

第6回 TQC大会

【日時】平成 24 年 4 月 20 日(金)午後 5 時 15 分～

【場所】講堂 【出席者】135 名 【テーマ】経営改善に向けて Part II

※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】井上喜太郎(画像診断科)・久保田いずみ(手術室)

【演題】(パネル・口演)

1	RI 検査収益アップ攻略法★	【画像診断科】カウ買う！？	1,418 点
2	医介連携の強化 介護支援連携指導料への取り組み	【地域医療課】さあ～いな	1,245 点
3	節約照度でエコ検査	【検査科】間引いてみました蛍隊	1,218 点
4	レジ袋の無駄をなくす Part2	【2病棟】必殺仕分け人	1,196 点
5	届け！リハビリ計画書 患者、家族のもとへ	【10病棟】RHK27	1,165 点

【演題】(パネルのみ)

1	今こそ節電大作戦	【4病棟】小豆節子・消子
2	電気節約 ECO パート2	【5病棟】節約戦隊5レンジャー
3	またまた業務改善を行い残業時間を減らそう	【6病棟】帰宅部
4	SPD 管理物品の不良在庫の削減	【7病棟】SPD 革命隊
5	深夜勤務者の時間外を無くそう	【8病棟】AKB38 チーム8
6	汎用処置の未実施について	【9病棟】9chan's
7	節電 Let's Try again	【11病棟】緩和病棟電気保安協会
8	薬袋・処方箋・お薬説明書の廃棄率を減らす	【薬剤科】石原軍団
9	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 Part II
10	電気使用量の節約	【栄養管理科】ムダ無駄調査隊
11	エアシューターの有効利用	【医事課】確認飛行物体
12	入浴用タオルの使用枚数を減らす	【老健】業務委員
13	経営改善への工夫	【訪問】加算もれすくい隊



RI検査収益アップ 攻略法

サークル名 カウ買う!?

○吉川 聡 田野 貞広 上仲 彰洋
林 正昭 福田 正行 村尾 友和



テーマ選定

2011年4月XX日 TQC大会にて院長が選したキックオフテーマ
「経営改善に向けての諸策part II」
それを受けて...画像診断科所属長のトップダウン
「今年はRIで行く!」

節約?

増収?

効率よく収益Upするには?

さて、RI担当者はどうする?

検査時に発生するゴミの削減、件数を増加させるための院内外向け勉強会開催、テクネチウム製剤の有効な使用による利益Upなど...これらの要因をじっくり吟味して、

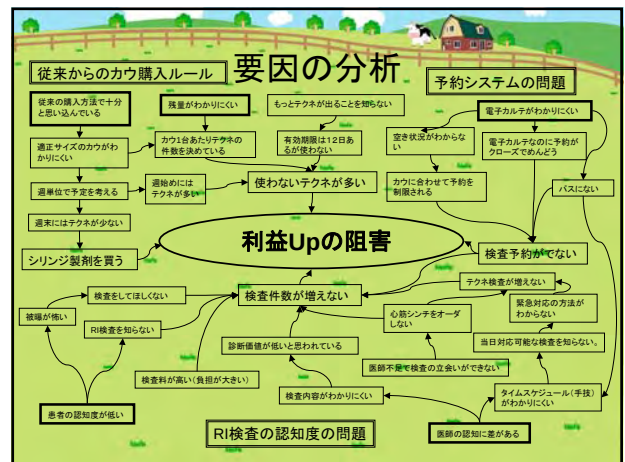
「RI検査の収益アップ」

を掲げてTQC活動を開始した

活動計画

→ 計画
→ 実施

		2011											2012
	担当	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月		
テーマ選定	吉川	→											
要因解析	吉川	→	→										
対策の立案	田野	→	→	→									
現状把握	田野	→	→	→									
目標設定	林		→	→									
対策の実施	林			→	→	→	→	→	→	→	→		
効果の確認	吉川						→	→	→	→	→		
標準化と管理の定着	福田								→	→	→		
反省と今後の対応	福田									→	→		



攻め所の検討

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	期待効果
特徴	RI検査の増収	星字だが...	さらに増収		
カウの購入ルール	効率的な購入ルール 技師のコスト意識が高い カウだけ	担当技師の裁量 損はしていないからOK シリジも購入	テクネの過不足 適正量のカウが購入できていない 残量がわかりにくい	購入ルールの共有 技師 meeting 残量表の作成	○ ○ ○
予約システムの問題	予約の制限がない 予約のオープン化	残量によって検査制限 予約は電話対応	検査予約日がわかりにくい 当日検査でもないと思っている 予約がめんどろ	システム運用の変更	×
RI検査の認知度の問題	医師がRI検査を熟知する RI検査が社会に認知される	認知度が低い 一般的でない	診断価値が低いと思われる RI検査を知る機会がない	医師向け勉強会 ポスター掲示	△ △

よし、カウで行こう!!!

なんでカウなの～? 「カウ買う!」の巻!

田舎乳業

牛乳パック 5本

乳牛 1頭

どちらも同じ値段なら

注射液5本

カウ 1台

RI室

よしよ～!

めんどうだけど
ミルクンク(乳搾り)すれば

毎朝気持ちよみを込めて
持ってます。

北垣梨恵 様「素敵なイラストありがとうございました (〇〇)」

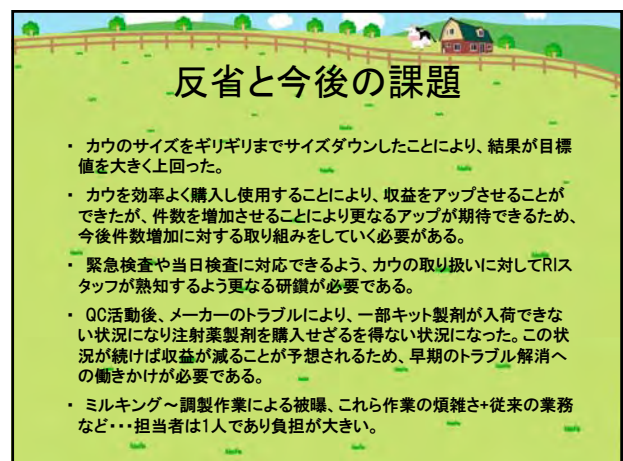
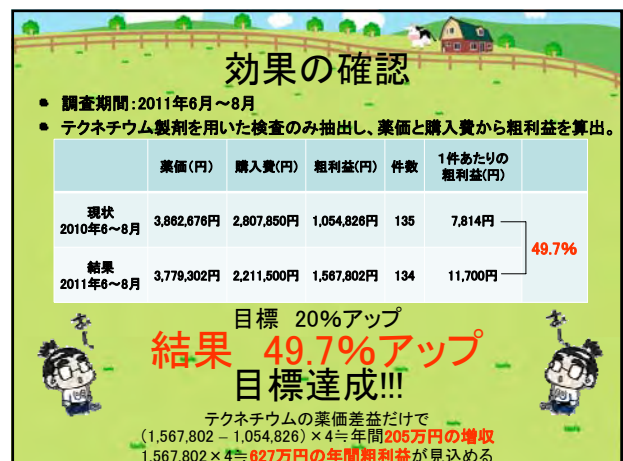
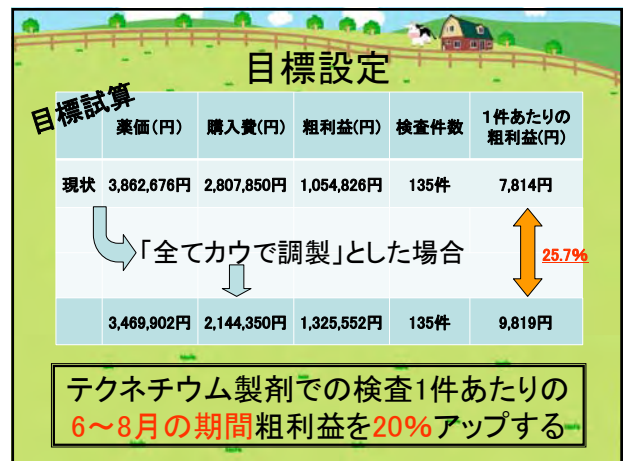
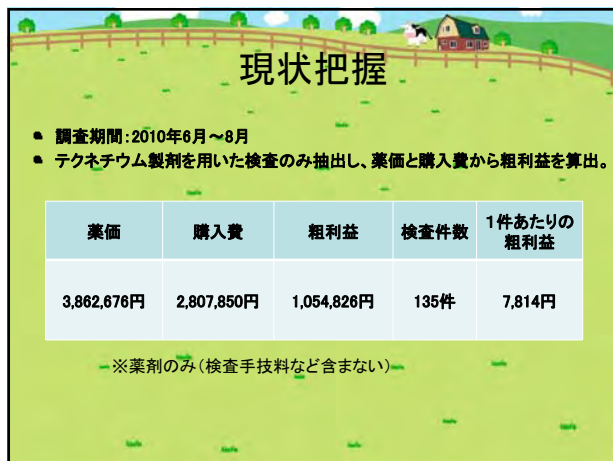
じゃーん! じゃーん!

牛乳のほうか
お得意の!

よいたくさん提供できる!

注射液20本
(自家調製)

1本ずつ買っ
よう得だぜ!



医介連携の強化

介護支援連携指導料への取り組み



サークル名：『さあ〜いな』（そうなんですよ）

地域医療課

森本 千恵
藤井 久子
足立 はづき
内田 美穂

◆◆◆ テーマ選択の理由 ◆◆◆

平成24年4月に医療報酬と介護報酬の同時改定が予定されている。これからの医療と介護の連携を考え、地域連携・地域包括ケアへの取り組みの1つとして、介護支援連携指導料に焦点を当て、今までの取り組みを見直し、今後のあり方を検討する事とした。

◆◆◆ 医介連携とは...? ◆◆◆



◆◆◆ 介護支援連携指導料とは? ◆◆◆

介護支援連携指導料は、患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者などの介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげる事を評価するものである。

介護支援連携指導料：300点

入院中に2回算定可能

必ず、ケアマネジャーと顔を合わせる事が必要

指導の内容・相談内容は必ず電子カルテに記録をし、指導内容を踏まえ作成されたケアプランについては、患者の同意を得た上で、ケアマネジャーに情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付することが必要。

◆◆◆ 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
テーマ選択	全員	----->							
現状把握調査	森本		----->						
要因分析 対策立案	全員		----->						
対策実施 活動	全員			----->					
効果の確認	森本							----->	
中止め	森本							----->	
反省・まとめ 今後の課題	全員							----->	

◆◆◆ 活動期間 ◆◆◆

平成 23 年 5 月 ~ 平成 23 年 12 月

<強化活動期間>

平成 23 年 10 月 ~ 平成 23 年 12 月

◆◆◆ 現状把握 ◆◆◆

平成22年4月～算定可能となった介護支援連携指導料について、今までの算定数を確認した

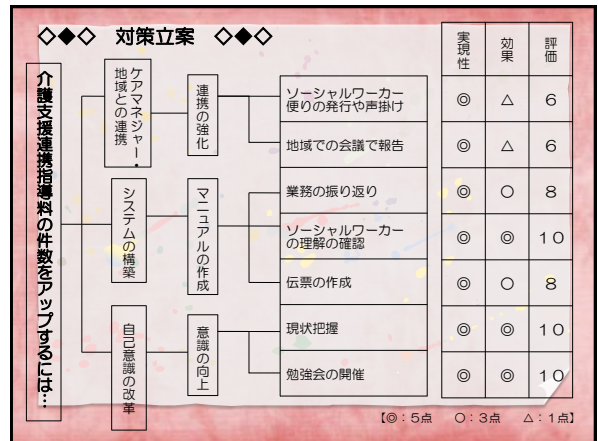
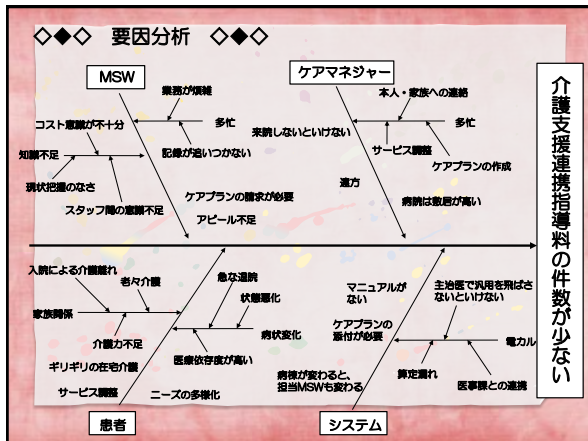
H22	H22.4	H22.5	H22.6	H22.7	H22.8	H22.9	H22.10	H22.11	H22.12
初 回	1	2	9	6	8	5	2	5	11
2回目						1			
合 計	1	2	9	6	8	6	2	5	11

H23	H23.1	H23.2	H23.3	H23.4	H23.5	合計
初 回	6	8	3	5	8	79
2回目				1		2
合 計	6	8	3	6	8	81



月平均 約6件

【14ヶ月で、243,000円】



◆◆◆ 対策の実施 ◆◆◆

- 自分たちの意識改革と介護支援連携指導料を再度理解するために、勉強会を行う
- 医療ソーシャルワーカー便りの発行や、地域での会議で「顔を合わせて情報交換しましょう」とケアマネジャーへ伝えていく
- 伝票を作成し、算定漏れがないようにする

◆◆◆ 効果の確認 ◆◆◆

現状 (H22.4～H23.5) → 取り組み開始後 (H23.6～H23.9) → 地域への広報後 (H23.10～H23.12)

	初回	2回目
H22.4～H23.5	79	2
合計	79	2

	初回	2回目
H23.6	16	2
H23.7	17	2
H23.8	27	4
H23.9	21	1
合計	81	9

	初回	2回目
H23.10	33	4
H23.11	36	9
H23.12	38	5
合計	107	18

14ヶ月で 243,000円 4ヶ月で 270,000円 3ヶ月で 375,000円

件数アップ!!

◆◆◆ 歯止め ◆◆◆

- ソーシャルワーカー自身に意識付けをすることが出来た
- 今後も定期的に便りを発行し、ケアマネジャーとの連携を図っていく

◆◆◆ 反省と今後の課題 ◆◆◆

- ソーシャルワーカー自身に意識付けをすることができたが“顔を合わせて情報交換しよう”という事は、便りを送るだけでは、ケアマネジャーには響いていない様子が見られた。引き続き、ケアマネジャーにアピールしていく必要がある。
- さらに施設ケアマネジャーとの連携を深めたり、開業医とも密な連携をとって行きたい。
- また、介護支援連携指導はソーシャルワーカーだけでなく、看護師やセラピスト、薬剤師も加算が取れるため、チームケアとして院内スタッフへもアピールが必要と考える。

節約照度でエコ検査

サークル名：間引いてみました^{ほんま}蛍隊

医療技術部検査科
 武村 努 中村 真一 林 靖子
 濱崎 田 野 美保 羽瀬 正元
 余根 田 和 弘 佐 野 薫

テーマ選定

平成23年度 キックオフテーマ
 ■「経営改善への諸策part2」

↓

■ 検査科の思い PCや機器が多く、電気使用量が多い部署であるが少しでも節電を試みたい。

節電の為に洗い出し

問題点	評価項目	必要性	実現性	予想効果	取組易さ	解決順位
不要な蛍光灯を消す(蛍光灯の間引き)		◎	◎	◎	◎	1(12点)
未使用のPCの電源OFF		◎	△	○	△	2(7点)
検査機器の電源OFF		◎	×	△	×	3(4点)

◎ 3点 ○ 2点 △ 1点 × 0点

QC活動開始

活動計画 2011年5月16日 ~ 2012年2月28日

	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	メンバー全員	計画										
活動計画	武村 濱 余根田	実施										
攻め所・目標の設定	武村 中村 濱											
方策の立案	武村 林 田野											
対策の実施	武村 中村 羽瀬											
効果確認	メンバー全員											
反省と今後の課題	メンバー全員											

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
特性	組数	42組	52組	10組	
	ルクス	~750Lx	~1200Lx	450Lx	
スタッフ	蛍光灯	照度基準に設定	全て点灯	無駄な電力	基準の調査・確認 蛍光灯の間引き
	部屋	未使用の部屋の消灯	未使用の部屋の点灯	無駄な電力	消灯
	PC	未使用のPCの電源OFF	未使用のPCが電源ON	無駄な電力	電源OFF
	意識	照度基準の認識	その照度が当たり前	照度基準の認識不足	啓蒙活動を行う (アンケートでアピール)
		節電意識向上	節電意識が低い	意識不足	啓蒙活動を行う (アンケートでアピール)

目標の設定

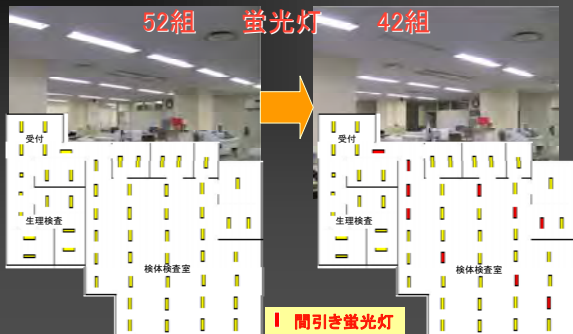
- 電灯電気使用量を
7~9月(間引き前)と10~12月(間引き後)
で5%削減する。
- 電灯電気使用量を前年度より
10%削減する。

方策の立案

- 業務に支障の無いよう、蛍光灯を間引く。
JIS Z9110 照度基準(750Lxまで)を満たす。
- 非常用蛍光灯は全て残す。
- 1階ブロック(検査室、総診、産科・内科)の
電灯電気使用量で、検査室の節電効果を
評価する。
- コストを掛けない。(検査科単独の電気量測定に
必要なモニタ計は購入しない)



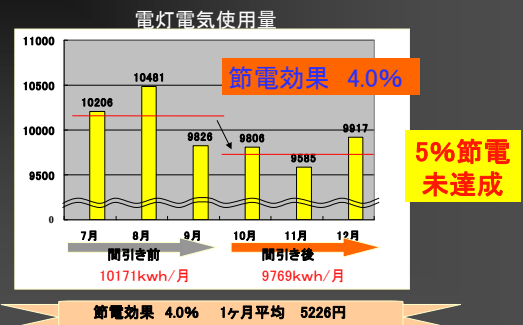
対策の実施（蛍光灯間引き）



7



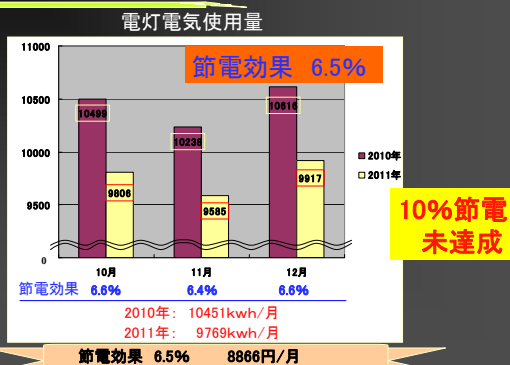
効果確認（間引き前後比較）



8



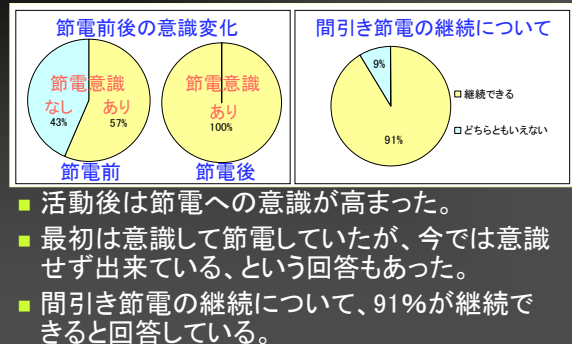
効果確認（前年度比較）



9



効果確認（無形効果）



10



標準化と管理の定着

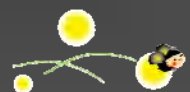
- 電気使用量の情報をスタッフ間で共有する。
- 業務に支障のない節電を今後も継続する。

11



反省と今後の課題

- 電力モニターが検査科のみで出来ていれば、より正確な節電効果が表れたと思われる。
- 蛍光灯の間引きは節電の一考として、活動を広げ、更なるコスト削減につなげたい。



12

レジ袋の無駄をなくす Part2

～24時間再利用レジ袋を使用して～

2病棟 サークル名「必殺仕分け人」

山根 文子
山本 智恵子
小林 ゆかり

テーマ選定の理由

平成22年度は「レジ袋の無駄をなくす」為の活動を行いました。
スタッフの協力で活動後から現在まで再生のレジ袋が不足することなく、逆に袋があふれる程集まり、スタッフの節約に対する意識付けも継続できている。
再生のレジ袋は主に、夜間のオムツ交換時に使用していたが、日中も利用することで更なる経費削減を目指しパート2としてこのテーマに取り組んだ。

活動期間

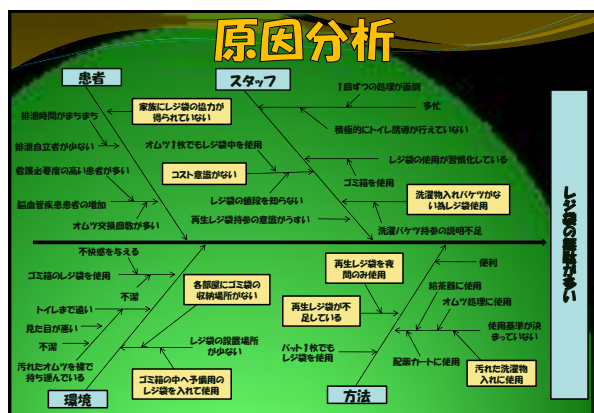
平成23年5月1日～平成24年2月29日

現状調査

期間:平成23年7月1日～8月31日
1袋100枚入り
レジ袋(中)38袋×118円=4484円/2ヶ月
(2242円/月)

目標設定

レジ袋の使用が
1ヶ月間で2/3の
1500円以下になる



対策実施

「レジ袋の無駄をなくすpart2」
地球にやさしい2病棟

- 1) スタッフにコスト意識を高める目的で、現状調査(7/1～8/31まで)の結果を提示
- 2) 2か月 中袋 38袋使用→2242円/月 昨年:対策前8691円→4050円 対策後2025円/月
- 3) レジ袋の再利用の推進
 - 1) スタッフに再生レジ袋の持参を依頼
 - ・サイズは問わず、他のナイロン袋でも可
 - ・持参時、専用袋に仕分ける
 - ・置き場所:洗濯ランドリー横に専用バック2種類を準備
 - ・毎月センター会で「お知らせカード」を表示
 - 2) 使用頻度の高い部屋に再生レジ袋入れの設置
 - ・補充は朝の環境整備時に行う
 - 3) 家族に再生レジ袋持参の依頼を継続
- 4) レジ袋の使用頻度を減らす
 - 1) 洗濯物入れのバック持参の徹底を継続
 - 2) 入院時オムツ交換の徹底を継続
 - 3) 日中・夜間問わず積極的に再生のレジ袋使用を徹底
 - 4) ゴミ箱の中の予備袋は最小限(3枚以内)とする

対策実施期間:11月1日～12月31日まで

TQCサークル
必殺仕分け人よ

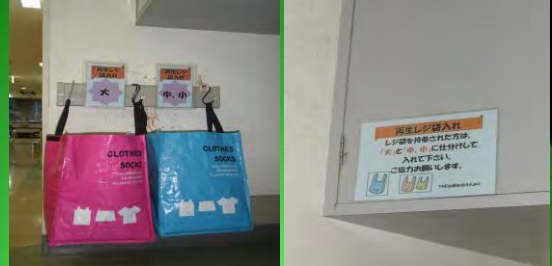
対策実施

- ・使用頻度の高い部屋に再生レジ袋入れを設置
- ・補充は朝の環境整備時に行う



対策実施

- ・洗濯ランドリー横に専用バック2種類を準備
- ・持参時、専用袋に「大」と「中・小」仕分ける



効果確認 意識付けアンケート結果



- <その他の意見>
- ・再生レジ袋の置き場が中央にあると取り出しやすい
 - ・再生レジ袋持参について、前に取山がなかった時に協力できた
 - ・TQC委員さんが、かき付けされてびっくりした
 - ・再生レジ袋持参の意識付けについて、まだ慣れないけれど、もう少し頑張ったら意識付けに慣れると思う
 - ・お知らせカードがなくても、常に再生レジ袋持参の意識がある
 - ・各病室に再生レジ袋補充の業務が増えたように思うが、良いですね
 - ・ゴミ箱に入れる時も全て再生レジ袋を使用してもいいのかなど
 - ・各病室のゴミ箱の手数袋補充を最小限にすることによって、業務も多少楽になったと思う

効果確認

目標1500円以下

レジ袋(中)22袋×118円
=2596円/2ヵ月

1ヵ月間で1298円 944円の節約！
年間で計算すると11328円の経費削減

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
再生レジ袋が不足しがちな為	再生レジ袋持参の協力を	不足時	スタッフ控室で	TQC委員が	「お知らせカード」を表示し声かけを行い再生レジ袋持参の協力を得る
病室の再生レジ袋が不足しがちな為	洗濯ランドリー横の専用バック(中・小)を	朝の環境整備の時	各病室で	日勤スタッフが	再生レジ袋入れの不足確認を行い補充する
レジ袋節約の為	再生レジ袋持参の協力を	不足時	洗濯ランドリー横	病棟スタッフが	専用バックに「大」「中・小」仕分けをして補充する

反省と今後の課題

- ① 24時間再生レジ袋を使用することにより、再生レジ袋が不足しがちとなった。スタッフに意識付けしてもらう為に「お知らせカード」の表示方法の検討が必要
- ② 前回の活動を通して、再生レジ袋持参の意識付けは浸透しており、協力を得ることができた
- ③ 24時間再生レジ袋を使用することを、ルール化することによって、レジ袋使用を最小限にとどめることへの意識付けとなった
- ④ 経営改善活動を行うにあたり、身近な資源を節約することで地球にやさしく、更には人にもやさしくできる2病棟を目指していきたい

届け!リハビリ計画書 患者,家族のもとへ

10病棟 TQC委員 RHK27

西村 真奈美
西村 寿賀子
藤原 千恵子
西田 香代

テーマ選定の理由

- 以前より、10病棟ではTQC活動として意識付けをすることで100%のリハビリ計画書の算定率が取れていた。
- 今回、リハビリ計画書の算定率を調べた結果75～76%であった。
- 今回なぜ算定率が低下したのか原因を追求し100%算定率をめざし活動を行なった。

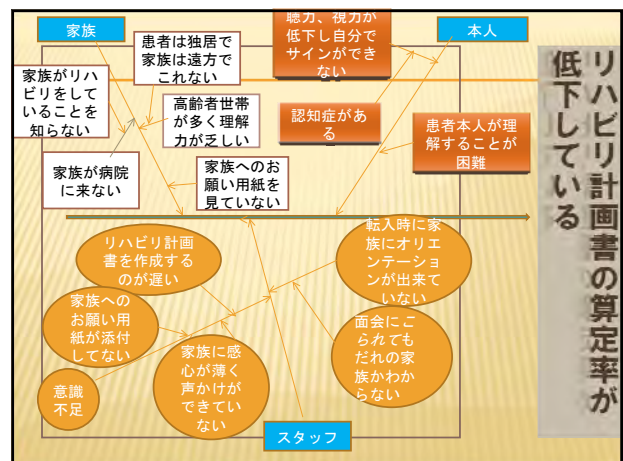
現状把握

リハビリ担当者に10病棟のリハビリテーション実施計画書（以下リハビリ計画書）の平成23年4月～7月の算定率調査を依頼した。

月	4月	5月	6月	7月
算定率	76%	75%	75%	70%

目標設定

100%リハビリ計画書の算定率となる。

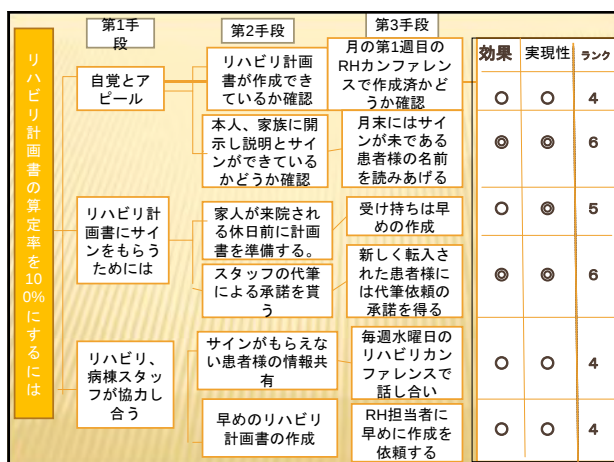


原因分析

- 1 患者様本人又は家族に原因がある場合
 - ①認知症があり、リハビリ計画書の理解ができない。
 - ②感覚器障害がある。
 - ③神経障害や筋力低下にて自身でサインすることができない。
- 2 家族に原因がある場合
 - ①家族自身がリハビリをしていることを知らない。
 - ②高齢者世帯が多くリハビリ計画書の理解が困難。
 - ③「ご家族様へお願い」用紙を病室に貼付しても気がつかない。又は関心がない。
 - ④独居世帯が多く家族は遠方にて来院することが困難である。
 - ⑤家族は仕事を終えて病院に面会に見えるため、夜間帯のスタッフが多忙の時間帯と重なり説明する時間がとれない。

3 スタッフに原因がある場合

- ①転入時に家族が来院されておらずオリエンテーションができていない。
- ②「患者様へお願い」用紙が貼付されておらず、また家族との連絡が取れていない。
- ③リハビリ計画書の作成が遅い。
- ④リハビリ計画書を完成する意識が薄い。
- ⑤患者本人又は家族にリハビリ計画書を開示し承諾を得てサインをいただく意識が低い。



対策と実施

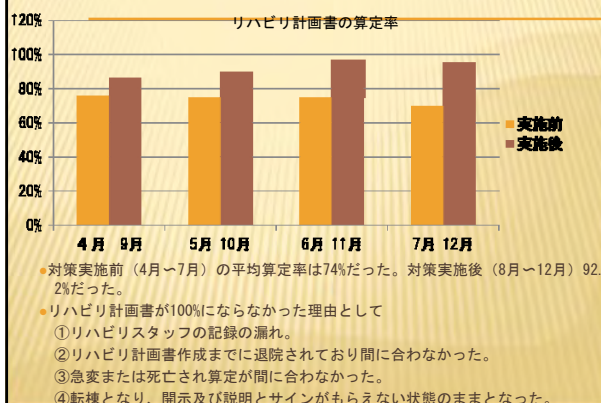
1 スタッフに対して自覚とアピール

- ①月の第1週目のリハビリカンファレンス後に計画書が作成されているか確認する。
- ②月末にはサインがない患者様のリストアップしリハビリ担当者に発表してもらう。
また、受け持ち看護師、介護職に伝える。
- ③受け持ち患者様の再認識を促すため受け持ち看護師、受け持ち介護職者の名前を明記してベッドサイドに貼付する。

2 家族に協力を得る

- ①来院されていないご家族には受け持ち看護師、介護職者が月末までに家族に電話連絡する。
 - ②患者様自身でサインできない場合は代筆の許可依頼の用紙に家人承諾のサインをいただき電子カルテに登録する。
 - ③休日、祭日に家人が来院されやすいため準備しておく。
- 3 10病棟スタッフとリハビリスタッフとの協力体制を強化する
- ①毎週水曜日でのリハビリカンファレンスでの情報の共有。
 - ②リハビリカンファレンス後にサインが貰えていない患者様の名前を報告し受け持ち看護師、介護職はサインがもらえるように声をかける。
 - ③リハビリ担当者にリハビリ計画書を月の第2週目には作成していただくように依頼をした。

効果確認



おしま

- 今後もTQC委員が中心となり声かけを行いリハビリ計画書算定率100%を目指していく。

反省と今後の課題

- リハビリ計画書の算定率100%を目指してきたが、患者様の転入や病状の変化でサインがもらえないままとなった。
- 今後はリハビリスタッフとリハビリカンファレンスを通して患者様の情報交換を行いながら100%算定率を目指して行きたい。
- サインが可能な患者様の場合はリハビリスタッフにて開示と説明を依頼しサインを頂くようにする。

対策実施後のアンケートの結果

スタッフへの対策実施後のアンケートの結果

「活動前と比べて、意識が変わりましたか？」の問いに対して

「88%が変わった」と答えている。

- × コストを意識した
 - × 休日前には家人が来院されるのを予測して計画書を準備した。
 - × 積極的に家族への声掛けをした。
- など意識の変化がうかがえる回答があった。

今こそ節電大作戦



4病棟
上仲 佐智子
小野山 尚子

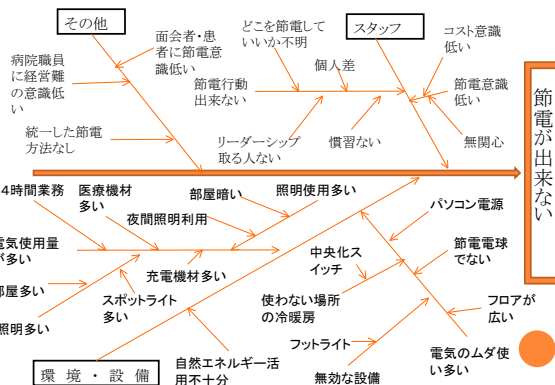
テーマ選定理由

- ・東日本大震災により国全体としての節電対策が実施された。
 - ・病院全体としても節電に取り組む対策がなされた。
- 4病棟としても、今までの電気使用について見直しを行うよい機会となるように、節電への意識付け及び電気使用量の削減を目標として活動に取り組む事にした。

活動期間

平成23年9月1日～11月30日

特性要因図



目標設定

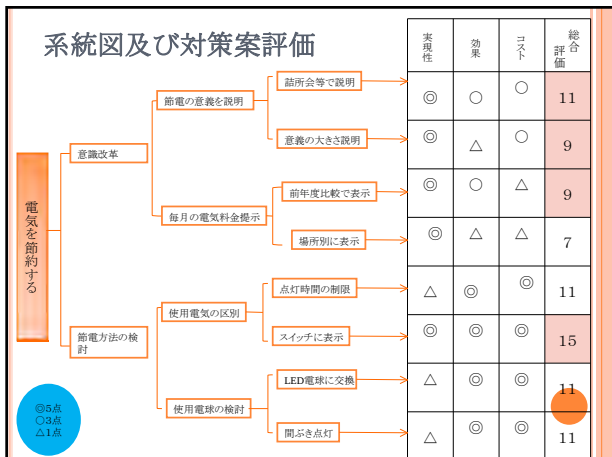
1. 平成23年9月～11月の電気使用量及び電気料金が、平成22年9月～11月より減少する。

(中央管理の冷暖房は病棟単位の使用量を算出出来ないため、今回の電気使用量には含まれない。よって今回の電気とは、照明及びコンセントからの使用量を示す)

2. 病棟スタッフの節電行動が定着する



系統図及び対策案評価



対策と実施

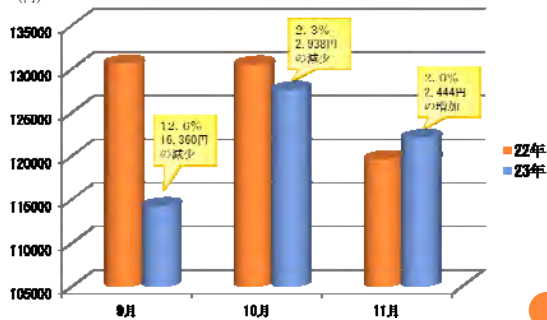


- ・節電活動を詰所会・朝のミーティング時に告知し、協力要請する。
- ・節電の場所や方法を記載したチラシを貼り分かりやすくする。
- ・電気のスイッチに表示をつけ、分かりやすく行動しやすいようにする。



効果確認：電気使用料金の比較

(円)



効果確認：(スタッフへのアンケート結果)

・アンケート配布21名(回収21名)

・アンケート内容と結果

1. 節電活動を行ったか 21名
2. どのような形で行ったか
 - 使用していない電気の消灯 14名
 - 使用後の部屋の消灯 3名
 - 表示通りの消灯 1名
 - 使用していないパソコン電源OFF 2名
 - 21時消灯、7時点灯 1名

効果確認：(スタッフへのアンケート結果)

3. 節電活動で感じた事・困った事が何かあるか

- ・表示は分かりやすく、節電を意識出来た
- ・意識だけで節電が出来るものだと感じた
- ・スイッチが分かれているといいと思った
- ・日により暗く感じる事もあった
- ・暗くても電気を点けていいのか迷った
- ・エレベーターホールの消灯は暗く、他部署や面会者より指摘があった。病棟の雰囲気が悪くなった印象を受けていないか心配

節電中

通常電気使用



効果確認：(スタッフへのアンケート結果)

4. 今後の節電活動をどのようにしたらよいか

- ・意識を持って取り組む
- ・使用していない部屋の電気消灯
- ・節電の時間帯を決める
- ・どこをどのように節電するのか表示
- ・LEDに交換
- ・患者様にも協力のポスターを貼る
- ・節電のポスターをスタッフステーションに貼る
- ・院内で表示し、病院全体で意識付けする
- ・事故のないよう、必要な所はしっかり使う

反省と今後の課題

・平成23年9月・10月は、電気使用量・電気料金共に減少し節電効果はあったが、11月は共に増加した。節電意識や節電行動はあったが、持続性に欠けた。

・今後は、病院を訪れた方に不快感を与えずなおかつ、節電行動を継続するには、どこをどのように工夫すればよいのかを具体的に考えていく必要がある。

電気節約ECO パートⅡ

5 病棟 節約戦隊5レンジャー

○大久保 志帆
三好 亜侑美
宮田 江身子
藤本 繁

テーマ選定の理由

- 世間でも節電に対する意識が高まり、企業によって様々な努力をされている。病院では24時間絶えず電気を使用しているため、私たちの日々の小さな努力や意識付けによりどれくらい電気代が改善されるか疑問に思い取り組むことにした。
- 昨年から引き続き行うことで、どれくらいスタッフの意識改革につながるのに興味を持った

活動期間

- 平成23年8月1日～12月31日まで

目標設定

- 病棟内の電気代を平成23年12月末までに昨年同月より10%削減する
- スタッフの電気節約に対する意識付けの強化
- 統一した節電方法の確立

<特性要因図>

環境

- ・24時間電気が必要
- ・誰でもエアコンの温度設定を変えることができる

患者

- ・廊下側のベッドは日中でも暗い
- ・治療のため入院しており節電の意識はない
- ・洗面台の電気が点けっぱなしことが多い

電気の無駄使い

スタッフ

- ・節電に対する意識付けができていない
- ・1ヶ月の電気代を知らない
- ・常に動いているため、冷暖房の調整をしよう

原因分析

- ① 夏や冬は冷暖房の温度設定を変更するため、節電が難しい
- ② 24時間電気が必要であり、不要な電気も付けたままとなっていることが多い
- ③ 電気使用量（電気代）が把握できていない

対策・実施

- スタッフ廊下・寝台EVホールは9:30～8:00までは消灯することを設定し、スイッチ部に表示した
- エアコンの設定温度を統一し、設定パネル部に貼り紙にて表示した。
日中：23℃～28℃
夜間：25℃～28℃
- 節電への協力を得るため、こまめに電気を切るようスタッフへの呼びかけを行った。
- アンケートを実施し、①②③が実際に行えていたか、節電への意識向上ができたか調査した

効果確認

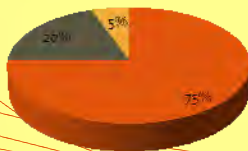


- 8～12月まで毎月約10%節電でき、目標達成
- 合計3823KWh⇒4万5721円の節電！！

アンケート結果①

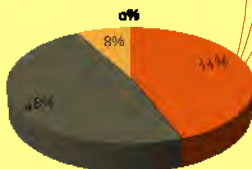
1. 昨年から引き続き行うことで意識が高まったと思いますか？

- 思う
- 変わらない
- 思わない



2. 設定表示により意識は高まりましたか？

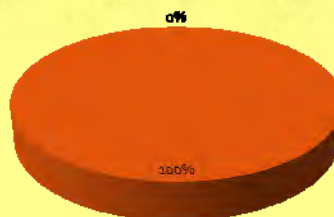
- かなりできた
- まあまあできた
- あまりできなかった
- 全く出来なかった



アンケート結果②

3. 節電は継続していきたいですか？

- 思う
- 思わない



歯止め

- 点灯、消灯時間を表示した貼り紙を継続
- スタッフ一人一人の意識付けを継続

反省と今後の課題

- 昨年から引き続き行うことで一人一人の意識付けが強くなった
- エアコンの温度調整は各個人によって体感温度が違い、温度設定も自由変更にできるため、設定温度を決めて実施することは難しい
- 今後も活動を継続し節電に努めていきたい

またまた

業務改善を行い残業時間を減らそう

サークル名: 帰宅部

加藤 弘

森本 美穂

業務改善グループメンバー

テーマ選定の理由

前年度の課題

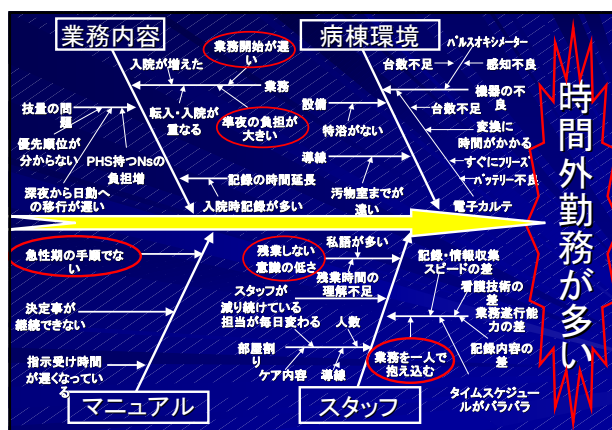
消化器内科病棟へ変わり、再度業務の改善点を見直し、スタッフ全員で時間外を減らしていけるように努力する

ということで・・・

今年度も『業務改善による時間外勤務の削減』をテーマに活動した。

現状把握

- 1月から本格的に消化器内科病棟として稼動。
- 地域連携病棟としての業務手順のまま。
 - 一部機能別看護の導入は継続
 - 朝礼後に食事介助、体位変換・排泄介助を実施してから検温を10時ごろから開始
 - それに伴い記録時間が16時以降でリアルタイムな記録ができていない
- 時間外勤務時間
1月:195時間 2月:174時間 3月:110時間



目標設定

12月までに業務手順が定着し、時間外勤務時間が80%減少する

問題点は・・・

- 急性期の業務手順ではない
- ベッドサイドに行く時間が遅い
- 業務を一人で抱え込む
- 残業しないという意識の低さ
- 準夜の負担が大きい

対策

- 病棟業務内容・手順の見直しと定着化をはかる
- 個人の時間外勤務時間に対する意識の向上をはかる

① 病棟業務内容・手順の見直しと定着化をはかる

全業務の手順を見直しを行った

日勤：業務開始を早くする

朝礼後、食事介助・体位変換・排泄介助を全員で実施

朝礼後、食事介助実施し9時には検温へ行く
体位変換・排泄介助はフリーNs業務へ

11時、フリーNsが体位変換・排泄介助、昼食準備

11時から全員で実施へ

遅出：準夜の負担を減らす

夕食分の注入食は18時からまわる

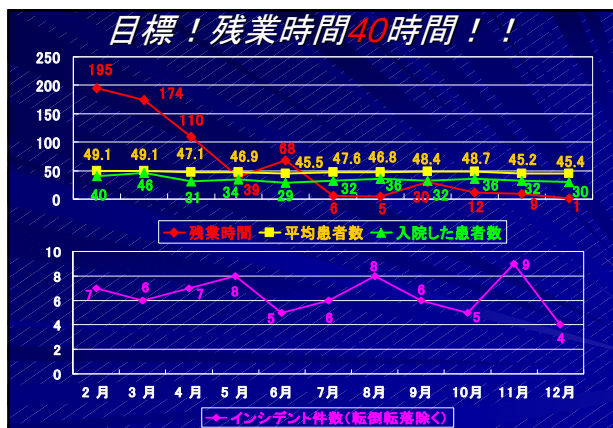
夕方は17時に介護職が取りに行き、17時30分に遅出が開始する

12時からの遅出1名

人数の確保ができる日は遅出2名
10時30分開始と12時開始

② 時間外勤務時間をグラフ化し掲示

- 毎月、6病棟の時間外勤務時間、平均患者数、入院してきた患者数、インシデント報告件数(転倒転落除く)をグラフ化した
- このグラフをA3用紙にカラー印刷し休憩室ドアに掲示した



効果確認

- 早い時間に患者の状態把握ができるようになった
- 午前中の記録が午前中にできるようになった
- 5月から目標の40時間を達成できた
- しかし、時間外の届出をしていないケースも見られている
- グラフの掲示で意識向上に繋がったのは69%。しかし、時間外に直接つながったのは52%
- 実際は日勤52%が1時間、準夜は68%が1時間、深夜91%が1時間の時間外をしている
- 今年度の取り組みで早く帰る雰囲気を作れていること、時間外の減少になっていることは約91%が実感している

歯止め

- 業務手順の見直しを継続し、さらに働きやすい環境にしていく
- 個人の意識向上の維持に努める
- 部屋もちNsとフリーNsとの連携の維持
- 患者の安全管理の徹底
- 観察眼を養っていくことの継続

反省と今後の課題

消化器内科病棟としての業務手順の見直し・定着ができた。また、グラフの掲示で約半分のスタッフが時間外意識の向上に繋がることができた。

今後は個人のコスト意識も高め、さらにスタッフ全員で時間外勤務を減らしていけるように努力していきたい

SPD管理物品の不良在庫の削減

サークル名：SPD革命隊
岡原喜代子・山本信介
上山多恵

テーマ選定の理由

テーマ：不良在庫を減らす

1. 定数以上の数量が常備されている物品がある。
2. カードの動きが偏り、全く稼働していない物品がある。
3. SPDの使用方法に不備がある。

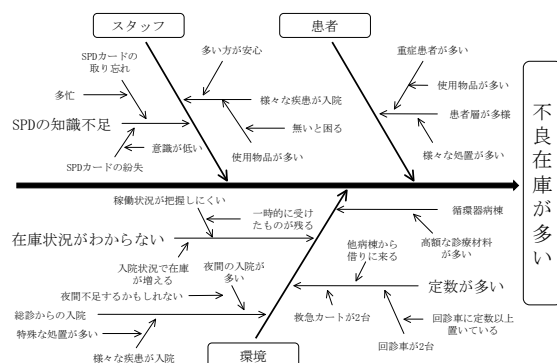
現状把握

1. 7月に期限切れ物品の確認、9月に棚卸を実施
2. 週2回の物品発注の数量を確認する
● 期間：平成23年8月22日～10月23日
月毎のカード提出状況を確認する
● 期間：平成23年4月～6月
● 稼働なし：57種類
精密尿量計、トロツカーカテーテル、気胸セット、トラヘルパー など
● カードの偏り：16種類
輸液セット、APチューブ、モニタリングキット、トーマスチューブホルダー など
3. 病棟スタッフにSPDに関するアンケート調査
● SPDの運用について知っている：37%
● SPDの運用について知らない：63%

目標設定

不良在庫を9月棚卸結果から**10%**削減する

原因分析



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
定数が多い	適切な定数の設定	定数を見直す	◎	◎	◎	9
在庫数の不備	棚卸の実施	臨時で棚卸の実施	◎	◎	○	8
SPDに対する意識が低い	意識を高める	病棟会で啓蒙	◎	◎	○	8

実施

- SPD管理物品定数の見直し
 - 過去半年の月毎のカード提出状況と、週2回のカード提出状況からTQC委員で定数を変更した。
 - 227種類の管理物品から45種類を変更した（表1参照）。
 - 定数変更の際過剰な在庫は返品した
- 2月に臨時の棚卸を実施し在庫調査を行った。
- 1月の病棟会でSPDの供給方式・供給サイクルについて説明し、意識の向上を図った。

表1 削減リスト（一部抜粋）

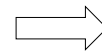
品名	定数	品名	定数
輸液セット	250→200	ウロバックプラス	2→1
メッキシンドレープ	10→5	ウロガード精密尿量計	2→1
APチューブ	15→10	エックスステーションチューブ	60→50
通気針	40→20	トーマスチューブホルダー	5→4
アンジオカット 24G	20→10	アブリコックス専用EDセット	6→5
プレザバック II 針付	50→25	エックスステーションチューブ	60→50
MRIポート 22G	5→3	トリフレックス手術手袋 7.0	30→15
注射針フローマックス 21G	20→10	モニタリングキット（シングル）	5→4
注射針フローマックス 23G	40→20	CIセット	5→3
注射針フローマックス 26G	20→10	SPセット SP-A	5→3
シリンジ 50ml ロック付	80→60	SPセット SP-N	5→3
ネラトンカテーテル 12Fr	20→10	中心静脈圧測定セット	3→2
シルキーボア 5号	4→3	三方活栓R型フラッシュロック	60→40
フォーリートレイ 14Fr	8→7	ロードーズ 30G	49→35

結果

	定数総額 (円)	棚卸総額 (円)	定数を 超えた 品数	定数を超えた品数 と総品数の割合 (%)
9月	1583291	1562864	108	47
2月	1502077	1491831	85	38

効果の確認

- 9月棚卸の総額と比較し
71033円（約4%）の削減
- 定数を超えた品数
23品（9%）の削減



目標未達成

※しかし…

不良在庫の削減はできたので、一定の成果はあったと考えられる

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	必要時	病棟	TQC委員	TQC管理物品の定数	見直す	入院状況で増減するため
教育	必要時	病棟会	TQC委員	啓蒙活動	行う	SPDに対する意識を向上するため
管理	年2回	病棟	介護職・TQC委員	棚卸	行う	在庫数の確認のため

反省と今後の課題

- 目標値が高く、現状に合った設定ができていなかった。
- SPDに関する啓蒙が1回のみであり、意識づけが不十分だった。
- 定期的な在庫状況の確認が必要である

深夜勤務者の 時間外を無くそう

<サークル名> AKB38・チーム8

(諦めない気持ちでびっくりする結果？スタッフ38名ががんばります)

南部 佳子
井上 孝子

1・テーマ選定の理由

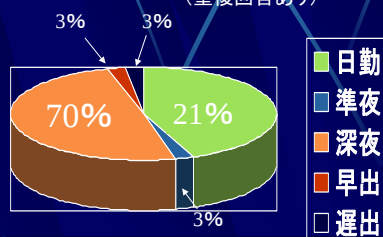
- ・キックオフテーマ → **経営参画**
- ・看護目標⇒①汎用入力の流れをなくす
②時間外の削減
③SPDを有効活用し在庫の削減を図る
- ①昨年度のTQC活動を継続
- ②4月より療養介護事業が開始となり支援員も加えスタッフが増員となった、業務整理を行う中で時間外削減が期待できると考えた。
- ③定期的な点検を行っている

2: 現状把握(アンケートより)

①サービス残業も含め
どの勤務帯の時間外が多いか？

対象スタッフ25名
回収率100%

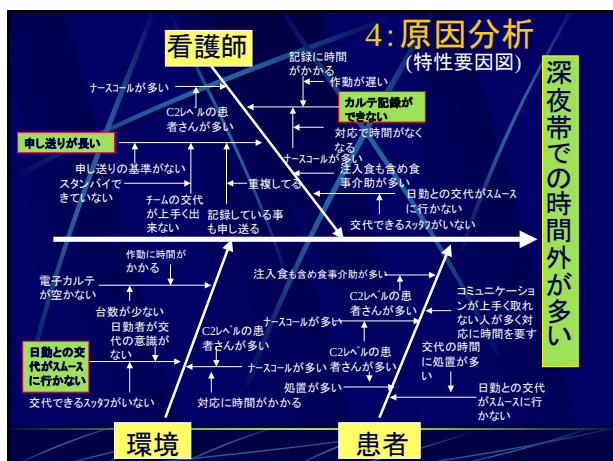
(重複回答あり)



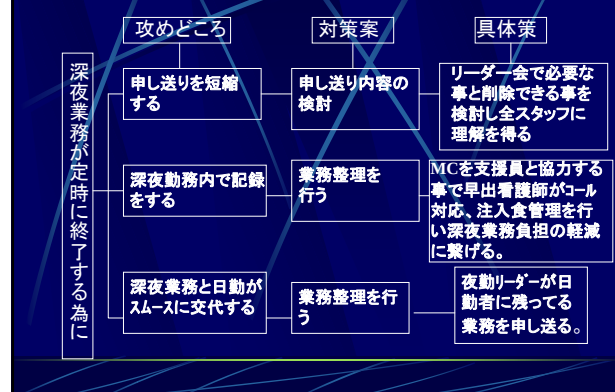
3: 目標設定

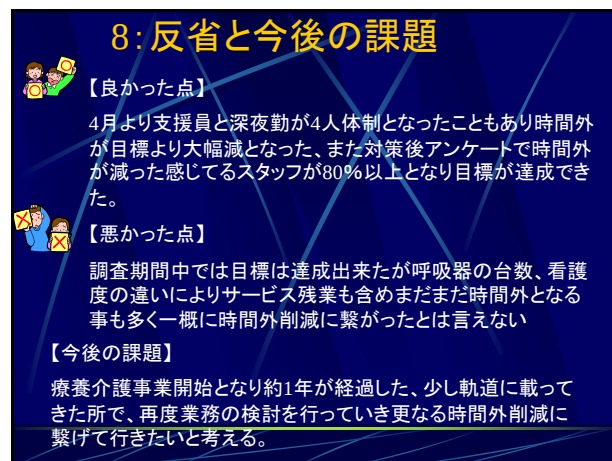
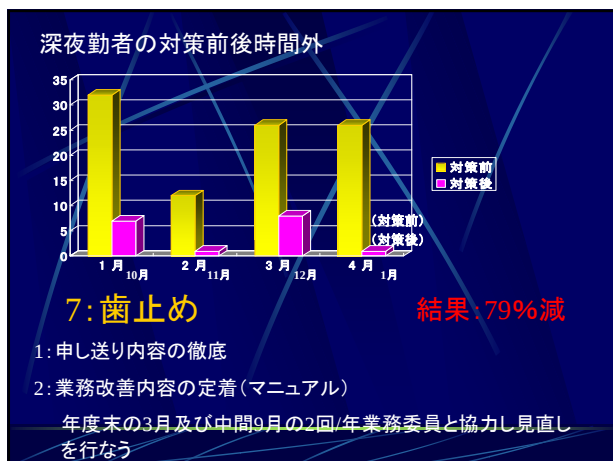
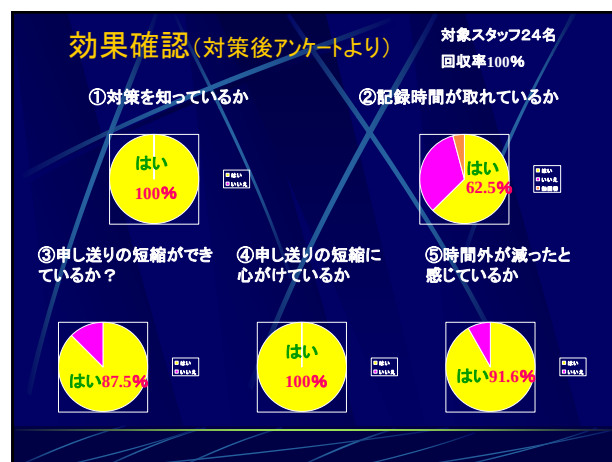
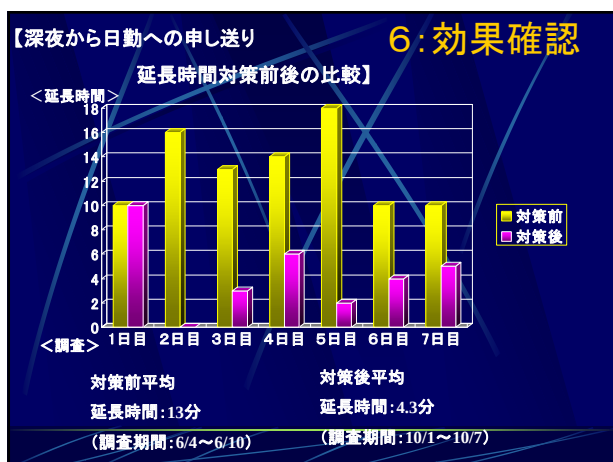
- ①対策後のアンケートで 深夜勤務での時間外が
少なくなったと答えるスタッフが
⇒80%以上となる。
- ②対策後深夜勤務者の時間外が
⇒30%減となる

4: 原因分析 (特性要因図)



5: 対策の立案と実施





汎用処置の 未実施について

9chan's
守本 加織
丹波 祥子

1. テーマ選定の理由

当病棟では、汎用処置の入力漏れについて、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23年8月～平成24年1月

3. 現状の把握

汎用処置に関するデータ
<4月～8月の4ヶ月>

入力実施漏れを調査した。

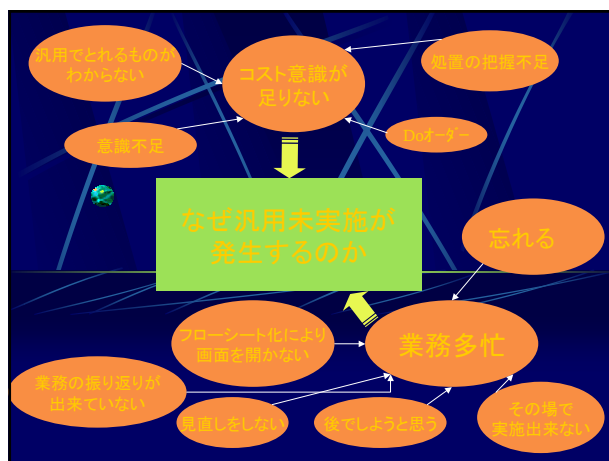
⇒未実施漏れは122件あった。

未実施漏れには主に以下の項目が多かった。

気切がーゼ交換、US吸入、トーエー、ライン確保摂食
嚥下、残尿測定、褥瘡処置、導尿、ドレナージ、軟
膏処置、創傷処置、吸引、鼻腔栄養

4. 目標設定

・全体の汎用処置の未実施を<100件 >以下を目指す。



5、原因分析

- ・業務多忙につき、その場で汎用の入力が出来ない。
- ・汎用処置でとれるもの、とれないものがわからない。
- ・忘れる。
- ・コスト意識がない。

6、対策と実施。

- ・スタッフへ汎用処置についてのアンケート実施。
- ・パソコン一台一台の見える位置、壁にポスターを張り付け意識付けを行った。
- ・病棟スタッフ個々の汎用未実施のデータを出し、病棟連絡表に張り出した。

7. 効果と確認(1)

汎用処置に関するデータ
<9月～12月のヶ月>
入力実施漏れを調査した。
⇒未実施漏れは105件あった。
未実施漏れには主に以下の項目が多かった。
気切ガーゼ交換、US吸入、トーエコー、摂食嚥下、褥瘡処置、軟膏処置、創傷処置、モニター装着

効果と確認(2)

<活動結果>

- ・目に見えるところに貼り紙をしたことにより以前より汎用の確認の意識づけが出来た。
- ・個々の汎用未実施のデータを張り出すことにより自己責任につながった。

効果と確認(3)

呼びかけを行うことにより意識づけが出来、汎用未実施の件数は減ったが、目標達成には至らなかった。

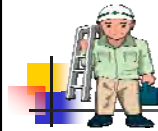
8、課題

- ・未実施だけでなく、未入力の調査もすべき。
- ・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の把握をし統一すべき。

節電 Let's Try again !

<サークル名> 緩和病棟電気保安協会
11病棟 ○古田 律子
広瀬みのり

テーマ選定理由



前年度は冬季の節電に取り組んだが、目標の30%削減には及ばなかった

↓

今年度は、東日本大震災の影響により「日本を元気に！頑張れ日本！」をテーマに夏季の節電に着目した。

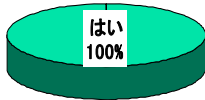
↓

- ・病室の適切な温度設定を行う
- ・再度スタッフの意識を向上させる

⇒一年を通じて継続的に節電ができるよう取り組んだ。

現状把握

Q.前年度実施後も継続して節電しようと思っている



Q.日頃から病室の温度調節を気にかけてこまめにチェックできたか



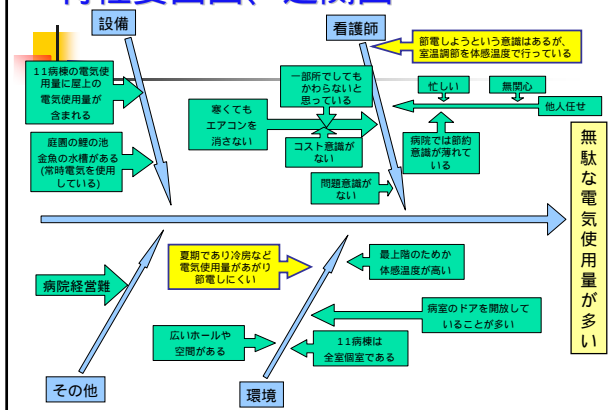
目標設定

- ① 前年比15%削減を目標とする。
- ② スタッフ全員が「節電できた」と言える。
- ③ 活動期間以降も前年比減が維持できる。

活動期間

平成23年8月1日～9月30日

特性要因図、連関図



原因分析

- 1) 節電しようという意識はあるが、室温調節を体感温度で行っている。
- 2) 夏季であり冷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

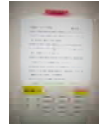
エアコンは弱で使用
至適温度は22℃～26℃に設置
22℃以下になったらエアコンを一旦OFFにする

窓は開けない
病室のドアは閉める
(不穩、せん妄な場合は除く)



スタッフルーム
とナースステーションに節電
ポスターを貼る

対策方法を明記
メインスイッチ
の上部に貼付



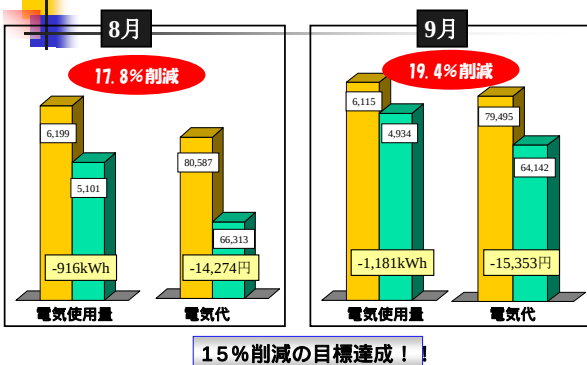
消灯して退室、昼夜ともに消灯、21時消灯については昨年同様継続

対策と実施②

- ・無料個室に温湿度計を設置し、期間中1日3回、室温・湿度を測定した。
- ・院長、スタッフの名札に「頑張ろう日本！節電！」のシールを貼付し、意識統一を図った。



効果、確認

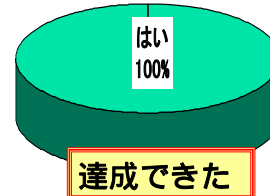


効果、確認

効果、確認

Q. QC活動をする前と後では
節電に対する意識は
変わりましたか。

Q. 活動期間後も
前年度比減で
あったか



10月 15.4% 削減
11月 6.2% 削減
12月 14.0% 削減

歯止め

- ① 室温計をチェックし、適切な温度設定を行う。
- ② メインスイッチに貼付した対策用紙を引き続き活用し、意識づけをする。
- ③ 引き続き声をかけあい、節電に努める。

反省と今後の課題



- スタッフ全員の「節電をする」という意識なしでは成果はない！
- 実際の数値の増減を定期的に把握する。
- 今後も活動を継続し、節電に努めていく。

薬袋・処方箋・お薬説明書の廃棄率を減らす

チーム名：石原軍団

メンバー：石原恵理 安福あゆ美 古川正信 三谷安亮 松下祐一
小野山真一郎

テーマの選定

外来処方や退院処方がオーダーされると

①処方箋 ②薬袋 ③お薬説明書

がオーダーリングで自動的に印刷される。

これらは処方変更などがあるとその都度新たに発行されるため、廃棄することとなる。

そこで廃棄する処方箋、薬袋、お薬説明書を減らせば用紙、インクの経費削減につながると考え、テーマに選定した。

活動計画

項目	担当者	実施						計画	
		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定	全員	→							
活動計画	全員	→							
現状把握 目標設定	全員	→	→	→	→				
対策検討 と実施	全員				→	→	→	→	
効果確認	全員							→	
反省と今後の 課題	全員								→

現状把握

《調査期間》：2011/8/8～2011/10/3（2ヶ月間）

《方法》：廃棄する処方箋、薬袋、お薬説明書を全て回収し、枚数と、内容を調査した。

対策前 廃棄内容

		件数	廃棄内容			金額(円)	簡単な内容
			処方箋枚数	薬袋枚数	説明書枚数		
退院処方一色化への変更	医師オーダー	24	8	109	46	887.1	ヒート印刷指定が一色化に変わらな
	薬剤師オーダー	4	2	8	20	171.66	
	ラテックスオーダー	0	0	0	0	0	
退院処方印刷・修正	医師オーダー	17	18	79	32	626.54	追加
	薬剤師オーダー	18	17	54	35	528.72	削除
	ラテックスオーダー	0	0	0	0	0	日付間違
外来処方印刷・修正	医師オーダー	79	80	180	93	1561.07	処方区分の変更
	薬剤師オーダー	2	2	4	2	32.12	
	ラテックスオーダー	5	5	13	13	118.78	
外来処方印刷・修正	医師オーダー	118	17	329	54	2824.91	日数変更
	薬剤師オーダー	2	2	3	2	24.56	追加・削除
	ラテックスオーダー	6	7	16	8	128.07	CFの変更
印刷・紙数削減	医師オーダー	157	11	33	31	347.16	在連無く処方変更
	薬剤師オーダー	6	9	36	14	263.27	
	ラテックスオーダー	0	0	0	0	0	
合計		438	178	864	350	7533.96	

要因と対策検討

◎5点、○3点、△1点、×0点で評価

対策	本 身	採 取 性	適 用 性	実 行 性	効 果	評 価
患者個人毎に必要な一色化を廃止する	×	○	○	◎	◎	16
退院処方は一色化への修正が多い	◎	◎	◎	◎	◎	25
退院処方は自動的に一色化になるように設定する	×	×	○	◎	◎	18
退院処方印刷・修正	◎	×	×	△	◎	11
退院処方印刷・修正が多い	○	◎	△	◎	△	15
外来処方印刷・修正	△	△	△	◎	○	11
外来処方印刷・修正が多い	◎	◎	◎	◎	◎	23
印刷・紙数削減	◎	◎	◎	△	◎	21
印刷・紙数削減が多い	◎	◎	◎	◎	△	21

目標設定

薬袋・処方箋・お薬説明書の廃棄を50%減らす！

対策実施

- ① 退院処方ではこれまでは原則、ヒートで調剤するように設定されていた。しかし、一包化の必要性が高く、再発行して一包化で再オーダーすることが多かった。その都度薬袋を廃棄していた。
臨時・定期処方等と同じ設定である自動一包化とした。
- ② 外来での胃腸科CF処方、ピコベンが1日分から2日分への変更が多い。変更の度に処方箋、薬袋、お薬説明書が無駄となっていた。
セット登録を2日分で登録変更することとした。
- ③ プリンタの対応年数超過により買い替え時期が来ていた。
丁度予算請求されており交換時期と重なった。
プリンタが新しくなった。

《調査期間》：2011/12/1～2012/1/25（2ヶ月間）

対策実施後 廃棄内容

		件数	廃棄内容			金額(円)	簡単な内容
			処方箋枚数	薬袋枚数	説明書枚数		
通院処方一包化への変更	医師オーダー	0	0	0	0	0	
	薬剤師オーダー	0	0	0	0	0	
	クラウオーダー	0	0	0	0	0	
通院処方の削除・修正	医師オーダー	9	7	31	18	249.35	追加
	薬剤師オーダー	3	2	9	7	72.57	削除
	クラウオーダー	1	1	2	2	16.59	日付間違い
外来処方院内から院外への処方区分変更	医師オーダー	47	46	109	59	912.67	処方区分の変更
	薬剤師オーダー	1	1	6	4	47.89	
	クラウオーダー	10	9	29	20	282.97	
外来処方の削除・修正	医師オーダー	57	56	199	108	1744.52	日数変更 追加・削除 CFの変更 在庫無く処方変更
	薬剤師オーダー	1	1	10	5	81.24	
	クラウオーダー	6	6	32	14	251.8	
プリンタ・紙詰まり		2		4		30.24	
薬剤師が処方オーダー区分を間違えて入力している		8	7	46	22	375.19	
合計		145	136	477	259	4065.03	

効果確認

		件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
通院処方一包化への変更	対策前	28	10	117	66	1058.76
	対策後	0	0	0	0	0
		100%減	100%減	100%減	100%減	100%減
通院処方の削除・修正	対策前	件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
	対策後	13	10	42	27	338.51
		63%減	70%減	69%減	60%減	71%減
外来処方の院内から院外への処方区分変更	対策前	件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
	対策後	58	56	144	83	1243.53
		33%減	39%減	27%減	23%減	27%減
外来処方の削除・修正	対策前	件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
	対策後	124	26	548	64	2977.54
		64	63	241	127	2077.58
		48%減	240%増	31%減	200%増	30%減
プリンタ・紙詰まり	対策前	件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
	対策後	157	11	33	31	347.16
		2	0	4	0	30.24
		99%減	100%減	88%減	100%減	91%減
薬剤師が処方オーダー区分を間違えて入力している	対策前	件数	処方箋枚数	薬袋枚数	お薬説明書枚数	合計金額
	対策後	6	9	36	14	283.27
		8	7	46	22	375.19
		33%増	22%減	25%増	87%増	32%増

効果判定

○処方箋・薬袋・お薬説明書の廃棄は
対策前436件から対策後145件

67%減少した

○金額として

対策前7533.96円から対策後4065.03円

46%減少した

**廃棄件数の減少が50%以上であったため
目標達成！**

歯止め

今回の対策ではシステム変更と機器買い替えによる効果であるため、恒久的に対策は維持出来ると考える。

今後の課題

印刷物の無駄という事象は金額的には少ないが、質量は日々莫大な紙の枚数が廃棄されている。これらは、用紙代にのみ留まらずインク代を含めると高額になる可能性があるため、今回の対策でコストの削減に貢献できたと考える。
今回対策を立てることが出来なかった課題は、外来処方間違えて院内処方でもオーダーされる、という事案についての検討である。これは、対策としてオーダー時にかかりの注意を要する事案であり、医師にかかる負担も多いため現段階では対策困難である。しかしその廃棄枚数は多く、今後何らかの検討が必要であると思われる。

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 partⅡ
- ・メンバー ◎井上崇 ○吉田一正
田中怜子 才木辰郎 堀田 旭
北村佳子 中島花梨
田原邦明 西田陽二

1.テーマ選定理由

- ・昨年、様々な要因があるなかでリハビリ単位取得数を維持し、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目的にTQC活動を行った。
- ・結果としてリハビリ単位取得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がることは出来た。
- ・今回は昨年度の取り組みを踏まえ、代行依頼人数を多く挙げ、啓蒙することで代行を行いやすい環境を作り、1日平均単位所得数を指標としてリハビリ単位所得数の増加を図れるように今年も同じテーマを選定した。

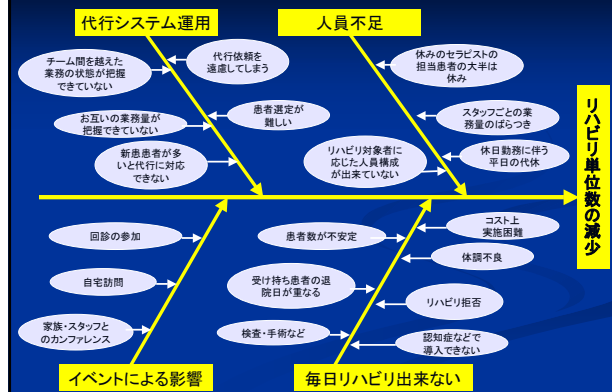
2.現状把握(A)

PT・OT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:2011年7月～9月

	PT			OT		
	7月	8月	9月	7月	8月	9月
代行依頼患者数	78	154	80	17	13	13
代行実施患者数	78	148	80	17	12	13
1日平均単位取得数	16.8	16.9	17.2	19.7	17.3	18.9
実施率	77	69	73	68	68	73
1日平均出勤人数	10.7	9.9	10.1	2.5	2.6	2.6
1日平均患者数	127.9	120.4	120.8	30.1	25.9	27.0
1日平均代行患者数	3.9	6.4	4.0	0.9	0.5	0.7

3.リハビリ単位取得数の減少に関わる原因分析



4.対策の検討(系統図)



5.対策立案

- ・業務代行依頼の意識付けを強化し、単位取得数・実施率を増やす



- ・代行依頼患者数を多く上げるよう啓蒙する
- ・各個人の1日ごとの業務量をイベントを踏まえ把握出来るようにする
- ・代行を依頼しやすい環境を整える



- ・代行依頼記録の意識付け、さらなる代行システムの確立、啓蒙を図る
- ・朝のチームミーティングまでに各リーダーが業務量を確認できるようにする

6.目標設定

		H22年度	H23年度
PT	1日平均単位数	16.5 単位	18.0単位
	実施率	75%	75%
OT	1日平均単位数	17.0 単位	18.0単位
	実施率	80%	80%

※目標はすでに昨年度の設定値を超えていたため、科内目標である18単位を参考に設定

※STは昨年の退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、今回も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: 2011年10月～12月 <現状調査期間> <取り組み期間>

PT	7月	8月	9月	10月	11月	12月
代行依頼患者数	78	154	80	108	172	80
代行実施患者数	78	148	80	88	125	68
1日平均単位取得数	16.8	16.9	17.2	17.8	17.6	17.7
実施率	77	69	73	72	74	73

OT	7月	8月	9月	10月	11月	12月
代行依頼患者数	17	13	13	16	29	11
代行実施患者数	17	12	13	12	23	2
1日平均単位取得数	20	17.3	18.9	20.5	20	19.7
実施率	68	68	73	72	72	70

8.取り組み結果②

調査期間: 2011年10月～12月 <現状調査期間> <取り組み期間>

PT	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1日平均出勤人数	10.7	9.9	10.1	10	10.9	11.1
1日あたり代行患者人数	3.9	6.4	4.0	4.4	6.3	3.6
1日あたり実施入院患者数	108	100.4	99.1	106.4	112.7	114.3
1日平均単位取得数	16.8	16.9	17.2	17.8	17.6	17.7

OT	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1日平均出勤人数	2.5	2.6	2.7	2.5	2.6	2.6
1日あたり代行患者人数	0.9	0.5	0.7	0.6	1.2	0.1
1日あたり実施入院患者数	27.6	23.7	25	25.6	28.6	25.6
1日平均単位取得数	19.7	17.3	18.9	20.5	20	19.7

9.取り組み結果③ 前年度との比較

平均単位所得数
OT
目標達成

	PT			OT		
	10月	11月	12月	10月	11月	12月
H22年1日平均単位取得数	15.8	16.4	15.5	19.5	18.4	15.8
H23年1日平均単位取得数	17.8	17.6	17.7	20.5	20.0	19.7

	PT			OT		
	10月	11月	12月	10月	11月	12月
H22年実施率	75	74	68	78	78	72
H23年実施率	72	74	73	72	72	70

※黄色:増加 赤色:減少

10.考察

・今回の取り組みで代行依頼患者数の増やすことで、代行数の増加を図ったが、PTIにおいては目標としている1日平均単位所得数は達成出来なかった。しかし、啓蒙活動を行った10月～12月は入院患者数が増加しているなかでも、代行依頼患者数の増加を図ることが出来、代行しやすい環境を作ることによって1日平均単位所得数の増加につながったと考える。

・昨年度の1日平均単位所得数の目標値は、今年度は現状把握の時点でPT・OTともに達成されており、昨年から代行に対する意識が向上しているのが数値として表された。しかし、1日平均単位所得数が増加しているにもかかわらず、実施率が昨年同様目標に達していないのは、全体的なセラピストの人員不足が考えられた。

・昨年度からの業務調査用紙の運用状況は浸透しており、業務の割り振りや業務量の把握には効果を得ていると考えられた。さらに、PT・OTの1日平均単位所得数は2010年より2011年のほうが高くなっている月が多く、代行システムが担当患者実施への妨げになることなく、スムーズに稼働した結果が得られたと考える。

11.まとめと今後の課題

・代行依頼数を上げ、代行を行いやすい環境を整えることで1日平均単位所得数、実施率の増加を目的にTQC活動を実施した。

・代行依頼数を増加し意識付けることで、様々なイベントに対し代行しやすい環境を整えることで、PT・OTともに1日平均単位所得数の増加につながったが、PTIは目標を達成することが出来なかった。

・また、PT・OTともに実施率は向上しているが目標達成には至らず、セラピストの人員不足、特にOTの人員不足が課題として挙げられた。

・今年度の活動でさらに代行に対する意識が向上し、前年度からの取り組みが確実に効果のあるものとして表された。

・今後も中央リハビリテーション科は継続して目標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

TQC活動

電気使用量の節約

栄養管理科 サークル名：ムダ無駄調査隊

○上田 千鶴 太田垣 洋平
内田 隆弘 和田 優

1. テーマの選定

TQCの取り組みについてアンケートを行った。
東北大地震により原発事故が発生し、全国的に節電意識が高まる中、科内でも節電が出来るのではとの意見があり取り組みテーマとした。

<アンケート意見>

- ・節約による経費削減が、経営改善に向けてのとりくみとして節電がよいのではないか。
- ・業務の見直しをすることで、節電が出来るのではないか。
- ・不要な電気を減らすことが、経費の削減ひいては、経営改善に繋がる。等

2. 現状把握

栄養管理科、
前年の電気使用量

調査月	使用量 / 月	1 kWh : 13円
2010・10	8125kWh	105,625円
2010・11	7435kWh	96,655円
2010・12	7424kWh	96,512円
3ヶ月間平均	7661kWh	99,593円

3. 現状把握

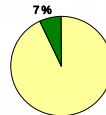
○節電に対する意識調査をアンケートで行うことにした。

- Q1. 日頃節電に心がけていますか？
Q2. 電気使用量を知っていますか？

<結果>

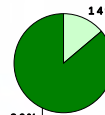
Q1. 日頃節電に心がけていますか？

□ はい
■ いいえ



Q2. 電気使用量を知っていますか？

□ はい
■ いいえ



4. 目標設定

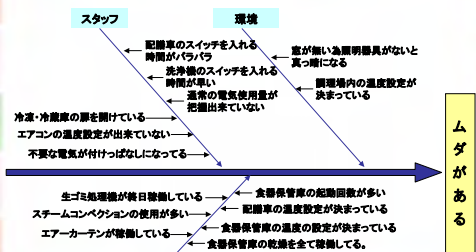
電気使用量の10%削減を図る

スタッフの更なる節電意識の
向上を目指す

5. 活動計画

活動	担当	6月	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

(◎5点 ○3点 △1点 ×0点)

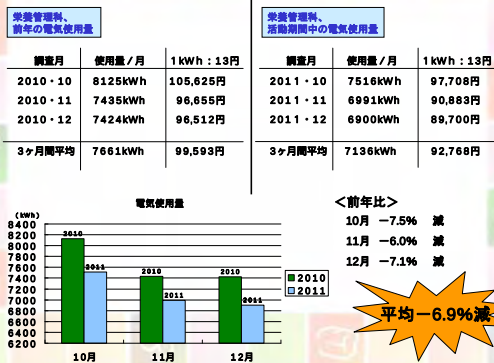
対策	効果	実現性	評価
器具設備			
下処理の乾燥機の使用を1日1回にする	⇒ 19:30にタイマーする	⇒ ◎	◎ 10
食器乾燥機の使用を最低限にする	⇒ 1台だけ使用する	⇒ ◎	◎ 10
冷凍・冷蔵庫・配膳車の温度変更	⇒ HACCP上今まで通り	⇒ ○	× 3
スタッフの意識			
不要な電気を消す	⇒ 心がけて実行する	⇒ ○	◎ 8
冷凍・冷蔵庫のドアの開閉を速やかに行う	⇒ 心がけて実行する	⇒ ○	◎ 8
配膳車のスイッチを入れる時間を決める	⇒ 朝6時 昼10時 夕16時に	⇒ ○	◎ 8
洗浄機のスイッチを入れる時間を決める	⇒ 早出が6:00 遅出が15:30に	⇒ ○	◎ 8
スチームコンベクションの使用回数を減らす	⇒ レシピのマニュアル化	⇒ ○	◎ 8
環境			
蛍光灯の数を減らす	⇒ 30%カット	⇒ ◎	◎ 10
調理場内の設定温度を変える	⇒ HACCP上今まで通り	⇒ ○	× 3

8. 対策・実施

<ラベルを貼り対策を明確にする>
(各箇所18枚添付)



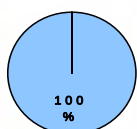
9. 効果・確認 (有形効果)



10. 効果・確認(無形効果)

アンケートによる
スタッフの意識調査

Q、節電への取り組みに
心がけましたか？



<アンケート意見>

- * 施設の設計上、外光の取り入れ窓は無く昼夜を問わず照明器具は必要不可欠であり、照明の削減は、実質暗くなり、気分的にも暗くなる。
- * 節電意識を常に持ち続ける事で、他の物事に対する節約も意識した。
- * 更なる取り組みを強化する必要性を感じた。

11. まとめ

今回、目標を10%減としたが、出来る対策を実施した結果7%前後の減にとどまった。

目標の達成には至らなかったが、各々が節電意識を持ち取り組んだ結果としてとらえ、今後目標に少しでも近づける為に、更なる作業の見直しと、節約意識を常に持ち、業務を行なっていく。

また、定期的に電気使用量を確認し、科内で報告し、現状把握と意識付けを行っていく。

第6回TQC活動

エアシューターの有効利用

サークル名 確認飛行物体

外 来 築山 徳子 太田垣秀子
医事課 植木靖昌

1. テーマ選定の理由

- ・ エアシューターを使いすぎ、よく故障する事がある。
(アンケート結果より)
- ・ 故障する事により各部署に、影響が及び業務に支障をきたす。
- ・ 有効なエアシューター利用で、修理費・電気代節約等により、経営改善を図る。

2. 活動期間

平成23年9月5日～平成23年11月18日

3. 現状把握

調査期間…平成23年9月5日～平成23年9月16日
方 法…3部署(Cブロック、Dブロック、医事課)をピックアップし、エアシューターの使用状況を調査した。
結 果…急ぎで使用31%(108/343件)、急ぎでない使用69%(235/343件)であった。

4. 目標設定

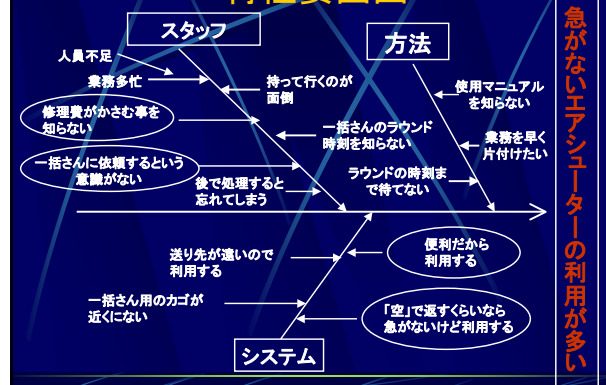
急がないエアシューター使用を
50%以下にする。

5. 活動計画

平成23年

	担当	6月	7月	8月	9月	10月	11月
テーマ選定	TQC委員	→					
現状把握と目標設定	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						→

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。

- ①一括さんに依頼するという意識がない。
- ②修理費がかさむ事を知らない。
- ③便利だから利用する。

7. 対策立案・実施

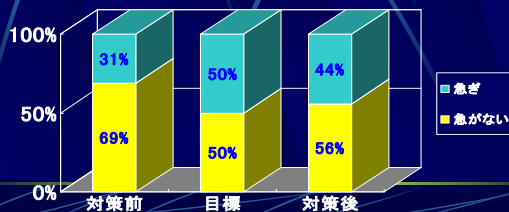
- ①エアシューター横に一括さんのラウンド時刻を掲示した。
- ②意識付けの為の標語ポスターを掲示した。

「ちょっとまで 一括さんまで あと何分」
「大切に 気送子修理 壹万円」

8. 効果確認

平成23年11月7日～11月18日の間
対策を実施し、効果確認した結果、急がない
エアシューター利用が56%だった。

結果「50%以下にする」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
エアシューターの利用を減らす為	スタッフが	送る物ができた時	各部署で	送る物を	急がない物は一括さんを利用する
コスト意識をもつ為	TQC委員が	対策実施時・破損時	各部署で	ポスターを	掲示する貼り直す
ラウンド時刻を知ってもらう為	TQC委員が	対策実施時	各部署で	ポスターを	掲示する貼り直す

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。
「急ぐ」「急がない」の判断に個人差があった。

効果 一括さんのラウンド時間を意識して、エアシューターを使い分けるようになった。

課題 気送子を送れば返すシステムなので、院内全体で取り組み、より効果拡大につながる。

入浴用タオルの使用枚数を減らす

老人保健施設 「業務委員」
 谷田真知子 和田美穂 田村美佐子
 齊藤一憲 成田竜也 羽瀧八重美
 栃下初子 井上知子

テーマ選定の理由

老人保健施設では、入浴時に本人持参のタオルでなく、施設からのレンタルバスタオル・フェイスタオルを提供している。これまで、スタッフ間でのタオル提供条件や、在庫管理を誰が行うか、レンタル料がいくらであるのか、などといったことが全く把握されずにいた。経費削減の一環として取り組む必要があった。

活動期間

平成23年4月～平成24年1月

目標

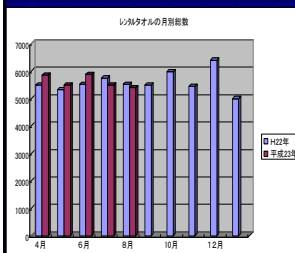
タオル使用量が前年同時期及び今年度前半より減少する

現状把握

平成23年4月～平成23年8月

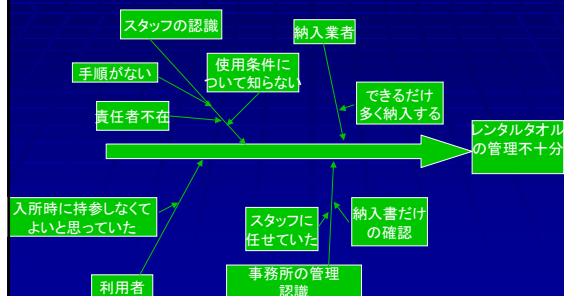
前年度のレンタルタオル月毎の使用量を把握する。
 スタッフのレンタルタオルの使用に対する意識を聞き取る。
 事務所でレンタルタオルに対する管理状態を把握する。
 業者の納入状況を把握する。

現状把握



使用量の伝票はあるが、納入業者が倉庫に入るだけ納入している。立会いは行っていない。スタッフ間で何枚でも使用していいと思っていたなど意識のずれがあった。

要因解析



対策の立案、実施

1. 業務委員会で検討。
一般浴利用者1人に対してバスタオル・フェイスタオルを1枚ずつ使用
特殊入浴利用者1人に対してバスタオル・フェイスタオルを2枚ずつ使用
2. 毎月のステーション会でレンタルタオル使用条件について声かけを行う。
3. 事務所立会いのもと発注し、在庫に定数補充を行う。

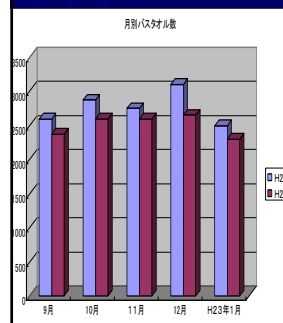
対策の立案・実施

4. 各階入浴当日にレンタルタオルを倉庫に取りに行く。
5. チューブによる皮膚損傷を予防するなど個別的な使用目的の方には、入所時に個人用タオルの持参を依頼する。
6. 氷枕時のタオルをレンタルタオルから使用した場合は、次回入浴時の洗体用に利用するように声かけを行う。

効果の確認

平成23年9月～平成24年1月と前年同時期と活動前後でレンタルタオル使用量を比較した。
レンタルタオル総数を前年同時期とで(paired)t検定で比較したところ $p=0.030$ と有意差があった。また、平成23年活動前後でも、 $p=0.044$ で有意差を認めた。
コストは、フェイスタオルは1枚10円、バスタオルは1枚40円であり、バスタオルの使用量がコスト面に大きな影響を与える。

効果の確認



前年同時期のバスタオルの月平均使用枚数は2765枚、活動前 2765枚、活動中は2505枚であった。前年同時期と活動中の使用量を(paired)t検定を行ったところ $p=0.007$ と有意差を認めしたが、活動前後では $p=0.07$ で有意差を認めなかった。

標準化と管理の定着

1. 利用者1人に対してのタオルの使用枚数をスタッフ間で統一する。
2. 入浴時以外での使用タオルは個人用タオルを依頼する。
3. 業者へのタオル発注・補充は事務所立会いのもと行う。
4. 倉庫に常時ある定数を決める。
バスタオル:300 フェイスタオル:400

反省と今後の課題

今回の活動に対して職員の意識付けがどこまで行えたのかアンケート等をとることができなかった。
今後も業務委員を中心にタオルの使用についての声かけを継続し、職員の普段の行動が経営参画に繋がるように意識向上を図って行く

経営改善への工夫 ～加算もれをなくす～

サークル名: 加算もれすくい隊
メンバー: ○廣瀬 松田 山下 藤原 進元 福田 西口

1. テーマ選定理由

- ・訪問看護に関する加算は体制や病状の変化によるもの等様々ある
- ・スタッフによりコストへの知識や意識に差がある
- ・知識・意識の向上が確実な加算の算定につながると思え取り組んだ。

2. 調査、活動期間

平成23年7月～12月(6ヶ月間)

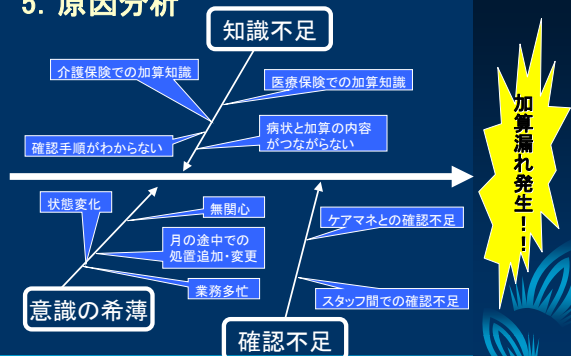
3. 現状把握

- ・平成22年(7～12月)の全訪問者数に対する加算算定者数の占める割合を確認
- ・加算に対するアンケート実施

4. 目標設定

- ・訪問看護に関する加算の算定割合を向上させる
- ・スタッフのコストに対する意識と知識を向上させる

5. 原因分析



6. 対策と実施

- ・コストについて(医療・介護保険、各種加算)勉強会の実施
- ・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
- ・意識調査アンケート

- ・ポスター掲示による啓蒙
(右写真)

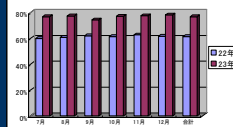
＜ポスターの内容＞

- ①介護・医療保険それぞれの加算の種類と内容について
- ②加算確認手順について
具体的に加算を取る手順や方法を掲示



7. 効果確認Ⅰ（加算）

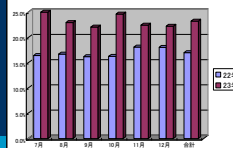
緊急時訪問看護加算比較



＜緊急時訪問看護加算＞

前年度に比べて15.4%の増加
(全対象者に対する加算算定割合)
平成22年 61.5%
平成23年 76.9%
※緊急時訪問看護加算
看護に関する相談を24時間受け付けるサービス

特別管理加算比較

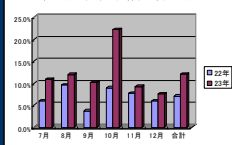


＜特別管理加算＞

前年度に比べて6.2%の増加
(全対象者に対する加算算定割合)
平成22年 17.0%
平成23年 23.2%
※特別管理加算
特別な管理、医療器具を装着、重度の褥瘡のある場合

7. 効果確認Ⅰ（加算）

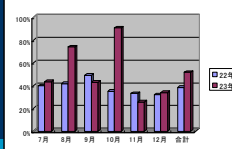
長時間訪問看護加算比較



＜長時間訪問看護加算＞

前年度に比べて5.1%の増加
(全対象者に対する算定割合)
平成22年 7.0%
平成23年 12.1%
※長時間訪問看護加算
人工呼吸器を装着している状態で長時間の訪問看護が必要な方に1回で2時間を超える訪問看護を行った場合

難病等複数回加算比較



＜難病等複数回加算＞

前年度に比べて13.0%の増加
(全対象者に対する算定割合)
平成22年 38.7%
平成23年 51.7%
※複数回訪問加算
厚生労働大臣が定める疾患の方、特別訪問看護指示書期間の方に複数回訪問を行った場合

7. 効果確認Ⅱ（意識）

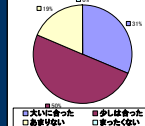
勉強会後の変化



73%が勉強会後変化があった(大いに・少し変わった)と答えた

- ・新しい処置、治療が加わると確認するようになった
- ・加算やコストについて少し分かるようになった
- ・新規者の加算と現利用者の加算もれがないか意識するようになった
- ・加算を意識する大切さは感じたが、日々の業務に終われ振り返り、加算があるかなど意識できていない場合が多い 等

ポスターの掲示について



81%がポスター掲示後意識の変化があったと答えた

- ・内容が更に明確となった
- ・すぐに目につき、振り返ることができた
- ・加算の有無のものを確認する際に分かりやすかった
- ・とれていない方に話を持っていかねばならないようになった

チームカンファレンス時の加算の確認に対して、100%が意識の変化があったと答えた。
加算に対する知識が増えた63%、意識して加算を取るようになった72%（複数回答）であった。
また全ての人が引き続き確認の継続が必要と答えた。

8. まとめ

- ・勉強会やポスター掲示により、スタッフの加算に対する知識と意識の向上につながった。
- ・カンファレンスでの確認と方法の手順化により、確実に加算をとることができた。
- ・これらにより、訪問看護の診療報酬増加につながった。

9. 今後の課題

- ・今後も加算に対する知識と意識を向上する為の勉強会を定期的に行う
- ・レセプト前には加算の取り忘れがないかの確認を継続して行う