
3. QC活動

マツダ病院 QC活動の紹介

QC推進チーム 西原 昌幸

マツダ病院では、2001年度から2008年度まで①全職員の意識改革②病院品質の向上③病院の持続的発展④リーダーの育成を目的として、関係者の知恵と工夫によりシックスシグマ*1活動を積極的に行ってきました。そのため、職員の中には業務に密着したチーム活動を展開する風土が培われています。2010年度からは新たに、マツダ病院の風土や実情に合った手法にこだわらない、病院最適化に向けた改善活動の推進を目的として「QC*2プロジェクト活動」を展開し、報告会を開催しています。

3月5日(月)開催されたプロジェクト報告会では、6チームの活動を報告しました。参加者は80名にのびりました。テーマ内容は下記のとおりです。

*1.シックス・シグマとは、品質管理手法の一つで、統計的分析手法、品質管理手法を体系的に用いて各種プロセスの分析を行い、原因の特定や対策を行い、不良率の引き下げや顧客満足度の向上などをしていくこと。

*2. Quality Control (品質管理)

No	テ マ	所 属	リーダー	オーナー
1	続・会計窓口での患者さんの呼び出し方法の改善	医 事 チーム	中井 聡子	山岡チームリーダー
2	続・好感のもたれる接遇をしていますか？ ～他職種と共に取り組む接遇の向上～	看 護 部	松岡 聖剛	吉村看護部長
3	続・一般撮影における患者滞在時間の短縮	画 像 診 断 科	井隈 美鶴	下川技師長
4	担当理学療法士不在時のリハビリ実施の見直し	リハビリテーション科	井升 聖滋	山崎 士 長
5	DPC分析システムを用いたはずれ値の検証と改善に向けて	企画情報管理チーム	本田 康隆	西原チームリーダー
6	睡眠時無呼吸検査の見直しと検査の拡充	臨床病理研究検査科	松田ひろ美	山田 技 師 長

「2011年度QCプロジェクト優秀チームが決定」

2011年度QCプロジェクト優秀報告選考会が開催され、3月30日(金)に表彰式が行われました。

選考委員 奥平院長、五明副院長、岡崎事務長、吉村看護部長

アドバイザー 西原QC推進チームリーダー

最優秀賞 担当理学療法士不在時のリハビリ実施の見直し
チーム名: Team Reha (リハビリテーション科)

優秀賞 続・好感のもたれる接遇をしていますか？
～他職種と共に取り組む接遇の向上～
チーム名: スマイルサークル (看護部)

優秀賞 睡眠時無呼吸検査の見直しと検査の拡充
チーム名: メリーさんのひつじたち (臨床病理研究検査科)



(最優秀賞 演題)

テーマ: 担当理学療法士不在時のリハビリ代行実施の検討 ～患者の視点から～

サークル名 : Team Reha

メンバー: リーダー 井升 聖滋

サブリーダー 政信 博之

オーナー 山崎 重人

メンバー 菊川 和彦 高田 淑未 山根 勇一 平本 剛史

中川 泰誉 宗下 智美 高野 英祐 木ノ内 真希

1. はじめに

当院リハビリテーション科は、月曜から金曜日に理学療法を実施しており、平日における担当者不在時には必要性のある患者においてのみリハビリ代行を行っている。しかし、過去には休みを依頼した患者からの不安や、リハビリの実施要望が散見された。そこで今回、現状を把握し、平日におけるリハビリ担当者不在時の代行実施のあり方を検討することを目的とした。

2. 現状把握の方法

①平成23年1月～6月のリハビリ代行実施1日の平均人数や平均代行率、代行延べ人数、週の平均単位数、②平成23年1月～6月の、リハビリ担当者不在時において、病棟看護師へ患者からリハビリに関する問い合わせの有無について看護師アンケート、③リハビリ担当者不在時における患者のリハビリ代行希望の有無について調査した。

3. 現状把握の結果・目標設定

①平成23年1月～6月のリハビリ代行実施1日の平均人数は11.5名中0.2名、平均代行率2.2%、リハビリ代行延べ人数は323名中5名、週108単位を上限とする単位数は、平均99.8単位であった(表1)。②各病棟の看護師アンケートは、患者からの不安やリハビリ実施希望などの問い合わせを受けたが86%、受けないは14%、過去半年間に3～5回以上受けたというものが8割を占めていた。

	1～6月	8～10月	11～2月
平均代行人数	0.2/11.5名	6.5/12.7名	6.1/11.9名
平均代行率	2.2%	48.6%	51.9%
代行延べ人数	5/323名	157/316名	160/314名
単位数 (週108単位を上限)	99.8単位	105.7単位	102.9単位

表1 リハビリ代行実施状況

③患者アンケートは、休みでよい53%、代行リハ行うほうがよい47%であった。以上より、平均代行率(2.2%)と患者の思い(代行希望50%、休みでよい50%)に開きがあること、リハビリ担当者不在時に患者の不安やリハビリ実施希望があることが判明した。しかし、当科は担当者不在時における代行の取り決めがなく、担当者の裁量で代行リハビリを依頼していたが、患者側の不満や不平等感につながる可能性があるため、3つの方針(図1)を検討した。その結果、収益アップやリハビリの質の向上、患者サービスの向上、不安や問い合わせ軽減の効果を期待し、科の方針を「拒否する患者以外、可能な限り代行する」と定めた。

担当者不在時における代行率は患者アンケートを参考に、50%を目標とした。

科の方針	メリット	デメリット
① 代行は一切立てない	業務負担 ↓ 労働環境 ↑	問い合わせ ↑ 不安 ↑ 収益 ↓
② 代行は可能な限り立てる すべてを同等に扱う(不平等感を是正するため、拒否する患者以外全員)	収益 ↑↑ リハビリの質 ↑ 患者サービス ↑ 不安 ↓ 問い合わせ ↓	業務負担 ↑ 労働環境 ↓
③ 必要性のある患者のみ代行		業務負担 → リハの質 → 労働環境 → 問い合わせ → 不安 → 収益 →

図1 平日のリハビリ担当者不在時における科の方針

4. 真因追求と対策立案・実施

現状把握より、“平日におけるリハビリ担当者不在時に不安や要望が発生するのはなぜなのか”に対し、真因追求を行った。主な要因として、患者や家族からは、現在の状態が停滞、後退するという不安が、自部門からは

患者へ不在時の対応が不十分、また、代行に関する取り決めがないため担当者の自己判断で代行を依頼していること、環境からはマンパワー不足のため、リハビリ担当不在時にフォローアップが困難と考えられた。

以上の真因に対する対策として、1.患者の現在の状況、リハビリ内容を申し送る。2.代行理学療法士が事前に顔合わせをする。3.誰が見ても代行者が分かるよう代行者名を患者一覧表へ明記する。4.同一のリハビリが行えるよう勉強会を開催する。5.自主トレーニング方法を十分に説明する。6.患者・家族へ担当者不在の説明を十分に説明する。7.電子カルテへ代行の有無、代行者を記入する。

5. 中間評価

対策実施中、リハビリ処方数の増加のため患者代行まで手が回らない状況や、代行患者に手を取られ新たに処方される患者へ対応の遅れ、業務時間内でのリハビリ実施が困難、など業務内容がハードになっているという問題が発生した。そこで現状掌握のため、11月に中間評価を行った。

リハビリ代行実施1日の平均人数は1月～6月が0.2名であったところ8月～10月は6.5名へ、代行率は2.2%から48.6%へ、代行延べ人数は5名から157名へ、週の平均単位数は、99.8単位から105.7単位へそれぞれ増加していた。(表1)

8月～10月の代行率は48.6%と目標の50%をわずかに下回っているが、代行率上昇に伴う代行延べ人数の増加・通常業務の繁忙化に加え、代行することで単位数増加により業務量の負荷が高まっていることが示唆された。そこで「拒否する患者以外、可能な限り代行する」という科の方針へ新たに規定を加えた。まず担当理学療法士が、病態よりリハビリの必要性を判断し、必要性が大きく、患者の代行希望があるのであれば、代行依頼する理学療法士の負担度合いに応じ代行を実施する。どちらでもない・希望がないのであれば、担当理学療法士が訴えを傾聴し判断する。次に、ADLが自立しているなど必要性が小さいと判断した患者で、代行希望があれば、代行を立てる。どちらでもない・希望がないのであれば、休みという指針をフローチャート作成(図2)した。そして新たに目標代行率は

30～40%とした。

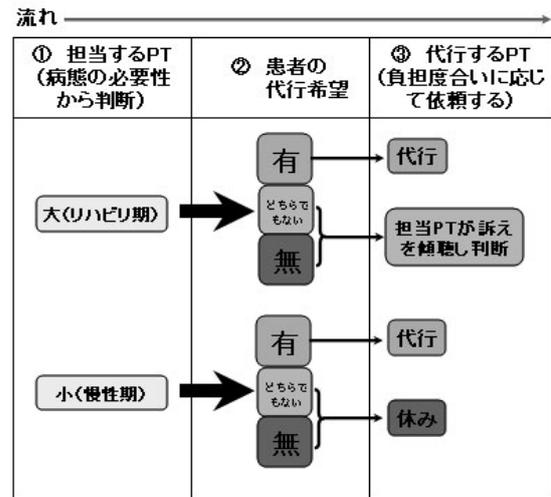


図2 新たに追加した科の方針

6. 効果確認

最終的に、11月～2月のリハビリ代行実施状況(有形効果)は1日の平均人数が6.1名、代行率51.9%、代行延べ人数160名、週の平均単位数102.9単位であった。(表1)

各病棟への看護師アンケート(無形効果)は、平成23年7月と平成24年2月に実施し比較した。7月は患者からの不安や、リハビリ実施希望を受けたが86%、受けないが14%であったものが、2月は受けたいが27%、受けたくないが73%とほぼ逆転していた(図3)。

1月～6月の理学療法加算算定(付帯効果)は750点、8月～10月は2万3550点、11月～2月は2万4000点で、対策実施後より合計4万7550点、月平均6800点の算定アップにつながった(図4)。

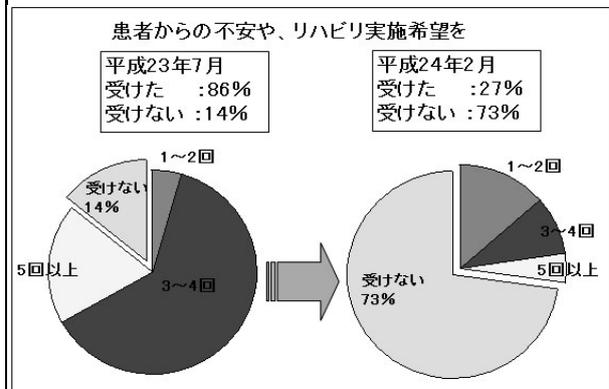


図3 各病棟への看護師アンケート結果の比較

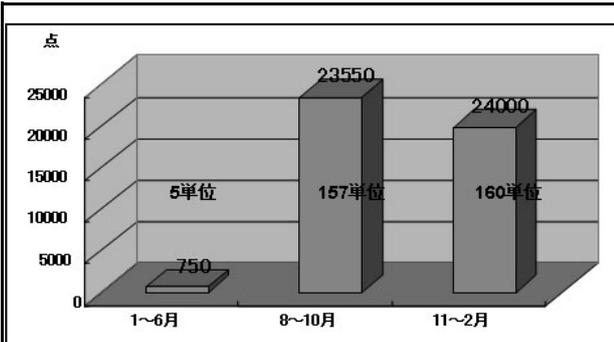


図4 理学療法加算算定試算の推移

7. 成果の定着・今後の課題

成果の定着・標準化を5W1Hで表記した(図5)。まず、リハビリ代行を立てる際には、担当者が、有休前日までに、リハビリ室や病棟で、不安の解消・サービス向上・運動機能向上のため、代行者へ依頼し申し送りをする。次にリハビリ休みの場合は、自主トレーニングの説明を、担当者が、前日までに、直接リハビリの際、不安の解消や運動機能の向上のため、患者の理解を得られるまで説明する。また、担当者の不在連絡を、前日に、電子カルテのリハビリ記録へ、周知徹底するため、「担当者不在のためリハビリ休み」と明確に記録する、とした。

今後の課題は、1.病態からみたリハビリの必要性、代行希望、各理学療法士の負担度合いなどバランス良く代行リハビリを実施する。2.担当者と同レベルのリハビリテーションを提供するため、理学療法士個人のスキルアップが必要。3.ライフ・ワークバランスの充実のため、代行しても時間外が増加せず、有休取得が減少しないよう、労働環境の整備や個々の業務の創意工夫が肝要。4.同日に有休取得日が複数人重複すると、代行率が低下(2人→41%、3人→30%)していた。その際の代行実施する優先度の検討や計画的な有休の取得が必要と考えられた。

8. まとめ

- ・リハビリ代行までの指針をフローチャート作成し、代行治療のあり方を検討し、科の方針に沿ってメンバーで助け合いながら代行リハビリを実施した。
- ・病棟では、リハビリ休みに対する患者からの不安やリハビリ実施希望などの問い合わせが軽減した。
- ・リハビリ代行率が向上し理学療法加算算定アップにつながった。

	何を	誰が	いつ	どこで	なぜ	どうする
リハビリ代行	担当者不在時の代行リハビリを	担当者が	前日までに	リハビリ室 病棟	不安の解消の為 サービス向上の為 運動機能向上の為	代行者へ依頼し 申し送りをする
リハビリ休み	自主トレーニングの説明を	担当者が	前日までに	リハビリ室 病棟	不安の解消の為 運動機能向上の為	患者が理解 されるまで 説明する
	担当者の不在連絡を	担当者が	前日に	電子カルテ の記録	医療スタッフへ 周知してもらう為	「担当者不在 のためリハビリ 休み」と記録する

図5 成果の定着・標準化

(優秀賞 演題)①

テーマ: 続)好感の持たれる接遇をしていますか?

～他職種と共に取り組む接遇向上～ **スマイルサークル**

メンバー: リーダー 津田友美

サブリーダー 郡司久子

オーナー 吉村 ひとみ

メンバー 藤本藤江 松田隼子 馬場恵美里

西野かずみ 兼子典子 松岡 聖剛

はじめに

看護部では数年前から接遇向上をめざし取り組みを行っている。

2010年度のQC活動では「看護師の接遇向上に向けた取り組み」を行い、他職種からの評価をもとに改善活動を展開したが、結果、患者評価、職員間評価ともに成果をあげることはできなかった。特に職員間での評価が厳しく、さらなる接遇の向上が必要であると考えた。

そこで私たち看護部接遇委員会が中心となり今年度は各部署の接遇小集団と共に、看護師の接遇向上の活動を展開している。

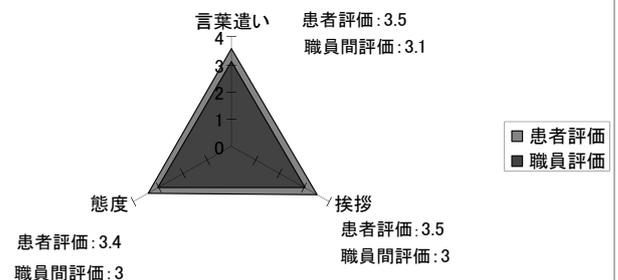
「患者に選ばれ、患者が満足する病院づくり」を行うためには、マツダ病院全職員がひとつになり他職種と協働した接遇向

2 現状把握

1. 外来患者、入院患者を対象に患者アンケートを実施
2. 全職種を対象に職員アンケートを実施
アンケート内容は医師を含むすべての職種の「言葉遣い、挨拶、態度」を4段階評価した職員アンケートも同様の内容で同一の評価方法とした

期間: 7/12から7/25までの14日間

患者・職員間の評価の差



結果)

(患者評価)

言葉遣い:3.5 挨拶:3.5 態度:3.4

(職員間評価)

言葉づかい:3.1 挨拶:3.0 態度:3.0

以上のことより職員間での評価より患者評価の方が高く、自由記載項目では患者59件、職員85件の改善の意見、要望の記載があり、昨年の活動結果と同様に病院職員は現在の接遇に満足していない結果であった。

3 目標の設定

「他職種と取り組む接遇向上」をテーマとし職員間の評価平均値を3.5以上とした

4 対策

系統図、マトリックス図を使用し点数化を行い点数の高い項目を重点対策項目とした。

対策内容

＜小集団活動の活性化の対策＞

接遇委員と各部署接遇小集団リーダーとの会議を毎月1回15分間実施

- 1) 接遇活動の意識統一と活動内容の統一を目的に実施
- 2) 挨拶運動の継続

昨年改善した美しい挨拶の仕方を各部署で実施し周知徹底した

- 3) 院内全体で取り組んだ「ありがとう運動」を各部署で実施

内容

「ありがとうカード」「標語」「スピーチ」

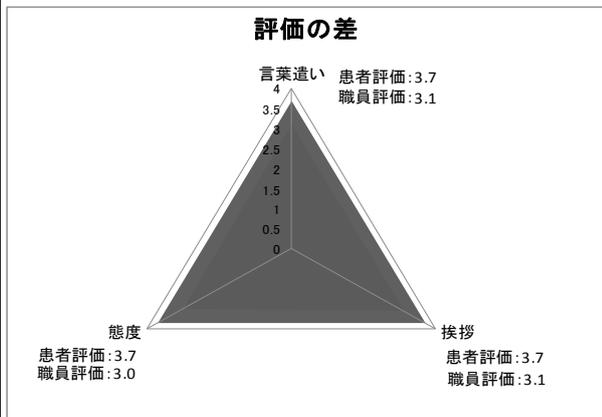
各部署接遇小集団が中心となり、各部署独自の取り組みをおこなった

- 4) 院内の接遇委員会へ全職種での「あり

5 対策効果の確認

方法)

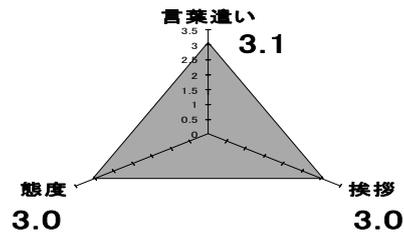
現状把握と同一内容でアンケートを実施



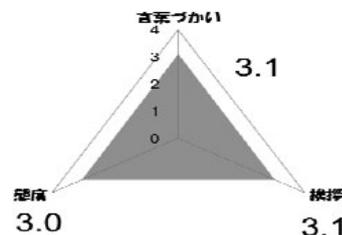
有形の効果として

アンケート結果では患者評価では全項目において得点が上昇している。職員間では、目標値である3.5を上回ることができなかった。依然患者評価より、職員間評価は低い結果であった。

職員間評価 1回目



職員間評価 2回目



無形の効果として

看護部内では小集団活動でありがとう運動を実施したことで「自分が役に立っていると感じられた」「やる気が出てきた」という反応を得ることができた。

職員間アンケートでは、自由記載内容に注目すべき変化を認めた。以前は部署を限定した改善要望、指摘に関する記載がほとんどであったが、この度の対策実施後の自由記載では接遇向上への取り組みに関する提案が見受けられるようになった。また2011年院内接遇研修参加者106名 2012年2月に開催した院内研修参加者は116名であり、実際に全職種が同一テーマで活動することで、「接遇活動を各部署で盛り上げていけたらよい」「接遇の基本は(察する)ことである。その認識、強化が必要であると思う」、「全体というより個々の改善ができるような、何らかの手段があればよい」との意見を多く得られたことより目標値3.5を上回ることができなかったが、全職種で共通の接遇改善テーマに取り組むことで、マツダ病院職員の接遇への意識向上に繋げる

6 歯止め・管理の定着

接遇活動に向けた今後の取り組みとして、
看護部接遇委員会から

why:接遇風土の定着 患者満足 のため
に

who:院内接遇委員会(各部署職員代表)
が

what:院内全体で取り組むべきテーマ を

when:1年間 で

Where: 各部署で

継続して展開していくことを提案します。

(優秀賞 演題)②

テーマ:【睡眠時無呼吸検査の見直し—患者さんの健やかな睡眠をめざして—】

サークル名: メリーさんのひつじたち

メンバー: リーダー 松田 ひろ美

サブリーダー 矢野 礁風

オーナー 山田 技師長

メンバー 住居循環器主任部長 蓼原 循環器部長

尾崎 看護師長 榎本 副技師長

山口 鳥井原 大岡 荻野 西田 中山

1. はじめに

睡眠時無呼吸症候群は、睡眠中に断続的に無呼吸、低呼吸を繰り返し、その結果日中傾眠などの症状を呈する疾患であり、運転中に居眠りをした運転士等の問題が起きています。交通事故への影響も大きく、患者の事故発生率は健常者の約7倍となり重症度が増すにつれて高くなる傾向が認められています。

この睡眠時無呼吸症候群の診断に使われているのがPSG検査です。治療対象となるかの判断をする指数AHI(一時間あたりの無呼吸、低呼吸数)や無呼吸の型の判定を行ないます。

当院では2003年より簡易型のPSG検査を行なってきましたが、機器の装着、操作が煩雑で検査に失敗してしまい再検査になったり、結果報告までに日数を要し診察が遅れるなど支障をきたす事が度々ありテーマとして選定しました。

2. 現状調査・目標値設定

簡易PSG検査は 依頼されるとまず、患者さんに生理検査室で機器装着の説明を行い、自宅で就寝時に装着、開始を押して検査を実行し、翌日取り外して検査室に返却していただきます。

その後、メーカーに検査カードの回収、解析を依頼し、報告書が返送されるのを待ちます。その結果データから呼吸器医師に所見を入力していただき、報告が完了。その後、主治医による診察となります。【図①】

2011年1月6日から7月20日までの現状調査の結果、報告所要日数が平均10.3日、最長では25日かかっていました。

そこで今回、報告までの日数を50%削減の

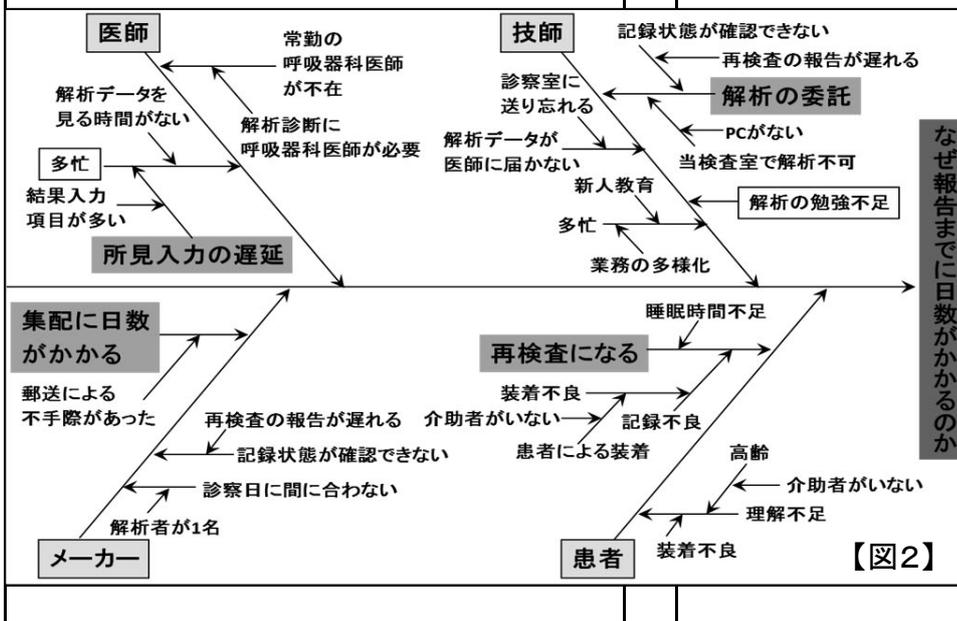
3. 要因分析

特性要因図を用いて「なぜ報告までに日数がかかるのか」の要因分析を行いました。【図2】

主な問題点は、

- ①所見入力遅延。
- ②解析の委託。
- ③再検査になる。
- ④集配に日数がかかる。

等々があがりました。



次に系統図を用いて、報告所要日数を短縮するためには何を行えば効果があるかを検討しました。【図3】

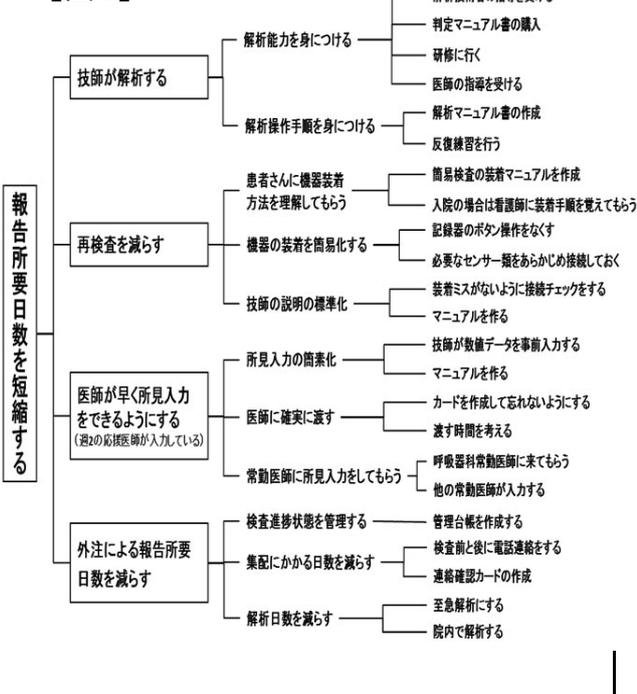
4. 対策と実行

マトリックス図法にて6ポイント以上の項目について重点的に対策を実施しました。【図4】

対策(1)

- 1) 再検査を減らすために実施
 - ① 機器装着マニュアルを作成した。
 - ② 装置を予め測定開始状態にし、患者さんの機器操作をなくした。
 - ③ 必要なセンサー類を接続して渡す事にした。
- 2) 医師による所見入力の迅速化のために実施
 - ① 技師が数値データを事前に入力し医師には判定のみ入力をお願いする様にしました。
 - ② 依頼カードを作製して、確実に医師に渡る様注意を促しました。
- 3) 外注による報告日数を短縮するために実施
 - ① 電話連絡を確実にを行うために、連絡確認カードを作製した。
 - ② 全件至急解析で依頼しました。

【図3】



5. 効果確認 (1)

2011年8月10日から10月31日まで報告所要日数を調べました。結果は平均9.2日でした。

最長報告日数は25日から14日に大きく短縮されましたが、平均日数は対策前より1日しか短縮されず、10%程度の効果しかありませんでした。

6. 対策(2)

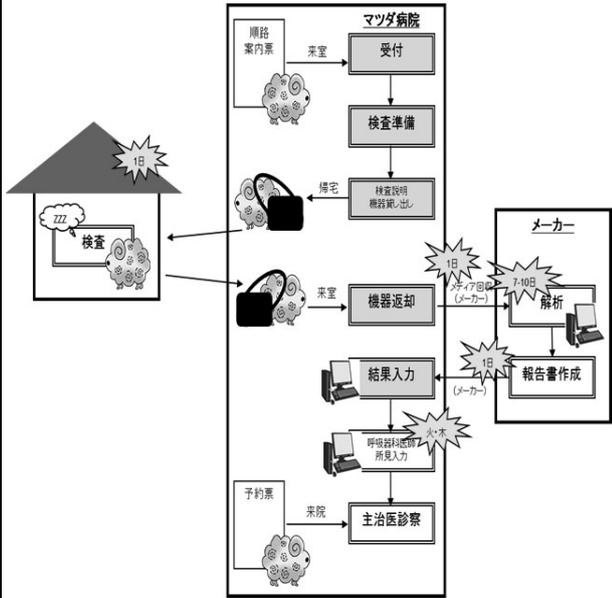
追加の対策として、メーカーに検査カードの回収、解析を依頼していたが、検査技師による院内での解析、報告を実施する事にした。【図5】

- 1) 解析技術者に来院していただき、指導を受けた。
- 2) SAS判定マニュアル書を購入した。
- 3) 独自の解析マニュアル書を作成した。
- 4) 担当検査技師メンバーが他院で解析研修を受講した。

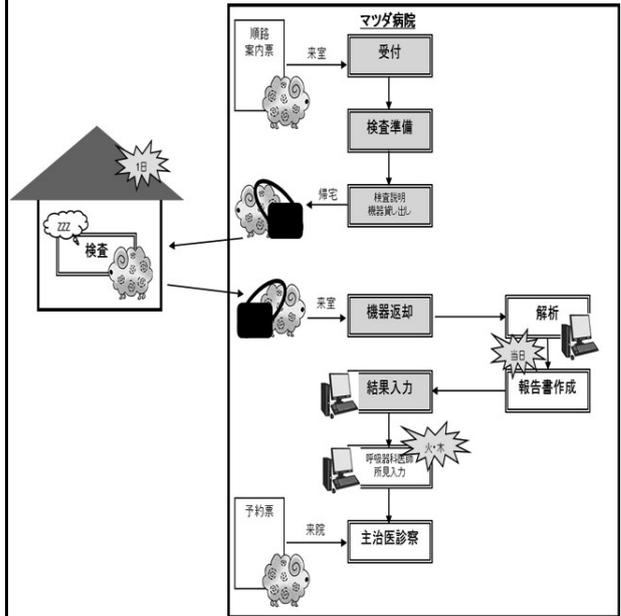
【図4】

	効果	実現	コスト	合計	
1	解析技術者の指導を受け	◎	△	○	6
2	判定マニュアル書の購入	○	○	△	5
3	研修に行く	○	△	×	3
4	医師の指導を受ける	○	△	○	5
5	解析マニュアル書の作成	○	○	○	6
6	反復練習を行う	○	○	○	6
7	簡易検査の装着マニユア	○	○	○	6
8	入院の場合は看護師に装	○	△	○	5
9	記録器のボタン操作をなく	◎	○	○	7
1	必要なセンサー類をあらか	◎	○	○	7
1	装着ミスがないように接続	◎	○	○	7
1	マニュアルを作る	○	○	○	6
1	技師が数値データを事前	○	△	○	5
1	マニュアルを作る	○	○	○	6
1	カードを作成して忘れない	○	○	○	6
1	渡す時間を考える	○	△	○	5
1	呼吸器科常勤医師に来て	◎	×	×	3
1	他の常勤医師が入力する	△	△	○	4
1	管理台帳を作成する	△	○	○	5
2	検査前と後に電話連絡を	△	○	△	4
2	連絡確認カードの作成	△	○	○	5
2	至急解析にする	△	○	○	5
2	院内で解析する	◎	△	◎	7

【図1】対策前の検査の流れ



【図5】対策後の検査の流れ



7. 効果確認(2)

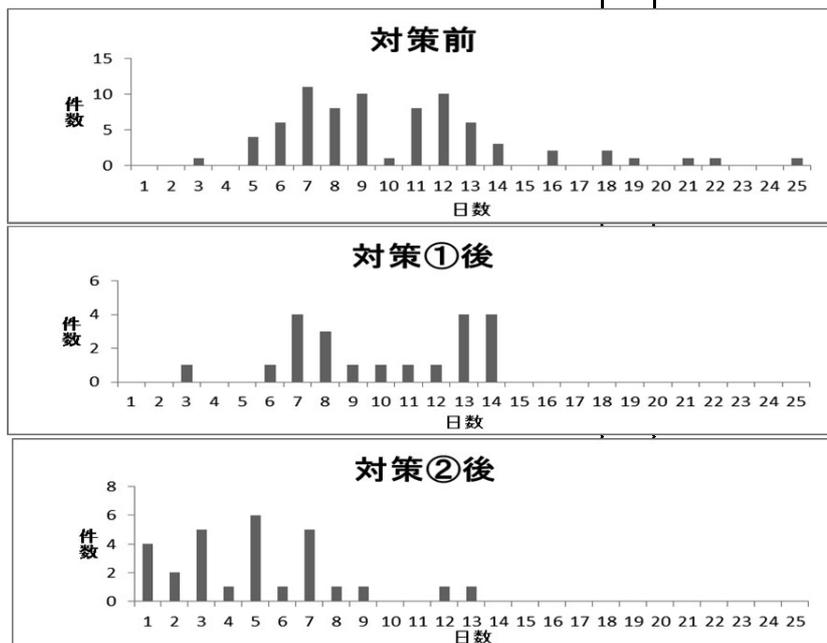
2011年12月7日から2012年2月2日まで報告所要日数を調べました。結果は平均で5.1日となり、50%削減の目標をほぼ達成することができました。対策前、メーカーによる集配、解析に要していた日数7日程度が削減された事が大きく影響していると思われます。さらに対策前 一件につき1,500円の解析料が発生していましたが、院内解析に移行した為、解析料が必要なく、効果確認の間に

8. まとめ

- 今回の活動を行なったことにより
- 1.簡易PSG検査の報告所要日数が半減された。
 - 2.一件あたり1,500円の経費削減が可能となった。
 - 3.患者さんによる検査機器の装着、操作の負担が軽減された。
 - 4.医師の所見入力の負担が軽減された。
- といった効果が認められました。

今後もメンバー全員が同レベルで解析が出来るように展開していきたいと思っ

【効果確認(1)(2)】



対策前
平均 10.3日
最長 25日

対策①後
平均 9.2日
最長 14日

対策②後
平均 5.1日
最長 13日