

QC活動支援委員会

医療の質を高める改善活動 ～品質保証の時代～

「学びあう QC 活動」

これからの医療を考えた時、後期高齢者が現在より約 750 万人増加し、医療需要が著しく増大するにもかかわらず、少子化のために医療・介護の従事者が不足することは明らかです。

一方、医療費は、右肩上がりの状況の中、医療費財源は年々厳しくなり、医療費の財源確保が困難となりつつあります。このような状況下で医療を提供する病院には、病床再編と医療・介護連携強化とともに医療機能の効率化が求められています。そこで当院では、医療の現場においても、医療の質の向上が重要な課題と捉え、改善活動を行い、この改善活動を通して、医療の現場で働く私たちスタッフ一人ひとりが自己啓発・相互啓発し、医療職の専門家として成長し続けることが、医療の質改善・医療安全・サービスにつながると考え、チームワークの向上や患者さんとのコミュニケーションの向上、そして明るく活気に満ちた病院（職場）をつくることができると考えます。

「委員構成」

- 委員長 1 名、副委員長 1 名、事務責任者 1 名、
各所属部署から 1 名（QC 活動支援推進者） 総勢 25 名

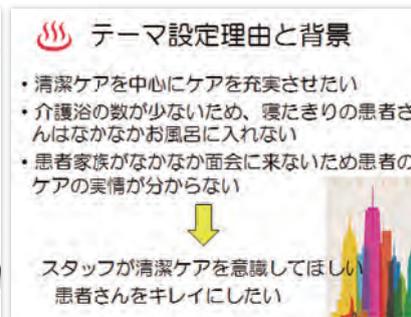
「外部研究会・研修会参加」

- 中部医療の質管理研究会（4 回 / 年）
- 中部医療の質管理研究会シンポジウム（12 月）
- 医療の TQM 推進協議会主催研修会

「外部大会参加」

- 医療の TQM 推進協議会
・第 19 回フォーラム「医療の改善活動」全国大会 in 松山 4 題発表

◇発表者・・・栗本 真由（南館 8 階病棟）

 <p>パスポートでNYへ!!</p> <p>サークル名：チームUSA S8F 栗本 宮川</p>	 <p>メンバー紹介</p> <p>リーダー 栗本 真由 メンバー 宮川恵美佳 中野昌子 今井昇江 他病棟スタッフ 計37名</p> <p>活動開始時期 H28年 4月 行った会議の回数 14回</p>	 <p>🔥 テーマ設定理由と背景</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清潔ケアを中心にケアを充実させたい ・介護浴の数が少ないため、寝たきりの患者さんはなかなかお風呂に入れない ・患者家族がなかなか面会に来ないため患者のケアの実情が分からない <p>↓</p> <p>スタッフが清潔ケアを意識してほしい 患者さんをキレイにしたい</p>
--	---	--

◇発表者・・・北山 梨恵 (人間ドック・健診センター)

健康管理室から発信！
スピーディーな安針キット

わんわんどック
北山・照井・南

メンバー紹介

テーマ設定理由と背景

- 問題点・・・
 - 受診者の便検査キャンセル数が多い
 - 採血結果が出るまでに時間がかかることで結果説明や生活指導をキャンセルする人がある
 - 統一した保健指導ができていない(スタッフの経験により保健指導にばらつきがある)
 - 院内針刺し事故後の受診が遅い

テーマ選定

問題点	重要性	緊急性	実現性	関心度	評価	順位
便検査のキャンセル数が多い	○	○	△	○	12	4
採血結果が出るまでに時間がかかるため結果説明・生活指導をキャンセルする	○	○	△	○	14	3
統一した保健指導ができていない	○	○	○	○	16	2
院内の針刺し事故後の受診が遅い	○	○	○	○	18	1



現状把握①

院内針刺し事故件数

H26年度38件(平均3.2件/月)
H27年度39件(平均3.3件/月)

発生原因

Dr: 処置時
Ns: インスリン使用時・ゴミの片付け など

現状把握②

事故から受診までかかった時間

平均**111分**(H27年度)

もしHIV感染者から曝露していた場合
2時間以内に予防薬投与が推奨

このままでは間に合わない!!

現状把握③

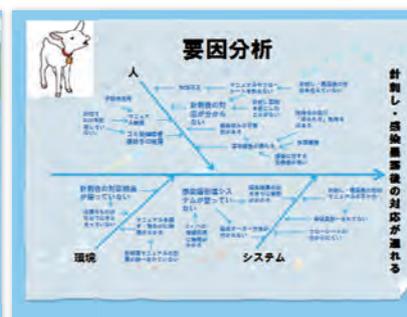


アンケート結果②

- マニュアルを探すのが大変
- どのように手続きするのか、伝票・スピッツがわからない
- 医師がマニュアルを知らない
- 曝露後2時間以内に予防薬投与は難しいと思った

目標設定

針刺し事故発生から受診までの時間を**30分以内**にする



対策の立案

主要項目	一次対策	二次対策	三次対策
(人) 曝露後の対応方法がわからない	対応がすぐに分かるようにする	フローシートの見直し、マニュアル修正をする	
(環境) 曝露後の必要物品が揃っていない	必要な物品を揃える	必要物品のみをひとつにまとめる	マニュアルを作成する
(システム) 感染管理システムが繋がっていない	システムを整備する	システムオーナーの作成と検査室(輸血部)との連携	必要書類の一括管理 エビネット整備

対策実施

担当	いつ	何を	どこで	どうする
看護部 日医医師 文字書写部 検査室課長	5月から毎月1回	従業員研修 会場にて感染管理システムについて	看護管理室	会議する
日医医師 検査室課長	～12月	感染症オーダーシステム		作成する
看護部 日医医師 文字書写部	～12月	フローシート、マニュアルの修正	看護管理室	作成する
		針刺しキット	看護管理室	作成する

システム (ファイルメーカー)

システム（電子カルテ オーダー画面）

針刺し事故 検査依頼（事故直後、帰露源の評価）
「オーダー入力」→「検査」→「*4診療科セット」

コメントに針刺しを入力

マニュアル・針刺し対策キット

効果の確認①

事故から受診までかかった時間
平均 24分

111分→24分 目標達成！

針刺し事故が発生したら、直ちに受診する意識付けができた。

効果の確認②

針刺しキットとマニュアルによって、全体としては

針刺し事故後の対応が分かる

針刺し事故後の対応方法が分かる・・・約90%（305/339名）

効果の確認

針刺しキットとマニュアルによって、全体としては

HIV感染者の対応が分かる

針刺し事故後の対応方法が分かる・・・約90%（305/339名）
HIV感染者の対応方法が分かる・・・約90%（297/330名）

歯止め

項目	なぜ	いつ	どこで	だれが	なにを	どうする
教育	必要時すぐに対応できる	1月から	各科等	文字や図解、図解が豊富なリーフレット	針刺しキットの使用のミス	点検する
教育	必要時すぐに対応できる	1月から	私人研修、院内研修等	図解が豊富なリーフレット	針刺しキットの使用のミス	点検する
管理	事故の発生を防止する	ラウンド時	各科等	安全監査委員等	針刺しキット	点検する
標準化	事故の発生を防止する	毎月1日	各科等	QCサークル	事故発生時の対応	点検する
標準化	事故発生時の対応	1日	1日	1日	マニュアル、リーフレット、図解が豊富なリーフレット	点検する

シミュレーションの様子

反省と今後の課題

ステップ	進められた点	残った点
テーマ設定	看護師の安全に関する内容で必要であった	
現状把握	実践することで習熟に定着できなかった	針刺し事故の対応経験のあるスタッフが少ない
目標設定	HIPや感染対策等も考慮した目標設定であった	針刺し報告書からチェック事項はできているが、現場にフィードバックできていない
習熟合併	職員の間、システム体制に習熟できた	
対策立案	キットの構成、各部署で業務を想定してシミュレーションをしたこと、アンケートの実施で意識付けができた	各部署で似た意見を反映させていない箇所がある
効果検証	実践して評価できた アンケートを通して意識ができた	実践評価の必要あり
標準化	マニュアル化できた	看護師に利用可能でできているリーフレットが各部署に手配があるため対応できることよい

【有形効果】

- 針刺し・感染経路事故後から外来受診時間（採血実施）までの短縮
- アンケート結果より事故後の対応方法が周知できた

【無形効果】

- スタッフの安全意識向上
- 事故後の精神面へのフォロー

【波及効果】

- 現場スタッフや他部署との連携・交流

今後の課題

- 針刺しキットの保管場所を統一
 - マニュアルの場所が各部署で違う
 - 2階建てで1つのマニュアルを使用している部署もある
 - 目につかない場所ではキットの意識付けができない
 - 取捨整理は個人で持ち運びしやすい大きさ
- マニュアル・フローシートの見直し
 - さらに簡潔に、主眼をいれて
- 期限切れチェックの手間がある、ディスク化が必要
 - SPD化、監査等のディスク化
- シミュレーションの実施
 - 参加人数が多くなるのが、発生時の対応は重要

御静聴ありがとうございました

◇発表者・・・廣瀬 将大（リハビリテーション技術室）

インシデント報告に対する 応用行動分析的介入

松波総合病院 リハビリテーション技術室
言語聴覚士 廣瀬 将大

はじめに

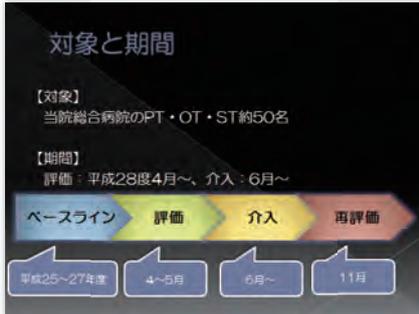
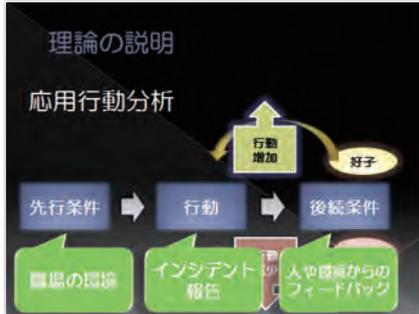
インシデントとは…
思ったとおりに実施されなかった、もしくは実施されたが結果として患者に影響を及ぼさずに済んだ事例

報告 → 共有分析 → 事故防止

もれなく報告してもらったことができる環境づくりが必要

自発的に

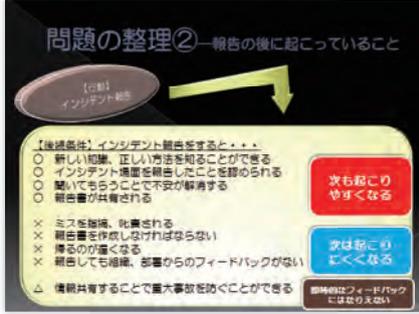
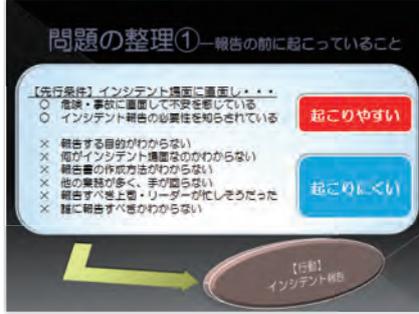
- 今回、インシデント報告にまつわる諸問題に対し、応用行動分析の手法を用いて評価、介入を行った
- リハビリテーション技術室のQC活動として行った



問題の整理

平成28年5月、報告をためらう理由を複数回答可のアンケートにより聴取した (n=52)

件数	項目	属性
38	①報告書の記載に時間がかかる	後続条件
26	②書き留めるのが遅くなる	
23	③通常業務が多く、手が回らない	先行条件
7	④何がインシデント場面なのかわからない	先行条件
4	⑤報告書の作成方法がわからない ⑥そもそもインシデント場面がない	後続条件
3	⑦ミスを経験することで怒られる	後続条件
2	⑧報告することの意味・意味が理解できない ⑨報告すべき上司・リーダーが忙しそうだった	先行条件



介入①—先行条件の整備

- インシデント報告の目的と報告件数の現状を告知する
- パソコンに啓蒙シールを貼る
- 報告すべきルートを明確にする
- マニュアルを作成、回覧する
- リーダー、役職者が率先して報告を挙げる

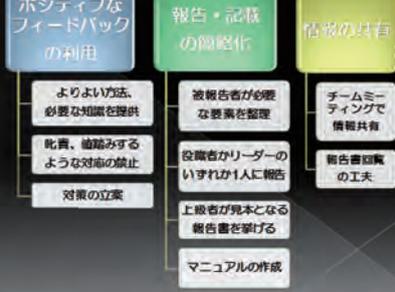
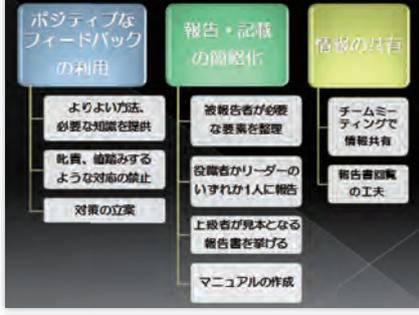
介入②—後続条件の整備

好子の増加

- 回覧メールにその月の報告件数を記載
- ポジティブなフィードバックをリーダー、役職者に依頼
- 報告翌日の朝のチームミーティングで情報共有
- 報告書回覧メールに月計件数を記載

嫌子の減少

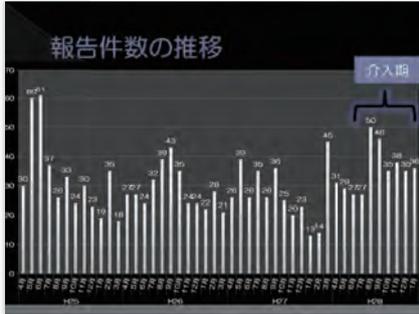
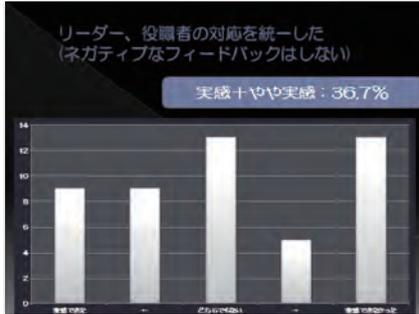
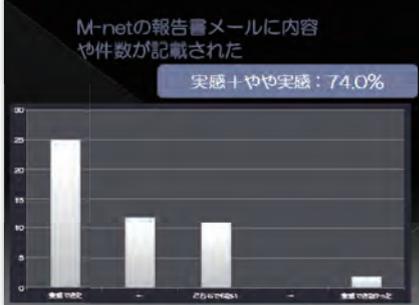
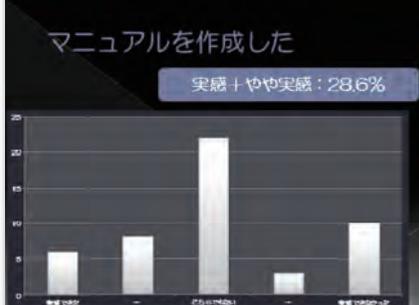
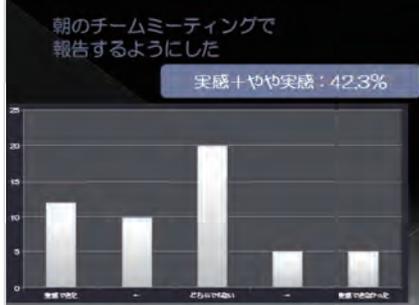
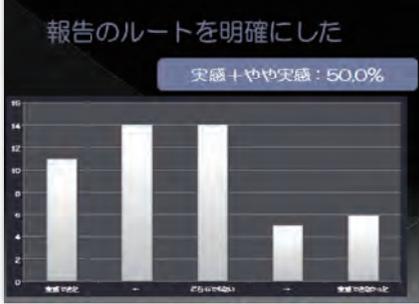
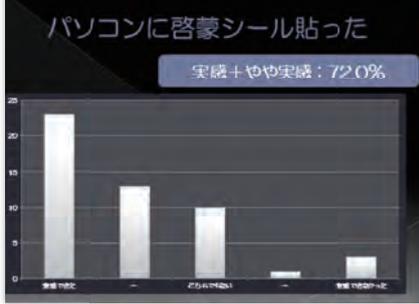
- 簡潔に記載できるよう、報告を受けた際に被報告者が内容を整理



結果

● 今回の介入のなかの6つの項目について、実感できたかのアンケート(5段階評価)を11月に行った (n=50)

- ①パソコンに啓蒙シール貼った
- ②報告のルートを明確にした
- ③朝のチームミーティングで報告するようにした
- ④マニュアルを作成した
- ⑤M-netの報告書メールに内容や件数が記載された
- ⑥リーダー、役職者の対応を統一した (ネガティブなフィードバックはしない)



平均報告件数と統計的検定(Welchのt検定)

	平成25～27年		介入期		t値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
H25	330	135			0.75 ns
H26	288	6.7			2.26 **
H27	273	93	36.8	7.6	2.34 **
H25-27	297	105			2.08 **

ns: non significant ** : p<0.05

【まとめ】

- アンケート結果から、先行条件の整備によって一時的に報告件数が増加した可能性がある
- 報告行動が今後も継続される環境をつくるためには後続条件の充実が必要

同じ刺激を提示され続けると馴化(慣れ)が生じ、反応が弱まる

ご協力ありがとうございました。

医療関係者が自らの医療の改善に目覚め、改善システムを学び積極的に取り入れて、日々改善に努力しつつ・・・小さなことからコツコツと！ちりも積もれば山となる！ 一人の満足が、たくさんの方の満足につながるよう、“できることから始めよう”をスローガンに QC 活動支援委員は活動をしていきたい。

〔文責：足立明隆〕