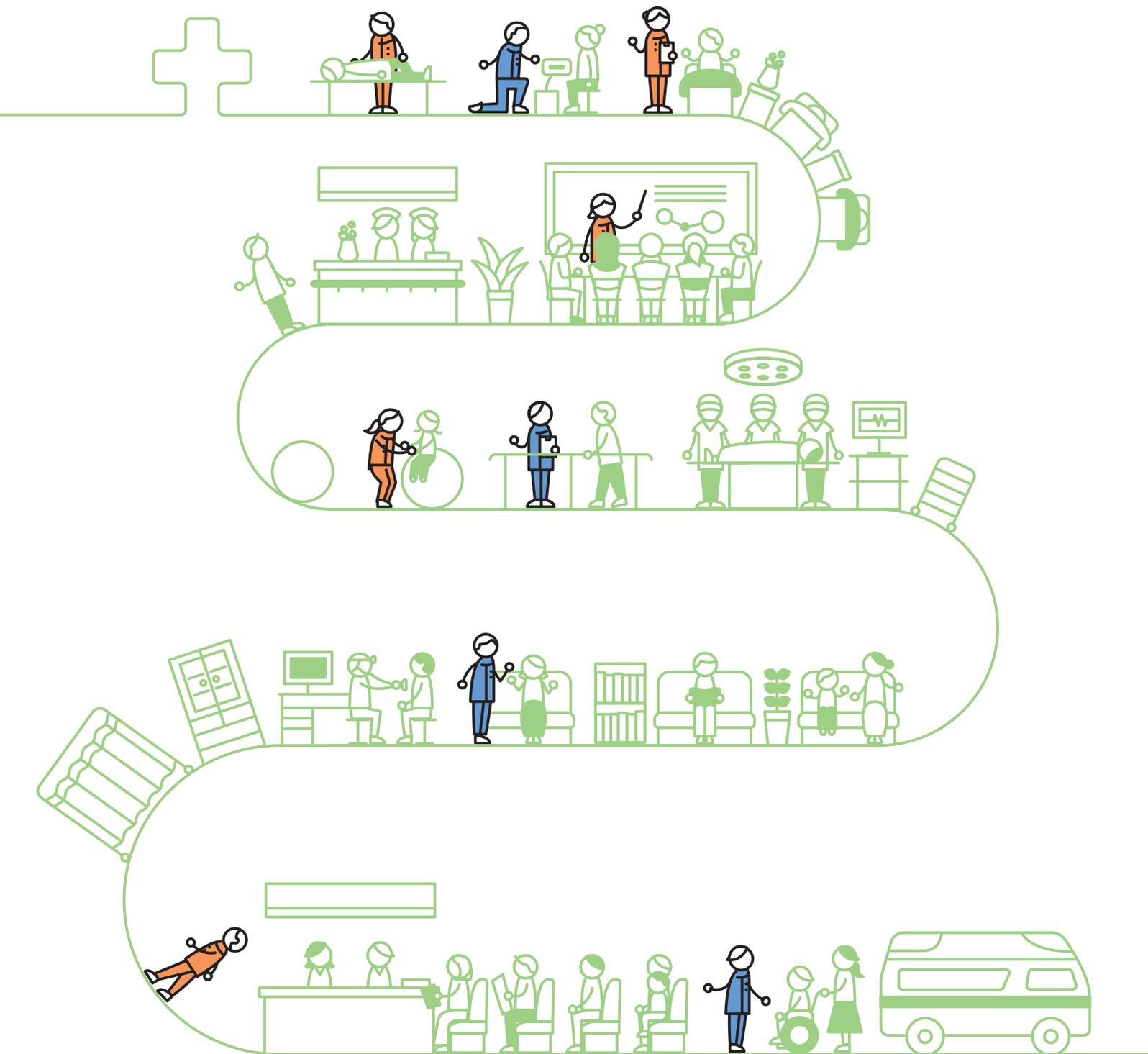


JPTA GUIDANCE

急性期病棟における理学療法士の病棟配置の手引き



公益社団法人

日本理学療法士協会

Japanese Physical Therapy Association

Contents

- 2 はじめに
- 3 総論
- 7 事例
- 23 インタビュー
- 29 算定に向けたステップ
- 33 算定に向けた提案書イメージ
- 37 制度詳細



はじめに

公益社団法人
日本理学療法士協会
常務理事
松井 一人



急性期病棟に理学療法士等を配置した場合に評価される「ADL維持向上等体制加算」は、2014年度診療報酬改定において新設されました。本会からも強く要望し続けていたものであり、ようやく勝ち取ることができた加算です。

本加算は職能的な視点から見て、2つの点において非常に意義深いものと考えています。まず1つ目に「理学療法士の専門性を、疾患別リハビリテーション以外の場において活用できる」ということです。従来は入院により廃用の進んだ患者に対しても、医師からリハビリテーションの指示が出てからでないと介入することができませんでした。本加算により、入院患者が廃用してしまう前に理学療法士が早期から介入することができ、ADLの低下を予防し、在院日数の短縮や在宅復帰率の向上に貢献することができるようになりました。従来有していた理学療法士の専門性を用いて、従来有していた方法とは異なる方法で価値を提供できることになったのです。

2つ目に「院内多職種に対して、理学療法士の有用性を示すことができる」ということです。従来理学療法士は多くがリハビリテーション室の中で職人的な働きをしていたこともあり、他職種から何をやっているのかあまり理解されていないと感じることもありました。本加算を契機として、理学療法士が病棟で積極的に多職種と関わることで、理学療法士が有している専門性について、改めて多職種から価値を感じていただくことができ、院内でのプレゼンスを向上させることができると考えています。

そこで本会では本加算を理学療法士の価値を向上させるために重要なものであるととらえ、普及促進すべく、本手引きを作成いたしました。実際に本加算に取り組んでおられる8つの病院の事例に加え、多職種からの声など、算定に向けた取り組みを進めていく上で非常に参考となる情報を掲載しています。

新たな時代に向けて、どの職種も皆どのような価値を提供できるのかが問われています。本会も理学療法士の価値の向上に資すべく、引き続き本加算の普及啓発に努めてまいります。本手引きを手にとられた皆様も、積極的に本加算に取り組み、理学療法士の価値の向上にお役立てくださいましたら、望外の喜びでございます。

ADL維持向上等体制加算と本手引きの使い方について

制度的な背景

2014年度診療報酬改定を控えた2013年9月6日、厚生労働省の審議会において「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」が取りまとめられました¹⁾。同年8月6日に取りまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」²⁾に基づき、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、「急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等」の重要性がうたわれました。さらにこれに基づき、12月4日に開催された第262回中央社会保険医療協議会総会(中医協)において本加算に関する提案がなされました。

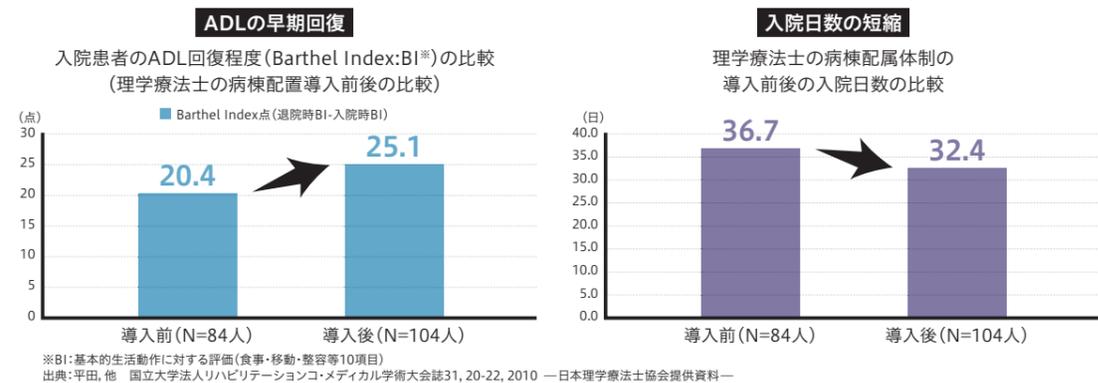
本会提供資料をもとに、理学療法士を病棟に配置し、病棟内でのリハビリテーション、各種カンファレンスや看護師対象の勉強会開催に従事させることで、ADLの早期回復や入院日数の短縮につながることが示されました(図1)。「救急搬送される患者に高齢者が増加していることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション

等による介入ができる体制整備が必要」であるとして(図2)、早期リハビリテーションの充実に向けて、ADLの低下予防を目的として、急性期病棟に理学療法士等のリハビリテーション専門職を配置した場合の評価について議論されました。

まさに制度的な背景として、2025年に向けた課題を解決していくために急性期病棟に増える高齢者に対して早期からADL低下や関節拘縮等を予防できる体制が求められており、本会が提示した資料がそのニーズを捉えたといえます。さらにその後、2025年には医療機能分化・連携を通じて、高度急性期・急性期病床を約24万床減少させる方向性が示されています(図3)。理学療法士を病棟に配置することは、時代に求められて生まれた働き方なのです。

2014年度診療報酬改定で新設されたADL維持向上等体制加算は、その後2016年度・2018年度の2度の診療報酬改定において、点数の増点や算定要件の緩和などが行われました。このことから、厚生労働省としても加算の普及を進めるため、理学療法士に期待していることがわかります。

【対象】 広島大学病院実績 **【期間】** (病棟配置導入前)2007年10月～2008年3月 (病棟配置導入後)2008年10月～2009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



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

図1 理学療法士の病棟配置における効果 第262回中医協(2013年12月4日)

課題

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病棟で約3.7%、10対1病棟で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

入院医療等分科会とりまとめ

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- (3) その他の指標について
- ②救急搬送される患者に高齢者が増加していることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。

論点

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とする点について、どのように考えるか。

図2 早期リハビリテーションの充実における課題と論点 第262回中医協(2013年12月4日)

—急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止—

本加算の普及に向けた課題

本加算の算定状況は、2018年11月時点で86病院(本会調べ)と、決して広く普及しているわけではありません。2014年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(2015年度調査)³⁾においては、届出をしていない理由として「理学・作業療法士、言語聴覚士のいずれかが常勤配置」が困難といった理由や「体制整備にかかる費用に比して、見込める増収が少ないから」といった理由が挙げられています(図4)。常勤専従配置された理学療法士は、疾患別リハビリテーション料を1日6単位しか算定できないことから、単位数を積み上げることによって部門の売上に貢献することはできません。ADL維持向上等体制加算算定による価値は、直接的な売上への貢献ではなく、入院患者に早期介入することで様々な利益をもたらすことができる点であると考えられます。すなわち、スト

ラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(実施)により診療報酬点数を上げて売上に貢献するのではなく、理学療法士の介入により、いかにADLの早期回復や入院日数の短縮といったアウトカム(結果)を出すかで価値を示していくことが求められています。

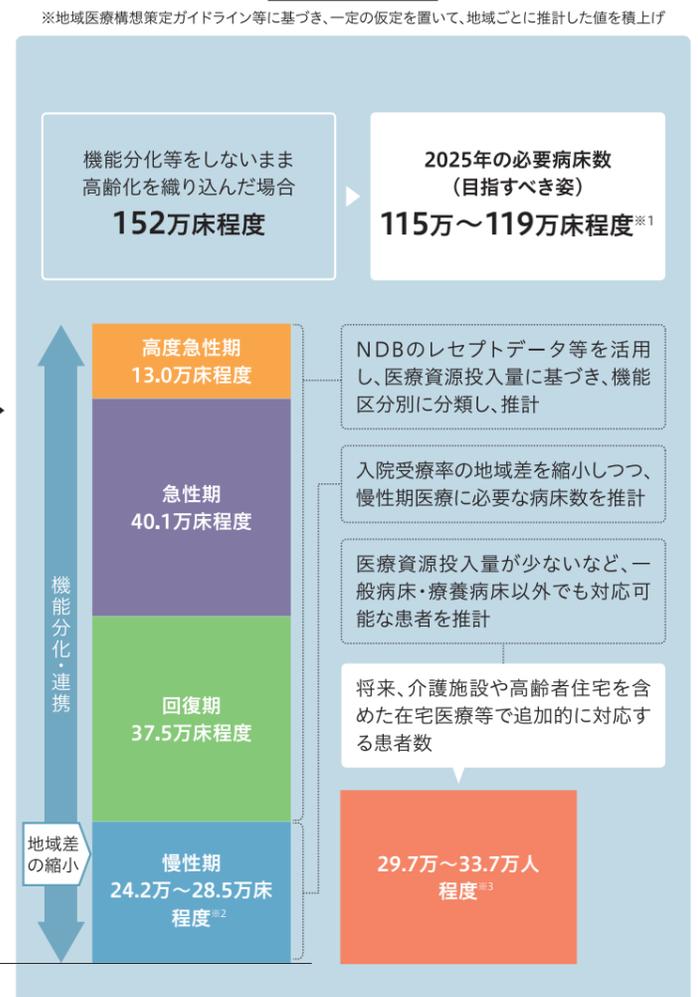


- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられること**を目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**)
- **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。**
地域医療介護総合確保基金を活用した取り組み等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。**

現状:2013年



推計結果:2025年



* 未報告・未集計病床数などあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

図3 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果
第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(2015年6月15日) 松田委員提出資料

- ADL維持向上等体制加算の届出をしない理由について、過半数の医療機関が施設基準の要件を満たせる見込みがないと答えた。
- 具体的に満たすことが難しい要件としては、理学・作業療法士、言語聴覚士のいずれか常勤(専従)配置であった。

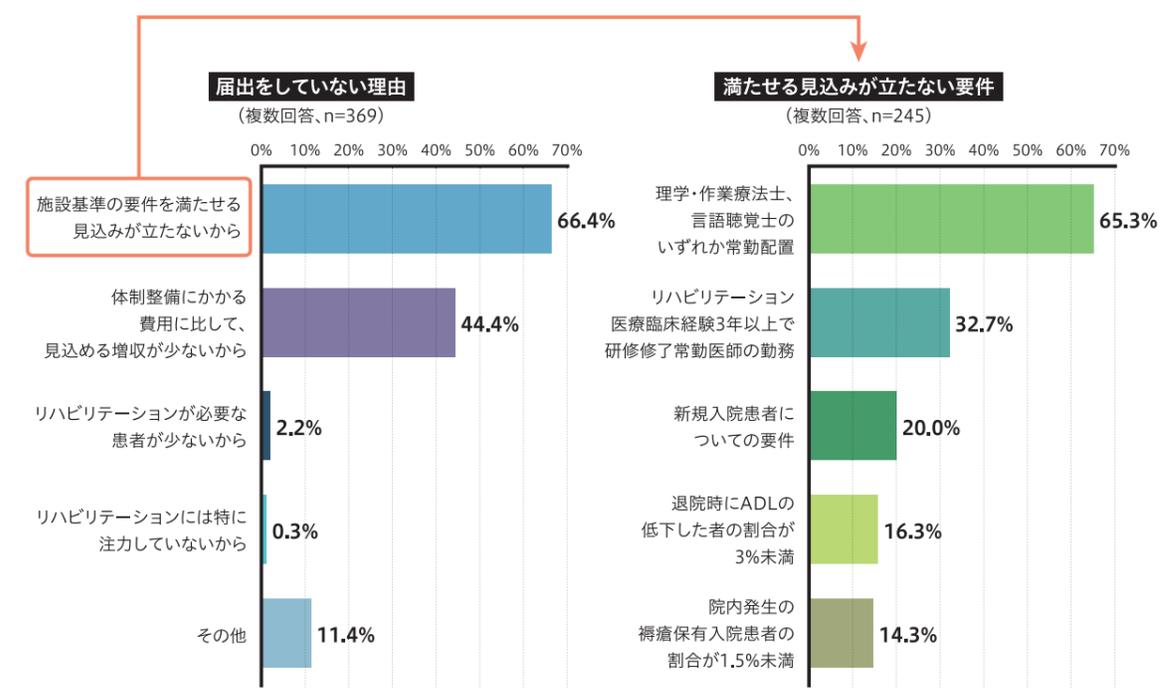


図4 ADL維持向上等体制加算の届出における困難点 第316回中医協(2015年12月2日)

本手引きの内容

本手引きにおいては、すでに本加算に取り組んでおられる8つの病院の先生方の事例を掲載いたしました(P7~)。各院においてどのような想いから、どのような取り組みを行い、算定に至った今のように感じているのか、その実態や価値観を知っていただきたいと思ひます。
また、続いて実際に本加算を算定している病棟から、多職種の生の声をインタビューとしてお寄せいただきました(P23~)。これにより、本加算が多職種からどのように感じられているのか、そ

の実情がご理解いただけるかと思ひます。
さらに、これらの事例を参考として、各院の理学療法士、もしくはリハビリテーション部門の管理者がどのように院内の体制整備を行うのか、その算定に向けたステップと院内で提案するための算定に向けた提案書(イメージ)を掲載いたしました(P29~)。これらを参考として、ぜひとも院内の体制整備に取り組み、理学療法士の価値の向上にお役立てください。

参考文献:
1) 厚生労働省:次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方、2013年9月6日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000022002.html>(2019年3月29日閲覧)
2) 社会保障制度改革国民会議:社会保障制度改革国民会議報告書~確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋~, 2013年8月6日
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>(2019年3月29日閲覧)
3) 中央社会保険医療協議会総会(第331回):診療報酬改定結果検証部会からの報告について、2016年4月27日
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000123036.pdf>(2019年3月29日閲覧)

公立昭和病院

主任理学療法士 安田 耕平



ADL維持向上等体制加算を算定開始するまでの経緯

当院は公的資金により運営されるDPC特定病院群の地域中核病院で、人員配置においては公務員法の影響により増員が極めて困難な状況にある。常勤PTが9名であった2010年から、少数精鋭のリハビリテーションスタッフを518床の3次救急を擁する急性期病床に効率よく配置する目的で、移動時間を抑制し多職種コミュニケーションを重視した病棟専従スタッフ配置の構想は存在していた。急性期病院は早期離床・早期退院の傾向が強く、リハビリテーション部門が果たす役割は大きい。その役割は、疾患別リハビリテーションに加え、医師・看護師等との総合的アプローチと早期介入による生活機能の予後予測、クリニカルパスに沿った退院支援で、病棟スケジュールに合わせた多職種カンファレンス参加が含まれる。これらの活動の重要性を認識し、実現可能な体制を整備するため、1病棟あたり2~3名のPT配置を想定した増員を計画し、病院幹部に働きかけていた。2014年の本加算の新設とともに、算定基準をクリアした病棟から病棟専従PTの配置を行う目標を立てた。円滑に仕組みづくりを進めるための情報は乏しく、人員不足と理解不足を克服する必要があり、試行錯誤の取り組みが始まった。2015年度の部門年間計画に病棟専従療法士の配置を具体的に盛り込み、同年4月から経営的效果を評価する目的で全病棟実績調査及び導入効果予測を開始した。同時に、病院幹部向けに公立の急性期病院におけるリハビリテーション部門の果たす役割を再度提示した。即ち、取得単位数の増大による量的貢献よりも、早期離床・早期退院支援への質的貢献を優先することで、在院日数短縮や在宅復帰率向上などの診療ニーズに応え得る可能性を強く訴え、賛同を得た。専従病棟は、入退院時のADL点数からの予防効果予測値を基に、疾患別リハビ

基本情報

2019年3月現在

許可病床数 518床(一般:512床、感染症:6床)
 常勤職員数 リハビリテーション専門医:1名、理学療法士:17名、
 作業療法士:5名、言語聴覚士:5名

表1 ADL維持向上等体制加算病棟入院時評価(入院時カルテ記載事項)

大項目	小項目
疾患名(主病名)	
現病歴	
既往歴	
疾患分類	新生物・消化器・循環器・呼吸器・運動器・その他
入院日	
予定入院期間	
手術予定日	
入院から3日以内手術	該当または非該当
予定術式	
術前心機能・呼吸機能検査	EF、%VC、1秒率
入院時Barthel Index	食事・車椅子からベッドへの移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロール
身長・体重・BMI	
褥瘡評価	入院時持ち込み褥瘡の有無 褥瘡発症リスク(0個:低リスク、1-3個:中リスク、4-5個:ハイリスク) ①BMI:18.5以下 ②ベッド上ADL(50%以上がベッド上) ③がん性疼痛・がん性呼吸器あり ④失禁あり ⑤浮腫あり
転倒リスク	(0個:低リスク、1-2個:中リスク、3-5個:ハイリスク) ①歩行が不安定(原因問わず、杖・手すり・介助が必要) ②さくらねこ産車復旧不可or認知機能低下疑い ③5歳以上の薬剤内服 ④めまい、末梢神経・視力・感覚・姿勢反射障害、運動麻痺あり ⑤転倒歴あり
身体機能評価	
認知機能評価(MMSEなど含む)	
ベッド・トイレなど移動の際の必要性	
入院前身体活動量	
仕事・社会参加(趣味)	
Performance Status (PS)	0-4判定
介護申請の有無と介護度	
家族構成とキーパーソン	
家族状況	
疾患別リハビリテーションの必要性評価	PART1:患者確認(除外)入院予定期間3日以内・入院前から寝たきり PART2:スクリーニング64歳以下・65-84歳、85歳以上 ①入院予定期間14日以上 ②歩行が不安定(原因問わず、杖・手すり・介助が必要) ③著明なBMI(18.5以下) ④BMI65以下 ⑤さくらねこ産車復旧不可or認知機能低下疑い 0個:経過フォローのみ 1-3個:ADL経過要注意 4-5個:疾患別対応

リハビリテーション実施率2~4割以下で、予防介入中心の入院患者が6割程度以上を目安にし、医事係長、看護部長、当該病棟師長、リハビリテーション科部長兼副院長、リハビリテーション科担当者との協議の上、外科混合病棟を抽出した。病棟看護師長と各診療科部長へ繰り返し概要を説明し、2015年9月から3か月のプレ運用を開始した。当初は半日病棟勤務体制で、入院患者の評価から開始し、病棟スケジュールを把握してカンファレンスへ順次参加した。この段階においても、関係者協議を繰り返し、一步一步進め、専従配置するPTの適性も考慮しながら専従業務の内容を明確化し、専従1名、専任3名体制を構築した。施設基準申請に必要な実績を蓄積し、2015年12月から算定開始に至った。

該当病棟に関する情報

消化器外科、泌尿器科、乳腺内分泌外科、歯科口腔外科を主診療科とする46床の外科混合病棟。予定入院患者の約7割が新生物への手術待機目的で、入院患者は高齢化が進み、患者背景が複

雑化する中、術後早期離床の促進が必要不可欠で、予防的介入が必要な患者群が多い。専従前は疾患別リハビリテーションの介入率8.4%、開始まで平均3.8日を要していた。

病棟配置者の役割・担っていること

- 専従PT1名で以下の対応を主に担っている。
- 迅速な入院時評価から疾患別リハビリテーションの適応評価
- 各診療科回診・病棟全カンファレンス参加によるリハビリテーション関連の情報提供
- 早期離床の促進と活動量維持・廃用予防の入院生活指導
- 退院支援を必要とする患者の退院時ADL予測と必要とされる支援の情報提供
- 転倒・褥瘡発生ハイリスク患者の対応策の提案
- 6単位以内の疾患別リハビリテーション対応

配置による効果

疾患別リハビリテーションの早期開始、在院日数短縮、在宅復帰率向上、日中の転倒転落件数削減、新規褥瘡発生件数削減が認められた。配置開始当初はお互いの理解が深まるまでやや時間を要したが、配置後3か月経過した頃から、多職種で関わることができた。専従配置後の病棟スタッフへのアンケート調査では、看護師からリハビリテーションへの意識が変わった、コミュニケーションがとりやすいなど、好意的に受け入れられている。医師からもリハビリテーションの重要性の再認識や手間が省けるといった意見が挙がっている。専従配置されたPTも、「しているADL」を評価することが増えてADLの評価・介入への重要性を再認識すること、病態やリスクなどを医師に、夜間の状態などを看護師に聞きやすくなったことで活動しやすい環境が徐々に整った。また、20分1単位からアウトカム達成に対しての診療報酬に変わり、時間マネジメントをセラピスト自身でおこないやすく、診療の質を保ちながら時間外勤務を削減できたスタッフが現れるなど、当初予想しなかった副次的な効果も認めている。日々のデータ蓄積から院内における存在感を病棟アウトカムへの貢献で示すことができ、リハビリテーション科スタッフ数も2011年のPT9名、OT3名、ST2名から2019年3月現在、PT17名、OT5名、ST5名に増員された。

表2 消化器内科病棟専従セラピスト配置前後のアウトカム

	専従前	専従後
入院患者数	1,140例	1,281例
疾患別リハビリテーション開始までの日数	7.1日	3.2日
Barthel Index利得	26.1点	31.1点
ADL低下患者数(全入院患者に対する割合:%)	31例(2.8%)	10例(0.8%)
自宅復帰率	95.3%	96.3%
平均在院日数	10.2日	8.3日
転倒転落発生件数	24件	16件
褥瘡発生件数	5件	1件

専従前:2016年7月からの1年間

専従後:2017年7月からの1年間



家族指導



病棟カンファレンス

現在の活動状況

2017年4月から消化器内科病棟(40床)への専従配置の届出準備を行い、同年7月から算定を開始した。院内での導入実績から、短期間で算定開始まで至ったが、病棟によって求められる役割も異なっていることを改めて認識した。消化器内科病棟では集団での立ち上がり練習に取り組み、リハビリテーション専門医の医学的なリスクマネジメントは必要不可欠な存在である。また、OTやSTにおける専任体制なども試みているが、導入効果予測と人員増員は必要不可欠で、中長期的な計画として提案している。

現在まで多くの支援を頂きながら2病棟で算定を継続できている。40床近くの病棟を1人の専従PTによる管理で、全ての条件を満たすには限界があることを認識して、日々チームアプローチを意識して活動している。リハビリテーション部門のジョブローテーションに合わせて、定期的に専従業務を担当するセラピストも引き継ぎを行い、専従業務で培ったマネジメント能力を、疾患別リハビリテーションを中心とする業務へ還元できるか試みている。その一環として、専従病棟では入院時評価を偏りなく実施できるように、共通の評価表で活動を行っている(表1)。また、専従病棟以外でも、病棟担当に近い人員配置で、多職種コミュニケーションを重視した編成を行い、専従業務に関して戸惑いなく引き継ぎできるような部門システムを検討し続けている。中堅セラピストの活躍の場を創り出し、急性期病院内で働き方の多様性をもたらすことは、人材育成において好循環をもたらす可能性を秘めている。業務量の偏りや適任者選出などに課題はあるが、日々充実した診療が行っていると自負している。



集団立ち上がり練習

今後の展望

2017年度には、PT協会主催のADL維持向上等体制加算算定施設見学会が開催され、当院も実施施設として導入を目指す施設の方に視察していただいた。また、全国的に真新しい活動という認識は否めない。本加算は、アウトカム重視で早期介入や予防リハビリテーションのエビデンスに対する診療報酬である。このエビデンスから重要性はより理解しやすく、急性期医療の重要な部分を担う働き方であると実感しており、本加算が発展できるように取り組み続けていく。

広島大学病院

伊藤 義広 植田 一幸



ADL維持向上等体制加算を算定開始するまでの経緯

将来的に疾患別リハビリテーションが包括化されることを想定し、急性期病棟における理学療法士の役割を確立しその必要性を病棟全体に浸透させることを目的に病棟専従配置を計画した。2004年当時、専従化することで診療報酬(いわゆる単位数)の減少は予測されたが、集中治療病棟ICU(2004年)と脳神経外科・神経内科病棟(2008年)に理学療法士の専従配置を行った。2008年時点に在籍する理学療法士13名のうち、ICUに2名専従配置(週40時間)しており、さらに脳神経外科・神経内科病棟へも1名をフルタイムで専従配置することになった。

国立大学の法人化と大学病院改革が進み理学療法士の増員も毎年承認される時期に専従配置したことにより、病棟専従による減収は理学療法士全体の増員(新卒採用)による増収で緩和され、リハビリテーション部門の年間診療報酬実績としては常に右肩上がりて推移した。

高度急性期医療を行う医療機関は、その高度な専門性が特性であり、入院患者の個性や日常生活関連動作あるいはリハビリテーション医療の優先度は低く、検査や治療が優先される。このような背景のなかで医師、看護師に囲まれたアウェー(病棟)で、「理学療法士が医師、看護師、病院に求められる存在になる」ことを目標として専従化を進めた。

2014年度からADL維持向上等体制加算が新設され、算定基準に合致する病棟の選定、収支試算、診療記録様式の整備、試行計画の策定と実施を経て届出となった。

- 1 理学療法士の増員要望書、配置調整は技師長が担当した。収支の試算は事務の協力を得て実施した。部内では部長(医師)

基本情報		2019年4月現在
許可病床数	746床(一般:726床、精神科:20床)	
常勤職員数	理学療法士 常勤:17名 契約・研修生:11名、 作業療法士 常勤:6名 契約・研修生:3名、 言語聴覚士 常勤:2名 契約:5名	

と技師長(理学療法士)が専従の意義、目的を明言し、組織全体で取り組むことを意識付けさせた。

- 2 リハビリテーション部長(医師)が診療科長に対して導入交渉を行い、技師長と副技師長が病棟と実務調整を図った。病棟では日勤帯職員が純増となるため受け入れられやすい反面、専従者による介入が看護師の業務の流れを変えたり遮ったりする可能性もあることから、病棟業務スケジュールの把握に努めた。
- 3 専従者としては、副技師長(主任)クラスでとくにコミュニケーション能力や環境対応能力の高いスタッフを専従させた。
- 4 電子カルテ記載や小休憩は、ときにホーム(リハビリテーション室)で行うなど専従者の精神的緊張緩和を図った。導入当初、技師長は専従者と日々会話して情報共有に努めた。
- 5 2014年の届出病棟の選定においては、対象疾患割合、理学療法介入の効果、病棟スタッフ体制、疾患別リハビリテーションへの展開の可能性も併せて検討し、神経内科、ICU、がん周期を対象病棟に位置付けた。

該当病棟に関する情報

当該病棟(脳神経外科・神経内科病棟)の2017年度情報は表1のとおりである。県内唯一の大学病院として、またてんかん診療拠点機関として、脳腫瘍、てんかん、神経筋疾患、難病等の診断や治療を行っている病棟である。初期診断や検査を目的とした入院が多く、ADLはフルスコアの患者が比較的多い病棟である。他方、神経筋疾患等のために身体機能低下が顕著で検査・治療のためにリハビリテーション処方が遅れるケースも散見されていたが、専従配置によって主治医と迅速な連携がはかられ、早期介入が増加した。

対象病棟	平成29年度(2017)
病床数	49床
延べ入院患者数	14,992人
病床稼働率	89.8%
重症度、医療・看護必要度(I)	27.2%
平均在院日数	14.9日
1日当たり入院患者数	4.6人
延べ入院患者に対するADL加算算定割合	11.2% 届出月に限った平均割合は35.3% (非届出月は7か月/2017)
実入院患者に対するリハビリテーション実施割合	37.4%
入院からリハビリテーション開始までの日数	4.8±3.6日
全入院患者のADL低下率	0.83%
褥瘡発生件数	4件(3件は脳外科手術中の発生)
実際にADL加算が算定できた月数	5か月
ADL加算を算定した総件数	1,678件

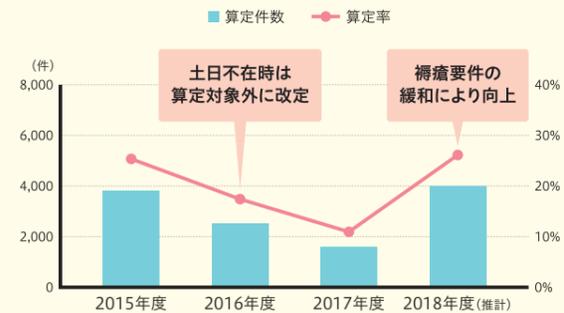


図1 ADL維持向上等体制加算の算定件数と算定率

病棟配置者の役割・担っていること

- 1. **ADL評価**: 所定のADL評価を行い、看護師による問診情報と併せて共有する。
- 2. **離床補助**: 離床の判断や介助方法について助言を与える。当該病棟では毎年5~8人の看護師新採用があり、離床やリハビリテーションに関する教育的助言を行う。
- 3. **自助具等の情報提供**: 他の療法士による車いすや介助用品に関する情報を補完する。
- 4. **転倒リスクアセスメント**: 病棟では看護師による標準的な転倒リスク評価が行われているが、専従者による評価(Up and Go Test、Functional Reach Test、椅子からの立ち上がり5回、片脚立位)を別を実施し、リスクについて看護師へ情報提供する。
- 5. **褥瘡管理および環境調整**: 褥瘡回診、カンファレンスと勉強会を定期開催している。
- 6. **多職種・病棟カンファレンス**: 医師主催の症例検討会に出席し、協議事項や治療方針について電子カルテに代行入力する(医師、看護師の負担軽減)。また病棟看護師によるカンファレンスに出席し、リハビリテーション計画や現状について報告する。自宅生活や在宅ケアに関する情報も提供し、退院後の生活や療養についての関心度を高める。
- 7. **他のセラピストのリハビリ補助・教育**: 当該病棟患者を担当する若手療法士やレジデント研修生の指導や評価を行う。
- 8. **問題や課題への対応**: 看護師長、副看護師長と密なコミュニケーションをとり転倒転落の原因や対策を協議する。また担当療法士から情報を得て担当看護師と情報共有のサポートを行う。このように運用上の新たな問題や課題に迅速に対処する。

2008年の導入当初から職員をフルタイム専従で配置し、朝の申し送りから日勤帯看護師の勤務に合わせて、看護業務の支援も行う。副技師長(主任)クラスを配置しているときは、疾患別リハビリテーションはほぼ実施せず、病棟業務と病棟往診する新人理学療法士や臨床実習学生の指導を行ってきた。現在は専従者が4人目(臨床10年程度の中堅スタッフ)に交代し、疾患別リハ3~4単位/日実施することもある。

専従者が平日勤務のため休日には対応していないが、平日の出張や年休のときは専任登録者3名のうちから配置している。技師

長を専任登録に加え、急な交代のときに配置することで柔軟な対応を可能にしている。年間のうち数日だが交代調整できず加算適用しないことがある。多職種退院支援シート(A4判)を作成し、入院前のライフスタイル、家族の介護力、自宅の家屋状況等とその問題点・対策について詳細に評価する。

配置による効果

褥瘡発生率と算定可能期間

2017年度までは年2~3回褥瘡が発生しその度に届出を取り下げていたが、2018年度の改定後は12月まで取り下げることなく算定できている。一般的に高度急性期病院における褥瘡は手術室で多く発生している可能性があるため、褥瘡発生率を低下させるには手術チームの協力が必要かもしれない。

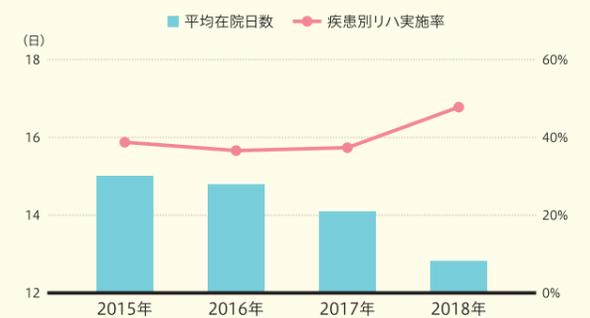


図2 平均在院日数と疾患別リハ実施率の年度推移

看護師からのコメント

- 新人看護師に対して現場で移乗動作の直接指導をしてもらえるので実際のとても良い。
- 標準的な転倒リスク評価では一見安定している患者であっても、理学療法士が実際に評価すると不安定と判断されることがあり、リスクの見直しに役立つことがあった。
- 重症患者の体位交換のときには、理学療法士も要員の一人となり人手が少ないときには助かる。

医師からのコメント

- 病棟医長による病棟回診時に全患者の身体状況を情報提供してもらえるので、治療や退院時期の検討にとても役立つ。
- リハビリテーション科紹介の有無にかかわらず評価や早期介入を進めてもらえるので、入院パスが前倒しできて入院日数が短縮できる。

8:30	入退院患者の情報収集 申し送り参加、カルテ参照
9:00	
9:30	退院患者のADL評価
10:00	
10:30	個別リハビリ(4単位)
11:00	または臨床実習指導、 データ解析、 管理業務等の弾力活用
11:30	
12:00	
12:30	昼休憩
13:00	
13:30	入院患者のADL評価
14:00	
14:30	カルテ記載
15:00	診療補助 (若手指導、代診等)
15:30	
16:00	診療情報入力
16:30	
17:00	病棟カンファレンス
17:30	

医療法人豊田会
刈谷豊田総合病院

理学療法士 杉浦 太紀 河野 純子 小沢 将臣



ADL維持向上等体制加算を算定開始
するまでの経緯・該当病棟に関する情報

当院は救命救急センターを有する三次救急病院（救急車受入数：10,000件以上/年）であり、救急患者の受け入れが滞らないようにするためにもリハビリテーションを早期から開始し、円滑な退院支援を行うことが重要である。

当院にはリハビリテーション（以下、リハ）科専門医が2名在籍し、主治医からの全てのリハ依頼に対して適応を判断して療法を処方している。2010年からの5年間で依頼件数は約1.4倍（3,709件）に増加した。特に内科では1.7倍（1,173件）と急増しており、依頼の主要な目的は廃用症候群の進行予防であった。当院では加算新設後、1年間の準備期間を経て2015年度より消化器内科病棟で算定を開始した。

対象病棟の候補は複数存在したが、加算の必要条件である疾患割合、新規褥瘡発生率、ADL低下率などから総合的に判断し選定した。現在は、外科病棟、混合病棟（消化器内科、皮膚科、泌尿器科）、消化器内科病棟、呼吸器内科病棟の4病棟に専従者を配置している。平均在院日数は10日前後、疾患別リハの実施率（疾患別リハ実施患者数/退室患者数）は10～37%であった（表1）。

専従者の選定においては、多岐にわたる役割（詳細は後述）が求められることを考慮し、それらに対応可能なスキルを有し、コミュニケーション能力に長けた中堅療法士を配置した。



「パットレ！」¹⁾は医歯薬出版株式会社HPから無料でダウンロード可能
左QRコードまたは「臨床リハ」で検索
<https://www.ishiyaku.co.jp/magazines/cr/>

許可病床数 672床（一般：630床、回復期リハビリテーション病棟：42床）
常勤職員数 理学療法士：45名、作業療法士：25名、言語聴覚士：10名

表1 病棟選定の指標

	平均 在院日数	年齢割合 (8割以上)	疾患割合 (6割以上)	疾患別 リハ実施率	褥瘡 発生率
A病棟 (外科)	7.9	57%	84%	22%	1.42%
B病棟 (混合病棟)	8.3	67%	68%	10%	2.22%
C病棟 (消化器内科)	11.6	68%	92%	11%	0.88%
D病棟 (呼吸器内科)	12.4	72%	91%	37%	1.00%

病棟配置者の役割・担っていること

専従者の役割としては、ADLの維持向上、転倒転落予防、褥瘡予防、患者家族教育、退院支援等があげられる。専従者はADL評価の際、リハ専門職の視点で移動手段の評価や環境調整、退院支援に向けた情報収集も併せて実施する。これらADL評価の結果や入院診療計画に基づき、患者の状態に応じた介入方法を検討するといったマネジメントを行う。また病棟で行われる各種カンファレンスにも積極的に参加し、情報発信を行っている。

当院ではBarthel Index (BI)、年齢、入院前ADLから独自のアルゴリズム（図1）を作成し、これらをもとに専従者の介入方法や疾患別リハの適応を検討している。

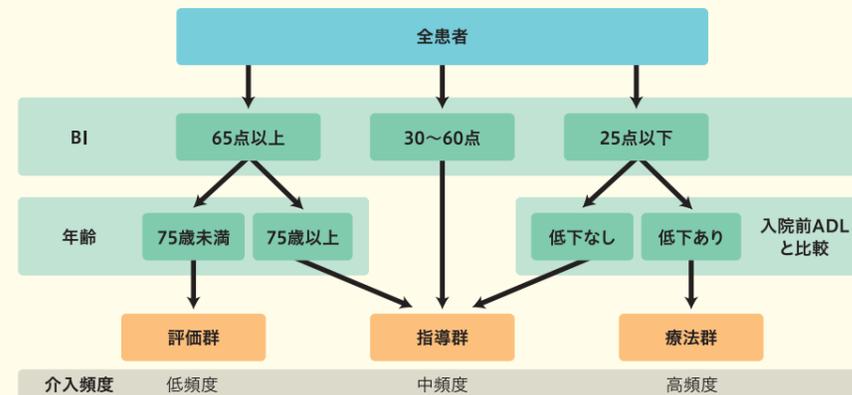
専任者は、疾患別リハを主に担当するが、専従者不在の際にはその役割を代行するため、日常的に専従者と専任者間で情報を共有している。

最近では嚥下障害に伴い退院支援に難渋する例も多く認めるため、言語聴覚士を複数病棟兼任で配置し、専従者や専任者との連携を密にするなど、嚥下に対する取り組みも行っている（図2）。

配置による効果

専従者の病棟配置により、主治医の依頼を待たず入院患者全員にスクリーニングを行うことが可能となった。その結果、ADL低下リスクのある患者に早期から介入したことで、退院時の看護必要度B項目が有意に改善するなどADL低下を予防することができた（表2）。

専従者配置前後で疾患別リハの実施状況を比較すると、1単位/回の件数は減少し、2～3単位/回の件数は増加、年間総単位



評価群：入退院時のADL評価のみを行う群
指導群：ADL低下予防のために週3回程度の介入を行う群
療法群：疾患別リハの適応について医師にコンサルトが必要な群

図1 療法士介入アルゴリズム



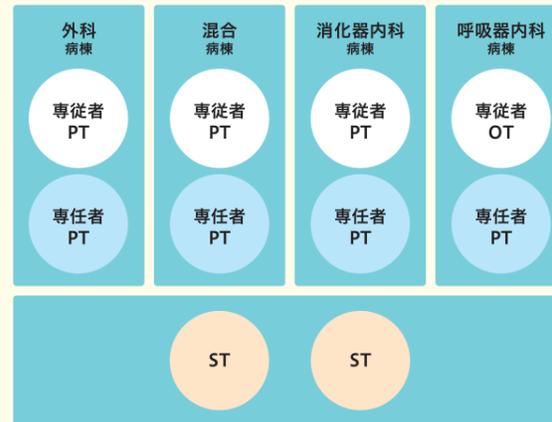
数は減少した。また、入院から疾患別リハ開始日までの日数は短縮した。これらの変化から、専従者の配置により、介入の必要性の高い患者に適時、適量な訓練量を提供できるようになったと推察できる²⁾。

専従者が常駐していることによって、病棟で医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカーと顔を合わせてコミュニケーションを取る機会が増えるため、患者の治療方針の確認やリハビリの進捗の報告、退院支援の相談がオンタイムに実施できるようになった。

また、家族やケアマネジャーに会う機会が増えるため、現在のADL状況や退院後に必要な支援についての情報交換が行いやすくなり、迅速な退院支援が可能となった（表3）。

参考文献：

- 1) 田中元規、小口和代：オーバービュー 自主トレーニング作成システム「パットレ！」の開発経緯と活用方法。Journal of CLINICAL REHABILITATION 27(11)：1091-1094.2018
- 2) 河野純子・他：ADL維持向上等体制加算導入による療法士介入の変化。総合リハビリテーション 46(10)：985-990.2018



・専従療法士が不在の場合、その病棟の専任療法士が対応する。
・専従・専任ともに不在の場合は、他3病棟の専任療法士が対応する。

図2 ADL維持向上等体制加算算定病棟の専従者・専任者の配置

表2 導入前後の定量的変化

	導入前(2014年)	導入後(2015年)
看護必要度B項目 (入院時)	2.9	2.6
(退院時)	2.3	1.7
開始日までの日数	9.0±8.6	7.2±9.6
年間総単位	3,778	3,679
1回の療法単位	1単位/回	874
	2単位/回	2,856
	3単位/回	48
		117

表3 専従療法士の主な取り組み

- 1) 定期的なADL評価
 - ・入院、退院時のBarthel Indexでの評価
- 2) ADL維持・向上に向けた介入
 - ・離床、動作方法の指導
 - ・自主トレーニング方法の提示
 - ・当院開発自主トレーニング作成システム「パットレ！」¹⁾使用
 - ・運動量、運動方法の定期的な確認
- 3) 転倒転落予防
 - ・ADL状況の他職種との共有
 - ・ベッド欄、コールマット、離床センサーの検討
 - ・抑制使用の検討
- 4) 褥瘡予防
 - ・ポジショニング、シーティングの検討
 - ・マットレスの検討
- 5) 患者家族との関わり
 - ・入院中のADL状況、リハ状況の報告
 - ・入院前のADL・家屋状況の聞き取り
 - ・退院後の生活の指導やアドバイス
 - ・家族とともに実施できる運動の指導
- 6) 多職種協働
 - ・主科カンファレンスへの参加
 - ・退院調整カンファレンスへの参加
 - ・リハ科医師とのカンファレンス開催
 - ・疾患別リハが必要な患者の報告

医療法人創和会
しげい病院

リハビリテーション部 室長(～2017.9)

医療法人創和会 本部 人事副部長(2017.10～) 亀山 愛



ADL維持向上等体制加算を
算定開始するまでの経緯

2014年6月から一般病棟に専従セラピストを配置、2015年10月からADL維持向上等体制加算の算定を開始した。専従セラピストの配置からADL維持向上等体制加算算定までに時間を要したのは、褥瘡発生率の算定要件がクリアできなかったためである。

2001年・2013年に回復期リハビリテーション病棟を開設しており、回復期リハビリテーション病棟の算定要件であるセラピストの専従配置を行ってきた背景があった。回復期リハビリテーション病棟と一般病棟における専従セラピストに求められる役割は異なるが、キーパーソンとなるセラピストが病棟に配置されることで、看護師や介護職との連携強化ができることを経験していた。また、セラピストは入院患者が訓練室ではなく、入院中の生活の場である病棟で訓練する効果も感じていた。2014年には、理学療法士41名、作業療法士32名、言語聴覚士10名が院内に在職しており、要員的にも一般病棟に専従セラピストを配置することに支障がなかったため、前向きに検討することができた。一般病棟専従セラピストは、個別リハ料の算定が制限され減収となるが、セラピストの人員配置については一任されており、リハ料算定以上の効果が期待できると判断した。

専従者の人選については、在院日数の短縮、廃用・褥瘡予防といった、病棟マネジメント業務にセラピストが参画できる新たな機会であり、医師をはじめとして多職種と信頼関係が築ける人材を第一義に考えた。

基本情報

2019年4月現在

許可病床数 256床(一般:41床、回復期リハビリテーション病棟:96床、障害者施設等病棟:65床、医療療養型病棟:54床)
常勤職員数 理学療法士:39名、作業療法士:36名、言語聴覚士:13名

該当病棟に関する情報

2018年4月から急性期一般入院科1を算定している。直近3か月の平均在院日数16.4日、看護必要度134.4%、在宅復帰率90%、ADL低下率1.3%、褥瘡発生率1.8%であった。

当院は、「亜急性期から在宅までの地域包括ケア」「腎疾患・透析医療」を2本柱としている。隣接する地域の急性期基幹病院からは治療の継続やリハ目的の紹介があり、地域のクリニックや施設からは食欲不振や嚥下評価などの紹介入院がある。呼吸器疾患(肺炎)患者が多いが、その他疾患は様々である。また、自院の他の病棟から、状態悪化やPEG増設等のため転棟してくる患者も一定数いる。

約300人の外来維持血液透析を実施しており、入院患者の約4割は維持血液透析中の患者で、経皮的血管拡張術、内シャント設置術、合併症の治療目的での入院が多い。透析患者は、元々の活動性低下による廃用状態であることが多く、さらに透析治療に伴う時間的制約や合併症のためリハビリテーション実施が困難な場合が多く、その成果も上がりにくいことが報告されている。一方で、外来維持血液透析を継続するためには、週3回通院できる心身機能が求められる。

病棟配置者の役割・担っていること

【入院時評価】

- ADL評価、自立度決定(表1)

【日常業務】

- 入院患者の評価
- 加算対象者(リハビリテーション未処方患者)への評価実施
- 朝の申し送りに参加し、病棟とリハビリの連携強化
- カンファレンスにより、多職種で予後や活動参加の情報共有、退院支援の促進
- 家族への指導、環境調整

表1 入院時評価表

入院目的: 透析:有 無 入院前:自宅 施設 病院等 方向性: 入院時BI: S) O) コミュニケーション: 認知機能: (精神機能) 安静度: 身体機能: 基本動作: ADL: 歩行:	在院日数ベッド周囲環境: 褥創リスク: 皮膚の状態: 栄養状態: ポジショニング必要性: ポジショニング同意: 転倒リスク: 本人のダイヤモンド: 家族のダイヤモンド: 介護保険: サービス利用: 病前生活: 環境: 活動参加: A) リハビリ必要性: P)
--	---

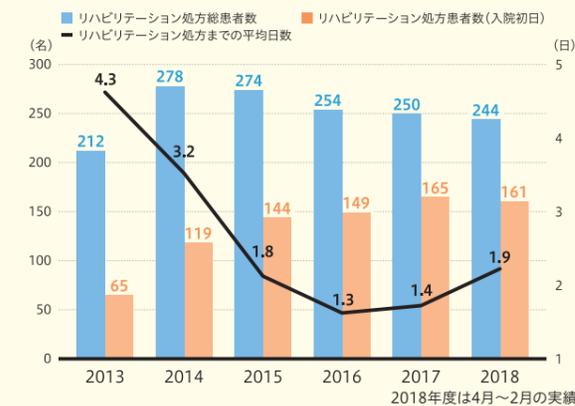


図2 リハビリテーション処方患者数、処方までの平均日数

配置による効果

ADL維持向上等体制加算の算定要件であるADL低下率・褥瘡発生率は、急性増悪による転院や、がん末期等でADL低下や褥瘡発生を予防できなかった患者により増減はあるが、概ね算定要件を満たすことができている(図1)。ADL低下率については、約3割強のリハビリテーション処方未患者においても、ADLが維持出来ている結果である。

専従セラピスト配置前後でリハビリテーション処方患者数が増えた。また専従セラピスト配置以降、リハビリテーション処方までの日数は徐々に短くなっており、入院初日にリハビリテーション処方が出る患者数も増えている(図2)。

【その他主観】

- 医師への報告・相談がいつでもできる。
- セラピストのキーパーソンができることで、病棟スタッフとの連

携が図りやすくなり、リハビリテーション処方の有無にかかわらず、種々取り組みを円滑に進めることができる。

- 入院時からセラピストの視点で介入でき、早期離床、食堂での食事やトイレ誘導等、能力に応じた活動量の維持に繋がる。また、転倒リスクに対する情報提供やベッド周辺環境調整を行なうことができる。
- リハビリテーション処方がない患者(短期入院、状態不良等)についても、退院後の生活を想定した患者・家族指導を行なうことができる。
- 褥瘡発生率がADL維持向上等体制加算の算定要件の一つであり、職種を問わず褥瘡予防に対する意識向上に繋がる。
- セラピストの専門性を活かしたポジショニングやシーティングが定着する。患者の状態に応じたポジショニングやマットレス交換、シーティングの変更をタイムリーに行なうことができる。
- 病棟全体の退院支援の促進に繋がる。

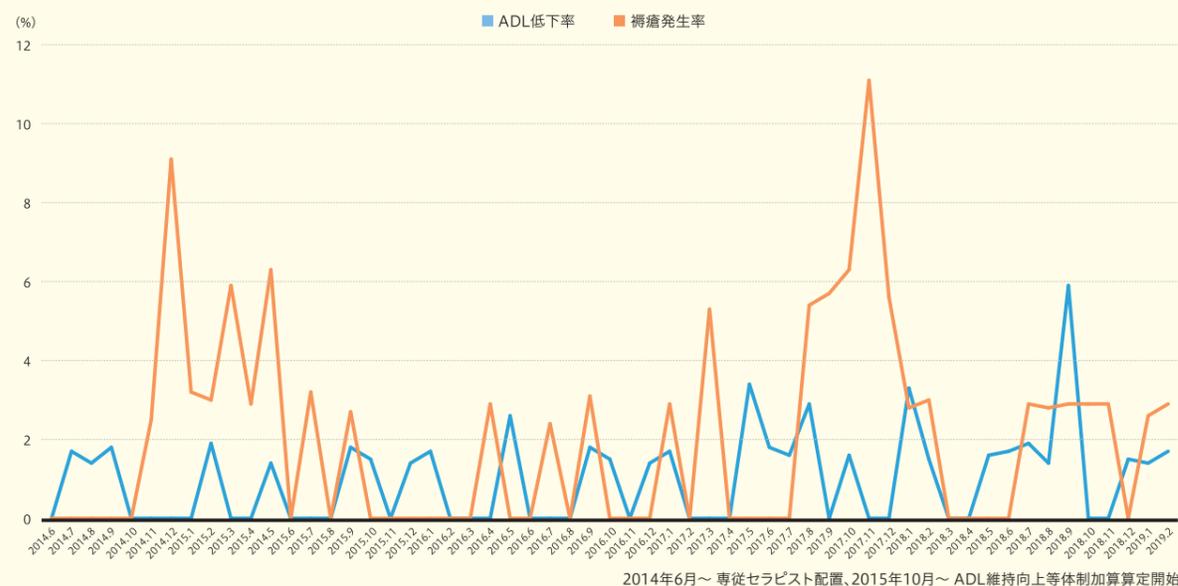


図1 ADL低下率・褥瘡発生率

2014年6月～専従セラピスト配置、2015年10月～ADL維持向上等体制加算算定開始

社会医療法人社団 正志会
南町田病院

リハビリテーション科 技士長 宮城 春秀
主任 浦田 康平



ADL維持向上等体制加算を
算定開始するまでの経緯

2015年診療報酬改定で、ADL維持向上等体制加算が新設され、同時に廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション料の点数が減額された。本院においては、同年7月より回復期リハビリテーション病棟の増設によりリハビリテーション(以下、リハ)職員を配置するべく、一般病棟の関わり方を検討する必要性があった。

本院の過去6か月のリハ実績は、疾患別リハ料の廃用症候群リハ料は45%と約半数を占めており、BI効果は10.9±23.9点、入院から個別リハ開始までの日数は5.2±7.1日と他疾患リハに比べてBI効果が得られておらず、入院からリハ開始まで遅い結果となった(表1)。そこで、リハ科から発案し、廃用症候群のリハ効果と診療報酬による経営的な影響について、院長、事務長、看護部長とリハ科で検討した。廃用症候群のリハは、早期に評価を行い、個別リハのBI効果について見直す必要があった。また、本院の入院患者の高齢化に伴い、内科診療の入院患者全体にリハ介入の必要性が高く、かつ多職種連携のチームを推進し退院調整を強化したいという要望もあった。

ADL維持向上等体制加算の算定する病棟(以下、当該病棟)は、廃用症候群リハの処方が多い内科病棟を選定し、リハ介入方法を検討した。当該病棟のベッド稼働率とリハ処方件数、単位数

表1 算定開始前(6か月)のリハ処方、BI効果、個別リハ開始までの日数、在院日数の実績値(平均±標準偏差)

疾患別リハ	リハ処方(%)	BI効果(点)	個別リハ開始までの日数(日)	在院日数(日)
廃用症候群リハ	45	10.9±23.9	5.2±7.1	27.1±29.4
運動器疾患リハ	34	23.1±24.3	1.5±2.3	18.5±14.3
脳血管疾患リハ	21	24.2±30.8	2.0±3.8	32.6±27.1

基本情報	2019年3月現在
許可病床数	222床 (一般病棟:132床[ADL維持向上等体制加算病棟:56床]、 地域包括ケア病棟:56床、回復期リハビリテーション病棟:34床)
常勤職員数	50名(理学療法士:35名、作業療法士:10名、言語聴覚士:5名)
施設基準	脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、 運動器疾患リハビリテーション料、呼吸器疾患リハビリテーション料、 がんリハビリテーション料

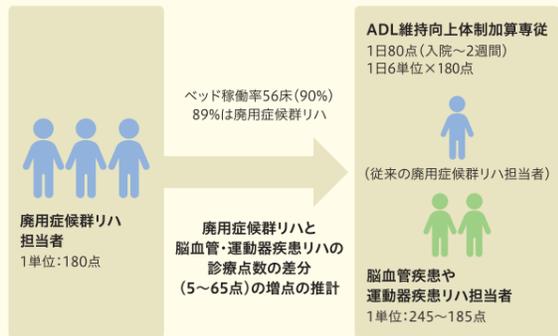


図1 人員配置による収益性への影響

から廃用症候群リハ料の必要な理学療法士の人員を3人と推計した。そしてADL維持向上等体制加算の要件に合わせて、病棟専従で病棟全般の患者の把握とリハ処方の管理を行い、その他の人員を他疾患別リハの介入頻度を増やし、廃用症候群リハ料と脳血管や運動器疾患リハ料の点数の差額分で減額の影響が少なくなると推計した(図1)。

本院での病棟専従配置を行うことの利点は、①病棟入院患者全般で早期からリハが介入し、個別リハの必要性を検討することでリハ効果を効率的に上げられる、②多職種連携が図りやすいことであった。欠点の収益については、疾患別リハ点数の差額分で影響が少なくなることを経営会議で説明し、ADL維持向上等体制加算の申請の承認を得た。

専従の選定は、算定前から病棟担当者としてリハ科内の役割を持たせていた者を専従者として配置(PT7年目)し、新たな専従体制の試みでもあったため役職者を支援者として配置(PT13年目)した。

ADL維持向上等体制加算病棟に関する情報

当該病棟は、内科が多くを占めており、病棟看護師は、常勤看護師が27名(准看護師を含む)、看護補助者10名が配置されていた。病床数は56床で平均病棟稼働率は97.9%、病棟の平均在院日数は13.8日、褥瘡発生率は1.79%であった。

リハ処方方は、廃用症候群リハ料が89%であり、原因疾患は肺炎と心不全で52%を占めていた。リハ対象患者の平均年齢は83.2±9.7歳、BI効果は9.9±21.5点、入院から個別リハ開始までの日数は3.8±4.5日、在院日数は28.4±21.2日となっていた(表2)。廃用症候群リハの患者は、入退院を繰り返し、ADLが低い方も多い。そのため退院後は、法人内の在宅診療部や訪問看護ステーションと連携しフォロー体制を整えている。

表2 算定前後でのリハ処方群(廃用症候群リハ)の実績の比較

リハ処方群(廃用症候群リハ)	算定前	算定後	P値
BI効果(点)	9.9±21.5	21.5±26.1	<0.001
個別リハ開始までの日数(日)	3.8±4.5	8.3±6.4	<0.001
在院日数(日)	28.4±21.2	34.1±24.5	P<0.01
在宅復帰率(%)	29	44	
個別リハ処方率(%)	89	28	

病棟配置者の役割・担っていること

専従配置の役割は、主に入院者の管理業務であり、患者が入院したら医師や看護師と情報を共有し速やかにBIを評価、リハ処方の必要性を検討した。チームアプローチとしては、褥瘡対策、摂食嚥下、集団レク、離床活動の取り組みを実施している。その他、病棟の朝や夕方の申し送り、病棟や退院支援などのカンファレンス、家族指導なども看護師と協働で関わっている。

専従のリハ評価表は、主病名や既往歴、合併症、入院前の生活状況、入退院時(専従リハ終了時)のBI、カンファレンスの内容を入れて作成した(図2)。また、電子カルテ内で、リハ評価と看護計画を共有した。

4階病棟 入院時リハ評価/カンファレンス用紙	
評価者:	【患者情報】
【患者情報】	チーム: 青・黄
	患者氏名:
	主病名:
	特記すべき既往/合併症:
入院前	【入院時】 H30年 月 日 (活動分類)
	【退院時】 H30年 月 日
ADL	自立 一部介助 全介助
Barthel Index	自立 一部介助 全介助
食事	自立 介助 介助
排泄	自立 介助 介助
歩行	自立 介助 介助
移動	自立 介助 介助
トイレット動作	自立 介助 介助
入浴	自立 介助 介助
平地歩行	自立 介助 介助
階段	自立 介助 介助
更衣	自立 介助 介助
身体管理	自立 介助 介助
褥瘡管理	自立 介助 介助
合計(0-100点)	点
【カンファレンス】	
初回	リハ
	MSW
	医師
次回以降	月 日
確認事項	月 日
	月 日

図2 専従のリハ評価表

配置による効果

専従配置後の結果は、当該病棟の平均在院日数は13.2日、ADL低下率1.2%、褥瘡発生率0.6%(配置前は1.79%)であり、褥瘡発生率は低下した。専従者のBI効果8.8±21.0点、入院初日か

らリハ介入を行った(表3)。専従者の担当した患者の多くは、入退院時のBI70~100点(初期64.8%、最終74.5%)であり、91%がADLを維持することができた(図3)。

廃用症候群リハの処方数は、前89%から後28%と61%の処方数が減り、リハ処方群のBI効果は、21.5±26.1点(P<0.001)と有意に改善があった。在宅復帰率も44.3%と15.6%向上した。しかし、リハ開始までの日数は8.3±6.4日(P<0.001)、在院日数は34.1±24.5(P<0.01)増える結果となった(表2)。

年間リハ介入率は、平均で廃用症候群のリハ介入率2%の増で抑えられ、運動器疾患のリハ介入率66%、脳血管疾患のリハ介入率26%と大幅に増やすことができた。

他、病棟看護師のアンケート調査から、「病棟に常にいるので、情報共有がしやすい」「体位変換やポジショニング、移乗動作の方法、転倒防止などについて相談しやすい」「患者さんの離床が進み、活動量が上がった」などの意見があった。また専従者は、「病棟の業務が分かるようになり、情報共有や患者の生活、家族への関わりが多くなった」「専従で病棟に配属されたことで動く範囲が限定され、業務の効率が上がった」などの前向きな意見もあったが、反対に、「患者情報の把握に苦勞する」「医師への安静度の確認など早急に対応しにくい」などの意見もあった。

廃用症候群のリハの対応としては、専従配置を行い早期介入による評価、リハ処方の管理、集団リハの取り組みによって、効率的にADLを維持向上させることができた。また、リハ部門を運営するにあたり、効率的な人的資源の配分が可能となり、病棟とのチーム体制や連携が深められたという結果も得られた。専従配置当初は、従来の個別リハに関わるイメージが強く、専従の役割を理解させ病棟を管理することが難しい時期もあったが、日本理学療法士協会の研修会資料¹⁾を引用し、専従担当者と病棟スタッフへ専従理学療法士の役割を理解させることができ、現在の取り組みに至ることができた。アンケート結果にあるように、今後も引き続き、専従の管理や育成など検討していく必要がある。

表3 専従配置後の当該病棟の結果

	算定前	算定後
平均在院日数(日)	13.8	13.2
ADL低下率(%)	—	1.2
褥瘡発生率(%)	1.79	0.6
専従者のBI効果(点)	—	8.8±21.0
個別リハ開始までの日数(日)	3.8±4.5	0

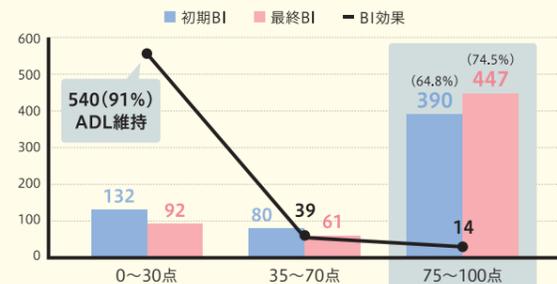


図3 専従理学療法士の介入効果

参考文献:

1) 日本理学療法士協会研修会資料
急性期医療の「質」を高める切り札 ―療法士病棟配置の可能性―

社会医療法人財団新和会 八千代病院

総合リハビリテーションセンター 技師長・情報企画室長 松山 太士



ADL維持向上等体制加算を 算定開始するまでの経緯

2014年度のADL維持向上等体制加算新設を受け、届出に向け準備を進めていたものの加算点数の低さが障壁となり取得を見合わせていた。

2016年度の改定で大幅な増点となり、採算面の障壁は低くなったものの病院経営者を説得する材料として十分とは言えなかった。そこで、理学療法士を急性期病棟に配置することで生み出せる付加価値を具体化しアピールすることが必要だと考えに至り、図1のように整理した。そのうち、病院経営者・看護部など

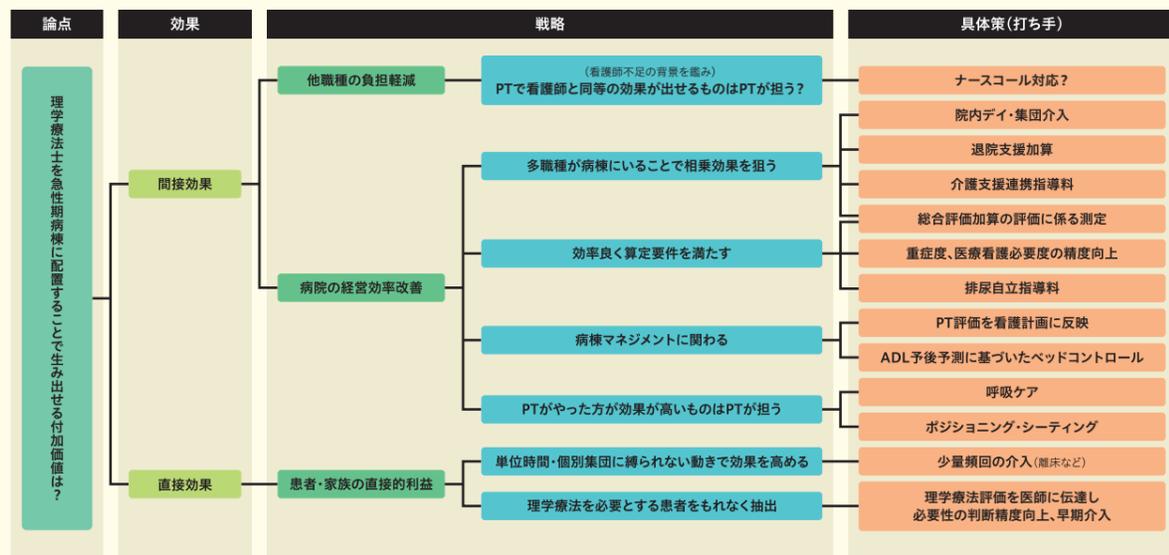


図1 PT病棟配置による付加価値の整理(一部抜粋)

基本情報		2019年3月現在
許可病床数	420床	(一般:270床、地域包括ケア病棟:46床、回復期リハ病棟:52床、療養病棟:52床)
常勤職員数	理学療法士:59名、作業療法士:27名、言語聴覚士:9名	

から特に要望の強かった「重症度、医療看護必要度(以下、必要度)の精度向上」「総合評価加算の評価に係る測定の実施」の2点に取り組むことを打ち出して交渉したところ、届出の了承を得ることができた。専従・専任理学療法士の人員は、急性期病棟の365日出勤体制実現のため増員した分から調整し捻出することとし、5月に内科病棟(呼吸器その他)を届け出、7月には外科病棟の届出を完了。その後、翌年4月からは内科病棟(消化器その他)を追加し、現在まで計3病棟に理学療法士を配置している。

重症度、医療看護必要度の 精度向上に向けた取り組み

2016年度の改定にて、必要度における重症患者割合の基準値が200床以上の病院は15%以上から25%以上へと引き上げられ、さらに10月からはDPCデータの1つとして必要度の生データ提出が義務付けられた。これにより、急性期病院では必要度の精度を高めることが極めて重要となった。当院もその対策のため分析を進めた結果、「呼吸ケア」の精度が最も甘いことが分かった。そこで、呼吸ケアの必要性についての判断は理学療法士の専門性を生かす機会と捉え、6月より病棟専従理学療法士による評価を実施することとした。その結果、看護師のみで判断していた4月、5月と比較し「呼吸ケア」の項目のみが有意に増加し(図2)、病院経営者から非常に高い評価を得ることに成功した。

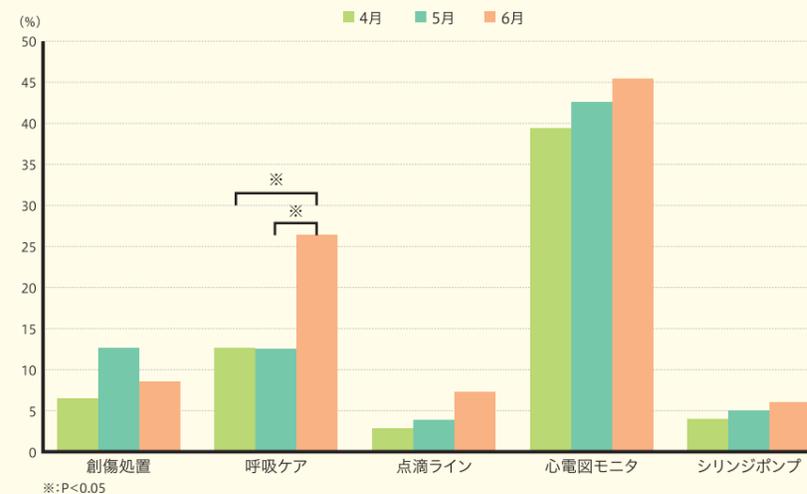


図2 専従PT介入前後における必要度の変化



総合評価加算算定に向けた取り組み

総合評価加算とは、介護保険の対象者に対して身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取り組みを評価するものであり、入院中1回に限り100点を算定することができる。具体的な評価内容は、転倒リスク、ADL、IADL、認知機能、気分、意欲などであり、理学療法士であれば普段から馴染みの深い内容である。最終的な総合評価は医師が実施することが算定要件となっているが、測定は理学療法士等が実施しても問題ない。

当院は、これまで総合評価加算を算定できていなかったが、病棟専従理学療法士が総合評価の測定を実施することを申し出ることで算定可能な体制構築に大きく貢献できた。これについても病院経営者から非常に高い評価を得ることができ、他病棟でも理学療法士の配置を進めてほしいとの声が上がった。

今後は、「退院支援加算1」や「排尿自立指導料」「介護支援連携指導料」等の取得を通して、病棟配置された理学療法士の付加価値を高めていくことを検討している。

提言「時間を切り売りする体系からの脱却」

知的労働者とは、一般的に「高度に専門化された知識を持ち、単純労働ではなく知識や情報によって企業や社会に貢献する労働者」を指す。理学療法士は高度に専門化された職種であるという自負はあるものの、残念ながら診療報酬上は知的労働者として位置付けられてはいない。

理学療法に係る診療報酬の基本は、①20分を1単位として単価(点数)が設定されていること、②個別で実施すること、の2つが特徴である。これは、出来高払いのため経営者に人員増員の働きかけがしやすい等の利点がある。業界を守るためには単位制出来

高払いの堅持が重要だとの声も少なくない。一方で、「質」や「成果」は問われておらず、若年者と熟練者との違いも考慮されないことを憂慮する声もある。

一般的に、単純労働の場合は一定の質が担保されていれば「時間」が重視され、知的労働者は「質」「成果」で評価される。高度に専門化された知識を持つ労働者にとって、仕事の「質」と費やした「時間」とは無関係であり、知的労働者を「時間」で評価することは生産性の低下につながるリスクすらある。現状の診療報酬では理学療法士の知的労働的要素がほとんど加味されておらず、「質」「成果」で評価される報酬体系はADL維持向上等体制加算などごくわずかに留まっている。

ADL維持向上等体制加算は、介入時間や個別・集団などの介入手段の規定はなく、理学療法士の病棟配置という人員基準と、廃用予防・褥瘡予防の成果を求めている。これは、理学療法士に知的労働者として活躍してほしいという厚生労働省からの期待でもあり、これを育てていくことこそ理学療法士の未来を切り開いていくことと考えている。反面、介護人材の不足を背景に、介護現場での労働を理学療法士に期待される可能性も認識しておくべきである。現在、理学療法士はその分岐点に立っているのではないだろうか。

医療費総額の抑制が国の命題である以上、単位時間当たりの単価が増加することは今後も考えにくい。理学療法士の未来は、「時間」の評価というルール下では診療報酬上の価値は下降していくことは不可避であり、ゲームのルールを変えなければ勝敗はすでに決まっているといえるかもしれない。「時間」以外の評価体系を獲得し、理学療法士が社会的に真の知的労働者として認められるためには、全国の理学療法士がADL維持向上等体制加算の届出に向けてアクションを起こすことが必要ではないだろうか。

船橋市立医療センター

リハビリテーション科 技師長 梅田 真理



ADL維持向上等体制加算を算定開始するまでの経緯

当院の内科系の病棟は、脳神経外科・整形外科・心臓血管外科・循環器内科等のリハビリテーション科(以下、リハ科)が深くかかわる病棟とは異なり、廃用になってからリハビリ処方が出たり、突然の退院で環境調整がなされていなかったり、また早期離床や栄養に対する意識が低い傾向にありました。2016年から退院調整看護師が病棟で活動を始め、早期退院に向けた取り組みを行う中でこれらの問題を解決する必要性が明らかになってきました。

そこで、2017年春の院長からのヒアリングの際にADL維持向上等体制加算(以下、ADL加算)に関する診療報酬改定を見据えたうえで、内科病棟への病棟配置について当科の意向を伝えました。早期から身体機能の維持を図ること、また入院中の移動手段や環境設定についての提案をし、転倒転落の防止ができること、それによりチーム医療が推進できることなどを提案しました。

医事課に依頼して、ある月の入院患者のADL加算を算定し、同時に理学療法士が6単位の呼吸器リハビリテーションを算定したと仮定して試算を出しました(表1)。これにより大幅な減収とならないことを確認することができました。

表1 試算シミュレーション

Table with 2 columns: Item and Value. Includes data for 2017年5月, 入院14日以内の延べ患者数 (156人), 平日ADL維持向上等体制加算算定可能延べ日数 (603人), ADL維持向上等体制加算算定 (800円) x 603人 = 482,400円, PT一人当たり一日6単位 x (呼吸リハ175点 + 早期加算75点) = 1,500点, 20日勤務 x 1,500点 = 300,000円, and 年間収益 (482,400円 - 300,000円) = 182,400円.

基本情報

2019年3月現在

許可病床数 449床(一般)
常勤職員数 医師:1名、理学療法士:17名、作業療法士:6名、言語聴覚士:4名

病棟の選定は、疾患別で多くの処方が出ている病棟を除き、呼吸器内科、外科、混合病棟の3病棟を候補として挙げました。先ほどの問題点を抱え早期からのリハビリの介入が必要で、しかも定期的なカンファレンスを開始した呼吸器内科を中心とした病棟で、2017年7月から半日の試行を開始することとしました。

試行開始前に病棟の医師と副看護局長、病棟看護師責任者、医事課職員に対して目的と実施内容についての説明会を開催しました。その後病棟看護師に向けて2回説明を行い、アンケート調査(図1)を実施しました。ADL加算に関して概ね理解いただき、理学療法士の病棟配置については好印象であると感じられる結果でした。

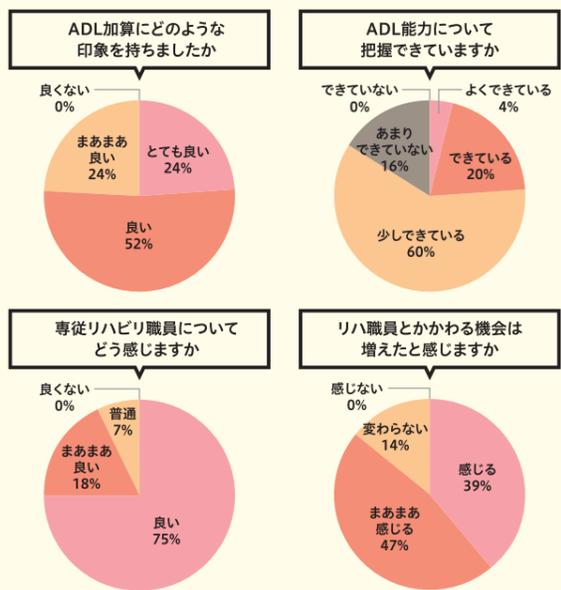


図1 病棟看護師へのアンケート調査結果

呼吸器内科を中心とした病棟に関する情報

当該病棟は、呼吸器内科35床、腫瘍内科5床・呼吸器外科8床の病棟で、主に呼吸器系のがんや、肺炎を中心とした診療を行っています。化学療法目的の短期入院の患者が多いのですが、高齢者の誤嚥性肺炎で緊急入院する患者も増えています。化学療法の患者は定期的入院し、がんの進行とともに全身状態が悪化するケースは少なくありません。また、肺炎患者は「禁食」「安静」により入院が長期化する傾向がありましたが、在院日数短縮に向けた取り組みにより医師の意識が変化してきた時期でもありました。そのため

治療が終了し退院の勧告をすると、時には急な退院に家族は戸惑い不安を抱くこともあり。退院調整看護師からは、身体機能と自宅退院が可能かどうかの問い合わせが多く、早期に病棟配置者の介入による自宅環境の調整や家族指導の必要性を感じていた病棟でした。

病棟配置者の役割・担っていること

病棟配置者の業務内容は、電子カルテで新規入院患者を把握し初回評価を行います。患者の状態によって、①経過観察、②ADL指導、③適宜介入、④処方の依頼、と段階付けをし、電子カルテに入院時の状態を入力し、リーダー看護師へ報告をして、できる限り情報の共有を行います。さらに週に1回の呼吸器内科他職種カンファレンスに参加し、情報の共有をします。④の疾患別処方患者以外で、②・③の患者は毎日状態の把握を行い介入しています。患者の段階付けは、今後判定基準を設ける必要があると考えています。また、退院が決定した患者を電子カルテで確認し退院時評価を行います。病棟配置者は、これらの直接的な業務の合間に、電子カルテに評価内容や共有すべき情報の入力を行います。

病棟配置を始めた頃はタイムスケジュールを決めていたのですが、緊急入院や転入患者等があり、看護師の業務や検査により予定通りに活動できないことがわかり、業務の合間に6単位の疾患別患者の訓練を行ったり、病棟のパソコンが空いている時に入力を行うなど、日々流動的な活動となりました。表2が実際に使用している評価・経過表です。化学療法で再入院する患者が多いため、経過を追ってみたいことができました。

配置による効果

病棟配置によって、看護師や医師の意識が変わったことは大きな収穫です。退院調整カンファレンスへの参加や処方数が増えたことは、疾患別リハビリテーション(以下、疾患別リハビリ)を担当する理学療法士の業務が増えたことにもつながりますが、患者サービスには貢献できていると感じています。疾患別リハビリの担当者は情報の共有を心掛けているところですが、担当医師とは直接顔を合わせて話ができないことも多いため、病棟配置者を介して情報のやり取りができるようになりました。

表2 評価・経過表

Table with columns for patient ID, name, age, main disease, and various assessment metrics like Barthel Index, walking distance, and vital signs. It includes a section for '評価・経過' (Evaluation and Progress) with checkboxes for 'Good', 'Satisfactory', 'Poor', etc.

医師が病棟配置者と病棟内で直接連絡を取り、退院が可能かどうかを判断したり、看護師とADLの自立度を共有できたりと数字には表れない効果を感じています。当該病棟の特徴として、化学療法を定期的実施するために入院する患者が多く、入院ごとに病状が悪化している患者に対しては、前回退院時からの身体状況の変化を鑑み、早期からの退院に向けての調整が可能となりました。

図2は、2018年度の平均在院日数とADL加算算定件数の推移です。病棟配置者が不在時に算定していないことや予想していた以上に処方が多かったことより、ADL加算としての収益は試算に比べて低くなっていますが、次年度は専任を半日程度配置することと、専従者が休みでも平日は必ず算定できるようにする予定です。

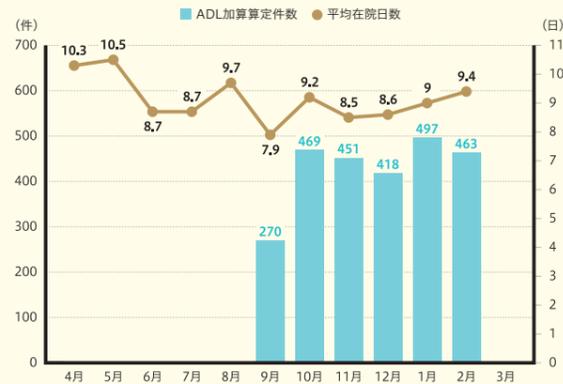


図2 2018年度呼吸器系病棟平均在院日数とADL維持向上等体制加算算定件数

今後の展望

当院は三次救急を担う地域の病院です。急性期のリハビリテーションの必要性が謳われていますが、現状は少ないスタッフでやっとの運営です。高度急性期医療を提供し、患者サービスの向上を図りながら在院日数を短縮していくためには、疾患別リハビリの対応だけでは十分とは言えないでしょう。多くの施設で理学療法士が管理職として勤務していると思いますが、自治体ごとの特徴やこれからの人口の推移などもふまえ、病院経営の立場からも、各職種の適切な人員の配置を考えることが重要です。

過去から現在のリハ科のデータを分析し、病院経営者へのプレゼンテーションを行うことと同時に、リハ科の職員への説明と協力を求めることは欠かせません。当院も病棟配置に関しては発展途上ではありますが、安心して入退院ができるような体制を整えていかなければならないと考えています。

社会医療法人青洲会
福岡青洲会病院

リハビリテーション部 部長 諫武 稔



ADL維持向上等体制加算を
算定開始するまでの経緯

本院の置かれていた状況と抱えていた課題

本院は、「地域貢献」を合言葉に急性期から回復期、生活期に至るまで幅広い医療・介護の提供体制の構築を目指して運営を行ってまいりました。地域における救急搬入件数は年々増加傾向にあり、2014年の時点で年間3,000件に迫る勢いで増え続け、平均在院日数に関しても年々短縮しており、早期退院および早期在宅復帰を可能とする体制の構築が急がれておりました(図1)。このような状況の中で、本院が当時抱えていた課題として以下の3つのことが主としてあげられていました。①病院と在宅サービス提供事業所の情報連携不足(患者さんの退院後、スムーズに必要な在宅サービスの提供へ繋がっていない)。②退院のタイミング・判断が職員によって統一されていない(担当職員によって退院後の在宅生活がイメージできる提案力に差がある)。③在宅から入院、入院から在宅の双方向の患者さんの状態に関して情報伝達が不足している。このような状況を改善するために2014年の診療報酬改定において急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の



図1 平均在院日数の推移

配置に対する評価として新設されたADL維持向上等体制加算の取得を行うことが課題解決に繋がると考えました。

基本情報	2019年3月現在
許可病床数	213床 (一般:167床、回復期リハビリテーション病棟:46床)
常勤職員数	理学療法士:36名、作業療法士:24名、言語聴覚士:8名

運営会議での提案から
ADL維持向上等体制加算算定までの流れ

表1 ADL維持向上等体制加算の目的
→ 入院患者のADLの維持、向上等

取り組み内容
① 定期的なADLの評価
② ADLの維持、向上等を目的とした指導
③ 安全管理
④ 患者・家族への情報提供
⑤ カンファレンスの開催
⑥ 指導内容等の記録等
2016年診療報酬改定で追加
⑦ 退院指導
⑧ 予後への教育
⑨ 活動・参加へのアプローチ

そもそもADL維持向上等体制加算の目的は、入院患者のADLの維持、向上等であり、取り組み内容として①定期的なADLの評価、②ADLの維持、向上等を目的とした指導、③安

全管理、④患者・家族への情報提供、⑤カンファレンスの開催、⑥指導内容等の記録等(2016年診療報酬改定で追加)⑦退院指導、⑧予後への教育、⑨活動・参加へのアプローチ(表1)があげられていましたが、この取り組みを確実に実施していくことは、結果として前述した本院が抱えている課題解決に繋がることが病院運営会議の場で提案しました。運営会議の場では、急性期病棟に理学療法士を専従配置することで病院の質の向上に繋がることが第一に提案いたしました。目標としては、①「地域で完結できるリハビリテーションの提供」②「早期リハビリ開始及び適切な在宅サービスを活用した早期退院の提供」を実現する。ということを運営幹部に伝えました。私たちの考える「地域で完結できるリハビリテーション」とは、地域リハビリテーションの目標も踏まえた上で「患者さん・利用者さんが住み慣れた地域の中で、一生安全にイキイキと生活し続けることができるように、青洲会グループのみならず地域の在宅サービス(リハビリテーション等)の特長を理解したうえで適正なサービスを選択しながら地域での生活を末永く続けることができるように支援し、切れ目のないリハビリテーションを提供する(病院と在宅の一体化)」こととしました(図2)。運営会議での提案後、実際のADL維持向上等体制加算取得に向けてのスケジュールを提示し、2014年年末の運営会議で承認を得たうえで実際の対象病棟の選定、専従職員の選定に取りかかりました。2015年1月～3月に実績データ管理を行い、4月よりADL維持向上等体制加算届出を行いました。

理学療法士専従配置を行うべき
病棟について

対象病棟の選定に関しては、本院の抱えている課題を病院全体として解決していくためには、一部の病棟のみで専従配置を行う

いつでも、どこでも、リハビリテーション!

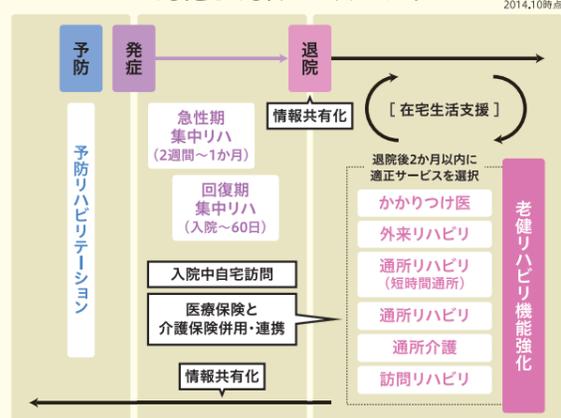


図2 青洲会リハビリサービス支援体制

表2 病棟専従配置の流れ

病棟	専従配置	加算取得	備考
2階東(外科系)病棟	理学療法士	2015年4月～	
3階東(整形・脊椎センター)病棟	理学療法士	2015年12月～	病棟配置は2015年6月より開始
3階西(内科系)病棟	理学療法士	2017年2月～	病棟配置は2016年5月より開始
2階西(循環器病センター)病棟	理学療法士	2017年3月～	病棟配置は2016年4月より開始

のではなく全病棟への専従配置が必要と考えました。理由としては、病院全体の運営をリハビリテーションの力でマネジメントする体制を構築したかったことがあげられます。しかしながら、実際の病棟配置は、2年間をかけて当時の病棟の状況に合わせ段階を追って進めました(表2)。専従職員の選定の基準に関しては①経験年数10年以上、②急性期・回復期・生活期のリハビリテーションに対して理解のある職員(本院の場合:急性期のみではなく在宅部門での勤務経験がある職員)としました。③青洲会グループキャリアパスにおいてリーダーの役割を担っている職員、④多職種とのコミュニケーション能力の高い職員、⑤急期から回復期、生活期まで幅広い視野を持ち、なおかつマネジメント力のある職員配置を重要視しました(表3)。

病棟専従配置者の役割・担っていること

病棟専従配置者の役割としては、①定期的なADL評価、②ADLの維持、向上等を目的とした指導、③転倒転落を防止する対策、④患者・家族への情報提供、⑤多職種によるカンファレンス、⑥入院後から退院までのマネジメント、⑦職場内教育等を行っています。入院時より安心した退院・在宅生活の実現に向けてリハビリテーションの視点を持った強みを活かして退院支援を行っています(表4)。

表4 病棟専従配置者の役割・担っていること

役割	担っていること
定期的なADL評価	当該病棟に入棟患者全員に入棟日、退院日にADLをBarthel Indexを用いて評価を実施(入棟時ADL評価を活用することで、適切なリハビリ提供が可能)
ADLの維持、向上等を目的とした指導	① 病棟全体の患者の治療状況、リハビリ、目標の把握 ② 褥瘡の恐れのある患者の早期発見と病棟への報告 →病棟とボジショニングの検討、褥瘡予防カンファレンス ③ サーキットトレーニング誘導、院内デイサービスへの誘導
転倒転落を防止する対策	① 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と共有 ② 病棟内でのADL状況の評価および他職種との共有 ③ 病棟内の環境整備等の検討など看護師と連携をとり、具体的な提案を行う
患者、家族への情報提供	① 退院先の屋内環境や在宅時のADLに関する情報収集、リハビリ実施内容、入院中のADL状況の報告 ② 退院後の生活についての注意点、家族の協力すべきポイントなどの指導
多職種によるカンファレンス	① 退院指導:自宅環境を把握し、退院後のリスクについて、多職種のカンファレンスで共有 ② 予後への教育:機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有 ③ 活動・参加へのアプローチ:活動、参加について、その優先順位を共に把握し、多職種のカンファレンスで共有
入院後から退院までのマネジメント	① 方向性検討:在宅or転院or回復期 ② 疾患別リハビリ担当者及び病棟看護師からの情報収集 →退院の目安把握と情報の一元化 ③ リハビリゴールの判定支援 ④ リハビリゴールの判定結果を看護師・医師へ伝達→退院調整へ ⑤ 介護保険サービス対象者の退院前カンファレンス参加 →退院後の適切な在宅サービス提案 介護支援連携指導料 ⑥ 訪問リハビリ等提案 ⑦ 各市町村の総合支援事業への提案
職場内教育	病棟内で発生している課題に対する教育の実施(リスク管理、多職種連携、リハビリ実践教育等)

※院内デイサービス:病棟食堂を活用し、離床促進、生活機能の維持・回復・患者さんの社会交流促進、楽しみの場の提供を目的に実施している院内版デイサービスです(診療報酬は発生していません)。
※サーキットトレーニング:リハビリテーション室で実施しているトレーニングです。
「あらかじめ決めたい運動を繰り返すことによって、基礎体力の養成をはかる練習法」です。科学的根拠(エビデンス)に基づいた上下肢の関節分離運動や手指の巧緻動作運動、立ち降り訓練、下肢筋力増強訓練、バランス訓練などを中心に毎日最大2時間程度の運動を提供しています。

病棟専従配置による効果

理学療法士の新たな働き方として開始した病棟専従配置は、4年を経過しましたが、様々な効果がありました。理学療法士の病棟配置により、多職種との効率的連携が生まれ、疾患別リハビリ実施患者割合の向上、在宅復帰率の向上、在院日数短縮、新規褥瘡発生率の減少などに繋げることが可能となりました(表5)。常に病棟に理学療法士が専従しているという環境は理学療法士のみならず他職種においても早期退院を目指したチーム医療・リハビリテーションマネジメントを実践していくうえで欠かせない存在となっています。現在本院は、年間4,200台の救急搬入を受け入れており在院日数も約12日となり、この4年間でさらに救急搬入件数の増加、在院日数の短縮化が進んでいます。このような時代の流れに柔軟に対応したリハビリテーション部門の在り方を形作っていくうえでも病棟専従配置は私たちの未来および病院、ひいては患者さんにとって効果的に働き続けていると考えています。

表5 病棟専従配置による効果

	2014年	2016年(全病棟配置後)
疾患別リハビリ実施患者割合	68.6%	78.2%
在宅復帰率	77.9%	88.9%
在院日数	15.5日	13.9日
新規褥瘡発生率(DSIGN-R分類d1以上)	4%	2.2%



専従の理学療法士は 心臓リハビリテーションチームの 中核者として不可欠の存在

JA愛知厚生連
海南病院

山田 崇史氏



#01 海南病院

貴院の概要と、ご所属の科、 山田様について教えてください。

当院は三次救急病院として、名古屋以西と三重県桑名市の一部地域における中核医療施設となっています。全病床数は540床、そのうち循環器内科の病床数は34~40床で、循環器内科では、主に心疾患および動脈を中心とした血管疾患の患者様を診療しています。

私は2002年に医師となり、今年で18年目です。名古屋記念病院の総合内科で研修をしたのち、海南病院や津島市民病院、名古屋大学医学部附属病院などを経て、2013年から再び当院に勤務しています。

貴院（貴病棟）に理学療法士が 病棟配置されるに至った経緯について 教えてください。

当院の循環器内科に理学療法士が専従するようになったのは、1年半前からです。背景には、高齢化社会に伴う高齢患者数、特に高齢心不全患者数の増加と、これらに対応するための心臓リハビリテーションの開設があります。

心不全は高齢になれば誰でもなりうる病気で、将来的には3人に1人が心不全を患うといわれています。また一度発症すると完治しない慢性疾患で、再発を繰り返すうちに身体機能がどんどん低下していき、やがて死に至るといった特徴がある病気で、

当院でも高齢心不全は確実に増加しており、患者様の平均年

齢は79歳、入院者数は心筋梗塞の約4倍です。退院後2年間の再入院率も20%と高く、再入院予防が大きな課題です。そこで2012年7月に心臓リハビリテーションを開設し、その中核を担う存在として理学療法士を病棟に配置することになりました。

心不全以外の疾患でも、循環器内科には同じようにADLの低下防止や家庭環境の整備、社会的支援が必要な患者様がたくさんいます。そこで、リスクの高い患者様に対して早期介入できる専門家として、理学療法士を病棟に専従させることにしたのです。

病棟に専従する理学療法士が担っている 役割と業務について教えてください。

専従の理学療法士には、医師や看護師ではなかなか実現できない重要な役割があります。それは、心不全の再入院防止のため本当に必要なサポートを行うことと、一人ひとりの患者様に早期から継続的に関わることです。

心不全については、ここ20年ほど新薬が出ておらず、薬物治療はもはや限界にきています。また、高齢心不全の再入院における最大の原因は、心機能の悪化ではなく自己管理不良であること、再入院予防には適切な運動管理やADLの維持、社会的支援が有効であることがわかってきました。

つまり、医師だけがどんなに頑張っても再入院を予防することはできないということが広く知られるようになり、投薬以外で再入院を減らしていく取り組みが必要だという認識が高まってきたのです。特に、入院中に患者様の家庭環境や認知機能・栄養状態・身体

活動のレベルなどを把握して積極的に介入していくことが重要ということで、心臓リハビリテーションが一気に注目を集めました。

心臓リハビリテーションでは、多職種でチームを組んで一人の患者様に関わります。そうすると、早期から継続的に患者様の状態や環境を把握できる人が必要になりますが、交代勤務の看護師では、どうしても一人の患者様に継続的に関わっていくことができません。そこで当院では、専従の理学療法士がこの重要な役割を担っています。

理学療法士を病棟に配置することによって、 患者と理学療法士が接触するフローや、 スタッフの動きに どのような変化がありましたか。

理学療法士が病棟に専従することで、医師・看護師・理学療法士・ソーシャルワーカー・薬剤師・栄養士からなる心臓リハビリテーションチームが、非常に効率よく機能できるようになりました。

まずカンファレンスが非常にスムーズになりました。カンファレンスはチーム医療を行う上で非常に重要ですが、スタッフのスケジュール調整が難しいため週にたった1回しか行うことができません。ですから、必要かつ有効な情報をいかに集め、スピーディに共有できるかがポイントになります。

ここで重要な役割を果たすのが専従の理学療法士です。毎日病棟にいて患者様に継続的に関わっている理学療法士のもとには、患者様のさまざまな情報がほぼ全てといっていいくらい集まっています。「この人に聞けば何でもわかる」という存在が一人いることで、引き継ぎ不足などでカンファレンスが滞ることがなくなりました。大切な情報の漏れや抜けが非常に減ったと実感しています。

次にスタッフ同士の連携も良くなりました。真ん中に専従の理学療法士がいて、医師や看護師などがその周りを取り囲んでいるイメージでしょうか。各スタッフのまとめ役、スタッフ間の良き仲介者といった感じです。他の理学療法士にとっても、常に病棟にいていつでも患者様のことを聞ける専従の理学療法士がいることのメリットはとても大きいと思います。

専従の理学療法士は、いまや心臓リハビリテーションチームの中核的な存在です。病棟に常駐してくれているおかげで、必要な情報を必要なときにいつでも共有することができるようになりました。多職種のチーム医療にとって、専従の理学療法士はなくてはならない存在だと考えます。



理学療法士を病棟に配置することによって、 患者様への効果として どのような変化がありましたか。

ADL維持向上等体制加算制度によって、心不全をはじめリスクのある患者様全員に対し、医師のオーダーを待たず早期介入でき



るようになったことの意義は非常に大きいと思います。必要な手当てを早くから行い、患者様に対してきめ細かなケア・サポートができるようになりました。

また再入院予防のための取り組みも効果的に行えるようになりました。心不全の場合、退院後の自己管理・増悪時の対応・運動指導の3つが再入院予防の大きなポイントになります。当院でも退院時に「心不全パンフレット」をお渡しして生活指導を行っています。

しかし自己管理が難しい高齢の患者様の場合は、ご本人に説明して終わりというわけにはいきません。患者様の生活管理を任せられるご家族やケアマネジャーなどに正しく説明しておかないと、再入院を繰り返すリスクが高くなってしまいます。専従の理学療法士がいれば、日頃のコミュニケーションの中から誰に説明すべきかを見極め、その人に必要な情報を伝えてくれるので再入院のリスクを減らすことにつながります。

理学療法士を病棟に配置することによる メリット・デメリットを どのようにとらえていますか。

これまで述べたように、メリットを挙げたら数えきれません。現在、心不全の患者数は年間約26万人で、今後は1万人ペースで増加していくでしょう。心臓リハビリテーションの開設数も4年で2倍と急速に増えてきており、専従の理学療法士の活躍の場はますますに広がるのではないのでしょうか。デメリットは、医師という立場からは全く感じていません。

専従配置される理学療法士に今後さらに 期待したいことや、さらに必要と考える要素、 注意したい点を教えてください。

医師や看護師に遠慮せず、そのときどきの必要に応じて自発的に判断し、患者様に対してどんどん必要な介入をしてほしいと思います。

理想は、医師の治療のゴールと、理学療法士による在宅復帰に向けた取り組みのゴールが同時になることです。今の医療現場では「そろそろ退院しましょう」と医師が判断してから退院後の環境整備などを行うので、退院がのびる傾向があります。医師は退院に向けて治療を行い、理学療法士は退院後の在宅復帰の準備を整えていく。この2つを同時進行することで入院期間を短くでき、患者様も安心して退院できるようになるでしょう。これが理学療法士を中心としたチーム医療の理想の姿といえるのではないのでしょうか。

理学療法士とともに 治療・看護・ADLの ゴールを揃えて スムーズな自宅復帰を促す

京都第一赤十字病院

秋本 夕子氏

#02 京都第一赤十字病院



貴院の概要と、ご所属の病棟、 秋本様について教えてください。

病床数652床で、京都市東山区の中核病院として位置づけられています。地域医療支援病院で、地域がん診療連携拠点病院・基幹災害拠点病院の指定を受けていて、救命救急センターや総合周産期母子医療センターなども備えています。

私は看護師歴20年で、当院での勤務は10年ほど。整形外科から消化器内科・外科へ移り、当該病棟勤務が2年目です。消化器内科・外科はガン手術される患者様が8割で、内視鏡的な治療を受けられる方が多い病棟になります。在院期間は2週間以内という方がほとんどで、内視鏡手術であれば1週間くらいで退院されています。

貴院（貴病棟）に理学療法士が 病棟配置されるに至った経緯について 教えてください。

これまでリハビリのオーダーが少ない病棟でしたが、高齢の患者様が中核の中、リハの適切な介入でADLを維持することが必要だという課題感があったこと、ADL維持向上等体制加算がスタートしたことで、理学療法士を配置することになりました。

病棟に専従する理学療法士が担っている 業務について教えてください。

クリニカルパスに沿った治療が実施できるよう、早期離床とスムーズな退院に向けたADL維持にかかわる業務を幅広く担当しています。多職種カンファレンスと褥瘡カンファレンスには必ず参加してもらい、専門家としての立場で意見を出してもらっています。職種の違う者がそれぞれの立場・視点からアドバイスし合うことで、効率的かつ効果的な治療・看護が実現できるようになりました。現に褥瘡の発生はかなり減少しています。

高齢の患者様の場合は、ADLを下げないことがとても重要です。入院時すでに要介護状態で、ADLが低下している方も少なくありません。そのような場合でも専従の理学療法士が入院前の状態を把握し、入院中も維持してくれます。これまではADL低下リスクが高いとわかっていても、術後に医師や看護師が判断するしかありませんでした。今は専従の理学療法士がいるおかげで、予防的に動くことができるようになりました。

理学療法士が病棟配置することによって、 看護師の業務内容・仕事量に 変化はありましたか。

看護師として「これまでできなかったけれど、できなかったこと」ができるようになりました。たとえば病室のレイアウトを患者様に合わせて変えるときに、とても助けてもらっています。高齢の患者様は、できるだけ自宅と同じような環境を作ることで自宅復帰が早く

なり、せん妄や認知症の予防にもなります。そこで看護師と理学療法士が協力して、病室の物の配置を全部変えていくんです。

看護師も病気の知識をもとに、動きやすいベッドの位置などはわかります。でもADLという視点から、その方に合わせて入院中の住環境を整えられるようになったのは、専従の理学療法士のおかげです。

「自宅には手すりがついている」と聞いても看護師はピンときませんが、理学療法士は手すりの高さや位置・形状・玄関の段差などを聞いて、「それならこのくらいの段差は上げられるようにしておかないと、家に帰れませんよ」と細かくアドバイスしてくれます。スムーズな自宅復帰に向けて、具体的に何をすればいいのかをしっかりと相談できるようになりました。

リハビリ室で行うリハビリももちろん大事ですが、病棟で患者様の生活を考えるのリハビリもとても重要だと思います。治療としてのゴールと、看護としてのゴール、自宅復帰するときのADLのゴールを揃えてスムーズな退院を促すという意味で、専従の理学療法士の存在は不可欠だと考えます。

理学療法士が病棟配置されることによって、 スタッフ（秋本様）や患者様に どのような変化がありましたか。

理学療法士が早期から介入することで、患者様の離床に対する意識が高まりました。当院には2018年10月に「入退院支援センター」ができ、入院準備から退院後の生活相談までさまざまな支援を行っています。

患者様は、まず入院前にセンターで術後のリスクや早期離床の必要性を説明されます。さらに、入院後に理学療法士から具体的な指導やリハを受けることになります。

理学療法士から「手術の翌日は痛いですが、動かないと寝たきりになってしまう可能性がありますよ」と説明されたり、術後どうしたら痛みが少なく起き上がるかを術前に指導されたりすることで、「本当にリハビリしなくてはいけないんだ」と理解していた

だけのため、積極的に体を動かしてくれるようになりました。

これまでも看護師から「体を動かしましょうね」というお声がけはしていましたが、動きの専門家である理学療法士から「こういう動きをすると傷口に負担がかかるから、こういう動きをしたほうがいいですよ」と理論的に説明されると、患者様も理解しやすいようです。

理学療法士が常に病棟にいますので、ちょっとした相談も気軽にできるようになりました。理学療法士からのアドバイスで、退院後に介護ベッドを入れた方もいます。患者数が多いので、一人ひとりの患者様に接している時間はひよっとしたら通常のリハビリより短いかもしれません。でも患者様とご家族にとってはとても身近な存在で「リハビリの先生、まだ？」とよく聞かれます。私たちスタッフだけでなく、患者様からも大きな信頼を寄せられています。

理学療法士が病棟に配置されることによる メリット・デメリットを どのようにとらえていますか。

今では「病棟にいて当たり前」と思えるくらい活躍してもらっています。病棟に専従することで、一人ひとりの患者様に時間の制約なく柔軟に介入してもらえますし、看護師が業務の忙しさに追われてなかなかできない部分を代わりにやってもらえるので、とても助かっています。

理学療法士の目線で見ると、看護師のしていることがときには間違っていることもあります。「ずっと寝たきりだからそろそろマットを交換しよう」ではなく、「あと数cmベッドを上げればきっと動けるはず」と、患者様を動けるようにする視点からの理学療法士の仕事は、看護師としてとても新鮮ですし、勉強になります。

ADLが維持できるようになったことで、以前のように病気でなく筋力低下のせいで家に帰れず退院できないというケースも減りました。デメリットは何も思いつきません。むしろいてもらわないと困ります。

専従配置される理学療法士に 今後期待したいことや、 気を付けてほしいことを教えてください。

理学療法士に対してではなく看護師に対して、もっと専従の理学療法士の仕事や意義を理解してもらいたいと思っています。看護学生の実習では専従の理学療法士に講師役を務めてもらっており、「リハビリの重要性を実際に理解できて、学びが深くなった」という声が届いています。

高齢者の在宅介護や地域包括ケアシステムなどが叫ばれていますが、入院中にADLを維持すること、患者様に自宅に帰ることの重要性を正しく理解してもらえない限り、実現しないのではないのでしょうか。理学療法士がその重要な役割を担ってくれると期待しています。



理学療法士は 患者さんの生活を科学し、 活動の再建が支援できる専門職

藤田医科大学病院

平野 明日香氏

#03 藤田医科大学病院

貴院の概要と、専従配置されていた病棟、平野様について教えてください。

当院は1,435床、25の標榜科を有する特定機能病院で、3,000名を超えるスタッフが働いています。大学病院でありながら地域の拠点病院として、地域包括ケア中核センターを大学病院で初めて設置したり、病院内に回復期リハビリテーション病棟を有したりと、急性期機能に限らず幅広い医療を展開しています。

私自身は理学療法士になって15年目で、認定理学療法士(脳卒中・脊髄障害・臨床教育・管理運営)、専門理学療法士(神経系)を取得しました。まず呼吸器内科病棟に2013年6月から専任配置、2014年4月から専従配置されました。2018年12月からは別の担当者に専従を託し、現在は回復期リハビリテーション病棟に勤務しています。

貴院に理学療法士が病棟配置されるに至った経緯について教えてください。

呼吸器内科病棟は疾患別リハの依頼が少なく、必要な患者さんに対して必要なリハが十分に行き届いていませんでした。リハは回復期が中心と思われがちですが、実は急性期でも非常に重要です。特に高齢の患者さんの場合、ごく短期間の入院でもADLや認知機能が急激に低下してしまうことが少なくないからです。

そこで、急性期から理学療法士が適切に介入することでADLの維持向上を図り、最適な社会復帰、適切な退院支援を行うために、

理学療法士の病棟配置がスタートしました。看護師の繁忙度が非常に高い病棟なので、看護師の負担軽減という目的もありました。

病棟に専従する理学療法士が担っている役割と業務について教えてください。

呼吸器内科病棟では、人工呼吸器からの離脱を早めるため、少ない酸素量で動けるようにするためのなど疾患に合わせた活動再建のためのリハを中心に行っています。入院中の生活スタイルの確立、活動量の維持・向上、ご家族を含めた退院後の生活指導、ADLに関する他職種との情報共有などが業務です。

病棟に配置された当初苦勞されたことや努力されたことなどございましたらお聞かせください。

配置前まではリハが少ない病棟でしたので、当初は役割をなかなか理解してもらえず、看護師や医師との信頼関係を築くのに時間がかかりました。病棟特有の専門用語や、物の配置や使用方法などを理解するのも苦労しました。

看護師との関係性を築くためには、看護師の仕事をよく観察して、理学療法士として何ができるかを考えました。急性期の看護師は夜勤など交代勤務があり、その日毎に担当が変わります。一方、専従の理学療法士は患者さんを継続的にみることができ、経過を把握することを意識し、カンファレンスなどで情報共有に生かしました。そのように、退院までを見据えて、入院時からADL維

持向上に向けた取り組みを思考・実践し、看護師では難しい部分をフォローしました。

医師との関係性を築くためには、理学療法士はどんな仕事ができるかを実際に見せることで、少しずつ理解してもらいました。たとえば終末期で痛みが強い患者さんには、理学療法士が関節を動かしたりすることで痛みを軽減することができます。医師としてできる積極的な治療が少なくなった終末期でも、理学療法士にはまだできる仕事があるのだということを、医師も徐々に理解してくれるようになりました。

今では看護師も医師も、自分たちの仕事の良き理解者・仲間として専従の理学療法士を捉えてくれています。

理学療法士が病棟配置することによって、患者と理学療法士が接触するフローや、スタッフの動きにどのような変化がありましたか。

かなり仕事がしやすくなりました。病棟間を移動しなくてよいので患者さんに関わる時間が増え、その日を時間割通りに動くのではなく、患者さんの検査などに合わせ、スケジュール調整も臨機応変にできるようになりました。専従することで医師・看護師・理学療法士間に「顔が見える関係性」ができたので、連携もスムーズです。

このようなメリットを活かそうと、ADL維持向上等体制加算を算定しないで、理学療法士を病棟配置している病院もあります。ただ、この制度で医師の依頼を待たずに、療法士が早期からすべての患者さんに関わることができるため、意義は非常に大きいと思います。また、20分・40分という時間単位制ではないので、5分だけポジショニングをしたり、トイレまでの歩行の安全性を確認したりなど、現実のニーズに合わせて柔軟に介入できるのもメリットです。この制度だからこそ、「その人らしさを取り戻す」という理学療法士本来の仕事を実現できると考えます。

理学療法士が病棟配置されることによって、患者さんへの効果としてどのような変化がありましたか。

専従の理学療法士になることで、ADLが低下してから回復させるといった事後的なリハではなく、ADLを低下させないように予防に向けた介入へと業務内容が大きく変わりました。一見理学療法が不要に見える方でも、予防の観点から自主トレーニング・生活指導などを行ったほうが良いケースは少なくありません。予防的な取り組みを行うことで、ADL維持向上はもちろんのこと、合併症の発生率低下・入院日数の短縮・在宅復帰率の向上などが実現できています。高齢者の場合は、せん妄の発症率も減少した印象です。

専従の理学療法士の存在は患者さんやご家族にも認知されるようになり、みなさん気軽に声をかけてくださいます。普段の生活の様子をお聞きしてなるべく同じような入院環境にしたり、ご家族が不在の間の患者さんの様子をお伝えしてこまめにコミュニケーションをとるようにしているので、入院における満足度向上にもつながっていると感じます。

理学療法士が病棟に配置されることによるメリット・デメリットをどのようにとらえていますか。

メリットは、入院中のADL維持・向上や情報共有を行うことで多職種連携が強化され、患者さんの治療の効率化・最適化や適切な社会復帰を図れるという点です。

デメリットは、ほかの療法士から見ると働き方がまったく違うので、何をしているのか仕事が見えにくい点でしょうか。当院では勉強会を行ったり、専従の理学療法士から積極的に患者さんの情報を提供したりすることで、療法士間の協力体制を築いています。

平野様のお取り組みとして、院内に限らず愛知県士会にも広がられています。その取り組みや意図について教えてください。

専従配置されて、想像以上に仕事の考え方・働き方が変わりました。理学療法士という職業が本当に患者さんの役に立つ仕事であること、病院にとって必要な職業であることを実感し、大きなやりがいを感じています。だからこそより多くの人にこの仕事の良さを伝え、全国の急性期における理学療法を発展させたい。そんな思いがあって講演の依頼を受けることが増え、これまでの私自身の取り組みを伝えたり、情報共有したりする活動を行っています。

専従配置される理学療法士に今後さらに期待したいことや、さらに必要と考える要素を教えてください。

急性期における理学療法士の重要性、予防の取り組みの必要性を、病棟スタッフだけでなく理学療法士にももっと知ってもらいたいですね。急性期の理学療法士数は回復期の6分の1ほど。必要としている患者さんがたくさんいるのに、まだまだ足りていません。

理学療法士には、患者さんのADL維持向上に寄与するのは自分たちであるという自負を持ってほしいです。そして医師や看護師と積極的にコミュニケーションを取りながら、急性期で働く理学療法士業務の多様性を実感していただけたらと期待しています。

どんな職種でも医療現場では「患者さんのその後の生活に貢献したい」という思いは一緒です。立場や考え方が違う多職種が連携するためには、この思いに常に立ち戻ることが大切だと考えています。



算定に向けたステップ

すでにADL維持向上等体制加算を算定している様々な事例から、算定するにあたりおおまかに共通する必要な取り組みや、流れが見えてきました。ここでは自院でのADL維持向上等体制加算算定に向けて、取り組むべきステップについて示しました。時に順

序が入れ替わったり、これ以外に必要な取り組みが発生したりすることもあるかと思いますが、自院での算定に向けた取り組みを進めていくために、参考にしてください(図1)。

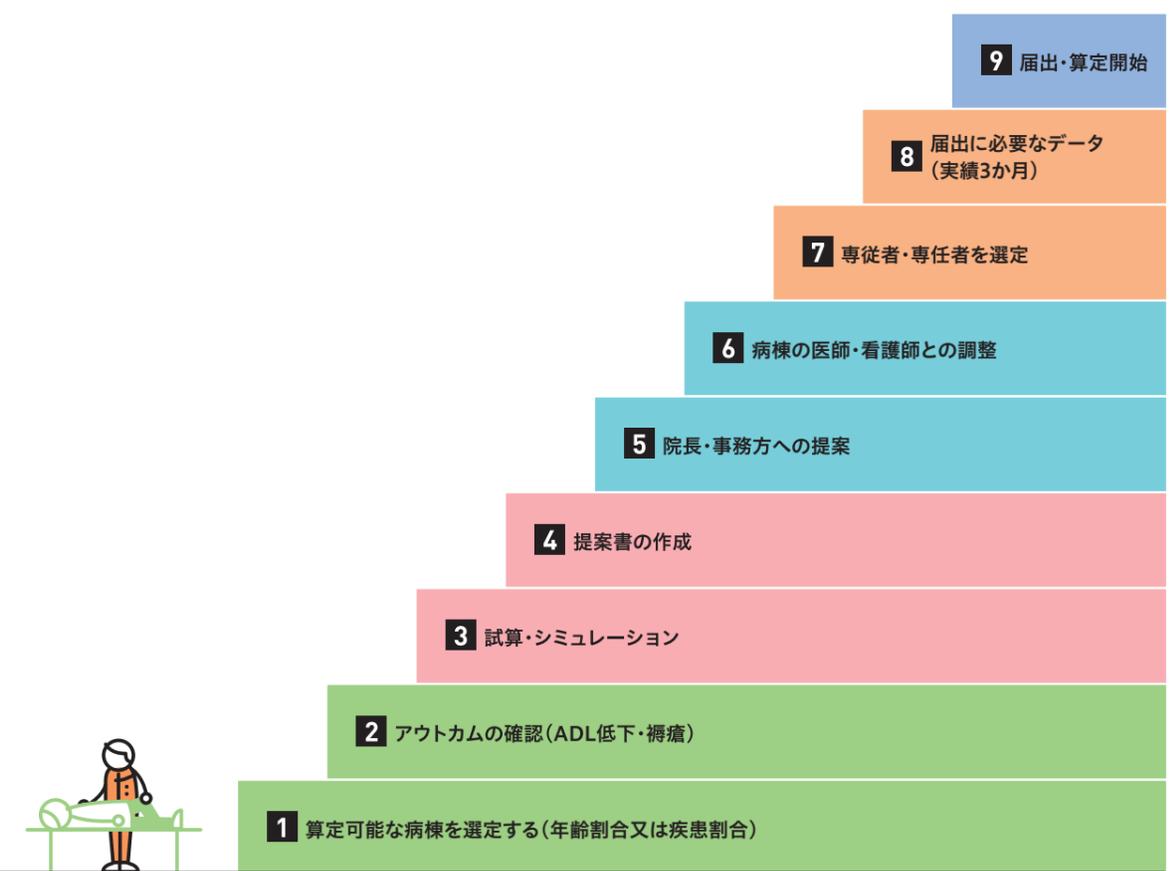


図1 算定に向けたステップ

1 算定可能な病棟を選定する(年齢割合又は疾患割合)

2 アウトカムの確認(ADL低下・褥瘡)

保医発0305第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成30年3月5日)(P39)において示された通り、ADL維持向上等体制加算の施設基準においては、入院患者の年齢割合(65歳以上の患者が8割以上)又は疾患割合(特定の疾患の患者が6割以上)、アウトカム評価(直近3か月間のADL低下率3%未満、褥瘡の発生率2.5%未満(当該病棟の入院患者が80人以下の場合は、2人以下))を満たす必要があ

ります。病棟を選定するにあたっては、これらの要件を達成できているか、もしくは今後取り組みを通じて達成できそうか確認する必要があります。可能であれば医事課とも連携し、これらのデータを確認の上、対象となる病棟を選定します。場合によっては、後述する院長・事務方・病棟の医師・看護師との協議を経て選定する必要も出てきますが、先立って大まかな目安をつけておくことは有効と考えられます。

3 試算・シミュレーション

算定予定の病棟で実際に取り組みを実施する際のシミュレーションを行います(図2)。病棟に配置された後、具体的にどういった業務を担うかを想定しておく、この後病棟の多職種との調整もスムーズに行えます。シミュレーションに基づき、どの程度の売上があるのか試算し、疾患別リハビリテーションのみを実施した場合の売上との比較を行います。

- 専従者による予防的な関わりにより、当該病棟の疾患別リハビリテーションの対象患者数を減らすことができれば、専従者以外のセラピストがより必要度の高い他の患者に長時間疾患別リハビリテーションを実施することができる
- 疾患別リハビリテーションの実施割合の少ない病棟に導入することで処方数が上がり、部門の売上を向上させることができる
- 廃用症候群リハビリテーションを算定している患者について、専従者による予防的な関わりにより対処することができれば、専従者以外のセラピストがより単価の高い疾患別リハビリテーションに従事することができる(図4)

図3は1名のセラピストのみの比較を行っていますが、例として右のような場合には専従者以外のセラピストの動きにも関わってきますので、試算を行う上では注意が必要です。

対象	対象	14日	リハ	空床
対象	対象	14日	リハ	リハ

①実際の稼働率で試算(空床は除外)
 ②疾患別リハ実施者を除外
 ③14日以上入院患者を除外
※疾患別リハビリテーション対象者は予防的な関わりで対処可能か検討する余地あり

病床数	-	空床	-	リハ実施	-	14日以上	=	算定可能患者数
算定可能患者数	×			80点			=	ADL維持向上等体制加算
疾患別リハ料+早期・初期加算	×			6単位			=	専従者取得リハビリテーション料
ADL維持向上等体制加算	+			専従者取得リハビリテーション料			=	専従者収益
								病棟収益

(例) 50床 - 空床4床(稼働率92%) - リハ実施者5人 - 14日以上10人 = 31人
 31人 × 80点 = 2,480点
 廃用症候群180点 × 6単位 = 1,080点
 2,480点 + 1,080点 = 3,560点

図2 試算・シミュレーションイメージ～稼働状況～

1名のセラピスト当たり

疾患別リハ料+早期・初期加算	×	18単位	=	1名のセラピストの売上
脳血管 I 245点 運動器 I 185点 廃用症候群 I 180点 呼吸器 I 175点				脳血管 I 4,410~5,760点/日 運動器 I 3,330~4,680点/日 廃用症候群 I 3,240~4,590点/日 呼吸器 I 3,150~4,500点/日

ADL維持向上等体制加算算定可能患者数

	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25
0	4,000	3,920	3,840	3,760	3,680	3,600	3,520	3,440	3,360	3,280	3,200	3,120	3,040	2,960	2,880	2,800	2,720	2,640	2,560	2,480	2,400	2,320	2,240	2,160	2,080	2,000
1	4,100	4,020	3,940	3,860	3,780	3,700	3,620	3,540	3,460	3,380	3,300	3,220	3,140	3,060	2,980	2,900	2,820	2,740	2,660	2,580	2,500	2,420	2,340	2,260	2,180	
2	4,280	4,200	4,120	4,040	3,960	3,880	3,800	3,720	3,640	3,560	3,480	3,400	3,320	3,240	3,160	3,080	3,000	2,920	2,840	2,760	2,680	2,600	2,520	2,440	2,360	
3	4,460	4,380	4,300	4,220	4,140	4,060	3,980	3,900	3,820	3,740	3,660	3,580	3,500	3,420	3,340	3,260	3,180	3,100	3,020	2,940	2,860	2,780	2,700	2,620	2,540	
4	4,640	4,560	4,480	4,400	4,320	4,240	4,160	4,080	4,000	3,920	3,840	3,760	3,680	3,600	3,520	3,440	3,360	3,280	3,200	3,120	3,040	2,960	2,880	2,800	2,720	
5	4,820	4,740	4,660	4,580	4,500	4,420	4,340	4,260	4,180	4,100	4,020	3,940	3,860	3,780	3,700	3,620	3,540	3,460	3,380	3,300	3,220	3,140	3,060	2,980	2,900	
6	5,000	4,920	4,840	4,760	4,680	4,600	4,520	4,440	4,360	4,280	4,200	4,120	4,040	3,960	3,880	3,800	3,720	3,640	3,560	3,480	3,400	3,320	3,240	3,160	3,080	

専従者が6単位取得するとして、ADL維持向上等体制加算算定可能患者が30人前後いると理想的?

※廃用症候群 180点で計算

図3 試算・シミュレーションイメージ～疾患別リハとの比較～

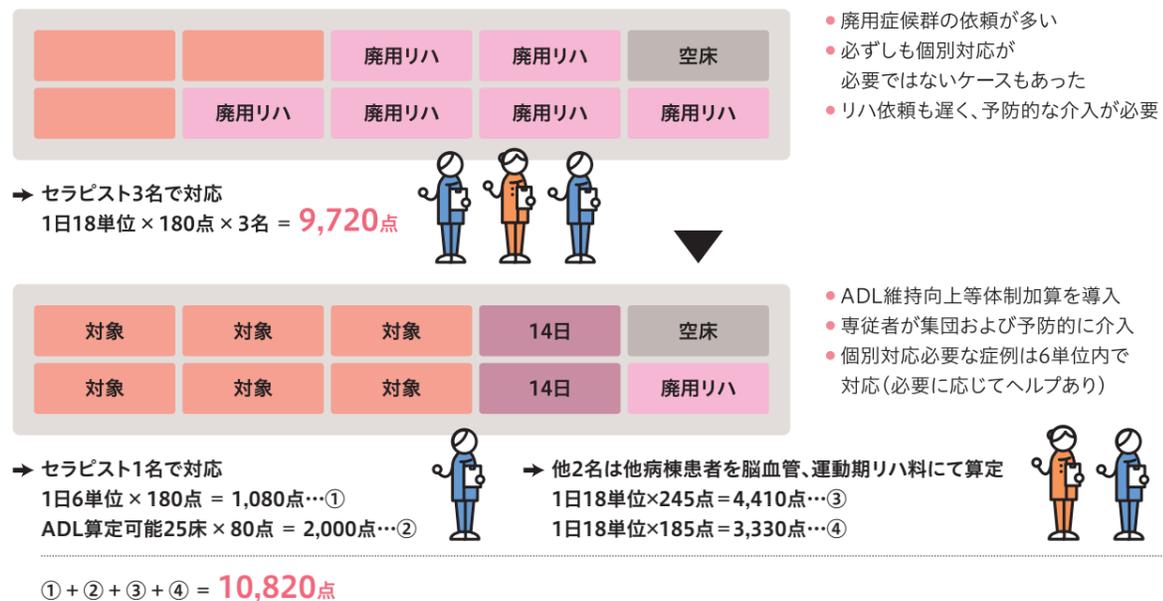


図4 試算・シミュレーションイメージ～スタッフの有効活用～

4 提案書の作成

シミュレーションや売上予測等を基に、提案書を作成します。経営陣には収益性が求められるであろうことが考えられますが、たとえ収益が疾患別リハビリテーション実施時に比較して低下したとしても、その他の価値や効果も示し、総合的に組織に価値があることを示さなければなりません。事例を参考に、病棟配置に

より生み出せる価値について、示していく必要があります。日ごろから法人の理念や病院・病棟・リハビリテーション部門内で課題となっていることを気をつけ、関係者を説得できるロジックを考えておくことが必要です。P33に提案書のイメージを掲載しておりますので、参考にしてください。

5 院長・事務方への提案

6 病棟の医師・看護師との調整

提案書をもって、院内のステークホルダーに対して提案します。事例を見ると、「病院経営者を説得」、「リハ科から発案し、院長、事務長、看護部長とリハ科で検討」、「病院運営会議の場で提案」、「院長ヒアリングで意向を伝え、医事課に依頼して試算」、「病院幹部向けに提示」等、病院によって様々な方法があります。

ADL維持向上等体制加算は、疾患別リハビリテーションへの加算ではなく、入院基本料への加算です。リハビリテーション部門単独で完結できる案件ではなく、看護部門をはじめ、皆で協力して算定やアウトカム達成に向けて動く体制を整える必要があります。事例を見ると、「病院経営者・看護部などから要望の強かった事項に取り組むことを材料として交渉」、「病棟の医師、副看護

局長、病棟看護師責任者、医事課職員に対して説明会を行い、病棟看護師に向けて2回説明を実施」、「病棟看護部長と各診療科部長へ繰り返し概要を説明」等、ステークホルダーに協力してもらうために密なコミュニケーションをとっていることが分かります。また「経営的な影響について院長、事務長、看護部長とリハ科で検討」、「医事係長、看護部長、病棟師長、リハビリテーション科部長兼副院長、リハビリテーション科担当者の協議を経て病棟抽出」等、ステークホルダーに協力してもらうだけでなく、ともに検討する体制を構築することも有効と考えられます。必要に応じて、病棟の医師・看護師に先に調整を行い、他部門(診療科・看護部門)から要望してもらうことも必要です。

7 専従者・専任者を選定

8 届出に必要なデータ(実績3か月)

病棟専従を行う体制が整ってきたら、病棟に専従するセラピストを決定します。専従するセラピストが実際に担う業務内容にもよりますが、おおよそ以下の4つに分類される能力が求められる

と考えられます。実際に担う業務を想定し、適した人材を選出します。

表1 専従者に必要な能力

1. コミュニケーション能力 …… 多職種との信頼関係構築、多職種カンファレンス
2. マネジメント能力 …… 病棟全体の患者、時間管理
3. 機能予後予測 …… 初期評価・退院支援
4. 幅広い知識 …… 環境調整、ポジショニング、在宅生活の理解、多職種に関する理解・加算

1. コミュニケーション能力

病棟専従するセラピストは、基本的には医師・看護師等の他職種しかいない病棟に常駐することになります。多職種との信頼関係を構築し、リハビリテーション部門の他セラピストと病棟多職種との情報のハブになる役割が期待されます。日常的に専門的背景の異なる専門職とカンファレンスを行い、頻繁にコミュニケーションを取ることが求められます。

す。また病棟内の患者に対して他のセラピストが疾患別リハビリテーションを実施している場合に、当該患者の病棟生活を把握している病棟専従者が、担当セラピストと情報を共有することで、精度の高い予後予測を行うことが可能になります。

また病棟に常駐していることで、患者家族への指導や退院後のケアマネジャーとの調整等を随時行うことができ、退院を支援する役割も担うことができます。

2. マネジメント能力

保医発0305第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日)(P37)において示された通り、専従するセラピストは入院患者に対する定期的なADLの評価、入院患者に対する指導、転倒転落防止対策、患者家族への情報提供、退院先の環境評価等、たくさんの事柄を、病棟内の多くの入院患者に対して実施することになります。実施状況、進捗状況について適切にマネジメントしなければなりません。

4. 幅広い知識

病棟に専従されるにあたり、どのような付加価値を提供することができるかを示していく必要があります。それには理学療法を実施するにあたっての基本的知識のみならず、多職種の発想の仕方や、病棟において取得される加算に関する知識、在宅生活に関する知識等、幅広い知識・経験が役に立つようです。

また20分を1単位とした疾患別リハビリテーションのように、基本的な行動単位が存在しません。自ら時間設定をし、時に来訪された患者家族に指導する等臨機応変に対応できることが求められます。

ADL評価の算出期間は直近1年間ですが、新規届出の場合には、直近3か月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができます。褥瘡の院内発生率と合わせて確認し、要件を満たしていることを確認したら、届け出し、算定を開始します。

3. 機能予後予測

入棟時にADL評価を行い、多職種と情報を共有します。予後予測を基に介入方法を検討するとともに、必要な環境調整を行います。

なお、届出に当たっては、リハビリテーション医療に3年以上の経験を有し、適切なリハビリテーションに係る研修を修了している常勤医師を登録する必要がありますので、適宜人員を確認しなければなりません。

南5病棟患者の早期退院に向けたご提案

2019年10月1日
リハビリテーション部 理学 太郎

団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けて、高齢者数が増大傾向にあります。本院所属地域・本院患者も同様の傾向(図1)で、南5病棟(内科混合病棟、40床)においては、実に入院患者の8割以上が65歳以上の高齢者となっており、入院中の体力低下やご家族の受け入れに対する不安などから、退院調整に難渋する事例が増えてきています。

また疾患別リハビリテーションは入院患者の約3分の1に対して実施していますが、依頼件数は5年前の約1.6倍(図2)と急増しており、多くは廃用症候群の予防が目的で、疾患別リハビリテーションの対象疾患でない患者が多く、実施を見送る例も散見されます。

これらの課題を解決するべく、理学療法士を南5病棟に専従配置し、ADL維持向上等体制加算を算定する体制を整備することをご提案いたします。

※収益予想:

現在: 廃用症候群リハ料: 180点+早期リハ加算30点+初期加算45点=255点
 $255点 \times 40床 \times 1/3 \times 20日 = 68,000点$
 加算算定後: 当該加算: 80点
 掘り起こし分を含め約5分の1は引き続き疾患別リハの実施を想定
 $(255点 \times 40床 \times 1/5 + 80点 \times 40床 \times 4/5) \times 20日 = 92,000点$

※専従の場合の実施取り組みと提供する価値(予定)

実施取り組み

- ①病棟全体の患者状況の把握と指導(ADL維持・向上、転倒・転落防止、患者・家族指導等)
- ②疾患別リハビリテーション対象者の掘り起こしとリハビリ処方依頼
- ③病棟カンファレンスへの参加
- ④廃用予防の取り組み(集団体操)の実施
- ⑤病棟環境の調整(退院後の生活を想定した環境設定、褥瘡ハイリスク患者の対応)
- ⑥退院調整(退院後の適切な在宅サービス提案、地域連携室との連携)
- ⑦サービス調整会議への参加と提案(介護支援等連携指導料の算定)

提供できる価値(想定): 医療の質の向上

- ①ADL低下予防
- ②在院日数の短縮
- ③在宅復帰率の向上
- ④多職種との迅速な情報共有

※ADL維持向上等体制加算とは

急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアカラケに掲げる取り組みを行った場合(中略)、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に1日80点算定できる。

取り組み

- ア 定期的なADLの評価
- イ ADLの維持、向上等を目的とした指導
- ウ 転倒転落防止対策の実施
- エ 患者家族に対する情報提供
- オ 医師、看護師等が参加するADLに係るカンファレンスの開催
- カ 指導内容の診療録への記載
- キ 退棟先の環境把握とカンファレンスでの共有
- ク 機能予後の患者理解の把握とカンファレンスでの共有
- ケ 患者の活動・社会参加に関する願望の把握とカンファレンスでの共有

※ADL維持向上等体制加算を算定するためのアウトカム要件

- ・直近1年間(新規は3か月間)の退院・転棟患者のうち、入院時よりもADLが低下した患者の割合が3%未満であること。
- ・入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が2.5%未満であること。

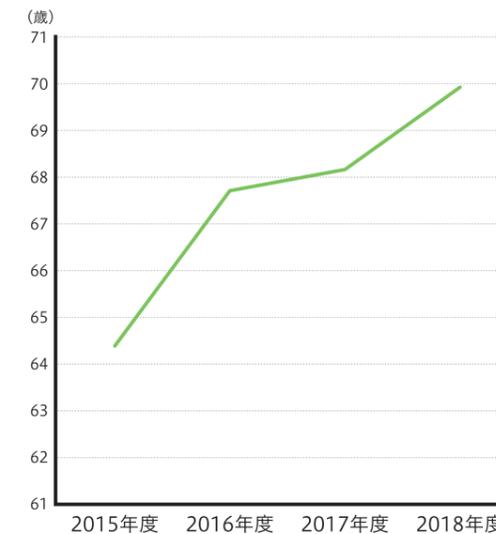


図1 南5病棟入院患者の平均年齢の推移

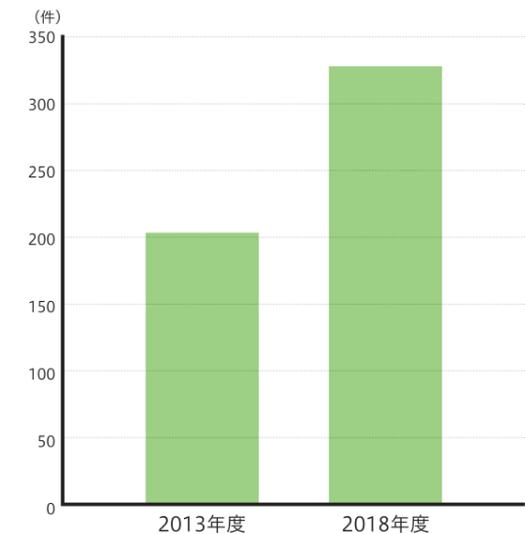


図2 南5病棟リハ依頼件数(実施見送り例含む)

※今後のスケジュール(予定)

- ・2019年11月、12月: 病棟多職種への説明、病棟配置の開始
- ・2020年1月~3月: 実績データ管理
- ・2020年4月: ADL維持向上等体制加算届出算定開始

地域生活を支える急性期医療に向けたご提案

2019年10月1日
中央診療部 リハビリテーション科 理学 花子

本院の多くの病棟において、在院日数の短縮が課題となっているところです。特に医療的処置は終了しているにもかかわらず、入院中の臥床や不活発によりADLが低下し退院支援が困難となる事例が散見され、在院日数の長期化、在宅復帰率の悪化に影響しているところです。一方で、病床数に対して現行のセラピスト数では(20分で1単位の)疾患別リハビリテーションとして対応することには限界があり、広く予防的介入をすることで在院日数の短縮や在宅復帰率の向上に貢献できると考えます。

そこでリハビリテーション部門としては、各病棟にADL維持向上等体制加算を算定すべく理学療法士を配置し、予防的介入を中心とする体制を整備することで、本法人の基本理念である「地域に根差し、地域の方々の命と生活を守る急性期医療を通じ、地域医療の発展に努める」に基づき、地域の方々が少しでも長く地域で住み続ける(早期退院、自宅への退院、在宅サービスを活用しながらの生活の安定)ことに質的に貢献していきたいと考えております。

上記を踏まえ、まずは4B病棟(消化器内科・呼吸器内科、40床)において先行して実施し、体制を整備していきたく、ご提案いたします。

※収益予想:

現在: (255点×3名+210点×3名+250点×3名+205点×3名)×20日=55,200点
 廃用症候群リハ料: 180点+早期リハ加算30点+初期加算45点=255点(14日以内)
 180点+早期リハ加算30点=210点(15日~30日の患者)
 呼吸器リハ料: 175点+早期リハ加算30点+初期加算45点=250点(14日以内)
 175点+早期リハ加算30点=205点(15日~30日の患者)

加算算定後: (255点×1名+210点×1名+250点×2名+205点×2名+80点×40名×2/5)×20日=53,100点
 当該加算: 80点
 40%が在院日数14日以内、専従者は1日6単位の疾患別リハの実施を想定

・小規模ながら減収となるが、将来的に在院日数の短縮等により改善が予想される(図1)。また下記様々な効果から、減収分を上回る意義を提供できる。

※理学療法士の病棟配置(ADL維持向上等体制加算の算定)により期待する効果

- ①早期離床
- ②疾患別リハ開始までの日数の短縮(図1)
- ③入院後早期からの調整により、退院後早期から必要な在宅サービス介入開始
- ④患者・家族の退院後在宅受け入れ準備の改善
- ⑤在院日数の短縮(図1)
- ⑥在宅復帰率の向上

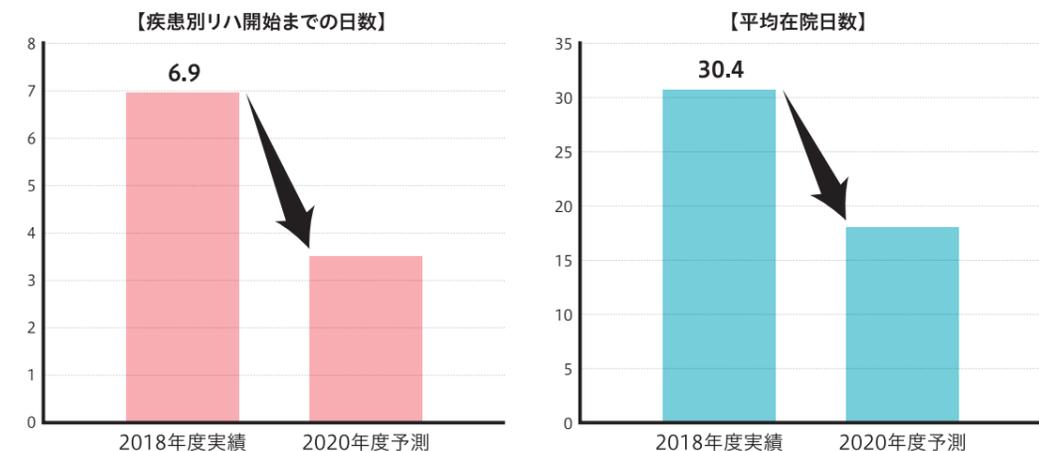


図1 4B病棟の現状と、先行する取り組みから専従により予測される変化

※専従するセラピストが実施する取り組み予定

- ①入院時の患者評価(在宅環境、ADLの状態、転倒・転落リスク等)
- ②病棟環境の調整(退院後の生活を想定した環境設定、褥瘡ハイリスク患者の対応)
- ③入院後早期からの退院調整(予後予測に基づき退院後サービスの調整)
- ④疾患別リハビリテーション対象者の掘り起こしとリハビリ処方依頼
- ⑤患者家族指導
- ⑥病棟カンファレンスへの参加
- ⑦医師のリスク管理の下、廃用予防の取り組み(集団体操)の実施

※リハ部内での検討状況

- ・数度にわたり、目指すべき体制整備の方向性について勉強会を開催し、確認
- ・コミュニケーション能力、多職種調整能力の観点から、1人目の病棟専従予定者を選定済(副主任)

※想定される他部署・他職種への影響

- ・2019年4月時点で院内発生褥瘡保有者が5人在棟しており、褥瘡管理の厳格化が求められる。
- ・医療的処置の終了と在宅復帰のためのADLの回復・在宅サービスの調整によるゴールが一致する。
- ・看護部長、4B病棟の看護師長には頭出し済。

※今後のスケジュール(予定)

- ・2019年11月、12月: 4B病棟多職種への説明、病棟配置の開始
- ・2020年1月~3月: 実績データ管理
- ・2020年4月: ADL維持向上等体制加算届出算定開始
- ・2020年10月以降: 4B病棟の効果を見極めながら、他病棟にも展開

制度詳細

平成30年厚生労働省告示第43号

平成30年3月5日

診療報酬の算定方法の一部を改正する件

診療報酬の算定方法

〈別表第一〉

第1章 基本診療料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料

【A100 一般病棟入院基本料(1日につき)】

- 1 急性期一般入院基本料
 - イ 急性期一般入院料1 1,591点
 - ロ 急性期一般入院料2 1,561点
 - ハ 急性期一般入院料3 1,491点
 - ニ 急性期一般入院料4 1,387点
 - ホ 急性期一般入院料5 1,377点
 - ヘ 急性期一般入院料6 1,357点
 - ト 急性期一般入院料7 1,332点

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

【A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)】

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,599点
 - ロ 10対1入院基本料 1,339点

注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟(一般病棟に限る。)に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

【A105 専門病院入院基本料(1日につき)】

- 1 7対1入院基本料 1,591点
- 2 10対1入院基本料 1,332点

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

保医発0305第1号

平成30年3月5日

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

別添1

第1章 基本診療料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料

【A100 一般病棟入院基本料】

(11) 「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能(以下「ADL」という。)の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアからケまでに掲げる取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は専任を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下(11)において「常勤理学療法士等」という。)をあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤理学療法士等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上(ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者について、引き続き、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、

区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料又は区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料(以下(11)において「疾患別リハビリテーション料等」という。)を算定した場合は、1日2時間を超えない範囲でその時間を含んでよい。)勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に対して疾患別リハビリテーション料等を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

- ア 入院患者に対する定期的なADLの評価は、別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いて行っていること。
- イ 入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。
- ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

- エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。
 - オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。
 - カ 指導内容等について、診療録に記載すること。
 - キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。
 - ク 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。
 - ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。
- また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

【A104 特定機能病院入院基本料】

(11) 「注10」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

【A105 専門病院入院基本料】

(8) 「注9」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

別添1の2 〈別紙様式7の2〉 ADL維持向上等体制加算に係る評価書

別紙様式7の2 ADL維持向上等体制加算に係る評価書			
バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)			
	点数	質問内容	得点
1	10	自立、自動員などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
	5	部分介助(たとえお、おかずを切って細かくしてもらう)	
	0	全介助	
2	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
	10	程度の部分介助または監視を要する	
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
3	5	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	
	0	部分介助または不可能	
	0	部分介助または不可能	
4	10	自立(衣服の操作、後始末も含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
	0	全介助または不可能	
5	5	自立	
	0	部分介助または不可能	
6	15	45M以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
	10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	
	0	上記以外	
7	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
	5	介助または監視を要する	
	0	不能	
8	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
	0	上記以外	
9	10	失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱しも可能	
	5	ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
10	10	失禁なし、尿器の取り扱いも可能	
	5	ときに失禁あり、尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
合計得点(/100点)			

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

平成30年厚生労働省告示第44号

平成30年3月5日

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

基本診療料の施設基準等

第五 病院の入院基本料の施設基準等

【二 一般病棟入院基本料の施設基準等】

- (10) ADL維持向上等体制加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

【五 特定機能病院入院基本料の施設基準等】

- (9) ADL維持向上等体制加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する

- 十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- 【六 専門病院入院基本料の施設基準等】
- (9) ADL維持向上等体制加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

別添2

入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

【4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準】

急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。

(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2名以上配置されていること又は専従の理学療法士等が1名、かつ、専従の理学療法士等1名以上が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（専従のものに限る。）は、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H006」難病患者リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料（以下(1)において「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。当該理学療法士等（専従のものに限る。）がADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。

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、2、3又は4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。

(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 適切なりハビリテーションに係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であ

り、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。）

(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。

(5) アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。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。

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（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）の別添1の2の別紙様式7の2の合計得点をいう。以下(5)において同じ。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。なお、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

なお、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

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。）を保有している入院患者の割合が2.5%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。ただし、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。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

(イ) 調査日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、届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生したDESIGN-R分類d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

(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。

別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書（様式5の5）

ADL維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

様式5の5
ADL維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
1. 入院基本料、職員
2. 入院患者の構成

3. アウトカム評価
1) 患者のADL
2) 褥瘡の院内発生率
3. アウトカム評価
1) 患者のADL
2) 褥瘡の院内発生率

事務連絡

平成30年3月30日

疑義解釈資料の送付について（その1）

問56 ADL維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添7」の様式5の4に基づき調査するとなるが、毎年7月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

(答) 届出月又は報告月(7月)の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

事務連絡

平成30年3月31日

疑義解釈資料の送付について（その1）

問19 ADL維持向上等体制加算を算定する病棟で専任者として登録する理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料の専従者と兼務できるか。(答) できる。

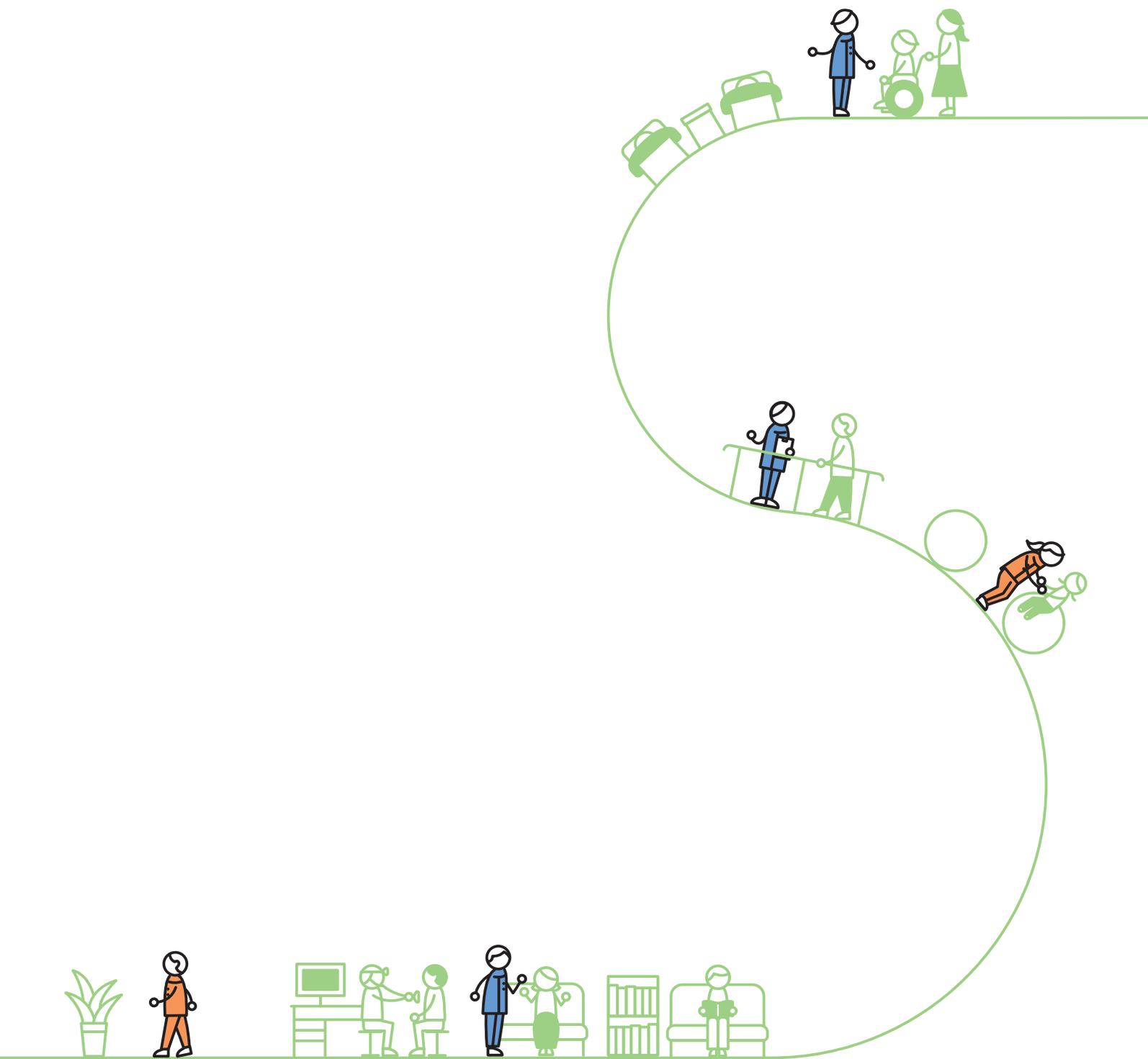
問20 ADL維持向上等体制加算について、登録した理学療法士等が当該病棟で6時間以上勤務した日に算定できるとされているが、複数の理学療法士等の勤務時間を合算して6時間以上となれば算定できるか。(答) できない。少なくとも一人の理学療法士等が、当該病棟で6時間以上勤務している必要がある。

2018年度 診療報酬・介護報酬等各種調査研究事業

急性期病棟における理学療法士の病棟配置の手引き

発 行 公益社団法人 日本理学療法士協会
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-8-5
Tel. 03-5414-7911
Fax. 03-5414-7913
<http://www.japanpt.or.jp/>

本手引きは、公益社団法人日本理学療法士協会のホームページにおいて紹介しております。
電子版(PDF)を無料でダウンロードできますので、どうぞご利用ください。



公益社団法人
日本理学療法士協会
Japanese Physical Therapy Association