

急性期病棟においてADLを維持向上するための取り組みを普及する提案

要 望

- ADL維持向上等体制加算の要件緩和や増点を行うことにより、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士の病棟配置を進め、多疾患重複障害などADL低下の恐れがある患者の対応を強化すること。
- さらに、ADL維持向上等体制加算について、2つの病棟にまたがる配置を評価する、新たな体系を設けること。

要望理由・課題

- 急性期病棟において、ADLの低下が生じる恐れのある患者への対応を目的として設けられたADL維持向上等体制加算は、施設で導入しにくいなどの意見があり、その取り組みを普及するための制度の見直しが必要である。
- この制度を導入しにくい理由として、急性期病棟では複数診療科で構成される病棟が半数以上を占めており、同一病棟内において疾患、患者の年齢が多様となることから、施設基準の要件を満たすことが難しいなどの意見がある。
- また、病棟内でADL維持・向上に努めていても、急性増悪や病状進行に伴うADL低下を防ぐことは難しいなどの指摘もある。

	加算1（100点）	加算2（50点）
配置要件	当該病棟に専従者2名以上配置、または専従者1名かつ専任者1名以上配置（当該病棟は1病棟に限る）	当該病棟に専従者1名かつ専任者1名以上配置（当該病棟は2病棟まで可）
勤務時間	当該療法士等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り算定できる	当該療法士が当該病棟で合算で6時間以上勤務した日に限り算定できる または 当該療法士が当該病棟で3時間以上勤務した日に限り算定できる
算定要件	ア）～ケ）を実施	ア）～ケ）を実施
疾患要件	当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系、神経系、腎尿路生殖器系、内分泌代謝系の疾患の患者が6割以上であること	
アウトカム	ADL低下率3%未満（緩和ケア病棟への転棟、状態悪化による高度急性期病棟への転棟を除く）	
専従の算定単位	専従者は1日上限6単位まで疾患別リハビリテーションを算定できる	
医師の研修	2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの	

多疾患重複障害を有する高齢入院患者への対応に向けた提案

要望

- 高度急性期および急性期病棟においては、入棟、入室したすべての患者における重症度、医療・看護必要度のB項目を参考に、●点以上の患者に対するリハビリテーション評価を理学療法士等が実施し、医師がリハビリテーションの必要性を判断した場合の評価を行うこと。

要望理由・課題

- 今後、さらなる高齢者人口の伸びにより、呼吸・循環器疾患の患者数や多疾患・重複障害（Multi-morbidity）を有する高齢入院患者数が増加することが想定されている（図1、2）。
- 疾病数と身体機能の低下は相関することから、リハビリテーション医療においても当該患者への対応が必要と考えられる（表）。
- 一方で、現在の保険医療機関におけるリハビリテーションは、疾患別リハビリテーション料による提供が主であり、特に急性期においては、入退院を繰り返す呼吸・循環器疾患の患者など、多疾患・重複障害に伴う身体機能やADLの低下を生じた患者への対応は課題となっている。

図1：年齢階級別の入院年次推移（平成29年（2017）患者調査の概況）

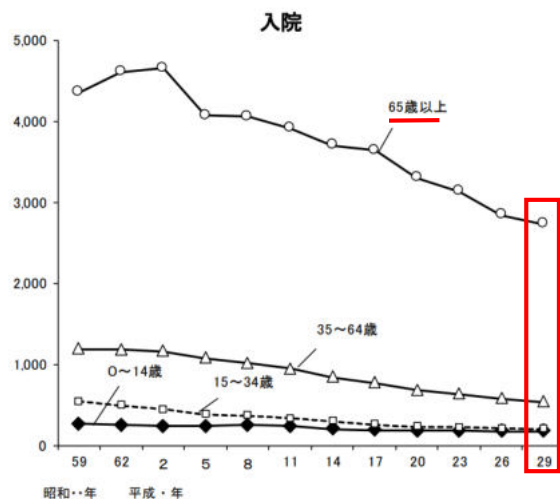
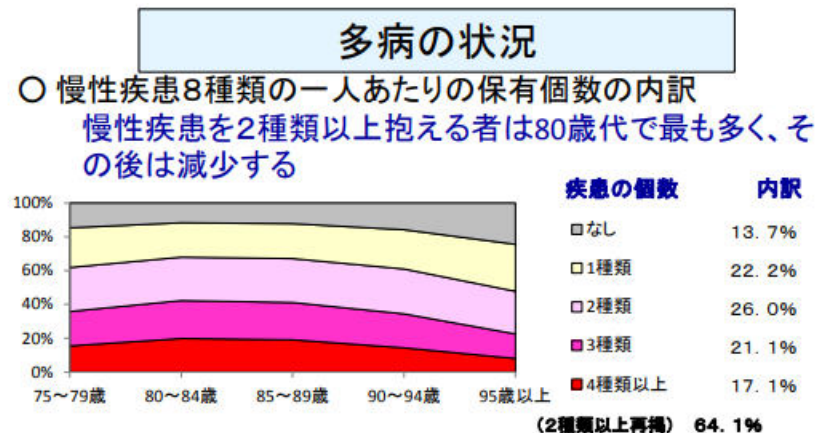


図2：後期高齢者の疾患保有状況（慢性疾患）（第95回医療保険部会資料（平成28年5月））



表：疾病数とSF-12を用いて評価した身体機能の相関

Morbidity counts	n (%)	身体機能		オッズ比 (95%信頼区間)	オッズ比 ^a (95%信頼区間)	人口寄与割合
		Good	Poor			
1 morbidity	1779 (19)	1174 (66.0)	605 (34.0)	1.0	1.0	n/a
2 or 3	3428 (36)	1884 (55.0)	1544 (45.0)	1.6 (1.4-1.8)	1.5 (1.4-1.7)	4%
4 or 5	2107 (22)	852 (40.4)	1255 (59.6)	2.9 (2.5-3.3)	2.7 (2.4-3.1)	20%
≥6	2125 (23)	597 (28.1)	1528 (71.9)	5.0 (4.3-5.7)	4.4 (3.9-5.1)	24%

急性期における365日提供体制の評価

要望

- 急性期一般入院基本料を算定する病棟の入棟患者に対して、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えている場合の評価をすること。なお、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均●単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

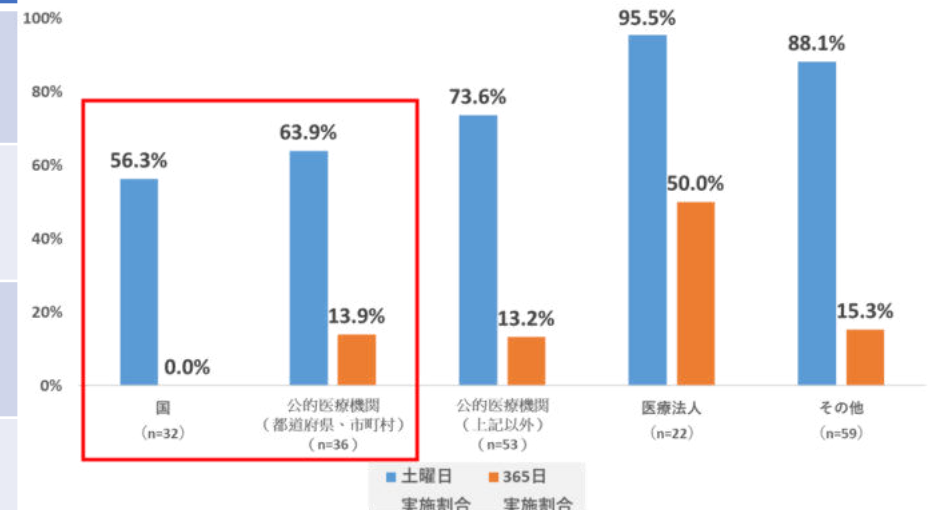
要望理由・課題

- 急性期病床の機能分化を進めていくうえで、早期から十分なリハビリテーションを提供することでADLの回復をさらに加速し、在院日数の短縮と在宅復帰率の向上をさらに強化していく必要がある。
- 365日のリハビリテーションは、在院日数を短縮し、在宅復帰を促進すると報告されているが、現状において土曜・日曜・祝日にリハビリテーションが提供されていない施設が存在し、急性期病床における早期リハビリテーションの提供は十分とは言えない。
- 特に、公的医療機関が有する病棟では、高度急性期、急性期を占める割合は80%前後と医療法人と比較して比率が大きい。国及び都道府県、市町村の医療機関のうち、約4割の施設で土曜日のリハビリテーションが行われておらず、100床あたりの常勤の理学療法士数は、国と都道府県は医療法人と比較すると少ない状況であり、都道府県・市町村の医療機関の追加採用を妨げる理由は「自治体の制度で定められている既定人数上限により増員ができない」が最も多い。

表：急性期における休日のリハビリテーションの効果

	対象	介入	結果
Hasegawa Y, et al. Cerebrovasc Dis 20: 325-331, 2005	発症72時間以内の脳卒中患者		入院期間中の平日の割合が高いほど、自宅復帰の割合が高く、また座位・立位開始までの日数が少ない。
Hasebe K, et al. Geriatr Gerontol Int, 18: 1143-1146, 2018	股関節骨折患者	土日リハ実施	介入群はFIM効率、運動項目のFIM効率が有意に高い。在院日数が有意に短い。
Sawabe M, et al. PM R. 12: 1081-1085, 2020	間質性肺炎入院患者	入院後2日以内の理学療法（かつ／または）作業療法	早期リハ実施者の死亡率は有意に低い。
Suzuki S, et al. J Cardiopulm Rehabil Prev. 39: E23-E25, 2019	急性心不全患者	早期リハビリテーション	未介入群は介入群よりBarthel Indexの低下が著しい。

図：急性期病院における土曜日・365日の実施割合



外来患者における早期リハビリテーション加算、初期加算の対象制限の撤廃

要望

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

要望理由・課題

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

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

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

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

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

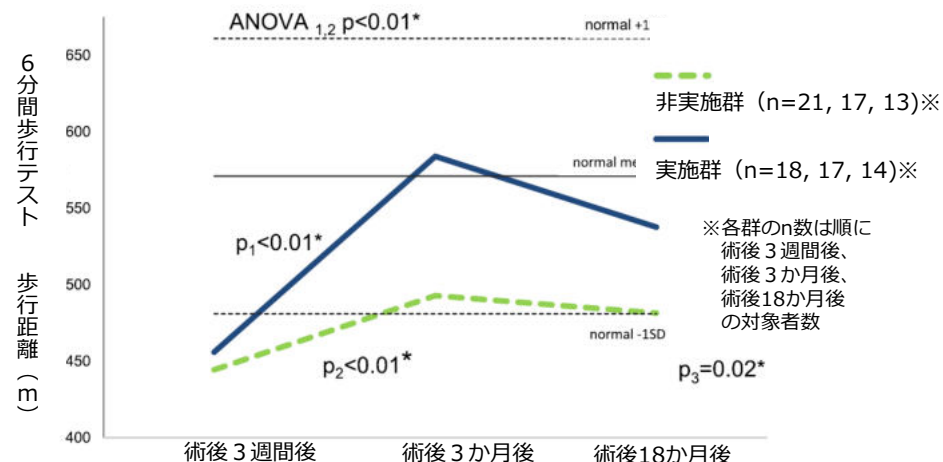
^a Reason for downgrade: PEDro score less than 6 for the majority of trials (more than 50%).

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

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

^d Reason for downgrade: Large confidence intervals.

図2：腰椎固定術後患者に対する理学療法の実施効果（RCT）



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

対象者)

・退行性脊椎分離すべり症、退行性椎間板疾患

・45歳～70歳

(非実施群)

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

(実施群)

術後3週間後から週2回理学療法を9週間実施

1～5週は主に体幹の等尺性運動を実施

5～9週は主にトレーニングマシンで下肢の運動を追加

療養病棟における要介護被保険者の対応

要 望

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

要望理由・課題

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

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

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

腎臓リハビリテーションの推進

要望

- 透析患者ADL維持等加算（仮）の新設
透析センターにおいて、外来・入院透析患者のADLの維持および重症化予防を図る観点から、常勤または非常勤の理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士が実施する以下の取組について、新たに評価をする。
 - ・ 定期的なADL評価、ADL維持・向上を目的とした指導、安全管理、患者・家族への情報提供、カンファレンスの開催、指導内容等の記録、早期退院支援

要望理由・課題

- 外来・入院透析患者の活動の機会の低下に伴う廃用症候群予防の観点で、リハビリテーションの提供は必要であると考える。
- なお、透析患者に対し、運動療法は、運動耐容能、歩行機能、身体的QOLの改善効果が示唆されることから、推奨されている（腎臓リハビリテーションガイドライン2018年：推奨クラスⅠ、エビデンスレベルB）。

取り組み内容(例)

・定期的なADL評価

- 例えば、入院時や退院計画を作成する前後でのADL評価
- 病棟ADL・活動量の定期的な評価と他職種共有
- 廃用症候や褥瘡の恐れのある患者の早期発見と主治医への報告

・ADL維持、向上等を目的とした指導

- 集団的な取り組みの実施
- 他職種と協同した、入院患者の病棟活動量の向上にむけた取り組み

・安全管理

- 病棟生活における、できる・しているADLや転倒転落のリスク等を他職種や患者家族と共有
- 病棟内の移動や日常的な動作等を安全に行える環境整備

・患者・家族への情報提供

- 在宅生活が可能にもかかわらず、家族が患者の動ける程度を知らないことで、根拠なく「家ではみられない」と思い込むことを防ぐ。

・カンファレンスの開催

- 主治医との日常的な情報共有
- 日常的な他職種との情報共有、協働

・指導内容等の記録

・早期退院支援

- 退院調整をする看護師やソーシャルワーカーに対して、退院後のリハ提供の必要性に関する情報提供
- 在宅の理学療法士等に対する、退院前ケアカンファレンスへの参加呼びかけ

精神療養病棟における摂食嚥下障害への対応の充実

要望

- 精神療養病棟に入棟する高齢患者や身体合併症を有する患者に対して、摂食機能療法の算定を可能とすること。

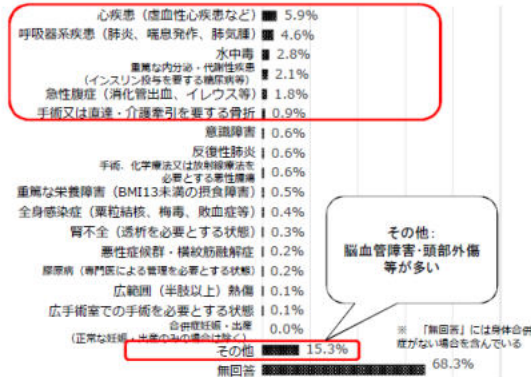
要望理由・課題

- 令和2年度診療報酬改定において精神療養病棟入棟患者に対する身体合併症治療が推進された。
- 精神療養病棟に入棟する高齢患者や身体合併症を有する患者は、摂食嚥下機能障害を呈している者も多い。
- 令和2年度診療報酬改定において、精神療養病棟入棟患者に対して、疾患別リハビリテーション料の算定が認められたものの、摂食機能療法の算定は認められていない。

精神病棟長期入院患者の身体合併症とリハビリテーションについて

- 精神病棟を有する医療機関への調査の結果、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟に1年以上継続して入院している患者（平均年齢63.5歳）の身体合併症は、心疾患、呼吸器系疾患、水中毒、重篤な内分泌・代謝性疾患、急性腹症が多かった。
- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果によると、一部の患者については脳血管疾患等を合併し、その中にはリハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

1年以上長期入院患者の身体合併症の状況



精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果

- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査の結果、精神病棟において以下の合併症を有する患者が認められた。

パーキンソン関連疾患	19.0%
脳血管疾患	6.0%
（うち 後遺症あり）	（3.7%）
骨折	4.6%
廃用症候群	3.8%

- これらの患者には、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

※出典：H26年度厚生労働省 障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」

※2005年4月から2015年3月までの10年間に精神科病院に入院していた患者のうち、肺炎発症を認めた延べ148例
そのうち、65歳以上の割合は75%（111/148例）、
誤嚥性肺炎の症例は28%（41/148例）

（例）

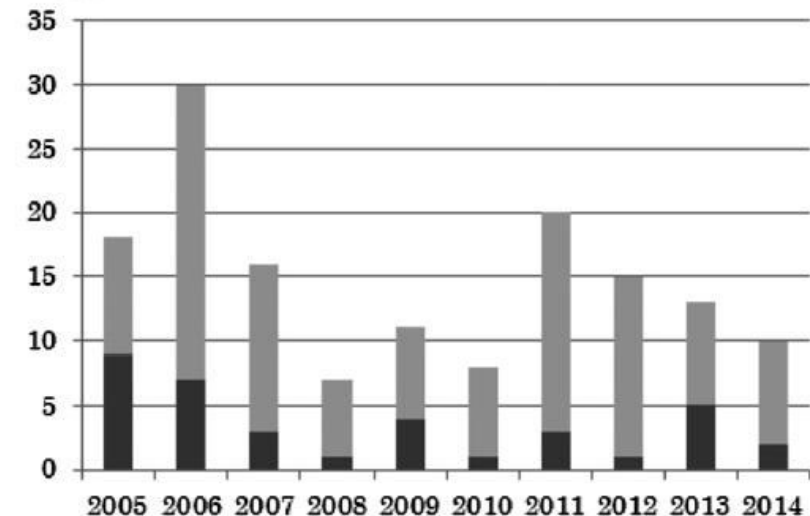


図3 全肺炎と発症者の延べ総数と高齢者（65歳以上）の内訳（n=148）
■65歳以上 ■64歳以下

引用：中央社会保険医療協議会総会（第434回）資料

リハビリテーション医療の施設基準の見直し

要望

【面積、人員基準等】

- 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。

【疾患別リハビリテーション料】

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

要望理由・課題

- 昨今の地域医療計画に基づく病床機能分化の推進や、病床機能の変化に伴い、リハビリテーションの提供体制も変化してきている。
- 疾患別リハビリテーション料の単位数については、リハビリテーション従事者数や機能訓練室の面積など、ストラクチャー評価によって点数の差がつけられているが、これらの要件によって個別に治療を行った料金が異なることについて、改めて検討を行うべきとの声がある。
- また、「疑義解釈資料の送付について（その3）（事務連絡 平成18年3月31日）」においては、機能訓練室の面積要件について、「適切に従事者を配置し、適切にリハビリテーションを実施できる場合は、合算により確保してもよい」とされているが、地域によって運用の状況が異なると声がある。

物理療法を併用した効果的なリハビリテーションの評価

要望

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

要望理由・課題

- 物理療法においては、各種疾患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。

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）の経時的变化と二元配置分散分析の結果

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

*p<0.05, **p<0.01にて多重比較にて2群間で有意差あり

表3 各群における各動作が自立するまでに要した日数（日）

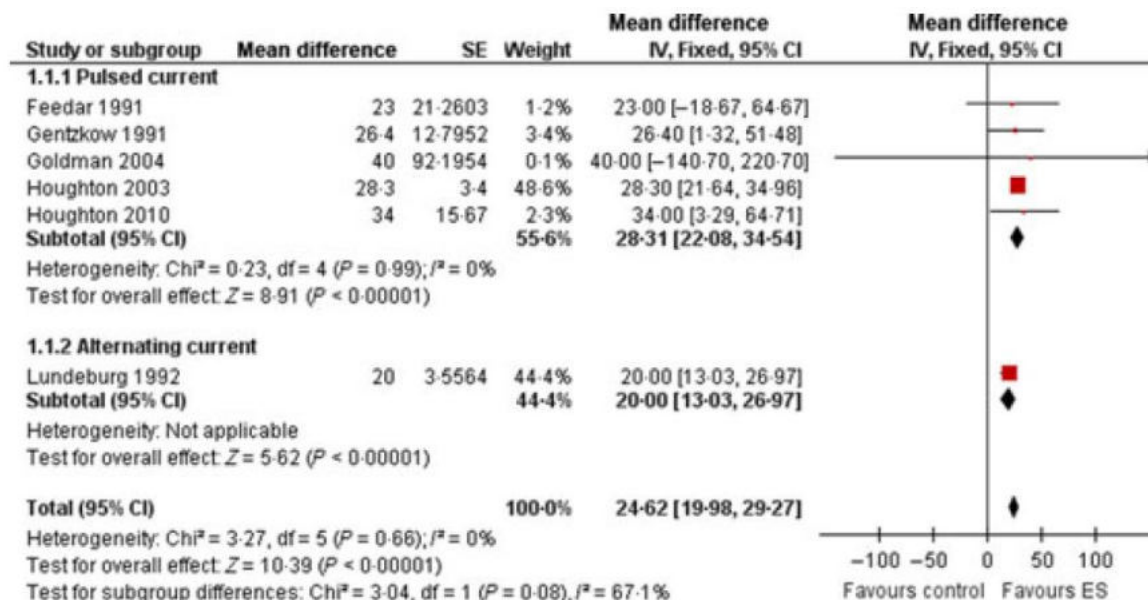
	NMES群 (n = 39)	コントロール群 (n = 39)	p 値	効果量
SLR	4.4 $\pm$ 3.7	6.6 $\pm$ 5.7	0.04	0.23
移乗	4.5 $\pm$ 2.5	4.8 $\pm$ 2.5	0.59	0.06
歩行器歩行	9.0 $\pm$ 6.1	13.5 $\pm$ 7.7	0.02	0.26
一本杖歩行	21.2 $\pm$ 8.1	27.7 $\pm$ 12.3	< 0.01	0.31

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

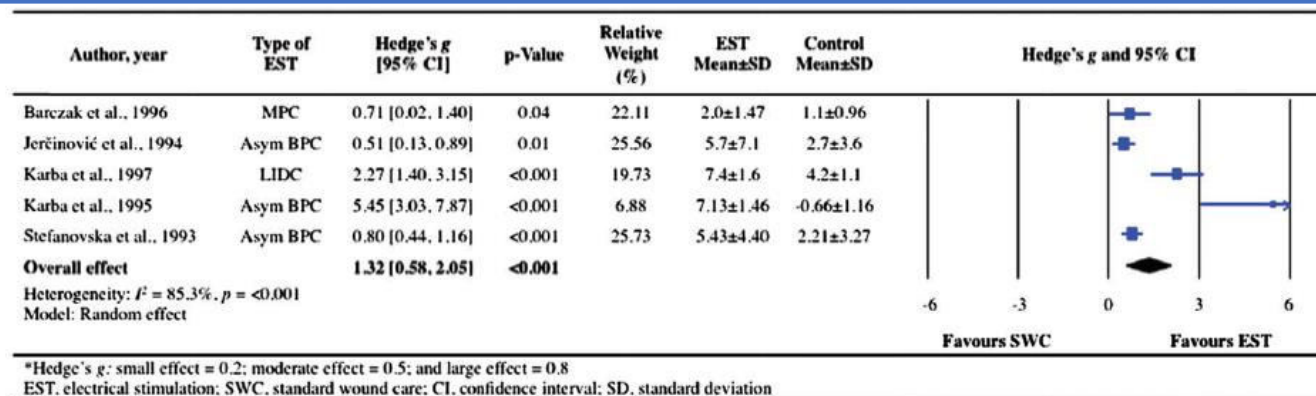
下段：脊損患者における電気刺激の効果

- 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]）。



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

平衡機能検査にかかる見直し

要 望

- 下肢荷重検査、フォースプレート分析、動作分析検査と同様に、重心動揺計による検査についても、平衡機能検査（耳鼻咽喉科学的検査）以外の検査（分析）の適応とする。

要望理由・課題

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

NICU等での理学療法の推進

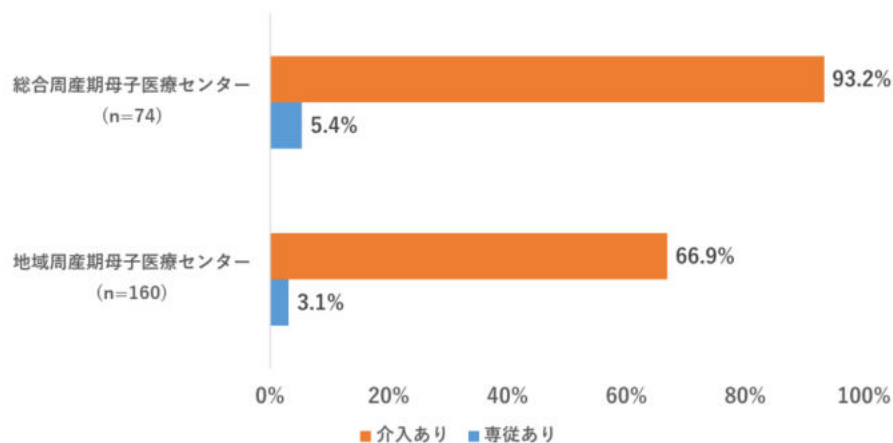
要望

- 新生児特定集中治療室管理料等の新生児治療における理学療法士の関与を推進する観点から、当該管理料の届出病棟に、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した場合、「早期新生児リハビリテーション加算」として評価する。
- NICUとICUがある場合は、熟知した理学療法士であれば一人の専従者で兼務出来るようにするなど、新生児に対する理学療法の提供を推進することについて検討をする。
なお、理学療法士の要件は早期離床・リハビリテーション加算と同様にし、複数の特定集中治療室が設定されている場合の取扱いについて、新生児特定集中治療室を含むこととする。

要望理由・課題

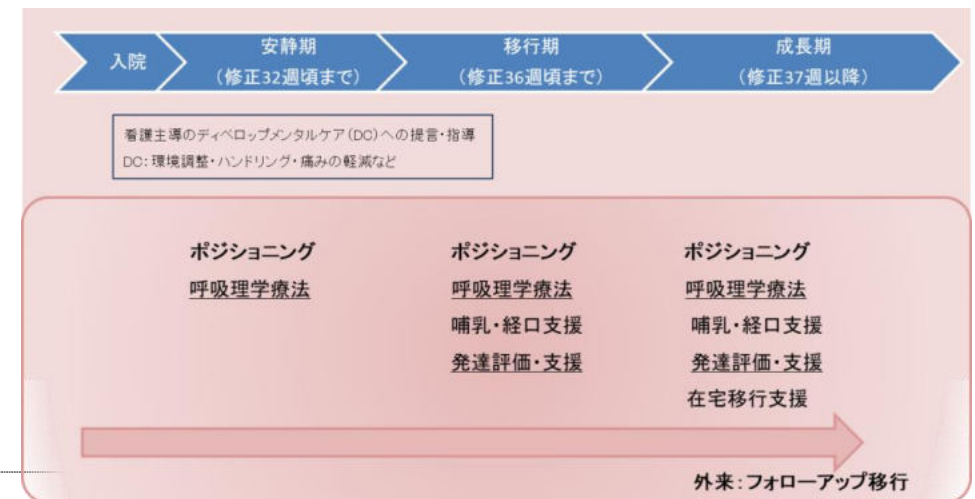
- 新生児の発達を促す観点で理学療法士の関与が望ましいとされているが、報酬上の評価はなく、専従配置をする余裕がないのが実情で、専従配置は進んでいない（図1）。
- チームアプローチの中で新生児管理をする際のカンファレンス体制のスタンダードモデル等の情報共有とともに、新生児管理は新生児の生態を熟知したうえで取り組むことが原則であることから、理学療法士の教育体制が並行することが望ましい。
- 質的整備へのシフトに向けては、取り組む理学療法士の均質化は重要な課題である。

図1：NICU・GCUにおけるリハビリテーションの介入状況



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

図2：NICU入院時の理学療法プロトコール



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

NICU等での理学療法の推進（参考資料：理学療法士の介入）

1. 早産児における早期呼吸理学療法の効果

- 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

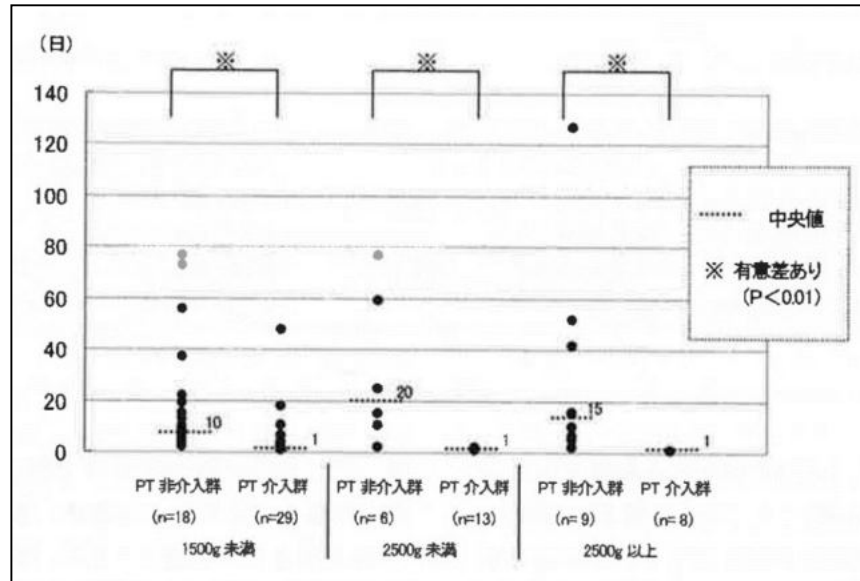


図1：PT非介入群と介入群の無気肺改善日数の比較



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）

日本周産期・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

2. 早産児における早期発達評価の有用性

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

対象： 早産児124名、評価時期： 修正36-44週

評価方法： 四肢に装着したマーカーの軌跡と発達予後の関係を解析

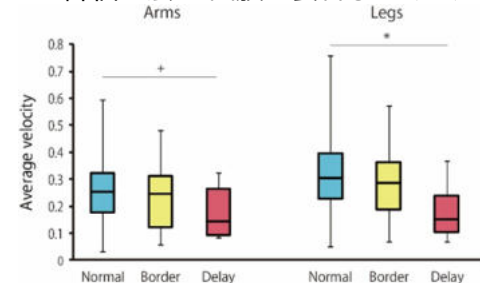


図1：発達状況別の上肢・下肢の平均運動速度

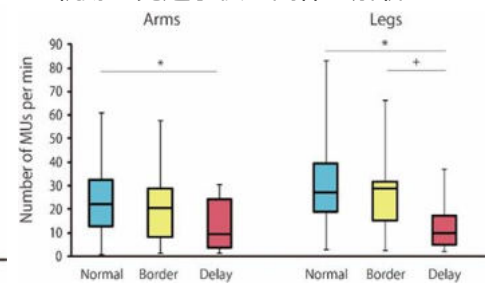


図2：発達状況別の上肢・下肢のfMUs/min

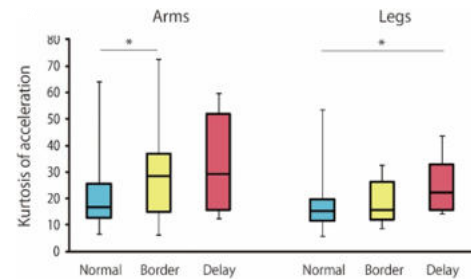


図3：発達状況別の上肢・下肢のKurtosis加速度



図4：計測方法

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

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

※3 Resnick MB,et al.Pediatrics. 80(1),1987,68-74.

※4 Cameron EC,et al .Pediatr Phys Ther.17(2),2005, 107-19.

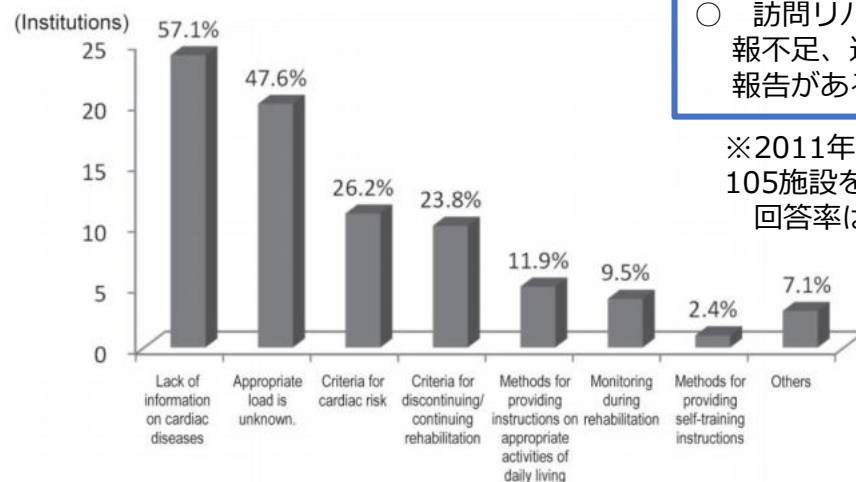
循環器病の再発および重症化予防の推進

要望

- 介護保険への移行を予定している循環器病患者に対するリハビリテーションを推進する観点から、介護保険への円滑な移行を目的としているリハビリテーション計画提供料の対象について、心大血管リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者を加える。
- 心不全等の再発予防及び再入院予防の観点が重要であることから、心不全等により入院し、リハビリテーションを行っていた患者に対し、外来で多職種による疾病管理プログラムを提供した場合の新たな評価をする。
- 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。

要望理由・課題

- 循環器病対策基本法が制定され、回復期にあたる循環器病患者に対するリハビリテーションの推進（運動療法や生活指導等の包括的な関与）が急務とされている。
- 一方で、心血管疾患患者の管理においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、運動療法や患者教育及びカウンセリング等を含む多職種による疾病管理としての心血管疾患リハビリテーションの実施率は低いとされている。
- また、退院後に回復期や慢性期におけるリハビリテーションの提供にあたっては、疾病管理にかかる医学的情報が得られず、適切な運動負荷や療養上の管理が難しいなどの意見がある。



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

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

糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進

要望

- 糖尿病透析予防指導管理料について、透析予防診療チームの職種に理学療法士等を追加するとともに、高度腎機能障害患者指導加算において、医師の指示の下、理学療法士等による運動指導を含める。
- また、非糖尿病患者および1型糖尿病患者・患児の透析予防指導管理に対する新たな評価を行う。
- 生習慣病管理料について、生活習慣病の改善および重症化予防には適切な運動療法の実施や習慣化が必要であることから、理学療法士等を含む、看護師または保健師、管理栄養士等の多職種による包括的に生活指導を実施した場合を評価する。

要望理由・課題

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

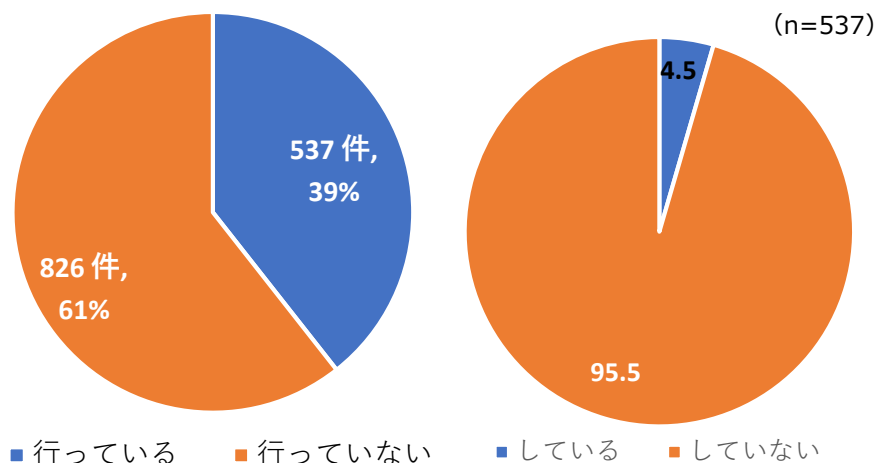


図1：糖尿病性腎症患者に対する理学療法の実施状況

図2：糖尿病透析予防指導管理料の透析予防診療チームへの参加状況

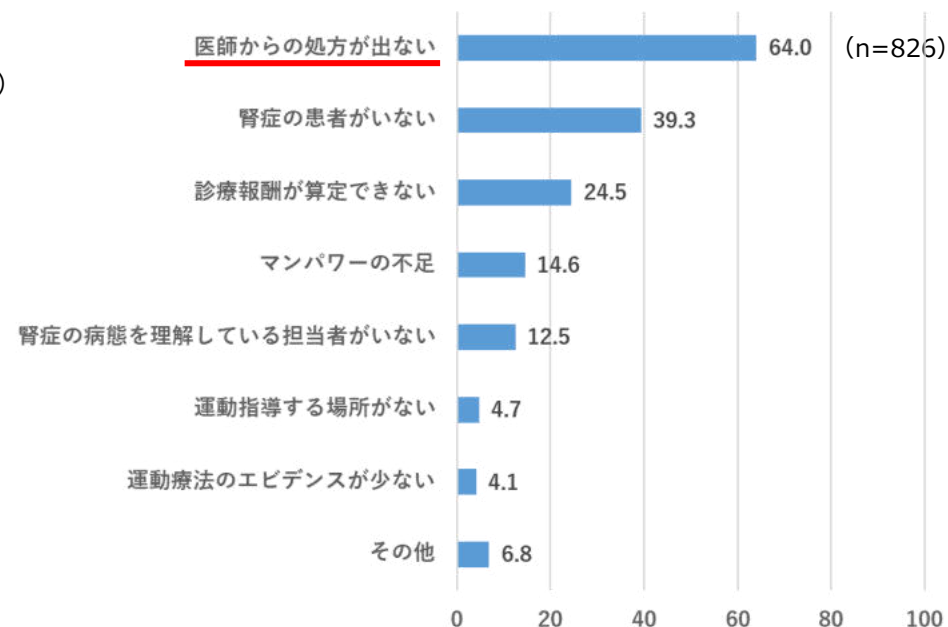


図3：腎症患者に対する理学療法に関わりをもっていない理由（複数回答可）

糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防の推進（参考資料：理学療法士の介入）

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

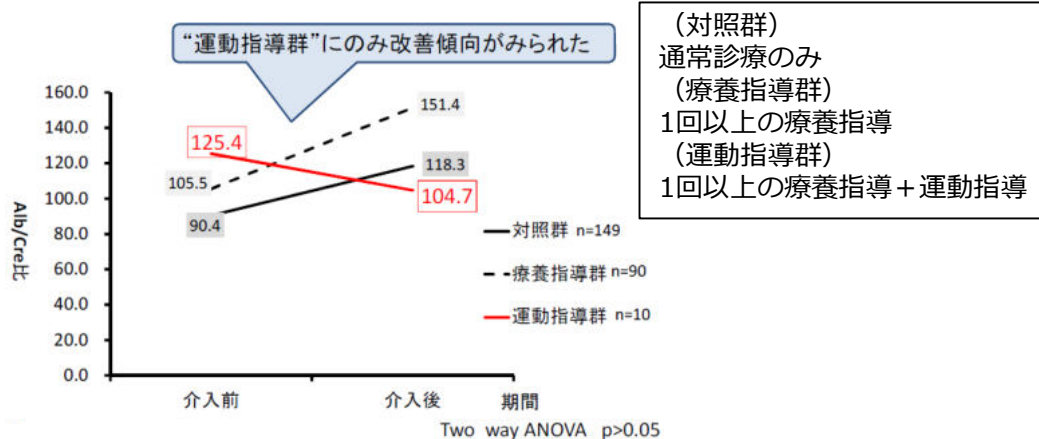
- 糖尿病透析予防チームに理学療法士が参画し、運動指導を実施することで、eGFRやCrの維持に寄与している。

対象：糖尿病性腎症患者のうちII・III期

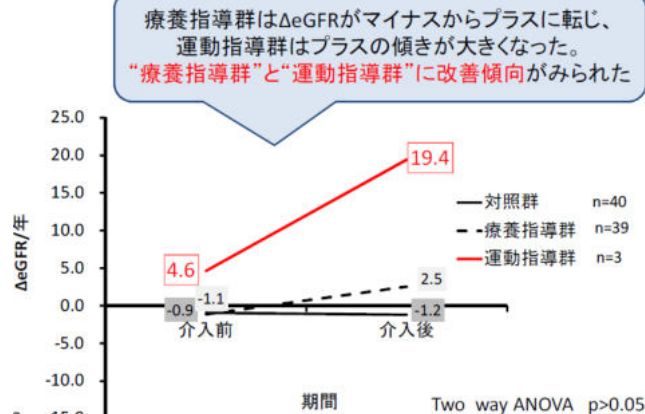
評価：介入前後の $\Delta eGFR$ 、Alb/Cre比

各数値は介入前および介入後6か月の平均値を算出

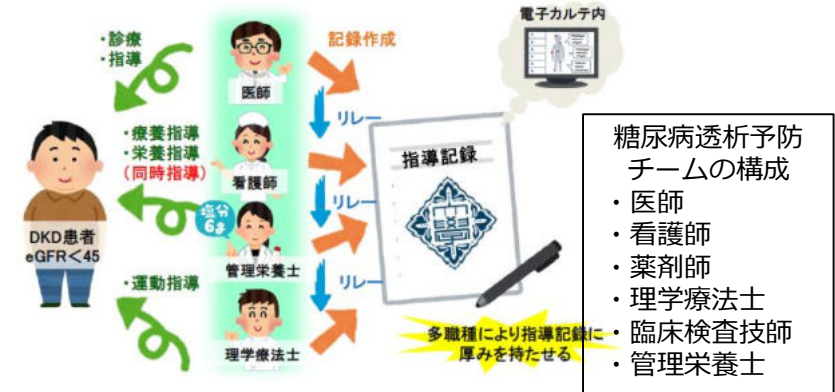
Stage II 期におけるAlb/Cre比の変化



III期における $\Delta eGFR$ の変化



電子カルテ内で指導記録をリレー 金沢大学附属病院の糖尿病透析予防指導の流れ



運動指導を多く実施した症例で CrやeGFRは維持される傾向を認めた

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

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

資料提供：獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部 田宮創氏

資料提供：金沢大学附属病院リハビリテーション部 櫻井吾郎氏

骨粗鬆症リエゾンサービスの推進

要 望

○ 医師、看護師、理学療法士等が骨粗鬆症患者に対して、チームで骨粗鬆症治療を実施することを評価すること。

要望理由・課題

- 大腿骨骨折患者は寝たきりの一要因であるが、骨折予防や再骨折予防の対策は半数以上が実施されていない。
- 骨粗鬆症治療には骨粗鬆症リエゾンサービスといった多職種チーム医療が効果的とされている。
- また、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）などとの報告がある。
- さらに、骨折予防リエゾンサービスの各効果に対するエビデンスレベルはⅡ～Ⅳとされている。

表 27 運動療法の主なエビデンス

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

1RM: one repetition maximum

年齢によらない障害児・者へのリハビリテーションの提供

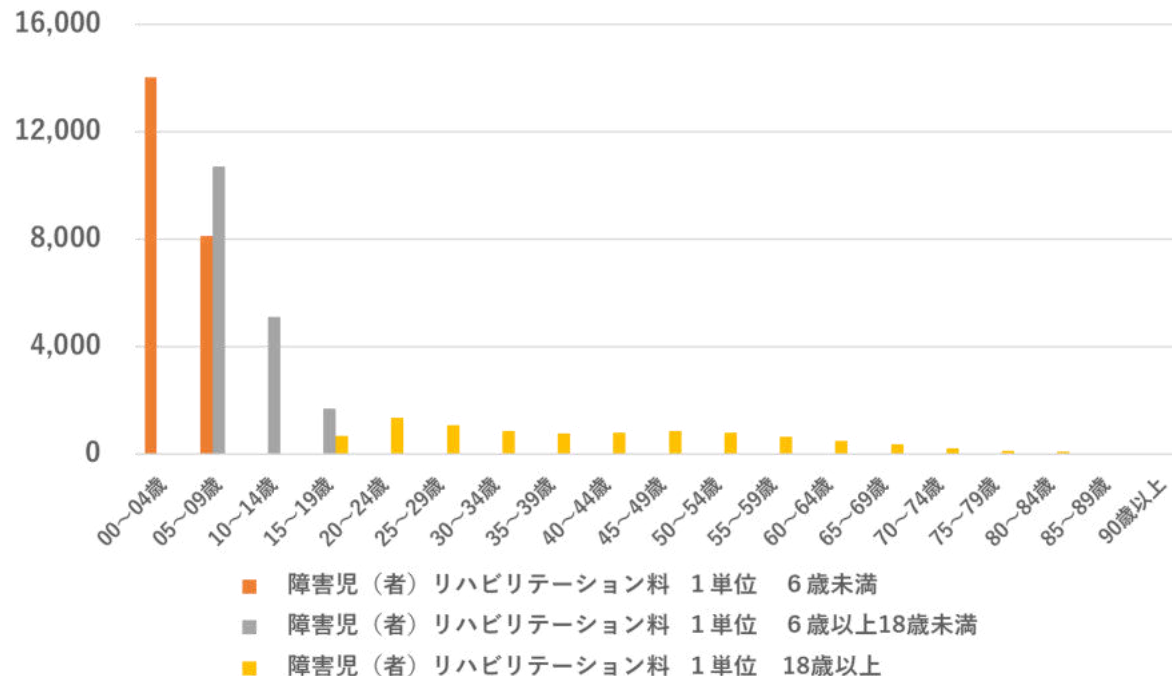
要望

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

要望理由・課題

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

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



目標設定等支援・管理料の負担軽減

要望

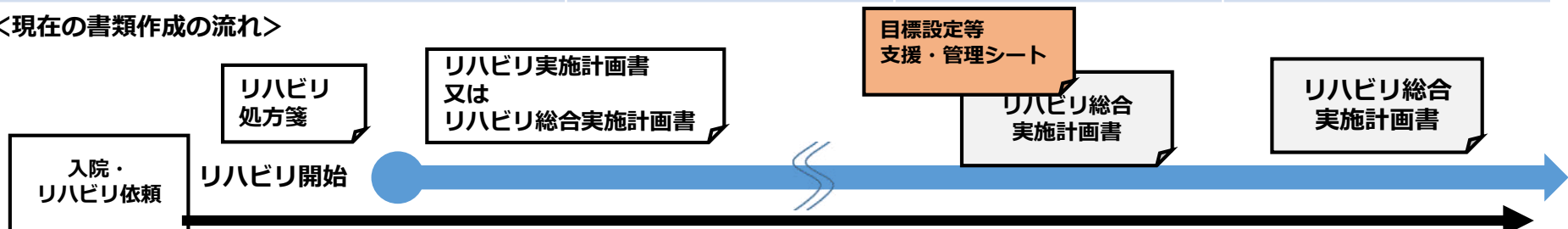
- 目標設定等支援・管理シートの内容をリハビリテーション実施計画書と重複しない簡易なシートとし、説明と記録の手順はリハビリテーション総合実施計画書と同じ手順とする。
- リハビリテーション総合実施計画書を作成し、かつ、目標設定等支援・管理シートに含まれる項目を追記した場合において、当該シートの作成を省略しても目標設定等支援・管理料の算定を認める。

要望理由・課題

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

目標設定等支援・管理シートに掲載の項目	リハビリテーション 実施計画書 別紙様式 2 1	リハビリテーション 実施計画書 別紙様式 2 1 の 6	リハビリテーション 総合実施計画書 別紙様式 2 3
発症からの経過（リハビリテーション開始日）	発症日・手術日を記載	発症日・直近の入院日、 治療経過を記載	発症日・手術日を記載
ADL評価 （Barthel IndexまたはFIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）	BI、FIMを記載	BIを記載	BI、FIMを記載
現在リハビリテーションの目標としているもの、 及び現在のリハビリテーションの内容との関連 ・心身機能、活動、社会参加	—	—	目標をチェック 対応方針を記載
今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し ・医師の説明の内容、患者の受け止め	—	—	—
介護保険のリハビリテーションの見通し（あり・なし）	—	—	「環境」の対応を要する項目として記載
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）	—	—	「環境」の対応を要する項目として記載
紹介した事業所名	—	—	—

<現在の書類作成の流れ>

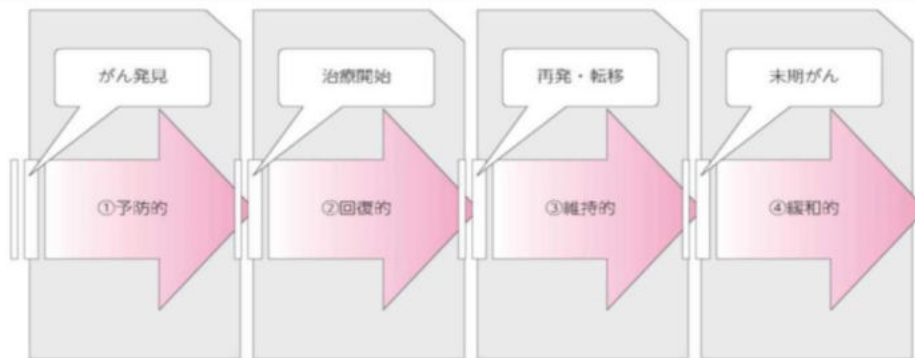


(1) がん患者リハビリテーション料

要望 がん患者リハビリテーション料を外来患者にも拡大することを要望する。

要望理由・課題

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



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

- 入院中にご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（FIM 115以下、BI 85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。

(9) 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

要望

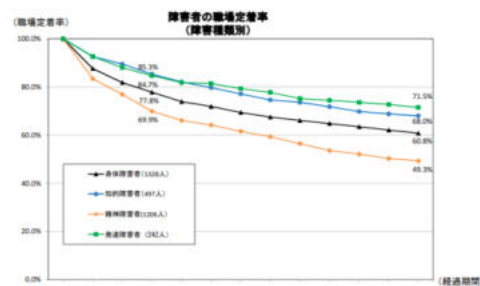
既存の管理料において、相談支援体制を強化する。雇用及び就労定着を実現するために、障がい者一人一人の特性を評価し職能とのマッチングや雇用側への相談・支援を行うため、専門的かつ医学的な見地からアプローチする体制を強化する。

要望理由・課題

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稳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。



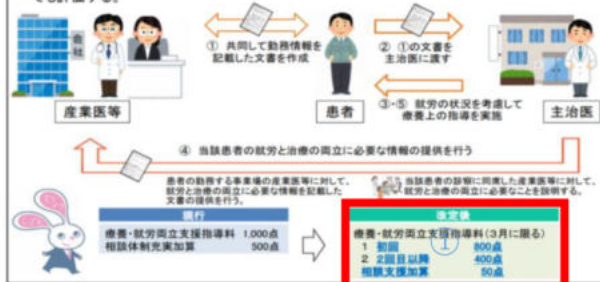
図①

出典「障害者の就業状況に関する調査研究」(2017年、NIED) 21

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-5 治療と仕事の両立に関する取組の推進 Ⅱ-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②

現状：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(図1)

課題：現状の支援体制(図②の赤枠)

1) 期間：3か月に限られる

2) 専門的支援不足：新設の「相談支援加算」は、保険医療機関における看護師または社会福祉士のみが対象。50点のみ。

対策：療養・就労両立支援指導料について、就労定着の強化も行う。

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のために、新たに「**相談支援加算**」の職種を拡大し**点数増点**とする。

<相談支援加算の指導料の新設、及び期限の撤廃(案)>

1) 療養・就労両立支援指導料⇒「療養・就労両立支援・**定着指導料**」とし、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**期限を2年間とし、回数の制限(年3回まで)**とする。

2) 就労支援・**定着**を目的とし更に**専門職の関与、協力を得るために加算点数及び条件の見直し**

加算 :50点(現行) 看護師または社会福祉士がかかった場合

↓
加算 :300点(増点)

保険医療機関の専門職：看護師、**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士**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。

(10) 在宅訪問医療提供体制の維持

要望

介護保険の看護体制強化加算の取り扱いと同様に、令和4年3月31日時点で機能強化型訪問看護ステーションであって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予いただきたい。

要望理由・課題

令和2年度診療報酬改定においては、より手厚い訪問看護の提供体制を推進する観点から、機能強化型訪問看護ステーションの要件見直しが行われ、看護師等の6割以上が看護職員であることが要件に加えられた。

令和3年度介護報酬改定においても、訪問看護の看護体制強化加算について、訪問看護の機能強化を図る観点から、指定（介護予防）訪問看護の提供に当たる従業員に占める看護職員の割合を6割以上とする要件が新たに設けられたが、これには2年の経過措置期間を設けられており、また、令和5年3月31日時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用が猶予されることとなっている。

診療報酬、介護報酬における訪問看護の機能強化はいずれも、医療的ケア児、難病や高齢者のターミナルケア等、疾病や障害が重度で医療ニーズの高い対象者の在宅生活支援の充実を目的としており、看護職員と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士とがより一層協働することでその実現が図られると考えられ、訪問看護の機能強化のために複数の療法士を配置している事業所もある。