

第4回 TQC大会

【日時】平成 22 年 4 月 23 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】栗田紀子(4病棟)・高藤浩司(施設課)

【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】ちーむらでいはいしょんの活動
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>

内服の投薬ミスを減らす

サークル名
ピンチは、チャンス
2病棟TQC委員
○小林ゆかり 西村真美



1. テーマ選定の理由

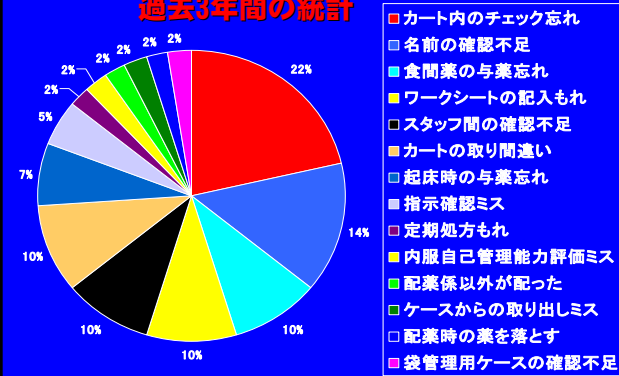
- 内服業務のインシデントが多い。
- 21年度病棟目標が、『投薬ミスを年間10件以下とする』であり、病棟目標を達成するべく活動を開始した。
- 過去の投薬ミスの要因を探るために、過去のデータを基に対策検討し、スタッフに意識付けを図ることを目的に、この活動に取り組むことにした。

2. 活動期間

平成21年7月1日～平成22年2月28日

3. 現状把握(投薬ミスの原因)

過去3年間の統計



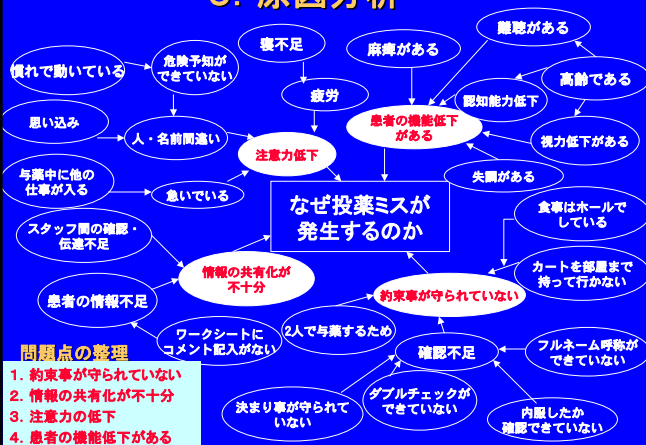
カート内のチェック忘れが全体の約1/5(22%)を占める。

4. 目標設定

内服業務での
『ヒヤリハット事故報告』
件数を
3ヶ月間で、
0件にする。



5. 原因分析



6. 対策立案

対策	効果	実施	評価	順位	
					達成率
基本事項を守る	ダブルチェック	◎	◎	25	1
	確実な確認	◎	◎	15	2
	名前の呼称	◎	◎	15	2
情報の共有化	3回確認	◎	◎	15	2
	マニュアルの作成	◎	◎	25	1
	基本業務の洗い出し	◎	◎	25	1
	情報の明確に	◎	◎	25	1
スタッフの注意力の向上	患者の情報収集	◎	△	5	4
	投薬に専念	◎	◎	15	2
	注意書き	◎	◎	15	2
患者の機能の向上	情報収集の時間	◎	△	5	4
	リハビリの継続	◎	◎	15	2
	患者の能力のアセスメント	◎	◎	15	2
	内服練習	◎	△	3	5
	手指の運動	◎	△	3	5
用具の工夫	◎	◎	9	3	

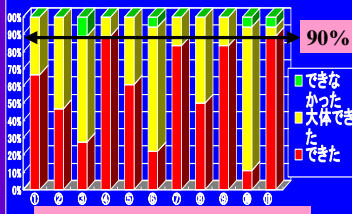
7. 対策実施 ①

- ①内服の誤薬防止マニュアルを作製しカートの上に貼付する。
- ②マニュアルの意識付けアンケートで意識付けをする。

内服の誤薬防止マニュアル

- ①一人で配薬業務をする。
- ②一回分のケースごと取り出して配薬。
- ③患者名を3回確認。
- ④配薬カートの曜日・与薬時間を確認。
- ⑤カートを患者のところに持って行く。
- ⑥フルネームを呼称し、ネームバンド・ベッドネーム等と照合。
- ⑦配薬後、カート内の残薬を確認しダブルチェックしサインを確実にする。
- ⑧投薬中は他の業務はしない。

マニュアルの意識付けアンケート結果



90%以上が
できた、大体できたと答えた。

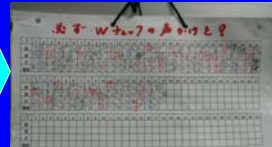
7. 対策実施 ②

- ③内服確認のWチェックが済んだら「Wチェック済」のプラカードをカートに掲げる。

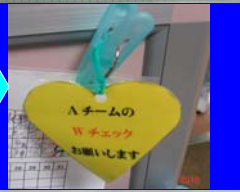


7. 対策実施 ③

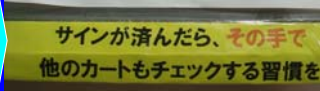
- ④配薬確認チェック表を拡大し、見えやすいカートの上に貼付する。



- ⑤「Wチェックをお願いします」の洗濯ばさみを作製し2人目チェック者に渡しリレーする。



- ⑥「サインが済んだら、その手で、他のカートもチェックする習慣を」貼付し習慣づけをする。



8. 効果確認



対策後3ヶ月間で『ヒヤリハット事故報告』

件数は0件であった。

目標達成

9. 標準化と管理の定着

- 対策実施項目に、季節に応じたイラストなどで変化をつけ、インパクトを強化し、スタッフの意識付けをしていく。
- 誤薬防止マニュアルの徹底と、ダブルチェックの強化を継続する。
- 今後も、ミス動向により注意を促していく。
- 対策実施項目を継続し、誰もが習慣化できる。



10. 今後の課題と反省

- 病棟業務の流れに応じた、柔軟な対応が必要。
- 最近、いろいろな要因から、また内服ミスが起きており、これだけでは、対策が充分とはいえない。
- 今回は、マニュアルの作製と、Wチェックの強化に努めたが、今後、他の内服ミスの対策も検討していく必要がある。



表皮剥離の予防に努める

～オリーブ油塗布を試みて～



"OLIVE" Club

山根幸子
高木晶子
長瀬和子



テーマの選定理由

リスク委員会に報告されるヒヤリハットの中で頻繁に生じる事例に、表皮剥離がある。

このヒヤリハットレポートと日々のカンファレンスから、原因と問題を明確にすることにより、予防的ケアを検討した。

現状把握・目標設定

ヒヤリハット件数・・・7月/7件 8月/5件 (2・3階の入所者対象)

以下、ヒヤリハットに対するカンファレンスでの振り返りを含めた、現状把握を記す。

現状	問題点	目標
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の皮膚は脆弱である ・季節的に乾燥する 	表皮剥離のリスクが高い	(1) 皮膚の状態に合わせた予防・保護方法の確立
<ul style="list-style-type: none"> ・移乗時に四肢が当たる事が多い ・職員の不注意によるものが多 	職員の不注意	(2) 職員自身が表皮剥離に対するリスクの意識向上を目指す
同じ利用者が繰り返していることが多い	情報が共有できていない	(3) 情報の共有化

活動計画

予定 → 実行

項目	誰が	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	全員	→							
活動計画	山根・高木		→						
現状と目標の設定	山根・高木			→					
対策の検討と実地	全員				→				
効果の確認	山根・高木							→	
標準化と管理の定着	全員								→
反省と今後の課題	全員								→

関連図



対策・実施①

(1) 皮膚の状態に合わせた保護・予防方法の確立

- ①アーム・レッグウォーマーを必要に応じて装着し、四肢の圧迫から保護した。その際は、カバーを過信しすぎないこと。
- ②オリーブ油を四肢に塗布し、乾燥から予防した。
- ③円背が強く、体変時にベッド柵に四肢が当たる危険のある方は、ベッド柵カバーをつけた。
- ④車いす自乗者の車いすには、四肢が当たる危険のある部分にタオルを巻き保護をした。
- ⑤加湿器を設置する

対策・実施②

(2) 職員自身が表皮剥離に対するリスクの意識向上を目指す

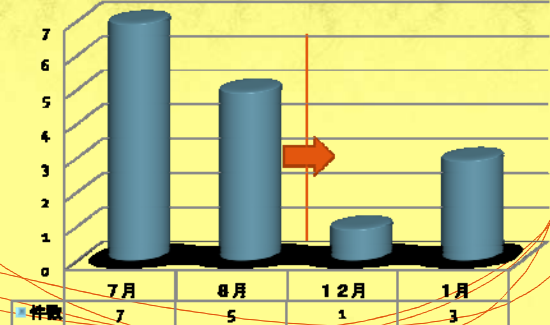
- ① 表皮剥離の原因と対策・注意点をまとめ、毎日のカンファレンスでそれを読み上げた。
- ② 移乗時の注意を促すメッセージをベッドサイドに貼った。
- ③ 二人介助の徹底をした

(3) スタッフ間の情報の共有化

- ① 過去に表皮剥離を起こした利用者のリストを、申し送りノートに表示した
- ② オリーブ油を塗布する対象者をワークシートの処置欄に記載した

効果の確認①

① 表皮剥離のヒヤリハット件数が1/3になった



効果の確認②

- ・脆弱化が進み乾燥の強かった皮膚が、以前より潤った。
- ・同じ方へのヒヤリハットが出なかった。
- ・対策後に全職員へアンケートを行った。表皮剥離の予防に対する意識が高まっていた。
- ・私達が提供するケアの質が向上した。
- ・オリーブ油を塗布する対象者をワークシートに記載することにより、情報を共有できた。

波及効果

- ① オリーブ油塗布の際、体に触れられることで安心感やリラックスを得ることができ、よいコミュニケーションが生まれた。
- ② 皮膚トラブルに対する関心が高まった。
- ③ オリーブ油を塗布する際に、皮膚の状態を観察することが出来た。

標準化と管理の定着

誰が	何を	いつ	どこで	どのように
リーダー	オリーブ油塗布対象者の決定	毎日 14時	ステーション	・カンファレンスで話し合う。 ・ワークシートに入れる。 ・一覧表の活用。
居室担当	オリーブ油塗布	入浴日 以外	居室	四肢にオリーブ油を塗布する
入浴介助者	オリーブ油塗布	入浴日	一般浴脱衣場、または特浴	入浴後、四肢にオリーブ油を塗布する

表皮剥離を予防するために

反省と今後の課題

- オリーブ油の保湿・保温効果が、夏場のムレに対する影響は？季節により皮膚の状態が異なることも検討しなければならない。
- 退所後も継続できるための方法を考える必要がある。オリーブ油でなくても、プロペトや親水軟膏、市販のベビーオイルでもよいのでは？
- オリーブ油塗布の対象者を決定する時の基準をどうするか？

ホルター心電図検査による医療事故を防ぐ

医療技術部検査科
サークル名：カブレんジャー

- 高橋 博子
- 中村 真一
- 中屋 めぐみ
- 植田 由美
- 中島 正之
- 田野 美保



テーマの選定理由

24時間ホルター心電図検査は、循環器系の検査として、日常的に行われる検査である。



以前に比べ、機器の小軽量化が進み5cm程度の大きさになりました。

今回、ホルター心電図検査後に発生した医療事故報告の内容を受け、従来の機器装着方法・検査マニュアル・診療材料の見直しを行うこととした。

【発生の経過】

24時間ホルター心電図検査を受けた患者さんから、検査後に皮膚のかぶれがひどく、傷跡が残ったと苦情が寄せられた。取り外し時の技師の説明は、『皮膚のかぶれはしばらくすると治ると思います』と対応していた。

現状把握と目標の設定

現状	問題点	対策
かぶれやすい患者さんに対応した取り付け手順がない	皮膚かぶれの発生	患者さんに合わせた検査手順の確立
取り付け時・取り外し時の説明が技師間で統一できていない	技師間で患者情報の共有ができていない	説明マニュアルの作成と説明方法の統一化
皮膚かぶれに対する知識不足	検査後の皮膚かぶれの悪化	皮膚の状態に応じた対応方法の確立
患者さんの検査に対する理解不足	皮膚かぶれに対する患者さんの不安	問診表の作成と情報の共有化

【目標】
皮膚かぶれによる医療事故の再発を防ぐ

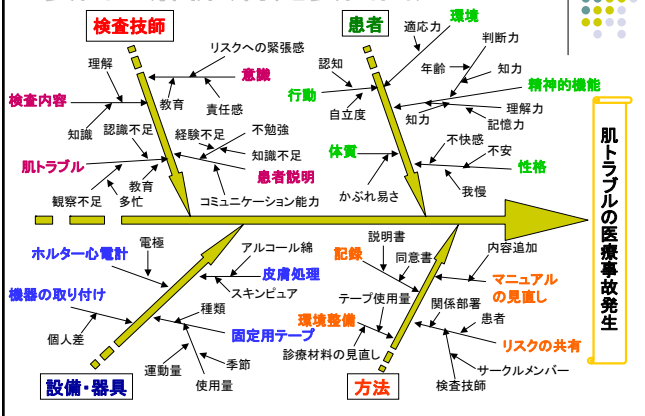
活動計画

2009年7月～2010年1月

計画：→ 実施：→

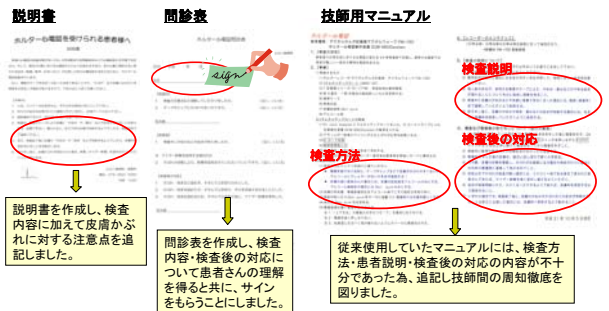
項目	担当	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選択	全員	→						
活動計画	全員	→	→					
現状把握と目標の設定	生理検査者 全員		→	→				
対策の検討と実施	生理検査者 全員				→	→	→	→
効果の確認	全員						→	→
標準化と管理の定着	生理検査者 全員						→	→
反省と今後の課題	全員						→	→

要因の解析(特定要因図)



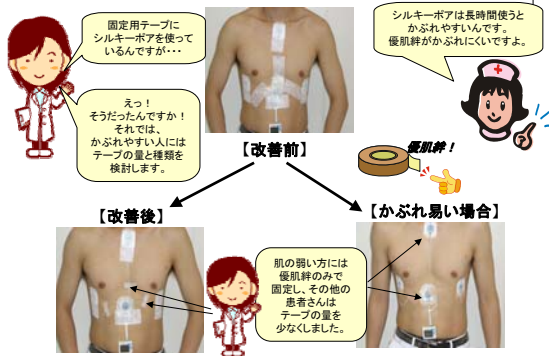
対策の検討・実施(1)

①問診表の作成と情報の共有化 ②説明マニュアルの作成と説明方法の統一化



対策の検討・実施(2)

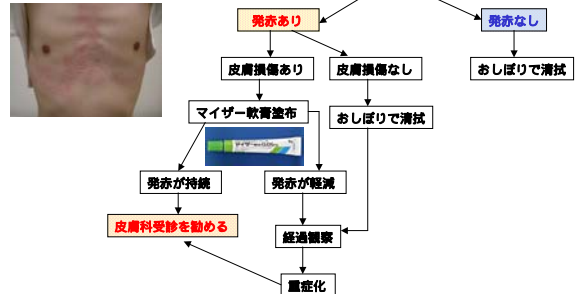
③患者さんに合わせた検査手順の確立



対策の検討・実施(3)

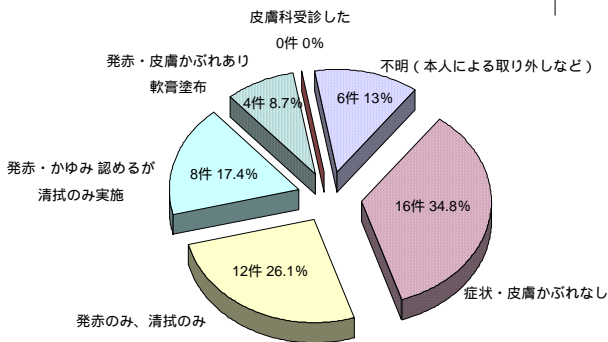
④皮膚の状態に応じた対応方法の確立

《取り外し後の皮膚症状》



効果の確認(1)

【検査件数】46件 (2009年11月～2010年1月)



効果の確認(2)

- 現在、かぶれによる医療事故は発生していない。
- 皮膚トラブルについて、認識を深めることができた。
- 検査時のコミュニケーションの必要性について再認識できた。
- マニュアルの整備ができた。
- 取り付け時、取り外し時の手順の統一化が図れた。

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	患者説明	検査内容の理解を得る	機器取り付け時	生理検査室	検査技師	説明書 問診表を使用する
標準化	皮膚トラブル対応	医療事故防止	検査終了後	生理検査室	検査技師	皮膚の観察と事後処置
管理	検査方法	トラブル回避	検査時	生理検査室	検査技師	徹底する

反省と今後の課題

- 診療材料の定期的な見直しが必要である。
- 患者さんの状態により、情報が得られない場合がある。
- 本人が取り外した時の皮膚かぶれの状態が把握できない。
- 検査時のコミュニケーション能力の重要性を実感した。
- 活動を継続し、医療事故防止に取り組んでいきたい。

車椅子の点検・整備・メンテナンス ～車椅子整備チェックシートを作成して～

- ・部署 中央リハビリテーション科
- ・サークル名 車いっすか？
- ・メンバー ◎阿部純志 ○吉田一正
東垣毅 正垣利洋 松本健二 亀村勝洋
小野山裕一 小松卓也 松本和也 西田陽二

1. テーマ選定理由

中央リハビリテーション科では車椅子の点検・整備を月1回行うということは決められていたものの、方法や項目が統一されていなかった。そのため、空気を入れる・掃除をするなどの取り組みは行っていたものの、細かい確認が行えていなかった。

また、当院では過去にフットレストの緩みが原因で患者がけがをするという事故や、ブレーキの効きが弱いと患者家族から指摘を受けた事があった。

そこで、車椅子の現状の把握および、科内での車椅子の点検～整備～修理の流れにおいて、どの過程で、なぜうまく行えていないかを検討し、科内での一定の方法を作ることを今回のTQC活動の目的とし、テーマとして選定した。

2. 目標設定

- 車椅子の欠陥・不具合を減らす・早期に発見する
- 車椅子の点検・整備について、取り決めを作る

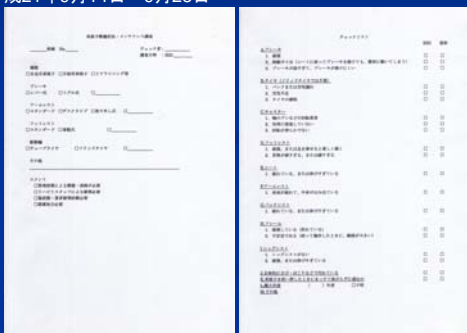
3. 現状把握

車椅子の整備状態について、車椅子現状チェックシートを作成し現状把握を実施

- ・対象 : RH室、2病棟、6病棟、8病棟、10病棟 (70台)
- ・調査期間 : 平成21年9月14日～9月25日

車椅子現状チェックシート(右図)は岩田¹⁾の報告を参考に作成

1) 岩田章史:1992



4. 調査結果

《欠陥が認められた部分》

- ・ブレーキ : 12台
- ・タイヤ : 24台
- ・キャスター : 2台
- ・フットレスト : 1台
- ・シート : 3台
- ・バックレスト : 3台
- ・アームレスト : 10台
- ・フレーム : 3台

《ブレーキ・タイヤの欠陥の内訳》

- ・ブレーキ
 - 破損 : 1台 (1.4%)
 - 制動不十分 : 11台 (15.7%)
- ・タイヤ(重複あり)
 - パンクor空気もれ : 1台 (1.4%)
 - 空気圧不足 : 16台 (22.9%)
 - タイヤの磨耗 : 17台 (24.3%)

ブレーキ・タイヤに欠陥が目立って多い
シートやバックレストなどの欠陥は認められるものの、
使用に大きく問題となるようなものは認められなかった

5. 欠陥が認められた車椅子の一例



↑: 指で潰せるほど空気が抜けている

→: アームレストの芯材が露出している

↑: タイヤの溝がなくなるほど摩耗している

6. 車椅子の整備が確実に行えない原因分析(連関図)



7.対策の検討・立案(系統図)

評価は◎:3点、○:2点、△1点とし、その合計で優先順位を決定

車椅子の点検・整備を確実にするためには	システムの確立	定期的な点検	整備に対する意識付け	効果 実現性	コスト	評価	順位				
								単純に点検できるようにする	チェックシートを作成する 確認するポイントを絞る	マニュアルを作成する	手続きの統一をする 判断基準の統一
				◎	◎	◎	9	1			
				◎	◎	◎	8	2			
				◎	○	○	7	5			
				◎	△	◎	7	5			
				○	◎	◎	8	2			
				○	◎	◎	7	5			
				◎	◎	○	8	2			
				◎	○	○	6	10			
				◎	○	△	7	5			
				◎	○	△	6	10			
				○	○	◎	7	5			

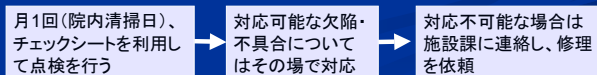
対策 ①簡単・確実に点検が行える、チェックシートを作成し、点検・整備を行う
②車椅子の整備について科内で一連の流れを決める

8.対策 車椅子整備チェックシートの作成

現状把握の結果を元に作成

- ・汚れ ・空気圧 ・タイヤの磨耗
 - ・ブレーキ ・シートの破れ
 - ・フレームのがたつきを確認
- (右図参照)

9.車椅子整備の方法の確認



10.効果確認

- ・取り組み期間 :平成21年11月～平成22年1月
- ・調査期間 :平成22年2月1日～2月5日

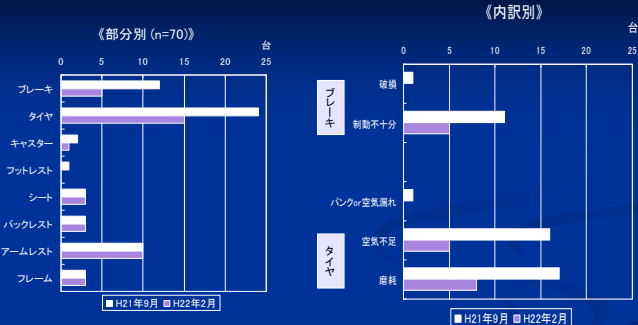
《欠陥が認められた部分》

- ・ブレーキ :5台
- ・タイヤ :15台
- ・キャスター :1台
- ・フットレスト :0台
- ・シート :3台
- ・バックレスト :3台
- ・アームレスト :10台
- ・フレーム :3台

《ブレーキ・タイヤの欠陥の内訳》

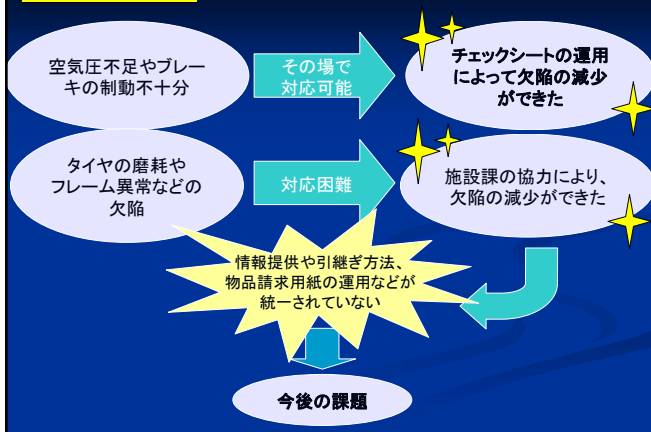
- ・ブレーキ 破損 :0台(0%)
- ・ブレーキ 制動不十分 :5台(7.1%)
- ・タイヤ(重複あり) パンクor空気もれ :0台(0%)
- ・タイヤ(重複あり) 空気圧不足 :5台(7.1%)
- ・タイヤ(重複あり) タイヤの磨耗 :8台(11.4%)

11.取り組み前後の比較



今回の活動によって、ブレーキ・タイヤの項目での欠陥の減少が認められた
逆にシート、バックレストなど対応が困難なものは変化が見られなかった

12.結果と問題点



13.まとめ

- ・今回、車椅子チェックシートを作成し、確認するポイントをはっきりさせて車椅子の点検・整備を行うことで、ブレーキ・タイヤの項目の欠陥の減少が認められた。
- ・今回の結果から、現場レベルでの定期的な車椅子の点検・整備の重要性が示唆された。
- ・簡単な欠陥に対処することや、「トラブルにつながるような大きな欠陥がない」ことを確認することは、今後の「医療事故の防止」という目的につながると思われる。
- ・現在、TQC活動終了以降も車椅子チェックシートを継続して運用し、点検・整備を行うことが出来ている。
- ・今回のTQC活動を行うに当たって、協力いただいた各病棟及び施設課のスタッフの皆様にはこの場を借りてお礼を申し上げます。

<テーマ>
**忘れてませんか？
一声を**

<サークル名>うっかり8ぺえ

井上 孝子
津崎 美佐
井上 ひとみ
戸田 幸代

1: テーマ選定

当病棟では意思疎通困難・声をかけても返答が困難な患者さんが多く患者様やご家族より「返事が出来ない患者には挨拶をしない・コールに返答しない人がいる」との声もあり日頃の業務を振り返ってみると処置・ケア・配薬等いろんな場面で声をかけるのを忘れてる事があるのでは？と疑問に思い、その事がトラブルのきっかけになる事も考えられる為今回のテーマとした。

2: 現状調査 (声かけのアンケート調査結果)

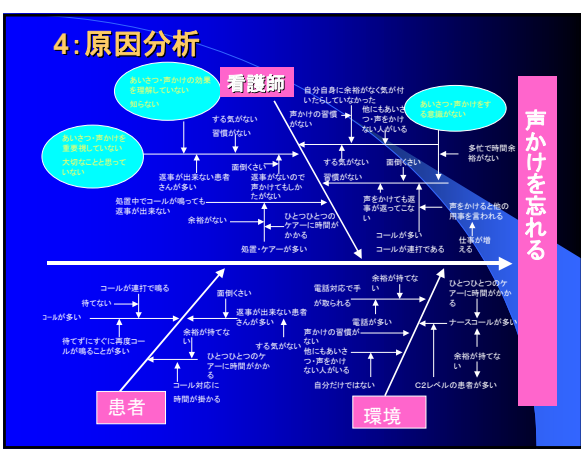
回収率100% (29人)

【意見】・ナースコールが連打になると返事ができない。
・病室に入るときに挨拶するが一人一人にはできていない。
・業務多忙で声かけができていない時がある。
・忙しい時は気持ちに余裕がなく忘れる時がある。
・配薬時は名字のみでペットネームで確認してしまう。

3: 目標設定

①3ヶ月対策を実施し1月に対策後アンケートを行い
全項目で「必ず声かけをする」が80%以上となる。

②スタッフ8割が月目標の自己評価が80%以上となる。



5: 対策の立案

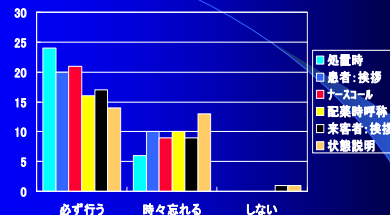
声かけを忘れないようにするために	攻めどころ	対策案	具体策
	常に声をかける意識を持つ	毎日確認	接遇委員と協力し月目標に設定し、毎日朝の申し送り時に提示する。
	意識付けを図る	ポスター作成	控え室の出口側のドア・センター内に提示
	声をかける事での効果を知る	DVD・資料による勉強会	資料を用いてカンファレンスの時間に勉強会を行う

6: 対策の実施



- 接遇月目標に
 - 10月「ナースコールに返答しましょう」
 - 11月「確実にあいさつ・声かけをしましょう」
 - 12月「訪室時・退室時には声をかけましょう」
 毎朝申し送り時に伝達する。
 月目標に合わせてポスターを作成しセンター内及び控え室に提示する。
- 「挨拶・声かけの効果を知る」為12月DVD:講師濱島しのぶ「接遇マナー学習」他資料使用にて勉強会開催及び12月1日開催の院内研修会への参加の呼びかけを行なう。

7: 効果確認 (対策後の声かけアンケート調査結果)



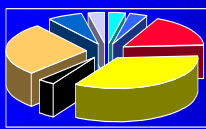
【結果】各項目で目標である「必ず声かけする」が80%以上となるは目標達成した。
 【意見】朝、月目標を読み上げる事で「気をつけなければ」という意識に繋がる目標の達成度を振り返ることでより意識が高まった。
 最低限のマナーとしてはもちろんだが、安全・安楽なケアを行なうにあたって挨拶・声かけを大切にしていかなければと改めて感じた。

8: 効果確認 (月目標の自己評価)

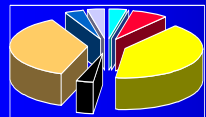
回収率
100%

【10月】平均76%

【11月】平均87%



【12月】平均85%



【結果】

目標であるスタッフ8割が自己目標80%以上となるは10月はわずかに届かなかったが、11月12月は自己評価が高くなった、これは活動成果の現れと考える。

9: 歯止め

- 朝の申し送り時に接遇の月目標を引き続き伝達を行なう事で意識付けを図る。
- 退院時アンケート等で得た患者・家族の声を毎月詰所当番が病棟連絡会で伝達をする。

10: 反省と今後の課題



【良かった点】

今回の活動により日頃複雑な業務のなかで声かけが出来ていない場面がある事に各自が気づくことができた。また対策を行なったことにより意識付けができ、以前にも増し積極的に声かけが行なえるようになった。



【悪かった点】

テーマが難しく進行に戸惑った、特に効果確認では数字で表しにくく評価が困難であった。
 「挨拶・声かけの効果を知る」を目的とした勉強会を最初にしたかったが準備ができず遅れてしまった。

【今後の取り組み】

今後も患者様・ご家族の皆様に安全・満足の向上をめざして活動を続けていきたい。

『ここ・みて・ボード』 を活用し 器械準備の不足をなくそう！

～SAFETY ☆ LADY'S 11～

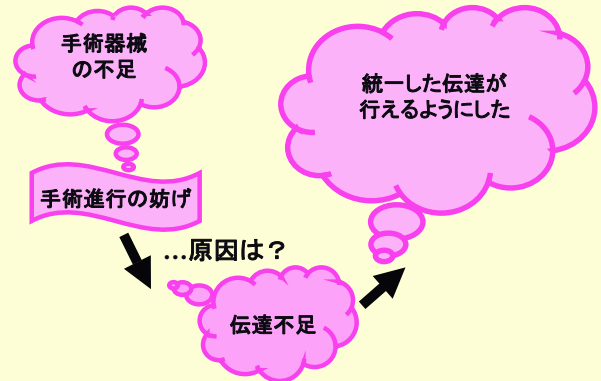


手術室

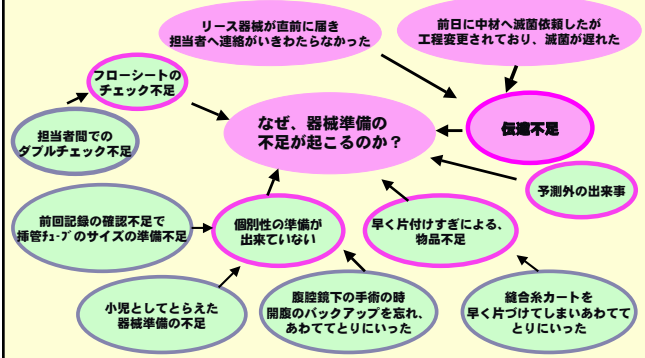
TQC委員

衣川 真智子
山本 武美
浅田 朋子

1 テーマ選定の理由



2 原因分析 (連関図法使用)



3 目標の設定



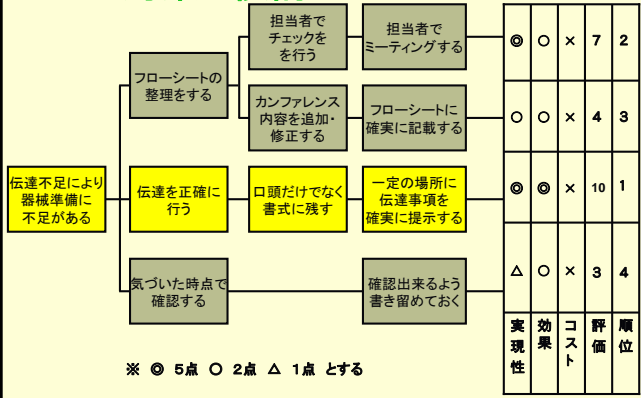
4 活動計画の作成

	担当	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマの選定	担当者	→						
現状把握	全員		→					
要因分析	担当者 全員			→	→			
対策・実施	全員				→	→	→	
効果確認	全員						→	
標準化と管理	担当者						→	
反省と今後の課題	全員							→

5 活動期間

平成21年11月11日～平成22年1月8日

6 対策と検討(系統図法・マトリックス法)



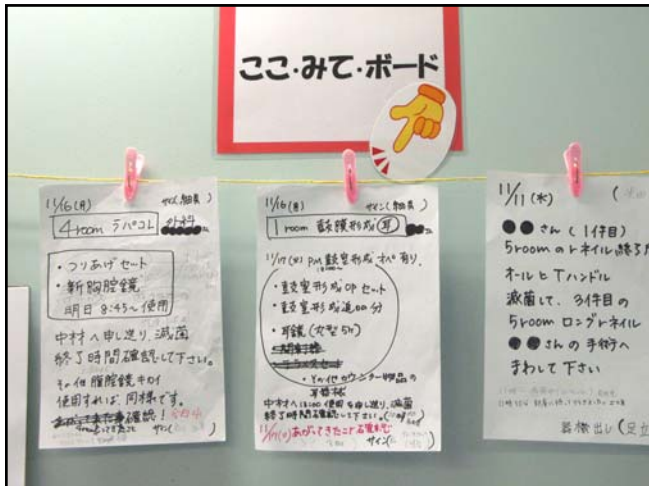
7 実施

I 掲示板『ここ・みて・ボード』の作成

- ① スタッフが確認しやすいように、廊下中央に表示する
- ② 掲示方法の統一

II 掲示板『ここ・みて・ボード』の活用

- ① 記入は、器械担当責任者が中心に全員が関わる
- ② 手術担当者が、器械準備が出来たら、実行済みサインをする
- ③ 朝のミーティングの時、器械担当責任者が、器械に関する事を伝達し、スタッフへ『ここ・みて・ボード』活用の意識づけを行う



8 効果の確認

I 活動期間中、準備不足は無かった

II アンケートで、意識調査を行った

- ① 使用する器械について、把握しやすくなった
- ② 担当者が、責任をもって取り扱うことができて良かった
- ③ 連日使用する器械は、『ここ・みて・ボード』を利用して、継続していくのはよいと思う
- ④ 器械担当責任者の声掛けで『ここ・みて・ボード』の確認の習慣ができるようになった
- ⑤ 『ここ・みて・ボード』をみることを忘れる事がある
- ⑥ 実施サインはするが、いつはずすのか分からない時がある

9 歯止め

- 『ここ・みて・ボード』の記入方法の統一
- 朝のミーティングで、『ここ・みて・ボード』の情報提供

10 今後の課題

- 『ここ・みて・ボード』活用方法の徹底
- 『ここ・みて・ボード』の意識づけ

胃透視検査時における透視時間の短縮を図る

画像診断科

サークル名 アンダーファイブ

- 上仲 彰洋
- 村尾 友和
- 西垣 裕
- 吉川 聡
- 田野 貞広

テーマ選定の理由

近年、医療機器の発達が目覚しくなっている。特に放射線部門においてはCT、一般撮影等の装置はコンピュータの高性能化により飛躍的な進歩を遂げている。これに伴い医療被ばくの低減が実現されており、従来より遥かに低線量の放射線でも十分診断可能な高画質を提供してくれる装置が当院でも普及している。自動的に被ばくを低減させるソフトが装置に組み込まれているが、撮影時にひと工夫すればさらに低減を行うことが出来る。今回、人間ドックの胃透視検査において技師の意識向上をはかり、透視時間を短縮することで余分な被ばくを軽減するためにTQC活動に取り組んだ。

活動計画

	担当	9月	10月	11月	1月	2月
テーマ選定 活動計画	上仲 村尾	→	→			
攻めどころ	上仲 村尾	→	→			
目標設定	メンバー全員	→	→			
方策の立案	メンバー全員	→	→			
実施と対策	村尾 西垣			→	→	→
効果確認	村尾 西垣			→	→	→
標準化	上仲 村尾			→	→	→
截止め	上仲 田野			→	→	→
発表準備と 発表	メンバー全員			→	→	→

活動期間

調査期間：平成21年9月～平成21年11月

実施期間：平成22年1月～平成22年2月

現状把握

- ・人間ドックの胃透視検査は全ての診療放射線技師が行う。
- ・技師により透視時間がまちまち。
- ・MRI等の特殊業務に従事していると、なかなか透視検査にまわれない技師もいる。
- ・ルーチンは決まっているが体位変換を行うのは被検者で、その要因も大きい。
- ・胃透視検査に特化した技師の不在。

攻めどころ選定シート

項目	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	採決
特性	1.短い透視時間で胃透視検査を行う	・技師によりまちまち ・透視時間が極端に長いものがある	・短い透視時間と長い透視時間の差が極端 ・技師の技量？		
スタッフ	1.胃透視に特化した技師 2.満足なく透視検査につく事ができる	・流れ作業的 ・胃透視につく技師は定まっている	・胃透視に特化した技師の不在 ・スタッフの不足	・胃透視の強化 ・検査数をこなす	×
環境	1.胃透視の勉強会をする。 2.胃透視に関する書籍等の充実化 3.胃透視に特化した技師の養成	・なにも行っていない	・技師が胃透視に特化しているわけではない。 ・なかなか透視につけない技師もいる	・1,2に関しては実行可能。 ・3に関しては現時点では不可能	○
意識	・常に意識をする。	・意識が不安 ・少々ならいいかという気持ちがある。	・意識不足。 ・どこを重点的に観察するのか曖昧	・注意喚起する張り紙をする ・アンケート調査する	○
方法	1.撮影に関するポイントの講習 2.胃透視の勉強会			・新規にマニュアルを作成する ・現在部署内で行っている勉強会に付加する	△

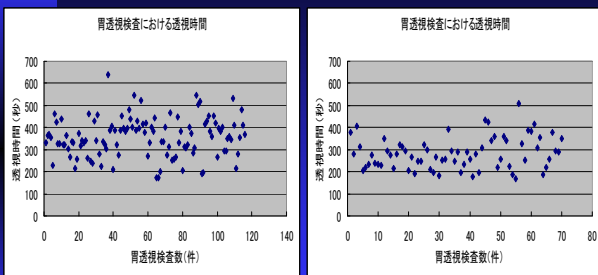
目標設定

胃透視検査時の透視時間を5分に以内に行う。
透視時間を30秒縮める気持ちで胃透視検査を行う。

対策と実施

- ・過去2ヶ月間の胃透視検査をピックアップして各透視時間を割り出し平均時間を調査する。
- ・胃透視検査に関するアンケート調査を行う。
- ・透視の操作室に注意を促す張り紙をする。
- ・ミーティング時に注意を促す。
- ・数名の胃透視検査をビデオ撮影して、胃透視検査に詳しい技師にアドバイスをもらう。

効果確認



平成21年9月～11月

平均透視時間356.8秒(最大640秒、最小175秒)

平成22年1月～2月

平均透視時間279.9秒(最大508秒、最小170秒)

結果

今回の活動により調査期間中の平均透視時間356.8秒(最大640秒、最小175秒)に比べてTQC活動を行った後の効果確認時は平均透視時間279.9秒(最大508秒、最小170秒)と透視時間が大幅に短縮することができた。

歯止め

- ・余分な透視を出していないか、手際よく体位変換指示を出しているか等の確認を常に行う。必要の無い時にむやみに透視を出さないように常に意識する。
- ・引き続き透視時間の注意喚起の呼びかけ、標語を掲げ続けて注意を促す。
- ・今後、胃透視のルーティン撮影法を検討したメンバーとともに透視時間の短縮を図りつつ、検査内容のポイントがずれないように再度撮影法の解説等を行っていく。

まとめ

胃透視検査時の透視時間の短縮を図るというテーマで活動を行った結果、透視時間の短縮は図ることが出来た。透視時間をできるだけ短くなるように余計な透視を出さないという意識づけは今回の活動で十分できたと思う。しかし胃透視に関するアンケートを施したり、透視検査をビデオ撮影してチェックを行なった結果、透視時間を短縮するというだけでは解決できない問題も表面化してきた。今後の課題として引き続きTQC活動を行っていく必要があると考える。

持参薬入力の間違いを減らす

チーム名: どうにかし隊

薬剤科 古川正信 坂本恭宏 松下祐一 岡田良典 高橋夕子 木瀬大輔

テーマの抽出

薬局職員に対し、薬局内で医療安全上、問題となっていると感じる事項をアンケート調査した。

回答内容	意見件数
IVH+ケモ室の清掃が行き届いていない	1件
病棟でのクリンベシ使用率が低い	1件
特定薬剤血中濃度測定についてTQC的に検討して欲しい	1件
注射のビニール袋は減菌しなくて良いのか	1件
病棟では湿注の際にディスマックを使用していない	1件
輸液ポンプの流量チェックに不安がある	1件
緊急の注射を病棟に上げるのが遅い	1件
ダムエーターが病棟に止まったままになっている、急ぎの注射が出せない	1件
薬品鑑別報告書の監査体制が無い	1件
内服薬の臨時・持参薬・他科薬はカートセット時に監査がされていない	1件
処方代行の主治医による確認体制がとれていない	1件
薬局内の機器の掃除が行き届いていない	1件
医薬品適正使用のために検査オーダーをしたほうが良いのでは	1件
プレアポイドの報告件数が少ない	1件
電話の応対で名前を名乗らない人がいる	1件
注射の監査で判明したミスを検査し改善策を検討したほうがよい	1件
持参薬を一人で確認、事後入力、代行入力まで行うのは心配を感じるし、間違えている場合がある	4件

テーマの選定

アンケートにより最も意見の多かった持参薬の取り扱いについて取り上げることにした

持参薬処方入力間違える事はどのような危険性があるのか?

薬品の規格・用量を入院時に間違えて入力すると、その後の処方オーダーはコピー機能を使って継続される事になるため、間違いに気付く事なく継続される事になる。用量・規格の間違った増減で患者の身体状況が病状に関わらず変化する事になる。

テーマ

持参薬入力の間違いを減らす

持参薬の取り扱いについて

患者が入院時に持参するお薬を「持参薬」と言う。持参薬はまず、その内容を確認するために、薬剤師が薬品鑑別を行い、内容を報告書にまとめる。その後、医師の確認により継続するか否かが決定される。継続となった場合は、薬剤師がその処方内容のオーダリング上に入力する。これによって、処方履歴参照で処方内容を誰もが確認できる。持参薬をオーダリング上に反映したものを「持参薬入力処方(事後入力処方)」と言う。

活動期間

2009年8月1日 ~ 2009年10月31日 : 現状調査
2009年11月11日 ~ 2010年2月10日 : 対策後調査

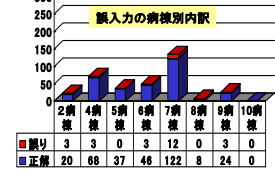
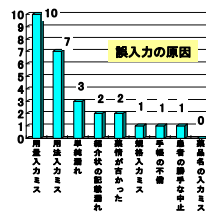
調査方法

持参薬、紹介状などの書類を元に入力内容に間違いがないか2階薬局で監査する。

現状把握

調査期間: 2009/08/01 ~ 2009/10/31

総持参薬処方入力数	誤入力数	誤入力発生率	実施日数	1日平均入力数
349	24	6.9%	60	5.8



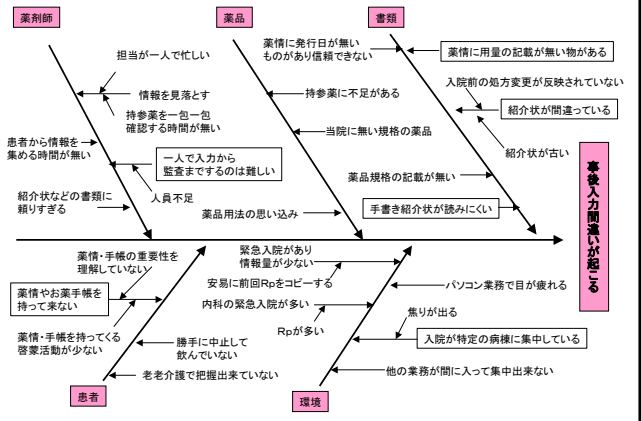
紹介状・薬情・持参状況調査 n=349

	紹介状	薬情	情報書類と持参薬との整合性	薬だけ持って来た人	紹介状・薬情・薬を全て持って来た人
有り	137(39%)	179(51%)	124(36%)	76(22%)	58(17%)
無し	165(47%)	136(39%)	45(13%)		

目標設定

持参薬入力の間違い発生率を50%減らす

要因の解析



対策の立案

◎:5点 ○:3点 △:1点 ×:0点

要因	対策	具体的対策	アポイント	効果	効果の早さ	実現性	費用	採
一人で入力から監査まで行うのは忙しい	監査体制を考える	職員を増員する	×	◎	○	×	8	否
		重点的に人員を配置する	◎	○	◎	×	13	否
		調剤室で監査をする	◎	◎	◎	○	18	採
紹介状が間違っている	紹介状の間違いを無くす	他院に不備を促す	◎	○	○	×	11	否
		医師会に状況を報告	◎	△	×	×	6	否
薬情に用量記載が無い	薬情を施設間で統一する	薬剤師会に協力を依頼する	◎	◎	×	△	11	否
		個々の薬局に不備を指摘する	◎	○	△	△	10	否
紹介状が手書きで見にくい	紹介状をワープロ入力にする	医師会に打診する	◎	○	△	×	9	否
患者が手帳や薬情を持って来ない	患者に啓蒙活動をする	患者にパンフレットを配布する	△	△	×	◎	7	否
		公共的に呼びかける	△	△	△	○	6	否
入院が偏っている	入院の病棟を分散させる	病院側に相談する	×	○	×	×	3	否

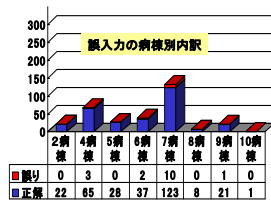
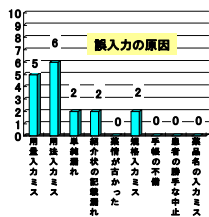
対策の実施

- 薬剤科で持参薬処方入力監査を継続して行う
- 現状調査で判明した誤入力内容を、ミーティングで検討し啓蒙を図る
- 対策実施中に再度、誤入力内容を、ミーティングで検討し啓蒙を図る

対策後

調査期間:2009/11/11~2010/2/10

総持参薬処方入力数	誤入力数	誤入力率	実施日数	1日平均入力数
318	16	5.0%	59	5.4



紹介状・薬情の持参状況調査 n=318

	紹介状	薬情	情報書類と持参薬との整合性	薬だけ持って来た人	紹介状・薬情・薬を全て持って来た人
有り	138 (43%)	128 (40%)	94 (30%)	42 (13%)	6 (1.9%)
無し	165 (52%)	179 (56%)	45 (14%)		

効果判定

持参薬入力間違いは27%減
目標の50%には未達成!

歯止め

- 2階薬局での持参薬処方入力監査を行う。
- お薬手帳などの情報持参について患者に働きかける。

まとめ

今回の取り組みで、今まで行われていなかった持参薬入力監査を行うことになり、医療安全面で前進をしたと言える。入力時点での間違いは、業務の繁忙さ、情報量の少なさなどにより起こり得る。これらを全て解決する事は困難であるが、第三者による監査体制を継続すれば、間違いを訂正でき、病棟担当者も安心して持参薬入力に取り組めると考える。

病棟担当者は、入院時に持参薬を確認することで病状を推測し腎機能、肝機能にあった薬学的管理を行わなければならない。一人一人の患者を把握する必要があり、単に人員を一時的に集中すると担当者が患者を把握しづらい事も問題となる。また紹介状や薬剤情報に不備があるという問題点も判明したが、当院だけでは対応が困難と考える。

人員増が見込めない現状では、お互いの時間調整と効率的な業務展開で相互協力をし、リスク回避に努めていかなければならない。

誤配をなくそう!!!



栄養管理科 Ms. なんしー
 ○内田 隆弘
 太田垣 洋平
 西沢 由美

■テーマ選定理由



- 栄養管理科では個人の嗜好・摂食機能を考慮した食事・栄養改善を目的とした食事の対応をしていることが多い。よって食事は基本献立に追加して補助食品の提供、主食・副食の形態、種類など様々な要望に対応した食事提供をしております。食事名札に暗号のように示したものを読みながら食事の準備をしている。
- 食事内容が個別化され、複雑となり食事の内容間違いが起きている現状があり、いかに減らすことができるかを検討することにした。

■問題点の明確化



- 2008年1月31日から12月31日までの1年間にヒヤリハット報告で配膳後61件(月平均5.1件)のリスクマネジメント委員会への報告がなされている。
- 食品欠品、内容間違いや食事オーダーミスによるものなど多種多様であった。



■食食用名札(例)



軟飯食 A
 軟飯 小々盛 100g

OHミ
 ゼリー
 下痢
 とろみ汁

たいみそ
 禁柑橘類
 禁豆腐
 禁豆製品
 禁魚

味噌汁・揚げ物類
 ツナ禁

OHミ
 副食形態表示

ゼリー
 下痢
 とろみ汁
 ⇒個人対応コメント食品

禁たいみそ
 禁柑橘類
 禁豆腐
 禁乳製品
 禁魚
 ⇒禁止食品

味噌汁・揚げ物類
 ツナ禁
 ⇒禁止食品など(手入力対応)

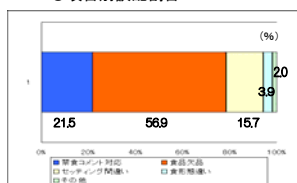
■現状調査



調査項目	(件数/日均)
禁食コメント対応	1.1
食品欠品	2.9
セッティング間違い	0.8
食形態違い	0.2
その他	0.1

(2009.7.1~8.31)

●項目別誤配割合



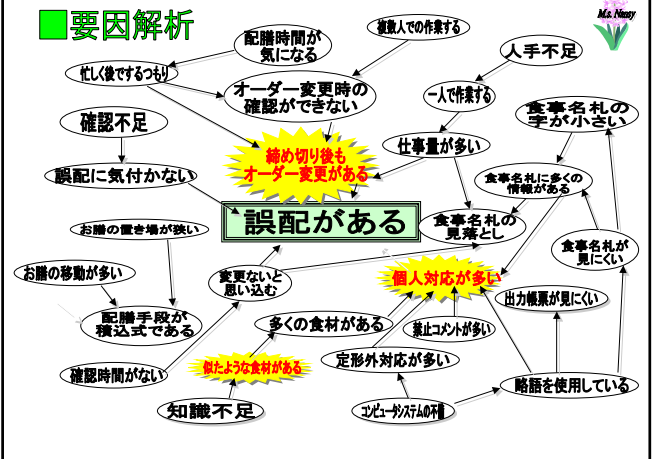
注) 上記は配膳前に確認をして未然に防止できた件数である。

■目標設定

配前後、誤配を0件/月にする



■要因解析



■対策立案



誤配をなくすためには

要因	一次対策	二次対策	効果	実現性	評価
個人対応が多い	食事名札の情報を減らす	コメントの整理をする	△	△	2
	食事名札を正規表示をわかりやすくする	例外コメントを削除する	○	○	6
	食事内容確認時間を増やす	ダブルチェックする	○	◎	15
×切後にオーダー変更がある	×切後はオーダーを受けない	×切時間を厳守する	○	○	6
	×切後はオーダーを減らす	×切後は必要最小限の変更とする	○	◎	15
似た食材がある	似た食材、食品はわかりやすくする	食器、置き場所を変える	○	◎	15
	似た食品をなくす	別の食品に変える	○	△	3

◎:5点 ○:3点 △:1点

■対策実施



	What	Why	Who	When	Where	How
①	お膳を	食事内容確認時間を増やすため	配膳担当者が	配膳前に	栄養管理科で	チェックする
②	食事名札を	×切後はオーダー変更を減らすため	栄養士が	配膳前に	栄養管理科で	準備、チェックする
③	食器を	似た食材、食品はわかりやすくするため	配膳担当者が	調理中に	栄養管理科で	区別、色別をする

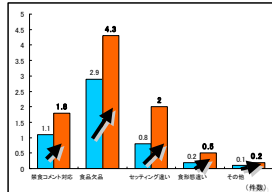
■効果確認



●確認事項

(件数/日均)

禁止コメント対応	1.1	1.8
食品欠品	2.9	4.3
セッティング違い	0.8	2
食形態違い	0.2	0.5
その他	0.1	0.2



(2009.11.1~12.31)

目標達成ならず

■標準化と管理の定着



	標準化	管理
What	配膳チェック表を	誤配件数を
Why	食事のインシデントをなくす	食事のインシデントをなくす
Who	TQCメンバーが	TQCメンバーが
When	1月8日に	1月1回の勉強会で
Where	栄養管理科で	栄養管理科で
How	改訂した	集計し検討した

配膳チェック表



■反省と今後の取り組み



- 安心、安全な食事提供を目指しているが標準・規格内の食事+α、個人対応が多く誤配ゼロの目標は達成できなかった。
- 他施設に比べ個人対応の範囲が広いが良好な栄養摂取と患者のニーズに対応するためには必要と考える。個人対応の多さが誤配件数の増加にならないよう、今回の取り組みで新たに配膳前の確認作業、実施サインをすることで、より確実に配膳業務を行っていきよう努めていきたい。

■まとめ



- 今回の取り組みはこのまま継続していくことで職員間で確認した。



点滴・採血処置時の手袋着用率UPを図る

サークル名：はかせましょう！！

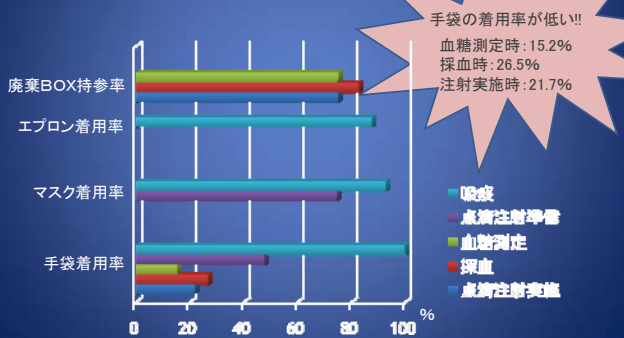
4病棟 栗田 紀子

小野山 尚子

テーマ選定の理由

- 点滴・採血・吸痰等患者に対する処置をする時、また注射準備時に、看護師は針刺し防止・患者双方への感染防止を目的としてディスポの手袋やエプロン・マスクの着用、廃棄BOXの持参をする手順になっている。
- しかし現実には、すべての処置において手順が徹底しきれていないのが現状である。
- 今回、4病棟内での手順実施率の調査をした結果、注射・採血時の手袋着用率が特に低かったことに着目し、着用率UPに向け取り組むことにした。

処置時の医療安全対策に関する事前の調査



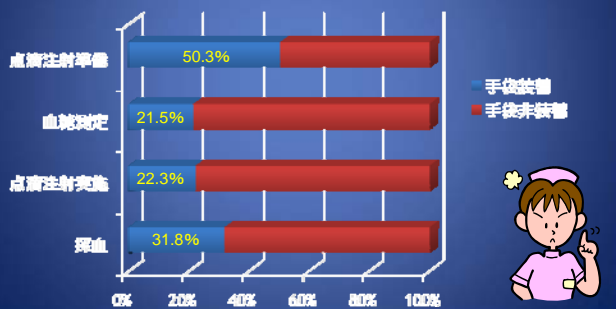
活動期間と活動計画

- 平成21年8月1日～平成22年2月25日

ステップ	--->計画				->実績		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマの選定	--->	->					
現状把握		--->	->				
目標設定			-->	->			
現状の分析			--->	->			
対策立案				--->	->		
対策実施					--->	->	
効果確認						--->	->
まとめ							--->

現状把握

各処置時の手袋着用率
平成21年11月9日～11月16日



手袋着用に関するスタッフからの意見

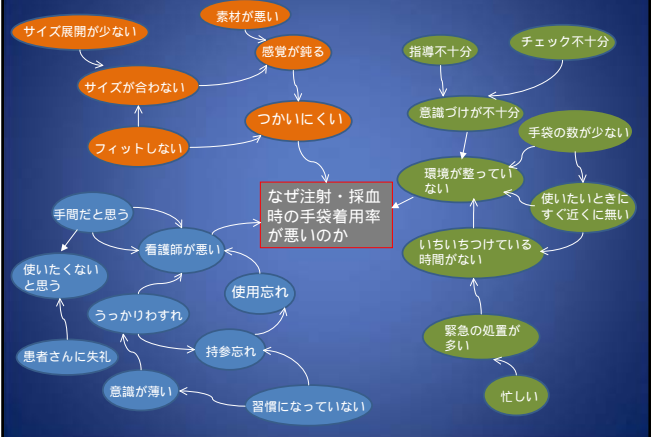
- 注射・採血時手袋を着用すると血管がわかりにくい。
- 臨時や緊急の注射・採血時には忘れやすい。
- 意識が薄い、うっかり忘れる。
- 細かい作業がしにくく危険につながることもある。
- 着用が手間である。

目標設定

- 何を：点滴注射準備および実施、採血
血糖測定時の手袋着用率を
- いつまでに：12月末までに
- どのように：70%以上にする



現状の分析



対策の立案

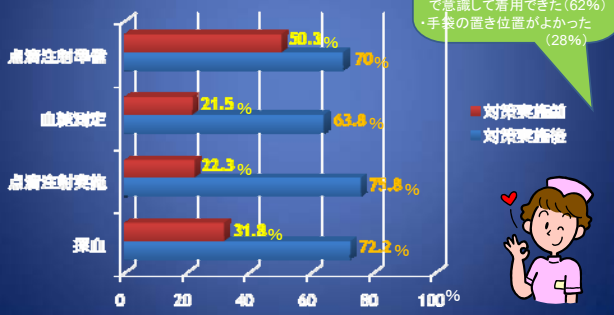
		効果	実現性	経費	管理	評価
環境の改善	手袋配置の工夫	手袋を注射・採血物品と同じ場所に置く				18
	手袋の数を増やす	各部屋に手袋を配置 各パソコンに手袋を配置 手袋の定数を増やす				8
意識向上	呼びかけ	手袋装着の声かけ				14
	必要性の認識を促す	視覚的な呼びかけ 医療安全の研修会				14
手袋の質の向上	新商品の使用の検討	新商品の購入				8
		院内の他の採用物品の使用				10
注射・採血時の手袋装着率をUPさせるには						12

対策実施

- 手袋に、フィット感のある「センタタッチパウダーフリー」を試験採用し、血管を探しにくい患者の採血や点滴実施時に使用してもらう。
- 手袋を採血や点滴準備物品と同じ位置に設置する。
- 手袋着用の声かけを行う
- 手袋着用励行の張り紙をする
採血物品置き場所、点滴準備台周辺。

効果確認

平成21年12月23日～12月30日
対策実施前後の手袋着用率比較



スタッフの意見
 ・手袋は密着性がありよかったが、血管の細い人にはやはり使えない (52%)
 ・委員からの声かけがあったので意識して着用できた (62%)
 ・手袋の置き位置がよかった (28%)



歯止めと今後の課題

処置時の手袋着用率をUPさせるには

- 処置時の手袋着用の声かけを続行する。
- 処置に適した手袋の採用。
- 手袋を置く位置の工夫。

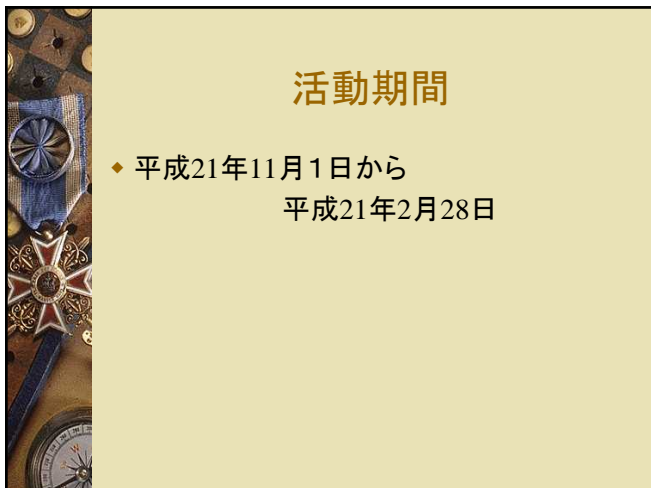
今後の課題

- 手袋着用の意識づけや、素材の違う手袋を試験採用することで、着用率UPが図れたが、細い血管を探すなど処置によっては業務困難をきたすという問題点も見えた。今後、さらに処置に適した素材の手袋の採用などにより着用率のUPが図れることが期待できる。意識づけの継続も図っていく必要がある。



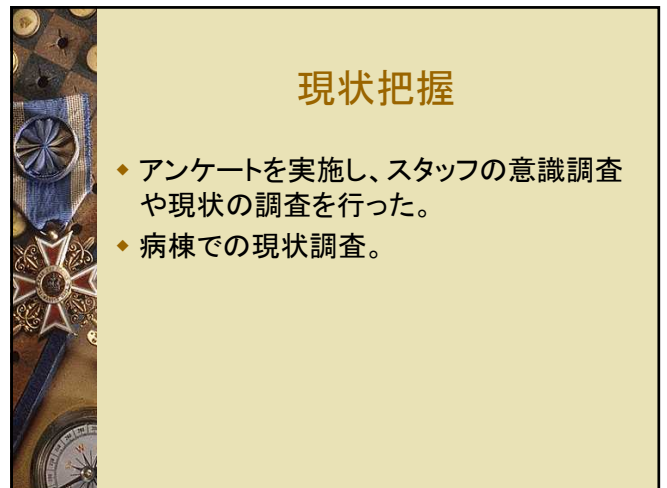
テーマ選定の理由

- ◆ 急な採血や術前のライン確保、症状の変化に伴う輸液療法など注射針を使用する機会が多い。
- ◆ これ等の処置の際、廃棄ボックスを持ち歩き、使用したその場で注射針を捨てるのが病棟でのマニュアルとなっている。
- ◆ しかし、ベッドサイドにサーフローの外套針が落ちていたり廃棄ボックスを持たずに処置をした例があった。
- ◆ マニュアルを守り、安全に処置が行えるように今回取り組むこととなった。



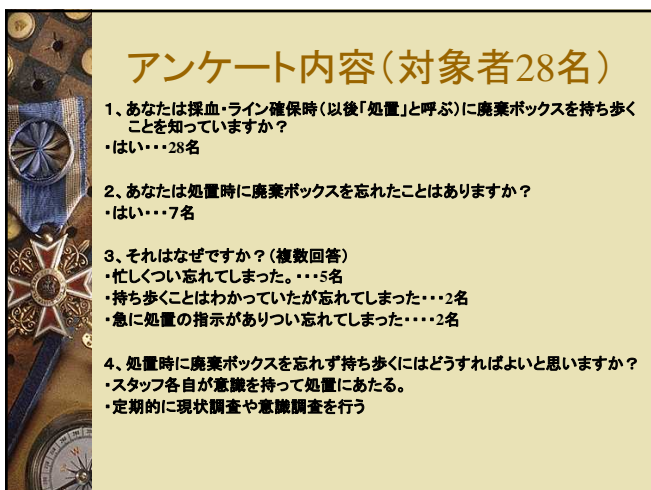
活動期間

- ◆ 平成21年11月1日から
平成21年2月28日



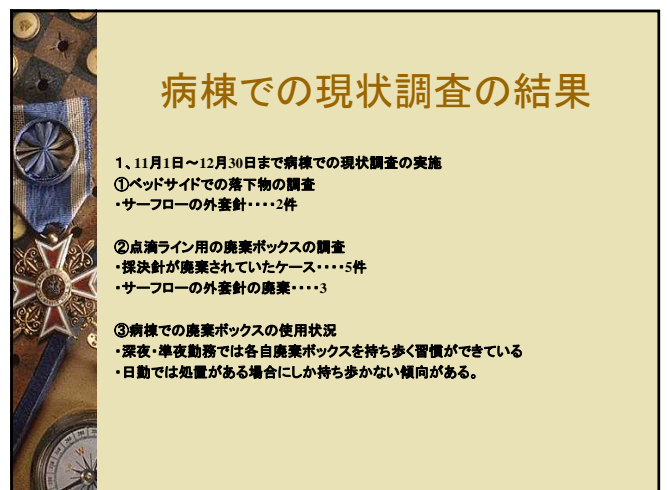
現状把握

- ◆ アンケートを実施し、スタッフの意識調査や現状の調査を行った。
- ◆ 病棟での現状調査。



アンケート内容(対象者28名)

- 1、あなたは採血・ライン確保時(以後「処置」と呼ぶ)に廃棄ボックスを持ち歩くことを知っていますか？
・はい・・・28名
- 2、あなたは処置時に廃棄ボックスを忘れたことはありますか？
・はい・・・7名
- 3、それはなぜですか？(複数回答)
・忙しくつい忘れてしまった・・・5名
・持ち歩くことはわかっていたが忘れてしまった・・・2名
・急に処置の指示がありつい忘れてしまった・・・2名
- 4、処置時に廃棄ボックスを忘れず持ち歩くにはどうすればよいと思いますか？
・スタッフ各自が意識を持って処置にあたる。
・定期的に現状調査や意識調査を行う




病棟での現状調査の結果

- 1、11月1日～12月30日まで病棟での現状調査の実施
 - ①ベッドサイドでの落下物の調査
・サーフローの外套針・・・2件
 - ②点滴ライン用の廃棄ボックスの調査
・採決針が廃棄されていたケース・・・5件
・サーフローの外套針の廃棄・・・3
 - ③病棟での廃棄ボックスの使用状況
・深夜・準夜勤務では各自廃棄ボックスを持ち歩く習慣ができている
・日勤では処置がある場合にしか持ち歩かない傾向がある。



原因分析

- ①特に日勤者で廃棄ボックスを持ち歩く習慣が根付いてない。
- ②急な指示で採血・ライン確保を行う機会が多かつい持ち歩くのを忘れてしまう。
- ③処置したその場で廃棄ボックスに捨てるという意識が欠けていた。



目標設定

- ◆今回はここまでの取り組みとなりました。新年度あらためて取り組んでいきたいと思ひます。

検査時の忘れ物をなくす

The Sixth Sense

加藤 弘
シックス センス 藤森 亜由美
福丸 瑞恵

テーマ選定の理由

6病棟では、整形外科、内科、皮膚科とさまざまな科の患者が入院している。
そのため、複雑ではないが様々な検査がある。
そんな中、検査時にマニュアルで確認する時間がなく、過去の記憶で検査準備をしてしまうことがあったため対策を講じた。

The Sixth Sense

活動期間

平成21年10月1日～平成22年2月28日

現状把握 ①

ヒヤリハットから(過去1年間)

- ・ 1件のみ、内容:MDCT前の絶食忘れ
 - ・ 過去にドキッとした経験・・・8名/16名
- 現場では・・・

「この検査何があるんやったかな？」

「確かこれで良かったような・・・」

「マニュアルで確認・・・って、

どこに載ってんね～ん！！」

The Sixth Sense

現状把握 ②

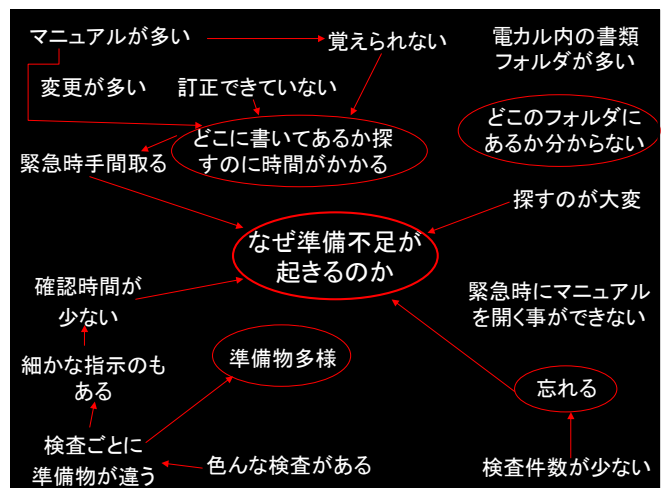
- ・ マニュアルの並んでいる棚・・・
バラバラに並び、どこに探している物があるか分からない
- ・ よく見るマニュアル
画像診断:CT、MRI、胃カメラ、心カテ、胸腔穿刺、シンチ
整形外科検査:ミエロ、神経ブロックetc

The Sixth Sense

目標設定

今年度中にスタッフ全員が検査時にマニュアルを見ることができ、検査時の忘れ物件数が0件となる

The Sixth Sense




準備物の不足は避けたい

		効果	実用性	評価	順位
掲示場所の明確化	書いてある所を明確にする	マニュアル専用BOXの作成	◎	◎	25 1
		マニュアル棚から動かさない	◎	○	15 2
	変更時は適宜修正する	委員が適宜修正	○	○	9 3
	緊急時に分かりやすくする	よくある検査に付箋をつける	◎	◎	25 1
CT・MRI時の書類が分かる	書類を明確にする	必要書類の提示	◎	◎	25 1
	フォルダ・タイトルを明確にする	フォルダ・タイトルの提示	◎	◎	25 1
忘れないようにする	マニュアルで見つけやすくする	マニュアルを見つけやすくする	◎	◎	25 1
	マニュアルで確認する	提示をしばらく続ける	○	○	9 3

The Sixth Sense

対策実施①

- 画像診断科のマニュアルと、整形外科検査マニュアルを専用BOXに収納した
- そのマニュアル内によくある検査の所に付箋をつけた



The Sixth Sense

対策実施②

PCが並ぶ前に掲示した。

単純 CT：問診票不要

造影 CT：『CT 検査問診票』と『造影剤使用（CT ～～）に関する説明及び同意書』が毎回必要

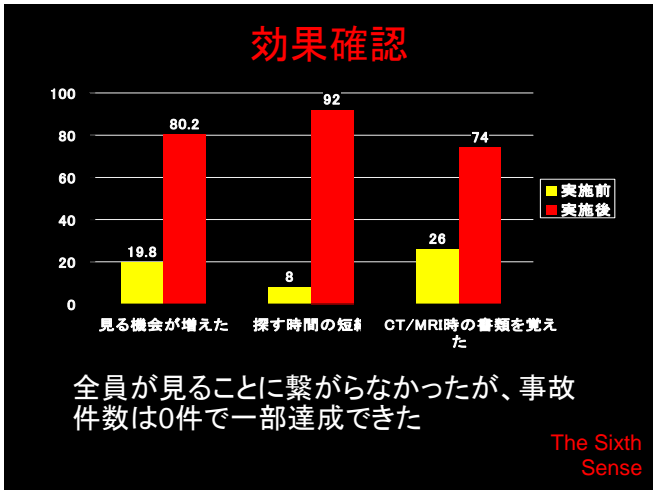
MRI：『MRI 検査問診票』が毎回必要

造影時：上記問診票と『MRI 造影剤使用に関する説明および同意書』が毎回必要

問診票：レポート機能の画像診断科⇒「CT」「MRI」各フォルダ内にあります

同意書：レポート機能の同意書⇒「院内共通」フォルダ内にあります

The Sixth Sense



歯止め

- マニュアル専用BOXの継続
- CT,MRIの掲示用紙はもうしばらく継続

The Sixth Sense

反省と今後の課題

医療事故に繋がることはなかった。しかし、もう少しの活動継続が必要。今後も継続していき、単純な準備忘れでの医療事故に繋がらないようにマニュアルでの確認をしていくように日々の業務に当たって行きたい。

The Sixth Sense

リムーバーを使って 針刺しゼロ作戦☆

サークル名：007
メンバー：垣尾由紀子 正垣裕司 廣瀬愛

テーマの選定

2009年度TQCテーマ：医療安全

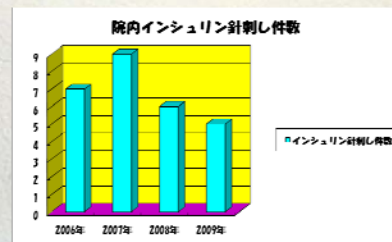
- 病棟内で針刺し事故が続いた
- リムーバーを採用し始めた時期だった

目標設定

- 何を：インスリン関連の針刺しを
- いつまでに：1月末までに
- どうする：ゼロにする
- 活動期間：平成21年12月～平成22年2月

現状把握

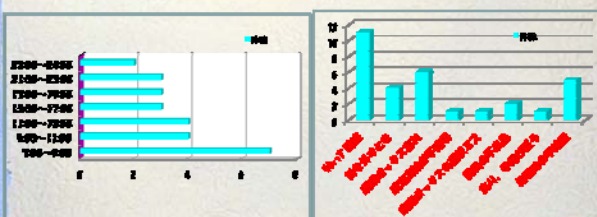
- 当院のインスリン関連の針刺し報告
(2006年1月～2009年10月)



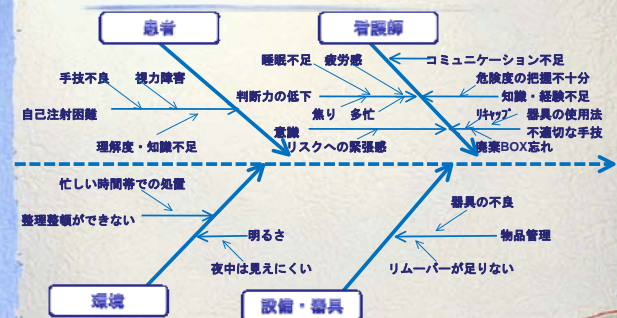
現状把握②

時間帯別針刺し件数

針刺し原因



要因解析



攻めどころと対策の立案

攻めどころ	現在の姿	対策案
不適切な手技をなくす	リキャップ	勉強会 使用方法の掲示 手技確認
リムーバー不足の解消	退院・転棟時の紛失 リムーバーの数が 足りない	転棟時・退院時の確認 薬剤師への声かけ 定数確認 所定の位置を決める
トレーの中に 針を放置しない	廃棄ボックスを 携帯できていない	啓蒙ポスター作製

対策の実施

- 手技確認を抜き打ちで病棟スタッフに実施
その後、アンケートに答えてもらった。
※31人中17人に実施(無作為)
- ポスターを作成し、以下の3か所に掲示
 - ①控室
 - ②インスリンキットを置いている配薬カートから見える位置の壁
 - ③廃棄ボックス置き場の扉裏
- リムーバー紛失予防のための声かけ
• (病棟薬剤師にも)

対策の実施②



効果の確認

- インスリン関連の事故は**ゼロ**でした
- 手技チェックを行ったことで、リムーバーを使って、正しく針の除去を行えていることがわかった (17人/17人中→100%)
- リムーバーが足りない時の対処法がわかった
- リムーバーが紛失することはなくなった
- ポスターの掲示が針刺し予防の意識付けになった (23人/29人中→92%)

歯止め

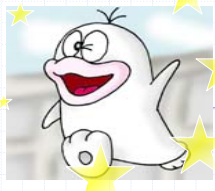
- 廃棄ボックスの携帯
- リムーバーの使用の徹底
- 患者移動時の紛失予防に心がける
- インスリン注射の必要な患者があれば、リムーバーを受ける

以上のことを意識して業務できるよう、啓蒙ポスターや声かけを行う

反省と今後の課題

活動内容のアピール不足が反省点ではあるが、取り組み期間中の針刺し事故件数はゼロであった
スタッフそれぞれの意識が事故の予防につながっていることがわかった
今後も針刺しゼロを目標に、意識しながら日々の業務が行えるよう、定期的に働きかけていきたい

配薬時の フルネーム呼称



9chan's

森千春
赤曾部直美
田中久美

1. テーマ選定の理由

当病棟では、内服自己管理をされている患者が少なく、配薬の必要な患者が多い。また、患者の確認方法として、姓のみの呼称であることが多く、意思疎通困難な患者や同姓同名患者など、配薬ミスの要因と考える。

多忙な業務の中で配薬と患者の確認がミスなく確実にいえるよう、原則通りに近づけるよう徹底する為、今回の目標に取り組むこととした。

2. 活動期間

平成21年11月～平成22年1月

3. 現状把握

～活動前のスタッフへのアンケート結果～

(回収率82%)

フルネーム呼称出来ているNs 50%

出来ていないNs 50%

出来ていない理由

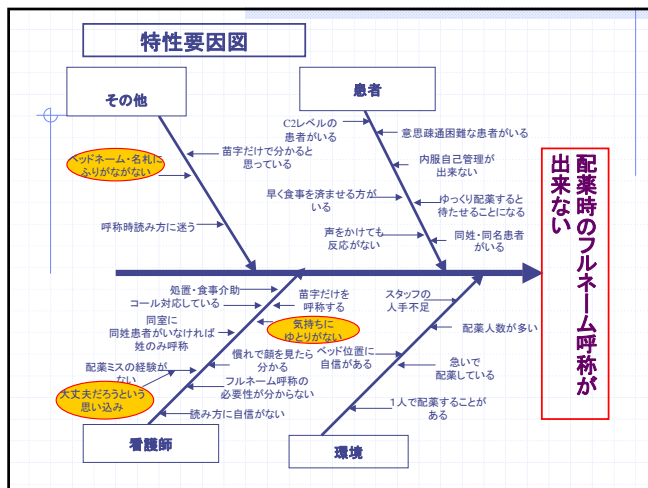
- ・急いで配薬している
- ・名前の読み方に自信のない場合、苗字呼称
- ・慣れで顔を見たら分かってしまう etc...

配薬にかかる時間 平均19.2分

配薬をするNsの人数 平均1.48人

4. 目標設定

フルネーム呼称の徹底をし、
確実に配薬が行える



5. 原因分析

- 慣れによる大丈夫だろうという思い込み
- 配薬が必要な患者が多く、気持ちにゆとりがない
- ベッドネームや名札にはふりがながない

6. 対策と実施(経過)

- スタッフに配薬に関してのアンケート実施
- 配薬カートに「フルネーム呼称していますか？」とテープを貼り意識付けを図る
- 病棟会・連絡ノートを活用し周知する
- 配薬チェック表にフルネーム呼称できたら○をつけてもらう
- 活動後再度スタッフに配薬に関してのアンケート実施

7. 効果・確認

～活動後のスタッフへのアンケート結果～

(回収率86%)

フルネーム呼称出来ているNs88%(+38%)

出来ていないNs12%(-38%)

出来ていない理由

- ・姓のみで呼んでいることが多い
- ・急いでいるとつい名字でしか呼べていない
- ・業務が忙しいため

今後もフルネーム呼称を継続できると

考えているNs100%

患者把握への変化

- ・名前を覚えられる
- ・確実に配薬できたという自信につながる
- ・よく顔を見るようになった
- ・内服内容と患者の一致を意識しやすくなった

配薬カートのふりがな

- ・読み方が分かりにくい患者さんには助かった
- ・名前を呼ぶときに迷わず呼べる
- ・名前を間違えることがなかった

8. 歯止め

- スタッフ1人1人が、意識してフルネーム呼称を継続する

反省と今後の課題

- 原則と分かっているにもかかわらず、フルネーム呼称を十分に出来ていないことがある
- 配薬時にはフルネーム呼称が継続して出来るよう、スタッフに呼びかけ周知する



ディスポエプロンがあなたを守ります

菌コナーズ

10病棟 TQC委員

辻本 美香
柳川 幸子
西村 寿賀子

1. テーマ選定の理由

吸引時にディスポエプロンが着用できていない現状にあり感染防止を意識付けるために今回のテーマに取り組んだ。

2. 活動期間

平成21年9月1日～平成21年12月30日

3. 現状把握

1) 調査期間：平成21年9月1日～平成21年9月14日
 方法：吸引を必要とする患者の吸引回数に対しディスポエプロンを着用していたのは感染症のある患者に限られていた。(痰のMRSA患者は1名)
 吸引必要患者数は18名(46.8%)であった。

2) 結果：吸引時にディスポエプロンを着用しているかアンケート調査を行ったところ83%のスタッフが着用出来ていない現状であった。

4. 原因分析

10病棟スタッフ全員に対しアンケート調査を行った。23名中23名回答(回答率100%)

調査前アンケート
 問1 あなたは吸引の時、必ずディスポエプロンを着用していますか？

はい	83%
いいえ	13%
無回答	4%

問2 いいえと答えた方にお尋ねします。なぜ着用しないのですか？ (複数回答あり)

(1) 吸引が必要な患者の数が多	14名
(2) エプロンの着脱に時間がかかる	7名
(3) 面倒である	6名
(4) その他 (吸引を急ぐ時・忘れてしまう・痰の飛沫しない位置で吸引すればエプロンを着用する必要はないと思った)	5名

問3 どうすれば着用できると思いますか？

(1) 自己意識を高める。感染に対する認識を高める	11名
(2) 時間にゆとりがもて患者にかかわる時間が持てればよい	5名
(3) エプロンの着用にかかる時間が簡単に着脱できるとよい	3名
(4) お互いの声かけが必要	2名

5. 目標設定

- 1) 10病棟スタッフに感染予防の認識を高める。
- 2) 吸引時のディスポエプロンの着用が100%出来る。

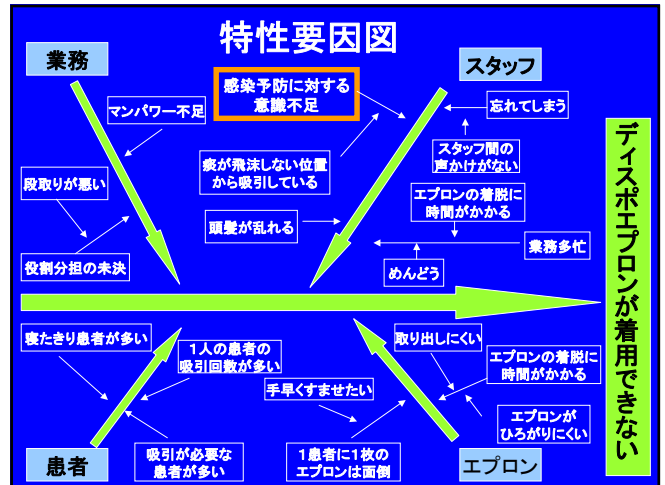
6. 対策と実施

アンケート調査の結果をもとに特性要因図及びマトリックス図法による対策を検討した。

- 1) 検査技師による講義を実施した。
- 2) 申し送りの後にリーダーを中心にスタッフ間の声かけ声をおこなった。
- 3) 病棟スタッフの目につく場所3箇所に、「ディスポエプロンがあなたを守ります」のポスターを掲示した。

7. 効果確認

- 調査期間：平成21年12月1日～12月14日までの2週間
- 調査方法：①実際の吸引回数とエプロンの着用回数を対比し効果を確認した。
②対策、実施後のアンケート調査をおこなった。
- 結果：吸引必要患者は17名(44.7%)で、総吸引回数は1141回でエプロン総着用回数は920枚であった。
①着用率は**83%**となった。
②対策、実施後のアンケート調査の結果
問1：毎回又はほぼ装着した。 **83%**
問2：着用しなかった理由として「忙しくて着用できない」「面倒である」等。 **17%**
問3：今回の対策、実施が自分の安全を守る上で感染予防に役立ったと思う。 **100%**

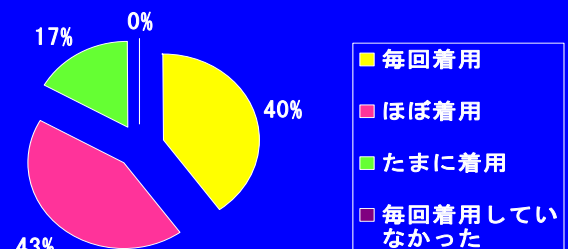


マトリックス図

基本目的	手段1	手段2	手段3	効果	実現性	優劣評価
エプロンの着用率が ↑ となる	自己意識を高める	感染への意識を持つ	ポスター作成	◎	◎	10
		業務の振り返りする	勉強会をもつ	◎	◎	10
	エプロンを簡単に着脱できる	エプロンが着脱し易い物へ検討	エプロン着用の声かけをする	◎	○	8
			エプロンの検討	◎	○	8
	患者様の吸引時間の確保	業務内容の見直し	業務時間明確化	◎	△	6
			役割分担する	◎	△	6

対策実施後のアンケート

問1 対策後にエプロンを着用しましたか？



8. 歯止め

- 10病棟スタッフに、啓蒙活動の結果、感染予防の意識が**83%**持てたと判断した。
- 今後も感染予防の意識をもち続けられるように、 Disposable Apron が着用出来ているかの調査及び確認と声かけの継続を行う。
勉強会を持ち感染予防に対し意識を高めていきたい。

9. 反省点と今後の課題

- 良かった点
10病棟スタッフが「 Disposable Apron を着用することが癖になった」と言う声も聞かれ感染防止に繋がりが良かった。
感染防止について認識が得られ、意識の向上に繋がった。
- 反省点
まだ、数名のスタッフが「めんどうくさい」「忙しくて着用できない」と答えている現状がある。
今後も感染予防に対して認識を強めていきたい。

針刺し一瞬 後悔一生

～セイフティボックスの
 確実な使用をめざして～



11病棟サークル名：刺さんオールニードルズ

サザンオールスターズ♪♪

テーマ選定理由

- ◎11病棟では苦痛緩和のため
 麻薬皮下注射、点滴を行っている
 ↓↓↓
- ◎看護師の意識の薄さ
- ◎セイフティボックスの利用が十分できていない
 ↓↓↓
- ◎看護師の意識の改革
- ◎セイフティボックスの確実な利用を目指す

活動期間

平成21年9月18日～

平成22年2月12日

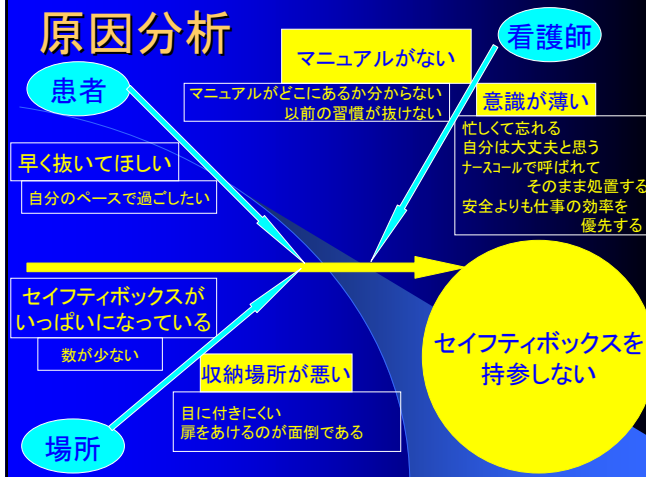
現状把握

現状	問題点	目標
看護師の意識が薄い	自分は大丈夫と思っている 忙しくて忘れる	看護師の意識改革
セイフティボックスの利用が十分できてない	以前の習慣が抜けない (リキャップしてしまう)	マニュアルの作成
場所、動線が悪い	準備するのに時間がかかる	セイフティボックスの個数を増やす

目標設定

セイフティボックスの
 確実な利用ができる

原因分析



問題点の整理

1. 看護師の意識が薄い
2. セイフティボックス使用マニュアルがない
3. セイフティボックスの収納場所が悪い

対策の検討、実施(1)

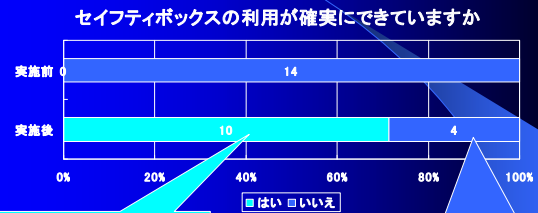
		効果	実用性	評価	順位	
セイフティボックスを忘れずに持つていくには	マニュアルの確認	注射手順や廃棄方法が分かる	◎	◎	10	1
		危険予測ができる	◎	◎	10	1
		現状を把握する	○	○	6	2
	設備場所の整備	リスクアセスメントができる	○	○	6	2
		設置所の整備	◎	◎	10	1
		セイフティボックスの見直し(数、収納方法、破棄方法)	◎	◎	10	1
	看護師の意識改革	スタッフの理解度の確認	◎	◎	10	1
		看板を作る	◎	◎	10	1
		標語を作る	◎	◎	10	1

◎5点 ○3点

対策の検討、実施(2)



効果の確認(1)



今回の取り組みで意識付けができた

急な時はどうしてもそのまま持たずに行動してしまう
100%の利用はできなかった
抜針時に忘れる
準備していくのを忘れる事がある

効果の確認(アンケートより)

準備室のポスターやパソコンに赤字でセイフティボックスの利用を促すシールがあったので持参忘れが防止できた

セイフティボックスの置き場所や個数が増えたため利用しやすくなった

マニュアルを再確認した事で持参する事、廃棄方法を以前よりも気をつけようと思うようになった

歯止め

リスク委員と連携し、年に3回チェック表を用いて看護師の意識を高めていく

反省と今後の課題

看護師1人1人が
針刺し事故予防の意識を持ち
業務していく必要がある

平成21年度外来看護部・医事課合同TQC活動

患者間違いを避け！！

サークル名 チェッカーズ
 医事課 森本俊介
 整形外科 大西智恵
 眼科 正垣文子

テーマ選定の理由

外来で患者間違いを起こしてしまうと、その後の検査・画像・入院等の電子カルテ上のオーダー等に影響を及ぼすだけでなく、医療事故の原因になり得る。

そこで・・・

外来で起こりうる患者間違いの事例を検討し、患者間違いの防止、ひいては医療事故を防止する事を目的としてTQC活動に取り組んだ。

目標設定

患者間違いの件数自体は少ない為、職員の意識付けを目標とした。

何を	外来スタッフによる患者さんの氏名・生年月日確認の意識付けを
いつまでに	平成21年12月末日までに
どうする	平成21年9月時点より高くさせる
理由	患者間違いによるトラブル・医療事故を防止する為

現状把握

平成21年9月16日実施 外来看護部・医事課TQCアンケート

患者さんへのフルネーム呼称はどの程度できていますか？(5段階評価)

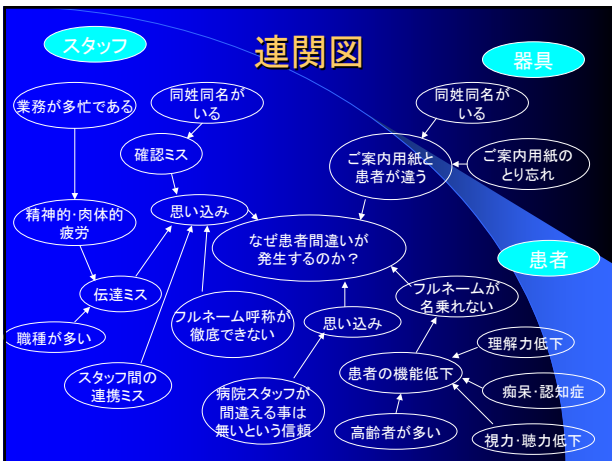
事務員	9	13	4	3	0
看護員	17	20	11	0	0

リスクのポスターを知っていますか？

事務員	5	24	0	0	0
看護員	28	21	0	0	0

ご案内用紙による氏名・生年月日の確認はできていますか？

事務員	2	8	14	3	0
看護員	5	14	13	10	7



系統図

患者間違いをなくす為には

対策	5	3	1	実現性	効果	コスト	総合評価
フルネーム呼称する	●	○	△	●	○	○	11
フルネームを書いていただく	○	○	○	○	○	○	13
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	7
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	13
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	7
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	9
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	13
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	5
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	13
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	15
ご案内用紙で本人確認する	○	○	○	○	○	○	15

対策の立案

系統図のなかで点数の高い以下の項目を対策項目とした。

対策案	実現性	効果	コスト	総合評価
ポスターなどによる啓発	◎	◎	○	13
カンファレンス・ミーティングの場をもうける	◎	○	◎	13
患者・家族・職員に氏名生年月日の間違いが無いかチェックして頂く	◎	○	◎	13
プリンタに「お名前確認」の表示をテプラ等で貼り付ける	◎	◎	○	13
職員・ボランティアの方に再確認していただく	◎	◎	◎	15
職員・ボランティアの方に取り忘れが無い様注意していただく	◎	◎	◎	15

対策の実施

対策案	対策実施	実施時期	実施者
ポスターによる啓発	TQC委員会からの啓発ポスターを作成し各科外来へ配付	平成21年10月～	地域医療課北垣さんへ作成依頼
カンファレンス・ミーティングの場をもうける	外来集会以て、これまでに発生した事例の報告を行い、意識付けを行なう	平成22年1月	森本 大西
患者・家族・職員に氏名生年月日の間違いが無いかチェックして頂く	下記と同様	平成21年11月～	森本
プリンタに「お名前確認」の表示をテプラ等で貼り付ける	ご案内用紙が印刷されるプリンタに、患者さんに注意を促すメッセージのテプラを貼る	平成21年11月～	森本
職員・ボランティアの方に再確認していただく	既に実施済み	実施済み	無し
職員・ボランティアの方に取り忘れが無い様注意していただく	上記と同様	実施済み	無し

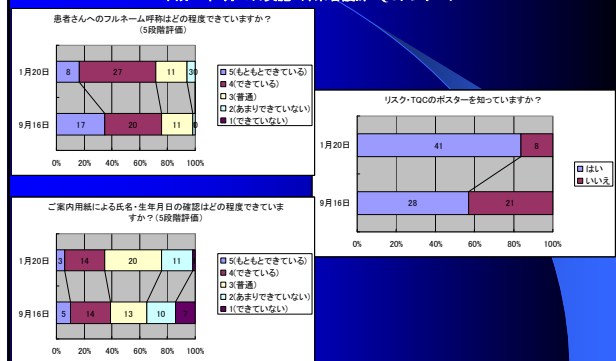
ポスター

以下の2種類のポスターを外来へ配付した。



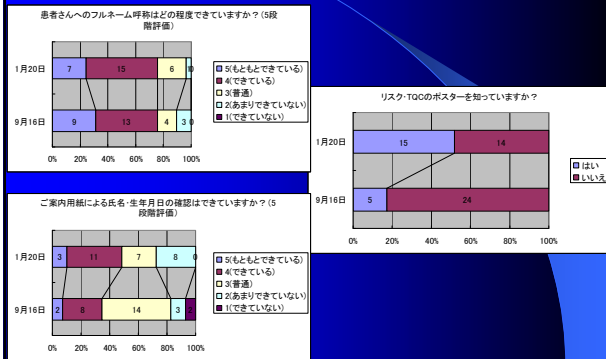
効果の確認(看護師)

平成22年1月20日実施 外来看護師TQCアンケート



効果の確認(事務員)

平成22年1月20日実施 外来事務員TQCアンケート



反省と今後の課題

＜反省点＞

- アンケートにより活動前後の職員の意識の変化を確認したが、看護師・事務員の意識改善ができたのがアンケート結果から見えにくく、活動の効果が判断しづらかった。
- TQC独自のポスターを製作することにより、注意喚起のポスターの認知度をあげる事ができた。

＜今後の課題＞

- 当院の患者層は高齢者が多く、医療事故を防ぐためには医療従事者による、より一層の注意が必要であると考える。

医療ガスの安全管理

ブルーワークス

テーマ選定理由

医療ガスは病院でかかわる患者さんにとってはなくてはならない重要なもので、安全に供給されなければ人命に係わり重大な責任がある。

医療安全の面からも医療ガスの供給切れや設備の故障があれば病院機能が停止してしまう観点からも日々の点検方法や医療ガス供給側のマニュアル作成が重要課題となる。

現状把握と目標の設定

現状

- C Eタンク（液化酸素）の点検は1日3回（朝・昼・夕）実施
- その他の医療ガスについての点検は納入業者任せで未実施
- 医療ガス供給源監視盤の点検・圧力確認が毎日出来ていない
- 液化酸素圧力低下（残量不足）時の緊急操作・対応を全ての職員が出来ない
- 予備ボンベの残量チェックは業者任せ
- 医療ガスのボンベの色と病棟・手術室・外来にあるアウトレット端末の色に違いがある

目標

- 医療ガス供給設備の緊急時マニュアル作成と切替え操作が誰でも出来る

活動計画の作成

	担当	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
現状調査	全員	→							計画
方策の立案	全員	→	→						
成功シナリオの追求	田村 高藤	→	→	→					
成功シナリオの実施	高藤			→	→	→			実施
効果の確認	福本					→	→		
標準化と管理の定着	全員						→	→	
反省と今後の課題	全員							→	

攻め所選定シート

項目 特性	ありたい姿	現在の姿	ギャップ	攻め所	評価
点検	医療ガス全てが毎日点検できている	酸素ガスのみ毎日点検している	酸素ガス以外の医療ガスの点検ができていない	点検表の変更・点検範囲の拡大	○
操作	緊急時の操作が誰でもできる	手順は分かっているが緊急時でできるか分からない	緊急時の操作ができていない	緊急時操作マニュアル作成	◎
設備	故障・トラブルがない	竣工5年なので故障・トラブルはない	なし	年2回保守点検の実施	△
人	職員が医療ガス設備について熟知している	委託職員は変わることがあるので理解不足がある	委託職員は医療ガス設備について教育されていない	新人職員の教育・操作手順・マニュアル確認	○

対策1

酸素ガスの緊急時予備ボンベへの切替マニュアル作成

- 医療ガスの中でも使用量の多い酸素の緊急時の予備ボンベへの切替作業が誰でもできる
- 現在、操作手順書はなく配管とバルブ開閉を見て操作しなければならない
- 緊急時、冷静にバルブ操作ができるようにする
- 夜間、休日等の委託職員でも操作できるようにする

対策 2

日常点検の見直し

- CEタンク（酸素ガス）の点検表に始業前点検として全医療ガスの圧力・残量チェックを加える
- 現在の点検表に窒素・笑気・圧縮空気・吸引の圧力・残量を記載するよう追加する

7

効果の確認

アンケートによる緊急時操作手順の理解・習熟度を調査

- マニュアル作成前後で予備ポンベ切換えができる

作成前 22%



作成後 78%

8

標準化と管理の定着

- 医療ガス設備について定期的な教育実施
- 年1回の院内での保安講習の受講
- 委託職員の交代した時の緊急時操作手順の確認

9

まとめ

医療ガスは病院機能にとっては大変重要なものであり、日常の点検や設備管理を日々実施することで安全に供給する使命を持って今後も業務に取り組んでいきたいです。

10

医療安全の工夫活動

- 手指きれいですか? -

サークル名
クリーンハンド

1.テーマ選定の理由

感染予防に対する利用者の意識が高まってきている中、多くの人と接触する在宅部では訪問者が感染の媒介人であってはいけない。複数の利用者宅を訪問する職員が感染予防の基本となる手洗いを行っているか現状把握と感染予防に対する意識調査を行い、手洗いの徹底と感染予防への意識の向上を図る事をテーマに取り組んだ。

2.活動期間

平成21年8月1日～平成22年2月22日

3.現状把握

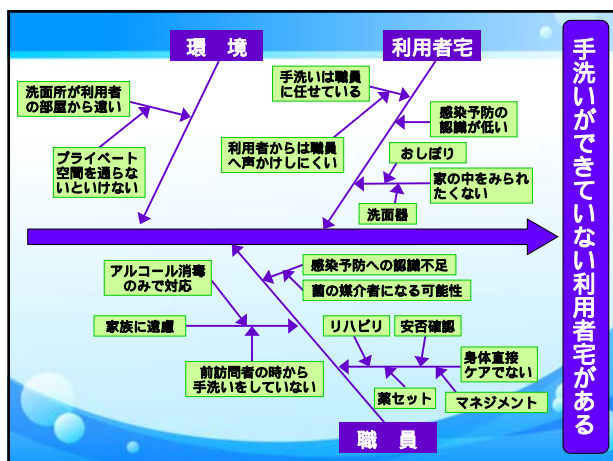
感染予防（ケア後の利用者宅での手洗い）についての現状と、感染についてのどの程度の意識を持っているか確認のアンケート調査を実施した

- 1) 調査期間
平成21年8月1日～平成21年8月31日
- 2) 調査方法
職員へ書面にてアンケート調査した。
- 3) アンケートにて現状調査を行った結果、特性要因図を作成した

4.目標設定

平成21年8月に、利用者宅での処置・リハビリ、マネジメント後に手洗いができているかをアンケートにて確認し、目標設定した。

職員の感染予防意識を高め、平成21年8月の訪問時よりも全体の90%以上の利用者宅で手洗い励行できるようにする。



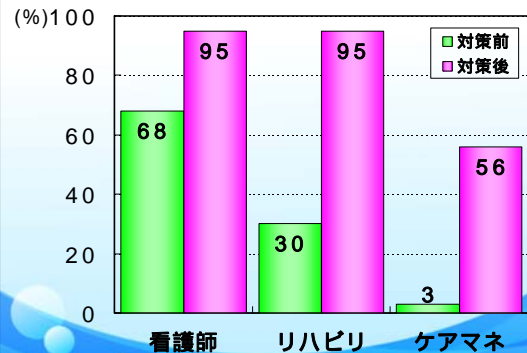
5.対策と実施

- 1) 平成21年8月の現状調査より、どの程度利用者宅で手洗いができているか再度確認してもらおう。
- 2) 在宅部でこれまで手洗いができていない利用者宅に手洗い協力を呼びかける書面を作成し、配布した。
- 3) 新規利用者には、感染予防対策について初回に説明し、手洗いさせていただく旨の説明を行った。

6.効果確認

- 1) 期 間：平成22年1月14日～2月22日
- 2) 調査方法：対策後、職員に書面にてアンケート調査を行った。
- 3) 結 果：アンケートの結果より、利用者宅で、書面にて協力を呼びかけた事で、家人へ手洗いの協力の話しを進めやすく、これまで手洗いでできていなかった利用者宅でも手洗いさせてもらえるようになった。
次の訪問時間が迫って十分な手洗いができなかつたり、忘れてしまう事があったと答えた職員もいたが、結果より概ね職員の意識の向上が図れた。

効果確認



7. 歯止め

- 1) 今後も自宅での手洗い協力の呼びかけの継続。特にQC委員が啓蒙を継続する。
- 2) 新規利用者には必ず、初回訪問時に書面を持って手洗いの協力を呼びかける。
- 3) 仕事柄、家から家への移動がほとんどであるため、感染の媒介者にならないよう、今後も最新の注意を払い訪問業務を行っていく。

8.反省と今後の課題

『医療安全の工夫』が病院全体でのTQCテーマであったが、仕事の現場が病院ではなく、利用者宅であるため、病院と在宅の特性を活かした内容での取り組みを考えることに苦労した。
しかし活動を進めていく中で、職員の利用者宅での手洗いの励行と感染予防意識が向上した。
今後も感染予防の継続と、利用者様により良いケアの継続と安心して訪問を受け入れていただけるような訪問体制を更に確立したい。