

## 第2回 TQC大会

【日時】平成 20 年 4 月 25 日(金)午後 5 時 30 分～

【場所】講堂 【出席者】185 名 【テーマ】IT化の諸問題

### ■プログラム

#### 【座長】

前半－土江克彦事務長 後半－西田三代子副看護部長

#### 【アドバイザー】

岩下吉弘氏(姫路経営者協会委託・QCサークル本部指導員・日本科学技術連盟上級指導士)

※各演題(発表)ごとに講評と総評を頂く

#### 【演題】(パネルのみ)

|   |   |                |
|---|---|----------------|
| 1 | がん化学療法の処方オーダーの適正化★                      | 【薬剤科】Re・Gメン    |
| 2 | 他職種と共同して頑張ろう！<br>リハビリテーション総合実施計画書とADL加算 | 【リハビリ科】りはびりなかま |
| 3 | 電子カルテを含むシステムダウン時の対応                     | 【検査科】ちょっと待って   |
| 4 | システムダウンした時のスムーズな作業                      | 【栄養管理科】スムージー   |

#### 【演題】(口演のみ)

|   |                               |                   |
|---|-------------------------------|-------------------|
| 1 | 画像を正しく配信する                    | 【画像診断科】魅せます       |
| 2 | 新医事システム導入に伴う保険証確認<br>業務改善について | 【医事課】保険証確認改善対策チーム |
| 3 | 汎用入力・実施を確実にいきなりコスト漏れをなくす      | 【8病棟】チェリーブロッサム    |
| 4 | 頓服薬のオーダー漏れをなくす                | 【4病棟】オーダー漏れ見はり隊   |
| 5 | 迅速かつ正確な経理処理                   | 【事務部門】<br>財務システムズ |

#### 【優秀賞】

「がん化学療法の処方オーダーの適正化」 薬剤科(Re・Gメン)

H20年6月6日(金)近畿ブロック大会へ参加

# 「がん化学療法処方オーダーの適正化」

サークル名 「 Re・Gメン 」

八鹿病院 薬剤部

松下 祐一  
三谷 安亮  
高橋 一仁  
小野山 真一郎

## 病院紹介

公立八鹿病院は、兵庫県北部の青田馬地方に位置する地域中核病院、へき地中核病院、災害拠点病院であって、地域に役立つ病院をモットーに医療に取り組んできました。

本院は昭和24年の開設ですが、新病院が平成19年9月に完成しました。新病棟は11階建420床で、一般病床295床、療養型55床、回復期リハビリ50床、緩和ケア20床であり、併設の老人保健施設、訪問看護センターと合わせて、急性期、亜急性期、慢性期のあらゆる病期に適した医療提供体制を整えています。保健活動では、各種がん検診、人間ドック、大型バスによる出張超音波検診を実施し、生活習慣病予防のための健康外来も設けて、病気の予防や早期発見に努めています。

### 病院の基本理念

【私たちは、地域中核病院として、医の倫理を基本に、質の高い医療と優れたサービスをもって、住民の健康を守り、地域の発展に尽くします。】



## 薬剤部紹介



病院薬剤師には医薬品の適正使用の推進と薬物治療における安全性確保が求められています。薬剤部では次にあげる三つの業務を中心に「質の高い医療と、優れたサービス」の推進を目指しています。

- 2005年から各病棟にサテライト薬局を設置している常駐型の病棟薬剤師業務。リスクマネジャーとして医薬品の安全管理に努め、病棟でチーム医療の一員としてタイムリーな薬剤管理指導を行っています。
- 1994年から行っている在宅薬剤管理業務。直接患者宅に伺い、生活に密着した服薬指導をしています。
- リスクの高いがん「化学療法において、外来、入院すべての抗癌剤の注射を安全かつ正確に調製しています。



## がん化学療法について

- 院内で行う、がん化学療法は事前に、化学療法委員会の承認が必要です。
- 医師は、がん化学療法が決定した場合は、各診療科・病棟から前日16時までに予定オーダーを終えること。
- 薬剤部では前日、予定準備箋をプリントアウトし、「レジメンの照合」と「薬剤の準備」をする。
- 当日投与決定後薬剤部で無菌調製を行い、化学療法室・病棟に搬送する。
- 化学療法室・病棟では、医師による確認の後実施する。

抗がん剤の調製



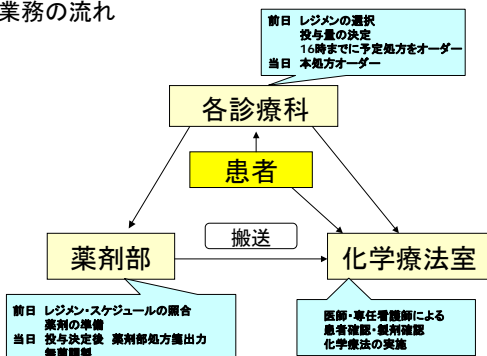
薬剤部にある化学療法調製室で安全キャビネットを用いて無菌的に調製している

外来化学療法室



リクライニングベッドが6台配備され、看護師の観察のもとでリラックスして治療を受けることができる

## 業務の流れ



## テーマの選定

### 1) テーマの選定背景

電子カルテ導入後、1年を経過した。TQC大会を行うにあたり院長より「IT化 にもなう諸問題」がテーマとして発表され業務の効率性と見直しをはかることになった。

### 2) テーマの選定理由

がん化学療法は、リスクの高い薬物療法である。ゆえに、安全な薬物治療を行うためには、事前の準備と複数のスタッフによる、チェックが必要である。

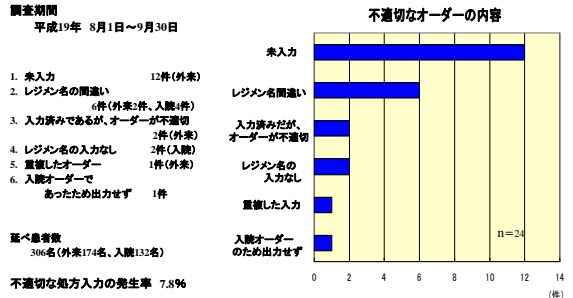
処方オーダーが不適切な場合、またオーダーされていない場合は、予定処方箋がプリントアウトできない。その場合、薬剤の準備、前日処方との照合が出来ないなどの弊害がある。

他にもレジメン名が間違っている処方があり、これらを改善したいと考えた。

### 活動計画 役割分担

| 活動項目    | 担当  | 計画 |    |    |     |     |     |    |    |   |   |
|---------|-----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|---|---|
|         |     | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 |   |   |
| テーマ選定   | 薬剤部 | →  |    |    |     |     |     |    |    |   |   |
| 現状把握    | 全員  | →  | →  | →  |     |     |     |    |    |   |   |
| 目標設定    | 松下  |    |    | →  | →   |     |     |    |    |   |   |
| 要因分析    | 高橋  |    |    | →  | →   |     |     |    |    |   |   |
| 対策立案    | 小野山 |    |    | →  | →   |     |     |    |    |   |   |
| 対策実施    | 全員  |    |    | →  | →   | →   | →   |    |    |   |   |
| 効果の確認   | 三谷  |    |    |    |     |     |     | →  | →  |   |   |
| 歯止め・標準化 | 松下  |    |    |    |     |     |     |    | →  | → |   |
| 反省・まとめ  | 松下  |    |    |    |     |     |     |    |    | → | → |

### 現状把握

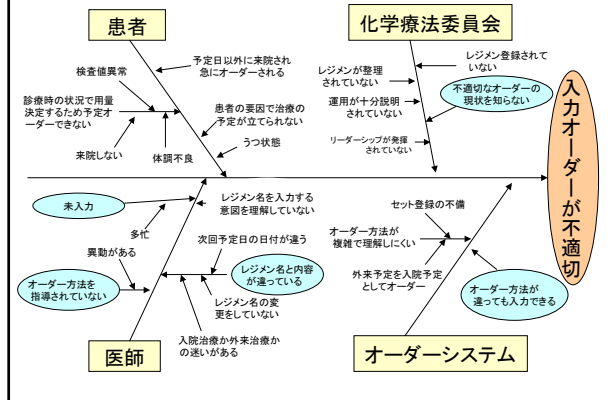


### 目標設定

不適切な処方オーダーの発生率を  
50%減少(7.8%→3.9%)にさせる

|       |                 |
|-------|-----------------|
| なにを   | 不適切なオーダーの発生率    |
| いつまでに | 平成19年12月31日     |
| どれだけ  | 発生率7.8%を3.9%以下に |

### 要因解析



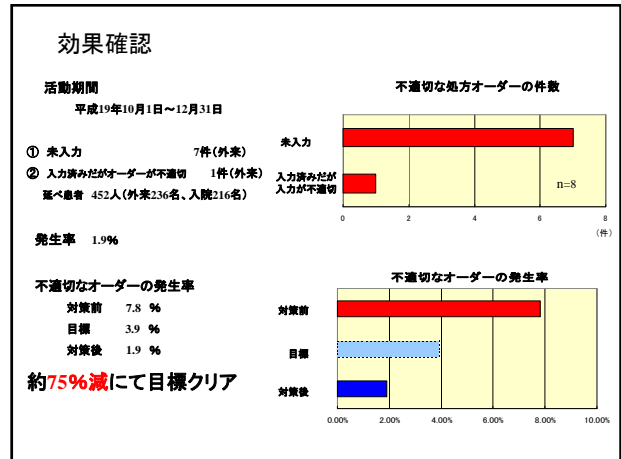
### 対策立案

◎ 5点 ○ 3点 △ 1点

| 要因                   | 対策                  | 具体策              | 効果 | 実現性 | コスト | 合計  | 対策番号 |
|----------------------|---------------------|------------------|----|-----|-----|-----|------|
| No1 不適切なオーダーの現状を知らない | 不適切なオーダーの現状を知らせる    | 化学療法委員会での現状を報告する | ◎  | ◎   | ◎   | 13点 | ①    |
| No2 オーダー方法が違って入力できる  | オーダーシステムに改善         | システムメーカーに依頼する。   | ◎  | △   | △   | 7点  | ×    |
| No3 オーダー方法を指導されていない  | オーダー方法を指導する         | 手順書をつくり指導する      | ◎  | ○   | ◎   | 13点 | ②    |
| No4 未入力              | 医師に事前のオーダーの必要性を説明する | 医師に説明し協力を依頼する    | ◎  | △   | ◎   | 11点 | ③    |
| No5 レジメン名と内容が違っている   | 間違いを連絡する            | 医師の了解の下に訂正する     | ◎  | ◎   | ◎   | 15点 | ④    |

### 対策実施

| ① | 何を             | なぜ                              | いつ         | 誰が                | どこで          | どうする                |
|---|----------------|---------------------------------|------------|-------------------|--------------|---------------------|
| ① | 不適切な処方オーダーの事例を | 不適切なオーダーがあるため                   | 化学療法委員会開催時 | 化学療法委員会の薬剤科委員(松下) | 化学療法委員会      | 業務上の現状を報告し、改善の協力を得る |
| ② | オーダーの手順を       | 外来予定オーダーの概要と正しいオーダー方法を説明する機会が無い | 就任時        | 情報企画課 化学療法担当者(松下) | 病棟・薬剤部・外来診察室 | 手順書をつくり指導する         |
| ③ | 事前入力の意義を       | 前日のチェック、薬剤の準備が必要                | 未入力判明時     | 調製担当者             | 病棟・薬剤部・外来診察室 | 処方医師に説明し協力を依頼する     |
| ④ | 正しいレジメン名を      | 医師がレジメン名を重要視していない               | 誤入力判明時     | 調製担当者             | 薬剤部          | 医師の了解の下に訂正する        |



### 標準化と管理の定着

|              | 何を        | なぜ                      | いつ        | 誰が               | どこで                 | どうする                           |
|--------------|-----------|-------------------------|-----------|------------------|---------------------|--------------------------------|
| 正しい処方オーダーの説明 | オーダー方法    | 新しい医師に外来予定オーダーの説明する場が無い | 就任時       | 情報企画課<br>化学療法委員会 | 病棟・外来<br>診察室<br>薬剤部 | 手順書に従い、外来予定オーダーの概要とオーダー方法を説明する |
| オーダーミスの訂正    | オーダーミスの訂正 | 医師にオーダーの問題点を知らせるため      | 誤入力が判明した時 | 化学療法調製担当者        | 薬剤部                 | オーダーの訂正を依頼する。                  |

### 反省と今後の課題

- ① 医師とのコミュニケーションが十分図れなかった。
- ② QC活動の経験が浅く、QC七つ道具を十分生かすことが出来なかった。
- ③ 医師は勤務異動が多く、新しく赴任したときにシステムの周知をどう図るかが課題である。
- ④ 現状では数多くのレジメンが登録されているが、使用されていないものも見受けられる。定期的なレジメンの整理や見直しが必要と思われる。

### 波及効果

業務の改善には、医師・看護師とのコミュニケーションの必要性を痛感した。責任の押し付けではなく積極的に役割をになう姿勢が大切だと思う。

第2回TQC大会2008.4.25

## 多職種と協働して頑張ろう！ リハビリテーション総合実施計画書とADL加算

医療技術部中央リハビリテーション科  
吉田 一正

### 1.テーマ

他職種と共同して頑張ろう！

リハビリテーション総合実施計画書とADL加算

### 2.サークル名: りはびりなかま

### 3.メンバー

リーダー: 吉田 一正(PT)

サブリーダー: 林 祥子(内・外・脳内チームPT)

メンバー: 近藤 直樹(整形・脳外チームPT)

守本 瑞穂(ST)

谷垣 弘行(OT)

### 4.テーマ選定理由:

一つの病棟単位で他職種が協働している、横のつながりがとりやすい回復期リハビリテーション病棟に比し、一般病棟においては、書式を運用していた以前に比し電子カルテが導入されたもののリハビリテーション総合実施計画書(\*1)とADL加算(\*2)の運用が特に看護サイドと十分な連携が確立されておらず、診療報酬請求が不十分な状況があった。

この問題を改善し連携をより強化し収益向上に繋がるものと考え選定した。

### 補足説明

\*1) リハビリテーション総合実施計画書とは定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の他職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

→2008年4月診療報酬改定では?

算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する  
480点から300点に

\*2) ADL加算とは訓練室以外の病棟(屋外を含む)において早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行なわれた場合に算定できる。訓練により向上させた能力については常に看護師等により日常生活活動に生かされるように働きかけが行なわれることが必要。当該加算を算定するには、リハビリテーション総合実施計画書の作成が義務づけられる。1単位につき30点が、実施した毎日に加算として算定可能

→2008年4月診療報酬改定では削除

発症、手術又は急性増悪、治療開始日から早期リハビリテーション加算として1単位につき30点を所定単位数に加算する

### 5. 現状把握

現状調査: 平成19年1月～平成19年7月30日(7ヶ月間)

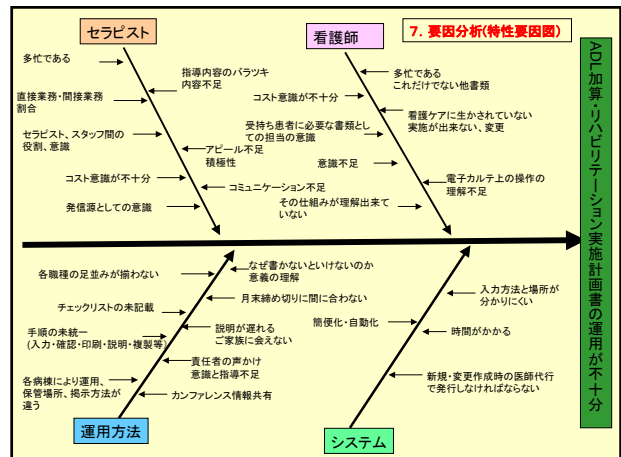
#### 平成18年度実績

一般病棟: 8,493件(月平均 707件) 254,790点(全収益の1%)  
2病棟: 32,837件(月平均2,736件) 985,110点(全収益の11%)

### 6. 目標設定

①ADL加算運用方法を確立し、コスト増収につなげる

②リハビリテーション総合実施計画書の運用方法を検討しコスト増収につなげる



## 8. 対策立案

ADL加算運用対策(別紙1)

リハビリテーション総合実施計画書運用対策(別紙2)

## 9. 効果確認 (図1・2)

活動期間:平成19年8月1日～平成20年2月30日(7ヶ月間)

調査期間ADL加算件数:5048件・151,440点 (月平均721件)

活動期間ADL加算件数:9372件・281,160点 (月平均1339件)  
→ **86%up**

調査期間リハ総合計画評価件数:825件・396,000点

活動期間リハ総合計画評価点数:578件・277,440点  
→ **30%down**

## 10. 歯止め

- ①各スタッフが共有して作成し完成させる本来のリハ総合計画書の意図する認識を深め意識づけをはかる。
- ②リハ総合計画書入力マニュアルを作成し入力方法の確認と統一をはかる。
- ③より病棟スタッフとのコミュニケーションをはかっていく。

## 11. 反省と今後の課題

- ・①整形外科、脳神経外科診療科、依頼患者数減少の影響が考えられた。
- ・②ADL加算は1.86倍と大幅な収益向上につながったが、今回の診療報酬改定にて削減となった。
- ・③リハ総合実施計画書運用はむしろ横ばい、30%ダウンの低下傾向となってしまった。今後すべての対象患者に毎月作成していかなばならず、効率的運用を確立させたい。
- ・④今後、より理解しやすいマニュアル作成、実績提示を行いセラピストや職員の意識向上をはかっていきたい

## テーマ選定理由

検査科では、20数年前より業務の効率化と、データの一元管理を目的にシステム化と自動化に取り組み、機器の更新と新規検査導入時には検査各部門のシステム構築に努めてきた。

今回2007年1月、電子カルテシステムとの接続により、電子カルテシステム、及び各部門システムを含めた、検査システムのダウン時の対応を円滑に運用するために、ダウン対策マニュアルの作成と、検証をテーマにすることにした。

1

## 問題提起 (手法:5W1H)

- ・ 対象: システムダウン時のマニュアル作成。
- ・ 目的: 電子カルテの導入に伴う、システムダウン対応マニュアルの作成。
- ・ 場所: 検査室。
- ・ 時期: 2007年11月1日～2008年1月31日
- ・ 方法: システムダウンを想定した訓練実施と、それに伴ったマニュアルの検証。

2

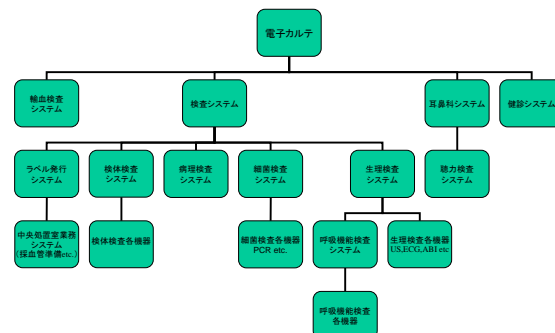
## 目標設定

- (1) 電子カルテがダウン。検査システムは作動。
  - (2) 検査システムがダウン。電子カルテは作動。
  - (3) 電子カルテ・検査システムのどちらもダウン。
- 以上のダウンを想定して①から⑥までの各部門毎のマニュアル作成とし、作成期間は2007年11月01日～2007年11月30日までとした。

- ① 検体検査システム
- ② 細菌検査システム
- ③ 輸血検査システム
- ④ 病理検査システム
- ⑤ 採血システム
- ⑥ 生理検査システム

3

## システム系統図 (検査科関係分)



4

## 作成マニュアルー1

1. 検体検査
  - ・各機器の対応マニュアル
  - ・端末ダウン対応マニュアル
2. 細菌検査システムダウン対応マニュアル
3. 輸血検査システムダウン対応マニュアル
4. 病理検査システムダウン対応マニュアル

5

## 作成マニュアルー2

5. 採血システムダウン対応マニュアル
6. 生理検査システムダウン対応マニュアル
  - ・呼吸機能システムダウン対応マニュアル
  - ・耳鼻科検査システムダウン対応マニュアル
7. ラベル発行システムダウン対応マニュアル
  - ・各検査機器の手動検査マニュアル
  - ・ラベル発行システムダウン対応マニュアル

6



## 検査システムダウンを想定した シミュレーションの実施

- 第1回:2008年2月21日(木)・・・検体検査
- 第2回:2008年3月13日(木)・・・検体検査
- 第3回:2008年3月24日(月)・・・生理検査  
以上3回実施した。

7

## シミュレーションの流れ



検査科内 緊急依頼書保管場所



依頼書と検体の確認

8



バーコード作成



バーコード貼付作業

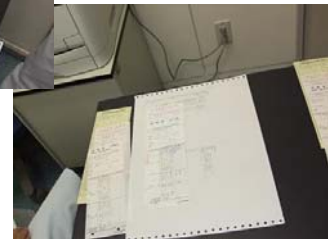


シミュレーションの流れ



## シミュレーションの流れ

依頼書と報告書の確認



10

## システムダウン対応 マニュアルの検証

各部門より作成されたマニュアルの点検・  
検証を2007年12月1日～2008年1月31日  
までの期間に実施した。

11

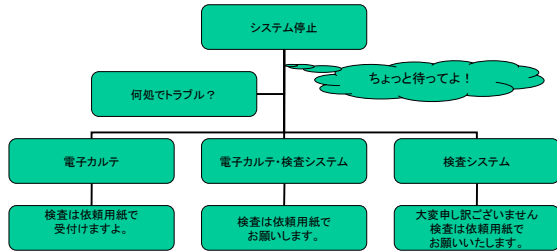
## システムダウン対応マニュアル作成 に伴った新たな改善点

- ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白検査(ラピチェックH-FABP)のワークシートの作成。(07/12に作成済)
- バックアップ用採血管ラベル添付機の稼働確認。(07/12/20確認)
- システムダウン時用耳鼻科検査依頼表の作成。(08/01作成)
- ダウン時の生化学検査報告書フォーマットの見直しと作成。(08/01/24完成)
- システムダウン時の検体バーコードラベルの作成。(08/02/04完成)
- システムダウン時に必要な検査依頼書と報告書の一元管理と新たなシステムダウン時の報告書の作成。(08/02完成)

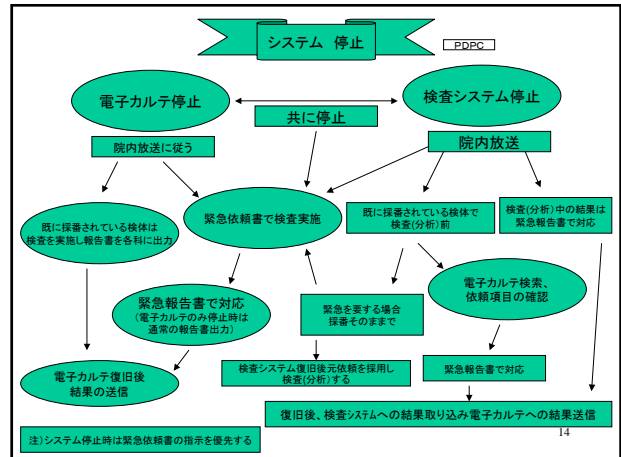
12



## システム停止時のお願い



13



14

## 今後の課題

- 伝票運用に切り替えた時、検査依頼書の確保。  
(どの部署が用度から請けるのか?)
  - 伝票運用に切り替えた時、検査依頼書の作成。  
(どの部署で作成するのか?)
  - 再来受付した患者の予約検査をどうするか?
    - 中央採血室で予約検査項目の中より、緊急検査項目の拾い上げは、繁雑で困難だ。それ以外の検査は午後測定して報告するのか。外注検査はどうするのか?
    - 検査項目の限定。(緊急検査項目の内容に)
  - 生理検査は電子カルテからオーダーする方があらゆる面で合理的だが、他の検体検査が伝票運用であるから、全体の運用の中では統一性がない。
- 以上の問題は、病院全体で考えて方向性を出すべき今後の課題と考える。

15

## 歯止め

年1-2回程度、定期的にシステムダウンを想定したシミュレーションを実施し検証をする。シミュレーションを実施する事で稀なシステムダウンに敏速に対応できる。

16

## まとめ

TQC活動に取り組み始めてまもなく、電子カルテがダウンした。その際、ダウン時のマニュアルが無いのに気づき、その必要性を痛感した。今回、検査科のテーマとしてはタイムリーであった。

ごく稀にしか発生しないシステムダウン等の事例ではあるが、検査科職員は作成したマニュアルを作っただけで終わらせず、システムダウン等が発生した場合に活用できるよう精通していることが重要である。また、作成したマニュアルに不具合がある場合や、システムの更新があった場合は随時マニュアルの見直しに努める事が必要である。

更に、取り組みの中で今回のテーマ以外のマニュアルの不足が見つかり、早急に新規のマニュアルが作成され、TQC活動の成果が現れたものと思われる。

17

リーダー：濱 靖

メンバー：西澤 真葉・和田 和久・西村 雅樹・中島 正之  
 田野 美保・西村 通昭

18

電子カルテを含む  
システムダウン時の対応  
(システムダウン時のマニュアル作成と検証)

サークル名「ちょっと待つて」  
検査科

リーダー：濱 靖  
メンバー：中島 正之・西村 雅樹・和田 和久・齊藤 真菜  
          田野 美保・西村 通昭

19

# 画像を正しく配信する

サークル名: 魅せます

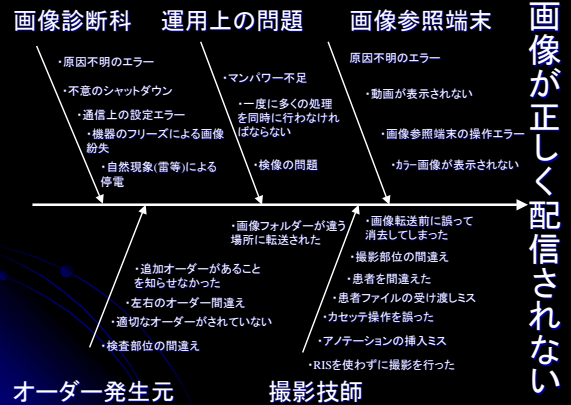
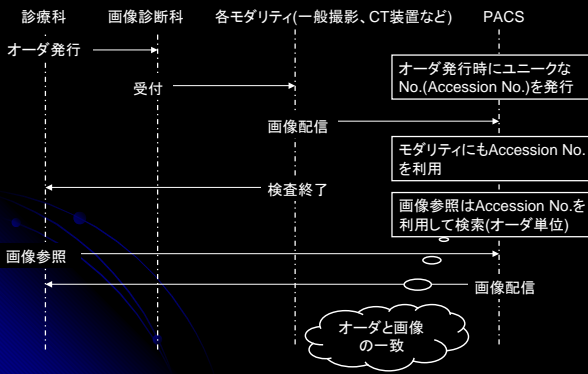
公立八鹿病院 画像診断科

- 上仲 彰洋
- 村尾 友和
- 井上 喜太郎
- 田野 真広

# テーマ選定理由

2006年11月より、一般撮影、CT検査等画像診断科における全ての検査モダリティの画像が電子化となり従来のFilmは廃止された。現在すべての画像は医用画像ファイリングシステム(PACS:Picture Achiving and Communication System)に配信され、各診療部門の画像参照端末で参照できる。電子化されたシステムでは、様々な要因によって画像表示ができなくなり、診療に障害が生じることがある。今回このような問題点を改善し、画像を正しく配信することを目的としてTQC活動を行ったので報告する。

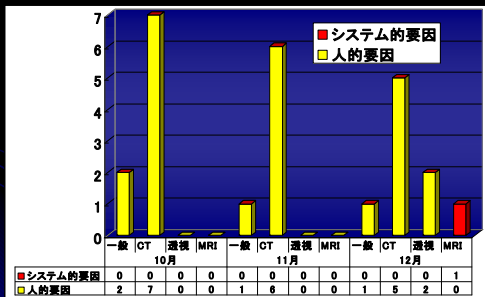
# 業務フロー(オーダー、画像データ)



# 現状把握

平成19年10月1日～平成19年12月31日

・画像表示が出来なかった事例



# 対策

標語「画像を正しく配信する」

- ・患者をフルネームで呼びましょう
- ・患者情報を読み込む時はバーコードを用いましょう
- ・受付表の名前と照射録の名前が一致するか必ず確認しましょう
- ・RIS業務は基本操作を守りましょう
- ・画像転送の確認をしましょう

## 活動期間

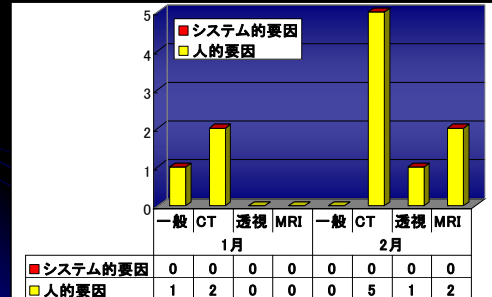
平成20年1月1日～平成20年2月29日

## 目標

「画像を正しく配信する」の標語のもと、診療に支障を来たさないように活動期間を通じて、画像表示が出来ないという事例をなくす。

## 結果

・平成20年1月1日～平成20年2月29日までの2ヶ月間で画像表示ができなかった事例が11件あった。



## 考察

一般撮影、透視検査においては各1件、MRI検査では2件、CT検査においては7件の画像表示ができない事例があった。

一般撮影において事例が少なかった。

要因

- ・受付で受付票を患者に渡すことにより患者自身が氏名・撮影部位等が確認できる。
- ・撮影時、担当技師が患者の受付票を預かり、患者確認をしている。
- ・技師がRISと撮影装置にて撮影内容を確認している。
- ・撮影した画像を確認後、画像転送を行っている。
- ・DICOM MWM、DICOM MPPSという共通規格に基づいて撮影を行っているのでヒューマンエラーが起こる可能性が低い。

CT検査においては、7件と比較的多くの事例が発生している。

要因

- ・一時期に検査が集中するための一過性のマンパワー不足。
- ・撮影や画像処理が複雑かつ煩雑
- ・撮影範囲(部位)が広範囲で、撮影画像、再構成画像が千枚単位にのぼり、大量のデータを扱う。撮影と平行して多数の画像処理を行わなければならない。(部位別の画像再構成、3D処理等)。

## 歯止め

CT検査において、画像表示が出来ない事例の報告が多かった。



ほとんどの事例が画像の転送忘れ ヒューマンエラー



午前の検査が終わった時と、午後の検査の終了時点検に担当者が画像転送のチェックを行う。

## まとめ

今回の活動により、以前より確実に画像表示が出来ない事例が減っている。CT検査においては画像表示が出来ないという事例の報告があった。歯止めとして午前の検査が終わった時と、午後の検査の終了時点検に、担当者が画像の転送が実施されているかのチェックを行うことにした。このことにより画像表示が出来ないという事例をなくすことができると考える。

医事課TQC活動

## 保険証確認改善対策チーム

～新医事システム導入に伴う保険証確認業務改善について～

医事課  
森本俊介  
田村 充  
栃下秀和  
中村孝子

## レセプト・返戻について

- レセプトとは、正式には“診療報酬明細書”と呼ばれるもので、患者が加入する公的医療保険への医療費の請求書となるもの。
- レセプトの請求にあたって、診療内容や保険証の記号・番号等記載事項について疑義が生じた場合には、審査機関や保険者より医療機関へレセプトが戻される。これを“返戻”と言う。

## テーマ選定理由

《返戻の問題点》

- 支払機関から病院に支払われる金額の保留(減額)
- 医事課の業務量の増加。

そこで・・・



- ◎ 返戻の中でも、比較的容易に防止する事ができる“保険証の記号・番号誤り”を減らし、返戻レセプトにかかる業務量の増加等を改善する事を目的としてTQC活動を行なった。

## 現状把握

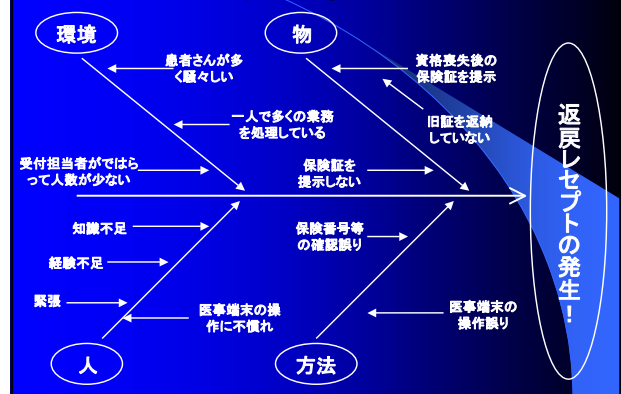
平成18年度の  
記号番号誤りによる返戻件数

| 月              | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 1  | 2 | 3  | 計   |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|-----|
| 社会保険<br>返戻件数   | 12 | 16 | 18 | 20 | 17 | 17 | 12 | 13 | 7  | 13 | 9 | 10 | 164 |
| 国民健康保険<br>返戻件数 | 5  | 1  | 0  | 1  | 0  | 6  | 4  | 2  | 1  | 0  | 0 | 0  | 20  |
| 月別合計           | 17 | 17 | 18 | 21 | 17 | 23 | 16 | 15 | 8  | 13 | 9 | 10 | 184 |

## 目標設定

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| 何を    | 保険証記号・番号誤りによる返戻を                    |
| いつまでに | 平成20年3月末日までに                        |
| どうする  | 昨年の返戻数の半分以下にする                      |
| 理由    | 返戻に伴う医事業務量を削減し、審査機関よりの支払金の保留を減少させる為 |

## 要因解析



## 問題点の明確化

なぜ、記号番号誤りによる返戻レセプトが発生するのか？

- ① 受付職員の登録誤り。(操作誤り・記号番号の見誤り)
- ② 患者が旧証を使って受診する。
- ③ 受診前に患者が保険証を提示せずに外来へ向かう。

## 対策の立案

| 重要要因             | 一次対策                                   | 二次対策                                   | 効果 | 実現性 | 採否 |
|------------------|--|--|----|-----|----|
| 受付職員の登録誤り        | 保険証のコピーをとり二人以上で確認                      | 保険制度等について受付職員(ニティ)に指導                  | ○  | ○   | 採  |
| 患者が旧証を使って受診      | ※保険者の保険証回収漏れが原因であるため対応困難               | 左に同じ                                   | ×  | ×   | 否  |
| 保険証を提示せずに外来受診をする | 再来受付機の受付条件に“過去3ヶ月以内に保険証を確認している”事を付け加える | 1ヶ月以内に保険証の確認をしていない場合は、保険証確認を促すメッセージを流す | ○  | ○   | 採  |

## 対策の実施

| なぜ                | なにを         | だれが       | いつ      | どこで    | どうする                    |
|-------------------|-------------|-----------|---------|--------|-------------------------|
| 保険証の誤登録を防止する為     | 新規登録の保険証を   | 医事課受付担当者が | 保険証登録時に | 医事課窓口で | コピーをとり2人以上で確認・押印する      |
| 受診前に保険証の確認ができるように | 受診受付機の受付条件を | 医事課職員が    |         | 医事課で   | 一ヶ月前までに保険証確認をしている事に変更する |

- 新規登録患者の保険証のコピー → 平成19年4月開始
- 2人での確認押印作業 → 平成19年10月開始
- 再来受付機の受付条件変更 → 平成19年4月変更

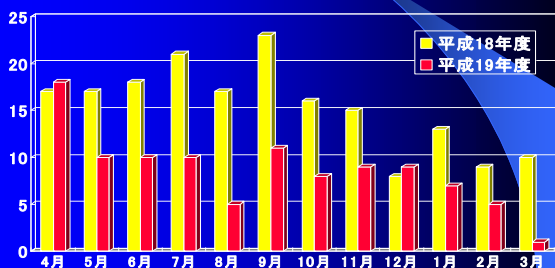
## 効果の確認

平成18・19年度の記号番号誤りによる返戻数の比較

| 月      | 4  | 5  | 6  | 7   | 8   | 9   | 10 | 11 | 12 | 1  | 2  | 3  | 計   |
|--------|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 平成18年度 | 17 | 17 | 18 | 21  | 17  | 23  | 16 | 15 | 8  | 13 | 9  | 10 | 184 |
| 平成19年度 | 18 | 10 | 10 | 10  | 5   | 11  | 8  | 9  | 9  | 7  | 5  | 1  | 103 |
| 増減     | +1 | -7 | -8 | -11 | -12 | -12 | -8 | -6 | +1 | -6 | -4 | -9 | -81 |

## 効果の確認

社保・国保平成18・19年度月別返戻件数の比較



## 反省と今後の課題

### ＜反省＞

- 返戻数は前年より81件減少。目標である半減は達成できず。
- 新規登録保険証確認・押印作業のメリットについて。
  - ① 押印をする事により、登録・確認に責任性を持たせた。
  - ② 登録誤りがあった場合に、個別に指導し以後の登録時に注意する事ができるようになった。

### ＜今後の課題＞

- 保険証のコピーの保存期限の設定、検索しやすい台帳の作成が必要。
- 後期高齢者医療など医療制度の改革が今後も頻繁に行なわれると考えられる為、医事課職員の一層の知識向上が必要。

## 【テーマ】

汎用入力・実施を確実に  
行いコスト漏れをなくす

8病棟

津崎 美佐

井上 孝子

## 【テーマ選定の理由】

### 問題

- ・同じ処置なのに入力が違う
- ・コストが発生する処置なのに入力がない
- ・コスト発生する処置とそうでない処置の区別がつかない
- ・責任が明確ではない

対策が必要  
よし、QC出番だ!

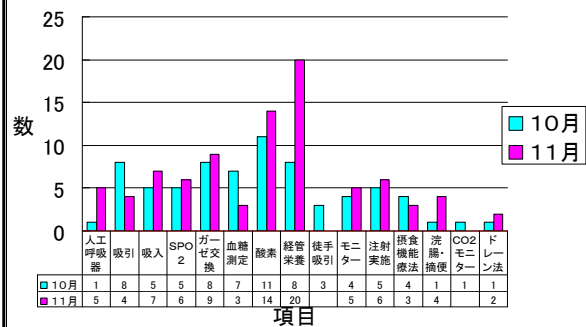
## 【活動期間】

平成19年10月10日～平成20年3月31日

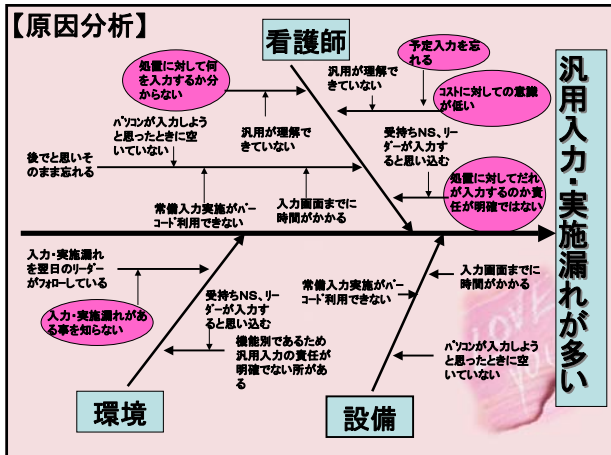
## 【現状把握】

- ①日々の汎用入力・未実施を集計
- ②スタッフへのアンケート
- ③クラークからの情報

## 【現状把握】 月別汎用入力漏れ



## 【原因分析】



## 【目標設定】

知識の統一をはかり汎用入力  
未施の漏れを月20件以内とする。



### 【対策実施】

- ①汎用マニュアルの作成  
(入力の統一・責任の所在を明確にする)
- ②毎日の未実施・汎用入力漏れの一覧表をファイルに綴る  
(意識付けをはかる)
- ③毎月月末に予定汎用入力を行うように呼びかけを行う。



### 【効果確認】

- 現状把握と同様にコスト漏れを月毎に集計した。



### 【歯止め】

- ①目標達成まで詰所当番が月毎にコスト漏れを集計し報告する。
- ②月末にスタッフ休憩室のドアに汎用処置入力を促すポスターを掲示する。



### 【反省と今後の課題】

- ①今回目標達成は出来なかった。
- ②マニュアル作成をスタッフ全員で行なった事で意識付けができた。
- ③マニュアルに沿って入力を行うことで今後コスト漏れが少なくなっていくと考える。



## 頓服薬のオーダー漏れをなくす

4病棟

福田 晴美

栗田 紀子

### 1. テーマ選定の理由

- 電子カルテ導入に伴い、病棟常備頓服薬もオーダー入力を行っている。しかし、オーダー漏れしていることがあり、コスト漏れにもつながっている現状がみられた。個々が使用後のオーダーへの意識づけができ、頓服薬のオーダー漏れ「0」をめざしていけるよう今回の活動に取り組んだ。

### 2. 活動期間

平成19年5月28日～

平成19年9月4日

### 3. 現状把握

- 調査期間: H19年5月28日～7月2日

頓服薬使用総数 132件

オーダー漏れ 7件 (5%)

### 4. 目標設定

- 頓服薬のオーダー漏れを「0」にする

### 5. 原因分析

- 1. 使用時すぐにオーダーしていないため忘れてしまう。
- 2. 複数使用したとき、数量をまちがえてオーダーしてしまう。(2錠使用時1錠のみのオーダーになっている。)
- 3. オーダーしているが常備のコメント入力がなく本人用に返品されている。

## 6. 対策実施

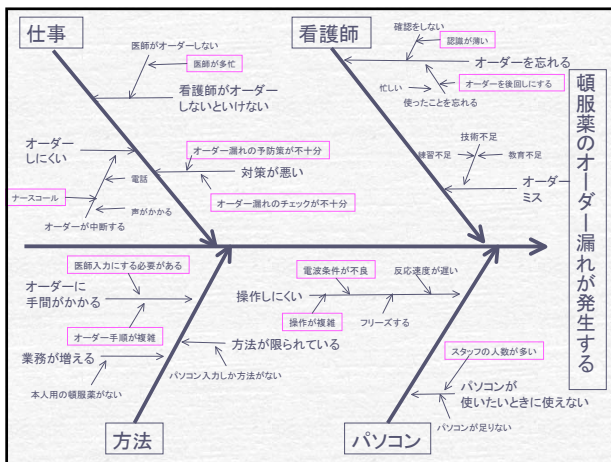
- 各個人のオーダーへの意識を高めるために…
  - 申し送り時に頓服薬オーダーするよう声掛けを行う。また、不足薬品があれば、薬剤師より報告してもらう。
  - 頓服箱及びスタッフルーム出入りに「頓服薬オーダーしましたか？」の張り紙をする。

## 7. 効果確認

- 調査期間：平成19年8月6日～9月4日

頓服薬使用総数 106件

オーダー漏れ 13件(12.2%)



## 8. 歯止め

- 原則は使用時オーダーすること。出来なければ使用しているワークシートに記載しておき、後で忘れずにオーダーする。
- 各勤務終了時、オーダーできていない常備薬がないかお互いに声掛けをする。
- オーダー漏れが多い場合は、頓服薬それぞれに目印(札や個別の袋など)をつけ、オーダー忘れを予防する。

## 9. 反省と今後の課題

- 対策後のアンケートより、オーダーすることへの意識づけは高まっているが、対策前より対策後の方がオーダー漏れが多い結果となってしまった。各個人それぞれが意識、責任を持って確実にオーダーしていけるよう、今後も頓服薬オーダー漏れ「0」を目指して取り組みを継続していく。

## テーマ “迅速かつ正確な経理処理をする”

サークル名 財務システムズ

事務部門(総務課、用度課、施設課)

### 1, テーマ選定理由

- 八鹿病院組合に於いて、手書き伝票により処理されてきた経理処理について、平成19年4月より財務システムが導入された。  
より効率的にシステムを利用出来るよう、非効率的な部分やミスの多い処理を改善し、迅速かつ正確に処理出来るようにしたいと考え、テーマに選びました。

### 2, 問題点の明確化

| 問題点  | 現 状   | 理 由  |
|--|---|--|
| 振込入金日に、各部署から予め入金情報を入力しておいてもらう。この中に数件データが無い場合がある。 | 各部署に照会しても、なかなか返事が無いケースがある。<br>請求者自身が完全に忘れているケースがある。 | 請求を起したからには、入金して始めて、その請求行為が完了する。と考えるのでこのようなケースは無くさなければならない。 |
| 財務システムの残高が一致しないことがあった。                           | 金額を誤って入力してしまうことがある。                                 | 金額を誤って入力してしまうと、後日修正の伝票を入力することになり手間が増えてしまう。                 |

### 3, 現状把握

|     | 問題発生件数 | 未入力件数 | 合計件数 | 代 表 的 事 例                        |
|-----|--------|-------|------|----------------------------------|
| 10月 | 5      | 13    | 18   | 入金日に、入金の情報が予め入力されていない。           |
| 11月 | 4      | 10    | 14   | 分納で個人振込の情報を金額が分からないという理由で免除していた。 |
| 12月 | 3      | 6     | 9    | 預金種別をA銀行とB銀行を取り違えて入力していた。        |

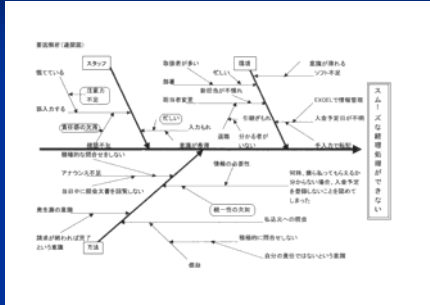
### 4, 目標設定

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 何を    | 入力誤り、入金予定情報の入力漏れ。   |
| いつまでに | 平成20年1月31日          |
| どうする  | 0件にする。              |
| 根拠    | より迅速・正確なデータ処理をする為に！ |

### 5, 活動計画

|       | 担当 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 |
|-------|----|-----|-----|-----|----|
| テーマ選定 | 正垣 | →   |     |     |    |
| 現状把握  | 増田 |     |     | →   |    |
| 要因分析  | 全員 |     |     |     | →  |
| 対策の立案 | 福本 |     |     |     | →  |
| 対策の実施 | 全員 |     |     |     | →  |
| 効果の確認 | 全員 |     |     |     | →  |

## 6, 要因解析



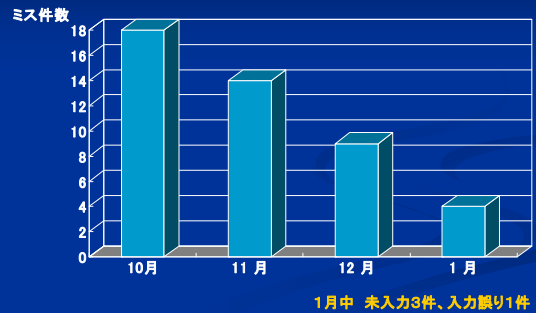
## 7, 対策の立案

| 重要要因   | 対策                            | 対策 |
|--------|-------------------------------|----|
| 注意力不足  | 慌てないよう、日々着実に残高を合わせ、焦らないようにする。 | ①  |
| 責任感不足  | 入金して、請求行為が完了するという認識を持ってもらう。   | ②  |
| 忙しい    | 入力が無い場合、担当者に協力を求める。           | ③  |
| 統一性の欠如 | 分割入金等、多少の事情はあっても入力してもらう。      | ④  |

## 8, 対策の実施

| 対策 | 何故           | 何を          | 誰が | 何時   | どうする        |
|----|--------------|-------------|----|------|-------------|
| ①  | 注意力散漫にならない為  | 当日特定できない振込み | 増田 | 日々   | 残さないようにする   |
| ②  | 入力漏れを無くするため  | 関係部署に着実な入力  | 正垣 | 12月中 | お願いする       |
| ③  | 入力漏れを無くするため  | 入力の漏れた担当者に  | 福本 | 12月中 | 入力の実施をお願いする |
| ④  | 入金予定が早く分かるため | 例外の無い対応     | 増田 | 12月中 | 統一する        |

## 9, 効果の確認



## 10, 反省と今後の課題

|          | 良かった点                | 悪かった点(苦労した点)                |
|----------|----------------------|-----------------------------|
| テーマ選定    | 早急に解消したいと思うことに取り組めた。 | 問題点の絞込みに苦労した。               |
| 現状把握     | 日頃やっていることなのでやりやすかった。 | もっと、細かい点まで踏み込めば良かったと思う。     |
| 要因解析     | 見えてなかった問題部分に気づけた。    | 解析自体が幼稚なものになってしまった。         |
| 対策の立案、実施 | なし                   | より機能的なものに、すべきだった。           |
| 効果の確認    | なし                   | 入力誤り、入金予定情報の入力漏れを0件に出来なかった。 |
| 今後の課題    | なし                   | 関係部署に協力をお願いし、漏れないようにする。     |