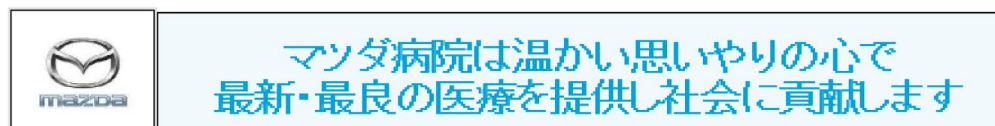


リハビリテーション科における出来高算定率の向上

マツダ株式会社マツダ病院 リハビリテーション科

【1 はじめに】

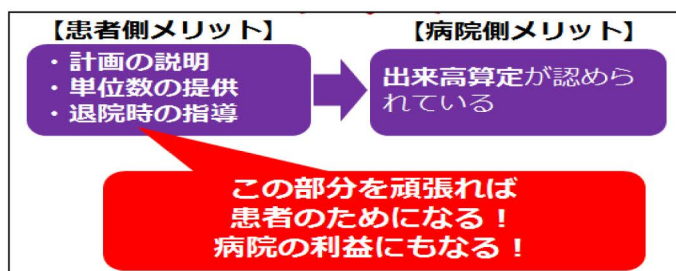
当院は自動車メーカーマツダ株式会社の企業立病院であり、広島市東部の基幹病院としての役割を担い、病院理念(図1)に基づき日々診療を行っている。



(図1) マツダ病院理念

【2 テーマ選定】

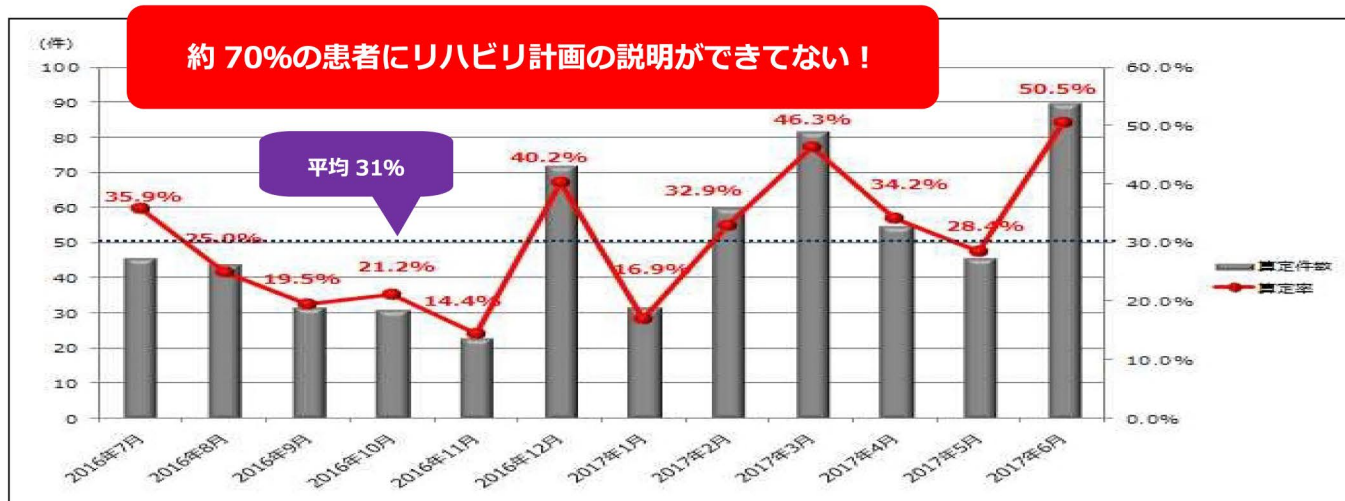
病院全体で『反転攻勢の年』と位置付けられた2017年度、リハビリテーション科では出来高算定率の向上を図り、患者、病院双方のメリット(図2)を追求する活動にしたいという思いから本テーマとした。



(図2) 患者、病院双方のメリット

【3 現状把握】

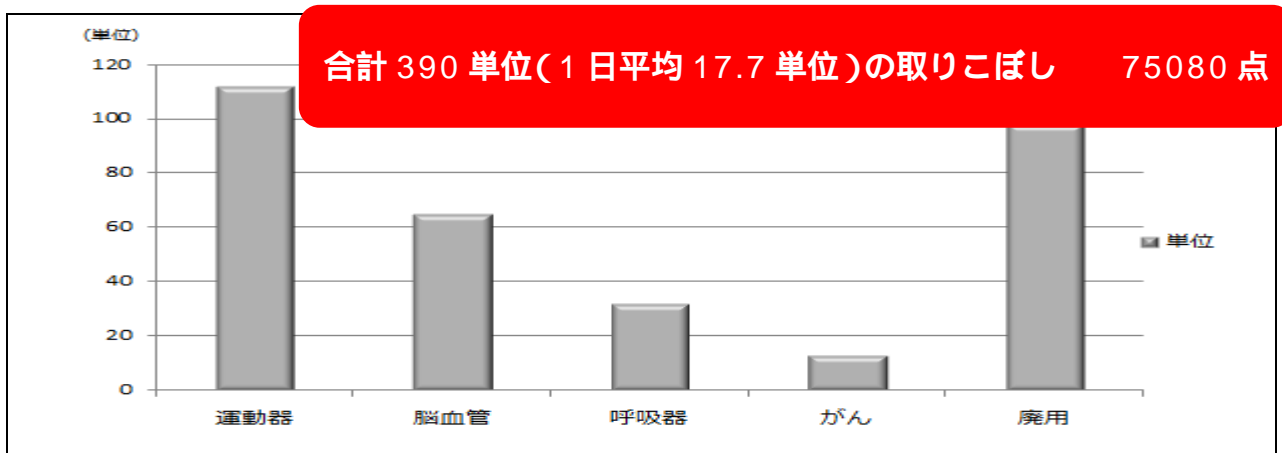
2016年7月～2017年6月の期間のデータより、リハビリテーション総合計画評価料の算定率は平均31%であった(図3)。また、同期間での退院時リハビリテーション指導料の算定率は平均57%であった(図4)。出来高算定単位の取りこぼしは、平成29年6月1日から6月30日の期間で①関節可動域制限がある患者、②歩行訓練が必要な患者、③ADL機能の改善が必要な患者に対し、リハビリ提供を2単位以上に増やすという基準で全療法士を対象に取りこぼし単位数を振り返りで調査したところ、合計390単位の取りこぼしがあった(図5)。



(図3) リハビリテーション総合計画評価料算定件数と算定率の月別比較



(図4) 退院時リハビリテーション指導料算定件数と算定率の月別比較



(図5) 一般病棟における出来高算定の取りこぼし単位数

[4 目標設定]

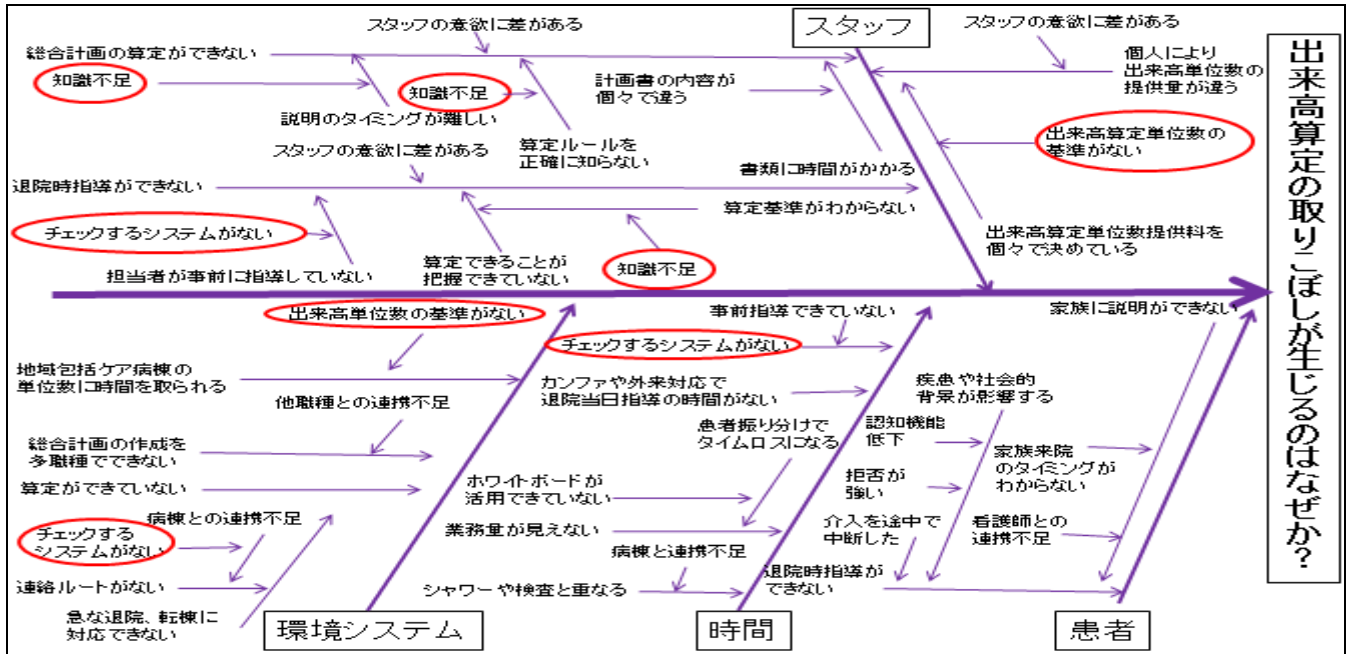
いつまでに	何を	どうする
平成29年11月末までに	リハビリテーション総合計画評価料の算定率を	100%にする
	退院時リハビリテーション指導料の算定率を	100%にする
	一般病棟での出来高算定単位の取りこぼしを	0単位にする

[5 活動計画]

項目	担当	計画	平成29年										平成30年			
			4月	5月	6月	7月 連休明け	8月 ネッティング	9月	10月 連休明け	11月	12月	1月 連休明け	2月 最終発表			
テーマの選定	全員	計画	*****													
		実績		*	*											
現状把握 目標設定	中井 井井 廣田	計画		*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
		実績			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
要因解析 対策の立案	木ノ内 青木	計画			*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
		実績				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
対策の実施	全員	計画				*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
		実績						*	*							
効果の確認	中村 北坂	計画									*****	*****	*****	*****	*****	
		実績									*	*	*	*	*	
標準化 管理の定着	北坂 政備	計画								*****	*****	*****	*****	*****	*****	
		実績									*	*				
反省 今後の課題	政備 北坂	計画											*****	*****	*****	
		実績												*	*	*

(表1) 活動計画表

[6 要因解析]



(図6) 特性要因図

特性要因図で洗い出したところ、3つの要因が浮き彫りになった。この3つの要因が真の要因であるか検証した。

特性要因図より得られた重要要因	重要要因の検証
リハビリ提供単位数の基準がない	基準に基づいた場合の出来高取りこぼし単位数を2017年6月1～30日の1か月間全スタッフで調査したところ、390単位であった。
取りこぼしチェックシステムがない	個人レベルでのチェックしかできていなかったため、取りこぼしの確認と対応ができていなかった。
スタッフの知識不足	「細かい算定ルールがわからない」「取りこぼしているかも」といった声がある中、科として勉強会や説明会を企画したことがなかった。

(表2) 重要要因と重要要因の検証

上記より、3つの重要要因すべてを真の要因とした。

[7 対策の立案]

出来高算定率を向上させるためには	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	採否
	①リハビリ提供単位数に基準がない	算定単位数を統一する	疾患の特性に応じた算定単位数基準を検討する	基準を文書化する	◎	◎	◎	15	採
	②取りこぼしチェックシステムがない	取りこぼしチェックシステムを検討する	患者名簿を活用する	総合計画評価料算定後に記入する	◎	○	○	11	採
				退院時指導料算定後に記入する	◎	○	○	11	採
				ホワイトボードを活用する	◎	◎	○	13	採
各自の日々の仕事量を数字で示す	◎	◎	◎	15	採				
③スタッフの知識不足	算定条件を理解する	学習機会をつくる	勉強会を開催する	◎	◎	◎	15	採	

(図7) 系統図 (評価点 ◎:5点、○:3点、○:1点として、10点以上を採用)

具体的対策

リハビリ提供単位数の基準を作成し文書化する。

全症例基本2単位以上提供、脳血管疾患リハは初回からPT・OTで介入することとし、除外基準を設定する。(図8)

総合計画評価料と退院時指導料は、もともと運用していた患者名簿に記入欄を追加し、各スタッフが記入しながら確認、またそれを士長がチェックし適宜声掛けしていく。算定単位数のチェックは患者担当表として運用していたホワイトボードを活用し、2単位以上と1単位を上下で分け、基準単位数を可視化する。その上で分母はその日の担当可能な単位数、分子は予定単位数として記入し、取りこぼしが起こりそうなスタッフがわかるようにする。(図9)

診療報酬上の知識や今後の業務に必要な知識についての勉強会を開催する。(図10)

【運動器】

- 腱板：術後1週、拘縮なし
- 圧迫骨折、頸部骨折：難床困難、病棟内移動自立
- TKA：ドレーン抜去まで
- ACL、半月縫合：術後2週
- 脱臼、半月板：1単位
- 肩人工骨頭、リバーズ：術後1週
- HTO：術後1週
- (※スポーツ復帰に向けた体幹trなどは自主trとして行う)
- 外傷骨折、アキレス腱縫合：固定中

【脳血管・廃用・呼吸・がん】

- ADL改善見込みがない患者(リハ内容が拘縮予防・ポジショニング等が中心の患者)
- 歩行、ADL・IADLゴールレベルに近い患者
- 積極的な介入が難しい患者

(図8)除外基準

(図9)患者名簿を利用したチェック表(左)とホワイトボードによるチェック表(右)

(図10)勉強会風景

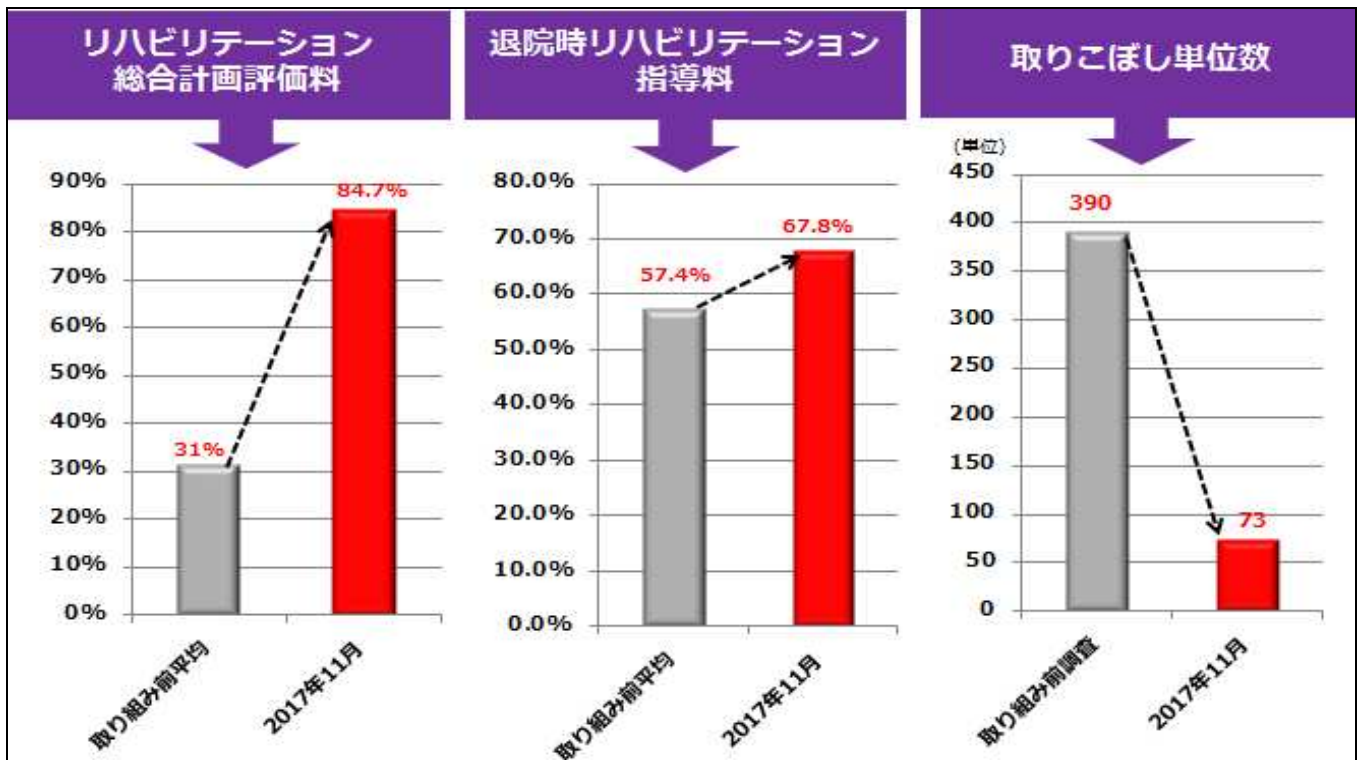
[8 対策の実施]

対策	When	Who	Where	Why	What	How
①	10月末までに	北坂、中村が	文書にて	提供単位の基準の統一を図るために	出来高単位提供基準を	作成する
②	10月末までに	木ノ内、青木が	PC上で	総合計画評価料と退院時指導料算定のチェックのために	エクセル管理システムを	作成する
③	9月27日に	中井が	会議室で	総合計画評価料と退院時指導料の知識向上のために	勉強会を	開催する

(表3) 対策表

[9 効果の確認]

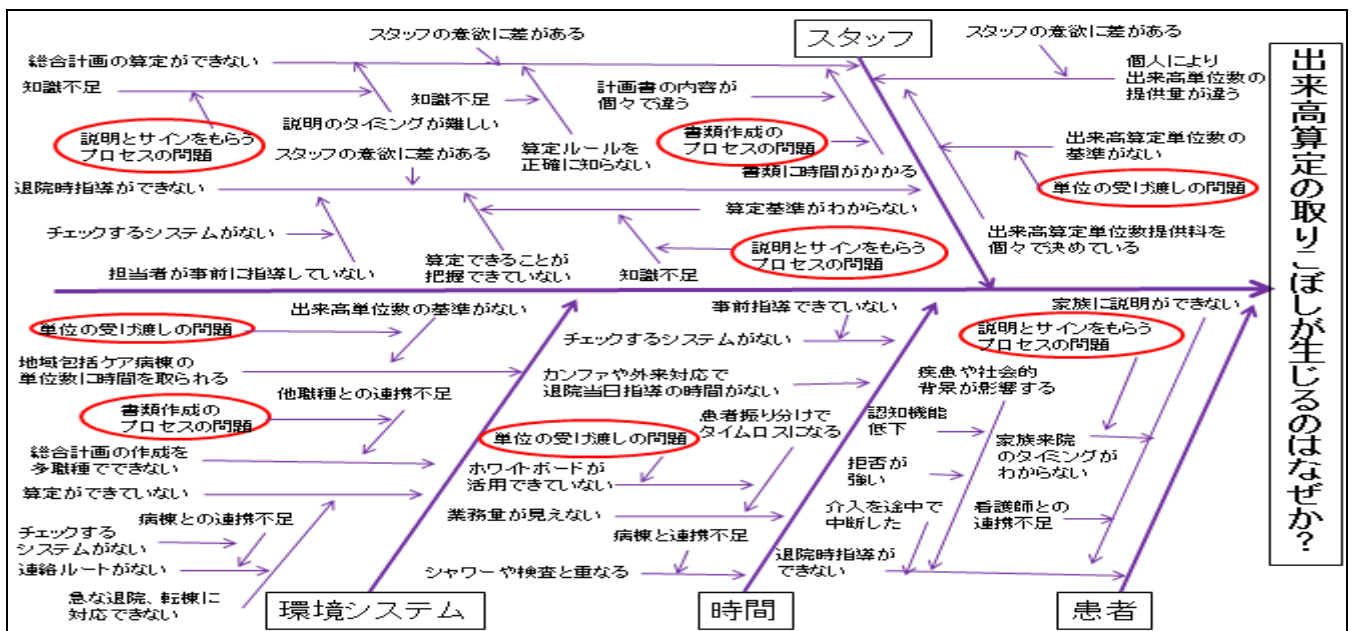
平成 29 年 11 月実績で各項目の効果の確認を行った。



(図 11) 有形効果

各項目とも改善が見られたが、我々の設定した、算定率100%、取りこぼし0の目標としては未達であったため、追加の対策に向けて動くこととした。

[10 追加要因解析]



(図 12) 特性要因図(追加)

特性要因図で追加の要因分析を行ったところ、さらに3つの要因が浮き彫りになった。この3つの要因が追加の真の要因であるか検証した。

特性要因図より得られた重要要因	重要要因の検証
計画書作成のプロセスの問題	多職種で計画を共有するカンファレンスに参加できず、そのため計画書作成ができていなかった。
説明とサインをもらうプロセスの問題	患者本人の理解力がないため説明が出来ず、サインがもらえない。また、家族への説明をする機会を作っていない。
未実施単位の受け渡し問題	予定取得単位が業務時間内に終了できない場合、他スタッフへ未実施単位の受渡し要請ができていないため、未取得のケースが存在した。

(表4) 重要要因と重要要因の検証(追加)

上記より、3つの重要要因すべてを追加の真の要因とした。

[11 追加対策の立案]

追加・出来高算定率を向上させるためには	重要要因	一次対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	採否
	④計画書作成のプロセスの問題	多職種で計画書作成ができる環境を作る	病棟専従スタッフが医師、看護師らと共有しカルテ記載	担当スタッフがその情報から計画書作成に入る	◎	○	◎	13	採
	⑤説明とサインをもらうプロセスの問題	説明とサインをもらう環境を作る	家族への説明・サインに切り替える	家族に会う為に連絡用紙を床頭台に貼りつける	◎	○	◎	13	採
	⑥単位の受け渡しのプロセスの問題	取りこぼし単位がスムーズに受け渡せる環境を作る	受け渡しが必要な単位数を見える化する	ヘルプゾーンを作成し、他のスタッフに協力依頼をする	◎	◎	◎	15	採

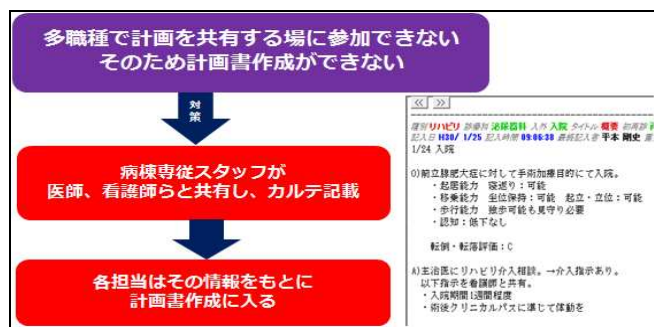
(図13) 系統図 (評価点 ;5点、 ;3点、 ;1点とし、10点以上を採用)

具体的追加対策

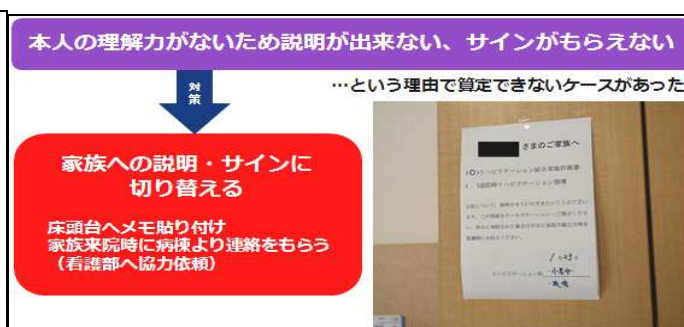
病棟専従スタッフが、リハビリ代行処方する際に計画書作成に必要なリハビリ目標、注意点など医師や看護師と共有し、カルテ記載する。それをもとに担当スタッフが計画書作成に入る。(図14)

家族への説明とサインに切り替え、家族あてのメモを床頭台に貼り付ける。家族来院時に病棟から連絡をもらえる体制にする。(図15)

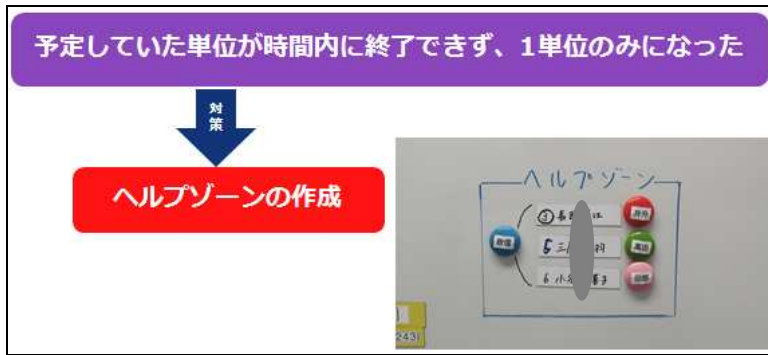
ホワイトボードの端にヘルプゾーンを作り、代行してほしい患者のマグネットを置き、対応できるスタッフへ受け渡す。(図16)



(図14) 計画書作成のプロセスの対策



(図15) 説明とサインをもらうプロセスの対策



(図 16) 単位の受け渡しのプロセスの対策

【12 対策の実施】

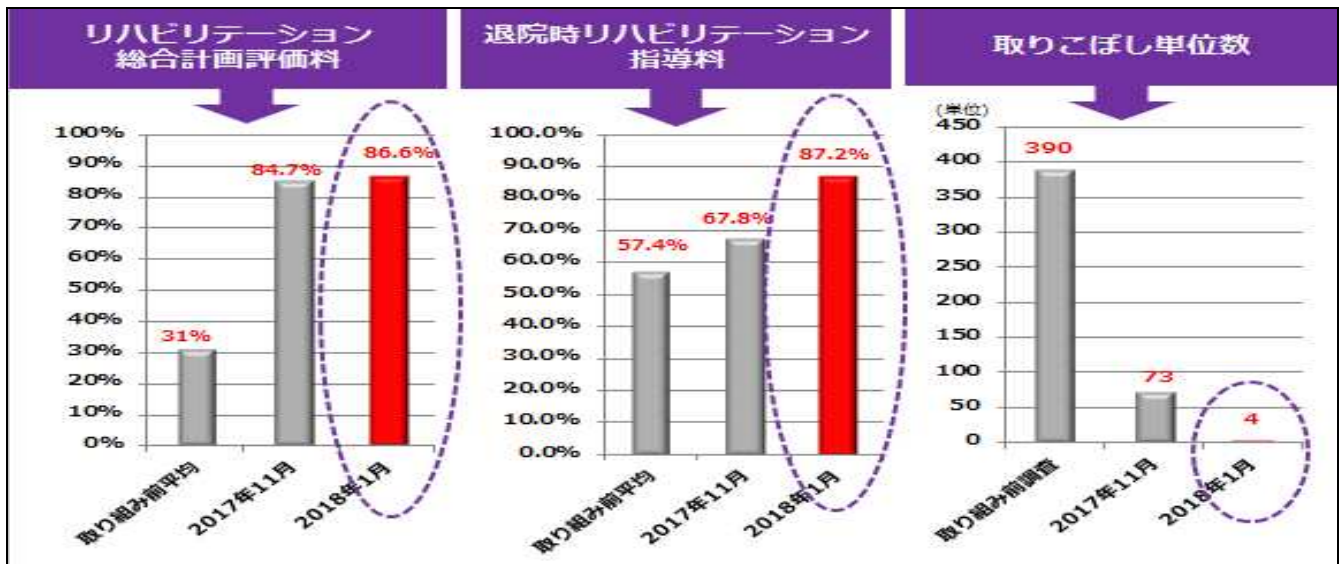
対策	When	Who	Where	Why	What	How
④	1月から	病棟リーダーが	リハ処方支援の場で	総合計画評価料算定に必要な医師、看護師らとリハビリ計画の共有をするために	リハ処方支援の際に共有した情報を	カルテ記載する
⑤	1月から	全スタッフが	病棟で	患者家族とコンタクトをとる必要性が生じた場合に	貼り紙をして病棟看護師から	連絡をもらう
⑥	1月から	全スタッフが	ホワイトボード内	患者受け渡しの必要性が生じた場合に	ヘルプゾーンを	利用する

(表 5) 対策表

【13 追加対策後の効果の確認】

平成 30 年 1 月実績で各項目の効果の確認を行った。

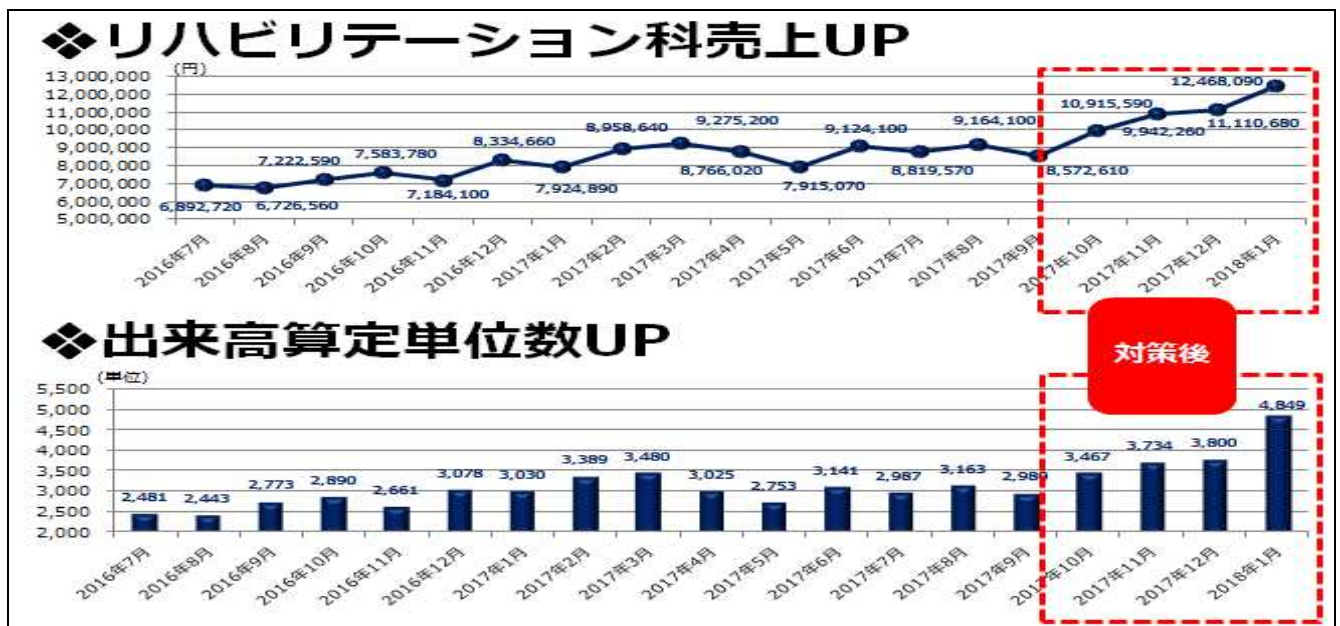
[有形効果] 目標達成とはならなかったが、継続した取り組みにより、算定率 100%、取りこぼし 0 の目標にさらに近づけることができた。(図 17)



(図 17) 有形効果

[波及効果] (図 18)

科全体での出来高売り上げ: 院内の出来高算定向上プロジェクトでの目標 10,000,000 円/月を達成した。
 出来高算定単位数: 6月 3,141 単位 1月 4,849 単位へと増加した。



(図 18) 波及効果

[無形効果]

病院経営、患者ニーズの両面から取り組む姿勢が構築できた。

スタッフ全体で助け合いの意識が高まった。

問題解決の手法がイメージできるようになった。

[14 標準化と管理の定着]

When	Who	Where	Why	What	How
1回/月	士長が	リハ科定期 ミーティング にて	出来高算定の状況を 周知するため	算定状況を	報告する
1回/月	QCメンバーが	リハ科定期 ミーティング にて	総合計画評価料と 退院時指導料算定におけ る科内ルールのリマイン ドのため	提供単位基準や 算定対象などを	繰り返し 連絡する

(表 6) 標準化と管理の定着

[15 反省と今後の課題]

ステップ	よかった点	反省点・課題
テーマの選定	病院の経営方針に沿い、患者のためになる テーマ選定ができた	特記なし
現状把握	自分たちのあるべき姿を知る良い機会になった	時間を要した 計画的な進行が望ましかった
目標設定	目標未達の可能性もあったが、やるべきことを きっちりやりたいという気持ちがこもった 目標数値であった	特記なし
要因解析	なぜ?なぜ?を繰り返し深堀ができた	一度で真の要因を つかみきれなかった
対策の立案と 実施	メンバー内でいろんな案を出しながら 進めることができた	時間を要した スムーズな進行が望ましかった
効果の確認	目標値に近づけることができた	目標未達であった
標準化と 管理の定着	一時的な活動にしないよう、さらなる効率化への 意識が根付いた	特記なし

(表 7) 反省と今後の課題