

第 15 回IMS事務学会 エントリー演題抄録集



エントリー演題一覧

No	施設名	所属	発表者	演題名
1	板橋中央総合病院	医事課	遠藤 健大	トモンシンセシス導入 ～健診患者獲得とがん症例の二次 検査受療率について～
2	板橋中央総合病院	医事課	宮澤 優	多業種へのアプローチによる病院 PR 活動について
3	板橋中央総合病院	医事課	柴田 茉実	公開講座（YouTube LIVE 配信） ～より多くの方に病院を PR するた めの戦略～
4	板橋中央総合病院	医事課	大谷 豪士	東京都地域救急医療センター参画 がもたらす戦略的効果 ～ER の効率的活用による東京都ト ップレベルの救急受入体制構築～
5	板橋中央総合病院	医事課	與田 佑也	事務職お仕事説明会の開催とその 効果
6	板橋中央総合病院	医事課	小池 碧衣	診療記録の適正管理への取り組 み 質的監査体制の見直しとその成果
7	板橋中央総合病院	総務課	久留 流世	職員、患者サービス向上の為に ～料金体系の適正化～
8	板橋中央総合病院	総務課	南里 陽介	入職時対応における総務課職員の 業務負担軽減を目指して ～入職書類の web 化推進～
9	明理会中央総合病院	医事課	香取 英子	相談先に迷う患者を支えるために ～コンシェルジュ部門が患者を繋ぐ ～
10	明理会中央総合病院	総務課	鮫島 大志郎	診療録修正依頼書の電子化 紙ベースのアナログ業務の改善に 向けて
11	明理会中央総合病院	総務課	石原 ケイ	栄養科における人材育成と定着支 援の取り組み 採用からグループ貢献までを支え る総務課の実践

12	明理会中央総合病院	医療福祉相談室	大平 まどか	急性期病院のソーシャルワーク実践とは ～異動経験の効果について～
13	明理会中央総合病院	総務課	飯塚 実加	医療材料の見直しによる経費削減 本部推奨品の採用・手術室の医療材料の見直し・環境衛生用製品の切り替え
14	高島平中央総合病院	医事課	永野 晶子	LINE 予約システム導入の成果 ～職員の負担軽減のために～
15	高島平中央総合病院	医事課	佐藤 亮馬	東洋大学との提携医療機関の仕組みについて ～未来のアスリートを支える～
16	高島平中央総合病院	医事課	星 友樹	排尿自立支援算定の取り組みについて
17	高島平中央総合病院	医事課	星野 佑実	予防医学 件数増加に向けて
18	高島平中央総合病院	医事課	瀧口 大地	上部内視鏡検査実施件数増加へ向けて
19	高島平中央総合病院	医事課	渡邊 奈央	再審査請求に対する意識の向上 ～外来再審査件数を増加するためにできること～
20	高島平中央総合病院	総務課	鳥居 聖	定期健診における未受診者減少の取り組みについて 各健診施設との情報共有の重要性
21	高島平中央総合病院	総務課	長内 里奈	医療職採用におけるポスティング活用の有効性と課題 ～デジタル時代におけるアナログ戦略の有効性～
22	高島平中央総合病院	総務課	鈴木 仁士	物品管理委員会設置と医療材料切替について ～拙速より巧遅～
23	イムス東京葛飾総合病院	医事課	和田 悠希	止まらない運用、止めた保守契約 iRad-OT サーバーの見直しで得たもの
24	イムス東京葛飾総合病院	診療情報管理室	熊谷 佳奈	機能評価係数Ⅱ向上に対する取り組み カバー率係数向上

25	イムス東京葛飾 総合病院	健康推進室	伊藤 志保	带状疱疹ワクチン接種促進活動について 带状疱疹ワクチンの接種期間を逃さないために
26	イムス東京葛飾 総合病院	医事課	三浦 尚悟	レセプト点検ソフト導入の効果について ～知らなきゃ損するこんな事やあんな事～
27	イムス東京葛飾 総合病院	医事課	手塚 浩太郎	投資なき増収 ～増やせ！麻酔管理料！！医事課がやらなくて誰がやる！！！～
28	イムス東京葛飾 総合病院	総務課	益子 康揮	新棟増築における物品部門の取り組み 部署増加による業務拡大・人員不足問題への適応
29	イムス東京葛飾 総合病院	総務課	川田 彩加	就職説明会の実施による病院事務職採用の取り組み ～派遣依存からの脱却と費用対効果を意識した採用戦略～
30	明理会東京大和病院	地域医療連携室	名畑 祐毅	公開講座の新規集客増加の取り組み ～新規獲得を目指した広報・営業活動～
31	明理会東京大和病院	診療情報管理室	福島 希美	副傷病名割合向上に向けた取り組み ～係数アップで増収につなげる～
32	明理会東京大和病院	地域医療連携室	福田 茜	オープン手術導入から5年目の節目 ～新たな連携先の構築とその取り組み～
33	イムスリハビリテーション センター東京葛飾病院	医事課	間宮 史拓	認知症ケア加算増加への取り組み ～委員会を活用した情報発信と算定漏れ防止～
34	イムスリハビリテーション センター東京葛飾病院	総務課	今里 亮陽	内製化で経費削減を目指す ～PCのSSD交換はかんたん！・駐車場補修の内製化～
35	新葛飾ロイヤル クリニック	医事課	松島 和輝	未収金発生後の回収業務 ～長期未収金ゼロを目指して～

36	イムス記念病院	医事課	隈川 知里	ヘリコバクター・ピロリ菌検診をもつと身近に ～ワンコイン＋αにすることで～
37	イムス記念病院	病歴管理室	栗原 優太	重症度、医療・看護必要度について～チーム・パワーで病院を動かせ！～
38	イムス記念病院	医事課	森田 麻衣	室料差額・徴収率 ～月 400 万円・40%台へ～
39	イムス記念病院	地域医療連携室	中村 茉衣子	地域の期待に応える！レスパイト入院がもたらす影響 ～在宅医療との連携～
40	イムス記念病院	総務課	内田 朱音	障害者雇用数カウントのプラスを目指せ！
41	イムス記念病院	総務課	鈴木 翔太	SPD システムを使用した定数見直しについて ～必要な物品を選定しよう！～
42	イムス葛飾 ハートセンター	医事課	菊地 昭吾	降って湧いたチャンスを大切に！ ～歯科医連携による増収について～
43	イムス葛飾 ハートセンター	地域医療連携室	大内 章	救急隊へのアプローチ 院長作成の DVD を配布します
44	イムス板橋 リハビリテーション病院	地域医療連携室	梅田 稜太	脳血管患者獲得への施策
45	イムス三芳総合病院	MSW	馬目 朋子	MSW のストレングスに着目した退院支援の実践
46	イムス三芳総合病院	医事課	鈴木 沙耶	急性期一般入院料1を継続して算定するために ～看護と医事 双方の視点から～
47	イムス三芳総合病院	医事課	磯田 信一	メディカルチェックの提案 ～医師事務作業補助者として増収への取り組み～
48	イムス富士見総合病院	総務課	鈴木 祐弥	妊婦健診受診への一歩を後押しするデジタル戦略 ～LP・SNS 広告連携による情報提供とアクセス改善の効果～
49	イムス富士見総合病院	総務課	仲田 恵	「働いてみたい」を引き出す病院説明会の構築と展開 ～「知らなかった」が「やってみたい」に変わる 採用への第一歩～

50	イムス富士見総合病院	医療福祉相談室	平岡 知恵	病気という人生の転機が家族に及ぼす影響 障害受容と家族～ジョイニングと社会福祉士の役割
51	イムス富士見総合病院	医事課	村上 大	DPC コーディングの重要性について
52	イムス富士見総合病院	医事課	吉川 美香	周産期棟設立 妊婦健診患者数を増やすために
53	イムス富士見総合病院	医事課	佐藤 蓮	健康診断二次受診について 健康診断を通して健康に
54	イムス富士見総合病院	医事課	寺尾 莉奈	医事課早期入職者の即戦力化に向けた取り組み ～ローテーションによる業務理解とコミュニケーション強化の効果～
55	イムス富士見総合病院	医事課	吉川 佳菜	精度の高いレセプト作成による減点率削減を目指して(D)レセプト博士のカスタマイズ
56	イムス富士見総合病院	医事課	石嶋 俊久	ナップ導入後の利用率アップに向けて ナップ導入により未回収業務を減らし業務効率を上げる
57	イムス富士見総合病院	医事課	小池 奈摘	未収金回収 過去に発生した未回収の強化と長期化させないための未収状況の把握
58	イムス富士見総合病院	医事課	上乘 沙耶	マイナンバーカード利用促進の現状と展望 ～診療報酬改定を契機とした利用率向上の実践～
59	イムス富士見総合病院	医事課	西川 曜平	医療安全推進委員会を通してのインシデントレポートの提出推進 ～リスクマネジメントの視点～
60	イムス富士見総合病院	医事課	船橋 桃子	小児科外来日当点アップを目指して ～医学管理料算定件増加への取り組み～

61	イムス富士見総合病院	医事課	長島 舞美	泌尿器科手術の最新技術と治療機器の発展について ～地域医療の連携と寄り添った治療の実践～
62	イムス富士見総合病院	医事課	嶋田 信子	医師、看護師と連携して毎月発行『訪問看護指示書』 ～300点UPにより日当点増加への取り組み～
63	イムス富士見総合病院	医事課	萩原 美帆	特定健診待ち時間について 削減するためにできること
64	イムス富士見総合病院	医事課	鳴井 陸人	小児科外来業務の効率化 仕事で費やす時間を考える
65	イムス富士見総合病院	医事課	齋藤 美和	患者様の待ち時間短縮に向けて 予約券と予約一覧表の活用
66	イムス富士見総合病院	医事課	齋藤 有香	器質性月経困難症の管理と治療 婦人科特定疾患治療薬管理料の算定漏れをなくす取り組み
67	イムス富士見総合病院	医事課	大松 恵李	医師事務作業補助者の診断書作成支援 ～診断書返却までの日数短縮を目指して～
68	イムス富士見総合病院	医事課	石川 涼子	未収金管理業務の体制強化と未収金の削減に向けて
69	イムス富士見総合病院	医事課	小鹿野 彩女	循環器内科におけるDPC点数の増点と増収に向けた取り組み
70	イムス富士見総合病院	医事課	中川西 未来	バイオ後続品使用体制加算の適正請求に向けた取り組み 算定漏れをなくし診療報酬増収に繋げる
71	イムス富士見総合病院	医事課	坂野 日和	部署別実施件数と医事課算定件数の突合改善によるレセプト請求適正化 ～従来の突合方法における課題と新たなアプローチの検証～
72	イムス富士見総合病院	医事課	長岡 亜里紗	診療報酬項目別算定数報告における取り組み ～集計一覧表を活用して～

73	イムス富士見総合病院	医事課	藤村 れいら	お迎え搬送を行ってみたい成果 ～地域医療の連携を結ぶ懸け橋～
74	イムス富士見総合病院	医事課	相川 稜太	手術件数と紹介件数増加のための 営業活動
75	イムス富士見総合病院	医事課	太田 匡哉	診療情報提供書に対する初回返 信作成依頼の現状 ～返書率の比較と今後の方針～
76	イムス富士見総合病院	医事課	幸田 歩実	受診相談件数増加のために ～意識した取り組みと今後の課題～
77	埼玉セントラル病院	医事課	浅賀 裕希子	チーム医事課で取り組む増収対策 ～透析稼働と医療区分の改善～
78	埼玉セントラル病院	総務課	大橋 侑佳	動いて届ける採用活動 ～地域密着型病院主催の就職相 談会の試み～
79	埼玉ロイヤル ケアセンター	総務課	藤井 智康	デイケア送迎体制の整備について ～目指せ！助け合いによるサービ ス向上～
80	春日部中央総合病院	医事課	石田 美季	爪ケア外来の導入～看護師に頼ら ずケアを行う取り組み～
81	春日部中央総合病院	医事課	菅野 凌太	入院費保証人制度の刷新につい て(B) ～入院医療費保証サービスに着目 して～
82	春日部中央総合病院	診療情報管理室	新水 千鶴	認知症ケア加算の再評価による算 定の変動について(D) ～算定率の低さの原因を探る～
83	春日部中央総合病院	医療福祉相談室	新野 由里加	価値ある支援 ～ソーシャルワーカーのジレンマを 超えて～
84	イムス太田中央 総合病院	相談室・看護部	山際 明子	医療福祉相談室が繋ぐ病院と地域 ～ACPと退院支援～
85	三愛会総合病院	総務課	篠木 青空	医療物品購買管理と適正在庫管 理の取り組み(D)
86	三愛会総合病院	総務課	庄司 香菜子	みんなで守ろう施設基準(D)

87	三愛会総合病院	総務課	山本 萌乃美	院内図書一元管理体制の構築に向けた取り組み(D)
88	埼玉みさと総合 リハビリテーション病院	医事課	田中 まゆ	“ちょっとした工夫”で健診数アップ —営業・チラシ・口コミを活かした地域アプローチ—
89	埼玉みさと総合 リハビリテーション病院	医療連携室	松丸 愛	急性期から回復期へ ～シームレスな連携で患者さんの回復を支援～
90	埼玉みさと総合 リハビリテーション病院	総務課	田中 萌	“よくわからない”からのスタート ～介護実習生受け入れの課題と工夫～
91	新越谷病院	総務課	高橋 学	メディエーションスキルを職員面談 で活用した実績報告
92	新越谷病院	医療相談室	毛利 露樹	移転に向けて！地域包括病床の 新規運用と退院支援の促進について
93	新越谷病院	医事課	半場 香那	OJT シートの活用による新人教育 とコミュニケーション ～移転に向けた生産性の高いチームビルディングを目指して～
94	春日部ロイヤル ケアセンター	医事課	折原 綾夏	減算算定回避への取り組み ～多職種で取り組む増収～
95	春日部ロイヤル ケアセンター	総務課	神山 みな子	労働者確保に向けての新規媒体 利用について ～カイトクを用いて～
96	草加ロイヤル ケアセンター	医事課	進藤 尚貴	介護老人保健施設における地域 交流の在り方(B) ～オレンジカフェ参加者から新規利用者獲得へ～
97	イムスやぶづか ロイヤルケアセンター	相談室	高林 恭祐	全サービスの稼働率向上に向けて ～併設居宅ケアマネジャーとの連携から～
98	新松戸中央総合病院	総務課	菊地 菜摘	職員寮入居者入替による初期費用の削減 ～入寮すればするほど経費削減～
99	新松戸中央総合病院	総務課	高橋 直希	休職者とスムーズな意思疎通を ～LINE WORKS の活用～

100	新松戸中央総合病院	経理課	安間 未夢	会計伝票の精度向上への取り組み
101	新松戸中央総合病院	医事課	山本 昌	大革新！総合受付の before after！ ～コンシェルジュの配置と新システムの導入～
102	新松戸中央総合病院	医事課 健診科	村上 真己	受診勧奨が繋ぐ健康への道～「受けただけ」健診を防ぐために～
103	新松戸中央総合病院	システム開発室	河口 貴司	手術件数集計作業効率化の取り組み
104	新松戸中央総合病院	システム開発室	関 愛菜	インク・トナーの経費削減の取り組み
105	新松戸中央総合病院	メディカルサポート	大関 春香	メディカルサポート管理委員会の立ち上げ 医師事務作業補助者の業務見直しについて
106	新松戸中央総合病院	地域医療連携室	手島 佑太	救急患者連携搬送料算定に向けた取り組みについて ～後方支援病院との連携強化を目指して～
107	新松戸中央総合病院	診療情報管理室	富澤 祐美	DPC 特定病院群を目指して ～残り5ヶ月でどう取り組む？～
108	行徳総合病院	医事課	麻生 真由	リッチメニューが“鍵”となる、友だち登録を自然に促す導線づくり ～LINE 攻略編～
109	イムス明理会仙台総合病院	MSW	三溝 志帆	全員主役のチーム医療～多職種で挑んだ稼働率 100%と回りハ入院料 1 の維持～
110	イムス明理会仙台総合病院	経理課	黒田 怜奈	未収金管理業務の改善
111	イムス明理会仙台総合病院	総務課	熊谷 幸太郎	廃棄物費用削減の継続的取り組みと中古機器購入によるコスト削減
112	イムス明理会仙台総合病院	総務課	松本 綾子	障害者雇用への配慮と定着 クローズ就労からオープン就労に向けた取り組み
113	イムス明理会仙台総合病院	地域医療連携室	渡邊 栄太	新診療科スタートアップに関する取り組み(泌尿器科) ～スタートダッシュを目指して～

114	西仙台病院	医事課	平間 真澄	心理的安全性の高い職場のレセプト請求 ～高い再審査請求率・減点復活率を目標として～
115	西仙台病院	医療相談室	新内 実華	効率的な入退院の促進による医療区分確保の取り組み 患者の医療区分を考慮した取り組み
116	西仙台病院	総務課	中山 椋太	復職支援研修会を通じた看護師採用 ～社会貢献活動と採用活動の両立～
117	山形ロイヤル病院	医療福祉相談室	中村 光	おさなぎとロイヤルで何ができるのか 開かないチャンネルの開設
118	山形ロイヤル病院	総務課	高倉 亨	職員満足度調査を通じた職場環境改善の現状と展望 ～働きやすさと組織の強化を目指して～
119	山形ロイヤル病院	総務課	高倉 亨	患者中心の医療を実現するための相談窓口の設置とその効果 ～患者の声を活かす仕組みづくり～
120	仙台ロイヤルケアセンター	総務課	槻田 美紀	人間ドック・健康診断、受診勧奨への取り組み ～身体のおSOSは見た目だけではわからない～
121	仙台青葉ロイヤルケアセンター	総務課	飛田 将孝	全盲の職員採用から定着までの取り組みについて ～安定した障害者カウントを目指して～
122	丸森ロイヤルケアセンター	総務課	栗野 航史	ハローワークと合同企画福祉のおしごとツアー見学会 ～まずは見学に行ってみませんか～
123	利府仙台ロイヤルケアセンター	支援相談員	菅原 あや	地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して～目標達成率 100%の実践～

124	おさなぎ	総務課	竹川 貴之	EPA 介護福祉士候補者の順応度 合いの検証 生活環境・学習環境の整備までの 道のり
125	イムス札幌消化器 中央総合病院	地域医療連携室	林 あずさ	在宅患者の緊急入院における医療 連携の課題と成果 地域包括ケアシステム推進におけ る医療事務の貢献
126	イムス札幌消化器 中央総合病院	医事課	荒井 玲奈	精密検査受診率向上と収入増加 への取り組み ～受診者の疾患予防と経営基盤 強化の試み～
127	イムス札幌消化器 中央総合病院	医事課(企画室)	五十嵐 駿	透析症例獲得に向けた取り組みと 成果～One Team で勝ち取った増 収～
128	イムス札幌消化器 中央総合病院	医事課	渡邊 萌友	外来患者の待ち時間の実態と課題 について 令和 6 年度待ち時間調査に基づく 改善策
129	イムス札幌消化器 中央総合病院	医療相談室	岡田 陽子	透析稼働率アップに向けての取り 組み ～院内の体制整備と外部への取り 組み～
130	イムス札幌 リハビリテーション病院	医療相談室	沼田 考広	入院相談に資するウェブ情報ペー ジの作成と発信・活用状況の検証
131	イムス札幌 リハビリテーション病院	医療相談室	上村 洋	入院相談業務の早期判定・調整に よる円滑な入院促進の取り組み
132	イムス札幌 リハビリテーション病院	医療相談室	森本 琴	退院日を“設計”するという視点に よる退院調整の実践 ～回復期リハビリテーション病院で の MSW 主導による退院調整の取 り組み～
133	イムス札幌 リハビリテーション病院	医療相談室	山本 育実	OJT プログラムの運用と活用の実 態について ～部署全体で新人職員の育成～
134	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	梅田 康貴	病院機能評価更新で見た課題と 5 年後へ向けた取り組み
135	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	上手 智広	企業健診増加に向けた取り組み ～自費徴収獲得による経営運営～

136	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	藤嶋 幸子	居宅介護支援事業所への事務職 配置による業務効率化 ～時間外削減・居宅利用者増加～
137	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	吉川 絢子	紹介業者に頼らない当直医の確保 を ～手数料をどこまで削減できるのか ～
138	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	高山 彩	リハビリテーション科における SPD 運用導入による物品在庫管理と経 費削減の取り組み ～ 文房具・日用品における定数管 理と運用改善の実践 ～
139	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	前田 実穂	社会保険・雇用保険手続きの管理 ～男女ともに育児・介護休業を取 得しやすい環境を目指して～
140	イムス札幌 リハビリテーション病院	総務課	三上 翔平	病院内車両の使用増加による貸し 出しの効率化 ～限られた車両台数での運用改善 を目指して～
141	イムス札幌 リハビリテーション病院	経理課	横山 直樹	病院の働き方改革 『くるみん』認 定取得がもたらす効果
142	イムス札幌 リハビリテーション病院	経理課	山方 未裕	職種指定ユニフォームからオフィス カジュアル導入の取り組み
143	イムス札幌 リハビリテーション病院	医事課	濱田 厚志	ID-LINK の利用促進の取り組みに ついて
144	イムス札幌 リハビリテーション病院	医事課	小島 一也	入退院支援加算全件算定にむけ て
145	イムス札幌 リハビリテーション病院	医事課	平野 貴子	带状疱疹ワクチンの公費接種開始 に向けた取り組みについて
146	イムス札幌 リハビリテーション病院	医事課	渡邊 麻衣	回復期リハビリテーション病棟入院 料対象外患者についての考察
147	イムス札幌 リハビリテーション病院	医事課	慶松 壮将	量的点検へ本気で取り組んでみた ～診療録の精度を確保するには～
148	道南ロイヤル病院	医事課	木島 望	生活習慣病管理料算定、そして算 定漏れゼロへの挑戦 ～算定に向けた医師へのアプロー チ～

149	道南ロイヤル病院	総務課	大久保 哲明	総務課広報立ち上げによる知られる病院へ ～地域にあったアナログとデジタルのハイブリット化～
150	道南ロイヤル病院	総務課	石井 英里子	進化するオールマイティ診療補助者の育成 ～業務の兼任による有効活用～
151	道南ロイヤル病院	総務課	久保 嘉彬	スマートな出張管理で効率向上！ 経費削減へ
152	道南ロイヤル病院	医事課	小川 朝美	目指せ原点ゼロへ ～薬剤の協力で気づいたこと～
153	道南森ロイヤル ケアセンター	総務課	北道 大貴	節水システムの再生 ～8年の時を超えてリニューアル～
154	道南森ロイヤル ケアセンター	総務課	板木 由加理	事務業務の専門はわたしたち ～相乗効果を生む協働の力～
155	道南森ロイヤル ケアセンター	経理課	幸坂 信之介	サ高住食事サービス原価・業務透明化についての取り組み
156	横浜旭中央総合病院	医事課	高松 桃子	労災保険における再審査請求への挑戦！
157	横浜旭中央総合病院	医事課	柳澤 美里	入院未収の管理の見直し～過去の未収をほっとかない！～
158	横浜旭中央総合病院	総務課	千代田 絵里香	労働環境の改善に向けて ～働きやすい職場を目指した労働安全衛生委員会の活動とその成果～
159	横浜旭中央総合病院	医事課	増渕 美紀	地域で求められる医療の提供を 大腿骨骨折術後の早期受け入れ事例から考えたこと
160	横浜新都市 脳神経外科病院	医事課	高間 沙季	7日以内の入院診療計画書交付の取り組み
161	横浜新都市 脳神経外科病院	医事課	野本 英里奈	患者サポート委員会の取り組み ～患者様からのご意見をもとに業務改善を図る～

162	横浜新都市 脳神経外科病院	医事課	伊部 涼花	質の高いレセプト請求と外来減点率の削減を目指して レセプト請求日までの外来ルーチンワークについて
163	横浜新都市 脳神経外科病院	医事課	泉 愛理	返書率向上に向けた取り組み
164	横浜新都市 脳神経外科病院	医事課	石川 莉野	診療記録の不備削減に向けての 取り組み -量的点検における安全運用-
165	東戸塚記念病院	総務課	堀内 裕子	オムツ価格の定額化 ～導入後のメリットとは～
166	東戸塚記念病院	総務課	平川 沙織	社会保険手続きの電子化について ～業務の効率化及びコスト削減を 目指して～
167	東戸塚記念病院	医事課	広田 麻紀子	マイナ保険証の利用促進について
168	東戸塚記念病院	医事課	平澤 優夏	外来未収金の発生防止と回収業務の最適化
169	東戸塚記念病院	医事課	三井 貴世	副傷病名のコーディング最適化による増収効果の検証
170	イムス横浜狩場 脳神経外科病院	医事課	佐々木 慎一	回復期目的患者の急性期病棟受入れによる効果について
171	イムス横浜狩場 脳神経外科病院	総務課	宮崎 智	脳神経外科単科病院が急性期病院として生き残るために
172	イムス横浜東戸塚総合 リハビリテーション病院	医事課	二宮 大輔	障害者病棟の日当点向上と在院日数短縮
173	鶴川サナトリウム病院	医事課	中村 勝	病床機能変更がもたらしたグループ連携のさらなる可能性 ～急性期と慢性期のシームレスな連携による持続可能な地域医療の実現～
174	イムス横浜旭 リハビリテーション病院	医事課	黒岩 珠緒	業務効率の実現！ サインタブレット導入によるスキャン業務量の軽減
175	イムス横浜旭 リハビリテーション病院	医事課	西山 由里子	紹介患者獲得のための地域医療連携室の営業活動

176	イムス横浜旭 リハビリテーション病院	総務課	境谷 一大	How to use MBTI ～性格診断の活用法～
177	イムス横浜旭 リハビリテーション病院	医事課	浦島 拓哉	開設1年間を振り返って 旭リハの失敗事例
178	江田記念病院	MSW	富田 由花	精神科における法令遵守の取り組み ～法定書類は権利擁護の第一歩！遅延0件を目指して～
179	江田記念病院	総務課	佐々木 翔平	常駐の施設課が無い施設必見！ 営繕職員の業務体制の確立とそこで得られた「収穫」 ～設備・施設管理業務攻略への道～
180	相原病院	医事課	松坂 拓也	業務ツールを用いた業務効率化～ 情報リテラシー能力を向上させる一歩～
181	相原病院	総務課	花形 ゆかり	看護助手不足に外国人技能実習生を受け入れた現状～問題点～
182	IMS Me-Life クリニック 池袋	総務課	櫻井 一徳	障害者雇用における定着支援と職場環境整備の実践 ～就労支援機関・就労継続支援機関との連携を通じた取り組み～
183	IMS Me-Life クリニック 千葉	医事課	上村 鞠花	ペーパーレスでつくる働き方 ～業務効率化によるコスト削減～
184	IMS Me-Life クリニック 千葉	医事課	南部 実結	接遇に関する当院での取り組みと結果・考察 お客様満足度の向上によるリピーターの増加を目指して
185	IMS Me-Life クリニック 新宿	医事課	平井 梨沙	WEB 予約の推進 ～顧客獲得の機会損失を防ぐために～
186	IMS Me-Life クリニック 新宿	医事課	染谷 真未	午後外来の新設～受診者数・売上数 UP に向けて～
187	IMS Me-Life クリニック 新宿	医事課	野嶋 志保里	イムスロイヤル健康倶楽部の入会者増加への取り組みと成果
188	IMS Me-Life クリニック 東京	施設管理部	高橋 拓也	閑散期における増収対策 ～施設合併・移転後の健全経営を目指して～

189	IMS Me-Life クリニック 東京	渉外課	前澤 優実	配偶者の健康診断を実施せよ！～ 健康保険組合と健診専門施設の 相乗効果～
190	IMS Me-Life クリニック 仙台	医事課	佐々木 実優	alt によるポイント付与率向上につ いての取り組み～LINE 友だち登録 しませんか～
191	IMS Me-Life クリニック 仙台	渉外課	川守田 有紀	単独検査を活用した人間ドック・健 康診断の新規顧客獲得に向けて
192	IMS Me-Life クリニック 板橋	システム課	平澤 拓哉	健康診断における外部システム連 携の取組みについて ～LINE 予約システムによる業務効 率の改善～
193	IMS Me-Life クリニック 板橋	医事課	根本 友美	脳ドック開始と受診者獲得に向け た取り組み ～グループ連携で不可能を可能に ～
194	IMS Me-Life クリニック 板橋	業務課	森田 嵩志	中途採用強化活動について ～ワーキンググループでの活動～
195	IMS Me-Life クリニック 板橋	経理課	岡本 優香	施設横断的な人材育成の取り組み
196	IMS Me-Life クリニック 板橋	渉外課	西丸 朋和	巡回型胸部 CT について～2025 年度 IMS グループ初、受注～
197	アイムス赤羽 (ハンドベル・ケア)	事務部	佐藤 欣子	入居者満足度を高める”もう一つの 手”～コンシェルジュ導入による現 場支援の可能性～
198	株式会社 ハンドベル・ケア	管理部	長岡 要史	社内スマートフォン切替を通して経 費削減と業務効率化！ ～より便利に、より安く～
199	株式会社 ハンドベル・ケア	在宅営業 G	菅野 英潤	埼玉営業所開設がもたらした売上 増加～ニーズを捉えた福祉用具販 売貸与の営業展開～
200	ケアピリカみさと (ハンドベル・ケア)	看護部	清水 毅	ICT 機器導入による夜勤業務の省 力化と記録の効率化を通じた職場 環境改善の取り組み ～科学的介護への第一歩としての ICT 機器活用～
201	株式会社アークランド	管理部 リテー ル請求管理	芦田 ひかり	時代に合わせたアップデート ～請求業務オンライン化の成果～

202	新池袋商事株式会社	営業部	角田 絵里	医療原価低減に向けた取り組み～ QlikView と物流システムを活用し た価格交渉～
203	新池袋商事株式会社	営業部	水村 勇希	値引きに於ける交渉 ～価格交渉での交渉術の重要性 ～
204	新池袋商事株式会社	営業部	田村 夏樹	稟議書処理業務で目指せるキャリ アアップ ～医療従事者としてのステップアッ プ～
205	板橋中央看護専門学校	総務課	金森 健太郎	学生確保の為の施策 ～少子化・大学に負けるな！～
206	イムス横浜国際看護 専門学校	総務課	村山 大明	教育機関が考える地域共生に向け た取組み～より身近な看護学校を 目指して～
207	IMS グループ 本部事務局	経営戦略部	山下 浩志	施設基準部門点検と適時調査事 前支援 Those who do not remember the past are condemned to repeat it.
208	IMS グループ 本部事務局	総務部	久木元 博明	本部における電力料金削減の取組 み ～グループ一括契約による割引交 渉とプランの検討～
209	IMS グループ 本部事務局	人事部(採用)	大塚 武史	ジョブオブの更なる活用 ★今ある能力を最大限化する★
210	IMS グループ 本部事務局	人事部(労務)	田中 千夏	タレントマネジメントを実現するた めの第一歩 ～カオナビ導入～
211	IMS グループ 本部事務局	看護部	紀陸 英恵	看護部退職者アンケートの電子化 について ～業務改善の取り組み～
212	IMS グループ 本部事務局	医師人事部	荒井 優	専攻医募集パンフレットを用いた 専攻医確保の強化 ～IMS で働く初期研修医をそのま ま IMS に留める！～
213	IMS グループ 本部事務局	教育センター	内藤 理絵	IMS接遇向上委員会・IMS接遇講 習会の取り組み報告

トモシンセシス導入 ～健診患者獲得とがん症例の二次検査受療率について～

板橋中央総合病院
医事課 ○遠藤健大 上野雄大

I. はじめに

乳がんは日本人女性において最も罹患数の多いがんであり、9人に1人が生涯のうちに罹患すると推計されている。死亡率減少には検診による早期発見が必要不可欠ではあるが、その精度には課題も存在する。特に、乳腺組織が密で白く写る「高濃度乳房(デンプレスト)

は、同じく白く写るがん病変の発見を困難にする。日本人女性は高濃度乳房の割合が高く、40代では約6割を占めるため、これは検診の精度管理における重要なテーマである。区の課題に対し、乳房を断層撮影するトモシンセシスは極めて有効な解決策である。乳腺の重なりを解消し、3Dで立体的に観察できるため、従来の2Dのマammographyよりも乳がん発見率が約2.5倍に向上する。

本発表では、トモシンセシス導入後の受診者数の動向とがん症例の二次検査受療率について分析する。

II. 取り組み目的

1. トモシンセシスの導入と積極的な広報活動を通じて、乳がん検診の受診者数を増やしていく。
2. トモシンセシス導入による要精査率の変化を把握し、検診精度の向上効果を評価する。

III. 取り組み方法

1. 対象:乳がん検診受診者
2. 期間:2025年4月1日～2026年5月31日
3. 方法:

1)電話予約時のご案内

予約受付時に全対象者へトモシンセシスの利点(高精度、高濃度乳房への有効性)とデメリット(撮影時間、費用、被ばく量)について説明し、オプション追加についてご案内を行った。

2)院内外広報

院内待合室や健診受付などにポスターの掲示を行った。

4. 分析方法:

毎月の受診者数の集計

毎月のトモシンセシスの受療率の集計

IV. 結果

2025年4月の乳がん検診受診者数は31名、5月は34名であった。前年度の4月39名、5月35名と比較し、導入初期において受診者数の増加には至らなかった。(表1)

また、二次検査受診者数は2025年4月において、トモシンセシスの受診者数20名のうち二次検査になり受診をした人は2名であった。二次検査の受療率は1割である。(表2)

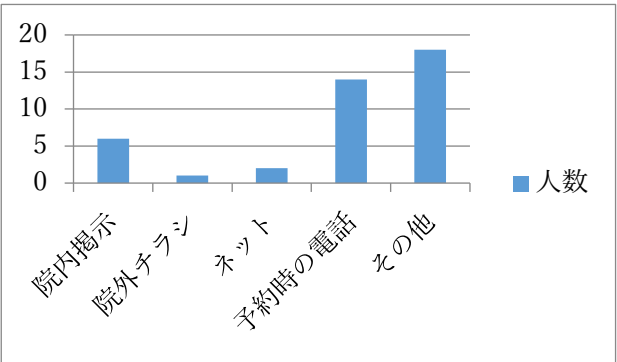
表 1.月別乳がん検診受診者数

	4 月	5 月
2024 年	39 件	35 件
2025 年	31 件	34 件

表 2.二次検査受診者数

	2025 年 4 月
乳がん検診 (トモシンセシス後)	2 名 (20 人中)

表 3.トモシンセシスを知ったきっかけ



(合計 41 名)

V. 考察

乳がん検診の受診者数については、昨年と比較すると 4 月、5 月ともに受診者数は少し減っている。(表 1)

トモシンセシス後の二次検査受療率については 1 割であった。(表 2)

4 月、5 月という短い期間ではあるが、受診者数が減っているため受診患者を増やしていくために広報活動の見直しが必要である。

トモシンセシス後の二次検査受療率の向上については、電話申込み時や院内広報物を通して受けてみたいと思ってもらえるような案内が必要であると考ええる。

VI. 結論

乳がん検診患者の獲得については、引き続き院内掲示物や病院の HP などの広報活動を継続していくとともにイベント開催時や SNS などで情報発信を行い、乳がん検診の受診者数を増やしていけるように取り組んでいきたい。

がん症例の二次検査受療率については、R7 年 4 月から始めたためまだまだ人数は少ないが、今後、乳がん検診の申込み時のご案内や広報活動を通じて、トモシンセシスの受診者を増やすことで二次検査の受療率を上げることにつながっていくため乳がん検診の受診者数を増やしていけるように取り組んでいきたい。

多業種へのアプローチによる病院 PR 活動について

板橋中央総合病院

医事課 企画広報室 みやざわゆう ○宮澤優

I. はじめに

無料公開医療講座や健康診断、診療科のトピックスなど、当院には様々な発信していきたい情報や PR ポイントがある。それぞれの PR 方法は同じような手法が多く、ターゲットが異なってもなかなか PR 方法を検討できずにいることが多い。これはどの医療機関も抱える悩みではないだろうか。無料公開医療講座であればリピーターの方が多いことや健康診断も毎年あまり変わりばえない PR 方法に頼りがちである。これを解決するために立てた仮説は 2 つ。1 つ目は「PR 方法のマンネリ化の改善」、2 つ目は、企画広報室の取り組みとしてあまり実行していなかった、医療機関として「地域と医療をつなげることに力を注ぐこと」で、これが当院の広報の新たな突破口となることができるのではないかと考え実行に至った。また、取り組んでみたいこととして「子どもたちが医療に触れる機会を増やし将来の医療を支えること」を実施したいということもあった。そのためには、当院の中だけで完結するのではなく多業種との関わりで実現することで達成することができるのではないかと考えた。

企画広報室にある問題点はこれらを実行することで解決を図れるのではないかと思います、取り組んだ内容についてここに報告する。

II. 取り組み目的

- ・広報のマンネリ化の改善
- ・地域と医療をつなぎ、子どもたちの将来の医療の興味につなげる

III. 取り組み方法

1. 対象: 地域住民
2. 期間: 2023 年 7 月～2025 年 3 月
3. 方法:

1) 無印良品での講座企画

2023 年 7 月 22 日(土)

板橋区について改めて調べ、「絵本のまち板橋」に関する取り組みを発見。掘り下げて調べてみると近隣にオープンした無印良品が上記の活動を板橋区と実施しており、(株)良品企画と板橋区が「地域活性化」や「子育てや教育に関する連携」について連携協定を締結していることがわかった。病院からもアプローチすることで企業様と当院にとっても良い取り組みができるのではないかと思います働きかけた。「いたばしすこやか計画」と題し、熱中症をテーマに医師、看護師、理学療法士、管理栄養士が講師となり、店舗のオープンスペースをお借りし講座を実施。

2) イオンスタイルでのキッズイベント、健康イベント企画

2024 年 1 月～2025 年 3 月(現在も進行中)

看護まつりイベントのつながりを活かし、イオンスタイルの担当者の方へキッズイベントそして健康イベントの定期開催をご提案。ターゲットの検証ということで、始めた当初は奇数月はキッズイベント、偶数月は健康イベントを開催した。検証後、親子で参加出来るイベントでお子さまをターゲットとしたほうがより多くの方にご参加いただけるということが分かったため、同年 5 月からキッズイベントに切替えて開催した。内容は医療ユニフォームの試着や聴診器体験、心臓マッサージや

救急車の見学等。イオン薬局とのコラボも実施。イオンスタイルのアプリダウンロードとお気に入り登録を参加条件とし、当院としては LINE や Instagram をフォローしていただくことで救急車とチェキ撮影ができるという付加価値を加え、お互いが win-win となるような企画にした。当院からのさまざまなご案内の設置や PR 動画の放映も実施し、広報の幅を広げながらイベント開催を実施した。

【1、2 からつながったこと】

3) 児童館での親子イベント企画

《 南前野児童館 》

イオンスタイルのイベント開催時に児童館の方からお声をかけていただき、児童館でのイベント開催が決定。内容は児童館に来る親子を対象にイオンスタイルでの企画と同内容に加え、乳幼児の心臓マッサージを追加し親御様にも有意義な時間となるように企画。

4. 分析方法：

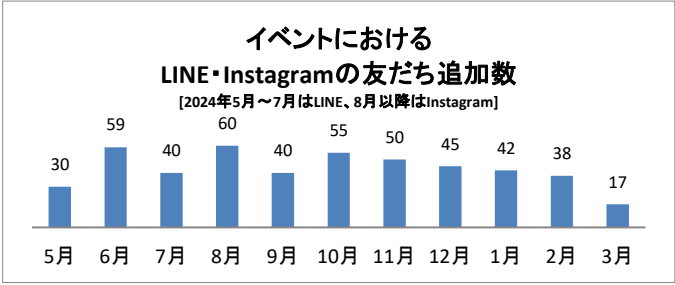
- ・各イベント終了後のアンケート
- ・LINE の友だち数
- ・Instagram フォロワー数

IV. 結果

無印良品での企画は初の試みであり、今後の多業種へのアプローチの起爆剤となった。以降のイオンスタイルでのイベントでは、総勢 1,605 名にご参加いただいた。アンケートの結果では、9 割以上の方が「また参加したい」と回答。当初実施していた健康イベントで配布した検診関連のクーポンは 1 名の方の利用につながり、受診にも寄与した。キッズイベントでは「看護師になりたいと思っていた子どもがより興味をもってくれました」という声をいただいた。多業種へアプローチしたことにより、開催会場でイベン

トを知る方も多く、ご案内等も開催と同時に設置できたことから、広報の幅は間違いなく広がった。今後の予定としてイオンスタイルでの継続開催と、新規店舗での開催が決定している。また、このイベントの告知が参加者の LINE のママコミュニティのロコミ投稿へと発展した。また、院内スタッフの協力も得やすくなり、イベントに賛同し、他企画と一緒に考案するスタッフも増え、スタッフのエンゲージメントを高めることにもつながった。そのことから小学校での BLS 啓蒙活動の実施にもつながった。また、ダイレクトに当院への生の声を聴く機会にもなり、良くも悪くも改善や新たなニーズにつなげていくきっかけをつくることにつながった。

表 1



V. 考察

広報は「内」も大切だが、「外」に目を向けることも大切。これを「攻めの広報」とも言うのかもしれないが、マンネリ化を脱するには「内」ばかり見るのではなく「外」を見て可能性を広げていくことが必要である。「外」に目を向けたことにより、様々な広報の成果につながったことは確かである。

VI. 結論

多業種へアプローチをすることで、広報のマンネリ化の改善、病院広報が地域と医療の架け橋となり子どもたちの将来の希望の幅を広げることもつながった。これにより、広報の幅を広げることにつながった。

公開講座(YouTube LIVE 配信) ～より多くの方に病院を PR するための戦略～

板橋中央総合病院
医事課 ○柴田 茉実

I. はじめに

板橋中央総合病院(以下、当院)では、地域住民の方に向けて無料公開医療講座を定期的に開催している。地域の方々の健康増進や生活習慣、予防に関する情報の提供、病院の PR として月に 2 回～3 回実施している。現地開催のみで会場は板橋区内での実施が多く、講座参加者のほとんどは板橋区在住であることが講座後のアンケート集計結果から得られている。公開講座当日までの期間は、広報活動としてポスター掲示やホームページへの掲載、ダイレクトメール送付などを行っている。しかし、現状のままでは新規参加者の増加は見込めないのではないかと感じている。そこで、企画広報室で管理している YouTube に着目した。

当院には、企画広報室が管理・運営を行っている YouTube アカウントがある。その中で泌尿器科のアクアブレーション解説動画を投稿しており、アカウントの中で一番の視聴回数を誇っている。その動画をきっかけに受診に繋がった例もある。この注目されている泌尿器科に関する講座を YouTube 上で行うことができれば、より多くの方に知ってもらえるのではないかと考えた。以前に会場で実施した講座を撮影し期間限定で配信を行ったことはあるが、今回はオンデマンドではなくリアルタイムでの配信を試みることにした。また、配信会場に 50 名定員で参加者も募る。ここから配信当日までの広報、運営について報告する。

II. 取り組み目的

当院で行っている無料公開医療講座の新規参加者と YouTube チャンネル登録者数の増加を目指す。板橋区に住んでおり当院を知らない方に認知し

ていただき、配信の視聴者数を獲得することで板橋区だけでなく全国的に当院の PR を行う。

III. 取り組み方法

1. 対象: 地域住民、YouTube 登録者
2. 期間: 2025 年 3 月 18 日～4 月 9 日
3. 方法
 - 1) 院内広報
 - ポスター掲示: 掲示スペース(3 か所)
 - チラシの配置: ラック(5 か所)
 - 待合のデジタルサイネージ:
各外来待合での放映(11 か所)
 - 社内報:
職員に向けて QR コードを掲載し、家族や知人などに周知してもらえることを期待
 - 2) 院外広報
 - ダイレクトメール:
毎月郵送希望をしている方へ送付(624 部)
 - 講座、イベント時のチラシ配置:
院外会場での講座、外部イベント実施時に配置
 - 3) Web
 - 当院ホームページに掲載
 - OSNS
 - ・YouTube アカウントにサムネイル設置
 - ・LINE にて配信 URL を含む告知の配信
 - ・Instagram にて告知投稿、ストーリーズに配信 URL リンクを掲載
 - 4) 当日
院内会場と YouTube 配信のハイブリッド開

催。講座は 10:00～11:00 の質疑応答を含む 1 時間で、質疑応答は現地のみ。チャットはオフに設定。

4. 分析方法

配信当日の YouTube アナリティクス、現地会場でのアンケート集計

IV. 結果

当日の配信時間は質疑応答時間を除き約 30 分、最大同時視聴者数は 11 名であった(図 1)。視聴者の 7 割がチャンネル未登録者であり(表 1)、そのうち配信を閲覧する際の経由は 4 割が YouTube 検索、次いで 3 割がチャンネルページからの視聴である(表 2)。現地会場の参加者人数は 34 名、アンケート集計により東京都 23 区のうち 9 割が板橋区在住かつ全体を占めている。その他埼玉県、茨城県の方の参加があった(表 3)。また、今回の講座を知ったきっかけは全体の 6 割がダイレクトメールであった(図 2)。

図 1.ライブ配信中の同時視聴者数

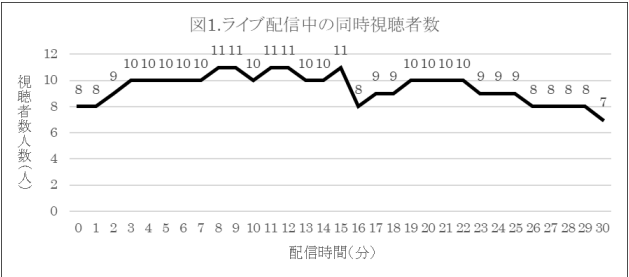


表 1.ライブ配信中のチャンネル登録状況

チャンネル登録状況	未登録	チャンネル登録済み
視聴回数	12	5

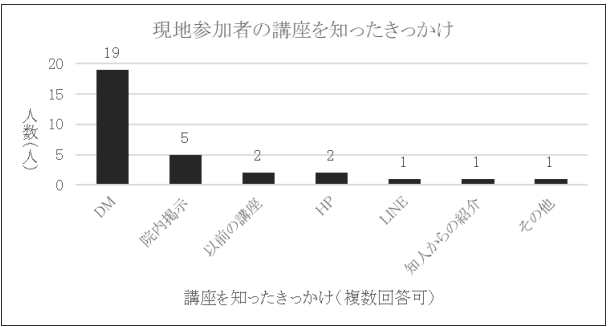
表 2.トラフィックソース

トラフィックソース	YouTube検索	チャンネルページ	ブラウジング機能	通知	その他
視聴回数	7	6	2	1	1

表 3.現地参加者のお住まいの地域

現地参加者のお住まいの地域	東京都23区	埼玉県	茨城県
人数	31	2	1

図 2.現地参加者の講座を知ったきっかけ



V. 考察

結果から講座配信中の同時視聴者数は 11 名と多くないが、表 1 のライブ配信中の視聴回数に対するチャンネル登録状況から登録していない方の視聴が 7 割得られていることが分かった。データ不足のため視聴者の地域等は確認できず一概には言えないが、チャンネル登録者以外の新規の方にも興味を持ってもらえたと考える。また、表 2 より YouTube 検索から配信を視聴してくれた方が多く、広報媒体を閲覧して検索したと考察する。

現地参加者の約 9 割は板橋区に住んでいる方だったが、約 1 割は埼玉県や茨城県等の東京都以外から参加しており、今回初めて参加した方もいた。少なからずアクアブレーション解説動画やその他 SNS 等の広報効果が出たのではないかと感じた。

しかし、図 2 よりダイレクトメールから知った方が多く、以前にも参加したことのある方がほとんどであるため Web での PR に力を入れていく必要がある。

VI. 結論

ハイブリッド開催という初めての試みは無事に終わることができ、リアルタイム配信から新しい着想を得られた。今回の反省点を踏まえ YouTube 配信に力を入れていき、より多くの方に当院を知っていただけるよう尽力していく。そのためには、今まで行ってきた広報活動を継続しつつ、新たな情報発信方法を模索し実行していきたい。

東京都地域救急医療センター参画がもたらす戦略的効果 ～ERの効率的活用による東京都トップレベルの救急受入体制構築～

板橋中央総合病院

医事課 救急部 ○大谷 豪士 上野 雄大

I. はじめに

当院は、24時間365日体制で二次救急医療を担う地域の中核病院であり、特に板橋区の二次救急拠点病院として、軽症から複数診療科にわたる中等症の救急搬送患者を幅広く受け入れている。救急からの入院患者は、約30%以上を占め、重要な収益基盤である。近年、高齢化の進展や医療の専門分化を背景に、全国的に救急搬送困難事案が増加しており、東京都も例外ではない。このような社会的課題に対し、当院では令和6年度より救急総合診療科の医師を1名から9名に増員配置し、救急隊からのファーストコールに対する応需判断の迅速化と受入時間短縮を推進してきた。これにより、救急隊からの信頼を獲得し、「選定されやすい病院」となることを目指している。

これらの取り組みをさらに発展させ、より多くの救急患者を受け入れ、地域医療への貢献と病院経営基盤の強化を両立させるための戦略的施策として、令和6年12月1日より「東京都地域救急医療センター（以下、センター）」事業に参画した。今回、センター参画が当院の救急受入体制に与えた効果について報告する。

II. 取り組み目的

センター事業への参画を通じ、「搬送困難事案」を積極的に受け入れることで、救急搬送受入総件数にどのような変化が生じるかを検証する。

また、副次的な効果についても検証を行う。

III. 取り組み方法

対象:救急搬送患者

期間:令和5年12月1日から令和7年5月31日

IV. 結果

センター参画後の6ヶ月間における救急搬送受入件数は5,903件となり、センター参画前の6ヶ月の5,522件と比較して381件(6.9%)の増加を認めた(図2)。増加要因の一つとして、東京都地域救急医療センター経由での受け入れが161件あり、新たな患者層の獲得に寄与した。全体の入院率は、参画前の33.9%(1,871件/5,522件)から参画後には35.5%(2,094件/5,903件)へと上昇した。センター経由で受け入れた患者の入院率は35.4%(57件/161件)であり、中等症以上の入院適応患者を安定して受け入れられたことが示唆される。また、応需体制の改善もみられ、救急全体の断り件数は前年同期の2,590件から2,199件へと15.1%減少した。

東京ルール						
	R6.12	R7.1	R7.2	R7.3	R7.4	R7.5
受入	27	47	26	38	11	12
入院	7	13	6	21	3	7
断り	19	110	35	21	14	6

(図1)

救急(R5.12～R6.5)						
	R5.12	R6.1	R6.2	R6.3	R6.4	R6.5
受入	1009	927	792	922	917	955
入院	344	298	248	329	329	323
断り	258	705	536	503	287	301
	R6.12	R7.1	R7.2	R7.3	R7.4	R7.5
受入	1069	987	944	1039	921	943
入院	397	348	326	361	332	330
断り	288	819	331	362	219	180

(図2)

V. 考察

センターへの参画は、都の救急医療体制に貢献するという公的役割を果たすと同時に、これまでアプローチが限定的であった「搬送困難事案」というマーケットを開拓し、受入件数および入院率を向上させる有効な戦略であった。併せて救急総合診療科の体制強化が、増加する救急要請に対応できる基盤となり、全体の断り件数減少にも繋がったと考えられる。一方で、課題も明確になった。センター経由の要請に対する応需率は 44.0% (受入 161 件/要請 366 件) に留まり、特に令和 7 年 1 月には断り件数が 110 件と突出していた。これは年末年始明けの病床逼迫など季節的要因も考えられるが、さらなる応需率向上のためには、ピーク時の対応力強化が求められる。また、受入件数そのものの増加は、ER の物理的キャパシティが新たなボトルネックとなりつつあると考えられる。

VI. 結論

東京都地域救急医療センターへの参画は、当院の救急受入件数と入院率の向上に有意に貢献した。当院は、年間受入件数 12,000 件超えを目指せるポテンシャルを十分に有している。

今後は、今回の成果を土台とし、センター応需率の向上策、ER ベッドの回転率向上等の更なる効率化に取り組む必要がある。これらの改善活動を推進することで、地域における救急医療の最後の砦としての使命を全うし、名実ともに関東圏を代表する救急受入体制の構築を目指していく。

事務職お仕事説明会の開催とその効果

板橋中央総合病院
医事課 ○與田佑也

I. はじめに

高齢化にともなう医療ニーズの急増や生産年齢人口の減少など様々な要因により、医療福祉業界全体で人手不足が深刻化している。医療現場の人手不足によって起こるリスクとして、「医療サービスの質低下」「業務量増加による離職の増加」「人員配置等の施設基準を満たすことができなくなることによる収入減少」等が挙げられ、当院事務職においても充足しているとは言えない為、1名でも多く当院における事務職の業務を知っていただき、入職に繋がるような取り組みを総務課医事課共同で実行したため、その内容を報告する。

II. 取り組み目的

事務職員の欠員補充及び医師事務作業補助体制加算の類上げ等、入職者を増やすことを目的に“お仕事説明会”を開催する。特に医師事務作業補助者の採用を強化することにより、医師の働き方改革への対応と医師事務作業補助体制加算類上げによる増収を見込んだ。さらに医師事務作業補助者の業務範囲を拡充することにより、間接的に医療の質の向上に貢献する。

III. 取り組み方法

1. 対象:年齢、経験問わず、当院の事務業務に興味がある方
2. 期間:令和6年10月～
3. 方法:様々な媒体で開催案内を発信し、説明会の充実に取り組む。

4. 周知方法

- 1)ホームページへの掲載
- 2)SNSへの投稿(LINE、Instagram等)
- 3)院内ポスター掲示
- 4)診療明細書裏面への掲載
- 5)ハローワークでの開催案内設置
- 6)板橋区施設での開催案内設置
- 7)商業施設、近隣飲食店での開催案内設置

5. 開催概要

- 1)事前申込制
 - ①HPに申し込みフォームを作成
 - ②開催案内用紙にQRコードを付記
- 2)開催場所:当院
- 3)開催頻度:2回/月
- 4)開催日時:土曜日 AM 2時間程度
- 5)プログラム
 - (1)前半:総務課による全体説明
(病院概要、福利厚生、事務職全体の役割等)
 - (2)後半:医事課による詳細説明
(受付、会計、保険請求、医師事務作業補助など、具体的な業務内容等)
- 6)開催内容
 - (1)事務職全体の説明
 - (2)希望する部門に特化して説明
 - (3)座談会兼相談会
 - (4)院内見学(必要に応じ)

IV. 結果

9ヶ月間の開催で、説明会への延べ参加者数は

診療記録の適正管理への取り組み 質的監査体制の見直しとその成果

板橋中央総合病院
医事課 ○小池碧衣

I. はじめに

近年、診療記録の適正管理は医療の質および安全管理の観点からも重要性を増している。当院では職員間で記録に対する認識や意識にばらつきが見られ、記録の重要性が十分に共有されていない点が課題となる。また、組織規模が大きく職員数も多いため、方針や改善策の周知・徹底に時間を有する状況である。

診療情報管理士は、医療従事者が診療業務を実施した際に、診療情報の記録指針等で体系化された一連の診療情報が、遅滞なく記録されているかを点検する必要がある。入院医療においては、所定の様式で必要な診療情報が記録され、定められた手順で整えられているかについて、診療情報管理士は量的・質的点検業務を主導する必要がある。また、日本診療情報管理学会に参加し他院の学会発表において診療記録の監査に関する先進的な取り組み絵を知り、自施設での監査手法の見直しや新たなアプローチの導入を検討する契機となった。

II. 取り組み目的

診療記録に対する質的監査を通じて、記録の適正性・一貫性を評価し、現場職員への教育的フィードバックを行うことで、記録の質の向上と法的リスクの低減を図る。また、監査結果を可視化し組織全体の記録意識の向上につなげることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 主治医 1 人につき患者 1 名をランダムで抽出。2024 年 4 月～2025 年 3 月までに作成された診療記録計 204 件を対象とした。
2. 期間: 2024 年 4 月～2025 年 3 月

3. 方法:

1) 監査実施回数の増加

以前までは、1 年間で全診療科(22 診療科)の質的監査を実施していたが、1 年間に 2 回に頻度を増やして質的監査を実施。

2) 監査メンバーの増員

以前までは、中央病歴管理室職員のみで監査を行っていたが、病歴管理委員会に出席している医師、看護部、栄養科、リハビリテーション科、薬剤部を新たに加え監査を実施。監査実施メンバーは各部署で選定。

3) 監査項目の見直し

以前までは、退院サマリー・入院診療計画書・退院療養計画書・診療記録・身体抑制・手術記録を確認していたが、各部署と協力して監査項目を新たに制定した。看護記録・カンファレンス記録・栄養管理計画書・栄養サポートチーム・リハビリテーション指示箋・リハビリテーション実施計画書・リハビリテーション記録・薬剤管理指導・ハイリスク薬・退院時薬剤情報管理指導料の項目を新たに加え監査を実施。

4) 評価表の書式の見直し

診療部長に監査のフィードバックを行った際、どのように記載するべきなのか分からないため、より具体的に説明して欲しいと指摘があった。より詳細に記載できるよう書式の変更を行った。また、書式変更後、監査メンバー内で評価表の構成が複雑で記入に時間を要すると意見が挙がったため、再度評価表の書式変更を行った。

4. 分析方法:

監査は標準化されたチェックリストを用いて行い、評価結果は点数化し傾向を集計・分析を行った。

改善取り組み実施前の監査結果と、取り組み開始後の監査結果を比較し確認を行った。監査後は各部署にフィードバックを行い、記録の改善効果を検討した。

IV. 結果

取り組み実施前の監査結果と比較して、2023年度は記載率 63.0%だったものが、2024年度は記載率 74.3%と 11.3%記載率が向上した。(図 1)診療科別で見てみても、全 20 診療科中 16 診療科記載率が向上した。(図 2)

監査表と項目の見直しにより評価のばらつきが減少した。フィードバック後、記録内容の一貫性の記載量に改善が見られた。また、一部の医師からは記録の意識変化や、「記録しよう」といった姿勢が見られるようになった。

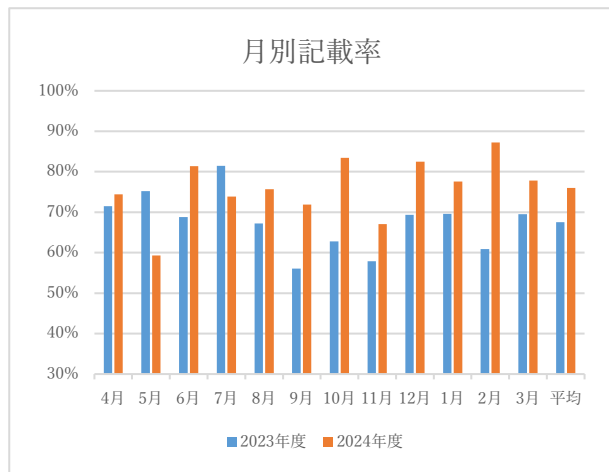


図 1

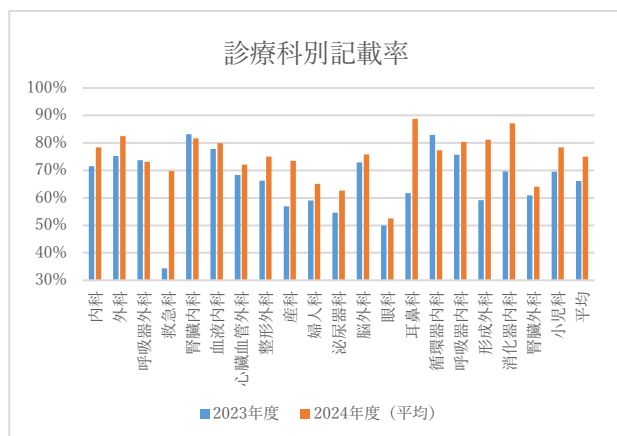


図 2

V. 考察

今回の取り組みにより、診療記録に対する職員の意識の変化と、記載内容の標準化に一定の効果が認められた。監査の実施頻度を増加させ、かつ監査メンバーを多職種で構成することにより、より多角的かつ様々な視点かつ公平な視点での記録評価が可能となった。また、監査項目及び書式の見直しにより、評価が効率化され現場でも実用的なフィードバックが行えるようになった。さらに監査後に実施したフィードバックは記録の重要性に対する理解を促し、実際の記録内容の改善につながったと考えられる。一方で監査結果の受け止め方には個人差があり、継続的な周知とモチベーション維持のための仕組み作りが今後の課題である。

VI. 結論

質的監査の体制整備により、記録の質の向上と記載意識の改善が確認された。今後も記載率向上に向けて病歴管理委員会・中央病歴管理室が主体となり、診療記録の監査を行っていった。

職員、患者サービス向上の為に ～料金体系の適正化～

板橋中央総合病院
総務課 ○久留流星 鈴木敦也

I. はじめに

当院は患者用駐車場 3 か所、病院保有物件の職員寮 63 室有している。駐車料金は約 10 年、職員寮費は約 20 年以上料金改定がされておらず、現在の状況や周辺相場との乖離が見られる状態であった。この現状を踏まえ、今回の取り組みでは病院運営の安定化とより良い医療提供体制を目指し、駐車料金、寮費体系の適正化と改善を図った。また、駐車場の運用については、固定費に対して収入が大きく下回る状況であった。これらの状況を踏まえ、取り組みを実施していく。

II. 取り組み目的

本取り組みの主な目的は以下の 2 点である。

1. 収益の増強: 医療環境の変化と運営コストの増加に対応するため、自費収入を増加していく。
2. 公平性と適正価格化の実現: 昨今の物価高騰や周辺相場を鑑み、長期にわたり見直しが行われていなかった料金体系の適正化をはかること。

III. 取り組み方法

① 駐車場

1. 対象: 当院 B 館駐車場
2. 期間: 2024 年 2 月～2025 年 5 月
2025 年 2 月より改訂
3. 方法:
 - 1) 現状分析
周辺コインパーキングや他病院の駐車料金を徹底的に調査し、当院の駐車場料金が適正か、利用状況に偏りがないか確認をした
 - 2) 料金体系の検討
値上げ幅の決定: 患者の通院負担を考慮しつ

つ、収益増が見込める範囲で段階的な値上げ幅を設定した

時間貸し料金の調整: 短時間利用の患者の利便性を維持しつつ長時間駐車 of 抑制を図るため料金区分を見直した

② 職員寮

1. 対象: 職員寮ボヌール小豆沢
2. 期間: 2024 年 4 月～2025 年 6 月
2025 年 4 月より寮費改訂
3. 方法:
 - 1) 現状分析
当該物件と同等クラスの周辺相場調査し駐車場同様、賃料が適正か確認した。
 - 2) 賃料体系の検討
値上げ幅の決定: 職員の負担が極端に増えないよう築年数、居室内設備を考慮し大幅増額を避け段階的に値上げすることを見越し全部屋一律での改定をした
4. 分析方法:
駐車料金、職員寮共に前年度の売り上げを比較する。

IV. 結果

- ・駐車場収入: 値上げ実施後、月平均約 585,950 円の収益増加。(値上げ後 4 カ月間の実績) 年間約 7,031,400 円の増収となる見込み。
 - ・職員寮収入: 値上げ実施後、月平均約 223,333 円の収益増加(値上げ後 3 カ月間の実績) 年間約 2,679,996 円の増収となる見込み。
- 駐車場については患者からのクレームはなく近隣相場との乖離もなく適正運営ができていると考える。職員寮についても事前の案内により入居者から一定

の理解が得られ大きな離反者推移している。

V. 考察

駐車場、職員寮共に事前の周辺相場調査と対象者への丁寧な周知により大きな反発なく料金改定を進められた要因と考える。

駐車場については短時間利用を促す料金体系が駐車場の回転効率にも寄与した可能性がある。一方職員寮については福利厚生 of 大きな魅力となっており今後の採用活動や職員定着に与える影響について継続して検討をしていく必要があると考える

VI. 結論

駐車場職員寮の料金見直しを通じて、当院の収益増強に一定の貢献をすることができた。

しかし今後下記の課題が残っている為、改善を進めていきたい。

駐車場:ドクターなど職員利用者がいるため他の安い月極を契約するなど病院駐車場の患者利用率を上げる事で更なる増収へ繋げていく。

職員寮:施設利用(見学会、職員早番、倉庫利用)で使用している割合が高い為、一般の入寮者を増やすことで収益増収に繋げていきたい。

駐車場、職員寮共に市場動向や利用状況を継続的に分析し適正料金の維持務めていき料金改定に見合う管理強化や設備改善等を進め利用者満足度の向上に努める。

診療報酬改定、人件費や医療品費の高騰、そして光熱費などの運営コストの増加といった様々な課題に直面している状況下で診療報酬に依存しない直接的な収益増加を実施することで医療機器の購入、職員寮設備の改修など患者、職員へのサービス向上につながる事が結果医療機関としての社会的責任を果たしつつ、地域医療の中核としての役割をさらに強化できるよう努めていきたい。

入職時対応における総務課職員の業務負担軽減を目指して ～入職書類の web 化推進～

板橋中央総合病院
総務課 ○南里陽介

I. はじめに

当院は、例年 4 月の入職者が約 200 名と、非常に多くの職員に入職手続きを行っている。その中でも、入職書類については、入職者全員分の書類印刷、封筒への住所や氏名の記載、返送用封筒の準備、書類の送付と多くの工程が必要とされ、送料においてもかなりの金額がかかっていた。また書類の記載方法に関する問い合わせの対応だけでなく、書類の不備においてもその確認に時間がかかっていた。

入職書類をすべて web 化することにより、回答、確認の手間が省かれ、最終的には総務課職員の業務負担軽減に至ると考え行った。

加えて、現代社会においてはペーパーレス化の動きが急速に拡大しており、若者を中心にスマートフォンを用いた生活が中心となっていることから入職者にとってもメリットになるのではないかと考え web 化の推進を行った。

II. 取り組み目的

入職準備繁忙期となる 1 月～3 月にかけての総務課職員の業務負担軽減が目的である。

III. 取り組み方法

1. 対象:2025 年 4 月 1 日入職者 195 名
2. 期間:2025 年 1 月～3 月
3. 方法:

Google フォームを用い、9 枚の入職書類を 5 つの web フォームとした。新入職員に一律で配布ができるよう、それぞれのフォームを QR コード化し、1 枚の用紙にまとめた。

4. 分析方法:

「書類運用時」と「web 運用時」の「総務課職員の人件費」を比較する。

※業務負担軽減の数値指標を「総務課職員の人件費」として考える

※総務課職員の時給換算は 1,400 円

※下記 2 つの観点より人件費を算出する

- ・入職者への書類送付時
- ・入職書類の不備確認時

IV. 結果

【書類運用時】

- ・入職者への書類送付時

書類印刷、封筒への氏名、住所記載、職員によるダブルチェック、封筒詰め工程があり、1 名当たり 15 分の時間を要する。

$15 \text{ 分/名} \times 195 \text{ 名} = 48 \text{ 時間 } 45 \text{ 分}$

$48 \text{ 時間 } 45 \text{ 分} \times 1,400 \text{ 円/時} = 68,250 \text{ 円}$

- ・入職書類の不備確認時

1 名当たり 5 分のチェックを要する。

$5 \text{ 分/名} \times 195 \text{ 名} = 16 \text{ 時間 } 15 \text{ 分}$

$16 \text{ 時間 } 15 \text{ 分} \times 1,400 \text{ 円/時} = 22,750 \text{ 円}$

【web 運用時】

- ・入職者への書類送付時

書類の web 化は初めての試みのため Google フォーム作成の時間も換算する。ただし、送付の際は一斉メールや LINE での一斉メッセージ送信のため、1 名当たりの送付時間はカウントができない。メッセージを送る際のテンプレート作成のみ換算する。

フォーム作成：

確認も含め 1 フォームあたり 1 時間。

1 時間/フォーム×5 フォーム＝5 時間

5 時間×1,400 円/時＝7,000 円

テンプレート作成：

1 種類のための作成で確認も含め 1 時間。

1 時間×1,400 円/時＝1,400 円

・入職書類の不備確認時

入力不備や入力間違いについてはエクセルの検索機能、ソート機能を用いることにより簡略化され、

2 時間ほどで確認を終えることができた。

2 時間×1,400 円/時＝2,800 円

【総務課職員の人件費比較】

書類運用時：91,000 円

web 運用時：11,200 円

V. 考察

これまでの書類運用の際は、書類送付時に住所や名前を手打ちする、書類を封筒に不備なく詰めるなど、アナログ的であった。そのため人的ミスも起こりやすい状況にあり、ダブルチェックに時間を要していた。加えて、封筒の糊付け作業も加わることでさらに時間がかかる要因となっており、職員の負担となっていた。書類の不備確認についても一つ一つの項目を目で見て確認しなければならないため時間と労力を要していた。

しかし、web 運用により書類送付時のお送り先の間違いや送付漏れ等のミスの可能性が限りなく低減され、ダブルチェックにかかる時間が大きく減少した。

書類の不備確認についても、Excel の一括検索機能やソート機能を用いることにより、一目で不備等が発覚するため確認の時間が大きく減少した。

VI. 結論

web 化に伴い、79,800 円の人件費削減という結果となり、総務課職員の負担軽減が実現できたと考える。また、書類運用時に起きていた書類送付漏れや宛名間違いについても、web 運用によりその可能性が大きく低減され、ミスへの対応の時間もほぼ無くなった。

入職者の視点から見ても、書類運用時は職員側のミスにより戸惑いを与えるケースもあったが、今回の web 化により問い合わせ数も大きく減った。加えて、入職者も現代社会のペーパーレス化の動きに伴い、web フォームでの回答に不安や不満はなかったように感じる。職員と入職者の双方が互いに納得しながら進められる施策であり、職員の負担も軽減することができたため、今後もこの施策は継続していきたい。

ただし、50 代以上の入職者については web 化への不安の声が上がっていたことも事実だ。今回は初めての施策であることにより web 化が目的となり、入力しやすいフォームの作成を目的とすることが出来ていなかった。今後の課題としては誰でも入力しやすい web フォームの作成と、入力するためのマニュアル作成を行うことだ。当院職員と入職者が互いにメリットを感じられるような入職の形を今後も追及していきたい。

相談先に迷う患者を支えるために ～コンシェルジュ部門が患者を繋ぐ～

明理会中央総合病院

医事課 ○香取英子 山下紗弥 遠藤詩夏 西村純香

I. はじめに

近年、医療提供体制の高度化・複雑化に加え、急速な高齢化の進展は、患者が医療機関内で直面する不安や疑問をより一層多様かつ深刻なものにしている。このような状況下で、コンシェルジュ部門の役割は重要性を増している。当院コンシェルジュ部門では、患者一人ひとりの声に耳を傾け、安心を提供することを通じて患者満足度の向上に努めている。本発表では、相談窓口での相談実績データを基に、特に病院のルールやシステム理解に困難を抱える患者への効果的な支援策としてのコンシェルジュ部門の在り方を明らかにする。

II. 取り組み目的

本取り組みの主たる目的は、過去 2 年 7 ヶ月間にわたる相談実績データ、特に相談内容の詳細な内訳を綿密に分析し、患者が具体的にどのような情報や支援を求めているのか、どのような点に困難を感じているのかを多角的に把握する。その上で、当院コンシェルジュ部門がこれらの課題に対し、患者の不安軽減と具体的な問題解決のために、どのようなコミュニケーション方法を用い、どのような情報提供を行っているのか。そして問題解決のために、院内の多職種と連携し支援を行っているのか、その実態を事例と共に提示する。最終的に、これらの活動の意義を深く考察し、今後のコンシェルジュ部門が担うべき役割について提言を行うことを目指す。

III. 取り組み方法

本取り組みでは、R4 年度から R6 年度に当院コンシェルジュ部門に寄せられた全相談記録を対象とした。まず、記録された相談内容を「職員に関すること」「診療内容に関すること」「診療報酬に関するこ

と」「場所案内」「その他」の 5 つの大分類に整理し、各年度の件数及び構成比を経年的に集計・比較分析した。特に件数の多い「場所案内」や「その他」については、その下位項目（例：「その他」に含まれる「患者さまやご家族と小雑談」「上記に該当しない相談内容」「施設・設備に関すること・使用方法」等）の詳細な内容まで掘り下げ、患者が求めていることや多職種連携の具体的なきっかけとなったケースを抽出した。

IV. 結果

相談総件数は、R4 年度 9 月より 7 ヶ月間で 532 件、R5 年度は 1184 件、R6 年は 1107 件と、平均して年間 1000 件を超える高水準を維持している。相談内容の内訳を詳細に見ると、「場所案内」が R5 年度 443 件（相談総数の 37.4%）、R6 年度 416 件（同 37.6%）と一貫して高い割合を占めた。次いで「その他」が R5 年度 560 件（同 47.3%）、R6 年度 564 件（同 50.9%）と最も多く、この 2 項目で全体の約 85%を占める結果となった。「その他」の詳細では、「患者さまやご家族と小雑談」が R5 年度 93 件から R6 年度 117 件へ、「上記に該当しない相談内容」が R5 年度 79 件から R6 年度 141 件へとそれぞれ増加傾向を示した。

これらの相談対応の中から、具体的な改善に繋がった事例も多数上がった。特に「場所案内」に関する相談が多かった 2 つのケースでは、定量的な改善がみられた。

1. トイレ場所の案内改善：新 MRI 設置工事に伴いトイレの場所が死角となり、工事開始後の約 3 週間で相談窓口への問い合わせが 16 件にのぼっ

た。そこで、視認性の高い案内図を作成し院内 5 ヶ所に掲示した結果、問い合わせは月平均 0.5 件にまで激減した。

「施設・設備に関すること」の意見を起点とした代表的な改善事例として、

- ・手すり付き体重計への変更:1 階外来の体重計について「つかまるものがなく、測定時に転倒しそうで不安」との意見を受け、新たに手すり一体型の体重計を設置した。

- ・防火戸の騒音対策:「病棟から階段へ抜ける防火戸が閉まる音が大きくうるさい」との指摘があった。消防法上、戸当たりやクッションの設置は困難であったため、対策としていただいた意見を全職員で共有し、注意喚起のポスターを全病棟の防火戸に掲示することで、静かに閉める意識の向上を図った。また「医師や看護師に言えないこと」なども多数あった。怖くて言えない、感謝しているから言えない等、診療現場で言えない患者の本音を代弁者として伝え、より医師と患者の結びつきを太くする橋渡しも時には行った。結果として患者様からの意見箱にコンシェルジュ部門があって良かったとの声も多数上がった。

V. 考察

多くの相談件数需要は、コンシェルジュ部門が単なる案内係ではなく、患者や患者家族にとって気軽に相談でき、信頼して頼れる「最初の窓口」として院内に定着し、その存在価値が広く認知されてきた結果であると推察される。「場所案内」の継続的な多さは、特に高齢者や初診患者にとって、大規模で複雑な院内構造が依然として大きな障壁となっている現状を反映しており、個別的に丁寧な誘導の必要性を示している。「その他」の項目が全体の半数近くを占め、その中でも「小雑談」や「上記に該当しない相談」が増加している事実は、患者が抱える問題が多様化・個別化し、マニュアル的な対応だけでは汲み取れない言語化しにくい不安や、診療内容とは直接関係のない複合的な悩みが多く存在するこ

とを示している。対応した事例として、「受診後、診断結果にショックを受けこれからどうしたらよいかわからないと話される患者」、「主治医に言いたいことが言えないと悩んでいる患者」や「退院後の生活に漠然とした不安を抱く家族」など、即座に解決策を求められない状況で、コンシェルジュがまず共感的に寄り添い、傾聴する「最初のクッション」としての役割を果たした。この初期対応が、患者の心をときほぐし、本質的な課題を的確に把握し、看護師や MSW といった院内の適切な専門職へつなぐ「橋渡し」を可能とする。

VI. 結論

本取り組みを通じて、コンシェルジュ部門が、多様な困りごとに対応する最前線の「相談窓口」であり、多職種連携の「橋渡し役」として重要な役割を担っていることが明らかになった。今後も相談内容の継続的な分析を通じて、患者からの小さな声やニーズを捉え、サービス向上と療養環境の改善に繋げていく。全ての患者が心から安心して適切な医療を受けられるよう、より積極的な支援と多職種連携体制の強化に努めていく。

診療録修正依頼書の電子化 紙ベースのアナログ業務の改善に向けて

明理会中央総合病院
総務課 鮫島大志郎

I. はじめに

当院では電子カルテ上で診療録の記載について修正が必要な場合、各部署担当者より紙ベースで修正依頼書を受け取っていた。
ただ毎月80件ほどの依頼を処理していくと、書類の量が膨大になり、また依頼元部署の担当者も手書きで毎回記入する手間やシステム担当へ書類を持ってきてもらう時間がかかり、無駄な時間がかかっていた。
デジタル化が進む世の中で、とても無駄な業務であると感じていた。本仕組みはそれらを少しでも解消すべく考案した。

II. 取り組み目的

本取り組みは紙の使用量の削減、修正依頼書作成業務の時間短縮を目的として、電子カルテのPC上にあった「院内共有フォルダ」を活用することにした。

業務用PC端末は病棟などではあまり設置していないことも多く、一般職員が記入できないケースもあることから、各部署に多く配置している電子カルテ端末を使用した。

紙を使用しないことを念頭に、入力や上長への確認、システム担当への提出など各経路での課題を解消したうえで、後述の方法での仕組みを導入した。

フォーマットに必要事項を記入し、提出用フォルダへ移動することで提出してもらうように体制を整えた。

III. 取り組み方法

1. 対象: 診療録修正依頼が必要な部署
2. 期間: 2024年10月～
3. 方法:
 - 1) 入力用の電子カルテ端末にエクセルをインストールする。
 - 2) 電子カルテPCの院内共有フォルダに専用のエクセル形式のフォーマットを置く。
 - 3) 各部署でフォーマットに沿って修正依頼を記入し、上長に確認を取り、システム担当へ提出。
 - 4) システム担当で内容を確認し、対応する。
4. 分析方法:

本仕組み導入以前の紙の依頼書件数と、電子カルテ端末での依頼書の件数を比較する。電子カルテ端末で作成した件数はそのまま紙の削減量となる。また作成から提出にかかった時間を比較する。
なお紙ベースでの作成に係る時間は1件につき20分ほどと推定した。

また本仕組みの導入は下記のスケジュールで行った。

- ・リハビリ科: 2024年10月
- ・看護部: 2025年3月
- ・栄養科: 2025年4月末
- ・検査科: 2025年4月末

IV. 結果

表 1

2024 年 8 月以降の修正依頼書内訳

2024 年	紙依頼書	電子依頼書
8月	89件	
9月	127件	
10月	33件	26件
11月	26件	40件
12月	37件	34件
2025 年		
1月	51件	37件
2月	21件	28件
3月	36件	48件
4月	21件	52件
5月	10件	80件
計	451件	345件

上記の結果から、全体の件数が少なくなっているの
で単純比較はできないものの、2024 年 10 月に修
正依頼の多かったリハビリ科に導入したことで、紙の
件数を抑制する効果は出ている。

また看護部等に導入した 3 月以降についても電子
依頼書の件数が伸びていることで、本来紙で出され
ていた依頼書の分だけ消費量が抑えられた結果と
なった。

また修正依頼書作成にかかる時間について、電子
カルテからコピー＆ペーストが可能になったことで記
入にかかる時間が4割ほど削減し、また提出するた
めに総務課まで来てもらっていた往復分約5分がカ
ットされた。

またシステム担当側でも 5 月分だけで 80 枚分は
削減できたことで、依頼書の保管に労力がかから
ず、物理的なスペースがいらなくなり、紙での保管に
必要なファイル等の購入も抑えられた。

V. 考察

今回の改善により、電子依頼書が5月時点で合計3
45枚ということで、紙の削減に一定の貢献ができ
た。また各部署の修正依頼に係る業務負担につい
て、記入時間を1件当たり20分の4割ほど、8分削
減できた。さらに総務課へ提出する時間も5分ほど
削減できたことから全体で下記の削減となった。

記入にかかる時間 8分×345件＝2760分

提出にかかる時間 5分×345件＝1725分

合計 2760分＋1725分＝4485分≒75時間

削減した時間で患者様対応や病院運営に貢献で
きたと思われる。

VI. 結論

情報の電子化が進んでいる世の中で、アナログな
文化が当院ではまだまだ多く残っている。

この仕組みは運用を開始して8か月程であるが、大
きなトラブルもなく、紙の依頼書よりも件数が増えて
きていて、評判も上々であり運用方針として間違っ
ていないと思われる。

現状では医事課など一部の部署ではまだ導入でき
ていないほか、作業する端末にエクセルを導入して
いなければ本仕組みは使えないため、使用する端
末をしっかりと確認したうえで、今後他部署での導入
を進めたい。

栄養科における人材育成と定着支援の取り組み

採用からグループ貢献までを支える総務課の実践

明理会中央総合病院

総務課 ○石原ケイ

I. はじめに

医療機関における人材の安定した確保と定着は組織運営の基盤である。当院では総務課が中心となり、職員の採用から配置・定着まで幅広く支援をしている。中でも栄養科は若手職員の割合が高く定着率も良好で、グループ施設への人材貢献も積極的であることから注目すべき部門である。また、学生との接点構築(見学・実習・アルバイト)を通じた採用導線が整っており、総務課はその基盤を支えている。

本稿では総務課と栄養科の連携による人材育成とグループ貢献の取り組みについて紹介する。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は、栄養科の人材確保・定着・育成体制を総務課が支援することで、より安定した組織運営を実現することである。

また、グループ内施設への人材異動・派遣できる体制を築くことで、グループ全体の貢献力を図ることも目的としている。

III. 取り組み方法

1. 対象：2022～2024 年度における栄養科の採用・定着・育成に関する事例および関連データ
2. 期間：2022～2024 年度の 3 年間
3. 方法：
 - 1) 本部・医事課・総務課から数値データを取得し、実績を確認

2) 栄養科所属長へのヒアリングを通じて、育成体制・定着の要因となる取り組みを整理

3) 総務課として行った採用支援(見学調整・面接対応・契約変更など)を整理

4) 実習から入職に至る採用導線の具体例を収集

4. 分析方法：各年度の採用者数・離職率・栄養指導算定件数などの定量データを整理し、取り組み内容にあたっての成果と傾向を把握

IV. 結果

その結果、栄養科の常勤職員離職率(管理栄養士+栄養士)は 2022 年度 0.0%、2023 年度 3.45%、2024 年度 7.14%と推移し、特に 2022～2023 年度には安定した定着が見られた。勤続年数の分布(2024 年度)では、1～3 年の中堅職員が多く、5 年以上のベテラン職員も一定数在籍しており、幅広い層が組織内でバランスよくできている。これにより、継続的な育成・指導体制の中で安定した運営が実現できている。

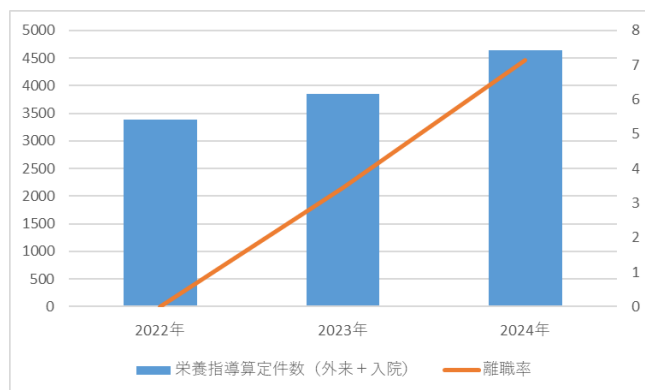
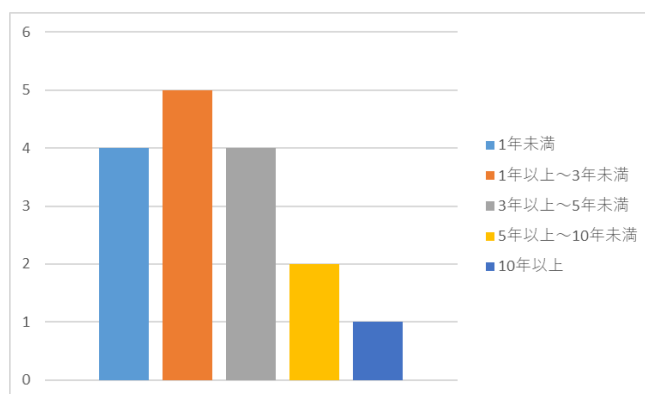
採用面では、2022 年度には見学者 83 名のうち 21 名が当院を第一希望として採用試験を受験し、うち 14 名が内定、9 名が承諾した。採用枠は管理栄養士 11 名に対し、第一希望受験者だけでほぼ倍の応募があった。2023 年度は採用枠 2 名に対し受験者 6 名、承諾 2 名。2024 年度は採用枠 4 名に対し受験 9 名、承諾 4 名と、毎年おおむね採用枠を充足しており、導線の機能が維持されている。

なお、同期間中の栄養士については採用枠(2022 年度:3 名、2023 年度:0 名、2024 年度:2

名)のみ設定されており、見学からの導線は主に管理栄養士に対してつくられている。

さらに栄養指導の算定件数も年々増加しており、外来・入院合計で2022年度3,379件、2023年度3,842件、2024年度4,647件である。これは人材の定着と育成が成果につながっていることを示している。

また、2022～2024年度の3年間で、計14名が他施設へ異動・出向しており、グループ全体への貢献が実現できている。



※離職率に異動者は含めず

V. 考察

離職率の低下や算定件数増加の背景には、栄養科と総務課が密に連携し、求職者が理解し納得できる採用導線がつくられている。特に見学や実習では「リアリティショックをなくす」「本音で質問できる環境をつくる」ことに力を入れており、見学や実習が単なる形式ではなく、学生自身が入職後の姿を具体的にイメージできる機会となっている。

また在職者に対しては、所属長との面談(一般職:3回/年、チームリーダー:1回/月)や役割付与により職員のやりがいと納得感が生まれ、これは教育の仕組みが整っているだけでなく、職員同士が支え合えるような職場の雰囲気づくりにもつながっている。

さらに、管理栄養士に比べて人員の安定が難しいとされる栄養士職においても、当院では定着率が高い傾向にある。これは、栄養士が厨房業務にとどまらず、公開講座の運営や医療安全活動、病棟での栄養アセスメントなど多様な業務に携わっており、専門性を活かしたやりがいのある働き方が実現できていることが一因と考えられる。

総務課はこうした取り組みを支える存在として、迅速かつ柔軟な対応・調整を通じて、栄養科の取り組みが円滑に機能するよう支援している。

VI. 結論

本取り組みは、採用から定着、育成、グループ貢献に至る一連の流れを総務課と栄養科が連携して支え合うことで実現した。採用時の迅速・柔軟な対応と栄養科での継続的な育成体制が相互に補完し合うことで、数値にも表れる安定した人材確保が可能となった。

今後は、実習生からの採用ルートの強化や、異動先との情報共有体制の整備を進めることで、より持続可能で他部署にも応用可能な支援体制の構築を目指していく。

急性期病院のソーシャルワーク実践とは ～異動経験の効果について～

明理会中央総合病院
医療福祉相談室 ○大平まどか 田中南

I. はじめに

2025 年現在、75 歳以上の人口が全人口の約 18%となり、2040 年には 65 歳以上の人口が全人口の約 35%となると推計される。

少子高齢化が進む中で、高齢単身世帯や高齢夫婦のみの世帯が増加してきており、生活に困窮する高齢者の増加、地域における個人や世帯の孤立など、これまで家族によって支えられてきた課題を地域社会で支えていくことが求められてきている。こうした社会状況の変化により、既存の制度では対応が難しい様々な課題やニーズの多様化・複雑化に伴って対応が困難となるケースが増加している。

ソーシャルワーカーの活躍の場は、高齢分野、障害分野、児童、生活困窮者支援と多岐にわたっている。各種制度を活用し、社会的に弱い立場の人をエンパワメントしていくことが医療・介護の現場で求められている。

そうした社会背景を受け、グループのソーシャルワーカー部門は令和 4 年 382 名から令和 6 年 4 月現在で 395 名と 13 名増加となっている。しかしながら、各施設における人員数の差が依然としてあるのが現状である。

II. 取り組み目的

ソーシャルワーカー部門の基本理念は「支え合う」である。その理念の下、人員数の少ない機関に充足している機関から人を派遣し業務支援を行なっている。

元々は上司からの命令で、「業務支援」としての話を受け、IMS グループのスケールメリットでもあり、「支えあう」という理念のもと応援に行くことが当たり前と考えた。

しかしながら、異動したことが本当に個人の、一スタ

ッフとしての成長に繋がることかどうかについて検証することを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:ソーシャルワーカー副主任 2 名

2. 期間:①令和 3 年 4 月～1年間

②令和 5 年 10 月～半年間

3. 方法:

1) A 病院と当院の比較

2) B 病院と当院の比較

3) それぞれの特徴とメリット、デメリットをだす

4. 基本情報:

○A 病院

人員数:8 名

スタッフ構成: 課長 1 名、一般職 9 名

病院種別:急性期

病床数:241 床

○B 病院

人員数:8 名

スタッフ構成: 課長 1 名、主任 1 名、

副主任 3 名、一般職 3 名

病院種別:急性期

病床数:523 床

○当院

人員数:12 名

スタッフ構成:課長 1 名、主任 1 名、

一般職 10 名

病院種別:急性期と回復期

病床数:311 床

IV. 結果

1) A 病院と当院の比較

① 1人当たりの受け持ちケース数

A 病院: 30~40 件

当院: 30~40 件

② 担当していた診療科

A 病院: 主に脳神経外科 (20~30 件)、
一般内科 (10 件)

当院 脳神経外科、回復期

③ メリットとデメリット

・A病院のメリット

定期的にチームや相談室内でミーティングを行い、
どのようなことに困っているか等共有できること。メン
バーから意見をもらうことによって、新たな視点は発
見にも繋がった。

・A 病院のデメリット

超急性期型の病院でベッドの回転が早い。内容と
しては転院調整がメインで在宅調整や新規の施設
入所は少ないためソーシャルワーカーとしての幅が
限定的になる。

・当院のメリット

急性期病棟と回復期病棟があるため入院から退院
まで一連の支援が出来る。

・当院のデメリット

バイザーからの意見の確認はできても、ピアスーパ
ービジョンが少ないため、各自での対応となり相談
室全体の成長が遅くなる。

2) B 病院と当院の比較

① 1人当たりの受け持ちケース数

B 病院 20 件

当院 30~40 件

② 担当していた診療科

B 病院 全ての診療科を担当

当院 消化器内科と消化器外科

③ メリットとデメリット

・B病院のメリット

様々な診療科のケースに携わることが
でき、特殊な医療行為や当院には無い診
療科を経験することができた。

ベッドの回転が早いため、適切な期間で
退院支援を行なっていく力が身についた。

・B病院のデメリット

入院期間が短いためソーシャルワーカーが
出来ることにさらに期間的な限りがあり初
動対応のみになってしまう。

・当院のメリット

在院日数が長いため、成年後見制度の対応等
様々な支援をすることができる。また、病棟担当制
のため、その診療科の医師や看護師と関係性を築
きやすい。診療科ごとの専門的知識を身につける
事ができる。

・当院のデメリット

相談室内の体制がチーム制ではなく病棟担当制の
ため業務が属人化されている部分がある。

V. 考察

A、B 病院ともに当院よりも回転が早い急性期病
院であり、ソーシャルワーカーの人員も少なく、相談
室内でチーム制の対応であった。それにより 1 人で
考え抱え込むのではなく、ピアサポートを受けながら
対応することができたと考察する。一方でデメリットと
してはA、B病院とも、ベッドの回転が早いため退院
支援が主に転院支援と限定的になり、ソーシャルワ
ーカーとしての幅が広がらない。特に 1 ケースに掛
けられる時間が短いため、アセスメントの回数が減
り、精度の高いアセスメントができなくなったと考察
する。

VI. 結論

他院での業務を経験したことで、どこの機関にお
いてもソーシャルワーカーは倫理綱領や業務指針
に基づいて業務を行っていることに気付いた。一方
で、1 つの施設ではできない経験をし、ソーシャルワ
ーカーとしての知見が広がり、能力向上も図ることが
できた。従って、異動したことによるメリットは個人とし
ても大きかったと考える。

【引用・参考文献】

厚生労働省 我が国の人口について

厚生労働省 ソーシャルワーク専門職である社会福
祉士に求められる役割等について

医療材料の見直しによる経費削減

本部推奨品の採用・手術室の医療材料の見直し・環境衛生用製品の切り替え

明理会中央総合病院

総務課 ○飯塚実加

I. はじめに

病院経営を行っていく上で医療材料費は大きな経費の一つとなっており、経費削減として効果が大きいため、病院職員としてこの経費削減は取り組まなければならない課題である。また、医療材料の価格が上がっているものも多くあり、見直しを行うきっかけとなった。

今回は本部推奨品の採用、また、手術室で使用する医療材料の見直し、環境衛生用製品の切り替えを行い経費削減に成功した。手術室で使用する製品は特殊な医療材料が多く、使用頻度が低い物でも常備しておく必要があり、納入価の高い製品も多くある。医療材料に関して総務課ではわからないことも多いため担当の看護職員に協力をしていただき、新しい製品の提案、サンプルの使用を行った。

II. 取り組み目的

経費削減金額 200 万円以上の達成を目標とし、本部推奨品の採用、納入価の高い物品が多い手術室の製品の見直しを行った。環境衛生用製品は使用期限が 1 週間の製品を採用しており、廃棄率が大きかったことや消毒液の調剤が必要で調整用のボトルの管理や職員の調整に係る時間やマンパワーが必要であることなど、経費削減と同時に職員の負担軽減を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象：
 - ・本部推奨品
 - ・手術室で使用している医療材料
 - ・環境衛生製品
2. 期間：令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日
3. 方法：
 - 1) 本部推奨品の採用
本部より送られてくる推奨品の詳細・対象の規格を確認し、対象部署に相談をする。その後サンプルを取り寄せ、メーカーとの打ち合わせを行い、使用部署へ配布をする。サンプル評価をすることを全体に周知しアンケートによる採否を確認する。サンプル評価やコスト評価をもとに採用するかを決定する。
 - 2) 手術室で使用している医療材料の見直し
業者との打ち合わせを行い、使用感が変わらず、より安価な製品を提案していただき、サンプル依頼、見積依頼を行う。現在使用している製品との価格の比較と使用する医師、看護師への確認を行い採用するかを決定する。
 - 3) 環境衛生製品の提案、検討
現在採用している環境衛生製品の破棄率、消毒液の調剤、洗浄にかかる時間の計算を行い、その結果をもとに製品の提案を行う。製品のサンプルを使用し、破棄率、消毒液の調剤、洗浄にかかる時間の比較を行い、採用する。
3. 分析方法：前年度との比較

IV. 結果

1) 本部推奨品の採用

本部推奨品 8 品目の切り替えを行った。860,017 円の切り替えとなった。前年度も 8 品目の切り替えを行っており、あまり変わらない結果となった。

2) 手術室で使用している医療材料の見直し

手術室の医療材料 13 品目の切り替えを行った。652,001 円の削減となった。前年度は見直しを行っていないため、プラスの結果となった。

3) 環境衛生製品の提案、検討

環境衛生製品 1 品目の製品の切り替えを行った。使用期限が 1 週間の製品を採用していたが、使用期限 3 か月の製品に切り替えたことで前年度の同じ期間と比べて半分の使用数となった。よって 1,252,550 円の削減となった。また、消毒液の調剤、ボトルの洗浄に約 5 分かけていたが、消毒液の調剤、ボトルの洗浄が必要なくなったことで職員の負担を軽減することができた。

V. 考察

前年度と比較し全体で 854,620 円多く削減ができた。多く削減できて理由として手術室の医療材料を見直したことが大きな要因であると考ええる。納入価の高い製品であるため、大きく削減することが出来た。手術室は使用している材料が多く、他部署で使用しない物品がほとんどであり立入にも制限があったことから、SPD 導入が進んでおらず物品倉庫からの払出品しか管理が出来ていなかった。発注から納品、検品を全て部署で行っていたため、総務課では手術室内の医療材料の動きや金額を把握できていなかった。そのため、医療材料の見直しを行ったことがあまりなく、同じ製品を使い続けていた。しかし、令和 5 年度から SPD 導入を行い、物品倉庫からの納品を行ったことで、医療材料の動きや金額を把握することができ、見直しにつながった。今後もさらなる削減が見込める。

環境衛生製品に関しては切り替えを行ったことで

職員の負担軽減にもつながった。使用期限が長くなったことで、過剰在庫もなくなり、適正定数での運用ができるようになった。物品倉庫の在庫数も減らすことができた。このような経費削減だけでなく、業務改善にもつながるような製品の切り替えも必要である。

VI. 結論

医療材料の見直しは今後も継続して行わなければならない取り組みである。今回、本部推奨品ではない製品の見直しが手術室の製品以外だと 1 品目のみだったため今後さらなる見直しが必要となる。また、手術室の製品を見直すにあたり手術室の看護職員に協力をしていただいたが今後は他の部署の職員にも協力をしていただくことでさらなる見直しが可能となり経費削減につながる。手術室と同様に、カテ室で使用する製品も納入価の高い製品が多くあるため今後、見直しを行うことで大幅な経費削減が見込める。

現在の取り組みとして、感染対策用製品の切り替えを検討している。ニトリルグローブやマスクなどは使用量が多いため少しでも安価な製品に切り替えることで大幅な経費削減が見込める。また、業者の見直しも考えなければならない課題である。施設で採用している医療材料の中には、グループ推奨品・統一品ではない製品も多くあるため、施設ならではの採用品等は、施設交渉で購入価格低減が出来るのではないかと考える。

LINE 予約システム導入の成果 ～職員の負担軽減のために～

高島平中央総合病院
医事課 ○永野晶子

I. はじめに

当院では、毎年6月～11月末まで板橋区健康診査を、10月～1月末までインフルエンザワクチンの予約を行っている。

昨年度の区健診は約3,700名、インフルエンザワクチンは約2,000名のご予約をいただいた。従来の予約方法は電話予約又は直接窓口での予約となっており、日にちの確定・持ち物・注意事項の説明等、毎日同じ説明を何十回と繰り返し行っていた。

予約対応にかかる時間を1名につき約5分と考えるとかなりの労力を要していたことになる。

そこで、職員を介さずに患者様自身でLINEから予約を完結できる新しいシステムを導入した結果をここに報告する。

II. 取り組み目的

- ①医事課職員の予約対応に係る負担削減
- ②電話が繋がらない事による予約取り漏れの防止
- ③予約受付時間の拡大による患者様の利便性の向上

III. 取り組み方法

1. 対象: 区健診・インフルエンザワクチン予約の患者様
2. 期間: 令和6年7月中旬～
3. 方法:
 - 1) 患者様へLINE予約システムを周知する
当院の広報と連携し、新システムを開始した旨を院内ポスター・当院ホームページ・LINE等で宣伝した。

2) 電話や直来での予約問合せ時の案内

従来通り、電話や直来でお問い合わせがあった際には、LINEからも予約が取れるようになった事をお伝えし、予約方法を患者様に選択していただくようにした。

4. 分析方法:

R6年7月中旬～R7.6月までの区健診・インフルエンザワクチンのそれぞれの予約数全件の内、何件がLINEからの直接予約だったのかを抽出し、職員の対応時間がどれくらい削減できたのかを分析する。

IV. 結果

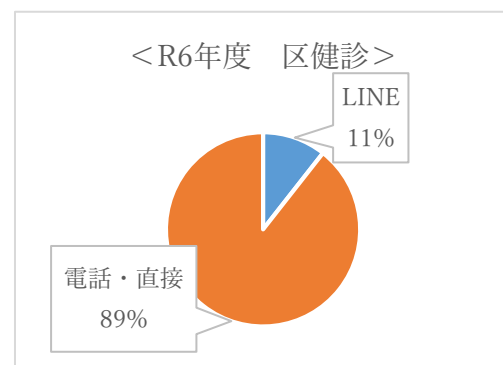
<R6年度 区健診>

調査対象期間: R6.7.24～11/30

予約者全数: 2,690名

内 LINE 予約: 285名

対応削減時間: 285名×5分=1,425分(23.5時間)



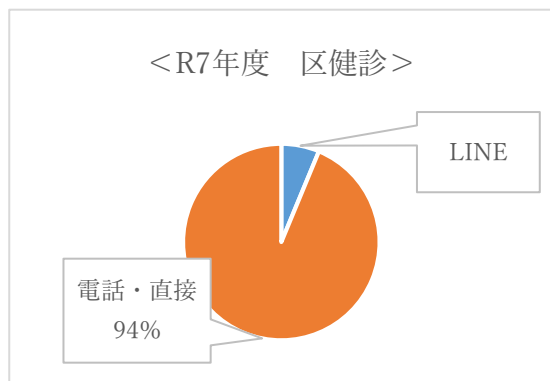
<R7年度 区健診>

調査期間: R7.6.2～6.30

予約者全数: 719 名

内 LINE 予約: 45 名

対応削減時間: 45 名×5 分=225 分 (3.75 時間)



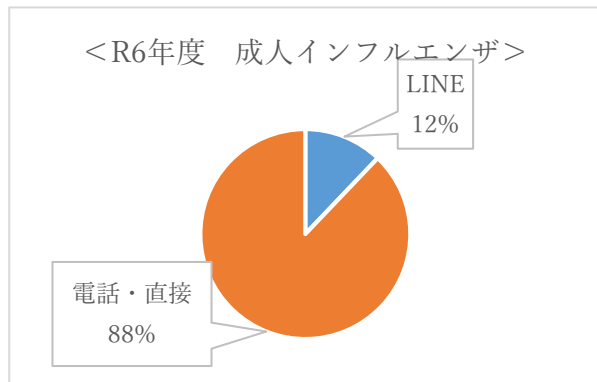
<R6年度 成人インフルエンザ>

調査対象期間: R6.10.1～12/21

予約者全数: 1,452 名

内 LINE 予約: 176 名

対応削減時間: 176 分×5 分=880 分 (14.7 時間)



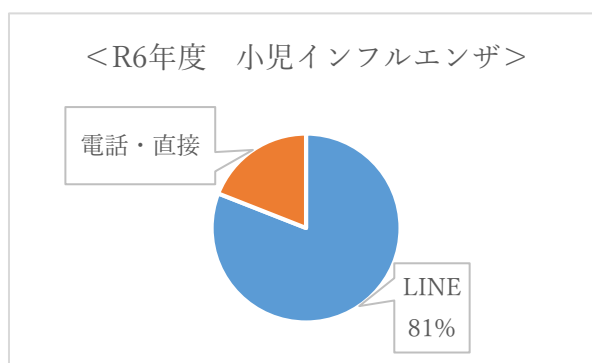
<R6年度 小児インフルエンザ>

調査対象期間: R6.10.8～R7.1.30

予約者全数: 394 名

内 LINE 予約: 319 名

対応削減時間: 319 名×5 分=1,595 分 (26.6 時間)



<かかった費用(税込み)>

初期導入費: 275,000 円

月額 : 27,280 円×12 ヶ月

合計 : 602,360 円

※2 年目以降は月額のみとなる

V. 考察

導入したのが区健診開始後の7月中旬からとなり、患者様への周知が足りなかった。また区健診の受診者は60代以上の高齢者が多く、従来通りの電話や直接対面での予約方法に慣れており、予約担当職員もLINEからの予約をお勧めすることが満足にできなかった。

成人インフルエンザも接種者の大部分は高齢者であり、同様の結果となってしまった。

小児インフルエンザは予約対象の保護者がLINEを使い慣れているのもあり、職員側も抵抗なくLINEからの予約をお勧めすることができ、導入初年度から高い割合でLINE予約を活用することに繋がった。

また、予約機能以外にも、現在準備段階ではあるが、患者様と職員が公式LINE上で直接個別メッセージのやり取りができる機能もあり、電話回線が繋がりにくい時や、急ぎでない用件の時にはとても便利なツールとなりそうなので、今後積極的に活用していけるよう体制を作っていきたい。

VI. 結論

LINE予約システムを導入したことにより、職員の対応時間は合計4,125分(68.75時間)の削減ができた。

患者様のLINEからの操作も簡単で利便性も高いので、今後さらに利用者を増やしていけるよう周知していきたい。

東洋大学との提携医療機関の仕組みについて ～未来のアスリートを支える～

高島平中央総合病院
医事課 ○佐藤亮馬 岡部隆大

I. はじめに

当院ではスポーツ整形外科として日々地域医療に貢献し多くのアスリートから趣味がスポーツという患者様まで幅広く診療を行っている。東洋大学と連携し患者数増加に向けて行ってきた取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

- ・学生のコンディショニング向上
- ・早期治療・早期発見で学生に貢献
- ・競技によるケガ、私生活による疾病の予防
- ・管理栄養士による食事管理
- ・理学療法士による学生トレーナーの育成

III. 取り組み方法

1. 対象: 東洋スポーツセンター所属の学生
2. 期間: 2024 年9月～
3. 方法:
 - 1) 当院リハビリ科スタッフと連携を図り学生のケガまたは疾病の予防を目的とし当院スポーツ整形外科に紹介。
 - 2) 理学療法士による施術等を肩・肘・膝等東洋大学への出張も含めアスリート学生のリコンディショニングや、予防の為の指示を行い、アスリート学生が結果を出す為のトレーニング方法、及びケガ防止の為の対応をし競技の内容や各アスリートの状況に合わせた日々の食事メニューの考察や指示、管理を行い理学療法士、管理栄養士によるパーソナル対応。

IV. 結果

上記の取り組みにより、スポーツ整形外科への受診をした学生は増加傾向になった。

一度の受診に限らず定期的な受診や管理栄養士による食事管理によってアスリート学生のケガの予防に繋がる事ができた。

表 1

月	9	10	11	12	1	2	3	4
患者数	4	5	7	5	6	4	5	8

V. 考察

スポーツ整形外科医の外来日に限らずアスリート学生の診療をできる体制を整えた。

リハビリ科スタッフと外来事務間で受診調整を行い、学生の診療予約等を入れスムーズな受け入れに繋げた。

VI. 結論

早期発見・早期治療によりアスリート学生のケガや疾病を早期回復に努める事ができた。

導入初年度ということもあり今後は更なるアスリート学生を受け入れ、病院の収益増加に繋がると考える。

排尿自立支援算定の取り組みについて

高島平中央総合病院

医事課 ○星友樹

I. はじめに

2020 年度の診療報酬改定で追加された新規算定項目「排尿自立支援加算」の立ち上げから現在までの取り組みについて報告します。取り組み開始時点での当院での手術件数は平均 170 件/月であり、術後排尿障害を呈する患者が一定数いると考え、2020 年 11 月より排尿自立支援加算算定に向けて、多職種共同によりミーティングを開始した。

II. 取り組み目的

1. 新規算定項目取得
2. 日当点増
3. 術後バルーンの早期抜去・ADL 改善

2021 年 1 月より活動を開始し算定を行っている。

III. 取り組み方法

1. 施設基準の整備
2. 対象患者の抽出
3. 運用方法の策定
4. 算定方法のフロー作成

まず 1.施設基準の整備について排尿ケアチームの結成を行った。常勤泌尿器科専任医師、専任看護師、専任リハビリテーションスタッフの選出を行った。

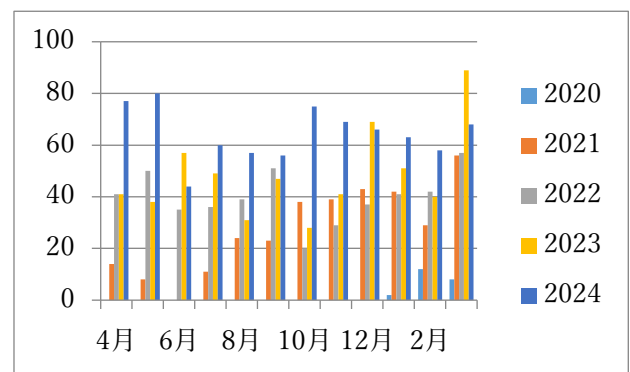
2.対象患者の抽出は医師の助言より、「脳外科術後患者」「脊椎術後患者」「内科患者」を抽出することとした。

3.各病棟の看護師が病床ボードを用いてバルーン留置患者をピックアップし、翌朝排尿ケアチームへ報告を行う。報告に上がった患

者に対して排尿ケアチームが検討し絞り込み診療計画書を作成し、週一回のラウンドで残尿測定し排尿日誌へ記録・評価を行いカルテに記載を行った。残尿測定に関して泌尿器科医師に確認し「ブラダースキャン」が使用しやすいとのことで購入を検討した。

4.算定方法は週一回のラウンドで対象患者の指導記録を電子カルテのテンプレートを使用し、対象疾患名、指導内容、コスト算定ボタンを使用し、カルテへの記載と算定漏れ対策を行った。

IV. 結果



2020 年より集計を開始し 2021 年度は 327 件算定、毎年 100 件以上の算定増加し、2024 年度は 773 件と算定をすることができ年間で 150 万円ほどの増収となった。

また、術後バルーン抜去も早期に行え、平均在院に数短縮にも貢献していると考えられます。

V. 考察

排尿自立支援加算は包括的排尿ケアを行った場合に週に1回、12週を限度として算定可能であり、且つ退院後外来でも継続して治療を行う場合は12週まで算定可能である。

算定開始前の試算では2020年7月～9月までの対象患者を想定し、6万円/月の増収が見込まれ、今後も対象患者が増えていくと想定し、残尿測定器の購入金も早期に回収できると考えられた。

各病棟の担当看護師が排尿困難な患者を随時排尿ケアチームへ報告を上げている為、早期介入が行えて漏れなく算定に紐づいていると考ええる。

VI. 結論

2020年1月より排尿自立加算算定開始し、順当に算定件数を伸ばすことができた。各病棟担当看護師から排尿ケアチーム、医師、医事課算定までの流れを一貫して作ることにより介入患者の算定漏れをなくすことが出来たと考える。しかし、入院中患者について算定は行えているが、現在では外来排尿自立支援加算の算定が行えていないため、退院後外来へ引き続き算定することが課題であると考えます。

予防医学 件数増加に向けて

高島平中央総合病院

医事課 ○星野佑実

I. はじめに

当院では区健診・乳腺ドック・脳ドック・野球肘・骨粗鬆症ドック・野球肘ドック等の予防医学の件数増加の取り組みについて報告する。その中で一番力を入れている区健診の受診者獲得に向けての活動を報告する。

II. 取り組み目的

- ・区健診を通して病気の早期発見
- ・早期治療をし、保険診療につなげる
- ・早期発見・早期治療で地域へ貢献
- ・自費診療の充実・病院の増収
- ・区健診を通してドックの宣伝

III. 取り組み方法

1. 院内へ広報

- ・院内ポスターの掲示による広告
- ・外来患者様へのチラシの配布
- ・主治医からの声掛け

2. 院外へ広報

- ・LINE 予約の開始 (Next 診療)
 - ・当院周辺に実施期間等を掲示した看板の設置
 - ・健診担当医師や医事課他部署合同での公開講座の開催
 - ・近隣施設と連携した健康フェアでの事前予約
 - ・2年間に受診された板橋区在住の国保・生保の方にショートメール (2024 年 6 月・2025 年 6 月)
- #### 3. リピーター獲得
- ・去年受診した患者様に対して、事前にDM郵

送 (2024 年 6 月 8 月・2025 年なし)

- ・閑散期 7 月 8 月 9 月のオプション検査の価格変更 (30%割引)

- ・ドックの割引チケットの配布

4. 統計データによる予約枠数の設定変更

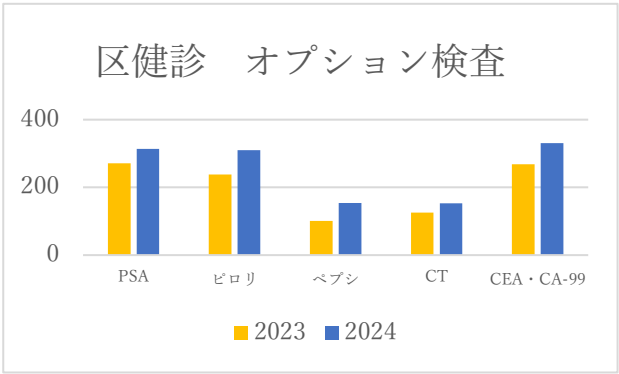
- ・日曜日の開催 (統計により、月を変更)

IV. 結果

上記の取り組みにより、受診者は増加せず。オプションの価格変更期間は去年と比べ、PSA 検査 18 件増加、ピロリ菌検査 50 件増加、ペプシノーゲン検査 47 件増加、内臓脂肪 CT33 件増加、CEA・CA-99 68 件増加。



	6月	7月	8月	9月	10月	11月
2023年	773	442	337	579	819	794
2024年	741	410	312	533	797	830
2025年	672					



検査	PSA	ピロリ菌	ペプシ	CT	CEA・CA-99
2023年	271	238	101	126	268
2024年	314	310	154	153	331

V. 考察

2024 年から開始しているオプション検査の割引の実施は、区健診受診者全体の件数は増えていないことを考えると、区健診全体の件数を増やす為には有効ではないことが分かった。

しかし、オプション検査 7 月 8 月 9 月の金額変更・ドックの割引チケットの有効期限はオプション検査の件数やドックの件数が増加した。

幅広く送信することのできるショートメールはあまり効果がなく、直接送る DM の効果の方が高いことが分かった。

VI. 結論

- ・期間を設けることによって件数増加につながる事が分かった。
- ・区健診・ドックで件数増加させる効果が高いものは継続していく。
- ・今までの広報は区健診受診者の件数増加には繋がらず。今後どのように新規獲得していくか、再度考える必要があることが分かった。

上部内視鏡検査実施件数増加へ向けて

高島平中央総合病院

医事課 ○瀧口大地

I. はじめに

当院では消化器科にて、上部内視鏡検査を実施している。

上部内視鏡検査実施件数が年々減少している傾向にあり、予約枠数に対して検査実施件数が令和6年度は72.5%であった。この状況を打開すべく、今年度目標を実施件数80%以上に掲げ、目標を達成するために問題点の洗い出しを行った。話し合いで上がった問題点は下記のとおりである。

1. 従来では、内視鏡検査の予約をするには事前に来院いただき一度診察をしていた。そのため、診察の待ち時間がかかり患者離れに繋がっているのではないか。
2. 患者によって生活環境も異なっているため、状況にあった予約方法を考えられないか。

II. 取り組み目的

- ・上部内視鏡検査実施件数増加
- ・上部内視鏡検査件数増加に伴う手術治療件数増加
- ・他院からの紹介患者獲得
- ・定期フォロー患者の継続通院率増加

III. 取り組み方法

1. 対象: 外来受診患者
2. 期間: 令和7年6月～
3. 方法:
 - 1) 電話予約のフロー作成
 - 2) 院内掲示作成・ホームページにて掲載
 - ・院内ポスターの掲示による公告
 - ・ホームページのトップに掲載
 - 3) 医師より声かけ
診察時に定期検査指示があった場合は、電話予約ができるようになった旨薦める。
 - 4) 医療連携室の広報
他院で内視鏡検査ができない場合に、診察で事前の来院をせずに検査予約ができるようになった旨広報する。

4. 分析方法:

月毎の上部内視鏡検査の実施件数を令和6年6月と令和7年6月で測定し比較する。

IV. 結果

今回の取り組みを実施した結果、令和6年6月の上部内視鏡検査実施件は145件に対して、令和7年6月は155件と検査件数を増加させることができた。

月で10件の実施件数増加が見込めたため、今回の取り組みの患者・他院に対する認知が拡大すれば毎月継続して検査実施件数及び他院からの紹介患者獲得にも繋がられることが見込まれる。

V. 考察

検査予約を電話で取れるようにしたことにより、事前に受診する手間・時間などが省くことができた。そのため、受診に対するハードルが下がったため予約件数・胃カメラ実施件数増加に繋がったと考えられる。特に、新患・紹介患者・胃がん検診受診者は事前の診察予約を受け入れていなかったため、その層を今回受け入れできるように体制を整えたことが検査実施件数増加に大きく貢献したと推察される。

当院では、板橋区健康診査の予約を LINE・電話と来院以外にも取り入れている。胃がん検診予約も同時に電話で取れるようになった事で、より検診受診と併せて胃がん検診も受けてもらえるような流れを構築できたと思う。

今後も引き続き、事前の電話予約を継続していくことで、上部内視鏡検査に加え下部内視鏡検査の

実施件数増加・他院からの紹介患者増加やリポートして再受診に繋げて行くことが期待できる。

VI. 結論

これまでは、上部内視鏡検査の予約のために一度来院・受診の案内になっていたが、今回の電話予約を開始したことにより患者の待ち時間の減少、新規患者の獲得ができたことを実感した。

現在、上部内視鏡検査の予約方法として電話予約のみであり対応できる時間も日中のみの対応のため限りがある。今までより新規患者獲得や定期フォロー患者の継続受診確保にはウェブ予約等にて 24 時間体制で受けられるようにするなど時代のニーズにあった対応をしていくことが今後の課題である。

再審査請求に対する意識の向上 ～外来再審査件数を増加するために～

高島平中央総合病院
医事課 ○渡邊奈央

I. はじめに

昨年度、外来再審査請求件数が 102 件、平均 8 件/月であった。当院の施設目標として「健全経営のための安定収入確保」を掲げており医事課として医師や看護師、コメディカルが行った医療行為を 10 円でも多く収入になるか考える事が重要である。そこで保険請求後、査定された内容をそのまま受け入れる事はせず積極的な再審査請求が必要と考える。

今回は、外来再審査請求件数が上がるための取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

当院では外来レセプト請求の査定内容を確認、報告する”減点担当者”が診療科ごとに決まっており、再審査請求できるかどうかを判断するのが担当者のみとなっていた。昔から使用している外来減点報告書があり統一されているマニュアルはない状態である。そのため、外来減点件数が毎月 200 件前後あり全診療科の減点内容を把握し再審査請求できるか精査するのが難しかった。今までの報告方法、共有方法を変えることで外来職員一人一人の再審査請求に対する意識と業務効率の向上を目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 外来レセプト請求分の減点内容
2. 期間: 令和 7 年 4 月～
3. 方法:
 - 1) 外来減点報告書を変更し視覚化する
 - ・減点報告書に再審査請求件数をカウント

できるようにし、各診療科が毎月何件再審査請求をするか共有できるようにする。

・減点理由の中で事務的減点がわかるように「算定誤り(理由)」「病名不足(○○○)」と全診療科統一することで、その他は再審査請求できる可能性があり精査を促すようにする。

2) 外来減点報告書マニュアルの作成

診療科ごとで統一されていなかった報告方法をマニュアル作成し統一する。

3) 医事課勉強会での全体共有

外来減点内容を月 1 回医事課勉強会で全診療科の減点内容を報告する。

IV. 結果

各担当者から報告された再審査請求件数の合計が 4 月 23 件、5 月 29 件、6 月 27 件であった。6 か月以内に再審査請求するため、減点報告書作成時は予定のものを含んでいる。

表 1

R7 年度再審査請求件数				
	4 月	5 月	6 月	月平均
請求済み件数	6 件	14 件	10 件	10 件
請求予定報告件数	23 件	29 件	27 件	26 件

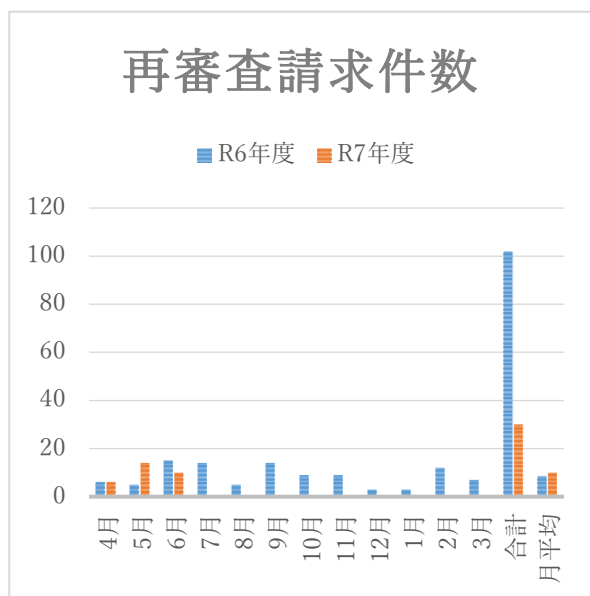


図 1

V. 考察

外来減点報告書を変更した事で再審査請求予定の件数が増加した。再審査請求するために医師へ確認等で作成時間を要することもあり実際の請求件数との差はあるが今後再審査請求件数の増加に繋がると考える。

「算定誤り」「病名不足」による事務的減点以外は再審査請求できる可能性があると考え精査を担当者へ促すことができ全体の減点内容確認がスムー

ズになった。今までは各診療科が何件再審査請求を行っていたか表記せず減点報告のみが行われていたが、再審査請求件数を全体に共有する事で担当者の意識向上に繋がったと考える。

今後は再審査請求予定のものを6か月以内に請求できているか確認し、責任感を持って再審査請求を取り組んでいく必要がある。

VI. 結論

今回の取り組みを通して外来職員一人一人に再審査請求に対する意識向上につながったと考えている。毎月減点報告をただ期限内に作成するものではなく、“事務的減点件数”や“再審査請求件数”を見えるようにし全診療科へ共有することで他科と比べる事ができ意識的に再審査請求できるか検討し、減点対策に取り組めるようになった。

マニュアルを作成した事で全体の減点報告書の内容が統一化され減点理由が把握しやすくなり、全体へ再審査請求への呼びかけも楽になった。

今回は再審査請求に対する意識向上につながったため今後も継続していきたい。今後は、再審査請求“予定”ではなく、実際の再審査請求件数増加に繋がるように努めていく。

定期健診における未受診者減少の取り組みについて

各健診施設との情報共有の重要性

高島平中央総合病院

総務課 ○鳥居聖

I. はじめに

当院では定期健康診断を毎年4月～8月間で実施している。

しかしながら、例年、受診勧奨を行っても一部の職員が受診しないまま期間を過ぎてしまうケースが後を絶たず、最終的に未受診のまま新年度を迎えてしまうという問題が発生している。特に、特定業務従事者については、年内に2回目の法定健診を実施する必要があるが、その時期が定期健診の実施期間と重複することで、最終的に「未受診」となるケースが多発している。

さらに、健診の受診状況については、全体の受診済者数および未受診者数を正確に把握することが困難であった。その為、受診済者や未受診者の最終的な数が追えず、労働基準監督署への健診実施報告時や各種監査が実施される際の受診率が低くなり、指摘を受けることもあった。今回、これまでの課題を整理し、今後の改善に向けた具体的な取り組みとその効果について検討する。

II. 取り組み目的

本取り組みの主たる目的は、定期健康診断の実施期間内における受診済み人数を可能な限り増加させるとともに、たとえ期間を過ぎてしまった場合でも最終的に「未受診者」として残ってしまう職員を減らし、健診受診率の向上を図ることにある。そのため、受診勧奨をこれまで以上に効率的かつ的確に行う体制を整備する必要があると考えた。

特に、健診実施期間内に受診予約が確認できていない職員を早期に特定し、個別に受診勧奨を行うことで、期間内の予約取得と受診完了を促進することを目指した。また、これまでのように健診期間終了

後に受診状況の確認作業を行うのではなく、実施期間中からリアルタイムで進捗を把握し、先回りして対応を行うことで、未受診リスクを最小限に抑えることを重要な目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象：各年度開始日(4月1日)時点の社会保険加入者および年度途中の加入者
2. 期間：令和5年度から令和6年度
3. 方法：

- 1) 各健診施設より毎月の予約者データを共有していただく。
- 2) 各健診施設より毎月送付される健診結果控えを遅滞なく入力する。
- 3) 7月初旬より8月中に予約が確認できない職員に対して受診勧奨の連絡をする。
- 4) データの形式に違いがあることによりデータを取得できない健診施設へ健診結果の控えの送付依頼をする。

4. 分析方法：

年度初めに作成した対象者リストに予約日をその都度入力し、8月末までに予約が入っていない職員を抽出する。

年度終了後最終受診率を算出し、前年度と比較する。

IV. 結果

結果は下記の通りとなった。

尚、未受診者には年度内退職者・休職者等を含んでいる。

	対象者数	年度内受診済者	年度内未受診者	最終受診率
令和5年度	560名	514名	46名	91.7%
令和6年度	575名	518名	57名	90.0%

※令和3年度最終受診率:87.5%

令和4年度最終受診率:84.8%

例年80%台の受診率だったところ、取り組み開始後は90%台の受診率に引き上げることができた。

V. 考察

令和5年度と令和6年度の健診実績を比較した結果、いずれの年度においても健診受診率が90%を超える水準で推移していることが確認できた。目標として掲げていた受診率100%の達成には至らなかったものの、各健診施設から定期的に予約者情報を取得し、それをもとに状況を把握・分析することで、未受診者を早期に発見し、速やかに受診勧奨を行う体制を整えることができた点は大きな成果であった。

特に、健診実施期間内に未受診の職員をタイムリーに抽出し、個別に受診を促すことで、従来よりも早い段階で対応が可能となり、最終的な受診率の向上とその維持に大きく貢献したと考えられる。また、こうした情報の可視化と適切なタイミングでの介入は、健診の重要性に対する職員の意識向上にもつながったと推察される。

今後も引き続き、リアルタイムでの情報管理と迅速な対応を継続することで、受診率の更なる向上と、最終的な未受診者ゼロの実現に向けて取り組んでいく必要がある。

VI. 結論

健康診断を各健診施設で実施している以上、当院だけで未受診者の抽出・受診勧奨をしていくことは担当者の業務過多につながり、非効率であった。各健診施設と情報共有をして、職員健診の受診率の増加・未受診者への受診勧告を双方で行っていくことが重要である。

次年度以降も取り組みを継続して高い受診率の安定化を図っていく。

医療職採用におけるポスティング活用の有効性と課題 ～デジタル時代におけるアナログ戦略の有効性～

高島平中央総合病院
総務課 ○長内里奈

I. はじめに

近年、医療業界における慢性的な人材不足は深刻さを増しており、看護職員に限らず、看護補助者や医療事務職員といった医療提供体制を支える多職種で安定的な人材確保が課題となっている。特に中小規模の医療機関においては、採用市場における競争が激化し、従来のオンライン求人媒体や人材紹介のみでは、十分な応募が得られにくくなっている。このような状況を踏まえ、当院では地域に根ざした採用手法として、ポスティング(戸別配布型の求人チラシ)を導入し、地域住民や潜在的求職者への直接的な情報発信を試みた。本手法はインターネットを利用しない層や既存の転職市場に登録していない層へのアプローチが可能であり、新たな母集団形成の一助となる。

また、看護補助体制加算および医療事務作業補助体制加算の算定には該当職種の安定確保が不可欠であることから、地域密着型の採用活動は加算体制の維持・強化に資する重要な取り組みと位置づけられる。

本発表では、当院におけるポスティングを活用した採用活動の実践と成果を報告し、その効果および今後の人材戦略への示唆を検討する。

II. 取り組み目的

本取り組みは、医療人材の確保が年々困難化する中で、従来の求人媒体では接点を持ちにくい層への情報発信を目的に、ポスティングによる地域密着型の採用活動を実施し、その効果を検証するものである。看護補助者や医療事務職員に加え、リハビリ助手や厨房補助者なども対象とし、地域住民への直接的な情報提供を通じて、応募促進

や病院認知度の向上、さらには当院への理解促進にどのように寄与したかを明らかにすることを目的とする。

III. 過去4回 実施内容・分析方法

【第1回】(2024年2月1日～17日)

- 募集職種: 栄養科厨房補助者
- エリア: 高島平1丁目・2丁目・9丁目
- 配布部数: 13,900部

【第2回】(2024年7月1日～17日)

- 募集職種: 医事課非常勤スタッフ
- エリア: 坂下1～3丁目・東坂下2丁目・蓮根1～3丁目
- 配布部数: 13,600部

【第3回】(2025年2月6日～15日)

- 募集職種: 看護補助者・厨房補助者
- エリア: 西台1丁目・赤塚5丁目・8丁目
徳丸2丁目・5丁目・6丁目・高島平2丁目
- 配布部数: 14,000部

【第4回】(2025年5月31日～6月9日)

- 募集職種: 看護補助者・総務課受付スタッフ
- エリア: 西台1丁目・赤塚5丁目・8丁目
徳丸2丁目・5丁目・6丁目・高島平2丁目
- 配布部数: 14,000部

【分析方法】

過去4回のポスティング実施結果をもとに、応募・採用実績およびコストから費用対効果を算出。あわせて、同期間に並行して実施していたWeb媒体(ハローワークおよび当院公式HP)への同一求人内容の掲載結果と比較・分析を行った。

IV. 結果

(1) 4回のポスティング施策における費用・応募者数・ROI(1人あたりの広告費用)を算出し、最も高い費用対効果を基準として相対的に比較した。(図1)棒グラフは応募者数、折れ線グラフは費用対効果(%)を示している。

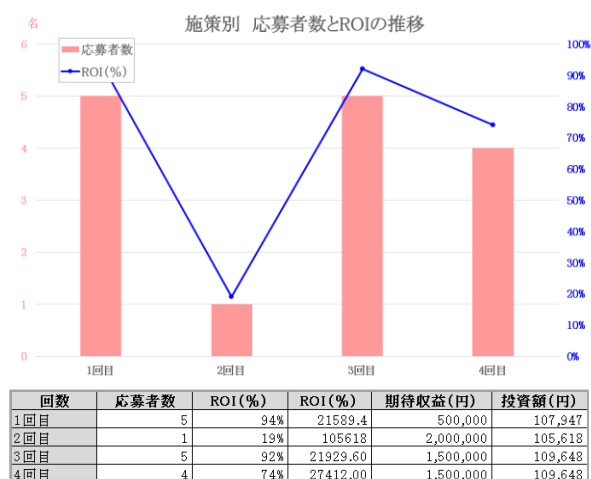


図1: 応募者数とROIの推移

ROIが最も良好だったのは3回目・4回目であり、いずれも1人あたりのコストは約27,000円、費用対効果は100%。対照的に2回目は応募が1名にとどまり、ROIは約105,000円、相対効果26%と他と比較して非常に低い結果となった。

(2) ハローワーク・公式HPとの比較

R7年度の(3回目・4回目)では看護部門で2~3件見られ、ハローワーク経由を上回った。公式HP経由の応募も少数確認されたが、主に事務部門である。(図2)

	ポスティング			ハローワーク			公式HP		
	看護	事務	厨房	看護	事務	厨房	看護	事務	厨房
R6.2.1~17			5	0	0	1	0	2	0
R6.7.1~17		1		0	0	1	1	0	1
R7.2.6~15	1	1	3	0	1	0	0	1	0
R7.5.31~6.9	2	1	1	0	5	1	0	0	0

図2: 採用媒体別・応募者数の推移と比較

V. 考察

同一費用でも効果に差が見られ、広告内容や配布時期が影響した可能性がある。

ポスティングはWeb媒体にアクセスしにくい主婦層・中高年層に有効であり、地域密着型の採用手法として有用性が示された。

特に第1回・第3回では応募数・ROIともに高く、限られた予算内で効率的な人材確保が可能であることが確認された。

また、看護職ではポスティング、事務・厨房職ではHP応募が比較的多いなど、職種ごとに最適な媒体が異なる傾向も見られた。

第2回の低ROIは掲載内容や配布時期などが影響したと考えられ、今後はそれらを踏まえた改善が必要である。

VI. 結論

本取り組みでは、ポスティングを活用した採用活動の効果を検証した結果、特に看護職において有効な手段であることが示唆された。全4回のうち第3・4回ではROIが高く、安定した応募を獲得しており、地域密着型の施策として有効性が確認された。応募者の多くは近隣住民で、「家から近い」「病院を知っていた」といった動機が多く、面接辞退も少なくマッチ度の高い採用につながった。一方で、ポスティング単独では母集団形成に限界があるため、ハローワークやWeb媒体と併用することで応募層の拡大が期待できる。媒体ごとの反応差から、職種や地域特性に応じた媒体選定と訴求方法の工夫が今後の課題である。また、同一媒体でも配布時期やエリアによって効果に差が見られたことから、今後はデータ分析を通じて最適化を図る必要がある。以上より、採用活動には従来の媒体に依存せず、地域特性を踏まえた柔軟なアプローチが重要であり、ポスティングはその有効な手段の一つとして継続的に活用していく方針である。

物品管理委員会設置と医療材料切替について ～拙速より巧遅～

高島平中央総合病院
総務課 ○鈴木仁士

I. はじめに

近年、世界情勢の不安定化により、物価高騰の煽りを受け、諸ディーラーから提示されている医療材料の納入価も上昇の傾向にある。病院経営において医療原価費の占める割合は大きく、当院では経費の4分の1程度が医療原価費として計上されている。こういった背景の中、医療原価費の圧縮については議題に上ることが多く、総務課物品担当では材料の切替・使用方法の工夫・ディーラーとの値引き交渉、など様々な方法で経費削減に取り組んでいる。

II. 取り組み目的

当院では、同種同効品でかつ安価なものを選定すれば、現場にもディーラーにも負担をかけずに効果を見出せる【材料の切替】について最も注力している。しかし、事務方のみで行っている当該作業は、その専門性の高さから難航することが多く、担当の無理解、不勉強なども相まって、材料の切替に際して度々トラブルが発生することがあった。同種同効品と謳いながらディティールに差があり、導入して初めて診療に用いることが出来ないと分かった、などである。また、過度に安価な製品は「安かろう、悪かろう」であることが多く、そういった性質の材料を現場に導入するとインシデント発生や職員のモチベーションの低下にもつながる。作業難易度の高さは属人化にも繋がり、多少時間がかかるようになって作業の易化が必要と考え、作業のフロー化または委員会を立ち上げ多職種にて可否の判断を行う(委ねる)ようにしたので報告する。

III. 取り組み方法

1. 対象:SPD 上にて 2024 年度以降に材料定数切替を行ったもの
2. 期間:2024 年度以降
3. 方法:従来の材料切替の方法に対し以下のような手順の改訂を行った。
 - 1)切替の可否について総務課担当者ではなく委員会(物品管理委員会)を別途設置し、個人の判断ではなく会議上で判断する
 - 2)材料切替要望について受付を口頭ではなく書面に統一する
 - 3)経費削減効果を使用部署にフィードバックする。

IV. 結果

上記手順の適応が効果的であったと思われる事例2件について報告する。

1. 気管挿管チューブ

当院では各階救急カートに気管挿管チューブを常設している。メーカーの変更を総務課より提案しており、現場へのサンプリング時には使用感などは変わらず、問題はなかった。しかし、委員会に諮問をしたところ病棟師長と医療機器管理の間で包装について懸念点があると指摘があった。

従来品は一包化されており、提案品は個包装であった。従来品であれば挿管チューブとスタイレットが一包化されているため、緊急時看護手順にて開封手順は1つであったが、個包装になると手順が変更になるため、手順そのものに見直しが必要であることがわかった。現場だけでなく病棟管理者、機器管理者の複数の視点だからこそ見出すことが出来た例と考える。

2. 泌尿器用カテーテル・採尿キット

当院では当該キットは全てラテックスフリーを採用しているが、泌尿器科医師よりラテックス製・非ラテックス製の使い分けの提案があり切替の検討を行った。また、DPC 内で用いる製品は、ラテックス製を、DPC 外(手術など)で用いる製品はシルバーコーティングされているものを採用することで、包括外で用いる材料の償還区分をⅡ型からⅢ型に上げることを目論んでいた。どちらも医師・事務方にて切替を押し進めていたが、ラテックス・ラテックスフリー・シルバーコート の 3 製品を配置することについて委員会にて指摘があった。状況に依る物品の使い分けは最小限に留めたいという医療安全からの指摘があり、委員会にてそれに同意し、採用は見送りになった。経費削減と安全性のトレードオフについて、妥当性を多職種にて検討できた例であった。

V. 考察

委員会の立ち上げ以来、材料切替手順が増えたことでかかる時間は大幅に増えることになった。だが、切替それぞれの質を高めることが出来たと考える。令和 6 年度経費削減報告書において、医療原価低減としては 604 万円の削減を実施することが出来た。令和 5 年度実績は 381 万円であり、より効果が高い材料切替が実施出来ている。総務課担当者レベルでの個人プレイではなく、多職種が参加する委員会によって材料切替の是非を検討することで成し得た結果だと考える。

VI. 結論

従来、材料の切替は現場担当者どうし打合せが行われており、決定事項をいわば一方的に周知するようなフローになっていた。事務方から見れば、切替自体はスムーズに行うことが出来ていたが、切替後の現場の実態は、実は使いにくさや周知不足による混乱など、そういった危うさが内包されていた。また、なりふり構わず経費削減を押し進めることは時として、他職員から見れば押金主義的な行為に映ることがある。切替後、実際に材料を業務にて使用するのは医師・看護師・パラメディカルであることを念頭に置く必要がある。多職種でゆっくりと時間をかけ検討することで、インシデントや院内の不和の種を一つずつ潰し、より効率性の高い経費削減に取り組めるようになったと感じている。病院の健全経営に経費削減は必須であり、これからも質の高い材料切替を行っていきたい。

止まらない運用、止めた保守契約 iRad-OT サーバーの見直しで得たもの

イムス東京葛飾総合病院
医事課 ○和田悠希

I. はじめに

近年、医療機関では情報システムの多様化・高度化に伴い、維持管理にかかる保守費用が増加している。当院では放射線科部門システムの保守費用（カテ動画サーバー・カテレポート・iRad-OT サーバー）が年間¥4,765,200 発生していた。当院でも運用コストが支出を圧迫する要因となっており、維持可能な IT 運用体制の構築が求められていた。そこで、システム保守費用の削減を目的とした見直しを行い、コストと機能の最適なバランスを模索した。

II. 取り組み目的

運用の効率化と維持可能な IT 基盤構築を図るべく、既存契約の見直しおよび保守内容の適正化による保守費用の削減を目的とした取り組みを開始した。

III. 取り組み方法

1. 対象:iRad-OT サーバー(整形レポートシステム)
2. 期間:令和 6 年 6 月～(見直し対象となった期間)
3. 方法:
 - 1)関係部署へのヒアリング
契約内容や運用実績を踏まえて、医師・放射線科との協議を実施。
 - 2)サーバー保守契約の解除
障害対応時の体制を院内で整理し、保守契約を解除、故障時のみのスポット対応への切り替えを実施。
- 4.分析方法:

保守契約を結んだ場合と保守契約を結ばなかった場合の保守費用の比較を行う。

IV. 結果

過去の対応台帳より iRad-OT サーバーの不具合履歴を見直した結果、平成 29 年 5 月から令和 6 年 5 月までの 7 年間で故障による修理実績が無かったことが判明。

医師へ相談のうえ、故障時もスポット対応で業務に支障がないと判断し、契約を解除。結果、年間 ¥675,000 の削減を達成した。

院内の運用体制を見直したことで、外部保守の必要性を低減し、安全かつ安定した運用を維持できている。

V. 考察

今回の iRad-OT サーバーの保守契約を見直しは、保守の実態とコストのバランスを再評価する好機となった。契約を解除しても、院内対応体制を構築することで、安定した運用が維持されている。現時点では、対象は限定的だが、個別の運用実態に応じた見直しが有効であることを示す結果となった。

VI. 結論

iRad-OT サーバーの保守契約を解除し、スポット保守へ切り替えることで年間 ¥675,000 の削減を達成した。

本取り組みは、契約の適正化によって費用削減と安定運用を両立できることを示した好例である。今後も定期的な見直しを行い、全体最適を意識した情報システム運用を推進していく。

機能評価係数Ⅱ向上に対する取り組み カバー率係数向上

イムス東京葛飾総合病院
診療情報管理室 ○熊谷佳奈

I. はじめに

機能評価係数Ⅱに関して診療報管理室として大きなアクションを行えていなかった。

そのため診療報酬改定があり、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数は年 12 症例以上の症例の実績で評価され、評価対象症例数がなければ今後の係数向上を見込めないため、まずはカバー率係数向上に向けた取り組みを行うことにした。(図 1 は 2024 年度各機能評価係数比較レーダーチャート)

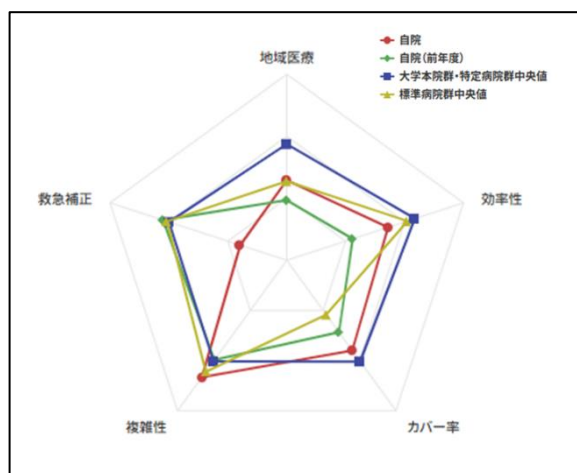


図 1

II. 取り組み目的

目標は、昨期(2022 年 10 月～2023 年 9 月)のカバー率係数 0.01800 以上を獲得することとした。この目標を達成するため、昨期の 12 症例以上 DPC コード件数 97 件に対して、昨期 11 症例 DPC コード件数 11 件分を追加した 108 件を今期(2023 年 10 月～2024 年 9 月)の 12 症例以上 DPC コード件数として設定した。

また、関わる部署にカバー率係数について聞き取り調査を行ったところ内容を理解している一般職は少ない結果であったため理解を深めることを課題

とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:MEDI-ARROWS より抽出したデータ
2. 期間:2023 年 10 月～2024 年 9 月
3. 方法:
 - 1)DPC 委員会時に 2023 年 10 月～現在の 12 症例以上に間近な 9～11 症例疾患を抽出し、主な診療科、疾患名を記載したリストを作成し配布した。
 - 2)各診療科の医師へ上記の資料を元に患者獲得へのアプローチを行った。
4. 分析方法:MEDI-ARROWS より抽出したデータを年度毎に件数比較

IV. 結果

2023 年 10 月～2024 年 9 月におけるカバー率係数は 0.01840(前年比+0.00040)であり、目標達成した。12 症例以上 DPC コード件数は 107 件(前年比+10 件)であり、設定した件数にはわずかに至らなかった。

また、今後もカバー率係数に限らず参考にするために内容を一部追加、変更した上で定期的な共有依頼もあった。

V. 考察

目標を達成した事や配布部署からのレスポンス内容からも、定期的な情報共有は有用であったと考えられる。

また、今後も引き続き情報共有を行っていくと共に今回 12 症例間近の資料内容が DPC コード・名称・当院で多い主な病名のみの簡潔的なものであったため今後、ARROWS で抽出するのみではなく、使用薬剤・術式等より詳しく見やすいように資料を作成する必要がある。

VI. 結論

劇的な変化とはいいがたい結果ではあったが、目標達成と今までの数値と比較を行っても改善の結果となった。

今回目標達成にいたったのは他職種と連携できたためである。効果的な活動のためには、引き続き他職種と連携しての取り組みが不可欠である。

带状疱疹ワクチン接種促進活動について

带状疱疹ワクチンの接種期間を逃さないために

イムス東京葛飾総合病院
健康推進室 ○伊藤志保

I. はじめに

带状疱疹は誰にでも起こりうる病気と言われている。日本人成人の90%以上が带状疱疹を発症する可能性があり、特に50歳代から発症率が高くなる。80歳までに約3人に1人が発症すると言われており決して珍しい病気ではない。今年度より带状疱疹ワクチン定期接種の開始となったが、定期接種による公費負担を受けられる機会が生涯に一度だけに変更になったことから、地域住民の方が接種の機会を逃さない為に健康推進室として促進活動を行った。

II. 取り組み目的

地域住民の方が带状疱疹ワクチンの定期接種の機会を逃さない為のご案内、接種者の確保、収益の増加を目的とし取り組みを行った。

III. 取り組み方法

1. 対象: 葛飾区在住もしくは都内在住の患者様
2. 期間: 2025年4月26日から6月20日まで
3. 方法:
 - (1) 広報担当者協力の元リーフレットを作成し院内掲示および、新たに2階の検査待ち合いにリーフレットスペースを設置した。
 - (2) 葛飾区健康診査を当院で受けたことがある4,121人に対し、区健診の案内DMに同封、郵送をした。
 - (3) 入院書類一式に同封し、入院患者へ配布をし、受診勧奨した。
 - (4) 予約日より3日前の17:00以降にキャンセ

ルをした場合、2日前から1日前までの間にキャンセルした場合50%、当日キャンセルの場合は100%キャンセル料が発生するルール付けし、予約時に患者様に告知をする事にした。

- (5) 製薬会社主催の带状疱疹ワクチン説明会に健康推進室職員が参加し知識の向上を図った。

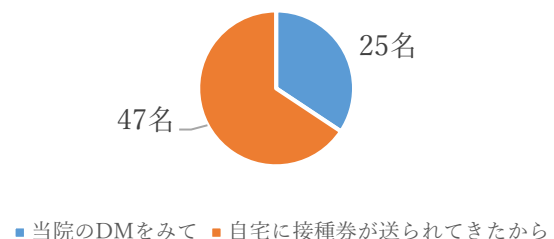
4. 分析方法:

接種で来院された際に予約に至った経緯の確認を行った。

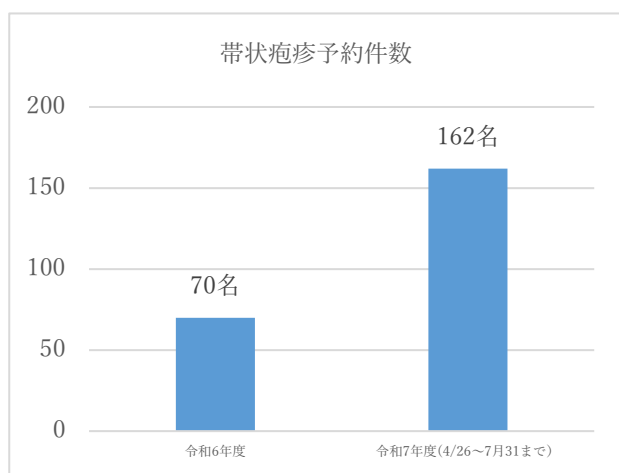
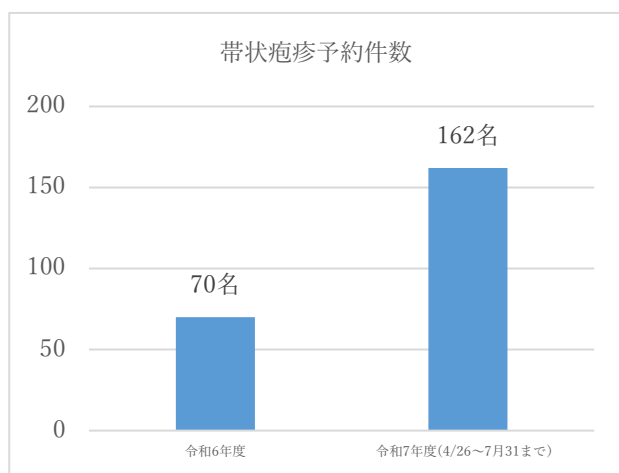
IV. 結果

- (1) 25名が当院のリーフレットを見て予約をされ、自宅に接種券が送られてきたから予約をした方が47名となった。

当院で接種をするきっかけ（該当者72名）



実際に4月26日～6月20日までは72件、合計1,584,000円の収益となった。2024年8月よりWEB予約も取れる様対応しているが、2025年6月20日までで17名の予約があった。



(2) キャンセル料を提示する事で、予約患者様の接種率は 100%となった。体調不良でキャンセルを申し出た患者様 3 名に対し、1 か月以内に接種頂けるのであればキャンセル料は頂かない旨を伝えたと、日程を変更され、後日接種が完了した。

(3) 6 月に製薬会社主催の带状疱疹ワクチン説明会があり、患者様よりご質問が上がる事予想される事例とワクチンの効果や副作用などワクチンに対する知識が深まった。実際に患者様より带状疱疹になった事があるが、ワクチンを打った方がいいのか？带状疱疹罹患後にどのくらい期間を開ければ接種をしてもいいのか？ワクチンの効果はどのくらい持続するか？など接種に対する不安の問い合わせに対し的確な案内ができ、予約に結び付いた。

V. 考察

(1) 当院リーフレットを見て予約に繋がったケースが 72 名中 25 名おり、34%を占めた。WEB予約は 2024 年 8 月から 17 名と伸び悩み、葛飾区の 65 歳高齢者比率が 24.5%と多い事から、紙媒体の案内が好まれる傾向にあると感じた。また 4 月 26 日より取り組みを実施してから 7 月末まで 162 件の予約が入っており、合計 3,564,000 円の収益が見込まれる。前年度は 70 件接種しており、売り上げとして 1,540,000 円で前年度より 2,024,000 円の増収が見込まれる。

(2) ワクチンに対しキャンセル料を提示する事に抵抗があったが、提示をしたことでキャンセルが減り、接種者も確保でき、ワクチンも無駄になる事がなくなったため、有効的と考ええる。

(3) 带状疱疹ワクチンを理解されていない方からの問い合わせが非常に多く、ワクチンの種類、予防効果、接種期間、副作用、禁忌事項など詳細を説明する事でご理解頂き予約をする事ができた。自院で扱うワクチンについて担当部署として書面だけで理解するのではなく、製薬会社や薬剤師にレクチャー頂き知識をつける事は必要不可欠と実感した。

VI. 結論

葛飾区の 65 歳高齢者比率が 24.5%と多い事から、紙媒体の案内が好まれる傾向にあると感じた。引き続き紙媒体を活用し、平行して WEB の需要を高めることを課題とする。健康推進室として地域住民の健康管理に積極的に携わっていきたい。

レセプト点検ソフト導入の効果について

～知らなきゃ損するこんな事やあんな事～

イムス東京葛飾総合病院

医事課 ○三浦尚悟

I. はじめに

当院は、葛飾区にある急性期、回復期を有し、病床数 377 床、入院数約 550 件/月、ベッド稼働率年平均約 98%の病院である。入院レセプト約 800 件/月を医事課入院係 11 名で対応している。

2024 年 11 月に増床を控えていたにも関わらず、レセプト点検ソフト導入検討時期と同時に入院係の役職者・ベテラン職員が相次いで退職、その上 3 年目未満の職員が 8 割以上を占めていたので、指導・育成が追いついていない状況であった。レセプト期間中の残業時間も非常に多く、入院係 1 人当たりの負荷が増える中で請求の精度を上げるどころか、業務に追われる日々が続いていた。

限られた人材・人数での業務対応に苦慮する中でレセプト点検ソフト(AI レセチェッカー)の試験導入の機会を頂き、実務に取り入れた結果について報告する。

II. 取り組み目的

レセプト点検ソフトを導入し、質の向上・業務の効率化を目指す。

1) レセプト残業時間の削減

深夜までの業務をなくす。

2) 決められた人数で質を下げずに業務を遂行する

限られた人材・若手職員でも業務を円滑に一定レベルでできるような仕組みを作る

III. 取り組み方法

1. 対象:入院レセプト

2. 期間:2023 年 9 月 ～ 現在

3. 方法:

1)レセプト点検ソフトの仕組みや使用方法を

周知する

・病名漏れ・算定誤りのチェック

・コーディングの再検討

・負担金誤りの確認

2)スケジュール表を作成し、予定通りにレセプ

トが進むよう管理

4. 分析方法:

毎月下記の内容を確認する

1) 残業時間の確認

入院係の残業時間数

2) 減点の確認

減点の増減傾向の分析

IV. 結果

1) 残業時間

経過とともに長時間残業する職員も減り、全体的に残業時間の削減につながった。

増床によって業務量は増加したが、レセプト残業への影響はほぼなかった。

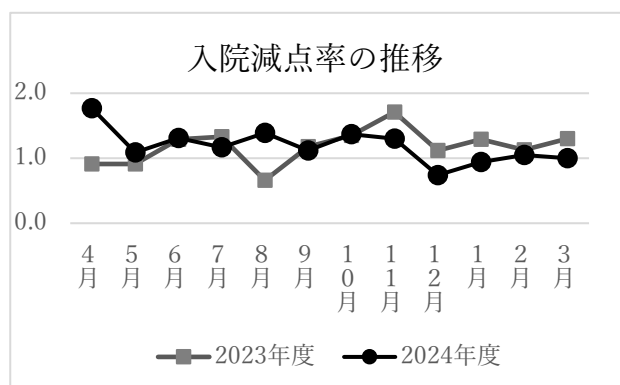
表 1

入院係 平均残業時間推移		
2023 年度	2024 年度	2025 年度
31.5h	25.2h	23.6h

2) 減点

高額点数を扱う診療科があるため月毎の波はあるが、時間的余裕が生まれたことで減点対策(コメント付記、症状詳記の補足修正等)に取り組めるようになった。2024年9月以降は一定の効果が認められている。

表 2



V. 考察

当院では、2024年5月に医事会計シズムがCanon社のHAPPYから富士通社のHOPEへの切り替えと保険改定直後という通常では査定が増加してしまう時期の条件の中で、表2からも分かるように大幅な減点発生は抑えることができた。レセプト点検ソフト導入がレセプト精度向上に寄与していると思われる。また、時間的余裕が生まれたことで、時間をかけて従来よりも手厚い指導できる体制も構築できるようになった。導入前は先輩が後輩へ

- ・病名のつけ方
- ・誤算定の修正方法
- ・負担金の表示

等、ひとつひとつ時間をかけて教えていたが、ソフトの特性であるAI機能を利用することによって、その業務は約半分で対応可能となった。

また、数カ月繰り返し使用していると、エラーの指摘事項も分かるようになり、チェックをかけても指摘事項が無いレセプトが作成できるようになった。

残業時間の削減、減点・返戻の削減、人材育成とメリットは十分にあるが、1つだけ注意しなければならないのは、算定要件を理解しなくてもレセプト修

正ができてしまう事である。

カルテを見て病名をつけたり、指摘内容を早見表で調べ、正しく算定できるように引き続き指導していく必要がある。

VI. 結論

私たち医療事務という職種は年々人気なくなっていると共に結婚し、子供ができるとなかなか続けることが難しい職種であるという事から

医療事務職の人数は減る一方である。

今までと同じように業務を行っていたら、ひとりひとりにかかる業務負担が増え、離職に繋がり悪循環となってしまう。

今後はその防止対策の1つとして、レセプト点検ソフト等のシステムを上手に使いこなしていく事が重要と考える。

一方で、過剰なシステム依存による専門知識の低下も懸念すべきことである。単調な作業にならぬようにシステムをバランス良く活用し、自身で聞き、調べ、学ぶことを意識的に行うことができる人材の育成も私たちの使命だと考える。

投資なき増収

～増やせ！麻酔管理料！！医事課がやらなくて誰がやる！！～

イムス東京葛飾総合病院

医事課 ○手塚浩太郎

I. はじめに

「麻酔管理料」は硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔のいずれかを実施し、麻酔科を標榜、麻酔科医の配置人数、手術前後の診察や術中の麻酔管理等を評価した点数である。

I と II があり、I は 250 点・1050 点、II は 150 点・450 点の点数が定められている。

当院では、算定までの流れが構築出来ておらず、2023 年月平均 22 件・2024 年度月平均 1 件と算定できていない状況だった。

4 月より麻酔科医師 3 名の入職をきっかけに新たに麻酔科外来を設け、算定件数を上げると共に、昨年 11 月に 136 床増床し、入院患者や手術対象患者も増え、更なる医療の質の向上が求められることから必要と考え、取り組むこととした。

II. 取り組み目的

前述の通り、前年度は麻酔科医師の回診不足により算定が不十分な状況であり、2023 年度も十分に算定できていなかった。

今年度 4 月に麻酔科医 3 名の入職に伴い、より多く算定する機会が得られることとなった。

入職をきっかけに算定までの流れを構築することで効率的に麻酔管理料の算定を行い、収入へ直結させること。同時に術前の十分な説明を行うことで、医療の質の向上を目的に取り組むこととした。

III. 取り組み方法

1. 対象:麻酔管理料算定対象者
2. 期間:令和 7 年 5 月 13 日～現在
3. 方法:

1)麻酔科外来の診察日を毎週火曜日に設

け、麻酔科医と手術室看護師に外来診療として、術前診察を行う。麻酔科医からは麻酔方法・合併症の説明・麻酔前の指示・必要に応じて検査結果の説明・聴診・打診・触診を行う。手術室看護師からは“麻酔のしおり”を用いて、術前の不安の傾聴・当日手術室へ行くまでの流れ・病室へ戻った後の注意点を説明。

2)術前・術中・術後の診察内容のカルテ記載のテンプレートを準備。

3)毎日前々日の OPE 患者を抽出し、前日に麻酔科医による術後回診の記載の有無を確認。記載がない患者には術後回診を医事課より促す。

4. 分析方法:

・算定できないケースを分析し、算定に繋げることができるように仕組みを確立する。

・術後診察が漏れないように対象者を医事課にてリストアップし、麻酔科医へ連絡。

(現在は直接連絡しているが、今後システム化を予定)

・術前診察済みの対象患者の電子カルテに付箋を残す。手術後には入院会計担当者へ未算定患者を通知することで算定漏れを防ぐ。

・麻酔科外来を受診した患者様に、診察内容についてヒアリングする。

IV. 結果

前年に比べ、5 月の麻酔管理料の算定件数は 0 件から 84 件へ増加となり(図 1)金額にすると、合計で¥642,000 の増収となった。

令和 7 年 5 月 13 日より取り組みを始めたばかり

だが、1ヶ月で試算すると、
約¥1,100,000の増収の見込みとなり、年間で約
¥13,200,000の増収見込みとなる。

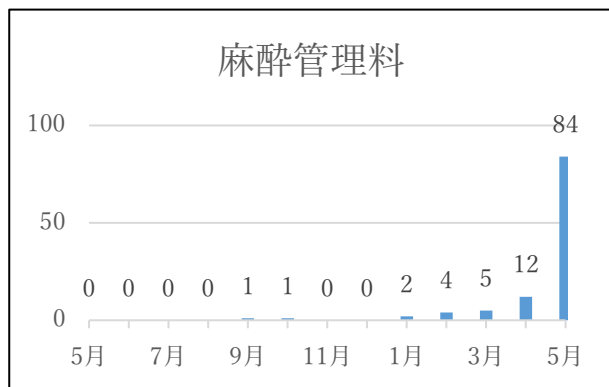


図 1

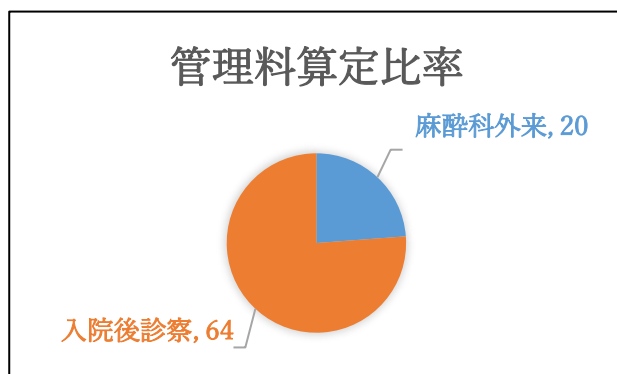


図 2

また、麻酔科外来を新設したが、麻酔科外来受診者は全体の 23.8%となった。(図 2)

以上の結果から、入院してから手術までの期間にできていなかった術前診察の件数も大幅に増加した。

V. 考察

取り組み当初は、医師に説明し周知するのが困難で、何度も麻酔科医と相談し、麻酔科外来受診から、術中管理、術後診察までの流れを構築するまでにかなり時間を要した。

しかし、そのやり取りがあったからこそ、麻酔科医の意識が変わり入院後すぐに術前診察をしてくれるケースも増え、結果に繋がったのだと考える。

麻酔科外来では麻酔科医の診察後、手術室看護師の説明もある為、手術室に入室し麻酔をかけるまでの流れが分かり、安心する声や医師に質問しづらい事も気軽に相談できて安心して手術に望め

るなどのお声をいただき需要があると感じた。

今後の課題としては、対象患者全員に術前診察をし、一人でも多くの患者様の不安を取り除けるようにすると同時により高い麻酔管理料 1 の算定件数を増やしていけるよう更に流れを構築していく必要がある。

VI. 結論

今回の取り組みの目標は、麻酔管理料の算定件数を増やす事であったが、その結果患者様の精神的な部分にも関わり不安を取り除くことによって、安心して医療を受けてもらえることが明確となった。

増床、回復期新設という大きなイベントが終わった今、今後イムス東京葛飾総合病院は医療の質と患者様満足度を同時に上げていけるようシフトし、選ばれる病院として進化し続けていく組織作りを継続していく必要があると考える。

新棟増築における物品部門の取り組み

部署増加による業務拡大・人員不足問題への適応

イムス東京葛飾総合病院
総務課 ○益子康揮 重信彩

I. はじめに

当院は 241 床の急性期病院であったが、回復期病棟・ECU・手術室・急性期病棟増設をはじめとした増改築工事を経て令和 6 年 11 月に 377 床へ増床。

SPD 室(物品庫)は新棟へ移転を行い、物品棚を増加。新たに 4 つの病棟が増設されたことで物品業務の対象が広がり SPD 室の業務量も増加した。その後、スタッフの退職も重なり、人員不足問題も発生。物品部門で行った、業務拡大や人員変動といった変化への対応についての取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

増築による業務負荷が増加することが予想されたため、まずは業務拡大に対応可能な運用体制の整備と、棚構成・動線の最適化を目的として取り組みを行った。

その後、スタッフの退職により人員不足が発生したことから、新たに加わったスタッフが早期に戦力化できるよう、特に育成に力を入れ、安定した職場環境づくりを目的とした。

III. 取り組み方法

まず、業務拡大への対応として、SPD 室の新棟移転に伴い物品棚の再配置を実施。物品の種類や払出頻度を考慮し、使用頻度の高い物品を動線の中心に配置するなど、作業効率向上を目的とした棚構成とレイアウト調整を実施した。

また、棚数が増えた事で必要な在庫を十分に確保できるようになり、日々の払出業務が安定して行える体制を整えた。

その後、スタッフの退職により一時的に人員不足が発生したが、業務の優先順位を整理し、作業の平準化を図ることで対応した。新たな人員不足を補充した後は、一人ひとりに目を配りながら、理解度や習熟度に合わせた個別指導を行った。また、不安や負担感を感じて離職につながらないように、日々の声かけや心理的フォローにも意識的に取り組み、安心して働き続けられる環境づくりを重視した。

IV. 結果

新棟への移転後、物品の払出業務は新たな病棟への対応が加わったことで、業務量が増え現場の負担感は大きくなった。当初は人員不足の中での対応となり、残業が多く、作業負担が非常に大きかった。その影響でミスも多く、一時的に業務に支障をきたす場面もあった。

SPD室はもともと 4 人で運用していたが、移転後に退職と採用が並行して発生する中で徐々に人員を補充し、最終的に 6 人を新たに迎え入れて、現在は 8 人体制となっている。

新規スタッフの全員が未経験であった為、一人ひとりの理解度や不安に応じた個別指導と心理的なフォローを重ねながら支援を行った。その結果、徐々にスタッフが業務に慣れ、現在ではミスも減少し、残業も軽減され、業務は安定してきている。

育成を通じてチーム全体の連携も強まり、職場としての一体感や意識の向上にもつながっている。

V. 考察

今回の新棟移転および業務体制の変化を通じて、物品部門における人員体制の整備や育成の重要性を改めて認識した。物品管理は日々の病院運営を支える根幹であり、業務を途切れさせないことが求められる一方で、急な人員変動や業務負荷の増大は現場に大きな影響を与えることが明らかとなった。

特に、未経験者を含む多数の新規スタッフを短期間で育成する必要が生じたことは、想像以上の負担であり、現場の柔軟な支え合いが不可欠であった。その中でも、一人ひとりに寄り添い、声かけや心理的フォローを丁寧に行うことで、徐々に定着と安定につながった点は今後の育成方針の参考になると考える。

今後は、同様の人員変動が起きた場合にも備えられるよう、業務の見える化や、一定の教育体制の整備など、長期的な視点での課題にも取り組んでいく必要がある。

VI. 結論

新棟移転に伴い、SPD 室ではレイアウトや在庫体制の見直しを行い、業務の効率化を図った。

一方で、移転後に発生した人員不足に対しては、未経験者を含む新規スタッフの採用と育成を進めることで対応した。一人ひとりに寄り添った指導と心理的なフォローを継続することで、現在では業務が安定し、チームとしての連携も深まっている。

今後も現場に即した柔軟な対応を継続しながら、持続可能な体制づくりに取り組んでいきたい。

就職説明会の実施による病院事務職採用の取り組み ～派遣依存からの脱却と費用対効果を意識した採用戦略～

イムス東京葛飾総合病院
総務課 ○川田彩加 古川知亜紀

I. はじめに

近年、病院事務職における人材確保は多くの医療機関にとって重要な課題となっている。

他業界との人材獲得競争が激化する中、病院事務職は、待遇や働き方の面で他業種に後れを取る傾向があり、採用が困難な状況が続いている。当院においても同様に人材不足が深刻化しており、業務の継続にあたっては派遣事務職員の導入を余儀なくされているのが現状である。

これまで、無料求人媒体への掲載など、様々な方法で採用活動を行ってきたが、応募数や採用実績には限界があった。こうした背景を踏まえ、採用活動の新たな取り組みとして、2025年5月24日に院内で初めての「就職説明会」を開催した。今回は、説明会の企画から実施までの経緯および参加者の反応を分析し、その成果と今後の展望について考察する。

II. 取り組み目的

慢性的な人材不足が続く病院事務職において、従来の無料求人媒体による採用活動では効果が限定的であった現状を踏まえ、より効果的な採用手法を模索することである。特に、派遣事務職員の依存を軽減し、コスト面での負担を抑制するためにも、採用強化が早急に求められている。

そこで、院内での就職説明会を新たに企画・実施し、応募者との直接対話の場を設けることで、当院への理解と興味を深め、採用につなげることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 当院に通勤可能な距離に居住する近隣住民
2. 期間: 2025年4月24日～2025年5月24日
3. 方法:
 - 1) 説明会の企画・立案を行い、病院事務職の業務内容や職場環境を理解してもらう内容とした。対象は通勤可能な地域住民で、初開催のため参加人数予測や周知費用の制約、非常勤勤務者の近隣就業傾向を考慮した。
 - 2) チラシを作成し、ポスティング(13,450部)・病院HP・葛飾区の無料職業紹介所「しごと発見プラザかつしか」での掲示により周知。ネット利用が少ない層にも届くよう工夫し、予約はGoogleフォームで受け付けつつ、当日は申込なしでも参加可能とし、幅広い層が気軽に足を運べるように配慮した。
 - 3) 説明会当日は病院紹介・質疑応答・院内見学を実施し、職場の雰囲気を伝えた。
 - 4) 「早期勤務希望者」が多いため、希望者は説明会后にそのまま面接可能な体制を整え、採用プロセスの短縮を図った。
4. 分析方法
説明会参加状況や応募・採用状況を記録し、従来の採用活動と比較。参加者数・面接数・入職数を整理し、参加者の意見も分類して説明会の有効性と改善点を検討した。

IV. 結果

説明会には事前予約 10 名に加え、当日参加者を含む計 12 名が来場した(不参加 2 名)。参加者のうち 5 名が当日面接を希望し、最終的に 3 名が入職(医事課 常勤嘱託 2 名、看護管理室事務非常勤 1 名)となった。また、1 名(看護補助者にて採用)は承諾後に辞退の申し出があった。

本取り組みにより、短期間での応募・面接・採用が実現できたことが確認された。

V. 考察

説明会では、1 回の開催で 5 名が面接に至り、従来の月平均と比較しても高い効果がみられた。2 月(5 名)や 3 月(3 名)と比べて、説明会開催月の 5 月は 7 名が面接を受けており、4 月(10 名)に次いで多い結果となった。なお、4 月は有料媒体を利用した上での結果であることから、ポスティングや説明会といった独自の取り組みのみで同程度の面接数を確保できたことは、大きな成果といえる。【表 1】

また、当院が求める人物像に合致しなかった方についても、看護部へ案内することで、辞退はしたものの別部署での採用につながった。これは、院内連携による柔軟な採用対応の成果と言える。

【表 1】

2025 年 2 月～5 月の月別面接者数の比較

月	面接者数(名)※	備考
2 月	5 名	
3 月	3 名	
4 月	10 名	有料求人媒体使用
5 月	7 名	説明会を開催

※書類選考を通過した応募者を対象とする

現在、医事課では人材不足により派遣事務職員を導入しているが、1 名あたり 3 か月で約 100 万円の派遣費用がかかることを考慮すると、今回の説明会で¥108,447(税抜¥98,589)の費用のみで 2 名の常勤嘱託職員を採用できたことは、非常に費用

対効果の高い取り組みであった。1 名あたりの採用コストは約¥54,224 であり、今後の採用手法の一つとして継続する意義があると考えられる。

また、参加者からは「未資格でも病院で働けることを知らなかった」との声が寄せられ、医療機関で働くことに対する心理的なハードルの高さが明らかとなった。さらに、求職者がネイルなどの職場環境やルールを重視している傾向もみられ、説明会のように気軽に質問できる場を設けることは、勤務後のギャップ軽減にも有効であると考えられる。

VI. 結論

今回実施した院内就職説明会は、限られたコストの中で高い採用成果を上げるとともに、従来の求人活動では接点を持てなかった層との新たな出会いの場となった。参加者が実際の職場環境を確認し、不安や疑問をその場で解消できる仕組みは、ミスマッチの防止や早期離職の抑制にも寄与すると考えられる。今後も、こうした説明会形式の採用活動を継続・発展させることで、より安定的かつ効率的な人材確保が期待される。

公開講座の新規集客増加の取り組み ～新規獲得を目指した広報・営業活動～

明理会東京大和病院
地域医療連携室 ○名畑祐毅

I. はじめに

厳しい環境に置かれている今の病院にとっていかに患者数を増やすかは大事なことである。その集患の取り組みのひとつに公開講座の開催がある。だが、当院では参加人数が少なく、参加者もすでに通院している方や講座のリピーターが多かった。そのため、新規の方へのアピールと参加人数の増加のための施策を行った。

II. 取り組み目的

最終的な目標は集患であるが、まずはその母体となる「参加人数・新規参加者数・通院歴のない方の人数」を増加させることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 当院周辺の住民
2. 期間: 令和7年2月～令和7年6月
3. 方法:
 - 1) 公共施設・商業店舗へのチラシ設置
無償で公開講座告知チラシを設置させてもらえる公共施設・商業店舗がないか周辺地図からいくつかピックアップし、電話をかけた。
対象施設は「普段からイベントを行っている施設」、フィットネスジムなど「健康増進に関する施設」を中心に選定した。
 - 2) 外部施設での開催
従来は院内で開催していたが、1駅2駅ほど離れた外部施設で開催した。これにより、これまで当院と接点のなかった人たちに認知してもらい、新規参加者の増加を狙った。
 - 3) 施設周辺へのポスティング広告
外部施設での開催に伴い、施設周辺へポスティ

ング広告を行った。

4. 分析方法:

施策を行う前(令和6年5月～令和7年1月)と施策後(令和7年2月～令和7年6月)とで「平均参加者数・新規参加者数・通院歴のない方の人数」の比較を行った。また、これまで参加したことのない新規の参加者数でも同様の期間で比較を行った。

IV. 結果

【施策前】参加人数: 平均 14.0 人、新規参加者数: 平均 4.0 人(割合 25%)、通院歴のない方: 平均 2.6 人(割合 18%)

【施策後】参加人数: 平均 25.6 人、新規参加者数: 平均 11.5 人(割合 43%)、通院歴のない方: 平均 11.4 人(割合 42%)

【比較結果】 新規参加者数は平均 7.5 人増加し、割合も 18%増加した。通院歴のない方においては平均 9.4 人増加し、割合は24%に増加した。また参加人数自体も平均 11.6 人と増加した。

V. 考察

今回の施策により、公開講座への新規参加者数、通院歴のない方の割合が顕著に増加したことから、広報手法の工夫および開催場所の変更が集患の入口として有効であることが示唆された。また外部施設での開催により否応なく手法の変更に迫られ現状維持バイアスの克服にもなった。

VI. 結論

今回の施策により、公開講座への新規参加者・通院歴のない方が増加した。また外部施設での開催に伴い、外部へチラシ設置したこともあり、公開講座参加者数自体の増加にも繋がった。

今回の取り組みにおいて、目的である集患につなげるための母体となる「参加人数・新規参加者数・通院歴のない方の人数」の増加を図ることができた。この結果を踏まえ、次はこの母体増加を維持しつつ、当院への受診につながるように、どのようにピーアールしていけばよいかを模索しつつ集患につながる広報活動に日々励んでいきたい。

副傷病名割合向上に向けた取り組み ～係数アップで増収につなげる～

明理会東京大和病院
診療情報管理室 ○福島希美

I. はじめに

当院の 2023 年度の副傷病名割合は、5.7%であった。イムスグループ全体の平均副傷病名割合は 17.4%であり、当院は平均より 10%以上低かった。複雑性係数向上につなげるため、副傷病名割合の向上に取り組む。

II. 取り組み目的

当院の 2023 年度副傷病名割合が 5.7%であったため、2024 年度の目標は 7.0%と設定した。しかし、4 月が 9.4%であったため、目標の再設定が必要となった。事務ミーティングで事務長や医事責任者に報告をし、目標を 10%とした。

III. 取り組み方法

- 対象:2024 年 4 月～2025 年 3 月退院患者
- 期間:2024 年 4 月～2025 年 3 月
- 方法:
 - 副傷病名リストの更新と再配信
 - 毎月副傷病名割合の算出
 - 算出結果を医局会や委員会にて報告
 - 退院時やレセプト確認時に医師へ病名の確認
- 分析方法:

MEDI-ARROWS にて、DPC コード 13 桁目が 0 または 1 の患者を抽出。

毎月副傷病名割合の算出後に算出結果を医局会や委員会にて報告。

IV. 結果

2024 年 4 月～2025 年 3 月の平均割合は、7.1%、件数は平均 5 件であった。
診療科別件数は、内科で 28 件、整形外科 2 件、皮膚科 2 件、泌尿器科 15 件、腎臓内科 4 件、消化器外科 9 件であった。疾患別では、脳疾患で副傷病名がついた件数が多かった。

V. 考察

2024 年度から副傷病名割合向上のための活動を行った。目標は達成することができなかったが、2023 年度と比較をして 1.4%向上した。

VI. 結論

医師に理解してもらうことが一番の課題であると感じた。今後は、医師へのアプローチを考えたい。

今後も引き続き、副傷病名割合の向上に向けた取り組みを行う。

オープン手術導入から5年目の節目 ～新たな連携先の構築とその取り組み～

施設名:明理会東京大和病院

地域医療連携室 ○福田茜

I. はじめに

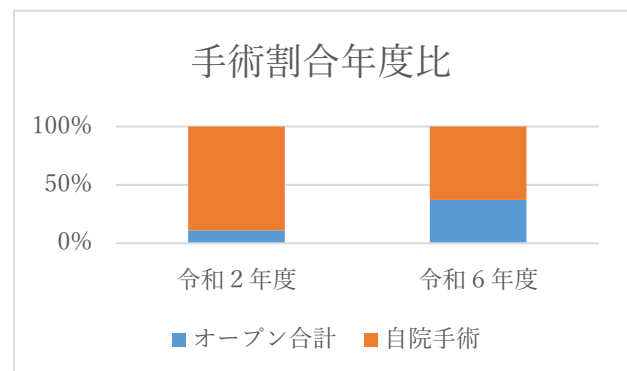
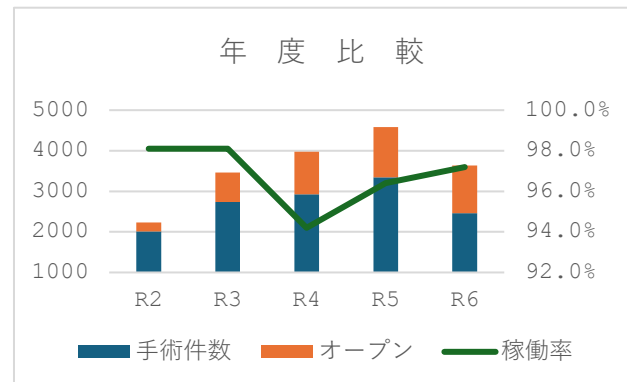
令和2年の8月よりグループで初めてのオープン手術、いわゆるオープンベッドを導入。この取り組みは、IMSグループでは初の取り組みであり、200床未満の当院において手術件数の確保と高稼働維持を果たすべく、導入された。導入されてからおおよそ5年と節目の年として、これまでの取り組みと課題、新たな連携先の構築などについて報告する。

II. 取り組み目的

IMSグループ初の取り組みとして、オープン手術の運用に伴い、外部のクリニックの医師による手術を令和2年から取り組んできた。その取り組みが今年5年目を迎え、オープン手術連携医療機関・医師の変遷など、動きが大きく変わってきた現状がある。オープン手術の窓口は連携室であり、クリニックと当院との連携の現状と課題を含め、これまでの動きを振り返り、今後の対応・方向性を検討していくきっかけとしたい。

III. 取り組み方法

1. 対象:手術件数と稼働率
2. 期間:令和元年～令和6年度
3. 方法
 - 1) オープン手術導入前と導入後の手術件数
 - 2) オープン手術導入前と導入後の稼働率
 - 3) オープン手術対応診療科数
4. 分析方法:
 - 3、方法に挙げた項目の数値比較



IV. 結果

オープン手術が正式に稼働し始めた令和2年8月からの数値から見ても、令和2年はオープン手術件数が225件。全体の手術件数の11.2% (稼働率98.1%)であったが、令和6年度ではオープン手術件数1236件、全体の36.9%と約4割を占め稼働率も97.2%と稼働は若干の減少ではあったが97%以上の稼働維持ができた。

上記の数値からも、200床未満の当院において手術件数の確保かつ高稼働維持の観点からオープン手術の運用は有効と考える。

地域で活躍されているクリニックの先生方において、自分で手術を行いたいという手術できる・させてくれ

る場所がないといったケースの需要は、まだ潜在的にあると考える。この需要に応えるべく当院でこれまで培ったオープン手術への対応を生かしつつ、自院の手術件数で目標値に足りない点を補い高稼働の維持に今後も活用していきたい。

V. 考察・結論

上記、結果から見てもオープン手術の運用は、手術件数の確保と高稼働維持には有効的であるといえる。

潜在的な需要がどれほどあるのかは、現在対応しているオープン申し込み医師からの聞き取りなどふくめ引き続き分析し、今後に生かしていく必要がある。

また、その反面、導入から5年を迎え、課題も出てきている。

- ① オープン手術導入時は整形外科のみであったが、現在は、整形外科の他に耳鼻科・乳腺外科と対応診療科が増えていること。
- ② 整形においては導入当初のメインであった東京スポーツ&整形外科クリニック(以後TSOC)の肩肘の手術がR7. 1月からTSOC自院で行うようになり、糖尿などのリスクのある方のみの対応になったこと。(膝・股関節はこれまで通り)
- ③ TSOCから離れた股関節の医師が股関節チームを編成し同じくR7. 1月より当院にて手術を行うようになったこと。これに伴い、依頼医師や介入クリニックが導入当初の1か所から10か所前後から依頼を受ける形となり、オープン手術対応医師も導入当初の2名から15名強と多様化が進んでいること。
- ④ 新たなクリニック医師のオープン手術参加も始まっていること。

上記点を踏まえ、これまでオープン手術の情報が

連携室から院内に発信されるかたちで来ていたが、全ての確認・調整を連携室で行うには限界があり、術前検査・手術申し込みの漏れなどのリスク高まってきた。また、機材やオープン手術医師の休みに伴い自院外科系診療科への手術組の依頼や手術室調整などが発生してきており、今後院内関係部署とオープン手術申し込み医師との連絡ツールの再構築が急務である。

今回見えてきた課題に対して、1つ1つできることから対応することはもちろんのこと、オープン手術は病院の手術件数と稼働維持に対する対策の有効な手段の1つであることを念頭におき、病院の手術件数の確保と稼働維持にこれからも務めていきたい。

認知症ケア加算増加への取り組み

～委員会を活用した情報発信と算定漏れ防止～

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院

医事課 ○間宮史拓 梅澤緋里 関根佳子

田村理絵 石田由美子 矢澤奈々

I. はじめに

当院は令和 6 年 5 月より認知症ケア加算を 3 から 2 へ類上げした。認知症ケア加算は回復期リハビリテーション病棟でも出来高算定が可能であるため、収入へ大きな影響を与えている非常に重要な加算である。そのため更なる増収を目指し、認知症ケア委員会を活用した情報発信の取り組みと医事課が主体となった診療報酬請求が漏れることがないための管理を実施した。その結果を報告する。

II. 取り組み目的

令和 6 年度認知症ケア加算について以下の目標を設定した。まず算定理もれを防ぎ、件数を増加させること。入退院の回転を高めることで 14 日以内の件数を増加させること。そして、認知症ケア委員会を活用し、身体拘束解除を進め、拘束実施割合を改善すること。この 3 点を達成することで、算定件数と 1 人当たり点数の両方を増加させることが出来る。

- ①算定件数 1100 件以上/月平均
- ②14 日以内の期間算定件数 50%増加
- ③身体拘束実施割合 25%以下/月平均

III. 取り組み方法

- 1. 対象:期間中の入院患者
- 2. 期間:2024 年 5 月～現在
- 3. 方法:

1) 認知症ケア委員会での情報発信

令和 6 年 5 月に加算を類上げし、認知症ケア委員会が立ち上がった。その委員会内で再度、認知症ケア加算の点数・算定要件・施設基準に

ついて周知を行った。加算の集計を行い、現状の件数把握や前年度との対比だけでなく、14 日以内の期間患者の増件についてと身体拘束実施割合を改善することでの増収効果についてのシミュレーションを提示し、説明を行った。さらにグループ病院の実施割合をベンチマークすることで、自院の立ち位置を理解してもらった。そして病院長を中心とした身体拘束解除ラウンドチームに対して拘束割合の目標設定をし、活動の活発化を促した。

2) 医事課と病棟クークのチェック

算定対象となる患者に対して看護計画が作成されていないための算定不可を防止するために、医事課から看護部へ作成を依頼する。算定については病棟クークで入院時の日常生活自立度判定を再確認し、一覧表で管理し算定漏れを防いだ。また、身体抑制の開始と終了も一覧表で管理をしたことで、算定誤りを防いだ。

IV. 結果

- ①令和 6 年度の月平均算定件数は 1,240 件、
- ②14 日以内の期間算定件数は前年対比 59.3%増加、③身体拘束実施割合の月平均は 40.8%となった。件数増件目標は達成できたが、身体拘束実施割合は改善を進めることはできたが未達であった。

まず令和 6 年度月平均算定件数は 1,240 件で、前年の月平均算定件数の 952 件より増加した。全ての月で前年同月の算定件数を上回ることができた。次に前年対比で身体拘束未実施の 14 日以内の期間が 70.6%増加、身体拘束実施の 14

日以内の期間は43.5%増加した。身体拘束未実施の15日以上が76.8%増加に対して、身体拘束実施の15日以上は-9.7%で減少した(図1参照)。身体拘束実施割合は月平均40.8%で前年対比から15.7%減少した。これは入退院の回転が高まり、14日以内の期間の患者数が増加し、身体拘束解除が進んだことが考えられる。しかし、拘束解除の改善は進んでいるが目標未達のため、今年度も引き続き取り組みを行っていく。

これらの増収効果は、加算の類上げと件数増加・身体拘束実施割合の改善により前年対比で¥3,730,430の増収となった。

◆認知症ケア加算 算定件数

令和5年度			総計
加算3 イ 14日以内の期間		40	626
	身体的拘束の実施	24	450
加算3 ロ 15日以上		10	4,420
	身体的拘束の実施	6	6,006
合計			11,422
身体的拘束割合			56.5%

令和6年度			総計	前年対比	増加率
加算2 イ 14日以内の期間		112	1,068	+442	+70.6%
	身体的拘束の実施	45	646	+196	+43.5%
加算2 ロ 15日以上		28	7,815	+3395	+76.8%
	身体的拘束の実施	11	5,425	-581	-9.7%
合計			14,874	+3452	+30.2%
身体的拘束割合			40.8%	-15.7%	

図1

V. 考察

今回の活動を行うまでは、加算に関わる職員は自身の活動が病院収入に貢献できているかを具体的に認識できていなかったと思われる。認知症ケア委員会を活用して、加算件数や身体拘束実施割合・収入金額等の情報を共有することで、この加算が病院収入にどれほど貢献しているかを具体的に認識してもらえた。これにより、加算に携わる職員の意識改革とモチベーション向上に繋げることができた

考えられる。

そして身体拘束解除のシミュレーションを提案したことで、現在の実施割合を把握し、目標を設定した。その結果委員会全体で拘束解除への動きを活性化させることができたと思われる。

また、医事課と病棟クランクが日常生活自立度判定を再確認することでランクⅢ該当患者の算定漏れは防ぐことが出来た。しかし入院後の再スクリーニングが全件実施できていないことが判明した。これはすでに認知症ケア委員会で問題提起したため、医事課も積極的に介入していき、今後の課題として取り組んでいく。

VI. 結論

医事課が介入して、加算に関する各数値を明確にし、具体的な目標を専門職種に伝えることは算定件数を増加させるために重要である。特に他院とベンチマークしたことで、自院の現状を客観的に評価でき、業務改善をするための材料とすることができた。

また、医事課と病棟クランクで自立度判定をチェックすることで算定漏れを防ぐだけでなく、再スクリーニングの実施という課題を見つけることができた。医事課が介入し、診療報酬という専門職種とは異なった視点からチェックすることは新たな発見をすることが出来る。これからもこの加算に留まらず様々な分析から更なる増収を目指していく。

内製化で経費削減を目指す ～PC の SSD 交換はかんたん！・駐車場補修の内製化～

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院・新葛飾ロイヤルクリニック

総務課 ○今里亮陽 村川卓司 小川結花梨

I. はじめに

経費削減に取り組む中で、新規 PC 導入の予算が確保できない状況で、薬剤部および医事課の PC にフリーズが頻発するようになった。他施設の SE には買い替えを勧められたが、現実的には難しく、まずは修理可能かどうかを検討することにした。また、クリニック玄関前にて高齢の患者様が転倒する事故が発生し、さらに別の窪みにおいて葛飾ロイヤルケアセンターの入居者ご家族が転倒する事例も発生した。これらの事例から、アスファルトの段差補修は喫緊の課題となった。今回①PC の修理 (SSD 交換)と②駐車場アスファルトの補修 2 点の課題について内製化を図った取り組みについて紹介する。

II. 取り組み目的

① PC の修理 (SSD 交換)

アイセルネットワーク社へ見積りを依頼した結果、1 台あたり¥109,890 との提示を受けた。そこで、PC 修理店数社へ問い合わせを行ったが、「月末締め翌月末払い」に対応できる店舗は 1 社のみで、しかも「修理後の 100%保証はできない」とのことだった。しかし、新規導入にかかるコストを考慮し、1 台あたり¥26,400 にて修理を依頼した。修理依頼後、支払い条件を巡るトラブルが業者と発生したものの、その際「ハードディスクと SSD の交換は簡単」との言葉をきっかけに、医事課 PC は自ら交換に挑戦することを決意した。

②駐車場アスファルトの補修

患者様およびご利用者様の安全確保を最優先としつつ、可能な限り経費を抑えた形で補修を実現することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:①故障した PC

②劣化したアスファルト

2. 期間:2024 年 4 月～2025 年 3 月

3. 方法:

①-1 情報収集

PC に詳しいスタッフから情報を収集し、インターネットや YouTube などを活用して交換手順を学習。必要な機材やアプリも調達した。

①-2 交換の実施

準備後、試行錯誤しながらも 2～3 日で医事課 PC の SSD 交換を完了。予定していた外注修理 2 台も自社内対応に切り替えた。さらに、起動に数分を要する休眠状態の PC3 台も SSD に交換し、通常使用が可能となった。挑戦の結果は意外と簡単に、短時間に終わらすことができた。

②-1 外部業者の選定と内製化検討

まず通常業務の範囲として、施設課に補修可能かを相談したが「対応困難」との回答であった。そのため外部業者による補修を検討し、複数の業者から相見積もりを取得した結果、施工費は 30 万～50 万円と高額な中、14 万円で施工可能な業者が見つかった。

この業者にてクリニック玄関前の段差のみを補修。施工の様子を施設課職員とともに観察し、今後の内製化が可能かを検討。補修後 10 日間ほど経過観察を行い、アスファルト補修材の収縮も確認されなかったため、使用建材を特定し、同じものを購入して施設課での施工に移行することとした。

②-2 内製補修の実施

業者が使用していたアスファルト補修材と同じ建

材を調達し、施設課にて窪みの補修を実施。結果として問題なく施工が完了し、安全性も確保できた。

IV. 結果

① PC 案件は合計で 7 台、¥358,596 の経費削減を達成した。

② アスファルト補修案件は、78,715 円の経費削減を実現した。

V. 考察

① 困難な場面こそ、原点に立ち返り「コストをかけずにできること」を考える重要性を実感した。多くの業者が「100%の保証はできない」と言う中でも、諦めず方法を探し続けたことが成果につながった。

② 今回の経験から以下のことが考察されます：アスファルト補修は条件さえ整えば内製化が可能。

しかし、適切な建材の選定が鍵であり、それを知らなければ施設課での補修も難しかったと考えられる。

一度にすべてを外注せず、段階的に施工を進めつつ技術を学ぶ「見て盗む」姿勢が、内製化への道を開いたとも言える。

VI. 結論

①「面倒だから」と立ち止まれば、何も変わらない。だが、自ら動けば、現場は必ず変えられる。

今後も、現場発の改善を継続しながら、**“動けば、変わる”**を信条に、素早く PDCA サイクルを回し続けていきたい。

② イムスグループでは、中部技術サービスが施設課業務を担っているため、今回得た情報や使用した建材・施工方法を共有することで、他施設でも同様の経費削減が見込めると考えられる。

また、事務職員だけのネットワークでは技術的な情報の共有や発展には限界があるため、施設課間の横の連携や、施工知識の可視化・共有体制の整備が重要と考える。

未収金発生後の回収業務 ～長期未収金ゼロを目指して～

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院・新葛飾ロイヤルクリニック

医事課 ○松島 和輝

I. はじめに

当院では、未収金発生のお客様に対して、以前は回収の基本的な電話連絡・手紙郵送のみを実施していた。しかし、新型コロナの流行を機にクリニックでの診療費の未収や算定誤りの未収・返金が大幅に増えてしまった。それをきっかけにクリニックでは自宅訪問の取り組みを始め、現在では病院側と共同で行っている。

II. 取り組み目的

長期未収発生防止並びに、未収金回収方法の見直しにより早期債務回収を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:未収金発生のお客様
2. 期間:令和3年1月～令和6年12月
3. 方法

1) 医事課職員、全員が未収金防止のため初期段階の取り組みを行う。

(1) 会計時不在

当日中にご本人に連絡を取り、お支払いがされていないこと、いつ支払いに来られるかを確認する。

(2) 手持ち金不足等

内金として一部お支払い頂き、誓約書を記載して期日までに清算して頂くよう伝える。

2) 次の段階として未収金担当が回収のための取り組みを行う。

(1) 電話

期日までに清算がない方・未払いが発覚した方には連絡を取り「未収金があること」「清算のた

めの来院は可能か」を確認。電話が繋がらない場合は、保険情報から身内の方が受診していないかを調べ、該当者がいれば身内へ連絡する。社会保険加入者であれば、下記の手紙送付・自宅訪問を実施した上で反応がない場合、保険証記載の勤務先へ連絡する。

(2) 手紙

電話が繋がらない、または約束された日に来院せず連絡もない場合は、「お願い」「通知」「督促」の三段階に分けて手紙郵送する。内容には、受診日・診察内容・金額・振込口座を記し、振込を希望される場合は病院へ連絡を入れることを明記。手紙発送時には、経理課にも連絡を入れ、連絡がない振込でも分かるようにする。督促の手紙を作成する場合は、内容証明郵便で送付し、発着が明確になるようにしておく。

(3) 自宅訪問

電話・手紙郵送を実施した上で、特別な理由なく未収が続いている方に対しては、自宅訪問を実施。訪問時には、お釣り・領収書・誓約書・手紙を持参し、あらゆる事象に対応出来るように準備。訪問時、職員は二人以上で伺うようにする。
・訪問時に本人と会えた場合

以前から電話・手紙で連絡を入れている旨を伝えて支払い意志を確認。手持ちが有れば、その場で清算して頂く。手持ちが足りない場合、分割払いとして一部清算して頂き誓約書の記載をお願いする。

・訪問時に身内の方と会えた場合

当人の未収の件を伝え、代理の清算が可能か確認。清算不可の場合は、手紙を本人に渡して欲しい旨を伝える。

・不在だった場合

手紙に、訪問日時を記載して投函する。

(4) 法律事務所依頼

入院患者様のみの対応になるが、上記の対応をした上で回収が見込めない場合は法律事務所へ債権回収を依頼する。

4. 分析方法

毎月の発生件数・内容・金額を精査する。

IV. 結果

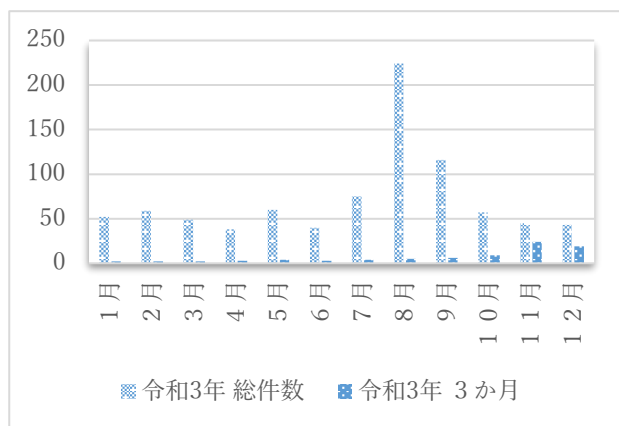


図1 令和3年未収

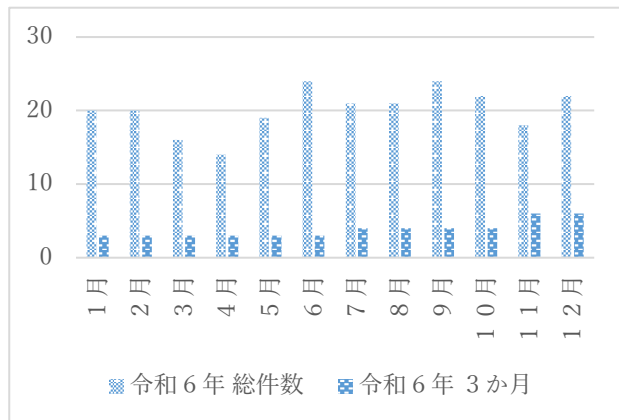


図2 令和6年未収

クリニックでは新型コロナが大流行していた令和3年度当時、COVID-19の抗原検査の公費負担を診療費全と勘違いされる方や、公費の算定誤り等が重なり8月には200名以上の未収・返金対象者を出してしまった。その年末には30名以上の長期未収があった。現在の取り組みに切り替えたところ、令和6年には短期未収が平均20名、長期未収が平均5名まで改善できた。

病院では令和6年に、7名に継続的な訪問を実施し、訪問対象者の未収総額¥2,345,560の内

¥102,484の回収に成功し、2名の完済を達成することができた。

V. 考察

施設共同で実施するメリットは二つあると考える。

①「訪問職員の確保・現場の負担軽減」②「両施設のデータ照合にて本人または親族に繋がる確率増加」である。①については両施設から人員派遣することによって現場の負担軽減に繋がり、安定して継続することができた。②については「病院の未収患者で照合データにはいなかった家族の情報がクリニックにはあった。」「登録していた患者の電話番号が繋がらなかった時、健診受診時の保管データに携帯電話の情報を見つけれられた。」等。以上から、共同での未収金対策は有用であると考ええる。

VI. 結論

電話や手紙だけでは、当事者に訴えかける手段として限界があるが直接会うこと・第三者等の周りから指摘を受けることは、清算の意識を高めることに有効であると考ええる。

ヘリコバクター・ピロリ菌検診をもっと身近に ～ワンコイン+α にすることで～

イムス記念病院

医事課 ○隈川知里 検査科 杉山綾乃

I. はじめに

当院は、東武東上線板橋駅 北口より徒歩 1 分の立地にある、病床数 72 床の小規模急性期病院である。そんな当院では様々な検診を行っており、ヘリコバクター・ピロリ菌検診が人気である。採血のみで終わる手軽さと、500 円のワンコインで済むという安価な所が人気の理由と考えた。ヘリコバクター・ピロリ菌検診を受診した方の陽性者の 30%～40% が陽性判定となり、その内のほとんどの方が上部内視鏡検査を希望する。つまり、ヘリコバクター・ピロリ菌検診の受診者が増加すれば、上部内視鏡検査件数も増加するとはなしがあった。

検査科技師長より、ヘリコバクター・ピロリ菌検診受診者数を増加させるために、運用方法変更の提案があり、下記の取り組みを実施した。

取り組みと結果を報告する。

II. 取り組み目的

ヘリコバクター・ピロリ菌検診の受診者を増加させ、上部内視鏡検査件数を増加させる。

III. 取り組み方法

1. 対象:ヘリコバクター・ピロリ菌検診受診者
 2. 期間:2023 年度～現在まで
 3. 方法:
 - 1) 検診結果を2段階(陰性・陽性)から3段階(陰性・判定保留・陽性)に変更
陰 性:0～3
判定保留:4～9
陽 性:10 以上
- 従来まではヘリコバクター・ピロリ菌検診を受診す

るには完全予約制かつ日曜祝日のみの実施だったが、新たに追加で、平日は事前予約不要で検査が行えるようにした。また検診実施内容変更に伴い、チラシを新しくした

2) 当日受診患者様に専用受診表の記載依頼

項目:名前・住所・受診きっかけ・知った媒体・そのほか当院で気になる検診について

3) 予約の管理・結果送付を連携室で実施

送付物:結果書・採血データ・内視鏡検査のお知らせ・外来担当医表・季節の案内物(区健・インフルエンザワクチンなど)

4. 分析方法:

連携室管理の予約台帳へ受診日・予約時間(予約外は未入力)・ID・患者名・性別・年齢・結果(数値を記載)・返送日・内視鏡検査実施日(予約者のみ)を記載する。内視鏡検査の予約が入ったタイミングで予約台帳へ記載することが理想だが、難しい場合もあるため、定期的に全員分カルテを確認・入力を行い、年齢・性別・検査結果を踏まえ、グラフを作成していく。

IV. 結果

2023 年度受診者数:28 名

陰性:19 名(内視鏡:0 名)

陽性:9 名(内視鏡:9 名)

2024 年度受診者数:44 名

陰性:21 名(内視鏡:2 名)

判定保留:8 名(内視鏡:2 名)

陽性:15 名(内視鏡:7 名)

検診自体の受診者数は大幅に増加したが、内視鏡検査受診者数にあまり変化はなかった。また、2023 年度までは予約をしないと受診することができなかったが、2024 年度からは予約をしなくても受診が可能となったため、予約しての受診は減少した。受診者にも変化があり、予約不要にしたことでかかりつけ患者様の受診が増加した。

また、日本人 60 歳以上の 8 割以上が感染しているといわれているため、当初は 60 代以上の方が多く受診すると予想していた。予想通り 1 番多く受診しているのは 60 代だが、その次に多いのが 40 代、次いで 20 代・50 代だった。

V. 考察

検診自体のハードルは下がり、受診者数は増加した。当院では、健診チラシの院内掲示だけでなく、イベント・公開講座時に配布をしている。チラシを見て「今日できるなら検診を受けてみたい」と思っても、実際に受診できるのは最短で週末となると、受診意欲が低下してもおかしくない。検診件数増加は、「普段の受診ついでに」の感覚で受診できるようになったのが大きな理由である。

特に当院は血液内科・糖尿病内科・腎臓内科に力を入れており、受診毎に採血が必要である。内科かかりつけ患者様の多くが上記診療科の疾患を持っていることが多い。つまり、ヘリコバクター・ピロリ菌検診を受診したいが、外来受診日以外で採血をされる・来院しなければならないといった不便さがあったため、検診受診率が低かった。今まで受診を悩んでいた、かかりつけ患者様が受診したことも件数の増加に繋がった。

またヘリコバクター・ピロリ菌検診受診者の年齢層に関して、当院では 30 代～50 代が多い傾向だったが、2024 年度に関しては 20 代が多く受診していた。そのうちの多くは新患・初診である。検診を知った経路も「ホームページを見て」が多く、他の年代と差はないため、なぜこの年代が多いかは不明である。ただ 20 代の受診者は全員予約外での受診のため、その手軽さと安価な価格、最寄り駅から徒歩 1 分という当院の立地の良さで選ばれた可能性が

高い。

検診受診者の底上げはできたが、内視鏡検査件数増加ができなかった。特に、2023 年度陽性者内視鏡受診率 100%と比較すると、2024 年度は 46.7%と半数以上も減少している。2024 年度の傾向を見てみると、30 代～50 代の陽性者が内視鏡検査受診率が低いことが判明した。現役世代にとって、電話での予約は手間と感じる可能性が高い。そこで、当院の強みである内視鏡検査ネット予約の案内を同封すれば内視鏡検査へ繋がる可能性がある。

VI. 結論

受診者数の増加は成功した。新患だけでなく、かかりつけ患者様も増加することは想定していなかったため、意外な結果となった。平日であれば予約外で受診ができるため、幅広い年齢層の方が、身近に・手軽に受診できるものとなり受診へのハードルが下がり、件数増加へ繋がった。

今後の課題は内視鏡検査への繋がりだが、受診件数が増加したことと裏腹に、内視鏡受診者は割合で考えると減少している。現在の内視鏡検査案内は、電話とネット予約両方を記載しているため、当院の強みであるネット予約が目立たない。現役世代は電話での予約が手間に感じる可能性が高いため、50 代以下に対しては、内視鏡検査ネット予約ができる事を目立たせる案内送付に変更を検討する。また、陽性者の内視鏡検査 100%を目指し、年度内に受診されなかった場合は、再度内視鏡検査催促の案内を送れるよう準備をしていく。

引用文献

- 1)「細菌を駆除しよう・ピロリ菌と除菌・」 日本医師会 日医ニュース 健康プラザ
<https://www.med.or.jp/dl-med/people/plaza/325.pdf>

重症度、医療・看護必要度について

～チーム・パワーで病院を動かせ！～

イムス記念病院
病歴管理室 ○栗原優太
病院全職員

I. はじめに

入院料の施設基準のひとつである「重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）」について、2025年1月から低下傾向、2月は18.3%とかなりの低値となった。このまま3月も低値が続くと現行の急性期一般入院料（以下、急性期）2の基準（3カ月21%）を満たせず、類下げのおそれがあった。

II. 取り組み目的

急性期2→3に類下げされると月100万円の減収見込みであり、病院運営に大きなダメージとなる。そのため病歴から院内全体に必要度についてのデータや対策提案を発信し、意識向上を図った。

III. 取り組み方法

1. 対象：必要度データ
2. 期間：2025年3月～4月
3. 方法：
 - 1) アイネットでの定期的なデータ発信
 - 2) 医局会での発表
 - 3) 連携室主催の会議（地域医療連携室会議・救急委員会）での発表
 - 4) 会議以外でも、必要に応じ随時報告
4. 分析方法：

今まで月3回であった必要度抽出について5～6回ほどに回数を増やし、適宜状況把握に努めた。また今までアイネットでのデータ発信対象部署は看護部・事務部のみであったが、これを院内全部署に拡大した。それにより多くの職員の目に触れる機会を飛躍的に増大させた。

会議の発表については、まず必要度とはどうい

ものか、それを満たすための対象医療行為は何があるかを説明。その上で現状の患者数と、目標を達成するための残り必要患者数を定量化し、イメージを掴んで頂いた。

対象部署は主に「医局」「連携室」「入退院支援部門」「病棟看護部」「医事課入院係」等である。しかし特定部署に向けての情報発信だけでは効果は見込めず、また自分達の負担ばかり増えるのでは等と思われてしまい、理解を得られないおそれがあると考えた。

そのため必要度を増加するための取り組み（患者獲得、退院調整、ベッドコントロール、データ入力等）全てに力を入れていくこと、「病院をあげて取り組む」ことを強調した。実務上は関わりがあまり無い部署も含め関心を持って頂き、院長の理念である「病院は一つのチーム」に昇華していくこと、それにより関係部署のアクションを促進していくことをねらった。

IV. 結果

必要度3月単月23.6%の高値を達成し、3カ月で21.3%とぎりぎり基準を達成、月100万円の減収は回避することができた。また翌月4月は単月29.0%、3カ月で23.6%とかなりの高値を達成（表1）。あくまで単月で参考値としてであるが、急性期1の基準値をも上回った（表2）。

必要度に関係する指標では、救急車入院が2月15名→3月18名→4月16名、救急医療管理加算が2月37名→3月45名→4月32名、全身麻酔下手術が2月31名→3月30名→4月39名、化学療法2月4名→3月9名→4月2名であった。3月は化学療法と救急医療管理加算、4月は

全身麻酔下手術の増加が好影響を及ぼした。

表 1 必要度実績(急性期2) 基準:3ヶ月 21%

	11月	12月	1月	2月	3月	4月
単月	25.5%	24.2%	21.7%	18.4%	23.6%	29.0%
3ヶ月	24.4%	24.8%	23.8%	21.6%	21.3%	23.6%

表 2 必要度参考値(急性期1)

		11月	12月	1月	2月	3月	4月
単月	①	19.4%	19.7%	17.9%	13.4%	17.9%	22.3%
	②	28.5%	26.3%	22.3%	20.3%	24.1%	30.4%
3ヶ月	①基準20%	18.3%	19.2%	19.0%	17.1%	17.0%	19.9%
	②基準27%	27.0%	27.4%	25.7%	25.4%	24.4%	26.2%

V. 考察

「病院をあげて取り組む」ことを強調した情報発信により、医師をはじめ各部署での意識が向上した。病歴への必要度についての問い合わせも増え、「回復期病院からの紹介を増やしてはどうか」「緩和ケアや病状維持のため輸血を要する患者をもっと受け入れたい」等といった提案を頂くことができた。

意識の向上は関係部署によるアクションに結びついた。連携室では対象患者獲得のため救急隊や手術症例等の営業強化、入退院支援部門では退院促進を念頭に置いたベッドコントロール・退院調整、病棟看護部ではB項目見直し、医事課入院係ではA項目見直し、またGW休日診療日に自ら診療参加に手上げて頂いた医師もいた。

ただし、必要度に関する指標については全てが向上したわけではない。救急車入院は横ばい、救急医療管理加算は4月に減少している。輸血については、パス入院が2月1名→3月2名→4月0名と低値が続いている。昨秋頃から定期的な輸血パス入院症例が減少していき、その後は新規獲得がほとんど出来ていない。

また、4月の必要度高値については対象患者が多かったことはもちろんだが、必要度計算上での分母(全入院患者延べ数)の絶対数が少なかったことにもよる(3月:1405名→4月:1220名)。3月より

退院数が新入院数を上回る傾向となり、4月中旬頃よりベッド稼働が顕著に低下していった。いくら必要度が高くとも空きベッドからは収入が生み出されず、別の角度から減収危機が生じている。

VI. 結論

必要度に対しての院内意識向上や、協力体制を構築したことで「チーム医療」が推進され、成果を上げることが出来たと考える。急性期病院を維持するためには必要度を満たす患者の確保は今後も必須であり、取り組みを継続・進化させていきたい。

また病院運営に当たり、重要な指標は短期的にみれば変化していく部分もある。4月下旬よりベッド稼働改善の比重が高くなり、病歴としてもそれに応えるためのデータ作成・発表に舵を切っていった。

今後も関係各部署との情報共有をおこない、当院におけるトレンドを常に察知し、乗り遅れることなく病院運営に貢献していきたい。

室料差額・徴収率 ～月 400 万円・40% 台へ～

イムス記念病院
医事課 ○森田麻衣 宮路あいみ

I. はじめに

当院は現在、72 床あり個室が 8 床 19,000 円、特別 2 床が 28 床の 8,000 円の病院である。取り組み当初は 70 床で個室が 10 床 18,000 円、特別 2 床が 24 床の 7,000 円であった。2020～2022 年度は 300 万円台/月、徴収率は 30% 台であった。個室の需要が低く、室料差額の徴収が、病院の増収に繋がられていなかった。

II. 取り組み目的

室料差額・徴収率を上げ病院の増収に繋げるため、400 万円台/月 徴収率 40% 台の目標とし取り組みを行った。

III. 取り組み方法

1. 対象: 個室・特別 2 床

2. 期間: 2023/4～2025/3

3. 方法:

1) 入院医事課の意識向上と教育

職員の入れ替わりもあり、**全患者様へ個室・特別 2 床のメリットを伝えるように**、新しい職員への指導、再度案内の仕方を共通認識とした。

入院医事課の目標に室料差額を掲げ、毎月職員に実績を周知し、個人の目標への意識付け、モチベーションに繋げた。

2) 室料差額の変更

2022 年 11 月より特別 2 床 6,000 円を 7,000 円に 1,000 円上げた。満床で特別 2 床を全患者が支払う場合 744,000 円/月の増収となる。

2023 年 12 月より個室 2 部屋を特別 2 床にし、2 床増床となった。個室で減免となるより、特

別 2 床で徴収を上げるようにした。

3) アメニティの変更

個室の患者様にはティッシュ・ウェットティッシュ・スリッパ・ボディタオル・歯ブラシ・コップのアメニティをお渡ししていた。不要なものを減らし、既存のティッシュ・ウェットティッシュをなくなり次第追加でお渡しすることにした。シャンプー・ボディソープの設置廃止のため、アメニティに追加した。

4) ベットコントロールへの介入

緊急入院の場合、入院の説明時に外来で部屋希望を聞いていただき、不一致のないようにした。入院手続きの際に部屋希望の相違が発生した場合も、入退院支援へ伝え、ベットコントロールにて部屋を変更していただいた。

また当院では家族の面会は予約制で行っているが、個室希望で特定の患者様ではあるが予約なしでフリーの面会を許可した。

病棟稼働表にてベット稼働、入退院日、予定入退院患者を把握できるようになっている。希望部屋を一目でわかるように追加し、状況により希望部屋に案内できなかったとしても、空き次第移動できるように他部署へ情報提供した。

4. 分析方法:

毎月の室料差額を集計し、徴収率と新入院件数を出し、前年と比較した。

IV. 結果

2023 年度 5,136,125 円 49% (月平均)

2024 年度 6,080,541 円 57% (月平均)

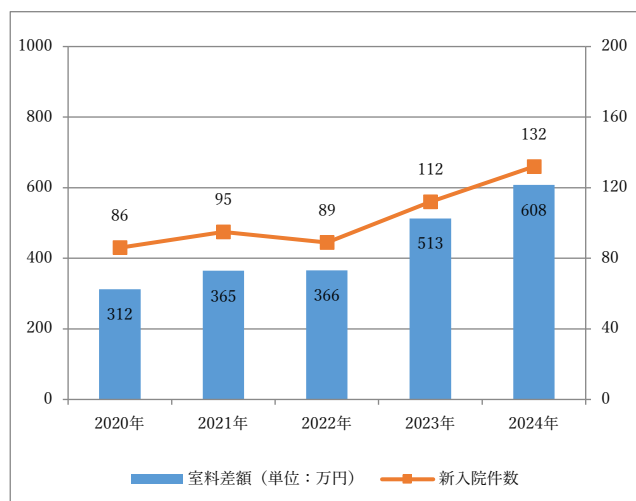


図 1 室料差額と新入院件数

V. 考察

入院医事課が一丸となり目標に向けて努力し、個々の意識の向上となった。室料差額のない部屋を希望される患者様の割合が多いが、**アメニティや TV フリー視聴など個室のメリットを伝えたり、医師からは面会フリーの案内をして下さり、希望部屋の変更にも繋がった。**入退院支援への相談、病棟稼働表へ希望部屋を表記することにより、スムーズなベッドコントロールができ患者満足、徴収率向上にも繋がった。他部署にも室料差額の意識を持ってもらえ、病院全体で収益を上げる協力ができた。

室料差額のない部屋から埋まっていくため、そもそもの入院件数が増えないと個室への入院が少なく、室料差額が増えていかない。ベッド稼働や新入院件数により大きく左右する。特に新入院件数は室料差額と比例しており、新入院の獲得が必要とされる。

また今回の取り組みから分かった問題点があった。3F 病棟では個室 1 床、6F 病棟は個室 7 床となっている。整形外科の手術は 3F で受けており、3F の個室が埋まってしまうと、整形外科の個室希望に添えないという事例が発生した。病棟での差が

出ている為、今後どの病棟でも受け入れる体制にしていきたい。

VI. 結論

今回の取り組みにより、200 万円/月以上の増収、徴収率 50% 近くとなった。月 700 万円を超える月もあり、病院設立以来の初の高い数字となる事もあった。2025 年 5 月より個室・特別 2 床を 1,000 円上げた為、今後の増収になるであろう。室料差額を上げ、病院全体の課題とし、協力し取り組み、健全経営に貢献していきたい。

地域の期待に応える！レスパイト入院がもたらす影響
～在宅医療との連携～

イムス記念病院

医事課 ○中村茉衣子 関根佑介 隈川知里

看護部 山口美香

I. はじめに

当院は、72 の病床を有する急性期病院である。当院の位置する区西北部は急性期病院が数多く存在し、地域医療構想では、2025 年における区西北部の急性期病床の必要量は 378 床ほど上回っている。また当院が位置している場所は、車で約 10 分圏内には当院より高度な急性期病院が、グループを除いても 5 つの医療機関が存在している。またその他の病院も数多く点在しているため患者獲得が激化しており、2023 年度のベッド稼働は月平均 89.7%と低迷していたため、稼働向上のための入院患者確保は大きな課題である。

II. 取り組み目的

当院ではベッド稼働向上・安定化が大きな課題であり、2023 年度のベッド稼働は月平均 89.7%と低迷していた。その対策として、レスパイト入院の受け入れを活用しながらベッド稼働の向上・安定化を図る。また週末や祝日を絡めた連休にベッド稼働の低下が著しいため、その対策にもなると考えた。

もともとレスパイトの受け入れ自体は行っていたが周辺に周知は出来ていなかったため、周辺医療機関へ広報を実施し、症例確保を行う。

Ⅲ. 取り組み方法

1. 対象:板橋区・練馬区の往診クリニックを含めた開業医に実施。
2. 期間:2024 年 7 月 1 日～現在まで。入院期間は最大2週間と設定。

3. 方法:

- 1) レスパイトの受け入れを 8 月・9 月や 9 月・10 月のように 2 ヶ月ごとの期間に設定。また、最大入院期間を 2 週間と掲示した広報用のチラシを作成する。
- 2) チラシは、営業時に往診クリニックを中心とした開業医へお渡しする。また、医療機関へ他の広報物を郵送する際に同封し、DM を実施。
- 3) 毎回デザインを更新しながら 2) を実施する。

4. 分析方法:

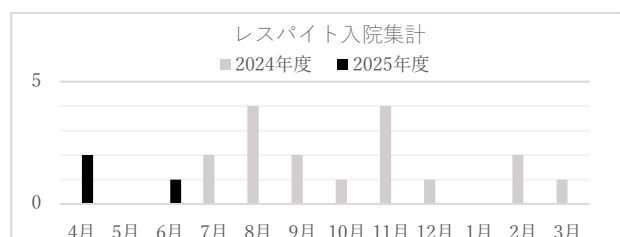
レスパイト入院の件数を毎月集計し、ベッド稼働率やその他在宅医療機関からの紹介件数などから分析。

IV. 結果

2024 年度 7 月 2 件、8 月 4 件、9 月 2 件、10 月 1 件、11 月 4 件、12 月 1 件、1 月 0 件、2 月 2 件、3 月 1 件となった。また、2025 年度は 4 月 2 件、5 月 0 件、6 月 13 日時点で 1 件という結果だった。(図1)中にはこの期間で 2 回以上リピートされる方も含まれている。

時期としては、夏休みやお盆にあたる時期に件数が伸びており、一方同様の理由で需要のありそうな冬にレスパイト入院の件数が伸びていないという結果となった。

图 1



ベッド稼働に関しては、レスパイト以外の予定入院・緊急入院も多くあったため一概にレスパイト入院の効果とは言い切れないが、2024 年度は月平均 97.7%の稼働となり、前年度比 +8%となった。

表 1

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
2023	79.20%	72.20%	83.90%	86.20%	85.70%	90.60%	89.00%	94.30%	99.60%	100.40%	98.40%	97.40%	89.74%
2024	98.10%	96.60%	96.60%	99.00%	97.20%	97.40%	92.70%	96.60%	100.00%	101.90%	97.80%	98.30%	97.68%
2025	93.10%	91.00%											92.05%

V. 考察

レスパイト入院の効果として、ベッド稼働率の向上・安定化の一端を担っていると考えている。レスパイトは入院期間が 2 週間以内と設定しているため、一定の期間のベッド稼働の向上でしかないが、1 つのベッドを埋める毎にベッド稼働に 1.38%の影響があるため、稼働が落ちている時に件数を確保することはベッド稼働向上につながる。

また、板橋区内は急性期病院や「おうちにかえろう。病院」のようなサブアキュートでのレスパイト入院の受け皿となる医療機関は充足していると考えているが、練馬区では医療機関の数が少ないことから受け皿が不足しており、レスパイト入院の需要が高いと考えられる。そのため、今後の安定した患者獲得には効果がある地域ではないかと考えている。

一方で、当院は急性期病院の機能も保たなければならないため、実際に 12 月と 1 月は緊急の入院が多くおり、それがメインとなりベッドが高稼働であった。そのため、レスパイト入院のためのベッド調整が困難であり、ベッドの状況により受け入れが左右されやすい結果となった。このことから、入退院支援の詳細なベッドコントロールは必要不可欠である。

ベッド稼働向上への効果に加え、在宅医療との連携についても効果があると考えている。往診クリニックへ訪問した際に、レスパイト入院の需要の高さは感じたが、実際にレスパイト入院の受け入れをした医療機関の中には緊急入院の相談が増

加し、また往診クリニックから在宅と病院が連携した地域医療の提供を目指すための提案をいただいた。これらより、レスパイト入院はベッド稼働向上だけでなく、在宅医療の支援につながり、その後の連携強化にも繋がっていると考えている。

VI. 結論

考察より、レスパイト入院の受け入れは、ベッド稼働向上と在宅医療の支援・連携強化につながっている。

今回の集計期間では、月 4 件が最大値だったが医療必要度には影響が少ないと考え、今後はベッド稼働が低いと見込まれる時期は、月 4 件を目安として件数を確保していく。そのためには、現在行っている営業や DM 郵送だけではなく、新たな取り組みを考えていく必要がある。

また、レスパイト入院をきっかけに往診クリニックとのさらなる連携の道筋が見えたため、それを実現していくことも当院が目指す地域医療の姿につながると考える。

引用文献

- 1) 東京都福祉保健局医療政策部：地域医療構想 区西北部 機能別病床数の状況

障害者雇用数カウントのプラスを目指せ！

イムス記念病院
総務課 ○内田朱音 高久良介

I. はじめに

令和 5 年度以前の当院のパラジョブ雇用者数は常にマイナスが続いている状況であった。

原因として、障害者雇用に対してあまり積極的な採用活動を行っていなかったことがあげられる。

そのため、障害者雇用のカウントをプラスにすることを目的として採用活動を行った。当院で行った取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

障害者雇用には、企業ごとに法定雇用数が定められている。当院ではそのカウントをクリアすることを目的とする。

また、障害者雇用により業務の見直しと配置を行い、各部署の負担軽減へとつなげることも目的の一つである。

III. 取り組み方法

1. 対象：障害者雇用求職者
2. 期間：令和 5 年 1 月～現在
3. 方法：ハローワーク求人掲載

1) コメディカルを中心とした各部署の所属長に業務の見直しを行ってもらい、どのような業務が常勤職員の負担となっているのかヒアリングを行った。また、その際に障害者雇用者の可能な業務をリスト化し提出して貰った。

2) 無料で求人掲載ができる「ハローワーク」にて障害者雇用枠の求人掲載を行った。

IV. 結果

ハローワークに求人を掲載したところ、応募者は 13 名おり、そのうち採用に至ったのは 5 名であった。(令和 5 年：2 名 令和 6 年：2 名 令和 7 年：1 名)

また、業務の見直しを行った際に、障害者雇用者が可能な業務は、やはり事務業務が多くあげられたため、事務職での採用となった。採用者の配置としては表の通りである。

表 1

部署	カウント数
医事課	0.5
医事課	1
リハビリテーション科	1
総務課	1
総務課	0.5

リ

ハビリテーション科に配置された職員は、リハビリテーション室常駐の事務職員として勤務している。また、医事課では、スキャンセンターへの配置や外来の庶務業務等を行うポジションに配置した。総務課も同様に庶務業務等を行って貰っている。現場からも常勤職員の負担軽減に繋がったとの声が上がっている。

採用した 5 名は全員、現在に至るまで当院での勤務が続いている。

法定雇用数のカウントも令和 5 年度以前は毎月マイナスであったのに対し、昨年度はマイナスの月が 5 つほどへと減少し、総じてプラスの月が多い結果となった。

図 1

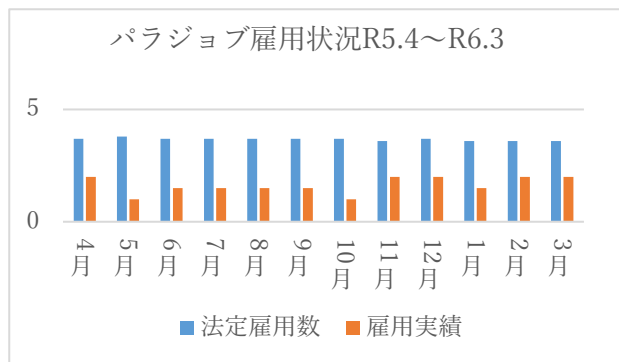
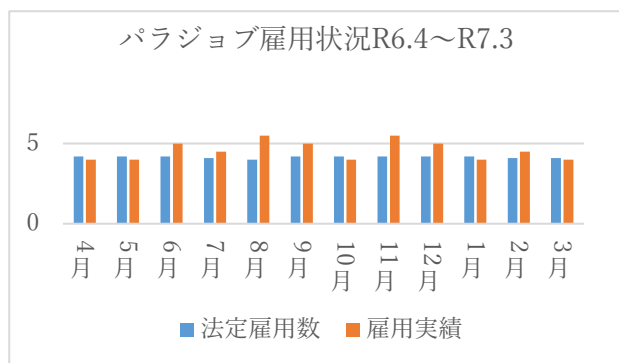


図 2



V. 考察

障害者の雇用にあたり、どのような業務がその人に合っているのか、しっかりと見定めることが大切である。採用に繋がっても業務が合わず、定着に繋がらなければ意味がない。そのため、今回行った障害者雇用者の可能な業務の見直しは効果的であったと言える。

また、当院では他の職員からみても直ぐに障害者雇用者だと分かるようにするために、名札の紐の色を変えて区別を付けている。（このことは面接時に求職者にも伝達し、理解をして貰った上で実施している。）そうすることで合理的配慮が生まれ、働きやすい環境を提供することに繋がっている。

入職後は、定期的に所属長と面談を行いその人に合った業務が行えているかなど、常にヒアリングを心掛けている。このような定着支援もカウントをマイナスにしないために必要であると考えている。

VI. 結論

今回の取り組みで障害者雇用の枠は需要があるということが分かった。しかしその分採用者の選定を慎重に行わなければならない。

今後も法定雇用率が上昇し、法定カウントの増加が予定されている。その際、マイナスをきらないように今後も積極的な採用と、採用者の定着を進めていく。昨年度はマイナスが減少したが、未だマイナスの月は見られるため、さらにマイナスをなくしていけるように取り組む必要があると感じた。

また、障害者を雇用するにあたり院内の業務の見直しはコメディカルの部署に協力していただいたが、実際の配置に至ったのは事務を除き 1 部署のみであった。事務業務だけではなく、資格の不要な「助手」としての配置も部署によっては可能である為、そのような採用も検討余地がある。その際、難易度別の業務メニューを作成し、それぞれに合った業務が行えるように工夫をしていくことで、有資格者の業務効率の向上にも繋がる。

そのため、今後は様々な部署でも配置ができるように進めていく。

SPD システムを使用した定数見直しについて

～必要な物品を選定しよう！～

イムス記念病院
総務課 ○鈴木翔太

I. はじめに

当院では、SPD（Supply Processing Distribution）システムを使用して管理をしている。システムを使用することにより、部署ごとに在庫の定数化を行うことができるため、効率よく在庫管理が容易になる。

しかし、定数化にした物品の使用する頻度が落ち、過剰依頼や使用しなくなった物品があり、使用期限が切れてしまうなどが現状だ。

そこで、システムで利用できる「適正定数予測リスト出力」を使いながら適正な定数に変更を行い、削減へとつながった内容を報告する。

II. 取り組み目的

当院の物品庫では、月木の週 2 日で定数ラベルを回収後、火水木金の 4 日各部署の払い出し業務を行っている。各部署で定数化した物品の数量をもとに不足している分を払い出し補っている。

定数化をしていれば現場の負担が減るため便利ではあるが、ラベルなどの紛失があり物品が届かず必要数よりも多くの依頼や定数化をしてしまう傾向がある。必要数よりも多くの発注をしてしまうと病院の購入金額が上がり、支出が多くなってしまう。

そこで、定数を見直すことにより、過剰在庫がへり、物品の発注を減らす事が出来るようになり、余剰金額が発生し、経費削減に繋がると考えた。

また、廃棄金額の削減、廃棄率を減らす事

が出来ると考えた。2023 年に行った際は、約 40,000 円の削減が可能だったため、今回は廃棄金額も加わり 50,000 円で設定予定。

III. 取り組み方法

1. 対象：看護部各病棟の定数化物品

2. 期間：

廃棄金額の算出期間

2023 年 3 月 1 日～2025 年 2 月 28 日

定数見直し期間

① 2024 年 3 月 1 日～2024 年 3 月 31 日

② 2024 年 9 月 1 日～2024 年 9 月 30 日

3. 方法：

1) 「適正定数予測リスト出力」や「施設在庫定数リスト」を使用し、棚卸時期に各師長達へ配布を行い、期日を設定し定数変更を行った。

2) 変更された一覧を確認し、再度「適正定数予測リスト出力」と比較を行い、定数変更を行った。

4. 分析方法：

1) 「適正定数予測リスト出力」を使用し定数の調整や削減を行った物品がどれくらいか。

以上、定数を減らしたことにより、余剰金額がどれくらい減ったか。

廃棄金額がどれくらい削減できたか、廃棄率がどれくらい減ったか。

IV. 結果

「適正定数予測リスト出力」で定数を見直したことにより、過剰定数として 18 個削減することが出来た。18 個分のうち、共通の過剰在庫物品は主に「衛星材料」物品が多かった。削減をした 18 個分の余剰金額は、42,471 円だった。

廃棄量と廃棄金額は今回の期間と昨年の期間の比較を行い、廃棄量の今回の期間は、5 物品、昨年の期間は、7 物品と -2 物品減らす事に成功した。さらに、廃棄金額の今回の期間は、1,651 円、昨年の期間は、4,878 円と -4,222 円と前回よりも廃棄金額が削減できた。各物品による廃棄率を算出した結果、今回の期間は 31%、前回の期間は、50%と 19%の削減できた。

余剰金額と廃棄金額を合計すると 46,693 円削減をすることができたが、目標金額としていた削減額が 50,000 円までいかない現状だった。目標額には達しなかった。

V. 考察

「適正定数予測リスト出力」を使用し見直しを行ったが、「適正定数予測リスト出力」の説明不足により、見方を理解することが出来ず、変更を後回しになり適正な定数変更ではないと考えられる。一方、1 部署に関しては、説明を理解しており、余剰金額 19,304 円の発生に成功をしている。適切な説明や説明方法を工夫することにより、削減が可能だと分かったが、理解が出来てない部署は、各所属長向けに勉強会を開催すること、総務課の物品担当者が各所属長と見直し確認を行い、理解度の向上が必要だと感じた。

廃棄量や廃棄金額、廃棄率が成功した理由は、2 部署は廃棄物品が出てしまったが、1 部署の廃棄物品がなく今回成功していた。2 部署の廃棄物品を改善するためには、SPD システムの分析機能を活用し適正な定数を組むことが必要だと感じた。さらに部署ごとに医療物

品を保管している場所は、総務課が今後管理して行き、補充時に期限の確認を行い使用期限が切れないように入れる工夫をしていくことが大切だと感じた。

VI. 結論

医療消耗品は近年値上がりが続いており、支出が多くなっていることが現状である。支出を抑えるためには、物品担当が 1 個の物品に対してどのくらいのコストがかかっているか意識が必要である。各部署同じ意識共有が出来ないと、経費削減に繋がることが難しいと考える。今回のように「適正定数予測リスト」を使用することにより、予測の定数設定が決まっており、使用実績や現場の師長達の経験を活かすことにより経費削減が可能だと考えられる。

現在の当院は、各部署の物品担当者の設置が出来ていない状況である。ゆえに、現在の SPD システムの流れを理解しているのが師長達だけである。今後は、各部署に物品担当を設置し勉強会検討している。定数を設定する意義やラベル管理の意義などを伝え、定数変更の重要性を理解出来るのではないかと考えられる。

また、各部署に設置している物品置き場の整理を行い、定数を変更させることも重要だと考えている。

今後、病院全体が一人一人コストの意識を持ってもらうためにも、物品担当がいると考えられる。最終的には職員全体がコスト意識を持てるような意識改革を取り組んでいきたい。

降って湧いたチャンスを大切に！

～歯科医連携による増収について～

イムス葛飾ハートセンター

医事課 ○菊地昭吾

I. はじめに

当院は、IMS グループで一番病床数の少ない急性期病院である。許可病床数は 50 床。

内訳は ICU6 床、HCU9 床、一般病床 35 床となっている。診療科は循環器内科と心臓血管外科のみで病床内訳からもわかる通り重症患者の治療に特化した病院である。

カテーテル検査・治療は月平均 101 件、手術件数は月平均 56 件、入院平均日当点は 21,583 点、平均在院日数は 9.8 日、平均ベッド稼働率は 95.8%、ベッド回転数は 2.93 回と高稼働・高回転で専門的加療を提供している。しかし赤字である。

この発表では事務が行う収入増加の取り組みとして、近隣の歯科クリニックと連携し新規の算定項目の取得した事例の導入から院内調整、現状迄の結果を報告する。

II. 取り組み目的

歯科医と連携することによって算定出来る加算項目での収入増加と術前、術後に歯科医が介入することにより口腔機能が向上し、栄養状態の早期改善に伴う在院日数の短縮及び再入院率の低下。結果入院日当点の増加を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象：入院患者
2. 期間：令和 7 年 1 月 20 日～
3. 方法：歯科医往診の打診があった際、歯科医連携による増収項目の確認、新規算定項目関連業務の確認と関連部署との調整、歯科医と目

的の共有、算定項目のすり合わせや書式の準備、契約内容の確認等、院内外の準備をした。

令和 7 年 4 月 1 日より週に 1 回定期的に歯科医が来院し、院内の栄養サポートチームと連携しつつ入院中の術前患者や術後患者の診察を行い口腔環境や栄養状態改善の取り組みを行う。

1) 医師からの打診

この取り組みは、当院常勤医から、知り合いの歯科医が近隣にクリニックを開院することになった。それに伴い当院に定期的な往診を希望されていると話があったことから始まった。

2) 算定項目と往診目的の確認

歯科医が往診することによって生じる当院のメリットと歯科医のメリットを対面での打ち合わせやメールにて確認。

3) 院内調整

歯科医と共有した算定項目や患者にとってのメリットを院内関連部署に共有し、新しい取り組みを始めることと、算定に関する意識付けを行う。

また、歯科医と協議し算定に必要な書式の準備をする。

4) 運用開始

プレ運用を経て令和 7 年 4 月から週 1 回の往診を開始した。毎週の往診前にメールにて介入を依頼する患者リストを送付し、歯科医と入院のコスト係に共有し、算定対象を明確化した。

4. 分析方法：

歯科医連携によって算定できるようになった

「周術期口腔機能管理後手術加算」、「栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算」「摂食機能訓練」「再入院」の件数をカウント、比較する。

IV. 結果

「周術期口腔機能管理後手術加算」

R7.4月 5件 R7.5 7件 R7.6 7件

「診療情報提供料」

R6.4月 84件 R6.5 84件 R6.6 98件

R7.4月 126件 R7.5 114件 R7.6 105件

「栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算」

R7.4月 7件 R7.5 9件 R7.6 5件

「摂食機能訓練」

R6.4月 13件 R6.5 37件 R6.6 28件

R7.4月 20件 R7.5 41件 R7.6 10件

「7日以内再入院」

R6.4月 2件 R6.5 1件 R6.6 2件

R7.4月 2件 R7.5 1件 R7.6 0件

V. 考察

取り組みをはじめてまだ日が浅い為見込んだ収入増加には至らなかった。

周術期口腔機能看護手術加算について、介入対象が週に1回入院患者となると9件がアッパーと考えられる為、更に増やすことを検討するのであれば、手術前の外来への介入が必要となる。介入した患者の術後、退院時に歯科宛てに診療情報提供書を作成するフローにした為、算定件数は増えている。

栄養サポートチーム加算について、歯科医との連携によって算定件数の増加は見られていない為、50点の加算点数×件数分のみの増収となっている。栄養サポートチーム加算の算定件数を増やすことにより効果が上がってくる。

摂食機能訓練は、当院で算定出来る疾患別リ

ハが心リハのみとなっている為、言語聴覚士が介入できるケースが少なかった。しかし歯科医が嚥下機能評価を行うことにより、介入できるケースが増える見込みであったが、効果が見られていない。しかし言語聴覚士だけでなく病棟看護師が摂食機能訓練を実施できるよう、歯科医と言語聴覚士が病棟看護師にレクチャーしている為今後増加する予定である。

7日以内の再入院については、母数が少ないことと様々な要因が複合していることが予想されるが口腔機能向上により、栄養状態が良くなったため術後感染リスクが下がっている一因にはなっているのではないかと推測されている。

今後も口腔機能向上の為、患者自身や家族でも口腔ケアが出来るよう、口腔ケア用品の自費販売の用意も進めている。

VI. 結論

今回の取り組みのきっかけは、たまたま新しく

近隣にできた口腔ケアクリニックの歯科医が当院の医師と知り合いで場を設けていただいたところからはじまった。

取り組み目的である収入増加による日当点の増加については微々たる結果となっているが、新規の加算項目が算定出来たこと、今後さらに増加が見込まれることから有意義であったと評価している。歯科医連携を行うにあたり、金銭的なコストは一切かかっておらず、関係する現場スタッフの負担が増加したわけでもない為、非常にコストパフォーマンスが高い取り組みである。

院内各部署と調整を行い、取り組みに対し前向きな空気を作り、各専門職が医療を提供する場や環境を整え診療報酬を得る。このような動きが直接医療を提供できない事務が行う増収対策のひとつであると結論としてまとめる。

救急隊へのアプローチ 院長作成の DVD を配布します

施設名 イムス葛飾ハートセンター

所属部署 地域医療連携室 ○発表者名 大内 章 高野 智江

I. はじめに

令和 6 年の東京消防庁救急出場件数は速報値で 935,162 件と発表され、918,311 件であった令和 5 年を更に上回り、確定値も過去最大となる見通しである。近年、救急隊の出動はコロナ禍の混乱を除けば、増加の一途を辿っている。

その内訳は発熱や腹痛、熱中症の様な急病、怪我などの一般負傷等々、多岐に渡る。

その中でも急性心筋梗塞を中心とする急性心血管疾患に対しては、迅速な救急搬送と専門施設への患者収容を目的として 1978 年に東京都 CCU ネットワークが組織されており、救急隊も心疾患の対応を長年重要視している。

心臓循環器疾患の専門病院として、イムス葛飾ハートセンターは救急受入件数の増加を目指しているものの、救急隊からの搬送受け入れの要請件数は近年の出場件数に比例して増加しているとは言い難い。

当院搬送要請件数	年合計	月平均
令和 4 年度	1,513	126.1
令和 5 年度	1,055	87.9
令和 6 年度	1,128	94.0

増加出来ていない理由は単純ではないと思われるが、救急隊への営業活動にて、当院の存在をアピールしていくことは必須と考えられる。

令和 4～5 年は地域医療連携室の体制が安定していない状態にて救急隊訪問が出来ておらず、その反省で令和 6～7 年にかけて積極的に訪問を行っている。その中で救急隊へのアプローチも様々な計画、実行している。

救急隊訪問営業	合計数	月平均
令和 3 年度	17	1.4
令和 4 年度	12	1
令和 5 年度	9	0.8
令和 6 年度	54	4.5
令和 7 年度	18	6

※令和 7 年度は 6 月末まで。

訪問営業では搬送いただいた患者様の経過報告を口頭や書面で行う他、コロナ禍で停滞していた症例検討会を再開させることも計画。開催に向けて葛飾区内の救急隊に意見を募ったところ、いただいた救急隊からの質問の内、症例検討とまでは行かない内容のものは院長が勉強会のような形で回答することとなり、これを動画化して DVD を作成。葛飾区内外の救急隊に配布する事となった。

II. 取り組み目的

救急隊への当院のアピールの一環として、動画 DVD を作成し配布。注目度を向上させ、心臓循環器疾患の搬送受け入れ要請件数増加を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象：葛飾区内の 8 救急隊（本田管轄内本田、南綾瀬、奥戸、青戸、及び金町管轄内金町、亀有、柴又、水元）
2. 期間：令和 7 年 5 月～6 月末
3. 方法：
 - 1) 令和 6 年末に対象救急隊に募った質問の回答を当院院長が勉強会形式で話す動画

DVD を作成。

2) 救急隊への訪問営業にて搬送患者の経過報告の他、作成した DVD と、Google フォームによるアンケートに繋がる QR コードを印刷した用紙を配布。アンケートは動画の感想と、今後開催を予定する症例検討会についての希望を問う内容。

3) DVD を救急隊員に視聴いただき、感想や今後行う症例検討会に向けたアンケートを、QR コードを通して訪問日から半月ほどを期限として回答いただく。アンケートの回答は自由とし、隊員個人や班、隊全体といった単位も問わない事とする。

4. 分析方法: DVD を配布した救急隊からのアンケート回答の確認と、配布後の救急搬送受け入れ問い合わせ件数及び実際の搬送受け入れ件数を過去の同月と比較する。

IV. 結果

令和 7 年 5 月より、葛飾区内の全 8 隊の消防司令にアポイントをとり訪問。DVD 配布は 6 月上旬までに完了した。

なお DVD 配布の際、通常の営業時と同様に搬送いただいた患者様の経過報告や、最近の救急隊の動向について伺うなども行った。

勉強会化したのは、救急隊からあった質問の内、たこつぼ型心筋症、大動脈解離、急性心筋梗塞、肺血栓塞栓症、急性冠症候群等のそれぞれの病態、症状や他疾患との鑑別、治療手段、予後、併発する疾患の、カテーテルやエコー動画といった実例を交えた解説。その他、救急隊の 12 誘導心電図導入の必要性について等。パワーポイントを用いた勉強会の音声を榊原が収録、これを動画化し、DVD を作成し配布した。

アンケートの回答は 6 月末までに 22 件あった。

回答内容としては、「現場で観察出来る範囲での心電図や身体所見についての教養があり大変参考になった」「私達は血管内の映像等は見

慣れていないので興味深い」「活動において迷うところを解説いただくことができた」「急性心筋梗塞や大動脈解離、狭心症の実際の症例について学びたい」等と、勉強になった、更に学びを深めたいといった旨のものが多くあった。

搬送受入要請件数としては、本活動以降、件数は微増しており、4、5 月は例年と比較し件数が同等か劣っていたが、本取り組み後、逆に例年落ち込んでいた 6 月は近年で最高値となった。

V. 考察

本活動が要請件数増加に対し影響したと結論付けるのは尚早であるが、少なくともアンケート回答の全てで、救急隊員からの好感触が返ってきた。救急隊に対し、ハートセンターが心臓循環器疾患に強い病院である事、また救急隊に協力的姿勢である事はアピールできていると判断できた。

VI. 結論

救急隊に対して営業を行う中で、当院をアピールし印象付ける活動が続けることで、心臓循環器疾患を疑う患者様について、搬送先の第一選択肢となる。

今回のような DVD 配布のみならず、今後も定期的な訪問と搬送経過報告や、アンケートにも希望の声があった症例検討会の開催といった活動を継続し、またその結果や反応を院内に反映させ、活動の途切れる事の無い様にすることで、救急搬送の受け入れ要請件数を少しでも増加させることを目指していく。

参考文献

東京消防庁 報道発表資料

救急出場件数が 3 年連続で過去最多を更新
～ 令和 6 年中における救急出場の傾向 ～

<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/kouhyou/houdou/r07.htm>

脳血管患者獲得への施策

イムス板橋リハビリテーション病院
地域医療連携室 ○梅田稜太

I. はじめに

当院は平成21年6月に開設し、現在は153床の回復期リハビリテーション病院（以下、回復期病院）である。

回復期病院は急性期病院より入院相談を受け病状や回復期の対象疾患であるかを判定し入院に繋がるため急性期病院とは切っても切れない関係に位置している。

対象疾患の中でも脳血管リハビリは他のリハビリよりも1日の入院単価が高額であり、病院の収益に大きく関わってくるため、脳血管患者をできるだけ多く入院決定に繋げるために決定率向上に努めた。決定率向上に向けた取り組みの1つが急性期病院の脳血管回診への参加である。今回は、この脳血管回診へ参加したことによる変化について報告する。

II. 取り組み目的

- ①脳血管患者の相談数向上
- ②脳血管患者の入院決定率の向上
- ③急性期病院からの情報を直接得ることによる意見の相違の低減

III. 取り組み方法

1. 対象：板橋中央総合病院と高島平中央総合病院の相談件数と入院決定率の変化状況

2. 期間：令和4年度～令和6年度

3. 方法：

- 1) 板橋中央総合病院、高島平中央総合病院の脳血管回診への参加

回診へ参加することによって患者の現在の状態を直接確認することができ、担当の医師、看護師、セラピスト、MSWから得た情報を元にベッド調整を行いよりスムーズな入院へと繋がりやすくなるため実施し

た。

- 2) 回診後の情報共有

医師からの判定で状態が芳しくない等の理由で要検討となり入院調整が止まってしまうことがある。こういった患者を(方法1)で得られた情報を共有することにより受け入れに繋がると考え、得られた情報を伝えるように徹底した。

- 3) 医師同行

当院の医師が脳血管回診に同行することで、患者の現在の状態をより詳しく、医師の視点から診ることができるよう、医師からの意見をその場で確認するために令和6令年度より開始した。

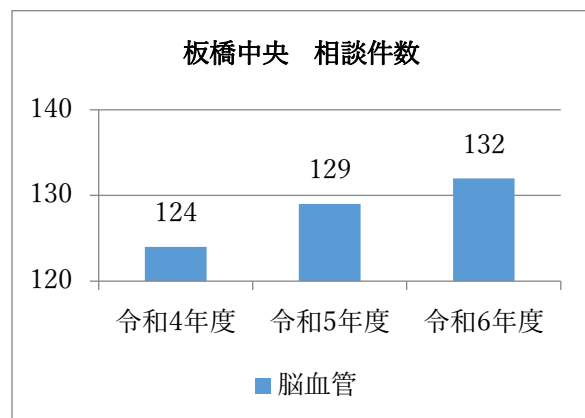
4. 分析方法：

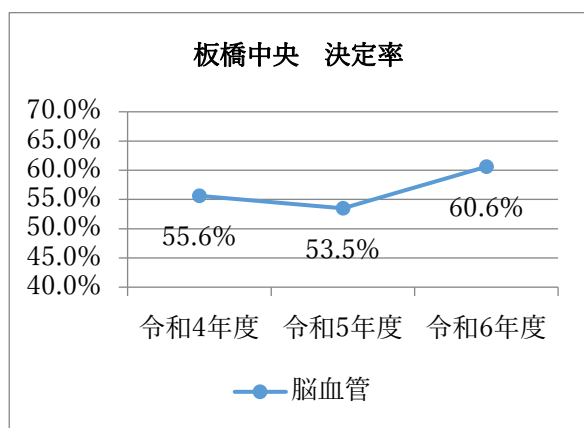
令和4年度～令和6年度の相談数や決定率のデータを調査した。

IV. 結果

板橋中央総合病院の紹介件数と決定率

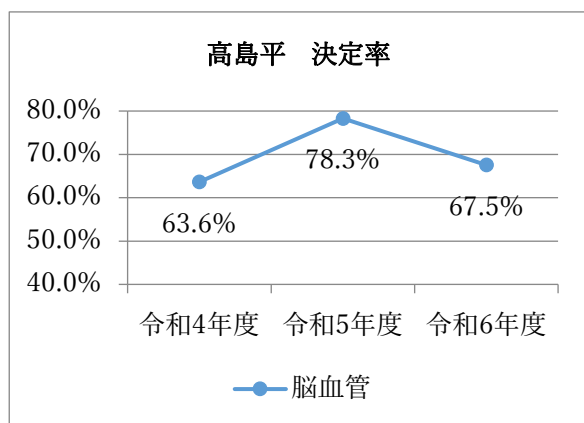
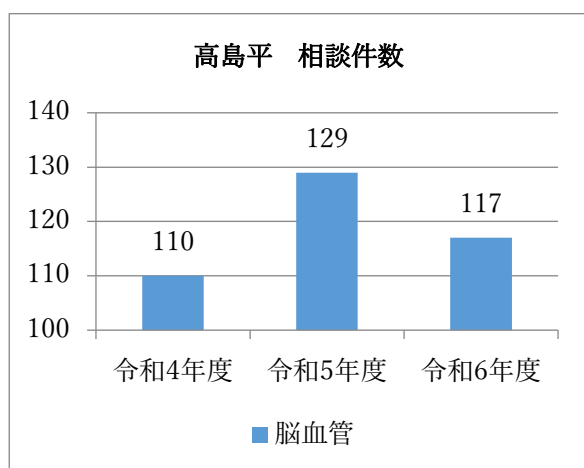
脳血管	令和4年度	令和5年度	令和6年度
相談件数	124	129	132
入院数	69	69	80
決定率	55.6%	53.5%	60.6%





高島平中央総合病院の紹介件数と決定率

脳血管	令和4年度	令和5年度	令和6年度
相談件数	110	129	117
入院数	70	101	79
決定率	63.6%	78.3%	67.5%



V. 考察

今回の取り組みを実施したことにより板橋中央総合病院は年度ごとに比較しても紹介件数が微小ながらも増加し、それに伴い決定率は最大 7% も増加していることがグラフを見ても分かる。

しかしながら、高島平中央総合病院は 6 年

度に前年度の約 10% 減少してしまった。要因として 2 つある。マンパワー不足による回診への参加数が減ってしまった時期があることと令和 5 年度に高島平中央総合病院の院長による当院へ優先的に相談を行う取り組みが実施されたことの 2 つと考える。調査によると令和 5 年度は全部で 46 回参加できたが、令和 6 年度は 39 回と前年度よりも 7 回も少なくなっており、また、前述の取り組みは成果として上々の結果が出たが、当院が満床となり回転率の低減により中断となった。このことから、回診への参加数が減少したことや取り組みの中断により相談数や入院決定率が低下した結果となった。

今回の取り組みの中でも効果がより出たのは、上記の内容を踏まえても脳血管回診への参加と当院の医師が参加した事と考える。以前までは、医師の同行は無くリハビリができる状態か現場での対応は問題なく行えるかを看護師、セラピストで診ていたが医師が加わることにより、新たな視点が増え、細かい意見を取り入れることができ入院決定率増加につながったと考える。また、回診参加の数が減ることにより入院決定率にも少なくとも影響は出てくると結果より判明した。増加した件については、今後も継続し増加率を高めていかなければいけないと感じ、減少した件については取り組みとしては間違っていないがマンパワー不足での不参加を減らせるように取り組みの強化や改善が必要と考える。

VI. 結論

回診参加は相談件数や入院決定率への向上に貢献できているが、減少してしまった事も事実であるため減少数を 0 に近づけて増加率を高くできるよう取り組みを継続し、2 つの病院だけでなく東京北医療センター等の相談を多く受けるグループ外病院の回診へも参加できるようにして、脳血管患者を多く獲得できることを目指す。

MSW のストレングスに着目した退院支援の実践

イムス三芳総合病院

医療福祉相談室 ○馬目朋子

I. はじめに

パン川ブロックはグループの各病院・施設同士が比較的近くに位置しており5キロ圏内に存在しており、入・退（所・院）支援においてもエリアが重複することも多く、同地域には競合他社の施設・病院が多く存在する。患者・家族にとっては選択肢が多く選べる環境にある地域であり、同じお金を支払うならより良い所へという心理が働く。そんな中で選んでもらえる施設・病院になることが必須課題でありグループ外への患者・利用者の外部への流出を防いでいく対策を立てることが重要になっている。

II. 取り組み目的

退院先選定の段階で最終的に家族から選択され、グループ外への患者流出を防ぐために、ボトルネックの抽出をすると、人員が少ない、ハード面が古い等、どうしてもならないネガティブな要因が多く出やすくなる傾向が強い。また施設規模での対応が必要になり、解決までのハードルがどうしても高くなってしまふ。もちろん長期的な取り組みとして重要ではあるが、部署単位ですぐ取り組めるような対策が必要だと感じた

今回は、ボトルネックに目を向けるのではなく（ストレングス）に焦点をあてMSWならではの取り組みができないかを検討したためここに報告する

III. 取り組み方法

他病院・施設平行打診しており、最終的に富士見・三芳より埼玉セントラル病院へ退院した患者を3症例に絞った

絞ったケースの特徴としては

- ・経済的に困窮している（生活保護基準程度）
- ・身寄りがいない
- ・受傷の程度が重く、重度の後遺症有、働き世代だった患者

分析方法

各症例をABCとし各症例の共通項目として実践していることを4項目挙げた

① 急性期 MSW から慢性期 MSW へ

② 慢性期 MSW から急性期 MSW へ

③ 急性期病院 MSW から家族へ

④ 慢性期病院 MSW から家族へ

⑤ 家族・本人がグループに決めた理由を確認

上記内容に沿ってどのように実施しているかを

各病院・施設の MSW・SW に対してアンケートを実施し、（複数回答可）急性期・慢性期より回答いただき割合を算出した

複数回答の為各質問内容に対して全体からみた割合を記載した

IV 結果

① （急性期 MSW 全体の解答数から各質問に対しての解答割合を記載）

・グループだから受けてくれるでしょという押し付けはしない。86%

・どの部分を次の病院が担えば良いかという課題点を特に明確化するようにした 86%

・家族本人の意向をより明確化した 14%

その他：正確なアセスメント・課題のあぶり出し道筋を立てて次につなぐ等意見があがった

②

・判定不可の理由を明確に伝え説明した 86 %
・何が改善できれば受け入れできるのかを説明

86%

・妥協案がないか相談した 7 1 %

③

・判定不可の理由を明確に伝え説明した 100 %
・ソ・シャルワークが継続していく事を説明し

丁寧に取り組みを実施した 86%

・ネガティブに捉えず本人にとって何が重要な
のかを説明した 29%その他：これまでの関係性
を重視再構築の働きかけ

④

・できることとできないことを明確に説明し
た 86%

・情報が共有されていることを説明した 57%

・グループメリットを生かし時間の経過とともに
に発生してくる新たな課題に対してもソ・シャル
ワークが継続されていくことを説明した
14%

ご家族・本人へグループを決めた理由を確認し
た以下記載

・入院面談に MSW が来てくれ直接患者と話
ししてくれた。信用できる

・グループなので医療連携ができると感じ安心

・複雑な事情があったが、MSW 同士の情報共
有がなされていてその後も支援をお願いでき
る

等の理由が確認できた等が確認できた

V. 考察

MSW 同士の実践としては、可能な限り患者に
向き合い各機能の MSW が最大限ソーシャルワ
ークを実施している。その点では MSW のスト
レングスが働いているといえる。

急性期 MSW は保険・家族関係・経済問題・申
請手続き等整理整頓できることや治療の方針
など初期の内に対応しその上で次につなげる
という姿勢がみられ、慢性期 MSW は急性期
MSW からの引き継いだ課題を継続して実施し
ていくことと困難なものでもお互いに相談し
あうことでグループ内で対応して受け入れてい
けるように検討しようという姿勢があった。

それぞれの役割に立って MSW としての強みを
最大限実践しようとしていることがストレン
グスモデルとして働いている

VI 結論

パン川ブロックだからこそ可能な物理的な近
さ

や、また、つつみ隠さず本音で MSW 同士相談
しあえる信頼関係の構築、その上で自施設の弱
みも相談の段階でさらけ出し患者・家族にとっ
てより適切な支援ができるようにしている
各病院・施設単体の支援ではなくブロック全
体の退院支援においても大きな役割を果た
している。

急変時の受け入れからリハ転院や自宅・長期療
養まで幅広い視点で継続して支援を行うこと
で、

患者本人や家族へ安心材料をより多く提供が
できれば本人や家族も安心してイムスを希望
し、

同業他社に対してもより選ばれる施設・病院に
なりうるのではないかと考える

つまり、強みを生かすことが、グループが選ば
れる魅力につながり、ボトルネックの解消へと繋
がっている。

MSW にしかできないあらゆる社会資源を生か
したソーシャルワークを実践していき、地域に貢
献し今後もブロックを盛り上げていきたい

急性期一般入院料 1 を継続して算定するために ～看護と医事 双方の視点から～

イムス三芳総合病院

医事課 ○鈴木沙耶

看護部 大沼あずさ

I. はじめに

令和 6 年度診療報酬改定にて「重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）」の評価項目及び該当患者割合の基準の見直しが行われた。当院は急性期一般入院料 1 を算定する 200 床以上の施設であり、看護必要度Ⅱを用いた評価が施設基準で定められている。評価項目の除外や評価日数の短縮が行われた中で該当患者の基準も細分化され、令和 4 年度の診療報酬改定よりも更に条件が厳しくなった。

当院は診療報酬改定前より基準値を満たしているものの余裕がなく、今年度の改定により急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 2 への類下げも視野にいれなければならない危機的状況であった。しかし、当院が急性期一般入院料 1 から急性期一般入院料 2 へと類下げを行った場合、年間約 196 万円の損失が予想された。

大きな減収を防ぐため、看護部と医事課が共同して取り組んだ内容について報告する。

II. 取り組み目的

看護部と医事課で密な情報共有を図り、看護必要度の基準を満たすことで急性期一般入院料 1 を継続して算定する。

III. 取り組み方法

1. 対象：急性期一般入院料 1 対象病棟の入院患者
2. 期間：令和 6 年 4 月より開始
3. 方法：

1) 現状の把握

令和 6 年度の診療報酬改定での変更点を踏

まえた上で令和 6 年 3 月と 4 月のシミュレーション値を算出し関係部署と共有した。

2) 記録方法の統一

看護部の必要度委員へ医事課が会計入力をする際に確認している記載内容や記載場所について周知した。医事課が算定漏れを起こさないよう、バラバラであった記載場所を統一し算定しやすい環境を整えた。

3) 評価の双方確認

医事課が毎日特定の時間に EF ファイルの取り込みをした。看護部は評価内容を確認し、評価内容に疑義がある患者をリスト化し医事課へ提出した。

医事課は算定可否や算定漏れがないかを確認し看護部へ回答した。

4. 分析方法：

必要度Ⅱを用いて評価を行った結果、基準①を満たす患者が 20%以上、基準②を満たす患者が 27%以上であることを毎月確認する。

(表 1) 該当患者の基準

基準① (いずれかを満たす)	A 得点が 3 点以上
	C 得点が 1 点以上
基準② (いずれかを満たす)	A 得点が 2 点以上
	C 得点が 1 点以上

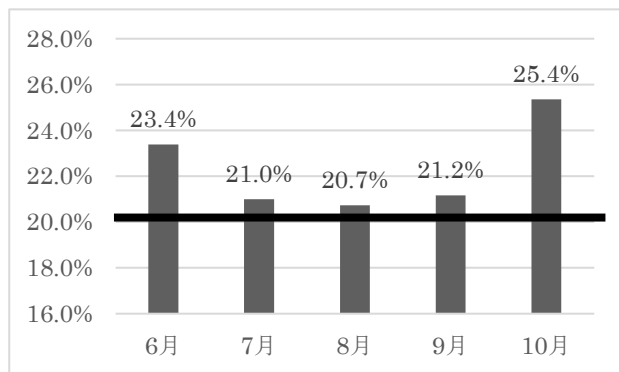
IV. 結果

令和 6 年 6 月以降、基準①を満たす患者の割合は毎月 20%を超える結果となった。また、基

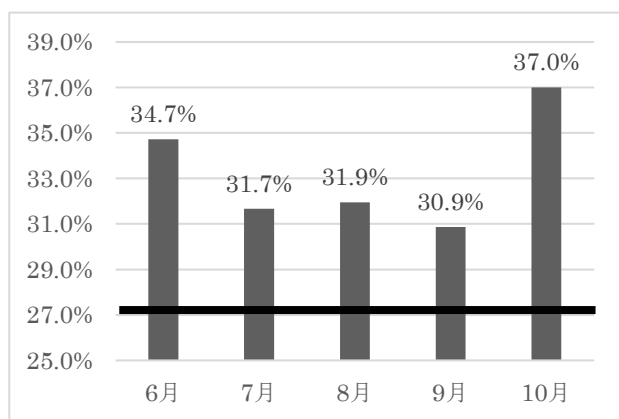
準②を満たす患者の割合も 27%を毎月上回る結果となった。

よって、直近 3 ヶ月において施設基準の数値を満たし、急性期一般入院料 1 の算定を継続できている。

また、令和 6 年 3 月単月でシミュレーション値を算出した際、基準①22.1%、基準②31.9%となった結果に対し、令和 6 年 10 月はそれぞれ 25.4%と 37.0%まで上昇している。



(図 1) 基準①の実績



(図 2) 基準②の実績

V. 考察

6 月時点ではどちらの基準も大きく上回る結果となったが 7 月からは徐々に下がりはじめ、8 月においては基準①を満たす患者の割合は 20%を 0.7%しか上回らない結果となってしまった。この時点で看護部へ実績報告を行うとともに医事課から会計入力をする中で記録が見えづらい部分について意見を挙げた。酸素投与量や創傷処置の範囲等の記録方法を統一できるよう看護必要度委員へ依頼し修正することで見やすくなり、医事課の正確な算定に繋がっ

たとえられる。

看護部が日々の記録を確認する中で、A 項目と C 項目が評価対象であるにも関わらず「対象外」の評価となっている事例があった。その点については医事課の算定漏れなのか反映までのタイムラグが発生していることが原因なのかすぐに特定が出来ないため 9 月診療分より情報をリスト化し共有することを開始した。その結果、診療報酬のルール上算定できないものも含まれているが、医事課が算定を漏らしてしまっているケースもあることが発覚した。

リストの共有は、レセプト請求前に全てを反映させることができるよう定期的に情報の交換を行った。遅くとも毎月 7 日頃までに看護部が前月の記録を確認し、評価内容に疑義が生じた患者の情報を共有し修正してからレセプト請求することが可能となった。

その結果、基準①を満たす患者の割合が 10 月は上昇し、双方の部署が連携をとることは正確な請求及び評価をすることに効果的であったと言える。

VI. 結論

ほとんどの病院が必要度Ⅱによる評価を行っており、医事課の算定内容が評価の鍵を握ることになる。医事課の算定スキルの向上が求められることはもちろんだが、実際に現場で診ている看護師より細かな情報を得ることで正確な請求に繋がっていきける。

看護必要度は診療報酬の改定を重ねる度に看護と医事どちらか一方の頑張りだけでは解決できない問題が生じてきている。双方の力を連携させ補い合いながら看護部は記録の質の向上を、医事課は算定スキルを向上させることで、病院の健全経営へと貢献できると実感した。

現時点では毎月の基準を超えているが、次回以降の診療報酬改定において看護必要度の評価が更に厳しい条件となっても基準を超えられるよう、引き続き連携を図りながら数値上昇に向け努めていきたい。

メディカルチェックの提案

～医師事務作業補助者として増収への取り組み～

イムス三芳総合病院

医事課 ○磯田信一 藤本牧子

狩野淳子 鈴木香織 渋谷恵

I. はじめに

当院では、15名の医師事務作業補助者を配置している。現在は、外来・入院における書類代行作成・診療記録への代行入力・医療の質の向上に資する事務作業・行政上の作業を行っている。

今回、医師事務作業補助者として、病院目標「健全経営」に関わりを持つことはできないか検討した。定期受診患者に対し受診前にカルテを確認することで、メディカルチェックの提案が出来るのではないかと考えた。提案から検査実施につながることで僅かではあるが増収が見込める。

医師事務作業補助者だけでは、進める事の出来ないメディカルチェックを医師の理解、協力をもとに進めた取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

今年度の目標の一つである「外来日当点の増加 前年実績 1,242点→達成指標 1,300点」を達成するためにメディカルチェックを提案し検査実施へとつなげる。

III. 取り組み方法

1. 対象：循環器内科の定期受診患者
2. 期間：2023年8月～継続中
3. 方法：
 - 1) 対象検査項目及び対象患者の決定

医師1名と打ち合わせの機会を設け、対象検査項目、対象患者の基準の設定を行った。

【対象検査項目】

- ①心電図検査（12誘導） 130点
- ②心臓超音波検査（経胸壁心エコー法） 880点

【対象患者】

①心電図検査：適応疾患があり、3ヶ月以内に同検査未実施の患者

②心臓超音波検査：適応疾患があり、1年以内に同検査未実施の患者

2) 対象患者のピックアップ

前月に対象医師を受診した患者の中から、対象患者のピックアップを行った。（対象患者は比較的受診患者数が安定している毎週木曜日午前中の外来より行うこととした。）

3) 電子カルテを使用した医師への提案

ピックアップした患者に対し、電子カルテ上の付箋機能を使用し、医師へ提案を行った。

付箋には「心不全あり 心臓超音波検査実施の検討をお願いいたします。前回検査日 ○○/○○/○○」と記載した。

4) 結果実施の確認

付箋の貼付患者に対し、検査実施の確認を行った。確認は、患者への処方期間が2ヶ月間のものが大半を占めていたため、2ヶ月経過した時点で実施した。

方法の1)～4)を毎月繰り返し、受診、検査があったかを確認していく。

IV. 結果

8月からメディカルチェックの提案を開始し、心臓超音波検査は、検査実施数0件であったが、心電図検査は付箋を貼った患者のうち7件検査が実施されていた。付箋を貼り、医師へ検査の提案をした患者の内、実際に検査を施行した患者は、8月7%、9月24%、10月10%であった。

付箋の貼付から受診までが2ヶ月間あるため、10月においては今後結果が出てくるものと思われる。

実績報告

付箋貼付月	付箋貼付患者のうち 来院があった患者数		検査実施数		検査実施割合	
	UCG	ECG	UCG	ECG	UCG	ECG
8月	2	14	0	1	0%	7%
9月	2	21	0	5	0%	24%
10月	0	10	0	1	0%	10%
合計件数/割合平均	4	45	0	7	0%	16%

V. 考察

上記結果より、付箋を貼付した患者のうち検査を実施した患者の確認が出来たため、医師事務作業補助者が関わったことは有効であったと考える。しかし、その反面、付箋を貼付した患者の中で、医師が「検査不要」と判断した患者も数多くいた。検査不要と医師が判断した患者が、どういった患者であったか確認を行い、対象の患者の基準を無駄のないものへ改善していく必要があると考える。更に、現状は一人の医師への働きかけ、曜日の指定と範囲を限定しているが、複数の医師、診療科、検査項目でメディカルチェックの提案を行える様に範囲を広げていけば、検査数増加の可能性はあると考える。

VI. 結論

医師事務作業補助者として、病院目標に関りを持つことが出来たと考える。しかし、件数の増加は僅かであり、取り組み方法を検討する必要がある。また、対象患者の基準の改善等を行っていけば、労力を減らし、成果が増やせる見込みもある。

また、今回この様な取り組みが出来たのは医師の理解、協力があったからである。今後、他の医師、診療科へ範囲を広げていく際には、医師へ十分な説明を行い、協力を得る必要がある。

妊婦健診受診への一步を後押しするデジタル戦略 ～LP・SNS 広告連携による情報提供とアクセス改善の効果～

イムス富士見総合病院

総務課 ○鈴木祐弥

I. はじめに

少子化が進む現代において、周産期医療機関を取り巻く環境は大きく変化している。医療の質向上に加え、患者様およびその家族様にとってより魅力的な医療機関となるための情報発信の重要性が増している。

近年、インターネットやスマートフォンの普及により、出産を控える世代の情報収集源は多様化しており、医療機関を選択する際の意味決定プロセスも大きく変化している。従来の口コミや紹介といった集患方法に加え、デジタルを活用した広報活動の必要性が高まっている。

当院においても、この変化に対応し、妊婦さんが安心して当院の妊婦健診に「一歩」を踏み出せるよう、デジタル技術を駆使した新たなアプローチを模索してきた。

II. 取り組み目的

周産期医療機関を取り巻く環境が変化する中、患者およびその家族が医療機関を選択する上で、情報の透明性とアクセス性はますます重要な要素となっている。地域における医療機関の選択肢が増加し、またスマートフォンを通じた情報収集が主流となる現代において、受動的な集患だけでなく、医療機関側からの積極的かつ戦略的な情報発信が不可欠である。

本取り組みは、この変化に対応すべく、当院の妊婦健診への受診をためらう妊婦の「一歩」を後押しするデジタル戦略を構築し、その具体的な効果を客観的なデータに基づいて評価することを目的とする。

具体的には、妊婦健診に特化したランディングページサイト（LP）、バーチャルツアー、

WEB 予約システムによる質の高い情報提供とアクセス改善を先行実施し、さらに SNS 広告を効果的に連携させることで、潜在的な患者層へのリーチを拡大し、新規患者の獲得へと繋がる具体的な知見を得ることを目指す。これにより、今後の周産期医療における広報活動の新たな方向性を提示し、地域の周産期医療への貢献を図る。

III. 取り組み方法

1. 対象：本取り組みの対象は、当院の産婦人科を受診する可能性のある、妊娠を希望する女性および妊娠中の女性、ならびにその家族とした。特に、デジタルツールを日常的に利用する世代を主要ターゲットとした。
2. 期間：取り組み期間は 2024 年 10 月 28 日から 2025 年 3 月 31 日までの 5 か月。
検証期間は 2024 年 4 月 1 日から 2025 年 5 月 31 日までの 14 か月
3. 方法：
 - 1) 妊婦健診用 LP（ランディングページサイト）の作成
 - 2) 施設・設備のバーチャルツアー導入
 - 3) 妊婦健診 WEB 予約システムの導入
 - 4) SNS（Instagram、Facebook）広告の実施
4. 分析方法：

集患効果の評価にあたっては、様々な指標を多角的に比較検討した。

まず、LP サイト関連指標として、月間アクティブユーザー数、セッション数、直帰率、および LP サイトから WEB 予約へのコンバージョン率を測定した。

次に、バーチャルツアー関連指標として

は、総閲覧数と平均滞在時間を算出した。

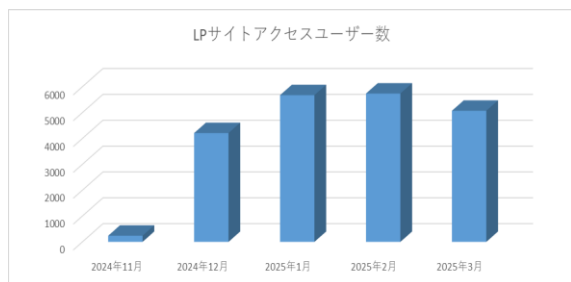
WEB 予約システム関連指標では、月間新規予約数、WEB 予約経由の新規患者数、そして全新規患者に占める WEB 予約比率を分析した。

さらに、SNS 広告関連指標として、インプレッション数、クリック数、クリック率 (CTR)、広告経由の LP サイト流入数を測定した。

これらのデジタルコンテンツごとの指標に加え、広報活動期間前後 7 か月の新規妊婦健診申し込み件数を抽出し、活動開始前後のデータと比較することで全体の集患効果を検証した。

IV. 結果

デジタルコンテンツ導入期間中、妊婦健診用 LP サイトは月間平均 4185 アクティブユーザー数を記録し、妊婦健診に関する情報提供のリーチ拡大に大きく貢献した。特に、SNS 広告からの LP サイト訪問数は 80%以上を記録し、効率的な情報提供がユーザーの関心を引いた。

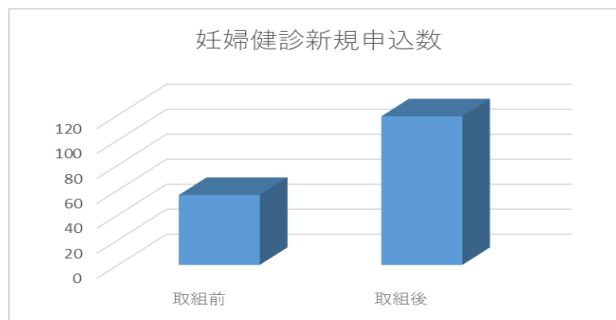


バーチャルツアーは公開後 7 ヶ月で 2000 回以上の閲覧数を記録し、施設情報の透明性向上に寄与した。

WEB 予約システム導入により、新規妊婦健診申し込み件数における WEB 予約の割合は平均で約 8%を占めるに至り、患者のアクセス利便性に新たな選択肢を提供した。

これらのデジタルコンテンツ、特に LP と SNS 広告の連携による情報提供の拡充と、WEB 予約システムによるアクセス改善が相乗効果を発揮し、妊婦健診新規申し込み件数は、取り組み前後比で 120%の増加を達成し

た。



V. 考察

本取り組みの結果から、LP サイトと SNS 広告連携による情報提供の強化、および WEB 予約システムによるアクセス改善が、妊婦健診受診への障壁を低減し、顕著な集患効果をもたらすことが明らかになった。LP サイトと SNS 広告は妊婦が必要とする情報を効率的に届け、認知度向上と興味喚起に成功した。これにより、質の高い情報提供が妊婦の不安を解消し、行動への「一歩」を促した。

バーチャルツアーも、来院前の不安解消に寄与し、受診への後押し効果を発揮した。

デジタルコンテンツの有機的連携が、情報提供から予約完了までの一連の流れをスムーズにし、患者の満足度向上にも貢献すると思われる。

VI. 結論

本取り組みは、妊婦健診受診への「一歩」を後押しするデジタル戦略、特に LP と SNS 広告の連携による効率的な情報提供と、WEB 予約システムによるアクセス改善が、周産期医療における新規患者獲得において極めて有効であることを示した。

今回導入した各デジタルコンテンツは、それぞれが相互に連携し、相乗効果を発揮することで、新規患者の獲得に大きく貢献した。今後も、本取り組みで得られた知見に基づき、データ駆動型のデジタル広報活動を継続し最適化することで、周産期医療の質の向上と地域貢献に繋がると考える。

「働いてみたい」を引き出す病院説明会の構築と展開 ～「知らなかった」が「やってみたい」に変わる 採用への第一歩～

イムス富士見総合病院
総務課 ○仲田恵 高橋夏美

I. はじめに

令和4年度から5年度にかけて、当院の中途採用応募者数は約49%減少し、ハローワークやIndeedなど従来の手法だけでは人材の確保が難しい状況に直面していた。これは求職者に対して、求人への訴求が十分にできていないことや病院で働く職種に対する認知度の低さが影響していると考えられる。

当院では、この課題に対する新たな取り組みとして「お仕事説明会」を実施し、採用活動の強化を図った。その取り組み内容と成果について報告をする。

II. 取り組み目的

説明会を通じて、求職者と直接交流する機会を設け、病院で働く職種や魅力について周知するとともに院内見学を通じ業務理解を深めることで採用人数の増加を図る。

III. 取り組み方法

1. 対象：中途入職者（無資格職種）

より多くの求職者と接点を持つため、無資格で働くことのできる職種を対象とした。

2. 期間：2024年10月～2025年10月

3. 方法：

1) 【職種の選定】

各部署の所属長に対し説明会の主旨を説明し、職種の選定を依頼。応募者の希望や適正に応じた選択が可能となるよう、事務職や調理補助、看護助手など、業務領域の幅を持たせた職種構成とした。

2) 【説明会概要】

開催は平日および土曜の午前に設定し、月2～3回実施した。気軽に参加ができるよう普段着かつお子様連れの参加を可とした。

当日の対応を円滑にするため事前予約制とし、Googleフォーム・電話・メールにて受付を行った。フォームはQRコードを作成し、チラシやホームページに記載した。入力中の離脱を防ぐため回答項目は名前、希望参加日時、希望職種、当日の連絡先など簡易的なものとした。

3) 【周知方法】

チラシを作成し以下の方法で周知を行った。

- ・近隣地域にチラシをポスティング（業者利用）
- ・院内でのポスター掲示（待合スペースやトイレ、エレベーター等）
- ・病院ホームページへの掲載
- ・外部説明会でのチラシ配布と担当者への周知（ハローワーク、埼玉しごとサポート等）

チラシには資格や経験が不要であることや短時間勤務の採用を行っていること、病院で働く魅力について記載をした。また、有資格者向けの問い合わせフォームも記載した。



5) 【説明会の実施】

応募時の希望職種に基づき、事前に各部

署に見学対応を依頼。当日は求職者に「エントリーシート」を記入していただき、希望雇用形態や勤務日数・時間を確認。その内容をもとに採用担当が業務内容について説明し、希望者のみ現場見学を実施した。所属長を中心に説明と質疑応答を実施し、業務理解を深める場を提供した。当日見学が難しい部署は別日に再調整を行った。選考希望者に対しては、その場で面接日時の調整を行い、選考に要する時間の短縮に努めた。

IV. 結果

- 1. お仕事説明会開催結果
 - 1) 実施回数：16回（2025年10月時点）
 - 2) 参加人数：40名
 - 3) 選考応募人数：17名
 - 4) 採用人数：15名
 - 5) 居住地
 - ・富士見市 15名　・ふじみ野市 12名
 - ・三芳町 2名・川越市 7名・その他 4名
 - 6) 年齢層
 - ・10代～20代 4名・30代～40代 20名
 - ・50代～60代 16名
 - 7) 説明会を知ったきっかけ
 - ・院内ポスター14名・外部説明会 15名
 - ・ホームページ 6名　・知人の紹介 4名
 - ・ポスティングチラシ 1名

- 2. 直近2年間の応募数と採用数の比較
- 無資格職種における採用活動全体の結果（有料求人広告を除く）は、お仕事説明会を開催する前年と比較し応募数が25%増、採用数が154%増と顕著な伸びを示した。

表1 直近2年間の応募数と採用数の実績

期間	応募数	採用数
2023.10～2024.9	39名	11名
2024.10～2025.10	49名	28名

V. 考察

説明会の参加者の多くは富士見市および隣接市に在住する30～40代の子育て世代であった。参加のきっかけは院内ポスターが多く、患者やその家族の中に潜在的な就労希望者が存在することが明らかとなった。また、多くの参加者が「病院では有資格者や経験者しか働けない」という固定概念を持っており、求人を行っていることや無資格で働ける職種があることを知らなかった。説明会を通じてこうした認識が改善され、参加者数の3割を超える15名の採用に至ったと考えられる。

また、職場見学を通じて求職者の業務理解が進んだことで、応募意欲の向上だけでなく、内定辞退の抑制にも寄与し結果として前年を上回る採用数につながったと分析できる。

VI. 結論

説明会の開催により医療アシスタントや看護助手等の従来人材確保が難しかった職種の採用に成功した。また、参加者の中には薬剤師を目指す薬学生や検査技師の資格保有者もあり、それぞれの資格を活かした職種での採用へ繋がった。

このように説明会や病院見学の実施は求人広告では接点を持ちにくい潜在的な求職者に対し病院の職種や魅力を伝えることができ、費用を抑えながらも高い効果が期待できることから、人材確保において非常に有効な手段といえる。さらには企業理解が深まることで入職後のミスマッチの防止にも寄与すると考えられる。

今後は院内説明会を継続的に実施するとともに、ホームページの内容強化によるさらなる流入の増加を図り、無資格者だけでなく有資格者を対象とした説明会にも取り組むことで、多様な人材の確保と組織全体の発展を目指していく。

病気という人生の転機が家族に及ぼす影響

障害受容と家族～ジョイニングと社会福祉士の役割

イムス富士見総合病院
医療福祉相談室 ○平岡知恵

I. はじめに

予期せぬ病気の発症により障害を持ち、回復を期待することは万人に共通する思いである。我々社会福祉士は、入院という限られた期間のなかで、本人家族が希望を見失うことなく、現状を受容し、最善の自己選択・決定して頂くことに伴走支援していく役割がある。そこは正に本人は勿論家族にとって大きな人生の転機であり、大切に育む時間であることは間違えない。

II. 取り組み目的

本事例において、上田のいう障害受容段階におけるショック期・否認状態・混乱状態を行き来したと推測される。家族各々の心の揺れがあるなかで、支援方法を模索した。結果として入院期間内に家族の意向が一致、家族全員の自己選択・自己決定のなかで、支援を終えることができた。本事例を振り返り、人生の転機を大切に関わる社会福祉士として成長したく、考察する。

III. 取り組み方法

1. 対象:A氏、年齢80歳、男性。傷病名:第12胸椎新鮮圧迫骨折、敗血性ショック。リハビリ目的にて当院回復期リハビリテーション病棟へ入院。既往歴:陳旧性第3腰椎圧迫骨折、尿閉(バルーン挿入中)、十二指腸潰瘍術後(30年前)、不眠症、虚血性肺炎、大腸ポリープ・ポリペク後。
2. 経過:リハビリ介入するも、「痛いからできない」とリハビリに消極的、促しによる介入が継続。FIM伸展僅かで除外。精神面に起因。日常的にナースコール頻回。また入院当日より血尿・尿閉みられ泌尿器科コンサル継続。約1カ月後に泌尿器科へ転棟、翌日尿道結石レーザー治療及び膀胱瘻増設。術後5日で回復期リハビリテー

ション病棟へ転棟、リハビリ継続。主治医による精神薬調整が開始され、徐々に不穏状況改善が見られ、日常生活動作も僅かに向上。

3. 生活歴:他県出身、7人兄弟。妻と二人暮らし。長男一家は車で30分圏域に在住。65歳まで就労。40歳から飲酒量が増量。60代後半にうつ状態にて精神科病院に1カ月強制入院。後に近医に通院し内服を継続するが薬と飲酒継続。妻は要支援1、膝痛あり家事全般可能であるが、本人の運転する車で通院を継続してきた。長男嫁・孫とは不仲。
4. 入院期間:3カ月弱
5. 本研究は個人が特定できないよう倫理的配慮を行い、当院倫理委員会にて学会発表についての了承を得た。

IV. 結果

- 1) 初回:妻・長男と入院時面談。自分で歩くことができれば自宅退院を希望。但し施設入所もあり得ると家族より聴取。本人は「痛みが強くて自宅には帰れない、妻に迷惑をかけられない」と発言継続。介護保険の説明を行い、新規申請に運ぶ。長男は妻に一任するという。
- 2) 2～3週後:「このままじゃ家に帰れません」「なぜ歩けるようにならないのか」妻・長男より苦情あり。精神疾患から自発性に乏しくリハビリの進展に遅れが生じていると主治医より説明。長期的に老健等でリハビリを希望。しかし老健打診開始するも精神薬対応困難、更に膀胱留置カテーテル交換手技困難なため家族通院必須と条件あり。妻は何とか自分が付き添うといい、長男はできないと介入拒否。であれば有料老人ホーム等を提案するも、費用面で除外との返答、優先順位を明確化頂き①近く②費用を抑える③自宅以外と返

答。該当する老健に打診、面談にて待機となったが、妻は通院介助不可と断る。

4) 4週目：上記優先順位を満たす精神科療養病棟を提案するも、妻・長男より「なぜ精神科病棟なのか」「なぜ膀胱瘻を増設したのか」「障害者となった父は終わりだ」と憤慨、落胆。要介護5と認定を受けたことを悲観。「歩けるようになって自分のことは自分でできるようになって帰ってきてほしい」と妻・長男の発言。本人の思いを再度伝え、その上で本人の性格、趣味、家族との関係性等本人の人生を振り返る問いかけをし、どんな状態でも本人らしく生活できるよう家族支援を行うことが重要であることを伝えた（障害という価値観変容へのアプローチと推定）。最後、長男から妻の様子に關すると質問あり、身体・認知機能低下あり、妻を守る必要性をも伝えた。

5) 9週目：妻・長男意向あり老健希望あり打診を進めるが、妻より精神科療養病棟が良いと希望。病院と家族面談実施いただくが長男は納得できず（妻も長男がいるときには長男の意向に同意する傾向あり）。老健1か所打診通過、遠方で高額であるが老健面談実施。この面談により長男は母の体力低下を実感したと、精神科療養病棟を希望。妻・長男双方の意向が一致した選択に至る。

6) 終盤：妻・長男の決断までに時間を要したことから、面談済の精神科療養病棟から入院不可と返答。妻・長男は混乱され、再面談を設定。本人の兄と甥が他県より来院。当方の話に耳を傾け、妻・長男の考えを適宜修正或いは指摘しながら傾聴下さる。新たな精神科療養病棟を提案、妻・長男見学、本人家族の決定意思あり、退院日を迎えた。

V. 考察

本症における家族は、本人初め互いを思う気持ちがあるが、現状理解が進まず本人視点のみで苦しみ、家族状況を含めた全体として捉える

までに時間を要したと考えられる。そこには、別居生活のなかで各家族の生活が見え辛いこと、本人を信じリハビリへの期待値が高くあったこと、高齢者の病状は複数の病気を併せ持ち多様な症状として現れることへの理解不足、若年層よりもリハビリ効果が表れにくいこと、理想とする父親像を描くが理想から外れることに対する価値観の変容ができない等の事象があったと推察できる。また専門職は先を見通して予測できるが、患者家族は先の見通しよりも現状の理解に時間を要す。今回、ジョイニングする姿勢をもつことで、家族システムの次元に姿勢を転換し、更に専門職としてかかわることができたこと、そして家族各々と家族集団を信じ諦めずに支援にあたった姿勢が何よりも重要であったと考える。

VI. 結論

多様な生き方が認められるからこそ多様な家族社会が存在する。小さな家族社会は、見え難い人間関係の歴史やコミュニケーションの相互作用から成り立つ。家族にジョイニングさせて頂けるよう個々と信頼関係を形成し、家族調和を図りながら支援させて頂きたくなかで、人生の転機を少しでも前を向いて歩み進められるような支援の在り方を今後も考察したい。病気を発症し障害が残ったとしてもその人であることは変わらなく、家族のなかに存在し続けるためにも、我々社会福祉士の存在意義は大きい。社会福祉士として転機へのアプローチを学び続け、リハビリテーションの最大の課題である本人・家族の障害受容に向かって伴走支援し続けたい。

引用・参考文献

- 1) 上田敏：リハビリテーションを考える―障害者の全人間的復権、青木書店、1983
- 2) 松本健輔：はじめての家族療法、北大路書房、2021年
- 3) 渡辺三枝子：新版キャリアの心理学、ナカニシヤ出版、2018年

DPC コーディングの重要性について

イムス富士見総合病院
診療情報管理室 ○村上大

I. はじめに

私達、診療情報管理室は日常業務にて入院患者の DPC コーディングを行っている。

DPC 制度とは患者の病名や病状、必要な処置や検査などにより入院の医療費を計算する方法だ。

DPC 制度が導入される前は、医療費の算定は出来高方式と呼ばれ、診療行為 1 つ 1 つを積み上げて計算する制度であり、投薬や検査を行えば行うほど医療費は高くなるというものである。

それに対し、DPC 制度は手術・リハビリ・内視鏡検査などの出来高方式のままのものを除き、診断群分類ごとに 1 日当たりの医療費が既に決められておりどんなに薬を使おうと、どんなに検査をやろうと、1 日当たりの医療費は日々の投薬や検査の量に関わらず入院費の一部が定額になるということだ。



(図 1)

II. 取り組み目的

私達がより正確に患者の DPC コーディングを行う目的を患者様サイドのメリット・病院

サイドのメリットに分けてそれぞれご紹介する。

まずは、患者サイドのメリットからのご紹介だが、1.入院費用の目安があらかじめわかる。2.投薬や検査が増えてしまっても入院費が変わらない。3.入院期間が不要に伸びることを防げる等が挙げられる。

続いて、病院サイドのメリットのご紹介だが、医療の効率化、均一化につながる。2.診療報酬の増加に繋がる。3.データ分析により他院との比較ができる等が挙げられる。

III. 取り組み方法

1. 対象：入院患者
2. 期間：R6.4～R7.4
3. 方法：入院患者のコーディング

DPC 制度では入院した患者様の入院期間によって一日当たりの診療報酬が変動する。

例えば、当院に入院された患者様を私達が誤嚥性肺炎（手術、処置なし）で DPC コーディングした場合、入院された患者様の一泊あたりの入院費用は（図 2）の通りになる。仮に入院期間が

【誤嚥性肺炎での入院点数】

誤嚥性肺炎		
入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
～9 日	～19 日	～60 日
3004 点	2131 点	1812 点

(図 2)

5 日の場合診療報酬としては入院期間 I の 3004 点×5＝15020 点になるという事だ。

(図 2) でご紹介した通り、DPC 制度では患

者様の入院期間によって診療報酬が変動するとご説明したが同時に、入院期間に行った手術・処置がその病気に該当する場合も同様に変動するため、注意が必要となる。仮に入院された患者様を誤嚥性肺炎でコーディングした場合該当手術・処置は（図 4）になる。

【例.誤嚥性肺炎該当手術・処置一覧】

【手術】	
嚥下機能手術 喉頭気管分離術	
気管切開術	
中心静脈注射用植込型カテーテル設置頭頸部 その他に設置した場合	
胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、 腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	
経皮経食道胃管挿入術（PTEG）	
【処置】	
人工呼吸の有無	

（図 3）

誤嚥性肺炎				
		入院期間 Ⅰ	入院期間 Ⅱ	入院期 間Ⅲ
手術 無	処置 有	～9 日 3004 点	～19 日 2131 点	～60 日 1812 点
	処置 有	～9 日 3788 点	～19 日 2308 点	～60 日 1962 点
手術 無	処置 無	～17 日 2926 点	～34 日 2021 点	～90 日 1711 点
	処置 有	～24 日 3714 点	～47 日 2419 点	～120 2056 点

（図 4）

上記の該当手術・処置の有無によって診療報酬は（図 4）のように変動し、仮に入院した患者様が誤嚥性肺炎で入院され、入院期間中に人工呼吸と該当手術を行った場合、私達は DPC コーディングを手術あり・処置ありのコードとしてコーディングをするという事になる。つまり、入院期間と診療報酬どちらも変

動する事になるため、私達は細心の注意を払い患者様の診療記録をもとに病名やそれに該当する手術・処置をコーディングしている。

Ⅳ．結果

適切な DPC コーディングを行う事で入院費用の目安が事前に分かる事や入院期間や処置を必要以上に増やされる心配がなくなるため、患者様は病気や症状にあった適切な医療を効率よく受け患者様にとっては安心感に繋がるだろう。

入院中の一日当たりの費用が定額制のため過剰診療を避けることができ、医療の効率化になることが挙げられる。さらに、DPC 対象病院から集められたコーディングデータは「DPC データ」として閲覧が可能です。公開された他の医療機関のデータを元に自院の強みを見つけ出すことや、課題解決にも繋がるだろう。

Ⅴ．考察

私達が正確なコーディングすることで入院患者様一人一人のデータが当院の在院日数の分析や診療科ごとにおける診療の特性などの分析に活用できると考えられる。

例えば、外科系では手術の種類や件数などの分析といった自院の強みや課題などを客観的に評価し改善の方向性を定めることに繋がると考えられる。

Ⅵ．結論

私達の基本業務である DPC コーディングは患者様には入院費用の目安がわかることで安心・安全な医療の提供が行えることに繋がり、病院にとっては医療の効率化や収集したデータを利用することで病院の経営方針にも繋がるため、これからもより適切なコーディングができるように今まで以上に日々の業務をより丁寧に迅速に行っていこうと思う。

Ⅶ．引用文献

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000032337.pdf>

周産期棟設立

妊婦健診患者数を増やすために

イムス富士見総合病院

医事課 ○吉川美香 千田琴海

I. はじめに

当施設では、令和6年3月より周産期棟を立ち上げ、妊婦健診・分娩の取り扱いを開始しました。近隣に、分娩を行っている施設も多いため、患者様に選んでいただける周産期棟づくりが必要と考えた。

まずは、当院で妊婦健診から出産まで行えるようになったということを周知していかなければ、妊婦健診患者数は増えていかないため、周知が必要と考えた。

また、分娩方法を選ぶ基準も多様化していると考えられ、分娩費用の安価を求める患者様もいれば、高価であってもホテルのような快適な過ごし方を求めている患者様もいます。

患者様がどのような分娩や施設を求めているのか分析をする必要がある。また他施設にない、当院独自のサービスや接遇を考えていかなければいけないと考えた。

また、患者数が増えることで、収益にもつながるため今回の取り組みを開始することとした。

II. 取り組み目的

まずは、当院で周産期棟を立ち上げ、妊婦健診・分娩が開始したこと知っていただくきっかけ作りをする。また、当院で『安心安全なお産をサポート』とかかっているように、当院で出産してよかったなと思ってもらえるような病院にしていく。また、当院独自のサービスやホスピタリティを提供し、患者様から選んでいただける病院づくりを目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:周産期医事課職員
地域医療連携室職員

医事課職員

2. 期間:R6年3月～

(今現在も取り組み継続中である。)

3. 方法:

- 1)近隣に周知活動をおこなう

院内に周産期棟お知らせポスターを掲示。

R6年3月より、富士見市・ふじみ野市・三芳町をターゲットに周知営業。コンビニエンスストア・幼稚園・保育園・スーパーマーケットなど、妊婦さんに見えていただけるような施設をピックアップした。現在、営業総件数457件。

R7年6月病院車に宣伝広告を設置。

- 2)妊婦健診・分娩費用の金額設定

近隣施設の料金を把握し、当院での方針を決める。

より多くの患者様に当院を選んでいただくきっかけとなつてほしいため、近隣施設よりも低価格を売り出し、リーズナブルな金額設定とした。

- 3)妊婦健診時・入院時に完全個室で対応

当院の強みとして、他施設にはない妊婦健診時の個室待合、入院時完全個室にてご利用いただけることである。

妊婦健診時や入院時、患者様にとってデリケートな内容を含むことが多く、プライベートが配慮され、安心して診察していただけることが考えられる。また、感染症対策につながることや、ご家族とゆっくり話しながら過ごしていただけるのがメリットであると考えた。

- 4)R6年9月よりWEB予約の導入

WEB予約導入により、患者様が24時間いつでも予約可能になり、電話での手間が軽減されることで予約を取りやすくなると考えた。

- 5)フोटospacesの作成

出産という一大イベントのため、家族写真を撮るスペースを作り、記念として残していただきたい

という気持ちで設置をした。家族写真など、SNS に投稿する方も多いため、そこから口コミが広がり、当院の周知にもつながると考えた。

出産されたお子さまのイニシャル・誕生日を葉の形をした画用紙に印字し、周産期待合前の壁にある木の幹を葉でいっぱいにしてというコンセプトで開始した。

6) 夜間健診

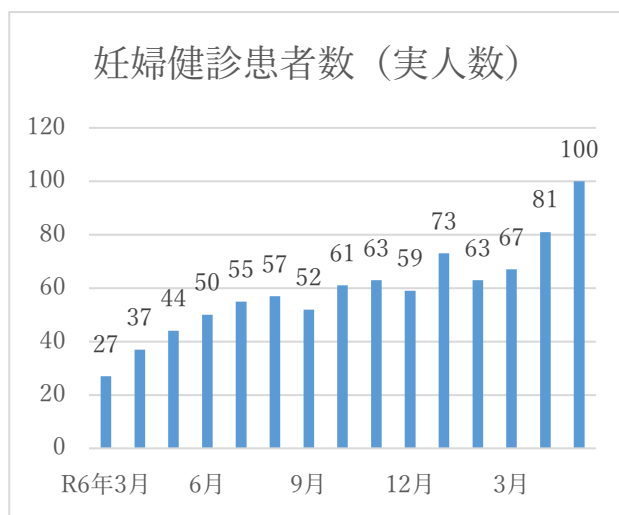
日中仕事の都合で来院できない方をターゲットとし、夜間健診の予約作成。(18:00～19:00 予約)

4. 分析方法:

- ・初年度との妊婦健診受診者数を比較
- ・産院選びのアンケートを実施する

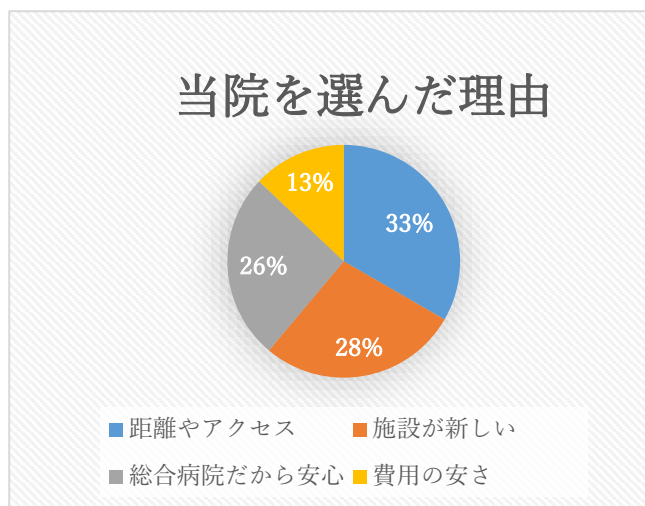
IV. 結果

R6年3月～R7年5月妊婦健診者数(実人数)

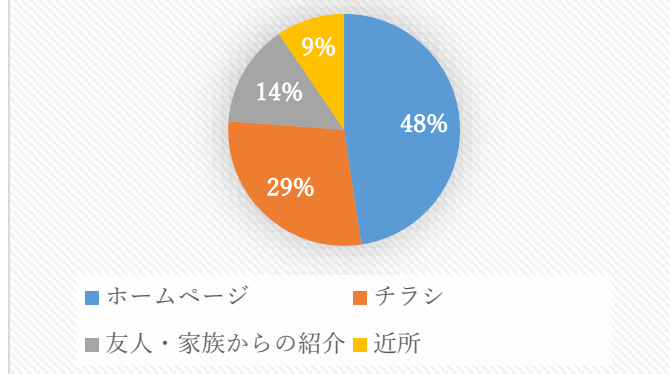


アンケート集計結果

(R7年2月～R7年6月実施分)



当院を知った理由



V. 考察

妊婦健診患者数は、周知活動を始めてから、増加傾向にあることがわかる。

自宅からのアクセスや施設が新しいことも患者様にとって求めている条件であると考えられた。

VI. 結論

妊婦健診の患者数を増やすためには、『通いやすさ』『安心感』の両立が不可欠であることがわかる。また、施設が新しいことも強みであると分かり、SNS等を利用して、さらに周知していくことで、患者数の増加が見込まれる。患者様がここに通いたいと思える環境づくりが重要であり、情報発信・予約のしやすさ・安心できる体制づくりも必要と考えた。今後も『安心安全なお産をサポート』を軸に、さらなる妊婦健診患者数増加に向けて取り組んでいきたい。

健康診断二次受診について

健康診断を通して健康に

イムス富士見総合病院
医事課 ○佐藤蓮 増子史華

I. はじめに

健康診断の受診は、病気の早期発見や生活習慣の見直しに役立ちます。定期的に健康診断を受診して、検査結果の変化を意識し、予防に努めることが大切です。異常が見つかった場合には、早急に診療科を受診することで、早めの治療や精密検査が可能となります。

また、受診者に毎年の健康診断の受診を促すことで、前年度の結果と比較ができます。

II. 取り組み目的

健康診断は自費での案内になり、病院の売り上げにも大きくつながります。そして、要検査・要治療の結果が出た方々には、外来受診を促し、病院全体の患者数・売り上げの増加が期待出来ます。

よって、健診後のフォローを手厚くして二次受診を促すことが必要であると考えました。

できるだけ早く受診していただき、早期の治療に繋がっていきます。

III. 取り組み方法

1. 対象:健康診断・特定健診にて、要検査・要治療の結果がでた受診者
2. 期間:2025 年 4 月～
3. 方法:
 - 1) 二次受診の案内を出す
・健康診断結果を郵送する際、“二次受診の案内”という紙を同封しています。要検査・要治療の項目を書き出し、郵送日から 2 か月以内の受診をするよう案内しています。
 - 2) 2 か月以内に二次受診をしていない方へ電話での受診勧奨
・スプレッドシートで、二次受診に来た方の受診日と診療点数を集計しています。結果郵送日から 2 か月以内に二次受診をしていない方へは、電話で受診を促しています。電話がつかない場合、メールや DM で再度受診を案内しています。
 - 3) 医師より至急受診の指示がある場合
・医師から指示がでたらすぐに、受診者へ電話をします。必要があれば、各科と連携して、受診予約を取っています。1～2 週間以内に受診していただいています。

IV. 結果

2025 年 4 月 1 日から 2025 年 6 月 28 日時点で、健康診断・人間ドック全体で 92 名に二次受診の案内を送り、25 名が当院で二次受診をしています。また、医師から至急の受診の指示があった方は 3 名で、連絡後すぐに受診していただきました。

特定健診では、2025 年 6 月 19 日時点で 43 名に二次受診の案内を送っています。6 月 28 日時点で当院で二次受診をした方は 2 名です。今後、結果郵送日から 2 か月を目安に、受診勧奨をしていく予定です。

V. 考察

健康診断後の受診勧奨をすすめていくことで、要検査・要治療の方に対して早急の治療や精密検査ができると考えます。また、当院での二次受診者数の増加により、病院全体の患者数・売り上げの増加が期待できます。

VI. 結論

スプレッドシートにて、二次受診の案内を送った方の管理を月初、中旬、月末と定期的に確認し、受診勧奨を徹底することにより、二次受診の件数増加が期待できます。それにより、各科の患者数が増え、病院全体の利益に繋がります。

医事課早期入職者の即戦力化に向けた取り組み

～ローテーションによる業務理解とコミュニケーション強化の効果～

イムス富士見総合病院

医事課 ○寺尾莉奈

I. はじめに

医療事務の業務は多岐にわたり、専門的な知識と迅速な対応が求められるため、実務経験の少ない早期入職者が即戦力として活躍するまでには一定の時間を要するのが現状である。また、当院では人員不足もあり、一部部署での兼務も行っていたことから、入職者の早期戦力化が求められていた。

II. 取り組み目的

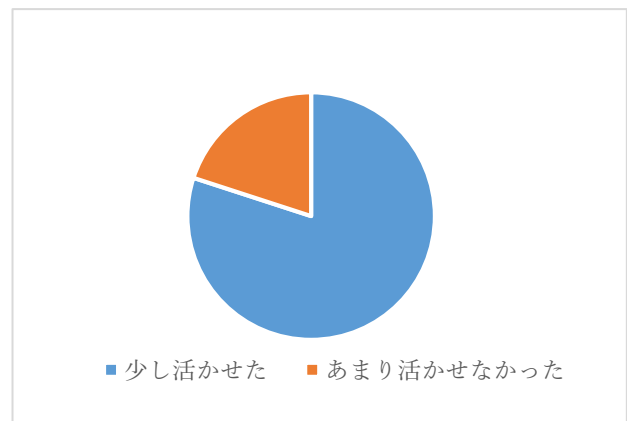
例年、医事課の早期入職者は特定の部署に所属し、4月から他の職員と共に各部署をローテーションし、6月頃に正式配属となっていた、しかし、今年度は4月に正式配属することが決定していたため、早期入職期間に各部署をローテーションすることで、病院全体の雰囲気や業務内容、基礎知識の習得や早期入職者の精神的な不安の軽減をすることでスムーズな配属を目指す必要があった。

III. 取り組み方法

1. 対象: 令和7年4月入職の早期入職者5名
2. 期間: 令和7年2月～令和7年3月
3. 方法:
 - 1) シフト表を作成し、各部署のローテーションを計画。
 - 2) 各部署での業務体験を通じて、病院全体の業務フローや役割を理解させる。
4. 分析方法:

入職後(4月)に早期入職者へアンケートを実施。アンケート結果を基に、取り組みの成果を評価するとともに反省点や改善点を抽出し、今後の指導の課題を明確化する。

IV. 結果



アンケート結果によると、「早期入職時に学んだ知識を配属時に活かすことができたか」という問いに対して5人中4人が「活かせた」と回答。

主な理由は以下の通り:

- ・様々な部署の業務内容を把握できたため、配属後の理解が早かった。
- ・雰囲気や業務を早く知ることができたため業務がスムーズに行えた。

また、「早期入職をしてよかったか」という問いに対して5人全員が「はい」と回答している。

主な理由は以下の通り:

- ・先輩職員とコミュニケーションをとることで不安が解消され早く職場に慣れることができた。
- ・自分の得意なこと苦手なことを知ることができた。

V. 考察

従来は、早期入職時に学んだ部署と異なる部署に配属されるケースが多く、学んだ知識が活かせず、指導のやり直しや新たな人間関係構築によるギャップが生じていたが、今年度の取り組みでは、早期入職時のローテーションにより、業務内容の理解だけでなく、先輩職員とのコミュニケーションの機会が増えたことが大きな成果となった。これにより、新人が抱える精神的な負担を軽減し、質問しやすい環境を提供することで配属時に即座に部署に馴染むことができ、意識高く業務に取り組む姿勢がみられた。結果として、人員不足の解消にもつながる可能性がある。

VI. 結論

本取り組みにより、医事課早期入職者の即戦力が大きく推進された。新人の知識・スキル習得を加速させ、早期離職率の低下、業務効率の向上に貢献した。今後は、アンケートから指導者が統一されていないため早期入職者の共通理解が不足しているという課題が新たに判明した。次年度以降は、指導内容の標準化を図るマニュアル作成や理解度確認のためのテストを導入していく必要がある。これにより、早期入職者の戦力化をさらに加速させ、高いレベルの医療・サービス提供を目指す。

精度の高いレセプト作成による減点率削減を目指して(D)

レセプト博士のカスタマイズ

イムス富士見総合病院

医事課 ○吉川佳菜

I. はじめに

病院における収入において診療報酬は最も重要なものであり、本来算定できるはずのものがヒューマンエラーにより査定されてしまうと、診療行為が収入に繋がらなくなってしまう為、レセプト点検には高い精度が求められます。

現在当院では、外来においてレセプト博士を使用しているレセプト点検を行っておりますが、精度の高い点検を行うことができるようもっと活用できないかと考えました。

II. 取り組み目的

レセプト博士を使用することで、目視のみの確認だけでは見逃してしまっていたエラーを潰せるようになりましたが、同じような減点が減らなかったりそもそも減点率が高かったりという問題が依然としてありました。

この原因としてレセプト博士のカスタマイズが不十分であることが考えられたため、過去の減点を確認した上でカスタマイズを行い、同内容の減点削減、および減点率の削減を目的としました。

III. 取り組み方法

1. 対象: 外来患者
2. 期間: 令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 前月分の減点内容の確認
 - ・毎月減点担当が作成している一覧を確認し内容の精査を行い、よく査定されている項目をピックアップする
 - ・同内容の査定がきている項目に関しては理由を精査し現在のカスタマイズが正確なものになっているか確認する
 - 2) カスタマイズ項目の列挙
レセプト点検担当者に、点検時のエラーを出した方がよい項目、不要な項目を挙げてもらう
 - 3) カスタマイズ
1 と 2 で挙げられた項目に対するカスタマイズを行う
(例) 抗 SS-B/La 抗体に対して算定可能な病名はシェーグレン症候群のみ、と審査側より査定されてきていた為、他の病名ではエラーがでるように設定
4. 分析方法: 令和 5 年度と令和 6 年度の減点率を比較、分析

IV. 結果

表 1

	令和 5 年度	令和 6 年度
減点率(平均)	0.45%	0.39%

今回の取り組みの結果、令和 5 年度の減点率が 0.45%だったのに対して令和 6 年度は 0.39%と減点率を減少させることができました。

同内容の査定については、エラーが出るように設定したものの、担当者への周知が至らずに発生してしまったものが若干見受けられる結果となりました。

V. 考察

減点率の減少から、レセプト博士のカスタマイズを行うことによってレセプトの精度は向上したと考えられます。減点理由を精査することや、各担当者にカスタムが必要なものを挙げてもらうことにより、ただこなすだけではなくレセプト点検に対して積極的に取り組むことができたと考えられ、各自の知識の向上にも繋がったのではないかと考えます。

VI. 結論

今回の取り組みでは、減点率の削減を達成することができました。

人の目だけでは見逃してしまうエラーをレセプト博士を上手にカスタマイズすることによって、精度の高いレセプトを作成し効率的に点検を行うことで職員の業務負担も軽減できたのではないかと考えます。

今後もカスタマイズを継続することで、同内容の病名漏れ等の査定をゼロにしていくことを目標とし、また中堅・若手問わず全職員のレセプト点検の精度を均一化できるよう工夫していきたいと考えています。

ナップ導入後の利用率アップに向けて

ナップ導入により未回収業務を減らし業務効率を上げる

イムス富士見総合病院

医事課 石嶋俊久

I. はじめに

当院では、令和6年8月より入院医療費連帯保証人代行サービスのナップメディカルを導入した。

入院費用の未収は常に課題となっており、様々な対策を行っていますが、目に見えての改善はできていないのが現状である。

未収を減らすことで、病院としての収益減少を防ぐことが期待でき、職員の業務量軽減にも繋がると考えた。

II. 取り組み目的

サービスを導入し加入してもらうことで、病院としての未収を事前に防ぐ。

未収件数を減らすことにより、未収金回収業務に割いていた時間を軽減させる。

III. 取り組み方法

1:対象患者:入院患者

2:期間 2024年9月～2024年8月8日～

3:方法:

1)導入に向けての準備

ナップサービスに対応した運用を検討し導入に向けて整える。

2)入院患者受付にて加入案内

導入前より運用変更の事前周知を行う。また、導入開始後も継続的に周知する。

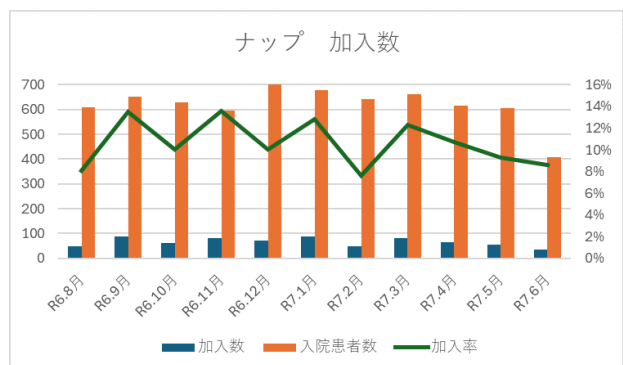
3)加入後のフィードバック

加入率を出し、加入増加に向けての検討を行う。

4:分析方法:令和5年度と現状までの比較・分析

IV. 結果

	加入数	入院患者数	加入率
R6.8月	49	608	8.10%
R6.9月	88	652	13.50%
R6.10月	63	630	10.00%
R6.11月	81	597	13.60%
R6.12月	72	718	10.00%
R7.1月	87	679	12.80%
R7.2月	49	643	7.60%
R7.3月	81	660	12.30%
R7.4月	66	614	10.70%
R7.5月	56	604	9.30%
R7.6月	35	408	8.60%



今回の取り組みでは、導入から現状までで、加入率は10%前後をキープするに留まっており右肩上がりに増やすことはできてはいない。

未収件数に関しても、令和6年度から今までで25件/月前後で目立った増減はなかった。

月によつての波はあるが、加入率の増加・未収件数の減少につながられてはいない。

V. 考察

ナップサービスの加入率が増えていかない要因としては、コロナ流行時には入院を知られたくないという意識が強く、連帯保証人を代行してくれるサービスのメリットが高かったが、5 類感染症へ移行したことで、世間へ知られることへの恐れが薄くなったことが考えられる。

その中でも、加入することへのメリットはあるが、うまく伝えられていないことが増やすことができていない要因と考える。

未収の件数に関しても、連帯保証人を立てる場合、ナップに加入する場合にかかわらず変動はあまりなく、加入後の立替件数もまだ多くないため、目立った実績としては出せていないのが現状である。事務としては、外国人患者の対応や督促・回収業務が少なからず減ることで、時間的・心情的に軽減できていると感じてはいる。

VI. 結論

今回の取り組みでは、加入率の増加・未収件数の減少を結果として出すことはできてはいない。

しかし、案内の工夫によっては、加入率の増加は見込めると考える。

また、未収件数の減少も結果としては出ていないが、加入することでの未収回収業務を減らすことは少なからずできたと考える。

今後も、サービスを継続し加入率を上げることができれば、未収業務の軽減は期待できるので、導入が意味のあるよう工夫をしていきたいと考えます。

未収金回収

過去に発生した未収回収の強化と長期化させないための未収状況の把握

イムス富士見総合病院

医事課 ○小池奈摘 堀口真実 渡邊吏音

I. はじめに

新型コロナウイルスの流行に伴い、感染症に係る未収金が令和2年度から¥2,997,341(609件)発生していた。しかし、感染症拡大が落ち着いた令和4年度時点で¥1,532,551(255件)の未収金が残っていた。

未収金の発生となる要因が、発熱外来による後日精算や、発熱による受け入れ困難から発生する遠方からの6号事案等であり、通常よりも多くの未収金が発生する中、当時は業務過多でマニュアルに沿った回収業務が行えていなかった状況であった。

又、発生した未収金に対して、感染リスクの観点から未収金訪問等の回収が行えていない側面もあった。

そのため、コロナ禍の未収金を一度精査する必要があると考えた。

II. 取り組み目的

未収金の状況を正確に把握し、その回収状況をリアルタイムで管理することは、財務状況を正確に理解し、適切な経営判断を下す上で不可欠である。未収金の内訳、回収に要する期間、回収率などを分析することで、与信管理の改善、営業戦略の見直し、資金計画の策定などに役立てることがでる。

III. 取り組み方法

1. 対象:新型コロナウイルスの影響で回収が滞っている未収金¥1,532,551(255件)
2. 期間:令和2～4年度
3. 方法:
 - 1)既存の業書とは別に支払いの案内状を作成し、患者様へ未収金が発生していることを再認識させる。
 - 2)対応困難な患者様に対して、積極的な未収金訪問と弁護士依頼をかける。
 - 3)苦情・クレームに繋がった未収金に対して上司に報告し、回収方法を検討する。

IV. 結果

支払い案内送付数

¥1,532,55(255件)→回収¥906,520(195件)

未収金訪問数

¥86,535(4件)→回収¥86,535(4件)

弁護士依頼数

¥219,382(32件)→回収¥21,200(4件)

苦情・クレーム数

¥30,855(1件)→回収¥30,855(1件)

図1 月ごとの回収件数 金額

V. 考察

支払いの案内を送付した際に、未収金の発生から年月が経っており、未収金の自覚の無かった患者様が多く見受けられ、案内に関する問い合わせが発生したが、支払いをしてくれる患者様が多かった。

しかし、中には案内までの期間が空いていることや、当時の診療で不満を抱いていた患者様もあり、最終的には訪問や、弁護士への依頼が入ることもあった。

中には、弁護士依頼を行ったにも関わらず、法律事務所の督促状を持参して病院に乗り込んできた患者様がいた。ヒアリングを行ったところ、当時の診療対応が酷く、その後の対応次第で支払いを考えていたが、謝罪も無く、第三者からの督促がきたことに腹を立てているようだったため、所属長に相談し、謝罪を行ったうえで、後日訪問による回収を行った。

VI. 結論

上記の結果を受け、今回の取り組み方法はいずれも効果的であった。

また、過去の未収金回収に努めた結果として回収には早期発見・早期対応が必要不可欠であり、支払い期日を過ぎたらすぐに、状況確認の連絡を入れることが大切と感じた。

次に、明確なコミュニケーションも必要不可欠であると考え。督促の際には、未収金の詳細(未収金額、期日、支払方法)を明確に伝え、支払いの案内を行う。高圧的な態度ではなく、あくまでビジネス上の義務として冷静に対応することが大切となる。特に回収が遅延してしまっている件に関しては、丁寧な説明が必要とされる。

また、柔軟な対応の検討も必要であり、患者様に支払い能力はあるが一時的に困難な事情がある場合、分割払いや期日の延長など、現実的な支払い計画を提示することも有効な場合があった。銀行振り込みにて対応を求めている患者様が多くいらっしやったので、書類の作成を実施。出来る手段を行っても精算いただけない患者様に対しては弁護士

依頼とした。患者様とのやり取りはすべて記録に残し、必要に応じて法的手段を検討する際の証拠となるため、記録を欠かさないことが重要と感じた。

マイナンバーカード利用促進の現状と展望 ～診療報酬改定を契機とした利用率向上の実践～

イムス富士見総合病院

医事課 ○上乘沙耶 荻原奈々

I. はじめに

2021年10月より、マイナンバーカードを健康保険証として利用できる制度が開始され、2024年12月には現行の健康保険の新規発行が停止された。

病院におけるマイナンバーカード利用は、医療DX推進の中核として位置づけられている。

患者の利便性向上、医療情報の正確な取得、受付業務の効率化を目指し、マイナンバーカードの活用推進が継続されている。

しかしながら、マイナ保険証の利用は患者にとって馴染みが薄く、利用は依然として低迷している。

II. 取り組み目的

- ・医療DX推進体制備加算の要件を満たし、加算を算定可能とする。
- ・患者のマイナ保険証の定着を図る。
- ・院内のデジタル化促進とスタッフの意識向上。

III. 取り組み方法

1. 対象:当院外来患者
2. 期間:2025年6月20日～
3. 方法:
 - 1)オンライン資格確認システムの安定的な運用・安心して利用できる環境を整備
 - 2)受付窓口での積極的な声かけの実施(6月20日より強化)
 - 3)マイナ保険証利用方法の提示
 - 4)職員へ呼びかけ強化の情報共有

IV. 結果

- ・2024年6月18日時点の利用率:27%
- ・2024年6月20日声かけ強化後:31%に到達
- ・加算2算定に必要な30%に一時的に達し、一定の成果が確認された。

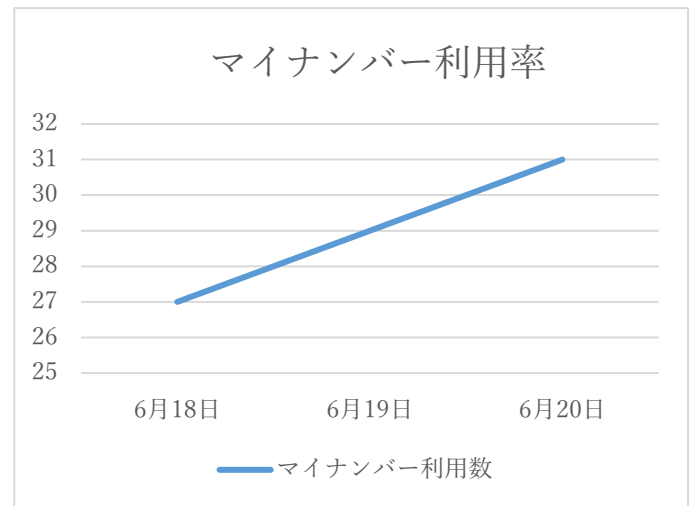


図 1

V. 考察

- ・声かけ強化が利用率上昇に直結した。
- ・具体的な説明により患者の不安や抵抗感が軽減された。
- ・職員間での情報共有により、全体の意識統一が図れた。

〈課題〉

- ・患者の理解と浸透

特に高齢者層やデジタル機器の操作に不慣れな患者に対して、マイナンバーカードのメリットをより丁寧に説明し、利用を促す必要がある。

- ・継続利用に向けた再診時のアプローチが不十分
- ・今後の利用率目標(加算 1:45%など)に向けた継続施策が必要。

VI. 結論

短期間で 27%→31%への利用率向上を達し
一定の成果が確認された。

今後は、継続的な案内や高齢者対応を強化し、より安定した利用促進体制を整える。

医療安全推進委員会を通してのインシデントレポートの提出推進

～リスクマネジメントの視点～

イムス富士見総合病院

医事課 ○西川曜平

I. はじめに

近年、医療機関における個人情報保護の重要性はますます高まっています。特に医事課は、患者様の氏名、住所、病名、診療内容など、多岐にわたる個人情報を取り扱う部署であり、その管理には細心の注意が求められます。仮に個人情報の漏洩が発生すれば、患者様への影響のみならず、病院の信頼低下にもつながりかねません。

このような状況において、個人情報漏洩の未然防止、および発生時の適切な対応を確立することは、病院運営における喫緊の課題と言えます。その中でインシデントレポートは、医療安全管理体制を構築する一部であり、個人情報漏洩に関する様々なヒヤリハットやインシデントを早期に把握し、分析することで、より重大な事故への発展を食い止めるための重要なツールとなります。

個人情報漏洩防止を目的としたインシデントレポート提出数増加への取り組みについて報告します。

II. 取り組み目的

本取り組みの最大の目的は、医事課における個人情報漏洩に関する潜在的リスクを早期に抽出し、共有・分析することで、個人情報漏洩事故を未然に防止する体制を強化することにあります。

以下の目標を設定しました。

1.インシデントレポート提出数の増加：職員一人ひとりが個人情報保護に対する意識を高め、些細なことでも積極的にレポートを提出するという習慣化を行いました。昨年度の提出数 12 件に対し、本年度の最終的な目標は 120 件と設定していま

す。

- 2.個人情報漏洩リスクの可視化：提出されたレポートを分析し、個人情報漏洩につながる可能性のある具体的な事例やパターンを確認。
- 3.効果的な改善策の提案と実行：特定されたリスクに対して、実効性のある改善策を立案し、迅速に実行することで、再発防止と安全管理体制の強化を図ります。

III. 取り組み方法

1.対象：医事課全職員

2.期間：2024 年 4 月～2025 年 3 月

3.方法：

1)タレでの周知

医事課内の毎日のタレにおいて、個人情報保護の重要性について改めて周知徹底を行いました。具体的には以下の点を繰り返し伝えることで、職員の意識向上を図りました。

(1)個人情報漏洩の事例共有：他施設や当院で発生した個人情報に関するヒヤリハット事例などを共有し、身近な問題として捉えてもらうようにしました。

(2)提出方法の確認：レポートの記入方法や提出手順について定期的に確認し、疑問点を解消しました。

2)医療安全推進委員会での報告、改善案の提言
提出されたインシデントレポートは、定期的に開催される医療安全推進委員会で報告し、全職員で共有しました。この委員会では、以下の活動を行いました。

- (1) 提出されたレポートの分析：個人情報漏洩につながる可能性のあるインシデントについて、その原因を分析しました。
- (2) 事例ごとの改善策検討：個別の事例に対して、具体的な改善策を検討しました。例えば、書類の取り扱いミスであれば二重チェック体制の導入を提言しました。
- (3) 部署間の連携強化：他部署との連携が必要な事例については、関係部署と連携し、部門横断的な改善策を検討・実行しました。
- (4) 情報提供とフィードバック：委員会での議論内容や決定事項は、医事課内へ情報提供し、改善活動への理解と協力を求めました。また、レポート提出者には、その後の対応状況についてフィードバックを行い、提出へのモチベーション維持を図りました。

IV. 考察

結果として、医事課におけるインシデントレポート提出数は昨年度と比較し大幅に増加しました。昨年度の12件に対し、本年度は46件と、約4倍の増加を達成しています。これは、夕礼での継続的な周知や、医療安全推進委員会での積極的な議論と改善策実行が、職員の個人情報保護に対する意識向上と、レポート提出への心理的ハードルの低下に大きく貢献した結果と考えられます。

特に、「些細なことでも報告する」という意識の浸透は、潜在的なリスクの早期発見に繋がり、より大きな事故の未然防止に貢献していると推察されます。また、提出されたレポートが個人の評価に影響しないこと、そして改善活動に活かされていることが明確に示されたことで、職員は安心して情報を提供できるようになったと言えます。

しかしながら、目標とする120件にはまだ達しておら

ず、さらなる提出数増加に向けては、継続的な啓発活動と、報告しやすい環境整備が不可欠だと思います。

V. 結論

本取り組みを通じて、当院医事課における個人情報漏洩防止に向けた意識は着実に向上し、インシデントレポート提出数も大幅に増加しました。これは、日々の夕礼における地道な周知活動と、医療安全推進委員会における建設的な議論と改善策の実行が相まって、職員の個人情報保護に対する意識と行動に変革をもたらした結果と言えます。

今後も、目標である100件達成、そしてそれを超える提出数を目指し、継続的に取り組みを強化していきます。個人情報漏洩リスクのさらなる減少と、患者様が安心して医療を受けられる環境の構築のため、活動を継続していきます。

小児科外来日当点アップを目指して ～医学管理料算定件増加への取り組み～

イムス富士見総合病院

医事課 ○船橋桃子

I. はじめに

当院の小児科外来は小児一般、小児専門外来、小児外科を標榜している。当外来は専門性に特化した専門外来に力をいれている診療科である。令和7年度から新たに「小児心身症外来」を開始した。それに伴い更なる日当点の増加を目標に取り組みを始めた。

取り組み目的

医学管理料の算定件数を増加、算定漏れを防ぐことを目的とする。

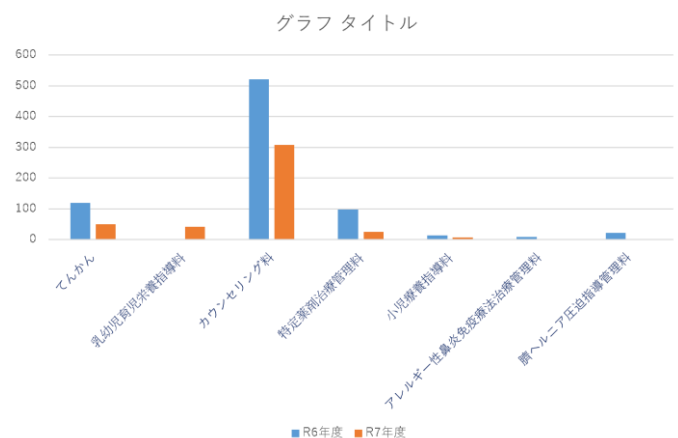
III. 取り組み方法

1. 対象:小児科外来患者
2. 期間:R7年5月26日～
3. 方法:
 - 1)小児医療に関連のある医学管理料を選定
・複数ある専門外来に関連ありそうな医学管理料を探し、算定要件を確認。リスト化する。
 - 2)医師に医学管理料について説明
・資料を作成し、医学管理料の算定要件について説明を行う。
 - 3)事務に医学管理料について説明。
事前に医学管理料の算定可能患者リストアップを行い、代行入力をする。

4. 分析方法:

R6年度とR7年度を比較し、分析する。

IV. 結果



V. 考察

職員に医学管理料について説明し、理解を深めてもらい、積極的な算定へ向けて取り組んだ結果、算定件数も増加することができた。

VI. 結論

医学管理料の算定について、職員に説明し、算定漏れないように意識づけを行い事前に指導料の代行入力を行う事により算定件数が増加することができた。

今後は医学管理料算定件数増加、維持のために指導料の記載時にテンプレートを使用し負担軽減行えるように業務改善を行いながら継続して取り組んでいきたい。

泌尿器科手術の最新技術と治療機器の発展について ～地域医療の連携と寄り添った治療の実践～

イムス富士見総合病院

医事課 長島舞美

I. はじめに

当院で力をいれている外来の一つでもある泌尿器科外来の取り組みについて紹介していく。

当科では、泌尿器領域の悪性腫瘍(前立腺癌、尿路上皮癌、腎癌など)、尿路結石(腎結石、尿管結石、膀胱結石)や尿路感染症(尿道炎、膀胱炎、前立腺炎、精巣上体炎、腎盂腎炎など)、排尿障害など泌尿器科疾患全般を扱っている。また、救急疾患も随時受け入れ、治療を行っており、近隣の開業医・クリニック、総合病院と連携し症例を増やしている。

II. 取り組み目的

特に力をいれている手術を3つ紹介する。

前立腺肥大症に対する新たな治療機器である「Rezumシステム」。

前立腺肥大症に伴う排尿障害でお困りの方に対する安全性かつ有効性の高い手術である。

RezumシステムによるWAVE治療は、水蒸気を用いており、異物を体内に残さずに治療をすることが可能になった。埼玉県内で初めて導入され、水蒸気治療を求めて当院へ来院する患者様は多い。

次に身体への負担が最も少なく、手術後の回復が早い「手術支援ロボットDa Vinci」。これまで開腹や従来の腹腔鏡で行っていた手術の大部分が、ダビンチ手術の適用となった。比較的小さな創で手術を行うことで患者様と術者にとって、低侵襲で優しい手術である。

最後にレーザー装置パルスホルミウム・ヤグレーザを使用した経尿道的腎尿管結石碎術「TUL」、経尿道的ホルミニウムレーザー前立腺核出術「HoLEP」。当院泌尿器科では、これまで腎尿管結石に対

する内視鏡下手術は試行していなかったが2023年12月に碎石用のレーザースystemであるパルスホルミウム・ヤグレーザと世界初のビデオ軟性腎盂尿管鏡を同時に導入、最先端の経尿道的腎尿管結石碎石術「TUL」が可能になった。

これらの治療機器の発展や最新技術を取り入れることで、近隣地域とのより良い連携を強化し、患者様がより良い治療を受けられるようにすることが目的である。

III. 取り組み方法

1. 対象:泌尿器科の手術

2. 期間:2024年4月～2025年3月

3. 方法

1) 当院オペ室職員に情報提供してもらい、どのような術式を行っているのか調査する

2) 術式ごとにどのくらいの件数で手術を行っているのか調査する

4. 分析方法

年齢制限無しの男女含めた当院泌尿器科の患者様を対象に2024年4月から2025年3月までの各術式のそれぞれ件数を出しグラフにした。

IV. 結果

一番件数が多かったのは、前立腺生検であり、その後経尿道的尿路結石除去術、経尿道的前立腺水蒸気治療、膀胱悪性腫瘍手術と続いた。

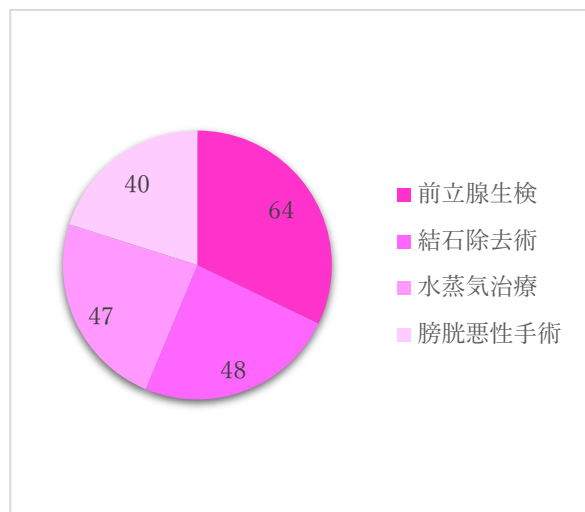


図1

V. 考察

図1のように前立腺生検する人数が最も多いことから癌かどうか調べるために当院へ受診する患者様が多いことが分かる。患者様自身が自ら当院を選ぶ方もいれば、近隣のクリニックから紹介状を持参し遠方から受診するケースは最も多い。その背景には当院の最新治療機器や手術方法に興味を持っている患者様が多いことが予想される。また、図に入っている術式は実施できる病院が限られていることもあり、当院で手術できるといった魅力で患者様の獲得に繋がっている。

VI. 結論

以上のように、地域連携との連携強化が手術件数を増加させることに繋がっており、泌尿器科の手術の件数の多いものに着目すると医療技術の進歩や最新の医療機器が重要であると考えられる。さらに、患者様に寄り添った術後の回復が早い手術が魅力を集めているようだ。

今後もその背景を的確に捉え、地域との連携をさらに深めることで、患者様に選ばれる医療機関を目指すとともに、一人ひとりに寄り添った質の高い医療の提供が求められる。

医師、看護師と連携して毎月発行『訪問看護指示書』 ～300 点 UP により日当点増加への取り組み～

イムス富士見総合病院

医事課 嶋田信子

I. はじめに

訪問看護指示書とは、在宅で生活をしている何らかの疾患を抱えた方に対して訪問看護を提供する際に、主治医から訪問看護ステーションに交付する書類です。

高齢者の『2025 年問題』として日本の人口 5 人に 1 人が 75 歳以上となり後期高齢者が大幅に増えることで医療介護の需要が増大することが懸念されてきました。

現在そうしたなかで、在宅での医療が近年増加傾向にあります。訪問診療までにはいかないが、訪問看護師による在宅でのリハビリや、医療処置など必要性がある患者様やご家族にとって『訪問看護』は身近な在宅医療と言えます。

II. 取り組み目的

算定漏れや、指示書記載忘れもあった『訪問看護指示書』。記載漏れを無くす取り組みから算定 UP への取り組みへ。

『訪問看護指示書』は、6 ヶ月以内の指示期間とされています。その為 1 月に 1 回の『訪問看護指示書料』が算定できるため、指示期間が 6 ヶ月の『訪問看護指示書料』(300 点)を算定する場合は、6 ヶ月に 1 回しか算定できませんが、毎月交付する事で 1 人につき 1 年間 12 回(300 点×12 か月分＝3600 点)算定する事ができます。『訪問看護指示書』は書類作成料の為、医師や看護師と連携・協力し毎月の指示書の作成により日当点 UP に繋げることを取り組み目的といたしました。

III. 取り組み方法

1. 対象:『訪問看護指示書』依頼の方

2. 期間:令和 4 年～令和 6 年度

3. 方法:

看護師・事務の連携により毎月算定又指示書交付していくうえで、毎月の来院状況・訪問報告書確認して事前準備し、医師へ報告と共に指示書を発行し算定する。

1) 毎月算定を原則とする。(外来では毎月来院時指示書交付が望ましいが、来院できない場合は訪問看護報告書を確認し指示書交付)発行した指示書料は、次回来院時の時にお会計して頂く。

2) スプレッドシートにて、『訪問看護指示書』作成する方を管理

担当訪問看護ステーションや、指示期間、指示書算定日、指示書発行日、郵送日を患者様毎に管理し書類作成状況の把握をする。

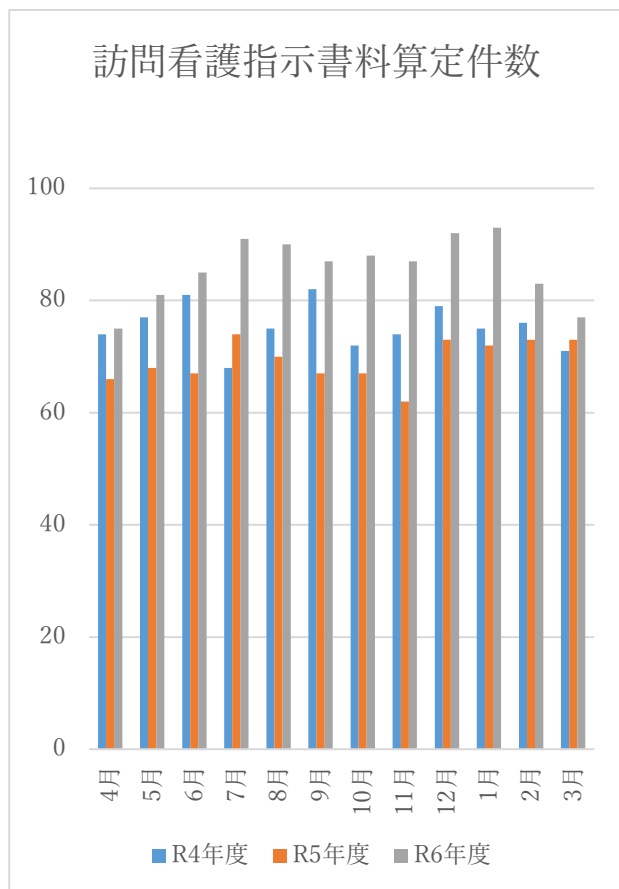
3) 転医であっても、『訪問看護指示書』を次の受診までの指示書作成し算定へ繋げる。

4) 退院時の『訪問看護指示書料』は算定漏れないよう医師事務が医師と看護師と連携して電子カルテへ算定項目を入力し入院係が算定する。

・毎日、スプレッドシートを確認し当日の算定確認を行う。

4. 分析方法:

令和 2 年から毎月訪問看護指示書を発行、算定を準備し毎月算定管理しています。



IV. 結果

スプレッドシートでの管理により、診療科、担当医師、指示期間、担当訪問看護ステーションなど訪問看護師から連絡が来てもすぐ確認できるようになりました。毎月指示書を算定する事で 1 人 300 点追加は日当点プラスにもなりました。現在、約 80 名近くの方が訪問看護を利用しています。1 人 6 ヶ月の指示期間の指示書を発行し算定した場合 1 年間 600 点のみの算定でしたが、現在年間 1 人 3600 点。

訪問看護指示書料には、加算として『特別訪問看護指示書料』、『衛生材料加算』、などがあり必要な場合は、患者様の状態により準備が必要となり併せて算定もできるようになりました。

V. 考察

現在、訪問看護指示書を発行している高齢者が大半ですが、当院では小児科による発達障害の方や、不登校に対しても訪問看護指示書発行している方もおります。乳幼児の障害を抱えるご家族にも、在宅医療で支えていく必要性も感じました。今後、増加傾向にある在宅医療は、必要不可欠な存在です。

令和 1 年頃までは訪問看護指示書の算定について漏れていた部分でもありましたが、令和 2 年頃から当院での「在宅医療」をきっかけに着目し準備する事ができました。

現在指示書発行について事務は担当者のみで行っていますが、今後は各診療科の担当者を輩出していくことで在宅医療の必要性や在宅・医学管理料の新たな算定取り組みができるのではないかと考え検討していきたいと思います。

VI. 結論

毎月、『訪問看護指示書』を作成する事で算定 UP に繋げる事ができると共に、在宅医療を受けている患者様の自宅での様子や、リハビリ、医療介護の方向性など看護師、医師と共有する事ができました。現在同じように在宅関連の『在宅酸素療法指導管理料』等もスプレッドシートにて多職種で管理し指導・算定・請求までの確認を行っており、算定に繋げるように管理しております。

やはり、医師、看護師、事務、多職種連携して管理していくことで算定できる項目は、まだまだあると実感し増収増益は見込まれると感じています。

特定健診待ち時間について 削減するためにできること

イムス富士見総合病院
医事課 ○萩原美帆 村田由紀子

I. はじめに

毎年6月～11月の特定健診を受けに多くの患者様が来院されます。
昨年は9時・9時30分の予約枠で受付し、受付が済んだ方から採血→心電図→問診と各科をまわっていただいておりますが、各診療科の患者様もいらっしゃるため、1つの科をまわる毎にお待たせしているのが現状でした。
そのため、各科・福井先生と協議のうえで、特定健診受診の方に早い時間に来院していただき、各診療科の患者様と時間をずらして実施することは出来ないか考えました。

II. 取り組み目的

各診療科の患者様と時間をずらすことによって、待ち時間の減少を図りましたが、問合せや来院予約と会計が集中してしまい対応が遅くなることが多々ありました。

早い時間にご帰宅案内まで出来ていれば、お待たせすることなくスムーズに受診していただくことができ、予約希望の方にも集中して対応出来ること、さらに特定健診後に受診も出来るので、時間を有効活用出来ると考えました。

III. 取り組み方法

1. 対象:特定健診受診者
2. 期間:令和7年6月～令和7年11月
3. 方法:
 - 1) 来院時間を7時30分に設定
 - ・福井先生や各科代表者と検査開始時間を上記で出来るか協議し、対応可能か確認。
また、それに伴い福井先生や従業員の出勤時間を変更することが可能か、福井先生含め上席と総務へ確認。
 - 2) 予約時間の誘導
 - ・予約を取るときに、7時30分に来院出来るか確認し、無理のない範囲で7時30分枠へ誘導する。
 - ・7時30分来院が難しそうな場合は、9時枠をご案内する。
 - 3) 各科をまわる際の順路表変更
 - ・受診者全員が同じルートで各科へ行くのではなく、採血・心電図・胸部レントゲンに分けてご案内する。
 - ・初動でお待たせしないよう、受付時は必須書類や検便などの預かりや保険証確認、血圧測定や検温のみとし、各科へ移動した後に問診票のチェックを行うようにした。
 - ・例年身体計測は最初に行っていたが、今年からは会計前に行うこととし、初期段階でのタイムロスを経減出来るよう変更した。

IV. 結果

表 1

R6年度 来院時間	人数	比率
9時	580人	53.0%
9時30分	514人	47.0%

表 2

R7年6月 来院時間	人数	比率
7時30分	124人	73.0%
9時	47人	27.0%

今回の取り組みの結果、6月30日までの受診で73.0%の受診者に7時30分に来院いただくことが出来ました。

また、患者様によっては問診時に当日二次受診するよう福井先生よりお話があります。

特定健診後に二次受診の用紙をお渡しして、グリーンカウンターへ案内し受診いただいております。

予約の電話で混雑する前に、特定健診の受診を終わらせることができ、各診療科と情報を共有することによって、特定健診後に他の科の受診予約をする方も見受けられます。

V. 考察

午前中に特定健診があることによって、診療科によっては予約時間に空きがなく、別日の受診もしくは午後の受診となっていたものが、午前中に行うことが出来るので、患者様の負担減少に繋がったと考えられます。

また、10時以降になると問い合わせの電話も殺到し、来院予約の方もいらっしゃるため、業務が重ならなくなったことで対応するスタッフのミスも減り、業務の向上にも繋がったのではないかと感じます。

VI. 結論

今回の取り組みでは、関係各部署との連携が強化でき、患者様の受診数の向上にも貢献できたのではないかと考えられます。

限られた時間の中で、より多くの方に特定健診を受診していただくため、待ち時間の減少は必要なことです。

焦りはミスを生むだけでなく、対応にも出てしまうため、顧客満足度も確保しつつ自分たち自身にも余裕を持って対応出来るよう心掛けて参ります。

小児科外来業務の効率化 仕事で費やす時間を考える

イムス富士見総合病院
医事課 ○鳴井陸人

I. はじめに

令和 7 年 4 月から 2 年目の職員となった。これから後輩に業務を教えていく立場となり、教えていくために必要なことをまとめようと、仕事の効率化を図ろうと考えた。

また、自分が行っている仕事内容を見直すことで得意な業務・苦手な業務を認識して、改善点を見つけようと考えた。

II. 取り組み目的

仕事の効率化を行い、業務内容を教えるときに分かりやすくする目的

自分が行っている仕事を時間で見直し、得意な業務・苦手な業務を認識して、改善点を見つける目的

仕事の効率化を行い、業務を素早く終わらせ、自分のワークライフバランスを改善する目的

III. 取り組み方法

1. 対象:小児科外来業務
2. 期間:令和 7 年 4 月から令和 7 年 6 月
3. 方法:
 - 1)業務時間内で必ずやらなければならない仕事をまとめ、時間を区切ってスケジュールを作成する。
 - 2)先生が不在等で確認できなかった昨日までの電話問い合わせの内容をまとめる。始業開始から確認をとり始め、確認でき次第患者様に電話を掛ける。
 - 3)電話問い合わせ等の事務記録を、電話を受けながら同時に記録を入力していく。文章のように経緯を説明しなければいけない場合もあるが、

出来るだけ端的に記録を残す。

4)小児科外来の場所から離れるときは自分の目的部署に持っていく書類や持ってきてもらいたい物品がないか確認し手から離れる。

4. 分析方法:

時間を区切ってスケジュール作成することで、自分で考えた時間よりも早く終われば自分の得意な業務となり、時間を越えてしまうのであれば自分御苦手な業務と考えることができる。

事務記録を端的に残すことで短い文章となる。また、問い合わせと同時に入力する事により、最後まで入力できない場合でも、途中からの入力となる為、時間の短縮になると考えた。

IV. 結果

小児科外来業務の効率化を行い、4 月 15 日から 5 月 15 日までの残業時間が約 29 時間、5 月 16 日から 6 月 15 日までの残業時間が約 24 時間と約 5 時間減った。

また、予約変更等の同じような内容を事務記録端的にまとめることで、自分自身の中で残したい内容をテンプレート化することができるようになった。

V. 考察

業務の見直しを行う事で、仕事の優先順位を考えた。また、自分が行っていた業務の不要なやり部分の削り方が分かった。

VI. 結論

自分が行っている業務を見直すことで後輩に教えた内容をまとめる事ができた。

また、残業時間が減ったことにより、自分に費やせる時間が増え、ワークライフバランスの改善につながった

患者様の待ち時間短縮に向けて 予約券と予約一覧表の活用

イムス富士見総合病院

医事課 ○齋藤美和

I. はじめに

近年、当施設では患者様が多く来院され、検査から診察までの待ち時間が長いと指摘を受けることが多くなってきている。また、外来受付はA館、B館に分かれているが採血室・生理学検査室・放射線科室は全てA館に集約しており、従来の検査案内方法では、受付を取った後B館の外来受付まで来ていただき保険確認を行ったあとに検査案内を行ってから、わざわざA館へ戻っていただき検査を行っていただく流れになっている。この方法では、患者様が各館を行ったり来たりしなければならず、高齢者の患者様には距離もかなりあるためとても負担になっていると考えた。そこで患者様が気持ちよく通院できるようにするにはどうすべきなのかを考える必要があると考えこの課題に取り組んだ。

II. 取り組み目的

- 1 待ち時間の短縮
- 2 検査案内間違いの防止

III. 取り組み方法

1. 対象: 全ての患者様
2. 期間: 2025年2月～
3. 方法:
 - 1) 予約券での検査案内
今までは当日に各科受付で検査案内を行っていたのを、事前に検査の順番を記載した予約券をお渡し、受付後直接各検査室へ行っていただくよう案内。
 - 2) 看護師からの確認が必要になる検査などについては、予約の一覧を事前に印刷し、電子カルテにて、どのような検査が入っているかを確認す

ることで当日に電子カルテを開き、あたふたしてしまう可能性を減らす。

4. 分析方法:

待ち時間調査を実施し、上記の取り組みを行う前と行った後での患者様一人あたりの平均在院時間を比較する。

IV. 結果

従来のやり方では、受付→各外来受付へ声掛け→検査案内という流れであったが、今回の取り組みを経て、受付→直接検査室へという流れになり、手間を1つ省くことができた。予約票に事前に検査の順番を振っておくことで、患者様が検査前に外来受付に声をかける必要がなくなり、検査案内までの待ち時間が短縮でき、直接検査室へいけることで患者様のストレスも軽減された。待ち時間調査の結果からも上記の取り組みを行ったこともあり10分の短縮につながったという結果が出た。

V. 考察

予約票を用いての検査案内を行うことで、外来受付に患者様から声がかかるといった手間が省けたことで、当施設の構造上の問題であった検査室と各外来受付の距離がある場所への移動の負担を最小限に減らすことで、患者様の負担を軽減できたと考えられる。

事前に患者様の当日の検査予約を確認することで、直接検査室に行かずに看護師の確認が必要な検査についても気づき迅速な案内につながり、患者様のストレスを軽減できたと考えられ、迅速に検査へ案内することはすなわち、迅速に診察まで回すことにつながる大切な行為だと感じた。

VI. 結論

ルーティン業務のようになっている業務も一度立ち止まって、再度やり方を見直すことで、無駄な部分や、改善の余地があることにはつけんできると分かった。

待ち時間を短縮するために行った今回の取り組みは有効であった。これからもこの取り組みを引き続き行っていく必要がある。そして今後も先入観にとらわれず、患者様のため、病院のために改善できる業務がないか日頃から考えることがたいせつであると今回の取り組みで気づけた。

器質性月経困難症の管理と治療

婦人科特定疾患治療薬管理料の算定漏れをなくす取り組み

イムス富士見総合病院

医事課 ○齋藤有香

I. はじめに

近年、オンライン診療やネットで薬を購入することができるようになっており、簡単に自分が欲しい薬が手に入れられるようになってきています。しかし、中には自分の症状や病気に対しての理解力が低く、ネットに書いてあることを信じて自分の判断で薬を買い、服用したことによって症状がもっとつらくなってしまう方もいるでしょう。また、婦人科に受診するのが恥ずかしいと思う方もいると思います。女性特有の疾患であるため、先生との親密さや丁寧な診療が求められ、そこをクリアしていくことにより婦人科に受診する方も増えていくでしょう。病院に受診しても診察と処方で5分で終わり、というような流れ受診ではなく患者様のためを思い、計画的に継続的な診療が必要だということを専門医が説明し、管理料を算定していくことが大事だと考えます。

II. 取り組み目的

まず、女性特有の疾患であるため、診察時に計画的に継続して治療が必要であることを医師から説明してもらう必要があります。そこで算定できるのが「婦人科特定疾患治療管理料」です。器質性月経困難症の患者」であって、ホルモン剤を投与している患者に対して専門医が患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に3月に1回に限り算定できるものです。流れ受診になっている管理料を算定していない患者様を対象に算定アップにつなげることを目的としました。

III. 取り組み方法

1. 対象:産婦人科外来受診中で管理料算定の対象となる患者
2. 期間:令和6年4月～令和7年3月
3. 方法:
 - 1)患者様の絞り込み
・期間内に受診された患者様で器質性月経困難症の病名がついている患者様をリストアップする
・リストアップした中から器質性月経困難症に対してホルモン剤を投与している患者をリストアップする
 - 2)算定有無の確認
1でリストアップした中から婦人科特定疾患治療管理料を算定している患者様と算定できていない患者様にわける
 - 3)医事課内での算定要件確認と医師への依頼
管理料を算定するためには適切な病名が入っていることや、病名に対してホルモン剤を投与していることが前提であり、3月に1回の算定のため、算定ミスや漏れのないようカルテで見やすくし医師とも共有できるようにしました。
4. 分析方法:
令和5年度と令和6年度の管理料を算定した患者様の人数を比較し分析する

IV. 結果

	R5年度	R6年度
病名がついてる患者	131人	154人
管理料が算定できている患者	60人	74人
管理料が算定できていない患者	25人	27人

今回は令和 5 年度と令和 6 年度に受診された患者様の中から器質性月経困難症の病名がついてる方を対象としました。表にカウントされていない患者様は器質性月経困難症の病名はついていますが、主にそのことで受診しているわけではない患者様でしたので表にはのせていません。

分析の結果、令和 5 年度の管理料が算定できている患者が 60 人、算定できていない(算定漏れ)の患者が 25 人でした。令和 6 年度の管理料が算定できている患者が 74 人、算定できていない(算定漏れ)の患者が 27 人でした。今回の分析では管理料の算定がアップしたとは言い切れませんでした。

V. 考察

今回、管理料を算定するうえで、医師との連携の為にカルテ上に管理料算定依頼を記載していましたが、そこから診察で管理料を算定するところまで持っていくことができず、結果として算定できなかった(算定漏れてしまった)となりました。もう一度事務から医師へ管理料算定のお願いをあらためてする必要があったと感じました。また、医師によって管理料を算定する間隔やタイミングが異なるため、カルテ上で医師へ依頼する文章も考える必要があったと感じました。

VI. 結論

今回行った取り組みより、婦人科特定疾患治療管理料の算定ができていない(漏れている)患者様が多いことがわかりました。限られた時間の中で診察し、管理料算定のための継続的、計画的な治療の指導をすることは大変ですが、医師と協力し今後も算定アップのために努力していきたいと思います。

医師事務作業補助者の診断書作成支援 ～診断書返却までの日数短縮を目指して～

イムス富士見総合病院

医事課 おおまつ えり 大松恵李

I. はじめに

近年、医師の働き方改革が進む中で、医師事務作業補助者（以下、医師事務）の役割は重要性を増しています。特に診断書や証明書の作成は医師の事務作業時間を大きく占める要因となっており、業務効率化が求められています。当院でも、作成遅延が課題となっており業務の見直しが必要と感じていました。改善に向けた取り組みとその効果について発表します。

II. 取り組み目的

外来や病棟での医師の業務が圧迫されていて、診断書の作成に時間を要していました。そこで、医師事務による支援体制を整えることで作成遅延を減らすことを目的として取り組みました。

III. 取り組み方法

1. 対象: 泌尿器科外来
2. 期間: 導入前 2024.6.1～2024.8.31
導入後 2025.3.1～2025.5.31
3. 方法:
 - 1) 医師事務が患者情報・入院、通院期間・診断名・検査結果など可能な範囲で事前入力を行う
 - 2) 医師が最終確認・修正を行った後に証明日・氏名欄を入力する。
 - 3) 医師事務が最終確認を再度行い、発行する

4. 分析方法:

診断書作成の支援体制導入前後において、患者から診断書を預かった受付日から、完成・患者へお渡しした日までの日数を記録・比較しました。対象期間は導入前後 3 か月間、日数は支援体制導入前後 30 件を抽出しました。
全体の平均日数、最長・最短日数、2 週間以内に返却できた件数の割合を集計しました。

IV. 結果

医師事務を配置し、診断書作成支援を導入したことにより、預かりから返却までの期間が平均 29 日から 17 日へ約 12 日短縮されました。最長 49 日から 32 日、最短 9 日から 5 日、2 週間以内の返却は 1 件から 13 件となりました。
文書対応の迅速化が図られ、患者へのサービス向上にもつながった。

V. 考察

本取り組みにより、診断書記載業務の効率化が図られ、返却までの所要日数が大幅に短縮されました。よって患者サービスの向上につながったと考えます。さらに、本来の目的である医師の事務的業務負担軽減にも貢献できているのではないかと考えます。

VI. 結論

医師事務配置診断書返却までの期間が短縮され、文書業務の効率化と患者サービスの向上が図られました。

未収金管理業務の体制強化と未収金の削減に向けて

イムス富士見総合病院

医事課 ○石川 涼子

I. はじめに

医療費の未収金は、病院にとって重要な経営課題であり、未収金増加に伴う影響は、単に「医療費が回収できない」だけでなく、病院経営や医療サービス全体に深刻なダメージを与える可能性がある。

また、未収金回収のための連絡・書類作成・訪問対応などにより、医事課の業務負担の増加へと繋がっている。

まずは、現在の未収金管理体制、回収フローを見直すことにより、未収金管理体制を強化していき、未収金の削減やその先の病院経営の改善、医療サービスの質や患者の満足度向上を目指したい。

II. 取り組み目的

未収金管理体制と回収フローを見直し強化することと、全未収金額の前年度対比 20%削減を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:未収金が発生した入院患者

2. 期間:令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月

3. 方法:

- 1)入院係全体で未収金患者の管理方法が徹底されておらず、病棟会計担当者の異動、転勤、退職時に未収金についての引継ぎ環境が整っていなかったため、病棟会計担当者が各病棟患者の未収金を管理する「未収金管理シート」を作成した。
- 2)一部の病棟会計担当者が、未収金患者の請求書類一式を個人保管しており、これにより長期に渡り督促のタイミングを逃し、また後任担当者への引継ぎも不十分だったため、未収患者の請求書類一式の保管場所は、入退院受付の所定の場所へと完全統一した。

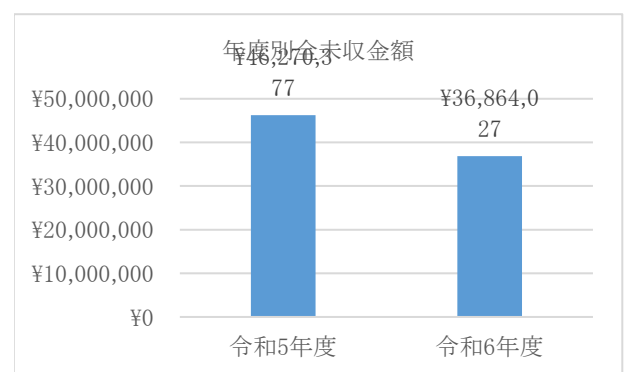
3)督促をかけても全く連絡がつかない状態のまま長期間漫然と電話連絡、文書連絡、SMS 連絡を繰り返している事例が多発していたため、未収金回収フローを見直しマニュアルを再作成した。

4)長期間未収金が放置されることを防止するため、2 週間に 1 回全未収金患者(法律事務所へ回収依頼を行っているものは除く)の経過記録等のチェックを行い、督促が不十分なものに関しては速やかに督促を行い、その結果を期日までに報告する体制を構築した。

4. 分析方法:

取り組み前の令和 5 年度の全未収金額と取り組み後の令和 6 年度の全未収金額を比較し、どの程度削減できたか検証する。

IV. 結果



前年度対比 21.3%削減

V. 考察

「未収金管理シート」を作成、運用したことにより、各病棟会計担当者が担当している現在の未収患者の督促状況が一覧で分かるようになった。この管理シートを毎日確認することで、「今日連絡をしなければいけない患者は誰なのか」「今日が支払期日の患者は誰なのか」等、その日督促業務を行わなければいけない患者が可視化された。

また、未収金回収フローを見直し、未収金経過日数に応じた業書を送るタイミング、法律事務所へ回収依頼を行うタイミングの目安を明確にして入院係全体で共有できたことにより、回収困難な案件に漫然と時間をかけることが減り、法律事務所へ依頼するタイミングも早くなった。

以上のことが未収金案件に対する医事課の業務負担の減少にも繋がったと考えられる。

更に、請求書類一式の保管場所を完全統一し、2週間に1回全未収患者の督促状況をチェックしたことにより、未収金の長期間放置、電話連絡や業書の送付漏れの減少に繋がり、全未収金額の前年度対比21.3%を削減できたと考える。

VI. 結論

未収金督促業務は、精神的にマイナスになることが多く、また督促状況が分かりづらいと、つい後回しにしていまいがちになり、回収するまでに時間がかかり、さらには未収金が長期間放置された結果、回収困難となってしまった事例も少なくなかった。

現在の未収患者の督促状況が分かる「未収管理シート」を上手く活用しながら未収金が発生してから早期に督促を開始すること、またその後も未収金発生経過日数に応じた督促のタイミングを逃さずに、スピード感を持って対応していくことが重要である。

当院では、昨年の8月から入院医療保証サービス「ナップメディカル」を導入しており、特に無保険自費診療の患者には積極的に加入を促進することで、高額未収金の防止、減少にも繋がっている。今後もこのようなサービスを上手く活用しながら、未収金管理体制の徹底を図り効率的な未収金回収を促進することで、病院経営の安定化、より良い医療の提供に貢献していきたい。

循環器内科における DPC 点数の増点と増収に向けた取り組み

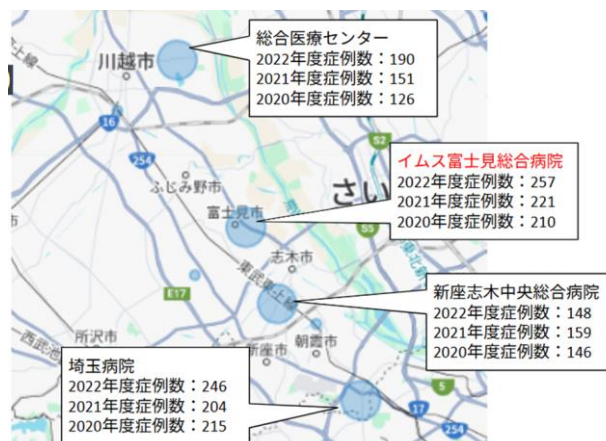
イムス富士見総合病院

医事課 ○小鹿野彩女 久保田真帆 佐々木美咲

I. はじめに

当院の循環器内科では、特にカテーテル治療に注力しており、24 時間 365 日体制でカテーテル検査・治療(経皮的冠動脈形成術や経皮的心筋焼灼術・ペースメーカー埋め込み術)を提供している。周辺の医療機関と連携を密にし、循環器内科の症例数は近隣の医療機関と比較して多く、急性期病院としての役割を果たしている。例えば、心筋梗塞の症例(図 1)は、近隣の医療機関を大幅に上回っており、他のカテーテル(緊急含む)の症例数が増加すれば必然的に全体数も上がり、増収に繋がると考える。また、心不全や狭心症は全国的にも症例数が多いため、循環器内科は病院全体への影響力も大きく、さらなる増収に向けた取り組みが求められる診療科である。

当院は、DPC 対象病院であり、入院費計算方法が「DPC(包括評価)方式」となっている。DPC とは、入院中に最も医療資源を投入した傷病名に対して、重症度や手術・処置の有無、副傷病名等の状況を加味することで、診断群分類(14 桁)のコードを決定する。DPC のコードを決定していくうえで、「分岐」というものがあり、この分岐が適正な DPC を組むポイントとなる。手術や、CV、人工呼吸、人工透析、副傷病名の有無によって、より高い点数の DPC を組むことができる。



心筋梗塞の症例のバブル図(図1)

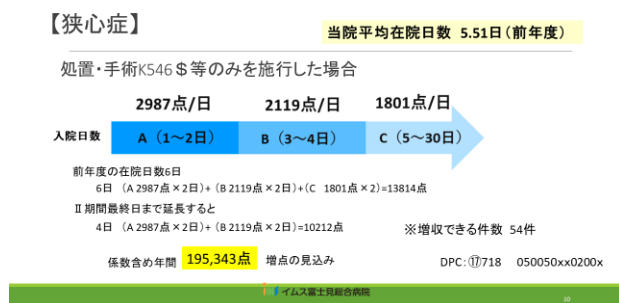
II. 取り組み目的

医師に DPC への理解を深めてもらうこと。勉強会を通して循環器内科の医師と医事課の連携を図り、増点・増収を目指すこと。

III. 取り組み方法

1. 対象:循環器内科の医師(12 名)
2. 期間:2025年5月～6月
3. 方法:循環器内科の医師向けに勉強会を開催。
 - 1)DPC の仕組み
 - 2)疾患別 DPC の点数比較
 - 3)一連入院について
 - 4)増収の為の取り組み(減点・返戻項目の共有と今後の対策について、副傷病名登録の重要性について)

上記の項目についてスライドを用いて説明、情報共有を行った。



勉強会で使用した資料の一部(図2)

IV. 結果

勉強会には医師8名に対して、勉強会が行われ、医師同士や医師と医事課間での意見交換もできた。尚、欠席した医師には、後日個別に同様の説明を行った。

勉強会を行ったことにより、医事課職員自身がDPCの仕組みに関して理解不足である点も明瞭になり、今後の課題が見つけることができた。

また、減点・返戻の情報共有(症状詳記の依頼)や病名登録、詳細な診療録の記載の重要性を理解してもらえた。閑散期と繁忙期の在院日数の調整し、係数評価向上につなげる意識作りを、新任医師と長年勤務している医師で共通認識を図ることができた。

診療録の記載を充実させることでDPCの分岐に係る処置や副傷病名を明確にでき、診療内容に沿ったコーディングを組むことができた。

V. 考察

今まで医師と医事課での意見交換の場がなかったため、情報共有や今後の方針について考える有益な機会となった。

勉強会や資料の作成を通して、経験年数が高い医事課職員も改めて理解する機会が得られた。我々に足りない必要な知識は、診療情報管理室の職員をはじめとしたオブザーバーからの助言やサポートによって発表内容や知識にも厚みを出すことができたため、医師や医師事務から勉強会を行ってよかったという意見をいただくことができたと考えられる。

また、勉強会当日に参加が出来なかった医師からも個別で依頼があり、算定に関する知識を深めることに対する需要があることが分かった。

さらに、循環器内科のみならず他科の医師向けにも勉強会が行われるきっかけにもなり、今回の勉強会の影響力は大きく、意義のあるものであったと考えられる。

VI. 結論

勉強会を開催したことで、今後増収に向けて取り組むべきことが把握できた。

今回の医師を交えた勉強会は初めての試みであるため、増収増点にどのようにつながるか今後も継続して医師と意見交換を行い、増収を目指したい。

バイオ後続品使用体制加算の適正請求に向けた取り組み 算定漏れをなくし診療報酬増収に繋げる

イムス富士見総合病院

医事課 ○中川西未来

I. はじめに

当院において、入院患者に対するバイオ後続品（バイオシミラー）使用体制加算の算定が適切に行われていない可能性が考えられた。

これは、医療機関の収益機会の損失に繋がるだけでなく、適切な診療報酬請求という観点からも看過できない問題である。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は、バイオ後続品使用体制加算におけるコスト漏れをなくし、適正な診療報酬請求による増収に繋げることである。具体的には、以下の達成を目指す。

- ・算定漏れの実態把握：当院におけるバイオ後続品使用体制加算の算定漏れ件数および金額を明確にする。
- ・算定率の向上：本加算の算定率を向上させ、適切な診療報酬を確保する。
- ・他加算項目への応用可能性の検討：今回の取り組みで得られた知見を、他の算定漏れが懸念される加算項目への展開に繋げる。

III. 取り組み方法

1. 対象：バイオシミラー投与患者
2. 期間：R7.5.1～R7.5.31
3. 方法：医事コンによる算定患者抽出
 - 1) 薬剤部からの情報提供：薬剤部より、対象期間中に当院で投与されたバイオシミラー全件リスト（患者氏名、薬剤名、投与日等を含む）を取得した。
 - 2) 医事コンからのデータ抽出：医事課にて、医事コンから対象期間中の入院患者におけるバイオ後続品使用体制加算の算定実績を抽出した。
 - 3) 情報突合と算定漏れの抽出：抽出した薬剤部のデータと医事課のデータを照合し、薬剤が投与されているにもかかわらず、バイオ後続品使用体制加算が算定されていない患者を特定した。
4. 分析方法：算定漏れが確認されたケースについて、個別に診療録やオーダーリングシステムなどを確認し、算定漏れの原因（例：医師の指示漏れ、入力ミス、事務手続きの不備、知識不足など）を分析した。

IV. 結果

対象期間において、対象薬剤の投与があったにもかかわらず、バイオ後続品使用体制加算 3 件算定されていないことを確認した。

V. 考察

今回行った取り組みによって、バイオ後続品使用体制加算における算定漏れの実態を具体的に把握し、これを是正することができた。本加算の適切な算定には、薬剤部と医事課間の緊密な情報連携が不可欠であることが再認識された。定期的な情報共有や突合作業のルーティン化が、算定漏れ防止に繋がると考える。

VI. 結論

本取り組みにより、バイオ後続品使用体制加算の算定漏れを特定し、適切な算定を促すことができた。この成功体験は、他の診療報酬算定項目における算定漏れ防止にも応用可能であると考ええる。レセプト期間中だけでなく、定期的（例：月次、四半期ごとなど）に算定状況の突合と確認を行う体制を構築し、継続的な算定漏れ防止に努める必要がある。医療事務部門は、単なる請求業務だけでなく、医療機関の経営に直結するコストマネジメントの一翼を担う重要な部門であり、このような積極的な取り組みが今後ますます求められる。

部署別実施件数と医事課算定件数の突合改善によるレセプト請求適正化 ～従来の突合方法における課題と新たなアプローチの検証～

イムス富士見総合病院

医事課 ○坂野日和

I. はじめに

診療行為の適正な評価と収益確保の観点から、医療機関におけるレセプト請求業務の重要性がある。

正確な算定によるレセプト請求をおこなうために、医事課と各診療・検査部門との連携の必要性は高く、実施部門と医事課間の情報共有が不可欠である。

当院における従来の突合方法は、レセプト請求前の確認プロセスとして実施されてきた。従来の突合方法(各部署からの件数のみの提示)では、「なぜ差異が発生しているのか」の原因特定が困難であったことの課題を明確にする。

これらの課題を解決するため、従来の突合方法を見直し、算定漏れの原因特定と改善を可能とする新たな突合方法を考案・導入し、その効果を検証することを目的とする。

II. 取り組み目的

各部署における実施件数と医事課で算定された件数との乖離を正確に把握し、その原因を特定する。

そうすることで、下記の二次的な目的にも繋がる。

- ・算定漏れの発生を抑制し、レセプト請求の適正化を図る。
- ・レセプト監査等による返戻や減点のリスクを軽減する。
- ・部署間連携を強化し、医療収入の確保に貢献する。
- ・原因特定を通して、請求担当者の知識向上やシステム改修の必要性の洗い出しに繋げる。

III. 取り組み方法

1. 対象: 造影剤・内視鏡検査・オペ室で使用了薬剤や材料

2. 期間: 2024 年 4 月～2025 年 3 月末

3. 分析方法:

【従来の突合方法】

各部署(放射線科・検査科・オペ室)から実施した検査件数や使用した薬剤件数、材料件数のみをレセプト請求前に、「レセプト突合チェック表」に入力してもらう。

その件数をうけて、医事課の算定数と差異がないかを確認する。

この方法では、件数の差異は把握できても、個々の診療行為の算定有無までは追跡できなかった。

【新たな突合方法】

変更点としては、各部署に対し、「実施した患者氏名、実施年月日、実施内容(検査名や薬剤名)」をリスト形式で提出を依頼した。

【具体的なプロセス】

1. 各部署から詳細リストの提出。

2. 医事課での対応

・提出されたリストと、医事システム上の患者データ検索システムで実施した項目や材料を CSV 出力して作成したリストを突合。

・突合により判明した算定漏れ候補の抽出。

・算定漏れ候補に対する原因調査(例: 医師の指示漏れ、入力漏れ、誤ったコード使用、算定基準の誤解釈など)。

IV. 結果

内視鏡検査の実施件数と算定件数に差異が生じていた原因としては、健康診断で実施している内視鏡件数分であった。差異が生じているが、健康診断で実施している内視鏡検査代は、健康診断費用に含まれているため問題なかった。

造影剤の使用件数と算定件数に差異が生じていた原因としては、電子カルテでオーダーした造影剤がうまく医事のコンピューターに反映されておらず、算定ができていなかった。放射線科職員と協力し、当院にある造影剤全てを電子カルテから医事のコンピューターへ紐づくように設定をおこない、使用した造影剤を請求できるようにした。

V. 考察

導入したリスト形式での突合方法が、従来の件数のみの突合と比較して、いかに算定漏れの特定制原因究明に貢献し、新たな突合方法の有効性がわかる。

今回の取り組みを通じて、医事課と各部署間の密な連携が、レセプト請求の適正化に不可欠であることを再認識した。情報共有の質向上が、算定漏れの件数を減らす結果に結びついた。

まだ残る課題としては、突合作業の効率化、特定しきれない原因の追究、対象項目の拡大をし、継続的な改善活動の必要性があると考ええる。

VI. 結論

従来の突合方法が抱えていた算定漏れの原因不明という課題に対し、各部署からの詳細リストを用いた新たな突合方法を導入した結果、算定漏れを具体的な原因と共に特定し、レセプト請求の適正化に貢献できた。

今回、他医療機関におけるレセプト請求業務の適正化や、医療機関全体の経営改善に貢献しうる可能性あり、今後とも取り組む。

診療報酬項目別算定数報告における取り組み ～集計一覧表を活用して～

イムス富士見総合病院
医事課 ○長岡亜里紗 高柳光優

I. はじめに

本部への月次報告の1つである「診療報酬項目別算定数集計(包括含む)」に関する報告では、先月どの項目をそれぞれ何件算定したか表形式でまとめて提出している。この集計表から算定件数を増やす余地のある項目や、さらに伸ばしていくべき項目を読み取ることができ、病院内の今後の方針を決めていく上で重要な材料になる。

しかし、膨大な数のデータの中から、必要な項目だけを選んでまとめるとなると誤りが生まれてしまうことがあり、それらをなくし正確な報告をするために対策が必要だと考えた。

II. 取り組み目的

毎月限られた時間の中で、診療報酬項目別算定数を出さなければならないため、正確かつ迅速にデータ集計を行う必要がある。しかし令和5年度までの集計方法では非効率的で正確さに欠けており、本部に報告後、修正依頼が来ることもあった。

これらを改善するべく、データの集計方法を見直した。

III. 取り組み方法

1. 対象

診療報酬項目別算定数集計表

2. 期間

2024年9月から2025年4月

3. 方法

1) HOPEの「患者管理」で1項目ずつ検索していく方法から、レセプト送信後に作成される「HOPE抽出データ 診療行為別集計表(全項目)包括含む」での確認に変更した。

2) 2人体制で集計を行い、誤りがないかの確認をするようにした。

3) 前回の集計数と一目で比較できる一覧表を作成した。(図1)また、集計項目が増えた場合には新たに行を追加作成し、同じ表で1年間使用できるようにした。

4. 分析方法

前担当者から引継ぎ後の2024年1月から2024年8月と、取り組みを開始した2024年9月から2025年4月の本部からの訂正指摘をされた件数の比較をした。

No	項目名	点数	9月			10月			11月		
			算定回数			算定回数			算定回数		
			入院	外来	合計	入院	外来	合計	入院	外来	合計
1	O 100、101、102	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ 初診時	6	1,702	1,702	290	1,739	2,029	282	1,672	1,954
		外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ 再診時等	2	7,600	7,600		8,261	8,261		7,775	7,775
		外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合	28	12	12		21	21		31	31
		外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ 訪問診療時 ロ イ以外の場合	7	0	0		0	0		0	0
		外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 初診又は訪問診療を行った場合		0	0		0	0		0	0
		外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 再診時等		0	0		0	0		0	0
		入院ベースアップ評価料	60	7,136	7,136	7,069		7,069	7,309		7,309
2	A 000	初診料 情報通信機器を用いた場合	253	0	0		0	0		0	0
		初診料 医療情報取得加算1	3	116	1,189	141	1,255	1396	125	1136	1261
		初診料 医療情報取得加算2	1	31	490	79	464	543	79	516	595
		初診料 医療D X推進体制整備加算1	11			286	1,729	2015	280	1667	1947
		初診料 医療D X推進体制整備加算2	10			0	0	0	0	0	0
		初診料 医療D X推進体制整備加算3	8	210	1,698	0	0	0	0	0	0

IV. 結果

取り組みを開始する前の 2024 年 4 月に 7 件、5 月に 5 件、8 月には 2 件あり、合計 14 件あった。また、訂正指摘をされた項目は該当月から追加された項目ではなく、前月までと比較することで誤りを防ぐことが可能なものであった。取り組み開始後には 2024 年 10 月の 1 件のみであり、該当月から変更された項目であった。

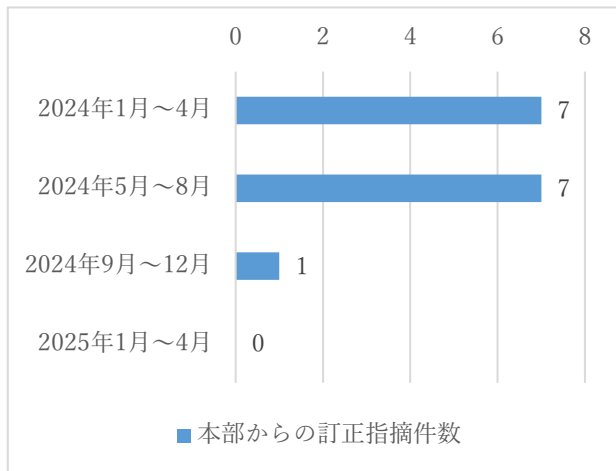


図 3

V. 考察

新たな方法でデータ集計を行ったことで、取り組み以前に比べ、本部からの訂正指摘件数が減少した。以前からの誤りは、先月と比較することで防げるものであったため、一覧表を作ったことが対策になったと考えられる。

1)の方法により、レセプト送信後から変更されていないそのままのデータを使用し、正確な数値から集計することができるようになった。そして、3)の方法により、誤った集計をしていないか見直すことが可能になり、全体的なミスを減らすことができた。

しかし、この取り組みにより精度は上がったが、比較用のシートに入力するという工程が増えてしまう結果となった。毎月対象の項目の追加や削除があるため一度集計したデータを先月の結果の横にそのままペーストすることもできず、一つ一つ手入力をしているという現状である。使用しない行は非表示にしたり、新たに追加された項目は適切な行間に追

加したりなど、工夫が必要だと考えた。

ただ、一年を通した算定件数を一度に確認することができるようになったため、本部への報告だけではなく、より多く、高い点数で算定しようという意識付けにもなった。

VI. 結論

今回集計方法を見直したことにより、診療報酬項目別算定数を正確に集計することができるようになった。そのことで見直しに費やす時間が短縮し、修正する必要もなくなったため、意味のある取り組みであったと考えられる。

しかし、まだ改善すべき点はあるため、さらに効率化を目指せるように取り組んでいこうと思う。

お迎え搬送を行ってみての成果 ～地域医療の連携を結ぶ懸け橋～

イムス富士見総合病院
医事課 ○藤村れいら

I. はじめに

日本の救急医療体制は日々大きく変化してきている。

近年、医療の進化は進んでおり、以前は治せなかった病気が現在の医療で治せる病気になり、救急体制も二次救急、三次救急とスキルにあった体制へと変化している。

現在の救急医療における救急搬送件数は約 772 万件、搬送人員は約 676 万人と年々増加している。

今もなお救急車を必要としている患者様が全国に多くいる。

救急車を必要な患者様が多くいる中で救急車が出払っており救急搬送できないという問題が生じているのも現実。

そんな問題を解決すべく当院では救急車でのお迎え搬送を開始した。

導入したお迎え搬送での成果を説明する。

II. 取り組み目的

近年、軽症な症状でも救急車を要請してしまう件数が増加しており、本当に救急車が必要な患者様の搬送に遅れてしまうこともある。

安易な要請が増えることにより、搬送不要だった要請に救急隊が思った以上に時間がとられてしまい、重症な患者様の搬送に遅れてしまい助かる命も助からないということも起きてしまう。

また、季節によって熱中症など多くの搬送依頼があるが、救急隊の手が回らず、すぐに要請に応じることができないという問題も起きてしまう。

そんな問題を解決し、救急車の利用を適切なものにしたいと思い、病院やクリニック、施設からの要請

で軽傷な症状の方は当院の救急車でお迎えに行くことはできないか。そうすることにより救急隊の負担を少しでも減らせ、本当に必要な患者様の搬送に行くことができるのではないかと思います今回このお迎え搬送を行うきっかけとなった。

III. 取り組み方法

1. 対象: 近隣の病院、クリニック、施設

2. 期間: 2024.05.01～2025.03.31

3. 方法:

1) 当院の病院救急車でもお迎えに行ける症状の患者様の選定

お迎え搬送を始めるにあたって、ドライバー、救命士などの人員の確保が必須になっていく。

一緒に同乗する救命士への声掛け、総務課・医事課職員へのドライバー手配を行う。

当院よりお迎えに行くことのできる患者様の状態は限られており、発熱・Sat 低下 (O2 10ℓ 以上は不可)、骨折など軽症な方限定に限られてしまう。

お迎え搬送の依頼が来た際に対応可能かどうかの判断をする。

2) 予定入院の方のお迎え

搬送依頼来てから出動ではなく、予定入院の患者様を病院・施設まで迎えに行き当院へ戻ってくるという方法。

まず初めに血管外科で手術目的に入院になる患者様が多くなってきているので、その患者様のお迎えを行う。

IV. 結果

表 1

月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
件数	1	7	10	5	4	4

月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
件数	6	6	6	3	3	

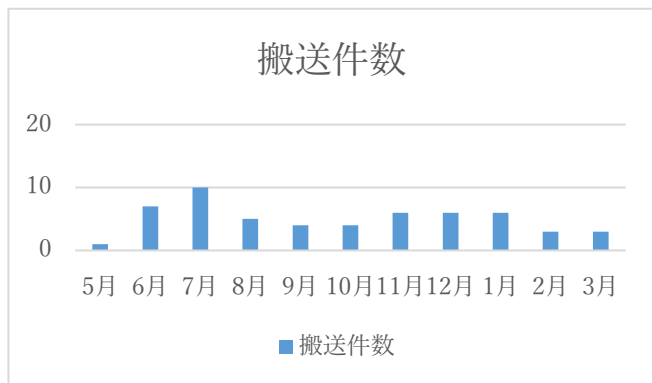


図 1

上記の表・図のように搬送件数は月平均5件と患者様の数はそれほど多くはないが、日々件数を増やしている

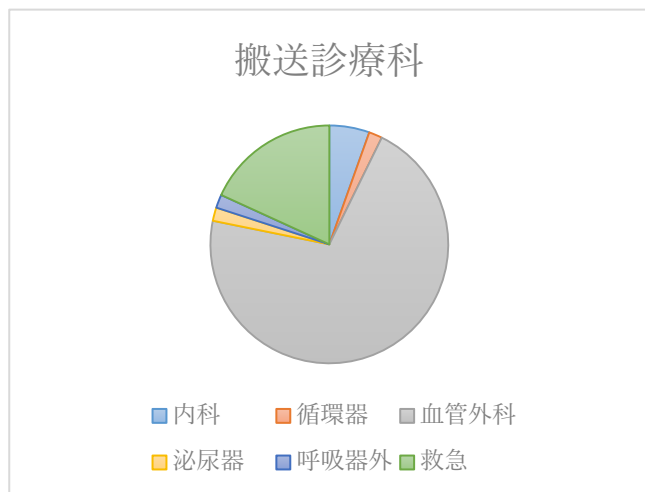


図 2

図のように血管外科の患者様が多く割合を占めているが、救急・内科の患者様もお迎えに行っていることがわかる

V. 考察

全体を振り返ると、8割ほど血管外科が割合を占めているためほかの診療科のお迎えをもっと増やすべきではないかと考えられる。

病院・クリニック、施設より依頼が来た際に、積極的にお迎え搬送に行くとアピールをするべきであった。チラシなど作成し病院やクリニック、施設などへ配りに行くなど配慮が足りなかった。

今後は、血管外科の患者様はもちろん、ほかの診療科の患者様の搬送を行うため、近隣の病院・クリニック、施設などへ改めてお迎え搬送行っていることの周知、依頼が来た際、お迎え搬送行く旨を伝える必要があると考えられる。

VI. 結論

地域医療の連携を図るために、迅速かつ丁寧な対応が必要とされている。最近では近隣の病院・クリニック、施設より多くの患者様の搬送依頼が増えている。依頼が来てすぐ受け入れの体制を取り、先方の先生をお待たせすることなく受け入れ調整をすることにより、病院の評価の向上にも貢献していただろう。この活動が地域医療の連携の懸け橋、現場で働く方々のサポートになれるよう日々精進していきたい。

参考文献

<https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/kyuki0328.pdf>

<https://med-eye.co.jp/column/contents/2624/>

手術件数と紹介件数増加のための営業活動

イムス富士見総合病院
医事課 ○相川 稜太

I. はじめに

令和6年4月より、泌尿器科常勤医が2名入職し4名体制になるため、手術件数および紹介件数増加にむけた営業戦略が必要となった。

営業資料を細分化し、より詳細な情報を共有すること、同行営業での「顔の見える連携」が件数増加に繋がると考えた。

II. 取り組み目的

営業資料の更新と従来より幅広く同行営業を行い、当院泌尿器科の信頼性と認知度を向上させる。

また、営業資料の質を向上させ、医師や医療機関とのコミュニケーションを円滑化することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 地域の医療機関
2. 期間: 令和5年12月～令和6年度
3. 方法:

営業資料の細分化と詳細化

ダヴィンチ、WAVE など治療ごとに営業資料を作成。資料には、治療の特徴、メリット、などを詳細に記載し、視覚的要素(写真)を活用してわかりやすく提示。

4. 分析方法:

オレンジシート、全体会議資料(医事課手術データ②(科別 全・局))より抽出

図1 WAVE 治療 チラシ

「前立腺肥大症」に対する新たな治療法
経尿道的水蒸気治療 (WAVE治療)

2023年1月、当院に前立腺肥大症に対する治療機器の「Rezum システム」が埼玉管内で初めて導入されました。前立腺肥大症に対する前駆検査をお送りの方に対し、新たな治療法を試す機会があります。

WAVE治療とは?
Rezum システムは、水蒸気を用いて前立腺の組織を凝固・縮小させることで、尿の流出を改善します。手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。

WAVE治療のメリット

- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。
- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。
- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。

WAVE治療のデメリット

- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。
- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。
- ・手術後、尿の流出が改善し、生活の質が向上します。

WAVE治療の費用

手術費用: 約100万円(保険適用あり)

WAVE治療の予約

予約受付: 049-251-3061

図2 Da Vinci チラシ

手術支援ロボット Da Vinci を導入しています

ダヴィンチとは
ダヴィンチを使用したロボット支援手術は、従来の腹腔鏡手術に比べて、手術の精度が向上し、手術の負担が軽減されます。

また、従来の腹腔鏡手術と同様に創部が小さく、出血量も抑えられ、術後疼痛や合併症発生リスクの軽減など、患者さんや医師にとって、やさしい低侵襲な手術です。

泌尿器科におけるダヴィンチ

泌尿器科領域では、これまで開腹や従来の腹腔鏡で行っていた手術の大部分が、ダヴィンチ手術の適用となりました。前立腺癌に対するロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術が2013年に保険適用となって以降、腎臓や膀胱などの手術にも広がっております。また現在は、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、婦人科などの領域でも次々と適応が広がり、ダヴィンチを使用したロボット支援手術は、今後の外科手術の中心になっていくと考えられます。

イムス富士見総合病院

049-251-3061 (地域医療連携室 直通)
TEL: 049-251-3060 (病棟代表) FAX: 049-256-7636
〒354-0021 埼玉県富士見市鶴馬1967-1

IV. 結果

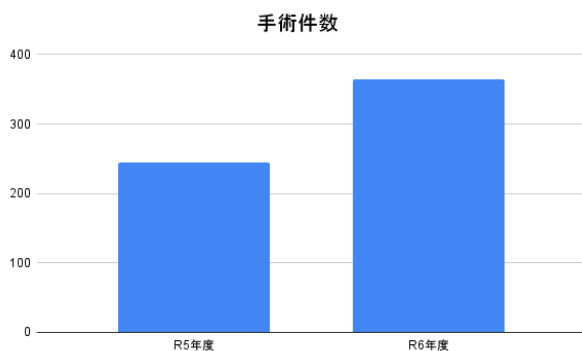
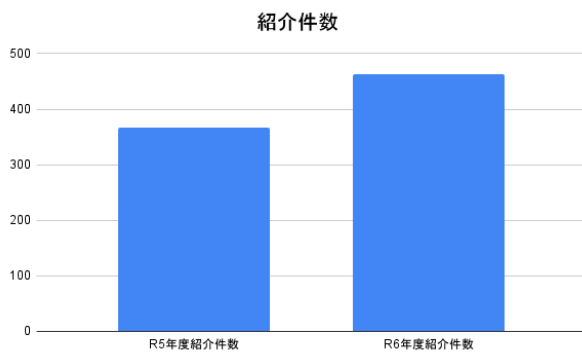
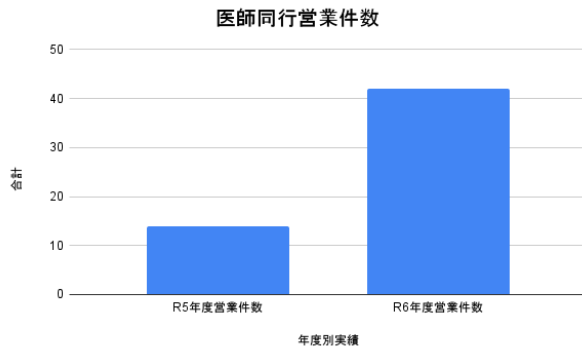
同行営業件数: 14 件 (R5) → 42 件 (R6)

紹介件数: 367 件 (R5) → 463 件 (R6)

前年比+126.2%

手術件数: 232 件 (R5) → 354 件 (R6)

前年比+152.6%



V. 考察

本取り組みでは、以下の点を成功要因だと考える。

1) 営業資料の細分化: 治療ごとに特化した資料により、紹介元医療機関の具体的なニーズに応じた情報提供が可能となり、説得力が増した。

2) 地域連携の強化: 実際に医師と同行営業をすることで「顔の見える連携」となり、紹介のハードルが低下した。

また、営業圏も広げたことで、各地域のニーズを知ることができ、より効果的なアプローチを営業先にかけることができた。

VI. 結論

本取り組みにより、手術件数 152%増、紹介件数 126%増という顕著な成果を達成した。

治療ごとの営業資料の細分化および医師同行営業による「顔の見える連携」が、地域医療機関との信頼関係構築と紹介プロセスの効率化に大きく寄与したことが実証された。

本アプローチは、他の診療科においても、地域特性や治療分野に応じてカスタマイズすることで同様の成果が期待できると考える。

今後も複数診療科で実施し、増収につなげていきたい。

診療情報提供書に対する初回返信作成依頼の現状

～返書率の比較と今後の方針～

イムス富士見総合病院

医事課 ○太田匡哉

I. はじめに

診療情報提供書(以下、紹介状)は別医療機関での診療が必要となった際、日頃の診療内容等を円滑に伝達するための重要書類である。しかし、医師は日々の診療に追われ、紹介元診療所や病院への一時報告をすることが困難な状況にある。

イムス富士見総合病院は地域の中心となる病院を目指している。2024年度の紹介件数は10346件、そのうち7208件は診療所から紹介をいただいている。今後地域の中心の病院となるためには開業医の先生方と密な関係を築く必要があり、その手段の一つとして紹介状に対する迅速な初回診療の報告があげられる。そこで地域医療連携室では、紹介状の返書管理を行い、返書の未作成がある医師へ作成依頼をかけていく取り組みが必要であると考えた。

II. 取り組み目的

初回返信依頼を促し、返書率100%を目指すことを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:

2024年度と2025年度の紹介状、および、本人に手渡しまたは郵送された返書(書式は問わない)を対象とした。

2. 期間:

期間は2024年4月1日から2024年5月28日。および2025年4月1日から2025年5月28日とした。

3. 方法:

- 1) 紹介状を来院日当日に業務支援のオレンジシートへ入力した。
- 2) 本人に手渡しまたは郵送された返書を毎日確認し、該当するオレンジシートの初回報告日欄へ返書日を入力した。
- 3) 来院日翌日までに返書の作成が無かった場合、初回返信依頼記載を作成し、来院日翌々日に医師へ依頼をした。非常勤医師には次回出勤日に依頼をした。ただし、再診予定がある場合は再診日翌日に作成が無ければ依頼をした。即入院となった場合は退院翌日に作成されているか確認し無ければ依頼をした。
- 4) 対象期間が終了後、診療科ごと(全22診療科)に紹介状枚数を集計した。また、初回報告日が来院日翌日、来院日翌日から1週間以内、2週間以内、3週間以内、4週間以内の紹介状をそれぞれ集計し、返書率を算出した。返書率の計算式は下記とした。

・返書率(%)=(初回報告が行われた紹介状の枚数)/(紹介状枚数)×100

4. 分析方法:

2024年度および2025年度の4月の返書率を算出、推移を比較した。

IV. 結果

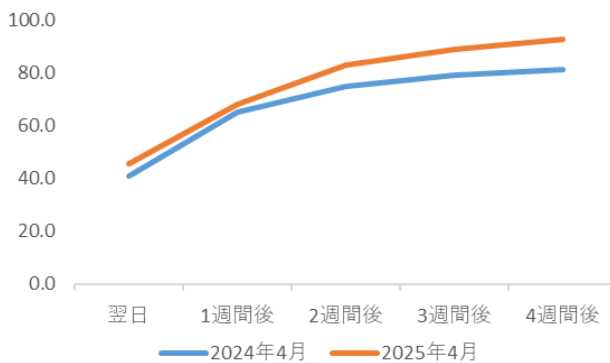
2024 年 4 月の翌日、1 週間後、2 週間後、3 週間後、4 週間後の返書率は、それぞれ 30.5%、68.9%、78.4%、82.6%、84.8%だった(表 1、図 1)。2025 年 4 月の翌日、1 週間後、2 週間後、3 週間後、4 週間後の返書率は、それぞれ 34.5%、69.2%、84.2%、90.1%、93.6%だった(表 1、図 1)。

表 1 週別返書率

返書率(全科)	翌日	1週間後	2週間後	3週間後	4週間後
2024年4月	40.7	65.1	74.6	78.9	81.0
2025年4月	45.5	68.0	83.0	88.9	92.4

単位(%)

図 1 週別返書率の推移



V. 考察

来院日翌日の返書率は 2024 年と 2025 年度ともに 50%に達しなかった。これは、紹介日当日に作成されている返書が半分に満たないことを示している。その後も、返書率は徐々に上昇しているものの、時間が経つにつれてグラフの傾きが緩やかになり 100%には達しなかった。年度間で比較すると、4 週間後の返書率に 11.4%の差はあるものの、翌日と1 週間後の返書率の差は小さい。これらの結果から、翌日と1週間後の早いタイミングで返書作成ができるよう、返書の事前の立ち上げやテンプレートの作成など、医師の返書作成のハードルを下げていくことが重要と考えられる。しかし、自身で返書のタイミングを考えて作成している医師もあり、その作成が

来院日から長く時間が空いている場合もあるため、今後医師と迅速な返書を実現していくための検討を進めていく必要がある。

VI. 結論

迅速な返書を実現するためには、初回返信依頼書を作成し医師へ配布するだけでなく、当日のうちに手軽に返書作成でき、医師の返書作成のハードルを下げられる取り組みをしていくことが必要だ。

受診相談件数増加のために ～意識した取り組みと今後の課題～

イムス富士見総合病院

医事課 ○幸田歩実

I. はじめに

紹介患者数増加のためには受診相談件数自体の増加が必要である。よって受診相談件数を診療科ごとに割り出し、受診相談をもらう時期を明確化することで営業活動の支援に繋げる。よりの確なアプローチを行うことによって受診相談件数の増加を図ると考えた。

II. 取り組み目的

そのため過去の受診相談を振り返りどんな相談が多いのか、受診相談の診療科ごとに件数を出して今後の営業活動に繋げる。

分析結果から営業活動の支援を行い受診相談の獲得を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象: 受診相談記録
2. 期間: R6.7～R7.6(6/21 まで)
3. 方法: データ収集方法

2024 年 7 月から 2025 年 6 月までの 1 年間の受診相談記録を対象に受診相談の件数を診療科ごとに集計を行った。またどの時期に何科への受診相談が多いのか更に細かい分析も行った。

IV. 結果

分析を行った結果受診相談の多くを占めるのは小児科への受診相談であることが分かった。(表 1 参照)

診療科の割合

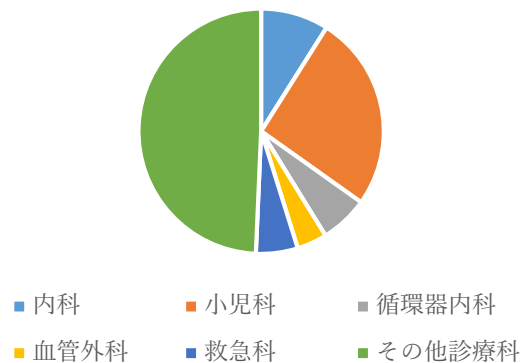


表 1

受診相談の総件数は 10 月から 12 月が最も受診相談件数が多く、次に 1 月から 3 月が多いことが分かった。(表 2 参照)

受診相談件数の推移

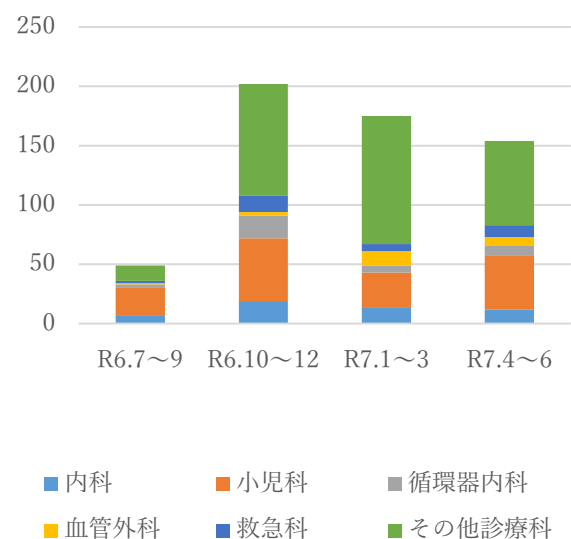


表 2

V. 考察

小児科の受診相談が多いのは当院周辺に小児科のクリニックが多いことが理由だと考えられる。富士見市における 15 歳未満の人口比率は 11.7% である。全国平均と比べるとわずかではあるが 15 歳未満の比率が平均を上回っている。

また 10 月から 12 月、1 月から 3 月にかけて受診相談の件数が多いのは冬の時期で気温が低く、空気が乾燥し感染症の流行が原因だと考えられる。それに伴いどの症状がどの疾患に該当するのかを今までの受診相談から知識を身に付け、医師の知りたい情報を先に伺うことで受診相談の効率が上がり受診相談件数増加にもつながったと考えられる。

VI. 結論

受診相談件数の数を増やすことを目的として相談件数と診療科の割合を分析し、最も受診相談件数が多いのは 10 月から 12 月であり受診相談診療科が多いのは小児科であるという結果を得た。

今後は受診相談から受け入れ可否の返答までの時間短縮が目標となる。どの診療科が返答までにどれくらい時間がかかっているのかを調べその要因を改善していく必要があると考える。

引用文献

1) 令和 7 年度の富士見市の人口・世帯数

<https://www.city.fujimi.saitama.jp/shisei/02profile/jinkou/shimin202504.html>

2) 我が国のこどもの数

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/topics/topi1451.html#aI-2>

チーム医事課で取り組む増収対策 ～透析稼働と医療区分の改善～

埼玉セントラル病院

医事課 ○浅賀裕希子 藤本史貴 嵯峨久美子 工藤徹信

地域医療連携室 鈴木至幸

I. はじめに

当院の療養病棟は 166 床で高稼働を維持している。昨年度からは、入院受け入れのスピードが向上したことで地域からの紹介がさらに増加し、入院待機者も多く抱える状況。しかし、その一方で透析ベッドの稼働は低迷しており、空き病床がないために新たな透析患者様の受け入れが困難となっていた。また、日当点についてもコロナ禍以降横ばいの状態が続いており、これをいかに向上させるかが当院の課題となっていた。このような背景から、上記の 2 つの課題解決に向け、医事課全体で検討を進め、医事課入院部門と地域医療連携室で連携し開始した取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

1. 透析患者の増加。日当点の低い患者様の退院支援を積極的に行い空き病床を確保することで、透析患者様の受け入れ体制を強化し、透析稼働率の向上を目指す。
 2. 医療区分 2・3 割合の増加。医療区分 2・3 に該当する患者様の割合を増やすことで、日当点の向上を図る。医療区分に関する入力漏れがないかの精査をし、適切な算定を徹底する。
- これらの取り組みを通じて、療養病棟全体の収益改善に貢献することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:入院中患者
2. 期間:令和 7 年 6 月～
3. 方法:
 - 1) 医療区分の適正化
看護部と連携し、処置記録における入力漏れがないかを医事課で精査。入力漏れは看護師への入力依頼の徹底。
 - 2) 日当点の低い患者のリストアップと退院支援
病棟別に日当点の低い患者をリストアップし、医事課と連携室で情報を共有。医師および SW とも連携し、対象患者の退院支援を積極的に進める。透析患者を受け入れるための病床確保をする。
 - 3) 透析患者の受け入れ促進
確保された空き病床へ、優先的に透析患者様を受け入れる体制を構築した。
4. 分析方法:
毎月に前月分の稼働率と日当点の実績を算出し、前年と比較する。

IV. 結果

本取り組みは本年 6 月より開始したばかりであり、現時点(2025 年 6 月)では成果を示す段階には至っていない。

V. 考察

引き続き、看護師への処置記録の入力依頼を徹底することにより、看護師の意識改革を促し、医療区分 2.3 割合の増加に繋がると考える。

透析患者の増加に関しては、当月死亡退院が増加しており、退院支援をせずとも空床が発生していたこともあり、現在は取り組みを開始できていない状況である。

VI. 結論

初期的な進歩が見られている点について、医療区分の適正化では看護部との連携により、処置記録の入力状況が改善されつつある。具体的な入力漏れ件数については次月集計予定であるが、記録に対する意識の向上は見受けられる。

透析患者の増加に関しては、リストアップは出来ているため、稼働が安定し次第、退院支援を進めていく。

医療区分 2・3 割合の推移、透析患者の受け入れ数、療養病棟の日当点変化などを確認し、本取り組みの効果を継続的に評価していく

動いて届ける採用活動 ～地域密着型病院主催の就職相談会の試み～

埼玉セントラル病院
総務課 ○大橋侑佳

I. はじめに

少子高齢化が進行する中、医療業界に限らず、あらゆる業種において人材確保は大きな課題となっている。

当院においても同様であり、看護職員に関しては派遣職員、応援看護師、紹介業者などを活用することで、看護職員配置基準を維持している状況である。しかし、安定的な人材の確保は困難であり、今後さらに人材確保が厳しくなることが予想される。

このような背景から、従来の求人方法に頼るだけでなく、自力で人材を確保する力をつける必要があると考え、今回の取り組みを実施した。

II. 取り組み目的

当院の課題である人手不足を業者に頼らない方法で解消させるために、地域の繋がり強化と自力での人材確保の体制を構築することを目的とする。

そのためには、自己応募を増やす必要があるため、その手掛かりとして近隣商業施設で就職説明会を開催することとした。

近隣の商業施設で開催することで地域住人への認知度を高め、見学や応募への心理的ハードルを下げることができると見込んだ。

また、地元に住んでいる人をターゲットにすることで、通勤のしやすさから定着率の高く安定した人材の確保ができることを期待し、開催場所を近隣の商業施設とした。

今回の就職説明会は、当院で初めての取り組みであったため集客面の不安から、職種を人手不足が顕著な看護部に絞って実施した。

III. 取り組み方法

1. 対象: 地元住民、主に主婦層やブランクのある有資格者などを対象とした。

2. 期間: 令和 6 年 12 月 15 日(日)

3. 方法:

近隣商業施設である「イオンタウンふじみ野」にて、病院主催の就職相談会を実施した。

参加者は看護部および総務課の職員計 6 名とし、説明体制を整えた。

今回は看護部にターゲットを絞り、業務説明が具体的にできるよう看護部職員を配置した。家族連れや主婦層にアプローチしやすいよう、また休日で集客が見込めることから開催日は日曜日とした。ブースには机と椅子を設置し、ゆっくりと相談ができるスペースを設けた。プライバシーに配慮しホワイトボードで囲うことで外部から見えにくい構造とした。ブースには写真やラミネート資料を掲示し、院内の雰囲気や業務の様子が伝わる工夫を施した。

また、興味を持ちながらもブースでの着席に至らなかった人々に対しては、当日チラシを配布し病院見学への参加を促すアプローチを行った。

周知方法としては以下を行った。

- 1) 院内各所へのポスター掲示
- 2) 近隣地域へチラシポスティング(500 部)
- 3) 病院ホームページのお知らせ欄へ掲載
- 4) LINE・Instagram を活用した SNS での告知

IV. 結果

当日説明ブースでの着席相談者は 3 名であり、内訳は准看護学生 1 名、看護助手希望者 2 名であった。

そのうち 1 名が病院見学を申し込み、最終的に 1 名を採用する結果となった。

また、通行者へのアプローチとしてチラシを 71 枚

配布した。

初めての取り組みであったが、実際の採用に繋がったことで一定の効果が得られたといえる。

V. 考察

当日はブースの展開をきっかけに通行中の方が興味を示す場面が見られたほか、他職種の学生や、当院に実習で訪れていたリハビリ学生が開催の様子を見て声をかけてくれるなど、商業施設における医療職の募集活動の有効性が確認できた。

また、予想以上にチラシを受け取ってくれる人が多かったことから、対面での配布や声かけによるアプローチが地域住民に響く効果的な手段であると考えられる。

一方で、着席者数は限られておりより多くの相談者をブースへ誘導する工夫が今後の課題である。

たとえば、事前に近隣の学校へ訪問を行う際にイベントチラシを配布しておけばさらなる周知が図れた可能性がある。事前の広告宣伝にもっと力を入れるべきであったと考える。

また、「病院名が分かりづらい」という意見もあり、ブースの装飾や案内表示の工夫が必要である。

VI. 結論

今回、当院として初めて病院単体で就職説明会を実施し、集客面で不安があったが着席相談者 3 名・見学申込 1 名・採用 1 名という成果が得ることができた。少人数ながらも着実に採用に結びつけることができたことは、大きな意義があったといえる。

また、当日は看護部以外の職種希望者からの声かけもあり他職種へのニーズがあることを実感した。次回は看護部に限らず、他職種を交えた説明会として年間 3 回程度開催することを検討している。

一方で広告や周知の工夫が不足していた点も明らかとなった。今後は医事課で毎月行っている請求書郵送時にチラシを同封、学校訪問時に案内配布など、情報発信に力を入れていく必要がある。

当院は、駅から近いといった立地条件や、急性期病院のような目を惹く特徴には恵まれておらず、ただ待っているだけでは人が集まりにくい現状であ

る。

しかし、当院はプライベートと仕事の両立がしやすい職場であり、そのような働き方を希望する人は必ずいると考える。

今回の取り組みを通じて、病院の魅力や情報を自ら発信していくことが、費用を抑えつつ実施できる有効な採用手段となり得ることを認識できた。

今後は今回の取り組みを通して得た学びを活かし、内容のブラッシュアップと継続的な開催を重ねることで、地域での認知度を高め、より多くの集客と採用につなげていくことが期待される。

デイケア送迎体制の整備について ～目指せ！助け合いによるサービス向上～

埼玉ロイヤルケアセンター

総務課 ○藤井智康

I. はじめに

当施設の通常のデイケアの送迎は、朝と夕方が基本となっていますが、利用者様が増加したことにより、午前の短時間のみ、午後の短時間のみなど利用時間が多岐に渡るようになってきた。

デイケア職員も常にフル出勤している訳ではないので、曜日によって利用者様が多い日は、入浴介助に携わるデイケア職員が不足し、時間内に余裕をもって終われない状況が出てしまっている。この状況を施設全体の課題として、認識に取り組んだ内容について報告する。

II. 取り組み目的

これまでデイケア職員のみで全ての利用者様の添乗を行ってきたが、短時間での送迎業務が増えてしまい、本来の食事介助や見守り、その他の付随する業務が逼迫し、デイケア職員の業務効率化を実現する。

III. 取り組み方法

1. 対象：事務・コメディカル職員
2. 期間：2025年2月14日～現在
3. 方法：

- 1) 認知症介護基礎研修の受講

添乗するためには、介助するために最低限の資格が必要になるため、無資格者は、認知症介護基礎研修を受講した。

- 2) ドライバーおよび添乗職員の情報共有

曜日ごとの利用者様を表にまとめ、介護度が低い利用者様については、他部署の協力を得て、添乗要員として配置した。

- 3) 短時間一覧表を作成

デイケア・事務・コメディカル間で、それぞれ色分けをして、担当部署の添乗が分かりやすい様に配色をした。

- 4) 資格保持者への説明

初任者研修や介護福祉士の資格を保持しているドライバーについては、予め趣旨を説明した上で同意を得てから単独送迎（添乗なし）を行っている。

- 5) ドライバー不足の解消

ドライバーが不足していましたが、無料媒体での応募もあり、解消された。

4. 分析方法：

利用者様の乗車時間やルート、曜日変更や新規利用者様が発生した場合、デイケア職員にて、都度情報を更新している。

IV. 結果

今までは、部署間で話し合い何とか乗り越えてきたが、今回の課題については通所リハ運営会議の議題として取り上げ、施設全体の問題として、取り組むことが出来た。また、このような協力体制を構築することが出来たことによって、現状の把握、稼働率の向上、チームとして実践するために必要な多職種連携を醸成する事にも繋がった。

V. 考察

相談員や栄養科およびリハビリ科の職員が本来の業務以外に時間を費やしていると感じている。施設の収益としては、いかに算定の取り漏れがないかが重要である。入所であれば、相談員の営業活動によって、ベッド数の満床が関わっているのも事実である。無資格のドライバーへの認知症介護基礎研修の受講を促し、単独送迎および添乗の枠を広げていけるように努めた。

VI. 結論

ドライバーへの資格取得を推進していくことで、利用者様との距離が縮まり、接遇向上やサービス向上に繋がると考えている。施設としても職員の質を上げることによって、施設の売りを押し出し利用者様を増やす礎になると考えている。

爪ケア外来の導入 ～看護師に頼らずにケアを行う取り組み～

春日部中央総合病院
医事課 ○石田美季

I. はじめに

春日部中央総合病院では爪の変形等で自己処置ができない患者様の診療を行っている。算定は爪甲除去 70 点。しかしこちらは外来診療料に包括されてしまい件数が増えても診療利益にならない。また、当院では看護師の不足が続いておりケアを積極的に行う人材が足りていない。そこで医師より外部委託で看護師の負担軽減の提案を受け日本爪ケア復旧協会の爪技師に院内でケアを行ってもらい爪ケア外来を令和 6 年 10 月から開始を目指して取り組みを行った。

II. 取り組み目的

爪ケアを外部委託することで当院看護師の負担軽減をしながら保険診療では外来診療料に包括され算定が出来なかった項目を施設利用料として当院の売上へと繋げることを目指した。

III. 取り組み方法

1. 対象: 爪の自己処置ができない患者様
2. 期間: 令和 6 年 8 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 爪技師との契約
他施設での介入方法を参考に当院での委託方法の検討。
診療日: 木曜午後(月 1 回)
時間: 13:00～16:30
30 分 1 枠 初診は 60 分
料金: 5,000 円～10,000 円
施設利用料として売上の 15%を請求
 - 2) 利用者数の増加
院内掲示やチラシでの宣伝

フットケア科だけでなく皮膚科医師への宣伝
口コミで爪技師である強みを伝えてもらうため職員は初回無料とした。

4. 分析方法:

1) 利用者数

初月の 10 月は宣伝不足であり事前予約は 0 名職員に声掛けし 3 名が利用。

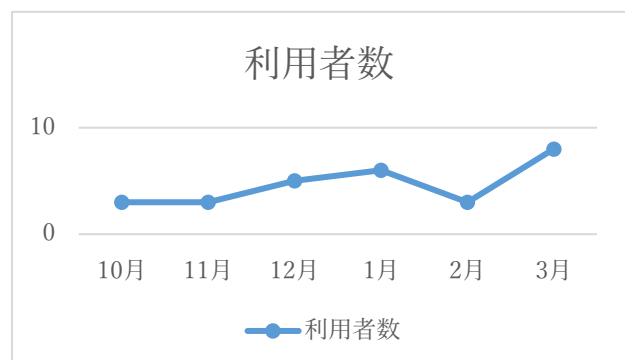
11 月以降は事前予約が埋まり 3 月より 2 ブース利用しての対応を行っている。

11 月 3 名、12 月 5 名(職員 2 名)、1 月 6 名
2 月 3 名(職員 1 名)3 月 8 名(職員 1 名)

IV. 結果

令和 6 年 8 月より計画を行い爪ケア協会担当者とオンラインでのミーティングを 1 回、当院での診察室の見学を 1 回。その他はメールでやり取りを行い令和 6 年 10 月に導入する事ができた。

初月は宣伝不足で事前予約は 0 人であったが翌月から利用者数を増やす事ができ、3 月より 2 ブース使用(爪技師 2 名体制)してケアを行っている。売上の 15%を施設利用料として請求しているため令和 6 年 10 月～令和 7 年 3 月 計 5 回利用者 25 名。当院売上金額 25,245 円。



従来であれば看護師が対応していたケアを外部委託することでわずかであるが看護師の負担軽減となった。

V. 考察

当院と爪ケア協会の双方が取り組みに積極的だったため 8 月に計画を立ててから 10 月導入開始まで 2 ヶ月と迅速に行うことができた。

しかし導入を急いだため宣伝不足となり初月の利用者は職員のみとなった。爪の相談は多く寄せられる為 11 月以降は予約枠が埋まり 3 月には予約枠を増やすことができた。

VI. 結論

爪ケアを希望する患者様は多く導入後はスムーズに予約を埋めることができた。看護師が行うケアを外部に委託したことで負担軽減を行うことができた。また、保険診療では爪甲除去は外来診療料に包括されてしまうが施設利用料として別途請求できた。現在、月 1 回の訪問であるが今後は介入を増やしてもらい患者様の要望に答えるとともに看護師の負担軽減、自費収入を増やしていきたいと考える。

入院費保証人制度の刷新について(B)

～入院医療費保証サービスに着目して～

春日部中央総合病院

医事課 入院係 ○菅野凌太

I.はじめに

近年、医療機関における医療費の未収が医療経営のひっ迫、時間的/人件的負担増につながるとして問題になっており、当院も例外ではない。

当院では入院費保証人制度を新たにすることで医療費未収問題に切り込むこととした。

従来の入院保証人制度は、5万円をお預かりし、保証人を2人擁立していただくものであった。

新たな制度では前金をいただかない代わりに、これまで任意での擁立をお願いしていた保証人を必ず1人擁立していただく事とした。保証人の擁立にあたって選択肢は2つ。

1つは患者本人、もしくは家族や知り合いに保証人を探してもらって擁立する方法。ここでは家族や友人問わず保証人なることができる。ただし、所定の書類を記入してもらい、同一住所の住人は保証人にならないなどの、細かな条件がある。

もう1つは、NAPメディカルという保証会社に保証人を依頼する方法。掛け捨てで7,000円の保証料が必要となる。NAPメディカルに保証人を依頼する事=NAPメディカルに加入する事で受けられるサービスがあり、それは入院費の一時的な立替である。100万円までの当院から請求された入院費を、手数料を払うことで一時的に立て替えてくれるものである。そのため、すぐにお金の用立てが困難な場合や、分割で支払いを検討する場合は、このサービスが効果的である。今回はこのNAPメディカルの導入から実績まで調査していく。

II.取り組み目的

未収になりそうな案件であってもNAPの立替サ

ービスを利用することで、未収を防ぎ、未収の発生件数、発生金額を減らすことを目的とする。

従来の前金預かりの制度では、預かる手間と預かった金銭の管理があった。未収が発生した際、患者やその家族などへの電話、手紙の郵送、訪問、法律事務所への債権依頼手続きなどの業務もあったが、NAPメディカルの導入でそれらの業務を削減し、職員の業務軽減化/効率化も目的としていく。

III. 取り組み方法

1.対象:入院(予定)患者

2.期間:R6.8.31-R7.6.30

3.方法:

- 1)入院手続き案内にてNAPメディカルの説明を行う。
- 2)入院してから3日以内に入院の手続きをしていただき、入院誓約書をいただく。
- 3)NAPメディカル加入者へは初回入院費請求時に保証料7,000円も併せて請求する。
- 4)NAPメディカル加入者のうち、入院費の分割・後日支払い希望の方は、NAPメディカル立替申請を行う。

4.分析方法:

1)未収発生件数について

→立替申請を利用した件数とその金額を調査する。また、旧保証人制度時代(R6.1.8~R6.8.31)及び新保証人制度時代(R7.9.1~R7.4.30)それぞれの月平均未収発生件数と月平均未収金額を割り出し比較する。

2)職員の業務効率について

→各職員へ「NAP メディカルを導入してから業務負担は減りましたか？」という質問をし、聞き取り調査を行う。
回答は「とてもそう思う」「そう思う」「変わらない」「むしろ増えた」「とても増えた」とした。

IV.結果

1)R7.9.1 から R7.4.30 まで NAP メディカルに関する実績は以下の通りであった。

- ・立替サービス利用件数:15 件
- ・立替総金額:2,431,792 円

また、旧保証人制度時代及び新保証人制度時代それぞれの月平均未収発生件数と月平均未収金額は以下の通りであった。

- ・旧:5 件 683,550 円
- ・新:9.25 件 794,519 円

2)聞き取り調査の結果は以下のとおりであった。

- ・「とてもそう思う」:7.5% ・「そう思う」:75%
- ・「変わらない」:7.5%
- ・「むしろ増えた」:0% ・「とても増えた」:0%

V.考察

立替サービスを使うことで、15 件、2,431,792 円の未収が未然に防げた。この結果の要因は、NAP メディカルの訴求がしっかりとされていたことと加入へのハードルが低かったからとおもわれる。

各職員が、未収となりそうな患者様の情報を事前にキャッチし、サービスの提案をすることで、「これは私(達)にとってぴったりの制度だな」と思っていただけのではないだろうか。手続き上での患者様側の負担が少ないことも、NAP メディカル加入のハードルを下げたと要因と考える。

病院に借金をする意識でいるよりも、正当なサービスとして分割払いもしくは後日まとめて払う方が精神的に楽であると考えて、立替サービスの利用に踏

み切らせたと思われる。

逆にいうとメリットをあまり感じられない、もしくはサービスについて理解が十分でないといったことが、NAP メディカル加入もしくは立替サービスの利用に踏み切らなかった要因ともいえる。NAP メディカル導入後の未収のほとんどは NAP メディカル非加入者であることからそのことが分かる。

旧保証人制度時代及び新保証人制度時代を比べた際に、未収の件数及び金額が新保証人制度時代の方が増加傾向にあるのは、前金制度をなくしたことで質となるものがないからであると思われる。

NAP メディカルの導入期ということもあり、説明フローの慣習化/確立化に時間がかかったこと、導入準備に時間を取られたことで、NAP メディカルの訴求が十分にできなかったことや、普段の請求業務がおろそかになったことが、新保証人制度時代における未収の増加につながったのだろう。

話は変わるが、立替サービスを利用した 1 件が約 16 万円ほどであった。現在未収になっているもので 16 万円以上の未収の多くが完済までに 5 カ月以上の期間を要することとなっているため、患者様への請求ややりとりの手間がその分だけ省略できた。聞き取り調査の結果からも職員の 80%以上が「とてもそう思う」「そう思う」と答えており、職員の実感としても、実情としても業務負担が減ったと考えられる。

VI.結論

NAP メディカルに加入してもらうことで未収を抑えることはでき、業務の効率化は図れるため今度はいかに NAP メディカル非加入の方にいかに NAP メディカルに加入してもらうかを考えていく必要がある。NAP メディカルのセールストークのブラッシュアップ、デジタルサイネージなどの視覚的な訴求方法の立案、入院費支払いの明示化を進めていくことで、一人でも多くの加入者を増やすことができるのではないだろうか。また、その効果をより細かく分析していくためにも、NAP メディカルに関する情報の管理方法を改めていく必要がある。

認知症ケア加算の再評価による算定の変動について(D)

～算定率の低さの原因を探る～

春日部中央総合病院

診療情報管理室 ○新水千鶴

I. はじめに

認知症ケア加算とは、当院の全ての病棟で取ることのできる加算である。しかし、15歳以上の認知症ケア算定率を当院と全国平均とで比較を行った結果、春日部「24.41%」 全国「29.82%」と、全国平均を下回る結果となった。認知症ケア加算は、加算対象となった日から毎日取ることのできる加算のため、加算算定患者一人の増加で大きく金額が変動することが予想される。よって、算定率の上昇を図る取り組みを実施した。

II. 取り組み目的

まず、当院での認知症ケア算定状況の見直しを行った。その結果、入院時に実施している認知症のスクリーニングと評価以降の定期的な評価が行われていないことが、算定率の低さの原因の1つとして挙げられた。現状として、近年の看護師のマンパワー不足によるラウンドの未実施や、急性期・一般病棟から障害者病棟への転棟時に入院時の評価が引継ぎ使用されていることが理由として考えられた。

よって、長期入院患者の認知症のスクリーニングと評価の再評価を促すことで、現在の状況改善が叶い、算定率上昇の見込みがあるとし、病棟看護師への働きかけを行っていく事とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:期間内に入院をした全患者
2. 期間:令和6年10月～令和7年3月
3. 方法:
 - 1) 在院患者から長期入院患者(4週間以上)に絞る。
 - 2) 既に認知症ケア加算を算定している患者と認

知症ケア加算の対象外となる患者を除く。

3) 認知症ケア加算に関わる看護計画が立案されているものに絞る。

4) ①～④で抽出された患者を病棟事にリスト化し、看護部へ提出。改善を促す。

4. 分析方法:病棟ごとに、算定数と月延数、算定率を算出し、月ごとにデータ比較を行った。

IV. 結果

表 2

	R6.10	R6.11	R6.12	R7.1	R7.2	R7.3
病棟	算 定 率					
A3	6.3%	5.1%	9.1%	6.5%	5.7%	10.8%
A4	8.0%	7.6%	12.1%	10.8%	19.7%	15.8%
A5	13.6%	6.9%	1.4%	2.0%	2.1%	5.6%
B3	21.6%	29.4%	29.5%	29.4%	23.8%	22.9%
B4	29.5%	33.5%	30.6%	33.0%	34.3%	31.6%
B5	54.3%	65.4%	62.9%	57.2%	52.7%	53.0%
C3	2.8%	3.7%	3.6%	7.0%	7.0%	7.0%
C4	35.5%	32.2%	31.0%	36.0%	34.5%	31.5%
C5	2.7%	5.7%	5.7%	6.0%	8.3%	8.2%
HCU	0.5%	1.0%	6.0%	4.8%	0.0%	0.9%
平均	19.6%	21.1%	21.1%	20.9%	21.1%	20.4%
※A棟・C棟(急性期一般)、B棟(障害者病棟)、HCU(ハイケア)						

令和6年11月から認知症ケアの再スクリーニング評価依頼を各病棟に行っていき、取り組みを行う前である令和6年10月の算定率と比較し、表1のとおり増数を得ることができた。

表 2

病棟	総算定 件数(加 算①※ 1)	総算定 件数(加 算②※ 2)	総算定 点数(加 算①※ 1)	総算定 点数(加 算②※ 2)
A3	51	19	¥14,280	¥2,090
A4	10	50	¥2,800	¥5,500
A5	4	14	¥1,120	¥1,540
B3	157	178	¥43,960	¥19,580
B4	164	153	¥45,920	¥16,830
B5	222	65	¥62,160	¥7,150
C3	0	0	-	-
C4	8	153	¥2,240	¥16,830
C5	50	28	¥14,000	¥3,080
HCU	6	3	¥1,680	¥330
合計	672	663	¥188,160	¥72,930
※1 加算①・・・認知症ケア加算 2(15日以上) ※2 加算②・・・認知症ケア加算 2(15日以上)(身体抑制)				

また、取り組み始めた令和 6 年 11 月から令和 7 年 3 月の期間で、再評価したことにより算定されはじめた総算定件数と、総算定点数(円)は表 2 のとおりである。

V. 考察

取り組み前の令和 6 年 10 月の算定率 19.6%と比べ、算定率の増加は見えるが、全国平均である「29.82%」には大きく及ばない結果となった。最も算定率が上がることを期待された、急性期・一般病棟からの転棟が多く、長期入院患者が多い B 棟(障害者病棟)の算定率は微増に留まる結果となった。

表 3

病棟	依頼数	返却数	ランクⅢa	内算定有
A3	5	3	3	1
A4	1	1	1	0
A5	6	2	2	1
B3	2	0	-	-
B4	19	0	-	-
B5	13	13	9	2
C3	2	2	2	0
C4	5	5	5	2
C5	2	2	2	2
HCU	-	-	-	-
合計	63	30	23	8

この結果を踏まえて、令和 6 年 11 月から令和 7 年 3 月の期間での再評価の総依頼数・総返却数・ランクⅢa 以上の総数、ランクⅢa 以上の内の算定数を算出すると表 3 のような結果となった。

これにより、再評価の依頼を 63 件行ったが、病棟看護師からは 30 件の再スクリーニング評価の返却に留まり、その内 23 件が認知症ケア算定可能なランクとなるⅢa 以上の評価が付いたが、実際に算定されたのは 8 件であったことがわかる。よって、算定率上昇の妨げの要因として、ランクⅢa 以上の算定可能評価がついている患者数に対する、実算定数の差が大きな要因として挙げられた。ランクⅢa 以上の算定可能患者数と実算定数の差は、診療報酬改定でせん妄ハイリスク患者ケア加算と認知症ケア加算の併算定ができなくなったことが背景の 1 つであると言えるが、病棟看護師との連携不足が最も大きな原因であるように考えられる結果であった。

この結果を踏まえ、会計担当者にヒアリングを行ったところ、入院初月にせん妄ハイリスク患者ケア加算を取った患者は、その後入院が長引き、日常生活自立度判定基準が変わり、ランクⅢa 以上に再評価されたとしても、会計を変更することはしないことが分かった。

VI. 結論

取り組みを通じ、再依頼方法の見直しが必要であることがわかった。具体的には、再評価の依頼を入院初月のレセプト作成時までに行い、入院初月に障害者病棟(特に B4 病棟、B5 病棟)に転棟した患者と、障害者病棟(特に B4 病棟、B5 病棟)に転棟することの多い C4 病棟と A4 病棟に絞り、再評価依頼を行っていかうと考えている。

看護師のマンパワー不足による、評価が満足に行えていない状況の改善は依然難しく、再評価忘れの促進という形での数値変動であるところは否めない。診療情報管理室として、取り組み結果を各部署と共有しながら、今後も算定率上昇への取り組みを継続していきたい。

価値ある支援 ～ソーシャルワーカーのジレンマを超えて～

春日部中央総合病院
医療福祉相談室 ○新野由里加

I. はじめに

A病院は、二次救急指定病院であり、毎月約530人が入院している。救急患者の受け入れベッドを確保するためにも、ソーシャルワーカーも早期の退院支援が求められている状況である。ただ、早期退院といっても、患者の社会背景によっては、退院が難航することもある。今回は、ソーシャルワーカーに求められている業務とソーシャルワーカーが抱えたジレンマをもとに、患者にとって価値のある支援とは何かを倫理綱領・行動規範をもとに考察したため、これを報告する。

II. 取り組み目的

ソーシャルワーカーはケースワークをしている中でジレンマを抱える事が多い。ジレンマを抱えた際に、倫理綱領・行動規範に立ち返り、自身の行動を振り返ることの必要性を改めて検討する。

III. 取り組み方法

1. 対象:53歳男性。バージャー病。生活保護受給しており、独居。親族はいるが、断絶状態。その為、身寄りなし対応。2020年に当院入院時に左大腿から切断。当時から、両手指の壊死もあったが、障害サービスを利用して、家で生活していた。2020年～2023年の間も外来通院を中断することがあり、コンプライアンス不良。本人の強い希望もあり、障害サービス(訪問看護、ヘルパー)を利用して生活していたが、壊死の進行により、ほとんどの指が自然脱落。痛みもあり、在宅サービスでは生活を支えきれなくなったため、当院へ入院。

2. 期間:

- 1) 2023年3月13日～2023年3月27日
- 2) 2023年4月6日～2023年5月8日

3. ケース概要

- 1) レスパイト入院。清潔管理と栄養強化を目的。もともと手指の切断希望はなかったが、医師相談した結果、片手ずつ切断を決めて、退院。
- 2) 両手切断目的で再入院。4月6日に左手、4月17日に右手を切断。入院時から、4月末での退院と話は出ていたが、障害サービスの区分変更、調整が整わず。本人の希望は、自宅退院であったが、施設への退院となる。

IV. 結果

切断目的の入院時に、医師からは4月末での退院との指示があり。辛うじて手が残っていた時には、自身で携帯操作をして、ヘルパーや訪問看護へ連絡をすることを出来ていたが、腕から先がないため、連絡を取ることもできない状況。さらに、食事、清潔、排泄(オムツ)のすべてに介助が必要であるが、右足しか残ってないため、サービスが介入できない時間の生活に課題が残る。また、障害区分を変更して、サービス量を増やしての退院も検討したが、介護サービスと違い、暫定利用ができないため、かなわず。本人の希望を叶えるためには、A病院で入院継続して、在宅サービス調整であるが、医師の方針とは反しての長期入院となることが見込まれる状況であったため、現実的ではないと判断。

結果、本人の意向に沿う事は出来なかったが、カンファレンスを実施し、在宅環境が整うまでの間は施設で生活することとなり、施設退院となった。

V. 考察

今回のケースでは、本人、医療者、外部機関の価値・考えの違いによって、ジレンマが生じたと考えられる。A病院からソーシャルワーカーが求められていることは、予定された期間での退院支援である。今回のケースにおいて、ソーシャルワーカーは、本人が考える生活を実現すること(自己決定の尊重)と、独居を継続することによる不利益が生じてしまうこと(クライアントの利益の最優先)といった倫理綱領の中でのジレンマが生じた。また、所属組織に対する、早期の退院支援(最良の実践を行う責務)といった倫理責任もある。そのため、様々な倫理責任、価値が対立したことによって、ジレンマが生じたと考える。

また、今回のケースは介護サービスではなく、障害サービスの調整が必要であった。A病院では、介護サービスを利用している高齢者の割合の方が多く、介護サービスと障害サービスが違うことの理解が病院内でも乏しい状況である。その為、介護サービスの調整と同じ支援スピードを求められていたことも、ソーシャルワーカーがジレンマを抱えた要因の1つであると考えられる。

さらに、外部機関としては、入院前の生活状況から、医療や看護体制が整っていない地域での生活していた為、退院することに対して不安が生じていた。それに加えて、急性期病院としての役割の理解も乏しく、退院支援をすすめていくスピード感にも差異が生じてしまったことも、ジレンマを抱えた要因と考えた。

VI. 結論

医療機関としては、患者の早期退院、地域の患者の早期受け入れが重要である。その為、本人の意向や地域の実情よりも、退院日時を明確とすることなどが優先される場合もある。ソーシャルワーカーの倫理綱領には、「組織改革」という項目がある為、本人や地域の状況に応じて、組織内の認識も変化できるように働きかける必要がある。

今回のケースは一例に過ぎないが、ソーシャルワーク実践には、様々な価値や考えが交差する為、

ジレンマが生じることは必然である。ソーシャルワーカーがケースの支援で本人との関わりに悩んだ時や多職種、多機関との連携で迷ったときには、倫理綱領・行動規範に立ち返ることが必要であると再認識した。ただ、病院という組織には、様々な職種があり、それぞれに倫理綱領が掲げられている。ソーシャルワーカーの倫理綱領・行動規範だけに沿って対応するのではなく、多職種の考えや倫理・価値も尊重したうえで連携し、ジレンマと向き合って支援をする事が、「患者にとって価値のある支援」に繋がると考える。

【参考文献】

社会福祉士の倫理:倫理綱領実践ガイドブック
公益社団法人 日本社会福祉士会編集

医療福祉相談室が繋ぐ病院と地域 ～ACPと退院支援～

イムス太田中央総合病院

医療福祉相談室 やまざわあきこ ○山際明子 吉田圭佑 槌家舞子

I. はじめに

近年アドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)が一般に知られるようになり、医療の現場でも様々な場面で意識されている。

癌末期患者の退院支援では、どこで最期の時期を迎えたいか、残された時間をどのように過ごしたいか、家族は患者に何をしてあげたいかなど、その人の持つ価値観に触れることとなる。医療福祉相談室が行う退院支援の場でもACPの要素が存在するが、ACP支援には多職種や病院地域との連携が不可欠である。今回一人の終末期患者への支援に、医療福祉相談室が橋渡しとなり病院内外の多職種が連携して関わったことで、本人の抱える課題を解消し安全な環境のなかで最期を迎えられた。この事例を分析した結果、医療福祉相談室が担うべき役割が見えてきた。それをここに報告する。

II. 取り組み目的

- 1) ACPの視点に基づく退院支援の普及と患者満足度の向上。
- 2) 退院支援における他機関・多職種との連携の意義を確認
- 3) 患者のACPを支援するために必要な情報共有の在り方を見出す。

III. 取り組み方法

1. 対象: 居宅介護支援事業所の介護支援専門員、太田市介護サービス課担当者、医事課職員、外科主治医、病棟看護師、外科病棟担当PT、OT、MSW、退院支援看護師
2. 期間:

令和7年2月10日～令和7年3月19日

3. 方法:

- 1) 患者の社会的背景について情報収集
- 2) 患者と代理意思決定者の意向確認
- 3) 行政担当者へ情報共有
- 4) 介護支援専門員との連携
- 5) 院内多職種とカンファレンス開催、方向性のすり合わせ

4. 分析方法: 事例の振り返り分析

入院中から看取りまでの間に行った介入がACPを支えるに有効であったか評価した。

IV. 結果

事例紹介:

A氏 70代男性。入院前ADL自立、独居で生活。家族構成は近距離別居の長女と県外在住の長男。R7.2/10 食欲不振を主訴に自宅近所のクリニックより紹介、精査加療目的で同日外科病棟に入院した。入院後の検査で胃癌と幽門狭窄、腹膜播種と診断される。病期分類はステージIV。

退院支援の経過:

入院後第10病日、主治医より本人と長女へ病状説明(以下IC)がされる。医師からの説明前に退院支援看護師が介入開始の挨拶と説明を行い、ICに同席した。病状と根治的治療は不可能な旨が伝えられ、緩和的治療を行う方針となる。患者本人より「しょうがない、わかりました」と言葉あり。患者退席後、娘に予命が短いことが伝えられ、DNARの意向の確認も行われた(後日長男に意向確認しDNARの方針が決まる)。ステント留置による消化管通過障害解消後は早期に自宅退院する方針が示されたため、再度娘と面談を行い、当日中に介護

保険申請の案内と担当の介護支援専門員の選定、情報提供を行った。娘より「本人は好きにやりたいと言うと思います」との言葉が聞かれた。

IC 翌日の消化管ステント留置中に社会福祉士・介護支援専門員・訪問看護スタッフ・長女にて面談実施。本人の希望に沿った最期を叶える為に必要な支援について、情報を共有した。要介護認定申請後、癌末期状態であることを行政へ連絡し早期の対応を依頼、2/25 に介護認定調査が行われ、本人の希望で 2/27 に退院となった。暫定ケアプランでヘルパー・訪問看護・福祉用具レンタルを利用開始した。退院前に主治医より IC がなされ、退院後は外来予約日前でも症状次第でいつでも受診や入院は可能であることが伝えられた。主治医より食事は好きなものを食べて良いと許可あり。病棟看護師からも退院後の食事の注意点を説明した。

介護認定調査時に介護支援専門員と退院支援看護師が同席、本人へ退院後の意向とサービス内容を確認した。

退院後 3/7 に介護支援専門員より、自宅でお寿司など好きなものを食べて自由に過ごせているが、体力低下が著しく往診への切替えと有事の入院相談あり。主治医が往診医への紹介状作成。その数日後、訪問看護師より自宅で転倒したため状態変化あれば当院へ相談するかもと一報あり。外来医事課と情報共有したがその後は連絡無し。

3/19 介護支援専門員より連絡。施設入所し翌朝お看取りとなったこと、短い期間だったが自宅で好きなものを食べることが出来て喜んでしたこと、緊急時の入院受入れ態勢を取っていたことで直前まで自宅で過ごすことができたと言われた。

V. 考察

不安は患者や家族の在宅療養への自信を奪う。自信の無さは選択の幅を狭め、選択肢の減少は患者自身が選択を繰り返すことで進める ACP そのものの妨げとなる。終末期にある患者とその患者を支える人々の限られた時間をより良いものにするために、できる限り不安を減らすことが必要であると考え。在宅療養へ踏み切ることを躊躇させる障壁とし

て不安の存在は決して小さいものではない。患者と家族が抱える不安の 1 つに、何かあった時にどう対応すればいいのかというものがある。在宅療養はするけれど、必要時に入院できるか、往診医や訪問看護に切り替えると、これまでの主治医とつながりが切れてしまうのではないかと不安に思う患者や家族も多い。

今回医療福祉相談室と介護支援専門員が連携し、在宅に関わる事業所と医事課を含む院内各部署との情報共有を密に行ったことで、在宅療養中の不安の解消と安全な環境の提供に繋がった。独居という生活背景から、急変時発見が遅れるリスクもあったが、然るべきタイミングで施設入所したことで、安心できる環境での看取りを叶えることができた。介入の中で聞かれた数々の言葉を振り返り、患者の希望を叶えられたと考えられる。

患者のACPを支援し希望を実現するために多職種協働、病院と地域の協働がいかに大切か実感する事例であった。組織横断的に関わる医療福祉相談室が、この多職種協働の重要な橋渡しとなるべく働きかけていくことが求められていると考える。

VI. 結論

1. 医療福祉相談室の役割の一つに、職種や病院地域事業所の連携の橋渡しとなることがある。
2. 患者のACPを支援し希望を叶えるために、多職種や地域との協働は不可欠である。

医療物品購買管理と適正在庫管理の取り組み(D)

三愛会総合病院
総務課 ○篠木青空 志賀健太郎

I. はじめに

当院は 2022 年 11 月に新築移転しており、それに伴い使用する医療消耗品や新規の物品が増加傾向にあった。

その中で日々の物流システムを用いた管理方法及び、各部署での過剰在庫・ラベル紛失等が顕著な課題として浮き彫りとなった。特にオペ室やカテ室等の物品の移り変わりが激しい部署のシステム登録が手付かずになっていた。

そこで、新規・既存に関わらず医療消耗品を全てシステムに登録し、SPD 発注ではない預託品等の買取実績をたてることで当院における購買管理を構築させることを開始した。同時に、物流システムを活用した各部署での適正在庫の見直しとラベル紛失減少への取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

- 1 新規消耗品やカテ室における預託品等のシステム登録化。
- 2 「買取実績入力」を用いてシステムへの入庫反映し月の請求に対しての処理率の向上。
- 3 各部署での適正定数の設定とラベル紛失を減少させる。

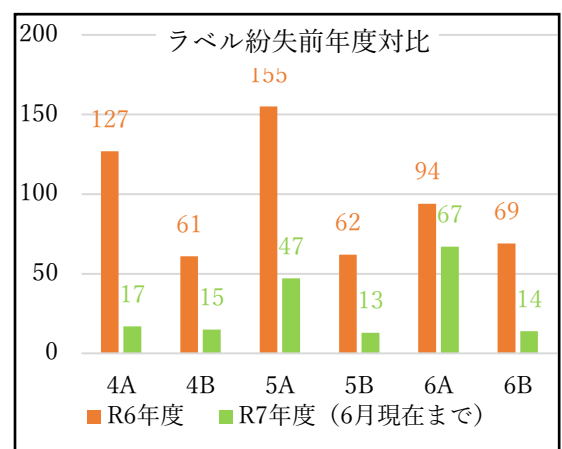
III. 取り組み方法

1. 対象: 診療材料、医療材料
2. 期間: 2024 年 4 月～
3. 【医療消耗品登録と買取実績の構築】
 - 1) システム登録が出来ていなかった物品が主にカテ室やオペ室であったため、これら全て登録。
 - 2) オペ室の納品検品を行い、その場で買取実績を用いてスキャナーで読み取りを行う。

- 3) その場で登録が無かったものを都度申請する。

【各部署の適正在庫とラベル紛失について】

- 1) 過去3か月の払出実績のデータを計算用 Excel シートにあてはめ、過不足を確認して、2 日分の定数を SPD で提案し各部署に確認してもらう。
- 2) 3か月毎に病棟、6 か月毎に全部署と定期的に行うものとする。それによってそのタイミングで必要な物品の需要を数字として確認できる。
- 3) ラベル紛失はシステムの「不動在庫リスト」を用いて払出から 60 日以上経過しているものをリストアップし、各部署での突合せ作業の実施。見つけれなかった物は紛失扱いとする。
- 4) 全 44 部署の紛失数をグラフ化し、前年度対比を条件に見える化を図った。(※下記図全部署の中から一部抜粋)



- 5) このグラフにおける前年度の 5 割を超えた場合は顛末書、8 割を超えた場合は業務改善報告書の提出を義務付け。

IV. 結果

・【医療物品登録化と買取実績の構築】

前述の通り、オペ室やカテ室が手付かずであった。この2部署においての主要ディーラーだけで、約320品目システム登録を行うことができた。

これによって、物流システムでの買取実績入力を行うことができようになり、当院での月間請求額に対してのシステム入荷処理率が9%から75%まで上昇させることができた。

また、全てがシステム登録されていることにより、棚卸の時の検索時間短縮や、医事課からのコスト関連に関わる問い合わせについても回答できるようになった。

・【各部署の適正在庫とラベル紛失について】

定数見直しを定期的に行うことで、これまで過剰であった物品を適正な数で管理できるようになっている。それによってSPD倉庫に抱える在庫数も下げることが出来るようになった。また、期限切れ等などに先に気付く事が出来るようになり、対処を早急に出来る利点も生まれた。

ラベル紛失に関しても、各部署をグラフ化したことによって、紛失しないような運用方法を実施してくれる部署も出てきた。また、どの物品が無くしやすいのかということも統計として出すことが可能になった。

V. 考察

先述の取り組みによって、各部署の適正在庫を維持することができ、安定的な供給を保つことが出来るようになってきている。

しかしながら、現場での突合せ作業が仕様上必要になってしまうため、現場の負担軽減にはなっていない。同時に、定数見直しも削減するだけではなく、その時のタイミングによって増減するものであるため、経費削減等にも当てはまるものではないと感じる。

あくまでも、在庫の「適正管理」という部分に焦点を当てれば、この方法は有効な取り組みになっている。

定数＝動かない数ではなく、そのタイミングによって変動させる物という認識付けが要になってくると考える。

オペ室やカテ室の物品登録は、進む一方で全てをラベル管理できているわけではなく、ディーラー管理になっている側面もある。そのため病院運営の面から考えると、院内で管理・運用の方が望ましい在り方になるだろう。これに対しては今後の課題となる部分である。

どちらの取り組みもSPDと現場の連携がカギとなり、在庫・定数・運用全体での最適化を図ることが出来た。様々な課題を可視化することにより分析できるような体制づくりが重要である。

VI. 結論

以前までのSPD業務の中では、オペ室やカテ室については納品書を貰うだけであった。現在では、納品書と突合せが出来るようになったことで整合性が取れるようになり、その中で価格の変動や新池袋商事の価格交渉等のおかげでコスト削減にもつながる

仕組みを構築することが出来た。

ラベル紛失においても、グラフと数字による可視化による各部署でのラベル管理体制の再認識を促すことが出来たと思う。

物品において、管理運営・経費削減などはSPDの役割であり、購買業務に介入するのが強みである。

今後も継続的なSPD運用精度向上と業務標準化をもとに、より精度の高い物品管理体制の確立を目指すものとする。

みんなで守ろう施設基準(D)

三愛会総合病院

総務課 ○庄司香菜子 木山卓己

I. はじめに

保険請求をする為の要件である施設基準は、医療機関の設備や機能、人員配置などを評価するための基準であり、施設基準の適切な管理・運用は法令遵守だけでなく、診療報酬を得ることにつながり、適時調査での指摘や返還金発生を防止するなど、病院経営にとって欠かせない取り組みといえる。

IMS グループでは人員配置や算定要件に漏れ、不備がないかを管理できるように任命管理チェックシートの運用を行っている。当院でも年々診療機能拡大の影響もあり、届出する施設基準の数が増えている為(別表1参照)、一段と管理が複雑になってきている。今回数年実施されていなかった適時調査も見据えて、任命管理チェックシートの運用を見直し、病院独自の施設基準管理についての取組みを報告する。

II. 取り組み目的

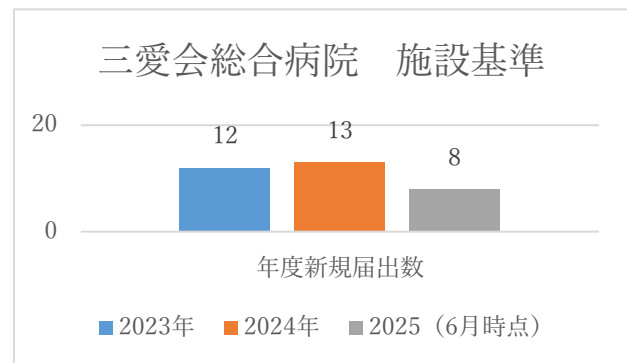
職員の施設基準に対する理解を深め、施設基準のごとの担当者による報告制をとり、全体で共有することでの見える化、チェックの段階を増やし、最終的に漏れ、不備のない施設基準管理体制を構築することを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:2024年4月～
2. 期間:現在継続中
3. 方法:
 - 1)管理項目の追加(別表2参照)本来の管理項目
 - (1)管理番号
 - (2)施設基準の内容

- (3)施設基準対象者の人数
 - (4)施設基準対象者の氏名
 - (5)専従、専任、専ら等の確認
 - (6)所属部署
 - (7)主な要件
- であったが、そこに新たに
- ①報告責任者(部署・担当)
 - ②施設基準対象者の部署・役職
 - ③施設基準対象者の変更事由
 - ④要件の経歴書・修了証(総務課入力)
 - ⑤備考欄を追加。

別表1(全体届出数)



別表2(追加項目のみ抜き出し)

【院内管理用】任命管理チェックシート << 施設基準関連 >>				変更・追加		削除		保留	
報告責任者		部署	役職 所属科●	変更事由	総務課入力		備考		
部署	担当				経歴書	修了証			
		1	医局						
		2	検査科						
		1	医局						
		2	5B			○	○		
		1	医局				○		
		2	医局				○		

- 2)担当者による報告制の導入

報告担当者の役割

① 毎月の任命管理チェックシートのスタッフに変更が無いか確認・管理する。

具体的には自部署スタッフだけでなく、担当する施設基準に届出している全てのスタッフに変更が無いか確認し、取りまとめたうえでの報告。また、各部署は自部署スタッフに変更があった場合、総務課ではなく、まず報告担当者に連絡を行う。

② 前月実績が算定要件を満たしているか確認・管理する。（シフト確認・実績値確認・カンファレンスやラウンド実績確認等）

報告項目

管理№

① スタッフ変更報告

毎月 1 日時点での変更有無を報告

② 前月実績が算定要件を満たしているか

【報告例】

管理№○○ ← 報告担当一覧参照

① 追加:○○○○(変更)・○○○○(増員)

削除:○○○○(退職)

② 要件を満たしている

※変更ない場合

管理№○○

① 変更なし

② 要件を満たしている

毎月の 1 日時点のものを第 1 週末までに報告し、毎月第 3 週目の施設基準監査会議で確認を行う。

IV. 結果

① IMS グループ業務点検施設基準部門

2022 年 適合率 79.5%

2024 年 適合率 91.9%

② 2024 年 7 月関東信越厚生局 適時調査指摘事項なし。

V. 考察

結果的に業務点検の施設基準部門の適合率は向上し、適時調査で指摘事項なしという結果をいただけた。当院の施設基準届出数が多くなっていく中でやはり総務課担当者だけで管理するのは難しくなっている。

施設基準ごとに各担当者に報告させることで、対象部署も含め、より多くの職員が施設基準を理解し、総務課取りまとめの前に配置要件不足や算定要件逸脱を確認する流れとなり、目的としていたチェック段階増やすことができた。特に職員の施設基準の理解の向上は重要で、今まで業務点検や監査前に総務課主導で慌てて要件逸脱がないかを確認をしてもらっていたのが、普段から把握していることで、いつでも業務点検や監査に対応できるようになっている。施設基準の管理においては、担当者任せにせず、病院全体で基準を守ろうという風潮になってきた。

VI. 結論

診療報酬改定や地域医療構想の動向などを踏まえると、医療費抑制策は今後も継続していくことが予想される。その為、病院収入を確保するには新たな施設基準を取得し、診療点数を上積みしていく必要がある。また同時に施設基準の厳格化も求められている為、管理体制もより強固なものにする必要がある。

今回行った取り組みを更にブラッシュアップし、施設基準の適正な管理と業務点検の適合率 95%以上へ向上させ、数年後の適時調査の際も今の担当者がいなくとも、指摘事項なしを継続できるよう体制づくりをしていく。

病院みんなで施設基準を守っていき、結果的に病院収入確保に寄与していきたい。

院内図書一元管理体制の構築に向けた取り組み(D)

三愛会総合病院
総務課 ○山本萌乃美 木野万紀子

I. はじめに

当院では、病院機能評価の受審を見据え、院内の図書管理体制の整備が求められていた。図書委員会が機能しておらず、図書の所在や管理責任が不明確なため、職員が必要な情報を十分に活用できていない状況であった。そこで図書委員会を一新し、図書室の新設および図書一元管理体制の構築を図り、全体の可視化と運用ルールの整備に取り組んだ。

II. 取り組み目的

- ・ 図書の管理責任を明確化し、院内図書の一元的な把握を可能とする。
- ・ 図書の利活用を促進し、職員の学習環境を整備する。
- ・ 病院機能評価受審に必要な体制づくりを進める。

III. 取り組み方法

1. 図書委員会の設置

図書管理体制構築に向け、十分な機能を果たしていなかった「図書委員会」を一新し、改めて方針や運用方法の検討を開始した。総務課の図書管理担当者に加え、看護部・コメディカル・事務部から部署横断的に活動できる職員を選出した。

2. 各種規定の整備

「図書委員会規定」に加え、院内で保有する図書の取り扱いを定めた「図書管理規程」を新たに策定し、管理体制の運用ルールを明確化した。

3. 院内図書の実態調査

院内で保有する図書の全体数および所在確認のため、各部署で保有している図書の調査を実施。調査結果をもとに、図書の所在および管理状況を把握。

4. 図書の管理区分と責任明確化

新設した図書室にて保管する図書を「中央図書」、各部署にて保管する図書を「部署図書」とし、管理区分を2種類に分類した。「中央図書」の管理責任は図書管理担当者、「部署図書」の管理責任は各部署所属長にあるものとした。

5. 図書一覧の作成

調査結果を集計し、全図書の情報をまとめた「図書一覧」を作成した。新着図書が入荷する度に「図書一覧」を更新し、院内共有フォルダにて職員だれでも閲覧できる環境を整備した。

6. 管理番号のナンバリングとラベリング

すべての図書に部署ごとの管理番号を割り振り、医局・看護部・コメディカル・事務部ごとにテプラの色分けをし、ラベルを作成。また、中央図書と部署図書を一目で識別できるよう、中央図書ラベルも作成した。部署図書のラベル貼付作業は各部署で実施。

7. 申請書フォーマットの見直し

これまで図書購入希望の際は、物品購入申請時と同じ書類での申請だったが、物品と図書を区別するため、「新規図書購入申請書」を作成した。また、図書の購入予算申請状況を

把握し、「新規図書購入申請書」に予算内・予算外の記入欄を設けた。

8. 図書室の開設と設備整備

新たに図書室を7階の職員用休憩スペースの近くに開設し、医中誌 Web 検索および印刷が可能な一般用 PC を 1 台設置。また、図書室は24時間利用可能とし、職員が気軽に利用できる環境を整えた。

9. 広報活動としての図書便り

毎月「図書便り」を発行し、図書室の活用促進および新着情報の周知を行った。

10. 図書所在調査の定期実施

管理状況の維持のため、年1回の所在調査を毎年5月に実施し、年間購読書については、部署図書から中央図書に管理区分を移行するものがないかの調査も並行して実施する体制を構築した。

11. 院内マニュアルの集約保管

図書室の設置とは別項目で、院内文書の規程・マニュアルの一元管理を病院機能評価受審のために求められていた。当院では経費削減を兼ねて、紙媒体ではなくデータ媒体での共有をしているが、ネットワーク障害や自然災害による非常時のため、院内で運用しているすべての規程・マニュアルを紙媒体で図書室にて保管している。

IV. 結果

新たに整備された図書一覧や規程類の運用が開始され、図書の所在や管理責任が明確になった。図書室開設により、図書の所在や管理責任が明確となり、職員が自由に情報を検索・閲覧できる環境が整ったほか、図書管理に対する職員の意識向上も見られた。また、新規図書購入の申請・承認フローが整備され、運用がスムーズになった。現在も継続的な活用が図られており、体制の定着が進みつつある。

また、病院機能評価受審の際は、評価項目 4.3.1 にて運用方法を含め、指摘事項がなく A 評価を取得した。

V. 考察

図書管理体制の整備には、各部署との連携が不可欠であり、地道な調整作業が求められた。調査・一覧化・ルール作成の各段階を経て、少しずつ図書の利活用意識も高まってきている。今後は、図書便りや図書活用の促進策を検討し、さらなる利用率向上を目指したい。

VI. 結論

本取り組みにより、院内図書の管理体制が整備され、図書の可視化と活用の土台を築くことができた。今後も運用状況をモニタリングしながら、より利便性の高い図書環境を目指して改善を重ねていく。

引用文献:なし

“ちょっとした工夫”で健診数アップ ー営業・チラシ・ロコミを活かした地域アプローチー

埼玉みさと総合リハビリテーション病院
医事課 ○田中まゆ 松崎雄介

I. はじめに

地域住民の健康管理を支援するうえで、健診の受診促進は重要な課題である。当院では以前より各種健診を実施していたが、近年は受診件数が伸び悩み、地域内での健診実施の認知も限定的であった。こうした状況を踏まえ、本取り組みでは、地域住民および企業へのアプローチを強化することで、健診件数の増加と認知向上を図ることとした。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は、①健診件数の増加を図ること、②地域住民および周辺企業に対して当院が健診を実施していることを広く認知してもらうことである。これにより、地域に根ざした医療機関としての存在感を高めるとともに、将来的な外来・入院受療行動への接点づくりも視野に入れた。

III. 取り組み方法

1. 対象: 病院周辺企業の従業員・地域住民
2. 期間: 2024年12月～2025年1月(営業活動) / チラシ設置: 約2か月間
3. 方法:
 - 1) 飛び込み営業: 近隣企業を対象に健診案内・情報提供を実施。チラシ設置の依頼も実施。
 - 2) チラシ設置: 病院裏の公園および駐輪場に計20枚の健診チラシを設置し配布。
 - 3) ロコミ促進: 実際の受診者の満足体験をもとに、職場内ロコミが発生。
4. 分析方法: 健診件数および売上の前年比較を指標とした。2023年度と2024年度の企業健診および三郷市検診の件数・売上を集計し、増減

を算出した。また、飛び込み営業・チラシ設置・ロコミという各アプローチの実施状況を記録し、直接的・間接的な成果の有無を定性的に分析した。副次的な効果として、地域住民の認識変化やロコミによる新規受診事例の有無についても聞き取り調査を実施し、成果の広がり进行评估した。

IV. 結果

取り組みの成果として、企業健診においては2023年度に31件(売上¥234,160)であったのが、2024年度には81件(売上¥788,860)へと大幅に増加した。三郷市健診についても、2023年度45件(¥273,454)から2024年度82件(¥481,942)へと件数・売上ともに伸長した。なお、直接契約には至らなかったが、健診チラシの設置を依頼し、受け入れてもらった事業所もあった。設置したチラシを見た住民や企業関係者が健診を申し込んだ可能性があるほか、ロコミによる受診者の派生も確認されている。また、地域住民の一部からは「入院しかやっていない病院だと思っていた」との声も聞かれ、外来・健診などの機能が地域に周知されていなかった現状が浮き彫りになった一方、今回の取り組みを機に徐々に認識が広まりつつあることも確認された。

V. 考察

今回の取り組みにより、健診件数および売上に明確な増加傾向が見られた点は一定の成果といえる。飛び込み営業単体で即時的な契約には至らなかったものの、企業との接点を持ち、チラシ設置を通じて情報が地域内に拡散されたことは、波及的な効果として評価できる。また、口コミによる来院事例の発生は、受診者満足度の高さが他者の行動を喚起する可能性を示している。一方で、企業への営業活動においては、事前の情報収集や訪問対象の選定が不十分であった点が課題として残った。今後は、企業の業種・規模・健康施策に関する下調べを行い、より効果的なアプローチを検討する必要がある。

VI. 結論

本取り組みにより、健診件数の増加とともに、地域における当院の健診認知度が向上する成果が得られた。飛び込み営業・チラシ設置・口コミという三つの工夫は、いずれも即時的な成果のみならず、中長期的な周知・信頼形成にも寄与する可能性があると考えられる。今後は健診にとどまらず、外来診療や入院リハビリなど当院の多様な医療サービスについても認知を広げ、「いざというときに選ばれる病院」として地域に定着することを目指した取り組みを継続していきたい。

急性期から回復期へ

～シームレスな連携で患者さんの回復を支援～

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

医療連携室 ○松丸愛 社会福祉相談室 三上江梨

I. はじめに

地域医療連携において急性期病院から回復期リハビリテーション病院への円滑な患者移行は患者の早期機能回復および在宅・社会復帰を促進する上で極めて重要である。しかし、情報共有の不足や転院調整の遅延は患者のADL(日常生活動作)低下、在院日数の延長に繋がる可能性がある。当院は回復期リハビリテーション専門病院として地域の急性期病院との連携強化を重要な課題と位置付けている。そこで令和6年12月より近隣急性期である三愛会総合病院と協力し急性期病院から回復期リハビリテーション病院へのシームレスな移行を目的とした連携ラウンドを開始することとした。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は三愛会総合病院に入院中の患者のうち回復期リハビリテーション病棟への転院が見込まれる症例について、早期かつ詳細な情報共有を図ることで、急性期病院から回復期リハビリテーション病院への切れ目のない移行をすることを促進することにある。これにより患者支援の質向上および転院までの期間短縮などの効果を検証することとした。

III. 取り組み方法

1. 対象:脳卒中、整形疾患、廃用疾患等回復期リハビリテーション病棟への転院が見込まれる患者
2. 期間:
令和6年12月18日～令和7年7月31日
3. 方法:

- 1)実施体制:リハビリテーション科医師、看護部長、MSW、医療連携室
 - 2)訪問頻度:週1回(医師は隔週)
 - 3)所要時間:30分～1時間程度
 - 4)先方対応者:当該患者のいる病棟師長、MSW、医師訪問時はPT、OT
 - 5)共有内容:ベッド状況、受け入れ目安
発症経過、病前生活、現在のADL、方向性等、必要に応じて当該患者と対面し実際の状況を診ることも
4. 分析方法:
発症から相談迄の日数(表1)
紹介状到着から入院案内迄の日数(表2)、
急性期病院入院日から回復期リハビリテーション病院入院日までの日数を比較(表3)

IV. 結果

発症から相談迄の日数(表1)については多くの月で日数が減少している。最大で16日短縮することが出来たが2.2日から最大9.8日増加した月があった。紹介状到着から入院案内迄の日数(表2)においては実施後に増加しており、主に前半が悪化傾向である。後半においては改善傾向となっている。急性期病院入院日から回復期リハビリテーション病院入院日までの日数比較(表3)においては実施前に比べ実施後は短縮されている。

(表1)

実施前		実施後	
R5.12	27.0 日	R6.12	22.9 日
R6.1	41.3 日	R7.1	25.3 日
R6.2	17.8 日	R7.2	14.2 日
R6.3	26.9 日	R7.3	20.5 日
R6.4	24.6 日	R7.4	34.4 日
R6.5	25.8 日	R7.5	28.0 日
R6.6	29.3 日	R7.6	25.0 日
R6.7	32.8 日	R7.7	31.5 日

(表 2)

実施前		実施後	
R5.12	7.8 日	R6.12	5.6 日
R6.1	7.5 日	R7.1	14.3 日
R6.2	15.4 日	R7.2	16.8 日
R6.3	12.7 日	R7.3	16.3 日
R6.4	22.9 日	R7.4	13.4 日
R6.5	25.0 日	R7.5	12.5 日
R6.6	13.7 日	R7.6	6.1 日
R6.7	11.3 日	R7.7	37.6 日

(表 3)

実施前		実施後	
R5.12	34.8 日	R6.12	28.5 日
R6.1	49.0 日	R7.1	40.4 日
R6.2	38.8 日	R7.2	31.7 日
R6.3	39.2 日	R7.3	36.3 日
R6.4	48.1 日	R7.4	47.9 日
R6.5	43.6 日	R7.5	40.6 日
R6.6	43.4 日	R7.6	33.1 日
R6.7	44.2 日	R7.7	37.6 日

V. 考察

今回の連携ラウンドの実施により、急性期病院から回復期リハビリテーション病院への患者移行期間の短縮が確認された。連携ラウンドを通じて、急性期病院と回復期リハビリテーション病院が早期から患者情報を共有し、よりスムーズな転院調整が可能になったためと考えられる。特に、発症から相談までの日数と急性期病院入院日から回復期リハビリテーション病院入院日までの日数が短縮されたことは、患者の早期介入と移行促進に効果的であることを示している。早期の情報共有により、回復期リハビリテーション病院側は患者の状況を事前に把握し、迅速な受け入れ準備を進めることができたと推測している。一方で、紹介状到着から入院案内までの日数が実施後に増加した月があったことは課題として挙げられる。転院候補となる患者情報が早期に共有されたものの、正式な紹介状が届くまでにタイムラグが生じたことが原因の一つと考える。また、一部の月で発症から相談までの日数が増加したことについては、対象患者の特性や急性期病院側の状況など、さまざまな要因が影響している可能性があると考ええる。

VI. 結論

今回の連携ラウンドは、急性期病院から回復期リハビリテーション病院への患者移行の円滑化に一定の効果があったと結論づけられる。特に、患者の早期機能回復につながる急性期病院入院日から回復期リハビリテーション病院入院日までの期間短縮という明確な成果が得られた。今後は、紹介状到着から入院案内までの期間短縮を目的としたプロセスの見直しや、連携ラウンドの対象疾患、参加職種の見直し、さらなる連携強化に向けた取り組みが重要となる。より多くの患者が切れ目のない医療サービスを受けられる体制を構築し、地域医療全体への貢献を目指していく。

“よくわからない”からのスタート ～介護技能実習生受け入れの課題と工夫～

埼玉みさと総合リハビリテーション病院
総務課 ○田中萌 成田亜希子

I. はじめに

特定技能は、深刻化する人手不足の中で、生産性向上や国内人材の確保のための取組を行ってもなお人材を確保することが困難な状況にある分野において、一定の専門性・技能を有する外国人材を受け入れる制度である。当院も 2024 年にベトナムから介護技能実習生 2 名を受け入れた。受け入れに際し、ゼロベースから取り組んだことについて報告する。

II. 取り組み目的

特定技能実習生の受け入れ機関に求められていることの一つは、外国人が十分理解できる言語で支援を実施することができる体制を確保していなければならない。

適切な受け入れ・教育体制を整えることによって、外国人技能実習生が安心して働き、成長できる環境づくりを目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象：ベトナム技能実習生 2 名
2. 期間：2024 年 9 月 26 日～現在
3. 方法：

1)【日常生活の支援体制の構築】

技能実習生が安心して生活を送れるよう、以下のような支援を実施した。

- ・日本での生活ルールや習慣に関するオリエンテーションの実施
- ・病院スタッフによる生活相談（買い物、交通機関の利用、ゴミ出しなど）
- ・定期的な健康管理（体調確認、医療機関の案内等）

- ・生活用品の準備や住居に関するサポート

これにより、日本での生活に早期に適応できる環境を整えた。

2)【交換日記の実施によるコミュニケーション支援】

技能実習生と病院スタッフとの間で交換日記を導入し、日々の気づきや悩み、学んだことなどを自由に記述できる仕組みをつくった。

- ・週に 1 回、実習生が日本語で記入し、担当者がコメントを返す形式
- ・日記を通じて実習生の日本語力の向上と意思疎通の強化を図る
- ・悩みや不安の早期発見と対応につなげる役割も担った。

交換日記は、形式ばらない自然な言語表現の練習としても有効であり、実習生にとって心理的な安心感を得るツールとなった。

4. 分析方法：

定期的な面談、語学学習記録、および初級技能試験結果を基に、実習生の成長を把握。

IV. 結果

- ・介護技能実習初級試験 合格：2 名/2 名

技能実習 1 号生が 2 号に移行するために、評価試験の初級は実技と学科ともに合格しなければならない。本取り組みにより、技能実習生が学科・実技ともに意欲的に取り組む環境を整えることができた。今後は、技能実習生全員の日本語能力試験 N3 の合格を目指す。

V. 考察

今回、技能実習生が初級試験に合格したことは、介護現場における学習成果と実践力が一定水準に達したことを示す、意義ある結果である。これは、日常的な介護業務に必要な言語能力の習得に加え、学習のモチベーション維持や生活適応にも大きく寄与していると考えられる。

また、合格に至るまでの過程においては、定期的な日本語学習支援、現場でのフォロー体制が効果的であったと評価している。今後も、実習生が言語面での不安を軽減し、介護現場においてより能動的に活躍できるよう、継続的な支援体制の整備を進めていく予定である。

VI. 結論

当院では、介護技能実習生の受け入れをゼロからスタートし、制度理解・体制整備・職員教育を段階的に進めながら取り組みを進めてきた。その結果、実習生は現場に順応し、業務面・生活面ともに安定した受け入れが実現している。

受け入れ当初は不安も多かったが、病院全体で支え合いながら取り組んできたことで、現在は継続可能な受け入れ体制の基盤が構築されつつある。今後もより多くの実習生が安心して働ける環境を整備し、持続的かつ実効性のある外国人材受け入れ構築を目指していく。

メディエーションスキルを職員面談で活用した実績報告

新越谷病院
総務課 たかはし まなぶ ○高橋学

I. はじめに

メディエーションスキル(聞き取りの技術)は、医療紛争時に医療者・患者双方の思いを聞き取りお互いの認識のずれを解消する有効な手段であるが、我々が日々行っている職員面談でも活用できるのではないかと考え、面談時に活用した実績を報告する。

II. 取り組み目的

職務上職員に病院の方針を伝えなければならない立場であるため、面談する職員には該当職員の所属長寄りの考えはないことを理解してもらう。また極力聞き手であることを理解してもらうため、面談者に対しては、問いを繰り返すことで面談者の本来の思いを引き出すことに注力する。

III. 取り組み方法

1. 対象:院内職員(面談対象者)
2. 期間:令和6年度
3. 方法:
 - 1)各職場長からの相談
 - 2)直属部下からの相談
4. 分析方法:

所属長より、職員面談をするも双方で言い合いになってしまい対応に苦慮したため仲介してほしいと相談を受けた。

【所属長と部下との面談】

入職して間もない職員が、勤務数か月を経てメンタル不調を訴え休職復職を繰り返す。復職したものの、職場長が求める職務が全うできず指摘すると休職。出勤する意志を聞くも出勤できず他のスタッフが代行勤務する状況が続く現場間で不信感が増

強。所属長は対処方法が分からず仲介者として面談に入ることとなる。小職の立ち位置はあくまでも所属長と職員の仲介者であることを説明の上同席した。

IV. 結果

中立の立場でひたすら問いを繰り返すことに集中した。質問例は下記の通り。

- (1)入職した経緯
- (2)患者さんを初めてうけもって楽しかったことやつらかったこと
- (3)体調不良を起こした経緯・治療経過・経過を経て現状
- (4)復帰後、求められる業務との乖離理由
- (5)休職を繰り返している職員に対する家族の思い
- (6)業務を継続することに対して、家族の考え

職員に対して問いを繰り返すことで、仕事は続けたいものの、上司の指示が理解できなくなってしまうことで迷惑をかけてしまっていること、体調不良の職員を心配して実家に帰ってきてほしいと家族が心配していることを聞き出すことができた。また体調が復活したら実家の近くで働きたいという声を聞くことができた。

V. 考察

休職している職員と所属長の面談では、所属長の立場では職務遂行できなければ職場に在籍している意味はないと職員に対して通告する必要があるため、所属長と職員間で紛争が発生する可能性もあるが、仲介者が思いを引き出すことで職員の思いと所属長の思いを共有できたことで紛争激化せず

に終了することが出来た。

VI. 結論

所属長と職員間(当事者間)では、職員は本来の
思いを伝えづらいが、仲介者の介入により職場長に
伝えられない自身の考えを伝えることができた。結
果として、職場で発生した紛争事案は当事者間で
解決させるよりも仲介者の介入によりお互い納得す
る結論に至る点においては、メディエーションスキル
(聞き取りの技術)を活用することは有用であると思
えた

移転に向けて！地域包括病床の新規運用と退院支援の促進について

新越谷病院

医療相談室 ○毛利露樹 立岡優 佐藤佑梨子 南條美晴

I. はじめに

当院は、回復期リハビリテーション病棟を50床、障害者病棟が91床、医療療養病棟47床を有する、多機能慢性期病院である。

回復期病棟は、期限が自ずと定まってくるので、常時入退院があり、稼働と回転が両立している状況であったが、障害者病棟・療養病棟に関しては、ある程度退院の目安はあるものの、積極的な退院支援というのは少なく、高稼働は維持しているもののいわゆるベッド回転は少ない病棟であった。当院は令和8年10月に大幅な増床・新築移転を控えており、新たに今、当院にない病床機能として、地域包括ケア病棟45床が新たに加わる予定である。その準備の一環として、令和6年10月1日より障害者病棟の一部9床を地域包括ケア病床（以下、地ケア）に転換し、実績取りを開始した。

障害者病棟の一部を転換するという兼ね合い上、障害者病棟からの退院と、また地ケアの実績のために必要な在宅復帰率72.5%という条件、また地ケアの60日という退院期限の中で、スピーディな退院支援が常に求められるようになる。その中で、いかにして多職種、他機関と連携を取り、障害者病棟と地ケアの退院支援を促進していったかの取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

1. 地ケアの実績づくりに寄与するため、在宅復帰率72.5%を達成する。
2. 地ケアからの期限内(60日)の退院支援を達成する。(理想は40日以内)
3. 障害者病棟からの退院支援を増加促進し、

日当点を増加させる、

III. 取り組み方法

1. 対象:当院の障害者病棟82床。地ケアへの転換を想定した9床。
2. 期間:令和6年10月1日～令和7年3月31日
3. 方法:多職種が参加する月1で行っていた障害者病棟カンファレンスを「地域包括ケア病床カンファレンス」として毎週開催。カンファレンスシートを見直し、患者様の状況、退院支援の進捗、方向性、在宅復帰率の数字等を確認しつつ、情報共有し、退院支援介入の頻度等を調整していく。また医事課と、日当点の情報を共有し、毎週のベッドコントロール会議で、退院支援進捗の報告を行い、日当点が低く治療の必要性が低い方の退院支援を優先的に行っていくことで、より入院の必要性が高い方を積極的に受入調整し、日当点の増加に努めた。

また、受入相談・退院支援の役割を明確化し、地ケアの受入相談に課しては、主に連携室が担い、退院支援をMSWが担うこととした。(回復期病棟や障害者病棟の入院相談は、MSWが担っている)

退院支援の際も、グループメリットを活かした、グループ老健への退院支援や定期的な連携会議の実施、在宅復帰率を確実にあげるため地域のケアマネと協力し、ショートステイ等を活用することで在宅復帰率の向上を試みた。

4. 分析方法:

昨年度の今年度退院支援状況と件数や退院先を比較。

IV. 結果

令和6年10月1日～令和7年3月31日までの実績取りの期間において地域包括在宅復帰率(直近6か月の割合)は、75.8%となり、実績を達成することができた。その他の要件(重症度・看護必要度)に関しても重症度、医療・看護必要度も、要件を満たすことができた。

地ケアからの期限内の退院支援に関しても、点数が減点される40日以上 ケースがあったり、60日越える方も一部いたものの、おおむね期限内での退院は達成できた。

また障害者病棟においてMSWが介入し、退院した数に関しても、2023年度の19件から、2024年度は47件と2倍以上の数となり、地域包括病床からの退院は6か月で24件と、しっかりと介入できたといえる。障害者病棟での日当点も、2B 障害者病棟:平均 2718 点→2778 点 3B 障害者病棟:平均 2659 点→2895 点とベッドを回転させることで増加傾向となった。

表 1

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
在宅復帰率 (直近6ヶ月の割合) 基準:72.6%以上	87.5%	83.3%	81.7%	79.1%	74.5%	75.8%
在宅復帰率 (単月)	87.5%	77.8%	77.8%	73.1%	50.0%	81.8%
重症度、医療・看護必要度Ⅰ (直近3ヶ月の割合) 基準:10%以上	31.4%	35.2%	28.6%	22.6%	12.9%	11.7%
重症度、医療・看護必要度Ⅰ (単月)	31.4%	38.7%	15.9%	13.6%	8.8%	12.2%

表 2

障がい者病棟からの退院支援数(レスパイトや体調悪化による転院、スリルベンを除いた数)													
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
2023年度		1	4	1	1	1	0	2	0	3	3	0	19
2024年度		3	4	2	3	7	1	5	2	5	5	4	47
地域包括								5	6	3	4	1	24

V. 考察

今回、無事に地ケアの実績取りのための在宅復帰率を達成し、さらに多く退院支援を行うことができたが、医療相談室と地域連携室・入退院支援看護師・そして該当病棟との連携があつてこそその結果と思われる。

今までは緊急やレスパイト以外の入院相談は全てMSWが対応していたが、地域包括ケア病床の受入窓口を連携室に担ってもらったり、在宅復帰への退院支援を入退院支援看護師に担ってもらったりすることで、MSWが集中的に退院支援を行うことができ、必要な実績数値を満たすことができた。また、患者様ご家族様に在宅以外に方向性が変わることでの不安に対しても、MSWが丁寧な説明を心が介入することで、納得して次の場所へうつっていただくこともできている。

また、常に多職種とベッド状況を共有しながらベッドコントロールを行うことで、今までより多くなるベッド回転に対応しつつ、高稼働の維持をすることもできた(病院全体での平均ベッド稼働率 99.6%)

そういう意味でもやはり何より重要なのは、多職種における緊密な連携体制に尽きるとと思われる。

VI. 結論

MSWは退院支援を担う一方、病院が適正に運営されるために、数字も意識していく必要がある。患者様ご家族様への丁寧な説明と納得、そして多職種・他機関との緊密な連携、そうしたことを総合的に意識しながら、これからも丁寧な退院支援とベッドコントロールを行い、次年度の移転に備えていきたい。

OJT シートの活用による新人教育とコミュニケーション ～移転に向けた生産性の高いチームビルディングを目指して～

新越谷病院

医事課 ○半場香那 塚本亜里沙 大熊凌吾

I. はじめに

当院の医事課職員の構成は、現在常勤 13 名、嘱託 5 名、非常勤 5 名の 23 名であり、令和 7 年度の新卒新入職員は 6 名である。常勤職員の経験年数は役職者 4 名が 10 年以上であるが、一般職員は 3 年未満が 7 名、5 年以上が 2 名となり、中堅職員が非常に少ないことが特徴である。これには過去 10 年程度、医療事務知識を持つ専門学校卒や大卒の新入職員の定期的な採用がない中で、当院の診療体制は年々拡充・複雑化しており、新人教育において十分な人員と時間の確保が難しい状況が続く背景があった。

また、中途採用者や嘱託職員、パートタイマーの入職者には医療事務職としての知識を有していない場合が多く、指導担当者と新人との間に年齢差や経験値の差が大きく開いており、コミュニケーションに対する価値観も大きく異なることから人間関係の構築においても影響していた。このような側面から指導者だけでなく被指導者にとっても心理的負担があり、離職に繋がってしまうことが多くあった。新越谷病院は令和 8 年度に新築移転を控えており、令和 7 年度から増員に向けて有知識者である専門学校卒や大卒の新入職員の定期採用が再開されたため、離職を防止し安定した人材確保へと繋げていけるよう、新たに取り組みを実施したので、以下に報告する。

II. 取り組み目的

1. 新人教育体制の構築
2. コミュニケーションの活性化
3. 職員の離職防止

III. 取り組み方法

1. 対象: 令和 7 年度新卒新入職員
2. 期間: 令和 7 年 5 月 1 日～6 月 30 日
3. 方法: OJT シートによる定期面談
 - 1) 目標設定: 毎月初めに指導者と被指導者で面談し、OJT シートから知識・技術・接遇の各視点において、現時点で必要と考えられる達成目標を相談し、決定する。
 - 2) 進捗確認と自己評価: 指導者は被指導者に対し、目標に向けてどのような行動が出来ているのか、進捗状況確認のために適宜声掛けし、コミュニケーションを図る機会を作る。また、被指導者は OJT シートへ週 1 回、進捗状況を基に自己評価を記入していく。
 - 3) 達成評価: 毎月最終週に再度面談を実施する。指導者は OJT シートへ記入された被指導者による自己評価を確認する。1 ヶ月の取り組みについて共に振り返り、指導者による他者評価を被指導者へフィードバックする。
 - 4) 課題発見: 自己評価および他者評価から次月へ向けた課題を発見し、課題解決に向けた提案と次月の目標設定を実施する。
4. 分析方法: 面談結果を基に、指導者は他の役職者や職員へのヒアリングを実施し、被指導者へフィードバックした内容が適切であったか、また指導者が気付かなかった問題点や課題がないかを確認および分析する。

IV. 結果

今回の取り組みについては実施期間が短い、その中でも指導者および被指導者、また責任者から様々な意見が挙げられた。

1. 指導者の声

- ・OJT シートがあることにより、被指導者に対して声をかける話題が見つかり、コミュニケーションを図る機会を持ちやすくなった。
- ・業務内容を教える前に、挨拶や電話応対など接遇面において段階的な教え方が分かりやすかった。また報連相や期日管理など、医事知識以外のビジネススキルについても、人に教えることで自分自身の振り返りや成長にも繋がった。

2. 被指導者の声

- ・先輩職員と毎月目標を立てて、課題を確認することにより、日々の業務の中で自身の言動を振り返り、意識するきっかけになっている。

3. 医事責任者の声

- ・医事課の皆の動きが活発で声を掛け合い、よい連携が取れているように見える。このままの雰囲気を継続してほしい。

V. 考察

今回の取り組みを通して得られた成果や改善点について、指導者側と被指導者側の 2 つの側面から以下に考察する。

指導者は、OJT シートが作成されることにより、被指導者に対して「いつまでに」「何を」実施できるように育てていけば良いか指標が明確になり、指導計画が立てやすくなった。また、1 枚のシートにより目標を共有していたことにより、指導者と被指導者の間に共通の話題が生まれ、自然と会話ができるようになり、コミュニケーションに対する敷居が低くなったと考えられる。一方で、指導者以外の職員と指導者は意見交換する機会が増えているが、被指導者との直接的な意見交換は少ない傾向にあった。

被指導者は、「今、自分は何を学び、どのように行動していけば良いのか」という行動指標が出来、自己評価を行い他者からの評価を定期的に受けることで、日々の業務におけるモチベーションの維持

に繋がっていると考えられる。また、定期的に面談をしている指導者がいることにより、分からないことや不安なことがあった際に、意見を述べたり相談したりすることが出来る機会があり、精神的な安定が図れていると考えられる。

VI. 結論

今回の取り組みにより、新人教育体制を構築し、軌道に乗せることが出来た。しかしながら、現在までに体調不良により 2 名が退職、1 名が休職となっているのが現状であり課題である。今後の展望として、今年度の取り組みの結果を踏まえて OJT シートの目標項目(指導項目)を適宜見直し、より実践的な内容へとブラッシュアップさせていきたい。また、指導者と被指導者との間に生み出すことのできたコミュニケーションを、医事課内全体のコミュニケーションの活性化として還元出来るような運用方法を検討し、実践を通してより良いチームワークを発揮できるチームビルディングを目指していきたい。

減算算定回避への取り組み ～多職種で取り組む増収～

春日部ロイヤルケアセンター
医事課 ○折原綾夏

I. はじめに

令和3年度の報酬改定で新設された12月超減算が、令和6年度の報酬改定で見直しがされた。見直し前は、予防通所リハビリテーションの利用を開始した月から起算して、12月を超えた期間に予防通所リハビリテーションを行った場合、減算となっていた。しかし6年度改定で【要件を満たした場合、減算をしなくて良い】こととなった。

その要件とは、①「3カ月に1回以上リハビリテーション会議を実施し、内容の記録を残すとともに、利用者の状態変化に応じてリハビリテーション計画を見直していること」②「利用者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を、厚生労働省に提出し、適切なリハビリテーションが実施できるよう必要な情報を有効活用していること」である。

加算の見直しがされた令和6年4月当初は、リハビリテーション科職員の人員不足のため対応できなかったが、昨年と比べて職員が増え、体制が整ったことで当施設も減算をしないで請求ができるよう動き出すこととした。

II. 取り組み目的

今まで減算していた分の収益が入ることで、収益の増加を目的とする。

さらに、算定要件である3カ月に1回以上のリハビリテーション会議を行うことと、リハビリテーション計画を定期的に見直すことにより、今まで以上に利用者1人1人の状態に合ったリハビリテーションが提供できるのではないかと考える。

III. 取り組み方法

1. 対象: 令和7年6月までに12月減算を算定している利用者
2. 期間: 令和7年7月から順次減算終了予定
3. 方法:

1) 対象者の管理について

医事課では利用者1人1人の情報をまとめたリストを作成している。算定漏れを防ぐためにリスト上に12月減算日の項目を増やし、管理を始めた。

2) 現時点で減算となっている人数の把握

加算の見直しがされた令和6年4月時点で減算をしない対応ができるかを当施設のリハビリテーション科に確認をするも、職員の人数が少なく、3カ月に1回以上の会議実施は難しいとの意見があり動き出せない結果であった。

しかし、当施設を利用している要支援利用者の多くが減算対象者となっているのが現状であった。今年度リハビリテーション科の人員が充足してきたことから、医事課で管理している減算対象となっている利用者のリストを、リハビリテーション科にも共有し、順次減算終了の動き出しをすることとした。

3) 利用者・担当ケアマネージャー(以降 CM)へのお知らせ

利用者には算定内容が変更になるため、利用料金が増える事、CMには定期的な会議を行う事をお知らせ用紙にて令和7年6月中に周知することとした。周知方法は、CMにはFAXを送り、確認後サインをもらい返送してもらう。利用者は、減算対象者のみお知らせ用紙をお渡しし、渡し済みリストをリハビリテーション科職員と医事課で共有する流れとした。

4)減算を順次終了へ

一度に現状減算対象となっている全員のリハビリテーション会議を行うことは難しく、いくつかグループに分けて順次終了にすることとした。

IV. 結果

今は、作成した CM 用、利用者用のお知らせ用紙で案内・情報周知中であり、減算終了は令和 7 年 7 月からを予定しているため、現時点での減算対象者はまだ全員減算のままとなっている。令和 7 年 6 月現在要支援で利用している 30 人中 23 人が減算対象となっている。7 月から1カ月 7 人を目安に減算を終了させていく予定である。

V. 考察

令和 6 年度実績で 1 カ月分の減算分金額をみると、平均 4 万 9 千円ほどであった。これを 1 年間でみると約 58 万 8 千円となる。長期利用の利用者には同じリハビリテーションを提供しても算定要件が満たせていないことから減算となっていたが、令和 7 年7月からはこの金額分の増収が見込まれると考える。

VI. 結論

現時点では減算終了とはなっていないが、利用者・担当 CM への情報周知までの動き出しを始めることができた。今後は7月から順次にはなるが、今まで減算されていた分の増収が見込まれる。

今まで通りの動きに加えて、3カ月に1回以上の会議を行い、リハビリテーション計画の見直しを定期的に行うことで、より 1 人 1 人の利用者に合ったリハビリテーションを提供することにもつながると考える。今後も継続して要件を満たせるよう進めていく必要がある。

当施設への増収と、利用者へのリハビリテーション提供どちらの点からみても、減算しない動きを継続できるよう取り組んでいきたい。

労働者確保に向けての新規媒体利用について ～カイトクを用いて～

春日部ロイヤルケアセンター
総務課 ○神山みな子

I. はじめに

近年、日本では少子高齢化により医療・介護業界の人員不足は深刻化している。当施設も例外ではなく、看護職員、介護職員の人員確保には苦戦している。求人活動の取り組みとしては、ハローワークや介護 21、ジョブオブなど無料媒体を中心におこなっている。しかし、応募数は少なく、人員確保には至っていない。紹介業者を通じた直接雇用や派遣利用もおこなっているが、条件の不一致等、人員確保には難航している。そんな中で、看護介護単発バイト「カイトク」の存在を知り、当施設にて活用したところ、人員不足解消に向けての一助となる成果が得られたため、取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

1. 看護職員、介護職員の労働力の確保
2. 現職員の業務負担軽減と業務改善

III. 取り組み方法

1. 対象：
カイトク経由で勤務実績のあるワーカー
2. 期間：
令和 6 年 7 月～令和 7 年 6 月
3. 方法：
看護部のシフト確定後、カイトクで募集する枠を検討し、案件を出稿。

↓

勤務当日を迎える。
勤務後に、ワーカーからの事業所評価をいただく。

↓

アイネットにてスレッドを立ち上げ、ワーカーからの評価を施設内で共有し、改善に努める。

勤務後評価時に、転職意欲があると回答した人へ、求人のご案内をメッセージにておこなう。
リピーターのワーカーへ、直接雇用の声かけをする。

IV. 結果

看護職員、介護職員の労働力の確保については、表 1 のとおりであった。募集枠に対しての応募率をマッチング率とし、算出した。マッチング率は平均 92.1%であり、募集に対し高い確率で労働力を確保することができた。さらに、リピーターのワーカーより、看護職員 2 名、介護職員 2 名を直接雇用することができた（表 2 参照）。ハローワークや介護 21 等からの自己応募採用は、看護職員 0 名、介護職員 1 名であった（表 3 参照）。

現職員の業務負担軽減については、労働力の確保ができたため、常態化していた夜勤明けや、早番終わりの時間外削減につながった。業務改善として

は、現職員の心理的、体力的負担が軽減され、利用者一人あたりのケア時間を増やす等、サービスの

表 1

マッチング率

R6.7	75.6
R6.8	96.0
R6.9	87.5
R6.10	93.3
R6.11	94.4
R6.12	78.7
R7.1	91.1
R7.2	98.1
R7.3	96.8
R7.4	97.2
R7.5	99.4
R7.6	97.4
平均	92.1

向上につながった。

表 2

カイトクからの直接雇用内訳

看護職員 2 名（常勤嘱託・夜勤専従月 4 回）
介護職員 2 名（週 1 日 × 8 時間・週 2 日 × 8 時間）

表 3

自己応募からの直接雇用内訳

看護職員 0 名
介護職員 1 名（週 5 日 × 7 時間）

V. 考察

今回の結果から、看護職員、介護職員の労働力の確保と現職員の業務負担軽減と業務改善という目的に対し、単発バイトは有効であるということが判明した。

カイトクでは、単発バイトからの直接雇用に際し、紹介手数料等の費用は発生せずに採用できる。ワーカーは現場を知ったうえで応募をすることができ、採用側は人柄や働きぶりを把握したうえで採用ができるため、離職率の低下や適正な人員配置等、互いにメリットがあると考ええる。

しかし、単発バイトはワーカーの給与に加え業者への紹介手数料がかかるため、施設の人件費負担は大きく、長期的な利用は難しい。そのため、直接雇用となる人員確保への取り組みは継続しておこなっていく必要があるといえる。

ワーカーからいただいた事業所評価については、具体的な改善への取り組みができていないため、今後検討していく。

VI. 結論

カイトクのワーカーは有資格者であり、看護や介護の経験年数や対応可能な業務内容の指定ができるため、即戦力の人員を確保することができた。

カイトクで勤務をしているワーカーの多くは本業があり、本業の隙間時間で勤務をしている。ワーカーの勤務する目的としては、看護、介護技術向上や、収入増加、新しい勤務先探し等、様々である。時代の流れとともに、労働者の働き方も変わりつつあるため、労働者の需要に合った採用活動をおこなっていくことが求められる。

カイトクは直接雇用するよりも人件費負担が大きいため、安易に使えるものではないが、採用活動の手段や、直接雇用の人員確保まで等の時限的な利用であれば、メリットがあるといえる。

介護老人保健施設における地域交流の在り方(B)

～オレンジカフェ参加者から新規利用者獲得へ～

草加ロイヤルケアセンター

医事課 ○進藤尚貴

I. はじめに

当施設では地域交流の一環として、認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』を開催している。始まりは2017年1月、当時は当施設と草加市総合福祉センター「であいの森」の2か所で開催した。しかし、2020年3月よりコロナウィルス感染症の影響により、『オレンジカフェろいやる』は開催を中止せざるを得ない状況となった。その後、コロナウィルス感染症も落ち着き始めた2022年10月感染症対策をしっかりと行い草加市総合福祉センター「であいの森」にて認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』再開した。今回、認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』において、介護老人保健施設の地域交流の在り方、施設(通所リハビリテーション)への新規利用者獲得へ向けた取り組みの報告をする。

II. 取り組み目的

認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』は現在毎月第2土曜13時30分～14時30分で開催。前半30分は毎月当施設の専門職員(看護師・介護士・リハビリ科・栄養科・支援相談員)に担当し講義を、後半30分は音楽療法士による音楽療法の2本立てとして、地域交流を行った。後半30分間に行っている音楽療法の企画は参加者全員が楽しみにしている人気企画であり、当施設の一番の武器としてPRを進めている企画を通じて参加者と交流を深めながら当施設(通所リハビリテーション)への新規利用者獲得を狙った目的。

III. 取り組み方法

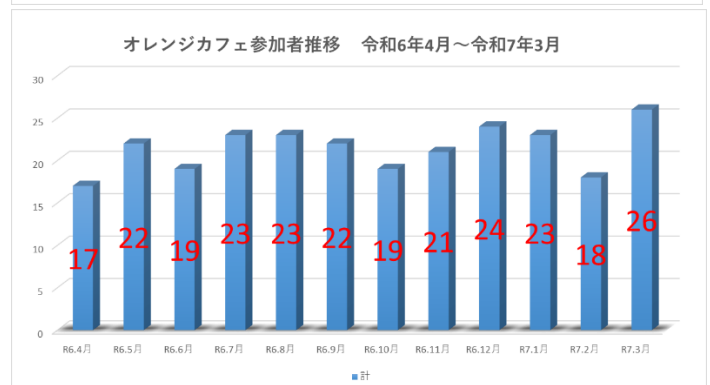
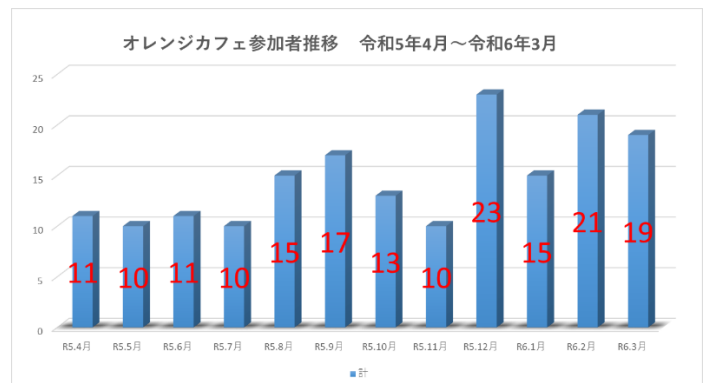
1. 対象:『オレンジカフェろいやる』参加者

2. 期間:2025年4月～現在

3. 方法:

1)2025年4月より新体制での運営

今までの活動目的は地域交流・カフェの認知度・集客に対して焦点を当てていたが、コロナウィルス感染症がさらに落ち着いてきたころ合いから参加者の増加があり、



参加人数もR5年度平均15名からR6年度平均21名と参加者が増えている状況である。参加者の声として、当施設に興味を持っているとの声が増えてきており当施設としても、通所リハビリテーションの新規利用者獲得が低迷しているのが課題となっており、認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』参加者の中で新規施設利用者獲得に向けた取り組みを行うことを新たに目標とし、さらに、

併設の居宅介護支援事業所よりケアマネジャー1名に参加協力を要請し毎月参加してもらえるようになった。

2) 利用者獲得へ向けた施設 PR の強化

今までの前半の講義パートではあまり施設のことについては触れてこない部分もあったが、新規獲得へ向けて、支援相談員による施設紹介、介護保険についての知識、施設で行っている取り組みなど、施設を PR する講義内容も行った。



3) 相談窓口の設置

多職種の職員の参加を行うことにより、各職種の方にカフェ中でも質問したいこと悩みなどがあれば個別でも相談にのれる窓口を設置した。これにより悩みを聞きながら当施設として対応できる悩みであるかどうか、課題として持ち帰り今後の業務に活かす事ができるようにした。

4) 地域包括センターとの交流

認知症カフェ『オレンジカフェろいやる』は草加市役所が発行している広報誌にも掲載しており、市役所の広報誌担当職員より、他の同じ地域内で行っている別の認知症カフェの運営施設(地域包括支援センター)から、当施設の認知症カフェを見学に来たいとの声があり、実際に見学をされていった。

その際に、当施設のオレンジカフェと一緒にコラボして頂きたいと声がかかり、今後機会が合えば合同で認知症カフェを行うことが出

来る可能性がある。その際はさらなる新規参加者

も視野に入れることが出来る。

5) 要支援認定者受け入れ体制の強化

カフェに参加されている方は比較的にまだ要介護認定を受けていない方が多く、要支援認定を受けている方が多数である。そのため、受け入れる側として予防通所リハビリテーションの窓口を広く対応できるようにしている。

6) 要支援対象者 新規加算算定開始

5)で挙げている要支援認定の方に対して

2025 年6月より、「一体的サービス提供加算」算定を開始、こちらは要支援認定者を受け入れる際に様々な職種と掛け合えるサービスを行えると PR できるように受け入れ体制の強化を行った。

IV. 結果

2025 年4月から始動したプロジェクトであり、プロジェクト進行してから、『オレンジカフェろいやる』は3回開催している。参加者の中から当施設への新規利用者獲得は未だ0人である。4月より施設 PR に力を入れた結果、新規利用とはまだなっていないが、参加者の1名が利用してみたいと声がかかっている状態である。今後実際に当施設通所リハビリテーションの見学を行う予定であり利用につながる事を願っている。

V. 考察

『オレンジカフェろいやる』に参加される方は、介護を要するレベルではない人が多い。しかし、施設を PR していくことにより、当施設への繋がりをもつことができる為、引き続き地域交流を大切に活動続けることが重要だと考える。

VI. 結論

今回はプロジェクトが立ち上がってから期間が短い為、結果が得られていない状態であるが、カフェの開催回数を行っていく上で当施設としても新たな課題の発見が出てくることが予想される。

その際にいかに柔軟かつ的確に利用者のニーズに応える事が出来るか、重要になってくる。

今後も多職種と協力し、地域交流を通じて利用者獲得へ繋がることを期待している。

全サービスの稼働率向上に向けて ～併設居宅ケアマネジャーとの連携から～

イムスやぶづかロイヤルケアセンター

支援相談員 たかばやしきょうすけ ○高林恭祐

居宅介護支援事業所 金井あづさ

I. はじめに

当施設は平成 26 年にイムスグループ傘下となり入所・通所サービスを中心に施設運営を行い、令和 3 年には訪問リハビリテーションが開設されたが、兼ねてより在宅サービスの稼働率低下が課題となっており、対策実施が必要となっていた。利用者の相談元を分析すると併設居宅介護支援事業所（以後併設居宅）からの相談が最も多くを占めていた状況であった。令和 3 年の介護報酬改定にて退所前連携加算から入退所前連携加算へ変更され、入所当初から居宅介護支援事業所との連携を評価される仕組みとなり、より在宅サービスの利用を視野に入れた取り組みが必要となったことから併設居宅介護支援事業所との連携体制を強化し、グループファーストの視点をより促進する取り組みを実施しているため、その取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

利用者の退所後に通所・訪問リハビリテーションの新規相談数増加及び居宅介護支援事業所の稼働率向上を目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:入所者及び退所者
2. 期間:令和 3 年 4 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 入所者の入退所前連携加算に伴う加算及び情報提供の同意取得
同意取得にあたり、情報提供先居宅介護支援事業所の希望を聴取。その際に特段の希望がない場合は併設居宅へ情報提供・相談することを

提案する。

提案の際に強要とはならないよう配慮した上で行った。

2) 併設居宅への情報提供及び連携した退所支援の依頼

入所時の利用者情報及び見通しを併設居宅へ情報提供し、今後の介入タイミングやサービス等必要性について協議した。

3) 退所相談に合わせて居宅ケアマネと協力し、当施設在宅サービスについて情報提供

退所検討時期に合わせて本人・家族との面談を実施し、自宅やサービス付き高齢者住宅（以下サ高住）への調整の方針を確認。その際に居宅ケアマネとの顔つなぎを実施し関係性構築に努めた。在宅サービスの内容について情報提供及びリハビリ継続の必要性について本人・家族へそれぞれ説明した。

4) 退所に合わせてサービス利用調整の実施

IV. 結果

令和 3 年 4 月の入退所前連携加算へ変更時より退所時に居宅介護支援事業所への情報提供を実施した件数 112 件のうち、併設居宅への情報提供を行った件数は 26 件で情報提供全体の 23%であった。また、その中で当施設在宅サービス（通所・訪問リハビリテーション）の利用へ結びついたのが 13 件で利用率は 50%であった。外部居宅介護支援事業所と連携した場合の当施設在宅サービスの利用が 13 件で利用率は 15%であった。（表 1）

表 1 情報提供及びサービス開始件数

	入所時 情報提 供数	退所時 情報提 供数	うち併設 居宅へ の提供	在宅サ ービス利 用件数
R3 年	59	27	10	4
R4 年	51	25	4	2
R5 年	64	32	8	5
R6 年	59	28	4	2

(参考表 2)

	R3 年	R4 年	R5 年	R6 年
通所相 談件数	25	36	32	52
併設居 宅から	13	26	16	31
	52.0%	72.2%	50.0%	59.6%

V. 考察

入退所前連携加算の算定は自宅や住宅系施設への退所時に居宅介護支援事業所との連携を評価されたものである。年度ごとに算定数の有意差は見られなかった。また、併設居宅への情報提供で算定となった件数についても大きな有意差は見出せなかった。これは自宅等への退所数が年度ごとにそれ程変化がなかったこと、入所以前より担当ケアマネがいたことから併設居宅への誘導を十分に行えなかったケースが多いことに起因していると考えられた。併設居宅へ対応を依頼した場合の在宅サービスの利用率の方が外部居宅介護支援事業所と連携した場合と比較し、在宅サービスの利用につなが

りやすい傾向にあることが見受けられた。それには入所のリハサービス継続の声掛け・誘導だけでなく、居宅ケアマネサイドからの説明も本人・ご家族の判断に影響を与えられたと考えられた。居宅ケアマネとしても、集中減算のことも考慮しつつ、当施設の利用に対して積極的に声掛けをしていることが功を奏している。現に当施設の通所リハの相談内訳は併設居宅からの相談が半数以上をしめている。(参考表 2) 一方で最終的な選択は本人・ご家族にあることから、入所当初より退所後のサービス内容や利用先が明確である方、住宅系施設へ退所の場合にその施設併設サービス利用が主体となるため、当施設在宅サービス利用の余地がなかったケースなど、取り組み推進にあたり課題となる事項も見受けられた。

VI. 結論

地域包括ケアシステムの更なる推進のために、介護老人保健施設に求められる機能・役割は多岐に渡る。地域でのケア体制の中核として期待されていることが多いと考えられる。その中で、必要に応じて外部との連携も行いつつ、老健自身が持つ社会資源としての機能をフル活用するために、「退所したらそれで終わり」ではなく、その後もリハビリ機関としてケアを提供し続けるという点から当施設が有する機能の情報提供を行うことが重要である。併設であるが故の連携しやすさからより内容の濃い情報提供やサービス提供が可能となり、安心して入所者が自宅等への退所を選択できること、それに付随して施設としての稼働改善等経営面においても貢献できることから今後も取り組みの更なる継続、更なるブラッシュアップを目指していきたい。

職員寮入居者入替による初期費用の削減

～入寮すればするほど経費削減～

新松戸中央総合病院

総務課 ○菊地菜摘

I. はじめに

当院の福利厚生として、職員寮制度を取り入れている。現在約 150 部屋契約しており、寮契約数の増加及び賃料値上げに伴い、支出額が年々増額している。

病院経営においても医療機器や医療材料の価格高騰により、病院全体で年間経費 2,223 万円の削減を目標として掲げ、削減への取り組みを重視しているため少しでも経費を削減するべく、職員寮運用の見直し、主に入居者入替による経費削減に取り組んだ。その内容を報告する。

II. 取り組み目的

従来は退寮に伴い物件を解約し、入寮希望があれば新規契約をしていた。1 契約 1 職員で対応してきたのは、不要な空室を無くし無駄に賃料を払わないようにするため、また、原状回復費を誰がどこまで負担するかトラブルを防ぐためであった。しかし、寮契約にあたり初期費用及び仲介手数料 1 部屋あたり約 20 万円が発生し、都度本部稟議申請をしている状況にある。

そこで、退寮の際に解約せず、代わりに入寮希望の者に貸し出す「入居者入替」を行うのであれば、初期費用等を削減可能である。当院寮規程にて入職時以外の入寮も可能であるため、入寮のタイミングは年間を通して状況である。そのため、入退寮時の対応として「入居者入替制度」を導入し、経費削減に取り組んだ。

III. 取り組み方法

1. 対象:令和 7 年 1 月 1 日～5 月 31 日までの入寮者
2. 期間:令和 7 年 1 月 1 日～5 月 31 日
3. 方法:
 - 1)退寮申し出(検討中含め)を受け、次の入寮希望者がいるか、入居時期はいつか、該当物件が入替可能かを確認。
 - 2)退寮者の退寮手続きを行う。退寮者にハウスクリーニング業者を紹介し、清掃日程や請求のやりとりを直接行ってもらう。
 - 3)次の入寮者の入寮手続きを行う。
4. 分析方法:賃貸物件削減月報(令和 7 年 4 月開始)より算出。

IV. 結果

令和 7 年 1 月～5 月の退寮者計 19 名のうち 7 名の寮を解約せず入替にて対応(7 名入寮)。

従来 7 名分の寮新規契約にかかる費用約 20 万(令和 6 年度初期費用平均額)×7 部屋＝約 140 万を削減。

V. 考察

上記の結果より、病院全体で年間経費 2,223 万円の削減の目標を目安にすると 6%ほどの削減額である。ただ、令和 5 年・6 年の平均退寮者数は 32 名であったため、19 名中 7 名の入替の 37%程度で年間換算すると、約 20 万円×32 名×37%＝約 237 万円は削減可能と想定される。年間を通して取り組みを行うことで病院目標の 10%以上の効果が期待できる。

これまで退寮の際、原状回復費の負担責任を明

確にするため、入居者入替をせず 1 契約 1 職員で対応をしてきたが、長期で入寮する職員もいれば、事情により一か月足らずで退寮する職員もいる現状がある。今後も入替実施を推進していくことでさらなる削減が見込めると考えられる。

入替を行うようにしたことで、従来の業務削減も叶えることができた。例えば新規契約のための寮選定や稟議申請、契約取り交わしにて 1 部屋 30 分程度の重要事項説明を受ける対応などが挙げられる。

しかし、入替を行うにあたり、契約時に不動産管理会社から受け取った書類（郵便ポスト番号や駐輪シールなど）を、入寮者に渡すものの、総務課にて控えないため入替後、次の入寮者へ伝達・渡し漏れが少なからず発生している。また、後々解約する際、原状回復費負担についてのトラブルを避けるため、入寮者自身による入寮時の室内チェックを徹底することも含めて、対応の不備なく次の入寮者へ確実に部屋を引き継げるよう、書類管理や入寮者への呼びかけに関してより一層注意していきたい。

また、結果にて 19 名のうち 7 名の寮を入替対応したが、別の 6 名の寮は入替対応不可の物件であった（残り 6 名の寮は 20 年以上住み続けている、退職後も名義変更して住み続けるなどといった都合により入替ができなかった）。今後入退寮の時期が合わず入寮者に対して部屋の新規契約を行うことになった際も、「入居者入替が可能な物件」を寮条件に加え、早くて数か月後、数年後の入替を見据えた寮選定を行っていく。

当院にて入居者入替制度を進めていくにあたり、他施設と寮規程や推奨の清掃業者、入替時の注意点等を情報交換したことが大きな助けとなった。各施設の規模や地域性により状況は異なると考えられるが、他施設と足並み揃ったかつスムーズな寮運用のため今後も他施設との情報共有が不可欠である。

VI. 結論

賃貸物件の経費削減として、使用状況を都度見直し不要部分については解約することは前提として、それに加えて職員寮の支出を削減するために入居者入替制度は有用であると考えられる。しかし、当院は入替制度を導入し始めた段階である。こちらは中長期的に取り組む事項ではあるが、入替未実施の他施設の入居者入替制度の導入の検討参考になることを期待する。

休職者とスムーズな意思疎通を ～LINE WORKS の活用～

新松戸中央総合病院

総務課 ○高橋直希

I. はじめに

書類の依頼や復職にあたっての手続きなど、産休育休を含め、休職中の職員とやりとりをする機会は決して珍しくない。当院のこれまでの連絡手段において、課題を感じている労務部門の職員より、**LINE WORKS** の活用について提案があった。

昨今日本のスマートフォンの携帯率が 9 割をこえたこともあり企業向けのコミュニケーションツールで、主に業務効率化や円滑なコミュニケーションを実現するために設計された **LINE WORKS** を用いて上記のような調整を行えないのかと検討した。

II. 取り組み目的

これまで当院では、休職者とのやり取りは電話や郵送で行っていた。まずはそれぞれの課題について取り上げたい。電話の場合、本人と連絡を取るまでにすれ違いが生じやすい。休職者側から連絡が来た際、労務担当者が不在なことも当然ありうるわけだが、送りを見て連絡を取ると、次は休職者側の都合が悪いことも多い。このように連絡を取るまでにお互いタイムロスが発生してしまう。郵送の場合の課題はやはり郵送費であり、昨今の値上げによりそれが顕著な点となっている。また、電話で書類を依頼された際、書類の名称や内容の認識に相違が生まれてしまうと、最悪書類の作成と郵送で二重の手間が発生してしまう。

LINE WORKS を用いることでこれらの課題を解決できるのではないかと考えた。

その他、**LINE WORKS** を活用することで、過去のやり取りを残すことも可能である。

III. 取り組み方法

1. 対象: 2025 年 4 月以降の休職者
2. 期間: 2025 年 4 月より
3. 方法:
 - 1) **LINE WORKS** のアカウント登録(無料)を行う。(職員数が多いため 2 アカウントを取得。)
 - 2) 登録手順マニュアルの作成。
 - 3) 休職前に行う総務・経理の説明の場において、**LINE WORKS** の登録を促す。
 - 4) 管理側のアカウントでアカウント承認を行う。
 - 5) 以降、個人間トークにてやり取りを行う。
4. 分析方法:

利用者や利用内容を **LINE WORKS** で確認。

IV. 結果

○利用実績

・登録者

計 29 名(看護部 16 名、事務コメ 13 名)

・利用件数

計 10 名(看護部 6 件、事務コメ 4 件)

○経費

110 円削減(書類 1 部を PDF にて送付)

当初の導入目的が「エラーの予防」であるため、数字に表すことが難しくはあるものの、当初の目的通り、各々連絡が取れる時間にトークを使用するため、すれ違いは当然起きていない。

また、計 10 件のやり取りにおいてこれまでであれば電話で行っていたため、多少ではあるが総務課内の業務軽減にも繋がっていると考ええる。

V. 考察

この取り組みを行うにあたって、最初に案として出たのは LINE WORKS ではなく、LINE であった。アカウント登録作業やマニュアルの作成などが不要で、より迅速な導入も可能だったためだ。しかし、LINE はプライベートで使用しているアカウントを使用することとなり、職員側が利用に難色を示すのではという懸念が強かったため、断念した。6 月現在既に 30 名弱の登録があり、説明の場でも拒否する職員も見られなかった。また当初の目的である連絡のすれ違いも当然起きることはなく、問題なく活用できている。

近年、少子化対策などでの法改正で休職前休職中での申請する書類も増えてきている。

最終的には施設内で行っている諸々の対応をこのようにアプリを使用するといった対応で簡略できないかなどの検討も行っていきたい。

VI. 結論

電話で連絡を取る際、聞きそびれたことが些細であると、かけ直しは相手に失礼という思いからそのままにしてしまい、結果二度手間に、なんてこともあるだろう。LINE WORKS を用いたやり取りであればハードルも下がり、お互いにコミュニケーションエラーが起きにくい。過去のやり取りも残すことができるため、トラブル防止にも繋がる。

また、前述した通り、休職者からの電話が減ること、総務課全体の業務負担軽減にもなっている。近年どこの業種、施設問わず人手不足は深刻でありそれに伴っての一人当たりの業務量というのも増加しているため、他施設においても導入を検討していただければ幸いである。

会計伝票の精度向上への取り組み

新松戸中央総合病院

経理課 ○安間未夢

I. はじめに

経理課では、毎日の資金の流れを仕訳に起こし、1週間分をまとめて会計伝票として本部に送付している。その会計伝票は、1人で全て行うのではなく、先輩が作成、先輩が確認する、という流れで行っているが、毎週本部より科目の訂正の連絡が来る。

そこで、訂正件数を減らすことを課題とすることで、経理課の業務レベルを上げることに繋がると考えた。

II. 取り組み目的

4月から6月までの平均訂正件数が26件だったので、7月は訂正件数を20件以下に減少させる。

また、目標に対する共通認識を図ることで、経理課職員全員での業務レベルの向上を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象: 会計伝票 1ヶ月分
2. 期間: 令和6年4月～令和6年7月
3. 方法:
 - 1) R6年4月～6月までの平均訂正件数を出し、対策実施後のR6年7月分と比較。
 - 2) 原因を考え、特定要因図にて整理し、問題点を大きく3つに分けた。
 - 3) 3つに分けた問題点に対する対策を検討、実現性を考慮し、順番を付け、「効果」・「実現性」・「対策」に対する評価を行い、実際にそれらの問題点に対する4つの対策をR6年分7月分会計伝票にて実施した。
4. 分析方法:

QC手法的問題解決方法を用い洗い出された

4つの対策項目について対策の検討・実施を行った。

- 1) 科目の選定をマニュアル化する
- 2) 訂正の理由を細かく説明し、理解力を上げる
- 3) 最低1回の声掛け
- 4) 1日ずつ出力し、確認する

IV. 結果

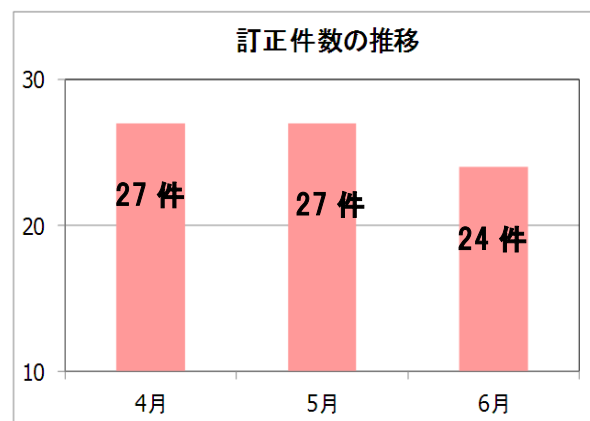


図 1. 対策前訂正件数の推移

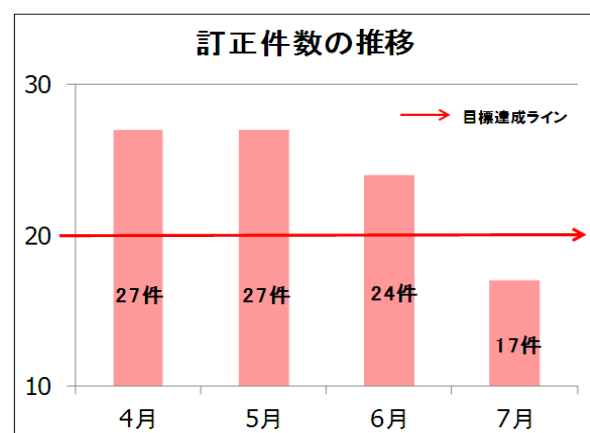


図 2. 対策実施後訂正件数の推移

V. 考察

対策実施後の7月分会計伝票は、前3ヵ月分と比べ、減少させることができた。だが、やはり短期間であったこともあり、大幅に減少させることはできなかった。このことから、4つの対策項目を継続的に行うことにより、更なる訂正件数減少に繋がると考える。

また、先輩・後輩それぞれで1番効果があったと考えられるものは異なってくるが、先輩側では、1日ずつ出力し、確認することだったと感じる。対策前までは、1週間分をまとめて印刷し、確認する方法をとっていた為、見落としも多く、ミスが増える。しかし、1日分ごとに印刷し確認することによって、一度に確認する量も減り、見落としも減らせた。

後輩側では、訂正の理由を細かく説明し、知識の向上を図ることに効果があったと思う。人によって異なるが、自分で解決してしまうのではなく、訂正されたものに対して、理解するまでその都度説明をしてあげること、後輩の知識の向上に繋がったと思う。

そして、1日1回の声掛けを行うことで、後輩がわからないもの、不安なものをそのままにし、溜め込まないことを防ぐことができる。

また、訂正項目を箇条書き・一覧にし、いつでも確認ができるようにファイリングするなど工夫をして、対策マニュアルを作成することにより、今後入職してくる経理課新人職員への教育にも役立てていけると思う。

VI. 結論

今回、QC手法的問題解決法を用いて洗い出した4つの対策項目を行うことで、今まで20件を超えていた訂正件数を7月は20件以下の17件にすることができ、目標達成率117%という結果を出すことができた。

今回の成功した対策は、更なる訂正件数減少に

繋がると思うので、継続的に行っていきたい。

また、数字として結果を出すことで、今回立てた対策に効果がなくなっていないかの確認を定期的に行うことも必要であると考ええる。

大革新！総合受付の before after！

～コンシェルジュの配置と新システムの導入～

新松戸中央総合病院

医事課 ○山本昌^{やまもとあき}

I. はじめに

初めての病院で、どこに行けばよいのかわからず困惑した経験はないだろうか。患者様にとって病院の総合受付は、診療科の案内を受ける心の拠り所であり「病院の顔」でもある。「体調が悪く病院を訪れたが、総合受付での長い待ち時間や受付の仕組みを理解できず、さらに疲れてしまった」こういった患者様の声も少なくない。そこで今回は、受付待ち時間短縮と総合受付の効率化の取り組みを行った。

II. 取り組み目的

マイナカード導入に伴って難航している普及率に着目し、新しい設備や仕組みについて患者様が気軽に相談や質問できる環境づくりを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:

総合受付にて相談や質問がある患者様

2. 期間:2023 年 11 月～

1) 従来のご案内方法の確認

当院では、不明点やご相談がある際は総合受付が対応を行っていた。すべての患者様を順番に対応していたため、本来総合受付で対応する必要がない患者様(窓口の場所のご案内など)をお待たせしていた。また、総合受付の順番待ちで使用していた受付票が手作りであるなど、アナログな方法で業務効率が低下していた

2) 総合受付専属コンシェルジュの配置

総合受付内の負担として、「患者様の対応中に別の患者様から声がかかり、業務が中断されてしまう」ことが挙げられる。その多くが受付票を取ってまで確認することではないと考える患者様である。主に「些細な質問をする患者様」をメインに対応する「総合受付専属コンシェルジュ」を配置し、業務の効率化と円滑な患者対応ができる環境づくりを検討した。

3) 新システム「呼び出し君」の導入

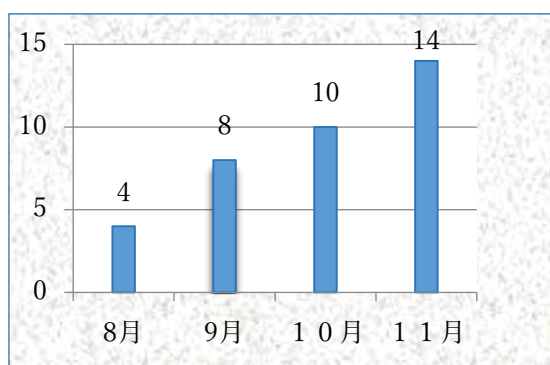
従来のアナログな受付システムを見直し、新システム「呼び出し君」を導入した。「呼び出し君」は、今まで口頭で窓口にご案内していた方法に対して、「健診」「外来」「紹介」「その他」で受付人数を区別し、デジタル音声で呼び出し、モニターに反映するなど画期的な受付システムである。また、デジタルシステムがわからない高齢者の患者様についても、コンシェルジュが迅速に案内できるよう常に気を配り、連携を取れるよう配慮した。

4) コンシェルジュの具体的な業務内容

1. 窓口などの施設案内（約4割）
 2. 「呼び出し君」や再来受付などの受付案内、マイナカードのご説明（約4割）
 3. その他、問診のお手伝いや駐車券発行など（約2割）
4. 分析方法：
- コンシェルジュが一日に何人の患者様にお声がけしたかを集計。
 - マイナカードの普及率を比較。

IV. 結果

- 総合受付専属コンシェルジュが一日に対応する患者数 平均 87 人/日(午前のみ)
- マイナカードの普及率
4%(8月)→14%(11月)
医療 DX 加算 3→2



(図) マイナカード普及率 8～11 月

V. 考察

「呼び出し君」との連携も取れており、使用方法がわからない高齢者にもしっかりとサポートすることで、最大限の効率化を図る結果となった。加えてマイナカードの普及にも貢献し、DX 加算の上昇にも貢献したと考察できる。

VI. 結論

総合受付に新たに総合受付専属のコンシェルジュを配置し、機械のサポートを行ったことにより、本来見込まれていた呼び出し君やマイナカードの利便性を大いに引き出すことに繋がった。また、順番待ちを気にせず気軽に相談することができる職員が身近にいて、結果として待ち時間が発生したとしても納得していただける環境づくりができた。将来的には総合受付専属だけでなく、外来のカウンターにも専属のコンシェルジュを配置することで、各カウンターの負担軽減に繋がることが期待できる。

今回のコンシェルジュ配置は、コンシェルジュ本人が積極的に患者様にお声がけし、案内係とわかりやすいように名札を目立つものに変更するなど努力を行っていた。今後コンシェルジュを配置する際には、患者様の声に耳を傾け、迅速に対応できるよう、様々な場面での臨機応変な対応ができるよう教育を行っていく必要がある。

受診勧奨が繋ぐ健康への道 ～「受けてだけ」健診を防ぐために～

新松戸中央総合病院
医事課 ○村上真己

I. はじめに

当院で健康診断を受けた方の外来受診率が低く、課題として持ち上がった。今までは健診結果に外来受診を勧める文章を載せているのみであり、そのため当院で受診して頂きたい受診者が他の医療機関に流れていた。そこで当院で受診できるようにする取り組みがスタートした。

II. 取り組み目的

健診受診者への受診勧奨を積極的に
行うことで外来受診者数の増加に繋げ る。また、各受診者を必要な診療科へ誘導し、信頼を得ることでリピーターの増加を図る。

III. 取り組み方法

1. 対象: 二次受診勧奨値に該当した要精密検査対象者

2. 期間: 2024 年 5 月から

3. 方法:

①院内周知

外来医師の協力を得るため、医局会や院内会務で受診勧奨を強化することを周知した。各診療科の診療科長と協議し健診の要精密項目に応じた診療科を再確認した。

②対象者の管理方法

受診勧奨の対象者を定めるために健診

医師主導のもと、ドック学会の規定に基づき“二次受診勧奨値”を作成した。それを基準とし対象者に受診勧奨を行った。受診者の情報はエクセルでリストを作り、電話をした日付等を入力することで、受診勧奨の進捗を部署内で共有した。

③対象者への受診勧奨

結果と共に『二次受診のご案内』と当院の『外来担当表』を同封した。ご案内には今回の健診結果で要精密対象の項目があったため受診を勧める、当院では予約不要で受診可能のため同封の外来担当表を参考にしていた
だくようお願いする旨を記載している。

④リマインド

結果送付から 2 週間後を目安に対象者のカルテを確認し、当院での受診履歴がなかった方に電話連絡をした。内容は健診結果を確認しているか、その後受診しているか等を確認し、未受診でかかりつけ医がなければ当院での受診を勧めた。

⑤リマインド2

1 ヶ月に 1 度、電話連絡をした受診者のカルテから、当院での受診履歴がないかを確認した。

IV. 結果

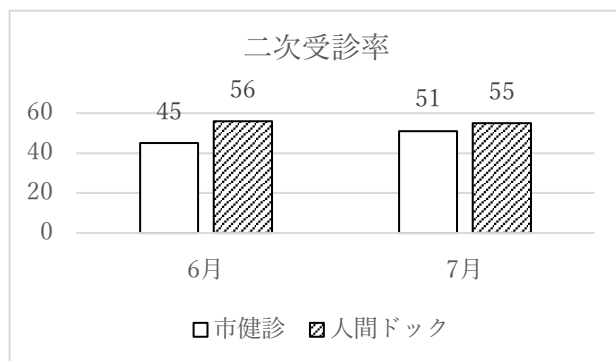
二次受診率

■6月 市健診 45% 達成率:90%

人間ドック 56% 達成率:112%

■7月 市健診 51% 達成率:102%

人間ドック 55% 達成率:110%



※目標率 50% (当院で健診を受診した対象者のうち 2 人に 1 人は二次受診をすること)

V. 考察

人間ドックでは数か月後に検査を受けるよう案内しているので結果が出るのに時差が生じている。市健診の対象者も、「環境によってすぐに受診が出来ない」、「数か月後の主治医の予約で相談したい」、という方もいた。それらを踏まえても対象者の半分が受診に至っていない現状の理由は他にある。当院では現状、受診勧奨者に対して外来予約をとることが出来ない。医師への均等な予約数の振り分け等、他部署との連携が進まず、電話連絡の際に予約をとるシステムを構築できていない。総合病院は患者数も多い為、予約なしで受診するのは待ち時間への印象などでハードルが高くなっている可能性がある。予約システムが完成すれば、電話連絡の際に対象者の希望に合わせて予約が取れるため受診率の向上につながると考えられる。しかし、この予約システムは複数の部署と連携が必要になってくるためすぐに現実化できるものではない。すぐにできる改善点として挙げられるのは二次受診案内の文書だ。白黒で飾り気のないものになっているためカラーにする、イラストを使用することで受け取る側の関心を高められると考えている。

VI. 結論

現状、当院の受診勧奨は改良の余地が多数存在している。すぐに改良できる部分は実現したい。また市健診と人間ドックのみの受診勧奨ではなく、その他の健診でも受診者の二次受診をサポートし、信頼を得ることでリピーターを獲得したい。また、対象者の増加に伴いマンパワーの問題が生じる可能性があるため業務の効率化は重要だ。今後も積極的な受診勧奨を続けていきたい。

手術件数集計作業効率化の取り組み

新松戸中央総合病院
システム開発室 ○河口 貴司

I. はじめに

当院では手術件数の算出集計作業を医事課分析室が担当していました。電子カルテの手術部門マスタとDPCコードファインダーから日毎の手術行為の履歴をcsv出力。

出力した csv データを Excel で関数やピボットテーブルを利用して集計。手術室スタッフに2重確認を依頼し作成していました。

作成物はMS, 経理、事務長宛てに提出。

1日毎に手術履歴を確認する必要があり、時間が大きく取られている業務だった為、医事責任者より、システム開発室に業務移管指示がありました。

II. 取り組み目的

業務移管をするにあたって、移管前よりこの作業に対する工数を削減する事。

各システムベンダーと連絡が取れる強みを生かして、集計作業に関するリクエストをする事で効率化や情報追加に柔軟に対応できる事。

III. 取り組み方法

- 対象:
OPEデータ、【給与用】OPEデータ、OPEデータ(呼外)、手術室責任者管理月報
- 期間:
2024年5月16日～
- 方法:
 - 手順の見直し
 - Excelの関数の見直し
 - Kコード管理の変更
 - 集計作業運用の変更
- 分析方法:

日別の手術データを出力してつなぎ合わせていたのを月別データで出力して1日毎ではなく約7日毎に出力して集計する事で毎日作業から週1作業に変更。

Excelの関数を使い、電子カルテの出力 csv と提出用データの記入列の違いがある部分を自動で振り分けるよう変更。

ピボットテーブルで件数を計算していたのを関数のみで完結するよう変更。

電子カルテに登録してあるKコード一覧をアイセルネットワークスに抽出依頼をしてリスト化、関数により術式名からKコードを引用出来るように設定。

手術マスタは更新されていくので、新しくなったKコードや登録に無い術式は手術室のダブルチェック時に補足していただき、Kコード一覧に追加していく事で次回以降の補足が不要になる運用に設定。

IV. 結果

作業タイミングが週1回に短縮しました。具体的には1日～7日のデータを8日に集計、8日～15日を16日に集計、このタイミングで【給与用】OPEデータを経理に提出。

16日～21日を22日に集計 22日～30日を1日に集計、このタイミングでその他の作成対象を提出。

1日の集計作業時間は1時間内に抑えられています。

業務移管後、診療報酬改定や麻酔記録システムの導入等があり、マスタ更新によるKコードの変更や科略称から科名称への抽出データ内容変更等がありましたが、システムベンダーと連絡が取りあえる部署の為、柔軟に対応出来ました。

V. 考察

分析室から引継ぎを受けている際は、こんなに時間がとられる上、システム室業務からも乖離した手術件数の集計作業を担うのは難しいとお互いの担当者の認識だったが、必要だったのはExcelの効率的な使用による事務作業の簡略化と、アイセルネットワークスや日本光電のようなベンダー企業に気軽に連絡が取れる部署に任されることが工数削減に一役買っていた。

業務内容が作業部署の普段の領域から離れた内容でも、基本作業の応用や他社との連携を活かして遂行できました。

所属する部署にとらわれず、適切な業務の割り振りをする事で日々の残業数が多い部署も改善の見込みがあると考えられます。

VI. 結論

業務移管時の流れはシステム室側がまず、理解度の確認の為にプロトタイプ手順書を作成して、分析室側にその手順を確認してもらっていました。プロトタイプの手順書が出来てから、集計方法を見直して、月別データから引用して代用できているかを確認したり

日別のデータから行われた手術の「定期」「臨時」のデータが抽出されていたが、月別データには抽出されない事が問題ないのかどこが困るか等の問題点を洗い出し、日別のデータも出力する事で件数の違いがあった場合の振り返りが出来るポイントにもなりました。

このプロトタイプの手順書は作成時からシステムの仕様がかわっている面等もあり、未完成のままとなっています。

更なる編集が必要な為、まだ作業手順書としての資料にはなっていないが

完成させれば、他の人員でも対応する事が出来るようになり、新人教育資料にも転用する事が出来るようになる為、将来的には、業務移管がもっと簡単な物になり人員の流動があっても業務の停滞が起こりにくくなります。

どんな業務にも当てはまりそうですが、手順化、手

順保存をする事で人材のマネジメントにも繋がるので本件のような作業を担当制の特殊業務としてカテゴリ分けして手順書への落とし込みをしていきます。

インク・トナーの経費削減の取り組み

新松戸中央総合病院
システム開発室 ○関愛菜

I. はじめに

当院では電子カルテなどのパソコンからやコピー、FAX など部署ごとに使用したい様々な用途に合わせたプリンターが数多く設置されている。2025 年 6 月現在では 35 種類、合計 253 台のプリンターがあり部署で全て管理している物もあるが、ほとんどのプリンターをシステム開発室で管理・修理・インクやトナーの発注を行っている。
今回はインクとトナーの発注に掛かる金額について報告する。

II. 取り組み目的

私がシステム開発室に配属されてからインクとトナーの発注を全て行っていたが、業務を始めて1年たった際に年間の使用金額を確認したところインクで¥1,056,833、トナーで¥3,789,470 ほどになっていた。
上記のことを踏まえてインク・トナー業者の選定し直しや院内それぞれで使用しているプリンターよりもよりコストパフォーマンスが高いプリンターに変えることによってインク・トナーの発注金額を抑えられるのではないかと考えた。

III. 取り組み方法

1. 対象：
インク・トナーの発注金額
2. 期間：
2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
3. 方法：
 - 1) 発注しているインク・トナー金額の見直し
 - 2) 使用しているプリンターの見直し

4. 分析方法：

現在、発注している業者それぞれから使用しているプリンターの金額を改めて出してもらい、発注しているインク・トナーの金額より低い業者に発注のお願いや値下げをしていただけないか交渉する。
今まで取り扱っていなかったプリンターを調べ現在使用しているプリンターよりもコストパフォーマンスが高いプリンターの選定し直しを行う。

IV. 結果

設置場所が多いプリンター2 種類のトナーなど 1 つ当たりのインク・トナー金額を発注している業者の見直しや値下げを行っていただけたことにより下げることができた。
また、院内には使用年数が 4.5 年のプリンターも多々あり、不具合が起きる度にインク・トナーを新しいものに変え直していたプリンターもあったため、コストパフォーマンスで考えても新しいプリンターに差し替えて使用したことによりインク・トナーの発注個数も減らすことができた。

【削減成功事例】

表 1. Canon MF644Cdw (リサイクル品トナー)

期間	単価	合計金額
2023/4～ 2024/3	4,500 円	512,390 円
2024/4～ 2025/3	3,400 円	367,800 円

削減小計 144,590 円

表 2. RICOH IC740 (リサイクル品トナー)

期間	単価	合計金額
2023/4～ 2024/3	3,900 円	952,350 円
2024/4～ 2025/3	3,450 円	846,950 円

削減小計 105,400 円

上記の通り、インク・トナーの単価を業者の変更や値下げ交渉により下げられたり、使用年数が多く無駄にインク・トナーを消費していたプリンターを新しい物に変更したことにより 2023 年に使用していたプリンターで計算すると経費削減はできた。

しかし、2024 年から SMART センターが稼働したことや他部署から新しいプリンターの希望もあり 1 年間の使用金額としては大幅に削減できなかったが 1 台あたりの使用金額でみると削減できた。

V. 考察

インク・トナーの発注金額で最も削減できた点としては業者に掛け合い値下げをしていただいたところと今まで発注していた業者ではなく他の安い業者に発注をお願いしたことだと考える。

電子カルテ用で使用しているプリンター 100 台のほとんどが 7 年以上使用しているプリンターのため不具合が起りやすくトナーとドラムの消費頻度が高いため発注個数が多く、金額が上がってしまっている原因の一つではないかと考える

VI. 結論

取り組みを始めた 2024 年度と前年度のインク・トナーの発注金額を比べると経費削減はできなかったが SMART センターなど新しく置いたプリンターのインク・トナーの金額を除くとトナーで¥274,570、インクで¥170,219 経費削減できた。

次年度は電子カルテのプリンターが全て新しくなると思われるので不具合が起きる度にインク・トナーを新しいものに変えることも少なくなるので、さらに経費削減できるのではないかと考える。

今後も取り組みを継続し、今以上に経費削減を行っていきたい。

メディカルサポート管理委員会の立ち上げ

医師事務作業補助者の業務見直しについて

新松戸中央総合病院

メディカルサポート ○大関春香 松島綾乃

I. はじめに

医師事務作業補助者は、平成 20 年より医師の業務負担の軽減や役割分担を進める目的から医師の指示の下に医療文書の作成補助などを行う要員として誕生したものである。

当院の医師事務作業補助者（以下、メディカルサポート）の主な業務として、医療文書作成補助・症例登録・がん登録・処方や検査などのオーダー代行入力・外来診療補助・院外処方箋疑義照会の対応など様々行っているが、幅広く業務を行う中、病院内の安全衛生委員会ではメディカルサポート職員の残業時間の増加が問題視されていた。残業時間の削減に繋げるために出来ることは何かを考え、メディカルサポート管理委員会を令和 6 年 10 月より発足した。発足後、実際に委員会で行った取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

委員会の発足により、メディカルサポート業務の円滑かつ効率的な運営を図り、残業時間の削減を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象：メディカルサポートの職員
2. 期間：令和 6 年 10 月～ 継続中
3. 方法：月に 1 回メディカルサポート管理委員会を開催。

委員会は医局・医事課・メディカルサポートの職員で構成させ、医師は内科系から 2 名、外科系から 2 名を選出した。各部署それぞれの視点から意見を出し合い、メディカルサポート業務の見直しを行うことで残業時間の削減を目指すこととし、以下の方

法で取り組みを行った。

1) 介入基準の見直し

長年見直しが行われていなかった、メディカルサポートが医療文書の作成補助を行う医師の基準について再検討を行った。現行の介入基準は「専攻医研修を終え、且つ医師免許取得後 5 年を経過した医師」となっていたが、委員会に参加している医師から「医長以上の医師」にすべきという案が出たため、これに変更することとし、医長ではない医師については令和 7 年 4 月より介入→未介入として対応することとした。しかし、医長ではないが医療文書の申込件数が多い医師にとっては業務負担が増えることが懸念されたため、新たに救済措置として「年間の医療文書の申込件数が 80 件以上の医師」という介入基準を追加した。医長ではない医師の年間の医療文書申込件数を集計し、基準を満たした医師に関しては令和 7 年 4 月以降も介入を継続する方針とした。

2) 退院サマリー作成補助業務の見直し

一部の診療科の医師に対し行っていた退院サマリ－の作成補助業務について、主治医が作成すべきであるという意見が委員会に参加した医師からあったため、見直しを行った。協議の結果、メディカルサポートによる退院サマリ－の作成補助は令和 7 年 3 月までとした。

4. 分析方法：委員会発足前と後の残業時間を比較。

IV. 結果

以下はメディカルサポートの全職員（24 名）の月ごとの残業時間を合算し、平均残業時間数を算出したものとなる。

委員会発足前 (令和 5 年 9 月～ 令和 6 年 9 月)	平均 221 時 間/月
委員会発足後 (令和 6 年 10 月～ 令和 7 年 6 月時点)	平均 181 時 間/月

一端になれているのではないかとと思われる。今後はさらなる残業時間の削減に向けて委員会の活動を継続していきたい。

V. 考察

委員会発足前の 1 年間と発足後の約 8 か月間を比較した結果、約 40 時間の削減となった。取り組みの成果はみられたが、大幅な削減には至らなかった。原因として、介入基準を変更したことで以前より介入依頼のあった医長以上の医師たちに対して新たに介入を開始したことが挙げられる。介入→未介入となった医師が 5 名、未介入→介入となった医師が 3 名であり、人数としては未介入となった医師の方が多くあるものの、新たに介入を開始した医師が文書の申込件数が多い診療科であったため、結果に影響を及ぼしたものと考えられる。また、毎年 6 月頃から指定難病医療費助成書類の申込がピーク期に入るため、申込件数自体が急増してくる時期であることから、文書作成にかかわる職員の残業時間が増加傾向にあることも一因と思われる。

VI. 結論

上記の通り、結果としては大幅な残業時間の削減には至らなかったものの、成果はあるものと考えられ、委員会が発足し、医師・医事課の職員と定期的に意見を交換し合う環境が出来たことで、部署の問題点を共有し、改善策を講じることが出来るようになった。メディカルサポートの職員からも日々の業務に関する疑問や課題を委員会の場で相談してほしいという声がかかるようになり、残業時間削減だけではなく、職員が働きやすい環境を作ることの

救急患者連携搬送料算定に向けた取り組みについて

～後方支援病院との連携強化を目指して～

新松戸中央総合病院

地域医療連携室 ○手島佑太

I. はじめに

昨今は高齢者の 75 歳以上の救急搬送割合が増加傾向にあり、中でも軽症・中等症の誤嚥性肺炎や尿路感染症等の搬送増加により地域の急性期病床が逼迫する状況にある。そんな中、初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価の見直しとして 2024 年 6 月に救急患者連携搬送料が新設された。高齢者救急の増加による三次救急医療機関等の救急医療と、医療過疎地域の逼迫状況を緩和するための「下り搬送」を診療報酬化したものである。搬送先の適切な選定により地域における救急医療体制が良好になると予想される。

当院は千葉県松戸市に所在する二次急性期病院である。市内の人口数は 50 万人を越え、高齢化率も 25.7%と高齢化者向けの医療や介護サービスの需要が増加している。当院としても、長期入院患者増加の問題や救急医療の逼迫を解消するため医師、看護師、診療看護師、救急救命士、事務職協力の下、算定に向けた取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

二次急性期病院として重症疾患の受入と長期入院患者削減のため、後方支援病院との連携強化を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:近隣医療機関

2. 期間:2024 年 6 月～2025 年 3 月

3. 方法:

1)届出のための情報収集

2024 年 4 月より 6 月からの届出に向け、

近隣医療機関やグループ施設へ救急患者連携搬送料届出の取り組み状況や情報共有を行った。

2)院内調整

自院の救急車で搬送する際、今まで以上にスムーズに運用できるようドライバー調整を事務職で見直し。同乗者には医師、看護師、診療看護師、救急救命士へ協力依頼するため院内の各会議にて周知を行った。外来び入院患者で算定を行うため、医事課への情報共有と会計コードの作成依頼。協力を依頼する医療機関候補を選定した。

3)選定した医療機関へ打診・協議

各医療機関へ電話や直接訪問、当院へ来院され協力依頼と協議を行った。専用の書式として「救急患者連携搬送協力医療機関協定書」を作成し、15 施設と締結した。

4. 分析方法:

救急患者連携搬送料を算定した外来から入院 3 日までの患者をそれぞれ集計し、評価を行った。

IV. 結果

(1)入院中の患者以外(1,800点)	18件
(2)入院1日目の患者(1,200点)	0件
(3)入院2日目の患者(800点)	1件
(4)入院3日目の患者(600点)	0件

合計 19 件 (33,200 点) 算定。下り搬送先は 5 施設であった。月々の取り組み状況は表 1 の通りである。

表 1 2024 年 救急患者連携搬送料算定件数

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
(1)	1	3	0	4	4	1	1	2	2	0	18	1.8
(2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1
(4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

対象となった症例内容については当院へ救急搬送となった患者で腰椎圧迫骨折、誤嚥性肺炎や経過観察入院の症例が主な疾患であった。内訳は図 1 の通りである。

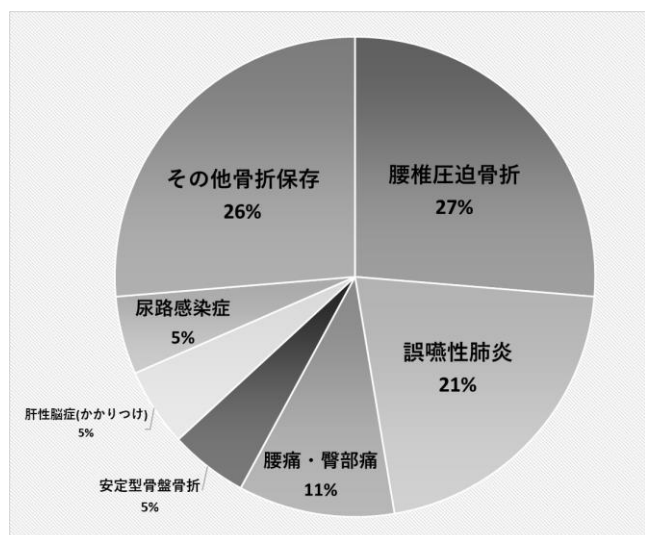


図 1 症例内訳

V. 考察

今回の取り組みにより後方支援病院との連携強化の第一歩となった。搬送先については 5 施設のみと偏りがみられたが、救急受入件数を維持しながら、誤嚥性肺炎等の高齢者の長期入院患者減少に繋げることができた。また救急外来や関わるスタッフの病床稼働に対する意識付けにもなった。

下り搬送推進の影響のみではないが、長期入院が理由でお断りしていた収容依頼も導入前の半年と比較し、57 件から 4 件へと減少した。

今後の課題としては下り搬送先の医療機関に対してのカンファレンスや訪問を実施しながら定期的なヒアリングを実施し、より効率的な連携のサイクルを構築していく。

VI. 結論

今回の取り組みにより後方支援病院との連携強化で、救急搬送受入についてもお断り減少に影響した。取り組み期間が短く、引き続き継続し二次急性期病院として重症患者の受入と長期入院患者削減の結果に繋げていく。

結果より、入院 1 日目～3 日目の症例の算定が 1 件のみであった。取り組み強化を行い、新入院数増加と在院日数短縮についても効果検証していく。

参考文献

- 1) 中医協 2023.12.6 「個別事項(その 11)救急医療について」
- 2) 厚生労働省 関東信越厚生局ホームページ 特掲診療料の届出一覧(令和 6 年度診療報酬改定)

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/>

DPC 特定病院群を目指して

～残り 5 ヶ月でどう取り組む？～

新松戸中央総合病院

診療情報管理室 ○^{とみざわ ゆみ}富澤祐美

医事課 三浦知奈津 鈴木彩水

I. はじめに

当院は 342 床を有する急性期病院であり、全ての病床が DPC 対象病床となっている。DPC の基礎係数を定める医療機関群は「大学病院本院群」「DPC 特定病院群」「DPC 標準病院群」の 3 つに分かれており、当院は基礎係数が一番低い DPC 標準病院群に属する。ひとつ上の DPC 特定病院群になるには、4 つの実績要件を満たす必要がある。2025 年 5 月初旬のとある日、私のもとに「DPC 特定病院群を目指せるかもしれない」という情報が舞い込んできた。そこから約 2 か月間、当院で行っている取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

DPC 特定病院群になるタイミングは 2 年に 1 回の診療報酬改定時となっている。その実績の集計期間が 2024 年 10 月から 2025 年 9 月となるため、残り 5 ヶ月であった。

分析ソフト ARROWS で 2024 年 10 月から 2025 年 3 月で推測値を算出すると、4 つの実績要件のうちすべてが 2024 年診療報酬改定時の基準値をクリアできていた。しかし基準値は大学病院本院群の最低値で決まるため、次回の 2026 年診療報酬改定時の基準値は予測不能である。そのため、2026 年が 2022 年診療報酬改定時の基準値と同じと仮定し推測値を比較した。その結果、実績要件 3 の「外保連 3a」と実績要件 4 の「補正複雑性」が基準値を下回っていたのである。

「外保連 3a」の数値を上げるには、外保連指数

が 13.98 以上の手術を多く行うこと。「補正複雑性」の数値を上げるには、補正複雑性に該当する DPC コードを集計期間中に 12 症例以上退院させ、DPC コード数を増やすことが必要であった。

その 2 つの項目の数値を残りの 5 ヶ月で少しでも上げるためには、医師の協力が不可欠である。よって、医師の協力を得るため資料を作成し、取り組みを行った。

III. 取り組み方法

1. 対象:DPC 算定患者
2. 期間:2025 年 5 月から 2025 年 9 月
3. 方法:
 - 1) DPC 特定病院群とは何かを知ってもらうために診療情報管理室で資料を作成し、診療科長会で配布。
 - 2) 当院が基準値をкаろうじて満たしている実績要件 3 の「外保連 3a」と実績要件 4 の「補正複雑性」に関して診療情報管理室で資料を作成し、医師に当院の現状を知らせる。
 - 3) 医師のみで行っている各科のカンファレンスに医事課入院係と診療情報管理室が参加し DPC 特定病院群について医師に協力を依頼する。
 - 4) 毎月 1 日に前月退院の EF ファイルを ARROWS に取り込み、速報値の資料を作成し、医事課入院係と診療情報管理室で共有する。
 - 5) レセプト期間中に補正複雑性に該当する DPC コードにコーディング変更が可能な症例

があれば医師に相談し変更する。

4. 分析方法：

1) 毎月 11 日に再度前月退院の EF ファイルを ARROWS に取り込み、「外保連 3a」と「補正複雑性」の数値が上がる症例がどれだけあったか集計する。

2) 毎月 3 週目の月曜日にある診療科長会で医師に前月実績の報告を行う。

IV. 結果

「外保連 3a」の手術件数は 2025 年 4 月から 5 月の 2 ヶ月間の月平均で 136 件となった。取り組み前の 2024 年 10 月から 2025 年 3 月までの 6 ヶ月間の月平均は 117 件だったため、月当たり 19 件の増加となった。

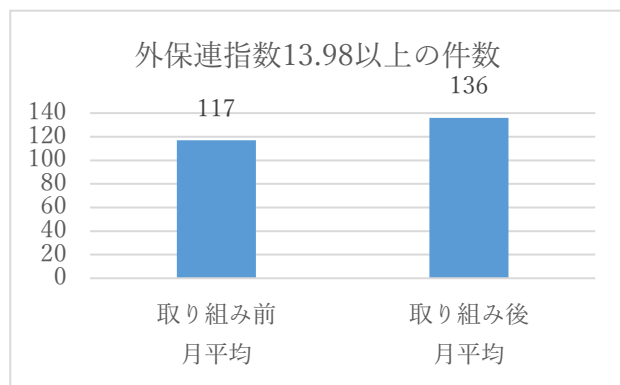


図 1 外保連

3a 比較

「補正複雑性」の該当 DPC コードで 12 症例以上になった DPC コードは取り組み前では 7 個だったが、取り組み後は 5 個増え 12 個となった。

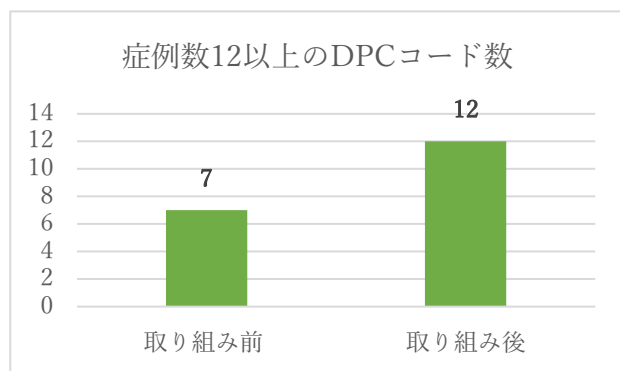


図 2 補正複雑性

比較

V. 考察

各科の医師のカンファレンスに参加したり、個別に医師と話したりしたことで、診療科長会ではできなかった詳しい内容まで詰めることができたため結果に繋がっていると考えます。

また、今まで意識していなかった事務側も医師に説明するために、DPC 特定病院群についての要件等を学んだことで知識が深まり、2025 年 5 月のレセプト時期の病名確認では 5 件コーディングを変更し補正複雑性の症例に貢献することができた。

VI. 結論

現時点では、実績集計期間の途中のため、次回 DPC 特定病院群になれるかはわからないが、2 ヶ月の実績では着実に症例を増やすことができていると感じている。

カンファレンスで外科や腎臓内科の医師に説明に行くと、自分の診療科でできる症例はどれかを必死に探している姿がとても印象的であった。

残りの 3 ヶ月間で更に医師と協力し合い 4 つの実績要件を達成し、2026 年の診療報酬改定で DPC 特定病院群になって次回の学会で達成報告を行えるように取り組んでいきたい。

リッチメニューが“鍵”となる、友だち登録を自然に促す導線づくり ～LINE 攻略編～

行徳総合病院

地域医療連携室 ○麻生真由

I. はじめに

当院では広報体制の強化を目的に、2023 年 10 月より地域医療連携室にて SNS の運用を開始した。LINE をはじめ、Instagram や YouTube など複数の SNS を同時に活用しながら情報発信を行ってきた中で、患者と直接やり取りができる LINE の有用性が特に高いと判断し、重点的な運用を行ってきた。一定の登録数は得られていたものの、より多くの患者に情報を届けるためには、さらに魅力的で使いやすい運用体制が必要であると感じた。

LINE の特性を活かしたより広範な情報発信を目指し、LINE 登録の導線を再構築し、広報ツールとしての機能強化を図る取り組みを開始した。

II. 取り組み目的

より多くの友だち登録を促進し、LINE を効果的な広報ツールとして確立することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 期間:2025 年 2 月～現在

2. 方法:

(1)リッチメニューの構成

患者が必要とする情報を洗い出し、大まかにカテゴリ分けを行った。各項目にどのようなアクションを割り当てるかを検討し、全体の構成を考案した。

(2)リッチメニューの画像作成

メニューに設定する画像の作成。デザイン性の他にも操作がしやすいレイアウトを考案し、タブごとの画像を作成した。

(3)連動コンテンツの作成

メニューをタップ後に表示される画像や動画、予約

フォームなどのコンテンツを作成。画像は LINE のテンプレートに合わせて作成し、リッチメッセージとして連動させた。予約フォームには Google フォームを活用し、正規表現やヘッダー画像を設定するなど、ユーザーにとって使いやすい設計を心がけた。入院手続きに関する動画は自院の YouTube チャンネルにアップロードし、リッチメニューに紐づけた。

(4)練習用アカウントを使用したテスト運用

ここまで作成してきたものを実際の LINE 公式アカウントに設定し、ユーザーからはどのような視点で見えるか、操作性は良いかなどテスト運用を繰り返し、問題がないように努めた。

(5)本アカウントでの運用開始

練習用アカウントで問題がないことを確認し、実際の本アカウントで導入。運用を開始し、ユーザーに新しいメニューを提供した。

(6)運用開始の周知活動

「LINE の利用方法が新しくなりました」というチラシを外来およびホームページに掲示し、広く周知を図った。また、Free Wi-Fi のパスワード取得に LINE 登録を必須とする案内も併せて外来に掲示し、自然な形で登録を促進した。

IV. 結果

2024 年度の LINE 友だち追加数は年間 641 人（月平均 53 人）にとどまっていたが、リッチメニューのリニューアルと導線の工夫により、2025 年 4 月には 1 か月で 309 人、5 月には過去最多の 460 人の登録があった。これはリニューアル前の平均と比較すると、約 8 倍以上の伸びとなっており、導線整備の効果が明確に表れた結果となった。

V. 考察

今回のリッチメニューのリニューアルは、LINE の利便性を向上させるだけでなく、患者の「知りたい」「使いたい」というニーズに的確に応えたことで、登録者数の大幅な増加につながったと考えられる。特に、Wi-Fi 接続案内に関するメニューのタップ数が 1 番多く、病院の待ち時間にスマートフォンを“今すぐ使いたい”が、登録の動機付けとして大きな効果を発揮したことが分かった。

また、リッチメニューのデフォルトに設定したタブの項目は他と比べてタップ数が多く、ユーザーの初期行動に直結することから、病院として特に伝えたい情報をこの位置に配置することで、より多くの患者に届けられることが分かった。ユーザーの動線を意識した情報の配置が、メニューの閲覧数やタップ行動に大きく関係していることが明らかになった。

予約フォームに関しては、当初「人間ドック」のみのメニューでは申し込みがなかったものの、「単品健診」など身近で手軽な内容を加えることで、わずかながら 6 件の申し込みが得られた。金額やハードルの高いサービスよりも、患者が気軽に利用できる項目を組み込むことで、予約行動への転換が促されるという傾向も見えてきた。

さらに、5 月に開催された「行徳大健康フェア」においては、イベントの申し込み手段として LINE 登録を必須としたことで、過去最多の友だち追加数という結果を得ることができた。これは、情報発信にとどまらず、LINE を通じて参加型・体験型のサービス導線をつくることができた。

今回の取り組みはすべて無料のツールを活用しており、予算をかけることなく構築することができた。限

られた資源の中でも、工夫や発想次第で大きな広報効果が得られることを実感した。LINE は一方的な広報媒体ではなく、患者の関心や行動と密接に結びついた双方向のコミュニケーションツールとして機能することが明らかとなった。より実用的な仕組みづくりを重ねることで、今後さらに多くの登録・利用を促進できると考えられる。

VI. 結論

今回の LINE リッチメニューのリニューアルと登録導線の工夫により、友だち追加数は大きく増加し、情報発信の幅が広がった。特に、患者目線に立った使いやすい設計と、院内のニーズに沿ったコンテンツ構成が、LINE の利便性を高めた要因と考えられる。

また、Wi-Fi の接続案内や健診予約フォームの導入、イベントとの連動といった具体的な施策が、患者の行動を自然と LINE 登録へと促す結果につながった。友だち数の大幅な増加は、LINE が単なる連絡手段ではなく、患者との接点を深める大切な広報ツールであることを示している。

今後は、さらにコンテンツの質を高めるとともに、各部署との連携を強化し、より多くの患者にとって「登録してよかった」と思えるツールを目指していきたい。LINE 登録者の増加は、病院の情報に触れる患者が増えることを意味し、健診や受診といった次の行動につながる「きっかけ」づくりにもなる。今後も登録者数の拡大を図ることで、より多くの患者に当院のサービスを知ってもらい、実際の受診や利用に結びつけていけるよう取り組んでいきたい。

用語解説	
用語	意味・説明
リッチメニュー	LINEの画面下に表示される、大きなボタン付きのメニュー。患者が必要な情報にすぐアクセスできるよう設計されている。
リッチメッセージ	LINEで送る画像付きのメッセージ。見た目がわかりやすく、画像をタップすると詳細情報に進める。
タブ	メニューの中で分かれている項目のこと。画面を左右にスライドして切り替えられる。
デフォルト設定	初期状態で表示されている設定や項目のこと。特に説明しなくても最初に目に入る情報。

全員主役のチーム医療

～多職種で挑んだ稼働率 100%と回リハ入院料 1 の維持～

イムス明理会仙台総合病院

医療福祉相談室 ○三溝志帆 青木藍

医事課 渡邊友紀恵

地域連携室 佐藤仁

看護部 佐藤ひろみ

リハビリテーション科 大場靖子

I. はじめに

当院は平成 28 年に 40 床の回復期リハビリテーション病棟(以下、回リハ)を新設し、今年で 10 年目を迎える。平成 30 年 3 月より回復期リハビリテーション病棟入院料 1(以下、回リハ入院料 1)の算定を開始している。しかし、令和 5 年度は 12 月までに満床となった月は 2 回にとどまり、安定的な満床維持には至らなかった。

また、回リハ入院料 1 の維持においては、「回復者割合 30%以上」「FIM 重症者割合 40%以上」「在宅復帰率 70%以上(6 ヶ月通算)」といった複数の要件を満たす必要があり、特に FIM 重症者の確保が困難な課題として浮上していた。

こうした背景を踏まえ、医療福祉相談室(以下 MSW)・医事課・地域連携室・看護部・リハビリテーション科(以下セラピスト)といった多職種が連携し、ベッド稼働率および回リハ入院料 1 の安定的な維持に向けた取り組みを行った。その経過と成果を報告する。

II. 取り組み目的

ベッド稼働率 100%の安定的な維持と、回リハ入院料 1 の施設基準を継続的に満たすことを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 期間:令和 4 年度～令和 6 年度

2. 方法:

1)営業ミーティング:院外からの紹介患者獲得を目的に、閑散期前を中心に営業計画を策定し、多職種での医療機関訪問を実施。相手先にも専門職に同席してもらい、相互の情報交換と PR を行った。

出席者:MSW、医事課、地域連携室、入退院支援部門看護師、病棟師長、セラピスト

2)重症度ミーティング:FIM スコアの予測に基づき、入棟候補者の優先順位を検討するため、令和 4 年 9 月より 2 週間に 1 回実施。

出席者:MSW、医事課、セラピスト(急性期・回リハ各担当)

3)翌月者ミーティング:在宅復帰率を意識した退院支援と入退院調整のため、令和 3 年 10 月より実施。リハビリテーション(以下リハビリ)の進捗とゴール時期を共有。

出席者:MSW、セラピスト

4)4 階ミーティング:前述の各ミーティングの情報を集約し、急性期病棟の稼働状況を踏まえた回リハの方針検討を月 1 回実施。

出席者:MSW、医事課、地域連携室、入退院支援部門看護師、病棟師長、セラピスト

5)入退院者調整:ベッド稼働率や FIM 重症者確保のため、週 2 回の院内情報発信や、急

な空床発生時の迅速な入棟調整を実施。令和 4 年より強化。

コアメンバー:MSW、医事課、入退院支援部門看護師、セラピスト

医事課では病名が回りハ適応となるか関係部署から相談を受け、グループ病院や厚生局に確認し前向きに受入検討をした。院内入棟候補者については日当点、急性期病棟基準(医療看護必要度)、高額薬剤等の視点から検討した。

6) 回りハ病棟運営委員会:病棟運営上の課題を協議することを目的とし、月 1 回開催。出席者:委員長(医師)、三役、回りハ担当医師、急性期病棟担当医師、MSW、医事課、地域連携室、病棟師長、入退院支援部門看護師、セラピスト、薬剤師、管理栄養士

IV. 結果

1) 営業ミーティング

紹介が少ない C ランク病院の営業効果を年度別でみると令和 5、6 年度とも紹介件数、入院件数いずれも営業後の紹介が 60%以上と高い割合を占めた。また、令和 6 年度は遠方病院(50Km)から営業直後に 3 件紹介があり、営業効果が見られたと言える。医事課が同行した際は、適応病名の説明を行ない、脳血管・運動器疾患患者が減少する時期に廃用症候群にて紹介患者を 23 件受入れた。

2) 重症度ミーティング

令和 5 年 4 月以降、一度も基準値を下回ることは無く、53.5~60.5%で推移した。令和 6 年度は 47.4~61.9%で推移した。

3) 翌月者ミーティング

リハビリの進捗・ゴール時期のすり合わせをしたことでおおよその退院者数・時期の把握ができるようになった。同日入退院による満床維持、在宅復帰率の数値を見ながら退院支援を行った。令和 5 年度は在宅復帰率が 83.9~88.0%、令和 6 年度は 79.7~86.2%で推移した。

4) 4 階ミーティングおよび 5) 入退院者調整

院内の入棟候補者については、入退院支援部門看護師から週 2 回関係部署へ発信している。急遽院外紹介患者が状態不良などの理由で転院できない状況となった際は、前方支援担当 MSW と入退院支援部門看護師と連携をとり、院内からの入棟患者を柔軟に調整した結果、ベッド稼働率は令和 6 年 1 月以降 101.2~101.0%で推移した。

V. 考察

各ミーティングと調整を継続的に行なうことで、ベッド稼働率と回りハ入院料 1 の双方を安定的に維持できるようになった。チームとしての共通認識と定期的な情報共有が、業務の柔軟性と即応性を高めたと考えられる。

一方で、紹介患者の中には FIM 重症ではなく医療依存度が高い患者も多く、急変による早期転院や空床発生が課題となる場面もあった。関係各所との密な連携と共通認識が、こうしたリスクへの対応力向上につながっている。

VI. 結論

医療依存度の高い患者を受け入れる際には、急変リスクと病棟全体のバランスを見極める必要がある。今後は脳血管疾患患者の割合増加による日当点 4,272.7 点の達成を目標に、医師との連携もさらに強化していくことが求められている。これまでの取り組みを継続し、多職種が主体的に関わる「全員主役のチーム医療」の実現を目指していきたい。

未 収 金 管 理 業 務 の 改 善

イ ム ス 明 理 会 仙 台 総 合 病 院
経 理 課 ○ 黒 田 怜 奈

I. はじめに

当院では、患者様や企業健診・自賠責・訪問リハビリなど、日々多方面からの振込がある。

請求書や振込依頼をかけた担当者が内容を経理課に伝達してもらい、入金処理をしている。伝達方法が統一しておらず、請求書のコピー、メモ書き、電話での連絡など様々ある。そのなかで窓口収入伝票の作成が必要なものに関しては、入金確認後直接担当者に連絡をして作成してもらっている。そのため、経理課に伝達もれがあった場合、担当者探しから始まる。すぐに解決する場合もあれば、担当者が見つからず会計伝票作成が進まないこともある。本来は毎日現金と預金残高を合わせられるのが望ましいが、本部に一週間分の会計伝票のデータを送付するため、毎週必ず預金残高を合わせている。データ送信の期限内に見つからなかった場合は、仮受金(内容不明)として処理をしなければいけない。内容不明以外にも、担当者が不在など連絡のタイミングがなかなか合わずに処理が遅れることや、伝言が担当者にうまく伝わらなかったこともあり、改めて未収金管理について改善の必要があると考ええる。

これらの課題を解決していくためには、診療費の請求を主に行っている医事課との連携が重要となってくる。

II. 取り組み目的

当院では、経理課への請求報告の方法が統一されておらず、入金確認や会計伝票作成の遅延、仮受金処理の頻発など、未収金管理に関する課題が増えていた。これらの業務課題を解決し、入金処理の正確性と効率性を高めるため、請求情報の共有

方法や担当者間の連携体制を見直し、未収金管理の改善を図ることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:未収金(外来・入院・自賠責)
2. 期間:令和7年6月～
3. 方法:未収金管理の効率化と入金情報の正確な処理を目的に、当院では以下の取り組みを実施した。

1) 請求情報の共有方法の統一化

各部門から経理課への請求報告に関して、従来の電話・メモ・コピーといったバラバラな伝達方法を廃止し、専用の「請求情報入力シート」(院内共有フォルダに作成)を導入。これにより情報の一元管理と記録の追跡が可能となった。

2) 入金情報の可視化と早期確認体制の構築

銀行入金確認を日次で行い、該当する請求情報との照合を即時に実施する。担当者への確認が必要な場合のみ、電話とアイネットを用いて即時対応できる体制を整えた。

4. 分析方法:

主に3つの方法で分析を行っていく。一つ目は仮受金処理件数の推移を調べ、取り組み導入前後の比較。2つ目は、経理課における伝票処理遅延件数の変化(直近6ヶ月の外来・入院・自賠責)。3つ目は入金確認から伝票作成までに要した平均日数の比較。これらの方法を用いて、未収金管理業務の改善に向けて分析を行っていく。

直近 6 ヶ月間の振込件数

	12月	1月	2月	3月	4月	5月
外来	3	3	5	3	2	5
入院	7	2	10	7	12	5
自賠責 (診断書)	6	7	4	7	12	10
合計	16	12	19	17	26	20

IV. 結果

本取り組みの実施により一定の改善は見られたものの、期待した成果には至らなかった。請求情報入力(院内共有フォルダ使用)導入後も、旧来の電話やメモによる報告が一部継続され、情報の一元管理は十分に機能しなかった。また、アイネットによる即時連絡体制についても、利用習慣の定着が進まず、担当者との確認作業が従来通り滞る場面が多く見られた。

これらの結果から、今回の取り組みでは運用面での浸透不足や意識改革の難しさが課題として浮き彫りとなった。

V. 考察

今回の取り組みは、未収金管理に関する複数の課題に対し改善を試みたものであったが、十分な成果は得られなかった。その主な要因として、以下の点が考えられる。

まず、新たな運用ルールやツールの導入に対する現場職員の理解と習熟が不十分であったことが挙げられる。共有フォルダやアイネットといった新たな手段を導入したものの、従来の慣習からの脱却が進まず、移行期における周知不足が情報の混乱を引き起こしたと考えられる。

次に、取り組みの目的やメリットが十分に共有されなかったことで、現場の納得感や当事者意識が構築されなかった点も問題であった。改善策が一方的に展開されただけでは、実務上の工夫や柔軟な対応がなされず、結果として形骸化してしまう恐れがある。

関係部署が持つ事情や立場を理解したうえで、業務改善の“共創”を目指す姿勢が求められたといえる。

これらの点から、今後の再取り組みにあたっては、「段階的な導入」「現場からの声を反映した制度設計」といった要素を盛り込み、実効性のある改善体制を構築していく必要があると考えられる。

VI. 結論

今回の取り組みは、未収金管理業務の改善を目指して実施されたが、現場での運用定着や関係部署間の意識共有といった点に課題が残り、当初期待していた効果を十分に得るには至らなかった。本事例を通じて、制度やツールの導入に加え、それを活用・運用していくための「人」に焦点を当てたアプローチの重要性が再認識された。

今後の業務改善においては、現場の実情を踏まえた段階的な導入と、医事課への丁寧な周知体制の構築が不可欠である。また、部門横断的な連携体制を強化し、改善策が現場で機能するよう、継続的な対話と見直しを図ることで、より実効性のある未収金管理の仕組みを築いていく必要がある。

廃棄物費用削減の継続的取り組みと中古機器導入によるコスト削減

イムス明理会仙台総合病院
総務課〇熊谷幸太郎^{くまがいこうたろう} 田鎖真哉

I. はじめに

当院では、令和 5 年度より資源リサイクル業者および中古医療機器買取業者を活用し、医療廃棄物の処理にかかるコスト削減と不要医療機器の収益化を目的とした取り組みを開始した。令和 6 年度はその活動を継続しつつ、運用面での改善と新たな取り組みを導入したことで、さらなる経済効果と業務効率化を実現した。また中古機器を購入する事により導入コストの削減を狙った。本報告では、継続的取り組みと中古機器購入の具体的内容と創意工夫、そして導入後の効果について報告する。

II. 取り組み目的

前年の取り組みを継続し、さらに進化させることを目指した今回の取り組みは、医療廃棄物の処理を単なるコスト削減にとどまらず、持続可能な資源循環の一環として捉えることを目的としている。特に、前年の成功を踏まえて、廃棄医療機器を選定するタイミングの早期化や廃棄物の管理体制を強化することで、より効率的なリサイクルを実現することを目指した。また、複数の業者や新たな業者から見積を取得し、価格交渉やサービス内容の比較を行うことで、さらなるコスト削減を狙った。中古機器購入については既存の購入方法を見直し、限られた予算内で必要な機器を導入する方法としてリサイクル品の購入も検討し、新たな削減を出すことを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象：
 - ・廃棄物 : 入替によって不要となった医療機器、購入機器全て
 - ・購入物 : 予算内に導入を検討している中古機器
2. 期間：
 - ・令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日
3. 方法：
 - ・資源再利用可能な機器の台帳化と分類管理
 - ・リサイクル業者および中古取扱業者との価格比較と選定
4. 分析方法：
 - ・前年実績との比較(コスト削減額、収益額、実施件数)

IV. 結果

1 コスト削減の継続と拡大

前年同様、医療機器や什器の廃棄費用を削減し、価格交渉によりさらに約 5 万円の削減につながった。

→ 廃棄費用削減額: 計 35 万円(前年比+5 万円)

2 新たな収益の増加

早期に査定を行った結果、高値での売却が実現。

→ 中古医療機器の売却収益: 37 万円(前年比+14 万円)

機器名：自動視野計、ビデオスコープ

3 中古機器購入による今後の見込み額

滅菌シーラー：60 万→9 万 ￥51 万

小型内視鏡モニター：90 万→9 万 ￥81 万

※今年度実施する予定

削減額：35 万円

売却収益額：37 万円

合計：72 万円

これからの削減見込み額：132 万円

V. 考察

医療機関における廃棄物処理を単なるコスト要因として扱うのではなく、再資源化の可能性に着目した点で、従来にはなかった新たな視点を提示した。特に、機器選定のタイミングを早期に設定し、固定資産台帳を活用することで、より迅速かつ効率的なリサイクルが実現できた。業者選定の際の交渉力を高め、さらなるコスト削減が可能となった。

また、昨年度の取り組みを継続する中で、「リユース」という意識を職員に浸透させることに成功し、他の部門との連携を強化したことで、廃棄物だけでなく、機器購入の選択に幅が広がった。これらの創意工夫によって、結果的に削減と収益を上げることができた。また、アフターケアがきちんとしている中古業者の扱う医療機器や OA 機器は品質が高く、継続的に使用することができる。これからの新たな購入方法として有効なものである。

VI. 結論

医療機関における廃棄物処理を単なるコストとしてではなく、有効な資源活用機会と捉える視点の重要性が再認識された。資源リサイクルや中古機器の再流通を通じて、環境負荷の軽減と経済的利益の両立が実現可能であることが明らかになった。また、今年度は継続的な運用を通し

て、機器の選定タイミングの早期化、業者比較による交渉力の強化、対象範囲の拡大といった具体的な工夫を加えることで、昨年度より高い成果を得ることができた。

そしてこれまでリサイクル品は、使用済み機器の売却による収益化という一方向の視点で捉えられることが多かった。しかし今回、中古医療機器を購入するという逆の発想に着目したことで、設備導入にかかるコスト削減の可能性を見出した。だが保証期間の短さや修理部品の供給難など、リスクもあり、導入前のリスクアセスメントは欠かせないためコストだけでなく、メンテナンス体制や長期運用における安全性も含めた総合的に対応できる業者との交渉が必要であると考ええる。

今後は、さらに対象物の多様化や、他部門との話し合い、より高度な再資源化ルートの構築を目指し、新たな取り組みを深化させていきたい。

障害者雇用への配慮と定着

クローズ就労からオープン就労に向けた取り組み

イムス明理会仙台総合病院

総務課 ○松本綾子

I. はじめに

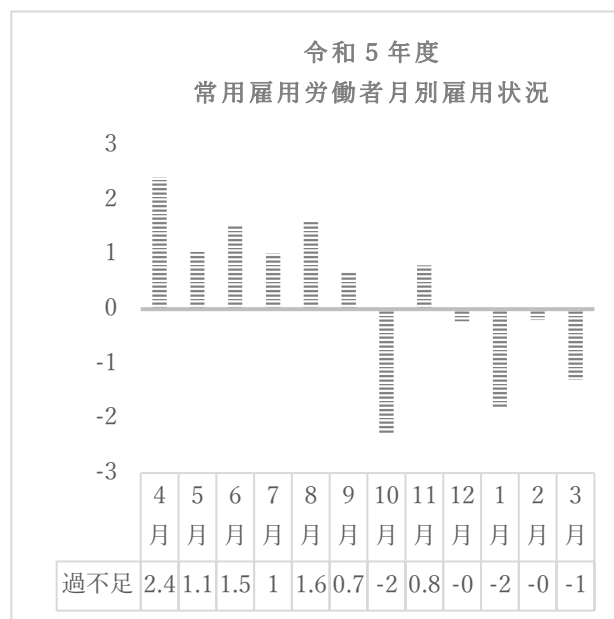
障害者施策の基本理念である、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現(障害者基本法(以下「基本法」)第1条)のためには、職業を通じた社会参加が重要である。このため、障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「促進法」)においては、障害者は、経済社会を構成する労働者の一員として、職業生活においてその能力を発揮する機会を与えられるものとされ、障害者雇用施策は、こうした個人の尊厳の理念に立脚した障害者の社会的自立、すなわち職業を通じた自立を実現するという基本的理念の下で進められている。(促進法第3条)。

民間企業における障害者雇用率は令和6年4月～令和8年6月までは2.5%の雇用率、令和8年以降には2.7%に引き上げになることがわかっている。さらに令和7年4月1日より、除外率が10ポイント引き下げられることで当院の法定雇用は不足する。ここでは、障害者雇用率を上げる取り組みと、障害者定着に向けた取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

当院の障害者雇用の在籍の内訳は、医師1名、事務1名、清掃担当4名である。

当院の障害者の雇用状況は令和5年9月までは充足していたが、度重なる退職や産休で不足の一途をたどっている。



障害者雇用の採用を進めていくのはもちろんだが、現在勤務している職員の中で、クローズ就労者(障害者であることを隠している就労者)に対してオープン就労を促していくことを目的とする。

また、働契約法第5条に基づき、クローズ就労者へ安全配慮を行う。

III. 取り組み方法

1. 方法:

前提として、採用後にクローズ就労者の把握・確認を行う場合には、雇用する労働者全員に対して、画一的な手段で申告を呼びかけることを原則としているため、以下の取り組み方法で実施する。

1) 職場長会議で説明、周知

所属長が集まる会議の場で、障害者雇用率の低迷と法定雇用率を割ったときに課される病院への罰則について説明。また、クローズ就労からオープン就労になることで本人へ不利益はないことも補足し、クローズ就労が自部署にいれば総務

課へ届出てもらよう周知する。

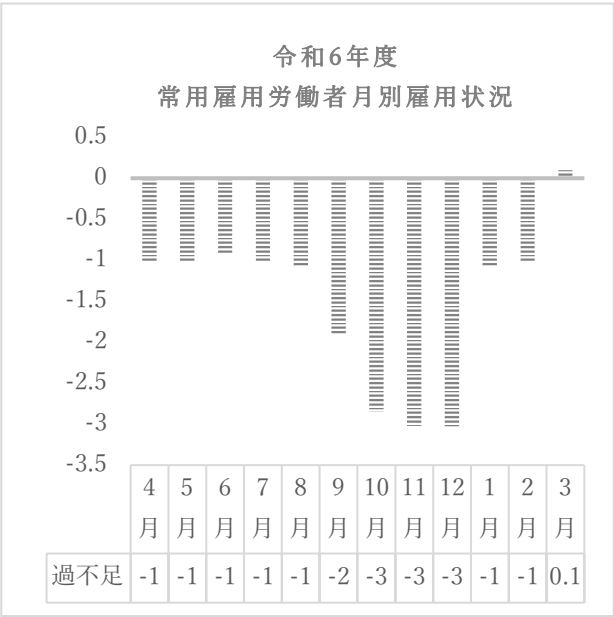
2) 年末調整を用いた調査

年末調整に『障害者控除』に記載している職員がいれば総務課へ伝達してもらよう経理課へ依頼。総務課は、年末調整の情報をもとに照会を行うこと自体が、本人の意に反するようなケースも生じうると考え、産業医へ相談する。相談の結果、照会を行うことが適切かどうかを判断してもらう。

- 2. 対象: 現在勤務している全職員
- 3. 期間: 令和 6 年 10 月～令和 7 年 3 月
- 4. 分析方法: パラジョブ月報で比較をする

IV. 結果

職場長会議での周知と年末調整での調査の結果、2名の看護師から障害者手帳の申請があった。内訳は、令和 6 年 12 月中旬に常勤正規職員看護師1名、令和 7 年 2 月中旬に常勤正規職員看護師 1 名となる。令和 6 年度は4月から毎月マイナスで報告していたが、3 月の報告より今年度初めてプラスで報告をすることができた。しかし、令和 7 年 4 月からの除外率引き下げに伴い令和 7 年 4 月時点で法定雇用数に対し 0.1 不足という結果となった。



V. 考察

今回、在職者に焦点を当てて障害者雇用率を上げる取り組みを行った。しかし、除外率の影響もあり、雇用率を上げる取り組みは引き続き必要不可欠である。今後も、仕事内容の見直しや、新たな障害者雇用受け入れ枠が必要となる。

VI. 結論

クローズ就労者の把握・確認をすることで 2 名の申出があった。しかし、本来採用活動で人員を増やしていくことが望ましいと考える。職業センター経由での採用であれば、ジョブコーチから障害者個人に合わせた配慮事項の確認を行うことができる。また、障害者が配属された部署の職員向けに、個人の特性に合わせた指導方法の講習会を開いてもらうことも可能である。

クローズ就労からオープン就労へ移行したことにより、総務課や産業医でのフォローが必要となるため、移行を慎重に見極め、在職者への配慮を怠らず障害者雇用定着を目指していきたい。

また、精神障害者をはじめとする障害者に対する職場の理解を進め、障害者であることをオープンにして、周囲のサポートを受けながら働くことができるような職場環境を整備していきたい。

引用:厚生労働省「第 1 章 障害者雇用の理念と現状」第1節 障害者雇用の理念と障害者雇用対策の動向
ハローワーク「プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドラインの概要― 事業主の皆様へ ―」

新診療科スタートアップに関する取り組み(泌尿器科)

～スタートダッシュを目指して～

イムス明理会仙台総合病院

地域医療連携室 ○渡邊栄太 平間新 渡邊俊之

I. はじめに

・2024年4月明理会仙台総合病院に14番目の診療科として泌尿器科が新設される事となった。新診療科であるため需要、供給を含めた市場動向、泌尿器科を取り巻く環境が不明瞭である為、地域医療連携室が営業職の観点から本業務に取り組んだ内容を記す。

II. 取り組み目的

・新診療科である泌尿器科患者の需要、競合を把握し当院で対応し得る患者を集患し増収増益を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 期間:令和6年
2. 具体的な取り組み

1)キックオフミーティングを実施

2024年2月14日

〈参加〉

新入局医師、事務長、看護部長、外来看護師長、MSW、連携室員、医事課職員、総務課職員他。

〈内容〉

対象となる疾患、外来、手術等について多職種で討議 ターゲットとなる患者、地域。競合となる病院、棲み分け可能な分野、病院を選別その他設備、医療機器、外来・入院に関するオペレーションに関して綿密に打合せをする。

2) 地域医療連携室の役割について

宣伝ツール(フライヤ)の作成 3月初旬

営業重点エリアの設定(マーケティング)

3月初旬

営業開始 3月初旬

開設後のスケジュール(医師同行・講座等)4月～

ACTION1

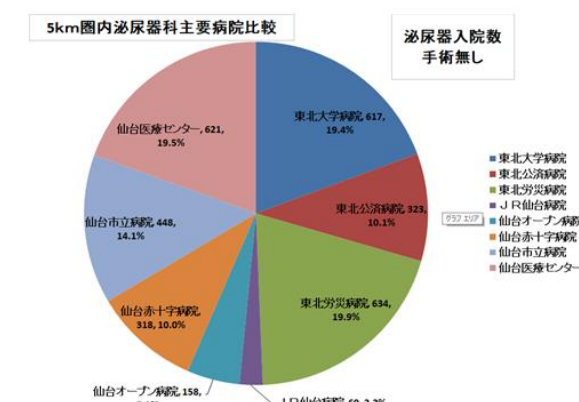
・医師監修の下、広報課と打合せ試作を繰り返し宣伝に効果的なフライヤを作成。



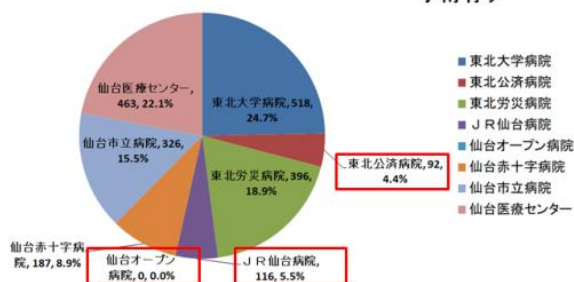
ACTION2

・市場を分析し営業活動を策定

イムスクールで学んだ J-MAP、DPC データを活用したマーケティング(見える化)を用いて営業職が最も行うべき行動を把握し実践。



泌尿器入院件数
手術有り



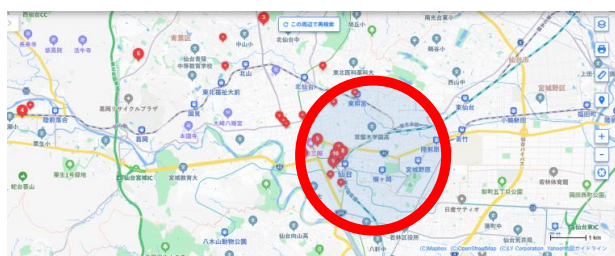
グラフより泌尿器のシェア・専門性(手術をしない)が低く泌尿器関連の悪性腫瘍を診ない病院がライバル足り得る。

当面JR仙台病院、仙台オープン病院、東北公済病院の範囲をターゲット(クリニック、施設)に営業活動を展開する。

[illegible]

(マーケティングの DPC 素データ)

泌尿器科クリニックのマッピングを行い可視化する
事により営業活動重点エリアを決定。



ACTION3

・地域医療連携室の営業担当者4名で ACTION1
で作成したフライヤを携え、TION2
で策定した仙台市内の営業重点エリア、
重点ユーザーへ泌尿器科新設に関する営業を実施した。

病院・クリニック 277 件、施設関連 108 件、救急隊
2 件合計 378 件へ営業を実施した。

また、7 月には泌尿器科医師による公開講座も開催した。

ACTION4

・泌尿器科医師同行訪問

紹介患者獲得に泌尿器科開設と同時に

クリニック 8 施設、急性期病院 9 施設へ医師同行訪問し、当院の受入れ可能な症例等PRを行った。

IV. 結果

令和 6 年度の連携室経由の紹介数 154 件内手術件数 25 件であった。

同行訪問を実施した医療機関から紹介が来た。

また、営業する中で仙台医療センター泌尿器科とがん連携パスを締結する運びとなった。

V. 考察

フライヤを専門職である広報課と共同で作成し効果的に活用出来た。

DPC、J-MAP のデータよりマーケティングを行い数字を可視化し営業方針を策定した事により効率的且つ適格に営業活動が実施出来、実績を挙げる事が出来た。

VI. 結論

部門内でフライヤを作成するケースも多が専門職と共同する事でより完成度が高いフライヤで効果的に宣伝出来る。

数字を可視化する事により自院の強味、弱味を客観的に把握する事が出来る。

医師同行訪問も効果的である。

今後も DPC のデータ等更新の度、マーケティング
を行い効果的に運用し日頃の営業活動の一助とし
ていく必要がある。

心理的安全性の高い職場のレセプト請求 ～高い再審査請求率・減点復活率を目標として～

西仙台病院

医事課 ○平間真澄 佐藤有奈 佐藤春奈

I. はじめに

当院は 2025 年 4 月に病床転換を行い、精神病棟 2 病棟(110 床)、精神療養病棟 1 病棟(52 床)、内科療養 5 病棟(282 床)、障害者病棟 1 病棟(60 床)の合計 9 病棟(504 床)となった。

1 病棟に 1 人メインの担当者を配置して日々の業務を行っているが、医事課職員の中には新入職員含め請求事務の経験が浅い職員もあり、レセプト作成の際、請求誤りや算定もれを防ぐために、様々な項目で加算の確認者を設けている。

また、慢性期多機能病院として、精度の高い診療報酬請求をするため、職員間で協力し合い、減点を恐れず積極的な診療報酬請求を行うことを目指している。

上記のような取り組みにより減点・返戻に対しても、再審査請求率は 62.9%、減点復活率は 50.8%と高い水準を維持することができている。

今回は様々な項目の加算確認内容や、減点・返戻に対する取り組み内容について報告する。

II. 取り組み目的

診療報酬の算定もれを防ぎ、減点返戻を減らし、かつ再審査を提出することで、高い診療報酬請求を行うことを目指す。

また請求事務の経験が浅い職員の知識の底上げや、他職員や他病棟のレセプトを見る事での知識量の増加を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:全病棟(504 床)
2. 期間:当該月 1 日から総括前まで
3. 方法:
 - 1) 病棟担当者以外によるレセプト確認
経験年数の長い職員や病棟担当の前任者がレセプト確認を行うことで、取り漏れている加算を見つけたたり、請求誤りを防いだりしている。
 - 2) 全病棟をまたいだ加算確認者
褥瘡加算・重症者加算・病棟薬剤業務・療養病棟療養環境加算などの確認を行っている。
 - 3) 全病棟をまたいだ診区ごとの確認者
輸血・CT・服薬指導・培養検査・リハビリの件数、高額薬剤、特定薬剤、医療保護入院・他科受診・初診料などの確認を行っている。
 - 4) レセプトチェッカーによる確認
「博士くん」による請求エラーチェック
4. 分析方法:(令和7年 4 月のレセプトにおける状況)
 - 1) 病棟担当者以外によるレセプト確認により算定誤りやもれを防いだ件数は下記の通りである。
精神病棟レセプト件数 102 件中 25 件、精神療養病棟レセプト件数 53 件中 12 件、内科療養病棟レセプト件数 289 件中 47 件、障害者病棟レセプト件数 61 件中 18 件、全体の件数としては 102 件の減点及び算定もれを防いだ。

	レセプト件数	修正した件数
精神病棟	102	25
精神療養病棟	53	12
内科療養病棟	289	47
障害者病棟	61	18

2) 全病棟をまたいだ加算確認

CSV による各病棟の入院者数に対する加算の算定数の比較をし、入院時に算定できる項目、入院から 3 ヶ月以内に算定できる加算、ADL 区分 3 で算定できる項目、精神療養病棟で算定できる加算、内科療養病棟が算定できる項目など比較を行った。

3) 全病棟をまたいだ診区ごとの確認

他部署(薬剤部・検査科・放射線科・リハビリテーション科・栄養科・相談室・心理室)からくる月ごとの算定数と実際の算定数の比較をした。

4) レセプトチェッカーによる確認

パソコンソフトによるレセプト確認

IV. 結果

令和 5 年度の再審査請求率は 39%、減点復活率は 18%であったのに対し、令和 6 年の再審査請求率は 62.9%、減点復活率は 50.8%と高い結果を出すことが出来た。

V. 考察

この結果を踏まえ、病棟担当者が 1 人でレセプトを完結させるのではなく、多角的な視点からチェックすることでの効果がみられた。多くの目で見ているため、減点が来た際にも病棟担当者だけでなく、病棟担当者以外の確認者、医事課全員で減点に対する対処法を考えることにも繋がっている。また、確認者とともに自信をもってレセプトを作成しているので、再審査請求もすぐに作ることが出来る。

当院は複数の科の病棟で成り立っており転棟も患者様の病状に合わせて臨機応変に行われている

が、日頃から請求内容が包括される項目であっても、正しい入力方法を学ぶことで、担当病棟が変更になった際に引継ぎがスムーズに行われることを目指している。転棟前の病棟で算定出来るもの・出来ないもの、および転棟後の病棟での算定出来るもの・出来ないものについて担当者では慣れない病棟の部分についても、確認者がいることで算定誤りを起こすことが少ないと考えている。

現在は電子カルテになり殆どのデータが飛んでくるようになっているが、中には医事コンピューターへの直接入力しなければならないものや修正が必要な項目もある。それについても他部署からの実施件数と算定件数を合わせることで、算定の機会を見逃すこともない。また医事コンピューターに勝手に飛んでくるデータだけでは入力が不十分なことも、確認者がいることで見落としを防ぎ、正しい請求をすることが出来ている。

自分の担当する病棟だけではなく他の病棟の確認者になることで、様々な請求内容やレセプトパターンに出会え、新たな視点を持つこともでき知識の底上げにもつながることが分かった。

VI. 結論

上記内容の取り組み結果を踏まえ、1 人の病棟担当でレセプトを作成するには限界があるため、多角的な目でみるのは明らかに有効であると考えられる。また、全員でレセプトを見ることで心理的安全性の高い組織となり、当院の医事課の離職率の低さにも繋がっていると考ええる。

今後もこの取り組みを継続し、医事課一丸となって高い診療報酬の請求を目指し病院経営の健全化を実現していく。

効率的な入退院の促進による医療区分確保の取り組み

患者の医療区分を考慮した取り組み

西仙台病院

医療相談室 ○新内実華 猪狩里恵 青山真太

I. はじめに

当院の内科療養病床において、令和 4 年 10 月に医療区分の割合が初めて 80%を割る結果となった。また、令和 7 年 4 月 1 日に病棟再編があり、内科療養病床が 169 床から 282 床と 113 床増床となった。

医療区分 80%以上を確保するために、入院患者さまの受入れ方法および医療区分 1 の患者さまの退院支援の促進を行った。その結果をここに報告する。

II. 取り組み目的

医療区分の高い患者様を優先して入院させ、医療区分1の方の退院促進をすることで、医療区分の確保を行う。また、相談室として、加算(入退院支援加算 2)算定数の増加を図ることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:内科療養病棟入院患者さま
2. 期間:令和 4 年 4 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:

- 1)ご案内の順番を医療区分が高い方より優先し、ご案内する。

待機者については、申し込み順にご案内していたところを医療区分 3→2→1 の順にご案内することへ変更。順番の変更に伴い、紹介元医療機関等の理解が必要であり、地域連携室と同行営業し、理解をいただく。

- 2)医療区分 1 の患者さまの情報(リスト)を医事課から発信してもらい、他部署と共有する。
- 3)医療区分 1 の患者さまより優先し、退院促進を行う。

IV. 結果

医療区分 2・3 の割合について

	医療区分 2・3 割合
令和 4 年 10 月	77.3%
令和 5 年度 平均	82.9%
令和 6 年度 平均	85.1%

軽快退院者数(在宅・施設他、転院は含まず)

	軽快退院者数
令和 4 年度	19 件
令和 5 年度	25 件
令和 6 年度	34 件

入退院支援加算 2 算定数

	加算算定数
令和 4 年度	15 件
令和 5 年度	20 件
令和 6 年度	28 件

入退院支援加算 2 算定者の医療区分の内訳

	医療区分の内訳	
令和 4 年度	区分 3	6 人
	区分 2	6 人
	区分 1	3 人
令和 5 年度	区分 3	6 人
	区分 2	5 人
	区分 1	9 人
令和 6 年度	区分 3	9 人
	区分 2	9 人
	区分 1	10 人

V. 考察

目的として、医療区分 1 の方の退院支援を促進することで、医療区分を確保することであったが、結果にあるように 85.1%までアップすることができた。

また、医療区分 1 の患者さまに退院促進を促した結果、微増ではあるが、軽快退院者数が増大し、医療区分 2・3 の患者さまの退院も合わせて増大した。そのため、加算算定数も令和 4 年度 15 件から令和 6 年度 28 件と 13 件アップした。

新たに退院支援を行うことで、より一層多職種協働を求められ、他部署との院内連携の促進にも繋げることが出来た。

VI. 結論

上記の取り組み内容を踏まえ、医療区分 1 の患者さまの退院促進の取り組みが、医療区分の確保につながる結果となった。医療区分の高い患者さまから受入を行うことでも医療区分確保にもつなげることができた。

今後も、この取り組みを継続し、医療区分の継続的な確保と退院支援における院内連携の促進にも繋げていきたい。

復職支援研修会を通した看護師採用 ～社会貢献活動と採用活動の両立～

西仙台病院

総務課 ○中山椋太 細川有希 看護部 金澤美雅

I. はじめに

全国的に看護師不足が叫ばれている中、当院においても看護師不足の影響を受けている。当院の看護要員の定数が 280 人のところ、実際在席している職員は 244 人とどまっており、定数を大きく下回っている(令和 7 年 6 月現在)。また当院では、過去 3 年で 70 名近い看護師が退職している。コロナ禍を経て看護師の働き方についても変化ってきており、家庭との両立を重視する働き方を望む求職者が増えてきている。また、職を探す際にもインターネットや紹介業者を駆使し、情報を集めている。その中で、少しでも多くの看護師に西仙台病院を知ってもらい、就職先として選んでいただけるよう実施している看護師・准看護師のための復職支援研修会について報告する。

II. 取り組み目的

コロナ禍で中断となっていたが、もともと社会貢献活動の一環として行っていた看護師准看護師のための復職支援研修会を再開する。

その中で復職支援研修会のターゲット層の明確化とそのターゲット層への訴求力の向上を目指す。

また、復職支援研修会に参加した後、当院への就職活動に繋がられるような関係性の構築を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象: 対象期間中に復職支援研修会に参加した方

2. 期間: 令和 4 年 4 月～令和 7 年 3 月

3. 方法:

1) 研修会参加者のターゲット層の確認

研修会の参加者の年齢層を調べ、どの年代の方が復職支援研修会を必要としているのか調査する。

2) ターゲット層に向けた広報活動

研修会に参加する方の多くが、30 代後半から 40 代の女性との結果がでたため、この層に向けた広報活動を行う。ポスティングされている情報誌への掲載や子育てふれあいプラザ「のびすく」施設内での案内の掲載を行う。

3) 研修会の参加者との関係づくり

復職支援研修会への 2 回目以降の参加を増やし、西仙台病院の印象付けを行う。また、会場を借りて実施している STEP1 ではなく、当院で実施する STEP2 へも誘導し、病院見学もかねて研修会を実施する。看護師長が講師役となっているため、入職となった際にはそのまま上司となる。求職者が不安に感じていることを理解したうえで業務の指示が出せるので、良好な人間関係を構築できる。

4. 分析方法:

研修会各回に参加した際にとったアンケートと研修会終了後に各参加者に依頼したアンケートから分析を行った。

IV. 結果

過去 3 年間で 6 名の看護師が当院へ入職した。研修会への参加が 1 回だけではなく、複数回参加した後に当院への入職を決めた方もおり、関係性づくりができていた。6 名の内、退職したのも 1 名のみ(令和 7 年 5 月退職)で、入職してからのミスマッチが感じられない。当院以外への復職をされた方も多くおり、研修会への参加者の内、40%程度の方が看護師として復職を果たしている。

V. 考察

復職支援研修会によって、手技の感覚を取り戻すことで、4 割近い参加者の不安を取り除けた。この不安を取り除いた先に、まだ当院への就職を希望してもらえる段階にない状況となっている。復職支援研修会に参加する方の多くは仕事も探しているため、当院への就職の案内に繋げやすい。また、見学の時よりも職員と交流する時間が長く、教える側教わる側としての立ち位置もあるので、入職してからの人間関係が想像しやすいのも良い印象となっている。そのまま上司と部下の関係性にもなれ、不安な部分を理解されている職場に就職できるのは安心材料になると考えられる。教育体制としてもいい印象を与えていると思われるので、西仙台病院のアピールとして今後も続けていきたい。

VI. 結論

復職支援研修会から入職に繋がったケースが 6 件あった。社会貢献活動の一環として行っており、参加者も手技の感覚を取り戻すために参加している方が多いが、復職を望まれている方の多くは就職先が決まっているわけではなく、就職活動も並行して行っている方もいる。感覚を戻すのと就職活動を同時に行うことができると、求職者の負担も減らすことができる考える。

今後は、当院に入職した復職支援研修会参加者に入職までの経緯を聞き、当院への復職を希望されるような研修会へのブラッシュアップを行っていく。

おさなぎとロイヤルで何ができるのか 開かないチャンネルの開設

山形ロイヤル病院
医療福祉相談室 ○中村光

I. はじめに

山形県で当グループ連携施設は特別養護老人ホームおさなぎと山形ロイヤル病院である。同じ東根市内に立地しているが、特養と慢性期病院との関係の中どのような連携ができ、お互いがWIN&WINの関係を構築するためには何ができるのか、またお互いの社会資源(施設)をうまく活用してもらうために医療ソーシャルワーカーとして患者の利益を最大限に活かせる方法がないのか探ってみた。

今までおさなぎとロイヤルのやり取りに関しては、主に当院からの退院でおさなぎへ長期入所(令和5年度は7件、令和6年度は6件)とおさなぎから亜急性期治療目的で当院入院(令和5年度は0件、令和6年度が2件)である。それ以外の連携方法を確立し、新たなチャンネルを開きたい。

II. 取り組み目的

おさなぎ、ロイヤル病院の現状・課題を相談員レベルで共有し、お互いのWIN&WINになるべく事柄を模索し、新たな連携方法を確立する。また、患者目線に立ちおさなぎと当院を利用しやすい環境をつくる。

III. 取り組み方法

1. 対象: おさなぎショートステイ利用しての退院にメリットのある患者
2. 期間: R6. 4.1~R6. 12. 31
3. 方法: 当院からおさなぎショートステイ利用に繋ぐ

1) ショートステイ利用のメリットを知ってもらう

介護保険サービスのショートステイ利用は、自宅に帰った方の介護者負担軽減が主目的で利用されている。そのため、当院退院後すぐにショートステイを利用するイメージが患者、家族にはないため、イメージしやすい、またメリットを知ってもらうためのチラシを作成する。



2) MSW がショートステイ利用について患者、家族に説明できるよう、おさなぎへの見学・勉強会を開催する。

おさなぎの良いところをPRできるよう実際に施設を見学し、おさなぎショートステイ利用の魅力を伝えられるようにする。また、おさなぎの相談員より利用形態や料金面の説明を受け、MSW自身の知識の幅を広げ情報提供できるようにする。

3) グループ施設同士だからできる退院支援

通常、施設を利用するためには家族が施設へ出向き申し込みや契約等の説明を受ける。その時間を軽減するために当院家族面会時に行えるようおさなぎの相談員が当院へ出向き病棟ロビーで説明してもらえるよう設定した。

また、退院時は民間のタクシー業者を利用(有料)し搬送してもらうケースが多いが、おさなぎより迎えに来ていただき(無料)搬送をお願いできるようにした。つまり、おさなぎ、ロイヤルの移管に関しての特別感を家族に示すようにする。

4) ショートステイ利用後の行先を提案

長期ショートステイの枠をとったとしても介護度にもよるがだいたい3ヶ月の利用が見込まれる。

そのため、患者家族にとってその後の生活の担保がないままでは、ショートステイ利用に積極的になれないのも現実である。そのため、長期入所の申し込みをしながら、もし3カ月後決まらない場合は当院への再入院も可能であることを提案し、ショートステイの利用を促すことにした。また、力強い助っ人として当院の居宅支援事業所のケアマネジャーへ担当を依頼し情報を共有することで患者家族に不安なくショートステイを利用してもらう。

病棟担当 MSW・看護師・リハビリスタッフ・主治医・ケアマネジャーとチームで見合った患者を相談し、最終的には MSW の視点により今後の療養場所、経済面を考慮した患者を選び患者家族と今後おさなぎショートステイ利用について面談した。

IV. 結果

今まで当院からおさなぎのショートステイにダイレクトに退院された患者は0人であったが、この取り組みをした結果令和6年10月16日に一人つなぐことができ、新たなチャンネルを開設することができた。

V. 考察

グループ連携のパイプを深くすることはもちろん、広げる発想も大事にすることによって連携数が増加し、両施設の課題を解決することができる。今回は、当院の退院支援を促進させたいとおさなぎのショートステイ利用者増加を図りたいとの思いをマッチングさせてことにより WIN&WIN の関係性を構築させることができた。これには、患者家族のメリットも最大限活かすことで成り立つことなので、医療ソーシャルワーカーが積極的にアクションを起こすことで開けないチャンネルを開けることができた。

最後におさなぎショートステイに退院した患者は、おさなぎが大変気に入り長期入所を申し込み当院に再入院ならないまま長期入所に移行することができた。

VI. 結論

特養と慢性期病院で機能や制度上の違いでやれることが限定的であると思っていたが、同グループで何ができるか、お互いの強み弱み課題を共有することで、解決できる方法がある。また、グループ施設だからできることを前面にアピールすることで、より選んでもらいやすい、活用しやすい施設になる。

職員満足度調査を通じた職場環境改善の現状と展望 ～働きやすさと組織の強化を目指して～

山形ロイヤル病院

総務課 たかくらとむ ○高倉 亨

I. はじめに

当院ではこれまで職員満足度調査を行っておらず、職場環境や業務に対する全職員の意見や意識、要望等を取り入れる場が設けられておらず、より良い職場環境を構築するためには、職員の意見、意識、要望等を調査し、職場環境改善に反映することが重要であると考え、職員満足度調査を実施することとした。

II. 取り組み目的

職員満足度調査の目的は、働く職員が職場に魅力を感じ、意欲を持って継続的に働ける職場とするには何が不足しているのかを現状把握すること。そして職場環境の改善点を明確化し、改善を図ることで、職員のモチベーション向上や離職率の低減、組織の生産性向上に繋げ、魅力ある職場づくりに寄与することを目的とした。

加えて、当院では令和3年度から三役により病院全体のBSC(バランススコアカード)を作成し、それに連動し、各部署のBSCを作成する取り組みを行っている。そのことで病院の基本方針や目標を各部署が共通認識し、同じ方向を向いて業務に努めることを行っている。

今回の職員満足度調査の結果、職員の意見、要望等についても、病院全体のBSCに反映させ、職員満足度向上や働きやすさに関する事項も病院のBSCに取り込みこととした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 令和6年12月1日在職者 全358名
2. 期間: 令和6年12月17日～令和7年1月17日
3. 方法: 紙によるアンケート形式で実施。

＜アンケート項目＞

- 1) 基本情報(性別・年齢・勤続年数・雇用形態・職種)
- 2) 仕事・業務について
- 3) 職場環境について
- 4) 福利厚生・処遇について
- 5) 自由記載項目

アンケート内容は上記5つの項目を軸に、全23項目を設定し、選択項目については回答を4段階評価とした。

4. 分析方法:

アンケート用紙を回収し、カテゴリー別に分類、集計を実施。選択項目については4段階の回答の内2段階を好意回答と設定し、その割合を職員満足度として数値化した。

そして、全ての結果をもとに、役職者を対象に、結果をディスカッションする場を設け、当院の良い点を更に良くするための対策、また職員の意見、要望等に対し、課題を明確化し、改善策の立案・実施へと展開していくこととした。尚、改善策については、どの部署がどのように対応、改善を実施していくか役割分担し、改善策を実施することで、働きやすい職場づくりに繋げていくこととした。

IV. 結果

今回の調査結果は有効回答数223名、回答率62.6%の結果であった。カテゴリー別の結果は、仕事業務についての満足度が71.4%、職場環境についての満足度は85.6%、福利厚生についての満足度は66.2%の結果であった。

役職者でディスカッションを行った結果については、有効的な意見として、副業を希望する声もあり、業務効率化や生産性向上に結びつけるため、『院内アルバイト制度』や『法的範囲内で希望者に対する休日出勤の認可』及び『イブニングリハ等の勤務時間の多様化を行うこと』などの改善案が立案された。

また、従前からの課題でもある人員不足に対する意見もあり、通常のリクルート活動と並行し、『職員からの紹介強化』との意見が挙がり、各部署で必要な人員に関する、雇用形態、勤務時間、業務内容等を総務課で集約し、管理運営会議や職場長会議、院内掲示等を行い、職員へ周知し、紹介に対する職員の意識を活性化させ、病院全体での取り組みを行うこととした。

V. 考察

職員満足度調査の結果から、もっと働きたい、もっと自身のスキルアップを図りたい職員も多く在籍している事もわかり、より働き方の多様性を考え、充実させる必要がある事が明確化された。

また多くの職員が職場の人間関係に満足している一方で、他部署との連携不足に対する組織的な体制の強化や、人員の不足による業務の多重化への改善、医療安全・感染管理の充実、会議・委員会活動の促進等、業務に対する意見があった。また職員の院内制度・福利厚生に対する理解度についても意見があり、内容が全職員への浸透が行き届かず、休暇制度や育児・子育て支援、福利厚生についての周知方法や内容の充実を図ってもらいたい、職員向けのイベントを行って欲しい等、業務以外の充実を要望する意見あり、総務課として対応

を行っていく課題も見出すことが出来た。

しかしながら、今回の職員満足度調査の回答率について、回答率62.6%では、職員の意見・要望等を十分に確保できたかという観点では、今後の回答率について目標を設定し、より多くの職員の意見・要望を取り入れることが課題として浮き彫りとなった結果でもあった。

VI. 結論

今回の結果を通じ、職員の潜在的な意見を把握することができた。それを病院組織として共有し、職員の意見・要望等を改善策に反映させることの重要性を感じた。加えて、職員の意見、要望等を改善策に反映し、着実に実施していくことで、職員も職員満足度調査に興味を深め、今後の職員満足度の回答率向上にも繋がることと考える。

今回の結果を受け、先ず病院全体として、他部署への院内アルバイトの推進や、リハビリテーション科においては、希望者による休日のリハビリテーション業務の実施を行い、職員のニーズを反映する取り組みを行った。人材不足については、職員紹介に関する院内周知を行い、病院全体で取り組んだ結果、令和7年8月時点で作業療法士1名の採用と看護師1名の内定に至っている。福利厚生の充実に対する意見、要望等については、『院内制度ハンドブック』の作成を行い、職員全員が手に取って院内制度や福利厚生の内容と使用手順を把握できるツールを作成し、院内に展開した。

これらを踏まえ、今後は年一回継続的に職員満足度調査を実施し、職員の意見、要望等を把握する機会を設け、それらを病院のBSCに取り入れ、PDCA サイクルを回し、病院全体で、より働きやすさと組織強化に寄与していく。

患者中心の医療を実現するための相談窓口の設置とその効果 ～患者の声を活かす仕組みづくり～

山形ロイヤル病院

総務課 ○高倉亨

I. はじめに

当院、山形ロイヤル病院は慢性期医療機関として、高齢で複数の慢性疾患を抱え、身体機能や認知機能の低下が見られる患者や、急性期治療を終え、長期的な療養やリハビリテーションが必要な患者及び終末期の患者が多く在院している。そのため、スタッフと患者、患者家族等と長期的な関りが必要とされるケースが多く、それゆえに様々な苦情やトラブルが多く散見されていた。これまでも患者相談窓口の設置は行っていたが、明確な役割や規程、フローが定められておらず、体制の再構築を目指し、他職種で取組みを行った。

II. 取り組み目的

患者相談窓口の設置目的は、患者やその家族からの医療に関する疑問や不安、苦情、相談などに適切に対応し、医療の安全と信頼性を高めること。また、相談内容を分析・活用し、職員にも実例を通じ、苦情相談案件を共有。職員の対応力の向上を図り、病院の運営改善や患者サービスの向上を図ることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 患者相談窓口のメンバー選出
2. 期間：令和7年4月1日～現在継続中
3. 方法：毎週火曜日にカンファレンス実施。患者相談窓口規程、患者苦情相談・トラブル対応フローチャートを作成。患者、患者家族からの相談は勿論のこと、現場で生じた苦情相談に対し、院内の報

告・相談・連絡がより迅速且つ適切に行い、事案を最小限に抑止するシステムの構築を目的とした。

IV. 結果

患者相談窓口のメンバーは患者相談窓口責任者(社会福祉士)、医療安全管理者(看護師)、専任看護師、事務員で構成し、患者相談窓口規程及び患者苦情相談・トラブル対応フローチャートを新たに改訂し運用したことで、令和5年度の相談件数26件(内患者相談窓口介入3件)、令和6年度の相談件数30件(内患者相談窓口介入9件)と相談件数、患者相談窓口介入件数ともに増加に至った。また令和6年度に実際に生じた患者相談窓口介入・対応事案について、職員、委託業者職員を交え案件について他職種でSHELL分析を行い、事例の共有を深め、問題点、原因の追究、もっとこうしておけば良かった点、再発防止策と様々な意見を出し合う場を設けることを行った。研修会での意見は「図1」の通り。

「図1」

④今回の事例を通じて、率直にどう感じましたか？

1. コミュニケーションの重要性

- ・患者様、家族への説明の重要性を改めて認識する良い機会となった。
- ・日頃からのコミュニケーションは大事だと感じました。
- ・患者家族との日々のコミュニケーションが重要。
- ・相手の立場になって考える方が難しく感じられた。
- ・説明不足やコミュニケーション不足が、相手が納得できるまでの説明の重要性。
- ・医療従事者と相手が同じ方向性で考えられているのか、理解出来ているのかその都度確認する事が大事だと感じました。

2. 信頼関係の構築

- ・患者、家族との信頼関係を築いていくことが重要と感じた。
- ・信頼関係構築の難しさを感じた。
- ・家族への説明不足や伝達不足が多いなと感じた。
- ・信頼関係を築けていればクレームにならなかったかもしれないと感じる。

3. 患者・家族への配慮

- ・家族には寛容を見て欲しいと思った。
- ・患者さんやその家族に説明してご理解していただくためには、伝え方や対応の仕方などいろいろと気をつけたいいけないと思いました。
- ・患者さんの気持ちをしっかりと理解してあげて適切な対応をとることが大事だと感じました。
- ・認知症の関わり難しく、家族が認知症について理解・認識されていない時の関わり方が難しい。

4. 情報共有の必要性

- ・情報共有は非常に必要だと感じた。
- ・病院側患者側双方に問題があり、その部分を解消するためのコミュニケーションが十分に取れていなかったと感じた。
- ・他部署のトラブルをもとに自部署でも気をつけたいと感じた。

⑤ご意見、ご感想、ご質問等をご自由に記載してください。

1. コミュニケーションの重要性に関する意見

- 相手の立場での思考力を身に付けたいと思いました。
- 説明不足によるトラブルが起りやすいことを知り、日頃から他部門スタッフや患者・家族と密に情報共有を行っていく必要があると感じた。
- 病児は人を相手にする職種なので、検査や治療などが優れていても、やはり最後には大切な人と人のコミュニケーション力なんだと感じた。
- 何か問題が起きた時だけでなく、問題が起きていない時からコミュニケーションの機会を持ちたいと思った。
- 普段から情報共有や相談しやすい雰囲気・環境を整えておくこと、コミュニケーションスキルの向上に繋がる研修等があると良いと思います。

2. 研修・勉強会の評価への意見

- とても考えさせられた勉強会でした。
- とても良い研修会でした。
- いつ誰が当事者になるかわからないため、今回のような研修は定期的にあったほうが良いと思います。
- 他職種から意見が聞けて良かった。
- 他職種で分析することで、さまざまな目線での意見がでて、より良い対策が立てられるなと思いました。

3. 患者・家族への配慮への意見

- もう少し家族の不安を取り除ける説明など出来ていれば良かった。
- お紹介と感じるくらい患者さまの家族と連絡を取った方が、治療もスムーズに進み、病院の評価も上がると思う。
- 患者さん、家族主体でケアしていきたいと思います。

VI. 結論

患者相談窓口の体制を構築することにより、医療サービスの利便性や患者の安心感が向上し、医療の質の改善やトラブルの早期解決に寄与が可能となる。一方で、運営には適切な人員配置や継続的な改善が必要となるため、組織全体での取り組みと体制整備を継続的に行うことが重要である。これにより、患者満足度の向上と職員に対しても患者相談窓口の介入・支援による、働きやすい職場環境にも繋がると考え、患者、患者家族、スタッフ間における医療現場の円滑な運営が実現できると考える。

今後は、患者サポート体制充実加算の届出を行うため、患者相談窓口における人材の教育及び増員を図り、課題である常時配置の要件を満たすよう組織、体制を強化していく。

V. 考察

患者相談窓口の体制を整備・構築したことで、利便性とアクセスが向上したと考える。相談窓口の設置、役割を明確にすることで、患者や患者家族が気軽に医療に関する疑問や不安を相談できる環境を整備でき、患者相談窓口を通じて患者の声や意見を収集することで、当院としてサービス改善や問題点の早期発見が可能となる。結果として、医療の質の向上に寄与すると考える。

続いて、患者の安心感の促進が図れることである。相談内容や発生事案に対し、専門スタッフによる対応が可能となり、患者は自身の疑問や不安を解消しやすくなる。これにより、医療に対する信頼感や安心感の向上が見込まれると考える。

そして、問題解決の迅速化である。患者からの苦情やトラブルの早期発見・解決が促進され、医療現場のトラブルを未然に防ぐ効果も期待される。

一方で、相談窓口の運営にはスタッフの負担増や対応体制の整備が必要となり、適切な人員配置や人材の育成、研修の実施、情報共有の仕組みづくりが重要であると考え。

最後に継続的な改善の必要性も感じており、体制構築後も、定期的な体制の評価や相談者や職員へのフィードバックを行い、サービスの質向上や運営効率化を図ることが課題であると考え。

人間ドック・健康診断、受診勧奨への取り組み ～身体の SOS は見た目だけではわからない～

仙台ロイヤルケアセンター

総務課 ○槻田美紀

I. はじめに

生活習慣病の増加をよく耳にするが、毎年行う人間ドック・健康診断を受けるだけで終わってしまっていないだろうか。疾病の早期発見・早期治療ができていれば短い治療期間で済んだはずが、放置したために時間もお金も、身体への負担も増えてしまうことにもつながる。イキイキとした生活を送るためには、何より健康第一。仕事もプライベートも元気な身体であることが重要と考える。

当施設の職員も全体の 51.8%が再検査・要精密検査該当となり、受診勧奨への取り組みを進めている。

II. 取り組み目的

再受診率 100%を目指し、職員へ受診勧奨を行う。各種疾病の早期発見・早期治療に対応し、職員の健康増進に力添えする。

III. 取り組み方法

1. 対象:再検査、要精密検査、要治療と判断された職員

2. 期間:令和 5 年 5 月～令和 7 年 3 月

3. 方法:

1)アイネット・メルタスの活用

毎月、アイネットにて全体周知を行った。しかし当施設の現状、アイネットを確認する職員に限られ、全体周知には至らない。そこで各種役職者へ自らの部署への伝達を徹底していった。また医療・介護連携サービス「メルタス」を活用し、職員一人一人のアカウントへ連絡することが可能となった。

2)衛生委員会での報告

毎月の安全衛生委員会で該当職員の割合、受診率を報告している。偶数月には産業医の医師が委員会に参加し、助言をいただいている。委員会には各役職者が参加しているので、自部署への周知も意識づけた。

3)受診結果報告票の提出の徹底

再受診をしているのに報告がないことが多かった為、受診勧奨のお知らせとともに、受診結果報告票も添付し、報告を上げるように今一度周知した。新しく入職した職員は減免制度を知らないことも多く、グループ病院受診も勧めていった。

4. 分析方法:再受診の人数を令和 4 年度、令和 5 年度と比較

IV. 結果

令和4年度

全体人数:145 名 再検査該当者:50 名

受診者数:19 名

令和5年度

全体人数:156 名 再検査該当者:67 名

受診者数:40 名

令和6年度

全体人数:158 名 再検査該当者:82 名

受診者数:33 名

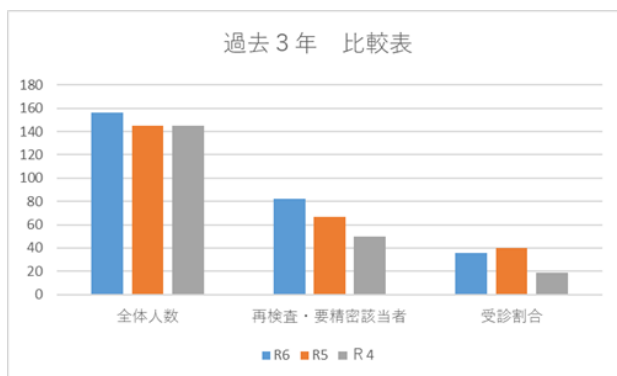


図 1

V. 考察

繰り返し連絡をしても反応がない職員もいた。ただただ忘れていただけなのか、受診を考えていないのか今後は確認していきたい。そうすることでアプローチ方法も変えていくことができる。

令和6年度は数字が令和5年度よりも低かったが実際に受診をしたが報告がされていないケースであった。報告することよりも受診にいった事実が大切であり、紙ベースで印刷し記入するといったアクションの多い受診結果報告での報告が浸透しないのであれば、別な方法に変えるのも一つの手ではないかと考える。

職場としても、フォローアップ体制の整備の中で特定保健指導との連携を強化することや、長時間労働や職場環境の見直し、職員とのエンゲージメントとワークライフバランスの向上に向けた取り組みも行っていきたい。今後も健康意識の高さを保ちつつ、受診推奨や受診報告へと繋げていきたい。

VI. 結論

つい自分のことは後回しにしていまいがちだが、疾病は突然やってくるものではなく、日々の積み重ねの結果である。健診は受けただけでは意味がなく、診断結果はその積み重ねを見える化し、健康を守る「最初の一歩」である。結果から生活習慣の改善、疾病の予防や治療に活かしていく。幸いにも産業医の医師からも当施設の再検査受診率割合が高いといい評価を受けている。良いところはさらに伸ばしていけるよう今年度は下記の新たな取り組みを追加し、再受診率の向上を図っていく。

- (1) Google フォームを活用した受診結果報告
- (2) 自身の再受診推奨月に合わせた告知方法

全盲の職員採用から定着までの取り組みについて ～安定した障害者カウント獲得を目指して～

仙台青葉ロイヤルケアセンター

総務課 ○飛田^{とびた}将孝^{まさたか}

I. はじめに

従業員が一定数以上の規模の事業主は、従業員に占める身体障害者・知的障害者・精神障害者の割合を「法定雇用率」以上にする義務がある。

民間企業では、算定基礎の労働雇用者数(週20時間以上勤務のパート職員を含める正規雇用職員者数)の2.5%の障害者雇用が義務付けられている。2023年時点では2.3%、2024年4月に2.5%、2026年7月に2.7%と段階的に引き上げられる。

これまで当施設では基準をクリアしていたが、2023年8月から障害者雇用の職員が入院し障害者カウントがマイナスとなり、今後障害者の法定雇用率が引き上げられることも踏まえ障害者の新たな雇用が必要であると考えていた。

そんな中、全盲の方よりマッサージ師の求人に応募があった。当施設では全盲の方の採用実績がなくどのような準備や配慮が必要かわからず苦慮していた。そこでこの方が入職から現在定着に至るまでの取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

まずこの職場で勤務できるかを判断し、採用となった場合、職場に定着することを目的とする。その上で安定した障害者カウントの確保、維持を目指していく。

カウント数は、2023年度の法定雇用数19.8に対して20.0とプラス0.2(2023年10月時点の人員で計算)ではあるが、2024年度の法定雇用数が22.1に引き上げられ、年間でマイナス2.1になる為、プラスを維持できるように、受入範囲を拡大し、2024年度の障害者カウント数クリアを目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:障害者雇用受入部署

通所利用者

障害者就労支援センター

アイサポート仙台等

2. 期間:2023年10月～2025年3月

3. 方法:

1)面談

就労者から応募があり、どのように進めていけばいいかわからなかったので、障害者就労支援センター、アイサポート仙台に相談し、面談を実施する。

2)所属部署とのヒアリング

所属部署に業務内容、方法についてヒアリングを行う。通所リハビリでマッサージの需要があり、移動が少ないことから、通所リハビリでの勤務で検討することとなる。

3)就労者の通勤訓練

遠方でバスでの通勤となる為、就労者の自宅から職場までの通勤訓練を実施。はじめはアイサポート仙台担当者と通勤し、3回目からは一人で通えるようになった。

4)雇用前のトライアル実習の実施

マッサージ師としての勤務経験がなかったので、職場でのトライアル実習を開始することとなる。求職者と日程を調整し、3日間のトライアル実習を行い、実際に業務を行う中で1日当たりの人数や1人当たりの時間等、ヒアリングを行い、日々の業務内容を確認し、採用する方向で調整を進めることとなった。

5)研修

視覚障害の特性や配慮事項について職員に研修を行う。(呼びかける際は、相手の名前を呼び自分の名前も言う、物をさす場合は、「これ、それ、ここ、そこ」ではなく、「右」「左」「前」など、具体的に伝える、導線に物を置かない等)

6) 最終調整

本人と面談を行い、必要なものや困っていること、相談する際の担当者を確認。
アイサポート仙台担当者同席のもと条件を確認し、正式に採用となる。

IV. 結果

2023 年度は法定雇用数 19.8 に対して 20.0、2024 年度は 22.1 に対して 40.0 と大きく上回ることができ、2026 年に 2.7% に上がったとしても基準値をクリアできる状態になっている。

内訳として、2023 年 10 月から休職者が 1 名復帰し、清掃員が 1 名入職、マッサージ師が 1 名入職したことで基準値をクリアできる人員配置となった。

全盲のマッサージ師の方も職員からのサポートもあり、現在も安定して就業することができている。

V. 考察

入職者が採用され、定着に至るまでの要因は次のものが考えられる。

(1) 所属部署とのヒアリング

全盲の方が働くうえでの問題点や現場のニーズをすり合わせ、こちらの考える働き方を面談時に提示した。

(2) アイサポート仙台との連携

仲介に入っていただくことで本人に聞きにくいことを相談でき、通勤訓練や契約に同席して頂くことでトラブルなく採用まで繋げることができた。

入職後も担当者と面談を行い、就労者の悩みや考えを聞くことができ改善に繋げることができた。

(3) トライアル実習の実施

通勤訓練を経て、トライアル実習に移行。実際の業務を体験することにより雇用後の不安を取り除くことができ、業務のイメージを膨らますことができた。

担当部署も配慮することや業務の流れ等を把握することができ、利用者からも好評の声をいただくことで、障害者雇用への信頼、理解を得ることができた。

(4) 雇用後のフォローアップ

雇用後は月に一度の面談を設けて精神面でのフォローアップを行った。定期的な面談があることで職場環境や業務内容の改善にも対応することができた。

VI. 結論

全盲の方の採用が初めてだったこともあり、外部機関を交えた面談、通勤訓練、トライアル実習と段階を踏んだことで採用までの課題や入職後の働き方がイメージでき、採用後も大きな問題もなく就業することができている。

タイムカードがうまく打刻できないという問題があったが、近くにいる職員が積極的に声をかけて手伝いをするのが習慣化されており、その他の場面でも円滑なコミュニケーションがとれていることで定着に繋がっていると考えられる。

今回は全盲の就労者の採用ということで、通勤に不安があったが、バス停から施設までの点字ブロックがもともとあった為、特に新たに準備する必要はなかった。

2026 年 7 月に更に障害者の雇用率が引き上げられる為、現在就業している職員が長く勤められるようにコミュニケーションをとり、今後も障害者カウントを維持していけるよう努めていきたい。

ハローワーク協働企画！福祉のおしごとツアー見学会 ～まずは見学に行ってみませんか～

丸森ロイヤルケアセンター

総務課 ○栗野航史^{あわのかずふみ} 遠藤紗央里

I. はじめに

丸森町は過疎化が進み、若年層の都市部への流出が顕著である。また「低賃金」「介護職員に対する社会的評価の低さ」などが要因して、“介護職離れ”は深刻な問題とされており、当施設も採用には苦戦を強いられてきた。そんな中、当施設は以前より経費をかけない採用手段として、ハローワークやジョブオブ等を使用して求人活動を行ってきた。

II. 取り組み目的

当施設は採用困難な介護人材確保を目的に、これまでも管轄ハローワーク主催の事業所説明会に定期的に参加していた。また、ハローワークの求人ブースには求人広告を設置するなど、さまざまな取り組みを行っている。しかし、採用に繋がるケースはほとんどなく、新たな採用手段を模索する中で、管轄ハローワークと協働で「福祉のお仕事ツアー見学会」を企画するに至った。その取り組み成果について以下のとおり報告する。

III. 取り組み方法

1. 対象：管轄ハローワークを利用している求職者
2. 期間：2024年11月～2025年3月
3. 方法：

1) 開催日の選定

より効果的に参加を募るため、ハローワーク職員との打合せの中で、求職者の活動傾向などのアドバイスを受け、開催日を選定した。

2) 見学ツアーの内容について

管轄ハローワーク職員と見学ツアーの内容

について以下のとおり協議した。

- ① 見学ツアー当日の送迎体制について
- ② 参加定員やタイムスケジュール
- ③ レクリエーション保険加入の可否
- ④ 希望職種が混在した場合の対応方法

3) 他部署との連携

今回の見学ツアーを開催するにあたり、送迎体制を整える必要があった。総務課だけでは対応が難しい状況であった為、看護部に協力を依頼した。当日見学案内を担当する職員が送迎に加わってもらうことで、送迎中の車内でも会話が弾み、交流が図れた。また、求職者からも見学時に聞きそびれたという質問なども飛び交い、非常にいい雰囲気を作ることができた。

4) 広報物の制作

ハローワークの指定フォーマットが存在したが、求職者の目を引くクオリティーの高いものにできなかった為、製作は東北ブロックの広報課に依頼、指定フォーマットに準ずる形で完成度の高いチラシに仕上がった。

5) 周知

管轄ハローワークの求人窓口相談に来ている求職者にハローワーク職員から直接配布してもらった。また、管轄ハローワーク内の待機スペースにも掲示してもらい、幅広く周知した。

Ⅳ．結果

今回の見学ツアーの参加者は合計 8 名で、内訳としては、事務職 3 名・介護職員 5 名となった。また、参加者アンケートにおいては好意的な回答が多く得られた。

アンケート結果を表 1 に示す。

表 1 見学ツアー参加者アンケート結果

- ・実際に働いてる方の様子が見学できた。参加してよかった。
- ・福祉の仕事は大変だと思った。
- ・お風呂などを見ることが出来たことで今後の参考になった。

入退職の実績結果を表 2 に示す。

表 2 入退職結果比較(介護職員)

期間	入職数	退職数	離職率
2023 年 4 月～2024 年 3 月	2	1	50%
2024 年 4 月～2025 年 3 月	1	0	0%

注 1: 期間内のハローワーク経由の採用数

注 2: 期間内のハローワーク経由入職者の退職者数

Ⅴ．考察

表 2 のとおり、入退職の比較を行った結果、採用数は昨年度より減少したが、退職数の低減につながった。見学ツアー参加後に入職したことで、実際に働く現場を事前に確認でき、入職後のアンマッチが少なかったことが一因と思われる。介護業務の「キレイな場面」だけを見学していただくのではなく、重労働な「入浴介助」の現場などをあえて見学していただいたことで、自身の就労に対するイメージがもちやすかったのではないだろうか。こうした

現場のリアルな内容も正確に伝えることで、潜在的に興味を持っている層に対して有効であると考え

る。

また、初めての試みにも関わらず定員枠に達した参加率であったことは、当施設独自のイベントではなく、管轄ハローワークと協働で企画した影響が大きい。個人で見学するよりも集団で、かつ管轄ハローワーク職員も帯同するイベントであったことで、参加者の「安心感」を得られたのだろう。さらに、交通の便の悪い丸森という地理的なマイナスイメージも、送迎体制を敷くことで払拭でき、また参加者の負担軽減にも寄与できた。

・結論

今回のイベントを開催して、入職前の見学の重要性を改めて認識した。今回採用に繋がった介護職員以外の職種についても、業務する上での「苦慮する場面」をあえて知っていただくことで、入職後の乖離防止に繋がる。そういった場面を見学の段階でどこまで正確に、丁寧に求職者に伝えることができるかが重要である。また、丸森という地域のイメージとして、多くの求職者が話されることは、「通勤が不便」であるという点である。

そうしたイメージから、これまでは見学も伸び悩んでいた。しかし、実際に見学ツアー参加者からの反応は、「行ってみたら意外と遠くない」、「通勤も大丈夫そうだ」といった感想だった。過疎地域のイメージを払拭し、見学へのハードルを下げる手段として、今回の見学ツアーは非常に有効だった。丸森町は福島県と隣接している地域であるため、管轄ハローワーク以外にも、通勤圏内に別のハローワークが存在する。今後は今回の実績をもとに、他地域のハローワークとも何か企画していけないかと考えている。採用に関しては、まずは見学者数を伸ばすこと、見学対応をする職員の教育などにも注力し、今後も、総務課だけでなく、施設一丸となって取り組んでいきたい。

地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して ～目標達成率 100%の実践～

利府仙台ロイヤルケアセンター

支援相談員 ○菅原あや リハビリテーション科 及川くるみ 看護部 齋藤寿

I. はじめに

当施設の通所リハビリテーションは定員 45 名、要件を満たした大規模事業所として基本報酬を算定している。さて、所在地となる宮城県宮城郡利府町にはもう一つ介護老人保健施設がある。当施設から車で 5 分程度の距離に位置しており、通所リハビリテーション定員 90 名と当施設の 2 倍である。送迎範囲も同一区域で強力な競合相手といえる。今後も利府町を始めとする地域の基盤を確実なものとし、持続可能な通所リハビリテーションサービスを提供していくことが責務となる。

II. 取り組み目的

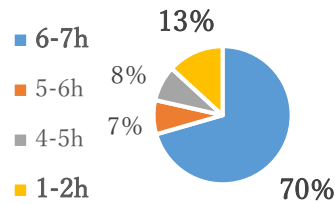
表 1 の通り、通所リハビリテーションサービスの稼働率は令和 4 年度から減少傾向にある。

表 1

	令和 5 年度	令和 4 年度
稼働率	70.5%	71.6%
平均利用者数	31.7 人	32.2 人
新規利用者数	6.3 人	3.8 人
体験利用者 (利用率)	5.4 人 (53.7%)	2.8 人 (67.9%)
相談件数	14.9 件	9.3 件

しかしながら、相談件数と新規利用者数ともに約 60%上昇している。体験利用から利用開始につながった割合こそ下がっているが、相談件数は上昇している。この状況で稼働率が上がらない要因の一つとして、短時間利用者の増加があげられる。表 2 から 6・7h 利用者が減少し、1・2h 利用者が増

令和5年利用時間内訳



令和4年利用時間内訳

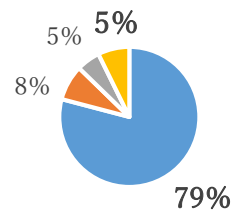


表 2

加していることが分かる。このことから、6・7h 時間の利用者の増加が改善点と考える。もともと当施設では『リフティブ』コースを始めとする短時間利用枠が多いことを強みとしていた。利用者様や居宅介護支援事業所からも「デイケアを利用したいが夕方までは長すぎる」「リハビリが終わったらすぐ帰りたい」と一日利用に消極的な相談が多い。また、6・7h 利用の相談がきたとしても、入浴サービスや送迎体制等のキャパシティから調整に苦慮するのが現状だった。6・7h 利用調整を阻む要因を整理したところ以下の 3 つが挙がった。

1) 施設車両と送迎コースが複雑化しているため通所リハビリテーション看護部職位者とししか新規利用の相談ができず調整に時間がかかる。

2) 入浴サービスを上限枠まで実施しているため新規利用者の調整に難渋する。

3) 利用休止中の利用者様も考慮しながら新規利用者様の調整すること

そこで、通所リハビリテーション運営に関わる看護部、リハビリテーション科、支援相談員担当者にて話し合い、打ち出した下記の 5 項目を実践していく。

III. 取り組み方法

1. 対象: 利府仙台ロイヤルケアセンター

通所リハビリテーション(介護予防含む)

2. 期間:令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月

3. 方法:

1) 問い合わせ段階から居宅介護支援事業所に情報を収集する。この時に些細な雑談から情報を引き出せるよう「紹介してほしい」という圧力は与えないように留意する。集めた情報から個別ニーズを把握、どのように対応していくかを検討。

2) 新規利用枠(6-7h利用、6-7h未満の短時間利用)を可視化できる表を作成。普段から看護部と支援相談員にて共有することで利用休止枠と新規受け入れ枠を明らかにする。隙間を埋めるように空いている枠に新規利用者を調整していく。

3) 曜日ごとの座席表を作成。2)の表と同様に看護部、リハビリテーション科、支援相談員にて共有。また、施設到着後の誘導表として毎朝全スタッフが確認できるようにすることで席の変更や新規利用者の誘導を滞りなくする。

4) 問い合わせ、新規利用の相談に対して居宅介護支援事業所へ迅速な返答を行う。業務都合で看護部との早急な相談が難しい時には2)の表を基に、支援相談員が調整し即日返答する。ケースによって相談が必要な場合には事前に説明し了承をいただき、翌日返答とする。

5) 入浴サービスの提供困難を理由に新規利用者を取りこぼさないよう看護部の週案を見直す。その日の利用人数に応じて午後にも入浴できる体制に変更した。入浴により看護部の人員が手薄になる時間帯は集団体操などでリハビリテーション科がフォローに入る。

4. 分析方法:

表 3 を参照に令和 4 年度から令和 6 年度の通所リハビリテーション実績から分析を行う。

IV. 結果

表 3 の通り、稼働率は 2.8%、平均利用者数は 1.3 人上昇した。新規利用者は年度平均 7.3 人だった。最も相談が殺到した令和 6 年 8 月と 9 月は 11 人ずつ新規利用者の調整を実施した。

その成果として令和 6 年稼働率の目標達成率は 100.4%となった。

表 3

	令和 6 年	令和 5 年	令和 4 年
稼働率	73.3%	70.5%	71.6%
平均利用者数	33.0 人	31.7 人	32.2 人
新規利用者数	7.3 人	6.3 人	3.8 人
相談件数	17.8 件	14.9 件	9.3 件

V. 考察

5 つの取り組みの実践から、支援相談員として業務にあたる中で、居宅介護支援事業所との対話が非常に増えた。特に紹介件数の多い事業所とは毎日のように連絡を取り合っている。時には、その連絡から長期入所の相談に入ることもある。実際に通所リハビリテーションと長期入所の紹介率は比例しており、事業所との関係構築がいかに重要か、メゾの視点からも理解できる。

現場では、利用者様の何気ない一言を看護部スタッフが聴き取ってデイルームでの過ごし方を調べていく。利用時間変更や追加利用など、リハビリに関連することはリハビリテーション科スタッフが対話から把握することが多い。ニーズの個別化から短時間利用者が 6-7h 利用へ移行するケースも複数あった。

各職種の視点から利用者様の潜在的なニーズを表出につなげられることは満足度に直結する。さらに、達成感や利用者様との信頼関係形成が看護部やリハビリテーション科スタッフの行動意欲向上にもつながっていく。まさに看護部、リハビリテーション科、支援相談員が一体となって通所リハビリテーションをより発展していくサイクルが構築されたのではないだろうか。

VI. 結論

稼働率向上のために実践した 5 つの取り組みから居宅介護支援事業所との情報が密になった。今後はさらに高度な目標達成のために 5 つの実践を強化していきたい。その結果が地域における当施設の価値を向上させ、より良いサービスの提供の道筋となる。

EPA 介護福祉士候補者の順応度合いの検証 生活環境・学習環境の整備までの道のり

特別養護老人ホームおさなぎ
総務課 ○竹川 貴之 新海 万有美

I. はじめに

2024年12月、当施設において初めてとなる EPA 介護福祉士候補者2名の受入れを行った。これまでも定住している外国出身者の採用は既に前例があったが、日本に居住歴のない方の受入れは今回が初めてである。

受入れ状況を振り返るにあたり、定着度合いを測る手法や数値指標などは存在せず、推し量るものが少ないことは承知であるが、独自の視点でこの EPA 候補者の方が当施設や寒冷な当地域での生活に順応できているかをチェックし、3年後の介護福祉士資格取得に向けた、総務課としての橋渡しが出来ているのかを検証する。

II. 取り組み目的

EPA 候補者の生活面での負担の軽減、また総務課内での対応度合いの成果を確認し、今後に向け受入れ対応のレベル向上を図ることを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:2024 年 EPA 介護福祉士候補者
2. 期間:2024 年 12 月～現在(6 か月)
3. 方法:
 - 1)入職前から現在までの対応状況をチェックする
 - 2)EPA 候補者の生活状況とその満足度を確認する
 - 3)学習(日本語など)の習得状況を確認する

IV. 結果

- 1)「対応状況のチェック」について
フィリピンから2名の受入れが決定してから現在までの事務作業手続きについては下記の通りである。
(入職前)
求人登録申請○
マッチング意向確認○
雇用契約○
半年間研修時の候補生とのやり取り○
(入職時)
行政手続き○
入居手続き○
(入職後)
入管手続き○
定期報告○
JICWELS 訪問○
初めての状況で各方面に確認しながらの対応ではあったが、全てにおいて期限内までの対応を実施した。
- 2)「EPA 候補者の生活状況とその満足度」
今回対応に最も苦慮した点がここである。
「居住地」・・・施設が果樹園に囲まれていることもあり、近隣に(候補者から希望のあった)家電等設置済のアパート等が皆無であり、住まいの選定に苦慮した。結果施設から 2.7 km離れた場所に借り上げ、そこからの通勤となった。
「通勤の足がない」・・・候補者が来た時期が12月であり、自転車での通勤が不可能な状況であった。当然ながらバスは出でおらず、足元の状況の悪い中、徒歩での通勤となった。
「気候」・・・今冬は積雪が特に多く、寒い日もあわせて多かった。気象条件の悪い日の勤務では朝夕の

通勤に影響が及んだ。また慣れない環境下での日常生活(買い物等)も、スーパーまでの距離を考えると不便であったと推測される。

3)「学習(日本語など)の習得状況を確認」
現在、午後の定期的な時間で自己学習を実施しているところだが、現時点での習熟度については JICWELS の確認によると標準に到達していない状況である。

V. 考察

今回受入れを実施するにあたり一番危惧していたことは生活面での順応度合いが学習環境に影響を及ぼさないかであった。幸いなことに春を迎え1名は自転車での通勤が可能になったが、もう1名は自転車に乗れないこともあり、今も徒歩での通勤である。(現在職員の協力もあり自転車の乗車訓練中である)

時期的に一番厳しい環境下での受け入れとなり、都市部と比較すると不便ではあるが、その分行政手続き等を遺漏なく行うことで、候補者の不安材料を1つでも払拭できたのではないかと考える。

しかしながら日本語の習得状況を見ると現時点で JICWELS が想定する基準に達していないとの判定から、今後の学習環境の提供について考慮する必要がある。

VI. 結論

事務側として一番の不安点であった行政や入管の手続き、さらには JICWELS の対応などは実際に対応することで、時間の経過とともに解消された。生活環境の整備は普段から候補者とコンタクトを取っており、必要以上の改善依頼もないことから、まだ半年の経過であるが周辺環境に慣れてきたと判断できる。しかしながら今後の受入れ時は施設までの距離を勘案し、さらなる物件のリサーチと把握、JICWELS での研修時の打ち合わせなどの際に、候補者のニーズを確認し対応したい。

今回一番の課題となった学習状況(日本語学習)の進捗について、現在は座学のみであり学習量が不足しており、今後 web 学習での補足を行う必要がある。その際、費用も候補者本人の負担になる可能性が高いことから、事務側として補助金の申請等で経費負担を緩和し、精度の高い学習環境を提供したい。また次年度には行政(県)で実施の外国人介護職員向けの国家試験対策講座に誘導し、漏れのない対策を実施したい。

在宅患者の緊急入院における医療連携の課題と成果

地域包括ケアシステム推進における医療事務の貢献

イムス札幌消化器中央総合病院

地域医療連携室 ^{はやし} 〇林あずさ

I. はじめに

近年、地域包括ケアシステムの推進に伴い、医療機関は在宅医療を支える役割を一層求められている。特に、在宅で療養中の患者が体調悪化により緊急入院を要するケースが増加しており、これに対する適切な医療提供と診療報酬算定は、病院経営および地域医療連携の観点から重要な課題となっている。

そこで、当院が2023年11月より在宅患者緊急入院診療加算の算定を開始した経緯とそれに伴う医療連携室の取り組み、算定開始後の成果について報告する。

II. 取り組み目的

1. 在宅患者を支える医療機関としての役割を明確化し、在宅患者の緊急入院を円滑に受け入れる体制を構築すること。
2. 診療報酬の適正算定を通じて、在宅医療連携に関わる医療資源を適切に評価し、病院経営に貢献すること。

III. 取り組み方法

1. 対象: 在宅患者緊急入院診療加算の対象となった入院患者
2. 期間: 2023年11月～2025年5月
3. 方法:
 - 1) 「在宅患者緊急入院診療加算」の算定要件を確認し医事課へ情報共有をした。
 - 2) 在宅医療機関からの緊急入院の患者を当院で受け入れたことを報告するFAXに加えて算定に必要な項目にチェックを記入いただく

専用の用紙を添付し、紹介元の在宅医療機関より当院へ返信してもらい情報収集する取り組みを開始した。返信用のチェック表には患者名、生年月日、紹介受診日、チェックボックスと在宅管理料を一覧にして記載して紹介元はチェックを付けて返信するだけで当院への対応が完了するように作成した。(図1)

2025年7月31日

「紹介元医療機関名」
事務担当者様

在宅患者緊急入院診療加算の算定に関して

拝啓 貴院ますます活発のこととお慶び申し上げます。
当院に入院されました患者様の在宅患者緊急入院診療加算の算定に関して、以下の内容をご教示いただけますと幸甚に存じます。
お忙しい所恐れ入りますが、当用紙にご記入の上、添書きは不要ですのでFAXにてご送信くださいますようお願い申し上げます。
ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡下さい。

敬具

患者様氏名:「氏名」様
生年月日:「生年月日(西暦)」
来院日:「紹介日・来院日・入院日」

以下の在宅管理料を当月、又は前月に算定の有無を□へチェックお願い致します。

☐ C002 在宅時医学総合管理料	☐ C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
☐ C002-2 施設入居時等医学総合管理料	☐ C109 在宅療養患者処置指導管理料
☐ C003 在宅がん医学総合診療料	☐ その他在宅療養指導管理料
☐ C103 在宅酸素療法指導管理料	(C101 在宅自己注射指導管理料を除く)
☐ C104 在宅中心静脈栄養療法指導管理料	【
☐ C105 在宅成分栄養経管栄養療法指導管理料	☐ いずれも算定していない
☐ C106 在宅自己導尿指導管理料	】

貴院名:「紹介元医療機関名」

〒062-0842
北海道札幌市西区八軒2条西1丁目1番1号
イムス札幌消化器中央総合病院 地域医療連携室
TEL: 011-555-2770 (直通) FAX: 011-640-3256 (直通)

図 1

3) 算定状況や患者情報を確認するためのチェックリストを作成し、緊急入院患者の情報を定期的に確認する体制を確立した。このチェックリストには患者受診情報に加え、紹介元医療機関、紹介元より回答いただいた算定している管理料名、算定2または3の区分、当院からのFAX送信日、紹介元

からの FAX 返信日を記録している。

2025 年度より平均 9 件/月を目標に設定しており、週に 1 度返信の到着状況を確認し、返信が来ていない紹介元に対しては挨拶や到着確認とともに算定に関する情報の聞き取りも行った。リストを医事課へ共有することで確認体制の強化にも繋がっている。

4. 分析方法:上記期間における「在宅患者緊急入院診療加算」の月次算定件数および算定額をチェックリストより抽出し集計した。これにより、加算算定開始後の収益への貢献度を定量的に評価した。

IV. 結果

当院における在宅患者緊急入院診療加算の算定開始から 1 年 7 カ月が経過した。

- 1.算定実績:平均 7.3 件/月の在宅患者緊急入院診療加算を算定することができた。(表 1)
- 2.収益貢献:本加算の算定により月間約 7,000 円(合計約 130,000 円)の増収となった。(表 1)

表 1

	対象患者	算定数	算定額
2023 年度	207 名	33 件	33,000 円
2024 年度	586 名	92 件	92,000 円
2025 年度	83 名	14 件	14,000 円

3.医療連携の強化:算定開始に伴い、地域の医療機関との連絡が一層細目になり、より密な情報連携が図られるようになった。

4.院内体制:関連部署間での情報共有がスムーズになり、在宅患者の緊急入院に対するスムーズな受け入れ体制が確立された。

V. 考察

今回の取り組みにより、在宅患者緊急入院診療加算の適正な算定が可能となり、病院経営に一定の貢献を果たすことができた。これは、単なる診療報酬の獲得に留まらず、地域の在宅医療を支える

当院の役割を再認識し、他部署との連携・地域医療連携室の機能強化に繋がったと考えられる。

特に、地域医療連携室が在宅医療機関との架け橋となり、必要な情報が円滑に共有される体制を構築したことが、適正算定の基盤となった。しかし、算定要件の継続的な確認や、在宅医療機関との更なる連携強化が今後の課題として残っている。

VI. 結論

在宅患者緊急入院診療加算の算定開始は、当院の医療連携体制の強化と経営改善に貢献するとともに、地域包括ケアシステムにおける当院の役割を明確にする上で重要な一歩となった。今後も地域医療機関との連携を密にし、在宅で療養する患者が安心して緊急時に医療を受けられる体制を維持・発展させていくことが重要と考えられる。

参考文献

- 1)厚生労働省 令和 6 年度診療報酬改定の概要【在宅(在宅医療・訪問看護)】
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251538.pdf>
- 2)厚生労働省 令和 6 年度診療報酬改定の概要(医科)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf>

精密検査受診率向上と収入増加への取り組み ～受診者の疾患予防と経営基盤強化の試み～

イムス札幌消化器中央総合病院

医事課 ○荒井^{あらい}玲^れ奈^な

I. はじめに

疾病の早期発見・治療、予防を目的としている健康診断であるが、厚生労働省の調査によると、二次健診の受診率は、健康診断で有所見とされた人のうち 48.3%であり、多くの人が異常を放置したままである。

疾病の早期発見は、治療成功率を高め、負担を軽減するため非常に重要である。特にがんなどの疾患は早期に発見することで、治癒の可能が大幅に向上する。例えば、大腸がん、子宮がん、乳がんなどは早期発見できれば、9 割以上の人が治癒するといわれている。

にもかかわらず、多くの人が異常を放置してしまう背景には、二次健診への心理的抵抗感や、受診手間といった要因が存在すると考えられる。

これらの課題を解決し、二次健診の受診率を向上させることが、健診本来の目的である疾病の早期発見と予防を実現するために重要である。

II. 取り組み目的

一次健診後に二次健診(精密検査)を要する受診者が、受診勧奨にもかかわらず受診に至らず、健康リスクの放置や収益機会の損失につながるものが課題となっている。

今回の取り組みは、健診センターにおいて、二次健診受診の妨げになっている要因を多面的に分析し、受診者がスムーズに受診へつながるような運用改善・支援策を検討・実施することを目的とした。また、それにより健診業務の質的向上と、保険診療の収益改善の両立を図ることを目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象: 一次健診において要精密検査の判定が

出た受診者を対象とした。

2. 期間: 2024 年 8 月～2025 年 3 月

3. 方法:

- 1) 二次健診受診率と要精密検査項目の分析
- 2) 郵送による受診推奨
- 3) 保険診療部門と連携し、二次健診のスムーズな予約体制確立
- 4) 地域医療連携室・企画室と連携し、広報活動の強化

4. 分析方法:

健診データより、対象・期間を設定し、該当者を抽出。該当者のカルテから要精密検査項目の受診があるか分析。月別、検査項目別で受診率を算出する。

IV. 結果

2024 年 8 月～2025 年 3 月で健康診断を受診した人のうち要精密検査となった人の割合は 44.3%であった。また、要精密検査のなった人のうち、当院に二次健診受診した人の割合は 24.9 %であった。(図 1、2)

2024 年 8 月～10 月の 3 か月で項目別に算出したところ、要精密検査となった人が多かった項目が、(1)便潜血検査、(2)脂質、(3)肝機能、(4)腹部エコー、(5)心電図であった。

件数上位だった項目で受診率を算出したところ、一番高かったのは、腹部エコーで 41.3%、一番低かったのが肝機能で 13.11%となった。(図 3)

図 1

	二次健診受診	要精密検査	健診受診者数	受診率(%)
2024年8月	21	75	163	28.00
2024年9月	26	97	217	26.80
2024年10月	35	111	266	31.53
2024年11月	21	118	185	17.80
2024年12月	13	66	146	19.70
2025年1月	14	62	159	22.58
2025年2月	20	72	188	27.78
2025年3月	16	66	182	24.24
合計	166	667	1506	-
平均	20.75	83.38	188.25	24.80

図 2

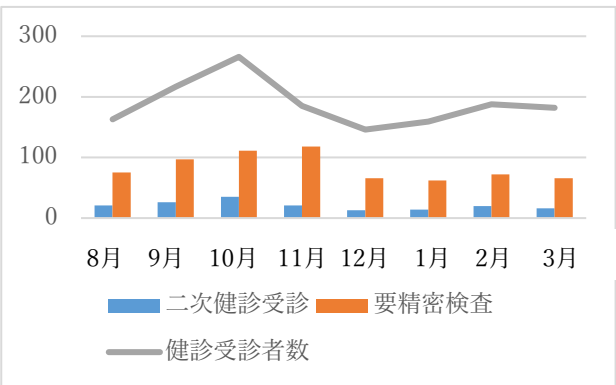


図 3

	便潜血		脂質		肝機能		腹部エコー		心電図	
	受診者	要精密検査	受診者	要精密検査	受診者	要精密検査	受診者	要精密検査	受診者	要精密検査
8月	8	22	3	13	2	14	3	13	1	7
9月	9	26	2	26	2	21	7	16	2	12
10月	11	31	6	26	4	26	9	17	3	10
合計	28	79	11	65	8	61	19	46	6	29
受診率(%)	35.44		16.92		13.11		41.30		20.69	

V. 考察

結果をみると、項目によって受診率に差があり、血液検査の項目が低いことがわかる。便潜血検査では「陽性」、腹部エコーでは所見が書かれているのに対して、血液検査の結果は数値のみであるため、精密検査の必要度が低く感じているのではないかと考えた。したがって、結果同封書類による精密検査の重要性の発信や二次健診のスムーズな予約体制による受診ハードルを下げる仕組みづくりが受診率向上に有効であると考えた。また、健康診断後結果郵送までの期間が1カ月程度経過してしまっている状況があったため健康診断から期間が空いてしまったことによる受診意識の低下があるのではないかと考えた。2025年5月より結果郵送期間短縮

に取り組んでおり2週間前後で郵送ができており、また2025年3月より二次健診推奨案内を郵送しているため、引継ぎ受診率の算出を行い、向上が見られないものにおいてはより、結果を元に有効な対策を検討することが求められる。

VI. 結論

現時点では取り組みの途中段階であり、改善結果の算出には至っていないが、受診率や要精査率が高い項目の傾向が明らかになってきた。

現在、健診結果の郵送期間の短縮(14日以内発送率95%)、健診枠の見直し、ドック項目追加、セデーション内視鏡等の導入、また、地域医療連携室主催で行ったイベント(看護の日)では健診のチラシやクーポンを配布するなど、健診・ドック等一次健診の増加に向けて取り組んでいる。

合わせて、スムーズな二次健診予約を可能とするため、予約を保険診療部門ではなく、健診センターで行える体制への変更できないか検討中である。保険診療部門と連携してスムーズ予約体制を確立していくことで二次健診受診時の手間を軽減していきたいと考えている。

今後、二次健診受診率を向上させることで、受診者の疾患予防・早期発見・早期治療つなげるとともに、健診センターおよび保険診療の収入増加を目指し取り組んでいきたい。

さらに、受診者にとって安心して利用できる、満足度の高い健診サービスを目指しながら、今回の結果をもとに今後も、継続的な改善と新たな取り組みを行っていく必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省.平成24年労働者健康状況調査
- 2) 全がん協部位別臨床病期別5年生存率
- 3) 福田沙織:職域健康診断における二次検診受診行動に関する要因の検討

透析症例獲得に向けた取り組みと成果

～One Team で勝ち取った増収～

イムス札幌消化器中央総合病院

医事課 企画室 ○五十嵐駿

I. はじめに

今年の4月、「企画室」として赤字改善を目的とする企画・実行部隊が設立された。そこに抜擢された私は、赤字を早期改善するにあたって病床高稼働と増収はマネタイズの要であると考え、透析に目を付けた。透析はベッド稼働40%と低い水準で推移しており、単価も高いことから改善の余地は十二分にある。以下取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

透析は現在ベッド稼働が40%台であり、コンスタントに紹介が来ていないのが現状。この稼働を50%まで向上させ、単価の高い外来・入院透析患者を増加させることが病院全体としての収益に大きく寄与する事が出来ると考え、最優先事項として取り組みを行った。

III. 取り組み方法

1. 対象: 透析治療を行う急性期・慢性期病院や診療所、リハビリ科を標榜していない透析医療機関、透析を標榜していない脳神経外科や循環器科
2. 期間: 令和6年12月～現在
3. 方法: 多職種連携・情報共有と、医療機関の調査・ヒアリングから営業Targetを絞り込み、医師同行営業を行う。さらに透析PRと空床状況を多用な媒体・イベント等を通じて周知する。

1) <受入体制再整理・受入フローの考案>

はじめに透析患者を受入れるにあたり、自院が現状出来る事・出来ない事を改めて整理。医師へは受入可・不可症例を確認し、長期療養患者

の受入れを、ある程度の期間を設けて受入れ頂くようお願い。又看護部には受入れ時の連絡方法と書類関係、総務課へ透析送迎範囲、送迎手段、送迎回数を再確認。送迎が今後有料になる話も上がっているが、無料送迎が基本市場であり、利用者にとってメリットがあるならまだしも、近隣には来年新たな透析施設が建設予定であり、これ以上のサービス低下は患者離れに繋がり兼ねない。営業・患者目線を忘れずに慎重に話を進めていく。また他疾患を併発する透析患者の受入方法が曖昧である事が分かり、透析会議で医師・看護部・ME・MSWと話し合い、受入フロー作成し全体共有を行った。

2) <営業Targetの絞り込み・同行営業>

次に現場が一番透析状況を把握していると考え、透析相談の窓口となっているMSWと腎臓内科医へヒアリング。そこから得た他院の内情・医師情報、移転情報と過去の透析紹介件数から医療機関をリストアップし、話し合いを行った。絞り込み結果は下記の通り。

- ・以前多く紹介頂いていた三次医療機関への再営業。
- ・リハビリのない透析施設からのリハビリ目的での透析患者獲得。
- ・脳・循環器は血管系疾患からの保存期患者が多く、外来からの透析症例獲得を狙う。
- ・透析施設が少ないエリア(新琴似・手稲区方面)からの紹介を狙う。

3) <市民へ透析ブランド化と意識付け>

市民向けの透析紹介リーフレットを作成。看護

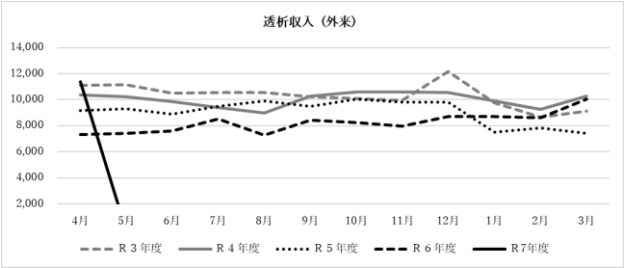
の日健康フェア等のイベント開催時に会場へ掲示し、その後もお世話になった大型スーパー店や JR 駅内、医療公開講座で利用させて頂いている会館へリーフレットを掲示して頂く。

4) <他院への透析ブランド化・意識付け>

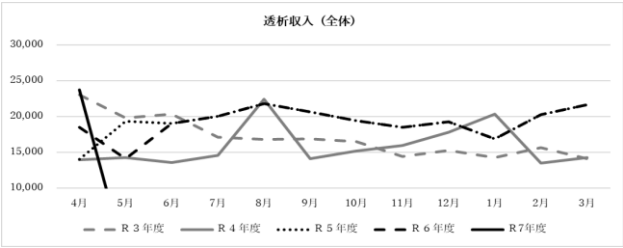
外部医療機関向けの透析空床状況をお知らせするパンフレットを作成。関係医療機関へ FAX・メールを送り、空床状況や透析室の特徴を載せ2週に1度周知。また透析ベッドの稼働が低下してきた際にも追加で周知し、さらに Target 以外の営業に出向く際にも透析パンフレットを持参し PR した。

IV. 結果

受入れフローを考案・周知してからは Dr.to で受入れるまでの時間短縮に繋がり、スムーズな受入が出来ている。同行営業後は三次医療機関や脳神経外科、リハビリ科を標榜しない医療機関や移転する医療機関等から紹介獲得。以前は全体の透析ベッド稼働が 40%で推移していたが、広報活動と同行営業を開始してからはコンスタントに紹介がくるようになり、ベッド稼働は1月で 45%、2 月で 50%弱、3 月で 55%、4 月の稼働率は 57%と 4 ヶ月間で約 17%向上し、外来透析は過去 5 年で最高の 1135 万 9 千円の収入となった(表 1)。全体収入としては入院から外来へ移行した患者もおり、増収に繋がった(表 2)。



(表 1)



(表 2)

V. 考察

現状の稼働で 1 年間稼働すると、年間収入 2 億 8 千万程度を予想でき、そこから稼働がさらに向上し、入院患者が増加すると年間 3 億円(前年比 +9000 万円)の実績も可能と考える。この結果が一過性のものとならず、持続的に高稼働できる仕組み・基盤を築く必要がある。

VI. 結論

今後の取り組みとして、今日までの活動を積み重ねていく事プラス α、2025 年度の事業計画にもある透析稼働 50%以上を維持していく為、「長期療養透析の入院症例」を増加させていきたい。上層部交えながら障害病棟のベッドを透析ベッドとして数床を確保し運用できるかを協議し、さらに PR と営業に繋げていく。また短期であつてもベッド高稼働を維持する為、レスパイト目的での透析患者入院獲得や、老健施設からの透析先として当院を選択してもらう等、新たな切り口で病院・クリニック以外にも広報(ホームページ作成含む)・営業活動を行う予定である。

最後に今回の取り組みは腎臓内科医・MSWをはじめ多職種のご協力があつての結果である。現場の声をきちんと拾い上げ、それを反映しながら One Team になれるかどうかが増収へのカギであり、今後も多職種と連携して取り組んでいく。

外来患者の待ち時間の実態と課題について

令和 6 年度待ち時間調査に基づく改善策

イムス札幌消化器中央総合病院

医事課 ○渡邊萌友

I. はじめに

外来の待ち時間は、患者様の満足度に直結する大きな要因の一つです。当院では年 2 回受付から会計終了までの流れを調査し、どこで待ち時間が発生しているのか、改善できる点はないのかを見つけるための取り組みを行いました。

II. 取り組み目的

患者が「長く待たされている」と感じる原因を具体的に明らかにし、今後の外来業務の見直しや患者案内の改善につなげることを目的としました。時間帯や曜日による混雑傾向にも着目し、より現場の様子に合わせた改善策を考えるための参考材料になることを目指しました。

III. 取り組み方法

1. 対象：

調査期間中、診察予約、予約外にて受診される患者のうち、職員及び内視鏡検査、化学療法、輸血、リハビリを施行するものを除くすべての患者

2. 期間：

令和 7 年 3 月 10 日～令和 7 年 3 月 14 日

3. 分析方法：

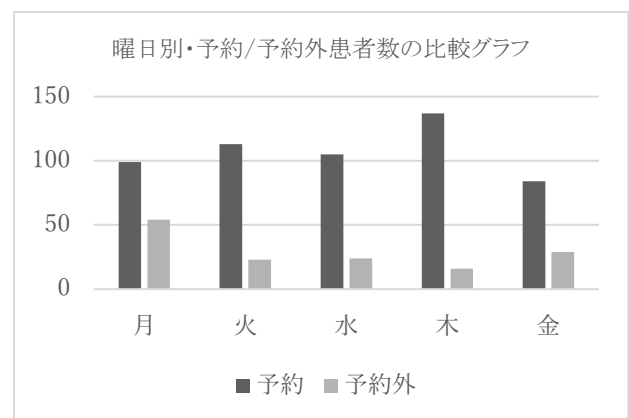
- 1) 発見～受付
- 2) 受付～採血・問診・診察等
- 3) 診察終了～会計終了
- 4) 院内滞在時間全体

データは職員による手書きの記録を元に集計・分析し、平均や最短時間、最長時間を算出します。曜日別の傾向もグラフ化し、混雑の集中時間を明

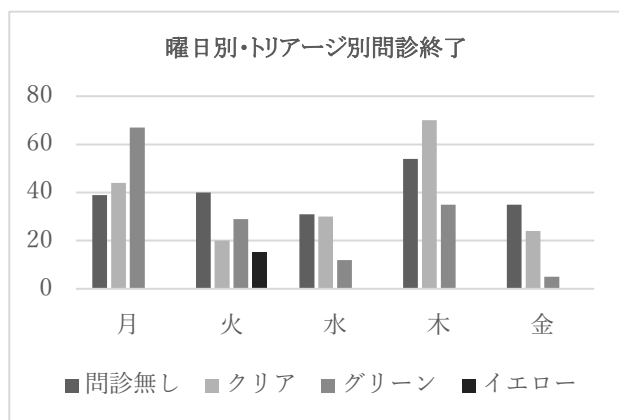
らかにしました。

IV. 結果

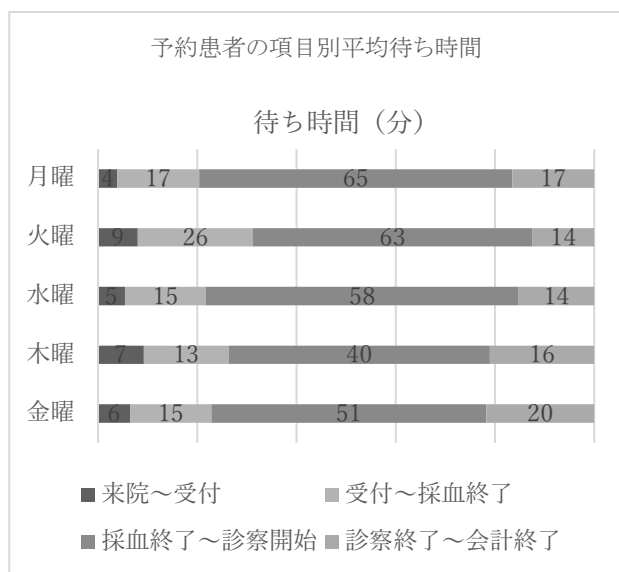
今回の調査では、予約・予約外患者に対しては、各工程(受付～検査・検査～診察等)の所要時間を曜日別に測定し、その割合を可視化しました。図 1 から予約患者は火曜・木曜が多く、予約外患者は週明けの月曜に多く集中しており、予約外患者の待ち時間が長く発生してしまう事が明らかになりました。図 2 よりそれらの曜日は問診終了までに全体的に時間がかかっており、トリアージ通りの案内が難しくなっているのがわかります。反対に、外来患者が少ない水曜・金曜はトリアージの優先度が高い順に早く案内出来ていました。図 3 からは、曜日によって待ち時間の内訳にばらつきがあることがわかります。例えば、火曜日は“受付～診察開始”まで 98 分の在院時間の中で 89 分と、受付から診察までに時間がかかっている傾向が見られました。また、“来院～受付”はどの曜日とも 10 分以内に収まっていることがわかります。



(図 1)



(図 2)



(図 3)

V. 考察と対策

待ち時間の項目別分析により、単に「混雑している曜日」ではなく、「どの工程がどのタイミングで混雑しているか」をとらえることができました。上記から、待ち時間は「採血終了～診察開始」であり、長い時間待ち時間が発生しています。背景には、採血結果が出るまでに 30 分から 1 時間ほどかかるためであり、この待ち時間は避けられません。採血をオーダーする際に「採血の結果出るまで 30 分から 1 時間程かかるため待ち時間が発生します」と医師から説明をしているため、心理的な負担は軽減できていると考えています。しかし、予約外や紹介患者等当院での検査が初めての方や、期間が空いての検査の患者様などはたとえ説明があったとしても時間かかることを理解していない可能性があります。テレビに待ち時間や診察の進行状況を表示し、待ち時間の説明などを見て分かるようにすると待ち時間への理

解が得られると考えています。図 1・図 3 から木曜日は予約患者数も一番多く「診察終了～会計終了」の割合が多いことから、カルテ入力や同意書の取得、処方の確認等の事務処理に時間がかかっていることが要因として考えられます。ドクターズ・アシスタント(DA)の人員不足と待合の混雑状況が影響していると考えており、診察後のファイル返却がスムーズに行えるよう流れを検討しています。また、実際に現場にいて感じることは診察室への呼び出しの際にアナウンスのスピードが速く、聞き取れない、アナウンスを聞き洩らし、どこへ案内されたかが分からない等の意見をいただくことが多いことです。その場合は、DA が待合まで患者様を探しに行っており、スムーズな流れとなっていないのが現状です。「来院～受付」の待ち時間が呼出案内を導入したことにより、以前より待ち時間が短縮されたことから、診察室への案内も、各診察室に電子案内等を導入し、呼び出し番号と案内場所を見える化をすることにより改善できるのではないかと考えます。

VI. 結論

今回の調査により、外来の待ち時間は単に「混雑している曜日」によるものではなく、工程ごとに発生する構造的な時間差が大きく影響していることが明らかになりました。「診察終了～会計終了」の項目においても曜日によってばらつきがみられており、これは医師のカルテ入力や事務処理、会計業務の集中によるものと推測されます。これからの課題は、構造的な待ち時間を前提とした案内体制の強化と、業務分担・流れの調整が重要な対策となります。今回は 5 日間の調査と期間が短く、調査票の記入漏れ等の関係もあり、曜日ごとの特徴をつかみ切れていないため、今後は調査期間を延長し、調査を継続していくことでより実態に即した外来運営の改善が可能になると考えます。

引用文献

- 1) 令和 6 年度待ち時間調査報告書

透析稼働率アップに向けての取り組み ～院内の体制整備と外部への取り組み～

イムス札幌消化器中央総合病院
医療相談室 ○岡田陽子

I. はじめに

当院は入院・外来での透析治療を行っている。しかし、新型コロナウイルス蔓延に伴い、透析ベッド稼働率が低迷し、そのままの稼働率で数年経過していた。

稼働率を上げるために多職種が参加する透析会議を開催し始めていたが、人員的な問題もあり、具体的な方策が取られていなかった。

昨年より人員的な問題が解決されていく中で、稼働率アップに向け、具体的に取り組むことが出来る環境が整っていったため、透析稼働率アップに向けて、取り組んだ内容を報告する。

II. 取り組み目的

当院の目標である、透析稼働率 55%に向け、様々な取り組みを行い、健全経営を目指すことを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:

〔院内〕医師、透析看護師、CE、送迎担当
事務、地域連携室、MSW
〔外部機関〕近隣医療機関

2. 機関:令和 6 年 12 月～令和 7 年5月

3. 方法:

1) 送迎車のピストン搬送の運用

「当院から徒歩圏内に在住であり、ADL が自立している患者」や、「自家用車で通院できる患者」以外はほぼ当院の送迎サービスを利用している。

透析室への入室時間が透析室の業務上、各クールで決まっていたため、送迎は1往復で対応

せざるを得なかった。

送迎車には限りがあり、運転手が不足している中で、対応可能件数を増加し、送迎利用者が増加しても対応できるよう、多職種連携を行い、体制を整備した。

2) 送迎サービス利用申請から運行開始までの整備

利用にあたり関わっている部署でミーティングを重ね、開始までの流れの改訂を行った。また、送迎中に患者から運転手に対して暴言等のトラブルもあったため、患者説明に利用する書面の検討を行った。

3) 営業先の検討

従来は地域連携室のみでの営業が多く、営業先の検討を地域連携室のみで行っていた。

実際に治療をしている見解が必要であるため、透析の医師より医学的根拠の元、営業先をどう選定するとよいのか意見をもらうようにした。

また、MSW が他機関との連携も多く、入院相談の窓口にもなっているため、他機関のニーズを把握できる。そのため、営業先として、どこの機関にどのような営業をしたらよいのか意見を出し、新規営業先の提案や、営業内容を検討した。

4) 医師同行営業

地域連携室のみの営業も継続しつつ、医師・地域連携室・MSW での営業活動を行い、それぞれの職種を活かし、営業を行った。

5) 透析会議

透析稼働率を上げることを目的に多職種からなる透析会議を数年前より行っていたが、地域連携室が参加していなかったため、営業を行っている部署として参加をし、会議の内容を基に営業

活動を行ったり、営業結果の報告や営業先からのニーズ等を関係職種に伝えられるようにした。

また、会議の内容が各部署からの報告のみになりがちだったが、運用上の課題解決に向け、会議で意見を出し合い、検討をする場になるように取り組んだ。

IV. 結果

- 1) 透析の各クールの中で、開始時間をずらして透析を行っても問題が無いよう、透析室で運用を検討した結果、問題なく運用できるようになった。それにより、送迎車のピストン搬送が可能となり、「限りある送迎台数」と「運転手不足」という環境下であっても利用可能な枠を増やすことが実現した。
- 2) 送迎の利用にあたり、申請から運用まで流れが確立されていなかったり、複雑化している部分もあったため、関わる部署で検討を行い、業務の役割分担を明確化させ、フローチャートを改訂した。それにより、申請から運用までの業務の無駄が無くなった。
また、送迎トラブルが起きているが、事前説明の内容を充実させ、説明だけではなく同意書をとることにした。
- 3) 営業先の検討では、透析の医師からの医学的根拠の元、将来的に透析が必要になる可能性の高い患者を抱えていることが予測される病院という意見等をもらい、選定をした。
MSW からはリハビリや車椅子での送迎サービス等の当院の強みを活かし、業務上関わっている連携先からの情報収集も含め、営業先の候補を出した。
- 4) 医師が同行することで営業先の医師とも直接面会できる機会が増えた。医師同士で面会することで、より医学的な話が直接できるようになり、お互いの医療体制の情報交換が深まるようになった。

5) 透析会議に地域連携室が加わり、営業に対する意識が各部署で高まり、稼働率アップに対しても全体の意識が高まり、各部署で何ができるのか具体的な案が出るようになった。また、会議の内容の充実化を図ったことで、様々な課題を共有し、解決をしていくことにつながった。

<透析収入・全体>

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
RS年度	23,021	19,762	20,286	17,064	16,817	16,866	16,475	14,999	15,230	14,266	15,807	14,121
RS年度	13,919	14,222	13,539	14,555	22,414	14,095	15,179	15,918	17,780	20,286	13,515	14,260
前年比	-9,102	-5,460	-6,757	-2,509	3,597	-2,771	-1,296	1,519	2,550	6,020	-2,092	139
RS年度	13,992	19,337	16,985	19,977	21,785	20,648	19,378	18,457	19,230	16,869	20,235	21,636
前年比	73	5,115	3,446	3,422	-629	6,554	4,199	2,539	1,450	-3,367	6,720	7,376
RS年度	18,506	14,069	15,269	17,710	15,183	14,791	15,878	16,147	18,797	20,247	22,093	25,463
前年比	4,514	-5,268	-3,716	-2,267	-6,602	-5,858	-3,502	-2,310	-439	3,348	1,858	3,827
RS年度	23,674	21,136	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年比	3,168	7,067										

(表1)

取り組みを行った結果、営業を行った機関を含め、透析相談数が増加し、入院・外来共に透析稼働率が上がり、令和7年1月から収入の前年比がプラス転じ、5月までプラスが続いている(表1)。
目標としていた透析稼働率も 40%程だったところ、現在は 55%を超えている。

V. 考察

院内の体制を整えたことにより、今までより受け入れを迅速に行えるようになった。
また、送迎トラブルを減らすことにもつながり、患者サービス向上にも貢献できた。

外部への取り組みは、単独部署のみで行わず、営業先や営業内容を多職種で検討することで今までになかった営業活動が行えたと考える。

VI. 結論

透析稼働率アップに向け、MSW としては出来ることは限られていたが、多職種で同じ目標に向かい、今まで取り組めていなかったことに取り組むことができ、今回の結果に至ったと考える。
MSW の業務の特性を活かしながら、今後更なる稼働率アップ、高稼働率維持を目指していきたい。

入院相談に資するウェブ情報ページの作成と発信・活用状況の検証

イムス札幌リハビリテーション病院

医療相談室 ○沼田考広

I. はじめに

医療機関における地域連携の推進においては、急性期病院から回復期病院への円滑な転院支援が重要な課題となっている。特に、入院患者の9割以上を紹介によって受け入れている当院にとっては、より一層重要な意味を持つ。

転院を検討している急性期病院の医療従事者が、必要な情報を効率的に入手できる環境を整備することは、患者への継続的な医療提供やクライアントのニーズに即した相談支援を可能とし、クライアントのウェルビーイングの増進に寄与することが示唆される。

当院では、急性期病院からの転院相談を促進するため、専用ウェブページを新たに作成し、その効果を検証した。

II. 取り組み目的

急性期病院の医療従事者が転院相談時に参考となる情報をまとめた専用ウェブページを新たに作成し、閲覧状況や情報発信の効果を分析することで、今後の当院ホームページおよび地域の医療機関への情報発信のあり方を検証することを目的とする。

III. 取り組み方法

専用ウェブページとして、当院の概要、ベッド状況、相談窓口、強み、検討可能な対象者とQ&A、入院案内、当院の写真、日用品費、アクセス、ご意見フォーム等を分かりやすく掲載した専用ウェブページを作成した。情報発信の方法として、「Notion」というデスクトップアプリを利用し、必要な情報をウェブページとして作成し、作成したウェブページの

URLを共有したい医療機関に提供できる体制を構築した。URLは二次元コード発行サービス「くるくるmanager」を活用して二次元コード化した。「くるくるmanager」で発行した二次元コードからアクセスした回数をカウントすることが可能である。この二次元コードを、当院の空床状況案内に掲載し、毎週月曜日に83か所の急性期医療機関にFAXにて送付した。二次元コードからのアクセスされた閲覧数をもとに、定量的に把握し、その効果を検証した。

1. 対象: 当院の空床状況案内をFAXにて送付している市内53か所、道内30か所の急性期医療機関、計83か所
2. 期間: 2025年6月1日～7月15日
3. 方法:
 - 1) 専用ウェブページを、「Notion」により新規に作成
 - 2) 作成したウェブページのURLを二次元コード発行サービス「くるくるmanager」により二次元コード化
 - 3) 当該二次元コードを毎週1回月曜日に、当院から83か所の急性期医療機関に空床状況案内とともにFAX送付
4. 分析方法:
 - 1) 「くるくるmanager」に記録された二次元コードのアクセス数を定量的指標として用い、ウェブページ閲覧状況を把握。
 - 2) FAX送付との関連性や傾向を分析。
 - 3) 二次元コードを掲載した空床状況案内の送付前後でアクセス数の変化を比較し、情報発信手法としての効果を検証する。

IV. 結果

2025年6月から7月までの約1か月半の期間

において、二次元コードによる専用ウェブページへの累計アクセス数は合計 52 回であった。(図 1)

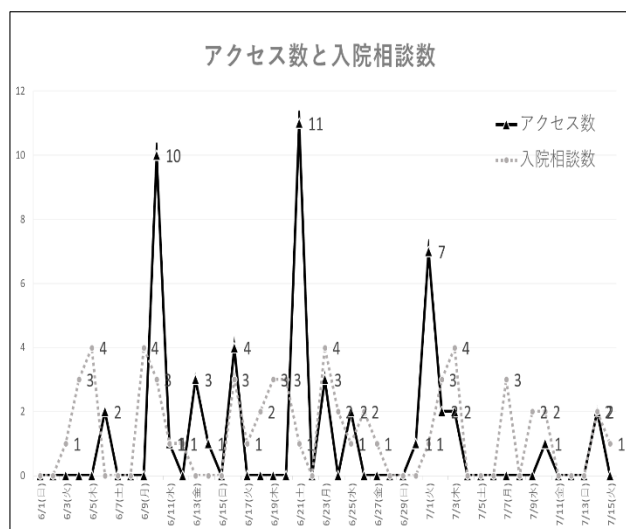


図 1

アクセス数は FAX 送信直後や週明けに増加する傾向がみられた。アクセスの集中した日が複数あり、配信のタイミングとの関連性が示唆された。アクセス数と入院相談数の関連性では、6 月 10 日のアクセス数 10 件に対して同日の入院相談数は 3 件、6 月 21 日のアクセス数 11 件に対して同日の入院相談数は 1 件であった。必ずしも直接的な相関は見られなかったが、アクセス数の多い日の前後で入院相談数が増加する傾向が一部で観察された。

FAX 送付日とアクセス数の関係を見ると、6 月 16 日(月)に 4 件、6 月 23 日(月)に 3 件のアクセスがあった。6 月 21 日(土)に複数の医療機関に口頭で案内をしたことで 11 件と最多のアクセスを記録した。

V. 考察

二次元コードによるアクセス数 52 件は、83 か所の対象医療機関に対して約 63%のリーチ率を示しており、新たな情報発信手法として高い有効性が確認された。

特に口頭での案内を行った 6 月 21 日では 11 件の最多アクセス数となり、FAX 送付による情報発

信を上回る効果を示しており、直接的なコミュニケーションの重要性が改めて確認された。これは、従来の FAX 送付による情報発信に加えて、口頭による積極的な案内が極めて効果的であることを示している。

また、FAX 送付日である月曜日にアクセス数が増加する傾向が観察され、空床状況案内と専用ウェブページの連携による相乗効果が確認できた。既存の情報発信手段と新たなデジタルツールの組み合わせが、情報到達率の向上に寄与していることが実証された。

一方で、アクセス数と入院相談数の間に明確な直接的相関は認められなかった。これは、ウェブページ閲覧から実際の転院相談に至るまでには、患者の病状や転院のタイミング、院内での検討プロセスなど、複合的な要因が影響するためと考えられる。

VI. 結論

専用ウェブページの作成と二次元コードを活用した情報発信は、急性期病院からの転院相談促進に効果を示した。一方で、今回の検証期間は約 1 か月半と短期間であり、アクセス数も限定的であることから、継続した長期的な検証が必要であると考えられる。また、より詳細な効果分析を行うため、FAX を送信している医療機関に対して直接的な意見聴取や満足度調査を実施し、定性的な評価も含めた総合的な効果検証を行うことが重要であると考えられる。

今後は、これらの検証結果を踏まえ、効果が明確に実証できる段階において、当院ホームページへの掲載を検討していきたい。当院ホームページの月間表示回数は 2025 年 5 月 10,337 回、4 月 14,763 回と高い閲覧数を記録しており、今回作成した専用ウェブページの有効性がさらに実証されれば、より多くの医療機関への情報発信が可能となることが期待される。

入院相談業務の早期判定・調整による円滑な入院促進の取り組み

イムス札幌リハビリテーション病院
医療相談室 ○^{うえむらひろし}上村洋 高田優菜

I. はじめに

当院は2024年7月35床の障害病棟を回復期病棟に変更し、全病床回復期の病院となった。回復期の病棟が増え、回復期対象者の患者をこれまで以上に確保することが求められた。地域に回復期病院が増える中、当院が選ばれる病院として考えたことの1つとして入院相談を断らず早期の受入ができることを目標にした。医療相談室内や関係他部署と協議を重ね課題を抽出した。相談の受け方や入院判定の流れ、また受入体制を整えるための他部署との連携などを見直し、入院相談から入院受入までの迅速な体制を構築することができた。データ上からも入院相談から受入までの日数短縮を図ることができ、目標を達成することができた。今回は院内で迅速に調整を進めるため取り組んだ内容について以下に報告する。

II. 取り組み目的

入院受入率やベッド稼働率の向上を目的に、2024年度は入院相談から入院受入までの日数を9.0日以内となるよう短縮を図る。



図 1

入院相談から判定までの日数 2023 年度平均 1.6 日 (図 1)

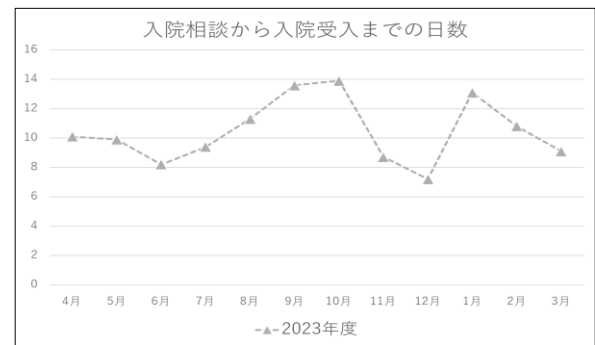


図 2

入院相談から入院受入までの日数 2023 年度平均 10.4 日 (図 2)

III. 取り組み方法

1. 対象：医療相談室内 看護部
2. 期間：2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
3. 方法：

1) 看護部との連携

患者の受入体制を調整している看護部と情報共有を円滑にするために相談室内に入院調整看護師を配置した。毎朝のミーティングで入院待機者数、即日入院対応人数、回復期対象外患者数を共有し、入院判定後すみやかにベッド調整が出来るようにした。

2) MSW 主導の日程案内

通常判定後は看護部から主治医決定の連絡を受け MSW から 日程案内をしていたが、ベッド稼働の低下時は、判定後 MSW が先に日程案内を行い、主治医や病棟を後で決める流れとし、入院相談から入院受入決定までの期間の短縮を図った。

3) 入退院のバランスの把握

入院希望者の待機期間が少なくなるように、退院患者の退院日予測を強化し、バランスの取れた

入退院調整を実施した。ご家族のご希望日を考慮しつつ退院日を病院側から提案し、余裕を持って退院日を設定することで、退院日に合わせて入院調整ができるようにした。

4) 紹介シートの見直し

紹介シートの書式を見直し、チェック項目を増やし記入量を簡略化することで、入院相談時の業務負担を軽減し、判定までの時間を短縮できるようにした。また MSW 間で入院相談の経過を共有できるように記録することで、入院相談を受けた者が不在時にも引き継いで対応を進めた。

5) 相談力の向上

確認事項の連絡回数を少なくするため、各 MSW が初回相談時に判定に必要と思われる情報収集を漏れなく行えるように意識し、紹介先とのやり取りを最小限にした。

IV. 結果

上記取り組みを行った結果、入院相談から判定までの日数は、2023 年度平均 1.6 日から、2024 年度平均 1.4 日に短縮できた。また、入院相談から入院受入までの日数は、2023 年度平均 10.4 日から、2024 年度平均 7.6 日に短縮できた。

入院相談から判定までの日数 2023 年度と 2024 年度比較 (図 3)

入院相談から入院受入までの日数 2023 年度と 2024 年度比較 (図 4)

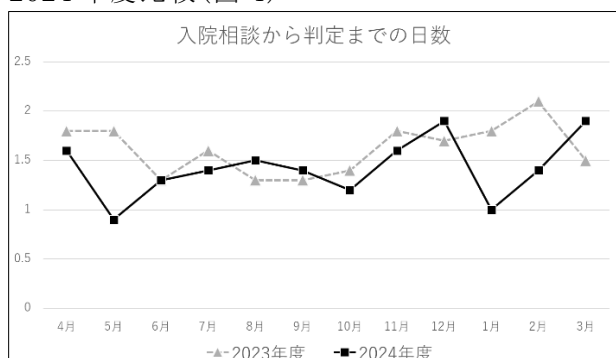


図 3

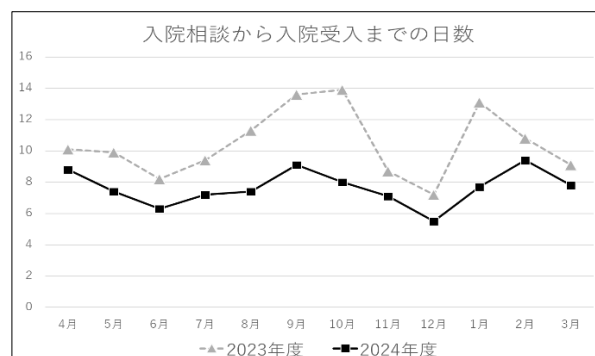


図 4

V. 考察

取り組み1)を行ったことで、入院判定後、患者情報を MSW から同部屋にいる入院調整看護師に渡し、入院調整看護師が病院全体の入退院バランスや即日入院対応病棟、対象外比率を考慮の上、受入病棟を決めていくことで、担当する病棟や医師が分かるまでの時間的ロスがなくなり、速やかに日程案内ができるようになった。

取り組み2)を行い、MSW が日程案内をしてから受入病棟や担当医師を決めることで患者が他院に流れることなく速やかに入院に繋がるケースが増えた。

これらの結果から、紹介元の病院としても早期の入院受入ができる病院が求められていると考えられる。

実際に5つの取り組みを行った中で、取り組み1)、2)が大きな要因となっていることを、実際に入院調整に組み込みながら実感した。

VI. 結論

入院調整期間を短縮するためには、相談室内の動きだけは困難なこともある。他職種と協働した取り組みを行い、入院までの流れを改善することができた。

現状病床数に対して相談件数が少なく、空床が出ていることが紹介から入院までの日数短縮に影響を与えていることも一つの要因として考えるが、今後の課題として、紹介件数が増加した時にも今回のように入院までの日数をできる限り短縮できるよう、その時のベッド稼働の状況に合わせた対策を都度取り、早期入院調整を行えるよう努める必要がある。

退院日を“設計”するという視点による退院調整の実践 ～回復期リハビリテーション病院での MSW 主導による退院調整の取り組み～

イムス札幌リハビリテーション病院
医療相談室 ○森本琴 相澤美咲

I. はじめに

イムス札幌リハビリテーション病院は 150 床すべてが、回復期リハビリテーション病棟である。2025 年度のベッド稼働率は 90.1%、在宅復帰率は 87.9%、平均在院日数は 83.1 日である。回復期リハビリテーション病棟では、在宅復帰や施設入所を目指す患者に対し、早期からの退院支援が求められる。ベッドコントロールの観点からも、退院日の集中を避けることが重要である。また、退院期限を遵守しつつ患者の入院期間を最大限に活用する体制整備も課題となっていた。

II. 取り組み目的

1. 退院患者の同日集中を避け、安全で丁寧な支援を維持すること
2. 退院期限に合わせてスムーズな退院が可能になるよう、在院日数の最適化を図ること
3. 医師・看護・リハビリ・地域連携部門が連携し、退院支援と連動した入退院バランスの最適化及び調整プロセスの可視化・共有化を図ること

III. 取り組み方法

1. 対象:3 病棟 52 床
2. 期間:2023 年 4 月～2025 年 6 月
3. 方法:
 - 1) 退院予定一覧表を運用し、2 ヶ月先までの退院見込みを看護・リハビリ・MSW で共有をした。
 - 2) 週 1 回の退院調整カンファレンスにて退院予定日を確認し、集中日が発生しないよう調整を実施した。

- 3) 「退院支援カレンダー」を作成し、当該病棟 MSW 間での退院日が重複しないための計画を毎日行った。
- 4) 退院調整を効果的に進めるため、退院可能日を複数候補として設定し、MSW が家族や退院先施設、転院先病院等との連携を退院 1 ヶ月前から早期に開始する体制を整備した。
- 5) 関係職種へ調整意義を説明し、「退院日を設計する」意識の浸透を図った。

IV. 結果

1. 退院の同日集中率は 2023 年度 14.4%、2024 年度 0.18%、2025 年度 0.04%と減少してきている。(図 1)

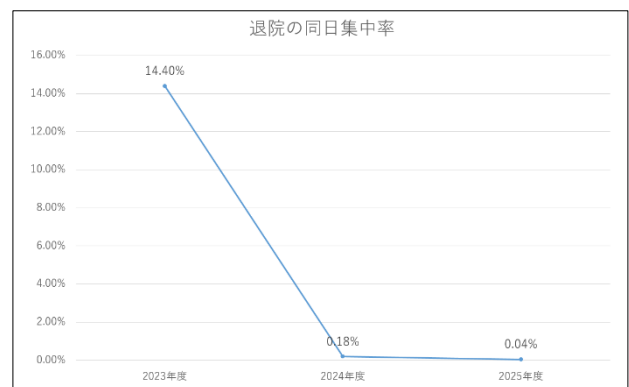


図 1

2. 平均在院日数は病院目標が 80 日以内であり、2023 年度 82.9 日、2024 年度 85 日、2025 年度 83.1 日となっている。
3. 退院日を計画的に決定できたことで、外出訓練や施設面談のスケジュール設定も容易となり、退院支援がより計画的に実施できた。

4. 週 1 回定期的な退院調整カンファレンスの実施により、職種間で現状と今後の見通しを共有する場を持つことができた。一方、患者や家族の希望、退院先施設や転院先病院側の都合により退院日調整が困難なケースも一定数存在した。
5. 計画的に退院日を決定したことで、外出訓練や退院前カンファレンスの時期も事前に設定しやすくなり、退院支援全体の見通しが立てやすくなった。また、退院日当日における対応の集中が軽減され、患者・家族を待たせることなく、丁寧な説明や手続きが可能となった。これにより、書類の受け渡しミスや、必要以上の二重・三重確認も減少し、業務効率が改善されたという現場職員の声も得られた。

V. 考察

退院日を分散・調整することで、患者・家族への支援時間が確保され、説明の丁寧さやリハビリの調整にも好影響がみられた。職員からは「対応にゆとりができた」「混乱が減った」との声が聞かれ、現場においても実感を伴う成果が得られた。また、患者や家族に対しても余裕を持った指導や説明が可能となり、患者や家族としても退院までの準備を計画的に進めることができた。一方、患者の病状変化や退院先施設、転院先病院等の受け入れ体制など、外的要因も大きい。退院日を設計することは、単なるベッド運用の工夫にとどまらず、支援全体の質を高める上で有効であると考ええる。

VI. 結論

今年度は入院紹介件数が伸び悩んだことにより、退院日の分散がベッド稼働率の向上には直結しなかったものの、退院に合わせた入院受け入れの調整が可能になったことで、より丁寧で計画的な退院支援の実現に繋がったことは大きな成果であった。

今後は下半期に予想される入院紹介件数の増加に伴い、同日の入退院調整を行うことで、ベッド稼働率の向上と高稼働率の維持ができるようベッドコントロールの関連部署との連携強化を継続して図っていく。また、質の高い退院支援と病棟運営の安定化を両立させる体制の構築を目指し取り組みを継続していく。

引用文献

- 1) 厚生労働省.地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方について.2021.

日本医療社会福祉協会.回復期リハビリテーション病棟における MSW の役割.2020.

OJT プログラムの運用と活用の実態について

～部署全体で新人職員の育成～

イムス札幌リハビリテーション病院

医療相談室 ○山本育実 川原綾乃 佐藤里咲

I.はじめに

ソーシャルワーカーの倫理要綱にもあるように、教育や専門性の向上はソーシャルワーカー業務には不可欠なことである。ことに新人教育に関しては専門職としての基礎を築く上で重要だが、当院には新人教育のマニュアルや特定の指標がなく、以前より一定の指導者が主となり職場の状況や新人の理解度を把握しながら個々の裁量で指導していた経緯がある。教育プログラムがないことにより、指導者の業務負担が大きくなっていることや、指導者以外の職員が新人教育の進捗状況を把握できておらず、どこまで業務内容を理解しているかが見えにくいいため、その都度確認を取る必要があった。

2024 年度 IMS School SW 中堅者コースにて OJT プログラムを作成する機会があった。研修の中で作成したものを当院の実情に即したものにブラッシュアップして、2025 年度より入職した1年目医療ソーシャルワーカー（以下、新人職員）への指導にて活用を開始した。

II.取り組み目的

2025 年 4 月から数か月間 OJT プログラムを活用した印象を当院の 2 年目以上の医療ソーシャルワーカー7名（以下、指導者）、新人職員に聞き取り調査を行い、導入して良かった点や改善点を抽出することで下半期や来年度以降さらに活用しやすいものにしていくことを目的とする。

III.取り組み方法

1. 対象：当院医療ソーシャルワーカー（計 8 名、うち 10 年以上：4 名（管理者含む）、4 年目：1 名、3 年目：1 名、2 年目：1 名、1 年目：1 名）
2. 期間：2025 年 4 月 1 日～2025 年 6 月 30 日
3. 方法：新人職員へ半構造化面接を実施。指導者へ半構造化形式のグループインタビューを実施。
4. 分析方法：OJT プログラム活用以前と活用後の比較を行う。新人職員側、指導者側の両側面から比較。

IV.結果

1. 指導者側への聞き取り調査の結果
 - 1) OJT プログラムを導入して良かった点
 - (1) どの項目をどの時期に指導したかを目で確認することができる。（管理者、3 年目）
 - (2) 指導の時期や順序を計画的に立てることができる。（管理者、2 年目）
 - (3) 必要時に項目を確認することで、新人職員の達成度合いをイメージしやすい。（10 年目以上、2 年目）
 - (4) 目標を達成するために何を指導する必要があるかがわかりやすい。（10 年目）
 - (5) OJT プログラムを導入したことで、1 人で指導する業務負担が減り、部署全体が新人育成を意識するようになった。（10 年目）
 - 2) OJT プログラムを導入した課題点
 - (1) 各項目を誰が指導するのかを決めていくのが難しい。（管理者）

- (2) 今までは主担当(1名～2名)が指導していたが、指導者の枠に複数人割り当てられている場合に対象者間で打ち合わせが必要。(10年目以上)
- (3) 指導のための資料や道具が準備できていない。(管理者)
- (4) 指導に用いるツールが指導者によって変化する場合がある。(10年目以上)
- (5) 項目を見ただけではどこまでの指導が必要かわからない。(3年目、2年目)
- (6) 評価時期や評価者が明確ではない。評価者については、指導担当者または部署の管理者のどちらが評価をするのか、両方で評価をするのか、他の方法を考えるのか等検討が必要。(管理者)

2. 新人職員側への聞き取り調査の結果

1) OJT プラグラムを導入して良かった点

- (1) どのような項目をどの時期に指導されるのか心構えができる。
- (2) 項目は多いがプレッシャーなどはなく、順を追って教えてもらうことができるという安心感の方が大きかった。
- (3) 指導してもらう項目について事前に調べておくことができる。

2) OJT プラグラムを導入した課題点

- (1) どのような基準で評価が行われるのか気になる。

V. 考察

OJT プログラム導入以前と以後を比較したところ、新人職員、指導者ともに OJT プログラムを活用することにより、部署全体で新人職員を教育していくという理解が深まっていた。また、指導内容を分担することで、指導者の業務負担の減少に繋がることが認められた。新人職員は OJT プログラムがあることで、指導内容の把握ができることで安心感があり仕事のしやすさに繋がっていることがわかった。OJT プログラムの課題としては年数を重ねているソーシャルワーカーは指導に使う資料やツールなどの統一性がないこと、決まったものが用意されていない点につい

て、また若手のソーシャルワーカーは指導の範囲が不明瞭である事が挙げられた。OJT プログラムは今年度初の試みのため OJT プログラムの項目の意図が各指導者に伝わりにくいことや、評価のしにくさ等の問題点が挙げられ、このことについては年度初めや下半期に研修などを行い、OJT プログラムについての理解を深めていく必要があると感じている。評価については、項目により評価のしにくさがあるため、評価しやすい項目、または一定の基準を設けるかが今後の課題となっている。

VI. 結論

2025 年 4 月から OJT プログラムを導入し現在までの聞き取りの結果として、導入以前より導入以後のほうが、新人教育の標準化、指導者側の業務の効率化が図れていることが認められた。ただし、プログラムの各項目については改良の余地があると考えており、3か月に1度程度、職員間で各項目を確認する機会を設け、変更・修正を行い、次年度の活用に繋げていきたい。最後に、今回の研究は当院医療ソーシャルワーカー8名のみへの聞き取りであり、他施設の OJT プログラムの活用状況を確認できておらず、結果の一般化には限界があると考ええる。

病院機能評価更新で見た課題と5年後へ向けた取り組み

イムス札幌リハビリテーション病院

総務課 ○梅田康貴

I. はじめに

当院はリハビリテーションを主とする病院であり、2025年5月に3回目となる病院機能評価の更新審査を受審した。前回の更新から約5年が経過し、組織構成や職員体制の変化を経て今回の審査に臨んだが、継続的な取り組みの中で、新たな課題も浮かび上がった。本報告では、評価更新の過程で明らかとなった課題とその対応策を整理し、5年後の更新を見据えた当院の方向性について考察する。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は、病院機能評価の更新を契機として、院内の医療提供体制および職員連携体制を再点検し、継続的改善を推進することで、今後の医療環境の変化にも柔軟に対応できる組織基盤を構築することにある。

III. 取り組み方法

1. 対象:全職員
2. 期間:2024年8月～2025年5月
3. 方法:

1) ワーキンググループの設置と運営

2024年8月に「病院機能評価ワーキンググループ(以下WG)」を設置。看護部門、リハビリ部門、事務部門などから代表職員を選出し、週1回の定例会を開催。評価基準ごとに担当を割り当て、過去の評価結果や現状の業務フロー、マニュアルをもとに課題抽出と改善策の立案を行った。

2) 現場ラウンドとヒアリング調査

WGメンバーが定期的に病棟やリハビリ室、外来

部門を訪問し、現場職員から直接ヒアリングを実施。業務手順や課題認識、記録状況の実態を把握することで、机上の議論にとどまらない実務的な課題の洗い出しを行った。

3) 模擬訓練とケアプロセスの見直し

入退院支援、感染対策、リハビリ提供プロセス等の主要なケアプロセスについて、各部署で模擬ケースを設定し、実際の流れに基づいた訓練を複数回実施。訓練後に即時の振り返り(リフレクション)を実施し、記録・連携の手順や役割分担の見直しを進めた。

4) マニュアル・様式の見直しと統一

既存マニュアル(管理文書)を点検し、重複・形骸化したものを整理。記録様式については、紙ベースでの運用であっても標準化・記載項目の明確化を図り、誰が見てもわかりやすい記録・報告体制を構築した。

5) 全職員への情報共有と教育

WGが抽出した課題と改善策を月1回の全体委員会で報告し、全職員に対して院内メール・文書回覧を活用して情報共有を徹底。

IV. 結果

病院機能評価の更新準備を進める中で、以下のような実際的かつ構造的な課題が明らかとなった。

1) 記録の不備とアナログ運用の限界

電子カルテ未導入により、診療記録の記載にばらつきが見られ、特に医師による記録が簡素にとどまっている事例が散見された。また、紙ベースでの情報共有は伝達や確認漏れを引き起こしやすく、**記録管理や業務の追跡に課題があった。**

2) ノウハウの継承不足

前回評価を経験した職員の多くが異動や退職しており、評価対応に関する知見やノウハウが十分に引き継がれていなかった。そのため、同様の課題が再び指摘される傾向が見られ、組織的な継承体制の必要性が浮き彫りとなった。

3) 業務の属人化と標準化の遅れ

現場ラウンドおよび模擬訓練を通じて、業務手順が個人の経験や判断に依存しており、部門間・担当者間で対応に差があることが確認された。特に、緊急時の対応やケアプロセスにおいて標準的手順書の活用頻度が低く、マニュアルの更新・定着が不十分であった。

4) 現場意見の拾上げ不足と改善スピードの遅れ

業務改善に対する職員の意識は高いものの、意見を表明する場や仕組みが整っておらず、改善提案が具体化しにくい環境であった。また、現場の声が経営層へ届くまでの時間や手続きに課題があり、迅速な意思決定につながりにくかった。

これらの課題に対して、ワーキンググループによる改善提案と現場主導の小さな改革が動き出したことで、院内全体の「気づき」と「対話」の機会が増加し、組織としての変革への第一歩を踏み出すことができた。今後は、これらの取り組みを一過性のものとせず、継続的な質向上活動として根付かせていくことが求められる。

今回の病院機能評価更新に向けた取り組みは、当院における医療提供体制や職員連携の実態を見直す契機となり、業務の属人化・記録の不備・ノウハウ継承の不十分さといった根本的課題を浮き彫りにした。一方で、現場主導のワーキンググループによる課題抽出と改善行動、模擬訓練や情報共有体制の強化を通じて、職員の意識変容や部門間連携の強化といった一定の成果も得られた。

今回の経験を踏まえ、今後 5 年後に向けて当院は、①DX(デジタルトランスフォーメーション)の推進によって、情報共有と記録管理の効率化を図ること、②業務の標準化とマニュアルの整備・更新、③人材育成と組織的ノウハウ継承体制の確立を重点課題として取り組む必要がある。

病院機能評価を一過性の対応ではなく、組織としての自己点検・成長の機会と捉え、今後も継続的改善(CQI)の文化を育てながら、より質の高いリハビリテーション医療を地域に提供していく体制づくりを進めていく所存である。

V. 考察

病院機能評価は単なる審査ではなく、組織運営の質を客観的に見直す貴重な機会である。今回の取り組みを通じて、組織的な継承体制の不備や、アナログな業務運用による非効率性といった根本的な課題が浮き彫りとなった。評価対応の過程で、少人数のワーキンググループ体制が、現場に即した迅速な課題抽出と意思決定が可能であった点は有効な手法と評価でき、今後も継続すべき手法と考える。また、ケアプロセス訓練を通じて、実地に即した振り返りと改善活動を促すことができた。

VI. 結論

企業健診増加に向けた取り組み ～自費徴収獲得による経営運営～

イムス札幌リハビリテーション病院
総務課 ○上手智広

I. はじめに

法人健診は、企業の従業員の健康管理を支援する重要な施策であり、近年では「健康経営」の推進に伴い、その重要性が一層高まっている。

令和7年度より、当院でもこれまで未実施であった法人健診の新規開拓に取り組み始め、患者数の獲得および地域社会への貢献の在り方について検討を開始した。

II. 取り組み目的

本取り組みの目的は、法人健診の受診者数を増加させるとともに、企業の健康意識を高めることである。

具体的には、既存の法人顧客に対する満足度向上を図りながら、新規法人の獲得を目指している。

令和7年度の健診による年間自費収入目標額は2,400千円(前年度:1,484千円)であり、前年比161.7%の達成を目標としている。

III. 取り組み方法

1. マーケティング戦略の見直し
各企業へのヒアリングを実施し、健診に関する課題や従業員の健康意識を把握した上で、企業ごとのニーズに応じたオーダーメイド健診プランの提案・提供を行っている。
2. メリットの明確化
従業員の健康維持による生産性の向上、休職率の低下、企業イメージの向上など、法人健診によって得られる具体的なメリットを提示している。
3. 広報活動の強化

ホームページ、パンフレット、SNSなどを活用し、健診内容やオプション、実施体制を視覚的かつわかりやすく紹介する仕組みを整備している。加えて、地域の商工会議所への案内も実施している。

4. 担当者との関係構築

企業の健康管理担当者や人事担当者と定期的にコミュニケーションを取り、信頼関係の構築に努めている。

5. オンライン予約システムの導入

今後は利便性の向上を図るため、オンライン予約システムの導入も検討している。

IV. 結果

法人健診の顧客獲得については、取り組み開始から日が浅く、また令和7年度の健診については既に他医療機関と契約済みの企業が多いため、次年度以降を見据えた提案活動が重要となる。

また、業種ごとに必要とされる健診内容が異なることから、当院で対応できない特殊項目への対応といった課題も存在している。

ただし、企業健診の受診者数は全国的に増加傾向にあり、その背景には企業による従業員の健康管理の重視や、法定健診の徹底に加え、従業員自身の健康意識の高まりがある。

健診結果によって自身の健康状態を把握した従業員は、生活習慣(食事・運動・禁煙など)の改善に対する意識が高まり、結果として健康状態が向上する。これにより、欠勤や休職が減少し、集中力やモチベーションの向上につながると回答した企業も複数あった。

V. 考察

企業健診の実施件数が増加している背景には、以下の要因があると考えられる。

まず、労働安全衛生法により企業には年 1 回の健康診断実施が義務付けられており、過労死やメンタルヘルス不調による労災認定が増加する中、企業側の法令遵守意識が高まっている。これにより、未実施企業の減少だけでなく、パート・アルバイトなど従来は対象外とされてきた従業員への健診実施も進んでいる。

また、従業員の健康を重視する企業は社会的評価が高まり、これは企業の社会的責任（CSR）への取り組みの一環とみなされ、企業イメージの向上につながっている。

さらに、健康経営を推進する企業は、従業員にとって魅力的な職場環境を提供していると認識され、優秀な人材の確保にも有利に働くと考えられる。

これらの要因が複合的に作用し、企業健診の実施件数は今後も増加傾向を続けると予測される。企業健診は、単なる法的義務の履行にとどまらず、従業員の健康、企業の生産性、そして持続的な成長を支える重要な投資として位置付けられている。

VI. 結論

法人健診における新規開拓の取り組みは、患者数の増加に貢献し、企業の健康経営を支援する上でも有効であることが示された。

今後も、継続的な改善と多様なアプローチを通じて、より多くの企業へのサービス提供を推進していく必要がある。

企業健診の増加は、従業員の健康増進と企業の生産性向上に資する重要な潮流であり、近年の健康意識の高まりや働き方改革の推進とともに、企業にとって従業員の健康管理は経営戦略の重要な柱として認識されつつある。

これにより、法定健診に加えて人間ドックや特定保健指導といった高度な健診プログラムを導入する企業が増加しており、この傾向は以下のような好循環を生むと考えられる。

もちろん、健診受診率の向上や、健診結果を活用した継続的な健康支援体制の構築など、今後の課題も残されている。

しかしながら、企業健診の拡大は、従業員と企業の双方に大きな利益をもたらす前向きな動きであり、今後さらに加速していくと考えられる。

目標として掲げている自費収入額の達成に向け、引き続き取り組みを推進していく所存である。

居宅介護支援事業所への事務職配置による業務効率化

～時間外削減・居宅利用者増加～

イムス札幌リハビリテーション病院

総務課 ○藤嶋幸子 梅田康貴

I. はじめに

居宅介護支援事業所では、ケアマネジャーが利用者や家族からの相談対応、ケアプラン作成、事業所との調整、記録・書類業務など、多岐にわたる業務を担っている。担当件数が多く過重労働になりやすい上、24 時間対応が求められるケースもある。また、介護職全体で人手不足が深刻であり、ケアマネジャーを目指す前段階で人材が不足しているため、ケアマネジャーの増員も難しい。限られた人的資源の中で、効率的な業務体制の構築が求められている。

II. 取り組み目的

当院の居宅介護支援事業所も例外ではなく、業務過多が深刻な課題となっている。特に、利用者宅への訪問や事務作業に加え、回復期病院併設型という特徴から、退院前カンファレンスや多職種との調整に多くの時間が割かれ、時間外労働の増加に拍車をかけていた。中でも、事業所責任者の前年度の時間外労働は年間 300 時間を超え、業務負担の偏りが顕在化していた。このような状況を改善するため、当院では 2025 年度より、居宅介護支援事業所に事務職を配置する新たな取り組みを開始した。本研究では、この配置がケアマネジャーの業務負担軽減および業務効率化に寄与するかを検証し、時間外労働や利用者受け入れ数への影響を分析することを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象: ケアマネジャー 4 名 (責任者を含む)

2. 期間: 2025 年 4 月～現在

3. 方法:

(1) 事務職の配置と業務分担の変更

2025 年 4 月より、パートタイムの事務職員 1 名を専属で配置。総務課からの異動であり、電話対応、書類整理、記録補助、備品管理などを担った。これにより、ケアマネジャーがアセスメントやモニタリング、サービス調整といった本来業務に集中できる体制を整えた。

効果検証として、2024 年度の月平均時間外労働と、2025 年 4 月以降の実績を比較し、時間外労働数および利用件数の変化を指標とした。

(2) 事務職員への聞き取り調査

業務内容や課題に関する聞き取りを行い、業務改善の機会とした。専門知識が不要な「すぐに対応可能な業務」の洗い出しを進め、教育負担を最小限に抑えることに留意した。

(3) ケアマネジャー・責任者への聞き取り

業務負担の変化、事務職との連携状況、専門業務と一般業務の切り分けについて意見を収集した。写真の取り込み、アンケート集計、業務記録補助など、段階的に事務職の業務範囲を拡大した。

(4) アンケート調査

ケアマネジャー全員にアンケートを実施。事務職配置による業務への意識変化、精神的負担、時間外労働への認識について意見を収集した。

IV. 結果

責任者の月平均時間外労働は、配置前の 26.6 時間から 24.2 時間に減少した。一方、ケアマネジャー全体の平均時間外労働は 14.5 時間から 18.0 時間にやや増加したが、これは 2025 年 4 月に実施された行政監査による一時的な業務増加の影響と考えられる。

また、これまで責任者に集中していた業務がチーム全体に分散され、時間外労働の偏りが是正された。さらに、月平均利用者数は 70.7 人から 76 人へと増加した。

V. 考察

事務職員の配置は、ケアマネジャーおよび責任者の業務負担軽減に明確な効果があった。責任者が時間外に対応していた業務を事務職が一部担うことで、負担の集中と偏在が改善された。

また、消耗品の在庫管理や、サービス事業所からの資料整理などを事務職が行うことで、ケアマネジャーの業務が効率化された。電話対応を事務職が担うことで、ケアプラン作成や訪問記録作成に集中できる時間が確保され、業務の中断が減少したとの意見も得られた。

VI. 結論

事務職の配置により、ケアマネジャーは本来業務に集中しやすくなり、業務効率の向上が見られた。時間外労働の偏りも是正され、チーム全体の負担が均等化された。

アンケートでは以下のような意見が得られた。

- ・カルテ作成の時間が大幅に短縮された。
- ・事務職員が電話対応してくれることで、作業が中断されず助かっている。
- ・事務作業を任せられることで、専門業務に専念できる。
- ・お願いできる業務範囲がまだ明確でないが、今後整理していきたい。
- ・事務職と ICT 環境の整備により、将来的に担当件数を増やせる可能性を感じている。

実際に ICT 環境を整備し事務職を配置することで、理論上は 1 人あたりの担当件数を 44 件から

49 件へ増加させることが可能となった。

ただし、令和 7 年度・8 年度と 2 年連続で新人ケアマネジャーの育成が行われており、さらに 2025 年 5 月には札幌市による運営指導が重なったため、今回の取り組みが実績として利用者数の増加に直結したとは言い難い。

しかし、ケアマネジャー側からは本取り組みに対し前向きな意見が多く、今後の業務整理と役割分担の明確化によって、担当件数の最適化およびさらなる効率化につながる可能性がある。今後も本取り組みを継続・発展させ、利用者数の増加へと結びつけていきたい。

紹介業者に頼らない当直医の確保を ～手数料をどこまで削減できるのか～

イムス札幌リハビリテーション病院

総務課 ○吉川 絢子

I. はじめに

当院では現在、常勤医師が7名在籍しており、基本的に当直業務は常勤医が担当している。しかし、全ての日程を常勤医のみに割り振ると過労や長時間労働の要因となり得るうえ、体調不良や有給休暇、出張等が重なると、常勤医のみでの対応は困難となる。

そのため、外部医師の協力が必要不可欠であり、従来は紹介業者を介してスポットで当直医を依頼していたが、当直料の20%を紹介手数料として支払う必要があった。本報告では、紹介業者を介さずに外部当直医を確保する取り組みについて述べる。

II. 取り組み目的

昨今の物価高騰の影響を受け、紹介手数料の値上げも懸念されている。そこで、本取り組みでは医師当直にかかる紹介手数料を削減し、経費削減を図ることを目的とした。

また、紹介業者に依存せずに外部医師との直接交渉を行い、3～4名の安定的な非常勤医師を確保し、持続可能な当直体制の構築を目指す。

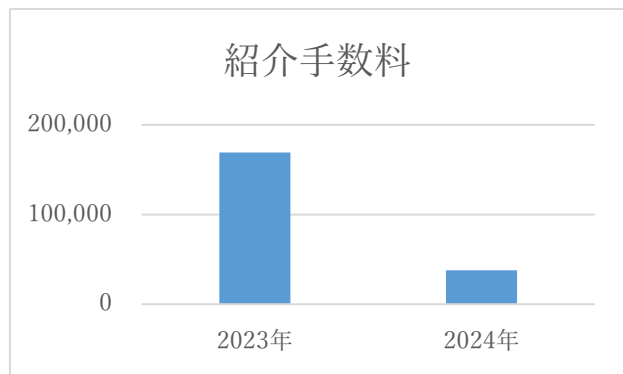
III. 取り組み方法

1. 対象: 当直医(非常勤・スポット)
2. 期間: 令和5年4月～令和7年3月
3. 方法: 同法人内の医師や、かつて紹介業者経由で当院に勤務経験のある医師に直接連絡を取り、当直の空き情報を案内した。
4. 分析方法: 年度ごとの紹介手数料をグラフ化し、削減状況を可視化した。

IV. 結果

令和5年度の紹介手数料は169,290円であったが、令和6年度には38,016円となり、前年度比で131,274円の削減に成功した(表1)

表1



外部医師数名の定着により、毎月の当直依頼を直接行うことが業務として定着した。これらの医師は全員が同法人に所属しており、コンタクトを取りやすい体制が整っている。

また、当直業務に興味を持っていた医師から新たな医師を紹介されたり、医師の方から空き日程の打診があるなど、前向きな反応が得られた。これにより、紹介業者の利用頻度は大幅に減少した。

一方、数年前より仲介者を介して近隣病院に定期的な募集を行っていたが、当直可能な医師数が年々減少し、対応できない月も見受けられたため、昨年度で募集は終了した。

現在は、当直依頼の対象医師が把握しやすい人数に絞られたことで、医師当直管理業務の負担軽減にもつながった。

さらに、定着した外部医師が増えることで、看護

師をはじめとするスタッフの業務も円滑に行えるようになった。初勤務の医師には業務説明や案内が必要で負担が大きかったが、こうした負担の軽減も本取り組みの成果である。

V. 考察

当院の当直勤務は、紹介業者に掲載を依頼するとすぐに応募がある傾向にあった。これは、①比較的に留まりやすい、②職場環境が良い、という要因が考えられ、応募意欲が高まりやすい環境であると推察される。実際、過去に勤務した医師にはリピーターも多く存在した。

今回新たに獲得した外部医師も、当院の業務内容や環境を評価し、継続的な勤務に至ったと考える。今後も医師同士の口コミによる紹介が期待され、新たな医師の確保につながる可能性がある。

引き続き、外部医師の定着を維持するため、直接交渉の機会をさらに増やす方法の模索が必要である。

VI. 結論

紹介手数料の削減に最も効果的だったのは、医師への直接交渉であったと考える。医師が実際に勤務し、働きやすい環境だと感じたことにより、外部医師の定着につながった。

一部の医師には定着には至らなかったものの、いずれも「また声をかけてください」と前向きな返答をいただいております、当院に対して好印象を持っていたことがうかがえる。これは今後の医師確保に向けた貴重な反応と捉えられる。

今後は医師の働き方改革や人員の変動も考慮しながら、安定的な外部当直医の確保を継続していく必要がある。法人外の医師へのアプローチも視野に入れつつ、引き続き直接交渉を基本としつつ、その他の手法についても模索していく予定である。常勤・非常勤問わず、医師が働きやすい環境づくりを進めながら、紹介手数料削減を目指した医師確保に取り組んでいきたい。

リハビリテーション科における SPD 運用導入による物品在庫管理と経費削減の取り組み ～ 文房具・日用品における定数管理と運用改善の実践 ～

イムス札幌リハビリテーション病院

○総務課 高山彩

I. はじめに

当院では、リハビリテーション科における物品管理の効率化と経費削減を目的として、2025 年 4 月より SPD (Supply Processing and Distribution) 運用を導入した。従来は、請求用紙を用いた手作業によって物品の払い出しを行っていたが、その運用では過剰在庫や不必要な発注が発生し、物品管理の非効率さが課題となっていた。

近年、物価の高騰が続いており、医療機関においても物品や消耗品の調達コストが増加傾向にある。また、慢性的な人手不足や診療報酬の抑制といった影響もあり、経営面では厳しさを増している。こうした状況の中で、限られた資源を有効に活用し、無駄のない運用を実現することが急務であった。その一環として、SPD 方式の導入により、在庫管理の適正化とコストの抑制を図ることとした。

II. 取り組み目的

これまで、リハビリテーション科における在庫管理は主にリハビリ助手が担っており、年 2 回の棚卸し作業を通じて在庫状況の把握が行われていた。しかし、その都度、実際の消費量に対して明らかに過剰な在庫を抱えていることが多く、保管スペースの圧迫や物品の劣化・廃棄といった無駄が生じていた。

このような状況を改善するため、SPD を導入し、物品の使用状況をリアルタイムで把握できるようにした。そのうえで、必要最小限の数量を的確に発注・補充する体制を構築し、無駄な支出の削減を図った。

III. 取り組み方法

1. 対象: 文房具・日用品および診療材料・消耗品
2. 期間: 2025 年 4 月より SPD 運用を開始し、運用前(2024 年 4 月～2025 年 3 月)の実績と比較

3. 方法:

1) 定数管理の導入

直近の払い出し実績を基に、科内の適正数(定数)を設定し、運用しながら必要に応じて調整を行った。

また、すでに SPD 化されていた診療材料・消耗品についても定数を見直し、ケース単位で払い出していた物品を 1 個単位で管理する方式へ変更することで、より細やかな在庫調整と無駄の削減を図った。

2) SPD 運用

従来の請求用紙による管理を廃止し、SPD 方式による定期払い出しへ変更した。SPD では、使用実績に応じてシールが下りてきた分のみが日祝を除いた毎日補充されるため、過剰在庫を防ぎつつ、必要な物品が安定して供給される仕組みとなっている。

3) データ収集・集計方法

2024 年度 (SPD 未導入時) は、物品払い出し実績をもとに Excel へ手入力で集計を行った。2025 年度 (SPD 導入後) も、SPD で払い出された使用数を同様に手入力で記録し、月別に比較可能なデータとした。

IV. 結果

2024 年と 2025 年の比較結果は以下のとおりである。

文房具	4 月	5 月	6 月	集計
2024	¥18,363	¥9,874	¥18,883	¥47,120
2025	¥13,291	¥16,043	¥9,532	¥38,866
	(¥5,072)	¥6,169	(¥9,351)	(¥8,254)
日用品	4 月	5 月	6 月	集計
2024	¥14,816	¥3,863	¥6,322	¥25,001
2025	¥7,578	¥9,451	¥7,883	¥24,912
	(¥7,238)	¥5,588	¥1,561	(¥89)
診材消耗品	4 月	5 月	6 月	集計
2024	¥101,248	¥75,722	¥74,866	¥251,836
2025	¥70,592	¥72,236	¥67,646	¥210,474
	(¥30,656)	(¥3,486)	(¥7,220)	(¥41,362)

文房具 ▲8,254 円

日用品 ▲89 円

診療材料・消耗品 ▲41,362 円

合計 ▲49,705 円の削減となった。

文房具については明確な経費削減効果が見られ、日用品についても微小ながら抑制効果が確認された。診療材料・消耗品についても大幅な削減には至っていないものの、順調に減少傾向がみられた。特に 5 月は、ゴールデンウィークによる在庫増加の影響が一因と考えられる。

V. 考察

文房具、日用品、診療材料・消耗品の 3 項目を合算すると、2024 年と 2025 年の比較において

4 月：▲42,966 円

5 月：+8,271 円

6 月：▲15,010 円

合計：▲49,705 円 の経費削減が確認された。

これは、SPD 運用の導入と定数管理の見直し
が、物品管理全体における支出抑制に一定の効果
をもたらしたことを示している。SPD 運用により使用
実績に応じた払い出しが実現し、過剰在庫の削減
につながった。5 月はゴールデンウィークによる発注
増加傾向がみられたが、SPD により実需を把握し、
今後はより計画的な発注が可能になると考える。

VI. 結論

3 か月間での経費削減額(▲49,705 円)をもとに
単純計算すると、年間では約 198,820 円(約 20
万円)の削減効果が見込まれる。これは、リハビリテ
ーション科における SPD 運用が経費抑制に寄与
することを示しており、今後の継続的な運用に期待
が持てる結果となった。

SPD 運用の導入により、文房具・日用品におい
て一定の経費削減と在庫管理の効率化を実現し
た。一方で、SPD にすべてを委ねるだけでは、現場
の実態を正確に把握することはできない。使用頻度
の変化や、定数管理では拾いきれない細かな物品
ニーズを見落とさないためには、実際にリハビリテ
ーション科の物品棚を定期的に目視で確認することが
極めて重要である。現場に足を運び、状況を自らの
目で確認することが、SPD 運用を活かすための鍵
となる。

今後は、システムによる効率化と人の目による柔
軟な対応を両立させながら、より実態に即した物品
管理体制を構築していく必要がある。

また、今後は他の物品についても安価な代替品の
導入や定数の更なる見直しを行うことで、より一層
の経費削減に取り組んでいきたい。

社会保険・雇用保険手続きの管理

～男女ともに育児・介護休業を取得しやすい環境を目指して～

イムス札幌リハビリテーション病院

総務課 ○前田^{まえだ}実穂^{みほ}

I. はじめに

日本社会が直面する少子高齢化と医療従事者の不足の進行に伴い、2025年より社会保険制度の大幅な見直しが始まっている。

また、現代社会において、男女ともに仕事と私生活を両立し、柔軟な働き方ができるよう雇用環境を整備することは、企業にとっても重要な課題とされている。女性の社会進出を妨げる要因を取り除き、男性も家庭に参加しやすくすることで、性別に関係なく誰もが自分らしく働ける社会の実現が求められている。本報告は、こうした社会的背景を踏まえ、病院として働き手の多様性を尊重しつつ、質の高い医療をいかに維持・向上させていくかについて考察したものである。

II. 取り組み目的

職員の雇用に関し、多様で柔軟な働き方の実現は、働き方改革の核心的なテーマの一つとされている。男女平等を前提とした働き方改革が求められる中で、労働生産性を維持・向上させるためには、多様な人材が充実感をもって活躍できる環境を整える必要がある。そのため、職員の置かれた状況や希望に対応することが重要であり、職員の希望に応え、職場環境を整えることは、企業の魅力向上による人材確保にも繋がり、離職防止やキャリア形成が見込まれると考えられる。

当院では社会保険制度の管理方法の見直しを行い、育児休業と介護休業の取得率や取得理由に着目し、男女ともに多様で柔軟な働き方の実現を目指したい。

III. 取り組み方法

1、対象：全職員

2、期間：2023年4月～2025年6月

3、方法：

1)相談窓口の掲示を行い担当者の明確化

育児・介護休業制度を利用しない理由には、制度の利用方法についての知識不足や、誰に何を相談して良いのかわからなかった、といった多様な事情が背景にあった。職員がよく見る場所に相談窓口担当一覧表を掲示し、相談しやすい環境づくりを行った。

2)会議での制度の周知

支援の仕組みが整っている状況にあるが、制度が周知されず、理解されないまま就業困難や離職をしていくことを防ぐため、資料配布だけではなく、会議で口頭での周知も行う。

3)該当者への直接周知

2025年4月の制度改正で、新たに制度の該当者になった方には、直接資料を配布し、周知した。

4)外部の社会保険に関するセミナー参加

外部の社会保険に関するセミナーの参加で知識を深め、取得できる条件などの整理を行い、職員が制度を利用しやすい環境をつくる。

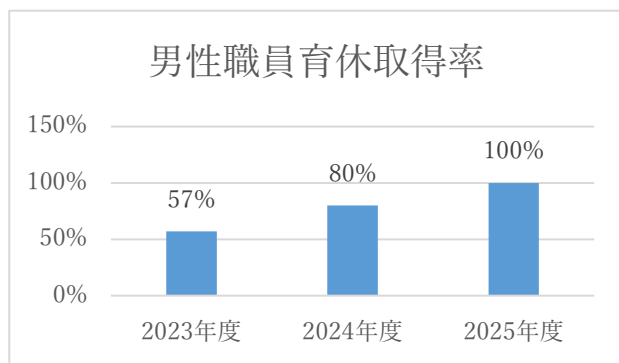
IV. 結果

1)妊娠初期の職員や、介護を行っていることを明らかにしたくないなどの事情を抱える職員から、相談相手が明確化し安心して相談できた声があった。

2)会議での周知を行うことで、該当者だけではなく、所属長や職員全員が制度への理解を深め、

休業を取得しやすくなってきている。

当院の女性職員育休取得率は例年 100%だが、男性職員の育休取得率は、2023 年度 57%、2024 年度 80%、2025 年度は 6 月の時点で 100%と年々増加してきている。



3) 育児時短就業給付金など、該当者に直接周知した際、自分が該当している制度があると思わなかったなどの声があった。

4) セミナー参加で制度の知識を深め、休業取得条件などを周知することにより、介護休業の取得理由に変化がみられた。

2023 年度の介護休業取得者の、休業理由は末期がんの母親の介護や、常時介護を必要とする状態にある母親の介護であったが、2024 年度からは、子供の怪我、遠方に住む父親の入院サポート、家族の精神障害のケアなど、多様な理由で休業取得が見られている。

また、以前の介護終了事由は家族の死亡により職場復帰することが多かったが、近年では家族の治療が終了したため職場復帰ができている。介護終了事由が変わることにより、介護休業を取得した職員の復帰後のメンタルにも変化がみられた。

V. 考察

制度の管理方法を改めることにより、男性の育児休業取得の増加、介護休業の取得事由に変化があり、取得をしやすい環境に変化してきていると考える。

相談相手を明確化することにより、休業を決めた職員だけではなく、悩みを抱えた段階で、どう

すれば良いのか相談にくる職員が増加した。

また、会議での周知を行うことで、女性が多い部署や休業する職員がいる部署だけではなく、他の部署が制度や休業することへ理解が増えたと考える。

外部セミナーへの参加により、申請手続きの事務処理だけでなく、取得希望者の理解が深まり、職員へのプライバシーの配慮、心身の健康への配慮もふまえて、取得希望者へのよりよい提案やサポートができるようになった。

VI. 結論

社会保険の管理方法を改めることにより、休業取得者の増加、制度の利用内容の変化、制度への相談者や該当者の増加がみられた。

しかしながら、課題も多くみつき、制度は取得のしやすさそのものが目的ではなく、休業している職員がいる部署の対応や、復帰後の業務内容など、長期的な対応が重要になってくると考える。

育児休業に関しては、男性の育児休業取得は進んでいるが、期間が短く、業務の引き継ぎ体制の整備が今後の課題である。女性は高い取得率を維持しているものの、復帰後の不安や収入減への懸念が見られた。制度の周知を進め、安心して復職できる環境整備が必要である。

また、介護休業の場合、制度利用が進まず、認知不足や代替人材の確保の難しさが障壁となっている。特に責任のある立場にある職員ほど取得しづらい傾向がある。

人材確保という観点からも、休業取得は注目する項目であり、若い人材の確保、離職防止という意味でも重要な課題となっている。

今後も、性別や年齢、職種にかかわらず、個々の労働者が必要な情報を得た上で 納得して選択をし、職場に気兼ねすることなく、休業制度や給付金制度を利用できるように、体制整備を行っていきたい。

病院内車両の使用増加による貸し出しの効率化

～限られた車両台数での運用改善を目指して～

イムス札幌リハビリテーション病院

総務課 ○三上翔平

I. はじめに

当院では、複数の部署が日常業務や患者の外出支援、リハビリ会議などにおいて車両を使用している。近年、在宅医療や訪問活動の拡大に伴い、車両の利用頻度が急増している状況にある。しかし、保有している車両台数には限りがあり、急な外出業務の発生や利用時間の集中が重なった際には、車両の確保が困難となり、業務の遅延やスケジュール調整が必要になるなど、現場では混乱が生じていた。

加えて、部署間での情報共有が十分でなかったことにより、車両の使用状況が不透明で、「本来利用できたはずの車両が使えなかった」といった無駄も発生していた。従来の運用では、各部署からの車両使用依頼が紙や電話を通じて個別に寄せられ、その都度担当者が手作業でスケジュールを確認しながら車両を割り当てる対応が求められていた。このような属人的かつ非効率な運用体制により、車両管理における「効率化」と「見える化」の実現が喫緊の課題となっていた。

II. 取り組み目的

今回の取り組みでは、車両使用の実態に即した、無理のない効率的な貸出運用体制の構築を主な目的とした。特に重視したのは、業務量の増加に対応するために車両台数を単純に増やすのではなく、限られた台数の中でいかに運用を最適化するかという視点である。

現場では、1日平均で5件程度の車両利用依頼が集中しており、その都度、管理者がスケジュールを手作業で確認・調整していた。また、部署間でスケジュール情報が共有されていなかったため、使

用可能な車両があっても、それが把握されずに無駄な非効率が生じることが多かった。これらの課題を踏まえ、職員自身が車両のスケジュールを確認・調整できる仕組みを導入することで、業務の効率化と管理者の負担軽減の両立を目指した。

III. 取り組み方法

1. 対象: 院内共有車両、使用部署、管理者
2. 期間: 令和6年10月～令和7年3月
3. 方法:
 - 1) 院内情報共有システム「アイネット」を用い、車両スケジュールを各部署が入力できる体制を整備
 - 2) スケジュール情報をリアルタイムで共有し、全体で使用状況を把握可能とした
 - 3) 職員に入力マニュアルを配布し、定期的な入力を依頼した
 - 4) 入力状況を定期的にチェックし、未入力部署への再度協力を依頼
 - 5) 入力内容の分析により、車両使用の傾向やピーク時間帯を把握し、今後の運用に反映

IV. 結果

取り組みを開始した初期段階では、多くの部署がスケジュールを正確に入力し始めたことで、車両の重複使用率が減り、使用可能な車両の把握率も向上した。また、職員からも「いちいち他部署に確認せずとも状況が見えるのは便利」という声が聞かれ、一定の評価を得ることができた。

しかし、運用が定着してくると、定型業務が多い部署では毎週同じスケジュールを「とりあえず固定で入力」するようになり、実際の使用状況と乖離するケースも見られ、「リアルタイムな空き状況の見える

化」が次第に形骸化する場面もあり、情報の信頼性が低下してしまった側面も否定できない。一方で、一部の部署では、実際に自部署の車両台数が不足していることを可視化によって再認識し、自発的に他部署のスケジュールを確認して調整を行う行動も見られた。

V. 考察

今回の取り組みは、業務全体の効率性を改善する一助とはなったが、すべての部署で均等に効果が表れたわけではなかった。特に、固定的なスケジュール入力による「形式的な活用」に陥ったケースでは、本来期待していた調整効果が得られず、運用の見直しが求められた。一方で、自部署の課題を自ら認識し、能動的に調整行動を取る部署も現れたことは、職員の意識変容という観点から非常に重要な成果といえる。

このように、「見える化」は単に情報を共有するための仕組みではなく、職員一人ひとりに「自分たちで解決できることは自ら対応する」という責任ある行動を促す仕組みとしても機能し得る。今後は、形骸化を防ぐための入力ガイドラインの再整備し、効果的な活用事例を共有することで、部署間のより活発な連携が期待される。

VI. 結論

「見える化」を基盤とした今回の取り組みにより、車両使用の全体像を把握できるようになり、情報共有の質が向上した点は大きな成果である。実際に、車両の台数を増やすことなく、一定の業務効率化を実現できたという事実は、今後の運用改善の方向性を示す好事例となりうる。

ただし、運用面における継続的な改善や、入力精度・活用率の維持には課題も残っている。今後は、単なるシステム導入にとどまらず、それを継続的に「使いこなす」文化を醸成することこそが、持続的な運用改善の鍵となる。ルールの見直し、活用促進の工夫、そして職員の意識改革を一体的に進めることが、より実効性のある運用へとつながっていくと考える。

病院の働き方改革 『くるみん』認定取得がもたらす効果

イムス札幌リハビリテーション病院

経理課 ○横山直樹 総務課 梅田康貴 高山彩 前田実穂

I. はじめに

物価高や人件費の上昇により、全国的に多くの医療機関で経営難に陥っており、これは医療サービスの対価として病院が受け取る診療報酬が実態に追いついていないことが主な要因であると考えます。

日本病院協会等が 2025 年 3 月に公表した全国調査では、公的、民間など約 1700 施設のうち、前回の診療報酬改定後の医業収支が赤字だった病院が 7 割を占めている。また、厚生労働省のデータでは、2024 年の医療福祉業界の賃上げの改定率は 2.5%と、産業全体の 4.1%を大きく下回り、人材確保も大きな課題となっており、地方では人口減で経営難に陥る医療機関多くなると予想される。

持続可能な医療体制を維持していくためには、“人材”と“健全経営”が不可欠である。

II. 取り組み目的

当院の長期目標は『北海道で No.1 の回復期リハビリテーション病院となる』であり、同機能病院から目標とされる存在、また、連携機関や地域住民から必要とされる病院を目指している。そのための鍵となるのは“職員”である。

長期目標を達成する一つの手段として、子育てサポート企業『くるみん』の取得を目指し、全職員が安心して働き続けられる環境づくり(ワークライフバランスの向上や業務負担軽減等)に取り組み、長期的に技術力の高い職員を定着させ、医療の質の向上につなげていきたいと考えた。

しかし、課題として離職率が高く、以下の項目で改善が必要であった。

- ・平均勤続年数 4.85 年(2013～2017 年)
- ・男性育児休業取得率 0%(2013～2017 年)

- ・有給休暇取得率 33%(2013 年)

III. 取り組み方法

1. 対象:当院 全職員
2. 期間:2018 年 1 月 1 日～2022 年 12 月 31 日(5 年間)
3. 方法:職員定着に向けて平均勤続年数の向上を図り、働きやすい環境を作る。

1) 法に基づく諸制度の調査・周知

期間内の法改正を事務職が正確に把握する。産後パパ育休(出生時育児休業)や育児休業の分割取得等の制度を該当職員に分かりやすく説明するため、『妊娠～復職についてガイドブック』を作成し、個別面談を実施する。個々の状況や要望を理解し、制度の利用方法を伝える。

2) 毎週水曜日のノー残業 DAY

職員の健康維持・メンタルケアやワークライフバランス確保のために、毎週水曜日に実施。残業時間数の結果について月 1 回の労働衛生委員会で進捗状況を確認。委員の意見も取り入れ、改善策を検討。

3) 有給休暇の促進

各部署でローテーションを組み、業務に支障が出ないように調整することで、長期有給休暇取得を促す。また、上司・管理職が積極的に有休取得し、取得しやすい職場環境を整備した。

4) 院内保育所の活用

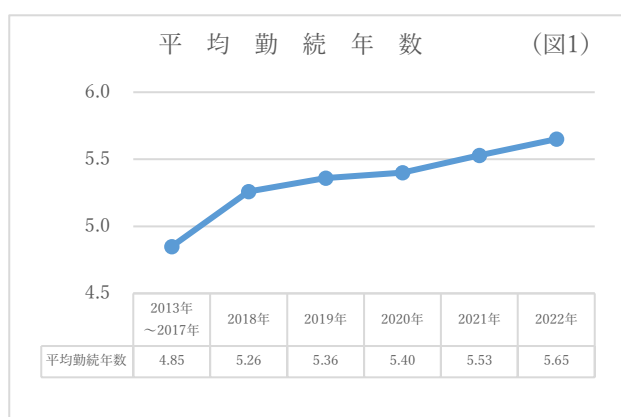
これまで看護師限定での受入を行っていたが、希望する職員であれば誰でも院内保育所の利用が出来るように変更した。

IV. 結果

- ・平均勤続年数 5.65 年(2022 年)(図 1)
- ・男性育児休業取得率 63.7%
(2018 年～2022 年)
- ・有給休暇取得率 96.3%
(2018 年～2022 年)

上記の通り、適正な人員配置、組織的に育児休業や有給休暇を取得しやすい就業環境へ改善された。

これらの実績により 2024 年に子育てサポート企業『くるみん』の認定を取得できた。



V. 考察

くるみん認定は、厚生労働省が認定する企業子育て認証制度であり、企業が積極的に育児支援のための取り組みを実施し、労働者、特に子育て世代に対して実質的な支援を行っていることを示す指標となる。また、以下のメリットがある。

1. 税制優遇措置

認定企業が一定の条件を満たし、設備投資などを行った場合、法人税の特別償却が受けられることができる。取得した機械・装置・建物・建物附属設備などについて、特別償却 100% (全額即時償却)、この制度により初年度に全額損金算入が可能。

2. 公共調達での加点

一部の地方自治体では、くるみん認定を受けている企業に対し、入札時の加点措置。

3. 企業イメージの向上

子育て支援に積極的な企業として、採用や

広報活動で好影響となる。また、就職説明会ブース出展時に、くるみん取得企業への優遇措置。

4. 他制度との連携

上位認定の『プラチナくるみん』では、より厚い税制優遇や評価加点があり、賃上げ促進税制プラス 5%が受けることができる。

VI. 結論

この取り組みにより、くるみん認定の取得に繋がった。患者にとって安全で満足度の高い医療の実現するためには、医療従事者の就業環境の整備が必要となる。取得の要件にもあるワークライフバランスの確保が十分達成できたことが、このような結果に繋がり、当院目標である『北海道で No.1 の回復期リハビリテーション病院となる』に向けて着実に前進したと言える。

今後は、上位の認定であるプラチナくるみんの取得を目指す。人材・公共評価の向上だけでなく、法人税軽減や資産投資における減価償却促進にも繋がる制度であるため、過去 5 年間の就労環境整備を維持しつつ、さらに働きやすい環境を維持・向上させていきたい。

VII. 引用文献

1) 北海道新聞 くらしよくなる？

(尾張めぐみ) 2025.7.9

2) 厚生労働省・都道府県労働局

次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画を策定し、くるみん認定 プラチナくるみん認定を目指しましょう！！

職種指定ユニフォームからオフィスカジュアル導入の取り組み

イムス札幌リハビリテーション病院

経理課 ○山方未裕

I. はじめに

日本の医療機関は近年、厳しい経営環境に直面している。少子高齢化の進行による、患者構成の変化や診療報酬制度に変更に加え、新型コロナウイルス感染症の影響により、病院経営の安定性が強く問われる時代となった。物価高騰により7割の医療収支が赤字となり¹⁾、診療報酬の抑制や人件費の高騰など、医療現場はかつてない多面的な経営課題に直面している。経費削減策の導入が急務であり、その一例として事務職とSW(ソーシャルワーカー)の「指定ユニフォーム制度」にかかる運用コストの見直しが挙げられる。これらのクリーニング費用は年間を通じて継続的に発生し、無視できない固定費となっている。

本取り組みでは、指定ユニフォーム制度を廃止し、オフィスカジュアルを導入することによる経費削減効果に着目し、長期的な**効果**について考察する。また制度見直しによって生じる可能性のある職員の心理的影響、病院の対外的イメージ、現場運用上の課題についても多角的に検討を加え、病院経営における実効性のあるコスト改革に貢献することを目的とする。

II. 取り組み目的

間接経費の削減による病院経営の効率化を目指し、事務職のユニフォームクリーニング費を廃止することで、継続的な固定費を削減し、限られた病院資源をより優先度の高い分野に集中させる。

経費削減だけではなく、ユニフォームの発注、在庫管理、サイズ調整、契約対応などの事務作業を削減し、業務運用の合理化と事務負担の軽減を図る。また、夏季の猛暑日の増加により、画一的なユニ

フォームでは体温調整が難しく、体調不良や生産性低下の要因となる場合があるため、服装の自由度を高めることで、職員の健康保持と快適な職場環境づくりを実現する。業務に支障のない範囲での私服勤務を許容することで、季節や体調、個人のライフスタイルに応じた柔軟な働き方を可能にし、職員のモチベーションや定着率の向上を図る。

最終的に、他職種への展開を見据えた制度見直しの第一歩として、まず一部の事務職を対象に制度改革を試行し、他部署・他職種への展開や、さらなる経費見直しの可能性を検討するためのモデルケースとする。

III. 取り組み方法

1. 対象:事務職員(総務課、経理課、医事課一部職員)、SW(男性のみ)

2. 期間:令和7年8月1日～

3. 方法:

1)指定ユニフォーム廃止案の提出・方針決定

令和6年度の損益分析資料から、物価および人件費の高騰による赤字経営を再度周知し、経費削減の一環として、指定ユニフォームの廃止案を議題に挙げた。具体的なクリーニング費用の年間削減額を提示し、廃止案の影響を検討した。対象職種の範囲明確化や、別途手当の支給の有無について協議した。

2)職員への説明・意見収集

対象職員に説明会を開催し、制度変更の背景と目的を明示する。実施日までに課題点や問題点を解決するためのヒアリングを行い、マニュアルを作成する。

3)試行期間の実施(トライアル導入)

1ヶ月の私服勤務を許可し、施行運用期間を設けた。実際の業務への影響、職場の印象の変化、職員の感想などを観察・記録する。必要に応じて、清潔感や節度ある服装に関する注意喚起を行いながら、現場での課題を早期に把握する。

4) 本格導入(ユニフォーム廃止の正式決定)

試行期間終了後には、集まった意見や現場の状況をもとに制度の最終調整を行う。問題点がなければ、正式に指定ユニフォーム制度を廃止し、私服勤務を基本とする新たな運用へ移行する。これに伴い、既存のユニフォームに関するリース契約やクリーニング契約を順次解約する手続きを進める。移行後も、制度が定着するまで一定期間はフォローアップを行い、現場からの意見やトラブルへの対応を継続する。必要に応じて服装ルールの見直しを行い、柔軟で健全な制度運用を確立する。最終的には、この事務職およびSWの制度見直しをモデルケースとして、他職種・他部署への展開可能性も今後検討していく予定である。

IV. 結果

指定ユニフォーム廃止の対象となる職員は、総務課女性7名、経理課女性1名、医事課(地域連携室)女性1名、SW男性2名の計10名である。別途手当の支給は、協議の結果、経費削減案に基づき原則支給なしとなった。

マニュアル作成は、三愛会総合病院の事務職員対象の規定をもとに、試行期間の意見を取り入れ、実施日の8月に向けた意見交換を日々行っている。

年間で774,000円の削減が見込まれる。内訳は、以下の通りである。

1回あたりのクリーニング費用:ブラウス200円＋スカート230円＝430円

1ヶ月あたりの最大クリーニング回数:15回

1ヶ月あたりのクリーニング費用:430円×15回＝6,450円

年間削減額(10名分):6,450(円/月)×12ヶ月

×10名＝774,000円

V. 考察

今回は、モデルケースとして10名の職員を対象に実施しているが、今後SWや医事課の女性約15名のユニフォーム廃止を進めることで、さらなる年間の経費削減が見込まれるため、マニュアルや環境の整備を引き続き行っていく。

VI. 結論

ユニフォーム制度の廃止は、長期的な運用において確実な経費削減に繋がる。本制度変更は、マニュアルの見直しという観点からも、経費削減という経営上の合理性だけでなく、職員の快適性や多様な働き方を尊重するという観点からも有効な施策であり、今後の組織運営にとって好影響を与えると考えられる。しかし、自費で揃え直すことによる心理的・経済的な負担を感じる声も想定され、服装による印象の差や比較が生まれやすくなることも一定のリスクといえる。そのため、制度の導入にあたっては、あくまでも「節度ある自由」としてのガイドライン整備が不可欠である。

今後も制度運用の中で生じる課題については柔軟に対応し、職員との対話を重ねながら、より良い職場環境の構築を目指していく必要がある。

VII. 参考文献

1) 尾張めぐみ.北海道新聞 <暮らし、よくなる? 2025 参院選>医療報酬引き上げを 北海道の中核病院でも経営難 物価高など響く,2025-7-9

ID-LINK の利用促進の取り組みについて

イムス札幌リハビリテーション病院

医事課 ○濱田厚志

I. はじめに

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」は、地域の医療機関に分散する患者の診療データを統合・共有して、スムーズな地域連携パスを実現するネットワークサービスである。

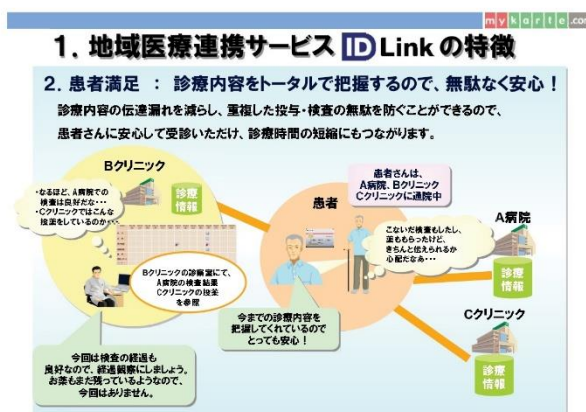


図1「ID-LINK 概要」

当院では、手稲溪仁会病院を中心として、「ユニット」である「TMNIT in Hokkaido」に参加しており、利用促進に向けた取り組みと課題について検討する。

II. 取り組み目的

従来、「ID-Link」の利用は、一部の患者について医師が利用するにとどまっていたところ、中心病院である手稲溪仁会病院からも利用の促進を働きかけられたということもあり、合わせて今後の医療DXが進むこともあわせて院内での利用促進に取り組むこととした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 手稲溪仁会病院からの転院患者
2. 期間: 2024年9月～2025年6月
3. 方法:
 - 1) 院内各部署への周知
 - 2) 医局会にて周知
 - 3) 使用可能端末の拡大
4. 分析方法: 「TMNIT in Hokkaido」における閲覧数
 - (1) 院内への周知は、下記の部署へおこなった。
 - ① 医療相談室及び退院支援看護師→全員
 - ② 栄養科→全員
 - ③ リハビリテーション科→各病棟管理者
 - ④ 医局→全員
 - ①、②については、運用の案内及びID付与を適正化した。
 - ③については、リハビリ科との連絡会議にて周知し、各病棟の責任者へID付与をおこない、個別に説明をおこなった。
 - ④については医局会にて再度周知した。

IV. 結果

上記、IIIの取り組みの結果として当院の「ID-Link」閲覧数は下記のとおりとなった。

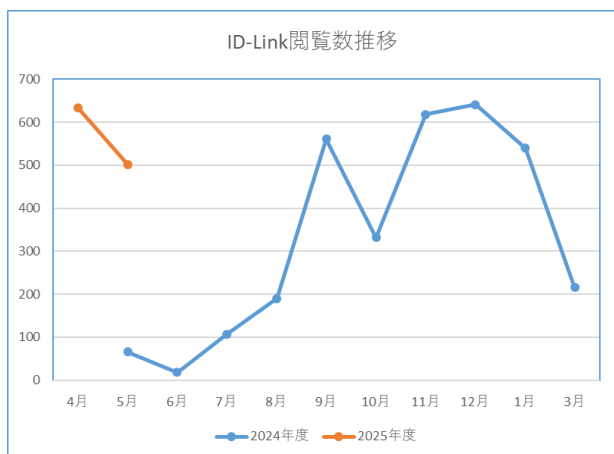


図 2

V. 考察

集計データが公表された 2024 年 5 月と 2025 年 5 月を比較すると、66 件→502 件であり、436 件の増加であり、7 倍の件数となった。

「ID-Link」による情報共有については進展した。医師からも ID-LINK について問い合わせがあるなど周知はすすんでいると言える。

VI. 結論

また、「ID-Link」の利用促進は、「TMNIT in Hokkaido」の中心病院でありかつサーバー設置病院でもあることから近年積極的に利用をアピールしている。

その依頼に答える意味でも当院の取り組みは有意義である。「TMNIT in Hokkaido」の手令会合では閲覧数・紹介数の提示もありより件数の増加に努めている。

なお、「ID-Link」は複数ユニットに加入することも可能であり、より効果的な運用が可能となるように「市立札幌病院」(すずらんネット)と「小樽市立病院」「おたるしりべしLink」の設置しているユニットがあることが判明しており、それぞれ加入申請をおこなっている。両者の利用件数は多くはないが厚生労働省が進める医療 DX が今後さらに進んでいくことも考えれば先んじて連携を強化していくことも重要

である。

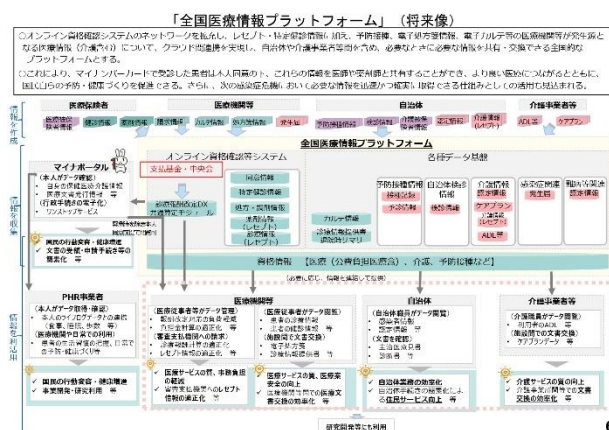


図 3「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

ただし、現状では下記の課題が残っている。

- ①「ID-Link」では、溪仁会病院からのデータを受領するだけで、参加病院からの情報提供はできない。
- ②公開データが限定されている。
(検体検査・画像・処方、栄養、医師 SOAP)
- ③ユニット毎にルールが異なる。
(例:「おたるしりべし LINK」においては個別同意が必要だが、「TMNIT in Hokkaido」は不要)

今後も利用促進を図るとともににより連携が強化できるよう情報交換に努めていく。

入退院支援加算全件算定にむけて

イムス札幌リハビリテーション病院

医事課 こじまかずや ○小島一也

I. はじめに

2024 年 7 月より障害者病棟 35 床を回復期リハビリテーション病棟へ転換し、150 床全て回復期リハビリテーション病棟とした。

包括病床では限られている出来高部分を可能な限り全て算定する必要があるために入退院支援加算に着目した。

II. 取り組み目的

診療報酬の増収効果と、算定要件を満たす事で患者満足度に結びつき、また選ばれる病院となる事を狙いとした。

III. 取り組み方法

1. 対象:全入院患者
2. 期間:2024 年 7 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
3. 方法
 - 1) 事前に入院時書類セットの中に退院支援スクリーニングシート・退院支援カンファレンスシート・総合機能評価シート・退院支援計画書を準備する。
 - 2) 入院時に退院困難な要因の抽出、及び総合機能評価を行った後、退院支援カンファレンスを実施し退院支援計画書を作成する。
 - 3) 本人及び家族に入院診療計画書の説明を行い、引き続き退院支援計画書の説明を行う。
 - 4) 病棟クランクは各種書類の作成・サインの確認し退院時に算定する。
 - 5) 月末に入退院支援部門と実施件数と算定件数を突合

IV. 結果

2024 年度の算定件数 389 件に対して 2025 年度の算定件数は 412 件であった。退院患者数に対する割合は 2024 年度 65%、2025 年度は 72%であった。また総合機能評価加算は 2024 年度 351 件・加算率 90%、2025 年度 385 件・加算率 93%の結果となった。

V. 考察

主に転院患者を受け入れているので、事前に前医からの診療情報提供書等を入手しており、ある程度の事前準備が可能であり入院時に入院診療計画書の説明から退院支援計画書の説明まで滞り無く実施出来る。全患者に対して実施するので入院後 7 日以内に退院支援計画が作成されていない事態に陥る事もない。

VI. 結論

月に 50～60 件程度の退院があり、入院時に着手・作成・説明まで行う事により全患者入退院支援の算定要件は整い実施漏れは無い状態である。月末の突合点検にて死亡退院や療養病棟から他の保険医療機関への転院等の算定不可を除いた算定件数と実施件数を合致させて算定漏れを防止している。

また、本人及び家族は入院日に入院生活から退院後の生活までの支援計画説明を受けれるので目標や安心感を持ち入院生活を送れる。

带状疱疹ワクチンの公費接種開始に向けた取り組みについて

イムス札幌リハビリテーション病院

医事課 ○平野 貴子

I. はじめに

2025年度から带状疱疹ワクチンが予防接種法に基づく定期接種に位置付けられた。

当院でも未だ接種率が低いのが現状で、今後の接種率の向上と増収にむけての課題として報告する。



参考:厚生労働省パンフレット

II. 取り組み目的

政府の方針に沿い、带状疱疹ワクチンについて啓発するとともに、若年層への認知促進への活動で対象接種の増収対策として取り組みをすすめる。

III. 取り組み方法

带状疱疹ワクチンの定期接種化にあわせて、当初生ワクチンのみでの対応を予定したが、より幅広く対応するため、組み換えワクチンにも対応することとした。組み換えワクチンの助成申請にあたっては、札幌市の予防接種担当部署や札幌市医師会への

事前申請が必要であったが問題なく申請は可能であった。

また、定期接種の対象とならない方についての価格設定もおこなった。

- ・生ワクチン 一般:7,700 円(税込)
- ・組み換えワクチン 一般:25,000 円(税込)
- <助成あり>
- ・生ワクチン 4,500 円もしくは無料
- ・組み換えワクチン 10,800 円もしくは無料

接種にあたっては、看護部・薬剤部と調整をおこない発注方法、予約方法について確認した。なかでも生ワクチンと組換えワクチンの有効性と長期性の説明が予約の際に必要なため、確認をおこなった。予約方法は、接種開始当初は件数も多くないことが想定されるため、同様のワクチンである肺炎球菌ワクチンと同じく紙台帳管理にておこなうこととした。

IV. 結果

2025 年 7 月末現時点では生ワクチン2名、組み換えワクチン2名(内50代1名)で65400円の収入となっており、すべて助成非対象者であった。

V. 考察

接種率には未だ低い層も存在しているが、札幌市では7月1日付で個別通知の発送をおこなっており、今後は問い合わせが増える事が予想される。

VI. 結論

65歳以上の対象者だけでなく、ターゲット層の拡大にむけて地域への回覧板や、当院の SNS を通じて带状疱疹のリスクや予防意義、助成制度無などを理解しやすく発信をする事で接種率の向上が期待できるため取り組みをすすめていきたい。

回復期リハビリテーション病棟入院料対象外患者についての考察

イムス札幌リハビリテーション病院

医事課 ○渡邊麻衣

I. はじめに

回復期リハビリテーション病棟入院料は、算定する入院料が1～5の区分に分かれているが、いずれの区分においても該当患者割合が8割以上必要となる。対象外患者については、一般病床区分においては特別入院基本料、療養病床区分においては療養病棟入院料 27 を算定することとなり、収入としては大きく低下してしまう。

II. 取り組み目的

回復期リハビリテーション病棟入院料における対象患者の確保は施設基準上の要件であるため。

III. 取り組み方法

看護部(病棟・ベッドコントロール担当師長)と協力し、入院患者のうち対象患者への切り替えが可能と思われる対象外患者のリストアップを行い、該当患者への切り替えが可能かを検討した。

IV. 結果

【症例①】

92 歳女性。入院時傷病名:左踵骨骨折(非該当患者)。入院中に誤嚥性肺炎を発症し抗生剤による治療が行われた。FIMは、入院時 67 から 31 へ低下しており、該当患者への切り替えが可能と判断した。

【症例②】

85 歳男性。入院時傷病名:肺炎後廃用症候群(該当患者)。入院中に間質性肺炎を発症し

ステロイドパルス療法が行われた。FIMは、入院時 49 から 30 へ低下していたが、この症例については入院当初から該当患者の「廃用症候群」として算定をしているため、さらに「廃用症候群」への切り替えは不適当と考え、切り替えは見送ることとなった。

【症例③】

82 歳女性。入院時傷病名:第2腰椎圧迫骨折(該当患者)。入院中に誤嚥性肺炎を発症し抗生剤による治療が行われた。FIMは入院時 70 から 43 へ低下しており、入院時傷病名の算定上限日数も残り 20 日程度と短く、施設への退院には継続したリハビリテーションが必要な状態であったため「廃用症候群」への切り替えが適当であると判断した。

2025 年4月～7月に該当患者への切り替えの検討を行ったのは23名。そのうち該当患者への切り替えを行ったのは6名であった。

V. 考察

該当患者への切り替えによって算定入院料が特別入院基本料から回復期リハビリテーション病棟入院料1となり、増収額は 5,497,800 円であった。また、4月～7月の平均該当患者率も 84.3%であり施設基準である該当患者割合8割以上の維持につながった。

VI. 結論

ベッド稼働率をあげるため以前よりも回復期リハビリテーション病棟入院料対象外患者が増加している傾向にあり、4月～7月の対象外患者割合は平均 15.3%となっている。今後もこの取り組みを継続して行っていき、施設基準の維持に努めていく。

量的点検へ本気で取り組んでみた ～診療録の精度を確保するには～

イムス札幌リハビリテーション病院

医事課 ○慶松壯將

I. はじめに

当院では 2011 年より診療録管理の一環として、多職種での質的点検を行っていた。それにより診療録内の未記載は著しく減少し診療記録の質と真正性を確保するための一端を担っている。しかし量的点検の方が十分に行えているかというところとも言えず記載漏れ等の簡単なケアレスミスを満足に防げていない状況だった。そのため、2019 年より量的点検の体制を整えることとした。それらの取り組みについて報告を行う。

II. 取り組み目的

診療録の真正性を確保。記載漏れ等を防ぎ法的防衛上の観点からも診療録の精度を高める。

III. 取り組み方法

1. 対象:退院患者の診療録を全件
2. 期間: 2019 年度より退院時にダブルチェックする
3. 方法
 - 1) まず、点検手順の基礎となる診療録量的点検表を作成。
 - 2) 患者退院後、診療録の製本時に点検表に則って病棟クランクが点検を行う。また、その時点で見つかった不備等は病棟で追記・訂正依頼を行う。
 - 3) 製本が終わり、病歴管理室におりてきた診療録の点検を点検表に則って病歴スタッフが行う。見つかった不備については医師の分は退院時要約の記

載依頼時に同時に追記・訂正依頼を行う。退院時要約作成後に他コメディカルへの追記・訂正依頼を行う。

4. 分析方法

毎月行っている質的点検の点検項目と被っている項目(署名漏れが無いか、等)の不十分・未記載の件数を確認していく。年に 1 度集計を行っているのでその結果を見比べる。量的点検の効果が出ていれば該当の項目は改善が見込める。

IV. 結果

年に 1 度集計を行った質的点検の不十分・未記載の件数報告では、2018 年度はカルテ一冊につき不十分が 4.58 件、未記載が 0.61 件だった。

量的点検の取り組みを始めた 2019 年度はカルテ一冊につき不十分が 3.77 件、未記載が 0.60 件。

2020 年度はカルテ一冊につき不十分が 2.44 件、未記載が 0.31 件。

2021 年度はカルテ一冊につき不十分が 2.02 件、未記載が 0.40 件。

2022 年度はカルテ一冊につき不十分が 2.25 件、未記載が 0.25 件。

2023 年度はカルテ一冊につき不十分が 2.69 件、未記載が 0.23 件だった。

また、「日付と記入者の署名が付されている」等の量的点検と被る項目は 2020 年度以降、0 件～1 件程度まで減っているのが確認できた。

V. 考察

量的点検の体制を整えてから 5 年のデータを比較すると 2019 年度は若干減少。以降は不十分・未記載共に大きく減少し、量的点検開始前の半分前後まで件数が減った。元々、質的点検の方でも不十分の項目を減らすべく職員に指導を行っていたが、未記載の項目が半分以下になったのは量的点検の効果が大きいと思われる。

VI. 結論

量的点検の体制変更を行い、ダブルチェックを 2019 年度から開始した。退院後のカルテの集計の為、結果に反映されるまで時間がかかったが 2 年後からは不十分・未記載の件数が大幅に減った。最終的に 2018 年度の半分前後まで減るようになり、量的点検の結果が大きく反映されているのが確認できた。また、一部の量的点検と被る項目は年間に 0 件～1 件程度まで減り、成果が認められた

今後も量的点検を継続し診療録の精度を維持し続けることで、診療録の真正性を確保できると考えられる。

生活習慣病管理料算定、そして算定漏れゼロへの挑戦 ～算定に向けた医師へのアプローチ～

道南ロイヤル病院
医事課 ○木島望 福沢智

I. はじめに

2024年6月1日診療報酬改定により「生活習慣病管理Ⅰ・Ⅱ」が新設された。

これまで、特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算の対象となっていた「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」が除外され、【生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ】が新設。それにより当院では受診される患者層、管理料のより高い点数となる【生活習慣病管理料Ⅱ】を算定することとした。

管理料を算定するには、医師の管理・記録が必要となる。記載量の多い計画書の作成について難色を示していた医師へ、算定に向けた取り組みをしたことで一定の成果を得たことを報告する。

II. 取り組み目的

当該加算を算定することにより、外来診療の増収を目的とすること。また当該加算を算定している外来患者に対して交付する「療養計画書」の発行にあたって、電子カルテの文書機能を活用し、外来だけではなく、病棟業務を兼務する医師の負担を軽減することでスムーズに管理料を算定すること。

III. 取り組み方法

1. 対象:生活習慣病管理料Ⅱに該当する外来患者。高血圧症、脂質異常症、糖尿病が主病になっており、かつ主治医によって毎月管理されている患者。
2. 期間:2024年6月1日～現在
3. 方法:
 - 1) 当該加算の対象となる外来患者を把握する
 - ① 該当となる疾患で過去1年間継続して受診している外来患者を抽出する。

② 対象患者に対して受付の際に、窓口負担が330円(1割負担)～990円(3割負担)ほど上がることを説明する。

2) 医事コンピューターのメモ機能を使用し、「該当する疾患名」と「管理料継続回数」を記録する

① 該当する疾患名として「▲高血圧症」「▲脂質異常症」「▲糖尿病」と▲で印を付け記録する。

※ただし「▲糖尿病」の場合“在宅自己注射指導管理料”を算定している外来患者には当該加算は算定できい為、その旨の記録もする。

② 患者に交付する療養計画書の項目に「継続○回目」と記載が必要になる為、受診の都度「○回目」を記録し更新していく。

③ 初診の患者については、原則“初診を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない”とされている為、「○月初診～次回管理料算定」と記録をする。

3) 受診の際、外来患者に交付する受付ファイルの表面に「該当する疾患項目」「管理継続回数」の記入した用紙を貼り付ける

① 「該当する疾患項目」「管理継続回数」は2)①のメモにより記載する。

② 初回の管理にあたっては、2)③により判断し、3)①の流れで受付を行う。

4) “療養計画書”発行の為の電子カルテ機能の活用

① 電子カルテの文書機能で“生活習慣療養管理計画書__初回(継続)”の書式を登録。計画書の作成は自動で氏名等の他、一部

プルダウン方式にし、医師には項目の選択・数値の記録を容易に出来るようにする。

- ②前回作成した計画書を再利用し、問診の結果、変更点のみ記録出来るようにする。

IV. 結果

現在、生活習慣病管理料Ⅱに対する算定漏れの件数は無い。交付する“療養計画書”の作成忘れはあるが、医事課より依頼をかけ作成をしていただいている。診察が混みあっている場合お待たせしてしまうこともあるが、受診患者に医事課より必要性を説明したうえで、クレーム等なくお待ちいただけている。また、増収の面からみても、

2024年5月31まで

>> 特定疾患療養管理料: 87点

(許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合)

+ 特定疾患処方管理加算: 56点

(許可病床数が200床未満の病院であり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の方の処方を行った場合): = 143点

2024年6月1日～

>> 生活習慣病管理料Ⅱ: 333点

と、上記の通り【190点(3割負担で570円)】生活習慣病管理料Ⅱの方が高いことが分かる。

○2024年5月までの診療報酬改定前

・特定疾患療養管理料87点+56点 215件

5月計: 30,745点

○2024年6月実績

・特定疾患療養管理料87点+56点 52件

= 7,436点

・生活習慣病管理料Ⅱ 333点 126件

= 41,958点

6月計: 49,394点

18,649点 186,490円の増収

計画書作成については、記載量の多い計画書の作成について難色を示していた医師からも“患者情報の自動入力・プルダウン方式をすることにより、計画書の作成が容易に出来る”、“前回の計画書を再利用することにより、データの比較が計画的に出来る”と回答をいただいた。

V. 考察

事前に外来患者情報の登録をすることで、医師が当該管理料の対象患者か判断することができ、対象患者にあつては「疾患名」「継続回数」等の判断が容易となった。医師との情報共有・療養計画書の相互確認を行うことによって、算定漏れゼロへと繋がっている。

しかし、プルダウン方式を使うことにより、記載漏れはなくなるが一部類似した指導内容となる傾向にあり、前回作成の計画書を再利用することで画一的な指導内容になってしまうことが一部計画書でみえた。今後、この問題に対してのアプローチも必要だと考えた。

VI. 結論

今回の取り組みによって計画書作成に難色を示していた医師へアプローチ次第で算定漏れゼロ、管理料をスムーズに算定することができ、新規加算、管理料取得を目指すことができる。

そのためには、医師との良好な協力関係を築いていくことが大切であり、その為に日常生活でのコミュニケーションから管理料の意識を伝えられるようアプローチをしていく。

総務課広報立ち上げによる知られる病院へ ～地域にあったアナログとデジタルのハイブリット化～

道南ロイヤル病院
総務課 ○大久保哲明

I. はじめに

せたな町は人口 6,544 人、高齢者率 47.1% である。紙ベースの地域広報誌「かわら版」が広報の大半を占めていた。しかし、リクルート活動にて日本全国をより意識し発信する為には紙媒体のみでは限界がある。

そこで、道南ロイヤル病院では総務課広報を立ち上げた。立ち上げに伴い、稼働が止まっていた公式 SNS である、LINE・Instagram・TikTok、3 つのコンテンツを再稼働。
各コンテンツへ集患・リクルートの役割を別々に与えることにより、当院 SNS 間での相乗効果による効率的な集患・リクルート活動を目指した。
SNS 運用再開から現在へ至るまでの登録数・集患・イベント動員の変化及び成果について報告する。

II. 取り組み目的

日本が少子高齢化という現状を打破することができない中、医療業界のみならず日本中の企業が人材確保という難題に直面している。

SNS が当院の採用・集患戦略において、HP では伝えることが難しいタイムリーな職員の表情・イベントや研修風景等、当院の日常を発信することにより、地域住民へは受診しやすい病院であることを伝え、リクルート活動においては、応募の入口となることができるのではないかと考えた。

SNS 運用において、まずはコンテンツを継続的に視聴するフォロワーを増加させることは何よりも最初に行うべきことであることから、フォロワー数増加への取り組みを行った。

紙媒体については、今まで通り高齢者へのお知ら

せや配布へ使用をするが、広く遡及させること・紙媒体用にデザインしたものをデジタル化し使用することで業務効率向上を図った。

III. 取り組み方法

1. 対象：国内外のインターネット利用者
2. 期間：2025 年 2 月 12 日～現在
3. 方法：
 - 1) 毎月 1 回の院内広報会議において SNS コンテンツへの投稿回数・フォロワー数を発表。
 - 2) 各部署から院内外にて実施される研修・出張等の情報を収集し投稿素材を集める。
 - 3) 投稿画像・動画処理に効率的に作成可能なソフトを使用。

IV. 結果

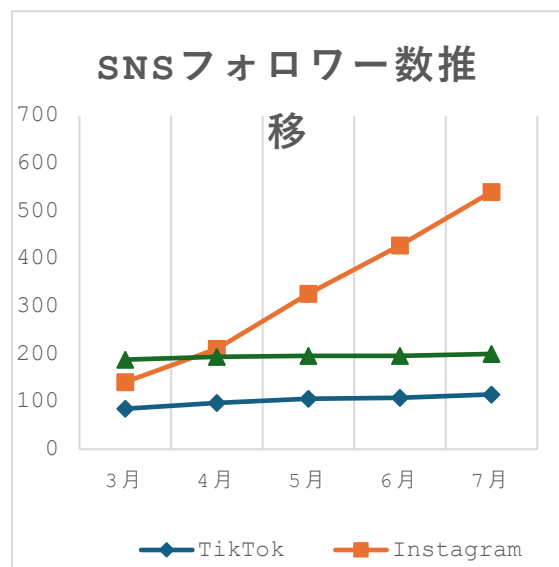


図 1

SNS フォロワー数推移					
	3月	4月	5月	6月	7月
TikTok	85	97	106	108	115
Instagram	141	211	326	428	540
公式LINE	188	194	196	196	200

表 1

フォロワー数については図 1・表 1 の推移となった。コンテンツによっての増加数に大きく差が出ている。7 月に行われた看護フェアでは参加のきっかけが SNS であるとの回答が大幅に増加した。看護フェア翌日には参加者のうち 3 名が外来受診となった。

V. 考察

コンテンツによってフォロワー数の増加に大きな差が出る結果となった。要因は投稿回数に起因する部分が Instagram・TikTok については大きい。(表 2)

LINE については発信回数が多いにも関わらず登録者が増加していない。せとな町民(個人)の登録者が 95%以上の状況。町民の登録数を増やすことは外来受診へ直結する数値の為、新たな試みを早急に行う必要がある。

SNS 投稿回数				
	3月	4月	5月	6月
TikTok	2	5	4	4
Instagram	9	7	15	8
公式LINE	7	4	9	5

表 2

リクルート・集患への貢献については期間が短く、数値化はできていないが今後、入職希望者へはどの経路から何をみて応募へ至ったののかのデータを蓄積する必要がある。

当院の SNS コンテンツの現状、フォロワー数では

効果測定を行うにはまだ不足している状態と考える。

VI. 結論

SNS が患者・職員・町民の間で話題になっていること、公開講座等のイベント動員へ貢献できているといった現状はある。

しかしながら、SNS 運用期間 5 か月間では、リクルート・集患について、SNS の効果測定を数値化し行うには至っていない。Instagram についてはフォロワー数を着実に増加させる方法を確認しつつあることから、Instagram のフォロワー増を継続して行い、同様に Tik Tok・LINE の登録者を増加させることが史上命題である。

進化するオールマイティ診療補助者の育成 ～業務の兼任による有効活用～

道南ロイヤル病院
総務課 ○石井英里子

I. はじめに

当院は障害者病棟54床、医療療養病棟120床、人工透析19床を有する慢性期病院である。職員は正規職員130名、非正規職員50名ほどが勤務する。院内の診療補助者は部署ごとに配置はしているが、診療補助者が必要な部署すべてに配置することはできず人員確保に苦慮していた。その中で栄養科では昨年5月中旬より所属長の管理栄養士が休職し、新卒の管理栄養士1名と育成中である3年目の栄養士の2名体制となっており、補助業務を行っていた栄養士が管理栄養士のサポートする状況となっていた。そのため補助業務を行う職員が不足し総務課が業務を一時的に補助する形となっていた。今回はリハビリテーション科・総務課リネンの診療補助者2名の業務を調整し、栄養科業務を加えて3職種の業務をローテーションして兼務を行った。それにより栄養科の業務負担と補助者の部署異動した場合の負担を減らすことが可能になったため報告する。

II. 取り組み目的

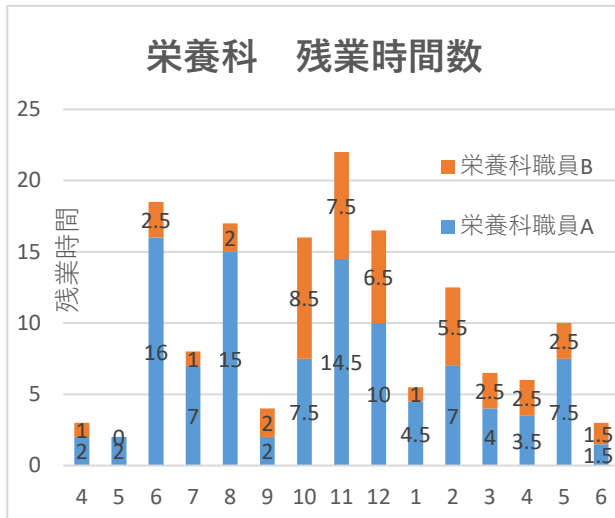
栄養科の責任者の休職により他の職員の時間外勤務が増加していた。業務軽減のため、他部署の診療補助者で可能な限り業務に入る形をとった。今回は栄養科だけではなくほかの職種でも職員が急遽休暇に入ることを想定し診療補助者が他部署の業務に携わってローテーションで業務を回し各部署の業務軽減につながったかどうかを検証した。

III. 取り組み方法

1. 対象:総務課リネン常勤嘱託職員 1名
リハビリテーション科 常勤嘱託職員 1名
2. 期間:令和6年11月～現在
3. 方法:
 - 1)リハビリテーション科の指導担当者と週1度打合せをし、次週の業務する部署を決める
 - 2)業務内容はリネン業務、リハビリ助手業務、栄養科助手業務の業務を行う。
業務内容は下記の通り
 - ・リネン業務
各部署のリネン物回収、補充
職員のユニフォームの管理
洗濯委託業者への集荷の依頼
 - ・リハビリ助手業務
通所リハビリテーションにて利用者補助
リハビリテーション科の物品管理
 - ・栄養科助手業務
提供経管栄養食品、補助食品の準備
食札の管理、準備
経管栄養食品、補助食品の在庫管理
- 3)月に1度程度、各部署の指導担当者が対象と面談を行い問題が無いかどうか、課題などを確認する。
- 4)リハビリテーション科の指導担当者や栄養科職員と打合せを行い問題点や今後の課題点の共有をする。

IV. 結果

図 1



リハビリ助手業務、リネン業務による数値的な実績は得られなかったが一定の業務軽減には繋がった。また、栄養科助手業務により栄養科職員の残業時間数に多少の減少が見られた。(図 1 参照)

V. 考察

リネン職員やリハビリテーション科助手職員により限られた時間で3職種の業務をスムーズに行うことは多少の期間を要した。しかし継続することで栄養科の業務負担が減少し残業時間の削減につながったと考える。

VI. 結論

診療補助者が複数の部署で業務を行うことは覚えることが多くなりキャパシティの心配はあったが所属部署の業務にはなかった職員との関わりや利用者との関わりが良い刺激になったと面談で確認できた。

今回、診療補助者2名にリネン業務、リハビリ助手業務、栄養科 経管栄養準備等の兼務をしてもらい、少なからず各部署の業務が軽減されたと考える。また今回の栄養科のように人員が急遽不足した場合に対応できる「オールマイティ診療補助者」の育成が可能となった。

今後もリハビリテーション科、栄養科の協力のもと、診療補助者の労務管理を進めていく。

スマートな出張管理で効率向上！経費削減へ

道南ロイヤル病院

総務課 ○久保嘉彬 経理課 大澤智博 岩坂風奈

I. はじめに

当院の位置する北海道せたな町は北海道の南西部に位置しており、町内に駅、空港はなく、最寄りの駅までは車で約1時間、空港までは約3時間を要する環境である。

当院での年間の出張件数はIMSグループで最も多く、道内外含めて年間70件から100件にのぼり、特に北海道外で行われる研修、会議の参加の際には航空機を利用することが多い現状である。

そこで、出張地までの移動方法や、航空券の取得を含む出張管理業務を効率化し、業務の確実性を向上させるとともに、管理のしやすい体制を構築。更に、経費削減へつなげることができたので報告する。

II. 取り組み目的

今回の取り組みの目的としては、出張管理業務の効率化と業務の確実性の向上、さらに経費削減へつなげることである。また、現在までの分析をすることにより、今後のより良い出張管理につなげることを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象：出張対象者すべて
2. 期間：2024年4月～2025年3月まで
3. 方法：

1) 送迎運転手の配備

- ・最寄りの駅や空港への移動の送迎
- ・同一研修参加者をまとめて送迎

2) 出張伺書の書式変更

- ・年間計画の把握と、遅くとも2週間前までに提出する旨を追記
- ・移動手段および利用便名の記載を求める

内容を追記

3) 出張管理サービス Racco の導入

IV. 結果

II. 取り組み目的の順に結果を報告する。

1) 送迎運転手の配備、また、同一研修参加者をまとめて送迎することにより、出張旅費精算の件数が減少し、事務処理の負担軽減と共に、移動にかかる経費の削減につなげることができた。また、移動手段が統一されたことにより出張管理の効率化がはかられ、出張手配の漏れ防止にもつながったと考えられる。業務の効率化のみならず、業務の確実性の向上にもつなげられる結果となった。

2) 3) 航空券手配に際しては、取り組み前までは旅行代理店を通じて航空券を手配しており、複数回のやりとりや担当者不在、長期休暇により取得までに多くの時間を要していた。出張管理サービスの導入により、自部署での航空券取得が可能となり、併せて出張伺書様式の見直しを行ったことで、早期の航空券取得が可能となり、航空権取得に要する時間を大幅に短縮できた。これにより、急な出張にも柔軟に対応できる体制が整った。

さらに、取得管理画面を部署内で共有できるようになったことで、出張状況の可視化が進み、出張管理がより一層しやすくなった。特に出張手配者が不在の場合でも、他の職員が状況を把握しやすくなり、出張者からの問い合わせにも迅速に対応できるようになった。また、取組後の航空券の取り忘れは0の状況であり、この取り組みに関しても業務効率の向上と業務の確実性へとつながる結果となった。

また、結果として早期の取得が可能になったことにより経費の削減につなげることができた。

当院で最も利用の多い函館～羽田間の航空券について、取組前と取組後の１年間における１件あたりの航空券取得の平均額を、表１に示す。

表 １ 函館～羽田間の取組前と取組後１年間の比較表

月	件数		１件当たりの平均金額	
	取組前	取組後	取組前	取組後
11 月	-	10 件	-	¥39,478
12 月	-	3 件	-	¥32,053
1 月	3 件	11 件	¥40,373	¥37,648
2 月	5 件	11 件	¥43,320	¥38,035
3 月	8 件	-	¥49,015	-
4 月	2 件	2 件	¥57,170	¥38,995
5 月	15 件	3 件	¥37,013	¥46,790
6 月	7 件	8 件	¥52,554	¥41,475
7 月	3 件	5 件	¥68,573	¥42,636
8 月	-	-	-	-
9 月	3 件	9 件	¥48,927	¥41,574
10 月	14 件	12 件	¥47,443	¥47,797
計	60 件	74 件	¥46,399	¥41,007

取組後では１件あたりの平均取得金額¥5,392 のマイナスとなった。取組後の出張合計件数は 74 件となるため年間にすると¥399,008 の削減と考えられる。

V. 考察

結果１)の通りであったが、送迎運転手は出張以外の送迎にも従事しているため、出張参加者との時間調整をする業務が増えることとなった。

また、結果２)３)に関しても、航空券を自部署で手配するため、手配に要する業務負担が増えた。これに関しては取組み前の航空券申請書の作成とほぼ変わらず、業務負担面ではまだ改善の余地があると考えられる。

また、航空券の価格は長期連休や搭乗日によって大きく変動するため、正確な評価を行うには長期的なデータに基づいた比較分析が求められる。

VI. 結論

今回の取り組みを行うことで、スマートな出張管理を行うことができ、業務効率の向上、業務の確実性をあげる結果となった。さらに経費削減につなげることができ、取組としては行ってよかったと思える結論に至った。

ただそれだけではなく、課題として、より効率的な送迎運転手の勤務調整や、航空券取得の際の作業効率の向上、また、長期的なデータの観察の必要性が見えてきたため、引き続きこの課題に取り組み、よりよい業務効率の向上、効率的な管理体制の構築、そして経費削減につなげ当院の健全経営に努めていきたい。

目指せ減点ゼロへ ～薬剤部の協力で気づいた事～

道南ロイヤル病院

医事課 ○小川朝美 吉成由子

I はじめに

医事課として病院での重要な業務は様々で、窓口業務、未収金回収、保険証確認などがあり、その1 つの中に「保険請求」があります。病院収入の大半を占めており、減点・返戻が多額の金額であると病院の本来の収入として得られるものが損失となってしまう。保険請求が変化し続ける中で減点・返戻も変化するため、安定した収入を得ることは健全経営にもつながる。

しかし、保険請求は医事課の業務ではあるが、医事課だけの力では解決できない事象があり、他部署の協力があれば解決できると思い、今回は薬剤部と協力し、下記の取り組みを行い結果が出たので報告する。

II 取り組み目的

今までは医事課勉強会を開催し情報共有(入院・外来)を行っていたが、この取り組みは長年行っており、毎年改定が行われ、今のままだと変化が無いと考え他の方法で請求前に防ぐ別の方法は無いか考えた。

次の取り組みとして、他部署と協力を行い減点件数減少の対策を取り組んでみた。

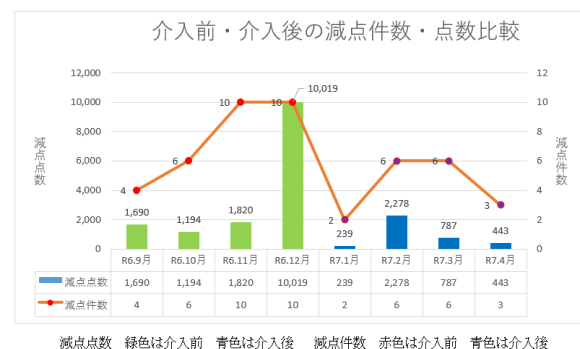
今年は薬剤部と協力し他部署が見ることによってどう変化するか

III 取り組み方法

1. 対象:入院の当月減点(薬剤関係のみ)
2. 期間:令和 6 年 9 月～令和 6 年 12 月
(薬剤部協力なし)
令和 7 年 1 月～令和 7 年 4 月
(薬剤部協力あり)
3. 方法
 - 1) 令和 7 年 1 月分より請求前に一部のレセプトを薬剤部に確認してもらう
医事課職員が 2 名でレセプト確認後、当月入院患者、高額な点滴施行患者を選別し、一部薬剤部へ渡す
 - 2) 調剤する際、処方内容と治療が合っているか(質的点検)を薬剤師が確認
 - 3) 月末に医事課職員で医事課勉強会を毎月開催

IV.結果

令和 7 年 6 月 10 日の減点集計が完了した時点で、薬剤部が介入前と後の比較を行い下記の結果になった。



図

薬剤部加入前の点数は、毎月 1,000 点以上超えているが、介入後からは 1,000 点未満がほとんどである。点数で比較すると介入前の総合点が 13,033 点に比べ介入後は 3,747 点と約 72%も減少した。

V. 考察

他部署と協力するメリットとデメリットについての考察。デメリットは、薬剤師目線でレセプトを見ると病名誤りや適応病名を指摘されるので良い結果につながるが、薬剤業務の時間を奪ってしまうため、確認レセプト枚数が数件(10 件以下)になってしまうことや、患者身体に適合した投薬が、適応病名が無い事で正しい病名が付けられず減点されたケースもある。

しかしメリットの方が大きく、減点を減らせた事だけでなく、薬剤師と話すことによって薬剤師目線で電子カルテの見方や薬への考え方などもわかり、他部署と関わると考え方や見方が広がる事に気付けた。

VI. 結論

内容に関しては、介入前は病名もれが大半をしめており、質的な部分はレセプト病名で減点回避をしていた。介入後は、減点件数、病名もれが減少しており、質的な内容も薬剤部と協力していることによってレセプト病名ではなく正しい病名がタイムリーで入力出来るようになった。

今回の取り組みによって大幅に減点点数を減少されることが出来た。減点を減少させるには分析・対策が必要であり、医事課職員だけだと全て解決は不可能に近く、少しでも減点を回避するには他部署の目、専門知識が不可欠だと実感した。今回は薬剤部に協力を得られたため薬剤関係の減点が減少したため今後は協力部署を増やしていき、減点を減らす取り組みを続けていく。

節水システムの再生 ～8年の時を超えてリニューアル～

道南森ロイヤルケアセンター
総務課 ○北道大貴 上村卓巳 板木由加理

I. はじめに

当施設では、2016年に株式会社エコロジカルプレゼンツ(以下、業者)による、節水システムの導入を実施しており、上下水道使用量(以下、水道使用量)の削減に繋がっている。

しかし、2024年に節水について再度見直しをかけたところ、8年程経過した節水システムは、機器の経年劣化により節水効果は著しく低下した状態となっており、2016年の導入時に見込んでいた節水量・削減効果はほぼない状態となっていた。

そこで、節水システムのメンテナンスや調査を実施したことで、水道使用量の低下へとつながったため報告する。

II. 取り組み目的

当施設の水道使用量は年々増加の傾向があり、水漏れ調査等も行っていたが、水道使用量の削減には限界があった。

そこで2016年には水道(シャワー含む)の25箇所に節水システムを導入しており、8年程経過し無くなっていた節水効果を見直すことで、水道使用量の削減ができるのではないかと考えた。

III. 取り組み方法

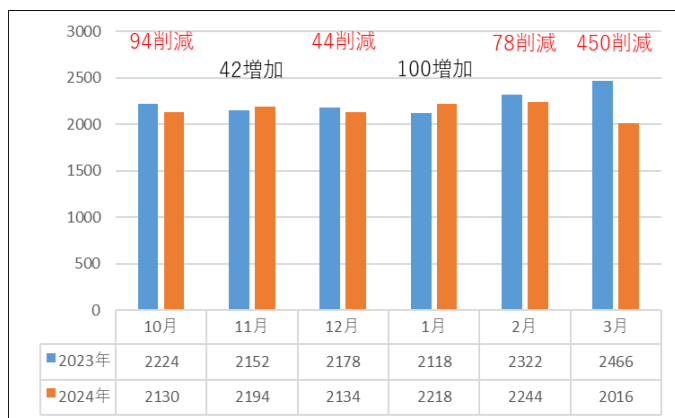
1. 対象:トイレ以外の水道(シャワー含む)箇所
2. 期間:2024年10月～2025年3月
3. 方法:
 - 1)全てのトイレ以外の水道(シャワー含む)の水量(古い節水コマの節水状態)を確認し、メンテナンスの対象箇所を洗い出す
 - 2)業者と効果試算書を作成
 - 3)各部署と節水後の水量を調整

4)節水システム機器「節水コマ」を業者が取付け、その場で現場側と業務に支障のない範囲で節水量について調整

4. 分析方法:

毎月届く水道料金明細を確認し、水道使用量をデータ入力した管理表を使用し、使用量ならびに上下水道料金の増減を分析する。

IV. 結果



(図1)水道使用量(2023年2024年比較)

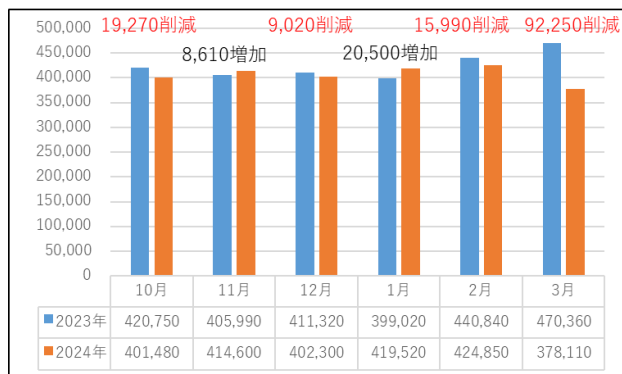
(図1)では、水道使用量を2023年と2024年の10月から3月までの6ヵ月間を比較した。

取り組み方法2)で作成していた効果試算書の内容では令和6年度の水道使用量は398㎡の削減と想定していたが、2024年3月の水道使用量で450㎡の削減があり、想定を上回る削減効果があった。

令和6年度(10月から3月)の水道使用量削減結果としては、524㎡の削減と想定より126㎡を上回る結果となった。

また、メンテナンス実施費用の99,000円は、令和6年度の水道使用量削減結果により年度内で

回収が出来た。



(図 2) 水道料金 (2023 年 2024 年比較)

(図 2) では、水道料金を 2023 年と 2024 年の 10 月から 3 月までの 6 ヶ月間を比較した。

図 1 の水道使用量削減結果もあり、水道料金は 2023 年よりも 107,420 円の削減結果となった。

V. 考察

既存の節水システム機器「節水コマ」をメンテナンスすることにより、機器導入の初期費用を抑え、業者を新たに探す手間が省けた。しかし水道の節水事業に注力している業者は多くあり、時間をかけて他の業者と比較検討することも必要であった。

図 1 の結果より上下水道使用量の合計として 524 m³を削減出来たが、取り組み期間内の 2024 年 11 月は 42 m³、1 月は 100 m³と増加しており、節水出来ていない月については原因特定の為、調査をする必要がある。

また、TOTO のホームページにより、水を使用すると水を綺麗にするための浄水場、各施設へ届けるポンプ、汚れた水を浄化する下水処理場などの各施設でエネルギー(電力)が使われるため、水道水を使用するだけで二酸化炭素(以下、CO₂)が発生することが分かった。

これまでの結果から考えられるのは、今回の取り組みである「節水」効果として水道使用量と水道料金の削減だけでなく、CO₂ の排出量を削減出来ることが分かった。

東京都水道局のホームページにある CO₂ 計算ツールを使用し、今回の削減した水道使用量の

524 m³を計算すると 134,668g の CO₂ 排出量を削減出来ていることになり、この排出量はガソリン乗用車で 1,388km 走ったのと同じ排出量となる。

また、CO₂ 排出量の削減は、SDGs の目標 13 「気候変動に具体的な対策を」に関連しており、施設としての SDGs 取り組みの一環としても効果が得られた。

VI. 結論

既存の節水システム機器「節水コマ」のメンテナンス実施は結果として水道使用量と水道料金と CO₂ 排出量の削減効果があった。

今後は、節水効果を低下させない為に節水システム機器「節水コマ」のメンテナンス実施を年 1 回実施する。

実施内容としては、当施設に業者を呼び、業者と事務担当者が各水道の蛇口やシャワー等の水道使用量がかわっているか、節水コマの不備が無いかを確認し、管理表で節水コマ使用の有無や節水コマによる水道量の調節具合を記録し、節水コマの紛失や破損があった場合は、業者より新しい節水コマを取り寄せして事務担当者が取り付け及び調節を行い、各現場側の業務に支障がない範囲で節水を取り組んでいく。

そして、今回の取り組みで分かった CO₂ 排出量の削減は、IMS グループ老人保健施設の SDGs 取り組みとして今後も継続していく。

引用文献

1) TOTO ホームページ

<https://jp.toto.com/company/csr/csraactivity/valuel/q05/>

2) 東京都水道局 CO₂ 計算ツール

<https://www.waterworks.metro.tokyo.lg.jp/kurashi/co2>

事務業務の専門はわたしたち ～相乗効果を生む協働の力～

道南森ロイヤルケアセンター

総務課 ○板木由加理 上村卓巳 北道大貴

I. はじめに

当施設を利用する通所リハビリテーションの1日平均利用者数は、令和5年度39.3名、令和6年度37.6名であり、1年で－1.7名減少していることから稼働改善が急務であった。そのため、利用者のニーズを調査し、行事を増やしたが、行事利用料金の過不足やデータ集計間違い、漏れなどの誤差が生じた。介護職員が慣れない事務業務を行うことに課題があると感じ、改善するために行った対策について報告する。

II. 取り組み目的

- ・1日平均利用者数の増加(令和7年度1日平均利用者目標42名)
- ・当日キャンセル数の減少
- ・料金過不足・データ適正管理

III. 取り組み方法

1. 対象:行事
2. 期間:2025年4月～2025年6月(継続中)
3. 方法:
 - 1)利用者のニーズを調査
 - 2)調査結果から企画の立案
4. 分析方法:

毎月実施している施設運営会議資料のデータを使用し、月別の延べ利用者数から1日平均利用者数ならびに当日キャンセル数の増減を分析する。また、総務介入後の料金およびデータ集計間違い・漏れの増減を分析する。

IV. 結果

1)利用料金やデータ集計業務を介護職から総務課に移行し、介護職が本来業務に集中できる体制へと改善されたことにより、利用者数は回復に向かった。図1のグラフからも令和6年度から7年度にかけて同月比較で明確な増加が確認され、改善策が一定の効果を示していることが読み取れる。今後もこの体制を継続することで、更なる利用者増加が期待される。

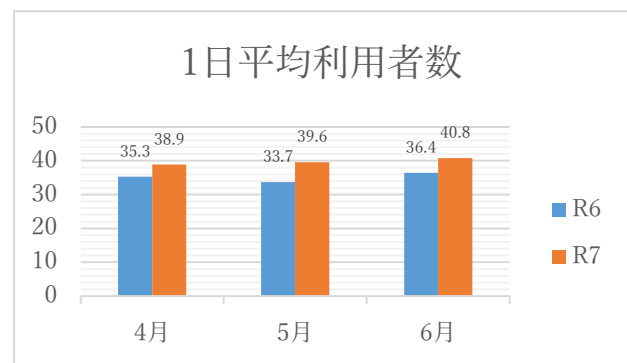


図 1.1 日平均利用者数の推移[人]

2)令和7年度の1日平均利用者数は月を追うごとに増加している。図2のグラフからも明らかなように、利用者数は右肩上がりで推移しており、着実に年度目標である42名に近づいている。この背景には、介護職に集中できる体制ができたことで、利用者が安心して通える環境が整ったと考えられる。また、行事の充実により、利用意欲が向上したことも要因の一つである。

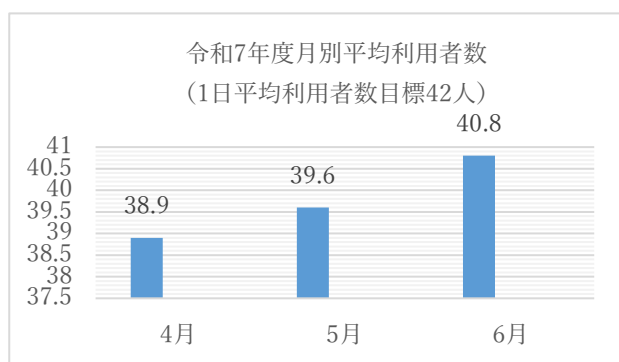


図 2. 令和 7 年度月別平均利用者数の推移[人]

3) 介護職が本来業務に専念できる体制が整ったことから、利用者一人ひとりとの関りが深まり、信頼関係の構築が進んだ。また、行事の企画・運営にも時間を割けるようになり、実施される行事の回数が増えた。行事を楽しみに通所する利用者も増え、日常生活における社会参加の意欲の向上やモチベーションの向上につながったことで、当日キャンセルの減少という成果が現れたといえる。

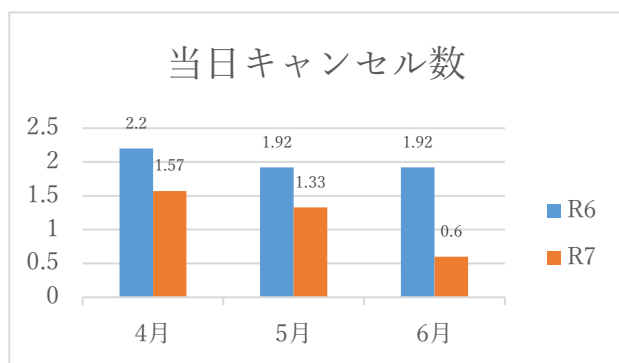


図 3. 当日キャンセル数の推移[人]

V. 考察

令和 6 年度は、料金過不足やデータ集計間違いなど、事務作業を介護職が担うことによる業務負担と混乱が利用者減少の一因となっていた。しかし、令和 7 年度から総務課が事務業務を担う新体制に移行したことで、介護職が本来業務に集中でき、利用者対応の質向上と効率化が図られた。この変化が利用者の満足度や施設の信頼性向上につながり、利用者数の増加という成果をもたらしたと考えられる。6 月には、年度目標である 42 名に近づき、改善策の効果が数値として明確に表れた。これは「地域に根差した施設」として、地域住民の信頼

を得ながら、基本理念である「愛し愛されるIMS」の実現に向けて歩んでいる証である。よって、専門職が専門業務に専念できる環境整備は、稼働率向上において極めて有効であるといえる。

VI. 結論

今回の取り組みにより、業務の適正分担が通所リハビリテーションの利用者増加につながったことが明らかとなった。特に、事務作業の専門部署への移管が、介護職の負担軽減と質の高いサービス提供を可能にした。今後はこの体制を維持しつつ、さらに利用者のニーズに応じたサービス向上を図る。その中でどう地域に求められる施設になれるのかを考え、北海道森町唯一の老健・通所リハビリテーション施設としての役割を果たしていきたい。

サ高住食事サービス原価・業務透明化についての取り組み

道南森ロイヤルケアセンター

経理課 こうさかしんのすけ ○幸坂信之介

I. はじめに

当施設併設事業所である「サービス付高齢者住宅 道南森ロイヤルあじさいの里」において設立当初からの食事提供方法・勤務形態が大小様々な問題点の露呈をはじめたのをきっかけに、令和5年度よりサ高住職員業務を見直し・再構築した。

II. 取り組み目的

従来の提供方法の問題点の解消

I でいう問題点とは以下のような点であった。

1. 食事単価の不安定・不明瞭さ
2. 在庫管理の不徹底
3. 調理員による食事品質のばらつき
4. 調理員の買い出し時の自動車事故
5. 業務手順全体が不透明・業務の無駄のあぶり出しが困難
6. ベテラン職員数名の業務裁量が肥大化。新入職員が定着しない。

III. 取り組み方法

1. 対象: サ高住調理補助業務
2. 期間: 令和6年2月～
3. 方法: 下記の通り変更した。

1) 食材仕入れ方法

従前: 一部の食材(米穀・調味料)を除き、調理スタッフが勤務時間内に近隣スーパーマーケット等にて購入

変更後: 業者注文のみ 買い出しは許可しない

2) 食事提供形態

従前: 献立スケジュールは職員が作成。主食・

副菜・主菜をすべて職員が調理。

変更後: 主食・副菜のみ職員が調理 主菜は業者注文(新規配食サービス業者契約。チルド・冷蔵調理済み品配達)献立スケジュールも業者提案のものに従う。

施設で調理することをやめて配食形態に変更するため、材料費が大きく膨らむことは懸念事項ではあった。料金面で業者ごとにかんがりの開きがあったが、むしろ料金以外のポイントを最大限吟味し配食サービス業者数社を対象に慎重に選定を行った。

3) 勤務形態

従前: 2～4名のフルタイム勤務職員で買い出し・調理・配膳下膳・清掃までをシフトにより調整。

変更後: 1日で調理・配膳下膳のみに必要な時間数を割り出し、月間延べ勤務時間数を固定化、試算上は材料費上昇分を人件費で吸収可能。短時間パートを人数無制限で通年募集(令和7年6月現在5名在籍)。清掃要員は別に1名雇用。

IV. 分析方法

変更前6ヶ月・変更後6ヶ月での人件費・給食材料費をそれぞれ比較。かつ入居者に対する簡易な食事満足度調査を実施。

V. 結果

比較すると下記の通り。

取組前 令和5年8月～令和6年1月

給食材料費 1,062千円 給与費 3,080千円

取組後 令和6年2月～令和6年7月

給食材料費 2,457千円 給与費 1,654千円

給食用材料費 1,395 千円の増加
調理員人件費 1,426 千円の削減

表 1

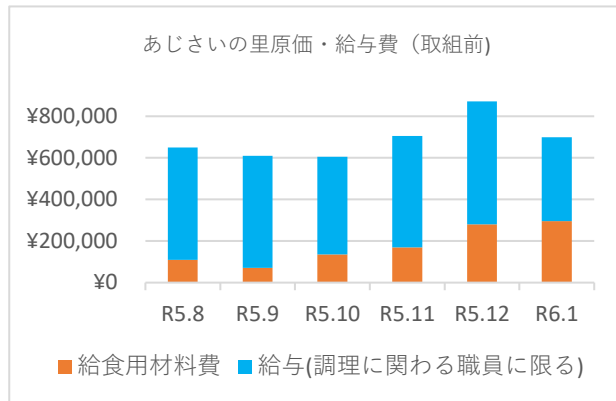
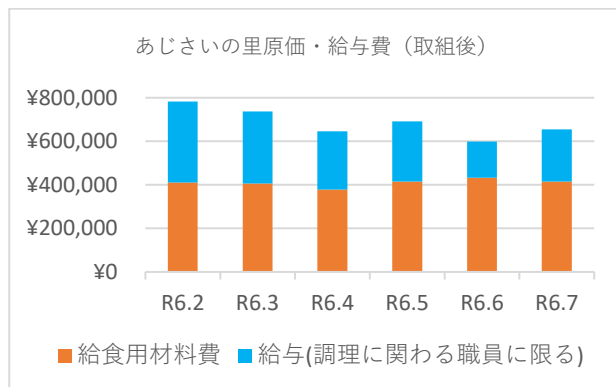


表 2



取組み直後なのでばらつき(業者選定・業務引継ぎの期間の人件費重複)は出たが、取組前と比較すると材料費と給与費が逆転したような比率で経過。業務効率化に一応の成果は出たと言える。

入居者の反応は良好。(聞き取りのみ)

冷凍ではなく冷蔵・チルド帯配食の業者を選定、食事満足度の向上に拘った結果であると考えられる。

食品ロス・過剰在庫に関して取組み前のデータはないが、取組後は限りなく 0 に近づいている。

VI. 考察

従前の原材料ロス・業務時間の無駄がどの程度のものか観測するのも困難な状況を解消し、リセットスタートの効果を与えることは出来た。業務負担自体は間違いなく軽減されたはずなのだが、新しい仕事のやり方に馴染むことが出来なかったからなのか取組み前からの職員は結局全員が依願退職してしまった。

VII. 結論

経費削減が目標ではなく、経費の正確な把握のための体制の再構築といった性質の今回の取り組みであった。

様々な原因により数値の正確な把握が困難になっている場面は他にもあると思う。そしてその原因には多くの場合人的要因が関わっていると個人的には感じられる。その点を今後の取り組みに生かしたいと思う。

労災保険における再審査請求への挑戦！

横浜旭中央総合病院

医事課 ○高松桃子

I. はじめに

当院では、令和 5 年 2 月まで少なくとも 3 年以上の期間労災保険の診療報酬請求において再審査請求を実施していなかった。

理由として、再審査請求を行ったとしても復活しないと言われてきたこと。新入職員が労災保険の診療報酬請求の担当に配属されることが続き、労災・健保の診療報酬請求について精通していなかったこと。新しく担当となる新入職員へ再審査請求に関する業務の引き継が十分にされていなかったことが挙げられる。

さらに、以前は減点通知が届いた後、減点された金額をデータとして記録するのみであり、詳細に減点の内容や件数を分析していなかった。

令和 4 年 9 月より労災担当者の変更に伴い、健康保険の診療報酬請求の再請求により近づけるよう、労災の再審査請求に積極的に取り組むことにした。

II. 取り組み目的

当院で作成している健康保険の減点一覧を参考に労災保険で減点されたデータの管理を見直し、再審査請求を行える土台を作る。その後、実際に再審査請求を行い、復活となることで病院の増収につなげる。

III. 取り組み方法

1. 対象:事務的減点以外の労災レセプト
2. 期間:令和 6 年 6 月～令和 7 年 5 月
3. 方法:
 - 1) 毎月 10 日以降に増減等査定状況をダウンロードし、減点項目の内訳を確認する
 - 2) 外来・入院それぞれの健康保険の診療報酬請求担当者に減点内容の共有を行い、健康保険でも減点される内容であるのか確認する
 - 3) カルテや健康保険の再審査請求を参考に再審査請求書を作成、再審査請求を行う
 - 4) 再審査請求の結果を記録しデータに入力、今後の対策に活用していく

IV. 結果

- ・期間:令和 6 年 6 月～令和 7 年 5 月
- ・再審査請求件数:合計 16 件(入院 4 件、外来 12 件)

入院 4 件中 1 件(281,280 円)、外来 12 件中 6 件(7,712 円)、合計 7 件(288,992 円)が復活し、増収につながった。

V. 考察

同月に同項目で減点される事例が複数あったが、それらを再請求することで件数の増加に繋がった。

復活を得られなかった項目についてもレセプトを送信する際に詳記やコメントを追加する判断の材料にしているため、引き続き積極的に再請求を行うべきだと考えられる。

VI. 結論

再審査請求をすれば復活ということが分かった。

以前、別件でグループ病院に伺い、労災請求の担当者とお話しする機会があり、労災の再審査請求や減点について互いに課題や問題を抱えているように感じ取れた。

そこで、グループ病院である強みを活かしてグループの病院間で労災請求担当者による情報共有の場を作ることで再審査請求の件数増加と質の向上を図れるのではないかと考える。

入院未収の管理の見直し ～過去の未収をほっとかない！～

横浜旭中央総合病院
医事課 ○柳澤美里

I. はじめに

私は、令和 5 年度に前任者より入院未収担当の業務を引き継ぎ、入院未収全体の管理を行ってきた。当院は、1 病棟に 1 人、入院会計の担当者を配置しており、発生した未収の回収業務は基本的には各病棟の担当者が行っている。ここでいう回収業務というのは、未収発生後の支払い計画や督促、経過記録、法律事務所への依頼資料の収集を指す。私が入院未収担当者となり、過去の未収に対して、未収発生の理由や督促の経過記録がなく経過してしまっているものが多数散見され、督促が滞っていることがわかった。督促漏れの要因は、入院会計担当者の退職や転勤に伴う引継ぎ漏れが発生し、現入院会計担当者が過去の未収を把握できていないことも要因であった。私は、ここに着目して未収管理を改めることとした。

II. 取り組み目的

近年、回収実績は減少傾向にあり、要因の 1 つとして、未収患者への督促漏れがあった。そこで、各入院会計担当者が当年度以外の未収患者も把握することが必要であると考え、入院会計担当者の意識向上による回収金額の増加を目的とし、取り組みを始めることとした。

III. 取り組み方法

1. 対象:入院していた未収発生患者
2. 期間:令和 5 年 4 月 1 日から継続中
3. 方法:

1) 未収患者の抽出

まずは、未収患者の抽出を行った。診療費請求書(入院費)を発行後、請求書番号や入院期

間、患者ID、患者名、経理処理日(支払った日付)等を年度ごとに 1 枚のExcelにて管理し、月に 1 度、月初めに請求書発行後 2 ヶ月以上経過しても支払いがない患者を抽出し、未収発生理由や経過報告を各病棟の会計担当者より報告をもらう流れにした。

2) 各病棟会計担当者より新規未収患者への督促、未収発生後進捗のない患者へのアプローチの再開

もともと、私が担当となる前から毎月、月初めに各病棟会計担当者が各患者に対して支払期日を設定し、各自の管理データ(未収台帳)と入院未収担当者より知らせのある月初めの未収発生報告をもとに、未収患者にアプローチをかけていた。しかし、私が未収担当となり、他の病棟の未収状況を確認してみると、直近の未収発生患者に比べ、過去に発生した未収患者への督促漏れが多いことがわかった。そこで、新たに管理方法を追加し、当年度分以外の過去の入院未収管理Excel、未収台帳、支払われずに残っている領収書等を参考に未収患者を抽出し、まずは入院会計担当者へ未収であることの意識付けをさせた。そこからは通常の流れに応じて、電話連絡や督促文書の送付等、督促を開始又は再開し、分割の再開、完済へと繋げた。

3) 債権回収専門の法律事務所への即依頼

未収発生から期間が空いてから債権回収専門の法律事務所へ依頼した場合、住所や電話番号に変更があることが多く、1 から身辺調査を行わなければいけない為、督促までの準備で時間がかかってしまうことを確認した。なので、即依頼をすることとした。未収発生から 2 ヶ月は徹

底的に回収努力をし、厳しい場合は、即依頼という流れとした。

4. 分析方法

過去 4 年度分の回収実績を比較。

IV. 結果

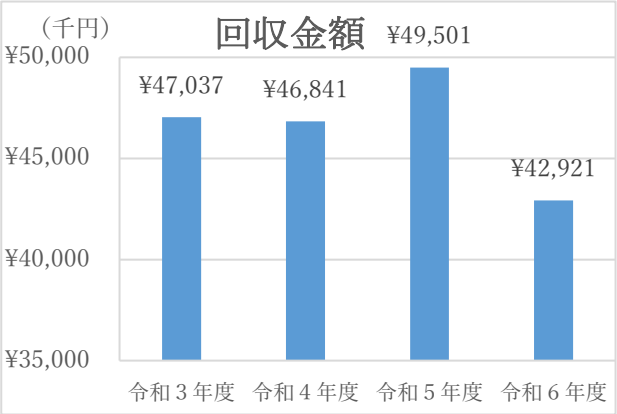


図 1

令和7年6月時点だが令和 3 年度から令和 6 年度の対比で図 1 のような結果となった。

上記のグラフで分かる通り、回収金額が減少傾向にあったが、取り組み方法を改めてから令和 5 年度の 1 年で¥2,660,000 の増加となった。令和6年度はそもそもの過去分未収、当年度の未収が減少していた為回収金額も減少している。

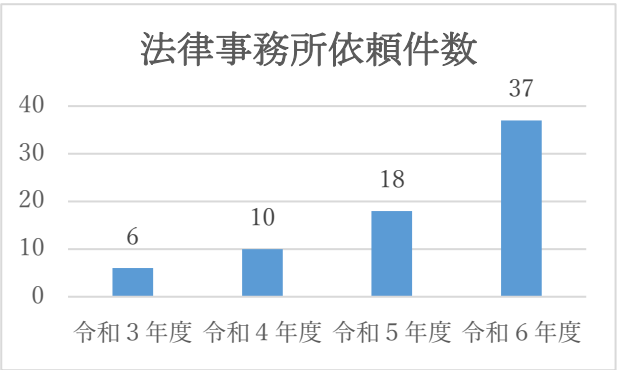


図 2

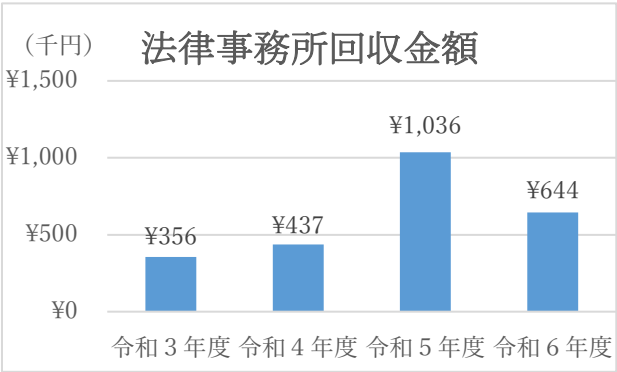


図 3

未収金の早期回収を目的として、債権回収専門の法律事務所へ即依頼する運用へ変更した。その結果、図 2 のように依頼件数は増加。しかし令和6年度は回収率や回収金額に大きな増加は見られず、早期の依頼や件数の増加が必ずしも回収実績の向上には繋がらなかった。

V. 考察

早期依頼により院内での未収金の滞留は減少したが、回収額は伸びず、依頼件数を増やすことが必ずしも結果に繋がるとは限らないことが分かった。その要因として、令和5年度に過去の未収金の回収が増加したこと、新規の未収金発生を発生させない取組みを行っていることが考えられる。

VI. 結論

今回の取組みを始めた令和 5 年度は、回収金額の増加に成功した。しかし回収金額の増加には限界があった。そもそも未収金を発生させない取組みをしたことで未収金の回収も自ずと減少したと考えている。

未収金の管理者を立てることで未収発生と回収の意識があがると実感した。本来は各担当者が責任を持って回収するべきだが、残念ながらそこまでのレベルに至っていない。今後も私が管理を行い未収督促が滞らないような声掛けを各病棟担当者へしていき、債権回収の増加に努めていきたい。また 4 月から導入したナップメディカルにより、未収見込みの4件・約¥610,000 を未然に防ぐ効果が見られ今後の活用が期待される。

労働環境の改善に向けて ～働きやすい職場を目指した労働安全衛生委員会の活動とその成果～

横浜旭中央総合病院
総務課 ○千代田絵里香

I. はじめに

近年働き方改革の推進や多様な人材活躍が求められる中、働きやすい労働環境改善は組織にとって課題である。

少子化や売り手市場の中、人員確保が困難な状況では定着率の向上が重要となり、メンタルヘルス対策など様々な観点から労働環境のあり方が問われている。

労働環境が整っていない厳しい環境の中ではスタッフの健康やモチベーション、ひいては医療の質に大きな影響を及ぼすことが懸念される。

これらの課題に対して労働環境改善が急務である。

II. 取り組み目的

病院には多職種が勤務しており、その分だけ、多様な職業リスクが存在する。そのため、職員の安全と健康を守る労働安全衛生対策は重要となる。

病院における労働環境の現状を明らかにして、現場が直面している課題や問題を整理し、労働環境改善に向け労働安全衛生委員会として取り組む。

III. 取り組み方法

1.対象:全職員

2.期間:令和6年4月1日～

3.方法:

1)労働環境の整備

院内パトロールと現場の危険箇所点検。

ラウンドチェック表を作成。衛生管理者他

2名の職員で毎週ラウンドを実施。委員会

で情報を共有し、優先順位をつけて、改

善を実施。

2)心身の健康対策

ストレスチェック・メンタルヘルスサポート体制として、

①年1回のストレスチェックを実施

②メンタル休職者の復職プログラムを作成

③メンタルヘルス窓口の設置

④メンタルヘルス講習会の実施

3)育児・介護制度の周知

育児支援やワークライフバランス制度の紹介

①プライベートに合わせた時差勤務制度

②在宅勤務の実施

IV. 結果

1.労働環境の整備

ラウンド時には実際に現場で働く職員の意見を聴取。ラウンドチェックリストをもとに点検。現場で困っていることはないか、小さいことでもヒアリングを行う。また、ラウンド以外にも各部署へ環境改善項目はないか、調査を実施。令和5年11月よりラウンドを実施し、指摘55項目中、現在35項目改善済み。

<改善項目>

○総務課の壁紙が汚い→壁紙の張替え

○休憩スペースが混雑→当直室を一時的に休憩室として利用

○空調が一括管理のため温度調節できない→単独へ切替え

○棚が固定されていないので、災害時危険→棚を固定

2.心身の健康対策

1)年1回のストレスチェックを実施

受検率を上げるため、健康診断実施と同時に実施。今年度受検率:95%(昨年実績 82.8%)ストレスチェック結果「高ストレス者」率 13%(昨年 12%のため、昨年と同様の数値)

2)メンタル休職者の復職プログラムを作成

令和 6 年 7 月より実施する。まずは、事務職、リハビリで運用中。プログラム利用者は 4 名、うち 3 名は復職後勤務継続、1 名は復職後 1 年以内に退職。プログラムを導入したことで、メンタル休職者の支援はもちろんのこと、所属長がメンタル休職者の対応に困った際に、以前であれば自身で解決するしかない環境が、導入後にはプログラム担当者や産業医に相談できるという安心感がうまれた。

3)メンタルヘルス窓口の設置

令和 6 年 7 月よりポスターを作成し、職員へ周知。開始時より窓口利用は 4 件。うち 1 件は相談後に産業医も介入し、配置転換を行い、相談した職員は退職することなく、現在も在籍している。

4)メンタルヘルス講習会の実施

窓口の周知を目的とした講習会を実施し、受講対象者 1067 名に対し、任意受講でありながら、受講者は 590 名、受講率は 56%と、半数以上が受講する。

3.育児・介護制度の周知

育児支援やワークライフバランス制度の紹介

1)プライベートに合わせた時差勤務制度

総務課職員の多様な働き方として、夜に用事があることから、7:00~16:00 勤務とする等の勤務時間の自由化を図る。

2)在宅勤務の実施

ワークライフバランスに合わせてテレワークを可能に。例えば、外出中にパソコン作業

が出来たら良いな。または子どもをみながら家でもっと長い時間働けるように勤務場所の自由化を図る。

V 考察

地道な委員会活動の積み重ねによって、職員の安心感等が向上し、病院全体の雰囲気や医療の質向上に寄与すると考える。

より良い職場環境を築いて、当院に就職して良かったと思える環境整備を継続し、病院全体でのワークライフバランス推進、柔軟勤務導入等、多様な取り組みを今後も続けていく。

VI. 結論

今回の取り組みにより、メンタル休職者数、労災件数、離職率などの数値に大きな変化は確認できなかったが、現場スタッフからは取り組みの導入によって「働きやすさ」や「安心感」が浸透しつつあることが所感として得られた。

現場職員の声を重視した活動の継続が重要であり、取り組みを定着させることで、職員が生き生きと働ける、働きやすい職場環境の整備に努める。

地域で求められる医療の提供を 大腿骨骨折術後の早期受け入れ事例から考えたこと

横浜旭中央総合病院
地域医療連携室 ○増渕美紀

I. はじめに

横浜市の二次救急指定医療機関であり、急性期総合病院である当院の障害者病棟・回復期病棟は院内の一般病床からの転棟患者が9割である。

2025年4月から5月の2か月間、院内に1台しかないMRI機器の入れ替えを行った。MRI機器使用不可の影響は救急患者の受け入れに大きく影響し、比例して回復期病棟の稼働にも大きく影響した(数値は前年同月との比較)。

救急車受入:4月▲44%、5月▲50%

ベッド稼働:4月▲9%、5月▲23%

脳卒中患者受入:4月▲79%、5月▲95%

回復期ベッド稼働:4月▲10%、5月▲19%

急性期病棟はMRI稼働再開とともに稼働をあげられると予測したが、回復期病棟の稼働アップはその数週間から1~2か月後と遅れるため、集患対策はすぐに行う必要があった。

地域医療連携室では日々の近隣の医療機関の動向調査の中で、近隣の大学病院において大腿骨骨折の手術数は増加させたいが、手術後の患者の長期入院が問題視されており、術後の早期転院先を探しているとの情報を得た。当院の回復期病棟で早期転院の受け入れを行い、回復期病棟の稼働率をあげる対策の一つとなると考え、本取り組みを実施した。

II. 取り組み目的

回復期病棟の稼働率をあげるため、大学病院にて大腿骨骨折手術施行した患者の早期転院を受け入れる仕組みを構築する。

III. 取り組み方法

1. 対象:

大学病院にて大腿骨近位部骨折手術後患者

2. 期間:

2025年6月より

3. 方法:

該当患者の診療情報・患者情報を手術前から入手し、手術後に早期受け入れを行う。

4. 問題点と対応策

該当の大学病院と当院は医療圏外であり、患者や家族の住居から当院までは距離があり、面会等の負担が大きいのではないかと。

→大学病院にて患者家族に、早期転院することで大学病院での加療よりリハビリ単位数を多く実施できるメリットを説明した。そのうえで距離的な問題を了承した患者のみ紹介いただくこととした。

IV. 結果

該当症例は 2025 年 6 月 2 症例、7 月 2 症例、8 月 1 症例を受け入れた。

6 月症例

- ・手術後 14 日で転院
- ・手術後 10 日で転院

7 月症例

- ・手術後 12 日で転院

8 月症例

- ・手術後 13 日で転院

紹介元大学病院において大腿骨骨折術後の転院は平均して手術後 30 日超過しているとのこと。当院では同院の平均を大幅に短縮しての受入をすることができた。

当院の受け入れ体制について同院から評価をいただき、同院が開催した病病連携会「大腿骨近位部骨折の早期転院体制構築について」にて当院の受け入れ事例について発表する機会をいただいた。会の場では、神奈川県内の 30 の医療機関が出席しており、「高齢者の大腿骨骨折は多くが内科的合併症を有しており、手術後の早期転院はハードルが高い」という意見が多かった。当院では総合病院である特性を生かし、合併症のある患者については各診療科にコンサルして併診している。今後も当院は総合病院という特性を生かして合併症のある患者の早期転院を継続していく。

前述の病病連携会での発表では、当院の回復期病棟だけでなく、パン横ブロックの回復期病棟中心にグループ全体の回復期病棟をもつ病院を紹介し、グループ全体で患者の受け入れ対応をすることを広報した。

V. 結論・考察

本取り組みでは、大学病院の大腿骨骨折術後の早期転院をかなえたいという要望に当院が応じることができた。他の医療機関ではハードルが高いと考えられている転院であり、当院が先陣を切って対応できたことは誇れる。

この経験を通して感じたことを以下に述べる。

日々変化していく医療の需要を把握し、地域で求められる医療に自院が対応していくこと。そのために地域医療連携室は院内外に常にアンテナを張り情報を収集することの重要性。

本取り組みの経験を今後の業務に生かしていく。

7 日以内の入院診療計画書交付の取り組み

横浜新都市脳神経外科病院
診療情報管理室 ○高間沙季

I. はじめに

入院診療計画書とは、入院の際に医師・看護師など多職種が協同して策定した総合的な診療計画を患者・場合に応じてはその家族へ交付・説明するために用いる文書のことである。入院基本料の施設基準として、入院日から 7 日以内に患者本人やその家族へ交付・説明を行うことが定められている。なお、患者の状態によって交付・説明が困難かつ家族などの身寄りがいない場合に関しては、その旨を主治医がカルテに記載することが必要とされている。

II. 取り組み目的

昨年度の病院機能評価の受審を機に入院診療計画書の入院後 7 日以内の交付に関して、院内で調査することとした。施設基準の観点からも入院後 7 日以内の交付とその確認体制の確立が必要であると考えたため、今回の取り組みを行うこととした。

取り組み開始時点で現在の交付状況が不明だったため、まずは交付日の状況を把握し、入院後 7 日以内に交付する運用を確立することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:2025 年 3 月 1 日以降に入院した患者
2. 期間:2025 年 3 月 1 日～6 月 30 日
3. 方法:
 - 1)入院診療計画書の未作成による未交付を防ぐ目的として入院日から起算して 5 日目時点で入院診療計画書の交付があるか確認し、ない場合は関係部署へ院内の共通フォルダにて配信し通知する。
 - 2)入院から起算して 7 日目時点で入院診療計

画書の交付があるか確認し、ない場合は主治医へ交付できなかった旨をカルテに記載するよう依頼する。

4. 分析方法:

当院では入院診療計画書の交付後に写しをスキャンしているが、取り組み以前はスキャンの運用上どのタイミングで交付をしても入院診療計画書を立ち上げた日付でカルテに取り込まれていたことから正確な交付日を把握出来ていなかった。そこで、正確な交付日が把握できるように交付した日付でカルテに取り込むことが可能な運用へ変更した。また、診療情報委員会で協議の上医局会・師長会で周知し、入院診療計画書は交付後すみやかに診療情報管理室へ提出することとし、交付状況が把握できるようにした。入院 5 日目と 7 日目に確認をして、入院日から 7 日目の時点で入院診療計画書が交付されていない患者に関しては主治医へ交付できなかった旨をその理由も含めカルテに記載するよう依頼した。

IV. 結果

集計を始めた 3 月時点では入院数 570 件のうち 5 日目の交付率が 66.7%、7 日目の交付率が 90.9%であったが、3 ヶ月後の 6 月には入院数 559 件のうち 5 日目交付率が 83.2%、7 日目交付率が 97.5%とそれぞれ上昇を認めた。

V. 考察

医局会や師長会などで周知したことで他職種の

期日以内での交付に対する意識を高めることが出来たのではないかと考える。また、フローを作成し運用方法を明確化したことや医師のカルテ記載が業務負担にならないようあらかじめテンプレートを用意したことなど取り組みやすい体制を整えたことも結果に繋がったのではないだろうか。

しかし、診療情報管理室への提出はされていなかったが 7 日以内の交付が出来ていたことが入院後 7 日を過ぎてから発覚した事例や関係部署が入院診療計画書へ未記入なのか未介入なのかの判断が困難なために書類が完成しているか判別できず、家族が来院しているにも関わらず交付が出来ていなかった事例などがあり、取り組みを始めてから何点か課題も発生した。

VI. 結論

いくつかの課題を踏まえてフローを再度見直した。現在は入院診療計画書の未記入・未介入の判断が容易になるよう、入院診療計画書の作成期日を入院して 2 日以内に設定し、かつ交付状況に対する認識の齟齬を減らすために診療情報管理室職員が病棟へ直接回収に向かう運用へ変更した。現在のフロー変更も含めて、より円滑な運用が可能になるよう今後も課題解決に努め運用体制を確立していく。

患者サポート委員会の取り組み ～患者様からのご意見をもとに業務改善を図る～

横浜新都市脳神経外科病院

医事課 ○野本英里奈

I.はじめに

病院に不満を抱えている患者様が投書をする確率はどのくらいなのだろうか。病院に不満を抱えていても、投書はしないで心の中でずっと不満に思っている…。投書をする患者様よりも、そんな患者様の方が多いのではないか。たとえ1件の投書でも、同じ不満を持つ患者様はたくさんいるはずである。

患者サポート委員会では幅広く患者様のご意見を拾い上げるべく、日々ご意見を収集し検討・改善を繰り返し行っている。今回は当院が実際に患者様の意見をもとに業務改善を図った事務的な事例とその結果を報告する。

II.目的

患者様のご意見を反映した業務改善。

III.取り組み

1. ご意見の収集

- ・投書箱
- ・病院HPのご意見フォーム
- ・患者様相談窓口(電話・電子メール含む)
- ・満足度調査(アンケートの実施)

2. 院内でのフィードバック

- ・患者様相談窓口担当者が該当部署へ報告
- ・患者サポート委員会で対応を検討
- ・患者様のご意見を現場に反映

3. 患者様へのフィードバック

- ・ご意見をいただいた方へ返答
- ・無記名投書等で本人へのフィードバックができない場合は院内掲示にて返答(掲示の了承があるもののみ)

患者様の意見をもとに業務改善を図った事例

●医師の処方誤り

・医師支援を目的とし、医師事務が代行入力を行い医師に最終確認を依頼する流れを特定の医師で試運用。Wチェックの機会を設けることで処方誤りを防止していく。

●外来待ち時間

・逆紹介の推進。

・オンライン診療の推進。

・待ち時間が長い傾向にある診療科で予約制を導入。平均待ち時間20分短縮。(脳神経内科)

・待ち時間の不満を緩和する対策として、スマホ等で漫画・雑誌を無料で読めるサービスを実施。

・電話呼び出しサービスの実施。

・診療開始時間が遅れることが多いというご意見を受け開始時間の計測を導入。遅延の原因は医師の朝カンファレンスであった為、担当医師は時間になったら可能な限り外来診療を優先して頂くよう医師全体に周知。計測した時間を医師へ報告することで改善傾向。

●院内設備

・売店のリニューアル。

・院内にカフェをオープン。好評につき平日のみの営業から土曜日の営業を追加。

・トイレの改修。

・待合のイスの配置を変更し増設。

上記改善後、患者様より肯定的な声が多数寄せられた。

●その他

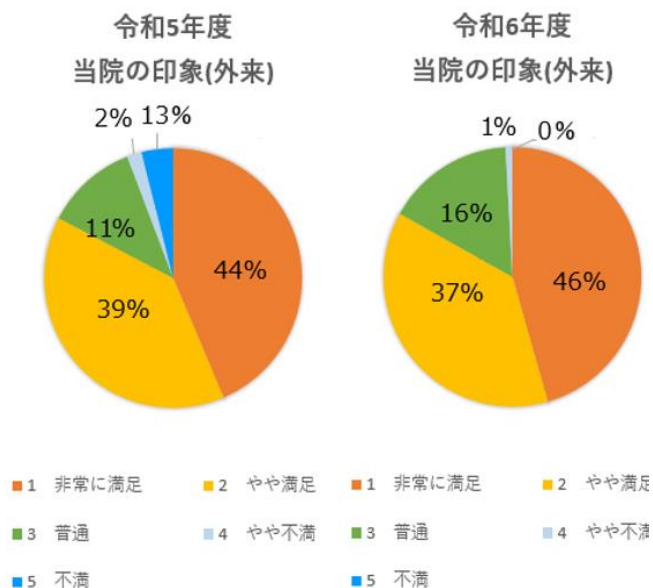
・日祝の予約入院の事務手続き及び病棟への案内が遅いという意見を受け、午前であった予約時間を比較的混雑しない午後の時間帯に変更。

・債務弁済契約書の記入時に拇印を事実上強制さ

れたというご意見に対し、法律事務所へ問い合わせた結果、拇印があったとしても法的拘束力が強まる訳ではないと確認。拇印欄を削除。

IV.結果

外来患者様にアンケートを配布して行った満足度調査では、令和5年度は当院に不満があると回答した患者様が13%いらっしゃったのに対し、令和6年度は0%を達成。



※アンケート回答者数は各410名程。

また、事務職員に対する印象について、令和5年度は満足が81.9%であったのに対し、令和6年度は84.3%へ向上した。

V.考察

冒頭で述べたように、病院に不満を感じていても実際に投書をする、意見を言う等の行動をしてくださる方はほんの一部であると思われる。たとえ1件の意見であっても、同様の不満を抱えている患者様は声をあげていないだけで他にもいるはずである。そのことを意識し、ひとつひとつの意見に向き合い検討・改善を重ねていくことで患者満足度の向上に繋がっていくと考える。

VI.結論

業務改善を図ることは患者満足度向上に繋がる。さらに、患者満足度の向上だけではなく、職員の働きやすさに繋がる。患者様のご意見を現場に反映させて業務改善を繰り返し行うことで対応しやすいフローが出来上がっていく。働きやすい環境ができると、職員に余裕が生まれてより良い接遇に力を入れることができる。引き続き患者サポート委員会は意見の収集、検討、改善を行い、患者様の「満足」と「安心」を第一に考える病院づくりに務める。

質の高いレセプト請求と外来減点率の削減を目指して レセプト請求日までの外来ルーチンワークについて

横浜新都市脳神経外科病院
医事課 ○伊部涼花

I. はじめに

「診療報酬明細書(レセプト)」を作成し、保険者に請求する「保険請求業務」(以下、「レセプト請求業務」という)は、医事課の重要な業務である。

当院の外来総請求金額は、月平均 7,255 万円(総請求件数:月平均 3,680 件)である。

総請求金額に対して、減点額は 416 万 9,540 円である。

外来減点対策チーム、職員の育成による減点率の削減に向けた取り組み内容を紹介する。

II. 取り組み目的

外来減点率の削減

III. 取り組み方法

1. 対象:
- 1) 全患者(外来)
 - 2) 外来レセプト担当の全職員
2. 期間:令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:
- 1) 外来減点対策チームの取り組み
 - ◆毎月 5 日
外来減点対策チーム
→増減点連絡書の分析
 - ◆毎月 7 日
外来減点対策チーム
レセプト博士のカスタマイズ
- ※「レセプト博士」とは、正確なレセプトの作成及び、レセプトの点検作業の効率化を支援するレセプトチェックシステムのことである。
- (病院独自のカスタマイズをすることで、同じ査定内容の繰り返しを防ぐことが出来る)

- ◆毎月 9 日
医事課外来職員
→「レセプト博士」によるエラーチェック
 - ◆毎月 10 日
医事課外来
→レセプト請求を行う
- 2) 医事課職員の育成
- ◆毎月 20 日
医事課外来職員
→レセプトテストを実施
 - ◆毎月 31 日まで
医事課職員
→テスト内容の解説とテスト結果の掲示

4. 分析方法:
- 令和 5 年度と令和 6 年度の減点率と減点額を比較し、分析した。

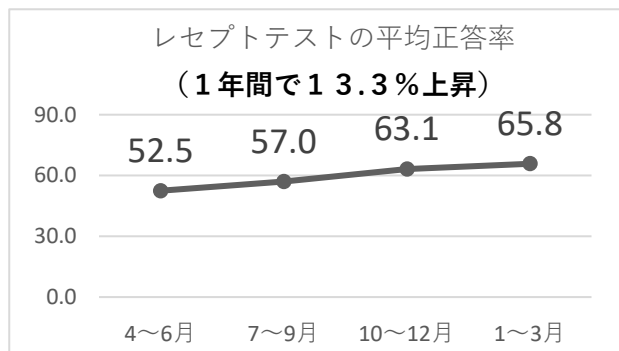
IV. 結果

表 1

	令和 5 年度	令和 6 年度	差
減点率	平均 0.66%	平均 0.49%	平均－0.17%
減点額	495 万 9,850 円	416 万 9,540 円	－79 万 310 円
査定件数	653 件	604 件	－49 件

「レセプト博士」のカスタマイズは、1年間で 37 件実施した。件数について他病院と設定件数の比較は出来なかったが、サポートセンターへの設定方法に関する問い合わせが当院以外ほとんどないということから病院独自の設定をしている病院は少ないと考えられる。

表 2



レセプトテストの平均正答率は 13.3%上昇した。(表 2) 令和 5 年度と比較し、減点率が減少し、レセプトテストの正答率が向上したことから外来職員一人ひとりのレセプト点検精度向上したと考えられる。

V. 考察

外来減点対策チームによる「分析」と「対策」、レセプトテストによる個々のスキルを上げる仕組、2 つの取り組みを両立して実施した結果、減点率の削減に繋がったと考えられる。

また、レセプトテストは毎月月末までに実施・解説を行なっていることから知識が身についた状態で月レセプト期間に入る事も減点が減少した要因であると考えられる。自分と他職員の正答率を比較できることで職員のモチベーションにも繋がっている。

VI. 結論

レセプト博士のカスタマイズは医事知識と経験が必要であり、外来減点対策チーム内でカスタマイズを行う事ができる職員を増やして行く事が今後の課題である。また職員の育成の指標としてレセプトテストの正答率 70%に向けて再テストなど新たな取り組みを実施していく。

返書率向上に向けた取り組み

横浜新都市脳神経外科病院
地域医療連携室 ○泉愛理

I. はじめに

紹介状の返書は、紹介元医療機関との情報共有および信頼関係構築において重要な業務である。「返書がない病院もあるから紹介先の変更を検討している」という医師の声があり、返書は紹介患者の診療情報把握に必要不可欠であり、紹介先の選定にも影響を与えた。特に返書を重視する医師にとっては、その有無や迅速性が紹介の継続可否を左右する可能性がある。

当院の所在する横浜市は平均寿命が高く医療需要が高い。その一方で、近隣には大学病院や総合病院が多く存在し、急性期病院の競争が激しい環境にある。このような状況下、二次救急の専門病院である当院が他施設との差別化を図るためには、返書作業を迅速かつ確実にを行い、返書率の向上と返送までの期間短縮を達成することが不可欠である。本報告では、その具体的な取り組みについて述べる。

II. 取り組み目的

紹介を受けたすべての患者に対し、迅速な返書を行い、情報共有を徹底することで、紹介元医療機関との信頼関係を強化し、紹介件数の増加を図ることを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 紹介を受けた医療機関
2. 期間: 令和6年4月～令和7年3月
3. 方法:
 - 1) 医師事務が返書の下書きを作成
 - 2) 返書の郵送期限の設定

【返書の流れ】

1. 医師の診察
2. クラークが返書の下書き
3. 連携室が確認し医師へ提出
4. 医師が下書きをチェック
5. 郵送(5日以内)

返書作成工程の効率化として、従来は診察翌日に連携室が医師へ直接依頼していたが、診察翌日までに医師事務が返書の下書きを作成し、8割程度完成させた状態で連携室が医師へ確認を依頼する体制に変更。

返書の郵送期限を紹介患者の診察日から5日以内に設定し医師へ周知。期限経過し医師から返答がない場合には催促を行うルールを徹底。

3) 計画的なチラシの同封

4～6月 新年度の病院紹介

→ 病院パンフレット等

7～9月 夏稼働対策

→ 脳神経外科+PSG検査のチラシ

10～12月 ピーク前に備えて

→ 整形外科のチラシ

1～3月 ピーク後に向けて

→ PSG検査のチラシ

返書の郵送時に当院のチラシの同封も必須とし、年度始めに同封するチラシの年間スケジュールを策定、当院の稼働状況や紹介件数に合わせた内容のチラシを同封。4月～6月は新年度の病院紹介を目的としたチラシ、7月～9月は夏

の稼働対策として、脳神経外科のチラシと PSG 検査のチラシ、10 月～12 月はピーク前に備え整形外科のチラシ、1 月～3 月はピーク後に向けて PSG 検査のチラシを同封し、計画的な紹介患者の増加を図った。

4) 返書+@の郵送

新規医療機関

→返書+営業ファイル+時期に応じたチラシ

既存医療機関

→返書+その時期に応じたチラシ

新規医療機関へ当院の体制や実績が一目で把握できるファイルを返書とともに郵送し、後日訪問して直接説明を行った。

IV. 結果

・返書率

77.1%→99.8% (22.7%増)

・診察から郵送までの日数

R5 平均 7.2 日→R6 平均 4.1 日 (3.1 日短縮)

・脳神経外科紹介件数 (7～9 月)

R5 677 件→R6 754 件 (77 件増)

・整形外科紹介件数 (10～12 月)

R5 373 件→R6 548 件 (175 件増加)

・新規医療機関からの紹介

R5 236 箇所→R6 271 箇所 (35 箇所増)

返書率が令和 5 年度 77.1%に対し、令和 6 年度 99.8%の 22.7%増。また、診察から郵送までの日数は令和 5 年度平均 7.2 日に対し、令和 6 年度平均 4.1 日で 3.1 日短縮へと繋がり、紹介元への迅速な返書を実行できた。

計画的なチラシの同封は、7 月～9 月の脳神経外科の紹介は令和 5 年度 677 件に対し、令和 6 年度 754 件で 77 件増。10 月～12 月の整形外科

の紹介は、令和 5 年度 373 件に対し、令和 6 年度 548 件で 175 件増となり、脳神経外科、整形外科ともにチラシを同封した 3 ヶ月が最も増加率の大きい結果となった。

V. 考察

返書を直接医師が記入するのではなく、医師事務が下書きをすることにより、医師は確認するだけですみ、返書の記入を後回しにすることが減少した。また、郵送期限を設定することで医師も期限を意識してくれるようになり、返書率向上と郵送までの期間短縮へ繋がった。しかし、医師や連携室の入退職による再現度の低さは課題となり、今後人員の育成が必要となる。

返書をそのまま郵送するのではなく、例年の紹介件数の推移や稼働状況を考慮した内容のチラシを同封することで、それらの医療機関にとって当院への紹介先の選択肢を増やすことができたと考える。新規の医療機関には郵送+訪問も行ったが、そこで頂いた意見をチラシに落とし込む速度は課題となるため院内での迅速な共有と反映が必要である。

【課題】

・職員の入退職による再現度の低さ

・訪問先で頂いた意見のチラシへの落とし込みの速度

VI. 結論

本取り組みにより、返書作業の効率化と郵送期限の明確化が返書率の向上および返送期間の短縮につながり、紹介元医療機関との信頼関係を強化できた。さらに計画的な情報提供により紹介件数の増加にも寄与しており、今後地域における当院の差別化の調査を行っていく。

診療記録の不備削減に向けての取り組み -量的点検における安全運用-

横浜新都市脳神経外科病院
診療情報管理室 ○石川 莉野

I. はじめに

量的点検とは、診療記録への記載が正しく行われているか・必要書類が作成されているかを確認する点検を指す。記載者のサインや日付、患者氏名などの記載不備は、記録としての効力や正確性を損なう可能性がある上に、日常業務においても、他部署への情報提供の遅れや信頼性の低下を招く可能性がある。

特に、当院においては以下3点の書類の不備件数が多い。

【課題】

不備件数 総数 1519 件

- 1、せん妄チェックリスト 724 件(48%)
- 2、褥瘡対策診療計画書 306 件(20%)
- 3、クリニカルパス 270 件(18%)

当院ではせん妄チェックリストの不備が最も多く、次点で不備の多い褥瘡対策診療計画書、クリニカルパスと比べ大きな割合を占めており、十分な改善の余地がある。

本稿では、せん妄チェックリストに焦点を当て、診療記録の不備削減のために行っている取り組みについて述べる。

II. 取り組み目的

せん妄チェックリストの不備件数を減少させ、診療記録の安全運用に寄与する。

目標件数は次の通り設定する。

不備含有カルテ冊数の内、
せん妄チェックリスト不備件数が占める割合

38%(前年比-10%)

月平均せん妄チェックリスト不備件数

50 件/月(前年比-10 件)

III. 取り組み方法

1. 対象:せん妄チェックリスト
2. 期間: 2024 年 4 月～2025 年 3 月
3. 方法:

【取り組み内容】

- 1、 チェックリストの作成
- 2、 不備を集計/データ化
- 3、 分析
→看護師サインの不足
→せん妄リスク因子の記載漏れ
→せん妄対策日の記載漏れ
- 4、 マニュアルの作成
- 5、 師長会・診療情報管理委員会で周知

書類の記載不備を適切に修正できるように、全てのカルテに対してチェックリストを作成する。不備が見られた場合、チェックリスト上に不備の内容と差し戻し先を記入し、部署内でデータ化・分析を行う。

分析の結果、以下の不備傾向が見られた。

- ・看護師によるサインの記載漏れ
-サインが1名分不足している
- ・せん妄リスク因子の記載漏れ
- ・せん妄対策日の記載漏れ

上記を受け、書類の記載ルールを明確にし、院内で共有するためにマニュアルの作成・更新を行った。

集積したデータは自部署内だけで完結させない

ために、毎月師長会を通して看護部へ周知する。また診療情報管理委員会での共有を継続的に行う。

4. 分析方法：

月毎の不備件数を病棟への貸出書類数で割り、当該書類が全貸出し書類に占める割合の推移を評価する。

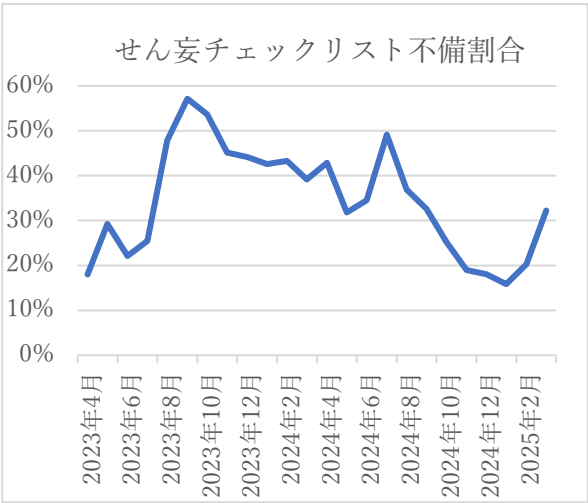
せん妄チェックリスト不備件数

不備のあったカルテ数

= せん妄チェックリスト不備割合

IV. 結果

	2023 年度	2024 年度	増減
不備総数	1519 件	1524 件	+5 件
せん妄チェックリスト			
不備件数	724 件	568 件	-156 件
不備割合	48%	37%	-11%
件数/ 月 平均	63.3 件	47 件	-12.7 件



V. 考察

マニュアルの整備を行い院内で共有したことで、職員による書類への解釈の相違が是正され不備件数の減少につながったと考えられる。

また、同書類は書式変更が行われたことで一時的に不備件数が増加したものの、診療情報管理委員会にて記載誤りに対する注意喚起を続けたことで、徐々に件数の減少が見られた。

マニュアルの整備や委員会での報告等、継続的な情報共有が記録者側の意識の向上に繋がり、不備件数の減少に貢献したと考える。

VI. 結論

取り組みを通して、特別なシステム導入をせずとも、診療情報管理室が主導になり他部署への積極的な働きかけを行うことが、安全運用への大きな働きかけになることを実感した。しかし、せん妄チェックリストの不備件数は減少傾向にあるものの他書類に比べ10%以上多い現状にある。不備の内容も同様に、大きな変化は見られなかった。

更なる不備削減を目指し、今年度から記録パス委員会への参加を開始した。今後より多くの現場の意見を聞き、これらの不備を減らすことができるような書類の改善案を提案していく必要がある。

引き続き日々の診療記録の正確性を保つことで、患者情報の適切な管理や、院内での適正な医療提供に貢献し続けていく。

オムツ価格の定額化 ～導入後のメリットとは～

東戸塚記念病院
総務課 ○堀内裕子

I. はじめに

2023年1月よりオムツ類をSPD管理し始めた。それにより、各部署のオムツ使用量や病院全体の消費量を把握する事が可能となった。当院のオムツのコスト算定は、出来高算定方法。部署払出数と患者様請求額を比較した所、約180万円分の算定が出来ていないコストがある事を確認した。オムツ・パッドの2024年度平均使用枚数を洗い出し、それぞれの単価を掛けると6,316,803円/月の収入となるはずだが、実際の患者様請求額は4,517,090円/月(2024年9・10・11月の平均金額)で、あった。1,799,713円/月の差額は、おおよそが算定洩れだと思える。

2024年オムツ使用状況

品名/部	患者 部署払出枚数	算定 単価	算定額 金額	月平均 仕入金額 円	月平均 使用枚数	金額差 差額 (円) ※(円)	金額比率 あって高い/低い 月別
Gタイプフリーガード安心サラサラパッド	480311014120	24	210,475	¥5,051,400	¥420,950	17,540	121
Gタイプフリーガード安心サラサラパッド	480311018100	45	61,102	¥2,748,590	¥229,133	5,082	178
Gタイプフリーガード安心テープ止め LL	480311051905	84.5	1,422	¥120,244	¥10,020	119	341
Gタイプフリーガード安心テープ止め L	480311079798	78.7	12,894	¥1,014,758	¥84,563	1,075	341
Gタイプフリーガード安心テープ止め M	480311079802	66.6	69,630	¥4,637,358	¥384,447	5,803	341
Gタイプフリーガード安心テープ止め S	480311079808	60.7	11,346	¥755,544	¥60,407	995	341
Gタイプフリーガードリハビリパンツ LL	480311050341	70	1,357	¥97,602	¥8,123	111	341
Gタイプフリーガードリハビリパンツ L	480311050410	56.5	4,955	¥37,359	¥3,444	380	341
Gタイプフリーガードリハビリパンツ M	480311050304	51	11,754	¥89,454	¥48,955	980	341
Gタイプフリーガードリハビリパンツ S	480311050421	54.5	2,530	¥137,885	¥11,490	211	341
合計金額				¥12,822,574			1
							¥6,316,803

パッドは処置にも使用している為、全てを患者様請求していないと考え、1割減で考慮しても1,168,032円は算定洩れだと予測する。オムツのコストはオムツ交換の度に平オムツ・リハビリパンツ・吸水パッド等の種類別にカウントし、ナースステーション内に保管しているオムツコスト表へ「正」の字で看護師が記入する。看護師はオムツ交換をしながらも、その隣の患者様の対応やナースコールにも対応しなければならない、オムツ交換の度のコスト記入が看護師の負担であり、算定洩れの原因ではないかと考える。

もっと簡単に、看護師の負担にならず確実に算定

が出来る方法がないかとオムツのセット価格を導入した。患者様には770円(税込)/日でオムツ使用上限無し。看護師は、オムツ交換に集中することができ、算定は使用開始日～使用終了日までの日数管理のみ。医事課職員のオムツコスト表の作成・交換・管理の手間も省け、増収見込みである。

1つの仕組みを変えただけで、増収見込みと看護師・医事課職員の負担軽減につながったので、ここに報告する。

II. 取り組み目的

- 1) 使用枚数に相当するオムツ費用の確実な回収
- 2) 看護師の負担軽減

III. 取り組み方法

1. 対象: G ライフリー商品

平オムツ(横モレ安心テープ止め LL・L・M・S)
リハビリパンツ(LL・L・M・S)
パッド(外モレ安心サラサラパッド・一晚中安心サラサラパッド)

2. 期間: 2025年4月～9月

3. 方法:

- 1) 近隣・都内でセット価格を導入している病院の価格を調査。当院のオムツ別使用人数(実人数)・請求金額(9・10・11月)・使用枚数から、当院の妥当なセット価格(770円/日)算出・提案
セット価格 770円/日の算出方法:
月平均オムツ使用者: 511人
当院の平均入院日数 = 16日
2024年の本来入金があつて良い金額 ÷ (オムツ使用者の実人数 × 平均入院日数)
 $6,316,803 \div (511 \times 16) = 772.6$ 円

端数切をし、770 円と金額設定をした。

2) 師長会にてセット価格導入希望の旨を打診。
コスト洩れ金額の報告。

3) 事務ミーティングにてセット価格導入したい旨
を打診。生保の患者様・OPE 後の患者様等のコ
スト算定の仕方について方向性を決める。

4) 看護部主任会にてセット価格の導入希望の
旨を打診。金額やコストの取り方について、現場
の意見徴収。

5) 電子カルテシステムのコスト表変更依頼

6) 8 月以降の新規入院患者様、算定開始。7
月から引き続きの入院患者様には、7 月の会計
時に 9 月からセット価格に変更する旨を説明。9
月以降は全ての入院患者様が算定開始。

4. 分析方法:

① 9 月の各部署の使用枚数 (SPD システムにて分
析) に、それぞれの単価を掛け、回収すべく金額を
算出する。

② セット価格でのオムツ請求合計額を分析 (9 月
分)

③ (①-②) の金額と 2024 年度のオムツ使用状況
から算出した請求漏れ金額 1,799,713 円 (月平均
額) と比較する。

④ 請求漏れ金額が少なくなっているかを検証する。

IV. 結果

2025 年 8 月

① 使用枚数: 平オムツ 6,730 枚×@341

リハビリパンツ 1,984 枚×@341

吸水パッド中 15,768 枚×@121

吸水パッド大 4,919 枚×@176

回収すべく金額: 5,745,146 円

② セット価格で請求した金額: 2,029,720 円

出来高で請求した金額: 2,684,260 円

※ 4 月よりオムツの価格改定にて月平均が 50
万程アップした。

出来高算定した患者が 45% いる為、その金額
を出来高で請求した金額より引く

2,457,944 円

③ (①-②) = 1,257,482 円

④ 2024 年の請求漏れ金額 1,799,713 円より金
額が少なくなっている。

吸水パッドは、オムツ時のみに使用している訳では
なく、処置にも使用する事がある。全てをコストとして
算定は出来ない為、請求漏れ金額が少なくなってい
れば、増収になった事を意味すると考える。

V. 考察

金額に対しての平均値を出し、設定した事で 6 割
の患者様には妥当な金額でオムツを提供できる事
になる。(2 割は割安料金。2 割が高額料金) その
為、オムツの使用枚数を気にする事なく、請求漏れ
の金額を減らす事ができたと考える。

VI. 結論

オムツのコストが、しっかり算定出来ていないと分か
ったのは、オムツを SPD システムにて管理する事が
出来たからだ。そして、物品担当は、業者への発
注・倉庫納品・各部署への払い出しを円滑に行うの
はもちろんの作業であるが、その先の流れと過去の
分析をする事も重要だと考える。

今回の場合は、オムツコストがしっかり算定できてい
るかを見直す事が出来たので、セット価格の導入・
看護職員の負担軽減・医事課職員の負担軽減へ
と繋がった。

当院の発表を参考に各施設のオムツコストの算定
方法を見直すきっかけとなれば幸いである。

社会保険手続きの電子化について ～業務の効率化及びコスト削減を目指して～

東戸塚記念病院
総務課 ○平川沙織 水野ひなた

I. はじめに

当院の職員数は約 800 名、毎月の入退職者は平均して 20 名、産休育休職員は常に 50 名ほどいるため、労務業務において社会保険の手続きは大きな割合を占めている。

これまで社会保険手続きは申請書類をエクセルで作成し、郵送で手続きを行っていた。

社会保険業務の効率化及び郵送料を削減するために電子申請を検討していたところ、令和 5 年の 5 月に年金事務所より電子申請化推奨の案内があり導入に向けて取り組んだ。

電子申請を導入することで、書類作成時間、手続きに要する時間及び郵送料の削減に取り組んだ結果を報告する。

II. 取り組み目的

社会保険手続きを電子化することで業務の効率化及びコスト削減を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:社会保険手続き全般
 2. 期間:令和 5 年 6 月～令和 7 年 8 月
 3. 方法:
 - 1)IMS 本部人事部に電子申請の権限 (G ビス ID) の付与を依頼 ※注①
 - 2)e-GOV 電子依申請アプリケーションの設定 ※注②
 - 3)厚生年金保険、雇用保険の電子申請開始
 - 4)導入後の作業時間及び郵送料の検証
- ※注①G ビス ID とは、法人・個人事業主向けの共通認証システムで、1 つの ID とパスワードで複数の行政サービスをオンラインで

利用できるようになる。

※注②e-GOV とはデジタル庁が運営する「電子政府の総合窓口」であり、各省庁への申請や届出がオンラインで行えるポータルサイト。

IV. 結果

令和 5 年 6 月 IMS 本部人事部に電子申請の権限 (G ビス ID) の付与を依頼。
同年 9 月横浜西年金事務所に来院にて e-GOV 電子申請アプリケーション説明及び設定を行ってもらい、同年 10 月より厚生年金保険及び雇用保険の取得喪失・各種給付金の電子申請を開始した。

電子申請に切り替える前の作業時間は、1 名につき 10 分、ひと月 70 名の手続きを行うと仮定すると 12 時間程度を必要としていた。
電子申請に切り替えることで、申請画面に直接入力し提出できるようになり、郵送手配が不要になったため、1 名につき 6～7 分程で従来の作業時間の 3 分の 2 である 8 時間程度で済むようになり作業時間を 4 時間短縮することができた。年間では 48 時間の短縮となった。

郵送料に関しては、健康保険組合、年金事務所、ハローワークと 3 カ所に書類を送付する必要があった。送付費用としてはレターパック 370 円を毎月 4 回程度 3 カ所に提出することで 4,440 円／月がかかっていた。

厚生年金保険と雇用保険の手続きは電子化することができたため 2 カ所分の郵送料は不要となり、2,960 円／月の削減することができた。

年間では 35,520 円の削減となった。

健康保険については e-GOV 電子申請アプリケーションでは対応できず、人事給与システムとマイナポータルを API 連携させる必要があるため、現状実現できていない。

健康保険の電子申請を導入することができれば、更に作業時間の短縮及びコスト削減につなげることができる。

V. 考察

今回の電子申請を行うために、G ビズ ID を採用した。これにより、補助金申請、社会保険手続き、各種申請・届出などを、電子証明書なしで効率的に行えるようになった。

これまで取得手続きが煩雑であった電子証明が不要となり、スムーズに各手続きを電子化することができた。

また、e-GOV 電子依申請アプリケーションを利用し無料で移行できたことにより、導入のハードルは低く、行政手続きの効率化に貢献できたと考える。

VI. 結論

社会保険手続きを電子申請に切り替えたことで病院全体としてはわずかではあるが、業務の率化及びコスト削減につながった。

当初の目的は業務の効率化及びコスト削減であったが、郵送にかかっていた時間が無くなり、手続きの時間を短縮することができたことにより、職員から申請があった給付金等が、以前よりも早く支給決定を受けることができるようになり、職員にもメリットが発生した。

健康保険の手続きに関しては、人事給与システムとマイナポータルとの連携を行うための有料ソフトが別途必要であるため、電子申請に切り替えが現状実現できていない。

IMS グループ全体の勤怠システム導入及び健康保険組合の変更が予定されているため、状況の変化を考慮しつつ導入を再検討していきたい。

今後費用対効果を十分に検証する必要があるが、業務の電子化、自動化を積極的に導入することにより人材不足の解消や業務効率化が期待できる。

これにより生まれた時間やリソースを、患者対応や院内サービス改善に係る業務に振り分けることで、患者満足度の向上及び集患につながるのではないかと考える。

マイナ保険証の利用促進について

東戸塚記念病院
医事課 ○広田麻紀子

I. はじめに

2024 年 10 月より開始された医療 DX 推進体制整備加算の算定要件に対応するため、オンライン資格確認およびマイナ保険証の利用促進が全国の医療機関で求められている。当院においても、システム導入初期の混乱や運用ルールの確立に追われつつ、マイナ保険証の普及に向けた取り組みを進めてきた。2024 年度の取り組み内容とその成果を振り返り、医療 DX の推進における課題と今後の展望を報告する。

II. 取り組み目的

2024 年度において、医療 DX 推進体制整備加算 1 の算定要件(マイナ保険証利用率 15%以上)を達成することを部署目標とし、外来業務に関わる全職員がマイナ保険証の運用に積極的に関与できる体制を構築する。また、オンライン資格確認システムやマイナナンバーカード読み取り機の操作を、勤務年数や配置場所に関わらず全職員が習熟し、患者サービスの向上と病院経営の安定化に寄与することを目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象: 当院を受診する外来患者
2. 期間: 2024 年 4 月～2025 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 院内ホームページおよび院内掲示板にマイナ保険証の利用案内を掲載
 - 2) 外来職員による患者への直接声かけを実施
(「マイナナンバーカードのご提示をお願いします」

と案内)

3) マイナナンバーカード読み取り機付近に専任案内職員を配置し、操作支援を提供

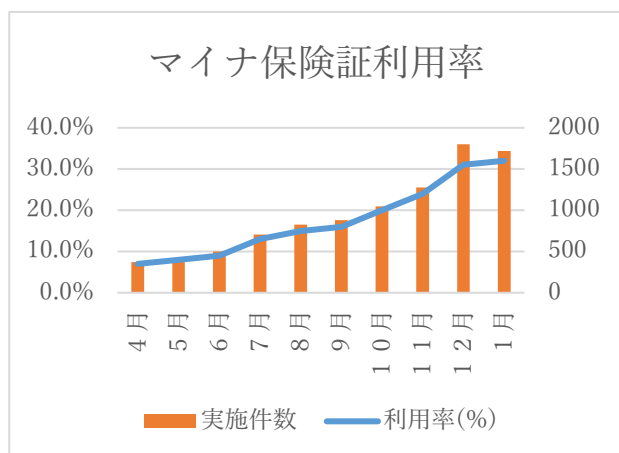
4) 院内デジタルサイネージを活用し、マイナ保険証の使用方法を動画で周知

4. 分析方法:

厚生労働省公表の「マイナ保険証利用率一覧」を基に、月次の利用件数および利用率を追跡。2025 年 1 月の利用率計算方法変更(外来レセプト提出件数を分母としたマイナナンバーカード読み取り機の利用率に限定)に対応し、推移を分析。

IV. 結果

2024 年 9 月時点でマイナ保険証利用率は 16.0%に達し、医療 DX 推進体制整備加算 1 の算定要件を達成した。2025 年 1 月の利用率計算方法変更後も利用率は安定推移し、年度後半に要件が 30%に引き上げられたにもかかわらず、継続的な取り組みにより目標を達成。具体的には、2024 年 7 月開始の職員による声かけが利用率向上に大きく寄与し、患者の認知度向上と操作習熟度向上が確認された。一方で、総合受付付近の混雑や、機械操作に不慣れな高齢患者からの質問対応による業務負荷が増加した。



V. 考察

本取り組みの振り返りから、以下の点が明らかとなった。

1. 広報活動の効果と限界：ホームページ掲載や院内掲示は一定の周知効果を上げたが、患者の積極的な行動変容には繋がりにくかった。
 2. 声かけの有効性：職員による声かけは患者の意識変化を促し、利用率向上に直結。初診・会計時の案内が特に効果的であったが、初期は説明対応による時間的負荷が発生した。
 3. 案内職員の配置効果：マイナナンバーカード読み取り機付近への専任案内職員配置は、高齢患者の操作支援に有効であったが、総合受付周辺の混雑を招き、患者動線の非効率性が課題として浮上した。
 4. システム的課題：マイナ保険証の利用にはオンライン回線が必須であり、現行の読み取り機配置（総合受付周辺）が動線悪化の一因となった。
- これらの結果から、患者への直接的関与（声かけ、案内職員）と視覚的広報の組み合わせが利用率向上に有効である一方、物理的配置や業務効率化が今後の課題である。

VI. 結論

高齢患者が多い当院では、機械操作に不慣れた患者への個別支援が不可欠であり、専任案内職員の配置は今後も継続する。

また、患者が自己完結できる操作環境の整備を目指し、以下の施策を検討する。

1. 再来受付機およびマイナナンバーカード読み取り機を入口付近に移動し、案内職員を配置することで患者動線を最適化
2. デジタルサイネージの内容を定期更新し、操作手順の視覚的訴求を強化
3. 職員向けの継続的な教育を行い、声かけや操作支援の標準化を推進

これらの取り組みにより、マイナ保険証の利用率向上と医療 DX 推進体制整備加算 1 の継続的算定を目指し、患者サービスの向上と病院経営の効率化に貢献する。

外来未収金の発生防止と回収業務の最適化

東戸塚記念病院
医事課 ○平澤優夏

I. はじめに

医療機関の未収金は、経営健全化の大きな課題である。全国の医療機関における未収金は、1年間で約 219 億円、3年間で約 426 億円に上ると報告されている。当院においても、2023 年度は外来未収金 68 件(約 237 万円)、2024 年度は 82 件(約 327 万円)と増加傾向にあり、早急な対策が求められた。医療法および救急医療の原則により、緊急性の高い患者への診療拒否が認められず、支払い能力の有無にかかわらず診療を提供せざるを得ないため、未収金の発生は避けられない課題である。2024 年度に実施した外来未収金の発生防止および回収業務の取り組みを報告し、その効果を検証する。

II. 取り組み目的

2024 年度において、外来未収金の発生件数および金額の最小化を目指し、効果的な回収業務を通じて病院の財務負担を軽減する。また、未収金の発生防止策を強化し、事務職員全体で取り組む体制を構築することで、持続可能な経営基盤を確立する。

III. 取り組み方法

- 対象: 2024 年度に発生および回収対象となった外来未収金(82 件、約 327 万円)
- 期間: 2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 3 日
- 実施手順:
 - 発生防止策: 会計時に未収リスクのある患者に対し、保証金を多めに預かる(労災・自賠責の場合は保険切り替え時にも対応可能な額を設定)。患者の身分証(保険証またはマイナンバーカード)

を登録し、保険請求分の回収を確保

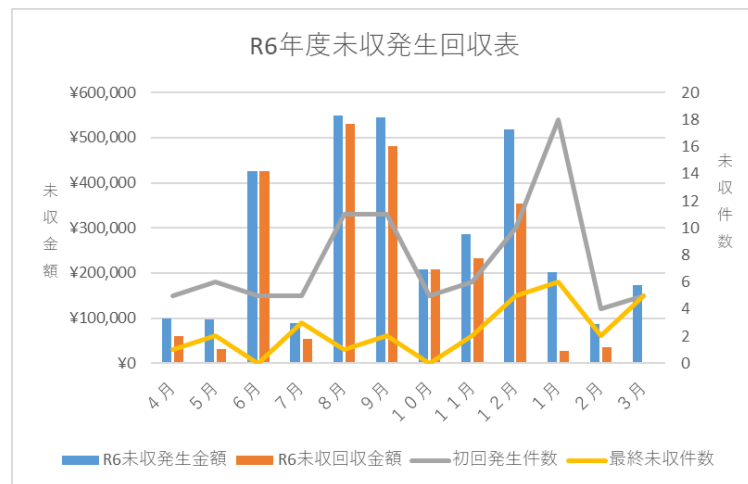
2)連絡先確保: 患者の連絡先を複数確認し、未収発生時の追跡可能性を向上

3)督促強化: 督促状の封筒に「督促状」「最終警告」の朱印を印字し、視認性を高めて患者の対応を促進

4)債権会社連携: 回収困難な案件は早期に債権会社へ委託するが、報酬コストを最小化するため可能な限り院内回収を優先

4.分析方法: 月次の未収発生件数および回収件数をグラフ化し、回収率を算出。各施策の効果を定性的・定量的に評価

IV. 結果



2024 年度の取り組みにより、未収金 82 件(約 327 万円)に対し、6 月と 10 月に全件回収を達成し、全体の回収率は 50%以上(回収額:約 300 万円)を記録した。特に、督促状の朱印施策により、従来反応のなかった患者からの回収件数が増加した。保証金の事前徴収や連絡先の複数確保も未収発生の抑制に寄与した。一方で、債権会社への委託で

は報酬コストが発生し、回収額が目減りが課題として残った。

V. 考察

本取り組みの成果と課題を以下に整理する。

- 1.発生防止策の効果：保証金の事前徴収や身分証登録により、未収リスクの高い患者の保険請求分を確保できた。特に労災・自賠責の切り替え時にも対応可能な保証金額設定が有効であった。
 - 2.督促強化の成果：督促状の封筒に「督促状」「最終警告」の朱印を施したことで、患者の視認性と対応率が向上し、債権会社への委託前に回収できたケースが増加した。
 - 3.債権会社への委託の課題：債権会社への委託は回収を確実にする一方、報酬コストにより回収額が減少するため、院内回収の優先が重要である。
 - 4.過去の非効率性：コロナ禍前の訪問回収は人件費や移動費が回収額を上回るケースがあり、非効率であった。本取り組みでは、郵便物による督促や電話連絡に注力することでコストを抑制した。
- これらの結果から、未収金の発生防止と効率的な回収には、事前対策と患者対応の工夫が不可欠である。一方で、個人情報保護の制約により、役所を通じた情報収集が困難なケースが課題として残った。

VI. 結論

本取り組みにより、未収金の回収率 50%以上を達成し、特に督促状の視認性向上や保証金徴収が効果的であった。しかし、未収金の根本的な解決には発生防止が最も重要であり、事務職員全体での意識共有と体制強化が不可欠である。今後の施策として、以下の取り組みを検討する。

- 1.マイナ保険証の普及を活用し、オンライン資格確認による患者情報の迅速な把握を推進
- 2.督促状の送付頻度や文面を最適化し、患者の早期対応をさらに促進
- 3.個人情報保護の制約に対応するため、債権会社

との連携を効率化し、コストを最小化

これらの施策を通じて、未収金の発生防止と回収率の向上を図り、医療機関の持続可能な経営に貢献する。

副傷病名のコーディング最適化による増収効果の検証

東戸塚記念病院
診療情報管理室 ○三井貴世

I. はじめに

当院では、2023 年度の診療報酬請求における減収要因分析を実施したところ、副傷病名漏れによる収益機会の損失が複数確認された。現行のレセプトチェック体制は病棟ごとの入院担当者が実施しているが、人員不足や担当者の習熟度不足により、副傷病名の適切なコーディングが十分に行われていない状況であった。2023 年度の副傷病名コーディング率は 19.0%、DPC 効果率は 4.0%であり、他院と比較して低い水準ではないものの、副傷病名漏れによる減収が課題として浮上した。そこで、診療情報管理室が主体的にレセプトチェックを補佐し、副傷病名漏れの防止を通じて増収と DPC 効果率の向上を目指す取り組みを実施した。その具体的な取り組み内容と成果について報告する。

II. 取り組み目的

2024 年度および 2025 年上半期において、副傷病名コーディング率および DPC 効果率を 2023 年度の水準(19.0%、4.0%)を上回る目標とし、副傷病名漏れの防止による増収効果を検証する。

III. 取り組み方法

1. 対象:DPC 対象レセプトのうち、副傷病名が未コーディングのレセプト
2. 期間:2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
／2025 年 4 月 1 日～2025 年 7 月 31 日
3. 方法:
 - 1)DPC 対象レセプトから副傷病名が未コーディングのレセプトを抽出。
 - 2)電子カルテを確認し、副傷病名に該当する可能性のある病名を精査。

3)対象患者の診療録を基に、副傷病名を付与可能な場合は病名を追加コーディング。

4)コーディング前後のレセプト総点数を比較し、増収効果を定量的に評価。

4. 分析方法:副傷病名追加によるレセプト点数の変化をリスト化し、コーディング率および DPC 効果率の推移を統計的に分析。

IV. 結果

2024 年 4 月～2025 年 3 月の DPC 対象レセプト全件(n=8,650 件)を対象に副傷病名漏れのチェックを実施した結果、49 件の副傷病名を追加コーディングした。これにより、総額約 720 万円の増収を達成した。副傷病名コーディング率は 14.4%、DPC 効果率は 4.2%となり、DPC 効果率は 2023 年度比で 0.2 ポイント向上したものの、コーディング率は目標値(19.0%以上)に達しなかった。2025 年 4 月～2025 年 7 月は DPC 対象レセプト全件(n=2,889 件)を対象に副傷病名漏れのチェックを実施した結果、9 件の副傷病名を追加コーディングした。これにより、総額約 88 万円の増収を達成した。副傷病名コーディング率は 12.9%、DPC 効果率は 4.1%となり、DPC 効果率は 2023 年度比で 0.1 ポイント向上したものの、コーディング率は目標値(19.0%以上)に達しなかった。

V. 考察

本取り組みにより、約 720 万円の増収および DPC 効果率の向上(4.0%→4.2%)が確認され、副傷病名漏れ対策の有効性が示された。一方で、副傷病名コーディング率は 14.4%にとどまり、目標未達と

なった。原因として以下の2点が推察される。

1. 医師によるカルテ記載の不足: 副傷病名に該当する病名が診療録に十分に反映されていないケースが散見された。

2. 2024年度診療報酬改定の影響: 改定により副傷病名の対象範囲が変更され、従来対象であった一部病名が除外された。

これらの課題を踏まえ、医師のカルテ記載の質向上や、改定内容の周知徹底が今後の改善で重要である。

VI. 結論

副傷病名漏れの精査により、顕著な増収効果が確認されたことから、本取り組みの継続が不可欠である。今後は以下の施策を通じてさらなる収益向上を目指す。

1. 診療科ごとの副傷病名リストを作成し、医師へのフィードバックを強化。

2. 診療情報管理士による医局への定期的な情報発信により、カルテ記載の標準化を推進。

3. 診療報酬改定内容を迅速に反映したコーディネグマニュアルを整備。

これらの取り組みにより、引き続き副傷病名コーディングの精度向上と病院経営の健全化に寄与していく。

回復期目的患者の急性期病棟受入れによる効果について

イムス横浜狩場脳神経外科病院

医事課 ○佐々木 慎一

I. はじめに

2024 年度の診療報酬改定により看護必要度の条件が変更になり、さらに DPC の要件も月 90 件のデータ数以上必要になることが追加され 1 年を通じて基準の確保が難しい結果となった。

そこで当院の特徴である急性期病棟と回復期病棟を利用し増収を目指す。

II. 取り組み目的

2024 年度は施設基準確保のため SCU と急性期病棟の新規入院したどちらの病棟へ行くか患者振分を行い看護必要度 12%以上の確保を目指した。

しかし、DPC の基準であるデータ数確保のために重症度の取れない回復期目的の患者を急性期経由にすることで分母が増え看護必要度の割合が下がってしまった。

そこで、施設基準を類下げ急性期 6 にすることによって看護必要度を考えず回復期患者を受入れ稼働を上げる事で病院の収入を上げる事を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:急性期病棟
2. 期間:2025 年 5 月以降
3. 方法:施設基準を急性期 5 から急性期 6 へ類下げすることによって看護必要度の条件が 12%以上から測定のみに変更される。そこで回復期目的患者を急性期病棟へ依頼後すぐに受け入れを行い回復期病棟から退院が出た時に転棟する押し出し方式にすることによって急性期病棟での滞在日

数が増やし稼働を上げる。

4. 分析方法:取り組み前後の急性期病棟滞在期間と稼働の比較。それに伴う入院の収支を比較し効果を測定する。

IV. 結果

2025 年 5 月から取り組みを開始し昨年度と比べても 5 月はプラス 3.3 床、6 月はプラス 9.2 床稼働を上げる事ができ、5 月から 8 月まで月平均で 7.5 床稼働を上げる結果となった。

しかし、収入については稼働に比べ 5 月から 8 月まで月平均 14 万点マイナスとなり昨年度を上回ることができなかった。

V. 考察

今回の取り組み結果から稼働を昨年より上げる事が出来た。しかし収入については昨年を下回った。

要因としては施設基準が昨年より急性期 4 から急性期 5 へ類下げしさらに 2025 年 6 月には急性期看護補助体制加算の取り下げをして下がった日当点分を補う稼働を得られなかったと考えられる。

VI. 結論

今回の取り組みでは急性期病棟へ回復期患者を受け入れることで病院全体の稼働を上げる事ができたが施設基準の取り下げの要因で日当点が下がった分を補うほど前年度の収入を上回ることができなかった。

今後はベッド調整だけでなくさらなる受け入れ強化を行い稼働を上げる施策が必要となる。

脳神経外科単科病院が急性期病院として生き残るために

イムス横浜狩場脳神経外科病院

総務課 ○宮崎^{みやざき}智

I. はじめに

2024 年度の診療報酬改定により看護必要度の条件が変更になり、さらに DPC の要件も月 90 件のデータ数以上必要になることが追加され 1 年を通じて基準の確保が難しい結果となった。

そこで当院の特徴である急性期病棟と回復期病棟を最大限に活用すること、今後急性期病院機能を死守する為の取り組みを実施し、増収を目指す。

II. 取り組み目的

～施設基準維持からベッド稼働重視へシフトチェンジ～

2024 年度は施設基準確保のため SCU と急性期病棟の新規入院したどちらの病棟へ行くか患者振分を行い看護必要度 12%以上の確保を目指した。しかし、DPC の基準であるデータ数確保のために重症度の取れない回復期目的の患者を急性期経由にすることで分母が増え看護必要度の割合が下がってしまった。そこで、施設基準を類下げ急性期 6 にすることによって看護必要度を考えず回復期患者を受入れ稼働を上げる事で病院の収入を上げる事を目指す。

III. 取り組み方法

～回復期リハ待機患者即日入院～

2025 年 5 月より急性期病棟の施設基準を急性期 5 から急性期 6 へ類下げすることによって、看護必要度の条件が 12%以上から測定のみに変更される。そこで回復期目的患者を急性期病棟へ依頼後、すぐに受け入れを行い、回復期病棟から退院が出た時に転棟する押し出し方式にすることによって、急性期病棟での滞在日数が増え稼働を上げる。取り組み前後の急性期病棟滞在期間と稼働の比

較。それに伴う入院の収支を比較し効果を測定する。

IV. 結果

2025 年 5 月から取り組みを開始し昨年度と比べても 5 月プラス 3.3 床、6 月プラス 9.2 床、7 月プラス 7.7 床と脳神経外科の閑散期ではあるが稼働を上げる事ができた。8 月も高稼働をキープしている。収入については稼働に比べ 5 月はマイナス 22 万点、6 月はマイナス 14 万点、7 月はプラス 21 万点と徐々にマイナス幅は縮まり、7 月は昨年度を上回ることができた。

V. 考察

今回の取り組み結果から稼働を昨年より上げる事が出来た。しかし収入については昨年を下回った。要因としては施設基準が昨年より急性期 4 から急性期 5、6 へ類下げし、さらに 2025 年 6 月には急性期看護補助体制加算の取り下げをして下がった日当点分と、支出の部分で委託費増加や物価高騰の影響もあったと考えられる。

VI. 結論

今回の取り組みでは急性期病棟へ回復期患者を受け入れることで病院全体の稼働を上げる事ができたが、施設基準の取り下げの要因で日当点が下がった分を補うほど前年度の収入を上回ることができなかった。今後はベッド調整や更なる受け入れ強化だけではなく、当院で最大限に届出ができる新規施設基準取得と日当点を上げること、脳神経外科の繁忙期で冬場に向けての医師、看護師をはじめとする人員確保など必要となる。現在は支出部門も見直している。

障害者病棟の日当点向上と在院日数短縮

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

医事課 ○二宮大輔

I. はじめに

障害者病棟の経営課題として、日当点の低下と在院日数の長期化が挙げられる。当院の障害者病棟日当点はR5年度：2,834点、R6年度：2,793点と下降傾向にあり、病院全体の日当点(R6年度：3,014点、R7年度目標：3,080点)に影響を及ぼしている。R7年3月時点の平均在院日数は958日(全国平均360～720日を大幅超過)。人工呼吸器なし患者(日当点2,250点)は人工呼吸器あり(3,210点)に比べ低く、在院日数長期化が日当点低下に相関している。医事課・MSW・地域医療連携室の連携不足が長期化の一因であり、情報共有の遅れや退院支援の消極性が課題であった。データ分析と3者連携により、在院日数短縮と高日当点疾患の受け入れを目指した取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

R7年度において、以下の目標を掲げた。

1. 平均在院日数を958日から500日に短縮、病床稼働率99.4%(331床/333床)を維持。
2. 高日当点疾患の受け入れを増やし、障害者病棟日当点を2,850～2,990点に向上。
3. 医事課・MSW・地域連携室の連携強化により、病院全体の日当点3,080点を達成。

III. 取り組み方法

1. 対象：障害者病棟の対象患者(R7年4月1日～R7年8月31日)。
2. 方法：
 - 1) 退院支援の強化：医事課・MSW・地域連携室

が週1回ミーティングを実施。長期入院患者の退院計画を3か月以内に策定、月3件目標。医師と連携。

2) 転棟の促進：人工呼吸器なし患者(日当点2,250点)を療養病棟(同等点数)へ転棟、月2件目標。医事課・MSWが対象患者を選定、看護部と連携。

3) 高日当点疾患の受け入れ強化：高日当点疾患の受け入れ基準を標準化、急性期病院と共有。月5件の転院目標を設定し、転院判定を迅速化。

3. 分析方法：日当点(R5：2,834点、R6：2,793点)、在院日数、稼働率を比較。

IV. 結果

R7年4月～R7年8月の取り組みにより、以下の成果を達成した。

- ・障害者病棟日当点は2,793点から3,186点に上昇(目標2,850～2,990点達成)。
- ・平均在院日数は958日から219日に短縮(目標500日を大幅達成)。
- ・転棟は月平均4件(目標2件)、新入院は月平均7件(目標5件)。
- ・病院全体の日当点は3,014点から3,036点に上昇(目標3,080点未達)。

週1ミーティングによる情報共有と転棟・退院促進が、医療処置の多い新入院患者の受け入れを増やし、日当点上昇と在院日数短縮に寄与した。

V. 考察

本取り組みにより、障害者病棟日当点は大きく上昇

し、病院全体での日当点の目標達成を捉えることができた。

1. 在院日数短縮：週 1 ミーティングが退院・転棟を加速、人工呼吸器なし患者の療養病棟転棟が受け入れ枠を確保。

2. 連携強化の効果：MSW・地域連携室・医事課の情報共有改善が待機患者受け入れを促進。

3. 課題：退院支援は強化したものの、患者の状態や受入先の事情から実際に退院が促進されるまでには至らず、回転の多くを療養病棟への転棟に頼る結果となった。

4. 今後の戦略：尿管結石や筋萎縮性側索硬化症など日当点が高く、回転率も適度な傷病を優先する受け入れ戦略を計画。

VI. 結論

データ分析と 3 者連携により、転棟が促進され、新入院が多く入ったことで日当点目標(2,850～2,990 点)を上回り、病院全体の目標(3,080 点)に大きく近づき、在院日数も 219 日まで改善した。今後は以下の施策を推進する。

1. 退院支援強化：退院計画に則る

2. 看護部連携：事務系 3 職種ミーティングに看護部を加えた空床ゼロの運営徹底

3. 傷病名戦略：尿管結石、筋萎縮性側索硬化症など日当点が高く、回転率の適度な傷病の受入優先検討。

これらにより、持続的な収益向上と病院全体の経営健全化を目指す。

病床機能変更がもたらしたグループ連携のさらなる可能性 ～急性期と慢性期のシームレスな連携による持続可能な地域医療の実現～

鶴川サナトリウム病院 地域医療連携室 ○中村勝
横浜旭中央総合病院 地域医療連携室 ○増渕美紀

I. はじめに

地域医療を取り巻く環境変化により、病院には機能分化と再編が求められている。認知症主体の精神科入院診療、及び高齢者長期療養が主軸の当院も、地域ニーズの変化に応じながら稼働の安定を図るため、病院機能の拡充による多機能化を進めてきた。本発表では、その過程で行ったグループ内連携の実際を報告する。

II. 取り組み目的

令和 6 年度の機能変更によって、新たに「一般病棟(地域一般入院料 3)」「回復期リハビリテーション病棟」を取得。機能変更後、速やかに新機能の稼働を安定させるためには、医療圏内からの紹介のみでは不十分と考えた。より確度の高い症例を迅速に受け入れることが重要と考え、グループ内急性期病院の協力を得ることが適切と判断した。特に、急性期病院は平均在院日数の短縮が課題であり、当院の新機能が受け皿となることで、依頼元にとってメリットのある提案が可能ではないかと考えた。こうした Win-Win の関係性を構築することを本取り組みの目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:横浜旭中央総合病院
2. 期間:2024 年 5 月～現在
3. 方法:
 - 1) 営業用プレゼン資料の作成
 - 2) 担当者間でのディスカッション・関係構築
 - 3) 月 1 回 対面での情報交換会の実施

4. 分析方法:

・機能変更前後での紹介件数の推移、横浜旭中央総合病院の平均在院日数の推移、及び機能変更後の病棟稼働率を指標として連携の成果を分析、評価する。

IV. 結果

・横浜旭からの紹介数推移(受入数/相談数)

令和 5 年度 17/47 受入率 36.2%

令和 6 年度 50/97 受入率 51.5%

令和 7 年度 21/30 受入率 70.0%

(8 月末時点)

・入院患者総数のうち横浜旭からの紹介の割合

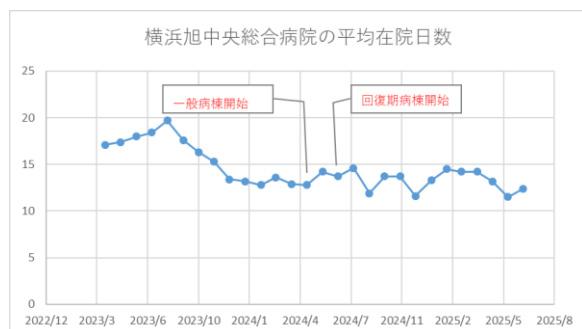
令和 5 年度 17/478 (3.6%)

令和 6 年度 50/684 (7.3%)

令和 7 年度 21/337 (6.2%)

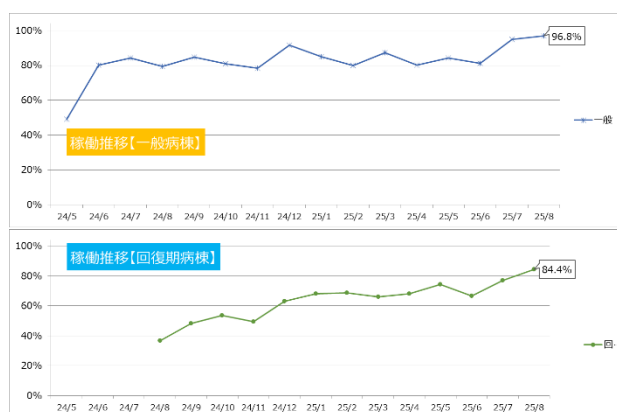
(8 月末時点)

・横浜旭の平均在院日数推移



での医療提供体制の強化を進めることで、地域全体の医療連携モデルとして発展・波及していくことが期待される。

・機能変更後の病棟稼働率



V. 考察

病院機能変更は単独の取り組みでは困難であるが、同一法人内での緊密な連携を通じて、より効率的かつ効果的に実現することができた。特に、急性期病院と慢性期病院という機能の異なる病院同士が、グループ病院ならではの踏み込んだ情報共有や相互理解を深めることで、患者のシームレスな移行と双方にとっての Win-Win 関係が成立し、持続可能な病床機能再編の強固な基盤を築くことができた。

VI. 結論

病院機能変更において、グループ内連携は不可欠であり、地域医療構想に沿った病床再編を進める上で極めて有効な戦略である。本事例は、グループ病院ならではの踏み込んだコミュニケーションと相互理解が成果に結びついた成功事例であり、同様の取り組みを検討する他施設に対しても有益な示唆を与えるものである。今後も、地域ニーズに応じた柔軟な機能転換を継続するとともに、グループ全体

業務効率の実現！

サインタブレット導入によるスキャン業務量の軽減

イムス横浜旭リハビリテーション病院

診療情報管理室 ○黒岩珠緒

医療情報システム室 立石直恵

I. はじめに

当院は2024年8月の新規開院時に、サインタブレットで電子サインする方法をグループ内で初めて導入した。サインタブレットの導入により、業務の効率化を図ると考えたからである。

今回はサインタブレット導入により業務を軽減できた結果を報告する。

II. 取り組み目的

サインタブレットを導入することにより、スキャン件数の削減による業務量の軽減を目的とする。

本来は、書類の署名を取得する職員は、入院診療計画書や同意書などの患者もしくは病院控え用のコピーをとる必要がある。スキャンする際は、取り込みと取り込み後のチェック及びスキャンした書類の管理・廃棄をする必要がある。

サインタブレットを用いた場合、上記のスキャンに関わる業務が削減できる。

III. 取り組み方法

1. 対象: 書類の署名を取得する職員

2. 期間: 2024年8月～現在

3. 方法:

1) マニュアルを作成

サインタブレットの運用方法を明確にする。

2) 操作研修の実施

職員に使用方法を説明・実機を用いた研修を実施し、理解度を高める。

3) サインタブレットを配置

・各病棟(2病棟)に2台ずつ

・各診察室(2箇所)に1台ずつ

・医療福祉相談室に1台

・薬剤部に1台

4. 分析方法:

サインタブレットの導入(開院)から1年間、文書管理システムを用いて作成された、署名が必要な書類の作成数及びスキャン実施数を算出する。

IV. 結果

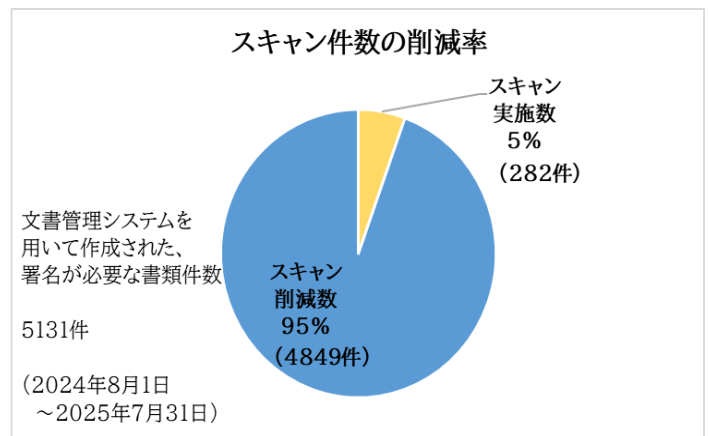


図1

文書管理システムを用いて作成された、署名が必要な書類 5131 件のうち、スキャンを実施した書類は 282 件だった。残りの 4849 件はサインタブレットで署名したため、スキャンの件数を削減できた。

V. 考察

サインタブレットを導入したことにより、スキャン業務が削減されていることが分かる。現場で状況に応じてサインタブレットを使わずに、印刷した紙に署名をもらうケースもあるが、導入時に両方の署名方法を想定して運用の整備等を行った。その為、トラブルなくサインタブレットの運用を継続できている。

また、仮にサインタブレットを導入しなかった場合、1 回のスキャン業務（取り込み前の量的点検→スキャナー取り込み→取り込み後に正確に取り込まれているか確認）の時間は、60 枚あたり約 30 分と想定される。5131 件をスキャンすると計 2580 分＝約 43 時間の削減ができているといえる。その他、付随してスキャンした書類の管理や廃棄業務を総合的に考えても、大幅に削減できていると考えられる。

VI. 結論

サインタブレットを導入した結果、スキャン業務の削減により業務量の軽減に繋がった。

回復期病院とはいえ急性期病院と比べても作業項目はさほど変わらない。また、当院は一人部署であるため、すべての業務を一人でこなさないとはいけませんが、この業務量・項目がスキャン業務軽減により、他の業務に時間をあてることができている。

他にも、書類の紛失リスクやスキャン取り込み遅延リスクがなくなり、他部署での情報共有のスピード化が業務効率化に繋がっている。さらに、コピーをする必要がなくなった分、紙の使用量や印刷代の削減によって経費削減にも貢献できている。

今後は、タブレットの使用件数を 100% に近づけてスキャン実施数を可能な限り減らせるよう取り組みたいと考える。

紹介患者獲得のための地域医療連携室の営業活動

イムス横浜旭リハビリテーション病院

地域医療連携室 ○西山由里子

I. はじめに

当院は昨年 8 月に横浜市旭区唯一の回復期リハビリテーション病院として開院し、地域医療連携室においては近隣をはじめとした外部の急性期医療機関様からの紹介患者件数の向上に向け営業活動を行ってきた。主な取り組みとその結果について報告する。

II. 取り組み目的

地域医療連携室連携の取り組みを介して、近隣の急性期医療機関との信頼関係の構築を図り、当院の知名度並びに紹介入院件数増加を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象：横浜市内並びに隣接する市の急性期医療機関
2. 期間：令和 6 年 8 月～令和 7 年 7 月の間で行われた営業活動
3. 方法：

1) ABC 分析に基づいた訪問

外部からの紹介元医療機関について集計システムを活用し A・B・C のランクごとに振り分け、それぞれのランクに基づいた営業活動に取り組む。

2) リハビリテーション科との合同訪問営業

当院リハビリテーション科技師長並びに営業担当の理学療法士 1 名ご同行の元 ABC 分析に基づいて訪問先医療機関の優先順位を決め、月 2～3 件ペースで急性期医療機関のリハビリテーション科及び地域連携部門・ソー

シャルワーカー様へご挨拶し、先方のニーズの聞きとりや現在の状況についての情報交換、実際当院に紹介いただいた患者様のリハビリテーションの様子を動画でご覧いただく等のやり取りをさせて頂いた。

(図 1 リハビリテーション科との営業時の資料)



3) FAX 送付による定期的な空床状況のご案内

当院の知名度並びに紹介件数向上のため、週 1 回のペースにて当院の空床状況とセラピストの人数や MRI 検査案内等の情報を記載した資料を外部医療機関様へ向けて定期的に発信した。当院の地域医療連携室が少人数体制の為、人手が少なくとも対応可能な営業方法として活用した。

(図 2 FAX 営業資料の一部データを抜粋)

イムス横浜旭リハビリテーション病院

最新の施設で
充実の
リハビリテーション

この度4月に120床フルオープンいたしました！
現在20床ほど病床に空きがございます(5/15時点)
ぜひお気軽に当院にご相談下さい

当院の回復期リハビリテーションは脳神経疾患・大脳脊髄部疾患などの外科的手術後
高機能回復などの患者様が対象となり、お入れをさせていただきます

また、ドライブレコーダーやウェアラブルなどの最新機器を取り揃えており、充実したリハビリ環境のご提供が可能です

ご入院のご相談につきましては下記よりお問い合わせください

受付先：庶務福祉相談室
平日 9:00～17:00 土曜日 9:00～12:00
※日曜日・祝日は定休日でございます

下記にアクセスいただきますと、
当院のリハビリテーションの様子をご覧いただけます

YouTube

●サービス内容
(4月実績)

●重症度割合
45%

●入院患者数
約70名

●平均在院日数
73日
(いずれも4月末時点)

●入院患者の転院割合
(4月末時点)

●転院率
32%

●退院率
69%

●再入院率
9%

●オープンMRI検査のご案内

当院では院内MRIからMRIの検査依頼について受け付けております
導入しておりますMRIは1.5Tスラの超電導型で、高画質の撮影と短い検査時間により
患者さまに多くメリットを提供いたします

予約状況によっては予約期間毎日の撮影のご案内も可能です

ご予約に關しましては下記にお問い合わせください

●受付先 イムス横浜旭リハビリテーション病院 地域医療連携室(代表番号にご連絡下さい)
(予約受付時間： 平日8:30～17:30 土曜日8:30～12:30)

●料金案内目安 (保険の場合、検査内容により料金が異なる場合がございます)

3割負担 5000円
1割負担 2400円～3000円

下記よりお問い合わせください

045-459-5152(庶務福祉相談室直通)
045-520-4860(代表)
045-520-4863(FAX)

イムス横浜旭リハビリテーション病院

4) 季節のご挨拶

昨年のお歳暮や今年度のお中元などの季節のご挨拶には当院の川瀬院長直々にご同行いただき、近隣の急性期医療機関様の地域連携部門やソーシャルワーカー様、クリニックの院長先生方へお伺いし、患者様のご紹介の御礼並びに先方の求めるニーズについてのヒアリングや情報交換を行った。

IV. 結果

令和6年8月～令和7年7月の相談件数の内訳について外部医療機関様からの相談件数を比較していくと以下の結果となった。

表 1(令和6年8月～令和7年7月の内訳)

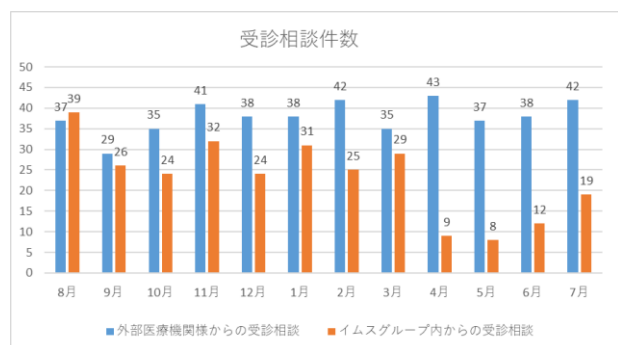
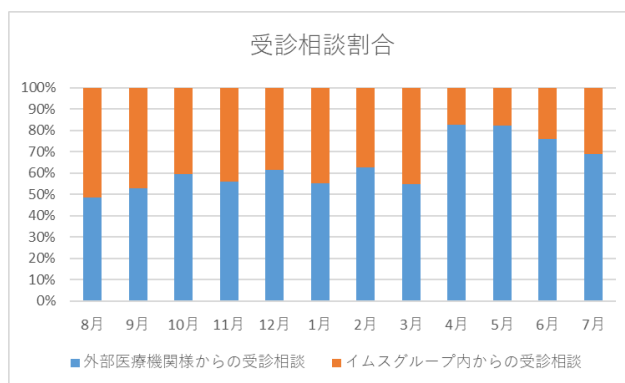


表 2(受診相談の割合比較)



外部医療機関様からの受診相談の件数並びに割合はイムスグループ内の件数と比較すると開院当初は数値に大差がなかったが、9月以降は外部医療機関様からの受診相談件数がグループ内を上回り、受診相談の割合としても50%以上をキープした状態が続いた。

V. 考察

外部医療機関様からの紹介件数増加理由として地域医療連携室と川瀬院長先生、リハビリテーション科との外部医療機関様への先生方やリハビリテーション科・地域連携部門・ソーシャルワーカー様への訪問営業やFAXによる定期的な空床情報の発信等が功を奏した結果といえる。実際訪問営業に伺った際に先方のソーシャルワーカー様より「定期的に空床情報を送ってくださるのでご相談しやすくありがたいです。」といったお言葉をいただき、リハビリテーションのスタッフの方からも「ご紹介した患者が元気にリハビリされている様子を動画で見ることができて安心した。」とお話なさっていた。

VI. 結論

営業活動を行う中で、当院の知名度向上から紹介入院件数の向上において定期的に空床状況など当院の情報を訪問営業やFAX等様々な方法を通して定期的に発信していく事の重要性を実感した。また、リハビリテーション科との合同営業についても引き続き連携して継続し、特に近隣の急性期の医療機関様においてはリハビリテーション科同士での合同カンファレンスの実現を目指して密接な連携体制を築いていきたい。

How to use MBTI ～性格診断の活用方法～

イムス横浜旭リハビリテーション病院

総務課 ○境谷一大

I. はじめに

昨今多くの若い方が無料で出来る MBTI と
言われる性格診断をやっています。
就活の現場でも相手の MBTI はといった会話が多
くあることが現状です。そこで今回は院内
の MBTI 傾向を集め病院の傾向や長く務める傾
向、面接・就職活動への応用を観点としてまとめた
結果をご報告いたします。
また、今回の結果はあくまで参考として全ての判断
材料ではないことをご了承ください。

II. 取り組み目的

1. MBTI の性格診断を用いて適切な仕事の割り振
りを行うこと
2. 人材獲得面で長く仕事を続けるには職場の雰
囲気や人間関係が大切なため、当院の傾向に合う方
を見つけるため当院の傾向を知る必要がある
3. 職種別に傾向を出し、周囲との関係性の
改善を行う

III. 取り組み方法

1. 対象: 全職員
2. 期間: 2/1～5/31
3. 方法: 職種別に MBTI アンケートを募集
 - 1) 性格 8 種類の内訳
 - 2) 色分け(青・黄・緑・紫)
 - 3) 面接での流用
4. 分析方法:
職員全体に Google フォームを用いてアンケートを
実施し当院全体の傾向を判断しました。
まずは内向型及び外向型の全体的な内訳を把握

するとともに、部署ごとにもわけて実施いたしました。
全体傾向と部署ごとにさらに細かくタイプと色分けを
行い部署ごとの傾向を算出いたしました。
その結果を元に面接に流用し人物像が当院とあっ
ているかの判断材料として盛り込んでいます。それ
以外にも結果を就職説明会等で利用しより当院の
傾向を知ってもらい人材獲得に利用しています。

IV. 結果

当院の全体的な傾向として内向型が半数を占める
結果となった。また別の切り口として感情タイプ(F)、
思考タイプ(T)で考えてみると 76%が感情タイプで
あることがわかった。これはリハビリ病院としては適切
であるように思う。

感情型は人間関係や他人との調和を大切にするタ
イプであり、リハビリ職員に多い傾向である。在宅復
帰までを入院から退院までサポートするうえで他人
に寄り添えるタイプが多い傾向にあることがわかる。
色別で考えると緑が一番多く全体の 43%を占めて
いる。緑は他者との協力を重んじるタイプであり半数
近くを占めているため周りを見ながら相手に合わせ
ることができる人が多い傾向にある。

補助者の面接・事務職などにおいても質問事項を
流用しており、派遣の補助者も急に来なくなるタイ
プは少なく離職率においても減少傾向にある結果と
なった。

離職率 5.4%(R7.4.1～現在)

離職率 7.9%(R6.8.1～R7.3.31)

V. 考察

当院で働くうえで大事な要素としては MBTI に照ら
し合わせると緑色(他者との協調・協和)かつ感情

型が適していると考ええる。

これは病院機能上長く患者と接する機会が多いリハビリ・看護に多くあると患者・その家族寄りに物事を考えられるため相対的にスタッフの評判が上がると思える。また裏方に関しては人数が少ないこともあるため、仕事に集中するI型(内向型)が9割となるためI型かつT型(思考)タイプがいると業務は回しやすくなると考えられる。

VI. 結論

MBTIを用いた性格診断で職員の傾向を図ることで適切な仕事の振り方や各部署の傾向を知ることがコミュニケーションエラーが少なくなった。思考型であれば論理的に説明し感情型であれば寄り添うような言い回しをすることでタイプ状波風を立てず業務を行えるように感じた。

当院のような人数の少ない病院ではどうしても様々な部署の方と関わる機会が多いため気持ちよく人を動かすという観点のみでいえばこのような試みは一つの指針となりえるように感じる。

また部署ごとに見ても一定数は思考型が存在している、これは組織が全て感情型であると従業員第一・患者第一と極振りする可能性があり感情型をまとめて外部との交渉役として思考型も一定数存在しているためだと考えられる。現在のこのバランスで離職率や業績の改善がみられるようであればこの比率をひとつの基準とし今後の人材の獲得や配置において参考にしていきたい。

開設1年間を振り返って 旭リハの失敗事例

イムス横浜旭リハビリテーション病院
医事課 浦島拓哉

I. はじめに

当院は令和6年8月に開設し、1年が経過した。
新規開設の病院としてはIMSグループにおいて実
に15年ぶりのものとなっている。

開院当初より計画通りに進まない事柄が多くあ
り、病院運営や人事などを始めとして大きなものから
小さなものまで様々な問題が生じた。

この1年間を振り返ってみると「あの時こうしておけ
ばよかった」「ああすればよかったのに」と思うことが
あり、反省するとともに、今後、当グループにおいて
新規開設を行う際の参考になればと思い、当院の
代表的な失敗事例について報告する。

II. 取り組み目的

当院の失敗事例を当グループ内で共有すること
により、将来の新規事業において、スムーズなスタ
ートを切る一助となることを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:事務職員
2. 期間:令和6年8月から令和7年8月までの
失敗(問題)事例
3. 方法:失敗(問題)事例の聞き取り・意見交換

IV. 結果(失敗事例について)

① 施設基準について (計画)

令和6年8月 療養病棟特別入院基本料の
届出

令和7年1月 回復期リハビリテーション病
棟入院料5の届出

以降、看護職員の配置を考慮しつつ類上げ

令和7年4月 回復期リハビリテーション病
棟入院料1の届出

(実際)

令和6年8月 療養病棟特別入院基本料の
届出

令和7年3月 回復期リハビリテーション病
棟入院料5の届出

令和7年4月 回復期リハビリテーション病
棟入院料1の届出

計画通りに施設基準の届出及び類上げを進
めていた場合、2月は回復期リハ5、3月は看護
配置を考慮し回復期リハ3の算定が可能であっ
た。特別入院基本料から、回復期リハへの届出
が遅くなったことで計画と比較し2カ月間でおよ
そ7,000万円の大幅減収となった。

② 人事について

開設時の事務職員について、総務課4名、
医事課7名の配置であった。年度末までに、
体調不良等を原因として総務課が3名退職、
医事課が1名交替となった。

③ 労務管理について

前記②と関連するが、8～10月の時間外労
働について、総務課・医事課とも90～100時
間となる者が複数名おり、過重労働が常態化
していた。

V. 考察

失敗事例の原因について

- ① 直接的な原因は、回復期リハの届出に必要なデータ提出加算の届出の遅れである。データ提出加算の届出にあたり、事前にデータ提出の手上げが必要だが、1月に回復期リハを届け出るにはその前年の8月にデータ提出の手上げが必要となる。開院直後の混乱で8月に手上げができなかった。届出に関わった者がおらず、8月に手上げが必要なことに気が付けなかった。
- ② 全てが未経験のことであり、優先して何をしなければならぬのか、何をすべきなのかが判断できず、また、新規開院後の混乱により業務の整理が困難であったため、過重労働・疲弊へとつながった。
- ③ 前述②に加えてさらに院内各部署からの依頼事項も非常に多く、業務が集中した。

上記につき、さらに考察すると、当院の事務職員に回復期リハの経験をしたことがあるものは1名のみであり、実務は把握していたが、施設基準や届出は関わったことがなかった。各所属長においても、回復期リハの施設基準や届出に関わったことがなかった。

総務課・医事課とも各職員が、病院全体の計画に則って物事を進めていくにあたり、全体を見渡し計画を落とし込んだロードマップが必要と考えるがロードマップが描けなかった。そのため業務が渋滞してしまい混乱が生じた。

VI. 結論

当院での失敗(問題)事例を基に当グループにおける将来の新規開設等の事業に向けて、「早期の活動開始」を提案する。

- ① 早期に活動を開始し、事前に十分な準備を行いロードマップの策定を行う。また、その際にはその事業に長けた方の介入を是非お願いしたい。そのことにより手続き漏れや開院当初の混乱を減少できると考える。

当院の場合、8月の診療開始に向け当院の業務を開始し始めた時期が6月中旬であり、8月の開院以降も、本来は開院前に行った方がよい作業を行っていた。経験のない中で、手探りでの業務となり、より現場の混乱へとつながった。

早期に業務を開始することで、事前に行うことを済ませたうえで病院の計画を実務に落とし込むことができればスタッフや院内各部署が混乱なくスタートできたのではないかと考える。

精神科における法令遵守の取り組み ～法定書類は権利擁護の第一歩！遅延0件を目指して～

江田記念病院
医療相談室 ○^{とみたゆか}富田由花 門司雅人

I. はじめに

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下精神保健福祉法）は、令和6年4月に大幅な改正が行われ、法律の目的として第一条に精神障害者の権利擁護が明記された。法改正の取り組みの一つとして、医療保護入院期間の法定化と、“更新”という手続きの新設がある。1年ごとに提出が必要であった定期病状報告は廃止され、新たに3か月毎（半年以降は半年ごと）に更新手続きが必要となった。これは精神保健指定医の判断と退院支援委員会での入院継続が必要であるという結論のもとに行う。入院時と同様に、本人・家族への告知や、行政機関へ精神保健福祉法が定める届出書類（以下法定書類）の提出が必要である。入院継続する整合性が問われ、場合によっては書類の再提出が求められ、煩雑を極めている。また提出期限を過ぎると、法律そして患者の権利擁護に反するため、精神科実地指導で指摘を受け、改善策を提示しなければならず、病院機能評価では適切運営とは評価されなくなってしまう。

当院では、法定書類の遅延0件を目指してきたが、2023年度に4件の遅延があった。このうち2件は遅延日数300日越えの大きなインシデントであった。

大幅な遅延インシデントの発生と、更新の手続きが始まったことを受けて、新たに始めた取り組みと今後の課題をここに報告する。

II. 取り組み目的

今回の法定書類の大幅な遅延を受け、要因の検証・管理方法の見直しを行う。精神保健福祉士が求められるクライアントの権利擁護のため、法定書類の適切な運用をし、遅延件数0件を達成することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象：入院届・退院届・更新届・定期病状報告
2. 期間：2024年4月～現在
3. 方法：

1) 遅延の要因分析

当部署の精神科担当で遅延をしてしまったケースについてインシデントカンファレンスを実施し、要因の分析を行った。

2) 管理名簿の作成

精神科病床を有する他機関へ法定書類の管理方法について聞き取りを行い、更新に関する名簿の改善が必要だと判断し、改善に取り組んだ。名簿にはその月の更新手続きが必要な患者を一覧にし、入院日から作成日、提出期間等を横軸で確認できるようにした。

3) マニュアルの見直し

既存のマニュアルは書類ごとに作成していたため、入院から退院までの一連の流れのマニュアルへと見直しをした。

4) 院内で勉強会の実施

院内で精神科に携わっている全職員対象に、法定書類の意味や期限厳守について理解を深められるよう、院内で勉強会を行った。見直したマニュアルを実際に見てもらい、退院に向けての取り組み等、多職種が担う役割について説明す

る講義を行った。

5) 毎日の確認

当部署の朝礼にて書類の提出状況と、作成の進捗を確認するようにした。

6) SW 共有ミーティングの実施

月一で開催していた精神科担当の SW 共有ミーティングを隔週に増やし、当月の退院支援委員会の開催者の確認、翌月の開催者の抽出、法定書類提出の状況確認を行った。

7) その他の取り組み

精神科を有するグループ病院で連携をとり、指導があった事項や、法改正に関する疑問点を共有した。また市区町村から法改正に関する情報提供があった際は、許可をとった上で共有を行った。

4. 分析方法:遅延件数の比較と遅延事例の検証

IV. 結果

法定書類の遅延は、2024 年度は 3 件(1~3 日の遅延)、2025 年度は、9 月現在 2 件(各 1 日遅延)で経過している。

V. 考察

これまで法定書類の管理は、担当の SW 個々で行っており、自身の担当以外には目を向けられていない状況であった。結果の通り、2023 年度のような大幅な遅延はなくなったが、2024・2025 年度共に数日の遅延が散見された状況であり、遅延件数 0 件の達成には至らなかった。しかし名簿の作成をして提出必要書類・提出期限の可視化と、毎日書類作成の進捗状況を確認することで精神科担当 SW のみの属人的な管理ではなく、当部署全体で書類を管理で、大幅な遅延が無くなったと考えられる。マニュアルや業務は、今回のような法律改正時等の節目で見直しをしていくことが大切であるだろう。

また、グループ内で連携を行ったことで、お互い新たな気づきや学びを深め、行政からの指摘事項等の失敗事例を共有し合うことで、自院の管理体制見直しに有益であったと推測する。

法律に定められているからとただ取り組むのでは

なく、法改正に至るまでの経過を理解し、実践していくことが権利擁護に繋がっていくのではないだろうか。

VI. 結論

医療保護入院は、精神障害のために任意入院を行う状態にない場合に、やむを得ず精神保健指定医の判断と家族等の同意を得て、適切な手続きを行い入院が成立する制度である。本人の意思に反しての入院になる場合もあり、病院は患者の権利擁護のため、法律に則って運営する必要がある。精神保健福祉法の令和 4 年度の改正目的において、精神障害者の権利擁護が明確化され、法定書類を適切に作成し提出することは、不当な入院を防ぎ患者の権利擁護に繋がる。法令遵守が病院の適切運営を促進する重要な要素と言えるだろう。

今回の取り組みを行っても、更新届の手続きが増えたことにより、業務内で法定書類に費やす時間は増えている。今後は SW のみで管理していた法定書類も、「法律の書類」という事だけでなく、現在の病状・これまでの経過・治療方針から今後のチームアプローチに活かせるツールと捉えることで、他職種と共同しながら管理を行い、適切に作成・提出が出来るのではないかと考えている。さらに、適切な書類管理によって、「遅延0件があたりまえ」の状態になれるように院内に働きかけていきたい。

また、昨年度より当該病棟は新たに医師配置加算を取得し、さらなる稼働向上を目指していく中で、加算要件や適切な病棟運営に係る取り組みを多職種と行うなど業務は多様化している。しかし、精神保健福祉を担う専門職として患者との関わりが不十分にならないようバランスを考えながら業務を行い、私たち SW が現場に存在する価値を見出していきたい。

常駐の施設課が無い施設必見！ 営繕職員の業務体制の確立とそこで得られた「収穫」 ～設備・施設管理業務攻略への道～

江田記念病院
総務課 ○佐々木翔平

I. はじめに

当院には常駐の施設課職員(委託業者含む)がおらず、院内で日々起こる施設設備トラブルの対応はすべて総務課職員のみで対応しております。

遡ること7年ほど前の当院では営繕職員は在席していたものの、その業務の範囲は狭く、送迎や買い出しの際の車の運転や、電球交換や車いすタイヤのパンク修理などの簡易的な作業しか行うことができず、トラブルが発生するたびに設備担当の事務が状況確認を行い、都度業者へ連絡し修繕修理対応を依頼していたため、復旧までに長い日数を要することと業者へ支払う修理費用が膨らんでしまうという悪循環が生まれてしまっていた。

II. 取り組み目的

私たちが目指したのは「トラブルがあった際の対応の迅速化」と「業者依頼を減らすことで余分な経費を削減すること」である。

上記とともに、従来は「業者に依頼して当たり前」となっていた業務を見直し、初めて経験するトラブルの際は業者に依頼しその作業工程を見学し学習することにより、次回以降は自営で行える力を身につけさせることにより修繕費用の削減を目指した。

また、業者に依頼しなければならない際の得意先の整理も行い現場に不安を与えない速やかな設備トラブル対応体制の構築を目指した。

III. 取り組み方法

1. 対象:当院総務課在席の営繕職員
2. 期間:経費の削減については令和4年度を取り組み元年の実績とし、令和5年度と令和6年度との比較を行う。
3. 方法(内容):
 - 1)採用基準の確立
 - 2)営繕職員の育成方針の作成
 - 3)標準費用の算出
 - ・業者に依頼した場合の平均費用を作業内容ごとに算出し経費削減の指標に設定した。
 - 4)その他取り組み
 - ・群管理元の施設課との関係強化
4. 分析方法:

上記の施策を実施し、経費削減の効果並びに「業務効率化を図ることができたか」、「他部署からの評価に変化はあったか」などの数値では表せない部分の変化を洗い出して総合的な効果を検証することとした。

IV. 結果

令和4年度については取り組み開始年であり、修理修繕のノウハウを蓄積する期間と位置づけて取り組みを行っていたため経費削減実績としては年間トータルで¥178,200の削減に留まっているが、令和5年度については¥675,000と削減額が大幅に増え、さらに翌年度の令和6年度は累計で¥1,387,000を記録し取り組み開始初年度との比較では約7倍以上の数字を記録することができた。

また、実際に業務に携わっている営繕職員と

事務職員からは以下のような感想があがった。

1.以前は「修理できないものは業者に任せ続ける」という事が当たり前になっていたが、業者の作業現場に積極的に立会いコミュニケーションを積極的に取る意識を持つことによって少しずつノウハウを吸収できたこと

2.1で得たノウハウをチーム内で共有することにより、ある1名が不在の時にも他のメンバーが同じクオリティの対応ができるようになり、トラブル発生や修理依頼から問題解決までの時間短縮につながった

3.2の仕組みが構築されたことにより職員からの感謝の声が多く聞かれるようになり、それが結果として患者様の安全安心につながったという事実を実感することにより自身のモチベーション向上にもつながった

と言った感想が聞かれた。

V. 考察

この結果を受けて分かったことは

1.業者が作業する内容の中には、比較的難易度の低い簡単なものも多々あるという事。

2.従来であれば故障した段階で買い替えていた備品の修理が行えるようになったことで更新のスパンを長く持たせることができ、発生するはずだった経費が発生しないという意味でも経費削減につながっているということが分かった。

さらには、営繕職員を補助する事務職は設備担当の他にもシステム関係などの業務も兼務していた為、設備や備品のトラブル対応に多く時間を取られてしまい、業務が回らなくなってしまう状況が続いていたが、営繕職員のスキルアップに伴って徐々に負担も軽くなっていき業務負担の軽減にもつながっていることが分かった。

そして今回の経費削減成功のもっとも大きかった要因は、「チームワーク」を存分に活かして業務改善に取り組むことができたという点である。

積極的にコミュニケーション取り合い「チームで考えて進める」という習慣をつけたことにより、若手の事務職員と60代の営繕職員が手を取り合

い業務遂行する環境を作れたことは部署にとって非常に大きな成果であった。

VI. 結論

今回の取り組みを通して分かったことをまとめると、設備や備品の故障トラブルが発生すると、問題解決をするために膨大な時間を要するため、今回の取組のように次回同じトラブルが起きた際の解決策を探る習慣をつけてその手法や方法論を確立することが重要であり、その仕組みが無ければ、ただ何の疑問も持たず「壊れたら業者に修理を頼めば良い」や「新しいものを購入すれば良い」という考えが浸透して生産性の低い仕事をただ繰り返すだけになってしまっていただろう。

上記のように悪しき「当たり前」を捨て業務改善に取り組み、より能率的かつ効率的な新たな「当たり前」を創造していくことが、業務の質を高めるとともに職員のモチベーションの向上に繋がっていくということが分かった。

最初は一人の担当者の何気ない「悩み」だったことが周囲を巻き込みチームで解決策を探ることによりその悩みが解消されたことは経費削減の金額よりも大きな収穫であると感じた。

これからも、こうした経費削減や業務効率化につながる可能性のある「タネ」を一つでも多く見つけて情報収集を行い、様々な方法を検討することが必要である。

それを実現できれば、業務改善や経費削減だけでなく、患者様に対して「より良い医療」を提供し続ける病院を創り上げていくことが出来るのではないかと感じた。

今後もこのようなプロセスで様々な課題と向き合って業務にあたっていきたいと思う。

業務ツールを用いた業務効率化 ～情報リテラシー能力を向上させる一歩～

相原病院

医事課 病歴管理室 システム部 ○松坂拓也

I. はじめに

業務ツール「Slack」を院内に導入したのは 2019 年 9 月である。

私が相原病院に着任したのは 2017 年 11 月で、保有資格や過去の情報関連業務の経歴からシステム改革を任され、当院で初めて「システム部」を立ち上げるに至った。

当時の ICT 環境は、情報リテラシーの低さ、セキュリティの脆弱性、業務効率の低下が顕著であった。職員は IT に苦手意識があり取り組みが進まず、情報化はほぼ停滞。全 PC は老朽化し、更新もされていなかった。

特に目立ったのは、職員による非効率な業務動作である。日々、付箋や USB メモリを手に各部署を往復する、口頭伝達による「言った／言わない」問題、紙の伝達文書を直接手渡しするなど、現代の情報化社会にそぐわない状況であった。

こうした課題を一度に解決できる、安全・高速・安定性を備え、かつエビデンスのあるツールはないかと検討を始めたことが、Slack 導入のきっかけである。

II. 取り組み目的

1. 職員の情報リテラシー能力の向上
2. 職員の業務効率上昇及び超高速化
3. 紙媒体の排出量の削減
4. 情報漏洩の防止
5. コミュニケーションの円滑化
6. プライベートツールとの隔離

III. 取り組み方法

1. 対象:全職員
2. 期間:2019 年 9 月より現在に至るまで
3. 方法:
 - 1) Slack の導入基準値に満たない全 PC 約 58 台の内部パーツを改造、若しくは PC 端末の新規購入をする。
 - 2) 該当部署のアカウントの作成をする
 - 3) 該当部署へレクチャーをする
 - 4) 事務職をプレリリースとし、コメディカルへと使用範囲を拡大
 - 5) その他導入していない部署へ拡大
 - 6) アカウントグループ機能の 1 つである「掲示板」情報共有機能の開放

IV. 結果

複数の目標が達成できたと考えられる。

需要の高まりにより、職員が使用する PC は 58 台から 76 台へ増加(+31%)した。

2019 年 9 月時点で Slack 利用者は 10 アカウントであったが、2025 年 8 月現在は 68 アカウント(+580%)となり、全部署で活用されている。

取り組み目的 3 の紙媒体の排出量の削減に関してはコピー用紙の購入費用で統計を取った。

[2019 年度 A4 コピー用紙費用]

460,534 円(税 8%と税 10%)

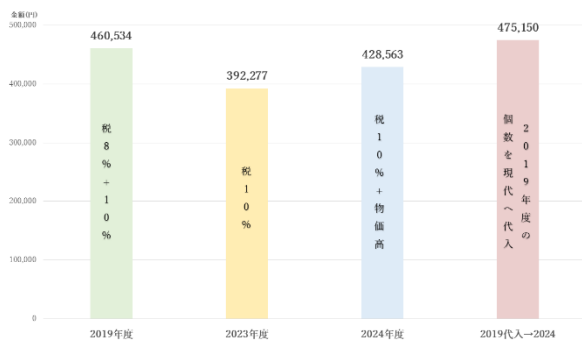
[2023 年度 A4 コピー用紙費用]

392,277 円(税 10%)

[2024 年度 A4 コピー用紙費用]

428,563 円(税 10%+物価高騰)

2024 年度の単価で 2019 年の個数を購入した場合の費用は 475,150 円(税 10%)であった。



経費削減に寄与する事が出来ていると言える。使用者からは「即座にデータの送受信・共有が可能」「入力文字の記録が残り、業務上の根拠となる」「部署に資料を印刷して持参する機会が減少した」といった声が多く、導入目的に沿った成果が得られている。PCに触れる機会も増加し、導入当初に見られた情報端末への苦手意識は克服傾向にある。また、即時のデータ送信が可能になったことでUSBメモリの持ち歩きは大幅に減少し、情報漏洩防止策としても機能している。

V. 考察

今回のような取り組みは、事前に成果や結果を数値化することが難しく、実際に挑戦してみなければ効果が見えにくい上に、長い年月をかける必要のある分野であった。そのため導入前には、職員の理解を得ることや、不安を解消することなど、情報化の妨げとなる複数の壁が存在していた。

しかし導入後は、その利便性から短期間で利用が拡大した。特に、SNSツール「LINE」の普及が後押しした可能性が高い。SlackはLINEと似た操作性を持つため、抵抗感を持たずに使い始める職員も少なくなかった。

導入により、情報のトップダウン速度が向上し、部署間での瞬時の情報共有が可能となった。

また、システム部がアカウントを一元管理する方式を採用したことで、プライベートツールであるLINEを使わずに職場内の連絡が完結し、ワークライフバランスにも寄与している。

一方で、課題も残っている。院内既存ツール「アイネット」との競合である。アイネットのアカウントを持たない職員には影響はないが、保有者にとっては「ど

ちらを使うべきか」という判断が必要になる場面がある。

今後は分野や用途ごとに利用の線引きを行うことが望ましい。例えば、容量の大きいデータはSlack、所属長への限定連絡はアイネット、というような運用ルールを策定する段階へと移行している。

VI. 結論

本取り組みは、当初掲げた目的に明らかに成功したと言える。

情報化社会においては、「淘汰されつつある分野」と「進化し続ける分野」が存在する。医療機関において特に重視されるシステム要件は、セキュリティ・安全性・根拠の確保であり、これはまさに進化し続ける分野に該当する。

この観点からも、通常の院内ネットワーク環境では検知されにくい脅威にも対応可能な、Slackのようなクラウド型ツールを活用することは、今後の医療機関における情報共有の形として望ましいと言える。

看護助手不足に外国人技能実習生を受け入れた現状 ～問題点～

相原病院

総務課 ○花形ゆかり

I. はじめに

現在当院の看護助手雇用状況は 22 名、平均年齢 52.4 歳、病棟配属 17 名(常勤換算数 14.3 名)勤続年数 10 年以上 3 名、5 年以上 3 名、3 年未満 11 名である。

令和 7 年 6 月様式 9、一般病棟必要配置数 6 名、実績 8.7 名(内介護福祉士 6.5 名、事務的業務 1 名)療養病棟必要配置数 10 名、実績 10.7 名(内介護福祉士 4 名事務的業務 1 名)である

令和 6 年看護助手入職 3 名(内病棟配属 1 名)、退職 4 名(内病棟所属 3 名)だった。

応募・入職が少ない状況が続く近年、令和 6 年 7 月より技能実習生を受け入れた現状を報告する。

II. 取り組み目的

介護福祉士の負担把握・軽減

看護助手の負担軽減

III. 取り組み方法

1. 対象:病棟所属介護福祉士・看護助手
2. 期間:令和 6 年 4 月～令和 7 年 7 月
3. 方法:聞き取り・振り返りシート・面談記録
 - 1) 日本語は誰が教えるのか
 - 2) 言葉だけではない日本のマナー教養
 - 3) 事前イメージとのギャップ
 - 4) 指導者の困惑・同僚からの不満

IV. 結果

日本語を教えるスキルがないため日本語理解力が半年経っても変わらない、指導者の提案も否定し自己学習が見受けられない。伝わらない、いつまでも 1 人立ち出来ない。

舌打ち・職員へのプライベートな質問、仕事中にベットサイドのテレビ視聴、相手に指をさす、持ち場から離れる、体調管理(薬への考え方の違い)があった。

観光地へ遊びに出歩いている・身の回り品の新しさ、将来は小説家や動物と係る仕事に就きたい。同僚から一生懸命教えても意味が無いのではないかと不満が出るようになった。

また外国籍スタッフから、もっと周りは必死に働いている・考え方が甘いとの意見も出た。

介護福祉士より、指導者が壊れてしまいそうで心配です。自分も対応するのは負担です。と退職原因の 1 つになってしまった。

本人のスキルではなく、指導者が自分の能力が無いと捉えてしまった。

V. 考察

着任前に日本語能力試験 N4 を取得しているが、現状の理解力を着任時に確認し能力に合わせた指導の必要性があると考ええる。

今回導入した「にほんごをまなぼう」は日本介護福祉士会が運営しており介護に沿った言葉や指導者の学習状況把握が可能な事、なにより無料である。今後も日本語能力向上に必須と考える。また、配属後のオリエンテーションにてマナー教養を学ぶ時間を作り、患者・ご家族様や職員間での振る舞いギャップを減らしたいと考える。

月 1 回の管理団体との面談時に日頃指導時に伝えきれない事を母国語にて伝えてもらっているが、同じニュアンスで伝わっているのか疑問がある。事前に文章にて報告し、伝えたい事の温度差を少なくすることが必要と考える。

VI. 結論

看護助手の人材不足解消に 1 つの手段ではあるが、病院として受け入れている制度。現場スタッフに任せっぱなしにならずオリエンテーションや日本語能力向上に院内多職種で育てる環境・サポートの分散が必要と考えます。

障害者雇用における定着支援と職場環境整備の実践 ～就労支援機関・就労継続支援機関との連携を通じた取り組み～

IMS Me-Life クリニック池袋

総務課 ○櫻井一徳

I. はじめに

障害者雇用の促進は法令上の義務にとどまらず、組織の多様性と社会的責任を果たす上で極めて重要な取り組みである。

当院においても、2022 年度以降、障害者の新規採用を進める中で、採用後の定着に大きな課題が生じていた。本発表では、その課題をどのように乗り越え、安定した採用後定着に繋がったかについて報告する。

II. 取り組み目的

障害者に対する法定雇用率は年々引き上げの傾向にあり、事業所としての責務も増している。当院でも雇用促進に取り組んできたが、2021 年度当時は数カ月での退職が相次ぎ、定着率の低さが深刻な課題となっていた。

主な理由として、体調不良や職場への不適応、教育担当者との相性不一致、電話音や雑踏などへの感覚過敏など、障害特性と環境のミスマッチが挙げられる。加えて、短期間での離職が繰り返されることで現場職員の負担も増し、受け入れに消極的な雰囲気広がっていた。

こうした状況を踏まえ、本取り組みでは「採用の数」ではなく「マッチングと定着」に焦点をあてた採用方針への転換を図り、障害者本人と職場双方が安定して共に働ける環境の構築を目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象: 2022 年度以降に入職した障害者基本法第2条第1号に規定する障害者
2. 期間: 2022 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
3. 方法:

1)【就労移行支援事業所への訪問】

定着支援には就労移行支援事業所の継続的なフォローが必要であると考え、同サービスの運営をしている事業所に訪問した。この時、より長期的な就労サポート体制が整っている[就労移行支援]と[就労継続支援 B 型]の両サービスを展開している社会福祉法人を選定。当院の現状説明に加え、事業内容や事業所内の写真、職場の雰囲気、職員の年齢層、就労可能な部署と各業務内容等の情報を提供した。

2)【職場見学と B 型事業所への訪問】

職場環境や業務内容に対する理解を深めていただくことを目的とし、支援担当者に対して就労先となる職場の見学を依頼した。どのような人材が当院にマッチするかを判断する材料を提供し、その情報をもとに求職者への就労先候補として提示いただいた。

また、B 型事業所への訪問を通じ、日常的な作業風景を見学することで、当院内でどのような作業が可能かというイメージを共有した。

3)【雇用に向けた職場実習の促し】

候補者には、実際の契約締結前に職場体験実への参加を促し、採用後のミスマッチをできる限り防いだ。最終日には支援員も見学の上で終日実習に立ち会っていただき、実習後に支援員との面談を実施。実習での感触や課題点の共有の場とした。

4)【定期面談の実施】

就労後も定期的な面談を実施するとともに、支援

員や所属部署の担当者との情報共有を行い、就労者のメンタル状態や日々の変化を把握。これにより、必要な配慮や要望のヒアリングを行い、不安要素に対する迅速な対応を図った。

IV. 結果

定着率は大きく改善し、2024 年度の障害者雇用における算定特例を踏まえても、法定雇用率を大幅に上回る雇用継続を実現することができた。

■取り組み前後の定着率

【取り組み前】 平均勤続年数...6 カ月

※サンプル 3 名 全員退職済み

【取り組み後】 平均勤続年数...21.5 か月

※サンプル 4 名 内 1 名退職済み

■法定雇用率に対する雇用実績・雇用過不足

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
法定雇用率	27.5	27.3	27.2	27.2
雇用実績	31.5	36.5	54	66.5
過不足	4.0	9.2	26.8	39.3

V. 考察

障害者雇用における最も大きな壁は、採用ではなく「定着」であり、表面的な配慮や一時的な教育支援だけでは、長期的な雇用の維持にはつながらないことを痛感した。

これまではハローワーク募集を軸にした採用活動を行っていたものの、就労者の障害の程度の幅が広く、事業所職員による対応だけではフォローをしきれない点が多数あったが、本取り組みでは就労移行支援担当によるフォローもあり、安定した就労定着支援が進められたと感じる。

今回の取り組みを通じて重要だと感じたのは、本人に合った職場環境の調整と、職員側の理解促進の両輪である。就労支援事業所と連携し、本人の特性に応じたマッチングを行ったことにより、無理のない形での業務設計が可能となったことや、本人の心身のコンディションを的確に捉え、支援員の目線を

交えた的確な対策を打てるようになったことが実績に繋がったと考える。

VI. 結論

当院では、採用活動の手法転換と支援機関との密な連携によって、障害者の定着率改善と雇用率の向上を実現した。制度的な義務として雇用率を満たすだけではなく、当院で働くすべての職員が安心して業務に取り組める職場づくりを推進することが、今後も継続的な課題であると考えている。

今後も、障害者本人の特性と職場環境を適切にマッチングさせることで、より持続可能な雇用体制の確立と、多様な人材が活躍できる医療現場の実現を目指していく。

ペーパーレスでつくる働き方 ～業務効率化によるコスト削減～

IMS Me-Life クリニック 千葉

医事課 かみむらまりか 〇上村鞠花

I. はじめに

ビジネスの場では、さまざまな書類を紙の媒体で取り扱っていたが、近年 IT の普及率が増えペーパーレス化への取り組みが活発になっている。

IMS Me-Life クリニック千葉(以下「当院」とする)では、受診者が検査をする際に、紙の問診票や検査項目が記載された紙(以下「OCR」とする)を使用しており、受診日当日には受診者が問診票、OCR の 2 枚を挟んだファイルを持ち検査に回り、受診者の情報、検査の進捗、検査結果の管理を全て紙で行っていた。

今回、ペーパーレスを導入して企業へどのような効果を与えるのか以下にまとめる。

II. 取り組み目的

目的は業務で扱う書類をペーパーレス化し、紙代・印刷代のコスト削減を図るとともに、業務効率改善・保管場所の省スペース化を行う。
また、紙をなくし電子化して活用することでヒューマンエラーを防ぎ、正確な情報管理を図る。

III. 取り組み方法

1. 対象： 人間ドック・健康診断受診者
(予防接種・抗体検査のみ受診の方を除く)
2. 期間：
 - 1) 問診票廃止
2024 年 11 月から 2025 年 6 月
 - 2) OCR 廃止
2024 年 12 月から 2025 年 6 月
3. 方法：
 - 1) 紙の問診票を、QR コード読み取り式の

WEB 問診で回答方法に変更し、直接システム上に反映させる。

2) 検査項目が記載された OCR は、手首に巻くリストバンドに変更し、バーコードの読み込みでパソコン上に表示された内容で受診項目を管理する。

3) OCR に記入していた検査結果の控えや所見については、都度入力に変えシステム上で管理する。

IV. 結果

コスト面の結果として、A4 のコピー用紙で問診票と OCR の出力を無くしたところ、紙代が 27,304 円の削減。これらの印刷代が 382,256 円削減となった。(表 1)

今まで毎月段ボール 2 箱で収納していた書類も、段ボール 1 箱で収納できるようになり、保管場所も大幅に省スペース化となった。

紙の問診票の廃止の結果として、これまで問診票を目視で確認を行い、機械にて読み取りを行っていた為、記入漏れやシステムにて読み取り相違が発生していたが、WEB 上で問診票の回答漏れや回答相違があるとシステムにてエラーが出る為、正しい問診票で当日医師が確認することができるようになった。その結果、機械にて問診票の読み取りをし、読み取り間違いがないか W チェックを行う処理の短縮、受診者に振り分けている ID 順に問診票を並び替える時間の短縮、入力誤り等によるヒューマンエラーの発生が減った。

OCR の廃止の結果として、受診者が検査に持ち物なくスムーズに行えるようになり、QR コードで管理できるため、検査が効率よく進めるようになった。

たと受診者からの口コミもいただけるようになった。

また、OCR に記載していた検査結果については記載された結果を事務職員が入力を行い、Wチェックを行っていたが、検査を行った検査技師によるデータ入力により、結果出力までの時間短縮にも繋がった。

表 1

	A4 紙代 (0.5 円/枚)	印刷代 (7.0 円/枚)	合計
11～6 月 問診票 (29,070 枚)	¥14,535	¥203,490	¥218,025
12～6 月 OCR (25,538 枚)	¥12,769	¥178,766	¥191,535
合計	¥27,304	¥382,256	¥409,560

V. 考察

紙で処理していた時と比べると、圧倒的に入力の手間や、確認の作業が短縮されその分他の処理に時間を割くことが出来るようになった為、業務の効率化に繋がった。また、紙に残さずシステム上で管理していく方が、紛失や破損する恐れがなく個人情報流出のリスクを抑えることができる。さらに、保管スペースの確保の必要性や管理コストが削減できる為、見えないコストも削減できていると思われる。今後もペーパーレスでの対応を継続していく為、大幅なランニングコスト削減が見込める。

VI. 結論

今回、問診票・OCR をペーパーレス化し業務の効率化・コスト削減を目的としたが、個人情報のセキュリティ強化にも繋げることができた。引き続き業務の見直しを行い、ペーパーレス化で出来る効率化、正確性向上を目指していきたい。一方課として WEB 問診が携帯やタブレットで入力するため、年齢層の高い受診者などは事前に回答することが難しく、当日来院してから職員が説明することになるため、今後全員が事前に回答できるような案内方法やシステムの改善を目指したい。

接遇に関する当院での取り組みと結果・考察

お客様満足度の向上によるリピーターの増加を目指して

IMS Me-Life クリニック千葉

医事課 ○南部実結

I. はじめに

近年、健診市場は増加傾向にあるといえるだろう。COVID19(コロナウイルス)の感染拡大に伴い一時落ち込みはしたものの、それ以降の現代社会ではより健康・予防に対する意識は上昇していると考えられる。

上記に伴い施設利用の競争率が高くなる中で、IMS Me-Life クリニック千葉では「接遇」により力を注ぐことでより良い環境でお客様が安心して受診できる、そしてたくさんの方から選ばれ続ける健診施設を目指して日々業務に努めている。

そこで、接遇に力を注ぐ為に昨年度より当院で開始した接遇に関する取り組みや具体的な内容、結果から結論までを報告する。

II. 取り組み目的

より多くの方に当院を利用し選び続けていただくことを目的とする。「愛し愛される接遇」を行う為にさらに接遇に力を注ぎながら当院独自の取り組みを実施することで、お客様満足度の向上とリピーター増加の実現を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:IMS Me-Life クリニック千葉医事課
2. 期間:令和 6 年 4 月～
3. 方法:

1) アロマディフューザーの設置

アロマディフューザー(以下アロマとする)の運用を開始した。香りには主に、リラックス効果や幸福感を高めるといった効果があるとされている。お客様が受付フロアに入った際にお出迎え・おもてなしの環境として使用、またリラックス(緊張感を抑制)してい

ただけるよう、女性フロアでは清潔感のあるフローラル系の香りが特徴的なホワイトティーの香りを、男性フロアでは爽やかで清涼感のあるマリンフレッシュの香りを使用している。

2) 受付職員のスカーフ着用

メラビアン^{メルビアン}の法則によると、第一印象の 55%は視覚(表情や服装、視線等の見た目に関する情報)によって形成されており、印象形成において最も重要すべき要素とされている。当院では現在、上下黒の制服を着用しているが、暗く堅苦しい印象になっていた。そこで、華やかで親しみやすい印象を持ってもらう為にスカーフの着用を開始した。

3) 新しい受付番号発券機の導入

混雑緩和のために時間帯受付を実施しているが、以前は予約時間ごとの発券ができない機械だった。

そのため時間管理ができる新しい番号札の発券機を導入し、早く来院したお客様にも番号札を渡せるようにした。

IV. 結果

上記 3 つの運用に伴い、開始後から約 1 年が経過した 7 月上旬に医事課職員にアンケート方式で回答を求めた(Google form)。それぞれの結果について報告する。

1) アロマ運用の効果について

アンケートの結果「お客様自身のリラックスのきっかけになっていると感じる」「お客様だけでなく、職員もリラックスできていると感じる」という意見が多かった。また、実際に来院されたお客様から受診時「PMS 症状で体調がすぐれなかったが、香りの効果で和らいだ」「何の香りか知りたい」等複数の問合せをいただいた。

2) スカーフ着用の効果について

スカーフ着用時は未着用時よりも「見た目が華やかになった」「統一感を感じる」という意見が多くみられた。また、スカーフの着用により「気持ちが明るくなった」「モチベーションが上昇した」という意見も多くみられた。お客様から「華やかですね」「スカーフ素敵ですね」とのお声をいただいた。

3) 番号札発券機の導入の効果について

「お客様をスムーズにご案内できるようになった」「お客様と職員の負担が軽減された」という意見が多く見られた。

以上の結果を踏まえて医事課職員に接遇に関する意識度の調査をしたところ、意識が向上したという回答が多く得られた。

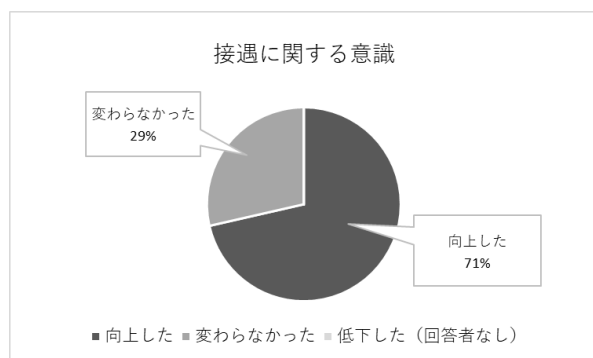


図 1

V. 考察

1) アロマ運用の効果

アロマ使用は、心理的(気分をリラックスさせる)・生理的(緊張感の抑制)に良い影響を与えることができたのではないだろうか。施設に足を踏み入れた際、清潔感のある香りで迎えられることで「この施設は清潔だ。良い施設だ」という印象を与える要因の一つになったと考えられる。また結果でも述べたように、実際にお客様からの問い合わせがあったことは効果もあり好評であるといえるだろう。

2) スカーフの着用

見た目は第一印象に残りやすい。印象を形成するうえで視覚情報はとても重要であり、特に被服は優先順位が高い。

今回スカーフを身に着けたことで「見た目が華や

かになった・全体的に明るくなった」また職員の「モチベーションが上がった」という意見が多くみられた事について、主観的な意見ではあるものの、服装に変化を持たせる(スカーフを着用することによって接遇に良い影響があったといえるだろう。また良い印象を残す要因になり、外見から得られる情報に変化が生じたことで自分に自信を持ち、やる気につながったのではないかと推測できる。さらにお客様からの「華やかですね」「スカーフ素敵ですね」という意見については、コミュニケーションのきっかけとなりお客様との信頼関係を築くことができた。

3) 新しい番号札発券機の導入

受付予定時間ごとに番号札を渡すことができるようになった為、お客様からの不満の声が減少した。よって職員の業務的・心理的負担も軽減された。この結果から、新しい番号札発券機の導入は業務改善に良い影響を与えた。また、お客様満足にも結びついたといえる。

VI. 結論

今回の取り組みでは、お客様満足向上によるリピーターの増加を目的として行っている

3つの項目(アロマの運用・スカーフの着用・新しい番号札発券機の導入)について、結果の集計から考察までを提示した。これらの運用効果を調べるアンケート結果から、すべての項目に良い影響があることが分かった。よって、他施設でも導入を検討していいだろう。

アロマについては、不特定多数の方が受診するため香り選びには十分に気を使う必要がある。また「健診施設である」ということを念頭に置き、健診施設で使用するにふさわしい、清潔感や安心感のある香りを選択する必要がある。

今後も当院でのお客様満足向上によるリピーターの増加を目指して、接遇においてさらなる検討と取り組みに努めていきたい。

Web 予約の推進 ～顧客獲得の機会損失を防ぐために～

IMS Me-Life クリニック新宿

医事課 ○平井梨沙

I. はじめに

当院の健診受診者数は移転前の 2022 年度は 18,768 名、移転後の 2024 年度は 25,751 名となり、6,983 名増加した。そのため、電話による予約対応件数も比例して増加している。しかし、電話回線が限られているため、繁忙期において電話がつながりにくいところのご意見を頂くケースが発生している。電話がつながらないことによる、顧客獲得の機会損失は施設にとって大きなマイナスになる。早急に予約受付窓口に改善の必要があると考えた。

IMS Me-Life クリニックには電話予約の他にホームページの予約フォームからの申し込み、Web 予約システム「Confy」(以下 Confy と記載)を利用した申し込み方法がある。Confy は施設で設定した空き状況をもとに受診者が希望日を選択し、24 時間 365 日インターネットで予約可能なシステムになっている。施設側は必要な情報を受診者自身が入力するため、予約登録の手間が大幅に減少する。現在は限られた健康保険組合しか受け入れを行っていないため、今後使用団体を増やしていく必要がある。

今回は Confy に焦点をしぼり、申し込み者数の推移と有効性についての考察を報告する。

II. 取り組み目的

Confy からの予約を増加させるために有効性を示し、健康保険組合の契約内容を確認した上で Confy を利用した予約に対応できそうな団体を渉外課へ提案し、使用可能団体を 10 件追加する。

III. 取り組み方法

1. 対象: Confy からの予約者・受診者
2. 期間: 令和 6 年 4 月～令和 7 年 6 月現在
3. 方法:
 - 1) Confy を使用した予約状況を集計する。
 - 2) 渉外課が作成した契約内容をまとめた書類(マスター)より、Confy からの予約に対応できそうな健康保険組合をリストアップし渉外課に提出。相談の上、追加可能な団体を Web 予約画面に掲載する。
4. 分析方法:

Confy からの予約者・受診者数の集計を行い、予約状況を年齢別に分類し、年齢による利用の差があるか比較する。

リスト提出後掲載に至った団体数を報告する。

IV. 結果

令和 6 年年度と令和 7 年度の Confy からの受診者、予約者数の結果について報告する。(図 1 参照)

令和 6 年度は 12 ヶ月の受診人数に対し、令和 7 年度は 4 月～6 月現在の受診者、予約者数となっている。集計期間が異なるにもかかわらず、すでに前年度を超える予約数である。このことから Confy の予約システム利用者が増えていることがわかる。

また、Confy 利用者の年齢別分類について報告する。(図 2 参照)

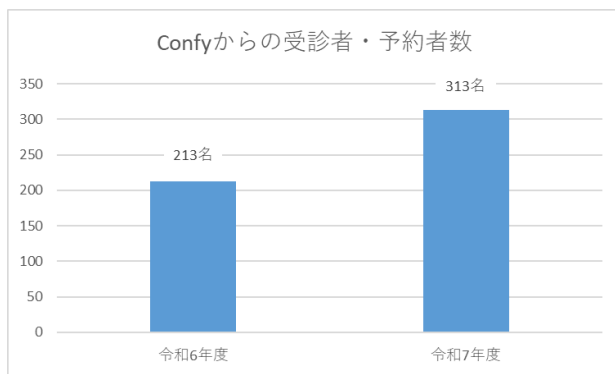


図 1

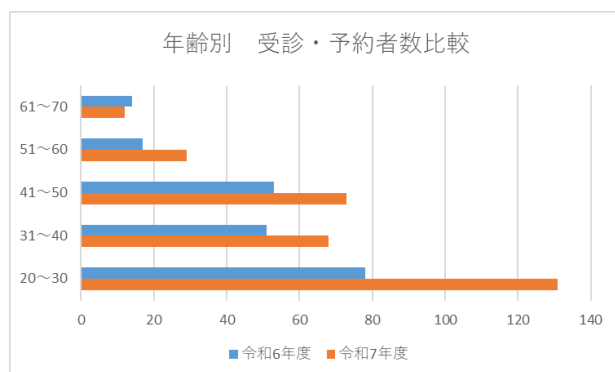


図 2

年齢別に比較すると、令和 7 年度は 20～30 代の利用者が多かったが、令和 6 年度は年齢による大きな差はなかった。

使用可能な団体数は自施設では変化はなく、令和 6 年度、令和 7 年度変わらず 5 団体にとどまっている。

V. 考察

今回の集計では同期間での比較ができていないため、正確な数値ではないが、前年度より 1.5 倍利用者数が増えている。前年度と利用している団体は変わらないが、利便性から選択される機会が増えたのではないかと推察する。

年齢別に比較したときに、令和 7 年度は 20 代の利用者が多くなっている。そのほかの年代も大きな差はないため、年齢によって利用しにくいなどの問題は無いと考えられる。

使用団体数の変化はみられなかったが、渉外課に一つの予約手段としてあらためて周知することで、今後の使用団体を検討してもらいたい機会になったと考える。

(使用団体を増やせなかった背景として、契約内容が複雑であり、確認事項やこちらからお伝えすべき事項が多く、Confy での設定や運用が難しいことが挙げられる。その問題も併せてクリアすることが Confy を運用していく上で必要であると考え)

VI. 結論

施設の稼働率を上げていくうえで、予約の対応をいかに効率よくしていくかが大きな課題といえる。その中で Confy 利用者の増加を可視化することが出来たのは、使用可能団体を増やしていくためのメリットを提示する根拠になるのではないかと考える。

受診する前段階から選ばれる施設になるには、受診者が予約の取りやすい環境を整える必要がある。今回は使用団体を増やすまでに至らなかったが、渉外課と協力し今後増やさなくてはならない。それには、比較的契約内容が簡易的な団体から優先的に Confy の運用を開始していく。また、受診者数の多い団体については、Confy でカバーできない事項については、人的にカバーできる運用を構築し進めて行く。

午後外来の新設 ～受診者数・売上数 UP に向けて～

IMS Me-Life クリニック 新宿
医事課 ○染谷真未

I. はじめに

当院の外来は、健診施設に併設された外来のため、有所見のあった健診受診者の二次検査としてご利用されることが多い。当院は 2023 年 11 月に移転し、男女別フロアを採用するなど院内環境が充実し、健診受け入れ枠を拡大したことで健診受診者が増加傾向にあり、比例して外来受診者も増加している。また、他の予防医学施設もフロアの拡張や移転などにより、当院で二次検査を受けたいと希望される外来受診者が増加した。

健診受診者が増えたことで、イムスライフフォローアップセンターやイムス総合サービスセンターから二次検査のお問い合わせが増えたことで、当院の外来受診者も増加した。

当院は月曜日から土曜日までの午前中のみ予約制で外来診療を行っている。外来受診者が増えていくことで午前中の受け入れ枠がほぼ埋まってしまうことも多々あった。そのため外来受診者の希望する時間帯で予約を取ることが難しくなったため、このままだと患者離れが起きてしまうことが懸念された。そこで、午後の診療を希望される外来受診者がいるのではないかと考え、午後も外来診療を行い、混雑の分散を図る施策を行った。

今回、午後外来を新設したことにより外来受診者数増、売上増に繋がったため、その取り組み内容について報告する。

II. 取り組み目的

午後の外来診察枠を新設することで、今まで午前しか受診することができなかったが、午後の来院時間を選ぶことによる顧客満足度の向上、午前と午後に来院時間を分散することによる待ち時間軽減、全体的な外来受診者数の増加と売上増加を目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象: 2024 年 9 月～2025 年 3 月
2. 期間: 7 ヶ月
3. 方法:
 - 1) 受け入れ可能疾患の洗い出し
 - 2) 医師やコメディカルへ午後外来を新設しても良いか相談。受け入れ可能な診療時間や疾患を話し合う。
 - 3) 二次検査の電話予約や検査結果の予約日を定める際、積極的に午後の診療時間帯を勧める。
4. 分析方法:

午後の外来受診者数、売上数を調べ、全体的な外来受診者数、売上数の昨年度との比較を行う。

IV. 結果

午後外来を新設した結果、午後の受診者数は 85 件、599,120 円の売上となった。

2024 年度の全体的な外来受診者数は 4991 件、売上数は 43,979,750 円だった。(図 1・2)

2023 年度の全体的な外来受診者数は 3992 件、売上数は 32,738,900 円(図 1・2)だったため、前年度と比較して外来受診者数は 999 件増、

売上数は 11,240,850 円増となった。

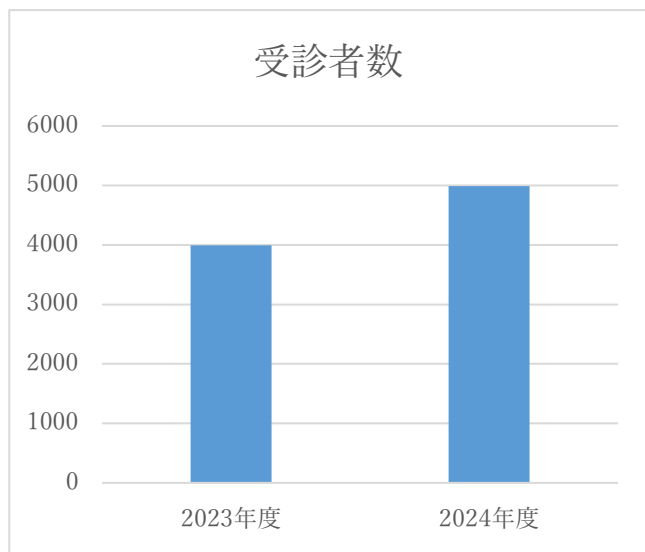


図 1

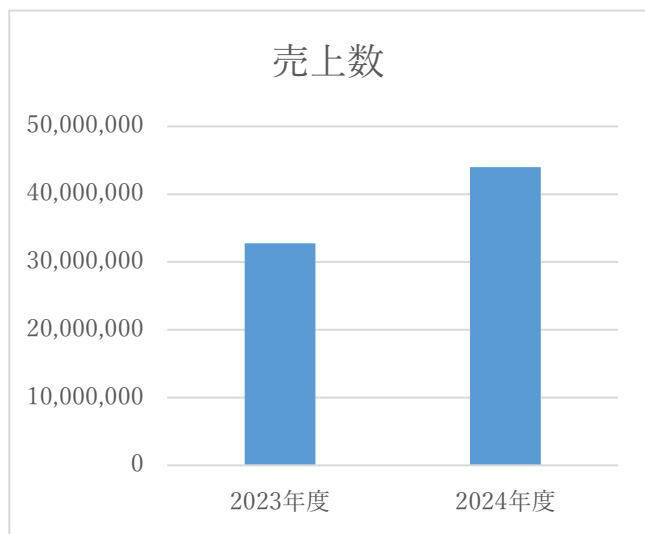


図 2

V. 考察

午後外来の新設により受診者が来院時間を午前にするのか午後にするのか、その日の受診者の予定に合わせて選択できることになり、顧客満足度に繋がった。さらに、午前と午後で診療時間を分散することで本来、午前の受診を希望している外来受診者や二次検査受診の方が午前は予約が埋まって入れない、ということが減ったことにより患者離れを防いだと思う。結果として前年度より外来受診者数の増加、売上数の増加に繋がったと考える。

VI. 結論

昨今、クリニックや病院などの病院経営は物価高や 2024 年 6 月の診療報酬改定により経営難に苦しんでいる施設が多い。どのクリニックや病院も外来受診者数、売上数を増加させるには、どうしたら良いのか同じ課題を抱えている。

その中で選ばれる施設となるためには、外来受診者の来院時間の選択肢を増やし、利便性を向上させることが有効である。更なる外来受診者獲得のためには常に新たな試みに挑戦する必要があると考える。

イムスロイヤル健康倶楽部の入会者増加への取り組みと成果

IMS Me-Life クリニック新宿

医事課 野嶋志保^{のじましほり}

I. はじめに

近年、日本における高齢化の進展に伴い、シニア層の健康維持・増進への関心が高まっている。こうした社会的背景のもと、医療機関では定期的な健康診断などの予防医療の充実が必要不可欠となっている。

予防医学部門では、会員限定で人間ドックなどの各種健康診断を優待価格で受けられるサービスとして「イムスロイヤル健康倶楽部」を展開している。イムスロイヤル健康倶楽部は、入会費・年会費が無料でありながら健康診断の動機付けおよび継続的な健康管理の支援を提供しており、会員数の増加が施設の持続的運営の一助となると考える。

そこでイムスロイヤル健康倶楽部に着目し、IMS Me-Life クリニック新宿での入会者数増加の取り組みとその結果について報告する。

II. 取り組み目的

シニア世代は退職後など企業による健康管理制度から離れ、定期的な健康診断の機会を失いやすくなる。イムスロイヤル健康倶楽部を通じて健康診断の機会を提供し、継続的に当施設を利用してもらえるよう入会案内を行う。

III. 取り組み方法

1. 対象:IMS Me-Life クリニック新宿受診者

2. 期間:2024 年 4 月～2025 年 3 月

3. 方法:

1) 予約時の入会案内

受付職員へイムスロイヤル健康倶楽部の入

会方法やサービスについて案内マニュアルを作成し受診者への案内を行った。電話・Web 経由の健診予約時に関心を持ってもらえるよう本倶楽部の情報を受診者へ簡潔に案内を行った。

2) 健診当日の受付にて入会案内

自費にて受診するお客様に対し、健診時の流れ説明と合わせて本倶楽部の入会メリットを口頭で案内。希望者にはその場で入会してもらい、受診内容の変更を行った。

3) 院内掲示物の作成

待ち合いスペースに主な特典を簡潔に記載したポップを作成。当日入会可能と記載し、お申し出があった場合は、受付スタッフが入会案内を行った。

4. 分析方法:当施設の入会者を 2022 年度から 2024 年度までの 3 年度分を集計し、比較を行う。また、2024 年度に本倶楽部を利用して健康診断を受診した人数を集計。

IV. 結果

当施設におけるイムスロイヤル健康倶楽部の新規入会者数は、2022 年度 40 名、2023 年度 34 名、2024 年度 86 名であった(図 1)。2024 年度の入会者数は前年度と比較すると約 2.5 倍の増加となっており、入会促進活動の効果が見られた。

また、本倶楽部を利用して 2024 年度に健康診断を受診した人数は 224 名だった。さらに、年代別では 20 代 2 名、30 代 20 名、40 代 23

名、50代 31名、60代以上 148名であった(図2)特に、60代以上のシニア世代が受診の多数を占めた。

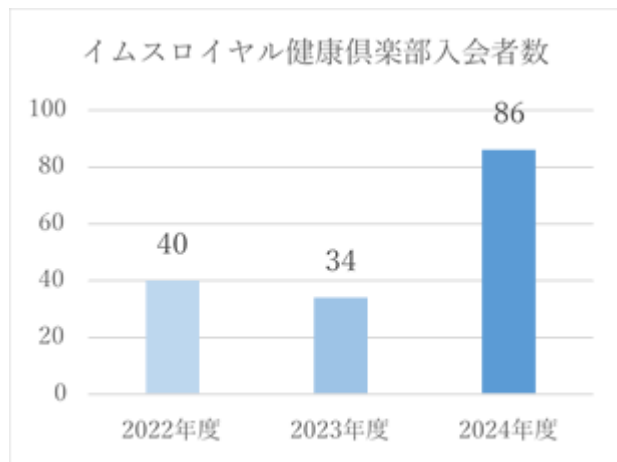


図 1

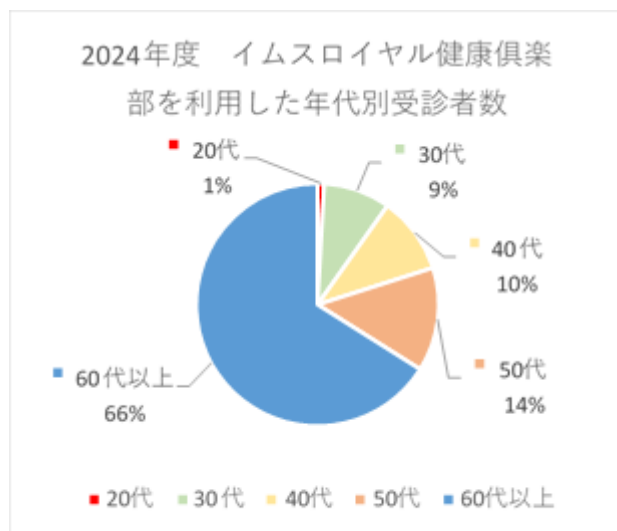


図 2

V. 考察

2024年度におけるイムスロイアル健康倶楽部の入会者数は大幅に増加し、当施設で取り組んだ入会促進活動が一定の成果を上げたと考えられる。増加の要因として、個別の入会説明や入会後のサービス内容を明確に伝える取り組みが挙げられる。

また、本倶楽部を利用した受診者の年代構成では、シニア世代が多数を占めたことから継続的

に健康を管理・支援してくれる仕組みに対するニーズが高いと考えられる。一方で、若年層から中年層の受診は全体の半数にも満たなかった。今後はライフスタイルや働き盛り世代に合わせたサービスの内容、情報提供の手段が求められる。本倶楽部の価値を年齢問わず伝えるアプローチの多様化がさらなる入会促進に必要だと考える。

VI. 結論

本倶楽部の入会促進活動により、2024年度の新規入会者は過去2年を大きく上回る成果を得ることができた。

また、本倶楽部を利用した受診者の年代を比較し、シニア世代へのアプローチが有効であった一方、若年層には課題が残った。

今後も入会促進活動を行い、新規入会者を獲得するとともに継続して当施設を受診してもらえよう新たなアプローチを検討していきたい。

閑散期における増収対策

～施設合併・移転後の健全経営を目指して～

IMS Me-Life クリニック 東京

施設管理部 たかはしたくや ○高橋拓也

I. はじめに

Me-Life クリニック東京は人間ドック専門の Me-Life クリニック八重洲と、法定健診専門の Me-Life クリニック東京が、2024 年 4 月に合併し、移転リニューアルした施設となる。両施設それぞれの強みを活かして、移転・合併に伴うイニシャルコストの早期回収と、投資効果による増収増益を目指していかなければならない。本演題では、閑散期の増収を目的に実施した対策について、その実施方法と実績について報告する。

II. 取り組み目的

下記グラフ(図1)は、Me-Life 東京の年間施設稼働率(受診人数/受入れ枠数)である。閑散期である4～5月・1～3月の集客・稼働率向上が施設の課題であることはグラフからも明白である。その為、閑散期に受診者を獲得し、増収につなげることを目的とする。

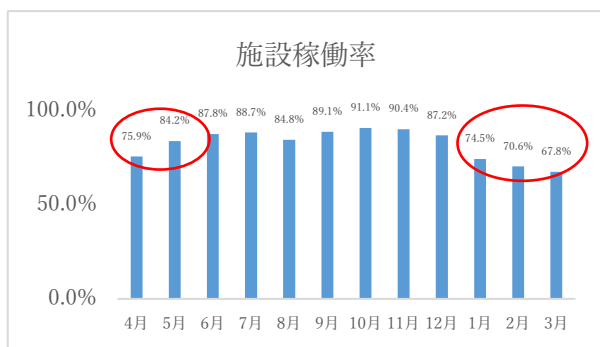


図 1

III. 取り組み方法

1. 対象:既存顧客・新規顧客

2. 期間:

令和 7 年 4 月 1 日～令和 7 年 6 月 30 日

3. 方法:

1) 貸切健診獲得

これまで 5 社に対して貸切健診を実施しているが、施設が移転して男女別に健診エリアが分かれたことにより、これまで以上に貸切健診を実施しやすい施設となっている。男女の健診エリアのいずれかを貸切エリアとしての実施や、時間帯による実施など、企業の都合に合わせた柔軟な対応により、新規顧客獲得につなげる。

2) 受診時期前倒し

繁忙期に健診受診を予定している企業と交渉を行い、閑散期受診のメリット、繁忙期受診のデメリットを伝え、受診時期を閑散期へ前倒し・移行する。

3) 受診単価 UP・人間ドックコース獲得

下記グラフ(図 2・図 3)は Me-Life 東京のコース別受診者数とコース別売上の円グラフとなる。高単価コースである人間ドックは受診者割合において 27%にもかかわらず売上では 49%、低単価コースである定期健康診断は受診者割合が 38%にもかかわらず売上では 20%となる。この事からも、人間ドック受診者の獲得・比率 UP が、効率的な施設運営・増収の鍵であることがわかる。それを目指す為に、施設移転による施設機能向上は大きな武器であり、施設の立地・男女別健診エリア・内視鏡検査枠拡大・ドリンクサービス、そして IMS グループによるフォローアップ体制、営業担当によるきめ細やかな顧客対応など、施設の強みをアピールし、人間ドック受診者の獲得・比率 UP を推し

進め、単価 UP を目指す。また定価より安価で契約している企業に対しても施設機能向上に伴う値上げ交渉を行い、受診単価 UP を目指す。

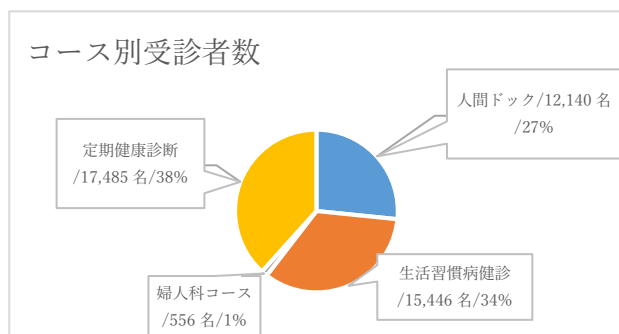


図 2

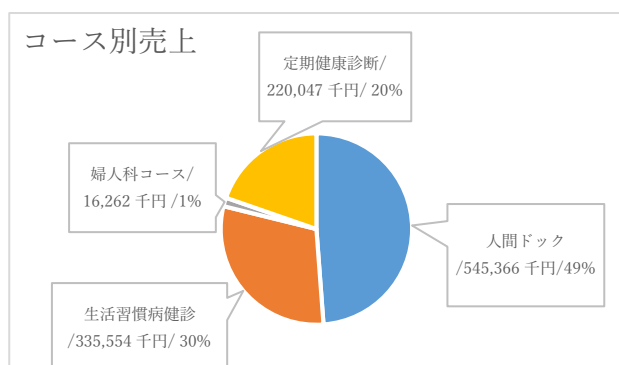


図 3

4) 新規顧客獲得

施設移転の効果により、競合施設との差別化による新規顧客獲得を目指す。閑散期だからこそ実施できる料金設定・コース設定・時間設定・オプション検査サービスなど柔軟な思考で取り組み、新規顧客を獲得する。

3. 分析方法:売上・受診者数

※令和 7 年 4 月 1 日～令和 7 年 6 月 30 日

IV. 結果

1) 貸切健診獲得

10 社・469 名・4,762 千円

2) 受診時期前倒し

17 社・2,294 名

3) 受診単価 UP・人間ドックコース獲得

人間ドックコース獲得

対予算/+302 名・対前年/+823 名

29 社への値上げ・1,804 千円

4) 新規顧客獲得

54 社・1,492 名・24,933 千円

V. 考察

今回実施した閑散期対策は、各施策の効果が出たことで、4～6 月の累計受診者数において対予算/+73 名・対前年/+2,238 名、累計医業収益において対予算/+14,913 千円・対前年/+66,222 千円という結果に繋がり、増収に大きく貢献する結果となった。

一方、閑散期施策を実施するにあたり、受診時期前倒しに関しては、前倒し受診した顧客の繁忙期の穴埋めも同時に実施する必要があり、値上げによる受診単価 UP は、競合施設との価格差・価格競争による顧客離れのリスクもある。

その為、各施策のメリットデメリットのバランスを見極めながら顧客毎に合わせた施策を実行する必要がある。

VI. 結論

施設を運営し、健全経営を目指す中で、顧客増加、そして増収は避けて通れない課題となっている。東京駅エリアは労働人口の増加が見込まれており、そのチャンスを生かすべく施設移転リニューアルを契機として、市場拡大を第一優先課題とし、収益確保を強化する。市場拡大の為に営業推進と案件に対する受け入れ態勢の強化・構築を並行して実践する。今回実施した閑散期対策は増収の一つの手段に過ぎないが、予防医学部門の永遠の課題として、継続して取り組んでいく。

配偶者の健康診断を実施せよ！ 健康保険組合と健診専門施設の相乗効果

IMS Me-Life クリニック東京

施設渉外課 ○前澤優美^{まえざわゆうみ}

I. はじめに

IMS Me-Life クリニック東京は、会社で働く従業員に向けた企業健診を主に実施している。特に被扶養者の受診率は低く、当院も加入する、東京都医業健康保険組合の受診者が年間 984 名(2024 年度)いるが、被扶養者で受診されたのは 28 名である。

ところで、健康診断とは 2 つの法律で定義がなされている。1 つが労働安全衛生法である。「事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断(中略)を行わなければならない。」

もう 1 つが、高齢者の医療の確保に関する法律だ。「保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。」

労働安全衛生法の健康診断では年齢を問わないが、高齢者の医療の確保に関する法律では 40 歳以上の加入者に限定している。40 歳以上の被保険者は、どちらの法律であっても健康診断を受診しなければならないため、専ら特定健康診査(以下、特定健診)は、40 歳以上の被扶養者に向けての健康診断の際に用いられる。

健康保険組合(以下、健保)は、業務外で発生した病気やけがをした際に、診療の提供や、給付金を支給する。つまり、病気になる回数が増加すると、給付が増える為、健保でも病気を予防する、早期に発見するという意味で、健康診断は受診者数を増やしたいと考えている。

しかし、現在特定健診の受診率は全国で被扶養者のうち 59.7%である。(厚生労働省、特定健診・

特定保健指導の実施状況について(2023 年度))
2012 年 6 月 27 日に発行された、厚生労働省保険局総務課の「今後の特定健診・保健指導の実施率向上に向けた方策について」によると、特定健診を受診しない理由に、「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」ということが挙げられた。つまり、被扶養者の考え方は健保の思惑とは反対を向いていると推測される。

II. 取り組み目的

本取り組みでは、ある健保に対して、被扶養者に対しての健康診断を提案し、受診率を向上するための対策を論じる。

また、すでに本健保では、35 歳以上の被扶養者に向けて「日帰り人間ドック」と、35 歳以上の被扶養配偶者に向けて、「家族健診」という健康診断を実施している。しかし、さらに受診率を上げたいという要望があったということも、ここに記す。

III. 取り組み方法

1. 対象:K 健保と加入する被扶養者への取り組み
2. 期間:2022 年 9 月 1 日～2025 年 3 月 31 日
3. 方法:商談、締結後のフィードバックと広報
 - 1)対象者の選定
 - 2)検査項目・金額の設定
 - 3)実施期間の設定
 - 4)2023 年度を振り返った上での対策と 2024 年度の結果

IV. 結果

K 健保と IMS グループの間で、被扶養者の新たな健康診断を設定することに成功した。以下、商談でどういった内容を設定していったかを説明する。

1) 対象者の選定

被扶養者の中で、(1)年齢は何歳以上から対象にするか(2)配偶者もしくは全被扶養者を対象にするか、の 2 点で検討されたが、新たな取り組みということもありⅡでも述べた「家族健診」と同様、35 歳以上の被扶養配偶者が対象者となった。

2) 検査項目・金額の設定

K 健保では、現行の健康診断を受診している被扶養者の多くが「バリウム検査が苦手」とのことであった。そこで、ABC 検診を代替案として提案し、バリウムを飲まない胃がんリスク検査を設定した。また「日帰り人間ドック」「家族健診」はそれぞれ自己負担金額が発生するのも、受診率が上がらない原因であると推測し、健保の補助上限額 37,000 円という上限金額までの健康診断を設定することで、当日自己負担が無く健康診断を受診できるようにした。

3) 実施期間の設定

健康診断施設の閑散期である 4 月・5 月のみ実施か、認知度が足りない為通年で実施か、2 案上がった。ただし、37,000 円という金額は IMS Me-Life クリニックの定期健康診断の 3 人分以上の料金ということもあり、閑散期に留めなくても問題ないと判断し、通年で実施となった。

4) 2023 年度を振り返った上での対策と 2024 年度の結果

2023 年度は 7 施設合計で 104 名 4,828 千円の売上となり、対前年比+63 名、+2,722 千円の売り上げとなった。しかし、IMS グループ以外の医療機関が 2 倍の受診人数がいたと伺い、2024 年度からはさらに子宮がん検診や乳がん検診を予め組み込んだ健康診断のコースを 2 コース新たに新設した。結果、2023 年度

に比べて+91 名、+3,323 千円の増収に繋がった。

V. 考察

本演題を、営業活動というテーマに当てはめた場合、健診施設の営業として、良い点と、改善点がそれぞれあった。

良い点は、被扶養者の特定健診受診率が低く、何とか上げたいという顧客の要望にすぐに応えられたところである。契約期間としては約 4 カ月だが、健保の組合での稟議などの期間も含める為、訪問は 2 回、メールは 3 往復でこの健康診断の実施が決まった。

一方で、改善点は、その後実施施設が IMS グループ以外にもう 1 施設増え、その施設の取り組みを把握していなかったため、2023 年度の受診人数が伸びなかったところだ。ただ 2024 年度それを踏まえて健保からのヒアリングを続けたため 2 年連続の増収に成功した。

VI. 結論

2023 年 4 月 1 日より本健康診断は、「レディース健診」という名前で開始している。K 健保の被扶養者受診率は 2023 年度、2024 年度と 2 年連続増加している。一方で、受診していない被扶養者が東京都内だけでも 300 名以上おり、そのうち 250 名は健康保険組合が行っている、がん検診のみの巡回健診を実施しているそう。しかし、その巡回健診も健保よりレディース健診に切り替えたいという相談を受けており、被扶養者への案内や魅力的な健診内容になるよう現在検査項目を精査しており 2026 年度中の開始を目指している。

将来の展望として、健保、ひいては健康診断を希望する顧客に対して、潜在したニーズを一緒に見つけていけるような営業活動を実施していきたい。

alt によるポイント付与率向上についての取り組み ～LINE 友だち登録しませんか～

IMS Me-Life クリニック仙台

医事課 ○^{ささき}佐々木^{みゆう}美優 篠木弥生 渡邊真穂 成田美穂

I. はじめに

当院での新しい取り組みとして、2023 年 10 月から LINE 公式アカウントを活用したポイント付与の仕組み(alt)を開始した。

健診終了後に受付窓口で受診者へポイント付与を行うが、ポイント付与ができる対象者は全員一律ではない。健診コース・受診時間により異なっている。

また健診終了後に受付で行う対応は、受診後の注意事項をはじめ案内する内容が多岐にわたり時間を要する。これらの案内の他に alt を開始してからは、その受診者がポイント付与の対象かどうかを確認し声かけが必要となった。

よりスムーズにポイント付与率を増やす為に、受付で勧誘の声かけをした時と声かけをしない時の検証を行った。業務効率化及び顧客満足度向上に向けた取り組みで得られた成果について報告する。

II. 取り組み目的

顧客満足度向上による受診者数増加へ繋げる為、alt によるポイント付与率を増加させることを目的とする。

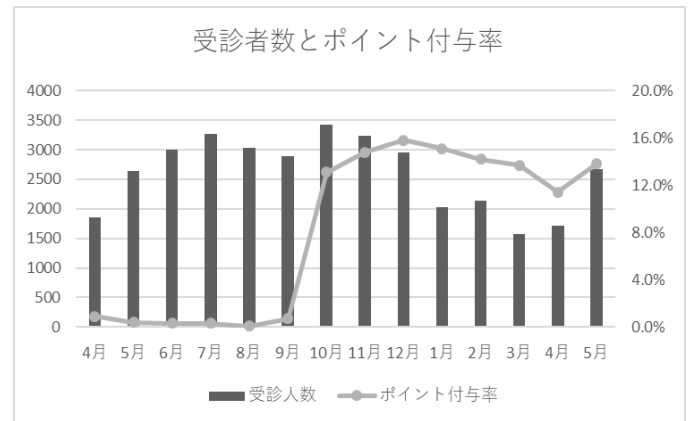
III. 取り組み方法

- 1.対象:alt でのポイント付与対象者
- 2.期間:2024 年 4 月～2025 年 5 月
- 3.方法:
 - 1)alt の登録が可能な二次元コードを載せたポップを待合フロアと受付カウンターへ設置
 - 2)健診終了後、ポイント付与対象者全員へ声かけを行う時期と声かけを行わない時期を分けて比

較する

IV. 結果

取り組みによる結果は下記の通りである。



図

1

表 1 (2024 年)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
受診人数	1,858	2,632	3,008	3,262	3,035	2,888	3,430	3,237	2,949
付与率	0.9%	0.4%	0.3%	0.3%	0.1%	0.7%	13.1%	14.8%	15.8%

表 2 (2025 年)

月	1月	2月	3月	4月	5月
受診人数	2,032	2,132	1,566	1,722	2,669
付与率	15.1%	14.2%	13.7%	11.4%	13.8%

1.2024 年 4 月～9 月(ポップ設置のみ)

ポイント付与率平均 0.4%

2.2024 年 10 月～2025 年 5 月(ポップ設置+声かけ)

ポイント付与率平均 14.0%

V. 考察

1.2024 年 4 月～9 月(ポップ設置のみ)

結果として待合フロアや受付カウンターに設置されているポップを見て興味を持った受診者へのみの付与となった為、付与率が伸びなかった。簡易的なポップの設置だけでは、LINE の友だち追加をすることのメリットが分かりにくく、追加とポイント付与まで至らなかった。

2.2024 年 10 月～2025 年 5 月(POP 設置+声かけ)

ポイント付与対象者全員に声かけをしたことで、ポップに気が付いていなかった受診者の関心を引き付ける機会や、会話の中でポイントの使い方や付与されるポイント数等のメリットを知ってもらう機会が創出され、付与率アップにつながった。

ポップ設置と更に口頭での情報が加わったことによって、受診者の LINE の友だち追加へのハードルが下がり、またポイント付与によって得られる景品等への期待が高まったことで良い効果が得られたと考える。

VI. 結論

上記の結果より、受診者への声かけが今回の目的である alt のポイント付与率を増加させる上で効果的な取り組みであったと考える。

今後の取り組みの 1 つとして、受診者が健診中に持つ受診票ファイルに alt の登録案内を入れる案を検討している。検査の待ち時間等で受診者の目に触れる機会が増え、更にポイント付与率の増加に繋がると考える。

それと同時に登録希望の方は健診終了時までに登録をしていただくことで、帰りの受付での対応時間が短縮されることが期待できる。待ち時間の解消によりスムーズに健診終了までの案内ができ、受診者の満足度や次年度以降のリピー率向上に繋がると考えている。

単独検査を活用した人間ドック・健康診断の新規顧客獲得に向けて

IMS Me-Life クリニック 仙台

施設渉外課 かわもりた ゆき ○川守田有紀

I. はじめに

IMS Me-Life クリニック 仙台(以下:当院)は2022年10月よりNECソリューションイノベータ株式会社とNECグループのフォーネスライフ株式会社が共同開発したフォーネスビジュアス検査(以下:FV検査)を導入した。FV検査とは、約7,000種類の血中タンパク質を解析し、将来の疾病予測(認知症、心筋梗塞・脳卒中、肺がん、慢性腎不全)と現在の体の状態(肝臓脂肪、耐糖能、アルコールの影響、心肺持久力、内臓脂肪、安静時代謝量)を可視化した検査である。

FV検査を導入した目的は、2つある。1つ目は副収入としての増収である。2つ目は当院に来院することで施設を知っていただくきっかけとなることである。FV検査の取り扱い医療機関は2025年7月時点で、東北県内では当院のみであり、他県からの集客も期待する。

II. 取り組み目的

FV検査の受検者に対し、当院を知っていただき、実際に施設を見ていただくことで、主の収入源である人間ドック・健康診断の新規顧客獲得および増収に繋げることを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:FV検査の受検者481名の内、当院の受診歴の無い309名を抽出。
2. 期間:2022年10月～2025年3月
3. 方法:FV検査の受検後、受付にて当院紹介のチラシを配布。
4. 分析方法:FV検査を受検後、当院で初めて人間ドック・健康診断を受診・予約(2026年3

月末まで)しているか健診システムの予約者検索を利用して集計する。

IV. 結果

FV検査を受検した309名の内、新規顧客獲得人数は19名、634千円の実績となった。実績の内訳を、図1、図2で示す。

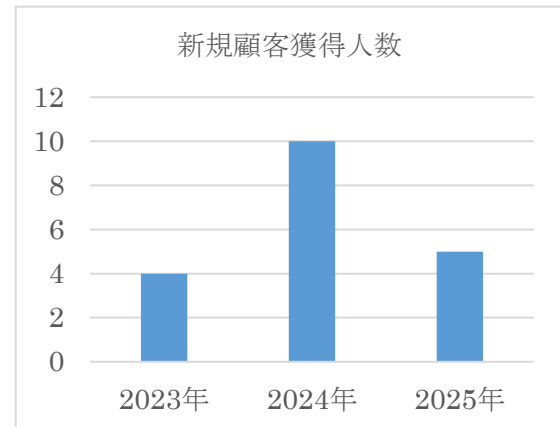


図1

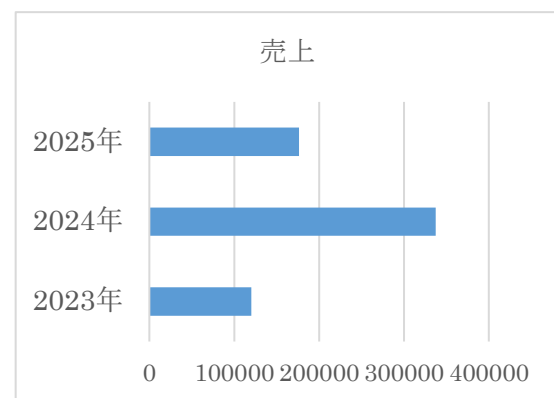


図2

図1の新規顧客獲得人数は2023年4名、2024年10名、2025年5名の獲得となった。図2の売上は2023年120千円、2024年337千円、2025年176千円の実績だった。

V. 考察

人間ドック・健康診断の新規顧客獲得ができた理由として、2 つある。

1 つ目は来院することで実際に施設を見ていただいたことである。当院を知っていただいたきっかけは FV 検査であるが、来院することで受付、看護師との医療面接、採血で職員の対応や院内の雰囲気を見ていただき、普段利用している健診施設との比較材料になったと考える。

2 つ目は FV 検査の受検者が加入している健康保険組合毎に専用のチラシを配布し、当院が人間ドックの契約医療機関であることを知っていただいたことである。宮城県市町村職員共済組合、仙台市職員共済組合に加入されている受検者には、チラシのタイトルを「〇〇職員共済組合ご加入の皆様へ、当院で人間ドックをご利用いただけます」と記載し、当院が契約医療機関であることや、施設の特徴である男女別フロアを完備していること、増枠により胃カメラの予約が取りやすくなったことを知っていただけるような内容を取り入れた。チラシをきっかけに当院で人間ドックを受診できることを知っていただき、予約に繋がったと考える。

しかし対象の 309 名に対し、獲得できたのは 19 名であり実績としては物足りない結果となった。反省点が 2 つある。

1 つ目は、チラシ配布後に受診勧奨を行っていなかったことである。FV 検査後に人間ドック・健康診断のご案内のハガキを送付するなど、更にアプローチを加えることが必要だったと考える。

2 つ目は FV 検査を受検した健康保険組合や企業の担当者と接点を持つことができなかったことである。FV 検査の受検後に、普段利用している健診施設や受診状況などヒアリングする場を設けることで、関係性を構築していくべきだったと考える。

VI. 結論

今回の取り組みにより多少の結果は出たが、今後は更に新規顧客を獲得できるよう 2 つの施策を考える。

1 つ目はフォーネスライフ株式会社と協力し、当院が主体のイベントを開催する。2024 年はフォーネスライフ株式会社が東北大学と共同研究を目的に、世界緑内障週間に合わせ FV 検査を無料で受検できるイベントを開催した。このイベントには、当院の人間ドック・健康診断を利用いただいている企業や当院職員・ご家族にも参加いただき、通常だと高額な FV 検査を無料で受検することができ大変好評だった。FV 検査は当日の食事制限がないため、気軽に参加しやすい検査である。そのため、企業が参加しやすい夕方の時間帯に、通常の営業活動だけでは獲得が難しい企業を誘致し、従業員に FV 検査を受検していただくと同時に実際に施設を見ていただく機会を作り出す。

2 つ目は FV 検査の受検者に検査終了後、チラシの配布に加え、受付にて営業担当が普段利用している健診施設や予約状況をヒアリングし、未予約であればその場で予約できることを提案する。その場で予約することで、顧客の手間を省くことはもちろん、普段利用している健診施設での悩み事の解消やオプション検査の提案に繋がると考える。また当日予約の特典として、低価格帯のオプション検査の無料プレゼントや割引キャンペーン、ノベルティプレゼント等、1 人でも多くの顧客獲得に繋がる企画を立案したい。

今後はこの経験を生かし、激しく変化していく社会情勢や医療業界において柔軟な発想を持ち、様々なアイデアを生み出し続けるような人材になれるよう努力していきたい。今ある環境下でいかに最大限の能力を発揮するかが今後も課題であり、IMS グループが更なる発展をするために、施設渉外課として引き続き増益増収に力を入れていきたい。

健康診断における外部システム連携について ～LINE 予約システムによる業務効率の改善～

IMS Me-Life クリニック板橋
システム課 平澤 拓哉

I. はじめに

昨今、少子高齢化が深刻になる中で、医療業界にも人的資源の不足が可及的な問題となってきている。それらの一端の解消、また今後のデータ社会における医療業界にも変化が必要になっており、様々な医療現場で IT 機器を用いた業務が実装されてきている。

その変化の一つとして、業務における外部機関との連携による業務の効率化や受診者が受診するまでの工程の簡略化などがあげられる。

その際に日本ではスマートフォンの普及率が人口の 9 割を超えて使用されている現状から、当院でもスマートフォンの活用したシステム実装による効率化・簡略化を実施したため、成果を報告する。

II. 取り組み目的

医療業界の人的資源の不足、また IMS Me-Life クリニック板橋では年々受診者数が増加傾向にあり、増加していくなかでも一定の業務水準を担保していけるようにするため、一部業務の IT 化による効率の改善を図るために運用する。

紙のリストや FAX で行っていたやり取りを除き、データでの管理による作業負担の軽減により、現在まで 2 名体制で全て作業していたところを 1 名ですべて管理、作業後に確認作業と、分業および作業人数を常に 1 名体制のまま続けられ、1 事業所あたり 3 日程度の作業を行っていたが 1 名分の人員が削減を想定、約 24 時間程度の、作業効率化を図る目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:巡回健診の既存事業所、新規事業所
※施設健診案件は対象外
2. 期間:令和 6 年 6 月から継続して運用中
3. 方法:
 - 1) スマートフォンアプリで利用されている LINE を利用して、個人での巡回健康診断の予約を行えるように外部システム開発会社に依頼・構築。
 - 2) 運用による業務負担の軽減が見込めそうな事業所の選定を、渉外課より行っていき、ターゲットになる事業所へのアポイント・ヒアリングを実施。
 - 3) 実装に必要なデータなどのすり合わせ、UI など詳細事項を対象事業所に合わせカスタマイズして、より各事業所のニーズに沿ったものができるよう改善して実装。
 - 4) 事後検証と次年度への改善提案をもとに、各事業所でも同等の対策が組めるかの検討・改修を行う。

IV. 結果

令和 6 年度実績報告
獲得件数:5 件
作業短縮時間:60 時間

令和 6 年から実装するにあたり、最初に複数の少人数事業所が集まって巡回健康診断を実施している商工会をターゲットとして行った。

理由として、多事業所間でのやり取りを商工会担当者が一つにまとめるのが時間を要しており、LINE システムへの変更によって各個人が時間・

場所に縛られずに予約を行えるようになるため、これらによって商工会担当者は自分のタイミングで現在までの予約状況の把握を行えるようになり、また各事業所への連絡回数を減らしていける算段であった。結果として事業所からの連絡自体は減ったが、初回ということもあり、LINE システムへの取り扱い説明不足により想定していたシステムと実装されたシステムの動きに不足する部分がみられており、初年度に想定していた LINE システムによるほぼすべての予約業務負担の軽減という結果には至っていない。

るだろうというのが今後の課題になるだろうと思う。

V. 考察

想定では 1 事業所あたり 24 時間程度の業務短縮を見込んでいたが初回ということもあり、

使用方法はシステムの不具合が発生したため、想定通りとはならなかったが、一定の業務負担軽減には繋がった。

LINE システムから個別予約を行えた受診者については、ほとんどの方が想定通りの運用で進めたため、システムの操作方法や登録時の注意点など想定できる Q&A などを盛り込めていればより顧客満足とリピート率の向上に繋がれると感じた。

VI. 結論

スマートフォンの使用自体は全体的に増えているが、アプリケーションの活用に関しては、まだまだ使い方が難しいとする方も多くみられた。

また会社として個人個人で利用してのシステム運用については、まだ IT 化が始まったばかりということもあるため、運用に一定のルールが必要になるなかで、まだ整備しきれておらず、担当者が事業所分を負担するなど、担当者負担が多少軽減されるのみで、改善していける点はあると感じた。業務負担の軽減という点では、社内部署レベルでは数値として出せる結果がある一方で、担当事業者の軽減は口頭では楽になったといただいているが、具体的にどのぐらいの時間が短縮できた、ここを改善していけばより効率のよいものにな

脳ドック開始と受診者獲得に向けた取り組み ～グループ連携で不可能を可能に～

IMS Me-Life クリニック 板橋

医事課 ねもともみ ○根本友美

I. はじめに

当院は東京都板橋区にある巡回健診に特化した予防医学部門である。施設健診としての規模は大きくなく、設備やスペースが限られていることから、増収を図るには高単価オプションの実施が必須であると考えた。近年、様々な健康保険組合や健診代行機関が脳ドックの補助を開始するなど、世間のニーズが高まっている脳ドックを当院でも実施できれば、他施設と比肩するサービスの提供が可能となり、脳ドックを受けたい新たな顧客層を獲得できるのではないかと考えた。自施設に CT を設置できるスペースがないこと、近隣に提携できる画像検査・診断専門施設がないことから実現は不可能と思われたが、グループ病院が集まる「板橋」である利点を生かし、明理会大和病院と連携することで、2024年7月より脳ドックの実施を実現、一定の成果を得られたので報告する。

II. 取り組み目的

脳ドックを新規オプションとして実施、脳ドック受診者を獲得し、増収を図ることを目的とする。

2024 年度目標売上:242 千円

(目標受診者数:10 名)

III. 取り組み方法

1. 対象:当院の施設健診受診者すべて
2. 期間:2024 年 5 月より
3. 方法:
 - 1) まず脳ドック実現にあたり、近隣のグループ病院に協力を打診した。今回提携することとなった明理会東京大和病院は CT を導入したばかりで稼働率を向上させることを目標としており、双方の

利益が合致し、今回の取組に快く応じてもらうことができた。双方の医事課で打合せの場を設け、価格の設定・予約時間・予約方法・受診者への確認事項・結果送付の方法などを取り決めマニュアル化した。

- 2) 脳ドックの補助が出る健康保険組合、健診代行機関(20 件)に対し、脳ドックを含んだ契約にて再度締結してもらえるよう打診し、12 件の再契約を締結した。再契約ができた健保、代行機関のマスター更新を行った。
- 3) ホームページと SNS に脳ドック開始を掲示した。事前予約が必須であることから、院内への掲示は行わなかったが、代わりに人間ドック受診者と区民健診受診者に定期的に送っている DM に記載し周知した。
- 4) 脳ドック希望者は午前中に当院で健康診断を受診し、同日午後に明理会東京大和病院にて脳ドックを受診することを必須とした。これは、午後の脳ドック枠の予約が比較的空いていることから、当院が午後の検査枠を使用することにより、受診者の希望時間帯が取りやすいこと、明理会東京大和病院の CT 稼働率に貢献できるといったメリットがある。また、脳ドックは食後であっても受診できるため、当院から明理会東京大和病院への移動の合間で食事を取ることができるということも利点である。午後に脳ドックが受診できない受診者に対しては、明理会東京大和病院に直接電話してもらい、別日で予約を取ってもらうよう誘導している。
4. 分析方法:

脳ドック受診者を月ごとに集計し、年齢・性別・健康保険組合(補助の有無)などの分析を行う。

IV. 結果

2024 年度売上実績:363 千円(目標対比 150%)

2024 年度受診者数:15 名

2025 年度受診者数:12 名(2025 年 7 月時点)

2024 年 6 月より周知し始めたところ、2024 年 7 月にさっそく2件の予約が獲得できた。2024 年 7 月～3 月の実施数は 15 件であり、そのうち健康保険組合や代行機関の補助を利用した方は 0 名であった。2025 年 5 月～7 月までの実施数は 8 件で 2025 年 8 月～12 月までの間に予約は 4 件入っており、合計 12 名の実施が見込まれている。そのうち健康保険組合や代行機関の補助を利用した方は 7 名である。男女比は、2024 年は男性 11 名、女性 4 名で、2025 年は男性 9 名、女性 3 名であり、男性が多い結果となった。脳ドック料金は明理会東京大和病院の脳ドック実施料金と同額の 24,200 円に設定したため、2024 年度の脳ドック収入だけで 363 千円の増収となった。

	健保補助	30代	40代	50代	60代	70代
2024年度	有	0	0	0	0	0
	無	1	3	2	5	4
2025年度	有	0	5	1	1	0
	無	0	1	2	1	1

図 1

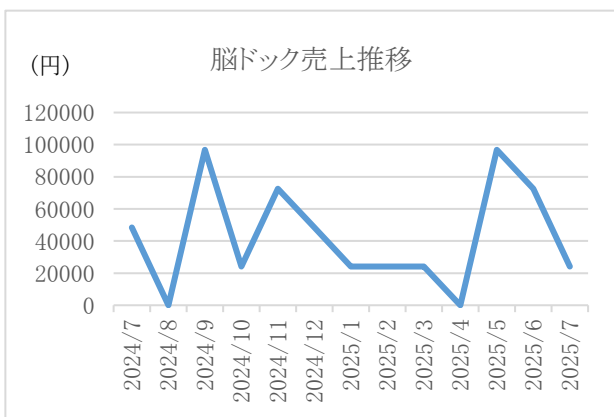


図 2

V. 考察

脳ドック開始直後に予約が入ったことから、健診市場において脳ドックのニーズが高まっていることが証明された。2024 年度は健保や代行と再契約を締結したにも関わらず、補助が利用できる方の受診は 0 件であった。これは、健保補助利用が可能である

ことを受診者へ周知していなかったためと考える。

2025 年の傾向を分析すると、40 代の補助利用者が増加していることが伺える。24,200 円という金額は受診者にとって安くない金額だが、健保補助を利用することにより窓口料金なし、または半額程度で実施できる場合も多く、健康に気を配り始める 40 代の男性の受診者が増加したと考える。脳ドック受診者の健診種別内訳は、2024 年度は生活習慣病健診受診者 11 名、人間ドック受診者 2 名、区民健診受診者 2 名で、2025 年度は生活習慣病健診受診者 5 名、人間ドック受診者 7 名であった。このことから人間ドック受診者に限らず、どの健診種別においても積極的に PR をすることにより、さらなる受診者の増加が見込めることがわかった。

VI. 結論

今回脳ドックを開始できたことは、他施設との格差を埋め、増収を図る上で意義のある取り組みであった。当院のような小規模な施設であっても、グループの強みを生かした他施設連携により、人間ドック施設と同等のサービスが提供できることが証明された。以前より婦人科検査や巡回健診において他施設連携を生かした取り組みを行ってきたが、今後も IMS グループの利点を最大限に活用した取り組みを創出し、増収に向けて取り組んでいく。今回の取り組みで区民健診受診者へ配布した DM により脳ドックの予約を獲得、問い合わせも多数あった。日程が合わない方を明理会東京大和病院の直接予約へ誘導できたケースもあったことから、今後は DM 送付対象者を拡大することで、当院と明理会東京大和病院双方の脳ドック受診者を増やすことが可能であると考ええる。また、脳ドック受診後に受け取れる MRI 画像を使用した認知症リスク検査の実施を 8,800 円で開始する予定である。単に脳ドックを受診するだけでなく、付加価値を創出することにより、さらなる受診者獲得と増収を目指したい。

中途採用強化活動について ～ワーキンググループでの活動～

IMS Me-Life クリニック板橋

業務課 ○森田^{もりた}高志

I. はじめに

採用市場として 2014 年から続く売り手市場は 2025 年 5 月現在、有効求人倍率 1.24 倍で採用事態が困難な状態が続いている。また、2025 年度には 5 人に 1 人が後期高齢者となり、特に医療業界での人員確保は必須である。

その中で当院は、お客様先へ検診車でお伺いをし、健診を執り行う「巡回健診」に特化した施設で、年間 1000 件を超えるご依頼をいただいている。巡回健診では検診車を運転し、現場責任者を担う業務課、1 事業所あたり 100 名規模の結果処理を行う医事課、同業他社より勝ち抜くための渉外課で構成されており、どれも欠かすことのできない事務職務であるため、継続的な職員の増員が必須である。

そのため当院では、業務課・医事課・渉外課を手始めに、職員の増員を図ることを目的に採用強化ワーキンググループを発足し、中途採用者の強化活動を実施した。今回はそのリクルーティング活動について報告をする。

II. 取り組み目的

1. 中途採用者の応募件数向上(20 件目標)
2. 求人票クリック件数向上(2000 件目標)

III. 取り組み方法

1. 対象: 求職者
2. 期間: 2024 年 5 月～
3. 方法:

1) 採用強化ワーキンググループ発足

中途採用強化を目的としたワーキンググループを発足。各部署から男性と女性を均等に幅広い年齢層でメンバーを構成し、多種多様な視点で議

論を行いながら希望する人材確保を試みる。

2) 市場調査

年間を通して市場動向に変動がある為、求人推移や求職者の動向を仲介業者からの分析データをもとに調査し、予算内で収まるよう適切な掲載月を選定する。

3) 求人票見直し

毎月、ミーティングを実施し、現行の Air Work を主とし、併せて HP 採用ページ・マイナビミドルシニアの求人票見直しを同内容として変更する。また、同業他社の求人票と対照することで自施設の強みを抽出し、差別化を図る内容とした。

4) フィードバック

新しく掲載した求人票の、(1)閲覧数(2)クリック数(3)応募数の 3 点を算出し、掲載した求人票が適正且つ、有効的な内容であったかの分析をする。

5) 求人票の再構築

フィードバックの結果を次月の求人票に反映させる。また、その時の市場動向の変動を踏まえた上で掲載するかを再検討する。

4. 分析方法:

新しく掲載した求人票の表示回数・クリック数・応募数の 3 点の動向から、現在の求人票が求職者に対してどのような印象を与えているかを考察し、それに合った求人票の改訂をする。更に毎月の結果をフィードバックする事で動向をリサーチし応募数向上のサイクルを構築していく。

IV. 結果

求人推移を示す指標として、下記内容から求職者が当院求人に興味をもってもらえているのかの動

向を数値化して示す。

(1) クリック率(全体表示から当院求人票へクリックされた割合)

(2) 応募率(当院求人票から応募された割合)

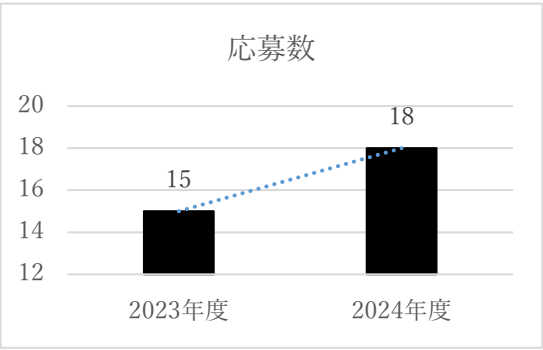
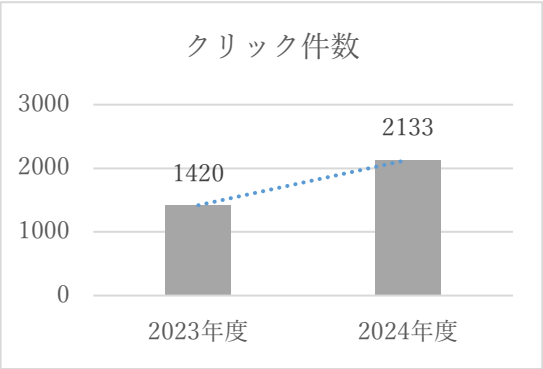
上記を指標とし、年度対比で 2023 年度と 2024 年度の同時期の掲載で比較をした際、平均クリック件数と応募件数は下記となる。

(表 1)(図 1)

【表 1】

2023年度			2024年度		
業務課	クリック件数	応募件数	業務課	クリック件数	応募件数
2023/8/10～9/30	384	2	2024/7/1～7/30	342	0
2023/11/20～12/19	154	0	2024/10/25～11/28	250	1
2024/3/30～4/28	232	2	2025/3/14～4/13	301	5
医事課			医事課		
2023/8/10～9/31	248	4	2024/7/1～7/31	312	2
2023/11/20～12/20	101	2	2024/10/25～11/29	561	5
2024/3/30～4/29	272	5	2025/3/14～4/14	272	4
渉外課			渉外課		
2023/8/10～9/30	14	0	2024/7/1～7/30	28	0
2024/3/30～4/27	15	0	2025/4/24～5/23	67	1

【図 1】



2023 年度クリック件数、業務課 770 件、医事課 621 件、渉外課 29 件に対し、2024 年度クリック件数、業務課 893 件(+123 件)、医事課 1145 件(+524 件)、渉外課 95 件(+66 件)と、大きく成果を残した。合計すると +713 名の上昇となる。

応募件数は 2023 年度、業務課 4 件、医事課 11 件、渉外課 0 件、に対し、2024 年度応募件数、業務課 6 件(+2 件)、医事課 11 件(±0 件)、渉外課

1 件(+1 件)となった。合計すると 18 件(+3 件)となる。

V. 考察

採用強化の取り組みは少子高齢化の現在では重要事項である。人材は企業の成長と競争力維持には不可欠であり、人財育成を通じて、組織全体の生産性向上・持続的な発展に繋がるからである。今回、男女混合の様々な年齢層で構成したメンバーでは求職者に対し「IMS の良さをより多くの方々に知っていただく為にどうすればよいか」を日々思索する中で 女性的意見や中途職員ならではの意見を交わしあい、個人では気付くことがなかった新たな「良さ」を見つけることが出来た。採用の基盤は職員自身が感じた事を素直に求職者に伝える「所感」にあり、その効果が求人票を通じて出たのではないかと考える。時代に適したワークライフバランスの実現・福利厚生の実現など内容の見せ方ひとつにも意見を出し合い、固定概念にとらわれない考え方ができたのは今回の結果の要因であると考えます。

VI. 結論

活動を始めて 1 年であるが、目標である応募数 20 件には届かなかったものの、昨年同時期対比で +3 件、クリック件数では目標値 2000 件を達成することができた。

このことから採用強化活動は有効といえる。今後も続くであろう売り手市場の中で、後期高齢者を支えていく医療業界では安定した施設運営にこの活動は必要不可欠である。

市場調査を行い、求人票を見直し、その結果を数値化し、フィードバックして次月に活かす PDCA サイクルは継続することにより更なる好結果を期待できる。今後、新たな「人材」を確保し、「人財」へと創出することで、組織がブラッシュアップできるきっかけになる事を期待する。

施設横断的な人材育成の取り組み

IMS Me-Life クリニック板橋
経理課 ○おかもと ゆか岡本優香 玄藤みさ

I. はじめに

過去 3 年間に予防医学部門の経理課に配属された新人の 2 年以内の離職率は 50%であった。厚生労働省が公表した令和 4 年 3 月に卒業した新規学卒就職者の離職状況によると、就職後 2 年以内の離職率は、短大等卒が 13.6%、大学卒が 11.8%であったため、全国的な平均よりも高い数値となっていた。従業員の早期離職による損失額は民間の試算によると 3 ヶ月以内の場合一人あたり約 187.5 万円、1 年以内の場合は 500 万円以上とも言われている。

各施設 1 名～最大でも 3 名と少数部署であることから、教育体制やモチベーションの維持に課題があると考え、今回予防医学部門に入職した新卒入職者の定着率向上の観点から、施設ごとに教育を行うのではなく予防医学部門として施設横断的に人材育成の取り組みを行ったのでその成果を報告する。

II. 取り組み目的

新卒入職者の早期離職を防止することによって人材の流出を防ぐとともに、教育コストや中途採用にかかるコストの削減に繋げる。

III. 取り組み方法

1. 対象:入職 3 年未満の新卒入職者
2. 期間:令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 計 7 回の座談会形式による集合研修にて自己紹介や他己紹介、アイスブレイクなどを行い互いの理解を深めた。
 - 2) テーマ別発表会として個人情報保護の取り組み

みや日々の業務で工夫していることなどをそれぞれがパワーポイントにまとめて発表した。

3) 他予防施設での OJT を行った。

4) グループ行事へ共同参加した。

4. 分析方法:

1 年間の取り組み後、一般的に早期離職と言われる入職 3 年未満の職員の離職率を取り組み前の数値と比較する。

IV. 結果

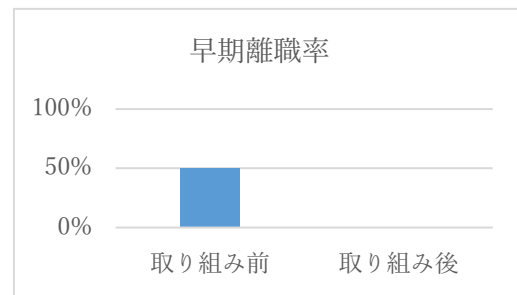


図 1

取り組み開始から現在まで、入職 3 年未満の職員の離職率は 0%だった。参加者からは、始まる前は「どんな人が参加するのか」、「うまくなじめるのか」など、不安だという意見が多かったが、取り組み後のアンケートでは、「一人で考え込まないようになった」、「分からないことがあったらできる方に頼れるようになった」、「会う機会が少なかったため関係を作る事ができるいい機会だった」などの意見が挙がった。

削減コストについてはリクルート就職みらい研究所の「就職白書 2020」によると令和 2 年卒では新卒 1 人あたりの平均採用コストとして 93.6 万円との試算が出ている。取り組み前と比較すると単純計算でおよそ 200 万円近くの経費削減になったと考えら

れる。平均採用コストについては令和 2 年卒では 93.6 万円だったが、令和元年卒では 71.5 万円だったため 1 年で 22.1 万円増加している。令和 7 年現在の試算は出ていないが一人あたり 100 万円は超えていると考えられる。なお、はじめにで引用した早期離職による一人あたりの損失額には、採用コストだけではなく教育コストや在職期間中の給与、社会保険料の企業負担分などの在職コストが含まれている。

V. 考察

取り組み後のアンケート結果からも、自施設以外の人とのネットワークができたことで、課題としていたモチベーションの維持に貢献できたと考える。また今回初めて他施設にて OJT を行うことで、予防全体でフォローする態勢も新たに構築できた。

今回の取り組みを通して職員の早期離職を防ぎ、採用や教育にかかるコストの削減に繋げるという目的は達成できたと思うが、開催する側の負担は少なくはなかった。

採用にかかるコストについては、今までは経理職員が不足となった場合には、本部による新卒採用での補充やグループ病院からの異動によって欠員補充を行ってきたため、予防としての採用コストがなく具体的なコスト削減額を算出することは難しいが、今年度より本部採用に加えて現地での新卒採用も行われることになり、グループ全体で考えるとますます採用コストは増えていくと考えられる。時間とコストをかけて行われる採用活動が無駄にならないよう現場は創意工夫が必要だ。

VI. 結論

リクルートワークス研究所の調査によると、大学卒の平均初任給額は令和 5 年 4 月入社以降、3 年連続で増加、令和 7 年卒に関しては全ての従業員規模・業種区分で増加している。

しかし一方で、初任給額を前年より増やした企業において、半数以上の 54.6%が必要な人数を「確保できなかった、できない予定」と回答している。こ

れは充足率を高めるうえでは初任給引き上げ以外の取り組みも重要であることを示唆しているといえる。

新卒採用は一括採用によってコストを抑えられるというメリットがあるが、入職後に早期離職が相次ぐとそのメリットが失われてしまうだけでなく、教育にかかったコストや欠員補充のための中途採用コスト、さらに十分な貢献なき人件費もかかってくる。雇用の流動性の向上が叫ばれ、転職は当たり前と言われる時代だからこそ、定着率向上への取り組みも、長く健全経営を行っていくうえでは新規採用と同じくらい必要なことであるとする。引き続きできる限り低コストで早期離職の防止につながる取り組みを模索していきたい。

参考文献

- 1) リクルート 就職みらい研究所「就職白書 2020」
リクルートワークス研究所:Works flash「ワークス
大卒求人倍率調査」特別レポート 大卒初任給と
新卒採用の動向

巡回型胸部 CT について ～2025年度 IMS グループ初、受注～

IMS Me-Life クリニック板橋

渉外課 ○西丸朋和

放射線科 遠藤悟志 システム課 平澤拓哉

I. はじめに

IMS グループ予防医学部門所属の IMS Me-Life クリニック板橋は、一般企業や学校へ健診バスで訪問し、事業所の机、椅子などの物品や会議室、企業スペースを借りて短期間の日程で在籍従業員の健康診断を一括で実施する巡回健診を提供しており、売上高は毎年右肩上がりで推移している。コロナ禍では新型コロナワクチン接種や PCR 検査などの特需による大幅な増収、増益を見込めたが、新型コロナウイルス感染症法上の位置付けが 2 類から 5 類へ移行されたことにより、今後特需での増収は見込めず、増収においては危機意識を持って毎年施策の立案に取り組まなければならない。また人口減少や物価上昇などの情勢を考慮すると、新たに独自サービスの構築、他社との差別化を図るための施策が急務である。現在巡回健診を提供している業者数は、日本全国において数百社規模と言われ、また巡回型胸部 CT を提供している業者は一握りである。今回新しい項目として考案した巡回型胸部 CT (造影剤を使用しない単純撮影) を当院の放射線科、システム課、自部門の 3 部門の職種横断的な連携を図ったことにより、IMS グループとして初の巡回型胸部 CT 受注、という成果が表れたので報告する。

II. 取り組み目的

令和 7 年度における巡回型胸部 CT の受診者数の確保と増収を目的とする。

* 過去の実績 実績収入: 新項目、実績なし

* 令和 7 年度目標 目標収入: 700 千円

III. 取り組み方法

1. 対象: 巡回健診の既存事業所、新規事業所
(施設健診案件は対象外)

2. 期間: 令和 5 年 10 月～現在も継続中

3. 方法:

1) 新規項目の立ち上げ

放射線科、システム課、自部門それぞれの立場から多角的な視点で意見を出し合う。放射線科は渉外課に不足している胸部 CT に関する基礎知識の習得の取りまとめを行った。

システム課は新規項目立上げの際、院内システムの管理や、受診票・結果書の出力方法、レイアウトについて取りまとめた。自部門からは、放射線科とシステム課に対して巡回健診の案件情報を共有し、アプローチ方法を模索した。

2) 基礎知識の習得

自部門向けに放射線科による基礎知識を習得するための勉強会を開催した。主な内容は、・胸部 CT (単純撮影) の基礎知識、・肺がん発生の基礎知識、・被ばくの基礎知識、・CT バスの大きさ等。

3) ターゲティングと Web アンケートの作成

新規項目のため、胸部 CT の特長や希望価格などのアンケート項目を考案、顧客へ案内しヒアリングを実施した。ターゲットは既存の一般企業や新規企業、または健康保険組合とした。

顧客向け Web アンケート考案について、自部門各担当者がターゲティングし、また放射線科、システム課と意見を出し合いアンケートの項目を作成した。主な内容は、・胸部 CT は胸部 XP では判別できない悪性所見を早期発見できる

ことを知っているか、・従業員の喫煙係数 600 を超えるか、・胸部 CT を業務中に予約なく短時間で受けられた場合受診を希望するか、・自己負担額が 14,300 円(税込)の場合、受診を希望するか、等。顧客よりアンケートの回答がなかった場合は、直接アプローチし、接続時に商材の案内、商談化できるよう訴求した。

4) 提案書の作成

Web アンケート作成と並行して、自部門のどの職員でも提案できるような構成の提案書を作成、渉外課全体の提案内容の底上げを図った。

5) 胸部 CT バス レンタル業者の選定

当院には胸部 CT バスを保有しておらず、放射線科よりレンタル業者を選定し、業者との連携を図り、且つ販売方法を模索した。

IV. 結果

令和 7 年度報告

予測収入:33 千円

獲得件数:1 事業所

実施人数:約 33 名

*2025 年 7 月現在、営業継続中

- ・Web アンケートアプローチ数:15 件
- ・Web アンケート回答数:5 件(回答率 33%)
- ・直接アプローチ数:32 件
- ・商談化数:8 件(商談化率 25%)
- ・受注数:1 件(成約率 12%)

A 社:約 33 名 330 千円

(業種:建築業 従業員数:60 名 喫煙率:71%)

顧客へ Web アンケートのヒアリングを実施、ニーズをリサーチしたが、Web での回答数は 5 件のみ、とアンケート調査自体が難航し思うような結果が得られなかった。新規項目立上げより、約 1 年が経過したところ、Web アンケートでのアプローチ手法では商談化は見込めないため、直接顧客へメール、または電話でのアプローチに変更し、営業手法の見直しを図った。商談時では、昨年実績の会社全体の喫煙率、及び各従業員の喫煙状況の分析データ提示に加えて、がん死亡者数と肺がんの死因性別ご

とのランキングの資料や、胸部 CT と胸部 XP の違いと早期発見についての資料、また 2025 年 4 月 26 日に国立がん研究センターが公表した新ガイドラインの情報提供を行った結果、IMS グループとして初、巡回型胸部 CT 1 件の受注に繋がった。今回初受注した事業所は、会社として喫煙そのものが問題視され、健康診断と同時に胸部 CT を受診することで従業員の肺の健康状態も全体把握をしたいという思いがあり、40 歳以上を対象に企業が全額補助を出し運用することとなった。また、営業展開と並行して、当院では胸部 CT バスを保有していないため、放射線科の支援により、胸部 CT バスのレンタル業者の選定を図った。業者は関東では 2 社のみとなり、両社に声がけし、価格の交渉を行った。巡回型胸部 CT の利益率は、巡回健診と併用での実施、且つ 20 名規模であれば、原価計算上医師の手配や結果書出力の費用は削減でき、当院の目標指標である利益率 30%以上の確保を実現できた。

V. 考察

新規項目は、日々の営業活動により受注できるものと考ええる。新規事業は、サービスインし、商品販売に取り掛かったとしても、過去の知見や成功事例がなく、事業展開においては常に不確実性との闘いである。誰も正解を知らない新規事業において、一つの手法で成功体験を得られなかったとしてもトライ & エラーを繰り返し、PDCA を回すことが効果的な手段と考える。

VI. 結論

予防医学部門の最終的な使命は、受診者の疾病を早期に発見、予防、そして健康増進に繋げることである。今回の巡回型胸部 CT の受注は現時点 1 件と売上は少額ではあるものの、今後の増収施策において IMS グループ全体の底上げのきっかけとなるのではないかと考える。また他社との差別化を図るためには胸部 CT バスの購入も視野に入れ、事業展開を模索し続ける必要があるのではないかと考える。

入居者満足度を高める“もう一つの手” ～コンシェルジュ導入による現場支援の可能性～

アイムス赤羽
事務部 ○佐藤欣子

I. はじめに

アイムス赤羽は、都市型の介護付き有料老人ホームとして、「その人らしい暮らし」を支えることを大切にしている。看護・介護・リハビリ・事務が一体となった多職種連携に取り組む中で、介護や看護スタッフはそれぞれ専門職として入居者の介護や医療対応を行っており、入居者の日常的な会話や要望をおき時間を十分にとれない現状がある。また、団塊の世代が後期高齢者となり、ニーズの多様化が予測される。入居者一人ひとりの声やニーズに丁寧に応える役割として「コンシェルジュ」を新たに導入した。

II. 取り組み目的

入居者ご家族が求める潤いのある生活を実現するために、入居者ご家族の声、また、声なき声に耳を傾け、要望を実現し、満足度の向上を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象:ご入居者様、ご家族様
2. 期間:令和6年1月10日～令和6年9月30日
3. 方法:
 - 1)「アイムス赤羽におけるコンシェルジュ業務」の内容に沿った、背景や目的、入居者、ご家族がコンシェルジュに期待すること、入居者に満足していただけるコンシェルジュの条件を理解する。
 - 2)毎日、各居室を訪問し、挨拶・体調確認・雑談を通じて入居者の心理的变化を察知、不満があれば内容を傾聴し、即時対応できるものは即対応。難しいものは各部署に情報共

有。情報共有はフロア主任や現場スタッフと随時実施し、協力体制の構築を図った。

- 3)ご家族とは面会時の様子報告、医療・介護

連携サービス「MeLL+(メルタス)」を利用

した情報共有を行なった。また、入居者の“好き”を共有しながらご家族も一緒にアク

ティビティ参加できるように案内をした。

4. 分析方法:満足度アンケートを実施し、コンシェルジュへの満足度やご意見を確認し、検証する。

IV. 結果

満足度アンケート実施。コンシェルジュの親しみやすさ、相談や要望の伝えやすさ、サポート全体の満足度の3項目を実施。満足:83.2% やや満足:15.0% やや不満:0.9% 不満:0.9%となった。「満足。」「話しやすい」「よく話を聞いてくれる」「対応がいい。」などプラスの意見の他、「コンシェルジュの役割となされている事がよく分からないのがもったいない。」との意見もあった。

V. 考察

日々の訪室を通じて、「相談しやすい存在」となり、小さな不満や希望が表出するようになり、入居者との信頼関係の構築ができたと考える。また、コンシェルジュ一人では対応が出来ないことは、都度、各部署、ご家族と共有することで協力の輪が広がり、要望の実現や潤いのある生活に繋がり、高い満足度を得ることができたと考える。コンシェルジュの役割や行っている事について、ポスターでの掲示や問い合わせがあった際に説明はしていたが、入居者ご家族へ役割や業務内容を事前に伝えられと、コンシェルジュへの理解が深められたのではないかと考

える。

VI. 結論

本取り組みにより、コンシェルジュは、入居者の声を聞き、各部署や家族につなぐ「橋渡し役」として機能することが確認できた。コンシェルジュが日々の訪室を通じて入居者との信頼関係を築き、「話しやすい」「相談しやすい」存在として機能することで、満足度の向上に繋がることが分かった。また、単独で対応できない要望についても、各部署やご家族と連携しながら実現に向けた支援を行うことで、入居者の暮らしに潤いをもたらすことができた。

一方で、コンシェルジュの役割や活動内容について、必ずしも十分に周知されていない現状も見られたことから、今後はご入居前の説明やパンフレット、定期的な情報発信などを通じて、コンシェルジュの意義や活用方法についての理解促進が課題となる。

今後も、入居者一人ひとりの「その人らしい暮らし」を支えるために、声なき声に耳を傾ける存在として、コンシェルジュの役割をさらに発展させていきたい。

社内スマートフォン切り替えを通して経費削減と業務効率化！ ～より便利に、より安く～

株式会社ハンドベル・ケア

管理部 ながおかようじ ○長岡要史

I. はじめに

株式会社ハンドベル・ケアでは、2022年5月にフィーチャーフォン(通称ガラケー)からスマートフォンの切り替えを行った。目的に合ったアプリの活用で業務効率化を図り、ビジネスチャット等のコミュニケーションツールを導入し、電話やメールよりも短時間で情報のやり取りができるようになり、社員同士のコミュニケーションの円滑化に繋がった。使用から3年が経ち契約の満了を迎えるに辺り、更なる業務効率化とコスト削減を目指し、切り替え作業を行った。

II. 取り組み目的

① コスト削減

スマートフォン切り替えを行うことで、適切な料金プランに変更することができ、通信費を削減することが可能。最新のスマートフォンを導入することで、長期間の保守コストや故障による損失リスクを軽減も可能。

② プランの最適化

様々な通信プランが存在する市場において、定期的な見直しを行うことで、最適なプランを選択できる。データ通信量の増加や通話料の削減など、具体的なニーズに合わせてプランを調整することが可能。

③ 業務効率化

法人携帯をスマートフォンにすることで仕事に役立つアプリをインストールできる。通話以外の機能を活用して、業務効率化を図れる。

例えば、メールアプリやチャットアプリを使うことで、外出先でもスムーズにコミュニケーションを図れる。文書作成・表計算アプリをインストールしておけば、場所を問わず業務に取り組むことができる。

④ 情報共有の円滑化

スマホにビジネスチャット等のコミュニケーションツールを導入し機能を活用すれば、電話やメールよりも短時間で情報のやり取りができるようになり、社員同士のコミュニケーションの円滑化に繋がる。また、複数人へ同時に情報共有がしやすくなることから、情報伝達不足などの解消に繋がる。

III. 取り組み方法

1. 対象:2024年10月～2025年4月

2. 期間:半年

3. 方法:

- 1)用途のヒアリング
- 2)利用状況の精査
- 3)必要台数の精査
- 4)相見積もりの取得
- 5)価格交渉

4. 分析方法:

既存の契約先から月毎の利用状況のデータの平均値と通話時間を算出し、データ利用量を算出。

IV. 結果

●ガラケー→スマートフォン切り替え時

【金額】

ガラケー単価...3,237円

ガラケー合計料金 375,482円(116台)

スマホ単価...月額 2,512 円

スマホ合計 291,438 円(116 台)

⇒84,402 円/月減

●スマートフォン機種・プラン変更時

(DoCoMo→ソフトバンク)

新スマートフォン単価...1,569 円

新スマートフォン合計料金...

175,725 円(112 台)

⇒115,713 円/月減

3 年で 4,165,668 円の経費削減見込み。

V. 考察

社用スマホを切り替える際には「見積もり」と「価格交渉」が非常に大切であると考えている。この 2 つに力を入れることでコスト削減と業務効率化につながる。複数社の見積もりを比べることで、携帯端末やサービスの適正価格を把握できるため、自社に必要なプランを適正価格で契約することができる。他社の見積もり金額を元に、「A 社の見積もりでは〇〇円。こちらの B 社でも、もう少し値下げができないか」など、価格交渉を行う際にも役立つ。法人は個人の契約時よりも契約台数が多くなりその分、個人契約より単価を下げても、売り手は十分に利益を得られるため、数百台を一気に新規導入する際の相対契約では、価格交渉がしやすくなり、効果的なコスト削減が図れたのではないかな。

VI. 結論

本取り組みでは、最新機種を導入することにより業務効率化のさらなる推進、適切なプランを導入することによってコスト削減を進めることができた。今後は、スマートフォンの内線化を行い PHS の廃止・固定電話機の削減し、本社電話をスマートフォンで着信可能にすることによってテレワークの導入を進め多様な働き方の実現や更なるコスト削減に取り組んでいきたい。

埼玉営業所開設がもたらした売上増加 ～ニーズを捉えた福祉用具販売貸与の営業展開～

ハンドベル・ケア埼玉営業所
在宅営業 G ○菅野英潤^{かんの えいじゅん}

I. はじめに

日本の高齢化率は上昇し今後さらに在宅医療や介護のニーズが高まるとされている。埼玉県は高齢化が急速に進む都市近郊型エリアであり、在宅介護ニーズが急増している。2025 年、埼玉県の総人口は約 732 万人で、2040 年には 700 万人を割ることが見込まれている。

一方で、2025 年の高齢者(65 歳以上)人口は過去最高の約 204 万人、高齢化率 27.8%となる見込みである。

団塊ジュニア世代が 65 歳を迎える 2040 年には約 232 万人となり、高齢化率は 33.3%となる見込みである。

入所施設の整備はこの増加率に全く追いついておらず、今後はより一層の在宅での福祉用具貸与のニーズが高いエリアである。

福祉用具貸与事業所に求められているは、「迅速な対応」と「地域密着型のサービス提供」が厚労省のアンケートデータにある。

これまで埼玉エリアについては東京支店から訪問し営業活動を行っていたが、売上・利用者件数ともに停滞していた。

埼玉県での今後の需要増を見込み、営業所開設と営業員増員を図り活動した結果を振り返り、今後の展望を考察する。

II. 取り組み目的

売上と利用者件数の増加を見込み 2024 年4月に埼玉営業所を開設。IMS グループ病院、施設との連携強化を視野に入れ、富士見総合病院、三芳総合病院、埼玉セントラル病院の近接地である富士見市に開設する。移動時間 30 分以内の場所に

拠点を置き、問い合わせ時の即日対応、依頼後の即日納品対応、商品の在庫切れを起こさない仕入ルート確保などの体制を構築し、レスポンス力を強化する。特にグループ病院からの退院患者に対して早期アプローチ体制を整備し、利用者件数の増加を実現する。

III. 取り組み方法

1. 対象:近隣イムスグループ病院の相談室及びリハビリ室

2. 期間:2024年4月～2025年 6 月

3. 方法:

大前提として、依頼には当日対応する。

1) グループ病院の相談室・リハビリ室に対して住環境整備や福祉用具の情報提供等を目的とした訪問営業、月2回以上

2) 福祉用具の在宅復帰支援お試しレンタル(入院患者に対して 60 日間無料、在宅復帰後レンタル契約)の周知営業。入院中に退院後の生活を見据えたりハビリを行えるよう利用者の状態に合った用具を無料レンタル。スムーズな退院、在宅復帰を支援する。

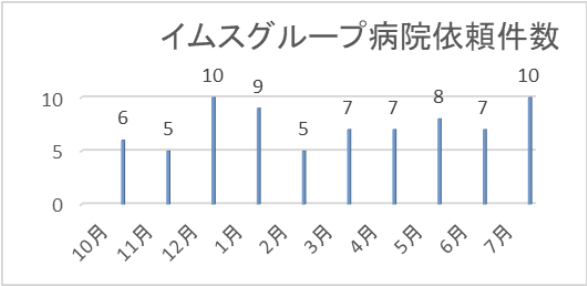
3) 退院前の家屋調査への立会いの提案。福祉用具・住宅改修の必要性を確認、スムーズな退院、在宅復帰を支援する。

4. 分析方法:

営業実績(売上件数)、新規居宅との連携件数、グループ病院紹介からの成約率などを定量的に分析

IV. 結果

- 1) 売上
埼玉営業所開設時 2024 年4月売上実績
¥1,762,317 円
2025 年 5 月売上実績¥2,736,389 円
売上 55%増↑
- 2) レンタル件数
2024 年 4 月レンタル件数実績 96 件
2025 年 5 月レンタル件数実績 156 件
レンタル件数 60 件増↑
- 3) IMS グループ病院依頼件数
埼玉営業所開設前:依頼数月平均2件
2024 年 10 月～2025 年 7 月集計結果
合計依頼件数:74件
契約件数:30件



契約件数

振り分け先居宅	
居宅名	件数合計
志木みずほ	1
イリーゼ川越はなれ	1
愛の手プランニング	1
Links川越	1
ひだまりの庭むさしの	1
あさがお上福岡	1
つなぐ	1
ケアプランセンターMiosa	1
上福岡リハケアセンター	1
霞ヶ丘包括	1
アヤカリナ	2
えぶりわん鶴瀬西	1
あゆみ	2
サーヴァントふじみ野	1
入間在宅カラフル	2
アヤカリナ	6
ふじみ野ケアセンター	1
ケアピリカ三芳	1
ベテラン館	1
埼玉ロイヤル	1
イムスケアふじみ野	2
新規レンタル件数合計	30

埼玉営業所開設後、在宅支援におけるレスポンス向上が評価され、顧客ニーズに即応できる体制が整備された。

結果として、売上件数が増加。イムスグループ病

院・施設からの紹介数も安定し、在宅利用者のスムーズな退院支援が可能となった。

また、契約先居宅支援事業所との連携も強化でき、今後の継続的な営業基盤となっている。

V. 考察

営業エリアの中心に拠点を置き、30分以内での移動を可能とすることで、移動時間の減少、それによる訪問件数の増加、依頼発生時の即応性が上がった。頻回訪問が可能となり、相談室、リハビリ室スタッフからの認識度が上がったと感じる。在宅復帰お試しレンタルというスキームも一定の評価をいただき、依頼件数も伸びている。

入院中に身体状況に合った福祉用具が使用できること、緊急の退院患者への即日納品や家屋調査対応など在宅復帰の支援体制を強化したことは相談室・リハビリ室スタッフから一定の評価を得ていると実感する。

病院としても入院中に退院に向けた準備がスムーズに進むことは早期退院につながり、利用者側も安心安全に在宅生活に戻れることで双方にメリットがある。

自社としても、退院後に担当する地域包括や居宅介護事業所から競合先へ依頼されていたろう利用者を入院中からの事前相談を受けることで利用者件数の増加に繋げることができている。

VI. 結論

埼玉営業所の開設による地域密着型営業は在宅支援体制を強化し、売上・利用者件数増加の成果は出ている。しかし、採算ベースに乗せるためにはさらなる飛躍が必要である。今回のスキームを継続、改善しグループ連携への貢献と共に地域での認知度を上げ埼玉営業所を成長させたい。

ICT 機器導入による夜勤業務の省力化と 記録の効率化を通じた職場環境改善の取り組み ～科学的介護への第一歩としての ICT 機器活用～

看護小規模多機能型居宅介護 ケアピリカみさと

看護部 ○清水毅^{しみずつよし}

I. はじめに

慢性的な人材不足と夜勤業務の過重な負担は、介護現場において喫緊の課題である。当施設は一人夜勤体制であり、最大 9 名の宿泊者を対象とした巡視や記録業務は職員の大きな負担となっていた。加えて、訪問系サービスでは、事業所に戻ってからの記録入力が残業の一因となっていた。

こうした状況を踏まえ、ICT 機器の導入により、労務環境の改善と業務の効率化を図る取り組みを行った。特に、見守り支援機器 AAMS および訪問記録支援アプリ CarePaletteNurse の活用を通じ、職員が“働き続けられる環境”を整備することを目指した本取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

補助金を活用した ICT 機器の導入および活用を通じて、夜勤・記録業務の負担を軽減し、職員が継続して働ける労務環境の整備を図ること。

III. 取り組み方法

1. 対象:本施設の入所者および夜勤・訪問に従事する介護・看護職員
2. 期間:令和 6 年 6 月～現在
3. 導入プロセス:
 - ・社内福祉用具部門に見守り支援機器の比較検討を依頼し、「眠り SCAN」「AAMS」を候補とした。訪問記録用には、介護ソフトとの互換性から CarePaletteNurse を選定。

・実機比較のため、複数施設を見学し通知の即時性・操作性・価格などを評価。AAMS を導入機器とした。

・AAMS 導入に際しては、通知頻度や操作への不安に配慮し、介護主任・副主任を先行導入の対象とし、設定調整と運用確認を行った。

・CarePaletteNurse については、訪問先での記録入力が可能な点に着目し導入を決定した。

・導入工程全体は統括所長が指揮し、各担当者が連携して機器選定・導入・設定支援を行った。

IV. 結果

・導入にあたっては以下の費用がかかっており、以下補助金を含めた詳細。

(補助金対象外)

AAMS 見守り機器一式:1,545,700 円

LAN 工事・環境構築:707,000 円

→ 総額 2,477,970 円(税込)

(補助金対象)

iPhone15(5 台分):512,728 円

CarePaletteNurs(5 台使用権):953,800 円

→ 総額 1,613,180 円(税込)

補助金については、申請額は補助対象の 4 分の 3 であり、内示額は 746,000 円であった。

実質負担としては、867,180 円となった。

・AAMS の通知頻度や操作に戸惑いはあったが、役職者の先行使用と個別説明によって、想定よりも早く現場に定着した。

・AAMS 導入後、呼吸・心拍・体動の遠隔確認により、無用な訪室を減り、1 夜勤あたり 10

～15回の訪室削減(体感)

- ・転倒発生時には映像記録で原因を可視化し、根拠ある対策が可能となった。
- ・CarePaletteNursにより、訪問の記録が訪問先で完結。情報共有の迅速化、記録忘れの防止、残業削減に寄与。

V. 考察

AAMS導入にあたっては、体動検知の精度が高く通知頻度が多いため、夜勤者への負担や混乱が想定された。特に慢性的な人員不足の中で、新たな機器操作への抵抗感も懸念された。

そこで、導入初期は介護主任・副主任が先行して使用し、通知設定の調整や運用方法の共有を行う体制を整えた。役職者が相談役となることで、一般職員へのレクチャーや不安軽減につながり、段階的に定着を図ることができた。結果として「通知に支配される状態」から「活用できる状態」へ意識の変化が見られた。

また、CarePaletteNurseの導入により、訪問後の記録業務が訪問先で完結できるようになり、情報共有の即時性が向上した。記録時間の短縮により「業務の区切りがつけやすくなった」「その場で記録できる安心感がある」といった職員の声も聞かれている。時間外勤務削減の効果は現在計測中だが、心理的負担の軽減が期待される。

今回の取り組みは、福祉用具事業を母体とする強みを活かしつつ、現場目線での支援体制と段階的導入により定着を図ったものであり、現場の負担軽減と定着を実現した、ICT機器活用の実践例といえる。

VII. 結論

本取り組みでは、見守り支援機器 AAMS と訪問記録支援アプリの導入により、夜勤業務や記録作業の負担軽減を図った。

役職者による先行運用と段階的な支援体制に

より、現場職員の不安や抵抗感を抑えつつ、現実的な定着を促すことができた。

今後は、こうした ICT 機器によって得られたデータを LIFE と連携させ、定期的なカンファレンスを通じて「根拠あるケア」へと活用していく仕組みづくりが求められる。

ICT 導入は単なる効率化手段ではなく、「働きやすさ」や「施設としての選ばれやすさ」に直結する要素でもある。

深刻化する人材不足に対し、先行的に ICT 活用を進め、求職者に選ばれる職場環境を整えることは、今後の介護現場の生存戦略ともいえる。

【参考・引用文献】

1. 厚生労働省. 第9期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について(2024年3月)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/001274765.pdf>

2. 厚生労働省. 介護テクノロジー導入支援事業の実施要綱(2024年4月)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001478274.pdf>

3. 厚生労働省. 科学的介護情報システム(LIFE)関連資料

<https://www.mhlw.go.jp/kaigoseisansei/>

時代に合わせたアップデート ～請求業務オンライン化の成果～

株式会社アークランド

管理部 リテール請求管理 ○芦田ひかり 鈴木舞織 吉川紗耶

I. はじめに

株式会社アークランド（以下弊社）では、入院患者へ病衣やタオル等の日用品を日額単位で貸し出す「入院セット」のリース業務を行っている。

これまで、入院セットの申込から請求書の発行・発送までの全ての業務を紙媒体で運用してきた。しかし、システムへの申込内容の入力や、請求書の発行・発送作業には多くの時間と手間がかかるため、改善が求められていた。また、紙媒体では用紙やインク、郵送料のコスト負担も大きいことも課題であった。

一方で、社会的にもオンライン化の需要の高まっていたこともあり、支払方法に「オンライン決済」を追加した。実際に運用を進めた結果、作業時間の削減および業務コストの低減にも一定の効果が見られたため、その取り組みについて報告する。

II. 取り組み目的

1. コロナ禍における非接触型手続の需要増加・医療分野でのオンライン化の波及（マイナ保険証、受診予約のオンラインシステム導入など）
2. 利用者の利便性向上
(Web 上での利用状況確認・オンライン決済)
3. 施設職員の負担軽減
(利用状況の確認・報告作業の削減)
4. 請求業務の作業時間削減
5. 請求関連コストの削減
(印刷費・郵送料など)

現在、入院セット導入済の 35 施設中 7 施設

でオンライン決済を導入している。(2025 年 7 月末時点)

本発表では、オンライン決済利用者が最も多い施設を集計対象にした結果を述べる。

III. 取り組み方法

1. 対象: 急性期 A (317 床)
2. 期間: 2024 年 9 月～2025 年 3 月
3. 方法:
 - 1) オンライン化に伴う資料を用いて施設職員へ説明
 - 2) 請求をオンライン化
 - 3) オンライン導入後と未導入想定の実作業時間、コストを比較
 - 作業時間は以下の項目で比較する
 - ・紙の請求書の発送作業（折り/封入/封綴じ）にかかる時間は 1 通あたり 30 秒とする
 - コスト削減は以下の項目で比較する
 - ・決済代行サービスにおける手数料
 - ・紙の請求書発行にかかる費用（用紙/インク/送料）※送料は 1 通あたり 110 円とする

IV. 結果

- 1) オンライン決済利用率
オンライン決済導入 7 施設の平均は 10%だが、入院セット利用者数が最も多い施設 A では利用率 20%を超えた。
- 2) 請求業務のコスト削減
印刷費・郵送料が不要となり、僅かだがコスト削減につながった。

	導入前	導入後	差額
平均コスト	179,295 円	176,140 円	3,155 円
印刷費用 (インク・用紙代)	必要	0 円	全額 削減
郵送費 (1 通あたり 110 円)	必要	0 円	全額 削減

図 1

3) 請求業務の作業時間

オンライン決済は送信ボタンをクリックする数秒で作業が完了するため、請求書の封綴じ作業が無くなり、大幅な時間短縮となった。

	紙媒体	オンライン決済
1 回の請求における 作業時間	約 70 分	約 3 秒

図 2

V. 考察

利用者の利便性向上や、多様な需要に応えるために導入したオンライン決済は、時間・場所を問わない決済や支払いによるポイント付与(PayPay/クレジット決済が該当)等、利用者の利便性、満足度向上にもつながった。実際に、利用者からも「非常に便利だ」「夜遅くまで仕事があるためいつでも支払いができて助かる」といった声も上がっている。

また、作業効率化やコスト削減など、施設側にとっても良い影響が見られた。オンライン化が利用者、施設、弊社の三方向に良い影響をもたらしていると言える。

導入実績はまだ少ないが、そのでも今回のような成果が得られたことから、他業務や他施設でもオンライン化を進めることで、より高

い効果をもたらすことができるのではないかと考えられる。

VI. 結論

オンライン化の導入は現在進行中であるため、導入施設の少なさや認知度の低さなど、まだまだ課題は挙げられる。今回の調査でも作業効率化やコスト削減、利便性向上等にある程度の効果は出ているが、オンライン化の真価は導入施設や利用者数が増えることでより発揮されるものであると考えている。

弊社では最終的に決済方法を含めた一連の手続き(申込から問い合わせ対応まで)をオンライン化し、サービスの更なる利便性・満足度の向上することを目指している。効果拡大のため、引き続き導入施設増加の働きかけや、利用者への周知に努めることが現在の課題であると言える。

医療原価低減に向けた取り組み ～QlikView と物流システムを活用した価格交渉～

新池袋商事株式会社
営業部 ○角田絵里 小澤恭子

I. はじめに

弊社では以前より医療材料の価格交渉を行っていましたが、医療材料の購入実績データや物流システム登録情報を活用しきれていなかった。また、削減額実績集計と見積価格で納品されているかのチェックが出来ていなかった。

購入実績データを活用した価格交渉を行うため、さらなる医療原価低減に向け令和 4 年 2 月より価格交渉の流れを見直した。令和 5 年度からは見積価格と納品価格のチェックを開始した。価格交渉の流れの見直しと納入価確認を開始した結果、および医療原価低減の効果について報告する。

II. 取り組み目的

医療材料の購入実績データを分析し、購入量や施設ごとの納入価を可視化することで医療原価低減につなげる。

見積価格と納入価のチェックを行うことで、業者からの誤請求に遡及依頼をする。

III. 取り組み方法

1. 対象: 業者から見積書の提出があった医療材料
2. 期間: 令和 4 年 4 月～令和 6 年 3 月
3. 方法:

1) QlikView の作成

アイセルネットワークスに医療材料購入実績データを分析するための QlikView 作成を依頼し、医療材料購入実績データの QlikView を作成した。

2) 見積書(見積価格)の確認方法の見直し

価格の比較方法

変更前

昨年度実績データと物流システム登録情報

変更後

3 年前から直近の実績データと物流システム登録情報

3) 再見積もり依頼をするルールの見直し

変更前

他施設と比較して 300 円以上の差がなければ再見積もり依頼をしない。

変更後

他施設と比較して 1 円でも差額があれば再見積もり依頼をする。

4) 物流システム登録情報の適用日が直近 1 年の材料をデータ抽出。購入実績データと照合し、見積価格と納品価格のチェック。

見積価格と納品価格が不一致だった材料について業者へ遡及依頼をする。

4. 分析方法:

価格交渉を行い、値下げした材料を Excel で管理し、そのデータを QlikView に取り込み、弊社の価格交渉によって削減できた医療材料費を算出。

見積価格と納品価格が不一致だった材料の遡及依頼額を集計。

IV. 結果

1. 価格交渉による医療原価低減

令和 4 年度削減額

11,052,588 円

令和 5 年度削減額

12,639,960 円

令和 6 年度削減額

11,588,669 円

3 年連続 約 10,000,000 円の値下げ(医療原価低減)をすることができた。

2. 誤請求に対する遡及額

令和 5 年度

2,576,579 円

令和 6 年度

836,919 円

弊社が遡及依頼をしなければ上記、金額を多く支払うことになっていた。

V. 考察

QlikView を導入したことで、納入価の比較およびIMSグループ最安値が分かりやすくなったと考えられる。あわせて見積書の確認方法と再見積もり依頼のルール見直しにより再見積もり依頼(価格交渉)が増えた。

遡及額が減ったのは、誤った納入価で納品すると弊社から遡及依頼があるということが業者に認識されたと考えられる。

VI. 結論

QlikView を活用することで、納入価の比較が容易になり、どの材料を再見積もり依頼(価格交渉)しなければいけないのか明確になった。

QlikView では購入数量や納入価差額で並び替え、JANコード・品名・製品番号・施設名・エリア等で条件を絞ることも可能です。色々な方法で購入実績データを分析することで、業者への価格見直し依

頼をすることが可能になった。

QlikView を活用し、価格交渉を行うことで IMS グループ全体の医療原価低減を実現した。

価格交渉の一連の流れについてルールをはっきりとさせたことで、価格交渉に関わるスタッフ全員が同じ認識で価格交渉をすることが出来るようになった。

誤った入価での納品を減らす取り組みとして誤請求に対する遡及依頼についても継続して行っていく。

今後となる医療原価低減に向けて医療材料の価格交渉を行っていきたい。

値引きについての交渉 ～価格交渉での交渉術の重要性～

新池袋商事株式会社
営業部 ○水村勇希

I. はじめに

弊社には IMS グループの全施設より稟議書を受け取り、精査を行う営業部がある。営業部では、主に業者への値引き交渉や稟議内容に誤りが無いかを確認しており、業者との値引き関連での交渉テクニックは必要不可欠であると考え。年々の物価上昇により弊社営業部の重要性は高いといえる。本演題では、業者とどのような交渉を行い、どのような交渉術を使い、どれだけの効果を出せたかを報告する。

II. 取り組み目的

弊社営業部では目標として経費削減を掲げている。そのため1円でも多くの値引きを行う必要がある。業者と我々がお互いに利益があり、尚且つ納得のいく終着点を見出すことで、通常より大きい値引きの結果を出しグループ全体へ貢献することが目的である。

III. 取り組み方法

1. 対象: R6.6 から送付された稟議書
2. 期間: R6.6～R7.5 の1年間。
3. 方法:

【ZOPA、Zone of Possible Agreement (交渉可能な領域)の設定】

ZOPA は交渉における合意のラインを一目瞭然、明らかにすることで交渉中、よりよい合意に向けた戦略を練ることに意識を集中させることができるのである。このように ZOPA を活用しながら、自分の目標と相手のニーズを比較しながら、合意可能な目標ラインを見極める。

【BATNA、Best Alternative to a Negotiated Agreement】

BATNA (バトナ)とは交渉が失敗した場合の代替案。かならずしも理想とする結果を得られるものではない交渉で、相手側と自分の選択肢を考え、交渉を継続するか妥協点が見つからなければ損切をする。

【大きく出る (Door in the Face)】と「小さく出る (Foot in the Door)】

交渉において説得するための心理テクニックの1つ。大きく出る (Door in the Face) は最初に大きな要求を伝え、次に要求を小さく提示して受け入れやすい状況を作る。反対に小さく出る (Foot in the Door) は少ない要求を提示し、受諾したら徐々に要求を大きくする。

上記3つの交渉術を使い期間中に担当した稟議での価格交渉を行う。

4. 分析方法:

業者との交渉において交渉テクニックを使用して良い結果が出せたか (交渉テクニックの有効性が確認されたか) の確認をした上で、値引きが成立した件数と値引きした合計金額を結果とする。

IV. 結果

R6.6～R7.5 までに 1,839 件の稟議を担当、うち 417 件の価格交渉が値引きに成功した。

値引き金額の合計は 20,544,244 円という結果となった。

V. 考察

交渉時に総額の 3%~10%の値引きを目指し価格交渉を行い、購入や修理案件ではそれなりに値引きが出来た。また保守や点検といった案件は値引くことが難しいものではあるが、「大きく出る(Door in the Face)」と「小さく出る(Foot in the Door)」によって端数を値引くことができた。また ZOPA と BATNA を使った例としては、15 万円の購入案件があり、3 万円の値引きを交渉したが、業者からは「それは難しい」と返答があり交渉失敗。そこで最低 5 千円最高 2 万 8 千円という交渉可能な領域(ZOPA)を設定、次に 1 万 5 千円はどうかという交渉が失敗した場合の代替案(BATNA)を使い、結果として 1 万 2 千円の値引きを成功させた。よって 3つの交渉術は有効であることが分かった。

自身と相手側でお互いに利益がある交渉を行うことで次回以降の交渉がやり易くなるため、今後は値引き可能な最大ライン(値引き率 100%)と中間ライン(値引き率 50%~70%)の把握に努めることが重要だと考える。

VI. 結論

様々な業者との取引がある中、今回挙げた交渉術は確かに有効ではあるが、お互いに納得のいく内容(利益がある状態)であることが前提条件である。

以上の前提条件に気を付けた上で交渉術を駆使することで、交渉の成功件数は増加するだろうと推察する。交渉の有効性は一概に率で表すことは難しいが、R6.6~R7.5 までに値引き交渉が成立した 417 件中 6 割の 250 件は交渉術を使い値引きを成立しているため、今回挙げた3つの交渉術は有効であると考ええる。

【引用文献・参考】

・戦略的交渉と交渉学 ~交渉学入門~ 隅田 浩司 2005

・交渉上手は頭の中に BATNA(バトナ)や ZOPA(ゾーパ)などの構造を描く:交渉の基本概念
GLOBIS 知見録編集部 研究員 大島一樹
2017

稟議書処理業務で目指せるキャリアアップ ～医療従事者としてのステップアップ～

新池袋商事株式会社

営業部 ○田村夏樹^{たむらなつき}

I. はじめに

新池袋商事では IMS グループ全施設の 10 万円 (税別) を超える「器械・備品購入稟議書」を毎週水曜日に開催される本部稟議審査にかけるため、価格交渉及び内容確認・精査業務を行っている。毎週 100 件～150 件の稟議書が届き、令和 6 年 3 月時点で常勤 1 人・定年後嘱託者 2 人の計 3 人が 1 人あたり平均約 30～50 件の稟議を担当、職員は病院からの転勤者で病院業務に精通はしていたが、各自が自分の経験値のみで業務を行い、業務マニュアル等はなく、統一性が全く図られていない状況だった。そこで、令和 6 年 4 月に常勤 1 名の若手職員が病院から転勤で赴任してきたのをきっかけに、転勤者や中途入職者がすぐに何も困らず安心して業務に従事出来、キャリアアップに繋げる仕組み作りを進めて行くことにした。

II. 取り組み目的

現状人数で欠員や病欠が発生すれば稟議書の処理が滞り、病院・施設に迷惑をかけることになるため、その防止を図る。

IMS グループに何十年も従事してきた職員でなければ処理が不可能な現状を変えるため、処理内容の統一性を図る。

稟議書処理業務を経験することで、医療従事者としてのステップアップが図れることを実感し、それを明確にする。

業者との価格交渉で大きな値引き額を引き出せる人材を育て、病院・施設に貢献する。

III. 取り組み方法

1. 対象: 転勤者・中途入職者

2. 期間:

令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日

3. 方法:

1. 業務マニュアルの作成

稟議書到着～本部審査へ提出するまでの稟議書の種類に応じた業務処理ルールを可視化し、手順を明確にしていく。

複雑化したルールを解明し、単純に分かり易くする。

2. 医療従事者として知識

医療機器の購入・レンタルや設備、システム導入における稟議は、医療従事者としての知識が必要不可欠なため、簡単なものから少しずつ難易度を上げ、一つ一つ解説し、最終的には導入後に得られる収入計算までが出来るようにしていく。

3. 業者との価格交渉スキルの習得

業者への値引き交渉は、「どうすれば相手は値引きしたくなるのか」、相手にもメリットがあることを理解した上で交渉にあたるのが大事であるためその手法を習得させる。

4. 稟議書処理数に応じたステップアップ

毎週 100 件～150 件の稟議書が届くため数をこなすことで自ずと知識が積み上がり、処理スピードや正確性が増す。慣れるまでの半年は平均 20 件、その後平均 50 件以上を目標とし、徐々に難易度の高い稟議書へチャレンジ。最終的には内容に関係なく毎週平均 30 件前後の処理を可能にさ

せる。

4. 分析方法：

業務マニュアルの完成度
稟議書の処理数の変動値
値引き金額

IV. 結果

1. 業務マニュアルの完成度

○業務マニュアル基本編 100%

※A4 にて 4 ページ

○業務マニュアル応用編 0%

2. 稟議書の処理数の変動値

令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日

⇒ 1,855 件

前半 6 ヶ月 521 件 (28%)

後半 6 ヶ月 1,334 件 (72%)

3. 値引き金額

値引き交渉成立数 1,855 件中 417 件
(22.4%)

値引き金額の合計 20,544,244 円

1 件あたりの値引き金額 49,266 円

V. 考察

業務マニュアルは基本編と応用編に分けて作成、基本編は完成し、これを基に業務に従事させることが出来た。

医療従事者としての知識は、赴任してきた当時と比較するとかなり向上し、収入を算出するための手術加算等の診療報酬計算も一部は理解した上で行うことが出来るようになった。

一番向上したのは業者との価格交渉スキルで、習得した手法以外に自分なりに勉強して価格交渉にあたっていた。

稟議書の処理数は年間で 1,855 件、週換算で約 36 件。これは全体の約 3 分の 1 に相当する数で大きくステップアップしている。

VI. 結論

病院に勤務していなくても医療従事者としてのステップアップは十分可能で、さらには社会人としての交渉スキルなどが身に付くことで、キャリアアップ形成に繋がる

ことも十分証明出来た。数多くの業者と関

わるため、営業的な手法が身に付き、価格

交渉によって金額を下げ、結果、病院・施設の経

費削減にも大きく貢献するので、若手職員にとっ

ては非常に大きなキャリアアップを目指せる環境

と言っているだろう。今後はマニュアルの充実も

含め、さらなるステップアップが図れる環境を作っていきたい。

学生確保の為の施策 ～少子化・大学に負けるな！～

板橋中央看護専門学校

学務課 かなもりけんたろう 金森健太郎

I. はじめに

直近の学校運営の課題としては、志願者の確保がより困難な状況にある事である。

原因としては、少子化の問題もさることながら、大学定員厳守の緩和や進学の容易化である。大学・短大や専門学校の状況も同様であり、3年課程3年制の専門学校だけがライバルではなくなっている。

II. 取り組み目的

IMS グループの看護学校である当校は、優れた人材を育成し IMS グループで貢献できる人材を多く輩出することを目的としている。

そこで、人材輩出の基となる入学定員 100%を目標として活動したので報告する。

III. 取り組み方法

1. 対象: 令和 7 年度入学者

2. 期間: 令和 6 年 4 月 1 日

～令和 7 年 3 月 31 日

3. 方法:

1) オープンキャンパス・見学等の来場者数増加策の実施+

通常行っているパンフレット発送の際に案内チラシの封入、ホームページでの告知に加え、高校で行われる進路ガイダンスに積極的に参加をした。

令和 5 年度は 22 校のガイダンスに参加したが、令和 6 年度は 28 校に参加し、学年を問わず来校を呼び掛けた。

またガイダンスの他、当校教員の協力を得て、模

擬授業にも積極的に参加した。

授業 1 コマ 40～50 分の内、10 分程を当校 PR に充て、その中で来校を呼び掛けた。

模擬授業は 1、2 年生対象が多いが、次に繋がる種蒔きと考え今後も継続していきたい。

2) 指定校推薦枠の拡大と指定校の増加

当校では推薦入学試験は 10 月と 11 月に実施され、一般公募推薦入試と指定校推薦入試が同時に行われる。

指定校推薦入試は 2016 年度募集から導入された。これは受験生の立場から見ると、高校から推薦を受ければ確実に入学できるメリットがあり、逆に当校から見れば、入学辞退の心配が無く、かつ学力、人物共に優秀な人材の確保ができるメリットがある。当初は東京、埼玉を中心に 19 校でスタートし、その後高校数と人数の見直しと、新規指定校増加を段階的に実施し、令和 6 年度入試までに 27 校、令和 7 年度入試では 7 校増加し 34 校となり 14 名が合格し、定員 80 名の 17.5%が確保できた。

IV. 結果

＜入学者数＞

令和 7 年度入試定員	80 名
合格者	94 名
辞退者	21 名
入学者	73 名
充足率	91.3%

＜オープンキャンパス来校者数＞

	学生本人	保護者
令和 6 年度	226	131
令和 5 年度	219	125

＜見学来校者数＞

	学生本人
令和 6 年度	98
令和 5 年度	144

V. 考察

結果としては、目標を下回った。

要因は断定できないが、専門学校の利点、板橋中央看護専門学校の良さを十分に周知できていないと思われる。

少子化の中、また、医療分野職種が多様化している中、減少する看護師希望者を大学・専門学校が奪い合い構図であるから、営業・販促エリアを拡大し、今まで“板看”を知らなかった学校・生徒の層に知ってもらう必要がある。そこから、オープンキャンパス・見学に導き、“板看の良さ”を直接アピールしなくてはならない。オープンキャンパス・見学等の集客には、従来の学校訪問やホームページ等の広報の他に、今以上に SNS 対策等を実施し、イマドキの高校生にバズる施策が必要である。

オープンキャンパスでは、在校生にも活躍してもらい、来場者の満足度調査では、高い満足度が出ているものの、“板看で学びたい！”と思わせる策が今以上に必要と思われる。

また、それでも毎年、看護師国家試験の合格率が

全国平均を上回る教員の育成能力の高さも PR するべきである。

令和7年度看護師国家試験合格率(新卒者)

- ・板橋中央看護専門学校 97.4%
- ・全国平均 95.9%

VI. 結論

令和 7 年度入学試験は、入学定員 100%を目指して活動したが、目標は達成できなかった。令和 8 年度入学試験に向けては、既に公開している「総合型選抜」を取り入れ、入学が確約される推薦・総合型選抜を含めた応募者(合格者)の増加を図る。今後はホームページ、SNS 等を活用した受験生への周知活動に合わせて、高等学校、予備校訪問等の地道な営業活動により板看の知名度アップを図りたい。また当校の特長である IMS グループ所属校であり、奨学金制度を学生全員が利用できる点については、指定校や一部の高校には認知されているが、まだまだ PR の余地がある事が課題である。

教育機関が考える地域共生に向けた取組み

～より身近な看護学校を目指して～

イムス横浜国際看護専門学校

総務課 ○村山大明

I. はじめに

今年度に入って初めて、地域に根差し、地域住民に当校を知ってもらうための活動を、新体制の下開始した。

「教育機関」だからこそできる様々な地域貢献の活動について報告する。

II. 取組み目的

ラーニングセンターとして、学校を地域の皆様にも開放された場所にする事で、看護学校をより身近に感じて頂き、当校の認知度を上げることを目的に、今回の取組を開始した。

III. 取組み方法

1. 対象:横浜市緑区長津田地区
2. 期間:令和 7 年 4 月～令和 7 年 8 月 20 日
現在
3. 方法:
 - 1)図書室一般開放
 - 2)地域公開講座
 - 3)IMS World Café～留学生と交流しよう～
 - 4)Open English Lesson
4. 分析方法:
 - 1)各プログラムの参加者人数を調査する
 - 2)広報活動に使用した広告媒体等を挙げる
地域公開講座、IMS World Café、Open English Lesson について、どの広告媒体を用いたかについてまとめた『令和 7 年度 +one

Library 講座参加統計』を参照した。

広報活動に使用した媒体

- ・近隣店舗、学習塾等へのポスター配布
- ・自治会回覧(約 1,300 部)
- ・高等学校(126 校)、資料請求者(262 名)への送付
- ・SNS の活用
(Instagram、TikTok、YouTube)
- ・読売新聞折込(1,600 部)
朝日新聞折込(3,000 部)
- ・タウンニュース
- ・レアリア(タウンニュースの web 版)
- ・学校ホームページ

IV. 結果

図書室一般利用件数

→医療福祉関係者:4 名(グループ外 NS)
一般の方:1 名(看護学生)

地域公開講座→6 月 14 日(土) 第 1 回

申込数 11 人 参加者数 9 人

7 月 26 日(土) 第 2 回

申込数 56 人 参加者数 49 人

8 月 2 日(土) 第 3 回

申込数 7 人 参加者数 7 人

8 月 20 日(水) 第 4 回

申込数 6 人 参加者数 7 人

IMS World Café～留学生と交流しよう～

→5月17日(土) 第1回

韓国 申込数7人 参加者数7人

7月5日(土) 第2回

中国 申込数8人 参加者数4人

Open English Lesson

→5月10日(土) 第1回

荒天中止

6月28日(土) 第2回

申込数3人 参加数5人

7月5日(土) 第3回

申込数0人 参加数0人

※ここまで、8月20日現在のデータ。

V. 考察

開催して間もないため、まだ参加人数は少ないが、8月現在各プログラムにて申込者が少しずつ増えている。

特に図書室の利用については、看護師の資格者や大学看護学部生のご利用は勿論のこと、より幅広く地域の一般の方にもご利用頂きたいと考えている。

また、地域近隣店舗・学習塾等にポスターの掲示を依頼する過程で、初めて知る地元の店舗・学習塾があり、そこで働く方々とのコミュニケーションの機会を頂くなど、改めて地元との関係を深く知る契機となっている。今後は自治会主催の行事にも積極的に参加していきたいと考えている。

VI. 結論

より身近な看護学校を目指すための活動が開始できたこと、少しずつではあるが、これらのプログラムへの申込を頂けたことで、一歩を踏み出すことができた。

地域の皆様に学びの場所として選ばれるよう、この活動を継続していき、深めていきたい。

施設基準部門点検と適時調査事前支援

Those who do not remember the past are condemned to repeat it.

IMS グループ本部事務局

経営戦略部 ○山下浩志^{やましたひろし}

業務部:高橋智、看護部:鈴木幸子、新谷恭子、経営戦略部:山崎仁美

I. はじめに

業務点検委員会のなかの「施設基準部門」では、各病院が「日頃から施設基準を順守し、厚生局による適時調査等の結果において、指摘事項や返還となる事項 0 件」を目指して活動している。

II. 取り組み目的

令和 2 年初めに起きた新型コロナウイルス感染症が世界中に広がりを見せたことに伴って、厚生局の適時調査が一時的に中断された。この中断された期間を利用し、IMS 3 大目標である法令遵守に関連する業務として、各病院が施設基準の要件を満たしているか、管理方法、見直し状況等を確認し、指摘事項 0 件を目指すこととした。

コロナ禍が落ち着いてきた令和 4 年 9 月以降、厚生局による適時調査が再開され、令和 7 年 6 月末までの 2 年 9 カ月で、30 病院、32 回の適時調査が実施された。

コロナ禍前とコロナ過後に実施した病院数がそれなりに増えてきたことから、各病院の指摘事項の数、内容を振り返って、今後の運用に活用することを目的とした。

III. 取り組み方法

1. 対象:

過去と比較するため、令和 4 年 9 月～令和 7 年 6 月迄に適時調査が実施された病院について、同病院が以前実施された適時調査の結果を用いた。

2. 期間: 上記に順ずる。

3. 方法:

1) 業務点検では、適時調査を意識して点検を

行い、厚生局の視点や考え方を伝達する。

2) 他の病院での口頭指摘について、必要な要な情報提供を行うとともに、病院側の疑問点を聞き出し対応する。

3) 業務点検で実施する施設基準部門点検の他に、適時調査の通知を受けた病院には、事前提出書類の作成に関する支援を実施。

4) 現地支援を要請する病院について、現地へ赴いて支援を行うが、適時調査当日支援は実施しない。

4. 分析方法:

厚生局の適時調査の結果通知について、過去の指摘と比較を行う。

IV. 結果

コロナ禍前

指摘事項: 132 件 1 病院平均 4.4 件

指摘事項なし: 1 病院

返還事項: 8 件 (1 億 854 万 5652 円)

コロナ禍後

指摘事項: 57 件 1 病院平均 1.9 件

指摘事項なし: 6 病院

返還事項: 1 件 (実質的な返還金無し)

V. 考察

指摘事項全体数

・132 件→57 件 (75 件減)

減少した指摘項目

・栄養管理体制 12 件→0 件 (12 件減)

・感染防止対策 13 件→2 件 (11 件減)

- ・看護の負担軽減処遇改善 8件→1件、
 揭示関係 12件→5件(7件減)

増加した指摘項目

- ・入院料関係 4件→7件(3件増)
- ・患者サポート充実 3件→4件(1件増)

結果的に、指摘事項を5割以上減少することが出来、返還しなければならない項目を0件で推移しているが、目標としている指摘0件までは、まだハードルがある。

VI. 結論

今回の結果については、元厚生局職員の指導や助言等の功績や、事前提出書類のチェック段階で、様式9のチェックを重点的に確認したことも大きな要因と言えるが、前提として、それぞれの病院現場で日々運用を考え、運営を支えている職員一人一人が、経営の土台となる施設基準を意識して対応した結果であり、また、それを示せる結果が出たことが、最大の成果と考える。

本部における電力料金削減の取組み ～グループ一括契約による割引交渉とプランの検討～

IMS グループ本部事務局

総務部 ○久木元博明^{くきもとひろあき}

I. はじめに

IT 革新による高度情報化社会の進展によりエネルギー消費として割合が高まっている電力。医療業界においても医療機器、各施設の設備利用により電力は必要不可欠なものになっています。日本では 2016 年 4 月 1 日より電力小売全面自由化により消費者が電力会社を自由に選べるようになりました。これにより新電力といわれる、ガス会社、通信会社、再生可能エネルギー事業者といった様々な企業が電力供給に参入したことにより、契約プランや料金設定が多様になっています。

IMS グループは東京電力と長年契約しており、高圧電力を使用している病院・介護施設、関連事業所をグループで一括契約することにより独自の割引内容を設けて電力を使用しています。本部事務局ではこの契約の管理を行っています。今回、電力の自由化により生まれた電力会社の選択による経費削減の取組みを報告します。

II. 取組み目的

物価高騰の続く今日、各施設の取組みだけでなく、IMS グループ全体として使用している必要不可欠な経費の 1 つである電力の適当な契約会社の選択と検討及び割引交渉をするとともに燃料価格の高騰による市場価格の把握による契約プランの選択をすることで各施設の経費削減に繋げることを目的とします。

III. 取組み方法

1. 対象：

高圧電力の病院・介護施設・関連事業所

表 1

エリア	対象施設数
北海道・東北	13 施設
関東	54 施設

2. 期間：

年末の契約更新時期 2024 年 10 月～12 月末

3. 方法：

1) 割引交渉

ウクライナ情勢による燃料価格の高騰、新型コロナウイルスによる半導体不足が合わさり東京電力で長年適用されていた割引内容、割引単価の減額と契約期間 3 年から 1 年に減少しました。それにより 2024 年度の契約更新は数施設が割引適用され全体で割引が適用されませんでした。

2025 年度はこれを踏まえ他社との相見積もりをすることで電力会社全体の状況を把握するとともに割引額の競争を図りました。

2) 市場価格の変動、傾向の調査

2022 年よりロシアのウクライナ進行に伴うロシア産資源の禁輸措置、新興国のエネルギー需要の高まりなど様々な理由で燃料価格が高騰しました。これに為替の影響も加わって、日本の燃料輸入価格も高騰し電力料金は増加の傾向にありました。

3) 相見積による他社との比較と電力会社の選定

他社で契約した場合の料金の把握と東京電力及び他者に対して価格交渉するための検討材料として他社へ見積りをかけます。また値段だけでなく信用性が重要で安定した供給が出来るかどうか判断材料とします。

IV. 結果

1) 割引交渉

2025 年度から料金が上がった新プランより契約更新をするという内容だったが交渉した結果、最終的に 2025 年度は関東エリアに関しては既存の安いプランに加え割引単価 0.7 円/kWh を適用することが出来ました。割引単価適用により 2025 年度の割引額は 60,000,000 円が見込めます。北海道・東北エリアは発電所が異なるため割引適用不可となりました。

2) 市場価格の変動、傾向の調査

北海道・東北エリアは割引適用が出来なかったことから市場価格の状況により経費削減を図りました。現在電力取引市場の価格変動は安定しているため市場価格連動プランを選択しました。

3) 相見積もりによる他社との比較と電力会社の選定

契約中の東京電力は直接担当者との価格契約内容の交渉を行いました。相見積として仲介業者による電力会社の割引プランと比較を行いました。新電力は電力市場の単価が安い前提で始まったビジネスモデルで、ウクライナ情勢等により燃料価格が高騰したことで新電力が始まって 9 年で約 20% が倒産している状況です。持続可能な運営をする上でリスクが高いため候補から外しました。仲介業者では旧電力のリスクの低いプランで大差ない割引額を提示されましたが、契約 1 年目の削減金額 50% を成功報酬として支払う必要があったためリスクの無い東京電力で契約継続を選択しました。

それぞれの取り組みにより 2024 年度の使用実績より 2025 年度の料金及び削減額を以下の通りまとめました。

V. 考察

現在 2026 年度の契約更新に向けて情報収集を行っています。関東エリアに関しては 3 施設をグループ統括契約にて追加交渉を進めています。施設が追加されることによりさらに削減が見込めます。また 2025 年度の契約時に契約更新毎に割引内容の交渉が可能になったため割引単価の交渉等を引き続き進めていきます。更なる削減額を生むために北海道・東北エリアも関東エリア同様割引適用を今後の課題とします。現時点の電力使用量実績として 4 月と 5 月を確認しました。

VI. 結論

今後電力量は情報化社会の社会で IMS グループにおいても増加していくと考えられます。電力に関わらず普段から使用しているサービスにおいて適正なものを選んでいくために実績の確認は必要不可欠なものとして改めて思いました。

またこの IMS グループの規模を活かし全体で見ると毎年多くの費用がかかっているものを 1 つにまとめることで有利な交渉も可能だと考えます。引き続き電力の経費削減を目的に取り組みながら IMS グループとしてのスケールメリットを増やしていきたいと思えます。

ジョブオプの更なる活用

★今ある能力を最大化する★

IMS グループ本部事務局
人事部 ○大塚武史

I. はじめに

少子高齢化が加速し、2024 年には出生数が過去最少、死亡数が過去最多を記録し、自然減は 91 万 9237 人と過去最大となった。日本は、世界でも類を見ないスピードで超高齢化社会へと進んでいる。

少子高齢化は、社会保障費の増加、労働力不足、経済の停滞など、様々な課題を招く。有効求人倍率は上昇の一途を辿り、令和 7 年 3 月の有効求人倍率は 1.26 倍（新卒求人倍率は 1.75 倍）となった。

各企業の採用意欲も依然として高く、2026 年全体では「前年並み」が 45%、「未定・採用無」が 38%、「減らす」が 4%であるのに対し「増やす」は 13%と、「増やす」が「減らす」を上回っている。

つまり、少ない人材を多くのライバルで取り合っている状況である。

II. 取り組み目的

2017 年 3 月より運用を開始している「ジョブオプ（中途採用システム）」を更に運用を高め、人材確保に努める。

- 運用スピードを高め人材を確保する
 - 週 1 回未対応施設に対応の依頼
 - 同職種も複数広告を掲載
- 採用ルールの確立されていない職種の掲載
 - 調理師、Web デザイン等のニッチな職種
 - 媒体広告では費用対効果が低い職種
 - 非常勤職員の獲得
- ジョブオプ特徴の活用
 - 就職検索最大の「indeed と連携」
 - 他媒体連携（タウンワーク・とらばーゆ等）

III. 取り組み方法

- 対象：全施設・全職種
- 期間：2025 年 4 月 1 日
～2025 年 5 月 31 日
- 方法：
 - 運用スピードの向上
 - 要対応案件をアイネットで週 1 回配信
 - weekly で運用の案内周知
 - 採用ルールの確立されていない職種の掲載
 - ジョブオプ特徴の活用
- 分析方法：2024 年度ジョブオプと比較
 - 対象期間：2024 年度の月平均
 - 対象項目：PV 数・エントリー数

IV. 結果

2024 年度・2025 年度の月平均の PV 数・応募数・採用承諾数は全ての項目で減少している。

表 1

【ジョブオプ：月平均】

	PV数	応募数	採用・承諾
2024年度	5,587	107	18
2025年度	4,594	48	16

※ ・月平均値

・2025年度は4月～5月平均

2024 年度の総 PV 数は「67,051」となった。PV 数は常勤「40,801 (60.8%)」、非常勤「26,250 (39.2%)」と常勤が多いが、応募数は常勤「397 (30.9%)」非常勤「885 (69.1%)」と逆転している。

2025 年 4 月 5 月の総 PV 数は「9,053」となった。PV 数は常勤「5,459 (60.3%)」、非常勤「3,594 (39.7%)」と常勤が多いが、応募数は常勤

「28(29.4%)」非常勤「67(39.7%)」と前年度同様に逆転している。

V. 考察

PV 数・応募数が減少している件に関しては、①4月に1週間程度バージョンアップの為、使用が出来なかった。②バージョンアップ後に全ての原稿が非公開になり、公開前の水準に戻っていないことがあげられる。

常勤職員と非常勤の関係について、PV 数が常勤職員の方が多理由は、indeed の特性があげられる。Indeed は求職の総合検索サイトであり、他の(リクルート系)媒体と連結している。

(例:タウンワーク・リクナビ派遣・フロムエー・とらば一ゆ等)その為、常勤で仕事を探している求職者は、まず、indeed で検索をしていると考えられる。しかし、実際に応募するとなると、圧倒的に非常勤の求人広告の方多いことから、常勤よりも非常勤の応募の方が多くなる。

また、常勤職員は近年エージェント型が増えており、担当者が求職者にあつた就職先の選定をする手法も出ている。

VI. 結論

ジョブオブは定額制の為、どれだけ広告を上げても金額が掛からない。また、採用数が多ければ多い程、採用単価は下がる。ジョブオブの効果を上げるには、

①原稿をリフレッシュさせる

同じ原稿でも新しく作成をすることで SEO 対策(上位表示)効果が期待でき、露出が増える可能性がある。

②原稿数を増やす

同じ職種でも、原稿数を増やすことで発見される可能性が増える(例:事務職:常勤、パート等)。

③クリック課金型の検討

広告がクリックされた回数に応じて費用が発生する課金方式となる。この方式は、特に Web 広告や求人広告でよく利用される。クリック課金型広告の仕

組みは CPC(Cost Per Click)とも呼ばれ、広告がクリックされた回数に応じて費用が発生する。

★クリック課金型広告のメリット:

費用対効果が高い:広告が表示されるだけでは費用が発生せず、無駄な広告費を抑えることができる。

成果を把握しやすい:広告がクリックされた回数に応じて費用が発生するため、広告の効果を数値で把握しやすい。

柔軟な予算設定:予算の上限を設定できるため、予算内で効率的に広告を運用できる。

掲載期間の縛りがない:従来の求人広告のように掲載期間の縛りがなく、掲載停止も自由に行える。

クリック課金型は、費用対効果が高く、柔軟な予算設定が可能なため、多くの企業で採用されている。しかし、クリック単価の変動や効果測定の難しさなど、注意すべき点も存在する。これらの点を理解した上で、目的に合った広告戦略を立てることが大切だと言われている。

最後に、原稿とサイトの細かな管理と求職者フォローを丁寧に行い、スピード感を持って採用活動をする事が基本的に採用につながると考える。

タレントマネジメントを実現するための第一歩 ～カオナビ導入～

IMS グループ本部事務局

人事部 ○田中^{たなか}千^ち夏^か

I. はじめに

タレントマネジメントとは、従業員が持つ能力や個性といった情報を重要な経営資本として捉え、採用や配置、育成に活用することで、従業員と組織のパフォーマンスの最大化を目指す人材マネジメントの手法(カオナビ,2025)であり、近年、労働力人口の減少や働き方の多様化、DX(デジタルトランスフォーメーション)の加速等から注目されている。

また、業務の煩雑化やデータ量の増加に直面するなかで適切なシステムを導入することは、作業負担の軽減や人的ミスの防止、さらにはデータの一元管理や可視化といった効果が期待されている。

本報告では、2024 年 1 月より IMS グループに導入したタレントマネジメントシステム(以下、カオナビ)についての導入背景および目的を明確にし、導入後の運用状況を報告する。さらに、これまでに明らかとなった課題や改善点を踏まえ、今後の展望について報告する。

II. 取り組み目的

カオナビ導入によって、評価運用に係る業務の効率化とデータの一元管理を行い、組織における戦略的人材管理を行えるような基盤を構築する。また、職員一人ひとりを労働力としての「人材」という捉え方ではなく、スキルや経験を組織の財産とする「人財」として捉え、有効活用できるようにすることを目的とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:常勤正規職員、常勤嘱託職員
2. 期間:2024 年 1 月から
3. 方法:

タレントマネジメントシステム カオナビの導入

1) 人財情報の一元管理

人事給与システム(OBIC7)から月 2 回のデータ連携を行う。

2) 人事評価シートのデータ化

従来は紙媒体やExcel運用だったものをカオナビ上へ移行する。詳細な運用開始時期は、以下に記載する。

2024 年 1 月 職員カード

2024 年 12 月 昇格推薦書

2025 年 1 月～3 月 昇給評価表

2025 年 1 月～3 月 委嘱チェックシート

2025 年 4 月～ 目標連携シート

(施設・部門・部署レベル)

2025 年 6 月～ 目標連携評価シート

IV. 結果

カオナビ導入により、評価の進捗を常に確認できるよう可視化された。また、各人事評価で運用しているシートが 100%データ化された。

V. 考察

人事評価に関するシートのデータ化を通じて、人財情報の一元管理の基盤を構築することができた。しかし、実際の運用においては、いくつかの課題が残る結果となった。

まず、運用現場からは評価制度そのものに関する問い合わせが多く寄せられたことから、制度自体の理解浸透や運用ルールの明確化といった、制度設計・運用面での課題も浮き彫りとなった。

これらの点から、単なるデータ化にとどまらず、評価制度の周知徹底や、データ更新の体制整備といった組織全体での継続的な運用改善が必要であると考えられる。

加えて、データ更新の頻度が十分でなく、必ずしも常に最新の情報が反映されていないケースが見受けられた。今後は人事情報および評価データの連携回数を増やし、リアルタイム性の確保を図る必要があり、人事部として課題をクリアできるような体制づくりが必要である。

VI. 結論

2025 年 6 月時点で、各人事評価で運用しているシートが 100%データ化された。また、各人事評価で使用されていたシートのデータ化を通じて、人財情報の一元管理の基盤を整備した。

現時点ではデータ化が完了した段階にとどまるが、今後データが継続的に蓄積されることで、職員の評価傾向の可視化や、より客観的で戦略的な判断の実現といった効果が期待される。

【引用文献】

カオナビ(2025)「タレントマネジメントとは？ 意味や目的、導入の進め方を簡単に」

<https://www.kaonavi.jp/dictionary/talent-management/>(2025 年 6 月 25 日閲覧)

看護部退職者アンケートの電子化について ～業務改善の取り組み～

IMS グループ本部事務局
看護部 ○紀陸英恵 伊藤理恵
後藤眞子 成房達弘

I. はじめに

本部看護部では退職者にアンケートを実施し、よりよい職場環境づくりのために退職する方へ退職する理由や組織運営に対するご意見をいただいている。そのアンケートは長年紙面にて実施し、各施設から本部へ提出していただき、本部は退職月ごとに届いたアンケートを Excel にて 1 枚 1 枚手入力してまとめていた。そのため作業に時間を要していた。そこで、作業効率の改善を図るため、紙媒体から電子媒体(以下、紙媒体を紙、電子媒体を電子とする)でのアンケートに変更を行った。紙の 2022 年度の年と、電子へ移行した 2023 年度(2023 年 7 月退職者より電子へ変更)、完全移行を終えた 2024 年度の 3 年間の比較を行う。その結果をここに報告する。

II. 取り組み目的

紙でのアンケートの集計、分析作業が手作業で負担が大きかったため、その改善を目的として取り組んだ。

III. 取り組み方法

1. 対象:看護師、准看護師、介護福祉士、補助者、救急救命士
2. 期間:2022 年 4 月～2025 年 3 月
3. 方法:
 - 1) 電子でアンケートフォーム作成
紙で行っていたアンケートの質問内容はそのまま、Google の無料機能を利用してアンケート項目を作成する。
 - 2) 案内作成

アンケートへアクセスする QR コードと URL を貼り付け、案内の用紙を作成した。

3) 変更のお知らせ

看護部長会にて、総看護部長よりお知らせをする。これまで紙によるアンケートを電子によるアンケートに変更したことを周知した。さらに、アイネットにても再度、看護部長宛にお知らせし、データでもお渡しを行った。

4) 規定集の変更

規定集の紙での案内を電子の案内に変更し、アイネットの書庫管理においても同様に行なった。

IV. 結果

2022 年度の紙でのアンケートの際は、回答者 1,199 名に対して、Excel への入力時間が 62 時間 57 分かかっていた。(時間は、退職理由記述なしに対して、1 人入力時間 3 分かかるものとする。退職理由の記述ありに対しては、記述量に合わせて入力時間を算出している。)2023 年度の電子へ移行した際は、回答者 1,124 名に対して、Excel への入力時間が 26 時間 30 分となった。2023 年度は 4～6 月退職者分は紙でのアンケートのため、24 時間 13 分かかった。7 月退職者より電子へ変わり電子回答は 0 分であった。また、電子で回答できない方は紙でも受付しており、2 時間 17 分かかった。2024 年度の電子に完全に移行した際は、回答者 737 名に対して、Excel への入力時間が 26 分であった。電子で回答できない方で紙で提出された方の 26 分であった。電子回答は 0 分であった。(表 1 参照)

退職者アンケート 回答数作業時間比較

	2022年度	2023年度	2024年度
回答数	1,199名	1,124名	737名
入力時間	62時間57分	26時間30分	26分

(表 1)

この結果より、紙よりも電子の方がはるかに集計が早くなったといえる。入力作業が減り、Google の無料機能を利用して、集計も自動的にグラフで表示されるため、手間が減った。

また、退職理由の意見の欄の記述が増える結果となった。記述数は、2022 年度 135 名に対して、2023 年度 272 名、2024 年度 214 名になり、電子に移行した 2023 年度から増加した。退職理由の記述量も 4 行以上記入があるものが、2022 年度 2 名に対して、2023 年度 30 名、2024 年度 29 名とこちらも、電子に移行した 2023 年度より増加した。(表 2 参照)

退職者アンケート 退職理由記述比較

	2022年度	2023年度	2024年度
記述数	135	272	214
記述4行以上	2	30	29

(表 2)

アンケートの回答率の推移を見ると、看護師・准看護師の回答率は、2022 年度は 68.5%となり、2023 年度 52.1%、2024 年度 32.9%となった。介護福祉士・補助者・救急救命士の回答率は、2022 年度は 30.3%であり、2023 年度 27.4%、2024 年度 16.4%となった。(表 3 参照)

退職者アンケート 回答率

	2022年度	2023年度	2024年度
看護師・准看護師	68.5%	52.1%	32.9%
介護福祉士・補助者・救急救命士	30.3%	27.4%	16.4%

(表 3)

V. 考察

紙での保管は場所を必要とし、元の情報を遡って探そうとしたときに大変である。電子にしたことで紙での保管はなくなり、検索も楽になった。また、アンケート内容もタイムリーで確認でき、以前よりも早く改善を行えるようになった。

また、施設側も退職者へアンケート依頼をする際に、封筒も渡していたが、電子にてアクセスする案内の紙のみになったため、封筒を用意する手間が省けた。また、退職者より封筒で回収し、本部へ郵送する手間もなくなった。

退職者にとっては、紙でのアンケートの際は、他の退職書類と一緒に提出になるため、回答する時間が限られていたが、電子になり、場所や時間を問わずに携帯やパソコンから気軽に回答できるようになった。そして、記入したアンケートは封筒を封して、自施設の人を介して提出していたが、電子は匿名性が確保され、退職者が不安なく意見を書ける環境になった。そのため意見を事細かに記載されるようになり、各施設の実態を以前より把握できるようになったといえる。

VI. 結論

退職者アンケートの集計を紙から電子へ移行し、集計効率が格段に上がった。以前より集計に時間がかからなくなったため、その時間を他の業務に費やせるようになった。そして、早く定期的に集計できるようになり、施設への改善へと繋がられた。また、退職者の本音を聞けるツールとして向上された。今後の課題としては、年々回答率は下がっているため、案内に工夫をしたり、原因を究明したりして、IMS グループの職場環境改善、今後の施設運営に活かせるようにしていきたい。

専攻医募集パンフレットを用いた 専攻医確保の強化

～IMS で働く初期研修医をそのまま IMS に留める！～

IMS グループ本部事務局

医師人事部 ○荒井優 山宮恵子 佐野聡美

I. はじめに

医師のキャリア形成の多様化に伴い、初期研修修了後の専攻医確保は各医療機関にとって大きな課題となっている。当グループでも、これまで初期研修医の受け入れに注力してきたが、卒後も継続してIMSで勤務する割合は十分とは言えない状況であった。そこで2025年度より、将来的な専攻医定着を目指した計画的アプローチを開始する運びとなった。本発表では、その中核となる「専攻医募集強化施策」として、今年初めて制作したパンフレットを中心とする一連の取り組み計画を報告する。

II. 取り組み目的

研修医が進路選択を行う際に最も影響を受けるのは、「明確な情報」と「将来の見通し」である。本取り組みは、初期研修の早期からIMSグループの研修体制やキャリアパスの魅力を明示的に伝えることで、研修医自身がIMSでの勤務継続を“前向きな選択肢”として捉えるよう働きかけるものである。あわせて、専攻医制度の透明性と柔軟性をアピールし、グループ全体での人材定着率向上を目指す。

III. 取り組み方法

1. 対象：

2024年度以降に入職したIMSグループの初期研修医

2. 期間：

2025年7月～

3. 方法：

1) 専攻医募集パンフレットの作成と配布(2025年7月予定)

IMS各施設の専門研修プログラムや指導体制、キャリア形成事例、ライフスタイル支援などを掲載したパンフレットを初めて作成。7月に全研修医へ配布し、自由に閲覧・相談できる環境を整備。

2) 進路相談面談の導入

パンフレット配布後に進路意向の確認を含めた個別キャリア面談を初めて導入予定。専攻医プログラム責任者や医師人事担当者が、個別の希望や不安に寄り添ったアドバイスを行う。

3) IMS専攻医キャリア説明会の開催(年1回予定)

グループ横断型のプログラム紹介イベントを年1回開催予定。パンフレット掲載内容を補足し、各診療科の魅力や雰囲気直接伝える機会を提供する。

4) 現役専攻医との交流イベントの実施

初期研修医が専攻医と自由に意見交換できる座談形式のイベントを年1回以上開催。実際の働き方やライフスタイルに関する情報を、よりリアルに伝える。

4. 分析方法(予定)：

パンフレット配布前後のIMS内専攻医進学希望者数を定点的に比較し、アンケートにより内容理解度や志向の変化を分析。また、説明会・面談の参加率と進路決定への影響を継続的に評価する。

IV. 結果(期待される成果)

パンフレットを中心とした視覚的・体系的情報提供によって、研修医はIMSグループでのキャリアをより具体的にイメージできるようになると想定される。早期段階から将来像に触れることが、進路選択時の不安軽減と「内部進学」へのモチベーション向上につながることを期待される。また、専攻医本人によ

る発信や個別面談により、情報の双方向性が確保され、より実感に即したアプローチとなる見込みである。

V. 考察

初期研修中の進路支援は、情報提供とタイミングが鍵となる。今回のパンフレット制作を含む一連の施策は、「情報の可視化」と「選択支援の仕組み化」を図る初の試みであり、進路選択を“個人の感覚に委ねる”従来型のスタイルからの脱却を意図している。特に、研修医一人ひとりの志向や人生設計に寄り添う面談と組み合わせることで、高い納得感を持ったキャリア選択を支援できる可能性がある。

VI. 結論

2025 年 7 月の「専攻医募集パンフレット」配布を契機として、IMS グループ内での専攻医定着に向けた新たな取り組みを本格的に開始する予定である。今後は、取り組みの効果を定期的に検証しながら、内容の見直しと他施設との連携強化を図り、IMS の人材育成・確保体制をより盤石なものにしていきたい。

IMS接遇向上委員会・IMS接遇講習会の取り組み報告

イムス医療従事者生涯教育センター

○内藤理絵 影山瑠利

I. はじめに

近年の変化の激しい時代の中でも、医療・介護業界で変わらず継続して取り組んでいかななくてはならないサービスの基本は接遇向上である。各施設でもそれぞれの取り組みを行っているが、当センターが主幹となって、全ブロックの事務職、看護職、コメディカル職と協力しながら All IMSで取り組んでいるのが、IMS接遇向上委員会・IMS接遇講習会である。

2011年度から取り組んできたこの活動も、グループ全体で体制づくりできたこと、一定の成果が出たので報告する。

II. 取り組み目的

以下の4点を目的として取り組みを行っている。

- グループ全体の接遇の質向上を目指す。
- IMS接遇向上委員会の接遇活動と各病院・施設の接遇活動をリンクさせ、現場に浸透させる。
- 接遇講師を増やし、各病院・施設で接遇講習会を開催する。
- 自施設での問題解決に繋げる情報共有の場とする。

III. 取り組み方法

1. 対象:IMS接遇向上委員会メンバー
2. 期間:2011年度から現在
3. 方法:
 - 1)接遇向上委員会の実施

委員会メンバーは全施設のCS委員会等で活躍しているメンバーから選出され、IMS接遇向上委員会はブロック長と当センターで構成、ブロック別接遇向上委員会は施設から選出された全メンバー

で構成されている。委員会の管理は当センターで担っている。委員会では、現場で起こっている問題の共有・解決、施設間での情報共有の場としている。

2)IMS接遇講習会の実施

接遇講習会レベルⅠ・レベルⅡは、ブロックごとに集合開催で行っていたが、コロナ禍を機に施設ごとの開催に変更した。全施設で委員会メンバー講師による共通した内容で、レベルⅠレベルⅡを開催。レベルⅠは新人研修とも内容を統一したものに変更した。

3)講師養成講座(レベルⅢ)の実施

接遇講習会を行うためには、講師養成講座に参加することを必須とし、外部講師による3日間の研修を開催している。

4)講師プレ講習の実施

外部講師による講師養成講座受講後は、当センターによる、講師フォローを目的としたプレ講習を行っている。

5)講師振り返りシートの作成

講師は、講義を実施後必ず振り返りシートを作成し振り返りを行い、ブロック長、当センターと共有する。

6)受講者アンケートの実施

講習会後は、受講後アンケートを実施する。受講後アンケートの結果に基づき、ブロック長、当センターにて講師評価を行う。

7)振り返り

ブロック別委員会にて、接遇講習会を行った講師との振り返り、評価、情報共有を行う。

8)新人講師向け見本動画

北海道ブロックで新人講師向け見本動画の作成を行い、委員会メンバーで視聴できるようにし

ている。

4.分析方法:

年度ごとの講習会受講者数、講師養成講座受講者数、受講者アンケート、講師振り返りシートを用いて評価を行う。

IV. 結果

2011 年度レベルⅠ受講者数 433 名から、2024 年度は 2,386 名、2012 年度レベルⅡ受講者数 392 名から 2024 年度は受講者数 1,647 名と年々受講者数は増加している。

講師養成講座(レベルⅢ)受講者数は、2013 年 32 名だったのが、2024 年度まで毎年 40 名程養成した結果、現在では計 376 名の講師を養成した。各施設で講師数が増えることで、新人講師は、同じ現場の先輩講師から指導、支援、評価を受けながら講師を行う体制づくりができた。

また、北海道ブロックベテラン講師による見本動画を作成し、新人講師たちが活用することで、講師前の準備を円滑に進めることができた。

V. 考察

ブロックごとに集合開催で行っていた接遇講習会を、施設ごとの開催に移行したことで、講師が現場のニーズにあった事例を用いて講義を行うことができています。また、講師は受講後アンケートから振り返りを行い、次の講義に繋げることができています。講師数を増やしていくことで、我々の活動をより現場に浸透させていけると考えています。

VI. 結論

接遇向上委員会の活動は、10 年以上かけてやっと体制づくりができた。しかしながら、各施設での開催は、講師から負担になっているとの声も聞かれる。可能な限り、業務負担になるところは、当センターで担い、講師の負担軽減を行うことで、本来の接遇活動を行いやすい環境にしていく。

また、講師は 3 年任期としているが役割変更、異動、休職、退職等、様々な理由から委員会メンバー、講師を担うことが難しく、定着することの難しさを感じている。その為、まずは体制づくりをし、しっかり活動を継続していくことが必要である。

なお、現在、講習会の質の評価は受講後アンケートのみとなっているので、受講者が受講後どのように行動変容できたのか測定できる仕組みづくりを行っていきたい。

講習会の質向上を図りながら、接遇向上委員会が行っている活動を現場に浸透させ、更なる現場の接遇向上に寄与したいと考えている。