

No.	テーマ
304	入室時待ち時間の短縮

会社・事業所名（フリガナ）	発表者名（フリガナ）
地方独立行政法人三重県立総合医療センター	ゴトウ 五嶋 リョウスケ 了脩

病院紹介



三重県立総合医療センターは、北勢地域を診療圏とし、21世紀における地域医療の基幹病院を目指し、高度・特殊医療の充実を図るとともに、重篤救急患者の救命医療を担当し、多様化、高度化の著しい県民の医療ニーズに的確に対応しています。

【基本理念】

- ・救命救急、高度、特殊医療等を提供することにより、県の医療水準の向上に貢献します。
- ・安全・安心で互いにささえあう社会の実現に向けて医療面から貢献します。

【基本方針】

1. 患者の皆様の権利を尊重し、信頼と満足の得られるチーム医療を提供します。
2. 県の基幹病院として医療水準の向上に努めるとともに、医療人材の育成に貢献します
3. 県内医療機関との連携を強化し、地域医療の充実に努めます。
4. 職場環境を改善し、職員のモチベーションの向上に努めます。
5. 責任と権限を明確にした自律的・自主的な経営を行います。



私たちの紹介

手術室・中央材料室

手術室数:8室（バイオクリーンルーム含む）

診療科：消化器・一般外科 小児外科 乳腺外科 形成外科
脳神経内科 産婦人科 心臓血管外科 脳神経外科
整形外科 呼吸器外科 泌尿器科 皮膚科

看護師:28名 このうち男性看護師が5名



最新のロボット手術や
レーザー手術等も
行っています。



閉鎖的・怖いところ・緊張感がある
というイメージがあるかもしれませんが
みんなで明るく元気に働いていま

QCサークル紹介	サークル名（フリガナ）		発表形式
	入室待たせま宣言（ニューシツマタセマセンゲン）		プロジェクター
本部登録番号		サークル結成年月	令和3年 4月
メンバー構成	5名	会合は就業時間	内・外・ 両方
平均年齢	35歳（最高 49歳、最低 24歳）	月あたりの会合回数	1回
テーマ暦	本テーマで 1件目 社外発表 1件目	1回あたりの会合時間	1時間
本テーマの活動期間	令和3年4月1日～令和4年2月12日	本テーマの会合回数	10回
発表者の所属	手術室・中央材料室		勤続 5年

テーマの選定理由

手術開始時間の重複と手術室乗換えホールでのベッド移乗、患者情報の申告により手術室への入室の滞りが発生している。そのため、手術開始時間の遅延、手術出棟に携わった看護師の拘束時間の延長等が発生していると考えられた。また入室の待ち時間が発生していることにより、患者も緊張した状態で乗換えホール前に待機している状況も招いていた。そこで手術室への入室、申し送り方法の変更を行い、入室時の待ち時間の短縮を行うことで、患者を円滑に手術室へ案内でき、かつ手術出棟に関わる看護師の時間的負担の軽減が図れると考え、このテーマを選定した。

活動スケジュール

	担当者	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
①現状の把握	松岡		----->	----->						
②目標の設定	松岡		----->		----->					
③要因の解析・検証	五嶋			----->	----->					
④対策の立案・実施	宮本				----->	----->				
⑤効果の確認	北澤				----->	----->	----->			
⑥標準化と定着	伊藤							----->	----->	----->

現状の把握

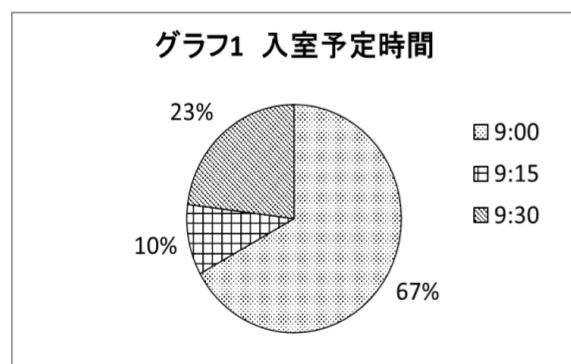
【調査内容】

- 予定手術開始時間からの遅延時間
- 手術予定患者が乗り換えホール前で待機した時間
- 出棟に携わった看護師が乗り換えホール前に到着した時間から退室するまでの時間
- 出棟看護師からの手術予定患者の情報申告にかかった時間
- 情報申告時の患者のプライバシー遵守の有無

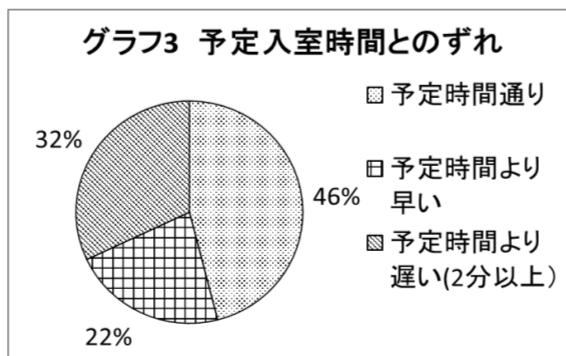
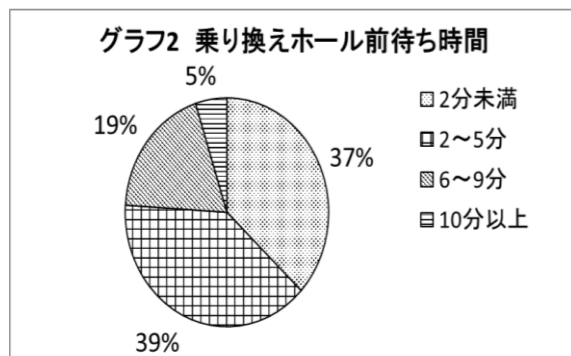
【調査方法】

- 手術出棟に関係する部署の看護師に対するアンケートの実施
- 手術室看護師へのアンケートの実施
- 手術出棟に携わった看護師への入室時調査用紙の実施
- 手術室看護師への患者入室から申し送りに関する調査用紙の実施

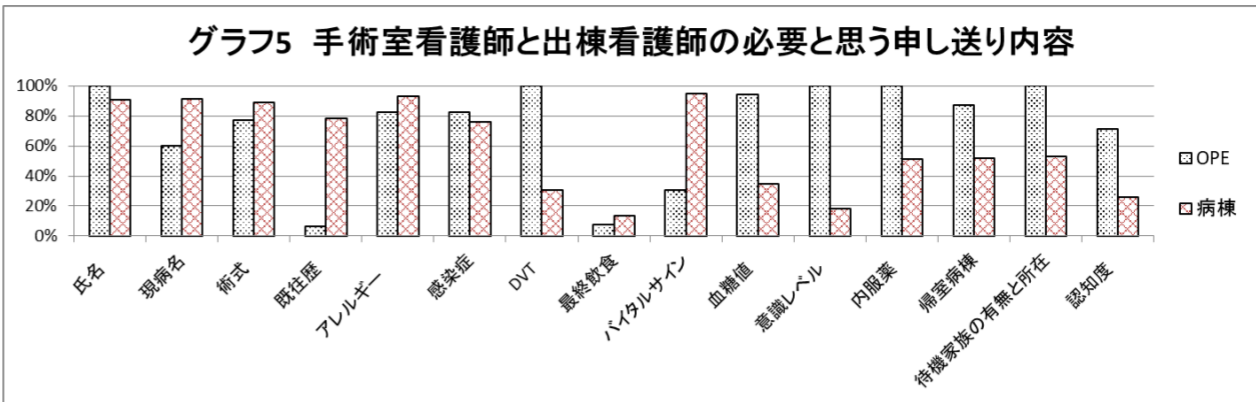
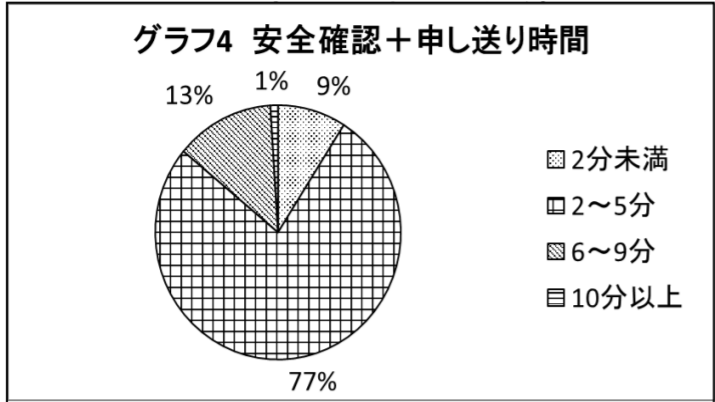
調査結果



入室予定時間が9時から9時30分までの症例は1日平均4.6であった。グラフ1より約70%が9時から入室となっており、他の診療科の手術と入室時間が重なりやすい状況である。

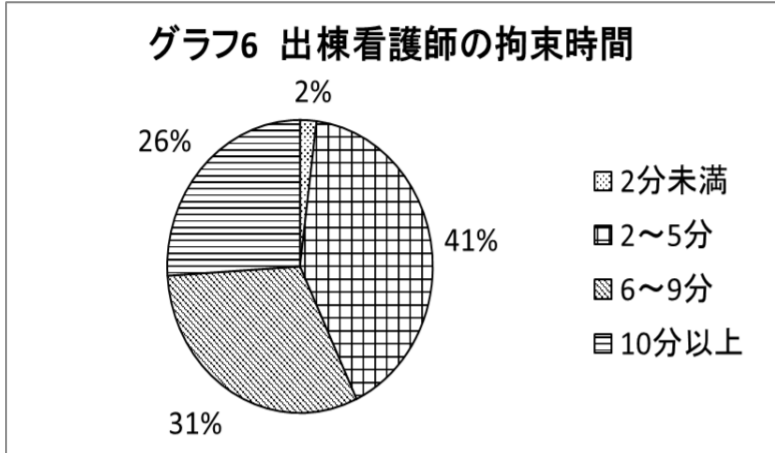


グラフ2より半数の症例は乗り換えホール前で2分以上患者を待機させていた。その結果約30%の症例で予定入室時間より遅れている。

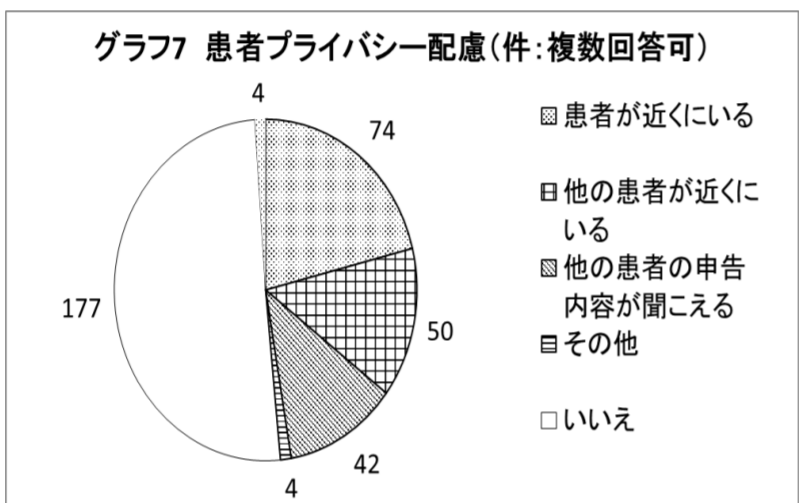


〈アンケート結果(抜粋)〉
 申し送りの際、申し送り内容などで困ったことや気になったこと
 ・手術室で必要としている申し送り内容がわからない。
 ・手術室看護師によって申し送りしてほしい内容が異なっている。

予定入室時間が遅れる要因として、グラフ4とアンケート結果より患者の安全確認と病棟看護師からの患者情報の申告で時間を要していた。グラフ5から病棟の看護師と手術室看護師が必要と思っている患者情報の申告内容に乖離があるため、必要以上の情報の申告があり時間がかかっている。



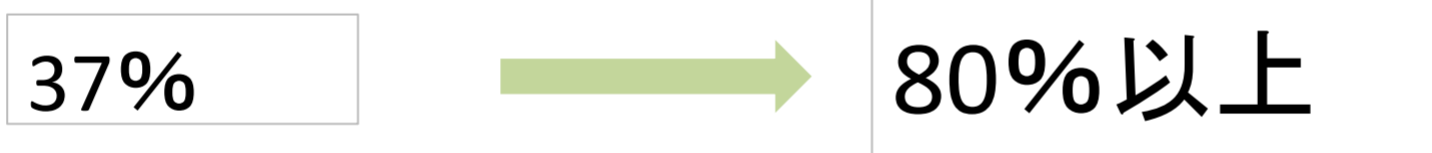
グラフ6より、乗換えホール前の待機時間、患者情報の申告に時間を要している。病棟看護師が乗換えホール前に到着した後から退室するまでの時間(拘束時間)が多くかかっており、約60%以上が6分以上の時間を要している。



グラフ7より、入室時の患者のプライバシー配慮について、患者情報の申告時に対象の患者が近くにいる。また、申告内容が聞こえてしまうことが多く挙げられ、同一空間内で申し送りをしている環境が不適切だと考えられる。

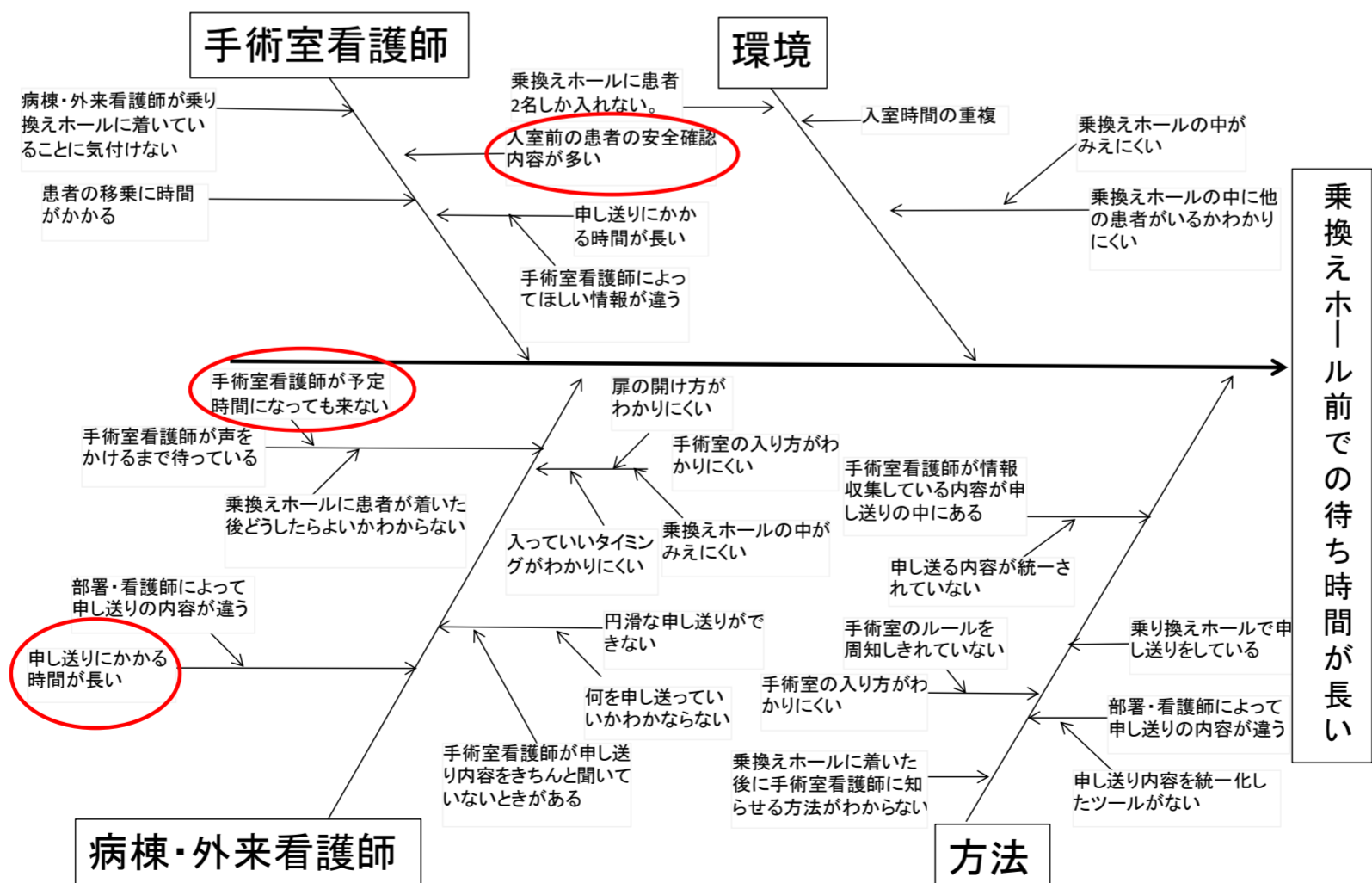
目標の設定

9時台の手術室入室症例の乗換えホール前の待機時間が2分未満である割合を…



根拠：一日で最も入室時間が重複する時間帯の混雑を回避できることで入室時間の遅れ、申し送り待機看護師の最大待機時間の縮小を図ることができると考えたため。

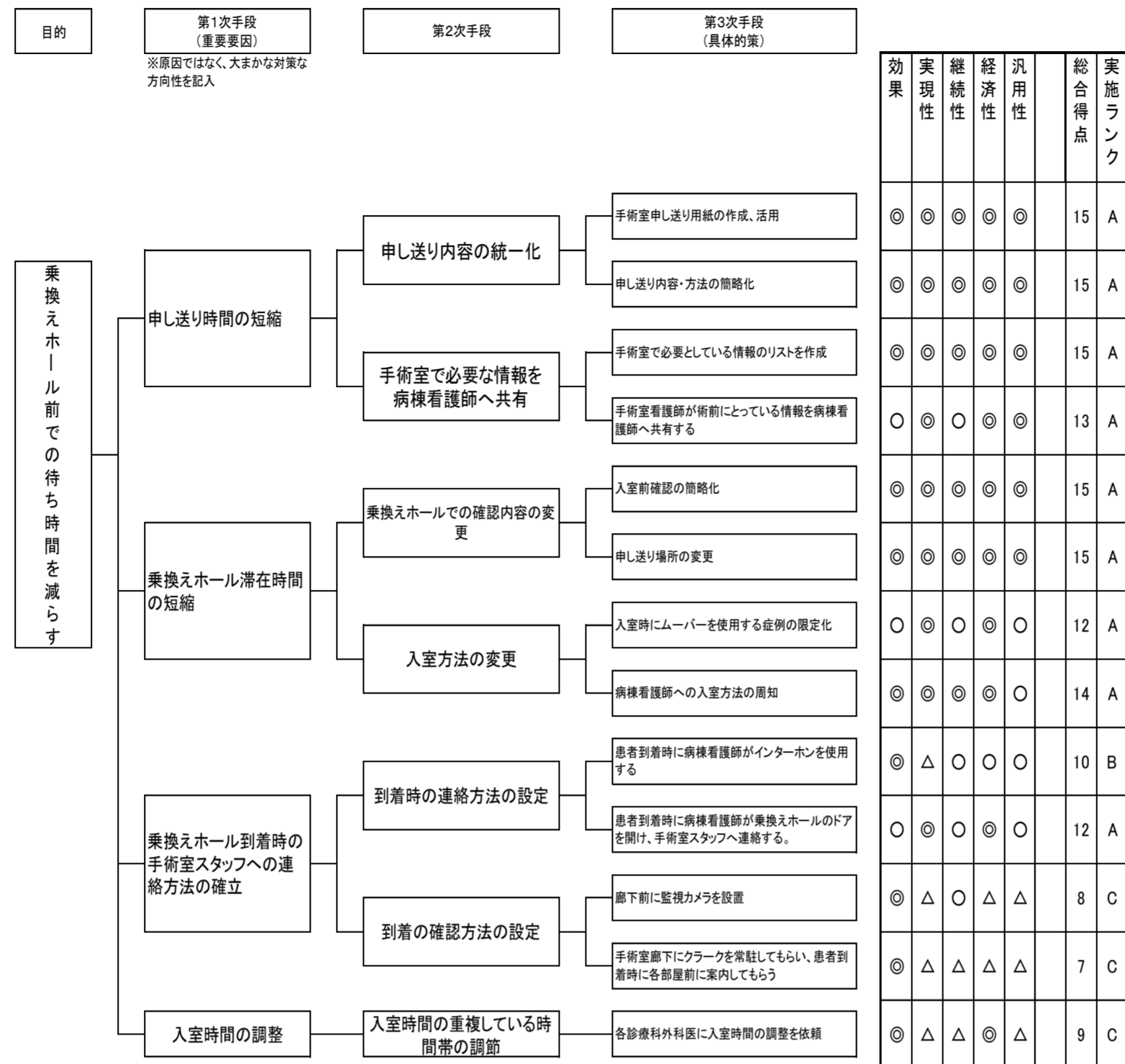
要因の解析



重要要因の検証

- ① 患者情報の申し送りにかかる時間が長い。
- ② 入室前の患者の安全確認内容が多い。
- ③ 手術室看護師が病棟・外来看護師が乗換えホールに着いている事に気付けない。

対策の立案



◎:3点 ○:2点 △:1点、A:12点以上、B:10~12点、C:9点以下 実施ランクAのみを実施

対策の実施

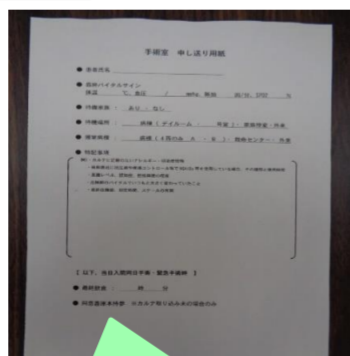
項目	いつ	どこで	だれが	なんのために	なにを	どうする
手術室申し送り用紙の作成	10月18日	手術室	TQMチーム	申し送り時間の短縮	申し送りの内容	簡略化・内容の統一
入室方法の変更	10月18日	手術室	TQMチーム	乗換えホールの滞在時間の短縮	入室方法	申し送りの場所を手術室前に変更
手術室の部屋配置表の作成 部屋前に部屋番号カードの設置	10月18日	手術室	TQMチーム	病棟看護師が手術室の場所がわかるように	部屋配置表と部屋のプラカード	乗換えホールと各部屋前に設置
手術室の廊下の整理整頓	10月21日	手術室	TQMチーム SSチーム	入室する患者と病棟のベッドが通過しやすいように	廊下にある医療機器	整理整頓

対策の実施内容

〈申し送り用紙の統一〉

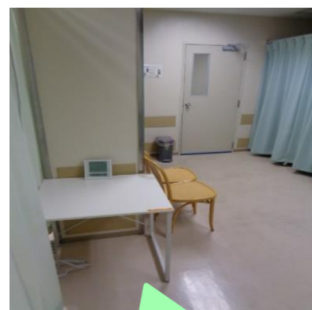


各病棟バラバラ...

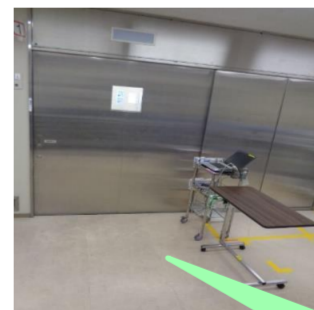


統一されてわかりやすい!

〈申し送り場所の変更〉



混雑する乗換えホールから



各手術室の前へ!

〈わかりやすい案内図を追加〉



手術室内になれていない人でもわかりやすい!

〈スライダーの導入〉



ムーバーの使用頻度を減らすことで消耗や故障頻度の減少を狙う!

効果の確認

<有形効果>

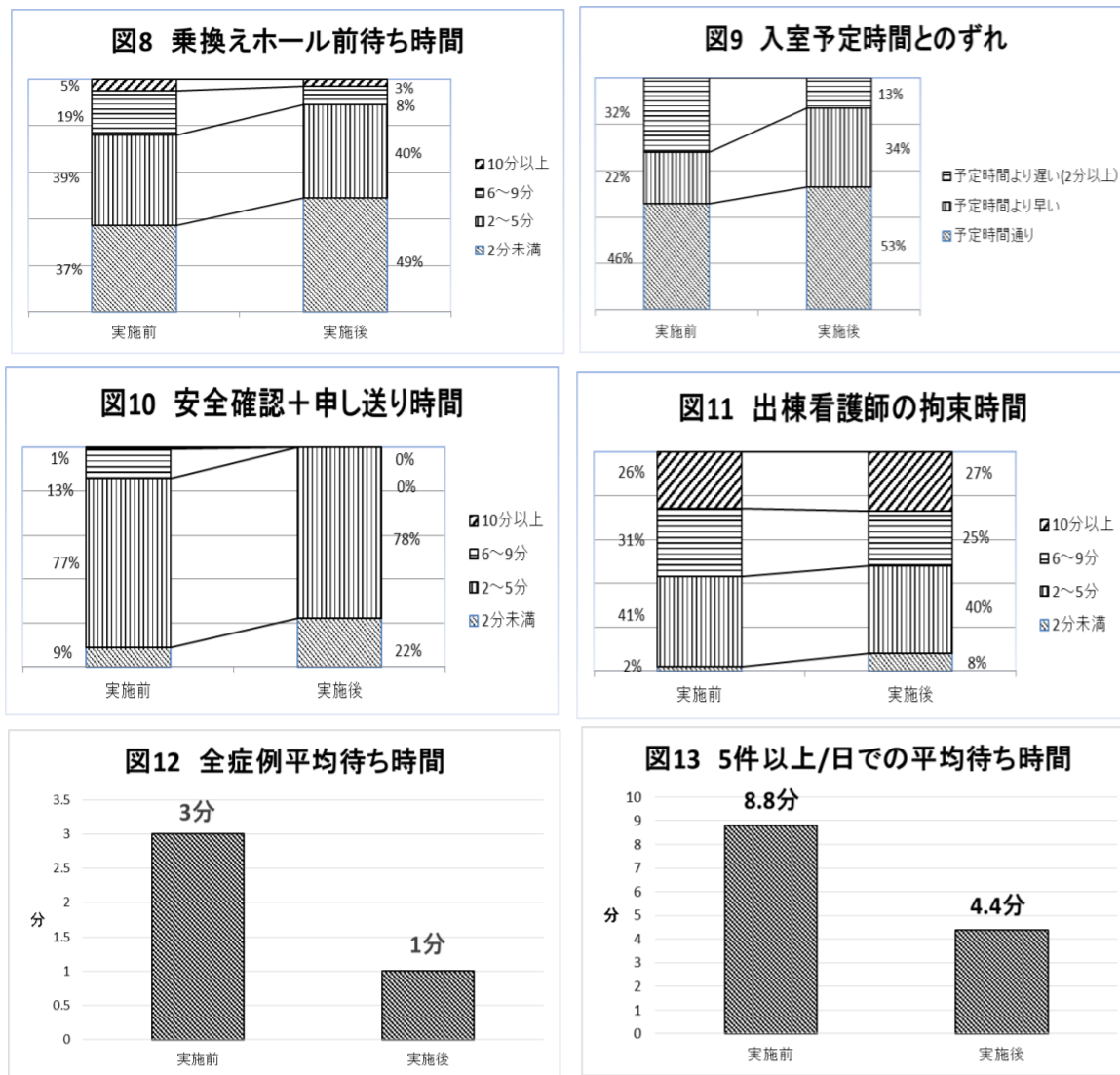


図8より乗換えホールの滞在時間が短縮されたことにより、乗換えホール前の待ち時間は2分未満の割合が37%から49%まで上昇し、6分以上乗換えホール前で待機している時間は24%から11%まで低下が見られた。それに伴い図9より予定入室時間より遅い割合が、32%から13%まで低下が見られた。

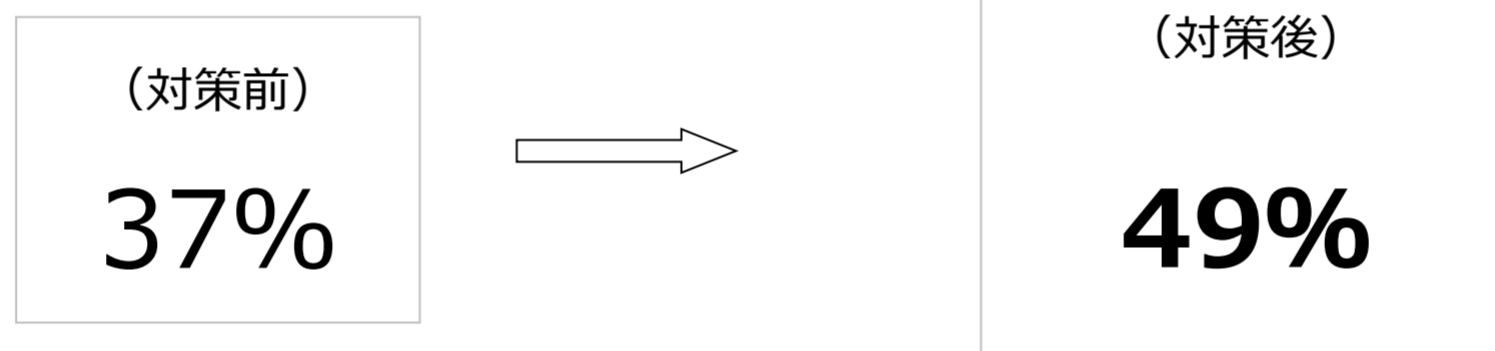
図10より申し送り用紙の活用による申し送り方法が統一されたことにより、患者の安全確認と申し送りにかかる時間は2分未満の割合が9%から22%まで上昇した。対策実施後の全症例で5分以内に収まるようになった。

図11より病棟看護師の拘束時間の変化はほとんど見られなかった。これは申し送り場所を各手術室前になったことによる移動時間が加算されたことによるものと考えられる。

図12、図13より対策実施後には乗換えホール前の患者の待ち時間は平均3分から1分に短縮された。かつ、1日5症例以上の手術室入室時刻の重複がある場合の待ち時間は平均8.8分から4.4分へと短縮が見られた。これは申し送りの場所の変更により、乗換えホールでの滞在時間が短縮されたためと考えられる。

<目標達成度>

乗換えホール前待ち時間が2分未満の割合を80%以上にする。



今回、目標達成とはならなかった。

これは申し送り方法の大幅な変更により手術室看護師、出棟看護師に混乱を生じ、変更後の方法の確認や適応するまでに時間を要したためと考えられる。また時間計測の集計に関して、人員の関係上、手術室スタッフ1名を配置し、厳密に時間を計測することができなかった。そのため、不確かなデータも含まれていたと考えられる。今後、変更後の申し送り方法の浸透により、さらに患者の乗換えホール前待ち時間、申し送り時間の短縮が期待できると考えられる。

<無形効果>

- 乗換えホール前での待ち時間が長い、待ち時間に患者同士が鉢合わせる、乗換えホールで他患者の申し送り内容が聞こえる、乗換えホール前で椅子に座って待ってもらっていた等の患者プライバシーに関するトラブルの意見は大幅に改善が見られた。
- 手術室への入退室方法の周知により、他部署の看護師が手術室内に入室する際の服装や注意点等の意見は減少した。
- 手術室看護師から手術室の廊下の整理整頓により、圧迫感の解消と患者の移送がスムーズに行うことが出来たという声が聞かれるようになった。

<波及効果>

- 以前より別の部署内活動で患者の術後退室方法について検討を行っていたが、今回の入室方法の変更に伴い、退室方法も再検討でき改善案を実施することができた。それにより術直後の患者の状態を病棟看護師が到着するまでモニタリングを続けることができ、より安全な退室を行うことが可能となった。またトランスムーバーを使用する症例を削減したことにより、ベッド間の移乗行程が1行程少なくなり、退室にかかる時間短縮になった。
- トランスムーバーの使用頻度が減少したことにより、故障・不具合の発生による修繕が減少した。本体価格が約600万円であり、廃盤のためシートの破損等も高額な修繕費(70万円程度/回)が年間1~2回程度あったものが対策後から現在まで修繕なしで経過している。

標準化と管理の定着

	項目	いつ	どこで	だれが	なんのために	なにを	どうする
標準化	入室方法、安全確認方法、申告内容確認方法のマニュアル化	令和4年1月以降年1回更新	手術室	TQMチーム 記録チーム	入室方法安全確認方法、申告内容確認方法の統一	マニュアル	作成、修正
教育	入室安全確認と申告内容確認方法の教育	新規異動者 オリエンテーション時	手術室	クリニカルリーダー ステップI指導者	出棟看護師からの申告確認方法の統一	入室前安全確認と申告内容確認方法	指導
管理	手術室廊下の整理・整頓	令和3年12月以降年1回実施	手術室	5Sチーム	患者とベッドが廊下を通過しやすいよう	廊下に配置したある機材	整頓

反省と今後の課題

<反省>

良かった点

1. 申し送り方法の変更により、患者の乗換えホール前の待機時間の短縮ができ、患者の術前の必要以上のストレスの軽減を図ることができた。また入室遅れの減少により手術の開始遅れも減少し、スムーズな手術スケジュールの進行に貢献できた。
2. 申し送り方法の統一により、出棟する看護師と手術室看護師とが必要としている情報の共有を行うことができ、申し送りにかかる時間の劇的な短縮を行うことができた。
3. 手術室内の環境は他部署からは馴染みが薄かったが、入室方法の変更により、出棟を行った看護師が手術室内に入室して、環境を知ってもらうことにより、以前より身近な存在に感じられるきっかけをつくることができた。
4. 他部署の看護師へアンケート調査を行ったことにより、他部署の手術出棟に関する疑問や思いを知る機会になり、改善案を検討することができた。

悪かった点

1. 変更後の方法の伝達が各部署に遅れたことと、手術室部署内でも変更後の方法についての理解が不足していたことにより、変更直後に両者の混乱を招いた。結果として入室にかかる時間が調査時に多くなった。
2. 手術室の設備上患者情報の申告に適した場所が各手術室前になり、手術出棟を行った看護師の移動距離、移動にかかる時間が増加した。手術を行う手術室によっては少量の患者情報申告のために出棟を行った看護師に長距離の移動を強要することとなり、拘束時間の増加が考えられた。
3. 入室時間の調査時に乗換えホールにスタッフを配置して正確な入室にかかった時間を計測することが出来なかった。スタッフを配置することができればより正確なデータが得られた。

<今後の課題>

1. 変更後の入室方法に手術室スタッフを含め、各部署間で統一性が得られていない部分があるため、再度入室・申し送り方法の周知を行う。
2. 出棟看護師が乗換えホールへ到着時に手術室看護師へ到着を知らせる方法が不十分であり、手術室看護師が気づけず、乗換えホール内で患者と出棟した看護師が待機している場面が見受けられたため、到着時に手術室スタッフへ伝達できる方法を検討する。
3. 対策後の方法を継続していく中で、改善の余地があるものについて手術室看護師だけでなく、病棟看護師や他職種が意見を発信できるツールの作成を検討する。