

Y14-07

QCサークル活動の改善と病院の活性化について

福井赤十字病院 QC活動推進部会

○渡辺 速美

【目的】当院は、TQM推進委員会の下にQC活動推進部会を設け、医療の安全と質の向上、患者満足度の向上、人材育成、組織の活性化等に活用している。今回部会は、QCサークル活動の内容のレベルアップを目的に、2011年から1)研修体制と2)院内発表大会の改善に取り組んだのでその成果を報告する。

【方法】1)研修体制の改善 QCサークル活動を教育・指導できる日科技術連のQCサークル指導士を複数名育成し、a.QCストーリーのステップ毎(例 現状把握、要因解析等)の勉強会を毎年計8回開催した。b.QCサークルは、各テーマに沿ったステップ毎のレポートを毎回の勉強会までに作成し、指導士からアドバイスを受けた。2)院内発表大会の改善 審査基準をストーリーに沿った10項目から、QCサークル北陸支部福井地区の審査基準を準用し詳細29項目に細分化(例 現状把握→データの収集と見える化→悪さ加減が層別化)した。

【結果と考察】2012年に各QCサークルにアンケートを行ったところ(n=25)、1)指導士による、a.勉強会は大変役立つ20%、役立つ56%、b.レポートのアドバイスは大変役立つ28%、役立つ40%だった。2)審査基準の見直しは、大変妥当8%、妥当54%だった。審査員1人あたりの採点結果の見直し前後の比較(1サークル100点満点)では、全サークルでは2010年(n=162)79.1±8.5から2012年(n=180)60.5±10.8へ、最優秀サークルでは2010年(n=9)89.0±5.6から2012年(n=10)71.0±10.9だった。各サークルは統計的品質管理の手法とその評価が明確になり参考になった。

【まとめ】今回の改善は、QCサークルメンバーに好評であり、発表大会の優秀サークルは院外発表大会において高い外部評価を受けた。今後は審査員の質向上に取り組むたい。

Y14-08

カイゼン活動(物から考え方へ)

諏訪赤十字病院 総務課

○宮本智恵子、跡部 治、大橋 昌彦

【はじめに】当院は07年5Sプロジェクトを発足、その後5S推進委員会、カイゼン委員会へと名称変更し、働きやすい職場環境を作っていくことを目標に、自分たちに見合った背丈の活動方法として、全員参加の小さなカイゼン(ミニカイゼン)活動を行っている。

【活動】カイゼンコンクールの審査基準を見直し、5S報告件数なども評価の対象とし、報告事例は院内全部署で共有できるよう、メールおよび紙面で通知。気づき、仲間を増やす手立てとして、コーチング学習を年間通して開催した。また、他企業との交流を図り意見交換会などを行った(株オリエンタルランド・諏訪カイゼンチームなど)。

【結果】1、コンクールの評価対象の窓口を大きくしたため、5S活動が低調だった部署からも活発に報告が出され報告件数が増加し、全体的底上げにつながった。2、物やルールなど減らす報告が増えしてきた。3、普段縁の下を支える職種からの報告も増え、モチベーションが上がり全員参加の活動になってきた。

【課題】1、一つひとつのカイゼンが小さいため効果が小さい。2、他署から報告されたよりよい改善を取り入れようとしない(マネる、パクるが苦手)なため、類似した報告がある。

【まとめ】組織風土改革が徐々に浸透し、職種関係なく横のつながりが強まり、働きやすい環境を自ら作り出そうとするようになってきた。また、考え方にも変化が生まれ、ルール手順の見直しや簡素化にもなっている。全体として「気づきの文化」が芽生えてきている。

Y14-09

既滅菌物の適正管理の維持

名古屋第一赤十字病院 看護部

○新井 千香、小澤 賀子、大鐘 隆宏、園田 玲子

【はじめに】当院は中央滅菌材料室の業務を外委託している。昨年委託業務拡大で、既滅菌物の期限切れ点検を依頼することになった。同時期に診療報酬が改定された。感染防止地域連携加算の算定に、既滅菌物の適正管理は重要な課題となった。そこで各看護単位の業務担当係長に協力を得て、既滅菌物の適正管理システムを作ったので、報告する。

【目的】既滅菌物の適正管理システムを作る

【方法】2012年5月、11月、2月に現状把握・評価をする。9月・12月に業務担当係長会議で、結果と改善点を明示する。既滅菌物に関する集合教育とグループワークをする。関連の委員会にルール作りを依頼する。以降偶数月に委託業者が期限切れ点検をし、年に2回中材係長および感染管理認定看護師が既滅菌物の状況把握と指導を行う。

【結果・考察】現状を把握したところ、問題点は4つあった。既滅菌物が濡れやすい場所に保管されていること。在庫が多いこと。耳鼻科の診察用銅製小物など高レベル消毒でいいが、保管・運用上の都合で滅菌されている器材と使用時に滅菌レベルが必要な器材が混在して保管されていること。包交車の管理が十分でないことである。保管方法はルールを作り、改善した。包交車は点検表を配布し、適正管理できるようにした。処置セットの運用を提案し、一部署は包交車を廃止した。現場のリーダーである係長が、知識と認識を統一し他部署の状況を知ることが、重要である。在庫や包交車の積載物には、各看護単位の組織文化が反映しており、定数変更には係長の力が必要だからである。年2回の指導の機会は係長の支援になり、さらに改革できると考える。

【結論】組織横断的な視点が入るシステムで、既滅菌物は適正に管理される。

Y14-10

超音波検査の時間帯別稼働件数をフィードバックすることによる業務改善例

横浜市立みなと赤十字病院 検査部¹⁾、
横浜市立みなと赤十字病院 血液内科²⁾

○木下 朋幸¹⁾、近藤 聖子¹⁾、樋口 飛鳥¹⁾、熊谷 正純¹⁾、
宮崎 夏¹⁾、原 淳一¹⁾、鈴木 清¹⁾、山本 晃²⁾、
小河 純¹⁾、花村 圭一¹⁾

【目的】当院の超音波検査室では、診療と健診の超音波検査の予約を電子カルテによるオーダーで受けて、平均4.5名の技師で検査していた。検査の種類ごとに混雑する時間帯の波があるが、予約枠は経験則で作られていた。そこで、1時間ごとの各検査の稼働件数をフィードバックして、予約枠と人員の配置を修正することで、検査件数や効率性が上がるか検討した。

【方法】心エコー、腹部エコー、頸動脈エコー、表在領域エコーについて、2011年6月、2012年2月、6月、2013年2月に実際に検査が行われた時間帯別の稼働件数を集計し検討した。

【結果】各超音波検査が実施される時間帯が洗い出され、各検査のニーズや収益性も加味して、予約枠と人員の配置を見直した。心エコーでは、従来の落ち込んでいた正午前後の件数が増加し、件数は約30%増加した。頸動脈エコーでは午後の件数が増加した。全超音波検査の件数を外来診療日あたりに換算すると30%増加した。

【結論】食止めなどの時間の制約が無い検査は、時間帯別稼働件数を元にして、ニーズが高い時間帯に予約枠と人員を増やし、診療科に説明することで稼働件数が増加した。腹部エコーは食止めによる予約時間の制約があり、人員投入だけでは改善が難しかった。時間帯別稼働件数に基づき、複数の超音波検査の予約枠と人員配置を補い合うように見直した結果、限られた人員でもニーズに応えられる余裕が生まれ、稼働件数が増え、超音波検査室内部の効率的な人員配置ができた。また不足人員が洗い出されることにより、他の検査部門からの適切な人員配置や、検査部技師の採用データにも役立った。さらに、患者の待ち時間も短縮された。