

P-230

入院費の病棟会計業務

前橋赤十字病院 事務部・医事課

○金井 ひとみ
○かない 仁美

【はじめに】当院では入院費の請求を医事課・入院係が行っている。当初、入院係全員が病棟から離れた別棟の事務室で業務を行っていたが、病棟看護師からの要望や業務の効率化を図る目的で、午前中のみ病棟で業務を行うように変更した。これによって、医師・看護師をはじめとする医療従事者との連携が深まったこと、また患者との距離が近づいたことで患者サービスの向上につながったことを報告する。

【方法】病棟の看護師室が狭隘でありPCの増設ができないため、看護部の協力を得て、病棟設置PCの1台を入院係が優先的に使用できるようにした。また、病棟PCで医事ソフトが使えるようシステム担当者に設定してもらった。データ入力に必要な診療報酬に関わる参考図書等は、各担当者が事務室から病棟に行く際持参して、入院係の業務場所を確保した。

【結果】当日退院患者の会計業務に迅速な対応ができ、看護師の業務負担を軽減できた。また、医師やメディカルスタッフへその場で直接確認できたため、確実に診療報酬の請求ができるようになった。未収金が発生しそうな状況も把握しやすく未収金対策にもなっている。他にも各種伝票類の確認が迅速にできるなど、業務効率化が図れた。さらには、患者サービス面でも医療費の説明等にすぐ対応できるという利点があった。

【考察】今回の取り組みで業務の効率化や患者サービスの向上につながることがわかった一方で、保険請求期間で多忙な時期はレセプト点検等に集中して取り組む必要があり、病棟に常駐することが難しい。また新人が病棟で業務できる際になるまでに時間がかかるなど、課題が多いこともわかった。当院は平成30年に新築移転の予定であり、入院係は病棟で業務を行う計画となっている。移転までに解決しなければならぬ課題の洗い出しと問題解決にも、現在の取り組みが役立つものと考えられる。

P-232

職員行動規範遵守に向けた看護部看護サービス検討委員会の取り組み

旭川赤十字病院 看護部

○橋爪 美樹、石田 悦子、篠田 珠美、千代 慶子、児玉真利子

【はじめに】A病院は患者・職員のサービス向上のため病院委員会やチームが活動しており、選ばれる病院をめざして平成25年に「職員行動規範5つの約束」「あいさつ」「自己紹介」「電話対応」「患者への不明点の確認」「来訪者への案内（以下行動規範）」を明文化した。看護師の行動規範遵守に向けた看護部看護サービス検討委員会（以下サービス委員会）の3年間の取り組みを報告する。

【取り組み内容】各部署のリンクナースを中心に以下を実施1.行動規範を基に看護部の行動基準を作成。チーム主催の接遇研修参加推進2.病院委員会による患者満足度調査とチームによる職員意識調査のうち行動規範に関する結果の課題共有3.行動基準の読み合わせと行動規範の遵守率が低かった項目への対策検討4.自己紹介や部署の強みをボードで掲示し職員間や患者と共有5.身だしなみ、行動基準チェックリストを作成し、自己または他者評価の実施

【評価】看護師の行動規範の遵守率は、調査1年目91%以上、3年目94%以上だった。行動基準読み合わせの意見では、調査1年目「参考になる」が多く、「再読語に抵抗感」「読み合わせが負担」もあった。2年目には「意識して行動」「再確認できた」があり「謙譲語に抵抗感」はなかった。ボード掲示は「互いを知る機会」「強みを患者と共有」、自己他者評価は「振り返り」の機会となった。【考察】病院委員会やチームとの連携を目指し、リンクナースを中心とした活動で行動基準が浸透し行動規範遵守率の向上に繋がった。行動基準読み合わせは、正しい言葉遣いの理解と周知になった。ボード掲示は職員間や患者とのコミュニケーションツール、チェックリストは改善項目の具体的なフィードバックとなり、継続する事で看護サービス向上に繋がると考える。

P-234

ステンレス製医療器材の熱ヤケ防止と今後の課題

日本赤十字社和歌山医療センター

○瓜田 貴之、文岩 忠信

【はじめに】ステンレス製医療器材には、耐用年数がない。それは、ステンレスの特徴で不動態皮膜（保護膜）を表面に生成するからである。さらに、正しいメンテナンスを継続して行うことにより、長期間再使用可能な器材となる。今回、中央材料室で洗浄テスト導入にあたり、手術用ステンレス器材（以下、手術用器材）を対象にメンテナンスを行った。そして、手術用器材の大半が、熱ヤケ状態であることが判明した。この状態では正常な不動態皮膜が生成されず、器材の状態（傷等）を目視確認する事も困難となる。さらに、正確な洗浄テストも実施できない。そこで、安全な器材の提供を行う為、熱ヤケ除去作業を実施したので報告する。

【目的】熱ヤケ防止を行い、安全で耐久性に優れた手術用器材を提供する。【方法】作業期間は、平成27年8月1日～10月16日で行った。手術スケジュールは変更せず、中央材料室での業務と並行しながら手術用器材約25,000個に対し実施した。また、数の少ない器材や緊急手術用は、休日を利用して作業を行った。【結果】手術スケジュールを変更せず、作業を完了することができた。全手術器材に対し正常な不動態皮膜が生成でき、器材の状態を目視で確認することが可能となった。

【考察及び結論】熱ヤケ除去施工後に器材表面から一部、錆を確認した。錆が発生した状態では滅菌が不十分となる。また、熱ヤケ除去を行わず使用していた場合、器材の劣化が進行し、耐用年数が短くなった可能性がある。これは、無駄な器材の購入にもつながる。作業後、錆が発生する事例がなくなり、正常に不動態皮膜が生成されたと考えられる。今後の課題は、器材の取扱い方法を各部署に提供すると共に、他の部署器材に対しても熱ヤケ防止作業を実施することである。

P-231

緊急連絡網の検討

伊勢赤十字病院 医療技術部 放射線技術課

○岡田 和正、林 奈緒子、喜多 真弓、大山 泰

【はじめに】当院は、三次救急指定病院である。消防庁により、救急車での搬送は入電から病院到着まで平均31分との報告がある。また当院は三重県ドクターヘリの基地病院でもあり、救命治療が早期に開始され、当院への搬送後決定的な治療へと結びつける重要な役割を担っている。さらに消防防災ヘリや隣県ドクターヘリと協力体制を敷き、県内外での多重交通事故など傷病者が多数発生した場合の対応が求められている。

一方、当院での診療放射線技師の日当直はangioとMRIの担当がペアとなり、2人体制で行っている。また技師の居住地は、病院まで数分で到着可能な場所から1時間以上要する場所と広く分布している。前述のような一度に多数の傷病者が発生した場合、通常の日当直体制では対応不能となり、できるだけ短時間で多くの技師を招集する必要がある。

今回、緊急連絡網の訓練および改訂を行ったので報告する。【方法】不定期に緊急連絡網の訓練を行った。事故の発生場所、発生時刻、緊急登院が必要なことを連絡網で伝達した。後日、各々が着信・発信時刻、その他詳細を報告し分析した。これまでに5回行った。

また、分析の結果、最初の発信者からの効率的な配信方法、技師の居住地と連絡網での順序、連絡がつかなかった時のルールなどを取り決めた。【結果】5回の改訂の結果、技師全員に伝わるのに要した時間が徐々に短縮できた。また計算値ではあるが、最初の発信から30分以内に病院に集まる技師は3人、40分以内では13人であった。

【考察】地域の救急医療を、日当直者のみではなく全員で守るという意識を常に持っている必要がある。緊急連絡網の訓練はこの意識づけの効果があると考える。

P-233

当院における全職員を対象とした腰痛実態アンケートの実施

京都第二赤十字病院 放射線科

○岡本 繁

2013年6月に厚生労働省による「職場における腰痛予防対策指針」の改定がされたことにより安全衛生委員会では職員の健康管理の一環として腰痛予防に対する取り組みがされることとなった。そこで安全衛生委員会の下部組織として2014年2月に腰痛予防対策チームが発足した。人員構成は整形外科医、健診部医師、脳外科医、看護副部長、WOC認定看護師、病棟看護師、外来看護師、診療放射線技師であり11名になる。会議の中で腰痛について討論がされ、これから腰痛予防をしていく前に現状を把握するために腰痛実態アンケートを行い、対策前、対策後での効果判定を行うことにした。今回の腰痛実態アンケートは対策前の結果であり、この結果が指標になるが、ここから分かってきたことがあった。アンケートは職種関係なく全職員に行われた。回答率は77.5%と大変高く、職種の違いによる考察も行った。そこから分かった腰痛を起す原因が職種により特徴があることが明らかになった。職員全体の結果を見ると今現在または過去に腰痛があった人は77%と高い。これは医療職に特化した特徴であると思われる。このことを踏まえて腰痛を軽減していくために行ったことは患者の移動の際には抱え上げない工夫をした。まずはローラースライド、イーゼースライド、スライディングシートの導入である。これから腰痛について学び、いろいろな腰痛予防対策を行っていくことにより、2、3年後に同様の腰痛実態アンケートを行い、今回の対策前の結果と比較し少しでも腰痛を持っている人の割合が減っていけば良いと考えています。

P-235

当院における5S推進と業務改善3年の道程

伊豆赤十字病院 医療社会事業課

○田中 美香、花井 優子、小島 栄治、山口 理絵、松井 紀道、土田 真嗣、杉本寿美恵、田宮 純子、土屋 悦子、岩本 和恵、塩崎 佳美、小田嶋尚子、小梁はるみ、高桑 大介

【はじめに】病院の業務改善にはさまざまな方法やツールが存在するが、小規模病院でも取り組める方法として2014年度より「5S」推進活動を開始した。

【方法】当院は高齢化率と人口減少率の高い静岡県東部に位置する94床の救急告示病院である。100名定員の老健を併設し職員数は約200名であり、本社の「指定病院」である。建物の老朽化とともに、各所の業務で問題が発生しているが、経営状況から設備投資や改築は難しい。初年度は経験のある看護部長、事務部長が支援役となったが、次年度からは各部署から選出された5S支援チームを結成し、院内全体で活動を行った。キックオフ、ニュース発行、勉強会、赤札作戦、支援チームや幹部によるラウンド、ポスター発表、口演発表、表彰式を計画的に実施した。

【考察】ただの「片付け」に終わらず、どのように業務に定着させるかが当初の課題であった。毎回職員の意識調査を実施し、これを次年度に反映させることで「継続」に繋がっている。初年度は「やらされ感」も多かったが、各部署の取り組みが相乗効果を生むこととなり、2年目、3年目には確実に進化していった。

【結論】病院規模に関わらず「医療安全」「院内感染防止」「業務の効率化」は、今や必須であり、実施の効果は「患者サービス」などにも直結している。しかし、医療のTQM活動やBSC等を取り入れている病院も多い中、人員的、予算的に厳しい当院では、成果がわかりやすい「5S」推進を選択することとし、今年3年目を迎えた。この3年間で取り組んだ「5S」活動から得た職員満足と患者安全対策等は小規模病院の業務改善に大変効果的であることが実証されたので、課題を含めて事例を紹介する。

10月21日(金)
一般演題(ポスター)
抄録