病院研究会記録

第27回病院研究会　　QCサークル発表大会（1989. 3 .10）

「ICU・CCU処置箋の改善」

ICU・CCU：ICUシンドローム　太田倫代・角折美代子
小林由季・武藤　恵
佐野悦子

(1) はじめに（職場紹介）

当院ICU・CCUは病院改築に伴ない新設された病棟で、現在、婦長1名、係長1名、看護婦16名、看護助手1名で構成されています。どんな病棟になるのか、暗中摸索の中、開設4年半経過しました。今は、手術後のリカバリールーム兼ICU・CCUといったかたちで院内の役割を果しています。

今回のテーマである処置箋の扱い方は3交代受け持ち制である為、1枚の処置箋に3人の看護婦が関与し、準夜勤の看護婦が最終チェックをして24時間分の締めをして、医事課に翌朝送る方法をとっています。

(2) サークルの紹介

第3回院内QC発表会の為に構成された「ICU・シンドローム」サークルは、5人全員新メンバーにて6月7日活動開始となりました。月1～2回（平均118分）の定例時間外会合と、他は個々の時間内・時間外を用いての活動で今回のテーマを進めてきました。しかし、このテーマは私達看護婦だけで行えるものではなく、医事課とも関係のある問題であった為、多大に医事課の御指導、御協力を載いての8カ月間の活動でした。

(3) テーマ選定理由

開設当時に作られた処置箋の内容と、実際に行われている医療・看護行為が合わず、コストを取る為の手書きの項目が、多くなっていました。また、せっかく書いたものも「コストの対象にならない」という話を聞くこともありました。

そこで実際に即した処置箋を作り、仕事の効率（処置箋にかかわっている時間・コスト漏れ）を良くし、ベッドサイドに在る時間を多くする様、早く取りかかるべきだと考え始めました。

(4) 目　　標

使いやすい処置箋を作る

(5) 現状調査、把握

1）現在、ICU・CCUで行われている処置でコストの取れるものと取れないものを正確に知る。
　①点数表を見直す
　②医事課の指導をうける
　③学習後「取り漏れ」項目を拾い出してみる
2）「使いにくさ」を色々な角度から考え、特性要因図（図1）に表す。

(6) 要因解析（問題点）

1）必要な処置項目がプリントされていない
2）系統立ててプリントされていない
3）知識不足、情報伝達の不徹底によりコストの取れないものまで手書きをしつづけていた
4）不要な項目もありまぎらわしい

(7) 対策と実施

1）頻度の多い処置項目を系統立ててプリントする
2）日常行っている処置項目は「√」チェックと回数・量等の数字記入だけとする
3）決まった材料を用いての処置は「セット制」でプリントする

以上を改善点として、医事課との連携の中新しい処置箋の立案・作成をくり返し、そのつど検討・試用していきました。

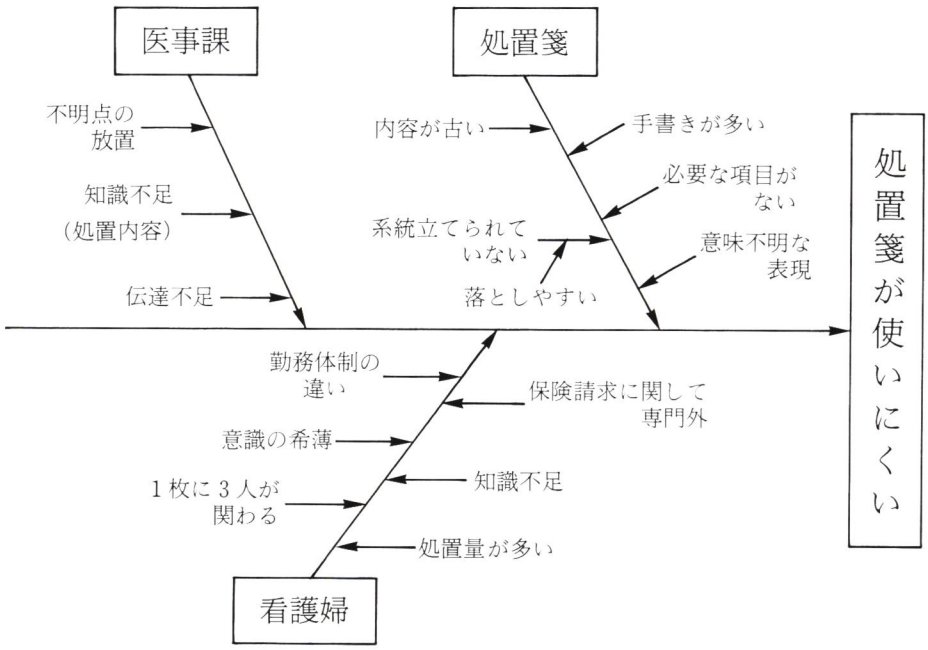

図1

(8)　効果の確認

処置箋の上での変化（表1）

「使いにくさ」を客観的に表現するのは難しく、わかりやすいのは、それに費やした時間の比較ですが、看護処置の合間合間に処置箋の記入を行っている為、時間測定は無理がありました。そこで、特性要因図中の「手書きが多い」に特に着目し、前後の2カ月を比較してみました。

表1

	4、5月	11、12月
1枚の処置箋への平均記入字数	32.6字	14.6字
1枚の処置箋の平均「✓」チェック数	5.4ケ	7.2ケ
1枚の処置箋への平均手書き項目数	2行	0.3行

アンケート結果（表2）

主観的な部分の結果を出す為、スタッフ13名に行いました。

表2

	良くなった	変わらない	悪くなった
見やすさ	3	7	3
時間短縮	6	7	0
むだな記入	13	0	0
コストもれ	10	2	1

今までコストを取っていなかった項目1点＝10円(表3)

表3

項　　目	点数
O_2/l　0.07点 上限あり　　30分まで150点 それ以上は加算あり 上限あり	
ジャクソンリース　l/m　分　回	
経鼻エアーウェイ挿入(24h以上持続時)	200
痔核嵌頓整復法	290
精密眼筋機能検査	38
精密視野検査（両・片）	両 76 片 36
簡易聴力検査	80
平衡機能検査	120
動脈血採取日内変動	40
特定薬剤治療管理料	800
MSシリコンチューブ	90
JMS栄養チューブ	12
デニスチューブ持続ドレナージ（翌日以降）	24
連続吸引・連続排膿（リリアバック・ポルトバック管理）	28
頭ドレーン(レザーボア)	24
持続的腹腔ドレナージ（OP後）	24
ACT	25
サーフロー針	21

新処置箋は、改善目標がほぼ取り入れられ完成しました。同時に、学習・指導を通して知り得た、コストの「取れるもの」と「取れないもの」の情報を、スタッフ間に浸透させ、各自の処置箋記入に対する意識を高めてきました。

その結果、今までコストの取れないものまで記入していたのが減少し、さらに、コストの取れる項目で手書きしていたものが、プリントされた為、記入字数が以前の1/2弱に減りました。

アンケートでも、全員が「むだな記入はなくなった」と答えています。これは、今まで「何でも書いてくれれば、コストが取れるかどうかは、医事課で判断するから」と言われ、わからないままに、記入し続けて来たことが、いかに、負担だったかを、ものがたる結果ともなりました。

もちろん「✓」チェック数は、新処置箋では増えており、新項目が利用されているのは明らかです。

ただ、この活動結果を出す為に、調査時期をいそぎました。その為、まだ「新処置箋に慣れていない」、「印刷が悪い」等の理由から、プリントされているのに捜し出せなくて、手書きしてしまった場合が、多くありました。又、アンケート結果でも「見やすさ」、「時間短縮」については、「変わらない」と答えている人が50%を占めています。しかし、この点については、校正・プリントされ使い慣れれば、さらに、良い評価を得られるのではないかと予測されます。

そして、私達が思っていた以上の大きな副産物となった「コスト漏れ」も、「取れるものがわかりやすくなった」・「意識付けができた」等の理由で、「良くなった」(「と思う」も含む)と答えている人が大半を占めています。データー的にも、極一部ではありますが、改善前後で処置に伴なう材料等の取り漏れを比較してみると、45.6%漏れていたのが、17.4%になっています。他に、看護婦・医事課両サイドの知識不足から、全くコストを取っていなかった項目も、表3の様に種々見つかり、新処置箋からは、コストを取るようになりました。

以上、新処置箋は、「見やすさ」・「時間短縮」については、正確な評価はできませんが、「むだな記入」・「コスト漏れ」の面では、明らかに使いやすくなりました。

(9) 無形効果

1) 医事課・看護婦両方の処置箋に対する理解不足で記入してなかったり、又記入してもコスト処理されなかったりの点を確認し、訂正しあえた。
2) 医事課に病棟の処置の様子を目で見て理解してもらえた。
3) 医事課と看護婦間で声をかけやすくなった。
4) スタッフ間で「コストを取る」という意識が高まった。

(10) 歯止め

1) 新処置箋を実用化した。
2) 処置箋についてのマニュアルを作った。
3) 新情報は申し送り簿で全員に伝わるようにした。
4) 医事課と病棟の連絡を密にし、不明点は確認しあうようにした。

(11) 今後の課題

今回のテーマを進めてみて、看護婦と医事課の「伝達不足」が原因の、コスト漏れが以外に多いことを知りました。点数としては低くても「塵も積もれば…」の原点だと言えます。

医療の進歩に合わせ、保険請求の仕方も変わってきます。この活動中、医事課の鈴木さんの「病棟見学」・「不明点の問い合わせ」という協力を得て、相互理解を深めてきました。今後もこれを継続し、新しい情報を得た時は、専門性の異なる、双方にわかりやすい表現で説明しあい連絡をしあっていきたいと思います。その積み重ねにより、より使いやすい処置箋に改善されると思います。尚、理想を言えば、一部で実施されている、専門職の導入がされれば、お互い学習しながら、仕事に専念できるのではないでしょうか。