

作成日 令和2年6月29日

サークル名	しっかりコスト取り隊！	発表者	上野千紗
		リーダー	坂井香津恵
部署	リハビリテーション科	サブリーダー	金藤彩加
活動期間	開始：平成30年9月11日 終了：令和元年6月18日	メンバー	吉川陽樹，坂井香津恵 榎原伸一，上野千紗 金藤彩加，市川翔太
会合状況	会合回数 17回 1回あたりの会合時間 約1時間		
所属長/推進メンバー	渡辺技師長，榎原伸一	所見欄	
レビュー担当者	永澤副院長 野田看護副部長		

## テーマ

リハビリテーション総合実施計画書の未取得率の削減  
～具体的には初回取得漏れと2回目以降の未取得削減～

## テーマ選定理由

テーマの選定にあたり，科内の業務についてメンバー内で5項目を選出しチェックリストにて点数化した。その中でもリハビリテーション総合実施計画書（以下 リハ計画書）の未取得率削減が最高点（39点）となり取り組むことになった。

## 現状把握

- 1.リハ計画書未取得率とその内訳（2018年8～9月）  
未取得率 48% 初回未取得率 14.2% 2回目以降未取得率 88.5%
- 2.各療法士の意識調査（2018年10月に実施）  
対象：リハビリテーション科スタッフ（12名）  
方法：取得が困難な理由やリハ計画書に対するイメージを選択・記述方式で調査

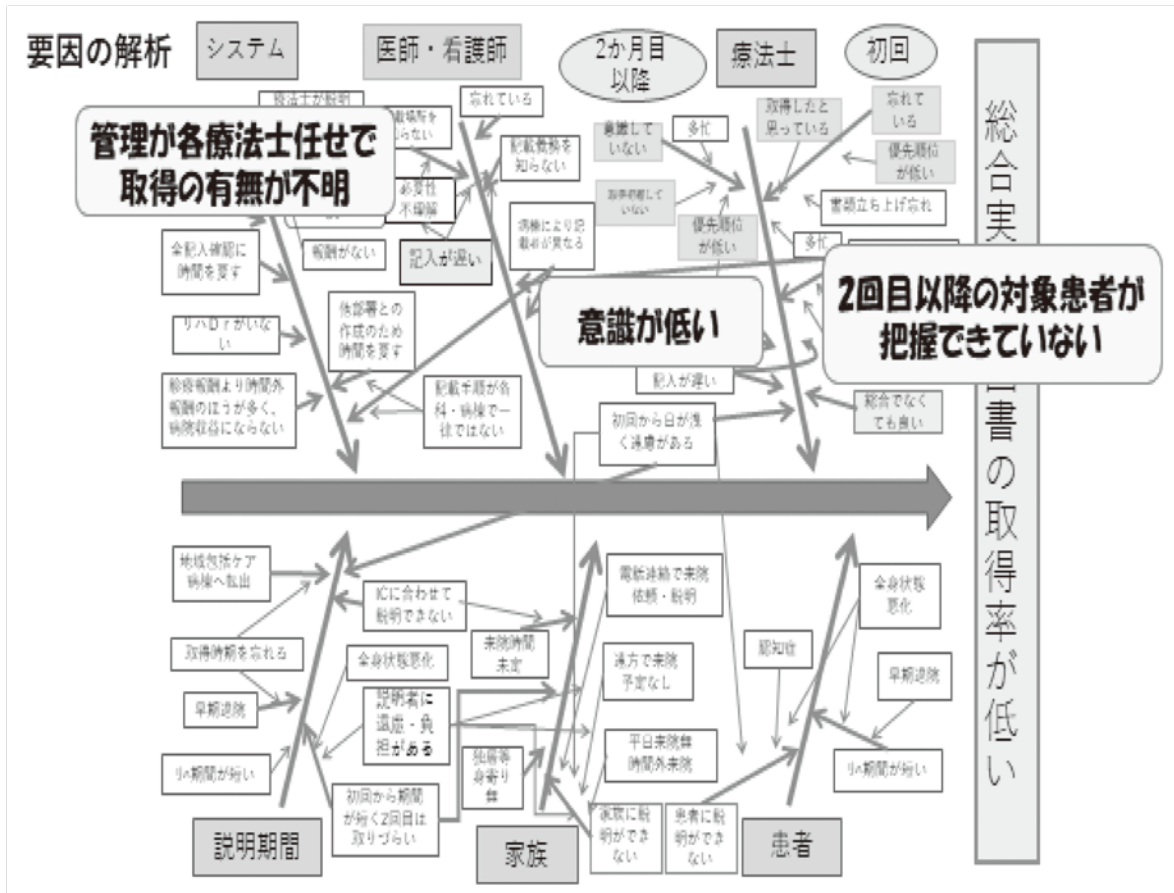
結果：初回リハ計画書の取得情報はほぼ取得できていると認識している事が分かった。

2回目以降のリハ計画書の取得状況は多くのスタッフは取得が出来ていないと認識していた。さらに2回目以降の取得が困難な理由としては、「2回目以降を意識していない」が一番多い結果であった。

リハ計画書のイメージや作成の精神的ストレスは6段階で表記し，イメージは3が多数で作成は4が多数で6の人もおり精神的ストレスになっていることも分かった。

## 要因の解析

要因解析のためフィッシュボーンを用いて解析を行った。



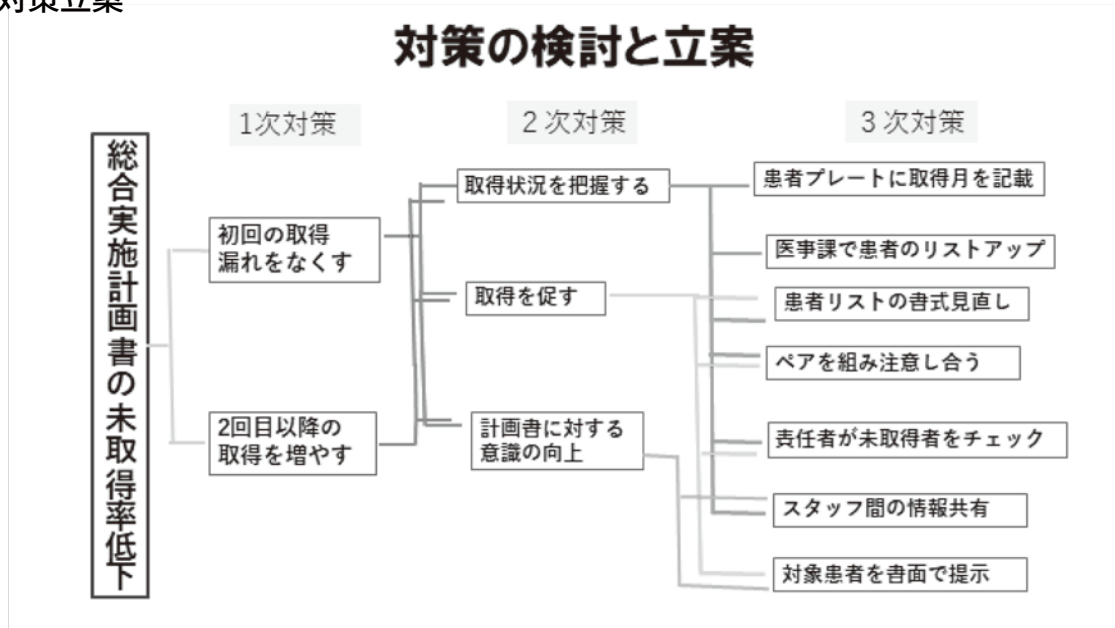
重要要因として以下の3つを挙げた

- ①リハ計画書の取得の有無の管理が出来ていないこと
  - ②リハ計画書の取得への意識が低い事
  - ③2回目以降の対象患者の把握ができていないこと
- それぞれに対して対策を立てることとした。

## 目標設定

初回と2回目以降を総合して、リハ計画書の未取得割合の46%を23%までに半減を目標とした。

## 対策立案



### 対策立案と実施

	心理面	生産性	継続性	実現性	合計
✓ 患者プレートに取得月を記載	◎	△	◎	◎	16
医事課で患者のリストアップ	△	○	○	△	8
✓ 患者リストの書式見直し	◎	◎	○	◎	18
ペアを組み注意し合う	△	△	△	△	4
✓ 責任者が未取得者をチェック	○	○	○	◎	14
✓ 対象患者を書面で提示	◎	○	○	◎	16
✓ スタッフ間の情報共有	◎	◎	◎	◎	20

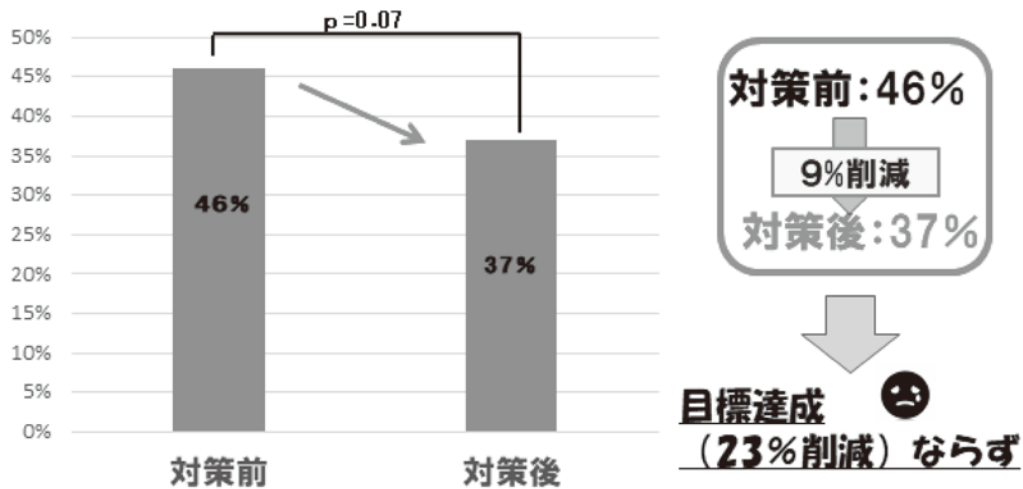
系統図法で出された第3次対策でマトリックス図法により点数の高かった「患者プレートに取得月を記載」「患者リストの見直し」「責任者が未取得者をチェックする・対象患者を書面で提示」「スタッフ間の情報共有」を対策に挙げた。

## 対策立案と実施

対策	なぜ	何を	誰が	いつまでに	どこで	どのように
プレート管理	取得可能な患者の見える化	プレート運用方法	上野	1月初め	リハ室	プレートを利用した運用方法を作成
患者リストの書式見直し	データ管理の効率化	ファイル	吉川	1月初め	リハ室	新患記載を行うファイルの書式変更
未取得のチェック	取得漏れをなくす	未取得者を	市川	毎日	リハ室	初回未取得の患者をチェックし、朝礼で報告
対象患者の提示	未取得を減らすため	取得可能な患者リスト	市川	月に2回	リハ室	運営会議で提示
情報共有	未取得を減らすため	個人の取得方法を把握	坂井・上野 金藤	1月初め	リハ室	座談会開催

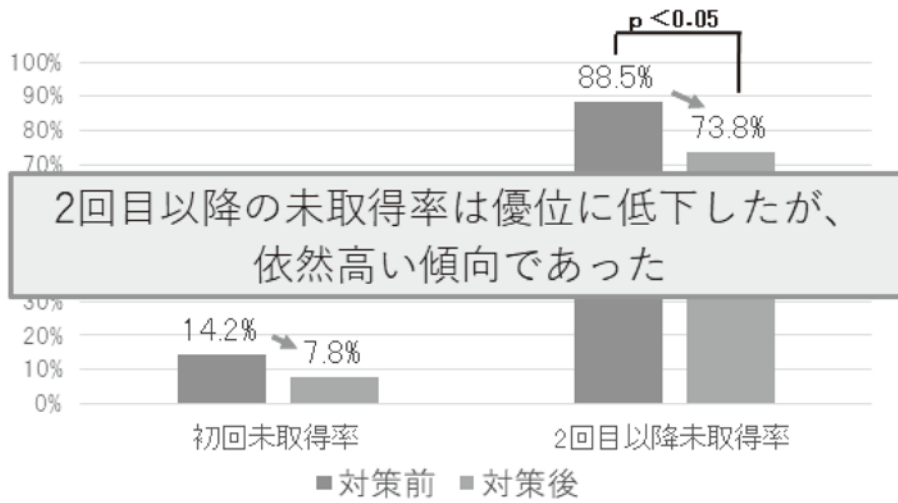
### 効果の確認

#### リハ計画書未取得率



リハ計画書の未取得率は9%の削減にとどまり、検定でも有意差は見られない結果だった。

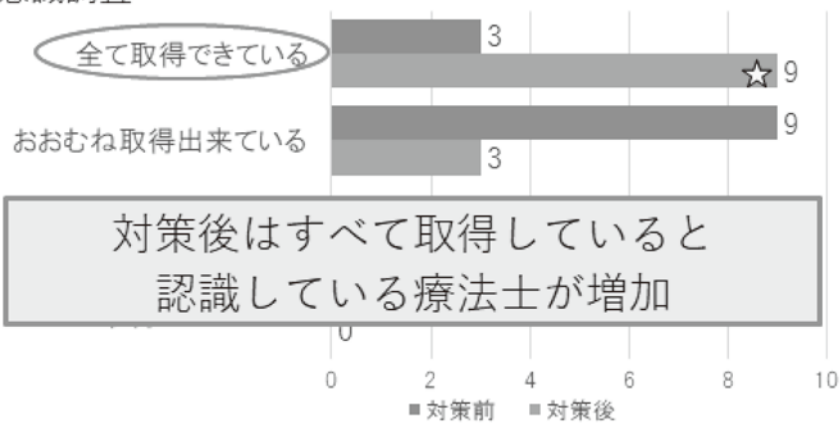
## リハ計画書未取得率比較



対策後の初回・2回目以降の未取得率はそれぞれ低下している。特に、2回目の未取得率はT検定でも優位に低下していたが、依然高い傾向だった。

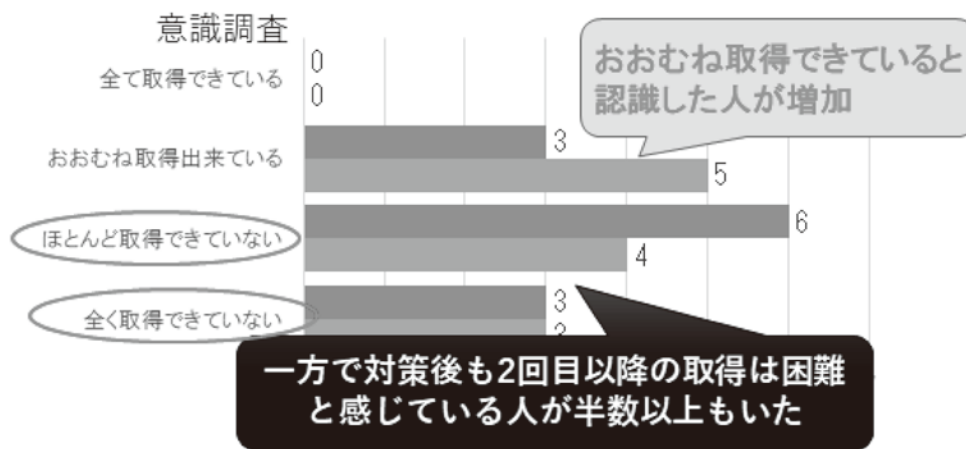
## リハ計画書初回取得の意識調査 (アンケート)

### ● 意識調査



初回はリハスタッフの意識は取得できていると認識が変わった。

## リハ計画書2回目以降の取得への意識調査（アンケート）

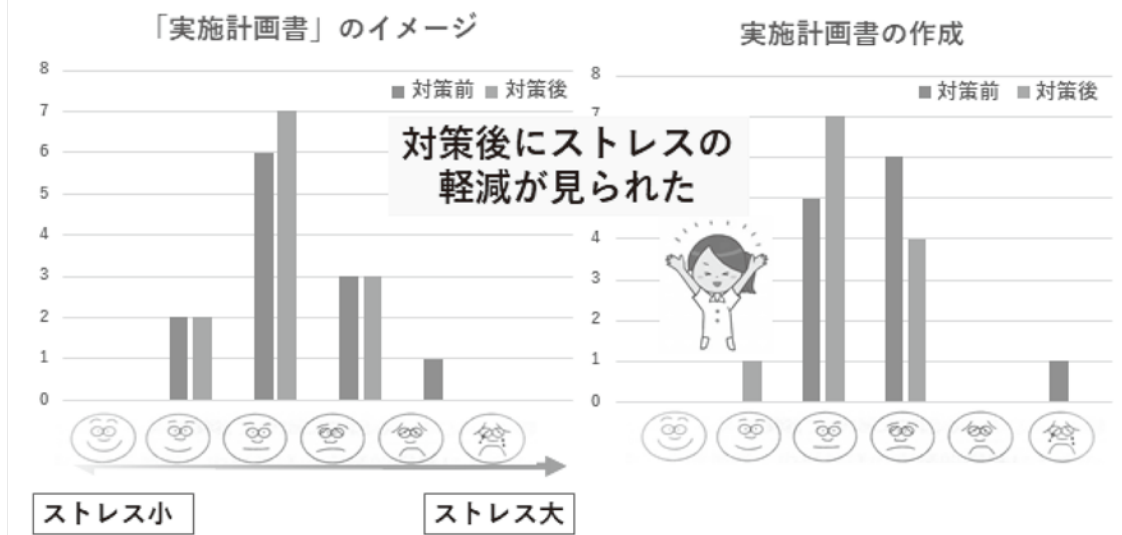


2回目以降の取得への意識調査は、おおむね取得できていると認識した人が増えている一方で、対策後も2回目以降の取得は困難と感じている人も半数以上いる状況だった。

目標に到達できなかったことをチーム内で分析し二つの要因を上げた。

1. 月末のリハ処方患者が未取得になりやすいということ。計画書の記載を他部署に依頼しても月末は日数が少なく、記載が間に合わない事、かつ説明を行うための調整が難しい可能性が考えられた。
2. 2回目以降は取得への管理が不十分で取得率が伸び悩んだことも影響していると考えられた。

## リハ計画書に対するストレス（アンケートより）



精神的ストレスも対策前よりは対策後のほうが3段階前後となり軽減がみられた。

## 標準化と管理と定着

### 標準化と管理の定着

	Why	What	Who	where	How	When
標準化	リハビリ総合実施計画書の未取得を予防するため	リハビリ総合実施計画書の未取得予防マニュアルを	TQMメンバーが	リハビリ室で	作成した	5/20
教育	リハビリ総合実施計画書の未取得を予防するため	リハビリ総合実施計画書の未取得予防方法について	新人担当者が	リハビリ室で	リハ科運営会議で提示する	新入職時
管理	リハビリ総合実施計画書の取得率把握のため	新患リストでの実施計画書の取得状況を	吉川、市川が	リハビリ室で	運営会議時に報告する	1回/月

上記取り組み内容を、TQMメンバーで1回/年で見直しを行う

## 今後の課題

### 反省と今後の課題

ステップ	良かった点	悪かった点	今後の課題
テーマ選定	チームで意見を出し合い選定できた	科内でテーマ選定に対する情報収集が出来なかった	科内全体の意見を反映し、意識を統一していく
現状把握と目標設定	アンケートとデータから現状を的確に把握できた	分析不足もあり、具体的な目標設定の際難渋した	科内の意見を反映し、具体的な目標を設定する
活動計画の作成	効率的な分担ができた	短期間での取り組みとなり、作業が追い付かない面もあった	科内みんなが出来る対策を立案し、ゆとりある期間設定で取り組む
要因の解析	各メンバーの意見を出し合い、要因を理解できた	初めて取り組んだため、効率的にできなかった	解析が不十分なため、経験者に助言を求める
対策の検討と実施	無理のない対策を実施できた	科内のスタッフへの意識づけが不十分で意識に差があった	対策目的をしっかりと周知する
効果の確認	対策前後で十分にアンケートやデータ収集が行えた	対策前後でアンケート対象者の確認が不十分だった（退職職員も含んだことで、母数に差が出た）	効率的に確認できるように方法を検討する
標準化と管理の定着	無理のない範囲で標準化を検討出来た	振り分けがメンバー内のみのこともあり、不十分であった	分担をしっかりと行っていく

今後については、標準化を行うにあたり対策内容と目的を再度科内で周知していくこと、6月より科内で標準化に向け対策を開始し、科内全体で取り組んでいく予定です。