



# 日本医療マネジメント学会

第28回

## 熊本県支部学術集会



「医療の未来を、マネジメントで拓く」

— 経営・安全・環境の視点から考える持続可能な医療 —

プログラム・抄録集

会期

2026 3/14<sup>土</sup>

会長

那須 二郎

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 院長

会場

くまもと県民交流館パレア

〒860-8554 熊本市中央区手取本町8番9号





# 日本医療マネジメント学会

## 第28回 熊本県支部学術集会

プログラム・抄録集

医療の未来を、マネジメントで拓く  
—経営・安全・環境の視点から考える持続可能な医療—

会期

2026年3月14日土

会場

くまもと県民交流会館パレオ

〒860-0808 熊本県熊本市中央区手取本町 8-9

学術集会  
会長

那須 二郎 国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 院長

日本医療マネジメント学会 第28回熊本県支部学術集会

学術集会  
事務局

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

〒862-0965 熊本市南区田井島 1-5-1

学術集会  
運営事務局

株式会社コンベンションサポート九州内

〒862-0975 熊本市中央区新屋敷 1-14-35 クロススクエア熊本九品寺 7F-F

TEL.096-373-9188 FAX.096-373-9191

E-mail : jhm28kumamoto@higo.co.jp

## 目 次

---

学術集会会長挨拶	1
交通のご案内	2
会場案内	3
参加者の皆様へ	4
演者及び座長へのご案内	5
日本医療マネジメント学会熊本県支部学術集会 開催地	7
日程表	8
プログラム	9
抄 録	
特別講演 1	22
特別講演 2	24
シンポジウム	28
一般口演	36
ポスター	60
日本医療マネジメント学会の入会案内と入会手続き	70
第 28 回日本医療マネジメント学会学術総会のご案内	75
協賛一覧	76

# 日本医療マネジメント学会

## 第28回熊本県支部学術集会の開催にあたって

日本医療マネジメント学会  
第28回熊本県支部学術集会

学術集会会長 **那須 二郎**

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 院長

このたび、第28回日本医療マネジメント学会熊本県支部学術集会を担当させていただきます熊本中央病院院長の那須でございます。伝統ある学術集会をお引き受けいたしますことを大変光栄に存じますとともに、その重責に身の引き締まる思いしております。

本学会は、クリティカルパスの普及を原点として、医療の質と安全、そして連携の向上をめざして発展を続けてまいりました。支部会もまた、県内の医療機関が持ち回りで担当し、多職種が集い、現場に即した実践的な議論を積み重ねてきた歴史があります。こうした歩みの中で、医療の現状と課題を共有し、次なる一步を模索する場として、本学会の果たしてきた役割は誠に大きなものであります。

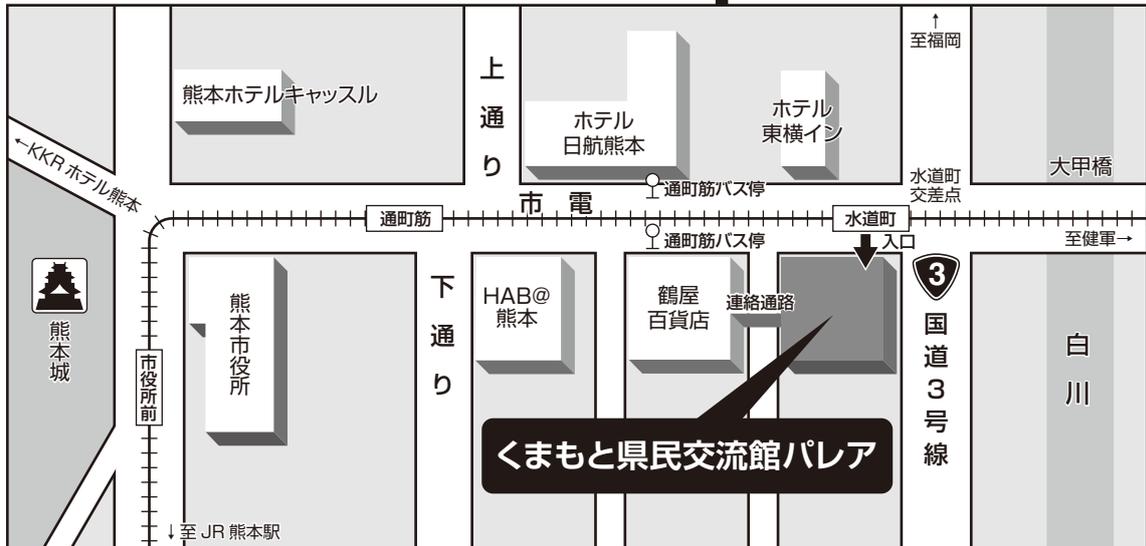
今回の学術集会は、2026年3月14日（土曜日）、くまもと県民交流館パレアにて開催いたします。テーマは「医療の未来を、マネジメントで拓く」— 経営・安全・環境の視点から考える持続可能な医療 —といたしました。わが国の医療は人口動態の変化、財源の制約、技術革新の急速な進展など、多くの転換期にあります。医療を持続可能なものとするためには、臨床の技術や専門性に加え、「マネジメント」という視点が不可欠であると考えます。本集会では、とりわけ「経営・安全・環境」という三つの観点から、これからの医療の在り方を多角的に議論する機会にしたいと願っております。

また今回は、招待講演として二名の先生方にご登壇いただきます。まず、病院管理学の第一人者であり、全国的にも数々の実績を重ねてこられた兵庫県立大学の小山秀夫先生。さらに、施設環境と医療安全の分野において高名であり、独自の研究と実践で医療現場に新しい視点を示されている工学院大学の笈淳夫先生です。それぞれのご専門からの知見は、医療経営の現場、病院組織の運営、あるいは日常診療に直結する示唆を与えてくださるものと確信しております。

本集会が、ご参加の皆さまにとって、職種や立場を越えて率直に意見を交換し、互いに学び合う場となることを心より期待しております。そして、医療の未来を切り拓く新たな視点と、実践に直結する示唆を得られる機会となるよう、万全の準備を進めてまいります。

末筆ながら、皆さまのますますのご健勝とご発展を祈念申し上げます。

# 交通のご案内

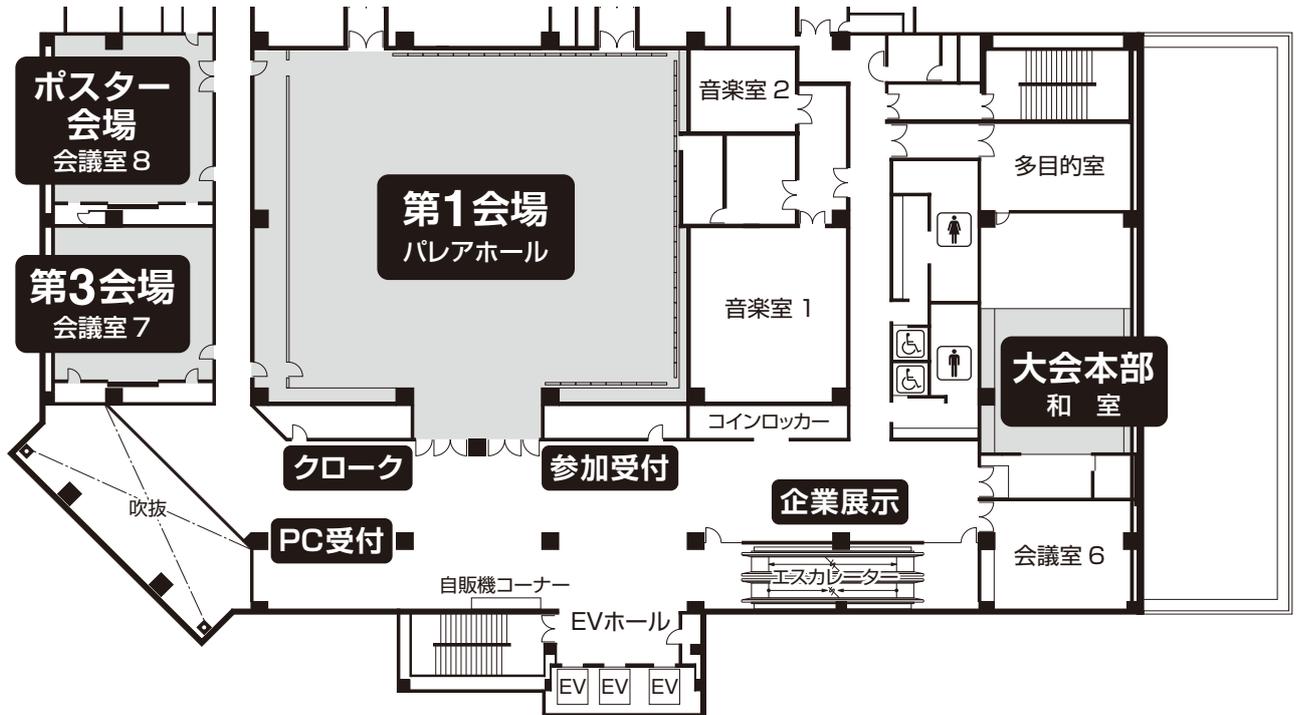


- 交通アクセス**
- 市電・バスで ..... 「水道町」下車 徒歩1分
  - 熊本駅から 市電で ..... 「水道町」下車 徒歩1分
  - ..... 「通町筋」下車 徒歩2分
  - 熊本空港から 空港リムジンバス ..... 「通町筋」下車 徒歩1分
  - サクラマチ熊本から ..... 徒歩10分
- 駐車場：なし ※公共の交通機関または隣接の県営有料駐車場をご利用下さい。

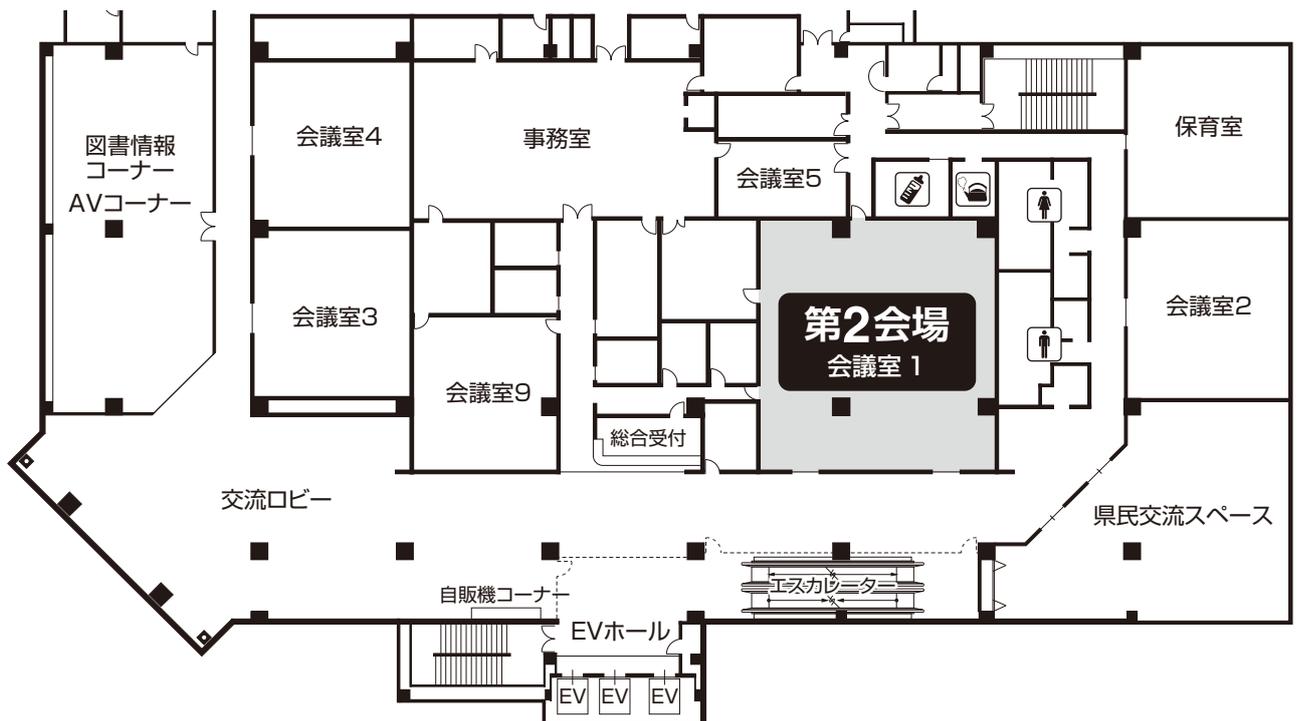
# 会場案内

## くまもと県民交流館パレア

10F



9F



# 参加者の皆様へ

## 1. 会 期

会 期 2026年3月14日（土）

受付開始 9：20～

開 会 式 9：50～10：00

## 2. 会 場

くまもと県民交流館パレア9階・10階

※受付は10階でございます。

## 3. 開催形式

現地での開催となります。

オンデマンド配信等はありません。

## 4. 参加費（当日のみ）

学会会員	学会非会員	学生・研修医
1,000円	3,000円	無料

※事前参加登録はございません。当日の参加登録をお願い致します。

※お弁当をご用意しております。数に限りがございますので、予めご了承ください。

## 5. お願い

1) 会場内はすべて禁煙です。喫煙は、所定の場所をお願い致します。

2) 各会場内での携帯電話の使用は、他の入場者の皆様の迷惑となりますのでご遠慮ください。

携帯電話の電源をOFFにするか、マナーモードをご使用いただきますようお願い致します。

3) 会場内での呼び出しは原則として行いません。

# 演者及び座長へのご案内

## シンポジスト発表について

### 1. 発表データの受付

- 1) 発表データは発表の30分前までに、10F ロビー PC 受付で演題登録を済ませてください。
- 2) USB メモリー以外の媒体は、対応できませんのであらかじめご了承ください。

### 2. 発表形式

- 1) 発表時間は1人20分です。セッションの最後に30分間の討論がございます。
- 2) 発表はWindows機によるPCプレゼンテーションとします。  
(会場にはPowerPoint2013以降がインストールされたノートパソコンをご用意いたします)
- 3) PCの持込みには対応できません。
- 4) 発表者ツールの利用はできません。

## 一般演題「口演発表」について

### 1. 座長・演者へのお願い

- 1) 発表時間：口演は、発表5分、質疑2分です。進行は座長に従ってください。
- 2) セッションの進行は座長に一任いたしますが、終了時間は厳守してください。
- 3) 演者は、発表開始の15分前までに、当該会場の「次演者席」にご着席ください。

### 2. 発表データの受付

- 1) 発表データは、発表の30分前までに、10F ロビー PC 受付で演題登録を済ませてください。
- 2) USB メモリー以外の媒体は、対応できませんのであらかじめご了承ください。
- 3) データのファイル名は「演題番号\_病院名\_氏名」としてください。  
例「O-00\_熊本中央病院\_熊本花子」
- 4) 発表データは、会場内のパソコンに一旦コピーいたしますが、学術集会終了後に事務局にて責任を持って消去いたします。

### 3. 発表形式

- 1) 発表はWindows機によるPCプレゼンテーションとします。  
(会場にはPowerPoint2013以降がインストールされたノートパソコンをご用意いたします)  
※演題発表に関しては、患者さんのプライバシー保護に対する十分な配慮をお願いいたします。
- 2) PCの持込みには対応できません。
- 3) 発表者ツールの利用はできません。

## ポスター発表について

### 1. 座長・演者へのお願い

- 1) 座長は、セッションの開始5分前までにパネルの前においでください。
- 2) 演者は、ポスター発表開始5分前までにパネルの前に待機してください。
- 3) セッションの進行は座長に一任いたしますが、終了時間は厳守してください。

### 2. ポスター発表（14：30～、15：20～）

ポスター発表は、発表5分、質疑2分です。

指定された時間内での発表をお願いいたします。

ご自分のセッションが始まる際に、発表されるパネル付近に待機してください。

※演題発表に関しては、患者さんのプライバシー保護に対する十分な配慮をお願いいたします。

### 3. ポスター作成要領

ポスターは右記の要領で作成してください。

パネルの大きさは右図のとおりです。

A3サイズですと8枚以内（縦に4枚×2）のサイズです。

演題番号は大会事務局にてご用意いたします。

各自ポスターを掲示してください。押しピンは事務局にてご用意いたします。

### 4. 貼付時間

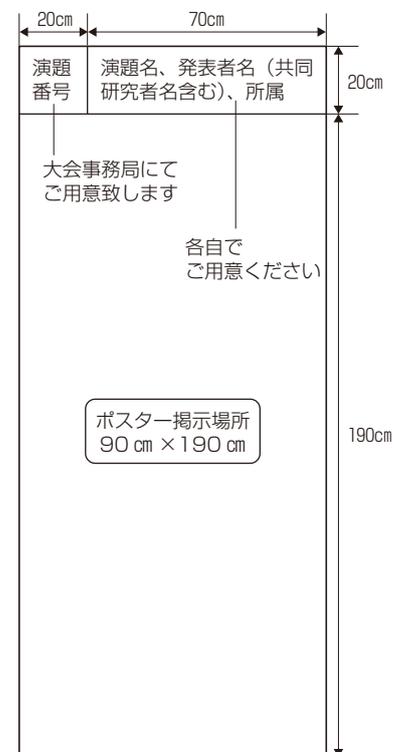
3月14日（土）9：30～13：20の間に貼付してください。

### 5. 撤去時間

3月14日（土）16：30までに撤去してください。

※撤去されない場合は事務局にて処分いたします。

返却は行いませんのでご注意ください。



# 日本医療マネジメント学会熊本県支部学術集会 開催地

	日時	担当施設	会場	テーマ
第1回	H12.11.25	国立熊本病院	ニュースカイホテル	クリティカルパス導入とアウトカムマネジメント
第2回	H13.4.7	国立熊本病院	ニュースカイホテル	クリティカルパスをめぐる今後の検討
第3回	H13.11.17	国立熊本病院	ニュースカイホテル	クリティカルパス導入とその後の展開 ～問題点の克服～
第4回	H14.4.20	熊本赤十字病院	熊本県立大学	パス導入時の問題点 導入後の問題点
第5回	H15.3.15	NTT 西日本九州病院	メルパルク熊本	クリティカルパス導入及び運用後の問題点 医療安全管理への取り組みについて
第6回	H16.3.13	西日本病院	熊本県立大学	クリティカルパスの更なる普及
第7回	H17.3.12	熊本大学医学部付属病院	熊本学園大学	今、医療マネジメントに何が必要か!?
第8回	H18.3.11	青磁野リハビリテーション病院	熊本学園大学	患者視点の地域完結型医療連携を探る
第9回	H19.3.10	熊本地域医療センター	熊本学園大学	患者の視点から地域医療連携を見直す
第10回	H20.3.8	熊本整形外科病院	熊本学園大学	《患者中心の医療を目指して》医療安全の向上 連携医療の質の向上
第11回	H21.3.14	健康保険 人吉総合病院	人吉カルチャーパレス	未来につなげる地域創造型医療マネジメント ～病院地域の特性を活かして～
第12回	H22.3.6	国立病院機構 熊本南病院	熊本学園大学	医療安全と質の高い医療を求めて
第13回	H23.3.12	朝日野総合病院	熊本学園大学	患者中心の医療安全と地域連携
第14回	H24.3.10	国保水俣市立総合医療センター	水俣市総合もやい直しセンター「もやい館」	地域医療の現状と展望 ～チーム医療で質の向上を目指す～
第15回	H25.3.9	青磁野リハビリテーション病院	くまもと森都心	プラザ患者と共に考える地域医療の推進
第16回	H26.3.8	健康保険 熊本総合病院	熊本総合病院・セレクトロイヤル八代	ひとりひとりを大事にする地域包括ケアシステム
第17回	H27.3.14	荒尾市民病院	荒尾総合文化センター	地域完結型の医療マネジメントがめざすところ
第18回	H28.3.5	玉名地域保健医療センター	九州看護福祉大学	現代型のコミュニティとしての 地域包括ケアシステムがめざすもの
第19回	H29.3.18	熊本機能病院	くまもと県民交流館 パレア	新しいチーム医療 全ての答えは現場に
第20回	H30.3.17	天草地域医療センター	天草市民センター	地域でささえる医療と介護
第21回	H31.3.16	平成とうや病院	くまもと県民交流館 パレア	地域そして職場での連携と協働
第22回	R2.3.7	くまもと森都総合病	熊本城ホール	「令和」新たな時代を見据えた医療マネジメントの方向性 ～働き方改革とチーム医療～
第23回	R3.3.13	阿蘇医療センター	Web 開催	with コロナ時代の医療マネジメント
第24回	R4.3.12	熊本赤十字病院	Web 開催	With/post コロナ時代を見据えた DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進
第25回	R5.3.11	熊本市市民病院	Web 開催	PFM（Patient Flow Management）の改善への取り組み
第26回	R6.3.16	熊本労災病院	くまもと県民交流館 パレア	治療も生活も！社会全体で担うケアを考える
第27回	R7.3.15	山鹿市民医療センター	山鹿市民交流センター	地域の未来に向けての病院づくり、Yes,We can！
第28回	R8.3.14	熊本中央病院	くまもと県民交流館 パレア	医療の未来を、マネジメントで拓く 一経営・安全・環境の視点から考える持続可能な医療ー

# 日 程 表

会 場	第 1 会場	第 2 会場	第 3 会場	ポスター会場	
	10F パレアホール	9F 会議室 1	10F 会議室 7	10F 会議室 8	
10:00	9:50 ~ 10:00 <b>開会式</b>			9:30 ~ 13:20	
	10:00 ~ 10:30 <b>会長講演</b> 那須 二郎 座長：別府 透				
11:00	10:30 ~ 11:30 <b>特別講演 1</b> 「施設整備から考える これからの医療マネジメント」 笥 淳夫 座長：那須 二郎				
				ポスター貼付・閲覧	
12:00	11:40 ~ 12:35 <b>一般演題 1</b> 「医療の質」 座長：永江 容子	11:40 ~ 12:30 <b>一般演題 2</b> 「病院運営」 座長：日高 道弘	11:40 ~ 12:30 <b>一般演題 3</b> 「病院運営・業務改善」 座長：豊永 哲至		
13:00	12:35 ~ 13:20 <b>昼食会場</b>				
14:00	13:30 ~ 14:30 <b>特別講演 2</b> 「AI エージェントで病院が変わる、 世界が変わる」 小山 秀夫 座長：平田 稔彦				
15:00	14:40 ~ 16:10 <b>シンポジウム</b> 「医療マネジメントが導く未来像 一人材・制度・環境から考える」  甲斐 豊、津田 恵美、鳥越 佳祐 座長：相良 孝昭、笹本 好里子	14:30 ~ 15:25 <b>一般演題 4</b> 「医療の質・医療安全」 座長：立津 央	14:30 ~ 15:20 <b>一般演題 5</b> 「地域連携・患者サービス ・医療情報」 座長：山本 真一	14:30 ~ 15:10 <b>ポスター 1</b> 「看護業務・教育」 座長： 木村 仁美	14:30 ~ 15:10 <b>ポスター 2</b> 「クリティカルパス ・医療の質」 座長： 阿部 道雄
16:00		15:30 ~ 16:20 <b>一般演題 6</b> 「看護業務・教育」 座長：寺本 清美	15:30 ~ 16:20 <b>一般演題 7</b> 「働き方改革関連」 座長：緒方 宏臣	15:20 ~ 16:00 <b>ポスター 3</b> 「医療安全」 座長： 堀江 英親	15:20 ~ 16:00 <b>ポスター 4</b> 「病院管理・ 地域医療連携」 座長： 松尾 雅文
	16:30 ~ 16:50 <b>閉会式</b>				

# プログラム

会長講演

10:00～10:30

第1会場

座長：別府 透（山鹿市民医療センター 事業管理者）

人が減る時代に医療をどう守り、どう進めていくか

那須 二郎（熊本中央病院 院長）

特別講演1

10:30～11:30

第1会場

座長：那須 二郎（熊本中央病院 院長）

施設整備から考えるこれからの医療マネジメント

笥 淳夫（工学院大学 建築学部 教授）

特別講演2

13:30～14:30

第1会場

座長：平田 稔彦（熊本赤十字病院 院長）

AIエージェントで病院が変わる、世界が変わる

小山 秀夫（社会医療研究所 所長、兵庫県立大学 名誉教授）

座長： 相良 孝昭（熊本市民病院 院長）  
      笹本 好里子（熊本中央病院 看護部長）

[医療マネジメントが導く未来像 一人材・制度・環境から考える]

**S-1 急速な環境変化の中での地域医療の方向性**

甲斐 豊

阿蘇医療センター 事業管理者・院長

**S-2 職場を支える環境と組織づくり**

～安全で持続可能なケアを目指して～

津田 恵美

くまもと県北病院 看護部長

**S-3 DX・AX が導く医療マネジメントの進化**

～DX・AX 活用による病院運営の実践～

鳥越 佳祐

医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院 事務部 事務長

# 一般演題 口頭発表 プログラム

一般口演 1

9:30 ~ 10:20

第 1 会場

座長：永江 容子（再春医療センター 副看護部長）

## [医療の質]

### 0-1 A 病院における受け持ち看護師の役割発揮に向けた検討

○橋口 祐香里、勝木 信敬

国立病院機構熊本再春医療センター

### 0-2 病棟併設型心臓リハビリテーション導入による業務効率化と多職種協働の成果

○柿本 裕貴、前川 あゆみ、浅倉 愛実、松田 智子、山本 治美、辻田 賢一

熊本大学病院

### 0-3 不眠・不穏時薬剤使用のプロトコール改訂に向けた予備調査

○森 眞悟<sup>1)</sup>、三嶋 あかね<sup>1)</sup>、上村 美里<sup>1)</sup>、森 美香<sup>2)</sup>、山田 康平<sup>3)</sup>、村田 美由紀<sup>4)</sup>、  
松下 芳雄<sup>5)</sup>

1) 熊本中央病院 看護部、2) 熊本中央病院 薬剤科、3) 熊本中央病院 リハビリテーション科、  
4) 熊本中央病院 診療支援センター(連)、5) 熊本中央病院 救急総合診療科

### 0-4 熊本大学病院における医療の質向上に向けた組織的体制構築の取り組み

○立津 央、境田 智子、大島 木綿子、宮本 晋治、山下 大輔、今村 裕子、北島 ちひろ、  
近本 亮

熊本大学病院 医療の質・安全管理部

### 0-5 NEWS を用いた急変事例の振り返り - 当事例を通じた課題の考察 -

○村田 英徳、米村 裕子、高瀬 裕香

熊本市立熊本市民病院 救急外来

### 0-6 多職種で実施する摂食嚥下能力評価が誤嚥・窒息予防にもたらす効果

○牛島 敏之、後藤 さくら

熊本中央病院 リハビリテーション科

### 0-7 循環器内科 IVR 治療における水晶体被ばく線量管理と医療マネジメント

○内田 恭裕、森田 拳斗、川田 賢治

熊本中央病院

座長： 日高 道弘（熊本医療センター 院長）

[病院運営]

**0-8 人口減少、少子高齢化だからこそ  
人財が定着する組織文化の確立が持続的な社会をつくる**

○日野 圭

医療法人ウェルビーイング 健軍熊本泌尿器科

**0-9 地域小規模公立病院における人事評価制度の構築と運用効果  
－ 小国公立病院での実践から －**

○玉飼 博之

小国郷公立病院組合 小国公立病院

**0-10 地域包括医療病棟転換に向けた取り組み**

○吉田 光恵

地方独立行政法人くまもと県北病院

**0-11 厚生局届出データを用いた新規算定項目の検出手法と全国での項目件数ば  
らつきの可視化**

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志

医療法人谷田会 谷田病院

**0-12 専門医療と地域医療の両立を掲げる民間病院における BSC 活用の成果と課題  
－ 熊本機能病院の事例分析 －**

○渡邊 祐大<sup>1)</sup>、水野 真実<sup>1)</sup>、新改 敬英<sup>2)</sup>、米満 弘一郎<sup>3)</sup>

1) 熊本学園大学 商学部、2) 熊本学園大学大学院 会計専門職研究科、

3) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院

**0-13 DPC データと手術システムデータを活用した原価計算モデルの開発**

○水野 真実<sup>1)</sup>、米満 弘一郎<sup>2)</sup>、高橋 知幹<sup>2)</sup>

1) 熊本学園大学 商学部、2) 社会医療法人寿量会 熊本機能病院

座長： 豊永 哲至（菊池郡市医師会立病院 院長）

[病院運営・業務改善]

- 0-14 人間ドック受診後の精密検査受診率と受診勧奨後の受診率の状況  
～精密検査受診率向上にむけて～**  
○田呂丸 奈美<sup>1)</sup>、井手上 恭子  
1 熊本中央病院
- 0-15 外来患者の ACP における意識調査**  
○川上 由香、井手上 恭子、錦戸 陽子  
熊本中央病院
- 0-16 当院における小児リハビリテーションの立ち上げと現状における今後の課題**  
○三澤 天子、清水 治樹  
医療法人 朝日野会 朝日野総合病院
- 0-17 泌尿器科と放射線科の連携による MRI-US fusion 下前立腺標的生検への  
取り組み**  
○近藤 大佑、野田 誠一郎、豊成 信幸、野田 一将、川田 賢治  
熊本中央病院 放射線科
- 0-18 収支改善の取り組みから見てきた院内の医薬品の現状と意識改革の必要性**  
○黒田 知子、豊永 哲至  
一般社団法人菊池郡市医師会 菊池郡市医師会立病院
- 0-19 臨床工学科における収益増・支出減への取り組み**  
○西村 裕子<sup>1)</sup>、豊永 哲至<sup>2)</sup>  
1) 菊池郡市医師会立病院 臨床工学科、2) 菊池郡市医師会立病院 代謝内科

座長：立津 央（熊本大学病院 診療准教授）

[医療の質・医療安全]

**0-20 1型糖尿病患者の糖尿病連携手帳「マイレコード」記載、活用の実態調査**

○山本 直子、久保 公子  
熊本中央病院

**0-21 褥瘡リンクナースの育成及び活動の定着  
～褥瘡データの改善を目指して～**

○木村 ひろみ、谷川 和代  
医療法人清和会 平成とうや病院

**0-22 演題取り下げ**

**0-23 前立腺全摘除術患者への排尿ケアチームの取り組み  
～理学療法士の役割と PFMT の実践～**

○吉永 直樹、前田 祐里、多田 妙子、里地 葉  
熊本市立熊本市民病院

**0-24 撮影・処理の工夫で所見見落とし減少を図る**

○中原 祐紀  
社会医療法人稲穂会 天草慈恵病院 放射線室

**0-25 透析センターにおけるタイムアウトの効果**

○成松 悠士郎、水田 哲史、石上 洸、橋口 誠一、前川 謙悟  
熊本中央病院 臨床工学科

**0-26 当院におけるパニック値報告体制の構築について**

○吉野 美香、合志 彩名、逢坂 珠美、福島 敬修  
熊本中央病院 検査科

座長： 山本 真一（荒尾市立有明医療センター 院長）

[地域連携・患者サービス・医療情報]

**0-27 外来感染対策向上加算算定施設への介入活動について  
～診療所への訪問からフィードバックまで～**

○山本 直美、三田 由美子

天草地域医療センター 感染防止対策室

**0-28 熊本 ILD 呼吸ケアネット設立に向けた取り組み  
ー呼吸リハビリテーション実態調査についてー**

○筒井 宏益

江南病院 リハビリテーション科

**0-29 他職種との連携～外来、医事課、薬剤科との業務改善～**

○白岩 貴満、市川 裕子、木村 仁美

江南病院 看護部 外来

**0-30 医事課における患者サービスの向上～外来看護師と連携した業務改善～**

○本田 慶介

一般財団法人 杏仁会 江南病院

**0-31 診療データと添付文書を外部知識とする RAG による副作用自動検知手法  
の院内開発**

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志

医療法人谷田会 谷田病院

**0-32 Windows を統べる PowerShell で動かすゼロコスト RPA の可能性**

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志

医療法人谷田会 谷田病院

座長： 寺本 清美（荒尾市立有明医療センター 看護部長）

[看護業務・教育]

**0-33 救急救命士の院内業務に向けた取り組みと現状報告**

○今村 敬代

1) 一般社団法人天草郡市医師会立 天草地域医療センター

**0-34 A 市独自の産科オープンシステム導入に伴う患者の思い  
～導入 1 年の実態報告～**

○西山 侑子、古崎 有香、古賀 桃佳

荒尾市立有明医療センター

**0-35 問題発見プロセス（PDP）を用いた手術室の困りごとへの取り組み**

○津崎 留美、續 小百合

熊本赤十字病院

**0-36 重症度、看護・必要度のクリティカルパスを使用した新しい入力方法**

○江藤 裕之、松田 智子、前川 あゆみ、柿本 裕貴、山本 治美、辻田 賢一、浅倉 愛実、  
今村 祐一朗、長岡 良明、

熊本大学病院 看護部

**0-37 救急看護師による慢性期病院看護師を対象としたフィジカルアセスメント  
研修の効果と課題**

○川口 文香、松尾 僚太、吉本 健志

国立病院機構 熊本医療センター

**0-38 実習オリエンテーション動画による業務の効率化  
～統一したオリエンテーション動画を目指して～**

○杉村 咲輝、原田 ゆかり、坂上 美香、濱 伸好

医療法人 創起会 くまもと森都総合病院

座長： 緒方 宏臣（再春医療センター 院長）

## [働き方改革関連]

**0-39 鹿本医療圏自治体病院における看護管理者の休日・夜間勤務制への移行  
～救急対応強化と院内看護体制の充実に向けた取り組み～**

○松本 和美

山鹿市民医療センター

**0-40 画像生成 AI の活用による自主トレーニング資料運用の効率化  
：総合リハ DX 推進チームの取り組み**○栗下 剛<sup>1)</sup>、米満 弘一郎<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院 総合リハビリテーション部

2) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院

**0-41 放射線科業務の効率化を目指した取り組み  
～職員の人材育成を見据えて～**

○川田 賢治、内田 恭裕、近藤 大佑

1) 熊本中央病院 放射線科

**0-42 患者支援における支援記録の見直しと RPA 導入によるデータの有効活用  
について**

○吉野 雅人

熊本赤十字病院

**0-43 臨床検査技師の早出による病棟血糖測定タスクシフト  
～看護部負担軽減と時間外手当削減を両立したケース～**

○竹口 祥人、田中 聖子、尾川 ひろえ

国保水俣市立総合医療センター

**0-44 急性期病院における外国人技能実習生受け入れ開始 1 年間の報告**

○田上 恵梨

熊本中央病院 看護部

# 一般演題 ポスター プログラム

ポスター 1

14:30 ~ 15:10

ポスター会場

座長： 木村 仁美（江南病院 看護部長）

## [看護業務・教育]

### P-1 セル看護提供方式の導入効果と質向上への今後の課題

○寺本 清美  
荒尾市立有明医療センター

### P-2 高次脳機能障害患者に対するユマニチュード技法によるケア拒否軽減の効果

○柴尾 智子、龍野 妃菜、中山 ひとみ、福島 リナ  
荒尾市立 有明医療センター

### P-3 看護カンファレンスとワークエンゲージメント

○峯崎 眞佐人<sup>1)</sup>、下竹 麻衣<sup>1)</sup>、西嶋 愛彦<sup>1)</sup>、平野 智子<sup>1)</sup>、石原 史絵<sup>1)</sup>、井上 範子<sup>2)</sup>  
1) 独立行政法人 国立病院機構熊本南病院、2) 独立行政法人 国立病院機構長崎医療センター

### P-4 オンデマンドによる防災教育受講現状と実態調査

○吉野 祐、茂藤 智美、福島 敬修、阿部 靖之  
熊本中央病院 災害対策委員会

### P-5 教育支援体制強化へ向けた新人教育プログラム作成の取り組み

○丸山 さとみ  
独立行政法人 国立病院機構 熊本再春医療センター

ポスター 2

14:30 ~ 15:10

ポスター会場

座長： 阿部 道雄（水俣医療センター 院長）

## [クリティカルパス・医療の質]

### P-6 身体拘束最小化に向けた多職種チームカンファレンスの標準化とその効果

○柳川 里紗、堤 育子、谷川 和代  
医療法人清和会 平成とうや病院

**P-7 身近に学ぶ ACP ー誰もが参加できる学びの場を目指してー**

○田中 愛実、神崎 涼子

1) 熊本大学病院

**P-8 クリティカルパス利用率向上 WG での診療情報管理士としての関わり**

○高橋 綾子<sup>1)</sup>、杉 和洋<sup>2)</sup>、藤島 由香利<sup>3)</sup>

1) 熊本医療センター 診療情報管理士、2) 熊本医療センター 医師

3) 熊本医療センター 看護師

**P-9 急性期～回復期を含む椎体骨折骨折クリティカルパスにおける感染症発生の実態と時期的特徴**

○松尾 千穂、後藤 美貴子、高井 聖子

社会医療法人 熊本機能病院

**P-10 やったら算定（とる）！算定向上プロジェクト**

○坂本 紗依

熊本赤十字病院 企画開発課

ポスター 3

15:20 ~ 16:00

ポスター会場

座長：堀江 英親（小国公立病院 院長）

**[医療安全]**

**P-11 患者誤認防止に向けた看護補助者教育への取り組み**

○一原 みゆき、中村 優美子、坂本 ますみ、塩森 奈々、高野 さおり

独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院

**P-12 転倒転落防止に向けた取り組み**

○千代田 麻子

独立行政法人 国立病院機構 熊本再春医療センター

**P-13 身体拘束観察シートの電子カルテ移行と多職種カンファレンス開催へ向けた取り組み**

○川原 奈美

山鹿市民医療センター

**P-14 回復期リハビリテーション病院における内服自己管理に向けての取り組み**

○堤 育子、吉岡 莉穂、吉田 奈津子、谷川 和代、後藤 和夫  
平成とうや病院

**P-15 当院におけるセントラル持参薬報告業務の導入と医療安全への影響**

○森 美香、堀尾 美世、池上 孝明、牛島 智子  
熊本中央病院

ポスター 4

15:20 ~ 16:00

ポスター会場

座長：松尾 雅文（熊本中央病院 総務課長）

**[病院管理・地域医療連携]**

**P-16 多職種カンファレンスが地域包括医療病棟の施設基準に及ぼす影響**

○岩本 みく、橋本 珠里、笠原 朱莉  
くまもと県北病院

**P-17 病院管理栄養士における「算定外業務」の可視化とデータ活用に関する検討  
—電子カルテ記録と食事オーダー情報の分析から—**

○大塚 健司  
熊本中央病院 栄養科

**P-18 旅行透析受け入れ体制の見直し**

○村上 侑希<sup>1)</sup>、橋下 愛美<sup>1)</sup>、中島 哲也<sup>1)</sup>、林 憲嗣<sup>1)</sup>、板倉 秀慈<sup>1)</sup>、瀧田 峻介<sup>1)</sup>、  
長田 雄貴<sup>1)</sup>、宮園 実育<sup>1)</sup>、池尻 絃美<sup>1)</sup>、中山 一樹<sup>1)</sup>、秦 雄介<sup>2)</sup>  
1) 荒尾市立有明医療センター 臨床工学科、2) 荒尾市立有明医療センター 腎臓内科

**P-19 オンライン診療導入による患者の通院負担軽減の取り組み**

○山口 あゆみ  
済生会みすみ病院 医事室

**P-20 医療秘書・医事・診療情報管理業務の兼務による効果と課題  
～人員不足下における柔軟な運用事例と自信のキャリアについて～**

○上田 都  
済生会みすみ病院

# 講演

# 施設整備から考えるこれからの医療マネジメント

笥 淳夫

工学院大学 建築学部 教授

---

本講演では、医療施設の施設整備の視点から、これからの医療マネジメントについて考察します。日本の医療は、人口減少と高齢化の進行、特に85歳以上の入院患者の増加により、従来の医療提供体制のままでは対応が難しくなっています。一方で、病院数・病床数は多いものの、病床当たりの医師・看護職員数は必ずしも十分ではなく、限られた人的資源の中で医療の質・安全を維持する必要があります。

また、近年の建設費の高騰は、これまでのように老朽化した建物を壊して新しく整備する方法を困難としています。

このような状況においては、各医療機関が個別に機能を拡張するのではなく、地域全体で役割分担を明確化し、機能分化と連携を進める再編が重要になります。講演では、現在検討されている地域医療構想を踏まえ、急性期・回復期・慢性期の機能整理、医療資源の集約化、患者の受療行動や受療方法の変化への対応を含めた施設整備の考え方を示します。

さらに、医療施設整備プロセスにおいて生じやすい課題として、病院側・設計者・コンサルタント間の認識のずれ、要件整理不足、意思決定プロセスの不明確さを取り上げ、再編を実効性あるものにするためのマネジメントの要点を論じます。医療施設の再編は、建築計画の問題にとどまらず、地域医療提供体制を持続可能にするための地域医療経営の課題であることを、本講演の主旨とします。



## 略 歴

---

### 【略歴・学歴】

- 1989年3月 東京都立大学工学研究科建築学専攻博士課程修了
- 1989年4月 病院管理研究所建築設備部
- 2000年4月 国立医療・病院管理研究所 施設計画研究部長
- 2002年4月 国立保健医療科学院 施設科学部長（組織再編）
- 2011年4月 工学院大学建築学部 建築デザイン学科 教授  
現在に至る

### 【その他：資格・所属学会・学会活動歴・受賞歴・著書など】

- 一般社団法人日本医療・病院管理学会 評議員
- 一般社団法人日本看護管理学会
- 一般社団法人日本災害看護学会 評議員・監事
- 一般社団法人医療の質・安全学会 評議員
- 一般社団法人日本建築学会
- 日本医療機能評価機構認定病院患者安全協議会
- 医療の質・安全学会

# AI エージェントで病院が変わる、世界が変わる

小山 秀夫

社会医療研究所 所長（兵庫県立大学名誉教授）

---

2020年代に入り、人工知能はこれまでの延長線上では語れないほどの進化を遂げています。特に大規模言語モデル（Large Language Models: LLM）とAIエージェント技術の登場は、AIを単なる《便利な道具》から《知的な協働者》へと押し上げました。AIが人の言葉を理解し、状況を読み取り、判断し、提案し、さらにはタスクを自律的に遂行するという姿は、かつてはSFの世界でしか存在しなかったものです。

これまでのICT導入の主眼は、紙からタブレットへの置き換えによる「事務作業の削減」にありました。しかし、2024年度以降の核心は、蓄積されたデータの「活用」にあります。今後は、このデータをAIが解析し、個々の利用者に最適な「AIケアプラン」の作成支援が本格化します。ベテラン職員の経験則をアルゴリズム化し、ADL（日常生活動作）の維持・改善に最も効果的な介入案を提示することで、ケアの質を科学的に担保する時代が到来します。これは単なる効率化ではなく、「医療の標準化」を意味します。

現場の負担軽減における次のブレイクスルーは「入力からの解放」です。ICT導入補助金の対象が、単なるハードウェアから「ICTリテラシー習得」や「業務改善支援」にまで拡充されたことで、操作性の高いAI音声入力システムの導入が加速しています。

AIデータの活用により、医療現場では記録・計画・進捗・見守り・評価・各種書類作成・各種研修などが高度に自動化され、医療の質の標準化と職員負担の軽減が進んでいるのです。特に、音声入力やセンサー、AIによる予測分析が普及し、患者さんやご家族と向き合う時間の確保が可能になりつつあります。人材不足や業務の複雑化が深刻化する中、AIエージェントは記録作成、アセスメント整理、ナレッジ共有などを担う「協働者」として機能し、生産性向上とケア全般の質向上に寄与します。一方で、データ管理、AI依存、職員間格差などの倫理的課題への配慮も不可欠である。AIは人間のケアを補完し、単なる病院内システムではなく、予防からアフターケア、各種在宅サービスや地域包括ケアシステム全体のHealthcare systemの未来を支える基盤となるのです。



## 略 歴

---

上智大学大学院博士後期課程を経て1980 厚生省病院管理研究所医療管理部研究員採用、1992 年国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長、2002 年厚生労働省試験研究機関再編に伴い、国立保健医療科学院経営科学部長、2006 年静岡県立大学経営情報学部教授、同学部長等を経て2010 年兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授、2021 年同大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授。2022 年佐久大学人間福祉学部特任教授など歴任。

### 【その他：資格・所属学会・学会活動歴・受賞歴・著書など】

現在、兵庫県立大学・藤田医科大学・朝日大学・佐久大学客員教授をはじめ特定非営利法人日本介護経営学会副会長・(一社) 日本病院 DX 推進協会理事・(一財) 竹田健康財団竹田総合病院理事・(一社) 日本医療・病院管理学会監事・(一社) 日本健康・栄養システム学会および(社) 日本臨床看護マネジメント学会の事務局長等を引き受けています。

A series of horizontal dotted lines for writing.

# シンポジウム

## S-1 急速な環境変化の中での地域医療の方向性

### 甲斐 豊

阿蘇医療センター 事業管理者・院長

阿蘇医療センターは 2014 年の新病院開院以降、医師偏在と地理的制約を抱える阿蘇医療圏において、急性期医療・災害医療・感染症対応・医療 DX を柱とした地域医療体制の強化に取り組んできた。急性期脳卒中では、遠隔画像診断を基盤とした t-PA 治療体制を整備し、drip & ship 方式により治療可能圏域を拡大した。また 2022 年からは病院前脳卒中病型予測ツール JUST-7 と医療者間連携アプリ Join を導入し、救急隊・指令本部・医療機関間で情報共有を行う阿蘇熊本クロスモデルを構築した。これにより、主幹動脈閉塞を含む重症脳卒中患者の適切な搬送先選定が迅速化し、地域脳卒中医療の DX 化が進展した。さらにハイブリッド手術室の導入により、阿蘇地域での心臓カテーテル治療が可能となり、年間 40 例超の急性心筋梗塞に対するステント留置術を実施している。

2016 年熊本地震では、免震構造と BCP により病院機能を維持し、多数の傷病者を受け入れた。DMAT および ADRO を中心とした広域連携により、避難所支援、感染対策、精神的ケアなどが効果的に展開された。交通遮断により医療アクセスが制限される中、専門外来の開設、自衛隊へり搬送の活用、看護職確保のための「復興応援ナース」制度などを整備した。地震後は災害訓練や EMIS 入力訓練を継続し、地域の災害医療体制強化に寄与している。

新型コロナウイルス感染症では、陰圧病床を活用し 400 名超の陽性患者を受け入れた。発熱外来の設置、ワクチン接種体制の構築、ゾーニングや防護具運用の標準化などを行い、感染管理認定看護師が中心となって院内感染防止体制を確立した。

教育面では研修医受け入れ、救命処置インストラクター育成などを図ったほか、医療機能面では、在宅医療支援センターの設置、がん診療に関しては、外来化学療法、緩和ケア、がん相談支援体制を整備し、県がん診療連携拠点病院認定を取得した。また多職種による医療連携チームの拡充を図り、専門的治療提供体制を確立した。

医療 DX では、院内スマホ化、web 問診、RPA、AI レセプトチェック、AI 議事録作成などを導入し、業務効率化と医療安全の向上を図った。これらの取り組みは、医師偏在・高齢化・働き方改革・医療人材の確保といった地域医療の課題に対し、持続可能な医療提供体制を構築する基盤となっている。



## 略 歴

---

- |            |  |
|------------|--|
| 1987年4月1日  | 熊本大学医学部附属病院 医学実地研修開始                     |
| 1987年6月1日  | 医員（研修医）熊本大学医学部附属病院                       |
| 1988年1月1日  | 熊本地域医療センター 脳神経外科                         |
| 1989年4月1日  | 人吉総合病院 脳神経外科                             |
| 1990年4月1日  | 済生会熊本病院 脳神経外科                            |
| 1992年7月1日  | 医員 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科                     |
| 1994年6月1日  | 熊本赤十字病院 脳神経外科                            |
| 1995年4月1日  | 医員 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科                     |
| 1999年11月1日 | 助手 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科                     |
| 2003年4月1日  | 助手 熊本大学大学院医学薬学研究部 脳神経外科学講座               |
| 2006年6月1日  | 講師 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科                     |
| 2008年6月16日 | 准教授 琉球大学医学部附属病院 脳神経外科                    |
| 2009年6月1日  | 講師 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科                     |
| 2012年4月1日  | 特任教授 熊本大学医学部附属病院<br>(脳卒中・急性冠症候群医療連携寄附講座) |
| 2014年1月1日  | 阿蘇中央病院 院長                                |
| 2014年4月1日  | 阿蘇中央病院 事業管理者・院長                          |
| 2014年8月6日  | 阿蘇医療センター 事業管理者・院長                        |

現在に至る

## S-2 職場を支える環境と組織づくり ～安全で持続可能なケアを目指して～

津田 恵美

くまもと県北病院 看護部長

---

医療現場では人材不足や業務量の増加、価値観の多様化などにより、スタッフの疲弊や離職、医療安全上の課題が顕在化している。こうした状況において、安全で質の高い医療・看護を持続的に提供するためには、個々の専門職の努力に依存するのではなく、働きやすい職場環境と組織的マネジメントの強化が不可欠である。

本講演では、職場を支える環境と組織づくりを「働きやすい職場づくり」「チーム医療の強化」「安全文化の醸成」の3つの視点から整理し、実践的な取り組みについて考察する。

「働きやすい職場づくり」においては、病院の開院後看護職員の採用に関して様々な取り組みを行ってきた経緯と、夜勤要員の確保に関して、時間と賃金の面で工夫した点をその後のデータも含めて示す。また「チーム医療の強化」においては、共通目標の明確化、役割分担の可視化、情報共有の質の向上といった組織的支援が重要である。さらに、「安全文化の醸成」には、インシデント報告を促進する風土づくりや、振り返りを通じた学習サイクルの構築など、継続的な取り組みが求められる。

医療マネジメントは制度設計にとどまらず、現場の日常的な実践と密接に結びついている。安全で持続可能なケアの実現に向け、現場に根差した環境整備と組織づくりのあり方について、実践してきたことを報告する。



## 略 歴

---

- 1984年 国立大阪病院附属看護助産学校看護科卒業 同年看護師資格取得
- 1985年 福岡県立看護専門学校保健婦科卒業 同年保健師・養護教諭資格取得
- 2000年 介護支援専門員取得
- 2009年 人間ドック健診情報管理指導士取得
- 2017年 地方独立行政法人くまもと県北病院機構理事 公立玉名中央病院看護部長
- 2021年 地方独立行政法人くまもと県北病院理事 看護部長
- 同年 優良看護職員熊本県知事賞表彰
- 2022年 認定看護管理者資格取得
- 2023年 熊本県看護協会会長賞表彰
- 2024年 第55回日本看護学会学術集会 熊本県看護協会公募企画  
「病院における就業継続可能な看護職の働き方の取り組み」発表

### S-3 DX・AX が導く医療マネジメントの進化 ～ DX・AX 活用による病院運営の実践～

鳥越 佳祐

医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院 事務部 事務長

---

超高齢社会の進展による医療需要の増大と生産年齢人口の減少は、医療現場に深刻なリソース不足をもたらしている。当院（熊本市北区、ケアミックス型 145 床）では、この構造的課題に対し、「現場」「患者」「地域」の 3 つを軸とした医療 DX・AX（Digital/AI Transformation）を推進している。本報告では、多角的な DX の導入と AX による業務変革が組織運営にもたらした変化と、その具体的施策および経過について報告する。

#### 【実践内容】

1. 現場を支える DX（業務環境の変革）：ChatGPT と RPA を組み合わせ、勤務表や日誌作成等の定型業務を自動化し、年間 2,000 時間以上の業務削減につなげた。また、NotebookLM によるマニュアルのチャットボット化やインカム導入により、情報共有の即時性向上を図った。
2. 患者にやさしい DX（医療の質の向上）：県内初の全病床スマートベッドシステム導入により、離床予測による転倒リスク低減とバイタル記録の自動連携を可能とした。また、AI 問診票は初診患者の 92% が活用し、診療効率と医療の質の向上に寄与している。
3. 地域とつながる DX（連携体制の再構築）：地域医療連携システム「TONARI」等を活用し、検査予約や画像データをクラウドで一元管理することで、電話や FAX、CD の受け渡しを廃止し、効率的な連携体制の整備を進めた。

#### 【結語】

本取り組みは日本病院 DX 推進協会のアワードを受賞するなど一定の評価を得ている。現在は、DX・AX を一部の推進者による取り組みから全職員が日常的に活用する「組織文化」として定着させる段階にある。テクノロジーへの適切なタスクシフトにより、医療従事者が本来注力すべき対人業務に集中できる環境の構築が可能となる。本実践は、地域医療における持続可能な医療提供体制の構築に向けた一つの示唆となると考える。



## 略 歴

---

2007年 労働者健康福祉機構 熊本労災病院 入職

2019年 医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院 入職

2022年 医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院 事務長

DX 推進委員会副委員長、災害対策委員会委員長

A series of horizontal dotted lines for writing.

# 一般演題

## A 病院における受け持ち看護師の役割発揮に向けた検討

○橋口 祐香里、勝木 信敬

国立病院機構熊本再春医療センター

【はじめに】受け持ち看護師の役割向上への取り組み評価として、毎年「A 病院受け持ち看護師チェックリスト」により自己評価を実施している。そこで自己評価が低かった「退院支援」について、各部署の現状や問題点を把握・分析し、受け持ち看護師が退院支援で支障をきたしている要因や問題点を明らかにする。さらに、入退院支援コアナース（以下 CN）との連携・カンファレンス強化などの取り組みが受け持ち看護師の役割発揮に与えた影響について検討する。

【方法】質的研究

対象者：A 病院の一般病棟のキャリアラダーレベルⅢ以上の看護師

データ収集期間：R5 年 4 月～R7 年 3 月

データ収集方法：受け持ち看護師チェックリストの自己評価結果の分析及び、KJ 法でカテゴリー化する。

倫理的配慮：A 病院倫理審査委員会にて承認を得、対象者には自由意思の参加であること、収集したデータは匿名化しデータは研究目的以外には使用しないことを説明し同意を得た。

【結果】R5 年度は「病棟スタッフや多職種との連携」「退院指導の実施」の項目が低評価であり、受け持ち患者についての必要な情報収集、多職種との連携など退院支援業務が不十分であった。そこで、R6 年度は受け持ち看護師による退院支援を進める上での問題点を KJ 法で分析し、『実施すべき根拠についての理解不足』『受け持ち看護師の他者への依存』『受け持ち看護師へのサポート体制の不足』の 3 つのカテゴリーが抽出された。

各部署での CN を中心とした学習会の実施、多職種で課題が共有できる記録の工夫、地域連携室と病棟看護師との退院支援カンファレンスにおいて受け持ち看護師が主体的に関われるように取り組んだ結果「病棟スタッフや多職種との連携」60.2%→86.2%、「退院指導の実施」36.1%→80.4%と上昇した。

【考察】退院支援における各部署の現状や問題点を抽出したことで、学習会をはじめとした CN 活動との連携や、受け持ち看護師の退院支援カンファレンスへの介入促進につながった。受け持ち看護師の退院支援の必要性や目的が明確となり、知識や理解が深まったことで、「やってみたい・できるかもしれない」というモチベーションとなり、受け持ち看護師の主体的な行動へ繋がったのではないかと考える。

【結論】A 病院における受け持ち看護師の役割発揮に与えた影響は、1. 退院支援の根拠についての理解 2. CN が部署を支援できる体制の整備 3. 退院支援カンファレンスの定着に向けた整備であった。

## 病棟併設型心臓リハビリテーション導入による業務効率化と多職種協働の成果

○柿本 裕貴、前川 あゆみ、浅倉 愛実、松田 智子、山本 治美、辻田 賢一

熊本大学病院

心臓リハビリテーション（以下、心リハ）は、心疾患患者の再発予防と予後改善、早期回復を促し、再入院を減らすために重要な包括的ケアのひとつである。心不全診療ガイドラインにおいても強く推奨（クラスⅠ/エビデンスレベル A）とされている。しかし、当院では心リハの導入率が約 30%と低く、代謝異常や急性心不全など心リハ適応患者の多くが介入の機会を逸していた状況が続いていた。1 患者 1 日あたりの実施単位数は平均 1.3 単位であり、施設基準で認められた最大 60 分介入を十分に実施できていなかった。心リハ室は病棟から離れた位置にあり、稼働が平日 2 時間、予約枠 36 単位/日に限定されていたことで、導入判断が遅れた患者では離床が進まず、廃用症候群の進行や再入院リスクの増大が懸念されていた。さらに診療報酬上の逸失が発生し、病院経営にも影響を及ぼしていた。このような背景から、職種間で心リハの役割や目的に認識差が生じ、循環器内科病棟全体で改善策が求められていた。そこで当院では、病棟併設型の心リハ体制を新たに構築し、2025 年 5 月から稼働を開始した。循環器内科病棟内に心リハ室を配置し、医師、看護師、理学療法士が同一フロアで情報共有しながら業務を行える体制を整備した。業務フロー見直しでは、心リハ導入までに平均 3.2 日を要していた「循環器内科から循環器内科へのコンサルト」を廃止した。入院時に心リハ担当の看護師が適応スクリーニングを実施し、入院時カンファレンスで主治医が導入可否を即時に判断する仕組みへ刷新した結果、入院当日から介入可能な新フローを確立した。

看護師は生活再編支援を中心とした役割を担い、バイタルサインや日常生活行動、心理的状態の変化を捉えながら介入を継続した。必要時には早期に退院支援チームにつながり、退院後の生活行動変容を見据えた支援を実施した。また、毎日 16 時に医師、看護師、理学療法士による多職種カンファレンスを実施し、介入内容の再評価や外来心リハ移行可否などを迅速に検討できる運用へ改めた。

病棟併設により、患者搬送に要していた 1 日 216 分を 30 分に短縮でき、合計 186 分を循環器内科病棟の看護業務へ再配分した。この時間創出により、心リハ中止率の低下や転倒・転落など有害事象発生率の減少が確認され、看護業務の質向上につながった。対応時間は安定し、外来心リハ移行率は 3.3%から 16.2%へ改善した。心リハ実施単位数は月平均 34 単位から 78 単位へ 229%増加し、病院経営面でも明確な効果が得られた。

本取り組みは、病棟併設という構造改善を軸に、業務フロー再設計、役割明確化、時間創出、多職種協働を組み合わせ、急性期病棟で安全性と業務効率を両立させた点に意義がある。今回得られた成果を標準化し、循環器内科病棟内において継続可能な運用として維持している。今後、同様の課題を持つ他病棟や地域医療機関においても、参考となる要素があると考えている。

## 不眠・不穏時薬剤使用のプロトコール改訂に向けた予備調査

○森 眞悟<sup>1)</sup>、三嶋 あかね<sup>1)</sup>、上村 美里<sup>1)</sup>、森 美香<sup>2)</sup>、山田 康平<sup>3)</sup>、村田 美由紀<sup>4)</sup>、松下 芳雄<sup>5)</sup>

- 1) 熊本中央病院 看護部
- 2) 熊本中央病院 薬剤科
- 3) 熊本中央病院 リハビリテーション科
- 4) 熊本中央病院 診療支援センター(連)
- 5) 熊本中央病院 救急総合診療科

**【はじめに】** 不眠時や不穏時に使用される薬剤は非常に多くの種類があり、日々新しい薬剤が開発されている。しかし当院の不眠・不穏時薬剤使用のプロトコール(以下プロトコール)は、10年以上前に作成された後から薬剤の見直しがされておらず、薬剤選択の判断が困難な現状があった。そのため2025年に認知症せん妄ケアラウンドチーム内で、新薬を用い、簡潔に薬剤選択が行えるようにプロトコールを改訂した。そのプロトコールの試用期間の中で得た分析・結果を報告する。

**【目的】** 当院の不眠・不穏時薬剤使用の基本指示を改定し適切な薬物の使用を行うことで、不眠による患者の負担やストレスを緩和し、QOLの拡大や認知機能の低下・せん妄の予防に繋がることを期待できる。

**【方法】** 改訂したプロトコールを当院の3病棟で試用し、その使用感や結果を分析した。

・期間：2025年8～10月(3ヶ月間)

・対象病棟：整形外科、呼吸器内科・外科

・対象患者：24名(平均年齢82.75歳、男性14人、女性10人)

・使用指示：不眠6名、不穏18名

**【結果】** 不眠時指示を用いた6例中、患者より「効果があった」と「効果がなかった」、「どちらとも言えない」と返答があった事例がそれぞれ2例ずつだった。効果なしの2例は術後で疼痛が著明に出現している事例であり、疼痛がない事例では入眠することができている。プロトコールに従って使用した薬剤による副作用症状が出現した事例はなかった。

不穏時指示を用いた18例中、15例と多くの事例で薬剤使用後の不穏行動の改善が見られた。また、プロトコールに従い薬剤を使用することによる副作用症状が出現した事例は2例のみだった。副作用症状が出現した2例も薬剤を使用する前から全身状態が悪化していたなど特殊な状況下の事例であり、通常通りの使用では副作用症状の出現はなかった。

対象病棟の看護師に聞き取りを行った所、「指示が見やすくなった。」「今まではどの薬剤を使用すればよいかわかりにくかったが、指示に従うことで薬剤の選択ができるようになった。」「副作用が少ないなら安心して使える。」などの意見があった。

**【考察】** 新薬を含めてプロトコールを改訂したことで、副作用症状が出現しにくく、不眠や不穏のコントロールが行いやすくなった。また、患者状態に応じて薬剤が選択しやすいように指示が細分化されたことにより、看護師の知識に関わらず薬剤の選択や禁忌薬の回避などを行いやすくなった。以上のことから改訂したプロトコールは効果的であったと考える。

**【まとめ】** プロトコールの改訂により薬剤選択が容易になり、試用期間中は副作用症状の出現が少なくある程度の効果が認められた。しかし、今回の試用期間は3ヶ月間と短く、症例数も24例と少なかった。現在プロトコールが導入されて1年が経つため、実際に十分な効果があるのか、副作用が本当に少ないのかを調査し、プロトコールを洗練させていく必要がある。

## 熊本大学病院における医療の質向上に向けた組織的体制構築の取り組み

○立津 央、境田 智子、大島 木綿子、宮本 晋治、山下 大輔、今村 裕子、北島 ちひろ、近本 亮

熊本大学病院 医療の質・安全管理部

**【背景】** 熊本大学病院は、熊本県で唯一の特定機能病院として、高度急性期医療を提供するとともに、教育・研究や地域医療への貢献にも努めている。診療の複雑化に伴い、医療の質を体系的に高めるとともに、安全で信頼性の高い医療提供体制を確立することが求められている。本発表では、当院における質改善体制の構築プロセスと、その運用状況および得られた成果について報告する。

**【取り組み内容】** 2023年度に「医療の質改善対策専門委員会」を設置し、医療安全を含む多領域を対象としたTQM(Total Quality Management)活動およびQI(Quality Indicator/Improvement)活動を開始した。各診療科・病棟・部門は、診療・運営上の課題に基づき改善テーマを選定し、PDCAサイクルに沿って取り組みを進めている。TQM活動では、カルテ記載の標準化、モニター機器管理、緩和ケア介入、嚥下スクリーニング、転倒転落防止、身体的拘束の適正化など、医療安全の観点を含む領域を中心に横断的チームを編成し、継続的な改善を図っている。さらに、医療安全指標および病院機能指標に加え、「医療の質可視化プロジェクト」などの外部ベンチマークデータを用いて全国水準と比較し、課題の抽出と改善策立案に活用している。2024年度からは業務ポータルに「QIダッシュボード」を導入し、全職員が安全・品質指標とその進捗を共有できる環境を整備した。

**【考察】** 医療の質改善活動と医療安全への取り組みは相補的な関係にあり、両者を一体的に推進することで、医療提供体制の安全性・信頼性・質を持続的に高めることができると考える。当院では、質指標の体系的な整備と、全職員が主体的に参加できる改善基盤の構築を進めており、これらを通じて組織全体のパフォーマンス向上を図っている。今後も、データに基づく課題抽出と質改善活動の継続により、より安全で質の高い医療を安定的に提供できる体制を強化していく。

## NEWS を用いた急変事例の振り返り －当事例を通じた課題の考察－

○村田 英徳、米村 裕子、高瀬 裕香

熊本市立熊本市市民病院 救急外来

【はじめに】 A 病院では医療安全上の方策として、即時介入が必要な事例には院内緊急コールによる緊急対応を実施し、その他有事には院内迅速対応システム (RRS) を運用している。今回ハイケアユニット (HCU) から一般病棟への転棟後に急変した事例が発生した。先行研究を基に急変予後予測スコア (NEWS) を活用し、課題を考察したためここに報告する。

【研究目的】 看護記録や NEWS、アンケート結果を基にして課題を明らかにする。

【患者紹介】 90 代 循環器疾患にて入院

認知症あり 意思疎通に変動がある

【方法】 後方視的に電子カルテ内の看護記録、NEWS を用いて急変に至るまでの状態をスコアリング

RRS と院内緊急コールの要件件数や内容の抽出

病棟看護師に対する急変対応アンケート調査

抽出データから要因と課題の考察

【倫理的配慮】 データ収集及び使用に関して匿名とし、A 病院看護部倫理審査会で承認を得た。

【結果・考察】 急変前の看護記録には呼吸パターンや努力呼吸を示す呼吸補助筋の使用、冷感・湿潤などのショック徴候等生理学所見に基づいた身体所見に関する観察記録は乏しく、状態の悪化や急変の前兆として認識できていなかったことが推察された。アンケート結果から急変に対する学習で不足している点として、「急変の前兆」65.2%や「呼吸・循環・意識のアセスメント」73.9%であった。これらのことから心停止前の気づきや観察に対して高い教育ニーズがあると考えられる。よって急変リスク感性の向上を目標とし、心停止回避に向けたフィジカルアセスメントなどの教育的課題が示唆された。

HCU からの転棟は主治医の転棟許可を基に行っている。当事例での入院経過において、NEWS の中央値が 7 点と「high-risk」状態が継続していた。先行研究同様に HCU から一般病棟への転棟時などに、NEWS など客観的指標を用いて評価することで急変リスクレベルの把握ができる。そして「high-risk」の状態を看護師が認識することで綿密で意図的な観察の意識付けとなり、安全な患者管理に繋がると考えられる。

入院経過において、患者のバイタルサインは RRS の要請基準に概ね該当していた。これらの結果から当院における RRS が効果的に稼働していない可能性が示唆された。アンケート結果より「RRS の発動基準」に関しては 22% が理解していないとしていた。RRS が活用されにくい理由として、「システムの認知不足」60.9%や「発動基準が分かりにくい」65.2%であった。よって RRS の役割や要請基準を含めた認知向上に向けた取り組みが必要である。さらに RRS の現状を 4 要素 (指揮調整要素・起動要素・対応要素・システム改善要素) に従って評価し、院内緊急コール症例との関連について医療安全委員会等と協働して調査していくことを今後の課題とする。

## 多職種で実施する摂食嚥下能力評価が 誤嚥・窒息予防にもたらす効果

○牛島 敏之、後藤 さくら

熊本中央病院 リハビリテーション科

【はじめに】 高齢者が内科的・外科的治療目的で急性期病院に入院する際には、入院の原因となった疾患や外傷等により身体の諸機能は低下している。それらに起因する誤嚥・窒息事例の増加も先行研究では散見され、厚生労働省の人口動態統計によれば、窒息による年間死亡者数は 8710 人で不慮の事故死に次ぐ第 2 位である。

当院では成人の全入院患者に対し、入院時に看護師 (Ns) が聞き取りを含めた摂食嚥下スクリーニング評価を行ったのち、特に問題がある患者に対しては言語聴覚士 (ST) が再度評価する 2 職種 2 段階の摂食嚥下評価 (評価) に取り組んでいる。今回、昨年 1 年間の評価結果を後方視的に分析し、誤嚥・窒息予防に対する効果を検討したため報告する。

【取り組み】 入院時に Ns が本人または家族に対し 10 項目の摂食嚥下スクリーニングを実施。その結果から「誤嚥低・中・高リスク」の判定を行い「誤嚥高リスク」に該当した患者が ST による追加評価の対象となる。入院後の食事形態は予め設定されているが、担当 ST は評価結果を踏まえ欠食対応、食事形態維持、形態アップ、形態ダウンかを主治医、病棟に提案する。経口摂取が開始できた患者に対しては管理栄養士、看護師、ST でミールラウンドを実施し実際の食事場面を観察し誤嚥・窒息予防に努めている。また、欠食提案を行った患者に対しては NST へ情報提供し、場合によっては経口摂取を再開できるよう ST 訓練介入を行う。

【結果】 2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日の 1 年間に当院へ入院し、ST の評価まで要した 747 名のうち、75 歳以下は 173 名、75 歳以上は 574 名だった。75 歳以下では欠食対応 10%、形態ダウン 26%、形態維持 21%、形態アップ 43% だったのに対し、75 歳以上では欠食対応 19%、形態ダウン 27%、形態維持 29%、形態アップ 25% と欠食対応の割合が増加し、形態アップの割合が減少した。入院後 10 日以内の新規誤嚥性肺炎発症および入院期間中の窒息事例は 0 件だった。

【考察】 誤嚥・窒息を防げた要因として、入院時すぐに 2 職種 2 段階の評価を行ったことによる評価の信頼性向上に加え、管理栄養士を含む多職種が目での実際の食事場面観察を継続したことが考えられる。

また、75 歳以上では欠食対応や形態ダウンの割合が多かったが、高齢、神経疾患、精神疾患などは窒息のリスク因子として知られており、後期高齢者ではそれらの疾患を併存している患者が多い。状態に合った適切な食事開始タイミング、食事形態の調整がなされたことや食事情報表の掲示による周知も誤嚥・窒息予防に効果的だったと考えられる。

【まとめ】 早期経口摂取開始が重要なのは言うまでもないが、急性期入院直後は経口摂取開始を一旦待つべき患者も多く存在する。入院時すぐに多職種による評価を実施し、栄養ルートの判断、適切な食事形態の選択、経口摂取開始のタイミングを計ることは誤嚥・窒息予防のリスクを最大限減少させ、患者の QOL 向上に寄与できると考える。

## 循環器内科 IVR 治療における水晶体被ばく線量管理と医療マネジメント

○内田 恭裕、森田 拳斗、川田 賢治

熊本中央病院

**【目的】** 2021年4月の労働安全衛生規則改正により、放射線業務従事者の水晶体線量限度が「5年間で100mSvかつ1年間で50mSv」へと厳格化された。特に循環器内科のInterventional Radiology(IVR)は、術者が散乱線に曝されながら検査、治療を長時間かけて行うため、対策を講じなければ短期間で上限に達するリスクがある。本研究では、水晶体線量計(DOSIRIS)による定量的測定と委員会の連携により、術者の水晶体被ばくを低減し、放射線白内障の防止と安全な業務継続を両立するマネジメント手法を報告する。

**【方法】** 当院循環器内科医師を対象とし、以下の介入を実施・評価した。

1. 個人線量評価の導入: 水晶体専用線量計(DOSIRIS)を使用する前と後で、防護眼鏡の内側における実際の水晶体の被ばく線量の測定を行った。
2. 物理的防護の強化: 病院で使用している放射線防護眼鏡を従来の0.07mmPb当量から、0.75mmPb当量に変更し、さらに0.75mmPb当量かつ側面からの散乱線を遮断するサイドカバー付きのモデルへ更新した。
3. 検査プロトコルの最適化: 装置の設定を見直し、IVRチームで、視認性を担保した範囲で線量の最適化を行い、組織的に低線量化を行った。
4. 測定値の報告: 毎月の線量で1 m Svを超過している時には書面で通知した。

**【結果】** DOSIRISを防護眼鏡の内側に装着することで、外部の散乱線量ではなく、術者が実際に受けた正確な水晶体の被ばく線量を測定できた。また、介入の結果、遮蔽力の高い防護具と低線量プロトコルに変更したことで、5年間の累積線量はすべての術者において100mSvを下回る結果となった。これにより、放射線白内障のリスク低減とともに、水晶体線量限度の超過による不必要な業務制限を回避し、安定的な診療体制を維持できた。

**【結論】** 水晶体被ばく管理において、防護具内側での正確なモニタリングに基づき、高性能で適切な防護具の使用と検査条件の最適化を組み合わせるマネジメントは極めて有効である。この体系的アプローチは、多くの症例を抱え、被ばくリスクが高い環境で働く術者の長期的な健康保護と、医療の継続性を保証するために重要である。

## 人口減少、少子高齢化だからこそ 人財が定着する組織文化の確立が持続的な社会をつくる

○日野 圭

医療法人ウェルビーイング 健軍熊本泌尿器科

少子高齢化と人口減少が進む日本において、医療機関は深刻な人手不足に直面しています。優秀な人材を確保し、定着させることは存続と質を維持する上で重要です。魅力的な組織文化を構築できなければ人材流出が加速し医療崩壊の危機を招きます。この課題に対し私たちは「患者のための医療」から一歩進み、「スタッフと共に創る医療」を目指して取り組んできました。本講演では、クリニックで実施した「180日間での組織文化変革プロジェクト」を基に、持続的な成長を支える組織文化を提言します。特に以下の3つの要素に焦点を当てます。

### 1. 誰もが意見を言いやすい環境

誰でも自由に意見を言える環境を整備しました。院長だけが指示を出すのではなく、全スタッフが主体的にクリニックの運営や改善に関わる風土を醸成することで、課題解決がスピーディーかつ的確に行われるようになりました。

### 2. 職種を超えたチーム連携

クリニックの課題別に分けたチーム制を導入し、看護師、臨床検査技士、医療事務の職種もバランスよくチームを振り分けました。チーム活動をする中でスタッフ間の絆が深まり、働きがいも高まりました。スタッフが主体的にクリニックのために考え、様々な企画を立案しイノベーションを起こしてきました。

### 3. ミッションを全員で共有

ミッションである「不安を安心に」そして各職種掲げている部署ごとのミッションビジョンバリューをもとに問題解決や取り組みをしてきた振り返りをおこなってきました。このミッションを全スタッフが理解し、日常業務の指針とすることで、全員が同じ方向を目指して行動できる環境が生まれました。

人口減少が加速する中、クリニックの未来を守る鍵は、魅力的で持続可能な組織文化の構築にあります。本講演では、クリニックの事例を基に、どのように組織変革を実現し、持続的な成長を支える環境を作ることができるのかを具体的にお話しします。スタッフと患者が共に幸せになれるクリニックの未来を、共に考えていきましょう。

## 地域小規模公立病院における人事評価制度の構築と運用効果

### — 小国公立病院での実践から —

○玉飼 博之

小国郷公立病院組合 小国公立病院

**【背景】**人口減少・高齢化が進む中山間地域の医療機関では、限られた人材の確保と育成が喫緊の課題である。小国公立病院では「小国郷のすべての人々の健康と暮らしを守る」という基本理念のもと、職員が成長を実感でき、組織としての持続可能性を高めることを目的に、人事制度全体の抜本的見直しを行った。本研究では、新たに構築した人事評価制度の特徴と運用成果を報告する。

**【方法】**2025年、人事制度を「等級制度」「行動評価」「目標達成度評価」の三位一体で再整理したガイドラインを策定した。等級制度は6段階とし、職種ではなく役割責任に基づく階層構造を採用した。行動評価は等級ごとに求められる役割・責任の遂行度を5段階（S～D）で判定する要素評価方式とし、常態行動の観察を重視する絶対評価で実施することとした。また、目標達成度評価にはBSC（バランススコアカード）を導入し、「質管理」「業務改善」「教育」「業績」の4視点から部門・部署目標を設定、職員は年度方針に基づき個人目標を策定し、年度末に到達度を点数化することとした。さらに、昇格・降格要件を明確化し、評価結果を処遇（昇給・賞与・昇進）に反映する仕組みを整えた。

**【結果】**学会当日までの、制度導入初年度の運用結果を報告する。

**【まとめ】**地域医療を担う小規模公立病院において、人事評価制度は単なる査定の仕事ではなく、人材育成と組織成長を促す重要な経営インフラである。小規模公立病院では管理職の役割が広く負荷も大きい、評価基準が明確化されたことにより、管理者が部下育成に向き合う姿勢が変化することを期待している。また、絶対評価を徹底したことで、序列ではなく「成長の軌跡」を評価する文化を醸成したいと考えている。本制度は、地域医療の持続可能性を支える人材基盤の強化に寄与すると考えられ、今後はデータに基づく評価精度向上や部門間連携の更なる強化を図っていく。

## 地域包括医療病棟転換に向けた取り組み

○吉田 光恵

地方独立行政法人くまもと県北病院

**【背景】**2024年度診療報酬改定において地域包括医療病棟入院料が新設された。地域包括医療病棟は軽症～中等症の高齢者救急の受入が主な役割であり、急性期治療とADLの維持、向上および在宅復帰を目標とする病棟である。入院料新設にあたり、当院において有用な病棟となるか検討を行った。

**【目的】**当院は高度急性期（HCU）、急性期（急性期一般1（7病棟））、回復期（地域包括ケア・回復期リハビリ）の入院機能を有している。急性期一般のうち1病棟を地域包括医療病棟へ転換することでの有用性を検討し、地域医療への貢献および経営改善に繋げることを目的とした。

**【方法】**地域包括医療病棟準備期間（2024年4月～2025年4月）の入院患者の年齢、診療科、疾患等を分析し、転換することで地域の医療ニーズへ適応できるか確認した。また病院経営における効果としては各病棟の実績要件および経営指標を主な検討項目とした。転換後（2025年5月以降）についても同様の項目で検証を継続した。

**【結果】**当院が位置する有明医療圏は高齢化率35.8%であり、2024年度当院救急外来受診者のうち約40%が後期高齢者であることから、高齢者救急を主な役割とする地域包括医療病棟は、地域の医療ニーズに適した病棟であると考えた。また、当院は急性期一般病棟における2024年度のDPCⅡ期超率は約44%と高く、特に内科系診療科は割合が高い傾向であった。地域包括医療病棟では短期入院はもちろん、最大90日間の長期入院にも対応可能なため、在宅復帰支援に時間を要する症例についても転院することなく対応できることが強みのひとつである。柔軟な入院期間の対応は患者の負担軽減だけでなく、DPCⅡ期超となる症例については入院単価の底上げにつながり、経営的なメリットがあった。さらに院内他病棟への影響として、ベッドコントロールの推進により全病棟の実績要件達成、特に急性期一般病棟での重症度、医療・看護必要度は安定して達成できる状況となった。

**【結語】**シミュレーション上では早期から有用性があると判断したものの、地域包括医療病棟は達成すべき実績要件が多く、実際の転換までには1年の期間を要した。転換までの1年間に実績要件の積み上げとシミュレーションを繰り返し、2025年5月から1病棟42床の運用を開始した。依然として解決すべき課題は多いが、運用開始から7ヶ月、現時点では地域および当院にとって有用な転換であったと考えている。当院は今回の転換により現在6種の病棟機能を有しており、各病棟の施設基準達成や収益最大化について日々試行錯誤している段階である。今後は地域包括ケアシステムを担いつつ、病院機能の最適化を目標に、よりよい病棟、病院運営となるよう検討を継続していく。

## 厚生局届出データを用いた新規算定項目の検出手法と全国での項目件数ばらつきの可視化

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志  
医療法人谷田会 谷田病院

**【背景】** 人件費、物価高騰より病院経営がますます厳しくなっている。医業収益を増加させるために増患したくとも、人口減少より見込みは薄い。よって患者単価を増加させることが有効である。新たな診療報酬算定項目は2年周期の改定時期をイベントドリブンとし新規や変更のみに注視しがちで、従来の診療報酬から新たな算定項目を見つけ出すのは各種バイアスより困難である。

**【目的】** 新規診療報酬算定項目を見つける手法を確立し、安定した経営基盤を確立する。その手法より全国の対象医療機関群における算定項目件数の分布を明示するとともに先鋭的なモデルとなりえる病院を特定し、自院の総合的なレベルアップのソースとする。

**【方法】** 厚生局が開示する診療報酬届出受理一覧(Excel)には、どの医療機関がどの診療報酬をいつ申請したか記載してある。病棟の種類とはすなわち入院基本料の種類であり、意図する入院基本料だけを算定し、その他の入院基本料を算定していない病院は単一病棟構成の病院といえる。全国の厚生局サイトから診療報酬届出受理一覧を取得、統合して国内の全医療機関の届出一覧を作成する。それを入力とし汎用プログラム Perl で単一病棟構成の病院群を識別し、算定している診療報酬を出力する。結果を集計し、同じ病棟構成のほとんどの病院が算定していない診療報酬や、診療報酬獲得に対して精力的な病院を特定する。本分析では下記病棟種類に対して調査を行う。地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、障害者施設等病棟、緩和ケア病棟

**【結果】** 算定項目の届出医療機関件数の棒グラフは、どの病棟でも予想どおりいびつなロングテールで、一部の病院のみが届けている算定項目が概ね100件以上見受けられた。同一病棟構成であることから、100件以上の候補から、新たに算定できるものがあると考えられる。開発したPerlプログラムは20行程度で、開発に要した時間は30分以下であった。

**【考察】** 本手法は、公開データを病棟種類で層別し同一構成施設を比較することで、見落とされていた算定項目候補と、如才ない算定先鋭病院を特定できる。全国の医療機関が積み上げてきた診療報酬取得の「長年の英知の結晶」を、公開データから簡便に抽出・可視化できたことは総合的な病院運営改善において意義がある。留意点として、急性期は一般病棟入院基本料に集約され多機能病院では適用不可である。また、2病棟構成(例 地ケアと医療療養の2枚看板)と診療科別の外来では軽微な修正で対応可能である。

**【結論】** 厚生局の届出受理データを病棟種類で層別し同一構成施設を比較することで、新たな算定項目候補とモデルとなる算定先鋭病院を特定できる。全国俯瞰での届出件数のばらつきが明示され、患者単価増加の余地が示唆された。

## 専門医療と地域医療の両立を掲げる民間病院における BSC 活用の成果と課題 – 熊本機能病院の事例分析 –

○渡邊 祐大<sup>1)</sup>、水野 真実<sup>1)</sup>、新改 敬英<sup>2)</sup>、米満 弘一郎<sup>3)</sup>

- 1) 熊本学園大学 商学部
- 2) 熊本学園大学大学院 会計専門職研究科
- 3) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院

本研究の目的は、医療機関における主要な戦略的マネジメント手法のひとつとされているバランス・スコアカード(Balanced Scorecard: BSC)が、地域医療の中核的な役割を担う民間病院でどのように運用されているのか、またその運用がどのような成果につながり、そこにはどのような因果関係が存在するのか、といった一連のメカニズムを明らかにすることである。

医療機関における BSC は、財務、患者、業務プロセス、学習と成長といった非財務的視点を含む多面的な指標体系を用いて、組織の戦略実現と医療の質向上を支える枠組みとして期待されてきた。それと歩みを同じくして、学術的にも数多くの先行研究が蓄積されている。しかしながら、先行研究は公的病院や部門単位での導入事例が中心であり、民間医療機関における BSC 運用の実態は十分に検証されていない。

本研究ではこの研究ギャップを踏まえ、急性期から回復期までを包含するケアミックス体制を持ち、地域医療を支える中核的役割を担う、社会医療法人寿量会 熊本機能病院(以降、「熊本機能病院」)を対象として選定した。同院は病院全体の戦略マネジメントとして BSC を運用しているという特徴を有することから、地域における BSC 活用のあり方を検討するうえで適切な事例であると判断した。

実施した調査の主な内容は、院内所蔵の一次資料の閲覧、管理職への質問票調査および理事長へのインタビューである。これらの調査を通して、同院における医療 BSC の運用実態や成果、ならびに顕在的・潜在的な課題を分析した。分析にあたっては、先行研究で指摘されてきた成功要因(経営層のコミットメント、導入目的の明確化、組織内浸透、継続的運用体制)および失敗要因(指標の形骸化、運用の断絶、現場との乖離)をフレームワークとして用いた。

分析の結果、熊本機能病院では、明確な戦略提示や多職種協働を促す運営体制の整備により、BSC が組織全体の方向性の共有に一定の役割を果たしていることが確認された。その一方で、部門間の理解度の差異、現場での実践レベルへの落とし込みの困難さなど、先行研究で指摘されてきた課題が熊本機能病院でも顕在化していることが明らかとなった。さらに、本研究では、BSC の導入動機や運用の背景にみられる地域および組織に固有の文化が、BSC 運用の成否に影響を与える新たな論点として浮かび上がった。こうした知見は、医療機関の BSC 運用における従来の成功・失敗モデルを、地域医療の文脈に応じて再解釈する必要性を示唆している。

以上のように、本研究は、地域に根付いた病院において BSC がどのように機能しうるかについての示唆を提示し、先行研究の知見を地域医療の文脈へと拡張することを試みるものである。今後の地域医療を支える病院における戦略マネジメントの実践に対し、地域や組織の特性に応じた BSC 活用の方向性を提示する点において、本研究の学術的・実務的意義は大きいと考える。

## DPC データと手術システムデータを活用した原価計算モデルの開発

○水野 真実<sup>1)</sup>、米満 弘一郎<sup>2)</sup>、高橋 知幹<sup>2)</sup>

1) 熊本学園大学 商学部

2) 社会医療法人寿量会 熊本機能病院

**【背景と目的】**本研究はDPCデータと手術システムデータを用いた患者別原価計算の方法論の開発と、その活用可能性を明らかにすることを目的とした。近年、医療機関における原価計算の必要性は高まっているものの、医療現場での煩雑な情報入力や部門間での複雑な配賦計算などが必要であり、実践可能性に課題がある。そこで原価計算の実践可能性をより高めるために、DPC病院であれば容易に入手可能なDPCデータを利用し、複雑な計算手続きを経なくとも、より簡便的ではあるが信頼性があり、医療従事者の納得性も高い方法を開発し、その活用可能性について検証する。

**【方法】**本研究は、原価計算の理論的枠組みとして、時間を基準に原価を配分する「時間主導型活動基準原価計算(TDABC)」を適用した。対象患者は2016年4月1日から2020年3月31日までに熊本機能病院を入退院し、人工膝関節置換術を実施した患者とした。また、対象データはDPCデータ、手術システムデータ(各種時間情報、手術に従事した担当者情報)、損益計算書、職種別に集計された職種別給与総額を用いた。

まず、人工膝関節置換術を実施した患者毎の手術麻酔人件費(整形外科医師・麻酔科医師・手術室看護師の人件費合計)を算出するため、手術システムデータから患者毎に入退室時間、麻酔時間、手術時間と手術に従事した担当者や人数を抽出した。次に、各活動の実施時間を示す時間ドライバーを整形外科医師は手術時間、麻酔科医師は麻酔時間、手術室看護師は入退室時間を選択し、職種別の人件費合計を各標準勤務時間合計(担当者の人数×標準勤務時間)で除し、職種別の平均レートである勤務時間1分当たりの費用を算出する。次にこの勤務時間1分当たりの費用に手術に従事した実際人数と実際時間を乗じて、患者別の手術麻酔人件費を算出する。

**【結果】**本研究ではTDABCを適用した患者別原価計算モデルを開発し、手術麻酔人件費を算出した。その結果、患者別の手術麻酔人件費、手術麻酔収益から手術麻酔人件費を減じた手術麻酔差益を散布図で可視化した。さらに、経年比較として、医師別や人工膝関節置換術に用いるナビゲーションシステムの使用有無別に分析したところ、手術時間・麻酔時間・入退室時間の短縮と手術麻酔人件費の減少がみられた。

**【考察】**本研究ではDPCデータと手術システムデータを用いることで、原価計算の課題とされる煩雑な情報入力や複雑な配賦計算を経ずとも、患者毎に異なる手術時間・麻酔時間・入退室時間と手術に従事した担当者数を反映した原価計算が可能となった。さらに、医師別やナビゲーションシステムの使用有無別で経年比較が可能となり、医療従事者へのインタビュー調査から手術業務の可視化に有用であることが明らかとなった。ただし、課題として本研究では人件費のみを原価対象としており、手術にかかる材料費は含まれておらず、今後は材料費データを連結させる方法を検討する。

## 人間ドック受診後の精密検査受診率と受診勧奨後の受診率の状況 ～精密検査受診率向上にむけて～

○田呂丸 奈美、井手上 恭子

熊本中央病院

**【背景・目的】**A病院健診センターでは2022年から人間ドック受診者のうち要精密検査対象者が精密検査を受けているか追跡調査を行っている。健診後3か月経過しても医療機関から受診結果返信がなく、A病院外来受診歴もない健診者に精密検査受診を促す(以下、受診勧奨とする)ために精密検査受診状況確認文書を郵送している。年毎の精密検査依頼書結果報告書数は調査していたが、受診勧奨後の精密検査依頼書結果報告書数は調査していなかった。先行研究では精密検査受診率向上のため受診勧奨の電話や手紙、併設病院への受診予約等の取り組みがなされ、受診率の向上に繋がったとの報告がある。そこでA病院健診センターでの受診勧奨後の精密検査受診数を調査することで受診勧奨が受診率向上に繋がっているか検証し、また受診結果内容から要医療や悪性腫瘍と判定された件数を明らかにすることで受診勧奨の意義を明確にする。

**【方法】**1) 研究対象者: A病院健診センターの人間ドック受診者のうち2023年、2024年に要精密検査と判定された健診者(精密検査依頼用紙発行数2023年1346件、2024年1344件) 2) 研究期間: 2025年9月～12月 3) データ収集方法: (1) 要精密検査対象者のうち健診3か月経過後に精密検査未受診数を集計 (2) 精密検査未受診者に対して精密検査受診状況確認文書を郵送後の精密検査受診数を集計 (3) 受診勧奨後に医療機関を受診した結果、要医療と判定された件数と悪性腫瘍と診断された件数を集計

**【結果】**(1) 人間ドック受診3か月経過後に精密検査未受診数は2023年618件、2024年688件だった。(2) 精密検査受診勧奨後の精密検査受診率は2023年289件(46.8%)、2024年308件(44.8%)だった。年毎の精密検査受診率は受診勧奨により2023年54.1%から75.6%、2024年48.8%から71.7%へと上昇した。(3) 受診勧奨後の精密検査受診結果において要医療と判定された件数は2023年110件(38.1%)、2024年118件(38.3%)であり、悪性腫瘍と診断された件数は2023年6件(2.1%)、2024年8件(3%)だった。

**【考察】**今回の研究で精密検査受診勧奨により精密検査受診率が上昇し、先行研究と同様にA病院健診センターにおいても精密検査未受診者への受診勧奨が受診の契機になったと言える。また受診結果要医療判定で治療開始や悪性腫瘍と診断された健診者がいることから受診勧奨の意義があると考えられる。一方で受診状況確認の返信に「受診予定はない。大丈夫だと思う」と記載した健診者もいた。精密検査受診の有無は検査項目による差異を認めしたが、精密検査の重要性を健診者に伝え精密検査受診率が向上するように、受診勧奨の方法、タイミングなど今後の検討課題と考える。

## 外来患者の ACP における意識調査

○川上 由香、井手上 恭子、錦戸 陽子

熊本中央病院

**【はじめに】** 当院は、2023 年度より緩和ケア委員会を中心に既存の ACP に関する動画視聴やもしバナゲームを使用し、医療者を対象に ACP 推進に取り組んできた。医療者からは、自身の価値観を考えるいい機会となったと肯定的な意見が聞かれるが、ACP における患者・家族の認識は明らかにされていない。11 月 30 日は、「いい人生会議の日」に定められており、ACP を考えるきっかけとなるよう今年度外来のイベントを企画した。そこで、イベントに参加した外来通院中の患者を対象に ACP に対する意識調査を実施したので報告する。

**【方法】** 研究デザイン：観察研究

研究対象：イベントに参加した当院外来通院中の患者

研究期間：2025 年 11 月 28 日 -12 月 31 日

調査方法：質問紙調査

分析方法：①質問紙調査の結果を単純集計する

②イベントの感想・意見をカテゴリー化する

**【倫理的配慮】** 質問紙は、無記名で実施し、個人情報に配慮した。病院の倫理審査委員会で審査を受け、承認を得た。

**【結果】** イベントの参加者は 11 名。平均年齢 70 歳。質問紙は 10 名回答が得られた。「人生会議について知っているか」については、よく知っているが 10%、聞いたことはあるがよく知らないが 20%、知らないが 70% だった。「人生の最終段階における医療・ケアに関する希望について考えたことがあるか」については、あると答えた人が 70%、ないと答えた人が 30% だった。「人生会議を行うことをどのように考えるか」については、賛成が 80%、どちらでもないが 20% だった。「人生の最終段階における医療・ケアを医療者と話し合ったことがあるか」については、詳しく話し合っているが 30%、一応話し合っているが 20%。話し合ったことはないが 50% だった。イベントの感想・意見では、大変おもしろかった、いつか考えなくてはいけないことを前もって経験できたなどの「肯定的評価」とどのくらい生きられるかなど「自身の思いへの気づき」の 2 つのカテゴリーが抽出された。

**【考察】** 外来通院中の患者は、人生会議についてはよく知らないが、もしもの時に備えた選択を前もって考えたことがある人は多く、人生会議を行うことに関しても肯定的に捉えていた。しかし、医療者と話し合った経験は半数であり、医療者と患者自身の考えを共有することが課題となった。また、ACP に関するイベントを開催することは、ACP を考えるための動機付けになると考えられた。ACP の介入とアウトカムに関する研究では、健康状態に応じて異なる ACP が求められる。外来では、自分の生き方を考え、人生の最終段階に備えた意向の準備段階であり、ACP を積み重ねていくことが重要となる。しかし、ACP の認知度は低い現状にあり、ACP に関する啓発と経験の必要性が示唆される。また、今回の対象者が少なく、一般化するには限界がある。今後も外来の取り組みを積み重ねていく必要がある。

## 当院における小児リハビリテーションの立ち上げと現状における今後の課題

○三澤 天子、清水 治樹

医療法人 朝日野会 朝日野総合病院

**【背景】** 小児リハビリテーション、特に言語聴覚療法の利用児は増加傾向にある。自閉症スペクトラム症や発達障害児の増加、早期支援の重要性の高まり、さらに言語聴覚士の不足が背景として挙げられる。また、大学病院や地域中核病院で小児理学療法の対象児が増加している一方で、一般病院やクリニックにおいても地域ニーズに応じて小児リハビリテーションが提供されるようになってきている。当院でも地域からの小児リハ需要およびスタッフの希望を受け、2018 年 11 月より小児リハビリテーションを開始した。本研究では、7 年間の取り組みと現状を整理し報告する。

**【目的】** 地域の小児リハビリテーションニーズに応え、適切な支援を提供する体制を整備することで、地域に貢献できる小児リハ組織の構築を図る。立ち上げから現在までの体制、臨床的取り組み、院内外連携の実態を報告することを目的とした。

**【チームスタッフ】** 脳卒中診療科医師、理学療法士 4 名、作業療法士 2 名、言語聴覚士 4 名による多職種チームで実施した。

**【方法】** 2018 年 11 月～2025 年 11 月までに当院で実施した小児リハビリテーションの実施状況を後方視的に検討した。対象児の主訴、診断名、利用件数の推移、年齢構成、介入内容、院内外連携体制および連携方法を整理した。

**【結果】** 期間中の利用児は 120 名であり、診断名は ASD20%、ADHD5%、発達遅滞 8%、染色体異常 14%（うちダウン症 13%、その他 1%）、機能的構音障害 27%、吃音 11%、発達性協調運動障害 7%であった。主訴は就学のタイミングに際しての各々の課題に関するものが多く、年齢は 5 歳 12%、6 歳 27%、7 歳 12%と多く、平均 6.6 歳であった。介入内容は PT22%、OT21%、ST57%であった。連携面では、担当者会議を通じた院外機関との情報共有とともに教育機関への訪問を積極的に実施した。さらに関連施設である十善病院の小児科医とも連携し対応した。

**【考察】** 小児リハ開設当初は場所、人員、利用児確保が課題であったが、院内調整と地域周知、関係機関との連携により利用者の増加につながったと考える。今後も地域ニーズに応えるためには、スタッフの確保や設備の整備が重要な課題となる。

## 泌尿器科と放射線科の連携による MRI-US fusion 下前立腺標的生検への取り組み

○近藤 大佑、野田 誠一郎、豊成 信幸、野田 一将、川田 賢治  
熊本中央病院 放射線科

**【背景】** 前立腺癌診断において、multiparametric MRI (mpMRI) を用いた病変局在評価および MRI-US fusion 下前立腺標的生検は、臨床的に意義のある癌の検出率向上が報告されている。近年、本手技は保険収載され、標準的診療としての普及が期待されている。一方で、その導入・運用には従来の系統的生検と比較して作業工程の増加を要し、泌尿器科単独での運用には課題がある。当院では2022年2月より、MRI-US fusion 下前立腺標的生検システムである UroNav を導入し、泌尿器科と放射線科の多職種連携による体制構築を行ってきた。

**【目的】** 当院における泌尿器科と放射線科の連携による MRI-US fusion 下前立腺標的生検への取り組みを報告し、その運用体制と有用性について検討する。

**【方法】** ①前立腺癌が疑われた症例に対し mpMRI を施行し放射線科医が PI-RADS に基づく病変評価を行い、泌尿器科により標的生検の適応を決定した。②放射線技師が前立腺および標的病変の輪郭形成を実施し、放射線科医による標的病変の確認を行った。③生検時には放射線技師が UroNav 操作を担当し、泌尿器科医が穿刺を行った。④生検後は保存された画像データを基に放射線科医が生検部位および周囲構造を評価し、術後変化や合併症の有無を含めた読影レポートを作成した。これらの結果は三職種で共有し、定期的なフィードバックを行った。

**【結果】** 放射線科医・放射線技師が事前準備から生検まで関与することで、泌尿器科医の負担を増やすことなく高精度な生検が可能となった。また、生検後の読影レポート作成により、生検結果のフィードバックに加えて、術後合併症を画像上で早期に把握することが可能となり、臨床対応の迅速化と安全性向上にも寄与した。これにより泌尿器科のワークフローを大きく損なうことなく、安定した運用が実現した。

**【結論】** MRI-US fusion 下前立腺標的生検を多職種連携により運用することで、高精度かつ安全な診断が可能となった。本手法は、患者にとっての不要な生検の低減や安全性向上および医療連携における役割分担の体制構築によって業務効率化と診断の質向上に貢献できると示唆される。

## 収支改善の取り組みから見えてきた院内の医薬品の現状と意識改革の必要性

○黒田 知子、豊永 哲至  
一般社団法人菊池郡市医師会 菊池郡市医師会立病院

**【背景】** 病院の収支改善に取り組むため、医薬品の価格と使用実績から現状を分析する中、当院の包括病棟では医薬品の使用量によって赤字となっている可能性があるとの考えに至り、今後の医薬品の使用について院内の意識改革の必要性をまとめたので報告する。

**【現状と分析】** 医薬品の購入金額からさまざまな分析を行い、包括病棟での使用金額等を併せて算出することで、医薬品の包括割合や保険請求状況が見えた。

**【結果】** 当院では医薬品の使用のうち半分が包括で保険請求できていないことがわかった。

**【考察】** 病院にとって医薬品は患者の治療のために必要だが、包括での医薬品の使用は売上も利益もない、黒字を減らす要因となる。

医薬品の価格検討はもちろんだが、包括での医薬品の使用の見直しと「それは本当に今必要か」「包括だからこそ減らせるものは減らす」「利益を残す」という院内の意識改革が必要であると考ええる。

## 臨床工学科における収益増・支出減への取り組み

○西村 裕子<sup>1)</sup>、豊永 哲至<sup>2)</sup>

- 1) 菊池郡市医師会立病院 臨床工学科  
2) 菊池郡市医師会立病院 代謝内科

**【背景】** 当院臨床工学技士は、主に血液透析業務とME危機管理業務に従事している。当院の収益増・支出減への対策のうち、臨床工学科としての取り組みを報告する。

**【方法】** ①透析時間短縮事例の減少、②血液透析(HD)からオンライン血液透析ろ過透析(OHDF)、間歇的ろ過透析(IHDF)への移行推進、③定期的なシャントエコーによる当院患者の経皮的バスキュラーアクセス拡張術(VAIVT)のスケジューリング、④透析関連の医療材料の見直し及び使用方法を検討し、コストダウンを図る、⑤残業時間減少のための業務改善、を行った。評価期間は2025年4月～10月までの6ヶ月間とする。

**【結果】** ①予定時間と実績時間との差異を抑えられていたが、8・9月は透析困難での早期回収が増加し、6ヶ月間では収益減となった。②毎月の採血データをまとめ、患者にあった治療方法を医師へ提案し、今年度上半期での集計ではHDとOHDFの割合は同等となった。③工学技士による今年度上半期のシャントエコー件数は147件で、前年度の半数を超えた。VAIVT126件のうち、当院患者は34件であった。④穿刺用の滅菌キットや消毒薬の選定、ダイアライザーの比較検討、血液回路の標準規格への統一などによってコストダウンとなった。⑤残業時間内訳から多かったME業務の負担軽減のため、ME管理システムを導入した。4月以降残業時間の減少が見られ27%まで減少した。

**【考察】** 透析困難には季節性も関与すると思われた。残業時間の減少は一時的であり、今後はスタッフ減員による個人負担増が予想される。更なる効率化や業務改善を行う必要がある。

**【結語】** ①予定と実績の差額を抑えられるよう、スタッフの診療報酬への意識づけも必要。②加算の取れるOHDF、IHDF患者数は前年同等であり、今後も積極的に移行を提案する。③臨床工学技士による定期的なシャントエコーは、当院患者の計画的かつ安定したVAIVT件数につながる。④透析関連の医療材料の見直し及び使用方法を検討によって、コストダウンできたものがある。⑤残業時間は一時的に27%減となった。今後は個人負担が増えないよう業務改善を行っていく。

## 1型糖尿病患者の糖尿病連携手帳「マイレコード」記載、活用の実態調査

○山本 直子、久保 公子

熊本中央病院

**【はじめに】** 1型糖尿病患者は生涯を通じてインスリン治療、食事、運動などの管理が必要な疾患である。1型糖尿病をもつ小児の場合は、インスリン療法、血糖のモニタリング、適切な食事療法といった療養行動を日々の生活のなかで繰り返し行いながら成長・発達を遂げ、その過程で家族の管理から自己管理へ移行する。糖尿病セルフケア支援は「子どもの成長・発達や日常生活をふまえ、どのように疾患管理できることが現在そして将来に向けてよりよいかを考え、子どもや家族の学習を支援する」ことと考える?と中村は述べている。米国糖尿病教育協会は自分のコンディションを自身で記録するモニタリングは、よい結果をもたらすセルフケア行動として実施を推奨している。

自己の疾患を理解し糖尿病セルフケア行動が自立へ向かう手段として、成人においては糖尿病連携手帳があるが、小児期における糖尿病連携手帳に関連した研究はなかった。そこで当院小児科では、「自分のからだを知る」「本人、家族と医療関係者・学校関係者と情報共有のツールとする」「記録の継続は患者の頑張った証となり自立を育む」を目的とし、日本糖尿病協会が発行する糖尿病連携手帳を参考に小児糖尿病連携手帳「マイレコード」を作成した(以下、マイレコードとする)。マイレコードは2023年3月より、当院の小児科外来に通院する53名のうち25名(2025年11月時点)に配布した。

**【方法】** 研究対象者：マイレコードを配布した1型糖尿病患者・家族

研究期間：2025年10月～2026年1月

データ収集方法：研究対象者へマイレコードの記載、活用状況についてインタビュー調査。

① HbA1c検査データ、血糖の変動と対処内容、糖質比、基礎インスリン量などの設定、ライフイベントの記載と活用の有無。

② 学校や保育園関係者と情報共有の有無、家族間での情報共有や振り返りのツールとしての活用の有無。

**【倫理的配慮】** 研究目的のほか、回答による不利益は被らないこと。収集したデータは研究目的以外には使用されない等を書面と口頭で説明し同意を得る。

**【結果】** 検査データや糖質比の記載ができていたが、情報共有のツールとしての活用は少なかった。またマイレコードではなくスマートフォンやノートなどに記録を行っている人もいた。対象者の半数以上が外来受診時にマイレコードの持参忘れや記載漏れがあり患者、家族にその理由や意見を聞いたことで、今後の活用の推進へ向けての示唆が得られた。

## 褥瘡リンクナースの育成及び活動の定着 ～褥瘡データの改善を目指して～

○木村 ひろみ、谷川 和代、  
医療法人清和会 平成とうや病院

**【はじめに】** A 病院の入院患者（2023 年度）の簡易栄養状態評価表では低栄養患者が 90% を占め、褥瘡の発生や治癒遅延の原因の一つとなっていた。また、平均推定褥瘡発生率は 1.9%、平均褥瘡有病率は 3.1% で褥瘡対策の充実が必要であった。今回、褥瘡リンクナースを育成し活動を定着させる事で、褥瘡データの改善を目指す取り組みを行ったので報告する。

**【方法】** 2024 年 5 月～2025 年 5 月に褥瘡委員会から看護師 8 名（以下、褥瘡リンクナース）を選出し、アクションプランによる育成についてレヴィンの組織変革プロセスに沿って実践した。評価として 2025 年 5 月に褥瘡リンクナースにアンケートを実施した。

**【用語の定義】** 褥瘡リンクナース：褥瘡委員会に所属し、自部署と褥瘡委員会を繋ぎ、問題意識を高めて実践を改善する看護師。

**【実践、考察】** 褥瘡リンクナース育成は褥瘡委員会と看護部で連携し、アクションプランに沿って説明を行い、勉強会を毎月開催した。褥瘡データ入力は褥瘡リンクナースが自部署のデータを入力し、状況を把握した。また、褥瘡回診と NST カンファレンスに参加し、高リスク患者への褥瘡予防対策、効果的な褥瘡ケアについて実践を学ぶ機会を作った（解凍期）。

毎月の勉強会后、褥瘡リンクナースから自部署に学んだ事や共有すべき事を伝達する仕組みを作った。また自部署の症例報告を開始し、メンバーでケアについて検討を行った。褥瘡データは入力を継続し、各部署の目標を設定した。データから病院全体や自部署の現状を理解し、フィードバックの重要性に繋がったと考える（変革期）。

アクションプランに沿って実践を続ける中、意見交換が活発に行われるようになった。高機能マット使用や発赤の時点での報告など褥瘡に関する相談も増え、多職種にも活動が認識された。2023 年度、2024 年度の褥瘡推定発生率の推移をみると、活動前の平均は 2.05、活動後の平均は 1.30 と低下した（再凍結期）。

アンケートはチームの機能、チームのコミュニケーション、メンバーシップ、チームへの貢献の 4 項目とし 5 段階評価とした。結果は「チームで取り組む課題の重要性」、「チームのコミュニケーションは円滑」、「問題の解決に向けて積極的・発展的」は、非常にそう思う、そう思うが 88% であった。自由記述では「ケアのアイデアや疑問点を意見交換ができる」「発生状況を把握し、ケアに取り組む事ができる」とあった。課題として「会議以外に話す時間がない」「知識が不足しており学習が必要」とあった。活動が負担感を与える事なく継続できるように時間確保や活動の支援をさらに図っていく必要がある。

**【結語】** アクションプランを活用し計画的に褥瘡リンクナースの育成を図った。自部署へのフィードバック、チームのコミュニケーションが大切であった。定着・継続のためのサポートを続ける必要がある。

## 演題取り下げ

## 前立腺全摘除術患者への排尿ケアチームの取り組み ～理学療法士の役割と PFMT の実践～

○吉永 直樹、前田 祐里、多田 妙子、里地 葉  
熊本市立熊本市市民病院

**【はじめに】** 当院では 2024 年 7 月から排尿ケアチームを始動した。主な活動内容は、下部尿路機能障害の患者に対し、月 2 回の多職種カンファレンス、ラウンドである。チーム内での理学療法士の役割は、骨盤底筋トレーニング (pelvic floor muscle training: 以下 PFMT) 指導を主とし、ADL 状況の確認、必要に応じて排泄環境の見直しや提案、排泄動作訓練を実施し排泄自立に向けた支援を行うことである。今回、当院での前立腺全摘除術患者を対象とした理学療法士による PFMT の実践、今後の展望について報告する。

**【目的】** 排尿ケアチームとは、排尿自立に関するケアに係る専門知識を有した多職種からなるチームである。尿道留置カテーテル抜去後の下部尿路機能障害に対し、機能を回復させ排尿の自立を促すことで患者の QOL 向上や健康寿命の延長に寄与するよう包括的排尿ケアを行うことを目標としている。

**【活動内容】** 2024 年 7 月から 2025 年 11 月まで、前立腺癌に対して施行した前立腺全摘除術後の患者 25 例に対し PFMT 指導を実施した。対象者は、平均年齢 70.9 ± 5.2 歳、平均在院日数 13.9 ± 3.2 日、平均 BMI 24.8 ± 3.5 であった。排尿ケアチームとしては、術後の尿失禁予防・改善を目的として、入院時と尿道留置カテーテル抜去後に PFMT 指導を行っている。当院オリジナルのリーフレットを用い専任理学療法士によって、解剖学的側面から前立腺の機能・役割、摘除術後の機能変化などを説明している。

**【現状】** 患者は術後尿道留置カテーテル抜去後に排尿日誌を記録する。理学療法士は排尿日誌を確認することで排尿間隔や排尿量 (失禁量) を把握する。その上で患者には尿失禁の量や失禁場面、尿勢、尿切れの状態を尋ね、必要に応じて PFMT 指導を継続する。また、多職種カンファレンスでは、PFMT の実施状況を踏まえ、術前 (入院時) には尿道留置カテーテル抜去に向けた支援、抜去後には尿失禁の状況を確認している。そのほか患者それぞれの退院後のライフスタイルに合ったケアの提案をし社会復帰・QOL 向上に努めている。

**【今後の展望】** 今後は前立腺全摘除術を予定している患者に対して、入院前の外来診察時に理学療法士が多職種と連携し PFMT 指導を行うことで、患者自身の関心や意欲の向上、そして術後の QOL 向上に繋げていきたいと考えている。

## 撮影・処理の工夫で所見見落とし減少を図る

○中原 祐紀

社会医療法人稲穂会 天草慈恵病院 放射線室

**【はじめに】** 以前より全国で病院側の所見見落とし事故は生じており、それを防ぐために様々な職種が改善を行っている。今回は放射線室が行った CT・MRI の工夫・改善内容を 1 例ずつ報告する。

**【目的】** 技師が通常の撮影・画像再構成を行い画像提出した場合に見逃される可能性が高い病変を、可能な限り医師が指摘できるよう撮影・処理し、検査の有意性を高める。

**【症例及び方法】** (1) 胸部 CT: 胸部側面レントゲンにて胸椎前方側に腫瘤影あり。前回よりも濃度が濃くなっている (大きさは大差なし)。1 か月後再診時胸部 CT 撮影で精査するも肺野、縦郭、骨に明らかな腫瘤影なし。3D 再構成にて、普段使う VR や MIP ではなく RaySum を使用、レントゲンで指摘した陰影を認めた。(2) 股関節・腰椎 MRI: 転倒により臀部打撲。当院 MRI は 0.3T であり股関節オーダー時、撮影枚数を減らし時間短縮のために股関節のみしか撮影していなかった。しかし、整形外科医師より仙腸関節に及ぶ骨折がないかも見たいと依頼あり。そこで、整形外科医師にもご指導いただき撮影の優先順位を決めつつ骨盤全体の撮影を行うようにした。腰椎も同様の理由で仙骨が多く撮影視野に入るようにポジショニングを改善した。

**【倫理的配慮】** 本研究は、患者の個人情報をも匿名加工することによって患者が特定されないように配慮した。

**【結果】** (1) 胸部 CT: 胸部側面レントゲンで指摘された腫瘤影は、本来の CT 画像では認められなかったが 3D 再構成を行うことにより疑似的なレントゲン像を作成し、描出することができた。さらに、この陰影は中心がつかっていない 2 つの半月構造の様に見え、椎体内にあると推測でき、結果ただの椎体変性であることを確認できた。(2) 股関節・腰椎 MRI: 股関節付近の痛みでも恥坐骨骨折や仙骨の脆弱性骨折は多く、一度の検査で診断可能となった。広範囲を撮影することで骨折以外にも筋損傷を描出できるようになった。長くなる撮影時間については撮像パラメータを変更することでできる限り短縮した (通常の股関節撮影が 40 分程度、今回の撮影では撮影範囲を広げたが約 50 分の撮影時間に止めた)。

**【考察】** (1) 胸部 CT: 普段より 2 方向以上の断面を作成し、見る部位により詳細な画像も作成している。しかし、2D で目的の疾患を追っても、異なる形のため気づくことができず、3D で初めて目的の疾患が描出できた。描出できなければ患者が胸部・胸椎側面レントゲンを撮るたびに病変を指摘され、加齢変化で形や濃度が変わったりしており、再度精密検査に回ると思われる。(2) 股関節・腰椎 MRI: 一度の検査で骨盤と股関節又は腰仙骨を見ることができ、患者は何度も検査台に寝る必要がなくなる。また医師も早く治療方針を決められる。

**【結論】** CT の例では見えていなかった病変が見えるようになり、結果ただの椎体変性だった。MRI の例では医師オーダー部位とは別の部位に治療対象の病変があった。技師の画像処理・撮影方法次第で病変の有無が決まってしまうケースがあることを再度自覚した上で業務を行いたい。

## 透析センターにおけるタイムアウトの効果

○成松 悠士郎、水田 哲史、石上 洸、橋口 誠一、  
前川 謙悟

熊本中央病院 臨床工学科

**【背景】** 当院透析センターにおける2020年から2022年の透析開始時のインシデント数は平均30.6例/年であり、インシデント減少が喫緊の課題であった。そのため、2023年にタイムアウトを導入した。

**【目的】** タイムアウトを導入してインシデント数の減少を図る。

**【方法】** 透析開始時に発生したインシデントの分析をもとに、当院独自のチェックリストを作成した。また、タイムアウト導入前後において多職種間でタイムアウトに対する認識度や理解度に変化が生じたかアンケートで現状を調査し、タイムアウト導入前後における透析開始時のインシデント数を比較した。(タイムアウト導入前の期間は2020年4月～2023年3月、タイムアウト導入後の期間は2023年4月～2025年11月)

**【結果】** タイムアウト導入前は、「質問①：タイムアウトは業務の負担になるか?」という質問に「はい」または「わからない」と答えたスタッフが医師:80% (N=5)、看護師:56% (N=16)、臨床工学技士:75% (N=8)で、「質問②：タイムアウトはインシデント対策になるか?」という質問に「はい」と答えたスタッフが医師:80%、看護師:100%、臨床工学技士:87%であった。タイムアウト導入後は質問①に全てのスタッフが「いいえ」と返答し、質問②には医師の60%が「はい」と返答し、看護師・臨床工学技士は全員が「はい」と返答した。また、透析開始時のインシデント数はタイムアウト導入前後で30.6例/年から10.6例/年まで減少した。

**【考察】** インシデント分析をもとに作成したチェックリストにより、効果的で業務負担の少ないタイムアウトを導入できた。透析開始時のインシデントを約65%減少させることができ、導入後のアンケート結果でも9割以上のスタッフが有効と回答した。質問②では、医師から「タイムアウトでミスに気づいたことがない」や「抜けたミスもあり改善が必要」といったタイムアウトの効果を見問視する声や、確認内容が不十分であるという意見が得られ、「はい」の返答率が60%に留まった。今後は、多職種間で共通理解が得られる内容への修正や、円滑なコミュニケーションが促進できるようなチェックリストの項目の追加が必要と考えられた。

**【結語】** 透析センターでのタイムアウトはインシデント減少に有効であった。

## 当院におけるパニック値報告体制の構築について

○吉野 美香、合志 彩名、逢坂 珠美、福島 敬修

熊本中央病院 検査科

**【はじめに】** パニック値 (critical value) とは、生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示す異常値で、医療安全管理において極めて重要であり、パニック値に対する適切な運用が推奨されている。当院ではパニック値の閾値設定は存在したものの、報告体制が十分に確立していなかった。そこで、検査科におけるパニック値対応を明文化し、パニック値が出た時の対応手順および院内伝達の仕組みを構築したので報告する。

**【パニック値の設定と運用】** 当院では検体検査においてAST、ALT、LD、CK、AMY、CRE、Na、K、Cl、TnI、血糖、WBC、HGB、PLT、PT-INR、Dダイマーの16項目にパニック値を設定している。今回の改定により報告先は血糖を看護師、それ以外の項目に関しては検査依頼医師とし、連絡がつかない場合は当該科部長、上級医師または待機医師の順に報告する運用とした。ただし医師への報告が困難な場合に限り、病棟・外来看護師へ報告し、医師への報告を依頼することとした。報告を受けた医師または看護師は、速やかに必要な処置を行い、医師はパニック値に関する記録、看護師は医師へ報告した旨をカルテへ記載する。検査科では報告者が検査日誌に患者名・検査項目・報告先を記録し、最終的に検査科医師によりパニック値の見落としがないかカルテ上で再確認を行う体制とした。

**【結果・考察】** 医師への報告率は時間内/時間外:2023年度97.1%/81.2%、2024年度98.6%/85.8%、カルテ記載率は2024年度で医師報告項目84.2%、血糖82.9%であった。パニック値の報告体制を構築しマニュアル化することで院内に広く共有することができた。休日・時間外では、医師への報告率は時間内に比べて低下していた。当初から依頼医師が不在となることが多いと予想され複数医師への報告体制を構築したが、100%には至らなかった。むしろ報告する側や受ける側の負担となっている可能性があり運用面での見直しが必要と考えられた。カルテ記載に関しては、医師や看護師への記載ルールの周知徹底を図るとともに、負担軽減となるようにパニック値の項目や閾値の適切性を定期的に見直す必要があると考えられた。

**【結語】** 院内におけるパニック値報告体制の整備により情報伝達の基盤を構築したが、迅速かつ確実に報告し処置を行うためには、報告体制の継続的な改善が必要と考えられた。今後は時間外対応のさらなる検討とカルテ記載率の向上を課題とし、チームで一体となって医療安全の質を高めていくことが重要であると考えられた。

## 外来感染対策向上加算算定施設への介入活動について ～診療所への訪問からフィードバックまで～

○山本 直美、三田 由美子

天草地域医療センター 感染防止対策室

**【はじめに】** 当院は感染対策向上加算1と指導強化加算を算定している。2022年度の診療報酬改定により外来感染対策向上加算が新設され、算定施設への訪問と院内感染対策に関する助言が要件となった。当院は感染対策向上加算2の1施設、加算3の3施設、外来感染対策向上加算の5施設と連携しており、改定以降、診療所への訪問や介入の機会が増加した。今回、訪問からフィードバックまでの介入について報告する。

**【方法】** (1) 合同カンファレンス（年4回）で訪問時のポイントと流れを説明、(2) 訪問は①日程調整、②自己評価用チェックリスト提出（訪問1週間前）、③評価表を基に聞き取り・現場確認、④報告書作成・施設提出、(3) 合同カンファレンスでラウンドの指摘事項や改善点を報告・共有した。

**【結果】** 外来感染対策向上加算施設への訪問は、2022年1施設、2023年2施設、2024年5施設で実施した。1回あたり1～2.5時間で、院内感染マニュアル、環境チェック（水回り・感染性廃棄物管理）を確認した。報告書を院長に提出し、改善指導を行った。多く見られた課題は①職業感染（針刺し事故・B型肝炎ワクチン）マニュアルの未整備・不十分、②万能ツボによるアルコール綿作成であった。万能ツボは継ぎ足し作成や多数の職員の手が触れる問題があり、単包製品への変更により衛生面が改善された。合同カンファレンスでの情報共有により、他施設でも改善が進んだ。

**【考察】** 職業感染対策では、針刺し事故対応やB型肝炎ワクチン接種など重要事項のマニュアル整備が不十分であったが、訪問による実地評価と助言により施設側が不足点を認識し、改善につながった。万能ツボの使用は、経済的要因や慣習が背景にあったが、衛生リスクや廃棄ロスの指摘により単包製品への移行が促進された。これらは、診療所において慣習の手技が看過されやすく、第三者による評価・フィードバックが改善の契機となることを示す。また、合同カンファレンスでの情報共有は、個別介入を組織的改善へ広げる有効な手段である。診療所では感染対策専門の支援を受ける機会が少ないため、継続的な訪問とフィードバックは地域全体の感染対策水準の底上げに寄与すると考えられる。

**【まとめ】** 診療所ではアドバイザー不在により古い慣習が残ることがある。今後も訪問を継続し、感染対策向上に向けた支援を行っていきたい。

## 熊本ILD呼吸ケアネット設立に向けた取り組み -呼吸リハビリテーション実態調査について-

○筒井 宏益

江南病院 リハビリテーション科

**【はじめに】** 間質性肺炎（ILD）は、びまん性肺疾患の総称であり、肺胞隔壁（間質）に炎症や線維化が起こる疾患です。労作時の呼吸困難は主要な症状であり、運動耐容能とADLを低下させ、健康関連生活の質（HRQL）に深刻な影響を及ぼす。基礎疾患の不均質性から、リハビリテーション（以下、リハ）効果が追いつかない場面も散見される。よって、ILD患者が発症から終末期まで全経過を通じて多職種によるシームレスな支援を受けることが必須と考え、私たちは熊本ILDケアネットの設立に取り組んでまいりました。その活動の一環として、熊本県呼吸リハビリテーション実態調査を実施し、県内の呼吸リハの現状が確認できたので報告する。

**【熊本ILD呼吸ケアネットについて】** ILD患者の発症から終末期まで、多職種によるシームレスな支援を提供するため、熊本県内における各施設間（急性期、回復期、維持期、在宅など）のネットワーク構築を目的としている。立ち上げ時のコアメンバーは、呼吸器内科医師4名、各病期のセラピスト13名とした。

**【対象と方法】** 対象は、熊本県呼吸リハ施設基準登録施設の105施設および呼吸リハに対応している訪問看護ステーション15施設の計120施設。調査方法はGoogleフォームによるWebアンケート形式を採用した。アンケート内容は以下の6項目とした。呼吸リハ対応の有無、対応疾患、対応区分（外来・入院など）、退院後の継続支援の有無、呼吸リハチームの有無および教育研修の実施状況、その他意見である。

**【結果】** 回収率は38.1%であった。主な結果は以下の通りです。呼吸リハ対応施設の地域別割合は、熊本市地域が55%と半数以上を占め、天草・県南地域24%、県北15%、阿蘇6%と地域差が認められた。対応疾患は、COPD、肺炎、間質性肺炎などが挙げられた。対応区分として、外来対応を実施している施設は34%であった。退院後の呼吸リハ継続支援を「あり」とする施設は24%であった。呼吸リハチームを保有している施設は30%、教育研修を実施している施設は71%であった。

その他意見として、「呼吸器専門医の施設が少ない」「専門スタッフ間のスキルの差」「マンパワー不足」「介護保険領域における呼吸リハの認知不足」「シームレスな連携不足」などが挙げられた。

**【考察】** 本実態調査の結果から、熊本県内における呼吸リハ提供体制において、地域差、マンパワー不足、外来リハ対応の不足、そして施設間の連携不足が課題として明確になった。我々は、これらの課題を解決し、ILD患者がシームレスな地域連携や均一化された呼吸リハの提供体制を享受できるよう、住み慣れた地域で安心して生活を継続できることを目指し、熊本ILDケアネットの活動をさらに推進していきたいと考える。

## 他職種との連携 ～外来、医事課、薬剤科との業務改善～

○白岩 貴満、市川 裕子、木村 仁美

江南病院 看護部 外来

【はじめに】 外来では電話対応について「医事課がもう少し確認してくれたら」や「患者に何度も言わせるなど怒られた」といったストレスや、特殊薬品の発注において薬剤の発注漏れや払い出された薬品の患者氏名間違い、1日に何度も注射薬発注の電話連絡をする煩雑さなど薬剤科との連携の難しさを感じていた。しかし、私たちが感じていることは相手も感じているのでは?と考えた。そこでお互いの状況を知り、患者サービスの向上、効率化を目指し業務改善に取り組むこととした。

【医事課との業務改善】 外線に直接対応することは少なく、相手の連絡先と簡単な情報を伝達で受けていた。しかし、折り返し連絡し情報を得ようとすると「さっきも言った」「何度も言わせるな」などの苦情でストレスを感じていた。そこで医事課、外来でアンケート調査を行い、情報共有の為にテンプレートの活用を提案→実施→評価を行った。アンケート集計結果、外来は全員が時間短縮、業務改善に繋がり情報をもとに患者と話しができると回答した。医事課も14名中11名が時間短縮、業務改善に繋がり必要な情報を忘れずに聞けると回答した。

【薬剤科との業務改善】 外来受診日に薬品を受取りに行くことと発注漏れや払い出された薬品の患者名やIDが違うことで確認作業に時間を要する事があった。そこで特殊薬品管理の見直しを行うと同時に薬剤料の管理方法を知り改善案を提案→実施→評価を行った。改善前の外来は特殊薬品カレンダーに患者情報を記入した紙を貼りその都度、薬剤科へ電話連絡していた。薬剤科は受けた内容をカレンダーに書いて発注していた。そこで共通して管理出来る Excelシートを作成した。その結果、外来からは電話の手間が省けて効率がよくなった。薬剤科からは聞き間違い、言い間違いが改善し薬剤業務の中断がなくなり効率、安全面も向上したとの意見が聞かれた。

【結果】 医事課との連携:患者サービス向上のと業務の効率化に繋がった。薬剤科との連携:業務の効率化に加え患者名や薬剤の間違いを予防でき安全面の向上に繋がった。

【おわりに】 どうにかならないか、困るという思いや意見を愚痴で終わらせず、その事象を問題としてとらえ解決する方法を考えることが大切だと言える。病院は専門職の集団でありお互いの業務内容の詳細を知ることは難しい。患者満足度や安全面の向上のためには他職種が歩み寄り改善を継続して行く必要がある。

## 医事課における患者サービスの向上 ～外来看護師と連携した業務改善～

○本田 慶介

一般財団法人 杏仁会 江南病院

【はじめに】「課の仕事は大きく分けて2つある。1つめは電話対応や窓口での外来受付などを行う患者対応中心の業務で2つめはレセプトや保護課、保健所とのやりとりを行う事務処理の業務がある。医療施設の窓口担当を担う医療事務は患者にとって最初に接する関者であり病院全体の評判を左右するとも言われている。A病院の医事課職員は16名中、経数5年以下は9名(内5名は3年以下)5年以上が7名である。医事課職員に業務改善が必要と思われる内容は何か調査を行った結果①経験年数が浅い職員にとって電話の取り次ぎがしく負担。②不在電話管理簿が活用されず折り返しの相手を待たせる原因になる。3 外来患者対応で「血圧測定や体重測定の臨機応変な声かけや案内ができていないことがある」と意見があり①～③について外来と連携し第二保機し業務改善を行うこととした。

【目的】 電話の取り次ぎについてスムーズな対応ができ、医事課職員の負担を軽減院職員全員に不在電話管理簿の活用方法を周知し折り返し相手を待たず受診患者に状況に応じた血圧測定、体重測定の際に適切な声かけや対応

【業務改善の方法・取り組み内容】 医事課職員に聞き取り調査を行った結果の中から上記3点について業務改善に臨んだ。外部からの電話で相手相手の名前、要件を確認しスムーズに対応する必要があるため、どの部署に繋がればよいかわかりやすくフローチャートを作成。不在電話管管理簿の運用を全職員に周知するために職員全員に院内メールを送ると同時に運用時の注意事項を記した文書をラミネートして全部署に配布。血圧や体重を測定する患者対応時の留意事項を具体的な内容で示し文書化。

【結果】 フローチャート、配布文書のどちらも運用開始から日が浅く評価には至っていない。しかし、フローチャートの活用や患者対応の際の留意事項を具体的な内容で示したことで平均的なサービスの提供に繋がることが期待できる。

【課題】 受付業務において入院時の説明や面会者の対応、外来患者の会計対応などが重なることでミスを生じやすくなることや職員の負担があることから改善を求める声も今回の調査で聞かれている。一度に改善を行うことは難しいが、職員の負担軽減は患者サービスの質にも影響すると考えられ今回行った改善内容を評価すると共に、改善に取り組んでいく。

【結論】 医療事務では臨機応変な対応が必要とされている。経験年数に関わらず平均的な患者サービスの提供のためには標準化されたフローチャートやマニュアルは重要である。昨年から医事課業務のうち「患者対応中心の業務」における課題に対し外来看護師と連携し業務改善に取り組んでいる。外来患者対応において外来看護師と医事課職員の連携は不可欠であり今後も患者サービスの向上のため連携して業務改善を行うことが必要である。

## 診療データと添付文書を外部知識とする RAG による副作用自動検知手法の院内開発

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志

医療法人谷田会 谷田病院

**【背景】** 生成 AI の発展により、電子カルテに記録された診療データから有用な情報を容易に抽出できるようになった一方で、ハルシネーションは依然として重要な課題である。対策として外部知識を AI に参照させる Retrieval-Augmented Generation (RAG) が注目されている。RAG による副作用自動検出を考えた場合、添付文書は最高の外部知識といえる。その添付文書は PDF 版や HTML 版に加え、プログラムで活用できるマークアップ言語 XML 版添付文書が PMDA から公開されている。

**【目的】** 電子カルテの診療データと添付文書を外部参照とする RAG を院内開発し、副作用を自動検知する。対象事案におけるフロー貫通の実現可能性と検出精度を初期評価し、次段階への展開に足るか有用性を検証する。

**【方法】** 診療データとロキソプロフェン添付文書の副作用セクションを統合し、副作用を検知するプロンプトを AI システム ALY アシスタントに投入する。診療データは該当患者の処方、検査結果、経過記録を SQL で抽出する。副作用に関する情報は XML 形式添付文書から汎用プログラム Perl でセクション AdverseEvents を抽出する。ALY アシスタントの副作用判定の妥当性をカルテと添付文書を突合して確認する。また、副作用の一つ腎機能障害を検査結果(クレアチニン、カリウム、尿素窒素)から単純にルールベースで検出し、本手法との混同行列(真陽性、真陰性、偽陽性、偽陰性)からの指標(正解率、適合率、再現率)で検出精度を確認する。

**【結果】** RAG の副作用検出結果と添付文書と診療データを突合し、ロキソプロフェン起因かはさておき、事実自体は妥当であることを確認した。また、ルールベースで抽出した腎機能障害では、対象 25 名 正解率 0.80、適合率 1.0、再現率 0.643 であった。診療データと添付文書を参照させる RAG の初期評価としては十分な結果を得た。

**【考察】** 1) 添付文書の文言“急性腎障害”から、AI が関連検査項目を想起し異常値を自動抽出した。厳密に要件を定義するルールベースとは異なり抽出する仕組みの構築が劇的に省力化できる可能性を示唆した。2) 再現率 0.643 は偽陰性の多さに起因しており、比較的軽微な異常は副作用とは認識しなかった。今後はプロンプトの最適化とともに医療者によるレビューが不可欠である。3) 添付文書のみならず院内プロトコル等をプロンプトに追加することで適用事案を拡張できる。それに伴い将来的に大量の患者に対して、大量のプロンプトを投入することになるが RPA を活用した運用とし医療者の操作負担は発生しない。

**【結論】** 診療データと XML 形式添付文書を参照する RAG により、薬品起因の副作用の自動検知の可能性を示した。本手法は対象とする薬剤・有害事象の拡張が期待される一方、医療者の副作用レビューによる混同行列に基づく評価を通じて、実運用に耐える精度向上が必要である。

## Windows を統べる PowerShell で動かすゼロコスト RPA の可能性

○那須 照広、谷田 理一郎、藤井 将志

医療法人谷田会 谷田病院

**【背景】** Robotic Process Automation(以下 RPA)は定型な業務を自動化する手段として医療現場で実践されている。商用版 RPA では、GUI により非エンジニアでもシナリオを構築可能である。しかし、有償が RPA 普及の障壁となる。また、デバイスを占有してタスクをシリアルに実行するため、並行処理は一切できない。そのため深夜・早朝を含めた RPA 実行時間帯を複数の部門、担当者で調整する必要がある。RPA の用途の一つとして、医療者への自動通知があげられる。処方切れのチェックは A 病院の看護師の負担となっていたが、RPA により自動化に成功した事例が他院から学会発表されている。

**【目的】** ゼロコストで導入可能な RPA を院内開発し、イベント検知から医療者への通知までを自動化を実現する。これにより定型業務の負担軽減と情報伝達の迅速化を図り、医療安全の向上に寄与する。

**【方法】** Windows 標準のユーティリティ PowerShell で RPA を実装する。まず処方切れを SQL で自動抽出する。次に RPA により電子カルテ(CSI 社 MIRAI)の機能“伝達事項”を起動し、当日で終了となる処方情報を該当医師へ自動通知する。PowerShell 内で C# コードを埋め込み、Windows API を呼び出す自作クラスを作成する。クラス MouseInput はマウス制御用で、カーソルのオブジェクト位置への移動とクリック操作を行うメソッドを備える。クラス KeyboardInput はキーボード制御用で、キー押下/解放を行う keybd\_event を利用し、Ctrl+V による貼り付け、Enter 確定機能を備える。これら低レベル操作部品を組み合わせた高レベル関数よりアプリのオブジェクト(ボタン、テキストフォーム)を制御し、自動送信を行う。高レベル関数の引数は、宛先と送信本文が記載されたテキストファイルのパスとし、汎用性を持たせた。

**【結果】** SQL により処方切れを自動検知し、PowerShell により該当医師へ処方切れの旨を自動通知できた。効果測定はできていないが看護師の負担軽減に寄与した。

**【考察】** 1) PowerShell 自体が実質無償であるとともにスクリプト形式のコードより基本関数は流用可能で他院展開も容易である。2) 商用版 RPA と異なり診療終了後、数百台のパソコンで同時にシナリオを実行できる。さらに PowerShell は自動処理、監視、連携に圧倒的な強みを持つことから商用版 RPA 以上の精妙なシナリオ実装の可能性を示唆した。3) MIRAI では電子カルテのオブジェクトを一意に識別できなかった。それより座標指定でのオブジェクト制御・シナリオ実行となったが、座標を簡便に確認できるユーティリティにより、座標指定によるシナリオの実装コストは低い。

**【結論】** PowerShell によりゼロコスト RPA を実装できる。Windows を統べる PowerShell 自体のポテンシャルより商用版 RPA 以上の可能性を示唆する。

## 救急救命士の院内業務に向けた取り組みと現状報告

○今村 敬代

一般社団法人天草都市医師会立 天草地域医療センター

**【はじめに】** 救急救命士法の改定に伴い、病院内で医療行為の実施が可能となった。当院でも2024年4月救急救命士（以下救命士）が採用となり、看護師の業務負担軽減や救急外来の業務が円滑化されるよう取り組みを行っている。今回の取り組みと活動状況・今後の課題について報告する。

**【目的】** 救急外来における看護師業務の負担を軽減させ、本来の業務に専念できる。

**【取り組み】** 1. 研究期間：2024年3月～2025年8月

研究対象者：救命士1名、外来看護師26名

2. 方法 1) 委員会の設置と院内業務内容取り決め 2) マニュアル・チェックリストの作成 3) 院内研修へ参加 4) 業務内容の提示 5) 管理者とのカンファレンス 6) 振り返りノートの活用 7) アンケート調査

3. 倫理的配慮：本研究の目的、方法、得られたデータの取扱いについて口頭で説明し同意を得た。

**【結果】** 医療機関では、業務の質を確保するため委員会の設置・院内研修の最低基準を厚生労働省で規定されている。2024年3月委員会の設置を行い、院内業務内容の取り決めを行った。また、マニュアルとチェックリストの作成を行った。医療安全・感染対策研修については、看護部研修へ参加とした。業務内容を外来処置室へ提示し周知を行った。毎月管理者でカンファレンスを行い、業務状況の確認と翌月の業務内容の検討を行った。救命士は、活動内容や感想等を振り返りノートへ記載し、コメントと助言を行った。1年が経過したことで看護師と救命士に対しアンケート調査を実施した。

**【考察】** 毎月管理者でカンファレンスを行い、業務内容について検討し、翌月の業務内容を取り決めたことで救命士に応じた業務内容の設定ができたと考え。また、業務開始したことで救命士の不安も考え管理者とのカンファレンスや振り返りノートを活用したことで、早期に対応できたと考え。看護師対象のアンケート結果より、特定行為についてなんとなく理解しているといった回答が65%であり、管理者は伝達していたと認識していたがスタッフ側へは伝わっておらず、管理者との認識に相違がみられた。そのため、業務内容の明確化が必要だと考え特定行為について再度提示した。業務開始したことで、非常に役立っている、役立っているという回答が100%であり看護師の負担軽減につながっていると考え。

**【結論】** 1. 救命士へタスクシェアすることで、看護師不足の現状では救急外来に配置できる看護師は少ないため救命士が業務を担うようになれば負担軽減につながり本来の看護業務に専念できる。

2. 院内初めての取り組みであり試行錯誤しながらすすめてきたが、2025年7月より救命士2名体制となったことにより、連携強化だけではなく救命士の教育体制の整備も重要な課題である。

## A市独自の産科オープンシステム導入に伴う患者の思い～導入1年の実態報告～

○西山 侑子、古崎 有香、古賀 桃佳

荒尾市立有明医療センター

A市では、周産期医療体制の維持や充実を目的に、周産期体制の1本化へ取り組み、2023年10月より分娩機能を自施設へ集約した新たな周産期医療システム（以下Aシステムと称す）を構築した。Aシステムでは、地域開業医で妊婦健診を実施、妊娠36週以降から1ヶ月健診までは地域開業医が自施設にて健診を行い、主治医の変更なく自施設での周産期管理へ移行する。分娩は自施設の産科医と開業医と当番制で担当する。したがってAシステムは、一般的な産科オープン・セミオープンシステムには属さない独自の周産期管理体制である。Aシステムの現状を把握し、評価することは今後の周産期管理体制改善に意義のあるものと考え。そこで本研究では、Aシステムで妊娠期から産褥期を過ごした母親の思いを明らかにし、システムの課題を検討することを目的とした。

本研究の対象者はAシステムを利用した母親とした。ただし、死産、母体搬送、新生児搬送など正常経過から逸脱した事例は除外した。研究方法は、診療録による基礎情報の収集と、半構造化面接によるインタビューを実施した。その際、インタビュー内容がAシステムに対する思いから逸脱しないよう、「移動」「スタッフ」「病院」「赤ちゃん」「自分の身体」の5枚のカードを作成し、提示しながら質問した。質問内容は、①妊娠初期にAシステムについて説明を受けた際の思い、②Aシステムを経験し産後1ヶ月健診まで終えた時点での思いの2点とした。研究に参加したのは17名であり、データ不備を除いた15名を分析対象とした。対象の内訳は、初産婦7名、経産婦8名であり、分娩方法は経陰分娩11名、帝王切開4名であった。

Aシステムを知った妊婦は【総合病院のため出産時の有事の際の安心感がある】との思いを抱き【主治医の変更はないから問題ない】と認識していた。しかし、同時に【Aシステムについての説明不足に伴う心配や疑問】や【病院スタッフ間の連携への不安】も存在していた。実際に出産を経験すると、ケアやサービスの充実によって不安は軽減され【スタッフの変更は問題なかった】や【総合病院のケアに対する満足感】という安心感や満足感を得られていた。以上より地域開業医スタッフとの連携強化と十分な情報提供、加えて自施設でのケア・環境整備の充実が今後の課題であると示唆された。

## 問題発見プロセス（PDP）を用いた手術室の困りごとへの取り組み

○津崎 留美、續 小百合

熊本赤十字病院

**【はじめに】**A病院は、3次救急を有する急性期病院であり、手術センターでは年間約5300件の手術に対応している。各診療科で取り扱う手術器具は多岐にわたり、術式や創部の状況に応じて手術器具を選択することが多い。特に、四肢の駆血下で行う整形外科手術では、駆血時間の不要な延長は患者の身体への侵襲も大きく不利益になる。A病院では手術の状況に応じて使用できるように自施設の滅菌・洗浄スタッフが手術器具を滅菌パック化している。しかし、術中にいざ使用したい時に、滅菌手術器具の先端が確認しづらいパック方法の為、速やかに必要な手術器具が清潔野に出せないという困りごとが日常的にみられていた。そのため、術者の苛立ちへの対応など手術室看護師はストレスを感じていた。そこで、手術室での困りごとを問題発見プロセス（以下、PDP）を用いて改善活動に取り組んだので報告する。

**【方法】**手術室看護師と滅菌・洗浄スタッフでコアメンバーを結成し、お互いの困りごとを共有した。手術器具の先端が見えるように滅菌するために、バーコードシールやメニュー表のサイズや位置、滅菌パックの種類を検討し、試行を重ね、挿入する位置などを決定した。また、日々業務内容が変わる滅菌・洗浄スタッフには、可視化するため、ラミネートした滅菌方法を作成し、周知した。

**【結果】**滅菌手術器具のバーコードシールやメニュー表を入れる位置を統一し、更に挿入する位置を可視化することで、滅菌・洗浄スタッフも混乱せずに実行することができた。その結果、「鉗子の先端が見えるようになっていたよ」と手術室看護師から高評価を得た。

**【考察】**滅菌手術器具の先端が見えるようになったことは、術者、看護師ともに手術器具が見えないことによるストレスが軽減したと考え、さらに手術時間や駆血時間の短縮になり、患者の利益にもつながっていると考える。今回、滅菌・洗浄スタッフをコアメンバーに交え、対話を通して採用した方法を、滅菌・洗浄スタッフが無理なく実行できるか確認することで、お互いにとって最良で持続可能な方法を見出すことができたと考える。そして、写真を使用し、バーコードシールやメニュー表を入れる位置を可視化することは、お互いの認識が同じになり、問題解決につながったと考える。

**【まとめ】**手術室では多職種と関わり、業務を行うことが多く、日々連携することは必要不可欠である。小さな困りごとであっても、看護師側の視点だけでなく、多職種と協働し多角的な視点で物事を考えることが重要である。今回は整形外科の手術器具に取り組んだが、今後他の手術器具や診療科に拡大して、日々の困りごとの解決に取り組んでいきたい。

## 重症度、看護・必要度のクリティカルパスを使用した新しい入力方法

○江藤 裕之、松田 智子、前川 あゆみ、柿本 裕貴、山本 治美、辻田 賢一、浅倉 愛実、今村 祐一朗、長岡 良明

熊本大学病院 看護部

**【背景】**重症度、医療・看護必要度は、看護人員配置の指標という目的で開始されたが、現在は病床の機能分化という目的も追加された重要な指標である。基準は改訂ごとに高くなり、より適正なA項目のオーダー入力が求められている。各患者や疾患・治療、毎日に必要なA項目のオーダーが異なるため、各担当看護師が日々のA項目オーダーを入力し、適切に入力できているかを看護師ペア間、またはリーダーが確認してきた。日中・夜間の2回確認している部署もあった。それでも誤入力や取り漏れが起こっていた。業務量の削減と重症度、医療・看護必要度の適正入力の両立を行うために、今までとは違った手法はないかと考えた。

**【目的】**各疾患や治療毎に患者カルテに導入されるルーチンツールであるクリニカルパスへの事前A項目オーダー入力を行うことで、カルテにA項目オーダーが自動入力され、より適切なA項目入力ができ、業務負担も軽減することを目的とした。

**【方法】**実施期間 2024年5月～

循環器内科で使用されているクリニカルパスすべてに、実施される処置の内容や点滴、酸素投与などを確認し、1日毎に実施が予測されるA項目オーダーを入力した。

**【結果】**循環器内科の全クリニカルパスに事前A項目オーダー入力を設定することで、2024年7月から稼働を始めることができた。指示受け画面、処置入力画面に日毎のA項目処置オーダーが間違いなく自動で反映されるようになった。稼働当初はスタッフから「指示受けのチェックが追加されたので少し面倒になった」などのマイナスな意見があった。3か月稼働したころには「クリニカルパスが入っていないと逆に不安で、入っていない患者さんの処置入力をしっかり見るようになった」などの言葉が聞かれるようになった。リーダーや看護師ペア間でのダブルチェックなど、業務負担は軽減し、重症度、医療・看護必要度もA項目の入力漏れは減少した。この結果を院内の業務改善報告会で周知し、説明が必要な部署には実際の導入手順を説明することで、4部署へのクリニカルパス導入ができています。

**【考察】**クリニカルパスへの事前処置入力が、A項目オーダーの入力漏れ防止にもなり、業務負担軽減にも繋がった。当院の、患者へのクリニカルパス使用率は86%であり全クリニカルパスに導入できれば重症度、医療・看護必要度の適正評価率は維持または上昇すると思われる。業務負担の軽減はベッドサイドへ行く時間を少しでも増やすことになり、患者に寄り添った看護にも繋がると考える。

## 救急看護師による慢性期病院看護師を対象としたフィジカルアセスメント研修の効果と課題

○川口 文香、松尾 僚太、吉本 健志

国立病院機構 熊本医療センター

**【目的】**慢性期病院では急性期に比べ患者の状態変化が緩徐であり、急性期視点での観察やアセスメントを学ぶ機会が乏しい現状がある。対象病院では人工呼吸器装着患者が夜間約70名、患者の7割がベッド臥床であり、呼吸器合併症や急変が日常的に発生する。しかし医師の診察機会は限られ、報告スキルの不足が課題であった。そこで看護師のフィジカルアセスメント能力向上と、適切な情報伝達方法の理解を目的に研修を企画した。本研究では、研修導入の効果と今後の課題を明らかにする。

**【方法】**慢性期病院のラダーレベルⅢ以上の看護師17名を対象に、急性期病院の救急看護認定看護師1名と救急領域特定行為研修修了者2名が講師となり、講義と演習を組み合わせた120分間の研修を4回実施した。内容は①フィジカルアセスメント基礎、②ABCDEアプローチに沿った観察・NEWS評価・報告、③酸素療法・血液ガス分析・人工呼吸器の基本設定と観察、④人工呼吸器装着患者の看護とアラーム対応である。講義には前回内容の振り返りを組み込み、毎回研修前後に担当者間で内容調整を行った。各回終了後、受講生にアンケートを実施し、記述内容から傾向を整理した。

**【結果】**アンケートでは「演習やシナリオが理解しやすい」との意見が多く、報告や判断のばらつきを認識する声もあった。評価ツールの有用性を感じた受講生もいた。ディスカッションによりアセスメント整理が容易になった一方、ABCDEアプローチやSBAR報告の知識定着は不十分であった。しかし受講後に自部署で実践・共有する受講生が多く、今後の活用や学習共有を望む声も挙がった。

**【考察】**慢性期患者像に基づく演習は具体的経験を通じて学習意欲を高めた。振り返りやディスカッションは内省的観察を促し、観察の根拠や優先度判断の整理に寄与した。シミュレーションによる能動的研修を組み込み、研修後の実践が確認されたことから、研修導入と講師連携の効果が示唆された。一方、判断に必要な経験不足が困難要因と考えられ、職場での継続的OJTが必要である。限られた時間内では行動変化の評価が困難であり、期間を設けた再評価が求められる。意欲的な意見は学習の現場展開の可能性を示しており、今後はOFF-JTで得た学びをOJTに結び付け、継続可能な仕組み構築が課題である。

## 実習オリエンテーション動画による業務の効率化 ～統一したオリエンテーション動画を目指して～

○杉村 咲輝、原田 ゆかり、坂上 美香、濱 伸好

医療法人 創起会 くまもと森都総合病院

**【はじめに】**A病院は基幹型臨床研修病院であり、様々な職種の実習を受け入れている。看護部では、新たな看護学校の受け入れと、実習領域の増加により実習指導が複雑化している。このような背景の中で、実習指導者は、各学校・実習領域毎に実習オリエンテーションを口頭で説明していた。説明内容には個人差があり、統一した指導ができていない現状があった。今回、実習オリエンテーション動画を作成・活用することで、統一した実習オリエンテーションとなり実習指導者の業務効率化を図ることができると考え、本研究に取り組みこととした。

**【目的】**実習オリエンテーション動画活用による指導の効果と業務の効率化を明らかにする。

**【方法】**1. 研究期間：2025年7月～2025年9月  
2. 研究対象：臨地実習学生、実習教員、実習指導看護師(30名)

3. 研究方法：質的研究

4. 実施内容：

- 1) 実習オリエンテーション動画の内容項目を選定
- 2) 院内統一した内容の実習オリエンテーション動画を作成・活用

5. 調査方法：

- 1) 実習指導者への聞き取り
- 2) 臨地実習学生と教員への聞き取り
- 3) 実習オリエンテーション所要時間の比較

**【結果】**1. 実習指導者の意見統一した内容の実習オリエンテーションが実施でき、業務負担が軽減できた。実習初日、学生を待たせることなく実習オリエンテーションを実施することができた。学生が動画視聴している間に、実習指導者は情報収集や診療の準備ができるので効率が良い。説明に30分以上要していたが、15分程度に短縮できた。

2. 臨地実習学生、教員の意見病棟の地図や説明内容等、動画を停止・再生しながら確認できるため、メモを書く時間が十分に取ることができ分かりやすかった。一週間の予定、体験できる項目が分かり、行動計画が立てやすかった。動画視聴後、実際を確認することで把握しやすく理解できた。

**【考察】**実習オリエンテーション動画を作成した事で、実習指導者の経験年数に関わらず統一した説明を実施し指導の標準化ができたと考える。また、口頭説明だけよりも、動画は視覚的に文章化や要約されているため学生は理解しやすく、自分達のペースで動画再生を行うことができ、理解が深まったと考える。学生が待機していた時間に動画を視聴する事で、待ち時間なくスムーズに実習に臨むことができ、実習指導者側も情報収集等を行い双方にとって有効であったと言える。結果、実習オリエンテーション所要時間が導入前の約半分に短縮でき業務の効率化に繋がったと考える。

**【結論】**1. 動画を作成した事で統一した実習オリエンテーションとなり、指導の標準化ができた。

2. 学生は動画視聴により、自分達のペースで学び理解を深めることができた。

3. 動画を活用する事で所要時間が15分となり、実習指導者の業務の効率化に繋がった。

## 鹿本医療圏自治体病院における看護管理者の休日・夜間勤務制への移行 ～救急対応強化と院内看護体制の充実に 向けた取り組み～

○松本 和美

山鹿市民医療センター

**【背景】**鹿本医療圏（熊本県北部）は高齢化率38%、農山村部では49%以上に達する超高齢地域である。救急搬送患者の多くが高齢者であり、救急医療・慢性疾患管理・介護連携の重要性が高まっている。さらに、かかりつけ医の高齢化や人材不足により診療機能の縮小が進み、休日や夜間の診療対応が困難になることが予想される中、地域住民の安心を守る救急医療体制の持続可能性が大きな課題となっている。当院は医療圏唯一の急性期自治体病院として救急告示病院・災害拠点病院等の指定を受け、休日夜間も急患を受け入れる「地域の最後の砦」として機能している。しかし従来の看護管理者の日・当直制は長時間拘束勤務による心身の疲労や生活リズムの乱れを招き、意思決定力や集中力の低下、ワークライフバランスの悪化をもたらしていた。特に夜間救急対応では負担が大きく、持続可能な人材育成の観点からも課題となっていた。

**【取り組み】**前述のような背景から、当院では看護管理者の日・当直制を見直し、休日・夜間勤務制へ移行した。導入にあたり、看護管理者を対象に体制変更前後で質問紙調査を実施し、救急対応、業務負担感、役割意識、コミュニケーション、キャリア形成の五つの視点から影響を把握した。

**【成果】**勤務制導入後、救急対応件数は増加したものの、対応の安定性は向上した。看護管理者においては、疲労軽減と休養確保により心身の健康が維持され、「看護師の業務負担感の軽減傾向」「役割意識の向上」「安全管理意識の強化」「コミュニケーション力の向上」「ワークライフバランスの改善」「持続的なキャリア形成」などの効果が確認できた。

**【振り返り】**勤務制への移行は、地域全体の診療機能縮小リスクを補完するとともに、看護師が主体的に救急医療を支える体制を構築する契機となった。また、看護管理者にとっても体制改革が内発的動機づけを促し、院内看護体制の安全性と協働性を高める効果があった。

**【まとめ】**休日夜間勤務制への移行は、救急医療体制の持続可能性を確保すると同時に、看護管理者の育成と院内看護体制の質的向上を実現する取り組みであった。医師不足時代における自治体病院の新たな役割を示すものとして、今後も持続可能な勤務体制の定着と改善を進めていく必要がある。

## 画像生成 AI の活用による自主トレーニング資料運用の効率化 ：総合リハ DX 推進チームの取り組み

○栗下 剛<sup>1)</sup>、米満 弘一郎<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院  
総合リハビリテーション部

2) 社会医療法人 寿量会 熊本機能病院

**【目的】**当院リハビリテーション部では、業務効率化と医療の質向上を目指し本年度7月に「DX推進チーム」を設立した。活動の一環である画像生成 AI を用いた自主トレーニング（以下、自主トレ）用画像のイラスト化の取り組みについて報告する。

**【方法】**従来、自主トレ画像はスタッフの写真を撮影し FileMaker で管理・印刷していた。しかし、スタッフの肖像権により写真の継続使用が困難であった。そこで、既存の写真を基に画像生成 AI（Google AI Gemini）を用いて白黒イラスト化を試みた。

**【結果】**生成されたイラストは実用可能なレベルであり、写真の撮り直しは不要となった。イラストは FileMaker に再登録した。画像サイズは1イラスト10kb程度となり、写真時に比較しデータ量が削減された。

**【考察】**AIによるイラスト化は、写真撮り直しの手間を解消し、スタッフの肖像権に伴う属人性の問題を排除できた。また、イラストは大腿骨頸部骨折や脳血管疾患等のパンフレットにも流用可能であり、業務の効率化と標準化に寄与すると考えられた。

**【結語】**画像生成 AI の活用は、リハビリ業務における資料作成の課題を解決する有用な手段となる可能性が考えられる。

## 放射線科業務の効率化を目指した取り組み ～職員の人材育成を見据えて～

○川田 賢治、内田 恭裕、近藤 大佑

熊本中央病院 放射線科

**【背景】**画像診断は、診断・病勢確認・手術支援・経過観察など多様な目的で活用されており、現代医療において不可欠な領域である。近年、働き方改革が推進されている中で、検査件数の増加による業務効率化が求められている。限られた時間・コスト・労力の中で、「ムリ・ムラ・ムダ」を見直し、持続可能な体制構築が必要である。

**【目的】**放射線科業務の運用状況を見直し、人員配置による業務の効率化を目的とした。

**【方法】**旧体制ではCT・MRI検査など各部署の裁量で運用され、人員サポート不足や手術支援画像作成業務の偏りが時間外業務増加につながっていた。そこで、中堅職員を「業務リーダー」に任命し、各部署の進捗状況を把握しながら人員配置を調整する体制を導入した。具体的には、スタッフ配置人数、繁忙状況、早出勤者、委員会参加者等を確認し、必要部署への人員サポート計画および手術支援画像作成の割り振りを行った。また、スタッフの意識確認および課題抽出のためにアンケート調査を実施した。

**【結果】**検査件数が増加する中で、平日時間外業務時間を短縮することができた。早出勤者の帰宅促進、手術支援画像作成の人材育成、作業分散化が時間外業務削減に結びついた。さらに、中堅職員が業務マネジメントに参画することで管理的視点が醸成され、組織全体の協力関係の強化につながった。一方で、今後取り組むべき課題も明確になり、業務リーダーへの助言およびサポートが必要である。

**【考察】**業務リーダーを中心とした体制整備により、放射線科業務の効率化と人材育成の両立が可能であることが示唆された。今後は、時間外業務発生理由の具体的な把握や人員不足時および急な変更が生じた際におけるサポート優先順位の明確化が課題であり、PDCAサイクルを通じてさらなる改善が期待される。

## 患者支援における支援記録の見直しと RPA 導入によるデータの有効活用について

○吉野 雅人

熊本赤十字病院

**【背景】**当院の患者サポートセンター（医療連携室）に求められる業務の役割は日々煩雑化している。ソーシャルワーカーと事務職員が所属する医療社会事業課では、転院調整業務、退院支援業務、相談支援業務、病床管理業務、入院説明業務、保護事案対応や苦情対応など業務が多岐に渡っており、スタッフ一人一人が抱えている業務量の見える化ができておらず、看護師やソーシャルワーカーが担当する各患者の支援状況もカルテを読み込まなければ分からない状況であった。このままでは、病欠など職員の休みが重なった際に業務のカバーがスムーズに行えない可能性があり、業務管理の観点から喫緊の課題と感じていた。

**【目的】**看護師、ソーシャルワーカーにおける支援業務の記録方法を見直し、「業務の効率化」「記録から得ることができる二次利用可能なデータの有効活用」「データ抽出のRPA化」を目的とした。

**【方法】**これまでは、看護師やソーシャルワーカーが患者に対して何らかの支援を行った際、支援内容の記録を電子カルテ上に2カ所、統計用のフォームに1カ所の計3カ所に入力していた為、記録業務に時間がかかっていた。今回、支援に関する言葉の定義を整理し、転院調整業務、退院支援業務、相談支援業務が一目で分かるように入力項目を見直した。入力項目をできる限りリスト化し、チームで共有すべき重要項目は目に付きやすいよう色合いを強調して電子カルテ上に表現させるなど工夫し、支援記録を新しく作成した。

また、入力された支援記録からどのようなデータが抽出できるか併せて検証しながら、情報システム関連を取り扱う担当部署と共同し、データ抽出のRPA化を図った。

**【結果】**記録を1本化したことで業務整理ができて、他職種からも電子カルテ上の記録が見やすくなり、支援の進捗状況を記録上で共有できるようになった。更に、記録項目から二次利用できるデータをRPA化し抽出することで、看護師、ソーシャルワーカーの業務量の見える化に成功し、業務管理に活用することができた。更に、転院調整業務においては、脳卒中患者の転院調整開始時期を見直すきっかけとなり、結果的に転院患者の在院日数短縮を図ることができた。

**【まとめ】**国は医療業界にもICTやDXなどを推奨しているが、費用をかけずに日常業務を見直すことで、ICTを活用して業務効率化や転院患者の在院日数短縮を図ることが実際にできた。RPAには動きが止まった際のデメリットもあるが、生産人口の減少や働き方改革に対応するためには、業務の一部をRPA化するなど効率的なロボット運用が重要である。

## 臨床検査技師の早出による病棟血糖測定 タスクシフト ～看護部負担軽減と時間 外手当削減を両立したケース～

○竹口 祥人、田中 聖子、尾川 ひろえ  
国保水俣市立総合医療センター

**【目的】** 当院地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）では、看護師夜勤体制を「看護師3名→2名+介護福祉士1名」へ見直すにあたり、早朝血糖測定業務が課題となっていた。臨床検査科では従来、検査機器立ち上げのため平日毎日3名が時間外勤務していたが、これを2名体制にて早出勤務（7:15～16:00）に転換し、月・水・木はさらに1名を追加して地ケア病棟血糖測定を担当させることで、看護師負担軽減と検査技師時間外勤務手当の削減を同時に図った。

**【方法】** 2025年8月より、臨床検査技師の勤務体制に早出勤務を新設し、平日毎日：検査機器立ち上げ早出2名、月・水・木：西4病棟血糖測定早出1名（計3名体制）（常勤19名中、育児休業1名・時短勤務1名は免除）とした。導入後4ヶ月目に地ケア病棟看護師20名、検査技師17名を対象に匿名アンケートを実施した。

**【結果】** アンケート回答率は看護師80%、検査技師100%であった。「業務負担が減った」と94%の看護師が回答（大幅に減った31%、少し減った63%）した。今回の取り組みについて、血糖測定終了は「8時過ぎでも可」と管理職合意で開始したが、病棟スタッフの実感とは乖離があった。検査技師は早出勤務満足度平均3.7/5.0、16時退勤を88%が「ありがたい」と回答した。平日毎日2名+月水木1名の早出転換により、2025年8～10月で時間外勤務手当を約9.5万円/月削減（年間約115万円見込み）した。アンケートにて可視化された病棟スタッフの測定終了時刻の認識ギャップについては、「検査終了目標時刻7:50」、「技師・看護師による共同測定」を明確化し、技師・看護師にて再度共有することで運用を改善した。

**【結論】** 検査機器立ち上げと血糖測定を組み合わせた早出勤務体系は、看護師の早朝業務負担を軽減しつつ、検査技師の働き方の幅を広げ、さらに検査技師時間外勤務手当を月約9.5万円（年間約115万円見込み）削減する高い費用対効果を示した。課題としては、検査科・看護部（現場スタッフまで）のすり合わせ不足が上げられ、取り組み準備期間における職種内・他職種間を含めたより密な連携・細やかなコミュニケーションが望まれた。今回の取り組みは、自治体病院におけるタスクシフト・時間外手当削減・職員満足度向上を実現する、効果的かつ負担の少ない持続可能な働き方改革モデルとして有用である。

## 急性期病院における外国人技能実習生受け入れ開始1年間の報告

○田上 恵梨  
熊本中央病院 看護部

**【はじめに】** 日本の少子高齢化は加速し、深刻な労働人口の不足が生じており、医療機関においても外国人人材の雇用が注目されている。急性期病院である当院でも、令和6年度より介護分野での外国人技能実習制度でインドネシア人技能実習生の受け入れを開始した。技能実習生は当院で看護助手として勤務しているが、急性期病院での導入例はまれであり、外国人技能実習生受け入れの実際と今後の課題について報告する。

**【方法】** 外国人技能実習生受け入れに伴い作成した下記の記録・資料をもとに、2023年1月～2025年3月までの活動について記述し、活動の振り返りを行う。①受け入れまでのスケジュール②認定計画の履行状況に係る管理簿、実習日誌③演習期間の計画と実施評価④目標と四半期ごとの評価⑤四半期ごとの日本語習得状況、生活についてのまとめ

**【活動内容】** 2024年4月介護分野の技能実習生6名の受け入れを開始した。技能実習責任者を専従で配置し、入職後3か月は集合教育を行い、4か月目より各部署へ配置した。集合教育では、シーツ交換・環境整備などの周辺業務、清潔介助や排泄介助などの直接ケアの演習を行った。演習期間中に、周辺業務はベッドサイドでの実施、直接ケアは見学まで行った。周辺業務は実施までを繰り返し行っていたことから、病棟配属後もスムーズに導入できた。直接ケアに関しては、急性期病院という特徴から患者のADL介助が、看護師が行うべき「療養上の世話」にあたることが多い。そのため、清潔介助や移動介助は十分に行えたが、食事介助や整容、口腔ケアなど一部経験できる機会が少ない項目があった。また、介護施設ではないことから機能訓練の補助、レクリエーションの実施、記録・申し送りなど経験ができない項目があった。技能実習生の一番の不安は患者とのコミュニケーションであり、はじめは早口や方言に戸惑う場面が見られたが、1年間で日常会話は不自由なくできるようになり、業務への支障はない。

**【考察】** 急性期病院においても、部署配属前に病院における業務内容や実際のケアの方法について集合教育を行ったことで、介護の技能実習生の導入が行えた。機能訓練の補助やレクリエーションの実施など介護施設特有の業務については、急性期病院においては実施機会がないことから机上での説明が必要であった。直接ケアについては、純粋な身体介護業務に該当するケアが少なく、特に食事介助、整容、口腔ケアの機会が少なかった。コミュニケーションについては、業務を行いながら日常会話や患者対応を習得することができた。介護施設と異なり急性期病院では、療養中の患者が対象となる。今後の課題として、介護の技能実習で求められる業務の実施機会を、看護助手の業務範囲で安全に確保することが必要であると考えられる。

A series of horizontal dotted lines for writing.

ポスター

## セル看護提供方式の導入効果と質向上への今後の課題

○寺本 清美

荒尾市立有明医療センター

自施設では2023年10月の新築移転に伴い全室個室化となり、観察・見守り負担の増加、患者とのコミュニケーションの困難、動線の長さ、情報共有の複雑化など、看護業務量の増大が顕著となった。また人員不足の中でケアの質を維持しつつ効率的な看護提供体制を構築する必要性が高まったことから、セル看護提供方式を導入した。本研究は、その導入効果と質向上に向けた今後の課題を明らかにすることを目的とした。

部署は8単位で、34～37床、日勤帯は早出・遅出を含む12～14名の看護師を配置し、1セル12床、1人2～4名の受け持ち体制（重症度・介護度で調整）とした。情報共有はセルカンファレンスと朝夕の打ち合わせに統一し、従来の紙ベースの申し送りを廃止して電子カルテ掲示板を活用した。またリーダーとメンバーの役割を明確化し、教育・フィードバック体制を整備した。環境整備としては、動線短縮を目的とした屋台式カートの導入、ベッドサイド記録の推進、セル内のスタッフ配置の明確化などを行い、業務効率化を図った。

導入後の成果として、離職率は2021年の13.5%から2024年には8.1%へ減少した。1日平均患者数が増加したにもかかわらず時間外勤務は減少した。患者アンケートでは「廊下に看護師がいて安心」「声をかけやすい」といった肯定的意見が増加し、安心感の向上が示された。一方で「廊下での話し声が気になる」「トイレ時に看護師の存在が気になる」など、プライバシーや静穏性に関する課題も指摘された。

職員アンケートでは「業務負担が軽減した」「リーダー補完が機能している」「自律的判断の機会が増えた」など肯定的意見が多く、満足・やや満足が半数を占めた。しかし、セル間での業務量や責任の偏り、リーダー支援の不足、情報共有方法のばらつき、新人・中途採用者への教育体制の不十分さなど改善すべき点も明らかとなった。

総合すると、セル看護方式はケアの質向上、責任の明確化、チーム連携の強化に寄与したものの、実践の均一化、教育・研修体制の強化、セル間連携の調整が今後の重要な課題である。今後は人員配置の最適化、情報共有方法の標準化、OJTを基盤とした教育体制の強化、静穏環境の確保を重点に、患者・職員アンケートを活かしたPDCAサイクルにより看護の質向上を継続していく必要がある。

## 高次脳機能障害患者に対するユマニチュード技法によるケア拒否軽減の効果

○柴尾 智子、龍野 妃葉、中山 ひとみ、福島 リナ

荒尾市立 有明医療センター

A病棟は脳神経内科・外科の急性期病棟であり、入院患者の平均年齢は73歳と高齢者が多い。入院患者の約半数に認知機能低下がみられ、高次脳機能障害に伴う感情コントロール不良や行動障害により興奮・ケア拒否・暴力行為などへの対応に看護師が困難を抱える状況が認められた。また、患者の同意を得られないまま、ケアを行わざるを得ない場面もあり倫理的ジレンマが生じていた。このような状況において、高次脳機能障害に対する効果的なコミュニケーションの手法の確立が求められる中、ユマニチュード技法は「見る・話す・触れる・立つ」の4つの柱を基盤とし、信頼関係の構築によりケアの受容促進を目的とした技法である。また、先行研究では行動障害の軽減やケアの満足度の向上が報告されており、本技法が高次脳機能障害においても有用である可能性を示唆されている。

そこで、本研究ではユマニチュード技法が興奮に伴うケア拒否を軽減するかを検討することを目的に実施した。

対象者は80歳代女性で、入院時JCS3、脳梗塞発症後に高次脳機能障害を呈し、大声・多動・ケア拒否、暴言・暴力などの行動障害が顕著であった。

次に、研究期間は2024年4月から2025年12月までとし、研究者はインストラクターからユマニチュード技法の指導を受け、病棟スタッフへ教育を実施した。また、介入は行動記録用紙を使用し週2回の評価を行った。さらに、入院初期は失語により、訴えが困難であったため興奮レベルはANGER SCALE(0～5)で評価した。

倫理的配慮として、対象者および家族から同意を得た。ユマニチュード技法による介入の結果、当初から見られた興奮やケア拒否は介入経過とともに減少し、ANGER SCALEの興奮レベルも段階的に低下した。また、退院時にはケア拒否は認められず行動面の安定が得られた。

これらは、看護師の立ち位置、触れ方・穏やかな声の掛け・役割分担を意識した関りが対象者の安心感や情動の安定に寄与したと考えられる。一方で、技法が不十分な場面では興奮が増悪することもあり、継続的な学習と実践の重要性が示唆された。

以上により、ユマニチュード技法を適切に活用することで、高次脳機能障害を有する患者の興奮とケア拒否が軽減し、ケア受容が促進されることが示された。

## 看護カンファレンスとワークエンゲージメント

○峯崎 眞佐人<sup>1)</sup>、下竹 麻衣<sup>1)</sup>、西嶋 愛彦<sup>1)</sup>、  
平野 智子<sup>1)</sup>、石原 史絵<sup>1)</sup>、井上 範子<sup>2)</sup>

- 1) 独立行政法人 国立病院機構熊本南病院  
2) 独立行政法人 国立病院機構長崎医療センター

**【はじめに】** ワークエンゲージメント（以下 WE）とは、働き手が仕事に対してポジティブな感情を持ち、充実している状態を指し、WE は、職業継続に重要な影響を及ぼす。看護カンファレンスは、患者への看護ケア検討やスタッフの意思統一をはかる目的をもつから、スタッフの満足感つまり WE へ影響を及ぼすと考え、本研究に取り組んだ。

**【倫理的配慮】** NHO 熊本南病院倫理審査委員会の承認を得た。

**【目的】** 看護カンファレンスと WE の関連性について明らかにする。

**【対象】** A 病院に勤務する看護スタッフ 121 名中、同意が得られた 99 名。回答率 81.8%

**【方法】** 研究デザイン：量的研究、データ収集方法：看護カンファレンスに対する意識（研究者作成）、日本語版ユトレヒト・WE 尺度（以下 UWES）を用いたアンケート調査。分析方法：回帰分析

**【結果】** ①「カンファレンスの満足感」と「熱意」「没頭」、②「カンファレンスは充実した看護提供に結びつくと思う」と「没頭」、③「カンファレンスに参加する際に自分の意見・考えを持って参加しているか」と「没頭」という 3 項目に関連性がみられた。

**【考察】** カンファレンスに対して充実した看護提供に結びつくこと認識し、意見や考えを持って参加している人は、カンファレンスに満足しており、WE に関連すると考えられる。興味を持って参加できるようなカンファレンスの在り方や、カンファレンス参加者への動機づけについてさらなる調査、研究の必要性が示唆された。また、WE は、その影響要因として、職場におけるソーシャルサポートやストレスとの関連（高谷ら, 2024）、感情労働との関連（加賀田, 2015）、レジリエンスとの関連（小澤ら, 2022）等報告されている。看護師を取り巻く環境や背景についても考察する必要性が示唆された。

## オンデマンドによる防災教育受講現状と実態調査

○吉野 祐、茂藤 智美、福島 敬修、阿部 靖之  
熊本中央病院 災害対策委員会

**【はじめに】** 近年、南海トラフ地震発生の切迫性が高い状態であると報告され、毎年のように自然災害に見舞われている。このような状況で、医療機関は災害危機管理体制強化が求められており、防災訓練や患者教育など様々な部署・職種で取り組みが行われている。過去に、医師・看護師向けの災害対応 e ラーニングによる学習効果の評価報告や、e ラーニングを用いた災害教育の受講率の職種別調査報告はあるが、近年の報告はない。A 病院では 2016 年熊本地震を経験し、2019 年に病院の事業継続計画（以下 BCP とする）運用開始。2024 年院内災害対策委員会発足を機に、看護部対象としていたオンデマンド防災教育を全職種対象とし、防災意識の向上に取り組んでいる。そこで、課題を明らかにするため調査を行った。

### 【方法】

- 1) 対象者：全職員
- 2) 期間：R6 年 4 月～R7 年 3 月
- 3) 研修内容
  - (1) 熊中 BCP に沿った内容の防災教育年間計画を作成
  - (2) 防災教育の動画を作成し、オンデマンドでの防災教育を毎月配信
  - (3) 防災教育受講後、動画内容確認テストを実施、全問正答で修了証を授与
- 4) データ収集方法
  - (1) 毎月のオンデマンド防災教育受講状況の調査：職種別受講状況
  - (2) R6 年のオンデマンド防災教育受講後、アンケートでの意識調査 無記名・任意回答
- 5) 分析方法アンケート選択式設問：単純集計

**【結果】** オンデマンド受講状況は 518 ～ 652 名 / 回。毎月の受講率 83 ～ 95%。動画内容確認テストが 1 回で全正答した割合は 21 ～ 51% だった。職種別での平均受講率は医師 50%、他職種は 90 ～ 95% であり、教育 1 年後の全職種アンケート結果は、回答数 417 名、回答率 67%。防災教育は「学びとなった・かなり学びとなった」と回答した職員は全体で 95%。職種別では、医師 93%、看護師 97%、他職種平均 90.3% であった。次年度の受講希望は「しない」と回答した職員はいなかったが、「どちらともいえない」と回答した職員は全体で 10% であった。また、「受講が負担」・「難しく分からないことがある」などといった少数の意見があった。

**【考察】** 職種別平均受講率は、医師以外は 90% と高いが、医師は 50% と低く受講率アップが課題であることが分かった。また、アンケート結果からも、防災教育受講は学びとなっているとの意見が多く聞かれており、関心を持ち受講でき、意識の向上には繋がってきていると考える。各部門が主体となり、自部署での災害対応などを想定した教育を実施していくことで、更なる受講率のアップと防災への意識が高まるのではないかと考える。

## 教育支援体制強化へ向けた新人教育プログラム作成の取り組み

○丸山 さとみ

独立行政法人 国立病院機構 熊本再春医療センター

**【はじめに】**看護現場における人材育成は、質の高い看護実践を支える重要な要素であり、特に新人看護師の成長には新人教育担当者の役割発揮が不可欠であるが、負担感も大きくなりやすい。A病院における新人看護師への教育は、病棟各自で教育計画プログラムを立案しており十分に機能していない状態であった。そこで、令和5年度に院内統一の教育ツール（以下、新人教育プログラム）を作成し、令和6年度は新人教育プログラムの推進・定着に向けた取り組みを行ったので報告する。

**【方法】**期間：令和5年4月1日～令和7年3月31日

対象者：A病院で新人教育を担当する看護師20名

データ収集方法：対象者に対する聞き取り調査

倫理的配慮：A病院倫理審査委員会にて承認を得、対象者には自由意志の参加であることを説明し、個人が特定されないよう配慮した。

**【結果】**令和5年度に新人教育プログラムを作成した。使用前には病棟副看護部長、教育委員へ使用方法について説明を行い、令和6年4月より使用を開始した。

使用開始後1か月時点で、新人教育を担当する看護師20名に聞き取り調査を行ったが、新人教育プログラムの不都合箇所として「経験した業務内容や技術の到達度を記入できず、翌月への反映ができない」という意見があった。そこで、1.5段階評価による到達度を追加して達成日を記載することで個人の学習や経験を可視化できるようにした。2.習得すべき看護技術と病棟業務内容を分けた。3.病棟毎の年間計画から月案・週案を作成し病棟に配布した。4.新人看護師がコメントを毎週記載するようにしていたが、負担感軽減のために自由記載と改訂した。

使用開始後6か月時点の聞き取りでは「使い方がわからない」との意見があったため、使用方法についてパンフレットを作成し再度説明をおこなった。新人教育プログラムを1年間通して使用した部署からは「計画的に教育できる」、「以前より見やすい」との評価を得た。

**【考察】**聞き取り調査の結果を反映しながら新人教育プログラムの改訂し使用したことで、教育担当者は新人看護師の経験や技術の到達度を把握し計画的に指導を行うことができるようになった。また、コメント記載欄を確保し、新人看護師と教育担当者とのコミュニケーションツールの1つとしても活用できるようになった。しかし、月案・週案作成担当者などの運用が不十分だったため途中で中断した部署もあり、今後の課題である。

**【結論】**1.新人教育プログラムは計画的に教育できるツールである。

2.教育プログラムを定着させるには、運用マニュアルを整備する必要がある。

## 身体拘束最小化に向けた多職種チームカンファレンスの標準化とその効果

○柳川 里紗、堤 育子、谷川 和代

医療法人清和会 平成とうや病院

**【背景・目的】**身体拘束最小化は患者の尊厳と安全を守るうえで重要であり、A病院では身体拘束最小化チームによる組織的な活動を行っている。しかしながら、高齢化や認知機能低下、せん妄を有する患者が増加しており、身体拘束に関する記録や多職種間の情報共有に課題があった。そこで身体拘束対策カンファレンス（以下、カンファレンス）のフローの標準化を行い、身体拘束最小化に取り組んだので報告する。

**【方法】**A病院は160床の回復期リハビリ病院である。2022年に身体拘束最小化チームで身体拘束に関する評価項目と解除に向けた視点を整理し、カンファレンス記録のテンプレートを作成した。項目は(1)拘束種類(2)拘束部位(3)拘束時間(4)使用理由(5)評価の5つを設定し、その項目について記録できる形式とし運用している。各病棟ではこの記録を用いて毎週1回、看護師とリハビリスタッフによる一次カンファレンスを実施し、身体拘束使用者リストに集約している。さらに、二次カンファレンスでは病院全体の医師とともに、開始・継続および解除に向けた対策、終了などの評価を確認しあう。その後、身体拘束最小化チームで問題事例の検討や身体拘束率の集計を行い、定期的な病棟へフィードバックする一連のフローとした。

**【結果・考察】**A病院の2022年度身体拘束率は平均9.2%（B病棟10.2%、C病棟9.1%、D病棟8.3%）。経管栄養や点滴、酸素など治療が必要だが、認知症や高次脳機能障害によりルート類自己抜去やせん妄、転倒リスクが高い患者が多く、管理上やむを得ず安全帯やミトン、4点柵などを使用している。テンプレート導入後、多職種カンファレンスを実施する流れを作ったことで、経管栄養から経口摂取への早期移行や環境調整、薬剤調整で生活のリズムを整える介入など非拘束の代替手段で身体拘束最小化に向けた取り組みができた。また、医師やリハビリとの身体拘束についての会話が増え、家族への説明がスムーズになった。その結果、身体拘束手段の見直しのできたケースは2023年度17件（B病棟8件、C病棟6件、D病棟3件）から、2024年度30件（B病棟13件、C病棟10件、D病棟7件）に増加した。また、2024年度の身体拘束率は平均7.1%（B病棟11.5%、C病棟4.6%、D病棟5.1%）であった。多職種での情報共有が円滑になったことで、身体拘束継続の評価および解除に向けた対策が具体的なものとなった。数値の推移からも身体拘束率の低下が示され、定期的なデータの共有とフィードバックにより、PDCAサイクルによる継続的な改善を図る体制が整い、スタッフの意識改革に効果的であったと考える。

**【結論】**テンプレートによる評価の標準化と多職種カンファレンスの定着、さらに定期的なデータ共有を組み合わせることで、身体拘束の適正化と最小化に効果があった。今後も多職種での連携を強化し、患者の尊厳を守るため身体拘束最小化に向けた取り組みを継続していきたい。

## 身近に学ぶ ACP －誰もが参加できる学びの場を目指して－

○田中 愛実、神崎 涼子

熊本大学病院

**【背景】** 肺がんは、世界全体においてすべての癌腫の中で最も死亡数が多いがんである。また、乳がんや大腸がんなど他の主要ながんと比較しても生命予後が不良であり、病期 I で完全切除が可能であっても 20?30% が 5 年以内に死亡し、さらにリンパ節転移を伴う病期 II?III 期では、手術および術後補助薬物療法を行っても約 50% が 5 年以内に死亡するのが現状である。加えて肺がんは、腫瘍進行が速く、進行後の余命が短いという特徴を有し、再発・転移が肺や気道に生じることで咯血や呼吸困難など、生命に直結し、患者が強く自覚する重篤な症状を呈しやすい。これらの症状は急激に悪化し、短時間で侵襲的治療や救命処置の選択を迫られる状況を招くことが少なくない。このような特性から、肺がん患者は診断早期から ACP を導入し、患者の価値観や急変時の対応について家族や医療者間で共有しておく意義は、他がん種以上に大きいと考える。

当科では肺がんに対し、年間約 400 件の外科的手術を実施している。手術を行なった患者の約 10% は術後再発により化学療法を行うことになるが、やがて治療中止を検討する時期を迎える。看護師はこの時期を見越して患者に対し ACP を実践しようと試みているが、患者の高齢化やコロナ禍以降、家族の面会が減少したことから家族と看護師の関係性も希薄であり、踏み込んだ介入が難しい現状があった。また、病棟の勉強会や院外の研修会などは勤務時間外での実施が多く、参加機会に限られるという課題もあった。

**【取り組み】** 当科所属の看護師 29 名を対象にアンケート調査を行い、日頃 ACP として行なっている実践の内容について調査を行なった。その結果をもとに、緩和ケア CN や精神看護 CN と一緒に全 3 回の勉強会を実施した。勉強会は日勤の勤務時間内に実施し、時短勤務者を含む多くのスタッフが参加できるように時間設定を行なった。勉強会では実際にあった事例を提示し、患者や患者家族とのやりとりについてロールプレイを用いて検討し、アプローチ方法やコミュニケーション技法について CN からアドバイスをもらった。

**【結果と課題】** アンケートの結果スタッフは「入院前及び IC 後の患者と家族の話し合いがどこまで行われているか確認する」「患者の気掛かりや意思決定に必要な情報を患者の希望に合わせて家族に伝える」「患者自身が家族と話し合っていない場合に患者と家族をつなぐ支援を行う」など患者家族間の意向の共有や合意形成について困難を感じていることが分かった。勉強会実施後のアンケートでは、実施前と比べて全ての項目で実施率が上昇した。また勤務時間内に実施したことで日頃参加が難しい時短勤務者などが参加でき、よかったという意見が聞かれた。今後は術後化学療法を実施する患者に対し、ACP に関する意図的な関わりを持つ時期を設定し、誰が担当となっても関わることのできるような体制整備を検討していきたい。

## クリティカルパス利用率向上 WG での診療情報管理士としての関わり

○高橋 綾子<sup>1)</sup>、杉 和洋<sup>2)</sup>、藤島 由香利<sup>3)</sup>

1) 熊本医療センター 診療情報管理士

2) 熊本医療センター 医師

3) 熊本医療センター 看護師

**【目的】** 当院では 1998 年にクリティカルパス（以下パス）を導入し 2006 年に電子カルテ導入後は紙ベースから電子化へ移行した。その後パス委員会（毎月 1 回）、パス検討会（毎週 1 回）、パス研究会（隔月 1 回）を開催し精力的にパス活動が行われている。診療情報管理士としては 2016 年からパス検討会資料として対象パスに関する DPC 情報やベンチマーク等の資料を提供してきた。2024 年 4 月からパス委員会のメンバーとなり、「パス利用率向上」ワーキンググループ（以下 WG）の一員となったため、診療情報管理士として利用率向上に対して行った取り組みと成果および今後の課題を報告する。

**【方法】** 2024 年 5 月疾患別パス利用率の抽出を行い、現状把握と改善点の洗い出しを行った。DPC 主要診断群分類別で抽出し、利用率の低い分類に絞った。具体的には呼吸器疾患、皮膚・皮下組織疾患、血液・造血器・免疫疾患、その他が 30% 以下だった。さらに細分類コードまで掘り下げ、件数が多くかつ利用率の低い疾患を抽出し、利用率向上のターゲット疾患とした。

**【結果】** WG での検討結果、小児科の「食物アレルギー」パス改訂をターゲットに利用率向上へとつなげる糸口とした。

当院ではパスの使用開始は、パス検討会を経てパス委員会で承認後使用できる運用となっている。パス検討会は病棟ごとに順番が決まっていたが、小児科の順番が 10 月になり時間がかかったが、12 月のパス委員会で承認を受け使用開始となった。結果、本パスの利用率は 2024 年 5 月の 44 件中 0 件 (0%) から 2025 年 8 月には 47 件中 46 件 (97.9%) と著しく増加した。

**【結論】** 診療情報管理士で提出したデータを活用して利用率向上へと、また使用しなくなっていたパスの見直しをすることになり、PDCA サイクルを回すことへと繋げることができた。今後は次のターゲットとして症例数が多い割に利用率が低い「誤嚥性肺炎パス」が挙げられたので、引き続き WG 活動として続けていきたい。

## 急性期～回復期を含む椎体骨折骨折クリティカルパスにおける感染症発生の実態と時期的特徴

○松尾 千穂、後藤 美貴子、高井 聖子  
社会医療法人 熊本機能病院

**【背景・目的】**骨粗鬆症性椎体骨折 (OVF) 患者は高齢で複数の併存疾患を有し、感染症リスクが高い。先行研究では急性期臥床に伴う合併症発生率が高いことが報告されているが、クリティカルパスを用いた OVF 治療過程全体における感染症発生の実態や時期的特徴は十分に検討されていない。本研究は、当院の OVF クリティカルパスにおける感染症発生率、発症時期、年齢との関連を明らかにし、適切なスクリーニング時期を検討することを目的とした。

**【方法】**対象は 2024 年 10 月から 2025 年 9 月までに A 病棟に OVF で入院しクリティカルパスを利用した 65 例のうち、65 歳未満、在院日数 21 日未満または 90 日以上、高エネルギー外傷を除外した 51 例 (年齢  $86.3 \pm 7.4$  歳)。感染症の有無、種類、発症時期 (入院日を 0 日目とする)、年齢、在院日数を後方視的に調査した。感染症は抗菌薬または抗ウイルス薬による治療介入を要した症例と定義した。感染症有無による年齢と在院日数の比較には対応のない t 検定を用い、有意水準は  $p < 0.05$  とした。

**【結果】**感染症は 11 例 (21.6%) に認められ、内訳は細菌感染症 9 例 (17.6%)、COVID-19 が 2 例 (3.9%) であった。細菌感染症の内訳は尿路感染 7 例 (63.6%)、肺炎 3 例 (うち 1 例は尿路感染との複合感染) であり、尿路感染が最多を占めた。細菌感染症 9 例の発症日は入院後 0-24 日目 (中央値 16 日目) であり、77.8% が 3 週間以内に発症した。一方、COVID-19 は 55 日目と 67 日目に発症しており、細菌感染症とは明確に異なる発症パターンを示した。

年齢の比較では、感染有り群  $91.1 \pm 6.3$  歳、感染なし群  $84.9 \pm 7.2$  歳であり、感染有り群が有意に高齢であった ( $t = 7.26$ ,  $p = 0.012$ )。在院日数は感染有り群  $57.0 \pm 18.0$  日、感染なし群  $50.2 \pm 18.0$  日で、+6.8 日 (13.5% 増) の延長を認めたと、統計的有意差はなかった ( $p = 0.283$ )。

**【考察】**本研究における感染症発生率は 21.6% であった。感染症の種類では尿路感染が 63.6% と最も多く、高齢者における排尿機能低下や臥床の影響が示唆された。細菌感染症の 77.8% が入院後 3 週間以内に集中発症しており、この期間の重点的モニタリングが重要である。入院早期からの定期的なスクリーニングが有効と考えられる。

感染症群の平均年齢が 6.2 歳高かったことは、加齢に伴う免疫低下が感染症リスクを増大させている可能性がある。在院日数は統計的有意差を認めなかったものの、感染症群で 6.8 日の延長傾向があり、医療経済的な影響が示唆される。

**【結論】**OVF クリティカルパスにおける感染症発生率は 21.6% で、細菌感染症の 77.8% が入院後 3 週間以内に発症した。感染症群は平均 6.2 歳高齢であり ( $p = 0.012$ )、年齢が重要なリスク因子である。入院当日、1 週間目、2 週間目の 3 点評価 (血液検査、尿検査) による定期的スクリーニングを推奨する。特に 85 歳以上の高齢者では、より密なモニタリングを含む高リスクパスの導入により、早期発見・早期治療が可能となり、在院日数短縮と医療コスト削減が期待される。

## やったら算定 (とる) ! 算定向上プロジェクト

○坂本 紗依  
熊本赤十字病院 企画開発課

**【目的】**2020 年度以降当院の経営状況が悪化、2022 年度には 2009 年度以来の医業収支赤字となった。安全で質の高い医療の提供や病院の発展のためには、安定した黒字経営が必要不可欠であり、その実現のために経営戦略室が設置された。

経営戦略室では、収支改善に向けた増収対策として、指導料・管理料や加算等の項目ごとにチームを編成し、算定漏れ防止、算定強化する「算定向上プロジェクト」を実行した。

**【方法】**まず、取り組む項目の選定を行った。各種加算の算定実績を分析、改善効果が大きいものやベンチマークで算定率が平均以下のものなどから項目の選定を行った。項目の選定後、項目ごとにそれに関係する職員で多職種のチームを編成した。

チームでの活動内容は、算定要件の確認、現状の把握を行い、問題点を抽出、現場に介入し運用改善を進めるというもので、チームは定期的にミーティングを行い数値の推移や課題の共有等を行った。

**【成績】**取り組みを 2023 年 6 月から開始し、2024 年 12 月までに 7 チームが 9 項目について活動を行った。

年間 1 億 3,450 万円の増収効果となった。

**【結論】**プロジェクトの取り組み内容で、成果を出すために有用であった点は以下の 2 点。

〈1〉チームの人員構成：多職種構成となったことで、各職種の視点で問題を発見することができ、同時に解決策が思案できるため、スムーズに問題解決を図れた。

〈2〉介入方法：全診療科に関係するような加算の場合、全体に呼びかけると同時に、各診療科に個別に介入した。時間は要するものの、各診療科特有の事情に対応することができ、高い効果が得られた。

今後も引き続き活動を続けつつ、「算定向上プロジェクト」を病院全体の取り組みとして根付かせるために、認知度向上、取り組みノウハウの蓄積、活動形態の確立を図っていく予定である。

## 患者誤認防止に向けた看護補助者教育への取り組み

○一原 みゆき、中村 優美子、坂本 ますみ、  
塩森 奈々、高野 さおり

1) 独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院

令和6年度に当院で発生した患者誤認のインシデントは46件だった。令和7年度は「患者誤認0」を病院目標として掲げ、看護部も目標達成に向け看護補助者を含めた教育体制の強化に取り組んだ。その後の調査結果から、教育の成果と今後の課題がみえたので報告する。

患者誤認の多くは配膳や採血の場面である。発生要因から患者誤認の背景として「慣れ」や「思い込み」によるヒューマンエラーが認められた。日本看護協会発行の看護補助者活用ガイドラインに「看護チームの一員として、看護補助者が安全に業務を遂行するためには、看護補助者の役割や業務、責任を明確にした上で、看護補助者に周知するとともに、看護補助業務を行うために必要な知識・技術を習得するための教育・研修を行うことが求められている。」と明記されている。当院でも看護補助者活用ガイドラインに沿って、定期的に研修を実施している。しかし患者誤認に焦点をあてた研修を実施していなかった。そのため今年度は患者誤認防止の研修に取り組んだ。看護補助者に対しては、誤配膳が患者にどのように影響するのか理解した上で、患者確認の手順の不徹底、忙しさや思い込み、そしてコミュニケーションエラーが主な原因であることを集合研修で伝え、配膳場面のロールプレイングを行った。ロールプレイングは、誤認が起きやすい場面を疑似体験し、危険予知能力向上、ヒューマンエラーの低減に繋がると言われている。ロールプレイングを取り入れた結果、患者へフルネームを名乗ってもらい、リストバンドと食札の照合作業が高い頻度で実施出来るようになった。また、研修後のアンケート結果から「誤認防止の意識が高まった」との回答があった。研修後の看護補助者の誤配膳は0件と経過しており、リスクへの対応能力を高められた結果となった。

リスク管理を育成することは、看護教育において医療安全の意識を高め、患者誤認のリスクを低減させる効果がある。さらに現状を把握し患者誤認の傾向を分析することで、効果的な対策を講じることが可能となる。今後も定期的に患者確認の実態調査を実施し、看護補助者の行動を評価していくことで意識の向上や確認の徹底に繋がると考える。患者を取り巻く職員全員で安全対策への高い意識を育む研修を行い、患者の協力を得ながらフルネーム確認やリストバンドによる照合、複数の情報で確認する患者誤認防止行動を定着させる取り組みを継続的に実施していく必要がある。

## 転倒転落防止に向けた取り組み

○千代田 麻子

独立行政法人 国立病院機構 熊本再春医療センター

**【はじめに】** A病院では令和3～5年度において、転倒転落が501件発生しているが、転倒転落アセスメントシート（以下アセスメントシート）危険度判定レベルⅡ・Ⅲにおける転倒転落事例が500件であった。転倒転落リスク評価はアセスメントシートを使用し、入院時24時間以内、入院3日目、7日目、手術、転棟転出時、転倒転落時、使用薬剤変更時、及び長期入院患者においては3か月毎に行っている。危険度判定、レベルⅡ、Ⅲには転倒転落に対する看護計画を立案しているが、転倒転落は減少していない。そこでアセスメントシート項目が実際の転倒転落とどのように関連しているのか要因を分析し、対策につなげるための取り組みを行った。

**【方法】** 期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日

対象者：令和3～5年度に転倒転落した501例

データ収集方法：令和3～5年度に転倒転落した501事例の転倒転落アセスメントシートから要因として多い項目を抽出する。診療録からアセスメントシートスコアと転倒転落に関わる情報を匿名化して抽出・分析する。

倫理的配慮：A病院倫理審査委員会にて承認を得た

**【結果】** 転倒転落の要因の中で多かった項目の順番として、「70歳以上または6歳以下」が83.7%、「足腰の筋力が弱っている」が74.8%、「車いす・杖・歩行器・手すりを利用する」が69%、「衣類の着脱などに介助が必要である」が64.7%、「移動・排泄に介助が必要である」が63.3%、「入院・転院・転室後7日以内」が53.4%、「病状・ADLが急速に回復、または悪化している時期」が50.6%という結果であった。

**【考察】** 転倒転落が多かった患者は、70歳以上でADL介助が必要、または環境や病状の変化がある患者であった。ADL介助が必要な高齢者は、身体機能・認知機能・行動特性・環境要因が複雑に重なり転倒転落のリスクが高まるため、患者の実際の能力を正確に把握し行動の予測と環境の調整を併せて行う対策が重要である。

当院の一般病棟入院患者の平均年齢は73.4歳であるためほとんどの患者がハイリスクとなる。そこで今後はアセスメントの項目を見直し当院の特徴を考慮したハイリスク患者を抽出できる項目の検討が必要である。

**【結論】** 1. 転倒転落の要因として最も多かったのが、70歳以上の高齢者であった。

2. A病院の特徴を考慮したアセスメント項目の見直し、検討が必要である。

## 身体拘束観察シートの電子カルテ移行と多職種カンファレンス開催へ向けた取り組み

○川原 奈美

山鹿市民医療センター

**【はじめに】** 当院では、身体拘束に関する観察シートを電子カルテへ移行されていないことで、身体拘束を行っている患者の状況を把握することが困難な現状にあった。そこで、観察シートとカンファレンスシートを一体化したシートを電子カルテ内に作成し、身体拘束を行っている患者を多職種で確認することができるような取り組みを行った。また、身体拘束最小化チームを中心に、多職種カンファレンスを定期的に開催できるようになったため、今後の課題を含めここに報告する。

**【目的】** 観察シートを電子カルテへ移行し、多職種が確認できるような観察シート、カンファレンスシートの作成を行うことで、多職種が患者情報を把握できスムーズなカンファレンス開催が行え、身体拘束の最小化に繋げることができる。

**【結果】** 10月1日からカンファレンス開催日時を設定し、観察シート、カンファレンスシートを活用して、日々の観察やカンファレンス、定期的な多職種カンファレンスが各病棟で開催できるようになった。

**【今後の課題】** 身体拘束最小化に向けては、病院全体で取り組むことで早期解除や最小化に繋げることができる。当院では治療上身体拘束が一次的に必要なケースが多く、身体拘束を「ゼロ」にすることは困難であるが、身体拘束最小化に向けた取り組みを行うことで、医療者1人1人の意識の変化や、すぐに身体拘束を行わないケアを実践することに繋がる。また、患者の尊厳を守ることの重要性を理解し、常に患者の立場になり考えていきたい。

そのために、患者ケアに活かせるような多職種カンファレンスの開催を目指し、チーム活動を継続していきたいと考える。

## 回復期リハビリテーション病院における内服自己管理に向けての取り組み

○堤 育子、吉岡 莉穂、吉田 奈津子、谷川 和代、後藤 和夫

平成とうや病院

**【はじめに】** A病院では第20回本学会で内服の自己管理ツールについて報告した。高齢入院患者の服薬治療では慢性疾患の併存疾患に対する多種多剤薬の処方も多く、加齢に伴う管理困難がある。また、自己管理中のインシデント発生もあるため、内服指導や介入は継続した課題である。今回、内服管理選択のアセスメントシート（以下アセスメントシートとする）を見直し、入院中の内服管理の評価および運用の見直しに取り組んだので報告する。

### 【活動方法】

- 1) 内服薬を自己管理できるか判断するために、認知機能評価 MMSE を追加し、視覚や運動機能障害の有無などの評価を行うアセスメントシートを作成した。
- 2) 自己管理に向けた手順書による運用で、一日管理や自己管理移行の手順を明確にし、患者への説明方法についても具体的に示した。
- 3) 内服自己管理のアセスメントおよび評価記録のテンプレート化を行い、評価内容を統一し、多職種間の情報共有を図った。

**【結果・考察】** アセスメントシートでは、認知機能評価と身体機能評価の2つの視点でアセスメントを行い、看護師管理もしくは一日管理および自己管理を選択できるアセスメントシートを作成した。2つの視点での評価項目がすべてクリアした場合に限り自己管理へ移行としたが、評価内容をクリアしても入院前の自己管理で服薬アドヒアランスが不良であった場合は看護師管理とした。また、初めて自己管理へ移行する場合や多剤併用など管理が困難な場合は一日管理から開始し、三日間評価しながらステップアップしていくこととした。このアセスメントシートにより、服薬管理方法の判断基準が明確となり、個々に応じた服薬管理方法を適切に選択できるようになった。次に、自己管理移行への運用手順書を作成したことで全体の流れが明確となった。この評価で自己管理が困難と判断されることもあったが、薬剤師から説明の理解状況など情報共有し、カレンダー管理や分包化の必要性について相談を行った。

また、主治医へ薬剤の相談がスムーズになり、多職種で内服自己管理に取り組んだことで、ここに応じた支援が可能となった。記録については標準化したことで、評価や指導内容などの情報共有が促進された。多職種チームがそれぞれの専門性で患者に関わることで、安全な内服管理移行、支援に繋がると考える。A病院の内服自己管理のインシデントは2022年度12件であったが、2023年度は3件、2024年度も2件と減少しており、今回の取り組みは有効であったと考える。

**【結語】** 内服自己管理の判断基準などの標準化により多職種チームの介入が充実し、個別に応じた内服支援が可能と示唆された。

## 当院におけるセントラル持参薬報告業務の導入と医療安全への影響

○森 美香、堀尾 美世、池上 孝明、牛島 智子  
熊本中央病院

**【背景・目的】** 薬剤師による持参薬鑑別・報告書作成は、患者安全の確保や医療の質の向上に不可欠な業務であり、高い正確性が求められる。当院では従来、各病棟に1名配置されている病棟担当薬剤師が単独で本業務を行い、報告内容の最終確認は看護師に依頼していた。しかし、この体制では薬剤師間での相互チェックが機能せず、また病棟間で業務負荷の偏りが生じるといふ安全面および業務効率面での課題があった。そこで、予定入院患者の持参薬鑑別・報告書作成業務を均てん化するため、薬剤科内の中央業務（以下、セントラル持参薬報告業務）へ変更し、薬剤師間の相互チェック体制を確立させた。今回、業務変更による医療安全の向上への効果を検証した。

**【方法】** 対象は午前10時までに受付を済ませた予定入院患者とした。入院受付後、病棟移動前に薬剤科窓口にて持参薬の情報収集と受け取りを実施した。薬剤科内にて持参薬鑑別、報告書作成および別の薬剤師による内容確認を集中的に行い、その後、病棟担当薬剤師が報告書と持参薬を各病棟へ搬送する運用とした。セントラル持参薬報告業務には病棟担当薬剤師を時間単位で割り当てた。評価指標として、薬剤師間の確認による誤報告回避件数を調査するとともに、薬剤科内アンケートおよび看護部門への聞き取り調査を実施した。

**【結果】** 2024年12月～2025年5月の6ヶ月間において、薬剤師間の確認により62件の誤報告を回避した。また、報告書作成後の病棟担当薬剤師による追加確認で、さらに8件の誤報告回避が確認された。一方、患者への実投与には至らなかったものの、3件の誤報告（規格1件、用法2件）が発生した。アンケートでは、薬剤師の73.3%が「薬剤師間での確認体制の確立」を高く評価した。看護部門からは「持参薬に関する初期対応の負担軽減」という肯定的な意見を得た。さらに、本業務に新人を配置することで、多重チェック機能の下で基礎を習得させるOJTとしての教育的メリットも確認された。

**【考察】** 従来体制における看護師による誤報告回避件数の詳細なデータが存在しないため、新旧体制の単純な比較による安全性向上の定量的な評価は困難である。しかし、本取り組みにより薬剤師間の相互確認で計70件（62件+8件）の誤報告を回避できたことは、薬剤師という専門職による多重チェック体制が、医療安全の向上に寄与することを示唆している。教育面では、指導者が集中的に関与できる環境での実務教育が可能となり、初期業務の習熟度向上に有効であった。今後は、誤報告の分析に基づくプロセス改善と、緊急入院患者に対する確認体制の構築が課題である。

**【結論】** セントラル持参薬報告業務の導入は、医療安全の向上および新人教育において有用であった。今後は緊急入院患者への対応体制の確立を検討していく必要がある。

## 多職種カンファレンスが地域包括医療病棟の施設基準に及ぼす影響

○岩本 みく、橋本 珠里、笠原 朱莉、  
くまもと県北病院

**【背景】** 地域包括医療病棟は、高齢者急性期患者を主な対象として、在宅復帰や生活再建を支援する役割を担う新たな入院機能であり2024年度に新設された。当病棟は2024年5月より地域包括医療病棟の導入に向け取り組みを1年間行い、2025年5月に病棟転換を行った。

近年、医療の高度化や在院日数の短縮化により急性期治療を終えた患者が早期に在宅や施設へ退院を目標とするケースが増えている。しかし、患者、家族の生活背景や退院後の環境調整が不十分な場合に入院期間の長期化や再入院を繰り返すことがある。

当病棟でも従来、退院支援に関わる多職種連携が十分に機能せず支援の遅滞や、入院期間が長期化することが課題であった。このような背景、課題から病棟看護師が表体的に介入し、多職種カンファレンスを運営する体制を構築することで退院支援の質向上を図った。

**【目的】** 看護師が主導する多職種カンファレンスの導入が、地域包括医療病棟における施設基準関連指標（在宅復帰率、BI低下率）に及ぼす影響を明らかにし、課題を抽出することで今後の退院支援の質向上を目指す。

**【方法】** 対象は当院地域医療病棟に2024年5月～2025年8月の間に入院した患者。2024年5月より看護師が主導し、医師、看護師、社会福祉士、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士、診療支援課、経営企画課が参加する多職種カンファレンスを、週に1回実施した。カンファレンスを継続していく事で、病棟転換前後の①在宅復帰率、②BI低下率の値を比較し効果を検証した。

**【結果】** 病棟転換前の在宅復帰率の平均は82.7%、BI低下率はの平均は1.52%。病棟転換後の在宅復帰率の平均は93.2%、BI低下率の平均は0.92%と上昇しており、情報共有の迅速化及び退院支援の具体化が促進されたと考えられる。看護師が主体となりカンファレンスを運営することで、入院早期からの退院支援が定着し、多職種間の情報共有と役割明確化が進んだ。その結果、退院支援の質が向上し、施設基準に関連する指標の改善が見られた。

**【結語】** 看護師が中心となる調全体制は、医療・介護双方の視点を持つ支援を推進し、地域包括医療病棟の特徴である高齢者急性期患者への包括的対応にも寄与したと考えられる。

今後も継続的なカンファレンスの質向上と、多職種連携の強化を通じてより円滑な在宅移行支援体制の確立ができるよう努めていく。

## 病院管理栄養士における「算定外業務」の可視化とデータ活用に関する検討 —電子カルテ記録と食事オーダー情報の分析から—

○大塚 健司

熊本中央病院 栄養科

**【はじめに】** 病院管理栄養士は栄養管理の専門職として多岐にわたる業務に従事しているが、診療報酬の加算対象とならない「算定外業務」が多く存在し、その実態は十分に可視化されてこなかった。

**【目的】** 本検討では、管理栄養士の業務実態を定量的に把握することで「算定外業務」の見える化を試み、データを活用した部署マネジメントのあり方について検討することを目的とした。

**【方法】** 2025年4月から8月までの期間、当院の管理栄養士が電子カルテに登録した栄養士記録を対象とし、その内容を業務別に分類・集計した。あわせて、同期間の食事変更オーダー数を集計し、職種別の変更件数および過去3年間の推移を比較・検討をおこなった。

**【結果および考察】** 栄養士記録の分類において、最も頻度が高い項目は「食事対応」であった。また、栄養士記録に残された食事変更件数は、実際の食事変更オーダー数よりも少なかった。この乖離は、カルテ記事を介さずに行われる食事調整業務（算定外業務）の存在を示唆している。職種別の食事変更オーダー数の推移では、医師・看護師の件数は過去3年間横ばいであった。一方で、管理栄養士による変更件数は、増員に伴い増加しており、よりきめ細かな個別介入が進んでいると考えられた。

**【結語】** 本検討により、管理栄養士による食事調整の貢献が定量的に示された一方で、記録の運用に個人差があることも浮き彫りとなった。現在、業務のさらなる見える化と効率化を目指し、入力テンプレートの整備を進めている。今後は蓄積されたデータを活用し、より効果的な部署運営と、医療サービスへの貢献度の定量的評価に取り組んでいきたい。

## 旅行透析受け入れ体制の見直し

○村上 侑希<sup>1)</sup>、橋下 愛美<sup>1)</sup>、中島 哲也<sup>1)</sup>、林 憲嗣<sup>1)</sup>、板倉 秀慈<sup>1)</sup>、瀧田 峻介<sup>1)</sup>、長田 雄貴<sup>1)</sup>、宮園 実育<sup>1)</sup>、池尻 紘美<sup>1)</sup>、中山 一樹<sup>1)</sup>、秦 雄介<sup>2)</sup>

1) 荒尾市立有明医療センター 臨床工学科

2) 荒尾市立有明医療センター 腎臓内科

**【目的】** 当院の新築移転にともない、旅行透析の受け入れ体制を見直した。

**【対象】** 令和6年の移転前の2件を従来群、移転後の5件を新体制群とした。

**【方法】** ①旅行透析予定日、氏名等の情報を把握しやすくする為に、「旅行透析依頼申込書用紙」を作成し必要な情報を記入しFAXしてもらうことにした。

②旅行透析の「案内用紙」も作成し、来院時の流れや持参品、透析終了後の会計に関することの説明も統一した。

③相手先の病院との情報交換をしやすくする為、問合せ窓口を患者サポート・医療連携室に統一した。

**【結果】** 従来群は持参品、来院時間などの伝え忘れ等のトラブルが2件。

新体制群では0件であった。

相手先の病院との情報交換は、従来は電話を使用した口頭での情報収集と統一性のない説明だった為、相手先の病院、透析患者への連絡回数が5～6回必要だった。

新体制後では、旅行透析依頼申込書用紙、案内用紙をFAXする為、連絡回数は2回までだった。

また、窓口を患者サポート・医療連携室に統一したが、トラブルはなかった。

**【考察】** 旅行透析受け入れの流れを明確にして、旅行透析依頼申込書用紙、案内用紙を活用することで、旅行透析予定日、氏名、付き添いの有無などの情報を一元化でき、伝え忘れることなく情報交換ができトラブルの回避につながったと考える。

旅行透析依頼申込用紙、案内用紙をFAXする際にはカルテ上に相手先病院との記録が残るため、どこまで対応しているのかが明確にわかり、スタッフ誰でも情報把握が出来るようになった為、相手先との情報交換の回数も減り旅行透析の準備にかかる業務量を減らすことができたと考ええる。

また、案内用紙で来院時から会計までの流れが統一化され、1週間前までには医事課などに事前連絡ができ、院内でもスムーズな連携がとれるようになった。

**【結語】** 旅行透析依頼申込書用紙と案内用紙の作成・活用と、患者サポート・医療連携室や医事課との連携で、安心・安全な旅行透析を提供できるようになった。

## オンライン診療導入による患者の通院負担軽減の取り組み

○山口 あゆみ

済生会みすみ病院 医事室

**【背景】** 当院では2025年10月、患者の利便性確保と診療継続を目的にオンライン診療を導入した。熊本市内の病院で診療を行っていた脳神経外科医師が宇城市三角町にある当院へ異動したことにより、従来から通院していた患者の多くが遠方からの移動を余儀なくされる状況となった。この医師は、「もの忘れ」「更年期症状」「発達障害」などに対するサプリメントを用いた栄養療法を行っており、他の医師では対応が難しい独自性を持つ診療を提供している。そのため、患者は遠方からでも診療継続を希望するが、高齢者にとって長距離運搬は大きな負担である。従来の外来診療では待ち時間や移動時間が長く、遠方在住者や働き世代にとっても通院は容易ではなかった。こうした背景から、オンライン診療による医療アクセス改善と負担軽減を目指した取り組みを報告する。

**【目的】** オンライン診療導入による患者の通院負担軽減効果を明らかにする。

**【方法】** 導入初期の利用状況を仮想的に分析し、想定される効果を検討した。評価項目は①待ち時間短縮、②移動時間削減、③利用者数・働き世代の利用割合、④患者満足度である。従来の外来診療における待ち時間（平均約60分）と移動距離（平均40km）を参考値とし、オンライン診療導入後の改善効果を推定した。

**【結果（仮数値）】** 導入後1か月間の利用件数は約10件と想定され、待ち時間は平均60分から5分に短縮。移動距離はゼロとなり、通院負担軽減効果は顕著であると考えられる。患者満足度は「負担軽減を実感」と回答する割合が80%以上になると推定される。

**【考察】** オンライン診療は、遠方からの通院負担を大幅に軽減し、特に高齢者や働き世代にとって利便性が高いことが示唆される。もの忘れや更年期症状への栄養療法といった専門性の高い診療は、患者が「遠くても通いたい」と感じる価値を持つため、オンライン診療は診療継続性確保に有効である。一方で、導入時には職員による操作説明に平均40分を要し、家族のサポートが困難な患者側にも基本的なデジタル操作スキルが求められることが課題である。

**【結論】** オンライン診療は地域医療の新たな選択肢として、医療アクセス改善と診療圏拡大に寄与する。今後は操作支援体制の整備と診療科拡大により、持続的な運用を目指すことが重要である。

## 医療秘書・医事・診療情報管理業務の兼務による効果と課題

～人員不足下における柔軟な運用事例と自信のキャリアについて～

○上田 都

済生会みすみ病院

**【背景】** 近年、医療機関では人員不足が深刻化しており、業務の効率化や柔軟な役割分担が求められている。当院においても同様の課題があり、事務部内では複数部署の業務を担っているのが現状である。本報告では医療秘書業務・医事業務・診療情報管理士業務の3つのグループを兼務している経験から得られた効果と課題を共有する。

**【目的】** 人員不足化での兼務体制が、業務の質や職員のスキル向上にどのような影響を与えるかを明らかにし、今後の運用改善や人材育成に役立てることを目的とする。

**【方法】** 入職後2年間は医療秘書業務を担当し、3年目以降は診療情報管理士業務と医事業務を中心に従事している。人手不足の際に医療秘書業務の支援も行っており、現在4年目になる（医師事務作業補助者加算の人数には含まない）。具体的には、医療秘書業務では外来診察の陪席業務、診療情報管理業務では診療記録管理、医事業務ではAI問診補助、身体計測、血圧測定などの患者サポートを行っている。これらの業務を通じて得られた効果と課題を整理した。

**【結果】** 兼務により、診察の流れや医療情報の流れを総合的に把握できるようになったため、受付から会計までの患者対応を自信を持って行うことができ、他職種への対応や情報提供を円滑に行うこともできた。これにより、患者サービス向上やチーム医療にも貢献できている。また、診療情報管理業務で身につけたカルテの読解力や疾患の知識は、医療秘書業務での医師への情報共有や医師指示の理解を早め、円滑に業務を遂行できている。何よりもリアルタイムで診療記録の作成に関わることで記録の重要性も再認識できる。更に、兼務により医事室内での業務の停滞を防ぎ、診療の円滑化に微力ながら貢献できていることにも非常にやりがいを感じ、貴重な経験となっている。一方で、専門業務の進捗の遅れや医療秘書の新規業務への対応に苦慮する場面もあった。

**【結語】** 兼務体制は、人員不足の対応策に有効であり、業務停滞防止や診療円滑化に寄与している。また、複数業務の理解が深まることにより、全体を俯瞰できる視点が養われ、キャリアの幅が広がる魅力も見つかった。しかし、専門業務の進捗維持や新規業務への対応には課題が残る。今後は、各グループ間でより密なコミュニケーションと情報共有を行い、医事室全体で新規業務に取り組むことが重要だと考える。



特定非営利活動法人

# 日本医療マネジメント学会の入会案内と入会手続き

## Japan Society for Health Care Management

<https://jhm.umin.jp/>

### 理事長挨拶



日本医療マネジメント学会が発足して29年目になります。本学会は医療の質の向上を求めてクリティカルパスをはじめ医療福祉介護の連携、安全管理等々、医療福祉介護の現場における各種の課題の研究、提案を行い、成果を上げて参りました。

本学会の主な活動には全国学術総会の開催があります。第27回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 国立病院機構仙台医療センター名誉院長 上之原 広司 先生）は2025年7月18日、19日の2日間にわたり仙台国際センター展示棟、江陽グランドホテルで開催され、日本全国から多数参加の下に熱心な発表と討論が行われました。会員各位の御協力に感謝申し上げます。

さて、第28回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 トヨタ記念病院 病院長 岩瀬 三紀 先生）は2026年5月29日、30日の2日間にわたって“ポートメッセなごや”で開催されます。斬新かつ充実したすばらしいプログラムが企画されています。

多数の皆様の御参加をお待ち致します。

理事長 宮崎 久義

### 学会組織

- 理事会 会務を執行。
- 評議員会 学会の重要事項を審議。
- 総会 学会の最高議決機関で、学術総会時に開催。
- 委員会
  - 広報委員会：学会活動を学会会員及び学会非会員へ提供。学会ホームページの運用。
  - 企画委員会：学会主催のセミナーなどの企画・開催、学会発行の書籍の企画・出版。
  - 学会雑誌編集委員会：学会雑誌の企画、発行。
  - クリティカルパス委員会：クリティカルパスの開発普及及びクリティカルパス・ライブラリーを運営。
  - 医療安全委員会：医療安全全般に係る情報の収集、分析、発信。
  - 地域医療委員会：地域の医療の在り方、地域医療支援病院に関する検討。
  - 医療の質委員会：患者中心の医療の質の評価手法、医療の質の向上・維持手法について検討。
  - 保険・医療制度対策委員会：学会活動で明らかになった諸問題に対し、関連機関へ働きかけ。
  - DX委員会：DXに関する検討。
  - 薬事委員会：薬事全般に関する検討。
  - 倫理・COI委員会
  - 個人情報保護委員会
- 分科会等 地域連携分科会、医療安全分科会、医療福祉連携講習会、医師事務作業補助者指導者養成講習会、クリティカルパス実務者・指導者養成講習会などの開催。
- 支部 各都道府県に支部を設置し、支部学術集会、研修会などの企画、運営。

### 入会申し込み

- 一般正会員 学会の趣旨に賛同される個人
  - 年会費 医師・歯科医師 10,000円
  - 医療スタッフ・福祉・一般 7,000円
- 主な特典 日本医療マネジメント学会雑誌（年間5冊出版）、News Letterの提供
- 賛助会員 学会の趣旨に賛同される企業など
  - 年会費 100,000円
  - 主な特典
    - ・一般正会員1名と同等の特典
    - ・学会主催展示会で優先的に展示場所割当
- 会計年度 本学会の会計年度は4月～翌年3月です。
- 入会申し込み 所定の入会申込用紙に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにてお申し込みください。本学会ホームページからも入会手続きは可能ですのでご利用下さい。

特定非営利活動法人  
日本医療マネジメント学会

〒860-0806

熊本市中央区花畑町1番1号  
大樹生命熊本ビル 3階

TEL:096(359)9099

FAX:096(359)1606

E-mail: office@jhm.or.jp

<https://jhm.umin.jp/>

© 2026.1

## 設立の経緯

日本医療マネジメント学会は、1998年6月に発足したクリティカルパス研究会を基盤にして設立されました。クリティカルパス研究会は、クリティカルパスを中心にした医療マネジメントのノウハウやツールを研究・開発する目的で、有志の医療関係者が集まって活動していた研究会です。その活動は、1998年6月に第1回定例会を開催、1999年11月までに講演会等を含め14回開催されました。中でも1999年6月に開催した第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム（つくば市）では、約1,800名の参加者があり、医療マネジメントへの関心の高さを認識しました。これを契機に、クリティカルパスをはじめ医療現場の課題を取り上げ、研究活動の更なる拡大を目的に学会に移行し、今日に至ります。

## 沿革

- |            |  |         |  |
|------------|--|---------|--|
| 1998年6月    | 第1回クリティカルパス研究会   | 9月      | 雑誌「イザイ」創刊  |
| 1999年6月    | 第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム<br>(第1回学術総会)<br>【6月5日 つくば国際会議場<br>会長 小関 迪 (筑波記念病院長)】  | 11月     | 医療安全分科会 (名称変更)<br>「カルテレビューと安全ラウンドの実践」  |
| 9月18日      | 医療マネジメント学会設立   | 2007年6月 | 日本学術会議協力学術研究団体指定   |
| 2000年3月~4月 | 学会設立記念セミナー全国7都市で開催   | 7月      | 第9回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「医療のより良い提供体制とより良い利用方法を求めて<br>—限りある医療資源を有効利用するために—」<br>【7月13日~14日 グランドプリンスホテル新高輪<br>国際館パミール<br>会長 落合 慈之 (NTT東日本関東病院長)】 |
| 5月         | 医療マネジメント学会ホームページ開設   | 2008年5月 | 書籍「5日間で学ぶ 医療安全超入門」発行   |
| 6月         | 第2回医療マネジメント学会学術総会<br>「さらなる医療の質の向上をめざして<br>—第2世代のクリティカルパス—」<br>【6月9日~10日 熊本県立劇場<br>会長 宮崎 久義 (国立熊本病院長)】                          | 6月      | 第10回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「安全・安心・信頼の医療<br>~未来につづく地域医療連携~」<br>【6月20日~21日 名古屋国際会議場<br>会長 稲垣 春夫 (トヨタ記念病院院長)】                                      |
| 7月         | 第1回医療連携セミナー「地域医療連携の実践」   | 10月     | 平成20年度第1回医療連携分科会 (名称変更)<br>「医療計画を理解する<br>~これからの地域医療連携の展望と課題」   |
| 2001年6月    | 第3回医療マネジメント学会学術総会<br>「21世紀の医療サービスを考える」<br>【6月8日~9日 パシフィコ横浜<br>会長 小林 寛伊 (NTT東日本関東病院長)】  | 2009年6月 | 第11回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「新しい医療連携構築への展開<br>—医療・保健・福祉の地域活性化をめざして—」<br>【6月12日~13日 長崎ブリックホールほか<br>会長 米倉 正大 (国立病院機構長崎医療センター院長)】                   |
| 10月        | 第1回リスクマネジメント・セミナー<br>「患者の安全確保をめざして」  | 11月     | 2009年度第1回電子化分科会 (名称変更)<br>「地域医療ネットワークのIT化<br>—地域医療連携の現状とこれからのIT化の展望を問う!」   |
| 12月        | 書籍「新たな医療連携の実践—その現状と方策—」発行  | 2010年5月 | 2010年度第1回医師事務作業補助者講習会(第1クール)、<br>書籍「がん地域連携クリティカルパス<br>—がん医療連携とコーディネート機能—」発行  |
| 2002年1月    | クリティカルパスセミナー<br>「クリティカルパスの導入と展開」   | 6月      | 第12回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「チームでめざすこれからの医療<br>—良質で安全な医療サービスの提供のために—」<br>【6月11日~12日 札幌コンベンションセンターほか<br>会長 秦 温信 (札幌社会保険総合病院院長)】                   |
| 6月         | 第4回医療マネジメント学会学術総会<br>「効率的で安心できる医療を実践するために」<br>【6月28日~29日 京都都会館・京都市勤業館<br>会長 岡 隆宏 (京都第一赤十字病院長)】                                 | 7月      | 2010年度医療福祉連携講習会 (第1クール)  |
| 7月         | 書籍「急性期病院のあり方と外来分離」発行   | 11月     | 2010年度第2回医師事務作業補助者講習会(第1クール)   |
| 10月        | 第1回クリティカルパス実践セミナーin熊本  | 2011年4月 | 医療福祉連携士第1期生認定  |
| 2003年1月    | 第1回電子カルテセミナー<br>「電子カルテ導入を目指して」   | 5月      | 2011年度第1回医師事務作業補助者講習会(第1クール)   |
| 2月         | 書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」発行  | 6月      | 第13回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「地域で守る患者中心の医療—チーム医療と医療連携」<br>【6月24日~25日 京都市勤業館みやこめっせほか<br>会長 香川 恵造 (市立福知山市市民病院院長)】                                   |
| 6月         | 第5回医療マネジメント学会学術総会<br>「医療改革としての医療マネジメント」<br>【6月13日~14日 仙台国際センター<br>会長 山内 英生 (国立仙台病院名誉院長)】                                       | 7月      | 書籍「医療安全のリーダーシップ論」発行、<br>2011年度医療福祉連携講習会 (第1クール)  |
| 10月        | 書籍「クリティカルパス実践セミナーテキスト」発行   | 10月     | 2011年度第2回医師事務作業補助者講習会 (第1クール)  |
| 2004年1月    | 書籍「地域医療支援病院と医療連携のありかた」発行   | 2012年6月 | 2012年度第1回医師事務作業補助者講習会 (第1クール)  |
| 2月         | 書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」韓国版発行   | 7月      | 2012年度医療福祉連携講習会 (第1クール)  |
| 6月         | 第6回医療マネジメント学会学術総会<br>「患者中心の医療を考える<br>—クリティカルパスのより良い、より広い活用方法を求めて—」<br>【6月18日~19日 サンポートホール高松<br>香川県県民ホール<br>会長 原田 英雄 (香川労災病院長)】 | 10月     | 2012年度第2回医師事務作業補助者講習会 (第1クール)  |
| 7月         | 書籍「クリティカルパス最近の進歩2004」発行、<br>書籍「電子カルテシステムの普及に向けて」発行   | 2013年6月 | 第15回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「とりもどそう あたがいの故郷を<br>—地域との協働で拓く医療の未来—」<br>【6月14日~15日 マリオス (盛岡市民文化ホール) ほか<br>会長 望月 泉 (岩手県立中央病院院長)】                     |
| 10月        | 雑誌「医療安全」創刊   | 7月      | 2013年度第1回医師事務作業補助者講習会 (第1クール)  |
| 2005年4月    | 書籍「研修医のためのクリティカルパス活用ガイド」発行   | 10月     | 書籍「ねころんで読める<br>WHO患者安全カリキュラムガイド」発行、<br>2013年度医療福祉連携講習会 (第1クール)   |
| 6月         | 書籍「クリティカルパスの新たな展開」創刊   |         |  |
| 6月         | 第7回医療マネジメント学会学術総会<br>「安全かつ最良最適な医療の提供を目指して」<br>【6月24日~25日 福岡国際会議場 福岡サンパレス<br>会長 朔元 則 (国立病院機構九州医療センター院長)】                        |         |  |
| 7月         | 雑誌「連携医療」創刊   |         |  |
| 8月         | 特定非営利活動法人化   |         |  |
| 9月         | 書籍「臨床指標の実践」発行  |         |  |
| 2006年1月    | 第4回電子カルテ分科会 (名称変更)<br>「医療情報システムの標準化と情報保護」  |         |  |
| 5月         | 地域連携クリティカルパス分科会  |         |  |
| 6月         | 第8回日本医療マネジメント学会学術総会<br>「医療の安全と質—医療・介護は人材制の改革をめぐって—」<br>【6月16日~17日 パシフィコ横浜<br>会長 高橋 俊毅 (国立病院機構横浜医療センター院長)】                      |         |  |

2013年11月	2013年度第2回医師事務作業補助者講習会(第1クール)	2020年10月	書籍「医療安全研修テーマ・実践例集 研修が活性化する計画から実施のコツまで」発行
2014年5月	2014年度第1回医師事務作業補助者講習会(第1クール)	2021年7月	第23回日本医療マネジメント学会学術総会 「今、医療・介護に大切なこと～変革に挑戦する～」 【7月15日～30日 完全Webオンデマンド配信 会長 亀山 雅男 (社会医療法人生長会ベルランド総合病院理事長)】
6月	第16回日本医療マネジメント学会学術総会 「楽しく働くために 一医療の進むべき姿を求めて～」 【6月13日～14日 岡山コンベンションセンターほか 会長 青山 興司 (国立病院機構岡山医療センター名誉院長)】	9月	2021年度医療福祉連携講習会(第1クール)
7月	2014年度医療福祉連携講習会(第1クール)	2022年7月	第24回日本医療マネジメント学会学術総会 「持続可能な地域医療を目指して ～機能分化・連携と人材マネジメント～」 【7月8日～9日 神戸ポートピアホテル 神戸国際会議場 会長 大西 祥男(地方独立行政法人加古川市民病院機構 理事長 兼 加古川中央市民病院院長)】
10月	2014年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)	2023年2月	2022年度地域連携分科会(名称変更)
2015年5月	2015年度医療福祉連携講習会(第1クール)、 2015年度第1回医師事務作業補助者講習会(第1クール)	6月	第25回日本医療マネジメント学会学術総会 「『病院医療の展望』～「パンデミック・災害と BCP」から「求められる医療」へ～」 【6月23日～24日 パシフィック横浜 会長 山本 登 (横浜メディカルグループ第1名記念病院理事長)】
6月	第17回日本医療マネジメント学会学術総会 「医療における不易流行～変わらないもの、変わるもの～」 【6月12日～13日 グランキューブ大阪(大阪国際会議場) 会長 山根 哲郎 (パナソニック健康保険組合松下記念病院院長)】	8月	書籍「医療・看護現場の心理的安全性のすすめ」発行、 2023年度医療福祉連携講習会(第1クール)
7月	書籍「ストレス要因別 「防げたはず」のエラーが起こる瞬間」発行	10月	2023年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)
10月	2015年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)	2024年6月	第26回日本医療マネジメント学会学術総会 「信頼と調和による医療マネジメント ～地域と共に質の高い、安全な医療をつくる～」 【6月21日～22日 福岡国際会議場、福岡サンパレス 会長 中野 祐司(福岡赤十字病院院長)】
2016年4月	第18回日本医療マネジメント学会学術総会 「明るい病院改革 ～改善とイノベーションで切り拓く明日の最適医療～」 【4月22日～23日 福岡国際会議場 福岡サンパレス 会長 田中 二郎(飯塚病院名誉院長)】	8月	2024年度医療福祉連携講習会(第1クール)
6月	2016年度医療福祉連携講習会(第1クール)、 2016年度医師事務作業補助者講習会(第1クール)	9月	2024年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)
9月	書籍「そのときどうする!? 予期せぬ急変・死亡時の現場対応マニュアル」発行	2025年7月	第27回日本医療マネジメント学会学術総会 「少子・高齢化時代の医療マネジメント ～医療・介護に求められる変革～」 【7月18日～19日 仙台国際センター 展示棟ほか 会長 上之原 広司 (国立病院機構仙台医療センター名誉院長)】
10月	2016年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)	9月	書籍「最新クリティカルパス教本」発行、 書籍「患者と自分たちを守るKY/T防災ブック 災害への 備えと「そのとき」取るべき行動がわかる!」発行
2017年5月	2017年度医師事務作業補助者講習会(第1クール)	2025年6月	2025年度医療福祉連携講習会(第1クール) 2025年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)
7月	2017年度医療福祉連携講習会(第1クール)、 第19回日本医療マネジメント学会学術総会 「地域を守るあたたかな医療 ～患者・職員の満足をめざして～」 【7月7日～8日 仙台国際センター 会長 田所 慶一 (国立病院機構仙台医療センター名誉院長)】		
10月	2017年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)		
2018年6月	第20回日本医療マネジメント学会学術総会 「信頼-地域に根ざした強いチーム力を培う～」 【6月8日～9日 ニトリ文化ホールほか 会長 磯部 宏(KKR札幌医療センター病院長)】		
7月	2018年度医療福祉連携講習会(第1クール)		
10月	2018年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)		
2019年1月	2018年度クリティカルパスワークショップ		
6月	2019年度医療福祉連携講習会(第1クール)		
7月	第21回日本医療マネジメント学会学術総会 「私たちの働き方改革 ～良質で成熟した日本の医療をめざして～」 【7月19日～20日 名古屋国際会議場 会長 絹川 常郎(地域医療機能推進機構中京病院院長)】		
8月	書籍「臨床事例で学ぶコミュニケーションエラーの “心理学的”対処法」発行、		
10月	2019年度医師事務作業補助者指導者養成講習会(第1クール)		
2020年10月	第22回日本医療マネジメント学会学術総会 「病院ビッグデータ革命～データ活用による「医療の質」 「医療・介護連携」の飛躍(Leap)を求めて～」 【10月6日～7日 みやこめっせ(京都市勧業館)ほか 会長 三木 恒治(済生会滋賀県病院院長)】		

## 学会の活動

- 学術総会の開催
- 日本医療マネジメント学会雑誌の発行(5冊/年)
- News Letterの発行
- 書籍発行
- 地域連携分科会、医療安全分科会、医療福祉連携講習会、  
医師事務作業補助者指導者養成講習会、  
クリティカルパス実務者・指導者養成講習会などの開催
- 保健医療政策に対する関係機関への働きかけ
- 委員会の開催
- 支部学術集会の開催

第28回日本医療マネジメント学会学術総会  
2026年5月29日(金)～30日(土)  
ポートメッセなごや  
会長：岩瀬 三紀  
(トヨタ記念病院 病院長)

日本医療マネジメント学会への入会のご案内（郵送または FAX による申込方法）

※ホームページからの入会方法は <https://jhm.umin.jp/> をご覧下さい。

**入会申込(一般正会員及び賛助会員):入会されますと退会の申し出があるまで自動継続になります。**

◎**一般正会員** 学会の趣旨に賛同される個人

**年会費 医師・歯科医師 10,000 円**

**医療スタッフ・福祉・一般 7,000 円**

**主な特典**

・日本医療マネジメント学会雑誌（年間 5 冊出版）、News Letter 提供

**手続き**

一般正会員のお申込は、次頁の一般正会員入会申込書を記入し、郵送または FAX にて学会事務局までお送り下さい。

入会申込書受理後、学会事務局より年会費の払込取扱票をお届けしますので、郵便局またはコンビニエンスストアでお振り込み下さい。年会費のご入金確認後、学会会員番号通知をお届けします。学会会員番号通知がお手元に届きましたら、手続きは完了です。

メールアドレスをご登録頂いた方には、年会費のご入金確認後、メールにて会員マイページのご案内をお届けします。会員マイページにログイン後、学会会員番号をご確認頂けます。

なお、一般正会員の入会申込は学会ホームページからも可能です。

※入会申込を頂いてから、学会会員番号通知がお手元に届くまで 10 日ほどかかります。

◎**賛助会員** 学会の趣旨に賛同される企業など

**年会費 100,000 円**

**主な特典**

- ・一般正会員 1 名と同等の特典
- ・学会主催展示会で優先的に展示場所割当

**手続き**

賛助会員のお申込は、別途所定の申込用紙がございますので学会事務局までご連絡下さい。

※ 会計年度は 4 月～翌年 3 月です。年度途中の入会であっても年会費全額を納入して頂きます。

※ 入金された日が入会日となります。

※ 一度入金された年会費は返金できませんので、ご注意下さい。

※ 過去に本学会会員となられ、年会費の滞納を理由に退会された方が、再入会を希望される場合は、滞納分年会費をお支払い頂く必要がございます。入会申込書受理後、学会事務局より滞納分と新規入会分を合わせた年会費の払込取扱票をお届けいたします。

※ 退会希望の場合、退会希望年度の末日(3月31日必着)までに退会手続きをして下さい。

# 【日本医療マネジメント学会一般正会員入会申込書】

(郵送または FAX でのお申込)

日本医療マネジメント学会事務局 宛 〒860-0806 熊本市中央区花畑町 1-1 大樹生命熊本ビル 3 階  
**FAX 096-359-1606** TEL 096-359-9099 E-mail office@jhm.or.jp

入会申込日	年 月 日		
会員種別	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療スタッフ・福祉・一般    (いずれかに✓)		
ふりがな	性 別 (いずれかに✓)		
氏名	□男 ・ □女		
勤務機関	名称		
	所属・役職		
	職種 (いずれかに○)	1.医師・歯科医師 2.看護師・保健師・助産師 3.薬剤師 4.臨床検査技師 5.診療放射線技師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.臨床工学技士 10.管理栄養士 11.社会福祉士 12.精神保健福祉士 13.公認心理師 14.診療情報管理士 15.事務 16.企業 17.その他 ( )	
	所在地	〒	
	電話番号	FAX 番号	
	E-mail	※同一のメールアドレスを複数人で使用することはできませんので 個人のメールアドレスをご記入ください。	
		当学会からのメールの配信を希望されない方は、 右記にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> メール配信を希望しない	
自宅	住所	〒	
	電話番号	FAX 番号	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅    (いずれかに✓)    ※学会雑誌の送付先となります。		
生年月日	(西暦) 年 月 日		
事務局 使用欄			受付印

# 第28回 日本医療マネジメント学会 学術総会

The 28th Annual Meeting of the Japan Society for Health Care Management



地域住民の健康寿命を延伸する医療マネジメント  
～医療および福祉施設の健康的な経営も視点にいれて～

2026年5月29日(金)・30日(土)

会場 | ポートメッセなごや

会長 | 岩瀬 三紀

トヨタ記念病院  
病院長



早期参加登録受付期間

2025年10月1日(水)10:00～  
2026年4月24日(金)14:00～

演題登録受付期間

2025年10月1日(水)10:00～  
12月15日(月)正午



# 日本医療マネジメント学会 第28回熊本県支部学術集会

## 協賛一覧

本学術大会の開催にあたり、多くの企業様からのご協力をいただきました。  
深く感謝申し上げます。

※順不同

### ■企業展示

アルファエネシア株式会社  
LifeScan Japan 株式会社  
株式会社 ispec

### ■広告協賛

株式会社メディアックス  
アライドテレシス株式会社  
キヤノンメディカルシステムズ株式会社  
協同組合福  
アークレイマーケティング株式会社  
株式会社八尾ムトウ  
ワタキューセイモア株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社  
戸田建設株式会社

### ■寄附協賛

ダイエットフード株式会社  
株式会社皆楽園  
株式会社サンレイメディカル  
株式会社 建吉組  
コマニー株式会社  
富士テレコム株式会社  
カナヤ医科器械株式会社  
アイティーアイ株式会社  
有限会社西日本防災システム  
内村酸素株式会社

## 日本医療マネジメント学会 第28回熊本県支部学術集会

---

学術学会会長：那須 二郎

事務局：国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院  
〒862-0965 熊本市南区田井島 1-5-1

運営事務局：株式会社コンベンションサポート九州内  
〒862-0975  
熊本市中央区新屋敷 1-14-35 クロススクエア熊本九品寺 7F-F  
TEL.096-373-9188  
FAX.096-373-9191  
E-mail : [jhm28kumamoto@higo.co.jp](mailto:jhm28kumamoto@higo.co.jp)

# 病院経営をもっと強く、もっと優しく

## 物品購入支援

価格交渉  
台帳整備  
予算管理  
発注サポート

## 移転支援

移転計画/運用計画  
患者搬送計画  
移転費用圧縮

## DX化支援

SNS活用/広報支援  
部門システム導入  
システム連携化

## 建築支援

医療設備調整/圧縮案  
追加工事回避  
定例会サポート

## 人材支援

人材計画案  
スタッフ紹介  
再就職支援



※当社支援メニューの一例です。

様々なお悩みを経験豊富なコンサルタントと一緒に解決します！



まずはお気軽にご連絡ください

☎ 03-5614-0961(代表)

医療機関向け総合コンサルティング会社  
株式会社メディアックス



[所在地] 〒103-0002  
東京都中央区日本橋馬喰町1-8-8森忠ビル  
[HP] <https://medi-ax.jp>  
[メール] [kanri@medi-ax.jp](mailto:kanri@medi-ax.jp)

HP



# 快適かつ安全な ネットワークで 医療DXを支援

Allied Telesis  
HEALTHCARE  
SOLUTION



医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた  
ソリューションガイドブックを無料提供中!!

## ガイドブックのダウンロード方法

1 下の二次元コードを  
読み込んでアクセス



2 URLでアクセス

<https://www.allied-telesis.co.jp/it-infra/industry/medical/>

アライドテレシスの医療機関向けソリューションはこちら

アライドテレシス 医療 検索



 Allied Telesis

アライドテレシス株式会社 <https://www.allied-telesis.co.jp>  
〒141-0031 東京都品川区西五反田7-21-11 第2TOCビル



医療・福祉のスマート経営に、  
アプリケーションは自由自在。



多様な業務をコーディネートし、お客様に合ったサービスをお届けします。  
業務内容の組み合わせも、お気軽にご相談ください。

**WATAKYU GROUP**

## ワンストップで医療・福祉事業経営を支える ワタキューグループの包括委託サービス

包括的に一元的に医療経営・福祉事業経営をサポートするサービスは、ワタキューグループ各社の協力体制で実現しています。

- ワタキューセイモア(株) / リネンサプライ、販売、請負業務、総合サポート
- (株)メディカル・プラネット / 医療福祉系人材紹介・派遣・請負業
- 日清医療食品(株) / 給食の受託業務、食事宅配サービス事業
- 古久根建設(株) / 総合建設業、医療・福祉施設の設計・施工
- (株)フロンティア / 保険薬局の経営、福祉用具のレンタル・販売



健康と快適の明日を考える  
**ワタキューセイモア株式会社**

[www.watakyu.co.jp](http://www.watakyu.co.jp)

本 部 / 〒600-8416 京都市下京区烏丸通高辻下ル薬師前町707 烏丸シティコアビル  
TEL.075-361-4130  
九州支店 / 〒845-8506 佐賀県小城市小城町227-2 TEL.0952-72-5111  
熊本営業所 / 〒861-4156 熊本県熊本市南区富合町田尻587 TEL.096-358-6442



**FUJIFILM**  
Value from Innovation

画像診断支援の新たな未来へ挑む

胸部X線画像病変検出ソフトウェア

**CXR-AID**



**REiLI**

Medical AI Technology

AI技術<sup>\*</sup>を活用して胸部単純X線画像の「結節・腫瘤影」「浸潤影」「気胸」診断を支援

※ AI技術のひとつであるディープラーニングを設計に用いた。導入後に自動的にシステムの性能や精度が変化することはない。



胸部X線画像病変検出ソフトウェア CXR-AID  
販売名: 胸部X線画像病変検出 (CAD)プログラム LU-AI689型  
承認番号: 30300BZX00188000  
※ご利用いただくにはアプリケーションがインストールされた高速処理ユニットが必要です。

製造販売業者: 富士フイルム株式会社  
販売業者: 富士フイルム メディカル株式会社  
〒106-0031 東京都港区西麻布2丁目26番30号 富士フイルム西麻布ビル  
TEL.03-6419-8040 (代) URL <https://fujifilm.com/fms/>

**Build the Culture.**

人がつくる。人でつくる。



**戸田建設株式会社**

九州支店

執行役員支店長 重本 彰

九州支店 〒810-8502 福岡県福岡市中央区天神 2-13-7 TEL (092) 753-4111

# 外国人介護技能実習生の受入れなら 協同組合福にお任せください



## ★こんなお悩みありませんか？

- ☑ 人材募集しても集まらない
- ☑ 若手職員が定着しない
- ☑ 外国人受入れが不安

私たちが解決します！！

技能実習生は最低でも3年間、特定技能に移行すれば更に5年勤務ができます。

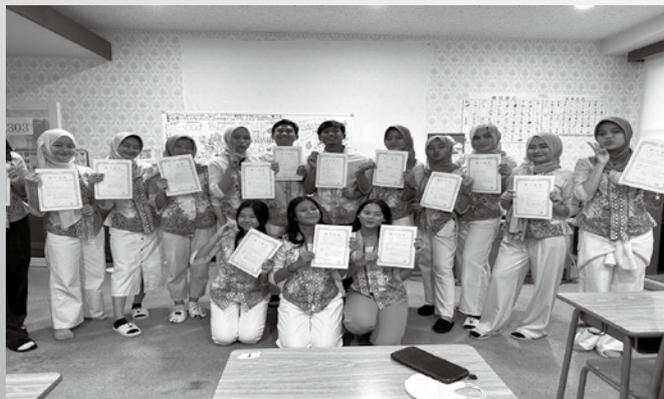
## ★福の強み

- ☑ 介護分野に特化
- ☑ 日本語教育・生活指導のサポート
- ☑ インドネシア語通訳が常駐
- ☑ 緊急時の迅速対応
- ☑ 特定技能への移行支援も可能

素朴で謙虚で真面目な若者たちで  
互いにリスペクトできます。

## 福のサポート内容

- ・ 送出し機関の選定・面接調整・入国在留手続き事務支援・入国後研修
- ・ 定期監査・書類作成サポート・官公庁及び機構への取次・毎月の定期訪問



## ◆ これまでの実績

- ・ 提携送出国インドネシア
- ・ これまでに病院、介護施設等に約400人ご紹介しています。
- ・ 北海道から九州まで全国各地に案内しております。

## 協同組合 福

〒370-0861

群馬県高崎市八千代町2-3-7

☎ 027-388-9150

担当窓口 馬場 岩崎

✉ [info@k-fuku.net](mailto:info@k-fuku.net)

<https://www.k-fuku.net>

# Canon

日常生活の中で、臥位では症状が現れず、  
立位や座位で症状が現れるケースがあります。  
立位・座位撮影により、臥位撮影では得られなかった画像を提供し、  
新たな診断価値を創出します。



臥位・立位・座位での撮影が可能なマルチポジション CT

## *Aquilion Rise*

通常の撮影も行え、状況に合わせた  
撮影が可能なフレキシブルな CT です。



【一般的名称】  
全身用 X 線 CT 診断装置  
【販売名】  
CT スキャナ Aquilion Rise TSX-402A  
【認証番号】  
306ACBZX00036000

B001288