

第 16 回
(令和 5 年度)
東邦病院 Q C 活動報告

抄 録 集



主催：東邦病院教育・研修委員会



第16回 QC活動報告プログラム

【看護部】

- | | |
|---|----------------|
| 1. ヒューマンエラーによる薬剤関連インシデント事例への対策
～事例数減少への取り組み～ | 東病棟 5階 |
| 2. 褥瘡発生率調査と予防への取り組み | 東病棟 4階 |
| 3. 地域包括ケア病棟における在宅復帰率維持向上への取り組み | 東病棟 3階 |
| 4. 入院後の新規褥瘡発生件数減少への取り組み | 東病棟 2階 |
| 5. 南病棟 5階の褥瘡新規発生率を減少させるための取り組み | 南病棟 5階 |
| 6. 療養病棟におけるスキンテア減少に向けた取り組み | 南病棟 4階 |
| 7. 転倒・転落に対する取り組み | 南病棟 3階 |
| 8. 褥瘡発生予防・改善を目指した取り組み | 北病棟 2階 |
| 9. 緩和ケア病棟における転倒・転落予防に向けた取り組み | 北病棟 1階 |
| 10. 目標病床利用率達成に向けての取り組み | 地域連携室 |
| 11. 救急要請応需率増加への取り組み | 外来 |
| 12. 腹腔鏡下手術における器械出し看護技術の質の向上にむけて
－器械出し看護実践評価数値の比較・検討－ | 手術室 |
| 13. 透析療養中における体重の過増加者に対する自己管理意識の向上 | －第2報－
血液浄化室 |

【診療協力部】

- | | |
|------------------------------------|------------|
| 14. 当院における OHDF の条件設定 ～OHDF の実施状況～ | 臨床工学科 |
| 15. 一般病棟の疾患別リハビリテーション料と初期・早期加算の充足 | リハビリテーション科 |
| 16. 緊急報告値の取り扱い～報告体制とその内容について～ | 検査科 |
| 17. 食材量費の推移と患者様の食事満足度～第2報～ | 栄養科 |
| 18. X線使用検査の撮影条件～県内・全国と比較して～ | 放射線科 |

【薬剤部】

- | | |
|----------------------------------|-----|
| 19. 医薬品の適正使用や医療の質向上への薬剤師の取り組みと成果 | 薬剤部 |
|----------------------------------|-----|

【事務部】

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| 20. サマリー2週間以内の完成率向上を目指して | 診療情報課・医療情報係 |
| 21. 会計待ち時間調査 ～会計待ち時間に伴う患者満足度の向上について～ | 診療情報課・医事係 |
| 22. 受信者満足度向上の取り組みへの評価 | 健康増進・予防医学センター |
| 23. 保育所利用の増加を目指して | 総務課 保育所 |
| 24. 省エネルギーについて | 施設管理課 |

【院長付】

- | | |
|------------------------------|---------|
| 25. 転倒転落による負傷率減少策の一考察 | 医療安全対策室 |
| 26. 抗菌薬の適正使用、耐性菌減少への取り組み | 感染対策室 |
| 27. 教育体制における社会人基礎力の位置づけと人材育成 | 教育担当 |

ヒューマンエラーによる薬剤関連インシデント事例への対策

～事例数減少への取り組み～

東病棟 5 階

【目的】

ヒューマンエラーによる薬剤関連のインシデントを減少させることにより、安全な看護を提供する

【方法】

- 1) 研究対象:A 病棟で発生した薬剤関連のインシデント事例
- 2) 研究期間:2018 年 5 月～2022 年 3 月
- 3) データ収集方法:改善策実施前後のインシデントレポートから薬剤に関する事例を抽出
- 4) データ分析方法:①事例をカテゴリーに分類し、要因が確認不足によるものを分析
②分析結果から、改善策を立て PDCA サイクルにより実践する

【倫理的配慮】

調査に利用する情報は、個人が特定されないように配慮する。

【経過】 2022 年度取り組み

- ①6R の確認方法、ダブルチェックの指導継続、再周知
- ②薬剤関連インシデントの詳細報告や重要事例カンファレンスの施行
- ③多職種と連携し循環器特有薬剤の情報共有の実施

【結果】

上記の取り組みとして特に②に重点を置き、毎月の医療安全情報を元に、過去当該病棟でも起きたインシデントと照らし合わせながら朝の申し送り時に報告を行なった。しかし 2022 年度のインシデント総数が 73 件に対して薬剤関連は 13 件で 18%だった。そのうち 4 年目未満のスタッフに関連したインシデントが 8 件。理由としては確認不足によるものが 8 件だった。昨年と比較し薬剤関連のインシデントは増加傾向となった。

【考察】

比較的知識の浅い 4 年目未満のスタッフのインシデント発生の理由として確認不足が多く業務が多忙であったとの意見も多かった。2022 年の取り込みとしてダブルチェックの指導を継続したが、多忙時に実施することができていないためさらなる指導や個人指導が必要と考える。また薬剤関連の医療事故ニュースを継続して周知することで知識の共有を行った。知識不足によるインシデントは 1 件に留まった。

【まとめ】

本来、業務が多忙な時こそ確認をする必要があるが、業務の利便性を優先した結果インシデントが発生している。薬剤関連のインシデントは患者の命に直結し得る事象であるため本活動終了後も上記の施策を継続して行うことで薬剤関連インシデントの減少を目指す。

褥瘡発生率調査と予防への取り組み

東病棟 4階病棟

【目的】

当病棟における褥瘡発生率を導き出し、問題点を抽出して褥瘡発生予防につなげる。

【方法】

1. 褥瘡発生報告書、デザインスコアを用いてのデータ収集
2. ディンクル事業を活用し、褥瘡発生患者のデータ分析
3. 収集したデータを基にスタッフへのアンケート調査を実施
4. アンケート結果から褥瘡発生の問題点を抽出し、改善策の実施
5. 実施後の褥瘡発生患者データを分析し、実施前のデータと比較

【結果】

新規褥瘡発生と持ち込みの褥瘡件数の集計を実施。2021年は除圧枕の使用方法や保護剤の使用方法など褥瘡予防について勉強会を実施した。その結果、褥瘡発生リスクの高い患者をアセスメントし、適切なマットレスの選択を行い、体交枕を正しい方法で使用したことで、新規褥瘡発生患者は減少したと考えられた。2022年に入り、褥瘡の新規発生が増加傾向であることが判明した。増加傾向の原因として、スタッフの異動や新入職員の配属や、スタッフの褥瘡に対する意識が低下していると考えられた。また、患者の状態悪化、体圧分散マットや体交枕の不足などが原因としてあげられたが、一番多い原因として、褥瘡発生のリスクがあるとアセスメントをして体交枕を用いて除圧に努めていたが、除圧が不十分であったということであった。そのため、2023年度は、褥瘡についての研修に参加したスタッフによる勉強会を再度開催した。全スタッフが統一した有効な除圧を実施できるようにポジショニングの方法を勉強会の内容に付け加えた。新規褥瘡発生がない月もあったが、新規褥瘡発生数が増えてしまう月もあり、勉強会を開催することで褥瘡発生をゼロにすることはできなかった。

【考察】

ポジショニングは看護師が日常的に行う看護技術の1つであり、正しい技術を学ぶことで患者にとって安全・安楽を提供することができる。スタッフへの意識付けのためにも、ポジショニング技術を身につけるためにも褥瘡に関する勉強会の開催は有用であったと考える。褥瘡発生の要因は多岐にわたるため、褥瘡発生を防ぐためにはスタッフの知識と技術を習得していくことが大切だと考える。今後の課題として、患者の個々に応じた観察力やアセスメント能力の向上、安全・安楽な褥瘡予防技術の向上が必要であると考えられる。今後も褥瘡に関する研修へ参加し、最新の知識を習得するとともにスタッフへのフィードバックを行い、定期的な勉強会を開催していく。

地域包括ケア病棟における在宅復帰率維持向上への取り組み

東病棟 3 階

【はじめに】

地域包括ケア病棟では入院患者の高齢化に伴い、回復の遅れや安静による身体機能の低下、認知症状の悪化などにより在宅復帰が困難となる事例が多い。また、リハビリ期間が長期に必要になり療養病棟への転棟やリハビリ継続できる病院への転院も少なくない。在宅復帰率 70%以上を維持していくために、患者と関わる時間の多い看護師としての役割はとて大きいと考えられる。患者個々に合わせた看護やリハビリ援助方法を検討し、統一した援助を実施することで、在宅復帰率向上へつなげていけるのではないかと考え取り組むこととした。

【目的】

入院期間などのデータ収集をもとに、患者個々に合わせたケア計画表を作成し、早期から在宅復帰への援助を行ない、在宅復帰率維持向上につなげる。

【方法】

研究期間：R1 年 7 月～R5 年 12 月

研究方法：入院期間・退院先の調査を行なう
退院支援情報共有シート作成

【倫理的配慮】

調査に利用する情報は、個人が特定されないよう記号を用い、データを管理する。

【結果】

患者退院先としては、在宅や在宅扱いの施設への退院、転棟、その他(老健、転院)、対象外(死亡)についてのデータ収集を行なった。また、地域包括ケア病棟は 60 日期限となっているが、期限を待たずに早期退院となる患者も多くいる。30 日以内に退院となる患者の傾向としては、ポリペク後や手の外科の患者の他、退院が決定して転棟してくる患者、施設や在宅での受け入れが早期に決まった患者、入院生活に適應できない患者などが挙げられる。

退院支援情報共有シート作成では、ADL 状況(移動、整容、入浴、更衣、口腔ケア、食事、排泄)や内服管理方法、退院調整について(介護申請状況、住宅改修、家族の受け入れ、どうなったら退院できるか、治療方針等)を詳細に記入できるようにし、入院・転入患者の現状を把握し、変更があればその都度記入していくことで退院支援につながるケアが実施できると考え、使用開始した。シートを使用することで、患者状況を詳細に把握できるようになり、スタッフ間での患者情報共有がスムーズとなった。

【考察】

亜急性期病棟として在宅退院が困難で療養目的の患者や治療継続が必要な患者など、医療依存度の高い患者もおり、退院調整に関して積極的に介入しない事例も増えてきている。今後は、さらに患者背景を踏まえた介入が必要になるため、新たにシートの作成を検討する必要がある。

入院後の新規褥瘡発生件数減少への取り組み

東病棟 2 階

【目的】

A 病棟では整形外科系の受傷、疾患による疼痛のため体動困難な患者が多く入院している。入院時より全患者を対象に褥瘡診療計画書を活用し褥瘡発生リスクのアセスメントを行った。褥瘡発生リスクの高い患者には褥瘡対策マニュアルに沿い褥瘡発生予防に取り組んだが、2020 年の褥瘡発生率は 3.76%という状況だった。2021 年の新規褥瘡発生率は 4.12%と増加したが 2022 年は 3.69%と減少傾向にあった。そこで 2022 年 9 月までの参考となる資料をスタッフに配布し、情報の共有と指導を行う事で継続的な褥瘡予防を目指した。

【方法】

1) 研究対象

1、2022 年 1 月から 2023 年 9 月までの A 病棟入院患者

2) 研究期間 2019 年 4 月から 2023 年 2 月

3) データ収集

1、2022 年 1 月から 2023 年 9 月までの平均入院患者と新規褥瘡発生数から月毎の発生率を比べると共に、ポジショニングの指導をを実施している事により昨年度と比べ発生件数の変化を調査した。

4) データ分析

【倫理的配慮】

研究対象者に研究参加への説明と自由意思による参加。個人情報保護、研究結果の発表について文書と口頭で説明し同意を得た。

【結果】

2022 年 1 月から 9 月までの新規発生率は 3.69%、2023 年 1 月から 9 月までの新規発生率は 3.86%であり昨年より増加していた。新規発生は踵部、仙骨部が多く、自力体動困難な患者がほとんどであった。昨年ポジショニングの指導を行ったが、体交枕等が正しく使用されていない場合があり、体交枕の使用方法を理解する事が課題として残った。

【考察】

今回の結果から、体動困難患者に対しポジショニングを行ったが体交枕等が正しく使用できていなかったため、昨年度よりも増加傾向にあるのだと考える。ポジショニングを実施してもその際に体交枕の使用方法が間違っていると除圧ができず褥瘡発生の原因となる。体交枕の使用方法についてはグループメンバーが定期的にラウンドを行い個別に指導していく事で、発生件数の減少につなげていきたい。

南病棟 5 階の褥瘡新規発生率を減少させるための取り組み

南病棟 5 階

【はじめに】

南病棟 5 階は医療型療養病棟で患者の高齢化も著しく、褥瘡を有して転入してくる患者も多い。当病棟での褥瘡保有率は 15.1%と 2016 年度の褥瘡保有率全国平均値 2.20~2.81% に比べると高値を示している。また、褥瘡発生の危険因子がある患者の割合は 55.9%と全国平均 25.5%に比べ同様に高値である。日々の業務の中での褥瘡処置に掛かる時間の負担は高く、当病棟での褥瘡新規発生率を軽減する事で、スタッフの業務軽減・患者の感染リスク軽減に繋がる事から、過去の発生率を抽出し、褥瘡新規発生率が低くなるように取り組みを行う。

【目的】

褥瘡新規発生率を減らす

【方法】

- 1) 研究対象：南病棟 5 階の入院患者
- 2) 研究期間：2019 年 4 月～2024 年 3 月
- 3) データ収集：2019 年度の南 5 階病棟入院患者の褥瘡新規発生率
$$\text{褥瘡新規発生率} = (\text{入院後に新規に発生した褥瘡数}) \div (\text{調査月の新入院患者数} + \text{前月最終日入院患者数}) \times 100$$
- 4) データ分析：日本褥瘡学会定義による、褥瘡新規発生率を算定し全国平均値(2017 年 1.27%)と比較する

【倫理的配慮】

本研究で得られた個人情報には研究以外の目的で使用せず、研究終了後に削除する事、本研究への参加・不参加によりいかなる不利益も生じない事を説明し研究への参加を持って同意を得た。

【結果】

2018 年度より褥瘡新規発生低下を目指し、取り組みを行った。2022 年度より特定行為ナースが配置されたため、病棟勉強会を開催し、積極的なエアーマットの使用に努めた。褥瘡発生率は 1.5%と大きな改善はみられなかったが、治癒不能と思われた褥瘡が改善してきた事など、取り組みにより数字には繋がっていないが、目に見える変化が出てきた。当該病棟は高齢・ADL 全介助、低栄養状態・血行不良の患者が多く、褥瘡発生リスクは高値である。リスクが高値ではあるからこそ私達はプロの集団として、今後も褥瘡発生 0 を目指していきたい。

療養病棟におけるスキンア減少に向けた取り組み

南病棟 4 階

【目的】高齢で長期療養の透析患者のスキンアが日々見受けられる。スキンア発生の要因を明確にし適切な看護ケアを提供する。

【方法】(1)研究対象：南病棟 4 階に入院中の透析患者(2)研究期間：2019 年 6 月～2023 年 10 月(3)データ収集方法：インシデントレポートをもとに、①スキンア件数 ②部位 ③発生場面 ④自立度を調査し、以降年度末毎に同項目について調査する(4)データ分析方法：抽出された項目を年度末毎に集計し発生状況を分析する

【倫理的配慮】院内の規定に沿って、1) 個人及び家族へのプライバシーの保護として、調査結果は本研究以外に使用しない事、また個人が特定できないようにする事を口頭で説明し同意を得る。2) 実施事項の対象となる者に具体的な方法を説明し、本研究への参加の自由、また不参加により、いかなる不利益も生じない事を口頭で説明し同意を得る。

【結果】入院患者の 80%以上が慢性腎不全による維持透析を行っている。その内の 60%程度が高齢で加齢による皮膚脆弱患者も多い。保湿ケアは継続していたが、スキンアに関する報告は 2018 年度 16 件であった。透析患者は、皮脂欠乏による皮膚乾燥に加え、抗凝固剤使用により内出血しやすく、スキンア発生を助長する要因と考えられた。インシデントレポートよりデータ収集を行い、スキンア発生部位は上肢に集中していた。発生場所は大部屋での発見が最多で、次いで浴室であり移乗や更衣時の事象が多いことが分かった。取り組みとして、皮膚の保護方法の検討を行い、①移乗時は患肢・体幹をタオルで包み皮膚の露出を最小限にし移乗を行った。②取り組み前より保湿剤の塗布は行っていたが、浴室での保湿の強化を行ったアームウォーマー、レッグウォーマー等で皮膚の保護をした。④入浴時の皮膚剥離リスクの高い患者の移乗は全身をドローシートで包み、移乗時に肌が露出された状態にしない取り組みを行ったが、作業効率から移乗は着衣のまま移動し、浴室ストレッチャーへ移乗後脱衣へ変更した。⑤皮膚脆弱患者のリフトアップするため皮膚剥離アセスメントシートを作成、入院・転入時に評価し、皮膚剥離が発生した患者に対し再度評価を行った。6 点以上のリスク患者は全スタッフが日常の場面で注意出来る様、入浴表、透析移乗一覧表に赤字で注意表示し周知した。⑦情報共有（同じ患者に複数回皮膚剥離が発生しているため、皮膚剥離を起こしやすい患者を全体申し送り等で情報共有した。）

【考察】5 年間の取り組みを行い、2022 年・2023 年はスキンア件数は 10 件以下になっている。皮膚剥離件数が低下した要因としては、入院患者の年齢層が低下したことが考えられるが、当病棟の透析患者の割合は 90%であり、スキンアリスクが高い。取り組みを行うことで、病棟スタッフの皮膚保護への意識が高まり、自ら新たな取り組みや行動がとれるようになったことも件数が低下した要因と考えられる。

【まとめ】当病棟は透析患者が中心であり、高齢患者が多く療養するため皮膚状態の観察、スキンアを行うことで、スキンア発生による処置にかかる患者の負担を軽減出来ると考ええる。引き続き取り組みを継続し患者が安全、安楽に療養できるよう看護ケアを行ってきたい。

転倒・転落に対する取り組み

南3階病棟

【目的】

南3階病棟は回復期リハビリ病棟として、発病・受傷により低下した日常生活での必要動作の機能回復に向け、リハビリを中心に行う病棟である。そのため、回復経過で活動量が増えるにつれて転倒事故が起こりやすい。そのため、患者の特性を把握し、転倒予防に努めていく必要がある、その対策を検討するために本研究に取り組んだ。

【方法】

1 研究対象：南病棟3階に入院・転入した患者で、転倒・転落アセスメントシートによる判定で、危険度Ⅱ以上の患者

2 研究期間：2019年7月1日～2023年11月1日

3 データ収集：①当院のインシデントアクシデントレポート管理システムのリスクを利用し、2019年からの南病棟3階の転倒・転落数を調査する

②転倒・転落防止策を検討し、パンフレットの作成、実施、評価、修正実施

③以降、継続して南病棟3階の転倒・転落数の統計を取り比較する

【結果】

①入院時のパンフレットの作成。②その場でミニカンファレンスを行う。③排泄パターンを確認しトイレ誘導する時間帯を決めた。患者の過信による転倒につながる点から『患者様が持つ危険性』を入れたパンフレットを作成し、患者・家族に説明した。ミニカンファレンスの実施はスタッフへ周知するようになった。寝る前・起床時のトイレ誘導を意識して行った。このような取り組みにより2020年度は前年度に比べ転倒件数は減少したが、2021～2023年度は転倒件数は増えてしまった。その原因として、年齢層は80～90歳台が70%以上を占め、全時間帯で転倒は起きている事、リスク内の「患者の心身状態」では「認知・健忘」が100%を占め、高齢者で認知力低下のある患者の転倒転落が多い事があげられる。2回以上転倒を繰り返す患者は、ナースコール盤にピンクシールを貼付し、スタッフ間で情報共有し注意喚起を行った。また、DCT(認知症ケアチーム)への認知症患者の対応について相談依頼を行い、日頃のケアから出来る転倒対策についてスタッフ間へフィードバックを行った。

【まとめ】

患者は高齢化と共に認知力の低下も顕著になっている。その為、転倒を起こす時間帯、動き出すタイミングは個々の患者で違いがあり、同じ対応では困難が生じている。やはり基本的な見守り・声かけ・コミュニケーション・行動パターンを個別に把握し、その情報を他職種と共有する事で転倒予防につながる事が分かった。今後も患者個々に合わせたケアを実践し、他職種との連携を強化し、個別性のある対応・対策を行い転倒予防に努めていく。

褥瘡発生予防・改善を目指した取り組み

北病棟 2 階

【目的】

2018 年の診療報酬改定により療養病床は「入院中の患者に対する褥瘡対策②」が求められるようになった。ADL 区分 3(全介助状態)の患者に対し入院時より DESIN-R 分類を用いて入棟患者の褥瘡状態を毎日評価することにより褥瘡対策加算 1(15 点)が算定されるようになった。3 月連続して褥瘡の状態が悪化すると褥瘡対策加算 2(5 点)に減算されるため悪化なく経過できるよう援助が必要である。また、褥瘡が増えるとケアに時間を要することから、他の業務を圧迫してしまい看護師の労力の消耗に繋がっている現状がある。褥瘡の新規発生予防、持ち込み褥瘡の改善が病棟の最優先課題と考え、行った取り組みをここに報告する。

【方法】

- 1)研究対象：①2020 年 8 月～2023 年 7 月の褥瘡保有患者数、新規褥瘡発生数、治癒件数
②病棟で取り組んだ内容
- 2)研究期間：2022 年 8 月～2023 年 7 月
- 3)データ収集：1)①2021 年 8 月～1 年間と②取り組みをした 2022 年 8 月～1 年間
- 4)データ分析：3)の①と②をクロス集計
- 5)倫理的配慮：研究の目的を口頭で説明し院内発表のみ使用することで同意を得た

【結果】

2022 年 8 月からの 1 年間の褥瘡保有人数は 125 人(月平均 10.5 人)で新規褥瘡発生件数は 25 件、褥瘡治癒件数は 10 件であった。褥瘡保有人数は前年度の 93 人より 32 名増加で 66 名が褥瘡持ち込み患者となった。新規褥瘡発生件数は 25 件(前年度+14 件)、褥瘡治癒件数は 12 件(前年度と同数)となった。取り組んだ内容は褥瘡委員を中心に積極的なエアマットの使用(16 台から約 26 台へ増加)、拘縮患者のポジショニングの工夫、全身状態の観察を行った。2022 年より CV 管理の患者や気管切開患者、経管栄養患者の増加に伴い褥瘡の持ち込みが目立ち、転科後も病状悪化に伴い褥瘡の新規発生となる患者が多かった。しかし褥瘡対策加算 2 に減点となることはなかった。

【考察】

CV 患者が 20 名以上、経管栄養が 10 名以上と、病棟全体で ADL 全介助・低栄養患者の増加があった。褥瘡予防物品の活用も増え看護師の意識も高まっていたが、認定看護師初川科長による「褥瘡について」の病棟勉強会を行いスタッフの知識を更に深め、発生予防に努めている。

褥瘡は発生すると治癒まで時間を要する。発生リスクのある患者に対し入院早期からの栄養管理や適切な除圧器具の使用、保湿を行うなどの褥瘡ケアに重点をおいた看護が必要と考える。転入してくる患者の大半が褥瘡を有しているため、採血ゲーターだけでなく身長・体重を含めた栄養状態を把握し新規発生や褥瘡の悪化がないよう日々看護を行っていききたい。

緩和ケア病棟における転倒・転落予防に向けた取り組み

北病棟 1 階

【目的】

緩和ケア病棟における転倒・転落リスクの高い患者に対する取り組みの効果をデータ化し、転倒転落発生予防策の質向上を目指す。

【方法】

データ収集：転倒転落アセスメントスコアシートの危険度、ジョイントマットと離床センサーの使用件数、床ベッドの件数、転倒転落発生件数、転倒転落発生率(入院患者に発生した転倒転落の件数を1か月の在院患者の延べの人数で割った値。単位は‰)。

期間：令和元年10月1日～令和5年9月30日

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し、知り得た情報は本研究以外で使用しないこととする。

【結果】

令和元年7月から令和5年9月までの危険度Ⅱ・Ⅲの患者平均は16.76名、転倒件数は平均16.6件、転倒の平均発生率は6.46‰であった。

転倒転落アセスメントスコアシートにて転倒転落危険度がⅡ以上の患者で、①ふらつきが強い②せん妄がある③ナースコールが理解できない患者を対象にカンファレンスを実施、同意を得た上でジョイントマットの設置や離床センサーの使用を行い転倒転落防止や転倒転落時の受傷予防に努めた。特に②や③の状態にある患者に対しては、予期しない行動をすることが考えられるためスタッフルームに近い病室への移動を提案し、見守りや頻回訪室を同時に行った。また、患者の生活様式に応じて床ベッドへの変更を提案、実施することがあった。

【まとめ】

転倒転落した患者の要因として、認知症、病状の進行による身体症状の変化、終末期せん妄や医療用麻薬による影響が大きいと考える。さらに、患者自身の「これくらいは動けるだろう」といった過信や、「皆さんに申し訳ないから」という医療者への遠慮、「自分の好きな時にトイレに行きたい」という自律心からの行動なども転倒の要因として考えられる。

基本的に、当病棟では転倒・転落のリスクの有無に関わらず患者の自由と自律を尊重するために身体抑制は行わない。認知力の低下やせん妄下にある患者に対しても、看護師から安全策を提案することはあっても推奨や強制はしない。共感的態度で接しながら患者が心安らかに過ごせる方法を共に考え、患者との相談の結果、観察の強化や環境整備を行っている。

患者の安全や健康よりも自由を尊重する当科において、患者が自身の安全や健康よりも大切にしたい価値観を手放さない限り転倒・転落の予防策を積極的に実施することはできず、転倒転落を完全に無くす事はできない。現在、患者の安全や健康よりも心安らかに過ごすことを優先するために、緩和ケア病棟独自のマニュアル作成を検討中である。

目標病床利用率達成に向けての取り組み

地域連携室

【はじめに】

当院では地域の実情を踏まえ、前方後方連携の充実を図り柔軟な病床管理が行えるよう、平成26年に看護師・社会福祉士・連携事務の多職種で構成された入退院センター（現在は地域連携室に名称変更）が開設され、病院目標でもある適切な病床運営・病床利用率の達成を担う部署の一つとして日々業務にあたっている。今回は過去5年間における目標達成に向けた部署の取り組み過程とその結果を報告する。

【目的】

前方後方連携の強化と柔軟な病床管理を担うことで、病院経営に参画しているという意識を更に高めていくと共に、計画目標の病床利用率達成に向けて取り組む。

【方法】

1. 病床・入院基本料に係るデータ管理
2. 訪問（広報）活動の充実

【経過】

1～2年目は主に病床運営に関わるデータ収集と管理、必要な会議や委員会への報告体制の整備に取り組み、情報の院内共有化に努めた。また院外（地域医療機関）への情報共有として訪問活動にも力を入れ（令和元年度の訪問件数は年間約250件）、さらにDPC対象病院への移行に備え、勉強会への参加や退院調整に関わるスタッフと医事課とのコミュニケーションを密にするなどの取り組みも行ってきた。

しかし、令和2年頃より新型コロナウイルス感染症蔓延の影響が出始め、同年は入院患者数が年間113名減少、病床利用率も約17%の減少（共に前年比）となり、また感染拡大の懸念から訪問活動も大幅に制限せざるを得なくなってしまった。

3年目には連携強化を図るべく、他院からの転院相談の受け入れ可否決定までの時間短縮と受け入れ相談担当者を明確にする目的で、看護部長による連携室長兼務、転院相談窓口の担当者一本化などの体制整備を行い、部署名も地域連携室に改めた。また訪問活動も感染動向に注意しながら少しずつ再開し、新たに居宅介護支援事業所へレスパイト入院の案内を開始するなど、短時間でも目的を絞った活動を行い連携強化に努めた。

4年目以降も引き続き感染対策に留意しながら、可能な範囲での取り組みを継続した結果、病床利用率は少しずつ回復傾向となり、転院相談件数も窓口設置以降の令和3年10月から令和4年9月までの1年間で365件、令和4年10月から令和5年9月までの1年間で342件という結果となった。また受け入れ可否については、約7割が5日以内に返答できており、実際の転院までにかかる日数も約半数は10日以内となっている。

【まとめ】

最近では遠方の病院からの転院相談も増えており、地域連携室の取り組みの成果と考える。今後もスタッフ間で協力しながら、目標達成を意識した活動を継続していきたい。

救急要請応需率増加への取り組み

外来

【目的】

- ・ 救急応需率の向上 80%を目標
- ・ 救急断り理由の分析、救急対応システムの見直し

【方法】

①データ収集

- ・ 要請件数・受け入れ件数・応需率・断り件数・科別受け入れ状況
- ・ 断り理由

②研究期間

- ・ 令和元年7月から令和5年10月31日

【倫理的配慮】

病院の倫理委員会の承認を得て、個人を特定、中傷する言動・表現が無いよう注意しておこなった

【結果】

①受け入れ状況（過去3年分を比較する）

- ・ 令和3年4月～令和4年3月：総要請数 1983 件・受け入れ件数 1278 件・応需率 64.5%
- ・ 令和4年4月～令和5年3月：総要請数 2662 件・受け入れ件数 1729 件・応需率 65.3%
- ・ 令和5年4月～令和5年10月：総要請数 1552 件・受け入れ件数 1075 件・応需 69.2%

②お断り理由

- ・ 診療科以外：令和3年 98 件 14.2%・令和4年 175 件 18.6%・令和5年 62 件 12.9%
- ・ 救急対応中：令和3年 90 件 13%・令和4年 156 件 16.6%・令和5年 77 件 16.1%
- ・ 病棟患者対応中：令和3年 49 件 7.1%・令和4年 56 件 5.9%・令和5年 49 件 10.2%
- ・ その他：令和3年 319 件 46.2%・令和4年 551 件 58.7%・令和5年 289 件 60.5%

【考察】

年間の応需率は令和元年を境に徐々に下降している。令和元年度の応需率は70.4%であったが、令和2年度以降はコロナの影響を受け、発熱患者の受け入れが難しくなった事が要因となり、応需率は60%台まで低下し推移してきた。救急担当医師のバックアップ体制や救急室以外の受け入れ場所の確保など増加に向けての取り組みを続けるも、成果として表れるのは厳しい状況が続いた。それでも整形外科に関しては、令和4年度に医師が増員され、救急受け入れがスムーズとなることで前年度と比べ応需率は20%以上UPした。半面内科の受け入れは低迷し、全体の応需率は伸び悩んでいる。令和5年5月より、コロナが5類となり、制限されていた発熱患者の対応が緩和されたことで病床の確保、受入れ基準が変わり応需率は69.2%とやや上昇し始めている。お断り理由としては「その他」が過半数を占め、いまだコロナに関連した内容は多い。今後は有事の時にもスムーズな対応が取れることも視野に入れ、救急受け入れ体制を強化する必要がある。

腹腔鏡下手術における器械出し看護技術の質の向上にむけて

－器械出し看護実践評価数値の比較・検討－

手術室

【目的】

腹腔鏡下手術における器械出し看護実践がレベルⅡ（手術看護学会クリニカルラダーレベル）の看護師を対象に器械出し看護実践時間を測定し、評価表を用いて器械出し看護技術の向上が図れたかを比較・検討する

【方法】

1. 研究対象 腹腔鏡下手術における器械出し看護実践レベルⅡの手術室看護師 3名
2. 研究期間 2019年7月～2024年6月
3. データ収集
 - 1) 腹腔鏡下手術における器械出し看護師の器械出し看護実践時間を測定
 - 2) ラダー評価表を用いて器械出し看護実践の自己、他者評価を行い評価数値を算出
4. データ分析
 - 1) 腹腔鏡下手術に対する器械出し看護実践の総時間数とその平均値の算出
 - 2) 器械出し看護実践開始から3ヶ月、1、2、3、5年後の評価数値と平均値の算出
 - 3) 器械出し看護実践時間と評価数値、平均値の比較・検討

【倫理的配慮】

1. 実施事項の対象とする個人の人権擁護
研究対象となる個人は特定されない配慮を行い、研究の趣旨に同意された場合のみデータとして活用する。また書面にて研究の趣旨を伝達する

【結果】

腹腔鏡下手術における器械出し看護実践3ヶ月、1年、2年、3年後の自己評価では評価数値の平均値が上昇しており、他者評価も上昇していた。各データは器械出し看護実践時間と評価数値共に比例して増加し、看護実践時間が増加するほど評価指数も増加していた。実践4年目に入り業務上対象を外れたスタッフもおり評価数値も3年目とほぼ変化がない為研究終了とした。

【考察】

日本手術看護学会では手術室看護師のキャリアアップと成長を目的にクリニカルラダーを制定している。レベルⅡは看護実践において個別性を踏まえた器械出し看護が出来ることを到達目標としている。さらに器械出し看護技術を向上させる要因として術式の理解や先見性、コミュニケーション能力などが求められる。器械出し看護実践時間が増加するほど評価数値が上昇していたことは実践を重ねていく事で必要とされる能力が養われていることを示している。また自己評価と他者評価の数値に大差がないことから評価数値の妥当性を示唆していると言える。今後もスタッフレベルに合わせた看護技術の評価を行い看護の質の向上にむけて研鑽していきたい。

透析療養中における体重の過増加者に対する自己管理意識の向上

— 第 2 報 —

血液浄化室

【背景】透析間の体重増加とは、水分の増加であると同時に食塩の蓄積を意味する。食塩制限を行わないで飲水制限を勧めることは慎むべきであり、体重増加の多い患者では、まず食塩制限を徹底することが肝要であると、日本透析医学会 維持血液透析ガイドライン¹⁾で述べられている。昨年の取り組みをみると、減塩のできている患者は僅か 6.2% と少なく、塩分摂取量が多めとなる患者は 56.3% を占めていた。塩分過多に陥りやすい麺類が多いこと、外食やコンビニ・お惣菜等の利用も要因としてあげられた。

【目的】体重増加の多い患者は塩分摂取量が多いことに問題であり、水分制限ができずに体重の過増加につながったと考える。これらの問題点を患者に指導し、患者の QOL を保ちつつ自己管理が適正に行われるよう導き体重増加率の目標として 6% 未満を目指す。

【対象】当院血液浄化室において血液透析施行中の慢性維持透析患者 16 名

【方法】体重の過増加が認められる患者の多くは問診の際、体重増加量と飲水量の報告が明らかに合致しない。このような場合、問いかけた方の工夫が、自身の食生活を振り返るには効果的であると考えた。患者自身が問題点に気づき、それについて具体的な対応策を提案することを心がけ、指導・助言を継続する。体重増加率、透析中の血圧変化率等、指導前後の変化をみた。

【結果】体重増加率は指導前と比較し 6 ヶ月経過後より有意に減少し、半数が目標の 6% 未満となった。除水速度は 3 ヶ月後より減少し、約 60% を占める 10 名が目標の 15 ml/kg/h 未満となった。透析時間、透析中の血圧変動に変化はなかった。評価期間中の DW、CTR に変化はなかった。また栄養指標である ALB にも変化はなかった。

【考察】体重の過増加者に対して患者自身が問題に気づきを促す指導を実践し、体重増加率、除水速度において対象者の半数以上が目標達成となり、一定の成果となった。食生活を把握し、具体的な対応策を指導・提案したことが成果に繋がったと考える。評価期間中に血圧変動はなく透析が実施できていたこと、DW・CTR・栄養状態等に変化はなかったことを鑑み、指導・提案に無理はなかったと思われる。今回の試みに対し、実践の伴わなかった患者には新たな取り組みが必要であり、今後の課題である。

【結語】透析を開始する前の問診にかかる時間は僅か 2 ～ 3 分程度ではあるが、その少ない時間を有効に活用し繰り返し指導・助言することで患者の自己管理意識の向上に繋がった。

【文献】1) 日本透析医学会 維持血液透析ガイドライン：血液透析処方 日本透析医学会雑誌 46 巻 7 号 2013

当院における OHDF の条件設定

～ OHDF の実施状況 ～

診療協力部 臨床工学科

【背景】

これまでの試みとして、OHDF の置換液量設定基準に、体格を考慮することで、置換液量の適正化に一定以上の効果を上げることができた。安定した OHDF を実施するためにはバスキュラーアクセス（VA）の管理は必須であり、超音波検査（US）による管理を開始し、順調に移行することが出来た。また、今年 8 月に透析用監視装置の入替により全装置が OHDF 対応可能となった。

OHDF の設定基準や管理体制が整った現在、今後の取組みとして、100 名程度の OHDF 施行患者数を全国平均レベルの実施比率に近づけることが目標となる。

【結果】

- ・ OHDF 患者推移をみると OHDF 患者は 2023 年 4 月より増加し、10 月で 152 名に達した。
- ・ 治療モード比率では 2023 年 7 月に OHDF 患者比率は 30% を超え、10 月に 36.7% に増加した。

【考察】

OHDF 患者比率 50% 以上を目標に透析効率の見直しの際、医師と相談し治療モードの変更を行ってきたが、現状では 36.7% と目標に達していない。今年度末までの期間も目標に達するように試みを継続する。

2021 年末の日本透析医学会統計調査をみると、全国の新規導入患者数は減少傾向、透析患者死亡数は増加傾向であり、透析患者総数の増加速度も緩徐になっている。当院の透析導入数・死亡数の推移をみても同様の傾向である。

増加の一途を辿っていた透析患者総数も 2035 年には減少に転ずると予想されており、これまでと同じ試みでは透析患者数の維持は困難になると思われ、生命予後に影響があるとされる OHDF のみでなく、透析患者が長く元気に透析ができるような取り組みを今後も継続する必要がある。

【文献】日本透析医学会統計調査 わが国における慢性透析療法の現況

一般病棟の疾患別リハビリテーション料と初期・早期加算の充足

リハビリテーション科

【Quality Indicator】

・一般病棟の疾患別リハビリテーション料、初期・早期加算件数

【はじめに】2020年度より地域包括ケア(以下地ケア)病棟のリハビリテーション(以下リハ)患者比を減らし、初期・早期加算がより算定できる急性期病棟へリハスタッフを充足することでリハ単位や加算増加を目標に掲げた。昨年度報告でも地ケア病棟において、病棟リハへの移行を図ることで一定の成果を得られた報告ができたが、コロナ禍による感染対策、病棟スタッフの多忙さなどから、地ケア病棟での病棟リハ効率は徐々に低下していった。また医師からリハスタッフの継続的介入を望む声も多々聞かれたため、病棟リハを補う新たな取り組み(補完代替リハ: point of care ; POC)を2022年5月より開始した。これにより地ケア病棟への人員を大きく変えずに患者に関わられたため、一般病棟でのリハ単位と加算増加が図れた。今回の取り組みにより2021年度からの変化と2020年度からの3年度での群間比較を行ったため、以下に報告する。

【対象】一般・地ケア病棟でリハ処方が出た患者(2020年4月～2021年3月:812名、2021年4月～2022年3月:799名、2022年4月～2023年3月:1012名)。

【比較検討項目】リハ単位数、初期加算件数、早期加算件数

【統計学的処理】一元分散分析、多重比較(Tukey)検定を用い、有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】本研究に使用するデータ管理については、当院の倫理規定に準じて行い、患者氏名等個人情報等は全て匿名化されたデータのみで検討した。

【結果】2021年度と2022年度で有意差を認めた項目(2021年度/2022年度)は、リハ単位(1523.3±191/1676.1±172.5 p<0.001)であった。2020年度と2022年度で有意差を認めた項目(2020年度/2022年度)は、リハ単位(1219.8±226.8/1676.1±172.5 p<0.001)、初期加算(636.9±114.5/787.6±106.5 p=0.008)、早期加算(998.8±180.6/1316±170.1 p=0.0002)であった。

【考察】地ケア病棟で新たに取り入れたのはリハ時間や単位、場所に縛られず行える補完代替リハのPOCで、地ケア病棟を有する病院で近年導入されてきている方法である。この方法が当院でも確立できたことで、リハスタッフの継続的介入を望む医師の声に応えつつ病棟スタッフへの負担を軽減し、リハ人員も最小限で対応ができた。これにより一般病棟でのリハ単位数、初期早期加算は増加した。3年度を通しての具体的な点数(一般病棟での疾患別リハ料、初期・早期加算を合算)は2020年度で3,485,935点、2021年度で4,363,020点、2022年度で5,103,120点となり、2020年度から2022年度を比較すると1,617,185点の増加となった。今回導入したPOC以外に集団リハも報告されていて、感染状況や病棟との連携などが整い実践できていくと、より効率的にスタッフ配置ができる。またそれ以外にも患者や家族満足度の向上、認知機能低下患者への関わり増加などに繋がる可能性も秘めているため、今後検討を継続していく。

緊急報告値の取り扱い～報告体制とその内容について～

検査科

【目的】

近年、病理組織検査結果の確認漏れや検体検査で得られた異常データの報告遅延など情報伝達の場面におけるインシデント・アクシデント報告事例が増加している。

前年度に続き、臨床連絡簿の記録類を分析することにより、緊急報告値の取り扱いに関して質の向上を目指して研究することとした。

【方法】

2022年10月から2023年9月までの期間中に「検体採取マニュアル」第9章「緊急報告値の報告手順」に基づき報告した緊急報告値についての記録を精査し報告件数や報告内容等の実態を把握・分析を行なう。研究するにあたり実施事項の対象となる個人の人権擁護に配慮し個人情報特定されない方法でデータ分析を行なうこととした。

なお、COVID-19 抗原およびインフルエンザ抗原検査に関しては検査数増加に伴い他データが埋没してしまうため集計対象外とした。

【結果】

報告先、曜日別、報告内容等の詳細についてはスライド参照。

【考察】

期間中の緊急報告件数のうち、依頼医に直接報告したものと外来患者の緊急報告値を診療中の診察室に連絡したものとをあわせると緊急報告されるべきデータの73.8%が直接依頼医に伝達されたと評価することができる。

依頼医が不在時（休日・夜間等）の報告については、本来代行医師に連絡すべきであるところ、検査科ではその把握が困難なため看護師に伝言を依頼する形となっていたが、看護師業務負担軽減の観点から2019年に報告ルートの見直しを行い、休日は依頼医宛にカルテ掲示板への入力をし、休日明けに依頼医に連絡をする、という方法に切り替えた。看護師業務負担軽減のみではなく、依頼医への報告もれを防ぐことの一助となっていると考えられる。今後も臨床側の要望に応え、臨床検査や緊急報告の質の向上に努めていきたい。

食材料費の推移と患者様の食事満足度～第2報～

栄養科

【はじめに】

「また値上げ…」。食材納入業者より毎月のように値上げのお知らせがある。ある業者からの過去3ヶ月の値上げは85品目にのぼった。毎日の業務の中で価格の比較が追い付かなくなってきたのが現状だ。その中で、患者さんの食事満足度を維持するには、何ができるだろうか。

【目的】

前回の活動に続き、食材料費を抑えることと、患者さんに美味しい食事を継続して提供し、満足度を落とさないことの2点を目的とした。

【方法】

- ①どのような食材が価格を下げるができるかを調査する。
- ②既製品と調理する食材の価格の比較、及び献立の変更をする。
- ③患者さんの声を把握する為、嗜好調査を実施する。なお、この研究に関しては倫理委員会の承認を得たことで倫理的配慮とした。

【結果】

- ①どのような食材が価格を下げるができるかを検討した結果、以下の2点を挙げた。
 - 1) 玉葱：昨年度まで下処理の必要がない皮むき玉葱(¥250/kg)を使用していたが、今年度より皮の付いた玉葱(¥170/kg)に変更した。年間約230,000円のマイナス。
 - 2) 皮むき南瓜：南瓜(かぼちゃ)の値上げのお知らせが2023年2月にあり見直しをした。皮むき南瓜は、主に刻み食の患者さんに使用。生の南瓜(¥980/kg)と冷凍南瓜(¥575/kg)を比較したところ、冷凍南瓜の方が安価であり味も問題なかった為、冷凍南瓜に変更した。年間約120,000円のマイナス。
- ②既製品と調理する食材の価格の比較(ソフト食)。既製品の「やさしい素材」は、手作りのソフト食より高価であった。使用している献立を調べ、献立担当者に献立の変更を依頼。例) 既製品の「やさしい素材キャベツ」(¥1500/kg)から、生のキャベツ(¥200/kg)とテクスチャー改良材を使用した手作りのソフト食に変更したところ、価格が1/3になった。
- ③嗜好調査は2023年9月、154名を対象に実施。結果、「美味しい」「バランス良く健康的に感じる」などプラスの意見を回答された方は半数以上いた。

【考察】

前回の報告では、過去からの食材料費の変化と特に値上げが顕著な食材の調査などを行った。今回は、食材の加工段階の変更など別の視点から食材料費について調査をした。結果、1食当たりの食材料費は2022年度251円/食(年平均)から2023年度258円/食(半期平均)と大幅な上昇に至っていないことから一定の成果が認められたと考える。また、今後も嗜好調査から患者さんの意見を反映し、価格を抑えながらも美味しい食事提供が継続できるように取り組みたい。

X線使用検査の撮影条件～県内・全国と比較して～

診療協力部 放射線科

【はじめに】

現代において放射線医療が広く利用され人々に大きな利益をもたらしている一方で、患者の医療被ばくは増大しており、先進国では医療被ばくが占める割合が多くなっている。検査被ばくの指標として診断参考レベルDRLsが2015年に設定、2020年に改訂が行われた。当院のX線検査の撮影条件が最適化されているかを確認し運用していく必要がある。

【目的】

DRLs2020で追加になった透視検査（ERCP・嚥下造影）およびカテーテル検査（CAG・PCI・TACE）について新規に線量調査を行いDRLsと比較する

【方法】

透視検査については基準空気カーマ[mGy]、面積空気カーマ積算値[Gy/cm²]、透視時間[s]、撮影回数[回]の4項目をDRLsと比較した。調査期間は2023年1月から7月。カテーテル検査については基準空気カーマ[mGy]、面積空気カーマ積算値[Gy/cm²]、透視時間[min]の3項目をDRLsと比較した。調査期間は2023年4月から8月。

【倫理的配慮】

プライバシー保護として線量データのみ使用し、調査結果は本研究以外には使用しない。

【結果】

透視検査・カテーテル検査において平均値はDRLs値を下回る結果となった。

【考察】

透視検査は手技による差が少なかった。カテーテル検査では治療領域において平均はDRLs範囲であったが標準偏差が大きく、手技による差が大きい結果であった。個別にデータを見ると難しい手技に時間がかかる傾向があるが、高体重の患者において放射線線量が多くかかっていることが分かった。

【5年間のまとめ】

一般撮影ではFPDの導入により撮影線量が従来の5～8割程度に低減、CT検査では頭部・腹部領域において撮影条件の見直しを行い6～7割程度に低減、線量の最適化を行った。

【今後の取り組み】

引き続き被ばく線量の管理と低減を行っていく。また、個人の被ばく線量に関して、調査を行うとともに、安全性や適切な防護の仕方について共有していく。

医薬品の適正使用や医療の質向上への薬剤師の取り組みと成果

薬剤部

【目的】

薬剤師の業務実績を数値化し、その成果を確認することで、今後の課題を明確にする。

【方法】

①薬剤管理指導算定件数、②バンコマイシン(以下VCM)の治療薬物モニタリング(以下TDM)実施率、③抗がん剤注射の無菌調製実施率、④処方提案件数の4項目について業務実績を集計し、数値化した。期間は前年度の1年間とした。いずれの集計も個人は特定されない方法で行なった。

【結果】

①薬剤管理指導料算定件数

2022年度は急性期(東2、3、5階)・慢性期(南4、5、北2階)合わせて5132件(前年度比0.82)であった。

②VCMのTDM実施率

2022年度のVCM投与件数は133件であった。そのうち、VCM血中濃度が定常状態に十分達していると考えられる期間(5日以上)投与継続した件数は116件、さらにそのうち血中濃度測定を行ない、薬剤師が治療効果や副作用発現についてモニタリングを行なったものは59件であった。

③抗がん剤注射の無菌調製実施率

抗がん剤注射は、外来患者277件、入院患者88件であり、そのうち薬剤師が安全キャビネットにて行なった無菌調製の件数は365件であり、実施率は100%であった。

④処方提案件数(処方設計補助も含む)

薬剤重複や禁忌薬、過量投与の恐れ等を発見し、主治医や処方医に確認した件数は1242件であった。

【考察】

今回は、退職や産休育休等による薬剤部の人員不足や新型コロナウイルスの蔓延により、病棟での業務を最小限にしていたことから①と④については前回より実施件数が低下していた。②もTDM実施率の低下が見られたものの、透析患者を除けばほぼ100%の割合でTDMを実施していた。

集計している項目は専門性の高い業務であり、薬剤師が行うことで医療の質の向上につながると考えられる。今後は①と④の実施件数を増加できるよう業務に努めていく。

サマリー2週間以内の完成率向上を目指して

診療事務課

【目的】

当院では診療録管理体制加算1を算定しており施設基準として退院時サマリーの2週間以内の完成が90%以上とされている。当課では以前より2週間以内の完成率100%を目標に取り組んできた。その結果、多くの月で100%を達成できているが、年間を通して100%を達成できた年はない。要因として「診療情報管理係から医師へのアプローチ不足がみられる」「ドクターズクランク係、診療情報管理係ともに確認が漏れていたものがあつた」の2つが挙げられた。安定して100%を維持するために引き続き活動し結果を報告する。

【方法】

- 1) 研究対象：退院時サマリーの作成期間
- 2) 研究期間：2023年4月～2024年3月（1年後見直し）
- 3) データ収集：病歴システムより月ごとに患者を抽出し、Excelにて算出
- 4) 方法：ドクターズクランク係
 - ・医師ごとの担当者を明確にし、全体の進捗管理担当者を置き管理する。診療情報管理係
 - ・随時進捗管理し、遅れがあれば各担当者へ状況確認を行う。
 - ・毎週病歴システムで検索を行い、漏れがないか確認する。
 - ・医師へのアプローチ方法を検討する。
- 5) データ分析：昨年度の研究期間と途中経過の今年度7か月のサマリー完成率を比較し、安定した運用が出来る方法であったか考える。

【結果】

昨年度の研究期間（2022年4月～2023年3月）は、期限を過ぎて完成されたサマリーが1件、期限の迫る13日目以降の完成が平均1.5件/月であった。2023年4月～10月の7ヶ月の途中経過ではあるが、すべての月で100%を達成できた。しかし、期限の迫る13日目以降の完成は平均5件/月と増加傾向であった。

【考察】

途中経過ではあるが、現時点で年間を通した完成率100%は初めて達成される可能性が出てきている。しかし、期限の迫る13日目以降の完成が増加しているため、引き続き早期作成の再意識を高め、確認方法の見直しや医師へのアプローチ方法の検討を行い、余裕をもって目標達成できるよう活動を継続していく。

受診者満足度向上の取り組みへの評価

健康増進・予防医学センター

【はじめに】

多くの場合健康診断は年1回であり、受診時の印象が当院の評価となる。そのため当部署では受診者満足度向上のため、待ち時間の短縮をメインに様々な業務改善に取り組んできた。今回業務改善結果を評価する目的で満足度調査を実施したためここに報告する。

【目的】 受診者満足度向上の取り組みを評価する

【方法】 1) 研究対象： 研究期間内の当健康増進・予防医学センターの健診利用者 137名

2) 研究期間： 2023年11月1日から11月8日のうち5日間

3) データ収集方法： カンファレンスにて作成したアンケートを無記名自由回答で実施。回収したアンケートは鍵付きの部屋に保管。

4) データ分析方法： アンケートの結果を集計・検討

【結果】 アンケートは全6項目 回答率 132名/137名中

①当院で健康診断を受けたことがありますか

はじめて 12%、2回以上受診している 88%

②各検査へのご案内は円滑でしたか

良くなかった 0%、普通 2%、良かった 15%、すごくよかった 83%

③待ち時間短縮のための工夫は感じられましたか

感じられなかった 2%、普通 6%、感じられた 23%、すごくよかった 69%

④院内の案内表示はわかりやすいですか

分かりにくい 1%、普通 8%、分かりやすい 24%、すごくよかった 67%

⑤また次回当院を受診したいと思いますか

思わない 2%、思う 98%

⑥その他フリーコメント

受付をもう少し丁寧にして欲しかった、検査着があるとよかった、食券があるといい

【考察】

待ち時間や検査に関する否定的な意見は年々減少しているように体感はしていたが、今回のアンケート結果から受診者の満足度はおおむね向上していることがわかった。一方で受付対応などあらたな改善点も把握できたため今後の業務改善に役立てていきたい。

また健診着や食券などすぐに改善できない部分に関しての意見もいくつかあった。こちらに関しては他職種や他部署とも連携を図りながら改善に努めていきたい。

保育所利用者の増加を目指して

総務課・保育所

【目的】

近年、共働きをしている家庭が増え、2019年10月には幼稚園、保育園、認定こども園の無償化が実施された。当保育所は対象外であり、無償化により利用者の減少が懸念される。保育所利用者を増やす為、2019年5月より休日保育の受け入れを始める。保育所利用者の休日保育への認知度が上がってきたことから休日保育の改善と充実を目指す。

【方法】

- ・休日保育利用者43名にアンケート配布し、集計をする。
- ・アンケート結果の配布をする。
- ・休日保育の利用回数の集計をする。

【結果】

休日保育利用者様アンケート集計（43名に配布して36名が回答）

1. 休日保育を利用した20名。利用しない16名。
2. 利用して満足している16名。やや満足している4名。
3. 回数について、満足している13名。やや満足している6名。あまり満足していない1名。
4. 利用して仕事、家事、育児の効率が上がった15名。やや上がった4名。
あまり上がらない1名。
5. 利用して家族の時間がもてた12名。ややもてた5名。あまりもてなかった3名。

【考察】

2019年5月から開始した休日保育の利用者数は100人を超えた年、利用回数は200回を超えた年があった。あざみえん在園数については、2019年3月に16人から2023年11月の現在は23人で増加傾向にある。

以上のことから、休日保育を利用することで、自分の時間や家事などに休日を当てることができる。これは一般保育施設に近い役割を果たしているのではないかと考えられる。

【今後の取り組み】

- ・保育所のアピール（東邦だより、院内LANなどの活用、育児休暇後のスタッフへの案内等）
- ・妊娠中の第一子サービス保育（妊娠検診、体調不良等）
- ・利用者への聞き取りやアンケートの実施
- ・利用者との定期的な話し合いの再開（三者会議）
- ・2019年5月からの取り組みを継続（全職員が利用可能、休日保育・学童保育の対応）

省エネルギーについて

施設管理課

【背景】 現在では電気エネルギーが主とされる中で省エネルギーについて研鑽し、CO2 削減（近年は一部科学的根拠の不都合の可能性が指摘され全てではないと考察される）による社会貢献と病院のエネルギーの消費のコストダウンを図り経営面の効率化をはかる。

【目的】 電気エネルギーの消費は季節や時間帯など運転状況は変化していく。状況を監視し、省エネルギーを実行する。

【方法】 各々の設備の使用傾向を把握し省エネの方法をさぐり、安全で効率的な管理方法を抽出する。

- 1： 高圧受電盤の電力取引計器に設置したデマンド監視装置の活用
- 2： 各変電所の電圧計、電流計の現在指針の指示値と負荷の使用状況を把握
- 3： 各病棟の使用設備の運転状況を目視し特に不要な照明の使用を控える
- 4： 過度な空調機の運転を控え、停止や設定温度調整を行う
- 5： 室内機のフィルタ清掃の頻度を多くし、運転効率を良くする
- 6： 夏期のクールヴィズ、冬期のウォームヴィズを推奨する。

【結果】 変化が生じたものや、変化が生じず一定の数値などを示すものが現れた。

[1： 高圧受電盤の電力取引計器に設置したデマンド監視装置の活用]
前回では 1275 kW、今回のピーク値は 1260 kW であった。

[2： 各変電所の電圧計、電流計の現在指針の指示値と負荷の使用状況を把握]
増設した外来系統空調の運用見直しに伴い電流は減少傾向と思われる。

[3： 各病棟の運転状況を目視し特に不要な照明を控える]
照明を選定し使用の効率化を図った。各棟の分電盤の主幹 MCCB や変電所の分岐 MCCB に電力モニターが設置されてなく正確な値は評価できないが、変電所の電流計の指針は平均して通年継続し 10A 程度減少し省エネに繋がった。

[4： 過度な空調機の運転を控え、停止や設定温度調整を行う]
電力量の数値化はできなかったが、省エネの役割は果たせたと思われる。
また、変電所の動力変圧器の 2 次側の電流計を確認し、全体の負荷電流は減少した。

[5： 室内機のフィルタ清掃の頻度を多くし、運転効率を良くする]
電流値等の数値化はできないが運転効率が上昇し、省エネに貢献できたと考えられる。

[6： 夏期のクールヴィズ、冬期のウォームヴィズを推奨する]
職員へ意識向上のため実施してもらい、意識改革をし、今後も実施が必要である。

【結果】
空調のタイマー設定や温度設定、照明の適切な使用で省エネは実現、年度での数値幅は生じたが結果として省エネ活動によって全体的な使用電力量は減少傾向である。

【考察】
負荷状況を把握するかは課題である。職員全体が省エネの意識を抱き、普段から不要な照明は消灯したり、空調機の温度設定を確認するなどの行動が重要である。最高使用電力[kW]に注視してきたが、電気料金の関係から年間の全日使用電力量[kWh]も考えていく。

転倒・転落による負傷率減少策の一考察

医療安全対策室

【目的】

療養上の場面で発生頻度が最も高い転倒・転落防止策として患者アセスメントから、危険度の高い（危険度レベルⅡ・Ⅲ）患者に優先して事前対策することは一般的である。しかし、当院においてはその危険度の高い患者割合が高いことから離床センサーを主とした安全システムが常時不足している。さらに転倒・転落時の負傷率に関しては医療の質指標 QI の平均値に比して著しく高い。以上の理由から、転倒・転落による負傷率が高い患者の傾向を探り、負傷率減少策の一つとする安全システムの選定方法を考える。

【方法】

過去 6 年間の転倒・転落発生時間帯、患者の心身状態の抽出、傷害レベル 3b 以上に共通した患者の傾向を見出し、安全システム優先使用者の選定フローチャートを作成する。

【倫理的配慮】

使用データから部署や個人を特定できないものとし、この結果は当院における転倒・転落による負傷率減少策の検討のみに使用する。また、作成したフローチャートは看護の優先順位をつけるものではない。

【考察】

転倒・転落の多い 5 時～7 時は排泄目的で移動する時間帯であることと看護師の業務で直ぐに対応できないことが主な理由として考えられる。18 時台も下膳や検温で対応が遅れやすい。23 時台では夜間の排泄行動によるものが多い。転倒・転落した患者の心身状況のグラフからは認知症、下肢障害、歩行障害の中から一つ以上該当する患者が多いことがわかるため、これらの状態の患者を優先し安全システムを使用すべきだが、当院はこの状態の患者比率が圧倒的に高いため優先順位をつけ難い。そこで、危険度レベルⅡかⅢで、傷害レベル 3b に多い転倒による骨折や頭部内出血に至った患者の傾向を調査した。傷害レベル 3b の 42 件に共通している点は 2 件を除き 76 才以上で傷害内容は 71% (30 件) が骨折、29% (12 件) が頭部内出血であった。骨折と頭部内出血の患者に共通した状態は 28% (12 件) が維持透析中(以下、透析中)、24% (10 件) は抗血小板薬内服中、12% (5 件) はその両方の状態にある患者であった。傷害内容別では骨折 30 件中 46% (7 件) が透析中であり、その男女比は 4 対 6 と女性に多いため、透析中の女性はさらに骨折リスクが高い。一方、頭部内出血のうち 55% (6 件) は透析中、27% (3 件) は抗血小板薬内服中の患者である。9% (1 件) は両方の状態であった。

以上の結果から昨年、台数に限りのある離床センサーの優先使用対象者を選定するためのフローチャートを作成し、本年度修正した。ただし、このフローチャートの結果のみで使用の判断をするのではなく、あくまでも個々患者の状態を踏まえて検討することが重要である。そして今後、このフローチャートの試用部署を選定し、フローチャート活用により特にレベル 3b 以上の事象が減少したか明らかにすることが課題である。

抗菌薬の適正使用、耐性菌減少への取り組み

感染対策室

【目的】

抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team, AST）の活動の最終的目標である黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性を 20%以下、大腸菌のフルオロキノロン耐性を 25%以下、緑膿菌のカルバペネム（イミペネム）耐性率を 10%以下に低下するために、長期的な目標を立て活動を行っている AST の取り組みを院内の職員に紹介し、理解を得る。

【方法】【倫理的配慮】

スライドを参照

【途中経過】

2018 年 4 月～抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team, AST）は指定抗菌薬、抗 MRSA 使用患者の把握と介入から開始した。介入開始と同時に電子カルテに感染症患者情報収集のための ICT 記録を電子化し、記録を AST メンバー全員で共有し、情報が入力できるようにした。また、1 年間の活動を通して、指定抗菌薬、抗 MRSA 薬使用患者の介入だけでは不十分の結論に至り、2019 年度からは血液培養結果陽性の患者、耐性菌検出患者も介入の対象とした。また不定期ではあるが AST ニュースを発行し、院内の職員へ情報を発信している。

抗菌薬の適正使用を促す取り組みについては、抗菌スペクトルの広い第 3 世代の抗菌薬使用を減らすため 2019 年度から第 1 世代セフェム内服薬：セファレキシシン 250m g（CEX ケフレックス®）を採用した。

2021 年 8 月～紙運用だった感染発生報告書を電子化し、電子カルテ上で多職種が情報を共有できるようにした。

2023 年 3 月ごろ～クロストリジオイデス・ディフィシル（クロストリジウム・ディフィシル）患者が急増したため、ICD から主治医へバンコマイシン内服薬の投与方法など、治療方法を医局会の場で積極的に働きかけを行い、抗菌薬適正使用へ向けた取り組みを継続している。

【考察】

今年度から ICD が変更になり、医師、薬剤師を中心として新たに再構築した AST 活動を始めたところである。ケアミックス病院の特徴もあり、耐性菌検出が減少するのはむしろかしいと考えるが、AST の活動により院内で抗菌薬が適切に使われるようになりつつある。

教育体制における社会人基礎力の位置づけと人材育成

教育担当

【目的】

2006年に経済産業省は「職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力」として、3つの力、12の能力要素からなる社会人基礎力を提唱した。当院では、2021年度より新入職者や中堅職員研修で社会人基礎力の自己評価を始め、2022年より目標管理シートの情意評価を社会人基礎力評価へ変更したことにより、新人だけでなく全キャリアにおいて自分自身の社会人基礎力を知ることができるようになった。さまざまなキャリアにおける教育体制を検討・改善しながら、人材育成を行い、職員一人ひとりの社会人基礎力が向上することを旨とする。

【方法】

- 1) 研究対象 ①2021年度より2023年度に入職した新入職員、
②2021年度より2022年度に中堅職員研修に参加した職員
- 2) 研究期間 2021年12月～2023年10月
- 3) データ収集・分析：社会人基礎力12の能力要素について①リフレッシュ研修で社会人基礎力の講義を受け、自己評価してもらい後日回収、②中堅職員研修で社会人基礎力の講義を受け、自己評価してもらい後日回収する。①②で得られた海桐を点数化し、エクセルで集計、平均値を算出する。
- 4) 倫理的配慮：個人へのプライバシー保護として、職員個人が特定できないよう匿名でのデータ管理を行い、研究結果の公表について文書と口頭で説明し同意を得た。

【結果】

2021～2023年度の新入職員の社会人基礎力自己評価で得点の高かった項目は「規律性」、「柔軟性」、「傾聴力」であり、得点の低い項目は「創造力」、「働きかけ力」であった。2021・2022年度中堅職員の社会人基礎力自己評価で得点の高かった項目は「主体性」、「傾聴力」、「柔軟性」であり、得点の低い項目は「創造力」、「実行力」であった。

【考察】

新入職員の「規律性」の得点が高い理由として、職場のルールやマナーを守ることを意識した入職時研修や配属部署の先輩からの直接指導の成果だと考えられる。中堅として部署の業務遂行に求められている「主体性」や「傾聴力」の得点が高かったことは、部署内でのチームリーダーとして役割を果たすために欠かせない能力要素であり、経験を通して発揮することができていると考えられる。得点の低い「創造力」は新入職員、中堅職員ともに共通しており、「考え抜く力」が当院の人材育成の課題と捉えることができる。

【おわりに】

社会人基礎力は社会の中で仕事をしていくうえで必要な基礎的な能力であり、医療職には様々な場面で社会人基礎力が必要とされる。今後も職員一人ひとりが自己の行動を振り返り、自身の能力や課題に気づき、自ら認識して行動できるような人材育成を目指し、教育体制を検討していきたい。