

O-049

病棟看護師の勤務開始時間見直しによる勤務環境改善への取り組み

田屋恵子
JCHO 仙台病院

【はじめに】 A病院では、JCHO発足時より働きやすい職場環境の改善に取り組み、夜間の応援体制整備や業務量調査による看護師業務の可視化、業務改善等を行ってきた。しかし、部署毎の業務改善は、一時的な効果に留まり継続されないことが多く、家庭との両立が困難となり離職していく看護師もいた。A病院では、不規則勤務、長時間勤務、超過勤務から起こる身体的ストレス、精神的ストレスの軽減を図るために時間管理の検討を行い、勤務時間の変更を試行段階で実施し、超過勤務時間の減少、職員の満足度が上昇している。結果が得られたのでここに報告する。

【方法】 1. 看護師長会で勤務開始時間変更の提案。日勤8:15から17:00、2交替夜勤15:15から8:45、3交替準夜15:15から24:00、深夜0:00から8:45。育児中看護師についての日勤開始時間は変更なし。2. 実施実現について各病棟で検討及び日勤・夜勤業務内容の見直しと協議3. モデル病棟にて8月よりシミュレーション開始。毎月の看護師長会で実施状況の確認4. 1月より全病棟にて2ヶ月試行後アンケート実施

【結果】 常勤看護師275名へアンケート実施。回収率100%、有効回答98.9%。勤務開始時間変更に賛成は71.6%だった。意見としては、日勤が15分早く業務を開始することで、食事介助や下膳、与薬業務を多数で実施できるため、夜勤者が早く業務を終えることができる。夜勤者が45分早く業務を開始するため、日勤者が記録に早めに取り掛かれる、日勤と夜勤業務の切り替えが以前より明確になった等きかれ、超過勤務が全体的に減少した。少数意見としては、出勤時間が早くなったのが大変ということだった。

【考察】 変更時間は働きやすい職場環境に効果的であると考えられる。少数の意見は大事にし、選択肢の出来る勤務体制を組み入れ調整が必要である。

O-050

日勤業務の可視化から超過勤務の削減に繋げる

西島睦子
JCHO 仙台病院 看護部

A病院では日常業務の可視化を行うことを目的に看護業務量調査を実施している。調査表は、平成29年度より日本看護協会看護業務基準2007年改訂版を参考に看護行為分類1の36項目、看護行為2には臨床現場の看護行為を追加修正し調査シートを参考にした。看護師と看護補助者で協働可能な看護行為について現状を分析し、業務改善を行ってきたので報告する。

【方法及び期間】 対象者はA病院に勤務する看護師324名、看護補助者30名、クラーク9名。調査期間は1週間とし、当日日勤者に8時から20時の看護行為を15分単位で調査表へ記入。データ分析はExcelを用いて単純集計を行った。

【結果】 急性期・地域包括ケア病棟における看護行為量が占める上位は例年、19記録、17看護師間の報告・申し送りの順位である。看護行為の占める割合が高い記録時間について分析してみると、全体的に勤務交代後のまとめ入力タイプが多い傾向であることが読み取れた。2018年度の電子カルテ導入に伴い、リアルタイム入力に努めている部署と従来通りのまとめ入力を継続している部署で記録時間による超過勤務に差が見られた。日勤帯の繁忙時間の業務を分散するために、勤務時間の調整を含めた業務改善の取り組みを行ったことにより、2017年度と2018年度を比較すると超過勤務の短縮に繋がった。

【考察】 業務量調査を行い業務の見える化を行うことは、次の業務改善への足掛かりとなる。このことから、部署内で業務量調査に基づきPDCAサイクルを活用した取り組みを行うことが大切であると言える。古くからの習慣に捕らわれず勤務時間の調整や看護補助者へ業務委譲するなど、現場の状況に合わせて、柔軟に変化させていくことが部署の業務整理を進める上でも必要であると考えられる。

O-051

病棟と外来間の継続看護に向けた連携システムの取り組み

村田崇文、林歩美、北川瀬奈、中塚佳奈子、古澤美子、北川淳子、辻井光香
JCHO 滋賀病院 看護部

近年医療現場において患者の多様な価値観に応じ、より個別性を重視したきめ細やかな医療の提供が求められている。また、医療構造の変化に伴い在院日数の短縮化とスムーズな在宅医療への移行が重要となっている。当病棟は整形外科、内科の混合病棟であり、患者個々の希望や取り巻く環境は大きく異なってくる。その中で入院前後のADL変化を含め生活状況の変化が顕著に現れるのが整形外科である。病院内では問題なくADLが自立できていたが退院後の自宅において、段差・間口の狭さ・トイレまでの距離等の問題を抱えていた事例を認めた。これまで予約入院に関して患者プロフィールを外来で入力、退院時には病棟の受け持ち看護師が看護要約を入力していた。しかし情報伝達がスムーズに行われず、病棟では外来で得た細やかな情報が把握できておらず、外来では入院中の経過や情報が把握できていない現状があった。そのため外来と地域連携室・理学療法士と連携し「病棟と外来の情報共有を図りよりスムーズな継続看護につなげる」ことを目的とし連携強化に取り組んだ。「入院前・退院後カンファレンス」を週1回定期的に実施。入院前には「入院に至る経過、ADL、患者の希望、ゴール設定、入院中・退院後に必要と予測される支援、家族構成等の特記事項」、また退院後には「入院中の経過、退院後に必要とされる支援、外来で継続が必要となる特記事項」等についての情報を共有し、切れ目のない継続支援の実施に向け取り組んだ。これらの情報は「連携シート」に記載し病棟と外来を含む多職種で情報共有するツールとして活用した。その結果、入院前から退院後に至る患者情報が病棟・外来・多職種で共有でき「つなぐ看護」の実践に繋がった。

O-052

物品カードを活用した物品管理

内村麻里、牧野紀子、細谷敬子
JCHO 東京東病院 看護部

【目的】 医療現場において医療材料（以下、物品）は診療・看護を行う上で不可欠であり、病院管理上、物品コスト削減は病院経営において大いに有用である。当病棟は整形外科と内科の混合病棟であり、物品を多く抱え病棟内に不要在庫が溢れていることもある。また、物品請求先が薬局・中材・経理の3か所に分かれていることで請求先がわかりにくく、請求時に混乱を招いていた。物品管理の1つとしてSPD (Supply Processing and Distribution) を運用している他病院の事例があり、病棟独自のSPDを取り入れた請求システムを構築し、適正な物品管理につながったので報告する。

【方法】 2018年度4月から病棟内の物品における在庫数および請求数を集計し、使用動向に基づき定数を決定する。3か所の請求先を青・黄・ピンクに色分けし医療材料の写真・名称・請求先・定数を明記した物品カード（以下、カード）を作成する。カードは納入時に輪ゴムで物品に貼付し、使用時に所定の籠に回収する方法で運用する。SPD運用前後の請求システムに関する長所・短所について病棟スタッフ全員に聴取する。倫理的配慮は当院の規約に基づき行う。物品在庫金額を2017年度と2018年度を比較し本運用方法の効果を評価する。

【結果および考察】 作成したカードの品目と枚数は薬局（青色）8品目47枚、中材（黄）106品目164枚、（経理）ピンク色59品目210枚。SPD方式運用後は「請求先が明確になったし医療材料名がわかった」「請求数がわかった」などの声が聞かれる一方で「カードをつける手間が増えた」との声も聞かれた。在庫金額で2017年度と2018年度を比較したところ年間総額が約40万円減少した。これらのことから、請求先を色別で示したことで請求および納入時の分別がしやすくなった。また定数を明示したことで請求数がわかり、適正な請求と物品管理に繋がったと推察する。

【まとめ】 物品管理にSPDは有用であり、今後は看護部全体への導入を働きかけた。

O-053

承認から組織の再構築を試みる

三木裕子、野呂瀬静
JCHO桜ヶ丘病院 看護部

【はじめに】 2年前、当該部署において急な退職が続き、業務の煩雑化も伴い、既卒入職者への指導もスムーズに進まない状態が生じた。師長からの呼びかけに対しても消極的な態度であり、また、組織全体が暗く愚痴を言うスタッフも日々増えていく状況であった。このままではチーム力の低下や、人間関係が粗悪になることで良い看護につながらないと考えた。承認とは「正当、または事実・真実と認めること」(広辞苑)であり、組織の活性化を目指すために必要な要素であり、ポジティブマネジメントである「承認」を取り入れ組織の再構築を試みた。

【期間】 平成30年6月～平成31年2月

【対象】 当該部署30名スタッフ(他職種2名含む)

【方法】 毎月2名～4名の承認者を決定。病棟スタッフはあらかじめボックスに無記名で承認内容の記入されたメモを投函する。病棟カンファレンス時にその月に承認されたスタッフの承認内容を本人の前で司会者が読む。承認する順はまず新人、次に低迷期にある人。

【結果】 承認内容は1) 笑顔2) やさしい3) 患者の声をよく聞いている4) 丁寧5) よく勉強している6) 穏やか7) 冷静な判断8) 知識が豊富9) ○○さんのような看護師になりたい10) 必ず目を見て話してくれる11) 耳を傾けてくれる等であった。

【考察】 承認から得た効果は、日常では聞くことができない言動であり、スタッフそれぞれが承認された評価を確認した。そのことで他職種も承認したい意識が表出した。「理解してくれた、もっと頑張ろう」という承認内容からモチベーションアップに繋がったと考える。さらに承認された事でスタッフ自身が組織への存在価値や帰属意識を実感できた。それはチーム力へつながり、今後はアサーティブなコミュニケーションを行えることで組織が円滑になり、承認し合えた関係性が質の高い看護へつながると考える。

O-054

A病院における新人看護職員の離職率0%への取り組み

岡野礼子、岩水志津子
JCHO相模野病院 看護部

【はじめに】 A病院の新人看護職員(以下、新人)の離職率は2017年度16.7%、2016年度15.4%と高い経過であった。離職率の低下をめざし外部のメンタルヘルス担当職員(以下、メンタル担当者)の導入、新人看護職員研修制度を実施しているが、なかなか効果が見られなかった。しかし、2018年度の離職率は0%となった。

【目的】 2018年度の取り組みを振り返り、継続的な新人の離職防止への一助とする。

【実践方法】 新人看護職員研修の実施、支援体制は新人一人に一人の实地指導者と部署に教育担当者を配置、全体を研修責任者が統括。研修責任者と教育担当者、メンタル担当者と副看護部長をメンバーとした新人教育管理委員会を毎月開催した。メンタルヘルス対策として、定期的な看護師長の面談とメンタル担当者と自由に面談できること、面談内容は守られることを説明した。6ヶ月面談は副看護部長が新人全員と実施し必要と思われる新人をメンタル担当者の面談へ繋げた。また、地域の看護大学や専門学校へ訪問活動を行った。

【倫理的配慮】 A病院の倫理委員会の承認を得た。

【結果・考察】 メンタル担当者の部署訪問や、師長面談を行っていたが、個別の面談希望をするものはなかった。しかし、委員会では新人のメンタルへの不安を心配する声はあがっていた。そこで、6ヶ月後面談を副看護部長が行ったところ、看護師長へは言いにくかった悩みなどを多数聞くことができた。そして2名をメンタル担当者の個別面談に繋げることができた。離職率0%という結果は、一定の効果が見られたと考えられる。一方で、職場に馴染めず異動希望や、家庭との両立に悩むケースもある。メンタル担当者の面談や、状況に応じて面談相手を看護師長だけでなく、副看護部長や看護部長が担当し、部署異動の検討や業務内容の配慮なども勤務の継続に繋がったと考える。

【今後の展望】 学校訪問は地元の学生の確保に繋がり職員の定着へ繋がっていくと考える。

O-055

委託費用削減に向けた取り組み

藤本隆之
JCHO 群馬中央病院 経理課 契約係

【はじめに】委託費用削減の観点から契約の見直しを実施した。その中で感染性廃棄物の廃棄量がH27年度実績で164,228kgあり、年々増加する運搬・処分費が年間三千万を超える状況から、次期入札による契約において抜本的な契約方式と入札仕様の見直しを行い、これによる委託費用の削減効果について報告する。

【経緯】当時の契約は各サイズのある容器(容積)による単価契約となっており、1個当たり容器代・処分費の各サイズの単価契約としている。点滴プラボトル(感染性でない)・おむつ(非感染性)については、廃プラスチック処分・事業系の一般廃棄物とは認められないとして感染性廃棄物扱いで廃棄している。このような排出ルールにて排出される感染性廃棄物の量は例として段ボール容器の場合、H27年度実績で22,258個あり、単価1,125円で25,040,250円にも上る。

【取組事例】契約方式の見直しとして、公募型企画競争から一般競争入札とし、価格重視の方式とした。入札仕様の見直しとしては、積み替え保管許可を加え県外の業者が参加し易い方式を採用した。また、容器(容積)による単価契約からkg当たりの単価契約とした。そのkgには、容器代(各種ビニール代含)、運搬費用(積込作業費含)、処分費用、足踏みスタンド含むkg単価とした。また、点滴プラボトル(感染性でない)は、より安価な産廃として廃棄する仕様とした。

【結果】

旧契約：実績額H26年度～H28年度合計：96,714,450円

新契約：実績額H29年度、H30年度合計：24,285,754円

未実績のH31年度は2年間の実績÷2で換算し3年間の合計は36,428,631円と見込まれる。以上のことより、旧契約からの削減額は「▲60,285,819円(▲62.3%削減)」の委託費用削減の効果が図られる予定である。(税込)

O-056

廃棄物分別強化による処理費用削減の取り組みについて

枝吉政美
JCHO 船橋中央病院 総務企画課

【目的】当院では平成30年度に医療安全と感染管理の共同事業として「5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰)活動」を各部門で実施することとなった。

この活動のテーマを検討する中で家庭では「オムツ」は可燃ごみで排出しているが、病院では処理単価の高い感染性廃棄物として排出していることが判明した。そこでゴミ排出ルールを再確認したところ、非感染性廃棄物(一般ごみ)で排出してよいことが分かった。

このことから、病院から排出されるオムツを適切に分別・廃棄することで、費用削減に繋がると考え、廃棄物の分別徹底に取り組み、費用削減を実現することを目的とした。

【方法】各部署より集めたメンバーでWGを立ち上げ、分別方法の現状確認及び、ゴミ箱の設置場所、数量の把握をし、改めて設置場所、種類、数量を絞り決定した。

また、分別表の作成を行い、廃棄場所に掲示、職員への周知徹底を図った。

H30.8、NICU病棟から分別を開始し、徐々に病棟を増やし、H30.12には全病棟で開始した。

その後、数度にわたりラウンドを行い、設置場所や廃棄の方法等のチェックを行った。結果はWGを通じて各部署に伝え、部署内で共有し改善を図った。

【結果】感染性廃棄物の排出量は10,761kgから7,513kgに減少、処理費用は非感染性が感染性の約1/3となっており、年度途中から、また徐々に分別開始したことからの、平成30年度の削減額は約410千円であったが、全病棟分別後4カ月の平均を使用した通年換算では約2,360千円の削減が見込まれた。

【考察】身近な廃棄物をテーマにしたことで、多くの職員が関わり、処理費用の削減という大きな効果が得られたほか、職場における効率、品質、安全の向上についても、職員の意識の変化が見られた。

また、事務部門から積極的に提案・活動していくことにより、各部署の取り組み方や効果等を病院全体に広く伝えることができた。

O-057

一般競争入札による電力調達契約の改善

倉永高樹、中村敦、花田浩二、柿木涼夏
JCHO 宮崎江南病院 事務部

当院の電力調達契約は、平成27年度まで随意契約を行っていたが、電力自由化に伴い、平成28年度分から一般競争入札を行い、経費削減につながった報告をする。電力自由化後、当院にも新電力会社の営業は来ていたが、高圧電力については部分供給契約しかできず、全量高圧電力契約への対応が出来なかった。本部に部分供給電力契約について確認をしたが、ひとつの契約を一般競争入札と随意契約で行うことは出来ないとの回答であった。宮崎市内の大規模病院を調査したところ、各病院が部分供給契約や一般電気事業者と契約している中、ある公的病院が新電力会社と全量高圧電力契約を締結していた。その新電力会社に、来年度の全量高圧電力契約の一般競争入札への参加を依頼し、参加の承諾を得た。実際に、平成28年度電力調達契約の入札を行ったところ、入札参加業者は、一般電気事業者と新電力会社の2社であり新電力会社が落札した。削減額(予定数量を用いて算出)は4,191,886円であった。

翌29年度分電力調達契約についても一般競争入札を行い、一般電気事業者と新電力会社の2社が参加、前年に引き続き新電力会社が落札し、削減額は1,911,717円であった。28年度の一般電気事業者から新電力会社への切り替え時に比べ、2年目は削減額が減額したため、更なる減額を思案し、調査したところ、単年契約より複数年契約の方がコスト削減に繋がることが分かった。そこで、平成30年度分電力調達契約は、2年契約とし、一般競争入札を行った。入札参加業者は、新電力会社が3社参加し、削減額も4,203,763円と前回入札時より大幅な削減に繋がった。病院の電力調達契約については、部分供給契約となる新電力会社が多く、全量高圧電力契約による一般競争入札に参加できる業者が限られている。今後も、一者入札とならないよう、注意を図りながら、更なる電気料金削減に向けて努力していく。

O-058

引継ぎ業務の効率化による業務改善について

道武郎
JCHO 高岡ふしき病院 総務企画課(経理)

当機構では、部署間・病院間の人事異動が頻繁に行われます。しかし、十分な引継ぎ体制が整っていないと、時間と労力をかけて得た知識やノウハウが継承されず、重複した業務が繰り返されることもあり、そのことは経済的損失にもなります。それ以上に業務の遅延や漏れが発生すれば、信用失墜や法令違反に繋がることにもなりかねません。引継ぎ業務を円滑に行うことができれば、無駄な労力や不必要な労働時間をなくすることができ、また、異動者・残留者の精神的、肉体的負担も軽減できるため、働き方改革にも繋がります。無益な業務を減らすことで、職員の意欲も向上するので人的資産の流出等の損失を防ぐこともできると考えます。

O-059

当院におけるADL維持向上等体制加算の導入における費用対効果について ～病棟再編成後の変化に着目した検証～

菊池恵、高村麻加、大西和彦、稲村一浩
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】2014年の診療報酬改定において、ADL維持向上等体制加算(以下体制加算)が新設された。当院消化器病センターにおいて2014年10月よりPT1名を専従に置き、届出・加算開始とした。当院では2018年10月、2019年2月と段階的に病棟を集約、再編成し、病床稼働率の効率化を図った。効率化された病床によって、入院数に影響を受けやすい体制加算の診療報酬に変化があったのか、PT専従の費用対効果の側面から検証する。

【方法】2018年4月～2019年4月までの月ごとの当該病棟の体制加算をおよび入院・入棟件数を算出した。それを踏まえてPTを専従化した場合と専従としない場合の1か月の診療報酬を比較検討した。

【結果】病棟再編成当初の2018年10月の体制加算の算定は42240点であったが、徐々に増加し2019年3月では年度最大の63200点の算定となった。2018年度の体制加算の平均算定は51146点であった。また当該病棟のリハ対象は呼吸器リハ料Iとがんリハ料が多くを占める。標準的なPT1名の日算定18単位とすると、PTが、がんリハの診療報酬205点を一日18単位取得し20日可動すれば1月の算定は73800点となる。当該病棟の専従PT1名ががんリハ料を一日最大6単位で20日稼働にて24600点算定し、月ごとの体制加算を加えると、2018年4月～7月、及び2018年12月～2019年3月では専従でない場合の算定73800点を上回る点数となった。

【結論】病棟再編成後、体制加算の算定は上昇がみられた。PTが専従でない場合よりもPT1名が専従であった方が診療報酬算定には有利であるという算出結果となった。病棟を集約し高い病床稼働率を保つことが算定にとって有利になると考えられる。またPTを病棟に専従配置した体制加算の導入は経営面のメリットがあると考えられる。

O-060

当院の地域に向けた市民公開講座の取り組み ～地域医療機関・住民・医業収入への影響について～

金山永勲¹、成田大地¹、増山直子²、白土貴史²、石原順就³、木村健二郎⁴
¹JCHO 東京高輪病院 リハビリテーション室、²整形外科、³泌尿器科、⁴院長

【はじめに】

地域医療機能推進機構(JCHO)の所属機関は、医療の提供により地域住民の生活を支援するだけでなく、地域との連携や情報提供もその使命の一つである。JCHO 東京高輪病院では、年4回の市民公開講座をおこない、周辺の医療・福祉機関や地域住民に対して、当院での治療、また最新の医療技術および治療方法について情報の提供をおこなうとともに、情報をホームページ上に掲載して情報提供をおこなっている。

今回我々は、整形外科とリハビリテーション室によりおこなわれた、変形性関節症への講座が、周辺の地域医療機関および地域住民に対してどのような影響があったか。また医業収益に影響があったかを検討した。

【対象および方法】

対象は市民公開講座のおこなわれた前後1年間、2017年4月1日から2019年3月31日の2年間に、当院外来に受診して手指の変形性関節症(OA)と診断された患者とした。対象を講座の前後1年で群分けし、人数、コストの比較をおこなった。また患者の受診した経緯を調査した。本研究は当該倫理委員会の承認を受けている。

【結果】

当該期間に受診した手指OA患者数は2017年4月から3月のA群で22名、2018年4月から3月のB群は52名で2倍以上であった。B群の初診までの経緯は、近医の紹介8名、講座の参加者5名、インターネット検索13名、かかりつけ12名、その他14名であった。

【考察】

今回、市民公開講座の前後での患者数の推移を調査し、2倍以上の患者の増加が認められた。地域への情報提供により、周辺地域の患者に対して必要な治療が提供できたものと思われる。また患者数の増加により医療収益においても増収に働いたと思われる。今後の情報提供を継続することで、患者の医療機関受診の動機付けとなると共に、病院運営に寄与できると考えられた。今後も参加者から頂いた「ありがとう」「参考になった」などの声を大切に、活動を続けていく。

O-061

回復期リハビリテーション病棟の実績指数除外項目について

加藤敏一
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【目的】回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)の実績指数算定除外項目別の数値を調査し、除外対象選定の指針とする。

【対象】2017年4月1日から2019年3月31日までに当院の回復期病棟を退棟・退院した症例1349名を対象とした。疾患は脳出血・脳梗塞550名、変形性関節症323名、骨折250名、その他226名。年齢74.0±12.6歳(入棟時)。

【方法】カルテより、回復期病棟入棟時機能的自立度評価法(以下、FIM)の得点、回復期病棟退棟・退院時のFIM運動項目総得点、回復期病棟在棟日数・算定日数を調べ、実績指数を算出した。除外項目「入棟時FIM運動項目総得点20点以下(以下、運動20以下)」「入棟時FIM運動項目総得点76点以上(運動76以上)」「入棟時FIM認知項目総得点24点以下(認知24以下)」「入棟時80歳以上(80歳以上)」の4項目に関して各項目に該当する症例群と該当しない症例群の実績指数をMann-WhitneyのU検定で比較した。統計処理ソフトはSPSS Ver.25である。また、除外項目4項目の組み合わせでの実績指数の低値も調べた。

【結果】除外項目4項目に該当する患者は996名であり、各項目に該当する症例数は「運動20以下」223名、「運動76以上」389名、「認知24以下」420名、「80歳以上」453名であった。4項目の各項目に該当する症例群としない症例群の実績指数は4項目とも有意差が認められた(p<0.05)。除外項目の組み合わせは全症例では「運動20以下」「認知24以下」「80歳以上」の組み合わせが実績指数平均16.9±34.5と最も低く、次いで「運動76以上」「認知24以下」の組み合わせが平均19.2±16.6と低い結果となった。疾患別では全症例と同様に「運動20以下」「認知24以下」「80歳以上」の組み合わせが脳出血・脳梗塞(16.8±35.4)骨折(18.41±19.3)が低い結果となったが、変形性関節症ではその組み合わせの症例はおらず、「運動76以上」(30.2±23.4)のみの症例群が最も低い結果となった。

O-062

星ヶ丘医療センター リハビリテーション部におけるSTデータ構築の取り組み 注意機能の観点から

戸名久美子、渋谷静英、岡本麻美、宮澤明子、中村優、大橋礼乃、安東賢太郎
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【目的】本取り組みの目的は、次の2点である。第1に言語聴覚療法で臨床で得たデータを業務にできるだけ負担をかけず効率的に蓄積すること。第2に他職種を含むスタッフ間における情報交換の簡便さを図ること。作成したデータ項目を呈示し、今回は注意機能を主眼に、その必要性を報告する。

【方法】当院ST室スタッフにより、以下の点に留意し項目の選択を行った。(1)基本的な項目、(2)シンプルな評価、(3)数値化できる項目、(4)繰り返し行っても学習効果が測定したい機能のバイアスにならないもの。

【結果】基本項目と追加項目を設定した。基本項目はSTスタッフ全員が入力すべき項目、追加項目は症状に合わせて入力する項目とした。基本項目には、ST障害名として、嚥下障害、構音障害、失語症、失行、失認、注意障害、記憶障害、遂行機能障害、認知症をあげた。これらの評価は、「有」、「無」、「不明」にチェックを行う。ただし認知症に限っては既往の診断があるか否かで「有」、「無」、「不明」、診断が無く疑いを持つものを「疑」とすることにした。次に嚥下Gr、食形態、明瞭度をあげ、数値入力することにした。追加項目としては、数唱、マス計算反応時間、MPT、DDK、舌圧をあげた。入力の時期はPT、OTシステムに合わせ、リハビリ開始時、発症2、6、12週目と回復期病棟入棟日とした。

【考察】失語や高次脳機能の評価は複雑である。少しでもあれば「有」、疑わしいものは「不明」とした。嚥下に関してはPT、OTからのニーズも強く、他職種連携の観点からも基本項目に設定した。マス計算反応時間は注意機能を測定するために設定した。注意機能は他の認知機能の基盤である(Sohlberg,1989)。近年、理学療法、作業療法でも注意機能にからむ研究がなされることが多くこちらも連携につなげたい。将来、JCHOのデータクラウド化も念頭に置き、より良いシステム構築を目指したい。

O-063

JCHOグループ内のNSTに関するアンケート調査から見たリハビリ専門職の関わり

坂田理恵子^{1,2}、大橋奈央^{1,2}、藤井雄一^{2,3}、城宝深雪^{2,4}、朝倉悦子^{2,5}、長野真¹、
稲村一浩^{2,6}、坪内康則⁷

¹JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、

²JCHSリハビリ部会 言語聴覚士委員会、

³JCHO下関医療センター リハビリテーション部、

⁴JCHO北海道病院 リハビリテーション部、

⁵JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科、

⁶JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション科、⁷内科

【背景】栄養サポートチーム(以下NST)は平成22年のNST加算新設、平成30年の専従要件緩和により、いっそう普及が進んでいる。その中で栄養療法と運動療法の併用が重要視され、リハビリ専門職の役割は大きい。時間的制約によりカンファレンス・回診への参加が難しい現状がある。今回、JCHOグループの加算の状況、リハビリ専門職の関わりを明らかにし、業務改善の一助とすることを目的にアンケート調査を行った。
【方法】調査対象はJCHOグループ57施設のリハビリ専門職もしくは管理栄養士。調査実施期間は平成31年3月7日～3月29日。アンケートは23項目の自記式質問紙調査とした。

【結果】アンケート回収率は96.5%。回答者はST 54.5%、PT 20%、管理栄養士16.4%。NST稼働率は94.5%、そのうち加算算定は83.6%、専従在籍は32.7%であった。専従在籍施設では週の平均算定27.4人、専従不在施設では9.2人であった。構成メンバーは加算要件である4職種以外では臨床検査技師の次にSTが多く、栄養アセスメントにおいてADL関連項目は看護師が、嚥下機能はSTが、身体所見は管理栄養士が主に情報を提供していた。PTかOTが構成メンバーである19施設のうち63.2%で栄養管理を考慮したリハビリを提供していた。

【考察】JCHOグループのNST稼働率、加算算定率は、日本静脈経腸栄養学会の全国調査結果(2015年)稼働率92.5%、加算算定率73.1%を上回った。算定数は専従の有無に見合っており、専従要件緩和に柔軟に対応し、各施設の実態に合わせて運営されていると考えられた。多職種連携として、アセスメントでは看護師・管理栄養士が主体となり、より専門性の高い嚥下機能評価・リハビリ内容はリハビリ専門職が担うという役割分担がなされていた。リハビリ専門職がカンファレンス・回診に参加している場合は運動療法への介入等より充実した関わりが行えており、参加していない場合は事前の情報伝達等の工夫により連携が図られていた。

O-064

アンケート調査から見た摂食機能療法算定における当院の課題

藤井雄一^{1,8}、板平典子¹、飯田武²、金川英寿³、朝倉悦子^{4,8}、城宝深雪^{5,8}、
坂田理恵子^{6,8}、稲村一浩^{7,8}

¹JCHO下関医療センター リハビリテーション部、²消化器内科、³耳鼻咽喉科、

⁴JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科、

⁵JCHO北海道病院 リハビリテーション部、

⁶JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、

⁷JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、

⁸JCHSリハビリ部会 言語聴覚士委員会

【目的】当院では、2017年9月より看護師による摂食機能療法の算定が開始された。以後、算定件数は大幅に増加したが、算定病棟の偏りや算定方法に対する不安の声も多く、摂食機能療法の算定が十分浸透したとは言えない。算定における課題を抽出し、今後の算定件数増加や運用方法の改善を図ることを目的に院内アンケート調査を実施した。

【対象と方法】算定可能な全職種262名に「院内算定」「算定可能職種」「対象疾患」「診療報酬点数」「所要時間」の認知度を無記名式でアンケート調査した。看護師214名には「算定経験の有無」「算定時の不安」「算定経験がない理由」「言語聴覚士(以下ST)への要望」を追加調査した。

【結果】院内での算定を「知っている」と回答したのは71%。算定可能な職種を「知っている」と回答したのは33%で、ST(31%)の認知度が最も高く、次いで看護師(28%)であった。対象疾患を「知っている」と回答したのは38%で、脳血管疾患(38%)の認知度が最も高かった。診療報酬点数を「知っている」と回答したのは11%と低く、点数別の認知度は185点が7%、130点は5%であった。所要時間を「知っている」と回答したのは37%で、時間別の認知度は30分以上が27%、15分以上～30分未満は14%であった。算定経験がある病棟看護師は59%で、算定時の不安や不明点は「実施計画書の作成方法(38%)」「STと訓練時間が重複(34%)」「実施記録の入力方法(32%)」が上位にあがった。病棟看護師で算定経験がない理由は「算定方法がわからない(49%)」が最も多く、「対象患者がわからない(31%)」「算定していることを知らなかった(27%)」の順であった。STへの要望は「摂食機能療法についての院内勉強会(60%)」が最も多かった。

【結語】院内における摂食機能療法算定の統一化には、算定マニュアルやフローチャートの見直しに加え、算定要件や算定方法を対象職種に周知する機会の必要性が示唆された。

O-065

病院における言語聴覚士の役割を生活期のリハビリテーションから考える

武藤亜耶子、湯澤舞、増岡桂子、奥平あかね、相場みどり

JCHOうつのみや病院 リハビリテーション科

【目的】当院は急性期・回復期リハ棟及び老健を有するが、老健には言語聴覚士(以下ST)が配置されておらず、患者の生活を見る視点が低下していたため、適したゴール設定ができない現状であった。それを改善するために生活期で働く理学療法士(以下PT)・STを講師とした勉強会を行ったところ、生活期への理解に繋げることができたので報告する。

【方法】訪問看護ステーションに勤務するPT・STを講師に招いて勉強会を開催した。テーマは1)病院と在宅の違い2)生活期の実情3)病院と生活期の連携4)訪問リハビリの実情(当院を退院した共通の症例を通して)であった。その後、質疑応答・アンケートを実施した。アンケート内容は1)勉強会の内容が理解できたか2)今後の業務に活かせるか3)勉強会に参加して良かったか4)自由記載とした。

【結果】勉強会の参加人数はPT・作業療法士・ST20名(以下リハ職)・看護師(以下NS)10名の合計30名。勉強会後の質疑応答では、退院時と在宅生活での具体的な変化、病院でのリハビリの役割、連携の工夫について意見交換が行われた。アンケートの回収率は100%。今後の業務にも活かせるとの回答がリハ職・NS共に90%であった。NSからは入院生活と在宅生活のイメージの統一の困難さも挙げられた。

【考察】勉強会を開催することで、STのみならずリハ職・NSと共に生活期のリハビリについて理解することができた。また、退院後の生活を見据えた上でゴール設定し、地域と情報共有することでスムーズに生活期に繋げることができると分かった。今回の経験で得られた視点を今後は患者様の臨床に活かしていけるようにしたいと考える。

O-066

法改正における当院の取り組み
-現状と課題-

問島一貴、外岡千豊、松宮育子、森本佳子、森田博美
JCHO若狭高浜病院 臨床検査科

【背景】平成30年12月1日から医療法等の一部を改正する法律の一部規定が施行されることにより、医療機関等で検体検査を実施する施設に対して検査の精度確保の基準として「精度の確保に係る責任者の配置」「精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等の作成」「検体検査の精度確保のために努めるべき事項」が策定された。

【目的】今回の法改正にあたって既存のマニュアルを極力利用し効率化を目指した当院の取り組みを報告する。

【方法】精度管理責任者とは別に「検査機器」「標準作業書」「試薬管理」の各担当者を決め、スタッフに対して法改正への意識付けを行った。また各種講習会、インターネット、メーカー等から情報を集め、既存のマニュアルや日誌等を見直し、全ての医療機関に必要な各種標準作業書・日誌等がどの部分に相当するのか、また何を新たに作成するか等を運用も含め検討し整備した。

【結果】運用開始にあたり既存のシステム、マニュアル、日誌等を最大限に活用し、新規作成は必要最小限に抑え、省力化に努めた。また記録用紙の手書きによる手間や記入漏れ等の問題点が懸念されたが、検査システムから画面印刷することより記録作業の効率化を図ることができた。役割分担を決め、日々の業務を見直すことにより業務改善に対して率先的に取り組む姿勢がでてきた。しかし今までに行っていなかったことを実行し始めたことがかなりの負担となった。

【考察】新たな業務に対し負担を軽減するには、組織として同じ意識を持ちどうまとめるか、日々の業務の見直しと継続的な改善が重要だと考える。また、信頼性のある臨床検査データを提供するには常にPDCAサイクルを念頭に置く事が重要と考える。

【結語】法改正による今回の見直しは意識改革、精度保証において人員の少ない当院において有用であった。

O-067

試薬管理台帳ソフト作成

民本重一、余宮優子、佐々木由美、杉本佐奈江、山崎由美子、唐田秀司、白谷崇
JCHO天草中央総合病院

【はじめに】2018年12月から臨床検査技師法改正に伴い検査室でいくつかの追加業務が増えることになった。その中でも試薬管理台帳の記入が大きな負担となっている。そこで何とか業務軽減が出来ないかと試薬管理ソフトを作成をしたので報告する。

【方法】試薬管理台帳に求められる最低限の項目は、試薬名、ロット番号、入庫日、出庫日、使用期限である。それらを試薬の箱に印字してあるバーコードを利用して入力できないか検討した。その結果、試薬のJANコード、使用期限、ロット番号をバーコード化してあることが判明した。JANコードから試薬名を入力でき、入庫日も自動入力できるのでほぼ出来そうなことは分かった。これらを自動入力出来るようなアプリケーションはエクセル、ファイルメーカーなどであり、エクセルにて検討したが画面作成が思うようにできず、ファイルメーカーで作成した。JANコードと試薬名のデータベース、複合のバーコードが複数ありその桁数に応じた読み込み設定のデータベース、試薬管理台帳データベースをそれぞれ用意して関連づけた。バーコードが無い試薬も存在するので試薬リストから選び入庫できるように追加した。以上により、入庫処理業務がスムーズに行えるようになった。あとは出庫処理業務用に画面を作成し、同じようにバーコードを読ませることで目的の台帳にたどり着くように設定した。出庫処理に関してはまとめて行う場合も想定し、カレンダーから選ぶようにした。

【考察】今回試薬管理台帳のソフトを作成し、業務軽減に繋がったのでこのソフトをJCHO全病院に配布した。このソフトを各病院が施設に合うように改正して使用し、便利な機能や新しい発見等があればフィードバックを行いソフト自体が成長していくことが望ましいと思う。

O-068

臨床検査に必要な精度管理
-ISO15189取得に向けての毒劇物管理-

天野雄介¹、中西太¹、中村恵美子¹、藤本洋平¹、片山孝文¹、露木幹人¹、服部行紀²

¹JCHO中京病院 検査部、²病理診断科

【はじめに】ISO15189は、臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項を提供するものとして国際標準化機構(International Organization for Standardizations:ISO)が作成した国際規格であり、管理上の要求事項と技術的要項から構成されている。当院検査部では、ISO15189の取得を目指し2018年11月にキックオフを行った。今回、その取り組みの中で経験した毒劇物の管理について報告する。

【取り組み】検査部には管理すべき試薬が多く、安全データシート(以下、SDS)の収集から業務が始まった。メーカーの発行するSDSをもとに、労働安全衛生法、毒物及び劇物取締法、消防法など法令に準拠した手順を整理した。さらに、コントロールバンティング(化学物質の健康有害性についての簡易なリスクアセスメント)を行い検査部内で周知した。コントロールバンティングとは作業条件等の必要な情報を入力すると化学物質の有害性と暴露情報の組み合わせに基づいてリスクを評価し、必要な管理対策の区分(バンド)に応じて実施すべき対策シートが得られる手法である。その他、毒劇物管理には使用量記録や保存条件として温度管理、施錠の際の鍵貸し出し記録も必要であり、検査部全体での鍵管理(キーボックスの設置)、温度管理のできる冷蔵庫、鍵つき冷蔵庫の再編を行った。

【まとめ】ISO15189で要求される毒劇物の管理はSDSの整備だけでなく、スタッフに教育訓練をする必要がある。また、リスクアセスメントの実施には専門的知識が必要であり、毒劇物の管理、環境設備を整えることは検査結果への影響の他に、私たちの安心安全に関わる大切な業務である。まだ、始まったばかりのISO15189取得準備であるが、その経験がJCHOグループの精度管理向上に寄与できれば幸いである。

O-069

ISO15189受審を契機とした生理検査における精度管理の導入

宮澤法子、楠木啓史、加藤鮎美、野村実花、菅谷直美、上條隆雄、鈴木恵子、片山孝文、露木幹人
JCHO中京病院 検査部

【はじめに】ISO15189は2003年に国際標準化機構(International Organization for Standardization:ISO)によって定められた臨床検査室に特化した国際規格である。ISO15189では各項目の標準手順方法ならびに精度管理方法についても詳細な記載が要求される為、当院検査部でもISO15189取得に向けて、2019年から生理検査項目の精度管理を導入した。

【精度管理方法】心電図検査では<1>心電図の校正波形の高さ1回/週を確認する<2>機器間差はECGチェッカーを使用して1回/週、模擬波形の判定4項目(PR時間、QRS幅、QT時間、QRS平均電気軸)を計測する。<3>技師間差は1人の技師を被験者として、1回/年、心電図検査担当技師が測定手技を確認する。また、年1回症例を用いた目合わせを行う。肺機能検査では<1>VC、FVCは1回/日、FRC、DLco、CVは1回/週、3L較正用シリンジを用いて計測し、3L±3%以内であることを確認する<2>機器間差は3L較正用シリンジを用いて計測し、1回/年、3L±3%以内であることを確認する<3>技師間差は1人の技師を被験者として、1回/年、肺機能検査担当技師がVCの検査を行い、差が100mL以下とする。超音波検査ではファントムまたは1人の技師を被験者として、同一部位の計測を行うことで機器間差または技師間差を確認する。

【まとめ】生理検査において、検査結果は検査者の知識や技術に大きく影響される。そのため、本来の内部精度管理の概念を生理検査にそのまま当てはめることは困難であるが、検査結果の精度保証を担保するためにも精度管理が必要であると考え、日常業務に導入を試みた。なお、発表当日には運用状況なども合わせて報告したい。

O-070

微生物検査標準化による精度確保への取組みについて

横川伊都子、山下由梨亜、上條詩織、上野勝
JCHO高岡ふしき病院 臨床検査科

【背景】

2018年12月、医療法改正に伴い標準作業書、作業日誌、管理台帳などの設置が法令化され、精度の確保の方法が問われている。微生物検査は、測定対象が微生物である為、種々の要因で変動が生じやすく、実施する技師によって検査結果に差が生じやすい事が課題であった。

【目的】

今回、既存の検査マニュアルの問題点を検証し標準作業書を改定する事で、技師による判定基準の統一を図る事を目的とした。

【問題点】

1) 塗抹顕微鏡検査や釣菌時の菌量基準、2) 結果報告時の付記コメント、に技師間差があり、問題点として挙げられた。

【方法】

日本臨床微生物学会の各種ガイドライン、臨床微生物検査ハンドブック等の関連書籍を参考に、グラム染色鏡検時の菌量基準、釣菌基準、検査結果に付記するコメントについて検証し基準を構築した。

【結果】

グラム染色鏡検時や釣菌時の菌量判定は概ね統一されたが、検体の性状や常在菌が含まれる喀痰については、菌量判定に技師間差がみられた。検査結果に関するコメントは、検体の品質に関する項目、グラム染色に関する項目、同定・薬剤感受性結果に関する項目について付記するルールを決め、内容をチャート化したことで統一化が図られた。

【考察および課題】

微生物検査の塗抹顕微鏡検査、釣菌の判定基準を設定し、担当技師間で共有したが、検体の品質や培地塗布時に採取する部分の性状が結果に影響を及ぼす事が考えられた。検体の肉眼的観察方法と均一な染色性を確保するための標本作製方法、染色時間、染色方法など技術的要素も関係する為、定期的に担当者間の勉強会を開催し、既知の検体や染色標本を用いて目合わせを行う必要があると考える。

【結語】

2つの問題点について担当技師間でルールを決めた事で、判定基準やコメントの付記について統一化を図ることができた。しかし、検体性状や技術的要素による技師間差が今後の課題である。

O-071

細菌検査室における精度管理

藤田留美、高橋由香、山本耕三、大竹清志、小川豊
JCHO東京高輪病院 中央検査室

【はじめに】臨床検査部門における精度管理は、信頼性の高い検査結果を臨床に報告する上で重要項目であることは周知のとおりである。また、平成30年12月1日に改正・施行された法令により、検体検査の精度の確保に関する基準を設け、適切な管理を行うことについて法律上明確に位置づけられた。精度の確保に係る方法については各施設により考え方の相違があると思われるが、今回の改正法を受けて、当施設で実施している精度管理の取組みについて報告する。

【内容】精度の確保のために行っている取組みは以下のとおりである。内部精度管理では微生物同定感受性分析装置について標準株による測定を毎月実施している。グラム染色、チールネルゼン染色等の標本作成や、染色・目視判定は担当する検査技師間での確認を随時行っている。インフルエンザ抗原検査などの検査キットは、ロット毎の陽性または陰性コントロールによるチェックを行い管理している。また、外部精度管理は日本臨床検査技師会の臨床検査精度管理調査および測定機器メーカーの精度管理調査に毎年参加し、自施設の精度管理状況を確認している。その他、検査に必要な標準作業書を作成し遵守している。

【まとめ】医療法の一部改正を受けて、検査・測定担当者の検査手技の画一化、測定者間の較差をなくすための標準作業書作成により、適切な検査結果報告の担保のための精度管理に取り組み始めた。精度の確保のために努めるべき管理を行うことで精度保証がより高く、安定した結果が報告できるため、今後も必要に応じ改善に取り組み、検査結果報告の質の向上に努めたい。一方でその管理に関わる時間、手間、コストも増加することにより即時の対応は困難な場合もあり、また、審査評価への対応のためにも施設毎の改善に必要な内容を検討した是正に取り組んだ記録を残す必要があると考える。

O-072

大阪府臨床検査技師会標準化サーベイの取組み

竹村真俊
JCHO大阪みなと中央病院 検査室

【はじめに】大阪府臨床検査技師会(以下大臨技)では、日本臨床衛生検査技師会の臨床検査標準化事業をうけて、大阪府臨床検査技師会臨床検査データ標準化事業をスタートさせ、大臨技標準化推進委員会が2008年度から大臨技標準化サーベイを開始し今年度で12回目となった。今回は大臨技の標準化サーベイの取組みについて紹介する。

【大臨技標準化サーベイの特徴】委員会は標準化推進にあたり測定方法、試薬メーカーごと等に分類して評価しては本来の意味をなさないと考え、評価試料に出来る限り実検体と同様な反応性を示す試料を用い、評価基準に精度の許容誤差限界を用いることで一括評価をし、現状を適切に把握すべきであると考えサーベイを行っている。

【評価項目】○臨床化学項目:26項目 ○免疫項目:1項目 ○血液項目:6項目の計33項目

【配布試料】生化学・免疫項目:試料1、試料2ヒトプール血清・試料3新鮮ヒトプール血清 血液項目・HbA1c:試料4・5・6全血液(新鮮血) 試料3・4・5・6は大阪府臨床検査技師会ボランティアより作製した。各試料とも冷蔵で輸送し翌日測定とした。

【目標値】大阪府9基幹施設の測定値をもとに大臨技標準化推進委員会にて決定した。

【評価基準及び方法】日本臨床化学会クオリティマネジメント専門委員会(臨床化学 35:144-153,2006)より提示されている精度の許容誤差限界(BA)を用いた。血液項目は、全体集計から±3SD範囲外の測定値を除去した後に、目標値±全体集計の2SDを許容範囲とした。

【まとめ】ヒト新鮮プール血清を用いることで、多くの項目で一括評価することが出来た。しかし脂質やドライケミストリーについてはヒトプール血清では反応性に問題があり評価対象外となる項目もあった。また、ヒト新鮮プール血清を用いることで、マトリックスの影響を受けにくい利点はあるが、濃度差をつけることが難しく試料作成上での問題点となっている。