

「2019 年度 QC プロジェクト活動について」

マツダ病院では、改善力のある人材育成と病院最適化に向けた改善活動の推進を目的として「QC*1プロジェクト活動」を展開し、報告会を開催しています。

2019 年度は、下表の7チームが活動、報告を行いました。報告会を受けて開催された優秀報告選考会の結果は下記に示すとおりです。 * 1. Quality Control (品質管理)

テーマ	チーム名	所属or職種	リーダー
歯科外来における予約患者の待ち時間の短縮	デンタル ゴー！ゴー！	歯科・口腔外科	大下 雅枝
高齢者総合評価を生かして、みんなハッピー！	チーム オランジエ	看護部・医療リハビリカー・理学療法士・医師	藤本 藤江
外来患者の一般撮影検査待ち時間短縮について	Radiological technologist report	画像診断科	中務 博章
廃用症候群リハビリテーションにおける情報共有不足の解消	RE-HABIT (リハビット)	リハビリテーション科・看護師・医師	高野 英祐
薬剤管理指導におけるハイリスク薬算定漏れの低減	ゴールドングラブ	薬剤部	原 大真
同意書の記載漏れ撲滅 ～あと一歩から着実に～	あっ、MOTTAINAI!	事務・臨床検査技師・看護師・診療放射線技師・医師	津田 洋平
多職種連携のチーム医療による手術部位感染ゼロへの取り組み	周術ZAMURAI	看護部・薬剤師・医師	佐藤真基子

2019 年度QCプロジェクト表彰

・最優秀賞

「高齢者総合評価を生かして、みんなハッピー！」

チーム：チーム オランジエ リーダー：藤本 藤江

・優秀賞

「多職種連携のチーム医療による手術部位感染ゼロへの取り組み」

チーム：周術ZAMURAI リーダー：佐藤 真基子

「同意書の記載漏れ撲滅 ～あと一歩から着実に～」

チーム：あっ、MOTTAINAI! リーダー：津田 洋平

作成日：令和 2年 3月 31日

マツダ病院 QC サークル活動報告書

サークル名	チーム オランジェ		発表者	藤本 藤江
			リーダー	藤本 藤江
部署	看護部		サブリーダー	山田 由美
活動期間	令和：1年5月1日～令和2年2月11日		メンバー	住居 晃太郎
会合状況	会合回数	40回		桐岡 佳江
	1回あたりの会合時間	45分		金森 未優
田部 由紀子				
テーマ	高齢者総合機能評価を活かしてみんなハッピー		山本 かおり	
			中川 泰誉	
			アドバイザー	中村 泰隆

テーマ選定理由

高齢者総合機能評価（以下CGAと略す）とは、高齢者を身体的・精神的・社会的側面から包括的に捉え、入院時から適切な医療・退院調整に活用することである。文献によるとCGAの効果として、入院日数の短縮、再入院率の減少、QOLの向上、内服薬の減少、ADLの改善などがある。

当院では2016年よりCGA7簡略版を用いて、6階・7階病棟に予定入院する65歳以上を対象に算定を開始した。2019年からは4階病棟に緊急入院した循環器科患者にも開始した。実施にあたり、運用フローも使用している。CGA7の項目の中で問題があった場合は更に追加検査も行っている。このように時間を掛けて実施し、説明まで行っているが、電子カルテにも記録していない現状であった。そのため、CGA7の結果が患者に活用されているのか疑問に思うと同時にCGAの結果を有効活用すれば、患者、家族、医療者、病院もハッピーになれると考えた。

1. 現状調査

対象者	6階・7階病棟に予定入院した65歳以上の患者62名
対象期間	2019年3月～4月
調査方法	高齢者総合機能評価のスクリーニング評価 高齢者総合機能評価の結果が退院支援カンファレンスで共有されていた割合 高齢者総合機能評価で問題があった場合に具体的な対策が考えられている割合

2. 結果

高齢者総合機能評価のスクリーニング結果

認知機能のICIS(25名) うつ状態 GDS(20名)に問題のある患者が多い

高齢者総合機能評価の結果が退院支援カンファレンスで共有されていた割合

2件3%

高齢者総合機能評価で問題があった場合に具体的な対策が考えられている割合

0件0%

3. あるべき姿の設定

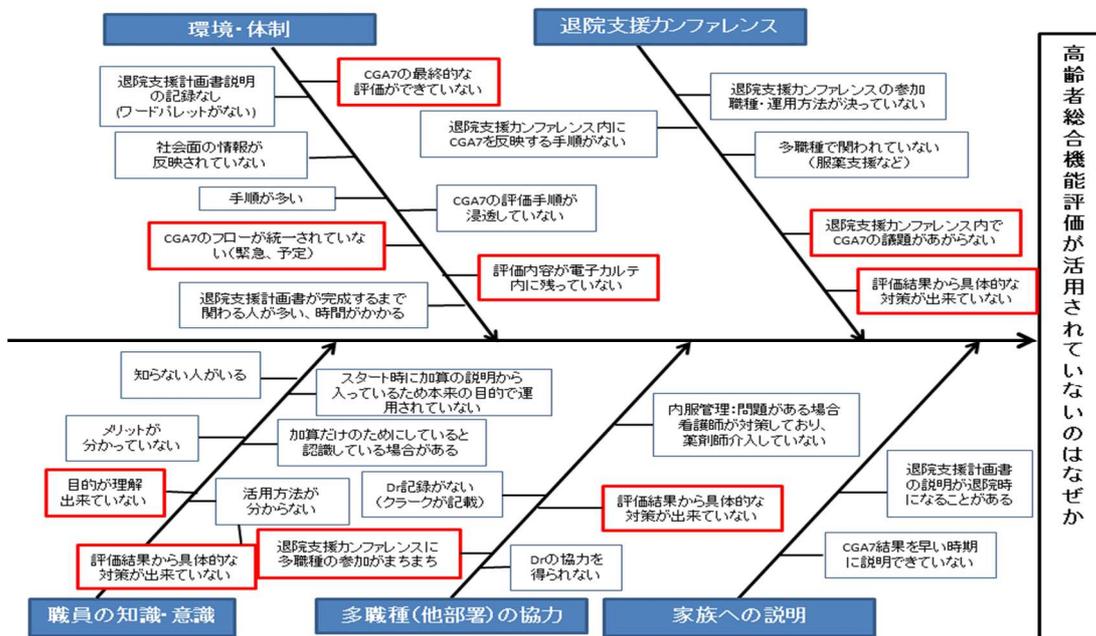
高齢者総合機能評価の結果が入院中のケアに活かされる

多職種が協力・連携し、適切な対策が実施される

評価結果が退院支援に活かされる

4. あるべき姿と現状とのギャップ分析

図1 特性要因図



5. 攻め所の設定

図2 攻め所選定シート (◎ : 5点、 ○ : 3点、 △ : 1点)

攻め所選定シート ◎ : 5点 ○ : 3点 △ : 1点

ギャップ	攻めどころ	実現性	効果	重要度	総合	採用
CGA7の運用フローが統一されていない(緊急、予定)	運用フローの修正、統一マニュアルの作成	◎	○	◎	13	OK
CGA7の評価内容が電子カルテに記載されていない	ワードパレット、テンプレート等の作成、活用	◎	◎	○	13	OK
CGA7の目的が理解出来ていない	勉強会の実施	△	○	○	7	NG
カンファレンスでCGA7の結果が共有されていない	カンファレンスでCGA7を活用する体制づくり リスト作成	◎	◎	◎	15	OK
カンファレンスに多職種の参加がまちまち	参加職種の決定など体制づくり	○	◎	◎	13	OK
CGA7の最終的な結果(課題)が評価できていない	CGA7の結果(課題)が分かる書式へ修正	○	○	○	9	NG
評価結果より具体策が実施できていない	カンファレンスで対策について検討する	○	◎	◎	13	OK

6. 目標値の設定

CGA7の結果をカンファレンスで共有した割合を2%から100%にする

CGA7で問題があった時に具体的な対策を検討した割合を0%から100%にする

7. 方策の設定

図3 方策と成功シナリオ

攻め所	方策	成功シナリオの追求	期待効果	採否
ワードパレット作成	CGA7、追加検査結果対策例を反映	分かりやすいワードパレットを作成	ワードパレットが有効に活用される	カンファレンスの充実 ↓ 入院中のケア退院支援に繋がる 6・7階で採用
ワードパレット活用	ワードパレットを使用しカンファレンスを実施	<ul style="list-style-type: none"> ワードパレット使用方法について勉強会で展開 カンファレンスにQCメンバーが参加し助言 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点を共有できる 対策検討できる 	
リスト表	対象者をリストアップ	リスト表の使用方法を展開	対象者全員にカンファレンスが実施できる	

8. 成功シナリオの追求

(1) ワードパレットの作成 (図4)

既存の「退院支援」のワードパレットにCGA7の結果も盛り込むように作成した。カンファレンスの際に問題のあった各々の項目を記録すると時間を要するため、クリック1つで点数のみを記入するようにした。さらに、詳細な項目や点数での評価なども入れ、アセスメントできるように工夫した。

例えば認知機能の追加検査で使用するICISは全体的な評価とともに、検査項目のどの部分に問題があったかまで掘り下げた対策の一例を挙げた。

(2) リスト表の作成

リスト表はCGA7と追加検査を行った患者の一覧表である。カンファレンスの時に使用した。個人情報のため、パスワード設定して管理している。

(3) 入院時スクリーニング

入院時評価する退院支援スクリーニングにCGA7に関する項目を加え、「CGA7で×の項目が一つ以上ある」にチェックが入るようにした。これを使用することで、必ずカンファレンスを行い、退院支援計画書の作成まで可能になった。

(4) 運用フローの改訂

今回対策として考えた部分を追加した。

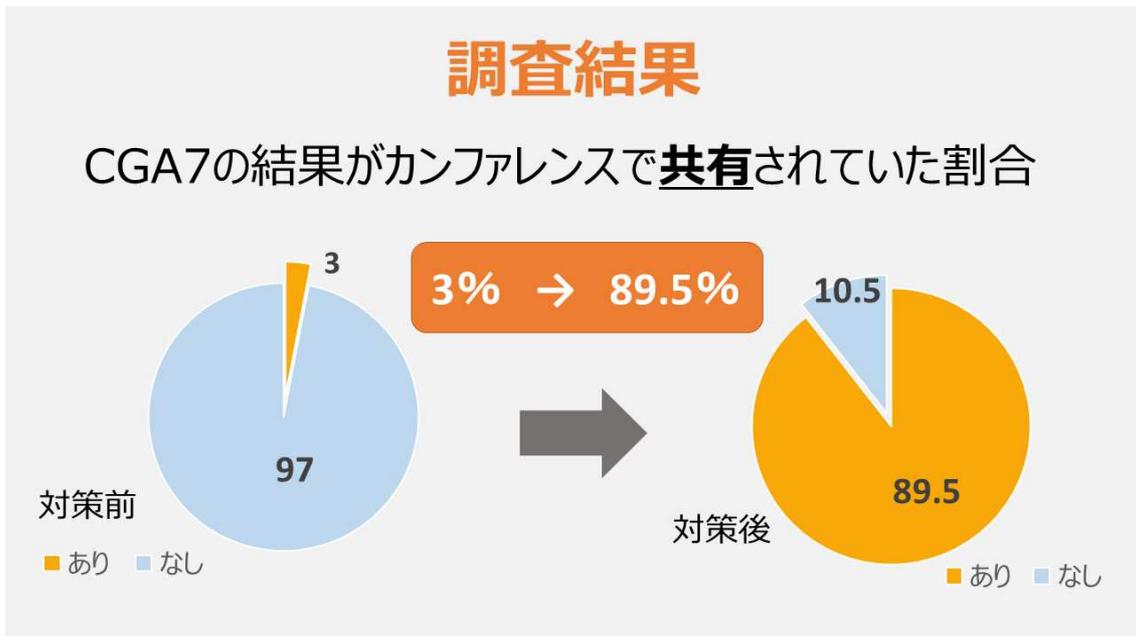
ワードパレット作成

<退院支援カンファレンス>
参加者：
入院目的・治療方針：
予定入院期間：
高齢者総合機能評価：
Vitality index: ●/10点(7点以下で意欲低下)
ICIS: ●/12点(9点以下で軽度認知障害の疑い、7点以下は認知症の疑い)
[問題点：1.見当識 3.構成失行 4.流暢性 5.遅延再生]
IADL: ●/8点(男性:5点満点)
[問題点：電話、買い物、(食事、家事、洗濯、)移送方法、服薬管理、金銭管理]
Barthel index: ●/100点
GDS-15: ●/15点(5点以上でうつ傾向、10点以上でうつ状態)
不要な項目・当てはまらない項目は削除して下さい
退院時に予測される状態：
ADLの変化、介助の要否、医療管理・処置など
本人・家族の意向：

9. 効果の確認

(1) CGA7の結果がカンファレンスで共有されていた割合

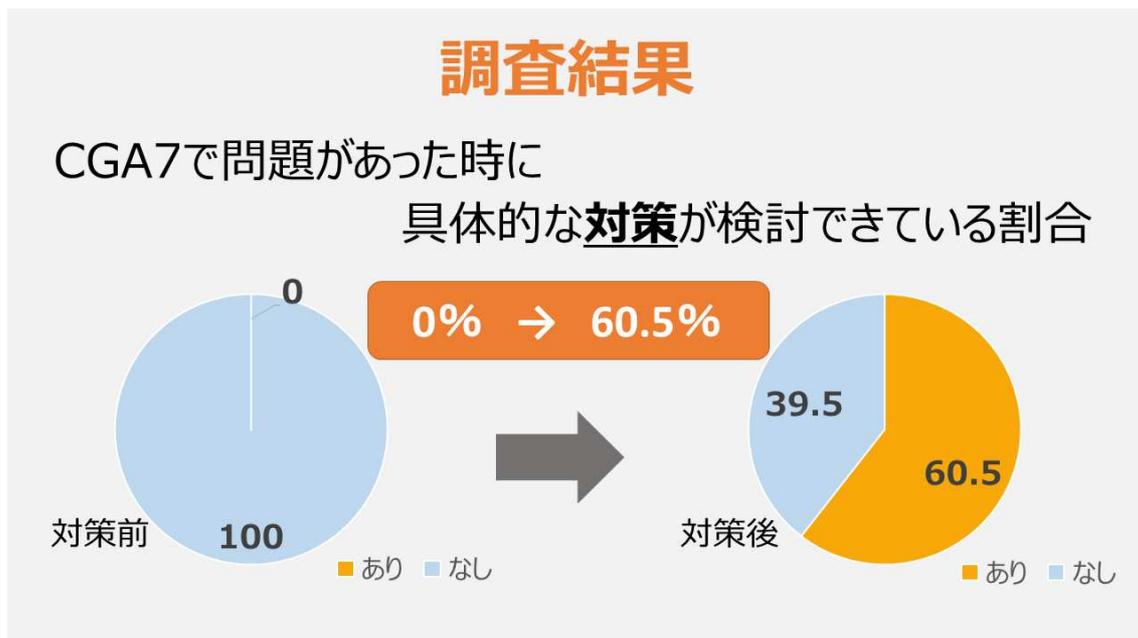
CGA7の結果がカンファレンスで共有されていた割合を、対策前(2019年3-4月)と対策後(11-12月)で比較すると(図5)、共有されていた割合は3%から89.5%に大幅に増加し、ほぼ目標達成ができた。



(2) 問題があった場合に対策まで検討されている割合 (図6)

問題があった場合、対策まで検討されている割合を、対策前(2019年3-4月)と対策後(11-12月)で比較すると、0%から60.5%に増加した。

目標値の100%には達成できていないが、残りの約40%の対象者に対策の検討がなかったのは、追加検査の結果から、対策不要と判断されたためと考えた。



これらの調査結果から、カンファレンスでCGA7の結果が話題に挙がり、対策も検討できるようになった。しかし、再度、あるべき姿に立ち戻ったところ、退院支援への活用がまだ不十分と考え、PDCAサイクルを回した。

退院支援に活用するために、退院支援計画書にカンファレンスで検討した対策が確実に反映できるようにCGA7に関する例文を考えた。その結果、退院支援計画書に27%は反映出来るようになった。

10. 標準化・定着化

標準化・定着化

いつ	だれが	なぜ	なにを	どうする
入院時	受け持ち 看護師	カンファレンスにつなげるため	入院時スクリーニング	評価
カンファ レンス 開催日	リーダー 看護師	CGA7を活かして 話し合うため	対象者リスト表	使用
カンファ レンス後	受け持ち 看護師	カンファレンスで話し 合った対策を退院支 援につなげるため	退院支援計画書	対策を入れて作成 患者家族と共有

11. 振り返り

振り返り

項目	よかった点	反省点
テーマ選定	CGA7を活用できるテーマを 選定できた	なし
現状把握	CGA7活用上の 問題点が抽出できた	退院支援計画書の調査が 不十分であった
目標設定	カンファレンスでCGA7の結果を 共有・対策検討できるよう設定した	目標値の設定が高すぎた
対策の実施	MSW・薬剤師・療法士など 多職種の協力を得られた	全員に周知理解してもらうことが 難しかった
効果の確認	対策前後でデータを比較できた	なし

作成日：平成 31 年 3 月 29 日

マツダ病院 QC サークル活動報告書

サークル名	周術 ZAMURAI		発表者	佐藤 真基子
			リーダー	佐藤 真基子
部署	看護部		サブリーダー	津田 友美
活動期間	2019 年 5 月 1 日 ~ 2020 年 1 月 31 日		メンバー	菅生 志保
会合状況	会合回数	50 回		大澤 恭浩
	1 回あたりの会合時間	30 分 ~ 60 分		吉川 昌子
				南部 めぐみ
			アドバイザー	坂本 綾美
				森江 博
テーマ	多職種連携のチーム医療による術後創部感染ゼロへの取り組み			

テーマ選定理由

多職種連携のチーム医療により周術期の患者環境を適正化することで、より安全な周術期医療を提供することができる。しかし多職種への聞き取りから、術前の指導説明、連携、専門的介入が不足しているなどの意見が聞かれた。そこで、周術期合併症の中でチームアプローチが有用な手術部位感染に着目し調査したところ、手術部位感染が発生している現状が明らかになった。手術部位感染は患者の身体的・精神的負担が増大し、入院期間の延長に伴う医療費の増大に繋がる。

そこで日本手術医学会の SSI 防止ガイドラインに基づいた、患者を中心としたチーム医療のシステムをつくり、予定手術における術後創感染ゼロを目指したい。

1. 術後創部感染症例の調査結果

調査期間：2018 年 6 月 ~ 2019 年 5 月（1 年間）

調査対象：予定手術症例 2422 件

調査方法：電子カルテ DWH 使用 診療録中のキーワード

『術後創感染』・『デブリードマン』の記述がある患者を抽出

結果：術後創部感染発生件数 12 件

SSI は、手術創の感染とともに、手術対象部位・臓器の感染も対象となるが今回は、手術部位感染の中でも、創感染のみにターゲットを絞りデータ収集を行った

表1 術後創部感染患者 12 名の情報

年齢		入院日	手術日	退院日	手術から退院日数	術式	遠隔感染の有無	糖尿病の既往	HbA1c	血糖値	糖内科コンサルト有無	喫煙の有無(喫煙年数など)	禁煙外来受診の有無	術前検査の有無	ステロイドの使用有無	ALB	MNA スコア (7以下で低栄養) 点数記入	外科栄養補助インパクト処方有無	BMI	術前入浴	術日患者洗浄	除毛の有無	せん妄の有無	口腔ケア介入の有無	ASA	麻酔	特記事項	
1	-10					骨切り術	CRP1.21	有	8.1	109	有	禁煙15年	無	無	無	2.9	12	無	23.5	不明	不明	不明	無	無	2	1		
	-42					左ACL	CRP0.04	無	未検査	104	無	10年7年	無	不明	有	4.5	14	無	24.2	シャワー	無	不明	無	無	2	1		
	-76					左大腿骨人工骨頭挿入	CRP3.99	有	7	167	無	無	無	有	3.2	5	無	20.7	不明	不明	不明	無	無	2	全			
3	-1					下肢静脈瘤血管内処置術	未実施	無	未検査	93	無	20年42年	無	無	無	4.1	無	無	19.8	不明	不明	不明	無	無		静		
	-27					左肩関節断裂・大腿筋断移	CRP4.58	無	5.4	114	無	無	無	無	無	2.2	8	無	18.2	清拭	不明	不明	無	無	2	全		
	-2					尿管置換術	CRP0.11	有	6.6	167	無	20年28年	無	無	無	4.2	無	無	20	不明	不明	不明	無	無	2	全		
	-30					胃腸吻合	CRP0.75	無	未検査	120	無	20年	無	無	無	3.2	13	有	19.7	拒否	不明	不明	無	有	2	全		
	-49					肝切除	CRP2.34	無	4.6		無	禁煙20年	無	無	無	2.4	無	無	26	不明	不明	不明	無	無		起麻		
	-2					骨折癒血的手術	CRP4.89	無	未検査	142	無	無	無	無	無	3.3	無	経腸栄養		不明	不明	不明	無	無	2	全		
	0					クーゲル法	未実施	無	未検査	99	無し	20年28年	無	無	無	4.2	無	無	22.3	不明	不明	不明	無	無	2	全		
	-50					左足関節偽関節骨折・脛骨短縮症・骨盤移	0.17	無	未検査	104	無し	無	禁煙9年	無	9年	無	4.1	13	無	22	不明	不明	不明	無	無	2	全	
	-102					左大腿骨骨折癒血的手術	0.52	有	6.5	194	有	無	無	無	点線あり	3.1	8	無	18.4	不明	不明	不明	無	有	2	全		

2. 術後創部感染症例の問題点

手術部位感染防止のための CDC ガイドラインでは、「除毛」「禁煙」「清潔」「栄養」「血糖値の適正管理」が術前対策として有効とされており、上記項目にそって調査した結果、術後創部感染患者 12 名の情報から、知識不足、禁煙指導・スクリーニングの未実施、ルールが未整備であることがわかった

表2 データーから抽出した結果と問題点

調査項目	結果	問題点
除毛 シャワー 浴	実施記録なし 剃刀などで自己処理 臍処置の未実施	看護師の除毛の手技・指導が未統一 SSIに対する 知識不足
喫煙	12名中5名(41%)が 喫煙	禁煙指導に個人差 禁煙外来に繋ぐしくみが不十分
低栄養	ALB3.0mg/dl以下ある いはMNA7.0以下が 12名中5名(41%)	術前の低栄養患者が スクリーニング 未実施
血糖コントロール	12名中5名(41%)が HbA1c未検査 HbA1c7.0%以上が2 名	術前の 血糖管理のルール が未整備 スクリーニング未実施

3. あるべき姿の設定

「手術が決定した時点から、周術期の感染リスクをアセスメントし、多職種で連携することで術後創部感染を予防し、安全・安心な医療をうけられる」とした

4. 目標設定

2020年1月までに患者診療支援センターで入院支援を実施した、予定手術患者の術後創部感染をゼロにする

5. 目標値の達成に向けてどう取り組むか

表3 方策と成功シナリオ

攻め所	方 策	成功シナリオの追求
血糖値 栄養 禁煙	術前のリスク評価と対策	周術期術前管理フロー作成 多職種が連携して専門性を発揮 運用基準作成・展開
情報共有 連携	多職種の情報共有方法検討	周術期術前管理フロー式『テンプレート』 使用した記録 リスクアセスメント・対応の共有
知識 向上	看護師のSSI対策ケアの 理解	勉強会実施 (除毛・シャワー浴・実施記録) (血糖値・禁煙・栄養)
患者 指導	指導方法の標準化	周術期患者パンフレット作成

目標値を達成するために、「周術期術前管理フロー作成」、「テンプレートを使用した記録」、「勉強会」、「周術期患者パンフレット作成」の4つの課題に取り組んだ

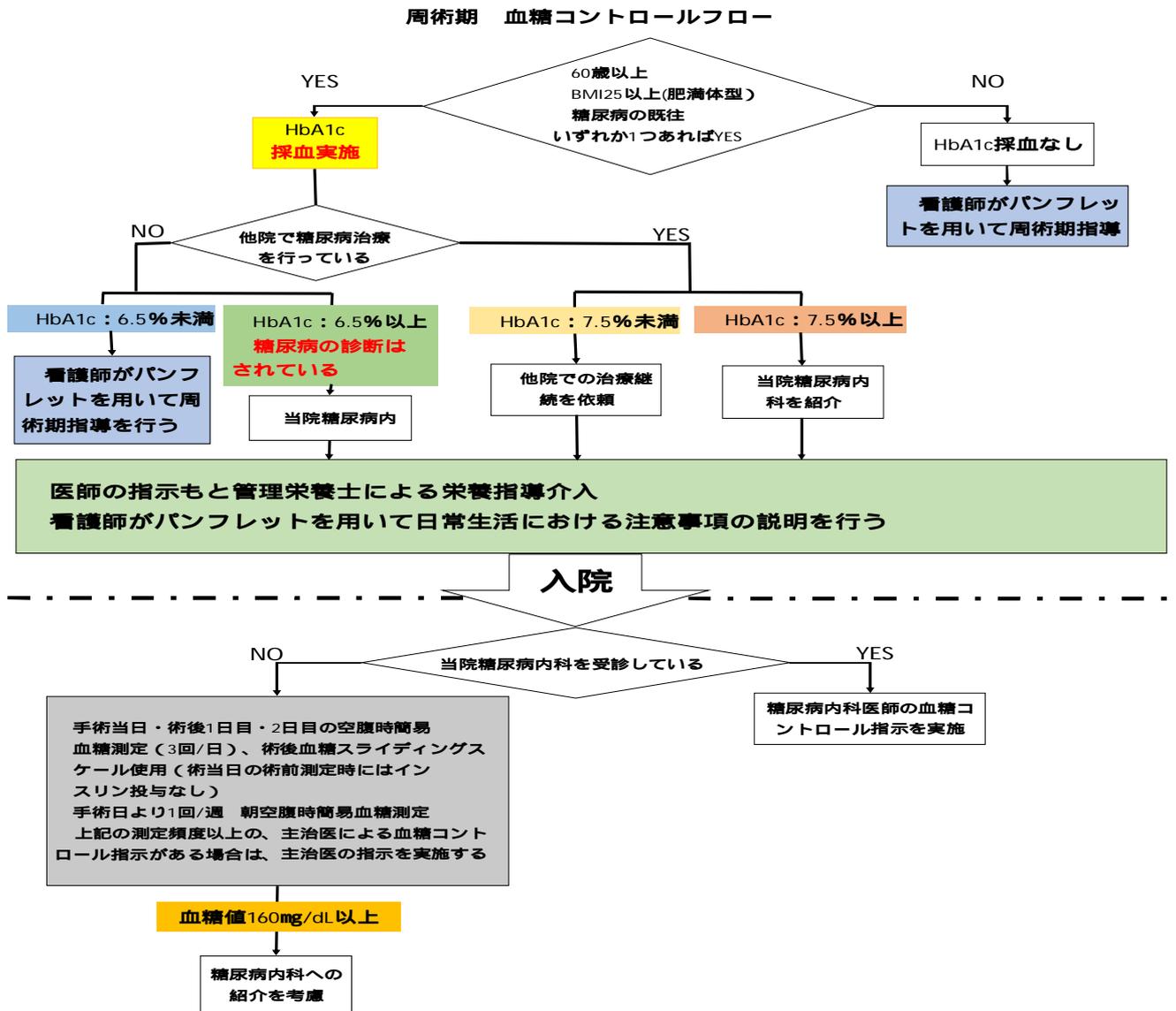
1) 「周術期術前管理フロー作成」について

「周術期血糖コントロール」「周術期栄養管理フロー」「周術期禁煙フロー」の3つのフローを作成した

(1) 辻医師監修のもと「周術期血糖コントロールフロー」を作成した

60歳以上、BMI25以上、糖尿病の既往の3つの項目に一つでも当てはまる患者は、糖尿病の指標の一つである『HbA1c』の採血を追加し、血糖コントロールの状態の評価を行い、術後の血糖管理にも繋げるようにした。

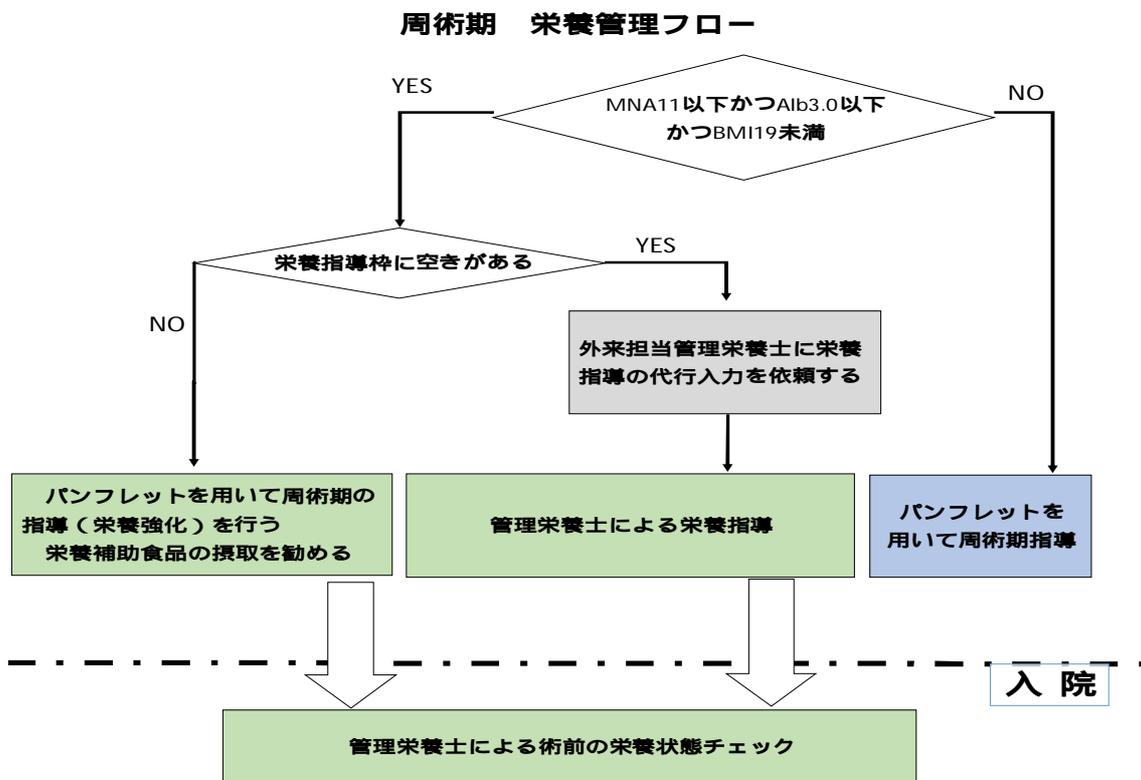
表4 周術期血糖コントロールフロー



(2) 「周術期栄養管理フロー」を川本医師、管理栄養士と協働し作成した。

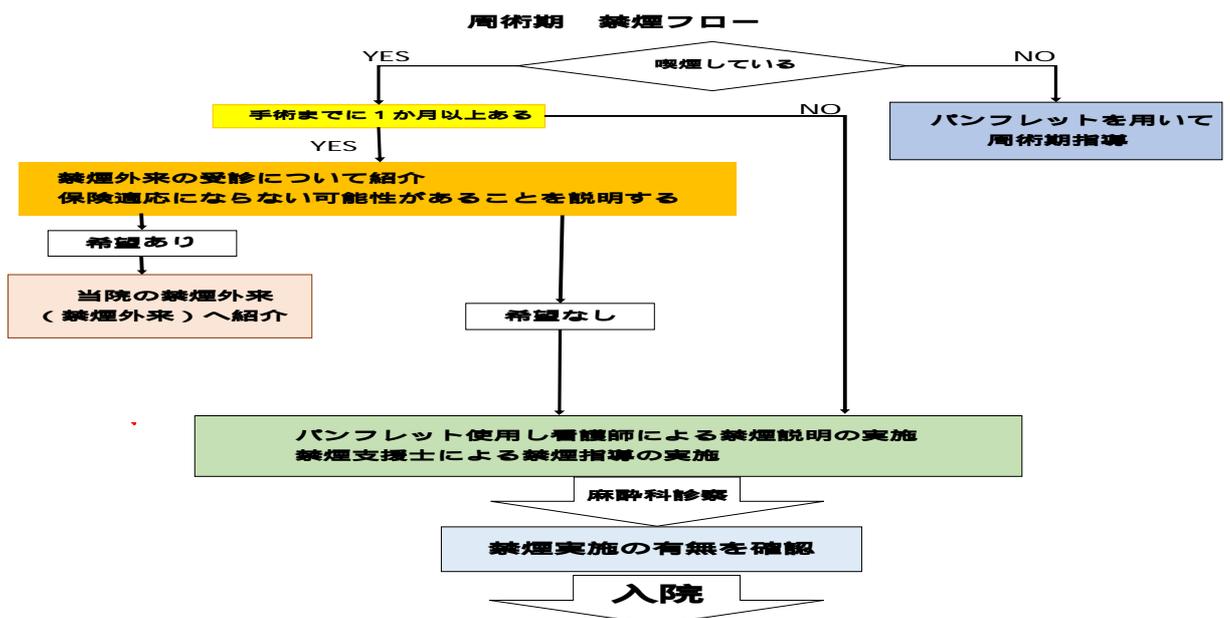
MNA11 以下 ALB3.0 以下、BMI19 未満の3つの条件すべてに当てはまる患者は、管理栄養士による栄養指導を実施することにした

表5 周術期栄養管理フロー



(3) 「周術期禁煙フロー」を禁煙支援士と作成した喫煙者には、禁煙外来の紹介、入院支援担当や禁煙支援士が指導を行う

表6 周術期禁煙フロー



フロー作成の周知に向けて、運用基準を作成し、医局会や師長会などで説明すると共に、関連部門へ冊子の配布を行った

2) テンプレートを使用した記録について

多職種の情報共有ツールとして、周術期術前管理フローでアセスメントしながら看護記録ができるテンプレートの作成を行った

この記録により多職種との情報共有の他に記録の標準化・効率化が図れるようになった

3) 勉強会の実施について

根拠を持った指導や術前のリスクアセスメントが行えることを目的とし、講師に感染管理認定看護師、管理栄養士、禁煙支援士に依頼し、SSI防止に対する勉強会を計77名の看護師に実施した

4) 周術期患者パンフレット作成について

看護師による指導方法の標準化と、患者が手術までの期間に繰り返し読み、準備ができるように多職種と連携し、周術期患者パンフレットを作成した。何枚もあった様々な説明用紙を患者にわかりやすいよう1冊にまとめた

入院支援で説明しながら、手渡した

6. 有形の効果

1) 12月16日～1月31日に患者診療支援センターで入院支援を実施した患者54名に対し2月10日現在まで術後創部感染は、『0件』であり、現在のところ目標を達成した発生状況のモニタリングは、継続して行っていくこととする

2) 医療費の削減について

SSIに関して過去の論文から、SSI 1件あたり追加費用として120万円必要であると言われている

HbA1c採血にかかる医療費は、1件当たり500円であり、SSIと術後創部感染との違いはあるが、事前調査で1年間、12件の術後創部感染を認めており月1件のSSIが発生していると仮定すると、当院での年間予定手術から月202件、手術を実施するとし、このすべての患者にHbA1cの採血を実施したとしても、一か月約110万円の削減になり、年間で換算すると推定1320万円の削減へつなげると言える

7. 周術期術前管理フローの実施状況の検証

1) 血糖スクリーニングを実施した77名中、HbA1c採血が必要な患者61名のうち53名、87%の採血が実施できた

HbA1c 採血により、無自覚の糖尿病の発見や糖尿病教育入院など、適切な介入へ繋げることができた。

2) 栄養管理フローについては3項目すべてのスクリーニングに該当する患者はいなかった。スクリーニング値について、再度検討が必要であるとする。

3) 禁煙フローについては、手術終了者54名中、喫煙者は12名であった。禁煙外来の受診希望者はいなかったが、禁煙成功者は4名という結果であった。医師の勧めにより禁煙した患者もいたため禁煙外来につなげていく仕組みづくりが課題となる

4) 清潔ケアについて
ケアの実施・観察・確認の記録が確立していなかったが、術前シャワー浴や除毛の実施、患者への確認の記録が90%以上、上昇した

8. 無形の効果

- 1) 患者がパンフレットを繰り返して見るなど、主体的に手術に臨むケースもあったこのことから患者参画型に繋がっていると思われる
- 2) 病棟では9時手術開始患者であってもシャワー浴を勧める、外来では手術決定時から周術期管理を意識した介入を行う、などのスタッフの意識向上がみられた

9. 標準化と管理の定着

表7

いつ	だれが	なぜ	なにを	どうする
月に1回	QC入院支援 担当者が	手術部位感染 防止のため	リスク評価指標の スクリーニング 実施状況を	調査しメンバー内 で情報共有する
月に1回	QC手術室 看護師が	手術部位感染 「0」の継続を 目指すため	手術部位感染 状況を	調査し、医師と 情報共有する
必要時	QCメンバー (周術期チ ーム)が	周術期術前スク リーニング定着・ SSI防止のため	周術期術前 フロー・パンフ レットの内容を	見直し、各部署へ 展開する

10. 振り返りと課題

表 8

振り返り

- ◆ 多職種が活動の意義に賛同して協力(専門職の誇り)
ミーティング… **50回** 以上
- ◆ 部門を超えた活動の難しさ
- ◆ 活動を継続することの重要性

今後の課題

- ◆ 手術部位感染発生状況のモニタリング
- ◆ 周術期管理を入院支援を經由した
患者だけでなく**全手術患者**へ展開
- ◆ 多職種チーム活動・連携の発展