
3. QC活動

QC推進チーム 西原 昌幸


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。

2017年2月13日(月)開催されたプロジェクト最終報告会では、7チームから活動が報告されました。院外からの参加を含め参加者は112名にのびりました。この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。優秀賞以上の3チームは11月に開催される「医療の改善活動」全国大会 in 松山で報告予定です。

*Quality Control (品質管理)



左から 中川さん(最優秀賞)、奥平院長、
浴さん(優秀賞)、中本さん(優秀賞)

選考結果	テ - マ	チーム名(所属)	リーダー
 最優秀賞	リハビリ治療における単位数の取得 ～算定する単位数を向上させるには～	病棟 配置～ズ(リハビリテーション科)	中川 泰誉
優 秀 賞	入院患者の栄養食指導率のアップ	アゲトーク(栄養管理室)	浴 有美子
優 秀 賞	重症度、医療・看護必要度の適正評価に向けた取り組み	看護必要度ショック乗り切り隊!(看護部)	中本 香代
	簡易ポリグラフィーの再検査率を減らそう!!	メリーさんのひつじたちPart2(臨床病理検査室)	西田 圭子
	感度指標から考える医療被曝の低減	Rad Fan(画像診断科)	森広 雅史
	転棟における配薬関連時間の半減	テントウムシ(薬剤部)	佐々木陽一
	感染性廃棄物の排出量の削減	One For AllでEcology(事務グループ)	田中 善聡

マツダ病院 Q Cサークル活動報告書

サークル名	配置～ズ		発表者	中川 泰誉
			リーダー	中川 泰誉
部署	リハビリテーション科		サブリーダー	平本 剛史
活動期間	平成 28 年 4 月 19 日～平成 29 年 2 月 13 日		メンバー	菊川 和彦 山崎 重人 政信 博之 井升 聖滋 高田 淑未 宗下 智美 高野 英祐 中村 泰隆
会合状況	会合回数	22 回		
	1 回あたりの会合時間	30 分		
			アドバイザー	西倉 教子
テーマ	リハビリ治療における単位数の取得 ～理想的な単位数を取得するために～			

1. テーマ選定

スタッフ全員から現在のリハビリテーション科における改善すべき点についてアンケート調査を行った。抽出された改善すべき点について点数化した結果、『療法士病棟配置での業務効率の改善にむけて』が最も高得点であった。

(表 1)

業務効率の何が、どのように悪いのかが明確でなかったため、業務効率の悪さの要因を現状把握にて明確にした後、今回取り組むべき具体的なテーマを決定することとした。

表 1 テーマ選定表

テーマ	重要性	緊急性	効果	経済性	全員参加	自責問題	能力発揮	期間内解決	合計
病棟療法士配置での業務量のばらつきの減少にむけて	47	39	40	41	47	40	42	38	334
病棟との連携の向上	47	34	42	38	40	28	36	30	295
療法士病棟配置での業務効率の改善にむけて	50	44	45	41	48	44	42	38	352
離床率の向上	46	37	42	38	41	30	33	32	299
委員会等のフォロー体制強化	30	27	32	28	32	34	30	35	248
カルテ記載の徹底	39	31	32	34	42	43	34	40	295
リハビリ処方での療法士からの依頼向上	33	30	37	38	29	31	35	32	265
カンファレンスへの効率的参加、移動時間削減に向けて	39	31	32	37	36	36	29	34	274
疾患別以外の患者数の減少	44	36	40	42	38	34	36	34	304
外来待ち時間減少にむけて	45	44	41	38	26	29	31	35	289

(平成 28 年 5 月 6 日 作成者: 中川・平本)

2.現状把握

平成 28 年 6 月 23 日から 7 月 6 日に全療法士を対象に以下の項目について調査した。

- ① 現在の実施している疾患別リハビリテーションの単位数
- ② 本来必要な単位数(現在の実施単位数に更に必要な単位数を加えた本来必要な単位数)
- ③ ADL 指導件数(疾患別リハビリテーションを算定していない患者に対するリハビリテーション)

結果、本来必要な単位数は現在の実施している疾患別リハビリテーション単位数と比べて科全体で、18.3 単位/日 本来必要な単位実施できていないことが分かった(図 1) また、ADL 指導は 29.5 単位/日であったが、疾患別として算定できないか調査した結果約半数の 13.8 単位/日は疾患別リハビリテーション(廃用症候群)として算定可能であることが分かった(図 2)。

これらの本来必要な量提供できていない単位数および ADL 指導ではなく疾患別リハビリテーションとして算定可能な単位数に、現在の算定単位を加えたものが当科における“理想的な単位数”だと考えた。現在の理想的な単位数の取得率は 84%であった。

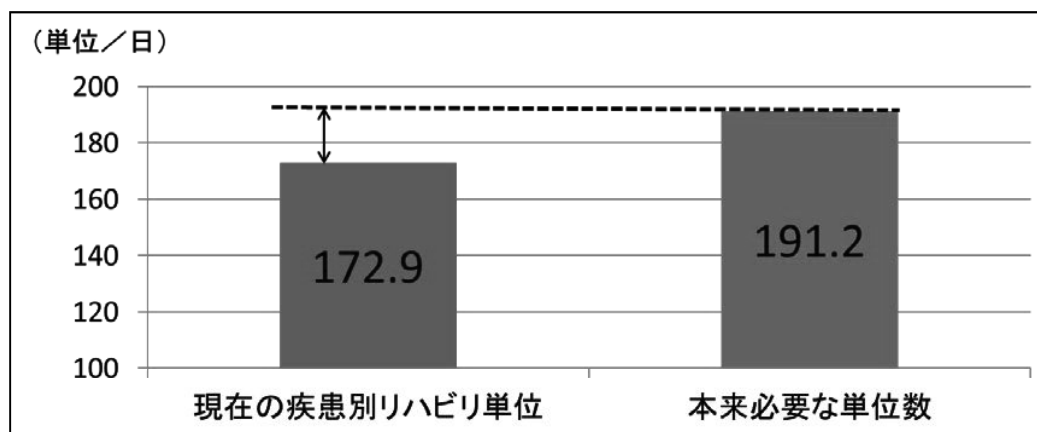


図 1 現在の疾患別リハビリ単位数と本来必要な単位数の比較

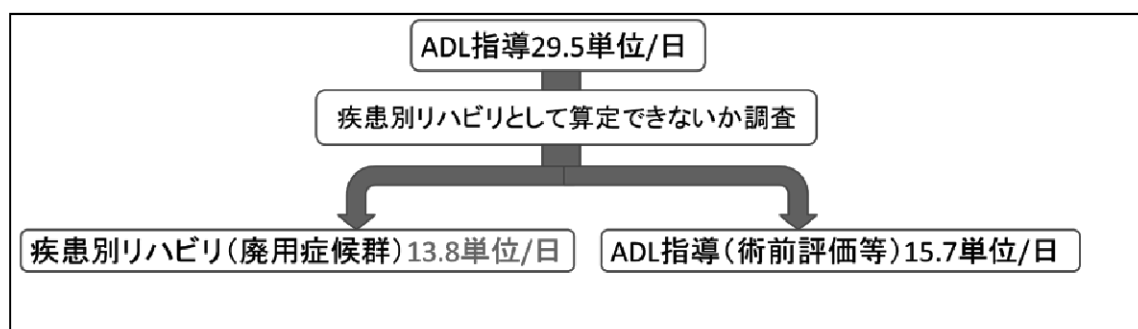


図 2 ADL 指導のうち疾患別リハビリで算定可能な単位数

3.目標設定

いつまでに …… 平成 28 年 11 月末までに

何を …… 理想的な単位数の取得率を

どうする …… 100%にする

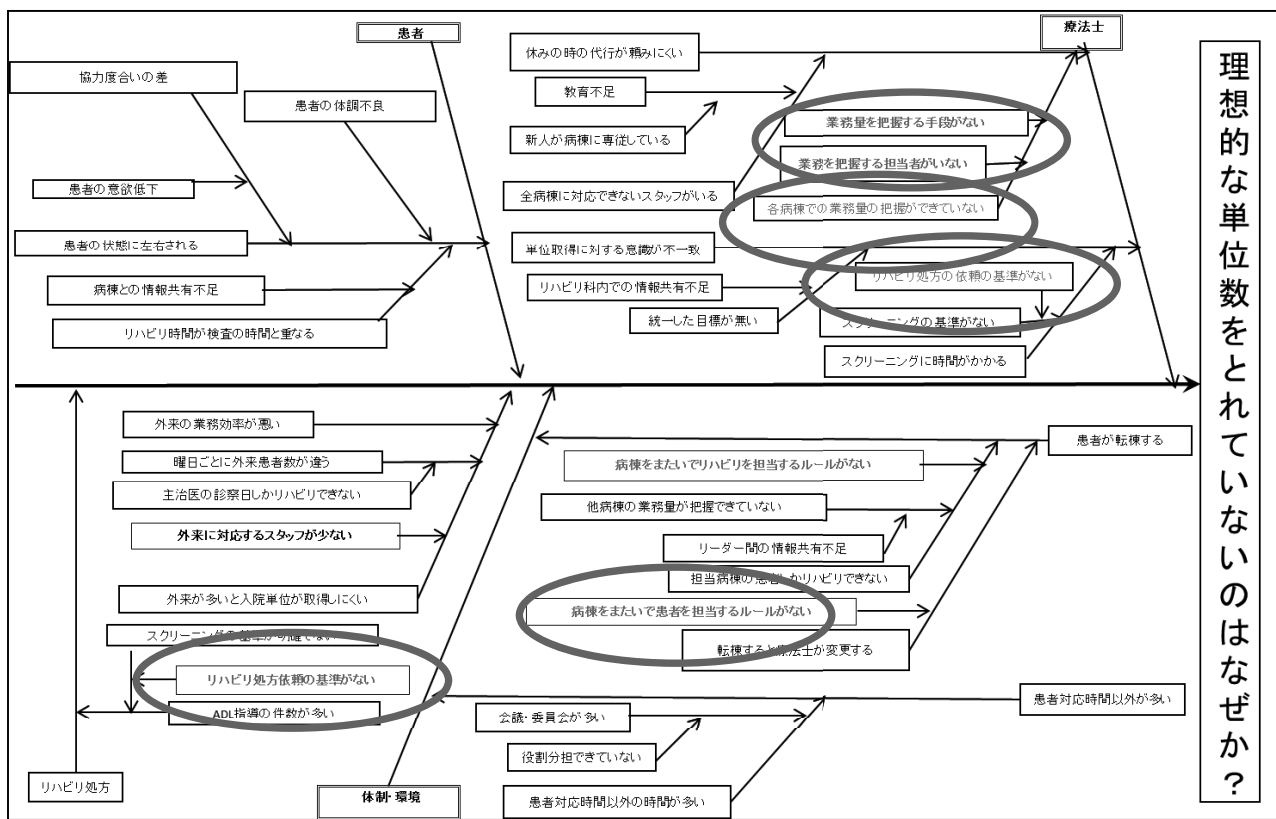
4.活動計画

表 2 活動計画表

	担当		平成28年										平成29年			
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月			
テーマの選定	全員	計画	*****→													
		ミーティング		*												
		実績	→													
状況把握 目標設定	中川 平本	計画			*****→											
		ミーティング			*****											
		実績	→													
要因解析 対策の立案	井升 政信 山崎	計画			*****→											
		ミーティング			*****											
		実績	→													
対策の実施	全員	計画			*****→											
		ミーティング			*****											
		実績	→													
効果の確認	中村 宗下	計画														
		ミーティング														
		実績														
標準化 管理の定着	高田 高野	計画														
		ミーティング														
		実績														
反省 今後の課題	中川 平本	計画														
		ミーティング														
		実績														

(平成 28 年 7 月 15 日 作成者：中川・平本)

5.要因解析



(平成 28 年 8 月 18 日 作成者：井升・政信)

図 3 特性要因図

表3 重要要因と重要要因の検証

特性要因図より得られた重要要因	重要要因の検証
リハビリ処方依頼の基準がない	療法士から医師へリハビリ処方依頼する場合、 脳血管、運動器、呼吸器リハビリテーションに該当しない患者はADL指導として処方依頼をしていた。 廃用症候群リハビリテーションとして処方してもらった基準がなかった。
病棟をまたいで患者を担当していないと理想とする単位数が取得できない	本来必要な量提供できていない単位数は、3階病棟 3.1 単位/日、4階病棟 0.7 単位/日、6階病棟 1.0 単位/日、5階病棟 0.5 単位/日であり病棟間で差が生じていた。
業務量を把握する手段がない、担当者がいない	業務管理は個人レベルで実施。余裕のないスタッフや余裕のあるスタッフについてどのスタッフも把握できていない。余裕のないスタッフは本来必要な単位数全てを実施することができていない。

6.対策の立案

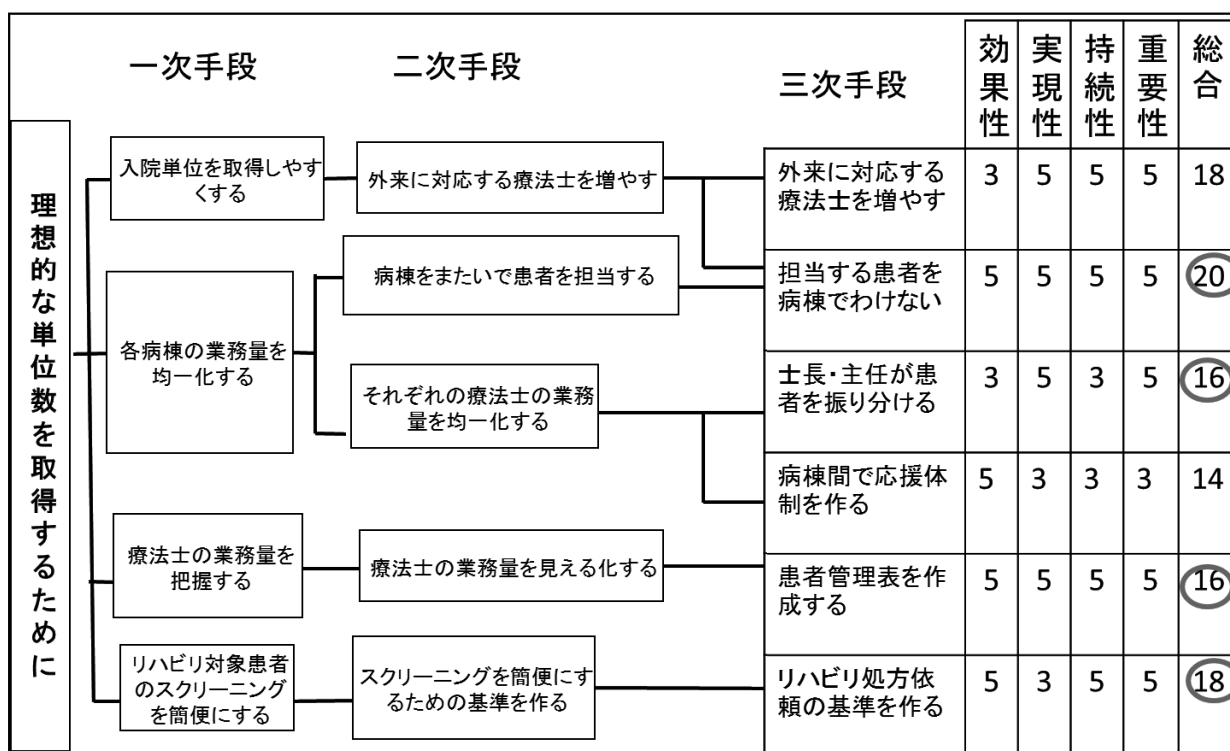


図4 系統図

(平成 28 年 9 月 15 日 作成者：井升・政信)

具体的対策

- ① リハビリ処方依頼の基準を作る。
リハビリ対象者を Barthel Index で 85 点以下かつ、入院後に安静臥床になった患者。
- ② 担当する患者を病棟で分けない。
3～7 階病棟に各 1 名リーダーを配置し、その他の療法士は全病棟の患者を担当する。
- ③ 患者管理表を作成し、士長・主任が担当患者の振り分けを行う。

7・対策の実施

表 4 対策表

What	Why	Who	When	Where	How
療法士の	入院リハビリ患者数の偏りを減らすために	リーダー以外が	10月までに	リハビリ室で	すべての病棟の患者を担当する
入院患者をどの療法士が担当するかを	入院リハビリ患者数の偏りを減らすために	主任・士長が	10月までに	リハビリ室で	ホワイトボードを用いて患者数の管理を行う
リハビリ処方依頼の基準を	リハビリ処方依頼の条件を統一するために	全員で	10月までに	スタッフルームで	作成する

(平成 28 年 7 月 15 日 作成者：中川・平本)

8.効果の確認

平成 28 年 12 月 19 日から 12 月 30 日に全療法士を対象に現状把握にて行った調査と同様の評価を行った。

[有形効果] 本来必要な量提供できていない単位数は 18.3 単位/日→0.4 単位/日であった。(図 5)

ADL 指導ではなく疾患別として算定可能な単位数 13.8 単位/日→0 単位/日であった。(図 5)

理想的な単位数の取得率は 84.4%→99.8%であり、目標はほぼ達成できた。

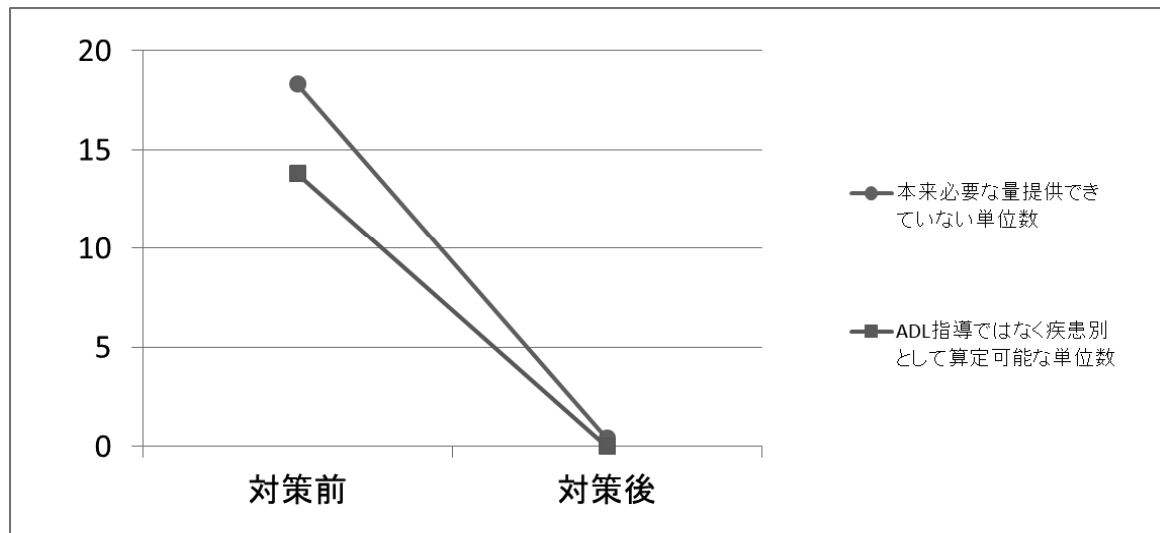


図 5 有形効果

[無形効果] リハビリテーション科内でのコミュニケーションが増加した。

[波及効果] 科全体での実施単位数は 173 単位/日→201 単位/日へと増加した。(図 6)

疾患別リハビリテーション料は 6 月 540,805 点→12 月 601,755 点へと増加した。(図 7)

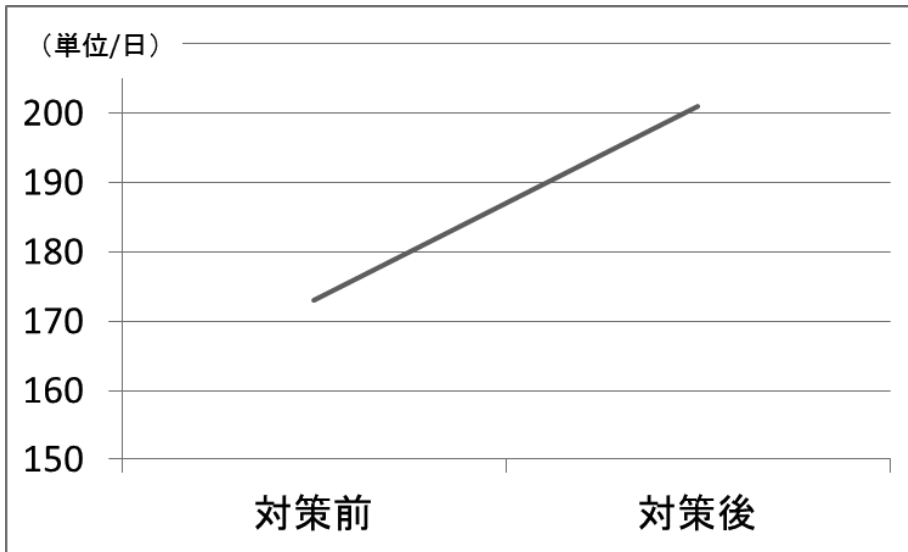


図 6 一日の実施単位数の変化

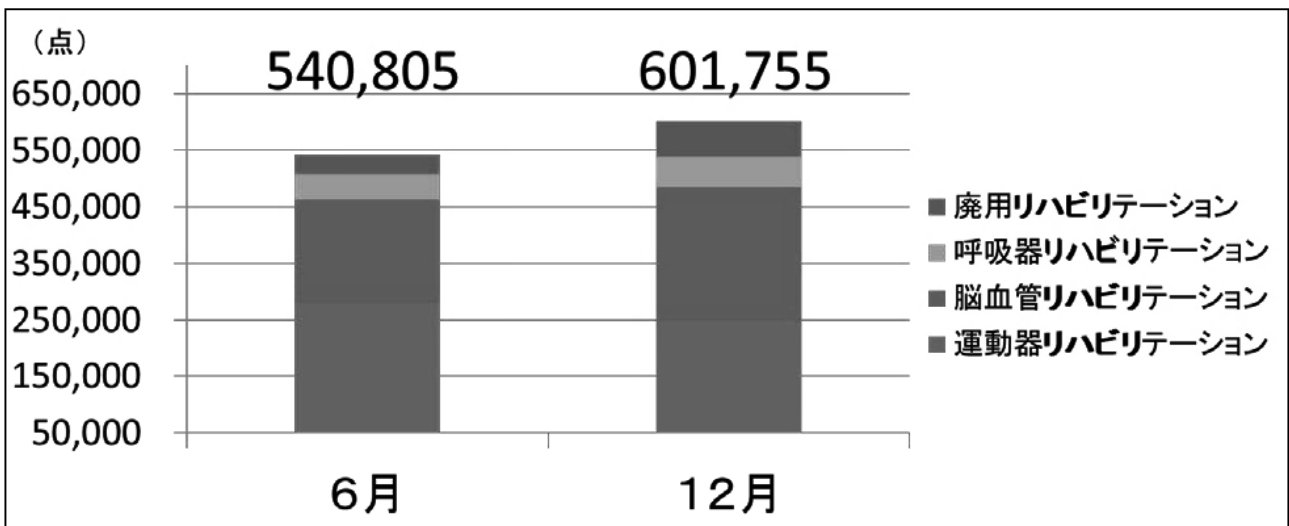


図 7 疾患別リハビリテーション料の比較

9.標準化と管理の定着

表 5 標準化と管理の定着

	what	why	who	when	where	how
標準化	リハビリ実施単位数を	必要量提供するために	リハビリスタッフ全員が	12月から	朝のミーティングで	報告する 相談する
管理	リハビリ実施単位数を	必要単位実施可能か	QCメンバーが	12月から	朝のミーティングで	確認する
	リハビリ処方が	リハビリが必要な患者に処方されているか	各病棟リーダーが	1回/週	各病棟	確認する
	リハビリ処方が出た患者を	リハビリ提供を効率よくするために	主任・士長が	リハビリ処方時に	スタッフルームで	担当者を決定する
教育	経験年数の浅いスタッフ(年未満)に	リハビリ実施単位数を必要量提供するために	主任・士長・病棟リーダーが	随時	リハビリテーション科で	個別に確認・指導する

(平成 29 年 1 月 6 日 作成者：高田・高野)

10.反省と今後の課題

表 6 反省と今後の課題

	良かった点	反省点
テーマの選定	現状の基準で必要単位実施が可能となった。	
現状把握	各スタッフからデータ収集し現状把握することで業務量を数値化し問題点を挙げる事ができた。	勤務管理シートの内容が多くスタッフが混乱することがあった。
目標設定	必要単位数の100%の獲得と、ADL指導の0%への減少という目標を設定し、根拠の提示ができた。	
要因解析	目標設定に対しての根拠を振り返ることができた。	特性要因図を用いた解析に慣れず時間を要した。
対策の立案 対策の実施	対策に対して、皆で話しあいができた。	各者の多様な意見がとびかい、対策を立てるまでに苦労を要した。建設的な意見として話し合えるような雰囲気づくりを実施できれば良かったが、力不足でできなかったのが今後の課題。
効果の確認	一度で目標を達成できなかったが、再度確認まで行い、目標を達成することができた。	一度の確認で目標達成できるように、事前に対策を詰めて考えておけばよかった
標準化 管理の定着	毎朝スタッフミーティングで皆で確認し合うことで、全スタッフの共通認識につなげる体制ができつつある	標準化管理が定着できるように、今後も継続していく必要があるし、現状では見つからない課題を今後検討していく必要があるかもしれない。
今後の課題	今後発生する問題に対し、改善に向けて科全体で継続して取り組む姿勢や環境作りが必要である。そのために、各スタッフ間で意見交換を活発にできる環境・雰囲気をさらに高めていく必要がある。	

(平成 29 年 1 月 6 日 作成者：中川・平本)

マツダ病院 QCサークル活動報告書

サークル名	アゲトーク		発表者	浴 有美子
			リーダー	浴 有美子
部署	栄養管理室		サブリーダー	福島 翔太
活動期間	平成 28 年 5 月 16 日～平成 29 年 1 月 31 日		メンバー	徳久 ふみ 奥田 順子 森 康晴 (企画・情報 T)
会合状況	会合回数	19 回		
	1回あたりの会合時間	30～60 分		
テーマ	入院患者の栄養食事指導実施率のアップ			

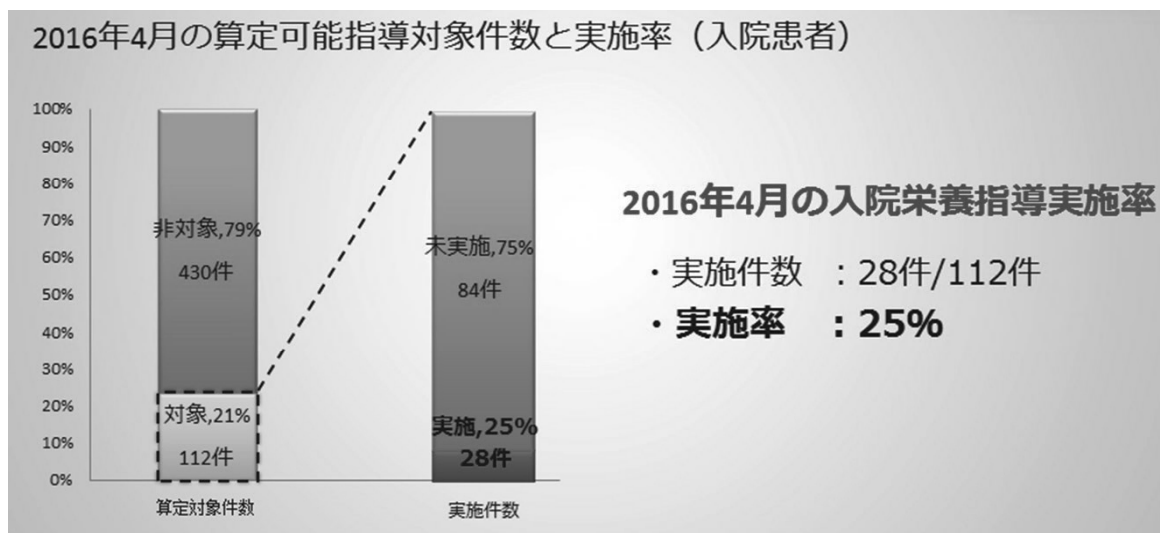
1. テーマ選定

2016 年診療報酬の改定で算定点数が 130 点から初回は 260 点、2 回目は 200 点へ変更され指導対象者が追加された。また入院栄養指導料は、DPC に含まれず出来高算定されるため実施率のアップを目指すこととなった。

2. 現状把握

2016 年の 4 月から 6 月は、管理栄養士が 1 名欠員状態の 3 名体制で、栄養指導はうち 2 名が担当していた。担当者一人当たり一ヶ月平均の実施件数は、入院が 14 件、外来 12 件の計 26 件であった。

2016 年 4 月時点の入院栄養指導の実施状況は、全入院患者のうち算定対象件数は 112 件、うち実施件数は 28 件で実施率は 25%であった。(図 1)



【図1 作成日:平成 28 年 7 月 4 日 作成者:浴】

3. 目標値

実施率 25%から 60%へアップ

4. 活動計画

	担当	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
TQM活動	全員				★				★		
現状把握 目標設定	徳久・福島 浴	★	★								
要因解析	徳久・福島 浴		★	★	★						
対策立案 対策実施	メンバー 全員				★	★	★	★	★	★	★
効果確認	徳久・福島 浴・奥田						→		→	→	
標準化	徳久・福島 浴・奥田						→			→	
今後の 対策	徳久・福島 浴・奥田								★	★	→

★ 会議

【表1 作成日:平成 29 年 1 月 31 日 作成者:浴】

5. 対策のねらいどころ

プロセスステップ	ギャップ	ねらいどころ	実現性	効果	重要度	総合	採用
医師	依頼オーダー入力に時間を要する	栄養指導までのプロセスを見直す	◎	◎	◎	15	OK
	依頼オーダーの入力方法が周知されていない		◎	◎	◎	15	OK
看護師	医師・管理栄養士間の栄養指導調整に時間を要する	栄養指導までのプロセスを見直す	◎	◎	○	13	OK
	医師の業務が多忙	依頼オーダーの代行入力	◎	◎	◎	15	OK
	外来患者の対応に時間を要する(持帰り)	持帰り業務を給食委託会社へ依頼	×	○	○	7	NG
	クリニカルパス内に栄養指導実施の設定が少ない	該当クリニカルパスに栄養指導の旨を追記	◎	◎	◎	15	OK
管理栄養士	NSTの介入週には栄養指導料算定不可	NSTとの連携	◎	◎	◎	15	OK
	栄養指導をする時間がない	時間をつくる(業務効率のUP)	◎	◎	◎	15	OK
	突発の外来栄養指導が入る	外来専任栄養士を配置	◎	◎	◎	15	OK
	栄養指導以外の業務が多い	総務用度チームへ一部業務を移行	◎	○	◎	13	OK
	マンパワー不足	人員を増やす	×	◎	○	9	NG
	栄養管理計画書の作成が煩雑	栄養管理計画書の新規システム導入	○	◎	◎	13	OK

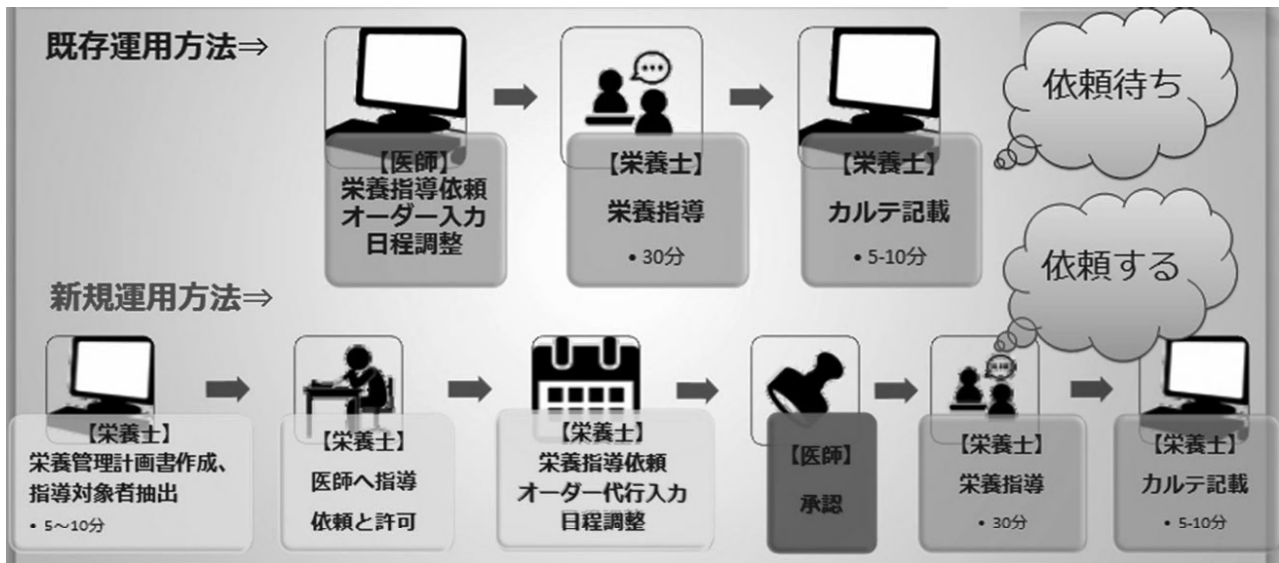
【表2 作成日:平成 29 年 1 月 31 日 作成者:福島】

表2で示す通り、プロセスステップを医師・看護師・管理栄養士とし、各々に発生しているギャップをあらいだして、ねらいどころを以下の6点とした。

- ① 指導までのプロセス見直し
- ② 依頼オーダーの代行入力
- ③ クリニカルパスの活用
- ④ NSTとの連携
- ⑤ 時間を作る(業務効率UP)
- ⑥ 栄養管理新規システム導入

6. 対策の立案と実施

①指導までのプロセスを見直し



【図2 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

既存の運用方法は、医師が栄養指導の依頼オーダー入力と日程調整を行い、栄養士が指導を実施するといった「依頼待ち」の状態であった。また指導の実施日については、看護師と栄養士が連絡をとり患者さんの都合に合わせて調整を行っていた。

新規の運用方法は、まず栄養士が対象者を抽出後、医師へ電話連絡して指導の依頼と許可を得る。つぎに、栄養士が指導依頼のオーダーを入力と日程調整も行い、医師承認のもと栄養指導を実施する。このように「依頼待ち」から「依頼する」プロセスを考案した。

②依頼オーダーの代行入力

栄養指導依頼オーダーの代行入力承認システムを導入した。

医師許可のもと管理栄養士が代行入力し、医師が承認すると医師名が赤字で表示される。

ALL		栄養	計画	説明
Active Problem List				
カルテ種別	プロブレム	開始日		
医師	概要			
看護記録-管理番号2	概要			
看護記録-管理番号3	概要			
看護記録-管理番号4	概要			
原別 医師 診療科 循環器内科 入外 入院 タイトル 概要 初再診 再診 保続 困保 記入日 H29/ 1/10 記入時間 17:09:11 最終記入者 藤原 太 変更度 重要度 選択なし 確認者 藤原 太				
栄養管理 医師承認のもと下記代行入力実施 入院栄養食事指導 P) 心臓病指導 高血圧症指導 塩分 (g) 8g				

③クリニカルパスの活用

指導許可・代行入力・承認の工数を削減する為、新たに5件のパスに栄養指導を追加した。

(開腹・腹腔鏡下)結腸切除術		手術前々日	手術前日
患者状態		手術に対する心身の準備ができています ○手術に臨むことができます ×不安強く手術拒否	手術に対する心身の準備ができています ○手術に臨むことができます ×不安強く手術拒否
生活動作			
知識・理解		病状に対する知識を得る ○病状について話せる ×病状について理解ができていない	病状に対する知識を得る ○病状について話せる ×病状について理解ができていない
合併症			
その他			
		2日前	1日前
説明		■---【看護】 その他(2)：術前オリエンテーション、毎日、中止日…術後 その他(1)：術前必須物品チェック→口受療 胸口和式深部口字帯白標帯白帯は 1-1000、毎日、中止日…術後 ■---【栄養指導】 病名：バズ病名通り 内容：術の食事指導、その他：結腸切除 術後の栄養指導 ■---【コメント】 入院歴栄養計画書のサインを確認する	
食事	食事	■---【食事】 [昼 / 食事変更] 食程：抜きなし 主食：変更なし 副食：変更なし [夕 / 食事変更] 食程：08-1のみ(食事代請求無し) 主食：変更なし 副食：変更なし	■---【食事】 [朝 / 食事変更] 食程：08-1のみ(食事) 主食：変更なし 副食：変更なし 指示：1-1207/600ml付 : 1-1207/600ml付

④NSTとの連携

NST介入患者は同一週に指導算定ができない為、入院1週目は栄養指導、翌週にNST介入をするよう連携をとることとした。

⑤時間を作る(業務効率UP)

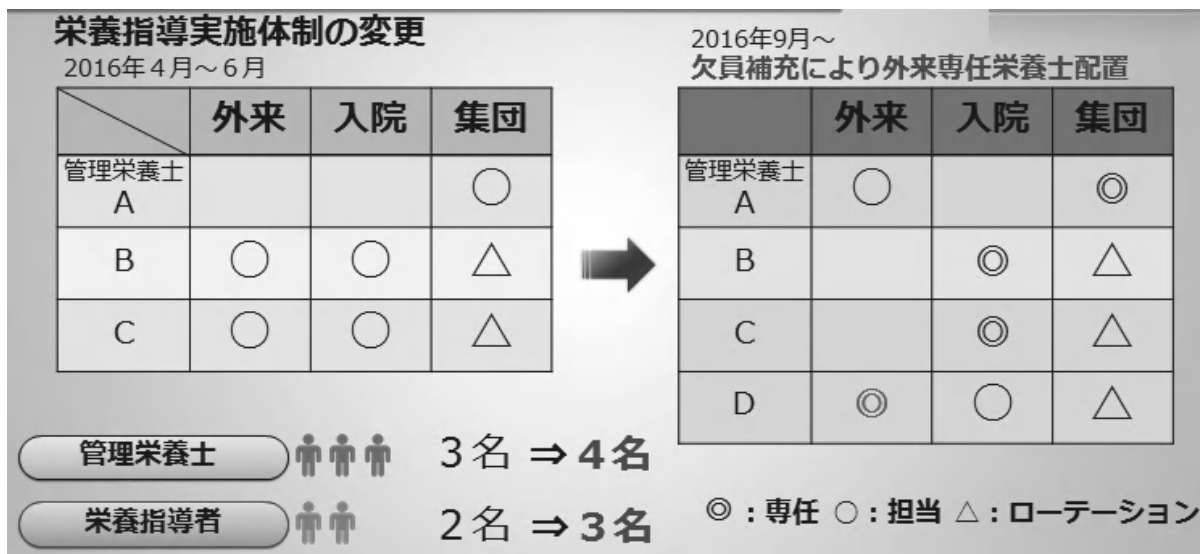
見直し可能な業務内容と1ヶ月当りの所要時間			
栄養管理	給食管理	総務	
・栄養管理計画書作成 (平均10件/日)	66.5H	・食事嗜好調査原案作成、印刷	0.5H
・栄養管理計画書の終了処理	14.3H	・" 配布、回収、集計、資料作成 (配布、回収2名体制)	8.3H
栄養食事指導		献立管理	
・入院栄養指導 (平均1~2件/日) (患者情報収集~カルテ入力)	38H	・特別メニュー (ポスター作成、掲示、対象者入力)	1.8H
・外来栄養指導 (平均3件/日)	76H	・献立チェック	
・突発な栄養指導対応	5H	物品管理	
集団栄養食事指導 (会場準備と教室は2名体制)		・栄養補助食品持帰り対応	2.5H
・糖尿病食事会 (申込~カルテ入力)	9.2H	・SPD要求表提出	2.3H
・高血圧症心臓病教室 (申込~カルテ入力)	4.3H	・R対応	0.5H
		・委託の駐輪場依頼	0.5H
		・委託の名簿管理 (職員名簿入力)	0.3H
		・職員食給料控除依頼処理	1.7H
		その他	
		・電話対応	3.3H

【表3 作成日:平成29年1月31日 作成者:浴】

まず、見直し可能な業務内容と1ヶ月当りの所要時間を調査した。
 続いて、a. 栄養指導実施体制の変更、b. 業務改善・協力依頼に業務を分類し、それぞれに対策を立てた。

a. 栄養指導実施体制の変更

欠員補充により、9月から外来専任栄養士1名と入院専任栄養士2名を配置するよう実施体制を変更した。それにともない、入院担当栄養士は入院栄養指導だけに専念することができるようになった。

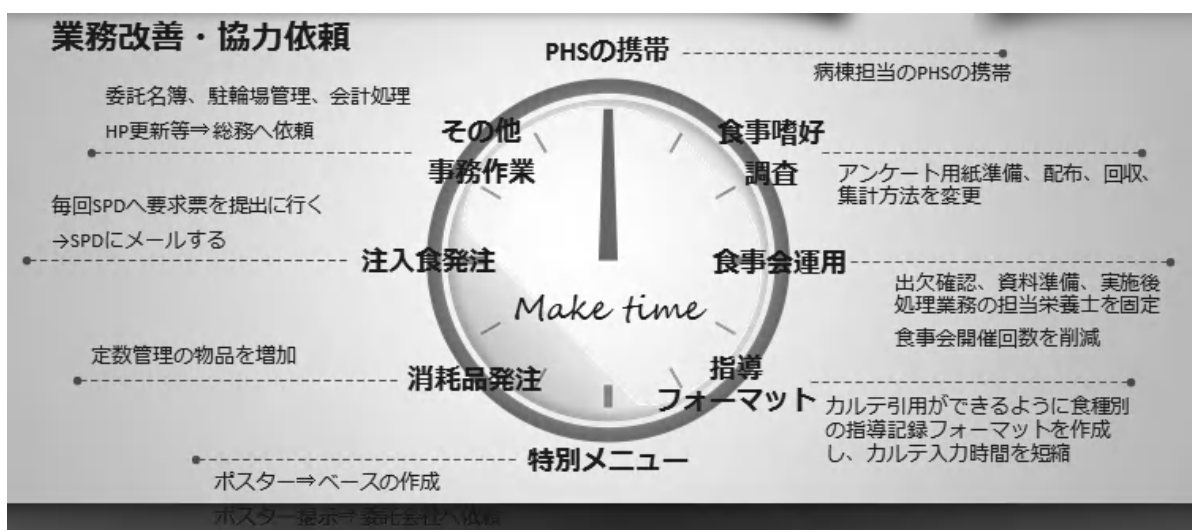


【図3 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

b. 業務改善・協力依頼

- ・ PHSの携帯について…固定電話1台から栄養士それぞれがPHSを携帯するようにし、病棟や外来に居てもスムーズに連絡が取れるようにした。
- ・ 栄養指導のフォーマットについて…指導内容をカルテ引用できるよう、食種別にフォーマットを作成し、カルテ入力時間の短縮を図った。
- ・ 注入食の発注業務について…週に約8回の発注作業があり、その都度要求表をSPDへ提出しに行っていたが、メール提出できるよう運用を変更した。

その他、以下の図に示す通り対策を実施し、1ヶ月あたり21.5時間の時間削減に成功した。



【図4 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

⑥栄養管理新規システム導入

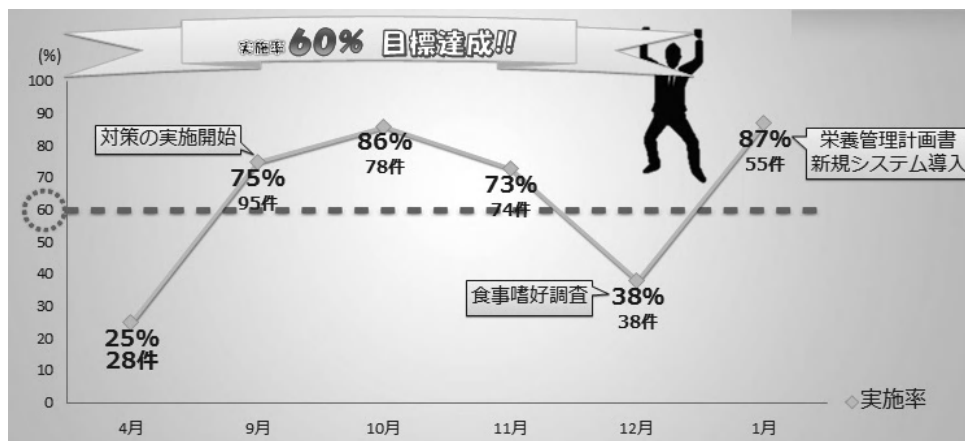
計画書のカルテ入力、今まですべて手入力で行っていたため、栄養士1人当たり一日70～100分程度、時間を費やしていた。そこで企画・情報担当者へ相談し、2017年の1月中旬から新規システムを導入した。その結果、計画書の作成や患者の情報収集の時間を短縮することができた。

7. 効果の確認

[有形効果]

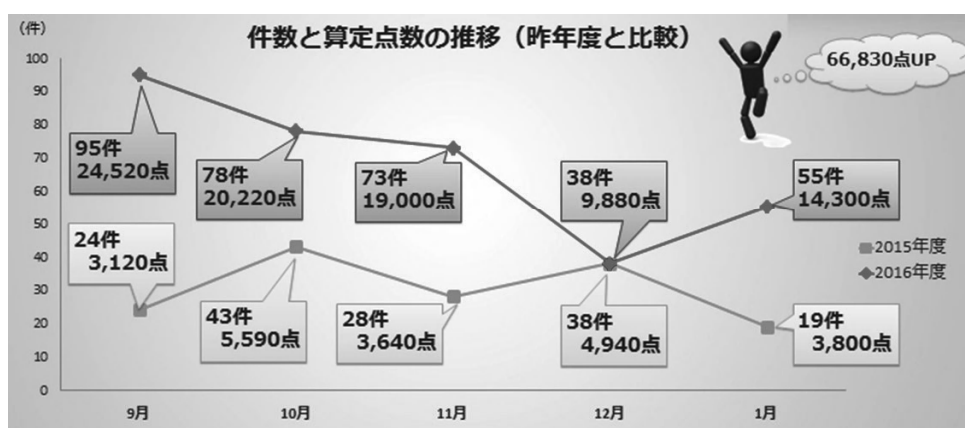
目標の実施率60%を達成した。

<実施率と実施件数(2016年4月～2017年1月)>



【図5 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

<件数と算定点数の推移(2016年4月～2017年1月)>



【図6 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

[波及効果]

- ・業務時間の短縮と効率 UP :業務を見直すことで、一月あたり約21.5時間の短縮と効率化が図れた。
- ・医師・看護師の負担軽減 :栄養士が指導依頼オーダーを代行入力することで 260件の医師の依頼オーダー入力と看護師の日程調整作業の負担を軽減できた。
- ・外来栄養食事指導の突発依頼受諾件数 UP :外来栄養指導専任者の配置により、突発の指導依頼の受け入れが昨年と比べ46件増加した。

[無形効果]

- ・医師:「治療食が必要な患者へ適切にオーダー変更をする意識が高まった。」
- ・管理栄養士:「日々業務に無駄がないか意識するようになった、栄養指導件数を増やすやる気につながった。」
- ・患者:「入院中の食事と指導でバランスの良い食事がいかに大切か学んだ。」との意見があった。

8. 標準化と管理の定着

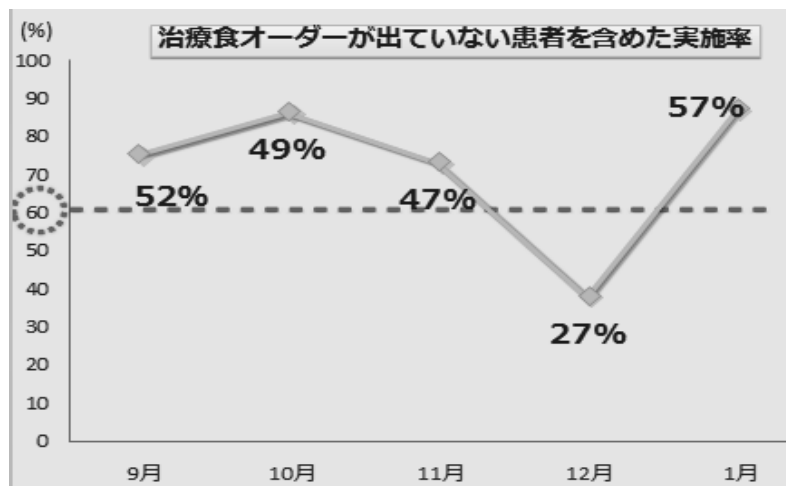
何を	誰が	いつ	どこで	なぜ	どうする
指導実施依頼	福島 浴	計画書作成後	栄養管理室 病棟	指導対象者を増やす	医師から指導の承認を頂く
指導記録のフォーマット	管理栄養士	カルテ入力時	栄養管理室 病棟	時間短縮と記録必須項目の漏れをなくす	フォーマットをカルテ引用
NSTと連携	管理栄養士 NST専従Ns.	栄養管理計画書作成時	栄養管理室	同一週介入を避けるため	入院1週目:指導 翌週:NST介入 運用決め

【表4 作成日:平成29年1月31日 作成者:浴】

9. 今後の対策

栄養管理業務の質をさらに高める目的で2017年1月の治療食のオーダーがでていない患者を調査した。その結果、33件の患者に治療食のオーダーがないことがわかった。

2016年4月～2017年1月の実施率の結果に、治療食オーダーが出ていない患者を含めると以下に示すグラフのようになる。今後は、これらの患者も含め実施率60%を目指して活動する。



【図7 作成日:平成29年2月6日 作成者:浴】

対策として、管理栄養士が一般食から治療食へ食種変更ができる権限を病院から頂き、食種変更オーダーも代行入力承認機能を導入する。変更の際は、医師・看護師と連携を図り、患者さんの状態をしっかりと確認し、同意を得て変更するよう徹底する。

9. 今後の課題

- ・栄養管理業務(食事調整など)の効率化
- ・献立確認時間の削減
- ・食事配膳に関するトラブルの削減
- ・食事嗜好調査のさらなる効率化
- ・食事会・教室のさらなる効率化
- ・委員会の掛け持ちを減らす(一名が複数の委員会に出席している)
- ・外来患者対応業務(栄養補助食品持ち帰り)の効率化

上記に示す課題について改善を図り、今以上にルーチン業務効率UPと質の向上を目指す。そして、さらに実施率UPができるよう努めたい。

マツダ病院 Q Cサークル活動報告書

サークル名	看護必要度ショック乗り切り隊		発表者	中本 香代
			リーダー	中本 香代
部署	看護部		サブリーダー	柿本 佳保里
活動期間	平成 28 年 5 月 17 日～平成 29 年 2 月 13 日		メンバー	川口 三恵子 高根 彩子 菅生 志保 千代延 淳子 藤本 藤江 森 康晴 中井 聡子 田中 直樹
会合状況	会合回数	34 回		
	1 回あたりの会合時間	30～60 分		
テーマ	重症度、医療・看護必要度の適正評価に向けた取り組み			

1. テーマ選定 【作成日 平成 28 年 5 月 17 日 作成者：中本】

重症度医療看護必要度は平成 20 年の診療報酬改定の際、7 対 1 入院基本料を算定するすべての病棟において「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」で毎日患者評価を行う必要がある。診療報酬に関わるデータとなるため正確な評価が求められ、毎日評価を行っているが評価の精度は 100%でないのが現状であった。また、「看護の質」を評価したいが、看護記録から患者の状態変化や看護の経過が読み取りにくい現状もあった。そこで現状分析した結果、必要度に関する看護記録の方法や知識不足、システムに関する項目が課題に挙がり、中でも一番点数の高かった看護記録が不十分の項目をテーマとした（表 1）。

表 1 テーマ選定のマトリックス図

困っていること・改善したいこと	重要性	緊急性	効果	取り組みやすさ	品質向上	期間内解決	合計
記録が不十分	◎	◎	◎	◎	◎	◎	18
定義の知識が不足している	◎	◎	◎	◎	◎	○	17
教育の効果が発揮されていない	◎	◎	◎	△	◎	△	14
監査に時間・手間がかかる	○	○	◎	△	◎	△	12
診療報酬との関連が理解できていない	◎	○	○	○	△	○	12
評価と記録が連動していない（システム）	△	○	◎	△	△	△	9

2. 現状把握 【作成日 平成 28 年 6 月 22 日 作成者：柿本】

【調査期間】 6 月 20 日～30 日まで

【調査方法】 監査者が、入院日を含む 10 日間の看護記録、必要度評価、コストが一致し、適正に評価されているか調査

【調査結果】

各病棟で看護必要度評価が適正に評価されている割合は、平均で 65.4%となった。

(図 1)

A 項目ではコストの発生する、創傷処置・呼吸ケア・心電図モニターの項目の評価の取り漏れがあり適正評価率が低い結果となった。また、C 項目では、評価の難しい骨の手術・救命等内科的治療の評価の取り漏れがあり適正評価率が低い結果となった。

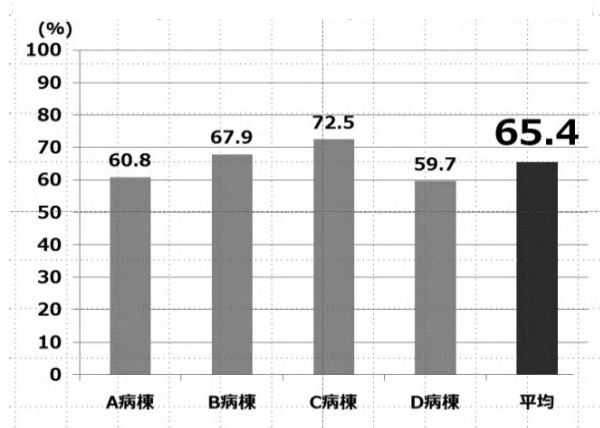


図 1 看護必要度部署別適正評価率

算定に関わる記録・評価の不備の件数は 42 件であった (図 2)。

取り漏れの不備とは、適正評価をすれば算定基準を満たすという意味であり、取りすぎとは適正評価によって算定基準を満たさない結果になることと定義した。

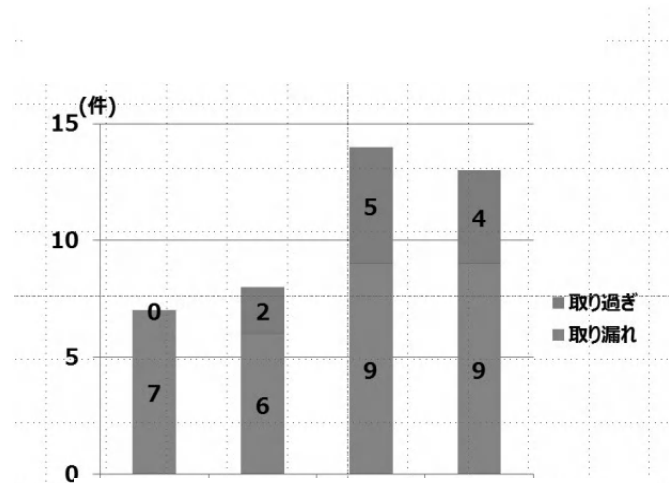


図 2 算定要件に関わる不備件数

3. 目標設定 【作成日 平成 28 年 6 月 作成者：柿本】

1) 看護必要度の適正評価率 (記録・コスト・評価) 50%UP

適正評価率 65.4%⇒97.8%

2) 算定要件に関わる不備件数 (記録・評価) 0 件

不備件数 42 件 (1657 件数中) ⇒0 件

4. 活動計画 【平成 28 年 7 月 18 日 作成者：柿本】

表 2 活動計画表

活動ステップ	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	担当
テーマ選定・理由	★★★★★	→									中本
現状把握 目標設定		★★★★★	→								柿本
要因解析 対策立案				★★★★★	→						高根
対策の実施						★★★★★	→				千代延 柿本
効果の確認 標準化								★★★★★	→		川本 高根
活動の反省・まとめ										★★★★★	藤本 菅生

5. 要因解析 【平成 28 年 9 月 16 日 作成者：高根】

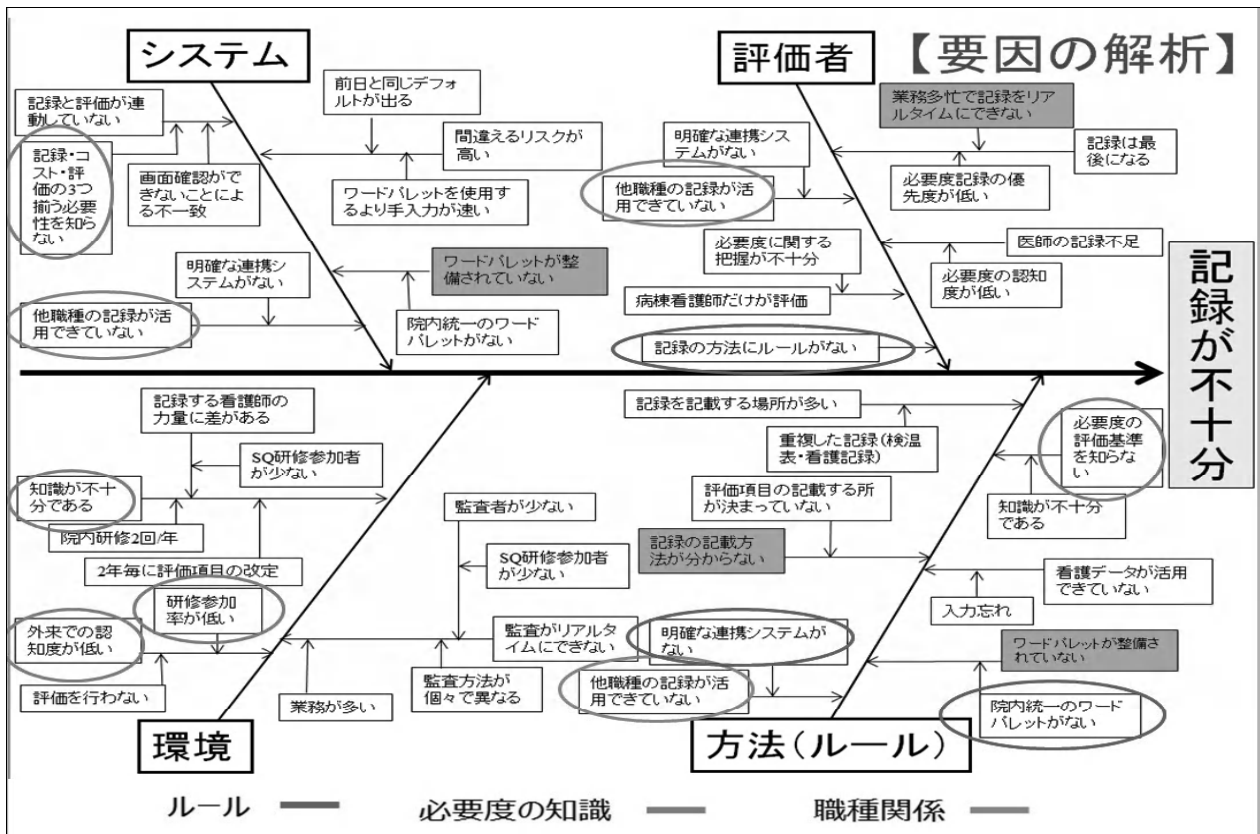


図 3 特性要因図

6. 重要要因の検証 【平成 28 年 10 月 作成者：高根】

表 4 重要要因表

	重要要因の検証	検証方法	結果	判定
①	記録方法が統一されていない	記録の記載方法について看護師に聞き取り調査	統一した記録方法はない。ワードパレットを使用したり自由記載している。有事象が分かりにくい記録のため監査に時間を要する。必要度の記載例はあるが記載基準はない	◎
②	看護記録、必要度評価、コストの不一致	10日間の監査で看護記録、必要度評価、コストが一致しているかを調査	不一致率が34.8%であった。項目別では、A項目26%、B項目69% C項目5%であった。	◎
③	看護必要度についての基礎知識が不十分	院内研修後アンケート結果より調査	診療報酬改定後の伝達講習が病棟以外には実施されていない。外来の研修参加率30%	○

7. 対策立案・実施 【平成 28 年 9 月 26 日 作成者：高根】

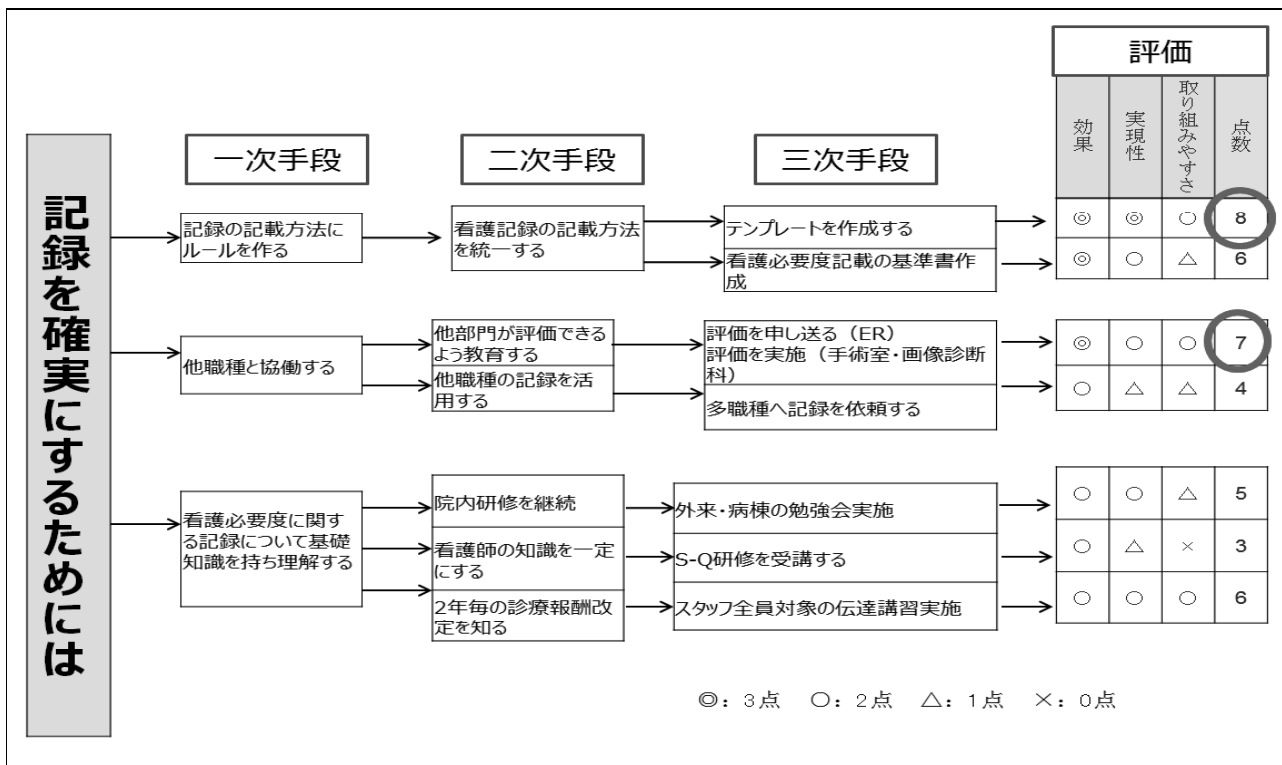


図 4 系統図

マトリックス図をもとに点数の高かった「看護必要度のテンプレートを作成する」「C項目は担当部署で評価する」の2項目を具体策とした。(表3)

表 3 対策表

	なにを	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
①	テンプレートを	看護記録を統一するために	QCメンバーと情報管理担当者が	10月中旬までに	企画情報管理チーム	作成する
②	看護必要度評価を	他部署と協働して評価を行なうために	手術室画像診断科が	11月から	各科の部署で	評価する


8. 対策の実施 【平成 28 年 11 月 作成者：千代延】

1) テンプレート作成・使用

看護記録と必要度評価が適正に保たれるように、また項目別の記載により記録も分かりやすくなるよう A,B,C 項目がそれぞれ評価できるようテンプレートを作成した。

テンプレート使用前後の看護記録

酸素カニューラ使用中
心電図モニター装着中HR=80回/分調律
T:37.0度台
血圧=120~140/50~70mmHg台 指示範囲内で適量中
ニカルジピンを2ml/hで輸注中、シリンジポンプを使用
中
開腹手術1日目
右側腹部に硬膜下ドレーンを挿入中、淡血性の排液あり
点滴を触らないよう説明の指示に対して触るの行動がみられた 排液点滴挿入中、自己拭去あり
DVT予防のため弾性ストッキング使用中
循環障害なし 皮膚障害なし
嚔性咳嗽あり 呼吸困難感なし 喘鳴なし
口腔内吸引し白色少量引ける
瞳孔同大なし 対光反射あり
院内茶色軟便少量あり看護部全介助でオムツ交換実施
自力で口腔ケアを行うことができないため院内口腔
ケア実施
自力は動脈経のため戻りが出来ず看護部全介助で体
位交換実施



【C項目】
開腹手術1日目
【B項目】
酸素カニューラ使用中
心電図モニター装着中HR=80回/分調律
ニカルジピンを2ml/hで輸注中、シリンジポンプを使用
中、右側腹部硬膜下ドレーンを挿入中、淡血性の排液
あり
【C項目】
点滴を触らないよう説明の指示に対して触るの行動が
みられた 排液点滴挿入中、自己拭去あり
四肢麻痺があり自力歩行困難のため戻りが出来ず、
看護部全介助で体位交換・口腔ケア・オムツ交換実施

図 5 テンプレート使用例

2) 他部署評価

画像診断科・手術室が治療後に C 項目の評価が行えるようまずは看護必要度に関する伝達講習を行った。

治療内容をより深く把握している部署のスタッフが評価することで、適正評価につながった。治療当日の評価を正確に行うことで C 項目の不備率の減少につながった。

9. 効果の確認 【平成 28 年 12 月 作成者：川本】

- 1) 看護必要度の適正評価率（記録・コスト・評価） 適正評価率 65.4%⇒80.1%（図 6）。
- 2) 算定要件に関わる不備件数(記録・評価)不備件数 42 件(1657 件中) ⇒34 件(1577 件中)（図 7）。

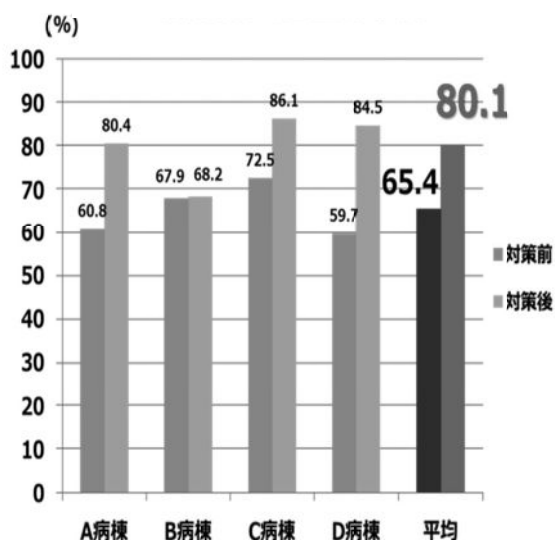


図 6 看護必要度部署別適正評価率

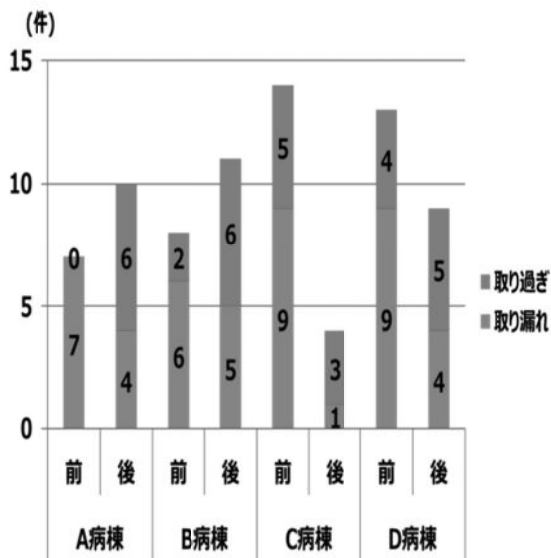


図 7 算定要件に関わる不備件数（記録・評価）

ABC 項目ごとの適正評価率より、A 項目の不備内容を分析するとコストが関連していることが判明した（図 8）。

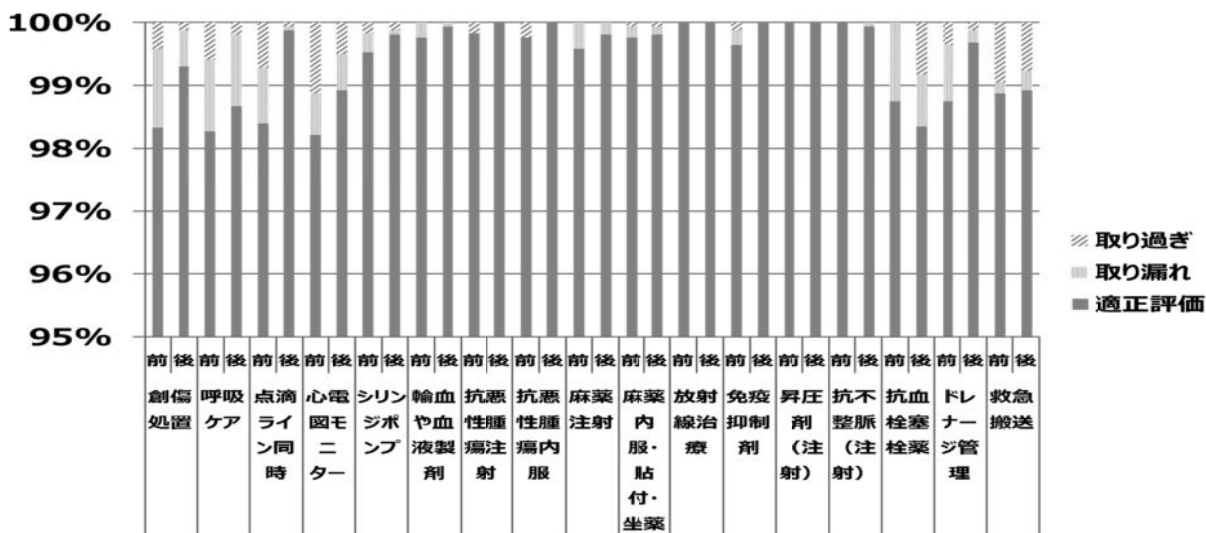
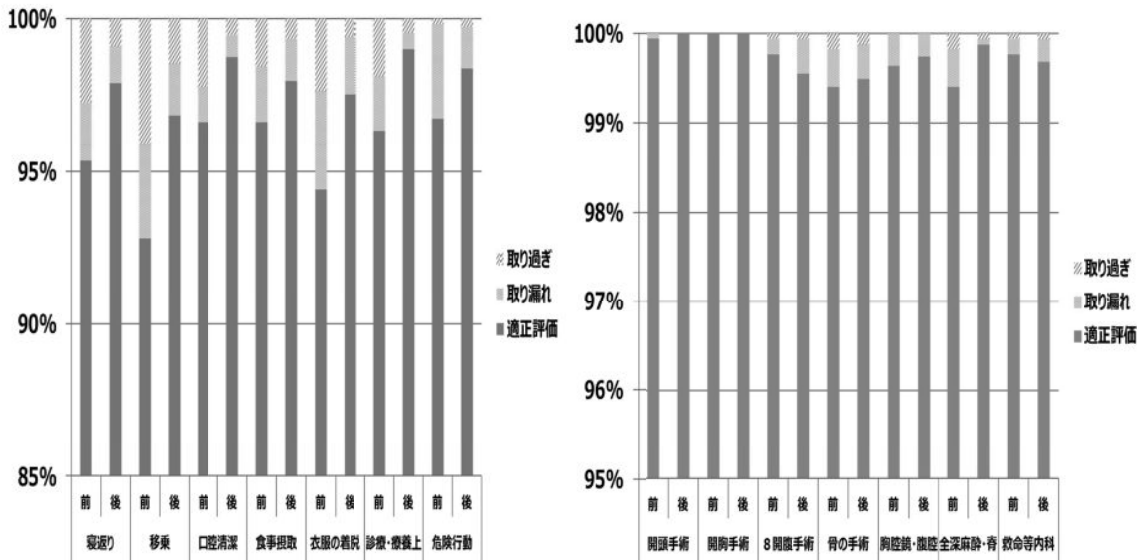


図 8 A 項目適正評価率

B 項目は全項目で適正評価率は上昇しており、テンプレートの活用による効果が現れた項目となった（図 9）。C 項目は評価基準が不明瞭な項目があったが、今回適正評価率の上昇は項目によってはみられなかったが多職種連携で精度の上昇が期待される。（図 10）。



前後比較で適正評価率の上昇率の少なかった B 病棟に対して、不備内容を分析した結果、コスト漏れが影響していることが判明した。そこでコスト漏れを防止するためにテンプレートを追加修正し再度調査を実施した。その結果、大幅な適正評価率の上昇につながった (図 11)。

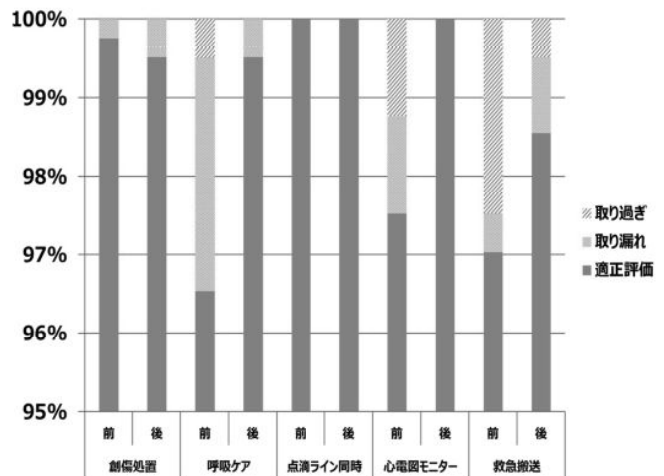


図 11 B 階病棟 A 項目適正評価率

10. 波及効果

1) 監査時間

テンプレート使用前 監査時間 82.5 分/日

↓

テンプレート使用后 監査時間 43.7 分/日

⇒ 監査時間 38.8 分/日 減 (47%減)

2) 評価者・監査者ストレス度

ストレス度に関するアンケートを看護師に対して実施した。評価者のストレス度に大きな変化はみられなかったが監査者のストレス度が24%減少した(図12)。

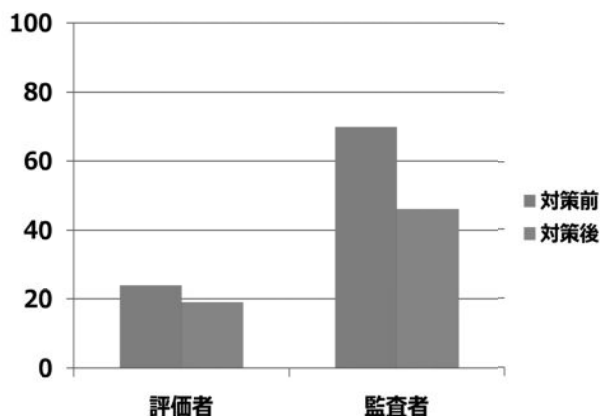


図12 評価者・監査者ストレス度アンケート結果

11. 無形効果

- 1) 評価者の意識に変化が見られた
- 2) 他部署への伝達講習が意識づけとなった
- 3) QC活動により監査時のストレスに変化が見られた
- 4) テンプレートが教育ツールとして活用できた
- 5) スタッフ同士でテンプレート活用を促すようになった

12. 標準化と管理の定着【平成29年1月 作成者：高根】

	何を	なぜ	いつ	誰が	どこで	どうする
標準化	マニュアル (経過記録 基準・看護必 要度評価基 準)を	記録記載を統 一するために	3月までに	必要度ミーティ ングメンバーが	委員会で	作成する
管理	C項目の必要 度評価を	評価間違いを 防ぐために	治療終了 後	画像・手術室 看護師が	各部門で	評価する
	C項目の監 査の	評価漏れを防 ぐために	月1回	企画情報管理 チームが	企画情報 管理チーム で	監査する
	記録・コスト 評価を	一致させるた めにテンプレ ートを活用し	毎日	院内指導者研 修受講者が	病棟で	監査する
教育	必要度評価 方法を	周知するた めに	年2回	必要度ミーティ ングメンバーが	院内で	研修する
	看護必要度 を	必要度評価を 理解するた めに	年1回	新人看護師が	新人教育 で	知識を得る

13. 活動の反省【平成 29 年 1 月 作成者：全員】

	良かった点	悪かった点
テーマの選定	以前より改善の必要があると考えていたことに取り組めた	
現状把握・目標設定	たくさんのデータが収集でき多角的視点で検討できた	調査時期の違いにより患者層や対象者数に違いがある事で結果に乖離するのではないかと不安があった
要因解析	QCメンバーがそれぞれ特性要因図を作成することで様々な視点から要因が抽出された	要因が多数抽出され絞り込むのに時間がかかった
対策の立案と実施	他部門との連携がスムーズだった	テンプレート作成に時間がかかり、対策実施期間が短かった
効果の確認	目標値に近づけた	テンプレート使用方法の統一ができず、記録記載にばらつきがあった
標準化と管理の定着	システムを変更することで継続していける内容になった	

14. 今後の課題【平成 29 年 2 月 作成者：菅生】

- 1) 診療報酬に直結するため、より高い精度を目指す
- 2) 監査者へのサポート体制の強化
- 3) 他部門と協働し、必要度を評価する仕組みづくり
- 4) 評価とコストの整合性を保持するためのシステムの構築