

整形外科外来リハビリにおける非算定件数の低減

マツダ株式会社 マツダ病院 リハビリテーション科 木ノ内 真希きのうち まき

1. テーマ選定

当院のリハビリテーション科は入院患者だけでなく、退院後の患者を中心に外来リハビリを提供しており、件数でいうと1週間に平均170件にのぼる。診療科では整形外科が99%を占めている。外来リハビリは入院リハビリに比べ、診察時間や駐車場の混雑などで予定時間が不安定であることが多く、問題が常在していた。

そこで、外来リハビリについての問題点をリハビリテーション科所属スタッフ22名に対しアンケート調査を実施し、ブレインストーミングを行った。アンケートでの問題点をグルーピングし、多角的に評価を行った。まず、科の方針や患者の満足度やサービス技術向上につながるかという側面から評価し、次に実現性、緊急性、効果、活動期間内に解決できるかについても評価し、点数化した。そして総合評価から、取り上げていくべき問題点として「算定できない患者が多い」というものが選定された。そこで「整形外科外来リハビリにおける非算定件数の低減」を活動のテーマとした。

合計	サービス技術向上に繋がる	患者満足度の向上	当科の方針に沿う	病院理念	評価項目	実現性	緊急性	効果	期間内解決	合計	総合評価
				問題点							
7	◎	△	△	患者数担当数にばらつきがある		◎	△	○	◎	14	21
15	◎	◎	◎	他施設との連携が出来ていない		△	△	◎	△	8	23
9	○	△	◎	算定できない患者が多い		◎	◎	◎	◎	20	29
11	○	◎	○	曜日で患者数にばらつきがある		△	○	○	◎	12	23
9	○	◎	△	患者を待たせてしまう		○	◎	◎	○	16	25
9	◎	○	△	評価内容にばらつきがある		◎	○	○	○	14	23
9	○	◎	△	昼当番を忘れてしまう		◎	△	○	◎	14	23

◎=5点 ○=3点 △=1点

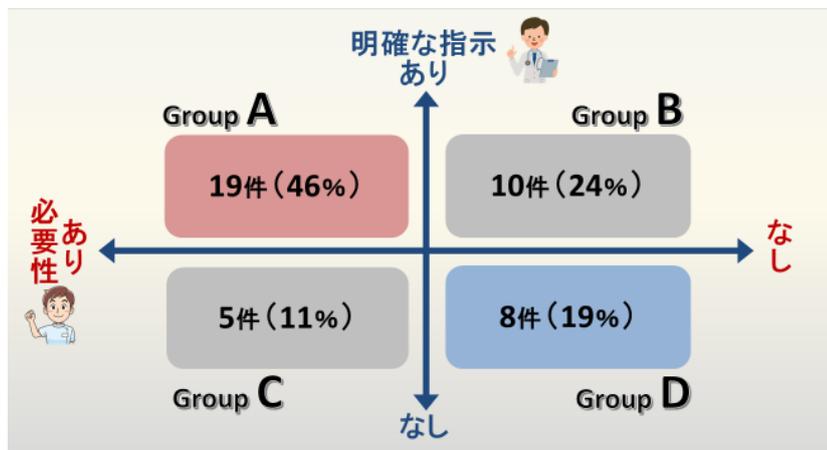
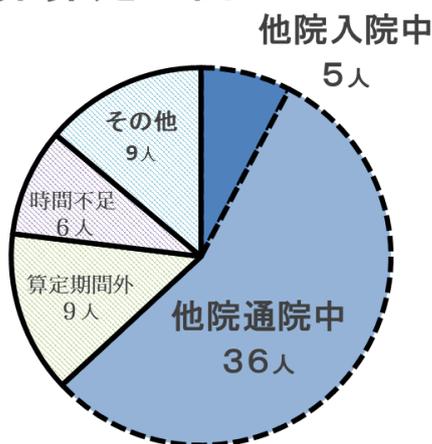
マトリクス図

2. 現状把握

非算定とは診療報酬請求できない事例のことであり、他院入院中や転院先病院もしくは近医で外来リハビリを行っている場合や、20分未満の対応患者などである。現状把握として3週間の非算定リハビリを電子カルテからピックアップし、担当者に対して非算定の理由や対応時間・対応理由を聞き取りした。非算定件数は65件、対応時間は合計1,115分。非算定理由は他院入院中5件、他院で外来リハビリを実施中36件、算定期間外と判断したものが9件、

対応時間不足 6 件、その他 9 件であった。非算定理由の多くは他院入院中もしくは通院中のため、当院で算定できないものであったが、術後の機能評価やロコモティブシンドロームの運動機能評価の 23 件は算定できなくても経過を見ていくために必要とされるものであった。非算定の中にも必要性のあるものが存在すると確認できたため、残りの 42 件について再度担当者に「医師の意図が分かるような明確な指示があったか」、また「リハビリの必要性を感じたか」の 2 点を聞き取りした。主治医からの明確な指示があり、必要性を感じたものをグループ A、指示があったが、必要性に疑問を感じたものをグループ B、指示がなかったが、必要性ありと感じたものをグループ C、指示がなく、必要性も疑問に感じたものをグループ D とカテゴリ化した。カテゴリ化した結果は、A が 19 件、B が 10 件、C が 5 件、D が 8 件となった。

非算定理由



カテゴリ化後の非算定の分類

3. 目標設定

主治医からの意図が分かるような指示があり、療法士自身も必要と感じているグループ A は機能評価と同様に必要な非算定と考えることができた。しかし主治医の明確な指示がなく、療法士自身も必要性に疑問に感じたグループ D の 8 件はリハビリ対応の必要がないのではないかと考えられた。また、主治医の指示があったが、療法士が必要性を疑問に感じたグループ B と主治医の指示がなかったが療法士が必要性を感じたグループ C は医師と療法士のリハビリに対する考えにギャップが生じていると考えられた。そこで活動の目標を①主治医の指示がなく、療法士自身も必要性に疑問に感じたグループ D の非算定を 0 件に、②主治医との考え方にギャップのあるグループ B と C の非算定を、ギャップを埋めることでグループ A や D に変換し半減を目指すこととした。

また今回の活動では非算定件数の多い肩関節疾患に着目し、医師、整形外科外来看護師とともに進めていくこと

にした。

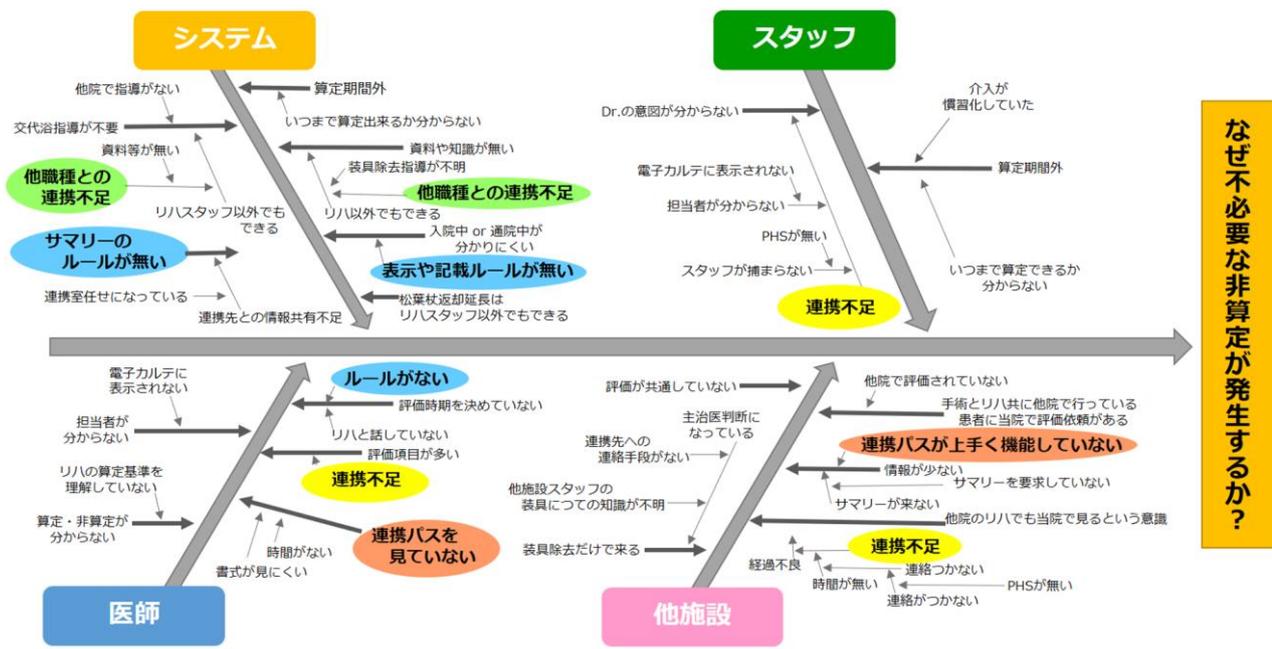
4. 要因解析

特性要因図から、非算定の発生に関する要因として他職種との連携不足、地域連携パスの活用不足、非算定に関するルールがないという3つの要因が抽出された。

非算定に関して、整形外科医と外来看護師に対しアンケート調査を実施し、約半数が非算定項目の理解不足であり、非算定が発生している事を意識できていなかった。また、リハビリスタッフのアンケートからは整形外科医師との情報共有について、不十分だと感じているスタッフが多いことがわかった。看護師との情報共有はさらに不十分であるという結果であり、患者への指導内容等も共有できていなかった。

肩腱板断裂の地域連携パスは多職種の情報や診療計画を転院先にスムーズに引き継ぐためのツールであり、当院でも導入している。当院から連携病院へ転院する際に作成し、自宅退院時に転院後の経過が追記され当院へ戻される流れになっている。しかし、腱板断裂患者の場合、自宅退院後も外来リハビリを必要とする場合がほとんどであり、当院再診時に今後の外来リハビリ先へ新たにリハビリサマリーを作成していた。これは非算定の対応となる。この現状に対し、再診時に戻された連携パスを活用することで、追加のリハビリサマリーの作成が必要なくなるのではないかと感じているスタッフが6割を超えていた。

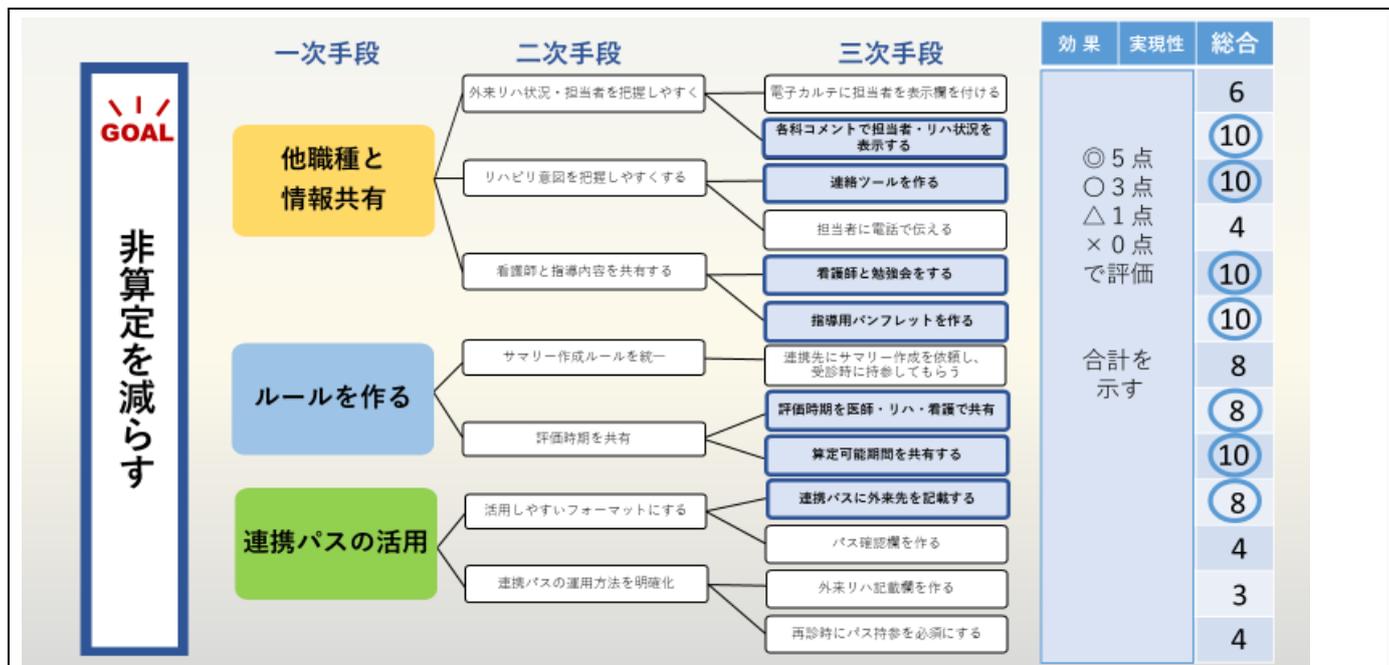
非算定についてルールが明確になっていなかったため機能評価の実施時期は半年から3年とばらつきがあり、術後1年以上経過した場合にリハビリテーション料を算定するかどうかは担当者個人の判断に任せていた。



特性要因図

5. 対策の立案

系統図を用いて、対策を点数化し、①科別コメントの入力、②医師からの連絡ツール作成、③患者指導用のパンフレット導入、④評価時期の見直しと共有、⑤算定期間の共有を対策として立案した。コロナ禍であり、連携施設の訪問や連携会議の開催が困難であったため、連携パスの活用不足に対する対策は見送りとした。



系統図

	なにを	なぜ	だれが	いつまでに	どこで	どうする
①	リハビリ担当者名を	他職種が把握するために	リハビリスタッフが	10月中旬に	PCで	各科コメントに入力する
②	医師のリハビリ意図を	他職種が把握しやすいように	メンバーが	11月までに	メモで	作成する
③	患者指導プリントを	看護師と共有し指導するために	メンバーが	11月までに		作成し、勉強会をする
④	評価時期を	多職種で共有するために	メンバーが	10月中旬に	紙面で	表にまとめる
⑤	算定期間を	スタッフ間にばらつきが出ないように	メンバーが	10月中旬に	Mtg.で	医事科に確認し、共有する
⑥	転院サマリーを	転院先で作成してもらうために	リハビリスタッフが		連携パスで	外来先を記載し、依頼する

対策実施表

6. 対策の実施

①各科コメントの入力を担当療法士が行った。患者カルテを開く際に患者が他院入院中であることや、他院でリハビリを実施している情報が最初に表示されることで他職種がリハビリを実施しても非算定になることを認識できるようにした。また、記入者として担当療法士が表示されるため、医師や看護師から連絡がとりやすくなる効果も期待した。

②A6サイズでメモを作成し、非算定となる患者において医師からリハビリへの意図を明確にし、リハビリからも結果をフィードバックしやすくし、情報共有できるようにした。

③非算定の中には診察後に療法士が対応しなくても、看護師で指導できる生活指導などが含まれていた。そこで外来看護師に協力を依頼し、看護師が簡便に指導を行えるようにパンフレットを作成し、勉強会を行った。これにより当院で外来リハビリの予定がない非算定患者はリハビリ室に来室することなく、診察後に指導を受けられるようにした。

④術後機能評価の実施時期を医師と協議し、適切な時期に行うように統一した。変則で評価を行う場合は医師から連絡メモで意図を伝えてもらうようにした。

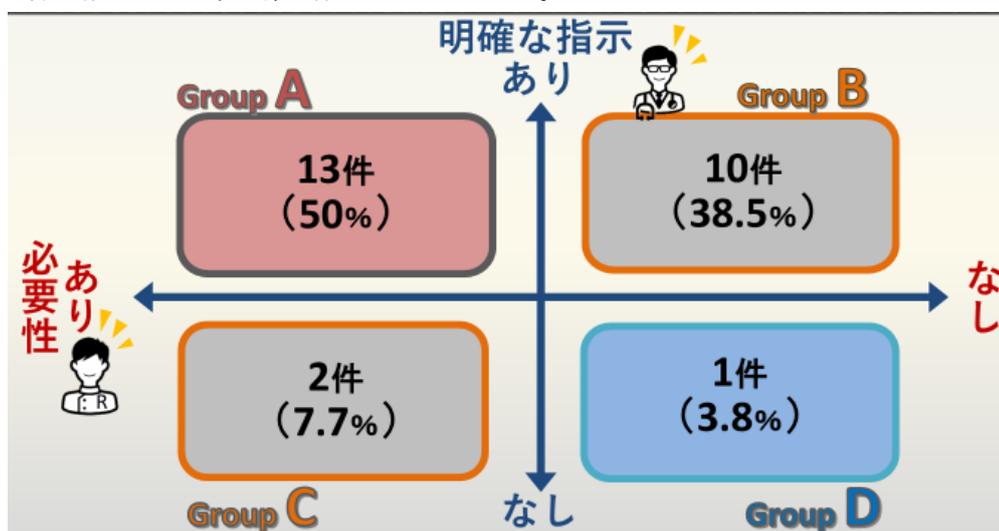
⑤術後1年以上経過した患者についてリハビリテーション料を算定するべきかルールがなかったため、医事課と検討を行い、医師の再診日に必要なリハビリであれば術後何年でも算定可能と言う結論に至った。スタッフ内で共有し、術後1年以上経過した患者においても算定を行っていく方針とした。

7.効果の確認

効果検証のために現状把握と同様に3週間で非算定について検証した。

[有形効果]

定期機能評価等の必要な非算定を除外したものは、当初の42件から26件に減少した。26件をカテゴリ化した結果、Aが13件、Bが10件、Cが2件、Dが1件となった。主治医の指示がなく、療法士自身も必要性に疑問に感じたDの非算定は8件から1件に減少し、主治医との考え方にギャップのあるBとCの非算定は15件から12件に減少したが、目標達成とはならなかった。



カテゴリ化後の非算定の分類(対策後)

結果を再検証したところ、Bの中に追加サマリーの作成と看護師で指導すべき患者への対応が含まれていた。そこで当院で外来リハビリの予定のない患者には看護師で指導を行うことを医師、外来クラークに再度展開した。また、12月に開催された肩地域連携パス会議の中で連携パスに外来リハビリ先を記載すること、連携パスをサマリーとして外来リハビリ先に渡していただくことを依頼した。これにより今後連携パスの活用が進み、追加サマリーの作成は不要になり、BとCは7件まで低減すると考えられる。

[無形効果]

アンケートを実施したところ無形効果として、医師の意図が分かりやすくなったとリハビリスタッフの85%が感じているとわかった。

[波及効果]

非算定の対応時間は約4.5時間の業務削減ができた。また対策⑤で算定期間についてルールを決めたことで、33件算定することが出来た。点数に換算すると6,105点増加した。看護師で指導可能になった装具の着脱と交代浴は合計3件であった。担当療法士が対応を行う場合はリハビリ室への患者誘導や担当療法士を待つ時間も発生するため、患者さんにとっても効率的になったと考える。

8.標準化と管理の定着

いつ	だれが	なぜ	なにを	どうする
月1回	リーダー、サブリーダーが	コメント入力が出来ているか	カルテを	チェックする
看護師異動時	整形外来主任Nsが	理解、共有してもらうために	非算定の内容、患者指導を	外来Nsに展開する
医師異動時	リハビリ外来主任が	理解、共有してもらうために	非算定の内容を	医師に説明する

9.反省と今後の課題

今回の活動は長年非算定であると認識していたが、改善に至っていなかったことに対して科内だけでなく、医師や看護師、地域連携センターや連携施設と協働することで大きな一歩を進めることができた。医療の質の確保や患者のアフターフォローのために必要な非算定の対応についても効率化を図ることができ、良い結果が得られたのではないかと考える。しかし効果検証期間が短く、実際に他施設に展開した連携パス活用について徹底できているかがまだ検証できていない。今後追跡調査を行い、検証していく必要があると考える。

