

令和8年度診療報酬改定 要望項目

リハビリテーション専門職団体協議会

日本理学療法士協会

日本作業療法士協会

日本言語聴覚士協会

※ 日本理学療法士協会提案項目 抜粋

リハビリテーション専門職団体協議会 令和8年度診療報酬改定要望項目

日本理学療法士協会

1) リハビリテーション専門職の処遇改善

(1) リハビリテーション専門職の処遇改善 …P 1

2) 急性期から、回復期、在宅（居宅）までの切れ目のないリハビリテーション医療の推進

(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 …P 4

(2) がん患者リハビリテーション料 …P 7

(3) 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 …P 8

(4) 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 …P 9

(5) 廃用症候群の診断後速やかにリハビリテーションを開始するための書類作成業務の簡略化 …P13

3) 認知症ケア、健康増進、予防、チーム医療および先端医療に係る理学療法士の役割の明確化

(1) 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 …P14

(2) 二次性骨折予防に係る理学療法士の参画の推進 …P15

4) 未開拓分野の開拓と未発達分野の推進

(1) 産後女性の運動器症状に対するリハビリテーションの推進 …P16

(2) 尿失禁に対する理学療法士の推進 …P30

(3) 待機的に心臓血管外科手術または経カテーテル大動脈弁置換術を実施するフレイルを有する心血管疾患高齢者に対する術前運動指導料 …P51

5) 生産年齢人口の減少を見据えた新たな理学療法士の評価

(1) 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進 …P56

(2) 循環器病の再発および重症化予防の推進 …P58

6) その他

(1) 年齢によらない障害児・者へのリハビリテーションの提供 …P60

リハビリテーション専門職団体協議会 令和8年度診療報酬改定要望項目

〈全国リハビリテーション医療関連団体協議会の合意に至らなかった要望〉

日本理学療法士協会

(1) 急性期から、回復期、在宅（居宅）までの切れ目のないリハビリテーション医療の推進

1. 高度急性期における早期離床・リハビリテーションのさらなる推進

…P 62

(2) 未開拓分野の開拓と未発達分野の推進

1. 運動量増加機器加算の見直し

…P 66

現状

- ① 年代別の処遇について、リハビリテーション専門職の平均は全産業平均を下回っている（55-59歳を除く）。（参考資料①）
- ② 令和6年度改定においては、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現を目指すとしている。
- ③ 第34回新しい資本主義実現会議（令和7年5月）において、「医療・介護・保育・福祉等の現場での公定価格の引上げについては、これまでの対応では現場で働く職員の十分な賃上げにつながっていないとの指摘があること、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策について、今年の春季労使交渉における力強い賃上げの実現や、昨今の物価上昇による影響等を踏まえながら、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう的確な対応を行いこと」について、総理から発言があった。

課題

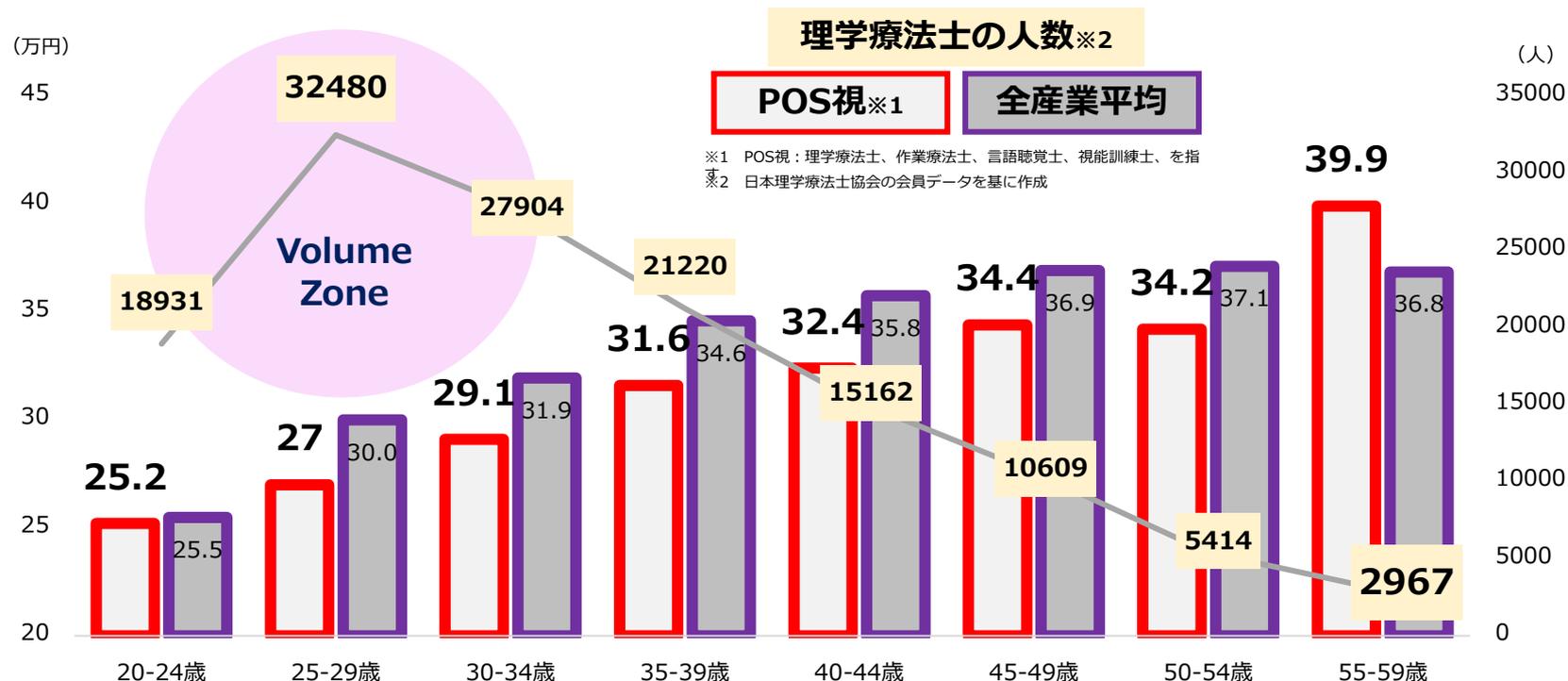
- ① 医療従事者の賃上げの実現に向けて、「ベースアップ評価料」が新設された。対象となる職種は、人手不足が顕著な看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）や病院薬剤師、給与平均が全産業平均を下回るコメディカル（看護補助者、理学療法士、作業療法士等）とされており（参考資料①）、今後の地域包括ケアシステムを推進していくためには人材の確保に係る賃上げの定着に向けた取り組みは必要不可欠である。
- ② 令和8年度以降の診療報酬改定で賃上げについては言及されていない。本会調査では、医療施設におけるベースアップの実施率が31.4%と極めて低いことが明らかとなり、時限的な制度ではなく、恒久的な制度となることを希望する意見が拳がった（参考資料②）。ベースアップ評価料による収益は、基本給、毎月支払われる手当や、これらに連動して引き上げられる賞与、時間外手当、法定福利費（事業主負担分を含む）の増加分に用いることとされている。病院経営側の立場からすると、本評価料が廃止になることも想定した上で手当による支給が多いと考えられ、一時的な措置では、医療従事者の人材確保という目的は達成されず、給与水準の高い職種への転職など人材の流失が懸念される。
- ③ また、本会調査において、現金給与総額の引き上げが実施された医療施設は68.3%であり、約3割の施設では引き上げが行われていないことが示された（参考資料②）。この現状を鑑み、定期昇給の普遍化など、医療分野に従事する理学療法士の賃金の底上げ・継続的な昇給に関する、抜本的な対策が必要である。

要望

- ① 賃上げの上昇率は全産業平均以上の水準となるよう原資を確保し、物価上昇を上回る賃上げとすること。
- ② 令和6年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、医療・介護・障害福祉サービスについては、令和6年度診療報酬改定で導入されたベースアップ評価料等の仕組みを活用した賃上げを実現するため、賃上げの状況等について実態を把握しつつ、賃上げに向けた要請を継続するなど、持続的な賃上げに向けた取組を進めることが示されたことを踏まえ、リハビリテーション専門職の賃上げの定着に向けた取り組みとして、ベースアップに係る診療報酬加算を恒久的なものとする。そのうえで、ベースアップ評価料による収益は、基本給のベースアップに用いること。
- ③ 定期昇給の普遍化など、医療分野における賃金の底上げ・継続的な昇給に関する、抜本的な対策をおこなうこと。

参考資料①：年代別平均月収と理学療法士の数

- 年代別の処遇について、**リハビリテーション専門職の平均は全産業平均を下回っている（55-59歳を除く）。**
- 理学療法士数のボリュームゾーンは20代後半であり、**多くの理学療法士の給与水準が極めて低い。**



令和5年度賃金構造基本統計調査、職種（小分類）、年齢階級別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与其他特別給与額（産業計）のデータを参考に本会政策企画課にて作成

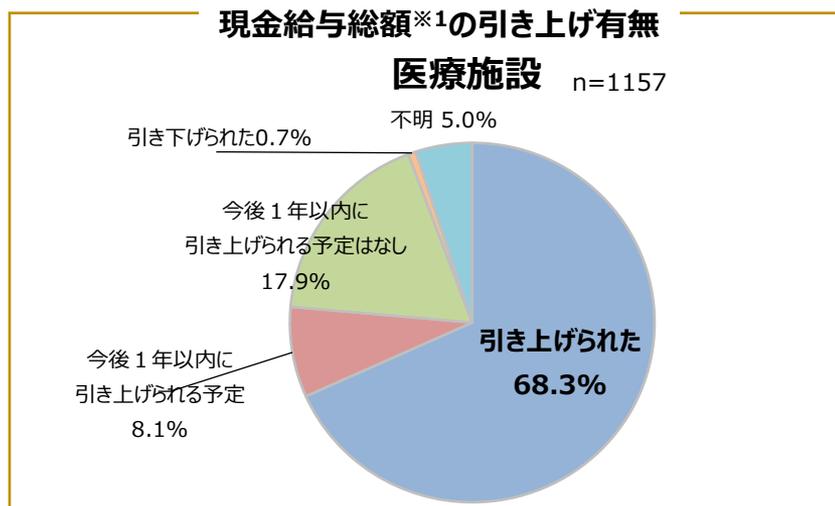
参考資料②：リハビリテーション専門職の「賃上げ」に関する実態調査

- 現金給与総額の引き上げが実施された医療施設は68.3%であり、約3割の施設では引き上げが行われていない。さらに、基本給の引き上げが実施された施設は31.4%と極めて少ない現状である。
- 自由回答では、時限的な加算における課題や、物価上昇を上回る賃上げの実感がない意見が挙げられた。

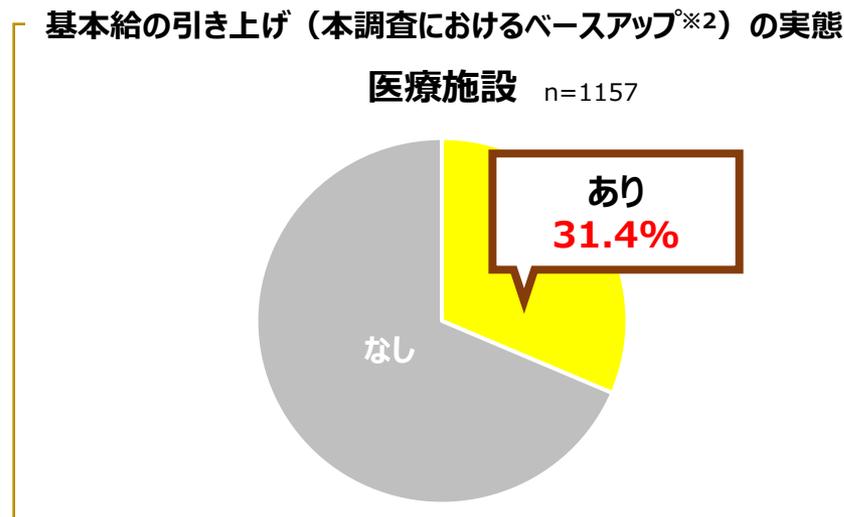
調査方法：WEBアンケート調査 / 回答期間：2024年9月3日～2024年9月17日

調査対象：日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会に施設登録のある全国の医療施設、介護施設・事業所、障害福祉施設・事業所のリハビリテーション部門代表者

※回答の対象期間：令和6年6月給与を基準とし、令和6年3月給与と比較



※1現金給与総額：決まって支給する給与と一時金をまとめたもの。



※2ベースアップ：賃金表の改定等により賃金水準を引き上げること。賃金表がない場合は給与規定や雇用契約に定める基本給等を引き上げること。

処遇改善に係る要望や意見（自由記述抜粋）

- ✓ **時限的な制度**ではなく、**恒久的な制度**にしていきたい。
- ✓ 地域や経営の体制（経営者の判断を含む）による**処遇改善の状況の不平等さ**がある。
- ✓ 物価上昇など**生活コストの向上に見合う昇給**ではない。
- ✓ **所得向上の実感がない**。

2)-(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

現状

- 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」に該当するものとされている。
- 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。

課題

- 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。

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、「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。

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、 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)

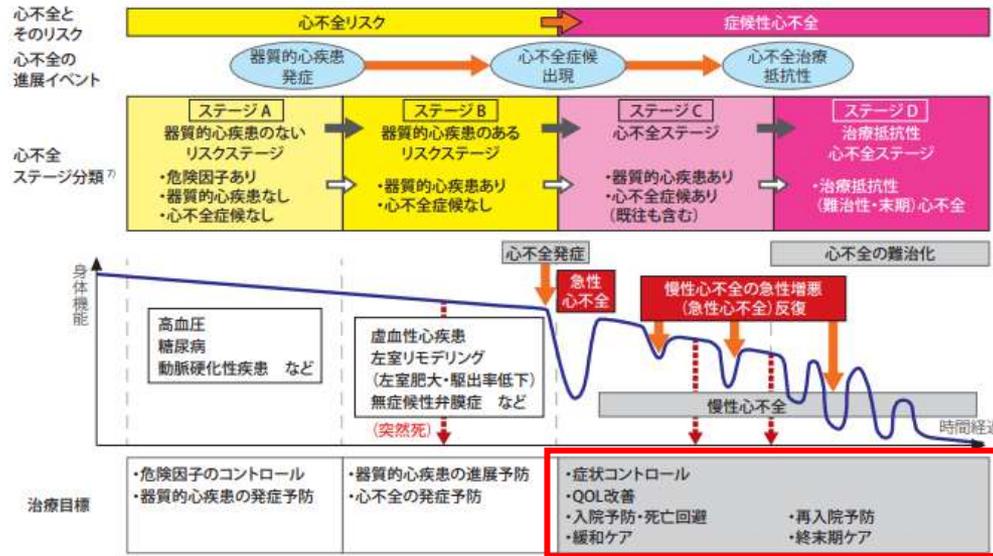


図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

(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.

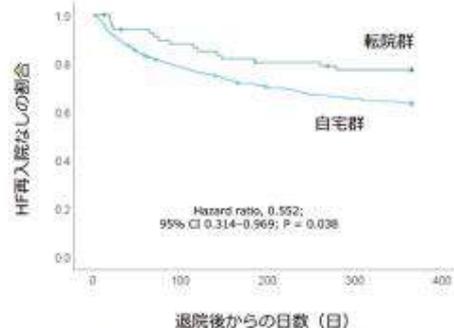


図6. 退院先による心不全再入院の違い (文献21から改変引用)

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.

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性の改善, 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性の改善を目的に, 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. P47.

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)

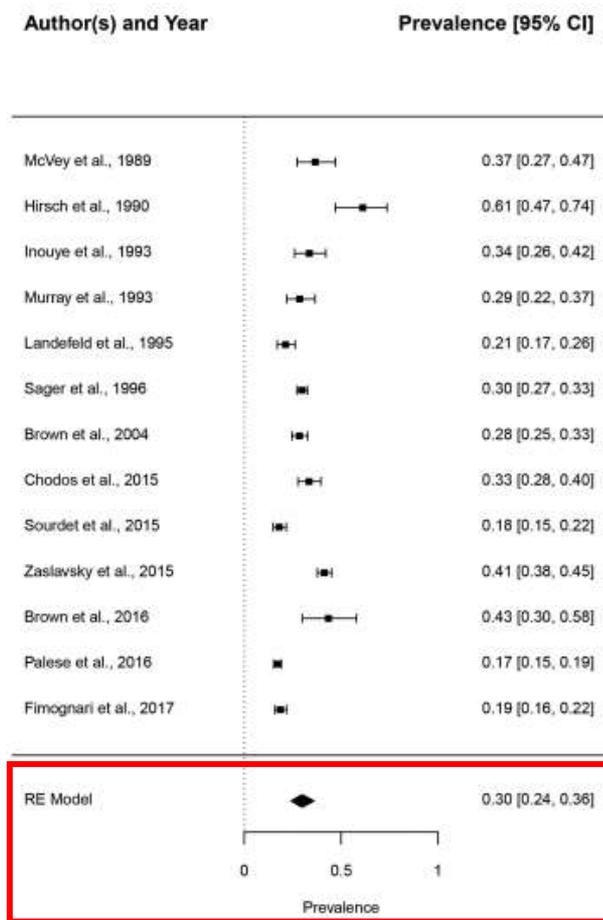


Figure 2. Forest plot of the prevalence of hospital-associated disability (HAD): hospital-based studies only. Prevalence rates from 13 individual hospital-based studies were combined using random-effects meta-analysis with a generalized linear mixed model. Vertical reference line indicates prevalence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

Loyd, 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と関連していた。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

2)-(2) がん患者リハビリテーション料

現状

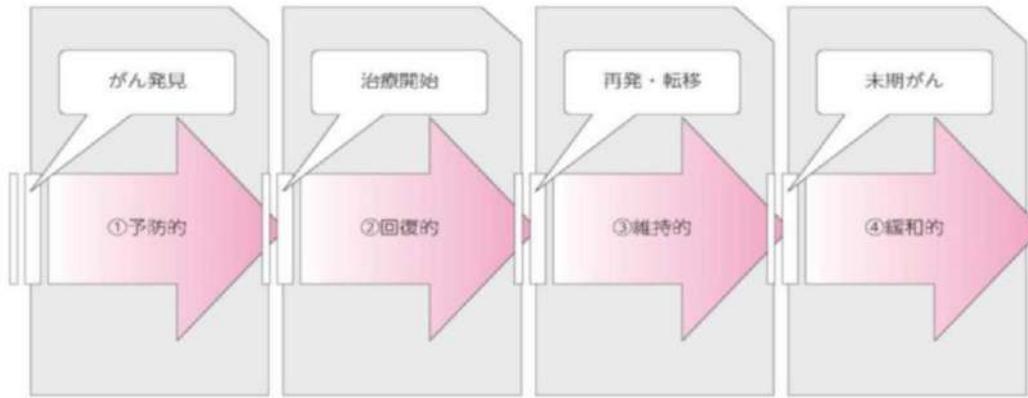
- H007-2 がん患者リハビリテーション料は、注) 「(前文省略)、がん治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。」とされており、外来患者には適用されていない。

課題

- 外来患者にもがん患者リハビリテーション料が適用となることで、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。
- 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。
- 入院に関連する医療費の削減が可能、早期社会復帰と復職により経済的な利益も期待できる。また、介護負担軽減により、介護者の就労への影響も軽減できる。

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。
- なお、両立支援を推進する観点から、復学、復職につなげる理学療法、作業療法、言語聴覚療法を提供する時間を確保すること等についてご検討いただきたい



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

以下の患者要件を想定

- 入院中にが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。

2)-(3) 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

現状

- 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」等には、機能訓練室の面積要件について合算して基準の面積を確保することについて明文化されていない。

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（図1）、地域によって運用の状況が異なるとの声がある。

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。例えば、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第40の1の（3）の冒頭一文を、「治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で160平方メートル以上。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差し支えない）を有していること。」とする。

（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。

図1. 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。

2)-(4) 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

現状

- 創傷治癒に対する電気刺激や超音波、運動器疾患患者に対する電気刺激療法、脳卒中患者の痙縮に対する電気刺激等の物理療法は、単独での療法として診療報酬上の点数が定められておらず、疾患別リハビリテーション料に包括されている。
- H003-2 注4 運動量増加機器加算では、運動量増加機器（能動型上肢用他動運動訓練装置や能動型展伸・屈伸回転運動装置、歩行神経筋電気刺激装置）を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等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、月1回に限り150点をリハビリテーション総合計画評価料に加算される。

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。

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／脳卒中患者の痙縮に対する拡散型圧力波・電気刺激・振動刺激／ICU等に入室する重症患者の筋萎縮やICU-AW（ICU acquired weakness）の予防を目的とする神経筋電気刺激など）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（リハビリテーション総合計画評価料）に加算すること。

運動量増加機器加算の対象機器

特定診療報酬算定医療機器の区分	定義			対応する診療報酬項目
	業事承認上の位置付け		その他の条件	
	類別	一般的名称		
運動量増加機器	機械器具(58)整形用機械器具	能動型上肢用他動運動訓練装置	上肢を装置に固定し、設定された適切な可動域による訓練等を行うもの	H 003-2 注5
	機械器具(59)整形用機械器具	能動型展伸・屈伸回転運動装置	ロボット脚等により、他動運動(立脚動作及び遊脚動作)の補助等を行うもの	
	機械器具(12)理学診療用器具	歩行神経筋電気刺激装置	電気刺激により足を背屈させ、歩行を改善させるもの	

特定診療報酬算定医療機器の定義等について（保医発第305011号）より

2)-(4) 物理療法を併用した効果的なりハビリテーションの評価

○ 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.

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

○ 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 ± 0.06	0.17 ± 0.08	0.20 ± 0.09	0.22 ± 0.09	0.25 ± 0.09	0.28 ± 0.10*	0.31 ± 0.10*	0.34 ± 0.10*
コントロール群	0.09 ± 0.05	0.13 ± 0.07	0.15 ± 0.07	0.18 ± 0.08	0.19 ± 0.09	0.21 ± 0.10	0.24 ± 0.10	0.27 ± 0.11
健側下肢 b)								
NMES群	0.28 ± 0.11	0.34 ± 0.11	0.35 ± 0.11	0.37 ± 0.13	0.38 ± 0.11	0.42 ± 0.11*	0.43 ± 0.12**	0.46 ± 0.13*
コントロール群	0.26 ± 0.08	0.32 ± 0.09	0.32 ± 0.09	0.35 ± 0.15	0.32 ± 0.11	0.33 ± 0.10	0.32 ± 0.11	0.38 ± 0.13
JOAスコア (点)								
歩行 f)								
NMES群	0.1 ± 0.8	0.1 ± 0.8	0.9 ± 1.9	1.2 ± 2.4	3.3 ± 3.8	5.5 ± 4.7**	6.9 ± 5.1*	11.1 ± 4.9
コントロール群	0	0	0.3 ± 1.1	0.3 ± 1.1	1.2 ± 2.4	2.7 ± 3.6	4.6 ± 4.5	9.5 ± 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 ± 3.7	6.6 ± 5.7	0.04	0.23
移乗	4.5 ± 2.5	4.8 ± 2.5	0.59	0.06
歩行器歩行	9.0 ± 6.1	13.5 ± 7.7	0.02	0.26
一本杖歩行	21.2 ± 8.1	27.7 ± 12.3	< 0.01	0.31

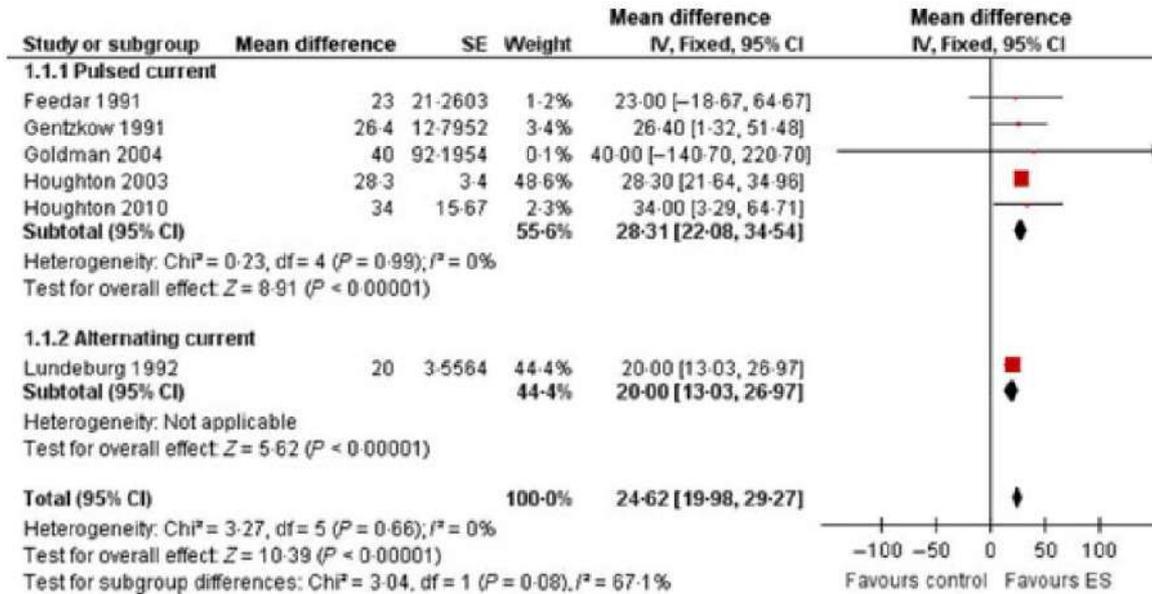
引用：徳田ら, 理学療法学, 2019

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

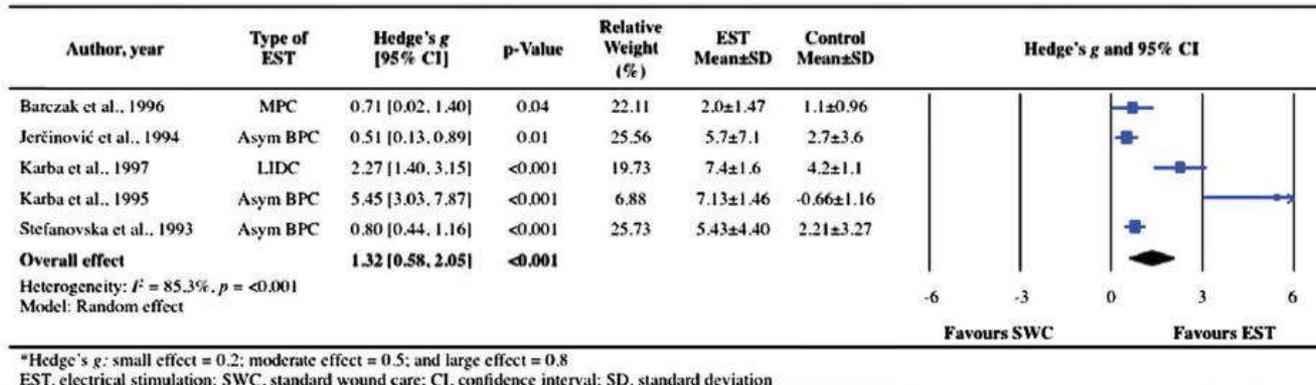
下段：脊損患者における電気刺激の効果

- 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

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

(上段：脳卒中患者の痙縮に係るエビデンス 下段：ICU等に入室する重症患者に対するエビデンス)

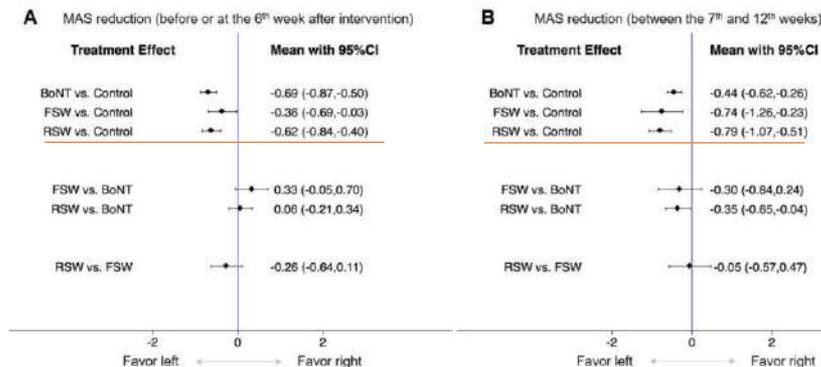
- RSW (拡散型圧力波) は、ボツリヌス毒素 (BoNT) 注射や集束型圧力波 (FSW)、およびコントロール治療 (偽治療、理学療法、経口薬など) と比較して痙縮改善に最も効果的であった (図1)。また、短期 (6週以内) および中期 (7~12週) の治療効果でそれぞれ 62.2% および 72.3% の最高順位確率を示し、Modified Ashworth Scale (MAS) の平均差は短期で -0.62 (95% CI, -0.84~-0.40)、中期で -0.79 (95% CI, -1.07~-0.51) であった (図2・3)。
- 脳卒中治療ガイドライン2021 (改訂2023) では、痙縮に対し体外衝撃波治療を行うことは妥当とされている (推奨度B エビデンスレベル高) (日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会. 脳卒中治療ガイドライン2021 (改訂2023)、協和企画、2023)

Table 3
Surface Under the Cumulative Ranking (SUCRA) of the reduction of the MAS reduction before or at the 6th week after intervention and between the 7th and 12th weeks after interventions.

Rank	MAS Reduction before or at the 6 th week after intervention		MAS Reduction between the 7 th and 12 th weeks after interventions	
	Treatment	SUCRA	Treatment	SUCRA
1	RSW	87.2	RSW	90.8
2	BoNT	78.7	FSW	75.8
3	FSW	34.1	BoNT	33.4
4	Placebo	0.0	Placebo	0.0

Abbreviation: BoNT, botulinum toxin; FSW, focused shockwave; RSW, radial shockwave; MAS, modified Ashworth scale.

【図1】 介入7~12週間後の痙縮 (MAS) の改善効果 (フォレストプロット)



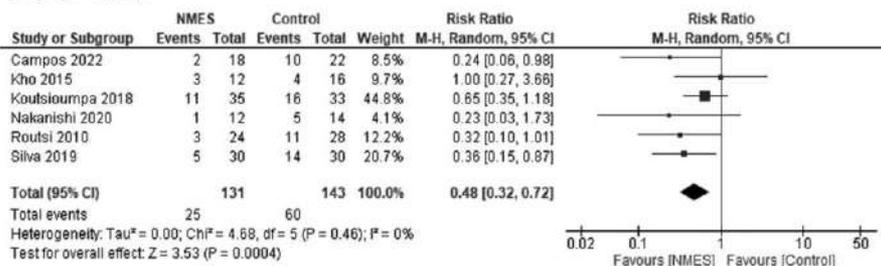
【図2】 即時または介入6週間後の痙縮 (MAS) の改善効果 (フォレストプロット)

【図3】 介入7~12週間後の痙縮 (MAS) の改善効果 (フォレストプロット)

引用：Hsu P, et al. *EclinicalMedicine*, 2022;43,e101222

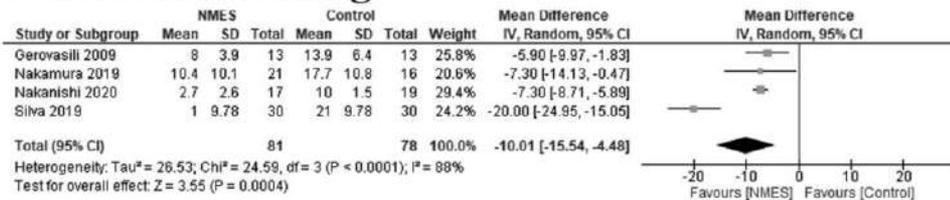
- 神経筋電気刺激 (NMES) の使用によりICU-AWの発生が減少することを示唆している (図4：6試験；リスク比[RR], 0.48；95% CI：0.32-0.72)。また、筋萎縮を減少させ (図5：4試験；平均差、-10.01；95%CI：-15.54~-4.48)、筋力を増加させる可能性がある (6試験；標準化平均差、0.43；95%CI：0.19~0.68)。
- 重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023においては、重症患者に対して、神経筋電気刺激を行うことを弱く推奨するとされている (GRADE 2B：エビデンスの確実性「中」) (日本集中治療医学会集中治療早期リハビリテーション委員会. 日本集中治療医学会雑誌 2023;30)

ICU-AW



【図4】

Muscle mass change



【図5】

引用：Nakanishi N, et al. *Crit Care Med*. 2023;51(10):1386-1396. 12

2)-(5) 廃用症候群の診断後速やかにリハビリテーションを開始するための書類作成業務の簡略化

現状

- 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。
- 通知(10)「廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表（別紙様式22）を用いて月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。」となっている。

課題

- 現状は「廃用症候群に係る評価表」を用い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の業務負担が大きい」との現場の声がある。
- 廃用症候群リハビリテーション料の対象基準となる「契機となった疾患」「BIやFIMの点数」「前回からの改善や変化」は結果に関わるものであり簡略化できないが、それ以外は過程に関わるものであり要件の判定に直接的な影響を与えないため簡略化可能と考えられる。また、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。

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、とすること。

(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
主働病	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
4 月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)	月 BI 点 FIM 点
	月 BI 点 FIM 点

5 一月当たりのリハビリテーション	実施日数 提供 単位数	日 単位
6 リハビリテーションの内容	具体的に記載すること	
7 改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
8 前回の評価からの改善や変化	-1 悪化 0 維持 1 2 3 改善大 チェックリストに変更 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。

3)-(1) 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

現状

- H000 心大血管リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション料、H003 呼吸器リハビリテーション料のそれぞれ注2) 早期リハビリテーション加算、注3) 早期加算の対象として、入院中のものに限定されている。
- H001 脳血管疾患等リハビリテーション料の注2) 早期リハビリテーション、注3) 早期加算の対象は、入院中のもの又は入院中の患者以外の患者とされている。
- H002 運動器リハビリテーション料では、注2 早期リハビリテーション、注3 早期加算の対象として、入院中のもの又は入院中の患者以外の患者〔大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保健医療機関を退院したもの（地域連携診療計画加算を算定した患者に限る）〕とされ、疾患が限定されている。

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）。

要望

- 疾患別リハビリテーション料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。

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 (8 w)	3	0%	307	-0.65 [-1.22, -0.08]	84%	Low ^c
WOMAC PF (8 w)	2	0%	142	-0.40 [-0.74, -0.07]	0%	Moderate ^d
WOMAC Stiffness (8 w)	2	0%	142	-0.42 [-0.75, -0.08]	2%	Moderate ^d
Knee extension strength (8 w)	2	0%	230	1.01 [0.17, 1.84]	87%	Low ^c
Active knee extension ROM (8 w)	2	0%	137	0.18 [-0.16, 0.52]	0%	Moderate ^d
Active knee flexion ROM (8 w)	2	0%	182	0.29 [0.00, 0.58]	0%	Moderate ^d
TUG (8 w)	2	0%	178	-0.66 [-1.13, -0.18]	57%	Low ^c
Gait speed (8 w)	2	0%	132	0.42 [0.04, 0.80]	30%	Low ^c

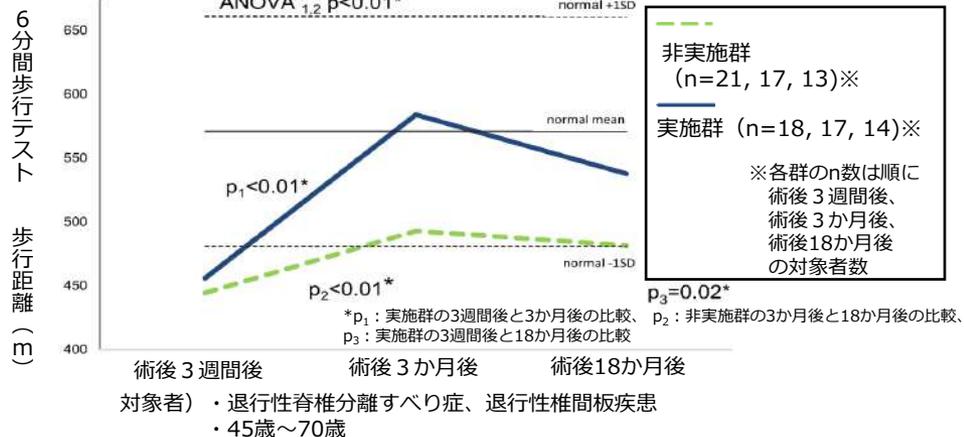
(), intervention duration; GRADE, GRADE working group grades of evidence; WOMAC, Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index; PF, physical function; ROM, range of motion; TUG, timed up and go test; SMD, standardized mean difference; CI, confidence interval.

^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 (I² > 25%).

^d Reason for downgrade: Large confidence intervals. 引用改変: Umehara T, Tanaka R. Braz J Phys Ther. 2018;22(4):265-275



(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

引用改変: Kernc D, et al. J Orthop Surg Res. 13:151, 2018

3)-(2) 二次性骨折予防に係る理学療法士、作業療法士の参画の評価

現状

- 告示[4(22)イ②]の二次性骨折予防継続管理料の施設基準として、「当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること」とされている。

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、作業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。

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。

FLSのチームメンバー

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

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

表 27 運動療法の主なエビデンス

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

1RM: one repetition maximum

引用：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版

4)-(1) 産後女性の運動器症状に対するリハビリテーションの推進 【重点要望】

現状

- 産後理学療法への需要、費用対効果等はあるものの、既存の報酬体系では評価されておらず、ごく一部の産婦人科医、整形外科医の元で、運動期リハビリテーション料、または自費診療による介入がされている。
- 令和6年10月に発出されたこども家庭庁の「産後ケア事業ガイドライン」において、実施担当者に理学療法士が記載されるなど、理学療法士は産後の身体状況の確認や助言指導（症状により整形外科受診を助言することを含む）を行っている（ウィメンズヘルス領域に従事する理学療法士のうち産後ケア実施割合は10.6%）。

課題

- 女性の社会進出に伴い妊産婦の高齢化（晩産化）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、妊娠中および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。
- 産後には腰痛、骨盤帯痛、膝関節痛等の運動器症状が多く、産婦人科では専門的な治療介入が困難である。産後の「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りがづらい現状にある。
- 諸外国では、産後早期から理学療法士が介入することが浸透しているが、日本ではごく一部の産婦人科や整形外科等で自費による介入が行われる等、必ずしもすべての医療機関で十分に対応することが出来ていない。
- 産後早期からの運動器症状に対する専門的な理学療法治療により、産後の身体症状の改善や身体機能の向上が早期に解決が予測されることから、費用対効果が期待される。また、育児休業後の職場復帰や次の妊娠・出産を考える女性の健康支援となり得る。

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・リハビリテーション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、産後女性に対する理学療法を推進する。
- 分娩後の退院時および産後1か月健診の産後早期から、運動器症状がある産後女性に対して理学療法介入を実施できるようにする。

【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わからない	これから行くつもり
68 (56%)	11 (9%)	24 (20%)	12 (10%)	6 (5%)

単位：人

(p<0.01)

症状あり群：n=121

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.

産後女性の現状（母体の出産年齢の高齢化）

■ 第1子出生時の母の平均年齢の年次推移

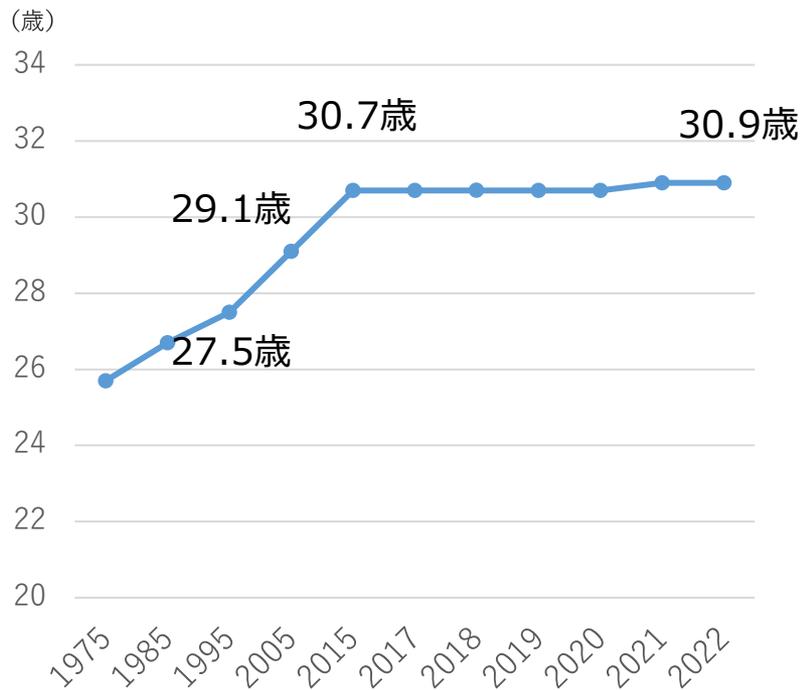
2014年以前：30歳未満、2015年以降：30.7歳
→2022年：30.9歳（高齢化）

*** 高齢化、晩産化→産後に更年期障害発症の時期が重複する可能性**

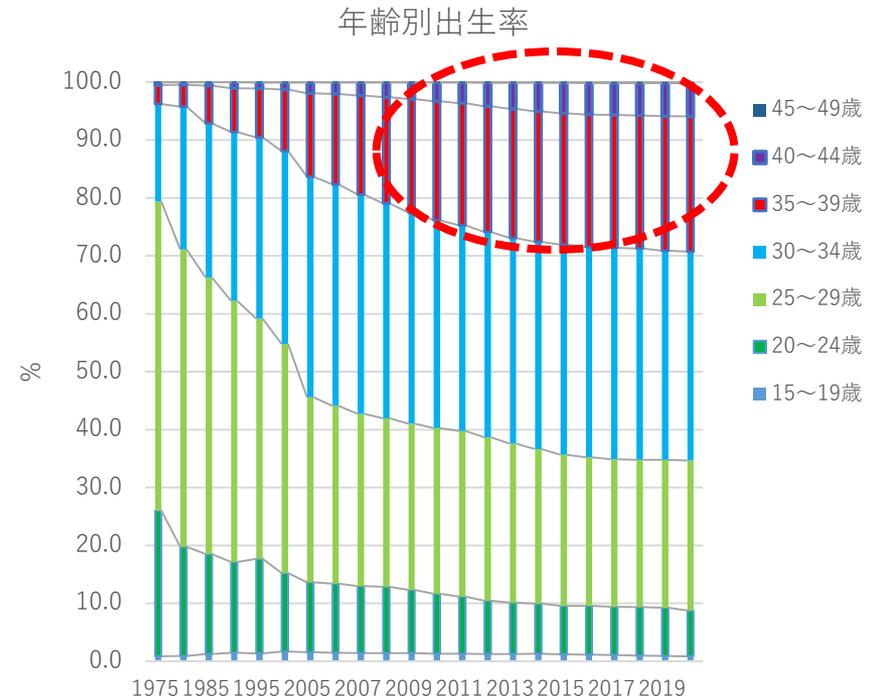
■ 母体の年齢別出生数の割合

約30%が35歳以上で出産

2008年：約20%→2014年以降約30%



引用：2022年人口動態調査、簡易生命表（厚生労働省）



引用：人口統計資料集 2022（総務省 統計局）

産後女性の現状（帝王切開による分娩の増加）

- 全分娩件数の**22%が帝王切開**（約5人に1人）：増加傾向
- **40代以上の高齢出産では帝王切開分娩頻度が高い¹⁾**

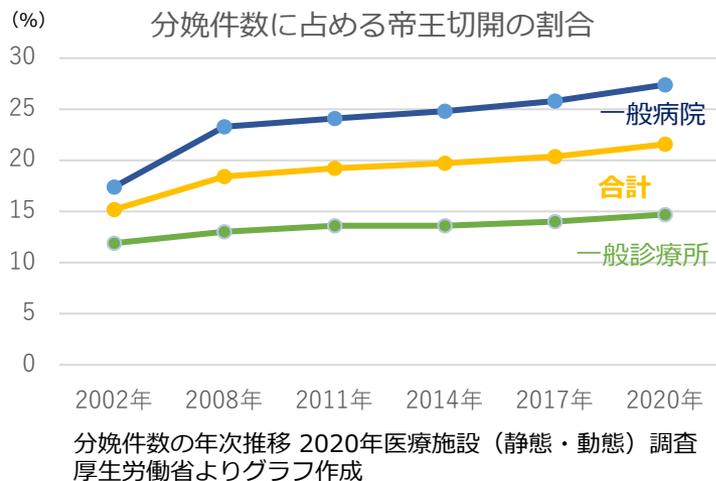


表 年齢別の帝王切開割合

母親の年齢			
30-34歳	35-39歳	40-44歳	≥45歳
28.3%	35.2%	43.5%	54.8%

1) より作成

■ 帝王切開の影響：腹部体幹機能の低下、創治癒の遅延、腰部骨盤帯痛

効果的な対応

① **理学療法**：疼痛スコアが低く、入院日数が短縮²⁾

② **術前理学療法と教育**：身体機能、気力/疲労、疼痛において、対照群より高いQOLを示した³⁾

引用: 1) Kohei Ogawa, et al.: Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Oct 10;17(1):349.

2) Kalani Weerasinghe, et al.: Effectiveness of face-to-face physiotherapy training and education for women who are undergoing elective caesarean section: a randomized controlled trial. Arch Physiother. 2022; 12: 4.

3) Kalani Weerasinghe, et al.: Physiotherapy training and education prior to elective Caesarean section and its impact on post-natal quality of life: a secondary analysis of a randomized controlled trial. BMC Res Notes. 2023 13;16(1):270.

産後女性の現状（その他）

■女性の育児休業：取得率 2022年度80.2%

取得期間：50%が12か月未満 = 産後1年未満で職場復帰

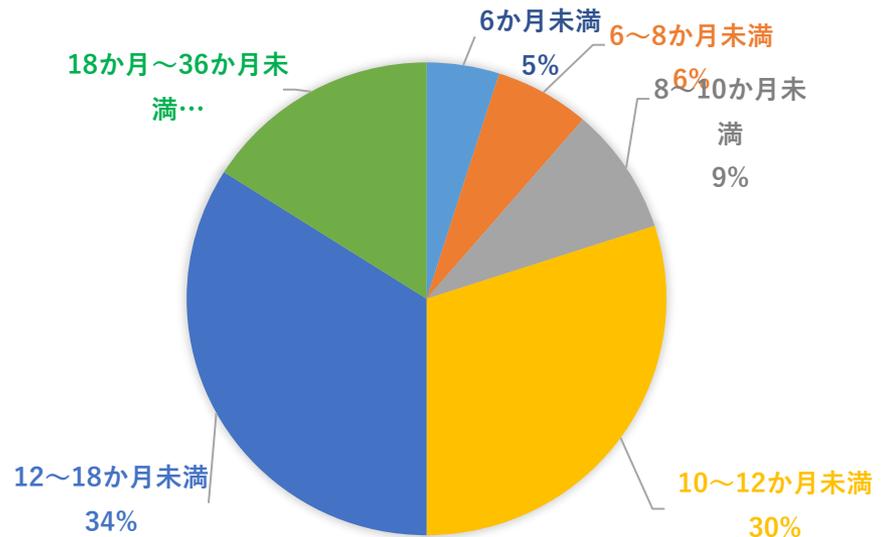
- ・妊娠出産に伴うホルモン分泌、身体機能の変化は、産後6-8か月で妊娠前の状態に戻る
- ・産後の身体の回復が不完全な状態で職場復帰している可能性

■少子化（少産化）

2023年

- ・出生数：72万7277人
2022年より4万3482人減少
- ・合計特殊出生率：1.20
(東京都0.99)
2022年より0.06ポイント低下
1947年の統計開始後、最低値

引用：2023年 人口動態統計（厚生労働省）



引用：2021年度雇用均等基本調査 事業所調査
育児・介護休業制度等に関する事項_取得期間別育児休業後復職者割合

■産後の女性の問題点

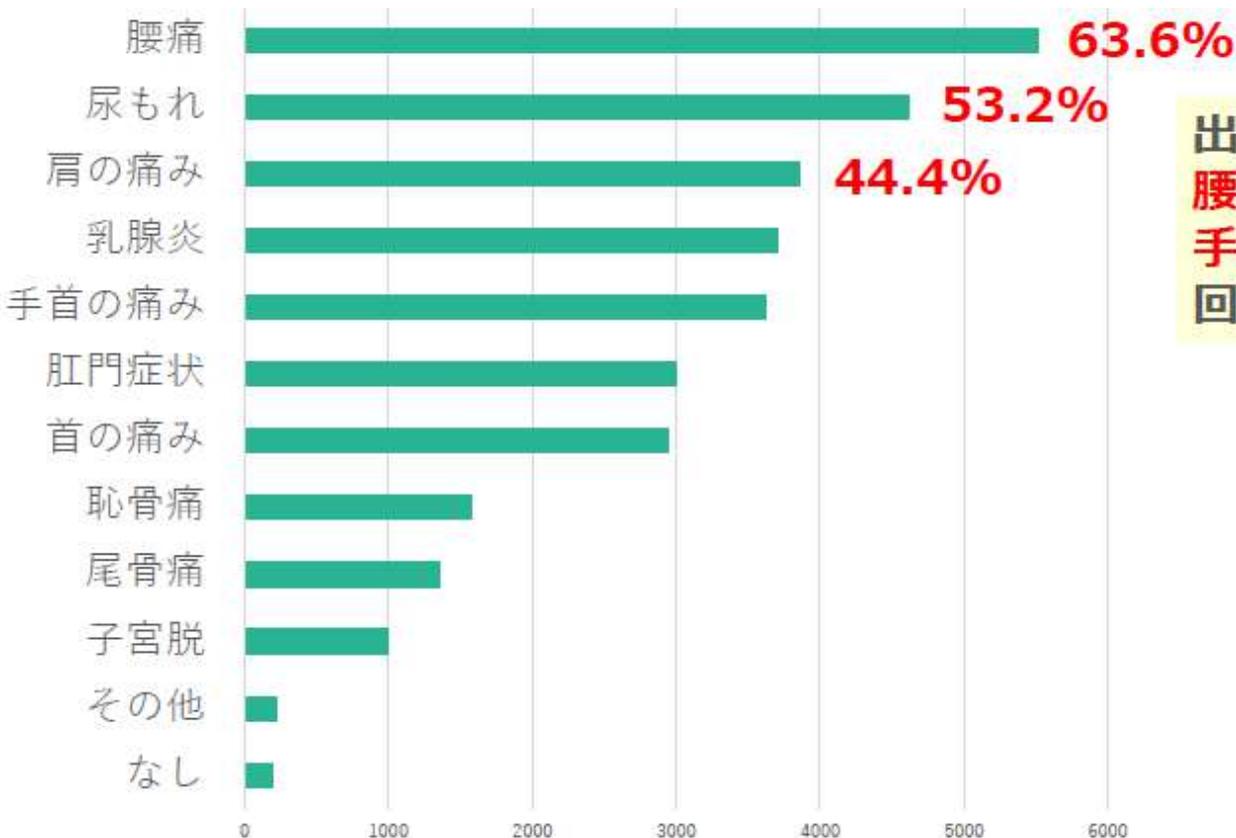
高齢化（晩産化）

産後の心身の
不十分な回復

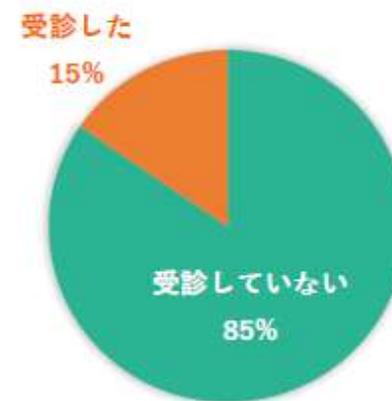
少子化（少産化）

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・腰背部痛
- 骨盤帯痛（恥骨痛、仙腸関節痛等）
- 尿失禁
- 膝関節痛
- その他
（腹直筋離開、腱鞘炎等）

＊腰痛：産後の女性 罹患率50-70%で最多
発症 産褥期約40%で最多

多くの産後女性が
産後早期から症状を有する

■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）による力学的負荷の継続 → 体幹筋等の筋緊張の変化⁴⁾
- ✓ 周産期特有のホルモン作用による関節弛緩⁵⁾
- ✓ 妊娠・出産に伴う骨盤底軟部組織の伸張および力学的負荷⁶⁾

➤ 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：

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

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

6) Lien Kuo-Cheng, 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

■産後の腰背部痛・骨盤帯痛のリスクファクター

- ・妊娠前の腰痛の既往、肥満（BMI>25）⁷⁾
- ・妊娠中の腰痛、骨盤帯痛、抑うつ状態・うつ、重労働⁷⁾
- ・**帝王切開**⁸⁾ *産後の骨盤帯痛罹患率：帝王切開33%>経膈分娩8.3%⁹⁾

■産後の腰痛・骨盤帯痛に対する理学療法の効果

- ・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**¹⁰⁾
- ・産後女性の腰痛に対する**骨盤底筋トレーニング**は腰痛の強度を減少¹¹⁾
- ・産後の腰部・骨盤帯の安定化エクササイズにおいて、**理学療法士が個別調整、指導するエクササイズが最も良い結果**¹²⁾

引用：

7) M Wiezer, et al. :Risk factors for pelvic girdle pain postpartum and pregnancy related low back pain postpartum; a systematic review and meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract 2020 ;48

8) Wuytack F ,et al.: Prognostic factors for pregnancy-related pelvic girdle pain, a systematic review Midwifery. 2018 ;66:70-78.

9) Prashant Mukkannavar, et al.: Pelvic girdle pain after childbirth: the impact of mode of delivery. J Back Musculoskelet Rehabil. 2013;26(3):281-90.

10) 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.

11) Mohsen Kazeminia ,et al.:The effect of pelvic floor muscle-strengthening exercises on low back pain: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials. Review Neurol Sci. 2023 Mar;44(3):859-87.

12) Ferreira C, et al.: 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.

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¹³⁾

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（骨盤底筋トレーニング）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¹⁴⁾

	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：

13) Khorasani 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.

14) 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.

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

- 医療機関：ごく一部の産婦人科医、整形外科医の元で自費診療による介入
- 地域連携：行政が主催の産後教室（産後ケア事業；厚生労働省）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
 - 症状を有する参加者には、近隣医療機関（整形外科）受診を助言
- 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※
 - 回答した理学療法士の **10.6%**（125名/1,174名）が実施
- 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い
 - 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、産後女性に対する早期治療の可能性が期待される**

世界における産後リハビリテーションの現状

実践例

フランス ¹⁹⁾	<ul style="list-style-type: none">● 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 ²⁰⁾²¹⁾²²⁾	<ul style="list-style-type: none">● 背部や首・関節の痛みがある場合、状況によって産婦人科医が理学療法士の診療を勧める● 尿失禁および便失禁の存在を評価し、理学療法士または泌尿器科に紹介する● 理学療法士は産後の骨盤帯痛の慢性化を防ぐために、早期（産後3ヶ月以前）にケアを開始することを提唱すべきである
ノルウェー ²³⁾	<ul style="list-style-type: none">● 理学療法士の指導下で特定の身体機能改善のためのトレーニングに重点をおいた個別エクササイズを推奨する● 理学療法士は分娩促進のための姿勢・動作の指導にも関わる

引用：

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

20) <https://www.acog.org/womens-health/faqs/postpartum-pain-management>

21) ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care

22) A. Simonds, Karen Abraham, T. Spitznagle, Clinical practice guidelines for pelvic girdle pain in the postpartum population, 2022

23) ノルウェー婦人科協会 <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/bekkenleddssmerter/>

産後リハビリテーション：費用対効果

- 産後12年時点で痛みを訴えた女性の5人に1人以上が、持続的または再発性の骨盤帯痛により過去12ヶ月以内に病気休暇を取得、多くは15日以上の病気休暇を取得していた。
- 産後12年時点で痛みを訴えた女性の約11%が持続的な骨盤帯痛のために障害年金を受給していた。

「数回痛みあり」含む 産後12年時点での「痛みあり」

	Study group	No pain	Pain	P-value*
	<i>n</i> = 295	<i>n</i> = 174	<i>n</i> = 119	
Sick leave due to PPGP ^a the past 12 months				
No	167 (86.5)	71 (93.4)	94 (81.7)	0.05
Yes	26 (13.5)	5 (6.6)	21 (18.3)	
Days on sick leave due to LBP ² /PPGP ¹				
< 15 days	13 (48.1)	5 (83.3)	8 (38.1)	0.05
≥ 15 days	14 (51.9)	1 (16.7)	13 (61.9)	
Disability pension due to PPGP ^a				
No	177 (93.2)	74 (97.4)	101 (90.2)	0.06
Yes	13 (6.8)	2 (2.6)	11 (9.8)	

18) Bergström C, et al.: Prevalence and predictors of persistent pelvic girdle pain 12 years postpartum. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Sep 16;18(1) より一部抜粋

産後リハビリテーション：費用対効果

経済効果への言及

ベルギー¹⁵⁾

- （周産期理学療法に関して）予防と教育は、理学療法士のスキルプロファイルの2つの重要な要素であり、短期的にも長期的にも経済的な利益をもたらす
- （周産期に骨盤・腰痛を発症し医療ケアを受けなかった女性に対し）この10%が慢性的な腰痛を発症し、5人に1人が働けなくなり、11%のケースで障害者手当が支給される

スウェーデン¹⁶⁾

- 妊娠関連骨盤帯痛の症状は、長期的な社会経済的悪影響、生産性の低下、リハビリテーション費用の増大をとらなうより慢性的な状態に進行する可能性がある

オーストラリア¹⁷⁾

- 慢性疼痛障害リスクのある女性を特定し治療することで妊娠関連腰骨盤痛の罹患数を減らし、将来の妊娠に影響を与える可能性がある

引用：

15) Dra. H. Neels, 周産期症状の予防と治療におけるキネシオセラピーと骨盤再教育の有効性と社会経済的重要性に関するキネシオセラピー連盟意見書, 2017

16) Bergström C, et al.: Prevalence and predictors of persistent pelvic girdle pain 12 years postpartum. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Sep 16;18(1)

17) Pierce. H,et al.: Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain: Listening to Australian Women. Nurs Res Pract. 2012; 1.

日本における産後リハビリテーションの現状と課題

■ 諸外国では

- ・ 産後の運動器症状に対して、**理学療法士が介入、効果あり**
- ・ 必要に応じて、**産婦人科より理学療法士に紹介**
- ・ 症状の慢性化予防:**産後早期（3か月以前）の理学療法介入を推奨**

⇔**長期的な症状の持続：社会経済的損失大、医療費の増大、将来の妊娠に影響**

■ 日本では

*厚生労働省こども家庭庁「妊娠・出産包括支援推進事業」



産前産後サポート事業、産後ケア事業等を地域の実情に応じて実施し、

妊産婦等に必要な支援体制の強化；産前産後の心身の不調に関する相談支援等²⁴⁾

- ・ 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現状では多くない
- ・ 産後女性が症状に悩み、自ら受診をする場合は、**症状が長期化・慢性化して受診する可能性が高い**

産後早期の受診促進が重要

引用：

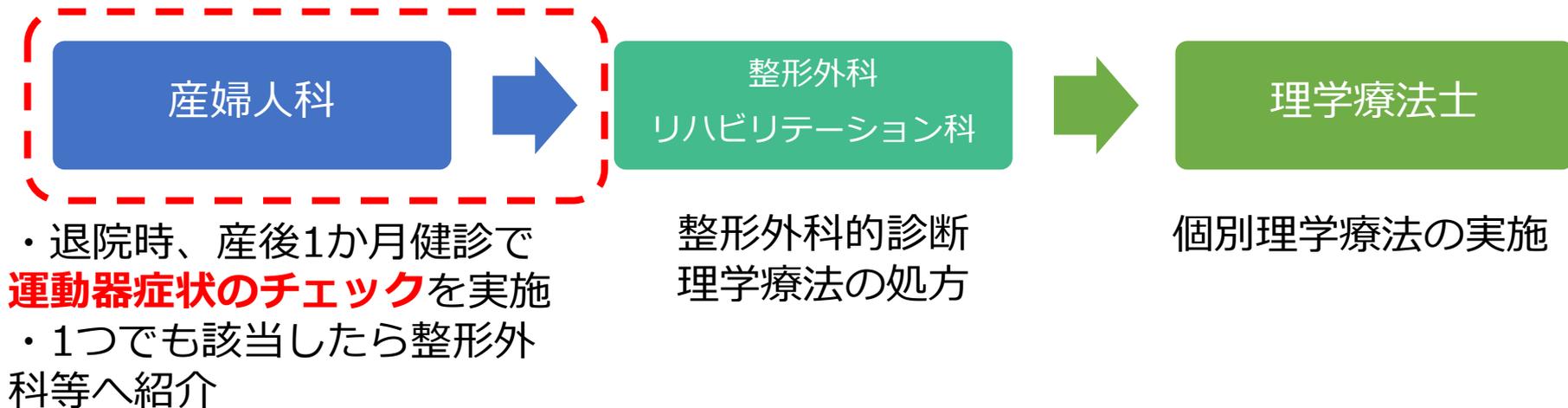
24) 令和6年度母子保健対策関係予算概算要求の概要

chromeextension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_resource/ff38becb-bbd1-41f3-a95e-3a22ddac09d8/6cd84fea/20230401_policies_boshihoken_131.pdf

日本における産後リハビリテーションの現状と課題

- 産後早期からの運動器症状に対する理学療法が重要
- 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→整形外科等へ理学療法の指示を依頼の際に、連携指導料の算定制度を整えることで、産後女性の社会復帰等を支援する**

* 連携指導料算定の流れ



例) 産後の運動器症状チェックリスト

腰痛・骨盤帯痛・尿失禁・膝関節、股関節痛・その他、帝王切開

現状

- A251 排尿自立支援加算、B005-9 外来排尿自立指導料の対象は「尿道留置カテーテル留置中または抜去後に、下部尿路機能障害の症状を有する、または生ずると見込まれる者」となっている。

課題

- 各種ガイドラインで提示されている骨盤底筋トレーニングの推奨のグレードはAであるにもかかわらず、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、尿失禁に対する理学療法が普及していない。【添付資料1】
- 22歳以上の男女の約80%が何らかの下部尿路症状を有し、最も困っている症状として女性では腹圧性尿失禁・切迫性尿失禁を、男性では頻尿・尿意切迫感を上げる割合が多い¹⁻²⁾。【添付資料2】
- 腹圧性・切迫性尿失禁、頻尿はQOLへ影響する割合が高い³⁾。【添付資料3】
- 重症な尿失禁を有する女性の12カ月後の離職希望が、軽症な尿失禁を有する者と比較し2.68倍であったことから、尿失禁の重症化は女性の労働損失につながる可能性が高い⁴⁾。【添付資料4】

<理学療法の効果>

- 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、NICEガイドライン、EAUガイドラインにおいては、理学療法士や医療専門家が監督すべきであるとされている。特に、腹圧性尿失禁患者に対する医療専門職の監督下における外来指導は有意に治癒率が高い。【添付資料5】
- 本邦の複数のガイドラインにおいても、尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの実施は高いレベルで推奨されている。【添付資料1・6】
- 尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの治療効果については、以下の効果が報告されている。
 - ・切迫性尿失禁等の症状がある過活動膀胱患者に対する理学療法と薬物療法の併用は薬物療法単独よりも有意に尿流動態検査における改善、排尿回数・尿失禁回数の減少が得られる⁵⁾【添付資料7】
 - ・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⁶⁾【添付資料8】
 - ・腹圧性尿失禁患者に対する骨盤底筋トレーニングは、実施前と比較し、実施後で有意に失禁回数の減少と骨盤底筋筋力が向上する⁷⁾【添付資料9】
 - ・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する⁸⁾【添付資料10】
 - ・前立腺全摘除術後患者に対する骨盤底筋トレーニングは、早期尿禁制獲得を促進し⁹⁾、失禁回数やQOLが有意に改善する¹⁰⁾【添付資料11・12】
- 理学療法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。(図1)

<泌尿器科医の認識>

- 泌尿器科専門医は、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」が必要だと認識している¹¹⁾。【添付資料13】

<医療費削減効果>

- 腹圧性尿失禁を有する女性において、骨盤底筋トレーニングを実施した方が、手術（生活習慣に対する指導含む）のみの治療に対して費用対効果（QALYs/ ICER）が高い¹²⁾。【添付資料14】
- 腹圧性尿失禁に対する理学療法を保険適用と想定した場合、手術と骨盤底筋トレーニングの費用対効果は、手術のほうが12,458円/人、多い¹³⁾。また、理学療法士による骨盤底筋トレーニングは、手術より費用対効果が高い¹³⁾。【添付資料15】
- 骨盤底筋トレーニングは、介入後10年以上にわたる骨盤臓器脱の総費用に有意な差をもたらすものではなかったが、骨盤底機能障害による入院治療を必要とする長期的なリスク全体を減少させる¹⁴⁾。(図2)【添付資料16】

4)-(2) 尿失禁に対する理学療法の推進

【重点要望】

要望

○ 骨盤底筋トレーニング指導料（仮）を新たに創設することについて検討を行うこと。その際には、医師の指示のもとに理学療法士が指導管理をした場合の評価とは別に、医師や一定の要件を満たした看護師（排尿自立支援加算および外来排尿自立指導料の看護師向け診療報酬対象研修と同等の研修を受けた者等）が指導した場合についての評価を行う等、理学療法士が不在の施設においても一定程度の指導管理が提供できるようにすること。また、例えば対象患者は尿失禁を有する者（推定患者数138,000名）、治療期間は12週とする等、医療費の削減に寄与する指導管理を提供できるようにすること。

- 1) 日本排尿機能学会プレスリリース：下部尿路症状に関する疫学調査
- 2) Mitsui T、他：Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: Results of the 2023 Japan Community Health Survey (JaCS 2023)
- 3) 本間之夫、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.
- 4) Pierce H、他：Urinary incontinence, work, and intention to leave current job: A cross sectional survey of the Australian nursing and midwifery workforce
- 5) Kaya S、他：Comparison of different treatment protocols in the treatment of idiopathic detrusor overactivity: a randomized controlled trial
- 6) Dumoulin C、他：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
- 7) Hirakawa T、他：Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training with or without biofeedback for urinary incontinence
- 8) Ouchi M、他：Physical activity and pelvic floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse: a pilot study
- 9) Yoshida M、他：May perioperative ultrasound-guided pelvic floor muscle training promote early recovery of urinary continence after robot-assisted radical prostatectomy?
- 10) Matsunaga A、他：Effectiveness of ultrasound-guided pelvic floor muscle training in improving prolonged urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy
- 11) 巴ひかる：女性骨盤底の診療の実際
- 12) Imamura M、他：Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence
- 13) 中口拓真：腹圧性尿失禁患者への手術に対する骨盤底筋トレーニングの費用対効果の推定—理学療法が保険適用した場合の医療経済評価—
- 14) Linda F、他：Long-term effects and costs of pelvic floor muscle training for prolapse: trial follow-up record-linkage study

1) 骨盤底筋群の位置や機能の正しい理解	<ul style="list-style-type: none"> 骨盤底筋群の解剖と役割をわかりやすく伝える 骨盤模型あるいは骨盤底の図を用いる（3次元で確認できるため骨盤模型のほうが望ましい） 解剖学的な骨盤内臓器と骨盤底筋群の位置を視覚的にわかりやすく説明する 骨盤底筋群が尿失禁維持にどのように関与するかを説明する
2) 患者自身の身体における骨盤底筋群の位置の理解	患者さんの会陰鍵中心（会陰体）、坐骨・恥骨・尾骨を触れながら、位置を説明する
3) 骨盤底筋群の評価と評価結果のフィードバック	<p>表1参照</p> <ul style="list-style-type: none"> PERFECT スキーム（最大筋力、endurance（収縮持続時間）、repetitions（反復回数）、fast twitch（最大収縮の反復回数）、elevation（挙上）、co-contraction（共収縮）、timing（タイミングと協調）） 評価後、骨盤底筋群の収縮状況がうまくできたかどうかを、患者さんへ口頭でフィードバックする。骨盤底筋群の評価内容についての口頭説明
4-1) 骨盤底筋群の正しい収縮方法の習得	骨盤底筋群が適切に収縮できた場合は、会陰部が頭側方向に移動することが会陰部の体表触診で確認できる
4-2) 各個人の骨盤底機能に応じたトレーニングの実施	<ul style="list-style-type: none"> 低負荷→高負荷：収縮回数、頻度、休憩時間 除重力位→抗重力位：臥位（背臥位や側臥位）→四つ這い位→座位→立位 骨盤底筋群の単収縮→機能的な収縮
4-3) 機能的な骨盤底筋トレーニング	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作におけるトレーニング 物を持ち上げる動作、ベッドから移動する動作、くしゃみをするなどの日常生活動作に、正しい骨盤底筋群の収縮を取り入れる。咳嗽などで腹腔内圧が上昇する前に骨盤底筋群を収縮させること（knack）は、機能的骨盤底筋トレーニングの一部である 日常生活動作の例：会話、咳嗽、ジャンプ、階段など 協動的なトレーニング コーディネーショントレーニングとは、他の筋肉や他の筋群（例えば、呼吸に関連する筋群など）と骨盤底筋群を運動させることを意味する
5) ホームエクササイズプログラムの立案	本文参照
6) 再評価・トレーニングの継続	本文参照

大内ふみか、他：骨盤底筋トレーニング指導の実際

図1 骨盤底機能障害に対する理学療法

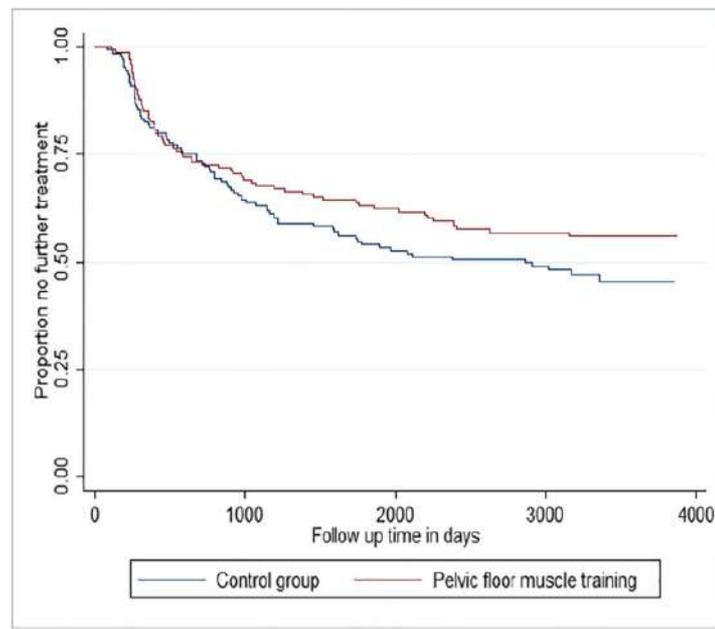


図2 骨盤臓器脱の総費用と骨盤底筋トレーニング

各種ガイドラインで提示されている骨盤底筋トレーニングの推奨のグレード

○女性下部尿路症状診療ガイドライン [第2版]、p.128-134 (※推奨グレードA：行うよう強く勧められる)

推奨グレード：A

骨盤底筋訓練は女性の尿失禁治療の第一選択である。骨盤底筋訓練の方法は様々で、対象とした尿失禁の種類、併用療法の有無、治療期間、評価方法なども報告により異なるが、腹圧性尿失禁に対する有用性を支持する RCT は多く、切迫性、混合性尿失禁にも有効である。副作用はほとんどみられない。バイオフィードバック訓練や膀胱訓練など種々の治療法を組み合わせた方法の有用性を支持する RCT による報告も多い (レベル 1)。

Female (女性) および lower urinary tract symptoms (下部尿路症状), urinary symptoms (排尿症状), overactive bladder (過活動膀胱), かつ pelvic floor muscle training (骨盤底筋訓練), physical therapy (理学療法) をキーワードとして検索し、1,134 編の原著論文を得た。そのうち 2011 年以降における本治療法に関する RCT 10 編を含む 16 編を引用し、女性下部尿路症状診療ガイドライン (第 1 版)⁹⁾ を参考にした。

○過活動膀胱診療ガイドライン [第3版]、p.179-181 (※推奨グレードA：行うよう強く勧められる)

推奨グレード：A

骨盤底筋訓練は非侵襲性から腹圧性尿失禁治療の第一選択と考えられるが、切迫性尿失禁 (過活動膀胱)、混合性尿失禁にも有効である。様々な RCT が報告されているが、骨盤底筋訓練の方法は種々であり、骨盤底筋訓練の性質上から完全な RCT は困難で、対象とした尿失禁の種類、併用療法の有無、治療期間、評価方法なども報告により一致していない。副作用はほとんどみられない。バイオフィードバック訓練や膀胱訓練など種々の治療法を組み合わせた方法の有用性を支持する RCT による報告は多い [レベル 1]。

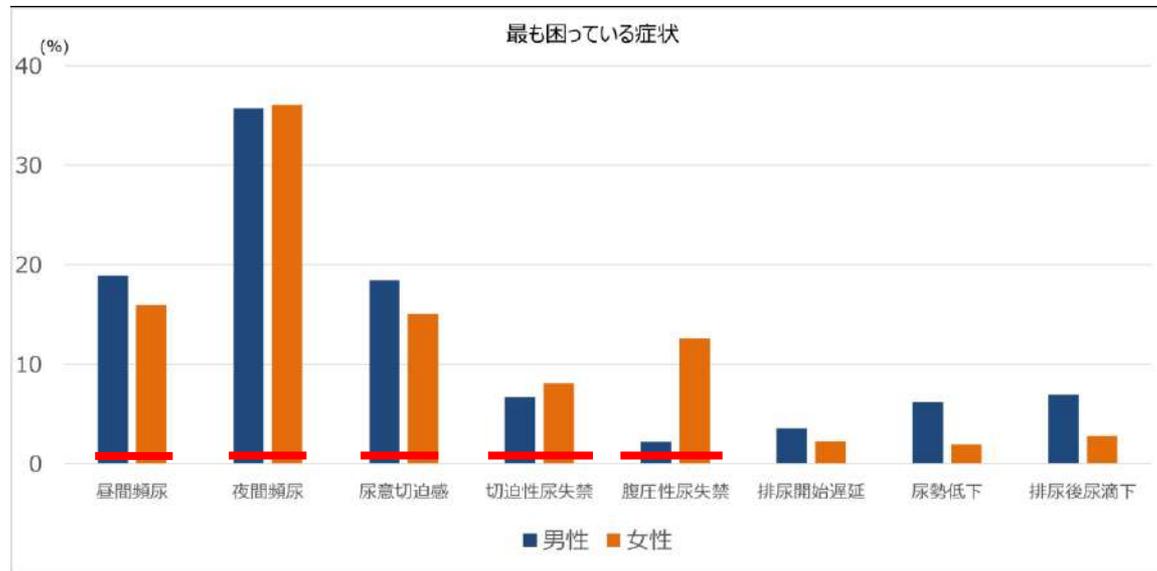
Overactive bladder (過活動膀胱), pelvic floor muscle training (骨盤底筋訓練) をキーワードとして検索し、160 編の論文が抽出され、本治療法の参考となる 2015 年以降の総説 1 編、ガイドライン 1 編、RCT 7 編を引用した。

○高齢者尿失禁ガイドライン、p.17-21 (※証拠の強度A：複数(2 つ以上)の I、II レベルの論文により統計学的に有効とされていた治療法)

腹圧性尿失禁のある女性には、骨盤底筋訓練は有用である。(証拠の強度：A)
切迫性尿失禁のある女性にも、骨盤底筋訓練は有用である。(証拠の強度：A)

本邦における下部尿路症状の有症率

- 男女の約 8 割が何らかの下部尿路症状を有する¹⁻²⁾
- 12.4%に日常生活に影響があるが、実際の受診率は4.9%に留まる¹⁻²⁾
- 男性は頻尿、尿意切迫感、女性では腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、頻尿の割合が多い¹⁻²⁾



引用 1 「下部尿路症状に関する疫学調査(JaCS 2023)」より

対象：本邦の22-99歳の地域在住の男女6,210例（女性3,088名、男性3,122名）

方法：パネル利用によるインターネット調査

※各年代において総務省統計局国勢調査の人口比率に基づき、男女、年代、地域性を考慮し実施

引用：

1. プレスリリース, 「下部尿路症状に関する疫学調査(JaCS 2023)」 <https://www.atpress.ne.jp/news/391738> (2024.05.17閲覧)
2. Mitsui T, Sekido N, et al. Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: Results of the 2023 Japan Community Health Survey (JaCS 2023).Int J Urol, 2024 Mar 21. doi: 10.1111/iju.15454.

生活の質 (Quality of life: QOL) への影響

- 腹圧性・切迫性尿失禁、頻尿はQOLへ影響する割合が高い³⁾
- 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⁴⁾

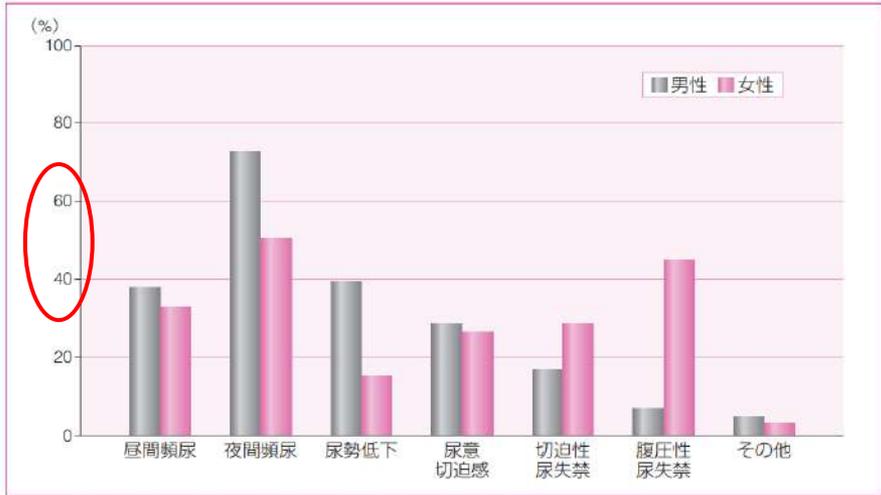
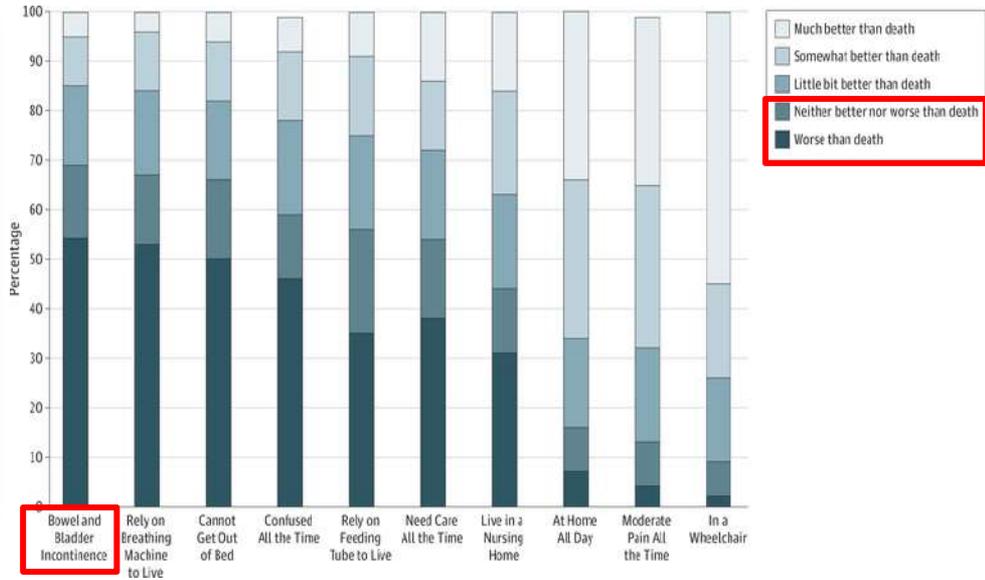


図3 本邦における下部尿路症状の日常生活への影響¹⁾
日常生活に最も影響する症状について複数選択で解答を求めた。



対象：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

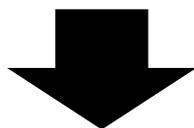
対象：本邦の男女4,570名 (平均年齢61歳)
方法：自記式アンケートにより調査

引用：
3. 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.
4. Rubin EB, Buehler AE, et al.: States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses. JAMA Intern Med. 2016; 176: 1557-1559.

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⁵⁾

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：

5. 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.

骨盤底筋トレーニングは医療専門職の監督下による個別介入が必要

- 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・混合性尿失禁を有する患者に対して、推奨Grade Aである⁶⁻⁷⁾
- NICEガイドライン、EAUガイドライン：理学療法士や医療専門家が監督すべきである⁸⁻⁹⁾
- 腹圧性尿失禁患者に対する医療専門職の監督下における外来指導は有意に治癒率が高い¹⁰⁾

Table 3 Pad test and leakage diary data of the study groups after 3 months of treatment
10) より

Variable	Outpatient PFMT group (n = 28), n (±SD)	Home PFMT group (n = 28), n (±SD)	p**
Pad test: weight			
Baseline (g)	18.3 (±25)	21.5 (±40.2)	
Three months of treatment (g)	3.1 (±6.2)	12.8 (±30.7)	0.031
p*	<0.001	<0.001	
Leakage diary: episodes of leakage			
Baseline	1.6 (±1.6)	1.7 (±1.9)	
Three months of treatment	0.6 (±0.9)	1.4 (±2.4)	0.703
p*	0.001	0.049	

PFMT pelvic floor muscle training
*Wilcoxon test
**Mann-Whitney U test

自宅での骨盤底筋トレーニング群より
外来指導群のほうが有意に治癒率が高い

引用：
 6. 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.
 7. 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.
 8. NICE guideline, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/chapter/Recommendations>
 9. European Association of Urology Guidelines on Urinary Incontinence in Adults 2020, <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2020.pdf>
 10. Fitz FF, Gimenez MM, et al. Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: a randomised control trial comparing home and outpatient training. Int Urogynecol J 2020;31:989-998

前立腺全摘除術後尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの効果

- 前立腺全摘除術後の尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングは、推奨Grade Aである¹¹⁾
- 術前より骨盤底筋トレーニングを行うほうが、術後1か月、3ヶ月時点の尿禁制率が有意に良好である¹²⁾

術後の骨盤底筋トレーニングは
短期・中期・長期成績のすべてで有用
13) より

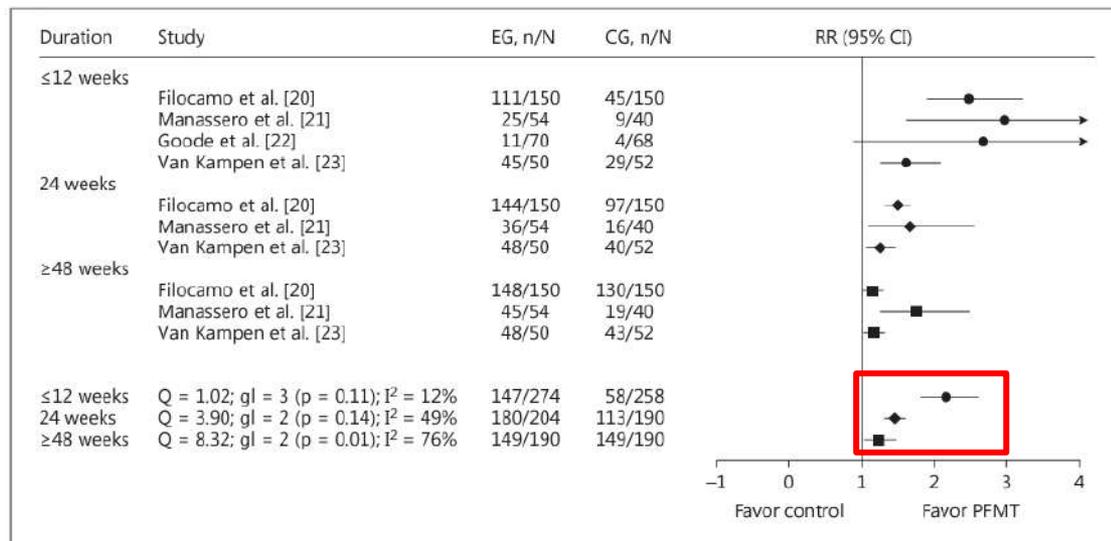


Fig. 2. Effects of PFMT on continence rate. EG = Experimental group; CG = control group.

引用：

- 日本泌尿器科学会: 男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン. リッチヒルメディカル, 東京. 2017, pp. 98-101.
https://www.urol.or.jp/lib/files/other/guideline/27_lower-urinary_prostatic-hyperplasia.pdf.
- Centemero A, Rigatti L, Giraud D, Lazzeri M, Lughezzani G, Zugna D, Montorsi F, Rigatti P, Guazzoni G. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomised controlled study. *Eur Urol* 2010; 57: 1039-1043
- Fernández RA, García-Hermoso A, Solera-Martínez M, Correa MT, Morales AF, Martínez-Vizcaíno V. Improvement of continence rate with pelvic floor muscle training post-prostatectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Urol Int* 2015; 94: 125-132

女性の下部尿路症状に対する薬物療法と理学療法の併用の有用性

・切迫性尿失禁等の症状がある過活動膀胱患者に対する理学療法と薬物療法の併用は薬物療法単独よりも有意に尿流動態検査における改善、排尿回数・尿失禁回数の減少が得られる¹⁴⁾

対象：排尿筋過活動の症例46名

方法：①理学療法群（15名）

②薬物療法群（15名）

③理学療法+薬物療法併用群（16名）

3群を比較したRCT

➡ 理学療法群および理学療法+薬物療法併用群のほうが、薬物療法単独群より

有意に

尿流動態検査における改善（最大膀胱容量の増加）

排尿回数の減少

尿失禁回数の減少

引用：

14. Kaya S, Akbayrak T, et al: Comparison of different treatment protocols in the treatment of idiopathic detrusor overactivity: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2011; 25:327-338

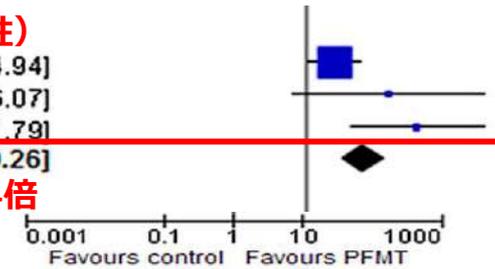
諸外国における骨盤底筋トレーニングに対する効果

- 全ての尿失禁タイプ¹⁵⁾に対して、無治療に比べて5.34倍完治する¹⁵⁾

● 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



引用：

15. 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.

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¹⁶⁾

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：

16. 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）

- 骨盤底筋トレーニングは、骨盤臓器脱患者における頻尿、腹圧性尿失禁、排便障害、排尿後尿失禁を有意に改善¹⁷⁾

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	<i>p</i> value ^a
Going to the toilet to pass urine very often 頻繁にトイレに行く	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 膺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)	
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

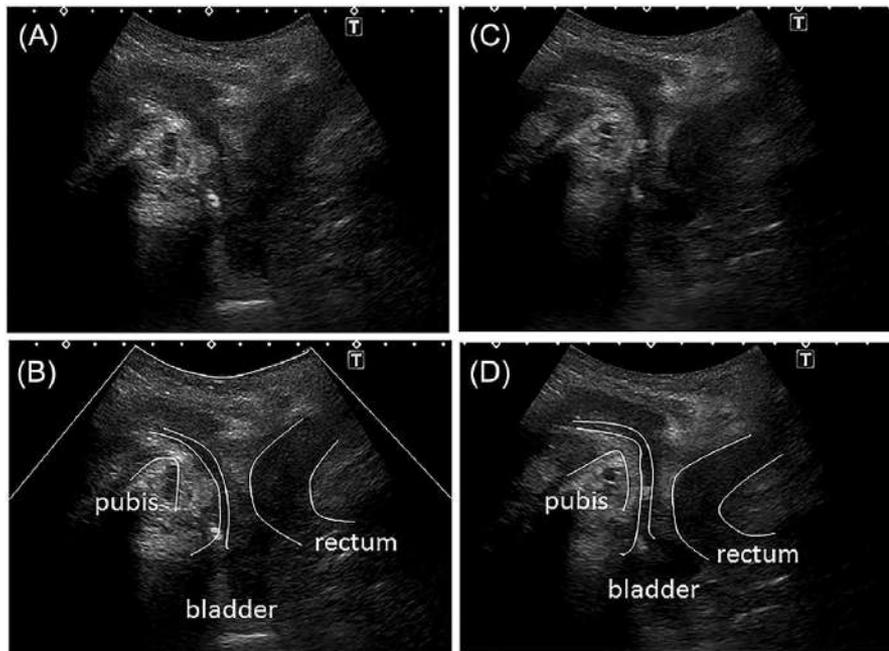
^a Chi-squared test

引用：

17. 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.

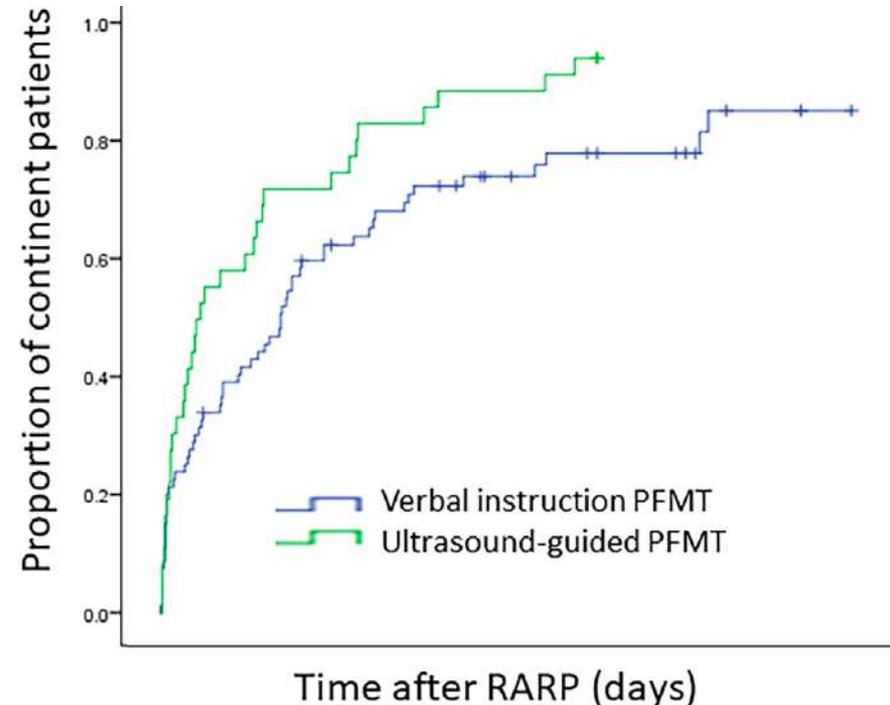
本邦における骨盤底筋トレーニングに対する効果（3）

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後の男性患者において、経会陰超音波を用いた術前からの骨盤底筋トレーニングは、早期尿禁制獲得を促進¹⁸⁾



(A, B) : 安静時

(C, D) : 収縮時



対象：ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後の男性患者

方法：経会陰超音波を用いて術前から骨盤底筋トレーニングを行う群（36名、平均66歳）、口頭指導により骨盤底筋トレーニングを行う群（80名、平均66歳）に群分けし、骨盤底筋トレーニングの効果について検討

引用：

18. Yoshida M, Matsunaga A, et al.: May perioperative ultrasound-guided pelvic floor muscle training promote early recovery of urinary continence after robot-assisted radical prostatectomy? *Neurourol Urodyn.* 2019; 38(1): 158-164.

本邦における骨盤底筋トレーニングに対する効果（4）

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後に1年以上腹圧性尿失禁が持続している男性患者に対する経会陰超音波を用いた骨盤底筋トレーニングは、実施前よりも実施後において、骨盤底筋筋力、失禁回数、QOLを有意に改善¹⁹⁾

Table 3. Changes in PFM strength, amount of urinary incontinence per day, and QOL before and after the US-guided PFMT

Variable	Before	After	<i>p</i>
Frequency of PFM contraction (times) 骨盤底筋筋力	7.5 ± 2.5	10.0 ± 0	< 0.001
Duration of keeping contraction (sec)	2.6 ± 1.8	9.0 ± 1.9	0.017
Total urine leakage (g) 尿失禁量	397.0 ± 427.0	248.6 ± 280.6	0.024
QOL*			
I-QOL 生活の質	61.0 ± 19.0	72.1 ± 16.8	< 0.001

Mean ± standard deviation. Paired *t* test. *QOL: quality of life; US: ultrasound; PFM: pelvic floor muscle; PFMT: pelvic floor muscle training; I-QOL: Incontinence-QOL.

対象：ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後に1年以上腹圧性尿失禁が持続している男性患者
(30名、平均72歳)

方法：経会陰超音波を用いた12週間の骨盤底筋トレーニング効果について検討

引用：

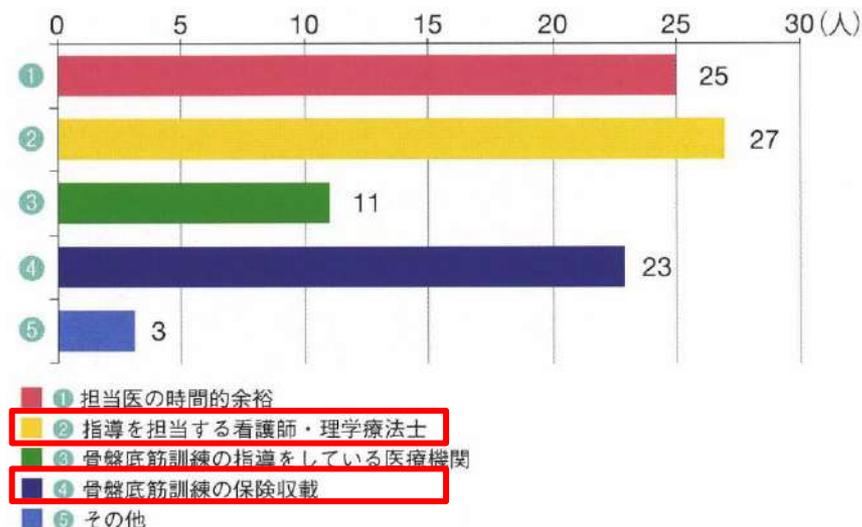
19. Matsunaga A, Yoshida M, et al.: Effectiveness of ultrasound-guided pelvic floor muscle training in improving prolonged urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy. Drug Discov Ther. 2022; 16(1): 37-42.

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」のみ²⁰⁾
- 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²¹⁾

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：

20. 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.

21. 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.

骨盤底筋トレーニングと医療費(1)

- 腹圧性尿失禁を有する女性において、骨盤底筋トレーニングを実施した方が、手術（生活習慣に対する指導含む）のみの治療に対して費用対効果（QALYs/ ICER）が高い²²⁾

TABLE 64 Base-case results of costs and effects using cure rates from the mixed-treatment model

Strategy	Cost (£)	Incremental cost (£)	QALYS	Incremental QALY	ICER
LS–PFMT extra sessions–TVT	1644		16.20		
LS–PFMT extra sessions–SNRI–TVT	1727	82	16.06	–0.13	Dominated
LS–PFMT basic–PFMT extra sessions –TVT	1758	113	16.02	–0.17	Dominated
LS–PFMT basic –PFMT extra sessions–SNRI –TVT	1842	197	15.89	–0.3	Dominated
LS–PFMT basic–TVT	1886	242	16.03	–0.17	Dominated
LS–TVT	1973	328	16.08	–0.12	Dominated
Results without dominated and extendedly dominated options					
LS–PFMT extra sessions–TVT	1644		16.20		

LSとTVTの治療にPFMTを加えることで、最も安価な治療費で、最も高い効果を得る可能性がある。

LS : 生活習慣に対する指導, PFMT : 骨盤底筋トレーニング (basic : 6セッションまで, extra sessions : 12セッションまで) , TVT : tension-free vaginal tape, SNRI : セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

引用 :

22. Imamura M, Abrams P, et al: Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technology Assessment 2010; Vol. 14: No. 40 45

骨盤底筋トレーニングと医療費(2)

- **腹圧性尿失禁に対する理学療法を保険適用と想定した場合、手術と骨盤底筋トレーニングの費用対効果は、手術のほうが12,458円/人、多い²³⁾**
- **理学療法士による骨盤底筋トレーニングは手術より費用対効果が高い²³⁾**

対象と方法：

手術または骨盤底筋トレーニングの効果はメタ解析で報告されているものを採用
(手術83%、PFMT 56.1%)

各種費用（診療ガイドラインより）：

・手術：384,000円

・骨盤底筋トレーニング：48,510円

(基本料710円に2単位分の運動器リハビリテーション料（I）を11回継続した金額）

効果指標：治癒率 手術83%；骨盤底筋トレーニング56.1%

中等度や重度の尿失禁患者：手術のほうが1年後の症状は良好
軽度の尿失禁患者：理学療法を適応すべき

引用：

23. 中口拓真：腹圧性尿失禁患者への手術に対する骨盤底筋トレーニングの費用対効果の推定—理学療法が保険適用した場合の医療経済評価—.PTジャーナル,52(12)1182-1185,2018.

骨盤底筋トレーニングと医療費(3)

- 骨盤底筋トレーニングは、介入後10年以上にわたる骨盤臓器脱の総費用に有意な差をもたらすものではなかったが、骨盤底障害による入院治療を必要とする長期的なリスク全体を減少させる²⁴⁾

対象：骨盤臓器脱を有する女性患者293名（25～79歳）

方法：骨盤底筋トレーニング群（144名）

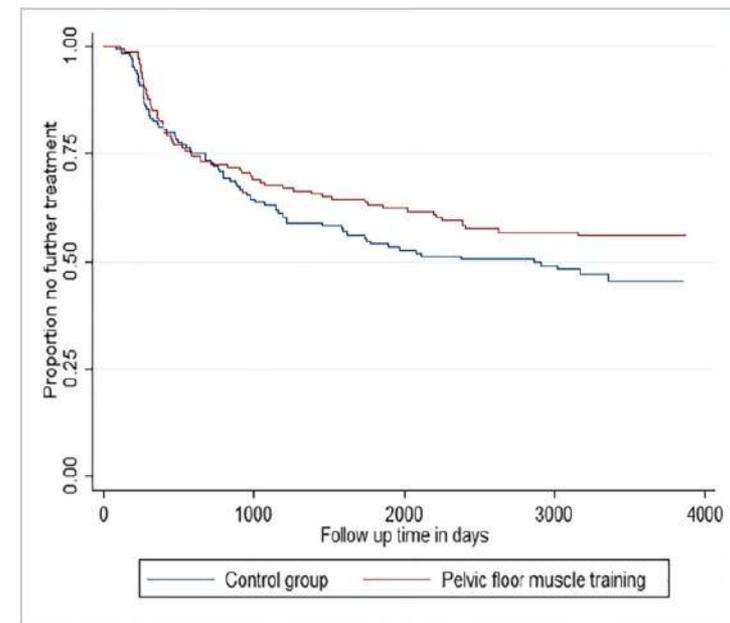
コントロール群（135名）

11年間追跡調査を実施し、長期的な医療費を推定

【入院治療の総額】

骨盤底筋トレーニング群 £163,267

コントロール群 £184,748



引用：

24. Linda F, Catherine B, et al: Long-term effects and costs of pelvic floor muscle training for prolapse: trial follow-up record-linkage study. Int Urogynecol J,34(1):239-246,2023

尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの推定患者数(1)

○ 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^{①)}

引用) 女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版

尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの推定患者数(2)

○ 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	24.0–26.8
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.

尿失禁に対する骨盤底筋トレーニングの推定患者数(3)

○ 産後女性

案①：約6.9万人

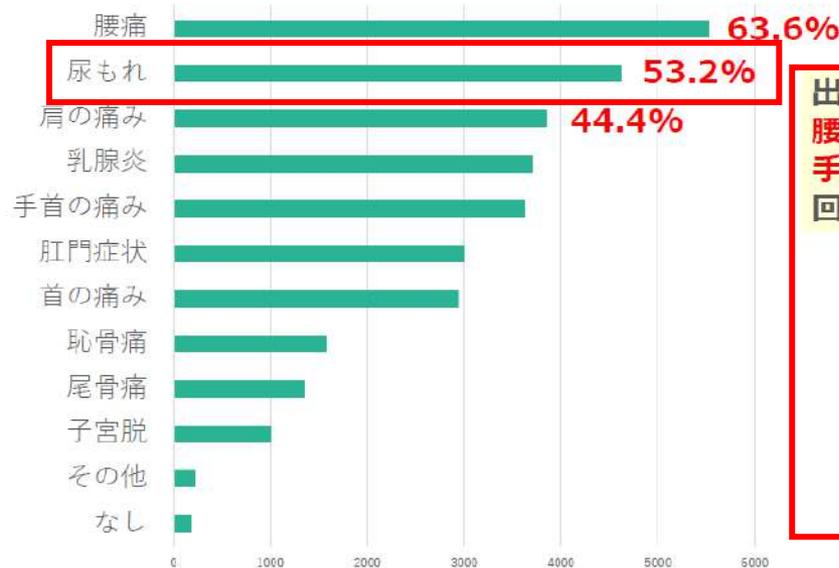
・案①：

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^①を有するものは**15%**（添付資料5）であった。

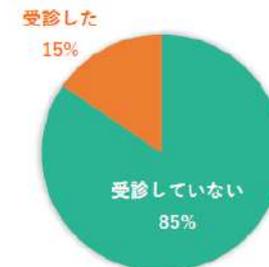
厚生労働省が発表している令和2年1～12月の**妊娠届出数の合計は871,598件**であったことから、推定患者数は87万人（本邦における1年間の妊娠届出数の概算）×53%（産後の尿失禁有訴率）×15%（身体症状のために医療機関を受診したものの割合）＝**約6.9万人**となる。

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

4)-(3) 待機的に心臓血管外科手術または経カテーテル大動脈弁置換術を実施する フレイルを有する心血管疾患高齢者に対する術前運動指導料

現状

- 心大血管リハビリテーション料の対象患者（別表第9の4）は、「1 急性期心筋梗塞、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、2 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性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」となっている。

課題

- 心臓血管外科手術は、手術技術や周術期管理の向上により、対象が高齢者に拡大しており、術前フレイルの有病率は、心臓手術で19%¹⁾、血管手術で29%²⁾、経カテーテル大動脈弁置換術で35-74%³⁾とされている。
- フレイルを呈している高齢者は、術後に日常生活活動能力の低下¹⁾や再入院⁴⁾となるリスクが高く（図1）、結果的に医療費や介護給付費の増加が懸念される。
- しかし、本邦では心臓血管外科術が予定されている患者に対して、術前という要件のみでは疾患別リハビリテーション料を算定することが出来ず、術前には左室駆出率やNT-proBNPといった心大血管リハビリテーション料の算定基準を満たすような心不全を併発していない患者も一定数存在することから、心臓血管外科手術や経カテーテル大動脈弁置換術を実施する患者に対する術前の理学療法が普及していない。

<理学療法の効果>

- 心臓血管外科手術前に術前の運動指導を実施することで、術後の合併症を予防し、集中治療室滞在日数や入院期間を短縮させ、身体機能の低下を予防し、予後を改善できる効果が期待できる。
- 心臓手術前の運動療法の効果を検討したシステマティックレビューおよびメタアナリシスでは⁵⁻¹⁰⁾、運動療法を実施した群は、対照群と比較して、術後の集中治療室滞在日数や入院期間が短く、心房細動や呼吸器合併症の発生率が少なく、QoLや身体機能が良好であった【参考資料①】。
- 腹部大動脈瘤の待機手術前の運動療法の効果を検討したシステマティックレビューおよびメタアナリシス¹¹⁻¹²⁾では、運動療法を実施した群は、対照群と比較して、術後の無気肺や心・腎合併症の発生率が少なく、運動耐容能（最高酸素摂取量）の改善が報告されている【参考資料②】。

<ガイドラインにおける認識>

- 経カテーテル大動脈弁置換術の周術期や腹部大動脈瘤の待機手術前の術前介入については、各種ガイドライン【参考資料③】でも推奨クラスIに位置づけられている。
- 経カテーテル大動脈弁置換術患者の術前では、ADLの維持や栄養介入、フレイル・生活機能評価が主体であり、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で、その考え方が簡潔にまとめられている（図2）¹³⁾。

<医療費削減効果>

- 術前介入の医療費は、入院期間の短縮によって実現される医療費削減によって相殺されて余りあることが見込まれる。術前介入の費用対効果は入院期間が1日短縮されると、患者1人あたり1日あたり約133ドルの純コスト削減になり得るとされている¹⁴⁾。

<具体的な内容>

- 術前運動指導は、有酸素運動や身体活動に対する指導が主体であるが、疾病に対する教育も含まれる⁷⁾。
- 手術適応の高齢者は、心不全や心筋虚血、重篤な不整脈を呈するリスクが高いため、心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準に従った管理体制が必要と考えられる。

4)-(3) 待機的に心臓血管外科手術または経カテーテル大動脈弁置換術を実施するフレイルを有する心血管疾患高齢者に対する術前運動指導料

要望

- 待機的に心臓血管外科手術または経カテーテル大動脈弁置換術を実施するフレイルを有する心血管疾患高齢者に対する術前運動指導料についての評価（仮称・術前運動指導料）を要望する。
- <術前運動指導料（仮称）の概要>
- 対象・疾患：待機的な心臓血管外科手術（冠動脈バイパス術や弁置換術など）または経カテーテル大動脈弁置換術が予定されているフレイルを有する心血管疾患高齢者
- 内容：身体機能および日常生活活動能力の維持を目的とした筋力トレーニング・歩行練習などの運動指導
- 頻度：1日あたり1時間、1週3時間（入院中の患者以外の心大血管疾患リハビリテーション料の基準に従う）
- 期間：手術の1カ月前から手術前日まで
- または、心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者に、「待機的に心臓血管外科手術または経カテーテル大動脈弁置換術が予定されており、フレイルを呈している患者」を追加すること。その場合、治療期間は1か月とし、医療費の削減に寄与する治療を提供するものとする。

- 1) Hori K, et al. Circ J. 2023;87(8):1112-9.
- 2) Donald GW, et al. J Vasc Surg. 2018;68(5):1382-9.
- 3) Afilalo J, et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(6):689-700.
- 4) Miles TJ, et al. JTCVS Open. 2024;20:14-25.
- 5) Snowdon D, et al. J Physiother. 2014;60(2):66-77.
- 6) Marmelo F, et al. Eur J Prev Cardiol. 2018;25(4):404-17.
- 7) Yau DKW, et al. Ann Phys Rehabil Med. 2021;64(2):101391.
- 8) Steinmetz C, et al. Am J Phys Med Rehabil. 2023;102(4):323-30.
- 9) Zheng YT, et al. BMC Cardiovasc Disord. 2020;20(1):2.
- 10) Hulzebos EH, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11(11):CD010118.
- 11) Kato M, et al. J Vasc Surg. 2019;69(3):933-43.
- 12) Wee IJY, Choong A. J Vasc Surg. 2020;71(6):2123-31 e1.
- 13) 日本循環器学会、他：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 [2020年改訂版]。P53
- 14) Arthur HM, et al. Ann Intern Med. 2000;133(4):253-62.

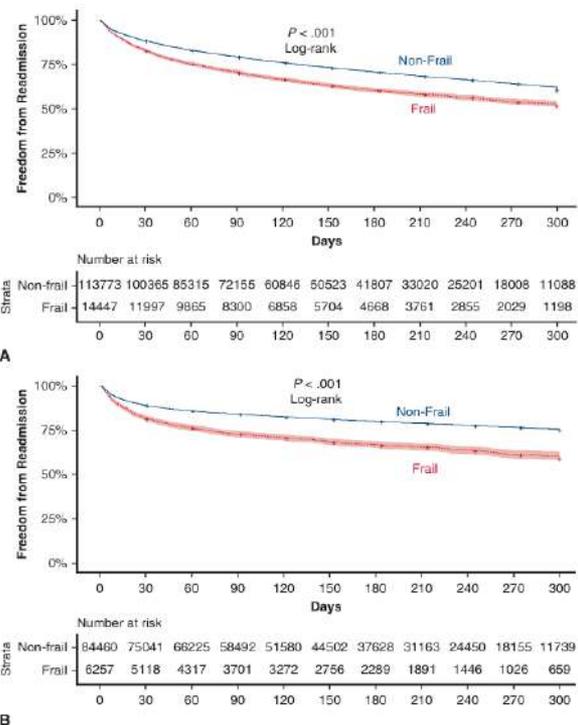
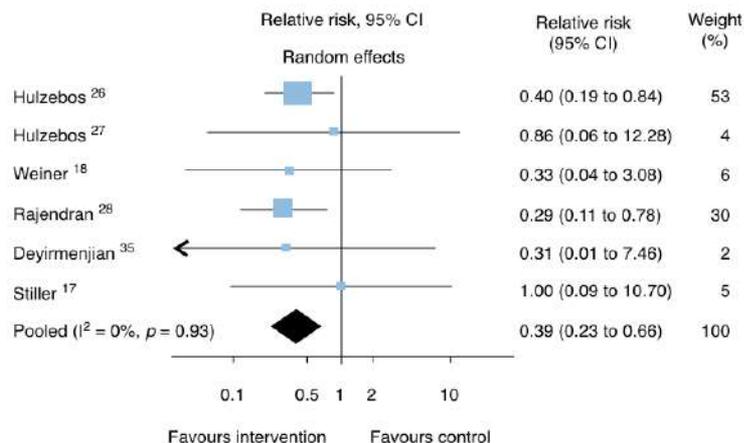


図1 大動脈弁置換術患者におけるフレイルの有無での再入院率 (A: 開胸手術、B: カテーテル治療)

	TAVI 前	術後急性期	回復期	維持期
問題	<ul style="list-style-type: none"> 高リスク高齢者 大多数はフレイル 活動の制限 	<ul style="list-style-type: none"> 周術期管理 (麻酔・鎮痛) 集中治療後症候群 (せん妄・認知機能障害など) 	<ul style="list-style-type: none"> 回復途上のままの退院 (術後合併症、身体機能) 	<ul style="list-style-type: none"> 術前の生活習慣の継続 身体機能の低下
目標	<ul style="list-style-type: none"> ADLの維持 栄養状態改善 	<ul style="list-style-type: none"> 早期離床 術前ADLの再獲得 生活機能の再獲得 	<ul style="list-style-type: none"> フレイルなし → 運動耐容能向上 フレイルあり → 筋力・バランス向上 生活機能の定着化 二次的合併症 (転倒など) の回避 	<ul style="list-style-type: none"> QOLの維持と向上 地域医療福祉との連携 多職種との連携
対応	<ul style="list-style-type: none"> フレイル評価 栄養介入 生活機能評価 信頼関係の構築 退院先および退院後の社会サービス検討 	<ul style="list-style-type: none"> 円滑な早期離床 ADL拡大 運動耐容能の改善 	<ul style="list-style-type: none"> フレイルなし 歩行距離延長 有酸素運動 筋力トレーニング フレイルあり 筋力トレーニング バランストレーニング 歩行練習 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅運動療法 活動範囲の拡大 余暇活動の充実 フレイルの定期的評価による悪化患者への対応 回復期リハビリテーション病院や在宅医療、介護保険のサービス、民間運動施設や自治体などが連携

図2 経カテーテル大動脈弁置換術患者におけるリハビリテーションの役割

■ 術後呼吸器合併症



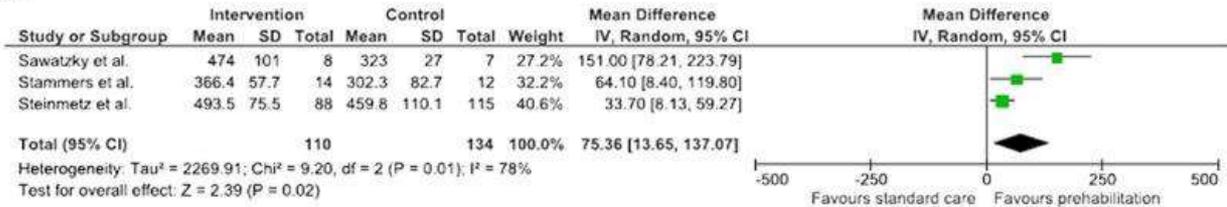
➤ **術前介入により、術後呼吸器合併症の発生リスクが61%減少した**(RR = 0.39, 95%CI[0.23, 0.66])⁵⁾。

5) Snowdon D, et al. J Physiother. 2014;60(2):66-77.

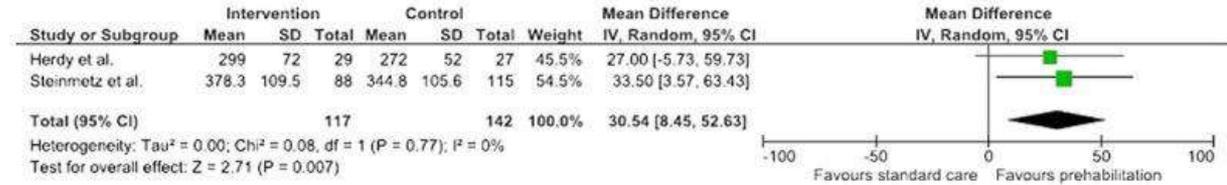
図. 術前介入が術後肺合併症に及ぼす影響に関する6研究の相対リスク (95%CI) (n=661)

■ 身体機能

3.1



3.2



(上図) **術前介入群は、対照群と比較し介入後の6分間歩行距離(以下、6MWD)に有意な改善を認めた** (pooled MD = 75.36m, 95%CI[13.65, 137.07], P=.02)⁷⁾。

(下図) **術前介入群は、対照群と比較し手術後の6MWDに有意な改善を認めた** (pooled MD = 30.54m, 95%CI[8.45, 52.63], P = .007)⁷⁾。

上図. 介入後の6MWDに対するプレハビリテーションと標準治療の効果のフォレストプロット
下図. 手術後の6MWDに対するプレハビリテーションと標準治療の効果のフォレストプロット

7) Yau DKW, et al. Ann Phys Rehabil Med. 2021;64(2):101391.

【参考資料②】 腹部大動脈瘤の待機手術前の運動療法の効果

■ 運動耐容能¹¹⁾

➤ 腹部大動脈瘤患者に対し、運動トレーニングを実施した患者は通常の治療と比較して最大酸素摂取量が有意に増加した (pooled MD = 1.67mL/kg/min, 95%CI[0.69-2.65], P<.001) ¹¹⁾。

11) Kato M, et al. J Vasc Surg. 2019;69(3):933-43.

Study or Subgroup	Mean Difference	SE	Exercise Usual care		Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI	Year
			Total	Total			
Myers 2010	2.9	1.8011	26	31	6.8%	2.90 [-0.63, 6.43]	2010
Tew 2012	1.7	2.3266	11	14	4.3%	1.70 [-2.86, 6.26]	2012
Myers 2014	1.9	1.0408	72	68	16.7%	1.90 [-0.14, 3.94]	2014
Barakat 2016	2.8	0.699	62	62	27.9%	2.80 [1.43, 4.17]	2016
Tew 2017	0.5	0.6021	27	26	32.4%	0.50 [-0.68, 1.68]	2017
Lima 2018	1.2	1.301	33	32	11.9%	1.20 [-1.35, 3.75]	2018
Total (95% CI)			231	233	100.0%	1.67 [0.69, 2.65]	

Heterogeneity: Tau² = 0.41; Chi² = 6.98, df = 5 (P = 0.22); I² = 28%
 Test for overall effect: Z = 3.35 (P = 0.0008)

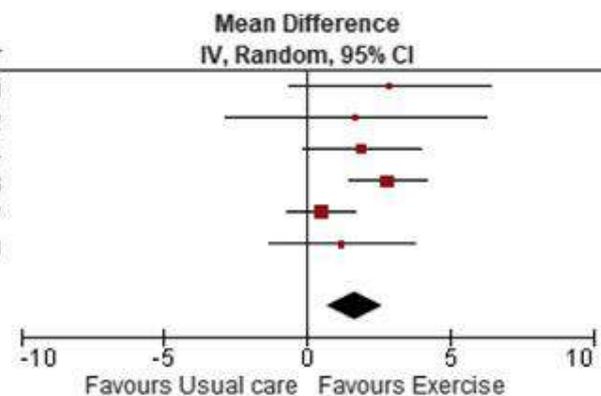


図. 腹部大動脈瘤 (AAA) 患者における運動訓練と通常ケアの最大酸素摂取量の変化を比較するフォレストプロット

【参考資料③】各種ガイドラインで提示されている心臓血管外科手術前運動療法の推奨のグレード

○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 [2020年改訂版]、p.52、60 (※推奨クラス I：手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがある、あるいは見解が広く一致している。)

表 41 経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI) 前後の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
周術期に心臓リハビリテーションを行う。	I	C	B	I
フレイルが疑われる患者に対してフレイルの評価を考慮する。	Ila	C	C1	V

TAVI前にはフレイルや栄養状態、生活機能を評価しつつ、患者と信頼関係を構築し、今後予測される退院後の地域連携や社会サービスを早めに検討しておく。

表 47 大動脈疾患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
腹部大動脈に対する侵襲的治療の術前において、循環動態を監視しつつ、心肺機能の強化と術後予後の改善を図る目的で運動療法、呼吸リハビリテーションを行う。	I	A	B	I

○大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン [2020年改訂版]、p.170

(※推奨クラス I：手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがある、あるいは見解が広く一致している。)

表 64 大血管周術期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
腹部大動脈瘤の術前に循環動態を監視しつつ、心肺機能の強化を図る目的で運動療法を行う ¹⁸²⁶⁻¹⁸²⁹⁾ 。	I	A

待機的手術前のリハビリテーションの主たる目的は、術後急性期合併症の回避と早期の社会復帰の実現である。一般に大動脈疾患患者は心臓手術患者より高齢であり、喫煙歴を背景とする閉塞性肺疾患の合併が多い^{1831, 1832)}。術前から運動習慣のある患者ではより早期に離床できることが報告されており¹⁸³³⁾、術前の禁煙、理学療法と運動プログラムは呼吸機能を改善し¹⁸³⁴⁾、術後合併症の減少に寄与する。開胸・開腹手術前の呼吸器リハビリテーションが呼吸機能を改善し、術後呼吸器合併症を減少させるという RCT のエビデンスが複数存在しており、推奨される¹⁸³⁵⁻¹⁸⁴²⁾。とくに、COPD 合併例や術前呼吸機能検査で異常のある症例に推奨される。

5)-(1) 糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進

現状

- B001-27 糖尿病透析予防管理料の注4より、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算される。
- B001-3 生活習慣病管理料について、「総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされており、理学療法士は明記されていない。

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。

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。
- 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。

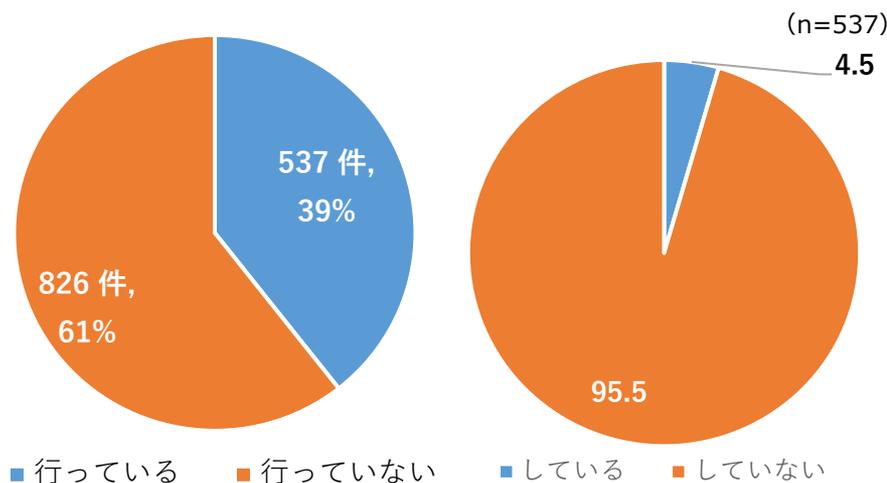


図1：糖尿病性腎症患者に対する理学療法の実施状況

図2：糖尿病透析予防指導管理料の透析予防診療チームへの参加状況

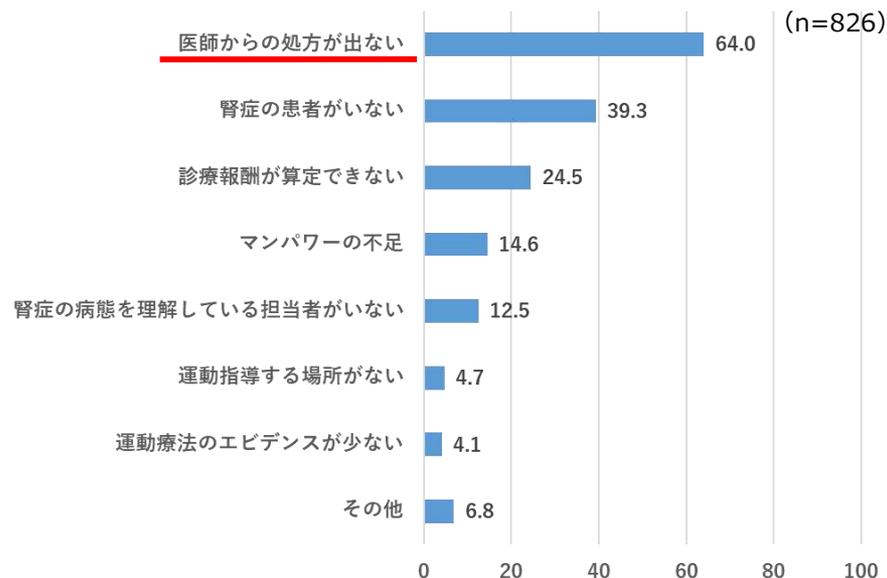


図3：腎症患者に対する理学療法に関わりをもっていない理由（複数回答可）

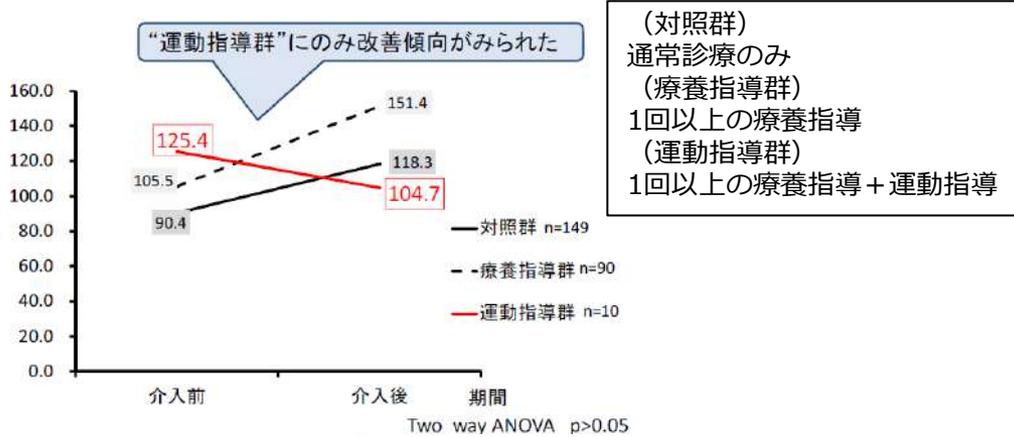
糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進 (参考資料：理学療法士の介入)

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

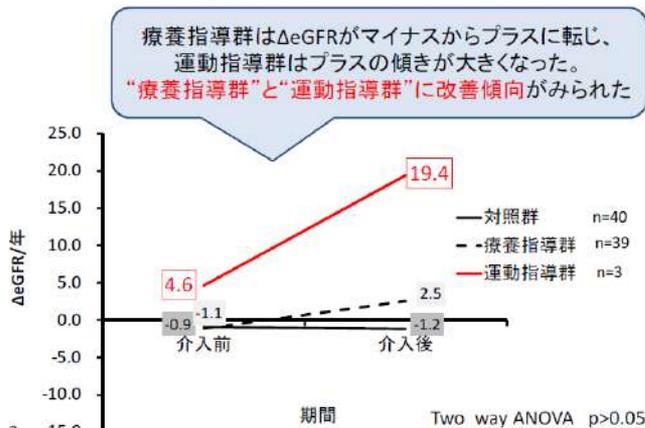
○ 糖尿病透析予防チームに理学療法士が参画し、運動指導を実施することで、eGFRやCrの維持に寄与している。

対象：糖尿病性腎症患者のうちII・III期
評価：介入前後の $\Delta eGFR$ 、Alb/Cre比
各数値は介入前および介入後6か月の平均値を算出

Stage II期におけるAlb/Cre比の変化



III期における $\Delta eGFR$ の変化



電子カルテ内で指導記録をリレー 金沢大学附属病院の糖尿病透析予防指導の流れ



運動指導を多く実施した症例で CrやeGFRは維持される傾向を認めた

※2017年のeGFR<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

5)-(2) 循環器病の再発および重症化予防の推進

現状

- 近年、慢性期における心血管疾患リハビリテーションは、多職種によるチーム医療により展開される包括的疾患管理プログラムが有用とされているが、急性期病院から「入院および/または外来心臓リハビリテーションに紹介された心不全患者の割合」は低い。

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患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、疾患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。

要望

- 心不全等の再発予防及び再入院予防の観点から重要であることから、心不全等により入院し、リハビリテーションを行っていた患者に対し、外来で多職種による疾患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。

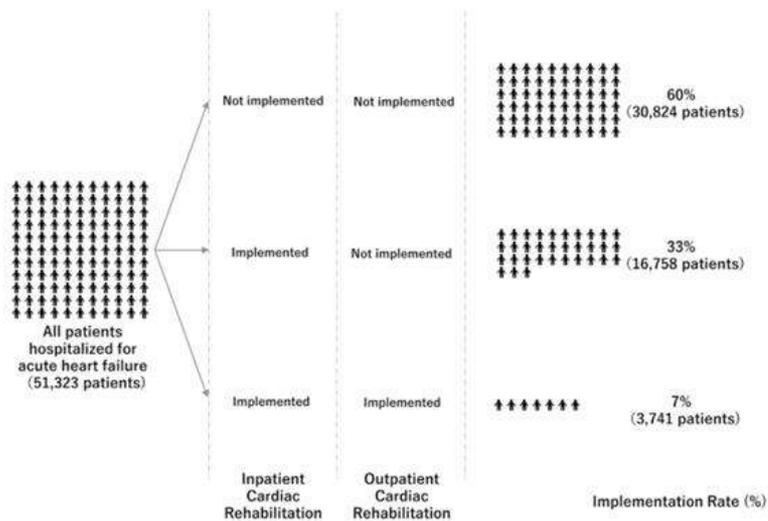
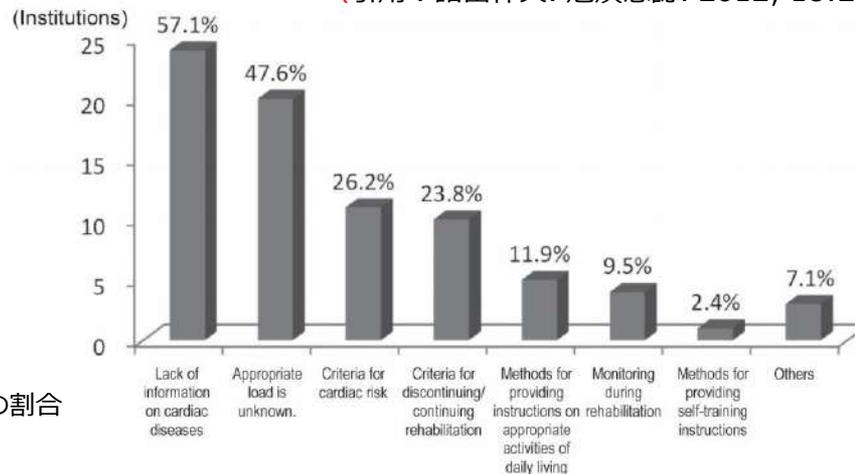


Figure 3. Percentages of heart failure patients referred for inpatient and/or outpatient cardiac rehabilitation.

- 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%) (引用：諸富伸夫. 冠疾患誌. 2012; 18:215-219)



入院および/または外来心臓リハビリテーションに紹介された心不全患者の割合

引用：Circulation Journal Circ J 2019; 83 : 1546 - 1552

【参考資料①】 心血管疾患におけるリハビリテーションのエビデンス

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

表 97 心臓リハビリテーションにおける職種間連携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
医師、看護師、理学療法士または作業療法士およびその他も含めた多職種チームにより行う。	I	C	A	III

表 104 心臓リハビリテーションの医療経済評価に関するエビデンス

	急性期	慢性期
施設介入	<p>長期にわたる介入により、患者の健康度（効用値、生存年）が改善、または医療費が低減するため、費用対効果に優れている。</p> <p>（通常の運動療法・教育・カウンセリング）</p> <p>主な事例⁹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> 研究デザイン：RCT、評価期間2年間 対象：急性心筋梗塞などの血行再建術、204例 方法：心臓リハビリテーション追加（対照群：一般診療のみ） 評価指標：質調整生存年と医療費など 結果：ICER = -640 \$/QALY 	<p>患者の健康度（QOL、生存年など）が改善、または医療費が低減するため、費用対効果に優れている。</p> <p>（通常の運動療法・教育・カウンセリング）</p> <p>主な事例²⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> 研究デザイン：RCT、評価期間10年間 対象：慢性心不全、297例 方法：心臓リハビリテーション追加（対照群：一般診療のみ） 評価指標：生命予後（LY）と医療費など 結果：費用対効果分析 = 1,729 \$/LY
遠隔介入	<p>施設介入とのコンビネーションの下に、大規模に展開することで、地域の疾病負担への介入の費用対効果を向上させる。</p> <p>（telerehabilitation、在宅介入を一部含む）</p> <p>主な事例¹¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> 研究デザイン：RCT、評価期間1年間 対象：心筋梗塞、狭心症など治療後の退院、151例 方法：遠隔介入（対照群：施設介入） 評価指標：質調整生存年と医療費など 結果：ICER = 483,608€/QALY（モデル推計） 	<p>施設介入とのコンビネーションの下に、継続的に展開することで、地域の疾病負担への介入の費用対効果を向上させる。</p> <p>（在宅介入を一部含む）</p> <p>主な事例²⁸⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> 研究デザイン：RCT、評価期間0.5年間 対象：慢性心不全、126例 方法：遠隔介入追加（対照群：施設介入） 評価指標：peak $\dot{V}O_2$、質調整生存年と医療費など 結果：peak $\dot{V}O_2$（終了時）：20 ± 6 vs. 24 ± 8 mL/（min・kg）、ICER = -3,993€/QALY（モデル推計）

心臓リハビリテーションを実施することにより、結果として医療経済効果が見込まれるため、そのように表としてまとめた。

表 98 心臓リハビリテーションに携わるスタッフの役割分担

	役割	職種
施設長	施設の経営・運営管理責任	循環器科医師
運動療法	運動プログラム作成 運動指導者への指導	理学療法士、作業療法士、看護師、健康運動指導士など 運動指導者
	運動プログラム実施	理学療法士、作業療法士、看護師、健康運動指導士など 運動指導者
食事療法	食事指導	管理栄養士、看護師
服薬	服薬指導	薬剤師、看護師
コンサルテーション	禁煙指導 ストレス管理などの指導	看護師 臨床心理士/公認心理師など
	社会資源の活用	ソーシャルワーカー
検査	冠危険因子の検査 心肺運動負荷試験の実施	臨床検査技師

6)-(1) 年齢によらない障害児・者へのリハビリテーションの提供

現状

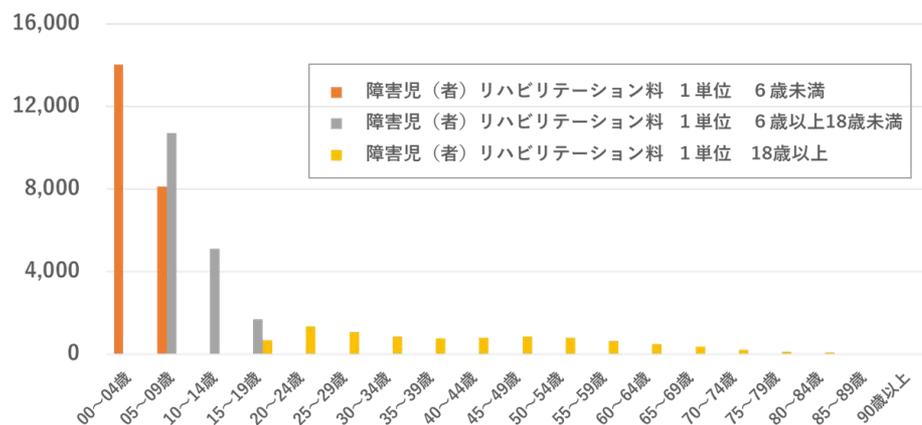
- H007 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)は、6歳未満が225点、6歳以上18歳未満が195点、18歳以上が155点となっており、年齢が上がるごとに低い報酬となっている。

課題

- 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。歩行能力の低下だけでなく、慢性的な関節痛、骨粗鬆症、筋力低下、代謝障害、呼吸器疾患などが出現する¹⁾²⁾³⁾ため、継続した管理や予防が重要である。
- 脳性麻痺患者に対する歩行練習は、歩行可能な成人に対して、粗大運動機能を改善するための第一選択治療として強く推奨されている。⁴⁾
- 今後、疾患修飾薬や新生児スクリーニングも始まり診断される新生児が増え、生命予後が改善した小児～成人の患者数が増える。(参考資料1)
- 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。
- 今後、漸増が予測される「親亡き後問題」に対し、理学療法士は心身のケアに責任を持つ重要な職種として、医療対応の強化が求められる。

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（図1）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。



- 1) Ryan, J. M., Allen, E., Gormley, J., & Hurvitz, E. A. (2014). "The risk, causes, and prevention of non-communicable diseases in people with cerebral palsy: A scoping review." *Developmental Medicine & Child Neurology*.
- 2) Peterson, M. D., Ryan, J. M., Hurvitz, E. A., & Mahmoudi, E. (2015). "Chronic conditions in adults with cerebral palsy." *JAMA*.
- 3) Morgan, P., & McGinley, J. (2013). "Gait function and decline in adults with cerebral palsy: A systematic review." *Disability and Rehabilitation*.
- 4) Demont, A., et al. (2022). "Evidence-Based, Implementable Motor Rehabilitation Guidelines for Individuals With Cerebral Palsy." *Neurology*

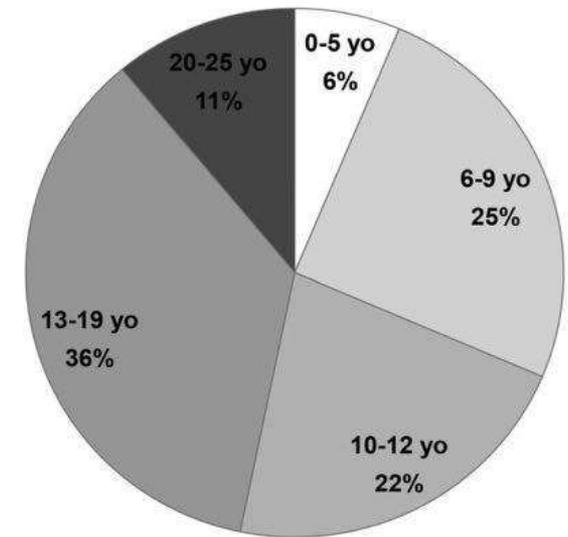
図 1. 障害児（者）リハビリテーション料の年齢区分別の実施件数（当該診療行為が実施された明細書の数）

（社会医療診療行為別統計 令和元年6月審査分より日本理学療法士協会作成）

神経筋疾患成人患者数増加の可能性 (日本においても同様な状況になり得る)

Paganoni S, et al. Developing multidisciplinary clinics for neuromuscular care and research.(Invited Review)
Muscle Nerve 2017;56:848-858. ハーバード大学神経内科、リハビリテーション科

- ・ **疾患修飾薬や新生児スクリーニングも始まり診断される新生児が増え、生命予後が改善した小児～成人の患者数が増える**
→機会や挑戦が増え、戦略的なヘルス・サービス計画を要する
- ・ **神経筋疾患の熟練した多科多職種診療のニーズはさらに高まる**
- ・ コスト効果や適切な規模や数も今後検討



2015年にマサチューセッツ総合病院の小児学際神経筋クリニックで診察された患者の年齢分布
新生児スクリーニングや疾患修飾治療などの新たな機会は、近い将来、小児神経筋患者の年齢分布に影響を与える可能性がある

(1) - 1. 高度急性期における早期離床・リハビリテーションのさらなる推進

現状

- 「早期離床・リハビリテーション加算」は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算される。
- 近年の集中治療領域において、患者の生命予後が改善している一方で、Intensive Care Unit (ICU) に入室中あるいは退室後に生じるICU-Acquired Weakness (ICU-AW) などの身体機能障害、認知機能障害、および精神機能障害を総称したPICSをICU退室後も長期にわたり抱え、十分な社会復帰に至っていない患者が多いことが明らかとなっている¹⁾。
- このような現状の中、2017年にまとめられた「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～」では、集中治療領域での早期離床や早期からの積極的な運動は、適切なバイタルサインのモニタリングなどを行えば安全でありかつ、退院時のBarthel Indexおよび機能的自立度の改善、挿管人口呼吸器患者の歩行能力の改善、退院時のQuality of Lifeの改善、ICU在室期間や在院日数の短縮、人工呼吸器離脱の促進、ICU-AWの改善や予防などの効果があるとされている²⁾。
- さらには、「重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023」では、ICU入室患者に対し、プロトコルに沿った多職種での段階的なリハビリテーションプログラムの実施や、1日に複数回のリハビリテーションを行うこと、嚥下機能に関わるリハビリテーション治療を行うことなどが推奨されている³⁾。

課題

- 当該加算の普及を妨げる原因として、疾患別リハビリテーション料等の診療報酬と比較した際に点数が低いとの声が現場から多く上がっている。
- さらに、令和4年度に行われた調査で当該加算の届出をしていない理由の上位は「算定要件を満たすための理学療法士等の確保が困難」が最も多く(図2)、土日祝のリハビリテーションを実施していない施設が多く存在する状況や、リハビリテーション専門職の配置が少なく、本来必要であってもリハビリテーションが提供されていない状況により、早期離床が実施されていない高度急性期の施設が存在する(図3・4)。

要望

- 高度急性期におけるチーム医療の推進や、患者の集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome : PICS)などの予防、早期回復、および早期退院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により普及拡大をはかること。
- その際には、例えば2単位の脳血管疾患等リハビリテーション料に加算(急性期リハビリテーション加算、初期加算、および早期リハビリテーション加算)を加えた場合の730点を少なくとも超えるものとしてはどうか。

1) Inoue S, et al. : Post-intensive care syndrome : its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute Med Surg 2019 ; 6 : 233-46.

2) 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会 : 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～. 日集中医誌2017 ; 24 : 255-303.

3) 日本集中治療医学会集中治療早期リハビリテーション委員会 : 重症患者リハビリテーション診療ガイドライン2023. 日集中医誌2023 ; 30 : S905-72.

4) 厚生労働省 : <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001326064.pdf> (2024年11月21日閲覧)

(1) - 1. 高度急性期における早期離床・リハビリテーションのさらなる推進

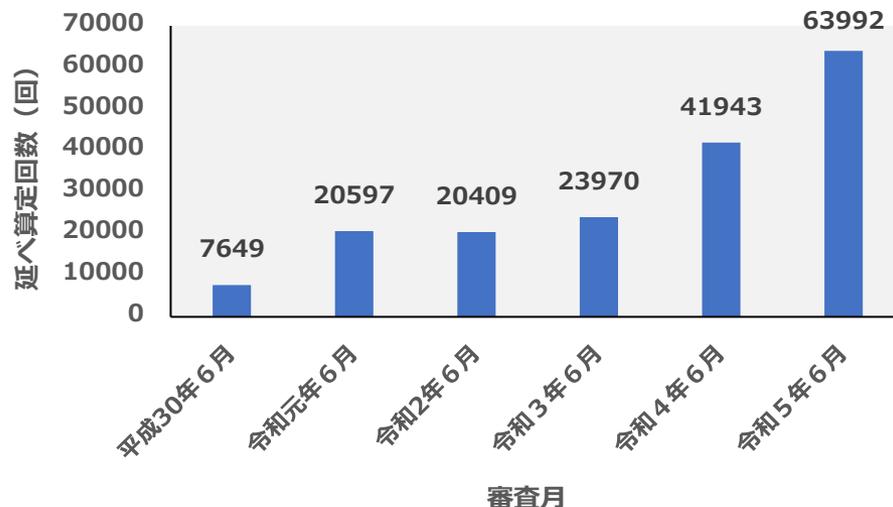
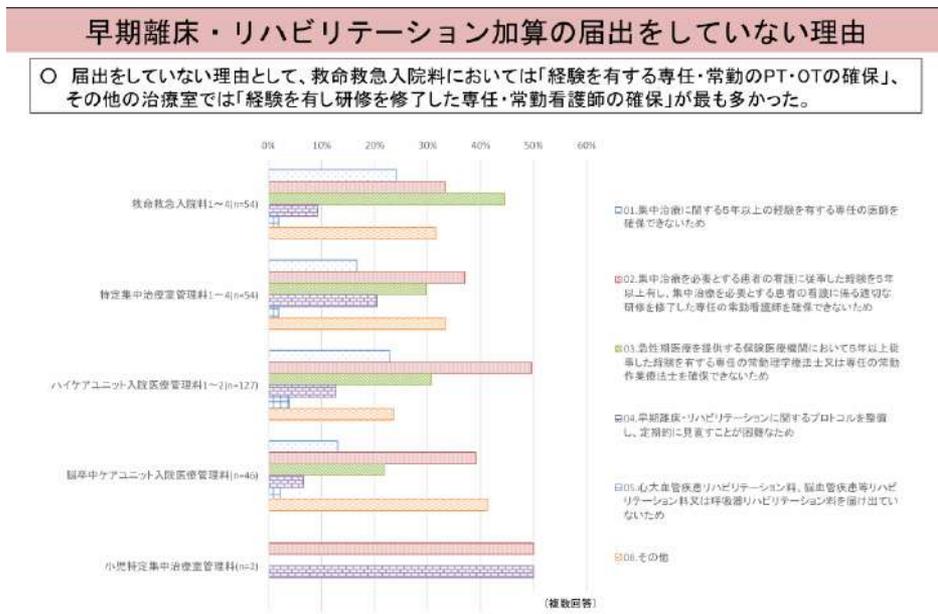


図1. 社会医療診療行為別統計でみた早期離床・リハビリテーション加算の算定回数の推移



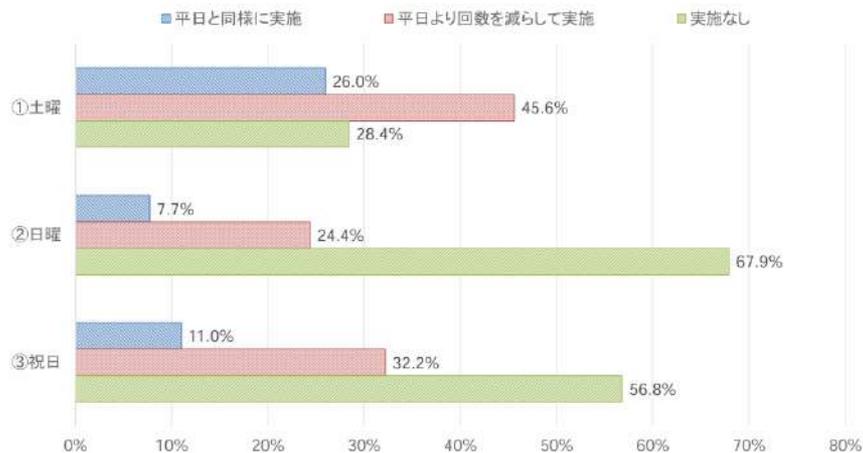
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票)

図2. 早期離床・リハビリテーション加算の届出をしていない理由

参考資料 1 : 急性期入院医療におけるリハビリテーション

土日祝日のリハビリテーションの実施状況

○ 土日祝日のリハビリテーションの実施状況は、以下のとおり。リハビリテーションを実施していない施設は、土曜日は28.4%、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。



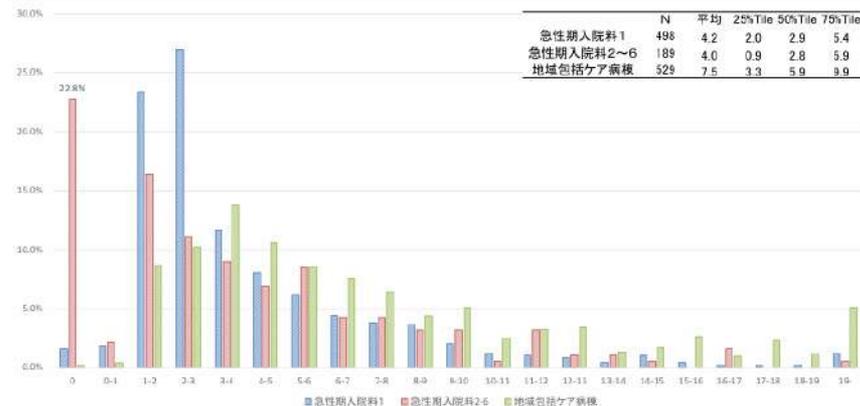
出典：令和4年度入院医療等における実態調査(施設票)

28

図 3. 土日祝日のリハビリテーションの実施状況

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人が最多であった。急性期一般入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

23

厚生労働省：<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001326064.pdf> (2024年11月21日閲覧)

図 4. 40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

参考資料 2 : 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、血圧が低すぎる場合
6) 体位を変えただけで血圧が大きく変動する場合
7) 切迫破裂の危険性がある未治療の動脈瘤がある場合
8) コントロール不良の疼痛がある場合
9) コントロール不良の頭蓋内圧亢進 (≥ 20 mmHg) がある場合
10) 頭部損傷や頸部損傷の不安定期
11) 固定の悪い骨折がある場合
12) 活動性出血がある場合
13) カテーテルや点滴ラインの固定が不十分な場合や十分な長さが確保できない場合で、早期離床や早期からの積極的な運動により事故除去が生じる可能性が高い場合
14) 離床に際し、安全性を確保するためのスタッフが揃わないとき
15) 本人または家族の同意が得られない場合

Table 4 ICUでの早期離床と早期からの積極的な運動の中止基準

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

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

Table 2 早期離床や早期からの積極的な運動の開始基準

	指標	基準値
意識	Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	-2 ≤ 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)	NRS ≤ 3 もしくは VAS ≤ 3
	自己申告不能な場合 behavioral pain scale (BPS) もしくは Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	BPS ≤ 5 もしくは CPOT ≤ 2
呼吸	呼吸回数	< 35 /min が一定時間持続
	酸素飽和度 (SaO ₂)	≥ 90% が一定時間持続
	吸入酸素濃度 (FiO ₂)	< 0.6
人工呼吸器	呼気終末陽圧 (PEEP)	< 10 cmH ₂ O
循環	心拍数 (HR)	HR : ≥ 50 /min もしくは ≤ 120 /min が一定時間持続
	不整脈	新たな重症不整脈の出現がない
	虚血	新たな心筋虚血を示唆する心電図変化がない
	平均血圧 (MAP)	≥ 65 mmHg が一定時間持続
	ドパミンやノルアドレナリン投与量	24時間以内に増量がない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・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 cmH₂O ・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。各数字については経験論的なところもあるのでさらに議論が必要である。

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

(2) - 2. 運動量増加機器加算の見直し

現状

- 「H003-2 注5 運動量増加機器加算」は、運動量増加機器（能動型上肢用他動運動訓練装置、能動型展伸・屈伸回転運動装置、歩行神経筋電気刺激装置）を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等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、月1回に限り150点を所定点数に加算される。
- ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して2月を限度として月1回に限りおいて算定できる。

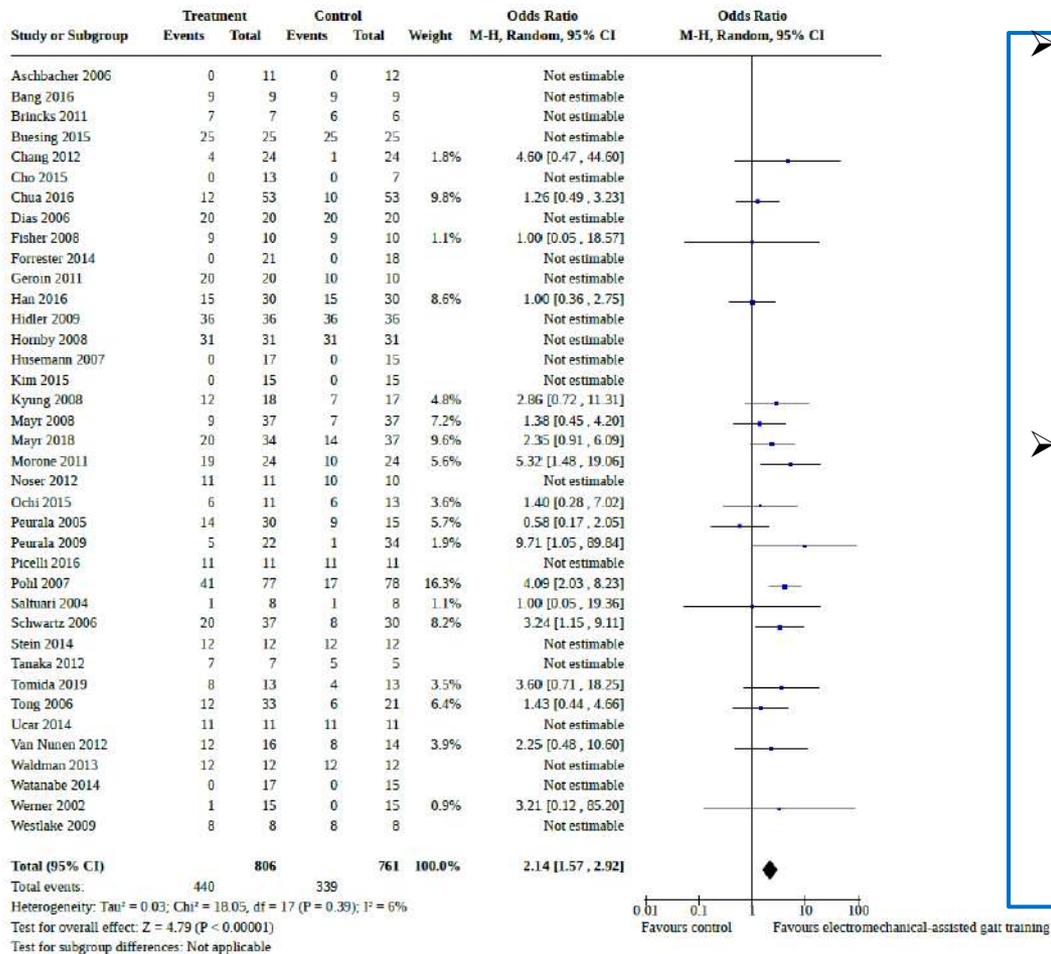
課題

- 脳卒中後の患者におけるロボット支援歩行練習と理学療法の併用は、通常の理学療法と比較して自立歩行を達成する可能性を約2倍にし、さらに発症後3か月以内の対象者でさらに効果が高いことが示されている（図1）。また、脊髄損傷患者に対する損傷後6ヶ月以内のロボット介入は、歩行距離や筋力、機能レベルやADL自立度が床上歩行練習よりも有意に改善することが示されている(図2)。しかし、当該加算の算定可能な期間は発症日から起算して2月を限度とされており、現行のエビデンスに見合っていない。
- また、発症日から6か月を過ぎた場合（慢性期）においても、ロボットや機能的電気刺激においては一部効果を認めるエビデンスがある一方で、慢性期の運動量増加機器加算の算定は認められていない。

要望

- 当該加算の算定可能な期間について、現行のエビデンスを勘案し、発症日から起算して6月を限度として月1回に限り算定できるよう見直しはどうか。
- また、発症日から起算して6月を経過した場合において、医師より新規に当該機器の使用による有効性が認められる場合にかぎり2月を限度として月1回にかぎり算定できるよう見直しはどうか。

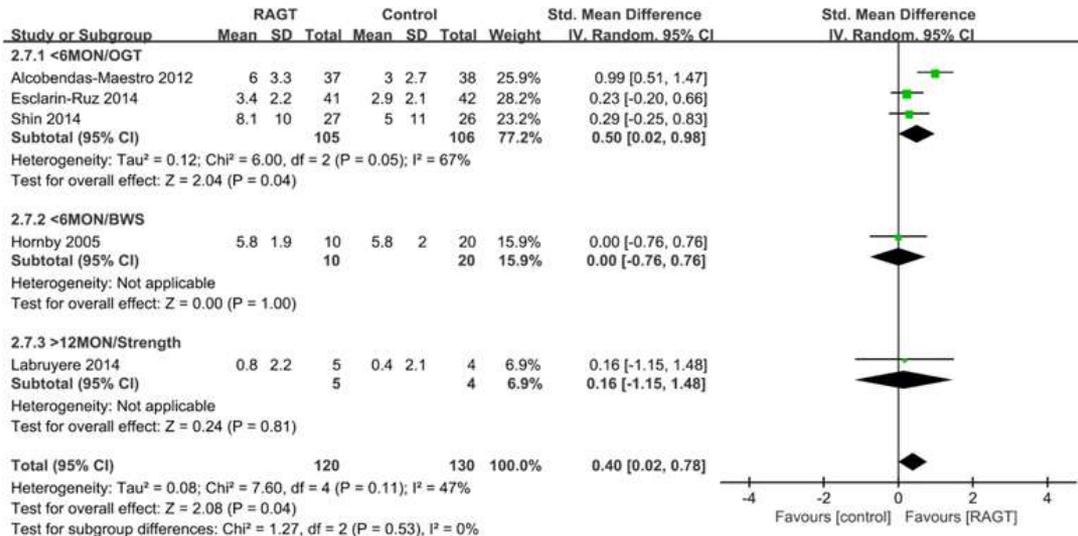
(2) - 2. 運動量増加機器加算の見直し



- 脳卒中後の歩行訓練における効果についてのシステマティックレビューにおいて、電動・ロボット支援歩行練習と理学療法の併用は、通常の理学療法と比較して、慢性期の脳卒中患者も含め、**自立歩行を達成する可能性を約2倍にする**（オッズ比 (OR): 2.01、95% 信頼区間: 1.51 ~ 2.69統計的有意性: $P < 0.00001$) が示されている (図1)。
- また、サブ解析では**発症後3か月以内の対象者で自立歩行達成率の効果が高い**ことが示されている。この発症後3か月以内の患者を対象としたメタアナリシスに含有された研究の介入期間が平均4週間、最長8週間であることを考慮すると、**発症から5か月間は介入を行うことで、より自立歩行達成率の向上が期待できる**。したがって、当該加算の算定回数が発症日から起算して2月を限度とするのではなく5月を限度とすべきである。

図1 ロボット介入による自立歩行達成率への効果

(2) - 2. 運動量増加機器加算の見直し



- 脊髄損傷患者に対する急性期（損傷後6ヶ月以内）のロボット介入は歩行距離（平均差45.05m）や筋力（LEMS平均差2.54点）、機能レベルやADL自立度（WISCI-IIおよびFIM-L）が床上歩行練習よりも有意に改善しており、療法士の徒手介助によるトレーニングに比べて、ロボット治療は人員コスト削減、訓練の継続性向上などの利点がある。

図2 脊髄損傷患者における、受傷後経過時間（急性期<6か月、慢性期>12か月）および介入の種類（BWS、OGT、筋力）によるサブグループ解析による、機能レベルおよび自立度（WISCI-IIおよびFIM-L）に対する対照群と比較したロボット介入の効果の加重平均差（95%CI）

(2) - 2. 運動量増加機器加算の見直し

Table 3. Action Statement Summary Based on Chronicity and Device

ACTION STATEMENT	AGGREGATE EVIDENCE QUALITY	PREPONDERANCE OF BENEFIT OR HARM	LEVEL OF OBLIGATION	PHASE AND DEVICE	INDIVIDUAL EVIDENCE QUALITY
1. Quality of life	II	Moderate	Should provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	Best practice Best practice I II
2. Gait speed	I	Strong	Should provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	I II I I
3. Other mobility	I	Strong	Should provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	II I I I
4. Dynamic balance	I	Strong	Should provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	II Best practice I I
5. Endurance	Acute II	Moderate	May provide	Acute AFO Acute FES	II III
	Chronic I	Strong	Should provide	Chronic AFO Chronic FES	I I
6. Spasticity	II	Moderate	Should not provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	II II II II
7. Muscle activation	II	Moderate Best practice Moderate Moderate	May provide May provide May provide Should provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	II Best practice III II
8. Gait kinematics	III	Weak	May provide	Acute AFO Acute FES Chronic AFO Chronic FES	III Best practice III III

Abbreviations: AFO, ankle-foot orthosis; FES, functional electrical stimulation.

- QOL、歩行速度、移動能力、バランス、持久力においては**急性期、慢性期ともに実施すべき**という推奨レベル（中等度～強いエビデンス）である。
- 慢性期（発症後6か月以降）も介入効果を認める場合があり、**医師の判断のもと、対象者に合わせて提供すべき。**

図3 米国理学療法協会(American Physical Therapy Association)の機能的電気刺激のガイドライン

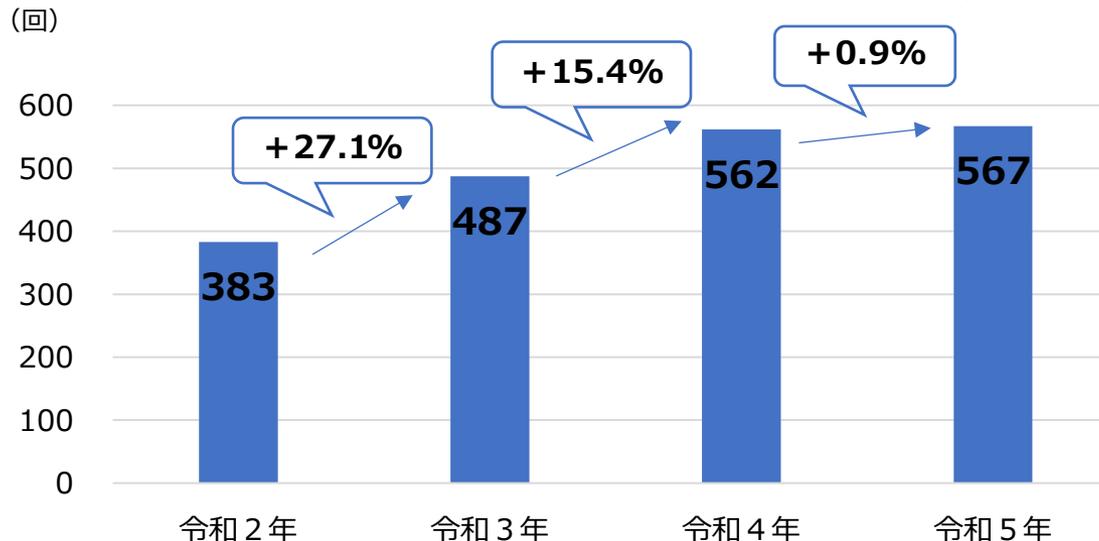
参照： Johnston TE, et al. *J Neurol Phys Ther.* 2021;45(2):112-196.

付録：運動量増加機器加算の算定状況

- 現行制度における運動量増加機器加算の算定回数は、対象患者に対し原則1回であり、当該機器の使用に有効性が認められる場合に限り、2月を限度として月1回（合計2回）に限り算定が可能である。
- 本加算が新設された令和2年度報酬改定以降、当該加算の算定回数の対前年度増加率は年々減少傾向である。

運動量増加機器加算 算定回数推移

(入院、入院外を含む)



調査年度 (年)	回数 (回)	対前年度増減率*1 (%)
令和2年 (2020年)	383	—
令和3年 (2021年)	487	27.2
令和4年 (2022年)	562	15.4
令和5年 (2023年)	567	0.9

※1 対前年度増減率 = (現在の値-前の値) / 前の値 × 100