

# 病棟内での ADL 訓練を増やそう

～日常生活動作の早期向上を目指し、看護師との連携を深める～

医療法人宝生会 PL病院 リハビリテーション科 乾 亮介

## 1. はじめに

私たちメーデーサークルは、医師 1 名、理学療法士（以下 PT と略す）10 名、事務職員 1 名の計 12 名で構成されています。忙しい業務の中、より良いサービスを患者様に提供できるよう、日々努力しています。

## 2. テーマ選定

過去の QC 活動テーマや改善したい事についてブレインストーミングにて検討した後、アドバイザーと相談の結果、「より患者様に身近に反映できるテーマにしてみてもは？」とアドバイスがあり、『病棟内での ADL 訓練を増やそう』というテーマに取り組むことになりました。

注）ADL：日常生活動作の略（例：歩いたり、トイレに行ったりと普段あたり前に行う動作のこと）

## 3. 活動計画

表 1 活動計画表

項目	期間	→ :計画    ..... :実施    ★ :会合												担当
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月				
テーマ選定		★★★★												乾
現状把握			★	★★★★★	★									森・乾・福島
目標設定					★									乾・新谷
要因解析						★★★★★	★							小浦・竹嶋
対策立案								★	★★★★					藤井・福島
対策実施										★★★				西莚植・新谷
効果確認												★	★	森・丸石
標準化													→	乾・関

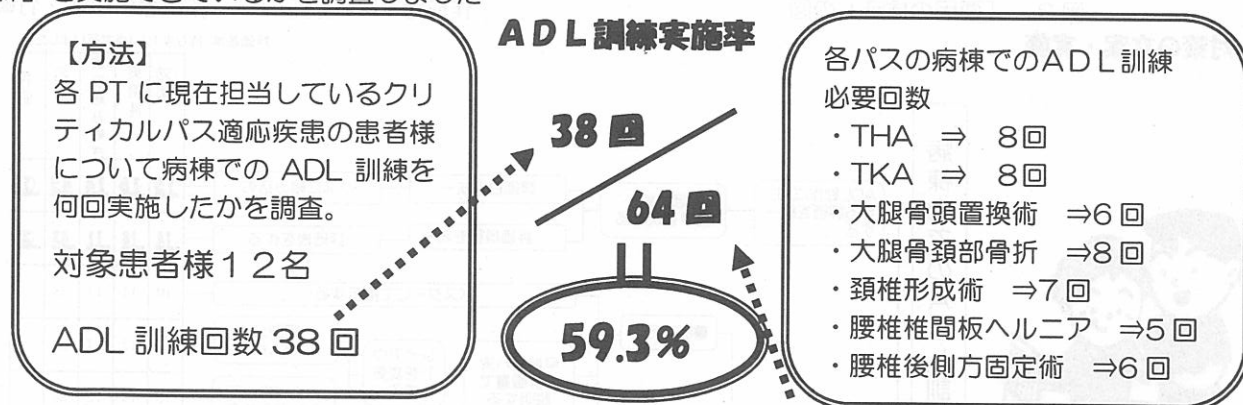


作成日：H.16.12.7 作成者：乾

## 4. 現状把握（平成 16 年 5 月 23 日～27 日までの 5 日間）

ADL 訓練はリハビリの中でも重要な訓練の一つであり、殆ど全ての患者様に実施しています。各患者様により生活レベルは異なり、同じ疾患名であってもその訓練回数や内容は大きく異なります。

そこで、今回は基準が明確な『整形外科クリティカルパス適用患者様』に対して、どの程度「病棟での ADL 訓練」を実施できているかを調査しました



これを今回の対象患者様 12 名に照らし合わせると計 64 回

図 1. 「病棟での ADL 訓練実施率」の図 作成日：H16.12.10 作成者：森・乾・福島

サークルチーム名		メーデーサークル			(1988年 5月結成)	
リーダー氏名 (職種)	乾 亮介 (理学療法士)	所属部門	看護 医療技術	管理 事務	月あたり会合回数	4回
リーダー経験年数	年11ヶ月		その他 ( )		平均会合時間	40分
メンバーの数	計 12 名	活動内容	質	能率	平均会合出席率	85%
	うち男7名		CS	モラル	テーマ歴	15件目
	うち女5名		コスト	安全	(このテーマで)	

## 5. 目標設定【平成16年11月22日までに】

病棟でのADL訓練実施率を

**59.3% → 75%** にしよう

【根拠】パス適応患者様の状態は変動しやすく、主治医の指示変更があると必要回数は変動するため。また、逆に必要回数をしなくてもADLが自立する人もいるため。

## 6. 要因解析

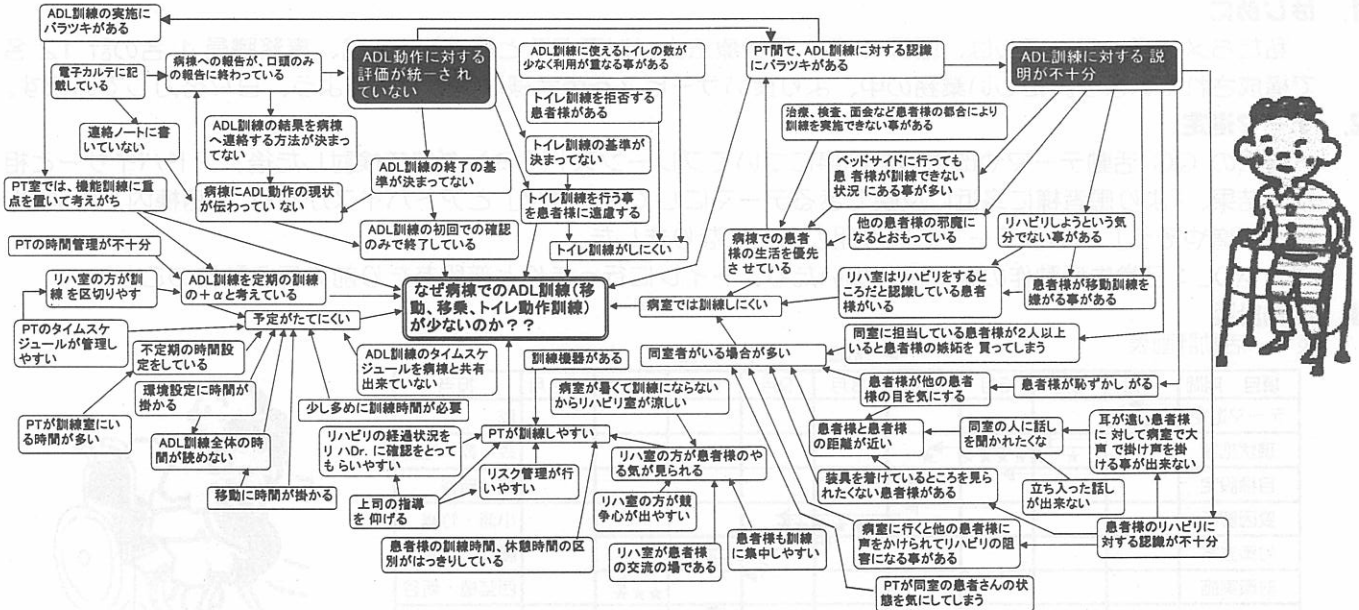


図2. 「なぜ病棟でのADL訓練が少ないのか」の連関図 作成日：H16.12.7 作成者：小浦・竹嶋

## 7. 要因の検証

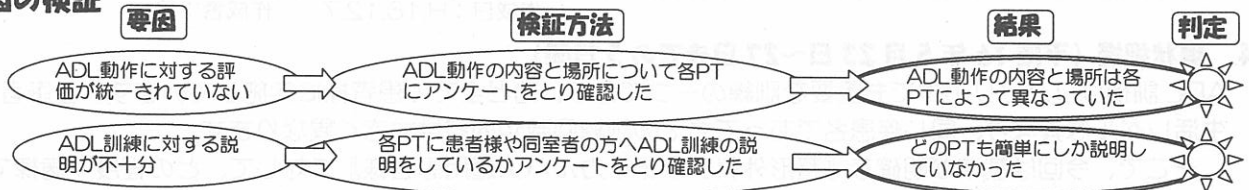


図3. 「要因の検証」の図

作成者：H16.12.7 作成者：小浦・竹嶋

## 8. 対策の立案・実施

評価基準：持ち点1人3点で行いました。

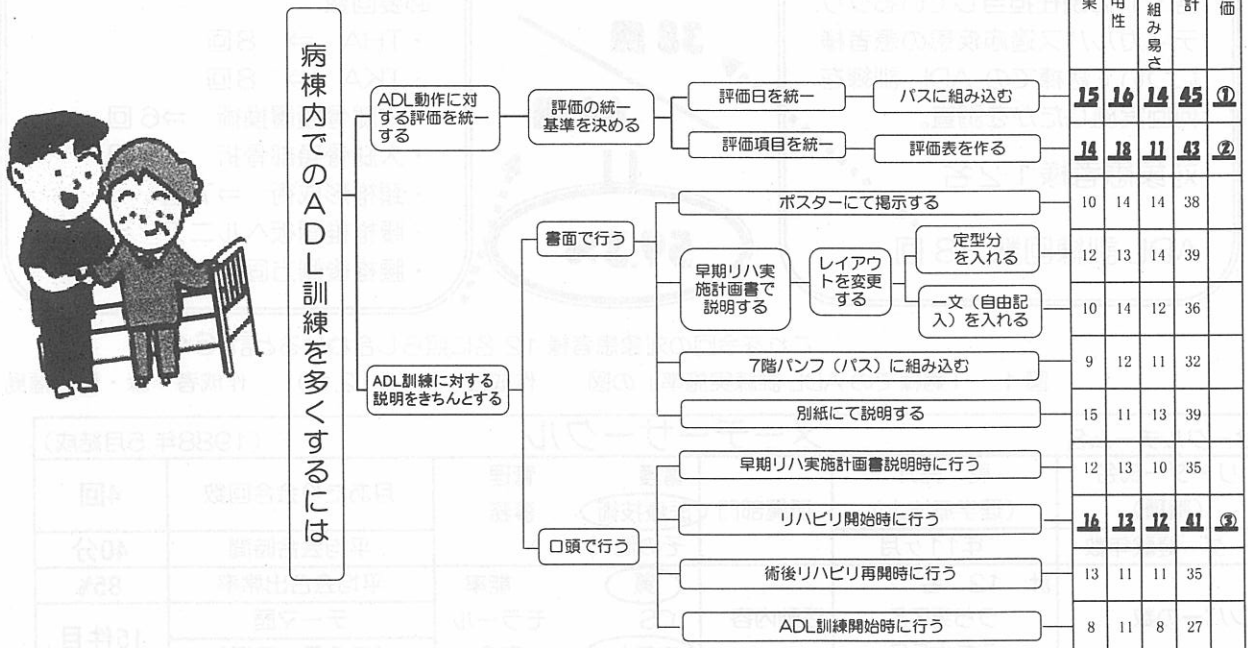


図4. 「病棟内でのADL訓練を多くするには」の系統図 作成日：H16.12.7 作成者：藤井・福島

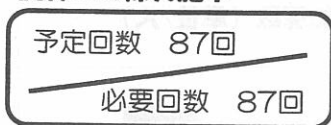
表2 対策表

	What	Why	Who	When	Where	How
①	評価日を	ADL動作の評価を統一するために	乾が	11月22日までに	控え室で	パスに組み込む
②	評価表を	ADL動作の評価を統一するために	乾が	11月22日までに	控え室で	作成する
③	ADL訓練の説明を	患者様が理解するために	担当PTが	リハビリ開始時に	リハビリ実施場所で	行う

作成日：H16.12.7 作成者：西埜植・新谷

9. 効果の確認（平成16年11月22日～27日中の5日間）

病棟での練実施率



目標達成



\*対象患者様12名 検証方法は現状把握と同様



患者様1人あたりのADL加算が  
1.6単位から2.7単位へ増加

ADL訓練実施率が59.3%から100%に上昇



- ・患者様の病棟でのADLを意識するようになった
- ・ADL加算を意識するようになった
- ・退院後のADLもより考えるようになった
- ・病棟との連絡の大切さを意識するようになった
- ・パスを意識するようになった



病棟に行く回数が増えたので、  
看護師さんとの情報交換が  
しやすくなった

作成日：H16.12.7 作成者：森・丸石・竹嶋

10. 標準化と管理の定着

表3 標準化と管理の定着

	What	Why	Who	When	Where	How
標準化	病棟でのADL動作評価マニュアルを	スタッフが理解できるように	乾が	11月27日までに	リハ室で	作成し、業務マニュアルに入れる
	病棟でのADL動作評価表テンプレートを	評価した内容をカルテに記録するために	森が	11月27日までに	リハ室で	作成する
	ADL訓練の説明項目を	各PTが統一した内容を患者様に説明するために	スタッフ全員が	11月27日までに	リハ室で	作成し、業務マニュアルに入れる
管理	病棟でのADL動作評価用紙を	スタッフがいつでも評価できるように	乾が	残り5枚になった時点で	総務で	印刷する
教育	病棟でのADL動作の評価方法を	新人がわかるように	メンターが	新人が配属された時に	リハ室で	ADL動作評価マニュアルを用いて説明する
	病棟でのADL訓練の必要性を	新人が説明できるように	メンターが	新人が配属された時に	リハ室で	ADL訓練説明マニュアルを用いて指導する

作成日：H16.12.7 作成者：乾





## 11. 追跡調査(平成17年1月31日～2月4日までの5日間)

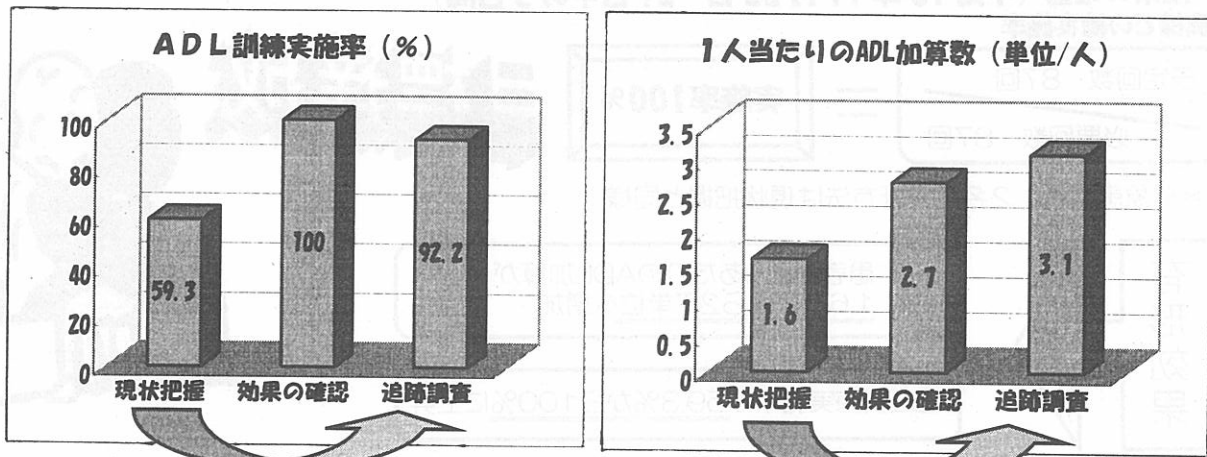
【調査方法】 現状把握、効果の確認時と同様の方法で調査

対象患者様 11名

**現状は維持されている！！**

$$\text{病棟でのADL実施率} = \frac{\text{ADL訓練実施回数 } 59\text{回}}{\text{ADL訓練必要回数 } 64\text{回}} = 92.2\%$$

### ☆現状把握からのADL訓練実施率・ADL加算の推移はなんと！！



およそ... **1.5倍**

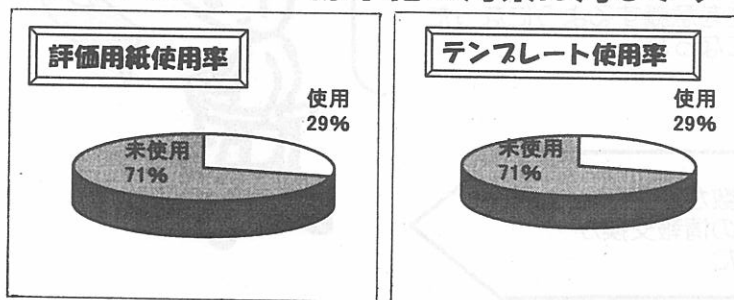
**2.0倍**

図5. 「ADL 訓練実施率・ADL 加算の推移」の図

作成日 平成 17.2.14

作成者：乾・竹嶋

しかし... **標準化の対策に対しアンケートしたところ**



**評価用紙とテンプレートの使用率が悪かった為作り直すことに！！**

図6. 「評価用紙・テンプレート使用率」の図

作成日 平成 17.2.14

作成者：乾・竹嶋

## 12. 反省と今後の課題

表4 各ステップごとの評価表

	良かった点	悪かった点
テーマ	上司方針にのっとって行えた。	
活動計画	新人が参加できるような計画にした。	計画どおりにすすめることができなかった。
現状把握	様々な角度から検証できた。	絞りこむのに時間がかかった。
目標設定	妥当であった。	
要因解析	連関図は2回目の挑戦だったので、前回よりも内容のある解析ができた。	要因が出すぎ、絞り込みに時間がかかった。
対策立案		やり直しをしたので、時間がかかった。
効果の確認	目標が達成された。	時間がなく話し合いが少なかった。
標準化	業務マニュアルを視野にいれ作成できた。	

作成日：H16.12.7

作成者：乾



### 今後の課題

追跡調査後改良した評価表及びテンプレートの使用を定着させることと、今回の取り組みを内科や外科など他の疾患にも広げていく必要がある。