
平成26年度診療報酬改定 ADL維持向上等体制加算について

公益社団法人 日本理学療法士協会 職能課

はじめに

急性期病棟における理学療法士等の配置に対する評価として、ADL維持向上等体制加算が新設されました。今までの診療報酬体系は、病気や治療に対する行為を評価するものでしたが、この加算の新設で、病棟内での予防行為が診療報酬上で評価され、その役割を理学療法士が担うことになりました。厚労省もこの加算を一緒に育てていきたいと考えています。我々はこれらの期待にしっかりとこたえていかなければなりません。

在院日数の短縮や廃用・褥瘡予防といった、病棟マネジメント業務に、我々の専門性を発揮する時代が目の前まで来ております。まずは、本加算の基本的な考えや取り組み内容をしっかりとご理解いただき、病棟内で予防理学療法業務に積極的に取り組まれる会員が多く現れますことを、心から期待しております。そして国民の健康に資する、予防理学療法が早期に確立することを願っております。

理学療法士等の病棟配置

(全体像)

急性期病棟における病棟理学療法士の業務概要

病棟配置理学療法士の業務

提供場所: 病棟

業務: 入院に伴う諸問題の予防

[早期介入・早期退院支援]

疾患別リハの適用候補患者の早期発見
退院調整看護師やケアマネ等との連携

[安全管理]

・転倒転落の防止

[廃用予防]

廃用症候の恐れのある患者の発見

[早期離床]

安静度に関する情報共有、病棟活動量の評価

[病棟生活の早期自立]

集団的な取り組み

[多職種協働]

主治医との日常的な情報共有、看護師等との協働

[患者・家族への情報提供・収集]

できる・しているADLの紹介 等

疾患別理学療法

提供場所: 病棟orリハ室

業務: 疾患別リハ

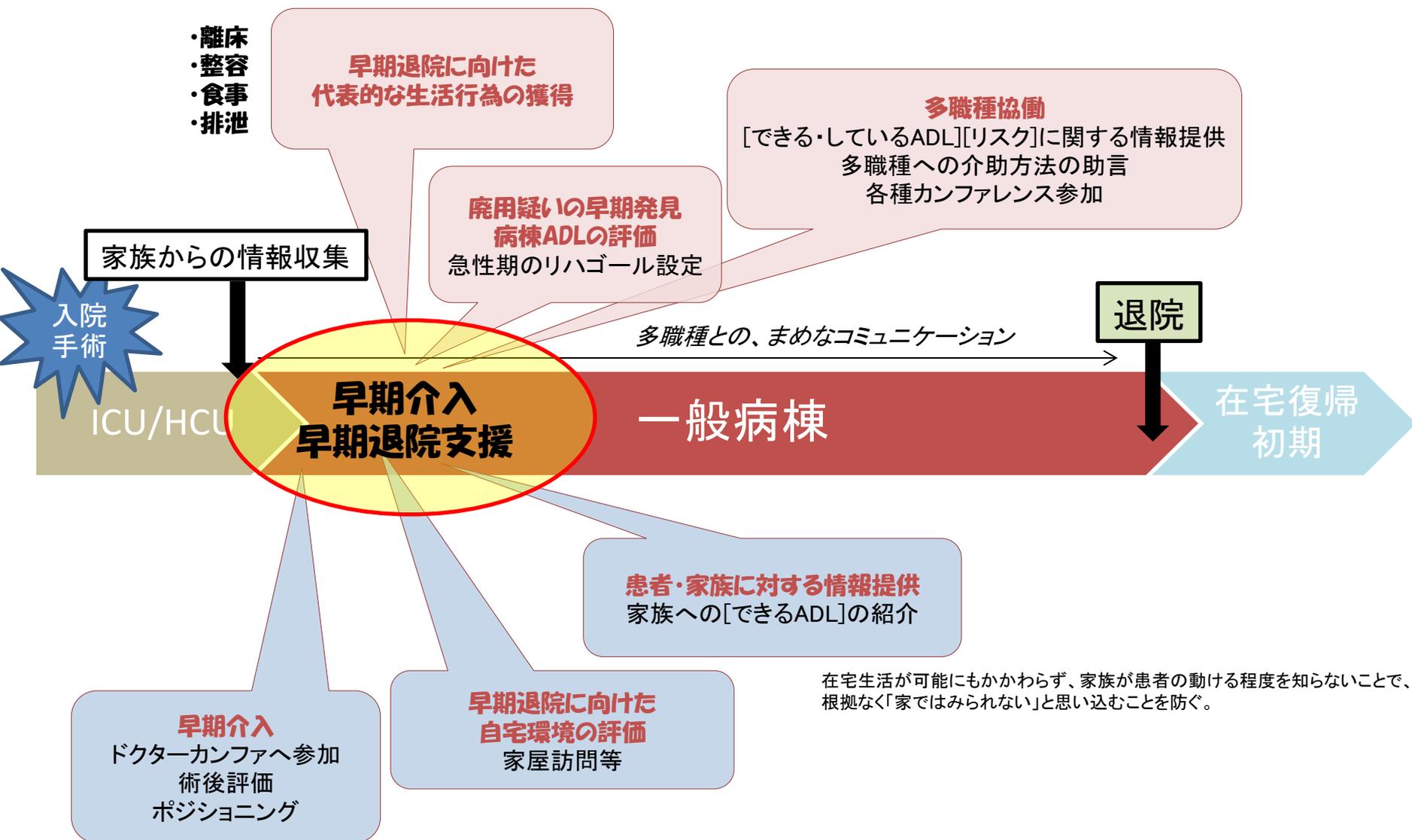
機能的動作能力の獲得および
日常生活における諸活動の獲得

(基本動作の評価・練習、ROMエクササイズ、荷重練習等)

急性期病棟における病棟理学療法士の業務概要

分類	急性期病棟における病棟配置理学療法士の業務
早期介入・早期退院支援	入院直後の評価・多職種カンファレンス
	疾患別リハの適用候補患者の評価(医師への報告)
	早期退院支援(退院調整看護師やケアマネ等との連携、在宅リハ職の退院前ケアカンファレンスへの参加促進)
安全管理	転倒・転落等の病棟生活上のリスク管理
廃用予防	廃用症候の恐れのある患者の発見
早期離床	安静度に関する情報共有
	病棟生活における活動量の評価
	離床能力の評価
	離床行為の実践のためのアドバイス・介助伝達
病棟生活の早期自立	集団的な取り組み(廃用予防の取り組み等)
	病棟の環境設定
	排泄行為の評価
	嚥下の評価
	排泄行為の実践のためのアドバイス・介助伝達
多職種協働	主治医との日常的な情報共有
	看護師との協働
	多職種への介助方法に関する情報共有(転倒予防等)
	入院患者の病棟生活に関する多職種カンファレンス
患者・家族への情報提供・収集	家族への「できるADL」の紹介
	家族への「しているADL」の紹介
	利用できる介護保険サービスの紹介
	早期退院にむけた自宅環境の評価(家族からのヒアリング)

入院初期に見る病棟理学療法の業務の特徴



A D L 維持向上等体制加算

ADL維持向上等体制加算

疾患別リハの単位数に縛られない、予防理学療法としての新たな働き方。
多職種協働、安全管理、廃用・褥瘡予防、患者・家族との情報共有がキーワード。

(基本的な考え)

- ・疾患別リハビリテーションの非該当者に対して、入院中のADL低下等を予防し、早期在宅復帰を促進する。
- ・今までの疾患別リハビリテーションの延長ではなく、予防理学療法としての新たな働き方が求められる。
- ・多職種協働、安全管理、廃用・褥瘡予防、患者・家族との情報共有がキーワードとなる。

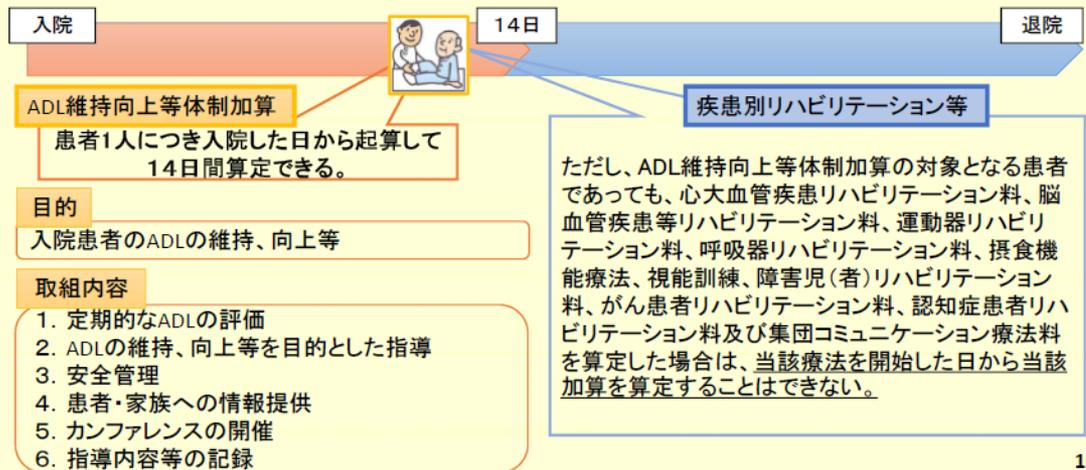
平成26年度診療報酬改定

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



109

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

取り組み内容(例)

・定期的なADL評価

- 例えば、入院時や退院計画を作成する前後でのADL評価
- 病棟ADL・活動量の定期的な評価と他職種共有
- 廃用症候や褥瘡の恐れのある患者の早期発見と主治医への報告

・ADL維持、向上等を目的とした指導

- 集団的な取り組みの実施
- 他職種と協同した、入院患者の病棟活動量の向上にむけた取り組み

・安全管理

- 病棟生活における、できる・しているADLや転倒転落のリスク等を他職種や患者家族と共有
- 病棟内の移動や日常的な動作等を安全に行える環境整備

・患者・家族への情報提供

- 在宅生活が可能にもかかわらず、家族が患者の動ける程度を知らないことで、根拠なく「家ではみられない」と思い込むことを防ぐ。

・カンファレンスの開催

- 主治医との日常的な情報共有
- 日常的な他職種との情報共有、協働

・指導内容等の記録

・早期退院支援

- 退院調整をする看護師やソーシャルワーカーに対して、退院後のリハ提供の必要性に関する情報提供
- 在宅の理学療法士等に対する、退院前ケアカンファレンスへの参加呼びかけ

病棟における集団的な取り組み例（心大血管疾患）

- ・ 対象：心大血管術後リハビリプログラムを終了し、病棟内ADLが自立している患者
- ・ 目的：ICU症候群を改善し、入院による一時的な健忘等を防止する
バイタルサインの測定法と運動習慣を獲得し、退院後の自己管理が可能となる
病棟内での離床の機会を効率的に確保する
ベッド上生活時間を減らし、廃用症候群の発生を防止する
- ・ 方法：1名の理学療法士がリスク管理及び進行を行う
- ・ 場所：病棟リハビリテーション室

（開始前）

- ・ 全例に対して脈拍・血圧測定を行い、必要に応じて心電図の装着及び酸素飽和度の測定を行う

（内容例）

- ①1日1回30分程度、理学療法士の進行のもと音楽に合わせてラジオ体操を行う。
- ②原則はラジオ体操の通り行うが、身体機能に合わせて椅子座位で行うなど理学療法士は個別にアレンジする。

（終了後）

- ・ 全例に対して脈拍・血圧測定を行ったのち、理学療法士が必要に応じて個別指導を行う
- ・ 患者同士で術後療養相談などが自然発生的に行われ、医療者以外の同じ手術を経験した人からも話を聞くことができる重要な場となっている



集団的な取り組み風景

（参考） リハビリ専門職が病棟で重点的に関わる5施設からの情報提供

求められるアウトカム

- **直近1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時にADLが低下した者の割合が3%未満**
 - 患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index) を用いて評価
- **入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者 (DESIGN-R分類2以上)の割合 が1.5%未満**
 - 毎年7月1日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査

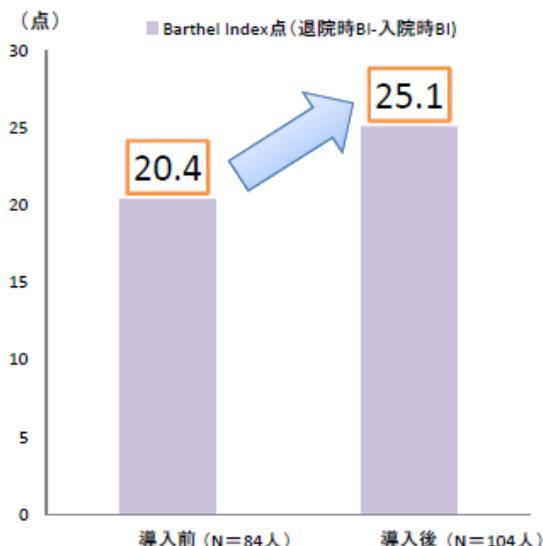
参考資料

理学療法士の配置における効果

対象 : 広島大学病院実績
期間 : (病棟配置導入前)07年10月～08年3月 (病棟配置導入後)08年10月～09年3月
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟
人員配置: 理学療法士2名を専属
専属理学療法士の業務: ・病棟内でのリハビリテーション ・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60～120分)
 ・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加 ・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。
 ・看護師を対象とした勉強会を開催

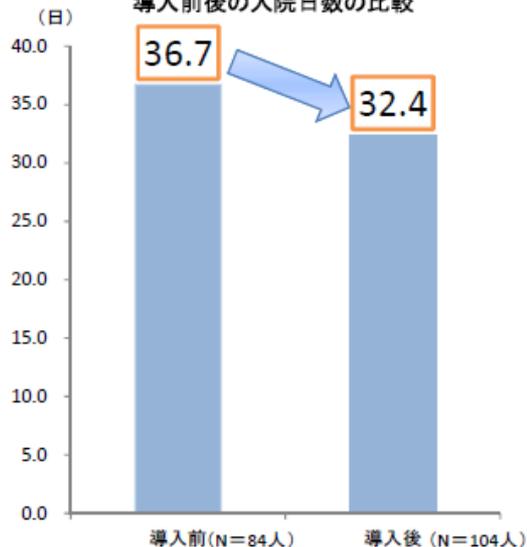
ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的な生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

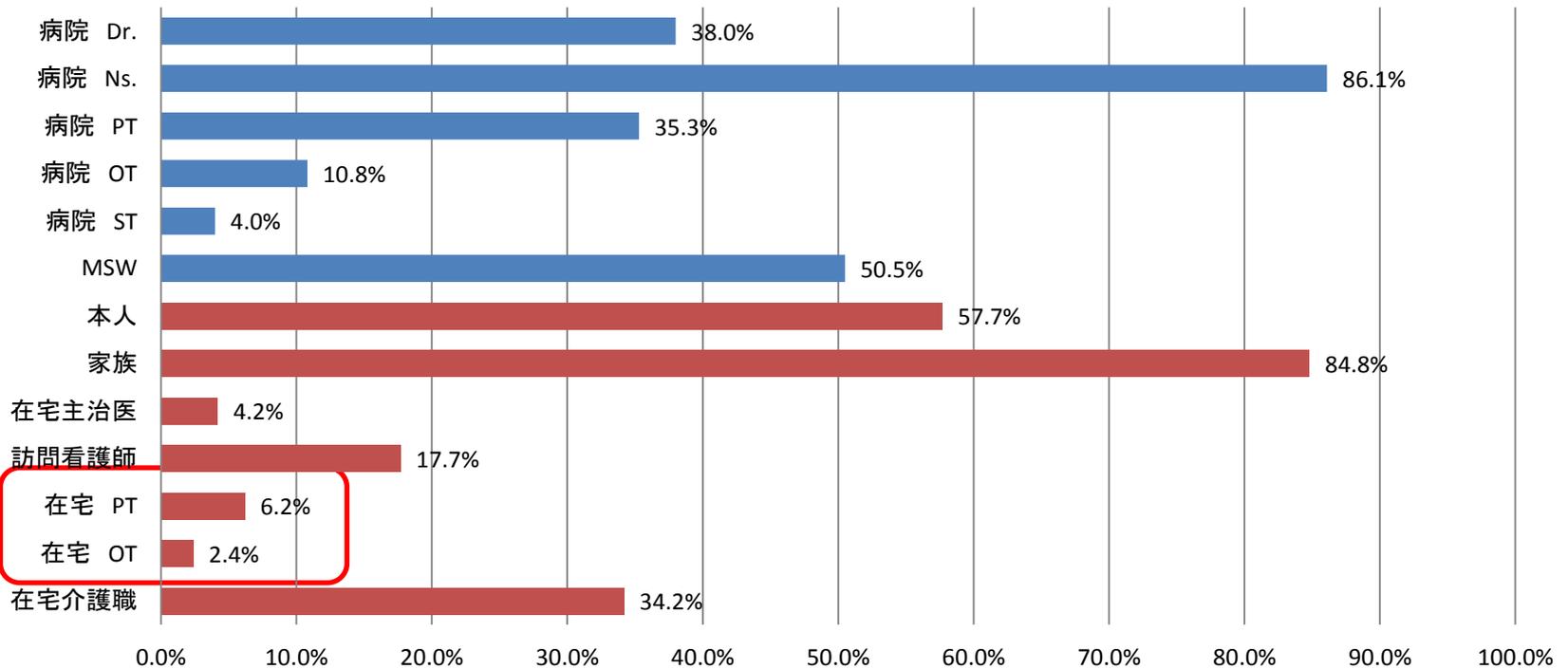
出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 - 日本理学療法士協会提供資料 -

・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

12

参考資料 退院前合同カンファレンス開催時の職種別参加率

急性期一般病床における、退院前合同カンファレンスへの職種別参加率
n=1172



平成22年度老人保健健康増進等事業
「効率的・効果的のリハビリテーションサービス提供のための調査研究事業」

急性期において、退院前合同カンファレンスに、在宅のリハビリテーション専門職が参加する割合は低い。

通知（一部抜粋）

- (1) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであること。ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。
- (4) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- (6) 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

参考資料 通知

通知（一部抜粋）

(5) **アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。**

ア直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時における**ADLが入院時と比較して低下した患者**（別紙様式●の合計得点が低下した者をいう。）の割合が**3%未満**であること。なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度（**Barthel Index**、以下「BI」という。）を用いて評価することとするが、**平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価**であっても差し支えない。

イ当該病棟の入院患者のうち、**院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上とする。以下この項において同じ）を保有している入院患者の割合が1.5%未満**であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

(イ) 届出時の直近月の初日（以下この項において、「調査日」という）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

なお、届出以降、**毎年7月1日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査する。**

参考資料 通知

通知（一部抜粋）

- (2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- (3) (略)リハビリテーションに係る研修とは、(略)2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。
- ア リハビリテーション概論について(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)
 - イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)
 - ウ リハビリテーション治療法について(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)
 - エ リハビリテーション処方について(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)
 - オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)
 - カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて
 - キ 心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて
 - ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
 - ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
 - コ 周術期におけるリハビリテーションについて(ICUでのリハビリテーションを含む。)