

病棟NAによる5S活動 －院内共有の備品倉庫の活用に向けた取り組み－

高本 一愛 大森 ひろみ 深沢 由美
関谷 吏代 大野 種子

要旨：これまで看護補助者が中心となる業務改善活動は少なかったが、病棟で日頃使用している備品倉庫の管理について問題意識を感じ、5S活動に取り組んだ。QC手法に沿った取り組みやまよめの過程においては、難しさを感じる点もあったが、成果を得ることができた。今後も、業務のしやすさを追求できるよう、職場の改善活動に関心を向けていきたい。

【はじめに】

当院は、平成25年度より業務改善活動に取り組んでいるが、看護補助者（以下NAとする）が中心となる活動は少なく、参加意識が低かった。

しかし、日常業務の中でやりにくさやルールが曖昧であると感じることもあった。その中でも特に、西3階病棟にある院内共有の備品倉庫の管理が不十分で使いづらいという点に問題意識を抱いていた。この備品倉庫は、「今は使用しないが、廃棄できない物」を保管する場所として、平成24年に設置された。ここに保管したまま長期間使用されない備品は廃棄処分を検討する予定であったが、特に決まりがなく、徐々に増えてきていた。

今回、業務改善活動実施連絡会メンバーの協力を得ながら、病棟NAによる備品倉庫の5Sと活用に向けた取り組みを行ったので報告する。

【目 的】

5S活動により、院内共有の備品倉庫を活用できるものにする。

【方 法】

問題解決型QCストーリーに沿って活動を展開した（図1）。

1. 目的の明確化	テーマの選定
2. 現状レベルの把握と目標レベルの設定	現状の把握と目標の設定
3. スケジュールの作成	活動計画の作成
4. 原因の究明	要因の解析
5. 対策の検討と実施	対策の検討と実施
6. 効果の確認	効果の確認
7. 標準化と管理の定着	標準化と管理の定着

図1 QCストーリー

テーマの選定

いつも気になっていることは・・・？

備品倉庫のポータブルトイレが多く、奥の物品を取り出しにくい。

転倒むしや離床センターの予備がどこにあるか把握できない。

酸素ポンベの交換時、東病棟まで取りに行くのに時間がかかる。

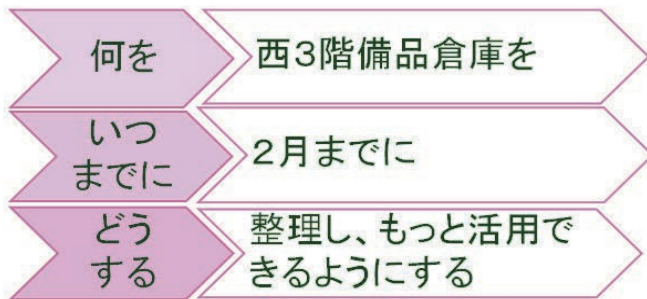
図2 テーマの選定



- 奥の物品を取り行くことができない。
- 予備のセンサー等の状況が把握しづらい。
- 新たな物品を置く場所が全くない。

図3 現状把握 西3階病棟内備品倉庫

目標設定



活動計画

	担当者	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマ選定		→								
現状把握		→	→							
要因解析			→	→						
対策立案・実施				→	→	→				
効果の確認						→	→	→	→	
標準化と管理の定着									→	→
反省と今後の課題									→	→

図4 目標と活動計画

【期 間】

平成30年6月～平成31年3月

【結 果】

テーマを選定するにあたり、「いつも気になっていること」を挙げたところ、備品倉庫内の物品に関する問題が挙げられた(図2)。現状把握を行うと、16.54㎡の備品倉庫内に余剰のポータブルトイレが30台以上置かれており、奥にある物品を取り出しにくい、転倒むしや離床センターマット等の備品が把握しにくい、備品倉庫として活用されていない等の問題が明らかになった。また、日常業務である酸素ボンベの交換時、別病棟まで運搬するのに時間がかかることも課題と認識した(図3)。そこで、目標を「院内共有の備品倉庫を活用できるものにする」とし、計画に沿って活動を行った(図4)。

倉庫が十分活用されていない要因を特性要因図に表し、①倉庫内備品の廃棄基準がない、②備品整理のルールがない、③備品の定数が決まっていない、④管理者が不明確である、の4点が挙げられた(図5)。これらを重要要因として検証した上で、それぞれの対策を立て、5つの対策に取り組んだ(図6,7)。

対策①として、倉庫内の備品を確認し、「備品倉庫一覧表」を作成した。ポータブルトイレについては、2週間の現状調査により、必要台数は最大17台と確認しており、27台が余剰と判断できた(図8)。その他の備品についても必要数を考えながら、対策②の赤札貼りを9月、10月の2回実施した(図9)。赤札が貼られた備品を確認しながら、破損物

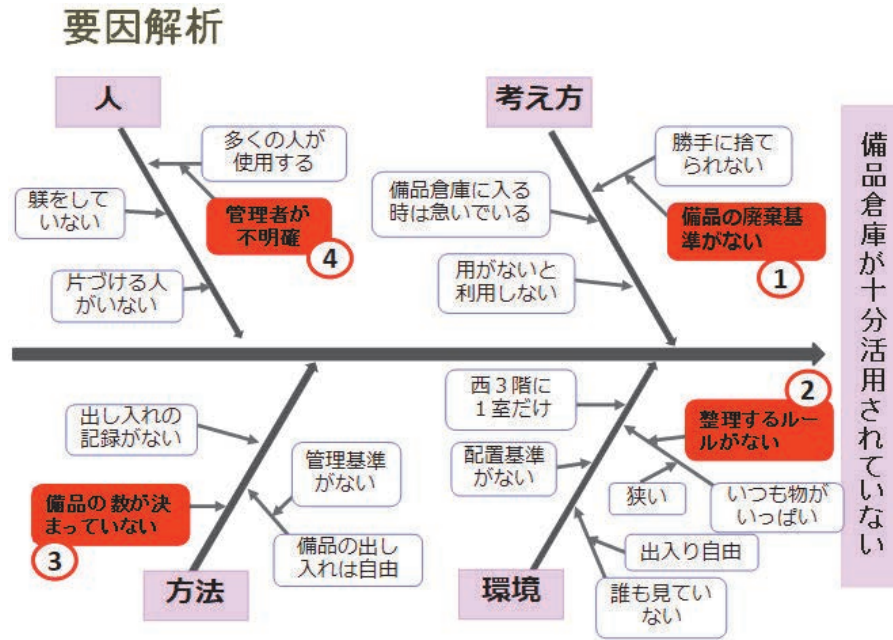


図5 特性要因図

重要要因の検証

要因①	備品の廃棄基準がない	<ul style="list-style-type: none"> ・蓋が壊れていたり、ガタガタしたりするポータブルトイレがいくつもある ・使用すると危険なものもある。
要因②	整理するルールがない	<ul style="list-style-type: none"> ・時々西3階NAが掃除をしていた。 ・毎月第〇曜日等という決まりことはない。
要因③	備品の数が決まっていない	<ul style="list-style-type: none"> ・備品の数の調査をしていない。 ・定数表はない。
要因④	管理者が不明確	<ul style="list-style-type: none"> ・西3階病棟にあるが、全病棟が使用可能。 ・N95マスクやサージカルエプロン、センサーなどの保管場所としている。 ・いつでも入室可能で鍵の管理はない。

図6 重要要因の検証

対策立案

◎3点 ○2点 △1点 ×0点

重要要因	1次対策	2次対策	効果	実現性	期間	経費	評価	採否	対策
重要要因① 備品の廃棄基準がない	廃棄基準を検討する	倉庫内の備品を確認する	○	◎	◎	◎	54	★	①
		破損・故障した備品を処理する	◎	◎	○	○	36	★	②
重要要因② 整理のルールがない	どのように整理するかを決める	これまでの方法を明確にする	△	◎	◎	◎	27	★	④
		いつ・だれが・どのように備品を整理するかを明確にする	◎	○	○	◎	36	★	③
重要要因③ 備品数が決まっていない	定数を決める	備品台帳を作成し定数を決める	○	○	○	○	16		
		今後の定数増減への対応を検討する	○	△	△	○	4		
重要要因④ 管理者が不明確	管理者を明確にする	病棟NAと検討し、管理者を決める	○	○	○	◎	24	★	⑤

図7 対策立案

品や不要物品9種類55個を廃棄処分した後、備品倉庫定数表を作成した。整理・整頓の結果、床一面がポータブルトイレで埋め尽くされていた状況が改善され、スムーズに奥まで歩ける状態になった(図10)。

対策③④⑤については、他病棟NAとの話し合いの場を持ち、倉庫の管理者と管理方法を定めた。院内共有の備品倉庫であり、離床センサーの在庫確認などを各病棟の輪番制にする等の提案もあったが、最終的には、西3階のNAの業務と位置付けることにした。今後の備品倉庫の整理方法について、「毎月第1水曜日に、西3階NA+aのQCメンバーが、備品倉庫に集合し、整理・整頓を行う」と決めた。

整理・整頓を進める中で、備品倉庫の空きスペースに酸素ポンベを移設することにも取り組んだ。これまで東病棟4階にある倉庫に予備の酸素ポンベが設置されていたが、西館から交換に行くのに、1往復平均10

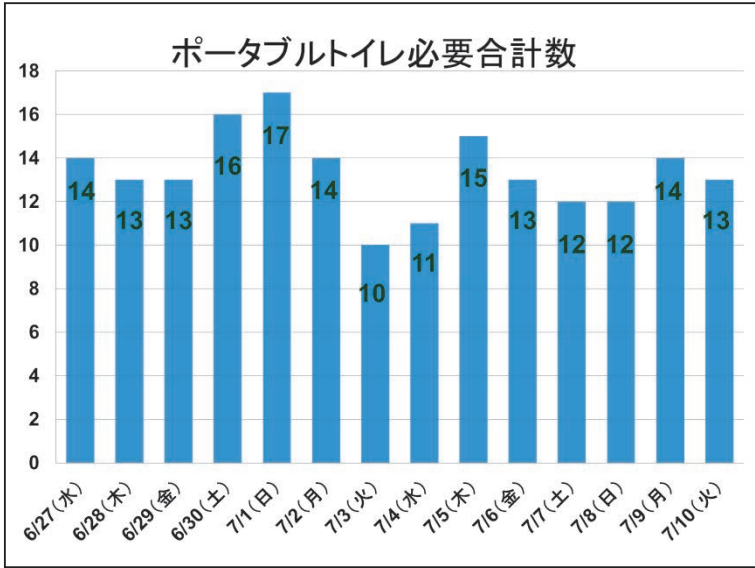


図8 ポータブルトイレの現状調査

分を要し、各部署が週2回交換に行くとする、1か月6.6時間、1年で80時間を要することがわかった。予備の酸素ポンペを西3階備品倉庫に移設したことで、1往復平均7分となり、3分間の短縮が得られ、1週間で30分、1年で24時間の時間短縮という結果となった(図11)。

これらの活動により、他病棟のNAも備品倉庫を活用しやすくなった等、よい評価を得られた。更に、倉庫内備品の定数・定位置表示を行うことで、管理の定着を行った(図12)。



図9 赤札貼りと破損・故障備品の処理

結果



図10 活動前後の倉庫の様子



平成31年1月9日 酸素ポンベの移設を実施

交換にかかる時間 80時間 → 56時間 / 1年間
マイナス 3分 × 2 × 5病棟 = 30分 / 1週間
 2.0時間 / 1か月
 24.0時間 / 1年間

図11 予備の酸素ポンベの移設



図12 管理の定着

【まとめ】

院内の業務改善活動にNAが主体的に取り組み、成果を得ることができた。今後も、業務のしやすさを追求できるよう、職場の改善活動に関心を向けていきたい。

