厚生労働省 保険局 医療課 医療課長 宮嵜 雅則様

> リハビリテーション専門職団体協議会 公益社団法人日本理学療法士協会 会 長 半田 一登 一般社団法人日本作業療法士協会 会 長 中村 春基 一般社団法人日本言語聴覚士協会 会 長 深浦 順一

平成28年度診療報酬改定に関する要望

平素より我々の活動にご理解をいただき心より感謝しております。

今年度の介護報酬改定では、高齢者の生活を地域で支えていくために、介護保険下でのリハビリテーションの質を担保する方向に向けた改定が行われました。続く平成28年度診療報酬改定では、より早期かつ円滑に医療機関から地域での生活への移行および社会復帰を進めるとともに、医療保険下でのリハビリテーションの質の担保についても検討していく必要があります。我々リハビリテーション専門職団体協議会はこれらの方針に則り、高度急性期等の早期に患者の機能低下を防ぐ予防的な関わりや、退院後の活動・参加の促進につながるリハビリテーション専門職の関わりについて、そしてがん患者、精神科病棟入院患者等、重点的な対応が求められる分野におけるリハビリテーションの在り方を検討して参りました。

つきましては、別紙の通り診療報酬改定に関する要望を取りまとめましたので、ご尽力賜ります よう宜しくお願い申し上げます。

要望項目一覧

●リハビリテーション提供体制について (別紙2)

- 1. 急性期に関する提案
- (1) ICU 等の集中治療室における、リハビリテーション専門職の専従配置
- (2) 急性期休日リハビリテーション提供体制加算の新設
- 2. 回復期に関する提案
- (1)職場・学校への訪問指導の評価
- (2) 回復期における活動・参加を支援するカンファレンス等の推進
- 3. 精神科病棟に関する提案
- (1) 精神科病棟入院患者の廃用症候群等の予防に向けたリハビリテーション専門職の配置
- (2) 精神科リハビリテーション総合計画評価料の新設
- (3) 精神科作業療法の時間要件の緩和
- 4. リハビリテーション医療の充実に関する提案
- (1) リンパ浮腫に対するリハビリテーション専門職の関与の評価
- (2)緩和ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等の評価
- (3) 人工透析施設への理学療法士・作業療法士の配置に対する加算の新設
- (4) 病床数に応じたリハビリテーション専門職の配置および地域移行を推進する専従者の活動 範囲の提案
- 5. 医療-介護間での「活動と参加」に向けた連携の充実
- (1) 医療-介護連携における ICF に基づいた生活行為申し送り表の活用

●リハビリテーション専門職団体協議会での要望 職名追記に関して(別紙3)

- (1) 呼吸器・運動器リハビリテーション料における言語聴覚士の介入
- (2) 言語聴覚士、作業療法士の呼吸ケアチームへの参加
- (3) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を職名追記
- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) における言語聴覚士の専従要件の見直し
- (5) 摂食機能療法における摂食嚥下障害者の主疾患の拡大
- (6) 臨床心理・神経検査の追加

平成 28 年度診療報酬改定 要望事項

リハビリテーション提供体制について

リハビリテーション専門職団体協議会

公益社団法人日本理学療法士協会 一般社団法人日本作業療法士協会 一般社団法人日本言語聴覚士協会

2015年9月

<目次>

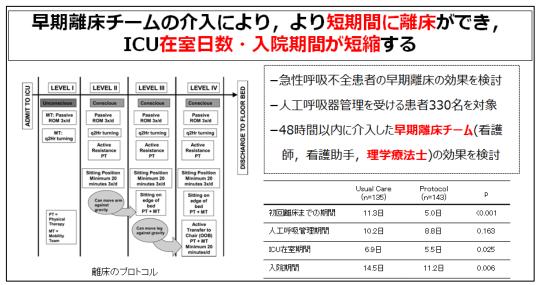
- 1. 急性期に関する提案
- (1) ICU 等の集中治療室におけるリハビリテーション専門職の専従配置 (P.4)
- (2) 急性期休日リハビリテーション提供体制加算の新設 (P.5)
- 2. 回復期に関する提案
- (1) 職場・学校への訪問指導の評価 (P.7)
- (2) 回復期における活動・参加を支援するカンファレンス等の推進 (P.8)
- 3. 精神科病棟に関する提案
 - (1)精神科病棟入院患者の廃用症候群等の予防に向けたリハビリテーション専門職の配置 (P.10)
- (2) 精神科リハビリテーション総合計画評価料の新設 (P.11)
- (3)精神科作業療法の時間要件の緩和 (P.12)
- 4. リハビリテーション医療の充実に関する提案
- (1) リンパ浮腫に対するリハビリテーション専門職の関与の評価(P.14)
- (2)緩和ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等の評価 (P.15)
- (3) 人工透析施設への理学療法士・作業療法士の配置に対する加算の新設 (P. 16)
- (4) 病床数に応じたリハビリテーション専門職の配置および地域移行を推進する専従者の活動 範囲の提案 (P. 17)
- 5. 医療-介護間での「活動と参加」に向けた連携の充実
- (1) 医療-介護連携における ICF に基づいた生活行為申し送り表の活用(P.19)

1. 急性期に関する提案

(1) ICU 等の集中治療室におけるリハビリテーション専門職の専従配置

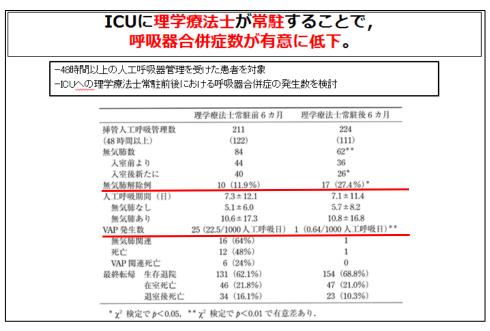
高度急性期のさらなる機能分化の観点から、ICU等の集中治療室において、医師・看護師・理学療法士等の多職種連携チームが集中的にケアにあたり、できるだけ早期の退室を安全に推進していく体制の強化が必要です。集中治療室における多職種連携チームに理学療法士等が加わることについてのエビデンスは数多く存在し、退室等の期間を短縮する効果(図1)や、呼吸器合併症の予防(図2)に対する効果が明らかになっています。

以上のことから、ICU、NICU、ER、HCUにおいて、リハビリテーション専門職を土曜・日曜・祝日に関わらず365日の体制で、専従で配置した際の評価の新設を要望します。



参照: Respir Care 55(4): 400-407, 2010.

(図1 ICUにおけるチーム医療の有効性(早期離床、在室日数の削減、入院期間の短縮))



参照: Jpn J Rehabil Med 51: 209-213, 2014.

(図2 ICUにおけるチーム医療の有効性(呼吸器合併症の予防))

(2) 急性期休日リハビリテーション提供体制加算の新設

急性期病床の機能分化を進めていく上で、早期から十分なリハビリテーションを提供することで ADL の回復をさらに加速し、在院日数の短縮と在宅復帰率の向上をさらに強化していく必要があります。急性期一般病床における 365 日のリハビリテーションは、在院日数を短縮し、在宅復帰を促進すると報告されていますが、現状において土曜・日曜・祝日にリハビリテーションが提供されていない施設が存在し、急性期病床の早期リハビリテーションの提供は十分とは言えない状況です。

以上のことから、さらなる急性期病床の在院日数の短縮・在宅復帰率の向上を目的に、一般病棟入院基本料(7対1入院基本料または10対1入院基本料に限る)を算定する病棟において、土曜・日曜・祝日に疾患別リハビリテーションを提供した際の評価として、所定の疾患別リハビリテーション料 1単位につきに10点を加算する、「急性期休日リハビリテーション提供加算(仮)」の新設を要望します。

<u>急性期休日リハビリテーション提供加算の</u> 根拠と期待される効果

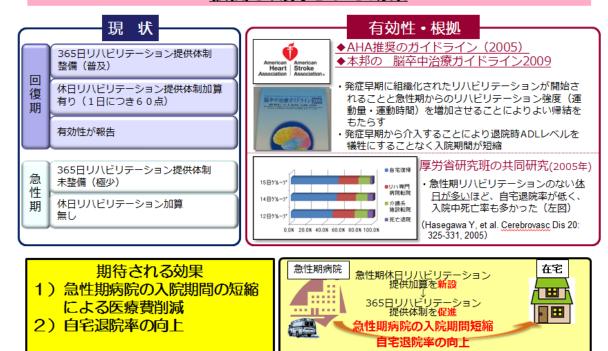


図3 急性期休日リハビリテーション提供加算の根拠と期待される効果

2. 回復期に関する提案

(1) 職場・学校への訪問指導の評価

近年、活動・参加を目指すリハビリテーションの必要性が強く示されています。回復期病棟において復学・復職を想定したリハビリテーションが必要な主な年齢層である 60 歳以下の患者は日本理学療法士協会の調査では患者の約1割存在し、このような復職・復学を目指す患者の回復期リハビリテーションにおいては在宅復帰だけでなく、退院後の社会参加を念頭に置いたリハビリテーションゴールの設定とマネジメント、プログラムの策定が求められます。

回復期患者の復職・復学の可否、またその後の継続性に影響を与える因子にはこれまで多くの報告がありますが、特に本人の意欲は復職・復学いずれにおいても重要な因子であり、早期からリハビリテーションの復職・復学先の環境等を評価し反映させたゴールを、患者及び医療専門職で共有することが重要であると考えられます。また発症早期からの職場関係者との連携も失職を防ぎ、円滑な復職を助ける観点から必要とされています。しかし、現状として、入院時訪問指導加算の訪問先は患家に限定されており、在宅復帰に加えて社会復帰を目指す患者の入院時評価において、職場等の環境評価、関係者との連携はほぼ行われていないのが現状です。(図4)

以上のことから、入院時訪問指導加算の訪問先について、患家に加えて職場・学校を含める ことを要望いたします。

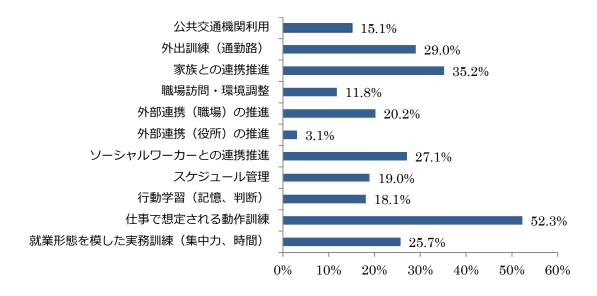


図4:回復期病棟において復職等に向けて行った取り組み(n=642)

参照:平成27年 日本理学療法士協会調べ(全国の回復期病院1065施設、回答率62.2%)

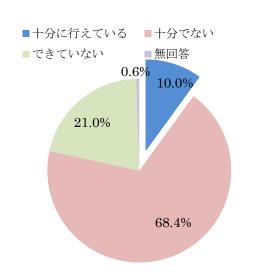
(2)回復期における活動・参加を支援するカンファレンス等の推進

回復期病棟において、活動・参加の更なる支援を強化するためには、個別訓練だけではなく、 介護保険領域で働く専門職との連携が肝要です。回復期病棟入棟中に、医療・介護両領域の職種が連携してリハビリテーションについてカンファレンスを行う機会を設けることができれば、医療側の地域での生活を想定したリハビリテーション実施に資するだけでなく、介護側にとっても「リハビリテーション会議」の実施を促進することが期待されます。

しかし、家庭内での役割復帰(家事等)・地域社会への参加に関する連携が十分行えている 病棟の割合は、全国の回復期病棟の 10%程度であり (図 5 左)、取り組みができていない理由 (図 5 右)には、特に提供単位数が標準 18 単位を越えている病棟で時間的な余裕がないこと が高い割合を占めていました (図 6)。

以上のことから、上記の取り組みが十分に行えるように、リハビリテーション専門職が算定する個別訓練単位の一日の上限を再考し、医療・介護両領域の職種が連携してリハビリテーションに関するカンファレンスを行う機会を設けることを要望いたします。

図5:家庭内・地域の参加に関する連携状況(左)十分にできていない理由(右)(n=1082)



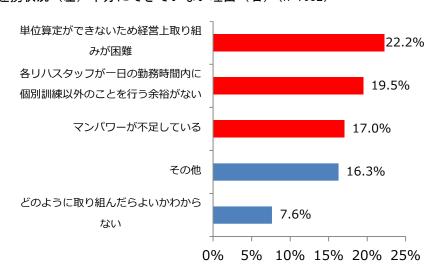
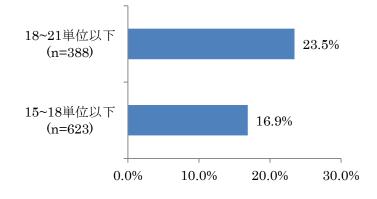


図6:一日の提供単位数別 参加に関する連携を勤務時間内に行う余裕がない割合



3. 精神科病棟に関する提案

(1)精神科病棟入院患者の廃用症候群等の予防に向けたリハビリテーション専門職 の配置

精神科病棟入院患者の地域移行を推進していくためには、地域の受け皿を整備し、アウトリーチ機能を充実すると同時に、入院中の転倒による骨折や廃用症候群を防ぐ取り組みを強化していく必要があります(図7)。全国の精神科病棟を対象とした調査では(図8、9)、地域移行を困難にする課題として、身心機能の低下を予防する取り組みが入院中に十分に行えなかったという回答が多く寄せられました。またリハビリテーション専門職を病棟に専従で配置している病棟ほど、予防への取り組みが行われやすいことが明らかになりました。

以上のことから、病棟内の転倒や廃用症候群の予防を目的とした、専従の理学療法士等を配

置した際の評価の新設を要望致します。

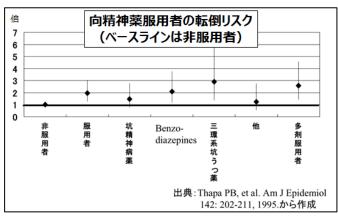


図7 向精神薬服用者の転倒リスク

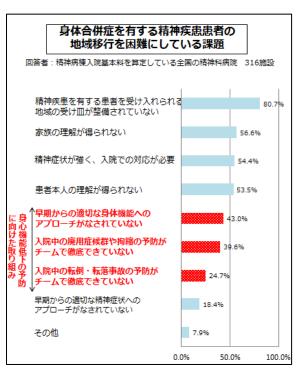


図8 身体合併症を有する精神疾患患者 の地域移行を困難にしている課題

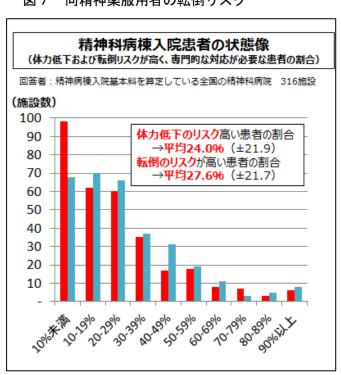


図9 精神科病棟入院患者の状態像

参照: 平成 27 年 日本理学療法士協会調べ

(精神病棟入院基本料を算定している全国の精神科病棟 1226 施設を対象. 回答率 25.7%)

(2) 精神科リハビリテーション総合計画評価料の新設

身体障害に対するリハビリテーションにおいては、既に平成 16 年から、リハビリテーション総合実施計画評価料 (H003-2) が導入され、チーム医療が評価されています。また、平成24 年度からは、精神科リエゾンチーム加算(A230-4)も定められ、一般病棟における多職種連携は強化されています。

精神科チーム医療においても、一般科と同様に、医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者等との多職種による共通の書式に則り、協働としての評価(患者のアセスメント)を実施し、退院促進・地域移行・地域生活定着を目指したチームによる適切な支援体制を整備する必要が高まっています。

(一社)日本作業療法士協会は、身体障害と同時期となる平成15年9月に、「精神科リハ総合実施計画書(案)」を添えて要望したのを最初に、この10年間、書式の見直しを図りながら、標記の新設評価を一貫して繰り返し要望してきました。同学術部 作業療法マニュアル51「精神科訪問型作業療法」(2012)にて、一部の施設で試験運用を行い、作業療法士からは「他職種との情報が共有しやすくなった」「入院時作業療法から退院後のイメージが明確化した」と、また他職種からは「精神科デイケアではこの1枚で情報が網羅され活用できた」「職種間の持つ情報と目標が整理しやすくなった」と評価を得ています。

一方、(公社) 日本精神科病院協会が、平成 26 年度に実施した厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神保健福祉法改正後の医療保護入院の実態に関する全国調査」の報告書において、医療法後入院者退院支援委員会についての意見ではありますが、「記録や方法などに微妙な違いがあり、どちらの委員会をいつ開き、審議録はどちらを使用するのか等、現場では混乱が起きている状況です。記録だけでも統合した書式ができると、混乱が少なくなると考えられる」(同報告書 p8)という報告があがっています。

以上より、リハビリテーション総合実施計画策定に際しては、よりきめ細かなリハビリテーション計画が立てられ、それに基づいた作業療法が実施できる体制、つまり、急性期から慢性期に渡り、個人作業療法が実施できる体制の整備が必要となります。精神科におけるチーム医療を推進するため、多職種が共同して作成する精神科リハビリテーション総合実施計画書(別紙4)を定め、精神科の総合的なリハビリテーションを行うことを要望します。

(3) 精神科作業療法の時間要件の緩和

1974 年に診療点数化されてから現在まで、精神科作業療法は2 時間を1 単位として運用さ れてきました。しかしこの間、入院患者の高齢化や急性期患者への早期対応の充実などが進ん できており、これら時代の潮流から精神科作業療法の現状とニーズも、以下のように変容し多 様化しています。

- (1) 医師の精神科作業療法への処方があり治療的な関わりを十分している患者でも、
 - ①精神症状の悪化や集中力が続かず疲労する等を理由に、2 時間参加できない患者が 多い。
 - ②急性期における病態憎悪の患者に対しても実施されているが、2 時間に満たないこ とも多い。
 - ③患者の高齢化に伴い、身体機能的にも精神機能的にも2時間継続して精神科作業療 法に取り組むことが困難なケースが増えている。
- (2) 患者の集中度と疲労度を考慮して2時間は長く、その制約から未処方となり、治療機 会を逸している場合がある。
- (3) 日本作業療法士協会の調査(平成26年度)では、回答のあった作業療法士の89.5% (145/162件)が2時間は「長い」と感じている。
- (4)2時間に満たない参加から次第に2時間参加が可能となるなど、2時間に満たない関 わりが患者の回復に寄与することも多い。

これら、個別対応の必要な対象者の病態に応じて実施時間も柔軟に対応する必要性があると 考えられます。そこで、精神科作業療法の実施時間の見直しにより、2時間の枠で大集団での 関わりを前提とした現行の基準に加えて、短時間の時間枠で集中的に個別の関わりも可能とす る基準への転換をお願いしたいと思います。

以上のことから、医師が上記1)の①~③に該当すると判断した患者について、作業療法を 実施した場合には、現行の1単位2時間に満たない場合でも、算定可能とすることを要望いた します。

精神科作業療法の実施時間について(1単位あたり2時間)

- 井 医師の精神科作業療法への処方があり治療的な関わりを十分している患者でも、 ①精神症状の悪化や集中力が続かず疲労する等を理由に、2時間参加できない患 者が多い。
 - ②急性期における病態憎悪の患者に対しても実施されているが、2時間に満たないこ とも多い。
 - ③患者の高齢化に伴い、身体機能的にも精神機能的にも2時間継続してプログラム に取り組むのが困難なケースが増えている。
- # 患者の集中度と疲労度を考慮して2時間は長く、その制約から未処方となり、治療機 会を逸している場合がある。
- 井 日本作業療法士協会の調査(平成26年度)では、回答のあった作業療法士の89.5% (145/162件)が2時間は「長い」と感じている。
- 井 時間に満たない参加から次第に2時間参加が可能と なるなど、2時間に満たない関わりが患者の回復に 寄与することも多い。
- # 個別対応の必要な患者も多く、病態に合ったより細や かな時間枠の設定が求められている。



(平成26年度精神科作業療法モニター調査より)

4. リハビリテーション医療の充実に関する提案

(1) リンパ浮腫に対するリハビリテーション専門職の関与の評価

わが国のリンパ浮腫患者は、約10万人存在するといわれており、不適切な対応による重症 化により、関節機能障害による歩行・セルフケアなどの日常生活活動障害が生じ、皮膚潰瘍・ 蜂窩織炎から敗血症を発症することもあります。

リンパ浮腫には根治治療が存在せず、早期からの適切な対応が重要となります。国際リンパ 学会のガイドラインでは、四肢リンパ浮腫に対する第一治療選択肢は、発症早期から複合的治療(スキンケア・リンパドレナージ・圧迫療法・圧迫下での運動療法など)を行うことである とされており(図11)、海外では保険収載されている例もございます。

しかしながら、わが国では諸外国に比べ、リンパ浮腫診療に関して社会保障制度が遅れているのが現状です。患肢の状態にあわせた適切な複合的治療の施行により浮腫の軽減・悪化予防が期待でき、継続した指導と治療の実現に向けたリンパ浮腫に対するリハビリテーション専門職の関与の報酬化を希望いたします。

技術概要

医師もしくは医師の指示に基づいて看護師、理学療法士、作業療法士が、 複合的治療[スキンケア、用手的リンパドレナージ、圧迫療法、圧迫下での 運動療法、および日常生活指導]を実施した場合について質定

対象

• 入院、外来にて、原発性および続発性リンパ浮腫の診断を受けた者で、症状を有し、複合的治療が必要と認められる患者

有効性·効率性

- 北村らの報告によると、複合的治療によるリンパ浮腫の改善率は、上肢 73.7%、下肢75%と示されている**。また、リンパ浮腫の診療に関するガイド ラインは、リンパ浮腫診療ガイドライン*などが発行されており、適切な複合 的治療を実施することで、RCTによる治療効果や生活の質の改善が示されている。
- 医学管理料である「リンパ浮腫指導管理料」では、実施回数が入院、外来合わせて2回と少なく制限されており、重症者への対応としては不十分であることから、本技術料の新設よる適切な診療体制の確立が必要である。

図11. 四肢リンパ浮腫に対する複合的治療の評価

【根拠となる研究結果】

- 1) 北村薫・河本 美由紀, 作田 裕美・他: リンパ浮腫診療における PCAPS の導入: リンパ 学 36 (1) 57-59, 2013
- 2) リンパ浮腫診療ガイドライン作成委員会編:リンパ浮腫診療ガイドライン 2014 年度版、金原出版株式会社、2014

(2)緩和ケア病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等の評価

緩和ケア病棟(医科診療報酬点数表 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 第3節 特定入 院料 A310 緩和ケア病棟入院料)は、包括医療であるため、リハビリテーションの出来高算定 ができません。

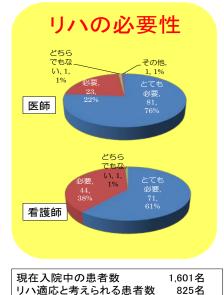
そのため、リハビリテーションの支援を必要としている入棟者への支援が不十分となり、緩和ケア病棟の役割である看取りや在宅復帰支援に支障をきたしています。

以上の問題を解消するために、緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの出来高算定の実現、または同病棟の施設基準へのリハビリテーション専門職の配置を要望いたします。

日本ホスビス緩和ケア協会・日本理学療法士協会・日本言語聴覚士 協会と共に、緩和ケア病棟におけるリハ実態調査を実施

日本ホスピス緩和ケア協会に所属している236施設の緩和ケア病棟代表者(医師、看護師、療法士)に査票を送付し、郵送にて回収・ (調査期間:2012年10月から11月12日までとした。)

回収率	46.2% (109通)
病床数	総計2,081床(平均19.1床)
病棟稼働率	82.6% (45~102%)
過去3か月間の入院者数	4,168名(平均39.3名)
現在の入院者の平均年齢	73.7歳
入院の待機期間	17.1⊟ (1~80⊟)
平均在院日数	37.3⊟ (15~92⊟)



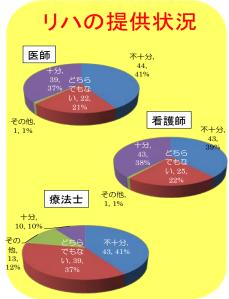


図 12. 緩和ケア病棟におけるリハ実態調査(調査期間: 2012年10月から11月12日)

(3) 人工透析施設への理学療法士・作業療法士の配置に対する加算の新設

日本透析医学会の 2013 年度の報告によると、10 年間で 7 万 7000 人増加しているとされる慢性人工透析患者は、特徴的に下肢の筋力が健常者の 40%程度まで低下し、酸素摂取量の低下も認められ、ADL が低下しやすい状態となります(図 1 3)。また、脳血管疾患や骨折、末梢循環障害(下肢切断等に進行)、心血管病変などを合併しやすく、重症化予防を行うことが重要です。廃用症候群予防・重症化予防・介護予防を行うためには運動療法の実施が効果的であるとされ(図 1 4)、また運動療法には透析効率の増加、生命予後の改善等の効果も報告されています。しかし、透析患者に対する運動プログラムの作成には運動負荷試験等に基づく適切な運動負荷量の管理が必要です。加えて透析患者は虚血系心疾患を合併する割合が 6 割であり、腎機能低下に伴う血液量の増加によって心負荷も高いことからハイリスク患者が多く、運動の実施においても医療専門職の監視が不可欠であるといえます。また作業療法士によるシャント、身体機能の低下に配慮した日常生活動作の指導も必要となります。

以上のことから、透析施設において、心身機能・日常生活動作能力の維持・向上等を目的と した指導に関わる理学療法士・作業療法士を配置した場合の加算の創出を要望いたします。

図13:入院・外来透析患者の FIM 点数

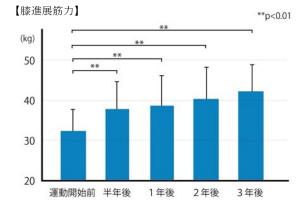
図14:透析患者への運動療法実施による 膝伸展筋力と全身持久力の変化(n=38)

大項目	中項目	小項目	入院 HD 患者	外来 HD 患者	同年代健常者
		食事	5.0 ± 0.2	6.6 ± 0.2	7.0 ± 0.0
		整容	3.2 ± 0.2	6.4 ± 0.3	7.0 ± 0.0
	41.74.7	清拭	1.1 ± 0.1	5.2 ± 0.5	6.1 ± 0.1
	セルフケア	更衣 (上半身)	1.4 ± 0.1	5.5 ± 0.5	7.0 ± 0.0
		更衣 (下半身)	1.4 ± 0.1	5.6 ± 0.4	6.6 ± 0.2
運動項目		トイレ動作	3.0 ± 0.2	6.4 ± 0.3	6.9 ± 0.1
	Hellow 2, 1 page 4.	排尿管理	4.8 ± 0.2	7.0 ± 0.0	7.0 ± 0.0
	排泄コントロール	排便管理	3.9 ± 0.2	6.5 ± 0.2	7.0 ± 0.0
		ベッド・イス・車イス	3.4 ± 0.2	6.5 ± 0.2	6.9 ± 0.1
	移乗	トイレ	3.1 ± 0.2	6.4 ± 0.2	6.9 ± 0.1
		浴槽・シャワー	1.1 ± 0.1	5.5 ± 0.4	6.4 ± 0.1
	ft-ml.	歩行・車イス	2.1 ± 0.2	5.4 ± 0.4	6.8 ± 0.1
	移動	階段	1.0 ± 0.0	3.8 ± 0.5	6.0 ± 0.4
	運動項目計		34.8 ± 1.5	76.7 ± 3.2	87.6 ± 0.7
	w 3 - w b - 3 - 3	理解	5.4 ± 0.2	6.7 ± 0.2	7.0 ± 0.0
	コミュニケーション	表出	5.3 ± 0.2	6.8 ± 0.2	7.0 ± 0.0
		社会的交流	4.9 ± 0.2	6.6 ± 0.2	7.0 ± 0.0
認知項目	社会的認知	問題解決	4.9 ± 0.2	6.6 ± 0.2	7.0 ± 0.0
		記憶	5.1 ± 0.2	6.5 ± 0.3	7.0 ± 0.0
	認知項目計		25.7 ± 1.0	33.3 ± 1.1	35.0 ± 0.0
	FIM 総得点	X	60.0 ± 2.2	110.0 ± 3.9	122.4 ± 0.7
	BI 総得点		38.8 ± 2.7	78.4 ± 5.3	99.6 ± 0.3

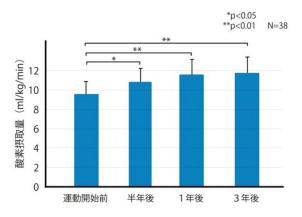
数値はすべて平均±標準誤差で示した.

BI は運動項目との比較のために総得点のみ示した.

HD, hemodialysis: FIM, Functional Independence Measure; BI, Barthel Index



【AT(無酸素性代謝閾値)における酸素摂取量】



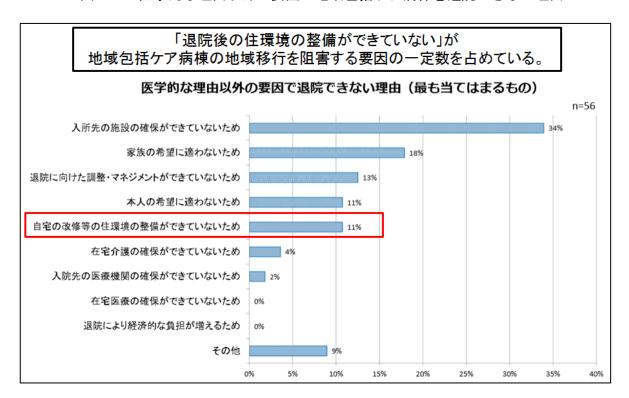
引用:松嶋哲哉: 透析患者における運動と効果: 臨床と研究. 日本透析医会雑誌, 28(1), 94-100, 2013. 村上卓也: 入院透析患者の ADL 低下は生命予後予測因子である: 透析会誌, 47(2), 129-136, 2014.

(4) 病床数に応じたリハビリテーション専門職の配置および地域移行を推進する専 従者の活動範囲の提案

地域包括ケア病棟に専従で配置されるリハビリテーション専門職は、疾患別リハビリテーションの提供に加え、円滑な地域移行に向けた退院先(看家等)の評価・環境調整や、多職種と協働した廃用症候群の予防を進めていく必要があります。しかし現行の解釈においては、専従で配置されているリハビリテーション専門職が病棟外で業務することが認められておらず、結果、多くのリハビリテーション専門職が病棟内の業務のみに従事しております。

そこで、病棟入院患者の円滑な地域移行等を目的に、リハビリテーション専門職が専従する病棟を離れ、病棟外で実施される会議に出席することや看家の評価に訪問することを可能とすることを要望致します。

図15 医学的な理由以外の要因で地域包括ケア病棟を退院できない理由



参照: (平成27年度第6回) 入院医療等の調査・評価分科会 資料

5. 医療-介護間での「活動と参加」に向けた連携の充実

(1) 医療-介護連携における ICF に基づいた生活行為申し送り表の活用

平成27年度の介護報酬改定ではICFの概念である「活動と参加」に焦点を当てたリハビリテーション介入が推進され、「生活行為向上リハビリテーション」が新設されました。このなかで、「生活行為向上マネジメント」に用いられている書式の一部が別紙様式として挙げられています。

急性期や回復期の段階より生活の再建、社会参加を視野に入れた介入を行い、それをさらに介護領域へ切れ目なく繋げるためには、「生活行為向上マネジメント」に含まれる「生活行為申し送り表」を用いて伝達することが効果的と考えます。「生活行為申し送り表」は、セラピスト間の連携のみならず、地域において介護支援専門員が作成するサービス計画書作成にも参考となり「活動と参加」の推進に向け、継続したアプローチを可能とします。

従いまして、「生活行為申し送り表」を B005-2 地域連携診療計画管理料、B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 (I)、B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料 (II)、B006-3 退院時リハビリテーション指導料、B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料、また地域連携診療計画退院時指導料 (I)に含まれないが連携支援が必要な回復期リハビリテーション病棟退院者に対する連携書式に加えていただけますようお願いいたします。

生活行為申し送り表 退院後も健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。 引き続き継続できるよう日常生活のなかでの支援をお願いいたします。

研究の生活状況 (本人の能力を記載する) ※接送箇所にレをつける	【元気な時の	生活状態】			今回入院きっか 徐々に生活機能 発症(脳梗塞な その他(が低下	【ご本人の困っている・できるようになりだいこと】
かできる 見込み有 必要 日本生活の主な過ごし方 日常生活の主な過ごし方 日常生活の主な過ごした 日常生活の主などの主などのよります 日常生活の主などのようなどのようなどのようなどのようなどのようなどのようなどの主などのようなどのようなどのようなどのようなどのようなどのようなどのようなどのよう	【現在の生活は		力を記載する)	※該当箇所			
移東	ADL項目	している				特記事項	作業療法の目的と内容】
整容	食べる・飲む						1
トイレ行為	移果]
入浴 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	整容						
平地歩行	トイレ行為						
階段明論							
更次 □ □ □ 屋内移動 □ □ □ 屋外移動 □ □ □ 買い物 □ □ □ 食事の準備 □ □ □ 洗濯 □ □ □ 整理・ゴミだし □ □ □ お金の管理 □ □ □	平地歩行						
屋内移動 □ □ 屋外移動 □ □ 交通機利用 □ □ 食事の準備 □ □ 排除 □ □ 洗濯 □ □ お金の管理 □ □	階段昇降						
屋外移動 □ <t< td=""><td>更衣</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>]</td></t<>	更衣]
交通機制用 □ □ 質い物 □ □ 海豚 □ □ 洗濯 □ □ お金の管理 □ □	屋内移動						1
買い物	屋外移動						【日常生活の主な過ごし方】
食事の準備 □ □ 掃除 □ □ 洗濯 □ □ お金の管理 □ □	交通機関利用						
掃除	買い物						1
洗濯	食事の準備						
SSEP・ゴミだし ロ ロ ロ ロ ロ お金の管理 ロ ロ ロ ロ	掃除						
お金の管理 ローローローロー	洗濯]
	整理・ゴミだし						
電話をかける ローローローロー	お金の管理						
	電話をかける						
服業管理	服業管理						
服薬管理 ロ ロ ロ ロ (アセスメントまとめと解決すべき課題)	服業管理						

図16 生活行為申し送り表(案)

別紙3

平成 28 年度診療報酬改定 要望事項

職名追記等に関する要望

リハビリテーション専門職団体協議会

公益社団法人日本理学療法士協会 一般社団法人日本作業療法士協会 一般社団法人日本言語聴覚士協会

2015年9月

<目次>

- (1) 呼吸器・運動器リハビリテーション料における言語聴覚士の介入 (P3)
- (2) 言語聴覚士、作業療法士の呼吸ケアチームへの参加 (P4)
- (3) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を職名追記 (P5)
- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(Ⅱ)における言語聴覚士の専従要件の見直し (P6)
- (5) 摂食機能療法における摂食機能障害者の主疾患の拡大 (P7)
- (6) 臨床心理・神経検査の追加 (P8)

(1) 呼吸器・運動器リハビリテーション料における言語聴覚士の介入

呼吸器リハビリテーション料および運動器リハビリテーション料の施設基準はそれぞれ、「医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する」とされ、言語聴覚士の介入は困難である。

昨今の高齢者においては複数の疾患を有している場合が多く、単一疾患におけるリハビリテーションだけでは十分なリハビリテーションが提供出来ないケースが多く存在する。

当会の583 施設からの実態調査では、呼吸器リハビリテーション料および運動器リハビリテーション料を算定する患者において「発声発語器官の機能低下よりコミュニケーションに問題を抱える患者や嚥下機能に低下を認める患者が多く存在していることが分り、言語聴覚士の介入が必要であると判断出来た。

F I M (Functional. Independence. Measure) の認知項目 (コミュニケーションと社会的認知) が一定基準より低下を認めた患者で医師が必要と判断した場合、常勤の言語聴覚士が言語聴覚療法を行うことができるよう要望いたします。

図1 呼吸器リハビリテーション料を算定している患者におけるコミュニケーション障害の割合について

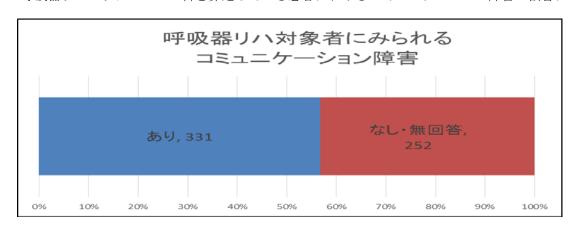
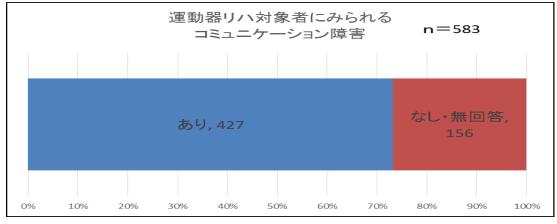


図 2 運動器リハビリテーション料を算定している患者におけるコミュニケーション障害の割合について



日本言語聴覚士協会 平成 26 年度 医療保険施設対象「概要・実態調査」より

(2) 作業療法士・言語聴覚士の呼吸ケアチームへの参加

呼吸ケアチーム加算の施設基準は、

- ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
- イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
- ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
- エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

であり、作業療法士、言語聴覚士の呼吸ケアチームへの参加が明文化されていない現状です。 呼吸ケアチームの役割(1.人工呼吸器の安全管理、2.人工呼吸器の設定に関する助言、3.口 腔内の衛生管理、4.適切な排痰援助や体位変換に関する助言、5.呼吸ケアに関する助言など) において作業療法士、言語聴覚士が担う業務も含まれております。

つきましては多職種の連携により、早期の人工呼吸器の離脱を目指し活動するチーム構成に 作業療法士、言語聴覚士の参加を要望いたします。

例) 呼吸ケアチーム加算施設基準

オ 当該患者の状態に応じて、作業療法士・言語聴覚士が呼吸ケアチームに参加することが 望ましい

図3 呼吸に関連する言語聴覚士指定養成校カリキュラムと言語聴覚士国家試験

言語聴覚士指定養成校カリキュラム

<呼吸に関した講義内容について>

解剖・生理学概論Ⅱ	2単位	90分15回	呼吸に関して90分	40
呼吸発声発語の構造・機能・病態	1単位	90分8回		
音声障害学	2単位	90分15回	呼吸に関して90分	1 🗆
運動障害性構音障害	2単位	90分15回	呼吸に関して90分	1 🗆
構音障害学演習	2単位	600	呼吸に関して2回	
摂食・嚥下障害学	2単位	90分15回	呼吸に関して1回	
摂食・嚥下障害学演習	1単位	150	呼吸、肺痰に関して	20

言語聴覚士国家試験の出題数(第1回~第15回)

< 呼吸機能の問題、または呼吸機能の理解が必要な問題>

解剖学	3問
生理学	9問
病理学	3問
内科学	4問
耳鼻咽喉科学	4問
リハビリテーション医学	1問
呼吸、発声、発語系の構造・機能・病態	14問
言語聴覚障害学概論	1問
音声障害学	8間
運動障害性構音障害	1問
摂食·嚥下障害	7問

(3) 難病患者リハビリテーション料における施設基準に言語聴覚士の職名追記

難病患者リハビリテーション料における施設基準には、「専従する 2 名以上の従事者 (理学療法士又は作業療法士が 1 名以上であり、かつ、看護師が 1 名以上)」と規定され言語聴覚士は明記されておりません。

しかし、難病患者リハビリテーションに規定する疾患には構音障害や摂食・嚥下障害を呈する場合が多く(重症筋無力症、脊髄小脳変性症、ALS、モヤモヤ病など)言語聴覚療法の必要性は高いと判断できます。

以上のことから、難病患者リハビリテーション料における施設基準に言語聴覚士の職名追記 を要望いたします。

(4) 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(Ⅱ)における言語聴覚士の専従要件の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(Ⅱ)に関する施設基準において、「言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること」と明記されております。

言語聴覚士の場合、脳血管等リハビリテーション(I)(II) の専従でありながら、摂食機能療法にも携わるケースが多く、要件に <u>摂食機能療法との兼任は可能であること</u>の追記を要望いたします。

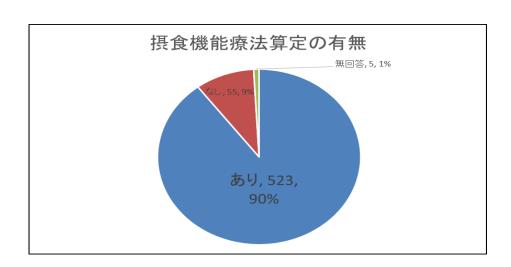
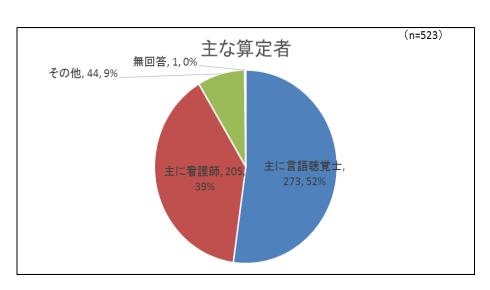


図4 摂食機能療法算定の有無と主な算定者



日本言語聴覚士協会 平成 26 年度 医療保険施設対象「概要・実態調査」

(5) 摂食機能療法における摂食機能障害者の主疾患の拡大

摂食機能療法における摂食機能障害者とは、「発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血 管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう」と明記されています。

日本言語聴覚士協会の疑義照会における厚生労働省の回答は、「脳血管疾患の既往が認められない場合の摂食機能療法は算定出来ない」というものであり、脳血管疾患等の「等」に関しては、「嚥下障害との因果関係が証明できる場合、個別に支払い機関に問い合わせて欲しい」との回答でした。昨今、大きな社会問題となっている肺炎の一原因が嚥下障害であるという状況を鑑み、嚥下障害を呈する疾患は脳血管疾患だけではなく多種多様にあること、また本疑義照会の回答のために多くの摂食嚥下障害者が適切な訓練を受けられない状況にあることから摂食機能療法の対象として脳血管疾患以外に肺炎、廃用症候群、加齢、外科的手術後等による後遺症などの疾患名の拡大を要望いたします。

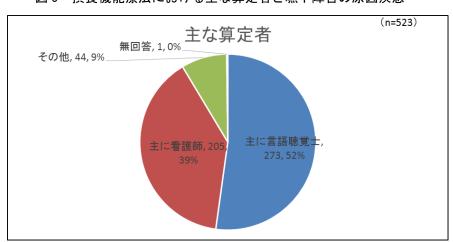
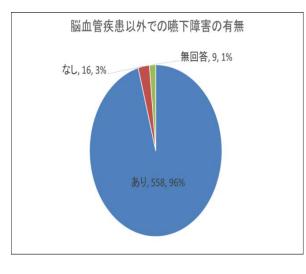
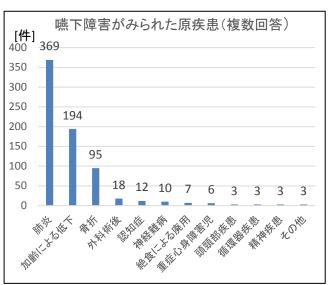


図 5 摂食機能療法における主な算定者と嚥下障害の原因疾患





日本言語聴覚士協会 平成 26 年度 医療保険施設対象「概要・実態調査」

(6) 臨床心理・神経心理検査の追加

近年臨床現場で多く活用されており、言語聴覚士国家試験出題基準として明記されている以下の臨床心理・神経心理検査の追加を要望いたします。

成人領域:重度失語症検査,実用コミュニケーション能力検査, BIT行動性無視検査

小児領域: PVT-R, LCスケール, 国リハ S-S法>言語発達遅滞検査

図 6 平成 24 年度診療報酬改定 臨床心理·神経心理学検査一覧

臨床心理・神経心理学検査一覧(平成24年度診療報酬改定)

	発達及75知能検査	人格検査	認知機能検査その他の心理検査
militaria de la colo	光连/XO和能快量	八伯沃旦	69.411機能快量での他の心理快量
操作が容易なもの 80点 検査及び結果処理に 概ね40分以上を要するもの	津守式乳幼児精神発達検査 牛島乳幼児競場検査 日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査 遠城寺式乳幼児分析的発達検査 デンバー式発達スクリーニング DAMグッドイナス物画知能検査 フロスティッグ視知 覚発達検査 脳研式知能検査、 コース立方体組み合わせテスト レーヴン色彩マトリックス JART	パーソナリティイベントリー モーズレイ性格検査 YーG矢田郎ギルフォード性格検査 TEGーII東大式エゴグラム 新版TEG	CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度 CESーDうつ病(切うつ状態)自己評価尺度 HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度 STAI状態・特性不安検査 POMS、IESーR、PDS TK式診断的新報子関係検査、CMI健康調査票、 GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度 ブルドン採消検査、MEDE多面的初期認知症判定検査 WHO QOL26、COGNISTAT、SIB Coghealth(医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。) NPI、BEHAVEーAD 音読検査(特異的説字肄書を対象にしたものに限る)
操作が複雑なもの 280点 検査及び結果処理に 機ね1時間以上を要するもの	MCCベビーテスト PBTビクチュア・ブロック知能検査 新版K式発達検査 WPPSI知能診断検査 全別版田中ビネー知能検査 田中ビネー知能検査 鉄木ビネー式知能検査 WISCーR知能検査 WAISを含む) 大脳式盲人用知能検査	パウムテスト SCT PーFスタディ MMPI TPI EPPS性格検査 16PーF人格検査 描画テスト ソンディーテスト PILテスト	ベントン視覚記総検査 内田ウレベリン精神検査 三宅式記能力検査 ベンダーゲシュタルトテスト WCSTウイスコンシン・カード分類検査 SCID構造化固接法 CLACーI 遂行機能算書症候群の行動評価(BADS) リバーミード行動記憶検査 Ray-Ostemeth Complex Figure Test (ROCFT)
操作と処理が極めて複雑なもの 450点 核直及び結果処理に 1 時間30分以上要するもの	WISC一Ⅲ知能検査 WISC一Ⅳ知能検査 WAIS一Ⅲ成人知能検査	ロールシャッハテスト CAPS TAT絵画統党検査 CAT幼児児童用絵画統党検査	ITPA、CLAC一Ⅲ 標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト 標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査 標準自実接検査法・標準部次評価法 WAB実施性検査、標本部版失語症検査 K-ABC、WMS-R、ADAS DN-CAS認知評価システム 小児自閉症呼変尺度

注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する

注 改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精研式器知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない

디디	<u>\</u>	. 1
別	邢	: 4

入院日: 月 日 年 精神科リハビリテーション総合実施計画書 入院形態: 患者氏名 様 男・女 生年月日(明・大・昭・平) 月 日(歳) ОТ 医師 NsPSW CP РТ =アセスメント= 疾患名 合併症 (高血圧・心疾患・糖尿病等) リハビリテーション歴 □ 授産施設等 □ 精神科 DC □ OT 心 □ 他: コントロール □良好 □不良・調整中 身 評価項目・内容 ≪問題のある項目にチェックし:の後に具体的内容を記入≫ 機 入院2週~1ヶ月(2ヶ月~3ヶ月経過時(□ 意識レベル: □ 幻覚・妄想: □ 異常思考: □ 認知機能: □ 気分障害: □ 睡眠障害: □ 知的機能: □ 見当識障害: □ 言語障害: □ 身体機能: 項目 評価 備考 評価 備考 評価判断基準 項目 (1) 身辺処理 (5) 社会資源の利用 ※項目ごとに 1.食事 1.交通機関利用 1~5 の点数で 2.生活リズム (タクシー・バスなど) 評価します。 3.身だしなみ 2.公共機関の利用 5.大筋で問題な 4.入浴 3.電話の利用 V (2) 生活管理 (6)人付き合い 4.時に気配り、 常生活 1.金銭管理 1.話し相手 助言があれば 2.貴重品の管理 2.意思表示 出来る(時々の 3.安全管理 3.日常的な挨拶対応 助言・確認) (3) 健康状態 4.集団内行動 3. 身近に気配 社会生活機 1.睡眠状態 (7) 社会参加の制約 り、助言する人 があれば出来 2.服薬管理 になる事柄 る(定期的な 3.定期的な外来通院 1.社会的な約束事 4.悪化時の徴候 助言・確認) 本人の特性 2.部分的な援助 5.ストレスへの耐性 が必要 (4)家事 1.全体的な援助 1.掃除 が必要 2.洗濯 0.不明·不詳 3.買物 N.該当なし 4.調理 過去における最良機能レベルとその時期: 家庭生活□良□不良: 社会参加

職場学校生活□良 □不良:

□無 □発症後退職 □病欠中 □休職中・復帰予定 □退職予定

頻度:

家族構成

キーパーソン:

□精神的支え□経済・実務的支え□環境調整

□職業 □学校 :

その他 (余暇など)

発症による家族の変化

□ 社会生活上の不利: □ 健康上の問題の発生:

□ 心理的問題の発生:

内容:

□ 経済状態:

□ その他:

 \mathcal{O}

=目標設定=

予定	予定入院期間 □2ヶ月 □3ヶ月 □6ヶ月 □その他:				
本	人の希望: 家族の希望:				
大	目標:				
=,	入院時リハビリテーション計画=				
	目標 必要項チェック 身辺整理	具体的アプローチ		要項チェッ	<i>,</i> ク
	□食事 □生活リズム □身だしなみ □入浴 生活管理 □他: □金銭 □物品 □安全	□病棟援助・Ns 介入 :			
日常	健康状態	□病棟内買い物指導 □外	出買い物指	導	
生活	□身体機能回復 □睡眠 □服薬 □定期的通院 □ストレス耐性 □状態悪化時の対応	□服薬指導			
•	家事 □掃除 □整理整頓 □洗濯 □調理	□栄養指導			
社会	対人関係	□身体機能回復訓練:			
参	□不安なく過ごす □意思表示 □気楽な交流 □社会性の向上	□リラクゼーション: □			
加	社会資源の利用	□精神科作業療法:開始	/ ~		
	□交通機関 □公共機関 □電話通信等 □集団内行動		0)		
		□家事指導(個人・グルー □生活技能訓練(個人・グ			
	家庭内での役割:	□ □ □ □ □ □ □			
	社会活動: 趣味:	□その他:	. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
	交通手段:	月 火 水 AM	木	金 士	- 目
		PM			
		口油应味的菜籽菜			
社	退院先 □自宅 □親類宅 □グループホーム □援護寮 □福祉ホーム □他:	□退院時服薬指導 □退院時栄養指導			
会		□関連施設見学・説明			
参加	復学・復職 □現状復帰 □他:				
の		=連携機関=			
方向	社会保障サービス等	□生活支援センター □通所授産施設			
性	□精神障害者福祉手帳 □障害年金 □32 条申請	口理別反准爬取			
	□その他:	□その他:			
生	□ 服薬履行□ 通院治療継続 □精神科デイケア □外来 OT	備考:			
活のの	□ 再発のサイン:				
留意	その対応:				
点 Dr		主治医:			
	人・家族への説明 ご 本 人	ご家族		説明者	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	年月日サイン	サイン		説明有 サイン	