

## Y4-28

### 当院での脳卒中地域連携パスの運用と課題

長野赤十字病院 クリニカルパス推進室

○滝澤 典子、宮入 啓子

【はじめに】平成20年の診療報酬で脳卒中地域連携パス(以下、パス)の使用が評価された。当院がある地域では平成20年4月よりパスの運用が始まり、当院は平成21年3月から地域連携診療計画管理料を算定している。今回、パスで転院した患者の転帰や状態の変化を明らかにし、今後の当院の退院調整の取り組みについての課題を報告する。

【方法】1、平成21年度、地域のパスの使用状況と当院の使用状況のデータを収集する。2、平成21年度、当院から回復期病院に転院し、そこを退院した患者のパス報告書から患者の属性、生活機能評価のデータを収集する。3、当院の退院調整の問題点を検討する。

【結果】1、計画管理病院3病棟の脳卒中患者824名のうち140名(16.9%)がパスを使用して転院し、平均在院日数は34.5日だった。当院は293名のうち45名(15.4%)が転院し、在院日数は46.5日だった。2、当院から回復期病院への退院患者数は30名(男性15名、女性15名)、平均年齢71.9歳。疾患は脳梗塞14名、脳出血13名、くも膜下出血3名。平均在院日数は当院43.2日、回復期病院85.1日。退院先は自宅25名、介護施設4名、療養型病院1名。患者の状態はFIMが平均79.6から98.2に、日常生活機能評価が平均5.5から2.0に変化がみられた。3、当院の転院までの在院日数は3病棟の平均より約10日長い。

【考察】当院は急性期病院としてより一層、機能分化の推進と在院日数の短縮が必要とされる。さらに今年度の診療報酬改訂で回復期病院の充実した体制が評価となり、連携先の患者の受け入れ状況が変わってくると考える。そこで、患者の転院申込の時期、患者の日常生活機能評価や認知状況についてタイムリーな情報提供が望まれる。今後のより良い連携のため、回復期病院から戻ってきた情報の活用法を考えたい。

## Y4-30

### 物品管理部滅菌係におけるQC活動報告

北見赤十字病院 物品管理部

○富樫 清英、森 正史

【目的】当院滅菌係では、現在9名のスタッフにて、各診療科及び病棟・手術室での使用済器具の再生処理を行っている。作業マニュアルは完備されているが、不具合等が発生すると、その都度業務の変更を行い、確実な再生処理を行ってきた。ところが、頻繁に業務方法が変わる為、変更が全員に周知されず、時に再生処理の方法がバラバラになり、一貫した業務が遂行できない状況に陥ることが多々あった。また、休日・臨時手術の対応等で、職員の体力・精神力とも低下し、積極性のない職場環境へととなりつつあった為、QC活動を取り入れる事を検討した。

【方法】日常業務で問題となっていた多量の滅菌有効期限切れ器具について、その数を減らすことをテーマとしてスタッフに与え、QC活動を実践してみた。会合は、月2回最低実施、全員参加を条件とした。できる限り業務時間内とし、時間は30分を目安として実施した。また、スタッフ全員がQC活動初心者であった為、QC活動勉強会を実施、QC活動を通じて得られる成果を説明し、活動への積極性を促した。

【結果】滅菌有効期限切れ器具を79%削減でき、また、定数管理器具の総数を減らす事ができた為コスト削減につながった。スタッフのみで活動を行い、実際に削減できた結果をデータで認識し、その成果を日常業務で実感できた為、スタッフにやる気と積極性が生まれた。また、この活動後、スタッフ間で日々の疑問点等を自主的に検討する行動が見られ、日常業務における業務の効率化を自主的に進めようになりつつある。

【結語】PDCAサイクルを学び、自分たちの力で業務改善を行う事で、意欲ある職場環境を整える原動力になることが実証され、人材育成へも生かせる事が実感できた。この活動を院内へと発展させる事で更なる医療の質の向上へと寄与できると考える。

## Y4-29

### QC手法を使用した手術出し時間の改善を試みて

山田赤十字病院 看護部

○森北 貴子、荒木 尚美、松島 悠子、森本 亜紀、中西 希

【はじめに】TQM活動は全病院的な協力体制のもとチームワークを大切にして自主的活動により推進される。当院のTQM活動は3年目を迎え、当病棟での初めての取り組みを報告する。

【テーマ選定】病棟内の問題点を評価した結果、手術出し時間の短縮を目指す、が1位となった。当病棟は3科混合病棟で、毎日が手術日で様々な科の患者の送迎をしている。手術出しまでの時間を短縮し、予定時間通りに手術が開始できることが、患者満足に繋がると想定しこのテーマに取り組むこととした。

【現状把握と目標設定】手術出し件数63件のデータを分析した結果、89%を占める耳鼻科と婦人科に注目した。手術出し時間の平均が7分9秒で、手術出し時間に15分以上かかった件数が2件あった。このデータをもとに、「手術出し時間の平均を1分短縮する」「手術出し時間が15分以上の件数を0件にする」の2つを目標とし、対策立案・実施をした。

【結果】平均値は47秒短縮し、15分以上が0件になった。また、対策実施の結果、「診療科別に編成しているチーム間の連携が強化され、チーム相互間の手術に関する業務の意識づけができた。」「手術出しマニュアルを作成することで、円滑な運用に加え、新人・勤務交替者への教育の標準化に繋げることができた。」「時間短縮により、患者と接する時間が増えて、患者満足度とともにスタッフの職務満足度の向上にも繋がった。」「

【まとめ】今回、初めてTQM(QC)活動を試みた。活動を通してスタッフ間での問題点の共有、チームワークの強化など、職場の活性化につながった。今後は標準化と管理を定着し、活動を継続していきたい。

## Y4-31

### 転倒・転落防止への取り組み～TQM活動を通じて～

山田赤十字病院 山田赤十字老人保健施設

○中瀬 美代子、高尾 いづみ、小山 洋樹、山根 剛

【はじめに】当施設は、入所100名(認知症30名含む)通所20名の病院併設型の老人保健施設である。平成20年より利用者が満足し、安心して苑での生活が送れるよう、また明るく活気に満ちた職場造りの為にTQM活動に取り組んでいる。平成20年度のひやり・はっと事故報告書では転倒・転落が165件と全体の82%を占めている。今回、TQM活動を通じて事故防止に取り組んだので報告する。

【取り組み内容】現状分析・目標設定を行い、以下の対策を実施した。1アセスメントシートの見直し、2個別危険度リストの色分け表示と転倒者リストの掲示、3転倒・転落の高リスク者にベットのセンサーの使用、4認知症に対しては寄り添い見守る介護を心がける、5指導マニュアルの見直し

【結果】期間内の事故件数の明らかな減少はみられなかった。その原因としてベッドでの4点柵使用者と車椅子Y字ベルト使用者の増加が考えられた。それぞれ昨年の4倍・6倍に増え中でも認知症の方の増加率が目立った。これは自分から柵を外す・柵を乗り越える、また他の入所者によるY字ベルトの解放などによる増加であった。再度これらに対する対策を実施して事故件数の減少を認めた。また新職員指導マニュアルも違う視点からの検討ができ再確認のいい機会となった。さらに、危険予知トレーニングや視覚に訴える対策を多く取り入れた。このことにより職員全員が共通した認識とケアが行えるようになり、事故防止に対する意識向上につながった。

【まとめ】今回の活動を通じて、問題点の整理と抽出、対策の立案・実施結果の評価を系統だて行う事が可能となり、職員間のコミュニケーションや仕事に対するモチベーションの上昇につながった。今後も継続して活動し、チームワークの強化と個々の能力向上に繋げていきたい。