

令和8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

※日本理学療法士協会提案項目抜粋

「治し支える医療」の基盤を担うリハビリテーション医療の強化

日本において超高齢化と少子化が進行する中、医療が地域生活を支えるためには、あらゆる世代を対象としたリハビリテーション医療の充実が不可欠である。

急性期医療においては、発症直後からリハビリテーション関係職種（リハビリテーション科医を含む）が連携し、早期離床の促進、ADLの向上、合併症の予防、在院日数の短縮に大きく貢献している。今後増加する医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者に対応するため、リハビリテーション医療の一層の強化が求められる。

回復期リハビリテーション病棟では、質の評価制度が重要である。単なるアウトカムだけでなく、プロセスの質、退院後の継続的な治療・支援体制、地域リハビリテーション支援事業への対応力などを評価する総合的な報酬体系の構築が必要である。これにより、包括期における同病棟の役割を強化することができる。

さらに、リハビリテーション医療は高齢者だけでなく、小児や新生児にも重要である。発達支援や、医療的ケア児への継続的な支援体制を整備し、適切な報酬で評価することが求められる。

また、介護保険非該当者に対しても、訪問リハビリテーションを柔軟に提供できる仕組みを整えることが期待される。加えて、障害者や高齢者の社会参加や就労を支援するリハビリテーション医療の確立が求められる。

このように、リハビリテーション医療はすべてのライフステージと病期において重要であり、その質と提供体制を向上・維持するための制度整備が急務である。

全国リハビリテーション医療関連団体協議会 令和8年度診療報酬改定重点要望項目

1. 急性期医療におけるリハビリテーションの充実

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の要件緩和

2. 生活期リハビリテーション・社会参加支援の推進

- (1) 療養・就労両立支援指導料 相談支援加算対象職種へ
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の追記
- (2) 療養・就労両立支援・定着指導料（仮称）の新設
- (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件の見直し

3. 小児リハビリテーションの強化

- (1) NICU等での理学療法、発達ケアに基づいたチームでの介入の推進

4. 業務効率化

- (1) 目標設定等支援・管理料の負担軽減

1-(1) 急性期医療におけるリハビリテーションの充実

現 状

○ A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算におけるプロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすことが示されている。ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上であること。イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上であること。ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。

課 題

- 高齢救急患者等を受け入れる態勢を整え、リハ、栄養管理、口腔管理に係る計画に基づく多職種による取組の普及は急務である一方、
 - ・ 一気にスタッフを増やすことができないため、すぐには加算取得することができず、経営者を説得できないので諦めた、
 - ・ 早期退院の調整をするほど3%未満を維持することが困難となる、
 - ・ 外科手術後等の患者において、当該加算に係る取り組みを実践した場合であっても退院又は転棟時のADLが入院時を下回る、
 - ・ アウトカムに係る要件を満たすことが難しく当該加算の取得を諦めた、
 - ・ 365日リハビリテーションを提供する体制が整えられない、
 - ・ 管理栄養士の体制確保が困難等の現場の声が多くある。
- 令和6年度入院・外来医療等における実態調査によれば、当該加算の届出にあたり、常勤専従配置要件、土曜祝日の提供単位数に加え、アウトカム評価の基準達成が難しいとする回答も示されおり、当該加算の届け出状況は調査対象施設のうち9%と非常に低い状況である（参考資料1）。
- 当該加算が広く普及し、入院患者のADLの低下を防ぐことに加えて、リハビリテーション専門職が入退院支援に関与することをさらに推進できれば、ADLが低下した入院患者のより円滑かつ効果的な退院支援および再発予防等が期待できる。

要 望

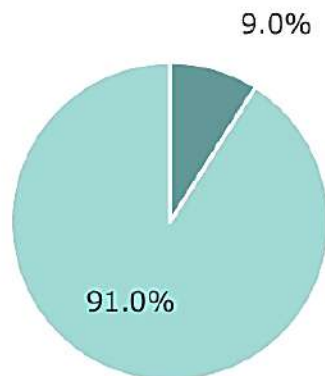
- 令和6年度診療報酬改定において、ADL低下の防止等を効果的に行うための取り組みとして、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設されたところ、多職種による取り組み（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）をさらに普及する観点から、
 - ・ 当該加算を段階的な加算とすること（例えば、現行の施設基準のうちストラクチャー・プロセスに係る要件のみを満たした場合と、さらにアウトカムに係る要件までの満たした場合の2段階の加算にする、アウトカムの要件を2段階とし加算も2段階とする。またその上位の加算においては既存報酬点数よりも引き上げる。）
 - ・ 当該加算の施設基準のうち、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」について、対象者の除外基準（例えば、本加算にかかる取り組みを実施し、より早期にリハビリテーション病院等に転院した者、48時間以内に退院もしくは転棟した者を除外すること等）を追加すること、
 - ・ ADL維持向上等体制加算の施設基準と同様、「入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする」こと、
 - ・ 「ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満」という基準を再度検討すること、などについて、改めて要件等を検討をすることとしてはどうか。
- より円滑な医療介護連携と入退院支援を推進するにあたり、リハビリテーションの視点で入退院支援を効果的に実施する観点から、当該加算の算定要件に、入退院支援部門や病棟に配置されている入退院支援職員と連携を図り、共に円滑な退院支援に向けて協働する専任の理学療法士等の配置を推奨することとしてはどうか。

参考資料1：リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出に係る課題

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

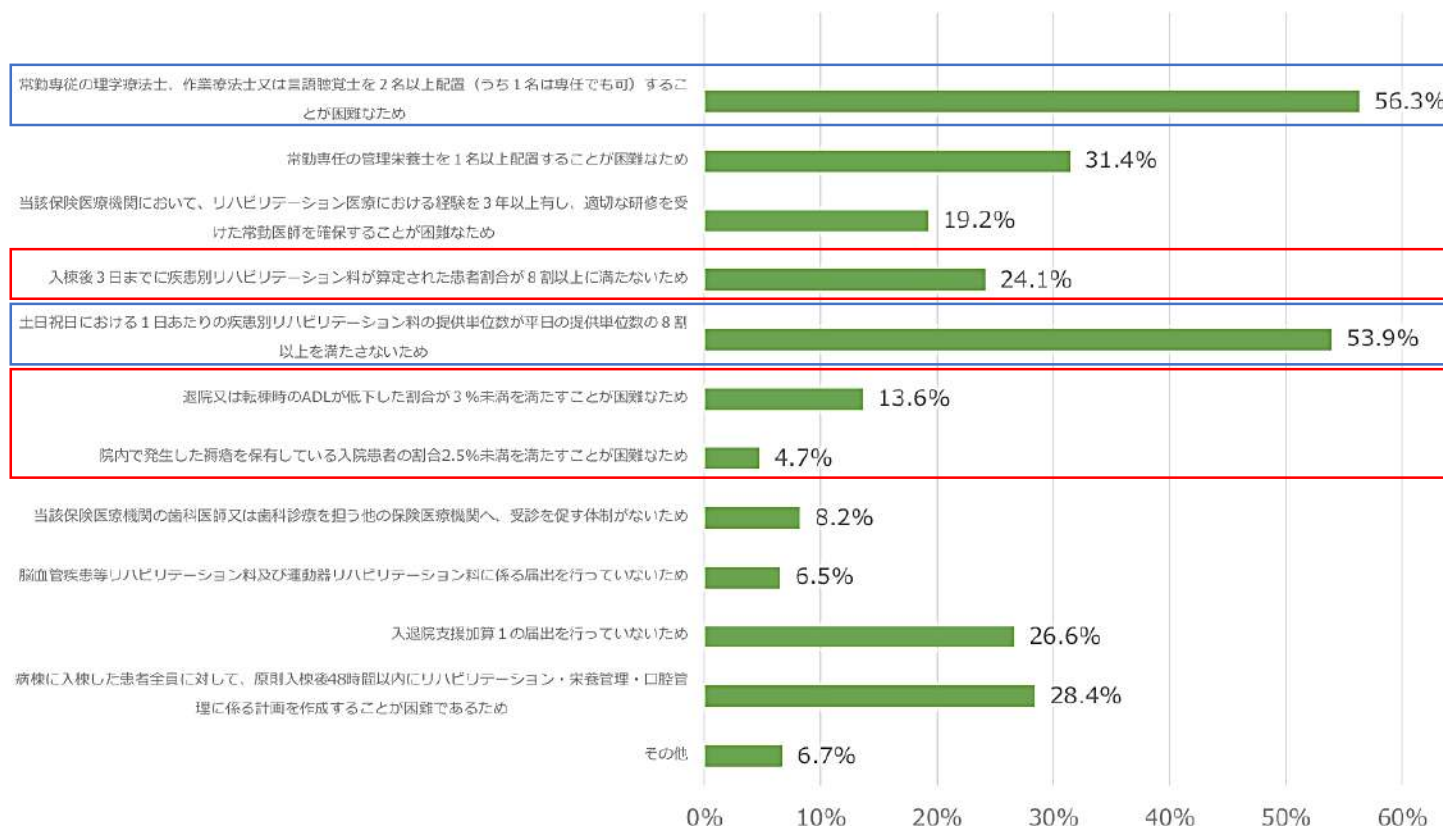
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況（n=1,065）



■ 届け出ている
■ 届け出していない

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：（n=924）



2-(1)

療養・就労両立支援指導料 相談支援加算対象職種へ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の追記

現 状① ○ B001-9 療養・就労両立支援指導料（注3）では、「（略）保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。」となっており、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は含まれていない。

課 題① ○ 就労・就学に関して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、評価から就労後の定着支援まで多岐に渡る支援を行っている。実施上の課題としては、就学・就労先への訪問時間の確保、報酬上の制限、情報提供やカンファレンス参加への評価がないことなどが挙げられている。

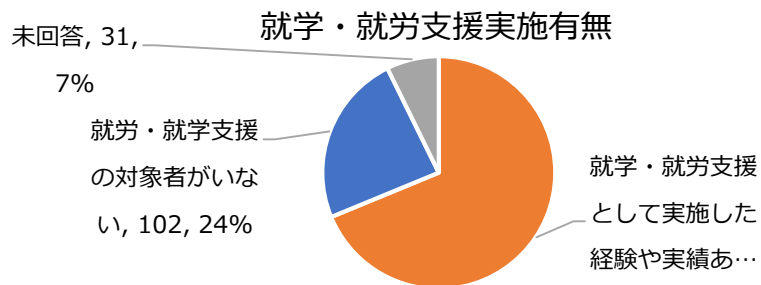
要 望① ○ 既存の管理料において、相談支援体制を強化する。雇用及び就労定着を実現するために、障がい者一人一人の特性を評価し職能とのマッチングや雇用側への相談・支援を行うために、専門的かつ医学的な見地からアプローチする体制を強化する。

○ 療養・就労両立支援指導料の相談支援加算（50点）の算定職種に、当該対象者に対する医学的情報、就労能力の評価・適性、指導などを専門的に指導する相談支援を目的として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を追記いただき、点数を増点すること。

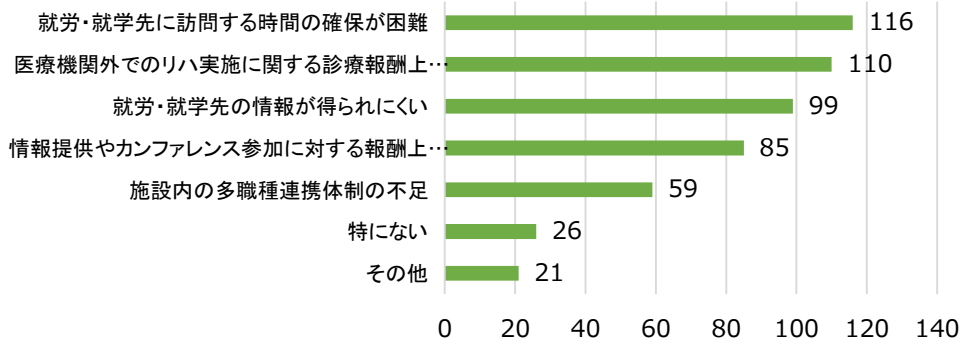
加算：50点（現行）看護師、社会福祉士、精神保健福祉士または公認心理士がかかわった場合

→加算：300点（増点）保健医療機関の専門職：看護師、社会福祉士、精神保健福祉士または公認心理士、**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士**が職場に赴き直接の相談・支援を行った場合（赤色：新設職種）

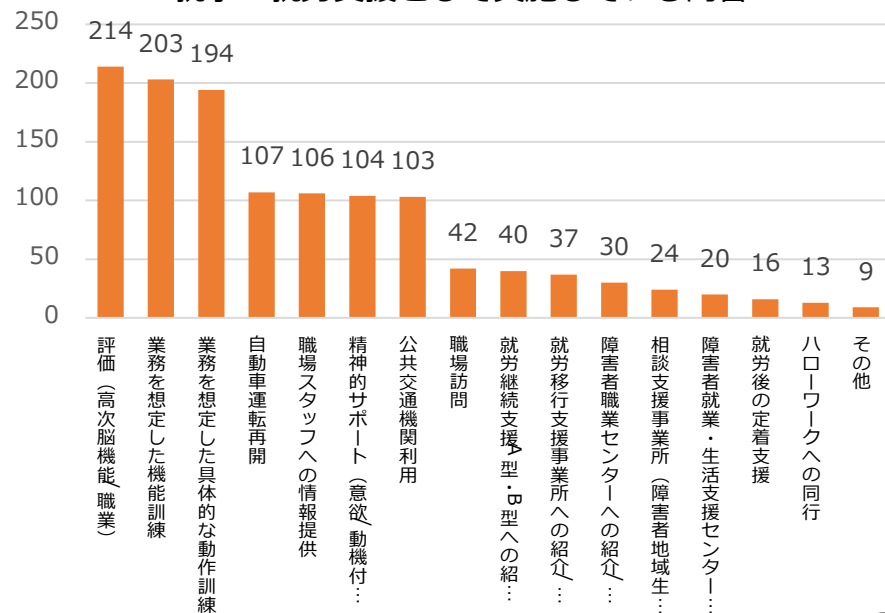
参考事項：【B005-1-2：介護支援等連携指導料：400点】、【B005-1-3：介護保険リハビリテーション移行支援料：500点】の点数配分を参考として、医療側からの支援参画として300点と設定した。



就学・就労支援の課題 ※複数回答



就学・就労支援として実施している内容



2 - (2) 療養・就労両立支援・定着指導料（仮称）の新設

現状②

- B001-9 療養・就労両立支援指導料における現状の支援体制は以下の通りである（図1）。
 - 1) **算定期間・頻度**：3か月・月1回
 - 2) **専門職**：保険医療機関における看護師、社会福祉士、精神保健福祉士または公認心理士が対象で、リハビリテーション専門職は含まれていない。

課題②

- 障がい者の職場定着状況は、**1年間の就労率**でみると**約6割のみ**。とくに精神障害を有するものの定着が困難とされている（図2）。

要望②

- 療養・就労両立支援指導料について、当該対象者に対する医学的情報、就労能力の評価・適性、指導などを専門的に指導する相談支援を目的として、リハビリテーション専門職を追記の上で、さらに**就労定着**の強化を行うこと。
- 相談支援加算の指導料の新設、及び期限の撤廃（案）
 療養・就労両立支援指導料⇒「療養・就労両立支援・定着指導料（仮称）」とし、さらに定着支援を目的とした場合には算定日から3か月、月1回のみの制限を緩和する。
 指導料1 初回：800点（現行）
 指導料2 2回目以降：400点（現行）
 ただし定着支援を目的とした場合には、**期限を2年間、回数の制限（年3回まで）**とする。

令和2年度診療報酬改定 II-5 治療と仕事の両立に資する取組の推進 -①-

治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。

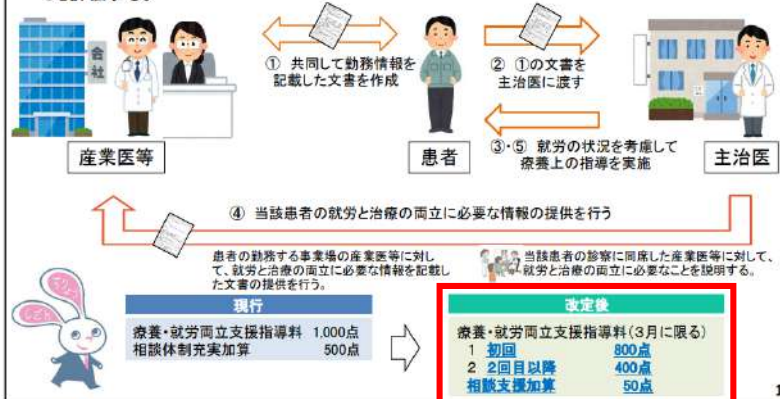
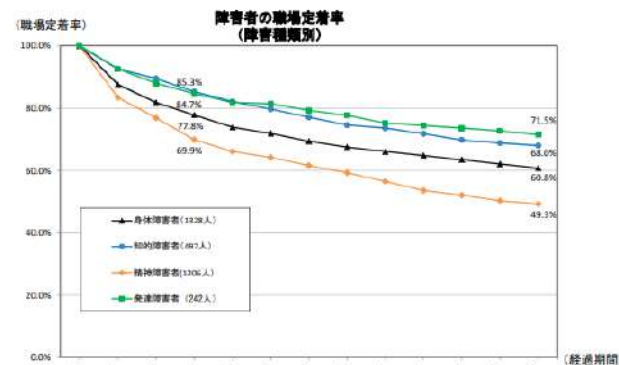


図1：厚生労働省、障害者雇用の現状等。

障害者の定着状況について（障害種別）

職場定着

障害者の職場定着状況について、知的障害や発達障害の場合に比較的安定しているのに対して、特に、精神障害については定着が困難な者が多い状況となっている。



出典：『障害者の就業状況等に関する調査研究』（2017年、JEED）21

図2：厚生労働省、令和2年度診療報酬改定の概要（外来医療・かかりつけ機能）

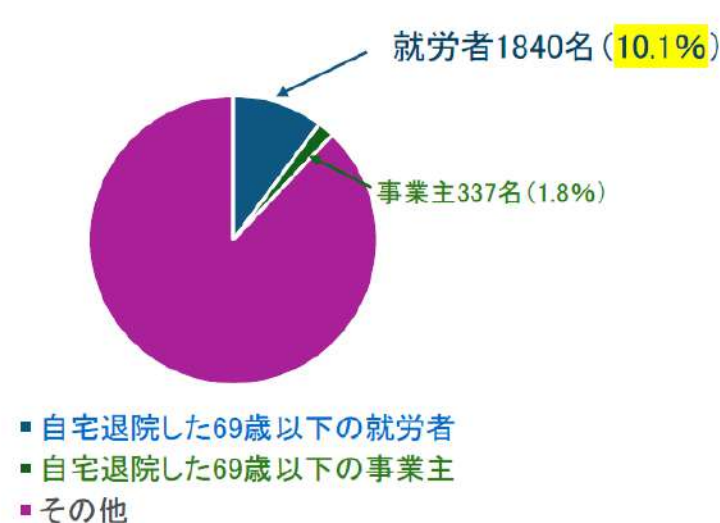
【参考資料 1】

脳卒中患者における退院後の復職状況

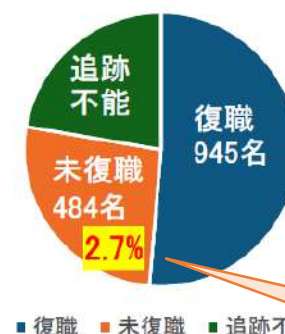
第2期循環器病対策推進基本計画に、治療と仕事の両立支援・就労支援があるが、現状として急性期脳卒中患者に占める69歳以下の就労者のうち、退院6か月後（医療保険における疾患別リハビリテーション料の算定上限日数）時点で約3割が復職できておらず、就労を目的としたリハビリテーションや適切な支援が十分に提供できていない。

両立支援調査2023
第2回中間報告

急性期脳卒中患者に占める 自宅退院・69歳以下の就労者



就労者1840名の退院6か月後の復職状況



就労者(69歳以下)の3割

退院6か月後の未復職者：急性期脳卒中中の2.7%(約3%)
＝両立支援がまさに必要な対象
“ストライクゾーン”

*
PSC/回りハ脳卒中相談窓口における展開は 今後の課題

* PSC (Primary Stroke Center) : 一次脳卒中センター

令和5年度厚労科研費FA-1801

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究（主任研究者：宮本享）より
（一部加筆）

2 - (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件の見直し

現 状

- C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、「訪問診療を実施する保健医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。ただし、当該患者に関し在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「注1」の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保健医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保健医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診察があった日から1月以内に行われた場合に算定する。」とされている。
- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険では既に入院中にリハビリテーションを受けていた利用者が、退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始する観点から、退院後1月に限り、入院中の医療機関の医師の情報提供のもと、訪問リハビリテーションを実施した場合の診療未実施減算を免除すること、となっている。

課 題

- (1) 退院後早期の訪問リハビリテーションの提供の推進について
 - Mitsutakeらの報告によれば、要介護認定者に対し、退院後1ヶ月以内にリハビリテーション専門職によるリハビリテーションサービスを提供することで、12ヶ月後の要介護レベルの低下を約30%抑えられることが明らかとなっている（図1）。
 - このような中、退院後の訪問リハビリテーションの利用開始までの期間が2週間を超える者が3割以上存在する（図2）。
- (2) 医師の診療について
 - 外来診察機能を持たない介護老人保健施設を始め、事業所医師の往診が負担となっている。
 - 現行制度で、訪問リハビリテーションの開始にあたり、訪問診療を実施する保険医療機関の医師の診療が必要なため、訪問リハビリテーションサービスのより早期な提供の妨げとなっている。

要 望

- 高齢者救急の課題に対しては、入院早期からのリハビリテーション等の介入に加え、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげるとともに、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリテーションを継続できるような体制を実現し、できるだけ早く元の生活に戻す観点が重要であることから、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料のうち、以下の算定要件を見直すことを要望する。
- (1) 訪問診療を実施する保険医療機関が、訪問する療法士の派遣元保険医療機関と異なる場合において、訪問診療を実施する保険医療機関の医師と適切な連携を行うことを条件に、訪問する療法士の派遣元保険医療機関の医師による診療でも算定可能とすること。
- (2) 以下のいずれにも該当する場合、退院日から1月以内に限り、必ずしも退院後の医師の診療を必要とせず算定可能とすること。
 - ・ 医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた患者であって、入院中の医師の診療により退院後の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認めた患者であること。
 - ・ 訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。
 - ・ 当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

2 - (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件の見直し

参考資料

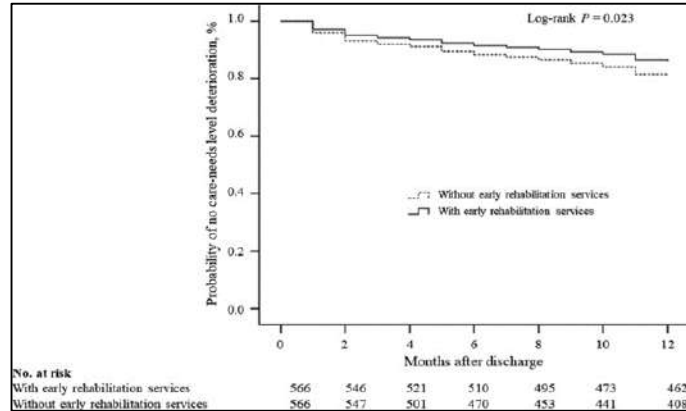


図1. 退院後の要介護度悪化なしの者の累積割合の推移

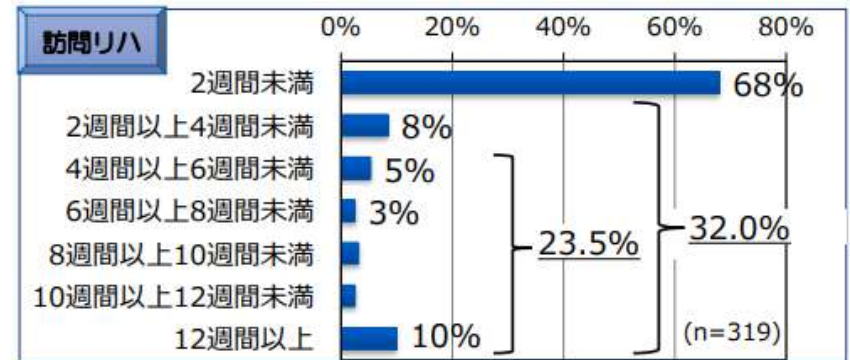


図2. 退院後の訪問リハビリテーションの利用開始までの期間

3 - (1) NICU等での理学療法の推進

現 状 ①

- 新生児特定集中治療室管理料の施設基準は、「当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。当該治療室内における助産師又は看護師の数は常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。」とされている。
- 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準として、「新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師2名以上含む、当該保険医療機関に常勤の臨床工学技士が1名以上配置されており、緊急時には常時対応できる体制がとられている、当該保険医療機関に常勤の公認心理師が1名以上配置されていること」等の基準が設けられている。

課 題 ①

- 1) NICU等入室中の理学療法の推進について
 - ① 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【参考資料1～4】。

本邦において、新生児期にNICUに入院した極低出生体重児を対象とした調査では、リハビリテーションの実施率が全対象者の18.5%と極めて低値であったものの、リハビリテーションを実施した児の方が、実施していない児と比較し、自宅退院の割合が有意に高値であった【参考資料5-1～5-3】。

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【参考資料6】。
 - ② 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入院中の早産児に行うことが、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【参考資料7】。

要 望 ①

- 新生児集中治療室（NICU）および新生児回復室（GCU）におけるリハビリテーション提供体制の整備を促進するため、以下の点について評価することを要望する。
 - 1) NICU等入室中の理学療法の推進について
 - ① 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（仮称）」として評価すること。なお、提供する理学療法の質の担保の観点から、「専任の理学療法士は、小児領域における3年以上の臨床経験（新生児集中治療室（NICU）または新生児回復室（GCU）での勤務経験を含む）を有すること。」を要件とすること。
 - ・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。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。
 - ② 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（仮称）」として評価すること。

3 - (1) NICU等での理学療法の推進

現 状②

- 早産時に対する退院後の早期発達介入に関するシステマティックレビュー¹⁾では、退院後に実施される発達介入が、乳幼児の認知機能や運動発達に有効であることが示されている。また、ガイドライン等²⁾³⁾では、早産児やNICU卒業児に対する退院後のフォローアップ期間や推奨スケジュールが示されている。
- 乳幼児のフォローアップとしては、小児科外来診療料として6歳未満の乳幼児に対して小児科を標榜する保険医療機関が診療を行った場合に算定される。「発達および知能検査(D283)」には主に幼児～学童期の発達評価が対象となるWISCやWAIS等が設定されている。

1) Orton J, et al. (2024). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews.,

2) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Developmental follow-up of children and young people born preterm (NICE guideline NG72).

3) Davis, B. E., et al. (2023). Primary Care Framework to Monitor Preterm Infants for Neurodevelopmental Outcomes in Early Childhood. Pediatrics, 152(1)

課 題 ②

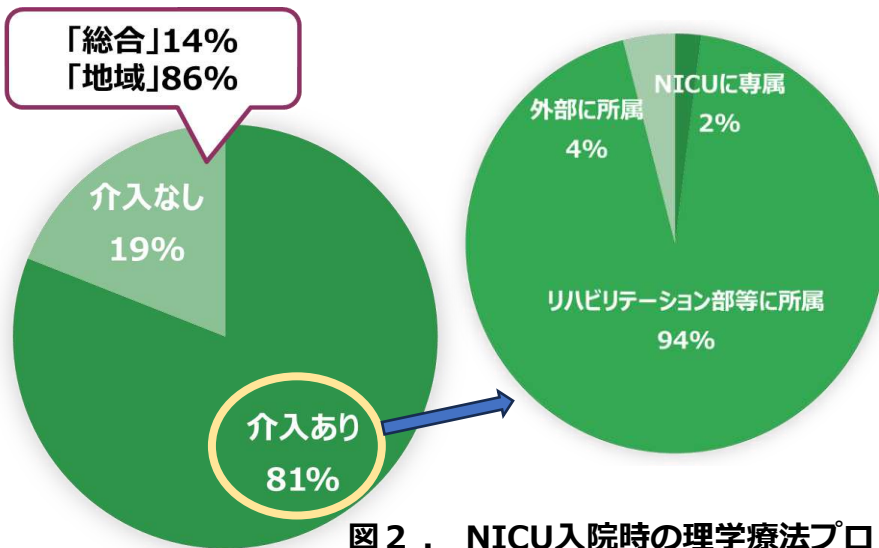
- 2) NICU等退院後のフォローアップについて
- ① NICUおよびGCUを退院した児の成長を長期的に支援するために退院後も継続的な発達評価を行い、必要に応じて介入を行うフォローアップ体制の整備は不十分である。
早産児やリスク児の成長を長期的に支援する仕組みを構築することで、早期の問題発見と介入が可能となり、長期的な予後の改善が期待される。特に、退院後のフォローアップに対する診療報酬評価を新設し、発達評価や介入が持続的に行われる体制を整えることが必要である。

要 望 ②

- 2) NICU等退院後のフォローアップについて
- ① NICUおよびGCUを退院した児に対する退院後のフォローアップ体制（外来診察時に小児リハビリテーションの一定の経験を有する医師との連携のもと理学療法士等がおこなう定期的な発達評価および介入。発達評価ではGMs、NBAS、TIMP等を用いる。）を、診療報酬上評価すること。例えば、以下のような対応をすることとしてはどうか。
 - （1）既存の「発達及び知能検査」の中に、GMs、NBAS、TIMP等の新生児を対象とする発達検査を含める。
 - （2）フォローアップの新たな評価をして、その際に検査項目を含める形で一貫した評価とする。
この場合のフォローアップの期間は就学前までとし、定期的な発達評価の頻度は、歩行獲得まで（最大1歳まで）は原則として1月に1回とする。ただし1歳以降の発達評価の頻度は、対象児に応じてガイドライン等²⁾³⁾を基に判断する。

参考資料 1 : NICUにおける理学療法士の介入状況

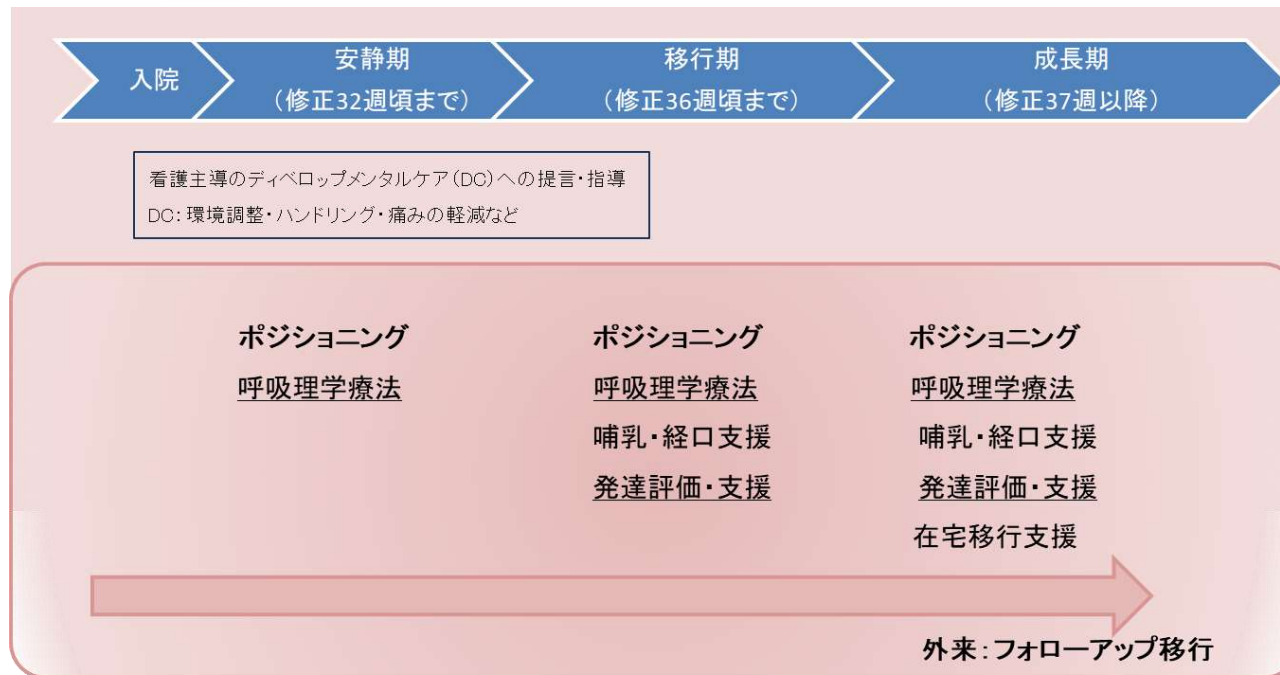
図 1 . NICUにおけるリハビリテーションの介入状況



※全国の周産期母子医療センター409施設の医師・看護師にアンケート調査
調査期間：2023年3月下旬から5月下旬
回答数：341 医師172（回答率42.1%）看護師169（回答率41.3%）
総合42%・地域57%・不明1%

出典：横山美佐子・小塚直樹・中西秀彦・他：新生児集中治療室における理学療法に関する全国アンケート調査報告（2023）第67回日本新生児成育医学会・学術集会。

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

参考資料 2 : NICUに理学療法士が専従した場合の効果

Table 2

Comparison of PT treatment between non-dedicated and dedicated groups.

	Non-Dedicated group	Dedicated group	P	Effect size
Initiation of PT (weeks, PMA)	35 1/7 ± 1 3/7	34 1/7 ± 1 4/7	0.031 ^a	0.225 ^b
First oral attempt day (weeks, PMA)	36 0/7 ± 1 1/7	35 1/7 ± 1 1/7	0.001 ^a	0.331 ^b
PT intervention duration (days)	37.4 ± 18.3	33.9 ± 13.0	0.452 ^a	0.079 ^b
Daily PT treatment to attain full oral feeding (minutes)	40 ± 12	54 ± 12	<0.001 ^a	0.435 ^b

PMA: Postmenstrual age.

a: Mann-Whitney *U* test.

b: Effect size *r*.

NICUに理学療法士が専従することで、

早期介入が促進された（表：上）

1日当たりの理学療法時間が増加した（表：上）

完全経口栄養の完了が短縮した（表：下）

神経学的発達が改善した（表：下）

引用) Morioka Y, et al. Effects of increased physical therapy staffing in the neonatal intensive care unit on oral feeding maturation and neurodevelopment of extremely low birth weight infants. *Brain and Development*, 46(6): pp224-229, 2024

Table 3

Comparison of oral feeding maturation and Hammersmith Neonatal Neurological Examination between non-dedicated and dedicated groups.

	Non-Dedicated group	Dedicated group	P	Effect size
Acquisition of full oral feeding (weeks, PMA)	41 0/7 ± 2 4/7	39 4/7 ± 1 4/7	0.005 ^a	0.287 ^b
Timing of HNNE (weeks, PMA)	39 4/7 ± 1 4/7	39 0/7 ± 1 4/7	0.068 ^a	0.190 ^b
Hammersmith Neonatal Neurological Examination				
Total Points	26.8 ± 2.7	28.0 ± 2.4	0.035 ^a	0.234 ^b
Tone Total Points	6.8 ± 1.8	7.7 ± 1.3	0.012 ^a	0.260 ^b
Tone Patterns Total Points	4.1 ± 0.7	4.5 ± 0.7	0.055 ^a	0.202 ^b
Reflexes Total Points	5.2 ± 0.5	5.4 ± 0.5	0.086 ^a	0.181 ^b
Movements Total Points	1.5 ± 0.8	1.2 ± 0.8	0.148 ^a	0.152 ^b
Abnormal Signs Total Points	2.6 ± 0.5	2.8 ± 0.3	0.114 ^a	0.166 ^b
Behavior Total Points	6.5 ± 2.7	6.4 ± 0.9	0.434 ^a	0.082 ^b

PMA: Postmenstrual age.

HNNE: Hammersmith Neonatal Neurological Examination

a: Mann-Whitney *U* test.

b: Effect size *r*.

参考資料3：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

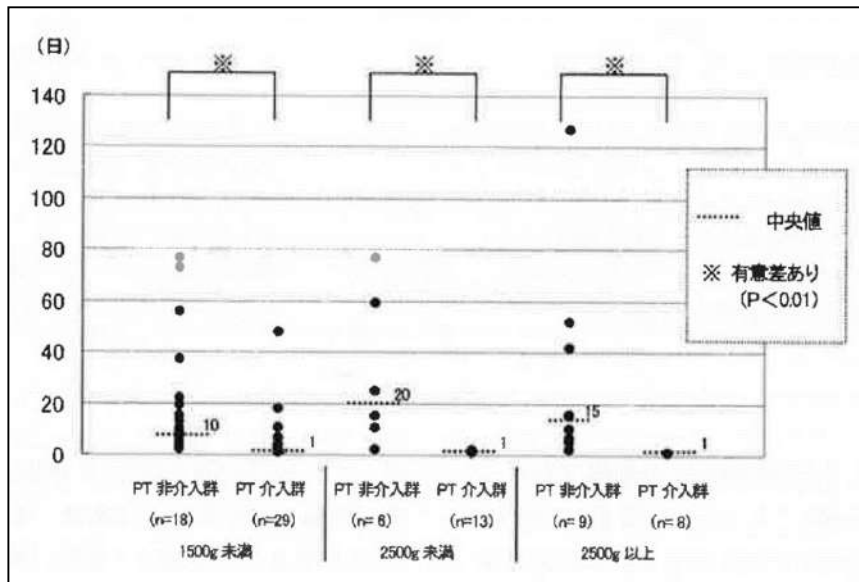


図1：PT非介入群と介入群の無気肺改善日数の比較



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

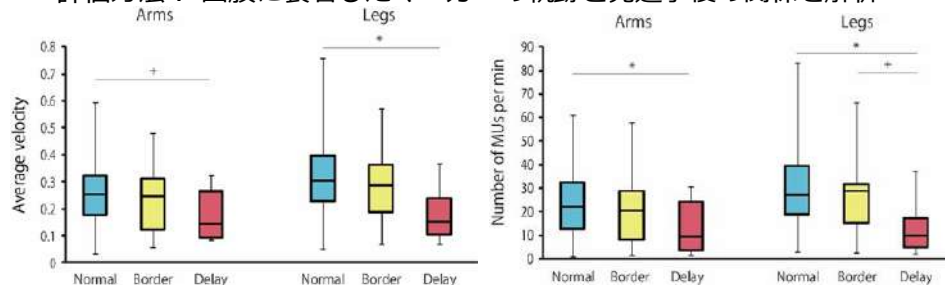


図1：発達状況別の上半・下肢の平均運動速度

図2：発達状況別の上半・下肢のfMUs/min

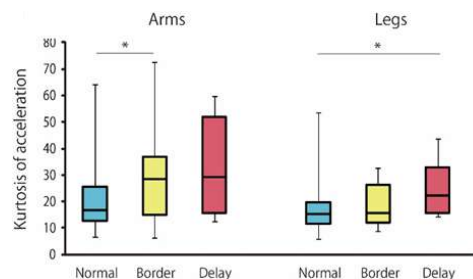


図3：発達状況別の上半・下肢のKurtosis加速度



図4：計測方法

※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.

参考資料4：他動運動介入の効果

1. 超低出生体重児における運動療法の効果

2. 極低出生体重児におけるマッサージ運動の効果

- 呼吸器管理が必要な児は長期の同一姿勢保持（腹臥位）超低出生体重児への早期他動運動介入により身長、体重、骨密度は優位に増加する。

対象：出生体重が1000g以下の児、在胎週数が26～32週、出生後3日以内に介入可能な児 28人

評価：修正40週、10ヶ月後の身体状況

方法：ROMの屈曲伸展運動施（1回/日、週5、4週間）

Table 3 The change in the anthropometric indices during the study period

Anthropometric indices	Intervention group (n = 14)		Control group (n = 14)		Tests
	Mean (SD)	Median (min-max)	Mean (SD)	Median (min-max)	
Body weight (g)					
Before intervention	910.71 (75.08)	910 (780-1000)	940.0 (58.70)	750 (800-1000)	$p = 0.306^a$
After intervention	1353.57 (106.16)	1350 (1190-1510)	1292.14 (96.25)	1320 (1100-1430)	$p = 0.121^b$
Percentage increase (%)	48.95 (9.54)		37.58 (8.34)		$p = 0.002^b$
Height (cm)					
Before intervention	35.34 (2.41)	35.75 (31.5-40.0)	36.04 (2.05)	36.25 (30.0-39.0)	$p = 0.329^a$
After intervention	38.2 (2.41)	38.3 (34.5-43.0)	38.4 (1.98)	38.2 (33.0-41.3)	$p = 0.813^b$
Percentage increase (%)	8.14 (1.44)		6.60 (1.67)		$p = 0.015^b$
Head circumference (cm)					
Before intervention	25.35 (1.34)	25 (23.5-28.3)	25.62 (1.34)	26 (23.5-27.5)	$p = 0.598^b$
After intervention	27.77 (1.21)	27.6 (25.8-30.1)	28.12 (1.61)	28.5 (26.0-31.3)	$p = 0.524^b$
Percentage increase (%)	9.65 (2.76)		9.76 (1.46)		$p = 0.707^b$
Chest circumference (cm)					
Before intervention	22.02 (1.02)	22.1 (20.0-24.1)	22.48 (1.34)	22.4 (20.0-25.0)	$p = 0.322^b$
After intervention	24.37 (1.08)	24.6 (22.2-26.3)	24.74 (1.20)	24.5 (23.0-27.3)	$p = 0.409^b$
Percentage increase (%)	10.69 (2.05)		10.12 (2.47)		$p = 0.516^b$
Mid-upper arm circumference (cm)					
Before intervention	5.63 (0.48)	5.90 (4.7-6.1)	5.64 (0.43)	5.80 (5.0-6.1)	$p = 0.874^a$
After intervention	7.25 (0.5)	7.2 (6.0-8.0)	7.15 (0.6)	7.2 (6.2-8.0)	$p = 0.665^b$
Percentage increase (%)	29.11 (9.56)		26.94 (7.41)		$p = 0.510^b$
Tibial length (cm)					
Before intervention	8.58 (0.56)	8.5 (7.6-9.7)	9.17 (0.4)	9.2 (8.5-10.0)	$p = 0.004^b$
After intervention	10.62 (0.66)	10.5 (9.7-11.9)	10.67 (0.8)	10.6 (9.6-12.5)	$p = 0.859^b$
Percentage increase (%)	23.8 (3.89)		16.25 (4.7)		$p < 0.000^b$

運動介入群と未介入群の身体状況の比較

- 早産時の骨減少症は、長骨の骨折リスクに加え、肋骨骨折のリスク、また人工呼吸器装着期間や呼吸不全との関連がある。
- 1000g以下出生の場合は身長、体重、骨密度に対し優位な差があり
- 34週以下出生で比較すると、身体状況で優位差なし。
- 出生週数よりも、出生体重の方が他動運動実施に影響する
- ELBWの日常エネルギーや摂取栄養量は変わらずとも、身体活動プログラムは成長に関与する事が認められた。

- 2週間の極低出生体重児に対するマッサージは、身長、体重、頭囲の優位な増加を示すことができた。
- マッサージの効果は触覚および運動感覚導入で成長ホルモン、インスリンの増加、胃腸運動の改善を促したと考えられる。

対象：30～34週生まれ、医学的に安定、新生児仮死/低酸素脳症無し、皮膚疾患無し 112人(介入58人 vs 未介入54人)

評価：2週間後の身体状況

方法：マッサージ（方法統一）15分×2セット/日

TABLE 1 The effects of massage intervention on the growth of preterm infants.

	n	Onset Mean (SD)	1 Week Mean (SD)	2 weeks Mean (SD)	F	p-value
Wt, g	Intervention group	58	1635.4 (244.3)	1750.5 (267.2)*	2150.6 (327.4)**	41.151 <.001
	Control group	54	1569.7 (226.9)	1606.4 (230.4)	1747.8 (356.2)	
	F		1.978	11.099	33.466	
	p		.162	.001	<.001	
Ht, cm	Intervention group	58	43.6 (2.4)	44.1 (2.2)*	46.9 (2.3)**	6.621 <.05
	Control group	54	42.7 (2.1)	43.0 (2.7)	45.0 (2.4)	
	F		.104	5.084	16.308	
	p		.748	.026	<.001	
HC, cm	Intervention group	58	30.8 (2.8)	31.5 (2.4)*	32.5 (2.5)**	24.158 <.001
	Control group	54	30.2 (2.5)	30.6 (2.1)	31.0 (2.4)	
	F		3.934	4.547	23.535	
	p		.050	.035	<.001	

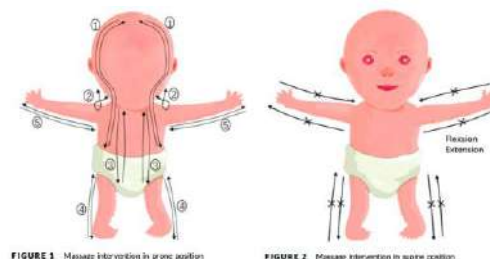
マッサージ（腹臥位）

- 1)頭～首～背中
- 2)首～肩
- 3)上位背中～手首
- 4)足を上下
- 5)肩～手首

*ビデオ視聴、Ns指導

監視→自立

食事1時間以上4時間以内



- 極低出生体重児マッサージは安全で、成長発達促進に効果的であった。
- より覚えやすい説明のあるマッサージ方法を開発する意義がある。
- より安全な介入のためのアプリケーション等の開発が必要。

Xiaoning Z et al: J Spec Pediatr Nurs. 2019 Apr;24(2)

Schulzke SM et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014

Emine et al : J Bone Miner Metab, 2015

参考資料 5 - 1 : 日本のNICUにおけるリハビリテーション実施率調査①

- ・ 発達障害や脳性麻痺に対する新生児期の専門的な治療介入が必要
- ・ 世界的にほとんどの報告は医師，看護師，母親が実施
- リハビリテーション専門職（PT,OT,ST）の介入効果を示す研究は少ない

リアル ワールド データを用いて，日本のNICUにおける
リハビリテーション専門職によるリハビリテーション介入状況を調査

- ・ 2014年4月1日～2020年3月31日までのDPCデータを用いて実施
- ・ 研究対象：新生児期にNICUに入院した極低出生体重児 30,464人

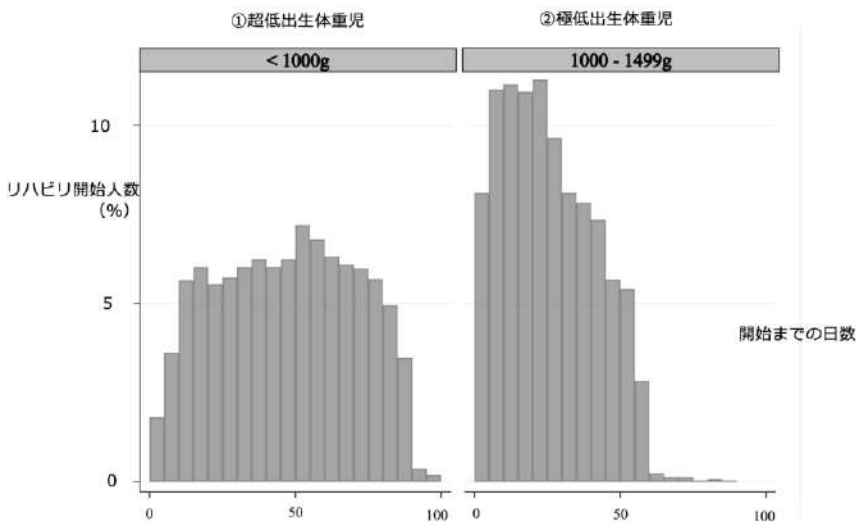
○ 患者特性		Rehabilitation at NICU				p -value
		リハビリなし (n=24,824)		リハビリあり (n=5,640)		
性						0.32
男		12,459	(50.2%)	2,872	(50.9%)	
女		12,365	(49.8%)	2,768	(49.1%)	
在胎月齢 (週)						< 0.001
超早産児 (<28週)		7,726	(31.1%)	2,143	(38.0%)	
極早産児(28-31週)		11,224	(45.2%)	2,601	(46.1%)	
中等度早産児(32-33週)		3,457	(13.9%)	529	(9.4%)	
後期早産児(34-36w)		2,124	(8.6%)	310	(5.5%)	
満期産児/後期産児/過期産児/ 過熟児(36週 <)		293	(1.2%)	57	(1.0%)	
体重 (g)						< 0.001
<1000		9,422	(38.0%)	2,715	(48.1%)	
1000-1499		15,402	(62.0%)	2,925	(51.9%)	

- ・ リハビリ実施率：全体18.5% 極低出生体重児9.6% 超低出生体重児8.9% 超早産児7.0%
- ・ リハビリ介入割合：超早産児（<28週），超低出生体重児体重児で有意差あり

参考資料 5 - 2 : 日本のNICUにおけるリハビリテーション実施率調査②

○ NICU入室からリハビリ開始までの日数（体重別）

○ リハビリ実施児の転帰



- ・ ①超低出生体重児：平均47日（IQR：26.0 - 66.0日）
- ・ ②極低出生体重児：平均23日（IQR：12.0 - 38.0日）
- ・ 極低出生体重児は超低出生体重児に比べ、有意にリハビリの開始が早い（ $p < 0.01$ ）

	Rehabilitation at NICU		p - value
	リハビリなし (n=24,258)	リハビリあり (n=5,538)	
在院日数, (IQR)			
NICU	48.0 (29.0 - 63.0)	60.0 (47.0 - 85.0)	<0.001
病院	72.0 (52.0 - 104.0)	90.0 (65.0 - 122.0)	<0.001
退院先			
自宅	7,726 (31.1%)	2,143 (38.0%)	<0.001
転院	11,224 (45.2%)	2,601 (46.1%)	
施設/ その他	3,457 (13.9%)	529 (9.4%)	

- ・ リハビリ介入児の方が、NICU在室期間、入院期間どちらも有意に長い

・ リハビリ介入児の方が、自宅退院の割合が有意に多い

- ・ リハビリの有無関係なく、転院の割合が約半数を占める

- ・ NICUでのリハビリ実施率は全体の**18.5%** →新生児リハビリが実施可能なセラピストの確認が必要。
（新生児リハビリテーションは、現状として育成校での具体的なカリキュラムが無く、任意で研修等に参加して学んでいる）
- ・ 修正28週以下出生と、出生体重1000g以下はリハビリ実施率が優位に高い
→非外傷性の脳室内出血や脳白質軟化症、痙攣は中枢神経症状を合併しやすい
→発達段階に応じたリハビリが必要
(Moyer M 2000, Emine E 2015, Choi H 2016, Schulzke SM 2014)
- ・ 本邦では極低出生体重児に対するNICUのリハビリテーションが普及していない現状が明らかになった。

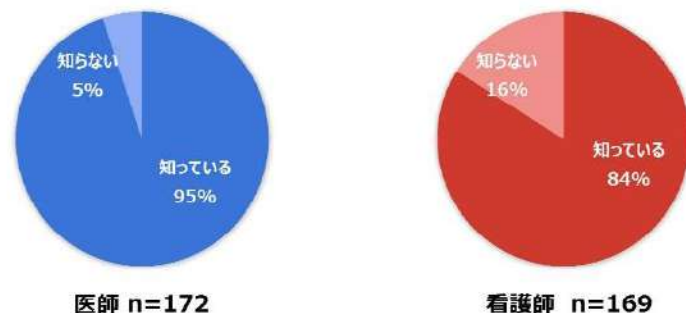
エビデンスに基づく新生児リハビリテーションの啓発が必要

参考資料 5 - 3 : 日本のNICUにおけるリハビリテーション実施率調査③

理学療法士の必要性（重要度）



NICUで働く理学療法士の認知度



※全国の周産期母子医療センター409施設の医師・看護師にアンケート調査
 調査期間：2023年3月下旬から5月下旬
 回答数：341 医師172（回答率42.1%）看護師169（回答率41.3%）
 総合42%・地域57%・不明1%

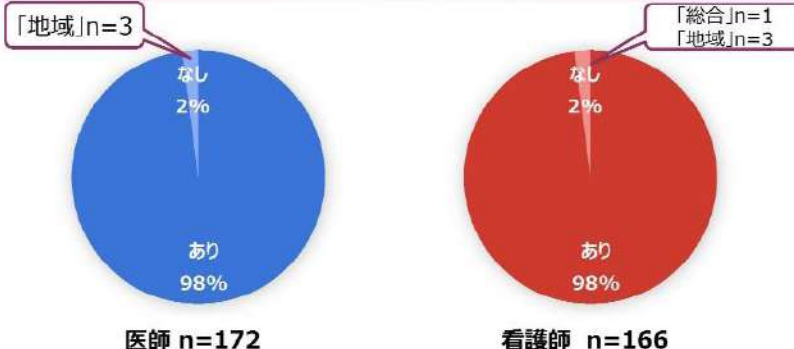
理学療法士へ期待する内容（自由記載）

- 理学療法士教育の徹底
- NICUで携わることができる専門性を、理学療法士自らがアピールしてほしい
- 退院後の支援
- ポジショニングと発達促進介入
- 理学療法士の新生児専門制度の整備
- 理学療法加算



フーザーローカルAIテキストマイニング(<https://textmining.userlocal.jp/>)による分析

診療報酬の必要性



参考資料6：研修の受講者数および認定者数

■ NICU等での理学療法の実践を目的とした研修

<初学者向け研修>

(1) 日本理学療法士協会主催研修会

- ・NICU・GCUの理学療法研修会（基礎） 2023年4月29日開催 受講者616名

(2) その他研修会（私的団体、愛知県理学療法士会主催）

- ・赤ちゃんリハビリテーション研修会 2017年12月16日・17日 受講者46名
- ・赤ちゃんリハビリテーション研修会 2018年8月25日・26日 受講者45名
- ・赤ちゃんリハビリテーション研修会 2019年8月31日/9月1日 受講者46名
- ・赤ちゃんリハビリテーション研修会 2020年8月29日・30日 受講者46名
- ・新生児期から赤ちゃんの発達と家族を支援するリハビリテーション
2021年9月4日 受講者45名
2022年7月10日 受講者131名

<経験者向け研修>

(1) 日本小児理学療法学会主催研修会

- ・新生児リハビリテーションWeb研修会
2022年 受講者22名 講師16名
2023年 受講者13名 講師15名
2024年 受講者12名 講師16名

■ 小児の発達評価に関する研修

(1) Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)

（脳性麻痺リハビリテーションガイドライン：推奨グレードA）

- ・日本のNIDCAPトレーニングセンターは2022年10月に開設された。
- ・NIDCAPプロフェッショナル（認定者） 9施設20名（2024年時点）

(2) General Movements (GMs) （脳性麻痺リハビリテーションガイドライン：推奨グレードA）

- ・GMs認定基礎コース認定者
2018年 理学療法士20名 作業療法士3名
2024年 理学療法士21名 作業療法士1名
（上記以外の海外におけるコース修了者 理学療法士3名）

(3) Brazelton 新生児行動評価 (NBAS) （脳性麻痺リハビリテーションガイドライン：推奨グレードC）

- ・1990年～2006年（長崎開催）、2010年～2024年現在（名古屋開催）までの30年以上実施している。
- ・受講定員は20名（約半数が理学療法士/作業療法士）が占め、2024年時点で理学療法士/作業療法士の受講者は300名以上。

(4) Test of Infant Motor Performance (TIMP) （作業療法ガイドライン 脳性麻痺：推奨グレードB）

参考資料 7 : 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	98.9	.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	22.8	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) to 42 wk	19	3	22	3	17	3	21	6	19	3	19	3	.42	.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**
No. of days in ICU to discharge	101.3	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	48.7	20.5	65.9	18.7	148.3	99.5	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	576	3047	569	2916	604	.37	.22*
Weight at 42 wk PCA, kg	6.76	1.29	7.29	1.22	6.02	1.02	6.82	1.26	6.84	1.25	6.41	1.33	.36	.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**
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		16-2		16-0		5-3		10-1		.20*	-.05
Retinopathy of prematurity, No. stage 0-1-2-3-4-5	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***
Summary analysis: MANOVA:	Group: F = 2.02; df = 16,71; p = .02												Mahalanadi's D ² , F-matrix: BWH vs CHB F = 1.16; df = 16,74; p = .30	
	Site: F = 7.16; df = 32,142; p = .00005												BWH vs CHO F = 15.35; df = 16,74; p = .001	
	Group x site: F = 1.22; df = 32,142; p = .21												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.

*As in Table 1.

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

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

Table 3: Developmental Outcome Variables: Assessment of Preamminkas 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					Mahalanobi's D ² , F-matrix: BWH vs CHB					F = 1.51; df = 6,84; p = .20				
Site: F = 3.01; df = 12,160; p = .001					BWH vs CHO					F = 3.01; df = 6,84; p = .05				
Group × site: F = 1.38; df = 12,160; p = .18					CHB vs CHO					F = 4.03; df = 6,84; p = .01				

Summary analysis:

MANCOVA: Group: F = 2.90; df = 6,80; p = .01

Site: F = 3.01; df = 12,160; p = .001

Group × 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.

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 × 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 ≤ .001; **p ≤ .01.

4-(1) 目標設定等支援・管理料の書類作成負担軽減

現 状

- 作成した目標設定等支援・管理シートは、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明することとなっている。当該シートに記載する内容はリハビリテーション総合実施計画書と重複する項目が多い。

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。

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。

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>

