

令和 6 年度診療報酬改定要望

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

I. 日本理学療法士協会

1. 回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーションのさらなる推進に向けた施設基準の緩和・適応拡大
 2. 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
 3. 地域での疾病・介護予防に資するフレイル判定の充実
 4. 産後女性に対するリハビリテーションの推進
 5. 女性下部尿路症状に対する骨盤底理学療法法の推進
- (1) 急性期から、回復期、生活期までの切れ目のないリハビリテーション医療の推進
1. 心大血管リハビリテーション料の対象疾患の拡大
 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
 3. 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
 4. 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
 5. 早期離床・リハビリテーションのさらなる推進
- (2) 医療－介護連携の中での理学療法士の活用の推進
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) 認知症ケア・疾病予防・重症化予防、チーム医療および先端医療に係る評価の推進
1. 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進
 2. 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
 3. 循環器病の再発および重症化予防の推進
 4. 二次性骨折予防に係る理学療法の評価
 5. 療養病棟における要介護被保険者の対応

I. 日本理学療法士協会（続き）

（４）未開拓分野の開拓と未発達分野の推進

1. NICU等での理学療法の推進
2. めまいに対するリハビリテーションの推進および平衡機能検査にかかる見直し

（５）その他

1. 目標設定等支援・管理料の負担軽減
2. 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
3. がん患者リハビリテーション料

II. 日本作業療法士協会

1. 緩和ケア病棟入院患者に対するリハビリテーション専門職の活用
2. 上肢治療用装具の作製にかかる報酬算定

III. 日本言語聴覚士協会

1. 脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準の見直し
2. 摂食嚥下機能回復体制加算に関する施設基準の見直し
3. 認知症ケア加算に関する施設基準の見直し
4. 呼吸ケアチーム加算に言語聴覚士、作業療法士の職名明記
5. 小児の外来におけるリハビリテーション実施の際のFIMの活用について

日本理学療法士協会

1. 回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーションのさらなる推進に向けた施設基準の緩和・適応拡大

要望

- 慢性心不全の増悪により急性期病院へ入院した者へ、退院後に回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーションを提供できるようにする。
- 回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの」から、「別表第九の四第一号「急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者」と、別表第九の四第二号「慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者」に該当するもの」へと変更する。

要望理由・課題

- 心大血管疾患のうち回復期リハビリテーション病棟を要する状態は「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」とされており、慢性心不全等により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者が含まれていない。
- 慢性心不全は増悪を繰り返し、身体機能低下を生じる症状であり、身体機能低下の予防とともに、再入院を予防することが推奨されている。
- 本邦のガイドラインにおいても、QOLの改善や再入院の減少目的とした運動療法の実施が推奨されている。
- 高齢（65歳以上）心不全患者では急性期病院入院後のADL低下（HAD：hospital-associated disability）のリスクがあり、発症割合は国際的なmeta-analysisでは約30%、本邦の大規模調査では37%と報告されている。
- HADが生じた高齢心不全患者において、急性期病院から直接自宅退院した者と比べ、転院しリハビリテーションを継続した者の方が、再入院率が有意に低いことが報告されている。
- 「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 2022年2月版（令和3年分）」における心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している施設は24%である。急性期病院に設置されている回復期リハビリテーション病棟も含んでいることから、心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している回復期リハビリテーション病棟はまだ少なく、回復期及び維持期の医療体制の機能強化に繋がっていない。

1. 回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーションのさらなる推進に向けた施設基準の緩和・適応拡大 (参考資料：慢性心不全患者に対する診療・リハビリテーションガイドライン)

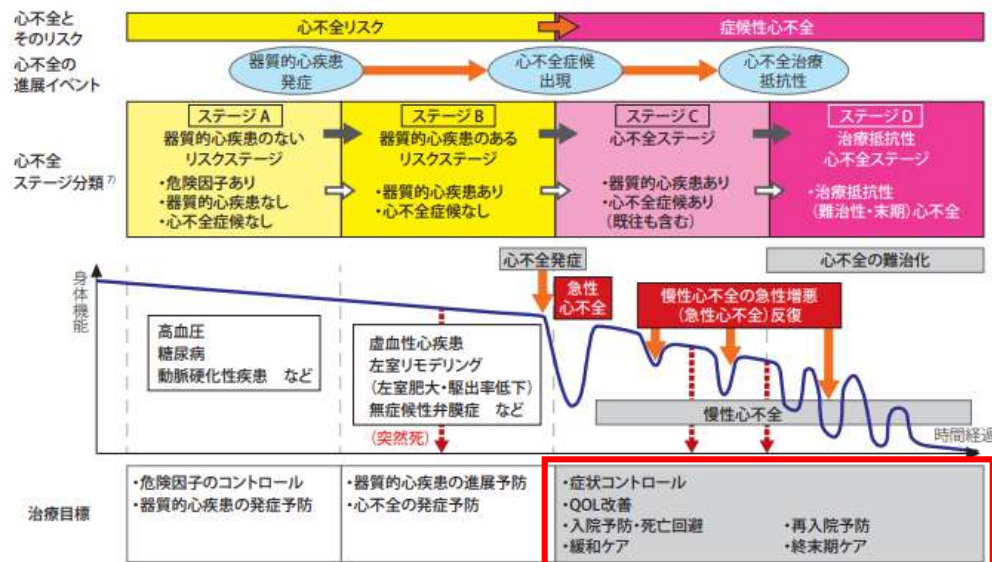


図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

(厚生労働省, 2017²⁰⁾より改変)

引用：日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン、急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）。P11.

表35 慢性心不全患者に対する心臓リハビリテーションの推奨とエビデンスレベル

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
左室駆出率の低下した心不全（HFrEF）患者の自覚症状と運動耐容能の改善、QOLの改善と再入院の減少を目的に、運動療法を行う。	I	A	A	I
禁忌のないすべての患者に対して多職種チームによる包括的心臓リハビリテーションプログラムを実施する。	I	A	A	I
HFrEF患者の生命予後の改善を目的に、運動療法を考慮する。	IIa	B	B	II
左室駆出率の保たれた心不全（HFpEF）患者の自覚症状と運動耐容能の改善を目的に、運動療法を考慮する。	IIa	B	A	I
デコンディショニングの進んだ患者や身体機能の低下した患者に対して日常生活動作やQOLの向上を目的としてレジスタンストレーニング実施を考慮する。	IIa	C	B	IVb

注) 静注強心薬投与中の患者については表31、表61を参照。

引用：日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン、2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン。P46.

1. 回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーションのさらなる推進に向けた施設基準の緩和・適応拡大 (参考資料：高齢慢性心不全患者におけるHADの発生率)

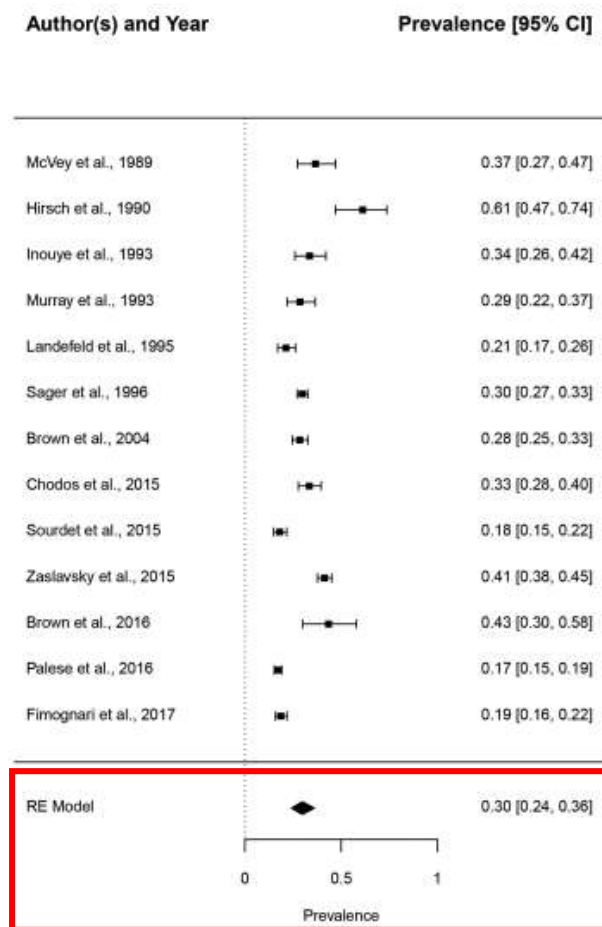


Figure 2. Forest plot of the prevalence of hospital-associated disability (HAD): hospital-based studies only. Prevalence rates from 13 individual hospital-based studies were combined using random-effects meta-analysis with a generalized linear mixed model. Vertical reference line indicates prevalence rate of 0 (no HAD); size of squares is proportional to the weight of the study in the analysis. CI=confidence interval.

Lloyd, Christine et al. "Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis." *Journal of the American Medical Directors Association* vol. 21,4 (2020): 455-461.e5.

高齢心不全患者の入院関連能力低下の発生率とその関連因子～日本循環器理学療法学会J-Proof HF研究より～

【目的】 Japanese PT multi-center Registry Of Older Frail patients with Heart Failure (J-Proof HF)は理学療法士主導の本邦初の全国レジストリである。本研究の目的は入院関連能力低下（Hospitalization-Associated Disability, HAD）を呈する高齢心不全患者の割合や特徴について明らかにすることである。

【方法】 2020年12月～2022年3月までに全国96施設で入院中に心大血管リハビリ処方があった65歳以上の心不全患者9,721例のうち、入院期間が3日以内の症例と入退院時のBarthel Index (BI)データ欠損例を除外した9,412例（平均年齢82.5（65-106）歳、男性49.1%）を解析対象とした。 HADは入院前よりも退院時のBIが5点以上低下したものと定義した。

【結果】 9,412例中、HAD例は3,494例（37.1%）であった。また、3,241例（34.4%）は退院時にADLに介助が必要（BI 60点以下）と判断された。 HAD群は非HAD群に比べて年齢が高く、リハビリ総単位数は多く、在院期間も有意に長かった（ $p<0.01$ ）。またHAD群は入院時NYHAや入院前介護度、認知機能低下の有無などに関連していた。二項ロジスティック解析の結果、HAD発生要因として入院時NYHAや認知機能低下などが抽出された。

引用：2020年12月～2022年3月 日本循環器理学療法学会調査

1. 回復期リハビリテーション病棟での心大血管リハビリテーションのさらなる推進に向けた施設基準の緩和・適応拡大
(参考資料：高齢慢性心不全患者における急性期病院からの退院先による再入院の違い)

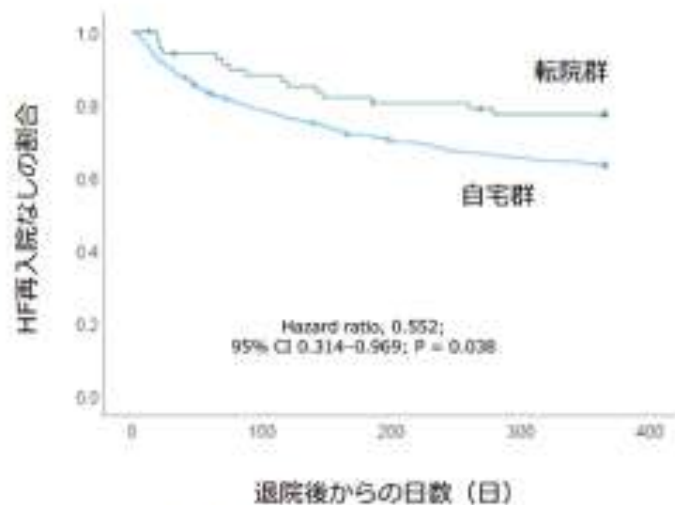


図 6. 退院先による心不全再入院の違い(文献 21 から改変引用)

加藤 倫卓, 他. 【短報】高齢心不全患者におけるHospital Acquired Disability対策としての循環器理学療法. 循環器理学療法学, 1(1), 2022.

2. 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

- ① 入退院時支援加算の人員配置基準に看護師・社会福祉士に加えて、専任のリハビリテーション専門職を追加するとともに、その取り組みをさらに強化した場合の新たな評価。
- ② 内部障害合併患者の急性期病院退院後再入院予防のための在宅理学療法プログラムを推進するための評価をすること。
具体的には、65歳以上の心不全または肺炎・急性呼吸不全による入院患者に対し、
 - ・急性期病院において、介護保険の申請と退院後サービスの最適化（介護度の検討、介護保険の申請と適正使用、ケアマネジャーとの連携、訪問によるリハビリテーションサービスとの連携、ケアプランへの反映）
 - ・在宅の訪問によるリハビリテーションの標準化（在宅理学療法を担当する人材育成と標準化された理学療法プログラムの提供）
 - ・クラウド型地域連携システムを用いた在宅サポート（セルフ＋リモートモニタリング、ホットラインによる医師のサポート）等を実施することとすること。
評価の実施率を●%以上とする。そのうえで、退院後の連携に要した期間を評価する（●日以内）。
- ③ さらに運動療法の継続により再入院や死亡率の低下が期待される状態の患者の場合には、退院後の外来リハビリテーションを継続することや重症度（多疾患重複障害の程度などを含む）に応じて、再発予防の取組を行った場合の評価等を検討すること。

要望理由・課題

- ① 近年の高齢者の増加に伴い、医療介護の複合化が起きている。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。入院時にリハビリテーション（リハ）に関する項目を評価することや、退院後のリハの必要の有無を判断し、退院支援を行うことが重要であるが、現状、リハ職は個別リハに特化することが多く、退院支援に関与することが難しい。また、退院支援において、退院後のリハの必要性の有無についての判断は看護師・社会福祉士だけでは難しい。退院後のリハの必要性を評価し、入院中に退院後のリハ継続のコーディネートをすることが重要であり、リハ退院支援を充実させることで、医療介護連携が強化され、生活期での寝たきりの防止と要介護度を低下させることが可能となる。
- ② 2035年には75歳以上の高齢者の救急搬送は約1.9倍になる（脳卒中、股関節頸部骨折、心不全、肺炎・誤嚥性肺炎）という調査結果もあることから、再入院率を抑えることは喫緊の課題である。さらに、75歳以上高齢者は、入院により在院日数が長くなると認知機能、ADLは悪化することから、退院調整は大変重要である。このような課題を解決するためには、受け入れ側である在宅医療の対応力の強化に加え、急性期病院側でのリハの充実が求められている。以上のことを踏まえた取り組みとして、北井らは、退院後の在宅環境を整え、入院中と同じ質の高い心臓リハを在宅で継続することで、心不全再入院予防と予後の改善を図り、医療費の削減の効果を認めた調査結果（患者一人当たり半年で約107万円）を示している。
- ③ 本邦の心不全患者で入院中の死亡率は低下しているが、一方で退院後の再入院や死亡率は低下していない（J Am Heart Assoc. 2018; 7: e008687）。本邦で実施された高齢心不全患者における多施設観察研究では、多くのフレイルを重複しており、重複は予後不良と関連していた¹⁾。心不全患者に対する心臓リハの効果を検討したコクランレビューにおいて、死亡率に関して効果を示さなかったが心不全再入院を低下させることを示した(Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD003331)。本邦で実施された観察研究において心臓リハ介入群は中程度のフレイルを伴う症例において死亡率が低いことが報告されている²⁾。本邦の全国調査（AMED-CHF Study）にて外来心臓リハビリテーションの継続率は低く、わずか7.4%の実施率であった³⁾。10年間実施された心不全患者における運動療法のRCTにおいて運動療法継続群は死亡率が低かった⁴⁾。

2. 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

(参考資料：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)

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)

2. 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 (参考資料：理学療法による介護の重症化予防)

内部障害合併患者の急性期病院退院後 再入院予防のための在宅理学療法プログラムの構築

対象患者

- ✓ 神戸市に居住する高齢者 (65歳以上)
- ✓ 心不全または肺炎・急性呼吸不全による入院患者
- ✓ 研究の参加同意が得られたもの

「医療・介護の連携チーム」
「病院・施設の連携チーム」
「地域のチーム医療の推進」

→ 介護度を検討し、必要に応じて**介護保険**の申請
→ ケアマネジャーにコンタクトし、訪問看護ステーションとの連携も始める
→ ケアプランの作成に積極的に関わる (アクションプラン・ゴールの設定)

Intervention (介入)

- ✓ 介護保険の見直しと適正使用 (退院前多職種カンファレンス)
- ✓ 認定理学療法士による積極的在宅訪問リハビリ
- ✓ 電子ツールを用いた遠隔診療・セルフモニタリング

人材育成



リハビリ方法の標準化

1次評価項目 (primary endpoint)

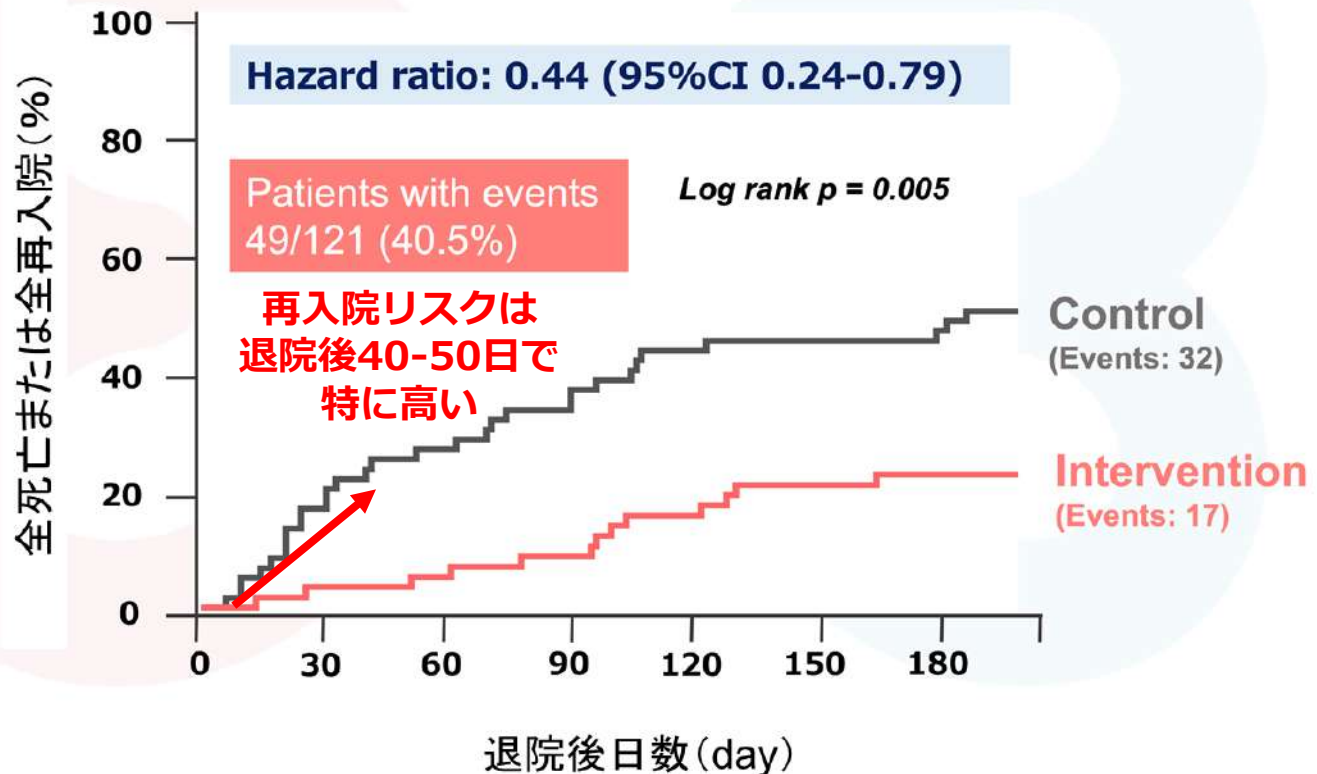
- ✓ 退院後6ヶ月以内の全死亡または全再入院
- ✓ 退院後6ヶ月以内の総医療費 (再入院費+介護保険料+通院医療費)



2. 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 (参考資料：理学療法による介護の重症化予防)

Results: Outcomes

Primary outcome:
a composite of all-cause death and hospital readmission.

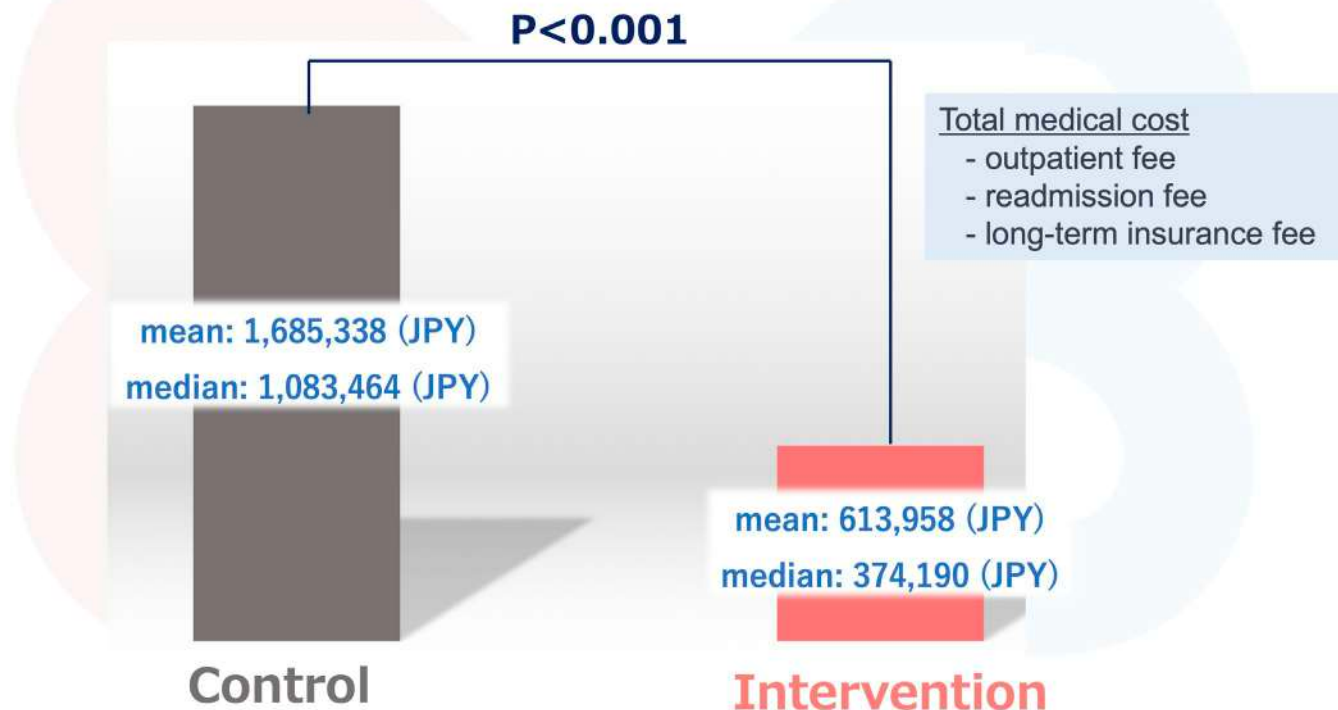


2. 医療と介護の複合化に対応するための入退院支援への リハビリテーション専門職の関与の推進 (参考資料：理学療法による介護の重症化予防)

結果：退院後医療費

退院後6か月の総医療費（外来医療費＋再入院医療費＋介護保険料）

Total medical expenses within 6-month after discharge

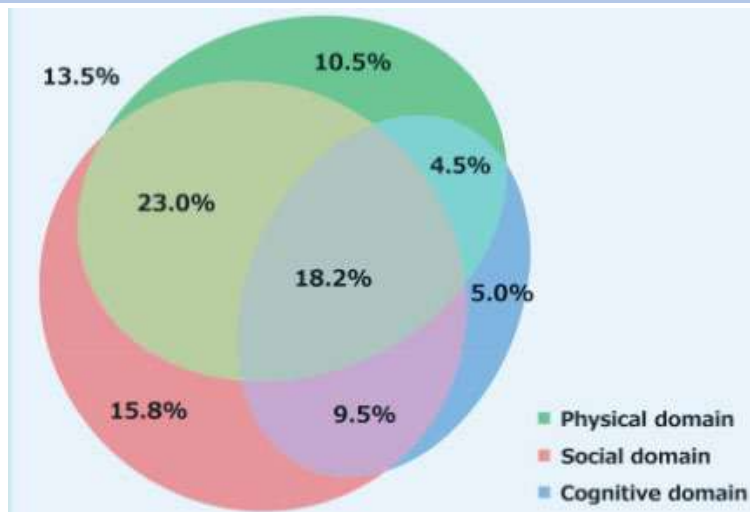


医療費削減効果 約107万円/人

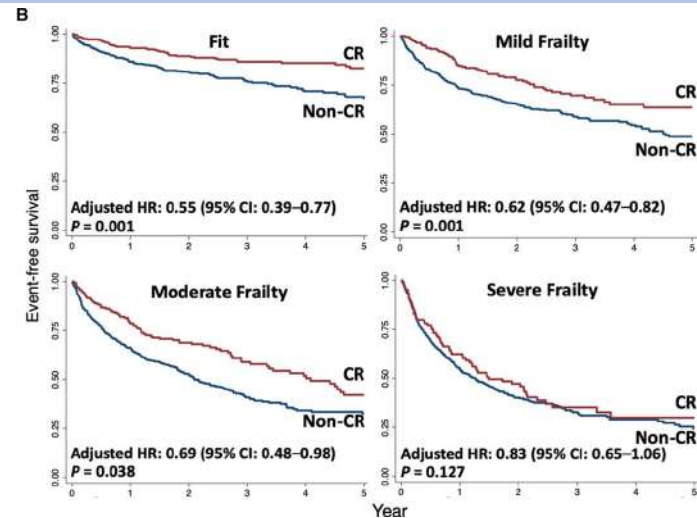
2. 医療と介護の複合化に対応するための入退院支援への

リハビリテーション専門職の関与の推進

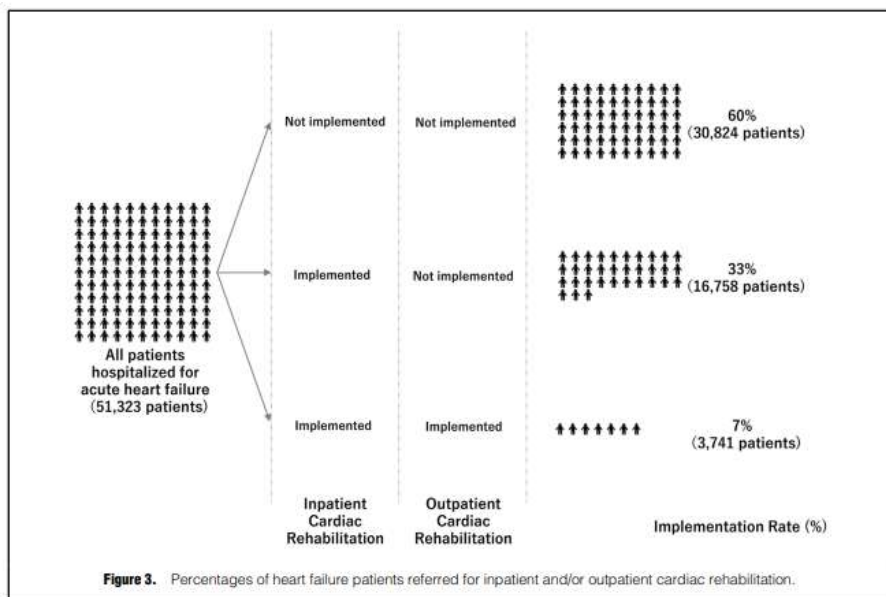
(参考資料：心不全患者に対して長期的に外来リハビリテーションを継続する必要性)



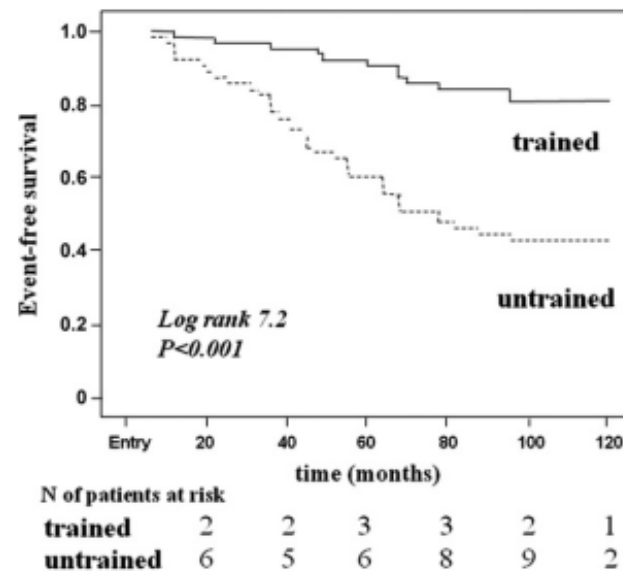
1) Eur J Heart Fail. 2020;22:2112-2119.



2) Circ Heart Fail. 2020;13:e006798.



3) Circ J. 2019;83:1546-1552.



4) J Am Coll Cardiol. 2012;60:1521-8.

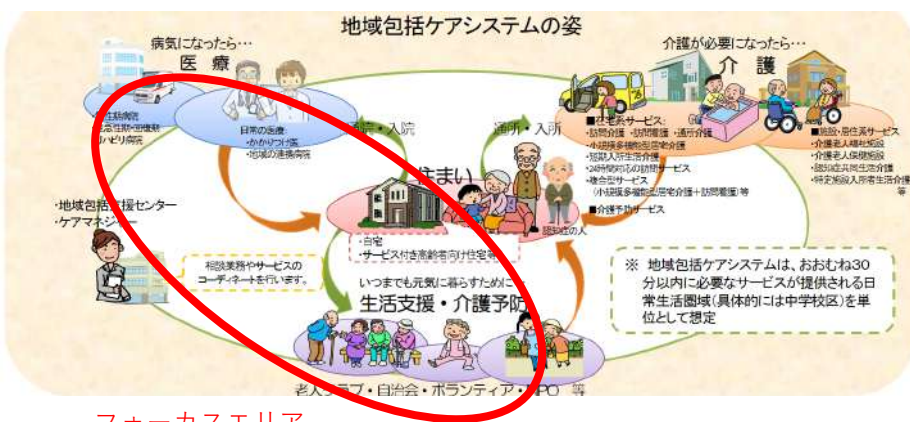
3. 地域での疾病・介護予防に資するフレイル判定の充実

要望

- 疾病や介護予防の観点から、地域におけるフレイル判定を充実させ、適時適切なタイミングで運動等が行える体制を構築することを目的に、例えば機能強化加算の算定要件の取り組みとして、「フレイル判定を行い、適切な助言・指導および運動等が可能な施設等への紹介を行うこと」などを加えること等についてご検討いただきたい。

要望理由・課題

- 介護予防と保健事業との一体的な推進が図られているところ、地域住民（特に高齢者）の健康管理を行うにあたってはかかりつけ医の役割は大変重要である。
- 理学療法ガイドライン第2版においても、フレイル判定に基づく運動実施の有効性が確認されていることから、理学療法士・作業療法士が在籍し、疾患別リハビリテーションの施設基準を有する地域で包括的な診療を担う医療機関等においてフレイル判定を充実させるなど、疾病や介護予防の観点からも適切なタイミングで運動等が行える体制の構築が望まれる。



機能強化加算の算定要件

機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

- (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
- (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
- (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
- (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
- (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

引用：厚生労働省ホームページ 地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

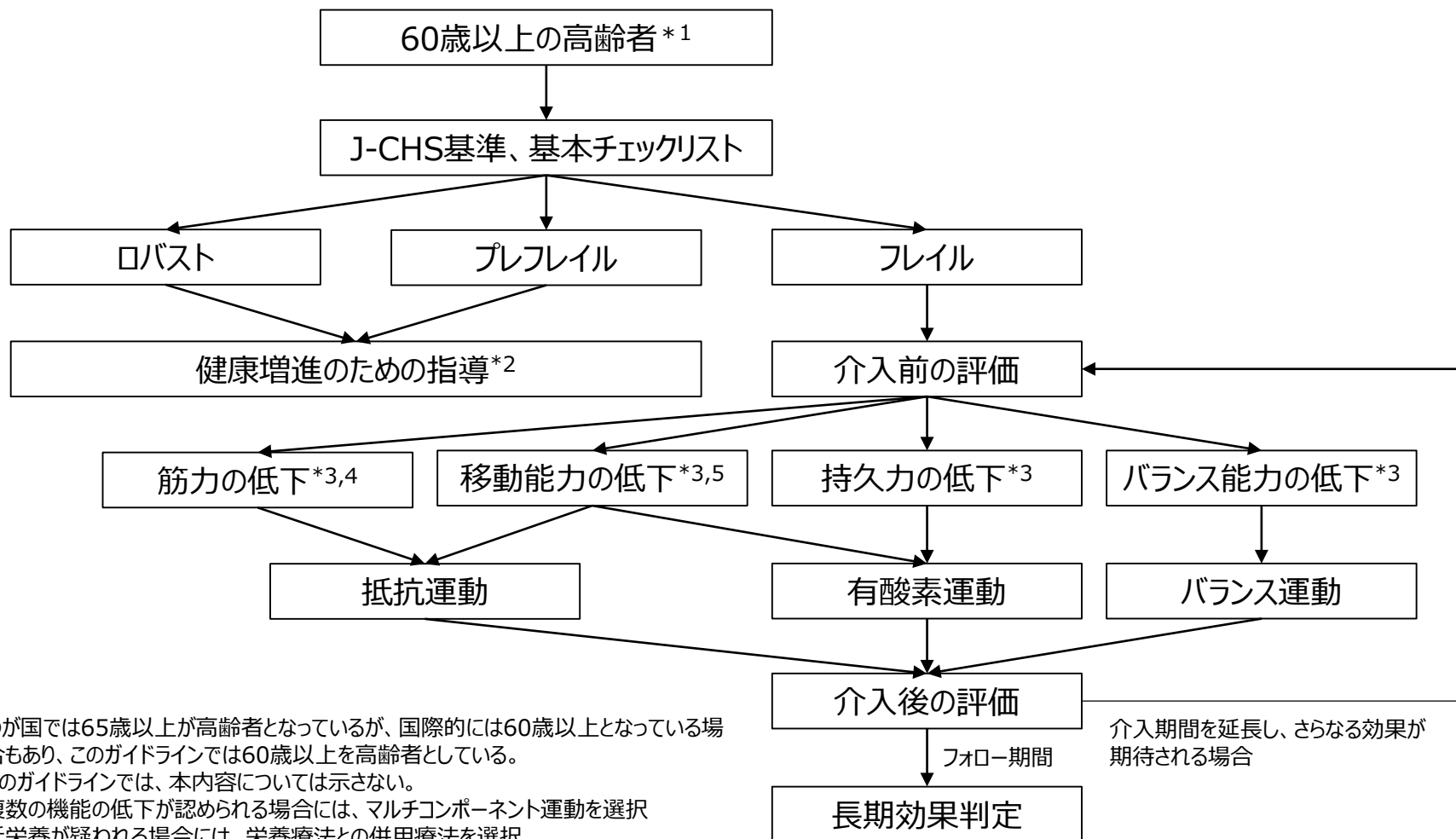


フレイル理学療法ガイドラインより

CQ	ステートメント
● 60歳以上のフレイル高齢者に対する抵抗運動は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、抵抗運動を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：筋力や移動能力の改善を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=18
● 60歳以上のフレイル高齢者に対する有酸素運動は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、有酸素運動を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：運動耐用能の改善を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=4
● 60歳以上のフレイル高齢者に対するバランス運動は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、バランス運動を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：バランス能力の改善および転倒予防を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=15
● 60歳以上のフレイル高齢者に対する歩行もしくは体操は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、歩行もしくは体操を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：移動能力の改善を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=4
● 60歳以上のフレイル高齢者に対するマルチコンポーネント運動は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、マルチコンポーネント運動を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：筋力や移動能力の改善および転倒予防を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=18
● 60歳以上のフレイル高齢者に対する運動と栄養の併用療法は有用か？	60歳以上のフレイル高齢者に対して、運動と栄養の併用療法を行うことを条件付きで推奨する。 - エビデンスレベル：非常に弱い、条件：筋力の改善を目的とする場合 - メタアナリシスに含めた研究の件数：n=12

フレイル理学療法ガイドラインより

* 各運動には、それぞれの内容に応じた効果が期待されるため、効果を高めるためにも、専門家による適切なアセスメントと対策が必要。



1. わが国では65歳以上が高齢者となっているが、国際的には60歳以上となっている場合もあり、このガイドラインでは60歳以上を高齢者としている。
2. このガイドラインでは、本内容については示さない。
3. 複数の機能の低下が認められる場合には、マルチコンポーネント運動を選択
4. 低栄養が疑われる場合には、栄養療法との併用療法を選択
5. 運動の実施しやすさを考慮しながら、抵抗運動か有酸素運動かを選択

介入期間を延長し、さらなる効果が期待される場合

4. 産後女性に対するリハビリテーションの推進

要望

- 産後女性の運動器症状について、産婦人科から整形外科へ理学療法の指示を依頼した際の連携指導料の算定により、産後の運動器症状に対する理学療法を積極的に実施できる環境を整備すること。(ハイリスク妊産婦に対する連携指導料に準じ、整形外科・リハビリテーション科でも算定できるものとする。)
- 期間：出産後1年まで(労働基準法の定義により)

要望理由・課題

- 女性の社会進出に伴い初産年齢の高齢化や産婦の高齢化を背景に、基礎疾患、精神疾患、身体疾患等をもつ妊婦が増加しており、妊娠中、出産時における身体的トラブルが発生するリスクが高くなっている。
- 妊娠・出産に伴う女性の身体的な変化は大きく、産後には腰痛、骨盤帯痛、膝関節痛、腱鞘炎等の運動器症状といった産婦人科では対応に難渋する症状が多くみられる。また、特に産後において「出産後の健康管理で困ったことや不安に思ったこと」として、「自分の身体のこと」が52.7%と高値にも関わらず、産前産後を通して医療機関へ受診した女性は9%と非常に低値を示すことが報告されており、身体に不安なことや疼痛があっても受診行動に繋がらずに現状にある。
- 海外では、産後の女性に対し理学療法士が介入することが浸透しているが、日本においては医療の現場で十分に対応することが出来ていない。現状、理解のある産婦人科医、助産師、整形外科医の元で自費による介入が進められている。
- 「妊産婦の(産婦人科以外への診療科(整形外科含む)への受診状況)は十分でない可能性」があることが指摘されており、産科と整形外科の連携のみならず、理学療法士等も含めた包括的な支援を促進するために、追加となる連携指導料に対する評価が必要である。

【Q37】あなたが、出産後の自分の健康管理で困ったことや不安に思ったこととして、あてはまるものすべてお選びください。(N=1060)



表3. 症状あり群の症状への対応について

行っていない	医療機関	医療類似業	どこへ行けばいいか分からない	これから行くつもり
68 (56%)	11 (9%)	24 (20%)	12 (10%)	6 (5%)

単位：人

症状あり群：n=121

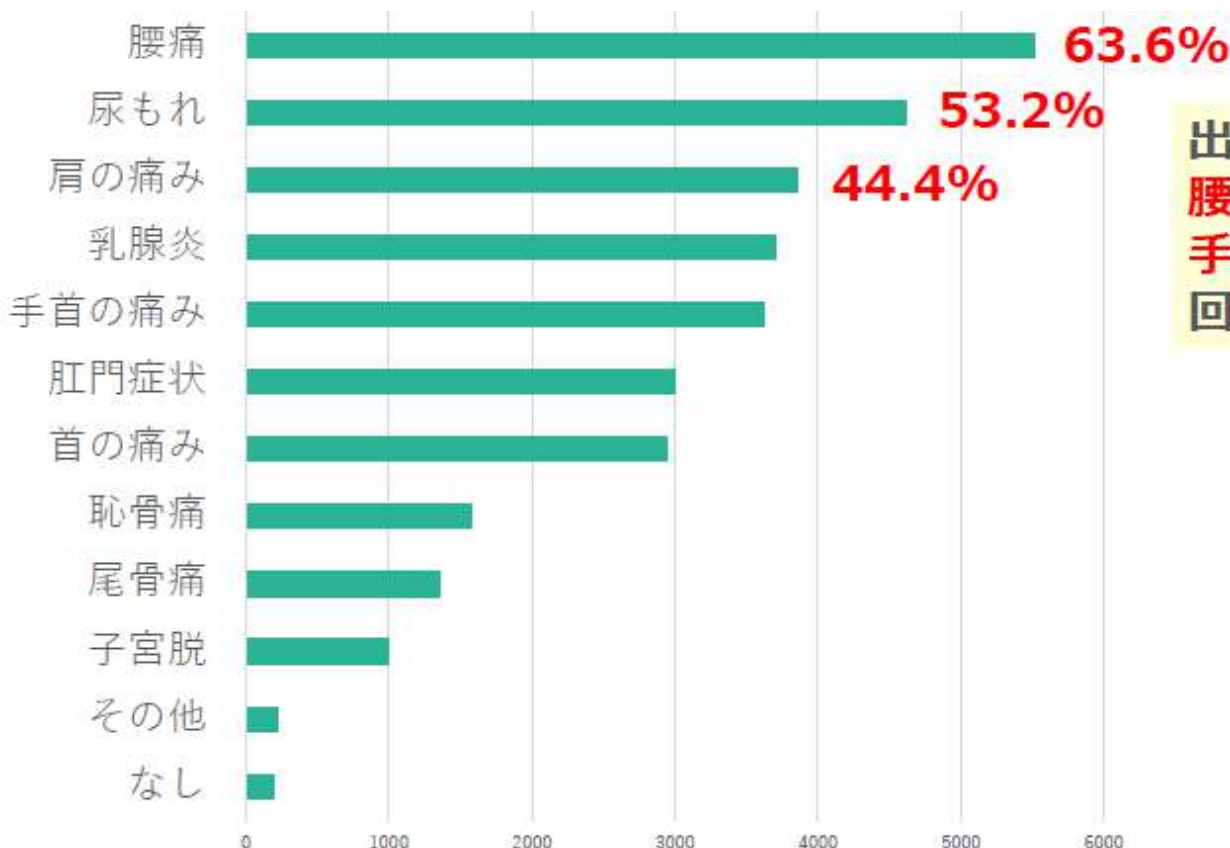
($p < 0.01$)

引用：佐々木 聡子, 他. 一般市民を対象とした、産前・産後理学療法の認知度調査, 理学療法の臨床と研究, 2022, p. 31-36.

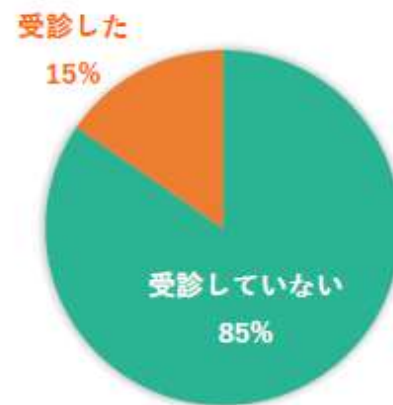
引用：厚生労働省, 第5回妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会. 資料 これまでの議論のとりまとめ(案). 2019年6月6日

産後女性への理学療法の可能性（身体的症状の発生率）

□ 出産後に現れた身体的症状について（複数回答可, n=8680）



出産後に現れた身体症状は
**腰痛・尿もれ・肩の痛み・乳腺炎・
手首の痛みの順に多く、受診したと
回答したのは15%であった。**



※2022 妊娠中出産後の母体の身体トラブル実態調査
1万人ママの声を聞かせて（日本女性財団主催、令和4年WAM助成事業）調査結果より

産後女性への理学療法の可能性

□ 産後の運動器症状

- ✓ 腰痛
- ✓ 尿失禁
- ✓ 骨盤周囲痛（恥骨痛，仙腸関節痛 等）
- ✓ 腹直筋離開
- ✓ 腱鞘炎
- ✓ 膝関節痛

□ 産後の運動器症状の主な要因

- ✓ 周産期の身体バランス変化（体重増加・身体重心位置の変化）による負荷の継続 ¹⁾
- ✓ 周産期特有のホルモン作用による関節弛緩 ²⁾
- ✓ 妊娠・出産に伴う骨盤底軟部組織の伸張および負荷 ³⁾

➤ 理学療法介入により症状改善を見込むことができる

引用：

1) Borg-Stein J Dugan SA: Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America. 2007; 18: 459-476.

2) Kristiansson P, Svardsudd K, et al.: Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175: 1342-1347.

3) Lien Kuo-Cheng, Mooney B, et al.: Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. Obstet Gynecol. 2004; 103: 31-40.

産後の腰背部・骨盤帯痛理学療法のエビデンス

- ❑ 産後の腰部骨盤帯痛への運動療法のシステマティックレビューでは、痛みの改善に運動療法が有効であると示唆されている⁴⁾
- ❑ 徒手療法，運動，教育（姿勢や運動に関する）などの複合的介入の効果の可能性が示唆されている⁵⁾
- ❑ 産後の腰部安定化エクササイズを18～20週実施した女性は有意に腰痛が軽減，QOLが向上した⁶⁾
- ❑ 腰部・骨盤帯の安定化エクササイズにおいて，理学療法士が監督，個別調整，指導するエクササイズが最も良い結果をもたらす⁷⁾
- ✓ 骨盤帯痛を有する産後の女性は，症状がない産後の女性と比較して健康関連QOLが有意に低く，不安や抑うつが有意に重度であり，就労時間が有意に短い⁸⁾

引用：

- 4) Pei-Ching T, Shuby P, et al.: A systematic review of randomized controlled trials on the effectiveness of exercise programs on lumbo pelvic pain among postnatal women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15: 316.
- 5) Carol Ann Weis, Katherine Pohlman, et al.: Chiropractic Care of Adults With Postpartum-Related Low Back, Pelvic Girdle, or Combination Pain: A Systematic Review. J Manipulative Physiol Ther: 2020; 43: 732-743.
- 6) Stuge B, Laerum E, et al.: The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976). 2004; 29: 351-359.
- 7) Ferreira C, Albuquerque-Sendin F: Effectiveness of physical therapy for pregnancy-related low back and/or pelvic pain after delivery: a systematic review. Physiother Theory Pract. 2013; 29: 419-431.
- 8) Elden H, Gutke A, et al: Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. BMC Musculoskelet Disord. 2016; 17: 276.

産後の尿失禁理学療法のエビデンス

- 骨盤底筋にフォーカスした週に3回、12週間のエクササイズが産後の腹圧性尿失禁に効果的であった⁹⁾

Table 3 Within- and between-group changes before and after intervention

Variable	Period	Control	Intervention	MD (95% CI) between groups
ICIQ score 尿失禁の症状・ QOLスコア	Before	9.88 ± 4.08	10.21 ± 4.33	0.32 (-1.95 to 2.60)
	After	7.59 ± 4.64	7.28 ± 4.37	-0.30 (-2.74 to 2.13)

- 骨盤底筋訓練は産後の尿失禁予防効果のあるものとして推奨Grade Bである¹⁰⁾

治療法		推奨グレード
生活指導	体重減少	A
	身体活動	C1
	禁煙	C1
	飲水制限（アルコール、炭酸飲料を含む）	C1
	便秘の改善	C1
骨盤底筋訓練		A
妊婦または産後に対する骨盤底筋訓練の尿失禁予防効果		B
フィードバック・バイオフィードバック訓練		B

引用：

9) Khorasani F, Ghaderi F, et al.: The Effects of home-based stabilization exercises focusing on the pelvic floor on postnatal stress urinary incontinence and low back pain: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J: 2020; 31: 2301-2307.

10) 日本排尿機能学会, 日本泌尿器科学会: 女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版. リッチヒルメディカル, 東京, 2019, p.131.

産後腹直筋離開への理学療法のエビデンス

- 産後の運動・姿勢の教育・コルセットなどの複合的介入は腹直筋離開の幅を減少させる¹¹⁾
- 産後2～6カ月の女性における6週間の腹直筋に対する神経筋電気刺激(NMES)とEMGバイオフィードバックを用いた骨盤底筋トレーニングは、腹直筋離開を改善させる¹²⁾
- 腹横筋・骨盤底筋トレーニングを含む深層筋のスタビリティトレーニングは、腹直筋間距離の減少に効果がある¹³⁾

Comparison of inter-recti distance (IRD) and Short Form Health Survey-36 (SF-36) across the study groups.

※ 引用文献11より抜粋

Index	Study group (n = 33)		Control group (n = 33)		Mean difference between groups at 6 weeks (95% CI)
	Baseline	6 weeks	Baseline	6 weeks	
IRD: 腹直筋間距離					
IRD (cm)	2.8 (0.9)	1.6 (0.3) ^a	2.9 (0.7)	2.0 (0.3)	-0.4 (-0.59 to -0.26) ^b
SF-36 PCS	40.1 (3.8)	45.5 (1.2) ^a	39.7 (5.4)	41.2 (2.6)	4.3 (3.72-4.50) ^a
SF-36 MCS	64.9 (7.2)	68.6 (11.3)	68.3 (11.4)	72.4 (6.7)	-3.8 (-4.17 to -3.25)

PCS, physical components summary; MCS, mental components summary; CI, confidence interval.

^a < 0.001 vs control group.

^b < 0.001 mean difference between groups at 6 weeks.

引用：

11) Benjamin DR, van de Water AT, et al.: Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy*. 2014; 100: 1-8.

12) Liang P, Liang M, et al.: Rehabilitation programme including EMG-biofeedback- assisted pelvic floor muscle training for rectus diastasis after childbirth: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2022; 117: 16-21.

13) Chiarello CM, Falzone LA, et al.: The Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti Abdominis in Pregnant Women. *J Womens Health Phys Therap*. 2017; 41: 66-72.

産後腱鞘炎への理学療法の必要性

- 産後の腱鞘炎については、Overuse syndrome common in new mothers (はじめて育児をする母親にみられる手や手首の過剰使用症候群), Mommy thumb ¹⁴⁾, Mother's thumb ¹⁵⁾, Baby wrist ¹⁶⁾ 等, 様々な名称が付けられ, 産後の運動器症状として多く見られる
 - 本邦における調査でも, 産後に手や手首の痛みがあったものは35.2%であったと報告されている ¹⁷⁾
 - 産後の腱鞘炎は授乳中止等で改善されると報告されているが ¹⁸⁾, 産後女性に授乳中止を求めることは効果的ではないといえる
- **産後の生活指導や理学療法介入により効果的な産後腱鞘炎の改善が見込まれる**

引用:

14) Walkinshaw, E: Thumbs up and down. Canadian Medical Association Journal. 2011; 183: E711-E712.

15) Cavaleri R, Schabrun S, et al.: Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: A systematic review and meta-analysis. Journal of Hand Therapy. 2016; 29: 3-11.

16) Anderson S, Steinbach L, et al.: "Baby wrist": MRI of an overuse syndrome in mothers. American Journal of Roentgenology. 2004; 182: 719-724.

17) 佐藤 珠美, エレーラ C, ルルデス R, 他: 産後女性の手や手首の痛みと関連要因. 日本助産学会誌. 2017; 31: 63-70.

18) Thabrah M, Ravindran V: Musculoskeletal problems in pregnancy. Rheumatology International. 2015; 35: 581-587.

世界における産後リハビリテーションの現状

□ フランスの例 ¹⁹⁾

- ✓ 出産後1年までは理学療法士によるリハビリテーションを受けることができ、費用は100%健康保険でカバーされる
- ✓ 医師の処方により適用
- ✓ 全10～20回、頻度や時間は理学療法士に一任されている

□ アメリカの例

- ✓ 理学療法士が出産現場に立ち合い出産支援をするとともに、産後の運動器症状に備える

□ ノルウェーの例

- ✓ 3度・4度の会陰裂傷はすべて理学療法に移行する

引用：

19) <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>

日本における産後リハビリテーションの実践例・実践状況

□ 実践例

- ✓ 病院：理解のある産婦人科医，整形外科医の元で自費診療による介入
- ✓ 地域連携：母親教室等に理学療法士が出張し，参加者の身体状況の確認とそれに基づく助言指導
- ✓ 個人対応：主に個人のスペースや訪問を通して，自費サービスにて実施

□ 産後の女性に対する理学療法の実施割合

- ✓ 日本理学療法士学会 ウィメンズヘルス・メンズヘルス部門の会員調査に回答した理学療法士の **10.6%**（125名/1,174名）※
- ✓ すでにウィメンズヘルス領域での理学療法を実践している理学療法士では **58.7%**（125名/213名）※
- ウィメンズヘルス理学療法介入を行っている人の中での産後リハの割合は非常に高いが，全体に対する割合は少なく，産後女性への理学療法の需要はあるものの実践はできていないことがうかがえる
- **産後理学療法への需要はあるものの，十分な管理や体制が整っておらず，診療報酬整備により大きく普及する可能性が期待される**

※ 数値は2020/1/30から2/29に実施されたウィメンズヘルス・メンズヘルス理学療法部門 会員調査より

日本における産後リハビリテーションの現状と課題

- 厚生労働省では、「安心・安全で健やかな妊娠・出産，産後を支援する体制」作りを進めており，母体の身体機能の回復の必要性についても示している²⁰⁾
- 自費診療にて産後女性にアプローチしている理学療法士は一定数おり，その必要性は確認できる
- 産婦人科分野，整形外科分野における理学療法の活用に対する認識が不十分であり，理学療法適用という概念が広まっていない
- 産後領域への理学療法士の介入には，多職種（産婦人科医・整形外科医・リハビリテーション科医・助産師 等）との連携が不可欠
- **産婦人科から整形外科へ理学療法の指示を依頼した際の連携指導料の算定制度を整えることで，意識改革も含めた理学療法介入の可能性を広げたい**

引用：

20) chrome-

extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/jyuuten_houshin/sidai/pdf/jyu23-03.pdf

5. 女性下部尿路症状に対する骨盤底理学療法の推進

要望

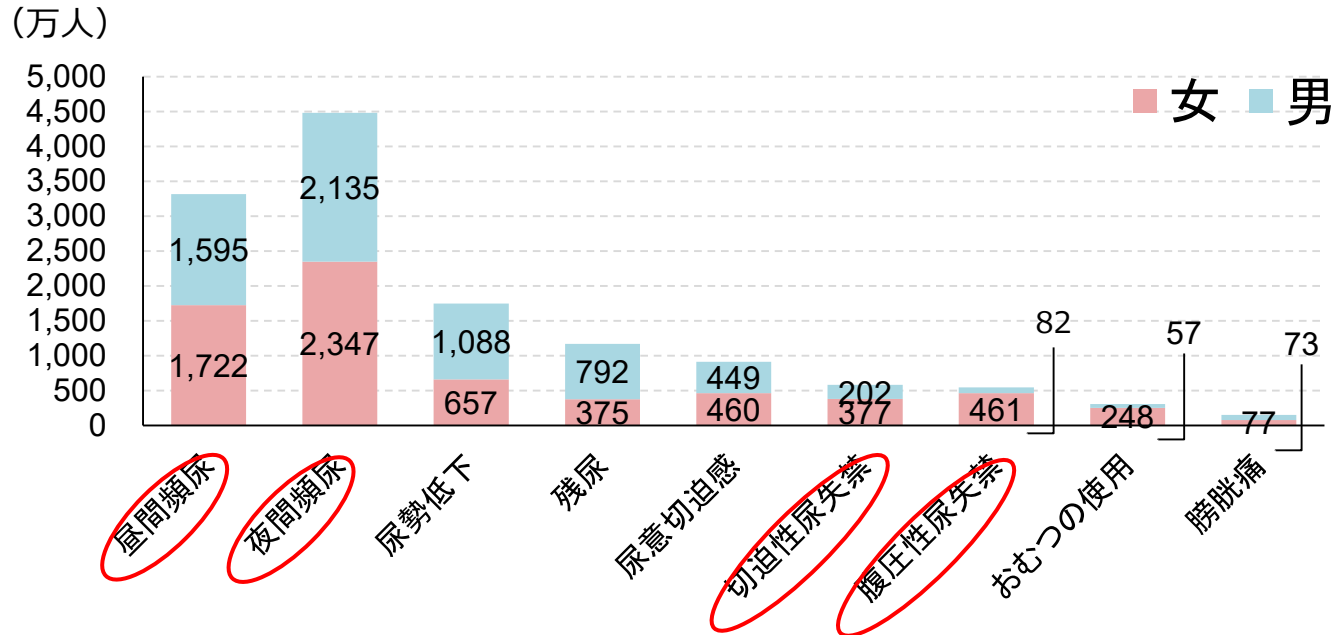
- 運動器リハビリテーション料の対象疾患に、「骨盤底機能障害による下部尿路症状、骨盤臓器脱」を追加する。
- または、女性下部尿路症状指導管理料（仮）を新たに創設することについて検討を行うこと。

要望理由・課題

- 40歳以上の男女の約78%が何らかの下部尿路症状を有し、女性では腹圧性尿失禁・切迫性尿失禁・頻尿が多い。
- 女性の腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングは、国際禁制学会より治療グレードAとして推奨されており、諸外国では積極的に介入されている。
- 訓練の提供に要する時間は、骨盤底筋トレーニングのみであれば15分程度であるが、その前後の問診や各種評価、治療プログラムの説明などにかかる時間を含めるとおおよそ30～40分程度であることが見込まれる。
- しかし、本邦では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ため、普及していない。

本邦における下部尿路症状の有症率

- 40歳以上の男女の約78%が何らかの下部尿路症状を有する¹⁾
- 女性では、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、頻尿の割合が多い¹⁾



(本間・他. 日本排尿機能学会誌. 2003より作成)

対象：本邦の40歳以上の地域在住の男女4,570例

方法：自記式アンケート調査

引用：

1. 本間之夫, 柿崎秀宏, 他: 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌. 2003; 14: 266-277.

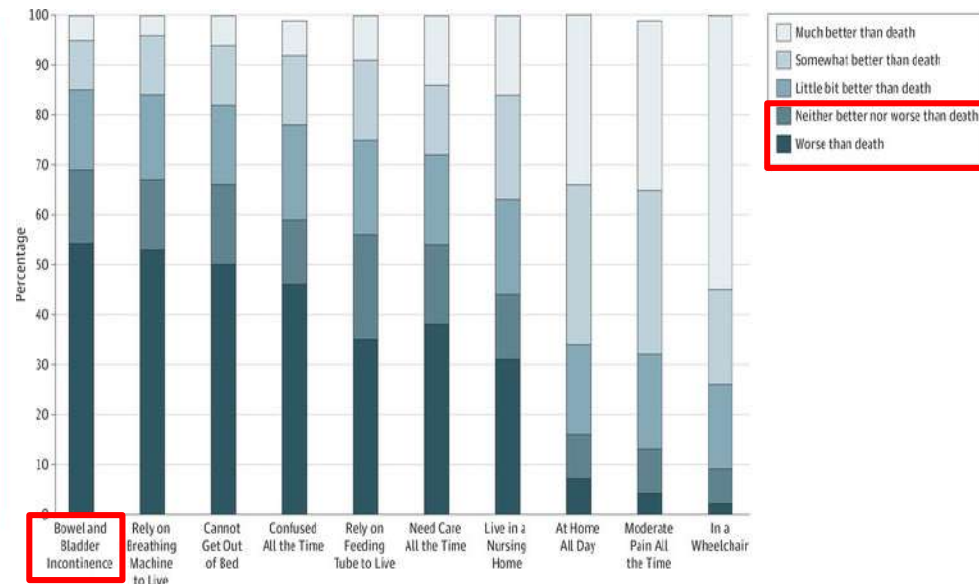
生活の質（Quality of life: QOL）への影響

- 女性の腹圧性・切迫性尿失禁、頻尿はQOLへ影響する割合が高い¹⁾
- 入院患者の約7割で尿・便失禁は「死ぬより悪い・同等」と回答²⁾



図3 本邦における下部尿路症状の日常生活への影響¹⁾
日常生活に最も影響する症状について複数選択で解答を求めた。

対象：本邦の男女4,570名（平均年齢61歳）
方法：自記式アンケートにより調査



対象：米国の大学病院に入院加療中の重症入院患者180名
方法：インタビューにより調査

引用：

1. 本間之夫, 柿崎秀宏, 他: 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌. 2003; 14: 266-277.
2. Rubin EB, Buehler AE, et al.: States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses. JAMA. 2016; 176: 1557-1559.

本邦における下部尿路症状に対する医療機関受診率

- 医療機関受診率は、全体で男性27.4%、女性9.0%である¹⁾

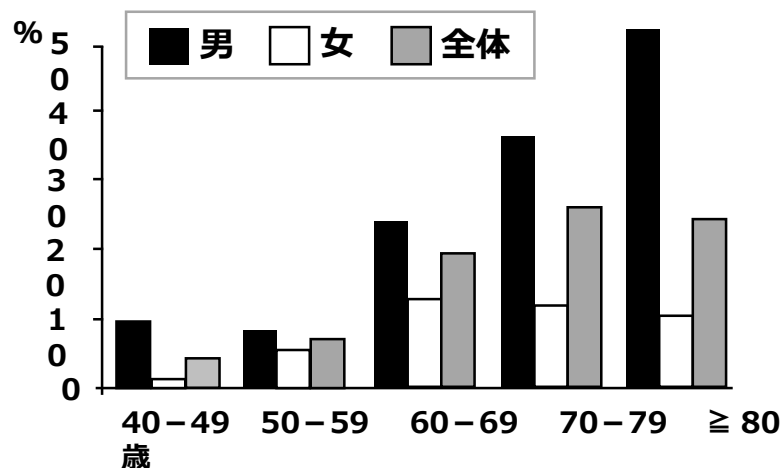


図1 性別・年代別の受診率

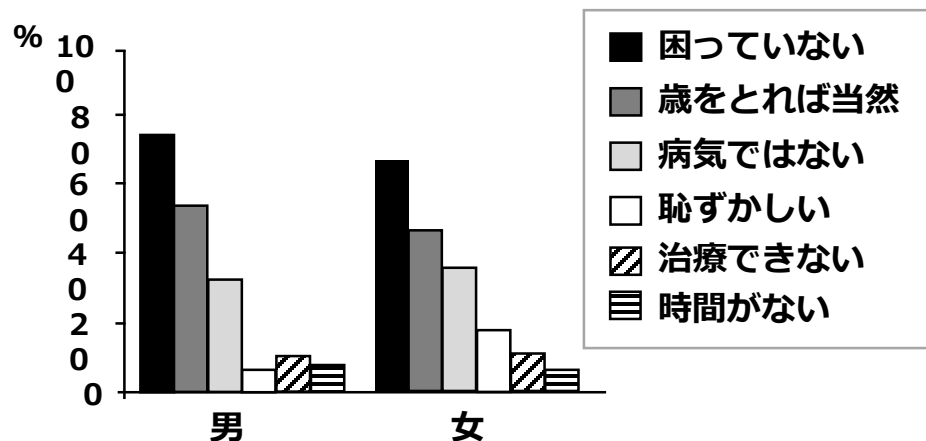


図2 受診しない理由 (本間・他. 日本排尿機能学会誌. 2003より作成)

対象：本邦の男女4,570名（平均年齢61歳）
方法：自記式アンケートにより調査



- 特に、女性の受診率が低い
- 「歳をとれば当然」「病気ではない」という認識も多い

引用：

1. 本間之夫, 柿崎秀宏, 他: 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌. 2003; 14: 266-277.

尿失禁が離職へ与える影響

- 重度の尿失禁を有する者は、軽症に比べて12カ月後の離職希望が2.68倍である³⁾

対象：オーストラリアの看護師 2,907名
方法：アンケート調査



本邦においても
尿失禁症状によって**女性の
労働損失へつながる可能性**

TABLE 3 Severity of UI as a predictor of intention to leave at 12 months for nurses and midwives with UI

Logistic regression	Predictor ITL at 12 months	OR	95% CI	P value ^a
Age adjusted ^b	Slight UI	1.0		
	Moderate UI	1.01	0.76-1.56	0.620
	Severe or very severe UI	3.33	1.64-6.74	0.001 ^a
Fully adjusted ^c	Slight UI	1.0		
	Moderate UI	1.03	0.69-1.55	0.887
	Severe or very severe UI	2.68	1.18-6.06	0.018 ^a

CI, confidence interval; ITL, Intention to leave; OR, odds ratio; UI, urinary incontinence.

^aP value significant to the 0.05 level (two tailed).

^bAge adjusted results. Model statistics: $X^2 = 27.88$, $df = 5$, $n = 814$, $P < 0.001$.

^cFully adjusted results. Covariates included in the model: age, BMI, parity, pelvic organ prolapse, depression, anxiety, contract, shift, and job satisfaction. Model statistics: $X^2 = 123.39$, $df = 14$, $n = 814$, $P < 0.001$.

引用：

3. Pierce H, Perry L, et al.: Urinary incontinence, work, and intention to leave current job: A cross sectional survey of the Australian nursing and midwifery workforce. *Neurourol Urodyn*. 2017; 36: 1876-1883.

女性の下部尿路症状に対するガイドライン

専門的な指導者による骨盤底筋トレーニングは、

- ・ 腹圧性・切迫性・混合性尿失禁および骨盤臓器脱を有する患者に対して、推奨Grade Aである⁴⁻⁶⁾

- Recommendation:
Supervised pelvic floor muscle training (PFMT) should be offered as a first-line conservative therapy to those with **stress, urge, or mixed urinary incontinence (Grade of Recommendation: A)**. Clinicians should provide the most intensive PFMT program possible. Programs taught and **supervised by a trained health professional** are better than self-directed programs and more instructor contact is better than less (**Grade of Recommendation: A**).
- Recommendation:
PFMT can improve **prolapse symptoms** and reduce the severity (**Grade of Recommendation: A**).



骨盤底筋群は横紋筋であり、トレーニングによって鍛えることが可能

引用：

4. 日本排尿機能学会, 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会: 女性下部尿路症状診療ガイドライン. リッチヒルメディカル, 東京, 2013, pp. 85-86.
5. 日本排尿機能学会, 日本泌尿器科学会: 女性下部尿路症状診療ガイドライン (第2版). リッチヒルメディカル, 東京, 2019, pp. 128-130.
6. Dumoulin C, Hunter KF, et al.: Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn. 2016; 35: 15-20.

諸外国における骨盤底筋トレーニングに対する効果

- 全ての尿失禁タイプに対して、無治療に比べて5.34倍完治する⁷⁾
- 骨盤臓器脱に対して、生活指導に比べて1.70倍改善する⁸⁾

● 尿失禁に対する効果

1.1.4 urinary incontinence (all types) 尿失禁（腹圧性、切迫性、混合性）

Burgio 1998	19	63	8	62	84.6%	2.34 [1.11, 4.94]
Kim 2011	5	22	0	23	5.1%	11.48 [0.67, 196.07]
Kim 2011a	26	59	1	61	10.3%	26.88 [3.77, 191.79]

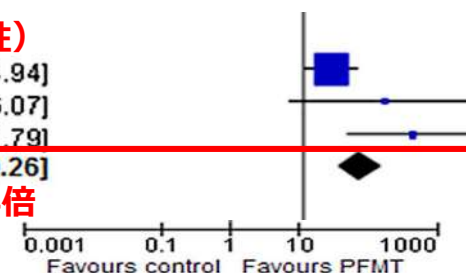
Subtotal (95% CI) 144 146 100.0% 5.34 [2.78, 10.26]

Total events 50 9

Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 7.56$, $\text{df} = 2$ ($P = 0.02$); $I^2 = 74\%$

Test for overall effect: $Z = 5.02$ ($P < 0.00001$)

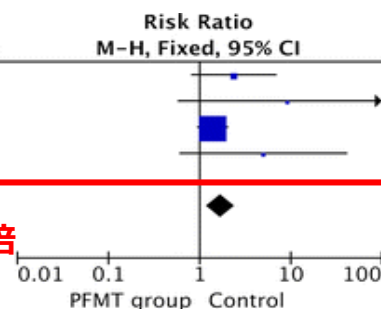
完治 5.34倍



● 骨盤臓器脱に対する効果

A Study or Subgroup	PFMT group		Control		Weight	Risk Ratio		Risk Ratio
	Events	Total	Events	Total		M-H, Fixed, 95% CI	M-H, Fixed, 95% CI	
Brakken 2010	11	58	4	50	11.1%	2.37 [0.81, 6.98]		
Hagen 2009	5	11	0	9	1.4%	9.17 [0.57, 146.40]		
Hagen 2014	45	168	33	171	84.8%	1.39 [0.93, 2.06]		
Kashyap 2012	5	70	1	70	2.6%	5.00 [0.60, 41.71]		
Total (95% CI)		307		300	100.0%	1.70 [1.19, 2.44]		
Total events	66		38					
Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 3.79$, $\text{df} = 3$ ($P = 0.28$); $I^2 = 21\%$								
Test for overall effect: $Z = 2.90$ ($P = 0.004$)								

改善 1.70倍



引用：

- Dumoulin C, Hay-Smith J, et al.: Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2015; 34: 300-308.
- Li C, Gong Y, et al.: The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016; 27: 981-992.

本邦における骨盤底筋トレーニングに対する効果（１）

腹圧性尿失禁患者に対する骨盤底筋トレーニングは、実施前よりも実施後において、有意に失禁回数の減少と骨盤底筋筋力が向上⁹⁾

Table 3 Changes in objective symptoms and pelvic floor muscle strength

	PFMT group (n=23)				BF group (n=23)				Inter-group comparison	
	Before exercise	After exercise	P	Effect size (r)	Before exercise	After exercise	P	Effect size (r)	P	Effect size (r)
Voiding diary										
失禁回数 Incontinence episode	1.9±1.8	1.2±1.4	0.028	0.33	1.2±0.7	0.8±1.2	ns	0.28	ns	0.11
Frequency of micturition	8.1±1.7	7.7±1.8	ns	0.13	7.7±1.7	7.6±1.7	ns	0.06	ns	0.04
Number of pads used	1.4±1.9	1.0±1.1	ns	0.19	1.4±1.3	1.2±1.2	ns	0.11	ns	0.00
1-h pad test										
Leakage volume (g)	11.7±18.9	7.7±15.4	ns	0.21	21.3±38.2	9.9±15.1	ns	0.22	ns	0.04
Perineometry										
最大膣圧値 (骨盤底筋筋力) Maximum vaginal squeeze pressure (cmH ₂ O)	18.3±9.0	29.2±14.3	0.001	0.52	20.7±15.2	33.9±17.5	0.000	0.59	ns	0.21

Inter-group comparison: inter-group comparison of changes in outcome variables from before to after exercise

対象：腹圧性尿失禁を有する女性患者

方法：骨盤底筋トレーニング群（23名、平均58歳）、バイオフィードバック療法群（23名、平均55歳）に無作為に群分けし、12週間の骨盤底筋トレーニング効果について検討

引用：

9. Hirakawa T, Suzuki S, et al.: Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training with or without biofeedback for urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2013; 24: 1347-1354.

本邦における骨盤底筋トレーニングに対する効果（2）

- 骨盤臓器脱患者に対する骨盤底筋トレーニングは、頻尿、腹圧性尿失禁、排便障害、排尿後尿失禁が有意に改善¹⁰⁾

対象：骨盤臓器脱患者29名
（平均65歳）

方法：16週間の骨盤底筋
トレーニング効果
について検討

1812

Int Urogynecol J (2017) 28:1807–1815

Table 5 Self-reported prolapse symptoms before and after PFMT in the 29 patients who completed the study

Symptom	Before PFMT	After PFMT	p value ^a
Going to the toilet to pass urine very often 頻尿にトイレに行く	18 (62.1)	2 (6.9)	<0.01
Urgency	13 (44.8)	7 (24.1)	ns
Urge incontinence	9 (31.0)	3 (10.3)	ns
Stress incontinence 腹圧性尿失禁	11 (37.9)	2 (6.9)	<0.05
Feeling a bulge/lump from or in the vagina	21 (72.4)	20 (69.0)	ns
Heaviness or dragging feeling as the day goes on from the vagina or the lower abdomen	9 (31.0)	10 (34.5)	ns
Vaginal bulge interfering with emptying your bowels 膣の膨らみによる排便障害	11 (37.9)	1 (3.4)	<0.01
Discomfort in the vagina which is worse when standing and relieved by lying down	16 (55.2)	10 (34.5)	ns
Poor urinary stream	24 (82.8)	19 (65.5)	ns
Straining to empty your bladder	6 (20.7)	6 (20.7)	ns
Urine dribbles after emptying your bladder 排尿後の尿失禁	15 (51.7)	6 (20.7)	<0.05
Bowels do not feel completely empty after opening	10 (34.5)	6 (20.7)	ns
Constipation	9 (31.0)	8 (27.6)	ns
Straining to open your bowels	17 (58.6)	16 (55.2)	ns
Vaginal bulge which gets in the way of sex	1 (3.4)	1 (3.4)	ns
Lower backache worsens with vaginal discomfort	2 (6.9)	4 (13.8)	ns
Do you help empty your bowels with your fingers?	1 (3.4)	1 (3.4)	ns
How often do you open your bowels?	7 (24.1)	7 (24.1)	ns

The data are presented as number (%) of women with bothersome symptom for each item.

ns not significant

^a Chi-squared test

引用：

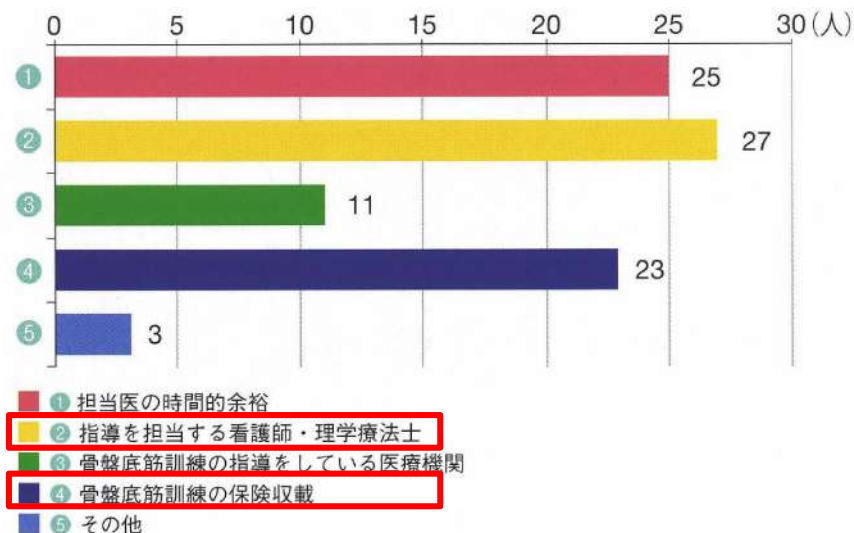
10. Ouchi M, Kato K, et al.: Physical activity and pelvic floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse: a pilot study. Int Urogynecol J. 2017; 28: 1807-1815.

本邦における下部尿路症状に対する治療の現状

- ・ 排尿自立支援加算と外来排尿自立指導料の対象は「尿道留置カテーテル除去後に、下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者」¹¹⁾のみ
- ・ 臨床の泌尿器科医は、骨盤底筋トレーニング指導に「指導を担当する理学療法士」と「保険収載」が必要であると認識している¹²⁾

対象：全国の日本泌尿器科学会認定専門医
（開業医）50名
方法：FAX、アンケートフォームで配布・回収

骨盤底筋訓練を適切に指導するにあたり、
何が必要だと感じていますか？（複数回答可）



引用：

11. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会：入院から外来まで「排尿自立」をサポートする「排尿自立支援加算」「外来排尿自立指導料」に関する手引き。照林社，東京，2020，pp. 2-15.

12. 巴ひかる．女性骨盤底の診療の実際．排尿障害プラクティス．2021；29：4-11.

5. 女性下部尿路症状に対する骨盤底理学療法の推進

○ 下部尿路障害に対する骨盤底筋訓練の対象となり得る推定患者数（40歳以上の女性のみ）

- ・ 腹圧性尿失禁460万人
- ・ 切迫性尿失禁370万人

※下部尿路障害は妊娠・出産を契機に発症することが多いが、上記の推定患者数には若年女性が含まれていない。若年女性も含めた場合には対象となる患者数がさらに増加する可能性がある。



図1 本邦における下部尿路症状の頻度別推定有症状者数⁶⁾

引用) 女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版

5. 女性下部尿路症状に対する骨盤底理学療法の推進

○ 下部尿路障害に対する骨盤底筋訓練の対象となり得る推定患者数

【中高年女性】

○ 案①：27万人、案②：20万人、案③：13.8万人

・案①：

先行研究（排尿に関する疫学的調査）から、本邦の40歳以上の女性のうち症状を有する住民の実数（万人）を推定すると、**1日に1回以上の切迫性尿失禁**を有するものは219万人、**1日に1回以上の腹圧性尿失禁**を有するものは225万人である。

なお、特に高齢女性においては切迫性尿失禁と腹圧性尿失禁とを併発（混合性尿失禁）しているものも多いことから、上記の推定患者数にはいくらかの重複があるものと推測される。**併発例を考慮し、1日に1回以上の切迫性や腹圧性、混合性尿失禁の症状があるものを約300万人とすると、同疫学調査にて「排尿の問題で医療機関を受診している女性は全体で9%」**とあるので、 $300\text{万人} \times 9.0\% = \text{約}27\text{万人}$ となる。

・案②：

案①よりさらに対象者を絞るとすれば、実際に理学療法が対象となる可能性の高い**軽度～中等度の割合**（UI全体の74%：EPICONT studyより：添付資料3）を考慮し、 $\text{約}27\text{万人} \times 74\% = \text{約}20\text{万人}$ となる。

・案③：

案①より併発例を考慮し、1日に1回以上の切迫性や腹圧性、混合性尿失禁の症状があるものを約300万人とし、osugaらが2013年に報告した先行研究（添付資料4）より「**週2回以上尿失禁**の有病率は16%で治療を受けるものは4.6%」とある数値を参考に $300\text{万人} \times 4.6\% = \text{約}13.8\text{万人}$ とする。

Table 3

Amount, frequency, severity, type, and duration of urinary incontinence, impact of incontinence, having consulted a doctor about incontinence

	Incontinent women		
	n	%	95% CI ^a
Amount (n = 6501)			
Drops or little	3710	57	55.8–58.2
More	2791	43	41.8–44.2
Frequency (n = 6368)			
Less than once a month	1073	17	15.9–17.7
Once or more per month	2436	38	37.1–39.4
Once or more per week	1610	25	24.2–26.3
Every day and/or night	1249	20	18.6–20.6
Severity index (n = 6194)			
Slight	2649	43	41.5–44.0
Moderate	1953	31	30.4–32.7
Severe	1592	26	24.6–26.8
Incontinence type (n = 6792)			
Stress	3414	50	49.1–51.5
Urge	756	11	10.4–11.9
Mixed	2417	36	34.5–36.7
Other ^b	205	3	2.6–3.5
Duration of UI (n = 4985)			
0–5 years	3288	66	64.7–67.3
5–10 years	994	20	18.8–21.0
> 10 years	703	14	13.1–15.0
Impact of incontinence (n = 6795)			
No problem	1369	20	19.2–21.1
A small nuisance	3155	46	45.2–47.6
Some bother	1599	24	22.5–24.5
Much bothered	393	6	5.2–6.3
A great problem	279	4	3.6–4.6
Consulted a doctor about UI (n = 6625)			
Yes	1745	26	25.3–27.4
No	4880	74	72.6–74.7

^a Confidence interval.

^b Cannot be further classified.

5. 女性下部尿路症状に対する骨盤底理学療法の推進

○ 下部尿路障害に対する骨盤底筋訓練の対象となり得る推定患者数

【産後女性】

○ 案①：約6.9万人

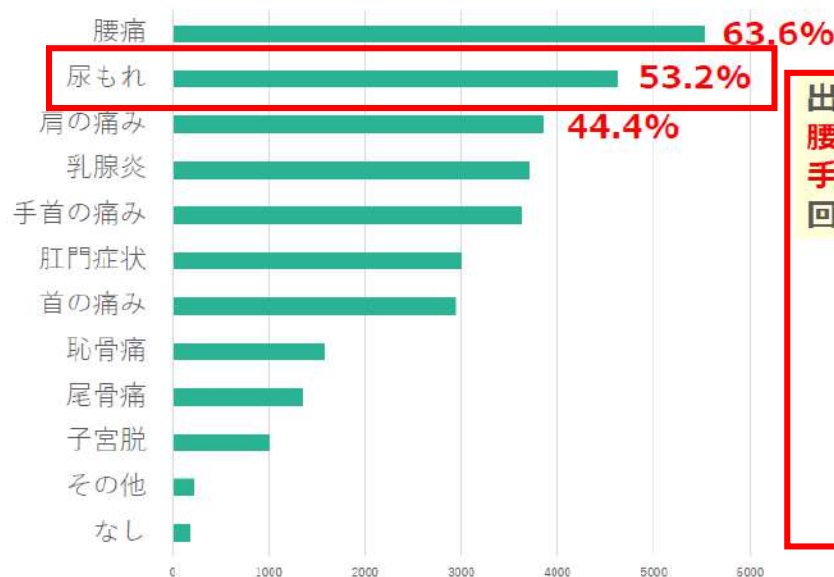
・ 案①：

産後1年以内の女性を対象とした調査では、**産後の女性のうちの53%が尿失禁を有しており**、産後の身体症状のために医療機関を受診した経験の有するものは**15%**（添付資料5）であった。

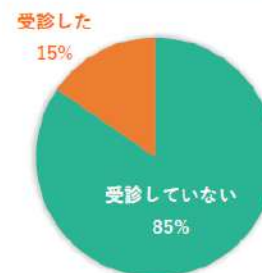
厚生労働省が発表している令和2年1～12月の**妊娠届出数の合計は871,598件**であったことから、推定患者数は87万人（本邦における1年間の妊娠届出数の概算）×53%（産後の尿失禁有訴率）×15%（身体症状のために医療機関を受診したものの割合）＝**約6.9万人**となる。

出産後に現れた身体的症状は？

複数回答可 n=8680



出産後に現れた身体症状は
**腰痛・尿もれ・肩の痛み・乳腺炎・
手首の痛みの順に多く、受診したと
回答したのは15%であった。**



2022 妊娠中・出産後の母体の身体トラブル実態調査
#1万人ママの声を聞かせて

河合麻美、妊娠中・出産後の母体の身体トラブル実態調査、令和4年度 独立行政法人 福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

(1) 1. 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

(1) 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
手術名	
手術年月日	年 月 日
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
	BI 点 FIM 点
	BI 点 FIM 点
	BI 点 FIM 点

5 一月当たりの リハビリテーション	実施 回数 単位数	日
6 リハビリテーションの内容	具体的に記載すること	
7 改善を要する見込み期間	☐ 2週間以内 ☐ 2週間から1ヶ月 ☐ 1ヶ月から3ヶ月 ☐ 3ヶ月から6ヶ月 ☐ 6ヶ月以上	
8 前回の評価からの 改善や変化	-1 0 1 2 3 悪化 維持 改善大 BI-FIMで()点程度の改善	

- ・ 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。

(1) 3. 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 μ s; 100 pps; 0.24 A; 250 μ 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 ² ; 20%; 1-3 m/cm ²) vs 標準的ケア+電気刺激 (HVPC, 154 μ s, 100 pps, 100 V, 250 μ 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 μ s; 100 pps; 360 μ 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：kgf/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	0.28 $\pm$ 0.10*	0.31 $\pm$ 0.10*	0.34 $\pm$ 0.10*
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	0.42 $\pm$ 0.11*	0.43 $\pm$ 0.12**	0.46 $\pm$ 0.13*
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	5.5 $\pm$ 4.7**	6.9 $\pm$ 5.1*	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	9.0 $\pm$ 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

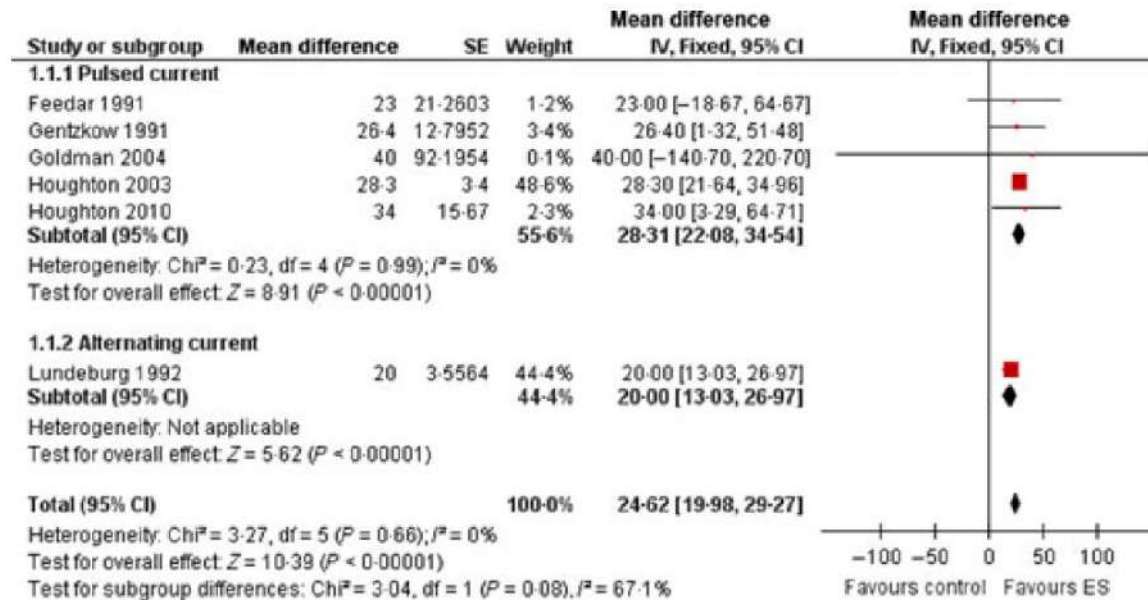
引用：徳田ら，理学療法学，2019

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

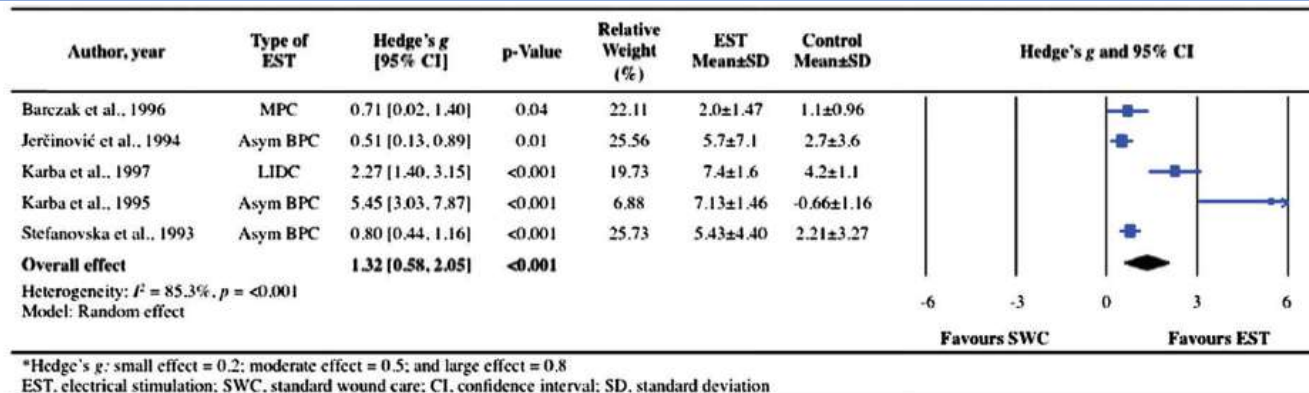
下段：脊損患者における電気刺激の効果

- 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

(1) 4. 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。

(1) 5. 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 ≥ 2)
3) 運動に協力の得られない重篤な覚醒障害 (RASS ≤ -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、血圧が低下する場合
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 (≥ 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	明らかな反応不良状態の出現	呼びかけに対して傾眠、混迷の状態
	表情	苦悶表情、顔面蒼白・チアノーゼの出現	
意識	意識	軽度以上の意識障害の出現	危険行動の出現
	不穏	四肢の随意性	
姿勢調節	姿勢調節	四肢脱力の出現	急速な介助量の増大
		姿勢保持不能状態の出現	
自覚症状	呼吸困難	突然の呼吸困難の訴え	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 ₂	<88%	
人工呼吸器	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 バックリング	
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	平均動脈圧<65 mmHg または>110 mmHg
	拡張期血圧	または拡張期血圧の20%低下	
デバイス	人工気道の状態	抜去の危険性 (あるいは抜去)	
	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	ドレーン排泄物の性状 創部離開のリスク	
	活動性出血の示唆 術創の状態		

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 ≤ RASS ≤ 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) 自己申告不能場合 behavioral pain scale (BPS) もしくは Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	NRS ≤ 3 もしくは VAS ≤ 3 BPS ≤ 5 もしくは CPOT ≤ 2
呼吸	呼吸回数 酸素飽和度 (SaO ₂) 吸入酸素濃度 (FiO ₂)	<35 /min が一定時間持続 ≥90% が一定時間持続 <0.6
人工呼吸器	呼気終末陽圧 (PEEP)	<10 cmH ₂ O
循環	心拍数 (HR) 不整脈 虚血 平均血圧 (MAP) ドパミンやノルアドレナリン投与量	HR: ≥50 /min もしくは ≤120 /min が一定時間持続 新たな重症不整脈の出現がない 新たな心筋虚血を示唆する心電図変化がない ≥65 mmHg が一定時間持続 24時間以内に増量がない
その他	・ショックに対する治療が施され、病態が安定している ・SATならびに SBT が行われている ・出血傾向がない ・動く時に危険となるラインがない ・頭蓋内圧 (intracranial pressure, ICP) <20 cmH ₂ O ・患者または患者家族の同意がある	

元の血圧を加味すること。各数値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.

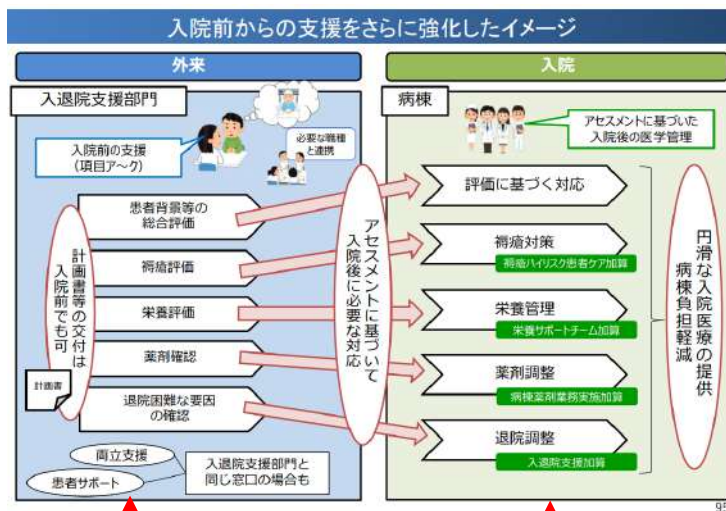
(2) 1. 医療と介護の複合化に対応するための入退院支援へのリハビリテーション専門職の関与の推進

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 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

病棟

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



《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

A 2 4 6 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因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		
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）		
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		

入退院支援加算の届出状況

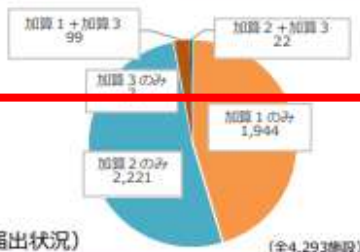
【出典】
保険局医療課調べ
(令和元年7月1日の届出状況)

加算の種類	件数
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2+加算3	22
合計	4,293

(全4,293施設)

※週3日以上常勤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才可

入退院支援加算の届出状況



※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>

(2) 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^2	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 ^c
WOMAC PF (8w)	2	0%	142	-0.40 [-0.74, -0.07]	0%	Moderate ^d
WOMAC Stiffness (8w)	2	0%	142	-0.42 [-0.75, -0.08]	2%	Moderate ^d
Knee extension strength (8w)	2	0%	230	1.01 [0.17, 1.84]	87%	Low ^c
Active knee extension ROM (8w)	2	0%	137	0.18 [-0.16, 0.52]	0%	Moderate ^d
Active knee flexion ROM (8w)	2	0%	182	0.29 [0.00, 0.58]	0%	Moderate ^d
TUG (8w)	2	0%	178	-0.66 [-1.13, -0.18]	57%	Low ^c
Gait speed (8w)	2	0%	132	0.42 [0.04, 0.80]	30%	Low ^c

(), 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.

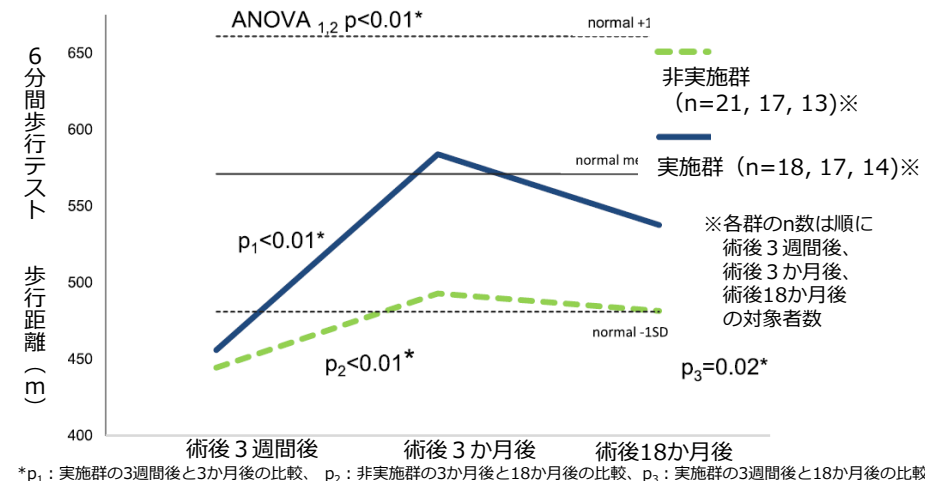
^a Reason for downgrade: PEDro score less than 6 for the majority of trials (more than 50%).

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

^c Reason for downgrade: Large confidence intervals, Statistical heterogeneity ($I^2 > 25\%$).

^d 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）



* p_1 : 実施群の3週間後と3か月後の比較、 p_2 : 非実施群の3か月後と18か月後の比較、 p_3 : 実施群の3週間後と18か月後の比較

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

(3) 1. 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。

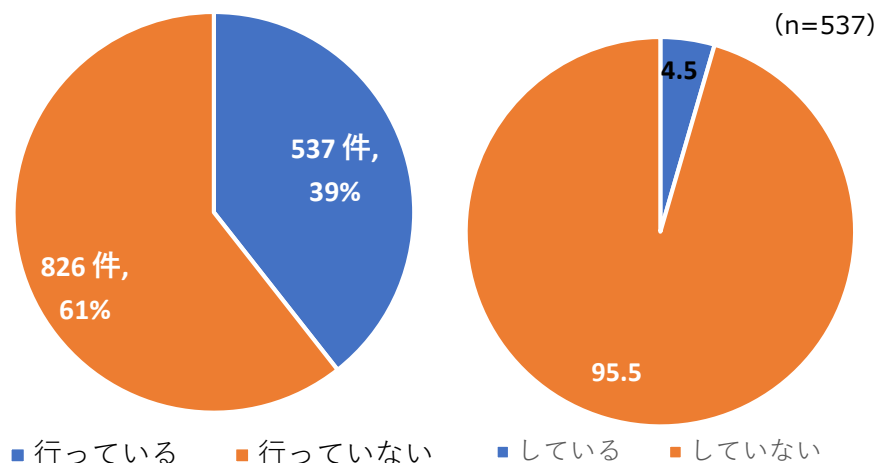


図1：糖尿病性腎症患者に対する理学療法の実施状況

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

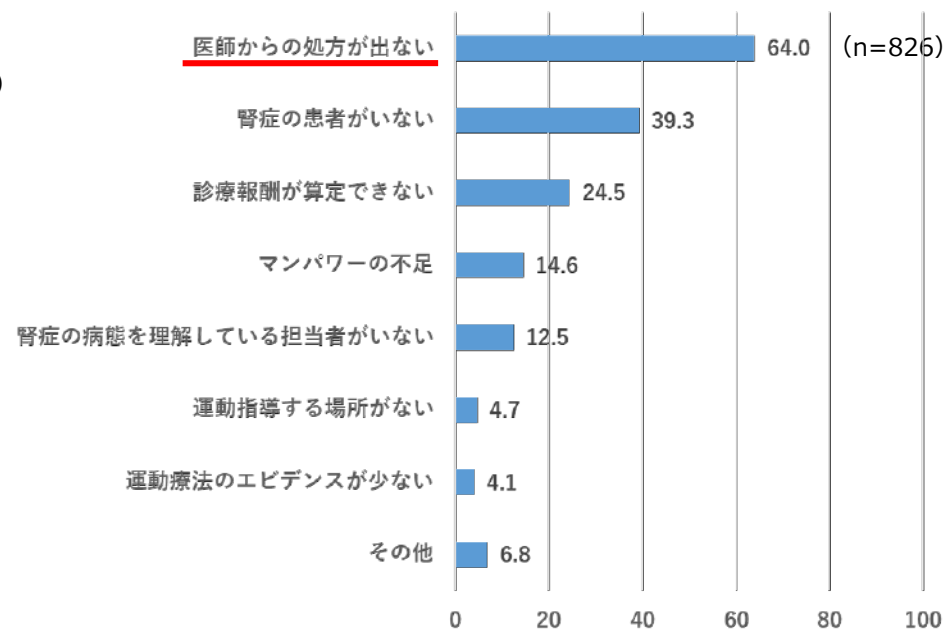


図3：腎症患者に対する理学療法に関わりをもっていない理由（複数回答可）

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 Δ eGFRの改善傾向がみられた。

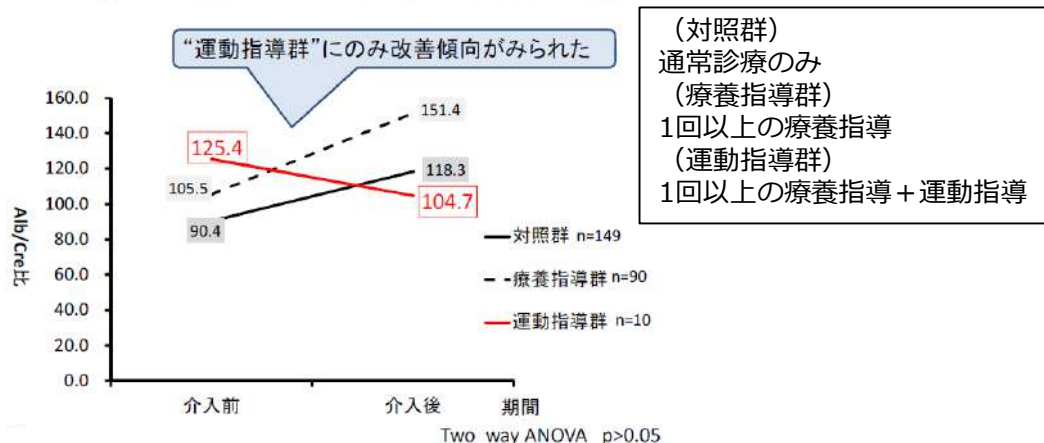
- 糖尿病透析予防チームに理学療法士が参画し、運動指導を実施することで、eGFRやCrの維持に寄与している。

対象：糖尿病性腎症患者のうちII・III期

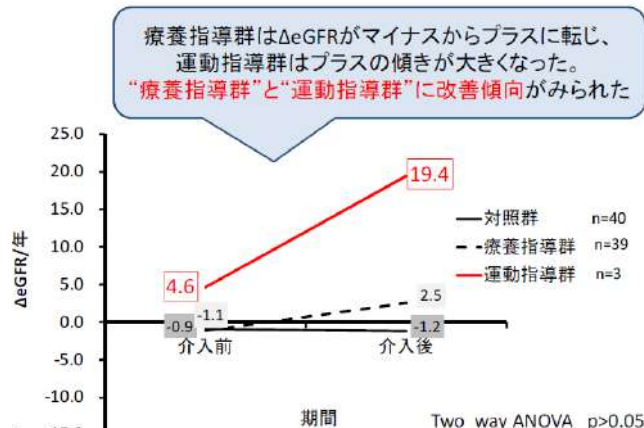
評価：介入前後の Δ eGFR、Alb/Cre比

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 Δ 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<30mL/min/1.73m²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

(3) 2. 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。

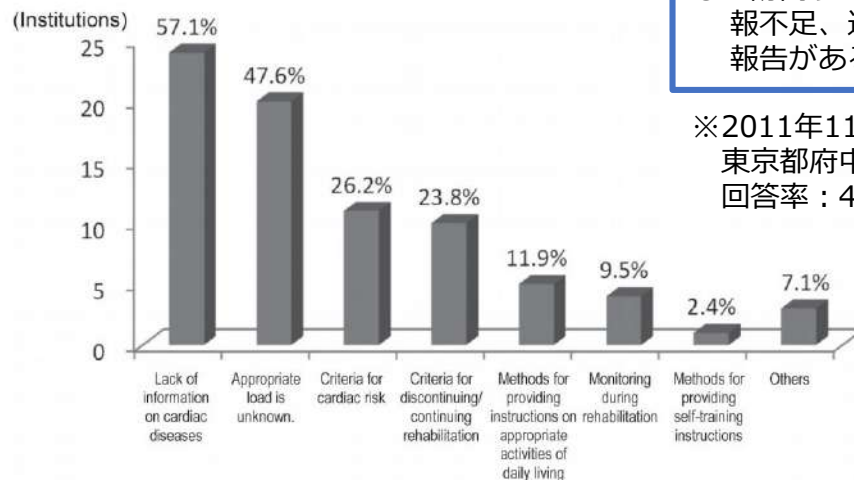
(3) 3. 循環器病の再発および重症化予防の推進

要望

- 心不全等の再発予防及び再入院予防の観点が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%)

(3) 4. 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 ヶ月	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 ヶ月	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 ヶ月	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 ヶ月	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 ヶ月 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

引用：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版

(3) 5. 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す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 245点 (月13単位まで) 147点 (月13単位まで)
	対象		
	要介護被保険者 以外		
	要介護被保険者		

(4) 1. 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。

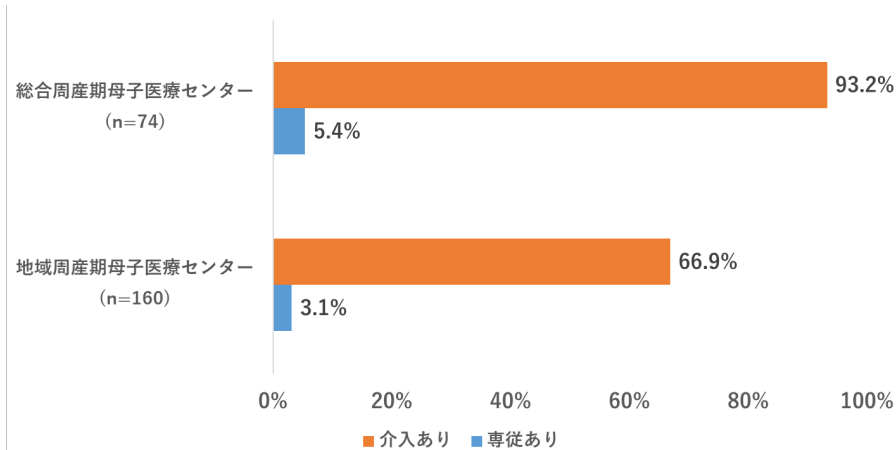
なお、理学療法士の要件は早期離床・リハビリテーション加算と同様にし、複数の特定集中治療室が設定されている場合の取扱いについて、新生児特定集中治療室を含むこととする。
- または、新生児治療において、看護師とリハビリテーション専門職種によるチームで介入した際に、「発達ケア・リハビリテーション加算」として評価すること。

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態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）

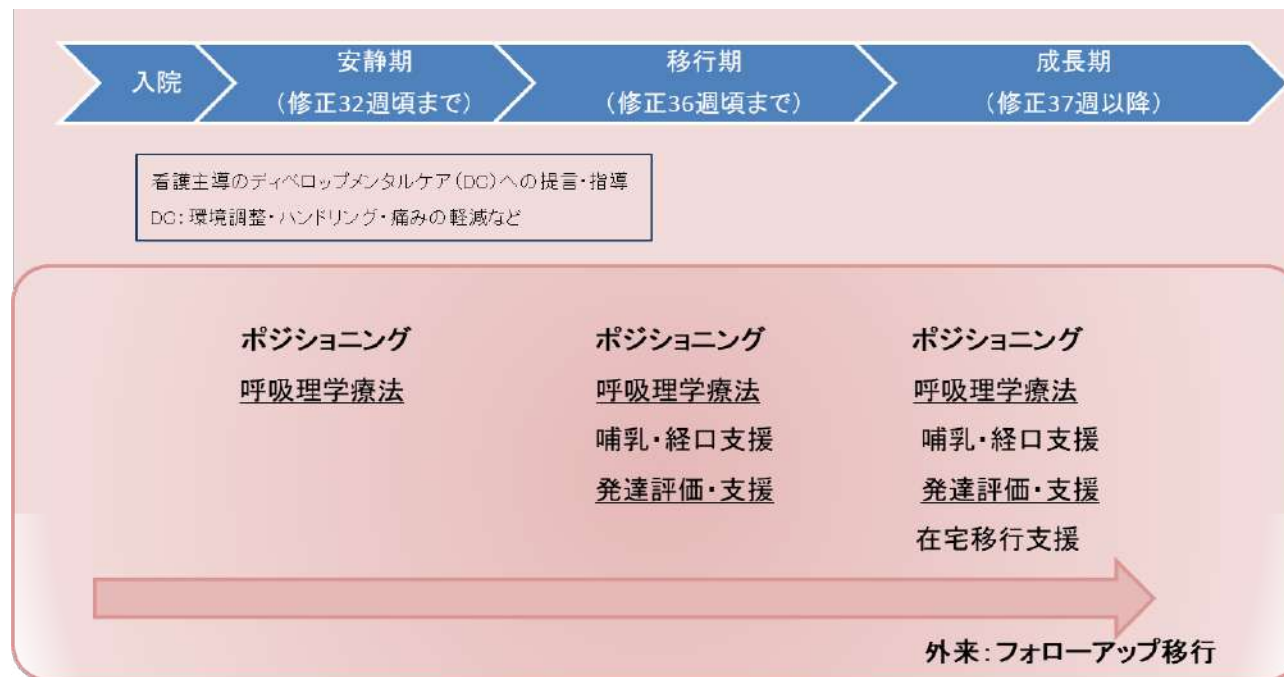
図1. NICU・GCUにおけるリハビリテーションの介入状況



※全国の周産期母子医療センター396施設にアンケート調査
 調査期間：2016年1月下旬から3月上旬
 回答数：234施設（回答率59%）
 ー総合周産期母子医療センターが74施設（割合32%）
 ー地域周産期母子医療センターが160施設（割合68%）

出典：NICU・GCUにおけるリハビリテーション介入の全国調査（2018）を基に作成

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1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。

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介入群では呼吸圧迫法（squeezing）実施

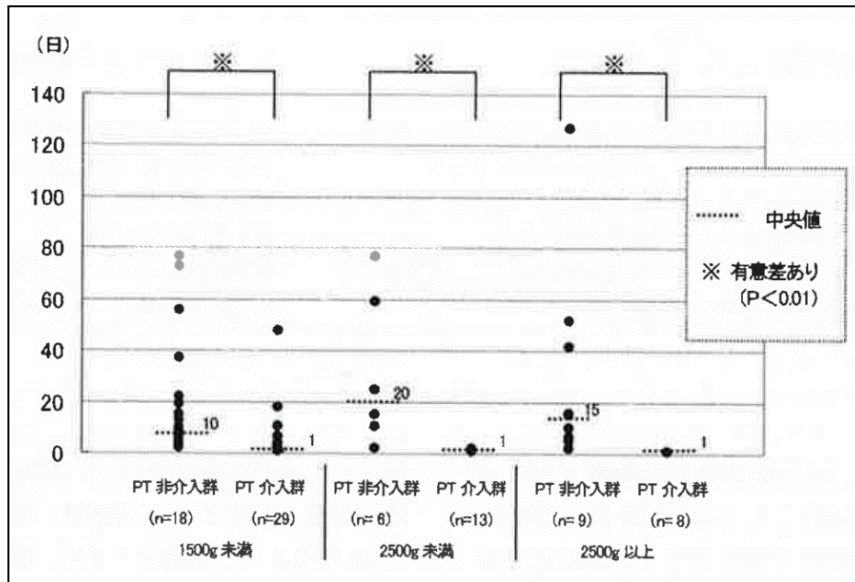


図1：PT非介入群と介入群の無気肺改善日数の比較



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

日本産科・新生児医学会雑誌：第42巻3号，620-25，2006

NICUにおける呼吸圧迫法（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

- 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：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

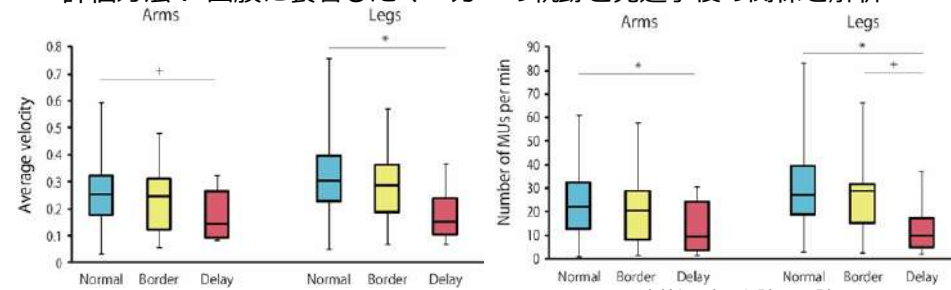


図1：発達状況別の上肢・下肢の平均運動速度

図2：発達状況別の上肢・下肢のfMUs/min

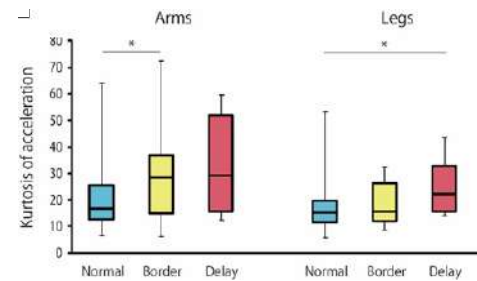


図3：発達状況別の上肢・下肢のKurtosis加速度



図4：計測方法

※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）。

※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)
	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	98.9	.16	-.07
No. of days of parenteral feeding	20.6	14.0	16.4	6.4	41.8	14.8	33.3	14.5	27.8	22.8	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	5	21	6	19	5	19	5	-.48	.17
PCA at discharge, wk	40.5	3.1	36.3	2.4	47.6	14.0	41.6	4.4	40.3	2.4	40.1	2.5	.47	-.37**
Head circumference at 42 wk PCA	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 ICU 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*
Height at 42 wk PCA, cm	47.9	2.9	47.9	3.2	49.4	2.1	49.2	2.0	49.4	3.2	49.1	1.9	.46	.12
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**
No. none-mild-moderate-severe	3-3-7-6		3-2-13-0		2-6-7-8		1-4-6-5		1-1-3-3		1-2-3-5		.08	-.009
Intraventricular hemorrhage,	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
No. absent present	17-2		17-1		18-2		16-0		5-3		10-1		.20*	-.05
Retinopathy of prematurity,	13-3-1-1-0-1		10-4-0-0-0-0		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**
No. stage 0-1-2-3-4-5														
Summary analysis: MANOVA:	Group: F = 2.02; df = 16,71; p = .02				Mahalanobi's D ² , F-matrix: BWH vs CHB F = 1.16; df = 16,74; p = .30				BWH vs CHO F = 15.35; df = 16,74; p = .001					
	Site: F = 7.16; df = 32,142; p = .00005				BWH vs CHO F = 15.35; df = 16,74; p = .001				CHB vs CHO F = 10.43; df = 16,74; p = .001					
	Group x site: F = 1.22; df = 32,142; p = .21													

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 ≤ .01; ***p ≤ .001.

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

Variable	BWH				CHO				CHB				G (r)
	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 Table 1. PSI: Higher scores represent more stress. MVC: Higher scores represent more differentiated perception of the child.

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

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

Variable System Scores	BWH				CHO				CHB				G (r)	S (r)
	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

Mahalanobi's D², 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; APB, Assessment of Preterm Infants' Behavior; S, site; G, group.

*MANCOVA: F, two tailed, with age at APB 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.

(4) 2. めまいに対するリハビリテーションの推進および平衡機能検査にかかる見直し

要 望

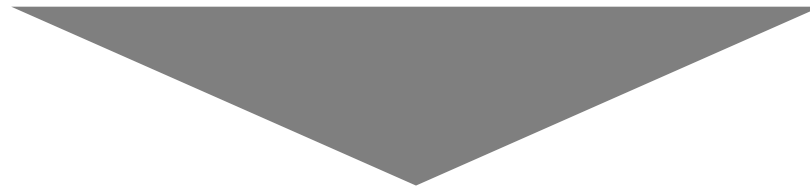
- ① 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患（別表第九の五）に「良性発作性頭位めまい症、前庭神経炎、メニエール病、その他の内耳性めまい」を追加する。
- ② 下肢荷重検査、フォースプレート分析、動作分析検査と同様に、重心動揺計による検査についても、平衡機能検査（耳鼻咽喉科学的検査）以外の検査（分析）の適応とする。

要望理由・課題

- ① 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。
- ② 下肢荷重検査、フォースプレート分析、動作分析検査は、平衡機能検査（耳鼻咽喉科学的検査）以外の検査（分析）にも適応されているが、重心動揺計による検査は認められていない。一方で、理学療法の実施において、荷重量や荷重分布の測定は患者の運動機能の客観的評価として重要である。

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 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

○ ほとんどの国が卒後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¹⁾。
- 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¹⁾。
- 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²⁾。
- 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³⁾。

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¹⁾。

学生時代に講義を受けたか

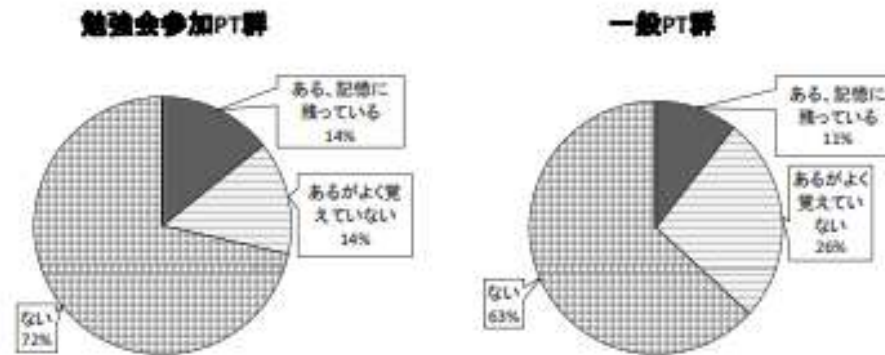


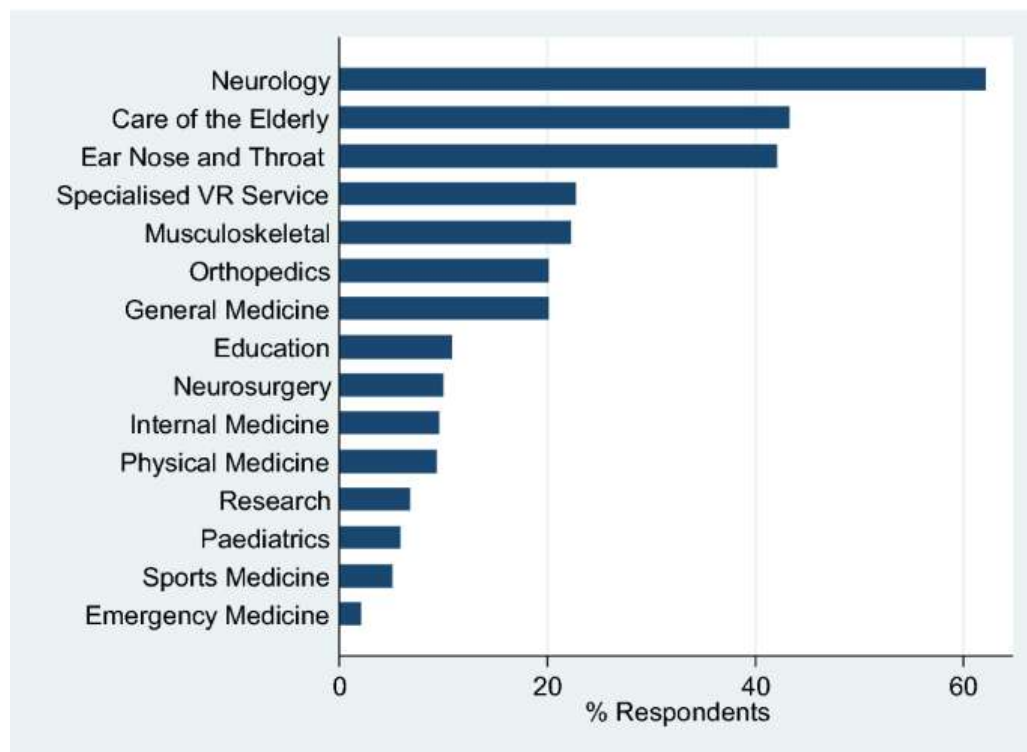
図2 問い 学生時代に平衡機能やめまい疾患について講義を受けたことは？
「ない」、「あるがよく覚えていない」の割合は、両群とも8割以上であった。

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¹⁾。
- 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²⁾(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³⁾。



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¹⁾。
- 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²⁾。
- 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³⁾。
- 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³⁾。

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.

(5) 1. 目標設定等支援・管理料の負担軽減

要望

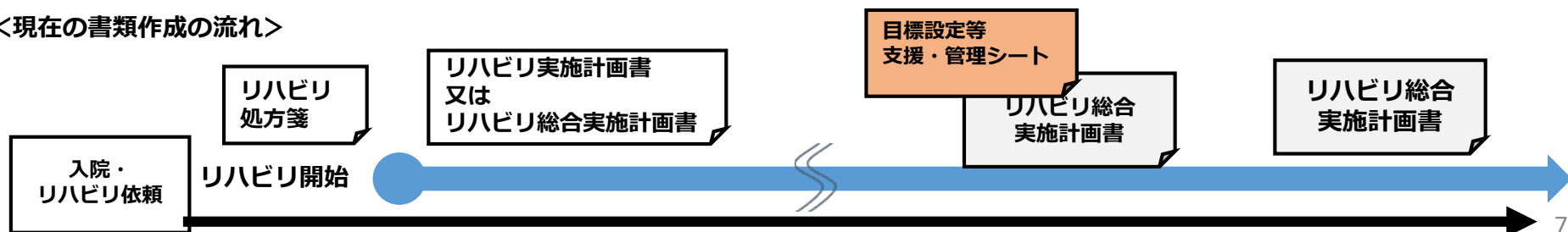
- 目標設定等支援・管理料を廃止すること。
- ただし、要介護被保険者においては、リハビリテーション総合実施計画書に目標設定等支援・管理シートに含まれる項目を記載することを必須とするなど、介護保険への移行を円滑にすること。

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2-1	リハビリテーション 実施計画書 別紙様式2-1の6	リハビリテーション 総合実施計画書 別紙様式2-3
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>



(5) 2. 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

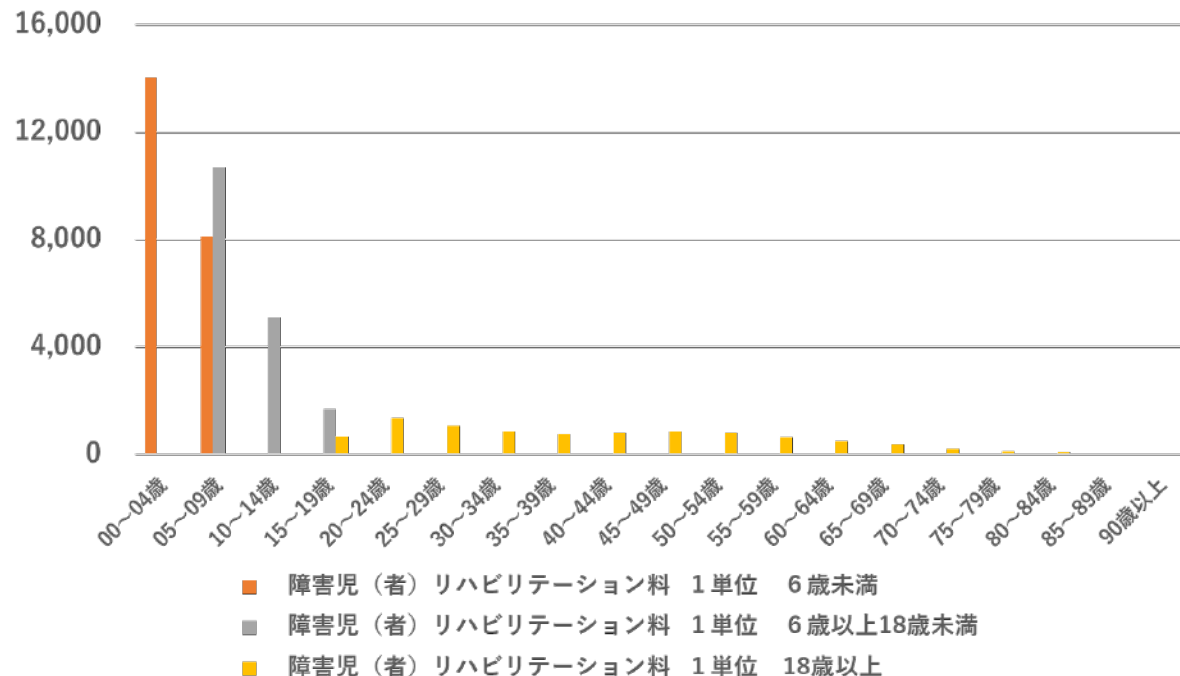
要望

- 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）



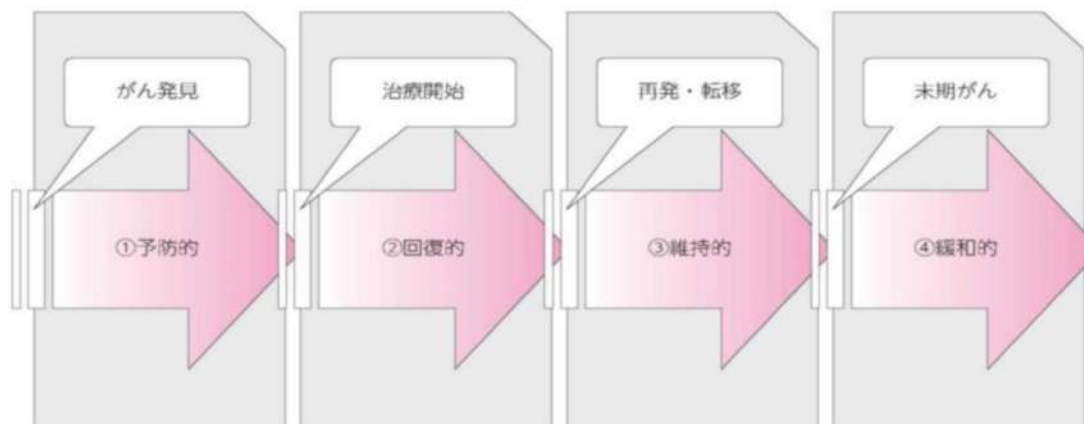
(5) 3. がん患者リハビリテーション料

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けいげんできる。



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

日本作業療法士協会

1. 緩和ケア病棟入院患者に対するリハビリテーション専門職の活用

要望

緩和ケア病棟入院患者のうち、ADLの維持、向上が必要な患者には、リハビリテーション専門職種によるリハビリテーションを実施できる体制を取ることが望ましいことを施設基準に明記いただきたい。リハ専門職はがんリハ料の施設基準の要件研修、またはリハビリテーション専門職団体協議会（3団体）主催による研修を修了した者とし、質の担保を図る。

要望理由・課題

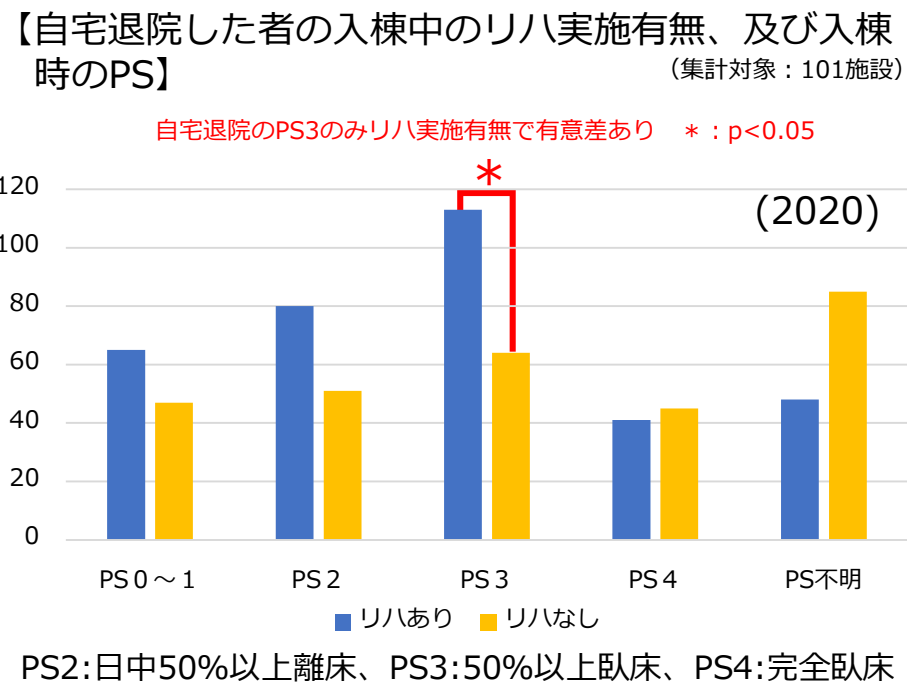
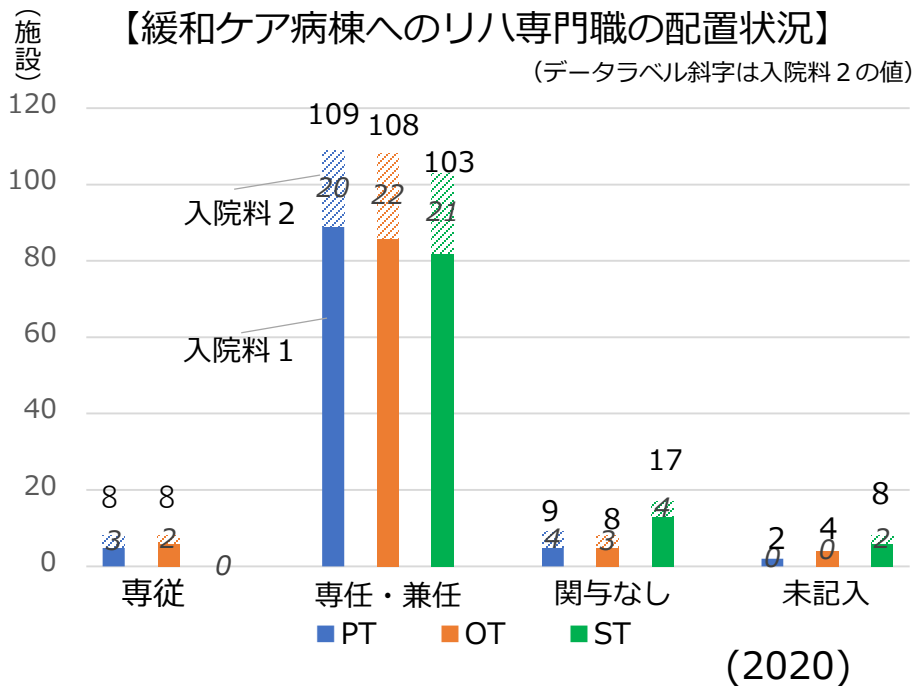
現行の緩和ケア病棟は、包括医療のために疾患別リハ料の算定ができず、リハ支援が不十分となり、国民に不利益が生じている。施設基準にリハ専門職の関与を明記することで、より積極的な参入が促され、病棟の役割である在宅復帰支援の充実を図ることができるのではないかと。

根拠データなど

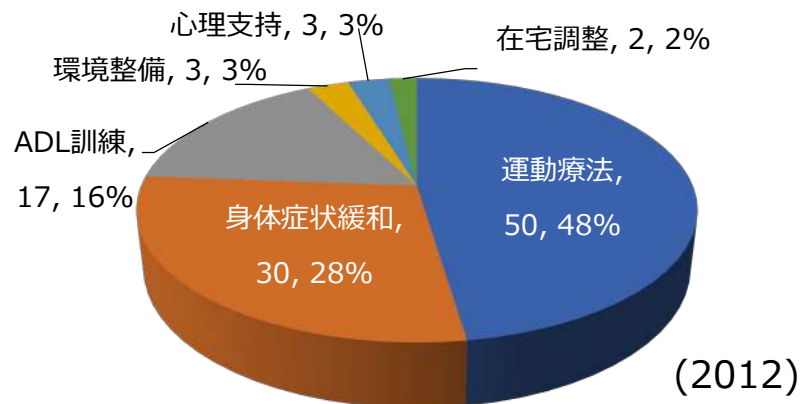
- がんのリハビリテーション診療ガイドライン[第二版]において、緩和ケアを主体とする時期の症状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療は、**患者にとって害が少なく、利益のあるアプローチ**であると示されている¹⁾。
- ADLの維持²⁾、QOLの改善・患者満足度³⁾のエビデンスは、グレードBで示されている。

1. 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会・編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版、金原出版株式会社、2019
2. Yoshioka H.Rehabilitation for the terminal cancer patient.Am J Phys Med Rehabil. 1994 ;73:199-206.
3. Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al.Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability.Am J Hosp Palliat Care. 2015 ;32:695-702.

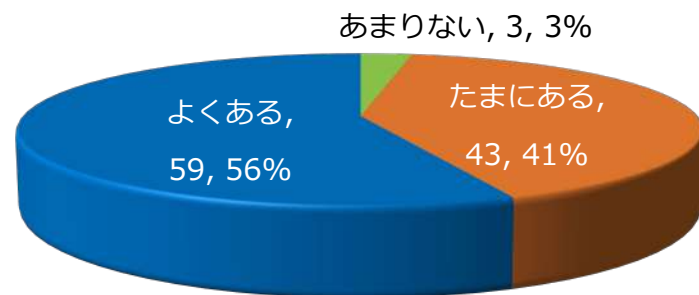
(参考) 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実態調査



リハビリテーションの実施内容



家族からのリハの希望



入院患者のリハ実施率 36.5%

(2012)

2. 治療用装具の作製にかかる報酬算定

要望

- 関節を支持または固定し、道具を操作できるようにした治療用装具を用いて動作訓練をすることで、上肢機能の改善を図ることができる。機能改善のために本人の能力に合わせて作製した、身体に装着する補助具については治療用装具に含めていただきたい。（例：食事動作の機能を改善するための手関節装具、上肢動作を安定させるための簡易な体幹保持装置等）

要望理由・課題

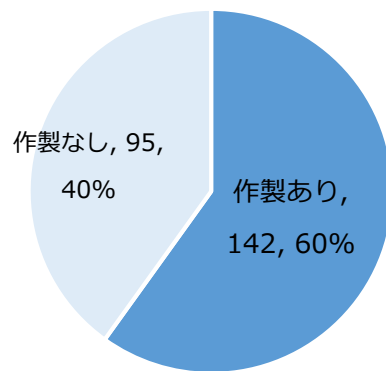
- 日本産業規格（JIS）における装具の定義は「四肢・体幹の機能障害の軽減を目的として体表に装着して、機能を補助する器具」
- 現在、作業療法士等が作製する上肢治療用装具や体幹保持装具については報酬上評価されていない。
- 対象者の生活機能改善のため、上肢治療用装具等を作製し、訓練等で使用している作業療法士等はいくつにも関わらず、評価されていないことで時間外の業務となっている。
- 一方、手外科術後のスプリント作製に関しては義肢装具採寸法を算定できている。
- 作業療法士の養成教育課程には義肢装具学があり、演習で装具も作製する。また、国家試験出題基準にも示されている。

【上肢治療用装具作製の例】

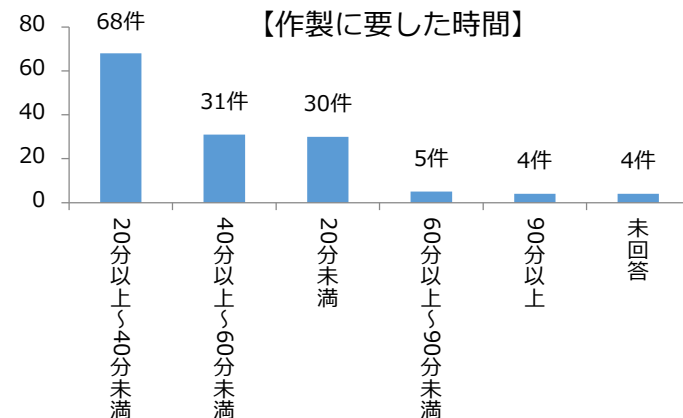
頸髄損傷患者へ上肢の挙上範囲に合わせて、手関節を支持するカフおよび柄の長さや角度を調整したスプーンを作製することで、上肢機能が改善し食事動作が可能となった。



【自助具作製の実績（半年間）】



【作製に要した時間】



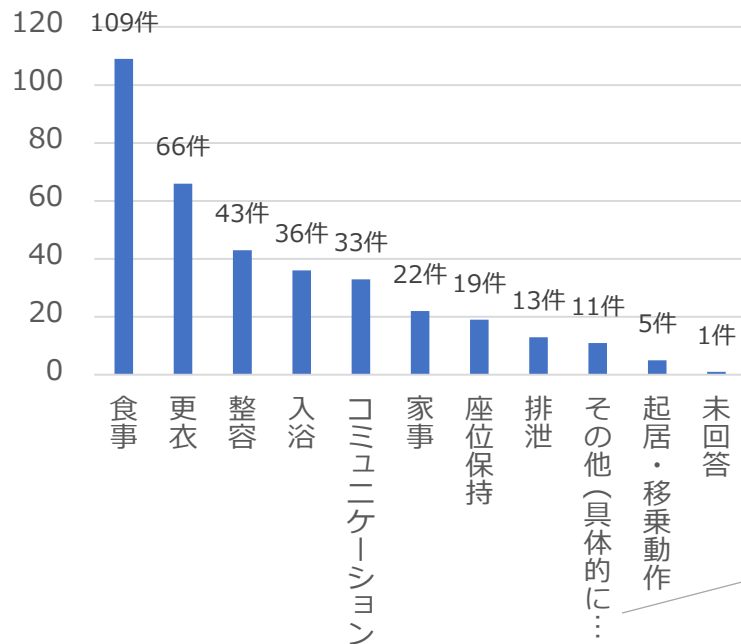
一般社団法人日本作業療法士協会
2020年度身体障害領域モニター調査

- 自助具とは日常生活で困難を来している行為を容易に行えるように工夫された道具であり、自助具作製は応用的動作能力、社会適応能力の回復を目標とする作業療法の一環である。変化する対象者の状態に合わせた自助具作製により、自発的な姿勢変換や食事動作等が可能となり自立が促される。
- 医療機関においては、発症早期から患者の状態に応じた自助具の使用を開始することでADLの早期自立に結びつき、自助具使用によりADL自立に向けた意欲も高まり、早期の退院につながる。

(参考) 作業療法士による上肢治療用装具・自助具作製の状況

日本作業療法士協会2020年度身体障害領域モニター調査より

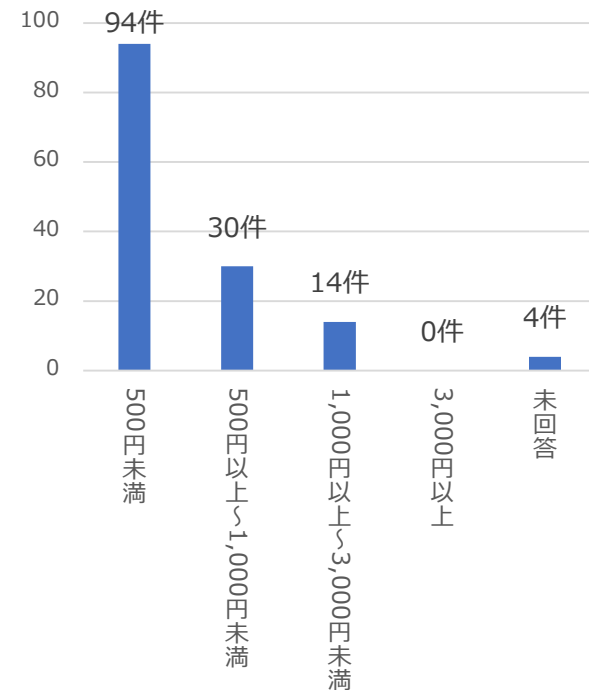
【使用目的】



その他：

- ・服薬管理（3件）
- ・治療手段としてのスプリント作製（2件）
- ・患肢管理（3件）
- ・リーチャー（1件）
- ・電動車の持ち手操作部分の作製（1件）
- ・アームスリング（1件）

【材料費の平均】



【既成品を使用せず作製した理由】

目的とする動作・活動の問題を解消する既製品がなかったため

簡易に作製が可能であるため

既製品では実用的に使用できなかったため

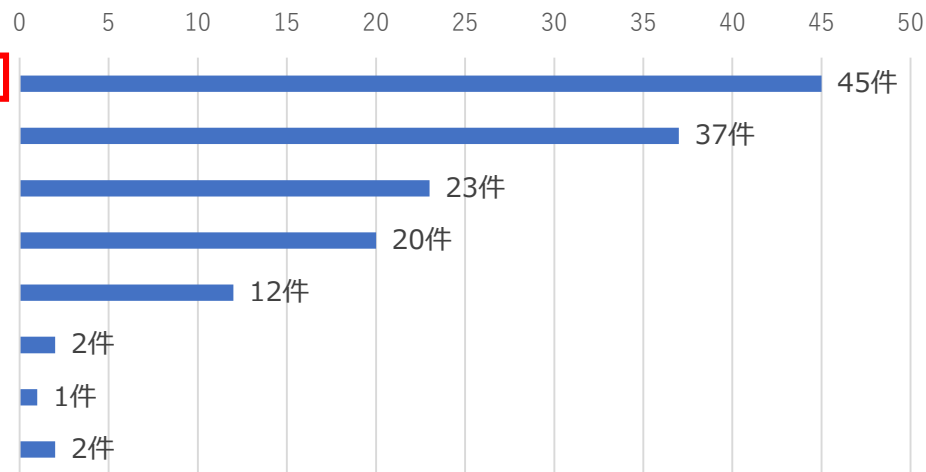
既製品が高価であったため

短期間のみの使用予定であったため

その他（具体的にお書きください）

医師から作製の指示があったため

未回答



日本語聴覚士協会

1. 脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準の見直し

【要望】脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する施設に言語聴覚士の配置について明記していただきたい。

【要望理由・課題】

○脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準は言語聴覚士は必置ではなく、「言語聴覚療法を行う場合は、専従の言語聴覚士が1名以上勤務していること」とされている。

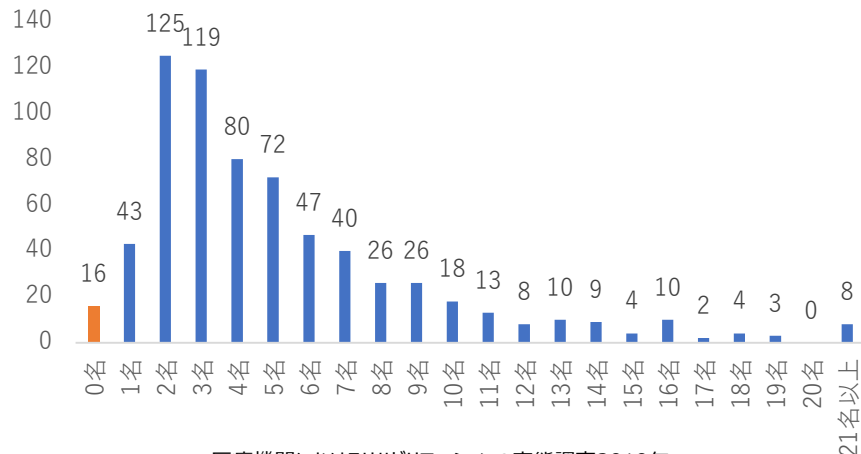
○「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する施設は言語聴覚士の配置が望ましい」の追記を要望する。

【根拠・データ】

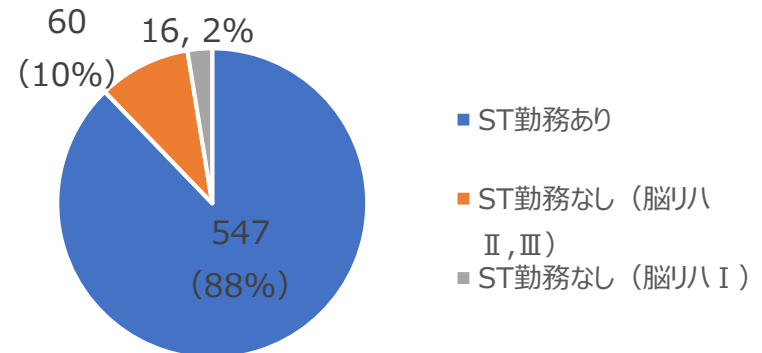
○公益社団法人日本理学療法士協会、一般社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士協会が合同で実施した「医療機関におけるリハビリテーションの実態調査2019年」の結果において、調査協力施設1,257施設のうち、脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する施設は683施設あり、言語聴覚士の配置は667施設（98%）であった。言語聴覚士の未配置の16施設の理由は明らかにはならなかった。

○令和3年度病院機能報告における様式2病棟票（年間合計）から令和2年4月から令和3年3月診療分で脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）を算定した病院は623施設であった。この施設と施設票の言語聴覚士の勤務状況、地方厚生局の施設基準届出状況を突合した結果、脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）を算定した病院のうち、言語聴覚士の勤務がない病院は16か所（2%）であった。

脳リハ（Ⅰ）における言語聴覚士の配置状況



医療機関におけるリハビリテーションの実態調査2019年



令和3年度病院機能報告における様式2病棟票（年間合計）から令和2年4月から令和3年3月診療分で脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）を算定した病院623施設と施設票の言語聴覚士の勤務状況、地方厚生局の施設基準届出状況を突合

2. 摂食嚥下機能回復体制加算に関する施設基準の見直し

【要望内容】

- 摂食嚥下機能回復体制加算1・2に関する施設基準の言語聴覚士の要件を「専任の言語聴覚士」への変更を要望する。
- 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準における、「摂食嚥下支援チーム」の配置職種の「専従の常勤言語聴覚士」を「専任の言語聴覚士」に変更し、「専任の理学療法士又は作業療法士」を再掲する。
- 摂食嚥下機能回復体制加算1における1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合（3割5分以上）を変更する。

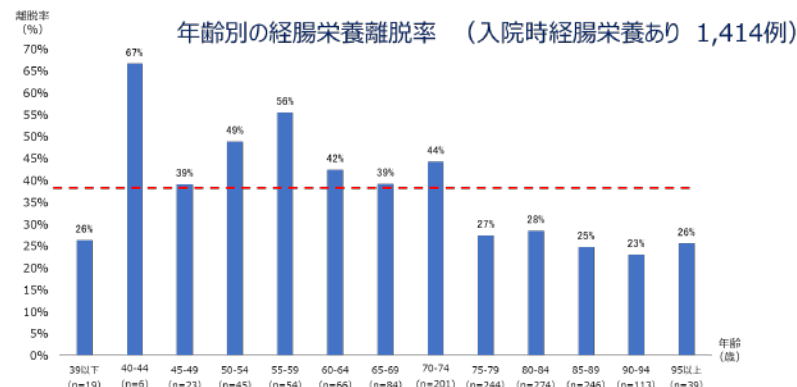
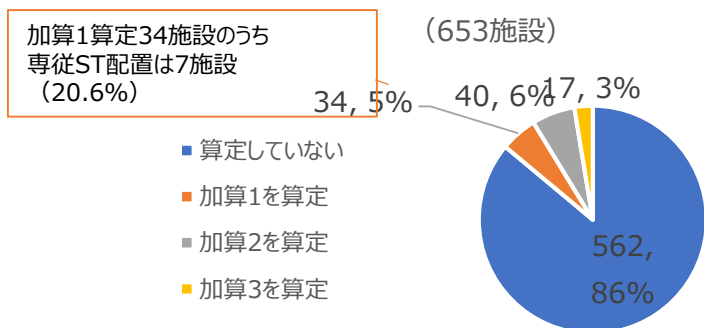
【要望理由・課題】

- 疑義解釈（その18） 令和4年7月13日発出にて、摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準において求める、摂食嚥下支援チームの「専従の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることは不可とされた。摂食嚥下機能回復体制加算1・2に関する施設基準の言語聴覚士の要件を「専任の言語聴覚士」と変更し、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション、難病患者リハビリテーション料、集団リハビリテーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。」に変更を要望する。
- 令和4年度改定において「理学療法士、作業療法士」の職名が削除されたため、摂食嚥下支援チームに不要という誤った認識が広まり、リハビリテーション対象者の摂食嚥下機能の回復を妨げる可能性も考えられるため、「理学療法士、作業療法士」の職名の再掲を要望する。
- 水分補給や体調不良時の対応として胃瘻を残したまま施設入所や在宅に帰る患者が多い状況で経口摂取のみの栄養方法への3割5分以上は困難であることを鑑み経口摂取のみの栄養方法の割合の引き下げを要望する。

【根拠・データ】

- 令和6年度診療報酬改定に向けたアンケート調査において、言語聴覚士のいる施設（会員所属施設）においても摂食嚥下機能回復体制加算の算定は14%と低い。
- 加算1の算定施設のうち、専従の言語聴覚士を配置する施設は7施設と2割にとどまった。
- 回復期リハ病棟入院患者の年齢別の経腸栄養離脱率は、75歳以上になると摂食嚥下機能回復体制加算1の算定に必要な35%を下回る。

摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況



3. 認知症ケア加算に関する施設基準の見直し

【要望内容】

- 認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整の職種に言語聴覚士を追加する。
- 認知症に合併した高齢者の寝たきり予防や重症化予防のため、認知症ケア加算の認知症ケアチームが開催するカンファレンスに検討の内容に応じ参加する職種に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を追加する。

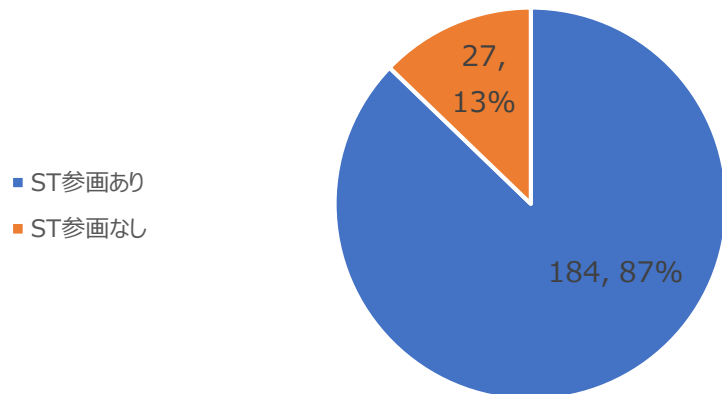
【要望理由・課題】

- 認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整には、経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士なお十分な経験を有する専任の常勤医師、認知症患者の看護に従事した経験5年以上を有する看護師（適切な研修を修了した専任の常勤看護師）のほか、患者の状態に応じて理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましいとされ、多職種協働が推進されている。言語聴覚士は認知症および認知機能の低下した患者とのコミュニケーション方法や食事摂取方法および環境調整などに関する情報を病棟看護師をはじめとする多職種に提供しながら協働で在宅復帰に向けて対応していることから、認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整に言語聴覚士の参加が望ましいとの職名追記を要望する。
- 認知症患者は非認知症患者よりも転倒の危険性は約8倍、骨折の危険性は約3倍高く、認知症ケアにおいて転倒予防は重要な課題である。
- 国際的な転倒予防ガイドラインにおいて、歩行能力やバランス機能を評価し、重症度に応じた対策を図ることが推奨されている。適切なアセスメントと環境調整の役割を担うために理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が認知症ケアチームに加わることは、認知症患者の転倒予防に有益である。

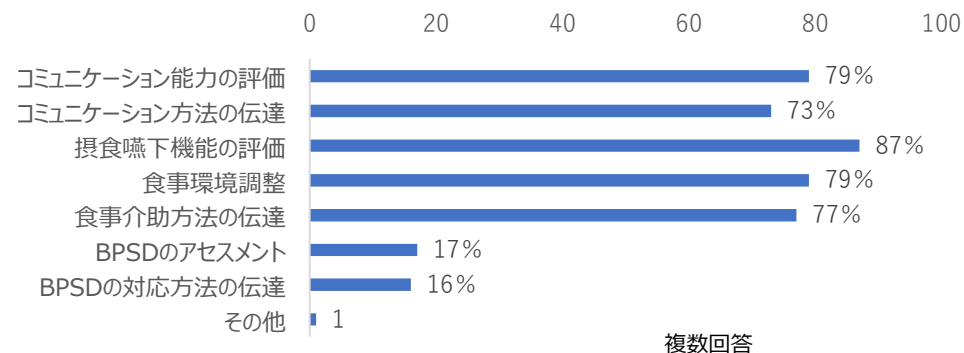
【根拠・データ】

一般社団法人日本言語聴覚士協会の令和6年度診療報酬改定に関するアンケート調査において、認知症ケアチームに言語聴覚士が参画している割合は約9割にのぼり、摂食嚥下機能の評価は約9割、食事環境の調整や食事介入方法の伝達、コミュニケーション能力の評価は約8割で実施されていた。

認知症ケアチームへの言語聴覚士の参画と介入内容



認知症ケアチームにおける言語聴覚士の介入内容実施率

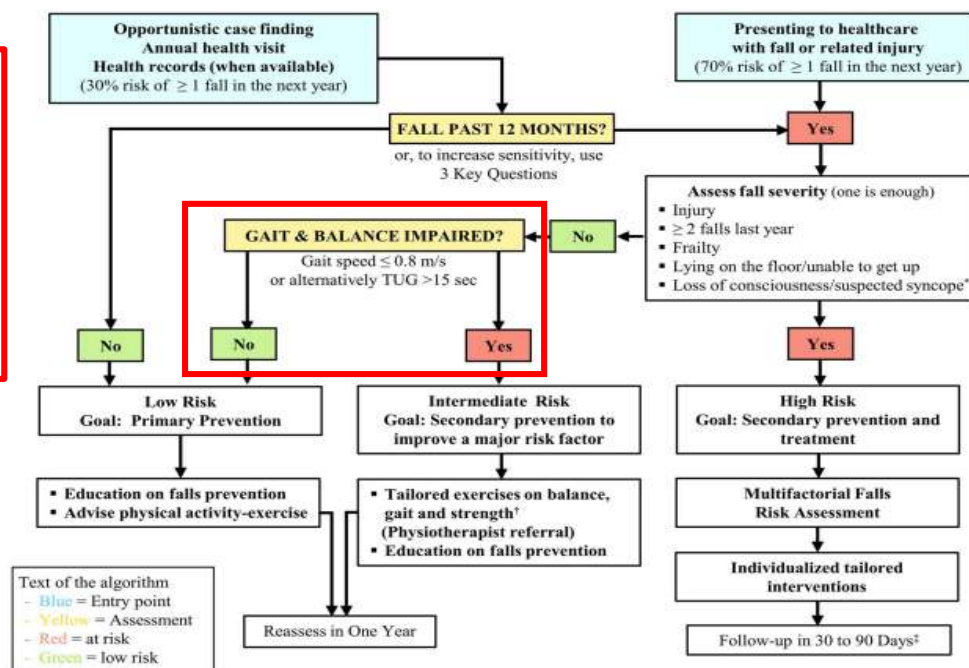


○認知症疾患診療ガイドライン2017

認知症者、非認知症者よりも転倒のリスクは約8倍、骨折のリスクは約3倍高い。基礎疾患の治療、薬物の調整、**運動、歩行とバランス訓練、補助具を装着しての訓練、環境整備、家庭環境への適応訓練**を行い、多面的な介入で転倒予防に取り組み、骨粗鬆症治療を考慮する。

(グレード1B)

World guidelines for falls prevention and management for older adults



Notes: 3 Key Questions (3KQ) any positive answer to a) Has fallen in the past year? b) Feels unsteady when standing or walking? or c) Worries about falling? prompts to "fall severity" step. **Fall severity:** fall with injuries (severe enough to consult with a physician), laying on the ground with no capacity to get up, or a visit to the emergency room, or loss of consciousness/suspected syncope. **Frailty.** Commonly used frailty assessment tools include the Frailty Phenotype and the Clinical Frailty Scale.

*Syncope suspicion should trigger syncope evaluation/management. †Exercises on balance/leg strength should be recommended for the intermediate group. Evidence shows that challenging balance exercises are more effective for fall prevention. In several settings, this intermediate group is referred to a physiotherapist. ‡High risk individuals with falls can deteriorate rapidly, and close follow up is recommended and should be guided on the frequency of consequent health service utilization. TUG: timed up and go test

Figure 1. Algorithm for risk stratification, assessments and management/interventions for community-dwelling older adults.

Montero-OdassoM, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022.

4. 呼吸ケアチーム加算に言語聴覚士、作業療法士の職名明記

【要望内容】

呼吸ケアチーム加算の職種に、呼吸リハビリテーション料を算定可能な言語聴覚士、作業療法士の職名を明記する。

【要望理由・課題】

○呼吸ケアチーム加算は当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料を除く）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）について、週1回に限り所定点数に加算する。

○理学療法士の表記に呼吸リハビリテーション料を算定可能な言語聴覚士、作業療法士の追記を要望する。

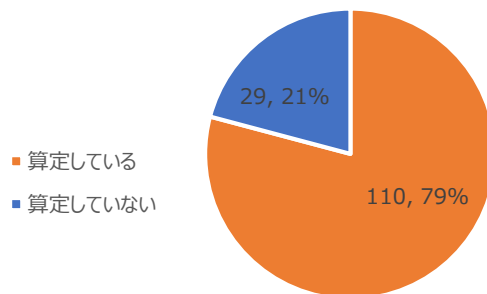
【根拠・データ】

○会員所属の高度急性期・急性期病院において言語聴覚士の約8割が呼吸器リハビリテーション料を算定し、呼吸リハビリテーションに参画していた。

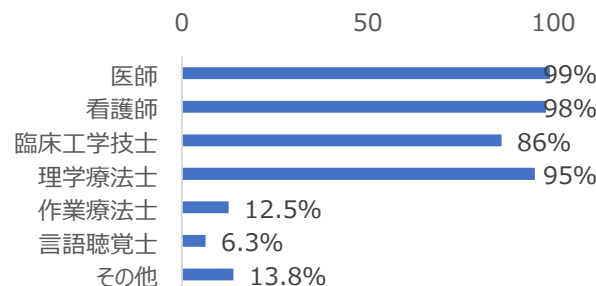
○呼吸ケアチーム加算を算定している医療機関において、現行上位置づけのない言語聴覚士や作業療法士が参画している病院が1割程度存在した。

○多職種協働チームにおいて、言語聴覚士の約8割は口腔内の衛生管理や発声訓練を行い、作業療法士の約7割が呼吸ケアのアセスメントやADL訓練を行っていた。

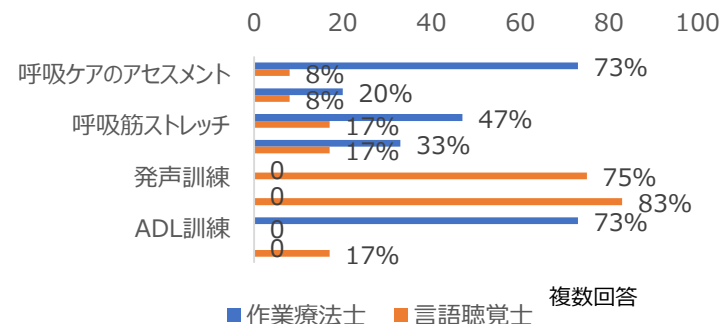
高度急性期・急性期（139施設）における
ST呼吸器リハ料の算定状況



呼吸ケアチームに関わる職種
(N=80)



呼吸ケアチームにおける
ST,OTの介入内容別実施率



5. 小児の外来におけるリハビリテーション実施の際のFIMの活用について

【要望内容】

標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することになった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断することとなったが、FIMの対象年齢は7歳以上とされていることから、7歳未満の小児にはFIMの測定を不要とすることを要望する。

【要望理由・課題】

外来リハを行う場合にも1か月に1回以上、FIMを測定し、リハビリテーションの必要性を判断することとなったが、FIMの対象年齢は7歳以上であるため、7歳未満の幼児に対して適切な評価を行うことが難しい。

【根拠・データ】

小児における評価指標の使用状況のうち、FIMを用いて評価を行っている病院は34か所（16%）と少なかった。

