7	0	3	5	5	7	2	1	1	3	0	4	38
	女性	1	2	3	3	7	5	4	7	2	6	2	1	43
	全体	8	2	6	8	12	12	6	8	3	9	2	5	81
眼及び付属器の 疾患	男性	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	4
	女性	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	7
	全体	0	1	1	2	1	3	2	0	0	1	0	0	11
耳及び乳様突起の 疾患	男性	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3
	女性	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	6
	全体	0	1	0	1	0	2	0	1	2	1	1	0	9
循環器系の疾患	男性	11	15	2	10	12	7	5	17	10	6	20	12	127
	女性	7	10	9	8	15	15	10	8	15	17	19	12	145
	全体	18	25	11	18	27	22	15	25	25	23	39	24	272
呼吸器系の疾患	男性	6	13	9	8	9	8	5	6	7	9	10	7	97
	女性	7	4	8	7	3	12	6	9	9	7	17	5	94
	全体	13	17	17	15	12	20	11	15	16	16	27	12	191
消化器系の疾患	男性	8	7	9	2	5	3	9	6	6	7	5	4	71
	女性	11	7	2	3	6	9	7	6	9	3	11	3	77
	全体	19	14	11	5	11	12	16	12	15	10	16	7	148
皮膚及び皮下組織の 疾患	男性	10	1	7	6	3	7	5	4	2	5	1	2	53
	女性	0	1	6	6	0	7	4	2	1	1	3	4	35
	全体	10	2	13	12	3	14	9	6	3	6	4	6	88
筋骨格系及び 結合組織の疾患	男性	9	10	7	9	11	12	5	11	7	12	2	3	98
	女性	22	13	9	15	13	16	6	12	14	7	5	7	139
	全体	31	23	16	24	24	28	11	23	21	19	7	10	237
尿路器系の疾患	男性	7	1	2	5	3	6	5	6	3	2	5	4	49
	女性	5	5	5	6	3	4	3	2	2	4	0	2	41
	全体	12	6	7	11	6	10	8	8	5	6	5	6	90
先天奇形、変形 及び染色体異常	男性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	女性	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
	全体	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
症状、徴候及び異常臨床 所見・異常検査所見で他 に分類されないもの	男性	4	6	3	2	8	5	5	5	2	3	6	3	52
	女性	3	4	3	3	10	8	3	3	7	3	7	3	57
	全体	7	10	6	5	18	13	8	8	9	6	13	6	109
損傷、中毒及び その他の外因の影響	男性	4	7	2	9	8	6	10	5	4	6	8	11	80
	女性	13	15	13	11	10	12	11	13	9	14	4	11	136
	全体	17	22	15	20	18	18	21	18	13	20	12	22	216
傷病及び死亡の外因	男性	0	2	0	5	4	3	1	1	1	3	4	3	27
	女性	9	8	8	2	2	4	6	4	2	8	1	3	57
	全体	9	10	8	7	6	7	7	5	3	11	5	6	84
健康状態に影響を およぼす要因及び 保健サービスの利用	男性	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	5
	女性	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	全体	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	1	0	7

▶ 利用状況(単位:件/%)

区分	件数	割合 (%)
受診援助	852	6.9
入院援助	1,060	8.5
退院援助	3,409	27.4
療養上の問題援助	3,004	24.2
経済問題調整	689	5.5
就労問題援助	13	0.1
住宅問題援助	847	6.8
教育問題援助	0	0.0
家族問題援助	891	7.2
日常生活援助	1156	9.3
心理・情緒的援助	374	3.0
医療における人権擁護	126	1.0
合計	12,421	100

▶ 相談室経由入退院数(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
入院	7	4	5	5	6	10	37	8	8	2	2	8	9	37	74
退院	23	22	26	19	27	23	140	17	21	13	24	31	26	132	272

▶ 入院経路別内訳(単位:%)

区分	4~9月	10~3月
病院	35.1	35.1
施設	27.0	29.8
在宅	37.9	35.1

▶ 退院先内訳(単位:%)

区分	4~9月	10~3月
自宅	43.6	38.6
施設	35	35.6
病院	13.6	14.4
死亡	7.8	11.4

▶ 相談室経由の入院時主病名(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計	
	脳卒中	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	4
その他 頭部疾患	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2	2.7%
心疾患	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1.4%
呼吸器	0	0	2	2	0	2	6	0	5	0	0	1	4	10	16	21.6%
肺炎	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	4	5	6.8%
消化器	2	0	1	0	0	4	7	1	0	1	1	1	0	4	11	14.9%
泌尿器	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1.4%
骨折	1	0	1	1	2	2	7	1	1	0	0	2	1	5	12	16.2%
その他 整形外科	2	0	0	2	2	1	7	3	0	0	0	0	0	3	10	13.5%
癌	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	2	3	4.1%
難病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
糖尿病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
認知症	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1.4%
廃用症候群 その他	0	2	0	0	2	0	4	2	0	0	0	1	1	4	8	10.8%
合計	7	3	4	5	6	10	35	8	9	2	2	9	9	39	74	100.0%

統計資料 10

健診部

加後伊知子（課長）、小滝優加（主任）、小玉恵子（主任）、目黒幸恵
島田青蘭、阿部康子、島田友子、上倉和美、松嶋千代、齊藤留美、榎本清歌

▶ 利用状況(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総合計
生活習慣病 予防健診	35	105	170	188	160	201	859	184	174	157	173	145	74	907	1,766
特定健診 定期健診	33	69	85	79	105	91	462	86	96	74	70	85	61	472	934
日帰りドック	1	1	2	2	2	3	11	2	3	5	5	4	5	24	35
子宮癌検診	3	6	18	18	25	29	99	19	24	16	16	23	12	110	209
乳癌検診	3	5	11	16	19	22	76	16	20	16	15	22	14	103	179
合計	75	186	286	303	311	346	1,507	307	317	268	279	279	166	1,616	3,123

有所見者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
合計	58	157	227	246	231	265	243	245	201	229	203	129	2434
所見率	84.1%	89.7%	88.3%	91.4%	86.5%	89.8%	89.3%	89.7%	85.2%	92.3%	86.8%	92.1%	89.0%

[有所見内訳]

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
血圧	5	19	36	30	30	20	32	32	36	31	22	29	322
脂質	18	57	84	79	75	92	91	88	81	93	80	51	889
肝機能	12	31	41	28	36	40	37	37	33	41	14	14	364
糖代謝	12	32	41	33	36	31	34	40	37	36	42	23	397
尿酸	12	19	30	34	30	27	31	26	20	26	16	18	289
腎機能・尿	11	17	28	32	18	11	14	23	14	20	15	14	217
血液一般	4	13	12	26	20	18	25	23	17	20	17	12	207
心電図	13	35	48	43	31	25	27	18	21	18	19	13	311
胸部X線	11	31	57	53	47	42	28	30	30	26	35	9	399
眼底	1	3	4	5	4	4	7	1	7	6	2	2	46
肺機能	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2	1	2	10
胃部X線	13	36	59	44	53	55	46	37	36	49	40	22	490
腹部超音波	3	7	10	6	4	7	1	6	9	12	7	7	79
便潜血	1	5	11	6	3	7	9	14	1	10	11	2	80
マンモグラフィー	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	3	3	11
子宮細胞診	0	0	2	2	4	1	3	2	2	0	6	0	22
胃部内視鏡	3	6	16	5	11	12	10	11	7	11	12	10	114

上半期のまとめ

活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・救急受入患者増加の為の、救急処置室内のベット数を増やしてレイアウトの見直しを行った。 ・業務運営の見直しとして、書類、カルテの運用方法の見直しを行った。 ・外来業務のマニュアルを作成中。 ・発熱外来のレイアウトや運用を見直し、増患に対して ICT や ICD の星医師と繰り返し検討を重ね、多目的ホール前のラウンジで外来と場所の区別を行い感染対策に留意した運用を行った。ピーク時は 50 名/日の受診者がおり、外来の収入アップにも繋がった。 ・ベッドコントロールに関して空床を把握し、病棟責任者と連携して救急患者の受け入れと、手術予定患者の入院の調整をスムーズに行えるよう努めた。 ・救急ホットラインを看護師が受けるようになった。
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> ・救急処置室のベット数を増やす事により救急患者の受け入れを増加することが出来、救急者受け入れ台数が過去最高となり、収入増加に繋がった。救急ホットラインを看護師が受けることで、救急担当医師ともすぐに連携が出来、検査や処置を円滑に回すことが出来た。 ・書類、カルテ内の運用方法を医局会、臨時の業務改善会議にて問題点を洗い出し、事務部・コメディカルと連携し見直した事により、無駄を省きスムーズに運用することが出来た。今後も見直しを行っていく。
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての外来業務マニュアルを作成中、今年度中に全ての外来業務に対するマニュアルを完成させる。 ・救急対応、処置室、外来診察補助、カルテさばき、内視鏡、健診、手術室、発熱外来等の様々なセクションに対して出来るスタッフを増やしていけるように、メインで任せるスタッフとサポートに入れるスタッフの育成を行っていく。 ・日々の業務の中で外来は特に各部署との連携が必要なため、問題点や改善点を発信して行けるように毎週カンファレンスを行う。

①救急搬送受け入れ件数

2021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	合計	月平均
救急車全台数(目標1800台)		108	118	104	145	94	66	102	83	95	111	91	113	1230	102.5
そのうち救急車で入院した件数		21	30	34	33	20	21	32	29	28	30	27	28	333	
東京都 休日全夜間診療事業	時間内	21	24	21	30	22	16	15	15	25	25	24	32	270	
	時間外	87	94	83	115	72	50	87	68	70	86	67	81	960	
社会医療法人 (時間外750台以上)	時間内	24	26	24	31	23	17	18	19	22	30	28	34	296	
	時間外	84	92	80	114	71	49	61	51	73	63	63	79	880	
目標に対する進捗率						31.6%	35.3%	40.9%	45.6%	50.8%	57.0%	62.1%	68.3%		
断り件数		66	65	48	101	109	50	45	38	41	90	110	102	865	
2022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	合計	月平均
救急車全台数(目標1800台)		82	89	97	142	132	72	89	70	65	90	57	90	1075	89.583
そのうち救急車で入院した件数		23	28	32	31	15	23	30	30	23	32	18	19	304	
東京都 休日全夜間診療事業	時間内	24	25	27	57	48	20	29	17	18	31	17	33	346	
	時間外	58	64	70	85	83	52	60	53	47	59	40	57	728	
社会医療法人 (時間外750台以上)	時間内	25	30	29	93	51	25	31	21	19	34	20	36	414	
	時間外	57	59	68	49	80	47	58	49	46	56	37	54	660	
目標に対する進捗率		4.6%	9.5%	14.9%	22.8%	30.1%	34.1%	39.1%	42.9%	46.6%	51.6%	54.7%	59.7%		
断り件数		56	46	38	154	155	67	35	65	111	134	59	64	984	
2023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	合計	月平均
救急車全台数(目標1800台)		110	106	115	175	200	179	153	148					1186	98.833
そのうち救急車で入院した件数		31	27	20	28	33	31	18	27					215	
東京都 休日全夜間診療事業	時間内	45	38	46	70	72	62	48	44					425	
	時間外	65	68	69	105	128	117	105	104					761	
社会医療法人 (時間外750台以上)	時間内	49	42	51	85	83	100	53	49					512	
	時間外	61	64	64	90	117	79	100	99					674	
目標に対する進捗率		6.1%	12.0%	18.4%	28.1%	39.2%	49.2%	57.7%	65.9%	65.9%	65.9%	65.9%	65.9%		
断り件数(先方からのキャンセル含)		21	32	38	48	91	62	35	40					367	

②収入増加上半期（4月～9月）（2022年、2023年度比）

4月	当年	11,091,232	救急1台	32.077円
	前年	11.350.891		
5月	当年	13.228.532	前年受け入れ件数	614件
	前年	10.225.728		
6月	当年	16.417.801	当年受け入れ件数	885件
	前年	9.451.675		
7月	当年	19.481.407	差	271件
	前年	13.300.420		
8月	当年	20.947.780		8.692.867円
	前年	12.842.718		
9月	当年	17.981.354		
	前年	10.755.992		
計	当年	99.148.106		
	前年	67.927.424	前年比+ 31.220.682円	

③書類、カルテの運用方法、問題点の見直し

- ・処置伝票、点滴伝票をなくしカルテ内に内容をDrが記入する事で転記ミスを防ぎ、更に伝票を書く手間がやカルテ内貼ったり、挟む手間が省け効率よくカルテを処理することが出来た。
- ・QQや外来で使用した点滴や薬は、その都度伝票に記入して薬局に請求していたが、QQ受け入れの増加、発熱患者の増加により補充が間に合わなくなっていたため、薬剤の定数を決め使用した分だけ1日2回定時で補充してもらうことで、在庫切れがなくなりスムーズな診療を行う事ができた。
- ・発熱患者の急増により、医事課のカルテ作成が追いつかず、診察が遅くなり患者を待たせてしまっていたが、カルテが来る前に2号用紙に記録し検査を始め結果を記入Drの診察後カルテに入れ医事課へ流すことで、患者を待たす事なくスムーズに運用出来ている。

下半期のまとめ	
<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救急処置室のベットを3台に増やし、それぞれにカルテが置ける様にカートを設置しスムーズな動線を確保した。 ・上半期同様、業務運営の見直しとして書類の見直しを行った。 ・胃カメラの申込書、問診表を見直し、Google スプレッドシートにスムーズに入力出来るようにし業務の短縮化を図った。 ・外来業務の全てのマニュアルを作成した。 ・ベッドコントロールに関して頻回に空床を把握し、病棟責任者と連携して救急患者の受け入れをしている。 ・手術予定患者の入院の調整をスムーズに行えるようカルテ内医師指示の確認をし直ちに病棟のホワイトボードに記入しているか確認を行い入院予定日の漏れ防止に努めた。
<p>評価・総括</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救急患者の受け入れ台数が過去最多となり、患者誤認のリスクがあったがベットごとにカートを設置することで救急患者の受け入れをスムーズにすることが出来、上半期同様に収入増加に繋がった。 ・外来業務マニュアルをパウチしいつでも見れるよう処置室へ置き外来看護師以外のスタッフでも統一した業務が出来た。 ・上半期同様、病棟看護師と連携して空床を把握することでホットライン受け時、救急担当医師へ報告出来円滑に救急を受け入れる事が出来た。
<p>次年度の取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度同様、全ての外来業務が出来るスタッフの育成を行っていく。 ・最小限のスタッフで業務を行っているためスタッフが集まらず毎週カンファレンスを行う事ができていない。カンファレンスノートを活用し外来業務に携わるスタッフ全員に周知していく。

①救急搬送受け入れ件数

2021年度														合計	月平均
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
救急車全台数(目標1800台)	108	118	104	145	94	66	102	83	95	111	91	113	1230	102.5	
そのうち救急車で入院した件数	21	30	34	33	20	21	32	29	28	30	27	28	333		
東京都	21	24	21	30	22	16	15	15	25	25	24	32	270		
休日全夜間診療事業	時間内														
	時間外	87	94	83	115	72	50	87	68	70	86	67	81	960	
社会医療法人(時間外750台以上)	時間内	24	26	24	31	23	17	18	19	22	30	28	34	296	
	時間外	84	92	80	114	71	49	61	51	73	63	63	79	880	
目標に対する進捗率					31.6%	35.3%	40.9%	45.6%	50.8%	57.0%	62.1%	68.3%			
断り件数	66	65	48	101	109	50	45	38	41	90	110	102	865		
2022年度														合計	月平均
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
救急車全台数(目標1800台)	82	89	97	142	131	72	89	70	65	90	57	90	1074	89.5	
そのうち救急車で入院した件数	23	28	32	31	15	23	30	30	23	32	18	19	304		
東京都	時間内	24	25	27	57	48	20	29	17	18	31	17	33	346	
休日全夜間診療事業	時間外	58	64	70	85	83	52	60	53	47	59	40	57	728	
社会医療法人(時間外750台以上)	時間内	25	30	29	93	51	25	31	21	19	34	20	36	414	
	時間外	57	59	68	49	80	47	58	49	46	56	37	54	660	
目標に対する進捗率	4.6%	9.5%	14.9%	22.8%	30.1%	34.1%	39.0%	42.9%	46.5%	51.5%	54.7%	59.7%			
断り件数	56	46	38	154	155	67	35	65	111	134	59	64	984		
2023年度														合計	月平均
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
救急車全台数(目標1800台)	110	106	115	175	200	179	153	148	177	227	197	169	1956	163	
そのうち救急車で入院した件数	31	27	20	28	33	31	18	27	26	26	28	17	312		
東京都	時間内	45	38	46	70	72	62	48	44	41	59	50	48	623	
休日全夜間診療事業	時間外	65	68	69	105	128	117	105	104	136	168	147	121	1333	
社会医療法人(時間外750台以上)	時間内	49	42	51	85	83	100	53	49	48	66	36	48	710	
	時間外	61	64	64	90	117	79	100	99	129	161	161	121	1246	
目標に対する進捗率	6.1%	12.0%	18.4%	28.1%	39.2%	49.2%	57.7%	65.9%	75.7%	88.3%	99.3%	108.7%			
断り件数(先方からのキャンセル含)	21	32	38	48	91	62	35	40	34	73	61	48	583		

救急1台 32,077円
 前年受け入れ件数 1075件
 当年受け入れ件数 1956件
 差 881件
 28,259,837円

②収入増加(2022年、2023年度比)

4月	当年	11,091,232
	前年	11,350,891
5月	当年	13,228,532
	前年	10,225,728
6月	当年	16,417,801
	前年	9,451,675
7月	当年	19,481,407
	前年	13,300,420
8月	当年	20,947,780
	前年	12,842,718
9月	当年	17,981,354
	前年	10,755,992
計	当年	99,148,106
	前年	67,927,424

前年比+31,220,682円

10月	当年	16,806,415
	前年	9,856,068
11月	当年	16,392,839
	前年	10,500,127
12月	当年	19,844,913
	前年	11,519,964
1月	当年	20,749,853
	前年	11,437,151
2月	当年	16,793,467
	前年	9,382,637
3月	当年	16,663,319
	前年	10,781,421
計	当年	107,250,806
	前年	63,477,368

前年比+43,773,438円

各部署の年度総括

各部署の年度総括

地域包括ケア病棟

上半期のまとめ

活動実績 (目標進捗度 その他)	①6月に看護配置加算取得 ②車椅子5台と歩行器3台を購入し、リハビリ室で管理することで、ADLに合わせて車椅子や歩行器への移行がスムーズに行くようになり、リハビリがスムーズに進むようになった。 ③入退院の調整を行い、病床稼働率の月平均が91.7%で運用できている。
------------------------	--

	<p>④固定チームができる程のスタッフの人数がいなかったこと、新人 6 人の入職があり、教育を優先したため固定チームの導入には至らなかった。</p> <p>⑤入院カルテ準備や、手術患者の点滴・検査伝票の準備、書類関係の整理等クラークに業務を移行できた。</p> <p>⑥固定チームができていないため、チームカンファレンスは行えなかった。</p> <p>⑦月 2 回の勉強会開催には至っていないが、現状の問題点に即した勉強会を不定期で開催している。</p> <p>⑧病棟カンファレンスを実施できるようになってきた。</p>
評価・総括	<p>①スタッフの面談を適宜行い、スタッフの問題解決に努めることで離職防止につながっている。上司 2 名同席し、3 者で面談を行っている。体調面の把握、勤務状況、困っていること、指導、目標や行動計画の共有などについて聴き取りを行い、対応していかなければならないことの洗い出しなども同時に行っている。</p> <p>②リハビリスタッフの協力により車椅子や歩行器への移行がスムーズになり、離床促進につながっている。リハビリスタッフと連携することで患者情報を共有し、病棟での療養生活がリハビリにつながるような看護介入ができるようになる必要がある。また、なかには術後合併症を発症し入院期間が長期になることがあった。</p> <p>③ベッドコントロールを行う窓口が多方にわたっていたため 1 日の退院人数が 5 人になることや、予約入院が 3 人になることがあり、安定した空床を保つことができなかった。各部署のベッドコントロールの責任者を決め、情報共有を行う必要がある。(病棟のベッドコントロール責任者は二階病棟係長(3名)か、不在時は日勤責任者が行う)</p> <p>④新人教育を優先しているため、固定チームにすることができていない。チームを固定化し、現在不足している個性のある看護ケアの提供につなげていく必要がある。</p> <p>⑤事務業務の分業化により、以前より看護業務に当てる時間が確保できた。</p> <p>⑥チームとしてのカンファレンスはできなかったが、日々の業務の合間に、小カンファレンスを不定期で行い、患者への看護介入や業務上の問題点を話し合い、ケアの質の向上に努めることができ始めている。</p> <p>⑦看護部や外部からの研修や、現状の問題点に即した勉強会は不定期で開催できているが、スタッフによる病棟内での自発的な勉強会は定期的に行えていない現状がある。</p> <p>【研修内容】</p> <p>看護部主催の研修：新型コロナワクチンより筋肉注射に関する研修、看護補助者研修</p> <p>外部主催研修：使用薬剤、新規採用薬研修、呼吸器研修、心電図モニター研修、オムツ交換について</p> <p>⑧病棟カンファレンスを実施できているが、話し合いの内容が主催者側からの問題提起になっていることが多い。スタッフ全体で問題点や改善策を発信できるようなカンファレンスにしていく必要がある。</p>
下半期の取り組み	<p>①看護配置加算が継続して取得できるように、スタッフのメンタルケアを行っていき、モチベーションの維持と向上に努めていく。</p> <p>②術後合併症予防のため、看護ケアを専門職に介入してもらいながら実施していく(口腔ケア、ポジショニング、離床)</p> <p>③日々のベッドコントロール責任者を明確にし、ベッドコントロールにおけるルールを各所で共有しながら安定した稼働率を維持していくようにする</p> <p>④新人教育と並行してチーム編成を行い、固定チームを導入していく。</p> <p>⑤引き続き病棟内の業務内容を見直し、分業化できるものを多職種と相談しながら移行していく</p>

	<p>⑥固定チームを導入しチームカンファレンスを定着させ、問題点の抽出、ケアの向上に努めていく。</p> <p>⑦スタッフが個々の知識と技術の向上に向けて、自発的に勉強会を実施できるような環境を整えていく。</p> <p>⑧カンファレンスを行うにあたって、話し合いたい議題を事前に提示して個々の意見を出しやすくし、カンファレンスの質を向上させていく</p>
--	--

下半期のまとめ	
---------	--

<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<p>①6月に看護配置加算取得</p> <p>②上半期に車椅子5台と歩行器3台購入、ADLに合わせて車椅子や歩行器への移行は引き続きスムーズに出来ている。</p> <p>③入退院の調整を行い、病床稼働率の月平均が97.6で運用出来ている。</p> <p>④固定チームが運用できるほどの人数がおらず、スタッフの退職があり導入出来ていない。</p> <p>⑤電子化の準備はまだだが、現時点での書類関係の整理はクラークに継続して移行できている。</p> <p>⑥固定チームナーシングは導入出来ていないが、スタッフと日々の中でカンファレンスが出来るよう話し合い日曜日に毎週カンファレンスを取り入れていく方向で検討し、開始し始めている。</p> <p>⑦月に2回の勉強会は実地出来ていない。</p> <p>⑧病棟カンファレンスは下期は出来なかったが、日々の問題はその都度話し合うことは出来ている。</p>
<p>評価・総括</p>	<p>①スタッフの面談を適宜行い、スタッフの抱えている問題解決に努めている。上司2名同席し3者で面談を行っている。体調面の把握、勤務状況、困っていること、指導、病棟目標に対しての個人目標について行動計画の共有など聞き取りを行っている。年度始めと年度終わりの2回の病棟職員全員の面談自体は何とか実施出来たものの、中間としての面談は限られたスタッフしか出来なかった。また面談だけでなく問題を共有するための環境を整えることが必要と考える。</p> <p>②リハビリスタッフの協力により車椅子や歩行器への移行がスムーズになり、離床促進につながっている。しかし、その中でも術後合併症や長期入院になるケースもあった。今後はリハビリスタッフとの連携体制を強固にする対策を行いながら、さらに病棟スタッフの看護ケアの質を高めていくようにする必要がある。特に身体拘束の長期化は入院を長引かせる要因であるため、解除にする取り組みをスタッフ全体で検討していく。</p> <p>③ベットコントロールの窓口は責任者と統一されたことにより、情報の統一化が測れるようになった。タイムリーな空床情報が知りたいと多職種・他部署からの意見もありホワイトボードの作成も行っている。また、入退院の曜日・時間を調整しながら火曜日の東京ルールに備えたコントロールやスタッフのマンパワーも考慮しながら行っている。急な入退院でスタッフの混乱を招かないよう今後も問題点を洗い出し、スムーズなベットコントロールが出来るように他部門とも連携して日々対策していく必要がある。</p> <p>④固定チームナーシングの導入は出来ていないが、出来るだけ日々同じ患者さんに関われるよう週間予定の作成を行っている。今後人員が増え、安定していけば、固定チームナーシングを導入していく。</p> <p>⑤事務業務の分業化により、以前より看護業務に充てる時間が確保できている。しかし、マンパワー不足もあり一人一人の看護業務自体が多く残業にもつながっている。看護の質を高めていくためにも、引き続き業務の分業化を続けていく必要がある。</p> <p>⑥固定チームとしてのカンファレンスは出来なかったが、日々の業務の合間に小カンファレンスを不定期で開催出来ている。またカンファレンスを定期的に行えるように、現在比較的病棟の動きの少ない日曜日に実施</p>

	<p>し定期的なカンファレンスができるように習慣化も行っている。今後は日時を確定し定期的なカンファレンスを行っていく予定。</p> <p>⑦看護部や外部からの研修や、現状の問題点に即した勉強会は不定期で開催出来ているが、スタッフによる自発的な勉強会は行えていない。現場のスタッフの学習する意欲はあるものの、時間が確保できない状況であるため「SQ ラダー研修」などを取り入れ個人の空いた時間などに学習できるように体制を整えていく。</p> <p>⑧病棟カンファレンスが不定期であり実施できていないこともある。まず、カンファレンスを定期的に行えるように日時の固定を行い、スタッフが問題提起や改善案を出せるような環境にしていく必要がある。</p>
--	--

各部署の年度総括

栄養科

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>2023 年度栄養科の目標としては、老健における栄養強化マネジメント加算全入所者算定を掲げていたが、5月に退職者が発生したことにより、算定の人員要件を満たすことができず、やまぎき 20 名のみ算定となった。また給食の質を上げる為に、献立・行事食・食事形態など大幅な改革を予定していたが、5月に退職者が出たことにより、栄養科人員の 1/3 が減少した為、日々の業務をこなすことで手一杯となり、改革に時間を割くことができなかった。</p>
評価・総括	<p>人員が不足している中でも、職員の特定保健指導実施 100%達成・外来特定保健指導去年度と同様の対応にて件数の維持・栄養マネジメント強化加算やまぎき算定開始・9月の監査対応など、業務を縮小することなくイベントを乗り切ることができた。</p>
下半期の取り組み	<p>10月より欠員の補充がされたため、栄養マネジメント強化加算のユニット分残り 60 名の算定を目指して、11月に運用の準備中。12月からの算定を予定している。算定後は経口移行加算および経口維持加算算定の土台作りに取り組みたい。</p> <p>また 12月より食事の質を上げる為に、給食委託会社と献立について協議を行っていく予定。現状は給食委託会社の組織としての質が悪い為、献立改革の中で、給食委託会社の組織としての改革も同時に行っていきたいと考えている。</p> <p>地域包括病棟における栄養管理において、現状栄養科の積極的な介入が、人員の課題でできていない。10月より入職した橋田も臨床栄養について未経験者であり、橋田の業務遂行状況を見て、包括病棟における栄養管理(治療効果の工場・リハビリ栄養・術後の栄養管理・食思不振者対応など)の質を上げて、早期退院ができるような積極的な介入を進めていきたい。</p> <p>今後は栄養管理を中心に栄養科としての実績を作っていく、将来的には管理栄養士 4 名体制の増員を目指していく、健診での健康情報周知活動や外来の栄養指導件数増加にも繋げていきたい。</p>

各部署の年度総括

■ 2023年度 外来特定保健指導 実績

支援	初回面接実施日	分類	最終評価
D	前年度	社保	4月22日
D	前年度	社保	4月22日
D	前年度	社保	4月28日
D	7月8日	社保	10月14日
D	7月22日	社保	10月23日
D	7月24日	特定健診	10月24日
D	7月31日	特定健診	11月6日
S	8月7日	特定健診	
S	8月14日	特定健診	
D	8月14日	特定健診	11月17日
D	10月2日	特定健診	1月予定
D	10月2日	特定健診	1月予定
D	10月6日	社保	1月予定
D	10月23日	特定健診	1月予定
D	11月3日	特定健診	2月予定

2023年度 特定保健指導件数

区分	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		合計		
	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	初回	評価	合計
社保 動機付け	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	5	8
社保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
国保 動機付け	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	1	1	2	7	3	10
国保 積極的	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
職員 動機付け	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	7	7
職員 積極的	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5	5
小計	0	3	0	0	0	1	4	4	3	6	0	1	4	3	1	2	12	20	32

下半期のまとめ

活動実績
(目標進捗度
その他)

10月より欠員の補充がされたため、栄養マネジメント強化加算のユニット分残り60名の算定を目指して、12月から算定を実現した。算定を通してミールラウンドの強化を行い、食事摂取時の関りを増やしたことで、課題の早期発見および早期対応ができるようになり、老健における食事変更件数が増加した。

整形外科の手術および消化管手術件数増加により、食事オーダーの効率化を目的に食事伝票の改定を実施した。今まで手術をする場合には食事伝票が数枚必要になる運用で合ったが、入院時の食事伝票1枚で完結できるようになった。そのことで看護部の食事伝票記載業務および栄養科の食事変更業務における効率化に繋げることができた。

健診においては、栄養相談や健診アンケート結果で需要のある情報に関してパンフレットの作成を行い、待合室に設置を行った。また栄養展示スペースのリニューアルを行い、少しでも受診者様が健診時に自身の健康や生活習慣を見直すきっかけの仕掛け作りを行った。

評価・総括

2023年開始当初に目標としていた栄養マネジメント強化加算の算定を、欠員が発生した中でも上半期に準備を怠らざり行ったことで、下半期で算定することができた。業務量としては増えてはいるが、時間外に繋がらないように業務調整をすることを意識しながら、日常業務として定着することはできている。

今後は地域包括ケア病棟の栄養管理強化・健診部門における予防栄養活動など、さらに栄養科に対する需要が増えていく中で、管理栄養士の専門的スキルならびに業務量をこなすスキルなど全体なレベルア

	<p>アップなくして、対応ができないと考える。今後は業務を構築していく中でも、個々のレベルアップができるように科内研修や個々へのサポート体制も同時に構築していきたい。</p>
次年度の取り組み	<p>地域包括ケア病棟における栄養管理において、現状栄養科の積極的な介入が、人員の課題でできていない。2024年度の事業計画において、回転率の向上と地域包括医療病棟への転換を掲げており、在院日数短縮が今後求められていく。その中で栄養科としては管理栄養士が積極的に病棟介入を行い、栄養面からサポート（術後の創部治癒・リハビリ栄養・食思不振対応・褥瘡対応など）を行うことで、早期退院へ繋げる部分には大きく寄与ができる。それは老健においても2024年度は入退所件数を増加させていく方針であることから同じことが言える。</p> <p>2024年度は管理栄養士1名増員の4名体制となる為、増員後は栄養管理における栄養科としての実績を作っていく、法人の事業目標に貢献できる働きをしていきたい。</p>

各部署の年度総括

検査科

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>① 看護部支援のため、コロナ NEAR 法の日勤帯検査全面实施</p> <p>② 老健看護部支援のため、入所時の採血実施。定期採血は引続き伝票作成、主治医への確認、採血、結果報告実施。</p> <p>③ 発熱外来のコロナ検査(PCR法、NEAR法、銀クロマト) 実施</p> <p>④ 健診乳腺超音波検査導入</p> <p>⑤ 健診受診者増加に向けた取り組みと検査実施</p> <p>⑥ 手術件数増加ため、輸血増加 77 件 (2023/11/8 現在)、術前心エコー対応</p> <p>⑦ PSG 検査、6 分間歩行導入、肺機能検査増加対応</p> <p>⑧ 乳腺外来、消化器外来増加における病理組織診断検査問い合わせ対応</p>
評価・総括	<p>星先生外来が増設されたことにより、新しい検査の導入実施。睡眠時無呼吸症候群のシーパップ導入判定の PSG 検査対応の為、睡眠時無呼吸症候群についての勉強会や検査機器の取り扱い研修を実施。また、6 分間歩行の勉強会を実施し、新しい検査に対応できるよう努めました。発熱外来では、可能な限り早く結果が出るようにし、できるだけ欠品しないよう試薬管理実施。</p> <p>手術件数増加に伴い、輸血、心エコー術前、術後の検査が増加し、対応しました。</p> <p>また、救急車受け入れ増加の為の検査件数増加、夜間帯検査にも対応しました。</p> <p>人員不足の為、老健から採血依頼があった時に断った件数が数件あった。</p>
下半期の取り組み	<p>新人職員の教育し、当院の検査方法に慣れてもらい、採血依頼の断る件数をなくしていきたい。</p> <p>引続き、各診療科、各医師、各病棟の検査科へのニーズに答えていく。</p> <p>健診の受診者増加の為準備をしていく。</p>

1.新しい検査実績

	2023年4月～9月	
PSG検査	6	(件)
6分間歩行	3	(件)

2.手術件数増加による検査の増加

	2022年4月～9月	2023年4月～9月		2023年/2022年
輸血	45	70	(件)	1.55556
術前心エコー	32	43	(件)	1.34375
術後血液検体検査	※算出不可	284	(件)	

※2022年度は術後セットを組んでいなかった為、集計不可能

3. 救急車受け入れ増加による検査件数増加（診療科が増加したことも検査件数増加に関与していると思われます。）

	2022年4月～9月	2023年4月～9月		2023年/2022年
院内生化	1,463	2,243	(件)	1.53315
院内血算	1,106	1,915	(件)	1.73146

下半期のまとめ

活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ① 看護部支援のため、コロナ NEAR 法の日勤帯検査全面实施 ② 老健看護部支援のため、入所時の採血実施。定期採血は引続き伝票作成、主治医への確認、採血、結果報告実施。 ③ 発熱外来のコロナ検査(PCR 法、NEAR 法、銀クロマト) 実施、看護部支援の為の ID 検索。 ④ コロナクラスター発生時の準備、検査、試薬管理。 ⑤ ICT でコロナ、インフルエンザ検査の件数や陽性者、発熱外来件数や検査内容推移の集計、報告。小平保健所管轄の傾向報告。 ⑥ 職員 PCR 検査の取りまとめ。結果報告。未検査者への提出促し。 ⑦ 健診受診者増加への対応。前年度 1,077 件、今年度 1,403 件 ⑧ 受診者へのアンケート回答取りまとめ。 ⑨ 輸血 77 件、術前心エコー68 件（加算可能であるため検査数増加）、手術における病理検体提出の対応。 ⑩ PSG 検査、6 分間歩行検査対応、肺機能検査増加対応 ⑪ 乳腺外来、消化器外来増加における病理組織診断検査、検体提出への問い合わせへの対応や対応。 ⑫ 職員健診の準備、婦人科医師や総務との打ち合わせ実施。
評価・総括	手術件数増加による術前検査の増加（UCG、検体検査、ECG）、術後検査の増加（検体検査）や救急車応需件数増加による検査の増加（検体検査、生理検査、抗原検査など）、入院患者の復帰率向上における検査件数増加、健診受診者の増加があった。途中、退職による人員減少で約 2.5 人となったが、周りにも助けられ、何とか持ちこたえた。1 月に入職 1 名あり、エコーの対応の幅が広がった。
次年度の取り組み	増員予定。健診受診者の増加や検査や検査結果のスムーズに実施、報告出来るようにしていきたい。

各部署の年度総括

放射線科

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>① 検査受入れ体制について繁忙状況を見極め、業務量に合わせて技師を配置する。「救急・外来・健診・手術」の増加に寄与する。また、医師から指摘を受けた撮影依頼の煩雑さを見直し、より多くの検査が可能な撮影体系に変更して行く。</p> <p>R4年 4月～9月 単純/3256件 透視/632件 CT/ 625件 手術/35件 R5年 4月～9月 単純/4929件 透視/672件 CT/1198件 手術/72件 前年比 151% 106% 192% 206%</p> <p>② マンモグラフィ検査の女性技師専任を標榜して受診者を増やす。</p> <p>R4年 4月～9月 106件/189枠 空き状況 44% R5年 4月～9月 154件/208枠 空き状況 26% 前年比 145%</p> <p>③ 救急検査の苦痛低減、確認の徹底で誤撮影防止、丁寧な対応でクレーム0個、手術業務以外の残業0時間</p>
評価・総括	<p>① 曜日や時間帯で人数を変え繁忙期にはすべての装置を稼働させ撮影待ちがないよう対応しました。撮影では、「撮影、画像基準、接遇」について医師と話し合い、入室から退室までの時間が短くなる取り組みで撮影件数を増やすことができました。</p> <p>② 毎年マンモグラフィは、2か月前から予約を開始して昨年度までは、ほぼ毎日空きがある状態でした。今年度は、女性技師標榜の効果で予約が直ぐに埋まり現在、ほとんど空きがない状況です。</p> <p>③ 接遇に関するクレームで夜間帯(パート)に発生しました。接遇の重要性和誤解を招く発言には十分に注意をするよう当事者へ指導を行いました。</p>
下半期の取り組み	<p>① より多くの検査が受け入れられるよう引き続き業務の有効度を考え撮影体系の改善を図っていく。</p> <p>② マンモグラフィ検査を増やすための受入れ体制と女性技師の配置を検討する。</p> <p>③ 手術業務技師を育成する。</p> <p>④ クレーム情報の共有と最善作を検討、下期0個</p> <p>⑤ 手術業務以外の残業0時間</p>

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>① 検査受入れ体制について繁忙状況を見極め、業務量に合わせて技師を配置する。「救急・外来・健診・手術」の増加に寄与する。また、医師から指摘を受けた撮影依頼の煩雑さを見直し、より多くの検査が可能な撮影体系に変更して行く。</p> <p>R4年度 10月～3月 単純/3521件 透視/607件 CT/ 719件 手術/56件 R5年度 10月～3月 単純/5159件 透視/673件 CT/1379件 手術/78件 前年比 146% 111% 192% 139%</p>

	<p>② マンモグラフィ検査の女性技師専任を標榜して受診者を増やす。 R4年度 10月～1月 118件/283枠 空き状況 58% R5年度 10月～1月 251件/270枠 空き状況 7% 前年比 213%</p> <p>③ 救急検査の苦痛低減、確認の徹底で誤撮影防止、丁寧な対応でクレーム0個、手術業務以外の残業0時間</p>
評価・総括	<p>①前期の取り組みを継続して撮影件数の増加を達成できました。 ②女性技師選任により予約枠 270 に対して 251 件検査が出来た。 ③放射線科へのクレームはなく引き続き丁寧な検査を実施して行く。 残業は、機器の不具合で 3 回発生した。</p>
次年度の取り組み	<p>② 多くの検査が受け入れられるよう技師の配置、撮影体系の改善を図っていく。 ③ 女性技師の働きやすい環境を考慮してマンモグラフィ検査受入れ体制を考える。 ④ クレーム情報の共有と最善作を検討、下期 0 個 ⑤ 手術業務以外の残業 0 時間</p>

各部署の年度総括

薬局

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①病院全体として、業務改善の一環として外来使用薬剤を伝票による払い出しから、一定のタイミングにて定数補充とする事により外来スタッフの仕事量削減を行った。</p> <p>②OPE に係る中止薬の介入の為、OPE 入院患者様に外来受診時、オリエーションを導入。 主に OPE 使用薬剤の規定使用薬剤の処方箋印字を行い記載ミス、処方もれ防止、医師の業務負担を行った。</p> <p>③新規採用薬剤において主に看護部対象に医薬品研修を行い、周知を行った。</p> <p>④コロナワクチン接種業務において溶解・接種時の書類確認シール添付を行った。</p>
評価・総括	<p>増加する入院患者・入所者患者の持参薬・定時薬の印字を行い 上記の業務が追加となり薬剤師 1 人 1 人の負担が増えたがこなす事が出来た。</p>
下半期の取り組み	<p>人員が限られているが業務の見直しを行い、病棟支援を行っていく。</p>

①規定
 内服：OPE後鎮痛・胃薬処方
 注射：OPE日 前後の抗生剤及び輸液処方、OPE翌日 抗生剤及び輸液処方 鎮痛薬処方
 以上 1件のOPEに対し規定で6枚の処方が必要になる。
 医師が手書きで作成する業務を印字する事により負担軽減を行った。

②医薬品研修

2022年度上半期	2023年度上半期
* イベニティ皮下注105mgシリンジ	* クエチアピン錠
* ダントリウム静注用20mg	* テリルジー200エリプタ30吸入用
	* タゾピペ配合静注用2.25
	* タケプロン静注30mg
	* カルチコール注射液
	* シングリックス筋注用
	* カイトリル注1mg

③増加する入院患者対応

2022年度	2023年度
266人	327人

上半期で66人の増加。

薬局の入院1人当たりの業務として
 持参薬鑑定、処方箋作成、持参薬終了後の処方箋作成、持参薬調剤、持参薬監査、新規処方の調剤、監査、等
 があげられ対応を行った。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> 患者負担軽減を目的に大腸検査剤において消化器専門医に指示を仰ぎ、使用中の薬剤の見直し・新規採用を検討・採用し看護部へ事前に研修を行った。 消化器専門医の指示のもと、健診時に使用する下剤の用法用量をマニュアル化した。 新規に採用の带状疱疹ワクチン接種事業に伴い、看護部・医事課・薬局にて話し合い予約～接種の流れを構築した。 特定の外来患者使用薬剤の払出しを看護部と話し合い定数化を行い、夜間の払出しにも対応可能にした。
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> 各メーカーにおいて医薬品の出荷調整及び出荷停止にて想定される薬剤納品量・種類の制限ある中状況に応じた処方提案を行っていった。 新規採用 OPE 使用薬剤を OPE 会計伝票へ迅速に反映させ、入力時複数ある薬剤からの選択ミスを減らし業務効率向上させた。 限られた人員の中で業務の見直しを行い、病棟支援を行ってきたい。 <p>退院時だけでなく、カンファレンス、サービス担当者会議などに参加し患者・入所者に対する薬剤提案を行った。</p>
次年度の取り組み	今後 1 名常勤薬剤師増員想定。病棟における業務充実を図る。

各部署の
年度総括

各部署の年度総括 | リハビリテーション科

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度)	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域包括ケア病棟 リハビリ実施要件：平均 2 単位/日以上維持 ② 整形外科術後患者及び外来患者対応に向けた人員配置の体制が充足してきた

その他)	<p>③早期退院に向けたリハビリ介入と毎週行う多部署とのカンファレンスにて情報の共有と連携は出来ている</p> <p>④介護老人保健施設 従来型：週 1 回程度の集団リハを含め、要件の週 2 回を維持 ユニット型：要件の週 3 回を維持しつつ、他部署と連携し入所前後・退所前後訪問指導実施。短期集中リハ加算への取り組み</p>
評価・総括	<p>包括ケア病棟では、整形外科手術後の患者と救急搬送された内科疾患の患者が、現在主なリハビリの対象となっている。在宅復帰に向けてリハビリ介入を行っているが、ご高齢者も多く中にはリハビリの意欲も乏しく拒否される患者もいるため、リハビリ実施要件の管理に苦労することが多い。また上半期にサークル歩行器と車椅子の新規補充があり、退院に向けた歩行の自立と早期離床への取り組みも積極的に行えるようになった。</p> <p>老健では自宅復帰が困難と思われる入所者が多く、目標として現状維持となる。新規入所者については、目標達成し在宅復帰できたケースと、治療が必要な状態で積極的なリハビリテーションの対象とならないケースとに分かれた。集団リハビリテーションは、レクリエーションの意味合いもあるためフロアスタッフとの協働が効果的だった。</p>
下半期の取り組み	<p>① 作業療法士採用が未達のため、1 名採用</p> <p>② リハビリと病棟スタッフの連携により、ADL の改善と療養生活の向上に繋げていく</p> <p>③ リハビリ介入による在宅復帰に向けた目標達成患者の円滑な退院</p> <p>④ 老健新規入所の短期集中該当者への積極的なリハ介入</p>

下半期のまとめ

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>① 地域包括ケア病棟 リハビリ実施要件:平均 2 単位/日以上維持</p> <p>② 整形外科術後患者及び外来患者対応に向けた人員配置の体制が充足してきた</p> <p>③早期退院に向けたリハビリ介入と毎週行う多部署とのカンファレンスにて情報の共有と連携は出来ている</p> <p>④介護老人保健施設 従来型：週 1 回程度の集団リハを含め、要件の週 2 回を維持 ユニット型：要件の週 3 回を維持しつつ、他部署と連携し入所前後・退所前後訪問指導実施 短期集中リハ加算への取り組み</p>
評価・総括	<p>① 地域包括ケア病棟のリハビリ実施要件：平均 2 単位/日以上維持は出来ている。</p> <p>② 包括ケア病棟の整形外科手術後患者の対応と退院後外来でのフォローアップ体制も取れており、患者数も増えてきている。また内科疾患も含め高齢者が多く、ADL 改善が難しいケースもあった。</p> <p>③ 早期退院に向けた多職種とのカンファレンスも毎週行うことは出来ており、目標が達成出来た患者も多い。しかし一部の患者については、退院に向けた受け入れ環境が整うのに時間がかかり退院が長引くこともあり、今後の課題である。</p> <p>④介護老人保健施設の取り組みとしては、計画通りの取り組みは出来た。超強化型老健施設としての施設要件の維持は出来ている。</p>
次年度の取り組み	<p>① 作業療法士の 4 月採用が 1 名決定している。</p> <p>② 2024 年度診療報酬改定に伴う中長期目標に向けた体制を整える。(増員を含めた人員配置)</p> <p>③ 早期退院に向けた取り組みの強化。</p> <p>④ 老健新規入所の短期集中該当者へ対応を継続していく。</p>

各部署の年度総括

社会福祉相談室

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	① 相談件数(病院：6595件、老健：4085件) ② 相談室経由入院・入所 114件 ③ 退院・退所支援ケース 220件 ④ 自宅・施設への訪問 ⑤ ショートステイ運用の見直し(家族付き添い不要としたことで、顧客満足度の向上につなげた) ⑥ 通所リハビリ新規対応(問い合わせ・見学・訪問) ⑦ 他院・他施設との連携会議出席 ⑧ 新型コロナウイルス療養施設紹介
評価・総括	<p>地域包括ケア病棟では、2023年度より医師体制が変わり、入退院数が増加した。それに伴い、相談員介入ケースも増加したが、緊急性・優先度を考慮し、増員なくとも、残業にならずに対応できている。また、地域包括ケア病棟入院料1継続のため、在宅復帰率72.5%以上をキープできている。救急受入、手術目的入院等で相談室経由の入院は減少したが、ベッドが空いた時には入院調整を行い、例年に比べ稼働率も落ち込むことなく高水準を保っている。</p> <p>老健では、在宅復帰の支援や訪問指導を行い超強化型の維持に務めた。病棟が混みあっていたこともあり、老健への転ベッドや包括病棟入院目的ケースを老健でスライドして受け入れる等全体をみたベッドコントロールを行った。</p> <p>患者・利用者・家族等の相談、苦情に対し、大きなクレームに発展することなく対応できた。</p>
下半期の取り組み	① 包括ケア病棟での60日超え患者減少に向けた介入 ② 地域包括ケア病棟が今後も混みあうことが予想できるため、超強化型を維持しつつ老健の回転率を上げ、全体の稼働を増やしていく。

①②入退院数・介入ケース比較(4月～9月)

	新規入院数	新規退院数	MSW介入ケース
2022年度	266人	268人	140人
2023年度	327人	328人	161人

③在宅復帰率(2023年度)

4月	5月	6月	7月	8月	9月
94.40%	84.00%	76.10%	86.00%	89.60%	84.90%

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	① 相談件数(病院：5826件、老健：3826件) ② 相談室経由入院・入所 127件 ③ 退院・退所支援ケース 222件 ④ 入院・入所調整

	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ 退院・退所調整 ⑥ 入院・入所中の相談対応 ⑦ 外来受診支援 ⑧ 自宅・施設への訪問(入所前後訪問・退所前後訪問・サービス担当者会議・家屋調査) ⑨ 他院・他施設との連携会議出席
評価・総括	年間を通して、地域包括ケア病棟入院料 1・超強化型老健を維持できた。地域包括ケア病棟では入退院数が増加する中で介入ケースも増えており、身寄りなしの困難ケースが複数あった。本人が認知症の場合は、成年後見制度を申請する等、入院時から地域包括支援センター・市役所と連絡・相談をしても60日以内では解決できず苦慮することが多かった。保証人がおらず、金銭管理もできないケースはどこも受け入れてもらえないため、老健との連携を強化し、60日以内で転ベッドできるように対応していく。
次年度の取り組み	<p>地域包括医療病棟取得にむけて 1 名増員予定</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 包括ケア病棟での 60 日超え患者減少に向けた介入(2023 年下期より継続) ② 包括ケア病棟での在院日数減少に向け、40 日以上ケースの分析 ③ 老健では超強化型を維持しつつ老健の回転率を上げ、困難ケースを転ベッド対応できるようにする ④ 退院支援看護師との最適な役割分担・連携強化

入退院数・介入ケース比較(10月～3月)

	新規入院数	新規退院数	MSW介入ケース
2022年度	268人	263人	103人
2023年度	295人	295人	132人

在宅復帰率(2023年度)

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	79.10%	81.60%	84.60%	81.80%	84.70%	79.40%

各部署の年度総括

医事課

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ① 東村山市の特定健診受診者数を増加する ② 発熱外来 5 類に向けて体制を整える ③ 今年度入職した医師の診療科追加による検査内容の流れと周知 ④ 今年度検査の動線変更による企業健診の開店準備 ⑤ 外来診療時間変更で患者数増加 ⑥ 企業健診の一日枠増加
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> ① 東村山市の特定健診を 16 名～20 名に受入れ体制を整え 237 名実施することができた。 ② 5 類に変更後、予約制を廃止し時間制に変更。多い時で 1 日 50 人越えた時もあったが、外来と協力改善をくり返しながら行った。 ③ 呼吸器外来では、初めての検査項目が多々あり、また、業者との連携方法も模索し算定まで繋げた。 ④ 前年度末に急遽決まった検査場所の配置換え等動線や各部署の連携方法などを考え企業健診のオ

	<p>ーブンに間に合うよう準備した。</p> <p>⑤企業健診枠を 12 名から 16 名に変更した。</p> <p>移転前はカルテ検索システムがあり、カルテ管理がスムーズに行われていた。新病院ではシステムがない状態で補充をせずに人力でカルテ管理も行い、また患者数増加により年々残業が増えていた。常勤職員の退職もあり、求人募集も行い現状に即した体制を構築している。</p>
下半期の取り組み	医事課職員の増加を無駄にすることなく、教育と医事課内の連携を強化し残業低減に繋げていく。

実績報告数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
①特定健診			36	73	51	58	19
②発熱外来	120	166	413	516	665	561	

③システムがない理由と今後の導入予定について

- ・カルテ管理システムのOSがWindows7以降対応終了している状態で使用していた。導入には多額の費用がかかり、電子カルテを導入すると不要になるので断念した。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・老健、通所の支払方法として口座振替を開始した。 ・常勤職員の休職、退職があり非常に厳しい状況になったが、限られた人数で業務を遂行した。 ・インフルエンザワクチンの実施が 235 件あり、前年度より 51 件増加した。 ・带状疱疹ワクチンの接種が開始された。
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤職員が休職や退職し、本当に限られた人数で日々の業務を遂行していったが、窓口・電話対応や新入職員の教育などもあり時間内に行えることは限られてしまい、結果として残業を大幅にすることを余儀なくされた。心身共に負担がとても多かったが、必死に日々の業務を行った。 ・健診業務(カルテ作成、問診票郵送、リスト作成)で医事課常勤職員が行っていた部分を、健診担当者に指導し業務を分担した。
次年度の取り組み	・医事課職員の増加を無駄にすることなく、教育と医事課内の連携を強化し残業低減に繋げていく。

各部署の年度総括 | 情報管理室

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ol style="list-style-type: none"> ① 新人教育・育成 (診療情報管理士) ② 包括ケア病棟でのクラーク常駐及び手術や検査伝票の準備・整理による病棟業務の分業化 ③ 診断書・証明書等書類の作成精度向上 (1 名体制から 2 名体制へ変更しダブルチェックを追加) ④ LIFE (科学的介護情報システム) の安定的な加算取得
評価・総括	<p>2023 年 1 月から入職した新人は日常的な業務 (貸出・返却・製本・コーディング・伝票貼り) は概ね問題なく実施できており、自主性も出てきている。下期からは少しずつでもその他の様々な業務に携わってもらい、広い視野を持って業務に当たってもらいたいと考えている。</p> <p>新人が育成されてきたことで、クラーク 1 名が包括ケア病棟に常駐することが出来ている。整形疾患の患者が増えたことで診断書等の代筆作業が増えておりミスを誘発してしまっていたが (誤記が多く患者よりクレー</p>

	ムあり)、2名体制としダブルチェックを追加したことでその後のクレームには繋がっていない。
下半期の取り組み	① 新人教育・育成（診療情報管理士） ② JOANR（日本整形外科学会症例レジストリー）への症例報告 ③ 部署内コミュニケーションの強化

診断書等の依頼状況

※常勤医師への依頼分（外来・入院・老健）

※複数枚依頼がある場合、情報室に同日に依頼されれば1カウントとしているため実際の医師への依頼枚数とは差異あり。

	2022年度		2023年度	
	4～9月	10～3月	4～9月	10～3月
院長	13	12	20	
佐藤医師	34	57	65	
阿部（一）医師	92	146	224	
星医師			43	
石橋医師	28	45		
他（NS・非常勤医師）	7	8	11	
計	174	268	363	

	2022年度		2023年度	
	4～9月	10～3月	4～9月	10～3月
診断書	30	45	73	
主治医意見書	76	79	95	
要否意見書	41	73	85	
証明書	2	11	21	
他	42	55	109	

※複数枚同時に依頼あるため上記表とは差異あり。

2022年4月から阿部一雅医師が常勤になり、また外来診察日が増えたことで入院・外来ともに整形外科患者が増加。それに伴い生命保険会社の診断書や装具証明書、訪問看護（リハビリ）指示書等の記載が増えている。また、業務内容としても書類の進捗管理だけでなく、一番依頼件数の多い整形阿部一雅医師の代筆作業を100%行っている。

下半期のまとめ	
活動実績 （目標進捗度 その他）	上半期から継続して ① 新人教育・育成（診療情報管理士） ② 包括ケア病棟でのクラーク常駐及び手術や検査伝票の準備・整理による病棟業務の分業化 ③ 診断書・証明書等書類の作成精度向上（2名体制によるダブルチェック） ④ LIFE（科学的介護情報システム）の安定的な加算取得 ⑤ JOANR（日本整形外科学会症例レジストリー）への症例報告 ⑥ 診療録管理体制加算及びデータ提出加算算定のためのデータ作成 ⑦ 手術関連伝票のセット ⑧ 内視鏡検査関連伝票のセット ⑨ 診療録の整備
評価・総括	新人教育として、基本的な貸出・返却・製本等だけではなく、データ提出加算算定のためのデータ作成を中心に業務を行ってもらった。基本的な入力項目については問題なく実施できるようになってきている。また、診療録委員会の会議資料作成および議事録作成も行えてきている。 クラーク1名が包括ケア病棟に常駐できていることで、病棟の電話や面会者の対応・情報提供書やお返事

	<p>の代筆・カルテ内の整理等することが出来ている。前年度と比較すると入院・退院ともに年間 100 名程増加しており回転が早くなっているため、今までの記録・やり方では対応しきれないのが目に見えている。今後は法的根拠等再度確認しながら、書式の見直し等を行なっていきたい。</p> <p>診断書等の代筆業務については、前年度より約 1.7 倍の依頼数となってきており、整形疾患に関連した労災・自賠責保険の証明書や手術証明書等の件数が増えてきている。負担は大きくなってきているが、2 名体制・ダブルチェック継続によりトラブルは起きていない。</p>
次年度の取り組み	<p>① 新人教育として、データ提出における作成～提出までの流れ及び期日を把握する。その他、カルテ開示対応・統計資料作成など業務の範囲を広げていく。</p> <p>② 部署内コミュニケーションの強化</p> <p>③ 増加する診断書等の依頼・作成の効率化検討</p> <p>④ 記録の電子化、効率化</p>

診断書等の依頼状況

※常勤医師への依頼分（外来・入院・老健）

※複数枚依頼がある場合、情報室に同日に依頼されれば 1 カウントとしているため実際の医師への依頼枚数とは差異あり。

	2022年度		2023年度	
	4～9月	10～3月	4～9月	10～3月
院長	13	12	20	9
佐藤医師	34	57	65	50
阿部（一）医師	92	146	224	232
星医師			43	71
石橋医師	28	45		
他（NS・非常勤医師）	7	8	11	4
計	174	268	363	366

	2022年度		2023年度	
	4～9月	10～3月	4～9月	10～3月
診断書	30	45	73	67
主治医意見書	76	79	95	93
要否意見書	41	73	85	115
証明書	2	11	21	16
他	42	55	109	103

※複数枚同時に依頼あるため上記表とは差異あり。

各部署の年度総括

総務課

各部署の年度総括

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①総務課内でのタスクシェアの構築</p> <p>②施設管理と修繕作業</p> <p>③購買実績の集計と分析</p> <p>④人事労務における職員の勤怠管理</p> <p>⑤給与計算のためのタイムカードチェックをダブルチェックからシングルチェックに変更し、業務時間の短縮</p> <p>⑥月 1 回の全生園での清掃作業</p> <p>⑦コロナワクチン受付業務</p>
評価・総括	<p>施設担当者の退職により、残った職員で分担して業務を行うが、本来の担当業務もあり、当初予定していたタスクシェアが行えなかった。</p> <p>非常勤職員の高齢化による勤務時間短縮のしわ寄せが常勤職員の負担となっている。また、設備異常・修繕依頼も即座に対応できず、遅れる。</p> <p>支出の昨年度との比較・分析資料作成</p>

	人事・労務は新入職スタッフの育成により、業務の幅を広げ円滑な業務を行いつつある。
下半期の取り組み	施設管理が委託となり、総務課から分離されることで業務負担の軽減が期待できるため、スムーズな実績分析資料の提供を行う。 タスクシェアの再構築。スタッフの育成と引き継ぎ促進。 残業による健康被害の実態調査と対応。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	上半期から継続して行う。 ・総務課内でのタスクシェアの構築 ・施設管理と修繕作業 ・購買実績の集計と分析 ・人事労務における職員の勤怠管理 ・給与計算のためのタイムカードチェックをダブルチェックからシングルチェックに変更し、業務時間の短縮 ・月 1 回の全生園での清掃作業
評価・総括	主担当以外に副担当を決め、主担当が不在の場合でも副担当が業務を行えるようにした。 非常勤職員の休職・退職によるしわ寄せが常勤職員の負担となっている。また、設備異常・修繕依頼も即座に対応できず、遅れる。 支出の昨年度との比較・分析資料作成 人事・労務はスタッフの育成により、業務が円滑に行えるようになった。 コロナが 5 類になり国からの PPE 補助が無くなる為、PPE 購入による支出の増加が考えられる。
次年度の取り組み	施設管理が委託となり、総務課から分離されることで業務負担の軽減が期待できるため、スムーズな実績分析資料の提供を行う。 タスクシェアの再構築。スタッフの育成と引き継ぎ促進。 残業による健康被害の実態調査と対応。

年度総括 文責者

外来 主任 金澤 真弓華	地域包括ケア病棟 係長 大西 玲奈
栄養科 主任 竹内 秀幸	検査科 係長 安田 睦美
放射線科 係長 廣澤 浩二	薬局 薬局長 土本 真穂
リハビリ科 コメディカル部長 渡辺 一雄	社会福祉相談室 課長 横山 真樹子
医事課 課長 加後 伊知子	情報管理室 課長 長岡 美里
総務課 課長 鈴木 加代	



委員会活動「委員会・チーム発表会」

医療安全管理委員会・医療安全管理者会	… p.61
院内感染対策委員会・ICT 委員会	… p.63
給食委員会	… p.65
衛生委員会・QOWL 会議・健康セミナーチーム	… p.68
健診会議	… p.70
身体拘束委員会・認知症ケア委員会	… p.72
褥瘡委員会	… p.74
診療録管理・クリニカルパス合同委員会	… p.76
倫理検討・虐待防止委員会	… p.78
口腔ケアチーム	… p.80
災害対策委員会	… p.83
健康経営推進会議	… p.84



◆…リーダー

「委員会活動・
委員会・チーム発表会」

会議・委員会 医療安全管理委員会・医療安全管理者会

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ① その月に多かったインシデントを元にラウンド実施 ② ラウンド時のチェック項目について見直し実施（7月分より使用開始） ③ 検査来院の場合の外來カルテの運用見直し（検査のみの場合は外來に回さない） ④ アレルギー表の運用見直し（入院・入所後に発覚した場合は薬局へコピーを渡す） ⑤ 胃カテ切れ込みアクシデント調査 ⑥ 自動体位変換ベッドの活用状況調査 ⑦ 体位変換用枕の活用状況調査、ポジショニングの確認ラウンド ⑧ 骨折者に対する臨時安全管理委員会開催（7月・8月）骨折件数0件の目標であったが達成できず。 ⑨ 転倒による脳出血発症者への臨時安全管理委員会開催（8月）転倒による死亡事故となった。 ⑩ 安全管理マニュアルの見直し実施 ⑪ 手差し・除圧確認の必要性を個々に聞き取り実施 ⑫ 非常口から利用者が出てしまったアクシデントに対する対策検討（張り紙・車椅子設置） ⑬ 転倒転落用カンファレンス用紙の記載促進 ⑭ 医薬品研修（4月・5月・6月） ⑮ 医療機器研修（人工呼吸器）（6月） ⑯ 骨折患者に対する技術指導研修（講師：リハビリ）（9月）
評価・総括	<p>8月21日、当院で初めて、転倒に起因する死亡事故発生。改めて転倒転落後の経過観察、検査についての重要性を再認識した。骨折事故に関して実技を取り入れた研修をリハビリに実施してもらった。自分の目で見て、技術確認をすることで具体的に気をつけるポイントを確認出来た。（ケア時のベッドの高さ、バスタオルよりも当院で採用しているクッション4種類をうまく活用する、四肢の先端を持って介助しない、点でなく面で支える、四肢を保持する際は関節ごとに短く持つ、ベッド臥床時はクッションを活用し、マットレスと患者の間に生じる隙間をなくす）転倒による脳出血のアクシデント報告事例について、臨時安全管理委員会を実施。不穏患者への指示受けや対応が看護師によってばらつきが出るため、どのスタッフが対応しても同じような対応や説明が出来るようにしていく必要がある。また、不穏時などに薬剤を使用した場合、不穏患者に使用した薬剤の薬効、症状、時間など項目を追っていけるようなパスを今後作成していく必要がある。それとともに、不穏時の対応について、どのスタッフが対応しても同じように対応できるように「不穏時フローチャート」を作成していく必要がある。関東厚生局の立ち入り検査にて、アドバイス頂いたことを次年度の活動計画にも入れ、今後の安全管理に活かしていきたい。</p>
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ① 法定研修「KYT」（11月） ② 法定研修「未定」（2月） ③ 不穏時対応についてプロトコルの作成、不穏時の薬剤指示施行時用の観察項目パスの作成検討を行っていく

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ① 褥瘡発生予防の為のクッションが適正に使用されているか、保有者及びハイリスク者への実態確認 ② 針ポイの見直し・検討 ③ 医薬品研修「カルチコール注射液」 ④ 11月30日法定研修「KYT」実施（グループワーク） ⑤ 東京都福祉保健局より「事故報告を適切に行うこと」「身体的拘束等の適正化を図ること」の2点、改善を要する事項として報告あり。東村山市が求める事故報告の基準が当院の基準と乖離している為市役所職員と認識のすり合わせを実施した。 ⑥ 医薬品研修「シングリックス筋注用」 ⑦ 医薬品研修「カイトリル注1mg」 ⑧ 6Rの再確認 ⑨ 医薬品研修「モビプレップ配合内用剤」 ⑩ 私物紛失リスクある人の把握方法、紛失防止の為の環境整備とスタッフの取り組みについて聴き取り調査 ⑪ 多摩北部医療センターとの安全対策地域連携カンファレンスを実施 ⑫ 医薬品研修「末梢静脈栄養」 ⑬ 医薬品研修「イベニティ皮下注105mgシリンジ」 ⑭ 「急変時の蘇生処置とDNR指示について」の紙面研修を病院・老健の看護師対象に実施 ⑮ 医療機器の管理点検方法について、現在医療機器管理台帳見直し ⑯ 誤飲・誤食予防のため、ベッド周囲に置忘れや片付け忘れがないよう注意喚起ポスターを作成し配布 ⑰ 体位変換用枕の活用状況調査、ポジショニングの確認ラウンド ⑱ 安全管理マニュアルの見直し実施 ⑲ 手差し・除圧確認の必要性を個々に聞き取り実施
評価・総括	<p>10月に老健利用者（2名）に対し、前回接種から3か月経過しないタイミングで追加接種してしまったアクシデントが発生。原因として、市が接種券を郵送した後に接種した分が反映されず、家族が持ってきた接種券に前回接種日が記載されていなかったことが挙げられた。検査科にて血液型を間違えて報告してしまったアクシデントあり。調査にて、試薬の並び順が暗黙の了解となっていたことが分かった。試薬の並び順をルール化し周知することが必要であり、確認時はスピッツの試薬名確認を徹底していく。包括・老健共に私物紛失のアクシデントが多発している件について、当院でよく見られる紛失物は眼鏡、補聴器、義歯、携帯電話である。基本的には貴重品は持って帰ってもらうが、どうしても持ち込む場合は、破損・紛失時等当院・当施設では保証できない旨を明記することとした。また、日常生活で使用する眼鏡や補聴器などは本人・家族と使用するタイミングを確認し、どこまでを当院・当施設の管理下すり合わせし書面に残していくこととなり、書式を作成した。</p>
次年度の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ① 2024年度の年間活動計画 私物紛失0件及び皮膚トラブル件数20%減 ② 多摩北部医療センターとの安全連携カンファレンス ③ 不穏時対応についてプロトコルの作成、不穏時の薬剤指示施行時用の観察項目パスの作成検討を行っていく

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>ICT ラウンド</p> <p>① 担当場所の変更、明確化(ラウンド担当表作成)</p> <p>② ラウンドチェックシート作成</p> <p>③ ラウンド指摘事項上半期まとめ実施→各部署へフィードバック</p> <p>新型コロナ 5 類移行後の体制構築</p> <p>① 入院前検査</p> <p>② 陽性者受け入れ</p> <p>③ 標準予防策</p> <p>④ 患者・利用者が陽性時及び濃厚接触時の対応</p> <p>⑤ 発熱外来フロー構築</p> <p>⑥ 外来患者の検温について</p> <p>⑦ 職員が陽性時の対応(復帰基準・陽性者シート作成・連絡体制見直し)</p> <p>⑧ 職員が濃厚接触時の対応(濃厚接触者シート作成・連絡体制見直し)</p> <p>⑨ 職員陽性者・濃厚接触者まとめ、分析</p> <p>⑩ 職員の健康観察について(発熱表管理方法の見直し)</p> <p>⑪ 対面面会の再開</p> <p>⑫ 2020 年以降新型コロナウイルス対応総括実施入院前検査</p> <p>研修</p> <p>① 疥癬(全職員対象：5/17 配布)</p> <p>② 新入職員研修(入職 1 年未満職員対象：6/12、7/10 実施)</p> <p>③ 新型コロナウイルス(全職員対象：8/9 配布)</p> <p>④ 『J-SIPHE と診療所版 J-SIPHE の活用法』『COVID-19 クラスタ発生時における病院・高齢者施設管理の考え方と実際：DMAT の支援経験を通じて』(ICT 委員対象：8/23 オンデマンド配信)</p> <p>手指消毒剤使用量向上対策</p> <p>① 『5 つのタイミング』『手洗い啓蒙』ポスター掲示</p> <p>② 個別使用量計測</p> <p>③ 担当者を決めて声掛け</p> <p>JANIS 登録(4/24 登録)</p> <p>感染連携カンファレンス参加(05/19、09/15 両日とも WEB 開催)</p> <p>感染症 BCP マニュアル見直し</p>
評価・総括	<p>5 月に新型コロナウイルスが 5 類へと移行したことに伴い、ICT が主導となって新しい対応を協議し、取り決めた。施行して行く中で、発熱外来では、待機場所や、待機時間について苦情があり、レイアウト変更や、検査方法を変えて対応した。へパフィルターの購入も行った。病棟では陽性者の受け入れを行ってきたが、適切な感染対策によりクラスタの発生なく上半期を終えることができた。</p>

	<p>当院・当施設に合った感染対策実現のため、ラウンドでの指摘事項や、濃厚接触者から罹患した職員についての情報、発熱外来の陽性率等日常的にデータ収集を行っている。</p> <p>手指消毒剤使用量向上を目指し、会議内で意見を募り実行したが、使用量向上にむすびついてはいない。</p> <p>初熱外来では、コロナ感染のみならず、インフルエンザや、感染性腸炎などにも対応した。</p>
下半期の取り組み	<ol style="list-style-type: none"> ① 濃厚接触者の罹患について分析、今後の対応に活用 ② 感染症 BCP マニュアル及び院内感染マニュアルの見直し ③ 職員ワクチン接種状況確認 ④ 職員抗体保(麻疹・風疹・ムンプス・水痘・B型肝炎)有状況確認 ⑤ 研修『結核』(11/8 実施予定)、『ノロウイルス』、『インフルエンザ』 ⑥ 手指消毒剤使用量向上に向けた取り組み(てあらいくん実施、適切な設置場所の検討) ⑦ 発熱外来を一般診療へ移行していく ⑧ 多摩北部医療センター感染指導来院(12/20) ⑨ 多摩北部医療センターへ感染対策見学 ⑩ 感染連携カンファレンス(12/15、02/16) ⑪ 新興感染症への取り組み ⑫ 院内ラウンドの評価を職員に還元し、感染対策意識を高める

下半期のまとめ	
<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① JANIS 及び J-SIPHE 報告継続 ② 感染連携カンファレンス参加(05/19、09/15 両日とも WEB 開催) ③ 感染症 BCP マニュアル見直し ④ 職員の基本的抗体保有状況確認 ⑤ 新型コロナウイルス及びインフルエンザのワクチン接種状況確認 ⑥ 新型コロナウイルスに対する対応を随時更新 ⑦ 新型コロナウイルスアウトブレイクの反省・振り返り ⑧ 職員スクリーニング検査提出促進声かけ ⑨ 面会制限緩和に対する検討 <p>ICT ラウンド</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 担当場所の変更、明確化(ラウンド担当表作成) ② ラウンドチェックシート変更(11月より開始) ③ ラウンド指摘事項まとめ実施→各部署へフィードバック <p>研修</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 結核 (全員対象：10/25 配布) ② 検体採取とマスク着脱 (マスク着脱のみ全員対象：12/27 配布) ③ インフルエンザ (全員対象：12/27 配布) ④ ノロウイルス (全員対象：2/28 配布)

「委員会活動・チーム発表会」

	<p>手指消毒剤使用量向上対策</p> <p>① 個別使用量計測及びグラフによる見える化</p> <p>② 手洗い君実施</p> <p>③ アルコールフリー手指消毒剤導入検討</p> <p>④ 手指衛生標準予防策のチェック表作成及び目視ラウンド実施（1月～）</p>
評価・総括	<p>JANIS/J-SIPHE データと比較することにより、病院の感染対策上の立ち位置を確認、把握した。感染対策の基本は予防にある、麻疹、風疹などワクチンで予防可能な疾患があり、職員のワクチン接種状況や抗体値を把握し、ワクチン接種を推進し安心して働ける職場環境の構築に努めていく。当院における新型コロナアウトブレイクについて、全部署で問題点を洗い出し振り返りを行なった。こうした経験を今後の新興感染症対策に活かしていきたい。</p> <p>院内研修は標準予防策やインフルエンザ、ノロ対策など重要事項は毎年繰り返し実施していく。一方的な講義ではなく、必ず研修後の確認テストを行い知識の確認を行なっている。また全職員を対象に手洗い君による手指衛生の状況を実体験してもらい、自分の洗い残しの部分を理解してもらうようにした。全体的な講習に加えながら、感染対策の周知徹底をはかっていきたい。</p>
次年度の取り組み	<p>① 面会制限の緩和</p> <p>② 標準予防策の再周知</p> <p>③ 院内感染マニュアルの見直し</p> <p>④ 環境感染症学会発表</p>

会議・委員会

給食委員会

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>給食委員会の活動目標は、給食経営の健全な運営と食事サービスの質の向上および給食提供業務の効率化である。</p> <p>給食経営については毎月委員会内で給食収支の確認を行い、給食費削減の取組を検討及び実施。</p> <p>食事サービスの向上については、行事食や献立内容について実績確認を行い、課題の抽出および改善について取り組んだ。またおやつ回数を週 1.5 回⇒週 2 回へ増やした。給食業務の効率化においては、各部署からの給食提供業務における課題を上げ、関係部署の運用を再検討し、再構築を行い効率化を図った。</p>
評価・総括	<p>材料費の高騰が進む中で、毎年給食費の削減について検討を行い、削減実績を作ってきたことにより、今年度給食委託費・経管栄養剤費などの大幅な値上げが行われたが、給食費収入と給食出費の収支において黒字を維持することができた。年々給食費削減に取り組んできた成果と考える。下期には厨房における光熱費の使用量についても削減の取り組みを行っていく。</p> <p>給食の質向上については、毎年目標に上げているが給食委託会社の動きが悪く、中々成果が実感できる成果には繋がっていない。下期は栄養科の活動としても掲げている、食事の質向上へ向けた献立改革を多職種が参加する委員会の中でも行っていき、給食委託会社の組織体制も同時に見直し、場合によって</p>

	<p>は他の委託会社への変更も視野に入れた取り組みを行い、今度こそは確実な成果を出していきたい。</p> <p>栄養関係の加算算定による増収については、栄養マネジメント強化加算を上期でやまぶきのみではあるが軌道に乗せることができた為、給食委員会内で全ユニット算定へ向けた運用の検討および周知を行い、下期に速やかに算定を行っていく。また経口移行加算および経口維持加算について、算定ができるか検討を行い、次年度算定へ向けた検討を行ってきたい。</p>
下半期の取り組み	<p>① 業務の効率化を図る為に食事伝票のレイアウト変更を実施</p> <p>② 来年度から老健おやつの有料化へ向けて、おやつの質を向上</p> <p>③ 病棟業務効率化に向けた朝食配膳時間の検討</p> <p>④ 栄養科食事変更業務の効率化</p> <p>⑤ 栄養マネジメント強化加算全ユニット算定</p> <p>⑥ 経口移行加算および経口維持加算の算定検討などについて検討</p> <p>以上の検討を行い、1つでも多くの実現を行っていく。</p>
給食費削減について	<p>病院移転前より給食費の赤字が問題となっていた。委員会を通してデータ分析を行い、経管栄養剤や栄養補助食品購入費を見直し、給食費の収支の是正に取り組んだ。具体的には採用している経管栄養剤の見直しを行い、問題の無い方は安価な栄養剤を使用するように管理栄養士が調整を行った。栄養補助食品も値段交渉を行い安価な物へ切り替えを行い、無駄な使用をしないように、管理栄養士が適宜患者の経過チェックをした。</p> <p>2020年度は-601,869円/年であったが、2021年度は+737,729円/年、2022年度は+1,411,041円/年となった。</p> <p>また経管栄養の方の割合が減少し、経口摂取者が増えたことも1食当たりの単価が経口摂取の方が安くなる為、今回の結果に影響したと考える。</p> <p>2023年度は物価高騰と人件費高騰の影響で厨房管理費の値上げと1食当たりの食事単価の値上げがあり給食委託費が大きく増加。その影響もあり、10月終了時点で+280,261円と低調ではあるが、いまだに黒字を維持出来ていることは今までの削減活動の成果と考える。</p>
給食の質の向上について	<p>今まで、食事の献立内容が単調であり、キザミ食やミキサー食のような嚥下調整食が提供している食事の8割ほどを占めていた。病院移転後は徐々に普通食を食べる方が増え、今では2割⇒6割程度の方にまで及んでいる。それに伴い、職員や患者様より食事の見た目や美味しさに対する訴えが増えており、食べられないことで退院が出来ない患者もよく見られる。</p> <p>法定で決まっている給食委員会の活動の基本は、食事の質を向上させることである。患者様だけでなく多職種の委員の意見を元に、給食の質を上げることが給食委員会の役割であり、それらの意見や課題を解決していくには、食事を提供する給食委託会社の協力無くして実現ができない。</p> <p>委員会の中で行事食のリニューアルや日々の献立に対する多職種の意見を挙げても、厨房内の作業面の問題、献立の展開、食材費の問題などを理由に、献立の変更をしてもらえず、大きな献立の変更に至っていない。行事食もテーマを変えても、いつも代わり映えがなく特別感のない献立であり、パツとしない。</p> <p>現状のやり方では今後も給食の質を上げることができない為、今後は給食委託会社へのアプローチの方法を変えて献立改革を目的に給食委員会以外で定期的な話し合いの場を作っていく予定。</p>
	<p>2023年2月より老健やまぶきのみで算定を開始。20名×11単位×30日=66,000円/月となり、</p>

<p>栄養マネジメント強化加算算定の活動詳細</p>	<p>年間で 792,000 円の増収に繋がった。</p> <p>業務レベルの算定条件として①ミールラウンド（食事時の訪問）を 1 人週 3 回実施と記録。②退所時に栄養情報提供書の提供。③LIFE への栄養情報の入力。④多職種と連携して、多職種で栄養情報を共有して対応をする以上 4 点が求められる。ミールラウンドや L I F E 入力などが業務量としては重い条件となるが、やまぶきのスタッフを始め、看護事務の川合さんとも協力をし、なるべく普段の業務の中に落とし込んで行うことで、上半期で試行錯誤をしながら安定的な運用を確立することができた。</p> <p>安定次第すぐにユニット 60 名も算定する方向で合ったが、5 月より栄養科欠員が発生し、全入所者の算定条件である管理栄養士人員が足りなくなる為、算定を見送っていた。10 月より欠員補充があり、改めて準備を行い、12 月より全ユニットの算定を開始している。運用が安定すれば、これにより 80 名×11 単位×30 日 = 264,000 円/月となり、年間で 3,168,000 円の増収へ繋げることができる。</p>
----------------------------	---

<p>下半期のまとめ</p>	
<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<p>給食委員会の活動目標は、給食経営の健全な運営と食事サービスの質の向上および給食提供業務の効率化である。下半期は以下の項目について検討を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給食経営については毎月委員会内で給食収支の確認を行い、給食費削減の取組を検討及び実施。 ・業務の効率化を図る為に食事伝票のレイアウト変更の実施。 ・次年度のおやつ提供の質の向上へ向けた検討を行い、毎日のおやつ提供へ向けて業務の調整へ行っていたが、給食委託会社の都合によりこれ以上のおやつ回数の増加および質の向上は困難という結果になった。 ・業務効率化へ向けた朝食配膳時間の変更について検討を行ったが、給食委託会社の都合で実現はできなかった。
<p>評価・総括</p>	<p>年間通しての活動としては栄養マネジメント強化加算算定を行うに当たり、給食委員会での協議や調整がうまくいったことでスムーズな実現ができたと思う。</p> <p>また業務の効率化へ向けた、食事伝票のレイアウト変更についても多職種との検討や周知を委員会を通して行えたことがスムーズな実現に繋がった。</p> <p>給食経営については昨今の物価高の影響で厳しい状況になってきているが、2023 年度に関しては、経管栄養剤や栄養補助食品の使用法の工夫で大幅な収支の悪化は防ぐことができたと思う。</p> <p>ただ食事の質であったり、おやつ提供のようなサービス面の向上については、給食委託会社の協力が得られず課題に対しての実現はほとんどなしであった。</p>
<p>次年度の取り組み</p>	<p>ここ数年の給食委員会の活動としては、本来の委員会の目的である食事サービスの向上という点で、いくつかの課題はある中で、給食委託会社の協力が得られず、課題解決に至ることができていない。2024 年度の事業計画で掲げている地域包括医療病棟への転換および地域包括病棟と老健での回転率の向上において、栄養管理は在院日数の短縮に大きく寄与する部分であり、その栄養管理の根幹は給食提供です。現在給食面からの食思不振・褥瘡・リハビリ栄養などの課題がある患者に対して、給食委託会社の協力が得られず何も打つ手が無い状況である。給食委託会社の協力無くして、当院の栄養管理の強化はなし得ない為、2024 年度は給食運営の在り方について、根本から見直していきたいと考えている。</p>

委員会活動・
委員会・チーム発表会

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>【衛生委員会】</p> <p>健康経営優良法人認定のための調査票を 10 月に提出。</p> <p>職員春の健康診断を実施（4 月）。全体で受診率 92.7%。後期健康診断を実施。</p> <p>第 1 回ストレスチェック実施（6 月）。受検率 85%、高ストレス者 33 名中 1 名の産業医との面談を実施。</p> <p>衛生委員会メンバーによる 6S 巡回の実施。有休と残業の把握。労災管理と防止改善策の実施。福利厚生活動（靴の支給）</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>2022 年度の特定保健指導実績：退職者を除いて実施率 100%達成。2023 年度春の職員健康診断判定 D 以上の職員リストアップとアンケートによる受診率チェック。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>東村山市内のイベントである、健康茶話会に講師として参加。</p>
評価・総括	<p>【衛生委員会】</p> <p>健康経営の取り組みでは、昨年 10 月から 1 年契約のコンサルを導入し、戦略マップの作成等アドバイスを受けながら取得に向けた活動を実施。健康診断においては、非常勤医師等を除き概ね良好の受診率である。労務管理では、医事課の残業が深刻であり、残業による体調不良が懸念される職員と産業医の面談を 9、10 月に分けて実施。産業医からのアドバイスもあり、早急な対応が必要。福利厚生としては 5 年ぶりに靴の補助金を支給することができた。6S 巡回を実施し、①不要物資の廃棄指示（吸引ビーン）、②過剰体交枕の配布、③掲示物整頓・倉庫内整理、④私物をフロアに置きっぱなしにしない、などを現場に指示し改善している。</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>職員に向けて特定保健指導を実施してから 2 年連続で職員保健指導実施率 100%を達成できた。社保からは加入している事業所の中でも上位の評価を頂けている。</p> <p>健康診断の結果から、各項目で判定が D 以上の職員をリストアップし、医療機関への受診の有無を調べるアンケート調査を行った。今年度の対象者は 62 名で、9 月に行った第 1 回目の調査では、アンケート回収率は 42%で、医療機関へ受診した職員の割合は 26%となった。未回答者および未受診者に対して再度アンケートを 12 月に実施予定。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>7 月 14 日に、東村山市市民センターにて開催された健康茶話会に講師として参加し、約 40 名の市民の方々に対し講演を行った。内容は、市民の代表の方々からの要望により「フレイル予防と運動について」とし、フレイルに陥る原因の解説や、予防に効果的な簡単な運動を会場で行った。</p>
下半期の取り組み	<p>【衛生委員会】</p> <p>残業削減のための早急な対応が最重要事項である。部門長と共に削減に取り組む。法人全体アンケートを 11 月に配布予定。コンサルのアドバイスによるワークエンゲージメントの分析項目を追加する。後期健</p>

「委員会活動・委員会・チーム発表会」

	<p>康診断の実施。第 2 回目のストレスチェックを 12 月に実施。</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>職員の特定保健指導は引き続き 2023 年も同様の実績を積み、該当者を非該当者にできるように結果についても求めていく。年度終わりの時点で保健指導の初回面談と評価まで終了し、春の健康診断に成果を繋げていきたい。対象者自体を減らせるように保健指導内容についても追及をしていきたい。</p> <p>アンケート回収率 100%を目指していく。また職員健康診断後の受診については、受診者が増える取り組みを考えていく。また該当者全体に対する健康啓発（去年は該当疾患についての健康セミナー作成動画の視聴を実施）も同時に取り組んでいき、受診率 UP と来年の健康診断における判定 D 以上の割合減少に繋げていきたい。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>11 月 12 日に開催される東村山市民産業まつりへの参加。</p>
--	---

下半期のまとめ

<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<p>【衛生委員会】</p> <p>健康経営優良法人認定のための調査票を 10 月に提出。ホワイト 500 の取得には至らなかったが、総合順位 701～750 位（3523 社中）（前回 851～900 位）、偏差値も 59.0（前回より 2.1 ポイント上昇）だった。今後も 500 位以内を目標に取り組む。</p> <p>職員春の健康診断（4 月）全体で受診率 93.2%。後期健康診断の受診率は 82.5%。希望者には、腰椎のレントゲン撮影を実施し、整形外科医師の読影により受診勧奨を行った。</p> <p>第 1 回ストレスチェック（6 月）では受検率 85.15%、全体に占める高ストレス者の割合は、19.19%であった。また、高ストレス者 1 名が産業医との面談を実施。第 2 回ストレスチェック（12 月）では受検率 84.97%、全体に占める高ストレス者の割合は、19.51%であった。</p> <p>衛生委員会メンバーによる 6S 巡回を実施し、ステーション内の整理整頓や修繕など施設内の環境整備の改善にあたった。</p> <p>有休と残業の把握。労災管理と防止改善策の実施。</p> <p>福利厚生活動（靴の支給）</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>2023 年度の特典保健指導実績：退職者を除いて実施率 100%達成。</p> <p>2023 年度春の職員健康診断判定 D 以上の職員リストアップとアンケートによる受診率チェック。動画配信による情報提供。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>東村山市内のイベントである、東村山市民産業まつりへの参加。</p>
<p>評価・総括</p>	<p>【衛生委員会】</p> <p>健康経営の取り組みでは、昨年 10 月から 1 年契約のコンサルを導入し、戦略マップの作成等アドバイスを受けながら取得に向けた活動を実施した結果、順位を上げる事ができた。労務管理では、一部職員の残業が深刻であり、残業による体調不良が懸念される職員と産業医の面談を 9、10 月に分けて実施。産業医からのアドバイスのもと、協力を強化するなどの対応を行ったが、体制を整えるには時間がかかり、年内</p>

	<p>での改善には至らなかった。福利厚生としては5年ぶりに靴の補助金を支給することができた。6S巡回を実施。施設内の環境整備として、不要物資の廃棄指示（吸引ビン）、過剰体交枕の配布、掲示物整頓・倉庫内整理、私物管理などを実施している。</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>職員に向けて特定保健指導を実施してから3年連続で職員保健指導実施率100%を達成できた。健康診断の結果から対象者のリストアップを行い、アンケート配布および受診干渉を定期的に行い、動画配信による未受診者へのフォローを実施した。69%のアンケート回収率で、その中で受診した職員の割合は48%となった。未受診者に対して関連動画による情報提供を行った割合が16%となった。残りの36%は未受診で、委員会としてもフォローができなかった。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>11月12日に開催された東村山市民産業まつりに参加した。手洗い体験と体力測定を準備し、100名以上の市民の方に体験して頂いた。</p>
<p>次年度の取り組み</p>	<p>【衛生委員会】</p> <p>引き続き残業削減のための対応を早急に行う。残業上位者と個別に面談を実施し、状況把握と改善に取り組む。労災事故0を目指し、針刺し等注意喚起を行う。コミュニケーションを活性化させ、職員が健康で安心して働ける環境づくりの構築。</p> <p>【QOWL 会議】</p> <p>職員の特定保健指導は引き続き2023年も同様の実績を積めたが、管理栄養士の欠員などのマンパワーの問題で、報告書作成や報酬請求が遅れてしまった。2024年度は特定保健指導制度が大きく見直され仕組みが変わる為、その運用の見直しの中で、記録の簡略化を同時に行っていききたい。また今後も対象者事体を減らせるように研修会への参加などを通して、保健指導のレベルアップも図っていききたい。</p> <p>アンケート回収率100%を目指して、アンケートの再配布を行い、受診率の実態を把握した。受診率をあげる取り組みまでは至らなかった。受診者が増える取り組みとして、会社として受診しやすい環境作りを検討していく。また該当者全体に対する健康啓発（去年は該当疾患についての健康セミナー作成動画の視聴を実施）も動画視聴率UPへの取り組みと違った情報提供方法も検討していききたい。</p> <p>【健康セミナーチーム】</p> <p>東村山市民の方や、社会福祉協議会などの要望に応じて、イベントへの参加やセミナーの開催を行っていく。</p>

「委員会活動・委員会・チーム発表会」

会議・委員会 健診会議

<p>上半期のまとめ</p>	
<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<p>顧客満足度向上、健診者増加における増収を図る為、下記の事を実施</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 健診受付時間の選択 ② 診察2部制 ③ 検査の流れ、検査実施場所の変更 ④ 内視鏡検査の実施件数増加

	<p>⑤ マンモグラフィー検査増加、乳腺超音波検査を新規導入</p> <p>⑥ 要精密・要治療者の受診結果を次回の健診で把握できるように受診案内表をカルテにしまう</p>
評価・総括	<p>今年度開始時は電話予約で昨年度までよりも様々な条件が追加されたことにより、混乱もあったが、健診を実施しながら、調整をかけていった。現在ではスタッフの馴れやシステムの変更の実施に伴い、問題なく予約をとれている。</p> <p>診察は担当医師を2人にするにより、2時間可能となった。そのため、健診受診者の診察待ち時間短くなった。</p> <p>内視鏡検査実施日を増加した。内視鏡検査を健診当日に実施可能日の増加により胃部レントゲン検査から内視鏡検査への変更者が増加し、待ち時間短縮にもなった。</p> <p>マンモグラフィー検査数は前年度より25名増加実施。新規に乳腺超音波を実施し18名受け入れた。受診者からのアンケートでは、待ち時間が短縮された、流れがスムーズになった、との意見が数多く寄せられた。顧客満足度は向上されたと思う。今後は受診者増加の為のシステム作りや健診の質の向上をしていきたい。</p>
下半期の取り組み	<p>アンケート内容の見直し</p> <p>予約システムや健診の流れを参考にするための他施設見学</p> <p>新しい健診コースの導入（フレイル、ロコモ、睡眠時無呼吸症候群など）</p>

2022年 MDLが含まれるコースの受診者数

実施日数	10	18	21	21	22	20	
受診者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計
協会けんぽ	43	103	138	129	124	126	663
国税局	0	0	0	0	0	8	8
人間ドック	2	1	1	3	3	2	12
合計	45	104	139	132	127	136	683
内視鏡（生検をしていない人）	1	0	2	4	3	5	15

2023年 MDLが含まれるコースの受診者数

実施日数	9	18	22	21	22	21	
受診者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計
協会けんぽ	35	105	170	188	160	191	849
国税局	0	0	0	0	0	10	10
人間ドック	1	1	2	2	2	3	11
合計	36	106	172	190	162	204	870
内視鏡（生検をしていない人）	3	10	30	23	26	34	126

		2022年	2023年	
		4月～9月	4月～9月	
MDLが含まれるコース		683	870	人
内視鏡検査人数（生検をしていない人）		15	126	人

待ち時間については

- ・MDL実施者と内視鏡実施者と分けて集計をしていない
- ・健診の受付時間～終了時間（健診センター滞在時間）を集計している

検査時間が長くなった場合や内視鏡の麻酔で即帰れない場合は滞在時間は長くなる。

上記から具体的な数値は提出できません。

今回はアンケートの回答で以前よりもスムーズだったとの意見が多かった為、「待ち時間短縮」の文言を入れさせて頂きました。

参考値として

MDLが含まれるコースの平均滞在時間（MDLキャンセル者や内視鏡に変更者も含む）

2022年	2023年
4月～9月	4月～9月
2:12:15	1:53:27

※2023年は健診受診者数が増加しているが、平均滞在時間は減少していることから、待ち時間短縮の可能性が高いと思われます。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	顧客満足度向上、健診者増加における増収を図る為、下記の事を実施 <ul style="list-style-type: none"> アンケートの回収、集計、検討、質問や意見への回答 受診者受け入れ人数増加 検査の流れ、検査実施場所の変更 上半期に引きつづき内視鏡検査の実施件数増加、マンモグラフィー検査増加、乳腺超音波検査実施 要精密・要治療者の受診結果を次回の健診で把握できるように受診案内表をカルテにしまう
評価・総括	受診者からのアンケートでは、上半期に引きつづき「待ち時間が短縮された」「流れがスムーズになった」との意見が数多く寄せられた。受診者が関心のある「食事と健康」については栄養科が持ち帰ることが可能なパンフレットを設置し、情報提供をした。顧客満足度は向上された。 また、増収については昨年度より受け入れ人数が 300 人以上増加したので、貢献できた。
次年度の取り組み	受け入れ人数増加への対応 予約システムや健診の流れを参考にするための他施設見学 新しい健診コースの導入（フレイル、ロコモ、睡眠時無呼吸症候群など）

会議・委員会 身体拘束委員会・認知症ケア委員会

上半期のまとめ																																																						
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ol style="list-style-type: none"> ① 月別集計表を 6 枚セットで配布していたが、個人情報の記載があることからコスト削減も兼ねて 1 部のみ印刷、回覧とした。 ② 職員教育研修として「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手順について」の資料作成、配布、説明を実施。(6 月) ③ 倫理検討委員会との連携に手事例を持ち寄って検討する。(8 月) ④ 困難事例検討についても紙面研修を行う。(9 月) ⑤ 8 月度集計 (右図) <table border="1" data-bbox="671 1301 1485 1682"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>延入院日数/実入院・入所患者数</th> <th>延拘束日数/実拘束患者数</th> <th>拘束率</th> <th>新規持込件数</th> <th>延べ継続件数</th> <th>釐除死亡件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">2 階</td> <td>地域包括</td> <td>1223日/93名</td> <td>105日/15名</td> <td>8.60%</td> <td>32件</td> <td>8件</td> <td>21件</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0件</td> <td></td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3 階</td> <td>やまぶき</td> <td>595日/21名</td> <td>0日/0名</td> <td>0.00%</td> <td>0件</td> <td>0件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>なのはな ひまわり</td> <td>594日/24名</td> <td>84日/5名</td> <td>14.10%</td> <td>0件</td> <td>5件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4 階</td> <td>さくら なでしこ</td> <td>541日/23名</td> <td>62日/2名</td> <td>11.50%</td> <td>0件</td> <td>2件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>ふじ すみれ</td> <td>548日/21名</td> <td>57日/2名</td> <td>10.40%</td> <td>1件</td> <td>2件</td> <td>0件</td> </tr> </tbody> </table>			延入院日数/実入院・入所患者数	延拘束日数/実拘束患者数	拘束率	新規持込件数	延べ継続件数	釐除死亡件数	2 階	地域包括	1223日/93名	105日/15名	8.60%	32件	8件	21件					0件		0件	3 階	やまぶき	595日/21名	0日/0名	0.00%	0件	0件	0件	なのはな ひまわり	594日/24名	84日/5名	14.10%	0件	5件	0件	4 階	さくら なでしこ	541日/23名	62日/2名	11.50%	0件	2件	0件	ふじ すみれ	548日/21名	57日/2名	10.40%	1件	2件	0件
		延入院日数/実入院・入所患者数	延拘束日数/実拘束患者数	拘束率	新規持込件数	延べ継続件数	釐除死亡件数																																															
2 階	地域包括	1223日/93名	105日/15名	8.60%	32件	8件	21件																																															
					0件		0件																																															
3 階	やまぶき	595日/21名	0日/0名	0.00%	0件	0件	0件																																															
	なのはな ひまわり	594日/24名	84日/5名	14.10%	0件	5件	0件																																															
4 階	さくら なでしこ	541日/23名	62日/2名	11.50%	0件	2件	0件																																															
	ふじ すみれ	548日/21名	57日/2名	10.40%	1件	2件	0件																																															
評価・総括	<ol style="list-style-type: none"> ① 活動計画表に記載していたことはほぼ行えており、事例検討依頼が他部署からもくるようになった。 ② 拘束解除困難な患者、利用者に対して積極的にアセスメントを行い、職員と委員が一丸となって身体拘束解除に取り組むことができている反面、カンファレンスした時の日時の不備や、生活記録の中に拘束している時、外している時の時間や、皮膚の状態、精神状態などの記載が足りないと監査にて指摘があった。 																																																					
下半期の取り組み	① 監査での拘束に関する記載不備指摘より身体拘束、同意書・観察・解除報告に合わせ、生活記録に身体拘束欄を追加、離床等チェック欄を増やす。																																																					

委員会活動・
委員会・チーム発表会

	<p>② アセスメントの上でやむを得ず解除ができない事例に対しては、引き続き部署内・委員会にて事例検討を行い、身体拘束への積極的介入を進めていく。</p> <p>③ 多職種と連携協力し合同勉強会を開き、スキルアップと共に現場でのスキルを応用し、拘束解除に向けて、全部署取り組みを継続していく。</p>
<p>その他</p>	<p>①他部署からの症例検討の依頼 胃カテで自拔頻回の為拘束のミトンが外すことが出来ない為拘束委員で検討してほしいと依頼あり、拘束委員と倫理の観点から倫理と合同で話し合いをした。家族は胃瘻造設は反対をしていたが自拔するリスクなど再度説明してから、胃瘻が造設できるか主治医に相談をして検討してみるとなった。</p> <p>②監査の指摘 東京都福祉保健局の監査にて、拘束に関して、家族の同意書、カンファレンス、緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録などは指摘がなかったが、拘束に関しての記録、拘束をしているとき、外しているときの時間の記録がない事の指摘あり、拘束委員で検討し新たに生活記録に記載する欄を11月より作った。</p>

下半期のまとめ

<p>活動実績 (目標進捗度 その他)</p>	<p>① 職員教育研修として令和5年度第2回東村山市多職種連携研修会に参加。</p> <p>② 困難事例検討についても紙面研修を行う。</p> <p>③ 東京都福祉保健局実地調査にて身体拘束の記録に不備が指摘される。必要な項目が盛り込まれるよう生活記録の見直し実施。カンファレンス日や家族への報告日、特に拘束時間、拘束中の様子を書く必要があることから生活記録へ追加した。</p> <p>④ 11月度集計(右図)</p> <table border="1" data-bbox="718 1052 1468 1478"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">延入院日数/ 実入院・ 入所 患者数</th> <th rowspan="2">延拘束日数/ 実拘束患 者数</th> <th rowspan="2">拘束率</th> <th>新規</th> <th>継続</th> <th>解除</th> </tr> <tr> <th>持込 件数</th> <th>件数</th> <th>死亡 件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2階</td> <td>地域包括</td> <td>1205日/93 名</td> <td>212日/16 名</td> <td>17.60%</td> <td>23件 0件</td> <td>16件</td> <td>19件 0件</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">3階</td> <td>やまぶき</td> <td>595日/21 名</td> <td>62日/2名</td> <td>10.40%</td> <td>0件</td> <td>2件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>ひまわり</td> <td>594日/24 名</td> <td>84日/5名</td> <td>14.10%</td> <td>0件</td> <td>5件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>なのはな</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">4階</td> <td>さくら</td> <td>586日/23 名</td> <td>93日/3名</td> <td>15.30%</td> <td>0件</td> <td>3件</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>なでしこ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ふじ すみれ</td> <td>585日/21 名</td> <td>124日/4名</td> <td>21.20%</td> <td>0件</td> <td>2件</td> <td>2名</td> </tr> </tbody> </table>			延入院日数/ 実入院・ 入所 患者数	延拘束日数/ 実拘束患 者数	拘束率	新規	継続	解除	持込 件数	件数	死亡 件数	2階	地域包括	1205日/93 名	212日/16 名	17.60%	23件 0件	16件	19件 0件	3階	やまぶき	595日/21 名	62日/2名	10.40%	0件	2件	0件	ひまわり	594日/24 名	84日/5名	14.10%	0件	5件	0件	なのはな							4階	さくら	586日/23 名	93日/3名	15.30%	0件	3件	0件	なでしこ							ふじ すみれ	585日/21 名	124日/4名	21.20%	0件	2件	2名
							延入院日数/ 実入院・ 入所 患者数	延拘束日数/ 実拘束患 者数	拘束率	新規	継続	解除																																																				
		持込 件数	件数	死亡 件数																																																												
2階	地域包括	1205日/93 名	212日/16 名	17.60%	23件 0件	16件	19件 0件																																																									
3階	やまぶき	595日/21 名	62日/2名	10.40%	0件	2件	0件																																																									
	ひまわり	594日/24 名	84日/5名	14.10%	0件	5件	0件																																																									
	なのはな																																																															
4階	さくら	586日/23 名	93日/3名	15.30%	0件	3件	0件																																																									
	なでしこ																																																															
	ふじ すみれ	585日/21 名	124日/4名	21.20%	0件	2件	2名																																																									

<p>評価・総括</p>	<p>① 監査にてカンファレンス実施の日時の不備や、生活記録内の拘束実施時・解除時の時間、皮膚の状態、精神状態などの記載が足りないと指摘を受け、生活記録内に拘束記入欄を追加し11月より使用するも職員間に定着進まず。</p> <p>② 包括病棟内にて、身体拘束患者数が多くスタッフ側の把握が出来ていない。拘束解除委員の引継ぎが出来ず拘束解除の書類が遅れている。</p>
--------------	---

<p>次年度の取り組み</p>	<p>① 拘束に関する記録の強化 来年度6月に予定している職員教育時に拘束に関する記録を中心とした勉強会を実施し、周知をすすめていく。</p> <p>② 包括病棟の拘束実施の低減 毎月第1.3日曜日に拘束解除に向けたカンファレンスを実施し、病棟全体で拘束解除の意識づけをしていく。</p>
-----------------	--

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p><医療> 地域包括の褥瘡実績は去年度：51件⇒今年度：104件(前年比203.9%)で、できなくてよかった褥瘡率(院内発生)去年度：29.8%⇒今年度：35.5%。褥瘡を入院中に治癒した率は、去年度：27.4%⇒今年度：42.4%となった。増加した褥瘡の種類は院内発生・持ち込み共に全体的に増加している。</p> <p><老健> 褥瘡実績は去年度：30件⇒今年度：16件(前年比53.3%)で、院内発生の褥瘡が-15件、持ち込みの褥瘡は+1件だった。できなくてよかった褥瘡率(院内発生)去年度：63.6%⇒今年度：43.8%。大幅に院内発生の褥瘡件数が減少する結果となった。入所中に治癒した率は、去年度：47.7%⇒今年度：53.8%となった。</p> <p>～研修～</p> <p>6月 当院採用褥瘡治療薬について</p> <p>9月 体圧分散マットレスの使用について</p> <p>10月 慢性期医療現場で考える、安楽・安心・安全な褥瘡ケア</p>
評価・総括	<p><医療> 全体的に増加した理由は入退院数の増加や手術件数増加などによる業務多忙により、管理が行き届かなくなってきたこと要因と考える。その中でも褥瘡ラウンドを看護師中心で行ったり、早い段階で褥瘡発生として上げていく事で、早期治癒へ繋げる事例が増えたことによって、治癒率は増加している。</p> <p><老健> 委員を中心に褥瘡ハイリスク者の基準に該当する入所者を把握管理したことで、褥瘡発生の前段階で対応ができていたことが、去年同時期と比べて院内発生を中心に半分の褥瘡に抑える結果になったと考える。やまぎに関しては去年よりもハイペースで院内発生および持ち込みの件数が増加している。包括病棟から全身状態不良の入所者が入ってきたことにより、ベースに褥瘡が既にあり、さらに発生させてしまったことが要因と考える。</p>
下半期の取り組み	<p>持ち込み褥瘡に関しては早期に治癒をすることを目標として、院内発生褥瘡に関しては限りなく0に近づけられるように、褥瘡発生ハイリスク者のスクリーニングに力をいれていき、早期の対応にて褥瘡発生予防を図れるように、委員会内で仕組み作りについて検討をしていきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護・介護主催の研修 ・栄養に関する研修 ・事例の振り返り(病院・老健1例ずつ)

地域包括	入院件数	手術件数
2022年度(上半期)	266件	66件
2023年度(下半期)	327件	129件

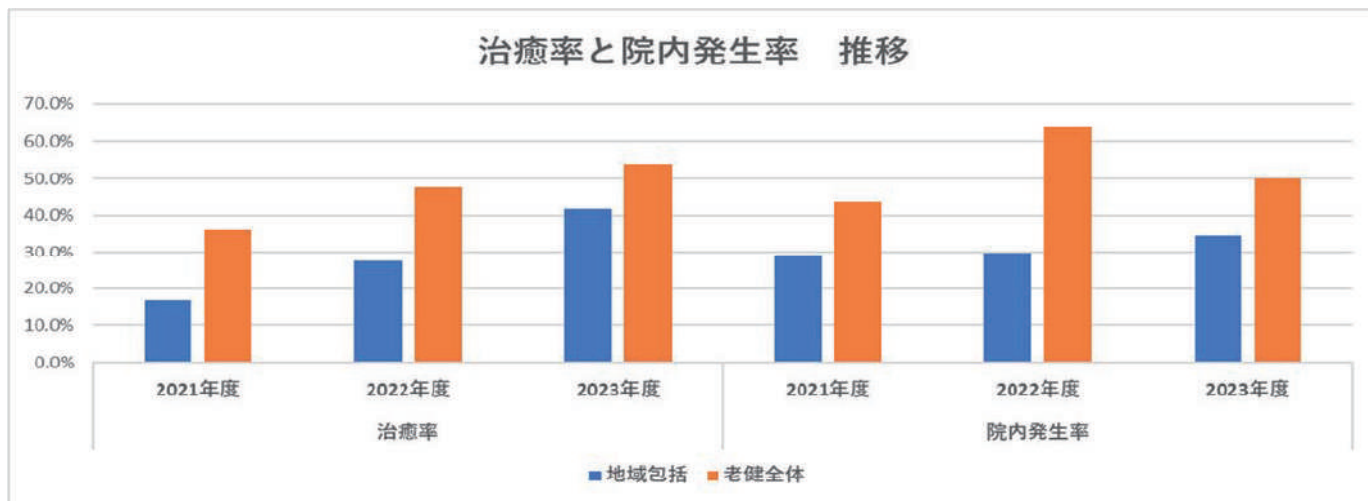
<考察>

入院件数増加やOPE件数の増加に伴い実質的な褥瘡発生の増加もあると考えられる。しかし、スタッフの業務量の増加もあり術後の臥床による発赤や皮膚のズレなどによる剥離もあり管理が行き届いてないことも原因として考えられる。しかし、今年度は前年度実施できなかったラウンドを病院・老健共に現場が中心となり行っている。その為早期発見にもつながっていると考える。

	治癒率			院内発生率		
	2021年度	2022年度	2023年度	2021年度	2022年度	2023年度
地域包括	16.9%	27.4%	41.7%	29.2%	29.8%	34.5%
老健全体	35.9%	47.7%	53.8%	43.8%	63.6%	50.0%
なのはな ひまわり	16.7%	26.7%	50.0%	38.9%	46.7%	0.0%
やまぶき	60.0%	88.9%	66.7%	80.0%	77.8%	55.6%
さくら なでしこ	50.0%	75.0%	50.0%	28.6%	87.5%	50.0%
ふじ すみれ	31.8%	25.0%	0.0%	40.9%	58.3%	100.0%

【考察】

地域包括	2023年院内発生率が増加しているが、早期に皮膚の悪化を発見し、褥瘡対象者として挙げることで増加。その効果で、早期治癒に繋げることができ、治癒率が2023年度は増加している。2023年度の褥瘡件数事体は12月途中の集計で既に89件→116件で去年を27件上回っているが、早期に褥瘡を挙げている結果である。また持ち込み褥瘡の件数も去年より12月途中で6件多く推移している。
老健	老健では治癒率が年々増加している。褥瘡委員を中心に現場レベルで対策を取れている成果と考える。院内発生率はここ3年で大きな変化はない。褥瘡発生前に早期対応ができるように2022年度～2023年度にかけてハイリスク者管理について委員会として取り組みを強化しており、今後数字としても成果を出していきたい。老健の褥瘡患者割合は持ち込み50%、院内発生50%で、合計件数は18件。ユニット単位で院内発生率や治癒率に差があるが、件数事体が少ない為、1件の褥瘡発生でも数字に大きな差がでるため、数字ほどの差はない。



下半期のまとめ

活動実績 (目標進捗度 その他)	<p><医療> 地域包括の褥瘡実績は去年度：84箇所⇒今年度：178箇所(前年比 211.9%)で、できなくてよかった褥瘡率(院内発生)去年度：29.8%⇒今年度：40.4%。褥瘡を入院中に治癒した率は、去年度：27.4%⇒今年度：39.8%となった。増加した褥瘡の種類は院内発生 2.8 倍・持ち込み 1.6 倍で共に増加しているが、院内発生がより多く発生している影響で、できなくてよかった褥瘡率(院内発生)が上がる結果となった。持ち込み褥瘡の目標達成率(治癒または改善傾向で退院)は去年度：50.8%⇒今年度：54.4%。院内発生の目標達成率は去年度：0%⇒今年度：29.9%(治癒)となった。褥瘡数は増えてはいるが、治癒した褥瘡数も 2.8 倍となっている。</p> <p><老健> 褥瘡実績は去年度：44 件⇒今年度：26 件(前年比 59.1%)で、院内発生の褥瘡が10 件、持ち込みの褥瘡は±0 件だった。できなくてよかった褥瘡率(院内発生)去年度：63.6%⇒今年</p>
------------------------	---

	度：38.5%。大幅に院内発生の褥瘡件数が減少する結果となった。入所中に治癒した率は、去年度：47.7%⇒今年度：52.6%となった。院内発生の件数が減少し、治癒をする率も上がった結果となった。
評価・総括	<p><医療> 入退院数の増加により全体的に褥瘡発生者の増加は見られてはいるが、発赤の時点での早期発見と早期治療により治癒数も増加している。今年度は褥瘡に対するスタッフの意識が上がってきており、次年度も引き続き褥瘡委員を中心として周知徹底できればと考える。研修に関しても概ね予定通り実施でき、知識の向上ができた。しかし病棟では日々の看護業務が多く多忙なこともあり、落ち着いて研修に出席できたスタッフは少なかった。新人看護師や新入職者も多く知識や技術の向上・意識づけを更に強化していく必要がある。</p> <p><老健> 褥瘡の治癒率や発生率が減少し、日々スタッフが褥瘡予防に力を入れることができた結果ではないかと考える。しかしながら今年度は3か月に1回の委員会主催であったが、出席するスタッフが少ない状況であった。来年度は1か月に1回の委員会主催とし、委員が中心になって知識や技術の向上に努めていく。</p>
次年度の取り組み	<p>月に1回の委員会の実施、委員によるラウンドを行い褥瘡の発生の防止・対策を検討。またスタッフへの発信・共有を引き続き行った。研修に関しても予定通り実施。知識や技術の向上に務めた。</p> <p><下期の研修></p> <p>11月「褥瘡ケアについて」</p> <p>2月「褥瘡と栄養について」</p> <p>3月「症例についての振り返り」</p>

会議・委員会

診療録管理・クリニカルパス合同委員会

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院サマリー（医師）2週間以内の作成率90%以上達成 ・退院サマリー（看護師）2週間以内の作成率80%以上達成 ・入院診療計画書7日以内の作成率100%達成 ・退院療養計画書の作成率100%は達成できず（平均80%以上は達成） ・診療録質的監査 重点項目平均2.8点以上達成 ・整形外科クリニカルパスの作成 ・内視鏡検査予約台帳の電子化（スプレッドシート活用） ・老健の終末期延命医療について倫理検討委員会と共同で見直し ・診療録記載の充実による適正な疾病分類実施のための病名確認 ・入院時チェックリスト廃止、退院時チェックリスト見直し ・一泊二日 PSG 検査入院パス作成
評価・総括	<p>手術件数・術式の増加により、手術に関連した書式の見直しを医師・看護師と協力しながら随時行っており、作成した書式は問題なく運用されている。</p> <p>現在整形外科手術に対するクリニカルパスの見直しを進めているが、整備が完了次第消化器外科手術に対しても作成していく予定である。</p> <p>関東信越厚生局及び東京都福祉保健局による立入監査で指摘された項目については、関係部署と改善に向け見直し中である。</p>

	診療録質的監査での結果が十分周知されていないのが課題である。やりっぱなしにならないよう周知方法も含め下期の課題としていきたい。
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器疾患に対応した食事伝票の作成・承認（細かな食事変更に対応） ・東京都福祉保健局の立ち入り検査（老健）で指摘された身体拘束の記録充実のための生活記録見直し・承認 ・記録に対する研修会（eラーニング活用） ・褥瘡に関する診療計画書の見直し・承認（薬学的管理追加） ・関東信越厚生局による施設基準に係る適時調査（病院）において、診療録管理体制加算1及びデータ提出加算については問題なし。ただし、看護計画の個別性が薄いと指摘あり、看護部と協力して改善していきたい。 ・整形外科及び消化器外科のクリニカルパス作成
手術件数の増加について	2022年度の手術件数は162件、2023年9月までの件数は129件で前年度実績の79%を達成。今年度の目標件数には達していないが、確実に昨年度より件数を伸ばしている。術式についても内視鏡下での椎間板摘出術や鋼線穿刺固定など2023年度になって初めて実施したものもある。
作成した書式について	JOANR（日本整形外科学会症例レジストリー）への登録を前提に、説明同意書を追加。麻酔困難な患者に対し全身麻酔を実施した場合の加算が適切に算定されるよう手術申し込み書及び手術会計伝票に内容追加。使用薬剤の変更についてはその都度対応。術後バイタルサイン測定表の記入項目見直し修正。認知症ケア加算の算定漏れ防止のため記録用紙の見直し修正。形骸化していた退院チェックリストの見直し修正。
立入監査で指摘された項目について	関東信越厚生局（病院）からはマニュアルの改訂履歴を残しておいた方が良いとの指摘を受けたため、次の改訂より履歴を残していく予定。東京都福祉保健局（老健）からは身体拘束中の利用者に対する記録（詳細な実施時間、心身の状況、様態）が不十分との指摘を受けたため、身体拘束委員会及び老健主導のもと、生活記録の見直しを実施。
診療録質的監査での結果について	診療録委員会の中で、記録間の食い違い等ないか監査を実施。重点ポイントとして①方針と経過の記載②患者・家族の言葉・説明内容の記載を掲げ、2023年上半期は目標を達成できている。点数の低かった項目として、入院時情報用紙の空白多数、看護計画のアセスメント不十分が目立った。対策としては委員が持ち帰り現場へ周知することとしていたが、伝達が不十分であったり職員への記載に対する指導が必要であったりと下期への課題として残っている。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院サマリー（医師）2週間以内の作成率100%以上達成 ・退院サマリー（看護師）2週間以内の作成率80%以上達成 ・入院診療計画書7日以内の作成率100%達成 ・退院療養計画書の作成率80%以上達成 ・診療録質的監査 重点項目平均2.8点以上達成 ・整形外科クリニカルパスの作成 ・診療録記載の充実による適正な疾病分類実施のための病名確認 ・歯科受診・調理レク申込書作成 ・消化器疾患に対応した食事伝票の運用開始 ・褥瘡に関する診療計画書の見直し・承認（薬学的管理追加） ・生活記録用紙の見直し・承認（身体拘束の記録充実）

評価・総括	<p>上半期に行われた東京都福祉保健局の立ち入り検査（老健）及び関東信越厚生局に係る施設基準適時調査（病院）で指摘された項目については、病棟・フロアと相談しながら書類の運用を開始することが出来た。使用状況については今後確認し必要時見直しを行って行く予定である。</p> <p>記録に対する研修会については診療録委員会としては行えておらず、看護部内での研修のみにとどまっています。看護師だけでなく記録に携わる全職員を対象として研修できるよう、他委員会にも協力をお願いしながら計画を進めていく必要がある。</p> <p>整形外科及び消化器外科のクリニカルパスについては今年度中の運用開始には至らなかった。整形外科疾患に関しては最終確認中であるため、早い段階での使用開始が見込まれる。</p>
次年度の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・記録に対する研修会の実施 ・整形外科及び消化器外科のクリニカルパスの完成と運用開始

会議・委員会

倫理検討・虐待防止委員会

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・規定・指針の見直し（倫理・虐待防止） ・院内研修（虐待防止）実施 ・事例検討実施 ・身体拘束委員会との合同委員会開催での事例検討①とユニットからの依頼で即対応することにして事例検討②を11月末に開催予定 ・各部署の虐待防止についてのラウンドをおこなう
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> ・活動計画表に記載していたことはほぼ行えている ・事例検討依頼が他部署からもくるようになった <p>そのこともあり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動計画表に記載していたことはほぼ行えているが ・委員会での時間が足りず、患者の意思決定支援のプロセスを確認していくという計画ができていない
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・院内研修（倫理）を11月頃に行う ・患者の意思決定支援のプロセスを確認していくという計画をおこなう ・年度総括を行う ・来年度のために見直し・方針・目標を考え活動計画を立てる
利用者の意思決定支援のプロセスを確認していくことができていないことについて	<p>人生の終末期におけるプロセスを丁寧に支援していくという今年度の委員会の目標に対して多職種での①ターミナル時期への移行への気づき、②主治医と多職種での話し合い内容の記載＝ターミナルケアプラン、③主治医からの症状の説明と仮ターミナルケアプランのご家族への説明、家族との確認事項、家族のご意見を入れた真ターミナルケアプランの作成④その後も段階的に状況説明、家族の意向の再確認・思いの共有等、話し合い・記載の流れを行き違いないようなことも含め確認していくことができていないことである。→ピックアップして流れの確認を行う。</p>

事例検討について実施ケースを一覧できるようにする			
報告年月日	表題	内容	検討内容・判定
2023.7.18	入所者の家族の要望の入所前時点での相談内容について	家族持ちのタブレット・カメラ・ルーターを室内に設定し本人の様子を確認したい	ご本人の意思確認、他者プライバシーのことを考慮に入れて制限をつけさせてもらうことはどうか？制限に関しては管理職会議で必要有無しかから考えてもらうように話し合ってもらいたい →A
2023.7.21	新しく入所された利用者の本人と家族のプライバシーを食事介助中に職員同士が話していた	新しく入所された利用者や家族のプライバシーを食事介助しながら職員が話しているため、他の食事の利用者様にも聞こえる状態だった。	利用者には聞きたくなくても聞こえてしまっているという意識が必要ではないか？食事は高齢者にとって危険とも隣り合わせであるため食事介助者や他の食事の利用者にも注意が必要である →B・C 委員会で標語ポスターを作製し配布予定

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> 虐待防止マニュアルを見直しし 24 年度の諸規定集に追加した 院内研修:倫理・虐待防止 2 回実施 事例検討 4 件 内容検討し委員会としての回答を提出 身体拘束委員会との合同委員会を 2 回開催 内容検討と依頼ユニットへの確認をおこなった 各部署へ虐待防止についてのラウンドをおこなった
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> 活動計画表に挙げた予定は実施できている 今年度は事例検討を重視していたが、当委員会のスタッフからだけでなく検討依頼が多方面からくるようになり、検討・回答・その後の確認を行うようになっている 事例検討が増えたことにより研修にも反映し、研修内容がより身近なものとして考えやすくなっているのではと思われ、記述式での研修の回答もきちんとした取り組みが見られている 検討が増えたことにより委員会での時間が足りず、患者の意思決定支援のプロセスを確認していくという計画が不十分であった
次年度の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 今年度の活動の継続 今年度不十分であった患者の意思決定支援のプロセスを確認していくことの充実のために、患者の意思決定支援のプロセスを、カンファレンス開催・書類作成・家族との意思確認のやり取り・再カンファレンス・内容変更と常にその利用者にあったケアを提供できるよう再考をおこなっていけるよう紙面に残せるように定着させていきたい。 事例検討もさらに増やしていけるよう周知を図っていくことと、事例が倫理的に守られた状態で施設全体で考えていけるように検討していきたい

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①歯科医師、歯科衛生士による歯科検診の実施（3か月ごと）</p> <p>②口腔アセスメント表を用いて口腔内評価（入所者全員・介護士実施・毎月）、口腔アセスメント表の改定。</p> <p>③口腔ケア物品表を用いて物品の管理の実施（入所者全員・介護士実施・毎月）、物品一覧表の作成。</p> <p>④禁食・肺炎の診断後の入所者の口腔カンファレンスの実施</p> <p>⑤口腔に関するスキルアップのため、委員メンバーによるミニ講義の実施</p> <p>⑥口腔に関する各ユニットの取り組みの発表（上半期分終了）⇒まとめは各ユニットへ配布済み</p> <p>⑦老健職員（NS・CW）への講習会の実施</p> <p>7月「口腔ケアを継続するための見える化」、10月「義歯の役割について」</p> <p>7月は老健職員 36名、10月は 38名が受講。</p> <p>⑧DHによる新入職員への口腔アセスメント方法と口腔ケア方法の同行研修の実施</p>
評価・総括	<p>上記①～⑧に基づく</p> <p>①歯科医師による入所者ごとの個別指示を生活記録に貼付し職員に周知。さらに今年度より歯科医師による口腔清掃状態の点数制を取り入れ、「口腔衛生状態の見える化」を行った。</p> <p>②口腔に関する事項の情報共有が一括で可能となるよう、これまでの口腔アセスメント表を改定。ぐらつきのある歯を図に示すことで自然脱落歯の事例にも即座に対応できた。</p> <p>③個別に必要なケア用品の使用によって、口腔ケアの時間短縮、負担軽減、口腔保清に繋がった。また、物品を家族へ依頼の際の説明の時間短縮、家族の理解度アップのために写真付きの一覧表を作成、活用中。</p> <p>④肺炎・禁食者の口腔環境が悪化に即座に対応できるように実施。CWは口腔内観察スキルを上記②で習得中でもあり、口腔内の問題点に対する対策が立てられるようになってきたが、実施に関してはまだ課題あり。</p> <p>⑤委員メンバーの育成のため、委員メンバーによる口腔に関するミニ講義を実施。自分で題材を選択し、交代で順に講義を実施。ケアマネとなのはな・ひまわりは終了。残りは下半期で実施。</p> <p>⑥口腔に関する取り組みを発表してもらい、口腔内を良くするためにどうするか自発的に考えて行動できることへと繋げていく。その中から抜粋し組織全体としての共通の取り組みへと繋げる予定。上半期、4ユニットの発表が終了。下半期へ続く。上半期のまとめ一覧にし、ユニット全体に配布済み。</p> <p>⑦日常の職員の様子をみて、今必要な講習会内容をDHが検討し実施。</p> <p>⑧随時、新入職員に口腔アセスメント方法・口腔ケア方法について同行研修を行っている。随時その他職員にも指導中。実践しながらのマンツーマンでの研修のため全体研修よりは理解度が高い。</p>
下半期の取り組み	上記①～⑧を継続して実施

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①歯科 Dr、DHによる歯科検診の実施、個別指示周知、清掃状態の点数制導入。</p> <p>②介護職員による口腔内評価実施、口腔アセスメント表の改定。</p> <p>③介護職員による物品の管理の実施、物品一覧表の作成。</p>

	<p>④禁食・肺炎時の口腔カンファレンスの実施</p> <p>⑤委員メンバーによるミニ講義の実施</p> <p>⑥口腔に関する各ユニットの取り組み発表</p> <p>⑦現場での問題解決 (1)義歯未装着 (2)歯ブラシ置き場 (3)義歯紛失防止表の記入漏れ</p> <p>⑧DH による講習会の実施</p> <p>7月「口腔ケアを継続するための見える化」老健職員 36名受講、 10月「義歯の役割について」：老健職員 38名が受講。</p> <p>⑨DH による同行研修（口腔内評価の方法と口腔ケア方法、必要な物品、肺炎時の対応など） 歯科 Dr、DH と介護職員の連携の強化</p>
評価・総括	<p>上記①～⑧の詳細は下記へ。</p> <p>①歯科 Dr による入所者ごとの個別指示を職員に周知。さらに歯科 Dr による口腔清掃状態の点数制の導入、「口腔衛生状態の見える化」を行った。</p> <p>②口腔内の情報共有が一括で可能となるよう、口腔アセスメント表を改定。動揺歯を図に示し、自然脱落の事例にも即座に対応できた。</p> <p>③個別にケア用品を管理・使用によって、ケアの時間短縮、負担軽減、口腔保清に繋がった。家族へ物品依頼のための写真付きの一覧表を作成、活用中。時間短縮、家族の理解度 UP となった。</p> <p>④肺炎カンファレンス用紙を用いて肺炎・禁食者の口腔環境の悪化に即座に対応。介護職員のみで口腔内の問題の発見・解決策の立案ができるようになってきた。</p> <p>⑤委員メンバーの育成のため、委員メンバーによる口腔に関するミニ講義を実施。自分で題材を選択、交代で講義を実施。知識を深めた。</p> <p>⑥ユニット毎に口腔に関する取り組みを発表してもらい、考えて行動できることへと繋がった。</p> <p>⑦現場での問題を挙げ、委員メンバーで解決へと繋がった。</p> <p>⑧介護職員に今必要な研修内容を選定し、講習会の実施ができた。</p> <p>⑨DH による同行研修、介護職員の指導を随時実施。歯科 Dr や DH が相談に応じることで問題に即座に対応できた。</p>
次年度の取り組み	<p>介護報酬改定により令和 6 年 4 月から</p> <p>(1)介護職員がスクリーニングを行い、入所者の口腔の状態等について把握すること (2)口腔清掃の用具の整備 (3)口腔清掃の実施担当者及び実施時刻、口腔清掃の実施回数・方法・内容等を検討し、タイムスケジュールに組み込むこと (4)介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保 (5)歯科医師等からの技術的助言・指導 などが義務化となった。これまでの委員会活動が、今回の改定の口腔衛生管理体制の土台づくりとなった。介護職員の理解を得ながら、今後も口腔衛生の管理体制の充実を図り、利用者の口腔の健康を守れるよう継続して働きかけていく。</p>

①口腔清掃状態の点数制 導入

【目的】口腔清掃状態の点数制を導入し、「口腔清掃状態の見える化」を図るため

【方法】歯科医師による口腔清掃状態の点数制

- ・3か月に1度の歯科検診時に口腔清掃状況を点数化。
- 1点...きれい 2点...部分的に汚れあり 3点...全体的に汚れあり
- ◎点数化によって口腔汚染度が高い入所者をアプローチできる

【結果】

- ・ユニット別に清掃状態を比較でき、対策を立てやすくなった。
- ・口腔汚染度の高い入所者にアプローチするための指標となった。
- ・実践については課題が残る。

歯科医師指示 2023.12月

検診日	患者氏名	点数	内容
2023.12/8	秋●●の江	1	歯頸部・歯間部をよく磨くこと。口唇の汚れ取って下さい。粘膜ケアを行い痰を除去すること。
2023.12/8	大●●ナ子	1	開口困難。声掛けしながら歯頸部・歯間部をよく磨くこと。舌の汚れ注意。
2023.12/8	小●●壽々	1	歯頸部・歯間部をよく磨くこと。特に裏側の汚れ注意。
2023.12/8	森●●紀子	1	歯頸部・歯間部をよく磨くこと。特に口蓋の汚れ注意。
2023.12/8	●●谷●●	1	歯石多量。カリエス多発。歯頸部・歯間部に注意して磨くこと。
2023.12/8	千●●幸●●	2	歯頸部・歯間部よく磨くこと。義歯清掃を行うこと。
2023.12/8	菊●●昭	2	保湿をして痰の除去すること。残存歯のプラークに注意。
2023.12/8	猪●●満●●	1	痰が多い。痰の除去と残存歯の清掃注意。粘膜のケアをしっかりと行うこと。
2023.12/8	●●浦美工	2	プラーク多量。歯肉発赤・出血あり。歯頸部・歯間に注意し磨くこと。

・歯科医師からの利用者ごとの個別指示

口腔アセスメント表に貼付。職員へ周知し口腔ケア時に注意してもらう。

③口腔ケア用品管理表・物品一覧表 の作製・活用

【目的】：入所者ごとに必要な物品をチェックし、準備することでケアの時間短縮・入所者と介護職の負担軽減・口腔保清に繋げるため。

入所者氏名	歯ブラシ	歯磨き粉	歯間ブラシ	舌ブラシ	入れ歯洗浄剤	歯垢除去剤	歯肉炎薬	歯痛薬	歯茎炎薬	歯肉保護剤	歯肉止血剤	歯肉麻酔剤	歯肉消毒剤	歯肉保護剤	歯肉止血剤	歯肉麻酔剤	歯肉消毒剤
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

【活用方法】

- ・毎月1日は口腔ケア物品チェック日と定め、居室担当者がチェックする。
- ・不足物品は家族へ連絡し、補充。

【結果】

- ・目的通りの効果が得られた。

口腔ケア用品一覧表 作製

【目的】

- ・物品を家族に依頼する際の説明の時間短縮。
- ・家族の理解度UPのための写真付を作製。

【活用方法】

- ・入所時に必要物品に印をつけてご家族に渡す。

【結果】

- ・目的通りの効果が得られた。



⑥各ユニットの取り組み (前期・後期)

【方法】自分のユニットで取り組んでいる口腔に関することを写真を使って発表する。

【目的】各ユニットでの取り組みを情報共有し、口腔改善のために自発的に考え実践でき、意識の向上を目的として実施。

【結果】職員の意識が変化し、他のユニットの良いところの真似をして取り入れ、改善へと繋がった。方法の統一は今後の課題とする。

やまぶき (2023.5) 前期



【義歯の管理方法】

- ・日中義歯装着と食事の時のみ装着する人を、ホワイトボードに明記。
- ・食席表を作成し、うがいできる人はガードル用意することを誰が見ても分かるようにしている。

やまぶき (2023.9) 後期



【アセスメント (旧バージョン)】

- ・独自で歯列の絵をアセスメント用紙に貼り、ぐらつきや、残存歯をチェックしていたので、気づかないうちに抜けてしまった歯 (自然脱落した歯) が、どこなのか、すぐに確認できた。

総評

- ・ホールで食事する利用者の口腔ケアセットはキッチンに流しに一括管理していたが、個別管理へと変更。
- ・アセスメント表の新バージョンでは、このやり方を採用、歯列の絵があらかじめ印刷されているものになった。

なのはな・ひまわり (2023.6) 前期



【口腔ケア用品の消毒】

- ・週に1回ハイターで消毒・乾燥。

なのはな・ひまわり (2023.10) 後期



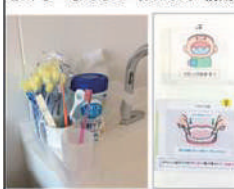
【口腔ケア用品の整頓】

- ・使い捨てのカップにスポンジブラシを入れ、ぐらつきや、残存歯をチェックしていたので、気づかないうちに抜けてしまった歯 (自然脱落した歯) が、どこなのか、すぐに確認できた。
- ・使い捨てのカップにスポンジブラシを入れ、すぐ使用できるようにしている。
- ・カップは定期的 (または汚れた時) に交換し衛生的。

総評

- ・口腔ケアグッズを消毒・整頓して、効率的に使用できるように工夫できた。

さくら・なでしこ (2023.7) 前期



【各部屋の口腔ケア用品】

- ・口腔ケア用品を、洗面台横にケースに入れ、整理。
- ・居室の鏡の横にうがいの可否や義歯装着方法を表示。

さくら・なでしこ (2023.12) 後期



【口腔ケアセット・日中の義歯装着】

- ・ケアグッズをワゴンに載せてケアに廻る。
- ・利用者ごとに義歯装着の有無を表示・周知

総評

- ・うがい、義歯装着方法、日中の義歯装着の有無についてバージョンアップし、職員間で周知することができた。

ふじ・すみれ (2023.8) 前期



【予備の保管】

- ・利用者ごとに予備の物品をホール引き出しで一括管理。
- ・月に一回の補充時に各部屋をワゴンで、周って補充。
- ・予備が少なくなったら家族へ依頼。

ふじ・すみれ (2024.1) 後期



【口腔ケアセット・日中の義歯装着】

- ・口腔ケアセットをトレイに入れて整頓。
- ・鏡の横に義歯確認シートを貼り、義歯紛失防止を徹底。

総評

- ・口腔ケア、義歯の有無、装着の表示を、4Fフロア全体で統一。
- ・職員や派遣職員も、利用者一人ひとりに合わせた対応が可能となった。

(個人情報については今後検討課題となる)

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロア毎に訓練内容を考えた訓練実施 ・東村山消防署主催の訓練に参加 ・北多摩北部病病連携会議出席 ・災害対策本部立ち上げ訓練実施 ・不審者侵入対策訓練実施 ・110 番通報装置操作訓練実施 ・公立昭和病院総合防災訓練見学 ・防災通信訓練参加 ・東京都災害医療図上訓練参加 ・東京都東村山市合同総合防災訓練参加 ・事業継続計画（BCP）マニュアルの改訂
評価・総括	<p>フロア毎の訓練が実施できた。普段の業務の中に訓練をどれだけ落とし込めるかの段階にきている。日常的に災害が発生しても対応できることが目標である。今の訓練方法では、主要なメンバーがいないとできない。日々災害のリーダーをフロア毎に決めて、リーダーの指示のもとに動くような仕組み作りが必要である。主要なメンバーがいなくても災害時に対応できるように日常的に防災活動ができるよう繰り返し訓練が必要である。</p> <p>東京都東村山市合同総合防災訓練については、トリアージタグのみの記載でカルテ作成まではしていないが、本来は記録を残すことが大切で、今回の訓練では記録を残すことが必要であった。災害対策本部訓練では、情報の収集・整理ができず指示を的確に出すことができなかったため、下半期に対策本部訓練を実施していく。</p>
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・災害対策本部訓練実施 ・フロア毎の訓練実施 ・事業継続計画（BCP）マニュアルの改訂 ・防災通信訓練実施 ・北多摩北部二次保健医療圏地域災害医療連携会議出席 ・東村山市福祉避難所連絡会出席 ・東京消防庁東村山消防署との協定締結『災害発生時等における施設の使用に関する協定書』

委員会活動・
委員会・チーム発表会

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロア毎に訓練内容を考えた訓練実施 ・災害対策本部立ち上げ訓練実施 ・防災通信訓練参加 ・事業継続計画（BCP）マニュアルの改訂

	<ul style="list-style-type: none"> ・北多摩北部二次保健医療圏地域災害医療連携会議出席 ・東村山市福祉避難所連絡会出席 ・東京消防庁東村山消防署との協定締結『災害発生時等における施設の使用に関する協定書』 ・災害支援ナースの派遣に関する協定締結
評価・総括	<p>対策本部訓練については、いかに時間をかけないで本部設営準備ができるのかがポイントであるため、必要な備品等は、一か所にまとめておくことが重要である。</p> <p>フロア毎の訓練については、本業の合間の少ない時間で取り組んでいるため、少ない時間でも有効な方法を考えてほしい。毎年同じカリキュラムを繰り返す平面的なものではなく垂直かつ立体的（広がり・深い）にステップアップしたカリキュラムを進めていくべきである。当委員会の究極の目的は、防災教育を行いリーダーの育成と増員を行っていくことである。</p> <p>協定締結については、災害時に有効に機能することが大事であるため、災害時の具体的な動きについて、締結先との話し合いが必要である。</p>
次年度の取り組み	<p>災害拠点連携病院としての役割を鑑み、災害時に医療活動を通じて地域全体に向けた防災対策に取り組んでいく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急医療救護所としての体制整備及び、訓練の継続実施 ・災害時の事業継続計画（BCP）の継続見直し及び、訓練の実施 ・北多摩北部二次保健医療圏地域災害医療連携の継続 ・東京都、東村山市主催訓練への参加

会議・委員会

健康経営推進会議

年間まとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ・健康経営コンサルの指導を受け、2ヶ月に1回会議を開催 ・各事業所の健康課題の抽出、必要に応じヒアリングを実施 ・当法人理念に基づく健康経営に関し、具体的に取り組む方向性の決定 ・戦略マップの作成 ・法人アンケートにワークエンゲージメント9項目を加え、調査を実施 ・大企業 健康経営度調査 申請
評価・総括	<ul style="list-style-type: none"> ・はじめに、各事業所で考える改善課題の抽出を行った。どの事業所も「人材不足」、「情報伝達と周知の難しさ」、「コミュニケーション不足」「業務の煩雑さ」などが挙げられた。 ・上記情報をもとに、戦略マップを作成。数多く上がった課題の中から、「人材定着と採用力向上」「従業員のパフォーマンス向上」を健康経営で解決したい経営課題とした。 ・健康経営ホワイト500へのエントリーは、2017年より毎年行っており、順位を少しずつ伸ばしている。法人理念のひとつである「健康経営」のための改革と推進が活動の基盤であるが、ホワイト500の取り組みは一つの指標として、継続して行うことで当法人の弱みや改善ポイントがより分かりやすくなった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同業種で認証を受けている上位法人との比較では、「情報開示」「実施体制」「課題単位・施策全体の効果検証・改善」に大きな乖離があることが分かった。 ・ また、当法人での昨年度との比較では、「労働時間・休職」において 1.4 ポイント悪化した原因は、メンタル不調者が増えたことによるためと考えられる。「経営層の関与」の 1.1 ポイント悪化は、全体の合計点数があがったことによる偏差値の低下であるといえる。 ・ 一方、「休暇の取得促進」「両立支援の取り組み」においては、昨年度より取り組みが評価された。加えて、職員の健康診断結果より特定保健指導該当者に対する管理栄養士の面接指導にも力を入れており、久米川単体では 100%、法人全体では 50%の実績。
次年度の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康経営への取り組みを理解し、経営層と職員が一丸となり向上心を持ちながら働ける職場環境づくりを目指す。 ・ 情報公開が不十分であると考えられるので、ホームページなどを利用し健康経営の取り組みや効果実績を公開し、加えてアブゼンティーズムやワークエンゲージメントなどの目標指標を設定し、開示も行っていく。 ・ 人材確保と離職防止に努める。職員の健康相談窓口の明確化と周知、相談しやすい環境づくり、職員とのヒアリングを実施し、抱えている課題の解決に取り組み、その実施結果、効果検証をより具体化するようにする。結果は、職員も実感でき外部にも発信できる仕組みづくりを行う。

確定版

CODE: 000187

令和5年度 健康経営度調査フィードバックシート

法人名：社会医療法人社団愛有会

英文名：AIYUKAI

- 加入保険者：東京都医療健康保険組合
- 所属業種：医療法人、社会福祉法人、健保組合

非上場

①健康経営度評価結果

■ 総合順位： **701~750位** / **3520 社中**
 ■ 総合評価： **59.0** ↑2.1 (前回偏差値 56.9)

※「ホワイト500」に該当するかについては、回答法人全体ではなく申請法人に絞った順位で判定するため、フィードバックシートの順位から繰り上がり認定される場合があります。

②評価の内訳

側面	画み	貴社	回答法人全体トップ	業種トップ	業種平均
総合評価	-	59.0	66.9	66.9	49.6
経営理念・方針	3	61.1	69.6	66.9	50.1
組織体制	2	58.4	68.8	67.4	50.1
制度・施策実行	2	61.0	70.3	68.6	48.1
評価・改善	3	55.9	66.9	66.9	50.0

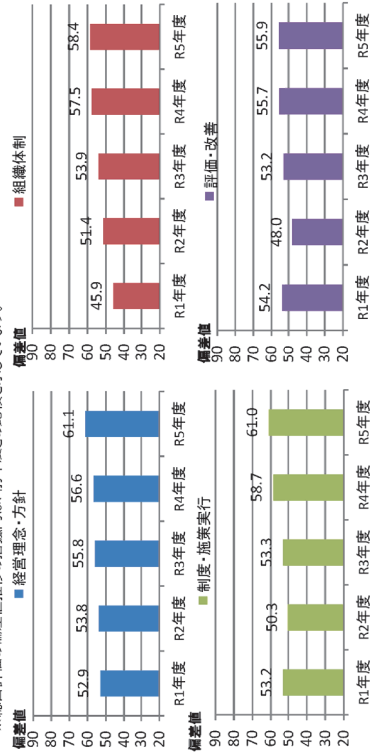
※各側面の数値は、回答法人全体の平均に基づく偏差値です。各側面の数値に重みを掛けた値を合算して、得点・順位を算出しています。

※トップの数値は項目毎の最高値です。なお、所属業種の有効回答が5社未満の場合、業種トップには「-」を表示しています。

③評価の変遷（直近5回の評価結果）

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総合順位	1101~1150位	1251~1300位	1051~1100位	851~900位	701~750位
総合評価	52.0	50.9(↓1.1)	54.1(↑3.2)	56.9(↑2.8)	59.0(↑2.1)
【参考】回答企業数	2328社	2523社	2869社	3169社	3520社

※総合評価の偏差値推移の括弧内は、前年度との比較を示しています。

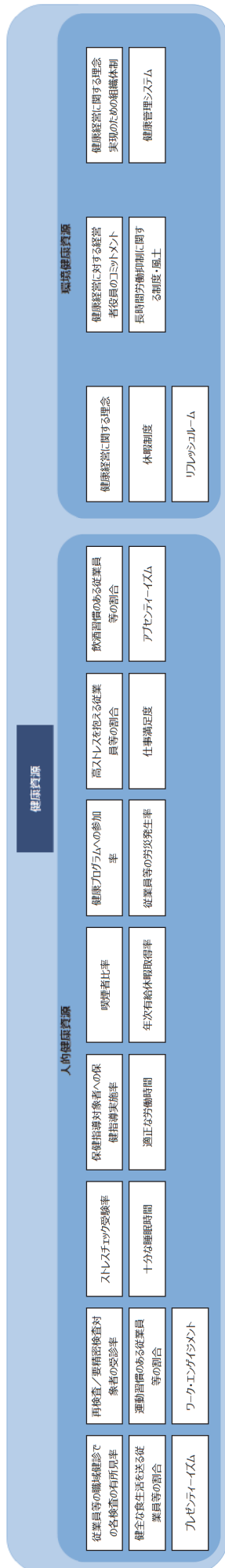
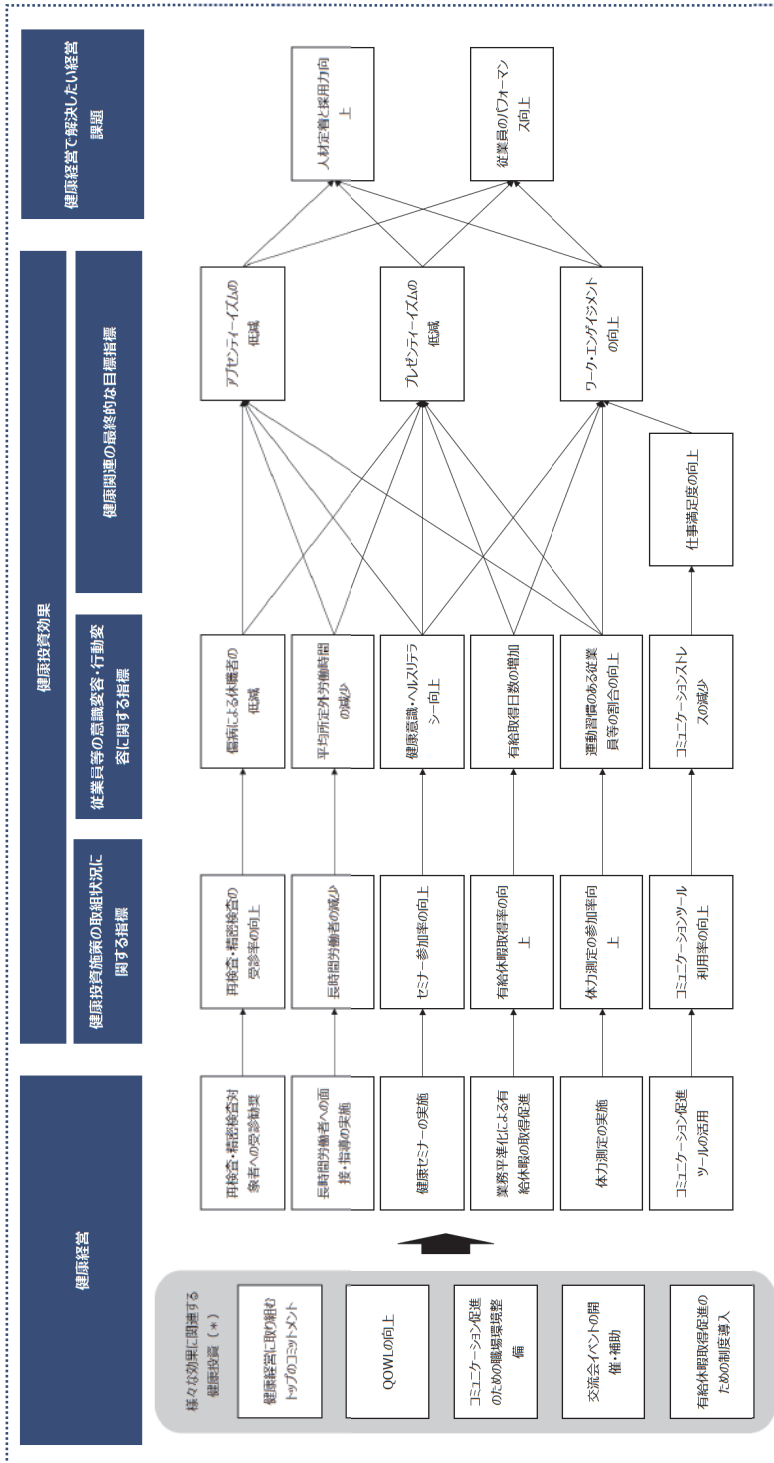


④評価の詳細分析

側面	項目	対応Q番号	評価（偏差値）		
			貴社	回答法人全体トップ	業種平均
経営理念・方針	明文化・健康経営の戦略	Q17、Q18、Q20	62.1	62.7	50.8
	情報開示・他社への普及	Q19、Q22、Q23	59.3	69.9	49.4
	経営層の関与	Q26、Q27	64.0	64.0	51.8
組織体制	実施体制	Q28、Q29、Q30、Q32、Q33	51.1	70.5	48.6
	従業員への浸透	Q34、Q35、Q36	63.7	63.7	51.4
	目標設定、健診・検診等の活用	Q37、Q38、Q39、Q40、Q41	59.0	69.6	48.3
制度・施策実行	健康経営の実践に向けた土台づくり	Q42、Q43、Q44、Q45、Q46、Q47、Q48、Q49	64.9	68.4	46.7
	保健指導	Q50、Q51、Q52、Q53	64.3	64.3	48.5
	生活習慣の改善	Q54、Q55、Q56、Q64、Q65	57.0	71.2	50.9
	その他の施策	Q57、Q58、Q59、Q60、Q61、Q62、Q63	56.2	73.0	47.6
	健康診断・ストレスチェック	Q66、Q67、Q68、Q72	56.3	69.8	50.1
評価改善	労働時間・休職	Q69、Q70、Q71	61.3	71.0	50.4
	課題単位・施策全体の効果検証・改善	Q73、Q74	51.0	66.5	49.6

※各側面の数値は、回答法人全体の平均に基づく偏差値です。トップの数値は、順位が1位の法人の成績ではなく項目毎の最高値です。

【戦略マップ】



「委員会活動・委員会・チーム発表会」

会議・委員会 | 文責者

医療安全管理委員会・医療安全管理者会 係長 大西 玲奈	院内感染対策委員会・ICT 委員会 主任 金澤 真弓華
給食委員会 主任 竹内 秀幸	衛生委員会・QOWL 会議・健康セミナー 課長 鈴木 加代
健診会議 係長 安田 睦美	身体拘束委員会・認知症ケア委員会 高橋 佐知子
褥瘡委員会 係長 相場 真弓	診療録管理・クリニカルパス合同委員会 課長 長岡 美里
倫理検討・虐待防止委員会 係長 瀬戸 寛子	口腔ケアチーム 相原 めぐみ
災害対策委員会 事務長 武田嘉朗	健康経営推進会議 課長 鈴木 加代

研修参加・実績

研修実績 1

全体【院内研修】

研修内容	開催日	参加者
感染：疥癬—（紙面研修）	5月	188名
新型コロナ・手指衛生（紙面研修）	8月	190名
結核（法定研修）（紙面研修）	11月	164名
インフルエンザウイルス（法定研修）（紙面研修）	12月	173名
鼻咽頭拭いとマスク着脱（紙面研修）	12月	155名
ノロウイルス—（紙面研修）	2月	162名
安全：抗精神病剤 ケチアピン錠について（医薬品）	4/26	6名
タゾピペ配合静注用 2.25 について（医薬品）	5/7	5名
テルリジー吸入剤について（医薬品）	5/12	13名
人工呼吸器（医療機器） 第1回目	6/5.12	12名
人工呼吸器（医療機器） 第2回目	7/3.10	6名
タケロン静注用 30mg について（医薬品）	7/26	7名
トリアージ	8/26	24名
イベニティ（医薬品）	8/28	7名
カルチコール注射液について（医薬品）	9/27	4名
シングリックス筋注用について（医薬品）	10/23	3名
カイトリル注 1mg について（医薬品）	10/25	4名
ECG モニターアラーム対応について（医療機器）	11/6.13	13名
モビプレップ配合内用剤について	11/13	10名
KYT（法定研修）	11/30	171名

末梢静脈栄養の役割・口腔ケアの取り組みについて	12/6	13名
イベニティ皮下注 105mg シリンジ	12/19	9名
オスタバロ皮下注	1/23	11名
硫酸ストレプトマイシン注射用 1g	3/4	6名
育成：入職者基礎研修 第1回目	6/5.12	12名
入職者基礎研修 第2回目	7/3.10	12名
倫理：身体拘束解除事例―（紙面研修）	9月	25名

研修実績 2 看護部・介護部【院内・院外研修】

研修内容	院内	院外	開催日	参加者
乳腺領域における生検について	○		5/2	9名
造影剤について	○		5/29	11名
「重症度、医療、看護必要度」評価者及び院内指導者研修		○	6/1	1名
新人看護職員ガイドラインに基づく東京都新人看護職員教育担当者研修		○	8/17	1名
看護補助者の活用推進のための看護管理者研修		○	9/6	1名
拘縮がある患者さん・利用者さんの体位交換・ケアのポイントについて	○		9/11	9名
床ずれ防止用具の選定と使用方法について	○		9/13	13名
東京都救急医療専門研修（精神身体合併症）救急医療における正寸症状評価と初期診療		○	10/29	1名
新型コロナワクチン より安全な新しい筋注の方法	○		10月	15名
慢性期医療の現場で考える、安楽・安心・安全な褥瘡ケア	○		10/31	44名
東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ		○	11/12	1名
オムツ交換	○		11/15	4名
看護補助者研修（紙面研修）	○		11/30	8名
薬剤安全チェック	○		9月-11月	15名
退院支援人材育成研修		○	12/11-	1名

			1/17 (6日間)	
点滴静脈注射技術チェック	○		11月.12月	15名
急変時の対応について	○		1月	42名
褥瘡とスキンケア（紙面研修）	○		2/27.28	24名
認知症ケアについて	○		3月	21名
褥瘡と栄養	○		3月	56名
院内発生による褥瘡ハイリスク患者の看護（紙面研修）	○		3月	58名
褥瘡症例研修（紙面研修）	○		3月	62名
看護補助者の活用に関する院内研修	○		3月	13名

研修実績 3 薬局【院内研修】

研修内容	院内	院外	開催日	参加者
抗精神病薬 クエチアピン錠について	○		4/26	3名
喘息治療剤 テリルジ-200 エリプタ吸入用	○		5/12	3名
新規採用 抗生物質 タゾピペ静注用 2.25	○		6/7	1名
新規採用 タケロン静注用 30mg	○		7/26	2名
新規採用 カルチコール注射液	○		9/27	3名
带状疱疹ワクチン接種業務開始に伴いシングリックス筋注用	○		10/23	1名
OPE 患者対応対応薬剤採用にてカイトリル注 1mg	○		10/25	3名
CF 検査薬採用変更にてモビプレップ配合内用剤	○		11/13	1名
末梢静脈栄養について（輸液）	○		12/6	3名
骨粗鬆症治療剤 イベニティ皮下注 105mg シリンジ	○		12/19	3名
新規導入骨粗鬆症治療剤 オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg	○		2/9	4名
特定外来患者における新規採用薬 硫酸ストレプトマイシン注射用 1g	○		2/9	1名

研修実績 4 検査科【院内・院外研修】

研修内容	院内	院外	開催日	参加者
帝人 簡易無呼吸検査機器取り扱い説明	○		4/12	1名
オーソ VITROS PLUS 研修		○	5/10	1名
帝人 無呼吸検査機器取り扱い説明	○		6/26	2名
自動視力計取り扱い説明	○		6/15	3名
帝人 睡眠時無呼吸症候群とその検査について	○		7/27	4名
リーダーシップ研修	○		8/9.10	1名
JSS 関東甲信越 第49回地方会学術集会		○	9/17	1名

研修実績 5 栄養科【院外研修】

研修内容	院内	院外	開催日	参加者
第48回西東京糖尿病療養指導・臨床検査研修会		○	4/14	2名
第34回武蔵野糖尿病医療連携の会 Hybrid 学術講習会		○	6/24	2名
第7回 CDE オンラインセミナーTrendLine		○	6/28	2名
第61回糖尿病診療—最新の動向 医師・医療スタッフ向け研修講座		○	7/2	2名
第19回 西東京病態栄養研修会		○	7/9	2名
一般社団法人 臨床糖尿病支援ネットワーク 第75回例会		○	9/1	2名
第40回武蔵野糖尿病研究会		○	10/28	2名
メディカルフォーラム 2024 その創傷！どうケアする？栄養管理とスキンケアのいろ・は		○	2/3	2名
ニュートリション・ジャーナル WEB セミナー 高齢者の体重減少を止める食支援		○	2/15	2名
令和6年度生活習慣病予防健診実施要綱の案内		○	2/27	1名
看護ケアのお悩みを速効解決！ビフィズス菌の可能性		○	3/26	1名

研修実績 6 リハビリテーション科【院内・院外研修】

研修内容	院内	院外	開催日	参加者
第 35 回日本ハンドセラピ学会学術集会		○	4/22・23	1 名
東京新聞ヘルスケアメイツ 体力測定補助スタッフ		○	5/21	1 名
「日本ハンドセラピ学会学術集会」伝達講習会	○		6/12	7 名
地域リハビリテーション専門人材育成研修 ファシリテーター		○	7/1	1 名
日本摂食嚥下リハビリテーション学会		○	9/2・3	1 名
令和 5 年度東村山市介護施設従事者等による虐待防止研修会		○	11/13	1 名
令和 5 年度東京都高齢者権利擁護推進事業 「高齢者虐待防止研修（施設居住系）」		○	11/28	1 名
第 63 回近畿理学療法学会学術大会		○	2/19～3/31	1 名
3 学会合同呼吸療法認定士 認定更新研修		○	3/1～3/29	1 名

環境活動レポート



2024年 3月 31日 発行

社会医療法人社団 愛有会
久米川病院・介護老人保健施設久米川

2023年度
(R5.4.1~R6.3.31)

社会医療法人社団 愛有会 環境理念

病院・施設は医療・介護を提供する一方で、多量の水やエネルギーを使用すると共に、多量の一般廃棄物・感染性廃棄物を排出するなど、環境に多くの負担をかけています。

このことから、私たちが環境・資源保全に取り組むのは社会的義務と考えなければなりません。

社会医療法人社団 愛有会では、環境・資源保全のために永続的な取り組みを行っていきます。

久米川病院・介護老人保健施設久米川 環境方針

久米川病院・介護老人保健施設久米川では、環境・資源の保全に取り組むために下記のとおり環境方針を定めます。

1. 環境マネジメントシステムに基づき環境保全活動を推進すると共に、目的・目標を定め定期的に見直し、継続的改善を図ります。
2. 診療材料等の適正使用と廃棄物の減量を重点的に推進します。
3. 自然災害や異常気象等、社会の持続的発展に影響を及ぼす可能性のある気候変動の緩和に貢献するため、省エネルギー推進や再生可能エネルギー利用拡大を通じ、事業活動に伴う温室効果ガスの排出量削減に取り組みます。
4. 災害拠点連携病院として災害時の広域的被害、物流の途絶、被害の長期化を想定した設備・機能を生かし地域に生活する人々に安心と安全を提供します。
5. 本活動を通じて病院の医療・介護の質向上を推進します。
6. プラスチックに係る資源循環の促進等の円滑な実施を図ります。
7. 環境方針は、全職員に周知すると共に、各自が役割を自覚して行動出来る様、教育を行い環境に関する意識の向上に努めます。

2023年4月1日改定

久米川病院 院長

阿部 真也 

久米川病院 事業概要

運営法人	社会医療法人社団 愛有会	
事業所名	久米川病院・介護老人保健施設久米川	
代表者	理事長兼院長兼施設長 阿部 真也	
所在地	東京都東村山市本町四丁目7番地14	
電話	042-393-5511	
ファックス	042-393-5585	
URL	http://www.kumegawa-hosp.jp/	
環境管理責任者	院長 阿部 真也	
環境管理副責任者	事務長 武田 嘉朗	
事業内容・規模	医療・介護サービス	
	事業活動期間	4月～翌年3月
	診療科目	消化器内科・循環器内科・糖尿病内科・内分泌内科・代謝内科・内視鏡内科・整形外科・呼吸器外科・乳腺外科・リハビリテーション科・肛門外科・泌尿器科・皮膚科・放射線科・眼科
	病床数	久米川病院：地域包括病棟 40床 老健久米川：ユニット型 60床 従来型 20床
	従業員数	約 239名
	敷地面積	3540.77 m ²
	建築面積	2044.24 m ²
	延床面積	8302.33 m ²
	建物概要	地下1階・地上4階・塔屋1階

※事業活動の詳細資料はホームページ(www.aiyukai.jp)にてご覧頂けます。

2023 年度活動計画の主な内容

項目	継続・新規	環境活動計画
省エネルギーの推進 (CO ₂ 削減)	継続	照明の時間消灯、廊下照明の間引き。
	継続	空調設定温度の適正化。(夏期 28℃、冬期 20℃)
	継続	温水洗浄便座の節電設定。
	継続	OA機器の待機電力の削減。
	継続	フロア毎に電気・ガス・水道使用量の見える化をして適正使用を促す。
	継続	中央制御盤による空調機の効率的なスケジュール運転。
	継続	コージェネレーションシステムによる計画的な発電。
	継続	太陽光パネルによる発電。
	新規	空調機のフィルター清掃、交換による節電対策。
廃棄物の削減 及びリサイクルの推進	継続	固形燃料化を推進するため、紙類・プラ系ゴミの分別を徹底する。
	継続	品質の高いオムツ交換、あて方を考え、実施していく。
	継続	施設・備品などには高品質の製品を使用し長期間使用を可能にする。
	継続	三大合併症による感染性廃棄物量の低減。
	継続	診療材料等の適正使用による廃棄物の減量。
	継続	フードロスの低減。
	継続	IT 活用によるペーパーレス化の推進。
	新規	不要となったクリアファイルの再利用
	継続	診療材料のプラスチックごみのリサイクル。
	新規	感染症感染防止。
水道量の削減 (節水)	継続	蛇口はこまめに閉める。
	継続	節水システムの定期的なメンテナンスの実施。
	継続	井戸水を利用した散水。
ガス使用量の削減	継続	給湯量、火力の調整を随時行う。
	継続	給湯器の給湯温度の緩和。
	継続	コージェネレーションシステムの排熱利用による給湯。
化学物質使用量の削減	継続	シャンプー・ボディソープの個人持ち。
	継続	洗剤の洗剤種類変更と減量。
その他	継続	事業活動に伴う備品はグリーン購入を行う。
	継続	5S運動の実施。(特に、整理=不要なものを撤去する 整頓=作業しやすいように材料や環境を調える)
	継続	廃棄物の適正処理、減量化とリサイクルの推進。安全性・信頼性の向上、
	継続	プラスチック容器異物除去。(食品や残渣付着の紙ごみ、金属、ガラス等)

環境目標

項目	内容		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
感染性 廃棄物 (kg)	削減	目標値	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%
		実績値	▲16.3%	▲25.1%	41.3%	23.4%	3.5%
非感染性 廃棄物 (kg)	削減	目標値	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%
		実績値	1.2%	▲9.6%	▲13.6%	▲3.3%	▲2.0
化学物質 使用量 (kg)	削減	目標値	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%
		実績値	▲55.6%	11.1%	33.3%	▲16.6%	33.3%
電気 使用量 (kwh)	削減	目標値	▲5.0%	▲5.0%	▲5.0%	▲15.0%	▲15.0%
		実績値	27.9%	40.3%	12.2%	▲3.3%	▲6.0
ガス 使用量 (m ³)	削減	目標値	▲5.0%	▲5.0%	▲5.0%	▲10.0%	▲10.0%
		実績値	154.3%	653.8%	663.8%	▲0.2%	10.9%
ガソリン 使用量 (L)	削減	目標値	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0%	▲10.0
		実績値	▲33.4%	▲64.3%	▲89.2%	207.1%	142.4%
CO2 排出量 (kg)	削減 (電力・ガス、 化石燃料)	目標値	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%	▲1.0%
		実績値	76.8%	176%	142.7%	▲8.6%	▲8.3%
上水 使用量 (m ³)	節水	目標値	▲5.0%	▲5.0%	▲5.0%	▲10.0%	▲10.0%
		実績値	20.7%	21.4%	8.2%	1.5%	6.9%

化学物質使用量は、家庭で使用しているようなもの、微量なものは対象とせず、P R T R法に該当するものを対象としました。

環境目標と実績

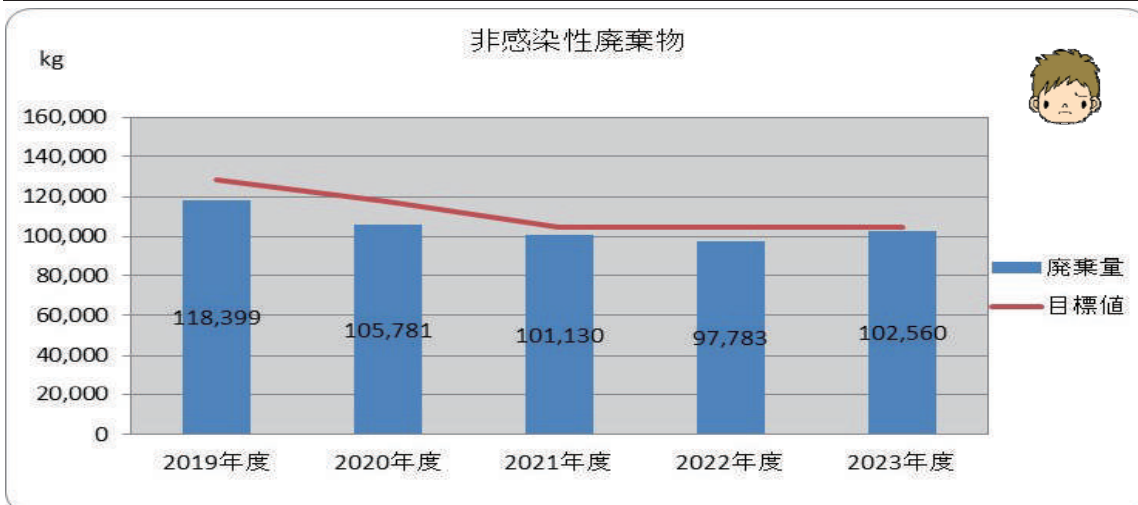
■ **感染性廃棄物** (目標値：三大合併症による感染性廃棄物の減量により、前年度比▲10%とする)

項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比值
感染性廃棄物 (kg)	10,379	5,537	4,954	9,347	11,532	10,743	▲7.3%



■ **非感染性廃棄物** (目標値：紙類、プラスチックの分別を徹底及び、オムツ使用量が適正かつ効率的であるかを検証し、品質の高い交換やあて方を実施する事で基準年度比▲1%とする。)

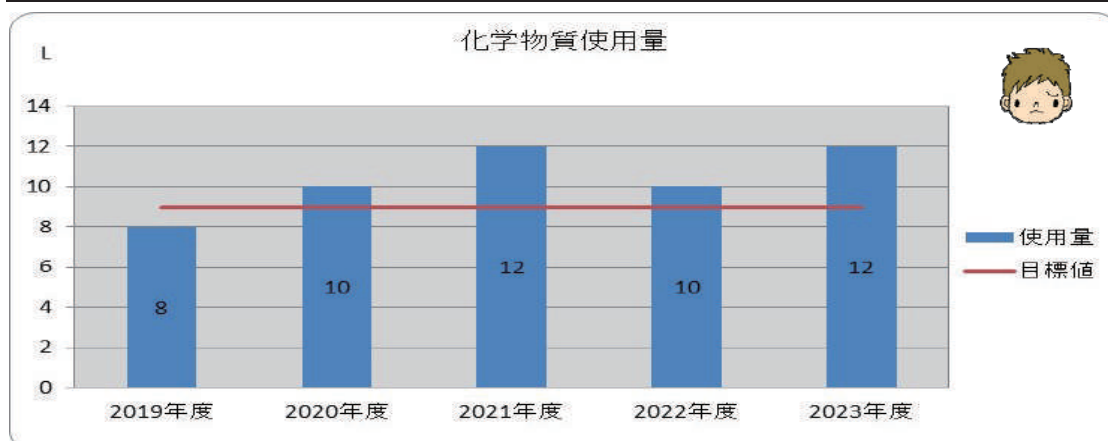
項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比值
非感染性廃棄物 (kg)	104,723	118,399	105,781	101,130	97,783	102,560	4.6%



環境目標と実績

■化学物質使用量（アルテフィックス（主原料：グリオキサール 用途：組織固定液）を対象としています。）

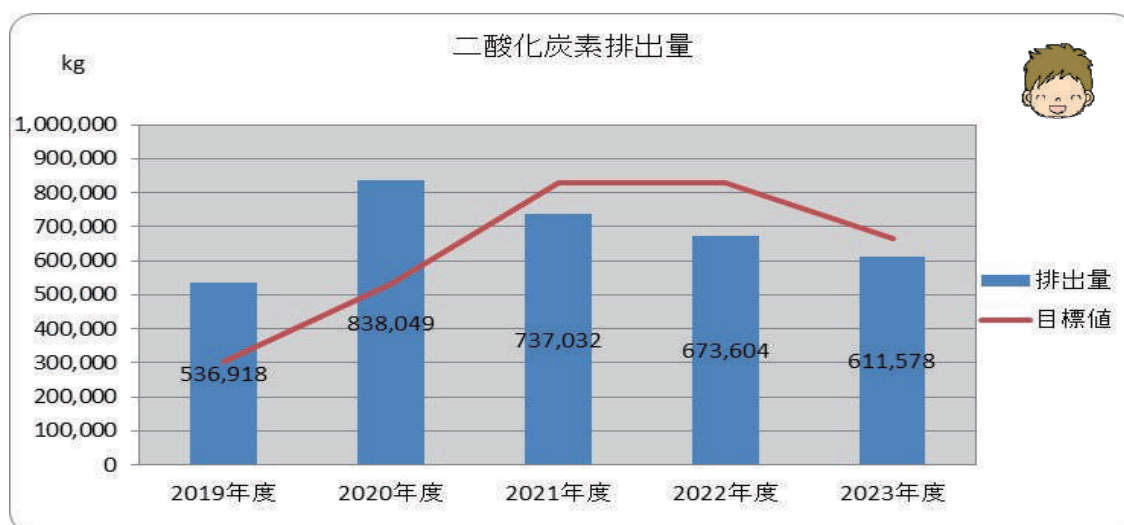
項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比值
化学物質使用量 (L)	9	8	10	12	10	12	20.0%



■二酸化炭素排出量（購入電力の実排出係数（エネックス）0.232kg-CO₂/kwh を使用しています。）

（目標値：電気・ガスを季節に応じて適正に使用し、電化製品を入れ替える際は高効率で省エネタイプの物を選定する。）

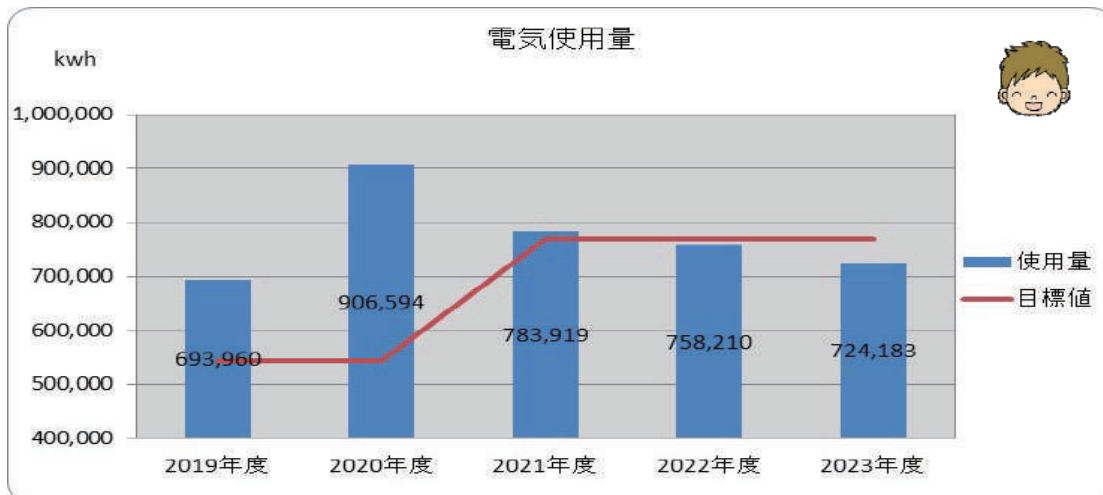
項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比值
二酸化炭素排出量 (kg)	666,868	536,918	838,049	737,032	673,604	611,578	▲9.2%



環境目標と実績

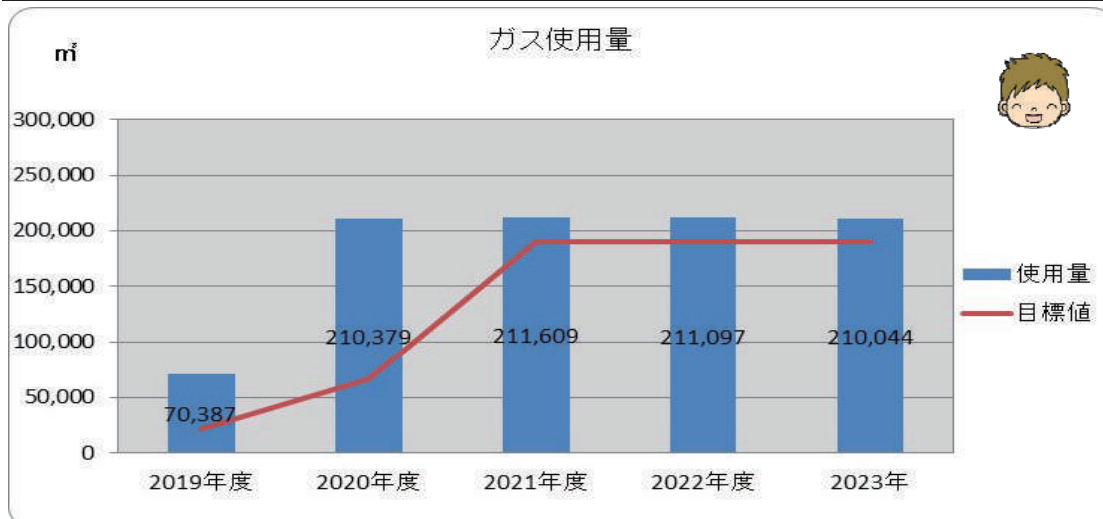
■電気使用量（空調機の適正温度による使用や共有部分の照明消灯で節電に取り組む）

項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比値
電気使用量 (Kwh)	770,605	693,960	906,594	783,919	758,210	724,183	▲4.7%



■ガス使用量（コージェネレーションシステムの運用、クールビズ、ウォームビズの実施）

項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比値
ガス使用量 (m ³)	189,341	70,387	210,379	211,609	211,097	210,044	▲0.5%

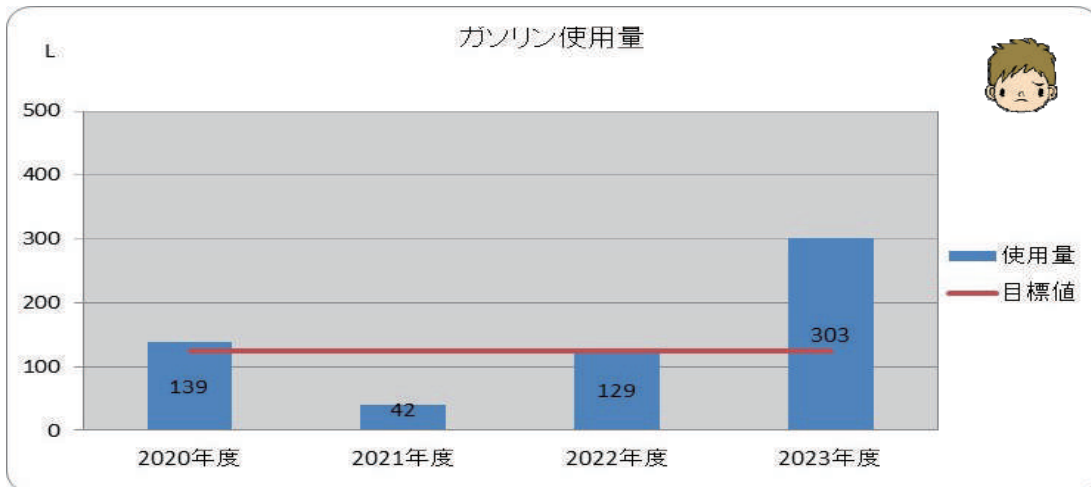


※新病院ではコージェネレーションシステムとガス空調機を導入したので、使用量が増加した。

環境目標と実績

■ガソリン使用量 (アイドリングストップを徹底し制限速度を守り、“急”のつく運転をしない)

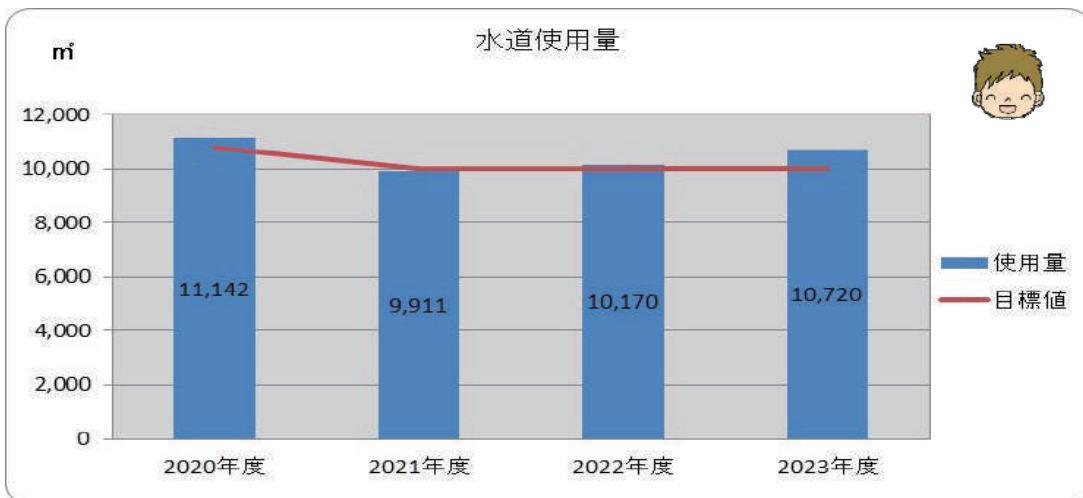
項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比値
ガソリン使用量 (L)	125	259	139	42	129	303	57.4%



※7月～通所リハビリ送迎車 1 台となり、病院車を使用したため、使用量が増加した。

■水道使用量 (蛇口をこまめに閉める、溜め水をして流しっぱなしにしない、節水システムの定期的なメンテナンス)

項目	目標値	実績値					2023年結果
		2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	対前年比値
水道使用量 (m ³)	10,028	11,941	12,013	10,706	10,862	10,720	▲1.3%



2024 年度以降の取り組み

項目	継続・新規	環境活動計画
省エネルギーの推進 (CO ₂ 削減)	継続	照明区画ごと消灯。(担当者を決めて)
	継続	空調設定温度の適正化。(夏期 27℃、冬期 20℃)
	継続	季節に合わせた換気モード設定。(梅雨・夏→全熱交換、他季→普通換気)
	継続	フロア毎に電気・ガス・水道使用量の見える化をして適正使用を促す。
	継続	コージェネレーションシステムによる計画的な発電。
	継続	太陽光パネルによる発電。
	新規	中央監視による共有フロアの空調管理
	継続	空調機のフィルター清掃、交換による節電対策。
廃棄物の削減 及びリサイクルの推進	継続	固形燃料化を推進するため、紙類・プラスチックゴミの分別を徹底する。
	継続	品質の高いオムツ交換、あて方を考え、実施していく。
	継続	施設・備品などには高品質の製品を使用し長期間使用を可能にする。
	継続	三大合併症による感染性廃棄物量の低減。
	継続	診療材料等の適正使用による廃棄物の減量。
	継続	フードロスの低減。
	継続	電子化によるペーパーレス化の推進。
	継続	プラスチック資源循環。(不要となったクリアファイル回収)
水道量の削減 (節水)	継続	蛇口はこまめに閉める。
	継続	節水システムの定期的なメンテナンスの実施。
	継続	井戸水を利用した散水。
ガス使用量の削減	新規	空調機のフィルター清掃、交換による節電対策。
	継続	給湯器の給湯温度の緩和。
	継続	コージェネレーションシステムの排熱利用による給湯。
化学物質使用量の削減	継続	シャンプー・ボディソープの個人持ち。
	継続	洗濯室の洗剤種類変更と減量。
その他	新規	在庫の圧縮、グリーン購入を通し環境負荷を低減する。
	継続	5S運動の実施。(特に、整理=不用なものを撤去する 整頓=作業しやすいように材料や環境を調える)
	継続	ピークの把握によるピークカット。
	継続	プラスチック容器異物除去。(食品や残渣付着の紙ごみ、金属、ガラス等)
	新規	日常点検による設備不具合の早期発見。

環境関連法規の遵守について

法的義務を受ける主な環境関連法規と遵守評価。

実施日：2024年3月31日

法令等	該当条項	遵守内容	遵守評価
毒物および劇物取締法	第15条2	政令で定める技術上の基準に従い廃棄	適合
下水道法	第44～51条	水質基準以上の排出禁止	適合
廃棄物処理法	第12条	廃棄物の表示・保管管理 廃棄物収集運搬及び処分業者との委託契約 マニフェストの控え（A票）の保存義務 感染性廃棄物の分別・管理	適合
フロン排出抑制法	第3章	特定製品に使用されるフロン類の管理の適正化に係る措置	適合
家電リサイクル法	第6条	家電の長期使用、適正廃棄	適合
消防法	第8、17条	消防設備の定期点検	適合
電気事業法	第42	建物変電設備による電気工作物の点検	適合
建築基準法	第12条	建物・特殊建物・昇降機の定期点検	適合
高圧ガス保安法	第35条2	液体酸素使用による定期点検	適合
水道法	第34条2、3	小規模水道の清掃・点検・水質検査	適合
電離放射線障害防止規則	第54条	放射線漏洩検査	適合
ビル管理法	第4条	害虫駆除の実施	適合
自動車リサイクル法	第5、8条	廃車時における適正処理	適合

以上のとおり遵守確認及び評価の結果、違反はありませんでした。

又、関係当局より違反等の指摘はありません。

代表者による全体評価と見直し結果

代表者による見直しを実施し下表の結果でした。

	項目	見直しの有無	評価コメント
1	環境方針の見直し	有	気候変動緩和、適応へ向けた方針を盛り込んだ。
2	環境目標	有	前年度以上に、具体的根拠にもとづく目標値とした。
3	環境活動計画	有	クリアファイルの再利用、空調機フィルター清掃、交換による節電対策に取り組むこととした。
4	環境経営のシステム化	有	環境活動と本業の質向上が連動した経営にしてゆく。
5	全体評価	有	新型コロナウイルス感染症による廃棄量が増加した。現場の活動を主体的・自主的に取り組んでもらうために、関連する委員会と連携して職員の参加意識を高め、改善に向けて対策と実行をくり返し、病院の医療・介護の質向上と健全な経営に繋げていく。

令和5年度 介護老人保健施設久米川 事業報告

老健久米川の概要	106
人事組織図、施設基準等、運営方針	
目標進捗状況	111
実績・集計報告	113
入所・退所	113
薬局	114
検査科	116
リハビリテーション科	117
栄養科	120
社会福祉相談室	123
各部署の年度総括	125
各部署の上半期及び下半期まとめ	



人事組織図 (令和6年3月末日時点)

老健久米川の概要

部門(役職・氏名)		部署	役職・責任者氏名		役職・氏名	
介護老人保健施設 久米川 施設長 阿部 真也	診療部 医局長 阿部 一雅	従来型	星 作男			
		ユニット型	佐藤 任宣			
	看護部 部長 横尾 藍	3F・4F	部長	横尾 藍	係長	曾我 淑
		通所リハビリテーション			主任	米玉利美幸
	介護部	3F	係長	平良 京子	ユニットリーダー	秋山 千鶴
						綿引 健一
		4F			ユニットリーダー	大神 球美
						高橋 真弓
	通所リハビリテーション			主任	稲垣 由美	
	コメディカル部 部長 渡辺 一雄 副部長 長尾 重知	薬局	薬局長	土本 真穂		係長 土本 真穂
		検査科	部長	渡辺 一雄	係長 安田 睦美	
		放射線科			係長 廣澤 浩二	
		栄養科			係長 竹内 秀幸	
		リハビリテーション室	副部長	長尾 重知	係長 瀬戸 寛子	
主任 伴野 勉						
事務部 事務長 八尋 裕子 事務長 武田 嘉朗	情報管理室 クラーク	事務長	八尋 裕子 武田 嘉朗	課長 長岡 美里		
	医事課 健診			課長 加後 伊知子		
				主任 小滝 優加		
				主任 小玉 恵子		
	社会福祉相談室			課長 横山 真樹子		
	総務課			課長 鈴木 加代		
保育室	責任者 新井 まり子					

施設基準等 (令和6年3月末日時点)

施設長 ■阿部 真也

職員数 ■ 102名 (常勤77名・非常勤25名) ※病院兼務職員を含む
(老健のみは50名・常勤39名・非常勤11名)

内 訳 (3階) 従来型 (やまぶき) 20床、ユニット型 (なのはな・ひまわり) 各10床
(4階) ユニット型 (すみれ・ふじ・さくら・なでしこ) 各10床
計80床

施設基準 ■介護保険施設 (I) 基本型20床 (多床室16床、従来型個室4床)

- ・夜勤職員配置加算
- ・若年性認知症入所者受入加算
- ・ターミナルケア体制
- ・栄養ケア・マネジメントの実施
- ・栄養マネジメント強化加算
- ・褥瘡マネジメント加算
- ・安全対策体制加算
- ・短期集中リハビリテーション実施加算
- ・口腔衛生管理加算Ⅱ
- ・科学的介護推進体制加算Ⅱ
- ・自立支援促進加算
- ・療養食加算
- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ
- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ
- ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算

■ユニット型介護保険施設 (I) 超強化型60床 (ユニット型個室)

- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算 加算Ⅱ
- ・夜勤職員配置加算
- ・若年性認知症入所者受入加算
- ・ターミナルケア体制
- ・栄養ケア・マネジメントの実施
- ・栄養マネジメント強化加算
- ・褥瘡マネジメント加算
- ・安全対策体制加算
- ・短期集中リハビリテーション実施加算
- ・科学的介護推進体制加算Ⅱ
- ・口腔衛生管理加算Ⅱ
- ・療養食加算
- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ
- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ
- ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算

■通所リハビリテーション (定員20名/日)

- ・時間延長サービス体制
- ・リハビリテーション提供体制加算
- ・入浴介助体制
- ・リハビリテーションマネジメント加算
- ・短期集中個別リハビリテーション実施加算
- ・運動器機能向上加算
- ・若年性認知症利用者受入加算
- ・栄養改善体制
- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ
- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ
- ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算



概要

運営方針

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、住み慣れた場所で自分らしい暮らしを続けることができるようにつとめます。そして地域の包括的な支援・サービス提供体制を推進し、地域から信頼される施設であり続けます。

「基本理念」

私たちは、利用者の尊厳を守り、より良い介護と機能訓練を行い、居宅での生活への復帰を目指します。

「ケア方針」

- (1) 多職種からなるチームで、在宅復帰・認知症・看取りに対応する個別ケアに取り組みます。
- (2) 生活の質を高めるケア・リハビリテーションを行います。
- (3) 地域との結びつきを大切に、地域と一体になったケアを担っていきます。

「看護・介護の基本方針」

利用者の自立を促し、社会生活や家庭生活に復帰していただく事を目標とします。その為に、個々のケア方針に沿って業務を組み立て実施し、絶えず学習し質の向上をはかります。

「機能訓練の基本方針」

専門的な視点を生かし、在宅生活の継続を支援します。

地域・行政・家族との連携に関する基本方針

(1) 地域との連携

- ① 社会福祉協議会・地域包括支援センター・介護サービス事業者・介護保険施設等と密接に連携し、当老健の立地的な特性を活かして、地域の福祉、介護の中核となれるよう活動を行います。
- ② 地域からボランティアを積極的に募り、地域住民との交流を推進していきます。
- ③ 本町地域の見守り隊に参加します。

(2) 行政との連携

- ① 東村山市と密接に連携し、介護老人保健施設としての役割を果たします。
- ② 消防・警察と連携し、防災・防犯の活動を行います。

(3) 家族との連携

利用者の自立を促すため介護・看護・リハビリを通じて、家族との連携を大切にします。

令和5年度 事業計画と実績・評価

事業計画 1 | 入所（ユニット・従来型）

具体的施策

- 「活動目標」 超強化型の維持・LIFE 関連加算の取得・介護度平均 4 以上・稼働率 98%以上・予約待機者常時 10 名以上・増収:200 万円/月額
- ①入所時から専門職介入によるハイリスク要因の評価体制を強化し、自立支援計画・ケアプランを作成、具体的な短期、長期目標を設定する。
 - ②回復度や現状について、見学や録画、文書を用いて具体的にわかりやすく家族に説明し、随時スタッフ・家族間で共有することで、タイミングを逃さず目標達成を目指す。（面会時にリハ見学や普段の ADL 向上のためのケア（トイレ介助や食事介助など）を見てもらう機会を増やしていく。）
 - ③レクリエーションや趣味活動の時間を増やし、生活にメリハリをつけ活性化を図る。
 - ④事務作業の分業化、電子化導入の準備を進め、データ入力の効率化を図ることで LIFE 関連加算の取得を目指す。
 - ⑤全体目標を老健会議で周知し、個人の行動目標に反映させ、人事評価を実施する。

実績

- 【達成・要因】
- ・在宅復帰率、回転率、入退所前後訪問指導割合の指標が安定してクリアできていることで、超強化型の維持ができた。
 - ・LIFE 関連加算は、各部署とデータ入力する事務員の協働が進み、概ね取得できた。
 - ・平均介護度は 4 以上、稼働率はショートステイを効率的に調整することで、98%以上を達成できた。また、老健会議で入退所の進捗の確認を行い、また包括病棟からの退院の対応や、救急からの緊急ショートステイにも柔軟に対応するよう努めた。
 - ・レクリエーションは、各ユニットで行う回数が増え、リハビリと協力して合同で実施できた。
- 【未達成・原因】
- ・自立支援促進加算は、入浴方法の個別性が活かしきれず、ユニット型のみ取得できなかったため、次年度の課題となった。
 - ・面会が緩和され、家族とのコミュニケーションの強化にとどまり、トイレ介助やリハビリ見学までは至らなかった。

今後は、より個別性に特化したケアへの取り組みが求められる。ケアマネを中心にチームで協働して超強化型維持と、質の向上に努めたい。

事業計画 2 | 老人保健施設 通所リハビリテーション

具体的施策

《活動目標》 リハビリマネジメント加算 B (ロ) 取得・定員 8 名 (7 月～)

問い合わせ 10 名/月

- ① 医師によるリハビリテーション計画書説明と LIFE データ入力によるリハビリテーションマネジメント加算 B(ロ)取得を目指す。
- ② 営業日の効率化を図る。(午後半日営業) (7 月～)
7 月以降、午前中は入所者の対応業務に移行する。
利用者の目標達成状況により計画的に終了を進める事で、問合せ時に開始可能月を伝える。
送迎車を 1 台契約とし送迎に制約を生じるが、病院車使用により柔軟に対応する。
- ③ 業務の役割分担および内容の調整と効率化を検討し、実施する。
- ④ 管理栄養士、言語聴覚士の介入を深め、生活の質を高める関わりを行う。

実績

【達成・要因】

- ・病院車を使用し、8 名を超えて利用者を受け入れたことで終了者があっても定員を維持できた。
- ・R6 年度の介護報酬改定によるリハマネジメント加算につながる一体的サービス提供 (リハビリ・口腔管理・栄養管理) の為の計画書を準備した。
- ・リハビリ職と介護職の役割を明確にしマニュアルを作成、新しいスタッフでもわかりやすいよう準備・整備を行った。

【未達成・原因】

- ・計画書の整理と入力人員など、LIFE 入力体制を整えるにとどまり、リハビリテーションマネジメント加算は A (イ) 継続となった。また、医師によるリハビリテーション計画書の説明時間の確保が出来なかった。
- ・新規問い合わせ件数は、多い月で 8 件だったが、平均 4.66 件/月であり、目標達成できなかったが、それでも、1 日の定員 8 名以上を維持することができた。

目標進捗状況 1 稼働状況項目

指 標		目標値	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
老健 従来型	稼働率 (%)	98.0%	99.5%	98.4%	99.3%	99.7%	99.7%	94.5%	100.0%
	在宅復帰率 (%)	30% 以上	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	一日平均単価 (円)	14,022 7月~14,211 10月~14,262	14,235	14,067	14,182	14,285	14,614	14,636	14,217
老健 ユニット型	稼働率 (%)	98.0%	97.6%	98.6%	98.5%	98.4%	98.2%	96.8%	97.2%
	在宅復帰率 (%)	50% 以上	80.0%	100.0%	50.0%	0.0%	100.0%	50.0%	66.6%
	ベッド回転率 (%)	10%以上	10.6%	11.9%	10.5%	5.1%	9.4%	16.0%	6.9%
	入所前後訪問指導割合 (%)	30%以上	80.0%	62.5%	66.7%	66.7%	80.0%	66.7%	80.0%
	退所前後訪問指導割合 (%)	30%以上	100.0%	75.0%	100.0%	0.0%	66.6%	50.0%	100.0%
	一日平均単価 (円)	17,240 7月~17,449 10月~17,678	17,151	17,567	17,549	17,525	17,534	17,696	17,515
リ通 八所	平均利用人数 (人)	4月11名 7月~8名	11	9	10	7	7	8	8

実績・評価

指 標		目標値	11月	12月	1月	2月	3月	月平均実績	今期累計 進捗率
老健 従来型	稼働率 (%)	98.0%	99.8%	99.0%	97.6%	99.1%	99.5%	98.8%	100.9%
	在宅復帰率 (%)	30% 以上	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.8%	69.4%
	一日平均単価 (円)	14,022 7月~14,211 10月~14,262	14,257	14,195	14,284	14,470	14,501	14,329	102%
老健 ユニット型	稼働率 (%)	98.0%	98.7%	98.8%	98.7%	98.2%	99.6%	98.3%	100.3%
	在宅復帰率 (%)	50% 以上	100.0%	50.0%	75.0%	100.0%	50.0%	68.5%	136.9%
	ベッド回転率 (%)	10%以上	7.8%	12.7%	11.9%	14.7%	10.0%	10.6%	106.3%
	入所前後訪問指導割合 (%)	30%以上	60.0%	42.9%	71.4%	62.5%	50.0%	65.8%	219.3%
	退所前後訪問指導割合 (%)	30%以上	50.0%	100.0%	33.3%	66.6%	100.0%	70.1%	233.8%
	一日平均単価 (円)	17,240 7月~17,449 10月~17,678	17,564	17,833	17,779	17,955	17,720	17,616	102%
リ通 八所	平均利用人数 (人)	4月11名 7月~8名	7	8	8	8	8	8	-

目標進捗状況 2 品質目標項目

品質目標	施設目標値	4月実績	5月実績	6月実績	7月実績	8月実績	9月実績	10月実績
①ケアプロセス評価 やまぶき	プロセス監査 効果あり 100%	91.8%	90.8%	90.0%	95.0%	88.8%	79.0%	88.1%
②ケアプロセス評価 なのはな・ひまわり		98.7%	98.4%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
③ケアプロセス評価 さくら・なでしこ		91.3%	79.7%	82.1%	85.0%	85.0%	57.0%	88.7%
④ケアプロセス評価 ふじ・すみれ		96.9%	100.0%	100.0%	95.0%	100.0%	100.0%	100.0%
⑤ターミナル計画による 看取り件数	100%	33.3%	33.3%	100.0%	100.0%	50.0%	66.6%	-
⑥アクシデント件数 (3a以上)	前年対比20%減 (38件/年)	2件	3件	4件	3件	4件	1件	2件
⑦施設内感染		0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件
⑧満足度調査	満足 100%	92.5%	100.0%	98.9%	98.8%	100.0%	100.0%	100.0%
⑨働きがいアンケート	普通以上 100%							

品質目標	施設目標値	11月実績	12月実績	1月実績	2月実績	3月実績	月平均	今期累計 進捗率
①ケアプロセス評価 やまぶき	プロセス監査 効果あり 100%	89.4%	93.8%	88.8%	73.8%	94.0%	88.6%	88.6%
②ケアプロセス評価 なのはな・ひまわり		100.0%	95.2%	100.0%	94.7%	100.0%	98.9%	98.9%
③ケアプロセス評価 さくら・なでしこ		86.3%	88.1%	76.3%	80.8%	83.8%	82.0%	82.0%
④ケアプロセス評価 ふじ・すみれ		98.8%	100.0%	100.0%	97.5%	96.3%	98.7%	98.7%
⑤ターミナル計画による 看取り件数	100%	66.6%	50.0%	60.0%	83.3%	33.3%	61.5%	61.5%
⑥アクシデント件数 (3a以上)	前年対比20%減 (38件/年)	3件	0件	0件	3件	0件	15件	39.5%
⑦施設内感染		0件	1件	0件	0件	0件	0件	1件
⑧満足度調査	満足 100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	96.4%	98.9%	98.9%
⑨働きがいアンケート	普通以上 100%		77.0%				77.0%	77.0%

実績・集計報告

統計資料 1 入所・退所

▶ 新規入所数(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
従来型 (20床)	1	1	1	2	1	5	11	2	2	4	1	2	2	13	24
ユニット型 (60床)	14	12	12	7	10	12	67	10	8	14	15	16	14	77	144
合計	14	12	12	7	10	12	67	10	8	14	15	16	14	77	144

▶ 退所数(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
従来型 (20床)	1	1	1	2	3	5	13	0	2	4	2	1	3	12	25
ユニット型 (60床)	14	12	12	7	10	12	67	10	8	14	15	16	14	77	144
合計	14	12	12	7	10	12	67	10	8	14	15	16	14	77	144

▶ 延入所者数(単位:人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
従来型 (20床)	597	610	596	618	618	567	3,606	620	599	614	605	575	617	3,630	7,236
ユニット型 (60床)	1,757	1,834	1,773	1,831	1,827	1,743	10,765	1,807	1,776	1,838	1,836	1,708	1,852	10,817	21,582
合計	1,757	1,834	1,773	1,831	1,827	1,743	10,765	1,807	1,776	1,838	1,836	1,708	1,852	10,817	21,582

▶ 平均在院日数(単位:日) ※3ヶ月平均での算出

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総平均
従来型 (20床)	505	914	601	456	366	200	507.0	226	223	262	242	256	327	256.0	381.5
ユニット型 (60床)	150	151	147	173	191	183	165.7	171	169	167	147	122	120	149.4	157.5
合計	149.9	151.0	147.0	172.6	190.6	183.1	165.7	170.7	169.1	166.8	147.3	122.3	119.9	149.4	157.5

▶ 内服処方・注射処方(単位:枚数) ※服薬指導の算定はありません

	内服処方箋		注射処方箋	
	ユニット型 (60床)	従来型 (20床)	ユニット型 (60床)	従来型 (20床)
4月	180	51	55	52
5月	191	52	81	33
6月	179	40	143	20
7月	142	46	112	47
8月	158	54	123	1
9月	176	58	169	39
計	1,026	301	683	192
10月	172	32	170	62
11月	152	45	155	25
12月	184	49	110	73
1月	142	39	163	50
2月	143	46	71	33
3月	159	64	69	24
計	952	275	738	267
総計	1,978	576	1,421	459
	2,554		1,880	

▶内服5剤以上処方件数と、5剤以上から以下になった件数

2023年度	定時枚数	5剤以上の件数	割合%	5剤以上から以下になった件数	割合%
4月	69	22	32	0	0
5月	71	24	34	1	4
6月	72	28	39	1	4
7月	61	25	41	2	8
8月	65	14	22	9	64
9月	68	14	21	1	7
10月	64	13	20	3	23
11月	64	16	25	1	6
12月	64	16	25	0	0
1月	63	17	27	1	6
2月	61	16	26	3	19
3月	62	17	27	1	6
合計	784	222	28	23	10

▶処方の多かった薬剤上位10品

内服薬	注射剤
酸化マグネシウム錠 250mg	パレプラス輸液1000ml
ミヤBM錠	KN3号輸液500ml
ランソプラゾールOD錠 15mg	ボタコールR輸液500ml
カルボシステイン錠 250mg	タゾピペ配合静注用 2.25
バルプロ酸ナトリウム細粒 20%	セフトリアキソンナトリウム静注用 1g
ワーファリン錠 1mg	ワイスタール配合静注用 1g
リマプロストアルファデクス錠 5μg	ファモチジン静注 20mg
ファモチジンOD錠 20mg	/
エクア錠 50mg	
ビオスリー配合OD錠	

▶4剤以下に削減できた品目上位3品

内服薬
酸化マグネシウム錠 250mg
ミヤBM錠
リスベリドンOD錠 1mg

統計資料 3 検査科

検査別件数(単位:件)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
院外	生化	21	19	20	23	19	24	126	17	20	24	20	18	25	124	250
	血算	21	19	20	22	19	24	125	16	20	24	20	16	25	121	246
細胞・組織	細菌	7	12	2	2	3	9	35	3	7	4	5	3	5	27	62
	細胞診	0	0	3	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	4
	病理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
院内	生化	10	16	9	9	14	20	78	6	7	12	14	16	8	63	141
	呼吸器病原体セット	10	10	17	10	8	23	78	6	8	43	23	21	16	117	195
	血算	11	16	9	9	14	20	79	6	7	12	14	16	9	64	143
	血糖	6	9	5	2	5	7	34	4	3	6	9	9	3	34	68
	HbA1c	1	5	5	2	1	0	14	1	0	4	3	2	3	13	27
	血沈・出血時間	1	2	1	0	2	1	7	0	2	0	1	3	1	7	14
	輸血検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
	血液型	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	4
	血液ガス	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2
	トロポニンT	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
	尿検査	7	14	4	5	8	11	49	6	11	9	11	8	6	51	100
生理	心電図	4	8	6	7	6	7	38	3	6	6	8	8	4	35	73
	超音波	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

キット検査実施数 陽性率	インフルエンザ A型	インフルエンザ B型	インフルエンザ (銀クロマト 法)	アデノウイルス	マイコプラズマ
年間検査実施数 (件)	2		6	0	0
陽性者数 (人)	0	0	0	-	-
陽性率 (%)	0	0	0	-	-

キット検査実施数 陽性率	溶連菌	肺炎球菌	レジオネラ	新型 コロナウイルス 抗原検査	新型 コロナウイルス PCR検査	HIV スクリーニング
年間検査実施数 (件)	0	0	0	7	186	1
陽性者数 (人)	-	-	-	0	17	0
陽性率 (%)	-	-	-	0	9.1	0

新型コロナウイルス 職員陽性者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計
陽性者数 (人)	0	1	4	4	6	12	27

新型コロナウイルス 職員陽性者数	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
陽性者数 (人)	2	1	9	1	4	3	20	47

実績・集計報告

統計資料 4 | リハビリテーション科

▶ リハビリ実施状況(単位:人)

区分	ユニット型			従来型			合計
	理学療法 (PT)	作業療法 (OT)	言語聴覚 療法 (ST)	理学療法 (PT)	作業療法 (OT)	言語聴覚 療法 (ST)	
4月	413	186	48	41	55	24	767
5月	359	289	44	46	49	32	819
6月	324	254	42	39	66	27	752
7月	326	256	57	41	78	26	784
8月	330	279	57	40	75	34	815
9月	275	226	64	33	51	26	675
計	2,027	1,490	312	240	374	169	4,612
10月	306	259	77	68	60	26	796
11月	304	226	68	54	61	22	735
12月	301	194	59	44	69	23	690
1月	318	268	61	37	78	26	788
2月	315	236	70	28	73	33	755
3月	341	261	66	34	84	40	826
計	1,885	1,444	401	265	425	170	4,590
総計	3,912	2,934	713	505	799	339	9,202

《年間総括》

入退所前後の訪問指導をリハビリスタッフも月2回から6回実施し、入所中のリハビリテーションに反映させ、スムーズな自宅退所に繋げた。従来型老健において作業療法士の復職に伴い6月から集団リハビリテーションを週1回実施した。

▶ 通所リハビリテーション 新規問い合わせ・見学・利用者数(単位:人)

区 分	新規問合せ	見 学	実利用者数	実利用者数		延べ利用者数
				1日コース	半日コース	
4月	6	1	48	13	35	212
5月	4	3	44	11	33	184
6月	3	2	44	10	34	224
7月	6	1	26	0	26	142
8月	2	2	33	0	33	161
9月	4	0	31	0	31	155
計	25	9	226	34	192	1,078
10月	4	2	30	0	30	163
11月	2	4	30	0	30	148
12月	2	1	31	0	31	159
1月	4	0	29	0	29	147
2月	6	3	30	0	30	145
3月	2	2	32	0	32	153
計	20	12	182	0	182	915
総計	45	21	408	34	374	1,993

▶ 通所リハビリテーション利用者の日常生活自立度（開始時）と変化(単位:人)

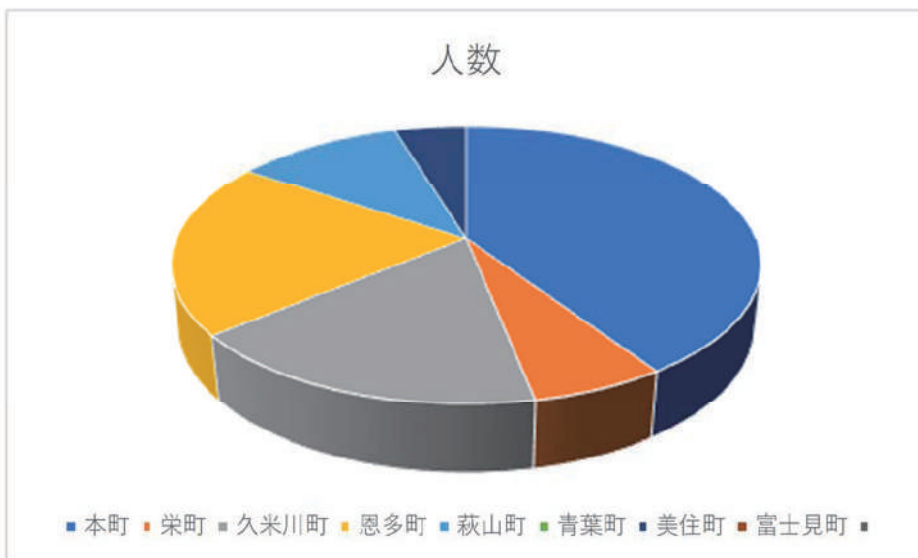
ランクJ1	ランクJ2	ランクA1	ランクA2	ランクB1	ランクB2
12	20	21	4	6	1

利用中のランク改善：2名、悪化0名 利用終了時のランク改善：1名

《年間総括》

新型コロナウイルス感染対策を継続しつつフロアレイアウト変更を行い、制限していた定員を 12 名に戻して運用開始したが、7 月からは午後のみ営業とし定員は再び 10 名とした。この運用変更に伴い食事の提供と入浴サービスは終了した。午前中は入所者の対応をするなど、職員業務の見直しを行った。次年度の介護報酬改定に向けた体制づくりを開始した。

町名	人数
本町	26
栄町	4
久米川町	11
恩多町	13
萩山町	7
青葉町	0
美住町	3
富士見町	0
合計	64



3F フロア



スタップステーション



通所リハビリテーション



4F フロア

実績・集計報告

▶ 食種別食数(単位:食)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	総計
常食	102	93	90	97	93	130	605	187	142	93	93	98	97	710	1,315
軟食	3,667	3,574	3,284	3,356	3,385	3,159	20,425	3,075	2,790	3,000	3,179	3,128	3,551	18,723	39,148
分粥食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流動食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
塩分・エネルギー制限食 1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
塩分・エネルギー制限食 1600	90	66	0	0	0	0	156	0	0	0	18	0	21	39	195
塩分・エネルギー制限食 1400	180	373	514	558	491	393	2,509	446	383	524	470	509	407	2,739	5,248
塩分・エネルギー制限食 1200	425	441	293	279	415	539	2,392	571	672	581	493	347	279	2,943	5,335
塩分・エネルギー制限食 1000	159	186	180	186	185	180	1,076	186	180	186	186	174	149	1,061	2,137
低たんぱく食 40g (E : 1600)	36	152	360	291	160	90	1,089	93	97	186	167	87	93	723	1,812
低たんぱく食 40g (E : 1400)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
低たんぱく食 40g (E : 1200)	133	110	90	93	93	90	609	93	41	0	0	0	0	134	743
低残渣食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10	10
経管栄養食	1,893	1,881	1,869	1,939	1,987	1,853	11,422	2,102	2,048	2,004	1,892	1,884	2,191	12,121	23,543
合計	6,685	6,876	6,680	6,799	6,809	6,434	40,283	6,753	6,353	6,576	6,508	6,227	6,788	39,205	79,488

《年間総括》

食数は 2022 年度と比べて、-649 食/年とほぼ変わらなかった。経管栄養の食数は-3,617 食/年となり、ここ 3 年で-17,722 食と年々減少している。経管栄養入所者が退所後、新たな入所者が経口摂取者中心となっていることが要因である。経口摂取食数は+3,000 食/年増加した。治療食数が+7,053 食で去年よりも倍増している。

治療食数が増えていることは入所者層が経口摂取者が増えている影響で、生活習慣病などの基礎疾患を有している経口摂取者が増えてきており、対応をしている為と考える。以前はキザミ食やミキサー食のような嚥下調整食を摂取している方が多かったが、普通食に近い食事形態を摂取している方が増えてきており、食事の美味しさやサービスの向上がさらに求められる。入所者様が健康に過ごしていただけるような栄養管理を行いながらも、食事の時間をより楽しいものにしていけるよう取り組んでいきたい。

▶ 栄養管理実績

エネルギー			水分量		
経口栄養	必要量平均	1191kcal	経口栄養	必要量平均	1298ml
	摂取量平均	1195kcal		摂取量平均	1417ml
	必要量充足率	99.6%		必要量充足率	109.1%
経管栄養	必要量平均	1033kcal	経管栄養	必要量平均	1263ml
	摂取量平均	1008kcal		摂取量平均	1169ml
	必要量充足率	97.6%		必要量充足率	92.5%
栄養管理実績					
対象入所者情報		平均年齢	85.8歳		
		経口割合	57.8%		
		経管割合	42.2%		
管理栄養士介入件数		経口	162件/年		
		経管	65件/年		
入所時からのアルブミン値変動		経口	3.2g/dl ⇒ 3.3g/dl		
		経管	3.3g/dl ⇒ 3.0g/dl		
栄養状態実績 <前年度比較>		改善	17.1% ⇒ 17.2%		
		維持	59.2% ⇒ 56.2%		
		低下	23.7% ⇒ 26.6%		

※解説

①平均摂取エネルギーと平均水分摂取量は、年度末の一時期で算出。個々の身長・体重・年齢・性別・活動レベルから算出している。経口摂取者の割合が年々増加しており、平均年齢 85 歳と超高齢者が多い為、食事が十分に摂取出来ない入所者層が多くなっている。その影響で経口摂取者の必要栄養量充足率が 100%を満たせなくなっているが、栄養マネジメント強化加算の取組み効果もあり、去年よりは限りなく 100%に充足率が近づいてきている。経管栄養の方では、入所が長期となり体重増加が進み、減量目的でエネルギー調整をしている方や、体調不良をきっかけに投与栄養量を抑えているケースが増えており、必要栄養量充足率が 100%を下回る結果となった。

②栄養評価の実績は入所時のアルブミン値と最新の値の推移で一人一人を改善・維持・低下に分けて算出。低下となっている方々はターミナル対応の方・状態が悪く食事がとれていない経過のある入所者、長期に渡る療養で低下傾向がみられている方である。

③平均年齢 85 歳にて入所時の平均アルブミン値は 3.2g/dl と低めである。入所後も個々に上がり下がりはあるが、平均でみると変化なく推移している。ただ経管栄養では超高齢の入所者が徐々に栄養状態が低下している影響で、低下傾向が全体的にみられている。

④管理栄養士の介入件数は、経口摂取者は去年とほぼ同様で推移。経管栄養は+34 件で増加となった。全体的には去年の 196 件よりも+31 件増加となり、2023 年度より開始した栄養マネジメント強化加算の影響でさらなる栄養介入が行えた結果と考える。

⑤経口摂取の進まない入所者が増えている印象。その影響で栄養状態が低下している入所者割合も増えているが、積極的な栄養介入で栄養状態が改善しているケースもあり、結果として大きな変化は見られなかった。今後経口摂取者に対する栄養介入方法について、さらに質を上げていく必要がある。経管栄養については入所が長期に渡っている方で、高齢化により栄養状態低下がみられている方が増えている印象。経管栄養においても体重コントロールと栄養状態維持のバランスを図っていけるように取り組んでいきたい。

▶特別食数の病名別内訳(医療) (単位:食)

	対象病名	食数
1	糖尿病	1,599
2	心疾患	629
3	腎疾患	497

▶療養食数の病名別内訳(老健) (単位:食)

	対象病名	食数
1	糖尿病	7,678
2	心疾患	1,221
3	腎疾患	572



季節に合わせた行事食 (5月端午の節句 7月七夕)



適温で食事を提供できるよう温冷配膳車を完備



厨房

▶ 利用状況

区分	件数	割合 (%)
受診援助	70	0.9
入所援助	2,065	26.1
退所援助	1,542	19.5
療養上の問題援助	1,485	18.8
経済問題調整	398	5.0
就労問題援助	4	0.1
住宅問題援助	299	3.8
通所援助	372	4.7
家族問題援助	401	5.1
日常生活援助	875	11.1
心理・情緒的援助	359	4.5
人権擁護	41	0.5
合計	7,911	100

▶ 入所経路別内訳 (ショートステイ除く) (単位:人)

区分	4~9月	10~3月
病院	36 (16)	42 (18)
施設	3	0
自宅	6	8

()内は久米川病院

▶ 入所問い合わせと実入所者数(単位:件)

実績	
問い合わせ	144
実入所者	95
入所率	66.0%

▶ 退所困難ケースの割合(ショートステイ除く)

(単位:件)

実績	
入所者数	77
対象者	7
該当率	9.1%

▶ 退所内訳 (ショートステイ除く) (単位:人)

区分	4~9月	10~3月
自宅	12	9
特養	2	3
老健	0	1
病院	4 (2)	3 (2)
居住系施設	9	7
死亡	20	25

()内は久米川病院

《年間総括》

包括ケア病棟が混みあっていたため、スライドして老健での受け入れを行った結果、病院からの受け入れが増えた。久米川病院以外の急性期病院からのケースも積極的に受け入れ、地域医療の円滑な運営に貢献した。介護度が軽い利用者は入所前から退所後の行く先を本人・家族・ケアマネ等と共有し、在宅復帰率の維持、超強化型を継続することができた。

▶ 相談室経由の入所時主病名（2023年度入所 ショートステイ除く）（単位：病名 複数カウントあり）

区分	脳卒中	その他 頭部疾患	心疾患	呼吸器	肺炎	消化器	泌尿器	骨折	その他 整形外科	ガン	難病	褥瘡	認知症	廃用症候群 その他	合計
4月	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	6
5月	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	3	9
6月	0	0	0	1	1	1	1	3	0	1	0	0	1	2	11
7月	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	7
8月	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	6
9月	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	4	5	14
計	2	1	3	2	6	1	2	6	3	3	2	0	7	15	53
10月	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	6
11月	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	7
12月	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	2	3	11
1月	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	8
2月	3	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	3	10
3月	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	9
計	10	3	0	2	3	2	2	5	0	3	1	0	6	14	51
総計	12	4	3	4	9	3	4	11	3	6	3	0	13	29	104
	11.5%	3.8%	2.9%	3.8%	8.7%	2.9%	3.8%	10.6%	2.9%	5.8%	2.9%	0.0%	12.5%	27.9%	100%

実績・集計報告

▶入所時の男女比、年齢層(単位:人)

▶入所時の介護度(単位:人)

▶入所時の日常生活自立度
(単位:人)

		性別	
		男性	女性
年齢	59以下	0	0
	60～64	0	0
	65～69	0	0
	70～74	0	1
	75～79	6	3
	80～84	9	7
	85～89	14	21
	90～94	8	17
	95～99	1	5
	100以上	0	3
計		38	57

介護度	件数
5	28
4	27
3	19
2	12
1	9
その他	0
平均	3.6

日常生活自立度	件数
J1、J2	0
A1	0
A2	11
B1	4
B2	30
C1	6
C2	44

※上記全て2023年度入所を対象（ショートステイは除く）

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<ul style="list-style-type: none"> ① 老健活動実績進捗状況は老健会議議事録参照 ② ターミナルケアに準じた利用者へのカンファレンス及びケア ③ 褥瘡マネジメントに準じた利用者へのケア ④ 重度療養管理に準じた短期入所者へのケア ⑤ 在宅復帰に向けた多職種カンファレンスにて退所後を見越した生活支援（内服管理・創処置など） ⑥ 感染対策委員会にて適切な手洗い及び手指衛生の呼びかけや実践できているかの確認
評価・総括	<p>①ターミナルケアに向けたカンファレンスや家族対応について看護師同士の情報共有が不十分なことがあったためカルテ記載の徹底や医務室の情報共有ボードの活用徹底をしていく</p> <p>～老健医務室情報共有ボード活用徹底の具体策について～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療倫理委員会作成のフローシートに沿ってカルテ記載有無を確認する ・ 医務室情報共有ボードにターミナル候補者として検討開始の旨を記載する ・ 上記を記載することで担当看護師が日々変わっても進捗を把握できることを目的とする。その他医師との相談有無、ユニットカンファレンスをしたか、またはその予定日、必要書類がどこまで揃っているかを明記する <p>②褥瘡利用者の定期的な皮膚科受診が抜けることがあり継続されるようにしていく</p> <p>③重度療養管理に準じた短期入所者により業務負担が掛かりすぎないように入所フロアやユニットを検討して受入れ、安全面での問題はなく経過した</p> <p>④在宅復帰に向けた多職種カンファレンスにて退所後を見越した生活支援（内服管理、吸痰、経管、創処置など）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退所に向けたカンファレンス時に自宅退所後に必要なケア内容の洗い出しをした ・ 内服管理は誰がするのか確認 ・ 本人管理となる場合、内服管理カレンダーの設置、在宅での確認手順を確認し入所中から同じように練習を行った ・ 経管栄養の場合自宅では誰がするのか、手技指導の日程調整と実技指導 ・ 吸痰が必要な方の手技指導の日程調整と実技指導 ・ オムツ交換、体位変換、創処置の手技指導の日程調整と実技指導 ・ お試し外出・外泊の実施と帰宅後にご家族からの困りや感想の聞き取りをし、不安を解消、退所を迎えられるような支援を都度検討した <p>⑤感染対策委員会にて適切な手洗い及び手指衛生の呼びかけや実践できているかの確認</p>
下半期の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ① ターミナルケア・在宅復帰へ向けた支援では受持ち看護師がその日によって違うため、カルテ記載や医務室の情報共有ボードの活用徹底をつづけ安心して統一した対応が出来るようにしていく ② 業務負担が大きくなることが予測される利用者入所の際は、現場の状況を確認し利用者全体が安全安心した生活を送れるケアが継続できるのか相談したうえで受入れる部署を選定、スタッフが安心して

	<p>業務にあたるようにしていく</p> <p>③ 褥瘡に対して引き続き平時から予防ケアに努めていく(スキンケア、定期的な体位変換など)</p> <p>④ 感染症に対して引き続き平時から予防に努めていく(標準予防策、適切なタイミングの手指衛生、口腔ケアなど)</p>
--	---

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>① 老健活動実績進捗度状況は老健会議議事録参照</p> <p>② ターミナルケアに準じた利用者へのカンファレンス及びケア</p> <p>③ 褥瘡マネジメントに準じた利用者へのケア</p> <p>④ 重度療養管理加算に準じた短期入所者へのケア</p> <p>⑤ 在宅復帰に向けた多職種カンファレンスにて退所後を見越した生活支援(内服管理・創処置など)</p> <p>⑥ 感染対策委員会にて適切な手洗い及び手指衛生の呼びかけや実践できているかの確認</p> <p>⑦ 病棟の空床確保のための柔軟な転ベッド対応への取り組み</p>
評価・総括	<p>①ターミナルケア検討者がいる際、医療倫理委員会作成のフローシートが活用されていた。また医師、CM、CWをはじめ多職種との連携、家族対応が計画的に行えた。医務室のホワイトボードの活用、メンバー同士の連携が図れており進捗状況が上半期に比べて明確化できた</p> <p>②褥瘡発生に至った利用者が少なくエアマットが早期治癒や予防として効果的に稼働していた</p> <p>③在宅復帰に向けた多職種カンファレンスにて退所後を見越した生活支援(内服管理、吸痰、経管、創処置など)必要ケアの洗い出し、課題抽出が計画的に行えた</p> <p>④感染対策委員会にて適切な手洗い及び手指衛生の呼びかけや実践できているかの確認を行った</p>
次年度の取り組み	<p>①ターミナルケアに向けた取り組みは下期同様に継続していく。新たな気づきや困りが生じた際はメンバーで共有のうえ適宜改善していく</p> <p>②褥瘡に対して引き続き平時から予防ケアに努めていく(スキンケア、定期的な体位変換など)</p> <p>③感染症に対して引き続き平時から予防に努めていく(標準予防策、適切なタイミングの手指衛生、口腔ケアなど)</p>

各部署の年度総括 | 老健 介護部

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①老健の加算、稼働率、在宅復帰率、ベット回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合の進捗については運営会議の資料参照。概ね目標値を達成しており、加算は自立支援促進加算が取れていない。人員が補充出来次第取得していく予定。</p> <p>②おやつ週1回～9月より週2回とした。</p> <p>③レクリエーションコロナ後初の合同で3階夏祭り開催、4階各ユニットにて季節の制作作り実施。</p> <p>④ユニット研修4月より講師を看護・介護から選出し月1度紙面研修実施。(内容、感想文あり)。</p>

	<p>⑤福祉用具の活用（自動ブレーキ車椅子）。</p> <p>⑥拘束に関する記録を生活記録用紙に追加した。</p>
評価・総括	<p>①在宅復帰に関して以前よりも復帰に向け利用者の目標を定めて多職種とカンファレンスを進めていく姿勢が増えて来た。</p> <p>②ユニット研修など毎月の計画に沿って進められている。</p> <p>③自動ブレーキの車椅子を使用することで、車椅子からの転倒転落が減ってきた。</p> <p>④拘束の生活記録は始めたばかりなので、説明しながら記載をしてもらっている。</p>
下半期の取り組み	<p>①合同のレクリエーションの取り組み。</p> <p>②従来型、ユニットの目標達成の維持。</p> <p>③下期のユニット研修引き続き行っていく。</p> <p>④拘束の生活記録に関しては、記録の他以外も、拘束委員会と話し合いながら進めていく。</p>
その他	<p>①年間の介護の研修（7月より開始）</p> <p>7月老健とは（施設基準・加算 LIFF） 8月ユニットケアとは（個別ケア・情報共有・記録）</p> <p>9月経管栄養の注意点・食事介助方法 10月口腔ケア 11月急変時の対応（BLS・窒息時の対応）</p> <p>12月ケア時の注意（拘縮・麻痺・チューブ類がある場合） 1月虐待防止 2月ターミナルケア</p> <p>3月接遇・認知症</p> <p>②車椅子からの転倒転落</p> <p>やまぶきはここ数年自動ブレーキ車椅子使用なし</p> <p>なのはな・ひまわり4名使用（2名立ち上がり時ブレーキ掛け忘れにて転倒）</p> <p>さくら・なでしこ長期ショートステイ1名が使用 ふじ・すみれ（5名使用2名転倒転落しなくなった）</p> <p>自動ブレーキ車椅子使用の方は、認知症があり車椅子操作の理解が難しいためブレーキの掛け忘れが多く、見守りが手薄になる時間帯は転倒の可能性が高い状態だったと推測された。自動ブレーキ車椅子を使用したことにより転倒予防だけではなく、スタッフが見守りしなくともトイレに行けたり（自尊心を保つ）、スタッフがいなくとも自由に移動ができることで活動が広がった。</p> <p>③生活記録</p> <p>東京都福祉保健局による監査にて、拘束に関しての記録（拘束をしている時間、拘束をしているとき、外しているときの利用者の状態）の記録が無いと指摘有り。拘束委員会で検討し、生活記録に拘束をしたときし点、外したら○を記載する欄と、カンファレンス日、同意書の作成、次回更新日、経過記録・再検討記録作成、家族への報告、解除日、拘束使用の内容などの記載欄（3か月更新）を作った。11月から新たに追加したので 引き続き生活記録と一緒に記録していく。</p>

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>①老健の加算、稼働率、在宅復帰率、ベット回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合の進捗については運営会議の資料参照。概ね目標値を達成しており、加算は自立支援促進加算が取れていない。人員が補充出来次第取得していく予定。</p> <p>②おやつ週 1回～9月より週2回とした。</p>

	<p>③レクリエーション3階、4階と大きな鳥居を作成し1月に利用者とお参りをした。各ユニットにて季節の制作作り実施。</p> <p>④ユニット研修4月より講師を看護・介護から選出し月1度紙面研修実施。(内容、感想文あり)。</p> <p>⑤福祉用具の活用(自動ブレーキ車椅子)。</p> <p>⑥拘束に関する記載を生活記録に増やす。</p>
評価・総括	<p>①在宅復帰に関して以前よりも復帰に向け利用者の目標を定めて多職種とカンファレンスを進めていく姿勢が増えて来た。</p> <p>②ユニット研修は毎月の計画に沿って進められ今年度は終了した。来年度は6月より新たな研修を開催していく。</p> <p>③自動ブレーキの車椅子を使用することで、車椅子からの転倒転落が減ってきた。今後も継続的に使用する。</p> <p>④拘束の生活記録は記載漏れが多く拘束委員会の巡視にて記録されているか確認を強化、記載がなければユニットリーダーに伝え記録の周知をしてもらい漏れがないようにしていく。</p>
次年度の取り組み	<p>① 合同のレクリエーションの取り組み。</p> <p>② 従来型、ユニットの目標達成の維持。</p> <p>③ 下期のユニット研修引き続き行っていく。</p> <p>④ 拘束の生活記録に関しては、記録の他以外も、拘束委員会と話し合いながら進めていく。</p>

各部署の年度総括

通所リハビリテーション

上半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	<p>リハビリテーションマネジメント加算(A)口継続。新規問合せ件数、月平均4.2件。</p> <p>午後のみの営業に向け、集団での運動、マシントレーニング、個別リハビリの内容・時間割の検討と、業務の役割分担とその文書化を行った。7月以降も運用しながら調整を継続した。</p> <p>船井総研による老健コンサル開始。管理職、現場担当者が参加し、研修及び現状と進捗報告を行った。</p>
評価・総括	<p>① リハビリテーション会議への医師の参加を調整している状況で、医師による計画書の説明時間を確保できていない(リハビリマネジメント加算AからBへの移行)。</p> <p>② 7月からの午後のみの営業は定員の状況でスムーズに移行できた。看護師1名の減少は利用者の戸惑いも見られたが、少しずつ慣れていただけた。7月以降の3ヶ月で6名の新規受け入れが出来たため、終了者があっても利用者数を維持できている。また、運用が落ち着いた時点で午前中の入所者対応も行った(リハビリテーション、介護)。</p> <p>③ 船井総研によるコンサルを始めた段階のため、いくつか提案されたが現実的ではなく結果は出ていない。</p> <p>④ 送迎時間帯(送迎車と通所リハ室の移動)と請求書・保険証等確認の時期に、スタッフ不足となることもある。</p>
下半期の取り組み	<p>① 新規相談や利用希望者数に合わせた長期利用者と目標達成者の計画的な終了。</p> <p>② 退職予定あるため補充と教育を行う。</p>

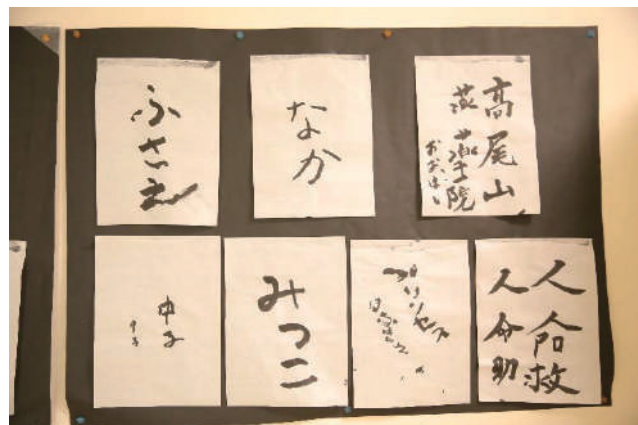
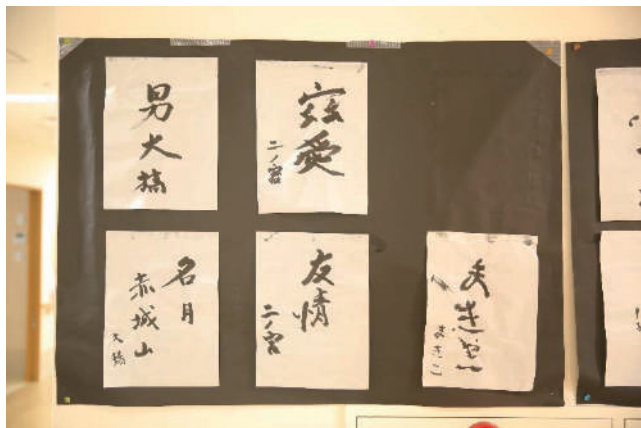
	③ 船井総研と情報共有しながら運用の検討継続。
医師のかかわりについて	現在算定している、リハビリテーションマネジメント加算のために「リハビリテーション会議」を開催しています。この会議には本人・家族、医師の参加が求められることから、対象利用者の利用日に開催となっています。マネジメント加算 A から B にアップするための必要条件が「医師によるリハビリテーション計画書の説明」です。リハ会議の時間を今より長くすることができないこと（個別リハビリ時間を削っているため）、医師が必ずしも参加できないこと、計画書作成を作業療法士が中心に行っていることから、リハ会議開催日での調整ができていない状況です。
船井総研コンサルタントについて	支出を上回る収入のために必要な利用者数、根拠となる平均単価が、久米川の現状を大きく上回り、スタッフ数と送迎車が足りない。要介護者の個別リハ時間、運動器機能向上加算のための個別リハの実施時間の質問に回答してもらえたことから、プログラム変更。 ※11月のコンサルから、久米川のフロア面積での平均的な利用者数が14名前後で今までの定員が適正だったと確認できた。

下半期のまとめ	
活動実績 (目標進捗度 その他)	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ継続。来年度から加算を(A)ロとする準備を整えた。 新規問合せ件数、月平均 2.8 件。 7月以降 11名の終了者があったが、1日当たりの平均登録利用者数は8名以上を維持できた。 船井総研による老健コンサルの結果とこれまでの検討内容から部署単体での黒字化は現実的ではないため、老健（入所）、久米川病院との連携を図ることで退所、退院の支援と、通所リハビリ利用者数を維持する体制作りを行うこととした。
評価・総括	① 次年度からのリハビリテーションマネジメント加算変更を、利用者および居宅介護支援事業所へ伝え、計画書の記載内容をデータ入力しやすいように整えた。 ② 老健久米川の介護職員の人材不足から、欠員補充は不十分な状況にある。介護職員欠員のため職員教育を継続した。 ③ 毎月の平均実績は欠席のために8名/日に満たなかった。
次年度の取り組み	① 新規相談や利用希望者数に合わせた長期利用者と目標達成者の計画的な終了を継続。 ② 栄養、口腔ケアを含めた一体的サービス提供に向けた体制作り。 ③ 退職予定あるため人員の補充と教育を行う。

年度総括 | 文責者

老健看護部 係長 曾我 淑	老健介護部 係長 平良 京子
通所リハビリテーション 副部長 長尾 重知	

老健入所者さんの作品および各フロアの飾りつけ紹介



各部署の年度総括

三愛クリニック さんあい介護医療院 三愛訪問看護ステーション 事業報告

概要	132
人事組織図、施設基準等、これまでの取り組み	
令和5年度 事業計画について	139
実績・評価	140
目標進捗状況	149
実績・集計報告	153
診療圏・患者数	153
入院	155
リハビリテーション・薬剤管理指導	156
社会福祉相談室	158
訪問看護ステーション	160
会議・委員会の概要	161
主な会議・委員会の開催状況	162
研修参加・実績	198
全体【院内研修】	198
看護部【院外研修】	199
放射線科【院外研修】	200
栄養科【院外研修】	200
リハビリテーション室【院外研修】	201
薬局【院外研修】	202
さんあい学会	203
委員会他 活動発表	
環境活動レポート	205
令和5年度活動実績	

年報の発行にあたって

社会医療法人社団 愛有会
さんあい介護医療院
院長 小野 真一



さんあい介護医療院は、その前身である三愛病院が愛有会の運営となってから36年、2021年に全180床を介護医療院に転換、三愛クリニックを開設してから2年が経過し、現在はさんあい介護医療院・三愛クリニックとして運営されています。

2023年は大河原真澄前院長の急逝という、大きな事柄がありました。しかし八王子市医師会鳥羽正浩会長はじめ、会員の先生方のお力添えのおかげをもちまして、この難局を乗り切ることができ、2024年を迎えることができました。紙面をお借りし、改めて厚くお礼申し上げます。

入所は年間を通して平均95%とまずまずの水準を維持することができました。入所者は八王子市ならびにその近隣からが大多数を占めており、当介護医療院の認知度がこの地域で少しずつ広まっていることがうかがわれます。併設のクリニックは、地域に根付いた形での運営が求められています。1日平均受診者は5～6名と少ないですが、年間平均では1ヵ月に約120名の受診がありました。これはインフルエンザウイルスならびに新型コロナウイルスに対するワクチン接種に対応したこと、八王子市の健診業務を受け入れたことが大きかったと考えられます。通所リハビリは地域の方々に利用して頂き、少しずつではありますが、件数も増えてきました。三愛クリニック訪問看護ステーションも今年度から正式に立ち上がり、訪問診療とともに来年度に向けて充実させてゆきます。その一方、新規の外来患者数は横ばいでした。しかし、古くからの住居者と高齢者が多い地域性を勘案すると、地域包括ケアを支える愛有会の理念に合致しているとも考えられます。

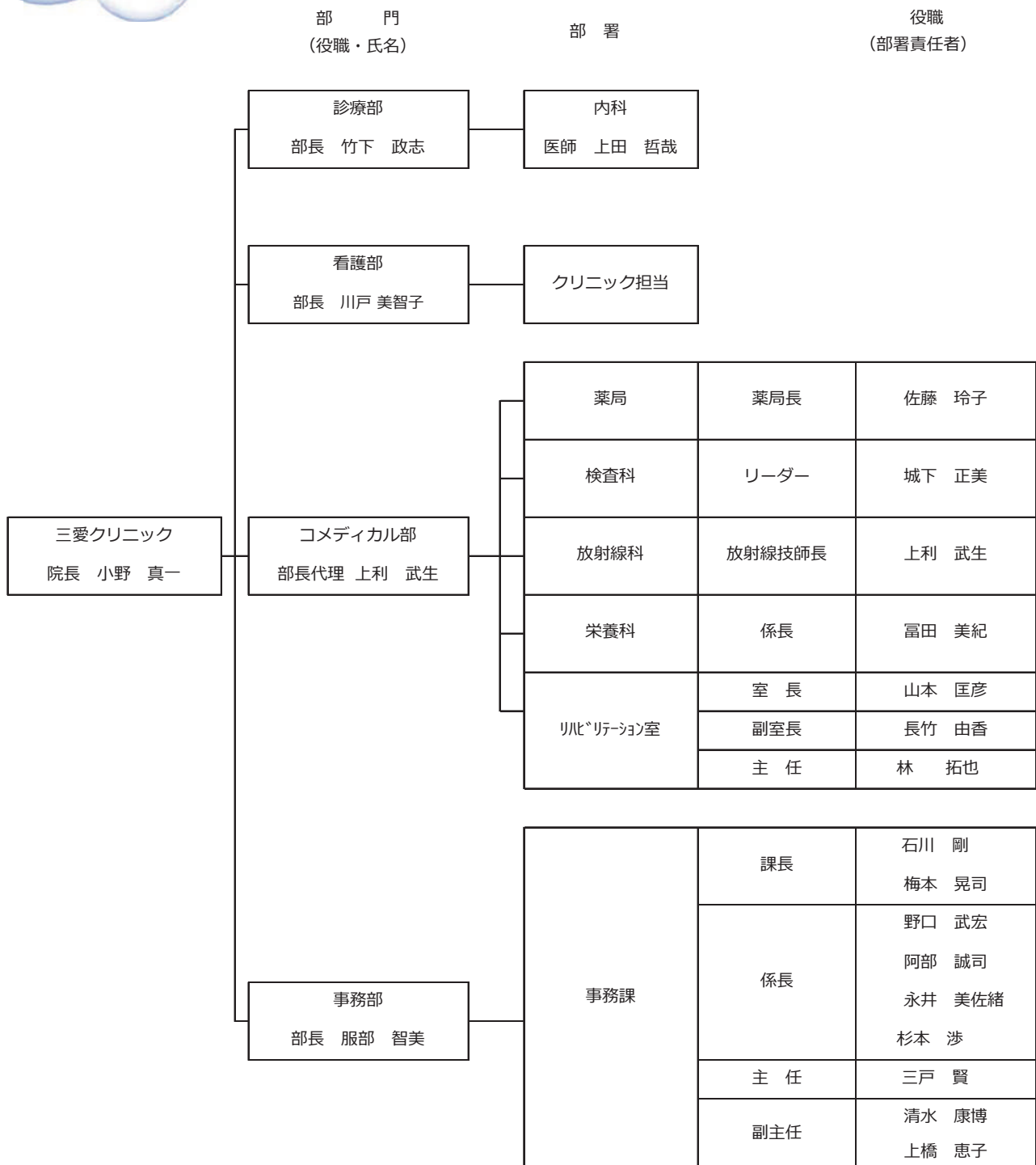
冒頭に記しましたように、前院長の急逝があったとはいえ、こうして記録だけを見返しますと大過なく2023年を終えたように見えます。それはある意味、悲しいことかもしれませんが、盤石な組織運営が成されていることの裏返しとも言えます。

このようなさんあい介護医療院・三愛クリニックの事業は一人一人の職員の努力に支えられています。スタッフの年齢構成が偏らず、有給を消化し、離職・休職者は低い水準に留まることが理想です。業務とのバランスを取りながら引き続き、健康経営を推進してゆきます。

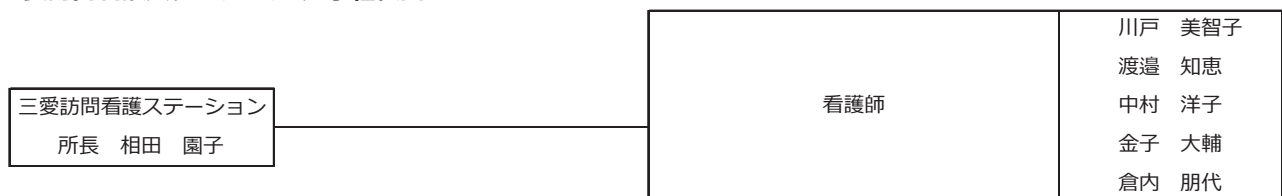


三愛クリニック 人事組織図 (令和6年3月末日時点)

医
療
院
あ
の
い
概
介
要
護

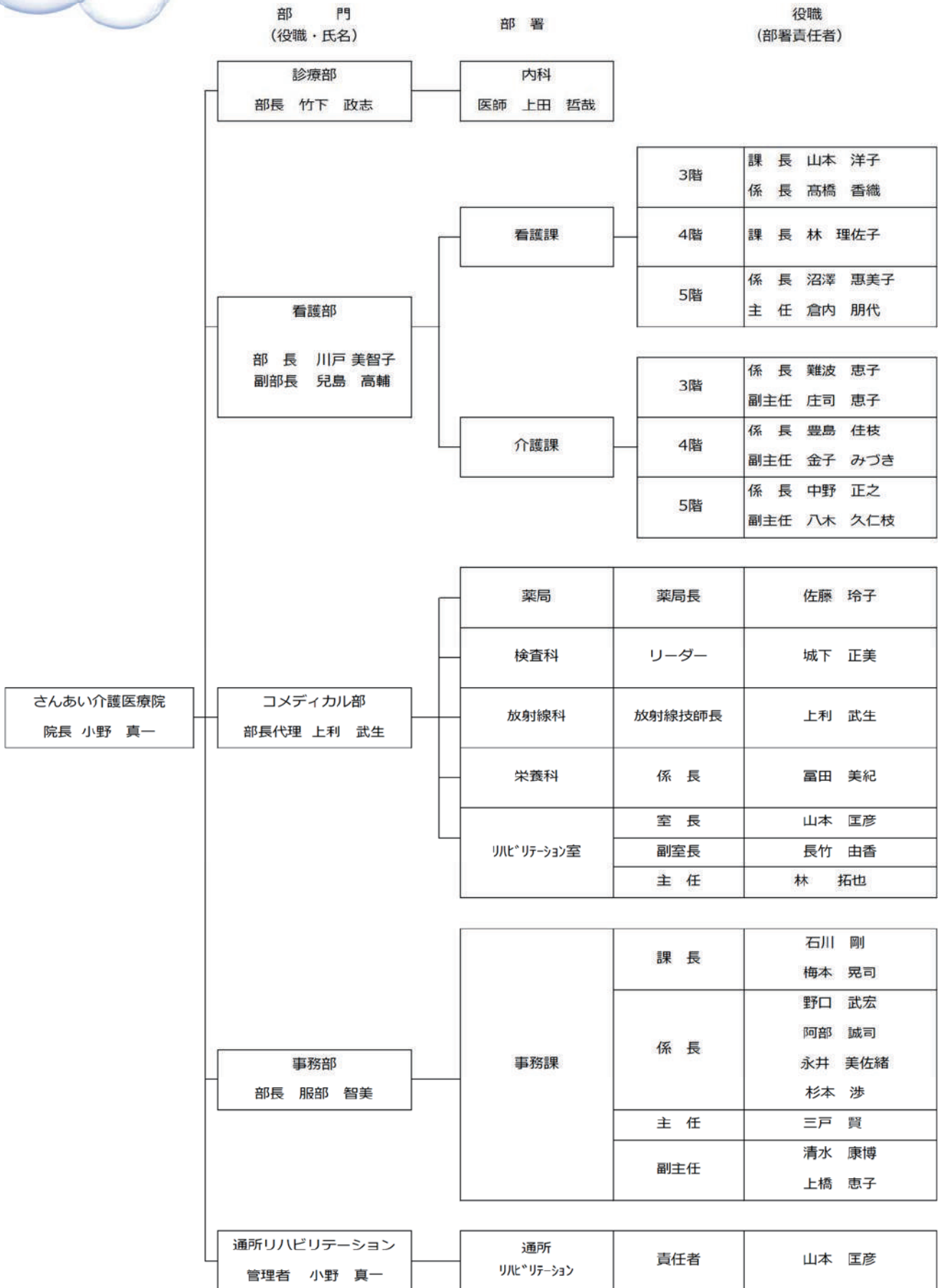


三愛訪問看護ステーション 人事組織図



さんあい介護医療院 人事組織図 (令和6年3月末日時点)

医
療
院
あ
の
い
概
介
要
護



さんあい介護医療院 施設基準等 (令和6年3月末日時点)

院 長	■小野 真一	
住 所	東京都八王子市宮下町377番地	
職 員 数	■180名(常勤127名・非常勤53名) ※うちクリニック兼務職員は6名(常勤3名・非常勤3名)	
指 定	■難病医療費指定 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく指定	
病 床	■180床 (3～5階) 介護医療院 各 I型 60床	
施設基準	<p>【 介護保険 】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・I型介護医療院サービス費 ・夜間勤務等看護Ⅲ ・口腔衛生管理加算 ・療養食加算 ・排せつ支援加算 ・自立支援促進加算 ・科学的介護推進体制加算 ・長期療養生活移行加算 ・安全対策体制加算 ・サービス提供体制強化加算Ⅰ ・介護職員処遇改善加算Ⅰ ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ ・介護職員等ベースアップ等支援加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策指導管理 ・褥瘡対策指導管理(Ⅰ) ・褥瘡対策指導管理(Ⅱ) ・初期入所診療管理 ・薬剤管理指導 ・医学情報提供 ・理学療法Ⅰ ・作業療法 ・言語聴覚療法 ・短期集中リハビリテーション ・認知症短期集中リハビリテーション ・集団コミュニケーション療法 ・リハビリテーション体制強化加算 ・摂食機能療法

三愛クリニック 施設基準等 (令和6年3月末日時点)

院 長	■小野 真一	
住 所	東京都八王子市宮下町377番地	
診療科目	■内科	
保険指定	■健康保険 国民健康保険 高齢者の医療の確保に関する法律 生活保護法	
指 定	<p>■難病医療費指定 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく指定 結核予防法 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律</p> <p>■八王子市特定健康診査 八王子市大腸がん検診 八王子市肝炎ウイルス検診</p>	
施設基準	<p>【 医療保険 】</p> <p>■施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 	

さんあい介護医療院 これまでの取り組み

01 入院部門

介護療養型医療施設から全床が介護医療院となり、在宅扱いとなる介護保険施設として、急性期病院だけでなく、あらゆる種別の医療機関の後方支援という位置付けで、長期の療養が必要な高齢者を多く受け入れている。入院者の平均要介護度は、3階：4.45 4階：4.40 5階：4.40 となっている。

医療的援助としては、入院時の褥瘡改善治癒、肺炎等感染症の減少、看取りに力を注いでいる。医療を必要としても、要介護者がその人らしく生活して頂く為に、起きて活動し、愉しみを感じて、安心して生活して頂くことを目標に、離床、生活リハビリ、栄養管理、レクリエーション、口腔ケア等々、個々のケアプランに基づき多職種連携で取り組んでいる。

介護医療院に転換して変化したことは、ハード面において、木目調のフロアやお部屋、衣装棚などの工夫を行い、生活が主体であることを念頭に4階・5階のフロアを改装したことである。またCTの更新やコロナの検査機器を導入して医療面の充実を図り、介護支援の充実に向けて看護介護職員の力量向上を目的に様々な研修を行っている。

02 品質向上の取り組み

平成23年度に日本慢性期医療協会より慢性期医療認定病院の認定を受けて以来、慢性期医療の質の持続的向上を目指している。

平成24年度よりISO9001品質マネジメントシステムに取り組み、継続的な質の向上に向けて活動している。（令和3年認証取得）

コロナ禍の中での事業運営は、院内クラスターを発生させないよう感染対策用の備品、防護具、検査試薬、キットの安定した確保、それらの管理、職員の健康管理の徹底を図っている。

生活の場の視点では、その人らしさを尊重した看護・介護を提供するための職員教育を院内・院外研修を通じて行った。

基本的日常生活援助としての食事・排泄・清潔・活動・休養（睡眠）等については、自立支援を基本にPDCAサイクルを用いて援助を展開している。

認知症介護や看護、看取り、排泄支援、経口維持に向けての取組を多職種協働で行う中で、褥瘡新規発生も年間数例に減少、院内肺炎罹患率も月に2～4%程度である。

ISOの審査において「取り組んでいることの見える化」が弱いとの指摘を受け、取組みの内容を院内で共有、外部への発信を開始し、質の向上に向けて活動している。（令和3年度認証取得）

03 環境対策への取り組み

多量の水光熱と紙おむつの使用をはじめ、多くの資源を消費し廃棄物を排出する点で環境への負荷が大きい事業であることを認識し、平成24年度より環境省によるエコアクション21環境マネジメントシステムを導入し環境負荷の低減に努め、令和3年度からはISO9001と合体するためISO14001環境マネジメントシステムに移行した。

コロナ禍では医療衛生材料の廃棄物が多くなったため、適正な使用管理に務めた。

三愛クリニック これまでの取り組み

01 クリニック部門

【年間実績】

令和5年度、クリニックの主な取り組みとして①クリニック在宅事業の拡大と増患、②健診事業の拡大、③訪問診療の拡大、④ワクチン接種利用者拡大の各項目に沿って実施した。

新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い個別ワクチン接種の開始、発熱外来の実施など、国の様々な動向に沿った取り組みを行った。増患に向けて午後診療の開始、広報活動の強化を行い事業認知度の向上に務め、地域の方へより開かれたクリニックとして定着しつつある。

訪問診療については段階的に件数が増加したが、目標達成には至らなかった。訪問回数の見直しや居宅療養加算・薬学的管理指導計画書の書類整備等を行い、質の向上に努めた。

3月には在宅支援診療所（3）の届け出を行い在宅医療拡大に向けての体制整備を行った。

実績

2023年度	目標	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
外来	130件/月	112	135	116	121	142	172	349	320	155	131	145	142
八王子健診	100件/年	0	0 ※1	6	9	3	5	13 ※1	22	11	12	3 ※1	3 ※1
企業健診	80件/年	0	16	0	0	8	0	0	36	2	0	0	0
予防接種		4	1	2	2	2	49	176	140	18	9	6	13
訪問診療	10月～ 9件/月	2	3	4	3	5	6	6	5	5	5	5	5

※1 一般検診

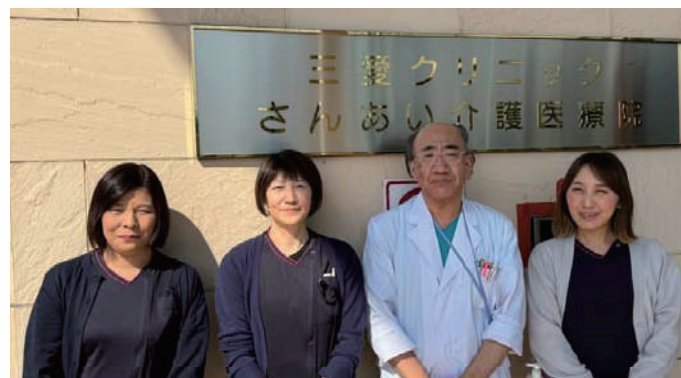
【総評】

クリニック平均受診者数：170件/月、訪問診療：4.5件/月、企業健診：62件/年（昨年度比：4件減）、八王子健診93件/年（昨年度比：28件増）予防接種422件/年（昨年度比：278件増）の推移であり、地域住民の健康管理を行うための健診等の予防活動、慢性期疾患患者の異常の早期発見に努め、地域におけるかかりつけ医としての役割を果たしつつあると考えられる。また、職員の受診も多くみられ、安心して働ける職場環境の保持を推進している。

個別ワクチン接種の開始や発熱外来など新たな取り組みを受け、地域住民が安心して質の高いサービスが受けられるよう模索しながら行ってきた。

中長期目標である「在宅医療（在宅支援診療所の役割）の拡大と増患」を見据え、外来機能の抜本的な見直しを図っていく必要がある。そのためには、広報活動を行いながら認知度を上げ、地域のニーズを把握し、体制整備の基盤作りを行う必要があると考えられる。

（看護部 山本洋子）



縄田 山本 小野院長 小澤

訪問看護ステーション これまでの取り組み

01 年間訪問件数 756 件(介護保険)

目標

訪問看護ステーションの土台作りを図りながら、利用者のニーズに合った訪問看護の提供
居宅介護支援・クリニック・病院・居住系施設等を訪問し、顔の見える関係構築を図っていく
相談があったらすぐに動くをモットーにして、利用者の獲得・相談元との信頼関係を築いていく

結果

居宅事業所等の営業においては、八王子のガイドブックに掲載されている当事業所から 30 分圏内の事業所 84 カ所（延べ 263 件）、クリニック等 21 件に訪問した。上半期は偕楽園ホーム関係からの依頼が中心であったが、下半期は 10 カ所ほどと安定的に関係構築ができた。この 10 カ所へは毎月訪問を行いながら顔の見える相談しやすい関係を作り信頼関係を築いていったこと、また営業する過程で居宅事業所の要望であるリハビリ体制を 10 月から整えたことも、居宅事業所からの依頼拡大と新規利用者の獲得につながっていったと思われる。

年間訪問件数 669 件（介護保険：449 件 医療保険：85 件）で目標の 756 件には未達であった（事業収入：目標 6,473,000 円に対して実績 5,799,455 円）。居宅事業者がない中での新規参入で営業に回ったが、居宅事業所や訪問診療の関係で既に訪問看護先が決まっていたり、訪問看護が併設されていたり等、すぐには依頼につながらなかった。また営業の中で、居宅事業所からリハビリや精神科対応の有無を聞かれることが多かったが、それを受ける体制が年度前半には整っていなかった。

訪問看護の利用者は高齢者や独居が多く、転倒による骨折や体調不良で入院することが多い。その後、在宅復帰が望めずにサービス終了となるケースが増えていた。また 60 分利用者が減り、30 分利用者が増加していくことで、利用者の収益単価が減少した。

02 研修計画に沿って各個人の能力の向上を図っていく

（全国訪問看護事業協会・東京都訪問看護ステーション協会等活用）

目標

精神科訪問に向け、精神科訪問看護研修をステーションに在籍する看護師全員が受講する
特定看護師の人選を行い、育成体制を整える

結果

精神科訪問看護研修を常勤 2 名・非常勤 1 名が受講終了し、2024 年 1 月 5 日に精神科訪問看護基本療養費の届け出を行った。また認知症対応力向上研修に 2 名、介護サービス事業管理者高齢者権利擁護研修に 1 名が受講した。

電子カルテの導入は、本院からのスタッフが非常勤で入る時に情報共有がすぐにでき、ケアにつなげることが出来た。また電子カルテの使用方法は、スケジュールに沿ってオンラインで学習を行っていった。電子カルテは、計画書・報告書・レセプト等において効率的であった。

専門看護師、特定看護師の育成は当事業所では困難であったため、該当する資格者を採用していく方針とする。



令和5年度 事業計画

1. 地域包括ケア

【事業拡大を図り地域包括ケアシステムの中核を担う】

- ① 介護医療院 入所（各フロア）
 - ・地域の中核施設として地域包括ケアシステムを構築する。
 - ・稼働率 100% 常時満床（180 床）にて予約待ち状態を目指す。
 - ・介護部の独立 令和 6 年度までに独立を目指す。
- ② 介護医療院 通所リハビリテーション
 - ・外部事業との連携を図り、通所リハビリテーション事業所としての住み分けを構築する。
 - ・週間利用枠 1 2 0 枠（8 0 %を目指す）を達成するため、個別性の追求から、サービスの質を向上させ、事業所評価を高める。
- ③ 三愛クリニック（外来・訪問・健診）
 - ・外来機能の見直しを図り、コロナ禍前の状態以上にし、在宅支援診療所の準備期間とする。
 - ・外来 130 件以上/月 訪問診療 9 件以上/月 企業健診 80 件以上/年 八王子健診 100 件以上/年
- ④ 三愛訪問看護ステーション
 - ・3 年後 400 件/月、5 年後 800 件/月を目指す
 - ・3 年後に機能強化型 3 を目指し、最終的に機能強化型 1 を取得する
 - ・専門看護師・特定看護師の育成をし、ステーションの質を上げる

2. 環境経営

【事業環境の変化に付帯して発生するリスクや機会に対して適切に対処できる能力をつける】

- ① 環境負荷の低減

3. 健康経営

【全世代に向けた魅力的職場づくりに全職員が参画する】

- ① 働き方、② 人材育成

4. 地域防災

【災害防止対策と災害時支援活動に地域と共に取り組む】

- ① 災害対策の抜本的見直しと、地域連携の強化



実績・評価

事業計画 1 | 地域包括ケア

1. 介護医療院

目標と 具体的施策

- ① 介護医療院の良さを地域に宣伝し、ベッド稼働の安定化を図る
 - ・ベッド稼働維持 平均稼働率 98.3% (177 床) 以上を維持(ベッドコントロールチーム発足)
 - ・地域とのネットワーク強化 (イベント) 地域医療介護連携会議参加
 - ・地域貢献 健康セミナー (医療・看護・介護・薬・栄養・リハビリ) 2 か月に 1 回開催
 - ・病院・介護施設・居宅・加住地区地域住民・八王子市協力
- ② ショートステイの受け入れ拡大
- ③ 総合支援相談室業務の確立 (介護支援専門員)
- ④ 職場環境改善を行い、業務の効率化と働きやすさを向上させる
- ⑤ 介護部独立のために体制整備を図る
- ⑥ 医療型短期入所事業所の開設準備

実績

- ① 稼働については年間の目標平均稼働率 177 床以上には至らなかったが、相談員を増員したことにより下半期に (1 月頃) 入ってから 178 床に到達することができた。さんあいの知名度を高めるために回覧板や掲示版などを活用し、地域活動に力を入れたことで、目標稼働数の達成が見込めるようになってきた。
- ② ショート利用については、院内在宅部門との連携で、件数自体は少なかったが事業所間連携を図り、体調不良時等ショート利用でフォローすることができた。
- ③ フロア担当のケアマネを入所相談業務に関与して頂いた事で、よりスムーズに入所過程が進む様になった。また、2 月より経験者のソーシャルワーカーを雇用した事で、紹介元の相談員から親切丁寧で解り易く、対応も早いと評価を得ており、体制構築もなされてきた。
- ④ 今年度は、経管栄養回数の見直し、入浴時間の変更、申し送り時間の短縮化を始動することができた。現時点では、業務定着を図ることを優先し、次年度は評価見直しを定期的に行い、働きやすさを追及していきたい。介護部独立については、体制や評価基準等の準備を徐々に行っていたが、実行までにコロナクラスター等の兼ね合いもあり、評価フォローまで行うに至らなかった。
- ⑤ 介護部独立については、体制や評価基準等の準備を徐々に行っていたが、実行までにコロナクラスター等の兼ね合いもあり、評価フォローまで行うに至らなかった。
- ⑥ 八王子市から医療型短期入所事業所の開設許可を頂いた。
八王子市内にある障害者サービス支援相談事業所、療育センター等に開設説明会の資料を基にして訪問。開設説明会にも八王子市障害福祉課の方を初め、10 事業所 18 名の参加を得ることができた。次年度は保健所、八王子市障害福祉課の情報を得ながら、相談支援事業所や訪問看護ステーションに赴き、事業活動を浸透させて行く予定。

事業計画 1 | 地域包括ケア

3. 三愛クリニック

目標と 具体的施策

<中長期目標>

外来機能の見直しを図り、コロナ禍前の状態以上にし、在宅支援診療所の準備期間とします。

外来 130 件以上/月 訪問診療 9 件以上/月 企業健診 80 件以上/年

八王子健診 100 件以上/年

<2023 年度活動計画 >

- ① クリニック事業の拡大、在宅医療の拡大（慢性期疾病管理）と増患 午後診療の開始
- ② 健診事業の拡大（企業健診・八王子市健診）
- ③ 訪問診療の拡大 令和 5 年度 9 件以上拡大
- ④ ワクチン接種利用者拡大

実績

クリニック平均受診者数：170 件/月、訪問診療：4.5 件/月、企業健診：62 件/年（昨年度比：4 件減）、八王子健診 93 件/年（昨年度比：28 件増）予防接種 422 件/年（昨年度比：278 件増）の推移であり、地域住民の健康管理を行うための健診等の予防活動、慢性期疾患患者の異常の早期発見に努め、地域におけるかかりつけ医としての役割を果たしつつあると考えられる。また、職員の受診も多くみられ、安心して働ける職場環境の保持を推進している。

新型コロナウイルス感染症の 5 類移行に伴い個別ワクチン接種の開始、発熱外来の実施など、国の様々な動向に沿った取り組みを行った。増患に向けて午後診療の開始、広報活動の強化を行い事業認知度の向上に努め、地域の方へより開かれたクリニックとして定着しつつある。訪問診療については段階的に件数が増加したが、目標達成には至らなかった。訪問回数の見直しや居宅療養加算・薬学的管理指導計画書の書類整備等を行い、質の向上に努めた。3 月には在宅支援診療所（3）の届け出を行い在宅医療拡大に向けての体制整備を行った。

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	上利武生	診療放射線技師	部長代理
川戸美智子	看護師	部長	佐藤玲子	薬剤師	薬局長
縄田ゆり子	看護師		城下正美	臨床検査技師	リーダー
本間久美	看護師		上橋 恵子	事務（総務）	副主任
小澤由佳	看護師				

事業計画 1 | 地域包括ケア

4. 訪問看護ステーション

<p>目標と 具体的施策</p>	<p>① 年間訪問件数 756 件（介護保険）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの土台作りを図りながら、利用者のニーズに合った訪問看護の提供 ・居宅介護支援・クリニック・病院・居住系施設等を訪問し、顔の見える関係構築を図っていく ・相談があったらすぐに動くをモットーにして、利用者の獲得・相談元との信頼関係を築いていく <p>② 研修計画に沿って各個人の能力の向上を図っていく（全国訪問看護事業協会・東京都訪問看護ステーション協会等活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科訪問に向け、精神科訪問看護研修をステーションに在籍する看護師全員が受講 ・特定看護師の人選を行い、育成体制を整える
<p>実績</p>	<p>① 年間訪問件数 669 件（介護保険：449 件 医療保険：85 件）で目標の 756 件には未達であった（事業収入：目標 6,473,000 円に対して実績 5,799,455 円）。訪問看護の利用者は高齢者や独居が多く、転倒による骨折や体調不良で入院することが多い。その後、在宅復帰が望めずにサービス終了となるケースが増えていた。また 60 分利用者が減り、30 分利用者が増加していくことで、利用者の収益単価が減少した。当事業所からさんあい介護医療に入所した方も数名いた。</p> <p>居宅事業所等の営業においては、八王子のガイドブックに掲載されている当事業所から 30 分圏内の事業所 84 か所（延べ 263 件）、クリニック等 21 件に訪問した。上半期は偕楽園ホーム関係からの依頼が中心であったが、下半期は 10 か所ほどと安定的に関係構築ができた。この 10 か所へは毎月訪問を行いながら顔の見える相談しやすい関係を作り信頼関係を築いていったこと、また営業する過程で居宅事業所の要望であるリハビリ体制を 10 月から整えたことも、居宅事業所からの依頼拡大と新規利用者の獲得につながっていったと思われる。</p> <p>② 精神科訪問看護研修を常勤 2 名・非常勤 1 名が受講終了し、2024 年 1 月 5 日に精神科訪問看護基本療養費の届け出を行った。また認知症対応力向上研修に 2 名、介護サービス事業管理者高齢者権利擁護研修に 1 名が受講した。</p>

事業計画・実績・評価

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
相田園子	看護師	所長	山本匡彦	作業療法士	室長
中村洋子	看護師		長竹由香	言語聴覚士	副室長
渡邊智恵	看護師		林拓也	理学療法士	主任
倉内朋代	看護師	主任			
金子大輔	看護師				

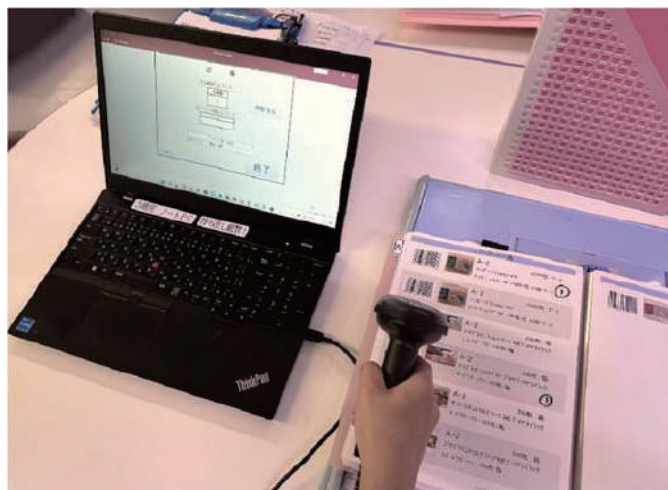
質向上と環境負荷の低減

<p>目標と 具体的施策</p>	<p>現状の詳細を把握し、外部調査を利用しながら対策を取っていく。</p> <p>① 水道光熱使用量の削減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電気 目標 3%削減。照明器具 LED 交換、始業時のピーク電力分散することにより、使用量年間 29,602kwh 削減、電気料金年間 113 万円削減を目指す。 ・ガス 混合栓の調節により温度調整 ・水道 節水コマによる流量制限 <p>② 物品管理システムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各階診療材料の入在庫数をバーコードにより一元管理を行う。 <p>③ 感染予備費として年間 480 万円を診療材料費に計上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・購入図書はバーコードにより一元管理を行う。 ・各階のオムツの量と価格を表示させることによりコスト意識を高める。(オムツ購入費 125,000 円/月、廃棄物処理費 60,000 円/月の削減を目指す) <p>④ ペーパーレス化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会議時にタブレット活用によるペーパーレス化の推進。 ・ゴミの処理方法の選択と分別 ※紙はシュレッダーにかけると資源ごみとなり無料となる。
<p>実績</p>	<p>① 水道光熱使用量の削減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ガス使用料は前年度と比べて削減という結果になった。コロナクラスター等もあり利用者様の入浴制限等で使用量の削減に至ったものと思う。また水とお湯、混合水栓の適切な使用方法を啓発、実践することにより削減に貢献出来たものと考えられる。 <p>② 物品管理システムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療材料のバーコード管理システムを 11 月から試用運転を行い、購入物品の品目ごとの数量と金額を見える化することが出来た。フロア毎の数値が表示されるためコスト意識も上がっていると感じる。 <p>③ ペーパーレス化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度は 2022 年度に比べて削減という結果になった。要因としてはタブレットと院内情報共有システム（三愛 WEB）の活用により削減することが出来た。

氏名	職種	職位
上利武生	診療放射線技師	部長代理
野口武宏	事務（総務）	係長
杉本渉	事務（総務）	係長
清水康博	事務（総務）	副主任
永井美佐緒	事務（経理）	係長



PC使用の会議（ペーパーレス）



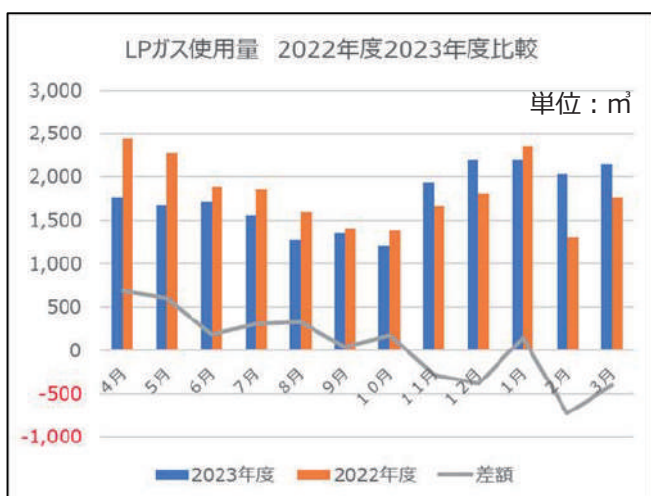
バーコード管理システム（診療材料管理）



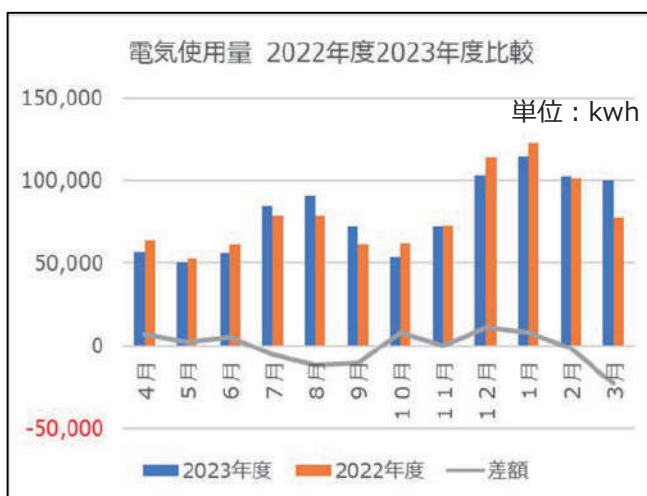
水道管理（節水・節ガス）



エアコン温度管理（節電）



ガス使用量削減取り組み



電気使用量削減取り組み

1. 健康管理

<p>目標と 具体的施策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 健康経営度調査の過去データによる当院の強み・弱みを分析し、ホワイト 500 の認証取得を目指す ② 健康企業宣言（金の認証）の認証取得を目指す 内容：（1）健診・重症化予防 （2）健康管理・安全衛生活動の取り組み （3）メンタルヘルス対策 （4）過重労働防止 （5）感染症予防対策 （6）健康経営 ③ 業務の 5S、ワークシェアによる業務負担軽減・残業削減（前年対比 20%削減） ・マニュアルの統一化と共通物品の同一場所配置により、各フロアのスムーズな応援体制を整備 ・部署・部門を超えた横断的なフォローアップ体制を強化する ・久米川病院と協働して各部署の業務内容の見直し・改善 ・看護部業務の見直し i) 入浴介助 AM・PM→AM のみにする。 ii) 経管栄養 1 日 3 回→1 日 2 回へ iii) 申し送り時間短縮 ④ 職員の個々の経験や能力・適性を見極めた適正な雇用環境の整備
<p>実績</p>	<p>■達成の要因</p> <p>③の残業については、自部署の職員だけで対応するのではなく、各部署の職員でフォローアップ体制を築けたことや、5S による職場環境の整備、看護部を中心に業務の見直し・改善を行ったことにより、全体で昨年比の残業手当 42%削減に繋がった。</p> <p>④については、人事考課による職員面談やラダー等で職員の能力や適性の確認を行った。また、コロナ禍では、レクリエーション、イベント行事などの職員間の交流が図れていなかったが、徐々に健康経営のコミュニケーションの活性化の取り組みを始めたことや、職員相談窓口による新入職員面談の実施による効果が現れてきており、全体の離職率が 6.5%（昨年度は 14.8%）になった。</p> <p>■未達成の要因</p> <p>①のホワイト 500 については、昨年度に比べると順位や平均点は向上しているものの認定までには至らない結果となった。 評価結果：令和 4 年度 総合順位 851～900 位 偏差値 56.9 令和 5 年度 総合順位 701～750 位 偏差値 59.0</p> <p>②の職員の健康管理や健康経営度調査・健康企業宣言（金の認証）の取り組みについても、組織横断的に取り組みを行うことができずに認証の取得ができなかった。</p>

事業計画 3 | 健康経営

2. 人材育成

<p>目標と 具体的施策</p>	<p>【次世代育成】</p> <p>①看護部は、副主任・役割リーダーを増やし個々の役割を果たす リーダーを使い、個々の弱み・強みへのアプローチをしつつ成長へ</p> <p>②コメ部は、業務や委員会などに積極的に参加し、役割分担を明確にして組織横断的に動く ことにより成長に繋げる</p> <p>③事務部は、部署内業務シェアにより業務の幅を広げ昇進昇格に繋げる</p>
<p>実績</p>	<p>■達成の要因</p> <p>①新たに役割を置いたことにより、役割分担が出来、細かなフォローアップ体制に繋がった。 リーダーの活用方法については検討のみの段階であり、育成、評価までのアプローチまで達成 出来なかった。</p> <p>②コメ部は委員会については滞りなく行い業務を達成した。また毎月のコメディカル会議で話 し合うことにより、部署内の問題が提起され、その改善に取り組むことによって成長につなが たと考える。</p> <p>■未達成の要因</p> <p>③事務部については、職員の退職や日々の業務に追われてしまい、各自の業務に集中して しまうことが多く、部署内の業務シェアを図ることが難しい状況だった。部署内業務シェアは難 しかったが、他部署への応援などにより多職種間で協働する機会が増え、ご利用者と関わる 業務を経験できているのは良い取り組みになっている。</p>

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	上利武生	診療放射線技師	部長代理
川戸美智子	看護師	部長	佐藤玲子	薬剤師	薬局長
縄田ゆり子	看護師		城下正美	臨床検査技師	リーダー
本間久美	看護師		上橋 恵子	事務（総務）	副主任
小澤由佳	看護師				

事業計画 4 地域防災

1. 地域と共に災害対策の更なる充実

事業計画・実績・評価

具体的施策	災害対策の抜本的見直しと、地域連携の強化 ①自衛消防訓練の実施。 ②協定施設、近隣住民と連携した訓練の実施。 ③災害対策用資材及び、備蓄・物資の整備見直しを行う。 ④災害時の事業継続計画（BCP）の見直し及び、周知。
実績	① 訓練については、火災、地震共に予定通り実施できた。 ② 消防署、市役所の協力も得られ、地域の方にも参加して頂いた形で訓練（イベント）を実施できた。97名参加 ③ 災害対策用資材及び、備蓄については、各療養棟で1Wの備蓄を行う形でローリングストック出来るような体制が出来た。非常食については、期限の関係もあるため、次年度に絡め検討していく事としている ④ 事業継続計画、アクションカードの策定は実行できた。

看護部 児島 高輔

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	浜田広美	介護士	
川戸美智子	看護師	部長	磯野弘和	介護士	
児島高輔	看護師	副部長	上利武生	診療放射線技師	部長代理
沼澤恵美子	看護師	係長	石川剛	事務（総務）	課長
荒井寿子	看護師		野口武宏	事務（総務）	係長
加藤俊之	看護師		杉本渉	事務（総務）	係長
飯島拓海	介護士		清水康博	事務（総務）	副主任



9月23日地域防災訓練



11月29日地震訓練



非常用飲料水備蓄

目標進捗状況 1 稼働状況

指標	目標値		4月	5月	6月	7月	8月	9月
稼働率	98.3% (59.0床)	3F	90.8%	89.5%	93.4%	91.9%	91.2%	95.2%
		4F	93.4%	94.0%	96.8%	97.3%	94.0%	95.9%
		5F	85.1%	91.2%	88.3%	90.4%	92.2%	92.7%
		Total	89.8%	91.6%	92.8%	93.2%	92.5%	94.6%
一日平均単価	21,154	3F	21,331	21,244	21,265	21,090	21,113	20,983
		4F	21,218	21,420	21,373	21,049	21,146	21,648
		5F	21,109	21,310	21,602	21,096	21,110	21,150
		Total	21,222	21,326	21,409	21,077	21,123	21,262
平均要介護度	4.5以上	3F	4.54	4.50	4.49	4.49	4.28	4.34
		4F	4.39	4.39	4.37	4.35	4.28	4.25
		5F	4.33	4.36	4.28	4.09	4.25	4.23
		Total	4.42	4.41	4.38	4.31	4.27	4.28
理学療法	13単位以上/人	理学	12.86	13.29	13.36	13.05	12.22	12.55
作業療法	13単位以上/人	作業	11.78	11.91	10.92	11.22	10.88	11.74
言語聴覚療法	12単位以上/人	言語	13.24	12.30	10.18	11.62	11.58	11.84
摂食機能療法	65単位/月	摂食	58	75	66	69	83	73
喀痰吸引 経管栄養 インスリン注射	30人以上 (50%)	3F	36	38	40	41	42	35
			69.2%	70.4%	72.7%	74.5%	73.7%	60.3%
		4F	38	38	38	40	40	48
			67.9%	66.7%	64.4%	70.2%	70.2%	81.4%
		5F	39	37	34	41	41	34
			72.2%	69.8%	63.0%	71.9%	74.5%	59.6%

指標	目標値		10月	11月	12月	1月	2月	3月	2023実績	2022実績
稼働率	98.3% (59.0床)	3F	99.2%	97.6%	97.5%	98.2%	98.4%	99.0%	95.2%	94.2%
		4F	96.5%	96.6%	98.7%	99.5%	98.7%	99.7%	96.8%	96.0%
		5F	97.6%	97.7%	99.6%	99.0%	96.2%	99.3%	94.1%	96.7%
		Total	97.8%	97.3%	98.6%	98.9%	97.8%	99.3%	95.3%	95.6%
一日平均単価	21,154	3F	20,748	20,995	20,865	21,080	21,090	20,860	21,055	20,957
		4F	21,046	21,301	21,174	21,157	21,190	20,935	21,221	21,032
		5F	21,190	21,399	21,003	21,724	21,799	21,076	21,297	20,771
		Total	20,993	21,231	21,014	21,321	21,356	20,957	21,191	20,920
平均要介護度	4.5以上	3F	4.34	4.39	4.39	4.37	4.37	4.41	4.41	4.45
		4F	4.19	4.29	4.37	4.34	4.22	4.22	4.31	4.40
		5F	4.21	4.25	4.25	4.22	4.20	4.17	4.24	4.40
		Total	4.25	4.31	4.34	4.31	4.27	4.26	4.32	4.42
理学療法	13単位以上/人	理学	11.95	11.56	11.43	11.31	10.14	10.66	12.0	12.53
作業療法	13単位以上/人	作業	11.66	11.97	10.92	11.07	10.30	10.92	11.3	10.43
言語聴覚療法	12単位以上/人	言語	12.25	11.56	12.12	11.29	11.58	11.87	11.8	10.76
摂食機能療法	65単位/月	摂食	67	77	75	69	72	72	71.3	61.08
喀痰吸引 経管栄養 インスリン注射	30人以上 (50%)	3F	40	34	39	39	39	41	38.7	39.3
			67.8%	57.6%	66.1%	65.0%	66.1%	69.5%	67.8%	69.7%
		4F	45	38	47	38	48	47	42.1	38.9
			77.6%	65.5%	79.7%	65.5%	81.4%	78.3%	72.4%	67.7%
		5F	31	42	31	42	30	30	36.0	41.2
			53.4%	70.0%	51.7%	71.2%	50.8%	50.0%	63.2%	71.3%

目標進捗状況 2 質の視点

指標	目標値		4月	5月	6月	7月	8月	9月
重篤な身体疾患・ 身体合併症を有する 認知症高齢者数	30人以上 (50%)	3F	26	27	28	29	30	29
			50.0%	50.0%	50.9%	52.7%	52.6%	0.5
		4F	29	29	30	29	32	30
			51.8%	50.9%	50.8%	50.9%	56.1%	0.5085
		5F	28	27	27	30	31	29
			51.9%	50.9%	50.0%	52.6%	56.4%	0.5088
ターミナルケア 実施患者数	6人以上 (10%)	3F	7	6	6	6	7	6
			13.5%	11.1%	10.9%	10.9%	12.3%	0.1034
		4F	7	7	6	6	6	7
			12.5%	12.3%	10.2%	10.5%	10.5%	0.1186
		5F	9	7	5	6	6	6
			16.7%	13.2%	9.3%	10.5%	10.9%	0.1053
訪問診療	9人/月	人	2	3	4	3	5	6
企業健診	80人/年	人	0	16	0	0	8	0
八王子健診	100人/年	人	-	-	6	9	3	5
介護福祉士 (%)	80%以上	3F	64.3%	66.1%	66.9%	67.2%	67.5%	0.6761
		4F	82.5%	79.8%	78.8%	78.4%	78.2%	0.7803
		5F	84.4%	84.2%	85.8%	86.3%	86.6%	0.8634
		Total	76.8%	79.3%	78.8%	78.7%	78.6%	0.7837
勤続10年超 介護福祉士	35%以上	3F	26.7%	27.4%	28.0%	28.0%	27.9%	0.28
		4F	35.0%	33.3%	33.5%	33.3%	33.3%	0.3295
		5F	52.8%	52.7%	53.6%	53.9%	53.7%	0.541
		Total	38.4%	38.4%	38.5%	38.7%	38.6%	0.3865

指標	目標値		10月	11月	12月	1月	2月	3月	2023実績	2022実績
重篤な身体疾患・ 身体合併症を有する 認知症高齢者数	30人以上 (50%)	3F	30	31	34	31	30	30	29.6	29
			50.8%	52.5%	57.6%	51.7%	50.8%	50.8%	51.7%	51.3%
		4F	31	31	41	35	30	31	31.5	29.6
			53.4%	53.4%	69.5%	60.3%	50.8%	51.7%	54.2%	51.4%
		5F	30	33	37	33	30	31	30.5	30
			51.7%	55.0%	61.7%	55.9%	50.8%	51.7%	53.3%	52.1%
ターミナルケア 実施患者数	6人以上 (10%)	3F	6	8	7	7	6	7	6.6	7.5
			10.2%	13.6%	11.9%	11.7%	10.2%	11.9%	11.5%	13.3%
		4F	6	6	6	8	6	6	6.4	7.8
			10.3%	10.3%	10.2%	13.8%	10.2%	10.0%	11.1%	13.6%
		5F	7	6	7	7	6	6	6.5	8.5
			12.1%	10.0%	11.7%	11.9%	10.2%	10.0%	11.4%	14.7%
訪問診療	9人/月	人	6	5	5	5	5	5	4.5	1.3
企業健診	80人/年	人	0	36	2	0	0	0	62	58
八王子健診	100人/年	人	13	22	11	12	0	0	81	77
介護福祉士 (%)	80%以上	3F	67.6%	68.0%	67.6%	68.0%	68.0%	62.5%	66.8%	68.9%
		4F	77.6%	78.0%	78.0%	78.1%	78.1%	83.1%	79.0%	69.5%
		5F	86.3%	86.5%	85.9%	85.9%	85.9%	84.2%	85.7%	83.7%
		Total	78.2%	78.0%	78.1%	77.9%	78.1%	76.7%	78.1%	74.3%
勤続10年超 介護福祉士	35%以上	3F	28.0%	28.4%	28.0%	28.2%	28.0%	28.4%	27.9%	30.4%
		4F	32.8%	32.3%	32.2%	32.0%	32.0%	32.2%	32.9%	32.0%
		5F	54.1%	54.1%	53.8%	53.8%	53.8%	52.6%	53.6%	50.2%
		Total	38.7%	38.6%	38.4%	38.3%	38.3%	38.1%	38.5%	37.4%



実績・集計報告

統計資料 1 | 診療圏・入院者数

▶ 診療圏（区市町村）

利用圏		比率	総括
都	八王子市内	57%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 八王子市外の主な場所 昭島市・あきる野市・立川市・府中市・日野市・多摩市 ▶ その他の場所 三鷹市・小金井市・町田市・小平市・町田市・国立市・稲城市・青梅市・西東京市・世田谷区・足立区・新宿区・渋谷区・中野区・目黒区 ▶ 東京都外の主な場所 神奈川県（相模原市）・埼玉県（所沢市）・奈良県（大和郡山市）・岐阜県（高山市）
	八王子市外	39%	
東京都外		4%	

(単位：件)

	八王子市内	市外	都外
問い合わせ数	272	267	21
見学数	133	89	10
実入院数	78	53	5

(単位：件)

問い合わせ元	八王子市内	市外	都外
病院	177	248	21
介護施設	20	14	0
家族	75	5	0

▶ 入院・退院数（単位：人）

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
入院数	5	13	8	9	12	14	17	19	10	8	11	10	11.3
退院数	7	11	4	8	12	10	17	15	9	9	11	8	10.1

▶ 外部医療機関に受診する主な理由

	内科	消化器科	泌尿器科	循環器科	整形外科	耳鼻咽喉科	リウマチ科	皮膚科	眼科	精神科	形成外科	歯科	合計
東京西徳洲会病院	3	12		1	4						5		25
東海大八王子病院		4		2	5	1	2	1	5			1	21
公立阿伎留医療センター			8										8
東京慈恵医大第三病院										6			6
高月整形外科病院					5								5
多摩南部地域病院												2	2
村山医療センター		2											2
右田病院					8								8
仁人会総合病院								1					1
日医大多摩永山病院									1				1
八王子医療センター		1											1
府中恵仁会病院		1											1
永生クリニック		1											1
相武病院				1									1
清智会記念病院						1							1
多摩リハビリテーション病院		1											1
かとう耳鼻科クリニック						1							1
おくの眼科									1				1
合計	3	22	8	4	22	3	2	2	7	6	5	3	87

▶ 他科受診

受診項目	理由	件数
消化器科	胃瘻造設・交換	15
	消化器疾患	8
	PTEG交換	2
泌尿器科	バルン交換	8
循環器科	ハ°-スメカ点検・他	4
整形外科	骨折	22
内科	内科疾患	3
耳鼻咽喉科	耳鼻科疾患	3
形成外科	形成外科疾患	5
皮膚科	皮膚科疾患	2
眼科	眼科疾患	7
リウマチ科	リウマチ疾患	2
精神科	認知症	6
合計		87

特記事項

診療圏に関しては八王子市街の方が若干多い結果となった。

問い合わせ数は市内の方が多く、問い合わせ元は市外の方が多結果となった。

入院に関してはコロナにより利用希望者があっても受け入れが出来ない、もしくは待機状態となることもあった。また退院に関しては例年通りの推移。今年度は更に地域連携に力を入れ地域との関わりも深めつつ利用者の増加を図っていく。

相談室 阿部誠司

統計資料 2 | 入院

▶ 病棟別延患者数

(単位：延人)

区 分	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
介護療養型 (3階病棟 60床)	1,634	1,665	1,681	1,710	1,696	1,714	1,845	1,756	1,814	1,826	1,713	1,842	20,896
介護医療院 (4階病棟 60床)	1,682	1,749	1,742	1,810	1,749	1,726	1,795	1,738	1,836	1,851	1,717	1,858	21,253
介護医療院 (5階病棟 60床)	1,532	1,697	1,590	1,682	1,715	1,668	1,815	1,759	1,852	1,842	1,674	1,852	20,678
合 計	4,848	5,111	5,013	5,202	5,160	5,108	5,455	5,253	5,502	5,519	5,104	5,552	62,827

▶ 入院内訳

理由
自宅医療介護サービスにおいて生活困難
医療区分なし
身体的状態によりリハビリ希望
独居により長期療養希望
地元に着した医療介護サービス

	原疾患
1	脳疾患
2	脳出血
3	心不全
4	認知症
5	廃用性症候群

▶ 病床稼働率

(単位：%)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
介護療養型 (3階病棟 60床)	90.8	89.5	93.4	91.9	91.2	95.2	99.2	97.6	97.5	98.2	98.4	99.0	94.3
介護医療院 (4階病棟 60床)	93.4	94.0	96.8	97.3	94.0	95.9	96.5	96.6	98.7	99.5	98.7	99.9	96.7
介護医療院 (5階病棟 60床)	85.1	91.2	88.3	90.4	92.2	92.7	97.6	97.7	99.6	99.0	96.2	99.6	94.1
平 均	89.8	91.6	92.8	93.2	92.5	94.6	97.8	97.3	98.6	98.9	97.8	99.5	95.3

▶ 療法別リハビリテーション実施数（単位：延人／回）

理学療法	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
利用者延数	623	689	684	686	747	653	579	568	470	567	549	576	7391
1日平均	31	34	34	34	37	33	29	28	24	28	27	29	30.7
作業療法	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
利用者延数	582	650	588	559	637	602	626	558	548	581	521	618	7070
1日平均	29	33	29	28	32	30	31	28	27	29	26	31	29
言語聴覚療法	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
利用者延数	540	576	721	712	803	699	716	667	555	686	766	808	8249
1日平均	27	29	36	36	40	35	36	33	34	34	38	40	34
短期集中リハ	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
利用者延数	197	239	173	145	89	108	277	326	394	305	155	162	2570
1日平均	10	12	9	7	4	5	14	16	20	15	8	8	10.7
認知症短期集中リハ	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
利用者延数	18	13	4	6	23	68	77	44	38	54	29	6	380
1日平均	1	0.6	0.2	0.3	1	3	4	2	2	3	1	0.3	1.5
摂食機能療法	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
利用者延数	58	75	66	69	83	73	67	77	75	69	72	72	856
1日平均	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3.5

総括

昨年度より言語聴覚士 1 名の欠員が継続していたが、6 月より言語聴覚士 1 名を採用し言語聴覚療法の算定増に繋がった。12 月は管理栄養士の欠員により、管理栄養士資格を保有する言語聴覚士がフォローを行ったため一時的な減少となっている。9 月より訪問リハビリを開始し、理学療法士と作業療法士各 1 名が兼務として訪問リハビリへ従事したことによる減少が認められるが、新年度 4 月より訪問リハビリ専従の理学療法士の採用が決定している。

新入所数の増加に伴い、9 月以降短集中加算算定数の増加しており、ベッド稼働率の安定による新入所数の減少と短期集中加算算定期間の満了に伴い減少した。感染対策による面会制限の緩和に伴い、家族への説明やリハビリ見学など家族との情報共有に努め、コロナ以前の関わりに戻る途上にある。学生の実習受け入れを積極的に実施し、作業療法学生 6 名、理学療法学生 3 名の受け入れを行い後進の育成に努めている。

リハビリテーション室長 山本匡彦

▶ 病棟別リハビリテーション実施数（単位：延人）

区 分	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
介護医療院 (3階療養棟 60床)	524	589	565	619	601	562	548	605	505	552	535	561	6766
介護医療院 (4階療養棟 60床)	475	607	647	612	687	585	575	500	485	478	498	620	6769
介護医療院 (5階療養棟 60床)	737	710	773	716	891	799	757	669	582	804	803	821	9062
合 計	1736	1906	1985	1947	2179	1946	1880	1774	1572	1834	1836	2002	22597

総 括

3階は、担当療法士のうち作業療法士を2名配置し、通所リハビリテーションのサポートを兼務した。6月より言語聴覚士1名を採用によりフロア間の差異が拡大し、4階の理学療法士の訪問リハビリへの兼務により4階の実施件数は減少した。通所リハビリや今後の訪問リハビリへの地域事業拡大に関する展開を考慮すると、フロア担当療法士数によるフロア間の差異は今後減少すると見込まれる。利用者には不利益が生じない方策として、増員の検討や感染症対策によるフロア間移動も緩和したこと踏まえ、他階の療法士のサポート体制を強化を推進している。

昨年度と比べて、コロナ発生によるリハビリ件数の減少幅は縮小し、感染対策のなかでのリハビリの実施に関しても、柔軟に業務にあたる事ができている。

リハビリテーション室長 山本匡彦

▶ 薬剤管理指導実施数（単位：人／回）

区 分	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
利用者延数（人）	195	218	206	240	227	179	185	207	223	225	176	225	2,506
1日平均（回）	8	8	8	9	9	7	7	8	9	8	7	9	8

総 括

今年度の事業計画 1、薬学的ケア 2、医薬品安全 3、廃棄薬剤の減少の課題を実践するにあたり、①利用者からの聞き取りを行いその状態にあった調剤や服薬指導の実施、②検査のデータと薬歴との照合、③薬剤の在庫管理の3点を特に重視しながら業務を行ってきた。今年度の特徴としては、介護医療院での経管食2回への移行に伴い、経管栄養患者の投与回数や減薬の見直しを実施。また年度末から次年度初めにかけては入所者全員を対象とした定時薬の見直しを先生方をお願いした。入所者全員に対しての薬剤の見直しは初めての試みで、先生方は勿論、薬剤師にもなかなか大変な作業だったが、コストだけでなくポリファーマシーの削減に繋がったのではないかと考えている。本年度もコロナ、疥癬、ノロと度重なるクラスタの発生があったことにより、感染に対する薬局の携わり方がルーチン化されてきた年でもあった。

薬局長 佐藤玲子

統計資料 4 社会福祉相談室

▶電話相談件数

区分	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
問い合わせ	44	45	35	42	49	50	40	56	39	45	52	63	560
入院相談	20	18	9	12	24	26	16	24	15	18	25	25	232
予約入院合計	5	13	8	9	12	14	17	19	10	8	11	10	136

総括

問い合わせ件数が 560 件に対して、入院に至った件数は 136 件（24.3%）となった。

当院を選んだ理由としては、

- ① 長期療養とリハビリテーション、特に ST（言語聴覚士）希望に対応出来ること。
- ② コロナ禍においても対面面会を行っていること。
- ③ 当院の強みとして森に囲まれた立地と、元は介護療養型病院としての医療機器設備の充実。またリハビリ体制、医療体制、在宅支援の充実があげられ、弱みとしては、駅から遠いということ。

今後も相談員との連携や情報伝達を円滑に行い、地域へのアプローチも重ねながら必要とされるサービスを提供していく。

入院稼働数未達の原因	実施した対策	評価
コロナ禍により入院受け入れ延期	院内では感染予防を行い、院外ではコロナ収束後に地域連携活動を積極的に行った。	2023 年もコロナの影響が入院稼働数に若干影響してしまった。

予約入院紹介元		紹介病院名一覧	
病院	113 件	・東京西徳洲会病院	・多摩平の森の病院
自宅・居宅介護支援事業者	13 件	・昭島病院	・八王子山王病院
特別養護老人ホーム	5 件	・東海大学医学部附属八王子病院	・みなみ野病院
診療所	1 件	・東京天使病院	・南山リハビリテーション病院
介護老人保健施設	1 件	・永生病院	・366 リハビリテーション病院
有料老人ホーム	3 件	・仁和会総合病院	・稲城市立病院
	合計 136 件		他

特記事項

2023 年度はコロナが第 5 類になるも若干の影響が残り、スムーズな入退所の調整が困難な事もあった。医療機関への連絡も対面は難しいというケースもあり、ソーシャルワーカー同士の意思疎通も困難なときがありニーズがあってもご利用者の転院調整が困難だった事もあったと考えられる。今後は介護医療院としての特色である、回復期病院等の在宅復帰率への向上につながるというメリットも考慮しつつ地域連携活動を推進していく。

相談室 阿部 誠司

① 紹介元の種別による紹介の理由	
② 入院につながらなかった理由	
一般病棟 ① 自宅退院困難・医療区分が付かない ② 死亡・他院決定 療養病棟 ① 医療区分が外れた・長期間療養 ② 継続入院・他院決定 地域包括ケア病棟 ① 退院期限の到来 ② 他院決定 回復期リハ病棟 ① 退院期限の到来 ② 他院決定 精神科病院 ① 疾病寛解と介護ニーズ ② 問題行動（徘徊・大声） 老健 ① 入院期限の到来・継続リハ希望 ② 他施設決定	特養・老人ホーム ① 医療行為の発生 ② 金銭理由（施設基準による費用差） ③ 低介護度（入所介護度未満） グループホーム ① 医療行為の発生 ② 金銭理由（施設基準による費用差） ③ 低介護度（入所介護度未満） 有料老人ホーム ① 医療行為の発生 ② 他施設決定 サ高住 ① 医療行為の発生 ② 他タイプの施設決定 居宅・地域包括 ① 介護者不足・医療行為の発生 ② 他施設決定

※他院決定に関しては、費用面や自宅からの距離が理由と考えられる。対策としては各施設に当院の強みを説明して医療と介護が充実していることを理解していただき紹介件数の増加につなげる。今後の課題としては介護医療院という施設の認知度を上げていくことである。

令和5年度の訪問実績（渉外施設一覧）

永生病院	多摩総合医療センター	杏林大学病院
仁和会総合病院	府中医王病院	野村病院
清智会記念病院	府中病院	武蔵野赤十字病院
右田病院	榊原記念病院	国立さくら病院
東海大学八王子病院	天本病院	青梅市立総合病院
東京医大八王子医療センター	多摩南部地域病院	災害医療センター
東京天使病院	日医大多摩永山病院	立川病院
公立阿伎留医療センター	多摩丘陵病院	立川相互病院
小金井リハビリテーション病院	ふれあい町田ホスピタル	あきしま相互病院
南多摩病院	みなみ野病院	うしお病院
北原国際病院	北原リハビリテーション病院	康明会病院
府中恵仁会病院	366 リハビリテーション病院	昭和の杜病院
多摩丘陵病院	多摩丘陵リハビリテーション病院	花輪病院
野猿峠脳神経外科病院	日野市立病院	多摩平の森の病院

統計資料 5 訪問看護ステーション

実績・集計報告

		単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
利用者	看護職員数(常勤換算数)	名	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5	2.6	2.6	2.6	2.8	3.2	
	介護保険	名	1	3	7	7	11	13	13	13	16	13	14	14	
	医療保険	名			1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
	合計	名	1	3	8	8	11	13	14	14	17	14	15	15	
異動	新規	名	1	2	5	2	5	1	3	1	5	2	2	3	
	終了	名			2	2			1			1	2	2	
訪問延べ件数	介保	～20分未満	件									1	4	4	
		～30分未満	件			1	1	2	4	5	14	21	8	10	10
		～60分未満	件			6	6	10	17	29	18	16	16	23	20
		～90分未満	件			1									3
		介護保険訪問合計件数	件			8	7	12	21	34	32	37	25	37	37
	医保	90分以内	件			8	15			14	13	4	10	10	11
		長時間加算	件												
		医療保険訪問看護合計件数	件			8	15			14	13	4	10	10	11
	定期巡回連携訪問看護	件	3	10	12	11	27	21	24	17	21	16	13	24	
	アセスメント	件	3	5	8	9	14	14	15	13	12	14	14	14	
	訪問看護総合計件数	件	6	15	36	42	53	56	87	75	74	65	74	86	
加算	介保	初回加算(適応月)	件		2	4	2	4	1	2	1	4		1	1
		緊急時訪問看護加算(月1回)	件	1	3	5	6	9	9	9	10	8	8	10	
		特別管理加算(月1回)(Ⅰ)	件				1	1	1	1	1	1	1	1	1
		特別管理加算(月1回)(Ⅱ)	件		1	1									
		退院時共同指導加算	件												1
	医保	24時間対応体制加算(月1回)	件								1	1	1	1	
	特別管理加算(2種類)(月1回)	件													
事業収入	介護保険	円	30,995	110,046	201,417	195,748	312,623	439,706	536,769	469,962	532,316	418,081	465,817	523,155	
	医療保険	円			82,240	141,690			131,140	120,590	58,090	92,290	92,290	96,790	
	その他の利用料	円	16,200	27,000	61,900	48,600	75,600	75,600	81,000	70,200	64,800	70,200	81,000	75,600	
	合計	円	47,195	137,046	345,557	386,038	388,223	515,306	748,909	660,752	655,206	580,571	639,107	695,545	

特記事項

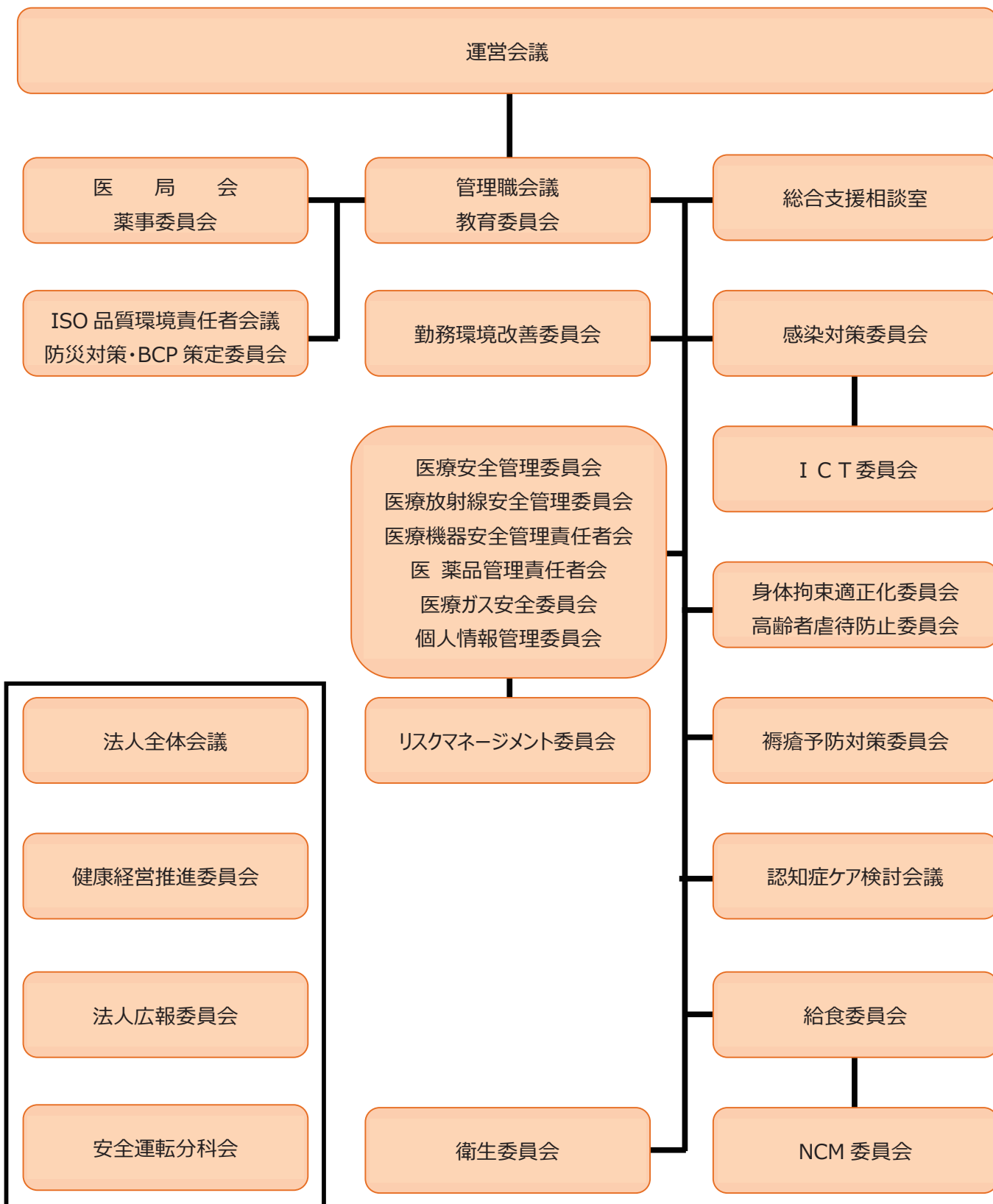
年間訪問件数 669 件(介護保険：449 件 医療保険：85 件) で目標の 756 件には未達であった(事業収入：目標 6,473,000 円に対して 5,799,455 円であった)。居宅事業者がない中での新規の参入で、八王子のガイドブックに掲載されている当事業所から 30 分圏内の事業所 84 ヵ所・延べ 263 ヵ所、クリニック等 21 件を回った。上半期は借楽園関係からの依頼が中心であったが、下半期は 10 ヵ所ほどと安定的に関係構築ができた。この 10 ヵ所においては毎月訪問を行い顔の見える、また相談しやすい関係を作り、信頼関係を築いていったこと、また営業する中で居宅事業所の要望であるリハビリ体制を整えたことも、居宅事業所の拡大と新規利用者獲得につながっていったと思われる。

また、ご利用者は高齢者や独居が多く、転倒による骨折や体調不良で入院することが多い。その後、在宅復帰が望めずサービス終了となるケースが増えていた。さんあい介護医療院にも入所した利用者は現在も 4 名ほどおり、事業者間での連携は取れていた。又 60 分利用者が減り、30 分利用者の増加にて、利用者 1 人の単価が減っていた。

精神科訪問看護研修を常勤 2 名・非常勤 1 名が受講終了し、2024 年 1 月 5 日に精神科訪問看護基本療養費の届け出を行った。認知症対応力向上研修に 2 名、介護サービス事業管理者高齢者権利擁護研修に 1 名受講した。電子カルテ導入は、医療院と兼務のスタッフなどとの情報共有に大いに役立っている。また、看護計画・看護記録やレセプト等の時間短縮にも効率的であった。

相田 園子

主な会議・委員会の概要



会議・委員会の概要

会議・委員会名	開催頻度	趣旨・目的
運営会議	月 1 回	・年度事業計画・収支予算の進捗管理と推進 ・安全かつ健全な経営と安心した運営の推進
給食委員会	月 1 回	・給食の品質向上と収支バランスの改善に関する事項 ・経口摂取の推進に関する事項
衛生委員会	月 1 回	・労働安全衛生法順法に関する事項 ・労働安全と衛生全般の質向上の推進
医療安全管理委員会	月 1 回	・インシデント・アクシデント事例検討 ・医療ミス・事故予防に関する調査報告・実施・指導 〔関連〕リスクマネジメント委員会・リスクマネジメントセクション会議 ・医療・介護全般の安全の推進
院内感染対策委員会	月 1 回	・院内感染の予防と早期解決を推進し、感染対策を向上する
医療ガス安全管理委員会	月 1 回	・医療ガス設備の安全管理の推進
身体拘束廃止委員会	月 1 回	・利用者の尊厳と基本的人権を尊重したケアの推進 ・利用者の身体並びに心理的拘束の廃止を推進する
薬事委員会	月 1 回	・医薬品の有効性と安全性の確保 ・薬の効率的な活用と適正使用の管理を図る
褥瘡予防対策委員会	月 1 回	・褥瘡の予防と早期解決を推進する
NCM（栄養ケア・マネジメント）委員会	月 1 回	・低栄養状態の予防・改善・ ・栄養による問題解決の推進
レクリエーション委員会	月 1 回	・利用者のレクリエーションを通じて QOL の改善・向上を図る
教育委員会	月 1 回	・職員の知識・技術の向上を推進する ・レベルアップのための教育・研修の計画・実施・評価を行う

会議・委員会 医療安全管理委員会

	議 題	参加者
4 月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 9 件、アクシデント 5 件）主な内容：転倒・転落・外傷 活動計画・目標について：利用者、家族、職員の安心・安全を考え、より質の高い医療、看護、介護を提供し、医療安全に取り組む テルサコールについて センサーが反応するように高さ調整を行う ベッド マジックテープについて 各フロア、不足分発注する 	11 名
5 月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 8 件、アクシデント 6 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連 5 月 4 日発生した骨折事例の報告を受けてその後の経過 装具装着にて経過中衣類について、各フロアで拘縮のある方に試用実施。 院内研修について 7 月・11 月予定 臨時：5 月 16 日開催（2023 年 5 月 4 日 4F 骨折事例） 要因と対策：拘縮が強く、介助中に発生。衣類の選定や対応や技術の統一を図る 	11 名
6 月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 8 件、アクシデント 14 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・外傷 リスクマネジメント委員会より 	11 名

	<ul style="list-style-type: none"> ・マジックテープ式パジャマについての評価 院用として使用していく ・糖尿病薬内服中の内服スキップについて 医師カルテ・定時処方用にポップ掲示する ・胃ろう抜去時の対応について 現行マニュアルについて一旦保留とし検討 	
7月	<ol style="list-style-type: none"> 1. インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 20 件、アクシデント 9 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・薬・指示 2. リスクマネジメント委員会より <ul style="list-style-type: none"> ・7月13日、20日に開催した院内研修について 22名の参加（院内研修：ヒヤリハットにおける実例と改善策 講師：5F 栄養課） ・PHS が着信拒否になってしまうため、キーロックにすることを統一する <p>携帯電話の使用について 時間や注意事項を取り決め、許容範囲を広げていくこととする。</p>	8名
8月	<ol style="list-style-type: none"> 1. インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 17 件、アクシデント 6 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・紛失 2. リスクマネジメント委員会より <ul style="list-style-type: none"> 中央非常階段がしっかりと閉めることを周知 3. 胃ろう抜去時 看護師が挿入することはリスクが高いためマニュアルの改訂案作成。 <p>臨時：8月8日開催 （2023年8月1日5F骨折事例） 要因と対策：センサーでキャッチできず転倒、他利用者の対応で遅れた可能性もある。タッチコールに変更し、マットを大きいもので対応する。 （2024年8月4日5F骨折事例） 要因と対策：帰ろうと自力体動による転倒、マットレスの変更、環境設定を行う</p>	8名
9月	<ol style="list-style-type: none"> 1. インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 21 件、アクシデント 17 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・薬・外傷 2. 2023年9月20日に発生した骨折事例の経過報告 高月整形外科受診、シーネ固定、三角巾使用。介護抵抗強い。引き続き対策実施中。 要因として、打撲したエピソードはなく、進展位で掴んだまま捻じた可能性高い。 <p>臨時：9月5日開催 （2024年8月31日4F 4F骨折事例） 要因と対策：自力体動によりオーバーテーブルへの打撲 オーバーテーブルの差し込み方、環境の設定を行う （2024年9月4日 5F誤薬事例） 要因と対策：他利用者のボトルを経管栄養用フックに掛けた、思い込みにより発生 手順・基本</p>	11名
10月	<ol style="list-style-type: none"> 1. インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 21 件、アクシデント 9 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・薬 2. ヒヤリハット 同様の事案が3件続いた、RM セクション会議を開催し情報共有を行う。影響レベルが各部署に合ったものに見直しを行う。 	10名
11月	<ol style="list-style-type: none"> 1. インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント 11 件、アクシデント 18 件）主な内容：転倒・転落・ルート関連・異食・外傷 2. 転倒・転落、ルート関連（経鼻胃管チューブの自己抜去のインシデントについては同一利用者の報告が多いため、再度検討 3. 2023年9月20日に発生した骨折事例の経過報告 	11名

	レントゲン上骨折部経過良好、通院終了。サポーターは1ヶ月継続。	
12月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント22件、アクシデント16件） 主な内容：転倒・転落・ルート関連・外傷・配膳 NGチューブ挿入され、ミトン使用の方が多く入所されている。当院では原則身体拘束は行わない。ミトン着用していても解除する時間を設けている。 ・実施している内容と事例集確認する。 ・注入時以外は抜去前提として再度リスクマネジメント委員会で検討 11月15日、22日に開催した院内研修について 17名の参加 （院内研修：ヒューマンエラー 講師：3F リハビリ） 	11名
1月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント21件、アクシデント19件） 主な内容：転倒・転落・ルート関連・破損・配膳 NGチューブ自己抜去の続いている利用者の対応についてリスクマネジメント委員会で検討 ・夜間帯で自己抜去した場合は再挿入せず、日勤へ送る ・経口摂取できるかSTへ再評価を依頼する 	8名
2月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント17件、アクシデント20件） 主な内容：転倒・転落・ルート関連・外傷・配膳 ・小さな気づきが大きな事故の抑止になるが、ヒヤリハット報告書の提出が各フロアばらつきがあり、リスクマネジメント委員会で検討 ・職員へのフィードバックの方法も検討が必要 	13名
3月	<ol style="list-style-type: none"> インシデント・アクシデント集計月次報告（インシデント9件、アクシデント7件） 主な内容：転倒・転落・ルート関連・配膳 2023年4月～2024年2月までの集計 職員へのフィードバックについて ・リスク委員で事例を検討し、各部署に周知する ・個々のフロアで個別性のある事例に関して引き続きセクション会議を実施 ・書面開催時の議事録の確認方法について 確認したらレ点チェックを入れる <p>臨時：3月11日 （2024年2月27日 4F骨折事例） 要因と対策：独歩による転倒、車椅子が所定の場所になく、離れた場所にあり、環境設定の周知を行う。 ※2024年3月29日3Fで発生した誤薬事例については4月22日に臨時・医療安全管理委員会を開催。誤薬事案についての経過報告</p>	12名
総括	<p>医療安全管理委員会ではリスクマネジメント委員会と連携しながら小さな気づきからヒヤリハットの記載と同様の事案が複数回起こった時に各部署でのRMセクション会議を開催すること、また事故後の対応や対策の周知、職員への安全文化の啓蒙に取り組んだ。</p> <p>骨折事例は4件、誤薬事例1件、骨折事例は昨年度より1件増加、誤薬事例については2件減少であった。誤薬は基本的な確認作業や各フロアの準備方法に違いがあったためリスクマネジメント委員会で検討し統一した方法へ変更した。骨折は利用者の活動や骨粗しょう症による要因も影響するが利用者のADL、個別性を考慮しフロア内で決めた対応方法、活動量を考慮し事故を最小限に抑えられる方法を検討した。また日常のケア中で発生していることから予防対策を周知徹底することが重要である。</p> <p>インシデント・アクシデントともに同様の事案はどの部署にでも起こりうるものと捉え、情報共有方法や対応策についても多職種・他委員会と連携が必要かどうか見極めながら検討していくことが必要である。引き</p>	

続き、全職員が一丸となって医療安全について考え、意識を高められるように安全文化の醸成に取り組んでいきたい。

看護部 主任 倉内 朋代

医療安全管理委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	相田園子	看護師	所長
竹下政志	医師	部長	★倉内朋代	看護師	主任
上田哲哉	医師		上利武生	診療放射線技師	部長代理
服部智美	事務	部長	佐藤玲子	薬剤師	薬局長
川戸美智子	看護師	部長	富田美紀	管理栄養士	係長
兒島高輔	介護士	副部長	長竹由香	言語聴覚士	副室長
山本洋子	看護師	課長	梅本晃司	事務(総務)	課長
林理佐子	看護師	課長			

会議・委員会 院内感染対策委員会

議 題		参加者
4月	<ol style="list-style-type: none"> 3月5Fクラスター報告について →全レッドゾーンから、途中半レッドゾーンに切り替え対応。備品についてはナンバリングし管理を行い、過剰発注を抑えた。5Fに関しては、4月10日をもって完全終息とした。 3Fの感染状況について 利用者1名嘔吐症状あり、検査にて陽性確認。同室分離とし週末感染状況を見たが拡大なかったため、感染隔離者以外は通常対応とした。 面会について 面会に際しての間診票の見直しを行った。フロア面会においては、近隣の動向、情報を得ながら検討していく。5月の面会予約については、方向性が決まり切っていないため、決まり次第ご家族向けにもアナウンスしていく。 ICTラウンドについて 昨年度はクラスターなどもあり、多忙で院内ラウンドや、マニュアルの見直しができなかったため、今年度はしっかり行っていきたい。 検討事項 今後面会の緩和を行っていくに際し、送迎バスの利用や、駐車場の管理の問題も上がっている。駐車場所が少ないなどの問題もあるので、対応策検討も必要。 	11名
5月	<ol style="list-style-type: none"> ICTラウンド報告 ・外来、検査科、3Fコメントなし。 ・4F：居室前に設置されている消毒液の使用期限、記載されていない物があつた。 6月研修予定「食中毒について」 6月15日、29日に予定。講師：管理栄養士 村田さん 新型コロナ感染症について 	11名

	<p>{5月8日より5類に行こうとなるため今後の当施設の対応}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンについて：入所の方のワクチン接種行ってもらった方がよい。最終摂取日がわかればよい。 ・面会について：今の運用を継続。小児の面会時、マスクをつけることが出来なかった場合には利用者様にマスクをつけていただく。 ・通所リハについて：テーブルにあるパーテーションの区切りを取り外す。 ・職員の集中抗原検査、唾液 PCR について：補助金が支給される間は今まで通りの対応。 ・入所前のコロナ検査について：今まで通り、入所前に外来で PCR、またはキャノン検査を行う。（現在、キャノン検査残っているの、できればキャノンを優先的に使う。） ・防護対応：PPE 今まで通りの対応。 ・入所者が陽性になったとき：感染対策、今まで通り。 ・入所者が濃厚接触者になったとき：感染対策、今まで通り。 ・職員が陽性になった場合の仕事復帰基準：発症日を0日とし、5日間休む。6日目から出勤可能だが N95 マスクを着用し、業務に入る。（間接業務でなくてよい） ・職員が濃厚接触者となったとき：分離できた日を0日とし、2日目抗原検査・3日目抗原検査を行い、外来で PCR またはキャノン検査を行う。 ・職員の健康観察：検温チェックは今後も継続。 ・外来対応：外来患者が発熱しているとき、今後検査費用は自費扱いになるため、PCR 行うか確認してから行う。 ・通所リハ、訪看（在宅があるとき）の対応：発熱している方のところに訪問に行くときには N95 マスクを着用しフェイスシールドをつける。 ・入所者の外出・外泊について：ご家族が風邪症状がなければ大丈夫。ただし、在宅復帰を希望されている方のみ。帰院時にはキャノン検査を行う。 ・入所者の外来受診：今までと変わらず継続。 ・職員の海外渡航後の検査について：出勤前。自宅で抗原検査のみ行う。 	
6月	<ol style="list-style-type: none"> 1. ラウンド報告 特になし 2. 研修について 6/15 食中毒について 3. 5 F クラスター報告 <ul style="list-style-type: none"> ・5/29 唾液 P C R にて疑い、当院 P C R にて陽性。 ・5/30 夜勤明けスタッフ咽頭痛あり、抗原にて陽性確認。 ・5/31 512 号室利用者 1 名陽性確認（同室者分離 511 へ） 508 号室 1 名 506 号室 1 名陽性 ・6/8 505 号室 1 名 506 号 <p>最終的に利用者：6名、スタッフ：NS2名、CW3名、の感感染者を認める</p>	8名
7月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 感染ラウンド報告 薬局→特になし 4 F→アルコール消毒液の日付未記載 液だれにより記載した日付が消えてしまうこともある。ビニールテープにマジックで記載するようにする。また、開封日だけではなく使用期限についても記載する。 2. 研修結果報告 	10名

	<p>説明および資料がわかりやすいといった好意的意見が多かったが、参加予定者の 1/4 程度が研修を欠席。業務が多忙であることは理解できるが、必修研修であることを鑑み、職員に参加を促すよう働きかける必要あり。</p> <p>3. 面会について 7月より面会がさらに緩和されたが、面会時のマスクの着用と面会時間 30 分程度を再周知してもらいたい。 →ロビーの気温が高くなってきていることに加え、連日のように面会に来院される方も多くいるため、毎回受付での声掛けよりもエレベーター内及びナースステーションへの注意喚起の掲示により対応。 面会させなかったことの伴うリスクも考慮し、事業所としての方針を決定したい。 →事業所の判断によるとの回答の可能性が高いが、八王子市保健所に他の介護施設などの動向を確認したうえで判断することとする。</p> <p>4. 新型コロナ肺炎陽性者増加傾向について 職員の中でも陽性者が増加しており、世間においてもコロナ以外のインフルエンザや RS ウイルス、ヘルパンギーナといった感染症も多く発生している。万全の対策があるわけではないが各自行動に注意すること。また症状があったらすぐに所属長を通じて事業所に報告すること。</p> <p>5. 東京都よりパルスオキシメーター到着 都からパルスオキシメーターが 100 個配布され、病棟、外来、通所リハビリなどにも分配した。消耗品として扱う。医療機器安全管理委員会の中の医療機器一覧表の管理を徹底する。</p> <p>6. その他 7月より次週の PCR 検査の業者が変更となっている。また最近の検体の提出状況が芳しくないため、改めて職場での周知を徹底し、水際対策のために PCR 検査の検体提出を呼びかけること。</p>	
<p>8月</p>	<p>1. 3 階発生経過その後の報告 陽性者 8/10 以降発熱なく 8/17 解除予定 濃厚接触者(同室者)は 8/12 解除予定</p> <p>2. 外来での感染対応</p> <p>3. ラウンド報告 3F→手指消毒開封の記載なし 外来→なし リハビリ→次回</p> <p>4. 実施研修 手洗いチェッカーについて 全職員対象 8月14日～10月末まで各部署に設置 期間内にチェックする。</p> <p>5. 新型 5 類になってからの当院の対応について</p> <p>① 家族面会について 条件・・・37. 5度以下、マスク着用、手指消毒は必須、面会時間は 30 分以内 (時間に関してはエビデンスあり) 予約はいらない</p> <p>② 入所前の PCR 検査は継続</p> <p>③ 職員の発症について 発症から 5 日までは休職し、6～10 日までは N95 マスクを着用する。 食事は個食が望ましい。外回りの仕事を中心に行う</p> <p>④ 職員家族の感染について</p>	<p>10名</p>

	<p>2 日目まで自宅で待機し抗原検査を行う。 3 日目に自宅で抗原検査、外来で PCR 検査の陰性を確認して仕事に従事するが、7 日目までは N95 マスクを使用する。</p> <p>⑤ 月・木曜日の抗原検査について 陽性の場合（写真などを添付して）・有症状の場合も所属長まで連絡する。</p> <p>⑥ 面会を希望する家族が陽性だった場合の通常面会・重篤（ターミナルではない）時の面会について 発症後 6～10 日間までは N95 マスクを着用してもらい（シールドはいらない）面会を行う。スタッフは着用をしているか確認する。</p> <p>⑦ 院内の行事について 感染者のいるフロアの利用者の参加についてはその都度検討する。 クラスターが発生しているフロアの利用者は不参加</p> <p>⑧ 利用者の自宅への一時帰宅や外出の希望が多くなっていることへの対応 主治医と相談して決定する。 自宅に行くときは大人数にならないように家族に願います。</p> <p>⑨ 外来受診に関しては現行通りとする。</p> <p>6. 手指消毒用アルコールの開封後の使用期限について 開封後の使用期限を 1 年から 6 か月に変更</p> <p>7. 感染者の口腔ケア用品の消毒について 以前は利用者が使用するコップや歯ブラシを、ハイター以外の薬剤で消毒してハイター消毒を行っていたと ICT 委員会から意見があった。 歯ブラシの消毒については最後に乾燥を行うことが大事。有機物を取り除いてハイター消毒。各フロアで使う乾燥機を購入予定。</p> <p>8. その他</p> <p>① 死亡退所状況のデータを取っている（川戸看護部長） MRSA などは、お風呂からの感染も考えられるので、水を流した後も通常使用のハイター濃度で消毒する。</p> <p>② 陽性スタッフの子供の保育室利用については、1 週間後から可能</p> <p>③ 業者（介護タクシー）のフロアへの立ち入りも可能とする。</p>	
<p>9 月</p>	<p>1. ラウンド報告 医事課、放射線科→なし 5F→デイルーム・NS ステーションの手指消毒アルコールの消費期限の記載なし リハビリ→手指消毒アルコールの消費期限の記載なし、期限切れあり</p> <p>2. 手指消毒研修 手洗いチェッカー用いて実施。八王子保健所のものも借りて実施する。</p> <p>3. 抗原キット 在庫→三愛 WEB→在庫管理表に記載あり 抗原＋インフル、PCR→追加発注済</p> <p>4. クラスター報告 4F にてクラスター発生 9 月 2 日陽性者 2 名発生。9 月 11 日時点で 16 名陽性。咳嗽、微熱者はいるが重症者はなし。 9 月 15 日に最終感染者が 1 名解除となる。</p>	<p>14 名</p>

	<p>9月25日、4Fの面会再開、デイルーム使用再開、収束後感染看護師の呉先生にコンサルを行う。4Fへのヘルプ職員は、各フロアに戻る日に自宅で抗原（-）、院内で（-）の場合、復帰可能。</p> <p>※今回感染時の対応の変更点 ガウン着用→半袖Tシャツ ディスポ食器→通常食器（ディスポ時に比べ、フロアでのごみの量の削減ができた） コロナ対応の薬、ラゲプリオは補助金があり公費で賄えている。 入所者の次回のワクチン接種：10月から開始。</p> <p>5. 敬老会 予定していたリハビリ室ではなく、各フロアで行う。</p>	
	<p>臨時感染対策委員会 9月4日</p> <p>1. 4F クラスター報告 8/31 CW1名抗原陽性 9/2 422 利用者2名抗原陽性 9/3 416、406、408 各1名抗原陽性 ラゲプリオは本人同意を得られた方から内服開始・・・同意書は不要（9月中は公費）問屋も在庫を抱えていないため急な発注の際14時ごろ届く予定。 解熱剤を各階備蓄しておく。</p> <p>① 応援体制 3F NS2名 CW1名 5F NS1名 CW1名 * 4F NS1名抗原陽性 * 保育所対応待ちで勤務できない状態 * 職員の感染拡大するようであれば東京都の看護師応援も検討</p> <p>② 物品について 4F ホワイトボードに記入。施設課で確認し発注を行う。 平日は事務職員がいるが、週末などの緊急時、物品搬入や面会中止案内の担当が必要。 ・黄色Tシャツは3F・5Fにあるものを4Fへ ・4Fに出入りする際はN95マスク着用（各部署マスク持っておく）</p> <p>③ 食事提供について 現状感染者の居室はディスポ対応・・・医師に確認</p> <p>④ 面会について 週末は来院された方へ事情を説明し控えていただいた。 4Fはターミナル以外控えてもらうよう案内するが、医師に確認し、9/6院長・事務部長確認にて決定とする。ターミナルなどの面会は4Fはエプロン・フェイスシールド付きマスク着用。手指消毒。 3F・5Fについては面会継続。</p> <p>⑤ 入浴について 今週は全フロア中止。来週以降は3F・5Fの人員体制、安全が確保された場合に実施。中止についての利用者への説明/施設内でコロナ感染者が発生したため、拡大しないよう今週は清拭対応とさせていただきます（流さないシャンプーを活用）</p> <p>⑥ 離床について 3F・5Fは通常離床（健康管理行い、症状により検討）</p> <p>⑦ リハビリについて 3F・5Fは通常 4Fは感染状況不明なため、9/6を目途に居室内、やむを得ず居室外に出る際は可能な限り感染対策（マスク着用）行う。</p> <p>⑧ その他対応について 呉先生より エプロン（アルコールで拭いて濃厚→感染の順で）・手指消毒（長袖でない場合は肘までしっかり洗浄・消毒）・N95マスクしっかり着用</p> <p>⑨ 研修・委員会について 歯科・管理職研修は延期</p> <p>⑩ 各委員会リーダーは書面開催または集合開催か判断。多数集合となる場合は感染</p>	<p>10名</p>

	委員会リーダーに相談する。	
10月	<p>1. 院内ラウンド再開 4F：疥癬のため施行せず院内ラウンド再開 消毒ボトルの消費期限注意</p> <p>2. 手指消毒研修結果 現状では爪の汚れが高く認められた（7割超え） 指間・・・20～30% 手のひら・・・20%程度 手の甲・・・7～43.7% データを踏まえつつ留意して試行していく。 外来の加算項目より、適正使用がある：1～2CC、ボトルによる。委員会で検討していく</p> <p>3. 4F疥癬における現状報告 ストロメクトール2回目の内服終了した段階。3回へ オイラックスを併用し経過観察、症状の緩和が認められている。 入所制限については相談中。皮膚科Drの見解を得ることが望ましいが、院長判断か。 当院としての院長判断か。当院としての対応について決定していくことも必要ではないか。 材料や廃棄コスト、業務負荷のバランスも含めて審議していく必要性あり。（マニュアルも簡素化）保険請求についても決定しておく必要があるか（Drの確定診断や必要性の判断が条件）</p> <p>4. マニュアルの見直しについて インフルエンザ、ノロウイルスなどに伴う発生時の出勤の取り扱いについて 久米川HPでは在宅ワークの取り扱いはなし。法人内での統一化を図る必要性もある。 専門医からの情報をもらうことが望ましい。対応策が先生の見解によってさまざま。マスクのつけ方、周知徹底の困難さからN95を使用しない病院もある。エビデンスが無視される懸念あり。出勤についての取り決め、最低限の必要な確認事項を決めて、都度判断となるか。 ・家族罹患（濃厚接触者）についての取り扱い マスクなどの標準予防策の徹底により定義を置いていない施設もある。無症状であっても発生したときにどうするか。早急に策定していく。 仮プランとして：コロナウイルスに合わせ、同居者罹患の場合、中2日（0日を起算して1、2日を休暇とし3日目に出勤）とする。院長確認した結果、コロナ・インフルエンザ共に同様の考えとする見解をいただいた。今後も罹患スパンや病態によって変更の可能性はあり。</p> <p>5. その他 ・介護フェアについて 利用者の参加について、作品展と現地への参加。兒島副部長より家屋に相談。3、4、5Fの担当で対応可能。マスク着用、バンドの出演後に、事業所の予約時間に合わせて対応する。 ・入所者のコロナワクチン 職員はファイザー、利用者はモデルナ製。準備が整い次第開始。</p>	9名
11月	<p>1. ラウンド報告 外来、薬局、3, 4, 5F 特になし リハビリ：リハビリ実施時はマスク着用。他フロアで実施する際にはマスクとフェイスシールド着用している。前回冷蔵庫内に消費期限切れのものがあったが今回はなし。</p> <p>2. 手指消毒研修結果</p>	11名

	<p>比較的丁寧に実施していたと思うが、100%荒い残しなしの職員はいなかった。今後も意識して手洗い実施していくことを伝えていく。</p> <p>【集計結果】爪の洗い残し・・・66.6% 手のひら・・・20～30% 指間、手首は比較的洗えていた。</p> <p>3. 研修について 「ノロウイルスについて」 11/22、11/30 実施予定。 担当は村田管理栄養士、沼澤、中野。</p> <p>4. 新型コロナ、インフルエンザ、ノロウイルスの休みの取り扱いについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5 類変更に伴い、在宅扱いから有休もしくは傷病手当扱いに変更とする。 傷病手当申請する際は医師の診断書が必要となる。 ・新型コロナ、インフルエンザに罹患した際の療養期間は同じとする。 発症日を 0 日とし、療養期間 5 日間。6 日目から勤務可能。 ・コロナ療養後の勤務再開時にはサージカルマスクを着用し、N95 は着用しない * サージカルマスクをきちんと着用すること。食事休憩は個食対応から黙食へ変更とする。 ・コロナ濃厚接触者の扱いについて これまでと同じ対応。 陽性者と分離した日を 0 日目とし、2 日目に自宅で抗原検査、3 日目に抗原、PCR 実施し、陰性確認後、勤務可能。 ・同居家族がインフルエンザに罹患した場合 職員本人が症状なければ勤務可能とする。 ・ノロウイルスに罹患した際は出勤停止期間の定めはなく、症状によって個別に判断する。 <p>5. インフルエンザキット在庫について 現在すぐには入ってこない状況。本日 11/13 に 4 箱納品。追加で 3 箱注文中。在庫数はさんあい WEB で管理中。</p> <p>6. その他 5 F の利用者で水ぼうそうを発症している方が 1 名いる。</p>	
12 月	<p>1. ラウンド報告 3 F・・・アルコールの日付が消えていた 5 F・・・アクアサポートにも日付を入れる。</p> <p>2. ノロ研修について 11/22、11/30 に実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつもより 15 分遅めの 15 : 30 から開始 ・22 日 15 名、30 日 11 名の参加。もう少し増やしていきたい。 ・評価は 3・4 が多かった ・学んだことを各部署に持ち帰り、周知・情報共有する ・PCR 業者の変更 <p>3. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザが流行している。マスク、手洗いの徹底。 ・マニュアルは改定中 	10 名
1 月	<p>1. ラウンド報告 検査科、薬局指摘無し 5 F・・・アルコール消毒液の消費期限が記入されてなかった。</p> <p>2. 5 F コロナ感染報告</p>	14 名

	<p>R6. 1/3 506号室より1名の利用者様陽性確認。感染拡大することなく、1/9に同室者のPCR検査陰性確認にて感染対応解除。感染拡大することなく感染解除につながった点として、3点あげた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初動対応が迅速だった ・罹患者及び同室者の栄養状態がよかった ・ワクチン接種が行われて間もなかった <p>3. 4F ノコ感染報告 感染対策委員会→マニュアル関係→予備9→ノコ感染発生状況</p> <ul style="list-style-type: none"> * コロナで陽性者と同室者の感染解除として、5類移行以前は、10日間を様子観察期間としていたが、今後面会や入浴など、どのように取り組んでいく必要があるのか？ →陽性者については、陽性確認から5日間で解除とする。また、同室者(濃厚接触者)については、PCR検査を実施し、陰性確認と共に解除とする。 * 保健所に様子観察期間や入浴提供など再度確認の上で、本決定とする。 * 4Fで発生しているノコウイルスの感染対応として、どの時点で終息となるのか？ →最終罹患者の発生から1週間を経て、新たな発症がみられなかった場合、終息とする。 * 1/17(水)に4Fで予定している特殊清掃(ワックス)は実施するのか？ →3Fに変更 * 4Fの歯科受診は、ノコウイルス終息後より診察を行うのか？ →1/22に延期 <p>4. その他 ノコウイルスへの清掃対応として、手すりや人がふれるような場所は、次亜塩素酸での消毒が望ましい。消毒指導を行ったうえで、長袖エプロン、手袋着用して、イオンクリーンサービスに行ってもらえないか、責任者と相談していく予定。 手順として①手すりの拭き上げ②トイレ清掃③エプロン、手袋を外す。</p>	
<p>2月</p>	<p>1. ラウンド報告 クラスター発生により中止</p> <p>2. 感染状況報告</p> <ul style="list-style-type: none"> * 3F・・・1/22 職員の発生、1/27、317の利用者から徐々に感染拡大、317,308, 307、316, 計4部屋感染隔離。 <p>最終の感染隔離解除が2/14 利用者様 9名 陽性利用者のうち、8名ラゲブリオ内服、うち1名はラゲブリオ内服後アレルギー症状見られ、内服中止。 職員は計4名、又、解除後2/17に職員1名抗原陽性。 物品に関して：1/22～2/14の19日間、フロアの追加発注でN95マスク、レジバック、紙コップなどの消耗品、ガウンやフェイスシールドはまとめてあげてもらった以外、年末年始の在庫などでまかなえた。 経管栄養実施者に関しても数名の場合は使い捨て、5名以上になった段階で消毒に切り替えて対応した。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 4F・・・職員コロナ陽性を皮切りに利用者の陽性が確認されたが、初動対応における隔離対応が功を奏し、拡大することなく、2/14に終息。その後フロアを感染解除とした。 * 5F・・・別紙参照 さんあいWEB→感染委員会→マニュアル関係8→2024コロナウイルス対応→2024年1月～2月クラスター 	<p>12名</p>

	<p>総括 今回の経緯経過の中で直接的な発症原因はわからず、更衣室などのマスクを外す場面におけるスタッフ間のかかわりが生じたことが背景にみられたのではないと思われる。 今後も引き続き、更衣室などでのマスクを外した場面での会話には注意する。今回も N95 マスクの使用中に、呼吸苦などの症状の訴えが聞かれる場面があった。サージカルマスクで会っても、基本に沿ってマスクを着用することで予防することが可能。改めて着用方法も踏まえ、基本に沿って対応していくことが最善の予防となる。</p> <p>3. クラスタ時の面会について ・感染対応期間中は「PPE なし、サージカルマスク+アイシールド付きのマスク+手指消毒」 ・面会時間 30 分→15 分に短縮 上記 2 点で面会対応としたが、今後もクラスタ時はこの対応で行っていくのか？ →ご家族様の中では利用者様が罹患した事実を知ること、面会に来られる方が若干増えた。又、ホームページに情報の開示を求める声が聞かれた。（検討課題とする） * 5 類移行以降に、自己負担金が生じているので、ホームページや入口付近に記載することも必要なのではないか（検討課題とする） * クラスタではなく、感染が 1 部屋などの場合は？ * 4 抗原検査、PCR 検査について →今回、5 F では拡大具合が分からず、又、無症状の職員、利用者があり、医師の指示の下で抗原検査を行ったが・・・今後もその時の状況次第でよいのか？</p> <p>4. その他 コロナ 3 回目に罹患する可能性はありますか？ →罹患する可能性はある</p>	
3月	<p>1. ラウンド報告 放射線、3 F 特になし 医事課、4 F・・・消毒ボトルの期限未記載（消失）に注意</p> <p>2. 検討事項 * 小野院長の資料を基に ・今後治療薬などの公費負担がなくなる。4 月以降どうするか →4 月以降については公費による補助がなくなるため、ホームページや掲示によりアナウンスを行ったうえで自己負担が発生する旨を周知しご負担いただくこととする。（厚労省のホームページなどを活用する。） 職員については通常を受診規定と同様の扱いとする。（申請にて自己負担ゼロ） ・入所者の入所前検査→院内 PCR →従来通りの検査体制を継続する。医療短期入所についても日帰りであっても当面の間は同様の対応とする。 ・職員の唾液 PCR (外部委託)→4 月以降中止 →結果の判明が遅いため、当院として 4 月以降は中止とする。 ・週 2 回の抗原検査の確実な実施→必要に応じて院内 PCR 実施 →当院として 4 月以降は中止とする。 ・医事課はどうするか →検査キットを購入となるのか、東京都からの配布が継続されるのかが不透明であるため、東京都の動向が分かり次第判断する。</p>	15名

	<ul style="list-style-type: none"> ・出勤後に陽性判明の場合の帰宅方法 →自家用車及び路線バスなどで帰宅してもらう。 ・多床室をゾーニングする必要性は →間仕切りやカーテンによる準個室化はできるが、隔離という強固なゾーニングが見込めるものではないため、発症時は従来通りの部屋ごとのゾーニングとする。 ・面会 →発症者がいても不織布マスク、フェイスシールド、水死消毒を徹底したうえ、面会時間 15 分の現状維持とする。前回の 5 F での対応においても特に問題は発生していないこと、面会を中止にする事の方が問題を大きくする可能性が高いため。 ・海外渡航者 →有症状の場合には出勤前の検査を求めるが、症状がない場合には検査などを行うことなく従事することで問題ない。 <p>1. その他 N95 マスク着用については、着用の仕方や消毒の頻度の研修などにより改めて感染対策の基本に立ち返り、使用方法を見直す。</p>	
<p style="text-align: center;">総括</p>	<p>5 月から、新型コロナウイルスが 5 類に移行し、当院独自のルールや、感染に、新型コロナウイルスにまつわることを話し合い、決めていくことが難しかった。又、今回は大きなクラスターを経験しているが、対応が変わっていったことや、職員もどのように動けばいいのかということが、クラスターを通して体験、勉強することができた。</p> <p>クラスターの原因となる私たちが菌やウイルスを伝播してしまう為、あらためて、基本に立ち返り、手洗いや、消毒の必要性が分かった。今年度は、久しぶりに疥癬も経験し、古いマニュアルの見直しが一つずつ行われていった。今後も変更点なども多いとも思うが、感染に対する情報を敏感に考え、捉え対応をしていけるようにしたいと思う。</p> <p style="text-align: right;">看護部 係長 沼澤恵美子</p>	

院内感染対策委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	荒井寿子	看護師	
服部智美	事務	部長	新井利幸	介護士	
川戸美智子	看護師	部長	難波恵子	介護士	係長
兒島高輔	介護士	副部長	豊島佳枝	介護士	係長
石川剛	事務(医事)	課長	相澤いづみ	介護士	
山本洋子	看護師	師長	中野正之	介護士	
林理佐子	看護師	師長	上利武生	診療放射線技師	部長代理
相田園子	看護師	師長	佐藤玲子	薬剤師	薬局長
★沼澤恵美子	看護師	係長	井上寛子	管理栄養士	
高橋香織	看護師	係長	長竹由香	言語聴覚士	副室長
沖山茜	看護師		小松幸子	事務(薬局)	

会議・委員会 褥瘡予防対策委員会

	議 題	参加者
4月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 2 件、新規持込 1 件、継続 7 件、治癒 0 件、退院 0 件） 2. 今年度活動目標・活動内容について検討・修正 3. 委員会規定・指針について見直し 4. エアマット追加導入 5. オムツ交換の交換回数変更によりセキュラ OP を使用して撥水と皮膚保護のケアを実施していく 褥瘡回診 10 件（竹下、倉内、荒井（香）吉本、上富、保村、磯野、押切、石川、佐藤、井上（寛）、林）	12名
5月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 1 件、新規持込 0 件、継続 10 件、治癒 5 件、退院 0 件） 2. 今年度活動計画書の完成 3. 院内研修 10 月開催予定（内容は未定） 4. 7 月の委員会開催日院内レク（七イベント）開催のため 7 月 12 日（水）に変更 褥瘡回診 6 件（竹下、荒井（香）、上富、齋藤（友）、磯野、押切、高橋（美）、佐藤、井上（寛）、林）	10名
6月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 1 件、新規持込 3 件、継続 6 件、治癒 1 件、退院 1 件） 2. 5F 病棟感染対策中により回診は各フロアで委員と竹下 Dr で行う 3. 「LIFE」の入力更新時期のため各フロア入力を実施していく 褥瘡回診 6 件 竹下 Dr と各フロアスタッフで実施（竹下、3F 保村、4F 上富、鈴木（新）5F 磯野）	8名
7月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 1 件、新規持込 1 件、継続 8 件、治癒 2 件、退院 0 件） 2. 4F 病棟担当看護師・介護士欠席のため 4F のみ後日回診とする 3. 佐藤薬局長が日本褥瘡学会東北大会に参加 新たな処置方法を施行していく 褥瘡回診 6 件（4F 病棟 後日 1 件）	9名
8月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 0 件、新規持込 0 件、継続 8 件、治癒 0 件、退院 2 件） 2. 院内研修 10 月 4 日（水）委員会終了後に開催決定 内容は普段使用している枕などを使用した体験型に決定 褥瘡回診 6 件（竹下、齋藤（友）、上富、荒井（香）、磯野、佐藤、井上（寛）、林）	8名
9月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討（新規発生 1 件、新規持込 1 件、継続 5 件、治癒 1 件、退院 1 件） 2. 4F 病棟感染対策中により委員会は書面開催とする 3. 月報や各種書類の入力、記載などの間違いや漏れがないよう再度確認するよう促す 4. 「LIFE」の入力更新時期のため各フロア入力を実施していく	10名

	5. 院内研修 10月4日(水)から10月25日(水)に変更とする 褥瘡回診は各フロアの委員と竹下Drで行う 6件	
10月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討(新規発生2件、新規発生0件、継続6件、治癒3件、退院0件) 2. 院内研修(ポジショニングについて 体験実習)の内容確認、実施(参加者17名) 褥瘡回診5件(竹下、保村、上富、荒井(香)、磯野、鈴木(新)、石川、井上(寛)、林)	9名
11月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討(新規発生0件、新規持込1件、継続6件、治癒2件、退院1件) 2. 院内研修について実際に体験できて良かったという声が多くあったため今後も体験型の研修を取り組んでいくこととする 褥瘡回診4件(竹下、保村、上富、荒井(香)、磯野、押切、石川、佐藤、井上(寛)、林)	10名
12月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告・事例検討(新規発生1件、新規持込0件、継続4件、治癒0件、退院2件) 2. 「LIFE」の入力更新時期のため各フロア入力を実施していく 褥瘡回診3件(竹下、斎藤(友)、上富、荒井(香)、磯野、鈴木(新)、高橋(美)、佐藤)	8名
1月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告・事例検討(新規発生1件、新規持込2件、継続3件、治癒0件、退院0件) 新型コロナウイルスクラスター、ノロウイルス発生のため委員会開催中止 各フロアで検討・対策を行う	10名
2月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告・事例検討(新規発生1件、新規持込0件、継続6件、治癒0件、退院0件) 2. 感染症対策中により委員会は書面開催とする 褥瘡回診は各フロアの委員と竹下Drで行う 5件	10名
3月	1. 褥瘡保有者報告・新規発生報告、事例検討(新規発生0件、新規持込0件、継続6件、治癒0件、退院1件) 2. 「LIFE」の入力更新時期のため各フロア入力を実施していく 3. 感染対策中によりベッド上で過ごされる時間が多かったと思うが新規発生が0件であったことはスタッフ全員の努力の証となった 褥瘡回診6件(竹下、荒井(寿) 上富、磯野、鈴木(新)、石川、佐藤、井上(寛))	8名
総括	<p>今年度も新型コロナウイルス等によるクラスター発生のため、委員会を中止せざるを得ない状況があったが、委員会メンバーが中心となり各フロアでの予防対策に取り組むことで、新規発生を10件に抑えられ、目標であった12件以内を達成できた。</p> <p>院内研修については、ベッド上での圧のかかり方や枕の使い方等を、実際に体験していただく研修が行えた。今後も体験型の研修を増やしていきたいと思っております。</p> <p>エアマット自動体位変換機能を使用することで、利用者及びスタッフの負担軽減につながったと思います。利用者の状態に合わせて使用して行ければと思いますが、クッションの使用方法やポジショニングについて、統一性と持続性が今後の課題である。</p> <p style="text-align: right;">看護部 介護課 磯野 弘和</p>	

褥瘡予防対策委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
竹下政志	医師	部長	石川加代	介護士	
保村亜希乃	看護師		押切詩人	介護士	
上富ゆき	看護師		鈴木新	介護士	
吉本こずえ	看護師		★磯野弘和	介護士	
荒井香	看護師		佐藤玲子	薬剤師	薬局長
島谷文子	看護師		林拓也	理学療法士	主任
高橋美沙子	介護士		井上寛子	管理栄養士	

会議・委員会 身体拘束適正化委員会

議 題		参加者
4月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 6 名、新規 1 名、解除 0 件) 2. 今年度活動目標・活動内容について検討・修正 3. 委員会規定・指針について内容確認 4. 副リーダー選出 5. 今年度の研修について 担当・開催月の検討 6. 今年度より委員会時に 3.4.5 階を順番にフロアラウンド実施を決定 	7名
5月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 7 名、新規 1 名、解除 0 件) 2. 同意書の期限について確認 3. 院内研修の内容について担当フロアより報告 開催日：6/8(土)、6/16(金) 4. 新たに導入したテルサマット(センサー内蔵)はセンサーとしてカウント管理する。 5. 次回委員会よりフロアラウンド(4階)実施していく 	6名
6月	<ol style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを4階で実施 3名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 1 名、解除 0 件) 3. 同意書の期限について確認 4. 6/8(土)、6/16(金)開催の院内研修の予行演習行い、内容の修正 	5名
7月	<ol style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを5階で実施 4名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 7 名、新規 2 名、解除 2 件) 3. 同意書の期限について確認 4. マニュアルの改訂について検討 カンファレンス時に医師の記録とサインを書く事を統一 5. センサー使用時のアクシデントについてリスク委員会に検討依頼 	9名
8月	<ol style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを5階で実施 4名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 2 名、解除 1 件) 3. 同意書の期限について確認 4. マニュアルの改訂について検討 カンファレンス時に医師の記録とサインを書く事を統一 5. センサー使用時のアクシデントについてリスク委員会に検討依頼 	8名
9月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 9 名、新規 3 名、解除 2 件) 2. 4階で新型コロナクラスター発生の為、書面開催とした 	0名
10月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 1 名、解除 1 件) 	5名

	<ul style="list-style-type: none"> 2. 同意書の期限について確認 3. 10/13, 19 開催の院内研修について担当フロア 3 階より予行演習を行った 4. 久米川で行われた実地調査より、同意書の日付、日々の拘束の時間、医師の記録についての指摘があった為、当院でも再度確認を行った 	
11月	<ul style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを 4 階で実施 2 名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 2 名、解除 2 件) 3. 同意書の期限について確認 4. 10/13, 19 開催した研修の振り返り実施 	8名
12月	<ul style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを 5 階で実施 5 名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 2 名、解除 1 件) 3. 同意書の期限について確認 4. 身体拘束開始時のフロー、アセスメントシートについて新しく導入する事となった 5. 1 月の委員会で身体拘束開始時のフローを完成させていく 	9名
1月	<ul style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 10 名、新規 2 名、解除 1 件) 2. 新型コロナウイルスクラスター、ノロウイルス発生のため委員会開催中止 各フロアで検討・対策を行う 5 階、4 階の委員が勤務調整で欠席だった為、リハビリの委員と 5 階の同意書について確認とラウンドを行った 	2名
2月	<ul style="list-style-type: none"> 1. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 10 名、新規 0 名、解除 1 件) 2. 3.4.5 階フロアの利用者、職員で新型コロナ陽性者が多数発生した為、各委員には同意書の確認を依頼し、書面開催とした。 	0名
3月	<ul style="list-style-type: none"> 1. フロアラウンドを 5 階で実施 2 名の身体拘束状況について確認し意見交換を行った 2. 身体拘束評価表各フロア報告 (全体 8 名、新規 0 名、解除 1 件) 3. 同意書の期限について確認 4. 今年度の総括 5. 来年度の委員に引き継ぎ依頼内容確認 	8名
総括	<p>新型コロナによるクラスター発生のため、委員会を中止せざるを得ない状況があったが、今年度から委員会の開催を毎月に変更した事で活発な委員会活動が行えた。また、フロアラウンドやアセスメントシートを新たに導入した事で委員を中心に拘束解除に向けての意見交換や検討が積極的に行えた。「組織として身体拘束はしない」という考えが施設全体に浸透していく為には職員の更なる意識改革が必要であり、今後の課題である。</p> <p style="text-align: right;">看護部 介護課 難波 恵子</p>	

褥瘡予防対策委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
上田哲哉	医師		小山田織江	介護福祉士	
長谷川浩子	看護師		小林恵美	介護福祉士	
久野木春美	准看護師		東山寿恵	介護福祉士	
和田義雄	看護師		大庭眞弓	介護福祉士	
島谷文子	准看護師		白木由美子	介護福祉士	
高橋吉子	看護師		根岸裕司	作業療法士	
★難波恵子	介護福祉士	係長			
田中千恵	介護福祉士				

	議 題	参加者
4月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況報告 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が3.0mg/d l未満という基準は、BUNの上昇 (<25mg/d l)を伴う脱水がない場合に限るが、 栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2021年度で</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1月→3月 7名中0名 0% ・2月→4月 6名中1名 17% ・3月→5月 6名中0名 0% ・4月→6月 11名中1名 9% ・5月→7月 7名中3名 43% ・6月→8月 16名中4名 25% ・1月→3月 6名中1名 17% ・7月→9月 7名中0名 0% ・8月→10月 9名中2名 22% ・9月→11月 19名中2名 11% ・10月→12月 11名中1名 9% ・11月→1月 11名中3名 27% ・12月→2月 15名中0名 0% <p>(3Fは採血対象者なし) ※2か月以内に測定していない方(亡くなった方含む)は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 2018年度の褥瘡・低栄養改善のための実績額は1,417,387円で、予算は1,243,536円のため173,851オーバーしていた。そのため、2019年度から予算の金額をアップしている。今後も予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン3.0以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。3月は、予算より41,687円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績(3月分) 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議4月分について ターミナルカンファレンス後に禁食になった方について、どの位の期間やタイミングで、経口維持加算中止の内容の計画書に変更するか、検討していただきたい(富田管理栄養士)。 主治医が家族に、経口摂取は困難であると連絡したタイミング等、経口摂取ができる見込みがなくなった時点で計画書を変更してはどうだろうか (坂田ケアマネジャー・新村ケアマネジャー・竹下医師)。 今後、検討が必要なケースについてこの会議で話し合いを行い、当施設での取り決めに整えていく(富田管理栄養士)。</p> <p>5. 経口維持加算の5月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の5/15(月)の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4月のミールラウンドで対象となった方」である。</p>	10名

	<p>また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. NCM 委員会活動計画について 活動計画に沿って、委員会の運営を進めていく。</p>	
5月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況報告 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が3.0mg/dl未満という基準は、BUNの上昇(<25mg/dl)を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2021年度で ・2月→4月 14名中2名 14% ※2か月以内に測定していない方(亡くなった方含む)は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン3.0以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 今年度より、各項目についての前年比を記載している。 4月は、予算より38,597円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績(4月分) 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議5月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の6月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の6/19(月)の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4・5月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 4月の医局会にて、必要な方のみを使用を依頼したが、在庫の余剰があり使用期限内に消費できない可能性あり。在庫調整のため、2名の利用者への使用継続を検討していただきたい。</p>	10名
6月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が3.0mg/dl未満という基準は、BUNの上昇(<25mg/dl)を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023年度で ・2月→4月 14名中2名 14% ・3月→5月 11名中2名 18% ※2か月以内に測定していない方(亡くなった方含む)は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン3.0以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 5月は、予算より44,778円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績(6月分)</p>	8名

	<p>来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 6 月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の 7 月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 7/24（月）の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4・5・6 月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 4 月の医局会にて、必要な方のみを使用を依頼したが、在庫の余剰があり使用期限内に消費できない可能性あり。在庫調整のため、2 名の利用者への使用継続を検討していただきたい。→竹下医師不在のため、次回への継続議題とする。</p>	
7 月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011 年 8 月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇（<25mg/d l）を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023 年度で ・2 月→4 月 14 名中 2 名 14% ・3 月→5 月 11 名中 2 名 18% ・4 月→6 月 12 名中 1 名 8% ※2 か月以内に測定してない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 6 月は、予算より 21,178 円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（7 月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 7 月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の 8 月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 8/21（月）の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4・5・6・7 月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について（別紙参照） 4 月の医局会にて、必要な方のみを使用を依頼したが、在庫の余剰があり使用期限内に消費できない可能性あり。在庫調整のため、2 名の利用者への使用継続を検討していただきたい。→竹下医師不在のため、次回への継続議題とする。</p>	11 名
8 月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011 年 8 月から対象者に対して栄養採血を行っている。</p>	11 名

	<p>アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇 (<25mg/d l) を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。</p> <p>現在の実績は、2023 年度で</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2月→4月 14名中2名 14% ・3月→5月 11名中2名 18% ・4月→6月 12名中1名 8% ・5月→7月 12名中0名 0% <p>※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 7月は、予算より 23,552 円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（8月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 8月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の 9月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 8/21（月）の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4・5・6・7・8月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について（別紙参照） 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p> <p>7. 次回の委員会の開催場所について 他の会議と場所が重複するため、会議室からサラに場所を変更する。</p>	
<p>9月</p>	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇 (<25mg/d l) を伴う脱水がない場合に限るが、 栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。</p> <p>現在の実績は、2023 年度で</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2月→4月 14名中2名 14% ・3月→5月 11名中2名 18% ・4月→6月 12名中1名 8% ・5月→7月 12名中0名 0% ・6月→8月 3名中0名 0% <p>※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 8月は、予算より 31,781 円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（9月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。</p>	<p>9名</p>

	<p>今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 9 月分について 5 階で 9/1～経口維持加算を算定している方が、8/19 昼～9/6 朝まで禁食、9/6 昼～9/7 昼まで経口開始となるが、嘔吐し再び禁食となった。6 ヶ月の計画変更は 12/1～となるが、それまで加算算定して良いかどうか、検討していただきたい。 →ご本人の病状により経口摂取を再開する可能性もあるため、経口維持加算の算定を継続する。</p> <p>5. 経口維持加算の 10 月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 10/23（月）の昼食時に行う。対象者は、「10・11・12・1・2・3・4・5・6・7・8・9 月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p>																			
<p>10 月</p>	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011 年 8 月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUN の上昇（<25mg/d l）を伴う脱水がない場合に限るが、 栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023 年度で</p> <table border="0"> <tr> <td>・2 月→4 月</td> <td>14 名中 2 名</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>・3 月→5 月</td> <td>11 名中 2 名</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>・4 月→6 月</td> <td>12 名中 1 名</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>・5 月→7 月</td> <td>12 名中 0 名</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>・6 月→8 月</td> <td>3 名中 0 名</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>・7 月→9 月</td> <td>2 名中 0 名</td> <td>0%</td> </tr> </table> <p>※2 か月以内に測定してない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 9 月は、予算より 49,325 円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（10 月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 10 月分について 5 階で 9/1～経口維持加算を算定している方が、8/19 昼～9/6 朝まで禁食、9/6 昼～9/7 昼まで経口開始となるが、嘔吐し再び禁食となった。6 ヶ月の計画変更は 12/1～となるが、それまで加算算定して良いかどうか、検討していただきたい。 →食べると嘔吐してしまうため、11/1 からの経口維持加算の算定中止を検討していく。</p> <p>5. 経口維持加算の 11 月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 10/23（月）の昼食時に行う。対象者は、「2022/10・11・12、2023/1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p>	・2 月→4 月	14 名中 2 名	14%	・3 月→5 月	11 名中 2 名	18%	・4 月→6 月	12 名中 1 名	8%	・5 月→7 月	12 名中 0 名	0%	・6 月→8 月	3 名中 0 名	0%	・7 月→9 月	2 名中 0 名	0%	<p>9 名</p>
・2 月→4 月	14 名中 2 名	14%																		
・3 月→5 月	11 名中 2 名	18%																		
・4 月→6 月	12 名中 1 名	8%																		
・5 月→7 月	12 名中 0 名	0%																		
・6 月→8 月	3 名中 0 名	0%																		
・7 月→9 月	2 名中 0 名	0%																		

	<p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p>																						
11月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇 (<25mg/d l) を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023年度で</p> <table border="0"> <tr><td>・2月→4月</td><td>14名中2名</td><td>14%</td></tr> <tr><td>・3月→5月</td><td>11名中2名</td><td>18%</td></tr> <tr><td>・4月→6月</td><td>12名中1名</td><td>8%</td></tr> <tr><td>・5月→7月</td><td>12名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・6月→8月</td><td>3名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・7月→9月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・8月→10月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> </table> <p>※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン3.0以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 10月は、予算より48,974円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（11月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議11月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の12月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の12/18（月）の昼食時に行う。対象者は、「2022/10・11・12、2023/1～11月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p>	・2月→4月	14名中2名	14%	・3月→5月	11名中2名	18%	・4月→6月	12名中1名	8%	・5月→7月	12名中0名	0%	・6月→8月	3名中0名	0%	・7月→9月	2名中0名	0%	・8月→10月	2名中0名	0%	8名
・2月→4月	14名中2名	14%																					
・3月→5月	11名中2名	18%																					
・4月→6月	12名中1名	8%																					
・5月→7月	12名中0名	0%																					
・6月→8月	3名中0名	0%																					
・7月→9月	2名中0名	0%																					
・8月→10月	2名中0名	0%																					
12月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇 (<25mg/d l) を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023年度で</p> <table border="0"> <tr><td>・2月→4月</td><td>14名中2名</td><td>14%</td></tr> <tr><td>・3月→5月</td><td>11名中2名</td><td>18%</td></tr> <tr><td>・4月→6月</td><td>12名中1名</td><td>8%</td></tr> <tr><td>・5月→7月</td><td>12名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・6月→8月</td><td>3名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・7月→9月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> </table>	・2月→4月	14名中2名	14%	・3月→5月	11名中2名	18%	・4月→6月	12名中1名	8%	・5月→7月	12名中0名	0%	・6月→8月	3名中0名	0%	・7月→9月	2名中0名	0%	12名			
・2月→4月	14名中2名	14%																					
・3月→5月	11名中2名	18%																					
・4月→6月	12名中1名	8%																					
・5月→7月	12名中0名	0%																					
・6月→8月	3名中0名	0%																					
・7月→9月	2名中0名	0%																					

	<p>・8月→10月 2名中0名 0% ※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況（別紙参照） 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 11月は、予算より 60,898 円プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（11月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 12月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の1月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の1/22（月）の昼食時に行う。対象者は、「2022/10・11・12、2023/1～12月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p>																												
<p>1月</p>	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇（<25mg/d l）を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023年度で</p> <table border="0"> <tr><td>・2月→4月</td><td>14名中2名</td><td>14%</td></tr> <tr><td>・3月→5月</td><td>11名中2名</td><td>18%</td></tr> <tr><td>・4月→6月</td><td>12名中1名</td><td>8%</td></tr> <tr><td>・5月→7月</td><td>12名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・6月→8月</td><td>3名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・7月→9月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・8月→10月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・9月→11月</td><td>4名中2名</td><td>50%</td></tr> <tr><td>・10月→12月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> </table> <p>※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 12月は、予算より 57,750 プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（12月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 1月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の2月の食事観察と会議日について</p>	・2月→4月	14名中2名	14%	・3月→5月	11名中2名	18%	・4月→6月	12名中1名	8%	・5月→7月	12名中0名	0%	・6月→8月	3名中0名	0%	・7月→9月	2名中0名	0%	・8月→10月	2名中0名	0%	・9月→11月	4名中2名	50%	・10月→12月	2名中0名	0%	<p>9名</p>
・2月→4月	14名中2名	14%																											
・3月→5月	11名中2名	18%																											
・4月→6月	12名中1名	8%																											
・5月→7月	12名中0名	0%																											
・6月→8月	3名中0名	0%																											
・7月→9月	2名中0名	0%																											
・8月→10月	2名中0名	0%																											
・9月→11月	4名中2名	50%																											
・10月→12月	2名中0名	0%																											

	<p>経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会 1/22（月）の昼食時に行う。対象者は、「2022/10・11・12、2023/1～12月、2024/1月のミールラウンドで対象となった方」である。</p> <p>また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p> <p>6. ハイネックスイーゲルの使用制限について 毎月、NCM 委員会にて使用者をリストアップし、他の経管栄養に変更できるか検討を行う。</p>																															
2月	<p>1. スクリーニング結果からのリスク状況 低栄養の改善率 2011年8月から対象者に対して栄養採血を行っている。 アルブミン値が 3.0mg/d l 未満という基準は、BUNの上昇（<25mg/d l）を伴う脱水がない場合に限るが、栄養士では判断が分かり兼ねる場合は、医師の指示を受けることとしている。 現在の実績は、2023年度で</p> <table border="0"> <tr><td>・2月→4月</td><td>14名中2名</td><td>14%</td></tr> <tr><td>・3月→5月</td><td>11名中2名</td><td>18%</td></tr> <tr><td>・4月→6月</td><td>12名中1名</td><td>8%</td></tr> <tr><td>・5月→7月</td><td>12名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・6月→8月</td><td>3名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・7月→9月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・8月→10月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・9月→11月</td><td>4名中2名</td><td>50%</td></tr> <tr><td>・10月→12月</td><td>2名中0名</td><td>0%</td></tr> <tr><td>・11月→1月</td><td>9名中2名</td><td>22%</td></tr> </table> <p>※2か月以内に測定していない方（亡くなった方含む）は除外して改善率を算定している。</p> <p>2. 褥瘡・低栄養改善のための栄養補助食品の予算・実績の状況 予算オーバーを防止するため、現時点でアルブミン 3.0 以上や、高リスクから中リスクになった方の施設負担分の栄養補助食品は、削減するよう進めていく。 1月は、予算より 58,906 プラスとなり、予算内であった。</p> <p>3. 栄養補助食品付加することによる低栄養改善の実績（1月分） 来年度の予算確保のため、毎月評価している。 今月は、栄養補助食品の削減を検討する該当者なし。</p> <p>4. 経口維持加算の食事観察と会議 2月分について 今月は、検討する該当者なし。</p> <p>5. 経口維持加算の3月の食事観察と会議日について 経口維持加算の算定要件である、多職種によるミールラウンドを、次回の委員会時の 1/22（月）の昼食時に行う。対象者は、「2022/10・11・12、2023/1～12月、2024/1～2月のミールラウンドで対象となった方」である。 また、今後も委員会時に、食事内容等について検討したい方を管理栄養士がピックアップし、多職種による会議を行っていく。</p>	・2月→4月	14名中2名	14%	・3月→5月	11名中2名	18%	・4月→6月	12名中1名	8%	・5月→7月	12名中0名	0%	・6月→8月	3名中0名	0%	・7月→9月	2名中0名	0%	・8月→10月	2名中0名	0%	・9月→11月	4名中2名	50%	・10月→12月	2名中0名	0%	・11月→1月	9名中2名	22%	11名
・2月→4月	14名中2名	14%																														
・3月→5月	11名中2名	18%																														
・4月→6月	12名中1名	8%																														
・5月→7月	12名中0名	0%																														
・6月→8月	3名中0名	0%																														
・7月→9月	2名中0名	0%																														
・8月→10月	2名中0名	0%																														
・9月→11月	4名中2名	50%																														
・10月→12月	2名中0名	0%																														
・11月→1月	9名中2名	22%																														
3月	中止	0名																														
総括	<p>低栄養改善に向けて栄養補助食品の利用等含め多職種と連携をとり進めることができた。また、費用面では、栄養補助食品の使用の予算の設定をし、範囲内におさえることができた。</p> <p>今後も、利用者がその人らしく暮らせるように栄養面で介入し、生活の質向上に繋がるような係わりを継続していきたい。</p> <p style="text-align: right;">コメディカル部 栄養科 係長 富田美紀</p>																															

給食委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	小澤由佳	看護師	
竹下政志	医師	部長	窪田美里	看護師	
上田哲哉	医師		坂田 都	介護士	
服部智美	事務	部長	小林 久美子	介護士	
石川剛	事務(医事)	課長	★富田美紀	管理栄養士	係長
南 由美子	看護師		井上 寛子	管理栄養士	
興梠 蝶幸	看護師		松縄 祐実	言語聴覚士	
中村洋子	看護師				

会議・委員会 給食委員会

	議 題	参加者
4月	<ol style="list-style-type: none"> 2023年度の活動予定表について 6月の行事食について 6/14(水)入梅 【昼食 常食(刻み食)】 ・シーフードピラフ(洋風粥) ・サーモンのマリネ(さけのムースマリネ風) ・そら豆のサラダ ・抹茶のムース(抹茶ミルクババロア) ・コーヒー牛乳 ※4~6月が旬であるそら豆使用。 ※デザートとして、日清医療食品スイーツコレクション「抹茶のムース」を提供 ・京都産宇治抹茶使用。 	12名
5月	<ol style="list-style-type: none"> 利用者に使用している温冷配膳車用のトレイについて (継続議題) 温冷配膳車用のトレイの滑り止め塗装がはがれていて、効果が無くなっているの で買い替えを検討中である(価格:300枚購入で、1,188,000円)。 フロアで利用者の食事の際に、滑り止め塗装がはがれたトレイだと食器が移動してしまう ので食事がしにくい等、問題点があるかの返答結果。 3F・5F→特に問題なし。 4F→利用者さんによっては安定せず不便なこともあると思う。 給食業者→今の滑り止め加工であると耐久性も悪いのではないかと他の加工や方 法があるか検討していくのも良いと思う。 結果として、全部入れ替える必要はないのではないかと剥がれが目立つもののみ処 分し、不足分のみを購入する。今後目立つようなら購入を検討する。 新しいスプーンについて ① 今後、この新しいスプーンを配膳車にある予備のスプーン(柄の長いタイプと短いタイプ 各3本)と入れ替えてもよいか ② 購入が決定した場合、現在使用しているスプーンと混在して配膳してもよいか →①②について各フロアで検討し、次回返答いただく。 お茶について 今まで、各フロアでお茶の量についての指示をいただいていたが、不足時の対応のため、 	10名

	<p>今後はやかに満量の6リットルを入れて配膳することとなった。 →利用者様にお茶が足りないことが問題であるため、不足がないようにしたい。 現在、満了の6ℓで問題ないため継続する。</p> <p>4. 栄養補助食品の値上げについて 今年度の4月から、栄養補助食品の値上げが相次いでいる。 利用者が全く手をつけない栄養補助食品等、必要のないものがあつた場合は、ご報告をお願いしたい。</p> <p>5. 4月の嗜好調査結果について 前年と同じ内容で、療養食を含む、聞き取り可能な方を対象に実施した。</p> <p>食事への全体的な満足度について</p> <table border="0"> <tr> <td>『満足している』</td> <td><今調査> 56名 65.9%</td> <td><前調査> 35名 45%</td> </tr> <tr> <td>『ふつう』</td> <td><今調査> 20名 23.5%</td> <td><前調査> 27名 35%</td> </tr> <tr> <td>『不満である』</td> <td><今調査> 0名 0%</td> <td><前調査> 3名 3.8%</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(無回答9名) (無回答8名)</p> <p>どの項目についても、<前調査>より『おいしい』『満足している』が増加している結果となった。しかし、お粥について、パンについて以外の項目で『おいしくない』と回答した方がおり、厳しい意見をいただいている。味や食材の硬さについての具体的な指摘もあつたため、調理方法や献立内容を再検討していく。</p> <p>嗜好調査のメリットとしては、通常の昼のラウンドとは異なり、時間をかけて詳しく食事について聞くため、利用者様の本心を伺うことができるということである。食事内容の変更希望があつた方で、可能な方は変更することができたため、今回も有意義な調査であつた。食事は、療養生活の楽しみの1つでもあるため、「喜んでいただける食事」を提供できるよう改善に努めていく。今後も嗜好調査を継続することで、利用者様のニーズに合った食事を、できる限り提供していく。</p> <p>6. 7月の行事食について 7/6(木) 七夕 【昼食 常食(刻み食)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・冷やしとろろそうめん(冷やしとろろソフトうどん) ・冬瓜のそぼろ煮 ・夏野菜のずんだ和え ・すいか(すいかゼリー) <p>※夏が旬である冬瓜、きゅうり、とうもろこし、えだまめ豆使用。 ※デザートとして、旬のすいか提供</p>	『満足している』	<今調査> 56名 65.9%	<前調査> 35名 45%	『ふつう』	<今調査> 20名 23.5%	<前調査> 27名 35%	『不満である』	<今調査> 0名 0%	<前調査> 3名 3.8%	
『満足している』	<今調査> 56名 65.9%	<前調査> 35名 45%									
『ふつう』	<今調査> 20名 23.5%	<前調査> 27名 35%									
『不満である』	<今調査> 0名 0%	<前調査> 3名 3.8%									
<p>6月</p>	<p>1. 新しいスプーンについて(継続議題)</p> <p>① 今後、この新しいスプーンを配膳車にある予備のスプーン6本(各棟に長いスプーンと短いスプーン3本ずつで計6本配置)と入れ替えてもよいか。 また、本数は現状の6本のままでよいか。</p> <p>② 購入が決定した場合、現在使用しているスプーンと混在して配膳してもよいか検討をお願い致します。 →5F ①②で問題ない。予備のスプーンはなんでも良い。 4F 新スプーンは使い勝手が良い。①②について未確認。 3F 委員会不参加のため未確認</p> <p>●各階統一した意見が伺えなかつたので7月の給食委員会に議題持ち越す。</p> <p>2. メイバランスミニからクリミールへの変更についての検討 メイバランスミニが、4月より¥102→¥111に値上げとなつた。代替品としてクリミール(¥93)を提案する。 日程は、クスター終息後の、6/26(月)以降を予定している。</p>	<p>10名</p>									

	<p>メイバランスミニを提供している利用者を対象に、2日間限定でクリミールに変更して利用者の反応を見ていただき、変更可能かどうかの検討をお願い致します。</p> <p>●各階統一した意見が伺えなかったので7月の給食委員会に議題持ち越しする。</p> <p>3. 7/5七夕のレクリエーションの日のおやつ提供について レクのおやつがあるため、一部の方以外は、栄養補助食品の提供なし。</p> <p>4. 7月の嗜好調査について 7/6に、行事食の七夕メニュー・レク等のおやつの希望について、療養食を含む、聞き取り可能な方を対象に実施する。</p> <p>5. 7月の行事食について 7/30(日) 土用の丑(※別紙 献立表参照) 【昼食 常食(刻み食)】 ・御飯(全粥) ・豚ロース和風焼き(豚ムース玉葱ソース) ・うなぎの南禅寺蒸し ・オクラの塩昆布和え ・パインアップル(パイン缶) ※食材が高騰しているため、鰻の蒲焼の提供はなし。南禅寺蒸しとして提供。</p> <p>6. 8月の行事食について 7/6(木)七夕・7/30(日)土用の丑で7月に2回実施のため、8月は行事食の実施はなし。</p>	
<p>7月</p>	<p>1. 新しいスプーンについて(継続議題)</p> <p>① 今後、新しいスプーンを配膳車にある予備のスプーン6本(各棟に長いスプーンと短いスプーン3本ずつで計6本配置)と入れ替えてもよいか。また、本数は現状の6本のままでよいか。 →今後は予備のスプーンの種類は柄の長いスプーンであればなんでも良いとする。本数は各配膳車6本とする。</p> <p>② 購入が決定した場合、現在使用しているスプーンと混在して配膳してもよいか →新しいスプーンが混在しても良い。スプーンの指定はしない。</p> <p>2. メイバランスミニからクリミールへの変更についての検討(継続議題) メイバランスミニを提供している利用者を対象に、8/9と8/10の2日間限定でクリミールに変更し、次回の委員会(8/21)に意見をいただく。なお、その期間は味の指定はなしで、予めフロアに予備を渡すので必要時対応する。その期間は経管栄養もクリミールに変更する。</p> <p>3. 8/16(水)さんあい祭り(レクリエーション)の日のおやつ提供について レクのおやつがあるため、一部の方以外は栄養補助食品の提供なし。</p> <p>4. 9月の行事食について 9/14(木)敬老の日 【昼食 常食(刻み食)】 ・赤飯【あずき粥】 ・天ぷら盛り合わせ+天つゆ(むきえび・イカ・茄子・いんげん)【海老しんじょう(えび・ほうれん草ボール・にんじんボール)】 ・冬瓜のかにかまあんかけ ・ほうれん草の菊花和え ・梨【和梨ゼリー】 ※敬老のお祝い食として「お赤飯」を提供する。また、旬のフルーツの「梨」を提供</p> <p>5. 9月の給食委員会開催日について</p>	<p>15名</p>

	<p>3週目の9/18(月)は祝日、次週の9/25(月)は医療安全管理委員会と時間が重なるため、9/26(火)に変更する。</p>	
8月	<ol style="list-style-type: none"> メイバランスミニからクミールへの変更についての検討 メイバランスミニを提供している利用者に代替品のクミール(¥93)を8/9(水)・10(木)限定で変更した結果を報告。 4F・5F→問題なし。 3F→1名「コーヒー味が嫌いな方がいたため、他の味で嗜好に合うものがあるか試し、9月の給食委員会で再評価する。 7月の嗜好調査結果について 日時 7/6 内容 行事食の七夕メニュー・レク等のおやつ希望について 10月の行事食について 10/10(火) 秋の行事食 ST・病棟 → 追加提供・内容変更者の食事箋締め切り 10/2(月) 【昼食 常食(刻み食)】 ・栗ごはん【栗粥】 ・さんまの蒲焼き ・春菊の白和え ・なめこの赤だし【きのこの赤だし】 ・モンブラン【柿のゼリー】 ※旬の食材として「栗ごはん」「さんま」「なめこ」「モンブラン(刻み食 柿のゼリー)」を提供する。 9/13 敬老会(レクリエーション)の日のおやつ提供について レクのおやつがあるため、一部の方以外は栄養補助食品の提供なし 9月の給食委員会の開催場所変更について 9/26(火)の15時より、場所をサラに変更して行う 下膳について 下膳時、配膳車の中に入れ歯や個人用スプーンなどが入っている。配膳した物以外は下膳しないようにお願いします 	12名
9月	<ol style="list-style-type: none"> メイバランスミニからクミールへの変更についての検討 3F→1名「『コーヒー味』が嫌いな方がいたため、他の味で嗜好に合うものがあるか試した結果、『いちご味』、『ミルクティー味』、『バナナ味』なら良さそうであった。 1ヶ月程度クミールに変更し、10月又は11月の給食委員会で再評価する。 ① 変更開始時期：10/11～(メイバランスミニの在庫によっては混在する可能性あり) ② メイバランスミニとは味の種類が変わるので禁止や指定がある方は事前に食札の変更が必要 ③ 禁止の味が多くなると業務が煩雑になりミスも起こるのでなるべくイレギュラーにはしない方がよい。 ※クミールの終売・新発売品のお知らせ 終売：リッチミルク・りんごミルク味(販売終了時期：10月頃) 新発売：ココア味・ほうじ茶ラテ(発売日：9/12) 備蓄食(ユニフーズ)の提供について 2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定である(8月は8/20提供済) 次回：9/29(金)鶏そぼろ丼・10/15(日)豚丼 10月の嗜好調査について 現在、火・水・金曜日の週3回、昼夕の2食実施している選択メニューについて、実施者約40名を対象に行う。 11月の行事食について 11/6(月) 握り寿司・刺身盛り 	9名

	<p>※今回より、主食が全粥の方は、握り寿司 → 刺身盛りに変更 【昼食 常食（刻み食）】 ・握り寿司【全粥・ネギロト・サーモン】 ・かぶのそぼろ煮【大根のそぼろ煮】 ・茄子の揚げ出し ・清汁 ※嗜好調査で要望の多い『握り寿司』の提供を行う。</p>	
<p>10月</p>	<p>1. メバラスミからクリミルへの変更についての検討 2日間では決定ができないため、クリミルの提供を10/11～11月の給食員会まで継続し、11月の給食委員会で変更可能か決定する。 →各階、10/23時点で問題なし。</p> <p>2. 備蓄食（ユニフーズ）の提供について 2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定である 次回：11/24（金）ハヤシライス</p> <p>3. 延食の締め切り日時について 延食の栄養科への連絡は前日の16：30までとする。（各フロアにマニュアルあり） ※帰院時間が不明の場合は前日の16：30までに「延食の可能性ある」と伝える。</p> <p>4. 12月の行事食について 12/21（木）クリスマス 【昼食 常食（刻み食）】 ・パプリカライス【洋風粥】 ・ポークカツレツ【ポークムーストマトソース】 ・グリーンサラダ ・ポタージュスープ ・いちごのロールケーキ【いちごゼリー】 ※旬のいちごを使用したデザートとクリスマスカラーである緑と赤を使用した料理の提供を行う。材料費高騰のため、今回は生の苺は行事食に入れていないが、別の日に提供を予定している。</p>	<p>11名</p>
<p>11月</p>	<p>1. メバラスミ→クリミル→アイカル100への変更についての検討 各フロア・ST→紙のストローの耐久性が心配であるため試してみたい。（紙で問題がある場合は個別にプラスチックストローをつける必要がある）</p> <p>2. 備蓄食（ユニフーズ）の提供について2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定 次回：12/10（日）すきやき丼</p> <p>3. 1月の行事食について 1/1（月）お正月 【昼食 常食（刻み食）】 ・赤飯【全粥】 ・肉団子ゆず味噌焼き【いかムースゆず味噌がけ】 ・伊達巻【たまごムース】 ・ねぎとろ ・栗きんとん【さつまいもきんとん】 ・雑煮 ※正月料理の提供（伊達巻・栗きんとん・雑煮等） 1/11（木）鏡開きでお汁粉提供予定</p> <p>4. 経管栄養剤等置き場所について 年末年始は納品業者が休みのため普段よりも経管栄養剤等の置き場を要するため、別の場所を確保→1Fのタイムカード前横の部屋（図書室）を使用する。</p> <p>5. 経管栄養剤の変更 コスト削減・排便コントロール目的でメバラスミ1.5Z300・400→アイカルホート300・400</p>	<p>10名</p>

	へ切り替え	
12月	<ol style="list-style-type: none"> メバラスミニー→クリール→アイカル 100 への変更についての検討 <ul style="list-style-type: none"> 切り替えは1/22の給食員会以降又は2月～予定。 紙のストローの耐久性が心配であるため、開始までに各フロアにプラスチックストローを用意して必要があれば取り替えて使用する。 備蓄食（ユニフーズ）の提供について 2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定 次回：1/19（金）カレーライス 2月の行事食について 2/2（金） 節分・握り寿司（※別紙 献立表参照） 【昼食 常食（刻み食）】 <ul style="list-style-type: none"> 握り寿司（まぐろ・サーモン・たまご・稲荷）【全粥+ネギトロとサーモン盛り合わせ】 蒸し豆腐の肉あんかけ 漬物（ガリ） 清汁 抹茶水ようかん ※人気のある握りずし提供予定 日清医療食品より <ul style="list-style-type: none"> 食中毒の事故が増えているので注意・協力の依頼。 今後、検便の検査機関が変更となる。（結果が早く分かるようになるため） 	10名
1月	<ol style="list-style-type: none"> メバラスミニー→クリール→アイカル 100 への変更についての検討 <ul style="list-style-type: none"> 切り替えはクリールの在庫がなくなり次第、2月頃を予定。 備蓄食（ユニフーズ）の提供について 2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定 次回：2/24（日）カレーライス 10月の嗜好調査結果について 現在、火・水・金曜日の週3回、昼夕の2食実施している選択メニューについて、実施者約40名を対象に行った。 3月の行事食について 【昼食 常食（刻み食）】 <ul style="list-style-type: none"> ちらし寿司（まぐろたたき・むきえび・錦糸玉子・いんげん）【全粥+ネギトロ】 なすの肉みそがけ あさりと菜の花からし和え 清汁 	11名
2月	<ol style="list-style-type: none"> メバラスミニー→クリール→アイカル 100 への変更についての検討 2/9（金）より、アイソカル 100 に変更 紙ストローで問題がある場合は、個別にプラスチックストローを各フロアに100本配布 プラスチックストローは、業者に注文しているものであるため、補充が必要である場合は、事前に栄養科に連絡する。 備蓄食（ユニフーズ）の提供について 2023.8月～2025.4月の朝食時に、月1回の頻度で提供予定であった。 →2024.4月分～提供中止 2/28（水）ひな祭りのレクリエーション時のおやつ対応について 15時の栄養補助食品が必要な方以外は、提供中止とする。 調理業者の変更について 3/16（土）より、日清医療食品から、第一食品に変更。 4月の行事食について 4/4（木） 春 イベント食→桜ごはん・お吸い物（絹さや花麩）・鱈の木の芽焼き・春野菜和え 	13名
3月	中止	0名

総括	<p>利用者の満足度を維持できるように、嗜好調査や行事食の提供を行い、委員と連携し取り組むことができた。また、レクレーション委員会と協力して、季節感のあるおやつを提供を4回/年実施できた。</p> <p>3/16～給食調理会社の変更に向けて、各部署や委託業者と調整を重ね、切り替えが滞りなく進むように役割分担を行い実施できた。</p> <p style="text-align: right;">コメディカル部 栄養科 係長 富田美紀</p>
----	---

給食委員会メンバー (★印はリーダー)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
小野真一	医師	院長	小澤由佳	看護師	
竹下政志	医師	部長	窪田美里	看護師	
上田哲哉	医師		坂田 都	介護士	
服部智美	事務	部長	小林 久美子	介護士	
石川剛	事務(医事)	課長	★富田美紀	管理栄養士	係長
南 由美子	看護師		井上 寛子	管理栄養士	
興梠 蝶幸	看護師		松縄 祐実	言語聴覚士	
中村洋子	看護師				

会議・委員会 衛生委員会

	議 題	参加者
4 月	<p>1. 3月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 2022年度累計 2951.25時間 (看護 1103.25、介護 913.5、コメ 645.75、事務 288.75) ・有給取得率 2022年度 103.87% (医局 89.42、看護 121.21、介護 86.27、コメ 124.46 事務 105.77) ・入職 1名、退職 7名(家庭の事情、転職、一身上の都合)、異動 0名 ・労災 0件 <p>2. 衛生管理者、産業医報告(1Fの巡回を行った。特段問題無し。今後は気温も上がり害虫と呼ばれる虫も出るため注意が必要)</p> <p>3. 衛生委員会規程の確認(新年度メンバーに変わるため内容の再確認を実施)</p> <p>4. 駐車場の使用方法について確認(荻島様より拝借しているスペースを日勤者の軽自動車駐車場とする。早番・遅番・夜勤者の軽自動車の通勤者は構内の軽自動車スペースを使用する)職員健診内容や実施時期について、全職員対象5月22日～5月31日実施。</p> <p>5. 産業医より: 気温上昇による食中毒や体調管理に気を付けること。また有給休暇取得など所属長は部下の健康管理にも気を配ることも大事。</p>	9名
5 月	<p>1. 4月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 104時間(看護 24.75、介護 34.5、コメ 32.25、事務 12.5) ・有給取得率 6.0%(医 8.93、看 5.7、介 1.34、コメ 9.07、事 4.71) ・入職 1名、退職 1名(健康上の理由)、異動 3名 	11名

	<ul style="list-style-type: none"> ・労災 0 件 2. 外国人看護師の就労について（4 月から看護師として勤務予定の中国籍の 2 名が就労ビザの関係で勤務出来ない状況となっている。就労ビザが取得出来次第勤務予定。） 3. 衛生管理者、産業医報告（リハビリ室の巡回を実施。トレーニングマシンの配線や器具につまづき転倒する恐れがあったため注意喚起し行い改善を行った） 4. 通所リハビリの送迎中の事故について（ご利用者様のお迎えに行く途中事故が発生。注意喚起を行うとともに必ず所属長へ報告する旨を周知した） 5. 産業医より：外来受診される方には発熱がありコロナに感染されている人もいる。感染対策を十分に行い対応すること。 	
6 月	<ul style="list-style-type: none"> 1. 5 月の定例報告 <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 163 時間（看護 51.25、介護 68.25、コメ 31.25、事務 12.25） ・有給取得率 16.6%（医局 23.21、看護 15.65、介護 12.22、コメ 18.14、事務 13.64） ・入職 3 名、退職 0 名、異動 0 名 ・労災 0 件 2. 衛生管理者、産業医報告（3F フロアの巡回を実施。特段問題無し。5F フロアのクラスターが収束したが来月以降も気を付けるよう注意喚起を行った。） 3. 職員健診について：全職員受診済み。診断結果より特定保健指導や再検査が必要な方へ必ず受診するよう各フロアに周知依頼。 4. 産業医より：熱中症のリスクが高まる時期になる。室内勤務、室外勤務問わず体調管理をしっかりと行うこと。 	12 名
7 月	<ul style="list-style-type: none"> 1. 6 月の定例報告 <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 120 時間（看護 27.25、介護 41、コメ 42.5、事務 9.5） ・有給取得率 26.4%（医局 30.36、看護 31.46、介護 25.82、コメ 26.3、事務 18.18） ・入職 2 名、退職 1 名（健康上の理由）異動 0 名 ・労災 0 件 2. 衛生管理者、産業医報告（4F フロアの巡回を実施。リネン庫の非常口前に荷物が置かれており有事の際、避難の妨げになるためスペースを空けておくよう注意喚起を行った。） 3. 職員健診について：検査結果を各自に配布済み。要再検査者や要治療者が多かったため必ず受診するよう各フロアに周知依頼。 4. その他：エアコンが効きにくい箇所がある。各フロアにて確認し施設課へ連絡後、対応を図った。 5. 産業医より：夏場で気温が高くなってきている。水分・塩分を接摂取し熱中症に気を付けること。 	10 名
8 月	<ul style="list-style-type: none"> 1. 7 月の定例報告 <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 133 時間（看護 41.25、介護 56、コメ 24.5、事務 11.25） ・有給取得率 42.9%（医局 33.04、看護 35.79、介護 28.87、コメ 33.45、事務 28.28） ・入職 1 名、退職 0 名、異動 0 名 ・労災 0 件 2. 衛生管理者巡回報告、産業医報告（5F フロアの巡回を実施。特段問題なし。） 3. 残業について：各部署にてサービス残業が無いかを確認する。タイムカードのチェックを行うよう依頼した。 	14 名

	<p>4. 有給取得について：問題無く取得出来ているか確認。看護部では勤務表作成時に取得回数などの確認を行っている。また所属長から声掛けしていただいているので安心して取得しやすい環境がある。</p> <p>5. 職場環境改善について：職員同士がコミュニケーションをとり協力しあえる環境が定着に繋がる。サークル活動の補助や現在リハビリで行っている畑や敷地内のタケノコ堀りなど家族も含めたイベントを継続して検討したい。</p> <p>6. 産業医より：病棟業務のため欠席</p>	
9月	<p>1. 8月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 167時間（看護60、介護73.75、コメ17.5、事務15.75） ・有給取得率 37.16%（医局38.39、看護41.49、介護32.53、コメ39.57、事務33.84） ・入職1名、退職2名（業務内容の不一致、進学のため）、異動0名 ・労災0件 ・放射線技師の被ばく量について確認 <p>2. 衛生管理者、産業医報告（地下の巡回を実施。消火器前にダンボールが置いてあり使用の妨げになるため栄養課へ注意喚起を行った上で移動した。）</p> <p>3. 残業について：人手不足の状況ではあるが今後、外国人、学生、ボランティア、介護補助など間接業務を行っていただける方を募集し職員の業務負担を軽減出来るよう検討していく。</p> <p>4. 職場環境改善について：他施設では午後の時間を利用者様のレクリエーション活動などに活用し豊かな入所生活を送っていただいているところもあるので、さんあいでは業務改善として経管栄養を2回にしていくのか。また入浴を午前中だけにするのか。申し送りの方法を簡素化できるよう病棟にて検討することとした。</p>	12名
10月	<p>1. 9月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 191時間（看護81、介護87.25、コメ11.25、事務11.5） ・有給取得率 43.27%（医局53.57、看護45.43、介護33.4、コメ46.6、事務37.37） ・入職1名、退職0名、異動0名 ・労災0件 ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（1Fの巡回を行った。特段問題無し。）</p> <p>3. 有給取得について：現時点で有給残数が35日以上の職員をリストアップし所属長へ渡し取得率を高めていくこととした。</p> <p>4. 残業について：医療材料や物品購入の際に手書きではなくバーコードで読み込めるよう試験的に業務変更した。もし業務負荷になったり残業するようなことがあればやり方を検討する。</p>	11名
11月	<p>1. 10月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 139時間（看護45、介護28.25、コメ38.5、事務26.75） ・有給取得率 52.8%（医局68.75、看護51.44、介護36.29、コメ66.16、事務41.41） ・入職2名、退職1名（業務内容の不一致）、異動0名 ・労災0件 ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（2Fの巡回を実施。特段問題無し。）</p>	12名

	<p>3. 特定保健指導について：対象となった職員へ通知を配布済み。各所属長は面談を受けるようアナウンスしていただくよう周知した。</p> <p>4. 健康経営推進室より：職員へのアンケートを実施。12月1日が回収予定であることを周知した。</p>	
12月	<p>1. 11月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 113時間（看護31.75、介護31、コメ35.5、事務15） ・有給取得率 60.4%（医局72.32、看護65.49、介護41.7、コメ75.79、事務46.8） ・入職2名、退職1名（体力面の不安）、異動0名 ・労災0件 ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（3Fフロアの巡回を実施。リネン庫の非常口前に荷物が置かれており有事の際、避難の妨げになるためスペースを空けておくよう注意喚起を行った。）</p> <p>3. ストレスチェックについて：職員各自さんあいWEBよりストレスチェックを行い1月12日までに提出する事とした。</p> <p>4. 健康経営推進室より：アンケート結果について内容を確認。仕事についての活力や誇りをどうしたら持てるのか検討していきながら、健康についても意識を持っていただくよう周知した。</p> <p>5. その他：女子更衣室の床にスノコを敷き詰めているが段差がありつまずいたりすると危険な為、検討していただきたいと意見あり、施設課にて対応済み。</p>	12名
1月	<p>1. 12月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 94時間（看護10.25、介護23.5、コメ31.75、事務28.25） ・有給取得率 68.6%（医局83.4、看護76.48、介護47.37、コメ82.37、事務53.37） ・入職2名、退職1名（健康上の理由）、異動0名 ・労災0件 ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（4F病棟の巡回を実施、特段問題無し）</p> <p>3. 健康経営推進室より：ホワイト500取得に向けて少しずつ順位が上がってきている。総務課にて健診結果など手書きの書類をPC入力しホワイト500に求められる項目への対応をしながら500位以内を目指していく。フィードバックシート確認</p> <p>4. 産業医より：空気が乾燥している時期でありコロナ・インフルエンザ・溶連菌感染症の患者が増えているため各自、体調管理に気を付けること。</p>	10名
2月	<p>1. 1月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 114時間（看護22.25、介護33.75、コメ37.5、事務20） ・有給取得率 80.3%（医局88.39、看護94.54、介護60.46、コメ94.84、事務63.64） ・入職2名、退職2名（給与面での不満、健康上の理由）、異動0名 ・労災1件（電気コードに足が引っかかってしまい足をくじいた件） ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（5Fの巡回を実施。特段問題無し。）</p> <p>3. 労災の件について：施設課にて電気コードが出ないようにカバーをして対応済み。</p>	10名

	4. 来年度の活動計画人について：「健康経営」の中に「心理的安全性の高い職場」を掲げている。各部署にて内容確認するよう周知を行った。	
3月	<p>1. 2月の定例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残業時間 141 時間（看護 15、介護 42.25、コメ 43.75、事務 39.5） ・有給取得率 90.5%（医局 91.96、看護 106.66、介護 73.66、コメ 101.98、事務 78.45） ・入職 4 名、退職 0 名、異動 0 名 ・労災 0 件 ・放射線技師の被ばく量について確認（被ばく限度を超える数値ではないことを確認済み） <p>2. 衛生管理者、産業医報告（1F の巡回を実施、特段問題無し）</p> <p>3. 総務課より：4 月より月の公休日数に変更になるため、さんあい WEB にて確認するよう周知を行った）</p> <p>4. 次年度の委員会メンバーについて確認（メンバー構成に変更が無いかの確認を行った）</p>	9 名
総括	<p>継続して健康経営の推進に向け、「残業」「年休取得」「離職率」についての実態把握を行うと共にその対策に努めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 残業について 残業が定例化している通所リハビリについてスタッフの増員が出来ないことから、送迎業務（運転）を専門に出来る職員で対応し残業の低減を図った。 ■ 年休取得について 年休については全体で 59.46%といった取得率であった。また部署により偏りが散見される為、全職員が 100%取得できる様、毎月の衛生委員会で部署ごとの確認を行い、所属長を通じて取得を促した。 ■ 離職率について 離職については、9 名、5.9%と昨年度よりもさらに低くなりました。昨年に引き続き職員相談窓口の継続共に、入職後定期的に面談を行い、定着率の向上に努めた。 <p style="text-align: right;">事務部 施設課 係長 杉本渉</p>	

衛生委員会メンバー （★印はリーダー）

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
竹下政志	医師	部長	秋山 妙子	介護士	
服部智美	事務	部長	市川 まり子	介護士	
川戸美智子	看護師	部長	中野 三千代	薬剤師	
兒島高輔	介護士	副部長	梅本晃司	事務（総務）	課長
久野木 春美	看護師		★杉本 渉	事務（施設）	係長
吉本 こずえ	看護師		清水 康博	事務（施設）	副主任
小幡 由美	看護師		上橋 恵子	事務（総務）	
沖山茜	看護師				

研修実績 1 全体【院内研修】

研修名	研修内容	講師	開催日	参加者数
新入職者研修	・さんあい介護医療院についての概要・感染対策・医療安全・個人情報保護法・身体拘束適正化・医薬品安全管理・について	看護部教育委員会	4/1 4/3	6名
感染対策① 食中毒について	・食中毒について ・食中毒予防の3原則 ・手洗いについて	感染対策委員会	6/15 6/29	31名
身体拘束適正化① 身体拘束について	・身体拘束とは ・身体拘束による弊害 ・緊急・やむを得ない場合の例外3原則	身体拘束適正化委員会	6/8 6/16	20名
高齢者虐待防止① 高齢者虐待について	・高齢者虐待防止法の定義 ・5つの虐待について ・虐待を防止するには	高齢者虐待防止委員会	7/6 7/14	31名
医療安全対策① ヒヤリ・ハットにおける実例と改善策 ～病棟・栄養科の場合～	・ハインリッヒの法則 ・ヒヤリ・ハットでインシデント防止例 ・ヒヤリ・ハット事例・活用法 ・異食の危険対応策	リスクマネージメント委員会	7/13 7/20	22名
BCP① 火災訓練（夜間帯）	・5Fフロアにて夜間帯の火災を想定した消火訓練、避難誘導の訓練。	防災対策・BCP算定委員会	7/26	18名
感染対策② 手洗いチェック	・手洗いチェッカーによる手洗いチェック	感染対策委員会	8月～10月	全職員
認知症① 認知症ケアについて	・認知症の種類 ・具体的な症状	認知症ケア検討会	9/22 9/29	22名
BCP② 防災訓練	・地域の方も参加し、消防訓練を行う。 ・はしご車・起震車体験・消火体験・備蓄食の試食体験	防災対策・BCP算定委員会	9/23	97名
身体拘束適正化② 身体拘束の弊害について	・身体拘束を認める3要件 ・身体拘束廃止に向けて5つの方針 ・身体拘束をしないケアの工夫	身体拘束適正化委員会	10/13 10/19	19名
褥瘡予防対策委員会	「ポジショニングについて」 リハビリ室にて体験講習	褥瘡予防対策委員会	10/25	17名
新入職者研修②	・さんあい介護医療院概要 ・感染対策・医療安全・個人情報保護法・身体拘束適正化・医薬品安全管理	看護部教育委員会	11/1	8名
医療安全対策② ヒューマンエラー	・指差呼称について ・ヒューマンエラー・錯覚	リスク委員会	11/15 11/22	合計 17名
高齢者虐待防止②	・WHOにおける高齢者虐待概要	高齢者虐待防止委員会	11/16	

高齢者虐待と不適切なケアとなる言葉の違い	・不適切なケア例 ・スピーチロック・クッション言葉の使い方		11/24	合計 27名
BCP③ 地震訓練	4F デイルームにて震災発生マニュアルを参考に実践体験	防災対策・BCP 算定委員会	11/29	
感染対策③ PPE について	各部署の委員が PPE の着脱方法を伝達	感染対策委員会	11月	全職員
感染対策④ ノロウイルスについて	・ノロウイルス感染経路 ・感染対策 ・嘔吐物の処理方法（実技）	感染対策委員会	11/22 11/30	合計 26名
口腔ケア① 口腔ケアの正しい知識を知る	各フロアで開口困難時のケア方法（開口器具の使い方）	教育委員会 講師；水木	12/27	合計 23名
認知症② 周辺症状についての対応策	・認知症の周辺症状について ・せん妄、幻覚がある時の対応 ・生活リズム、環境整備について	認知症ケア検討会	2/15 2/22	合計 17名
規律規定	・公益通報窓口とは ・パワーハラスメントの防止策	教育委員会 講師：相馬顧問	3/6	合計 43名
医療酸器研修	・医療ガスのヒヤリ・ハット	講師：星医療酸器；中山彰	3/21	合計 19名
口腔ケア② 口腔ケアの正しい知識を知る	・口腔清掃について （口腔清掃難しい方の歯磨きの方法）	教育委員会 講師：水木歯科医師	3/26	合計 22名

研修実績 2 | 看護部 看護課・介護課【院外研修】

主催者	研修内容	参加者名	開催日	参加者
東京都ナースプラザ	実習指導者研修	高橋香織 (看護師)	5/15～7/19	1名
東京都看護協会	在宅におけるサルコペニアと看護師が行うリハビリテーション栄養	倉内朋代 (看護師)	5/25	1名
しかくの学校	介護福祉士実習指導者講習会	庄司恵子 (介護福祉士)	6/28 7/12・19・26	1名
しかくの学校	介護福祉士実習指導者講習会	中野正之 (介護福祉士)	7/18 8/7・15・30	1名
公益財団法人 総合健康推進財団	東京都介護支援専門員 専門研修Ⅱ	新村和子 (介護福祉士)	9/13～10日間	1名
東京都福祉保健財団	東京都介護支援専門員更新研修 (実務経験者向け 32 時間)	小澤朗子 (介護福祉士)	10/12～12/8	1名
認知症介護研修・研修仙台センター	認知症介護基礎研修	保村志穂 (介護福祉士)	11/30	1名

しかくの学校	介護福祉士実習指導者講習会	金子みづき (介護福祉士)	12/8・22 1/12・26	1名
東京都福祉保健財団	高齢者虐待防止研修	兒島高輔 (介護福祉士)	12/14	1名
認知症介護研修・研修仙台センター	認知症介護基礎研修	大阪いづみ (介護福祉士)	12/26	1名
認知症介護研修・研修仙台センター	認知症介護基礎研修	相原美希 (介護福祉士)	1/8	1名
医療法人社団清智会記念病院	「この人本当に家に帰れないの??」 退院支援に向けた流れを作ろう	林理佐子 (看護師)	2/28	1名

研修実績 3 放射線科【院外研修】

主催者	研修内容	参加者名	開催日	参加者
公益社団法人 日本診療放射線技師会	告示研修 タスクシフトに伴う座学・実技研修	上利 (診療放射線技師)	2/11	1名
一般社団法人 日本ラジオロジー協会	2023 国際医用画像総合展 放射線機器及び医療放射線被爆線量 管理ソフトの情報収集	上利 (診療放射線技師)	4/16	1名
多摩診療放射線技師連 合会	第 102 回多摩画像研究会 イレウス症例に対する診療放射線技師か らのアプローチ	上利 (診療放射線技師)	9/14	1名
多摩診療放射線技師連 合会	第 44 回多摩治療研究会 施設規模による職員教育体制の違い	上利 (診療放射線技師)	10/6	1名
多摩診療放射線技師連 合会	第 63 回多摩診療放射線技師連合会 学会特別講演 『画質と患者』	上利 (診療放射線技師)	2/22	1名

研修実績 4 栄養科【院外研修】

主催者	研修内容	参加者名	開催日	参加者
在宅訪問栄養学会	一般社団法人日本在宅栄養管理学会 学術集会	冨田 (管理栄養士)	7/15 7/16	1名
益社団法人 人間ドック学会	人間ドック健診情報管理指導士（人間 ドックアドバイザー）ブラッシュアップ研修 会	井上寛子 (管理栄養士)	11/7 ～ 11/24	1名

八王子市保健所	第 7 回栄養管理講習会	富田 (管理栄養士)	12/7	1 名
八王子病院 栄養研究会	令和 5 年施設見学会	富田美紀 大塚珠美 (管理栄養士)	2/7	1 名

研修実績 5 リハビリテーション室【院外研修】

主催者	研修内容	参加者名	開催日	参加者
東京都作業療法士会	実習指導者養成講座	山本匡彦 (作業療法士)	3/4 3/5	1 名
一般社団法人 全国デイ・ケア協会	生活行為向上リハビリテーション研修会	天野真之介 (作業療法士)	5/20 5/21	1 名
東京都理学療法士・作 業療法士・言語聴覚士 協会	地域リハビリテーション専門人材研修	片岡貞仁 (理学療法士) 佐々木真司 (作業療法士) 長竹由香 (言語聴覚士)	7/1	3 名
全国デイ・ケア協会	業務改善についてポスター発表	山本匡彦 (作業療法士) 土屋洋明 (ケアワーカー)	7/21 7/22	2 名
八王子言語聴覚士ネッ トワーク	八王子言語聴覚士ネットワー ク 第 17 回学術集会	長竹由香 高橋伸枝 (言語聴覚士)	1/21	1 名
コネク八王子	通所 C 研修会 「問題解決のための面談のすすめ方につ いて	佐々木真司 (作業療法士)	2/3	1 名
コネク八王子	通所 C サミット 2024	佐々木真司 (作業療法士)	3/10	1 名

研修実績 6 薬局【院外研修】

主催者	研修内容	参加者名	開催日	参加者
大塚製薬	管理薬剤師による 20min 小さな輸液セミナー（WEB）	中野・後町・佐藤	7/25 8/29 1/23	3名
日本褥瘡学会	オンライン床ずれセミナー	佐藤	6/20 7/19	1名
皮膚褥瘡外用薬学会	皮膚褥瘡薬剤師実施講習会 in 下 関	同上	7/23	1名
第25回日本褥瘡学会 学術集会	褥瘡・創傷専門薬剤師実技研修	同上	9/1・2	1名
日本病院薬剤師会	令和5年度 医薬品安全管理責任者 等講習会	同上	11/10	1名
日本病院薬剤師会	第5回 高齢者薬物療法に従事する薬 剤師のための研修会	同上	2/23	1名

研修実績 7 実習受け入れ

所属/担当者名	期間	人数
リハビリ室	8/14～8/18（見学実習）	2名
	8/21～8/25（見学実習）	2名
看護部看護課	7/18～7/27（老年看護）	6名
看護部教育委員	8/21～8/31（統合実習）	2名
3F 看護主任高橋香織・金子大輔	10/2～10/12（老年看護）	10名
4F 斎藤ほなみ・井藤優海輝	11/13～11/22（老年看護）	9名
5F 看護副主任倉内朋代・井上恵子	12/11～12/21（老年看護）	9名

第3回 さんあい学会



2024年3月第3末曜日より開催予定

【さんあい学会演題】

No	演題名	発表者 (所属)	内容
1	看護部業務5S 取り組みを通して	川戸, 児島 山本, 林, 沼澤 (看護部)	申し送り, オムツ回数, 経管栄養見直し, 業務見直しを図り, 効率化を図りつつ 質の改善に取り組む。
2	地域交流	上利 武生 (コメディカル 部)	地域住民と交流することにより, 介護医療院, 三愛クリニックを知っていただく ための活動について。
3	うつ血性皮膚炎 で, 下肢に潰瘍 がある利用者の 看護	渡邊 智恵 (訪問看護)	実際に行った処置や患者指導と傷の経過報告。認定看護師との連携を通 して, 最新の知見を交えた治療を経験することができた。改善へ向かう経過と 併せて報告する。
4	通所Cの取り組 みについて	佐々木, 山本 (リハビリ室)	当院では2022年より, 通所型短期集中予防サービス(通所C)への参 入をしており, 取り組みを通して, 八王子市やリハビリ専門職団体, 地域包 括支援センター等との協業を担うようになってきている。等サービスの概要や当 院での取り組みについてを発表する。
5	委員の活動内 容や結果につい て	沖山, 上橋, 近藤 (職員相談窓 口)	今年度, 部署や部門と協力して, 業務上の悩みを聞き, 問題解決に向けた 対応を行う窓口としての活動を行ってきた。新人については, 定期的面談を 行い, 業務上の悩みや勤務状況等の確認を行ってきた。取り組みの内容や 成果を報告する。

6	認知症利用者への対応事例報告	依田 敦 (認知症ケア検討会)	認知症ケア検討会では、毎月1回の定例会にて認知症の方のケアの在り方についての対応を検討している。対象利用者の言動や行動への対応とその後の変化についてまとめた。
7	センノシド顆粒の長期使用について	佐藤 玲子 (薬局)	便秘症改善薬センノサイド顆粒の販売中止に伴い、入所者11名の定時薬が変更になった。他剤への変更後に改善が見られた症例を、2023年の診療ガイドラインに沿って検証したい。
8	怒りと向き合う～看護・介護のためのアンガーマネジメント～	和田 (4階フロア)	アンガーマネジメントについてまとめた。
9	いいね！気づきシート	高齢者虐待防止委員会	良いケア・アクションの報告。今回収集した職員の良い行いを、当院の理念を基に分析評価し、理念に即した行動と、職員から見た良い行いの一致を見ることができた。
11	三愛クリニック	山本洋子 (外来)	外来の年間取り組みについて。
12	デイケア大会参加資料	土家 洋明 (通所リハビリテーション)	通所リハの取り組みについて。2023年に行った、利用者ごとの個別リハビリの内容と施行方法の見直し、そして、施行後の経過の分析についての発表。
13	訪問看護における関連機関との連携	相田 園子 (訪問看護ステーション)	関連機関との連携事例についてまとめた。

【参加型地域活動報告】

日時	内容	主催 主催担当者	参加者	部署	参加した目的・結果
6/8	地域連絡協議会	さんあい 介護医療院	川戸・児島 服部・梅本 上利	看護部 事務部 コメディカル部	地域との協力体制強化
7/21	宮下町会盆踊り	宮下町会	相田 上利	看護部 コメディカル部	地域のイベントに参加することにより当院を周知していただく
8/16	さんあいまつり	さんあい 介護医療院	全職員	全部署	地域住民との交流を目的としたイベントの開催
9/2	地域交流会	一誠会	川戸	看護部	『在宅医療の現状と介護施設』をテーマとした交流会
12/16	宮下町会 キャンプファイヤー	宮下町会	上利	コメディカル部	地域イベントに参加して交流を図る。



令和 5 年度

環境経営レポート



社会医療法人社団 愛有会
さんあい介護医療院

事業概要

令和6.3.31時点

運営法人	社会医療法人社団 愛有会	
法人代表者	理事長 阿部 真也	
事業所名	さんあい介護医療院	
事業所代表者	院長 小野真一	
所在地	〒192-0005 東京都八王子市宮下町377	
連絡先	TEL:042-691-4111 FAX:042-691-2781	
URL	http://www.sanai-hachioji.jp	
環境管理責任者	看護部 部長 川戸 美智子	
事業内容など	事業内容	医療サービス及び介護サービスの提供
	診療科目	内科・通所リハビリテーション
	病床	介護医療院 180床
	職員数	170名(非常勤職員含む)
	建物	RC造・地上5階、地下1階

環境目標

さんあい介護医療院においては、平成24年より環境への取り組みを実施してきました。東日本大震災以降、節電・節水への取り組みを更に強化しています。現在はISO14001環境マネジメントシステムの認証を受け環境対策に取り組んでいます。エネルギー関連の高騰を受け、より効果的な環境活動を進めてまいります。

■中長期目標(5年間)

環境活動を取り組むにあたり、前年の実績を基に、中長期目標を項目毎に設定し、推進していきます。

感染性廃棄物	5.0%削減	軽油使用量	5.0%削減
非感染性廃棄物	5.0%削減	上水道使用量	5.0%削減
電力使用量	5.0%削減	グリーン購入品	5.0%増
ガス使用量	5.0%削減	CO ₂ の削減	5.0%削減
ガソリン使用量	5.0%削減		

これまでの取り組みにより、大幅な削減は難しいが、より積極的な取り組みを推進する為、ISO会議において目標値を5.0%に設定。

■令和5年度目標

令和4年度の実績値を基準に、総量での削減目標を設定し、取り組みました。

感染性廃棄物	1.0%以上削減	ガソリン使用量	1.0%以上削減
非感染性廃棄物	1.0%以上削減	軽油使用量	1.0%以上削減
電力使用量	1.0%以上削減	上水道使用量	1.0%以上削減
ガス使用量	1.0%以上削減	CO ₂ の削減	1.0%以上削減

中長期目標を毎年均等に達成すべく目標値を1%に設定。

★環境の5S:

- ①整理、②整頓、③清潔、④清掃、⑤習慣

★業務の5S:

- ①Safety 安全(利用者・職員) ②Simple 単純化・標準化 ③Smart 効率化・円滑化
④Speed 迅速・連絡・連携 ⑤See 見える化(ルール・伝達事項)

令和5年度活動計画の主な内容

項目	取り組み内容
感染性廃棄物	廃棄物の細分化、及び、計量を実施する。 分別の徹底を図る。 診療材料の適正使用量を徹底する。
非感染性廃棄物	雑紙(紙全般きれいな紙)を資源ごみとして分別する。 分別を徹底する。 個人情報を含むプリント類はシュレッダーを活用する。 生ごみの水分をきちんと切り、重量を減らす。 プリンター使用済カートリッジを業者に返却する。
診療材料	使用期限が分かるように保管する。 院内において適正在庫管理システムを作成し、余分な在庫を減らす。
大気汚染	ドライブレコーダーの導入により、運転時は、制限速度を守って走行する。 「急発進」「急ブレーキ」「急ハンドル」といった“急”のつく運転の見える化による防止。
電気使用量	クールビズ、ウォームビズに努める。 デマンドコントローラー、監視装置を活用する。 デイルームの遮光・遮熱カーテンを利用し、光・熱の調整をする。 エアコンフィルターはこまめに清掃する。 エアコンを朝出勤時に一斉にでなく、順次付けていく事で電力負荷の集中を平準化した。(ピークデマンドシフト)
ガス使用量	調理時、火が鍋よりはみでないように調整する。 五徳はこまめに洗ってガスの通りをよくしておく。 レバーハンドルにて水とお湯の区別化の意識徹底 尚3月よりセントラルキッチンの調理提供に伴い調理用ガス使用はなくなりました。
水道使用量	蛇口はこまめに閉める。 節水コマの活用。レバーハンドルにて使用する水量の意識徹底 尚3月よりセントラルキッチンの調理提供に伴い調理用水道の使用はなくなりました。
資源の節約	タブレットの積極的活用によりコピー、プリント量の削減を図る。 両面コピー、両面プリントを活用する。 裏紙を再利用する。 ペットボトルキャップ回収運動を実施する。 1回の手洗いにつきペーパータオルの使用を1~2枚に抑える。 マイカップ、マイ箸、マイボトルの使用を心がける。

環境関連法規の遵守について

法令/条例名	概要	対象条項
毒物及び劇物取締法	盗難、紛失、飛び散り、流出の防止 保管場所の表示 廃棄の基準	法第11条 法第12条 法第15条の2
八王子市下水道条例	公共下水道使用届出書	第14条
廃棄物処理法	廃棄物の減量や適正処理を確保し、国や地方公共団体の施策に協力する 産業廃棄物の保管基準 特別管理産業廃棄物の保管基準 産業廃棄物の処理に係る委託契約 処理状況の確認について 産業廃棄物管理票の交付 産業廃棄物管理票交付等状況報告書の提出 特別管理産業廃棄物管理責任者の設置(変更)届けの提出 特定排出事業者の産業廃棄物適正処理報告書の提出	法第3条 法第12条 法第12条の2 法第12条 法第12条、法第12条の2 法第12条の3 法第12条の3 法第12条の2 法第12条の2
フロン排出抑制法	フロン類の放出の禁止	法第86条
家電リサイクル法	家電の長期使用と適正廃棄	法第6条
消防法	消防用設備等(特殊消防用設備等)の点検	法第17条の3
東京都火災予防条例	自衛消防訓練の実施と記録の保管	第55条の4
電気事業法	事業用電気工作物に関する保安規定の作成と届出	法第42条
建築基準法	昇降機の定期点検 建築設備等定期検査報告	法第12条第2項 法第12条第2項
医療法施行規則	医療に供するガスの設備点検	第16条
水道法	簡易専用水道の管理基準(清掃・点検・水質検査)	規第55条、規第56条
電離放射線障害防止規則	放射線装置室と標識の掲示 定期自主検査(1ヶ月に1回) 定期自主点検(6ヶ月に1回)	第15条 第18条の5 第18条の6
建築物における衛生的環境の確保に関する法律	害虫駆除の実施	法第4条
自動車リサイクル法	自動車の長期間使用と使用済み自動車の再資源化の促進 使用済み自動車の引き渡し義務	法第5条 法第8条

●過去3年間、環境関連法規への違反、指摘はありません。

具体的環境目標と実績、活動内容、評価

■電気使用量の削減

目標

前年度比1.0%削減

電気使用量(単位:kWh) ※差:マイナスが目標達成

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
2022年度	63,176	52,215	61,192	78,846	78,861	61,038	395,328	78,640
目標値	62,544	51,693	60,580	78,058	78,072	60,428	391,375	77,854
2023年度	56,508	49,720	55,991	84,266	90,641	71,698	408,824	79,518
前年比	-6,036	-1,973	-4,589	6,208	12,569	11,270	17,449	1,664
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	61,627	72,154	113,799	122,537	100,939	77,301	548,357	943,685
目標値	61,011	71,432	112,661	121,312	99,930	76,528	542,874	934,249
2023年度	53,556	71,861	102,928	114,396	102,468	100,186	545,395	954,219
前年比	-7,455	429	-9,733	-6,916	2,538	23,658	2,521	19,970

【活動内容】

電気使用量についてはデマンドコントローラーを活用し、使用電力が集中しがちな出勤時間をメインに警報が極力ならないよう1F、2Fのエアコンの電源を時間差で入れるピークシフト活動を実施しました。またエントランスロビーにおいて、エアコン出口と換気扇が近く、冷温風がすぐに排出されていた為、送風口にフィルターを設置することで調整を行った。



3、2、1、地下1階
空調機(節電タイプ)



事務所・各ナースステーション室
新型スマートクロック



4、5階Dルーム洗面所LED
照明設置

その他：クールピズ・ウォームピズ、トイレ保温座面OFF(夏季)、エアコン・扇風機・サーキュレーターの利用、エアコンフィルターのこまめな清掃、エアコンを朝出勤時に合わせ付けるのではなく明け方早めに付けておく事で電力負荷の集中を平準化した(ピークデマンドシフト)。夜間当直員によりエアコン・照明消し忘れの見回り、不在部屋の消灯などを行った。

2023年度は目標値に対しプラス2.0%と未達成となりました。気候の変動(夏熱く、冬寒い)による要因と、これまで各種取り組みを行い継続して来たため、新たな取り組み事項が無かったことが要因と考えます。次年度は使用量ベースで3%の削減を目指します。

■水道使用量の削減



目標

前年度比1.0%削減

水道使用量(単位:m³) ※差:マイナスが目標達成

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
2022年度	2,094		1,786		2,092		5,972	2,126
目標値	2,073		1,768		2,071		5,912	2,104
2023年度	2,060		2,061		2,015		6,136	2,065
前年比	-13		293		-56		224	-39
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	2,204		2,327		2,251		6,782	12,754
目標値	2,182		2,304		2,228		6,714	12,626
2023年度	2,327		2,047		1,882		6,256	12,392
前年比	145		-257		-346		-458	-234

【活動内容】

レバーハンドルにて流量調整	節水コマ設置
	

2023年度の目標値に対し、プラス1.9%達成となった。
節水の取り組みの他、給食システム変更や入浴介助の見直し
が大きな要因と考えられます。

引き続き掲示により啓発を行っていきます。

■ガス使用量の削減


目標

前年度比1.0%削減

ガス使用量(単位:m³) ※差:マイナスが目標達成

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
2022年度	2,441	2,277	1,890	1,858	1,593	1,390	11,449	1,809
目標値	2,417	2,254	1,871	1,839	1,577	1,376	11,335	1,790
2023年度	1,752	1,671	1,705	1,552	1,269	1,343	9,292	1,751
前年比	-665	-583	-166	-287	-308	-33	-2,043	-39
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	1,378	1,657	1,814	2,353	1,300	1,752	10,254	21,703
目標値	1,364	1,640	1,796	2,329	1,287	1,734	10,151	21,486
2023年度	1,202	1,936	2,198	2,204	2,026	2,154	11,720	21,012
前年比	-162	296	402	-125	739	420	1,569	-474

【活動内容】

レバーハンドルにて水とお湯の区別	五徳の清掃
	

2023年度の目標値に対し、プラス2.3%達成となった。
上半期の削減達成については新型コロナによる入浴中止が
大きな要因と考えます。施設内調理からセントラルキッチン
への変更により、今後については、ガス、水道の使用量が削
減されます。

■ガソリン・軽油使用量の削減

目標 前年度比1.0%削減

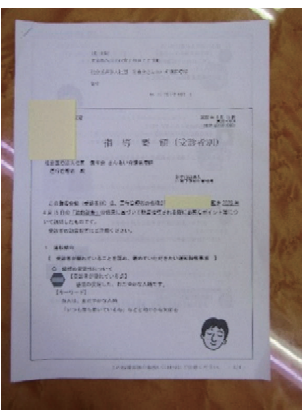
ガソリン使用量(単位:ℓ) ※差:マイナスが目標達成

ガソリン		4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	567.9	683.4	704.7	950.2	776.0	803.2	4,485.5	697.1
	目標値	562.2	676.6	697.7	940.7	768.2	795.2	4,440.6	690.1
	2023年度	663.7	691.2	698.5	885.1	945.9	885.6	4,770.0	771.0
前年比	101.5	14.6	0.8	-55.6	177.7	90.4	329.3	80.9	
ガソリン		10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	717.5	695.6	621.6	530.5	599.9	714.4	3,879.5	8,364.9
	目標値	710.3	688.6	615.3	525.2	593.9	707.2	3,840.7	8,281.3
	2023年度	760.6	781.5	757.6	682.4	668.1	831.7	4,481.9	9,251.8
前年比	50.3	92.8	142.3	157.2	74.2	124.5	641.2	970.5	
軽油		4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	481.5	521.1	675.4	620.5	634.6	582.8	3,515.9	555.5
	目標値	476.7	515.9	668.6	614.3	628.3	576.9	3,480.7	549.9
	2023年度	545.5	569.8	573.8	784.5	741.0	684.9	3,899.5	598.0
前年比	68.8	54.0	-94.8	170.2	112.7	108.0	418.8	48.0	
軽油		10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	542.7	454.6	601.6	547.5	477.6	525.9	3,149.8	6,665.7
	目標値	537.2	450.0	595.5	542.1	472.8	520.6	3,118.3	6,599.0
	2023年度	580.6	525.6	562.5	573.0	508.4	526.0	3,276.0	7,175.5
前年比	43.3	75.6	-33.0	30.9	35.6	5.4	157.7	576.5	

燃料については、車両運転手に「安全運転によるエコドライブの推進」を終始徹底しました。ガソリンは、目標値に対しプラス 11.7%の未達成。原因としては、通所リハビリの利用者増加に伴う送迎先の増加が考えられます。マイクロバスの燃料となる軽油は、目標値に対しプラス 8.7%未達成でした。早番勤務追加により送迎バス運行回数増加しましたが、暖機運転を短くすると共にドライブレコーダー導入によるエコ運転促進が目標達成の要因と考えます。

【活動内容】

安全運転指導



安全運転による燃費向上等エコドライブの推進

送迎車両



八王子駅と拝島駅までの送迎バスを運行

■二酸化炭素排出量の削減

目標

前年度比 1.0 %削減

二酸化炭素排出量(単位:Kg-CO₂) ※差:マイナスが目標達成※算出にあたり電力の排出係数は環境省公表の令和3年度「四国電力」値、0.365(t-CO₂/kWh)を使用。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
2022年度	49,908	42,215	47,079	53,959	52,790	43,735	289,686	54,467
目標値	49,409	41,793	46,608	53,419	52,262	43,298	286,789	53,922
2023年度	37,136	34,335	36,706	47,318	47,974	41,254	244,723	46,121
前年比	-12,273	-7,459	-9,902	-6,101	-4,288	-2,044	-42,066	-7,801
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	45,738	51,516	75,087	72,391	65,280	53,901	363,913	653,599
目標値	45,281	51,001	74,336	71,667	64,627	53,362	360,273	647,063
2023年度	32,881	44,384	57,301	61,890	55,778	56,498	308,731	553,454
前年比	-12,400	-6,617	-17,035	-9,778	-8,849	3,136	-51,542	-93,609

【評価・次年度に向けて】

総合評価となる二酸化炭素の排出量について目標値に対しプラス 14%となりました。

毎年取り組みを重ね、削減が難しい状況の中、エアコンのピークシフトなどが大きく影響したと考えられます。引き続き削減に向け各種取り組みを実施してまいります。

■廃棄物量の削減①

目標 感染性:前年度比1.0%削減 非感染性:前年度比1.0%削減

廃棄物量(単位:Kg) ※差:マイナスが目標達成

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均	
感染性	2022年度	912	1,079	796	816	1,188	1,447	6,238	1,871	
	目標値	903	1,068	788	808	1,176	1,433	6,176	1,853	
	2023年度	1,716	1,163	2,012	880	1,034	2,040	8,845	1,373	
	前年比	813	95	1,224	72	-142	607	2,669	-480	
			10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	829	1,050	843	3,917	5,014	4,564	16,217	22,455	
	目標値	821	1,040	835	3,878	4,964	4,518	16,055	22,230	
	2023年度	1,231	952	843	1,595	2,204	800	7,625	16,470	
前年比	410	-88	8	-2,283	-2,760	-3,718	-8,430	-5,760		
紙屑			4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	807	752	717	802	899	759	4,736	781	
	目標値	799	744	710	794	890	751	4,689	773	
	2023年度	836	1,008	911	876	926	1,029	5,586	867	
	前年比	37	264	201	82	36	278	897	94	
			10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	857	869	804	765	640	702	4,637	9,373	
	目標値	848	860	796	757	634	695	4,591	9,279	
2023年度	920	805	920	842	664	665	4,816	10,402		
前年比	72	-55	124	85	30	-30	225	1,123		
生ごみ			4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	840	834	848	880	976	867	5,245	867	
	目標値	832	826	840	871	966	858	5,193	858	
	2023年度	779	939	879	916	895	911	5,319	858	
	前年比	-53	113	39	45	-71	53	126	-0	
			10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	904	896	879	793	773	910	5,155	10,400	
	目標値	895	887	870	785	765	901	5,103	10,296	
2023年度	906	881	879	985	841	481	4,973	10,292		
前年比	11	-6	9	200	76	-420	-130	-4		
おむつ			4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	9,226	9,541	9,394	8,753	10,339	9,607	56,860	9,090	
	目標値	9,134	9,446	9,300	8,665	10,236	9,511	56,291	8,999	
	2023年度	7,170	8,155	7,168	8,001	7,630	7,777	45,901	7,409	
	前年比	-1,964	-1,291	-2,132	-664	-2,606	-1,734	-10,390	-1,590	
			10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
	2022年度	9,760	9,562	9,751	6,674	7,217	9,256	52,220	109,080	
	目標値	9,662	9,466	9,653	6,607	7,145	9,163	51,698	107,989	
2023年度	8,092	7,427	7,371	7,860	5,607	6,650	43,007	88,908		
前年比	-1,570	-2,039	-2,282	1,253	-1,538	-2,513	-8,691	-19,081		

生ごみは、可能な限り水分を絞って重量を少なくする取り組みを行っています。尚、セントラルキッチン化に伴い、今後生ごみの排出はなくなります。

環境経営レポート

令和5年度

廃棄物量の削減② (単位：Kg)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	976	842	940	904	937	836	5,435
目標値	966	834	931	895	928	828	5,381	894
2023年度	911	944	872	916	927	972	5,542	946
前年比	-55	110	-59	21	-1	144	161	52
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	948	938	865	851	844	956	5,402	10,837
目標値	939	929	856	842	836	946	5,348	10,729
2023年度	887	989	894	1,069	919	1,051	5,809	11,351
前年比	-52	60	38	227	83	105	461	622

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	870	670	650	700	800	820	4,510
目標値	861	663	644	693	792	812	4,465	749
2023年度	750	720	640	750	640	710	4,210	661
前年比	-111	57	-4	57	-152	-102	-255	-88
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	730	590	800	940	660	850	4,570	9,080
目標値	723	584	792	931	653	842	4,524	8,989
2023年度	720	610	650	680	560	500	3,720	7,930
前年比	-3	26	-142	-251	-93	-342	-804	-1,059

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上半期	月平均
	2022年度	346	300	281	247	259	305	1,738
目標値	343	297	278	245	256	302	1,721	289
2023年度	270	286	256	276	207	292	1,587	270
前年比	-73	-11	-22	31	-49	-10	-134	-19
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	下半期	年間
2022年度	309	347	310	274	223	302	1,765	3,503
目標値	306	344	307	271	221	299	1,747	3,468
2023年度	332	263	291	335	208	225	1,654	3,241

産業廃棄物(廃プラ)は、622Kg 増加となりました。段ボール並びに雑紙については、近隣のリサイクル業者に持ち込みを行っており、100%リサイクルされています。尚、処分費は無料となっております。

【その他の活動内容】



エコ啓発ステッカー
掲示場所：混合栓のある場所
計5か所



施設内調理から
セントラルキッチンへの変更



マンドコントローラーによる
ピークデマンドの抑制



LED照明ヒートポンプ採用自販機の導入
設置個所：1F エントランス、3台中の1台



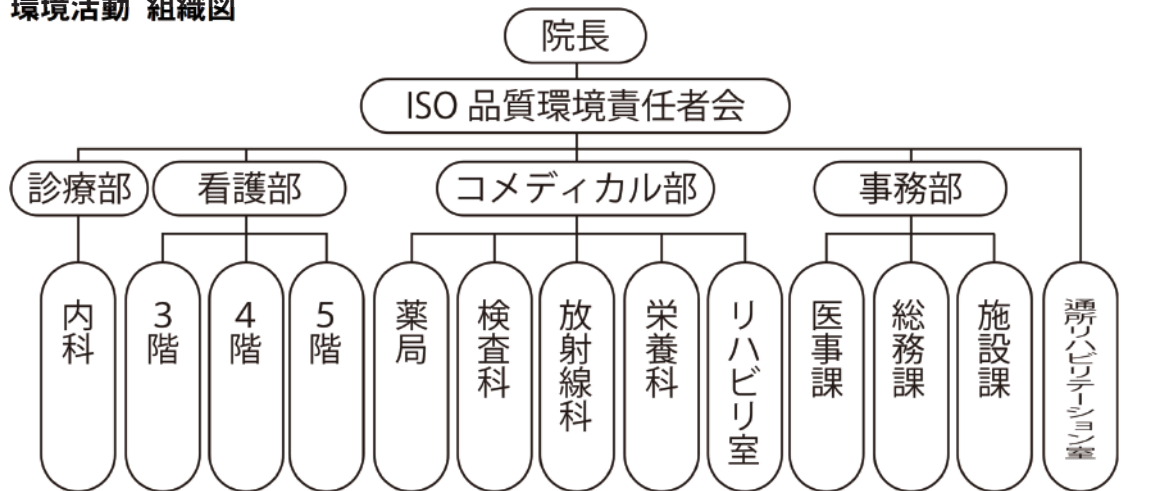
サンシェードによる
車内温度の上昇防止側



ブラインド並びに断熱フィルムによる遮熱
(1F 事務所)

氏名	職種	職位	氏名	職種	職位
服部智美	事務	部長	上利武生	診療放射線技師	部長代理
川戸美智子	看護師	部長	山本匡彦	作業療法士	室長
兒島隆輔	介護師	副部長	梅本晃司	事務（総務）	課長
相田園子	看護師	所領	杉本渉	事務（総務）	係長
山本洋子	看護師		清水康博	事務（総務）	副主任
林理佐子	看護師	課長			

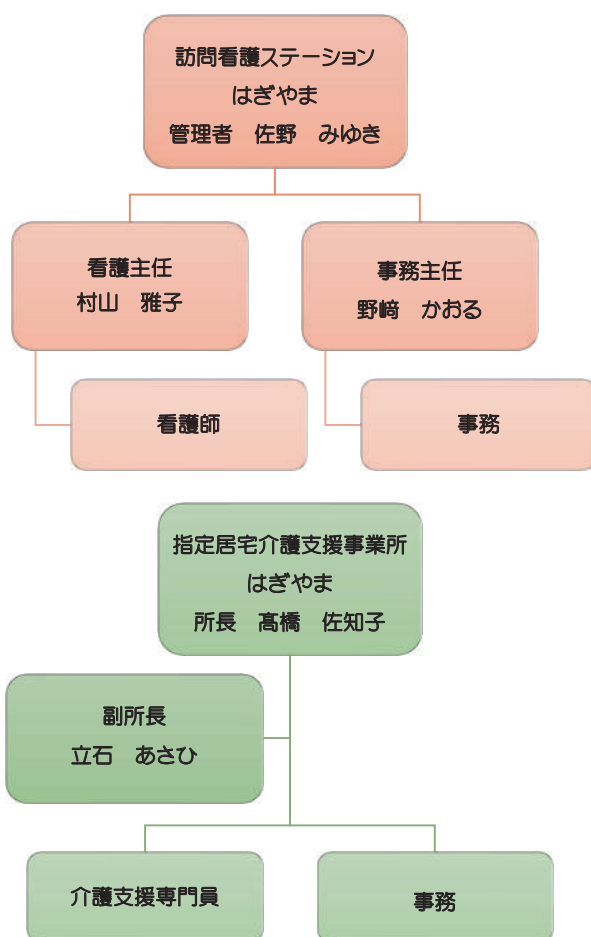
環境活動 組織図



令和5年度

訪問看護ステーションはぎやま 指定居宅介護支援事業所はぎやま

事業報告



訪問看護ステーションはぎやまの概要	219
施設基準等、取り組み	

令和5年度 事業計画	220
実績・評価	220
研修参加・実績	223
資格取得	226
関連機関	227

指定居宅介護支援事業所はぎやまの概要	229
施設基準等、取り組み	

令和5年度 事業計画	230
実績・評価	231
研修参加・実績	235
資格取得	237
関連機関	237

実績・集計報告	239
---------	-----



訪問看護ステーションはぎやまの概要とこれまでの取り組み

(令和6年3月末日時点)

年報の発行にあたって

令和5年度は、すっかりとまではいかないものの新型コロナウイルス以前の日常に戻り、研修や会議なども対面で行えるようになりました。しかしオンラインもそのまま定着し、ハイブリッドな開催により会場に行かなくても研修に参加できる点は良いですね（筋力は低下しそうですが…）。

さて、訪問看護ステーションはぎやまでは7月に武蔵村山分室を開設し、精力的に営業を行っていますが新参者にはなかなか厳しく、十分に稼働できるほどの利用者数とはなっていないのが現状です。それでもご依頼をいただけることがあるため、地道に訪問を続けていき、信頼を得ることで利用者数を増やしていけたらと思います。

また、9月には東京都と東村山市合同の防災訓練が行われ、ドクターヘリも出動しました。久米川病院のヘリポートや災害対策についてPRしたところ、東京都訪問看護ステーション協会の災害対策委員に推薦され、今後は対外的な活動にも注力することとなります。令和6年度には色々な活動が形になっていくことを目標とし、精進してまいります。

(所長 佐野 みゆき)

所 長	■佐野 みゆき				
開 設	■平成8年12月1日				
所 在 地	■東京都東村山市本町4-7-14				
職 員	■看護師	常 勤 6名	非常勤 3名	■理学療法士	非常勤 6名
	■事務員	常 勤 3名	非常勤 2名	■作業療法士	非常勤 1名
加 算 体 制	経管栄養法（胃ろうを含む） 在宅中心静脈栄養法（IVH） 点滴・静脈注射 膀胱留置カテーテル 腎ろう・膀胱ろう 在宅酸素療法（HOT） 人工呼吸療法		人工肛門、人工膀胱 腹膜透析 気管カニューレ 痰吸引 麻薬を用いた疼痛管理 在宅での看取り（ターミナルケア） 訪問リハビリ		
	医療保険		介護保険		
	24時間対応体制加算 特別管理加算 ターミナルケア療養費 退院時共同指導加算 特別指導管理加算 退院支援指導加算 機能強化型訪問看護療養費2		サービス提供体制加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算(Ⅰ)(Ⅱ) ターミナルケア加算 退院時共同指導加算 初回加算 看護体制強化加算(Ⅰ)		

令和5年度 事業計画

01 人材・利用者の確保

- ・職員の新規採用とサテライトの稼働

02 地域連携の拡大

- ・円滑な介入のための関係づくり
- ・地域貢献

03 看護の質の向上

- ・満足度調査の実施
- ・研修参加や看護学生の受け入れ

04 労働安全衛生の充実

- ・感染対策の徹底
- ・働きやすい職場づくり

05 報酬算定について

- ・看護体制強化加算(Ⅰ)の算定継続
- ・機能強化型訪問看護管理療養費2の算定継続

事業計画・実績・評価

事業計画 1 人材確保

目標 対策	分室勤務者として、看護師常勤1名を新たに採用する。 北野中事務所は新型コロナウイルス感染者への訪問拠点とする。 下里事務所は武蔵村山市へ移転する。	実績 評価	・入職者 常勤看護師2名 非常勤看護師2名 ・退職者 常勤看護師1名 非常勤看護師3名 (採用した常勤看護師1名は入職月に体調不良のため退職した) 7月に武蔵村山分室を開設した。 看護師は実質増員できたが、分室に配置するほど利用者数が伸びていない。賞与の支給や企業年金制度の導入、介護・子育て世代に働きやすい職場を作り、職員の定着を図る。 ホームページのリニューアルや地域の住民参加型のイベントなどを通して、近隣の医療機関や介護事業者にアピールする機会を作り新規利用者を獲得する。
----------	---	----------	---

事業計画 2 地域連携の拡大

<p>目標 対策</p>	<p>本人・医療機関・サービス提供者と、良好な関係を築き、円滑に介入する。 「はぎやま」独自の活動を展開する。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>5/8より新型コロナウイルスは5類となり、サービス担当者会議は開かれているが、退院前カンファレンスは目に見えて増えてはいない。 看護師は増えたが、新規の受け入れ数は伸びなかった。連携する医療機関や市内のステーションでも同じ状況の様子。また新規依頼も癌末期の利用者のため、短期で終了となるケースが多く収益面では大きく影響を受けた。 東京都の新型コロナウイルス感染者への訪問事業は、訪問依頼がないまま5/7をもって終了となった。 東村山市民向けの電話による介護相談は担当者が退職したため、今後は電話を受けたものが対応する。</p>
------------------	---	------------------	--

実績・評価

事業計画 3 看護の質

<p>目標 対策</p>	<p>より良いサービス提供のため、満足度調査を行う。 研修へ参加し、訪問に活かせる最新技術の習得や情報収集を行う。 看護学生の実習依頼があれば受け入れ、将来訪問看護師という選択肢もあることを印象付けるような実習を行う。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>満足度調査を1月に実施した。集計の結果、看護師により技術やコミュニケーションにバラツキが見られた。 研修参加は、全員が個人のスキルアップにつながる研修を受講できた。それぞれが獲得したスキルを毎月の勉強会で共有し、利用者のより良い在宅療養に役立てている。 看護学生の実習申し込みはなかったが、認定看護師の実習を受け入れた。入職につながるような復職支援などの研修の依頼はなかった。</p>
------------------	---	------------------	---

事業計画 4 労働安全衛生

<p>目標 対策</p>	<p>感染対策の徹底 「うつさない、うつらない」。 働きやすい職場づくり。 仕事と私事の充実。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>新型コロナウイルスなどの感染症の対策は行えている。家族感染・市中感染による発症はあったが、感染者への訪問や職員間での感染はなかった。</p> <p>早めの物品調達・感染マニュアルの随時見直しを行っている。</p> <p>3ヶ月に1回、感染対策委員会を開催。東京都集中的・定期的検査にて週3回抗原検査実施。早い段階で感染が判明し、クラスターを防止できた。</p> <p>訪問車両は、全車両に通信型ドライブレコーダーを搭載し、運転手を守る意味で活用していく。</p> <p>最重要課題であった職員の増員が図れ、訪問に余裕ができ、消化できずに抹消される有給休暇はなく、介護休暇を取得した職員もいた。</p>
------------------	---	------------------	---

事業計画 5 報酬算定

<p>目標 対策</p>	<p>看護体制強化加算（Ⅰ） 及び機能強化型訪問看護 管理療養費2の算定が 継続できる。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>看護体制強化加算（Ⅰ）の算定要件である特別管理加算を算定している利用者の割合（20%以上）を維持するためにも、該当する利用者を積極的に受け入れる。</p> <p>訪問看護管理療養費2の算定要件である研修の受け入れや市民向けの相談をクリアすることはなかなか難しく、将来的には「専門の研修を受けた看護師」の在籍も必要となる。</p>
------------------	--	------------------	---



研修参加・実績

研修実績 1 | 内部研修

研修内容	参加者	開催日
訪問看護に必要な看護スキルとアセスメント実践 (報告者：看護師 笹田 真紀)	15名	4/28
感染症について (報告者：看護師 佐野 みゆき)	11名	5/18
認知症を持つ人への終末期ケア (報告者：看護師 武田 利佳)	15名	/26
通勤・訪問時の自転車の安全利用について (報告者：事務 小森 麻美)	16名	6/30
終末期のコミュニケーションスキル (報告者：看護師 武田 泰子)	16名	7/28
訪問看護におけるコンプライアンスについて (報告者：事務 小森 麻美)	14名	8/10
感染症対策研修、訓練 (報告者：看護師 佐野 みゆき)	15名	/17
高齢者の虐待防止について (報告者：看護師 佐野 みゆき)	16名	9/14
B C P(事業継続計画)について (報告者：看護師 佐野 みゆき・村山 雅子)	16名	/21
介護者による虐待のケースカンファレンス (報告者：看護師 佐野 みゆき)	15名	10/19
個人情報保護法とプライバシー (報告者：事務 小森 麻美)	16名	11/22
感染対策研修 (報告者：事務 野崎 かおる)	15名	12/7
腹膜透析連携の導入から実技とデモンストレーション (報告者：看護師 坂田 詠美子)	16名	/21
就業環境を害する行為に対する「相談・通報窓口」 (報告者：相馬顧問)	16名	/26
施設・通所サービスにおけるカスタマーハラスメント対策 (報告者：看護師 佐野 みゆき)	16名	1/18
腹膜透析連携セミナー (報告者：看護師 河野 朋子)	15名	2/1
がん看護スキルアップセミナー (報告者：看護師 武田 利佳)	13名	3/26
食中毒の予防及びまん延防止について～有毒植物に要注意～ (報告者：事務 小森 麻美)	14名	/29

研修実績 2 外部研修

研修内容	参加者氏名	開催日
東京都生活文化スポーツ局：WEB (第1回自転車安全利用 TOKYO セミナー)	小森 麻美 (事務)	5/25
住友ファーマ株式会社:WEB (区西南部医療圏レビー小体型認知症)	佐野 みゆき (看護師)	6/1
日本訪問看護財団：WEB (訪問看護の基礎講座)	本間 泰徳 (看護師)	6/27～11/2
日本循環器理学療法学会：WEB (循環器集中治療患者に対する最新理学療法)	水越 大輔 (理学療法士)	7/30
日本訪問看護財団：WEB (訪問看護の基礎講座)	繁田 茉樹 (看護師)	8/30～12/27
東京都・東村山市：久米川病院他 (総合防災訓練)	佐野 みゆき (看護師)	9/3
Meiji：東京警察病院 (フレイル・サルコペニアと栄養)	市川 和繁 (作業療法士)	/8
東京都ナースプラザ：東京都ナースプラザ研修室 (プリセプター研修～中途採用者の指導を行う人のために～)	武田 利佳 (看護師)	/29
バクスター株式会社：むさし府中商工会議所 (第4回多摩PDN在宅連携セミナー)	坂田 詠美子 (看護師)	10/12
東京都交通安全協会:WEB (令和5年度安全運転管理者講習)	佐野 みゆき (看護師)	/23
テルモ株式会社：WEB (腹膜透析連携セミナー)	河野 朋子 (看護師)	11/14
北多摩北部保健医療圏地域拠点型認知症疾患医療センター:WEB (認知症の行動・心理症状について～その理解と対応～)	村山 雅子 (看護師)	/22
日本訪問看護財団：WEB (訪問看護の基礎講座)	玉造 真理 (看護師)	12/1～2/2
杏林大学医学部附属病院がんセンター：杏林大学医学部附属病院 (呼吸困難の緩和に向けた看護)	武田 利佳 (看護師)	12/8
東京都福祉保健財団：たましん RISURU ホール (第2回高齢者虐待防止研修～居宅系サービス向け)	及川 良子 (看護師)	/14
リハテックリンクス：WEB (姿勢制御と注意機能)	三浦 丈親 (理学療法士)	/15

研修内容	参加者氏名	開催日
武蔵村山市在宅医療・介護連携支援センター：WEB (横綱級の困難ケースにしないための型と技)	佐野 みゆき (看護師)	1/25
mhank：WEB (看取り期のケアとエンゼルメイク)	藤原 加寿子 (看護師)	/17
株式会社 gene：WEB (失語症のある方の地域支援)	水野 綾乃 (理学療法士)	"
東京警察病院緩和ケアチーム：東京警察病院 終末期を迎えた対象者に対するリハビリテーション	森田 光聡 (理学療法士)	2/19
東京都国民健康保険団体連合会：WEB (人生の最終段階の人への支援)	武田 泰子 (看護師)	/21
東京都福祉保健局：WEB (令和5年度介護現場におけるハラスメント対策説明会)	村山 雅子 (看護師)	2/27・3/7
東京都保健医療局医療政策部医療政策課：WEB (介護予防のパラダイムシフトと専門職に求められる役割)	水野 綾乃 (理学療法士)	3/5
日本理学療法士連盟：WEB (2024年診療報酬・介護報酬・障害福祉等改定解説セミナー)	守屋 正裕 (理学療法士)	/11
全国訪問看護事業協会：WEB (訪問看護事業者管理者大会)	佐野 みゆき (看護師)	/15
東京警察病院回復期病棟：東京警察病院 (FIMについて)	高柳 智一 (理学療法士)	/29



資格取得

資格名	認定機関名	取得者氏名	取得日
呼吸療法認定士	3学会合同呼吸療法認定士 認定委員会	佐野 みゆき	平成 13 年
透析療法認定士	透析療法合同専門委員会	佐野 みゆき	平成 5 年
臨床工学技師	国家資格	佐野 みゆき	平成 4 年
福祉住環境コーディネーター	東京商工会議所	野崎 かおる	平成 12 年 7 月
医療福祉環境アドバイザー 1 級	日本医療環境福祉検定協会	佐野 みゆき 村山 雅子 水野 綾乃	平成 24 年 11 月 平成 26 年 7 月 平成 27 年 11 月
医療福祉環境アドバイザー 3 級	〃	野崎 かおる 小森 麻美 河原 直美	平成 24 年 4 月 平成 25 年 7 月 平成 27 年 11 月
認知症ライフパートナー 応用編	日本認知症 コミュニケーション協議会	佐野 みゆき 村山 雅子 河野 朋子 水野 綾乃	平成 25 年 7 月 平成 25 年 12 月 平成 28 年 12 月 平成 26 年 7 月
認知症ライフパートナー 基礎編	〃	野崎 かおる 小森 麻美 河原 直美	平成 24 年 12 月 平成 26 年 12 月 平成 25 年 12 月
認定がん専門相談員	国立がん研究センター	及川 良子	平成 28 年 4 月

令和5年度に連携して業務を行った関連機関

関連機関 1 医療機関

区分		名称
東村山市	病院	久米川病院、新山手病院、西武中央病院、多摩あおば病院、多摩北部医療センター、緑風荘病院
	診療所 クリニック	愛の泉診療所、駅前ハート内科、北多摩生協診療所、絆在宅クリニック、久保クリニック、久米川透析内科クリニック、黒田内科クリニック、美住クリニック、水谷医院
小平市	病院	公立昭和病院、国立精神神経医療研究センター病院、多摩済生病院
	診療所 クリニック	岡循環器クリニック、小平北口クリニック、小平すずきクリニック、小平メイプルクリニック、むさしクリニック、みその診療所
東久留米市	病院	滝山病院、前田病院
	診療所 クリニック	滝山クリニック、東久留米なごみ内科診療所
武蔵村山市	病院	武蔵村山病院
	診療所 クリニック	おぜきクリニック
その他	病院	杏林大学医学部付属病院、国立東京病院、信愛病院、立川病院、多摩総合医療センター、都立神経病院、日本赤十字社医療センター、東大和病院、複十字病院、防衛医科大学校病院
	診療所 クリニック	国際医療福祉大学三田病院、TOWN 訪問診療所三鷹、立川在宅ケアクリニック、東大和ホームケアクリニック、平野クリニック、メイプルクリニック、山手クリニック、わかさクリニック所沢



関係機関 2 居宅介護支援事業所

区分	名称
東村山市	愛の泉ケアマネジメントステーション秋津、NPO・ACT たま北居宅、アンブ・ケアマネ事業所、おおきなき東村山、介護センターきらら、ケアセンターあやとり、ケアプランセンター一期一笑、敬愛の森、けやきヘルスケア、ケアセンターふれあい、ケアセンターふれあい秋津、ケアプランシンヨー、寿居宅、すずらん居宅、白十字八国苑相談センター、はなみずき、保生の森、ほんちようケアセンター、みずたま介護、緑風荘居宅
小平市	小川ホーム介護計画センター、かなでケアステーション居宅、居宅えがお、ケアプランセンターはなのわ、小平アットホームケアサービス、つなぐどっと、ツクイ小平花小金井、テルウェル東日本、多摩済生ケアセンター、居宅にじゅうまる、はなこケアマネジメントセンター、ピーステップケアセンター
東久留米市	アローズ武蔵野介護相談センター、きつける、ケアプランかがやき東久留米、けんちの里居宅、ケア東久留米居宅、居宅アルゴ、シニアライフ、シャローム南沢居宅、SOMPO ケア東久留米、ソーシャルサポート、デイサービス本舗、陽だまり東久留米
武蔵村山市	サンシャインホームケアマネジメントセンター
その他	ケアマネジメントセンター赤い糸、けやき通り訪問看護ステーション居宅、居宅青い鳥、至誠柏介護相談センター、すかんぼ、ファインケア清瀬

関連機関 3 福祉・公共機関

区分	名称
東村山市	けやき第二作業所、地域包括支援センター、ふれあいの郷、救護施設村山荘
小平市	多摩小平保健所、あさやけ第二作業所、あさやけ支援センター、地域包括支援センター
東久留米市	地域包括支援センター
武蔵村山市	地域包括支援センター



指定居宅介護支援事業所はぎやまの概要と これまでの取り組み

(令和6年3月末日時点)

年報の発行にあたって

令和5年4月から「居宅こはぎ」と統合し、1つの事業所として活動しています。人員も増え情報交換もでき、活気も出ていると思います。

今年度、職員の増員はできませんでしたが、業務内容を見直しながら効率よく働ける環境作りを心がけてきました。長く働ける環境を作り、結果として職員の増員につながればと思います。

今後も法人内で連携を取り活動していきます。

(所長 高橋 佐知子)

所 長	■高橋 佐知子
開 設	■平成 12 年 4 月 1 日
所 在 地	■東京都東村山市本町 4-7-14
職 員	■介護支援専門員（ケアマネージャー） 常勤 5 名、事務員 常勤 1 名、非常勤 1 名
加 算 体 制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回加算 ・ 入院時連携加算 ・ 退院退所加算 ・ 通院時情報連携加算 ・ ターミナルケアマネジメント加算 ・ 特定事業所加算Ⅱ



令和5年度 事業計画

医療連携・地域連携を強化して、利用者様の在宅生活をサポートしていきます。

01 質の高いサービスを提供する

- ① アセスメントの充実
- ② 事業所内でのケース検討会の開催

02 地域包括ケア連携を強化する

- ① 各関係機関との連携
- ② 担当者会議の開催
- ③ 地域包括ケアの連携

03 職員のスキルアップを図る

- ① 研修への参加
- ② 実習生の受入れ

04 感染症まん延時や大災害時の対策を強化する

- ① リスクマネジメントの強化
- ② 危機感の持続
- ③ 台風や降雪時への備え

05 職員の労働安全衛生の向上

- ① 有給休暇を計画的に取得する
- ② 心身の健康状態の確認
- ③ 常勤ケアマネージャーを増員し緊急時にもフォローしあえる事業所の体制を作る
- ④ 働き甲斐のある職場作り
- ⑤ 健康経営優良法人認定制度(ホワイト500)の認証への取り組み
- ⑥ ICT機器の導入による作業効率の向上、業務負担の軽減

06 高齢者の人権擁護に関する取組

- ① 虐待防止対策の体制整備

事業計画・実績・評価

事業計画 1 質の高いサービスの提供をする

アセスメントの充実

- ①訪問看護と連携する新規利用者を多く受け入れる、特に終末期のケアが必要な方への対応。
- ②初回面談と継続的な訪問で自立支援を念頭におき、必要な情報収集を行い、適確な課題分析に基づいた適切なサービスにつなげる。
- ③サービス担当者会議やカンファレンスでの専門職の意見を取り入れる。
- ④24時間連絡体制を取り、緊急時対応に備え、利用者、家族及び関係機関からの信頼を得る。
- ⑤加算を確実に算定できるようにしていく。

事業所内でのケース検討会の開催

- ①スタッフ間での利用者状況の把握を徹底し、担当者が不在時に対応していく。
- ②苦情になりそうな案件を早期に話し合い対応する。
- ③困難事例は複数名で対応する。

①訪問看護ステーションと連携する新規

利用者を多く受け入れ、緊急性を判断し必要なサービスを迅速に導入。毎月平均8～9件前後の依頼あり。

終末期の方については特に連携を密に取り対応。

②利用者・家族との信頼関係を築き、必要な情報収集を行っている。

訪問や電話連絡を頻回に行い、良好な関係作りに取り組んだ。

③担当者会議は必要時開催できた。

カンファレンスも回数は少なくなっているが依頼があれば参加している。

④24時間体制による電話対応を行い、緊急時に対応出来た。

⑤初回、入退院、通院、ターミナルの加算をもれなく算定した。

実績 評価

①週1回のミーティングで情報共有している。

不在の職員がいても他の者で対応が出来る。

②医療機関やサービス事業所に対する苦情が数件あり、内容確認して対応している。

③事業所内で情報共有して対応している。

目標 対策

事業計画 2 地域包括ケア連携を強化する

目標 対策

各関係機関との連携

- ①入院時の情報提供、退院時のカンファレンスに出席する。
- ②医療機関との連携を強化し、情報交換を密に行う。
- ③引き続き久米川病院、老人福祉施設、デイケアとの連携を強化する。

担当者会議の開催

- ①感染症対策を行いながら、必要な情報交換を行う。
- ②問題発生を未然に防止する為、早めに関係者と対策を考案する。
- ③ACP を意識して、他機関と情報共有を図る。

地域包括ケアの連携

- ①地域包括ケアの会議・研修に参加し、連携強化を図る。
- ②東村山市内の事業所を対象とした「村の集い」を開催する。
- ③他法人との研修の企画、実施を継続する。
- ④社会福祉協議会主催の「えんがわ相談」事業への参加。

実績 評価

- ①入院連携シートの活用や退院時カンファレンスは回数は少ないが参加し連携出来た。
- ②病院、クリニックへプラン交付し連携を行った。訪問は難しいが電話や Fax で対応した。
- ③久米川病院退院や老健退所の方のサービスを調整し連携を行った。

- ①必要時に開催できた。
- ②早めに電話等で相談した。
- ③医療機関や他職種と連携を取り、常に意識して対応を心掛けた。

- ①地域ケア会議に 8、2 月に参加できた。
- ②村の集いは開催できなかった。
- ③予定通り年 3 回(5、10、1 月)行った。
- ④相談担当とし 7、11、2 月に参加と 9 月に秋祭り参加。他、定例会議へ出席した。

事業計画 3 職員のスキルアップを図る

目標 対策

研修への参加

- ①週 1 回のミーティング時に必要に応じて、発表の場を設ける。
- ②各自の目標設定に応じた年間研修計画の作成と実施。
- ③新任ケアマネや同僚からの相談に適切な指導・アドバイスをしていく。
- ④東村山市ケアプラン点検へ参加し、ケアマネジメントスキルの向上を目指す。

実習生の受入れ

- ①介護支援専門員になる為に必要な技術を習得してもらう。
- ②実際に介護支援専門員として働きたいと思える指導を行う。

実績 評価

- ①随時ミーティングで発表した。ミーティングの時に研修で得た知識や情報を発表し、職員全員で共有する事が出来た。
- ②Zoom での研修が多くなっているが、計画を元に参加できた。
- ③できるだけ相談しやすい環境を作った。
- ④1 名研修から参加した。主任ケアマネは点検する側で関わっている。

- ①8 月に 1 名実習生を受け入れ、2 日のカリキュラムを実施した。
- ②疑問等に答えながら実務において不安がなくなるように指導した。

事業計画 4

感染症まん延時や大災害発生時の対策を強化する

<p>目標 対策</p>	<p>リスクマネジメントの強化</p> <p>①BCP、感染症対策の体制整備</p> <p>②苦情相談、カスタマーハラスメントにスムーズに対応できるよう研修に参加していく。</p> <p>危機感の持続</p> <p>①必要物品の点検。</p> <p>②ガソリンの確保。</p> <p>台風や降雪時への備え</p> <p>①天気予報を確認し、事前に準備する。</p> <p>②利用者への連絡(状態確認し、無理な訪問はしない)。</p> <p>③備品の設置・点検(長靴・軍手・スコップなど)。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>①BCP、感染症についてマニュアル、指針等を作成し体制を整備した。</p> <p>②12/26 事業所内で研修を行った。</p> <p>①必要な物(ヘルメット)を人数分購入した。</p> <p>②車 1 台利用できる状態にしている。</p> <p>①大きな災害はなかったが、対策は継続した。</p> <p>②状況を確認し、訪問については都度相談した。</p> <p>③備品の備えと必要な物の確認を行った。</p>
------------------	--	------------------	---

実績・評価

事業計画 5

職員の労働安全衛生の向上

<p>目標 対策</p>	<p>業務効率の向上を図り働きやすい職場環境を整える</p> <p>①有給休暇を計画的に取得する。</p> <p>②心身の健康状態の確認。</p> <p>③常勤ケアマネージャーを増員し、緊急時にもフォローしあえる事業所の体制を作る。</p> <p>④働き甲斐のある職場作り。</p> <p>⑤健康経営優良法人認定制度(ホワイト 500)の承認への取り組み。</p> <p>⑥ICT 機器の導入による作業効率の向上、業務負担の軽減。</p>	<p>実績 評価</p>	<p>①有給消化の状況を確認して取得を促した。</p> <p>②健康診断の結果や体調の確認を行った。</p> <p>③応募はなく増員できなかった。</p> <p>④相談しやすい環境作りを行った。</p> <p>⑤ホワイト 500 は達成できなかった。</p> <p>⑥ワイズマンのキーを人数分そろえて、書類作成できる体制を整えた。入力できる仕組みを作った。</p>
------------------	---	------------------	--

虐待防止対策の体制整備。

目標
対策

6月「虐待防止研修」に参加した。
マニュアル、指針等を作成し体制を整備した。

実績
評価

お知らせ

訪問看護ステーションはぎやまと、指定居宅介護支援事業所はぎやまのホームページが新しくなりました！情報を分かりやすくお届けできるよう、更新してまいります。どうぞよろしくお願いたします。



笑顔とチームワークで、
あなたの「在宅療養」をサポート

豊富な経験と専門知識を持つスタッフが、
在宅に関する不安や困り事に幅広く対応。
迅速な対応、笑顔の挨拶、チームワークを大切に、
利用者様一人ひとりに寄り添っています。

「できる限り在宅で療養し、最期までご自宅で過ごしたい」
そんなあなたの想いを、私たちが全力でサポートします。



こちらのQRコードからも
ホームページを
ご覧いただけます



<https://aiyukai-group.or.jp/hagiyama/>

研修参加・実績

研修実績

外部研修

研修内容	講師名	参加 ケアマネ名	開催日
株式会社やさしい手：WEB 「在宅医療と地域・他職種との連携」	真柄和代	奥田	4/17
大塚製薬株式会社：WEB 「地域の心不全診療について考える」	峯岸夕紀 岡田健助	飛澤 佐藤	/18
小平市ケアマネ連絡会：WEB 「適切なケアマネジメント手法の解説」	齊木大	高橋 立石	5/18
東村山市居宅介護支援事業者連絡会：集合 「ケアマネジャーのメンタルヘルスを学ぶ」	奥江裕理	立石	6/12
東京都：WEB 「自転車安全利用セミナー」	稲葉具志 他	高橋	/22
東村山市：集合・WEB 「介護支援専門員における虐待防止研修」	川村孝俊	高橋 立石 飛澤 佐藤	/23
東村山市：WEB 「実効性のある BCP-現場リスクマネージャーが伝授」	三上信	高橋 立石	/26
株式会社やさしい手：WEB 「別表 7 に該当する疾患の解説と ACP」	柳田千草	高橋 立石	7/3
メディバンク株式会社：WEB 「これからの在宅褥瘡管理と連携のありかた」	岡田克之	飛澤	/7
東村山市成年後見制度推進機関：WEB 「成年後見制度 第 1 回法定後見について」	岡野範子	高橋 奥田	/14
小平ケアマネ連絡会：WEB 「根拠のあるケアプラン (第 1 回)」	尾高祐一	高橋 立石 奥田	/18
グリーンケア・フォーラム：WEB 「自立支援のための福祉用具選びとは」	矢作聡	飛澤	/19
東京都心身障害者福祉センター：WEB 「高次脳機能障害の基礎知識」	渡邊修	高橋 立石 飛澤 佐藤 奥田	/24
東村山市基幹型地域包括支援センター：集合 「令和 5 年度第 1 回 他職種連携研修会」	松原拓郎	立石 佐藤	/27

研修参加・実績

多摩小平保健所：集合 「在宅人工呼吸器使用者の災害時対策を考える」	松田 千春 他	立石	8/8
臨床糖尿病支援ネットワーク在宅事業委員会：WEB 「糖尿病と認知」	熊倉淳	飛澤	/24
東村山市：集合 「地域包括ケアシステムと地域の取り組みについて」	三沢幸史	高橋 立石 佐藤	/25
東村山市：集合 「ハラスメントの初期対応、過剰要求の対応方法について」	小川久美子	高橋	9/25
東村山市成年後見制度推進機関：WEB 「成年後見制度 第2回任意後見、身元保証などについて」	岡野範子	高橋 立石 奥田	10/6
東村山市基幹型地域包括支援センター：集合 「令和5年度第2回 他職種連携研修会」	望月清隆	立石	/26
国立精神神経センター病院：WEB 「おさえておきたい認知症の基礎」	塚本忠 他	高橋 飛澤 奥田	11/13
北多摩北部病病連携会議・栄養検討会：WEB 「各病院での臨床栄養の取り組み」	丸山道生	立石	/15
小平ケアマネ連絡会：WEB 「根拠のあるケアプラン(第2回)」	一井圭	立石	/16
北多摩北部保険医療圏 薫風会山田病院：WEB 「認知症の行動・心理状態について」	水上勝義 岩佐まり	立石	/22
東村山市：集合 「ヤングケアラーの基礎知識」	伊藤耕介	高橋 佐藤	12/21
東京都介護支援専門員研修協議会：WEB 「2024年度介護報酬改定」	服部真治	高橋	1/24
日本ケアサプライ：WEB 「介護保険制度介護現場はどうなる」	小濱道博	高橋 立石 佐藤 奥田	3/22
ふれあい工房：集合 「これからの介護保険」	橋村寿人	高橋 立石 飛澤	/25

資格取得・実績

資格名	取得者	取得日
介護福祉士	高橋 立石 飛澤 佐藤 奥田	平成 6 年 4 月 平成 26 年 3 月 平成 22 年 4 月 平成 25 年 4 月 平成 27 年 4 月
医療福祉環境アドバイザー	高橋 立石	平成 26 年 7 月 平成 26 年 12 月
主任介護支援専門員	高橋 立石 佐藤	平成 24 年 10 月 令和 2 年 9 月 令和 5 年 3 月
認知症ライフパートナー	高橋 立石	平成 27 年 12 月 平成 26 年 7 月

令和 4 年度に連携して業務を行った関連機関

関連機関 1 訪問介護

区分	名称
東村山市	ケアセンターふれあい、寿ヘルパーステーション、みずたま介護ステーション東村山、よふき介護サービス、東村山たすけあいワーカーズぼけっと、ヘルパーステーション白光園、コアラ東村山ケアステーション、東村山陽だまり、訪問介護一期一笑、はまなす介護センター、ケアリッツ東村山、ケアリッツ久米川、東村山市社会福祉協議会、みのりヘルパーステーション、テルウェル東村山介護センター、介護センターきらら、ヘルパーステーション虹、ヘルパーステーション敬愛の森
小平市	やさしい手小平訪問介護事業所、ケアリッツ小平、小平アットホームケアサービス、おおきなき小平、訪問介護ステーションみなみだい
その他	パレフローラ指定訪問介護事業所、ケアリッツ東久留米、ニチイケアセンター下里

関係機関 2 通所介護

区分	名称
東村山市	寿デイサービスセンター、りらくあっぷ美住、ウイズケアリハビリセンター、デイサービスオール、樹楽くめがわ、シルバージム、ほんちようケアセンター、グリーンハウス東村山、入浴デイサービスここね、ビーナスプラス、はぎやまりハビリデイサービス、リハデー期一笑小平、樹楽デイひなたぼっこ栄町、デイサービス花、パナソニックエイジフリーケアセンター、さくらコート青葉町、グリーンハウス久米川、ひかり苑デイサービスセンター、リハデー期一笑東村山、白十字八国苑、デイサービスユトリ、デイサービス夢楽東村山、デイサービスセンターテルウェル、デイサービス宅老所しぐれ屋、ケアパートナー東村山、デイサービスアルゴ弐番館・四番館
その他	緑成会デイサービス、デイサービスセンターぶどうの木、さのデイサービス、エスケアステーション小平、デイサービスまお里、ツクイ小平小川、デイサービスアルゴ弐番館、まごころ倶楽部小平、デイサービスアルゴ参番館、パナソニック花小金井デイサービス、エスケアステーション東久留米、デイサービスリリー、ツクイ小平仲町、ツクイ小平花小金井、デイサービスセンターはなこじム、ニチイケアセンター新堀、リハビリデイサービス nagomi 新小平店、りらくあっぷ小川、デイサービスいでしたの木もれ日

関連機関 3 通所リハビリ

名称
グリーンボイス、北多摩生協診療所、愛の泉恩多クリニック、老健久米川、保生の森、多摩すずらん、緑成会病院、みその診療所

関係機関 4 短期入所施設

名称
第二万寿園、老健久米川、青葉の杜、敬愛の森、エスケアステーション小平、白十字ホーム、東大和ショートステイそよ風、ひかり苑、パナソニックエイジフリーケアセンター東村山

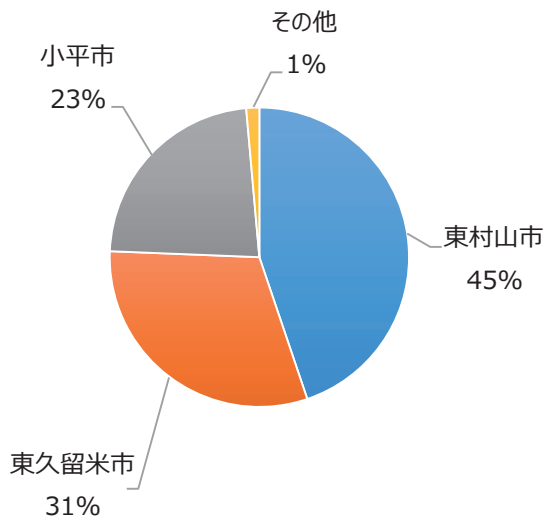
関係機関 5 福祉用具

名称
(株)貴輪、サカイヘルスケア三鷹店、シンヨーケアサービス、(株)フランスベッドメディカル北多摩、ふれあい工房、けやきサポート多摩、ウイズケアメディカルサービス東村山店、ホームケアセンターイワサキ、(株)イノベーションオブメディカルサービス、(株)クリエイティブオフィス、(株)ヤマシタ、セイシンケアサポート、パナソニックエイジフリー花小金井、すりいでい国立、トーカイ所沢営業所

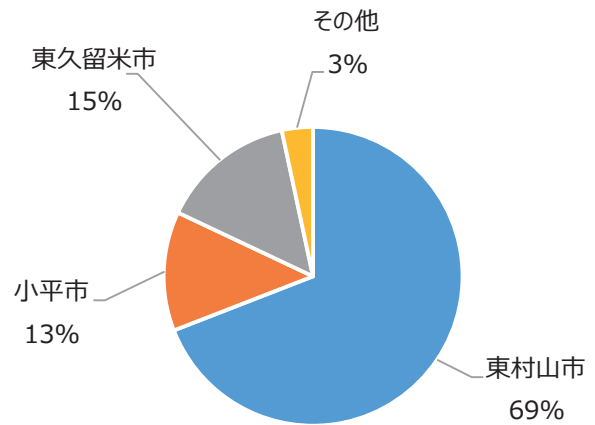
実績・集計報告

統計資料 1 サービス提供圏

▶ 訪問看護ステーション

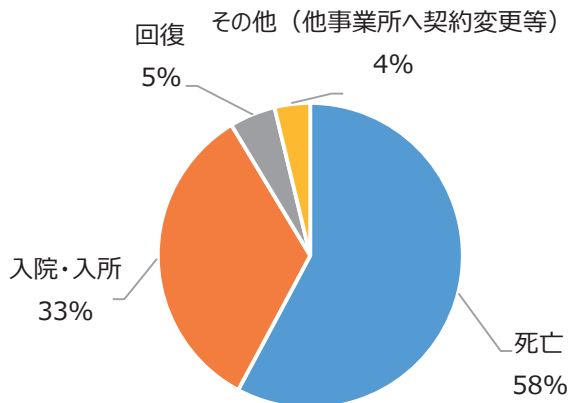


▶ 居宅介護支援事業所

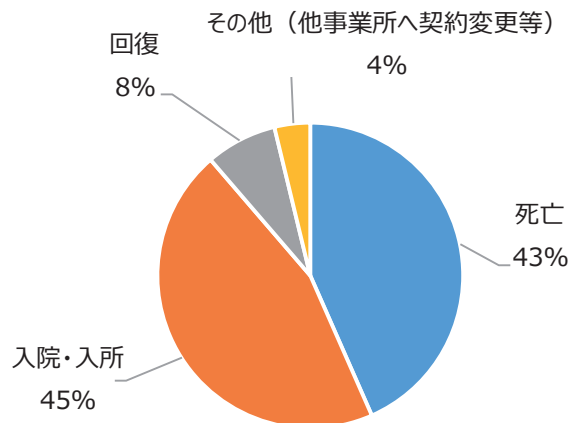


統計資料 2 利用者転帰

▶ 訪問看護ステーション



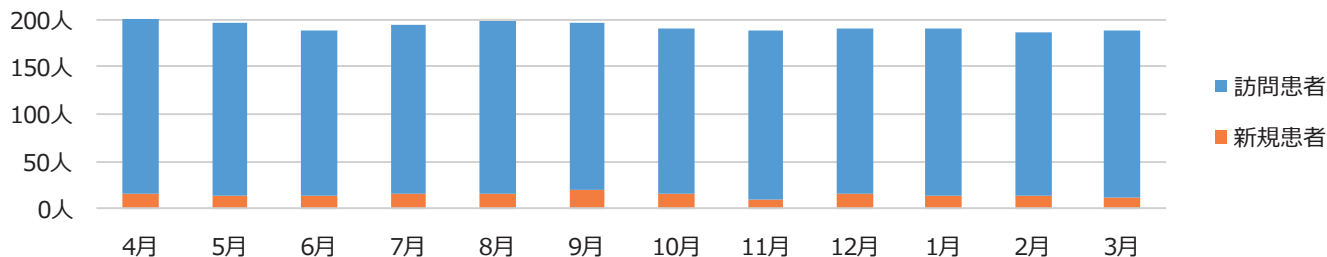
▶ 居宅介護支援事業所



統計資料 3 利用者数

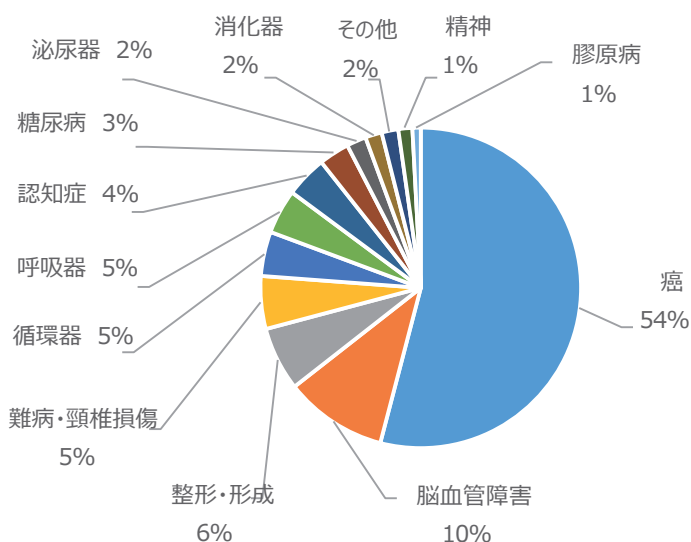
▶ 訪問看護ステーション (単位：人)

区分	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
訪問患者	201	197	189	194	198	197	191	189	191	190	186	188	2,311
(内：新規患者)	16	13	14	16	16	19	16	10	16	14	13	12	175



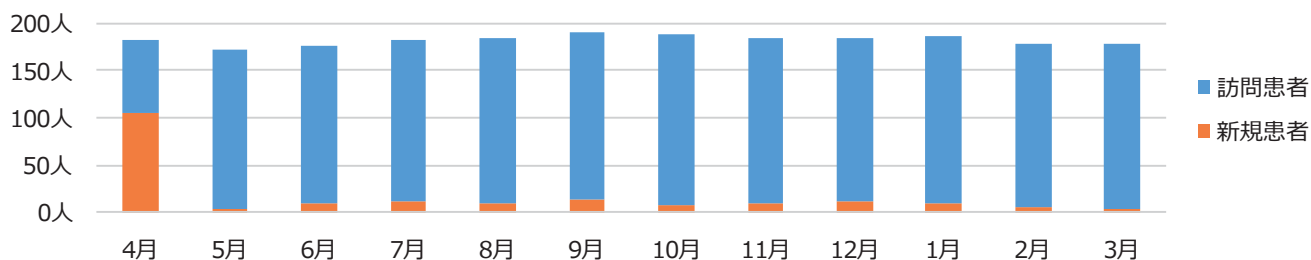
▶ 主病名の割合

疾患名	件数
癌	193
脳血管障害	37
整形・形成	23
難病・頸椎損傷	19
循環器	16
呼吸器	16
認知症	15
糖尿病	11
泌尿器	7
消化器	6
その他	6
精神	5
膠原病	3



▶ 居宅介護支援事業所 (単位：人)

区分	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
訪問患者	183	173	176	182	185	190	188	185	185	186	179	178	2,190
(内：新規患者)	104	4	10	11	9	14	7	9	11	9	6	3	197

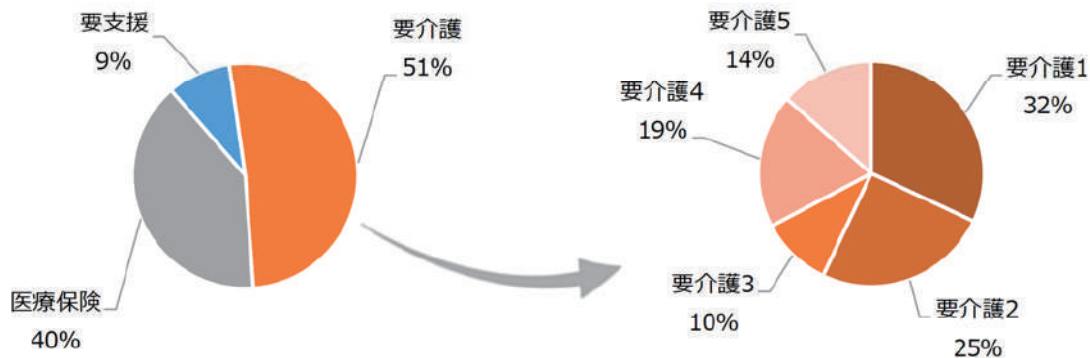


統計資料 4 | 利用者要介護度分布

▶ 訪問看護ステーション

(単位：人)

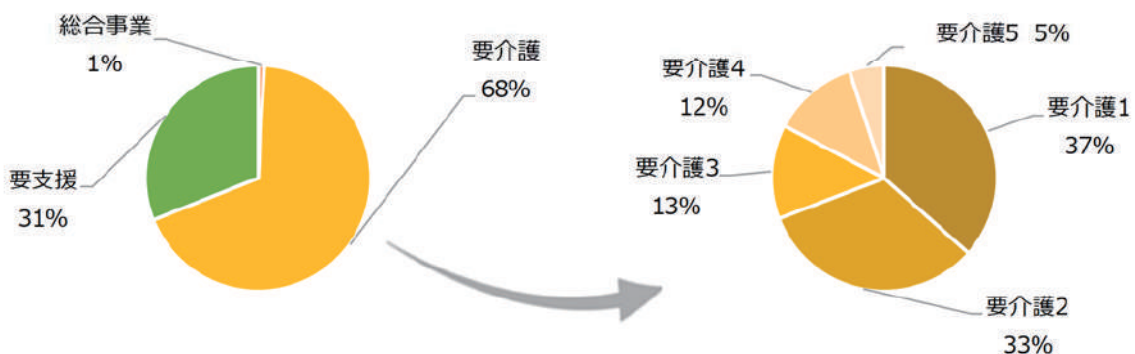
区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
要支援1	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	66
要支援2	11	11	11	11	11	12	12	12	13	14	14	13	145
要介護1	27	28	29	30	32	32	31	32	34	34	35	33	377
要介護2	26	26	25	24	24	26	26	24	24	24	24	23	296
要介護3	15	14	12	12	10	8	9	8	8	9	7	9	121
要介護4	20	19	19	22	20	21	18	19	18	17	17	17	227
要介護5	15	15	15	15	15	13	12	11	11	11	11	15	159
医療保険	82	79	73	75	81	80	77	77	77	75	71	72	919
合計	201	197	189	194	198	197	191	189	191	190	185	188	2,310



▶ 居宅介護支援事業所

(単位：人)

区分	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
総合事業	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	26
要支援1	10	10	10	11	11	11	11	8	9	8	8	7	114
要支援2	18	17	15	16	16	17	19	21	22	23	21	21	226
要介護1	48	49	53	53	56	60	58	59	57	59	57	58	667
要介護2	58	54	51	53	52	52	51	48	44	44	44	44	595
要介護3	18	15	18	18	18	18	19	21	28	27	22	24	246
要介護4	19	17	19	21	22	21	20	19	17	16	18	16	225
要介護5	10	9	8	8	7	8	8	7	6	7	7	6	91
合計	183	173	176	182	185	190	188	185	185	186	179	178	2,190



事業所案内図



社会医療法人社団 愛有会年報 2023【令和5年度】

【編集発行】令和6年11月

社会医療法人社団 愛有会

〒189-0014 東京都東村山市本町四丁目7番地14

TEL 042 - 390 - 2033

ホームページ <https://aiyukai-group.or.jp/>

【編集委員（法人広報委員会）】

■法人事業部 [業務室長] 浅野

■久米川病院・介護老人保健施設久米川

[事務長] 八尋、[情報管理室長] 長岡

[看護事務] 川合、[総務課] 川根、柴田

■三愛クリニック・さんあい介護医療院・三愛訪問看護ステーション

[コメディカル部長代理] 上利

[総務係長] 野口、[総務課] 藤原

■訪問看護ステーションはぎやま

[事務] 小森

■指定居宅介護支援事業所はぎやま

[事務] 本多