

POCリハビリテーションの すすめ



一般社団法人
地域包括ケア推進病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

■ 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし、時間・単位・場所に縛られない。

● POC(Point of Care)※リハビリテーション治療

① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練

② PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練

・患者の傍らで、個別に短時間(20分未満/回)、状況に応じて「しているADL」を訓練する。

● 集団でのリハビリテーション治療

● 院内デイケア・デイサービス

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

● 摂食機能療法

● 自院DPC病棟から転室・転棟して、

DPCを算定している患者

転室: 入院期間Ⅲまで

転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

■ 補完代替リハビリテーション治療の注意点

・主治医が包括的指示として処方

・療法士が実施

・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要

・療法士の勤務時間として計算

・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可

・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

新しいリハビリテーションの概念 ～補完代替リハビリテーション～

疾患別・がん患者リハビリテーション



※POCリハビリテーション、集団リハビリテーション、院内デイケア
自主練習指導、運動療法指導



※補完

リハビリテーション

■患者が、入院期間中に疾患別・がん患者リハビリテーションに加えて、上記(※)リハを受けている場合

疾患別・がん患者リハビリテーション



※POCリハビリテーション、集団リハビリテーション、院内デイケア
自主練習指導、運動療法指導



※代替

リハビリテーション

■患者が、入院期間中に疾患別・がん患者リハビリテーションの代わりに、上記(※)リハを受けている場合

注)上記(※)リハビリテーションは療法士が実施していること

POC (Point of Care)リハビリテーションとは

臨床現場即時検査 (POCT: point of care testing) : 患者の近くでリアルタイムに行う検査

- ① 療養中の患者の傍らで (Point of Care)
- ② 個別に短時間 (20分未満/回)
- ③ オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハビリテーション

上記3つの要素のうち、①、②は必須ですが、③はケースバイケースです。
オンデマンドのこともあれば、計画してPOCリハビリテーションを提供することもあります。

POCリハビリテーションの注意点

- ①主治医が包括的指示として処方すること
- ②療法士が実施すること
- ③リハビリテーションの記録(分単位)の記載が必要であること
- ④療法士の勤務時間として計算すること
- ⑤疾患別・がん患者リハビリテーションと同時実施は不可であること
- ⑥1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない

※以下、リハビリテーションをリハと略す。

①主治医の包括的指示としての処方

リハビリ処方例

リハビリテーション指示	★リハビリテーションに関する指示を入力します。
診断名	右大腿骨頸部骨折
発症日(診断日)	2024/04/21
障害名1	運動機能障害
障害名2	疼痛・感覚障害
障害名3	その他
手術日	2024/04/23
実施部署	PTのみ
治療目標	発症・受傷前レベルへの回復
安静度	歩行
指示・コメント1	関節可動域練習：疼痛に応じて制限なし Passive・許可 不可 Active・許可 不可
指示・コメント2	筋力強化練習：疼痛に応じて制限なし 実施不可 積極的に実施
指示・コメント3	荷重：疼痛に応じて制限なし 免荷 Toe Touch 1/3 1/2 全荷重
指示・コメント4	手術翌日より超音波骨折治療を開始してください
指示・コメント5	必要に応じて早期からの積極的な介入、ADL訓練、POCリハをお願いします。
単位数指示	各職種合計9単位/日まで(急性)
禁忌事項(有無)	無し
中止基準(有無)	無し
リハビリテーション起算日	2024/04/23
理学療法	★理学療法に関する指示を入力します。
指示内容	評価結果に基づき対応 廃用症候群予防・改善 筋力維持・改善 関節可動域維持・改善 基本動作能力改善 歩行・移動能力改善
作業療法	★作業療法に関する指示を入力します。
指示内容	評価結果に基づき対応 認知症予防・改善 ADL・IADL改善 環境調整
言語聴覚療法	★言語聴覚療法に関する指示を入力します。
物理療法	★物理療法に関する指示を入力します。
項目	超音波
合併症	★合併症情報を入力します。
感染症	★感染症情報を入力します。
コメント	★リハビリ実施に関するコメントが表示されます。
リハビリ部門システム送信	はい

必要に応じて早期からの積極的な介入、ADL訓練、POCリハをお願いします。

リハビリ処方には他の指示・コメントと同様に「POCリハ」を指示する内容の記載をお願いします。文書や内容に明確な決まりはありません。

①主治医の包括的指示としての処方

パターン①

疾患別・がん患者リハ処方時に、POCリハの指示が出されている場合



開始・終了時期や頻度はセラピストの評価と主治医の指示により決定

①主治医の包括的指示としての処方

パターン②

セラピストの評価により、POCリハの実施を主治医に提案した場合

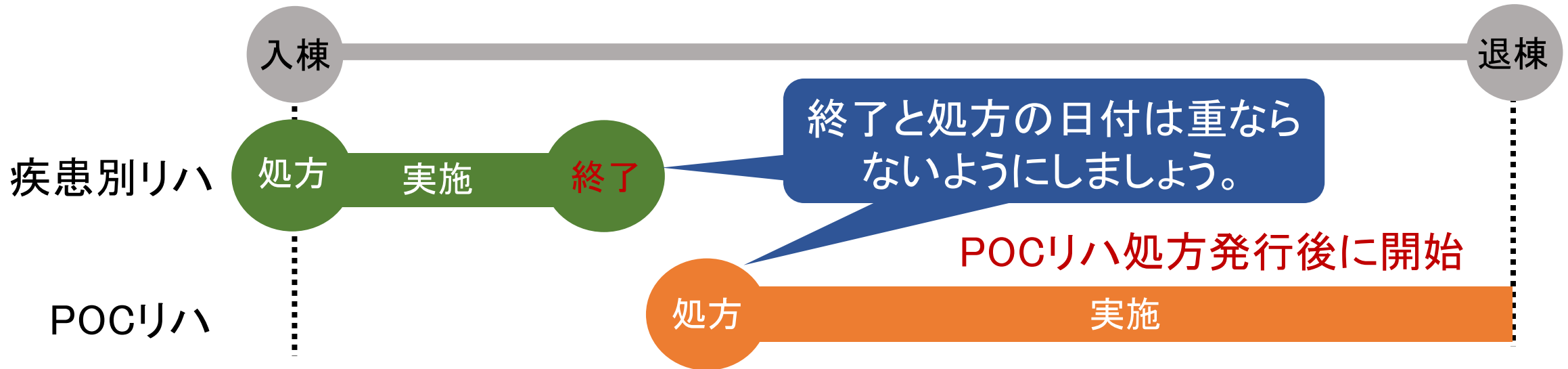


主治医が提案を妥当と判断すれば、POCリハの内容を記載した処方を再発行

①主治医の包括的指示としての処方

パターン③

疾患別・がん患者リハからPOCリハのみの実施に切り替える場合



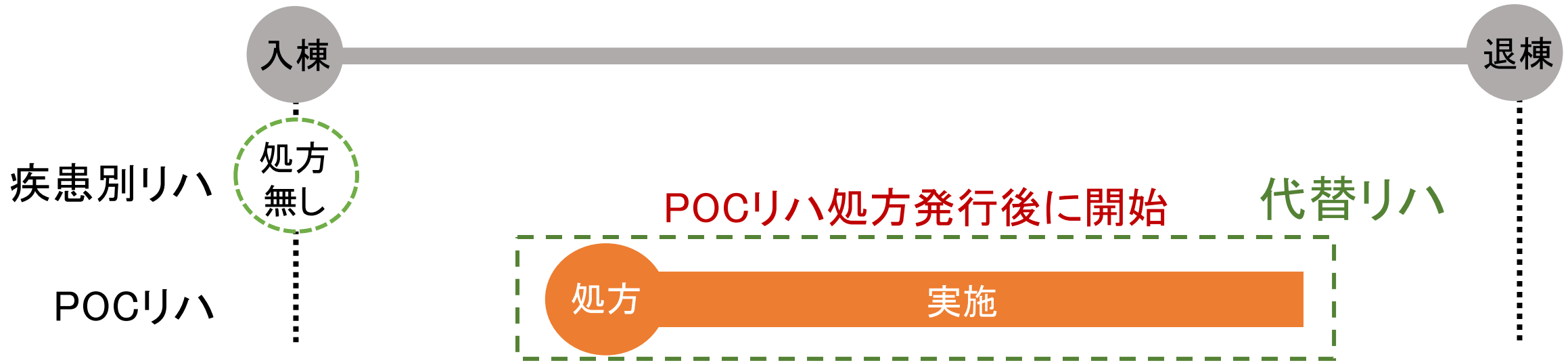
主治医が疾患別リハの終了(中止)処方と、POCリハの処方を発行

※ 医師が疾患別リハの中止(終了)処方箋を発行すると、1日平均2単位を算定する入院延べ日数はこれをもって終了します。翌日以降のPOCリハのみの実施の期間は、上記算定期間には含まれないこととなります。

①主治医の包括的指示としての処方

パターン④

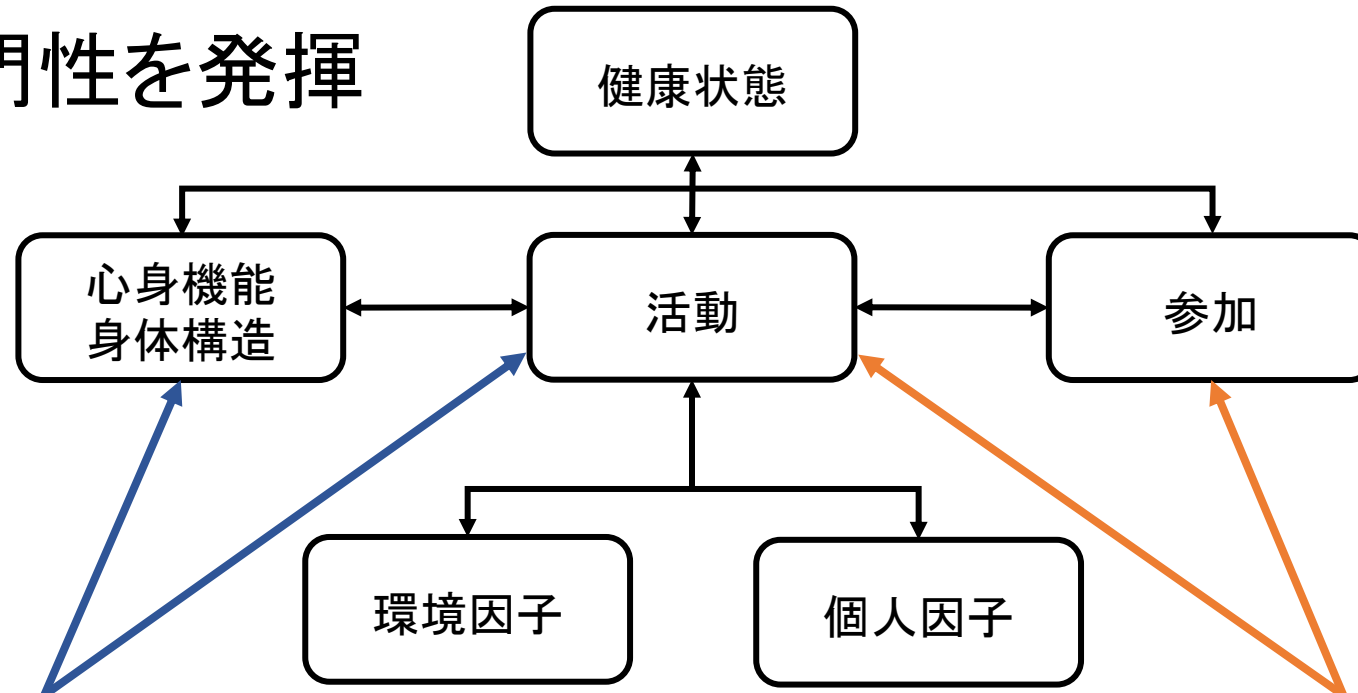
疾患別・がん患者リハ処方の無い患者に対して、セラピストの評価により、POCリハの実施を主治医に提案した場合



主治医が提案を妥当と判断すれば、POCリハの内容を記載した処方を再発行

②療法士が実施する

各職種の専門性を発揮



PTメインのPOCリハ

- 急性期からの介入
- 心身機能、活動に着目
- 短時間での離床、ポジショニング、基本動作に介入
- 廃用・褥瘡予防と機能回復リハ

OTメインのPOCリハ

- 亜急性期からの介入
- 活動、参加に着目
- 「しているADL」に直接介入する生活回復リハ

③リハビリテーションの記録(分単位)が必要

食事・整容動作の例:実際のADL場面での道具などの環境面の評価や介助方法の検討

実施日20〇〇年△月□日 12:05-12:10 作業療法 POCリハ

S:自分でできます

O:昼食時に食事動作評価として介入

食堂にて車椅子座位で自己摂取可能。左半側空間失認あるため、右側からの刺激が少ない場所で食事するよう セッティングすると左側にある食器の見落とし軽減。右手でスプーンを把持し、すくい取るがすくい取りの量が一定せず、食べこぼしも多い。太枝スプーンに変更し、食べこぼしは軽減した。持ちにくさ訴えも聞かれない。

A:食具変更にて食べこぼし軽減あり

P:病棟スタッフと食事のセッティングについて情報共有、皿の変更も必要か明日も評価する。

※分単位の時間の記載が必要です。

実施日20〇〇年△月□日 13:05-13:15 作業療法 POCリハ

O:昼食後の整容動作練習として介入

食後洗面所にて歯磨き実施。歯ブラシやコップの準備は介助し行うが、自己にて歯磨き、うがいの実施可能。うがい時体幹前傾少なく動作開始時のみ介助必要。

A:道具の準備、環境設定していれば見守り程度で動作は可能。

P:病棟スタッフと整容動作時のセッティング、介助方法について情報共有。

③リハビリテーションの記録(分単位)が必要

トイレ動作の例:トイレまでの移動や動作時介助時の方法、声掛けの検討

実施日20〇〇年△月××日 9:20-9:35 理学療法 POCリハ

※分単位の時間の記載が必要です。

S)トイレに行きたいです。

O)トイレ希望あり。杖歩行軽中等度介助でトイレまで移動、杖をつくタイミング一定せず、速度変動あり、ふらつきあり。扉の開け閉め介助。

A)バランス能力低下あり、歩行時に介助必要。

P)歩行時は介助。

O)下衣上げ下げ動作

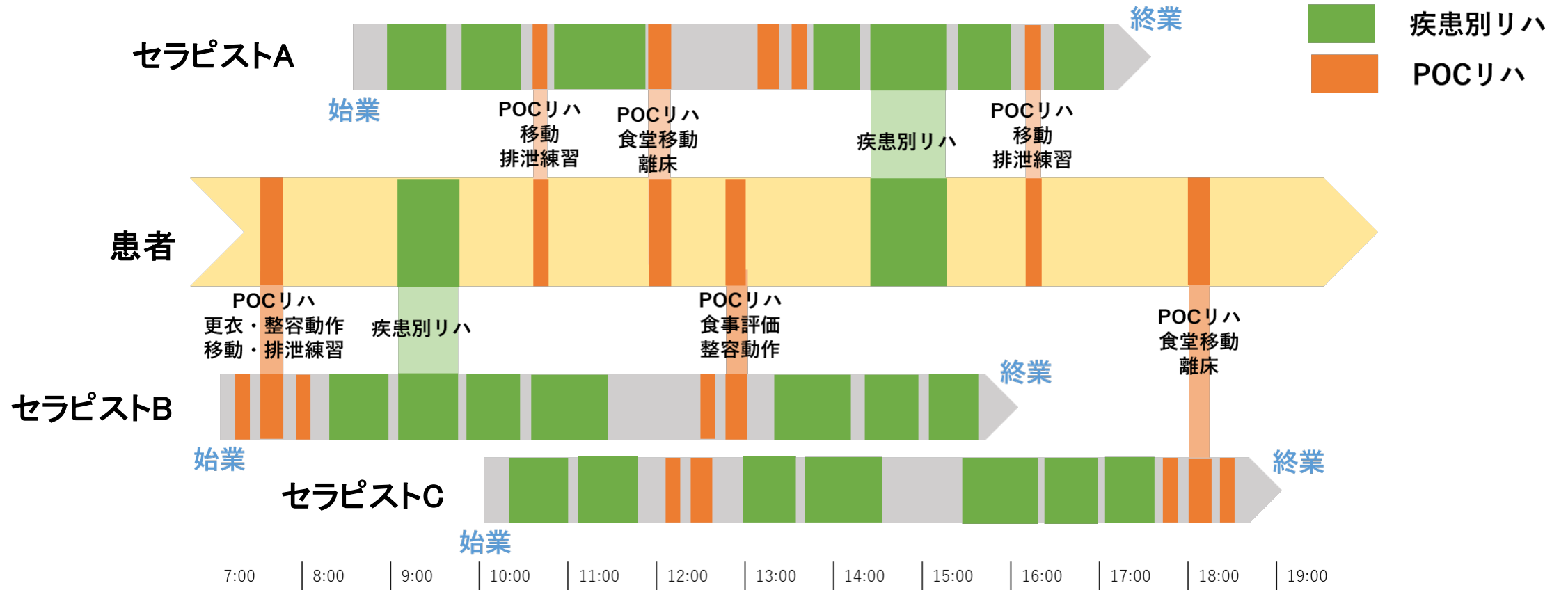
L字手すりに掴まり立位をとるも、徐々に右へ傾き着座してしまう。ズボンを下げる介助が間に合わず。手すりに掴まり壁にもたれて立位を取るよう指導し、ズボンの上げ下げ介助が可能となる。

A)壁にもたれる指示が必要。

P)看護師と排泄の介助方法・声掛けについて共有、方法を統一する。

④療法士の勤務時間として計算

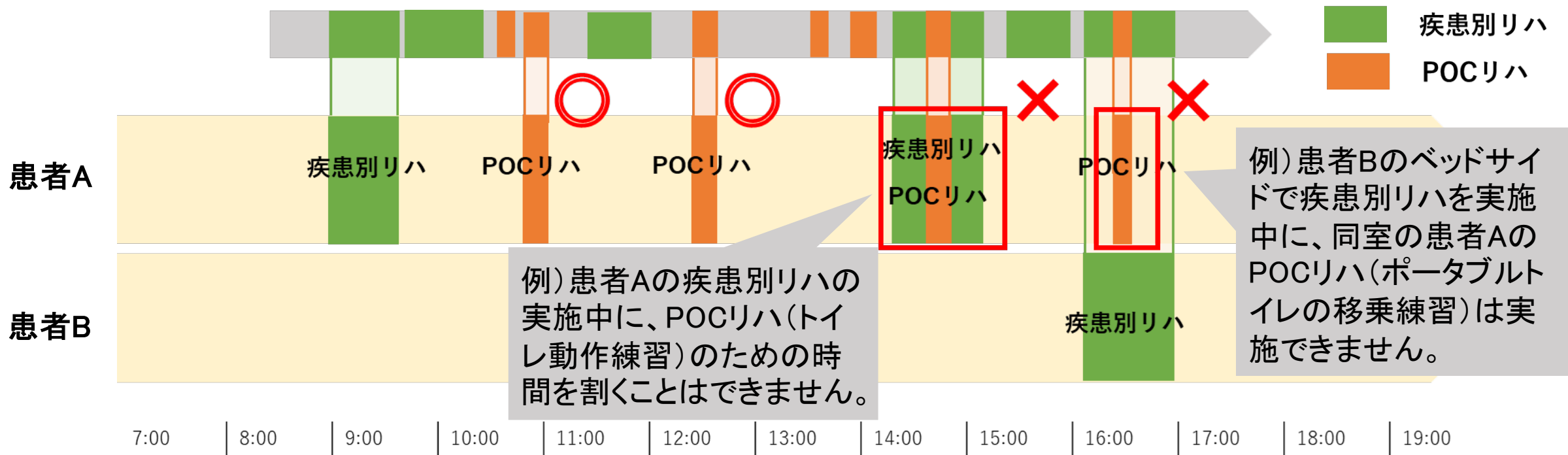
セラピストの勤務時間内で、POCリハを実施しています。



※セラピストAは日勤(8:30~17:30)、セラピストBは早出勤務(7:00~16:00)、セラピストCは遅出勤務(10:00~19:00)各勤務とも疾患別リハ16単位、POCリハ40~50分、休憩は1時間を想定。

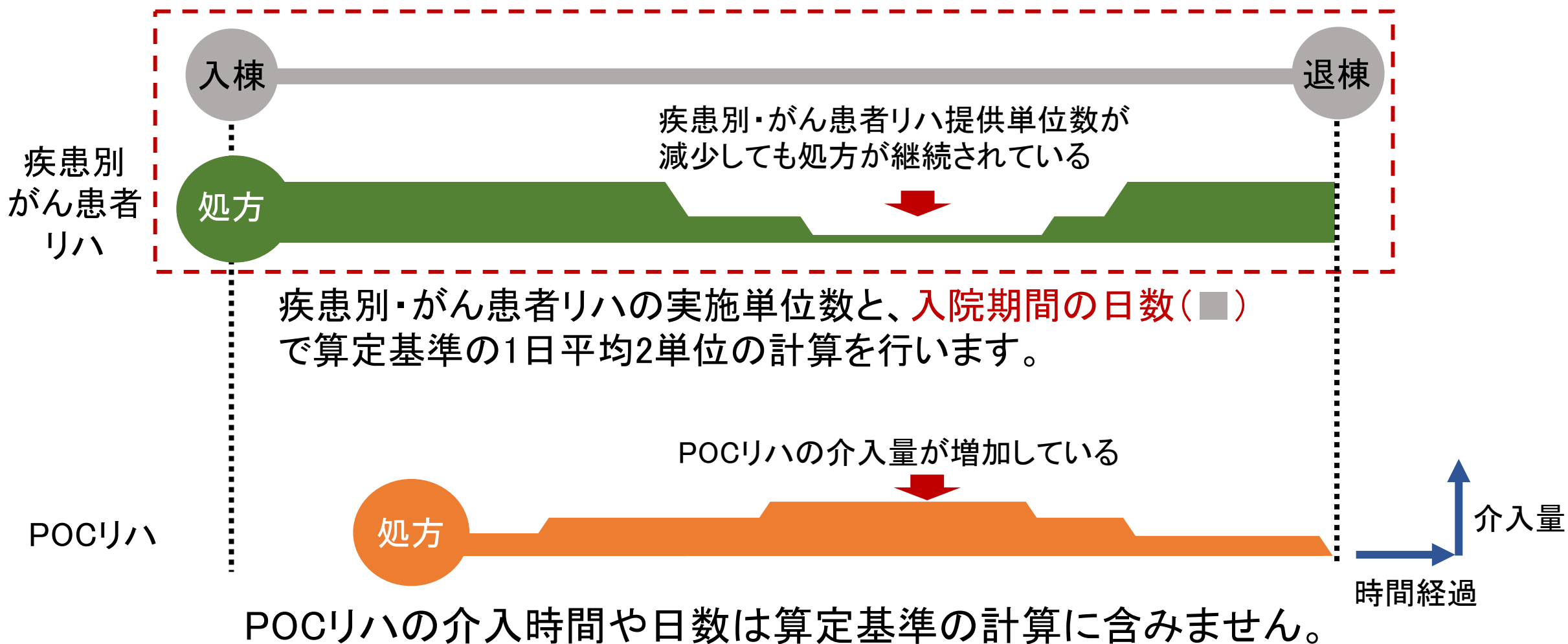
⑤疾患別・がん患者リハビリテーションと同時実施は不可

疾患別・がん患者リハ実施中にPOCリハを実施することはできません。



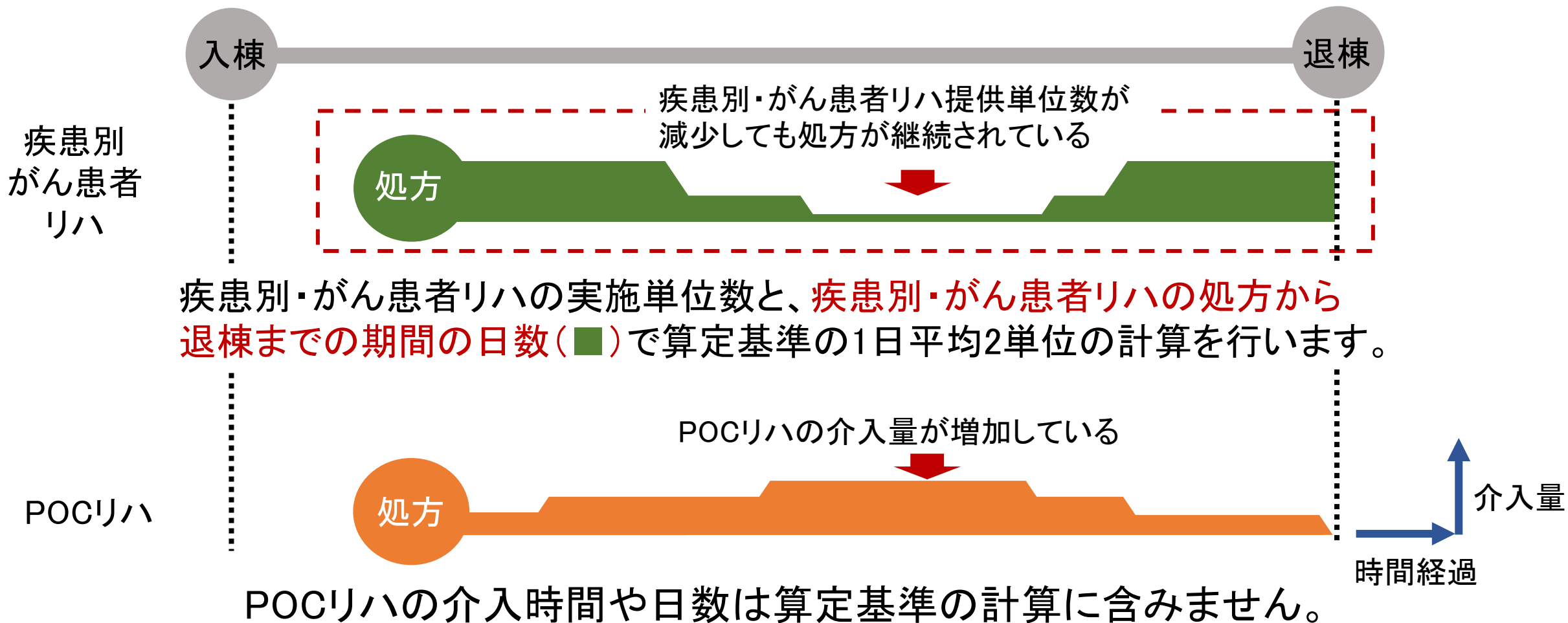
⑥1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない

入棟時より疾患別・がん患者リハ処方が発行され、退棟まで継続した場合



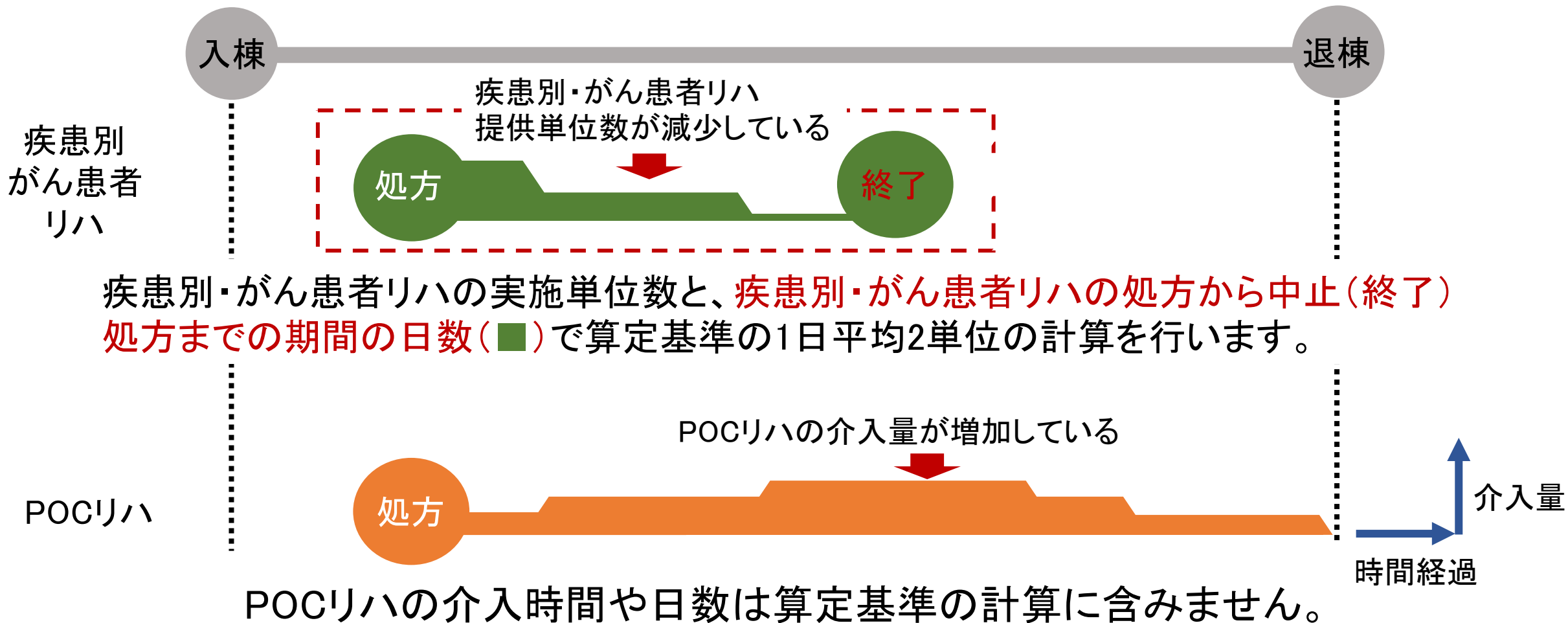
⑥1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない

入棟後より疾患別・がん患者リハ処方が発行され、退棟まで継続した場合



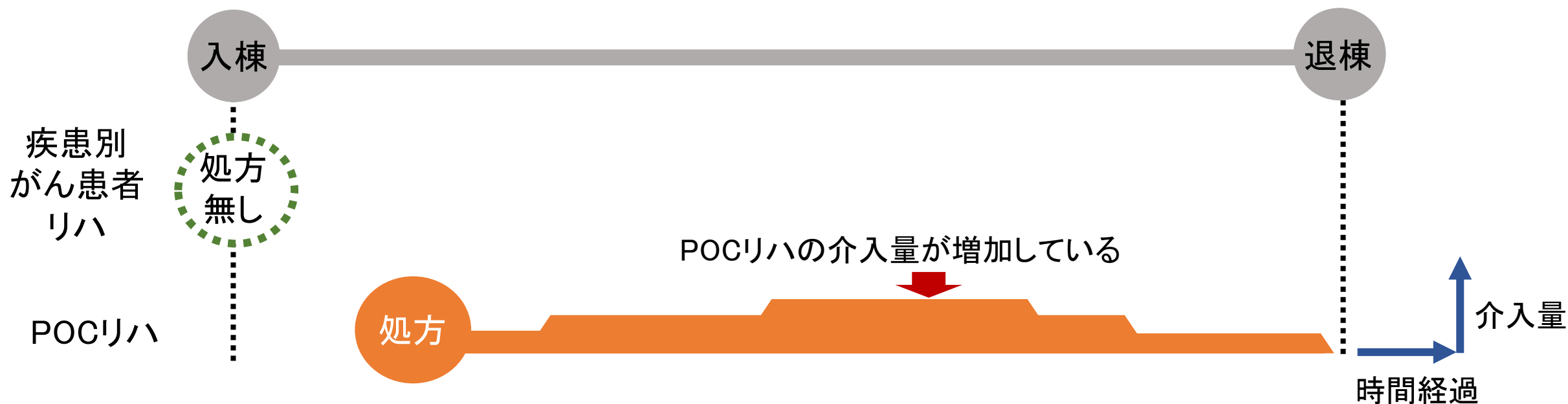
⑥1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない

在棟期間中に、主治医が疾患別・がん患者リハの中止(終了)処方を発行した場合



⑥1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない

疾患別・がん患者リハの処方が発行されておらず、POCリハのみ(代替リハでのPOCリハ)の処方の場合



代替リハでのPOCリハ実施患者は、様式50の3「地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類」における、「疾患別リハビリテーション等を提供した患者」からは除外されます。POCリハの介入時間や日数は算定基準の計算に含みません。

POCリハビリテーションの実際(食事)

70歳代男性 右片麻痺、要介護3 デイサービス利用、杖歩行右上腕骨骨折で入院



- 仙骨座り、体幹左傾、自身での重心移動が困難
- 机が低く、口元までの距離がある
- 器が動いたため、スプーンですくいにくい
- 食べこぼしあり、食事に時間がかかる



自身での重心移動が可能となり、食べこぼしも減少

POCリハビリテーション介入



机の高さの調整



机と椅子の距離の調整



骨盤の位置の修正



滑りにくく、縁の深い
すくい易い器に変更



固形で提供された
ゼリーのクラッシュ

[動画はこちらから](#)



POCリハビリテーションの実際（飲水の評価、促し）

80歳代男性 脱水症で入院 食事は3食一口大、水分はとろみなし

日付	時間	水分量
11/10	8:00	150ml
11/10	11:00	150ml
11/10	14:00	150ml
11/10	17:00	150ml
11/10	20:00	150ml
11/10	23:00	150ml
11/11	8:00	150ml
11/11	11:00	150ml
11/11	14:00	150ml
11/11	17:00	150ml
11/11	20:00	150ml
11/11	23:00	150ml

【目標】

こまめに水分摂取できるように多職種で関わり脱水症の予防を行う

【課題】

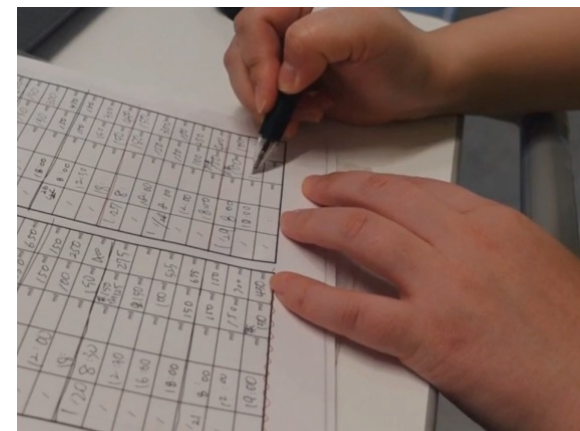
- 日々の水分量にばらつきがある
- 一度に多くの水分を摂取すると胃腸や内臓に負担がかかる

POCリハビリテーション介入



【評価内容】

- 水分を摂取する際の姿勢
- 誤嚥予防の対策が行えているか
- 一口量
- 摂取のペース
- 一連の嚥下動作の評価



【水分量の共有】

- 水分チェック表に水分量を記載
- 多職種と適正量を共有する

[動画はこちらから](#)



POCリハビリテーションの実際(排泄動作)

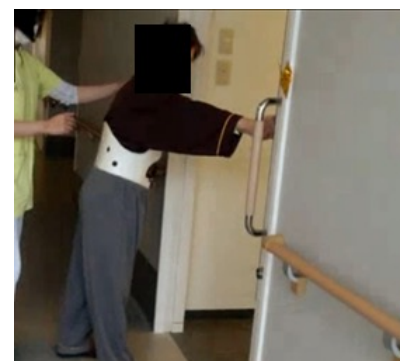
70歳代女性 第12胸椎圧迫骨折(既往歴;左視床出血) 目標:杖歩行自立、ADL:自宅内ADL自立



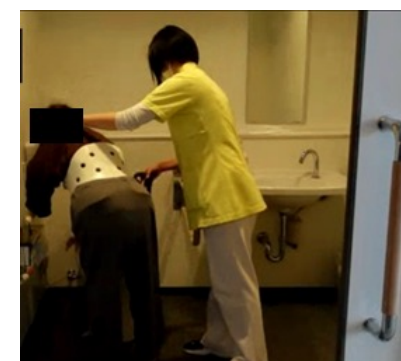
POCリハビリテーション介入



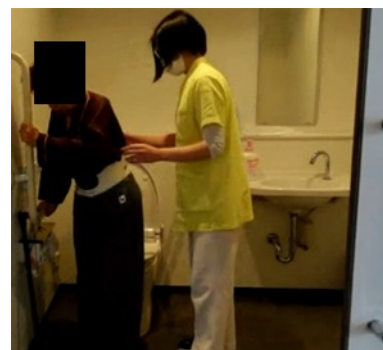
歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



蓋の上げ動作



方向転換時のバランス評価

【目標】

転倒なく安全に杖移動ができ、トイレ動作が自立できる

【課題】

- 病棟では車いすでの移動が主で、杖での移動頻度が少ない
- トイレ動作遂行に時間を要する

【ポイント】

病棟生活において、転倒リスクや各動作の介助ポイントを多職種と共有し、日常生活自立度向上に向けた支援を進める

[動画はこちらから](#)



POCリハビリテーションの実際 (整容場面における看護師との協働)

70歳代女性 左視床出血で麻痺は軽度、上下肢筋緊張亢進あり



病棟では看護師による車いす介助で移動し、座位で整容実施



病棟看護師に実際の整容場面や移動場面を見てもらう。
手引き歩行を指導。

POCリハビリテーション介入



自宅での洗面所の環境も想定して介入。両手引き歩行で移動し
立位で整容実施。その際の洗面所の高さ調整と椅子の設置。

[動画はこちらから](#)



POCリハビリテーションの実際 (認知症患者対応 | 移動、移乗)

70歳代女性 右片麻痺、要介護3



- ・食堂にて動画鑑賞中に落ち着かない様子で動き出す
- ・フットレストを使用せずに麻痺側下肢引きずりながら移動する
- ・移乗時に後方重心になり上肢の過度な支持にて起立する



- ・コミュニケーションにより落ち着くことが出来る
- ・体幹前傾の重心移動促し、起立や移乗動作の介助量が軽減する



POCリハビリテーション介入



- ・姿勢やフットレストの修正
- ・車椅子自操の提案・案内



- 起立時の足部セッティングや重心移動、離殿の確認



- 方向転換時の足部踏み出し体幹動揺の修正・確認



- 目線を合わせ、ゆっくりと丁寧な声掛け

[動画はこちらから](#)



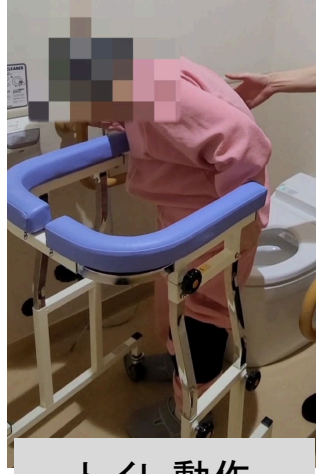
POCリハビリテーションの実際(モーニングリハ)

起床後すぐの状態に介入し、日中ADLとのギャップを評価

90歳代女性 頸椎症性脊髄症、黄色靭帯骨化症、腰部脊柱管狭窄症の術後リハビリ目的にて入院



靴履き動作



トイレ動作



食事動作

POCリハビリテーション介入

- 起居動作→靴の着脱→歩行→トイレ動作の一連動作を行う中で問題点を抽出
- 疾患別リハで行っている動作が反映できているかを確認

[動画はこちらから](#)



80歳代女性 左大腿骨頸部骨折、左橈骨遠位端骨折で手術・加療目的にて入院



立位での洗顔、歯磨き動作



洗面所までの移動

POCリハビリテーション介入

- 歯磨き、洗顔動作を通し左上肢機能の評価
- 整容動作を通し立位・歩行の耐久性を評価

[動画はこちらから](#)



POCリハビリテーションの利点

リハ室での「できるADL」を病棟での「しているADL」として**繰り返し**実践



高齢患者
+
認知症自立度が低い
入棟時ADLが低い

高齢患者
+
認知症自立度が改善
入棟時ADLが改善

Benefit

- ・できる能力での繰り返しのADL訓練による運動学習効果と、心身機能の維持・改善
- ・病棟スタッフとの連携の効率化

POCリハビリテーションがADLに与える影響①

地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーションの実施状況
ならびに導入病院と非導入病院間における患者転帰の検討

- 1) 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 (石川県能美市)
- 2) 京都大学大学院医学研究科薬剤疫学分野 (京都府京都市左京区)
- 3) 京都府立医科大学大学院医学研究科循環器内科学 (京都府京都市上京区)
- 4) 地域包括ケア病棟協会 (東京都千代田区)
- 5) メディカル・データ・ビジョン株式会社 (東京都千代田区)
- 6) 京都大学大学院医学研究科デジタルヘルス講座 (京都府京都市左京区)

医師 関知嗣^{1) 2) 3)}、仲井培雄^{1) 4)}、上田佳史¹⁾、川上浩司^{2) 4)}
事務職 西田径^{1) 4)} 会社員 中村正樹⁵⁾ 統計家 田中佐智子^{2) 6)}

2014年4月から2018年3月の間に
地域包括ケア病棟に入院した
18歳以上の患者
N = 25,381

除外基準に該当, N = 5,203
POCリハビリテーション導入の
有無に関する記載なし, N = 1,246
BMIの欠測, N = 1,721
喫煙歴の欠測, N = 1,522
入院中の死亡, N = 99
入院時または退院時のBIの欠測,
N = 615

解析対象集団, N = 20,178

POCR病院入院群
N = 10,056 (49.8%)

非POCR病院入院群
N = 10,122 (50.2%)

■ DPC対象病院の地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーション(POCR)導入の有無ならびに退院時Barthel index(BI)効率(退院時BI-入院時BI/入院期間)、30日以内の予定外再入院等について、多変量一般線形モデルおよびロジスティック回帰モデルを用いて解析した。

■ 2014年4月から2018年3月の間に24病院に入院した患者20,178人のうち、10,056人(49.8%)がPOCR病院入院群に分類された。



POCRリハビリテーションがADLに与える影響①

	POCR病院入院群	非POCR病院入院群	調整前		調整後*	
	中央値(25%, 75%)	中央値(25%, 75%)	β (95%信頼区間)	P value	β (95%信頼区間)	P value
BI効率(/日)	0(0, 1.3)	0(0, 1.3)	0.24(0.09 to 0.39)	<.001	0.23(0.08 to 0.40)	0.004
BI利得	0(0, 25)	0(0, 30)	0.16(-0.68 to 1.00)	0.7	1.51(0.80 to 2.22)	<.001
退院時BI	100(70, 100)	95(50, 100)	5.01(4.10 to 5.92)	<.001	1.51(0.80 to 2.22)	<.001
入院期間(日)	13(6, 25)	16(7, 32)	-5.87(-6.89 to -4.84)	<.001	-2.34(-3.45 to -1.22)	<.001

BI 利得は退院時 BI- 入院時 BI として算出した。

BI 効率は BI 利得 / 入院期間として算出した。

β 係数および 95% 信頼区間は非 POCR 病院入院群を対象として算出した。

* 共変量として、年齢、性別、Body mass index、喫煙歴の有無、入院時 BI、Charlson 併存症指数、病床規模（199 床以下、200-399 床、400 床以上の 3 分類）、入院年度、医療資源を最も投入した傷病名およびポストアキュート（同院他病棟からの転棟または他院からの転院）をモデルに含めた。

BI, Barthel Index; POCR, Point of care rehabilitation.

■ 主要アウトカムに関する一般線形回帰分析

- BI 効率の中央値(25%, 75%)は POCR 病院入院群で 0(0, 1.3)、非 POCR 病院入院群で 0(0, 1.3)
- 調整前、調整後のいずれも POCR 病院入院群は非 POCR 病院入院群と比べて BI 効率は有意に高値
- 副次的アウトカムである退院時 BI、入院日数、BI 利得についても、調整後の一般線形回帰分析において、POCR 病院入院群は非 POCR 病院入院群と比べて良好であった。

DPC対象病院における地域包括ケア病棟においてPOCRリハビリテーション導入病院への入院は良好な BI 効率と関連していた可能性がある。



POCリハビリテーションがADLに与える影響②

2023.12.14

地域包括ケア病棟入棟後から生活期までの
リハビリテーション効果に関する実態調査

地域包括ケア病棟協会
機能評価委員会

- 地ケア病棟・病床においてリハの対象になった患者の入院前の状態やリハの実施状況、退棟後(3カ月、6カ月)のリハ実施状況、生活機能の経過を調査
 - 多施設共同後ろ向き研究
 - 参加施設: 地域包括ケア病棟協会及び日本リハビリテーション病院・施設協会の各会員施設のうち地ケア病棟・病床を有する病院
2021年度調査: 22施設26病棟 3か月後調査: 21施設 6か月後調査: 15施設
2022年度調査: 44施設47病棟 3か月後調査: 40施設 6か月後調査: 17施設
 - 全体のうち入棟時～退棟後6か月まで BIの欠損がない者398例
2021年度調査: 包括介入(※)有群: 50例、包括介入無群: 42例
2022年度調査: 包括介入(※)有群: 163例、包括介入無群: 143例

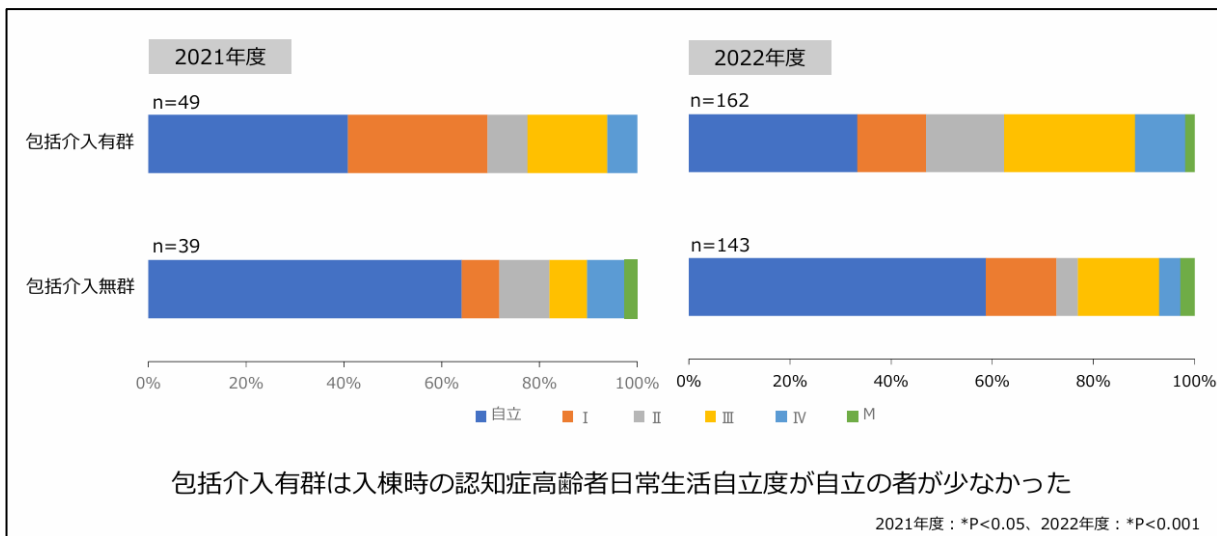
(※)補完代替リハビリテーションを示す

	2021年度		2022年度	
	包括介入有群	包括介入無群	包括介入有群	包括介入無群
n	50	42	163	143
平均年齢(歳)	81.7±11.4 ※P<0.05	74.5±15.9	79.1±14.5 ※P<0.05	74.8±14.9
平均在棟日数(日)	45.0±23.5 ※P<0.01	33.1±18.6	28.8±17.5 ※P<0.01	20.0±14.7
平均院内他病棟 +地ケア病棟在棟日(日)	56.1±26.9 ※P<0.01	39.0±26.0	40.3±23.5 ※P<0.01	33.2±22.4
地ケア病棟入棟期間中 平均提供リハ量(単位)	2.5±3.0	2.6±1.4	3.1±2.4	3.6±2.6

■ 各群のベースラインの比較

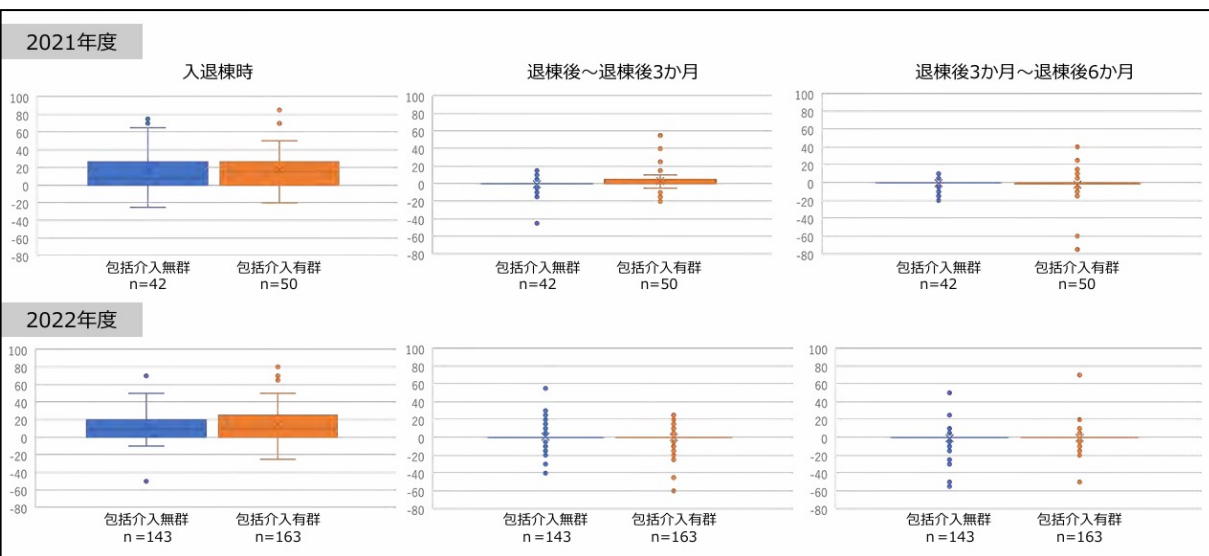
- 平均年齢は包括介入有群の方が有意に高い
- 平均在棟日数は包括介入有群の方が有意に長い
- 平均提供リハ量(単位)は包括介入の有無で有意差なし

POCリハビリテーションがADLに与える影響②



■ 地ヶア病棟(病床)入棟時の認知症高齢者日常生活自立度

- 包括介入有群は入棟時の高齢者日常生活自立度が自立の者が有意に少なかった



■ BI利得の2群間比較

- BI利得は包括介入有群と無群とでは有意差はなかった
- 両群ともに退棟後6か月後までBIの値は概ね維持できていた

POCリハビリテーションがADLに与える影響②

	偏回帰係数	標準回帰係数	VIF	有意確 (p)
退院時リハ指導実施の有無	2.697	2.1091	1.279	0.202
退院前カンファレンス開催有無	1.118	2.296	0.487	0.627
入院中からのケアマネとの連携の有無	0.474	2.330	0.203	0.839
認知症高齢者の日常生活自立度	-1.005	0.940	-1.069	0.286
年齢	0.180	0.078	2.310	0.022 *
包括介入の有無	4.801	2.062	2.328	0.021 *
要支援,要介護度	-1.481	0.456	-3.243	0.0013 **

R-squared: 0.09394 ANOVA '***' 0.01 '**' 0.05

■ BI利得に対する多変量解析

- BI利得の因子は、年齢、包括介入の有無、介護度が抽出された
- BI利得は、両群間で有意差なし
- BI利得に影響を与えうる評価項目の中で、「包括介入の有無」が一番BI利得に影響を与えた

※ 標準偏回帰係数は、ADL利得に対する影響の大きさを評価項目間で直接比較できる

※ 偏回帰係数はその説明変数が1増加するとADL利得がどれだけ増加/減少するかを示す

入棟時に高齢者生活自立度が低い患者に対する包括介入が、ADLの改善に貢献している可能性があり、動作能力・生活動作の改善に補完代替リハは有用であることが示唆された。

POCリハビリテーションがADLに与える影響③

2024.03.06

2023年度
補完代替リハビリテーション
実態調査(R5補完調査)報告

令和5年度
補完代替リハ
実態調査



■ 補完リハ実施が患者のADLスコアに与える影響を調査

- 多施設共同後ろ向き研究
- 参加施設: 地域包括ケア病棟協会に属する72病院
- 以下の条件を満たした497例 補完リハあり群: 250例、補完リハなし群247例
 - ①地域包括ケア病棟入院症例 ②疾患別リハビリテーションを実施した症例
 - ③評価項目にデータ欠損がない
- 補完リハ有無の2群比較、ADL利得に対する単変量解析、多変量解析

		全症例		補完リハ(+)		補完リハ(-)		P値		
		n = 497	(%)	n = 250	(%)	n = 247	(%)	parametric	nonparametric	
年齢	(歳)	平均 ± 標準偏差	82 ± 12	84 ± 9	81 ± 14			0.0006	0.012	
		最小-最大	18 - 107	49 - 100	18 - 107					
		中央値	85	86	84					
		第1-第3四分位点	78 - 90	80 - 90	77 - 89					
性別	(例)	男性	162	33	83	33	79	32	0.77	0.78 *
		女性	335	67	167	67	168	68		
認知症 自立度	(例)	自立	143	29	60	24	83	34	0.047	0.049 *
		I	95	19	46	18	49	20		
		II	114	23	61	24	53	21		
		III	93	19	59	24	34	14		
		IV	47	9	22	9	25	10		
		V	5	1	2	1	3	1		
障害高齢者 自立度	(例)	自立 - II	352	71	167	67	185	75	0.048	0.056 *
		III - V	145	29	83	33	62	25		
		J1	91	18	29	12	62	25		
		J2	55	11	34	14	21	9		
		A1	79	16	39	16	40	16		
		A2	65	13	33	13	32	13		
		B1	67	13	40	16	27	11		
		B2	51	10	27	11	24	10		
		C1	39	8	24	10	15	6		
		C2	50	10	24	10	26	11		
	J1 - A2	290	58	135	54	155	63	0.048	0.056 *	
	B1 - C2	207	42	115	46	92	37			

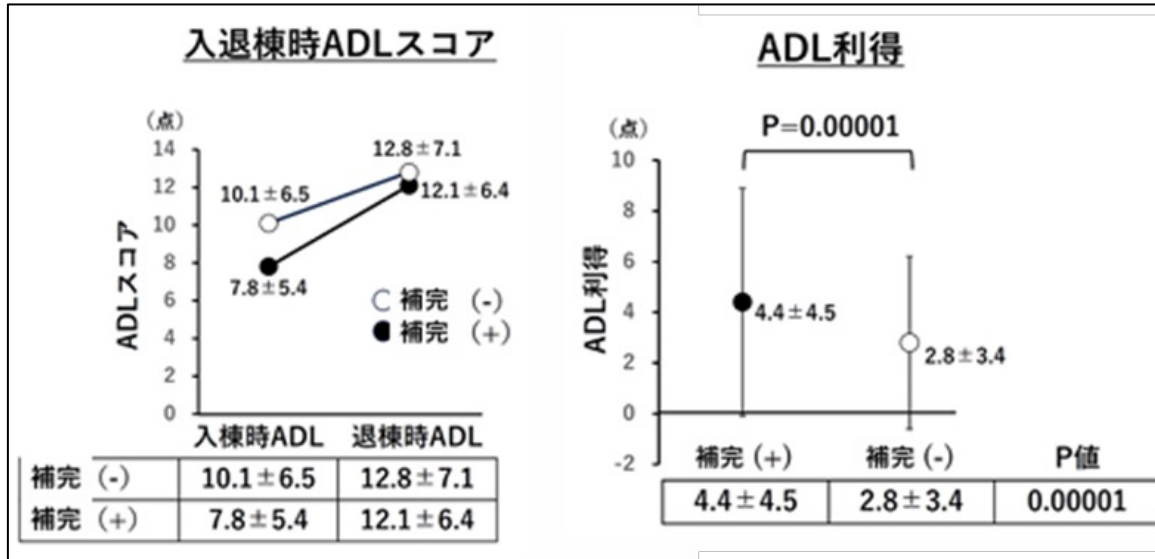
* Fisher's exact test

■ 2群間のベースラインの比較

- 年齢は補完リハ(+)群が有意に高い
- 性別は2群間で差はない
- 認知症自立度は補完リハ(+)群が有意に低い
- 障害高齢者自立度は2群間で一貫した差はない

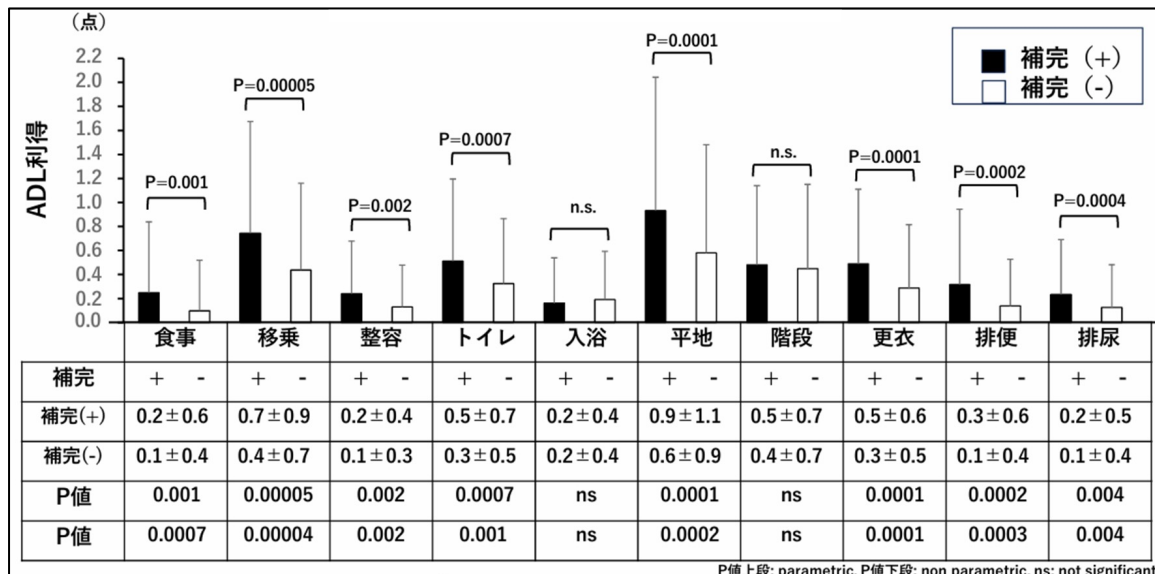
詳細は地域包括ケア推進病棟協会HP 会員専用ページ参照

POCリハビリテーションがADLに与える影響③



■ ADLスコア2群間比較

- 入棟時ADLは補完リハ(+)群が有意に低い(7.8vs 10.1)
- 退棟時ADLは2群間で一貫した差がない
- ADL利得は補完リハ(+)群が有意に大きい(4.4vs 2.8)
- ADL効率は補完リハ(+)群が有意に大きい(0.12vs 0.09)



■ ADLスコア項目別利得の2群間比較

- ADLスコア10項目別のADL利得は、すべての因子でプラス
- 2群間比較では、食事、移乗、整容、トイレ、平地歩行、更衣、排便、排尿の8項目において、ADL利得は補完(+)群が有意に大きい

POCリハビリテーションがADLに与える影響③

	標準 偏回帰係数	偏回帰係数	偏回帰係数		P値
			95% CI		
			下限値	上限値	
定数項		2.85	0.49	5.22	0.02
年齢	0.01	0.003	-0.03	0.03	0.83
性別	0.07	0.57	-0.16	1.30	0.13
認知症自立度	-0.18	-1.64	-2.51	-0.77	0.0002
高齢者自立度	-0.11	-0.89	-1.69	-0.09	0.03
補完リハ有無	0.22	1.80	1.12	2.49	0.0000003

■ ADL利得に対する多変量解析

- ADL利得の因子は、認知症自立度、高齢者自立度、補完代替リハの有無が抽出された
- ADL利得に影響を与えうる評価項目の中で、「補完リハの実施」が一番ADL利得を有意に増大させた。

※ 標準偏回帰係数は、ADL利得に対する影響の大きさを評価項目間で直接比較できる

※ 偏回帰係数はその説明変数が1増加するとADL利得がどれだけ増加/減少するかを示す

疾患別リハビリテーションが実施されている地域包括ケア病棟入院患者に対して、補完リハビリテーションを併用することは、ADLをさらに改善する可能性が示唆された。

よくある質問

リハ処方箋について

- Q 処方箋は必要ですか？また、処方箋の指示内容(記載内容)はどのように記載しますか？
- A 補完代替リハを行う際は処方箋が必要と捉えています。リハ開始時から疾患別リハ及び補完代替リハの両方を記載すれば1枚の処方箋で良いです。しかし、リハ開始時が疾患別リハのみの処方の場合、補完代替リハの内容を追記した処方箋を再発行する必要があります。また、「主治医が包括的指示として処方」とありますが、文言や内容に明確なものはありません。

よくある質問

リハ実施計画書について

Q 補完代替リハを実施する際は、必ず実施計画書を作成する必要がありますか？

A 必ずしも必要ではありませんが、リハ実施計画書の作成を推奨しています。

よくある質問

補完代替リハの実施内容について

Q 補完代替リハとして、どんなことをしたら良いのか、どう取り組めば良いですか？

A 例えば、実施する際に5頁の補完代替リハの5つの取り組みを全てしないといけないということは無く、主治医の指示の下、患者に必要なことに対して取り組んで下さい。

おわりに

地域包括ケア推進病棟協会 会長 仲井培雄

2014年度、地域包括ケア病棟(以下 地ケア病棟)は、地域包括ケアシステムを支えることを目途に新設されました。検査・処置に加えてリハビリテーション(以下 リハ)等の多くの項目が包括算定とされ、疾患別・ガン患者リハは1日平均2単位以上提供することが要件とされました。

一方、補完代替リハは、地ケア病棟の創設時に考案され、診療報酬上は評価されていないリハであり、疾患別リハに加えて行う補完リハと、疾患別リハの代わりに行う代替リハに大別されます。当時、リハ包括算定を活用して、介護施設で行われているような機能訓練やリハを医療施設でも行えないかと、認知症・廃用症候群のリハのあり方を熟考した結果、POCリハが考案されました。しかし、POCリハの概念が理解されず、集団リハや院内デイケア、自主練習指導、運動療法指導等と体系付けた補完代替リハについても整理されておらず、直ぐには普及しませんでした。

そこで、POCリハのアンケート調査を実施したところ、早期からリスクに対応しつつ患者の普段から「しているADL」へ介入できること、短時間・頻回に低負荷の介入ができること、サルコペニア・悪液質・認知症患者等に介入しやすいこと、他職種や患者家族に指導・伝達しやすいことが判明しました。

現在は、POCリハを含む補完代替リハには一定のエビデンスが得られ、ADLの向上に寄与していることが判明しています。進化は止まらず、HAL腰タイプというロボットを使った運動神経を鍛えるPOCリハや、コロナ禍で感染対策に準拠したオンライン運動療法指導等に、発展しています。更に、2024年度診療報酬改定において新設されたリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(急性期一般病床等)と、同連携加算(地域包括医療病棟)について、疾患別リハ等の対象とならない患者に対しては、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととなっています。まさにPOCリハを含む補完代替リハの提供が期待されています。

本パンフレットの作成に当たって、当協会の会員施設からメンバーを募り、機能評価委員会の下部組織として補完代替リハワーキンググループを設置しました。初めての取り組みのため、メンバーには大変な苦勞をおかけしましたが、普及啓発を目指し、動画や写真を交えた親しみやすい内容になったと感謝しております。地ケア推進病棟協会の会員の皆様におかれましては、パンフレットを最大限活用頂き、1人でも多くの患者さんに補完代替リハの良さを体感して頂きたいと願っています。これからも補完代替リハを育てて頂きますよう、どうぞよろしくお願い致します。



一般社団法人

地域包括ケア推進病院協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care