



大阪市立総合医療センター
Osaka City General Hospital

QI Review

2025

医療の質カイゼン
への取り組み

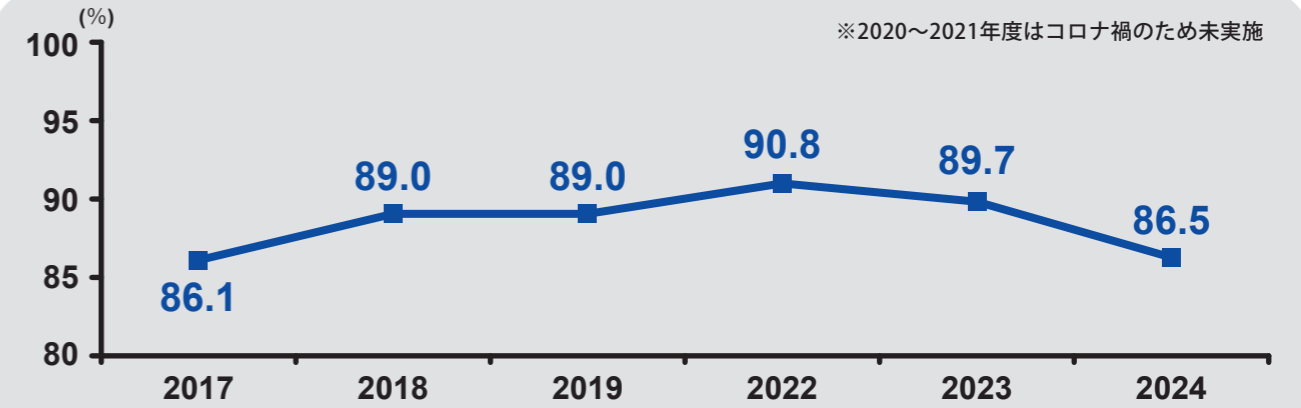
監修・編集 TQM 委員会



冊子刊行にあたって	TQMセンター長：松浦 正典
患者アンケート調査における総合満足度	患者サービス向上委員会：河本 隼人
紹介率・逆紹介率	地域医療連携センター：古西 由紀子
初期研修医一人当たりの指導医数	教育研修センター：木村 文紀
看護職員の離職率	看護部：松田 美紀
病棟薬剤師による処方提案件数	薬剤部：福田 章子
インシデント・アクシデント報告数	医療安全管理部：嵐 大輔
入院患者の転倒・転落発生率	転倒・転落防止対策チーム：藤田 美賀
PFMによる入院前問診と入院時支援加算算定率	入退院センター：佐藤 真紀子
年間手術件数	手術センター：豊島 康仁
血液培養実施数 / 2セット率	中央臨床検査部：荒木 悠香
MRSA感染率 / MRSA院内発生率	ICT（感染制御チーム）：白野 倫徳
カルバペネム系抗菌薬のAUD	ICT（感染制御チーム）：白野 倫徳
褥瘡推定発生率	褥瘡対策チーム：藤原 裕子
予期せぬ死亡・心停止数 / RRT起動件数	RRT（院内迅速対応チーム）：師岡 誉也
摂食嚥下リハビリテーション施行者数	摂食嚥下支援チーム：坂 水友樹・池田 しのぶ
ECT相談件数	ECT（倫理コンサルテーションチーム）：福岡 敦子
AND(DNAR)入力率 / 急変時ケア計画書作成率	ECT（倫理コンサルテーションチーム）：福岡 敦子
認知症ケアサポートチーム介入件数	認知症ケアサポートチーム：引地 克仁
緩和ケアチーム依頼件数・意思決定支援件数	緩和ケアチーム：片山 沙織
がんに関する相談対応件数	がん医療支援センター：鈴木 美千代
子どもサポートチーム介入依頼件数	子どもサポートチーム：前久保 直美
DCT介入依頼件数	DCT（周術期血糖コントロールチーム）：玉井 杏奈
クリニカルパス適用率	クリニカルパス委員会：西谷 慶一
TQMツール開発件数・実績紹介	TQMセンター：井藤 秀明

外来患者満足度調査アンケート結果

2024年12月9日から27日にかけて、のべ863人の外来患者を対象に行われた外来患者満足度調査アンケートのうち、回答結果が「非常に満足」「満足」の割合



備考 有効回答者数：805人 平均年齢：44.7歳 男性：41.1% 女性：58.9%

特に満足度が高かった項目

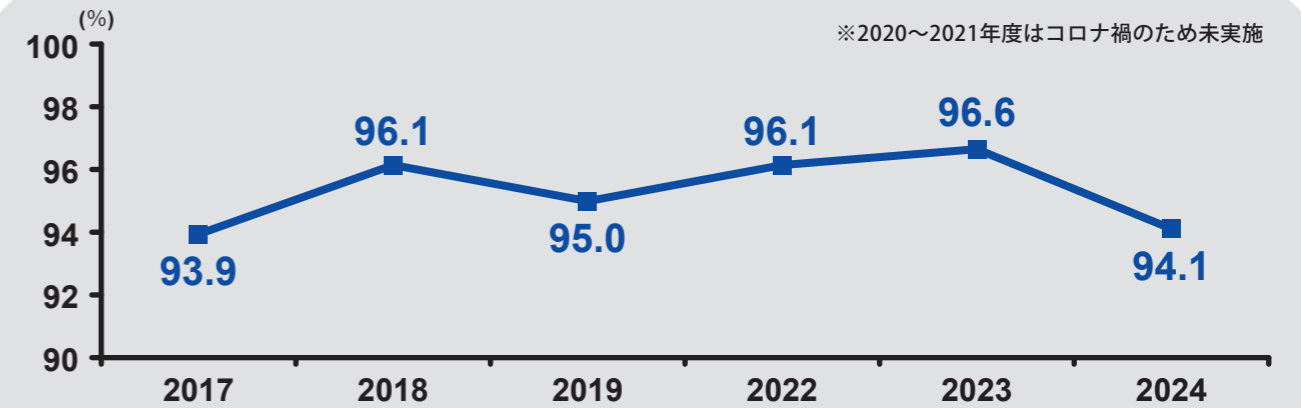
- 整理整頓や清掃状況
- 今日までに受けた説明
- 医師、看護師との対話

満足度が低かった項目

- 駐輪場、駐車場の利便性
- 検査、診察までの待ち時間
- 電話のつながりやすさ

入院患者満足度調査アンケート結果

2024年12月9日から27日にかけて、のべ403人の入院患者を対象に行われた入院患者満足度調査アンケートのうち、回答結果が「非常に満足」「満足」の割合



備考 有効回答者数：368人 平均年齢：51.2歳 男性：50.7% 女性：49.3%

特に満足度が高かった項目

- 診療面のわかりやすい説明
- 医師による診療・治療内容
- 質問や相談を聞く医師や看護師の姿勢

満足度が低かった項目

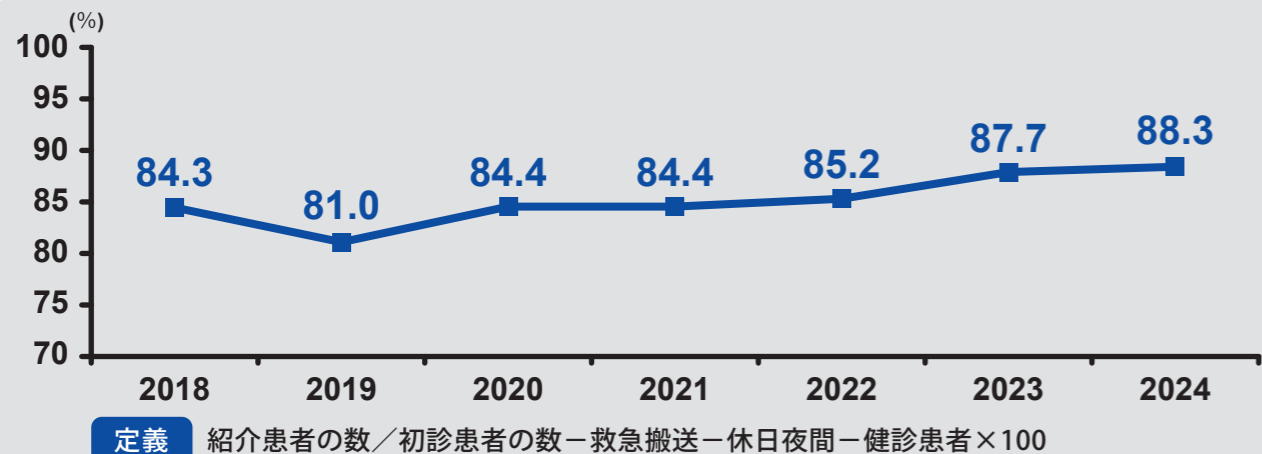
- 食事の内容（メニュー・味など）
- 消灯後、他患者の生活音
- レンタル用品の品揃えや価格

● TQM委員会より

外来・入院ともに接遇面において、満足度が高かったことが評価できます。2023年と比較すると満足度が少し低下しており、引き続き接遇の維持と満足度が低かった項目について、さらなる取り組みを行い満足度向上に期待しています。

紹介率

紹介患者とは地域の診療所や他の病院から紹介状を持参し、当センターを受診された患者を指す。

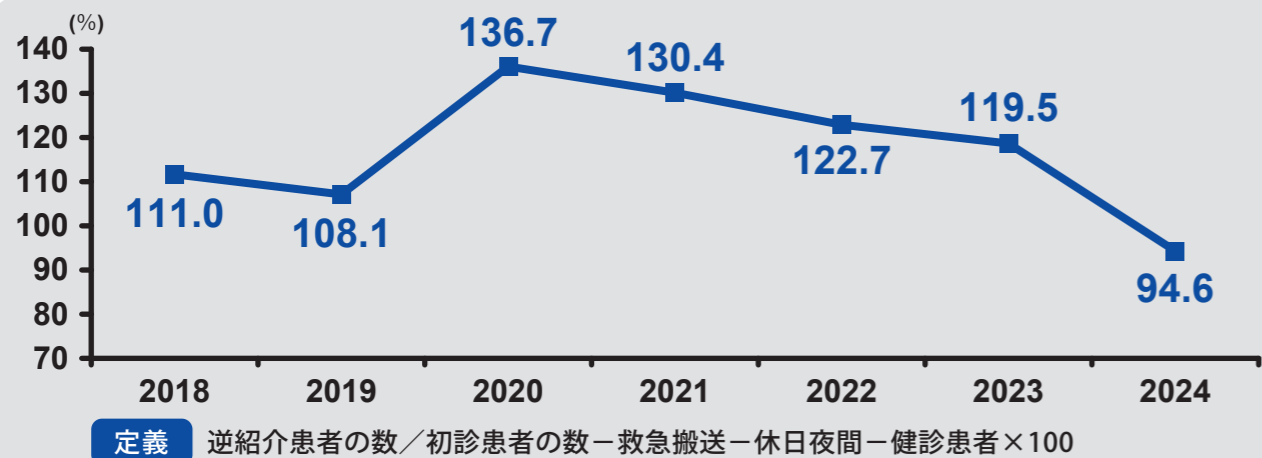


高度な医療を必要とする地域住民が、速やかに治療を受けられるよう、以下の内容を継続実施した。

- 地域医療連携室に看護職員を配置し、迅速に緊急診療要請に対応できる体制
- 顔の見える関係構築のため医療機関を訪問し、診療体制や治療内容の説明、情報交換、連携に関する要望の聴取

逆紹介率

逆紹介患者とは、当院での急性期医療が終了し、地域の診療所や他の病院へ紹介状を作成し、継続診療をお願いした患者を指す。



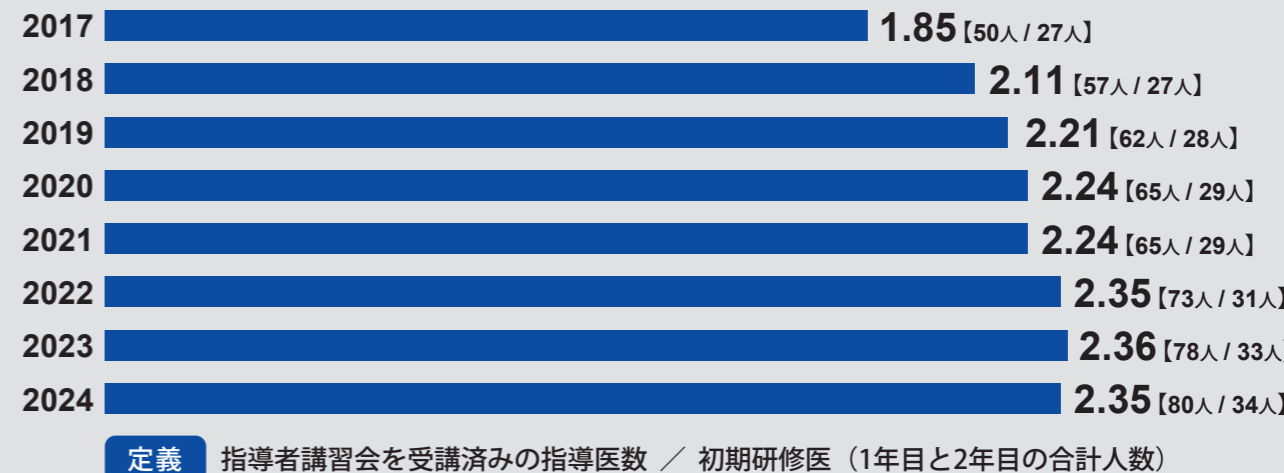
ネットワークを推進することで、地域医療機関との顔の見える関係性を継続するだけでなく、更なる円滑な連携に向けて情報交換を行った。診療情報提供書の内容を見直し、逆紹介に至らないケースを整理したことで、逆紹介率が減少した。

● TQM委員会より

年々、紹介率が増加していることから、地域における当院の役割の周知や連携の強化が功を奏していることが見て取れます。一方、逆紹介率が減少しているようですので地域医療連携の信頼向上のためにもさらなる工夫を期待します。

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に研修医の数と指導医（臨床経験が7年目以上）の人数を届出する。指導医養成講習会で明確化した指導内容・方略を身につけた指導医が数多くいる施設は、それだけで研修医指導を重視しており、優れた医療の提供に真摯に取り組んでいる施設であるといえる。

初期研修医一人当たりの指導医数



指導医の増加を図るため、教育研修センター定例会で指導医養成講習会を受講させる診療科を検討し、4名以上の受講を計画的に進めている。研修医の採用数は年々増加しているが、一人当たりの指導医数は2.35人を維持している。

臨床研修病院マッチングランキング

年度	参加病院数(全国)	大阪府	全国	1位希望人数	募集定員	定員充足率
2017	1,022	8位	23位	31人	14人	221.4%
2018	1,025	2位	15位	37人	15人	247.0%
2019	1,020	2位	21位	32人	15人	213.3%
2020	1,017	1位	28位	34人	16人	212.5%
2021	1,021	7位	40位	31人	17人	182.4%
2022	1,024	4位	18位	37人	16人	231.3%
2023	1,029	2位	15位	41人	17人	241.2%
2024	1,026	7位	48位	32人	17人	177.8%

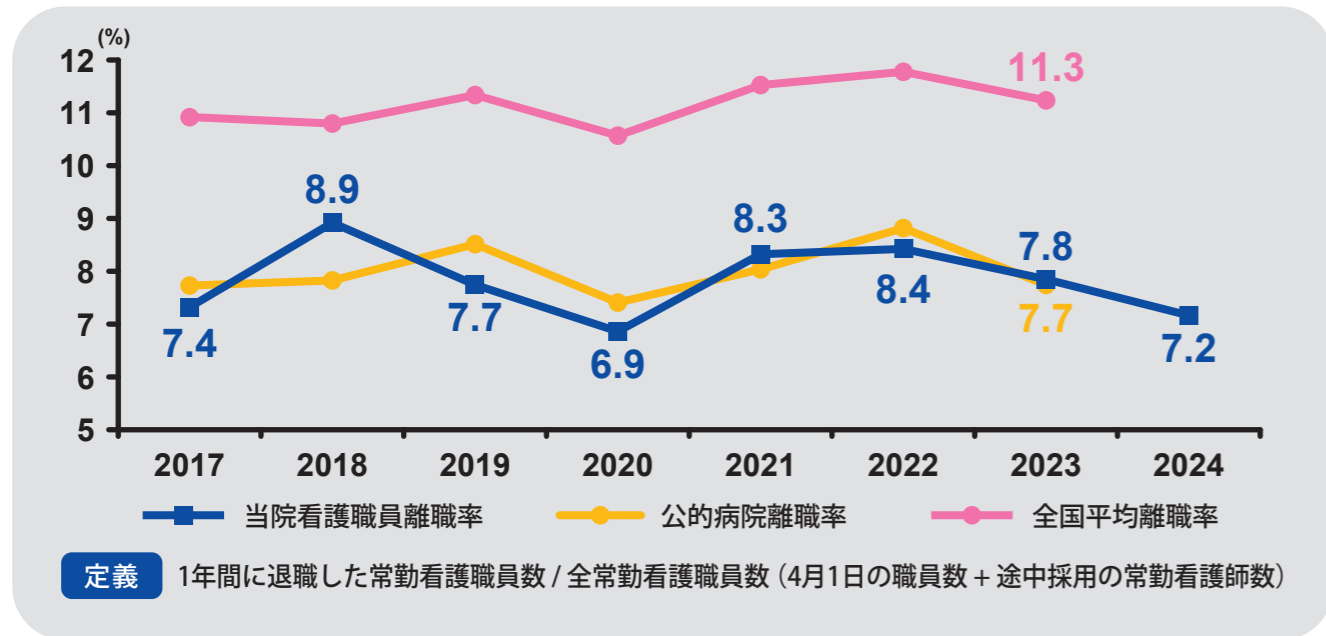
「研修医マッチング」では、研修希望者が提出した希望順位表をもとに、当院を第1希望にしている参加者数が中間公表される。この指標が高いことは、当院での研修に意欲のある若手医師が多いということであり、充実した研修環境であるといえる。

● TQM委員会より

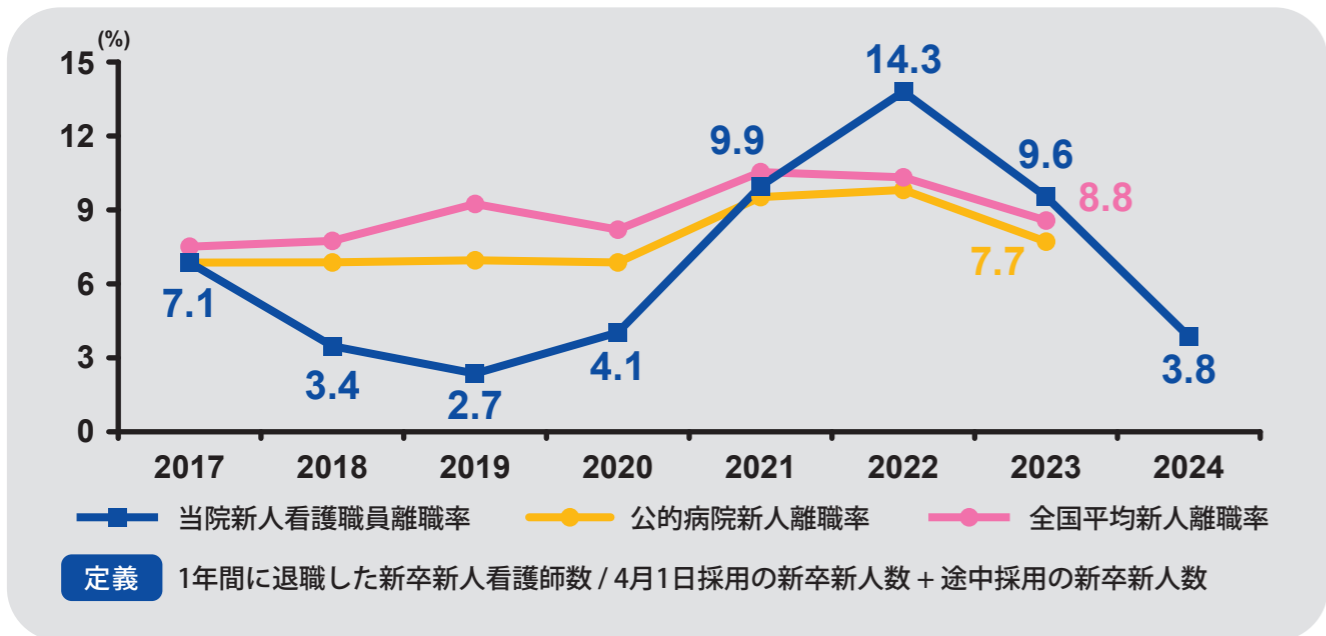
順位に変動はありますが、1位希望人数が募集定員をはるかに上回っている状況が続いており、高い人気を維持していることが分かります。指導医数の多さ、充実した研修プログラムとそのサポート体制は当院の強みであり、今後も研修医にとって魅力ある病院であり続けるものと考えます。

看護師の定着は優秀な人材の育成につながり看護の質向上の担保となる。離職率は働き続けることが出来る職場の目安となり、ワークライフバランスの充実度を反映する側面がある。

看護職員の離職率



新人看護職員の離職率



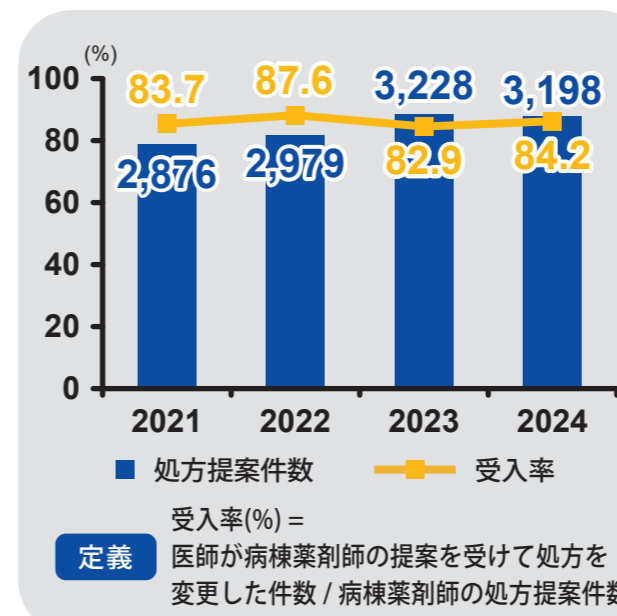
早期のメンタルサポートに取り組むとともに、職員一人ひとりのライフスタイルに応じた支援を行った。さらに、タスクシフト・タスクシェアを推進し、看護職が専門性を発揮できるよう、業務の効率化を見据えた業務改善を進めている。

● TQM委員会より

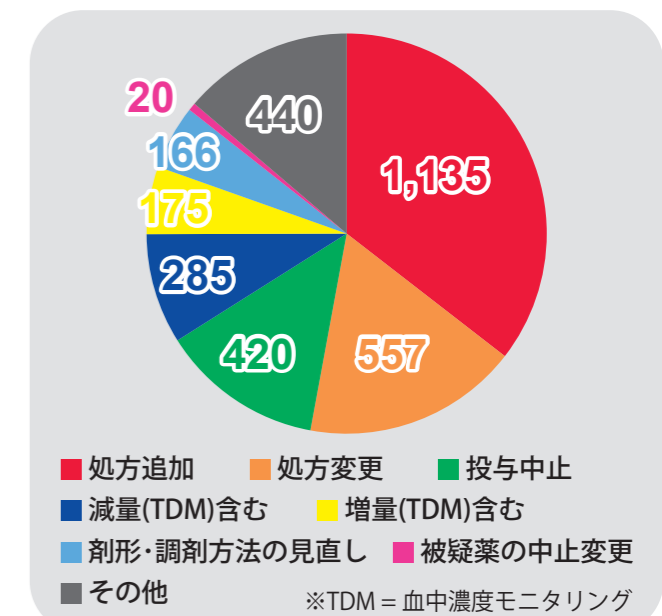
看護職員の離職率は昨年度に比べ低下しており、ライフスタイルの支援や業務改善をすすめた成果がみられているかと思えます。また、新人看護師については早期のメンタルサポートの取り組みが奏功したと思えますので、引き続き改善を目指してください。

病棟薬剤師による処方提案は、薬物療法の有効性、安全性の向上につながる。当院では、病棟専任薬剤師が、患者背景の把握や薬歴・持参薬の確認を行う病棟薬剤業務を実施している。

病棟薬剤師による年間処方提案件数



2024年度処方提案内容の内訳



病棟薬剤師の活躍 ～医師・看護師より～

- バンコマイシンなどTDMが必要な薬剤は、適切な投与量を提案してくれる。
- 持参薬で当院にない薬については、代替薬を量の変更も含めて提案してくれる。
- 腎機能に合わせた薬剤の減量について提案してくれる。
- 薬物相互作用に配慮し、最適な薬剤提案をしてくれる。
- 内服困難な時、簡易懸濁や代替薬などの提案をしてくれる。
- 採用薬剤変更時、病棟業務を考慮した入替期間やマスター管理について支援を受けた。
- 取り扱いの難しい薬剤（毒性が強く、素手では触らない方が良い）投与の支援を受けた。
- 静脈薬の配合変化や、投与ルート（単独投与にすべきか）を助言してくれる。
- 高額な抗ウイルス薬の適用外投与を防ぐため、チェック表を作成してくれた。

2019年4月薬剤総合評価調整加算の算定要件改定を契機に、幅広い診療科のカンファレンスや回診に積極的に参加し、薬歴・患者状況を把握し、抗腫瘍薬の使用患者ではレジメンの確認と副作用軽減のための処方提案など、薬物療法の有効性、安全性の向上に努めている。処方提案受入率は当初75.1%だったが、2024年度は84.2%にまで上昇した。病棟薬剤業務における薬剤師の存在価値、信頼度の向上が図られていると考えられる。

● TQM委員会より

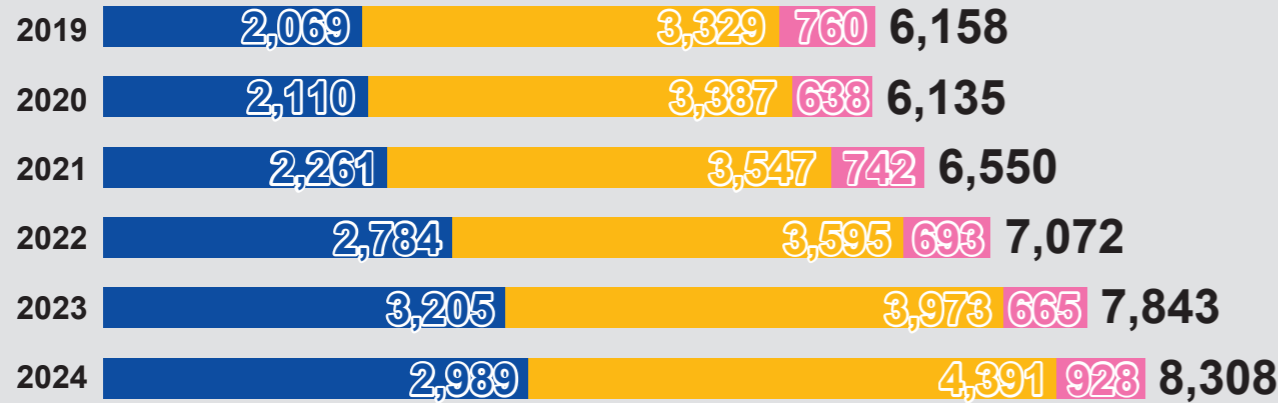
病棟薬剤師による処方提案件数が2020年から増加していることと受け入れ率の増加は、現場で働く医師や看護師にとって、欠かせない存在となってきていることの証拠だと思えます。仕事の分業化・他職種連携といった点でも重要であり、今後も継続してさらに件数・受入率を増加させていただくことを期待しています。

インシデント報告の意義は

- 事故の再発防止や改善に向けた情報収集ツール
- 施設内で患者に発生した有害事象を早期に把握する
- 組織内の安全文化を強固なものとする

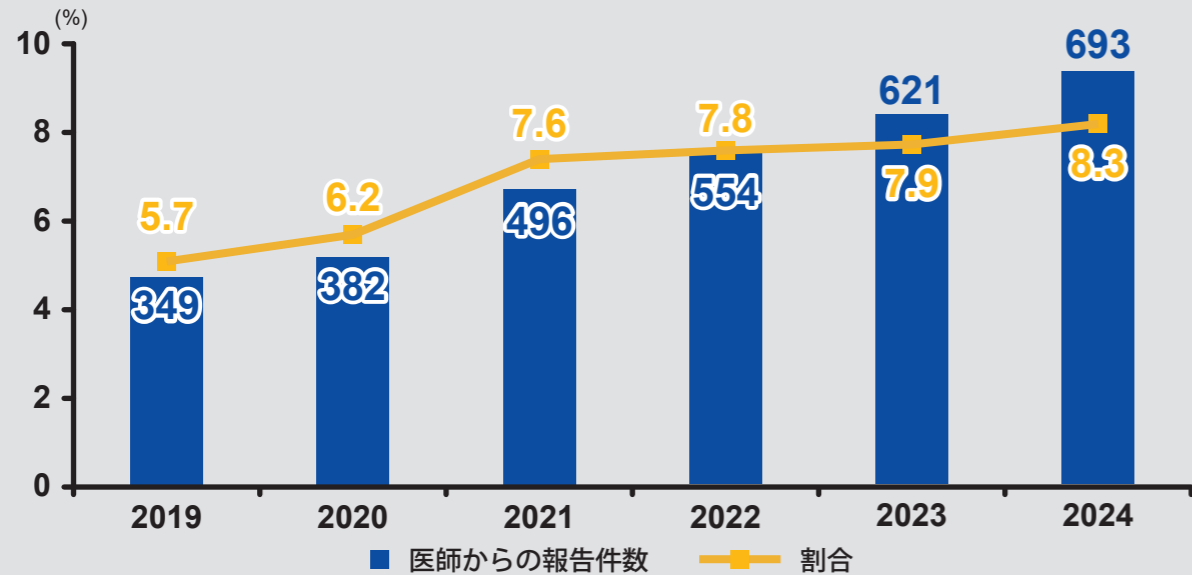
とされている。

インシデント・アクシデント報告数



- レベル0 患者に実施される前に発見された場合
- レベル1 患者等に実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性が否定できない場合
- その他 インシデントレベル2以上 内容は「医療事故等のレベル」による

医師からの報告数の推移



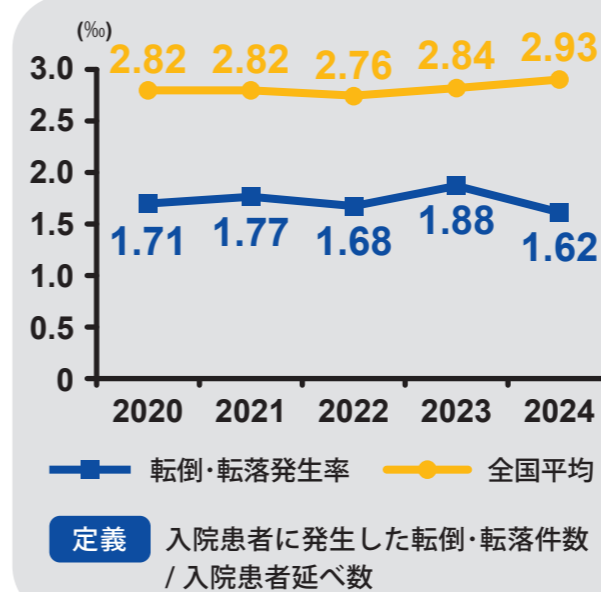
『WHO患者安全カリキュラムガイド』において、「報告の文化」をもつ医療機関は、報告のない施設よりも安全であると記載されています。当院においてもインシデント・アクシデント事例の報告目標数をベッド数の5倍である5,000件を目指し、2018年度目標を達成した。2015年度は8,000件を目標とする。また、レベル0・1の報告件数および割合、ならびに医師からの報告数・割合も増えている。

● TQM委員会より

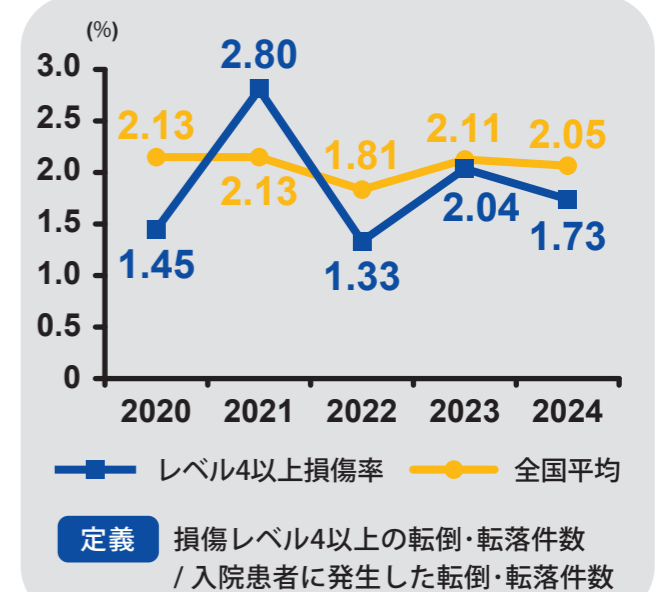
インシデント・アクシデントの共有は患者安全文化の醸成に欠かせない取り組みです。現場で気づいた点を速やかに報告いただくことにより、問題を早期に把握し、システムとして改善を進めることが可能となります。報告件数の増加は現場での気づきを共有し合える文化が定着しつつある証であり心強く思います。引き続き、スタッフ間での声かけやインシデント・アクシデントの共有を促進し、より安全な医療提供に繋がっていくことを期待しています。

転倒・転落の発生を無くすことはできない。しかし、防止のための取り組みは転倒・転落の発生を抑止し、たとえ発生したとしても患者に及ぶ影響を最小限にすることができる。入院患者に対する転倒・転落発生率と転倒・転落に対する損傷発生率を指標とすることで、転倒・転落発生要因、損傷に至る要因を特定しやすくなる。事例分析から導き出された対策を実施し転倒・転落の発生を低減していく取り組みが、転倒・転落による有害事象予防につながる。

転倒・転落発生率



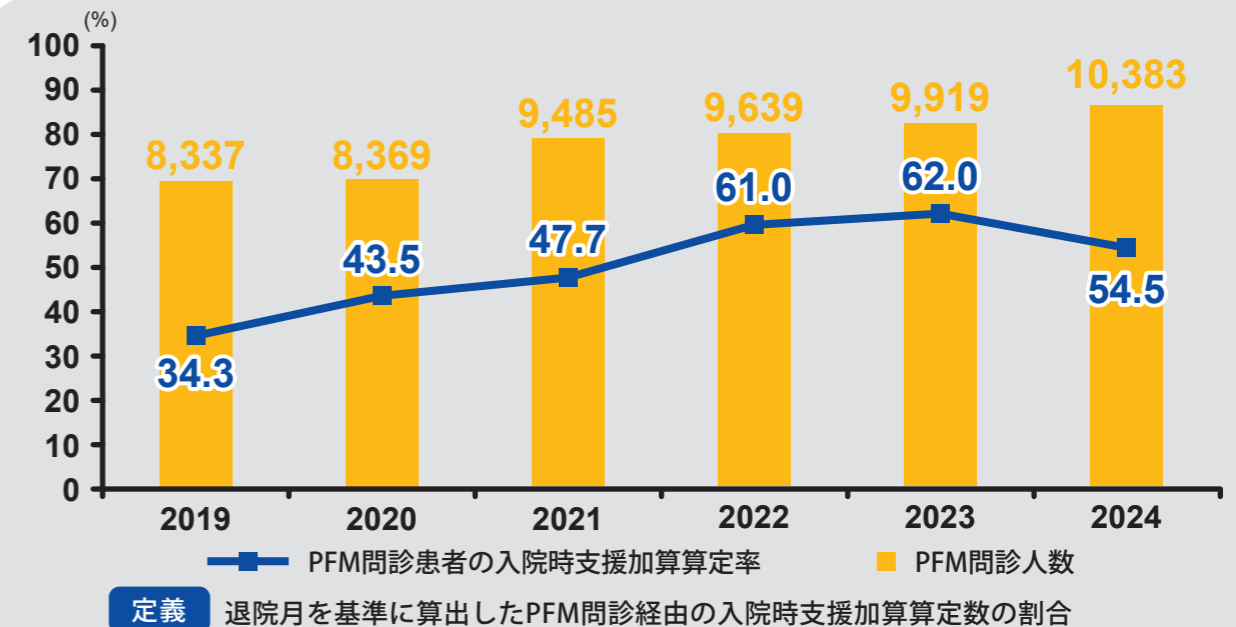
転倒・転落に対するレベル4以上の損傷率



入退院センター

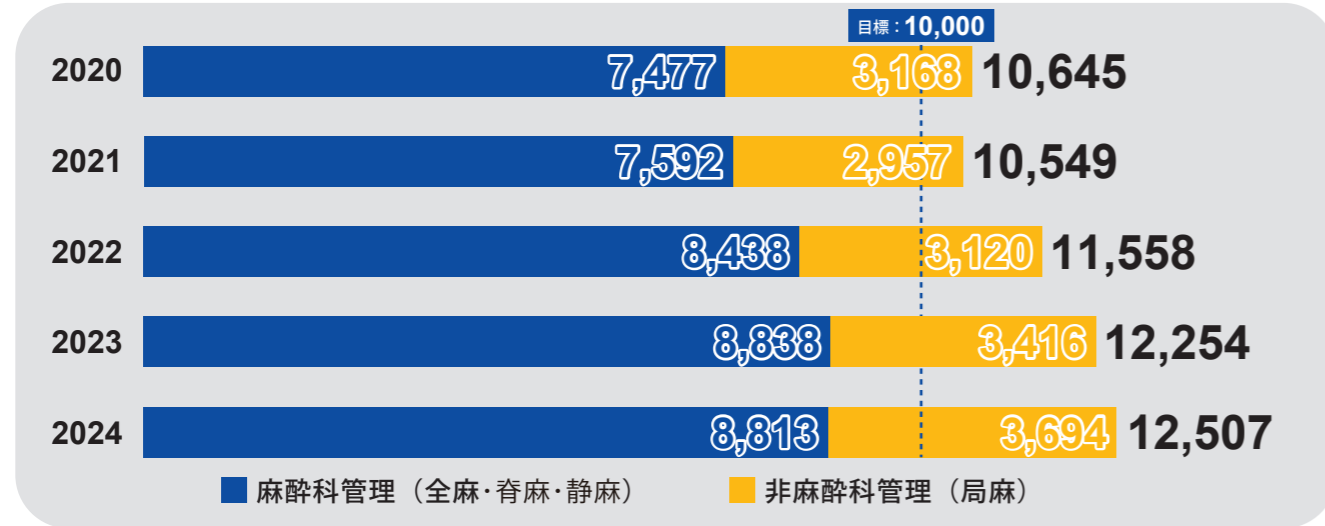
PFMによる入院前問診と入院時支援加算算定率

PFM(Patient Flow Management)とは入院前に患者へ問診を行い、早期から薬剤師・栄養士・MSWなどと情報を共有し、安心して入院および退院していただくための仕組みである。PFMの看護師問診外来では、入院前の注意事項、必要な書類や物品、およその入院期間などを説明している。入院前の地域での生活状況等も考慮し、退院後も元の地域へ安全かつ安心して戻れるよう情報の連携に努めている。



手術件数は病院機能を測る重要な指標である。2018年よりアンギオ室4室を手術センターとして一体化運用を開始し、人材育成を計画的に実施することによりシームレスな手術センター稼働率上昇を目指した。

年間手術件数



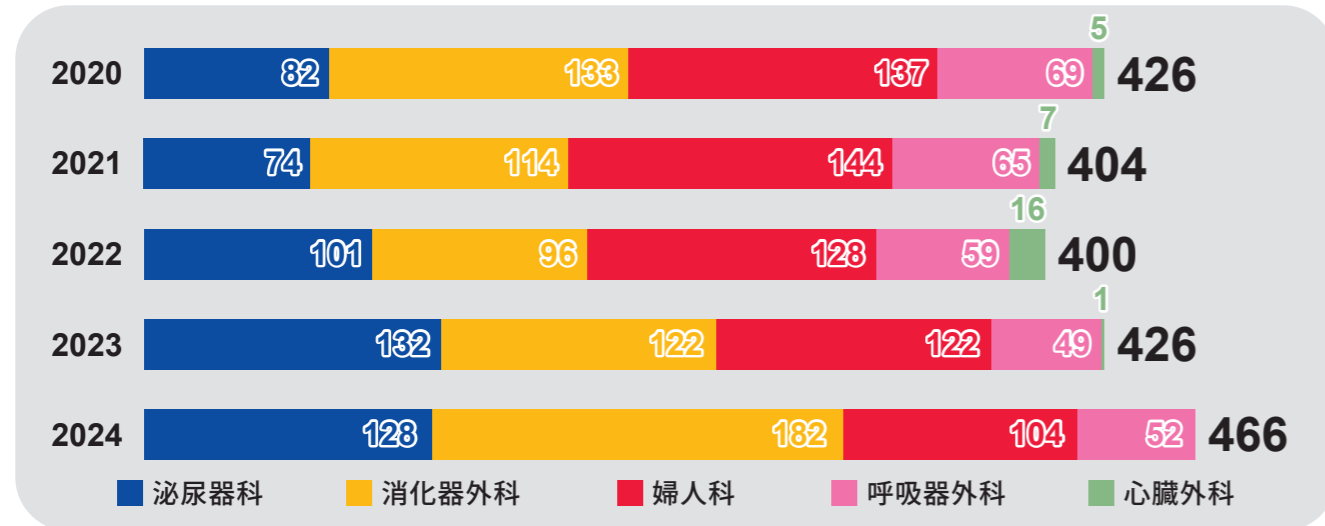
新型コロナウイルスが5類相当となったことで手術件数は順調に回復した。しかし、諸都合により2024年1月より手術枠を1日3枠制限することとなった。2024年度は手術センターが有する本来の機能を復帰させ、持続することを課題とし、年間を通じて安定した手術センター運用を目指す。

DPC全身麻酔件数ランキング (全国)

出典 厚生労働省 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 退院患者調査

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
全身麻酔	5位	5位	4位	11位	11位	6位	未発表
全件数	12位	13位	19位	23位	19位	16位	未発表

ロボット手術件数の推移



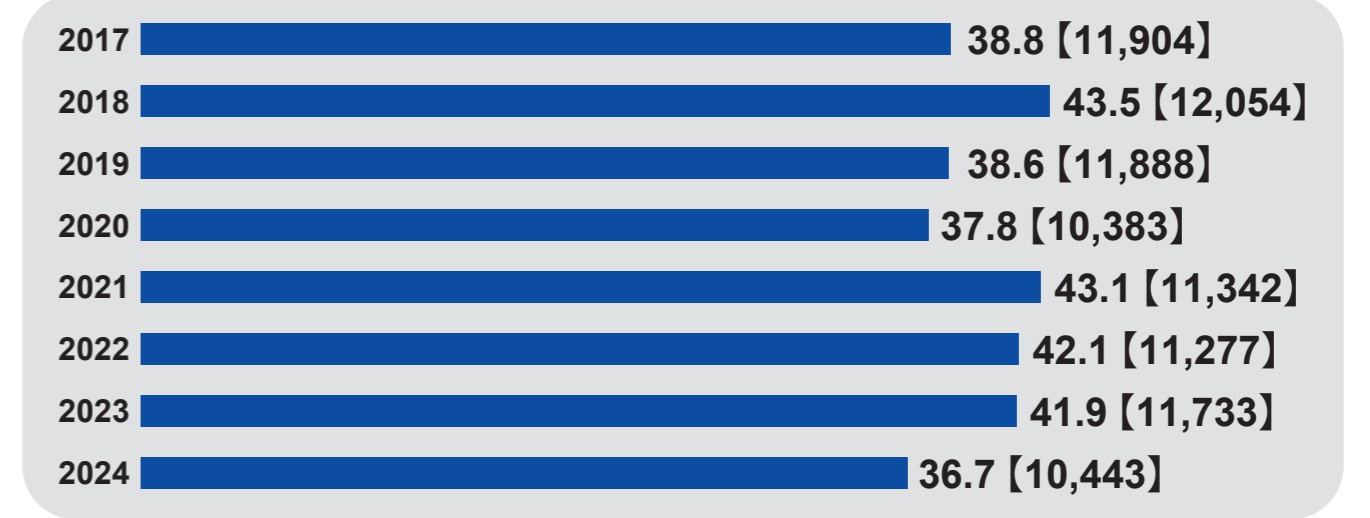
手術件数増加に向け、診療科別手術枠スケジュール調整、ロボット手術枠の効率的な運用、緊急手術のすみやかな受け入れ等を多職種で連携しながら取り組んでいる。特にロボット手術については、医師だけでなくコメディカルの見学受け入れ施設（リファレンスセンター）として、人員配置や役割分担、スケジュール調整や在庫管理など他施設の模範という意識をもって業務を行っている。

● TQM委員会より

コロナ禍を乗り越え、手術枠制限せざるをえない状況であっても、年々順調に手術件数を増やしており、大変頼もしいです。ロボット手術についても効率よく活用できるシステムを構築して外へ発信しているようですね。関わる各科医師およびコメディカルたちで精力的にロボット手術が行われており将来性が高いです。

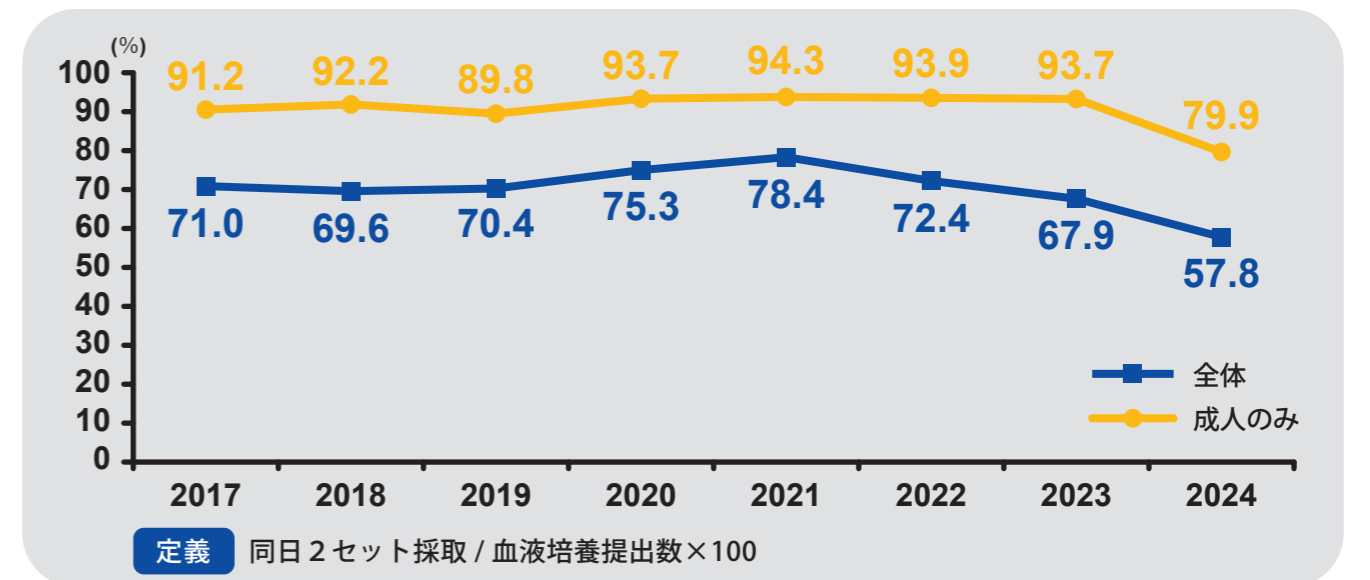
血液は通常無菌状態だが、病原体が血液内へ侵入すると全身に広がり、菌血症や敗血症という重篤な感染症となり得る。速やかに血液培養を実施し、病原体を特定した上で抗菌薬を選択する必要がある。適切な培養検査が実施されていることは、適切な治療が行われている重要な指標の一つといえる。

1,000患者・日あたりの血液培養検査数【血液培養件数】



血液培養2セット率の推移

1セットのみの採取では起炎菌の検出感度が低下するが、2セット施行した場合の検出感度は、1セットの場合と比べて約30%近く上昇したという研究報告がある。また、1セットでは培養の結果検出された微生物がコンタミネーションで検出されたか判断が困難なため、複数回採取の実施率をモニタリングすることは、感染症治療を行う上で非常に重要である。なお、小児は採取量に制限があるため、全体の2セット率は下がっている。2024年度は7～9月にかけて血液培養ボトルの出荷制限の影響で低下した。



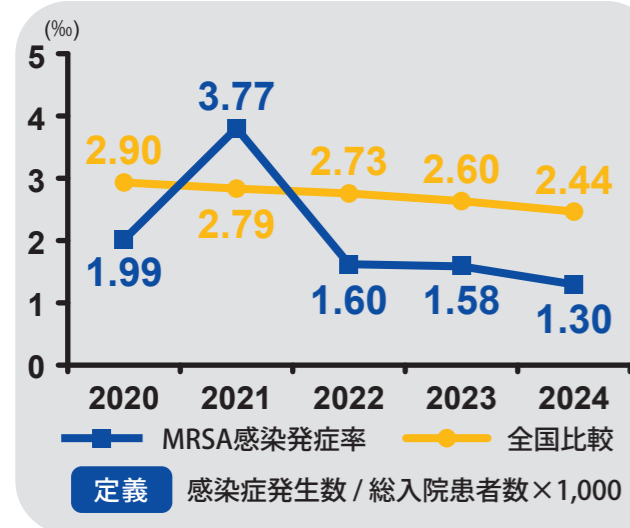
抗菌薬適正使用ラウンドを実施し、広域抗菌薬が投与されているにもかかわらず血液培養が実施されていない症例については、ICT・ASTより小児系も含めて注意喚起を行った。

● TQM委員会より

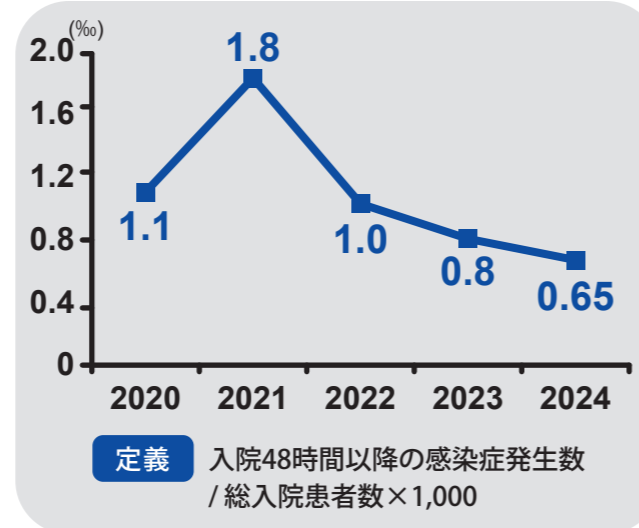
血液培養は、感染症治療において適切に抗生剤を選択していく上で重要となる検査です。精度を高める上で2セットの施行が勧められており、2024年は出荷制限の影響で一時的に2セット率が下がっていますが、今後は実施率が回復していくことが期待されます。

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は院内で医療従事者の手指や医療器具を介して水平伝搬し、抗菌薬の多用により増える傾向にあるため、日常的な標準予防策・接触予防策・抗菌薬適正使用の指標となる。

MRSA感染率（全体：持ち込み含む）

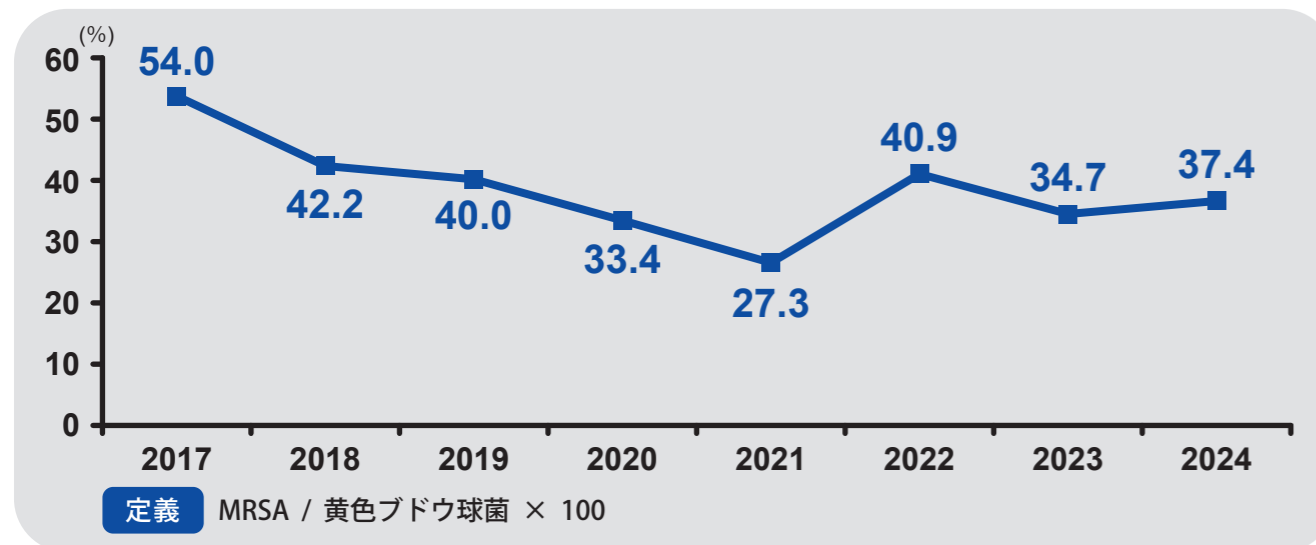


MRSA感染率（院内発生のみ）



持ち込みも含むMRSA感染率は、当院での2024年実績は1.30%であった。持ち込みの件数が多いため、院内発生に限ると0.65%と低く抑えられている。厚生労働省院内感染対策事業（JANIS）全国平均では2.44%であった。

黄色ブドウ球菌中のMRSA率



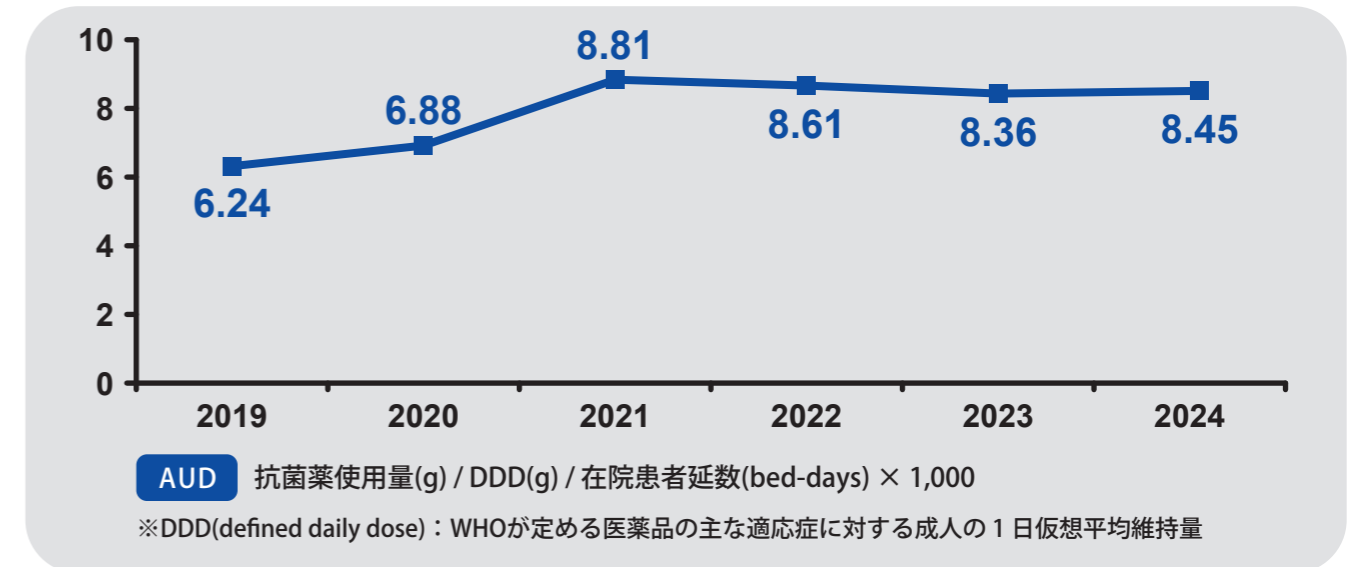
黄色ブドウ球菌中のMRSA率は2024年度は37.4%であった。2016年4月に政府から発表された「薬剤耐性菌(AMR)対策アクションプラン」では2020年までに20%以下に低下させることを目標としており、なお取り組みを強化する必要がある。

● TQM委員会より

当院は高度急性期病院であり重症の患者に対する治療の割合が高い中、2022年以降MRSA感染率は全国平均を下回って経過しています。日々の感染対策の効果を示すデータです。これからも活動を継続していただきたいと思います。

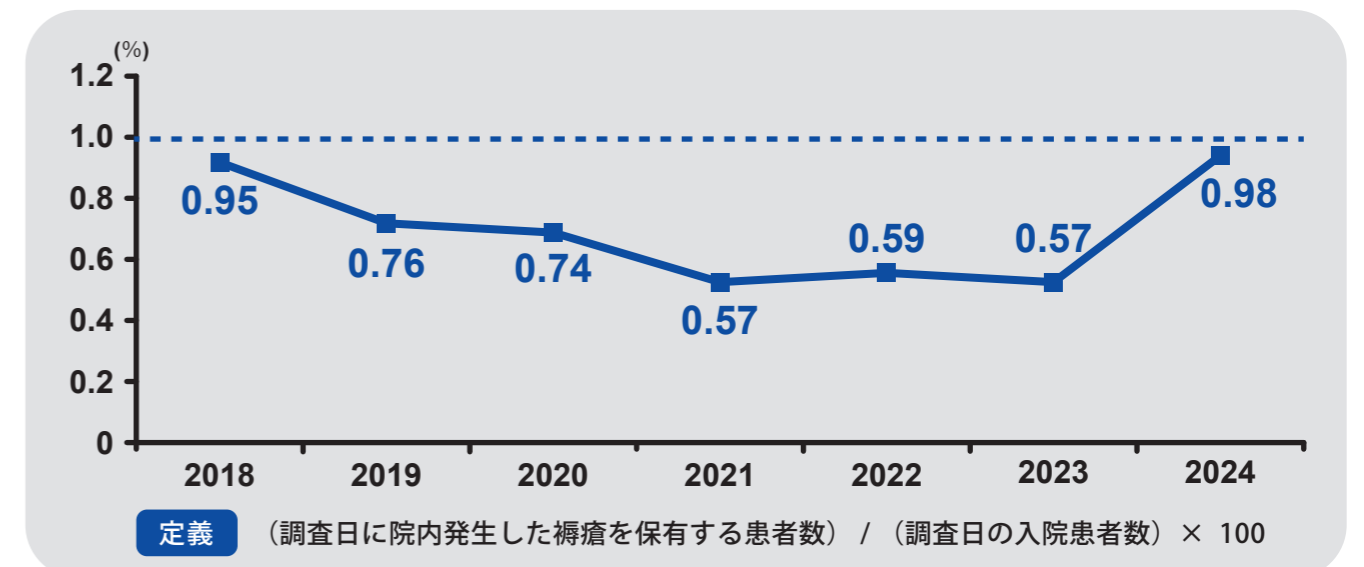
カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)の増加を受け、2016年度より取り組みを強化した。2018年度より抗菌薬適正支援チーム(AST)として正式に発足し、薬剤師が専従化された。広域抗菌薬でありカルバペネム系の使用量が増えると緑膿菌が耐性化する傾向があり、抗菌薬適正使用の指標となる。増加傾向にあるのは、一部の抗菌薬の供給制限や海外での臨床試験結果の影響であり、全体としては低く抑えられている。

※AUD (Antimicrobial Use Density: 抗菌薬使用密度)



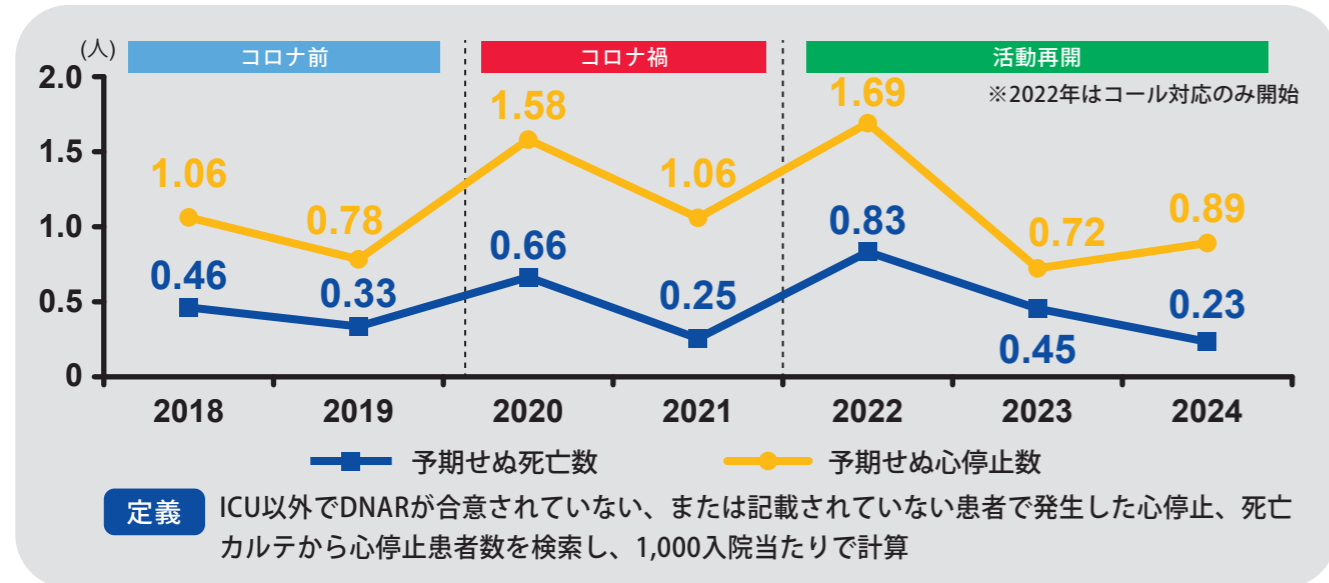
褥瘡の発生は、患者の生活の質低下や感染症などの合併症を引き起こすため、その発生状況は医療の質を評価する指標となる。日本褥瘡学会の全国実態調査より当院では、一般病棟の発生率1.0%以下を目標に、ハイリスク事例に対する予防ケアの充実やカンファレンスの実施、ラウンドの強化、褥瘡研修の追加、褥瘡専従管理者の病棟担当制を継続している。

一般病棟 褥瘡推定発生率



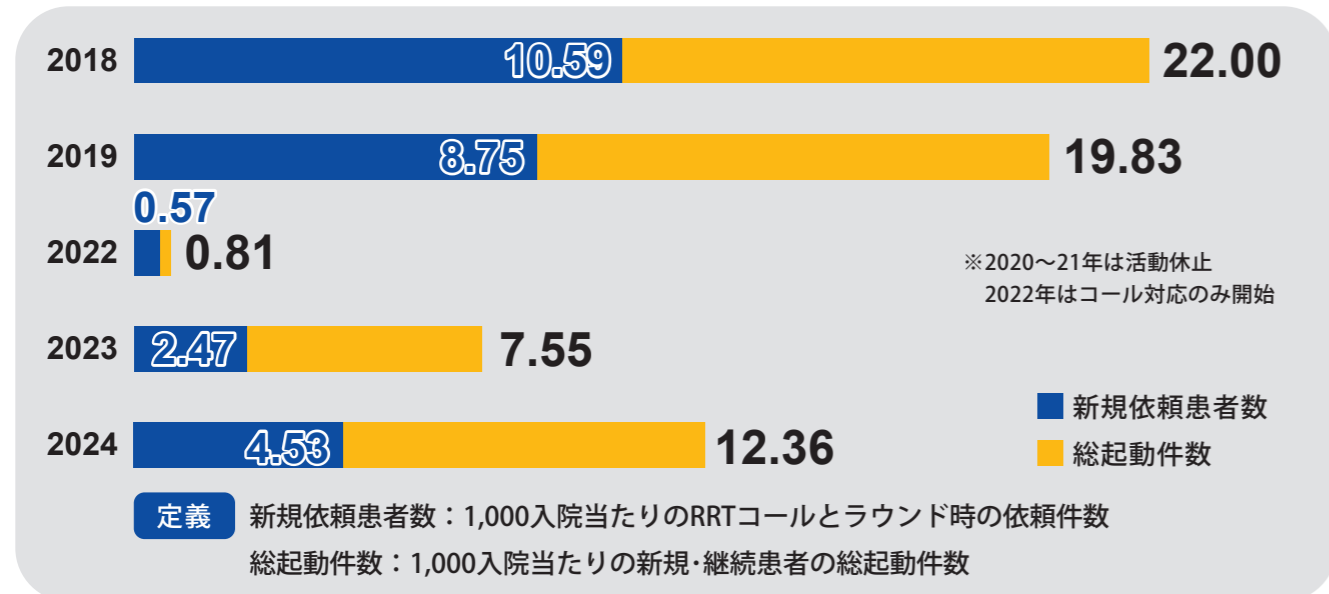
予期せぬ死亡・心停止数は院内救急対策チーム(RRT)におけるアウトカムであり、1,000入院当たり3以下であれば有効な活動ができていると評価される。当院はその基準より低値で推移しており、適切に活動しているといえる。

予期せぬ死亡・心停止数 (1,000入院当たり)



RRT新規依頼件数・総起動件数 (1,000入院当たり)

1,000入院当たり25件程度の起動件数があると、予期せぬ心停止患者を減少させるという報告がある。2020年の活動再開後起動件数は増加傾向にあり、RRTの活用が活発化してきていると推察される。



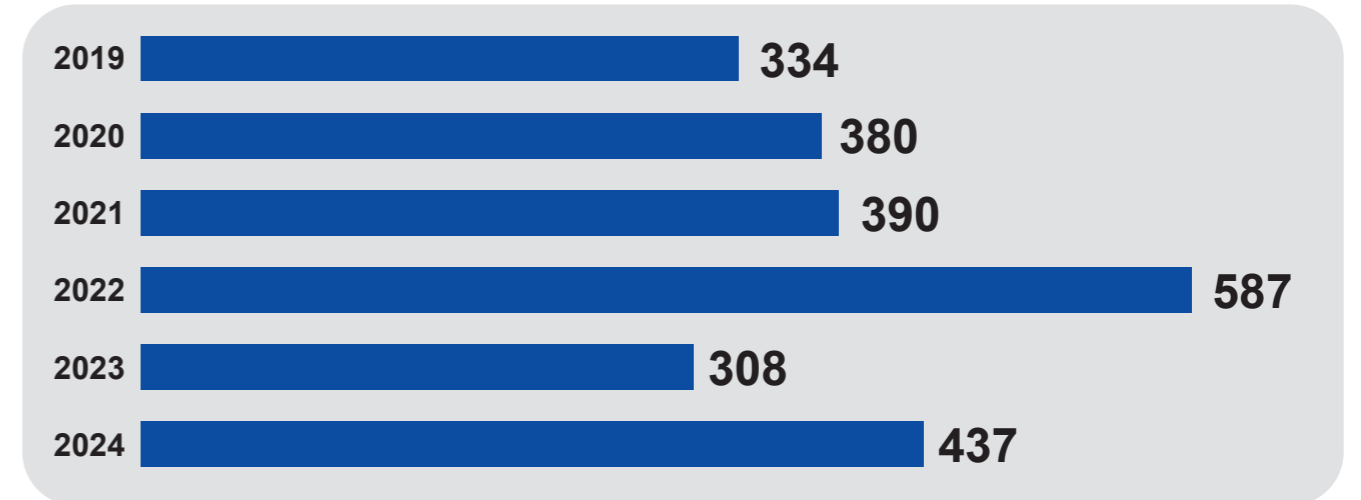
RRTの活動効果により予期せぬ死亡・心停止数は、コロナ禍で活動休止した以前の水準に回復した。また総起動件数も活動再開後は年々増加している。病棟訪問を経て起動した症例では、予期せぬ死亡や心停止などの有害事象を防ぐことができた。急変に関する研修や症例発表会などの活動も積極的に行い、病院の安全文化に寄与している。

● TQM委員会より

予期せぬ死亡、心停止ともRRTの活動中は低値で推移しています。RRTの依頼件数、起動件数共に上昇傾向であり、RRT活動による急変予兆への早期介入が予期せぬ死亡や心停止数の減少に寄与していると考えます。RRT活動の継続、活性化により、さらなる医療安全文化が醸成されることを期待しています。

摂食嚥下リハビリテーション施行者数は、入院患者を対象とし、嚥下機能が低下しリハビリテーションが必要と判断された数を示す。この指標が高い場合は、嚥下機能が低下した患者が多いこと、誤嚥性肺炎を防ぎ患者の栄養改善とQOL向上しうるものであることを示している。

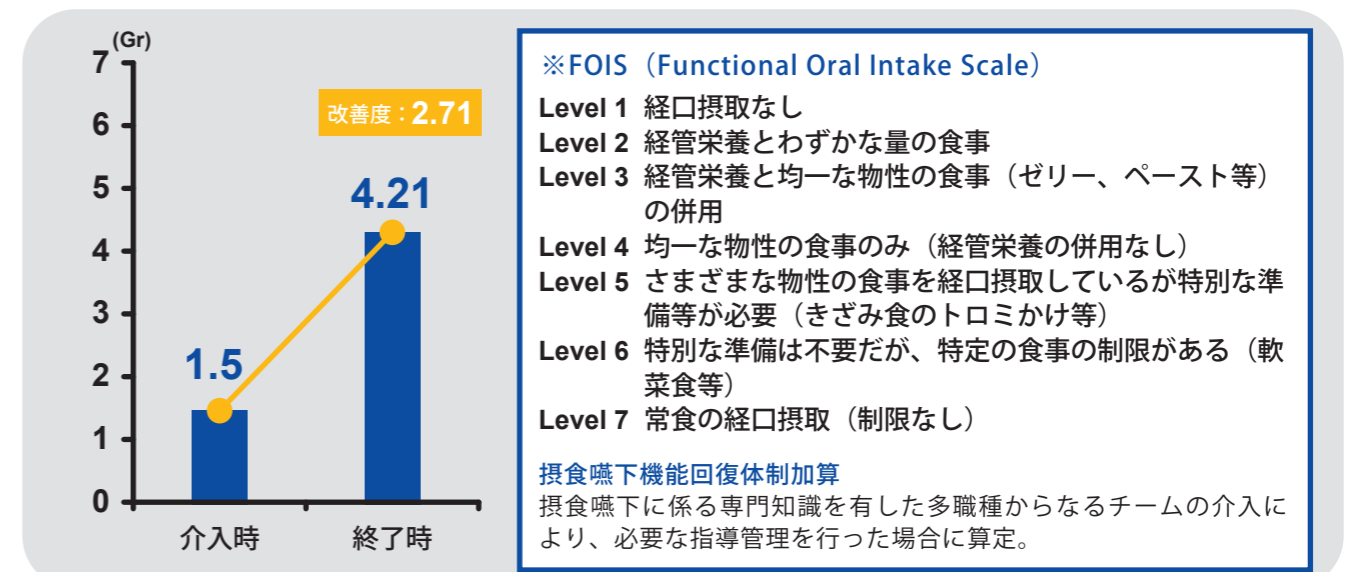
摂食嚥下リハビリテーション施行者数



施行者数が増加した理由として、入院患者の誤嚥性肺炎の発症を防ぐために、リハビリ医師を中心に多職種と連携をとりチームの早期介入に努めたことが挙げられる。また、介入依頼をチームシステムに統一したことにより、医師だけでなく看護師やコメディカルも依頼が可能となったことも要因のひとつと考えられる。

嚥下機能改善値 (支援チーム介入による効果測定)

摂食嚥下支援加算対象患者に食事の経口摂取状況を評価する尺度 (FOIS : Functional Oral Intake Scale) にて効果測定を行った。



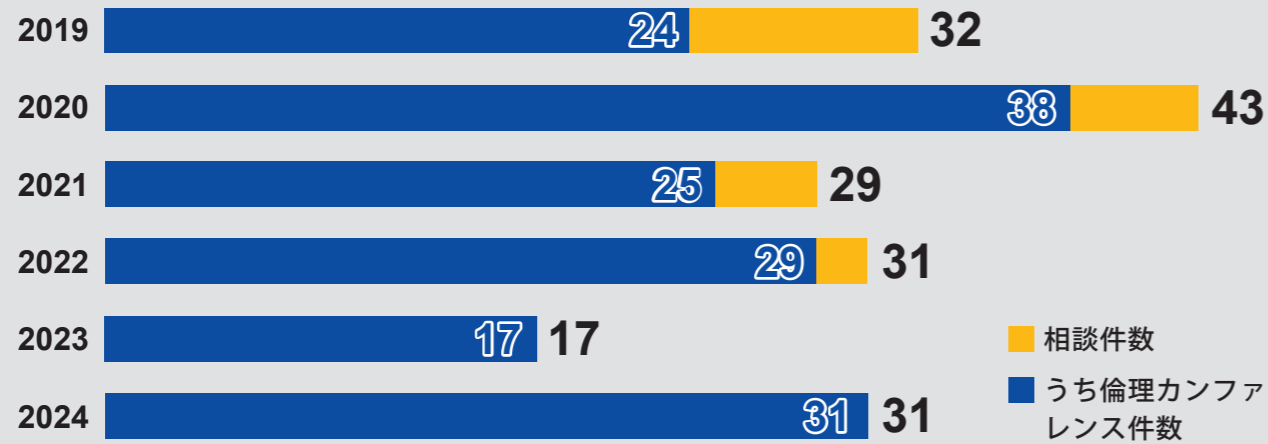
介入時と終了時の摂食嚥下障害の重症度をFOISの平均値を用いて評価した。多職種と連携し、各専門家から受けた栄養管理や使用薬剤の相互作用などの提言をもとに嚥下訓練計画を作成・実行したことにより、効果的に機能が改善した。この取り組みにより機能改善がより期待できる患者へ医療資源を投入することができた。

● TQM委員会より

摂食嚥下リハビリテーション施行者数は、嚥下機能低下を把握し誤嚥性肺炎予防や栄養改善、QOL向上に直結する重要な指標です。今後も介入の質を評価し、多職種連携を強化した継続を期待します。

相談件数は、院内の倫理的課題にECTがどれだけ対応したかを示す。倫理カンファレンス件数は、ECT・病棟合同カンファレンスを開催して、ECTがどれだけ医療チームの意思決定を支援できたかを示す。院内全体の倫理カンファレンス件数は、病院全体が倫理的課題に対してECTを含めた多職種による倫理カンファレンスで検討し、患者の権利を尊重した質の高い医療を提供している指標となる。

ECT相談件数

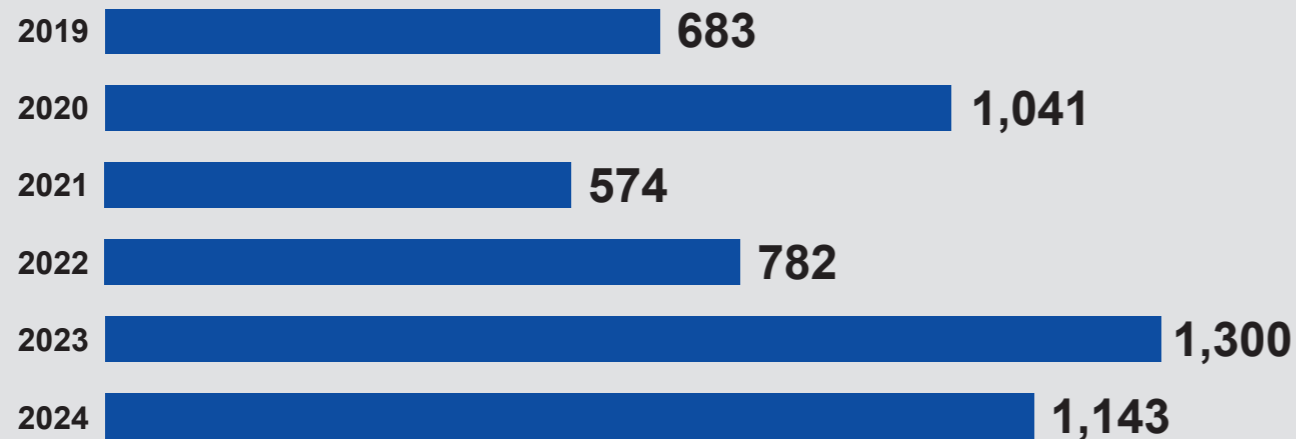


定義 ECT相談件数およびECT・病棟合同倫理カンファレンス件数の総数と相談内容の分類

代表的な相談内容

- 生命維持装置の継続可否
- 身寄りのない方の治療方針の決定

院内全体の倫理カンファレンス件数

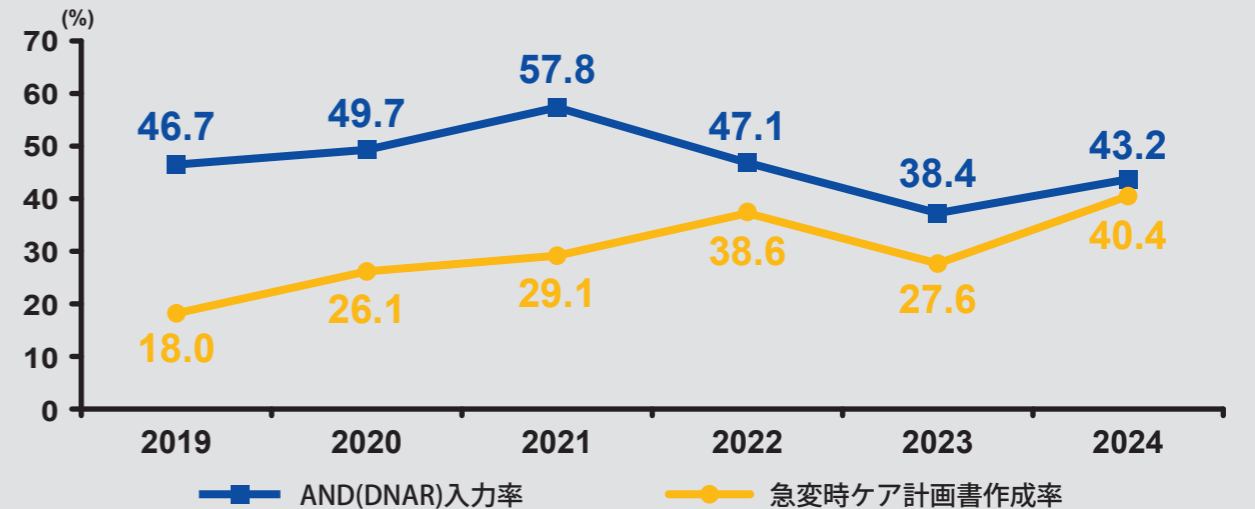


2024年度は病院機能評価が実施され、日常の臨床現場で生じる倫理的課題について多職種カンファレンスで話し合い、解決困難な倫理的課題に直面した際にはECTと検討を行った。全職員が倫理的課題の対処について適切な認識がもてるよう『倫理的検討が必要な時の手続きフロー図』を作成し、周知を行った。これら倫理的課題への取り組み意識の向上が、ECT相談・ECT倫理カンファレンス件数の増加につながったと考える。今後も倫理的課題への取り組み意識が継続されるよう職員に働きかけていくと共に、倫理カンファレンスや倫理コンサルテーションの質向上のための取り組みを行い、相談者である医療者の支援だけでなく、患者自身にとっての医療の質が向上することを目指して活動を行っていく。

● TQM委員会より

継続的に多くの倫理カンファレンスが行われており、各部署でECTの取り組みが認知されていると考えられます。前年に比べて、ECT相談件数、合同カンファレンスの件数も増加しており、ECTの意見を取り入れながら、倫理カンファレンスが行われていると考えられます。

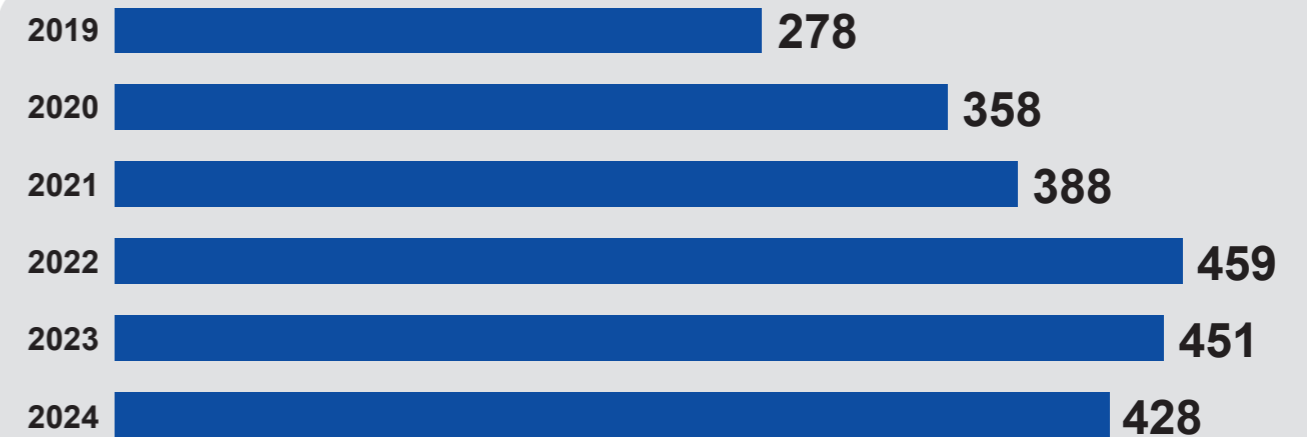
AND(DNAR)入力率および急変時ケア計画書作成率は、救命救急部、緩和ケア内科を除く院内の死亡患者に対して、AND(DNAR)入力、急変時ケア計画書がどれだけ使用されたかを示す。この指標が高いということは、終末期で急変が予測される患者に対して、DNAR(AND)、医療行為の開始もしくは中止・不開始について患者・家族と十分な話し合いが行われ、最期まで患者の尊厳を尊重した医療の意思決定支援が行われ、そのプロセスが診療録に情報共有されていたといえる。



定義 AND(DNAR)入力率：AND(DNAR)入力数 / 院内死亡数（救命・緩和除く）× 100

急変時ケア計画書作成率：急変時ケア計画書作成数 / 院内死亡数（救命・緩和除く）× 100

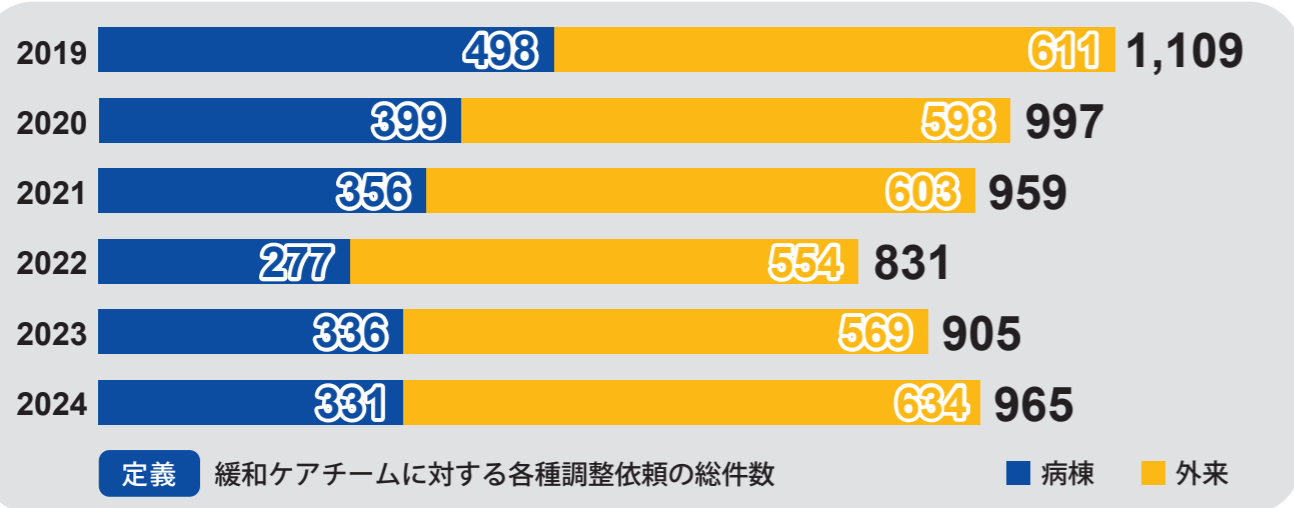
認知症ケアサポートチームは、精神科医・認知症看護認定看護師・社会福祉士・公認心理師等から成り、認知症（認知機能が低下した患者を含む）患者やその家族へのサポートを行う。



定義 認知症ケアサポートチームが介入した患者総数

緩和ケアチーム依頼件数

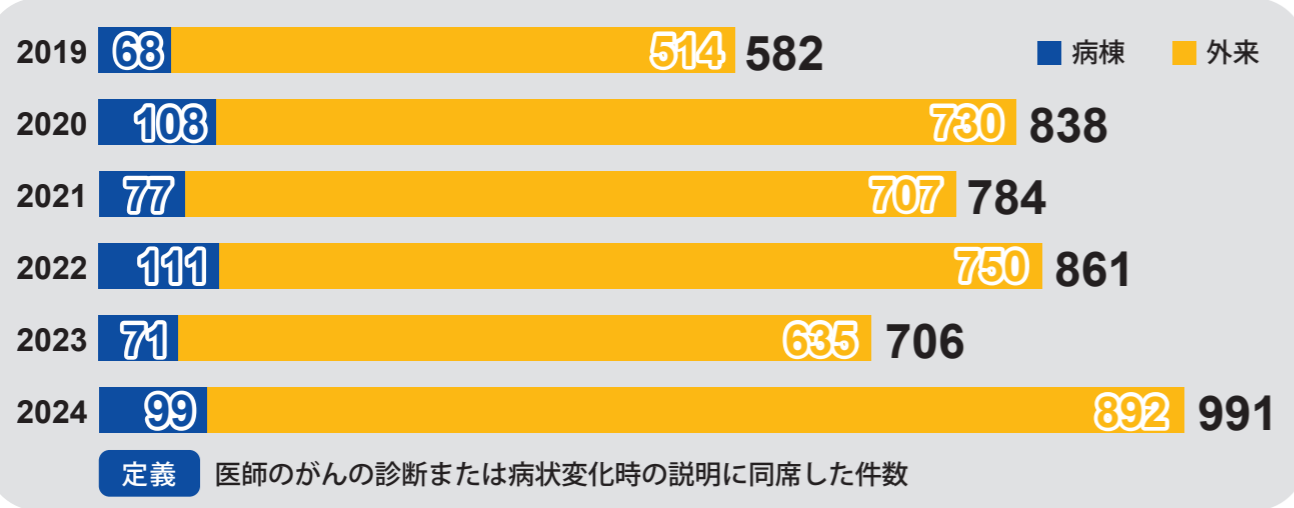
緩和ケアチームは、緩和ケア内科医、がんに関する教育を専門的に受けている看護師、薬剤師とソーシャルワーカーの多職種で構成され症状緩和・療養場所の選択、様々な意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。緩和ケアチームへの依頼は、患者のQOL向上への意識の高さを示している。



依頼件数全体は前年度よりも増加している。依頼時の患者の状況は、診断から初期治療前や治療中の依頼が多く、早期からの緩和ケアの導入は院内組織で定着している。

意思決定支援の新規依頼実施件数

意思決定支援の実施件数は、がんと診断された時、あるいは病状の変化に応じた治療方針の説明時に各診療科医師より依頼を受け、その場に同席し、患者家族が十分に理解し納得したうえで治療方針を選択できるように支援するものである。この指標が高くなることは、当院のがんと診断された時から緩和ケアを導入する意識とチーム医療の意識の高さを表しているといえる。



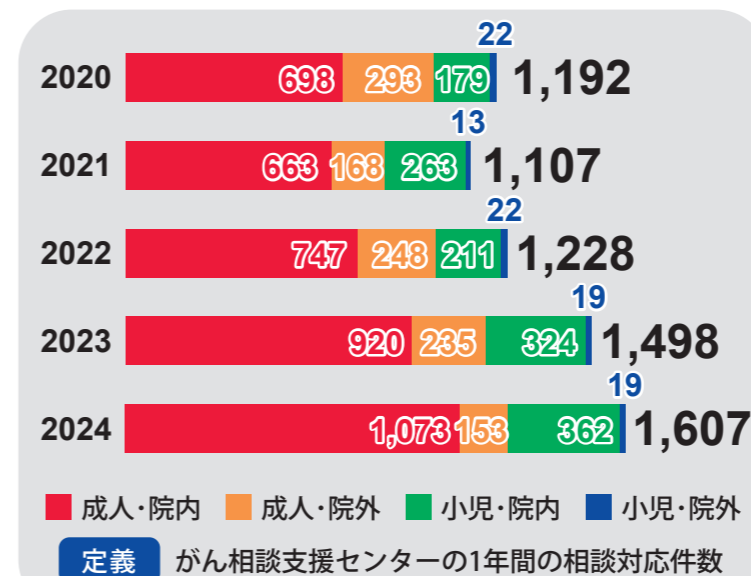
指標は緩和ケアチーム看護師の意思決定支援実施が定着していたことを示している。緩和ケアチーム介入依頼元の上位診療科である乳腺外科、放射線治療科、次いで腫瘍内科、消化器外科/内科からは、特に治療期の患者への介入ニーズが高い。

● TQM委員会より

緩和ケアチームへの依頼件数は安定化した件数で推移しており、外来からそのチームアプローチが始まっていることが定着してきたと言えます。また意思決定支援新規依頼件数が過去最高となっており、こちらも外来が最高値となっています。早期の介入支援、早期からの同席が定着してきた証だと思われます。

がんに関する相談対応は、がん患者や家族、地域住民及び医療機関からの相談に対応するものである。がん対策推進基本計画に基づき、国指定の地域がん診療連携拠点病院として、すべてのがん患者・家族をあらゆる面からサポートすることが求められている。相談件数や相談内容を評価することは、必要な情報提供や不安の解消による患者や家族のQOL向上につながる支援を可視化し、相談体制の充実につなげることができる。

がん相談件数



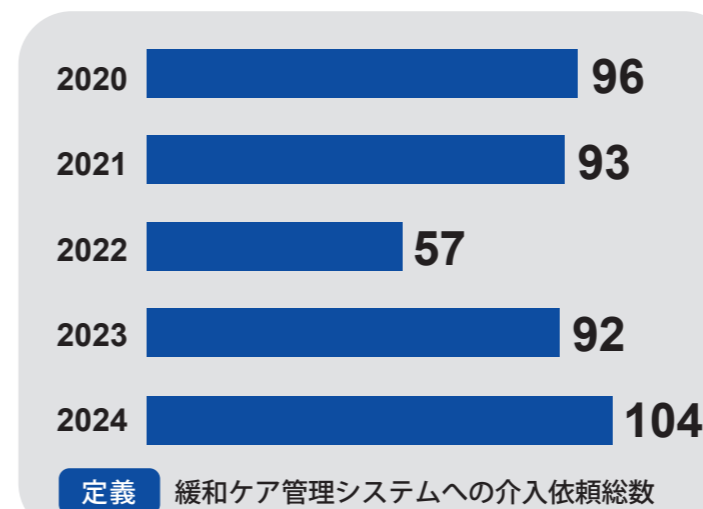
2024年度 相談内容BEST5

順位	介入内容	件数
1位	医療費・生活費・社会保障制度 (介護保険、傷病手当、障害年金)	297件
2位	医療機関の紹介 (がんパス、医療機関の情報提供)	280件
3位	症状・副作用 (妊孕性、生殖機能、アピアランス、晩期合併症、長期フォローアップ)	248件
4位	がんの治療・検査	150件
5位	気持ち (不安・生きがい等)	125件

※最も比重の大きい相談内容を抽出比較

子どもサポートチームは、子どもと家族の療養生活のサポートや関連する医療者へのサポートを行う役割を担っている。プライマリーチームからの依頼（小児緩和ケア診療上の基準に該当する場合や支援が必要と判断される場合）をもとに、症状緩和や精神的ケア、家族ケア、プレバレーション・ディストラクションなどの支援を行う。現在小児病棟に限らず、重症病棟など様々な部署からの支援依頼がある。

介入依頼相談件数



2024年度 依頼内容BEST5

順位	介入内容	件数
1位	家族への支援	40件
2位	患者のストレス緩和	22件
2位	成長・発達支援	22件
4位	患者への心理的ケア	17件
5位	患者への看護	10件

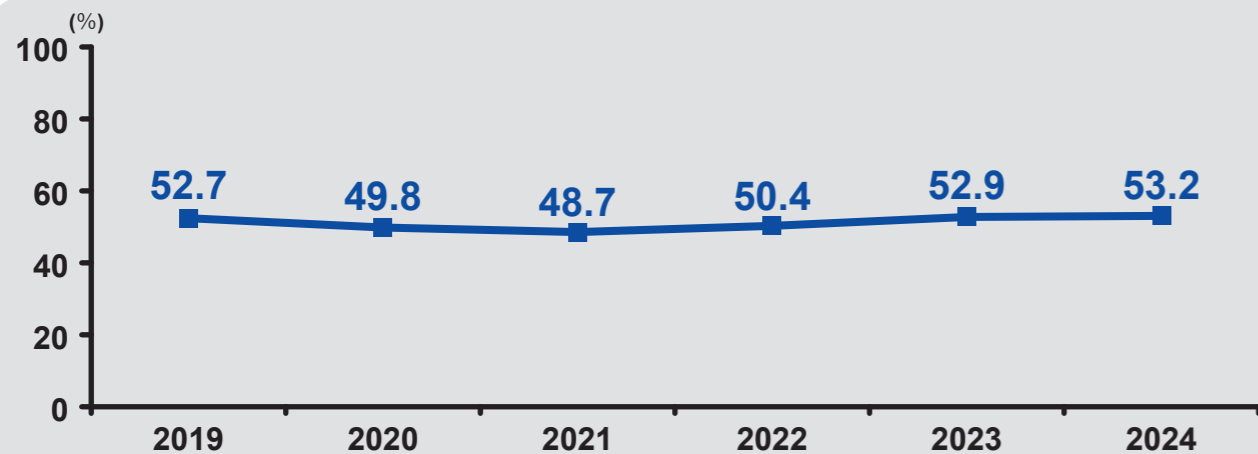
※複数の依頼含む

他科入院し、集中治療・周術期・ステロイド使用・高カロリー輸液や経腸栄養・抗がん剤治療等を行う患者の血糖コントロールに関して、DCTに介入依頼があった件数を示している。糖尿病指摘歴のない患者でもストレス時に高血糖を来し、血糖コントロール不良が感染症の重症化など有害事象につながる。DCT依頼件数の増加は血糖管理に対する院内全体の意識の向上及び、有害事象の低減につながる指標と言える。



定義 DCTへ介入依頼があった件数

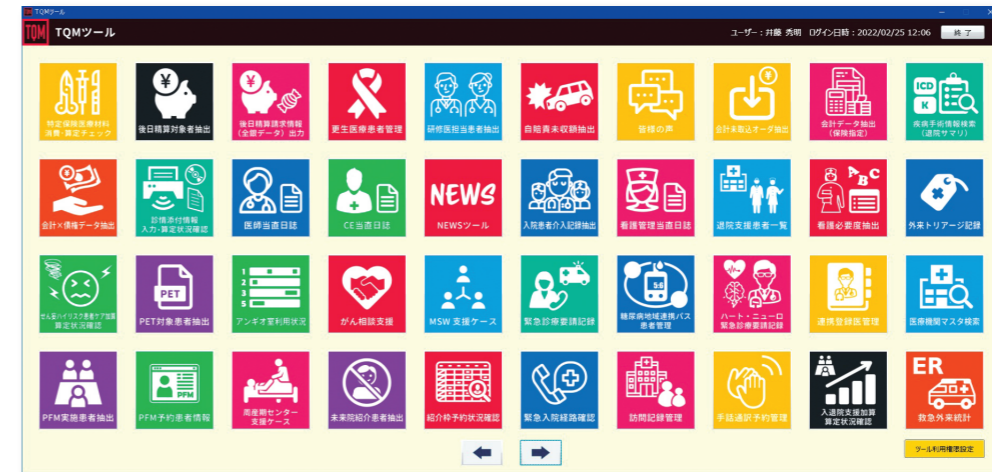
パスは、業務効率化、治療方針の共有、医療安全および医療の質向上の有用なツールとして認識されており、パスを積極的に活用している施設は多い。当院では約600個のパスを使用しており、TQMセンターでパスを一元管理することにより、医療の標準化と質の向上を目指している。



定義 パス使用患者数(中止は除外) / 全退院患者数 × 100

TQMツールとは、既存の電子カルテシステム等では実装できない機能を院内各部門から依頼されて、2016年度よりTQMセンターで開発しているアプリケーションの総称である。目的は、業務の効率化、職員の負担軽減、医療行為の適正請求等である。

TQMツールメニュー画面



職員・職種・部署単位で権限の設定が可能で、使用できる機能は職員単位で異なる。

●2024年度末までに開発したTQMツール

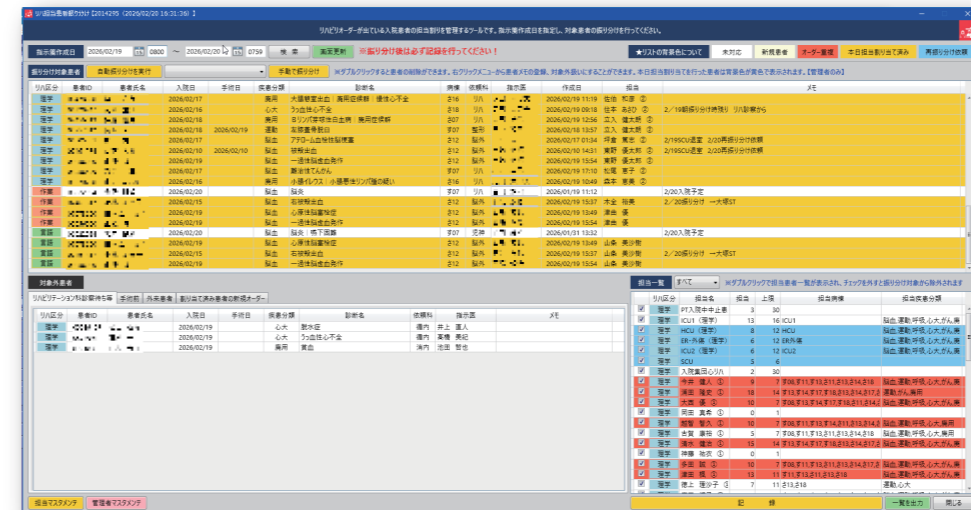
145個

今後の病院運営に必要となる機能について、システムベンダーにカスタマイズ・開発を依頼せず、コストをかけずに独自で開発を行った。2025年末時点で提供しているツールを対象に、2026年の年頭にアンケート調査を実施。ツールを導入したことによる効果検証を行った。その結果、

1月あたり **2,386** 時間

の負担軽減効果があった。また、算定漏れ防止などの適正請求についても、導入することによって改善効果を生み出していることがわかった。

実績紹介【リハ担当患者振り分けツール】



毎日の新規リハビリ患者の振り分けを、PT2名、ST・OT各1名、計4名の係長及び振り分け担当者が各30分程度かけて行っており、非常に負担となっている。また、確認漏れ等のミスで患者に不利益を生じさせないためにも、各担当に条件を設定でき、適合する患者を自動で振り分けられる仕組みを作れないかと相談があった。リハビリオーダーが出されたうち、入院

中で手術予定が無い患者を「振り分け対象」としてリストアップし、担当病棟・疾患分類がマッチする療法士に自動で振り分ける仕組みを構築した。担当者ごとに担当上限数を設定でき、空き枠数が多い順に振り分けられる仕様とした。これにより、日々の部門全体としての振り分け業務が2時間から15分に短縮された。係長と係員のコミュニケーション時間が増えたことと、システムによる自動振り分けによって職員間での公平性が一層向上したことで、より良い職場環境の実現に繋がることが期待される。