

演題名	介護老人保健施設しおんにおける誤嚥・窒息事故防止の意識向上		
施設名	しおん	ふりがな 発表者(職種)	すずき しゅういち 鈴木 修一 (看護師)
ふりがな チーム名	ごえん むえん ごえん むえん		
分類	②安全の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	令和5年度、しおんにおいてレベル5の窒息事故が2件あった。令和6年11月に窒息事故になり得る事故が発生した。このことから、誤嚥・窒息に関して職員の日頃からの早めの気づきや予防意識が重要であると考えこのテーマを選定した。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 誤嚥・窒息に関するインシデントレポートの提出数 (目標値) 令和7年の対策期間(5月以降) ひと月あたり12件以上		
実施した対策	①誤嚥・窒息予防の研修会の実施 ②インシデントレポートにおけるむせの報告基準決定 ③事故報告手順の効率化 ④ヘルプシート(業務応援時の利用者情報の共有ツール)の標準化 以上4つの対策を行った。		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 令和6年度、食事に関する27件のインシデントレポートのうち、誤嚥・窒息に関するものは3件であった。 (実施後) 令和7年5月の、誤嚥窒息に関するインシデントレポートは17件であり、目標達成となったことから、職員の誤嚥・窒息に対する予防意識向上がみられた。		
歯止めと 標準化	標準化: 事故防止委員会で、ヘルプシートの活用状況を観察。むせの報告基準をマニュアル化して周知。 管理: 事故防止委員会で、事例検討会の実施やインシデントレポート報告数の確認を行う。 教育: 食と栄養・摂食嚥下委員会を中心に、定期的な研修会を行なっていく。		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 鈴木 修一 看護師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門		2 平山 美和 管理栄養士
活動期間	令和7年1月 ~ 6月		3 津田 佐都子 看護師
リーダー名 (職種)	鈴木 修一 (看護師)		4 佐藤 燈子 言語聴覚士
活動回数	10 回		5 後藤 伸晃 事務
			6 酒井 泰 介護福祉士
			7 菅原 英樹 介護福祉士
			8 木村 恵美 介護福祉士
			9 亀井 志保 介護福祉士

【現状把握】

1 インシデントレポート調査

食事に関するインシデント実績

	令和4	令和5	令和6
食事	0	6	27
うち、誤嚥・窒息	0	2	3

- ・令和5年度、レベル5の窒息：2件
- ・令和6年度、27件中「誤嚥・窒息」：3件
うち、あわや窒息が1件(レベル2)

2 職員アンケート調査

① 方法：誤嚥・窒息に関する項目を選択式と記述式。WEBにて実施

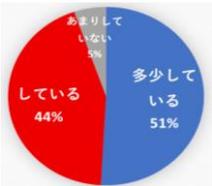
対象：介護、介護、リハ職員 計83名

② 結果

回答率：91.6%（83名中76名より回答あり）

■ 知識について

【誤嚥・窒息リスクを把握しているか】

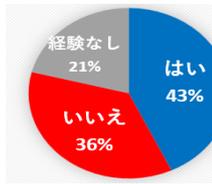


【誤嚥・窒息に関し、正しく理解しているか】

・食事の時の姿勢	82.9%
・食事形態	77.6%
・食事介助中に注意すべきポイント	72.4%
・窒息時の初期対応	52.6%
・疾患	40.8%

■ 意識と対応状況について

【食事介助応援で困った事はあるか】

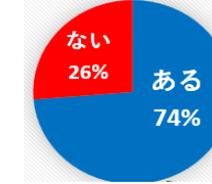


【応援時に困ったこと】

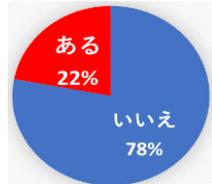
- ・食事の様子や摂取状況の情報がない
- ・食べさせ方や量、注意点がわからない
(一口量、スプーンの大きさなど)

■ インシデントの経験について

【誤嚥・窒息場面の遭遇経験】



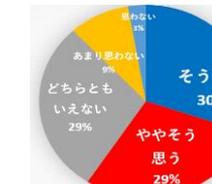
【その際、インシデント報告したか】



遭遇経験74%
しかし、
インシデント報告22%

■ インシデントの報告体制と職場に雰囲気について

【報告しやすい雰囲気ですか】

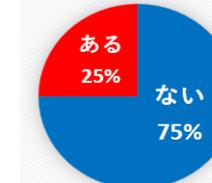


【報告件数UPに必要なこと】

- ・書きやすい報告書の書式にする
- ・入力 simplification

■ 研修・教育について

【誤嚥・窒息の研修受講の経験】



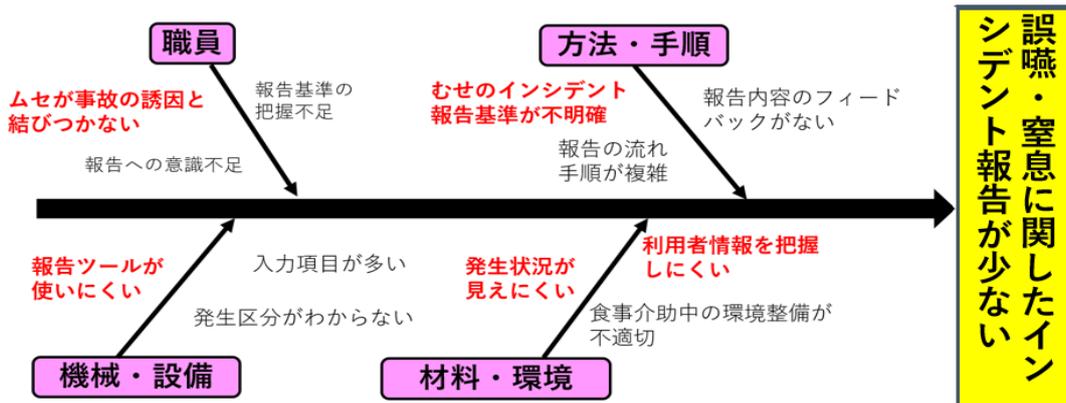
【どのような研修が必要か】

・実技訓練(ハイムリック法・気道確保など)	84.2%
・誤嚥・窒息の基礎知識	76.3%
・誤嚥性肺炎の予防(口腔ケアなど)	53.9%
・食事介助の実践的対応	52.6%
・リスクアセスメントとケア計画への反映	32.9%

【目標設定】

何を	いつまでに	どうする
誤嚥・窒息に関するインシデントレポートの提出数	R7年5月以降	12件/月以上の提出

【要因解析】



【対策の立案と実施】

対策項目	What	Why	Who	When	Where	How
①むせが事故の誘因と結びつかない	研修会の実施	食事での危険な介助方法や観察点を学ぶため	食と栄養・摂食嚥下委員会	5月	各部署	作成
②むせのインシデント報告基準が不明確	むせの報告基準を決定	基準を明確化するため	事故防止委員会	4月	ユニット	作成
③報告ツールが使いにくい	事故報告手順の効率化	報告書作成の時間短縮のため	事故防止委員会	4月	ユニット	作成
④利用者情報が把握しにくい	ヘルプシートの標準化	利用者の特性や注意事項を明記することで、一律した対応が可能となる	事故防止委員会	5月	ユニット	作成

① 研修会の実施

- 1) 食事介助の超基本 (FASS) の動画講義
- 2) ダメな食事介助例: 実際の食事介助場面の動画
- 3) 動画視聴後、ダメなポイントを5-10個記載して提出

② むせの報告基準を決定

【報告基準】

1. 激しいむせ込み
2. むせが継続している
3. 姿勢不良のため、改善を施したがむせ込んだ
4. 早食いのため、改善を施したがむせ込んだ
5. かき込み食べるため、改善を施したがむせ込んだ
6. 一口量が多いため、改善を施したがむせ込んだ

③ 事故報告手順の効率化

1. カルテ記載に関して
記録の効率化のため、インシデントレベル別の文例を作成
2. インシデントレポート報告に関して
事実を記録したカルテから、インシデントレポートに反映

④ ヘルプシートの標準化

※ヘルプシートとは、業務応援時の利用者情報の共有ツール

【ヘルプシートの見直し】

1. 標準化: 様式・記載項目
2. 内容: 食事介助の注意点や使用スプーン等を細かく記載
3. ルール化: ミールラウンド情報と更新日の記載

【効果の確認】

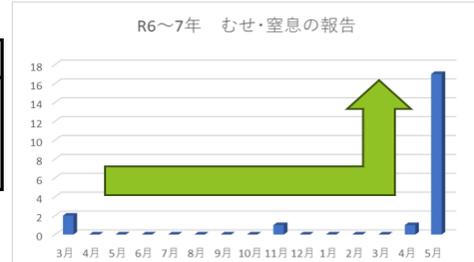
■ 有形効果

何を	いつまでに	どうする
誤嚥・窒息に関するインシデントレポートの報告数	R7年5月	17件の報告

■ 無形効果

「事故防止委員会」「食と栄養・摂食嚥下委員会」「ユニット」「デイケア」は、工夫をして取り組んでいたが、互いの取り組みを知らない状況があった。

TQM活動を通じ、互いの取り組みを把握し、協力することで、誤嚥・窒息の事故防止の意識向上に対し、One TeamからOur Teamへの広がりを体感できた



■ 波及効果

- ・建物の構造上、他者のケア中に見守りができない ⇒ aams見守りカメラを活用
- ・委員会メンバーが自発的に嚥下体操を実施
- ・インシデント0レベル報告により、7件の食形態の変更

【標準化と管理の定着】

	What	Why	Who	When	Where	How
標準化	・むせの報告基準を決定	重大な事故の発生を未然に防ぐ	鈴木	委員会開催時	事故防止委員会	・マニュアル化し周知
	・ヘルプシートの標準化	利用者情報の把握しやすく	菅原、酒井	委員会開催時	事故防止委員会	・シートの活用状況を観察
管理	事故報告手順の効率化	提出数が減少しないように	事故防止委員	委員会開催時	事故防止委員会	・報告件数の確認 ・事例検討会の実施
教育	研修会の実施	誤嚥防止への意識づけ	食と栄養・摂食嚥下委員	年1回以上の研修会の実施	多目的室 WEB	スライドや資料を用いた研修会

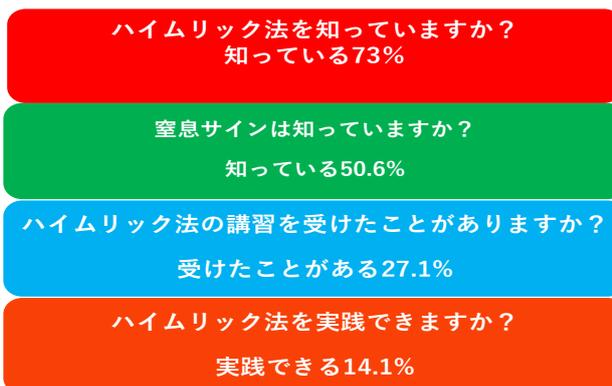
【反省と今後の進め方】

	良かった点	悪かった点	今後の課題
テーマの選定	チームの方向性を合わせることができた	なし	なし
活動計画の作成	綿密に活動日時を設定することで滞りなく活動することができた	なし	なし
現状把握と目標設定	多職種による多方面な意見を参考に早期の現状把握が行えた	なし	月平均の報告件数増加を段階的に増やす
要因分析	アンケートによる聞き取りで真の要因を抽出することができた	なし	事案の発展を目指す
対策の立案と実施	各職種が主体となり積極的な対策と立案が行えた	実施期間が短くなってしまった	PDCAを繰り返し、業務効率の改善を図る
効果の確認	目標を上回る数値が達成できた	なし	報告の呼びかけの継続
標準化と管理の定着	委員会活動として新たな役割を確立できた	ヘルプシートの管理者が曖昧	今後も委員会中心の活動の継続

演題名	チャーリーを救え！		
施設名	ケアセンターけやき	ふりがな 発表者(職種)	さいとう ゆう 齋藤 優 (介護士)
ふりがな チーム名	けやきあんぜんたいさくいいんかい けやき安全対策委員会		
分類	②安全の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	高齢者施設において、誤嚥や窒息による死亡事故のリスクが常に存在している中で、職員の対応力の不足が課題となっていた。特にハイムリック法に関しては、多くの職員がその存在を知っているものの、実際に行ったことがない、研修機会がない、体力的に自信がない、あるいは「怖くてできない」といった心理的・物理的な障壁があり、緊急時の対応に不安を感じていた。		
改善の指標と その目標値	(指 標) ハイムリック法を「実践できる」と回答した職員の割合 (目標値) 50%		
実施した対策	誤嚥・窒息対応力向上を目的に「チャーリーを救えプロジェクト」を立ち上げ、6～8月に全職員対象で動画視聴と実技訓練を実施。9月にST作成の研修資料を共有し、10月にはPC配信で勉強会を開催。学習管理システム「メルタス」で進捗管理も行った		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) ハイムリック法を「実践できる」と回答した職員の割合は14.1% 誤嚥・窒息に対する知識や意識が不十分 (実施後) ハイムリック法を「実践できる」と回答した職員の割合は46.3%。 誤嚥・窒息対応の知識や意識が高まり、他技術の理解も深まった。連携力や異変への気づきも向上し、安全体制の強化に繋がった。		
歯止めと 標準化	ハイムリック法の訓練は各部署において年1回の定期研修として継続することとした。また、新人職員の採用時には、誤嚥・窒息予防に関する動画を必ず視聴し学ぶよう研修項目に組み込んだ。さらに、特定の部署にのみ参加が偏らないよう、研修参加がしやすくなるような仕組みづくりも行った。加えて、事故予防の観点から、食形態やトロミの統一といった実践面の見直しも並行して進めている。		
活動の種類 ※複数選択可	④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 五月女 美喜 看護師
活動の場 ※複数選択可	④その他		2 白鳥 明日香 理学療法士
活動期間	2024年4月 ～ 11月		3 松崎 裕統 言語聴覚士
リーダー名 (職種)	五月女 美喜 (看護師)		4 五十嵐 拓志 介護福祉士
活動回数	9 回		5 齋藤 優 介護士
			6 松井 優果 介護士
			7 遠藤 真理 介護士
			8 川中 幸男 調理師
			9 齋藤 紀子 介護支援専門員
			10 舟山 靖紀 作業療法士

【現状把握】

現状把握



対象者…職員85名 5月データ

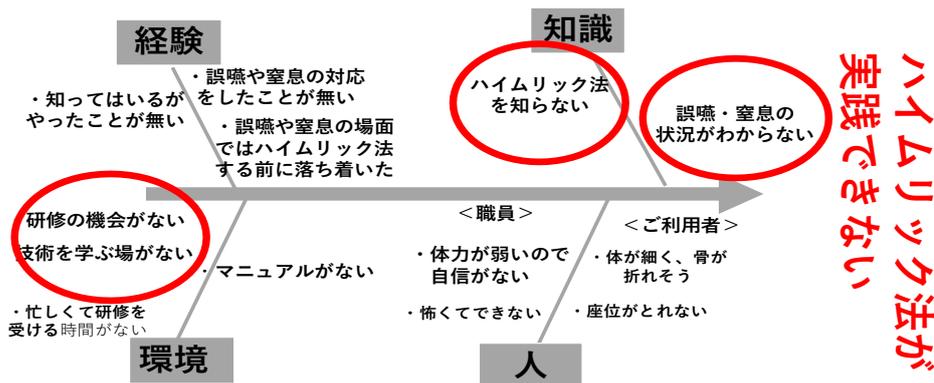
【目標設定】

目標設定

いつまでに	令和6年10月末までに
何を	職員のハイムリック法の取得率
どうする	実践できるを 50% にする

【要因解析】

要因分析



【対策の立案と実施】

対策の立案と実施

ハイムリック法の学習と実践	嚔下・窒息勉強会
◎チャーリーを救えプロジェクト 月に1回（計3回）誤嚔・窒息時の対応動画での学習とハイムリック法の実技訓練を実施する	◎STによる研修動画作成と配信 メルタスにて研修動画配信。誤嚔と窒息等の知識を深め早期発見し適切な対応ができ予防的行動がとれるようにする

対策の実施1

ハイムリック法の学習と実践

- ・6月～8月:けやきスタッフ全員を対象に、月に1回（計3回）誤嚔・窒息時の対応動画での学習とハイムリック法の実技訓練をチャーリーを救えプロジェクトとして実施

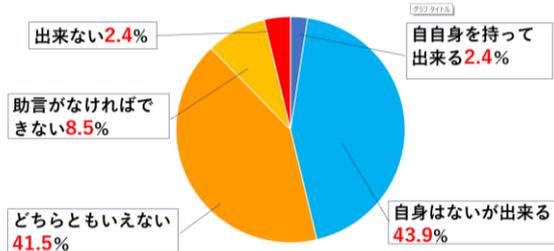
対策の実施2

嚔下・窒息勉強会

- ・5月:松崎STに研修依頼
- ・9月:松崎STより研修資料ベースを戴き、内容をメルタスにて委員会で共有し質問等受付ける
- ・10月21日:「嚔下・窒息勉強会」研修（PC配信）開始し視聴促す

【効果の確認】

11月ハイムリック法についてのアンケート



効果の確認 11月

ハイムリック法を実践できる

14.1% → 46.3%

目標未達成

有形効果

- ・誤嚔や窒息を早期に発見し、適切に対応できる力が身についた。
- ・チャーリーを使った訓練で、ハイムリック法を概ね実践できた。
- ・背部叩打法など他の対応法も確認し、知識と予防意識が高まった。

無形効果

- ・スタッフ全員が誤嚔・窒息への理解を深め、訓練を通じて状態変化への気づきが高まった。
- ・緊急時に協力できる体制が強化され、対応の速さと救命率の向上が期待される。

波及効果

- ・チャーリーさんが出張し健育会グループの他施設でも活躍している



【標準化と管理の定着】

標準化と管理の定着

- ・ハイムリック法は動画視聴とチャériを活用し、各部署で年1回定期的に研修を継続する
- ・嚥下・窒息予防動画も含めて採用時には、研修を行う

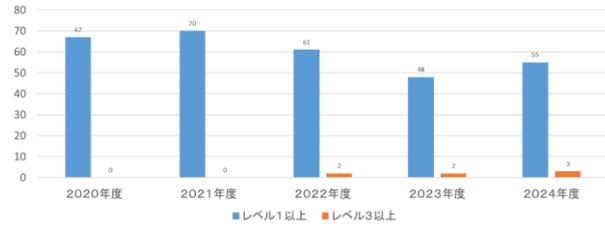
【反省と今後の進め方】

今後の課題

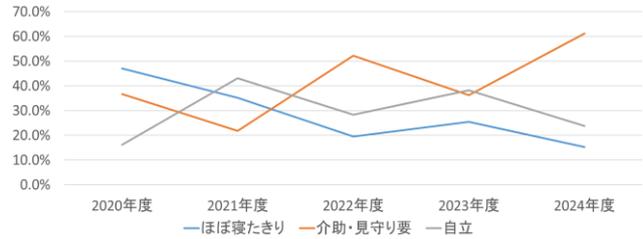
- ・特定の部署に参加の偏りがあったので、参加しやすい工夫と管理が必要
- ・予防という観点から、統一した食形態やトロミの漬け方の見直しが必要

演題名	排泄に起因する転倒転落の改善		
施設名	いわき湯本病院	ふりがな 発表者(職種)	すずき ともみ 鈴木 智美 (看護師)
ふりがな チーム名	てんとうをふせぎたい 転棟を防ぎ隊		
分類	②安全の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	転棟に起因とする転倒転落		
改善の指標と その目標値	(指 標) 転倒に起因する転倒転落の件数 (目標値) 0		
実施した対策	1 運動機能変化時はカンファレンスにて排泄手段の変更を行い看護計画に反映 2 ポータブルトイレの使用基準を見直し、介助でのポータブルトイレの使用をやめトイレへの誘導を行う 3 排泄パターンに合わせた排泄誘導・リハビリ予定の立案を行う 4 部屋毎の担当看護師制とし5回以内のナースコール対応を行う 5 ピクトグラムを活用し誰でも介助方法が分かるように 6 対象患者は消灯前には排泄誘導してから入眠を促す		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 3.3 (実施後) 0		
歯止めと 標準化	ピクトグラムを排泄マニュアルに追加し排泄委員会で見直しを行っていく 就寝前の排泄誘導を看護基準に追加する 排泄に起因したインシデントが発生した場合はカンファレンスで振り返りを行う 運動機能変化時のカンファレンスの実施をリスク委員が確認する 排泄パターンが看護計画に反映されているか記録監査で確認する ポータブルトイレの使用状況を排泄委員が確認する リハビリの予定に排泄パターンが考慮されているか確認する		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動	チーム メンバー (職種)	1 鈴木 智美 看護師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門		2 渡邊 千晴 看護師
活動期間	令和6年7月 ~ 令和7年3月		3 佐藤 智恵子 看護師
リーダー名 (職種)	鈴木 智美 (看護師)		4 四家 里枝 介護職
活動回数	13 回		5 矢内 遥 理学療法士
			6 渡邊 菜月 作業療法士
			7 鈴木 真由美 リスクマネージャー

【現状把握】 2階病棟転倒転落インシデントの推移



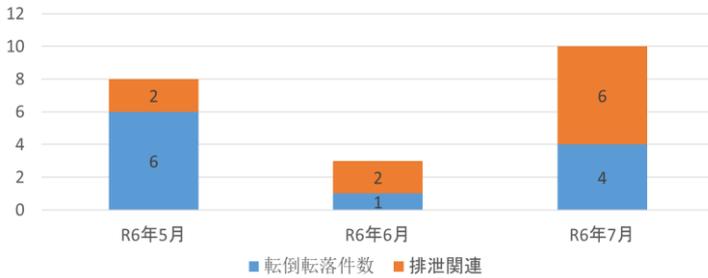
自立度の変化



過去5年間で転倒転落インシデントは減少傾向にあるがレベル3以上のインシデントが増加している

自立、ほぼ寝たきりの患者が減少し介護・見守りの患者が増加している

排泄に起因する転倒転落インシデントの割合

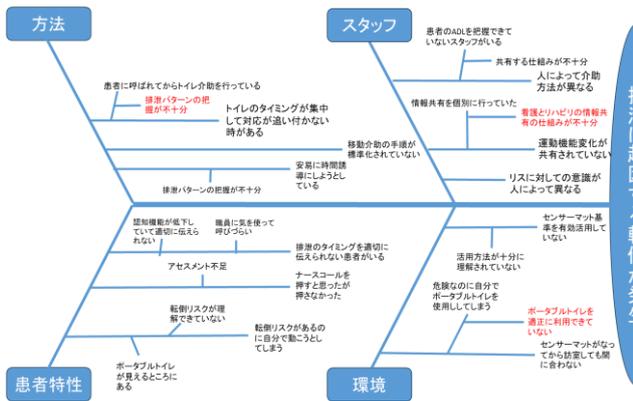


月平均3.3件の排泄に起因する転倒転落が発生している

【目標設定】

いつまでに	2025年1月
何を	排泄に起因する転倒転落インシデントレベル1以上件数を
どうする	月平均0件以内にする

【要因解析】



重要要因	検証方法	結果から分かったこと	判定
① 患者のADL変化を共有する仕組みが不十分	アンケート結果	・入院時計画立案時にADL評価が十分でなく排泄時の転倒リスクが見逃されている ・ADL変化時に計画が見直されていない	○
② ポータルトイレが適正に利用できていない	インシデントレポートの分析	介助を前提にポータルトイレを設置するがスタッフが呼ばずに転倒につながっているケースがみられる	○
③ 排泄パターンの把握が不十分	アンケート結果	排泄パターンが業務に活かされていない	○

【対策の立案と実施】

◎5点 ○4点 △2点 10点以上を採択

排泄に起因する転倒転落インシデントを減少させる	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	現実性	効果	点数	判定
	看護とリハビリで患者のADL変化を共有する仕組みが不十分	ADL変化の共有を個人で行うのではなく全体に共有する	全てのスタッフが同じように看護計画を立案する	運動機能変化時はカンファレンスで共有し排泄手段の変更を行う	◎	◎	◎	15	採
ポータルトイレが適正に利用できていない	ポータルトイレの利用基準を見直す	ポータルトイレの介助での使用は行わない	ポータルトイレを使用せずトイレへの誘導を行う	◎	○	◎	14	採	
排泄パターンの把握が不十分	患者から呼ばれる前に排泄パターンを活用して対応する	排泄パターンの見極めと情報共有を行う	排泄パターンに合わせた排泄誘導を行う	◎	○	◎	14	採	
			排泄パターンに合わせてリハビリの予定を立案する	○	◎	○	13	採	

【対策の立案と実施】

	実施事項	誰が	いつ	どこで	なぜ	どのように
1	運動機能変化時はカンファレンスで共有し排泄手段の変更を行う	看護師・リハビリスタッフ	運動機能変化時	病棟	運動機能の変化を全体で共有し計画を立案するため	カンファレンスを行い必要に応じて排泄手段を変更し看護計画を見直す
2	日中はポータブルトイレを使用せずトイレへの誘導を行う	看護師・CW・リハスタッフ	日中	病室	安全に排泄動作を行うために	ポータブルトイレの使用基準を見直す
3	排泄パターンに合わせた排泄誘導を行う	看護師・CW	排泄タイミング	病室	患者に呼ばれる前に排泄の介助をするため	排泄パターンに合わせて排泄タイミングを把握してトイレ誘導を行う
4	排泄パターンに合わせてリハビリの予定を立案する	リハビリスタッフ	リハビリ実施時	病棟	排泄の心配をせずにリハビリに集中するために	排泄タイミングに合わせてリハビリを予定しトイレでの排泄を行う

【運動機能変化時は朝のショートミーティングで共有 必要に応じてカンファレンスで排泄手段の変更】



- ▶ 一対一の情報共有だけでなく全体に周知
- ▶ カンファレンスにて計画の見直しを行う

【排泄パターンに合わせた排泄誘導を行う】



- ▶ 患者が動き出す前に声をかけて誘導を行えるように



【ポータブルトイレの利用基準の見直し】

- ・10分以上の座位保持ができる。
- ・片手支持での立位保持が1分以上可能
- ・方向転換が自立して可能
- ・排泄後にナースコールが確実にできる

ポータブルトイレは基本的に撤去

- ▶ ポータブルトイレは退院後使用予定の方の自立使用のみ
- ▶ その他はトイレへ誘導

【排泄パターンに合わせてリハビリの予定を立案】

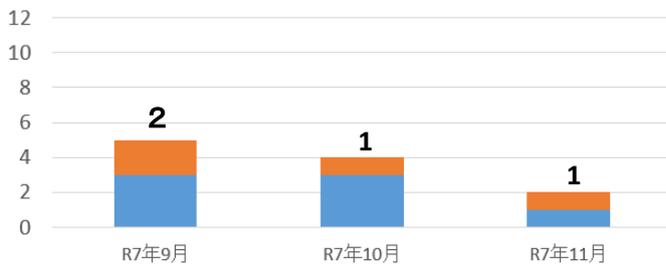


- ▶ リハビリも排泄パターンを活かした介入を実施

【効果の確認】中間評価

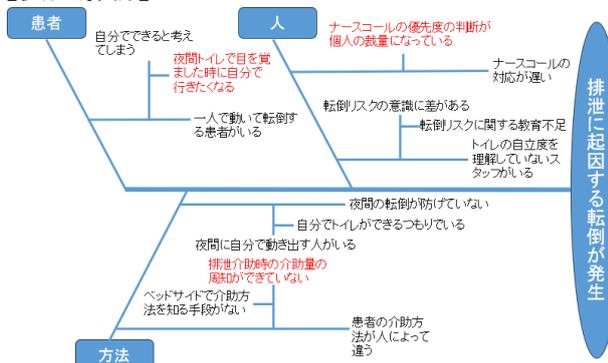
中間評価：2025年9月～11月

排泄に起因する転倒転落インシデントの割合



減少したが0には至らず

【要因解析】



重要要因	検証方法	結果から分かったこと	判定
④ ナースコールの優先度の判断が個人の裁量になっている	アンケート結果 ナースコール対応回数	結果から分かったこと ナースコール対応まで10回以上コールが鳴り続けることが多い ナースコール対応看護師が同じ看護師のことが多い ナースコール対応のためのPHSを持たないことがある ナースコール対応のために受持ち看護師を探さなければならない	○
⑤ 排泄介助時の介助量の周知ができていない	アンケート結果	結果から分かったこと 介助方法は電子カルテにしか記載されておらず病棟で確認できる手段がなかった	○
⑥ 夜間トイレで目を覚ました時に自分で行きたくなる	インシデントレポート	結果から分かったこと 期間中の排泄に起因する転倒は全件が一人でトイレに行こうとしたことが原因 5件中3件が当門時間に発生している	○

【対策の立案と実施】

排泄に起因する転倒転落インシデントを減少する	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	現実性	効果	点数	判定
	ナースコール対応が遅い	ナースコール対応についての指導	速やかなナースコール対応	部屋ごと担当制の変更 日中の記録は各担当の病室で行う	◎	◎	◎	15	採
	トイレ動作自立度に対するスタッフの共通理解が不足している	安静度や自立度変化を各スタッフが共有できるようにする	朝のミーティングやカンファレンスでの周知と情報共有	トイレ誘導患者の援助方法をピクトグラムで表示	◎	◎	◎	15	採
	夜間トイレで目を覚ました時に自分で行きたくなくなる	夜間のトイレに一人で行くのを防ぐ	夜間の覚醒を減らしタイミングを把握する	対象患者は全員22時までに排泄誘導してから就寝する	◎	○	◎	13	採

	実施事項	誰が	いつ	どこで	なぜ	どのように
5	速やかなナースコール対応	受持ち看護師	ナースコールが鳴った時	病室	5回以内の対応を行うため 同じスタッフがいつもナースコール対応をすることがないようにするため	病室ごとの担当看護師制とする 病室や病室近くにいることでスムーズなナースコール対応ができる
6	トイレ誘導患者の援助方法をピクトグラムで表示	受持ち看護師	入院時ADL変化時	病室	各患者のトイレ誘導とトイレ動作方法を共有するため	トイレ誘導が必要な患者に対してピクトグラムでの表示をして分かるようにする
7	対象患者は全員22時までに排泄誘導してから就寝する	看護師・CW	夜勤帯	病室	夜間の排泄タイミングを合わせる	就寝前に一度トイレに誘導し、その後はラウンドで覚醒していたら排泄誘導する

【担当看護師制への変更】

- 担当看護師・副担当看護師・CWを病室ごとの担当とする
- 週間勤務表での担当チームの提示

【スムーズなナースコール対応】

- 受持ち看護師は看護記録など担当の病室で実施する
- 担当病室の対応は自分自身で行うことを原則とする



【トイレ誘導とトイレ動作の方法】



ベッドサイドにピクトグラムを表示することで、トイレ誘導やトイレ動作の援助方法が分かるようにした

【対象患者は22時までに排泄誘導してから就寝する】

- 認知機能、運動機能、普段の行動から注意が必要な患者を選出
- 就寝前に排泄誘導を行い次に覚醒するタイミングを把握

【夜間覚醒しているときは排泄の誘導を行う】

- ラウンド時に覚醒している場合は排泄誘導してから就寝を促す

【効果の確認】無形効果

- 入院時・状態変化時のアセスメントスケール使用と計画の見直しができるようになった
- ナースコール5回以内での対応ができるようになった
- センサーマット使用基準・センサーマット解除基準に沿って正しく評価することができるようになった

【効果の確認】

発生0件 目標達成
最終評価：2025年1月

【効果の確認】波及効果



【標準化と管理の定着】

【反省と今後の進め方】

	実施項目	誰が	いつ	どこで	なぜ	どのように
標準化	トイレ誘導患者の援助方法をピクトグラムで表示	排泄委員	1回/半年	病棟	ピクトグラムの使用状況の確認	排泄マニュアルに追加見直しを行っていく
教育	起床前の排泄誘導と夜間覚醒時の対応の統一	看護部長	1回/1年	病棟	排泄の誘導を定着するために	看護基準を変更し見直しを行う
教育	排泄行動に絡んだインシデントの振り返り	リスク委員	インシデント発生時	スタッフステーション	インシデント要因を探るため	カンファレンス時などのインシデント要因を探るためにKYTを行う
管理	運動機能変化時のカンファレンスを伴う看護計画の実行確認	リスク委員	1回/月	スタッフステーション	計画の変更を確認するため	運動機能変化時のカンファレンスが適切に行われているか確認
管理	排泄パターンの変化が看護計画に反映されているか確認	看護部長・主任・記録係長	1回/月	スタッフステーション	実施状況を確認するため	他看護室において計画の確認を行っていく
管理	ポータブルトイレの使用状況を確認	排泄委員	1回/月	病棟	ポータブルトイレの使用状況を確認する	排泄ラウンド時にポータブルトイレの使用状況を確認する
管理	排泄パターンに合わせてリハビリの予定を立案する	リハビリリーダー	1回/月	スタッフステーション	スケジュールの確認	リハ部門においてリハビリの予定に排泄パターンが取り入れられているか確認

	良かった点	悪かった点	今後の課題
テーマの選定	排泄に起因する転倒転落に対する意識の強化ができた	なし	対策の継続
現状の把握	地域包括ケア構想における転倒転落に対する現状を把握することができた	夜間の転倒に着目するまでに時間がかかった	転倒転落の要因分析の継続
目標設定	転倒転落を減少させようという意識を可視化することができた	スタッフ全員に目標値を周知するのに時間がかかってしまった	排泄に起因する転倒転落だけでなく要因分析を行っていくことでさらに件数を減少させる
要因分析	特定要因の作成により普段見えてこない真の要因を導き出すことができた	なし	今後も転倒転落の要因を分析していく
対策の立案と実施	要因からの対策を立案することができた	対策の周知に時間がかかった	対策の継続
効果の確認	目標が明確であったため評価がしやすかった	なし	目標達成のための対策の継続
標準化と管理の定着	排泄行動に対する意識の向上につながった	なし	速やかなナースコール対応の継続

演題名	ヒヤリハット分析から業務改善への取り組み		
施設名	ひまわり在宅サポートグループ 中央介護支援センター	ふりがな 発表者(職種)	あずみ とおる 安住 亨 (ケアマネジャー)
ふりがな チーム名	しーけーせぶん CK7		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	居宅介護支援事業における、ヒヤリハット報告が多かった提供票関連の業務改善への取り組み。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 提供票関連のヒヤリハットミスの件数 (目標値) 令和7年2月～4月の実証期間中にミスをゼロにする		
実施した対策	<ul style="list-style-type: none"> ・提供票作成時の作業工程の簡略化、見直し。 ・職員のコンディションに配慮した声かけサポートの実施。 		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 提供票関連のミスが1か月平均4～5件あった。 (実施後) 実証期間の2月～4月まで3か月継続して0件となった。		
歯止めと 標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・作業工程でのミスを無くす為に全員で検討会を開催。 ・ヒヤリハット報告の原因分析を行う為に検討会を開催。 ・職員同士で良いコンディションを維持する為の声掛け。 		
活動の種類 ※複数選択可	①職場単位の活動 ②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 安住 亨 ケアマネジャー
活動の場 ※複数選択可	②支援部門 ④その他		2 木原 千恵 ケアマネジャー
活動期間	令和6年12月 ～ 令和7年5月		3 村田 志保子 ケアマネジャー
リーダー名 (職種)	安住 亨 (ケアマネジャー)		4 山田 麻美 ケアマネジャー
活動回数	11 回		5 後藤 聖子 ケアマネジャー
			6 齋藤 千恵美 ケアマネジャー
			7 高橋 みさ子 ケアマネジャー
			8 佐藤 恵美 看護師
			9 佐藤 俊之 介護福祉士



「ヒヤリハット分析から 業務改善への取り組み」



チーム名
「CK7」
中央介護支援センター
O 女性 菅 水原千恵
村田由美子 山田美穂
後藤聖子 高橋みよ子
齋藤千恵美
佐藤忠高 (看護師)
佐藤俊之 (介護福祉士)

テーマの選定



テーマ 「ヒヤリハット分析から 業務改善への取り組み」

テーマ選定の理由

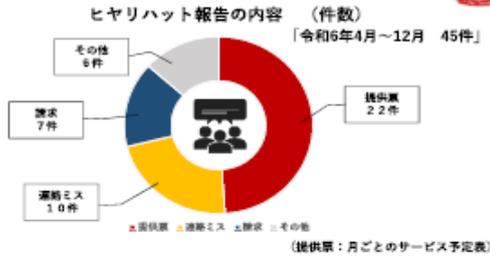


	重要性	緊急性	現実性	方針	合計
ヒヤリハット	3点	3点	2点	3点	11点
事故防止	3点	3点	2点	2点	10点
残業時間の削減	2点	2点	2点	2点	8点

活動計画の作成



現状の把握

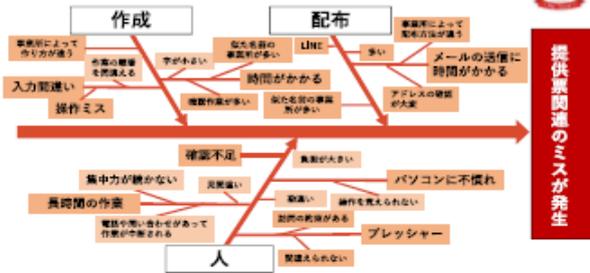


目標の設定

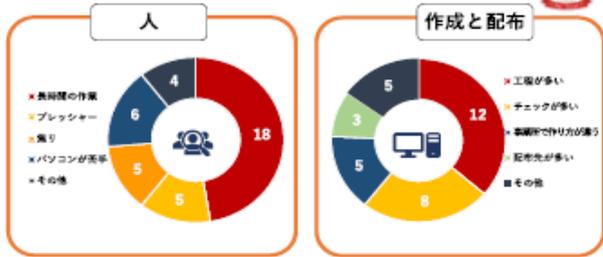


令和7年5月までに
『提供票関連のヒヤリハット報告を
ゼロにする』

要因の解析



要因解析



対策の検討

	人	作成と配布
作業工程が多い	◎	◎
パソコンの操作	○	△
長時間の作業	◎	○

対策の検討

ケアマネジャーとの連携に顔の見える関係が重要

職員のコンディションも大切

毎月、顔を合わせるケアマネジャーの方が印象に残り、頼みやすい

対策の検討

タイムリーな空き状況が確認できる

利用者の状況を確認できる

紙代が

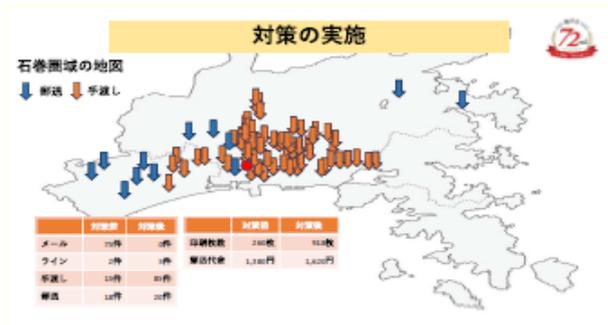
マーケティングができる

普段の訪問のついでに渡す

対策の実施

作成	配布
PDFで提供票を作る PDFを作成する事業所をチェック PDF作成 フォルダに仕分け フォルダごとの事業所 複数の提供票を送る事業所 ラインワークスで送る事業所	メールを送る 内容を確認 文章を推敲 宛先を確認 ファイルを添付 添付したファイルを確認 ラインワークスで提供票を送る 送付するファイルを確認
印刷で提供票を作る 印刷で作成する事業所をチェック 印刷 郵の目録が入っていないか 事業所と利用者に関連しないかチェック 事業所毎にクリアファイルに仕分け	郵送 宛先、費用月で分ける 宛先と提供票が揃っているかチェック 手渡し 地区別で提供票を分ける 津波、藤井、中尾、山下、河内、矢本 事業所を訪問

作業時間が 平均3時間半 → 1時間半



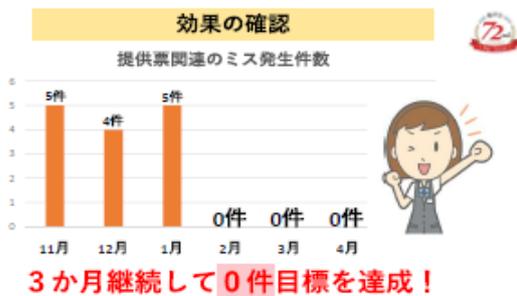
対策の実施

コンディションの管理

休憩しよう

集中して！

電話は私が出るわ



効果の確認

手渡しの際にマーケティングや情報共有を行ったことで新規の相談元が増えた！

病院 包括支援センター

病院 包括支援センター
有料老人ホーム
福祉用具事業所
訪問介護事業所

標準化と管理の定着



	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	提供票作成の	ミスをなくす為	全員	3ヶ月毎	事務所で	検討会を開催
教育	ヒヤリハット報告の	原因分析をする為	全員	毎月	事務所で	検討会を開催
管理	職員のコンディション	維持する為	全員	適宜	事務所で	声掛けをする

反省と今後の課題



ステップ	良かった点	悪かった点
テーマの選定	着眼点良かった	テーマ選定まで時間を要した
活動計画の作成	活動計画に沿って行えた	なし
現状の把握	ミスの傾向に気付けた	区分の分類に時間を要した
目標設定	職員全員で共有できた	なし
要因の解析	要因を職員で共有できた	データグラフ作成に時間を要した
対策の検討と実施	多職種と連携できた	なし
効果の確認	計画通り実施できた	なし
標準化と管理の定着	標準化に繋がる活動になった	数値化できない

反省と今後の課題



「良かった点」

- ・作業時間が減り時間に余裕ができた
- ・提供票を手渡しにすることでマーケティングも行え3か月連続で新規の紹介があった



- ・声掛けされることで自分の状態を客観的に見られた



反省と今後の課題



「今後の課題」

- ・より効率的な作業工程を検討していく
- ・お互いのコンディションに気を配ることを習慣化していく



ご清聴ありがとうございました



演題名	人材育成 BLS実践研修		
施設名	ねりま健育会病院	ふりがな 発表者(職種)	もりもと えみ 森本 恵美 (看護師)
ふりがな チーム名	びーえるえす ちーむ BLS TEAM		
分類	②安全の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	看護部教育に関するアンケートにおいて、急変対応に対する不安や研修開催の要望が多かった。また、知識確認テストでは高得点が多数なのに対して、BLSの理解度について自己評価が低いスタッフが多く、現場の声を活かした実践型の研修を開催する必要があると考えた。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 実践形式のBLS研修を (目標値) 2024年度病院看護師参加率100%		
実施した対策	①キックオフミーティング 役職者会議にて、看護部アンケート結果を踏まえて研修方法を協議 ②所属部署を越えてのシュミレーション研修の企画 BLSの知識・方法に加えて、院内システムも理解できるよう準備 ③事前学習課題の準備・発信と研修用資料の作成 ④指導者マニュアル・チェックリストの作成、参加リストの作成・日程調整 ⑤実践型研修の実施		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 72%の看護師が、急変対応に不安と回答していた (実施後) 有形効果では病院看護師研修参加率100%を達成できた。また、無形効果として研修参加後アンケートで92.2%の看護師が、急変に対する不安が軽減したと回答した。波及効果として、研修後発生したコードブルーの対応で、「不安なく対応できた」と前向きな意見がでた。また、看護部以外からも研修の希望が聞かれ、多職種混合の研修開催ができた。		
歯止めと 標準化	○標準化 急変に当たっても全看護職員が、不安なく迅速に対応できるために、年間で1回、院内BLSシュミレーション研修をシステム化 ○教育 全看護職員が急変に当たっても初期対応が不足なく出来るために年間1回研修に参加 ○管理 看護部役職者が、指導者側が誰であっても、同内容・同レベルの研修が実践できるようにBLS研修の企画運営を1週間毎の部門会議で確認・共有する		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 森本 恵美 看護師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門		2 土屋 光平 看護師
活動期間	2024年7月 ~ 2025年4月		3 佐藤 裕太 看護師
リーダー名 (職種)	森本 恵美 (看護師)		4 東山 大士 医師
活動回数	40 回		5 大石 浩行 介護福祉士
			6 馬場 達也 理学療法士
			7 松本 優貴 作業療法士
			8 三浦 まゆみ MSW

現状把握 1

これまでの急変対応の研修

Eラーニングによる学習
Googleフォームを用いた知識確認テスト

コロナ対策による感染管理

所属を跨いでの実践研修の制限

実践型研修から知識確認研修の傾向



現状把握 2

【希望する研修のアンケート】

急変対応に自信がない
研修をやしてほしい
急変対応の勉強をしたい

アンケートの回答数、36件のうち9件
4分の1が急変対応の研修を希望！！



現状把握 2

【急変時の対応】知識テスト後のアンケート

イメージトレーニングになった
これを元に実践したら身につくと思う、一連の流れを知りたい



テストを実施したことで、分からないことを自覚した。勉強する必要性を感じた。
忘れていた内容があり、振り返りの必要性を感じた。

いざとなると慌ててしまいうる。実践研修があると

急変に対する不安

急変対応や院内BLSに対する研修希望が多かった

現状把握 4

③現在のご自身のBLSに関する理解を、数字で表してください（理解が高い方が10、低い方が0）
正解 20/72件

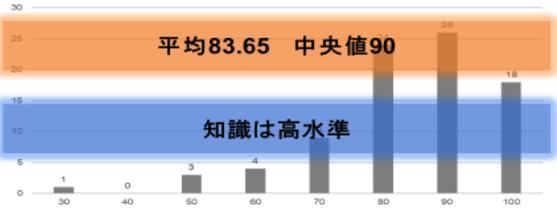


現状把握 3

BLS知識確認テスト

平均83.65 中央値90

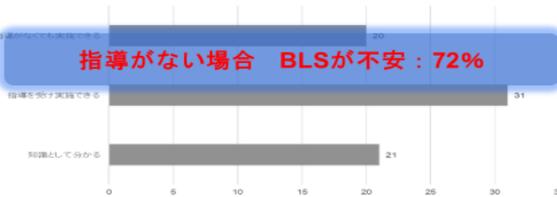
知識は高水準



現状把握 5

BLSについて、現在のご自身の知識について

指導がない場合 BLSが不安：72%



知識は高水準だが大多数が不安
現状の研修体制では不安除去に繋がらず
内容が不十分である事を確認

目標設定

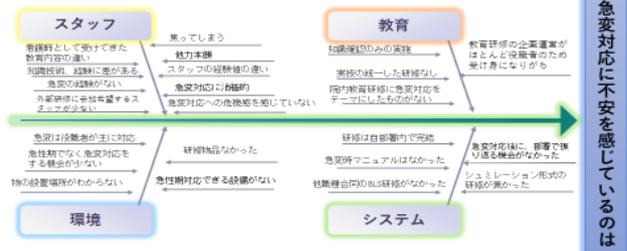
何を	実践形式のBLS研修を
いつまでに	2024年度中に
どうする	病院看護師の研修実施率100%にする！



活動計画

プロジェクト	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	使用ツール
テーマ設定 活動計画 計画管理	香藤 敬祐	→									マトリックス図
現状把握	佐藤 土星 森本 貴志	→									グラフ
要因解析	藤部 隆	→									特性要因図
対策の検討と実施	塩野 隆	→	→	→	→	→	→	→	→	→	マトリックス図
効果の確認	前田 安田	→	→	→	→	→	→	→	→	→	グラフ
標準化と管理定着	土星 森本	→	→	→	→	→	→	→	→	→	マトリックス図

要因解析



重要要因の検証：スタッフ

- 既卒入職者が多く、受けてきた教育内容に個人差が多い
知識・技術の経験値の差
- テスト上の点数は高く知識としては理解しているが不安
急変対応の機会が少なくイメージがつかにくい
いざ急変発生時、消極的な傾向 / 管理者メインの対応
- 外部研修経験者が少ない
実践型研修を受けた経験がない

真因

重要要因の検証：環境

- 前職場と物品の種類が違う
前職場とベッド周囲の環境が違う
前職場と院内の構造が違う
- 研修を実践するための教材の利用方法の認識ができていない
実践研修を実施するための資材 (AED) がなかった
- 急変発生時の状況、急変場面を見る機会、知る機会が少ない
- オリエンテーション・OJT・レンタル・環境の慣れ：解決可能

重要要因の検証：教育

感染対策もあり実践実践交流研修から机上課題・知識確認の研修主体
院内で統一した実践形式のBLS研修がなかった

真因

部署を超えた看護部交流研修が少ない傾向
実践形式の研修開催による自己評価、他者評価機会が少ない

職員アンケートによる職員が希望する研修企画が薄い
研修企画・開催が役理者主体
研修参加に対し自主参加型ではなく受け身の傾向

スタッフにフィットした教育体制の整備が必要

重要要因の検証：システム

マニュアルの定期更新と見直し
マニュアルが整備できている

真因

休日・夜間も当直医が在勤している
コードブルーのシステム化・明文化

急変時の応援と連携体制のオリエンテーション・システム化
連携・応援体制としてインカムでの連絡ツール確立

病院としての急変時対応のシステム化はできている

対策の立案

◎5点 ○3点 △1点 ×0点

重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	効果	評価
希望にフィットした教育体制の整備	研修案・内容の企画			◎ ○ △	9
実践型院内BLS研修	看護部交流型実践研修開催			○ ○ △	7

対策の実施

誰が	いつ	どこで	何を	どうする
希望にフィットした教育体制の整備	TQMメンバー	9~11月	看護部会	研修案・内容 企画・運営
実践型院内BLS研修	看護部Ns.CW 全員	11~3月	病棟	看護部交流型実践形式研修 開催

対策の実施1

キックオフミーティング

毎週：看護部役職者会議
職員の希望・求めている研修研修方法について協議



シュミレーション研修の企画の作成

所属部署を超えた人員構成でのシュミレーション研修の企画
BLSに加えて院内システムも理解できるよう準備



対策の実施2

限られた時間での研修に備えて

BLSの基礎知識
当院の急変システムについて



BLS基礎知識・急変システム事前課題準備

スムーズな研修遂行の為



研修用資料作成

対策の実施3

統一した研修ができるように

【指導者】準備・進行Memo
2024年11月15日(木) 14:00~15:00
2024年11月16日(金) 14:00~15:00
2024年11月17日(土) 14:00~15:00
2024年11月18日(日) 14:00~15:00
2024年11月19日(月) 14:00~15:00
2024年11月20日(火) 14:00~15:00
2024年11月21日(水) 14:00~15:00
2024年11月22日(木) 14:00~15:00
2024年11月23日(金) 14:00~15:00
2024年11月24日(土) 14:00~15:00
2024年11月25日(日) 14:00~15:00
2024年11月26日(月) 14:00~15:00
2024年11月27日(火) 14:00~15:00
2024年11月28日(水) 14:00~15:00
2024年11月29日(木) 14:00~15:00
2024年11月30日(金) 14:00~15:00
2024年12月1日(土) 14:00~15:00
2024年12月2日(日) 14:00~15:00
2024年12月3日(月) 14:00~15:00
2024年12月4日(火) 14:00~15:00
2024年12月5日(水) 14:00~15:00
2024年12月6日(木) 14:00~15:00
2024年12月7日(金) 14:00~15:00
2024年12月8日(土) 14:00~15:00
2024年12月9日(日) 14:00~15:00
2024年12月10日(月) 14:00~15:00
2024年12月11日(火) 14:00~15:00
2024年12月12日(水) 14:00~15:00
2024年12月13日(木) 14:00~15:00
2024年12月14日(金) 14:00~15:00
2024年12月15日(土) 14:00~15:00
2024年12月16日(日) 14:00~15:00
2024年12月17日(月) 14:00~15:00
2024年12月18日(火) 14:00~15:00
2024年12月19日(水) 14:00~15:00
2024年12月20日(木) 14:00~15:00
2024年12月21日(金) 14:00~15:00
2024年12月22日(土) 14:00~15:00
2024年12月23日(日) 14:00~15:00
2024年12月24日(月) 14:00~15:00
2024年12月25日(火) 14:00~15:00
2024年12月26日(水) 14:00~15:00
2024年12月27日(木) 14:00~15:00
2024年12月28日(金) 14:00~15:00
2024年12月29日(土) 14:00~15:00
2024年12月30日(日) 14:00~15:00
2024年12月31日(月) 14:00~15:00



所属部署を超えた合同研修の為に



指導者マニュアル、チェックリストの作成

参加者リストの作成、日程調整

対策の実施4

出来るだけ、実際の急変場面を想定できるよう
病棟カンファレンス室を病室に見立て
胸骨圧迫が行えるシュミレーション人形
当院採用のものと同じ規格の訓練用AEDを準備



よりリアルな研修にするため

中間評価（開始後1週間）

1週間研修実施後のフィードバック

- ① AEDの実施まで行えなかった
- ② 指示だし、役割分担等が出来ていない
- ③ 参加者のコミュニケーション不足
- ④ 部署により物品の位置に違いがある
- ⑤ 事前準備負担・時間調整難渋
- ⑥ 指導者の偏り
- ⑦ 観察点の統一
- ⑧ シフトにより、スタッフが研修に参加できない
- ⑨ 予定外の欠員で研修開催できなかった

このままでは研修参加率70%

対策の修正が必要

対策の立案

◎5点 ○3点 △1点 ×0点

重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	効果	評価
希望にフィットした教育体制の整備	研修案・内容の企画	1 事前の会場設置で時間を確保 2 研修前に自己紹介等で仲を深める 3 資料に病棟マップ追加 4 1と同時対策 5 副主任以上が指導者するよう調整 6 観察項目をリストアップし 指導者側の標準化		◎ ○ △	9
実践型院内BLS研修	看護部交流型実践研修開催	7 時間を2パターン作成 8 7と同時対策		○ ○ △	7

二次対策

事前の会場設置で時間を確保

研修時間にスタート・時間内に終了



二次対策

研修前に自己紹介等で仲を深める

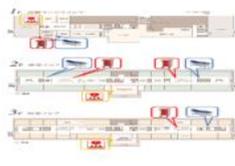
スムーズな連携・声掛けになった



二次対策

資料に病棟マップ追加

自部署以外の物品配置を可視化



二次対策

副主任以上が指導者するよう調整

指導者の増加に伴い、研修実施可能日増加
スタッフが参加可能日も拡大



二次対策

観察項目をリストアップし
指導者側の標準化

AEDやBLSの手順をチェックリスト化し、
統一した視点で指導できるようにした

指導者からの問い合わせ事項

- コードブルーの番号は？
- 当施設のアED救命カート、ストレッチャー設置場所は？
- 当施設経路の番号は？
- 看護管理日誌の番号は？
- 当施設に備わった薬品、薬剤科から取り寄せる救命カート内の物品は？
- 球嚥導管、一通りで通りますか？
- ベッドのヘッドボード、外は通りますか？
- 非常時の内呼から救急隊、呼べますか？
- 搬送依頼書がけますか？



時間を2パターン作成

15:30~16:00枠を追加
時短勤務のスタッフも業務時間内に
参加可能となった

Schedule

Monday - Friday
15:30~16:00
Saturday
外来枠

有形効果

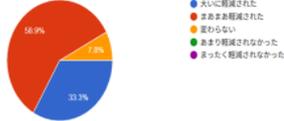
看護部研修参加率
100%達成！！



無形効果



2) BLS研修に参加して、急変への不安が軽減されました
10名の回答



92.2%のスタッフの不安が軽減した！！

波及効果

研修後に2度のコードブルー発生

研修通りの迅速な対応
部署を超えた連携

不安なく初期対応が出来た



他部門からの関心、研修希望があり
外来職員中心とした他職種バージョンでの
シュミレーションも実施できた



全職種対象の院内BLS研修を企画

標準化と管理の定着

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どのように
標準化	BLS実践研修を	急変に当たっても不安なく迅速に対応できるために	全看護職員	年間で1回	部署	院内BLS実践研修をシステム化
教育	BLS実践研修を	誰が急変に当たっても、初期対応が不足なく出来るために	全看護職員	年間で1回	部署 研修	院内BLS実践研修に参加する
管理	BLS研修の企画運営を	指導者側が誰であっても、同内容・同レベルの研修が実践できるように	看護部役員 者が	1週間毎	部門会議で	共有の資料を用いて、研修の指導方法を確認・共有する

反省と今後の課題

手順	良かった点	悪かった点	今後の進め方
テーマ選定	BLSに対して重要課題である事が認識付けできた事	テーマ選定までに時間を要した	早期にテーマ選定を行う
現状把握と目標の設定	多くのスタッフがBLSに対する不安がある事に気づく事が出来た	テーマ選定に時間を要し、現状把握の時間を余裕を持って確保出来なかった	早期にテーマ選定を行う 短期間での現状把握方法の構築
活動計画の作成	職員それぞれの役割が明確になった	一部研修通りに活動が出来なかった	担当者間で共有しフォローしていく
解析	全員の考えを共有することができた	なし	引き続き現状の問題を把握
対策の検討を実施	研修を重ねていく間に不具合ある点を修正していくことができた。	時間配分、指導者側の負担等 最初期の研修は不具合が主していた。	最終版での研修方法を基盤とし 他職種職員以外でも理解できる内容にしていく。
効果の確認	コードブルー発生時に不安なく、迅速な対応に繋がった。 他職種からも要望の声が上がリ、研修実施に至った。	なし	態度や知識は強化しないように 継続した研修の実施。
標準化と管理の定着	毎年の教育計画（院内全体研修）に 導入となる	院内BLS研修の標準化が出来ていない	院内BLS研修の企画 全スタッフ対象で研修の実施

演題名	各職種の専門性を活かした在宅復帰支援をめざして ～LSねりまととしてのチームアプローチの振り返りと体制見直し～		
施設名	ライフサポートねりま	ふりがな 発表者(職種)	くぼ あさみ 久保 麻美 (介護福祉士)
ふりがな チーム名	さぼーとしたい サポートし隊		
分類	⑤質管理システムの構築をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	超強化型老健の役割として在宅復帰支援は重要であるが、支援方法について不安を感じている職員がいることがわかった。そこで、各職種の専門性を最大限に発揮するための多職種連携の環境整備や取り組みが必須であると考え、在宅復帰支援ができる職員の育成をテーマとした。		
改善の指標と その目標値	(指 標)在宅復帰支援について取組のわからない職員数 (目標値)在宅復帰支援についてどこまで取り組めばよいかわからない職員をゼロにする		
実施した対策	①プライマリーをもつNs・Cw・Thに、在宅復帰支援における各職種の専門性・役割に関する勉強会を実施 ②職種別の在宅復帰支援マニュアルの作成 ③在宅復帰支援のための情報共有の方法を統一化・共有のためのシステム作成		
改善指標の 対策実施 前後の変化	在宅復帰支援において、プライマリーとしての取り組み方がわからない職員が (実施前) 8名 (実施後) 0名		
歯止めと 標準化	標準化1 職種別マニュアルを病棟のマニュアルに追加・修正 標準化2 他職種が得た情報を共有できるフォーマットを追加・修正 管理 各プライマリーが行う在宅復帰支援についてアンケートで理解度を確認、カンファシートや目標とケアプランの確認 教育 在宅復帰支援の勉強会の資料について追加・修正と資料に基づき個別に指導		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 久保 麻美 介護福祉士
活動の場 ※複数選択可	④その他		2 大石 浩行 介護福祉士
活動期間	2025年3月 ～ 6月		3 青山 泰士 介護福祉士
リーダー名 (職種)	久保 麻美 (介護福祉士)		4 山下 裕子 看護師
活動回数	12 回		5 横山 綾香 看護師
			6 前田 竜一 看護師
		7 田村 良子 理学療法士	
		8 金澤 尚大 理学療法士	
		9 小笠原 尚和 理学療法士	
		10 上井 遥 作業療法士	

各職種の専門性を活かした 在宅復帰支援をめざして

～LSねりまとしてのチームアプローチの振り返りと体制見直し～

大泉学園複合施設 介護老人保健施設 ライフサポートねりま
 チーム名) サポートし隊
 メンバー) ケアワーカー@久保 大石 青山
 看護師 山下 横山 前田
 理学療法士 金澤 田村 小笠原
 作業療法士 松下

【テーマ選定・背景】

【テーマ選定と背景】

大泉学園複合施設での2025年度の大きな取り組み
 →チームビルディングの実践
 チームビルディングとは？
 組織の目標を達成するためにチーム内で個々の能力を最大限に発揮するための環境整備や取り組みのこと

(定義) 介護老人保健施設とは

* 心身の機能の維持回復

* 居宅における生活を営むことができるようになるための支援が必要

(介護保険法第9条第28項一部抜粋)



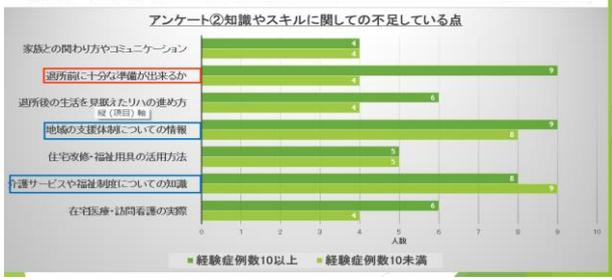
* 当施設では在宅復帰支援の取り組みが重要
 チームビルディングとして
 各職種の専門性を最大限に発揮すること
 多職種連携の環境整備や取り組みが必須

【現状把握】

【現状把握】在宅復帰支援に対するアンケート調査結果



【現状把握】在宅復帰支援に対するアンケート調査結果



【目標設定】

【目標設定】

いつまでに	2025年5月末までに
何を	在宅復帰支援について 何から取り組めばよいか分からないスタッフを
どうする	〇にする

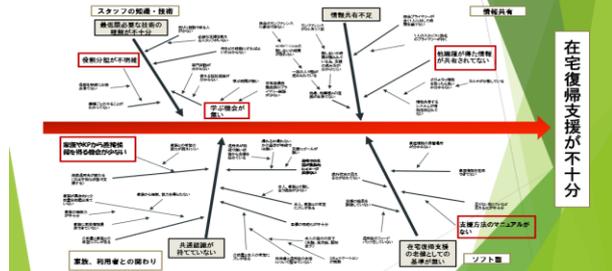
在宅復帰支援方法がわかる

・目標や課題に対するアプローチが明確になる
 ・チーム内での情報共有や議論が活発になる

・在宅復帰率の向上
 ・利用者や家族の満足度が上がる

【要因解析】

【要因解析】



【重要要因検証】

【要因解析のまとめ】

- ① 役割分担が不明確
- ② 学ぶ機会がない
- ③ 他職種が得た情報が共有されていない
- ④ マニュアルがない
- ⑤ 家族やキーパーソンから直接情報を得る機会がない

【重要要因の検証①】 職種ごとの役割は明確ですか？

重要要因	検証方法	判定
① 役割分担が不明確	アンケート	○

職種ごとの役割が明確ではない (50%)

全職種のがわかる (17.9%)
全職種のがわからない (14.3%)
自分の職種がわかる 他職種がわからない (46.4%)
自分の職種も他職種もわからない (3.6%)
やることはわかるが他職種の進行状況がわからない (2.7%)
他職種の進行状況はわかるが自分の行動がわからない (10.35%)
多職種の関わり方に違いがあり すり合わせができない (21.4%)
どの部分を協力しあえばよいかわからない

役割分担が不明確であることが明らかとなった

【重要要因の検証②】 在宅復帰支援について学ぶ機会がありましたか？

重要要因	検証方法	判定
② 学ぶ機会がない	アンケート	○

「学ぶ機会がない」が42.9%

養成施設 (就職前) にて体験 (実習含む) あり (41.3%)
養成施設 (就職前) にて体験のみあり (41.3%)
養成施設 (就職前) では学ぶ機会なし (10.7%)
院内研修や体験あり (10.7%)
在宅復帰支援関係の研修会に参加 (10.7%)
在宅復帰支援関係の研修会がわからなく不参加 (10.7%)
院内在宅復帰推進スタッフから学ぶ機会が得られる (7.2%)
在宅復帰支援関係者が少ない (7.2%)
在宅復帰支援推進を教えるスタッフが少ない (7.2%)
学ぶ時間がない (7.2%)
そもそも何を学んだらよいかわからない (2.7%)

3病棟の教育委員会での巡回支援関係研修は全体では過去5年間未実施 (2018年に看護部8名実施のみ)

【重要要因の検証③】 他職種が得た情報の共有はされていますか？

重要要因	検証方法	判定
③ 他職種が得た情報が共有されていない	アンケート	○

「多職種が得た情報の共有がされていない」78.6%

共有するための保管場所や記載場所が明確 (13.8%)
カルテ記載場所多岐多岐 情報収集が難しい (10.3%)
共有するための話し合いの機会が少ない (7.9%)
自分の情報しかわからない (14.3%)
入所時の情報はわかるがその後の変更などがわかりにくい (17.6%)
情報を得る場所が広範囲で わかりにくく労時間がかかる (10.3%)
情報の連携がかりにくく共有しにくい (15.5%)

【重要要因の検証④】 在宅復帰支援についてのマニュアルは見たことがありますか？

重要要因	検証方法	判定
④ マニュアルがない	アンケート	○

「マニュアルを見たことがない」89.3%

マニュアルが保管されている場所を知っている (10.8%)
チェックリストをもとに巡回支援を進めている (8.0%)
自分の職種のみのマニュアルはある (17.1%)
多職種で共有するマニュアルがない (10.8%)
自分の職種のマニュアルがない (10.8%)
チェックリストはある (10.7%)

【重要要因の検証⑤】 家族やキーパーソンから直接情報を得る機会がありますか？

重要要因	検証方法	判定
⑤ 家族やキーパーソンから直接情報を得る機会がない	アンケート	○

「家族やキーパーソンから直接情報を得る機会がある」14.3%

家族やキーパーソンと連絡する機会あり (7.2%)
面会の時に話す機会あり (11.2%)
直接話をした職員からの情報の共有に乏しい (10.3%)
家族やキーパーソンに連絡する機会がない (14.3%)
直接連絡に限定せず、確認内容にエラーが出ることもあり (17.1%)
家族やキーパーソンとの連絡ができない (入所時のみ連絡可能) (10.3%)

「情報収集しにくいこと」が明らかになった

【対策の立案と実施】

【対策の立案】 ○5点 △3点 ×0点

合計13点以上を採用したため、①-⑤のすべての対策を採用した。

重要要因	一次対策	二次対策	実施状況	評価
① 役割分担が不明確	各職種の役割を理解できる	他職種の役割学ぶ	勉強会を行う マニュアルの作成	○ (11)
② 在宅復帰支援について学ぶ機会がない	在宅復帰支援について学ぶ機会を確保する	支援方法を学ぶ 教えられる職員を育成する	勉強会を行う マニュアルの作成	○ (11)
③ 他職種が得た情報を共有できていない	各職種が得た情報を共有できる	情報が記載されている場所を知る	各職種の記載内容や記載場所の共有 フォーマットの作成	○ (11)
④ マニュアルがない	マニュアルを活用し支援が円滑になる	職種別にマニュアルを作成する	勉強会の実施 保管場所の通知	○ (11)
⑤ 家族やキーパーソンから直接情報を得る機会がない	家族やキーパーソンから必要な情報を得られる	各職種が得た情報の保管場所を知る	記録のマニュアルを作成 記録方法・保管場所等	○ (11)

【対策の実施：マニュアル作成・周知】

- ・職種別マニュアルを作成 (Ns・Cw・Th)
- ・進捗状況がわかるようにチェックリストを作成

▶ CWマニュアル (一部)

目的: 在宅復帰支援の目的を達成し、患者様の安全・安心を確保し、スタッフの負担軽減を図る。

対象: 在宅復帰支援担当スタッフ (Ns, Cw, Th)。

内容: 在宅復帰支援の目的、役割、手順、注意点、評価方法。

▶ チェックリスト (一部)

目的: 在宅復帰支援の進捗状況を把握し、必要な対応を迅速に行う。

対象: 在宅復帰支援担当スタッフ (Ns, Cw, Th)。

内容: 在宅復帰支援の進捗状況、必要な対応、評価方法。

【対策の実施：勉強会】

- ・プライマリーを持つ職員 (Ns・Cw・Th) を対象に実施
- ・在宅復帰支援の基本について学び、各職種の役割を理解する
- ・在宅復帰支援について、指導できる職員の育成

○勉強会参加者の到達目標○

- ・各職種が自身の役割を認識する
- ・他職種の役割を理解する
- ・他職種間で情報を共有できる

【対策の実施：記録場所の周知・共有場所の統一】

- ・他職種が得た情報が収集できる場所の周知
- ・家族やキーパーソンから得た情報の記録場所を集約

▶ 入所1週間以内に確認する記録一覧

▶ 継続申し送り記入例

【記録の場所】

- 医師 入所面談・入所時記録 (2号用紙)・診療基礎情報
- SW 基本情報
- 2号用紙 (入所時のインテークは「他職」ではないので、「全」に記入してください)
- ケアマネ 2号用紙
- ケアマネのケアプランのコンファーマット (本人と家族の希望、方針)
- 2週間後 カルテ内のX2-巡回時サマリー
- 外部からの情報: 1. 医師の個人ファイル内の他職種の診療やプライマリー
- 入所当日CWC、Ns、Uの記録 (2号用紙)

【方針】

① 共通の記録: ① 共有し(共有)する。記録の仕方を見合わせるが、基本統一。

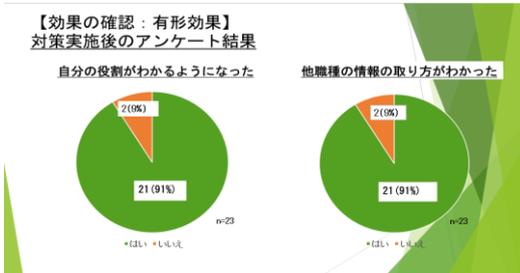
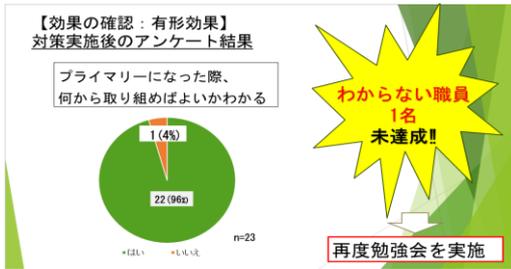
② 共有: ① 共有し(共有)する。記録の仕方を見合わせるが、基本統一。

③ 共有: ① 共有し(共有)する。記録の仕方を見合わせるが、基本統一。

④ 共有: ① 共有し(共有)する。記録の仕方を見合わせるが、基本統一。

⑤ 共有: ① 共有し(共有)する。記録の仕方を見合わせるが、基本統一。

効果の確認



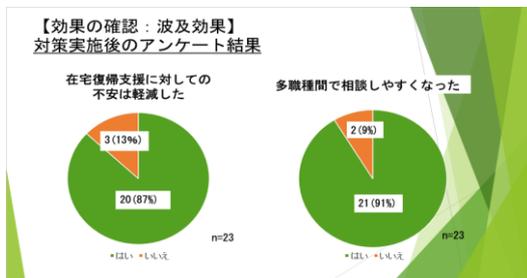
【効果の確認】無形効果

職員アンケートより

- 他職種の役割が理解できた
- 多職種での情報共有の重要性が理解できた
- 在宅情報をより明確に知る事ができるようになった
- プライマリー間でのかわり方をより密にしたい
- 自分からメンバーに呼びかけて話し合う機会を持ちたい
- プライマリー間で相談しやすくなった

➢ 電子カルテの共有部分への記載が増えてきている

【標準化と管理の定着】



職域	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
医師	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
看護師	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
臨床工学技士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
臨床検査技師	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
薬剤師	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
理学療法士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
作業療法士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
言語聴覚士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
臨床心理士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
社会福祉士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
介護福祉士	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築
その他	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築	在宅復帰支援の構築

【標準化と管理の定着】

【反省と今後の課題】

【反省と今後の課題】

手続	良かった点	悪かった点	今後の課題
テーマの選定	在宅復帰支援に関するプライマリーの不安をキャッチし活動として取り組むことができた	短期間で結果が出ずらいものだった	次のステップに向けた課題の抽出、テーマ選定を行う
現状把握と目標の設定	職種別だけでなく 経験年数・経験症例別の現状が把握できた	認知に曖昧な部分があり、分析しにくく時間がかかってしまった	認知内容をめいめい、今回の活動で取り扱えなかった課題の分析を行う
活動計画作成	個々の役割明確にし小グループに分けたことで、活動が進めやすく進捗状況も確認しやすかった	なし	活動期間を長くとするよう、計画的にチーム編成やMIGを行う
要因の解析	特性要因図作成後のアンケートにより 詳細な検証が行えた	重要要因となりそうなものすべてを取り上げることができなかった	取り上げなかった重要要因の検討を行う
対策の検討と実施	マニュアルを作成し、勉強会を小規模実施したことで反応をみながらえた基本事項を整理したことで 指導者となる職員にも再確認を促せた	全園に勉強会を実施するための日程調整が難航した	勉強会の資料をより分かりやすくする 応用段階の資料作成や勉強会を行う
効果の確認	対象者はプライマリーの役割の基本を理解できた	理由をアンケートで確認せず、不足点が明確にできなかった	知識が実践に活かしているかの確認方法を検討する
標準化と管理の定着	継続して行うことが整理された	なし	より高度な支援ができるチーム作り

【まとめ】

- 知識の確認や情報共有のシステム作りを行い プライマリー1人1人が責任を持って在宅復帰支援を行うベース作りができた
- 職種別に教育や相談できる環境を整えるだけでなく 他職種とも対等に話し合い相談できる人材育成が課題
- 多国籍チームであるため 言語だけでなく 文化的な側面からも理解し活躍できるようなフォロー体制の構築が必要

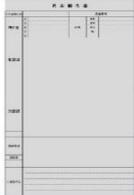


演題名	ご家族への報告書における品質向上の取り組み ～より伝わる・伝える報告を目指して～		
施設名	ライフケアガーデン熱川	ふりがな 発表者(職種)	いしい たかゆき 石居 孝幸 (営繕)
ふりがな チーム名	ういず ちゃっぴー With チャッピー		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	DXの活用をメインに考えたうえで、「親身な対応」に結びつくようなテーマを考えました。その中でも、ご入居者ご家族の満足度向上を目指したいとして、『ご入居者のご家族に送付する月次報告書の品質向上』をテーマとしました。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 別館職員がご家族向けに作成する報告書の満足度 (目標値) 「あまり内容が伝わっていない」と回答した職員の人数を7名から0名にする		
実施した対策	①看護、介護の作業分担の見直し ②日常の記録を利用して、報告書作成の時間を削減 ③AI、ChatGPTの活用 ④介護ソフト取り扱いの研修の実施		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 「あまり内容が伝わっていない」と回答した職員7名 (n=15名) (実施後) 「あまり内容が伝わっていない」と回答した職員0名 (n=15名) ご家族に思いが伝わる報告書になっているかという問いに対して、5名の職員が「そう思う」10名の職員が「やや思う」となった		
歯止めと 標準化	【標準化】DX、AIの活用方法を習得した職員がパソコン、スマホを利用できる場所で少しずつ技術を広めていく 【管理の定着】DX、AIの利用状況をTQMメンバーがパソコンの使用場所で報告書の作成をサポートしつつ利用状況を毎月確認 【教育】DXの活用事例をTQMメンバーが看護・介護課で日常的に利用する習慣をつけていく		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 岩崎 航太 総務 2 石居 孝幸 営繕 3 梅原 春美 准看護師 4 佐藤 麻里子 正看護師 5 竹内 司 ケアマネジャー 6 山崎 智弘 介護福祉士 7 佐藤 昌幸 介護福祉士 8 齋藤 美穂 介護福祉士 9 長谷川 千代 経理
活動の場 ※複数選択可	④その他 ②支援部門 ③管理部門		
活動期間	2025年2月 ～ 6月		
リーダー名 (職種)	岩崎 航太 (総務)		
活動回数	10 回		

【現状把握】

現状把握①

ご家族向けに発行している「月次報告書」とは



全ご入居者のご家族に向けて毎月郵送される、ご入居者の生活の様子や通院、治療などの記録が書かれている報告書

別館のご入居者約40名作成している

看護課、介護課が記入し、介護課チーフが校正した後、ホーム長が最終確認を行う

現状把握②

介護ソフト「ほのほの」とは



全ご入居者の毎日の記録を毎日記入する介護ソフト

看護課、介護課が毎日の出来事をiPadに記入していく

iPadに入力されたデータは2週間しか保持されず、過去のデータはパソコンで確認する

現状把握③

2025年 2月実施アンケート

看護・介護課の人数



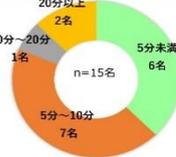
作業の負担感



現状把握④

2025年 2月実施アンケート

1名あたりの作成時間



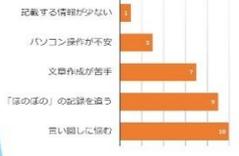
作成の問題点 (複数回答可)



現状把握⑤

2025年 2月実施アンケート

作成時の悩み事 (複数回答可)



ご家族に伝わる報告書になっているか



「ご家族に日々の様子が伝わる報告書になっているか」という問いに対して約半数(7名)の職員が「伝わらない」報告書を作っていると感じている。

【目標設定】

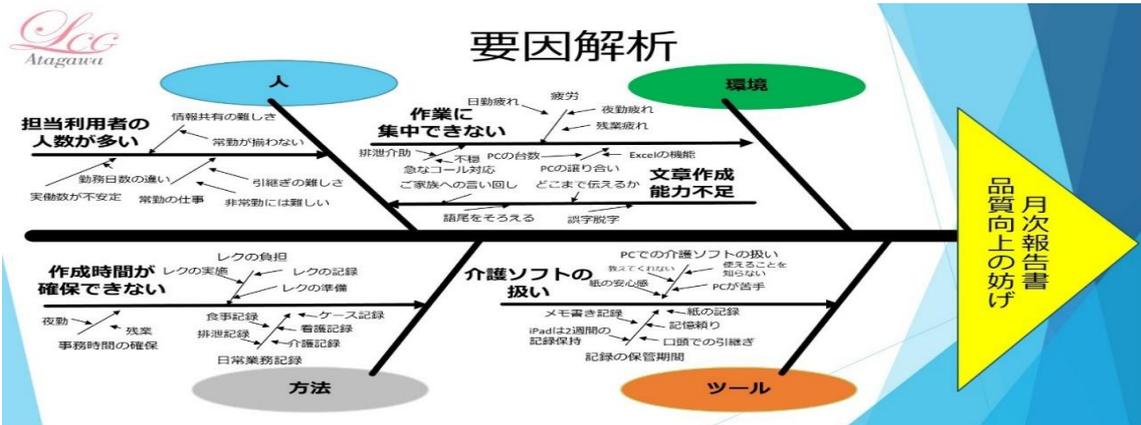
目標設定

◎いつまでに・・・ **6月中旬までに**

◎何を・・・ **別館 看護・介護課の月次報告書を**

◎どのように・・・ **報告内容に不満がある職員を7名⇒0名にする**

【要因解析】



【対策の立案と実施】

対策の立案と実施①

対策項目	なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
① 担当利用者の人数が多い	看護課の職員が少ない	看護課の記入する物販を	5月末までに	パソコン操作にて	看護介護	作業分担できるようにする
② 作成時間が確保できない	利用者1名に5分~30分ほど記入時間が必要	記入時間を	5月末までに	パソコン操作にて	看護介護	記入時間を短縮する
③ 文章作成能力不足	文章作成や言い回しに悩む職員が多い	記入方法を	6月末までに	パソコン操作にて	AIが	文章を生成する
過去の記録を参照することが難しい	介護ソフトの機能をよくわからない職員使用している職員が多い	介護ソフトに関する研修を	5月末までに	施設内で	事務	研修を行う

対策の立案と実施②

攻撃対象⇒ ① ② ④

- ① 新たに設定された「月次ボタン」を押してもらい、活用するための活動を行う
- ② 「月次」ボタンを押すことによって、Excel (.csv形式)の中から「月次報告書」に記載したい内容を探しやすくなることを伝える
- ③ 介護ソフト「ほのぼの」の機能を理解していただいたのち、Excel (.csv形式)にて出力をできるようにするこの作業によって、全入居者の1か月分のデータを一括で出力することができる

対策の立案と実施③

攻撃対象⇒ ① ② ④

介護ソフト「ほのぼの」の機能を理解していただくため、マニュアルを作成。そして、複数回にわたり「ほのぼの」の機能について研修会を実施。過去に記入したデータをExcel (.csv形式)にて出力できることを説明。

月次報告書 月の出力手順
まずは1ヶ月分の看護介護記録を出力します。

対策の立案と実施④

攻撃対象⇒ ① ② ④

1か月の中から「月次」を抽出することで、普段と違う様子を探し出すことができるようになる

このスライドはダミーデータです

対策の立案と実施⑤

攻撃対象⇒ ① ③

文章作成能力を補うために、チャットGPTの活用を提案職員に配布されているスマートフォンにアプリを入れて各職員で操作してみるよう促してみました...

初めまして
チャットGPT
略してチャッピー

なんだかよくわからない...

対策の立案と実施⑥

攻撃対象⇒ ① ③

ご利用者の人生時事ニュース組み合わせた年表を作成できる

写真から塗り絵の枠線を作れる

伊豆を楽しむレクの提案

職員のお仕事タイプ診断ができる

もしかして楽しいツールかも？

対策の立案と実施⑦

攻撃対象⇒ ① ③

介護ソフトにて作成したご利用者のExcel (.csv形式)データを文章にするためのチャットGPT講習会を実施

Excelの表を文章にできるよ

対策の立案と実施⑨

攻撃対象⇒ ① ③

たまに事実と違う情報も混ざるよ
*ハルシネーション注意

個人を特定できる情報(名前など)は入れないようにしてね
TEAM (有料プラン) ならは間違いはないが、無料プランだと...

看護と介護の情報が混ざることもあるし、専門用語も使うかも？
修正してね

プロンプトがあればExcelの表から看護・介護両方の担当の文章を一度に生成できるよ!

対策の立案と実施⑩

【看護からの記録】

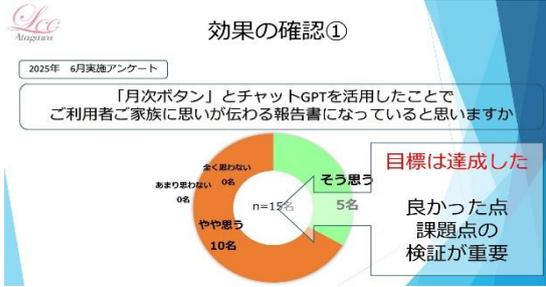
5月はご本人にとって大きな生活の変化となる別館への移動がありました。新しいお部屋でも落ち着いて過ごされており、日中は読書や音楽鑑賞を楽しまれる様子が見られました。移動当初は転倒リスクを考慮し、夜間センサーを使用していましたが、特段の異常はなく、1週間以内に解除されています。排泄は自立されており、定期的にパッド交換もご自身で行われています。指先の白癬に対して処方された外用薬(ナイリン)を1日1回使用中で、皮膚科医より継続使用の指示が出ています。5月の血液検査では、やや脱水傾向が見られたため、水分摂取の声かけを強化していますが、全体としては安定した状態を保たれています。食事は偏りなく召し上がられ、牛乳や乳製品の摂取にも特に拒否は見られていません。引き続き、生活リズムや体調の変化に留意しながら支援を継続してまいります。

【介護からの記録】

5月は居室の変更がありましたが、ご本人は新しい環境でも特に混乱されることなく、落ち着いた様子で生活されています。室内では新聞やクロスワードパズルに取り組まれることが日課となっており、時折スタッフに笑顔で話しかけてくださる姿も見られます。排泄については、昼夜ともにトイレを使用されており、ご自身でパッドを交換される場面もよく見られました。食事はご本人のペースでゆっくりと召し上がられ、味的好みに応じて調整を希望されることもあります。「お腹が張るとしんどい」と話されることがあるため、分量はご本人と相談しながら無理のない範囲で提供しています。5月のレクリエーションではカラオケや園芸活動に意欲的に参加され、特に「昔よく歌ったのよ」と歌唱レクではとても生き生きとした表情をされていました。日々の生活の中で小さな楽しみを見つけながら、穏やかに過ごされています。

*ダミーデータを基にした生成文章です

【効果の確認】



日々の大切な記録を「月次ボタン」として記録することで、ChatGPTが文章生成しやすくなった。
担当しているご入居者が他の職員に見せていた良い面も報告書に反映されるようになった。

効果の確認②

良かった点	課題点
<p>月次ボタン</p> <ul style="list-style-type: none"> 実際に文章に反映されている 入力忘れがなくなった 担当利用者がなくても月次に残したいことを意識した 月次ボタンを押すと、記憶に残る <p>介護ソフトとチャットGPTの操作</p> <ul style="list-style-type: none"> マニュアル、研修はわかりやすかった 少々難しいが、何とかが習得できそう <p>生成された文章</p> <ul style="list-style-type: none"> 要領よくまとまっている。 修正は必要だが、文章力が高く伝わりやすい 	<p>月次ボタン</p> <ul style="list-style-type: none"> 月次ボタンを押すかどうか悩むことがある 本当に伝えていい内容なのか悩む 同様のケースを何度も押しているのが悩む <p>介護ソフトとチャットGPTの操作</p> <ul style="list-style-type: none"> 報告書作成のタイミングで、実際に作りつつ情報共有する時間が必要 <p>生成された文章</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護、介護の領域が混ざってしまっている 専門用語や、くだけた表現が混ざっている

効果の確認②

課題点	改善案
<p>月次ボタン</p> <ul style="list-style-type: none"> 月次ボタンを押すかどうか悩むことがある 本当に伝えていい内容なのか悩む 同様のケースを何度も押しているのが悩む <p>介護ソフトとチャットGPTの操作</p> <ul style="list-style-type: none"> 報告書作成のタイミングで、実際に作りつつ情報共有する時間が必要 <p>生成された文章</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護、介護の領域が混ざってしまっている 専門用語や、くだけた表現が混ざっている 	<p>月次ボタン</p> <ul style="list-style-type: none"> 「月次ボタン」の基準を作成 まずは文章を生成してから担当者が判断する 同様のケース記録もまとめる文章力がある <p>介護ソフトとチャットGPTの操作</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修の回数、時間を柔軟に設定していく 報告書作成のタイミングでフォローをしていく <p>生成された文章</p> <ul style="list-style-type: none"> より伝わりやすい報告書にするために、フォームの変更も検討に入れる 専門用語はチャットGPTのフロントである程度修正はできるが、事後確認をスタッフに確認する必要がある

- 波及効果
- 看護課を通じて噂が広まり、本館でも早く取り入れたいという声が上がっている
 - 本館、別館の枠を超えて、理想の月次報告書を作りたという気運も高まっている
 - LINEWORKSの技術が向上し、インシデントレベル0をLINEWORKSのアンケート機能を使って集計できないか検討中
 - レクに必要な物品を作成するためのアイデアはチャットGPTを活用することによって、今まで前例がないことにチャレンジしている
⇒今年の七夕飾りは疑ったものになるかも？
 - チャットGPT×営繕という組み合わせで今まで前例がないことにチャレンジする下地を作っている



無形効果

介護ソフトを使うようになると「楽」になる！
チャットGPTを使った新しい体験は「楽」しい！
「楽」をじっくり育てれば、みんなが挑戦してくれる事を実感

【標準化と管理の定着】

標準化と管理の定着

なぜ Why	何を What	誰が Who	何処で Where	どのように How to	いつ When
標準化	DX, AIの活用を	技術を習得した職員が	パソコン、スマホを利用できる場所	少しずつ技術を広めていく	随時
管理の定着	DX, AIの利用状況を	TQMメンバーが	パソコンの使用場所	報告書の作成をサポートしつつ利用状況を確認	毎月
教育	DXの活用事例を	TQMメンバーが	看護・介護課で	日常的に利用する習慣をつけていく	毎月

【反省と今後の進め方】

反省と今後の進め方

手順	良かった点	悪かった点	今後の進め方
テーマ選定	DXとAIの活用アイデアを出すことができた		様々な可能性を検証していく
活動計画	おおむね活動することができた	DX, チャットGPTに詳しい職員の活動が主になってしまった	継続して行なっていく
現状把握と目標の設定	職員アンケートで様々な思いを聞くことができた	初期の段階ではターゲットを絞ることが難しかった	「攻撃対象を絞る」という基本を大事にする
要因解析	バランスよくアイデアが出た	たくさんのアイデアが出ればよかった	自由な雰囲気でもっと活発に意見が出せる環境を作る
対策の立案と実施	DXが苦手な職員も、強い興味を引くことができた	技術を完全に習得できた職員は15人中1名3名の職員はなんとかできるという結果	研修を継続して行うことで、技術習得者を増やしていく
効果の確認	DXの様々な可能性を、多部署で感じることができた	もっと活動できていれば、さらに良い結果になっていたと思われる	技術習得者を増やして、様々なアイデアを出していく
標準化と管理の定着	DXは面白いという意見があった もっとパソコンを使ってみようという意見もあった	技術ある職員の時間が限られているため、なかなか波及しない	技術習得者を増やし、標準化を目指していく

演題名	削減の極み2		
施設名	ライフサポートひなた	ふりがな 発表者(職種)	ささや りくと 笹谷 陸人 (理学療法士)
ふりがな チーム名	ひなたさくげんぶたい ひなた削減部隊		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	昨今の光熱費や物価の高騰により電気、水道、消耗品の使用金額が2023年と比較して上がっている。そこで各部署で何かできることはないか考えそれぞれの部署で対策を講じることでou teamにて筋肉質な経営を目指すことが光熱費や消耗品費用の削減にも繋がるのではないかと考えた		
改善の指標と その目標値	(指 標) 電気・水道・消耗品の使用金額 (目標値) 前年度の同月対象月と比較して金額の削減を目指す 電気=5% 水道=3% 消耗品=10%		
実施した対策	1.LED電気の導入 2.食洗器の見直し 3.入浴日の調整 4.清拭タオルの見直し 5.お茶の見直し 6.メルタスの導入		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 2024年3~5月 平均使用金額 ・電気 2,848,327円 ・水道 1,667,505円 ・消耗品 487,000円 (実施後) 2025年3~5月 平均使用金額 ・電気 2,349,484円 ・水道 1,588,392円 ・消耗品 356,000円 (4,9800円 17.5%減) (79,000円 4.7%減) (131,000円 26.9%減)		
歯止めと 標準化	標準化: 毎月のフロア会議にてADLに合わせた入浴形態の検討 管理: 6月と11月にラインワークスの職員掲示板にて水光熱費用と使用量の共有 教育: 新入職員にフロアリーダーが2週間以内に適切なADL把握に向けたOJTの実施		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ④組織全体で取り組んだ活動 ⑤その他	チーム メンバー (職種)	1 川本 裕幸 介護福祉士 2 曲田 利恵 介護福祉士 3 山内 京子 看護師 4 柳澤 諭 理学療法士 5 笹谷 陸人 理学療法士 6 石原 隆行 調理師 7 大塚 悦子 事務職員 8 吉川 壮一 介護支援専門員
活動の場 ※複数選択可	②支援部門 ③管理部門		
活動期間	2024年11月 ~ 2025年5月		
リーダー名 (職種)	川本 裕幸 (介護福祉士)		
活動回数	7 回		

テーマ選定

◎5点 ○3点 ▲1点

	重要性	緊急性	実現可能性	効果期待性	測定可能性	評価点
水光熱費	◎	◎	○	○	◎	21
消耗品費	○	○	○	○	◎	17
残業時間	○	▲	▲	○	◎	13
医療用品費	○	○	▲	○	○	13
食材費	▲	◎	▲	▲	○	11

活動計画

計画

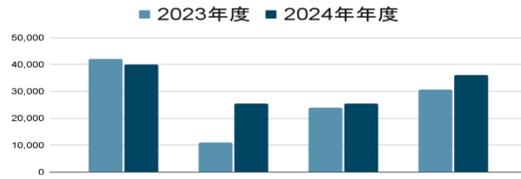
実行

内容	担当	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
テーマ選定	川本	計画	実行					
現状把握	大塚	計画	実行					
目標設定	山内		計画	実行				
要因分析	石原			計画	実行			
対策立案	曲田				計画	実行		
対策実施	笹谷					計画	実行	
効果確認	大塚						計画	実行
標準化	川本							計画
まとめ	柳澤							

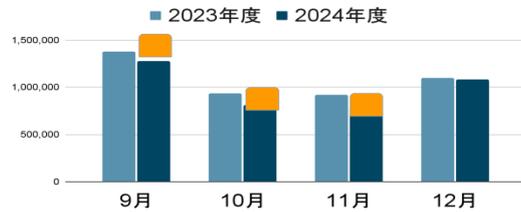
現状把握①

電気使用量は増加傾向。
補助金（163千円）で

電気使用量



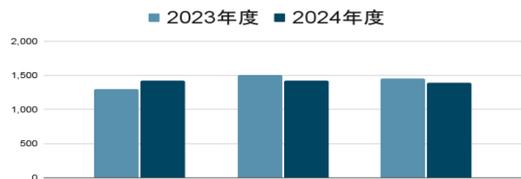
電気料金



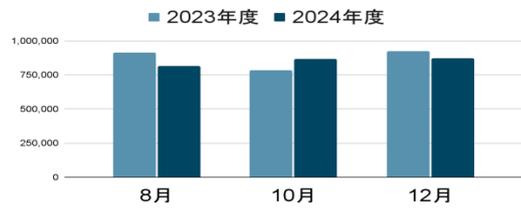
現状把握②

使用量と料金にばらつき。
過去、LSひなたのTQMにおいて、水道使用量の取り組みがない。

水道使用量



水道料金



現状把握③

消耗品費が増加傾向。
施策実現性の高いタオル、お茶、印刷用紙に着目

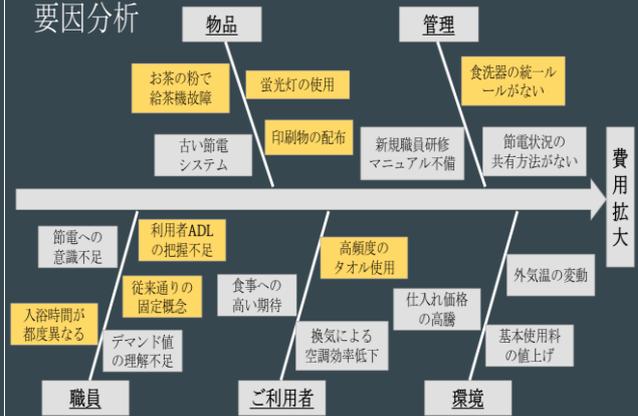
消耗品費



目標設定

- 1,電気使用量・料金 ● 3~5月 前年比**-5%**
- 2,水道使用量・料金 ● 2~5月 前年比**-3%**
- 3,消耗品費 ● 3~5月 前年比**-10%**

要因分析



対策立案

1,LED電球の導入

- ・フロア内の全ての電球をLEDに交換
- ・職員による交換で作業費の抑制

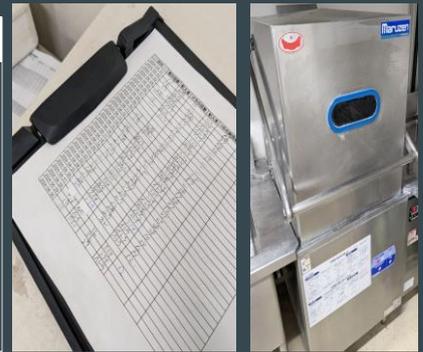


対策立案

2,食洗器の見直し

- ・現状の把握と頻度や時間の見直し
- ・マニュアルの作成

- ・1回6.9w
- ・箱→タの流れ
- ①調理器具洗浄
- ②食器洗浄の各2回の計6回
- ③それ以外におやつ洗浄1回



対策立案

3,入浴の調整

- ・入所者のADL見直しから、大浴場の使用頻度を週4回⇒2回に削減
- ・湯を張る時間の統一、温度維持のコスト削減
- ・朝8:30~お湯張りして統一



対策立案③

4,清拭タオルの見直し

- ・通常のレンタルタオルから、使い捨てのディスポタオルへ変更
- ・タオル準備を簡略化
- ・清潔感や衛生面に配慮



対策立案④

5,お茶の見直し

- ・給茶機の使用方法を、粉からバックへ変更
- ・発注単価49.8千→12.7千に改善
- ・利用者様より「美味しくなった。」と好評



対策立案⑤

6,メルタスの導入

- ・ご家族とオンライン上での情報共有により、入所、通所、訪問の配布物のペーパーレス化。

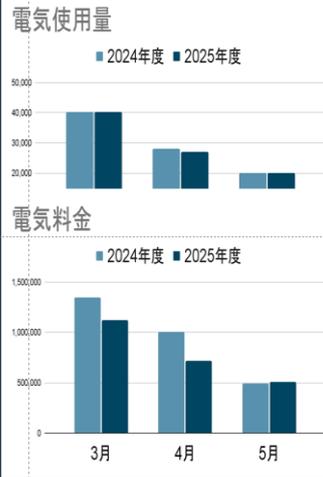
5月までに75名(39.7%)の利用。

- 利用状況(6/2調べ)
- 通所 25/83名
- 入所 43/55名
- 訪問 7/63名
- 全体の39.7%(75/201名)



効果確認①

3か月平均
175% (498千円) の改善



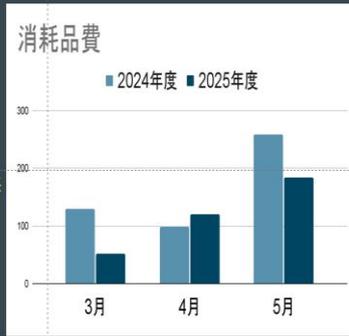
効果確認②

4か月平均
4.7% (79千円) の改善



効果確認③

3か月平均
26.9% (131千円) の改善



効果確認④

- 1,電気使用量・料金 ● 3~5月 前年比-5% **-17.5%**
- 2,水道使用量・料金 ● 2~5月 前年比-3% **-4.7%**
- 3,消耗品費 ● 3~5月 前年比-10% **-26.9%**

波及効果・無形効果

	波及効果	無形効果
LED	安定した照明の明るさで、異変や異物に気づきやすくなった	職員から休憩室が明るい雰囲気になったと声があった
食洗器	使用頻度低下が故障リスクの低下	マニュアル見直しを再度図る意識が職員に生じる
入浴方法	入浴業務の効率化	介護職員間で、ご利用者のADL変更への連携を強化している
清拭タオル	保管スペースの削減	ご利用者から衛生的で良いとの声
お茶	粉詰まりの給茶機故障のリスク低下	ご利用者のお茶への満足度が向上
メルタス	請求業務、配布作業の効率化	ICT活用への職員の抵抗感の低下

標準化と管理の定着

	何を	なぜ	誰が	いつまでに	どこで	どの様に
標準化	入浴方法の統一	効率的	入所介護	毎週	浴室	実践
標準化	ADLに合わせた入浴形態	安全性 自立支援	入所部門	毎月	フロア会議	口頭と再評価
教育	新規職員への研修	適切なADLの把握	フロアリーダー	入職後 2週間以内	フロア内	OJT
管理	水光熱費と使用量の共有	節電意識の風化予防	TQMのメンバー	6月と11月	LineWorks	職員掲示板で発信

反省と今後の課題

	反省点	今後の進め方
テーマ選定	偏ったメンバーでの選定	多くの職員の声を拾う仕組み
現状把握	過去の実績把握に時間がかかった	経理部との密な連携
要因分析	多角的な視点が足りなかった	ChatGPTなど生成AIを活用していく
対策立案・実施	他部門への巻き込みが足りなかった	タイムリーに効果の見える化を図る
効果の確認	目標を高くしても良かった	今回の結果を基準に次回へ活かす
標準化	研修担当職員がTQMメンバーに偏る	多くの職員に現場OJTを通じて当事者意識をもってもらう

ご清聴ありがとうございました。



演題名	更なる経費削減を求めて		
施設名	茅ヶ崎セントラルクリニック	ふりがな 発表者(職種)	あきやま みふみ 秋山 美文 (事務)
ふりがな チーム名	それせんとらるにやらせてください ～それCENTRALにやらせて下さい～		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	課題達成型		
改善しようとした 問題課題	当院では、外来透析患者様向けに通院支援サービスとして無料のタクシー送迎を提供している。近年これにかかる費用が増大し経営上の大きな課題となっていたため、2024年度は、70,000円/日を年間目標として取り組みを実施。11月までに目標達成できたが、更なる削減が可能ではないかと考え、新たにTQMチームを発足し活動強化した。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 1日平均タクシー送迎費用 (目標値) 3月末までに、6万7千円以下に抑えられている		
実施した対策	①クリニック専用車両の活用拡大 ②乗車組合せの最適化 ③ルート最適化		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 2023年4月～2024年3月 1日平均タクシー送迎費用 78,361円 2024年4月～2024年12月 1日平均タクシー送迎費用 69,327円 (実施後) 2025年1月～2025年3月 1日平均タクシー送迎費用 66,930円		
歯止めと 標準化	・新規送迎申込時、事務部でルートと組合せを検証しタクシー会社へ提案する ・近隣在住患者さんの送迎時、クリニック専用車両による送迎を検討する ・月1回、事務部とTQMチームで既存のルートと組合せの見直し会議を実施する ・治療時間変更時や長期入院による欠員発生時は、ルートと組合せを検証し再編成する		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 秋山 美文 事務
活動の場 ※複数選択可	①診療部門 ④その他		2 伊藤 順子 事務
活動期間	2024年12月 ～ 2025年6月		3 松林 真理子 事務
リーダー名 (職種)	秋山 美文 (事務)		4 常田 ひろみ 事務
活動回数	9 回		5 毛利 朋代 事務
			6 成田 朋子 看護師
			7 吉時 裕司 看護師
			8 前田 朋子 看護助手
			9 森川 元気 臨床工学技士
			10 金野 琢磨 臨床工学技士

【テーマ選定】

テーマの選定

健国会グループ全体の経営課題

経費削減

テーマの選定

テーマ/項目	方針	実効性	経済性	実現可能性	評価点
医療材料の再選定	○	×	○	△	13
水光熱費の見直し	○	△	×	△	11
タクシー送迎費用の削減 (実現しやすい！)	○	○	○	○	20

テーマの選定

- 無料送迎サービスの種類
 - ◆ タクシー送迎 (当院⇄各自宅)

タクシーを利用した無料送迎サービスを行っております。
クリニック⇄自宅、ドアtoドアで往復
 - ◆ 駅送迎 (当院⇄茅ヶ崎駅南口)

クリニック専用車両によるクリニックから茅ヶ崎駅南口への無料送迎
送迎は治療時間の暇人にも考慮し、茅ヶ崎駅まで送迎
 - ◆ 寒川送迎 (当院⇄寒川方面各自宅)

クリニック専用車両によるクリニックから寒川方面へのドアtoドア無料送迎
火・木・土AMクール対象

テーマの選定

- 2023年度の状況と課題
 - ・タクシー送迎に係る一日あたりの費用 平均78,361円！
 - ・2023年11月 タクシー料金の大幅値上げが実施
月額約70万円の追加コストが見込まれ
無料送迎サービスの維持が困難な状況
- 2024年度改善施策
 - 1台あたりの乗車人数を3名から4名に変更、配車効率をUP
 - タクシー送迎に係る一日あたりの費用 平均70,000円 目標！

テーマの選定

目標達成しているが、停滞

更なる削減も可能！？

利用月	一日あたり平均	タクシー稼働日	一日台数平均
4月	72,512	25	24.5
5月	70,624	24	24.4
6月	69,202	25	23.4
7月	67,841	26	23.0
8月	68,051	26	23.3
9月	68,844	23	22.7
10月	69,102	26	22.9
11月	68,092	24	22.7

攻めどころの明確化

課題の名称	原因/課題	現在の状況	狙った対策	取組むべき内容	期待効果	優先度
タクシー送迎に係る費用の削減	深夜ルートを選択	乗車時間の短縮を会社により確保	ルート最適化による費用削減	ルート最適化	大	高
	送迎乗車人数を増やす	送迎乗車人数を増やす	1名分乗車効率を上げる	乗車回数の最適化	中	高
	1名乗車タクシー台数を減らす	1名乗車タクシー台数を減らす	3名以上の乗車車が増える	乗車回数の最適化	大	高
	スタッフ送迎を削減し、送迎コストを削減	タクシー会社との交渉が多い	タクシー送迎費が高くなる	タクシー送迎費の削減	中	高
クリニック専用車両の稼働率を高める	クリニック専用車両の稼働率を高める	クリニック専用車両の稼働率を上げる	クリニック専用車両の稼働率を上げる	大	高	
送迎開始・終了時間の調整	送迎開始・終了時間の調整	送迎開始・終了時間の調整	送迎開始・終了時間の調整	送迎開始・終了時間の調整	小	低
1台定額制	距離・時間と算定	決められた価格	コストの交渉	大	高	

【目標設定】

目標設定

2025年3月までに
1日平均タクシー送迎費用を
67,000円以下に抑える！

【対策の立案と実施】

方策の立案

- クリニック専用車両の活用拡大
 - 自分運であることはないか
 - 他の送迎手段はないか
- 乗手割合の最適化
 - 乗車できる最大数は？
 - 送迎終了時間と居住地域の考慮
- ルートの最適化
 - タクシー会社に任せず乗客にしない
 - 近隣在住スタッフの提案

成功シナリオの追求と実施①

クリニック専用車両の活用拡大

- ・ タクシ 乗中の割合が難しい場合
- ・ 近隣在住の患者さん送迎
- ・ クリニック原因による治療終了時間の延長

→ タクシー搭乗対応ではなく
当該スタッフによる送迎を第一候補に検討！

専用車両による送迎便数

送迎前	送迎後
4便	5便

・ 送迎スタッフの空き時間も有効活用

【対策の立案と実施】

成功シナリオの追求と実施②

① 乗車組合せ最適化

- 定期（TQM打ち合わせの日）
既存組合せの最適化
- 不定期（発生都度）
新規送迎希望患者と既存患者との組合せ
に即入院による欠日発生時も再検討し、台数の適正化

1名乗車のタクシー台数

	活動前	活動後
	3台	1台

成功シナリオの追求と実施③

② ルート最適化

- タクシー会社任せだったルート選定をクリニック内でも検証
- 乗車順、ルート見直しの話し合いを実施

LINERWORKSで日々細かいオーダー
「本日のみ」のコースへ変更など

【効果の確認】

効果の確認①

利用月	一日あたり平均	タクシー稼働台	一日台数平均
1月	66,823	23	21.9
2月	67,263	22	22.1
3月	66,704	25	22.1

LINERWORKSで日々の請求額、一口平均稼働共有

1~3月 平均66,930円 目標達成?!

効果の確認②（波及効果）

スタッフ意識改革
やむを得ず治療延長し、予定のタクシーに乗車できない場合は、臨時便での対応から、他号車への相乗りや送迎スタッフで対応する

患者さんの意識改革
地元民である患者さんこそ最短ルート提供者、同乗者がいて譲り合いの意識へ

【標準化と管理の定着】

標準化と管理の定着

いつ	どこで	誰が	何を	どうする
新規申し込み依頼	事務室	事務スタッフ	ルートと乗車組合せ	検証し、タクシー会社へ提案
月1回	事務室	事務スタッフ + TQMメンバー	専用車両による送迎	検証（近隣在住患者の場合）
治療開始・終了 時間変更時	送迎室	送迎室スタッフ + 看護婦	ルートと乗車組合せ	見直し会議を実施
長期入院による 欠員発生時	送迎室または 事務室	送迎室スタッフ + 看護婦	ルートと乗車組合せ	検証、再編成
治療内容変更時	送迎室	事務スタッフ + 看護婦	ルートと乗車組合せ	同乗者の入取中は他の便への乗車を検証

【反省と今後の進め方】

反省と今後の進め方

ステップ	良かった点	反省点
テーマ選定	・経費削減という大きなテーマの中でも、2024年度のクリニック目標に沿った内容にした	・特になし
目標設定	・クリニックの目標をさらに逸及できる設定となった	・特になし
方策の立案・設定	・さまざまな角度から取り組みを検討することができた ・過去の方策をさらにリファインメントできた	・特になし
成功シナリオの追求・実施	・スタッフ、患者を巻き込むシナリオできた	・患者の利便性を追求できたか確認できていない
標準化と管理の定着	・セントラルクリニックの施設運営の実現と串なる	・持続可能か検証不十分 ・全職員に定着化していない

演題名	入院医療費における未収金額減少の取り組み		
施設名	熱川温泉病院	ふりがな 発表者(職種)	はが せいや 芳賀 聖也 (医事)
ふりがな チーム名	みしゅうきんげんしょうちむ 未収金減少チーム		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	病院の中心的な収入である医業収入に着目し、テーマを未収金の減少に選定した。 課題として、①未収連絡の担当者が1名のため、業務が属人的であり、かつ経理→医事→事務部長が業務にかかわるため、業務フローが複雑である、②未収管理台帳が、紙での記録方法であり未整備である、③入院時に連帯保証人を立てて頂くルールの管理が曖昧である、の3点が上がった。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 未収金のうち、完全回収が困難な医療費が、2023年度の平均で438万円程あり、これが全体の77%を占めていた。そのため、残り23%の改善を目指した。2024年3月末時点での未収金額は5,511,355円であり、23%減を目指すとして、4,243,743円になった。 (目標値) 医療費の未収金額を、2025年3月末までに、424万円以内にする。		
実施した対策	①経理と事務部長が関与していた業務フローを、医事に一本化した。 ②紙で記録していた未収管理台帳をエクセルで作成した。氏名・続柄・電話番号の記載欄を設け、支払い済みの方が一目で分かるように工夫し、管理性を高めた。 ③入院時に記入していただく誓約書の記載例を作成した。そこに当院で設けている連帯保証人のルールを記載し、ご家族が事前に理解して頂いたうえで、入院手続きに望めるようにした。		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 2023年3月末 未収金合計 5,511,355円 (実施後) 2024年3月末 未収金合計 3,808,639円		
歯止めと 標準化	未収金対応手順をマニュアルに盛り込むこと、未収管理台帳を医事・事務部長と経理が確認することで、業務の標準化と管理を行っている。		
活動の種類 ※複数選択可	①職場単位の活動 ②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 芳賀 聖也 医事
活動の場 ※複数選択可	②支援部門 ③管理部門		2 黒川 恵 医事
活動期間	2024年4月 ~ 2025年3月		3 坂田 友和 相談員
リーダー名 (職種)	芳賀 聖也 (医事)		4 加藤 光章 相談員
活動回数	10 回		5 進士 博史 経理
			6 板垣 幸子 クラーク

【現状把握】



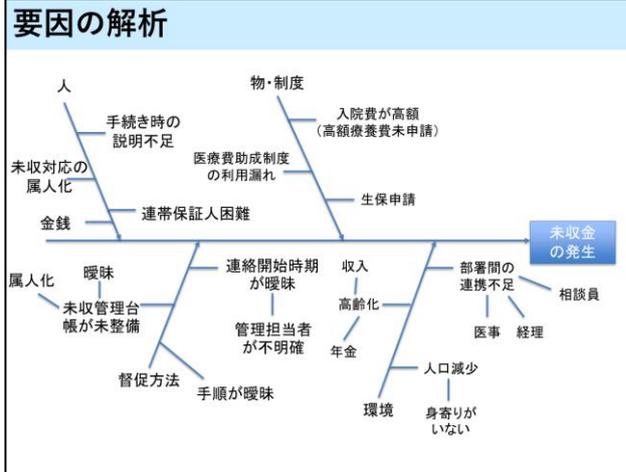
【目標設定】

目標の設定

活動目標

何を	医療費の未収金額を
いつまでに	2025年3月末までに
どうする	424万円以内にする

【要因解析】



【対策の立案と実施】

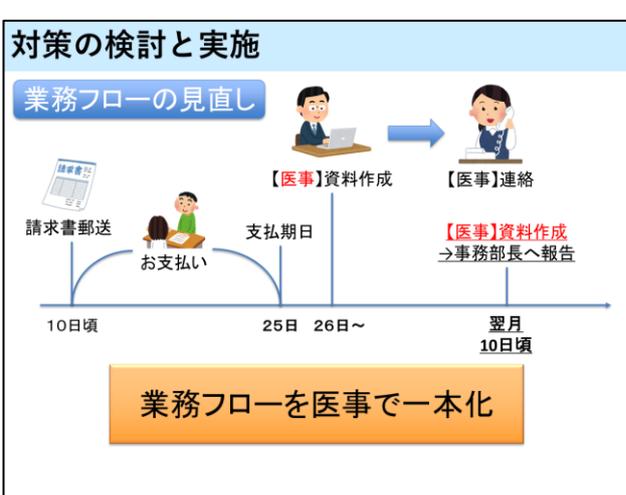
対策の検討と実施

要因①

- 未収連絡が属人化(約1名)
...担当者の不在等により連絡が遅れる
- 業務の流れが複雑
...経理→医事課→事務部長

↓

業務フローの見直し



対策の検討と実施

要因②

- 【医事】未収管理台帳が未整備
- 紙での記録(記録漏れ、紛失、手間)

記入

対策の検討と実施

回収業務の可視化

電話・手紙・訪問などの対応履歴

- 回収進捗を一覧表(Excel)で管理

支払者・TEL番号

領収済み=赤色

対策の検討と実施

要因③

- 連帯保証人の不在
- 未収発生時、本人以外に請求ができない
- 連帯保証人の管理不備
- 同一生計・同一世帯でない方



ルールの明確化・適正な運用

対策の検討と実施

入院時書類の整備

- 各書類の記入例を作成

対策の検討と実施

入院時書類の整備

- 連帯保証人のルールを明記

確認をお願い
【身元保証人】(第一連絡先)と裏面【身元保証人】(第二連絡先)は必ずご記入下さい。

支払者が【身元保証人】(第一連絡先)の方で、第二連絡先の方がいない場合、入院患者様と別世帯の場合でも連帯保証人代行サービスに加入して頂く事になります。また、支払者が入院患者様で、【身元保証人】(第一連絡先)の方が別世帯の方で、第二連絡先の方がいない場合も、連帯保証人代行サービスに加入して頂く事になります。

不明な点につきましては、熱川温泉病院 医療連携室 加藤までお気軽にお問い合わせください。

対策の検討と実施

入院時書類の整備

- 連帯保証人のルールを明記

ご家族が理解

【身元保証人】(第一連絡先)と裏面【身元保証人】(第二連絡先)は必ずご記入下さい。

支払者が【身元保証人】(第一連絡先)の方で、第二連絡先の方がいない場合、入院患者様と別世帯の場合でも連帯保証人代行サービスに加入して頂く事になります。また、支払者が入院患者様で、【身元保証人】(第一連絡先)の方が別世帯の方で、第二連絡先の方がいない場合も、連帯保証人代行サービスに加入して頂く事になります。

不明な点につきましては、熱川温泉病院 医療連携室 加藤までお気軽にお問い合わせください。

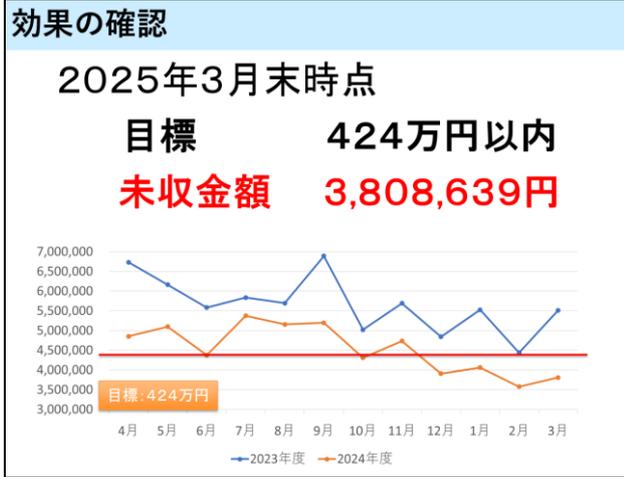
対策の検討と実施

入院時書類の確認

- 相談員→医事のダブルチェック

契約書・連帯保証人の有無を確認

【効果の確認】



効果の確認

有形効果

年月	合計	入院 (入院中)	入院 (退院済)	外来
2023年3月	6,614,015	3,279,329	3,329,710	4,976
2024年3月	5,511,355	3,059,865	2,448,980	2,510
2025年3月	3,808,639	2,114,955	1,689,244	4,440

16.7%減少
30.9%減少

入院中の未収金: 約31%減少
退院済の未収金: 約31%減少

↓

目標値: 23%を上回る成果

- 効果の確認
- 有形効果
- 担当者の残業時間が3時間8分(26%)減少
※2023年3月/2024年3月比
- 無形効果
- 医事・相談員・経理の連携が密になった
 - 連帯保証人等の不在により断るというケースが無くなった

【標準化と管理の定着】

標準化と管理の定着

目的	項目	担当	方法	期間
標準化	未収金対応手順 (業務フロー・未収 管理台帳)	医事課	「未収金対応マ ニュアル」に盛り 込む	2025年4月 ～
維持管理	未収管理台帳の 作成 患者台帳での管 理	医事主任	毎月、漏れがな いか確認する	毎月
実施状況のチェッ ク	未収管理台帳の 漏れがないか	経理担当 者	毎月、確認する	毎月

【反省と今後の進め方】

- 標準化と管理の定着
- 反省と今後の進め方
- 未収金は依然として300万円超
 - 継続的な回収活動が必要
 - 文書通知や支払計画の導入も検討

演題名	院内保育園の収支を改善したい		
施設名	湘南慶育病院	ふりがな 発表者(職種)	こやま やすこ 小山 康子 (事務)
ふりがな チーム名	ぼかぼかクオリ隊		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	課題達成型		
改善しようとした 問題課題	湘南慶育病院の院内保育園は開院から連続して赤字続きであった。当院の運営方針である赤字脱却、不採算部門(項目)の見直しを行うべく、保育園の収支改善を目指すこととした。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 業務委託費の削減と園児獲得 (目標値) 2025年3月までに単月で黒字化する		
実施した対策	【委託費の削減】 ・委託費請求内容のチェック ・補助金収入の目標明示 【園児獲得】 ・アンケート実施 ・広報(周知)方法の見直し ・申込み窓口統一 ・利用可能職種拡大 ・必要園児数の可視化		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 委託費が補助金収入を上回り、年間通して赤字(2023年度経常利益▲11,472,317円) (実施後) 補助金収入から委託費を差し引いた2024年度経常利益▲6,832,317円 ※約500万円の収支改善 3月単月黒字化達成		
歯止めと 標準化	<ul style="list-style-type: none"> 仕事と子育てを両立できるよう育休申請時に保育園の案内を人事担当者が対象者に渡す 空き状況を把握する為、毎月入退園情報を窓口担当者が管理する 保育園の空き状況を伝える為、人事担当者が毎月LINE WORKSで空き状況を発信する 保育園を知って貰う為、毎月園便りを運営会社が掲示板に掲示する 		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 椎橋 元 医師
活動の場 ※複数選択可	④その他		2 田村 壽朗 薬剤師
活動期間	2024年6月 ~ 2025年4月		3 水野 真美 看護師
リーダー名 (職種)	小山 康子 (事務)		4 西上 郁子 栄養士
活動回数	17 回		5 小島 紅音 言語聴覚士
			6 小山 康子 事務
			7 竹内 良 事務
			8 石本 弥生 事務
			9 武田 亮代 事務

院内保育園の 収支を改善したい

チーム名：ぼかぼかクオリ隊

椎橋 元	水野 真美
○小山 康子	西上 郁子
田村 壽朗	小島 紅音
竹内 良	石本 弥生
武田 亮代	

法人・病院方針

【法人の方針】

- 働く職場の環境改善と処遇の改善の為に筋肉質な経営を行う

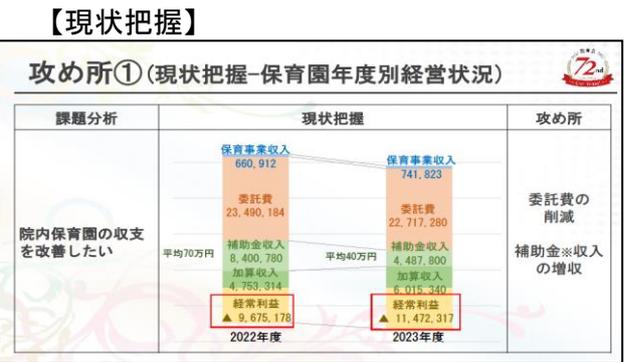
【病院の方針】

- 赤字からの脱却
- コスト意識を持ったチームの形成
- 不採算部門(項目)の見直し

テーマの選定

◎3点 ○2点 △1点

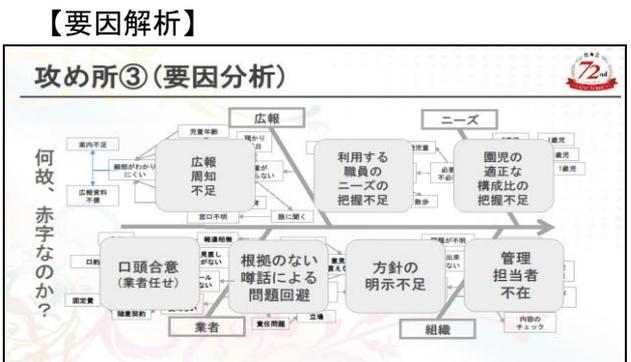
課題	改善要求度						評価得点	総合順位
	優先度	重要性	実現性	経済性	負担度	自己解決度		
SPDの適正管理を行いたい	○	△	◎	◎	△	△	13	3
水道光熱費を削減したい	◎	◎	○	◎	○	○	16	2
院内保育園の収支を改善したい	◎	◎	○	◎	△	○	17	1



攻め所①(※補助金収入とは)

規定の日数を登園する事で受け取れる収入

0歳児	約30万円/名
1歳児	約20万円/名
2歳児	約20万円/名



【目標設定】

目標設定

目的：職員が安心して子供を預け、存続出来る院内保育園となるよう収支の改善

目標①：2024年10月までに委託費の削減

目標②：2025年3月までに目指すべき在籍園児数
0歳児 3名 1歳児 3名 2歳児 3名
※保育士配置、補助金収入を鑑み算出

目標③：2024年度中に単月黒字の月を目指す

【対策の立案と実施】

方策の立案		◎3点 ○2点 △1点		72歳			
目的	攻め所項目	対策	期待効果			評価点	採用可否
			効果	仕組み	労力		
保育園の収支を改善する為	収支改善	委託費請求内容のチェック	◎	○	△	6	○
		保育園撤退	◎	△	△	5	
		収支管理担当者の配置	◎	◎	◎	8	○
		補助金収入の目標明示	◎	◎	◎	9	○
		方針の明示(噂話の解消)	◎	△	△	5	
	園児獲得	アンケート実施	◎	○	○	7	○
		広報方法の見直し	◎	◎	△	7	○
		申込み窓口統一	◎	◎	△	7	○
		利用可能職種拡大	◎	◎	◎	9	○
		必要園児数の可視化	◎	◎	◎	9	○

成功のシナリオ追求		72歳	
具体的方策案	期待効果	予想される問題点	回避策
委託費請求内容のチェック	請求内容の適正化	業者との交渉不成立	業者変更
収支管理担当者配置	収支管理の適正化		
補助金収入の目標明示	黒字化への必要園児数	入園対象園児の不足	外部からの園児募集
アンケート実施	求められているサービス		
広報方法の見直し	園児獲得	(人員補充の為の) 早期復職依頼との誤解	上長からの連絡による復職意欲確認
申込み窓口統一	情報の把握		
利用可能職種拡大	入園園児の可能性拡大	定員数を超える可能性	職務内容の優先度
必要園児数の可視化	目標の明確化	入園対象園児の不足	外部からの園児募集

具体的施策内容①(委託費の削減)				72歳	
具体的対策	項目	内容	疑義内容		
請求書確認 (4月分~7月分)	消耗品	カートリッジ	理論上1,200枚印刷できるカートリッジを毎月3回購入		
	食料費	肉、魚	0歳児~2歳児が最大でも4人なのに1日毎に魚を13切れ、肉を平均400g購入		
	食料費	調味料	単価が異常に高い		
	交通費	出張費用	どこに、どの会議なのか不明		

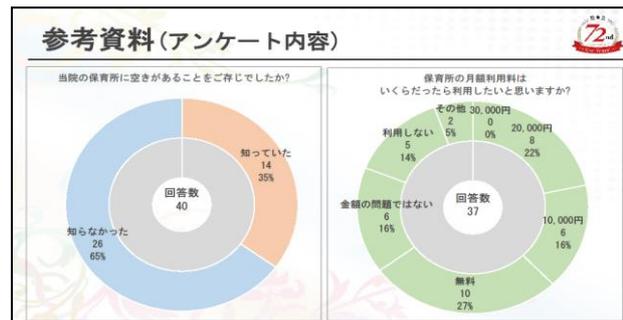
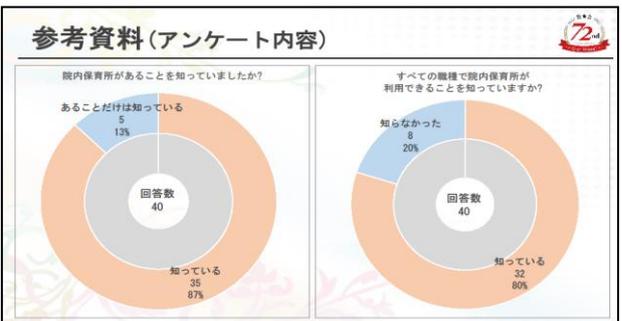
↓ 是正交渉するも・・・

開設当初からの契約通り。適正であるとの主張。

具体的施策内容①(委託費の削減)		72歳	
業者との信頼関係の崩壊から 2024年10月までに委託費の削減は厳しいと判断			
↓			
撤退も考えたが…福利厚生を充実させる流れに逆行する事に			
↓			
病院方針を理解し、運営ノウハウを持つ実績豊富な業者を選定			
↓			
委託費削減は業者入替により、2025年4月以降に取組む事に変更			

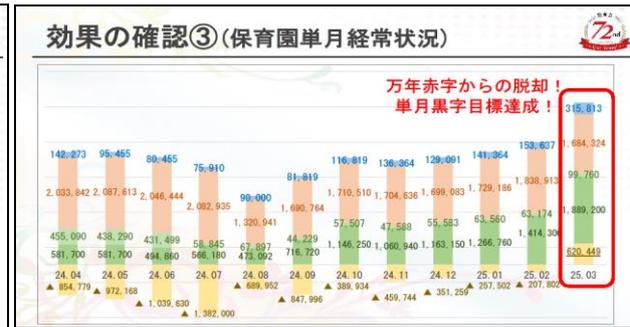
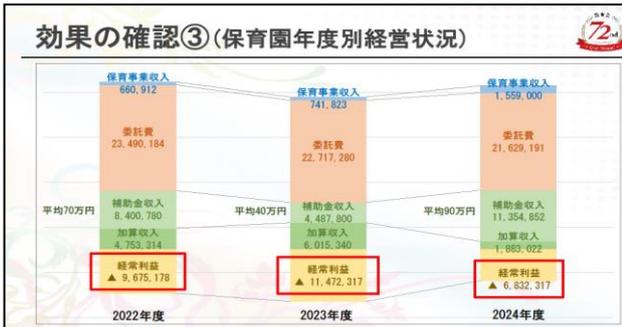
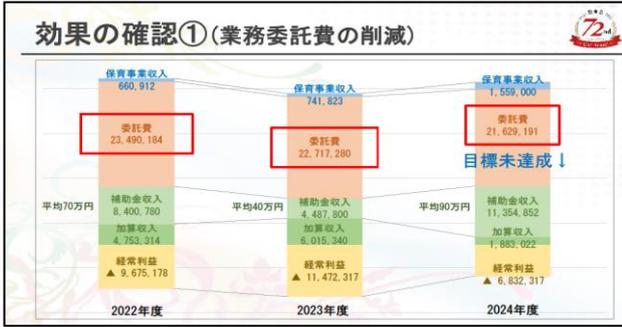
【効果の確認】

具体的施策内容②(園児を増やす)				72歳	
改善事項	施策	期待される効果	時期		
収支改善	他保育園の視察	企業主導型保育園の収支構造の理解を高められる	6月		
	必要園児数の明示	チームメンバー内の目標意識の共有			
園児獲得	アンケート	求められている保育サービスの洗い出し	8月		
保育所の認知	人事より	認知度向上による申込件数と預かり園児の増	9月1日~		
保育所の空き状況	育休取得中職員への個別案内				
利用可能職種拡大	管理担当者	事務次長を窓口 (保育士有資格者による) 情報の一元化	9月1日~		
夜間保育受入	保育士増員	当直医師備在化の解消	3月1日~		
情報提供	アプリ導入	園児の様子を配信する事で満足度向上	4月~		
無料	病院負担	預かり園児の増、職員負担減	年間黒字化後		



- | 参考資料(フリーコメント抽出) | | 72歳 | |
|--|--|-----|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・(Dr、Ns)夜間保育を受入れてほしい ・自己負担が厳しいので補助(手当)をしてほしい ・病児保育を行って欲しい ・食育を導入してほしい ・イベント(夏祭り)をたくさん実施してほしい ・水遊びが出来るとう良い ・休日、仕事日以外に利用できると嬉しい ・(写真等)配信の回数を増やしい欲しい ・園児の様子を見れる、スマホアプリを導入してほしい ・単発、臨時利用をしてけると有難い。 ・モンテソーリ教育を導入してほしい | | | |

【効果の確認】



無形効果と波及効果

who	why	what	do
職員が	保育園の整備に携わる事で	リクルートにつながる事を	意識出来た
職員が	保育園の整備に携わる事で	収支改善につながる事を	理解出来た
職員が	育児と仕事を両立している職員の意見を聞く事で	何を求められ何を改善すればよいか	理解出来た
委託業者が	当院の方針を理解してくれた事で	夜間保育を	出来るようになった
子育て中の医師が	夜間保育に預けられる事で	当直可能医師の負担軽減に	つながった

標準化と管理の定着

when	why	what	who	how (do)
育児申請時	仕事と子育てを両立できるよう	保育園の案内を	人事担当が	対象者に渡す
毎月	空き状況を把握する為	入退園情報を	窓口担当が	管理する
毎月	保育園の空き状況を伝える為	LINE WORKSで	人事担当が	発信する(意識してもらう)
毎月	保育園を知ってもらう為	園便りを	運営会社が	掲示板に提示する

【反省と今後の進め方】

まとめと反省

ステップ	良かった点	悪かった点
①テーマ選定	法人方針に沿ったテーマに取り組めた事	—
②改め所と目標設定	収益改善に向けて具体的な園児の年齢構成比率を示せた事	委託費削減に向けた具体的な数値の削減目標を示せなかった事
③方策の立案	要因分析に基づき方向性を示せた事	別の委託業者へ相談したが、企業によって考え方が違い、対策案が絞れなかった事
④成功のシナリオの追求	何が効果的なのかを立案し、実施した事	業者の抵抗があった事
⑤標準化と歯止め	多職種が課題解決に向けて共通意識を持ち、協力しながら行えた事	協力いただいたアンケートの全ての意見は実現出来なかった事
⑥チームミーティング	医師、看護師を中心にどうしていくのが良いか意見を話し合えた事	—
⑦運営方法	院内質な経営から新福利厚生制度の浸透に向けて取り組めた事	—

今後取り組むべき事

病院の方針を理解してくれる業者と共に、年間を通じて安定した経営に繋げる事。また病児保育の実施による職場環境の改善、保育環境(シャワー室、プール等)も改善し、満足度の高い保育園を目指す事。

健育会グループの方針である「日本一働きがいのある」職場環境を目指し、仕事と育児の両立をサポートしてまいります。

演題名	舟渡おとしより相談センターにおける書類仕分けの作業時間短縮		
施設名	ケアポート板橋 舟渡おとしより相談センター	ふりがな 発表者(職種)	くさの たえ 草野 多恵 (保健師)
ふりがな チーム名	ひっさつ しわけにん 必殺！仕分け人！！		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	給付管理の時期にはサービス利用実績の書類が大量に届き、仕分け作業に職員全員負担を感じていた。年々業務が増えるなか、いかに事務作業を効率化し、生産性を向上させることで、時間を有効活用できないか業務改善に取り組んだ。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 給付管理時期の書類の仕分けまでの作業時間 (目標値) 5時間54分かかっていたものを2時間削減する		
実施した対策	①担当者名の修正を行い、正しい担当者名を表記 ②事業所別利用者リストを作成し、検索時間を削減 ③仕分け場を設置し、仕分け工数を削減 ④回覧用フォルダの作成による、印刷物の削減 ⑤サービス種別毎のフォルダの作成による、ファイル名変更の時間削減 ⑥プレビュー表示設定による、ファイル確認時間の削減		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 作業時間: 5時間54分 (実施後) 作業時間: 3時間27分 削減時間: 2時間27分(41%減) 目標達成率: 122%		
歯止めと 標準化	①提供票作成時に事業所別利用者リストを作成 ②日直が給付管理時期は作業場を準備 ③FAX確認者がデータを振分ける ④ミーティング時に研修などの回覧情報を確認処理 ⑤ミーティング時に作業手順に不都合がないか確認		
活動の種類 ※複数選択可	①職場単位の活動	チーム メンバー (職種)	1 鈴木 穂 主任介護支援専門員
活動の場 ※複数選択可	②支援部門		2 佐藤 弘美 主任介護支援専門員
活動期間	2024年4月 ~ 11月		3 草野 多恵 保健師
リーダー名 (職種)	石黒 大輔 (社会福祉士)		4 高本 守 社会福祉士
活動回数	18 回		5 荒川 理紗 社会福祉士
			6 石黒 大輔 社会福祉士
			7 関沢 久美子 介護支援専門員
			8 中村 啓子 介護支援専門員

現状把握

22日間の作業時間結果

合計：8時間50分02秒

データ作業①：26分18秒

データ作業②：2時間24分47秒

印刷作業：1時間22分13秒

仕分け作業：4時間39分24秒



現状把握

週別の作業時間数比較結果

W1 (5/15-5/20)：52分16秒

W2 (5/29-6/6)：5時間54分20秒

W3 (6/12-6/17)：1時間11分24秒

W4 (6/19-6/24)：54分12秒

パラッキに注目



データ取りの目的：各工程の作業時間の把握
データ取りの方法：ストップウォッチ計測

①4工程の内、仕分け工程が全体の約52%を占めている。

データ取りの目的：作業時期による変化の確認
データ取りの方法：ストップウォッチにて集計

②給付管理週(月末月初)に全体の約70%が集中している。

目標設定



何を：給付管理週の仕分けまでの作業時間を
いつまで：10月上旬
どうする：5時間54分かかっていたものを
2時間削減させる

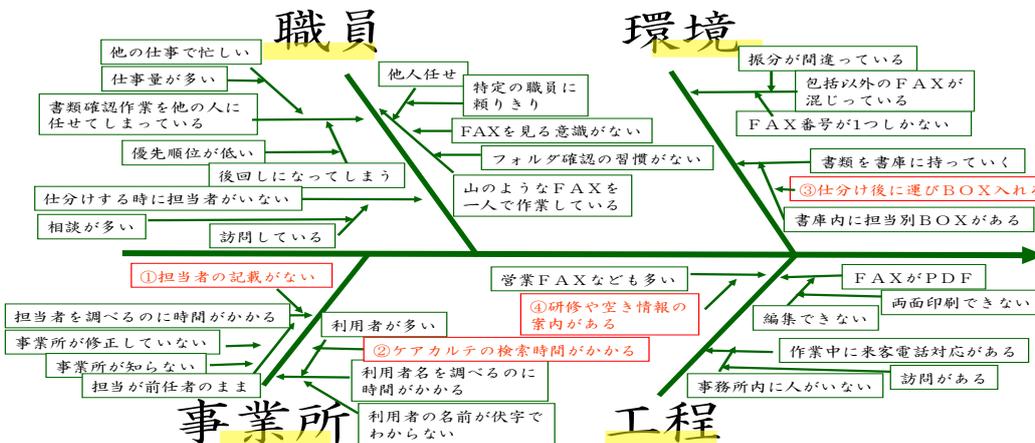


【根拠】

GOAL

作業時間が突出している給付管理週をターゲットとする。
比較可能な客観的指標がないため、
TQM手法から1/3減を目指すこととする。

【要因解析】



書類の仕分けに時間がかかる

【重要要因】①担当者名の記載がない ②ケアカルテの検索に時間がかかる
③仕分け後BOXに入れるまでが手間 ④研修やサービス情報のFAXも多い

対策立案

重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	効果	実現性	時間	採用
書類に担当者名の記載がない(退職者名のまま含)	書類に担当者名が記載されている	事業所に担当者名の記載をお願いする	記載のない事業所をどこか確認する	○	△	○	採用
ケアカルテの全登録者から担当者を探さなくてはならない	ケアカルテから検索しなくても担当者がかかる	事業所別に当月のサービス利用者がわかる	事業所別に利用者リストを作る	○	○	○	採用
仕分けからボックスに入れるまで手間がかかる	仕分けからボックスに入れるまで工数が減る	仕分け作業を2回から1回になるように作業方法を改善する	工程が削減できる手順を考える	○	○	○	採用
サービス事業所の空き状況や研修案内、チラシなども多い	チラシなどの書類にかかる時間や枚数が減る	チラシなどの書類の扱いについてルールを決める	ルールに必要な事項を職員内で話合う	○	○	○	採用

○5点 △3点 ×1点



4つの対策を考え、採用することとした。

- ①担当者名の記載ない事業所の確認
- ②事業所別利用者リスト
- ③仕分け工程の見直し
- ④回覧のルール話し合い

対策の実施①



- ・担当者の記載がない事業所は委託先居宅であった。
- ・誤った担当者名のところへは修正の連絡を行う

- ・委託先居宅の利用者リスト作成
- ・担当者名の修正



対策の実施②

事業所別に当月利用者がわかるようにリストを作成

ケアカルテ以外で担当者を確認することで時間を短縮



対策の実施③【対策後】



作業場



対策②
一覧リスト

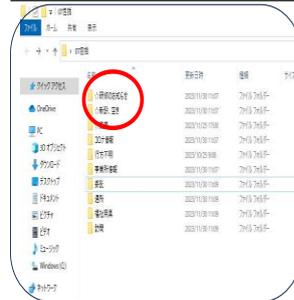
- ・仕分場を決める
- ・BOX位置変更

- ・書庫への往復なし
- ・仕分け作業も1回に削減



対策前：印刷→仕分け→移動→仕分け
対策後：印刷→仕分け

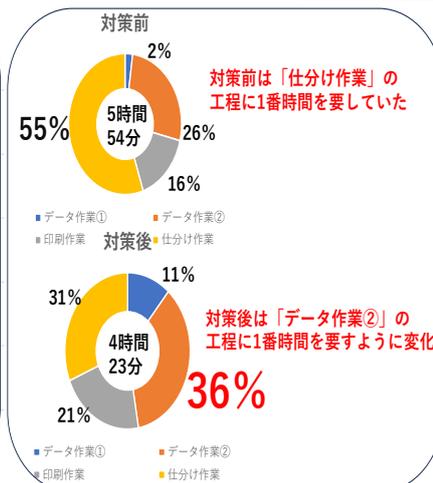
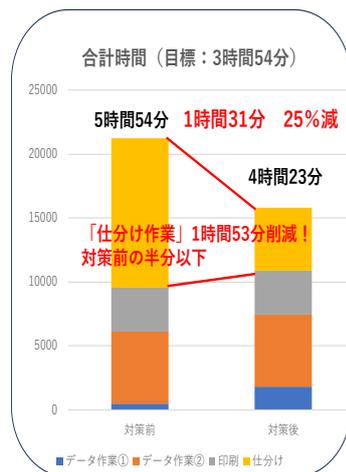
対策の実施④



「研修フォルダ」
「サービス情報フォルダ」
作成し不要な印刷物を削減



効果の確認

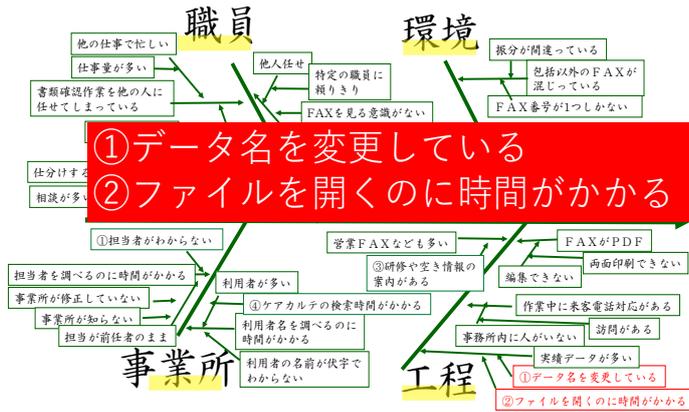


対策した仕分け工程は1時間53分削減の効果。

しかし合計は1時間31分減で目標未達。

時間を1番要する工程が仕分け工程からデータ作業②工程に変化

ターゲットをデータ作業②とし、2次対策へ取りかかる



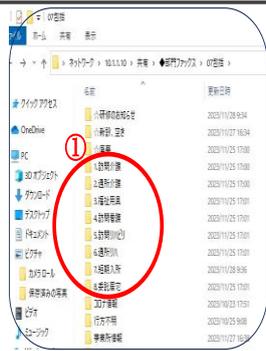
書類の仕分けに時間がかかる

再度、要因解析を実施。重要要因の判定をする。

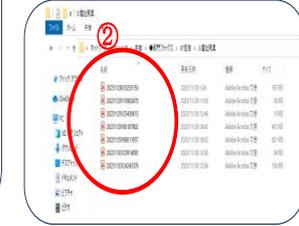
追加対策を立案し、実施する。

- ①データ名を変更しない
- ②プレビュー表示の設定

追加対策の実施①



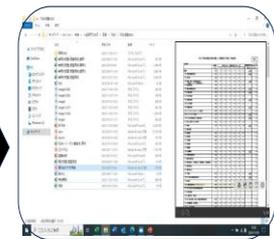
- ①サービス毎にフォルダ作成
- ②ファイル名は変更しない



追加対策の実施②

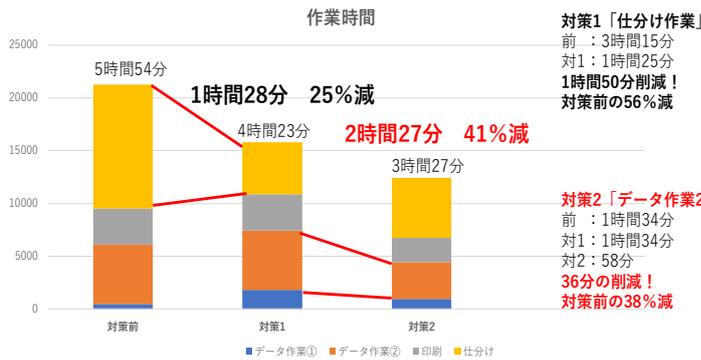


プレビュー表示の設定を共有



全員プレビュー表示されるようになりファイルの確認時間短縮

効果の確認



追加対策効果
データ作業②
36分の削減

作業時間は3時間27分となり
2時間27分の削減

2時間削減の目標を達成！！

標準化と管理の定着効果

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	実績書類を	短時間で仕分けできるよ	提供票作成者が	提供票発送時に	ケアルテのデータから	事業所別利用者リストを作成する
			日直が	実績時期の始業時に	仕分け作業場に	担当別BOXをセットする
			FAX確認者が	FAX確認時に	サービス別フォルダに	実績データを振り分ける
教育	実績書類を	仕分け時間を短縮できるよ	センター長が	新人入職時	所内で	仕分け作業を指導する
			センター長が	毎週	ミーティングで	研修情報を共有する
管理	実績書類を	短時間で仕分けできるよ	センター長が	年1回	ミーティングで	作業手順に不都合がないか確認する

職員全員何とかしたいと思っていた事務作業を、TQM活動を通し改善することができた。

工程別や週別の現状分析から重点指向でターゲットを狙い対策を考えられたことが効果につながった。

業務改善につながったことで次回のTQM活動へのモチベーションにもつながっている。

演題名	コスト削減の取組み ～2024年度の記録～		
施設名	竹川病院	ふりがな 発表者(職種)	みやうち いずみ 宮内 泉 (人事・総務)
ふりがな チーム名	こすとかつたー コストカッター		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取組種別	課題達成型		
改善しようとした 問題課題	コロナ中に使用量が増加した消耗品について、十分な価格交渉ができず、費用が高い水準を継続していたため、仕入れ価格の削減が必要と感じた。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 仕入れ価格引下げによるコスト削減金額 (目標値) 100万円のコスト削減		
実施した対策	<ul style="list-style-type: none"> ・医療消耗品、一般消耗品、事務用品 仕入れ金額の引き下げ ・仕入れ業者の見直し ・リース業者の見直し ・修繕費の削減 		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 消耗品等の仕入れ金額の増加が続いていた (実施後) 仕入れ価格引き下げ以外の部分で波及効果が得られた		
歯止めと 標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・値下げ交渉及び仕入れ先の業者変更を継続 ・職員でも可能な修繕の幅を拡げてゆく 		
活動の種類 ※複数選択可	①職場単位の活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 宮内 泉 人事・総務
活動の場 ※複数選択可	②支援部門		2 渡邊 恵 総務
活動期間	2024年4月 ～ 2025年3月		3 高堂 里美 リハビリクラーク
リーダー名 (職種)	宮内 泉 (人事・総務)		4 赤羽 尚子 病棟クラーク
活動回数	8 回		5 谷地 那保子 病棟クラーク
			6 横田 真理 病棟クラーク
			7 竹林 梨詠 病棟クラーク

【現状把握】

テーマの選定①

総務

コスト削減

衛生材料の整理と削減

コロナ関連物品のコスト削減

電気料金の削減

水道料金の削減



テーマの選定②

総務

コスト削減



2020～2023年の4年間
総務独自のコスト削減が不十分



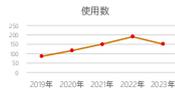
5類に移行 & コロナ終息
1年が経過し、業者の動きが平常

課題の明確化

交渉商品

除菌クロス・除菌ジェル

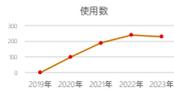
サラサイド除菌クロス



アルコサーージュジェル



センシマイルド



- コロナ中に使用量が増加した消耗品について十分な価格交渉ができず、費用が高い水準を継続していた。
- リース契約の見直しもされていなかった

【目標設定】

目標設定①

交渉商品

除菌クロス・除菌ジェル

100万円のコスト削減

2023年度の消耗品仕入れ額
28,445,104 円 × 5% (一般的企業の平均利益率)

150万円 → 100万円

目標設定②

仕入価格引き下げ方法

品質を下げる

職員のモチベーションが低下

業務の質が低下

方策の立案①

仕入価格引き下げ方法

仕入価格
引き下げ交渉

同質商品への
切替え

【対策の立案と実施】

方策の立案①

仕入価格引き下げ方法

仕入価格
引き下げ交渉

同質商品への
切替え

方策の立案②

仕入価格の高騰 \Rightarrow 120~350円増



最適策の追求と実施①

粘り強く交渉 \Rightarrow 現状価格を死守

グローブは1箱92円削減

厚生労働省から

60 \Rightarrow 100,000円の削減

最適策の追求と実施②

事務用品

3色ボールペン 1本	付箋 1箱30ヶ	A4用紙 1箱5000枚	単3電池 1本
アスクル たのめーる 162円	2,750円	4,270円	29.75円
	152円	2,022円	3,366円
2024年度使用数	150本	23箱	156箱
差額			8,640本
			\Rightarrow 228,000円の削減

最適策の追求と実施③

患者着リース業者の変更



450,000円の削減

最適策の追求と実施④

修繕費の削減



2台当たり
作業費 18,400円
出張費 8,000円
合計 26,400円

396,000円の削減

- 消耗品だけでなく、その他の部分にも視野を広げ削減対策に取り組む

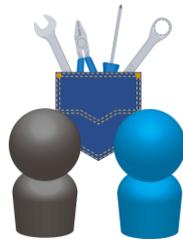
【効果の確認】

効果の確認

1,174,000円
目標達成



看護部・リハビリ部との共同作業



新スキルの発見

医療消耗品

心地よい環境作り **5S活動** にご協力ください

01 SEIRI 整理 不要な物は 処分しよう ゴミは分別 しよう	02 SEITON 整頓 必要な物が すぐ出せる 環境づくり	03 SEISO 清掃 身の回りを 掃除しよう 環境を整え よう	04 SEIKETU 清潔 衛生状態を 守り病気の 予防に努め よう	05 SHITUKE 躰 決められた 事を共有し 皆でルール を守ろう
--	--	---	---	--

- 当初、攻撃対象を医療消耗品を中心に検討したため、値下げ交渉が進まない状況時は結果が出せず不安であったが、幅広い観点からのコスト削減に取り組んだことで目標は達成できた。
また、波及効果の影響は今後も期待できるものになった。

演題名	緊急入院における入院オリエンテーション時間の削減		
施設名	石巻健育会病院	ふりがな 発表者(職種)	ささき ちひろ 佐々木 千熙 (社会福祉士)
ふりがな チーム名	さくさくず サクサクズ		
分類	③患者サービス・患者満足度の向上をめざすもの		
取組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	<p>当院では、緊急入院となる患者に対する手続きや説明に長い時間がかかっている。調査したところ、一連の手続きには125分、そのうち半分以上の75分がオリエンテーションであった。患者・家族の負担がとて大きく、改善が必要であると考えた。そこで、今回緊急入院に多く関わる部署(医療連携室、外来、地域包括ケア病棟、栄養科)が合同で業務改善を行い、緊急入院時におけるオリエンテーションの時間の削減を図った。</p>		
改善の指標と その目標値	<p>(指 標) 緊急入院のオリエンテーション時間を2025年5月末までに (目標値) 平均75分から53分以下へ削減する (まずは現状の3割減を目指す)</p>		
実施した対策	<p>①時間の効率化、統一した説明を行うために、緊急入院時のオリエンテーション動画を作成した。 ※タブレットを用いて、いつでもどこでも閲覧できるように工夫した ②患者・家族に分かりやすい説明を行うために、部署ごとの説明順番を手順化した ③説明の重複があったために、その部署が何の説明を行うか決め一覧にし共有した ④作成した動画・手順をもとに勉強会を行い周知した</p>		
改善指標の 対策実施 前後の変化	<p>(実施前) 緊急入院オリエンテーション時間 75分 (実施後) 緊急入院オリエンテーション時間 51.9分 (目標達成)</p>		
歯止めと 標準化	<ul style="list-style-type: none"> 作成した手順を入退院支援マニュアルに追加し、勉強会を開催する 今後は緊急入院にとどまらず、予定入院も含め、全病棟で活用できるように水平展開していく 病院ホームページへの動画掲載や、患者・家族へのSNSを用いた動画送付など、発信方法を拡大していく 		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 佐々木 千熙 社会福祉士
活動の場 ※複数選択可	①診療部門 ②支援部門		2 小林 優佳 社会福祉士
活動期間	2024年12月 ~ 2025年5月		3 遠藤 千恵 看護師
リーダー名 (職種)	遠藤 千恵 (看護師)		4 児玉 麻里子 看護師
活動回数	10 回		5 鈴木 淳史 管理栄養士
			6 千葉 祐輔 事務

■テーマの選定理由と背景

当院は地域に根差し、急性期病院をはじめ、在宅や施設からの入院受け入れを行っている。

その中で、緊急入院となった患者が、病棟に入院となるまでに、手続きや説明にかかる時間が長かかっており、患者・家族の負担が大きいのではないかと感じた。

そこで、緊急入院に多く関わる部署（医療連携室・外来・地域包括ケア病棟・栄養科）で、緊急入院時の業務の見直しと改善を行った。

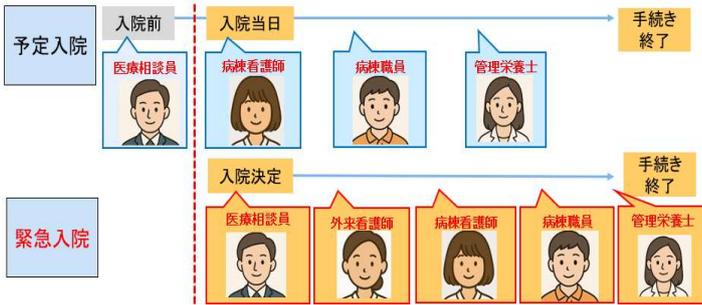
■テーマの選定

メンバーでテーマを持ち寄り「緊急度」「重要度」「取り組みやすさ」など7項目の視点から点数化し、総合点の最も高かった、「緊急入院時の入院オリエンテーション時間の削減」にむけ取り組むこととした。

■現状把握

なぜ緊急入院時のオリエンテーションに時間を要しているのか、①予定入院と緊急入院の比較 ②緊急入院にかかる時間について調査した。

①予定入院と緊急入院の比較



②緊急入院にかかる時間の現状(2024年12月調査)

説明者	説明内容	時間(平均)
外来看護師	入院・検査説明	10分
医療相談員	手続き・書類等	40分
管理栄養士	病院食・禁止食	5分
病棟看護師・職員	入院生活・持ち物	20分
上記オリエンテーション時間		計75分
その他	情報聴取	20分
	待ち時間	30分
緊急入院にかかるすべての時間		計125分

緊急入院は**最大5職種**の職員から説明があり、当日盛りだくさん！ **全てにかかる時間125分のうち、半分以上の75分がオリエンテーションに時間を要していた！**

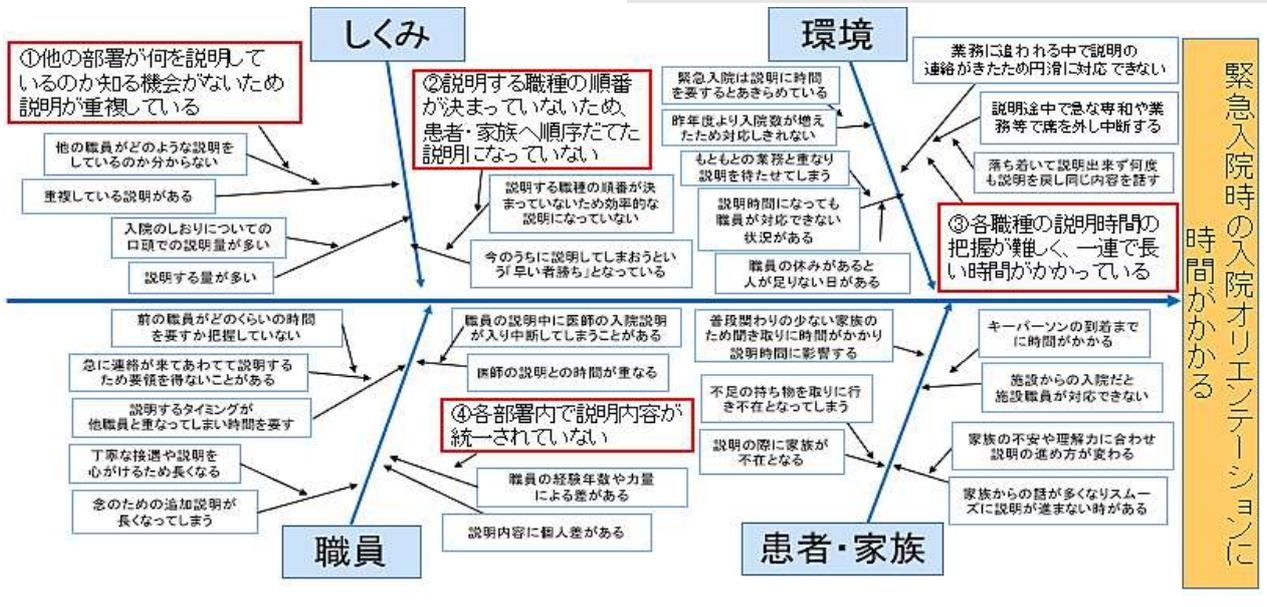
■目標設定

何を	緊急入院時の入院オリエンテーション時間を
いつまでに	2025年5月末までに
どのように	平均75分から、 53分以下へ削減する (現状の3割減)

病院職員から患者・家族へ行く、入院に関わる手続きや書類、入院生活などの一連の「説明」にかかる時間。

まずは現状の3割減を目標に取り組んでみようと考えた。

■要因解析



■活動計画

手順	担当者	2024年12月～2025年6月						
		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
① テーマ選定	佐々木・遠藤	→						
② 現状把握	佐々木・小林 遠藤・児玉	→	→					
③ 目標設定	全員			→				
④ 要因解析	全員			→	→			
⑤ 対策の立案と実施	佐々木・小林・遠藤				→	→	→	→
⑥ 効果の確認	遠藤・佐々木					→	→	→
⑦ 標準化と管理の定着	小林・遠藤						→	→
⑧ 反省と課題	佐々木・遠藤							→

■重要要因の検証 4つの重要要因を検証し、4つすべて重要要因とした

①説明内容の重複：職種間で説明が重なる

・同じ説明をされた患者・家族 5名中3名(60%)

・他部署の説明内容を把握していない職員 25名中18名(72%) 患者・家族が理解しやすいような説明の順序だてができていない

※以下の項目について2~3部署で重複して説明していた!

説明内容	重複部署
入院時の持ち物	連携室・病棟
入院中の生活	外来・連携室・病棟
面会・外出	連携室・病棟
お約束とお願い、貴重品管理など	連携室・病棟
外部業者(洗濯や理髪)	連携室・病棟

②説明順序の未統一：患者・家族に分かりにくい

・現状を調査したところ、説明を始める部署が決まっていない

③時間の把握不足：全体の所要時間が読めない

・他部署が説明にどのくらいの時間を要しているか分からないと答えた職員 8名中8名(100%)

④説明内容に個人差：職員によってばらつきあり

・同じ部署において、患者・家族に対する説明に、職員の個人差があると思うと答えた職員 25名中20名(80%)

■対策の立案 三次対策まで立て、重要性・実現性を考慮し取り組む順番をつけた 評価点数：○:5点 △:3点 ×:1点

入院オリエンテーション 削減する時間を ために	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	採否	順番
	①説明内容の重複 :職種間で説明が重なる	他の部署が何を説明しているか知る機会を作る	緊急入院にどの職種がどのような説明を行っているのか共有する	緊急入院時に関わる職種で内容を共有し説明の重複を避ける	○	○	○	15	採	1
				緊急入院時に関わる職種を見直す	○	○	○	15	採	3
	②説明順序の未統一 :患者や家族に分かりにくい	患者・家族にとって順序だてた説明にする	患者・家族が分かりやすいよう、説明の順序を取り決める	職種による説明順番を決める	○	○	○	15	採	2
	③時間の把握不足 :全体の所要時間が読めない	一連の説明時間にどのくらいかかっているか把握する	緊急入院に各職種でかかる時間、一連の説明時間を整理する	職種ごとに要する時間、一連の説明時間を共有する	○	△	△	11	採	4
④説明内容に個人差 :職員のばらつきあり	各部署内で説明内容を統一する	各部署の説明内容を洗い出し内容を検討する	各部署内で行う説明を取り決める	△	○	×	9	採	5	

■対策の実施

5つの三次対策を実施するにあたり、5W1Hで具体策とし以下の4つを実施した

〈対策1.緊急入院時のオリエンテーション動画を作成した〉

説明動画の内容
・入院時の持ち物
・入院中の生活、一日の流れ
・患者さんの間違い防止について
・外出、外泊、面会のルール
・禁煙、スマホ・貴重品の管理など
・外部業者(理髪・洗濯)の紹介
・入院費の支払い方法
・個人情報、セカンドオピニオン
・お約束とお願い

医療連携室・外来・病棟で重複していた説明内容を整理!

➡ 14分の動画へ



動画の工夫点



「入院のしおり」をめくりながら説明を聞くことで、書き込んだり、何度も見返すことができる!



最後に重要なポイントを、チェックリストでおさらいできる!

〈対策2.わかりやすい説明を行うために説明の順番を決めた〉

多職種で定期ミーティングを開催し、緊急入院時の説明の順番や説明内容を見直し、新たな手順を作成した。

①書類、入院費の説明

②持ち物の案内
入院生活について

③病棟の案内

まずは医療連携室

説明動画 14分

病棟看護師



「動画がスタートしました。15分後にお願いします」

〈対策3. どの部署が何の説明を行うか表にまとめた〉

どの部署が何の説明を行うか明確にし一覧表を作成

〈対策4.作成した手順・動画をもとに勉強会を開催した〉

対策の1~3について、地域包括ケア病棟、医療連携室、外来で勉強会を開催し共有した。

作成した手順・一覧表は、**ラインワークス (iPhone)**で共有した!



■効果の確認

緊急入院時の入院オリエンテーション時間を
2025年5月末までに、

目標：平均75分の3割減の53分に作る

⇒ **平均51.9分!**



〈無形効果〉

- ◆患者さん、ご家族のアンケートより
 - ・動画の内容が分かりやすかった
 - ・チェックしながら復習できた
- ◆職員アンケートより
 - ・他部署の説明内容が理解できた 14名中9名(65%)



〈有形効果〉

説明者	説明内容	対策前 時間(平均)	対策後 時間(平均)
外来看護師	入院・検査説明	10分	0分
医療相談員	手続き・書類等	40分	23分
管理栄養士	病院食・禁止食	5分	5分
病棟看護師・職員	入院生活・持ち物	20分	10分
作成した説明動画			14分
上記オリエンテーション時間		計75分	計約52分
その他	情報聴取	20分	上記に含む
その他	待ち時間	30分	5分
緊急入院にかかるすべての時間		計125分	計57分

待ち時間も25分減少! トータル125分から57分へ

〈波及効果〉

- ◆入院業務に関して、今までの固定電話でのやり取りから、スマホを活用した情報共有ができるようになった

■標準化と管理の定着

今回の取り組みを入退院支援マニュアルに追加し、定期的に現状を確認していく

	実施項目 (WHAT)	誰が (WHO)	いつ (WHEN)	どこで (WHERE)	なぜ (WHY)	どのように (HOW)
標準化	緊急入院時のオリエンテーションの手順を	外来看護師・医療相談員	7月	入退院支援部門	職員が迷うことなく動けるように	入退院支援マニュアルに追加する
教育	オリエンテーション動画を用いた一連の流れを	外来看護師 病棟看護師 医療相談員	毎年	各部署で	正しい手順、正しい内容で行えるように	部署内で勉強会を行う
管理	緊急入院時のオリエンテーションの実施状況を	外来看護師 医療相談員	3か月に1回	1階外来で	改善した内容で実施できているか、説明内容に不具合がないか確認するため	オリエンテーションの状況を現認する

■反省と今後の進め方

	良かった点	悪かった点	今後の進め方
テーマの選定	緊急入院時のオリエンテーション時間の短縮に焦点をあてたことで、患者・家族にとっても、職員にとっても効率化が図れた	-	今後は緊急入院にとどまらず、予定入院も含め、全病棟で活用できるよう水平展開していく
現状の把握	なぜ緊急入院の時間を要しているのか現状が分かった	データ収集、アンケートに時間を要した	-
目標設定	達成可能な数値目標とした	-	更なる時間削減に向け取り組んでいく
要因解析	「しくみ」「環境」「職員」「患者・家族」の視点から要因を絞り込めた	重要要因の洗い出しに時間を要した	-
対策の立案と実施	動画を作成したこと、ラインワークスを活用したことで共有がスムーズだった	実施期間が1か月と短かった	さらに実施期間を延長して取り組む
効果の確認	有形効果(目標達成)だけでなく、患者・家族、職員の良い反応が得られた	実施期間が短く、中間評価ができなかった	PDCAサイクルを回し、評価しながら取り組み続ける
標準化と管理の定着	ラインワークスでの手順の共有や、タブレットでの動画共有により、説明内容の標準化ができた	-	病院ホームページへの動画掲載や、患者・家族へのSNSでの動画送付など、発信方法を拡大していく

演題名	もっと楽しめる老健へ～余暇活動の回数増加～		
施設名	喬成会介護事業部 オアシス21	ふりがな 発表者(職種)	しもだ ようへい 霜田 洋平 (介護福祉士)
ふりがな チーム名	ろうけんのやくわりってなんだろうばーとえいと 老健の役割って何だろう？パート8		
分類	③患者サービス・患者満足度の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	コロナ禍で感染対策をしながらの余暇活動が難しく、実施が少なくなりました。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 一日のレク回数 (目標値) 1回から3回へ増やす		
実施した対策	①ご利用者の趣味の把握をする為興味関心チェックシートを運用する ②職員がレクリエーションを円滑に行う為レク用品一覧を作成し体操の講習を行う ③市のサービスを利用する為マニュアルを作成する ④業務内に時間を作る為タイムテーブルを作成する ⑤ご利用者にわかりやすい掲示をするため月別レクリエーション表を作成する		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 一日のレク回数 1回 (実施後) 一日のレク回数 3回		
歯止めと 標準化	①標準化:業務マニュアルを使用し各主任が入職時に説明。行事委員会で毎月のレク予定表を作成。 ②教育:行事委員会で体操のやり方を指導。 ③管理:日勤者はレンタルしているレク用品を貸出簿で管理。		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 山本 美沙 介護福祉士 2 桑原 千秋 正看護師 3 高桑 由貴 正看護師 4 川村 佳奈美 管理栄養士 5 霜田 洋平 介護福祉士 6 窪田 翔馬 介護福祉士 7 飯田 早紀 介護福祉士 8 太田 優希 理学療法士 9 高橋 真衣 言語聴覚士 10 高橋 紋野 支援相談員
活動の場 ※複数選択可	②支援部門		
活動期間	R7年1月18日～6月20日		
リーダー名 (職種)	山本 美沙 (介護福祉士)		
活動回数	12 回		

【テーマ選定】

テーマ選定

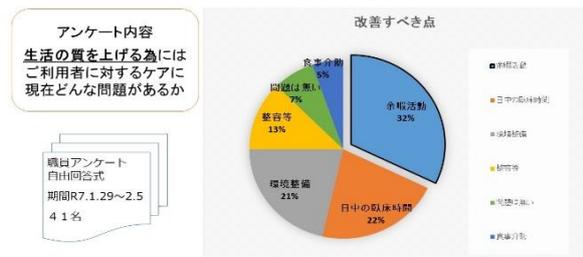


【現状把握】

現状把握



現状把握



【目標設定】

目標設定

なにを	1日に行うグループでの 余暇活動の回数を増やす
いつまでに	令和7年5月31日まで
どうする	1日1回→1日3回

【要因解析】

重要要因の検証

重要要因	検証	判定
ご利用者の趣味の把握が出来ていない	アセスメントが出来ていない	○
レクリエーションを何をしていいかわからない	レクリエーション用品のリストや使用方法の説明書がない	○
市のサービスの使用方法が解らない		
他部署との連携が上手く出来ていない	コミュニケーション不足	○
業務の中に余暇活動の時間が組み込まれていない	コロナ禍で減らしたままになっている	○

重要要因の検証

重要要因	検証	判定
ご利用者が施設内で何をしたいかわからない	案内や掲示等が不足している	○
体力が無くて起きてられない	その日によって睡眠時間や排便状態、体調など個人差があり、毎回強制することは出来ない	×
好みバラバラで一緒に出来ない		
老健としての介護士のあり方が理解出来ない	職員の意識の持ち方に個人差がある	○

【対策の立案と実施】

対策の立案

◎：5点 ○：3点 △：1点 1.5点以上を対策する

特性	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	効果	実現	持続	経済	点	評価
なぜ余暇活動の時間が 増えないか	ご利用者の 趣味の把握が 出来ていない	趣味の把握	興味関心チェック シートの作成	入所誌使用する	◎	◎	◎	◎	20	◎
	レクリエーション 何をしたいかわか らない	物品の把握	使用方法を確認	①レクリエーション用品 一覧の作成	◎	◎	◎	◎	20	◎
	市のサービスの 使用方法が 解らない	市のサービス 何があるか 調べる	市のサービスの 使用方法を確認	②講習会を開催	◎	◎	◎	◎	18	◎
	他部署との 連携が上手く 出来ていない	現状の調査	各部署へ相談	マニュアル作成し 職員へ周知する	◎	◎	◎	◎	16	◎
				タイムテーブルに 組み込む	◎	◎	◎	◎	16	◎

対策の立案

◎：5点 ○：3点 △：1点 1.5点以上を対策する

特性	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	効果	実現	持続	経済	点	評価
なぜ余暇活動の時間が 増えないか	業務の中に余暇活動 の時間が組み込まれ ていない	業務時間の 見直し	業務改善委員と 検討	タイムテーブルを 作成する	◎	◎	◎	◎	18	◎
	ご利用者が施設内 で何をしたいかわ からない	日中の過ごし方を 確認	ご利用者に 聴き取り調査	月別の レクリエーション表を 作成する	◎	◎	◎	◎	18	◎
	体力が無くても起きて いられない	日中の過ごし方を 確認	臥床していても 出来る事を探す	臥床していても 出来る事を 提供する	◎	△	△	△	10	×
	好みバラバラで 一緒に出来ない	日中の過ごし方を 確認	ご利用者に 聴き取り調査	マンツーマンで 対応する	◎	△	△	△	10	×
	老健としての 介護士のあり方が 理解出来ない	現状の調査	ケア会議を 開催する	会議で出る意見を 文書化し、 職員へ周知する	◎	◎	◎	◎	18	◎

対策実施

① 興味関心チェックシートを使用 ご利用者に聴き取り調査行う



興味・関心チェックシート

項目	1	2	3	4	5
1. 趣味・嗜好					
2. 生活習慣					
3. 健康状態					
4. 家族関係					
5. 社会参加					
6. その他					

対策実施

②-1 レクリエーション用品 一覧の作成



対策実施

②-2 口腔体操&体操の 講習会を開催



対策実施

③ 社会福祉協議会からの レク用品レンタル



対策実施

④ タイムテーブル



対策実施

⑤ 月別レクリエーション表の作成



対策実施

⑥ ケア会議



【効果の確認】

効果の確認 ○有形効果



効果の確認 ○有形効果

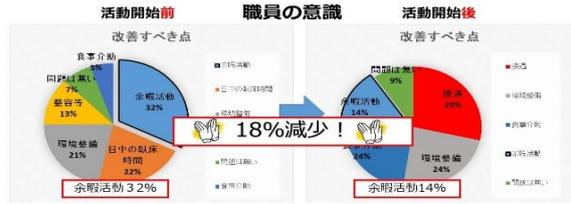
毎月の取り組み

毎月定期的に開催

社会福祉協議会からのレンタル

オアシス喫茶

効果の確認 ○無形効果



効果の確認 ○無形効果

活動開始前 職員の意識 活動開始後

・利用者も無く活動室を埋やしてあげたいけど現状では無理

・ご利用者との関わりは最低限しかない

・ホウは業務の見直ししてから考えて欲しい

・生活の質を上げるのはわかるが今の人員では無理だと思っ

→

・ご利用者が個人でも活動が出来ようサポートできないか?

・外での活動がもっとあれば気分転換にいいのでは?

・ご利用者とのコミュニケーションを取る時間を増やしたい

・職員間のコミュニケーションが円滑にいかれば人手が足りなくてもご利用者に有意義な時間を提供出来るのでは

効果の確認 ○波及効果

口腔体操は最後まで飯を美味しく食べる為に大切ですよ～米が無くてもよ!!

体を大きく使って伸びましょう! 肩こり予防になりやすいよ

背中伸びると10歳は若く見えますよ～!

口腔体操 + 日時の見当識・回想法

食前に行くことで楽しく会話しながら嚥下能力の向上!

効果の確認 ○波及効果

ご利用者の役割獲得!

美味いですよ! どうぞ!

コーヒーおゆがですか? 5.21水曜日頃にコーヒーをいただきます

大丈夫! 任せてちょうだい

尚お給仕してたのよ!

良い香り! ありがとう

効果の確認 ○波及効果

活動を通して余暇活動以外にも増加した事

- ・ご利用者の笑顔
- ・職員や他ご利用者同士の関わり合いの時間
- ・居室以外のコミュニティ
- ・一日の活動量
- ・日中の離床時間
- ・職員の意識の改善

生活リズムが整ってきた!!

今後の課題

- ・接遇
- ・食事介助
- ・活動の継続
- ・職員間での意識の共有

【標準化と管理の定着】

歯止めと標準化

目標	項目	期	場所	担当者	方法	見直し
標準化	業務マニュアル	入職時	棟内	各主任	入職時に説明	適宜
	毎月のレク予定表	毎月	棟内	行事委員	毎月月末に作成	適宜
教育	職員研修	入職時	棟内	行事委員	体操や口腔体操のやり方を指導	年度毎
管理	社協レク用品	毎回	棟内	日勤者	貸出簿の活用	年度毎

【反省と今後の進め方】

反省と課題

手順	よかった点	わかった点	今後の進め方
テーマの選定	ご利用者の日々の生活に密着して活動量が上がった	臥床対応しているご利用者へ、列車したレクがあると思われた	行事委員会と連携し活動していく
現状把握と目標設定	余暇活動の少なさを把握する事が出来た	現状把握の仕方がアンケートに無くついた	現場のヒアリングを大切に目標設定する
活動計画の作成	それぞれの課題、強みが明確になったライオンフォースを活用し参加率が向上した	出席者に声かけが出てしまっていた	今後オンラインフォースを活用して各委員の強みを共有できるようにしていく
要因の解析	委員分析を4項目から出し、各項目別に内容を絞れた	一つの項目に要因が集中してしまっていた	勉強会に参加して理解を深める
対策の立案と実施	他の委員会と連携して対策を実施する事が出来た	7月ナクススターより室数問題が懸念より解消された	業務改善・行事委員会と連携し活動計画に向けて活動していく
効果の確認	日々の活動を埋やり書きが出て新しい取り組みが開始する事が出来た	活動量が増えたと参加者が増えた	興味関心チェックシートを活用しレクリエ、シヨウの稼働を増やしていく
標準化と管理の定着	各々の役割が明確になり定着化が図れた	行事委員の仕事が増えた	担当の業務として行事委員以外でも実施出来るようにしていく

今後の課題

【アンケート結果より】

(問題が解決された点)

- 余暇活動
- 日中の臥床時間
- 整容等

(新たに問題だと挙がってきた点、問題意識が高まった点)

- 接遇
- 食事介助
- 環境整備

【問題改善に向けて】

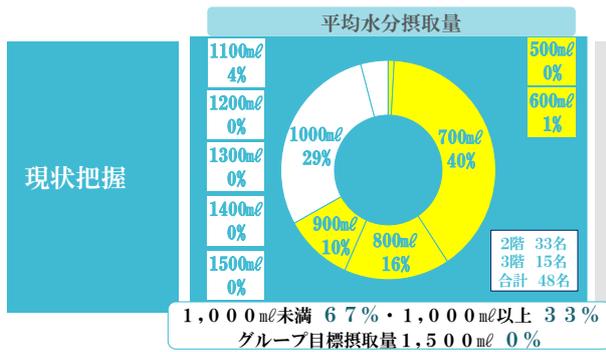
- 多職種で業務を見直す
- チームで協力・連携

ご利用者に寄り添った安全で親身な支援を継続し、
輝きの一日を提供

オアシス21TQM

演題名	しおさい長期ご利用者における水分摂取量の増加 ～活力ある生活を送る為のプロジェクト～		
施設名	しおさい	ふりがな 発表者(職種)	あらかし おん 荒木 詩音 (看護師)
ふりがな チーム名	すいぶんそくしんたい 水分促進隊		
分類	①診断・治療・ケアの質の向上をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	高齢者は加齢に伴い、喉の渇きを感じにくくなることや、身体機能の低下、認知機能の衰えなどにより、自発的な水分摂取量が減少する傾向がある。そのため脱水リスクも高まり、健康被害や生活の質の低下を招く可能性があり、高齢者の水分摂取量を効果的に増やす方法を探り、健康で活力ある生活の維持を支援することを目的とした。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 水分摂取量の増加 (目標値) 水分摂取量1.5L		
実施した対策	全職員対象の水分補給の重要性を理解してもらえるよう勉強会の実施 水分摂取しやすい環境づくり 情報ボードの見直し 簡易記録用紙の作成 タブレット使用方法のレクチャー 必要備品の購入 嗜好調査、嗜好に合わせた水分提供 水分ゼリーの提供		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 水分摂取量700mℓ (実施後) 水分摂取量1500mℓ		
歯止めと 標準化	標準化 マニュアルのルール管理を適宜見直す 教育 水分摂取の重要性を理解してもらえるよう勉強会の実施 管理 水分摂取量が適切量保てるように毎日確認する		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 荒木 詩音 看護師
活動の場 ※複数選択可	②支援部門		2 伊藤 輝寛 介護福祉士
活動期間	令和7年1月 ～ 5月		3 藤井 雅樹 理学療法士
リーダー名 (職種)	荒木 詩音 (看護師)		4 内山 卓 通所介護
活動回数	10 回		5 糸川 久美子 管理栄養士
			6 山本 嗣也 事務

【現状の把握】



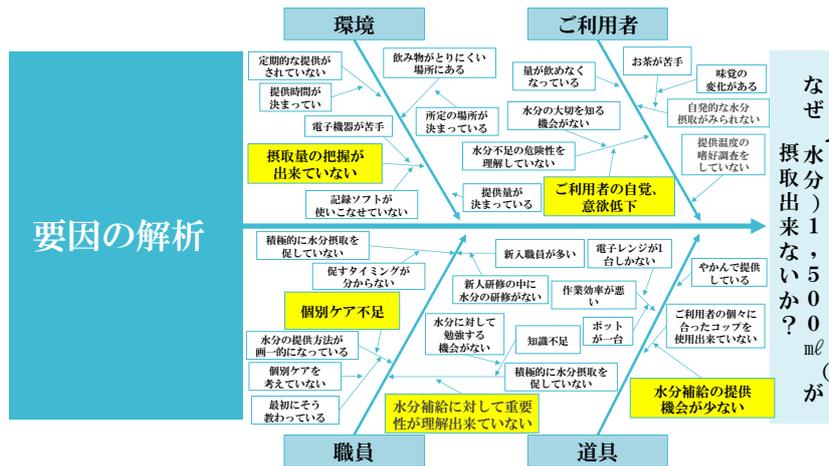
【目標の設定】

目標の設定

何を → 対象ご利用者3名の1日の水分摂取量を
いつまでに → 2025年5月までに
どうする → 1,500mlまで増やす

設定根拠
対象者絞り込んだ理由だが、最初から全ご利用者を対象では困難と考え、その中で水分制限がないのにも関わらず普段から水分摂取量が低い、自己摂取が可能、浮腫がない、直近で活動性の低下が確認されているご利用者3名から実施することにした

【要因の解析】



【重要要因の検証】

重要要因の検証

重要要因	検証方法	結果
① 水分補給に対して重要性が理解出来ない	職員アンケート実施	大切だと感じるが、水分の必要性は理解できていなかった
② ご利用者の自覚、意欲低下	ご利用者アンケート実施	聴取可能なご利用者16名中14名が現在の摂取量が適正と感じ、多いと感じた方は2名
③ 個別ケア不足	職員の把握状況確認	一律した提供方法となっている
④ 摂取量の把握が出来ていない	タブレット使用状況確認	実際の水分摂取量とタブレットでは数値に誤差があり、正確な摂取量の把握ができていなかった
⑤ 水分補給の提供機会が少ない	水分提供機会の確認	定期的提供以外は希望されない限り、追加で促すことがなかった

【対策の立案】

対策の立案

○:3点 △:2点 ×:1点

重要要因	一時対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	採否
水分補給に対して重要性が理解出来ない	水分摂取の重要性が分かる資料収集	勉強会開催のための資料作成	勉強会開催	○	○	○	9	○
ご利用者の自覚、意欲低下	水分摂取を促すルール決定	日々、促しをする担当の設定	やかんを常備、声掛け、促しをする	○	○	△	8	○
個別性に合わせた提供が出来ていない	情報整備	情報ボードのルールを作成	情報ボードの掲示	○	○	○	9	○
正確な摂取量の把握が出来ていない	記録用紙の見直し	記録方法の見直し	簡易記録用紙の作成、タブレット使用方法をレクチャー	○	○	○	9	○
水分の提供機会が少ない	飲水コップの見直し	保管に適した道具の検討	必要備品の購入	○	○	○	9	○

【対策の実施】

全職種対象

対策実施①
勉強会開催

対策実施②
やかんを常備、声掛け促しをする

欲しい

【対策の実施】

対策実施③
情報ボードの
掲示



情報が多くて…
どこをみたらいいかわからない
(とろみ、嗜好品、提供時間等)



対策実施④
タブレット
使用方法を
レクチャー

タブレット使用方法のレクチャー



対策実施④
簡易記録用紙
作成

簡易記録用紙の作成



対策実施⑤
必要備品の
購入

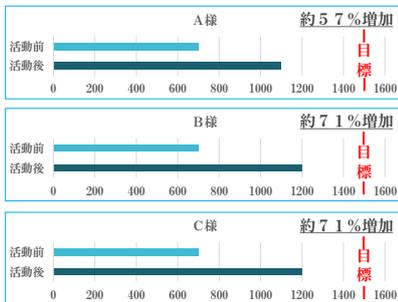
新しい容器の購入



湯飲み 150ml → コップ 200ml

【中間効果】

効果の確認
(中間)



水分摂取量は増加、目標1,500mlには届かず

3名とも50~70%の
増加がみられたが、
目標に届かず。

要因の解析～
対策の実施⑥
水分ゼリーの
提供開始



ご利用者に聞き取り

- ・牛乳やお茶は飽きた
- ・そんなに水分は取れない

との意見あり

新たな対策

水分ゼリーを希望者に朝食、10時、15時提供



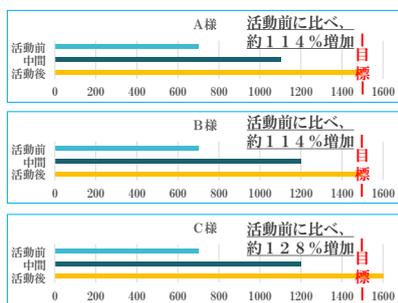
お茶を含め選択可能に

【要因の解析】

お茶や牛乳に飽きや、
1回量に負担を感じると
意見が聞かれた。
水分の選択肢として、
新たな対策水分ゼリー開始。

【効果の確認】

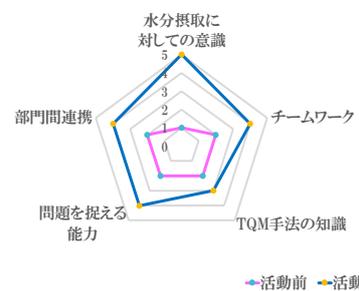
効果の確認



“全員1,500ml到達”

【無形効果】

効果の確認
無形効果



【波及効果】

波及効果 ①・②

①下剤使用せず排便  → **不必要**

②脱水症状の予防 **NO** **脱水症**

波及効果 ③・④

③尿路感染症予防
前年5月～6月 5件
活動開始後 今年5月～6月 0件

④特に朝の覚醒状態改善
朝食の摂取量↑

波及効果 ⑤・⑥

⑤発熱者の減少
前年5月～6月 3日間持続する発熱者 3名
活動開始後 5月～6月 0件

⑥排尿回数の増加
活動前 平均 5回
活動後 平均 7回

ご利用者 C様

発熱 (+) 尿路感染症再燃を繰り返す
排尿：膿尿、尿臭強い
食事摂取量低下 → 点滴施行
歩行困難、移動は車椅子対応

5月～6月 発熱なし
排尿回数 5回→8回 黄色尿、尿臭なし
採尿検査、細菌3+ → 細菌なし
食事摂取量アップ 米飯150g → 米飯180g
活動性向上 車椅子 → 手引き歩行

波及効果 ⑧・⑨

⑧他ご利用者からもお代わりの声
【施設全体の平均水分摂取量】
約 839 ml → 約 1,200 ml

⑨水分以外でも声掛けが増加
全体ケア品質の向上

多くの波及効果がみられ、
全体ケア品質向上に繋がった。
また、活動対象は3名だったが、
他ご利用者からも水分のお代わりの声が上がって
全体水分摂取量が向上した。

【標準化と管理の定着】

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化と管理の定着	標準化	マニュアル	ルールの管理	担当者	適宜	ステーション 見直す
	教育	水分摂取の重要性	理解する為	担当者	職員入職時	各部署 勉強会開催
	管理	水分摂取量	適切量保てるように	職員	毎日	食堂 チェック

【ステップごとの今後の課題】

ステップごとの今後の課題

ステップ	良かった点	悪かった点	今後の課題
テーマ選定	水分摂取量の低下に気付き焦点を絞ったテーマを設定できた		
現状把握	ご利用者の水分摂取量を把握出来た	個別性に合わせた施行調査が十分に出来なかった	
目標の設定	具体的な数値目標を設定できた	全ご利用者対象と出来なかった	全ご利用者対象として実施
要因解析	水分摂取量の低下の要因を把握することが出来た		
対策立案と実施	客観的データに基づいた改善策を策定できた	始動後の職員スキル評価が出来なかった、コストがかかる	指導後のスキル評価水分ゼリーのコスト面を合わせた今後の導入検討
効果の確認	取り組みによる、効果を示すことが出来た	全ご利用者対象と出来なかった	全ご利用者対象として実施
標準化と管理の定着	成功した方法を標準化して継続性を確保できた	水分ゼリーの導入検討	全ご利用者対象として実施

【まとめ】

今回の活動を通し、私たちの考える健康のための水分摂取と、ご利用者1人1人の今をどう生きたいかには、時に大きなギャップがあると感じた。水分を飲みたいと思ってもらえる環境づくりこそ、本当の役割でないか、その気づきこそ、今回の効果に繋がり、今回の活動で得られた大きな学びとなった。

まとめ

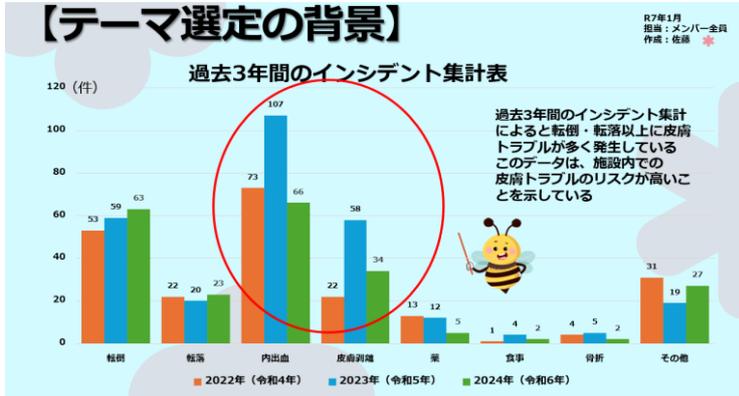
高齢者の水分摂取促進は、健康維持と活力アップのカギと考え、今後も効果的な方策の継続と改善を図ることで、

全ご利用者のQOL向上を目指す

演題名	「生活ケアにおける皮膚剥離撲滅大作戦」 ～安全で快適な生活を支えるために～		
施設名	ライフケアガーデン湘南	ふりがな 発表者(職種)	すどう ともゆき 須藤 友之 (介護福祉士)
ふりがな チーム名	さすてなぶるすきんけあ 「サステナブルスキンケア」		
分類	②安全の向上をめざすもの		
取り組種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	過去3年間のインシデント集計によると転倒・転落以上に皮膚トラブルが多く発生しており、施設内での皮膚トラブルのリスクが高い事がわかりました。特に皮膚剥離については、介助時の不適切な動作が原因となる事が多い為、介助する職員の意識を高め具体的な改善策を講じる事で皮膚剥離が減少すると考えた。		
改善の指標と その目標値	(指 標) ご入居者全員の生活ケアにおける皮膚剥離件数を (目標値) 令和7年6月までに1件以下にする		
実施した対策	①介助方法の統一 ②知識の向上 ③福祉用具の活用 ④監視体制作り ⑤環境面の整備 ⑥啓蒙活動		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 毎月1件以上の皮膚剥離が発生していた (実施後) 発生件数を減らす事ができた		
歯止めと 標準化	標準化 ①環境衛生チェックシートを日々のケアに役立てるよう活用する ②皮膚トラブルをなくすために福祉用具を常に携帯する ③ご入居者の皮膚の状態報告を居室担当看護師が行い介護士と情報共有をし意識を高める ④皮膚剥離の発生状況を定期的にモニタリングし改善策の構築 管理・教育 マニュアルを常に活用できるようにインシデント委員会で管理と更新を行う 年2回ケアする職員が忘れない為に安全対策の勉強会を開催する		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 須藤 友之 介護福祉士 2 山本 秀夫 介護福祉士 3 本多 稔 理学療法士 4 赤嶺 由美 ケアマネージャー 5 佐藤 雅美 看護師 6 佐藤 優子 看護師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門		
活動期間	2025年1月 ～ 5月		
リーダー名 (職種)	佐藤 優子 (看護師)		
活動回数	10		回

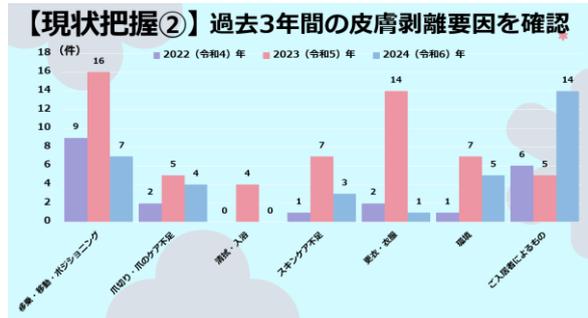
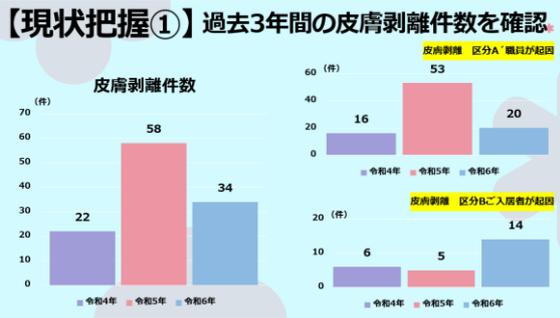
【テーマ選定と背景】

施設の目標の中に「安全」が含まれており、これは全職員が共通の意識を持つべき重要項目と考えます。高齢者施設では、転倒やインシデントのリスクが常に存在します。安全確保が不可欠。他の生活ケア項目も安全な環境があってこそ効果的に行える。以上の理由から安全をテーマとして選定



過去3年間のインシデント集計によると転倒・転落以上に皮膚トラブルが多く発生しています。特に皮膚剥離については、介助時の不適切な動作が原因となる事が多い為、職員の意識を高め具体的な改善策を講じる事で皮膚剥離が減少すると考えこのテーマとしました。

【現状把握】



【目標設定】

【目標設定】

R7年1月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

1件以下にする

目標の根拠
過去のデータ分析（過去3年間の件数）
2022年：16件
2023年：53件（急増）
2024年：20件
2023年に急増した理由を分析し、介助方法や職員の教育、自家活動を満して職員が一人となって取り組む環境を整えた。これらの活動により昨年は皮膚剥離件数を半分に減少させることができた。さらなる取り組みを強化することで、皮膚剥離1件以下の目標が現実的であると考えた。

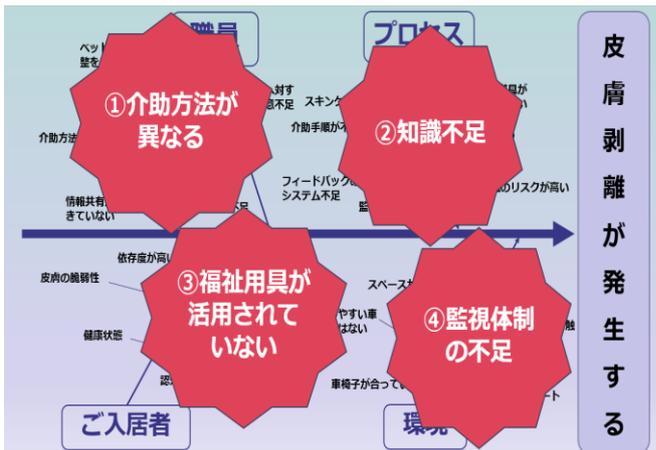
令和7年6月までに

生活ケアにおける皮膚剥離件数を

チャレンジ

ご入居者全員の皮膚剥離発生を1件以下にする！！を目標としました。

【要因解析】



【要因の検証】

【要因の検証】

R7年1月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

要因①：介助方法が異なる
介助方法が標準化されていないため各職員が異なる方法で介助を行っている

要因②：知識不足
移乗方法の確認テストを介護職30名に実施した結果、正解率が50%以下であった

要因③：福祉用具が活用されていない
皮膚トラブルを減らすためにスライディンググローブを支給されたが、常に持ち歩いている

要因④：監視体制の不足
ご入居者の状態を定期的にチェックする体制が確立しておらず早期問題を発見できていない

【対策の立案と実施】



【対策の実施①】 介助方法の統一

R7年2月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

介助手順（移乗方法の実技）の確認

- 介護職員34名に実技テストを実施
ベッドから車椅子・車椅子からベッドへ看護婦がチェック表を用いて確認
- 結果を伝えアドバイス
- 終了後にボディメカニクスの用紙を添す

【対策の実施②】 介助方法の統一

R7年2月～5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

移乗・移動・ポジショニング方法についてのビデオを作成。いつでも視聴確認できるようにした

【対策の実施③】 介助方法の統一

R7年2月～5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

移乗・移動方法についてのマニュアルの見直し

基本介護指導マニュアル
移乗・移動・体位変換
ライファアガーデン編
12年前の物
R27.08

移乗・移動・体位変換
介助マニュアル

【対策の実施④】 知識の向上

R7年2月～5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

移乗についての確認再テストを実施

2024年6月に実施した結果 (介護職30名)

項目	問1	問2	問3
移乗確認テスト	30	20	15

2025年3月に実施した結果 (介護職35名)

項目	問1	問2	問3
移乗確認テスト	91	64	81

「正しい爪の切り方」ビデオ視聴
介護・看護職員45名
ビデオの視聴率は100%

【対策の実施⑤】 福祉用具の活用

R7年2月～5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

スライディンググローブ
スライディングシート

スライディンググローブが携帯しやすいように「ホーチ」を活用！！

スライディンググローブの携帯率は4月の調査で40名中37名で92.5%の携帯率となった

スライディンググローブの活用方法を動画にした視聴型勉強会を再視聴

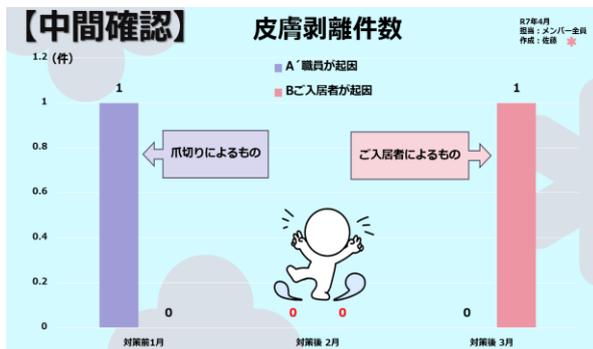
【対策の実施⑥】 監視体制作り

R7年2月～5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

- 確認日：毎月1日と15日に設定
- スプレッドシートの活用
 - ① 確認結果をスプレッドシートに記入し対応が必要な項目を可視化
 - ② 対応職員が各項目を確認可能
- 情報の共有
 - ① 爪が伸びている場合⇒居室担当の介護士・看護婦が次の確認日までに爪を切る
 - ② 皮膚乾燥⇒次の確認日までに必要な軟膏の処方を受け対応する
- 情報の共有
スプレッドシートに記録する事で職員間の情報の共有を図る

各フロアのタブレットでいつでも確認できるようにした

【中間確認】



対策直後は0件でしたが、翌月に1件発生してしまいました。

【追加対策】

【追加対策】 環境面の整備

過去1年間の内出血の部位を確認
内出血から皮膚剥離にならないように追加対策を行った

ベッド面に当たって内出血しないように保護材を巻いてから職員手作りのカバーを取り付ける

R7年5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【追加対策②】 啓蒙活動

5月は皮膚トラブル撲滅月間

爽やかな夏が心地よい季節となり
肌の露出も多くなります
常に皮膚の状態を観察し、皮膚トラブルを減らしましょう。

「安全を重んじる」心の余裕が事故を防ぐ。事故対策インシデント委員

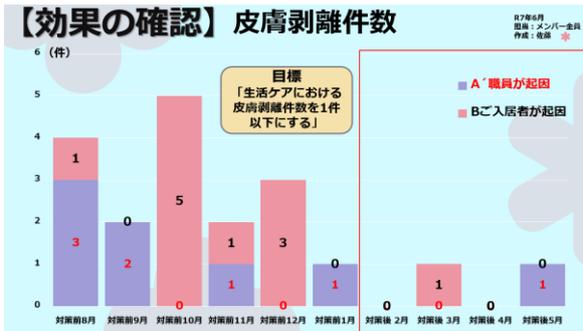
事故を減らそう新聞

2023年度・2024年度下期インシデント件数比較
2023年度下期 2024年度下期
2023年度下期 2024年度下期

2023年度・2024年度下期インシデント内皮膚剥離の件数比較
2023年度下期 2024年度下期
2023年度下期 2024年度下期

R7年5月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【効果の確認】



目標達成!

R7年6月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【波及効果】

『医療コストの削減』
皮膚剥離が減少することで治療や医療行為にかかるコストが低減する

『ご入居者の健康状態の改善』
皮膚の健康が保たれる事でその他の健康問題の発生リスクも低減

『スタッフの負担軽減』
皮膚トラブルが減ることで介護スタッフの負担が軽減され、業務が効率的になる

R7年6月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【無形効果】

『Our Team』の強化

スタッフのモチベーション向上
継続的な改善文化の醸成
施設の評判向上

ご入居者ご家族の満足度向上

『Our Team』の強化
「Our Team」の強化
ご入居者・ご家族の満足度向上
施設の評判向上
継続的な改善文化の醸成

R7年6月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【標準化と管理の定着】

新たに導入した環境衛生チェックシートを活用して、ご入居者の皮膚の状態をケアする職員が常に把握できるように定着させる

【標準化と管理の定着】

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	ご入居者の定期的な皮膚の状態報告を	問題の有無を早期に把握できるように	居室担当の看護師が	週に1回	施設内で	情報共有し意識を高めるようにする
	福祉用具を	皮膚トラブルをなくすために	ケアする職員全員が	日々	施設内で	携帯する
	環境衛生チェックシートを	日々のケアに役立てるために	ケアする職員全員が	日々	ケア時に	活用し適切なケアが出来るようにする
管理	マニュアルを	常に確認できるように	インシデント委員会が	委員会開催時(月1回)に	開催場所	置き場所の確認と更新が必要なかの検討を行う
教育	移乗・ポジショニングを含む安全対策の勉強会を	ケアする職員が忘れない為に	インシデント委員会が主催で	年に2回	開催場所	実施する

R7年6月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

【反省と今後の進め方】

【反省と今後の進め方】

ステップ	良かった点	悪かった点	今後の進め方
1. テーマ決定	施設全体の目標に取り組みができた。		目標を十分に把握してテーマを決定した。
2. 現状把握目標設定	個別の状態を知ることができた。	過去3年間を洗い出すのが大変だった。	テーマを明確化し現状を把握するようにする。
3. 要因の解析	疑問としていた事を解析し、原因について話し合うことで、発見や見落としがある事が分かった。	勤務の都合で会議に全員が集まれる日が少なかった。	個別ケアに重点を置き個人に見合ったケアを随時検討する。
4. 対策・立案・実施	TQMメンバーが意欲的に取り組む事で実行・実施に繋げる事ができた。	メンバーが事情で少なくなってしまう実施までに時間を要した。	今後も安全対策を継続的に検討・実施。
5. 効果の確認	中間確認で目標に近づける事が出来た。再度対策の見直しと要する上を目指す事で全体的にケアの意識を上げる事ができた。		職員の意識が変わったので今後も継続。
6. 標準化と管理の定着	委員会が本来あるべき役割を考える事に繋がった。		インシデント委員会(月1回)で定期的に安全対策の見直しを行いPDCAサイクルを回す。

R7年6月
担当：メンバー全員
作成：佐藤

皮膚剥離の発生状況を定期的にモニタリングし、データを基に改善策を見直す体制を構築します。これまでの取り組みを通じて得られた知見を基に、今後もご入居者の皆さんが快適に過ごせる環境を守るために「Our Team」で一層の努力を継続して参ります。

演題名	車いすの運用管理の適正化		
施設名	花川病院	ふりがな 発表者(職種)	ばん さちえ 伴 幸恵 (事務)
ふりがな チーム名	えいちだぶるえふ はなかわ ういるちえあ ふあいたーず HWF(Hanakawa Wheelchair Fighters)		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
取り組み種別	問題解決型		
改善しようとした 問題課題	車いすはレンタル品を中心に運用されているが、過去に当院で購入した車いすも併用されており、品質に大きな差が生じています。車いす老朽品の更新・撤去、運用フローの見直し、配置・点検・清掃ルールの整備を図ることで、患者さん、職員に安心して使用、運用してもらえる体制を整えたいと考えました。		
改善の指標と その目標値	(指 標) 保管場所の車いすが適正台数になっているか (目標値) 溢れている車いすを0台にする		
実施した対策	<ul style="list-style-type: none"> アンケート、松永製作所講師による研修を実施しました。 イベント用品、備品を院外倉庫へ移動し整理し、床にラベル・テープを貼り保管場所を明確にしました。 適正台数を徹底調査し決めました。 名称を変更しテプラの張替え、清掃を終えている車いすに使用可能札を作成しました。 病棟毎ファイルをレンタル種類別に変更、商品写真を追加しリスト化しました。 マニュアル等を刷新、多種ツールで周知しました。 		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 保管場所から溢れている車いすが36台 (実施後) 保管場所から溢れている車いすが0台		
歯止めと 標準化	<ul style="list-style-type: none"> 車いす保管場所を総務課主任が1か月に一度確認する。 車いすの返却申請ファイルをリハビリ主任、看護主任が1か月に一度確認する。 車いすの適正台数をリハビリ主任、看護主任、総務担当者が半年に一度、調査打合せをする。 マニュアルを所属部署の教育担当が入職後1か月以内に指導徹底する。 		
活動の種類 ※複数選択可	①職場単位の活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 伴 幸恵 事務
活動の場 ※複数選択可	①診療部門 ②支援部門 ③管理部門		2 金子 宏美 医療ソーシャルワーカー
活動期間	2025年1月 ~ 6月		3 五十嵐 圭子 看護師
リーダー名 (職種)	伴 幸恵 (事務)		4 美馬 留珠 看護師
活動回数	10 回		5 田村 由美子 看護師
			6 加藤 久典 理学療法士
			7 加藤 果歩 事務
			8 高橋 広大 事務

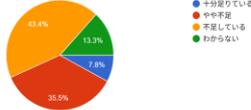
【現状把握】

現状把握①

保管場所について

保管場所のスペースに関するアンケート結果

車いすの保管場所については十分だと思いますか
166件の回答



約80%以上が保管スペースが十分でないと回答



現状把握②

保管場所について

保管場所のスペースが不足

- ・車いすを保管するスペースが狭く、荷台も重ねたり、無理に押し込んだりしているため、取り出しにくい。
- ・各階に保管場所があるのが理想的。
- ・片付けやすく持ち運びしやすい広さがあると良い。
- ・職員の通り道が非常に狭くなる。
- ・訪問リハビリや更衣室隣の廊下に患者や家族が来ている時にバックヤードがバックヤードでは無くなるので見た目が悪い。



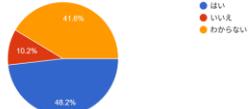
保管場所からあふれている車いす歩行器の台数は
約36台 (1階廊下の平均台数)

現状把握③

レンタルのルールについて

レンタルのルールについてのアンケート結果

車いすのレンタルルールは明確に定まっていると思いますか
166件の回答



約50%以上が「わからない」「いいえ」と回答



現状把握④

レンタルのルールについて

- ・「レンタル品」と「病院所有車いす」の区別がつかない。
- ・病棟、リハスタッフ管理などややこしい。清掃の有無もややこしい。
- ・関係部署のみでルールを周知するのではなく、職員全体で周知した方が良い。
- ・患者様が退院し清掃後、車椅子を戻すのはリハスタッフか病棟スタッフが各階でパコパコなので決まっている方がスムーズに返却しやすい。
- ・エクセルのフォルダ内の記載されている車椅子が定期的に消えていることがある。

全職種を対象としたルールの周知・教育の強化

運用マニュアルや掲示物の整備、フローの簡略化

ルールの統一的理解の促進



現状把握⑤

レンタル台数やコスト

病院レンタル 合計92台 約26万円



適正数がわからず各階保管数もばらつきがある



要因の解析 重要要因の検証・真の要因の判定

重要要因	検証方法	結果からわかった事	判定
① 故障、古い車いすの廃棄するタイミングが不明	リハビリ、看護、事務数名にアンケート実施	100%のスタッフが知らないと回答	真の要因
② 保管場所が狭い	アンケート実施	80%以上のスタッフが「保管場所は十分か」の問いに「不足」と回答	真の要因
③ 適正在庫が把握できていない	不動在庫の把握	約41台が患者さんを含む、故障中、古いなどの要因で不動態になっている	真の要因
④ 名前がわかりづらい	アンケート実施	レンタルや購入品などの名称がわからずルールが徹底されていない	真の要因
⑤ 申請ファイルが適正に運用されていない	アンケート実施	入力すべき項目が院内ファイル約15件、院外ファイル約6件（月）未入力	真の要因
⑥ 周知教育がされていない	アンケート実施	50%以上のスタッフがルールについて明確かの問いに「わからない」「いいえ」と回答	真の要因

対策の立案

評価点数(○:5点 △:3点 ×:1点)



重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	担当者	実施済	効果	点	備考
故障、古い車いすの廃棄するタイミングが不明	アンケートによる意識付け	外部講師による研修、説明を受ける	故障、古い車いすを整理する	○	○	○	15	採用
保管場所が狭い	倉庫使用部署で保管庫の整理	イベント備品を院外倉庫へ移動	車いすの置き場所を明確にする	○	○	○	15	採用
適正在庫が把握できていない	使用状況を確認し、各階の適正台数を定める			○	○	○	15	採用
名前がわかりづらい	「院内在庫」「病院レンタル」「個人レンタル」にシールを貼付	「使用可能」の札をつける		○	○	○	15	採用
申請ファイルが適正に運用されていない	マニュアルを更新する	ファイルを整頓化する	共有ファイルにする	○	○	△	13	採用
周知教育がされていない	マニュアルを更新する	LinkedIn、メール、ミルフィールで全職員へ周知する		○	○	△	13	採用

対策の実施



実施項目	誰が	いつ	どこで	何故	どのように
what	who	when	where	why	how
① 故障、古い車いすの廃棄するタイミングを明確にする	全員	6月末迄	院内全体で	検査、修理のタイミングを明確にするため	研修を受ける
② 保管場所を広くする	金子 恭博 加藤 (課)	5月末迄	保管庫で	車いすの保管スペースを広げるため	イベント用品、備品を院外倉庫へ移動する
③ 適正在庫が把握する	加藤 (久田村 五十嵐 美馬)	5月末迄	院内全体で	患者さんへ早く車いすを提供できるようにするため	病院レンタルの台数を適正化する
④ 名前がわかりやすく、使って良い物を明確にする	全員	5月末迄	院内全体で	ルールを徹底するため	呼称を変更、使用可能札を作成し周知する
⑤ 申請ファイルを適正に運用する	伴	5月末迄	院内全体で	ファイル記入漏れを防ぐため	申請ファイル簡略化し、マニュアルの周知
⑥ 周知教育をする	全員	6月末迄	院内全体で	車いす管理を統一するため	マニュアル・フローチャートを周知徹底する

対策の実施①



・故障、古い車いすの廃棄するタイミングを明確にする

①アンケートの実施

Q.故障・変化した車いすの廃棄のタイミングを理解していますか

リハスタッフ100%が不明を回答

②松永製作所の講師による研修を受ける



歴史のある当院の在庫が古く
使用不可能な車いすばかりである事がわかった

対策の実施①



・故障、古い車いすの廃棄するタイミングを明確にする

①故障・古い車いすの整理



院内在庫41台を廃棄、2台を修理

対策の実施②



保管場所を広くする

地域連携課、総務、薬局、看護部の備品を整理



薬局：年1~2回取り出す物一番上へ移動
看護：年1~2回取り出す物他施設へ移動
連携：イベント備品を他施設へ移動
コロナ禍で使用していた備品を他施設へ移動

対策の実施②



保管場所を広くする

保管場所を明確にする

多目的：車いす置き場にラベル
訪問前：歯科用車いす置き場にラベル
2階業者レンタル返却場所にラベル・テープ



対策の実施③



各階の適正台数を定める



階	品名	数量	管理	備考
1F	車いす	7	管理	
	酸架	1	管理	
	トレオク	2	管理	
	大型歩行器	1	管理	
2F	車いす	7	管理	
	酸架	1	管理	
	トレオク	2	管理	
	大型歩行器	1	管理	
3F	車いす	7	管理	
	酸架	1	管理	
	トレオク	2	管理	
	大型歩行器	1	管理	
4F	車いす	7	管理	
	酸架	1	管理	
	トレオク	2	管理	
	大型歩行器	1	管理	
5F	車いす	7	管理	
	酸架	1	管理	
	トレオク	2	管理	
	大型歩行器	1	管理	

看護主任・リハ主任・発注担当で
適正台数を徹底調査

【各病棟】
車いす7台・酸架1台
トレオク2台
大型歩行器1台

対策の実施④



名前がわかりやすく、使って良い物かを明確にする

名称の変更・シール貼付

院内在庫…病院で購入し保有しているもの → No. 10

病院レンタル…病院として長期レンタルしているもの → 病院レンタル

個人レンタル…患者さん個人名でレンタルしているもの → 個人レンタル

使用可能札を作成・取付

使用可能
使用可能
使用可能
使用可能
使用可能



対策の実施⑤



申請ファイルを適正に運用する

申請ファイルの簡略化

病棟毎ファイルをレンタル種類別に変更

- ① 東院市販車いすレンタル専用ファイル・シート作成
- ② 西院車いすレンタル専用ファイル・シート作成
- ③ 東院市販車いすレンタル専用ファイル・シート作成
- ④ 西院車いすレンタル専用ファイル・シート作成
- ⑤ 東院車いすレンタル専用ファイル・シート作成
- ⑥ 西院車いすレンタル専用ファイル・シート作成

⑦ 東院レンタル専用ファイル・シート作成

ファイルに商品写真を追加・リスト化

品名	数量	管理	備考
車いす	7	管理	
酸架	1	管理	
トレオク	2	管理	
大型歩行器	1	管理	

品名	数量	管理	備考
車いす	7	管理	
酸架	1	管理	
トレオク	2	管理	
大型歩行器	1	管理	

対策の実施⑥



周知教育をする

マニュアル・フローチャートを変更し周知



効果の確認



目標達成!



全ての車いす保管場所を整理した結果
保管場所からあふれている車いす歩行器の台数は

約36台

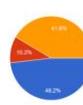
↓

0台

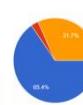
効果の確認 アンケート結果



車いすのレンタルルールは明確に定まっていますか
161名の回答



車いすのレンタルルールは明確に定まったと思いますか
151名の回答



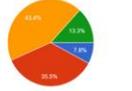
「はい」と答えた方が
17.2%UP!!

【車いす管理についてのコメント】
・ルールが明確になったと思う
・レンタル費用の患者負担の検討しても良いと思う
・身体にあった車椅子や使いやすい物が揃えられた
・入院は毎日あるので、院内レンタル車椅子がもう少し余裕をもって在庫あればと思う。
・病院レンタルをやめてすべて個人レンタルにしたらどうか

効果の確認 アンケート結果



車いすの保管場所については十分だと思いますが
166件の回答



車いすの保管場所について改善されたと思いますか
151件の回答



保管場所について良かったという回答が
56.6%UP!!

【車いす保管場所についてのコメント】

- 古い院内在庫の車いすが撤去されてスペースができた
- リハビリ室の不要な在庫がなくなりました
- 3階はスプリネス前から違う場所への検討が必要かと思う
- 車いすの保管場所を病棟以外の場所にしたい方が多いと思う



無形効果・波及効果

【無形効果】

- 「備品管理は誰かがやるもの」ではなく、「自分たちが使うものは自分たちで改善できる」という意識に変化した。
- TQM活動を通じて、気づきや問題発見力が育成される機会となった。
- 車いすの「所定の位置に戻す」取り組みで、他の物品やエリアの整理整頓の習慣も改善された。

【波及効果】

- 病棟・外来・リハビリ・事務など複数の職種が関わるため、部署間での情報共有や連携が自然と活発になった。
- 車いす利用に関するトラブル（「見つかからない」「汚れている」など）が減ることで、不安や不満が軽減し、病院全体への印象が良くなった。



反省点と今後の課題

	良かった点	反省点・今後の課題
テーマ選定	病院としての大きな課題であった点に多職種で取り組める事ができた	なし
現状把握	病棟毎の対応の違いなども理解できた	なし
目標設定	多職種で取り組める目標となった	時間に余裕を持って取り組みると、更に良いものとなった
対策立案・実施	スピーディ且つ効果的に取り組むことができた	限られた院内スペースをさらに有効活用していける提案をしたい
効果の確認	見てわかる対策で全職員に感じてもらうことができた	時間に余裕を持って取り組みると、更に良いものとなった
標準化と管理の定着	今後の役割や時期を明確にできた	確実に実施できるように周知確認をしていく

効果の確認 アンケート結果



Q:シーティングの研修を受け、花川病院でも採用したら良いと思う点

【研修を受けたコメント】

- シーティングの見直しを担当セラピストで定期的に（カンファレンスごとなど）見直せたら良いと感じました。また自分で除圧が難しい患者様の褥瘡問題の調整やアシスタントの声かけ誘導などができたら良いと感じました。
- 研修内容すべて勉強になりました。役目から患者さんの車椅子調整に活用できて非常に良かったです。
- 患者さんの健康な生活に向けて患者さんにとって車いすを後継品から良いと感じました。
- 院内でも定期的な研修を開催してもよいかとおもいます。各階で、実例を提示しつつなど。
- 委員会、花川病院、在宅部門の全職員が正しい車椅子の理解すること、**患者さんや利用者に見ていただくような適切なシーティング講座や研修**をできるように取り組むべきと考えます。

【今後のレンタルについてのコメント】

- グレースコアをレンタルできたら嬉しいです
- 病棟からの持ち帰り調整できる車椅子がレンタルできればいい。
- クッションが充実し附属品の病院レンタルがあっても良いかと思えます。
- 借りることができる車椅子や歩行補助具のリストをPDF化してパソコンやスマホで見られるようにしてほしいです。



標準化と管理の定着

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	車いす置き場を	きれいに保つために	総務課主任が	1か月に一度	返却場所を	確認する
管理	車いすの利用・返却申請を	返却漏れをなくすために	リハ部主任が 看護部主任が	1か月に一度	申請ファイルを	確認する
	車いすの適正台数を	患者さんの幸せのために	リハ部主任が 看護部主任が 総務部担当が	半年に一度	院内で	調査・打合せを行う
教育	マニュアルを	新入職員も同じ意識をもてるように	所属部署の教育担当が	1か月以内に	各部署で	指導徹底する



今後の課題

【アンケートから今後の車いす管理に活かせること】

グレースコアのような奥側からの荷重調整できる車椅子レンタルできたら嬉しいです。

クッションが充実し附属品の病院レンタルがあっても良いかと思えます。

清掃を依頼する際、【清掃依頼】【清掃済】が分かるよう札を用意してあげればわかりやすいと思えます。

車椅子の保管場所を病棟以外の場所にしたい方が多いと思います。

現在レンタル業者と調整中ですが、メンテナンスの問題で難航中。同機種の他メーカー車いすも視野に入れて進めております。

現在レンタルが可能ですが、車椅子や歩行補助具のリストをPDF化してパソコンやスマホで見られるようにし、マニュアルなども保管場所でも掲示するなど工夫していきます。

今回の活動で「清掃依頼」札を作りました。再度話し合いを行い、「清掃依頼」札を検討します。全病棟共通のルール化を目指します。

保管場所に関しては今後も課題となります。当院の限られたスペースで患者さんの邪魔にならない、且つ、職員が皆さんが使いやすい場所というのを工夫して見出していかなければなりません。また、それに伴い、運用も変更していきます。今後ともご協力をお願い申し上げます。

H
W
F

演題名	病院SNSにおける定期的な投稿数の確保～はじまりの章～		
施設名	西伊豆健育会病院	ふりがな 発表者(職種)	もりい まみ 森井 真実 (健診事務)
ふりがな チーム名	はーとらいん Heart Line		
分類	⑥その他		
取り組種別	課題達成型		
改善しようとした 問題課題	病院のSNS(アメブロ・インスタ)の投稿数がなかなか増えない。何とかしたい。 もっと西伊豆健育会病院の知名度や取組を広くPRして新たな広報活動を展開したい。と課題を頂きました。 そこで、実際に調べてみると、職員への知名度も低く、投稿の決まりもなく、誰かがやるだろという感じでした。 SNSの効果は絶大であり、とりあえずやってみようと思われ立ち上がりました。やるなら楽しく進めたい。		
改善の指標と その目標値	(指 標) SNSの投稿数 (目標値) ◆アメブロ:(週3件)月12件 / ◆インスタ:(週4件)月16件		
実施した対策	投稿者を広げる為、募集案内と、現状把握データを各部署に説明。 職員に向けて、苦手な人向け資料作成し職員に配布し、QRコードのポスターを各部署に配布・掲示。 メンバー把握し、アメブロとインスタのチーム分けをした。1か月の投稿予定表を作成。チーム勉強会も行った。 投稿時注意点マニュアルを作成、投稿確認方法も決めて共有した。 チーム名を決めて、ラインワークスでグループを作成し気軽に話しあった。		
改善指標の 対策実施 前後の変化	(実施前) 3か月平均 ◆アメブロ:週1.9件 月7.6件 ◆インスタ:週0.43件 月1.7件 (実施後) 6/1-14(2週間) ◆アメブロ:8件→月にすると16件 ◆インスタ:14件→月にすると28件		
歯止めと 標準化	標準化:管理画面から投稿件数、実施状況などを毎月確認してチームで共有 教育:新しいメンバーや希望者に、分かりやすく説明していきます 維持管理:投稿者を増やすため、3か月ごとに各部署へ工夫をこらし働きかけをします チームワーク向上:半年に1回は、食事会を開きたい		
活動の種類 ※複数選択可	③テーマに合わせて形成したチーム活動 ②複数の職場が連携した活動	チーム メンバー (職種)	1 森井 真実 健診事務
活動の場 ※複数選択可	②支援部門		2 山本 多見子 MSW
活動期間	2025年3月 ~ 6月		3 神田 純子 MSW
リーダー名 (職種)	森井 真実 (健診事務)		4 近持 季英 健診事務
活動回数	1 回		5 外岡 肇 総務
			6 須田 渚 理学療法士
			7 須田 勝太 クラーク

現状把握

当院のSNS (3/5現在)

Ameba (アメブロ)
 ・2013年8月から開始
 ・投稿件数 2025年1月から3月 月平均 **9.3**件
 ・現在のフォロワー 51

Instagram (インスタ)
 ・2024年12月から開始
 ・投稿件数 開始から **5**件
 ・現在のフォロワー 32

アメブロ・インスタの投稿者

Ameba プログ
 ・医療連携室 3名
 ・総務: 1名
 ・栄養科: 1名
5名

Instagram
 ・医療連携室 1名
1名

健育会グループ

アメブロ・インスタを利用している **7** 病院と比較

3ヵ月間の **アメブロ** 投稿件数・・・2024年12月から2025年2月

7病院 平均投稿件数	西伊豆健育会 投稿件数	12月	1月	2月	合計
46件	23件	7件	7件	9件	23件

健育会グループ

アメブロ・インスタを利用している **7** 病院と比較

3ヵ月間の **インスタ** 投稿件数・・・2024年12月から2025年2月

7病院 1か月平均投稿件数	西伊豆健育会 1か月平均投稿件数	12月	1月	2月	合計
31件	1.7件	4件	1件	0件	5件

職員アンケート：全職員138名 ラインワークスを使用
 回答 87名 63%

Q1
年齢を教えてください



職員アンケート：全職員138名 ラインワークスを使用
 回答 87名 63%

Q2
当院のSNSを知っていますか？



かなり少ない!
(*_*)

職員の年齢層の高さにびっくりです。また、半数近くが当院のSNSを知りませんでした。

攻め所の選定

ギャップシートをもちいて、ありがたい姿から攻め所候補を抽出しました。

ギャップシート

	ありがたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所候補	目標	期待効果	採否
日常的にこの投稿ができる	投稿者が多数いる(多職種)	3部署(5名)	何年も変わらず3部署	他部署に広げたい	若い投稿者の発掘	◎	採
	職員からイベント等情報が集まる	偶然的にキャッチ	職員が病院のブログやインスタの事を知っていない	職員に興味を持ってもらいSNSの世界へ引きずり込む	職員がSNSを知り写真や動画に抵抗が無くなり、更に情報ももらえる	◎	採
	『楽しく』投稿できる	義務的な感じ	楽しめていない	皆で協力して投稿できる	連帯感を感じる	○	採
	投稿の注意点が分かっている	何となく分かっている投稿時の確認作業がありUPするまで時間がかかる	投稿に手間がかかる	注意点の資料投稿確認作業の簡素化	分かりやすいマニュアルの作成	◎	採
どうしたらいいかわからない時は相談ができる	相談していない	投稿者1人が苦勞している感じ	気軽に話しあえる	定期的なチームでの会合	○	採	

活動計画書の作成

活動計画表

手順	ステップリーダー	3月	4月	5月	6月
1	テーマ選定	山本			
2	現状把握	森井			
3	攻め所と目標設定	神田			
4	活動地の作成	山本			
5	方策の立案	近持			
6	成功シナリオの追求	神田			
7	成功シナリオの実施	森井			
8	効果の確認	神田			
9	標準化と管理の定着	森井			
10	報告書の作成	山本			

目標設定

攻め所を話し合い、これからやるぞ！というところで目標値が見つからない、想像もつかない。投稿数が増えるのは確実である。そこでAIに聞いてみた。

AIに理想的な投稿件数を聞いてみた！

Ameba プログ
 ・最初の3から6か月は **週2-3回投稿**
 ・半年以降で慣れて安定してきたら週1回投稿
 ・長期目標で半年から1年で100記事

Instagram
 ・初期(認知を広げたい時期)は **週3-5回投稿**
 ・できるなら毎日投稿が理想なく続けることが最優先
 ・フォロワーが増えてきたら週2-3回でもOK
 ・ルール投稿(短い動画)は週2-4本くらいが理想

目標投稿件数

6月14日までに
 <6月2週間>

アメブロ	週3件→月12件
インスタ	週4件→月16件 内リール投稿 週2件→月8件

メンバーと話し合い、目標が高すぎると仕事の負担になり継続できないので、AIの回答は一般的に説得力があると判断しました。

方策の立案

15点満点

評価点10点以上で採用

攻め所	方策案	期待効果 ①業務負担	期待効果 ②持続性	期待効果 ③楽しさ	評価点	採用可否
1 投稿者を広げる	資料の作成	3	4	3	10	採
	各部署長に相談する	2	5	3	10	採
2 職員に興味を持ってもらいSNSの世界へ引きずり込む	病院SNSを知り分かち合う	3	4	5	12	採
	各自、自分の携帯でも見れるようにする	4	3	4	11	採
3 チームで協力して投稿できる	投稿予定表の作成	3	4	3	10	採
	チームで投稿の勉強会の開催	3	5	4	12	採
4 投稿注意点の理解 投稿確認作業の簡素化	投稿マニュアルの作成・伝達	3	5	3	11	採
	投稿確認についてディレクターに相談	3	4	3	10	採
5 チームで気軽に話し合える	定期的な話し合いをする	4	4	4	12	採
	チーム名をみんなで考える	2	3	5	10	採

成功のシナリオの追求と実施

今のチームメンバーで、普段からSNSを使っているのは4名中1名、他の3名は見てはいるが投稿に関しては無に等しい。やる気はあるが、不安はいない。投稿者を増やすのが最優先と考えた。攻め所ごとに、リーダーを決めて役割分担をしました。

攻め所 1 投稿者を多部署に広げる **担当リーダー：Yamamoto**

方策案	具体策1	具体策2	期待効果	実現性	影響	総合評価
資料の作成	投稿者募集の案内作成	気さくに、明るい感じで分かりやすさを重視 現状把握のデータも添付実際の投稿も資料とする	○	○	○	採
各部署長に相談	できた資料の説明	リーダーがしっかりと悪さ等も説明し、協力が必要である事を強調する	◎	○	◎	採



メンバー4名から7名になり、5部署に広がった。

攻め所 2 職員に興味を持ってもらいSNSの世界へ引きずり込む **担当リーダー：Mori**

方策案	具体策1	具体策2	期待効果	実現性	障害	総合評価
職員に病院SNSを知ってもらおう	身近で見れる携帯にうとい方が多い	休憩室など、パソコンが設置されている所で見れるようにする 苦手な方向けの資料作成	◎	○	○	採
各自、自分の携帯でも見れるようにする	休憩室・食堂・タイムカードにポスターを掲示	目立つ様なQRコード付の資料の作成と掲示	◎	○	○	採
	各部署に配布する	掲示したポスターを各部署に配布する	◎	○	○	採

- 【ポスターを作成】
- 各部署に配布
- タイムカード、休憩室、食堂に掲示



攻め所 3 チームで協力して投稿できる **担当リーダー：Kanda**

方策案	具体策1	具体策2	期待効果	実現性	影響	総合評価
投稿予定表の作成	チームメンバーを知る	チームメンバーの得意・不得意などを把握してチーム分け	◎	◎	◎	採
チームで投稿の勉強会	イベント情報の収集	月間投稿予定表の作成出来る限り均一分担	○	◎	◎	採
	全員での勉強会	初めはログインから！来れないメンバーには個々で行う	◎	○	○	採
	投稿練習	リマインドマーケティングで練習しながら夕日の投稿	○	◎	○	採

メンバーと面談 → チーム分けと投稿予定表の作成

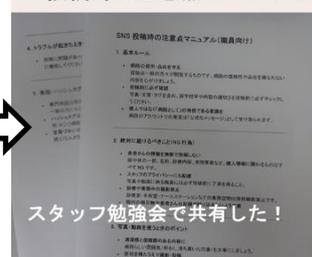


投稿予定表	5月 投稿予定		
投稿予定表	部署	アメブロ	インスタ
	総務	3	—
	栄養	2	—
	健管名	1	4
	医連名	6	12
	リハ	—	2
	病棟	—	2
		12件	20件

攻め所 4 投稿注意点の理解
投稿確認作業の簡素化 **担当リーダー：Chikamochi**

方策案	具体策1	具体策2	期待効果	実現性	影響	総合評価
投稿マニュアルの作成・伝達	投稿の注意点を抽出する	マニュアルの作成し共有する	◎	◎	◎	採
投稿確認についてディレクターに相談	【ブログ】現状の掲載確認方法を確認する	ディレクターにログインしてもらい確認してもらおう	○	◎	◎	採
	【インスタ】現状の掲載確認方法を確認する	タイムリーな投稿なのでマニュアルに沿っているか確認が必要	○	◎	○	採

◆投稿時の注意点マニュアル



◆掲載確認方法



攻め所 5 チームで気軽に話し合える **担当リーダー：Tonooka**

方策案	具体策1	具体策2	期待効果	実現性	影響	総合評価
チーム名を考える	チームみんなで、案を出し合う	チームみんなで決める	◎	◎	◎	◎
定期的な話し合いができる	全員が集まるのは難しい月1回とかでは今一つ	ラインワークスのトークルームを使えば毎日でも話せる	◎	◎	◎	採

全員で話し合い チーム名を決めました！

チーム名 HeartLine
心と心をつなぐ

ラインワークスでトークルームの作成

いつでもどこでも話ができます！

効果の確認

ブログ	インスタ (投稿)	インスタ (リール投稿)
4月2日 在宅医療セミナー 4月3日 イブニングセミナー 4月5日 イベント 4月10日 イブニングセミナー 4月15日 巡回診療 4月24日 イブニングセミナー	4月7日 夕陽 4月8日 夕陽 4月9日 夕陽 4月10日 夕陽 4月12日 夕陽 4月14日 夕陽 4月15日 夕陽 4月16日 夕陽 4月17日 夕陽 4月18日 夕陽 4月19日 夕陽 4月21日 夕陽 4月22日 夕陽 4月23日 夕陽 4月24日 夕陽 4月25日 夕陽 4月26日 麻上科の日 4月26日 夕陽・健康講座 4月28日 看護科発行日誌 4月28日 夕陽 4月30日 夕陽	4月1日 子供体験 4月26日 ICLS
6件	21件	2件

ブログ	インスタ (投稿)	インスタ (リール投稿)
5月1日 イベント 5月1日 みんなの家輪読会 5月2日 5月外来スケジュール 5月2日 ICLL研修会報告・フォローアップ 5月7日 イベント 5月7日 健康講座・予約方法 5月11日 毎日のイベント 5月11日 新人研修部・1ヶ月経過 5月21日 ママのパン販売 5月21日 5月の巡回診療 5月22日 看護科発行日誌 5月23日 看護科発行の開催 5月24日 麻・認知症カフェの開催 5月27日 みんなの家輪読会	5月1日 5月外来スケジュール 5月1日 夕陽 5月2日 夕陽 5月2日 巡回診療 5月6日 こどもの日イベント 5月7日 駐車場からの夕陽 5月8日 トンボロ 5月8日 実働からの夕陽 5月9日 患者さんの寄り添い 5月9日 前の夜急入 5月9日 リハ定でのトマト 5月10日 巡回定でてる時 5月12日 網球の夕陽 5月14日 田舎からの夕陽・石川先生 5月19日 仕事終わりに健康 5月20日 駐車場からの夕陽 5月21日 健康オムツ勉強会 5月26日 夕陽は止んだけど 5月26日 夜の病院 5月28日 池代地区に伺いました	5月8日 外産連検 5月8日 土肥クリニック 5月9日 フォロー100増え 5月12日 高松からの夕陽 5月15日 健診より 5月17日 外産終了と後援 5月19日 みんなの健康チェック 5月19日 看護部「ボクサー」 5月20日 訪問診療 (松尾医師) 5月21日 健診準備中 5月21日 ママのパン販売 5月22日 リハビリカンパニ 5月23日 フォロー200増え 5月23日 タクソリビゼ勉強会 5月24日 イモムシみたい 5月26日 若狭地区に行ってきました 5月27日 健診・夏の検査 5月27日 外産勉強会 (保健) 5月27日 リハビリ室・リルート 5月28日 健診・トンガツ倉の中 5月30日 巡回室のご案内
14件	20件	22件

ブログ	インスタ (投稿)	インスタ (リール投稿)
6月2日 6月外来スケジュール 6月4日 ゲスト巡回案内 6月5日 松崎小学校でBLS講習 6月6日 イベント 6月9日 令和7年度永年勤続表彰式 6月9日 仲祖しょう症候群の案内 6月9日 麻生診療所へ行ってきました 6月11日 理事長長賀委員	6月5日 6月外来スケジュール 6月7日 葉巻花井当 6月12日 イブニングセミナー	6月2日 骨粗しょう症検査 6月4日 在宅医療懇話会 6月5日 病院内で健康診断 6月5日 保育園で事業所後診 6月6日 坂本壮先生が来院 6月7日 西伊豆市・宇久須神社 6月9日 骨の健康チェック 6月9日 海南看護学院でICLS講習会 6月13日 巡回診療に行ってきました
8件	3件	10件

目標	6月14日(2週間)の結果		
アメブロ	週3件→月12件	2週間8件	週4件
インスタ	週4件→月16件 内リール投稿 週2件→月8件	2週間13件 内リール投稿 2週間10件	週6.5件 内リール投稿 週5件

目標達成です！！ 【有形効果・無形効果】

【有形効果・無形効果】 アメブロ・インスタの投稿者

Ameba ブログ ・医療連携室 3名
・健康管理室 2名
・総務 1名
・栄養科 1名 **5 → 7 名**

Instagram ・医療連携室 3名
・健康管理室 2名
・病棟 1名
・リビゼ 1名 **1 → 7 名**

1日あたりのアクセス数 (ジャンル順位: 病院・クリニック)

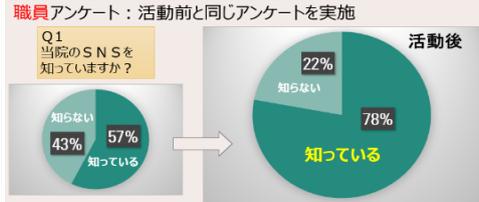
6月: 251
5月: 211
4月: 194

6/5: 98
5/31: 106
5/20: 149
4/30: 179
3/8: 209

1日あたりの閲覧数 (フォロワー数)

6月: 833
5月: 853
4月: 148

6/8: 266
5/23: 204
5/9: 119
3/5: 33



スタッフアンケート：7名 無記名
ラインワークスを使用 回答 7名 100%

このチームに参加してどうだったか？

これからも続けられる: はい (いいえ)

やりがいはあった: はい (いいえ)

業務負担は無かった: はい (いいえ)

楽しめた: はい (いいえ)

参加してよかった: はい

標準化と管理の定着

なぜ(目的)	誰が(担当)	いつ(期間)	どこで(場所)	何を(項目)	どのように(方法)
標準化	森井山本	毎月・月初	各SNSホームより	投稿件数実施状況を	管理画面から確認し共有
教育	神田	適宜	食堂で	SNSの投稿についてSNSの見方を	新しいメンバーや希望者に説明
維持管理	山本	3ヵ月ごと	各部署へ	投稿者を確保するため	働きかけを工夫する
チームワークの向上	森井山本	半年に1回	地域の飲食店での	食事会を	ディレクターに相談

ストーリーごとの反省・今後の課題

手順	良かった点	悪かった点
P テーマ選定	上司からの提案で、やれば結果が出る事は想像ができた。	職員が困っている事ではなかったが、病院アピールには非常に重要かと思われたが、なかなかメンバーに説明がむずかしかった。
P 現状把握	比べる対象を、かなり悩ましましたが当院の悪さの抽出ができた。	もっと別のデータも考えられたかもしれない。比べる対象がむずかしい。
P 攻め所と目標設定	攻めどころ候補は、意見がたくさん出て、とっとも良かった。	目標設定がみんなでも悩まされた。結局AIを頼った感じになってしまった。
P 方策の立案	立案しながら、必然的にリーダーが決めた事がよかった。実施計画書を省く事ができた。	期待効果については、メンバー本当に主観的に点数を付けたが、それでよかったか不安だった。
D 成功シナリオの追求	具体策をみんなで話しあえた。	後から、様々な意見が出てきて、変更もあった。
D 成功シナリオの実施	それぞれの項目のリーダーより、つながりがある具体策なので実施しやすかった。	リーダーより、時間がなくて、もっと時間をかけたかった。
C 効果の確認	思った以上の結果となりメンバーで喜びあえた。	無し
A 標準化と管理の定着	とても重要で維持するための意見はチームワークという嬉しい意見が出た。	やってみないと分からないので、今後再調査していく。
A 反省と今後の課題	課題は、全員一致で意見が合った。	無し

今後の課題

まだ、始まったばかりで、今の状況をいかに続けていけるかが課題です。

若い力の導入が必要です！！

HeartLine