

第7回 TQC大会

【日時】平成 25 年 4 月 19 日(金)午後 5 時 15 分～

【場所】講堂 【出席者】123 名 【テーマ】経営改善に向けて PARTⅢ

※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】山根文子(2病棟)・田中しのぶ(10病棟)

【演題】(パネル・口演)

1	正しい分別がコストを下げる！～感染性廃棄物の見直し～★	【検査科】へるへるぺ〜ル缶	652点
2	早期加算の早期取得に向けた取り組み	【リハビリ科】かぁーさん、はよしんせーな	617点
3	包括病棟でジェネリック使用量を増やし、収益UPを目指す！	【薬剤科】ジェネリックローバーZ★	590点
4	CTColonography における処理時間の短縮を図る	【画像診断科】腸時間労働	587点
5	リハビリに関する加算の収益アップ	【老健】ガッチリ老健	563点

【演題】(パネルのみ)

1	チームリーダーの時間外業務を減らす (業務の見直しから経営改善につなげる)	【2病棟】チン！で帰り隊
2	食べこぼし注意報発令中！！～摂食嚥下点数の取り忘れ防止～	【4病棟】摂食嚥下がんばり隊
3	汎用処置取り忘れ対策	【5病棟】加算漏れなくし隊
4	汎用入力、実施漏れを防ぐ	【6病棟】6'nRoll
5	RDガーゼ無駄削減	【7病棟】意識改革部
6	RDガーゼのムダ削減！	【8病棟】看ジャニ8
7	汎用漏れをなくそう	【9病棟】9chan's
8	Power Saving	【10病棟】コスト下げ隊 パートⅡ
9	RDガーゼの節約	【11病棟】ばばいろクローバー
10	食材費の軽減	【栄養管理科】価格調査隊
11	トリアージ加算漏れゼロを目指して	【外来看護部】FOUR COLOR SELECSOON
12	裏紙利用によるコストダウンをはかる	【組合事務局】リサイ CREW
13	経営改善への工夫～加算もれなくす Part Ⅱ～	【南但訪問】加算もれすくい隊
14	短期未集金を減らせ	【医事課】医事課回収隊

【優秀賞】

正しい分別がコストを下げる！～感染性廃棄物の見直し～ 検査科(へるへるぺ〜ル缶)

平成25年11月15日(金)地区発表大会(兵庫地区)へ参加 <QCサークル感動賞受賞>

正しい分別が コストを下げる!!

～感染性廃棄物の見直し～

サークル名： へるへるペール缶

医療技術部 検査科
阿部結穂 中村真一 林隆子 満晴
上田恵美 西村雅樹 田野美保 林常夫



テーマ選定の理由

H24年度 キックオフテーマ「**経営改善の諸策 PartⅢ**」

検査科の思い
検査科では検査機器の集約、検査試験、項目の見直しなどを行い、既に一定の成果をあげてきた。
さらなる経営改善のためには単なるコスト削減に加え、実施するメリットのある活動を選定しよう。

検査室の特徴

血液や体液を扱うため、感染性廃棄物の量と種類が多い

20Lペール缶に何でも廃棄している現状
← 一番割高な容器!!

そこで
**感染性廃棄物を正しく分別することにより
コスト削減を目指そう!**



現状把握

容器種類	50Lペール缶	20Lペール缶	45Lダンボール箱
投入可能物	液状・泥状のもの 鋭利なもの	液状・泥状のもの 鋭利なもの	固形状のもの
1箱当たりの処理料	1500円	700円	1100円
1L当たりの処理料単価	30円/L	35円/L	24.4円/L
現状(活動前)	8.3個/月	20.3個/月	3.0個/月

20Lペール缶の使用量が最も多い!!

目標設定と活動計画

何を：感染性廃棄物の1L当たりの処理料単価
どのくらい：現状=31.4円/L→10%削減 28.3円/L
期間：2012年10月～12月 (比較期間：2012年5月～7月)

	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
テーマ選定	全員	[進捗]									
活動計画	西村 阿部	[進捗]									
攻め所と目標の設定	阿部 上田	[進捗]									
方策の立案	濱 林 中村	[進捗]									
対策の実施	分別見直し	全員	[進捗]								
	分別表	全員	[進捗]								
	勉強会	阿部 林	[進捗]								
効果確認	阿部 田野	[進捗]									
反省と今後の課題	全員	[進捗]									

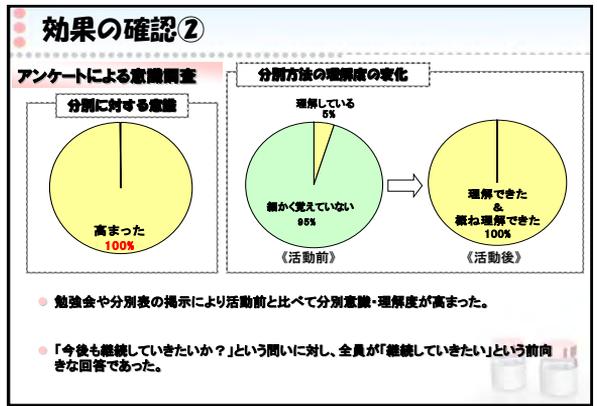
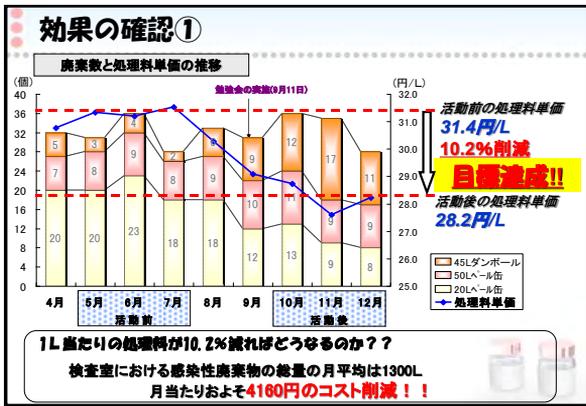
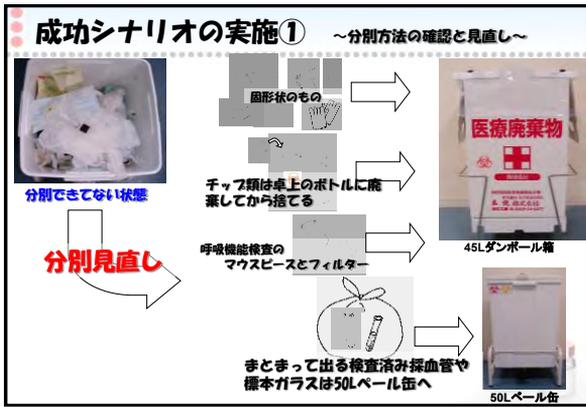
攻め所の検討

項目	ありたい姿(活動後)	現在の姿(活動前)	ギャップ	攻め所
50Lペール缶	10個/月	8.3個/月	1.7個/月	-
20Lペール缶	10個/月	20.3個/月	10.3個/月	
45Lダンボール箱	13個/月	3個/月	10個/月	
処理料単価	10%減(28.3円/L)	31.4円/L	3.1円/L	
チップ	ボトルに入れてダンボール	20Lペール缶	分別方法が確立されていない	分別方法の確立 ダンボールの設置場所検討
マスク・手袋	ダンボール	20Lペール缶	ダンボールを設置していない	
マウスピース・フィルター	ダンボール	一般ゴミ	ダンボールを設置していない	
その他の固形物	ダンボール	20Lペール缶		
分別意識	高い	低い	分別の意識	分別意識を高める
分別知識	一定にレベルアップ	スタッフ間でバラバラ	マニュアルに対する関心度	分別知識を高める
ダンボールの設置場所	4ヶ所	1ヶ所	3ヶ所	ダンボールの設置場所の増加

方策の立案

攻め所(着眼点)	方策案	期待効果	コスト	実現性	評点	採否	順位
分別方法の確立	廃棄物の全リストアップと分別の見直し	◎	◎	◎	9	採	1
	勉強会を開催し周知徹底	◎	◎	◎	9	採	1
分別の意識・知識を高める	勉強会の開催	◎	◎	◎	9	採	1
	分別表の作成・掲示	◎	○	○	7	採	2
	廃棄BOXのホルダーに分別を促すシールを貼付	○	○	◎	7	採	2
ダンボールの設置場所の増加(適切な数と場所)	新規ホルダーの購入検討	○	△	△	4	採(一部)	3
	設置場所の検討	○	○	△	7	採	2
	新規廃棄Boxの導入	○	×	×	2	否	11

◎:3点 ○:2点 △:1点 ×:0点



標準化と管理の定着

	何を	何故	何時	何処で	誰が	どうする
標準化	ごみの個数	現状把握のため	毎日	1階検査科	ゴミ当番	数を記入する
管理	正しい分別	コスト削減のため	随時	検査科	検査技師	徹底実施
	ミーティング	分別の再確認と周知徹底のため	必要に応じて	検査科	検査技師	開催する

- ### 反省と今後の課題
- 今回、感染性廃棄物の見直しを行ったことにより、スタッフの意識が向上し、細かい分別が出来、コスト削減につながった。
 - より安全で、正確な分別を実施するためには、廃棄BOXの大きさやホルダーの新規購入など慎重に検討していく必要があると思われる。
 - 今回の活動を契機に、手指衛生、検体取り扱いなど感染対策に対する意識をより高めることが出来た。今後も感染対策活動の充実に繋げていきたいと考える。

早期加算の早期取得に向けた取り組み

部署 中央リハビリテーション科
 サークル名 かあーさん、はよんせーな
 メンバー ◎井上崇 ○吉田一正
 栗田博樹 才木辰郎 秋山一平
 北村佳子 大友花梨
 田原邦明 西田陽二

◇テーマ選定

2012年度のキックオフテーマ
『経営改善に向けての諸策 PartⅢ』

リハビリテーション科技師長からのトップダウン



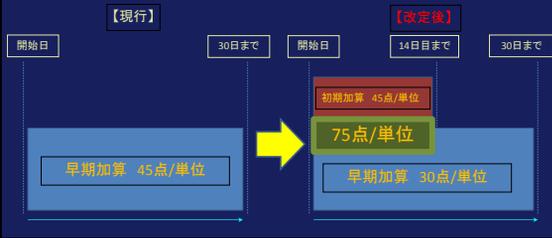
「今年は、早期加算で行こう！」

【選定理由】

平成24年度の診療報酬改定に伴い、早期に対応した時の加算方法が改定された。現行では45点しか加算されなかったが、改定後は14日以内に対応することで、75点の単位取得につながるようになった。これを踏まえ、早期に対応できる方法を検討し、収益アップに向けてTQC活動を開始した。

◇早期加算がどう変わったのか？

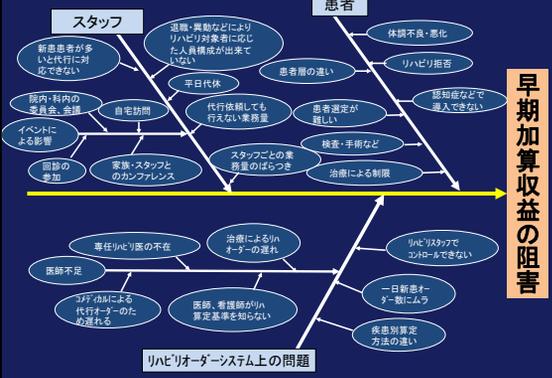
- 14日以内の期間
(新) ① リハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合 75点
② その他の場合 30点
- 15日以上30日以内の期間 30点



◇活動計画

	担当	2012					2013					
		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
テーマ選定	メンバー全員		→									
勉強会	才木 秋山		→									
要因解析	井上 吉田 北村			→								
現状把握	井上 才木				→							
対策の立案	メンバー全員					→						
目標設定	西田 吉田 井上						→					
対策の実施	メンバー全員							→				
効果確認	メンバー全員								→			
標準化と管理の定着	メンバー全員									→		
反省と今後の課題	メンバー全員										→	

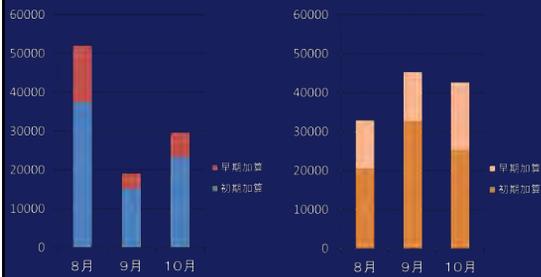
◇要因の分析



◇攻め所の検討

特性	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	効果期待
リハオーダーの方法	医師からの早期オーダー	医師からのオーダー及び指示を受け代行によるオーダー	代行によるオーダーが多く、入院日からのオーダー遅れあり	バスによるルーチン化	△
疾患別算定方法の違い	統一した算定方法	疾患別算定方法が異なる	ばらつきによる加算の統一ができない	新たな『廃用症候群』の診断	○
認知度の問題	医師が疾患別算定基準に準じたオーダーを出す	認知度が低い	知る機会がない	医師、看護師への勉強会	△
早期加算患者単位数の増加	PT/OT/STの関与 2単位以上関与	PTのみのオーダーが多い	疾患別対応のムラ	脳血管疾患(廃用含む)算定患者を中心に対応 代行による単位の取得増加を目指す	◎ ○

◇現状把握 2012年8月1日～10月31日まで



脳血管リハビリ加算における初期加算・早期加算の推移

脳血管リハビリ加算(廃用)における初期加算・早期加算の推移

◇目標設定

- 脳血管リハビリ加算では
初期加算+早期加算の3カ月の平均を評価
H24年8月～10月までの平均33615点
平均40000点を目標
- 脳血管リハビリ加算(廃用)では
初期加算+早期加算の3カ月の平均を評価
H24年8月～10月までの平均40345点
平均50000点を目標

(1点=10円)

◇対策の実施

- リハビリスタッフに対する勉強会の実施
- 病棟リハビリカンファレンス時の啓蒙活動
- 廃用症候群を生じた患者に対して、集中的にリハビリが行えるよう主治医に対し『廃用症候群』という診断名の病名登録

◇効果確認 2012年11月1日～2013年1月31日まで



◇標準化と管理の定着

なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
リハビリオーダーが遅れることがあるため	早期にリハビリオーダーしてもらえるように	各病棟リハビリカンファレンスにて	各病棟で	病棟担当のリハビリスタッフが	啓蒙活動を続ける
加療のためリハビリ開始が遅れることがあるため	集中してリハビリを行えるように	リハビリオーダー時	リハビリ室で	技師長が	主治医に廃用症候群の病名登録を確認
リハビリスタッフのコスト意識を高めるため	リハビリ算定加算に対する勉強会を	年1回	リハビリ室で	TQC委員が	開催する

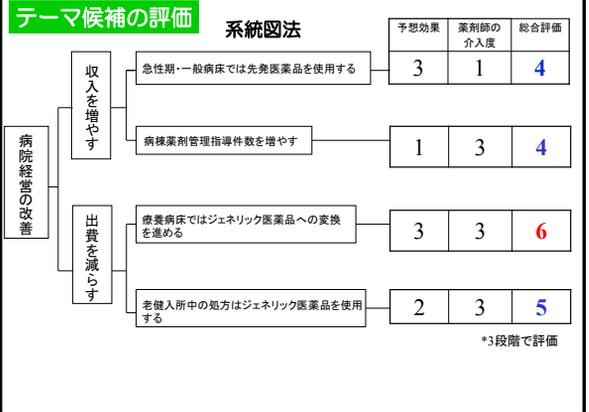
◇反省と今後の課題

- 脳血管リハビリ加算の初期・早期加算の算定についてセラピストの意識付けや2年間TQCで取り組んだ代行業務、土日の日直対応を積極的に行うことで目標達成に繋がったが、入院患者数による影響も認められた。
- 脳血管リハビリ加算(廃用)の初期・早期加算の算定についてセラピストの意識付けや病棟への啓蒙活動により早期のオーダーを行ってもらったこと、主治医に対して診断名の病名登録を啓蒙することで早期からのリハビリ介入が行え、初期・早期加算の増加に繋がった。
- 今後も継続して、コスト意識を高めるため勉強会を開催する。
- 今後、病棟スタッフ側に早期リハについての認識を高めていくような取り組みを行っていく必要がある。

包括病棟でジェネリック使用量を 増やし、収益UPを目指す！

ジェネリックローバーズ★

薬剤科 坂本恭宏 石原恵理 安福あゆ美



テーマの選定

4つのテーマ候補が上がった。これらを予想効果、薬剤師の介入度より評価し、総合評価の高いものをテーマとして選定した。

→「療養病棟ではジェネリック医薬品を使用する」に決定！

療養病棟でジェネリック医薬品を使用するとどうなるか・・・

療養病棟は、包括医療制度であるため、1日の医療費が定額となっている。

このため、できるだけ安価な薬剤を使用した方が、薬剤費を削減でき、結果として病院としての収益増加につながる事となる。

当院では、2病棟、10病棟がこの対象であり、ジェネリック医薬品を使用することで、病院経営にとってプラスになる。

今回、2病棟、10病棟で使用量の多い薬品を調査し、ジェネリック医薬品への変換を試みる事とする。

活動計画

活動項目	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
テーマの選定	全員	→								
現状把握	全員		→							
目標設定	全員			→						
対策の検討と実施	全員				→					
効果の確認	全員								→	
反省・まとめ	全員									→

現状把握

2012年4月～6月の3ヶ月分の2病棟と10病棟での薬品使用量を調査。

その中からジェネリック医薬品、ジェネリック医薬品が存在しない先発医薬品、すでにジェネリック医薬品が採用されている先発医薬品を除き、金額構成比順に並べた。

2012/4/1～2012/6/30 2病棟10病棟での処方量

薬品名	数量	単位名	薬価(円)	単位名2	総金額	金額構成比
バリセント錠10mg	789	錠	143.00	錠	112,827.0	9.64%
クレメジン細粒分包装2g	441	包	108.70	包	95,873.4	8.19%
クラビット錠500mg	164	錠	475.30	錠	77,949.2	6.66%
クラリス錠200	803	錠	88.60	錠	71,145.8	6.08%
ユニール錠4	539	錠	54.90	錠	29,591.1	2.53%
モニラックシロップ65%	4,280	mL	6.40	mL	27,284.0	2.33%
タナトリン錠2.5mg	676	錠	38.60	錠	26,093.6	2.23%
ウルソ錠100	1,951	錠	12.20	錠	23,802.2	2.03%
ホクサンテープ2mg(粒量)	245	枚	86.20	枚	21,119.0	1.80%
バリセント錠20mg	68	錠	266.90	錠	18,149.2	1.55%
マイロトピン錠4単位	541	錠	32.70	錠	17,690.7	1.51%
アーガメイトゼリー20%25G	168	瓶	98.20	瓶	16,497.6	1.41%

全てを替えると在庫管理が煩雑となるため、まずは金額構成上位から5品目を選ぶこととする。

また、以下のものは理由をもって候補から除外することとした。

- ・クレメジン細粒はジェネリックの品質が先発と異なるとの報告あり。
- ・クラビット錠500mg、モニラックSy r はジェネリック医薬品に同一規格がない。
- ・タナトリンは先発医薬品とジェネリック医薬品で適応が異なる。
- ・クラリスは抗生剤であり、医師の希望で変更不可となっている。

1薬品につき、ジェネリック医薬品が複数あるため、以下をメーカーを決定する際の条件とした。

- ①納入価格が安い
- ②安定供給できるもの(納品実績のあるメーカー)
- ③販売名が一般名である
- ④先発医薬品と適応が同じ
- ⑤錠剤の大きさ、色、形が先発医薬品とほとんど変わらない
- ⑥規格が同一のもの

以上の理由より、ジェネリック医薬品の採用候補とするのは、

- ・パリエット錠10mg：¥143→ラベプラゾールNa錠10mg（日医工）：¥73.7
- ・パリエット錠20mg：¥266.9→ラベプラゾールNa錠20mg（日医工）：¥149.8
- ・コニール錠4mg：¥54.9→ベニジピン塩酸塩錠4mg（日医工）：¥22.6
- ・ウルソ錠100mg ¥12.2→ウルソデオキシコール酸錠100mg（日医工）：¥6.3
- ・ホクナリンテープ2mg：¥86.2→ツロプテロールテープ2mg（日医工）：¥46.4

の5品目とした。

9月の薬剤検討委員会で提案し、採用決定を受け、10月より切り替えていくこととする。

2病棟、10病棟において、先発医薬品からジェネリック医薬品への変更を推進することで、必然的に収益は上がる。

薬剤部としては、変更率を上げる努力をすることで、収益増加に貢献できると考える

↓
と、いうことで...

目標設定

薬剤師、クラークが処方代行オーダーをする際、今回採用した5品目を先発医薬品からジェネリック医薬品へ、**100%切り替える!**

対策の検討と実施

対策実施期間 2012/10/1～2012/12/31

方法

- ①定期処方、臨時処方の処方入力時にジェネリックに切り替える。
→病棟担当者、クラークに、切り替わる薬剤の一覧表を配布し、入力時に確認してもらう。
- ②調剤時、監査時にジェネリックに変更されているかチェックする。
→監査台に切り替わる薬剤の一覧表を貼っておき、監査者が気付くようにする。

効果の確認

2病棟、10病棟の2012年10月～12月の5品目の使用量を調査。

ジェネリック医薬品への変更率

- パリエット錠10mg：807錠
⇒ラベプラゾールNa錠10mg：804錠・・・**99.6%**
- パリエット錠20mg：153錠
⇒ラベプラゾールNa錠20mg：153錠・・・**100%**
- コニール錠4mg：602錠
⇒ベニジピン塩酸塩錠4mg：587錠・・・**97.5%**
- ウルソ錠100mg：2472錠
⇒ウルソデオキシコール酸錠100mg：2406錠・・・**97.3%**
- ホクナリンテープ2mg：98枚
⇒ツロプテロールテープ2mg：98枚・・・**100%**

以下の理由で先発医薬品が対象病棟で処方されていた。

- ①パリエット錠10mg：3錠 → 採用前に処方入力し、内服開始が10月に入ってからだった。
- ②ウルソ錠100mg：286錠 → 入院中外来受診時に医師が処方した。
- ③コニール錠4mg：15錠 → クラークが処方入力し、処方調剤時、監査時にも気付かなかった。

変更率 目標 **100%**
↓
結果 **98.9%**

未達成

ちなみに金額だと・・・

試算	薬価(円/錠)	納入価差(円/錠)	処方量(4～6月)	納入価差(3ヶ月)	納入価差(年間)
パリエット錠10mg(先)	143	79.65	789		
ラベプラゾールNa錠10mg	73.7			62843.85	251375.4
パリエット錠20mg(先)	266.9	141.87	69		
ラベプラゾールNa錠20mg	149.8			9647.16	38588.64
コニール錠4mg(先)	54.9	34.5	539		
ベニジピン塩酸塩錠4mg	22.6			18595.5	74382
ウルソ錠100mg(先)	12.2	5.48	1951		
ウルソデオキシコール酸錠100mg	6.3			10691.48	42765.92
ホクナリンテープ2mg(先)	86.2	35.8	245		
ツロプテロールテープ2mg	46.4			8899.82	35598.5

5品目の納入価差(10～12月) **¥122,740.45**

これだけ収益をあげることができた!

↓
(年間推定額) ¥490,961.8

目標は未達成であったが、病院の収益増加につながった!

歯止め

☆切り替えてきていなかったものは、処方オーダー時・調剤時・監査時に、気付くことができたものである。

⇒もう一度、クラーク・薬剤師に切り替え表を渡し、呼びかけ、処方代行オーダー時・調剤時・監査時に見落とさないよう注意していく。

☆今後1年間は、3ヶ月ごとに2病棟、10病棟において、ジェネリック医薬品に切り替わっているかTQCメンバーがチェックし、その都度啓蒙していく。

まとめ

☆今回の取り組みは、病院の収益増加につながった。今後、この結果を薬剤科のみならず、処方入力に携わる医事課職員にも共有してもらい、継続して取り組んでいく必要がある。

☆またジェネリック医薬品の採用品目が増えると、在庫管理が複雑になる。さらに、薬剤の取り間違いのリスクが上がる点が懸念される。今後、先発医薬品を含めた採用品目の見直しが必要と考える。

C T Colonographyにおける処理時間の短縮を図る

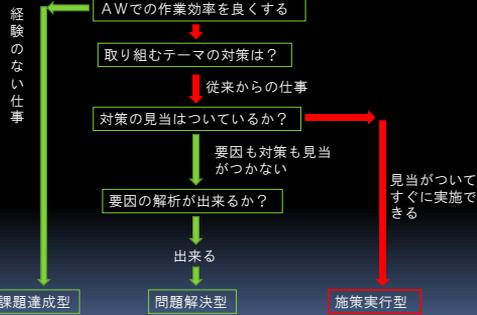
サークル名：腸時間労働

画像診断科 西垣裕 上仲彰洋 中村昌宏

テーマの選定

当院では新病院移転時に新規CTを導入したのに伴い従来バリウムで行われてきた注腸検査にかわりCT colonography（以下CTC）を行うようになった。CTCはCTで撮影されたデータをもとに Advantage Workstation（以下AW）にて再構成処理を行って大腸の3D画像を提供している。CTCの画像処理は時間がかかるほかAWでは心臓CTなどの処理も行わなければならない。画像処理はCT担当技師が業務の空いた時間を利用して行っている。1台のAWでCTC以外に心臓CTや3Dアンギオ等の処理も行うので時間外になることもある。この度肺機能検査LAA%をCTで行うに当たり、AWの全面的なバージョンアップが施され処理能力の向上が期待された。これを受けてC T C画像処理の拘束時間をより短くするためテーマに取り組んだ。

QCストーリーの選定

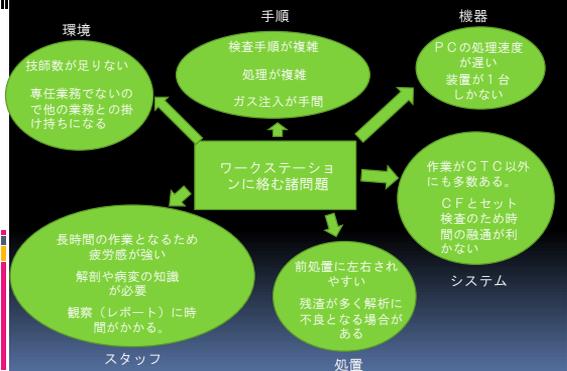


活動計画

活動内容	担当	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定	全員	計画	実施								
方策の立案	西垣		計画	実施							
方策の実施	全員			計画	実施						
効果の確認	中村					計画	実施				
標準化と管理の定着	西垣							計画	実施		

→ 計画
→ 実施

現状把握



目標設定

目標
平成24年8月1日から31日の1ヶ月間で
C T Cの処理時間を現行の半分にする

方策の立案

対策	対策の内容	担当
CTCに携わる技師の選定	AWでの作業を効率よくできるようにレクチャーを行う	中村
技師のトレーニング、およびルーチン作成	CTCのルーチンを作成することにより余計な時間をかけずに処理を行う	西垣

方策の実施

- ① まず、旧AWでどれだけCTCの処理がかかるのか5人の技師によってランダムに選んだ患者の処理時間測定を行う
- ② 新AWで同じくどれだけCTCの処理がかかるのか5人の技師によって同じ患者の処理時間測定を行う
- ③ CTCの処理に対するアンケートを実施した。

責任者を決めて、選抜メンバーにレクチャー
CTCのミーティングの実施



効果の確認



新AW 平均6分54秒
旧AW 平均11分6秒

平均4分の時間短縮に成功

しかし若干目標達成ならず...

効果の確認 (無形効果)

- 処理が速くなることによりモニター凝視による目の疲れが軽減した。
- 心理的負担が減った。
- 処理が楽になった。
- レポートを速く仕上げることができ時間短縮により心臓CT等の処理への影響が少なくなった。

標準化と管理の定着

	いつ	どこで	誰が	なにを	どうする	なぜ
標準化	定期的に	CT室にて	CT担当責任者	処理の最善方法	見直す	担当者によって違った結果を出さないため
レクチャー	定期的に	CT室にて	担当者	病変等の抽出方法	アドバイス	常に最適な画像処理を手がけるため
管理	定期的に	CT室にて	CT担当責任者	最新の処理の方法	見直す	作業効率を上げるため

今後の課題

- 目標値は達成できなかったが、大幅な処理時間の短縮が図れた。基本給30万円の技師の時間給に直すと1件当たり113.6円の経費削減と考えることが出来る。短縮した時間分を他のモダリティへの応援に用いるか、CTCの件数増加に対応するようにするか、これから特性要因を考慮しながらPDCAサイクルを回す必要がある。
- 1台のAWで処理を行うのはCTC以外に心臓CTや3DCTアンギオ、肺機能など多くを扱う。そのため実際にはかなりの負担が画像処理担当者にかかるので考慮が必要である。

リハビリに関する加算の収益アップ



老人保健施設
サークル名:ガッチリ老健

石田 逸子 小島 道代 今井 秀樹 日野 麗彦
藤井 久子 太田 都 山下 ふみ代

1. テーマ設定理由

- 老建では、「短期集中リハビリテーション加算」「認知症短期集中リハビリテーション加算」の算定を2006年より取り組んでいる。しかし、理学療法士・作業療法士（以下セラピスト）のリハビリを行う時間が確保しにくいケースもあり、確実な加算の算定に繋がっていない。
- セラピストが効率良く動き、訓練等実施しやすいように他の職種の意識や協力を得ることで、「短期集中リハビリテーション加算」「認知症短期集中リハビリテーション加算」の増加と収益アップにつながると考え取り組んだ。
- 今年度の老建管理目標である。

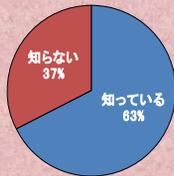
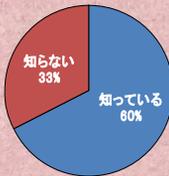
2. 活動期間

平成24年9月1日～平成25年1月31日

3. 現状把握

加算に対するアンケート調査(実施前)

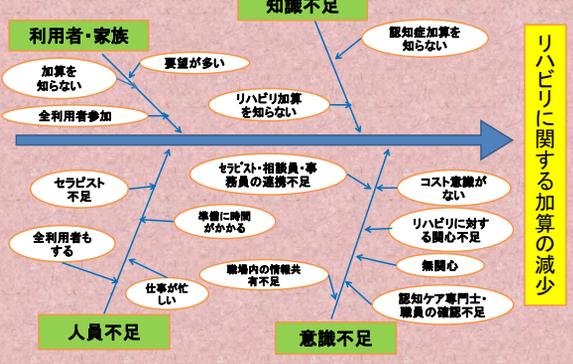
「短期集中リハビリテーション実施加算」を知っていますか？ 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」を知っていますか？



4. 目標設定

- 加算の収益が10%の増加となる。
- 看・介護職の加算に対する意識・知識の向上。
- セラピストが効率良く時間内に実施出来るように看・介護職が協力を行える。

5. 原因分析

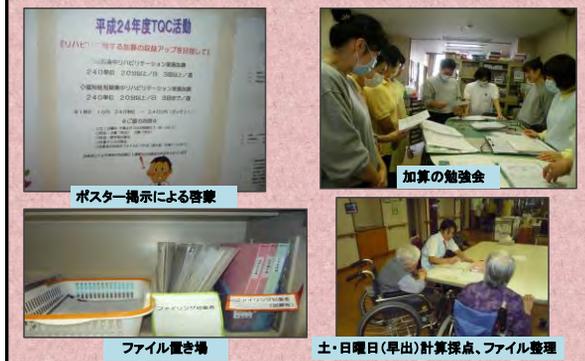


6. 対策の検討

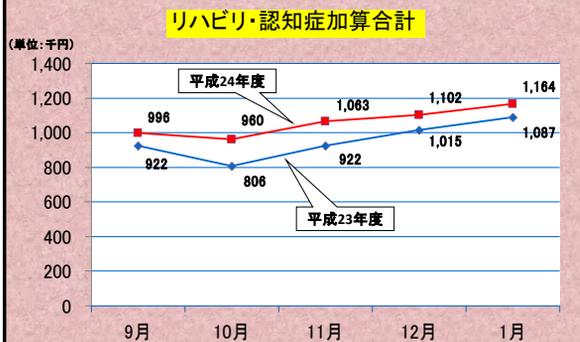
◎3点 ○2点 △1点

効果	実現性	コスト	評価	順位
リハビリに関する意識を高める	教育の仕組みを作る	勉強会をする	◎ ○ ○	7 3
		ポスターによる啓蒙活動	◎ ◎ ◎	9 1
対象者を増やす	リハビリ回数を増やす	相談員の加算の声掛け	○ ◎ ◎	8 2
		認知症専門士の助言	△ △ ○	4 4
業務管理をする	人員構成の調査をする	職員の加算への啓蒙	◎ ○ ○	7 3
		人員の増加	◎ ○ ○	7 3
		土日の業務確保	◎ ◎ ◎	9 1

7. 対策・実施



8. 効果・確認



9. 効果・確認

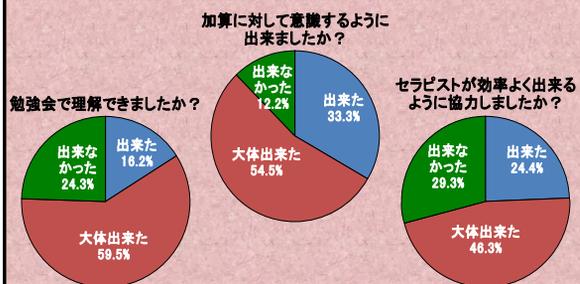
平成23年度	9月	10月	11月	12月	1月
合計金額(円)	921,600	806,400	921,600	1,015,200	1,087,200

平成24年度	9月	10月	11月	12月	1月
合計金額(円)	996,000	960,000	1,063,200	1,101,600	1,164,000
前年比	8.1%	19.0%	15.4%	8.5%	11.2%

前年度比収益11.5%アップ!

10. 効果・確認

活動後のアンケート調査(実施後)



11. 考察

- 勉強会やポスター掲示により職員の加算・コストに対する意識の向上に繋がった。
- リハビリ加算の対象者としての意識やセラピストの業務が効率よく実施出来るよう、協力できるようになった。
- 「認知症短期集中リハビリテーション加算」において、加算要件を満たすことが困難なケースが多い。その為「短期集中リハビリテーション加算」の充実を図ることが、効果的である。
- セラピストが1名減の状況で、11.5%の増収に繋がった。今後人員を充足することで、さらなる増収が期待出来る。

12. まとめ・今後の課題

- 収益が前年度比11.5%増収し、目標10%を達成した。
- 加算の意識を継続するため、今後も定期的な勉強会の実施が必要である。
- 相談員よりケアマネージャー、事業所に加算取得について協力を得る。



テーマ選定の理由

今回、日々のリーダー業務の業務量が多く、時間外業務となっていることに着目した。リーダーは夜勤への申し送り後に、翌日にむけ、リーダー業務の整理に取り掛かることが多いのが現状である。その中で、何が一番時間がかかっているのか調査を行った後、業務の見直しを行い、リーダーの時間外業務の削減を目標に、このテーマに取り組んだ。

チームリーダーの時間外業務を減らす (業務の見直しから経営改善へつなげる)

2病棟 サークル名「チン!で帰る隊」
山根文子
山本智恵子
小林ゆかり
坂山はるみ

活動計画

→計画 →実施

		平成24年					平成25年	
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	
テーマ設定	山根	→						
現状調査	山根		→					
目標設定	山本			→				
対策実施	山本				→			
原因分析	小林				→			
結果確認	山根					→		
標準化と管理の改善	山根 山本 小林 坂山						→	
反省と今後の課題	山根 山本 小林 坂山							→

活動期間
平成24年8月1日～
平成25年1月31日

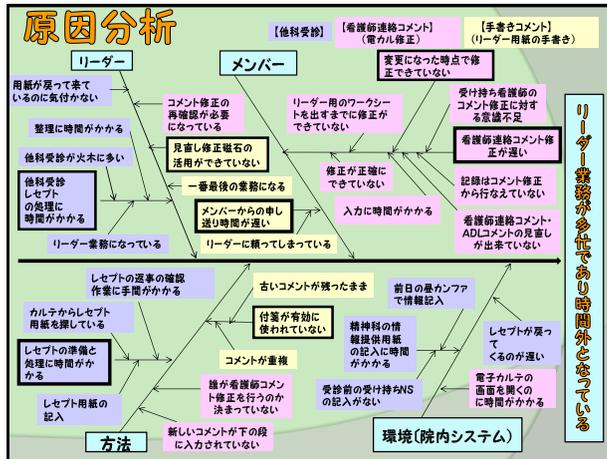
目標設定
時間外業務の
平均時間が30分
となる!

現状調査

期間:平成24年9月5日～9月18日

月日	部署	業務	手書きコメント	ケア	食事	ADL	看護師連絡	医師	他科受診	医師の指示受け	外出外出	他の管理	患者数
9/5(水)	4病棟	45分	3				4	8					40
9/6(木)	4病棟	150分	3		2	6		10					41
9/7(金)	6病棟	30分	14										40
9/8(土)	1年	10分	5										40
9/9(日)	10病棟	10分	2										40
9/10(月)	5病棟	80分	8	1			14	1	5		1	4	40
9/11(火)	5病棟	110分	17		2	1	14	1	4		1	1	38
9/12(水)	7年	50分	14		1	4	13		3	1	1	1	39
9/13(木)	7年	106分	22	3		3	22		6	5	3	4	39
9/14(金)	6年	0分											39
9/15(土)	6年	0分											39
9/16(日)	7年	50分	6	1	1	1	3						39
9/17(月)	5年	0分											39
9/18(火)	5病棟	120分	8			1	8		8		2	1	40
4ヶ月～7年	合計	740分	102	5	4	12	62	3	44	6	3	10*	393.5人
	平均		33分										

原因分析



対策実施

1. 手書きコメントについて

- 付箋が有効に使用されていない
 - メンバーがコメント入力後、付箋に「入力済み」と記入しリーダーへ渡す。リーダーがその後破棄する。
 - セラピストからのADL変更については、付箋+メモ用紙に記入後、メンバーへ渡してもらい。入力後、「入力済み」と記入しリーダーへ渡す。
 - コメント修正は遅くとも15時半までに行う。

2. 見直し修正磁石の活用

- スタッフが気がついた時点で、修正が必要な患者さんの名前を記入し、受け持ち看護師のロッカーへ磁石と共に貼る。
- 受け持ち看護師は、磁石に気が付いた時点で修正する。

3. メンバーからの申し送り時間が遅い

- 16時まで申し送りをする。午前中、変化があった時は昼のカンファレンスで報告。
- 申し送りは要点のみ。短時間でを行う。

2. 看護師連絡コメント修正について

①メンバーによるコメント修正が違い・変更になった時点で修正ができていない・正確にできていない
 ・星のカンファレンス時間を使用し、メンバーが変更・修正する。
 ・新しいコメントは下段に移動し入力を行う。
 ・看護師連絡コメント+ADLコメントは同時に変更・確認する。重複しないようにする。
 ・メンバーの記録はコメント修正から行う。
 新しいコメントを追加するだけでなく、重複するようなコメントは変更・削除する。

3. 他科受診しセプトの処理

①カルテを探しファイルやクリップなど準備・片づけ整理に手間がかかる
 ・1冊にまとめられるような他科受診用のファイル作成。
 ・しセプト処理は17時までに戻ってきたものについて行う。それ以降は急がないものは翌日に処理する。

②受診内容の把握
 ・受診結果については必ずリーダーへ報告する。
 ・精神科受診については、事前に受け持ち看護師が用紙作成を行い未定で登録。
 受診の前日にリーダーはメンバーや星のカンファレンスで情報収集を行い用紙を複製する。

現状調査後

期間:平成24年11月28日～12月11日

月日曜日	研修室 研修時間	研修 延長時間	平均 コメント	ケア	全容	ADL	看護 連携	合計 オーダー	他科受診 調換	医師の 指示受付	外出外泊 オーダー	星の管理	患者数
11/28 (木)	2年卒	45分	11			8	4		1	1		1	38
11/29 (木)	4年卒	180分	14		1	8	3		4	2			41
12/0 (金)	4年卒	45分	8			8	0						40
12/1 (土)	4年卒	40分	4			2	2					1	40
12/2 (日)	4年卒	90分	8			2	5		1			3	40
12/3 (月)	4年卒	180分	6			4	5		6			2	41
12/4 (火)	2年卒	100分	5			1	2		6			1	42
12/5 (水)	2年卒	75分	5			2	5		3				42
12/6 (木)	4年卒	120分	7			8	9		2		2		41
12/7 (金)	4年卒	100分	13				4						41
12/8 (土)	7年	100分	13		1	2	5				5		40
12/9 (日)	7年	110分	10			2	5		2	1	6		39
12/10 (月)	6年	120分	13	2			2		2				40
12/11 (火)	6年	120分	10				2						40
(現状調査)	3年卒 ～7年卒	1840分 (+900分)	130 (+18)	合計 (-8)	合計 (-8)	合計 (+18)	合計 (-30)	合計 (-2)	合計 (-14)	合計 (-2)	合計 (+8)	合計 (-10)	平均 39.5人
差との比		平均 96.7分 (+48.7分)											

効果確認 アンケート結果

＜その他の意見＞

- TQC委員の声かけで意識できた
- コル対応、メンバー処置フォローなど申し送り前後が多忙にてリーダー業務に集中できない
- 見直し磁石を使用するまでにその日のメンバーで変更した
- 申し送りを16時までにしようと努力するが順番が回ってこない
- 申し送りを16時までにはと意識していた
- 申し送りまでの間で気が付いた点・気になった点については、その都度リーダーへ報告し、申し送りが短時間で済むように心がけた
- カンファレンスの時にはパソコンの修正を意識した
- リーダーが再度入力出来ているか見直す為時間がかった
- 他科受診ファイルは使いやすく見やすく便利

この項目以外
リーダー業務短縮の意識付けは70%以上が大体できた

効果確認

業務延長時間
対策実施前:平均 52分
対策実施後:平均 95.7分

業務延長時間の平均が対策実施前と後では43.7分延長しており目標達成ならず

標準化と管理の定着

なぜ	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
リーダーの時間外業務を減らす為	手書きコメントやコメント修正を少なくする為付箋の活用	日勤	2階棟センター内	メンバーとセラピストが	電子カルテの新コメントや変更になったADLなど電子カルテ入力後、付箋に書きリーダーに渡す
受け持ち看護師の自覚を持たせる為	見直し修正磁石の活用	リーダー・メンバーが気が付いた時点で	受け持ち看護師のロッカーで	リーダーとメンバーが	コメント修正が必要な患者の名前を書いて見直し磁石を貼る
メンバーからの申し送り時間を早くする為	リーダーへの申し送り時間を	16時まで	2階棟センター内	メンバーが	要点的に短時間でを行う
メンバーによるコメント修正を早くする為	コメント修正	星のカンファレンス時間と15時半までに	2階棟センター内	メンバーが	メンバーの記録はコメント修正から行う。コメントは追加・変更・削除する。
他科受診しセプトの準備と片づけを早くする為	他科受診しセプトの処理	日勤	2階棟センター内	リーダーが	しセプトの準備や片づけにファイルを使用する。17時以降に戻ってきたもので急がないものは翌日に処理する

反省と今後の課題

- 1.目標達成しなかったが、今回の活動により、リーダー業務が多忙である事がメンバーにも伝わり、メンバーの協力意識が高まった。
- 2.メンバーが協力することで、リーダーの時間外業務を削減し経営改善につなげる。

食べこぼし注意報発令中!!

～摂食嚥下点数の取り忘れ防止～

サークル名: 摂食嚥下がんばり隊
4病棟 津崎 弥生
小野山 尚子

【テーマ選定理由】

・日々、口腔ケアや食事介助を行っているが、摂食嚥下点数のとり忘れが多いとの意見があり、どうすればとり忘れが予防できるのかを検討した。

* 摂食機能療法とは *

- ・平成19年4月より施行
- ・対象者: 摂食機能障害を有する者
- ・実施者: 医師の指示の下で看護師・歯科衛生士・PT・OT・STが施行できる
- ・期間: 3ヵ月以内は毎日、3ヵ月以上経過後は月4回まで算定可
- ・点数: 1日30分以上で185点

【現状調査】

期間: H24.4.1～H24.7.31

対象: 4病棟入院中の摂食嚥下療法対象者

4病棟クラークに依頼し、現状調査を実施

【調査結果】

	4月	5月	6月	7月	合計
対象者数(人)	2	0	4	4	7
月別件数(件)	8	0	68	41	117
合計点数(点)	1,480	0	12,580	7,585	21,645
合計金額(円)	14,800	0	125,800	75,850	216,450

* 1日につき185点

【目標設定】

摂食嚥下点数が**30%増**を
目標とする。

【特性要因図】



【対策の検討・実施】

1. 知識が少ない、対象者が分かりづらい点から、病棟クーク・言語療法士による勉強会を実施
2. 連絡帳に掲示
3. 毎日リーダーより摂食嚥下が取れそうな患者がいらないかカンファレンス時に声かけを行うようにした

【結果】

期間:H24.8.1～H24.11.30

	8月	9月	10月	11月	合計
対象者数(人)	3	5	2	0	9
月別件数(件)	34	67	16	0	117
合計点数(点)	6,290	12,395	2,960	0	21,645
合計金額(円)	62,900	123,950	29,600	0	216,450

*1日につき185点

【効果確認】

対策実施前と比較し、対策実施後は摂食嚥下対象者を把握し、汎用処置入力が行えるようになっている。
しかし、患者の滞在期間が短いことや対象者がいない月もあり、合計件数・合計点数・合計金額に違いが現れなかった。

30%増ならず目標達成には至らず

【歯止め】

- ・今後も、定期的に摂食嚥下療法対象者がいないか声かけを行うことで意識付けを図る
- ・連絡帳などを利用し、啓蒙を図る

【反省と今後の課題】

良かった点: 今回の取り組みで摂食嚥下療法に対するコスト意識を持つことが出来た。

悪かった点: 啓蒙活動は早期から取り組めたが、勉強会を行うのが遅くなってしまった。

今後の取り組み: 今後も、コスト意識を持って活動を行っていきたい

汎用処置取り忘れ対策



5病棟 加算漏れなくし隊
○三好 亜侑美
宮田 江身子
朝倉 法子

<テーマ選定の理由>

- ・以前より、汎用入力漏れ(コスト漏れ)が多いため、どの程度の汎用入力漏れがあるのか把握することで、スタッフが知識・関心を持つことで、確実に汎用入力ができるよう取り組んだ。



<活動期間>

- ・平成24年6月1日～12月31日



<現状把握>

- ・汎用入力に対する意識調査アンケート実施
- ・全患者の汎用入力漏れの調査実施



<目標設定>

- ・汎用入力に対する意識が、全体で10%以上向上する
- ・汎用入力漏れ件数が減少する



<原因分析>

- ・業務が多忙
- ・コストに関心がない
- ・コストに対する知識不足
- ・コストのマニュアルがない
- ・患者の重症度
- ・確認不足
- ・汎用入力漏れに気付いていない
- ・事務員との連携不足
- ・スタッフ同士での声掛けがない



汎用入力漏れ

<対策と実施>

- ・ 7月・1月に汎用入力に対する意識調査アンケートを実施
- ・ 全患者の汎用入力漏れを確認する
- ・ 汎用入力漏れがあれば、担当看護師に伝え、事後入力をする
- ・ 処置のコスト一覧をまとめ、各看護師へ渡す
- ・ 処置のコスト一覧を、各パソコンに設置し、入力時に確認できるようにする



ノートパソコン全部に汎用処置コスト一覧を設置した！



汎用処置コスト一覧を作成しスタッフ全員へ配布！

<効果確認>

汎用入力漏れ件数



<アンケート結果>

(7月アンケート結果→1月アンケート結果)

1. 日勤で、翌日以降の汎用オーダーが入力されているか確認し、入力されていない場合は、汎用オーダーできていますか？
 - ①できている 26.9% → 12%
 - ②まあまあできている 73% → 80%
 - ③できていない 0% → 8%
2. 処置が中止・変更になった時、翌日以降の汎用オーダーも中止・変更できていますか？
 - ①できている 50% → 52%
 - ②まあまあできている 46.1% → 48%
 - ③できていない 3.8% → 0%

3. 各自で、患者へ施行した処置は、必ず汎用オーダーできていますか？

- ①できている 46.1% → 28%
- ②まあまあできている 53.8% → 72%
- ③できていない 0% → 0%

4. 汎用オーダーに、コスト意識を持っていますか？

- ①できている 65.3% → 60%
- ②まあまあできている 36.4% → 40%
- ③できていない 0% → 0%

<反省と今後の課題>

- ・ スタッフ一人一人の意識が不足しており、全体的に意識改善にもつながらなかった。
- ・ 今回の対策では汎用入力漏れの減少へは繋がらなかった為、新たな方法を検討していく必要がある。
- ・ スタッフ同士で声を掛け合い、コスト意識を持つようにしていく。



汎用入力、実施漏れを防ぐ

6'n Roll
加藤 弘
南部 久美子

テーマ選定の理由

6病棟では2011年に汎用入力、実施漏れをなくすために手順を作成した。

しかし、今年になっても入力忘れ、実施漏れが減少しないため対策を行った。

活動期間

平成24年6月～平成25年1月

現状分析

《汎用手順》

- 汎用入力の確認
 - 勤務終了時にその日の汎用入力を確認
 - 同時に翌日の入力も確認し、できていない項目を入力
- 汎用入力
 - 定期でとれる汎用は土日に切れないよう1週間まとめて入力
 - 途中で追加となった場合は、定期の切れる日に合わせる
 - 実施時間は入力しないが、時間が決まっているものは入力
 - 0時の定期の汎用は、23時59分として入力
- ドレナージ、IVHの汎用入力
 - ドレナージは、ガーゼ交換(毎日)、バッグ交換(毎水)を1週間分入力
 - IVHは、ガーゼ交換(火・金)を1週間分入力
- 酸素療法の汎用入力
 - 開始時に取り、翌日分を同じ流量で入力し、流量変更が予測される場合は、その日ごとの入力
 - 流量変更時は、翌日分も新たな流量で定期入力を入れておく
 - SPO2測定も合わせて入力
 - HOTやニップ使用時は、1週間分を定期入力

- ◆ 実施忘れがあればクラークから一覧表が毎日来る
- ◆ 未実施・入力忘れがあれば該当者へ用紙に記入し伝える

《未実施・未入力の推移》

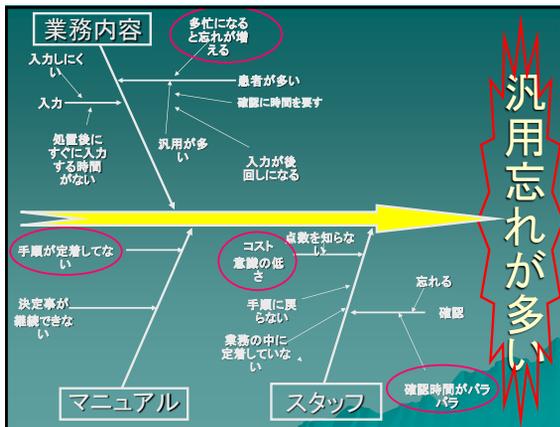


アンケート結果より

- ◆ 未入力、未実施を常に意識している: 88%
- ◆ 入力確認をする時間を決めている: 92%
- ◆ 昨年度作成した手順を活用している: 53%
- ◆ 各処置のコストを知っているか?
知っているものもある: 50% 知らない: 50%

目標

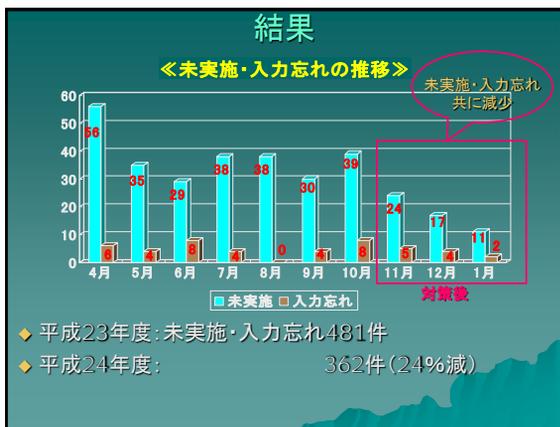
- ◆ 汎用の未実施、入力忘れを前年度の80%以下にする



対策

汎用未実施や入力忘れは、個人の意識に依存する所が多い事が分かった

- ◆ 汎用手順を再度全員に配布した
- ◆ 6病棟でよく出る処置のコストを円で表示し一覧にして配布した
 - ☆ 円で提示することで、より身近に感じ意識の向上に繋がる事を期待した



アンケート結果より

- ◆ 未入力、未実施を常に意識している
 - 88% → 100%
- ◆ 入力確認をする時間を決めている
 - 92% → 88%
- ◆ 昨年度作成した手順を活用している
 - 53% → 75%
- ◆ 処置のコストを知ってコスト意識が向上した
 - 100%

歯止め

- ◆ 未実施、入力忘れの該当者への提示を継続
- ◆ 毎月の件数の報告
- ◆ 各個人のタイムスケジュール内に入れていくように啓蒙
- ◆ 個人特定できない方法での忘れる件数を掲示していく

反省と今後の課題

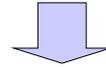
- ◆ 汎用の未実施、入力忘れが減少するように取り組んだが、大きな減少には繋がらず目標達成には至らなかった。
- ◆ 個人のコスト意識は高くなってきているので、今後も維持していけるように声を掛け合いながらさらなる減少になるように取り組んでいきたい

RDガーゼ無駄削減

7病棟 意識改革部
西村 友理子
宮脇 直美
塩川 友理

テーマ選定

- 処置に使うはずが、使わないで放置されているRDガーゼが包装紙から出たままとなっているものが多い。
- 吸引セットとしてRDガーゼをセットしていた。(退院時・転棟時には破棄する)



無駄削減できると考えた

現状把握

【コスト】

1袋 1200円、1枚 6円

毎月の出庫数(4~9月)

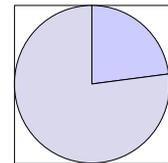
月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
袋	30	34	20	26	21	19

現状把握

~スタッフの意識調査を実施~

- 使用用途
 - ・口腔ケア、陰部洗浄
 - ・お尻拭きがない時のかわり
 - ・血液汚染時
 - ・吸引時
 - ・クーリング
 - ・手足浴
 - ・酸素マスク・カヌラ・トーマスの当たり部分に挟む
 - ・ガーゼ交換で清潔でなくてもよい場合等...

● コストについて



知っている
 知らない

約75%のスタッフが知らない状況

原因分析

- ① 吸引セットにRDガーゼは必要ない。退院時、転棟時にそのまま破棄することが多い。
- ② 陰洗時のRDガーゼ使用枚数に個人差がある。(3枚~10枚)
準備したが、他スタッフがしてくれていたため使用しなかった。
- ③ 口腔ケアは清潔なガーゼが良い。
- ④ スタッフの約75%がコストを知らず、意識して使用していなかった事も考えられる。

目標設定

RDガーゼの出庫数が3割減となる

対策と実施

- アンケートでスタッフに意見もらい参考にして使用方法と注意点・コストについてRDガーゼ置き場とスタッフルームに提示しその都度声かけを行う
 - 各処置の使用枚数(目安)
 - タオル代わりに使用しないこと
 - おしり拭きの購入依頼の斡旋
 - その都度必要枚数のみを持っていく
 - 吸引セットからRDガーゼをなくす
- 提示していても、吸引セット置き場にも何度も置き、吸引セットに準備するスタッフもいる為テプラで注意喚起した。

効果確認①

～対策後の現状把握～

【アンケート結果】

- 意識して使用している100%
- RDガーゼ1枚分の値段を知り意識することで無駄使いに反省し気をつけるようになった。
- 陰部洗浄時は少しで使用できるよう心がけている。(洗浄後お尻拭きを代用など)
- RDガーゼを取りに戻ることで少し不便に感じる

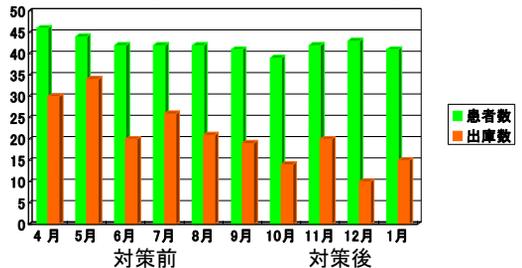
効果確認②

- 10月～1月の出庫数

10月	11月	12月	1月
14	20	10	15

- 月平均入院患者数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
人数	46	44	42	42	42	41	39	42	43	41



効果確認③

- 目標: 出庫数が3割減となる

(出庫数/月平均患者数)

- 対策前月平均: 約0.58個/人
- 対策後月平均: 約0.35個/人



4割削減となった！
目標達成！！

反省と今後の課題

- 今後もRDガーゼ使用量を最小限に留められるように検討し、継続して取り組んでいく必要がある。
- 処置時に適切な枚数、使用用途の確率
→無駄の削減ができるのではないか

7.効果の確認(アンケート結果から) 回収率100%

①対策を知っているか



②対策を実施できているか



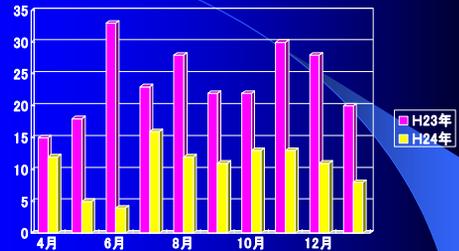
③節約の意識が持てているか



④患者への使用制限の説明と対策ができているか



8.効果の確認



10ヶ月で134箱削減! ⇒1箱1,200円×134=160,800円

しかし、昨年より44%削減できたが、目標達成できず。

AFTER

BEFORE

ベッドサイドに置くRDガーゼ、こんなに減りました!

9.歯止め

- ・ ガーゼが必要な患者には、入院時オリティで説明し、自己購入してもらうことを徹底する。
- ・ 決められた用途以外には使用しないようにし、ベッドサイドにはガーゼは設置せず、ケアに必要な分だけを各自で準備する。

10: 反省と今後の課題



【良かった点】

活動により徐々にスタッフの意識も統一もはかれ目標は達成できなかったが昨年度より160800円削減できた事はかなりの成果に繋がったと考える。



【悪かった点】

患者・家族への周知が遅れてしまったため、代用品の購入などについて、スムーズに受け入れられないこと、スタッフの意識の統一もされておらず目標達成ができなかった。

【今後の取り組み】

今後歯止めを徹底させていく事で、目標達成に向けて活動を継続していきたい

汎用漏れをなくそう

9chan's
丹波 祥子
木村 幸恵

1. テーマ選定の理由

当病棟では、汎用処置の入力漏れ(とくにガーゼ交換)について、病棟会で医事課より指摘があり、病棟スタッフ内で注意しあい、気をつけるようにしてきたが、改善が見られなかった。
今回、病棟スタッフの意識付けを高めるために活動を行った。

2. 活動期間

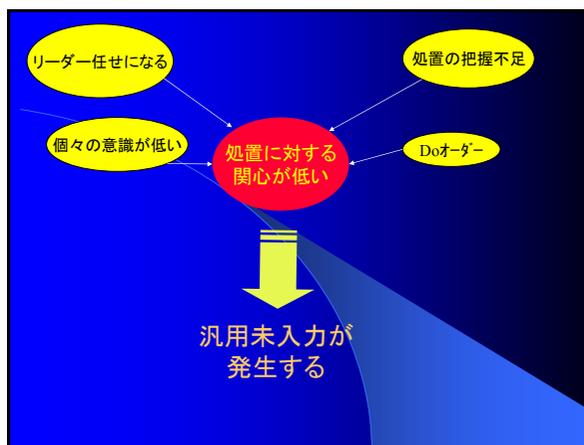
平成24年12月～平成25年1月

3. 現状の把握

汎用処置に関するデータ
<11月1日～11月7日の1週間>
ガーゼ交換汎用処置漏れを調査した。ガーゼ交換を施行する患者は計5名であった。
⇒未入力漏れは3名(60%)あった。

4. 目標設定

・ガーゼ交換の汎用処置漏れを30%以下を目標に活動を行った。



5、原因分析

- ・個々の意識が低い。
- ・処置に対する関心が低い
- ・ガーゼ交換はリーダーが行っているが、交換時の状態の伝達できていない。
- ・コスト意識がない。

6、対策と実施。

- ・実施前にアンケートを作成し、配布した。
- ・ガーゼ交換実施患者の表を作成し、毎日受け持ち者のサインとガーゼ交換実施の有無と記入を行い、汎用処置の入力の有無を確認した。
- ・汎用入力漏れのスタッフには貼り紙をし意識づけを行った。

7. 効果と確認(1)

汎用処置に関するデータ

- ・12月2日から3週間の間、入力実施漏れを調査した。
- ⇒未入力漏れはガーゼ交換実施患者13名中3件(23%)であった。

効果と確認(2)

<活動結果>

- ・表の記入を呼びかけることで汎用処理への意識付けができた。
- ・個々の汎用未入力を本人に伝えることにより自己責任につながった。

8、課題

- ・コストについても意識づけを行う。
- ・汎用の取れるものと取れないものを把握し、確実に汎用入力を行う。

Power saving

10病棟TQC委員会
コスト下げ隊 パートⅡ

○田中しのぶ
西村真奈美
飯野裕美子
藤原千恵子
村上千かおり

テーマ選定の理由

2年前、10病棟ではOC活動で節電に取り組んだ。その時スタッフの意識付けもでき、節電による経費削減ができ、目標達成できたが、OC活動が終了すると、スタッフの意識も薄れ、消灯忘れや病室のスタッフ中心の温度調整をするようになっていた。今年の夏、全国的に10%の節電がうたわれ、当病棟でも節電に対する意識を再認識するために、このテーマに取り組んだ。

活動期間

平成24年7月30日～平成24年12月31日

現状把握

活動前に点灯の現状と実際の病棟内各所温度の現状を内密に調査した。

調査期間：平成24年7月30日～8月5日

調査方法：チェックリストを作成し、早出勤務者及び夜勤フリー者に依頼し、病棟内各所の温度と消灯忘れ状況の調査をした。

消灯忘れしやすい場所

倉庫2（おむつ庫）、リネン庫、西洗浄室、サテライト、病室の洗面台、フットライト、スタッフ廊下、寝台用エレベーターホール

目標設定

前年度と比較して10%の節電をすることが出来る。

原因分析

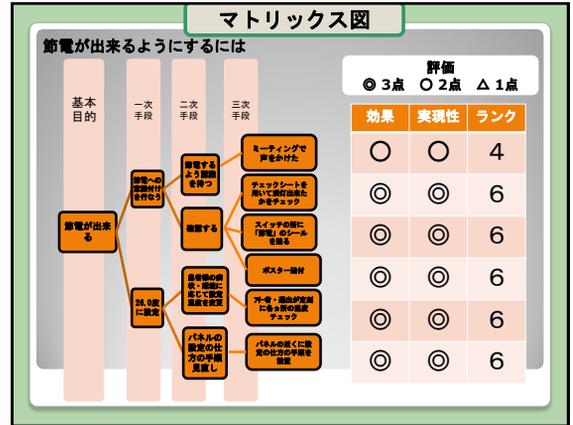
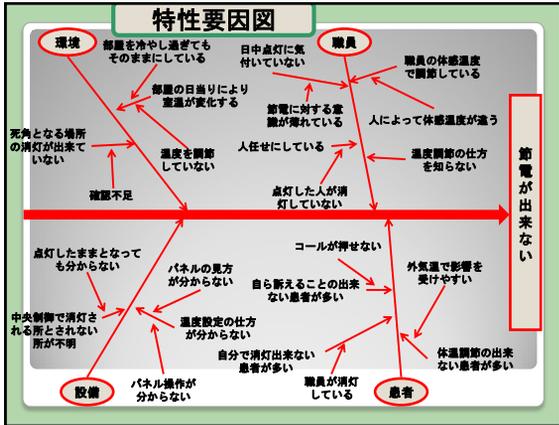
- 節電に対する意識が薄れている
- 人任せにしている
- 部屋を冷やし過ぎてもそのままにしている
- 温度調節の仕方を知らない
- 10病棟の特性としてC2レベルで体温調節がうまく出来ない患者様や自ら訴えることが出来ない患者様が多い
- 職員の体感温度で調節をしていた

対策と実施

- 1) 節電への意識付け
 - ①連絡帳や朝のミーティングで声掛けを行なう
 - ②以前作成したポスターを貼る
 - 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ノートパソコンの蓋に「**使用後は必ず電源を切るように!**」と貼り紙を貼った

対策と実施

- 2) 節電する箇所の電源スイッチ付近に「**節電!!**」と書きテープで貼る
- 3) 温度設定
病室26℃設定とし患者様の訴えや病状・環境状況で設定温度を変更した
実際の室内温度を14時に担当者がチェックした
- 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



効果確認

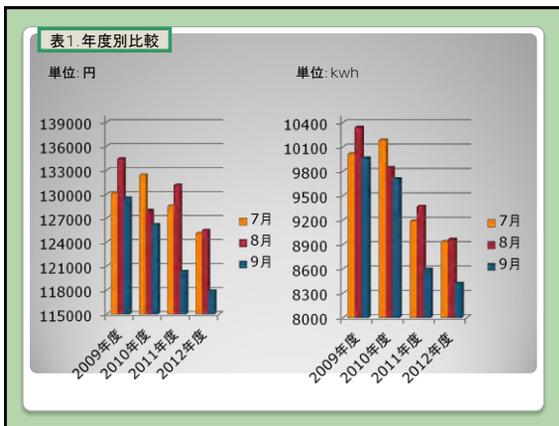
1. 9月の電気使用量は昨年と比較して2436円の削減（電気使用量にすると174kwh）をすることが出来た。
2. 実施前の病棟全箇所の平均温度は25.0℃
病室の平均温度は25.3℃
スタッフ関連箇所の平均温度は23.5℃
3. 実施後の病棟全箇所の平均温度は25.9℃
病室の平均温度は26.0℃
スタッフ関連箇所の平均温度は24.6℃

※エアコン温度を26.0℃に設定することにより節電につなげることが出来た。

効果確認

4. 約1カ月調査した結果、夜間の消灯は必要箇所以外できていた。

日中に関しては、 unnecessaryなスタッフ廊下と寝台エレベーターホールに点灯されたままになっていた。



お止め

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

2年前と同じ課題で取り組んだが、今年は例年のない猛暑にもかかわらず、2年前よりさらにコスト削減になっていた。このテーマに取り組むことによって皆の意識が向上につながったと思われる。

今後も節電に取り組んでいけるよう、詰所会等で声掛けを行なう。

誰もが無駄な電気が付いていないかチェックし、温度調節にも気をつけながら節電に取り組んでいきたい。

RDガーゼの節約

<サークル名>ばばいるクローバー
11病棟○福田加代美
古田 律子

テーマ選定理由

平成24年度TQCテーマ「経営改善part3」

↓
他病棟応援業務を行い、RDガーゼの使用状況
(口腔ケア・陰部洗浄)の違いを感じる

↓
看護ケアの質を落とさず、RDガーゼのむだ使いを
なくし、節約にもなるケアの提供ができる事を目標
にする

活動期間

平成24年6月1日から
平成25年2月28日

業務改善:平成24年10月1日より開始

現状把握(1)

活動開始前にスタッフにアンケート調査実施

<結果>

- * RDガーゼを使用するケアは、**陰部洗浄・口腔ケア・眼脂拭き取り**であった
- * RDガーゼのコストについては
全スタッフが認識のないまま使用していた
(一箱200枚:1200円)

現状把握(2)

《口腔ケア使用状況》

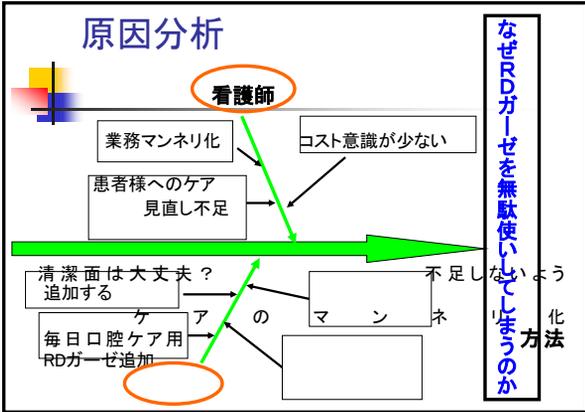
- 口腔ケアに使用するRDガーゼは病室に作り置きし、毎日追加していた
- 退院時残量破棄が多くあった
- 一回使用枚数は平均2~3枚であった

《陰部洗浄時使用状況》

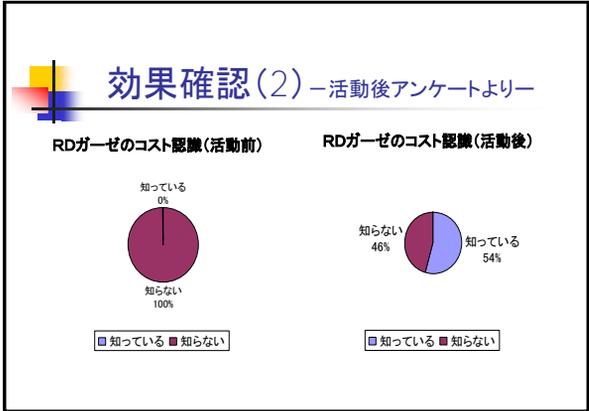
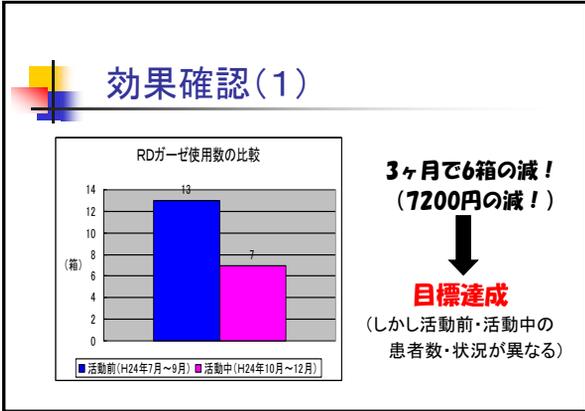
1回使用枚数	人数
3枚	2名
4枚	3名
5枚	7名
10枚	1名

目標の設定

- * RDガーゼ使用量が活動期間前3ヶ月と比較し活動期間**3ヶ月で -1箱/月**となる
- * スタッフ全員のRDガーゼに対する**コスト認識を高められる**



- ### 対策と実施
- ◎口腔ケア
 - ・各スタッフがケアに必要な枚数を準備する
 - ・RDガーゼ以外の物品の活用
 - ・置き場所の変更
 - ・口腔ケア用容器の作成
 - ◎陰部洗浄
 - ・RDガーゼ1枚にボディソープ使用
 - ・ふき取りは、お尻拭きを使用



- ### 歯止め
- ①スタッフにコストの意識付けをすることができた
 - ②病棟会で業務内容の見直しを適宜行い継続した業務改善を実施する
 - ③患者様のケア内容を見直す事が、ケアの質の向上につながる

- ### 反省と今後の課題
- スタッフ一人一人が節約の意識をもちながら、業務内容の見直しを行う
 - 患者様の状態の変化に伴いケアの見直しをリアルタイムに行う事が重要

食材費の軽減



栄養管理科

サークル名：価格調査隊

○上田 千鶴 渡辺 善利 和田 優
片岡 慶子 片岡 千春 太田垣 洋平
田中 友紀 内田 隆弘

1. テーマの選定

- ・ TQCの取り組みについて科内で話し合いを行った。栄養管理科ではソフト食が始まり、それと並行して産後食のメニュー内容、緩和ケア病棟の個人対応食のメニューの更新をした。その為、在庫が増える = 材料費も増えるのでそこに注目し、更なる食材費の軽減について話し合い、その意見を取り組みのテーマとした。



2. 意見

- ・ 生鮮食材の廃棄量を見直し、新たに廃棄率を設定し直すことでムダが減らせるのではないか。
- ・ 在庫チェック表、持ち出し表等を活用し、仕入れから使用の流れを明確にすることでムダを省けるのではないか。
- ・ 不要な在庫を無くすことで食材費の削減、更には経営改善に繋がるのではないか。等



3. 現状把握

平成24年 6月 7月 8月 分食材費

調査月	6月	7月	8月
総食数	25,114食	26,584食	25,534食
給食材料費	6,737,020円	6,976,297円	7,275,574円
喫食単価	268円	262円	285円

3ヶ月平均 3人1日の喫食単価
271.6円



4. 目標設定

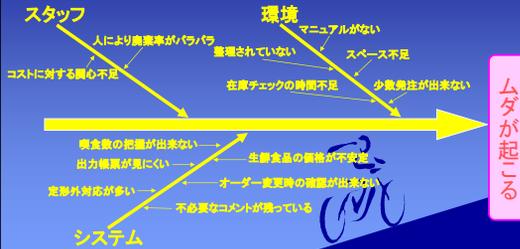
食材費 5%の削減



5. 活動計画

活動	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定	TQC委員	→							
現状把握	TQC委員		→						
要因分析	全員		→						
対策立案	全員		→						
対策実施	全員			→	→	→	→	→	→
効果確認	TQC委員						→	→	

6. 特性要因図



7. 対策の検討・立案

	<検討事項>	<対策案>	<結果 実現性 評価>
スタッフ	廃棄率がバラバラ	廃棄率の統一・マニュアル化	◎ ◎ 10
	コストに対する関心がない	廃棄物の実施	◎ ○ 6
	技術・経験不足	徒弟講習を行う	◎ ○ 6
環境	マニュアルがない	マニュアルの作成	◎ ◎ 10
	整理されていない	作業の効率化を図る	◎ ○ 8
	スペース不足	作業の効率化を図る	◎ ○ 8
システム	不必要なコストがある	栄養士と現場の連携強化	◎ ○ 8
	廃棄物の把握が出来ない	最終オーダー時間の変更	◎ × 5
	生鮮食材の価格が不安定	業者の選定	◎ ○ 8

(◎ 5点 ○ 3点 × 0点)

8. 対策・実施1

野菜廃棄率(一部抜粋)

野菜	廃棄率(%)
青葉	15
かぼちゃ	20
小松菜	15
冷 噌ンゲン菜	15
人参	3
ピーマン	15
ピーマン(唐・煎)	10

魚廃棄率(一部抜粋)

魚	廃棄率(%)
あじ	55
きんだらドレス	40
さけフィーレ	30
たいフィーレ	20
さば	40
ぶりフィーレ	20

在庫管理表(一部抜粋)

品目	発品	数	注文可

・廃棄率を厳格に統一する。

・必要以上の在庫を持たない。
・欠品を防ぐ。

9. 対策・実施2

業者の選定



凍生鮮

・用途別高、栄養科スタッフ5名により行う。
・品質維持により社選別。

凍食品

・価格変動時に他社の品質、価格を比較し選定。

10. 効果・確認

経路開前の食料費

開経月	総食数	給食食料費	廃食率
6月	25,114食	6,737,020円	268円
7月	26,684食	6,976,287円	262円
8月	25,634食	7,276,574円	286円
平均	25,744食	6,996,297円	271.6円

経路開中の食料費

開経月	総食数	給食食料費	廃食率
9月	23,409食	6,964,774円	254円
10月	23,803食	6,191,660円	263円
11月	22,689食	6,735,469円	254円
平均	23,307食	6,960,617円	257円

5.7%減!
目標達成!!

11. まとめ

今回、目標を達成する事は出来たが食材の仕入れから使用までの流れを今後スタッフ全員が理解し、その流れの中で発生する様々な要因を話し合い、解決してゆく事で更なる食材費の削減に繋げていけるとともに、より美味しく安全な食事を提供していきたい。

トリアージ記入漏れゼロを目指して

FOUR COLOR SELECTION
(外来看護部)
築山 徳子
太田垣 秀子
朝日 英美

テーマ選定の理由

平成24年度より、診療報酬点数に院内トリアージ実施料(100点)が新設

院内トリアージ実施料とは：夜間休日の救急外来受診患者に対し、来院後速やかにあらかじめ決められた院内トリアージ実施基準に基づきトリアージを実施した場合の評価

院内トリアージとは：専任の医師または看護師により来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う

患者の緊急度区分とは

緊急性	名称	病 態	対 応
非緊急	緑	比較的安定しており、苦痛も強くない	医師へ30分以内に報告する
準緊急	黄	重篤な病態の可能性がある、かなりの苦痛	医師へ15分以内に報告する
緊急	赤	生命・重大な機能喪失の危機が迫っている。苦痛が非常に激しい。	救急室へ誘導、医師へ直ちに報告。
	(黒)	院内トリアージには使用せず災害時のみ使用。	

テーマ選定の理由

トリアージの必要性・・・

外来看護師は、トリアージを日常的に行い災害時にもスムーズに対応できるよう訓練しておくことが必要。

この診療報酬は看護師の実施の有無に関わらず対象患者には自動的に算定されるので、トリアージ実施の記録が無い場合は、不正な請求となりえる。

↓

しかし・・・

夜間休日の救急外来勤務に従事する看護師は、常に救急外来で勤務しているものばかりでない。実施料が付くとはいえ簡単にトリアージが実施できるか疑問であった。

現状調査

- 平成24年9月11日から9月25日まで
時間外受診者の記録を見て、加算対象者にもかかわらず記録ができていない人数を調査した。

時間外受診者総数	トリアージ加算対象数	トリアージ記録記載数	トリアージ記録未記入数	トリアージ記録未記入の割合
218名	127名	76名	51名	40%

目標設定

- 時間外受診者のトリアージ記録記入漏れをゼロにする。

要因分析

対策立案

トリアージに対する知識の不足	トリアージに対する意識の不足	記録用紙の記録場所が目立たない	環境	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・外来集会で勉強会・事例の紹介 ・各勤務のメンバーに相談して経験回数を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ポスター掲示 ・外来集会を利用して勉強会を継続し意識の強化・困難事例の検討・医療費としてお金が発生しているという意識を持つ働きかけ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・記入場所の変更 ・看護師記入欄（問診）の近くに移動。 ・困む。 ・大きな字にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・振り返りや他者評価がえられる体制作り。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診者一人でもずるくせをつける。

効果確認

- ・平成24年12月13日から12月27日まで

時間外受診者総数	トリアージ加算対象数	トリアージ記録記載数	トリアージ記録未記入数	トリアージ記録未記入の割合
224名	84名	55名	29名	35%

トリアージ記録未記入の割合は5%減少したが、依然35%もあり。目標達成ならず。

効果確認

看護師の意識調査

質問: 日当直時にトリアージ記録を意識して行っているか？

行っていると答えた人の割合

平成24年9月 69%

平成25年2月 64%

意識付けが定着しておらず、時間の経過とともに忘れる傾向にある。

歯止め

看護師の意識を維持し続けるために

1. 毎月の外来集会で毎回声かけをおこなう。
2. 問診票をはさむ板に「トリアージする」と目立つように書く。
3. 勤務開始前・中にもメンバーで声を掛け合う。
4. 問診実施者サイン欄をもうけて、トリアージ未記入時には本人に依頼する。

反省と今後の課題

- ・意識付けの強化をはかり、100%実施できるのが大前提である。
- ・トリアージのレベルアップを図る必要がある。なので定期的な勉強会によりアセスメント能力の向上を図る必要がある。

裏紙利用によるコストダウンをはかる

リサイCREW

1

テーマ選定理由

事務部では、一昨年前に「廃棄用紙のリサイクル量を2倍以上に増やす」ことを目標とし、TQC活動を行った。

今回は、その活動を踏まえた上でワンステップ進み、リサイクル用紙を使用していくことでコピー用紙の購入費用をどの程度抑えられるか、また、個人に裏紙の再利用を意識付けることによる用紙購入費用の減額をはかりたい。

事務部の我々の立場で、収益アップに関わる取り組みは限られていると思うが、コストダウンへ向け努力することで少しでも経営改善に関わっていけたらと思う。

2

現状把握と目標の設定

現状

- * 事務室のプリンター3台中1台が裏紙利用専用になっており、トレイには常時裏紙が入っている状態。しかし、プリンターの位置が端のためほとんどの人が近くのプリンターを利用している。

目標

- * 部外へ出ない書類等の印刷には出来る限り裏紙を再利用する。(個人情報等の保護には留意する)

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	←	→					
個人への呼びかけ	日下部	←	→					
具体的改善策の実施	全員			←	→			
効果の確認	高藤					←	→	
活動の定着化	田中						←	→
反省と今後の課題	全員							←

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	新しいコピー用紙の使用量を必要最低限にする	ちょっとしたプリントアウトにも新しいコピー用紙を利用している	新しいコピー用紙に印刷する必要がない場合も多々あるのではないかな	新しいコピー用紙の使用を必要最低限にする	×
意識	全ての職員が可能な場合には裏紙を再利用しよう意識付ける	裏紙専用のプリンター以外で裏紙は利用していない	理解しているが用紙を変えるのが面倒な点	各職員の意識を経営改善へと向ける	◎
作業1	裏紙へ利用できそうな廃棄用紙は裏紙入れBOXに入れる	大体は入れているが、BOXに近い職員が主である	各個人で廃棄用紙を廃棄分と再利用分に十分に分別を行ってない	各自へ廃棄用紙を廃棄分・再利用分に分別するよう呼びかける	◎
作業2	新しいコピー用紙に印刷する必要がないものは、裏紙専用プリンターで印刷するか、プリンターの用紙を裏紙に変えて印刷する	つい近くのプリンターでプリントアウトしている用紙を変えるのも面倒なので新しいコピー用紙に印刷しがちである	裏紙専用プリンターも利用しているが完全ではない	各職員へ裏紙用紙の利用を呼びかける	△

5

対策1

廃棄用紙の分別処理

- * 既存の裏紙用紙入れBOXを利用しやすいよう裏紙専用プリンターの隣に置き利用しやすくする
- * 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)

個人情報印刷してあるものについては全て個人情報廃棄へ分別!

6

対策 2

裏紙用紙利用の呼びかけ

- * 各職員へ、可能な場合は裏紙用紙専用プリンターを利用して印刷するよう呼びかけ
- * 他のプリンターで印刷する場合には、トレイの用紙を裏紙に変えるよう呼びかけ

7

効果の確認 1

コピー用紙費用（昨年との比較）

昨年			今年	
12月	98,070円	⇒	12月	90,164円
1月	75,495円		1月	98,261円
平均	86,782円		平均	94,212円
				1.1倍

8

効果の確認 2

昨年と比較してコピー用紙費用は減らずに1.1倍になるという、効果が出ない結果となった。

考えられる理由

- ①裏紙用紙専用プリンターの紙詰まりが多く、なかなか使用しにくい状況であった
- ②個々への呼びかけ不足。。。等が考えられる。

反省点

業務量によってコピー用紙の使用量も増減するため、なるべく業務量差がないであろう前年の同月との比較を行ったが、一定ではないため効果が確認しづらかったかもしれない。

9

標準化と管理の定着

- * 各職員が高い意識を持って廃棄用紙分別に取り組む
- * 廃棄用紙と再利用用紙に分別しやすい環境を整える
- * 各職員が経営意識を持つ
- * 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

10

まとめ

事務部では、日々の仕事にコピー用紙は欠かせないものであり毎日大量に使用している。今回はその廃棄用紙を再利用することでコストダウンを期待したが、満足な結果は得られなかった。

今回の結果を考察し、本当にこの取り組みが効果的なのか、あるいはほかの視点から取り組むべきかを他職員とともに考えたい。

病院経営を陰で支える事務職員として、個人個人が経営意識を持ち、日々無意識に行ってしまうことを意識的に行えるよう、今後も活動していく。

11

経営改善への工夫 ～加算もれをなくすPart II～

部署：南但訪問看護センター
チーム名：加算もれすくい隊
メンバー：◎廣瀬、松田

1. テーマ選定理由

- 平成24年4月の介護・医療診療報酬改定に伴い、訪問看護加算も大きく変更があった
- 必要な加算を確実に算定していくことで収益の増加につながる
- 昨年に引き続き、訪問スタッフが加算に対する意識を持ちながら業務が行えるよう活動を実施

2. 調査・実施期間

- 平成24年4月～12月

3. 現状把握

- 昨年度の活動の振り返り
- 新たに追加・変更された加算について情報収集を実施

4. 目標設定

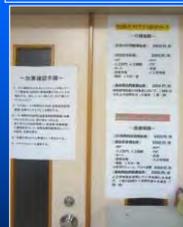
- 23年度に比べて、訪問看護に関する加算の算定割合が増加する
- スタッフの加算に対する意識を向上させる

5. 対策・実施

- 診療報酬改定に伴う勉強会の実施（事務にて）
- レセプト前にはチームカンファレンスで対象者の加算もれが無い確認
- 啓蒙活動（ポスター掲示、アンケートの実施）

啓蒙活動

昨年度のポスター掲示



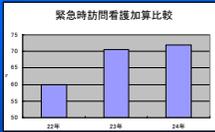
今年度のポスター掲示



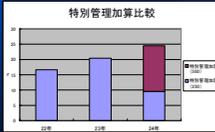
- ・改定に伴い内容の変更、追加
- ・業務中に確認しやすい場所へ変更
- ・色を変えたり、線を引くなど見やすいよう変更した

6. 効果確認

<介護保険>

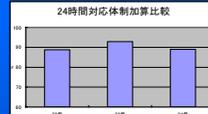


<緊急時訪問看護加算>
(全対象者に対する加算算定割合)
平成23年度 70.5%
平成24年度 72.0%
前年度に比べて1.5%の増加

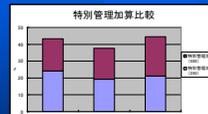


<特別管理加算>
(全対象者に対する加算算定割合)
平成23年度 20.4%
平成24年度 24.5%(特別管理加算Ⅰ+Ⅱ)
前年度に比べて4.1%の増加
※24年度からは特別管理加算ⅠとⅡへ変更

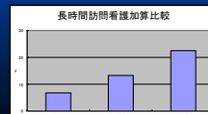
<医療保険>



<24時間対応体制加算>
(全対象者に対する加算算定割合)
平成23年度 92.8%
平成24年度 89.0%
前年度に比べて3.8%の減少



<特別管理加算>
(全対象者に対する加算算定割合)
平成23年度 32.6%
平成24年度 42.5%
前年度に比べて9.9%の増加



<長時間訪問看護加算>
(全対象者に対する加算算定割合)
平成23年度 13.3%
平成24年度 22.5%
前年度に比べて9.2%の増加

<医療・介護 加算合計の比較>

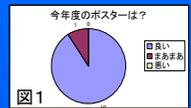
期間:平成23・24年 4月～12月(9ヶ月間)

平成23年度 12,520,600円
↓
平成24年度 14,721,600円

2,201,000円の増益

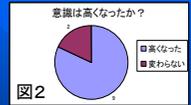
アンケート結果

①ポスターの掲示について ※図1



②意識の変化 ※図2

ポスターを貼ることで意識は高くなったか?



③今後も続けた方がよいか? ※図3



④業務中に確認したり役に立ったことは?

【回答】

分からないときは見るようになった、見やすくなった
業務中に気になったときに確認した
すぐ確認できることがよい
再確認のためとても役に立ってる
迷ったときにすぐにポスターに目がいき確認できた
コストが目につき意識するようになった

7. 今後の課題

- ①定期的な効果の確認や
訪問スタッフへの提示方法の検討
- ②加算確認手順や方法の再検討
- ③制度の変更時適宜対応する

8. まとめ

- カンファレンスでの確認方法の定着・
個々の意識の向上により、加算の算定
割合が昨年度よりも増加した
- 結果、前年度に比べ増益となった
- 今後も活動を継続し経営改善へ
つなげたい

第7回TQC活動

短期未収金を減らせ！

サークル名 医事課回収隊

医事課 吉田 知佳子 上垣 あゆ子
渡邊 友香里 田村 裕美
植木 靖昌

1. テーマ選定の理由

- ・ 経済の停滞、高齢世帯増加等、未収金が発生しやすい社会環境が続いている。
- ・ 医事職員アンケートでも関心が高かった。
- ・ 他の病院でも未収金の発生が問題視されている。
- ・ 長期未収金(高額未収)になる前に防ぐ事が重要。

2. 活動期間

平成24年7月23日～平成25年2月25日

3. 現状把握

調査期間…平成24年10月16日～平成24年11月15日
方 法…1部署(Cブロック)をピックアップし、短期未収金の状況を調査した。

結 果…翌日報告の未収合計件数75件
当院システム上の未収43件(57%) (当月内には完納)
残り32件(43%)のうち、診療後の管理料8件、支払忘れ5件、その他19件。

4. 目標設定

短期未収金(システム上の未収以外)の割合を半分に。

(43% → 約20%へ)

*システム上の未収とは…

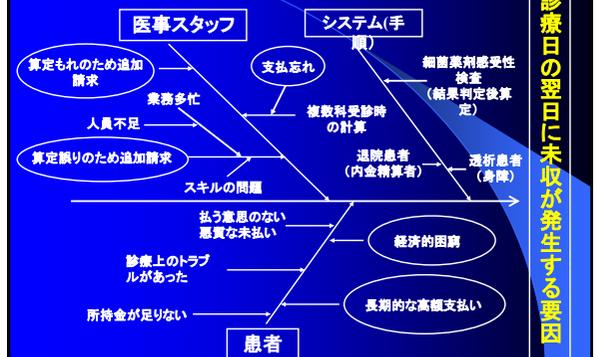
結果判定後算定される感受性検査や
1ヶ月分の負担金をまとめて支払う透析患者
内金で精算する入院患者等

5. 活動計画

平成24年～平成25年

	担当	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
テーマ選定	TQC委員 全 員	→						
現状把握と 目標設定	TQC委員 全 員		→					
原因分析	TQC委員				→			
対策立案	TQC委員				→			
対策実施	全 員					→		
効果確認	TQC委員						→	
まとめ パネル作成	TQC委員							→

特性要因図



6. 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経済的理由による未収金の発生。
- ②診療当日支払い後に追加算定することで発生する未収金。
- ③次回受診時(高額な治療・検査等)に、どの程度の金額がかかるかわからないために、持ち合わせがなく発生する未収。

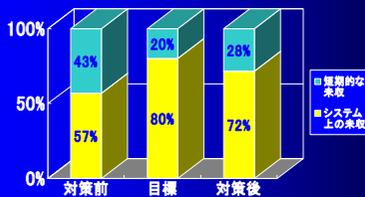
7. 対策立案・実施

- ①限度額認定の案内や、各種制度の該当者にならないかMSWと相談し、支払軽減策を提示する。
- ②算定誤り・算定もれによる追加請求を無くすよう、スタッフ間の意識統一と、連携の強化を図る。
- ③次回診療予定に高額な検査等がある場合、概算をお知らせする。

8. 効果確認

平成25年1月15日～2月15日の間、対策を実施し、短期未収金(システム上の未収金以外)は28%となった。

結果「短期未収金(システム上の未収金以外)の割合を半分(約20%)にする」
目標は達成されなかった。



9. 標準化と管理の定着

なぜ	誰が	いつ	どこで	何を	どうする
精算後の算定もれをなくするために	外来会計入力者が	コスト計算を確定する前に	各科で	電子カルテとワークシートを	記載又は取り込みもれがないか確認する
複数科受診時の支払忘れを防ぐために	外来会計入力者が	窓口支払前に	各科で会計端末を	対象患者を	排他状態にする(全受診科の会計入力終了するまで窓口支払をストップさせる為)

10. 反省と今後の課題

反省 目標を達成することができなかった。
複数科受診時のコスト計算の、タイミングにずれが生じた。

効果 短期未収金(システム上の未収金以外)の件数が32件(43%)から17件(28%)に減少した。

課題 高額検査・治療等の実施前に概算をお知らせする事を、外来全体で取り組んでいきたい。