

処置の徹底を目指して ～処置の長期化・処置簿のもれをなくす～

社会福祉法人 志友会 芦北学園発達医療センター
重症心身障害児・者施設

大奥サークル

施設長からひとこと

超重症児室で、軟膏塗付や点眼などの処置が長引く傾向があり、1年以上にわたって漫然と続けられているものもあった。QC活動で問題点を明らかにし、対策を導き出して実施した結果、処置がスムーズになり、医師も仕事がしやすくなった。利用者のQOL向上にも寄与したと思われる。

1. 職場紹介

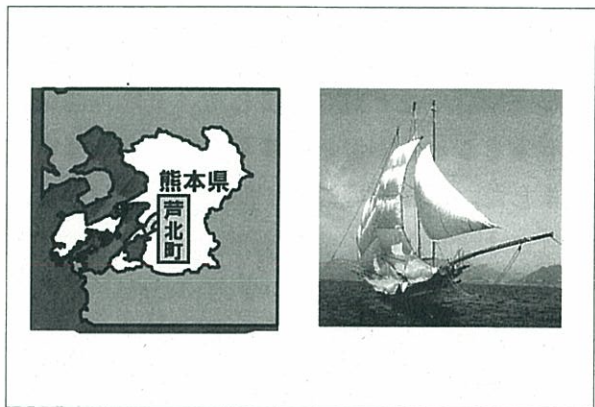
熊本県南部に位置する芦北町は、碧い海と美しいリアス式海岸に恵まれ、地元では「流れ」と呼ばれる、うたせ船があります。海と緑に囲まれた中にある芦北学園は、昭和43年に創立され、現在200名の重症心身障害児・者の方がたが利用されている施設です。医師・看護師・保育士・リハスタッフ・児童指導員・療育員・看護補助者などの職員で療育を行なっています。また、在宅支援や通園センター事業も行っています。(図表-1)

2. サークル紹介

ICUは、他病棟と雰囲気も異なり、交流が限られています。その限られた空間が、大奥のイメージにぴったりと思いサークル名をつけました。メンバーは6名で、職種は看護師、准看護師、療育員、平均年齢は43歳、本活動の月あたりの会合回数は1～2回、活動期間は6か月です。(図表-2)



●所在地	熊本県芦北町
●施設のQC活動年数	9年
●構成人員	6名、看護師・准看護師
●メンバーの平均年齢	43歳
●現メンバーでの活動歴	8か月
●本テーマの活動期間	8か月
●本テーマの会合回数	16回
●会合時間	1回平均60分
●主な活動時間	業務時間外



図表-1 職場紹介

構成人員	6名	本テーマの会合回数	16回
現メンバーでの活動歴	8ヶ月	当園のQC活動年数	9年
平均年齢	43歳	構成メンバーの職種	看護師・療育員 准看護師
月あたりの会合回数	1～2回	主な活動時間	業務時間外
本テーマの活動期間	6ヶ月	1回あたりの会合時間	1時間

図表-2 サークル紹介

3. テーマの選定理由

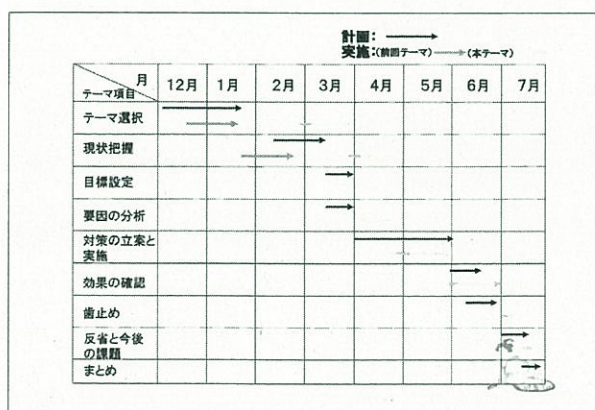
現在ICUでは、処置簿が2つと個人カードがあり、記載もれ等で内容が一致していないことがあります。また、評価するというシステムが確立されていないため、処置が長期化する傾向にあります。1日数回処置がある場合、日勤帯では処置当番がいるため確実にこなしますが、遅出・深夜では各チームにリーダー1名で業務を行うため、処置がもれることが多々あります。処置の徹底を目指し、処置の長期化が防げればと思い、このテーマを選定し取り組むことにしました。

ポイント ① 「テーマ選定理由」

重症者をたくさん抱えた施設でのサークルさんならではの「テーマ」ですね。テーマは「活動の顔」とも言われています。テーマを見れば、その中には利用者への思いやりと、何とか助けてあげたいという気持ちが出ていますね。この思いがサークル活動の原動力になっているようですね。

4. 活動計画

表の通り、取り組みは順調に進み最後は計画通りに活動を進めることができました。(図表-3)



図表-3 活動計画

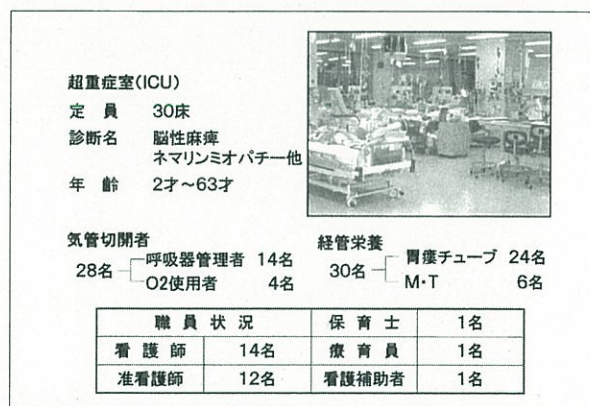
5. 現状把握-1

- ①病棟名、超重症室 (ICU)、定員30床、診断名は脳性麻痺、ネマリンミオパチーなどです。

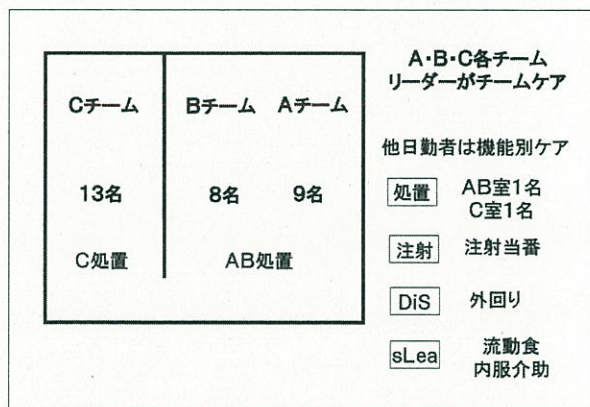
年齢2歳～63歳、気管切開者28名、その内呼吸器管理者14名、酸素使用者4名です。30名全員が経管栄養で、胃瘻チューブ24名、マーゲントチューブ6名となっています。

次に職員状況です。看護師14名、准看護師12名、保育士1名、療育員1名、看護補助者1名で、医療を重視した病棟です。(図表-4)

- ②ICUは図のような間取りとなっていて、A、B、Cの3チームに分かれています。各リーダーはチームケアを行い、他の日勤者は機能別にケアを行います。処置当番はABチーム1名、Cチーム1名で担当します。(図表-5)



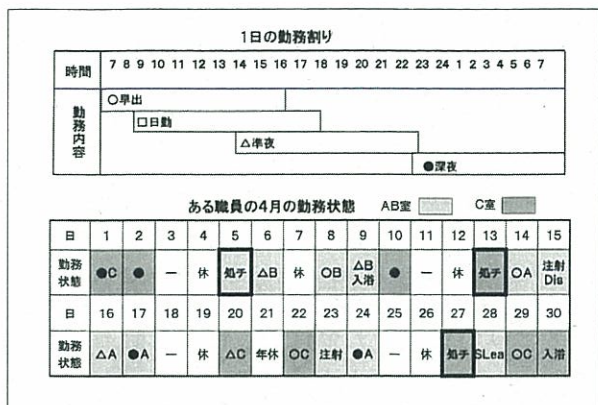
図表-4 現状把握-①



図表-5 現状把握-②

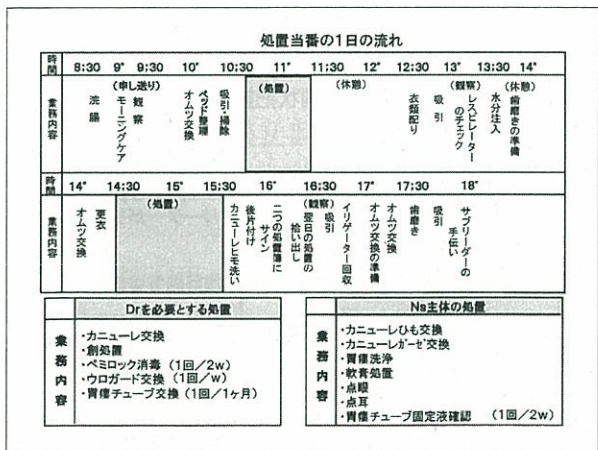
- ③1日の勤務割りは、図表-6のとおり4交代となります。下の段は、1人のスタッフの4月の勤務表です。太枠で示した部分が処置当番で、月に2～3回あります。C室を数日間担当し、その後AB室へというような勤務になっています。また朝の申し送り時には、利用

者の観察要員のため、状況把握が不十分なまま処置を行うこととなります。(図表-6)



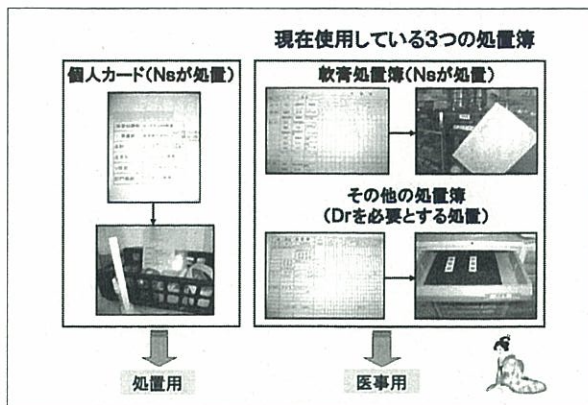
図表-6 現状把握③

④これは処置当番の1日の流れです。午前中の処置時間は45分程度で、Drを必要とする処置が中心となります。午後からはナースが行う処置が主体となっていますが、Drが不在のことが多く、また伝達もれ等があり評価がスムーズに行われない状態が発生します。(図表-7)



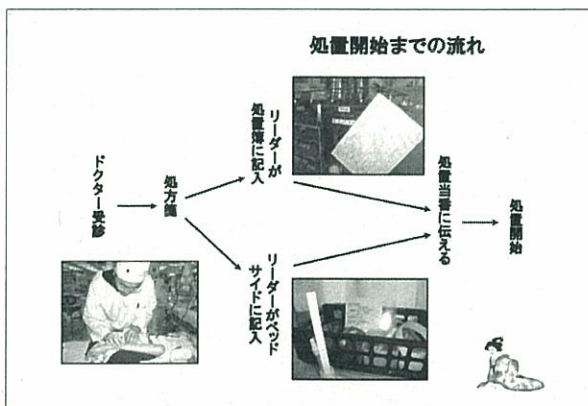
図表-7 現状把握④

⑤現在、ICUでは3つの処置簿を使用しています。処置当番はベッドサイドの個人カードを見ながら処置を行います。ナースが行う軟膏処置簿は処置台に、Drを必要とする処置簿は引き出しにあります。処置当番が2つの処置簿にサインし、これが医事請求用となります。(図表-8)



図表-8 現状把握⑤

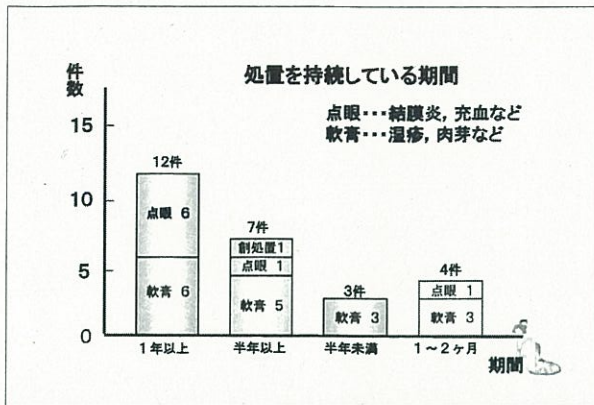
⑥次は処置開始までの流れです。初めにDr受診し、指示された内容をリーダーが処置簿と個人カードに記入し、処置当番に伝え処置が開始されます。(図表-9)



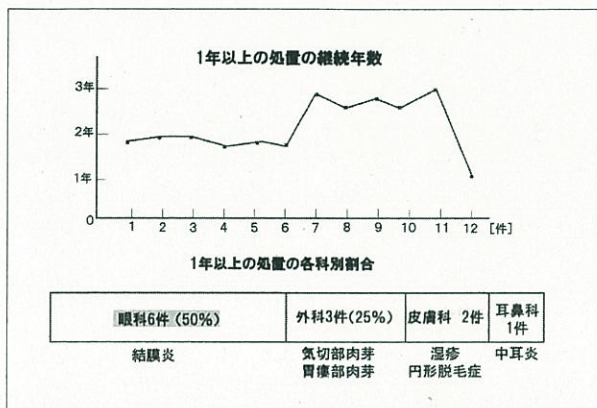
図表-9 現状把握⑥

⑦1年間の処置期間を調べてみました。1年以上12件、半年以上7件、半年未満3件、1~2か月4件となり、処置の長期化が目立ちます。処置内容を見てみると、1年以上続いている点眼処置は、結膜炎に対し抗菌剤やステロイド剤の点眼でした。軟膏処置に関しては、胃瘻部や気切部の肉芽などの治療でした。(図表-10)

⑧さらに、1年以上継続している12件の処置について調べてみました。1~2年6件、2~3年4件、3年以上が2件ありました。それらを各科別にみても、次頁のグラフのようになりました。眼科が半数を占め、外科・皮膚科で残りの約半数を占めていました。(図表-11)



図表-10 現状把握⑦

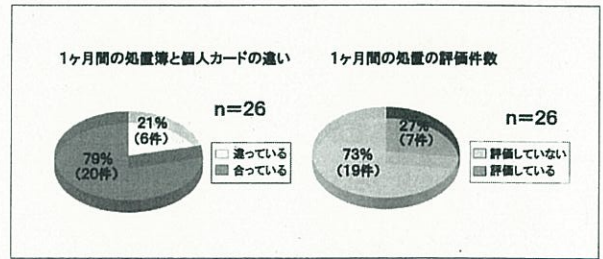


図表-11 現状把握⑧

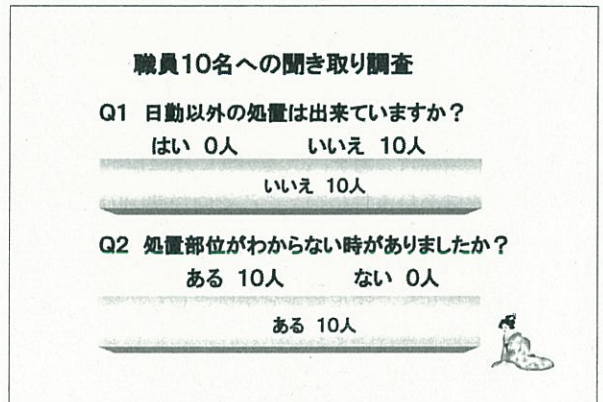
⑨図表-12の左の円グラフは、1か月間の処置簿と個人カードの記入間違いを調べたものです。26件中6件の記入もれがあり、それは個人カードと処置簿の両方にありました。医事は、処置簿をみて保険請求を行うため、記入もれは請求もれにもつながります。さらに右の円グラフは、同月の処置の評価の有無を調べたものです。26件中19件が評価できていませんでした。この中には、褥創委員が定期的に行っている評価も含まれているので、病棟で行っている件数はもっと少ないということになります。(図表-12)

⑩職員への聞き取り調査を実施しました。対象者は10名で、大幅な病棟移動を控えていたため、対策後の調査を考慮し、在籍期間の短い職員を選びました。「日勤以外の処置ができていますか?」の問いに対して、10名中10名が「いいえ」、さらに「処置部位がわかり

づらい時がありましたか?」に対し、10名中10名が「ある」と答えています。(図表-13)

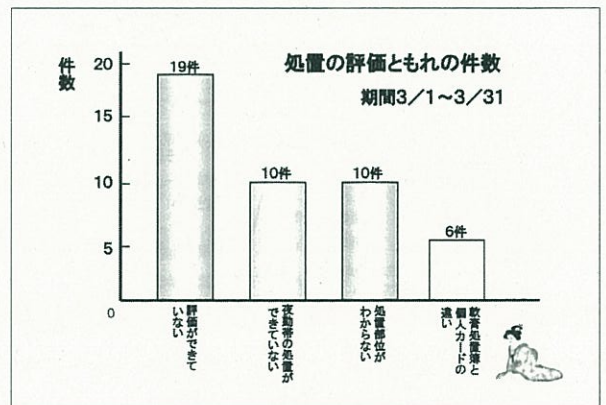


図表-12 現状把握⑨



図表-13 現状把握⑩

⑪このグラフは、処置の評価ともれの件数を表したものです。(図表-14)



図表-14 現状把握⑪

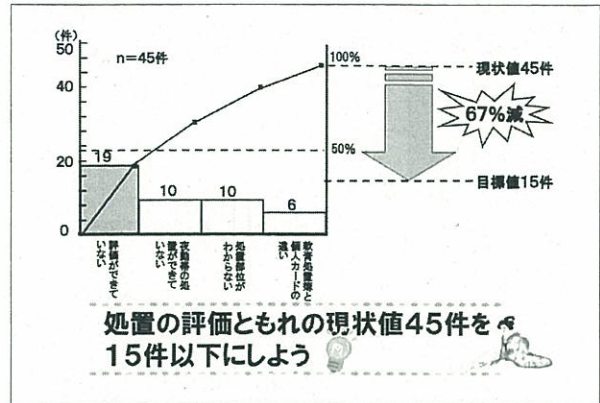
⑫以上の現状把握の内容から、次のようにまとめました。(図表-15)

まとめ

- ・処置簿が2つと個人カードがあり、それぞれに記入もれがある
- ・夜勤帯の処置が出来ていない
- ・評価されずに処置が長期化している
- ・患部がわかりづらい



図表-15 現状把握のまとめ



図表-16 目標の設定

ポイント ② 「現状把握」

この事例の一番の見所は、現状把握を11項目もの視点からしっかりと見ている点です。中途半端な「しっかり」ではありませんね。ここで何が悪いのかが明確になり、さらに対策がイメージとして頭の中に浮かんできますね。ここまで現状把握を確実に実施された事例は大変珍しく、また貴重な事例として、模範的な素晴らしい現状把握です。

ポイント ③ 「目標の設定」

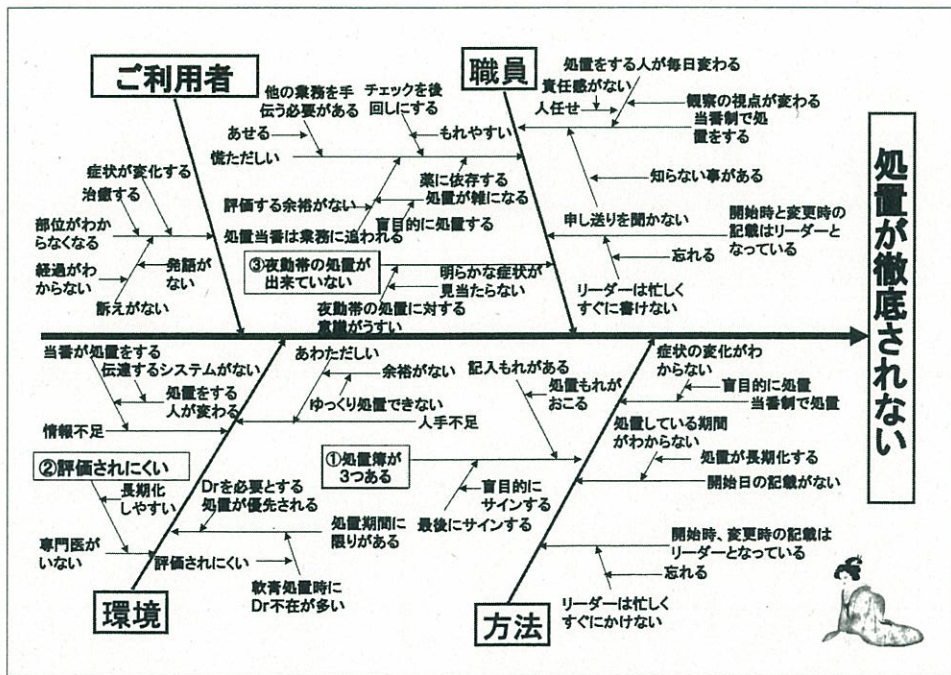
目標設定の基本は、何を、どうする、いつまでに、ですが、活動計画には入っていますのでこれでも良いと思いますが、ここでもしっかりと「いつまでに」と明記されるともっと良いでしょう。

6. 目標の設定

現状把握より、処置の評価ともれの件数45件を15件以下に減らそうと決めました。(図表-16)

7. 要因分析

「処置が徹底されない」を特性に利用者、職員、環境、方法の4方面から分析してみました。要因として①処置簿が3つある、②評価されにくい、③夜勤帯の処置ができていない、以上3つの要因を取り上げました。(図表-17)



図表-17 要因分析

ポイント 4 「要因解析」

事例の特性要因図の良さは、各要因の候補の表現が具体的で大変分かりやすいことです。また上げられた要因の数もちょうど手頃で、このくらいの要因数があげられればベターでしょう。そして「ご利用者」を主要因として上げてはいますが、そこから原因と思われる内容が出ないのも、福祉施設の特徴で、そこからは暖かい職員の気持ちが見えますね。

8. 重要要因の検証

要因①に対して、処置簿が複数ありもれも多い。要因②に対して、評価するシステムがないため、職員の意識も薄く処置が長期化しやすい。要因③に対して、処置は日勤帯という意識が強い。時間の表現があいまいでわかりづらいということがわかりました。(図表-18)

処置簿が3つある	<ul style="list-style-type: none"> 軟膏処置簿とその他の処置簿が分かれているので見づらい 軟膏処置簿とベッドサイドの個人カードの2つがあり、開始時変更時の記入がもれやすい
処置が評価されにくい	<ul style="list-style-type: none"> 評価をするシステムが確立されていない 職員の意識が薄いため、処置が長期化しやすい
夜勤帯の処置が出来ていない	<ul style="list-style-type: none"> 処置は日勤帯という意識が強い 時間の表現があいまいでわかりづらい

図表-18 重要要因の検証

9. 対策の立案

要因①

処置簿が3つあるに対して、軟膏処置簿とその他の処置簿を統一する。また、処方箋を活用することとしました。

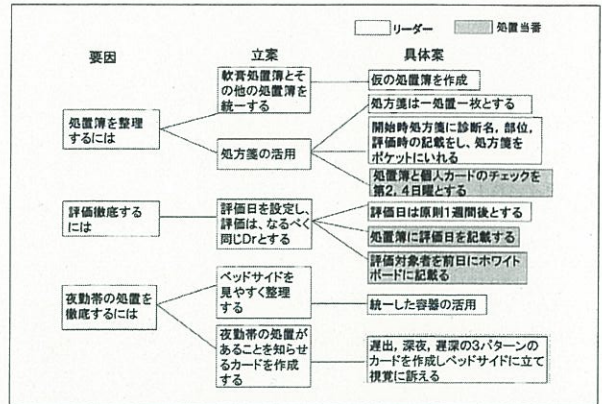
要因②

評価されにくいに対して、評価日を設定しなるべく同じDrに評価してもらおうとしました。

要因③

夜勤帯の処置ができていないに対し、ベッドサイドを見やすく整理し、夜勤帯の処置があることを知

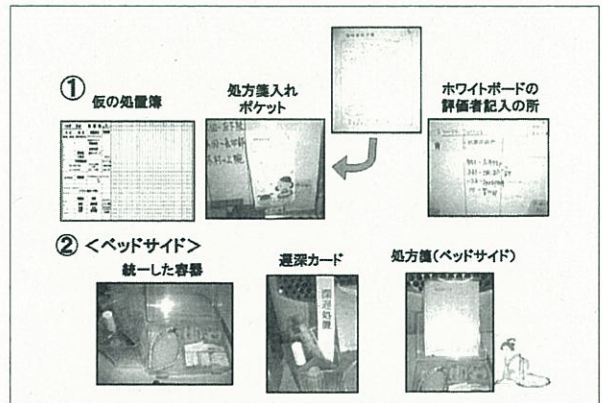
らせるカードを作成することとしました。(図表-19)



図表-19 対策の立案

10. 対策の実施①～②

- ①軟膏処置簿とその他の処置簿を統一するため、仮の処置簿を作成しました。次に、処置簿の記載もれをなくすために処方箋を活用し、それをいれるポケットを作りました。リーダーが必要事項を記入した処方箋をポケットに入れ、処置当番が処置簿に記入するとしました。次に、定期的に評価するため、ホワイトボードに評価者を記入する欄を作りました。(図表-20)
- ②ベッドサイドを整理するため、体温計等を立てる縦型容器と、軟膏やテープ類を整理する容器を購入し、容器の統一化を図りました。また「遅出」「深夜」「遅・深」の3パターンのカードを作成し、カードをベッドサイドに立て、夜勤帯の処置があることを視覚的に訴えました。また、処方箋を個人カードとして活用しました。(図表-20)

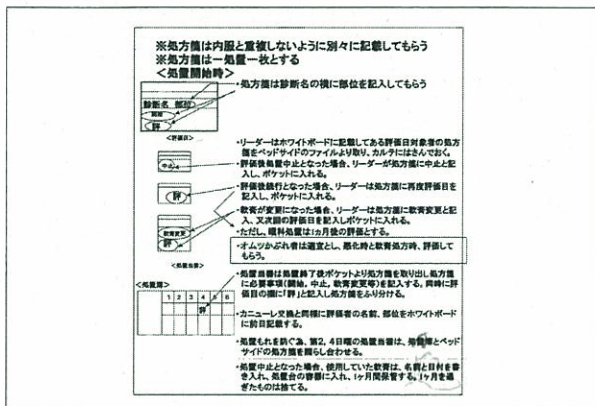


図表-20 対策の実施①②

10. 対策の実施③

一連の流れを書いた仮のマニュアルを作成し、職員に説明しました。仮のマニュアルはステーションと処置簿引き出しに入れ、また伝達簿に貼り毎朝の申し送りで伝達しました。(図表-21)

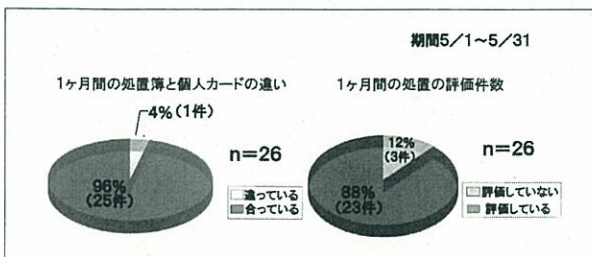
しかし、処置簿、処方箋に記入もれがあったため、個別に再度説明し、仮のマニュアルを配布しました。



図表-21 対策の実施③

10. 対策の実施④

下のグラフは、1か月間の処置簿と個人カードの違いを表したもので、26件中1件の違いがありました。右のグラフは、1か月間の処置の評価件数で、26件中3件の評価もれがありました。(図表-22)

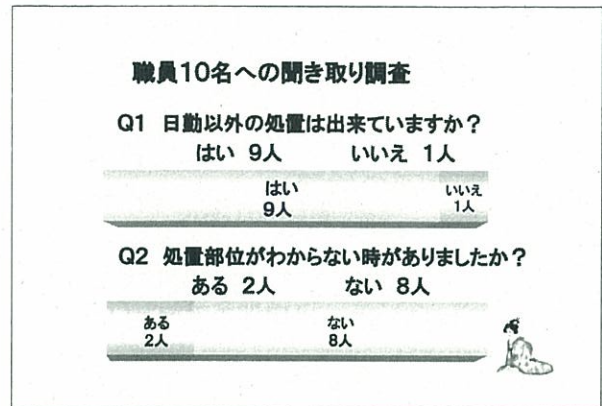


図表-22 対策の実施④

10. 対策の実施⑤

次は、職員10名への聞き取り調査の結果です。「日勤以外の処置はできていますか？」に

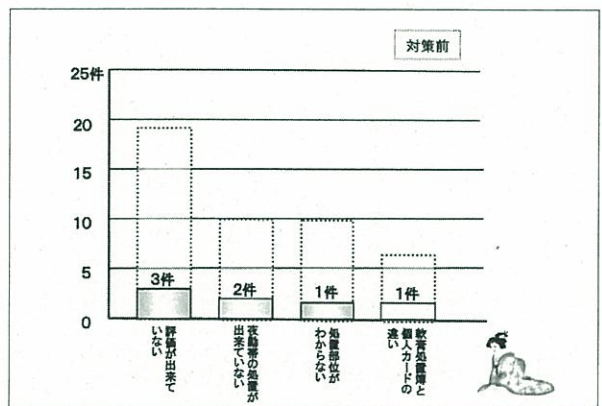
対して「はい」と答えた人は9名でした。また、「処置部位がわからない時がありましたか？」に対し「ない」と答えた人が8名で、対策実施前と比較し改善が見られました。(図表-23)



図表-23 対策の実施⑤

10. 対策の実施⑥

以前は「評価できていない」が19件でしたが、実施後は3件へ、また「処置部位がわからない」は10件から1件へというように、他の要因も減少していることがわかります。(図表-24)



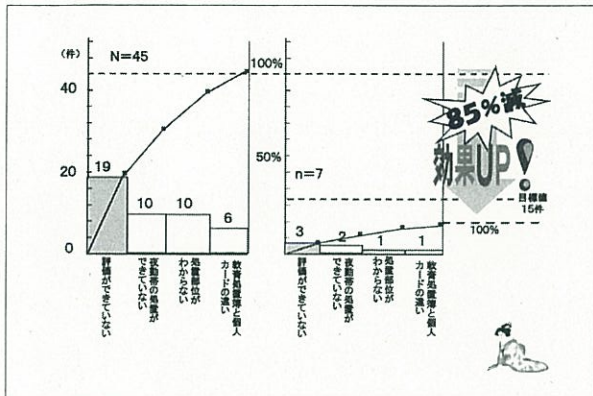
図表-24 対策の実施⑥

ポイント 5 「要因の検証・対策立案・実施」

要因と思われる3つを検証し、これが真の原因と確認して、それに対して夫々の対策案を選出し、また夫々に対して対策を実施していく、この流れが問題解決では大変重要な手順です。このサークルは当たり前のように進めていますが、要因の検証・対策立案・実施とこの3点セットは離さないで一緒に進められるのは、相当ベテランの域に達しているサークルだと思いますね。

11. 効果の確認

対策前と比較し、定期的に評価できるようになりました。処置の長期化もなくなり、目標を達成することができ、目標達成率は100%でした。(図表-25)



図表-25 効果の確認

12. 波及効果

- ・ 個々の処置ケースが統一され、整理されたため、見やすく使いやすくなりました。
- ・ さらに夜勤帯の処置の有無が分かり易くなったことで、処理のもれが少なくなった。
- ・ 定期的に評価することで処置の長期化が防げるようになりました。
- ・ 職員の処置に対する意識が高まった

ポイント ⑥ 「波及効果」

実質的な効果が大変大きく、成果の大きい活動だったと思います。しかし効果が大きいだけにうっかりすると、波及効果を忘れてしまいそうになります。じつは長い目でみると波及効果の方が大きかったという場合もあります。数字に表れないで、じわーと効いて来る波及効果の大切さを良く知っているサークルさんですね。

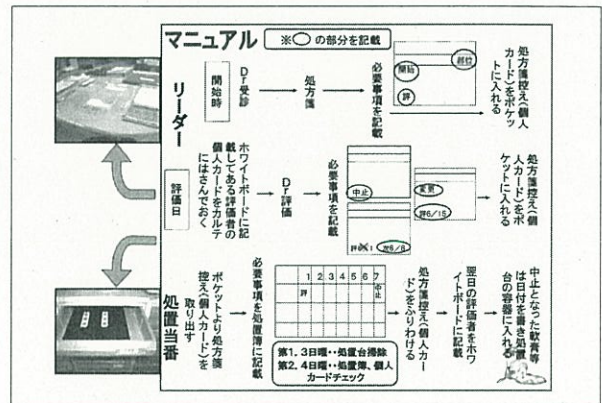
13. 歯止め

処置の徹底ができるように、5W1Hにまとめました。リーダー・処置当番が、処置開始時・変更時に、処方箋をマニュアル通りに活用するとしました。(図表-26)

要因	誰が	いつ	何を	どうする
評価されにくい	リーダー 処置当番	処置開始時 変更時	処方箋	マニュアル通りに活用

図表-26 歯止め

これは、図式化したマニュアルです。リーダーと処置当番に分けて記載してあります。マニュアルは、ステーションと処置簿引き出しに入れるようにしました。(図表-27)



図表-27 歯止め

14. 反省とまとめ

〈良かった点〉 処置簿を見直すことで整理され、より丁寧な処置ができるようになりました。また、取り組み内容について Dr から賛同が得られました。
 〈反省点〉 メンバーの病棟移動や、勤務時間が合わないこともあり、十分な話し合いができませんでした。今後の課題として、病棟スタッフへの伝達がスムーズに行えるようにしていきたいと思います。

まとめ

重症心身障害児・者施設という、大変厳しい業務の中で、全国大会で何回も発表されているサークルとお聞きしました。この事例は、現状把握の大切さを教えてくれています。ご利用者の身になって、私たちに何ができるのかを問いかけながら、11項目ものデータで現状把握をされているように見えます。そして、そのデータの影には、これを改善すればご利用者の笑顔が必ず待っていると、信じながらこの活動を進められているように見えました。これからもますます地域に根付いた信頼される施設として発展することでしょう。
 QCサークル本部認定講師(片倉紀夫)