

第5回 TQC大会

【日時】平成 23 年 4 月 15 日(金) 午後 5 時～

【場所】講堂 【出席者】113 名 【テーマ】経営改善に向けて

※事前に 2 階会議室前廊下にパネル展示と YHIS 上で掲示した内容について審議。各自第 3 位までを投票し、集計は 1 位 3 点、2 位 2 点、3 位 1 点で総得点で順位を決定。上位 5 位の活動を TQC 大会にて口演する。

■プログラム

【座長】井上孝子(8 病棟)・古川正信(薬剤科)

【演題】(パネル・口演)

1	MRI 件数増加運動★	【画像診断科】TeaM Revolution	286点
2	レジ袋の無駄をなくす	【2病棟】仕分け人	262点
3	院内助産制度の経済効果	【4病棟】さんばーず	260点
4	Let's 節電！！	【11病棟】緩和病棟電気保安協会	249点
5	不要な印刷物を減らす	【外来・医事】満腹ヤギさん	243点

【演題】(パネルのみ)

1	薬剤管理指導料の算定漏れを無くす！	【薬剤科】改善隊
2	ランニングコストの削減(コントロール測定方の方法)	【検査科】プール結成(血清)チーム結成！
3	特別治療食加算率アップ大作戦	【栄養管理科】プロジェクト M
4	リハビリ単位取得数の増加を目指して	【リハビリ科】代行託しい
5	電気節約 ECO	【5病棟】5病棟
6	時間外勤務を減らそう	【6病棟】西田内閣
7	イソジン綿球の無駄削減	【7病棟】綿球レスキュー隊
8	看護処置を確実に請求する	【8病棟】みな入れ隊
9	SPD カード物品チェックでムダをなくす	【9病棟】9chan's
10	快適！省エネで経費削減	【10 病棟】コスト下げ隊
11	廃棄用紙をリサイクルへ	【事務部門】Failure teaches success
12	電気使用量を減らす	【老健】電気料(量)金減らし隊
13	経営改善の工夫～電気料金節約してますか？～	【訪問】節コール

【優秀賞】

「MRI 件数増加運動」 画像診断科(TeaM Revolution)

平成 23 年 6 月 22 日(水) 地区発表大会(兵庫地区)へ参加 < 奨励賞受賞 >

テーマ

“MRI検査件数増加運動”

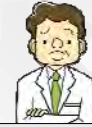


“サークル名” TeaM Revolution

村尾 友和
木村 和代
上仲 彰洋

テーマ選定

MRI検査は1日15件の予約枠がある。



しかし

医師の減少に伴い予約枠を満たす日が少なくなった。

そして



MRI検査件数の増加＝病院全体の収益増加と考えた。



活動計画

	担当	2月	3月	4月	5月	6月	7月
テーマ選定	TQC委員			→			
現状把握	TQC委員	→	→				
要因分析	全員	→	→	→			
対策の立案	TQC委員	→	→	→			
対策の実施	全員		→	→	→	→	
効果の確認	TQC委員		→	→	→	→	→

現状把握

- ◆ 調査期間: 2010年2月～3月
- ◆ MRI撮像件数内訳

	月間件数(件)	1日平均件数	15件以上の割合(%)
2月	233	12.2	16
3月	285	12.9	32

- ◆ 最小件数 8件

目標設定

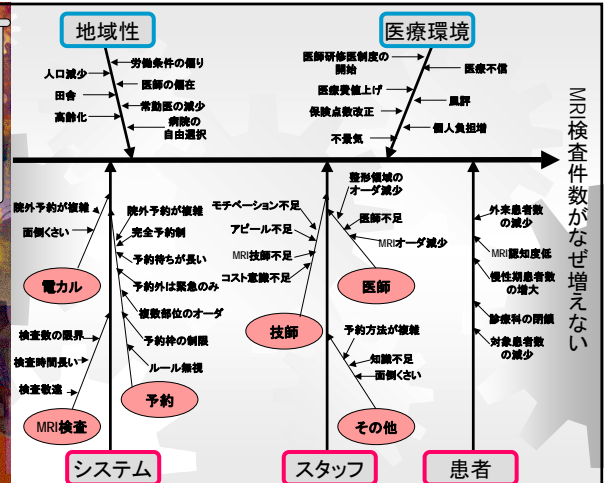
MRI検査枠を一杯にする



目標 1日15件!!



原因分析



攻め所シート

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	採否
特性	・MRI検査待1日15件 が高たされている	・1日10~13件	・予約枠に2~5件 余裕がある		
地域性	・平均した年齢層 ・医師の確保	・高齢化 ・人口減少 ・医師の減少	・高齢化 ・医師の減少	・高齢化を止める ・医師の確保	× △
医療環境	・医師数の充実 ・医療費の適正化	・医師の偏在 ・医療費増上げ	・医師不足 ・医療費高騰	・医師の確保 ・医療費の見直し	△ ×
システム	・いつでも検査ができる	・予約が複雑 ・完全予約制	・即日検査ができない	・予約方法の改善	○
スタッフ	・気軽にMRIが受けれる ・技師全員ができる ・医療収益を知る ・要領良くできる	・MRI認知度低い ・MRI対応技師が少ない ・医療収益に対して曖昧な知識 ・ルール通り	・アピール不足 ・人員不足 ・知識不足 ・柔軟性欠如	・啓蒙活動を行う ・MRI対応技師を増やす ・保険点数を知る ・やりくり上手なスタッフ	○ ○ ○ ○
患者	・来院数約1,200件	・来院数約600件	・約600件	・閉鎖した診療科の再開	×

対策の実施

- ◆ 予約方法の改善
⇒ 当日依頼はMRI担当技師が電話対応する。
一部の近隣病院の予約は、直接MRI担当技師にて対応する。
- ◆ MRI対応技師を増やす
⇒ 2名の診療放射線技師にMRI業務の教育と実践。
- ◆ 保険点数を知る
⇒ 勉強会の実施。

結果

- ◆ 効果確認: 2010年5月~6月
- ◆ MRI撮像件数内訳

	総件数	一日平均件数	15件以上の割合(%)
5月	305	16.9	83
6月	386	17.5	90

◆ 一日の最高件数 22件

効果の確認

	期間	総件数	一日平均件数	15件以上の割合(%)
調査期間	2月	233	12.2	16
	3月	285	12.9	32
対策の検討実施期間	4月	294	14	43
効果確認	5月	305	16.9	83
	6月	386	17.5	90

- ◆ 予約方法の変更(電話対応・当日対応)で総件数、院外件数アップ
- ◆ MRI担当技師を増員し、1日8時間 装置フル活動
- ◆ コスト意識で収入UPに繋がる予約の受け方ができるようになった

目標 1日15件 達成!!

標準化と管理の定着

	何時	誰が	何処で	何を	どうする	何故
標準化	すぐに	MRIスタッフ 担当者リーダー	MRI室	当日検査対応マニュアル	作成する	当日検査に対応するため
管理	必要時	MRIスタッフ	近隣病院	院外予約方法	変更の検討	複雑で手間がかかる
	必要時	病院組合事務局 地域医療科	近隣病院	啓蒙活動	行う	MRI検査や予約方法を周知してもらう
評価	状況に応じて	診療放射線技師	画像診断科	MRI検査	対応する	緊急時即対応できるように
	定期的	診療放射線技師	画像診断科	保険点数	勉強会の開催	モチベーションを上げるため

今後の課題

- MRI検査数は、1日約3件(保険点数:1,330点/件数 検査収益:約200万円/1ヶ月)の増加。
- 予約枠は、院外の件数増加で満たされ、さらに院内の当日検査対応で目標以上となった。
- 当日検査は、直接電話対応で柔軟に行えた。

- ❖ 臨機応変な対応を要し、マニュアル等の整備、システムの修正が必要。
- ❖ 担当技師の負担が大きく、勤務体制の変更が必要。
- ❖ オーダが少ないと嘆くよりも、その時代のニーズにあった柔軟な対応が必要。

謝辞

放射線科をはじめとする、医師、看護師、その他
全てのスタッフの協力に感謝します。



レジ袋の無駄をなくす

2病棟 サークル名「仕分け人」

山本 智恵子
山根 文子
小林 ゆかり

テーマ選定の理由

2病棟では病棟経営改善に向けて、スタッフにアンケートをとった。その結果、皆で取り組みやすいレジ袋の無駄に着目した。入院患者の7割以上がオムツ使用者やリハビリパンツ使用者で、その処理に感染予防策の観点から、レジ袋を使用していた。

2病棟で使用している3種類のレジ袋の使用状況を調べ、経費削減を目指しテーマに取組んだ。

活動期間

平成22年8月1日～平成23年2月28日

現状調査

期間:平成22年8月1日～9月30日

1袋100枚入り

レジ袋(大)42袋×¥170=¥7140

レジ袋(中)9袋×¥135=¥1215

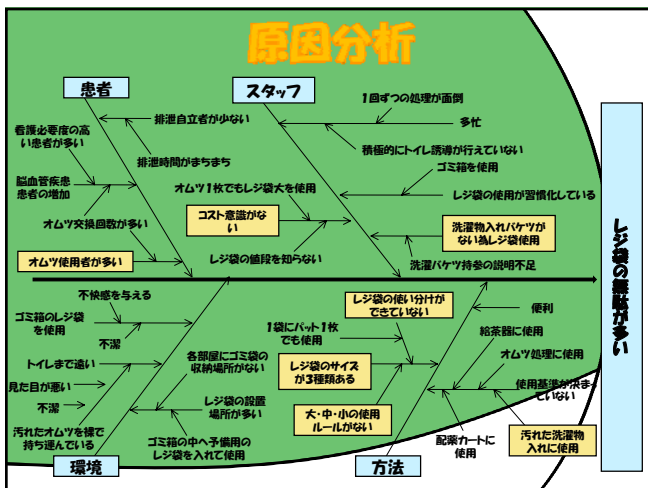
レジ袋(小)4袋×¥84=¥336

合計 55袋 ¥8691/2ヵ月

目標設定

レジ袋の使用が
2ヶ月間で1/2の
4300円以下になる

原因分析



対策実施

スタッフにレジ袋を持参してもらうよう依頼
置き場所:洗濯ランドリーの横に専用バックを準備
《センター前のスタッフの目につきやすい場所》

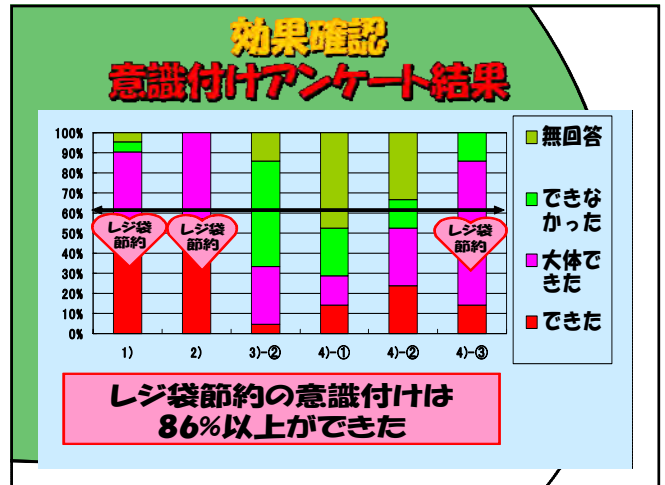


対策実施
「レジ袋のムダをなくす」

- 1) スタッフにコスト意識を高める為、レジ袋の単価を明示
(大:170円/100枚、中:135円/100枚、小:84円/100枚)
- 2) 病棟で使用するレジ袋を[中]に統一
- 3) レジ袋の再利用の推進
 - ① スタッフに自宅で眠っているレジ袋を持参してもらうよう依頼
置き場所:洗濯ランドリーの横に専用バックを準備
 - ② 家族に汚染時用のレジ袋を持参してもらうよう依頼
- 4) レジ袋の使用頻度を減らす
 - ① 洗濯物入れのバケツを持参してもらうことの徹底
 - ② 入院時オリエンテーションの徹底
 - ③ 夜間のオムツ交換時には積極的に再利用のレジ袋使用を徹底
- 5) 対策実施に対する意識付けの強化
 - ① スタッフに再確認の為のアンケートを実施

TQCサークル
仕分け人より

対策実施期間:12月1日~1月31日まで



効果確認

レジ袋(中) 30袋×¥135
= ¥4050/2ヵ月

2ヵ月間で¥4641の節約!
年間で計算すると¥27846の経費削減

目標達成!

標準化と管理の定着

なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
レジ袋を「中」に統一する為	レジ袋の請求を	月曜日の夜動入り	2病棟で	夜勤請求者が	レジ袋は「中」のみ請求する
大きめのレジ袋が必要な為	「中」以上の再利用レジ袋持参の協力を	毎月	センター会で	TQC委員が	「お知らせカード」を表示し、再利用レジ袋を持参してもらう
汚れた服などを入れる為の袋が必要な為	再利用レジ袋持参の協力を	入院時	病室で	受け持ち看護師が	家族に持参を依頼する(タンスの一番下に入れてもらう)

反省と今後の課題

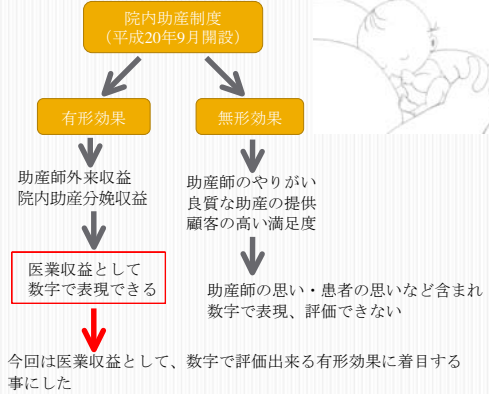
- ① 「再利用のレジ袋」が不足する程、スタッフが使用し意識付けができた
- ② エコバック使用の普及に伴い、再利用のレジ袋を持参できないスタッフもあったが、協力を得ることができ継続できた
- ③ スタッフ全員に経営改善に対する意識付けが出来るように、具体的な数字を表示することが必要

院内助産制度の経済効果



さんばーず（4病棟）
小野山 尚子
久保井 ゆう子

テーマ選定の理由



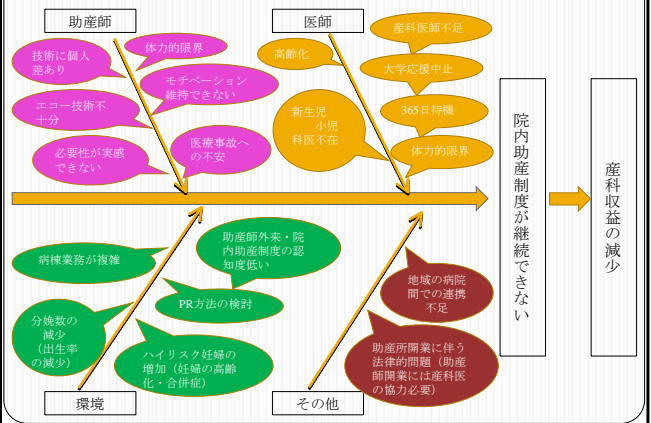
活動期間

調査期間：平成19年9月1日～平成22年12月31日

活動期間：平成23年1月～平成23年2月



特性要因図



助産師外来と院内助産制度

助産師外来のご案内

助産師外来の内容を充実し、産前産後一貫したケア・産後一歩も引までの色々なご相談に応じます。

当院で出産予定の方は、助産師による妊婦健診にも選択し、受診していただけます。

詳しくは、外来スタッフへお尋ね下さい。

診療日	診療時間	産科	産後	産後
月曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
火曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
水曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
木曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
金曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
土曜日	14時00分～16時00分	○	○	○
日曜日	14時00分～16時00分	○	○	○

【予約】必要（TELでも予約可）

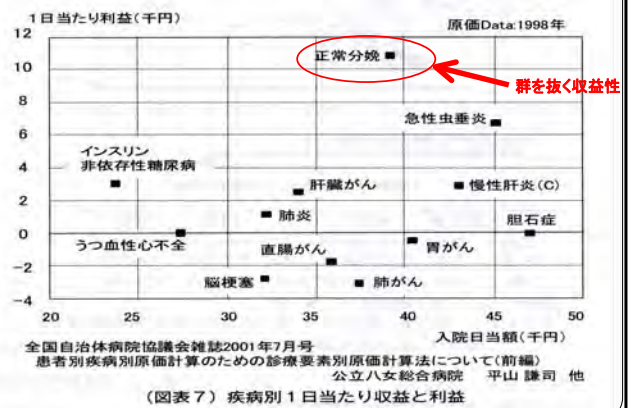
院内助産制度を始めました

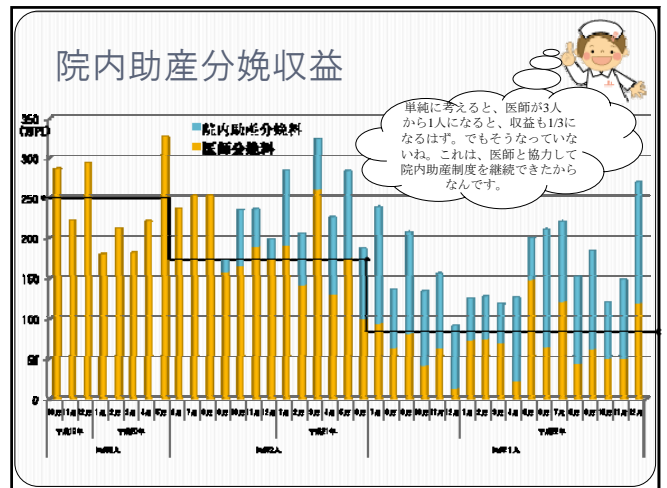
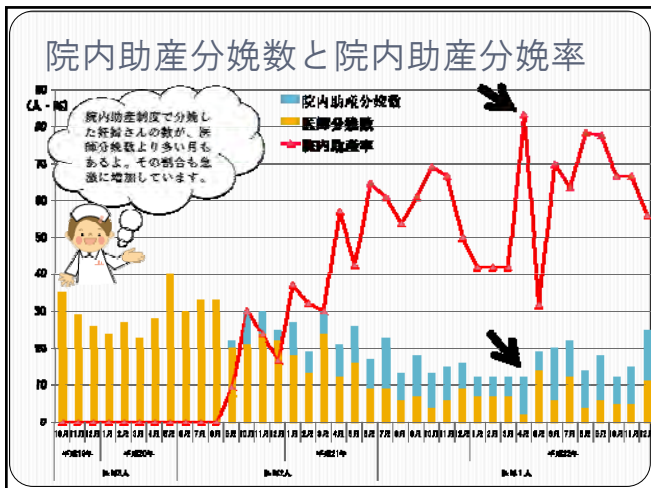
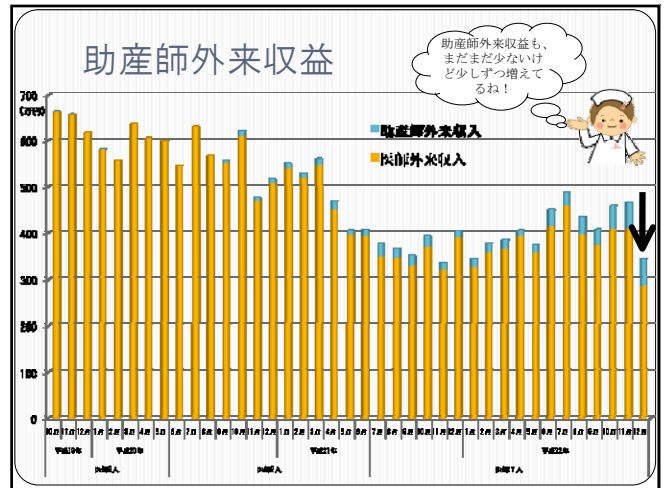
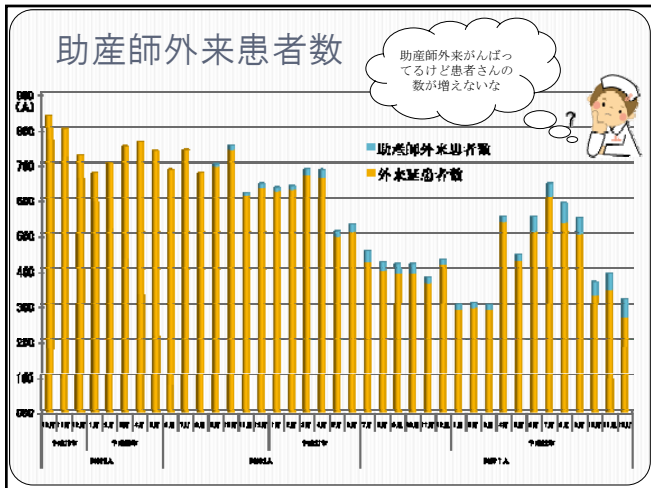
助産師外来・院内助産所を開設し、助産師が自立して妊婦中・出産・育児まで継続的にサポートします。

助産師外来
産科の中で産科の医師と協力し、産前産後一貫したケア・産後一歩も引までのケアを行います。

院内助産所
産科のスタッフが産科医師と協力し、産前産後一貫したケア・産後一歩も引までのケアを行います。

正常分娩の収益性





検証結果


- 助産師外来開設以来、受診患者数が伸びない。問題点の明確化が必要である
- 分娩数は医師数と共に減少しているが、平成22年後半は医師2名体制時と変わらない分娩数を扱った月もある。
- 外来、分娩収益も医師数と共に減少しているが、医師数と比例して減少しているわけではない。なぜなら、院内助産分娩収入が加算されているからである
- 院内助産率の上昇は著しく、院内助産分娩料金収益も増加している

まとめと今後の課題

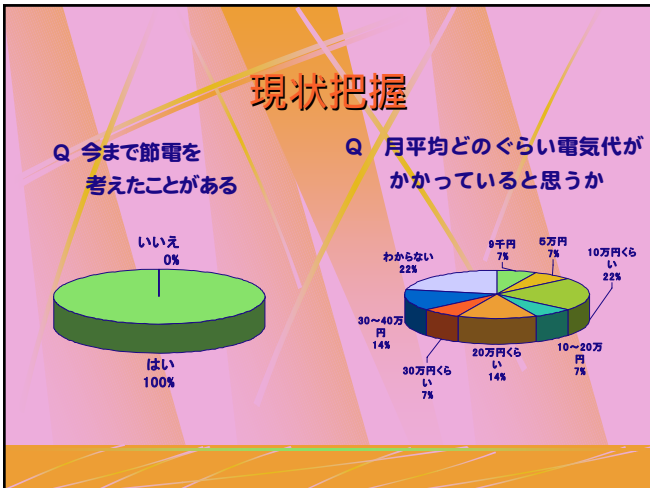
- 医師の人数の減少に伴い、外来患者・入院・分娩数などの減少は当然の結果である。しかし、院内助産制度を立ち上げ、医師と協力し産科体制を整えたことにより、分娩休止しなかった事は産科収益を維持する事になった。
- 院内助産率の動向からも、今後、院内助産制度をどう維持、発展させるかが医業収益確保の点で重要である。
- さらに、助産師外来患者の増加を期待し受診しやすい体制作りや検診方法を検討する事で、外来収益増加に繋がると考える。



テーマ選定理由

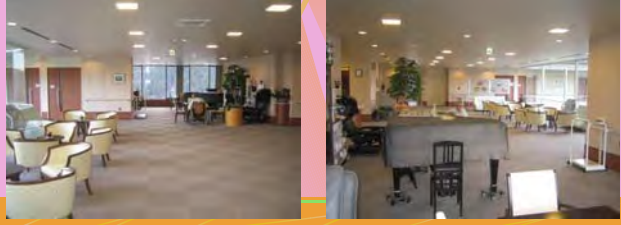
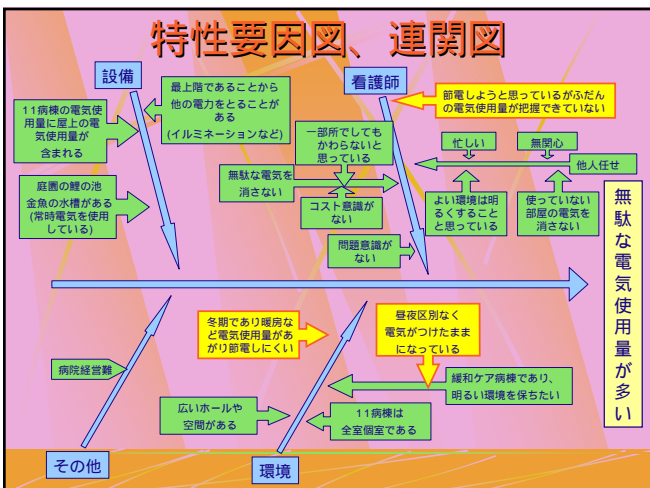


- 緩和ケア病棟では患者様やご家族から環境のよさを評価していただいている。その一方で職員からは「いったいどのくらい光熱費がかかっているのだろう」「無駄な電気が多くないか」という声を聞く。実際昼夜とも区別なく電気がついたままになっている事が多い。また経営参画の中で病棟目標としても「節電」をあげている。それらのことからスタッフ全員が「節電」に対して意識づけができ電気使用量が減ることを目標に取り組んだ。



目標設定

- ① 前年比30%減を目標とする。
- ② スタッフ全員が「節電できた」といえる。

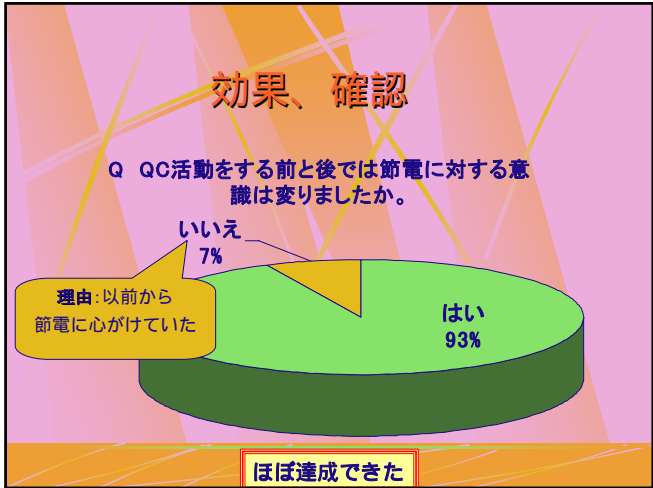
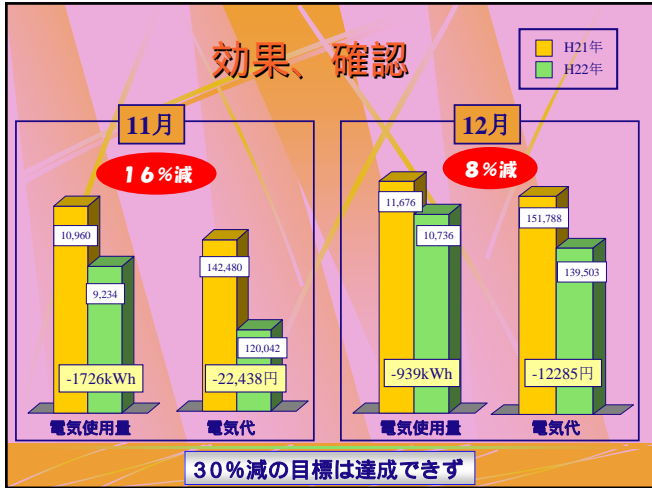



原因分析


- 1) 節電しようという意識はあるが、電気使用量(電気代)が把握できていない。
- 2) 昼夜の区別なく電気が点けたままになっている。
- 3) 冬季であり暖房などの電気使用量が上がり節電がしにくい。



- ### 対策と実施
- ・病室の電気も天気の良い日、必要のない時は消灯
 - ・洗面所・夜間使用したダウンライトは朝消灯
 - ・天気の良い日はホールのダウンライトは消灯
 - ・使用していない部屋(退室後の部屋など)は電気を消し、テレビ冷蔵庫とベッドのコンセントを外し、ドアを閉める
 - ・エアコンのスイッチを調整、不要な時は消す
 - ・ランニングコストについての勉強会の開催



- ### 歯止め
- ① 引き続き声をかけあい、節電に努める
 - ② メインスイッチ上部に貼付した対策用紙を引き続き貼付し、意識付けする。
 - ③ 半年後に施設課に依頼、電気使用量を確認し、意識の向上を図る。

- ### 反省と今後の課題
- 施設課に依頼し勉強会を開催し実際の数値や金額を知ることによって活動が具体的となり成果につながった。
 - スタッフに「我が家と思えばできる節電、ちりも積もれば山となる」という思いが強くなった。
 - 11病棟は屋上の電気使用量も含まれているため本来の数値には現れにくい。
 - 今後も活動を継続し、節電に努めていきたい。
- 

電気使用量を減らす

老人保健施設
サークル名「電気料(量)金減らし隊」
和田 美穂 山根 幸子 成田 竜也
森本 稔子 藤原 二栄

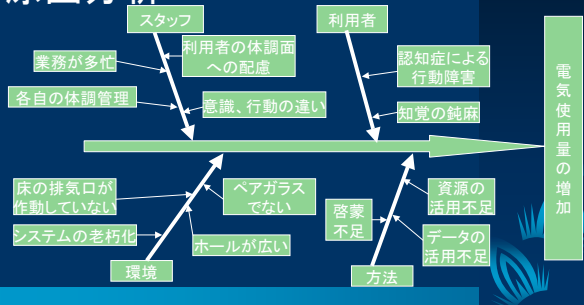
テーマ選定の理由

老人保健施設は、一年を通し一度でも前年度設定の電気使用基本料金を超えると、翌年一年間は前年度の最高値を基準とした電気料金システムとなる。そのため、日頃のスタッフ各自の節電への意識及び行動が経費削減に重要である。

目標

電気使用量を115/kW/30分以下とする

原因分析

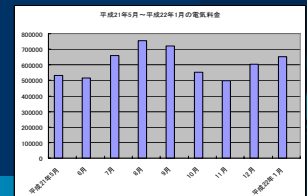
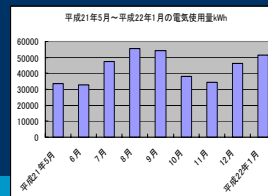


活動期間

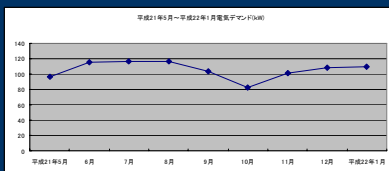
平成22年7月～平成23年1月

現状把握

平成21年5月～1月分の電気使用量、電気料金とデマンドの確認



現状把握



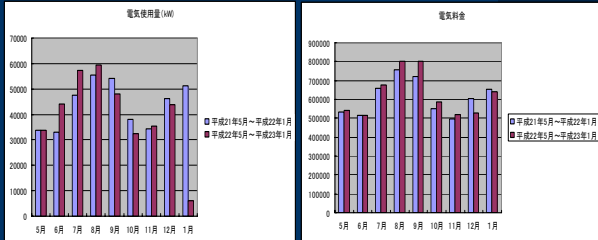
平成21年5月～平成22年1月までの電気使用量の平均は、43755.889kW、電気料金の平均は610,356円、デマンドの平均は、103.566kWであった。使用量、料金、デマンドの上昇は、6～8月に上昇していた。

対策の立案、実施

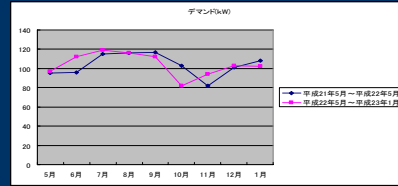
1. 老健の電気供給システムと料金体系について各フロアへ事務より説明
2. スイッチ近くに「節電」シールを張り啓蒙
3. 朝礼で節電への声かけ
4. 各居室室温の確認
5. 翌日の予想最高気温、予想最低気温を白板に記載
6. 利用者不在の居室の照明、電気製品の電源を切る
7. カーテンを積極的に用い、直射日光遮断により室温上昇を食い止める

効果の確認

平成22年5月～平成23年1月の電気使用量と電気料金、デマンドとを前年度同時期を比較した。



効果の確認



今年度の電気使用量の平均は、40095.77kW、料金は622994.556円、デマンドは104.111kWであった。しかし、電気供給システムの老朽化から、夏季に最高デマンドが118.5kWを記録した。前年度の基準は117kWであり、目標に到達することはできなかった。また、電気使用量、料金共前年度より有意な低下は統計学的にも認められなかった。

効果の確認

節電について、各スタッフの意識調査を行った。データ解析は、データテキストマイニングKHcoderを用いた。頻出語句は丸印が大きく、語句の関連は実線で示した。



効果の確認

意識調査でコアとなるものは、声といったコミュニケーションであった。そして、数値を用いることにより意識向上への関連が認められた。



標準化と管理の定着

1. 日々の電気使用量のデータ情報を各スタッフ間で共有する
2. 夏季は電気使用量が上昇するためスタッフ間の声かけを行う
3. 各スイッチ付近に節電シールを張り、朝礼で声かけし啓蒙を図る

反省と今後の課題

【反省】

活動開始後、電気供給システムの老朽化から、大規模な修繕が必要となる事態となった。システムダウンの発生が夏季であり、利用者及びスタッフの体調面を優先することとなり、目標には至らなかった。

【今後の課題】

スタッフ間でのコミュニケーションを密にし、節電への意識向上を図っていく。
データの可視化を図り、経営参画への行動を促進する。

廃棄用紙をリサイクルへ

Failure teaches success.

1

テーマ選定理由

われわれ事務職にとって、コピー用紙はなくてはならない消耗品で、毎日多く使用している。と同時に、毎日多くが廃棄されている。

コピー用紙を廃棄することで費用が発生するが、用紙をリサイクルすることでその費用を抑えることができる。それだけではなく、廃棄物が資源として有用なものとして、再び利用されることとなる。

近年の日本は、大量生産・大量消費型社会となり、ごみの排出量は増大している。資源の循環型社会の形成、廃棄物の削減を行っていく上で、各事業所の取り組みは大きく期待されている。

紙という循環型資源の典型であるコピー用紙のリサイクルに取り組むことで、環境に対して関わって行けたらと思う。

2

現状把握と目標の設定

現状

- 各個人にて個人情報記載の用紙のみの分別（個人情報用の廃棄用紙入れを設置している）
- 基本的には丸めてゴミ箱へ投入
- 毎日のごみ捨てが重たくて大変

目標

- コピー用紙のリサイクル量を2倍以上に増やす（再利用可能なリユース用紙、再生利用可能なリサイクル用紙）

3

活動計画の作成

	担当	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
現状の調査	全員		←	→					
方策の立案	全員		←	→					
成功シナリオの追求	水間 森本		←	→					
成功シナリオの実施	全員			←	→				
効果の確認	高藤					←	→		
標準化と管理の定着	日下部						←	→	
反省と今後の課題	全員							←	→

計画

実施

4

攻め所選定シート

項目	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	評価
制限	コピー用紙の使用量を必要最低限に制限する	業務の上とは言い、ひとまずプリントする	必要以上のコピー用紙の使用があるのではないか	コピー用紙の使用を制限する	×
意識	全ての職員が紙が循環型資源であることを理解する	ごみは手近なゴミ箱へ廃棄 分別はめんどくさい	リサイクルできる紙と認識していない	各職員の意識を環境・リサイクルへと向ける	◎
作業1	紙ごみを全て個人で分別する	一部をリサイクルするため、廃棄前に分別を行う	各個人で完全な分別を行っていない	各自へコピー用紙の廃棄について分別を呼びかける	◎
作業2	廃棄前にまとめて分別する	分別されている通りに廃棄する	分別されていない用紙はリサイクル用紙を含めそのまま廃棄されている	分別担当を決め、廃棄ごとに分別する	△

5

対策1

コピー用紙の廃棄物の分別処理

- 既存のリサイクル用紙BOXを利用しやすいよう目立つところに移動し、誰もが利用しやすいとする
- リサイクルできる用紙も身近にあるゴミ箱に捨ててしまいがちなため、各個人が分別しやすい環境を作る（背面のロッカーなどのスペースを確保し、各自、手の届く位置で分別可能な状況にする）

6

対策 2

環境に関する取り組みへの啓蒙

- 一週間に出したゴミ袋の減量、回収したリサイクル用紙の増量の変化を個人個人へ知らせることにより、一人一人が環境問題に関わっていることを実感させ、環境問題に対する関心を高める
- リサイクル用紙の裏面をメモ用紙として各職員へ配布して取り組みへの関わりを印象付ける

7

効果の確認

月毎のリサイクル用紙の重量調査

9月	9.8kg	⇒	12月	25.2kg
10月	8.8kg		1月	18.0kg
平均	9.3kg		平均	21.6kg
				2.3倍

8

標準化と管理の定着

- 各職員が高い意識を持って分別に取り組む
- 各職員が分別しやすい環境を整える
- 環境に関する知識を職員へ啓蒙する
- 取り組みにおける成果を各職員へフィードバックする
- 他部署への取り組み拡大を行う

9

まとめ

毎日大量に使用され廃棄されていくコピー用紙のリサイクルは大変重要なことと考える。今回の取り組みにより循環型資源に関する意識は多少高まったようであるが、今後は、使用量を減少させることが必要であろう。使用量の減少は廃棄量・リサイクル量に直接影響を及ぼすからである。

病院内において、小さな労力の日頃の積み重ねによりコスト減や環境への配慮が行えることは積極的に取り組んでいくべきだと考える。

10

快適！省エネで経費削減

コスト下げ隊

10病棟 TQC委員

西村 寿賀子
西村 真奈美
藤原 千恵子
西田 香代

テーマ選定の理由

以前10病棟ではQC活動として、消灯することでの節電の取り組みを行い一定の成果を得た。

今回、エアコンの温度設定を1度上げることによりおよそ10%の節電になるといわれている点に着目した。消灯の徹底に加え、節電効果が高い室温調整を行い経費削減に繋げることができないかと考え活動することとなった

活動期間

H22年8月9日～H22年12月31日

現状把握

活動前に消灯の現状と実際の病棟内各所の室内設定温度の現状を調査した。

- 1)調査期間:平成22年8月9日～8月13日
- 2)調査方法:チェックリストを作成し、早出勤務者に依頼し、病棟内各所の温度と、各部屋の消灯状況(夜間使用していた電気)を調査した。
- 3)結果
 - ①病棟内各所の平均温度は24℃だった。
 - ②日中、室内ライトと枕灯の両方点灯している病室があった。
 - ③洗面台のライト(6件)や、壁ライト(39件)、フットライト(1件)の消し忘れがあった。

目標設定

前年度と比較して10%の節電をすることができる。

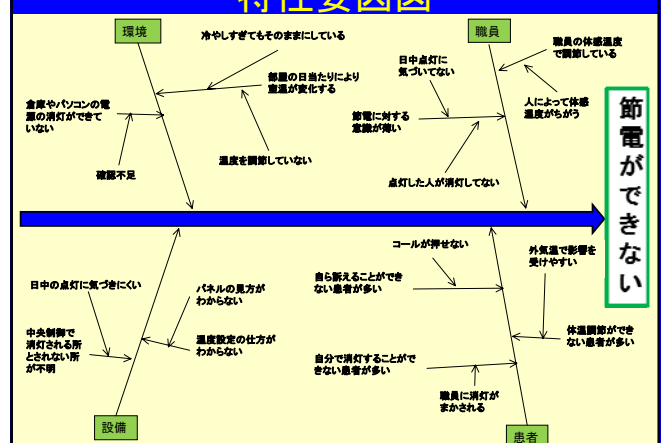
原因分析

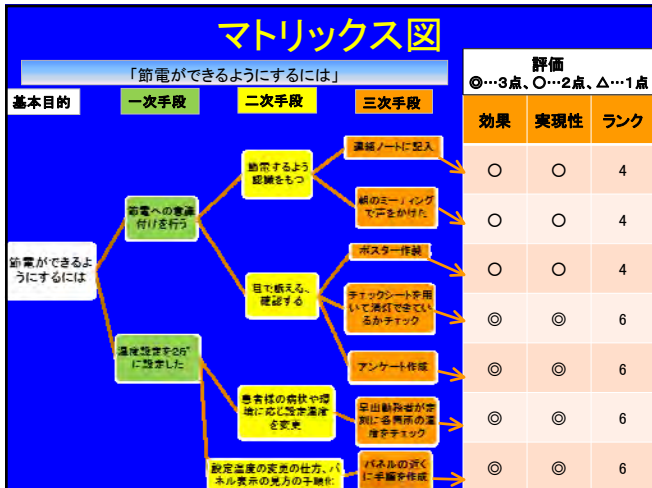
- 節電に対する意識がうすい。
- 無駄な点灯に気づかずにいる。
- 室温が暑い・寒いと思っていても設定温度を変えていない。
- 設備の使用方法(設定温度の変更の仕方・パネルの見方)を理解していない。
- C2レベルで自らの訴えることが困難な患者様が多いため要望が少ない。
- スタッフ中心の体感温度での室温調整をしていた。

対策と実施

- 1)節電への意識付け
 - ①連絡ノートや朝のミーティングでの声かけした。
 - ②ポスターを作成し、電気スイッチの近辺に貼付した。
 - ③チェックシートを用いて消灯箇所の確認をした。
 - ④夜間使用した電灯が消灯できているか、チェックシートに記入した。
 - ⑤対策前後にスタッフにアンケートを行い節電に対する意識調査をおこなった。
- 2)節電する箇所、21時の消灯時に電源をoffにする箇所を明示した。
- 3)温度設定
患者様の訴えや病状、環境状況で設定温度を変更した。実際の室温温度を午前10時に早出勤務者がチェックした。
- 4)設定温度の変更の仕方、パネルの見方の手順を作成しパネル近くに明示した。

特性要因図

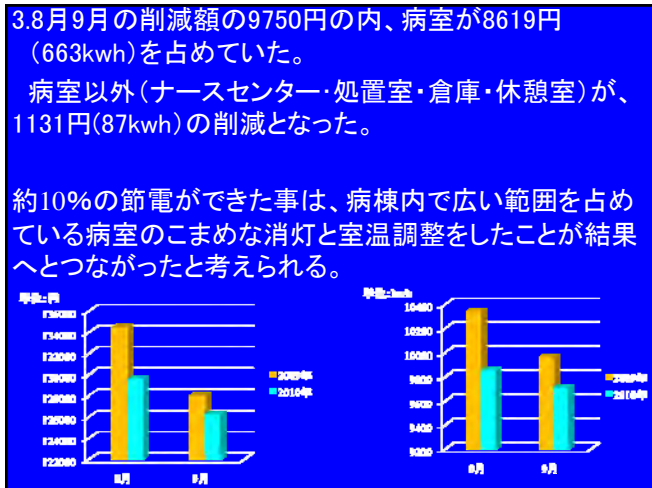




効果確認

1. 実施前の、病棟内各所の設定温度の平均は24℃だった。実施後の、病棟内各所の設定温度の平均は25℃だった。
 (室温を下げすぎないように温度を26℃に設定したが、患者様の病状や必要に応じて温度変更を行った。) エアコンの設定温度を1℃上げることが出来た。

2. 8月の電気使用量は、昨年と比較して6435円(495kwh)削減できた。
 9月の電気使用量は、昨年と比較して3315円(255kwh)削減できた。



歯止め

スタッフに節電の活動を啓蒙し、1人1人の意識付けを継続していく

反省と今後の課題

節電に取り組むため室温設定温度を現状より1℃上げて26℃設定とした。
 しかし活動量が多いスタッフは暑いと感じたが、患者様の中には特に体温調節が困難であったり訴えることができない患者様が多いため発熱や発汗に伴う皮膚トラブルに注意しながら活動を行った。
 実施後のアンケートの結果では、全員が節電に対する意識が変わったと回答しており病室の節電に心掛けている。しかし倉庫やパソコンの電源については消灯できていないことがある。

「使用後は電源を切りましょう」の貼り紙を貼付しているが、使用した人が電源を消す意識を持たなければ改善できない。

今後も節電が継続できるよう、朝のミーティングで声かけを行い意識づけを継続をしていく必要性を感じた。また、誰もが無駄な電気が付いていないか消灯に対する関心を持ち、お互いの気づきを皆に伝えることで節電に取り組んでいきたい。

SPDカード物品チェックで ムダをなくす



gchan's

大西智恵・田中久美
水嶋真弥・内田留美
丹波祥子・辻本隆・藤野秀平

テーマ選定の理由

棚卸の際に今まで不良在庫が多く見られた。SPDカードチェックを行うことで使用頻度が分かる様になり、在庫整理の目安となるのではないかと考えた。

定期的に在庫整理を行うことで、どれ程の不良在庫（ムダ）をなくすことができるか取り組むこととした。

活動期間

平成22年11月～
平成23年1月

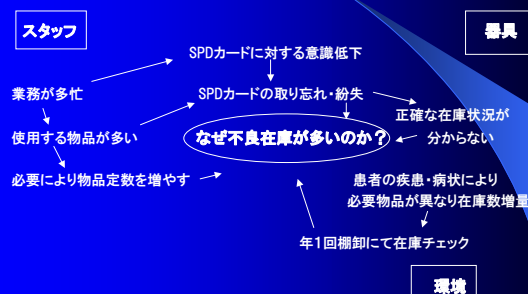
現状把握

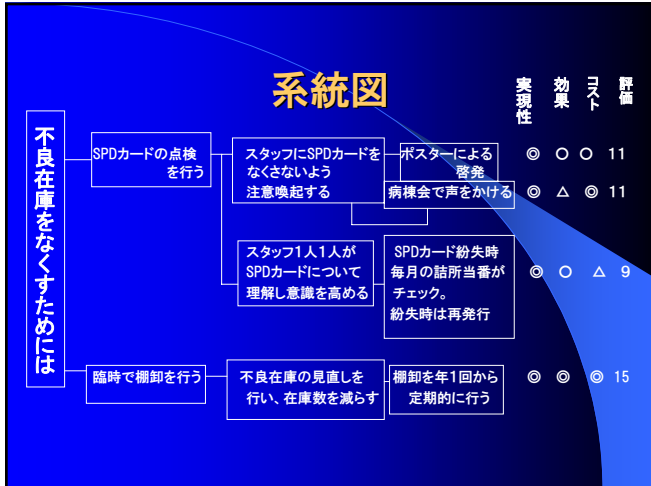
- スタッフのSPDカードの取り忘れや紛失があり正確な在庫数が把握できていない
- 年1回の棚卸で不良在庫の点検を行っているが、患者の疾患状況により減らした在庫を増やしているため在庫数が多い

目標設定

SPDカードのチェックを行い
不良在庫を少なくする

関連図





対策の立案

対策案	実現性	効果	コスト	評価
SPDカード紛失しないようポスターによる啓発を行う	◎	◎	◎	15
ミーティング・病棟会で啓蒙する	◎	○	◎	13
SPDカード紛失時は月当番の係りが探し、なければ発行する	◎	△	△	7
不良在庫の見直しを図るため、棚卸を行う	◎	◎	◎	15

対策の実施

対策実施	実施期間
SPDカード紛失防止ポスターを作成・表示	H22年11月
ミーティング・病棟会で営業スタッフのSPDカードに対する意識づけを行う	H22年11月～1月
SPDカード紛失チェックをエドが行い、紛失時は月当番の係りがスタッフへ声をかけを行う。なければ発行する	H22年11月～1月
不良在庫の見直しを図るため、棚卸を行う	H22年11月～1月(最終1/25)

結果・歯止め

- 在庫数の削減: 47.4% (前年比)
- 引き続き、SPDカードをチェックしてムダを少なくする

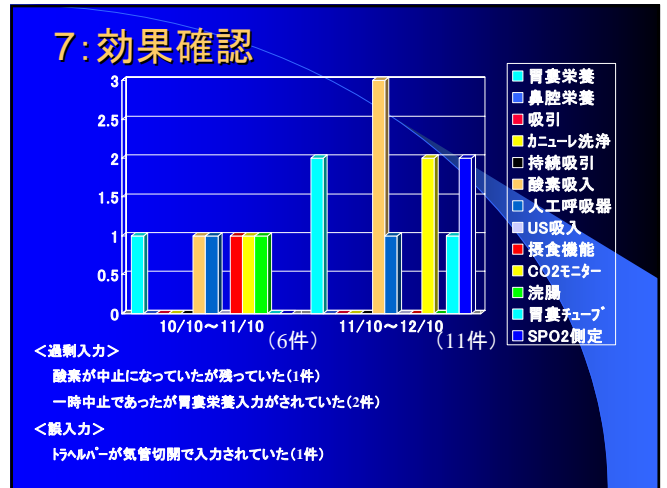
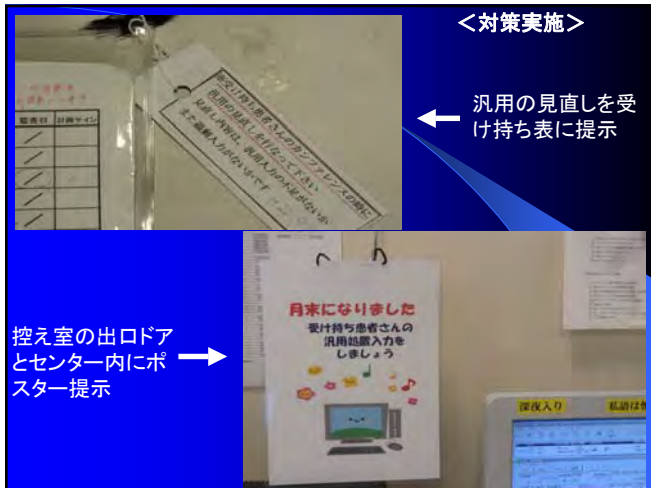
反省と今後の課題

〈反省点〉

- SPDカードの紛失が目立っていた
- 定期的に在庫整理を行うことで、不良在庫(ムダ)を少なくすることができた

〈今後の課題〉

- 今後も定期的に在庫整理を行っていく



- ### 8: 歯止め
- ① 病棟クラークの協力を得て汎用入力漏れチェックを引き続き行い入力漏れがあれば当事者に声をかける。
 - ② 今回活動時の対策を続行する。

- ### 10: 反省と今後の課題
- 【良かった点】
 今回の活動により何がコストに繋がるのかが理解でき、日々業務の中でもお互いが声をかけあい汎用入力を行っていく意識が高まってきた。
- 【悪かった点】
 目標が達成出来なかった。
 対策に問題があったのか？引き続き検討が必要
- 【今後の取り組み】
 本来汎用入力は100%確実に行わなければならない事であり自分達が行っている事がコストに繋がる事を意識して日々の業務を行い、少しでも病院経営に参加して行きたい。

イソジン綿球の無駄削減

サークル名: 綿球レスキュー隊
7病棟: 佐藤あゆ子 廣瀬 愛

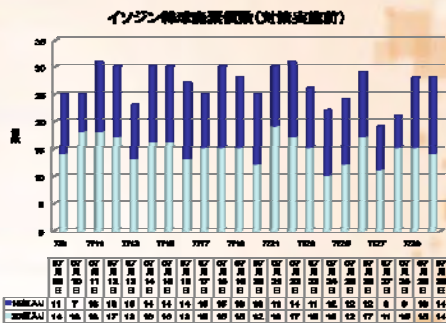
テーマの選定

- 7病棟では処置用回診車が2台あり、イソジン綿球20個入りの万能瓶と、15個入りの万能瓶が準備されている
- 毎日万能瓶の交換を行っており、使用しなかった綿球を毎日廃棄している



廃棄される綿球の個数を減らし、無駄が削減できないかと考え、このテーマに取り組むことにした

現状把握①



現状把握②

【コスト】

中綿球50g(約130個)=123円→0.94円/個→1円/個
ネグミン液250ml 薬価377.5円/本 納入価352.0円/本
※スワブスティック 60円/本 納入価40円/本

7/9～7/30の期間、2つの回診車にある万能瓶のイソジン綿球の廃棄個数と、使用したネグミン液の本数を調査した(図1参照)

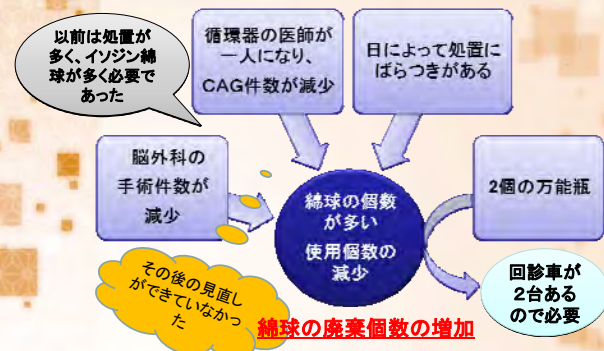
廃棄綿球: 1円 × 587個 = 587円

使用ネグミン液: 352円 × 13本 = 4576円

目標設定

- 何を: 綿球の廃棄個数を
- いつまでに: 12月末までに
- どうする: 50%削減する
- 活動期間: 平成22年7月～12月末

要因解析



対策の立案



対策実施①

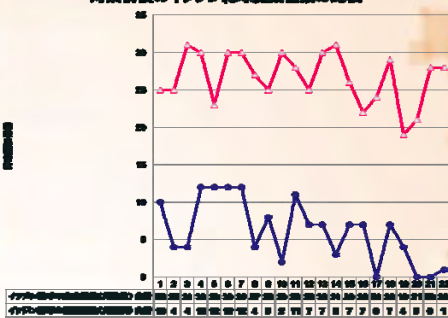
- 万能瓶の綿球の個数を
20個から10個へ、15個から5個へ変更し、
廃棄個数を調査した
- 調査期間: 9/1～9/22

《結果》

- イソジン綿球の廃棄個数は合計134個
- ネグミン液使用本数は10本

効果の確認①

対策前後のイソジン綿球廃棄個数の比較



効果の確認②

- 対策実施前後の綿球廃棄個数
567個→134個 約77%の無駄削減
- さらに、綿球の個数を減らしたことで
ネグミン液の使用本数も13本から10本へ **減少
約23%の削減**
(図2参照)
- コストとしては
綿球: 587円—134円=453円
ネグミン液: 4576円—3520円=1056円
453円+1056円=1509円
3週間で1509円のコストを削減できた

歯止め

- 綿球の廃棄個数を削減することには成功したが、その時の患者層により、「綿球が不足することがあり困った」という意見もあった
- 綿球5個入りの万能瓶を予備に置き、不足時は予備を使用するようにした
(少しずつ追加できるものを準備して、無駄をつくらない)
- 以後は、綿球が不足することなく業務を行うことができています

反省と今後の課題

- 最初は予備の万能瓶の準備ができておらず、綿球不足で困った
- 綿球の廃棄個数の無駄を削減することはできたが、綿球の廃棄割合と比較すると、ネグミン液の使用本数は3本の減少にとどまった
- ネグミン液を万能瓶に注ぐ量が統一されておらず、多すぎたり少なすぎたりと、個人でばらつきがあるため、適量を示し、統一を図ることによって、ネグミン液の無駄も削減できるのではないかと

時間外勤務を減らそう

サークル名: **西田内閣**

閣僚: 藤森 亜由美

嘉住 沙織

今北 明美

加藤 弘

テーマ選定の理由

6病棟では、以前から時間外勤務時間が多く大きな削減への取り組みが行われていなかった。スタッフそれぞれの業務手順もばらつきがあった。

そんな中、4月から整形外科病棟から内科病棟へと変わり、患者層、業務内容、看護ケア内容などが多岐に渡る変更の必要が出てきた。

そこで、今回業務改善を行い、業務の見直しを行うことで時間外勤務を減らす取り組みを行った。

活動期間

平成22年4月1日～平成22年12月31日

現状調査(4、5月)

《スタッフ》

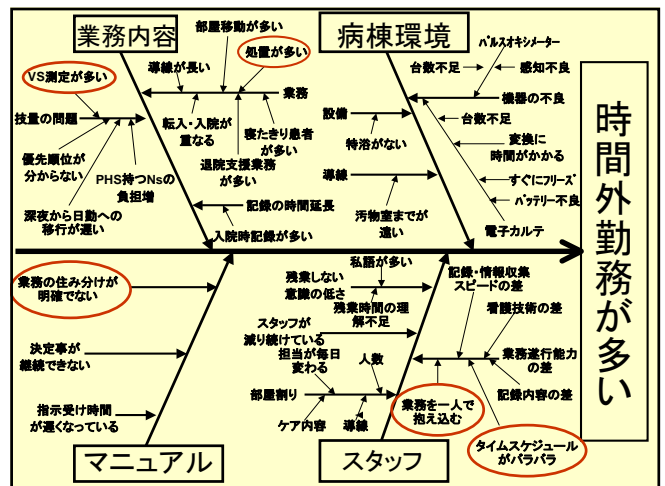
- 総時間外勤務平均時間: 198.5時間
- 検温や観察、点滴、時間処置など全て部屋もちNsが行っている
- 清潔ケアは時差勤務者と介護職員が行っている
- 部屋もちは記録せずに清潔ケアの手伝いに回っている
- タイムスケジュールがバラバラ

《病棟》

- 内科病棟に変更後、寝たきり患者が急増(担送患者: 1月: 19.8名→4月32.0名へ)
- ケアが終わるまで記録に入っていない(記録に入る時間: 16時30分以降)
- 内科(地域連携病棟)へ変わり以下の業務手順が定着していない
- 体位変換・おむつ交換、痰の吸引、経管栄養、清潔ケアの増加

目標設定

6月～12月までの時間外勤務時間が
4、5月より**50%以上減少**する



対策①とその効果

★部屋もちNsのタイムスケジュールの見直しと統一

- 9時30分までフリーNsと共に体位変換、おむつ交換、陰部洗浄
- 10時30分には検温を済まし記録する
- 11時から体位変換、オムツ交換、昼食準備
- 各処置は午後から実施する
- 15時にリーダーへ申し送り
- 16時検温



- スタッフそれぞれに時間の意識が高まった
- それぞれの動きが読みやすくなり、フォローがしやすくなった

対策②とその効果

★フリー業務との連携

- 6月～清潔ケア、転入時ベッド準備、検査だしを以来
- 12月～清潔ケアの曜日ごとに整理した
(月・木:Aチーム、火・金:Bチーム、水:洗髪)



- 部屋もちNsの負担が減った
- 整理したことでフリーNsを探す手間が減った
- Nsの人数が減っていき連携の継続が困難



時差勤務の業務と応援Nsへの依頼で連携を継続

対策③とその効果

★タイムスケジュールチェック表の記入

- タイムスケジュールが定着してきたため、10月14日～11月9日の平日、日勤帯に絞り記入した

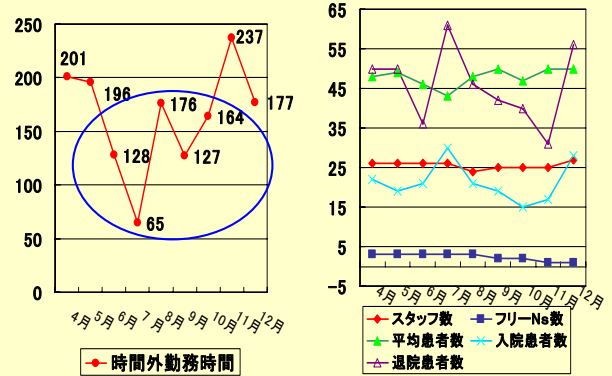


- 午前の記録が定着した
- 不必要な検温をしていたり、午前に無理に処置を実施して遅くなっていることが判明した
- 転入・入院が重なると記録に時間がかかっている



再度タイムスケジュールの徹底の啓蒙を実施

スタッフ数と時間外勤務時間の推移



結果

- 取り組み開始後、時間外勤務時間は減った
- 患者数は減らず、スタッフ数が減っている
- 目標の50%以下には7月に1度達成したのみで継続できていない
- 7月:患者数は少なく応援Nsが多かった
業務分担が軌道に乗ってきた
- 11月患者数多く担送患者も多い、応援Nsが少ない

歯止め

- タイムスケジュールの継続
- 時差勤務・フリーNs、応援Nsとの連携の継続
- 観察眼を養っていくことの継続
- 業務改善への意識を保ち、その啓蒙の継続
- 患者の安全管理の徹底

反省と今後の課題

この1年スタッフの意識、病棟の患者層、ケアの内容などめまぐるしく変化していった。

その中で業務改善を行い4月より明らかに働きやすくなったが時間外勤務はまだ多い。

消化器内科病棟に変わっている中で、再度これらの業務の改善点を見直していき、スタッフみんなですらに時間外を減らしていけるように努力していきたい。

電気節約ECO

5病棟

戸田 幸代
大久保 志帆
足立 記代子
西田 真菜

テーマ選定の理由

- 無駄な電力の消費を抑えながら、明るく生活しやすい環境作りを目指すことにした
- 患者さん・スタッフにとって電気は必要不可欠なものであり、24時間活動している病棟にとって、膨大な電気を消費していると考えた

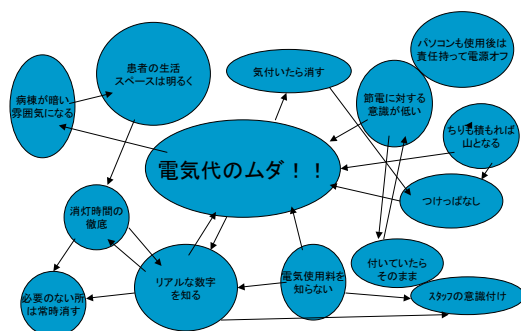
活動期間

平成22年11月1日～12月31日まで

現状把握

- ① アンケートを実施し、電気の無駄使いをしている所を調査した
- ② 回収率30人中30人(100%)
意見をもとに方法を決定

関連図



目標設定

- 病棟内の電気代を平成22年12月末日までに昨年同月より削減する
- スタッフの電気節約に対する意識付け

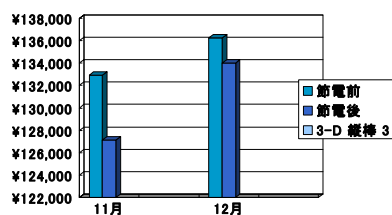
設定基準

- 患者さん・面会者の方々が不便にならないこと
- 病棟が暗くならないこと
- スタッフの業務に支障をきたさないこと

対策と実施

- 1) 面談室や処置室・汚物室などは使用時以外は消すように統一
- 2) 共用の電気は絶対につけない
- 3) 夜勤帯は使用しないデスクトップパソコンは早くシャットダウンする
- 4) スタッフ用廊下・寝台エレベーター前の点灯時間は8時～19時半と設定
- 5) サテライトは使用時のみつける(夜勤帯)
- 6) 各部屋の電気スイッチ・パソコン前に貼り紙をする
- 7) 栄養課のエレベーター前の電気は常時つけない

効果確認 I



効果確認 II

★11月 446kWh 減！！
¥ 5798 円削減

★12月 173kWh 減！！
¥ 2249 円削減



歯止め

- 貼り紙の実施の継続
- スタッフ1人1人が電気代に対する節約を心がける
- 気付いたら消す

反省と今後の課題

- 2ヶ月の間ではすべての対策実施を統一することは困難であった。
- 電気代節約の呼びかけや掲示を通してスタッフ1人1人が電気節約に対して意識向上を目指し、継続していく。
- 電気節約をしながらも安全で安心できる病棟作りを心がける。

リハビリ単位取得数の増加を目指して

- ・部署 中央リハビリテーション科
- ・サークル名 代行託しい
- ・メンバー ◎阿部純志 ○吉田一正
黒田まゆり 井上崇 松本和也 中島花梨
田原邦明 西田陽二

1. テーマ選定理由

リハビリに関わる診療報酬は、脳血管疾患等/運動器/呼吸器/心大血管リハビリテーション料が基本となっており、20分間を1単位として算定している。

平成22年春より整形外科が閉鎖となったことでリハビリ対象患者の減少が認められている。

また、各病棟でのカンファレンス、回診や自宅訪問など必要なイベントに参加することで、リハビリに十分な時間を確保できないことがある。

その他、業務の効率化・専門的な関わりが行えるよう病棟担当制をとっているが病棟によってリハビリ対象者に差があり、セラピストごとで業務量に差が見られている。

そこで、リハビリ対象患者が少ない状態でもリハビリ取得単位数を維持し、セラピストごとの業務量の均等化を図ることで、コストの改善を行いながら、業務負担の軽減を図ることを今回のTQC活動の目的とし、テーマとして選定した。

2. 現状把握

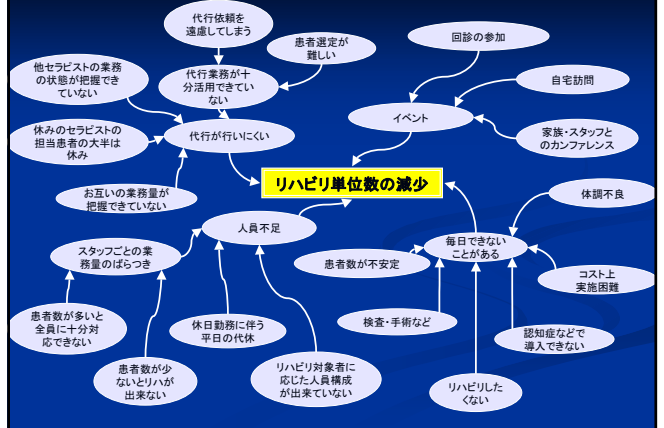
PT・OT・STそれぞれについて日報を参考に現状把握を実施

調査期間：2010年7月～9月

	PT			OT			ST		
	7月	8月	9月	7月	8月	9月	7月	8月	9月
1日平均患者数	99.5	103.1	113.4	28.4	33.7	32.3	15.4	17.1	18.3
総単位数	3580	3679	3501	1301	1489	1303	521	585	544
平均単位数	15.1	17.0	17.6	16.2	17.3	18.4	13.4	14.7	15.6
実施率	77.0	74.0	70.0	80.0	82.0	78.0	79.0	67.0	62.0

- ※患者総数 →1ヶ月(平日)でのリハビリ対象患者総数
- ※総単位数 →1ヶ月(平日)でのリハビリ算定単位数
- ※平均単位数 →平日1日あたりの平均単位数
- ※実施率 →リハビリ対象患者総数に対する1ヶ月あたりの実施率

3. リハビリ単位数の減少に関わる原因分析



4. 対策の検討(系統図)

		効果	実現性	コスト	評価	順位
実施率の向上	業務量の調整を行う	◎	◎	◎	8	2
	リーダーによる調整	◎	◎	◎	8	2
	代行を行いやすくする	◎	◎	◎	9	1
	スタッフへの代行の啓蒙	◎	◎	◎	7	4
対応頻度を増やす	患者へのリハの啓蒙	△	△	◎	4	11
	検査などの予定の把握	◎	◎	◎	7	4
業務整理	人員構成の調整	◎	△	△	5	9
	チーム再編成	◎	◎	◎	6	6
対象者を増やす	リハ依頼数の増加	◎	◎	△	6	6
	整形外科の復活	◎	△	△	5	9
	外来対応の拡充	◎	△	◎	6	6

5. 対策立案

・業務代行をスムーズに行い、取得単位数・実施率を増やす



- ・代行業務についてシステムを確立する
- ・各個人の1日ごとの業務量を把握できるようにする
- ・代行を依頼する・されやすい環境を整える



- ・代行依頼フォームを作成し、代行システムを確立、啓蒙していく
- ・業務予定表を作成し、お互いの業務量が確認できるようにする

6.目標設定

PT 平均単位 →16.5 単位

実施率 →75%

OT 平均単位 →17.0 単位

実施率 →80%

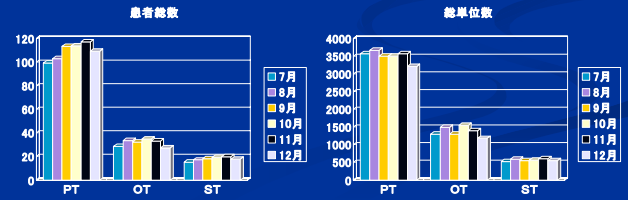
※目標は安定して単位を取ると言う事を主題において、この3ヶ月間でよく取れている単位数を参考に設定

※STは昨年からの退職および休職に伴う人員減により、業務コントロールを行っているため、今回のTQC活動の対象とはしなかった。

7.取り組み結果①

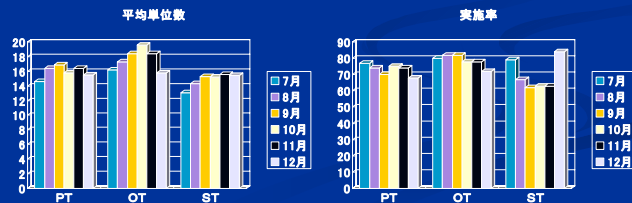
調査期間：2010年7月～9月

	PT			OT			ST		
	10月	11月	12月	10月	11月	12月	10月	11月	12月
1日平均患者数	114.0	117.1	109.3	34.9	33.2	27.4	19.2	19.7	17.9
総単位数	3510	3578	3213	1544	1397	1181	568	599	547



8.取り組み結果②

	PT			OT			ST		
	10月	11月	12月	10月	11月	12月	10月	11月	12月
平均単位数	15.8	16.4	15.5	19.5	18.4	15.8	15.2	15.6	15.4
実施率	75.0	74.0	68.0	78.0	78.0	72.0	63.0	63.0	84.0



9.考察

- ・PTは単位数の増は見られなかった、OTは活動中に単位数の増加が得られた
- ・STは対象としていなかったがスムーズに単位数を増やす事出来ている→著明な患者数の増はない、スタッフ数が少ない分だけ、うまくコントロールできたか？
- ・業務調査用紙の運用は記入忘れなどがあり、十分徹底できていないが、業務の割り振りや業務量の把握には効果を得ている
- ・病棟カンファレンスや回診に時間をとられてしまい、リハビリを実施出来ないことがある(特にPT)→業務上必要なので、これによる単位数減は仕方がない
- ・1日平均患者数と実施率の相関はみられないが、1日平均患者数と平均単位数は大まかに正の相関が見られている
- ・代行システムの導入を行い、科として代行について啓蒙はでき、浸透はしてきたものの体調不良など患者の状態によって全員代行を行う事は不可能であった
- ・10月にPTの復帰、11月にPTの異動があったため、復帰・異動後の研修によって、十分リハビリに時間を費やす事が出来なかった。→もう少し出来た？
- ・PTとOTは12月に劇的に実施率・単位数が減少→10病棟のノロウイルス集団感染により、10病棟対応中止したため

10. 今後への継続

業務予定表の活用がイマイチ

代行システムの浸透はできた

内容・運用方法について検討必要

代行対象の検討や、システムの成熟化

今後の運用は、科内の業務委員に依頼

患者数の増減に関わらず、安定した単位数の取得を目指す
長期的な運用と見直しによって、単位数の底上げを図る

11.まとめ

- ・単位数取得増・業務負担の均等化を目的に、TQC活動を実施した
- ・単位数増にはつながらなかったが、業務調整や代行が行いやすくなるなど、業務負担の軽減にはつなげることは出来たと思われる
- ・定期で行われる回診、カンファレンスや異動・訪問・実習対応などの不定期のイベントに時間を割かれることなくリハビリを行うことは実際は不可能
- ・そのため、頑張て何とか達成できる目標ではなく、普段の業務の中でコンスタントに取り続けられる目標が必要と思われる
- ・今回の結果では、設定した目標を達成することが出来なかったこともあったが、今後もコスト意識を持って取り組む必要があると思われる
- ・リハビリ単位数取得数は、さまざまな要素によってかたんに変動してしまいやすい、今回の取り組みを元に、さまざまな角度から単位数増に取り組む必要があると思われた
- ・今後も中央リハビリテーション科は確実にリハビリ単位数を取得するよう努力することで、経営改善に関わっていきたい

特別治療食加算率アップ大作戦

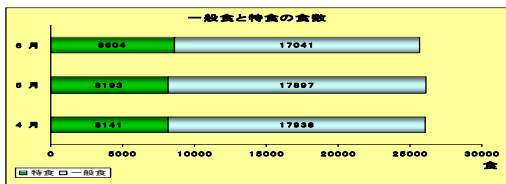
栄養管理科 サークル名 プロジェクトM
 ◎上田 千鶴
 太田垣 洋平
 内田 隆弘
 和田 優

1. テーマの選定

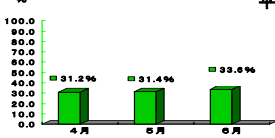
“経営改善に向けて”

● 栄養管理科に特化した収益を大きく分けると
 1) 入院時食事療養費 2) 栄養管理加算
 3) 栄養指導料 4) 特別治療食加算 がある。
 栄養管理科では、従来より可能な限りの高い水準でこれらのコストを算定しているが、唯一特別治療食加算の算定は少ない。入院患者全体の30~33%程度の算定である。当院の入院患者の平均年齢74歳から考えると、40%程度は算定できると思われる。
 特別治療食加算は、1食当たり76円であるため、算定率のUPは経営改善、収益に寄与できると考える。
 今回、本来は特別治療食が指示されるべき患者に対して、常食などの一般食が給食されているケースが多いのでは？と考え、今回のテーマとして設定した。

2. 現状調査 食数と特食加算率



平成22年4月~6月の特別治療食加算率

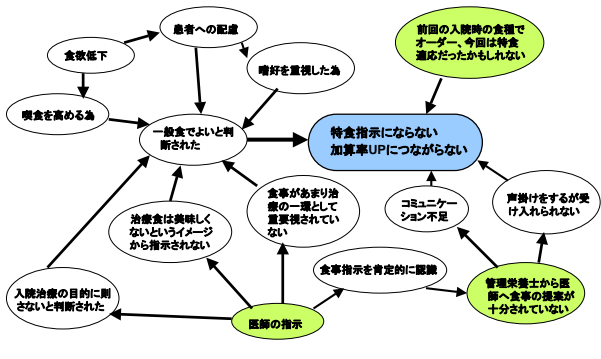


● 結果、特別治療食加算率は32%であった。

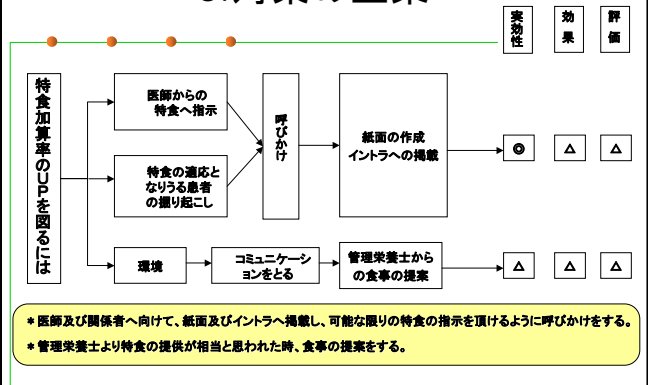
3. 目標設定

特別治療食加算率を8%UP
 (現状32%→40%へ)

4. 要因解析



5. 対策の立案



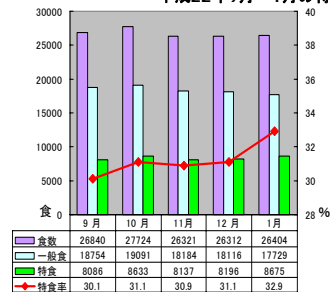
6. 対策実施

- 医師及び関係者へ向けて、特食の食事指示を可能な限り頂けるように、紙面配布及びイントラへ掲載し呼びかけをする。
- 管理栄養士は、日々の業務の中で定期的に患者の食事内容の確認を行い必要ならば食事への提案を行う。

・9月・1月 呼びかけの実施
 ・入院時をはじめ定期的に食事内容の確認

7. 効果の確認

平成22年9月～1月の特別治療食加算率



・全体的に食数の大幅な減少はないものの、特食の占める割合はややUPしているが、全体での目標である40%には程遠い数字となっている。(一部、40%以上の診療科はあった)

・効果はあまり無かったか(変動の範囲内)。

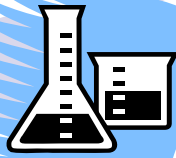
8. 歯止め

- 管理栄養士は、治療及び患者に則した食事の提供をする為に、食事への提案を積極的にしていく。

9. 反省と今後の課題

- 患者の状態により、治療食が必要とされる場合でも、成立しないことが多い
- 今回目標の達成に至ってないが、目標の設定が過大だったかもしれない。目標設定については、検討が必要。
- 食事については医師の指示により給食となるが、管理栄養士は、食事への提案をすることが必要かと考える。
- 特別治療食加算率UPするには、他職種の協力が不可欠であると考え。

ランニングコストの削減 (コントロール測定法の変更)



プール結成(血清)

チーム結成!
医療技術部検査科

植田 由美
中村 真一
武村 努
中屋 めぐみ
田野 美保
林 常夫

テーマ選定の理由

検査科では日々の検査データの精度と信頼性の確認のために、それぞれの測定項目が値付された市販のコントロール血清を使用している。

多くの測定項目について管理をおこなっているため種類も増加している。

今回、経費と業務の削減を行うために、生化学部門において検査後の検体より作成したプール血清による一部項目の管理を行うことを試みることにした。

現状の把握と目標の設定

	現状	目標
測定項目数	45項目	45項目
使用コントロール血清	7種類使用	3種類に減らす
コントロール測定費用(1日)	トータル費用 ¥4840	トータル費用 20%削減
検査を終了した検体の使用指針	未作成	作成する

系統図

精度管理の費用を削減

測定回数を減らす △

測定項目数を減らす ×

コントロール血清使用量を減らす ◎

自家製プール血清を作成 ◎

◎実現可
△検討可
×実現不可

活動計画 2010年7月～2011年1月

計画 → 実施 →

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選択	計画	実施					
活動計画	計画	実施					
現状把握と目標の設定			計画	実施			
対策の検討と実施			計画	実施			
効果の確認				計画	実施		
標準化と管理の定着					計画	実施	
反省と今後の課題						計画	実施

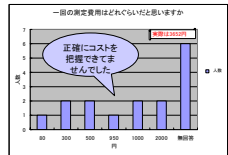
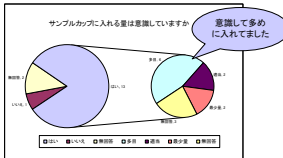
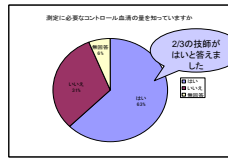
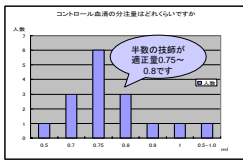
対策の実施①

- プール血清を作成するにあたって、院内規定の作成



対策の実施②

コントロール測定に関するアンケートの実施

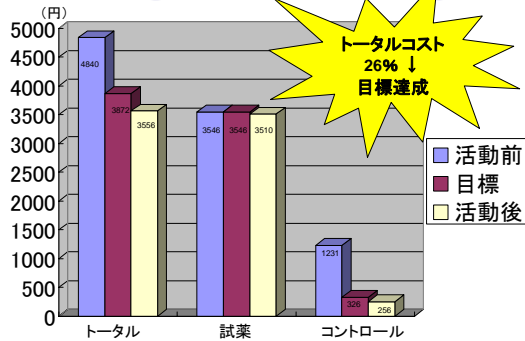


対策の実施③

- プール血清の作成・使用
- 感染症の検査済み検体を集めプール血清100mlを作成した。
- 専用コントロールを使用している項目についてN=10測定し値付を行った。
- 1回の測定に必要な300 μ lを小分け凍結する。
- 毎朝融解し測定し、機器の精度を管理する。
- 週に一度専用コントロールを測定し、プール血清の精度を管理する。

効果の確認①

1日(朝)のコントロール測定費用の変化



効果の確認②

- データの管理に対する費用を考えることができた。
- 測定後の検体を利用するにあたっての規定が整備できた。
- コントロール測定に関しての技師の意識を認識することができた。
- コントロール測定費用を削減できた。

歯止め

- 日常業務を行う上で、常にコスト意識を持つ。
- コスト削減のためのプール血清によるデータ管理を継続する。
- 専用コントロールでの定期的チェックも並行して行う
- 必要コントロール量を明確に提示し、無駄な分注を無くす。

反省と今後の課題

- 試薬導入時にはコントロール血清の更新もよく考えなければならない。
- 作成したプール血清の管理をきちんと行う。
- 機器、試薬の進歩と共に、コントロール血清の測定頻度、多重測定の有無も見直す必要がある。
- 今後も活動を継続し、コストの削減、業務の効率化に努めたい。

薬剤管理指導料の算定漏れを無くす！

チーム名:改善隊

薬剤科:高橋夕子、上坂光介、石原恵理、松下祐一、岡田良典、津崎裕美、岡本大輔、鎌田充、古川正信

テーマの選定

・ 当院の病棟薬剤師が算定できる業務には以下の項目がある。

・薬剤管理指導料(ハイリスク薬がある場合)	380点
(ハイリスク薬が無い場合)	325点
・医薬品安全性情報等管理体制加算	50点
・退院時薬剤情報管理指導料(退院時に算定)	90点
・麻薬管理指導加算(麻薬がある場合)	50点

- ・ 現在、指導料の登録業務は各病棟の担当薬剤師1人で行っており、他の業務と平行して作業を行っているため、登録漏れ(以後、コスト漏れ)を起こしてしまう事がある。
- ・ このコスト漏れをなくし、確実に登録業務を行うことが経営改善に繋がると考え、このテーマに決定した。

『薬剤管理指導料の算定漏れを減らす！』

現状把握

医事課の協力を得て、2か月間調査を行い、コスト漏れがあった場合は、リストアップした。

調査期間(H22.8/1~9/30)計61日

・コスト漏れの内訳

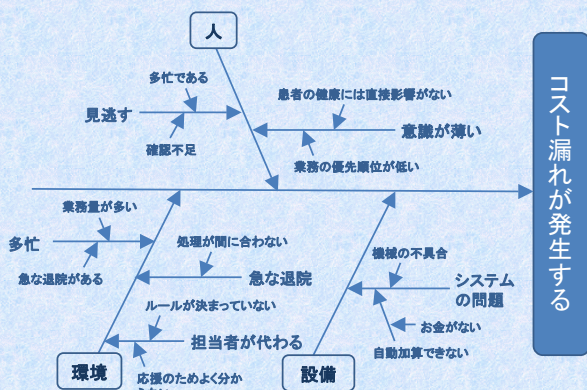
- ①ハイリスク薬指導料(380点)を通常の指導料(325点)で算定していた。 2件
- ②転棟時の患者データ受け渡しを忘れ、算定ができていなかった。 1件
- ③麻薬加算(50点)の算定が漏れていた。 2件
- ④注射のハイリスク薬を見逃し、通常の指導料(325点)で算定していた。 4件
- ⑤退院加算が算定できるにもかかわらず算定していなかった。 1件

	①	②	③	④	⑤	合計	
件数	2	1	2	4	1	10	(件)
コスト	1100	3800	1000	2200	900	9000	(円)

目標設定

コスト漏れを0件にする。

要因の解析



対策の立案

(◎=3点、○=2点、△=1点)

要因	対策	具体的対策	実現性	コスト	効果	合計
意識が薄い	意識を高める	ポスターを作り見やすいところに貼る。 勉強会を開く。	◎	◎	◎	9
多忙である	人員の増員・整理	人員を増やす。 人員配置を考え直す。	△	△	◎	5
急な退院で手が回らない	退院を早めに把握する	看護師に早めに声をかけてもらうようにする。	○	◎	△	6
個人によりやり方がバラバラ	統一させる	専任の担当者を決める。 薬剤科内でルールを決める。	◎	◎	◎	8
システム上の問題	薬剤管理システムの改良	自動加算できるシステムを作る。 転棟処理が自動的に行われるようにする。	△	△	◎	5
			△	△	◎	5

実施

対策の立案で9点となった2案について対策を実行した。

↓
薬剤科内でルールを決め、決めたルールと見逃ししやすい点をポスター(表1)にし、サテライト薬局内の見やすい部分に貼って意識の向上を図った。

ポスターの内容は現状調査でコスト漏れを起こしていた項目を改善できるよう検討を行った。

(表1)

算定漏れはあなたの責任です!	
★見逃しやすい点	
① ERCPの際の麻薬加算	
② 内服でハイリスクが無くても注射を見落とさない	
③ 抗癌剤は休薬期間中も算定	
★薬局内のルール	
① 転棟時は送る側が薬管の画面上データをとばす	
② 塩酸ベチジンを部長に返却する前に麻薬加算を算定する	
③ 持参薬だけでも退院加算は算定できる。	
TQC 委員	

対策後のデータ

対策後、さらに調査を行い、コスト漏れの件数にどのような変化があったかを見た。

調査期間 (H23.1/4～2/24) 計52日

コスト漏れの内訳

- ① ハイリスク薬指導料(380点)を通常の指導料(325点)で算定していた。 0件
- ② 転棟時の患者データ受け渡しを忘れ、算定ができていなかった。 0件
- ③ 麻薬加算(50点)の算定が漏れていた。 0件
- ④ 注射のハイリスク薬を見逃し、通常の指導料(325点)で算定していた。 0件
- ⑤ 退院加算が算定できるにもかかわらず算定していなかった。 0件
- ⑥ 入院時に患者データを登録し忘れたため、コスト請求が漏れていた。 3件

	①	②	③	④	⑤	⑥	合計	
件数	0	0	0	0	0	3	3	(件)
コスト	0	0	0	0	0	11400	11400	(円)

効果判定

- ・ コスト漏れの件数は対策前の10件から3件に減少した。

目標未達成

- ・ 現状調査の段階で判明した原因のコスト漏れ自体は無くなったが、新たな原因のコスト漏れが発生した。

歯止め

今後も医事課と協力し、コスト漏れの事例調査を継続し、毎月のミーティングにおいてその月に起きたコスト漏れの事例を発表し、検討を行う。

反省と今後の課題

対策は効果があったが、新たな問題として、入院時に患者データを薬剤管理システムに取り込み忘れたことによるコスト漏れが発生した。

↓
定期的に(週に1回以上)入退院患者のチェックを行い入退院処理の漏れがないかを確認する。

まとめ

- ・ 以前より、薬剤科のコスト漏れは医事課より指摘されていた。そのため、今回の取り組みを行った。今回の活動で、定期的にコスト漏れを報告・検討することで、コスト漏れの減少につながる事が認識でき、又、皆の意識向上につながったと感じた。新たな問題も踏まえ、今後も継続していきたい。

第5回TQC活動

unnecessary 印刷用紙を減らす

サークル名 満腹ヤギさん



外 来 太田垣秀子 山崎よし子
医事課 吉田知佳子 植木靖昌

1. テーマ選定の理由

- ・ unnecessary 印刷用紙が沢山ある。
(アンケート調査を行った結果)
- ・ 患者に渡さない予約票が、印刷されてしまう。
- ・ 印刷用紙に着目し、無駄を減らすように活動した。

2. 活動期間

平成22年9月13日～平成22年12月22日

3. 現状把握

調査期間…平成22年9月13日～平成22年9月30日
方 法…内科の次回検査枠変更時に、印刷される予約票を集計した。
結 果…522枚であった。

4. 目標設定

予約変更時に印刷される unnecessary 用紙を平日12日間で、250枚以下にする。



5. 原因分析

特性要因図より原因分析を行い、以下を重要要因とした。

- ①検査枠を変更する度に予約票が印刷される。
- ②無駄という意識がうすい。
- ③印刷されない操作方法を知らなかった。

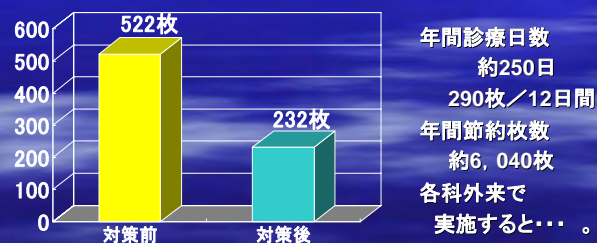
6. 対策立案・実施

- ①オペレーター自身でログインして操作する。
- ②スタッフ間で意識統一をはかる。
- ③一度印刷した紙の裏面を使用する。

7. 効果確認

平成22年12月7日～12月22日の平日12日間対策を実施し、効果確認した結果、232枚であった。

「250枚以下にする」目標は達成された。



8. 歯止め

- ①オペレーター自身でログインして操作する。
- ②スタッフ間で意識統一をはかる。

9. 反省と今後の課題

- ・用紙削減に有効な操作方法をスタッフで共有できた。
- ・スタッフ間で「不必要な用紙をなくす」という意識が高まった。
- ・他の外来へも今回の活動を広めていきたい。
- ・予約システムによる対応を... m(_ _)m。

経営改善の工夫 ～電話料金節約してますか？～



サークル名 節コール
南但訪問看護センター
ケアプランセンター
雑賀 浩子
西口 美和子

1. テーマ選定の理由

福祉センター訪問部では、訪問前に対象者へ時間連絡を行っている

緊急時や関係機関との調整も含め、毎日の電話使用頻度は他部署に比べ非常に多いと認識できる

頻回使用に着眼し電話料金削減できないかと考え取り組んだ

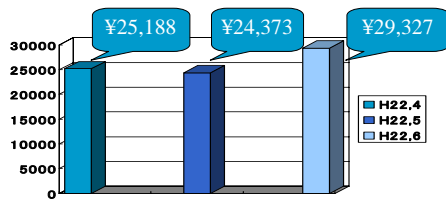
2. 活動期間

平成22年6月1日～平成22年11月30日

3. 現状把握

活動前3ヶ月間の電話料金を調査した

- 1) 調査期間 平成22年4月1日～6月30日
- 2) 調査方法 1ヶ月ごとの電話料金を確認

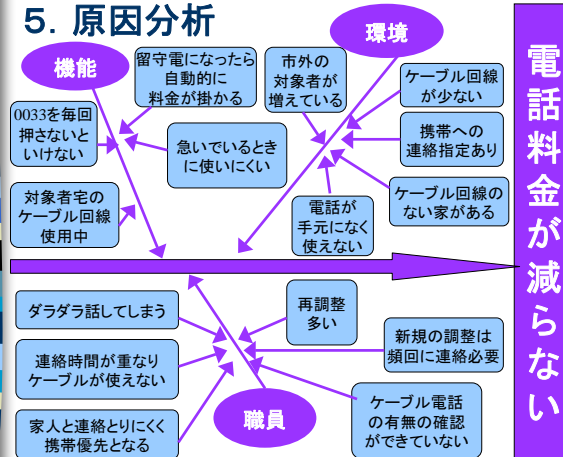


4. 目標設定

1) 平成22年4月～6月までの3ヶ月間の平均利用料金の¥26,296より、5%以上削減できる

2) 職員の電話料金削減への意識が100%になる

5. 原因分析



6. 対策と実施

1) 対策を実施し、職員全員に啓蒙する

2) 職員が見やすいように電話機に表示する

3) 毎月の電話使用料金を書面やケア部会にて伝えアンケートをとる。

4) 電話連絡の不必要な対象者を選定する



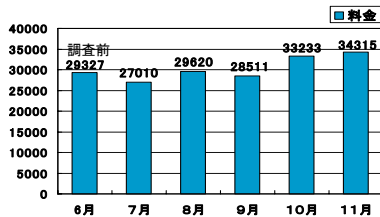
啓蒙ポスター



電話機に表示

7. 効果確認 I (料金)

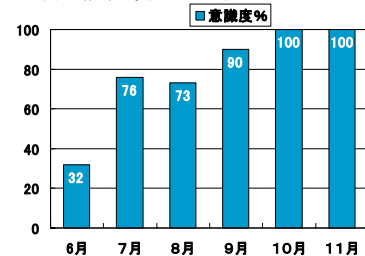
- 1) 期間 平成22年6月21日～11月30日
- 2) 調査方法 対策後、職員へ書面にてアンケート調査を行った
- 3) 結果



7. 効果確認 II (意識度)

- 1)・2) は効果確認 I と同様
- 3) 結果

センター内への書面での啓蒙や、毎月のアンケート実施により、職員への電話料金削減への意識づけ、発信前番号の周知はできた



8. 歯止め

- ・市外対象者も多いため、市外通話でも使用料金削減が図れないか方法を模索する
- ・コスト削減意識拡大のため、今後もTQC委員が中心となり職員への啓蒙を図っていく

9. 反省と今後の課題

- 今回のテーマ選定にあたり、訪問部の特性を見だしテーマへ結びつけることに苦労した
- 活動にて、電話料金削減の意識づけや、発信前番号の利用での、料金削減の知識を得ることができた
- 職員1人1人の意識が常に保たれ、的確に要点を話すなどの配慮が必要であったと反省する
- 新規時にケーブル回線の有無の確認を行うことが必要と考える
- 調査開始時の発信前番号の利用割合を調査し、活動中の利用割合との比較が行えるように、計画が必要であった
- 経費削減の取組みを継続しつつ、サービス内容が低下しないよう支援継続していきたい