

厚生労働省保険局医療課
課長補佐 中谷 祐貴子 様

(社)日本作業療法士協会
会 長 杉原 素子

診療報酬改定について(要望)

第7部 リハビリテーションの見直し

要望の趣旨

国民医療の向上に資するため良質で高度な医療技術を適切に提供することは重要であり、医療費の効率的運用にもつながる。そのため、疾患特性に応じた、重症度、時間、技術力等を踏まえた診療報酬体系の整備が急務と考える。平成 16 年のリハビリテーションにおける診療報酬改定では、急性発症で始まる疾患(脳卒中等)に対する診療報酬体系が、重点的に整備された。しかし、小児特有の疾患や高次脳機能障害に対する対策は未整備のままと考える。同時に、入院治療を終える患者が在宅生活へ円滑に移行する方策、介護予防の意味での悪化防止、生活習慣病予防対策も未整備のままである。

作業療法は、循環器疾患・骨関節疾患・難病・小児疾患等における体幹・四肢・手部・神経・筋・腱・靭帯損傷麻痺や疼痛等の運動機能障害や高次脳機能障害などの心身機能障害に対する機能訓練や、それに付随する個人の背景にある、参加・活動制限に対し、一人一人の状態像を把握した上で、疾病治療に即したかたちで生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けた、生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。これまでの診療報酬体系は、作業療法(個別)・作業療法(集団)の2つの類型を主軸として全ての疾患領域において、重症度のいかに問わず実施されてきた。現状では、疾患特性に応じた適切な対応が困難であり、効率的運用の点からも不合理が生じている。このような観点から、疾患及び障害特性別の作業療法診療報酬体系を再編し以下に提案する。

(1) 骨・関節疾患リハビリテーション料(仮称)の新設

- 骨・関節疾患作業療法料 1
- 骨・関節疾患作業療法料 2
- 骨・関節疾患作業療法料 3

(2) 中枢神経疾患リハビリテーション料(仮称)の新設

- 中枢神経疾患作業療法料 1
- 中枢神経疾患作業療法料 2
- 中枢神経疾患作業療法料 3

(3) 在宅生活移行支援リハビリテーション料(仮称)の新設

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【概要版】

申請者	社団法人日本作業療法士協会
担当者（連絡先）	会長 杉原素子
提出年月日	平成 17 年 9 月 8 日

概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	骨・関節疾患作業療法料（新設）	
技術の概要	骨・関節疾患（運動器疾患）に対するリハビリテーションには、物理療法、運動療法と共に作業療法も重要である。これら専門療法は医師または作業療法、理学療法の有資格者による対応が基本と考える。	
対象疾患名	体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後等	
<p>保険収載の必要性のポイント</p> <p>骨・関節疾患に対するリハビリテーションにおける作業療法は、体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後などの臨床実績がある。また、運動機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、手術後の生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。そのため、入院及び外来における個別の訓練が中心となる。以上の観点から、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 骨・関節疾患のリハビリテーションにおける、作業療法の役割を専門技術として評価して頂きたい。 2) 実施にあたっては、個別の治療を原則として頂きたい。 3) 骨・関節疾患リハビリテーション料の中の作業療法において作業療法士のみが実施することを原則として頂きたい。 		
【評価項目】		
有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・エビデンスレベルの明確化	作業療法は、体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後などの臨床実績がある。また、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、手術後の生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応できる。	
安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	徒手的な技術が多く、安全性は確保されているが、転倒骨折や腱の再断裂等を考慮して、個別対応することが基本である。	
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者数 953.6 千人 ・リハビリテーション実施回数 6,286,325 回 	
技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性・施設基準等）	専門性は、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。施設基準は総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療法の施設基準認可施設が妥当。	
倫理性・社会的妥当性	特に問題なし	
予想される医療費への影響	予想影響額 円 増・減	
（影響額算出の根拠を記載する） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費	現状の作業療法士、理学療法士が行うリハビリテーション料1ヶ月6,389,569,220円（平成13年社会医療診療行為別調査平成13年6月審査分より推計）の中でおもに行う専門技術のうち、点数配置を重症度別に再編しなおすため、現状の医療費への影響（増減）は少ない。	
当該技術の海外における公的医療保険への収載状況		
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠	該当現行診療報酬区分 第7部	<p>要望点数</p> <p>骨・関節疾患作業療法料 300点（重症個別1単位20分以上）</p> <p>骨・関節疾患作業療法料 200点（中症個別1単位20分以上）</p> <p>骨・関節疾患作業療法料 100点（軽症個別1単位20分以上）</p>
	根拠	
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名称
その他		

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請者 社団法人日本作業療法士協会

担当者（連絡先） 会長 杉原素子

提出年月日 平成 17 年 9 月 8 日

概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について3ページを上限として記載する。
 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	骨・関節疾患作業療法料（新設）
技術の概要	骨・関節疾患（運動器疾患）に対するリハビリテーションには、物理療法、運動療法と共に作業療法も重要である。また、これら専門療法は医師または作業療法、理学療法の有資格者による対応が基本と考える。
対象疾患名	体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後等
<p>保険収載の必要性のポイント：骨・関節疾患に対するリハビリテーションにおける作業療法は、体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後などの臨床実績がある。（文献1）また、運動機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、手術後の生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。（文献2）そのため、入院及び外来における個別の訓練が中心となる。以上の観点から、</p> <p>1）骨・関節疾患のリハビリテーションにおける、作業療法の役割を専門技術として評価して頂きたい。 2）実施にあたっては、個別の治療を原則として頂きたい。 3）骨・関節疾患リハビリテーション料の中の作業療法において作業療法士のみが実施することを原則として頂きたい。</p>	
【評価項目】	
有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・エビデンスレベルの明確化	作業療法は、体幹・四肢・手部の骨折、神経・筋・腱・靭帯損傷の術後などの臨床実績がある。また、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、手術後の生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応できる。
安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	徒手的な技術が多く、安全性は確保されているが、転倒骨折や腱の再断裂等を考慮して、個別対応することが基本である。
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者数 953.6千人（入院：70.6千人・外来883.0千人）（2004年「国民衛生の動向」第35表 平成14年10月入院・外来・傷病大分類別推計患者数より推計） ・リハビリテーション実施回数及び点数：筋骨格系及び結合組織の疾患（981,188件 6,286,325回 638,956,922点）（平成13年社会医療診療行為別調査（平成13年6月審査分）上巻 医科診療 第4表より推計）
技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性・施設基準等）	専門性は、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。施設基準は総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療法 の施設基準認可施設が妥当。
倫理性・社会的妥当性（問題点あれば記載）	特に問題なし
予想される医療費への影響	予想影響額 円 増・減
<ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費（費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可） 	現状の作業療法士、理学療法士が行うリハビリテーション料1ヶ月6,389,569,220円（平成13年社会医療診療行為別調査平成13年6月審査分より推計）の中でおもに行う専門技術のうち、点数配置を重症度別に再編しなおすため、現状の医療費への影響（増減）は少ない。
当該技術の海外における公的医療	

保険（医療保障）への 収載状況		
妥当と思われる診療 報酬の区分、点数及び その根拠（新設の場合）	該当現行診療報酬区分 第7部 リハビリテーション	要望点数 骨・関節疾患作業療法料 300点（重症個別1単位20分以上） 骨・関節疾患作業療法料 200点（中症個別1単位20分以上） 骨・関節疾患作業療法料 100点（軽症個別1単位20分以上）
	根拠	
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名前
当該技術の高度先進 医療としての取扱	当該技術は高度先進医療として a. 承認を受けている b. 申請されたが却下された c. 申請中 d. 把握していない	
当該技術に医薬品を 用いる場合、その主な ものの内容を記載	名称 薬事法の承認の有無及び承認内容	薬価収載の有無
	1)	
	2)	
当該技術に医療用具 を用いる場合、その主 なものの内容を記載	名称 薬事法の承認の有無及び承認内容	保険適用の有無
	1)	
	2)	
その他		
関係学会、代表的研 究者等		
担当者、連絡先 （住所、TEL、FAX、 E-MAIL）		

参考資料

(文献1)

別府諸兄・他：手の外科．総合リハ28：713-717，2000

赤居正美：リハビリテーション効果と予後．総合リハ33：235-239，2005

桜庭景植：大腿・下腿の疲労骨折．JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION14：562-568，2005

猪飼哲夫・他：ハンドセラピーの現状と今後の課題 大学病院における調査報告．JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION12：932-935，2003

奥村修也：末梢神経縫合術後の作業療法．OTジャーナル37（5）：360-364，2003

志水宏行・他：腕神経叢損傷に対する作業療法．OTジャーナル37（5）：365-370，2003

田崎和幸・他：絞扼性神経障害に対する運動機能再建術後の作業療法．OTジャーナル37（5）：371-374，2003

林克樹：脳卒中患者の上肢と手の治療の必要性．OTジャーナル35（4）：276-277，2001

松本琢磨・他：四肢切断者へのADLおよび機能的アプローチ - 電動車椅子によるADL拡大と水中運動療法からの発展 - ．作業療法22：165-174，2003

花房謙一・他：全人工股関節置換術後の靴下着脱動作訓練プログラム．作業療法23：26-32，2004

(文献2)

岡本珠代：作業療法の哲学と倫理．作業療法21：411-414，2002

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【概要版】

申請者 社団法人日本作業療法士協会

担当者（連絡先） 会長 杉原素子

提出年月日 平成 17 年 9 月 8 日

概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	中枢神経疾患リハビリテーション料（新設）	
技術の概要	中枢神経疾患（体幹・四肢運動機能障害・高次脳機能障害・生活機能障害・社会生活障害）に対するリハビリテーションには、言語療法、運動療法と共に作業療法が重要である。また、これらの専門療法は医師または作業療法、理学療法、言語聴覚療法の有資格者による対応が基本と考える。	
対象疾患名	脳血管疾患・脊髄損傷・神経筋疾患・脳性まひ・低体重出生児・高次脳機能障害等	
<p>保険収載の必要性のポイント</p> <p>中枢神経疾患に対するリハビリテーションにおける作業療法は、運動機能障害、高次脳機能障害、日常生活活動・社会生活活動の改善において臨床実績がある。また、機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、重症度に併せて、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。そのため、入院及び外来における個別の訓練が中心となる。以上の観点から、</p> <p>1) 中枢神経疾患に対する作業療法の役割を専門技術として評価して頂きたい。</p> <p>2) 実施にあたっては、個別の治療を原則として頂きたい。</p> <p>3) 中枢神経疾患リハビリテーション料の中の作業療法において作業療法士のみが実施することを原則として頂きたい。</p>		
【評価項目】		
有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・エビデンスレベルの明確化	作業療法は、運動機能障害、高次脳機能障害、日常生活活動・社会生活活動の改善において臨床実績がある。また、機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、重症度に併せて、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。	
安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	徒手的な技術が多く、安全性は確保されているが、重症度に応じたリスク管理や転倒骨折等を考慮して、個別対応することが基本である。	
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	<p>・対象患者数：751.0 千人</p> <p>・リハビリテーション実施回数：4,770,191 回（平成 13 年社会医療診療行為別調査平成 13 年 6 月審査分上巻 医科診療 第 4 表より推定）</p>	
技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性・施設基準等）	専門性は、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。施設基準は総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療法 の施設基準認可施設が妥当。	
倫理性・社会的妥当性	特に問題なし	
予想される医療費への影響	予想影響額 円 増・減	
（影響額算出の根拠を記載する） ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費	現状の作業療法士、理学療法士が行うリハビリテーション料 1 ヶ月 10,915,474,110 円（平成 13 年社会医療診療行為別調査平成 13 年 6 月審査分より推計）の中でおもに行う専門技術の点数配置を重症度別に再編しなおすため、現状の医療費への影響（増減）は少ない。	
当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠	該当現行診療報酬区分	要望点数
	根拠	
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名称
その他		

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請者 社団法人日本作業療法士協会

担当者（連絡先） 会長 杉原素子

提出年月日 平成 17 年 9 月 8 日

概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について3ページを上限として記載する。
必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	中枢神経疾患リハビリテーション料（新設）																																																		
技術の概要	中枢神経疾患（体幹・四肢運動機能障害・高次脳機能障害・生活機能障害・社会生活障害）に対するリハビリテーションには、言語療法、運動療法と共に作業療法が重要である。また、これらの専門療養は医師または作業療法、理学療法、言語聴覚療法の有資格者による対応が基本と考える。																																																		
対象疾患名	脳血管疾患・脊髄損傷・神経筋疾患・脳性まひ・低体重出生児・高次脳機能障害等																																																		
<p>保険収載の必要性のポイント：中枢神経疾患に対するリハビリテーションにおける作業療法は、運動機能障害、高次脳機能障害、日常生活活動・社会生活活動の改善において臨床実績がある。また、機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、重症度に併せて、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。そのため、入院及び外来における個別の訓練が中心となる。以上の観点から、</p> <p>1）中枢神経疾患に対する作業療法の役割を専門技術として評価して頂きたい。 2）実施にあたっては、個別の治療を原則として頂きたい。 3）中枢神経疾患リハビリテーション料の中の作業療法において作業療法士のみが実施することを原則として頂きたい。</p>																																																			
【評価項目】																																																			
有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・エビデンスレベルの明確化	作業療法は、運動機能障害、高次脳機能障害、日常生活活動・社会生活活動の改善において臨床実績がある。また、機能障害のみならず、個人の背景にある障害に対し、一人一人の状態像を把握した上で、重症度に併せて、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社会参加の再獲得を目指して対応する専門技術である。																																																		
安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	徒手的な技術が多く、安全性は確保されているが、重症度に応じたリスク管理や転倒骨折等を考慮して、個別対応することが基本である。																																																		
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	<p>・対象患者数 751.0 千人（入院：345.3 千人・外来 405.7 千人）（2004 年「国民衛生の動向」 第 35 表 平成 14 年 10 月入院 - 外来・傷病大分類別推計患者数より推計） （単位 千人）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院総数</th> <th>外来総数</th> <th>総数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>循環器系の疾患（脳血管障害）</td> <td>226.7</td> <td>123.5</td> <td>350.1</td> </tr> <tr> <td>損傷，中毒及びその他の外因の影響</td> <td>118.6</td> <td>282.2</td> <td>400.9</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>345.3</td> <td>405.7</td> <td>751.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>・リハビリテーション実施回数 4,770,191 回（平成 13 年社会医療診療行為別調査（平成 13 年 6 月審査分）上巻 医科診療 第 4 表より推計）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実施件数</th> <th>回数</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>循環器系の疾患 くも膜下出血</td> <td>8975</td> <td>131402</td> <td>35297998</td> </tr> <tr> <td>脳内出血</td> <td>45479</td> <td>662283</td> <td>200298071</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞</td> <td>150362</td> <td>1843028</td> <td>429236983</td> </tr> <tr> <td>脳動脈硬化(症)</td> <td>3795</td> <td>36431</td> <td>2688661</td> </tr> <tr> <td>その他の脳血管疾患</td> <td>16622</td> <td>185793</td> <td>50740130</td> </tr> <tr> <td>損傷，中毒及びその他の外因の影響</td> <td>203665</td> <td>1911254</td> <td>373285568</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>428898</td> <td>4770191</td> <td>1091547411</td> </tr> </tbody> </table>				入院総数	外来総数	総数	循環器系の疾患（脳血管障害）	226.7	123.5	350.1	損傷，中毒及びその他の外因の影響	118.6	282.2	400.9	合計	345.3	405.7	751.0		実施件数	回数	点数	循環器系の疾患 くも膜下出血	8975	131402	35297998	脳内出血	45479	662283	200298071	脳梗塞	150362	1843028	429236983	脳動脈硬化(症)	3795	36431	2688661	その他の脳血管疾患	16622	185793	50740130	損傷，中毒及びその他の外因の影響	203665	1911254	373285568	合計	428898	4770191	1091547411
	入院総数	外来総数	総数																																																
循環器系の疾患（脳血管障害）	226.7	123.5	350.1																																																
損傷，中毒及びその他の外因の影響	118.6	282.2	400.9																																																
合計	345.3	405.7	751.0																																																
	実施件数	回数	点数																																																
循環器系の疾患 くも膜下出血	8975	131402	35297998																																																
脳内出血	45479	662283	200298071																																																
脳梗塞	150362	1843028	429236983																																																
脳動脈硬化(症)	3795	36431	2688661																																																
その他の脳血管疾患	16622	185793	50740130																																																
損傷，中毒及びその他の外因の影響	203665	1911254	373285568																																																
合計	428898	4770191	1091547411																																																
技術の成熟度	専門性は、生活機能障害の発生予防、改善、在宅生活に向けての生活機能の再構築・社																																																		

・学会等における位置づけ ・難易度（専門性・施設基準等）	会参加の再獲得を目指して対応する作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。施設基準は総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療法の施設基準認可施設が妥当。	
倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特に問題なし	
予想される医療費への影響	予想影響額 円 増・減	
・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費	現状の作業療法士、理学療法士が行うリハビリテーション料1ヶ月10,915,474,110円（平成13年社会医療診療行為別調査平成13年6月審査分より推計）の中でおもに行う専門技術の点数配置を重症度別に再編しなおすため、現状の医療費への影響（増減）は少ない。	
当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況		
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠（新設の場合）	該当現行診療報酬区分 第7部 リハビリテーション	要望点数 中枢神経疾患作業療法料 300点（重症個別1単位20分以上） 中枢神経疾患作業療法料 200点（中症個別1単位20分以上） 中枢神経疾患作業療法料 100点（軽症個別1単位20分以上）
	根拠	
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名前
当該技術の高度先進医療としての取扱	当該技術は高度先進医療として a. 承認を受けている b. 申請されたが却下された c. 申請中 d. 把握していない	
当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載	名称 薬事法の承認の有無及び承認内容	薬価収載の有無
	1)	
	2)	
当該技術に医療用具を用いる場合、その主なものの内容を記載	名称 薬事法の承認の有無及び承認内容	保険適用の有無
	1)	
	2)	
その他		
関係学会、代表的研究者等		
担当者、連絡先 （住所、TEL、FAX、E-MAIL）	東 祐二 宮崎県都城市早鈴町17-1 藤元早鈴病院 セラピスト室 TEL0986-25-1313 FAX0986-25-3950 E-Mail:higashi@fujimoto.or.jp	

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名 社団法人 日本作業療法士協会

代表者名 会長 杉原 素子

提出年月日 平成 17 年 9 月 8 日

概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	在宅生活移行支援リハビリテーション料（新設）											
技術の概要	生活機能障害を有する患者が、安心してスムーズに在宅生活へ移行できるよう、医師、看護師、作業療法士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等リハビリテーション医療スタッフが共同して「在宅生活移行支援計画」を作成し、「退院時リハビリテーション指導」、「退院前・後訪問リハビリテーション指導」を総合的に実施する。											
対象疾患名	疾病や年齢の別を問わず基本的日常生活活動の評価結果、生活機能障害が認められる入院患者に対して、退院前・後（退院日も含む退院後 2 週間以内）にその居宅を訪問し、住環境の調整・ADL 実施方法ならびに介助方法等の在宅生活移行支援が必要と認められるリハ医療実施患者。											
保険収載の必要性のポイント： 安心でスムーズな在宅生活への移行、在宅復帰率のアップ、退院に対する不安緩和による入院日数の短縮化、包括ケア（保健・医療・介護・福祉）提供のための連携												
【評価項目】												
有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOL の改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	1)入院中に本人の状態を把握しているリハ医療専門職が在宅の住環境や家族介護力を把握・調整し、基本的なADL 実施方法や介助方法を評価・指導することで、退院後の在宅生活に対する不安を解消できる。 2)退院前・後の連携、医療から介護・福祉への連携をすることで、不安や混乱、生活機能障害の発生を予防できる。 3)不必要な入院を減少できる。在宅復帰率をあげることができる。											
安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	住環境の調整、日常生活活動の実施方法や介助方法等の指導が主な内容のため、安全性に問題はない。											
普及性 ・ 対象患者数 ・ 年間実施回数等	在宅生活移行支援として整備されれば、必要度は高く普及性は高い。主な対象者は、回復期リハビリテーション病棟に入院する者の 7 割が対象となる。											
技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性・施設基準等）	・ 日本作業療法士協会の生涯教育制度で研修会を定期的開催。 ・ 専門性は住環境整備や生活機能の再構築等は作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。施設基準は総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療法 の施設基準認可施設が妥当。											
倫理性・社会的妥当性 （問題点があれば記載）	特に問題なし											
予想される医療費への影響	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>予想影響額</td> <td>円 増・減</td> </tr> </table>		予想影響額	円 増・減								
予想影響額	円 増・減											
（影響額算出の根拠を記載する） ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 （費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可）	（条件設定） 対象者を年間 100 名（医科 30 名、老人医科 70 名）と仮定した場合の推定。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>現行制度の場合</td> <td>合計：520,000 円</td> </tr> <tr> <td>新制度の場合</td> <td>合計：2,250,000 円（ - = 1,730,000 円増）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">（2 日間の入院期間短縮効果） 3,360,000 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">（導入効果）</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>= 1,630,000 円</td> </tr> </table>		現行制度の場合	合計：520,000 円	新制度の場合	合計：2,250,000 円（ - = 1,730,000 円増）	（2 日間の入院期間短縮効果） 3,360,000 円		（導入効果）		-	= 1,630,000 円
現行制度の場合	合計：520,000 円											
新制度の場合	合計：2,250,000 円（ - = 1,730,000 円増）											
（2 日間の入院期間短縮効果） 3,360,000 円												
（導入効果）												
-	= 1,630,000 円											
当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況（把握された場合）												
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠	該当現行診療報酬区分 7 部 根拠 OT1 単位（20 分）250 点×3（60 分 / 回訪問、移動）= 750 点	要望点数：訪問 1 回 750 点										
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名称										
その他												

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【詳細版】（案）

申請団体名 社団法人 日本作業療法士協会

代表者名 会長 杉原 素子

提出年月日 平成 17 年 9 月 8 日

概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について3ページを上限として記載する。
 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	在宅生活移行支援リハビリテーション料（新設） （医科診療報酬の「退院時リハビリテーション指導料」「退院前訪問指導料」と老人医科診療報酬の「退院前訪問指導料」を再編し、「在宅生活移行支援リハビリテーション料」に一本化する）
技術の概要	生活機能障害者を有する患者が、安心してスムーズに在宅生活へ移行できるよう、医師、看護師、作業療法士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等リハビリテーション医療スタッフが共同して「在宅生活移行支援計画」を作成し、「退院時リハビリテーション指導」、「退院前・後訪問リハビリテーション指導」を総合的に実施する。 訪問期間は入院期間と退院後（退院日含む）2週以内、1回の訪問は30分以上1時間未満、合計の訪問回数は5回を上限とする。
対象疾患名	疾病や年齢の別を問わず基本的日常生活活動の評価結果、生活機能障害が認められる入院患者で、退院後の在宅生活に不安を抱く入院患者に対して、退院前・後（退院日も含む退院後2週間以内）にその居宅を訪問し、住環境の調整・A D L実施方法ならびに介助方法等の在宅生活移行支援が必要と認められるリハ医療実施患者。
保険収載の必要性のポイント： 安心でスムーズな在宅生活への移行、在宅復帰率のアップ、退院に対する不安緩和による入院日数の短縮化、包括ケア（保健・医療・介護・福祉）提供のための連携	
【評価項目】	
有効性 ・ 治癒率・死亡率・Q O Lの改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	（現状の問題） 生活機能障害を有する入院患者は退院後の在宅生活に対する不安が大きく、入院期間が長くなりやすい。また在宅復帰の妨げになっている。 適切な準備やフォローが未実施のため、特に退院後2週間は本人や家族が不安が高まり混乱状態となる。 退院後2週間以内にケアサービス体制が未整備の場合、A D Lが低下し、介護負担が過剰となってしまう。 介護保険制度利用対象外の場合、福祉サービスへの連携制度が未整備状態にあり、混乱状態が継続しやすい。 介護保険制度利用対象者の場合でも、退院後数日を経過してしまう。 （制度導入後の効果） 入院中に本人の状態を把握しているリハ医療専門職が在宅の住環境や家族介護力を把握・調整し、基本的なA D L実施方法や介助方法を評価・指導することで、退院後の在宅生活に対する不安を解消できる 退院前・後の連携、医療から介護・福祉への連携をすることで、不安や混乱、生活機能障害の発生を予防できる。 不必要な入院を減少できる。在宅復帰率をあげることができる。
安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	住環境の調整、日常生活活動の実施方法や介助方法等の指導が主な内容のため、安全性に問題は無い。 逆に住環境の未整備、適切な介助方法が指導されていないと、転倒事故や介護者の過剰負担をもたらすことになる。
普及性 ・ 対象患者数 ・ 年間実施回数等	在宅生活移行支援として整備されれば、普及性は高まる。 回復期リハビリテーション実施者（T病院の回復期リハビリテーション在宅復帰患者は8割以上）のほとんどが対象となる。
技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性・施設基準等）	位置づけ：日本作業療法士協会の会員向け生涯教育制度で研修会を定期的に開催。 専門性：住環境整備や生活機能の再構築等は作業療法士の本来の業務に位置づけられており、専門性が高い。 施設基準：総合リハビリテーション承認施設もしくは、作業療法、理学療

	法の施設基準認可施設である保険医療機関。	
倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	特に問題なし	
予想される医療費への影響	予想影響額 円 増・減	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用 - 効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	(条件設定) 対象者：年間100名(医科30名、老人医科70名) 退院前・後訪問回数：平均3回/人 不必要な入院期間：2日間×100人 (現行制度の場合) 30名×(退院時リハ指導料300点+退院前リハ指導料360点)=198,000円 70名×(老人退院前訪問指導料460点)=322,000円 <u>合計：520,000円</u> (新制度の場合) 30名×750点×3回=675,000円：477,000円増 70名×750点×3回=1,575,000円：1,253,000円増 <u>合計：2,250,000円(1,730,000円増)</u> (2日間の入院期間短縮効果) 2日×100人×回復期リハビリテーション病棟入院料1,680点=3,360,000円 (導入効果) 「入院期間短縮効果」：3,360,000円 - 「導入後支出増加額」：1,730,000円 =1,630,000円	
当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況		
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠(新設の場合)	該当現行診療報酬区分 7部	要望点数：訪問1回750点 根拠OT1単位(20分)250点×3(60分/回訪問、移動)=750点 (診療報酬の中に、「在宅生活移行支援計画書(仮称)」や「退院時リハ指導」も含む)
審査迅速性順位	提出学会順位	希望する内保連委員会の名前
当該技術の高度先進医療としての取扱	当該技術は高度先進医療として a. 承認を受けている b. 申請されたが却下された c. 申請中 d. 把握していない	
当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載	特になし	
当該技術に医療用具を用いる場合、その主なものの内容を記載	特になし	
その他		
関係学会、代表的研究者等		
担当者、連絡先 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)	担当者：太田 睦美 連絡先：財団法人 竹田総合病院 介護福祉本部 住所：福島県会津若松市山鹿町3-27 TEL：0242-29-9985 FAX：0242-29-9986 E-MAIL：oota@takeda.or.jp	

参考資料

T病院回復期リハビリテーション病棟 在宅復帰率

平成16年1月～12月

	退院者数	在宅復帰者数	在宅復帰率
1月	23名	15名	65%
2月	24名	15名	63%
3月	37名	34名	92%
4月	30名	23名	77%
5月	37名	25名	68%
6月	40名	36名	90%
7月	32名	28名	88%
8月	42名	34名	81%
9月	31名	23名	74%
10月	38名	32名	84%
11月	25名	19名	76%
12月	43名	39名	91%
合計	402名	323名	80.4%