

# 令和6年度診療報酬改定要望

## 全国リハビリテーション医療関連団体協議会

日本リハビリテーション医学会

回復期リハビリテーション病棟協会

日本理学療法士協会

日本言語聴覚士協会

全国デイ・ケア協会

日本リハビリテーション病院・施設協会

日本リハビリテーション看護学会

日本作業療法士協会

日本訪問リハビリテーション協会

全国リハビリテーション医療関連団体協議会  
令和6年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬  
同時改定におけるリハビリテーションの基本的な考え方

## 急性期から生活期にわたって、すべての患者・障害者・要介護者に リハビリテーションの必要性を評価し、実施できる体制を

我が国では、少子化による人口減少に加えて高齢者が急激に増加する、いわゆる2040年問題が重要課題となっており、特に超高齢者と呼ばれる85歳以上の人口が増加している。高齢者は複数の疾患や障害を抱えているため、リハビリテーションの必要性は高く、実際に入院でのリハビリテーション実施者の75歳以上割合は、約50～80%に達している。

様々な疾病、外傷などによる高齢者の心身機能、活動低下を予防するため、急性期から生活期までのシームレスかつ継続的なリハビリテーションの実施は重要であり、それが阻害されることはあってはならない。一方で、一部の医療機関ではリハビリテーションの実施体制が十分といえない状況がある。加えて回復期リハビリテーション病棟協会の全国調査によると、2022年において回復期リハビリテーション病棟を退院後にリハビリテーションの実施を予定していない方の割合は56%であり、近年増加傾向にある。また、生活期患者に対する急性増悪時の対応については、医療・介護保険においていくつかの制度が設けられているが、いずれもADL評価にもとづくものであり、リハビリテーション非実施者に対する適応は困難である。

リハビリテーションの提供体制をさらに強化するため、急性期から生活期にわたって、すべての患者・障害者・要介護者に対してリハビリテーションの必要性を継続的に評価できる体制を医療・介護・福祉とあわせて構築する必要がある。

# 全国リハビリテーション医療関連団体協議会 令和6年度診療報酬改定重点要望項目

- ※ リハビリテーション専門職の処遇改善
  - ※ リハビリテーション料の病態、病状、障害等に応じた評価とDPC・NDBの分類の見直し
1. 急性期医療におけるリハビリテーションの充実
  2. 共生型サービスの推進に向けた医療・介護保険施設等における自立訓練（機能訓練）の提供の評価

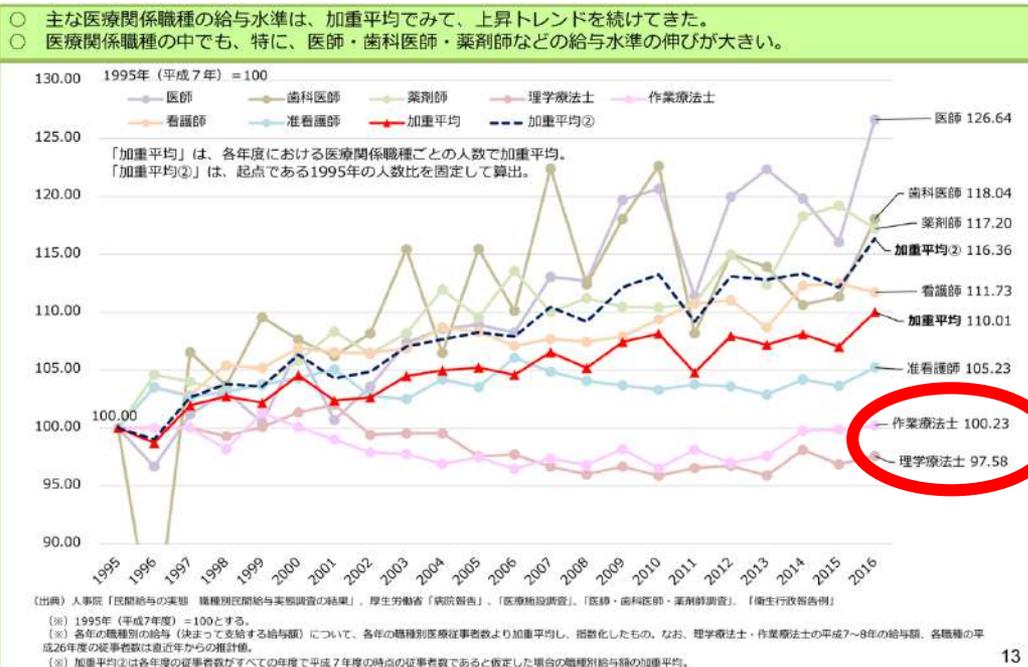
# ※ リハビリテーション専門職の処遇改善

## 要望

- リハビリテーションに係る診療報酬をさらに評価し、加えて、政府と産業界で推進された4%の給与水準引き上げと同様、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与水準の引き上げを促進すること。
- 公定価格引き上げによる増収が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与に反映されるよう取り組むこと。

## 要望理由・課題

- リハビリテーション（リハ）専門職の所定内給与額は20年変化がなく、他職種と比較して伸び率において大きな差が生じている。処遇の低下は優秀な人材の流出を招き、国民が受けるリハの質の低下につながりかねない。医療の高度化や新型コロナウイルス感染症などのパンデミックへの対応等、医療・介護専門職種を取り巻く環境は常に変化しており、リハ専門職には不断の研修・自己研鑽が求められているが、低い処遇の環境下では研鑽に必要な費用の捻出さえも現場で働くリハ専門職の負担になっている。
- 報酬改定の点数（単位数）が直接的にリハ専門職の給料に反映されにくいことも課題となっているため、公定価格の設定による増収がリハ専門職の給与に反映される仕組みを設置する必要がある。



## 2023年5月8日リハビリテーションを考える議員連盟第7回総会 抜粋

（前略）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士をめぐる課題として、平均年齢が30歳代前半、平均給与が低く、役職ポスト等が拡大する見込みが少ない、勤続年数が短い等の現状において、優秀な人材が他分野に流出することを防ぐ**給与水準の引き上げが喫緊の課題**である。（中略）

1. 政府と産業界で推進された4%の給与水準引き上げと同様、**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士**を含む医療及び介護業界について**政府として給与水準の引き上げを促進すること**。
2. 給与水準引き上げのため、2024年に行われる診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬が同時に改定されるトリプル改定は異次元の改定率とすること。
3. 公定価格引き上げによる増収が**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士**の給与に反映されるよう取り組むこと。（後略）

# ※ リハビリテーション料の病態、病状、障害等に応じた評価と DPC・NDBの分類の見直しについて

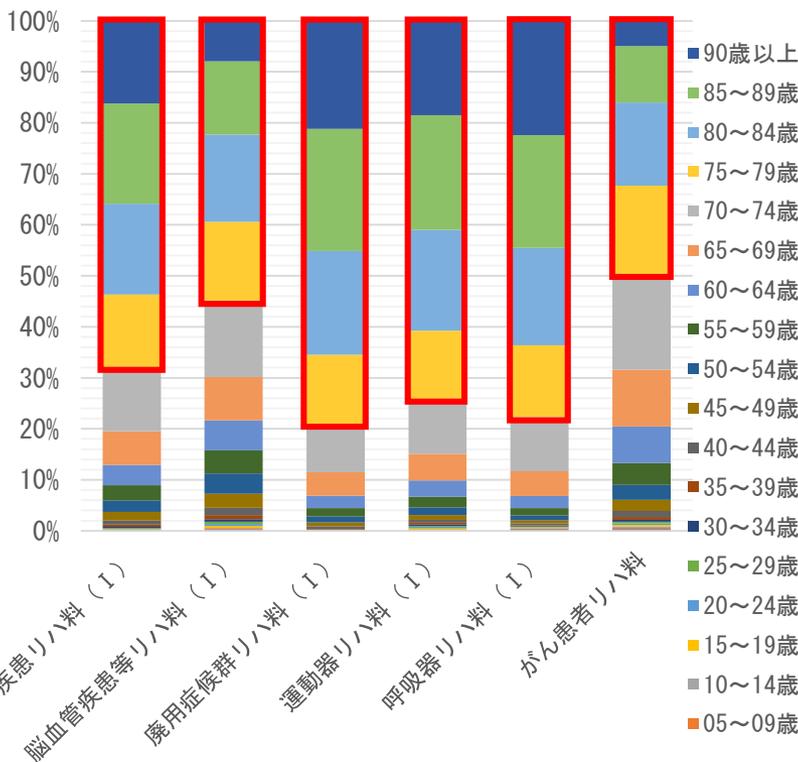
## 要望

- リハビリテーション料について、疾病ではなく、病態、病状、障害等に応じた評価の仕組みに見直していただきたい。
- DPC・NDBの分類について、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の別が分かるように細分化を求める。

## 要望理由・課題

- 現在、入院患者への疾患別リハビリテーションを実施している患者の5～7割以上は後期高齢者であり、単一疾病である場合は少ないため（図1）、リハビリテーションを適切に評価するためにも、疾病の別とするのではなく、病態、病状、障害等により分類する必要がある。
- DPC・NDBの分類において、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のどの職種が行った行為であっても全てリハビリテーションに包括されていることから（表1,2）、各専門職毎のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。リハビリテーションにおける効果を適切に把握する観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の細分化を求めたい。

※赤枠は75歳以上



MDCコード	分類コード	対応コード	処置2754	名称	コード
1	60	2	6	脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(1単位) H0011
1	60	2	6	脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(1単位) H0012
1	60	2	6	廃用症候群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(1)(1単位) H001-21
1	60	2	6	廃用症候群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(2)(1単位) H001-22
1	60	2	6	廃用症候群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(3)(1単位) H001-23
1	60	2	6	脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(1単位) H0013
1	021x	1	5	リハビリテーション	7
5	30	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(1単位) H0001
5	30	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(2)(1単位) H0002
5	60	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(1単位) H0001
5	60	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(2)(1単位) H0002
5	130	0	2	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(1単位) H0001
5	130	0	2	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(2)(1単位) H0002
5	170	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(1単位) H0001
5	170	0	1	心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(2)(1単位) H0002
13	130	1	5	リハビリテーション	7
14	80	1	5	リハビリテーション	7
15	120	1	4	リハビリテーション	7
17	20	1	5	リハビリテーション	7
17	30	1	5	リハビリテーション	7
17	40	1	5	リハビリテーション	7
17	50	1	5	リハビリテーション	7
17	60	1	5	リハビリテーション	7

公表項目①	内容
A	初・再診料、初・再診料(加算)、入院基本料、入院基本料(加算)、入院基本料等加算、入院基本料等加算(加算)、特定入院料、特定入院料(加算)、短期滞在手術等基本料
B	医学管理等、医学管理等(加算)
C	在宅医療、在宅療養指導管理材料加算、在宅医療(加算)
D	検査、検査(加算)
E	画像診断、画像診断(加算)
F	投薬、投薬(加算)
G	注射、注射(加算)
H	リハビリテーション、リハビリテーション(加算)
I	精神科専門療法、精神科専門療法(加算)
J	処置、処置医療機器等加算、処置(加算)
K	手術、手術医療機器等加算、手術(加算)、輸血、輸血(加算)
L	麻酔、麻酔(加算)
M	放射線治療、放射線治療(加算)
N	病理診断、病理診断(加算)

表1(上図)：診断群分類(DPC)電子点数表(正式版)(令和5年5月24日更新)より一部抜粋  
※ 8)手術・処置等2にて名称を「リハビリテーション」にてソート

表2(左図)：第7回NDBオープンデータ(令和2年度のレセプト情報及び平成31年度の特健診情報)より  
※ データの対象・項目等の公表項目①

図1：各疾患別リハビリテーション料算定入院患者の年齢分布

※ 社会医療診療行為別統計(2021年)より作成

# 1. 急性期医療におけるリハビリテーションの充実

## 要望

- 急性期医療において、入院患者の日常生活機能の維持、向上等を目的として平成26年度に設けられたADL維持向上等体制加算は、長年その普及が図られていないことから、その目的を達成するための抜本的な見直し（現行の加算の廃止と新たな制度の創設を含む）を行うこと。新たな制度の検討を行うにあたっては、すべての入院患者の運動、栄養、口腔の確認（看護師による総合的なアセスメントを含む）とリハビリテーション評価（特に要介護被保険者）、予防の取り組み等を多職種共同で実施できるようにすることなど、介護予防・重度化防止するための総合的な取り組みであること（図1）。なお、現行の施設基準の医師要件にある「適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること」については、継続をすること。
- 救命救急病床を含む急性期病院の入棟患者に対して、休日を含め全ての日で、リハビリテーションを提供できる体制を備えている場合の評価をすること。なお、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均●単位以上であるなど、曜日別で著しい提供単位数の差がないような体制とすること。例えば、循環器病対策基本計画を踏まえ、一次脳卒中センター、脳卒中ケアユニット入院医療管理料届出施設、循環器科病棟等で、休日を含め週7日間のリハビリテーションを提供できる体制を備えている場合の評価をすることとしてはどうか。または、急性期充実体制加算において休日を含め週7日間のリハビリテーションを提供できる体制を備えている場合を施設基準に加えることとしてはどうか。もしくは、急性期病院において認知症や多疾患・重複障害を持つ重症度の高い患者やフレイル患者に対して、●%以上に365日のリハビリテーションが提供されている時に、DPC係数（機能評価係数Ⅱに項目を追加）を増加し、評価することなどを検討すること。

## 要望理由・課題

- ADL維持向上等体制加算は、施設で導入しにくいなどの意見があり、ほとんど普及していない（図2）。一方で、近年の高齢者の増加に伴い、DPC病院入院患者のうち、入院6か月前の時点で誤嚥性肺炎患者の約7割、股関節骨折、心不全、一般肺炎患者の約半数、脳梗塞患者の約3割が要介護高齢者であることが報告\*されるなど、医療介護の複合化は益々進展している。以上のことから、急性期医療において、入院患者の日常生活機能の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等を配置することによりその目的を達成するための抜本的な制度の見直しが必要である。 \*松田晋哉「ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来」p77
- 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るが、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する。特に、公的医療機関のうち、約4割の施設で土曜日のリハビリテーションが行われておらず（図3）、さらに100床あたりの常勤の理学療法士数は、国と都道府県は医療法人と比較すると少ない状況である\*\*。 \*\*日本理学療法士協会「急性期病院における理学療法の充実に向けた調査研究事業（2022）」

**入院に伴う諸問題の予防**  
(病棟配置理学療法士等によるリハビリテーション評価)

**早期介入・早期退院支援、安全管理、廃用予防、早期離床、病棟生活の早期自立、多職種協働、患者・家族への情報提供・収集**

**早期離床・リハビリテーション**  
(入院後早期から離床等に必要な治療)

**個別リハビリテーション**  
(理学療法、作業療法、言語聴覚療法による治療)

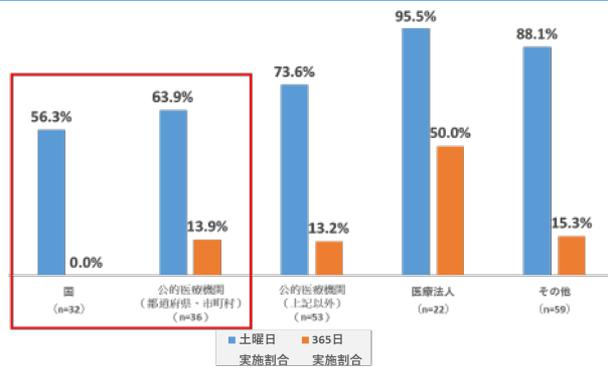
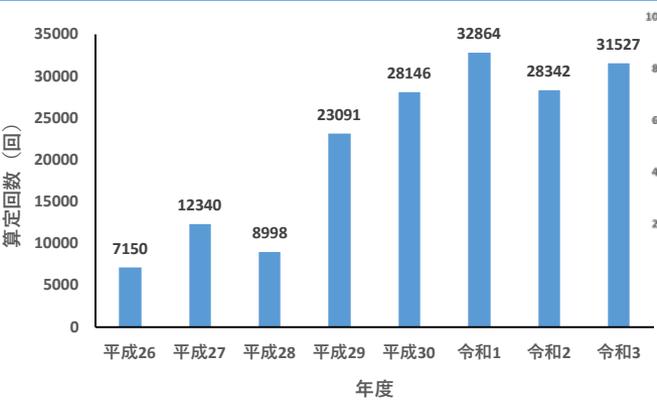


図1：急性期医療におけるリハビリテーション

図2：ADL維持向上等体制加算（急性期一般）の年度別推移

図3：急性期病院における土曜日・365日の実施割合

日本理学療法士協会「急性期病院における365日リハビリテーション提供体制実態調査結果（2019）」

# 2. 共生型サービスの推進に向けた医療・介護保険施設等における 自立訓練（機能訓練）の提供の評価

## 要望

自立訓練（機能訓練）事業所は全国的にも低数であり、満遍なく展開されていない。障害者の身体機能・日常生活動作能力低下を予防するために病院・診療所と通所リハビリテーション（以下、通所リハ）にて、**自立訓練（機能訓練）による訓練給付をみなし指定事業所として提供可能**としたい。生産年齢人口が減少する未来を見据えて、医療・介護-障害福祉間の連携を積極的に促進する。

## 要望理由・課題

自立訓練（機能訓練）事業所は全国で403件と非常に少なく、また年々減少している状況である（図1,図2）。加えて利用者の利用率も低数である。自立訓練（機能訓練）事業所の課題としては「**利用者の確保が難しい**」ことを挙げている法人が多く、その要因はサービス対象である障害者自体の実数が乏しいことではなく、事業の「**認知度の低さ**」「**実施事業所数の少なさ**」「**有期限であること**」から利用率が低くなっていることとされている。（図3）。障害者は身体機能・生活動作能力が健常者に比し低下しやすい傾向にあるため、全国的に均等なサービス提供がなされていないことで、身体機能低下が見過ごされてしまっている状況になっている恐れがある。そのため、**病院・診療所と通所リハにて、自立訓練（機能訓練）による訓練給付をみなし指定事業所として提供可能として頂きたい**。医療・介護保険施設等が共生型障害福祉サービスの指定を受ける枠を拡大することで、自立訓練が全国で均一に提供され、障害者に対しての必要なサービスの提供・認知度向上の促進が可能となる。

## 自立訓練（機能訓練）のみなし指定の建付け

自立訓練事業所は医師が在駐しないため、自立訓練事業所による共生型外来リハビリテーションや共生型通所リハビリテーションは困難となる。そのため**医療・介護保険施設等が自立訓練事業のみなし指定を受けることを基本としたい**。一方で現在の共生型サービスの課題（表1）を鑑みると、**事業展開することで不利益を被らないよう配慮する必要がある**。例えば、対象者層が変化することで技術や知識を始めとした支援全般に関する教育・育成の実施、異なる制度・請求方法などによる事務負担増大などが生じる。**そのため料金単価は最低でも基本報酬の最低単価以上に合わせた金額とすることとしたい（表2）**。地域偏在の課題を是正するため、サービス展開に配慮した体制構築を促進する。

図1. 全国の自立訓練（機能訓練）事業所数と通所利用者数

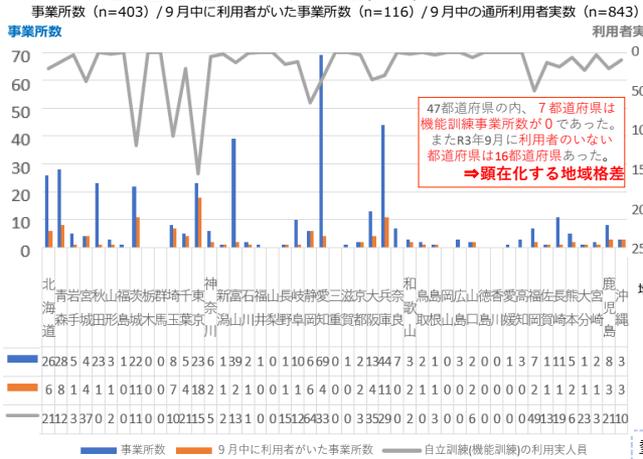


図2. 自立訓練（機能訓練）事業年次別事業所数



図3. 機能訓練実施の際の課題



表1. 共生型サービスの指定を受けた後に事業所が感じている課題

課題認識	割合
事業所の収入確保	33.3%
利用者に提供するサービス内容	27.3%
職員の教育や育成	27.3%
制度や報酬面などの情報取得	24.2%

表2. 自立訓練事業所のみなし指定の概要案（仮）

体系	病院・診療所・通所リハビリテーション等で、自立訓練（機能訓練）事業を可能とする。
対象	地域近隣に自立訓練事業所がない障害者 40歳に達していない障害者（介護保険対象年齢外） 40歳以上でも介護保険の特定疾患に該当しない障害者（外傷性の頭部外傷や脊髄損傷等）
利用者への好影響	病院や通所リハの利用者にとっても自立訓練（機能訓練）の障害者へは、有期限かつ幅広い年齢層となるため「自立支援」「卒業」「インクルーシブ」の観点が見られる。
期間	1年6ヶ月（頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は3年間）
報酬単価案	令和4年H007障害児（者）リハビリテーション科（1単位）の算定を参照する。 <b>報酬単価例</b> ●16歳未満の患者の場合 225点 ●26歳以上18歳未満の患者の場合 195点 ●18歳以上の患者の場合 155点
病院	
報酬単価案	介護保険は本来、要介護区分で報酬単価が変わるため、障害者区分でサービス費を設定するか、特定ラインで一律とする。 <b>報酬単価例</b> ●障害者区分でサービス費を設定する。 ●一律〇〇単位（483~561単位内で検討）とする。 （通所リハの要介護1と2の間 3時間以上~4時間未満を参照）
介護	

○第2表 障害福祉サービス等事業所数、障害児通所支援等事業所数、国-都道府県、障害福祉サービス等の種類。  
○第4表 経営主体の公営-私営別  
○第8表 自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）事業所の利用者数、利用人数、都道府県、サービス費の種別  
○第9表 療育介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援（A型）、就労継続支援（B型）、児童発達支援、放課後等デイサービス事業所数、国-都道府県、利用人数段階別  
令和3年 社会福祉施設等調査 9月中  
注：障害者支援施設の民間実施サービス（生活介護、自立訓練（機能・生活）、就労移行支援及び就労継続支援）を除く。

参考情報 在宅の身体障害者数：428万7千人（下記、年齢階層別の内訳）  
・18歳未満 6万8千人（1.6%）  
・18歳以上65歳未満 101万3千人（23.6%）・65歳以上 311万2千人（72.6%）  
総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は調査時点の2016年には27.3%（総務省「人口推計」2016年10月1日（確定値））であり、在宅の身体障害者の65歳以上人口の割合（74.2%）は約2.7倍となっている。  
在宅者：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」（2016年）  
施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（2018年）  
障害者白書 令和4年版閣内閣

『共生型サービスに関する実態調査』（厚生労働省）

# 全国リハビリテーション医療関連団体協議会 令和6年度診療報酬改定 共同提案項目

## I. 急性期リハビリテーションの充実

1. 早期離床・リハビリテーションのさらなる推進
2. NICU等での理学療法の推進

## II. 医療と介護の複合化への対応

1. 医療と介護の複合化に対応するための入退院支援へのリハビリテーション専門職の関与の推進
2. 外来患者における早期リハビリテーション加算、初期加算の対象制限の撤廃
3. 介護保険への移行を予定している循環器病患者に対するリハビリテーションの推進

## III. がん・内部疾患・耳鼻科疾患等リハビリテーションの充実

1. がん患者リハビリテーション料の外来患者への拡大
2. 心大血管リハビリテーション料の対象疾患の拡大
3. 循環器病の再発および重症化予防の推進
4. 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進
5. 二次性骨折予防に係る理学療法の評価
6. めまいに対するリハビリテーションの推進

## IV. 生活期リハビリテーションの充実、療養就労両立支援等

1. 年齢によらない障害児・者へのリハビリテーションの提供
2. 療養病棟における要介護被保険者の対応

## V. 施設基準・チーム医療の拡充等

1. リハビリテーションを行う機能訓練室の面積要件の見直し

## VI. 物理療法・評価

1. 物理療法を併用した効果的なリハビリテーションの評価

## VII. 業務簡素化

1. 目標設定等支援・管理料の負担軽減
2. 廃用症候群リハビリテーション料の書類作成業務負担の軽減

# I-1. 早期離床・リハビリテーションのさらなる推進

## 要望

- 高度急性期における早期離床およびリハビリテーションをさらに推進する観点から、早期離床リハビリテーション加算のさらなる評価をすること。

## 要望理由・課題

- 急性期病院でのリハビリテーションは、脳血管疾患等リハビリテーション料を例にとると、
  - ・脳血管疾患等リハビリ料（I）：245点（1単位）
  - ・早期リハビリ加算：1単位につき30点
  - ・初期加算：1単位につき45点となっているが、特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料でのリハビリテーションには、早期リハビリ加算、初期加算の代わりに、1日につき早期離床リハ加算（500点）が算定できる。
- 令和4年度診療報酬改定で早期離床・リハビリテーション加算の算定対象が特定集中治療室管理料のみから、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料に拡大された。
- 特定集中治療室以外においても、患者入院後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理の対象となる治療室が、特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料に改訂されたが、その後の早期離床リハビリテーション加算の算定医療機関数・算定回数は伸び悩んでいる。
- 早期離床リハビリテーション加算は、医療－介護を結ぶシームレスなリハビリテーションの鍵である。リハビリテーションの必要性のスクリーニング機能をもはたす高度急性期における早期離床およびリハビリテーションのさらなる推進が必要である。

# 早期離床・リハビリテーションのさらなる推進 (参考資料：ICUにおける運動の開始と中止の基準)

**Table 1** ICUで早期離床や早期からの積極的な運動を原則行うべきでないと思われる場合

1) 担当医の許可がない場合
2) 過度に興奮して必要な安静や従命行為が得られない場合 (RASS $\geq 2$ )
3) 運動に協力の得られない重篤な覚醒障害 (RASS $\leq -3$ )
4) 不安定な循環動態で、IABPなどの補助循環を必要とする場合
5) 強心昇圧薬を大量に投与しても、血圧が低すぎる場合
6) 体位を変えただけで血圧が大きく変動する場合
7) 切迫破裂の危険性がある未治療の動脈瘤がある場合
8) コントロール不良の疼痛がある場合
9) コントロール不良の頭蓋内圧亢進 ( $\geq 20$ mmHg) がある場合
10) 頭部損傷や頸部損傷の不安定期
11) 固定の悪い骨折がある場合
12) 活動性出血がある場合
13) カテーテルや点滴ラインの固定が不十分な場合や十分な長さが確保できない場合で、早期離床や早期からの積極的な運動により事故除去が生じる可能性が高い場合
14) 離床に際し、安全性を確保するためのスタッフが揃わないとき
15) 本人または家族の同意が得られない場合

**Table 4** ICUでの早期離床と早期からの積極的な運動の中止基準

カテゴリー	項目・指標	判定基準値あるいは状態	備考
全体像神経系	反応 表情 意識 不穏 四肢の随意性	明らかな反応不良状態の出現 苦悶表情、顔面蒼白・チアノーゼの出現 軽度以上の意識障害の出現 危険行動の出現 四肢脱力の出現	呼びかけに対して傾眠、混迷の状態
	姿勢調節	急速な介助量の増大 姿勢保持不能状態の出現 転倒	
自覚症状	呼吸困難	突然の呼吸困難の訴え 努力呼吸の出現	気胸、PTE 修正 Borg Scale 5~8
	疲労感	耐えがたい疲労感 患者が中止を希望 苦痛の訴え	
呼吸器系	呼吸数	$< 5$ /min または $> 40$ /min	一過性の場合は除く
	SpO <sub>2</sub>	$< 88\%$	
	呼吸パターン	突然の吸気あるいは呼気努力の出現	聴診など気道閉塞の所見もあわせて評価
	人工呼吸器	不同調 バックアップ	
循環器系	HR	運動開始後の心拍数減少や徐脈の出現 $< 40$ /min または $> 130$ /min	一過性の場合を除く
	心電図所見	新たに生じた調律異常 心筋虚血の疑い	
	血圧	収縮期血圧 $> 180$ mmHg 収縮期または拡張期血圧の20%低下 平均動脈圧 $< 65$ mmHg または $> 110$ mmHg	
デバイス	人工気道の状態	除去の危険性(あるいは除去)	
	経鼻胃チューブ		
	中心静脈カテーテル		
	胸腔ドレーン		
	創部ドレーン 膀胱カテーテル		
その他	患者の拒否 中止の訴え		
	活動性出血の示唆	ドレーン排液の性状	
	術創の状態	創部離開のリスク	

介入の完全中止あるいは、いったん中止して経過を観察、再開するかは患者状態から検討、判断する。

**Table 2** 早期離床や早期からの積極的な運動の開始基準

	指標	基準値
意識	Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	$-2 \leq \text{RASS} \leq 1$ 30分以内に鎮静が必要であった不穏はない
疼痛	自己申告可能な場合 numeric rating scale (NRS) もしくは visual analogue scale (VAS)	$\text{NRS} \leq 3$ もしくは $\text{VAS} \leq 3$
	自己申告不能な場合 behavioral pain scale (BPS) もしくは Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	$\text{BPS} \leq 5$ もしくは $\text{CPOT} \leq 2$
呼吸	呼吸回数	$< 35$ /min が一定時間持続
	酸素飽和度 (SaO <sub>2</sub> )	$\geq 90\%$ が一定時間持続
	吸入酸素濃度 (FiO <sub>2</sub> )	$< 0.6$
人工呼吸器	呼気終末陽圧 (PEEP)	$< 10$ cmH <sub>2</sub> O
循環	心拍数 (HR)	$\text{HR} : \geq 50$ /min もしくは $\leq 120$ /min が一定時間持続
	不整脈	新たな重症不整脈の出現がない
	虚血	新たな心筋虚血を示唆する心電図変化がない
	平均血圧 (MAP)	$\geq 65$ mmHg が一定時間持続
	ドパミンやノルアドレナリン投与量	24時間以内に増量がない
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショックに対する治療が施され、病態が安定している</li> <li>・SATならびにSBTが行われている</li> <li>・出血傾向がない</li> <li>・動く時に危険となるラインがない</li> <li>・頭蓋内圧 (intracranial pressure, ICP) <math>&lt; 20</math> cmH<sub>2</sub>O</li> <li>・患者または患者家族の同意がある</li> </ul>	

元の血圧を加味すること。各数字については経験論的なところもあるのでさらに議論が必要である。

日本集中治療医学会, 集中治療における早期リハビリテーション ~根拠に基づくエキスパートコンセンサス~. 2017; 277-286.

## I - 2. NICU等での理学療法の推進

### 要望

- 新生児特定集中治療室管理料等の新生児治療における理学療法士の関与について、以下のいずれかを評価すること。
  - ・当該管理料の届出病棟に理学療法士を配置した場合、「早期新生児リハビリテーション加算」として評価すること。
  - ・当該管理料の施設基準に「小児リハビリテーションの一定の経験を有する医師および理学療法士を配置すること」と追記する。
- NICUとICUがある場合は、熟知した理学療法士であれば一人の専従者で兼務出来るようにするなど、新生児に対する理学療法の提供を推進することについて検討をする。

なお、理学療法士の要件は早期離床・リハビリテーション加算と同様にし、複数の特定集中治療室が設定されている場合の取扱いについて、新生児特定集中治療室を含むこととする。
- または、新生児治療において、看護師とリハビリテーション専門職種によるチームで介入した際に、「発達ケア・リハビリテーション加算」として評価すること。

### 要望理由・課題

- 新生児の発達を促す観点で理学療法士の関与が望ましいとされているが、報酬上の評価はなく、専従配置をする余裕がないのが実情で、専従配置は進んでいない（図1）。
- チームアプローチの中で新生児管理をする際のカンファレンス体制のスタンダードモデル等の情報共有とともに、新生児管理は新生児の生体を熟知したうえで取り組むことが原則であることから、理学療法士の教育体制が並行することが望ましい。
- 質的整備へのシフトに向けては、取り組む理学療法士の均質化は重要な課題である。
- 発達ケア（DC）の概念を軸に児の行動観察の結果に基づいて個別のケアプランを立案する新生児の個別的発達ケア・評価プログラム（NIDCAP）では、医師や看護師、理学療法士、保健師等で構成されるチーム介入によるDCの発展的かつ包括的な枠組みを調整することが推奨されている。このようなチーム介入をNICU入院中の早産に行うことが、児の発達支援および家族のメンタルケアに有効であることが報告されている。

# NICU等での理学療法の推進（参考資料：理学療法士の介入）

図1. NICU・GCUにおけるリハビリテーションの介入状況

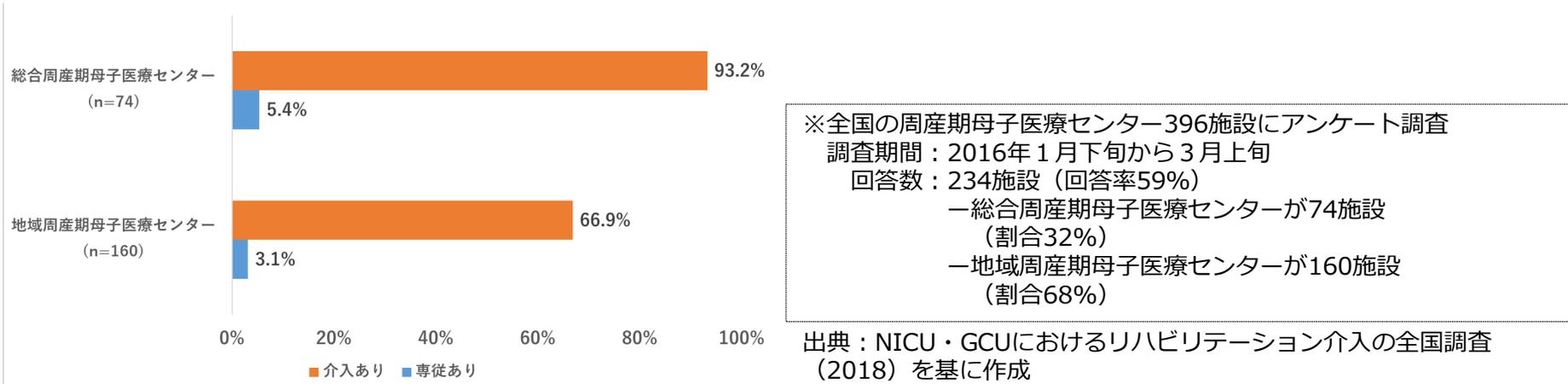
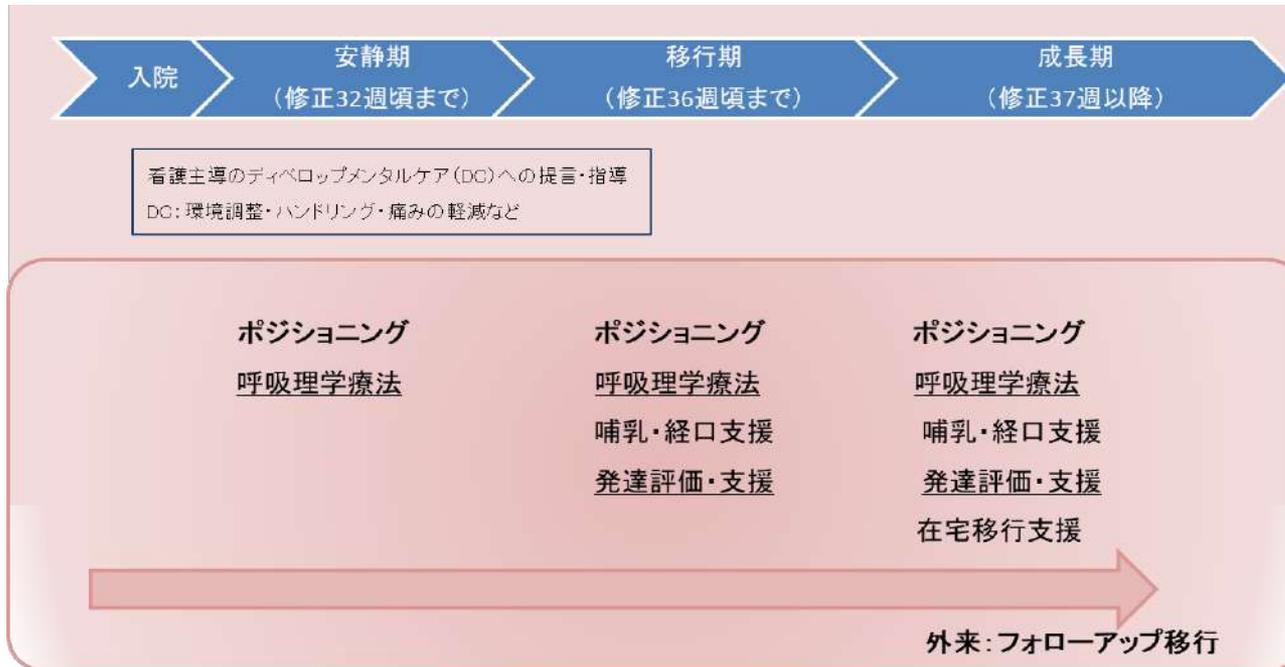


図2. NICU入院時の理学療法プロトコール



参考文献：木原秀樹編著：新生児発達ケア実践マニュアル. メディカ出版、p12-31

# NICU等での理学療法の推進 (参考資料: 理学療法士の介入)

## 1. 早産児における早期呼吸理学療法の効果

## 2. 早産児における早期発達評価の有用性

- PT非介入群、PT介入群の無気肺改善日数はそれぞれ無気肺発症時体重1500g未満で中央値10日と1日 (P<0.01)、2500g未満で中央値20日と日 (P<0.01)、2500g以上で中央値15日と1日 (P<0.01) で、いずれもPT介入群で有意に無気肺が短い期間で改善した。

- 将来、発達遅滞になった群の四肢運動は、平均速度が遅く、運動量が少なく、動きが突発的で、四肢が同期して動いた (※1)。脳性麻痺群はスムーズさが低かった (※2)。

対象: PT非介入群23例・PT介入群30例  
 評価: 無気肺発生から改善日数 (胸部レントゲン診断)  
 方法: PT介入群では呼気圧迫法 (squeezing) 実施

対象: 早産児124名、評価時期: 修正36-44週  
 評価方法: 四肢に装着したマーカーの軌跡と発達予後の関係を解析

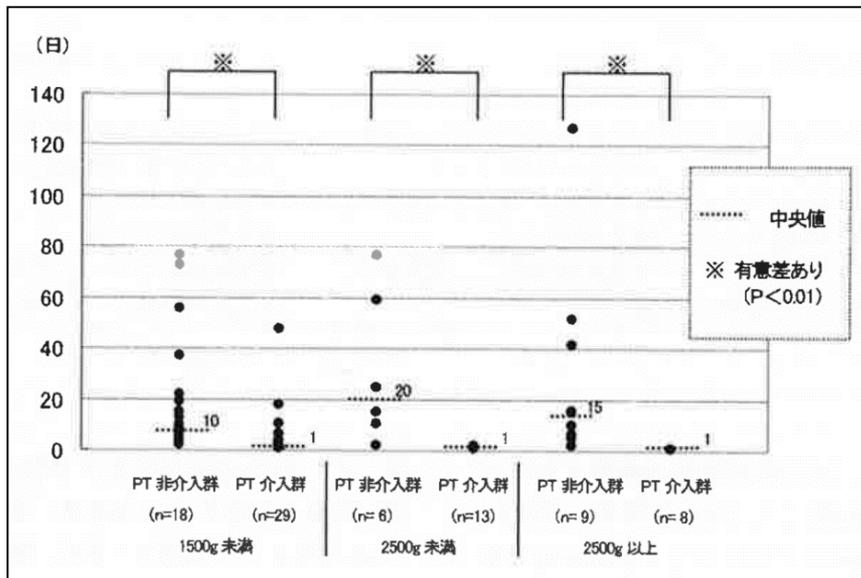


図1: PT非介入群と介入群の無気肺改善日数の比較

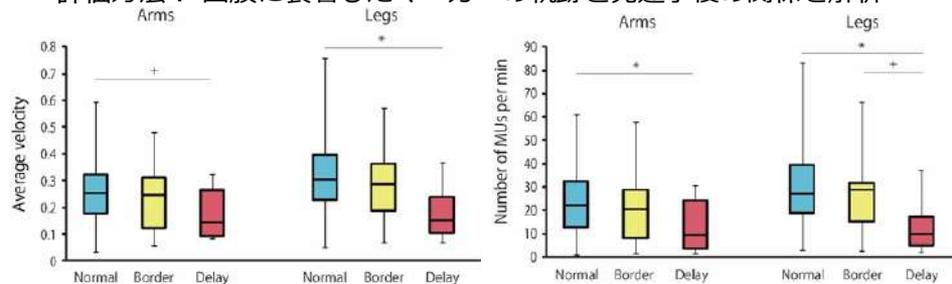


図1: 発達状況別の上半・下肢の平均運動速度

図2: 発達状況別の上半・下肢のfMUs/min

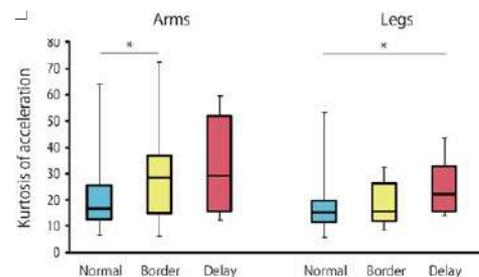


図3: 発達状況別の上半・下肢のKurtosis加速度



図4: 計測方法



図2: 呼気圧迫法 (squeezing) 実施例 図3: 無気肺発生 (右下葉) (左図) と改善 (翌日) 例 (右図)

- ※1 Kanemaru N, Watanabe H, Kihara H, et al, Dev Med Child Neurol : 55(8) ,713-21,2013
- ※2 Kanemaru N, Watanabe H, Kihara H, et al, Early Hum Dev:90(8),387-92,2014

- NICU入院時の発達評価の発達予後に関する予測精度は高く、NICUから障害の軽減に努めることができる。
- 低出生体重児で、NICU入院中と退院後の生後2年間の乳児発達プログラムを実施した群は、非実施群に比し、修正12・24か月での運動・認知発達が有意に高値であった (※3)。
- 極低出生体重児で、生後から修正4か月まで発達促進の理学療法介入群は、非介入群に比し、異常な運動発達を持つ児はいなかった (※4)。

日本産科・新生児医学会雑誌: 第42巻3号, 620-25, 2006  
 NICUにおける呼気圧迫法 (squeezing) による呼吸理学療法の有効性と安全性の検討 木原秀樹, 中村友彦, 廣間武彦

- ※3 Resnick MB,et al.Pediatrics. 80(1),1987,68-74.
- ※4 Cameron EC,et .Pediatr Phys Ther.17(2),2005, 107-19.

# NICU等での理学療法の推進（参考資料：発達ケアに基づいたチームでの介入）

1. The structuring of an appropriate physical environment in the NICU for infant and family
2. The timing and organization of medical and nursing interventions appropriate to the individuality of infant and family
3. The support and nurturance of the parents' cherishing of their infant, and of their confidence in caring for and taking pride in supporting their infant's development
4. The coordination in the developmental framework of the care delivered by special service providers such as respiratory therapists, occupational and physical therapists, social workers, nutritionists, early intervention professionals, public health nurses, and others.

- 医師や看護師、理学療法士、保健師等で構成されるチーム介入によるDCの発展的かつ包括的な枠組みを調整することが推奨されている。

引用) Als H: Program guide: newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): an education and training program for health care professionals. NIDCAP federation international, 2019.

Table 4. Medical Outcome Variables\*

Variable	BWH				CHO				CHB				G (r)	S (r)
	C (n=19)		E (n=18)		C (n=20)		E (n=16)		C (n=8)		E (n=11)			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
No. of days on respirator	34.5	21.9	28.7	16.3	43.4	17.6	46.6	17.1	50.4	27.2	40.6	26.5	.14	-.23*
No. of days of oxygen	74.0	61.3	80.9	67.7	113.3	110.1	74.2	32.0	107.0	99.5	102.4	99.9	.16	-.07
No. of days of parenteral feeding	20.6	14.0	16.4	6.0	41.8	14.8	33.3	14.5	27.8	22.6	19.9	13.3	.46	-.59**
No. of days of parenteral and enteral	10.0	26.1	9.7	4.4	25.8	11.4	15.9	8.8	25.1	27.2	10.7	9.8	.56	-.40**
Average daily weight gain (g)	19	5	22	3	17	3	21	6	19	3	19	3	-.48	-.17
PCA at discharge, wk	40.5	3.1	36.3	2.4	47.6	14.0	41.6	4.4	40.3	24	40.1	2.5	.47	-.37**
No. of days in ICU to discharge	48.7	20.1	43.1	16.0	127.5	103.9	86.6	28.5	65.3	27.2	60.0	27.9	.37	-.53**
No. of days in hospital to discharge	101.3	20.5	85.9	18.7	148.3	96.5	105.4	29.6	101.3	15.7	99.7	21.0	.47	-.34**
Weight at 42 wk PCA, g	3074	588	3294	544	2718	465	3093	578	3047	569	2916	604	-.37	.22*
Head circumference at 42 wk PCA	35.8	1.3	36.1	2.0	34.2	1.8	35.4	1.9	35.3	1.8	35.3	2.2	-.33	.29***
Hospital charges (\$K)	181	49	157	59	395	205	314	100	187	70	203	81	.34	-.68**
Bronchopulmonary dysplasia, No. none-mild-moderate-severe	3-3-7-6		3-2-13-0		2-6-7-6		1-4-6-5		1-1-3-3		1-2-3-5		.08	-.009
Intraventricular hemorrhage, No. grade 0-1-2-3-4	12-3-3-1-0		15-0-1-2-0		11-7-0-1-1		8-3-1-2-2		3-0-0-3-2		5-1-2-3-0		.003	-.008
Necrotizing enterocolitis, No. absent-present	17-2		17-1		18-2		16-0		5-3		10-1		.20*	-.05
Retroequity of prematurity, No. stage 0-1-2-3-4-5	13-3-1-1-0-1		10-4-4-0-0-0		1-5-10-4-0-0		4-4-5-3-0-0		4-2-0-1-0-1		4-2-2-1-0-2		.06	-.30***

Summary analysis: MANOVA: Group: F = 2.02; df = 16,71; p = .02  
 Site: F = 7.16; df = 32,142; p = .00005  
 Group x site: F = 1.22; df = 32,142; p = .21

Mahalanobis's D<sup>2</sup>, F-matrix: BWH vs CHB F = 1.16; df = 16,74; p = .30  
 BWH vs CHO F = 15.35; df = 16,74; p = .001  
 CHB vs CHO F = 10.43; df = 16,74; p = .001

ICU, intensive care unit; BWH, Brigham and Women's Hospital; CHO, Children's Hospital Oakland; CHB, Children's Hospital Boston; PCA, postconceptional age; C, control; E, experimental; S, site; G, group.  
 \*As in Table 1.  
 \*p ≤ .05; \*\*p ≤ .001; \*\*\*p ≤ .01.

Table 6. Family Outcome Variables: Parenting Stress Index and Mother's View of the Child\*

Variable	BWH				CHO				CHB				G (r)
	C (n=14)		E (n=14)		C (n=17)		E (n=14)		C (n=7)		E (n=10)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
PSI Child Domain score	63.6	29.6	49.8	30.0	82.5	17.6	64.6	31.1	62.1	29.3	63.2	31.7	.56*
PSI Parent Domain score	32.9	33.2	27.1	14.8	48.0	29.9	46.03	25.2	51.9	19.3	35.6	23.1	.35**
PSI Total Stress score	44.9	34.2	35.7	21.3	65.2	27.5	55.8	28.8	55.9	22.5	49.0	28.6	.41*
PSI Life Stress score	28.2	9.3	23.9	11.0	28.1	15.0	27.1	10.5	39.3	15.1	27.0	9.2	.46*
MVC overall score	2.6	0.7	3.0	0.8	2.5	1.0	2.6	1.0	2.7	0.7	3.3	0.6	-.38**

Summary analysis: MANOVA: Group: F = 2.41; df = 5,66; p = .05  
 Site: F = 1.48; df = 10,132; p = .15  
 Group x site: F = 0.57; df = 10,132; p = .83

PSI, Parenting Stress Index; MVC, Mother's View of the Child; BWH, Brigham and Women's Hospital; CHO, Children's Hospital Oakland; CHB, Children's Hospital Boston; MANOVA, multivariate analysis of variance; C, control; E, experimental; G, group.  
 \*As in Table 1. PSI: Higher scores represent more stress. MVC: Higher scores represent more differentiated perception of the child.  
 \*p ≤ .001; \*\*p ≤ .01.

Table 5. Developmental Outcome Variables: Assessment of Preterm Infants' Behavior\*

Variable System Scores	BWH				CHO				CHB				G (r)	S (r)
	C (n=19)		E (n=18)		C (n=20)		E (n=16)		C (n=8)		E (n=11)			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Autonomic system	6.6	1.0	6.2	0.6	6.4	1.7	5.3	1.1	6.4	0.7	6.7	0.4	.50*	.48*
Motor system	6.9	0.7	6.4	0.5	6.4	1.5	5.3	1.2	6.7	0.4	6.6	0.6	.68*	.64*
State system	5.9	1.2	5.0	1.0	5.7	1.6	5.1	1.2	5.2	0.9	5.0	1.0	.62*	-.13
Attention system	7.4	1.1	6.7	1.0	7.1	2.0	6.4	1.7	6.8	1.1	7.1	1.2	.40*	.12
Self-regulation system	6.6	0.9	6.2	0.5	6.4	1.8	5.3	1.4	6.4	0.4	6.3	0.8	.60*	.39**
Examiner facilitation	7.0	1.2	6.2	0.8	6.6	2.0	5.2	1.4	6.6	0.5	6.2	1.1	.76*	.29**

Summary analysis: MANCOVA: Group: F = 2.90; df = 6,80; p = .01  
 Site: F = 3.01; df = 12,160; p = .001  
 Group x site: F = 1.38; df = 12,160; p = .18

Mahalanobis's D<sup>2</sup>, F-matrix: BWH vs CHB F = 1.51; df = 6,84; p = .20  
 BWH vs CHO F = 3.01; df = 6,84; p = .05  
 CHB vs CHO F = 4.03; df = 6,84; p = .01

BWH, Brigham and Women's Hospital; CHO, Children's Hospital Oakland; CHB, Children's Hospital Boston; MANCOVA, multivariate analysis of covariance; C, control; E, experimental; APiB, Assessment of Preterm Infants' Behavior; S, site; G, group.  
 \*MANCOVA, F, two tailed, with age at APiB evaluation as covariate. Other statistics as in Table 1.  
 \*p ≤ .001; \*\*p ≤ .01.

- NICU入院中の早産児に対してDCに基づいたチーム介入を行うことで、非経口的栄養補給や人工呼吸器の使用期間と入院期間の短縮（表：左上）、児の発達支援（表：右上）、家族のメンタルケア（表：左下）に有効である。

引用) Als H et al : A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. J Dev Behav Pediatr. 2003; 24: 399-408.

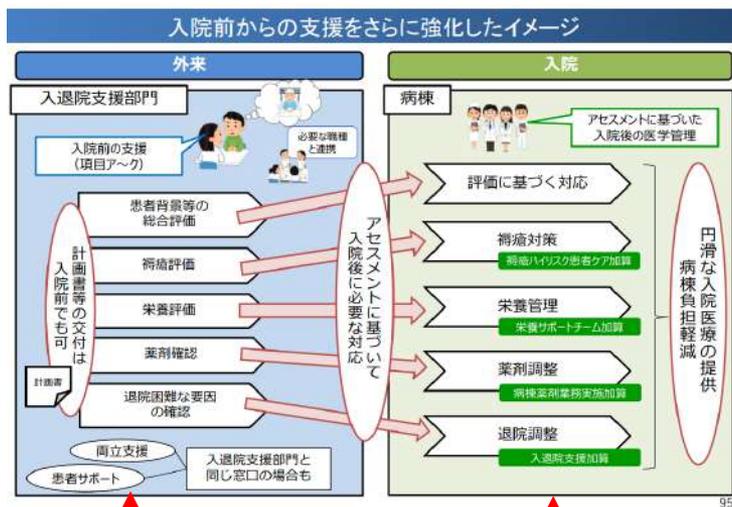
## Ⅱ-1. 医療と介護の複合化に対応するための入退院支援へのリハビリテーション専門職の関与の推進

### 要望

- 医療と介護の複合化に対応する観点から、入退院支援加算（入院時支援加算を含む）にリハビリテーションに関する項目として、例えば「ADL評価」を入院前の支援として行うことを追加すること（項目ア～クに追加）。
- 入退院時支援加算の人員配置基準として、看護師・社会福祉士に加えて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を追加することが望ましい。
- 入院後早期からのADL維持・向上に向けた支援について、看護師を中心に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む多職種で連携して実施をした場合の評価をすること。

### 要望理由・課題

- 近年の高齢者の増加に伴い、医療介護は複合化し、退院困難な患者が増えている。例えば、DPC病院入院患者のうち、入院6か月前の時点で誤嚥性肺炎患者の約7割、股関節骨折、心不全、一般肺炎患者の約半数、脳梗塞患者の約3割が要介護高齢者であることが報告されている。
- 現在の退院困難な患者に対する入退院支援の取り組みに加え、入院後早期からのADL維持・向上に向けた取り組みについて、看護師を中心に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む多職種で連携して取り組むとともに、退院後のリハビリテーションサービスの必要性の有無を判断し、退院支援を行うことなどが有益である。



リハビリテーションに関する項目を追加 (ADL評価等)

入院後早期からのADL維持・向上に向けた支援を、看護師を中心に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む多職種で連携して実施をした場合の評価

高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況

(西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 設入所	一般病 床	回復期 病床	療養病 床	介護保 険利用	介護施 設入所	累積死 亡
脳梗塞 (1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折 (1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全 (1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎 (1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎 (1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典：松田 (2019)

松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来 (2021)

## 入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算  
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

### 【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



病棟



### 《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / 要介護認定が未申請
- ・**虐待を受けている又はその疑いがある**
- ・**生活困窮者**
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は介護**を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

### 【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



# 入退院支援加算の概要①

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。  
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手

入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置																
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士															
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	<div data-bbox="1139 1085 1796 1313" data-label="Figure"> <h3>入退院支援加算の届出状況</h3> <table border="1"> <caption>入退院支援加算の届出状況</caption> <thead> <tr> <th>加算の種類</th> <th>届出施設数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>加算1のみ</td> <td>1,944</td> </tr> <tr> <td>加算2のみ</td> <td>2,221</td> </tr> <tr> <td>加算3のみ</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>加算1+加算3</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>加算2+加算3</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td><b>合計</b></td> <td><b>4,293</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>【出典】 保険局医療課調べ (令和元年7月1日の届出状況)</p> </div>		加算の種類	届出施設数	加算1のみ	1,944	加算2のみ	2,221	加算3のみ	99	加算1+加算3	99	加算2+加算3	22	<b>合計</b>	<b>4,293</b>
加算の種類	届出施設数																
加算1のみ	1,944																
加算2のみ	2,221																
加算3のみ	99																
加算1+加算3	99																
加算2+加算3	22																
<b>合計</b>	<b>4,293</b>																
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施																
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績																

※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

## 入退院支援加算の概要②

### 入院前からの支援を行った場合の評価

#### ➤ 入院時支援加算1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
  - ◀許可病床数200床以上▶
    - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
    - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
  - ◀許可病床数200床未満▶
    - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 入院時支援加算2 200点（退院時1回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。  
入院前にア)からク)まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ)及びク)を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
  - イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
  - ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / エ) 栄養状態の評価
  - オ) 服薬中の薬剤の確認 / カ) 退院困難な要因の有無の評価
  - キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
- (※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

引用：厚生労働省，入-1，（令和3年度第5回）入院医療等の調査・評価分科会，令和3年8月6日

[入退院支援加算に関するリンクはこちらをクリック](https://clinicalsup.jp)

<https://clinicalsup.jp>

## II-2. 外来患者における早期リハビリテーション加算、初期加算の対象制限の撤廃

### 要望

- 疾患別リハビリテーションにおける入院中の患者以外の患者への早期リハビリテーション加算および初期加算について、対象疾患の限定を緩和または撤廃する。

### 要望理由・課題

- 平成28年度診療報酬改定において、地域連携診療計画加算の新設に伴い、地域連携診療計画については対象疾患の限定はなくなったが、早期リハビリテーション加算および初期加算の算定については脳卒中の患者と大腿骨頸部骨折の患者に限られている。
- 早期に在宅医療へと移行するためには、外来においてもリハビリテーションを受けられる環境整備が必要である。
- 例えば、人工膝関節置換術後や腰椎固定術後患者については、継続した理学療法の実施が疼痛軽減や身体機能の改善等の効果を示す報告がある（図1、図2）。

図1：人工膝関節置換術後患者に対する運動療法の実施効果（システマティックレビュー）

標準的術後介入に退院後の運動療法を加えた効果と標準的術後介入のみの効果の比較

	No. of trials	Ratio of trials (PEDro < 6)	No. of participants	SMD [95% CI]	I <sup>2</sup>	Quality of the evidence (GRADE)
<i>Effects of exercise after discharge in addition to standard postoperative intervention versus standard postoperative intervention only</i>						
Pain (8w)	3	0%	307	-0.65 [-1.22, -0.08]	84%	Low <sup>c</sup>
WOMAC PF (8w)	2	0%	142	-0.40 [-0.74, -0.07]	0%	Moderate <sup>d</sup>
WOMAC Stiffness (8w)	2	0%	142	-0.42 [-0.75, -0.08]	2%	Moderate <sup>d</sup>
Knee extension strength (8w)	2	0%	230	1.01 [0.17, 1.84]	87%	Low <sup>c</sup>
Active knee extension ROM (8w)	2	0%	137	0.18 [-0.16, 0.52]	0%	Moderate <sup>d</sup>
Active knee flexion ROM (8w)	2	0%	182	0.29 [0.00, 0.58]	0%	Moderate <sup>d</sup>
TUG (8w)	2	0%	178	-0.66 [-1.13, -0.18]	57%	Low <sup>c</sup>
Gait speed (8w)	2	0%	132	0.42 [0.04, 0.80]	30%	Low <sup>c</sup>

( ), intervention duration; GRADE, GRADE working group grades of evidence; WOMAC, Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index; PF, physical function; ROM, range of motion; TUG, timed up and go test; SMD, standardized mean difference; CI, confidence interval.

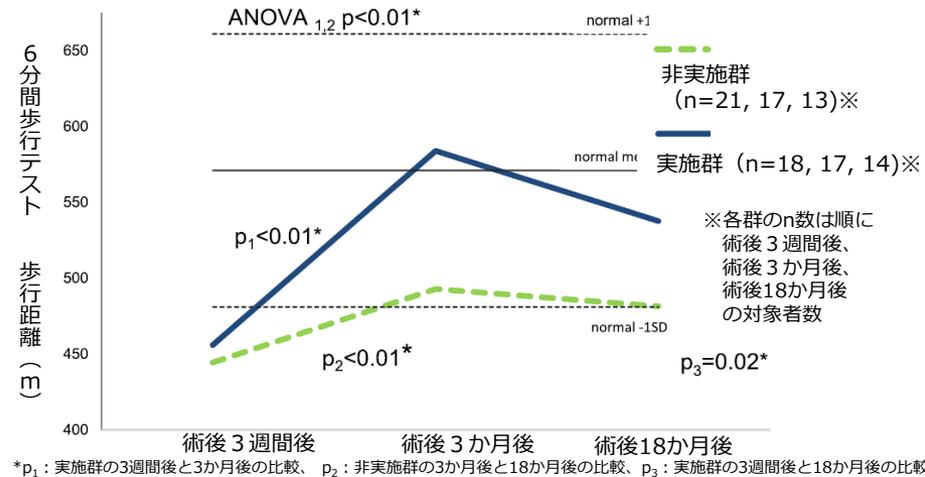
<sup>a</sup> Reason for downgrade: PEDro score less than 6 for the majority of trials (more than 50%).

<sup>b</sup> Reason for downgrade: PEDro score less than 6 for the majority of trials (more than 50%), Large confidence intervals.

<sup>c</sup> Reason for downgrade: Large confidence intervals, Statistical heterogeneity (I<sup>2</sup> > 25%).

<sup>d</sup> Reason for downgrade: Large confidence intervals.

図2：腰椎固定術後患者に対する理学療法の実施効果（RCT）



対象者)

- ・ 退行性脊椎分離すべり症、退行性椎間板疾患
- ・ 45歳～70歳 (非実施群)

術後院内の標準プロトコルを実施 (このプロトコルに運動や理学療法は含まれていない) (実施群)

術後3週間後から週2回理学療法を9週間実施

1～5週は主に体幹の等尺性運動を実施

5～9週は主にトレーニングマシンで下肢の運動を追加

## Ⅱ-3. 介護保険への移行を予定している循環器病患者に対するリハビリテーションの推進

### 要望

- 介護保険への移行を予定している循環器病患者に対するリハビリテーションを推進する観点から、介護保険への円滑な移行を目的としているリハビリテーション計画提供料の対象について、心大血管リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者を加える。

### 要望理由・課題

- 循環器病対策基本法が制定され、回復期にあたる循環器病患者に対するリハビリテーションの推進（運動療法や生活指導等の包括的な関与）が急務とされている。

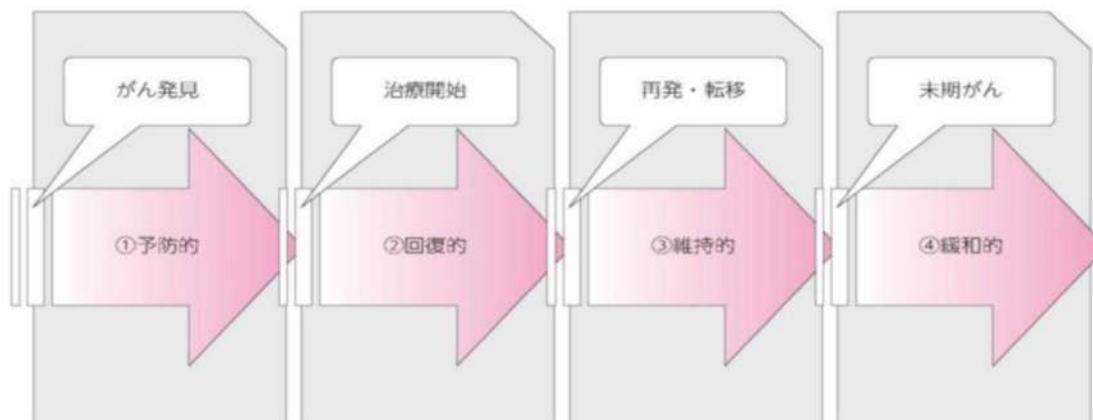
# Ⅲ-1. がん患者リハビリテーション料

## 要望

- がん患者リハビリテーション料を外来患者にも拡大することを要望する。

## 要望理由・課題

- がん治療の進歩とともに長期生存が可能となり、がん治療後の復職などの社会復帰の支援や、介護負担軽減が必要である。
- 外来がん治療により新しく生じる障害や、がん治療後の衰弱に対してリハビリテーションを継続することが必要である。
- がん患者に対するリハビリテーションは、予防的、回復的、維持的、緩和的リハビリテーションの4つに分類され（図）、予防的、維持的、緩和的リハビリテーションは主に外来で実施されてるものとなる。
- 現在のがん患者リハビリテーション料は入院患者のみに適応され、外来患者には適応されておらず、外来患者にもがん患者リハビリテーション料が適応となることで、早期の社会復帰、在院日数短縮、介護負担軽減が可能となると予想される。
- 入院に関連する医療費の削減が可能、早期社会復帰と復職により経済的な利益も期待できる。また、介護負担軽減により、介護者の就労への影響も軽減できる。



### 以下の患者要件を想定

- 入院中にかん患者リハビリテーション料の適応となった患者で、退院時に十分な機能回復が得られていない（FIM115点以下、BI85点以下の状態等）患者。
- 入院治療前で、手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者。

図：がん患者リハビリテーションの分類

辻哲也：がんのリハビリテーションベストプラクティス第2版

## Ⅲ-2. 心大血管リハビリテーション料の対象疾患の拡大

### 要 望

- 心大血管リハビリテーション料の算定疾患のうち、「その他の心血管疾患」について、以下の対象疾患を拡大する。
  - ・ 経皮的僧帽弁接合不全修復術後
  - ・ 経皮的卵円孔開存閉鎖術後
  - ・ 経皮的動脈管開存閉鎖術後
  - ・ 肺高血圧症

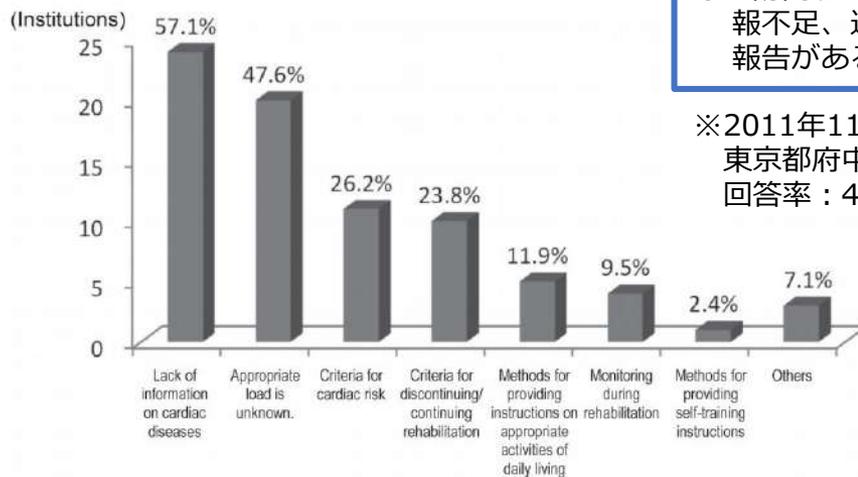
# Ⅲ-3. 循環器病の再発および重症化予防の推進

## 要望

- 心不全等の再発予防及び再入院予防の観点から重要であることから、心不全等により入院し、リハビリテーションを行っていた患者に対し、外来で多職種による疾病管理プログラムを提供した場合の新たな評価をすること。
- 重症化予防の推進の観点で、入院患者の退院時に在宅での療養上の指導を実施することを評価すること。

## 要望理由・課題

- 心血管疾患患者の管理においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、運動療法や患者教育及びカウンセリング等を含む多職種による疾病管理としての心血管疾患リハビリテーションの実施率は低いとされている。
- また、退院後に回復期や慢性期におけるリハビリテーションの提供にあたっては、疾病管理にかかる医学的情報が得られず、適切な運動負荷や療養上の管理が難しいなどの意見がある。



- 訪問リハを施行するうえでの問題点として、急性期病院からの退院する時の情報不足、運動時の適切な負荷量が不明瞭、リハの実施基準や中止基準が不明瞭と報告がある。

※2011年11月から2012年1月の期間  
東京都府中市近隣の訪問看護ステーション105施設を対象としたアンケート調査  
回答率：49/105 (46.9%)

# Ⅲ-4. 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進

## 要望

- 糖尿病透析予防指導管理料について、透析予防診療チームの職種に理学療法士等を追加するとともに、高度腎機能障害患者指導加算において、医師の指示の下、理学療法士等による運動指導を含める。
- また、慢性腎臓病患者に対する透析予防指導管理に関する新たな評価を行うこと。
- 生活習慣病管理料について、当該治療計画に基づく総合的な治療管理のうち、特に運動の治療管理を連携する職種として、理学療法士を疑義解釈ではなく、本文に記載をすること。

## 要望理由・課題

- 糖尿病の予防や治療には食事療法とともに運動療法の併用が重要であるが、健康日本21（第二次）中間報告（厚労省2019）によると「糖尿病」や「メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少」に関する項目は改善されていないとの評価であった。
- また、生活習慣病の運動指導において、保健師と管理栄養士の半数が運動指導に自信がないと回答している（山下2014）。
- 一方で、公的保険における生活習慣病および糖尿病性腎症患者に対する運動指導を理学療法が行った場合の評価はされていない。

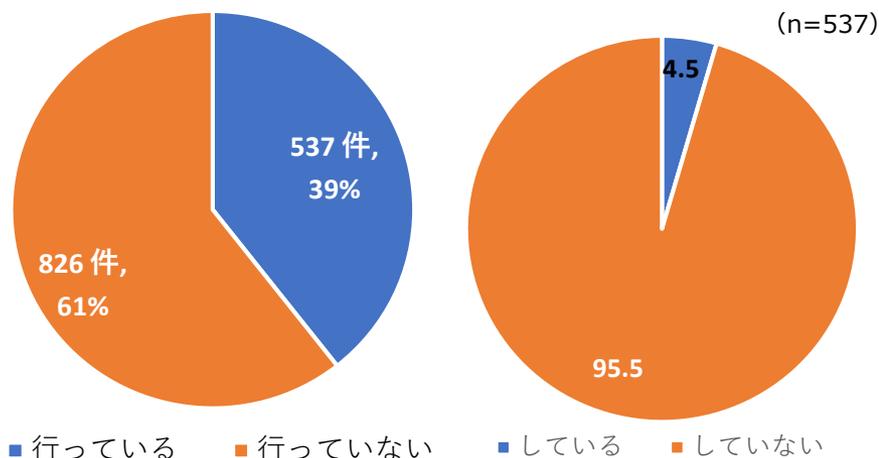


図1：糖尿病性腎症患者に対する理学療法の実施状況

図2：糖尿病透析予防指導管理料の透析予防診療チームへの参加状況

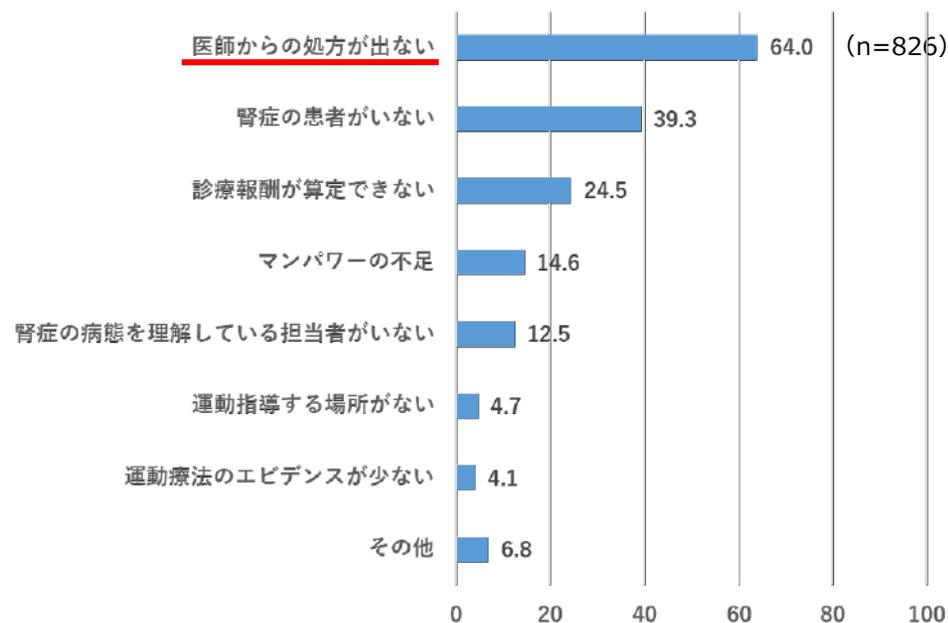


図3：腎症患者に対する理学療法に関わりをもっていない理由（複数回答可）

# 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進 (参考資料：理学療法士の介入)

○ 透析予防指導に理学療法士が参画し、運動指導を実施した群において、Stage II期におけるAlb/Cre比やStage III期における $\Delta eGFR$ の改善傾向がみられた。

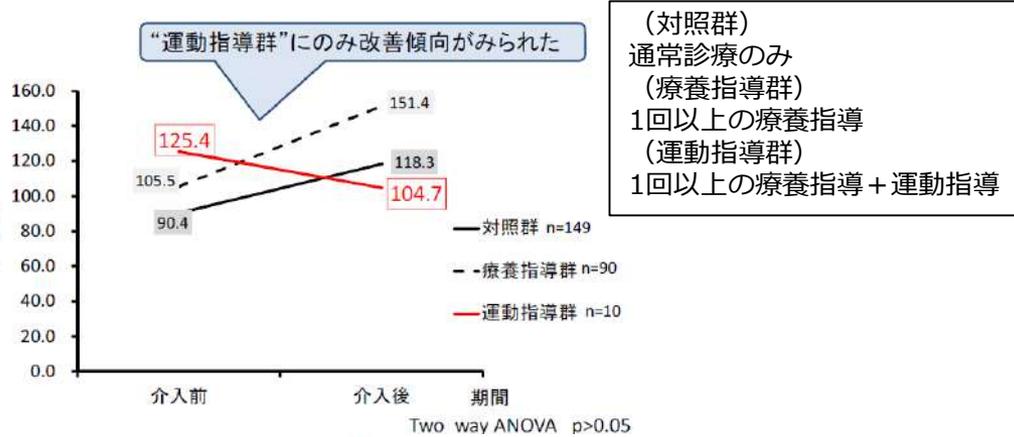
○ 糖尿病透析予防チームに理学療法士が参画し、運動指導を実施することで、eGFRやCrの維持に寄与している。

対象：糖尿病性腎症患者のうちII・III期

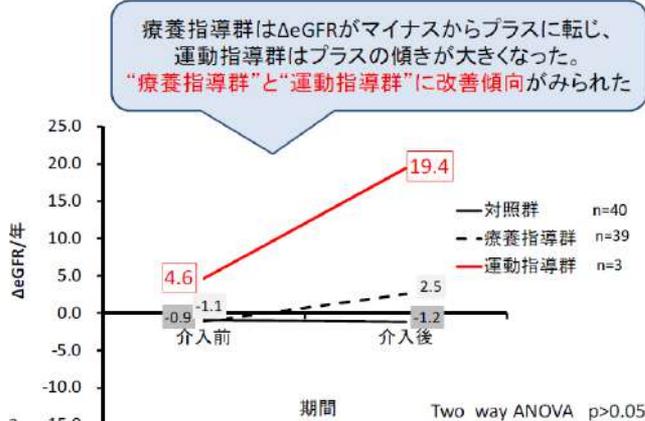
評価：介入前後の $\Delta eGFR$ 、Alb/Cre比

各数値は介入前および介入後6か月の平均値を算出

## Stage II期におけるAlb/Cre比の変化



## III期における $\Delta eGFR$ の変化



## 電子カルテ内で指導記録をリレー 金沢大学附属病院の糖尿病透析予防指導の流れ



## 運動指導を多く実施した症例で CrやeGFRは維持される傾向を認めた

※2017年の $eGFR < 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ の症例に対する指導開始から半年間の経過

性別	年齢	指導時の運動習慣	指導後の活動量	運動指導回数	Cr維持・低下	eGFR低下率 < 30%	尿蛋白減少 > 20%
①	女性 60代	なし	増加	6	○	○	—
②	女性 70代	なし	増加	4		○	
③	男性 60代	あり	不変	4	○	○	—
④	男性 70代	あり	不変	4		○	—
⑤	女性 70代	あり	増加	4			○
⑥	女性 80代	あり	減少(骨折)	3			○
⑦	男性 60代	なし	不変	2			○
⑧	男性 50代	なし	不変	1			

資料提供：獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部 田宮創氏

資料提供：金沢大学附属病院リハビリテーション部 櫻井吾郎氏

# Ⅲ-5. 二次性骨折予防に係る理学療法の評価

## 要望

- 二次性骨折予防継続管理料における骨粗鬆症の診療を担当する職種に、医師、看護師、薬剤師に加えて、理学療法士・作業療法士を追加すること。

## 要望理由・課題

- 骨粗鬆症治療には骨粗鬆症リエゾンサービス (FLS) といった多職種のチーム医療が効果的とされている。FLSのクリニカルスタンダードにおいて、チームメンバーの構成職種に理学療法士が含まれている。
- また、骨粗鬆症の予防と治療のガイドライン (2015年版) においては、運動が骨に及ぼす効果として、閉経後女性に対する運動介入には、骨密度を上昇させる効果 (グレードA) や、骨折を抑制する (グレードB) と報告されている。

### FLSのチームメンバー

FLSのチームメンバーは、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士などであり、各施設の状況にあわせた多職種の協働と、そのための連携教育が重要である。

引用：日本版 二次骨折予防のための骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード

表 27 運動療法の主なエビデンス

対象	文献	運動の種類	期間	成績	エビデンスレベル
閉経後女性 平均年齢：68歳	438	片脚起立訓練、毎日	6ヵ月	大腿骨近位部骨密度上昇効果なし	II
55歳以上の男女 年齢：55～74歳	439	筋力訓練 (1RMの40%および80%) 2～3日/週	40週	大腿骨近位部・腰椎骨密度上昇	III
閉経後骨量減少女性	440	複合運動 (荷重運動、筋力訓練、バランス訓練) 3日/週	52週	大腿骨近位部骨密度上昇	II
閉経後骨粗鬆症女性 年齢：45～70歳	441	太極拳 1日/週のグループエクササイズ+3日/週のホームエクササイズ	9ヵ月	大腿骨近位部骨密度上昇	II
高齢女性 平均年齢：69歳	442	筋力訓練 1～2日/週	12ヵ月	脛骨骨幹部皮質骨骨密度 (pQCT) 上昇効果なし	II
閉経後骨粗鬆症女性 年齢：55～75歳	436	プロプリオセプション訓練と大腿四頭筋訓練 (1RMの50～80%の負荷) 2日/週	18週	転倒発生率低下 (運動プログラム終了後24週時) 相対リスク：0.263, 95% CI：0.10-0.68	II
転倒既往のある高齢女性 平均年齢：71.0歳	443	複合運動 (歩行訓練、荷重運動など)	1年 5.5週のRCTのフォローアップ	転倒発生率低下 相対リスク：0.61, 95% CI：0.40-0.94	II, IVa
75歳以上の高齢者 開眼片脚起立時間≤15秒	437	片脚起立訓練 (フラミンゴ療法：バランス訓練) 3回/日、毎日	6ヵ月	転倒者数減少 運動群：14.2%、対照群：20.7%	II
高齢骨量減少女性 年齢：70～73歳	445	バランス訓練、下肢筋力訓練、荷重運動 1日/週のグループエクササイズおよび毎日のホームエクササイズ	平均7.1年 6ヵ月のRCT後ホームエクササイズでフォローアップ	大腿骨近位部骨折発生率低下傾向 相対リスク：0.68, 95% CI：0.34-1.32	II, IVa

1RM: one repetition maximum

## Ⅲ-6. めまいに対するリハビリテーションの推進

### 要望

脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患（別表第九の五）に「良性発作性頭位めまい症、前庭神経炎、メニエール病、その他の内耳性めまい」を追加する。

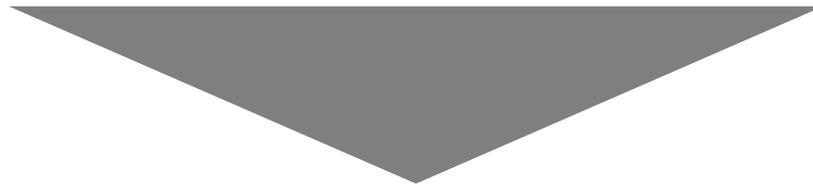
### 要望理由・課題

めまいに対する前庭リハビリテーションは、国内外で広く実施されており、その治療効果についてのエビデンスは確立されている。

しかしながら、現行の報酬上の評価体系においては、内耳性めまい（良性発作性頭位めまい症、前庭神経炎、メニエール病など）に対する前庭リハビリテーションを疾患別リハビリテーション料として算定することは出来ない。

# 世界における前庭リハビリテーションの位置づけ

American Physical Therapy Association (アメリカ理学療法協会) の分科の一つである神経学部門 Neurology Section の中には前庭系 SIG (Special Interest Group) が存在する。



米国では神経系理学療法に属する

引用 : <https://www.neuropt.org/>

# 前庭リハビリテーションのエビデンス

- めまいやADL、IADLの改善には、前庭リハビリテーションの効果が認められている。



Cochrane  
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

<対象>

一側の末梢前庭障害を呈した地域在住者

## Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction (Review)

McDonnell MN, Hillier SL

<結果> ※コクランレビューより

**めまいの頻度**は有意に減少(OR:2.67)

**活動や参加の困難さ**(DHIにて評価)は有意に減少(OR : -0.83)

引用 : McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 13;1:CD005397. doi: 10.1002/14651858.CD005397.pub4. PMID: 25581507.

# 前庭リハビリテーションのガイドライン

- 前庭障害に対するリハビリテーションは急性期・亜急性期・慢性期において強く推奨されている。

アメリカ理学療法士協会のガイドライン  
(神経学セクションが2016年に発行)

- 1.急性期・亜急性期の一側前庭障害患者に対するリハビリテーションの効果  
エビデンスレベル： **I** , **強く推奨**する
- 2.慢性期の一側前庭障害患者に対するリハビリテーションの効果  
エビデンスレベル： **I** , **強く推奨**する
- 3.両側前庭障害患者に対するリハビリテーションの効果  
エビデンスレベル： **I** , **強く推奨**する

引用 : Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Cass SP, Clendaniel RA, Fife TD, Furman JM, Getchius TS, Goebel JA, Shepard NT, Woodhouse SN. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline: FROM THE AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION NEUROLOGY SECTION. J Neurol Phys Ther. 2016 Apr;40(2):124-55. doi: 10.1097/NPT.0000000000000120. PMID: 26913496; PMCID: PMC4795094.

# 日本における前庭リハビリテーションのエビデンス

- 理学療法士による前庭リハビリテーションを行うことで、めまいによる日常生活困難度、バランス能力が改善することが報告されている。

	介入群 (n=10)	コントロール群 (n=10)	p 値
DHI_P, %	76.1 ± 60.0	108.3 ± 30.4	0.15
DHI_E, %	58.6 ± 41.0	111.9 ± 59.7	<0.05
DHI_F, %	83.4 ± 52.0	99.1 ± 30.8	0.42
DHI_T, %	70.7 ± 37.9	101.5 ± 23.0	<0.05
DGI, %	108.8 ± 10.9	96.1 ± 14.2	<0.05
FGA, %	108.9 ± 10.6	94.6 ± 12.5	<0.05
TUG, %	99.0 ± 20.7	100.5 ± 22.7	0.88

値は平均値 ± 標準偏差, 変化率: 介入後 / 介入前 \*100, DHI: Dizziness Handicap Inventory, DGI: Dynamic Gait Index, FGA: Functional Gait Assessment, TUG: Timed Up and Go Test

<対象>

慢性の内耳性めまい患者

<介入群>

理学療法士による前庭リハビリテーション

<コントロール群>

自宅リハビリパンフレットを渡す

<介入期間>

4週間

DHI:めまいによる日常生活困難度

DGI,FGA:歩行・バランス能力

引用: 加茂 智彦, 荻原 啓文, 田中 亮造, 遠藤 まゆみ, 角田 玲子, 伏木 宏彰: 慢性めまいに対する理学療法士による個別リハビリテーションの効果 理学療法学 46(4) 242 - 249 2019.

# 世界における前庭リハビリ人材育成

## ○ ほとんどの国が卒業教育を通して前庭リハビリテーションを学んでいる。

- ケンタッキー州の前庭リハビリに従事している理学療法士を対象とした調査では47%の理学療法士が前庭系理学療法に関する卒前教育を受けたと報告している<sup>1)</sup>。
- 同調査にて、78%の理学療法士が前庭系理学療法に関するスキルアップとして免許取得後に学会や講習会に参加したとしている<sup>1)</sup>。
- ヨーロッパの20か国を対象にアンケート調査を行った結果では前庭リハビリに関する教育のほとんどは免許取得後であり(89.5%)、学生時代に前庭リハビリに関する教育を受けていると報告したのは19%のみであった<sup>2)</sup>。
- 2011年にバラニー学会が前庭リハビリ教育の国際的ガイドラインを発行している<sup>3)</sup>。

1. Bush ML, Dougherty W. Assessment of Vestibular Rehabilitation Therapy Training and Practice Patterns. J Community Health. 2015 Aug;40(4):802-7. doi: 10.1007/s10900-015-0003-7. PMID: 25700790; PMCID: PMC4490983.
2. Meldrum D, Burrows L, Cakrt O, Kerkeni H, Lopez C, Tjernstrom F, Vereeck L, Zur O, Jahn K. Vestibular rehabilitation in Europe: a survey of clinical and research practice. J Neurol. 2020 Dec;267(Suppl 1):24-35. doi: 10.1007/s00415-020-10228-4. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33048219; PMCID: PMC7552585.
3. Cohen HS, Gottshall KR, Graziano M, Malmstrom EM, Sharpe MH, Whitney SL; Barany Society Ad Hoc Committee on Vestibular Rehabilitation Therapy. International guidelines for education in vestibular rehabilitation therapy. J Vestib Res. 2011;21(5):243-50. doi: 10.3233/VES-2011-0424. PMID: 22101295.

# 日本における前庭リハビリ人材育成

○ 卒前教育でめまい・平衡医学に関する講義を受けたと答えた理学療法士は10%程度であり、日本においても前庭リハビリテーションの卒後教育が必要。

- 日本における理学療法士を対象に前庭リハビリの教育・実践に関するアンケートを実施したところ、卒前教育でめまい・平衡医学に関する講義を受けたと答えた者は10%程度であったと報告されている<sup>1)</sup>。

## 学生時代に講義を受けたか

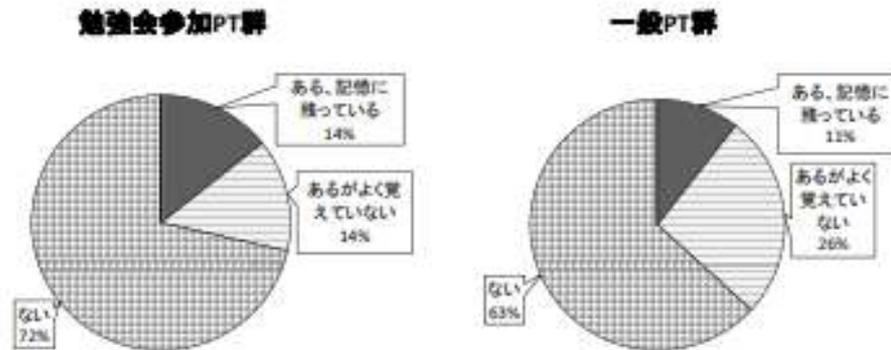


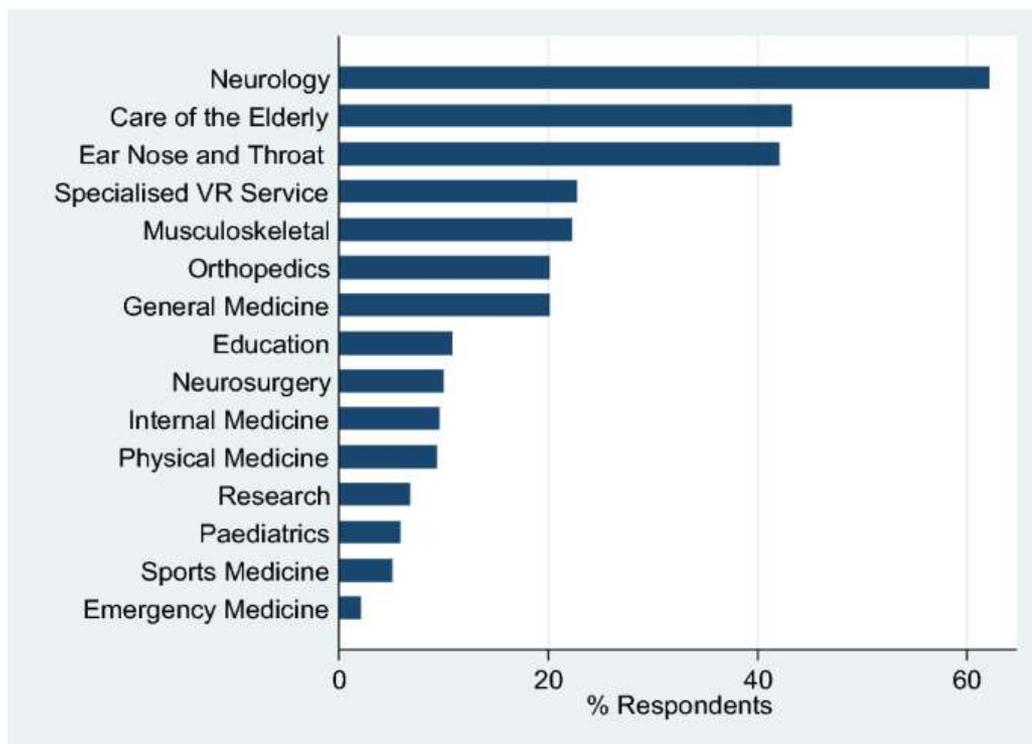
図2 問い 学生時代に平衡機能やめまい疾患について講義を受けたことは？  
「ない」、「あるがよく覚えていない」の割合は、両群とも8割以上であった。

1. 前田 佑輔, 伏木 宏彰, 角田 玲子, 木下 修, 阿部 靖, 遠藤 まゆみ, 西村 信子. アンケート調査からみた前庭リハビリテーションに対する理学療法士の関心度について, 2017年 76巻 6号 p. 692-697

# 前庭リハビリの依頼

## ○ 前庭リハビリテーションの依頼は耳鼻咽喉科もしくは神経内科・脳神経外科からである。

- 多くは耳鼻咽喉科からの紹介であり、次いで神経内科、家庭医と報告されている<sup>1)</sup>。
- 前庭リハビリテーションは神経学部門、高齢者carer、耳鼻咽喉科、前庭リハビリ専門施設で実施されることが多い<sup>2)</sup>(図1)。
- 国内のアンケート調査によると、ほとんどが耳鼻咽喉科からの依頼であったと報告されている<sup>3)</sup>。



1. Bush ML, Dougherty W. Assessment of Vestibular Rehabilitation Therapy Training and Practice Patterns. J Community Health. 2015 Aug;40(4):802-7. doi: 10.1007/s10900-015-0003-7. PMID: 25700790; PMCID: PMC4490983.
2. Meldrum D, Burrows L, Cakrt O, Kerkeni H, Lopez C, Tjernstrom F, Vereeck L, Zur O, Jahn K. Vestibular rehabilitation in Europe: a survey of clinical and research practice. J Neurol. 2020 Dec;267(Suppl 1):24-35. doi: 10.1007/s00415-020-10228-4. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33048219; PMCID: PMC7552585.
3. 前田 佑輔, 伏木 宏彰, 角田 玲子, 木下 修, 阿部 靖, 遠藤 まゆみ, 西村 信子. アンケート調査からみた前庭リハビリテーションに対する理学療法士の関心度について, 2017年 76巻 6号 p. 692-697

図1 前庭リハビリを実施している領域

# BPPVに対する前庭リハビリテーション

## ○米国耳鼻咽喉科学会から、BPPVに対する治療として、耳石置換法と前庭リハビリテーションの併用が推奨されている

- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation(米国耳鼻咽喉科学会)の臨床ガイドラインによると、BPPVの治療として前庭リハビリテーションを提供すべきとされており、「動作や慣れに対する前庭リハビリテーションはBPPVの第一選択の治療法とすべきではないが、耳石置換法後に持続的な障害を経験した患者には適応となる」と推奨している<sup>1)</sup>。
- また、コクランレビューによると、BPPVに対する主要な介入は症状を直接治療する耳石置換法であるべきだが、動作・慣れをベースとした前庭リハビリテーションは長期的な機能回復をさらに助け、利益をもたらすと報告している<sup>2)</sup>。
- 最近のレビューではBPPV患者は耳石置換法から始まり、治療後の前庭リハビリテーションまで段階的な介入を行うべきだと提案している<sup>3)</sup>。
- また、耳石置換法と前庭リハビリテーションはBPPV患者に相乗効果をもたらすことが報告されている<sup>3)</sup>。

1. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingsworth DB, Roberts R, Seidman MD, Steiner RW, Do BT, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan MD. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 Mar;156(3\_suppl):S1-S47. doi: 10.1177/0194599816689667. PMID: 28248609.
2. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 13;1:CD005397. doi: 10.1002/14651858.CD005397.pub4. PMID: 25581507.
3. Bressi F, Vella P, Casale M, Moffa A, Sabatino L, Lopez MA, Carinci F, Papalia R, Salvinelli F, Sterzi S. Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction? *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2017 Jun;30(2):113-122. doi: 10.1177/0394632017709917. Epub 2017 May 9. PMID: 28485653; PMCID: PMC5806799.

# IV-1. 年齢によらない障害児・者へのリハビリテーションの提供

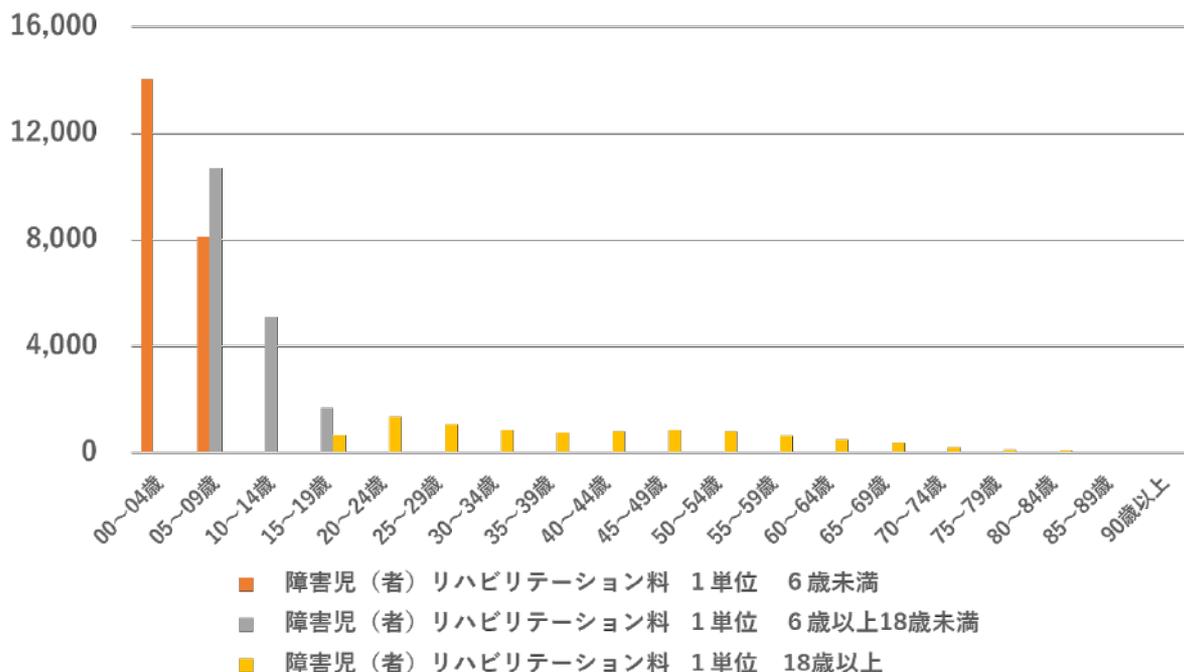
## 要望

- 成人期まで介入できるようなシームレスなリハビリテーション提供体制が必要であることから、障害児・者リハビリテーション料を算定した患者の18歳以降のリハビリテーションの提供状況について、検証のうえ、制度改正の必要性について検討をする。
  - ・ 障害児（者）リハビリテーション料における18歳以上の区分について評価を見直す。

## 要望理由・課題

- 現在、障害児（者）リハビリテーション料は、年少者の報酬が一番高く、年齢が上がるごとに低い報酬となっている。
- 一方で、脳性麻痺（両麻痺）者は、37歳ごろから歩行能力の悪化を経験するなど、年齢を重ねるごとに身体に不調が出てくるなどの課題を抱えている。
- また、障害児・者リハビリテーションを必要とする患者に対する理学療法はより専門的であることから、一般病院では受け入れが難しく、さらに、障害児・者リハビリテーションを提供している施設では、報酬額が少ないことから、経営的理由により、積極的に受け入れていくことが難しいなど、リハビリテーションを必要とする障害者にとって、必要な医療を受けにくい制度となっている。

図：障害児（者）リハビリテーション料の年齢区分別の実施件数（当該診療行為が実施された明細書の数）



## IV-2. 療養病棟における要介護被保険者の対応

### 要望

- 療養病棟に入院中の患者のうち、要介護被保険者であっても、介護保険を有していない患者と同様の疾患別リハビリテーション料の評価とすること。

### 要望理由・課題

- 平成28年度診療報酬改定において、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算が導入された。
- これにより、療養病棟のリハビリテーションにおいては、医学的な理由のために入院している患者のうち、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者と介護保険を持っていない患者に対する疾患別リハビリテーション料の評価が異なっている状況である。
- 標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算の本来の目的は、在宅復帰予定患者の要介護被保険者を介護保険へ移行するためのものであり、療養病棟に入院している患者に対してはそぐわない評価になっている。

### 発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料(I)の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	標準的算定日数を超えた場合の点数
	対象		
	要介護被保険者 以外		245点 (月13単位まで)
	要介護被保険者		147点 (月13単位まで)

# V-1. リハビリテーションを行う機能訓練室の面積要件の見直し

## 要望

- 面積要件については、十分にリハビリテーション提供が可能な体制を示したうえで、事務連絡（平成18年3月31日）で示された合算による機能訓練室の面積要件の確保について改めて明文化する。

## 要望理由・課題

- 昨今の地域医療計画に基づく病床機能分化の推進や、病床機能の変化に伴い、リハビリテーションの提供体制も変化してきている。
- また、「疑義解釈資料の送付について（その3）（事務連絡 平成18年3月31日）」においては、機能訓練室の面積要件について、「適切に従事者を配置し、適切にリハビリテーションを実施できる場合は、合算により確保してもよい」とされているが、地域によって運用の状況が異なると声がある。

（問95）機能訓練室の面積要件については、階が離れていても合算して基準の面積を確保することでもよいか。

（答）適切に従事者を配置し、適切にリハビリテーションを実施できる場合は、合算により確保してもよい。なお、心大血管疾患リハビリテーションについては、医師の直接監視下で行うことが原則となっているので、複数の訓練室で実施する場合は複数の医師が担当する必要がある。

厚生労働省保険局医療課，事務連絡，P20-21，平成18年3月31日。

# VI-1. 物理療法を併用した効果的なリハビリテーションの評価

## 要望

- 指定する効果的な物理療法（創傷治癒に対する電気刺激、超音波、大腿骨近位部骨折患者に対する神経筋電気刺激療法併用など）を含めたリハビリテーション計画を策定し、当該療法を実施して、該当する疾患別リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、●点を所定点数に加算する。

## 要望理由・課題

- 物理療法においては、各種個別リハビリテーションにおいてシステムティックレビューやガイドライン等で多数のエビデンスが報告されているのにも関わらず、臨床現場に浸透していない。

- 褥瘡の治癒促進に対して、電気刺激療法を行うことを推奨する。  
(推奨の強さ：1A)  
引用：日本褥瘡学会、褥瘡予防・管理ガイドライン、2022年。

- 大腿骨近位部骨折術後からの神経筋電気刺激療法を実施した群ではコントロール群よりも膝伸展筋力の早期改善や歩行の早期獲得に寄与した。

表：創傷治癒に対する電気刺激および超音波治療の効果 ※いずれもRCT

著者	対象	介入	結果
Polak et al 2016	Stage II~III N=49	Sham vs 陰極HVPC (154 $\mu$ s; 100 pps; 0.24 A; 250 $\mu$ C/s) 50分/日、5回/週、6週間	6週間後、Sham群と比較して優位に創面積が減少
Polak et al 2016	Stage II~IV N=77	標準ケア vs 標準的ケア+超音波 (1MHz; 0.5 W/cm <sup>2</sup> ; 20%; 1-3 m/cm <sup>2</sup> ) vs 標準的ケア+電気刺激 (HVPC, 154 $\mu$ s, 100 pps, 100 V, 250 $\mu$ C/sec, 50分/日)	6週間後、標準ケアと比較して有意に創面積が減少。超音波と電気刺激の差異はなく効果は同等
Bora Karsli et al 2017	Stage II~IV N=27	電気刺激 (HVPC) vs 超音波介入 3回/週、4~12週間	HVPC治癒率43%、超音波63%、両群有意差なし
Polak et al 2018	Stage II~IV N=61	陰極 vs 陽極HVPC (154 $\mu$ s; 100 pps; 360 $\mu$ C/s) 50分/日、5回/週、~8週間	陰極および陽極HVPCともに創面積を改善

表2 各群における下肢機能（膝伸展筋力、JOAスコア）の経時的変化と二元配置分散分析の結果

術後日数	1日	3日	5日	1週	2週	3週	4週	退院時
膝伸展筋力 (体重比: kg/kg)								
患側下肢 a)								
NMES群	0.11 $\pm$ 0.06	0.17 $\pm$ 0.08	0.20 $\pm$ 0.09	0.22 $\pm$ 0.09	0.25 $\pm$ 0.09	<b>0.28 <math>\pm</math> 0.10*</b>	<b>0.31 <math>\pm</math> 0.10*</b>	<b>0.34 <math>\pm</math> 0.10*</b>
コントロール群	0.09 $\pm$ 0.05	0.13 $\pm$ 0.07	0.15 $\pm$ 0.07	0.18 $\pm$ 0.08	0.19 $\pm$ 0.09	0.21 $\pm$ 0.10	0.24 $\pm$ 0.10	0.27 $\pm$ 0.11
健側下肢 b)								
NMES群	0.28 $\pm$ 0.11	0.34 $\pm$ 0.11	0.35 $\pm$ 0.11	0.37 $\pm$ 0.13	0.38 $\pm$ 0.11	<b>0.42 <math>\pm</math> 0.11*</b>	<b>0.43 <math>\pm</math> 0.12**</b>	<b>0.46 <math>\pm</math> 0.13*</b>
コントロール群	0.26 $\pm$ 0.08	0.32 $\pm$ 0.09	0.32 $\pm$ 0.09	0.35 $\pm$ 0.15	0.32 $\pm$ 0.11	0.33 $\pm$ 0.10	0.32 $\pm$ 0.11	0.38 $\pm$ 0.13
JOAスコア (点)								
歩行 f)								
NMES群	0.1 $\pm$ 0.8	0.1 $\pm$ 0.8	0.9 $\pm$ 1.9	1.2 $\pm$ 2.4	3.3 $\pm$ 3.8	<b>5.5 <math>\pm</math> 4.7**</b>	<b>6.9 <math>\pm</math> 5.1*</b>	11.1 $\pm$ 4.9
コントロール群	0	0	0.3 $\pm$ 1.1	0.3 $\pm$ 1.1	1.2 $\pm$ 2.4	2.7 $\pm$ 3.6	4.6 $\pm$ 4.5	9.5 $\pm$ 4.3

\*p<0.05, \*\*p<0.01にて多重比較にて2群間で有意差あり

表3 各群における各動作が自立するまでに要した日数 (日)

	NMES群 (n = 39)	コントロール群 (n = 39)	p値	効果量
SLR	4.4 $\pm$ 3.7	6.6 $\pm$ 5.7	0.04	0.23
移乗	4.5 $\pm$ 2.5	4.8 $\pm$ 2.5	0.59	0.06
歩行器歩行	0.0 $\pm$ 6.1	13.5 $\pm$ 7.7	0.02	0.26
一本杖歩行	21.2 $\pm$ 8.1	27.7 $\pm$ 12.3	< 0.01	0.31

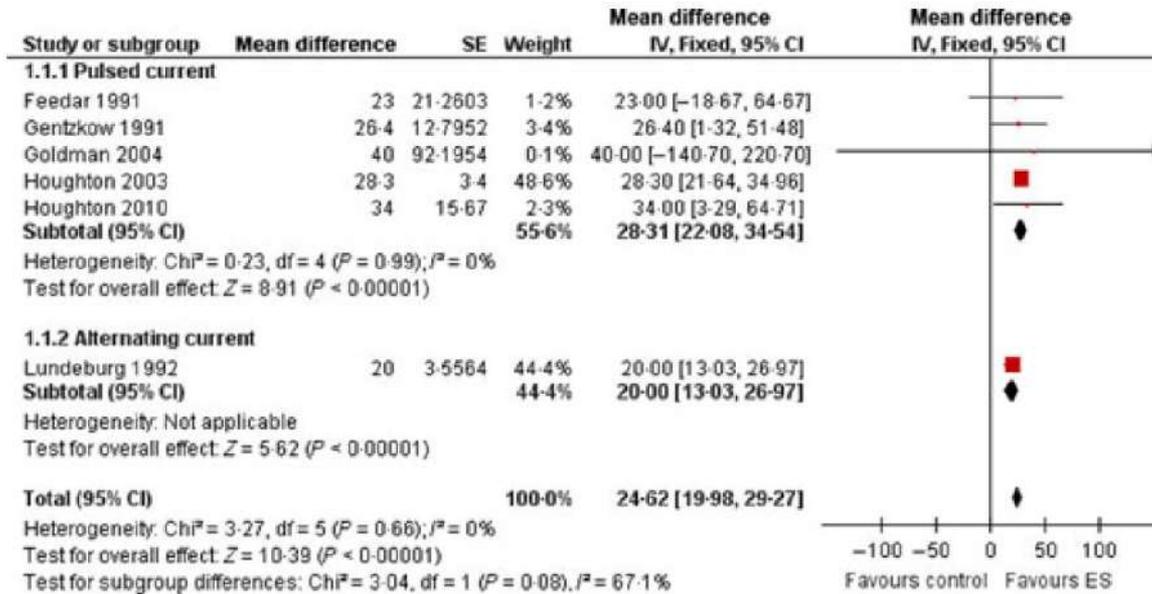
引用：徳田ら，理学療法学，2019

# 物理療法を併用した効果的なリハビリテーションの評価（参考資料：システマティックレビュー）

上段：慢性期の褥瘡に対する通常ケアとの比較

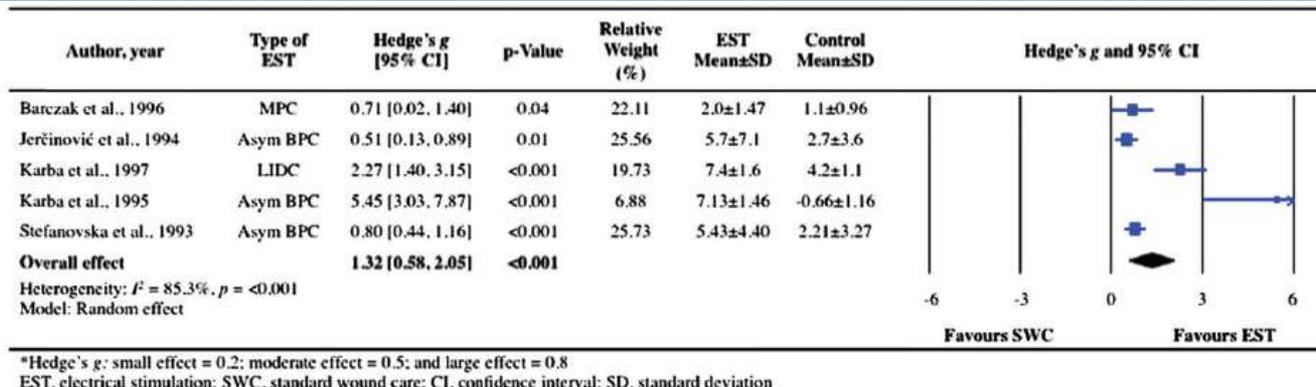
下段：脊損患者における電気刺激の効果

- 慢性期褥瘡に対する電気刺激と通常ケアを比較した21の論文のうち、褥瘡サイズの変化の割合を指標とした6本の報告から、電気刺激の実施が通常ケアよりも有意に褥瘡サイズを改善することが明らかとなった（24.62%[95%CI:19.98-29.27]）。



引用：Barnes R, et al. Eur J Clin Invest. 2014;44:429-440

- 脊損患者の褥瘡に対する電気刺激を調査した15の論文のうち褥瘡サイズを指標とした5本の報告から、電気刺激が通常ケアやShamよりも有意に褥瘡サイズを改善することが明らかとなった（1.32%/day[95%CI:0.58-2.05]）。



\*Hedge's g: small effect = 0.2; moderate effect = 0.5; and large effect = 0.8  
EST, electrical stimulation; SWC, standard wound care; CI, confidence interval; SD, standard deviation

引用：Lala D, et al. Int Wound J. 2016;13:1214-1216

# Ⅶ- 1 . 目標設定等支援・管理料の負担軽減

## 要望

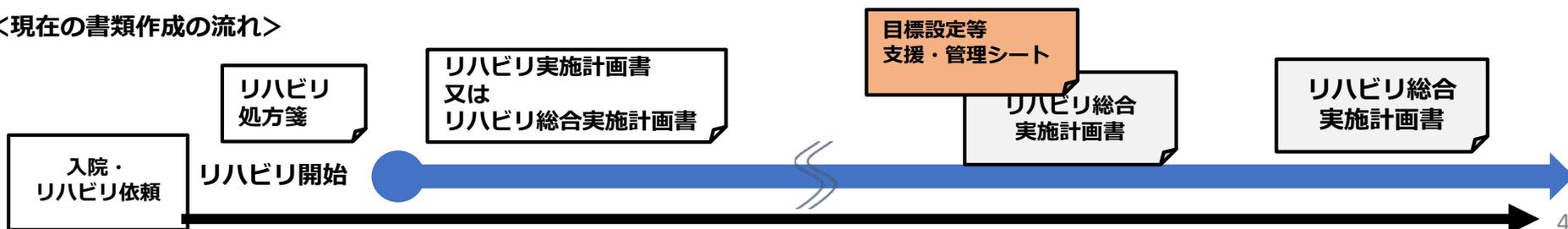
- 目標設定等支援・管理料を廃止すること。
- ただし、要介護被保険者においては、リハビリテーション総合実施計画書に目標設定等支援・管理シートに含まれる項目を記載することを必須とするなど、介護保険への移行を円滑にすること。

## 要望理由・課題

- 目標設定等支援・管理シートは、リハビリテーション総合実施計画書と重複する内容があることから、医師や理学療法士等にとって書類作成および患者への説明と記録が負担となっている。
- 目標設定等支援・管理料は平成28年度診療報酬改定において、要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行を目的に新設されたが、その目的は達成されているのではないか。

目標設定等支援・管理シートに掲載の項目	リハビリテーション 実施計画書 別紙様式21	リハビリテーション 実施計画書 別紙様式21の6	リハビリテーション 総合実施計画書 別紙様式23
発症からの経過(リハビリテーション開始日)	発症日・手術日を記載	発症日・直近の入院日、 治療経過を記載	発症日・手術日を記載
ADL評価 (Barthel IndexまたはFIMによる評価)(リハビリ開始時及び現時点)	BI、FIMを記載	BIを記載	BI、FIMを記載
現在リハビリテーションの目標としているもの、 及び現在のリハビリテーションの内容との関連 ・心身機能、活動、社会参加	—	—	目標をチェック 対応方針を記載
今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し ・医師の説明の内容、患者の受け止め	—	—	—
介護保険のリハビリテーションの見通し(あり・なし)	—	—	「環境」の対応を要する項目として記載
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性(あり・なし)	—	—	「環境」の対応を要する項目として記載
紹介した事業所名	—	—	—

### <現在の書類作成の流れ>



# Ⅶ-2. 廃用症候群リハビリテーション料の書類作成業務負担の軽減

## 要望

- 「廃用症候群にかかる評価表」を簡略化すること。
- 簡略化する箇所は、2.廃用に至った経緯等、5.一月当たりのリハビリテーション、6.リハビリテーションの内容、8.前回の評価からの改善や変化、とする。

## 要望理由・課題

- 廃用症候群リハビリテーション料は、治療の有無を問わずに急性疾患などに伴う安静によって生じた廃用症候群による、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下をきたしている状態の患者に算定できる。現状は「廃用症候群にかかる評価表」にて月ごとの評価が必要であり、診療報酬明細書に添付するなど書類作成業務負担が大きい。
- 廃用症候群リハビリテーション料が算定の基準に関わる廃用を生じる契機となった疾患やBIやFIMの点数等は簡略化できないが、それ以外の項目は簡略化しても要件の判断が可能と考えられる。前回の評価からの改善や変化については、スケール表記だと電子データで提出する場合は入力が煩雑になる場合があるため、チェックリスト等に変更が望ましいと考えられる。

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院 - 外来
生年月日	年 月 日( 歳)	入院日 年 月 日
主傷病	廃用症候群の診断日 年 月 日	
要介護度	要介護・要支援	リハビリテーション起算日 年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	廃用症候群リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
1 廃用を生じる契機となった疾患等	
2 廃用に至った経緯等	
3 手術の有無	有 - 無
手術 手術名 手術年月日	年 月 日
4 治療開始時のADL	BI 点 FIM 点
月毎の評価点数	BI 点 FIM 点
(BI又はFIM どちらかを記入)	BI 点 FIM 点

5 一月当たりの リハビリテーション	実施 回数 投薬 単位数	日 単位
6 リハビリテーションの内容	具体的に記載すること	
7 改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	
8 前回の評価からの 改善や変化	<p>BI-FIM( )点程度の改善</p>	

- ・ 2,5,6の項目は削除しても廃用症候群の評価は可能である。
- ・ 8の項目はスケールの記載は電子データだと煩雑になるため、チェックリスト等へ変更することで簡略化できる。
- ・ 4の項目はBIとFIMをチェックすることで点数の記載欄など簡略化できる。