

## 第3回 TQC大会

【日時】平成 21 年 4 月 17 日(金) 午後 5 時 15 分～

【場所】講堂 【出席者】124 名 【テーマ】業務の合理化

※事前に 2 階会議室前廊下にパネル展示と YHIS 上で掲示した内容について  
審議。各自第 3 位までを投票し、集計は 1 位 3 点、2 位 2 点、3 位 1 点で総  
得点で順位を決定。上位 5 位の活動を TQC 大会にて口演する。

### ■プログラム

【座長】濱雅子看護師長・加藤弘看護師

【演題】(パネル・口演)

1	業務の見直しによるコストの削減(消耗品)★	【検査科】エコケチ大作戦	163 点
2	申し送りのマニュアル化	【9病棟】9chan's	155 点
3	手術終了後の片付けが効率良く行える	【手術部】サッサレディース☆12	126 点
4	早く帰れる職場づくり	【リハビリ科】ワークライフバランス	113 点
5	時間外救急オーダー誤りに伴う コスト修正業務の効率化について	【医事課・外来看護部門】 医事課・外来看護部合同TQC活動	87 点

【演題】(パネルのみ)

1	指示のない注射準備箋をなくす	【薬剤科】GG ファーム
2	治療計画用CT撮影時の申し送り票の電子化	【画像診断科】ちーむらでいせいしょんの活動
3	在庫チェック時間を減らそう！！	【栄養管理科】倉庫チェッカーズ
4	チームカンファレンスの有効な持ち方	【2病棟】回りハ カンファレンズ
5	日勤の業務開始時間を早くする	【4病棟】よーいどん
6	ナイロン袋の無駄遣いを無くす	【5病棟】
7	環境整備業務時間の短縮化を図る	【6病棟】六病棟革新連盟
8	朝の申し送り廃止	【7病棟】早く帰り隊
9	朝の申し送り時間を短くして早く業務にとりかかろう	【8病棟】すなごけい
10	申し送りの短縮を図る	【10 病棟】ちじめーる
11	フリー業務短縮小作戦～小さなことからこつこつと～	【11 病棟】Araund 40
12	切手管理改善対策チーム	【事務部門】
13	退所時の忘れ物をなくそう	【老健】チーム老健

【優秀賞】

「業務の見直しによるコストの削減(消耗品)」 検査科(エコケチ大作戦)

H21 年 7 月 29 日(木)近畿ブロック大会へ参加 <奨励賞受賞>

# 業務の見直しによる コストの削減(消耗品)

サークル名『エコケチ大作戦』



検査QCサークル

○上田恵美・高橋博子・中島純子・和田和久・田野美保・西村 通昭

1

## テーマ選定理由

検査科ではコスト削減を目的に、検査機器の集約、検査試薬、項目の見直しなどを行い、一定の成果をあげてきた。

検査QCサークルでは消耗品の使用方法に着目し、更なるコスト削減と検査科職員の意識改革を目指すこととした。

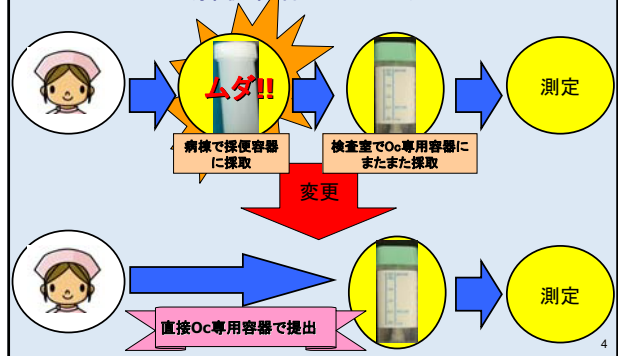
2

## 活動項目

- ① 便潜血反応(Ocヘモディア)専用容器への便の直接採取  
⇒採便容器への採取を廃止
- ② 尿中レジオネラ抗原・尿中肺炎球菌抗原を1階検査室で実施  
⇒滅菌スピッツへの分注を廃止
- ③ 尿沈渣の上清を試験管に残さない  
⇒試験管の節約

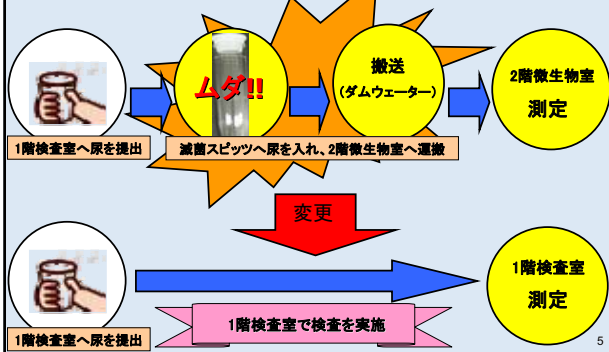
3

### ①成功のシナリオ (採便容器について)



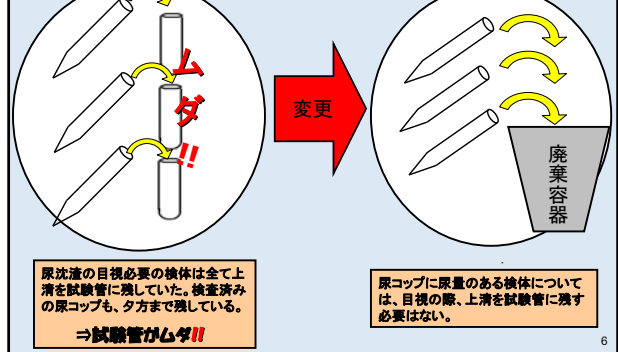
4

### ②成功のシナリオ (滅菌スピッツについて)



5

### ③成功のシナリオ (試験管について)



6

## 活動期間

平成20年10月1日～  
平成20年12月31日

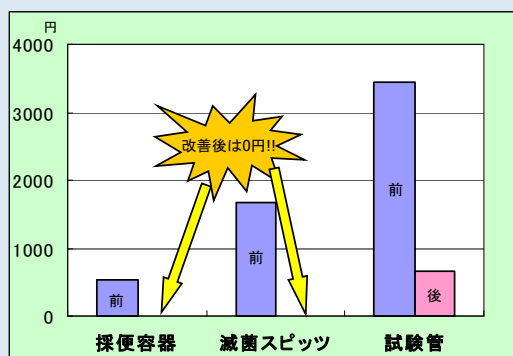
7

## 攻め所の検討 業務の見直しによるコストの軽減(消耗品)

項目	ありたい姿(活動後)	現在の姿(活動前)	ギャップ	攻め所
特性	0eヘモフィア 便採取容器(単価10円)	540円(54件)	540円(54件)	
	レジオネラ、肺炎球菌 滅菌スピッツ(単価17円)	1,666円(98件)	1,666円(98件)	
	尿沈渣の上清を 入れる試験管(単価5円)	3,450円(690件)	2,780円(556件)	
検査法	0eヘモフィア	精液の向上・ 手拭が簡便	便採取容器から専用容器へ 移し替えている	二度手間である 専用容器で直接 専用容器に採取
	レジオネラ 肺炎球菌	1階検査室で行う	1階検査室に提出された尿を スピッツに移し替え、 微生物室へ搬送している	スピッツに移し替える ことと尿体の移動が ムダである
	尿沈渣の上清を 入れる試験管	できるだけ減らす	全ての尿体で上清を 試験管に移し替えている	尿コップにも残って いて意味がない
資源	0eヘモフィア	専用容器を持って 正しい取り方で とってもらう	一部の尿を取っている	尿体採取が正しく 行われていなかった
				専用容器での 便採取の説明を行う
環境		ごみの軽減	移し替え容器を捨てている	捨てている容器を 使用しない
意識		ムダをなくする という気持ち	通常の業務と思っていた	ムダをなくすために 職員の間を定める

8

## 目標達成



9

## 効果確認

- ① 便潜血検査の採便容器は、54件中0件となり、  
目標達成。  
⇒採便容器54本・540円削減
- ② 尿中レジオネラ・尿中肺炎球菌の検査に使用  
する滅菌スピッツは、98件中0件となり、目標  
達成。  
⇒滅菌スピッツ98本・1,666円削減
- ③ 尿沈渣の上清を入れる試験管は690件中、  
556件減り、80.6%の削減。  
⇒試験管556本・2,780円削減

10

## 歯止め

今回の活動で消耗品の削減目標は  
達成できた。

今後、他の消耗品についても、活動  
を広げ、更なる削減につなげたい。

11

## まとめ

1. 普段なにげなく使用している低コスト  
の消耗品の削減を意識することができ  
た。
2. 消耗品の見直しをすることで、業務の  
合理化にもつながった。

★ムダを省くことで、地球にやさしい行動へとつながります。



12

# 申し送りのマニュアル化



**9chan's**  
 広瀬 みのり  
 井上 由美  
 赤曾部 直美

## 1. テーマ選定の理由

当病棟では、業務改善の見直しを繰り返し行い、2交替移行へと至った。移行後、検討を重ねる中で、日勤者のラウンド開始が遅いために、入院・転棟患者の受け入れと業務がスムーズに行えない等があった。化学療法患者など、定期的点滴患者が多く、患者からも「点滴開始時間が遅い」などの声が多々聞かれた。それらの理由の一つに、夜勤者からの申し送り時間の延長があった。そこで、夜勤者からの申し送り時間の見直し・改善策をあげることで業務の合理化を目標に取り組むこととした。

## 2. 活動期間

平成20年7月15日～平成21年1月9日

## 3. 現状の把握

夜勤者から日勤リーダーへの申し送り平均所要時間  
 なんと・・・  
 申し送りに**28分!**も**長い!!!**

- Aチーム平均終了時間⇒9時7分
- Bチーム平均終了時間⇒9時9分

## 4. 目標設定

9時に申し送りを終了する



## 5. 原因分析

- 時間を気にせず、詳細に全ての患者を申し送っている
- 重症・急変患者が多い
- 申し送り時間や内容に制限がない
- 周囲の対応に追われ、スムーズに申し送ることが出来ない

## 6. 対策と実施(経過)

- スタッフへ申し送りに関するアンケート実施
- 申し送りのマニュアル作成→両チームの申し送り場所の配置決め、マニュアル掲載。詰め所会、朝のカンファレンス時にマニュアルの周知徹底
- マニュアル作成後、調査・アンケート実施
- 詰め所会で再度申し送りのマニュアルについて意識付けを行う
- マニュアル作成後の変化について調査・アンケート実施

## 7. 効果と確認

夜勤者から日勤リーダーへの申し送り平均所要時間

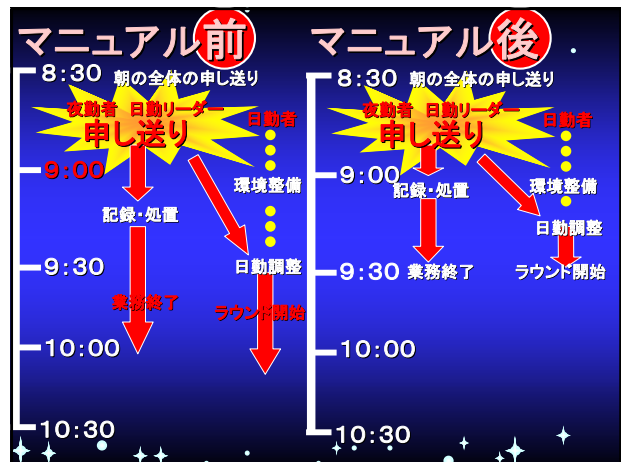
＜マニュアル作成後の変化＞

A・Bチーム平均終了時間 → 9時0分

両チーム平均所要時間 → 22分

以前に比べ6分短縮！

★祝★ 目標達成！！



## マニュアル作成後の結果

- 意識して申し送りが出来ているか  
出来ている95% 出来ていない5%
- 夜勤者は早く記録に取り掛かることができ、業務時間内に終了が出来ているか  
出来ている82% 出来ていない18%
- 日勤者は早くラウンドにまわられているか  
出来ている82% 出来ていない18%

## 8. 歯止め

8時30分以降の業務は  
日勤者へ業務を引き継ぐ

反省と今後の課題

詰め所会などで、業務内容や不備のある点などの話し合い、業務整理を行う

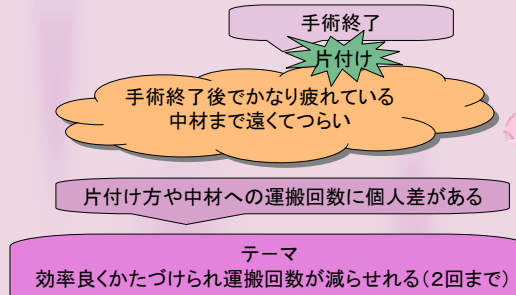
## 手術終了後の片付けが 効率良く行える

サッサレディース☆12

手術室 TQC委員

足立好美  
上垣知恵子  
米田郁代

## 1. テーマ選定の理由



## 2. 活動計画

	担当	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	上垣、足立	→					
活動計画		→					
攻め所	全員	→	→	→	→	→	→
目標設定	上垣、足立	→	→	→	→	→	→
方策の立案	全員	→	→	→	→	→	→
成功シナリオの追求	上垣、足立		→	→	→	→	→
成功シナリオの実施	全員		→	→	→	→	→
効果確認	上垣、足立			→	→	→	→
標準化と管理の定着	上垣、足立				→	→	→
反省と今後の課題	上垣、足立					→	→
発表準備	全員					→	→
発表						→	→

## 3. 活動期間

平成20年10月20日～11月7日まで



## 4. 現状把握

- 何度も後室と中材の往復(約160m)している。
- 中腰で吸引瓶を運搬するのがつらい。
- 再利用可能なガーゼ・綿球・シーツなど置く所がなく困る。
- 内視鏡手術器械・精密器械を超音波洗浄する時に後室をウロウロすることがあり、疲労感と不合理的を感じる。
- 卓子の動きが悪く、酵素剤ケース2個(約8Kg)を乗せると重くスムーズに動かない。

## 5. 攻め所シート

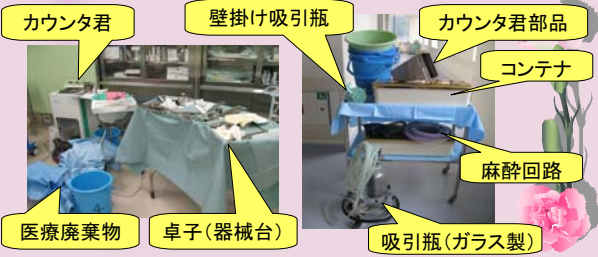
手術終了後の器械片付けが効率よく行える

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所
特性	中材への運搬が2回以内で終わる	中材への運搬を3～4回している	中材への運搬が1～2回多い	忘れ物しない 整理整頓をする
看護	・疲労感が少ない ・片付けが早く終わる ・中材への運搬回数が減る ・忘れ物をしない	・疲れているし、運搬に労力と気遣いがいる ・器械出し看護師1人で片付けている ・忘れ物があり、何回も運搬している	・片付け業務から早く開放されたい ・忘れ物で行く回数が増える	・外回り看護師の役割を考える ・器械だし看護師は忘れ物がないか部屋を確認する
器械物品	・きれいにきざと片付けたい ・洗浄、処理の方法が分別しやすい	・コンテナ内に器械を浸漬して運んでいる ・器械により洗浄方法が様々で分別しにくい	・手術終了後の卓子の上は様々な物が置かれている ・器械の洗浄方法は11～12種類あり分別しにくい	・再利用可能な物は、早めに卓子から取り除く ・卓子の上に何でも物を置かない
卓子	・使用した卓子のうえで片付けが出来る ・卓子がスムーズに動く	・使用した卓子の上で片付けているが、扱い ・卓子がスムーズに動かない	・片付けるスペースが確保出来る ・滑車の老朽化	・再利用可能な物は、早めに卓子から取り除く ・卓子の保守点検
方法	片付けが一定化し、中材への運搬方法が統一出来る	片付けが一定せず、中材への運搬方法が様々な状況	・スタッフにより片付け方が違う	片付け・運搬方法のマニュアルを考える。

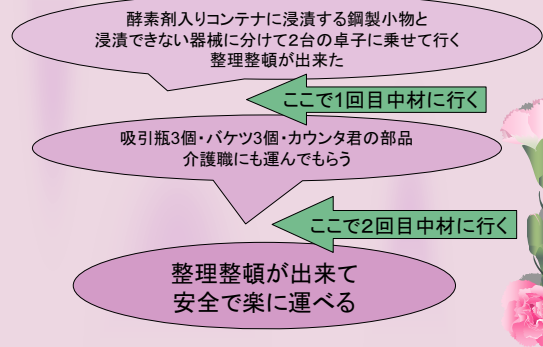


## 6. 目標の設定

何を	目標	いつまで	どのようにする
手術後の片付けが効率良く行える	中材への運搬回数が2回以内となる	11月8日まで	片付け、運搬方法を一定化する



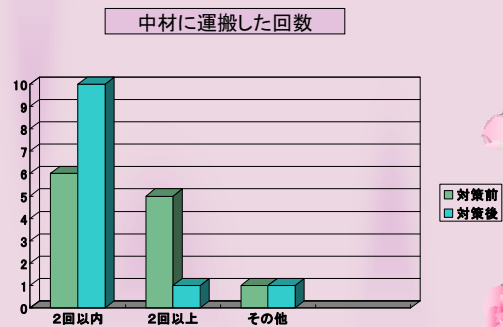
## 7. 成功のシナリオの実施



## 8. 方策の立案

- ❖ 整理整頓をして2回で中材に運ぶ。
- ❖ 未使用のガーゼ・綿球・シーツは、外回り看護師が取り除き回収廊下の中材行きカゴに入れる。
- ❖ 動きの悪い卓子の滑車を交換する。
- ❖ 片付けは現状通り器械出し看護師が行う。
- ❖ 今の環境のままで中材への運搬方法を考える(コストをかけない)。

## 9. 効果確認



## 10. 歯止め

- ❖ 蛋白酵素剤に浸漬したコンテナ2個を乗せた卓子(1台)ここで1回
- ❖ 洗浄器にかけられない器械すべてを乗せた卓子(1台)合計2回で中材へ行く
- ❖ バケツ、吸引瓶などは、介護職に運搬してもらう
- ❖ 忘れ物がないか? お互い声かけしながら気配りに努める
- ❖ 手術中から器械の整理整頓に心がける

## 11. 反省と今後の課題

- ❖ 今回の取り組みで片付けが一定化され、片付けやすくなった。
- ❖ 片付けに対する苦痛が心身ともに軽減された。
- ❖ 対策後も中材への運搬回数が減少しないスタッフがあり今後の課題としたい。



私たちが  
サッサレ  
デイリース  
です  
☆12



## 早く帰れる職場づくり

### 2. サークル名: ワークライフバランス

部署 : 中央リハビリテーション科(一般病棟)

### 3. メンバー :

リーダー : 吉田一正 (PT)

サブリーダー: 田原邦明 (PT)

メンバー : 神田美穂 (ST) 村尾貴裕 (OT) 西田陽二 (PT)

## 4. テーマ選定理由

- 当科では、毎年セラピストの増員が図られているものの、業務の認識の不統一や直接的業務の延長や間接的業務の増加により、慢性的に超過勤務となることが多く居残っている職員が多かった。
- そこで業務の降り返り、具体策を検討する事で、業務の合理化、時間外業務の減少を図り「早く帰れる職場づくり」を目指す目的でテーマ選択をおこなった。

## 5. 現状把握、6. 目標設定

現状調査: 平成20年8月1日~8月31日の1ヶ月間  
単位数・退勤時間、時間外業務調査を各自で記入し  
サークルメンバーが分析する

- 早く帰れる職場づくりを行い、職員の身体的・精神的健康を確保し、働きやすい職場環境を確立させる。
- 時間外業務を減らすことで経営改善に参加する
- 各自が毎日記入することで各自の業務の振り返りを行い「早く帰れる職場づくり」を考える。
- 各部門や職種での問題点や見直し点、検討項目を明らかにする。

## 現状調査 PT(A)

氏名	担当患者数	実働患者数	新規担当患者数	日平均患者数	総単位数	1日平均	契約までの時間	時間外時間	患者数割合	実働日数
H	238(15)	206	8	10.8	290	19.3	56.45	8	86.5	19
I	249	198	10	11.6	333	19.6	44.5	27.5	79.5	17
J	216	179	13	10.5	287	16.9	8.5	1.5	82.8	17
K	234	192	10	10.7	330	16.3	20	6.5	82	18
L	128(8)	122	8	6.8	253	14.1	30	0	95	18

平日日数20日間、勤務PTのべ人数89人、休みPTのべ人数11人  
担当患者に対して対応できた患者割合(実施患者割合)は80.5%、つまり依頼患者の5人に1人は休みにしているということであり、理由として急性期病棟の特徴である状態不良や手術日が多いが、訪問、回診、カンファレンス、出張などの場合や、代休のため休みにしている場合も多い。新患者数は1日につき2名まで制限していた為、技師長応援もあり負担は少なかつた。しかし、平日のうち約半数は休んでいるセラピストがいた為、代行業務の負担があり、これも技師長の援助を必要としていた。月曜日の整形外科回診同行による時間外業務負担が大きいが、セラピスト間で時間外業務量などに違いがある。患者数や単位数のみで測りきれない業務もあり業務量評価方法の検討が必要である

## 現状調査 PT(B)

氏名	担当患者数	実働患者数	新規担当患者数	日平均患者数	総単位数	1日平均	契約までの時間	時間外時間	患者数割合	実働日数
A	200	187	9	9.4	243	12.2	31.1	0	90	17
B	182	110	3	5.5	187	9.4	17.8	1.5	60	17
C	337	268	2	13.4	376	18.8	12.6	0	78	19
D	317	264	7	13.2	328	16.4	9.6	4.8	82.5	17
E	302	235	6	11.8	326	16.3	15.4	6.3	77.8	17
F	214	228	10	11.4	359	17.9	29.3	0	102	18
G	156	167	5	8.4	330	16.5	30.3	1	106	19

患者実施割合のチーム平均: 85.4%  
B: 朝来訪問への応援業務により、他のスタッフへの負担が大きかった。  
チームとはいえ3分野・グループに編成運営しており、C・Dは多くの患者を抱えながらも隔日対応等やりくりしている。  
療養病棟グループは基本的にCが病室、Bが訓練室対応していること、Bの副担当も含めチーム内においては1番の単位数取得となった。  
F・Gも教育的要素も含めながらの毎日であったが、実施患者割合は100%を超えて貢献した。  
時間外記入の個人差が大きく、意識の統一が必要。  
今回の1か月の調査では測れない業務負担や業務量内容がある  
今後計画段階である、チーム編成における課題となるが、統一したラインがどこまで可能か個々・チームの意思統一が肝要であると考える。

## 現状調査 OT

氏名	担当患者数	実働患者数	新規担当患者数	日平均患者数	総単位数	1日平均	契約までの時間	時間外時間	患者数割合	実働日数
M	182(66)	236	8	13.6	356	19.8	6.2	21	93	18
N	192	184	3	9.6	364	18.7	17.5	2	94	19.5
O	170	151	7	8.3	277	14.6	29	10	85	19
P	110	110	1	5.8	231	12.2	41	0	100	19

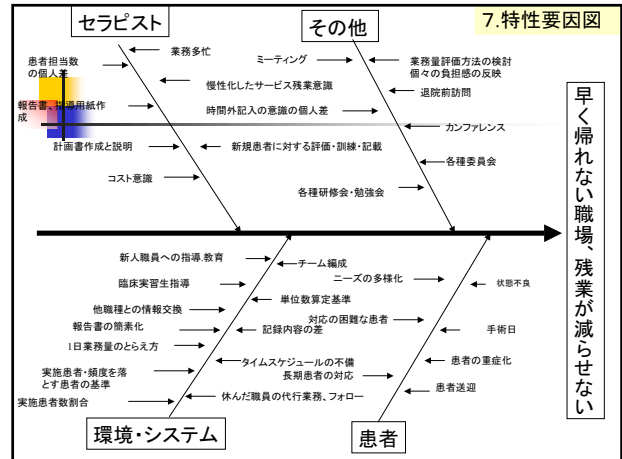
Mと他の職員との患者数の差が大きい(外来担当)  
外泊チェックリスト・ポジション表、退院患者への指導用紙などの作成、  
調理訓練時の記録や対応  
新人職員への指導内容・どの程度までを目標とするのか?  
他職種との情報交換のあり方  
新規患者に対する評価・訓練・記録  
単位数の算定基準  
急性期と経過の長い患者との対応の差  
学生への対応  
月末は特に計画書作成と説明  
病棟担当のあり方検討



## 現状調査 ST

氏名	担当患者数	実施患者数	評価担当患者数	日平均患者数	総患者数	1日平均	割合増減	出勤までの時間	評価外評価	実施患者割合	実務日数
Q	314(13)	263	9	13.6	351	17.6	1.6	37.2	8.5	81	20
R	294(12)	263	9	15	303	17.3	1	41	8	82	17.5
S	256(18)	204	15	12.9	282	16.6	1.2	47.2	8.5	73	17
T	147	128	6	6.7	228	11.4	0.4	33.8	0	86	20

セラピストによって患者数、嚥下評価、記録の差あり  
 新人教育に時間がかかる  
 時間外のとらえ方があいまい  
 新規患者、嚥下評価が増えると時間内に終われない  
 1日の業務量をどう考えるか  
 実施患者、頻度を落とす患者の基準づくり・コントロール  
 休んだ職員のフォローは困難な場合が多い



## 8. 対策立案

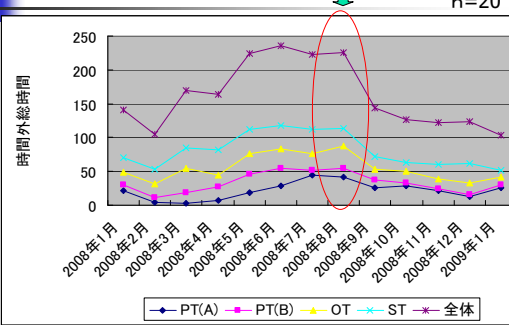
- 1日の業務量・タイムスケジュールの調整
- 単位数の算定と時間調整
- 業務の認識と時間外の申請を統一
- 実施記録表の運用と活用
- セラピストチーム編成(平成21年2月～)
- 実施患者の選定フローチャート

(新規患者、選定基準の確立  
 担当患者が休んだ場合の対応や実施頻度、終了の目安検討)

活動前後5ヶ月間を  
 比較すると・・・57.7%減少!

	活動前	活動後	効果
総時間数	536.5	310	57.7%減
1月平均	107.3	62	
1日平均	5.4	3.1	

## 9. 効果確認



## 10. 歯止め

- ①各セラピストが早く帰れる為に、1日の業務量や単位数、業務としての範疇を意識し業務を遂行していく。
- ②18:00には終了できる様に業務にあたり、以降の時間外発生時には必ず管理者に告げ業務にあたる。
- ②業務改善(セラピストチーム編成、患者選定フローチャート活用)をはかり効率的業務運用にあたる。

## 11. 反省と今後の課題

- 今回の取り組みにより時間外平均・総時間の減少の減少が行えた。
- 患者数や単位数のみで測りきれない業務や個人負担感など業務量評価方法の検討が必要。
- 決定事項をいかに各人が業務改善を意識し業務にあたれるか、個人の意識とチーム内におけるリーダーシップが求められる。

医事課・外来看護部合同TQC活動

## 時間外救急オーダー誤りに伴う コスト修正業務の効率化について

医事課 森本 俊介  
眼科 井上ひとみ  
総合診療科 日下部峰子

## テーマ選定の理由

電子カルテでの“オーダー誤り”がある事によって医事会計の誤りが発生。データ修正や返金・追加請求による**コスト修正業務の増加**を招き、**未収金発生の原因**ともなり得る。

そこで… ↓

“オーダー誤り”を減少させ、救急外来でのコスト修正業務の効率化をはかることを目的としてTQC活動を実施した。

## 現状把握

調査期間：平成20年7月26日～平成20年8月12日

《誤りとして確認されたものの内、主なものを調査対象とした。》

◇創傷処置と処理の誤り 2件

(創傷処置とはGW等の場合、創傷処理とは縫合等の場合)

◇注射オーダーの手技誤り 10件

(例：筋注が動注になっている・点滴が静注になっている等)

## 創傷処置と創傷処理について

創傷処置と創傷処理のコストの差

創傷処置1(GW等) 45点

創傷処理1(縫合等) 470点

425点の差

保険診療で最大 **1275円**(3割負担患者)

自由診療で最大 **8500円**(自賠責単価20円)

の差額料金が発生！

※件数は少ないが点数の差が大きいため、調査対象とした。

## 攻め所と目標の設定

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所
職員	正しいオーダー入力ができる	時に誤ったオーダー入力有り	正しいオーダー入力できていない	入力者へ正しい入力ができるよう注意・連絡
方法	正しいオーダー入力ができる	時に誤ったオーダー入力有り	正しいオーダー入力できていない	入力者へ正しい入力ができるよう注意・連絡
物	わかり易いオーダー画面	分り難いオーダー画面がある	オーダー項目の内容を整備できていない	オーダー画面をわかり易いよう整備する
環境	わかり易いオーダー画面	分り難いオーダー画面がある	オーダー項目の内容を整備できていない	オーダー画面をわかり易いよう整備する

※ 職員と方法、物と環境は同じ対象となる為、攻め所等も同じとなった。

## 対策の立案

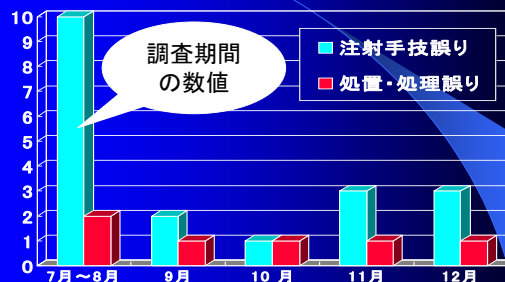
『オーダー誤り』を防ぐ為にどうすれば良いか？

- ① オーダー誤りの多い項目についてお知らせを行い注意喚起する。
- ② 入力者から見て分りづらい汎用処置オーダーの表示を改善。

## 対策の実施

なぜ	何を	誰が	いつ	どこで	どうする	採否
オーダー誤りを減らす為	オーダー誤りの多い項目を	眼科井上が	外来集会時に	外来集会で	お知らせをして注意を促す	採
処置オーダー入力をしやすくする為	わかりづらい汎用処置オーダーを	医事課森本が	依頼があり次第	医事課で	汎用処置オーダーの修正をする	採

## 効果の確認



対策実施後の9月以降、件数が減少した！

## 反省と今後の課題

### ＜結果＞

- 対策実施前と比較して**オーダーの誤りの件数は減少**。
- 外来看護部に対しても調査開始前以上にコスト意識を持って頂くことができた。

### ＜反省点＞

- 全オーダー件数を把握していない為、オーダーの誤りがどの程度の割合で起きているか等の数値を算出する事ができなかった。

### ＜今後の課題＞

- オーダーの誤りだけでなく、オーダー自体が漏れているケースについても対策を講じて行かなければならない。

## 指示のない注射準備箋をなくす

薬剤科

サークル名 GGファーム

坂本 恭宏  
松下 祐一  
岡本 大輔  
高橋 一仁  
岸田 敬子  
小野山真一郎

## テーマの選定理由

注射処方で開始時刻などの指示のない注射準備箋が見受けられます。

そのため指示を確認し、注射箋・注射ラベルに薬剤科で書き加えたり、また病棟では整理し直す必要があります。

指示の入力を徹底し、用法の入力された注射準備箋で作業することにより効率と安全性を高めたいと思います。

## 用法指示のない注射準備箋の問題点

- ① 注射準備箋として不備である
- ② 指示の確認のため電子カルテ・ワークシート  
医師への問い合わせ といった確認作業に  
時間をとられている。
- ③ 他の看護師と相談したり、暗黙の了解といった  
あいまいな理解の下で注射を行っている。
- ④ TPNは10時以降のものは薬剤科でクリーンルーム  
で調製します。そのため開始時刻の不明なものは全  
て確認しなければならない。

## 活動計画 役割分担

活動項目	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定	全員	→							
現状把握	全員		→			→			
目標設定	全員			→					
攻めどころ	全員						→		
効果の確認	全員								→
反省・まとめ	全員								→

## 現状把握 1 (指示のない注射準備箋)

平成20年8月1日～8月31日までの指示の無い注射準備箋

全注射準備箋	17396枚
用法指示の無い準備箋	3893枚 (22.30%)
点滴静注	2568枚
静注	60枚
TPN	158枚
抗生剤	416枚
インスリン	71枚
麻薬	76枚
合計	3893枚

## 現状把握 2 (必要な指示は?)

どんな指示の記載が必要か看護師に聞き取り調査した。

- 開始時刻 持続点滴の場合(0~8 8~16 16~24 ・午前 準夜)
- 時間流量 (ml/時間)
- 投与時間
- ルート
- 点滴終了後の指示
- 特に注意の必要なものの明記(単独ルートをとる必要のある薬剤。フラッシュが必要な薬剤)

## 現状把握 3 (指示のない時の対処は?)

- 医師に確認する
- 電子カルテ・ワークシートで確認する
- リーダー・他の看護師に確認する
- 同じ処方であれば、前回と同様とする。
- 患者の疾患・薬剤などから他の看護師と相談して決めている。
- 1日の本数で開始、終了を決めている。
- 1日2本の抗生剤は午前・準夜としている。
- 暗黙の了解。危険も犯している。

## 目標設定

なにを	用法もれ注射準備箋
いつまでに	平成21年1月31日まで
どれだけ	22.3%から10%にする

## 攻めどころ

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻めどころ	病院の支持	現場の理解協力	ギャップ解消性	評価
特性	評価得点 100点	80点	20点		/	/	/	/
医師の意識	指示が明確	指示がないものがある	ミスを起こす可能性 効率が悪い	現状を知らせ 協力を求める	3	3	3	9
システム	入力が簡単で効率的	キータッチが多い	時間がかか る	システムを改 善する	1	1	1	3
入力方法	指示入力のあるセット・パスを利用する	汎用処方 で利用されて いる	利用が少 ない	セット・パスの 利用を促進す る	4	4	3	11

## 対策実施

- 各種会議 (リスクマネジメント委員会  
病棟運営会議・各病棟会議) で現状と  
問題点を訴えた
- 汎用処方のセット登録と利用を推奨した

## 効果確認

平成21年2月1日～2月14日までの指示の無い注射準備箋

全注射準備箋	9332枚
用法指示の無い準備箋	1690枚 (18.1%)
点滴静注	1013枚
静注	292枚
TPN	101枚
抗生剤	238枚
インスリン	5枚
合計	1690枚

**目標 未達成**

## 反省と今後の課題

今回行った対策についてはPRが足りず、十分な効果が得られなかったが、以下のような問題点や課題が分かったので引き続き活動していきたい。

- ① 注射処方のシステムの全容をよく知ること。
- ② 医師の処方意図をよく理解することや、医師に看護師の欲しい指示内容を知ってもらう等日々のコミュニケーションを密にする。
- ③ 個々の薬剤に必要な情報を注射準備箋に反映すること。
- ④ セットやパスの利用によって、指示のれれを防ぐことができる。

# 治療計画用CT撮影時の 申し送り票の電子化

画像診断科

サークル名 ちーむ・らでいえいしょんの活動

上仲彰洋  
西垣 裕  
井口昌好  
田野貞広  
上田政己

## テーマ選定の理由

当院では放射線治療計画にCT用いられている。治療用CT撮影は通常のCT検査とは異なり、放射線治療に携わる診療放射線技師が行うが、放射線業務のローテーションによりCT撮影時の技師と実際の放射線治療時の技師とが異なる場合がある。この際、患者の状態、体位等具体的な情報を治療担当技師に申し送る為に「シミュレーション・ノート」と言う申し送り票を独自で作成し用いていた。しかし、まれにこの申し送り票を書き忘れたり紛失したりして、申し送りがスムーズに行かないことがあった。今回、病院のシステムが電子化になったことに伴いこの申し送り票をマイクロソフト社のアクセスを用いて電子化して入力漏れがないように取り組んだ。

## 活動計画

	担当	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定	上仲	→				
活動計画	上仲	→	→			
攻めどころ	上仲	→	→	→		
目標設定	上仲 西垣	→	→	→		
方策の立案	上仲 西垣	→	→	→		
実施と対策①	全員			→	→	→
実施と対策②	全員			→	→	→
効果確認	上仲				→	→
標準化	上仲 田野				→	→
前止め	上仲 田野				→	→
発表準備と発表	上仲 田野				→	→

## 活動期間

平成20年12月～平成21年1月

## 現状把握

- ・シミュレーション・ノートはA4サイズのコピー用紙である。
- ・コピーのし忘れによる用紙の不足。
- ・放射線治療業務の片手間にCT撮影を行うためあわただしくつい記入を忘れてしまう。
- ・用紙の紛失
- ・電子化に伴い用いたソフトはマイクロソフトのアクセス
- ・電子化に伴う問題はウィルス等のセキュリティやパソコンにインストールするために誤動作が伴わないかどうか。

## 攻めどころ選定シート

項目	あいたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所
特性	シミュレーション・ノートの完全実施及び電子化	実施約90% 顔記入等も含む	実施が出来ていない約10%	
スタッフ	技師二人以上で治療計画用CT撮影放射線治療専門技師の設定事前にシミュレーション・ノートを用意	検査等時は一人でやっている。 シミュレーション・ノートが無い時がある。	スタッフの不足放射線治療専任技師の不在。	シミュレーション・ノートを内規で義務化する。 放射線治療専門技師の採用
環境	治療計画用CTを予約制にする。時間をかけて撮影する。放射線治療専門技師の設定	基本的に順次施行。午前中はルーチンのCTがかなり混雑しており時間がかけられない。	混乱状態の中での業務遂行。	現在のところ不可能
意識	常に意識をする。煩雑と思わないで行動する。	まあいいかという気持ちがある。 めんどうくさい。	申し送りの重要性の欠如。 意識するよりも業務量が多い。	急がず確実に業務をこなす。 常にシミュレーション・ノートを表示する。
方法	電子化にする。記入項目をリスト化して選択できるように簡素化する。	紙に書く手間がある。CT撮影時、混雑しているときがあり時間に追われる。	シミュレーション・ノート自体が義務ではない。スタッフ等の不足。意識不足。	電子化にする。入力項目をプルダウンメニューにして出来るだけ簡素に入力できるようにする。



## 目標設定

「シミュレーション・ノート」を電子化し、確実に入力する。

## 対策と実施①

「シミュレーション・ノート」を電子化する。

シミュレーション・ノートは画像診断科の技師が市販のソフトを用いて構築する。

電子化にあたり手入力を出来るだけしなくてすむようにドロップダウンリストなどで予め登録事項を設ける。

電子化にあたり、放射線情報システム(RIS)及び放射線治療情報システム(治療RIS)の端末を使用するのでセキュリティ及び使用許可の設定を行う。

## 対策と実施②

患者認識にはバーコードを用いる。(患者情報を上位のHISより取得可能)→これにより患者の登録間違いがなくなる。

実施者への意識付け。

当面は紙の「シミュレーション・ノート」を併用し、ある程度の件数に達したらペーパー・レスとする。

電子化したソフトへの要望の柔軟な対応。

## 効果確認

・電子化にするあたり入力の実施漏れは無かった。

・バーコードを用いて患者情報を取得するので、カルテ番号や名前の記入ミスが無くなった。

・ペーパーレスとなったことでA4コピー用紙が31枚節約できた。

→年間約120件ほどあるのでコスト減にごく微力ながら貢献できた。

## 歯止め

活動期間内ではシミュレーションノートを確実に入力することが出来た。活動中は各人が気を付けて入力を行っているが、慣れてくるとバーコード・リーダーを用いずに検査開始をしたり、入力忘れ等が発生する可能性があるため、常に啓蒙を掲げて業務をこなす。また、電子ソフトなのでいつ誤作動等があるかわからないので、このあたりのチェックも定期的に行っていく。

## まとめ

従来A4コピー用紙を用いて記入してきた申し送り票「シミュレーション・ノート」を電子化することにより、入力漏れや、カルテ番号等の記入ミスが無くなった。また極微力ながらペーパーレスとなったことでコストの削減が図られた。今後、実施者がより使用しやすいものになるように柔軟にカスタマイズできるように対応していくと同時に、「慣れ」による操作ミス等の誤操作を起こさないよう各人に意識付けを行っていきたいと考える。

～在庫チェック時間を減らそう！！～

栄養管理科 **倉庫チェックーズ！！** 樋口 勝己  
西沢 由美  
上田 千鶴  
和田 優  
富田 努  
池田 哲也

## テーマ選定の理由

在庫多数、乱雑配置のため確認作業に長時間要す

↓  
発注の有無を定数制にして、整理整頓を行ない在庫時間短縮することで欠品防止につなげるようテーマ選定した

< 活動期間 >

平成20年9月1日～平成20年12月24日

## 現状把握

- <特性> ・在庫チェック所要時間12.1分、欠品3品
- <環境> ・乱雑に物が置かれている(同じ商品があちこちに置いてある)
- ・在庫の数が多すぎる
- <人> ・場所が把握できていない
- ・確認する人が毎回変わるためたまにする人は要領が解らない
- ・他の業務に追われて確認がおろそかになる
- <方法> ・チェックシートの順番と商品の置いてある場所が違って見にくい

< 目標設定 >

欠品を出さず確認の時間を6分以内にする

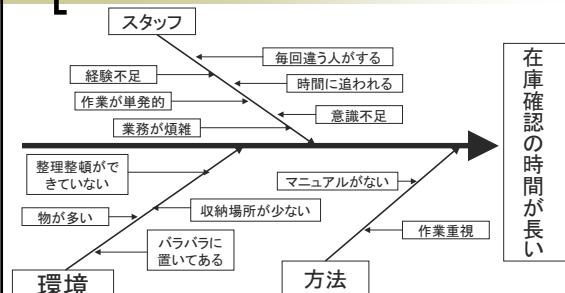
## 攻めどころの検討

項目	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻めどころ
特性	・在庫チェック所要時間を6分以内にする ・欠品なし	・在庫チェック所要時間平均12.1分 ・欠品3品	・在庫チェック所要時間平均12.1分 ・欠品3品	
スタッフ	・時間内に終える	・時間に追われる ・毎日違う人がする ・単発的になっている	・経験不足 ・意識不足	・プロ意識をもつ
環境	・整理整頓ができている ・一目で数が把握できるように整理されている	・場所が決まっていない ・物が多い ・同じ商品があちこちに置いてある	・スペース不足	・整理整頓の徹底
方法	・在庫定数の設定	・作業重視	・マニュアル化されていない	・マニュアル化する

## 原因分析

- 乱雑に物が置かれている
- 確認者が日々変わるため要領を得ない
- 在庫の数量が多すぎる
- 入職間もないスタッフが行なう為

## 特性要因図





# チームカンファレンスの有効な持ち方

回りハ カンファレンズ  
2病棟TQC委員

小林 ゆかり  
福丸 瑞恵  
南下 さおり  
今井 秀樹

## 1、テーマ選定の理由

- ・2病棟では、毎月1回受け持ち患者のチームカンファレンス（PT, OT, ST, MSW, Ns, CWの担当者）を開いており、所要時間を1単位=20分で行っている。
- ・全担当者が時間通り集合できず開始時間が遅れたり、20分以上要し時間オーバーとなる傾向にあった。
- ・ムダな時間を減らし、20分で効率の良いカンファレンス実施ができる事を目標としこのテーマに取り組んだ。

## 2、活動計画

担当	8月	9月	10月	11月	12月	1~2月
テーマ選定 活動計画	小林 福丸					
攻め所	小林 福丸					
目標設定	小林 今井 福丸 南下					
方策の立案	小林 今井 福丸 南下					
成功シナリオの追求	小林 今井 福丸 南下					
成功シナリオの実施	全員					
効果確認	小林 今井 福丸 南下					
標準化と管理の定着	小林 今井 福丸 南下					
反省と今後の課題	小林 今井 福丸 南下					
発表準備と発表	小林 福丸					

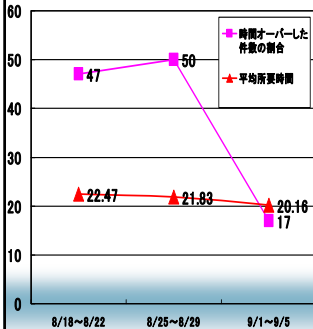
## 3、活動期間

平成20年8月1日

～平成20年12月31日

## 4、現状把握

カンファレンス状況  
(時間オーバー、所要時間のグラフ)



### 時間超過の理由

- ◆ 在宅支援の内容など議題が多かった。
- ◆ 問題点が多く話し合いが長くなった。
- ◆ 患者が重症で初回に検討することが多かった。
- ◆ 担当者の一人が遅れスムーズに進行しなかった。

## 5、攻め所の検討

「カンファレンスの時間厳守と質の向上を図るためには」

項目	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所の候補
特性	・時間オーバー30%以下 ・平均所要時間20分以下	・時間オーバー41% ・平均所要時間21.4分	・時間オーバー11% ・平均所要時間1.4分	
スタッフ	・時間内に集合する。 ・時間内に終わる。 ・事前に情報、意見を持って参加できる。	・時間内に集合出来ない事が多い。 ・時間内オーバーしている事が多い。 ・事前準備せず、カンファレンス時に考えている。	・時間にルーズである。 ・事前準備が出来ていない。	・時間厳守の意識づけをする。 ・事前準備が出来る体制作りをする。
患者	・GOLが、アップする。 ・日中は、リハビリ意識が持て夜間は良眠出来、リハビリが出来る。 ・転倒事故、褥瘡発生するケースがある。 ・病状が悪化しない。	・入院期間が、長引く。 ・褥瘡発生が、なかなか解決できない。 ・通院の受け入れ体制が整わない。 ・転倒事故、褥瘡発生するケースがある。 ・病状が悪化しない。	・通院計画が、スムーズに運んでいない。 ・問題解決に時間がかかる。 ・リハビリが、計画通りに進まないケースがある。	・目標を、患者家族スタッフ間で共有し、問題解決の糸口を導き出す。 ・カンファレンスの後き打ちを継続して行い意識を高める。
意識	・カンファレンスを意識して、業務計画が立てられる。 ・カンファレンス時間を意識しながら話し合う。 ・GOLの向上を目指す内容になっている。	・カンファレンスを意識した、業務計画が立てられていない。 ・時間にルーズになっている。	・カンファレンスに対する意識が低い。 ・時間を意識していない。 ・カンファレンス意識に乏しい。	・カンファレンス前には、問題点対策を徹々に考えておく。 ・カンファレンスの後き打ちを継続して行い意識を高める。
方法	・無理がなく、継続できる方法がマニュアル化する。 ・方法が周知徹底できる。	・カンファレンス方法が確立できていない。 ・カンファレンスを時間内に終わらせる意識づけが、出来ていない。	・カンファレンス方法が、マニュアル化されていない。 ・意識づけが足りない。	・カンファレンスマニュアルを作り、目的付きやすい所に掲示する。

## 6、目標設定

チームカンファレンスの  
時間オーバー(20分以上か  
かった)件数の割合を、  
11月30日までに、  
41%⇒30%以下にする。

## チームカンファレンス マニュアル

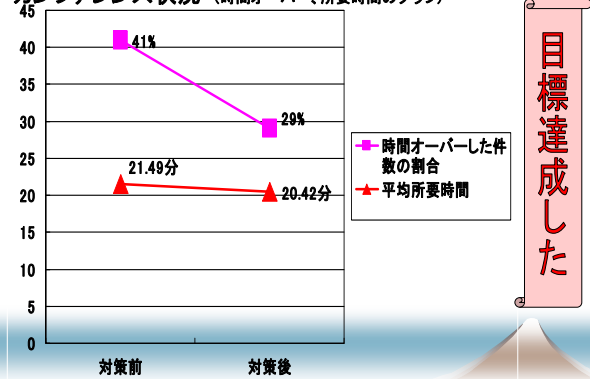
- ①カンファレンス件数は、**5件/日**まで。  
(看護師は、**1件/日**まで)
- ◆**土、日でも**メンバーが揃う場合は**実施**。
- ◆優先順位⇒1) **日勤** 2) **問題上必要な担当者がいる日** 3) **夜勤前後**(基本は午後から)
- ②**2人揃った時点**で、時間となれば開始。
- ③**事前に情報を持って**カンファレンスに臨む。(休みの担当者は、事前入力、情報提供を行う。)
- ④**20分で終わらない場合は、再度話し合いの時間を**設ける。
- ⑤カンファレンスは、**月の前半に予定表に記入**。

## 8、成功シナリオの追求と実施

- ・現状調査用紙を作製し、チームカンファレンスがある朝に、チームメンバーの中の1人に渡し記入してもらい、時間厳守の意識付けをする。
- ・チームカンファレンスマニュアルを作成し、カンファレンス方法の統一を図り、スタッフの目の付き易い所に掲示する。

## 9、効果確認

カンファレンス状況 (時間オーバー、所要時間のグラフ)



## 10、標準化と管理の定着

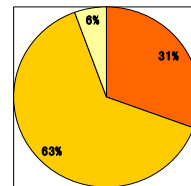
	何を	何故	何時	何処で	誰が	どうする
標準化	カンファレンスの方法	皆が統一でき守れるように	常時	ナースセンター	TQC委員	カンファレンスマニュアルの掲示
管理	カンファレンス調査	スタッフの意識づけのため	時々	チームカンファレンス	TQC委員	カンファレンス抜き打ち調査継続
教育	カンファレンス時間	時間オーバーにならないよう	常時	ナースセンター	チームメンバー	時間厳守の声かけ
	目標	退院支援に向けて	カンファレンス前後	病棟	患者家族、スタッフ	目標の共有
	カンファレンス内容	内容の充実を図るため	カンファレンス前	各自	チームメンバー	カンファレンスの事前準備

## 11、反省と今後の課題

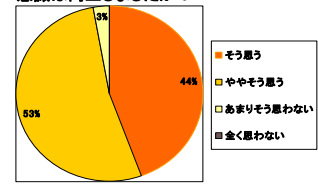
- ◆抜き打ち調査を継続し、意識付けを適宜行っていく。
- ◆今後も、新たな改善策があれば取り入れ、スタッフ間で声をかけ、継続していく。

活動後の意識調査アンケート結果

①カンファレンス時間は守れるようになりましたか？



②対策後、時間厳守に向けて意識は向上しましたか？



## 日勤の業務開始時間を早くする

サークル名: よーいどん  
4病棟

## テーマの選定

平成20年度テーマ  
業務の合理化

問題点の洗い出し	必要性	緊急度	取り組みやすさ	解決順位
①着変のない短期入院患者の支援台帳(看護サマリ)の必要性は?? 記載の簡素化ができないものか??	○	△	○	(5点)→ 3
②医師の代行入力に困る	◎	△	△	(5点)→ 3
③使わない物品や、数多くて期限が切れてしまう物品がある	◎	○	○	(7点)→ 2
④早出・遅出が協力して保清をしてもらいたい	○	△	×	(3点)→ 5
⑤日勤の業務開始時間が遅い	◎	○	◎	(8点)→ 1

◎:3点 ○:2点 △:1点 ×:0点

## テーマ選定の理由

業務開始時間が早くなることによって...

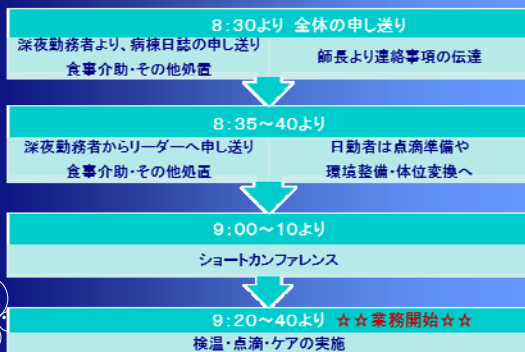
- 午前中にケアを行える時間が増え、午後からの業務にゆとりがもてる
- 朝一の化学療法や手術、その他の準備に余裕がもてる

## ☆補足説明☆

- 病棟日誌の申し送り  
深夜勤務者が病棟管理日誌を読み上げる  
(昨日の入退院・転科転棟患者、重症者・要観察者・行動注意者の状態、患者総数など)
- 環境整備及び、体位変換  
病室のゴミ集め  
オーバーテーブル・床頭台の拭き掃除
- ショートカンファレンス  
日勤メンバーが各々の本日の受け持ち患者について、リーダーを中心に情報交換を行う

## 現状分析

4病棟の朝の流れ



## 目標設定

- 何を: 日勤の業務開始時間を
- いつまでに: 1月末までに
- どのくらいに: 9:20~40の開始を **9:15に!!**

## 活動期間

- 平成21年1月5日~1月31日



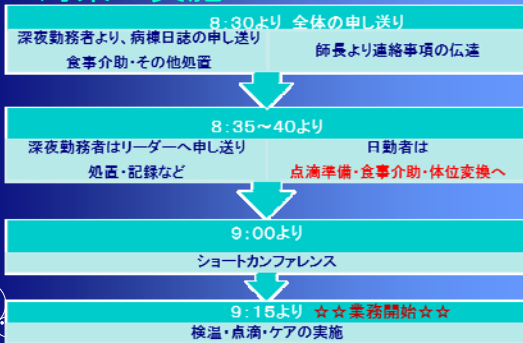
## 攻めどころと目標の設定

	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所
特性	9時15分に業務開始	9時20~30分に業務開始	5分~20分	
深夜の申し送り	記録できたことは重複せず、簡潔に。夜間看護者の方のみ。一人5分~10分以内。8時40分から9時まで。	全患者について、「変わりないです」まで申し送る。一人10分、長い時は20分かかる。8時40分~9時10分	申し送り時間は人による。開始時間が遅い時がある。	申し送り時間の短縮 全体の申し送り後、速やかに申し送りを完了する
環境整備	9時には終了し、カンファレンスが行える。	30分~40分かかり、9時~9時10分まで。	10分。環境整備に時間がかかる。	環境整備の見直し
ショートカンファレンス	自分が今日行うこと、重要な観察点を述べる。15分以内。	昨日の状態をバイタルなども含め報告。そして、今日の予定を述べる。15分~18分	3分	カンファレンス時間の短縮

## 対策の立案

攻め所	対策案	期待効果	採否
申し送り時間の短縮	意識付け	中	○
全体の申し送り後、速やかに申し送りを完了する	全体の申し送り後、日勤者が深夜の仕事を引き継ぐ	大	○
環境整備の見直し	午後からに変更	大	○
カンファレンス時間の短縮	意識付け	中	○

## 対策の実施



## 効果の確認①

- 環境整備時間: 30~40分  
平均28分⇒33分 +5分
  - 深夜からの申し送り: 20~25分  
平均19分⇒19分 変化なし  
(終了時刻は9時~9時10分)
  - ショートカンファレンス: 15分~20分  
平均14分⇒18分 +4分
- 業務開始が9時15分に開始できた日もあったが、9時30分を過ぎる日もあった

## 効果の確認② アンケート結果

- 結果報告とともにアンケート調査を実施
- Q 環境整備の時間は??  
「従来通り朝がよい」 100%
- \*その理由
  - 午後からはOPや検査、処置、転入患者の受け入れなど、処置が多く、人が集まりにくい
  - 朝に環境整備に回ったほうが気持ちが良い
  - 患者の状態を把握することができる

## 反省と今後の課題

- 今回の活動では、予想していた効果は得られなかった
- 業務開始時間を早くするために、  
深夜からリーダーへの申し送り時間の短縮  
環境整備時間の短縮  
カンファレンス時間の短縮  
などに関して新たな対策を検討し、  
今後の活動につなげていきたい

## ナイロン袋の無駄使いを無くす

5病棟      藤本 敦  
伊澤わかな  
井上 美希  
西田 真菜

2010/2/12 1

## はじめに

- 後期活動に向けたアンケートの実施。
- ナイロン袋の無駄使いについての意見多数
- 無駄使いを無くすべく取り組み開始

2010/2/12 2

## 活動期間

- 平成21年12月15日～平成21年2月25日

2010/2/12 3

## 現状調査

- ナイロン袋の使用状況、職員意識についてアンケート
- 1週間の袋の使用枚数
- 袋の使用状況の調査

2010/2/12 4

## 調査結果

①アンケート調査

- 1) 無駄使いしないように意識している : はい=25名    いいえ=3名
- 2) 目的に応じたサイズの袋を使用している : はい=25名    いいえ=3名
- 3) ナイロ袋のコストを知っている : はい=1名    いいえ=27名

②1週間の袋の使用状況  
1/26-1/30の5日間の使用量

③袋の主な使用目的

- 1) 大サイズの袋: ゴミ箱の袋、ガーゼ交換、白衣汚染、ラウンド用ゴミ袋
- 2) 中サイズの袋: 回診時のガーゼ交換、おむつ交換、ラウンド用ゴミ袋
- 3) 小サイズの袋: 普通のガーゼ交換、おむつ交換、な

2010/2/12 5

## 要因分析

• 特性要因図を作成

2010/2/12 6

## 要因

- 無駄使いに対する意識が低い。
- 処置や目的に応じた袋の使い分けの約束事がない。
- 目的に沿ったサイズの袋を使用していない。

2010/2/12

7

## 目標設定

- 目的に沿った袋のサイズが選択できる。
- 無駄使いに対するスタッフの意識が向上。

2010/2/12

8

## 対策実施

### 《袋の設置について》

- 回診車には小・中サイズの袋を設置。
- 清掃車には大サイズの袋のみ設置。
- 回診車・清掃車以外には汚物室のみ袋を設置。
- MRSA患者以外のベッドサイドに袋は置かない。
- ラウンドにも小・中の袋を使用。

### 《袋の使用方法について》

- ゴミ箱用の袋は汚染がない場合は交換しない。
- 患者の寝衣は患者自身の袋に入れる。
- 汚れていない袋は再利用。

### 《無駄使いに対する意識付け》

ポスターを製作し、目に付くところへ張り出し、意識付け。

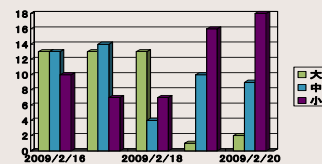
2010/2/12

9

## 効果確認

- ☆袋のサイズ・設置場所を固定→安易に袋を使用しなくなった。  
→目的に沿った袋を使用。
- ☆短期活動で著大な効果や問題点抽出には至らず。

### (対策実施後の1週間の袋の使用状況)



2010/2/12

10

## 歯止め

- ナイロン袋を設置する場所を制限し。
- 小・中サイズの袋を中心に使用、大きい袋はゴミ箱以外の使用は避ける。
- 汚れていない袋は再利用する。
- 患者の寝衣が汚れた場合には患者持参の袋を利用。
- 「もったいない」、「無駄使いをしない」という意識を持ち続ける。

2010/2/12

11

## 反省と今後の課題。

- 短期間での取り組みとなったため、十分な活動や問題点の抽出が不十分であった。今後も継続して活動していきたい。
- 散在していたナイロン袋が整理された。
- ナイロン袋だけでなく、何事にも「無駄使いをしない」という意識をスタッフ1人1人が持つことが大切である。

2010/2/12

12

## 環境整備業務時間の短縮化を図る

サークル名: 六病棟革新連盟  
6病棟 加藤 弘

## テーマ選定の理由

朝の環境整備時には食事介助や体位変換、排泄介助、ナースコール対応などを環境整備に回りながら対応するため時間がかかる。

日勤の業務に入る時間が遅く、それが最後まで尾を引き業務終了時間が遅くなっている原因の1つであった。そこで、環境整備時間の短縮できないか考えた。

環境整備・・・ベッド及びベッドサイドなど入院生活を快適に過ごせられるように整えること

## 活動期間

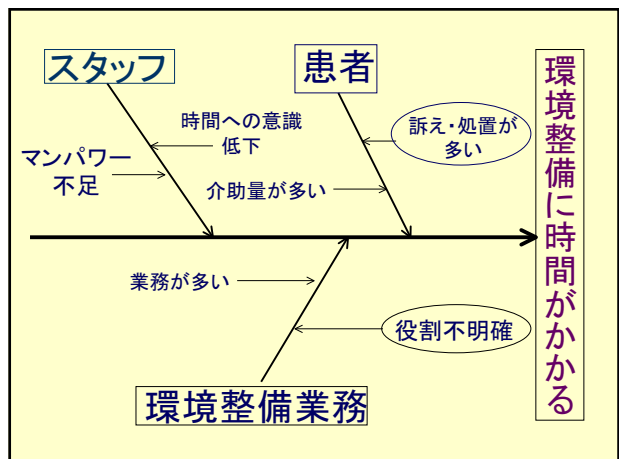
平成20年10月1日～12月31日

## 現状把握

- 環境整備の順番・・・端の部屋から日勤スタッフで回る
- 環境整備の内容・・・ごみ集め、月曜日・金曜日:ローラー、火曜日・木曜日:拭き掃除、水曜日:オペ日のため担当部屋を適宜実施
- 一緒に行っている業務...オムツ交換、体位変換、痰吸引、食事介助、コール対応
- 9月の環境整備所要時間...41.6分

## 目標設定

環境整備の時間が20分以内に収まる



## 原因分析

- 役割分担が不明確
- 食事介助に時間がかかる
- 一度に行う業務が多い
- 環境整備に当たれるスタッフが少なくなる

## 対策と実施

### 役割分担の明確化

- 翌日深夜勤務者の役割を明確にした。
  - チーム担当ナースが午前の点滴、昼食前の薬の準備を行う
  - 残りの2名がPHSを持ち、コール対応、食事介助にあたる
- 残りのスタッフを2グループに分け、両端から環境整備に回る
- 転倒転落などの危険行動伴う患者の部屋担当者が残ったPHSを持つ
- ごみ集めは介護スタッフが行う

## 効果確認

- 環境整備終了平均時間
  - 10月...:25分
  - 11月...:20分
  - 平均時間...:22.5分

→時間短縮に繋がっているが、2.5分足りず。  
目標達成ならず

## 歯止め

- 対策実施した項目をマニュアルに追加修正した
- 継続できるようにスタッフに啓蒙した

## 反省と今後の課題

- 良かった点:午前中から余裕を持って患者様に対応できるようになった
- 反省点:介助量の多い患者の数によっての変化が大きい
- 今後の取り組み:これをきっかけにし、さらにこれからの業務に合わせて改善も考えていく

## 朝の申し送り廃止

7病棟 椿野 絵里子  
村尾 麻紀子

## テーマ設定の理由

- ・総合診療開始により、業務量が増えた。
- ・業務を時間通り終える為にも、業務の見直しが必要である。
- ・日勤業務の時間外を調べ、現状を知ることによって個々が自分を振り返る事ができる。

## 活動期間

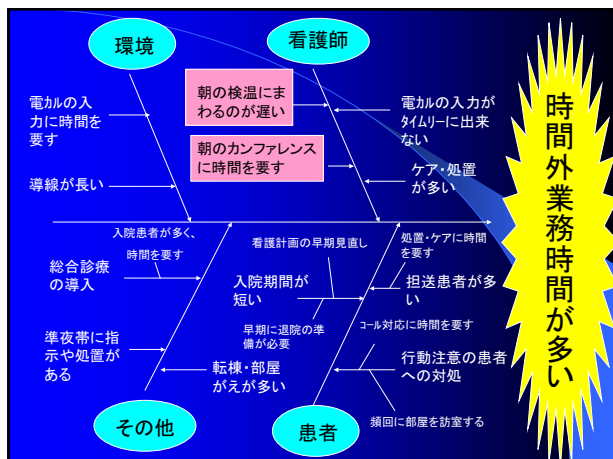
平成20年 6月2日～  
平成21年2月25日

## 日勤業務の時間外時間

	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6
日勤者調査人数	12	12	11	12	13
平均業務終了時間	17:50	17:19	17:20	17:33	17:18
時間内業務終了者数	2	9	7	4	11
最高超過勤務時間	18:00	17:40	17:45	18:00	17:40

## 目標設定

朝の申し送り廃止が  
スムーズに導入できる



## 対策の実施

<朝の申し送りについて>

- \* 管理日誌の申し送り・師長からの伝達の後、各チームの夜勤リーダーから日勤リーダーへ5分程度で必要事項のみ申し送る。
- \* メンバーはその間担当患者を訪問し、挨拶・状態確認、またケアがあれば深夜勤務者と交替し行く。



- \* 申し送り終了後、リーダーはチーム内をラウンドし患者の状態把握に努めメンバーへも確認する
- \* メンバーは朝のバイタル測定後ケアを行う前にリーダーに患者の状態などを報告し、必要に応じて当日のケア計画など変更する。(9:30までに報告する)
- \* 前日の入院患者については入院時の医師記録・看護記録入院を受けた人が印刷し、ファイルに挟んでおき情報収集の時間を短縮する。

## 効果・確認

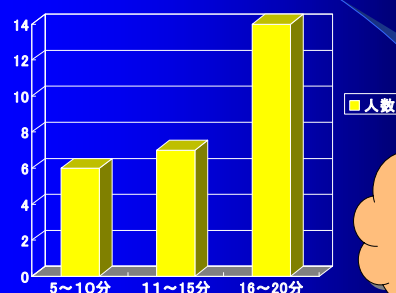
### <良い点>

- \* メンバーとして
  - ・時間短縮となり午前中に保清を終え患者ともゆっくり関われる
  - ・ケアが充実して行える
- \* リーダーとして
  - ・情報収集の時間が多くとれる
  - ・入院時の看護記録・医師記録を印刷しファイルに綴じることで、そこから情報収集が行え時間の短縮となった
  - ・要点を絞って申し送ることを、以前より心がけるようになった

### <問題点>

- \* メンバーとして
  - ・担当以外の患者の情報が、あまり分からない
  - ・夜に起こった事が記録になく、患者から聞いてわかったという事があった
- \* リーダーとして
  - ・早くに伝えたい事がある場合、検温などにまわる前にメンバーへ伝えたい
  - ・電カルで情報収集する時間が意外になかった
  - ・全体の把握がしにくい
  - ・リーダーが詰所から動きにくい

日勤リーダーへの申し送りに要した時間  
(1/22~2/10)



平均時間  
12.07分

## 歯止め

- (1) 定期的に病棟会・リーダー会で話し合っていく
- (2) 1人1人が心掛け、お互い協力し合う

## 反省と今後の課題

- 朝の申し送りを廃止する事で、朝の検温・処置に早くいけるようになり、時間を有効に使えるようになった。
- 時間にけじめを付け業務がスムーズに行えるよう考える機会となった
- 今後、夜勤の時間外にも目を向け、業務の見直しをしていく必要がある。

# 朝の申し送り時間を短くして 早く業務に取りかかろう

8病棟 サークル名『すなだけい』  
津崎 美佐 井上 孝子 井上 聖子  
米 小百合 戸田 幸代

## 【テーマ選定】

8病棟は機能別看護体制をとっており、夜勤・日勤共に患者を担当するのは各勤務3人ずつとなっている。

**深夜入り看護師**: 検温・状態観察等を行い、看護記録を記載する。電子カルテから各自情報収集を行った後、リーダー看護師と業務の調整を行い業務を開始する。

**リーダー看護師**: 病棟全体の把握をし、必要時医師に連絡をとり指示を仰いだり、指示受けを行いメンバーに指示をだすなど業務が円滑に行えるよう調整を行う。

**フリー看護師**: 部屋担当は行わず看護処置(体位変換・吸引・清潔援助・チューブ交換等)・ナースコール対応・新規入院患者の受け入れや対応・検査や処置時の送迎などを行う。

しかし、申し送りに時間がかかってしまい、担当患者のベッドサイドに行くのが遅くなったり、深夜勤務中の患者の情報がないまま検温を開始するという事が見受けられた。スタッフからも、もっと深夜看護師から深夜入り看護師への申し送りがスムーズに行えないだろうか?との声が多く聞かれた。今回の現状を調査し、申し送り時間を短くできるように活動を行った。

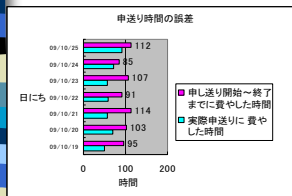
## 【活動期間】

平成20年10月1日～平成21年1月31日

## 【現状調査】

平成20年10月19日～10月25日

調査結果(10月19日～10月25日)から



対象	時間(分)	最短	最長	平均
深夜勤務看護師→リーダー		36	61	45.7
リーダー→深夜入り看護師		15	31	20
申し送り開始～終了まで		85	114	101
実際に申し送りに費やした時間		51	92	65

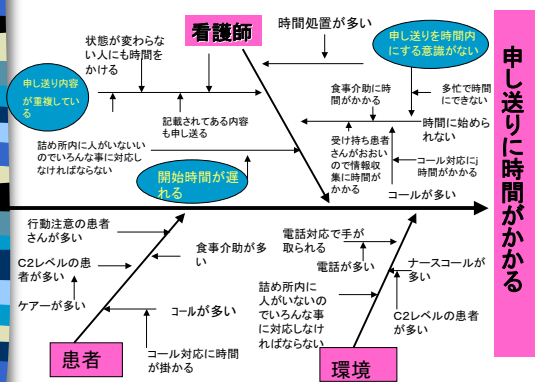
\*上記時間には、電話対応などの時間も含まれます。

申し送り開始から終了までの平均時間が101分に対し、実際に申し送りを行っている平均時間が65分。平均36分の無駄な時間が発生している事がわかった。

## 【目標設定】

申し送りにかかる時間が  
12分短縮する

## 特性要因図



## 【原因分析】

特性要因図を作成し、原因分析を行った結果

1. 申し送り内容が重複している。
  2. 申し送りを簡潔にしようとする意識が薄い。
  3. 時間に申し送りを始められない。
- 以上の3点を重要要因と考え対策検討を行った。

## 【対策実施】

### ①申し送り方法の変更

現在 **深夜看護師** → **リーダー** → **深夜入り看護師**

変更後 **深夜看護師・リーダー・深夜入り看護師**

また、アンケートでスタッフの意見を聞き、新しい申し送り方法を決めた。決定した方法は、書面にし、連絡ノートに綴る。

ただし、1年目看護師が深夜入りの日は、旧申し送り方法とする。(綿密な調整が必要であり時間がかかるので、深夜明け看護師の業務が延長してしまうため。)

### ②全体申し送り開始時間の徹底

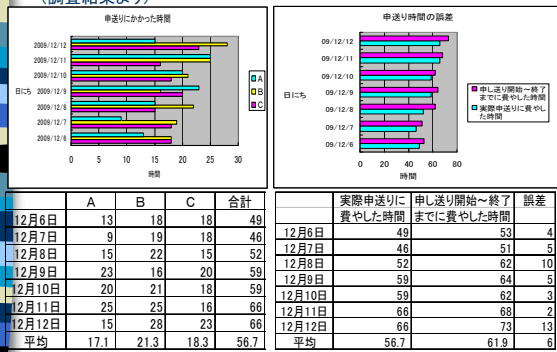
全体の申し送りは8時30分開始を徹底するよう呼びかけた。  
また、全体の申し送りが終了したら、フリー業務看護師は速やかに深夜勤務看護師からPHSを受け取り業務を交代することとした。

### ③申し送り開始時間の徹底

申し送りは8時45分開始とした。  
業務が終了し、申し送りができる体制になった深夜勤務看護師から申し送りを開始する。  
なお、深夜入り看護師が申し送りまでに情報収集が終了していない場合や、申し送りの中で再度確認しておきたい内容があった場合は、申し送り終了後9時頃を目処に再度 情報収集を行ってもよいとする。

## 【効果確認】

(調査結果より)



### (変更後アンケート結果)

- 1.新しい申し送り方法に変更して良かったと思いませんか？  
YES=8人(53%) NO=0人 どちらとも言えない=7人(47%)
- 2.申し送り方法を変更して良かった点、問題点及び改善点があれば教えてください。

良かった点	問題点及び改善点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間短縮に繋がった。</li> <li>・申し送りが10時以降にずれ込む事がなくなり、早く検温を開始できる。</li> <li>・申し送りの重複がなくなった。</li> <li>・深夜勤務者から、直接申し送りを聞くため夜間の状態がよくわかる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・深夜勤が忙しいと8時45分までに詰め所に帰ってこれない事がある。</li> <li>・情報収集が中途半端になる。</li> <li>・休日はフリーメンバーが少ないため、朝の体位変換などに支障がでる。</li> <li>・深夜入り看護師がどの程度情報を把握しているかが解らないため、リーダーがどの程度フォローしているのかわからない。</li> <li>・状況に応じて変更前・後の申し送り方法を使い分けた方が良いと思う。</li> <li>・患者の状況によっては、1年目以降にも綿密なフォローが必要だが、新たな方法ではそれが難しい。</li> </ul>

### 3.新しい申し送り方法を継続していきたいと思いませんか？

YES=11人(73%) NO=2人(13%) どちらとも言えない=2人(13%)

(12月6日～12月12日)

対象	時間(分)	最短	最長	平均
申し送りにかかった時間		46	66	56.7
申し送り開始～終了まで		53	73	61.9
実際に申し送りに費やした時間		2	13	6

変更前と比較し、実際に申し送りに費やしていた時間は変更前は平均**65分**、変更後は平均**56.7分**と平均**8.3分**の短縮が計れた。

また、申し送り開始からの時間を比較すると、変更前平均**101分**、変更後平均**61.9分**と、平均**39.1分**の短縮が計れた。

アンケート結果からも、変更後の申し送り方法は朝の申し送り時間を短時間で終わらせる事に対しては有効であったと考えられる。

## 【歯止め】

- ・8時45分に申し送りを開始する事を徹底する。

## 【反省と今後の課題】

申し送りにかかっている時間だけを見ると大幅に時間短縮が計れた。

しかし、申し送り方法を変更して良かったと思っているスタッフは53%と約半数にしか満たなかった。また、新しい申し送り方法を続行しても良いと思っているスタッフは73%であったが、多くのスタッフから意見があった様に、時間短縮という観点からは評価できても、申し送り内容・スタッフとの調整を綿密に行うという点では改善していかなければならないという今後の課題が残った。

今後は、より有意義な申し送りが短時間でできるような活動が続けていきたいと思う。

## 申し送りの短縮を図る

ちじめる

10病棟

西村 寿賀子  
柳川 幸子  
田村 ふみ子



## テーマ選定の理由

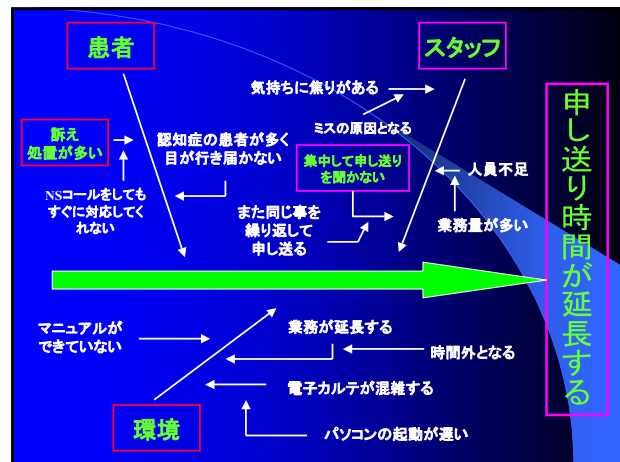
10病棟では、機能別に看護師・介護職が業務を遂行している。  
夜勤リーダーより日勤への全体での申し送りがあった後、更に申し送りの重複があった。今回業務への影響を考慮し、申し送りの短縮を目指しテーマに取り組んだ。

## 活動期間

平成20年7月1日～平成20年12月31日まで

## 現状把握

- 1) 申し送りに要する時間を調査した  
調査期間 平成20年7月9日～8月9日
- 2) 現状の申し送りについてのアンケート調査をした
- 3) 回収率22人中22人(100%)  
意見をもとに特性要因図を作成した



## 原因分析

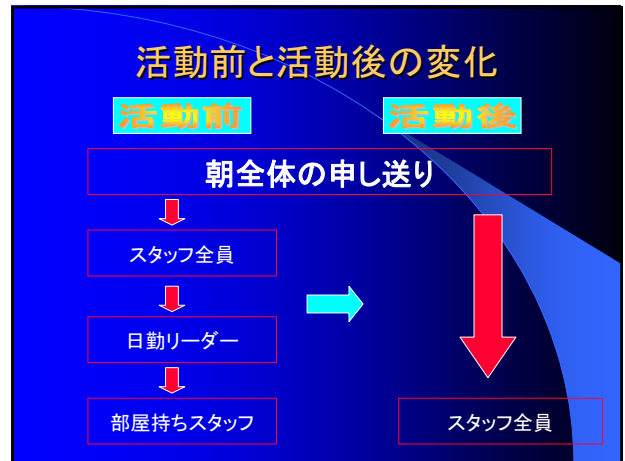
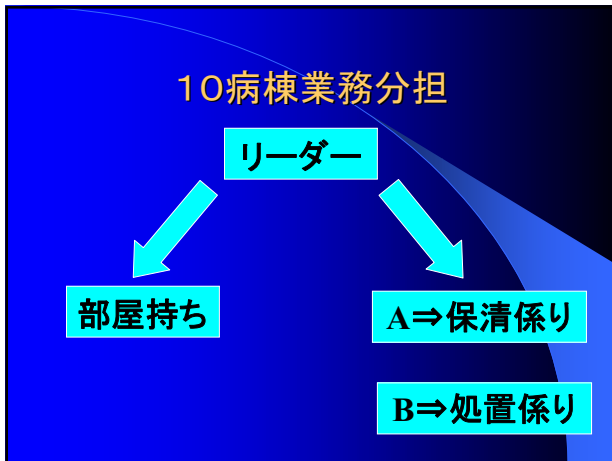
- 1) 申し送り時間は平均49分であった
- 2) 申し送りの重複がある
- 3) 夜勤リーダーより日勤リーダーへの申し送り時間が長い
- 4) 申し送り中に質問がある
- 5) 安定患者様のバイタル報告も行っている
- 6) 要観察・行動注意患者様の報告が細かい
- 7) メンバーへの申し送りがあるため集中力に欠ける
- 8) 申し送りが延長すると業務がずれる。

## 目標設定

- 1) 朝全体の申し送りのみとする
- 2) 申し送り時間を15分以内とする

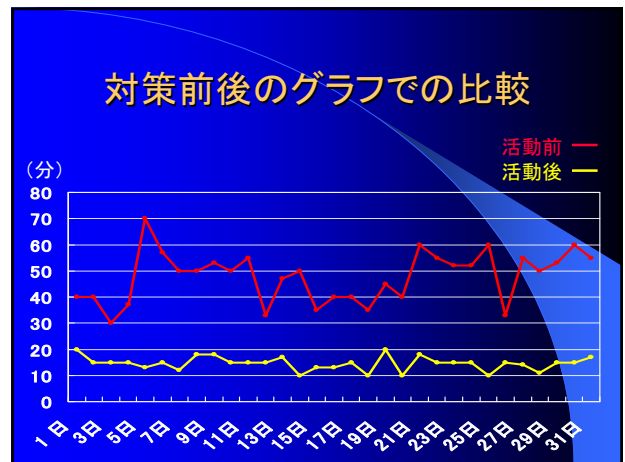
## 対策と実施

- 1) 朝の全体での申し送り1回のみとする
- 2) 毎日申し送り時間を測定する
- 3) その日のリーダー・メンバーは、申し送り内容を適宜メモにとる
- 4) 申し送りは簡潔・明瞭にする
- 5) 要観察・行動注意患者様の報告も変化ある方のみとする
- 6) 日誌の申し送りも必要のみとする
- 7) 変化のないバイタルサインは省略する



### 効果確認 I (目標1)

- 1) 調査期間 平成20年11月1日～11月23日
- 2) 調査方法 対策後職員にアンケート調査を行った
- 3) 結果 (アンケート結果より)
  - ・ 申し送りの重複がなくなり時間短縮が図れた
  - ・ 日勤業務へ早くとりかかれるようになった
  - ・ 自分から情報収集に取り組む姿勢が見られた
 以上のことから効果があったと確認できた



### 効果確認 II (目標2)

申し送り時間平均14分で

### 歯止め

- 1) 申し送り内容のマニュアル作成し徹底していく
- 2) 申し送り短縮に向け問題点抽出し、センター会等で検討していく
- 3) 時間の余裕は直接看護・介護に生かしていく

### 反省と今後の課題

業務合理化に向け申し送りの短縮を図ることができ、時間の余裕は直接看護・介護につながった。患者様の情報の共有ができケアへと反映ができた。今後は、更なる内容の充実と検討を継続していきたい。

## フリー業務短縮小作戦 ～小さなことからコツコツと～



11病棟 Around 40  
西田厚美  
今北明美

## テーマ選択の理由

【11病棟のフリー業務】

看護助手業務、コール対応、看護ケアも行いながら  
患者担当を担うこともある



患者様の傍に行けない事があり  
業務整理ができないか考えた



物品請求・収納の時間に時間を要しており  
その短縮を目標

## 活動期間

H20年8月25日

～ H20年12月19日

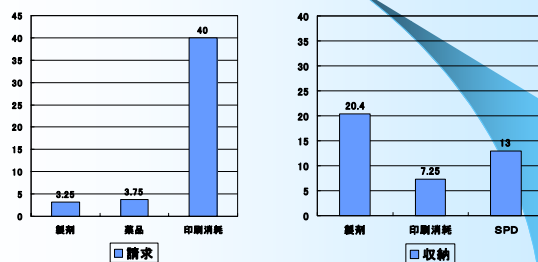


## 現状把握

H20年8月25日～9月26日

アンケートの期間中、フリー業務担当者に  
物品請求、収納時間の記入を依頼した

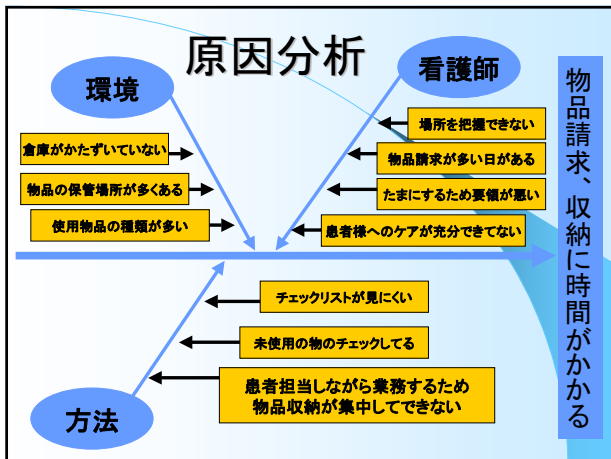
## 現状把握(平均所要時間)



## 目標設定

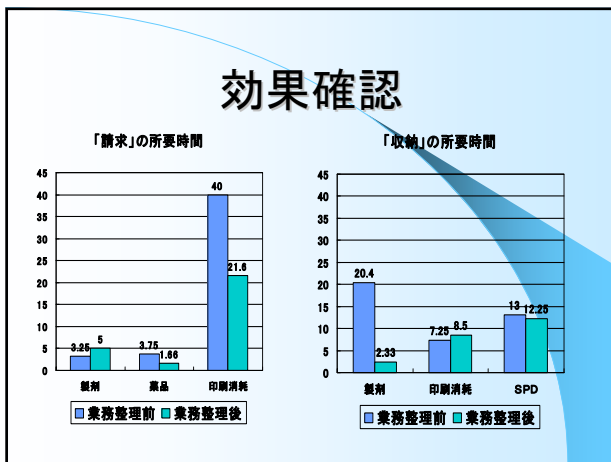
物品請求・収納時間を短縮することができ  
患者様に関わる時間が増える





### 対策と実施

倉庫の整理  
 印刷物、消耗品チェックリストの見直し  
 (週1回、月1回点検物品に分ける)  
 収納場所を明記  
 製剤請求を週2回から週1回へ変更



### 効果確認

【業務整理後スタッフにアンケートを実施】

チェックリストの見直しで時間短縮ができた  
 今回の調査で短縮しようという意識付けになった  
 誰が見ても物品の場所が分かるようになった  
 患者様の傍にいける時間がふえた  
 ベットサイドにゆとりをもって行くことができた

●印刷消耗品の収納時間が増えているが、患者様の背景や看護ケアの内容によるものとする。

### 歯止め

フリー業務が中心となり、  
 物品を決められた場所に確実に収納する

患者のケア内容で使用物品が変化するため、  
 病棟会で意見を出し合い、  
 師長・主任・業務委員で定数を決定していく

### 反省と今後の課題

スタッフ一人一人が  
 整理整頓の意識をもつことで  
 安全な業務とケアの充実につながる

状況の変化に伴い、チェックリストの  
 定期的な見直しと整理が必要



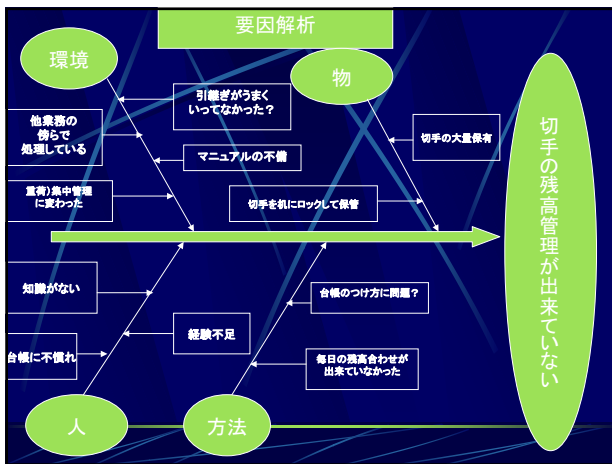
事務部門TQC活動

## 切手管理改善対策チーム

増田 公平  
 森本 英幸  
 高藤 浩司  
 正垣 富美代  
 代表 水間 忠

## 現状把握

- 台帳の残高と切手残高の不一致
- 在庫する郵便切手等が月々の使用量をはるかに上回っていた(大量在庫)



## 目標設定

切手残高の管理を、合わないことで無駄な時間を減らし、合理化したいし、切手といえども粗末に出来ないから平成20年12月26日(御用納め)までに毎月あわせるようにする。

## 問題点の明確化

平成20年春に大きく人事異動があり、当該業務に不慣れであった。また長い間、用度課と分掌していた業務が平成19年1月から集中管理に変わって余計に課員への浸透度が低く、共通認識を持ち得なかった。

また、新たな業務であって、経験がなかったこと、不慣れであったことが問題点として明確になってきた

## 対策の立案

重要要因として、片手間であること、経験不足であること、不慣れであった。

これに対し、それぞれ簡素化する、マニュアル化する、パターン化する。

これにより、誰でも応援できる体制をつくる、必要以上に切手を保有しない。台帳などを変更する。  
 (発送先の記録を重点としていた)

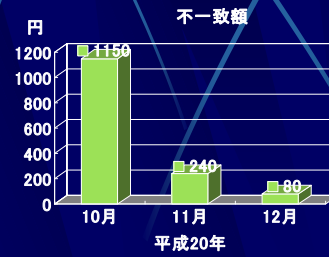
## 対策の実施

合理化するために、全員でマニュアルを平成20年10月中に作成する。

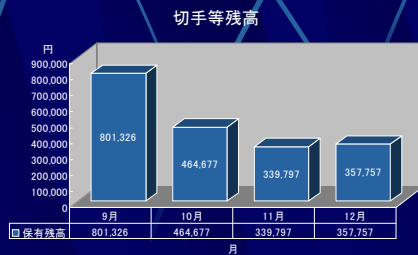
片手間の業務となるのは仕方がないので、全員で台帳を考案し、処理方法や取り扱いに対して共通認識をもつ。

ことにした。

## 効果の確認1



## 効果の確認2



## 反省と今後の課題

### 《反省》

◆当初予定していた活動が頓挫した。計画をよく議論し、出来ることに取り組むようにしたい。

◆この3年間、事務部門として集まって、ひとつのチームを結成したが、課ごとの特性が著しく違い無理があったので、H21年度の活動は各課ごとに取り組むべきではないかと感じた。

### 《今後の課題》

●月あたり幾らくらの残高が必要か調べて、より精度の高い残高を維持する。

●例月のTQC委員会の中で(限られた時間の中で)、小さな課題に取り組み発表する方式を検討する必要があるように感じた。

## 退所時の忘れ物をなくそう

### チーム老健

高木晶子 浄慶さつき  
森元美由紀 長瀬和子

## はじめに

当施設では入・退所時に忘れ物がないようチェックしているが、退所後の忘れ物が多くあった。

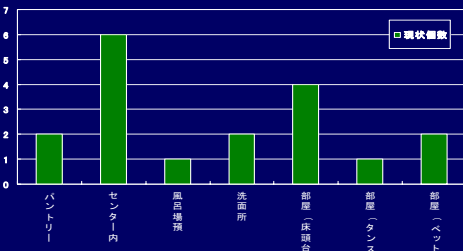
本人・家族にも迷惑をかけ、また、信頼関係も損ないかねないため、退所時の忘れ物をなくそうと考え活動を行った。

## 現状把握

退所時の忘れ物調査(H20. 9. 22~H20. 10. 10)

\* 退所者32人中14人忘れ物あり

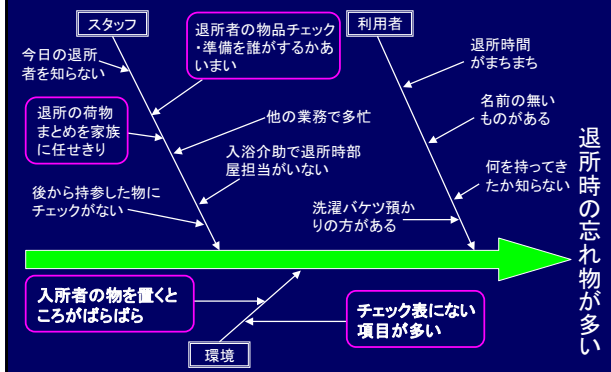
\* 1人で複数の忘れ物をされる方もあった



## 目標設定

忘れ物が、現状把握時より50%に減少する

## 特性要因図



## 原因追求

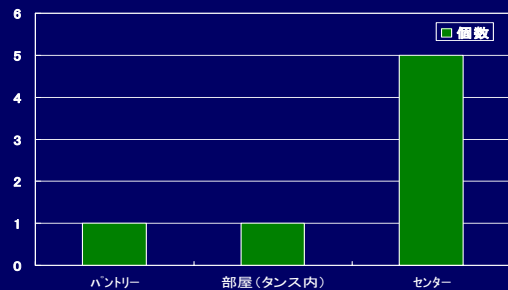
特性要因図より原因追求を行った

- ・ 退所の荷物のまとめを家族にまかせきりにしている
- ・ チェック表に項目のないものが多い
- ・ さまざまな場所に持ち物を預かっている
- ・ 荷物チェックの責任者が曖昧

## 対策・実施

- 新しい入退所チェック表を作成する
- 退所時には部屋・洗面所・センター内・冷蔵庫など入所者の持ち物を預かっている可能性のあるところはすべてチェックする
- 退所者の家族がこられた時、一緒に荷物を整理する。又はおられる間にもう一度確認をする

## 対策実施後の忘れ物調査 (H20.12. 1～H20. 12. 19) 退所者37人中7人忘れ物あり



## 歯止め

- 退所時家族に荷物整理を任せず、スタッフも積極的に関わる
- スタッフ一人ひとりが忘れ物をなくす意識で関わる。自分でできないときは他のスタッフと協力してチェックする

## 反省と今後の課題

- 今回、退所時の忘れ物をなくすことを目標に取り組み、目標を達成することができた。今後もスタッフ一人ひとりが忘れ物をなくす意識で業務に取り組んでいきたい。
- TQC委員としてスタッフに継続して声をかけていく。