

ポスター | 第40回医療情報学連合大会（第21回日本医療情報学会学術大会） | ポスター発表

## ポスター5

### 業務支援・情報提供・教育

2020年11月20日(金) 11:20 ~ 12:20 E会場 (コンgresセンター5階・52~54会議室)

#### [3-E-2-04] 当院における早期離床リハビリテーション加算の取組みについて

\*渡辺 清美<sup>1</sup>、渡辺 典子<sup>2</sup>、北村 和之<sup>1</sup>、中島 典昭<sup>1,3</sup>、田中 勝弥<sup>3,1</sup>、三原 直樹<sup>3,1</sup>（1. 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 医療情報部, 2. 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 骨軟部腫瘍・リハビリテーション科, 3. 国立研究開発法人 国立がん研究センター 情報統括センター）

\*Kiyomi Watanabe<sup>1</sup>, Noriko Watanabe<sup>2</sup>, Kazuyuki Kitamura<sup>1</sup>, Noriaki Nakajima<sup>1,3</sup>, Katsuya Tanaka<sup>3,1</sup>, Naoki Mihara<sup>3,1</sup>（1. 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 医療情報部, 2. 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 骨軟部腫瘍・リハビリテーション科, 3. 国立研究開発法人 国立がん研究センター 情報統括センター）

キーワード : Electronic Medical Record, Medical fee, Early Ambulation Rehabilitation

【背景】2018年度診療報酬改定において、特定集中治療室（ICU）における多職種で早期離床リハビリテーションの取組に係る評価として「早期離床リハビリテーション加算」（以下早期離床リハ加算）が新設され、当院では2020年1月より算定を開始した。早期離床リハ加算では、多職種からなるチームでリハビリの計画を作成、目標や介入内容を決めて実施、その効果判定をする。また算定は、24時間以上ICUに在室していないと加算対象にならないので、正確な入退室時間の管理を行う必要があった。【目的】多職種が各部門システムで早期離床リハビリテーション実施記録（以下本実施記録）を記入していたが、情報共有の為、電子カルテ内の同一シートで記入可能とし、正確に算定申請を行う為のシステムを構築すること。【対象及び方法】当院での加算対象は、術前にリハビリテーション処方されている食道外科、頭頸部外科の予定手術患者を主とし、ICUの麻酔科医の判断で緊急入院患者の一部を対象とした。本実施記録は多職種での記入を可能にする為、電子カルテ内標準のテンプレートで入力用フォーマットを作成し運用を行った。またリハビリ部門システムの算定区分マスタに早期離床リハ加算を追加し電子カルテと連携させ、リハビリ部門システムから算定申請が出来るように改修した。【結果・考察】2020年1月運用開始後、月平均約40件加算がとれている。本実施記録のテンプレートを利用し電子カルテと連携したので、多職種でも効率よく作成し、情報共有することが出来た。またリハビリの実施は、1日数回に分けて行うことが多いが、算定申請は1日1回リハビリ部門システムからデータを送信することでいい、2回目以降は加算なしのステータスに手動で変更し電子カルテに送信する為、操作上注意が必要であった。加算の二重申請や取りこぼしが発生する可能性があり、今後の検討が必要である。

# 当院における早期離床リハビリテーション加算の取組みについて

渡辺清美<sup>\*1</sup>、渡辺典子<sup>\*2</sup>、  
北村和之<sup>\*1</sup>、中島典昭<sup>\*1</sup>、田中勝弥<sup>\*3\*1</sup>、三原直樹<sup>\*3\*1</sup>

\*1 国立がん研究センター中央病院医療情報部、\*2 国立がん研究センター中央病院骨軟部腫瘍・リハビリテーション科、\*3 国立がん研究センター情報統括センター

## An Approach of the Early Ambulation Rehabilitation Medical Fee Charge in National Cancer hospital

Kiyomi Watanabe<sup>\*1</sup>, Noriko Watanabe<sup>\*2</sup>, Kazuyuki Kitamura<sup>\*1</sup>, Noriaki Nakajima<sup>\*1</sup>,  
Katsuya Tanaka<sup>\*3\*1</sup>, Naoki Mihara<sup>\*3\*1</sup>

\*1 Department of Medical Information, National Cancer Center Hospital,

\*2 Department of Bone and Soft Tumor Rehabilitation, National Cancer Center Hospital,

\*3 IT Integrating and Support Center, National Cancer Center Hospital

"Early ambulation rehabilitation addition" is founded in 2018 as an evaluation to affect an approach of the early ambulation rehabilitation by the multi-professional staffs in the specific intensive care unit (ICU). We started the fee charge in January, 2020. In addition, it is necessary to accurately manage the time of entry and exit from the ICU, because the patient must stay in the ICU for more than 24 hours to be eligible for this charge. In this situation, this paper aims to build a system to perform the charge application exactly by multi-professional staffs with fulfilling an early ambulation rehabilitation enforcement record. The target patients in our hospital are mainly those who have the esophagus surgery, the head and neck surgery and those who with urgent hospitalization by the judgment of the anesthesiologist of the ICU. We made a template into the electronic medical record system and applied it to enable the entry by the relevant staffs. We have made some arrangements to the electronic chart and rehabilitation section system. As a result, an average of approximately 40 per month charges were made starting from January 2020. However, sending data from a rehabilitation section system to accounting system once a day requires special attention not to change the accounting status of the target patient without manual operation. In the current status, the developed system does not meet the accounting constraints concerning double charges in the same day, so we need future investigation

**Keywords:** Electronic Medical Record, Medical fee, Early Ambulation Rehabilitation

### 1. 背景

2018年度診療報酬改定において、特定集中治療室(以下ICU)における多職種で早期離床リハビリテーションの取組に係る評価として「早期離床リハビリテーション加算」(以下早期離床リハ加算)が新設され、当院では2020年1月より算定を開始した。早期離床リハ加算では、多職種からなるチームでリハビリの計画書を作成、目標や介入内容を決めて実施、その効果判定をする。また、ICUを退床するタイミングによっては、加算対象にならない場合があるため、ICUの在床時間を把握することが重要である。

### 2. 目的

当院では、これまで、多職種のそれぞれが電子カルテシステムや各部門システムで早期離床リハビリテーション実施記録(以下本実施記録)を記入していた。同一患者の医師、看護師、理学療法士の本実施記録を参照しようとした時に、それぞれの職種が普段使用するシステムを開いて記録の保存場所を検索して参照しなければならず、一貫性が悪く、かなり作業効率に問題があった。本稿では、情報共有の電子カルテシステム上の同一シートで各職種が担当する記録を記入可能とするために必要な要件を整理し、また、正確に早期離床リハ加算の算定申請を行うためのシステムを構築、評価す

ることを目的とする。

### 3. 対象及び方法

当院での対象患者は、2020年1月算定開始当初、手術前にリハビリテーション処方のある食道外科、頭頸部外科の定期手術患者を主とし、その後2020年4月より手術前にリハビリテーション処方のある骨軟部腫瘍科の患者を対象とし、2020年5月からはICUの麻酔科医の判断で緊急入院患者の一部も加えて、対象患者を拡大している。また、算定開始当初、算定日は、月曜日から金曜日の平日としていたが、2020年8月から土曜日、日曜日も算定することとした。

早期リハ加算の算定申請を正確に行う為に、「ICU早期離床・リハビリテーション加算マニュアル」を作成し運用を開始した。本実施記録は多職種での記入を可能にする為、電子カルテシステム内の標準テンプレートで入力用フォーマットを作成することとした。

本実施記録の記載方法は、電子カルテシステム内のテンプレート一覧フォルダの麻酔・集中治療科フォルダの中にあるテンプレート名「リハビリテーション実施記録」に、医師、看護師、リハビリテーション科(主に理学療法士)各々が、実施内容を記載する欄に記載し書き保存する。使用するのは、1日1シートとする。図1にテンプレートの概観を示す。

算定申請は、リハビリ部門システムの算定区分マスタに早期離床リハ加算を追加し、リハビリ部門システムに理学療法士がリハビリテーション実施記録を記入する際、算定区分として早期離床リハ加算を選択し保存すると、算定申請のデータが電子カルテシステム経由で医事部門システムに送信されるようにシステム改修を実施した。しかしながら、本実施記録のテンプレートの部分は、リハビリ部門システムと電子カルテシステムの連携が出来ておらず、リハビリテーション科(主に理学療法士)がこの2つのシステムそれぞれに記載しなければならない。図2が部門システム間連携の概要を示したものである。

【早期離床リハビリテーション実施記録方法】

- 電子カルテシステムのテンプレートにある「リハビリテーション実施記録」に記載する。
- 実施内容を「医師」「看護師」「リハビリテーション科」各々が記載し、1日1シート使用。
- 各職種が記載後上書き保存する。

リハビリテーション実施記録

【記録内容】

- 医師
  - ①離床・リハビリテーションの開始/継続/中止の判断と終了時の全身状態評価。
  - ②記載者に氏名。
- 看護師
  - \*時間：午前/午後(詳細な実施時間は記載禁止)
  - \*実施者：介入した医師、リハ科スタッフ、看護師、臨床工学技士等の所属と氏名の実施時間
  - ①最終段階までの各段階(60度、チェアモード、背面解放/端座位、立位、歩行)
  - ②最終段階の実施前後のバイタルサイン
  - ③最終段階の実施前後の自覚症状の有無(痛みやめまい、ふらつきなど)
  - ④最終段階結果(例：看護師が介入して20歩行、看護師が介入して20歩行)
  - ⑤中止したときの理由(例：背面積座位にて血圧低下及びめまいの訴えあり 中止 など)
  - ⑥実施後患者の反応(例：「痛かったから次は痛み止めがほしい」「すっかりしてやってくれた」など)
  - ⑦離床段階の中で、家族同様で実施した場合は、家族の反応
- 記載者に氏名。
- リハビリテーション科(主に理学療法士)
  - ①実施時間(00:00~00:00)
  - ②ICU入室日より日目
  - ③リハビリの実施内容、患者の状態、反応
  - ④記載者に氏名

図1 早期離床リハビリテーション実施記録テンプレート

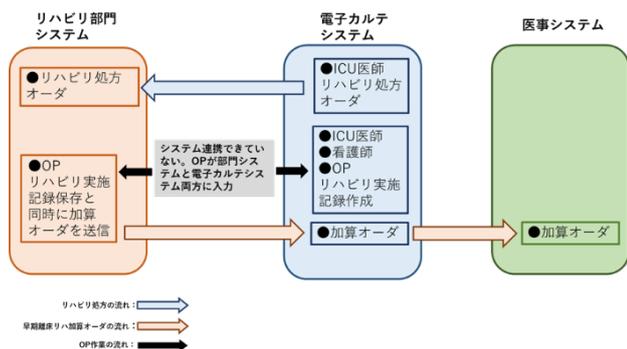


図2 早期離床リハ加算オーダの流れ

#### 4. 結果

2020年1月運用開始後、月平均約44件加算が確認できている。ICU8床のうち、おおよそ半分の4床は、早期離床リハ加算対象である。その対象4床のうち、1~2床は、緊急入院の患者である。2020年1月から8月までの早期離床リハ加算件数の推移は図3に示したとおりであり、定期手術患者については、月50件弱程度、緊急入院患者については順調に増加している。

電子カルテシステム内の標準テンプレートで入力用フォーマットを作成し、多職種で利用した。その為、本実施記録を効率よく作成することができ一覧性が高くなったため、情報共有することも可能になった。また、ICUに理学療法士が介入する機会が増え、医師、看護師、リハビリテーション科間とのコミュニケーションが取りやすくなった。しかし、電子カルテシステムとリハビリ部門システム間の連携が出来ていない部分もある為、リハビリテーション科では、本実施記録を記載するという行為を2回行う必要がある。

また、算定申請は、1日1回リハビリ部門システムに本実施記録を記載し算定区分を早期離床リハ加算にして保存すると、電子カルテシステム経由で医事部門システムにデータが送信される仕組みになっている。しかし、リハビリは、1日数回に分けて行うことが多く、本実施記録は行ったリハビリ回数分必要であった。その為、算定区分を早期離床リハ加算にして保存する行為を1日2回行ってしまったことがあった。また、1日全ての本実施記録の算定区分を加算なしで保存してしまうこともあった。

#### 5. 考察

早期リハ加算の算定申請は、1日1回リハビリ部門システムからデータを送信することで行うが、リハビリの実施は、1日数回に分けて行うことが多く、2回目以降は加算なしのステータスに手動で変更し、データを電子カルテに送信する為、操作上注意が必要であった。また、ICUを退床するタイミングによっては、加算が取れないこともあり、在床時間を把握することが重要である。例えば、リハビリ部門システムから電子カルテシステムへ算定申請のデータを送信した後に、該当の患者がICUからその日の24時前に退室してしまい、日付が次の日に変わっているとリハビリ部門システムからは、医事システムの修正が出来ない。その場合、医事管理課へ電話で修正の連絡をしている。その結果、実際の算定申請の件数にリハビリ部門システムと電子カルテシステムで相違が生じることがある。部門システム間の連携と制約条件について、今後の調整が必要である。

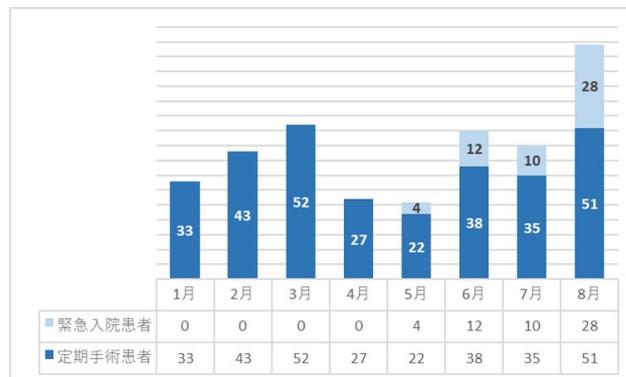


図3 早期離床リハ加算件数の推移

#### 6. おわりに

当院の早期離床リハ加算の取組みにおける状況について報告した。多職種が同時に参照しながら記録を記載できるテンプレートシステムの採用によって、多職種間の情報の一覧性が高まり、ICUに理学療法士が介入することによってコミュニケーションからの情報共有も行いやすくなったと考えられる。

#### 参考文献

- 渡邊 亮, 七戸 康夫, 松尾 雄一郎, 新井谷敦子, 廣田 千香, 坂口 良輔. 当院における「早期離床・リハビリテーション加算」の算定開始と算定状況. 北海道理学療法士学術大会プログラム・抄録集 2019;70th:47.
- 飯田 有輝. 特定集中治療室での働き方 早期離床・リハビリテーション加算をとるとのこと. PT ジャーナル 2020;Vo1.54:30-37