

平成 19 年 6 月 25 日

厚生労働省 保険局 医療課
医療課長 原 徳 壽 様

社団法人 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

近年の社会保険診療報酬改定では、治療の早期開始と短期間での地域生活移行に向けた整備が推進されている。リハビリテーションにおいては平成 18 年度社会保険診療報酬改定により、疾患別分類としたことで患者一人一人の疾患及び障害特性に合わせた個別対応の強化と効率化が図られた。このことは診療報酬改定以降、療養型病床を有する病院のリハビリテーション部門の運営方針転換や縮小化検討、介護保険への移行推進に向けた事業改革の動きにつながっている。

しかし、本来推進すべき発症後早期や、発達障害への対応を提供していた施設において人員基準や点数配分改定の影響により減収となり部門存続が困難になっている状況もある。地域生活への移行促進を推進する中で、発症早期対応と少数ではあっても発達障害等今後重点的に対応していくべき領域の強化は不可欠であり、このような観点から現状の体系の見直し案を以下に要望する。

要望項目

1. 施設基準 I と II の極端な格差の是正
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料点数見直し
 - (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料施設基準見直し
 - (3) 運動器リハビリテーション料点数見直し
 - (4) 運動器リハビリテーション料施設基準見直し
2. 呼吸器リハビリテーション料算定要件における作業療法士による関わりの追加
呼吸器リハビリテーション料算定要件の変更
3. 心大血管疾患リハビリテーション料算定要件における作業療法士による関わりの追加
心大血管疾患リハビリテーション料算定要件の変更
4. 複数名が同一環境下で行う作業療法追加
リハビリテーション実施方法として複数名が同一環境下で行う訓練を可能とする解釈追加
5. 在宅訪問リハビリテーション指導管理料の適応拡大
在宅訪問リハビリテーション指導管理料を介護保険対象者に対する適応拡大
6. 障害児・者リハビリテーション料の適応施設拡大
障害児・者リハビリテーション料における基準取得可能施設に一般病院を含める

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	
技術の概要	脳血管障害等主に中枢神経系の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他()	
具体的な内容	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱにおいても、対象者数に対するスタッフ数比率が一定数を満たせば、リハビリテーション部門の規模に関係なく脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とする。 ・取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とし、必要に応じて ST も配置する。	
【評価項目】		
①再評価の理由 当協会の調査では、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ未取得施設は旧施設基準において作業療法Ⅱ取得施設が多い。旧作業療法Ⅱ施設には、本来普及を進めるべきである急性期や発達障害の患者に対するリハビリテーションを提供する施設も多く含まれており、施設の規模により脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰまでの人員を必要としない施設も多い。また、同調査において、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ未取得施設では、減収等部門収益の不足により運営に影響が出ていた。 疾患別リハビリテーションにおける脳血管疾患等リハビリテーション施設基準は、施設全般の規模には関係ない基準となっている。上記、急性期や発達障害の患者に対応する施設における普及と、患者一人ひとりへの十分な対応を評価するという観点から、通則にある 1 従事者 1 日 18 単位を目安とすることを基本とし、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱにおいても取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とした施設に限り脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とすることが望ましい。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	・対象は、脳血管疾患を中心とする入院及び外来の患者 356.5 千人のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱで基準を満たす施設の利用者が対象となる為、割合としては少ない。 ・年間リハビリテーション実施回数およそ 189, 116, 844 回に影響はない。	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ施設基準の特に急性期対応の部門の普及・充実による短期間での効果促進を図ることであり、退院時期の早期化に繋がる。よって医科診療における年間リハビリテーション料 229, 854, 777, 240 円への影響はないと推測できる。	
④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 特掲診療料 第 7 部リハビリテーション 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ)	要望点数 250 点
	根拠 現行の脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱの施設基準における人員要件は、施設の規模や対象者数に関係なく規定されている。提供されるべき技術の質と量を考慮すると取扱人数に対するスタッフの配置割合を基準とする事が望ましい。	
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 リハビリテーション関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	
技術の概要	脳血管障害等主に中枢神経系の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他 ()	
具体的な内容	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱにおいても、対象者数に対するスタッフ数比率が一定数を満たせば、リハビリテーション部門の規模に関係なく脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とする。 ・取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とし、必要に応じて ST も配置する。	
【評価項目】		
①再評価の理由 脳血管疾患等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、早期からの積極的なリハビリテーションは廃用症候群の予防、機能の改善、在院日数の短縮等に効果がある。(文献) 当協会の調査では、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ未取得施設は旧施設基準において作業療法Ⅱ取得施設が多い。旧作業療法Ⅱ施設には、本来普及を進めるべきである急性期や発達障害の患者に対するリハビリテーションを提供する施設も多く含まれており、施設の規模により脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰまでの人員を必要としない施設も多い。また、同調査において、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ未取得施設では、減収等部門収益の不足により運営に影響が出ていた。 疾患別リハビリテーションにおける脳血管疾患等リハビリテーション施設基準は、施設全般の規模には関係ない基準となっている。上記、急性期や発達障害の患者に対応する施設における普及と、患者一人ひとりへの十分な対応を評価するという観点から、通則にある 1 従事者 1 日 18 単位を目安とすることを基本とし、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱにおいても取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とした施設に限り脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とすることが望ましい。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	・対象は、脳血管疾患を中心とする入院及び外来の患者 356.5 千人（表 1 平成 17 年患者調査表 2 傷病分類別にみた病床の種類別推計入院患者数、表 2 傷病分類別にみた病床の種類別推計外来患者数より推計）のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱで基準を満たす施設の利用者が対象となる為、割合としては少ない。 表 1 平成 17 年患者調査表 2 傷病分類別にみた施設の種類の推計入院患者数・構成割合（平成 18 年 12 月 7 日 厚生労働省発表）	

傷病分類	推計患者数(千人)		
	総数	病院	一般診療所
総数	1,462.8	1,391.6	71.2
I 感染症及び寄生虫症	27.2	25.9	1.3
結核 (再掲)	6.1	6.1	0.0
ウイルス肝炎 (再掲)	4.6	4.1	0.5
II 新生物	169.8	164.6	5.2
胃の悪性新生物 (再掲)	18.8	18.4	0.4
大腸の悪性新生物 (再掲)	19.4	18.9	0.5
肝及び肝内胆管の悪性新生物 (再掲)	11.2	10.2	1.0
気管、気管支及び肺の悪性新生物 (再掲)	20.3	20.1	0.3
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5.9	5.6	0.3
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	39.7	36.7	3.0
糖尿病 (再掲)	30.3	28.0	2.4
V 精神及び行動の障害	326.2	323.3	2.9
血管性及び詳細不明の認知症 (再掲)	54.0	52.6	1.5
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	198.9	198.7	0.2
VI 神経系の疾患	97.3	93.9	3.4
VII 眼及び付属器の疾患	12.7	11.6	1.0
VIII 耳及び乳様突起の疾患	3.0	2.8	0.2
IX 循環器系の疾患	318.7	302.5	16.2
高血圧性疾患 (再掲)	11.6	9.3	2.3
心疾患(高血圧性のものを除く) (再掲)	60.2	57.3	2.9
脳血管疾患 (再掲)	233.6	223.5	10.2
X 呼吸器系の疾患	78.7	74.7	4.0
喘息 (再掲)	8.7	8.1	0.6

表2 平成17年患者調査表3 傷病分類別にみた施設の種別推計外来患者数・構成割合(平成18年12月7日 厚生労働省発表)

傷病分類	推計患者数(千人)			
	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
総数	7,092.4	1,866.4	3,948.9	1,277.2
I 感染症及び寄生虫症	227.5	66.6	160.9	0
結核 (再掲)	3.1	2.7	0.4	0
ウイルス肝炎 (再掲)	79.4	30.2	49.3	0
II 新生物	204.6	161.5	43.1	0
胃の悪性新生物 (再掲)	19.3	15.1	4.2	0
大腸の悪性新生物 (再掲)	20.3	16.8	3.4	0
肝及び肝内胆管の悪性新生物 (再掲)	8.0	5.4	2.7	0
気管、気管支及び肺の悪性新生物 (再掲)	12.9	10.9	2.1	0
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	26.4	11.1	15.3	0
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	381.5	139.9	241.7	0
糖尿病 (再掲)	202.4	85.4	117.0	0
V 精神及び行動の障害	224.5	111.9	112.6	0
血管性及び詳細不明の認知症 (再掲)	12.0	4.7	7.3	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	62.9	45.4	17.5	0
VI 神経系の疾患	143.2	68.8	74.5	0
VII 眼及び付属器の疾患	333.7	74.9	258.7	0
VIII 耳及び乳様突起の疾患	114.6	20.6	94.0	0
IX 循環器系の疾患	949.5	287.8	661.8	0
高血圧性疾患 (再掲)	644.2	126.2	518.0	0
心疾患(高血圧性のものを除く) (再掲)	142.6	73.5	69.1	0
脳血管疾患 (再掲)	122.9	69.2	53.7	0
X 呼吸器系の疾患	757.7	144.9	612.7	0
喘息 (再掲)	147.1	41.6	105.5	0

・脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ施設基準の見直し要望であり、年間リハビリテーション実施回数 189,116,844 回(15,759,737 回×12ヶ月=189,116,844 回)(表3 平成14年社会医療診療行為別調査より推計)に影響はない。

表3 平成14年社会医療診療行為別調査 平成14年6月審査分 上巻 医科診療 第3表 診療所医科診療件数より抜粋

		総数	
		回数	点数
総数	総数	1,691,725,814	155,014,676,275
	リハビリテーション	15,759,737	1,915,456,477

③予想される医療費への影響

予想影響額 0 円 増減なし

<p>(影響額算出の根拠を記載する)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費 	<p>脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ施設基準の特に急性期対応の部門の普及・充実による短期間での効果促進を図ることであり、退院時期の早期化に繋がる。よって医科診療における年間リハビリテーション料229,854,777,240円への影響はないと推測できる。</p>	
<p>④妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠</p>	<p>該当現行診療報酬区分 特掲診療料 第7部リハビリテーション 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)</p>	<p>要望点数 250点(施設基準見直しのため変化なし)</p>
<p>審査迅速性順位</p>	<p>提出学会順位</p>	<p>希望する内保連委員会の名前 リハビリテーション関連委員会</p>
<p>その他</p>		
<p>関係学会、代表的研究者等</p>		
<p>担当者 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)</p>	<p>梶原幸信(社団法人日本作業療法士会保険部) 所属:農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 作業療法科 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川 1523-108 電話:0558-83-2204 E-mail:otdept-1@janrc.or.jp</p>	

参考資料

(文献)

里宇明元:脳卒中早期リハビリテーションの効果. 治療学 36(8):797-802, 2002

片岡愛子:脳卒中の早期リハビリテーションと作業療法. OTジャーナル 26(3):184-186, 1992

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H002 運動器リハビリテーション料	
技術の概要	骨・関節疾患等主に運動器の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他()	
具体的な内容	運動器リハビリテーション料Ⅱにおいても、対象者数に対するスタッフ数比率が一定数を満たせば、リハビリテーション部門の規模に関係なく運動器リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とする。 ・取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とし、必要に応じて ST も配置する。	
【評価項目】		
①再評価の理由 疾患別リハビリテーションにおける運動器リハビリテーション料の施設基準は、人員と施設（面積）による区別が主であり、施設全般の規模には関係ない基準となっている。当協会の調査では、作業療法士が勤務する施設において、運動器リハビリテーションⅡ基準取得施設の実態があり、本来普及を進めるべきである急性期や発達障害の患者に対するリハビリテーションを提供する施設も多く含まれている。急性期や発達障害の患者に対応する施設における普及と、患者一人ひとりへの十分な対応を評価するという観点から、運動器リハビリテーション料Ⅱ施設基準においても通則にある 1 従事者 1 日 18 単位を目安とすることを基本とし、取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とした施設に限り脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とすることが望ましい。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	・対象は運動器リハビリテーション料対象となる患者数 1051.9 千人のうち、運動器リハビリテーション料Ⅱで基準を満たす施設の利用者が対象となる為、割合としては少ない。 ・年間リハビリテーション実施回数およそ 189, 116, 844 回に影響はない。	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	運動器リハビリテーション料Ⅱ施設基準の特に急性期対応の部門の普及・充実による短期間での効果促進を図ることであり、退院時期の早期化に繋がる。よって医科診療における年間リハビリテーション料 229, 854, 777, 240 円への影響はないと推測できる。	
④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 特掲診療料 第 7 部リハビリテーション 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	要望点数 180 点（施設基準見直しのため変化なし）
	根拠 現行の運動器リハビリテーション料Ⅱの施設基準における人員要件は、施設の規模や対象者数に関係なく規定されている。提供されるべき技術の質と量を考慮すると取扱人数に対するスタッフの配置割合を基準とする事が望ましい。	
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 リハビリテーション関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H002 運動器リハビリテーション料
技術の概要	骨・関節疾患等主に運動器の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他（ ）
具体的な内容	運動器リハビリテーション料Ⅱにおいても、対象者数に対するスタッフ数比率が一定数を満たせば、リハビリテーション部門の規模に関係なく運動器リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とする。 ・取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とし、必要に応じて ST も配置する。
【評価項目】	
①再評価の理由 運動器疾患に対するリハビリテーションにおける作業療法は、四肢体幹の機能障害のみならず、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・社会参加の再獲得において臨床実績がある。また、早期からの積極的なリハビリテーションは廃用症候群の予防、機能の改善、在院日数の短縮等に効果がある。(文献) 疾患別リハビリテーションにおける運動器リハビリテーション料の施設基準は、人員と施設(面積)による区別が主であり、施設全般の規模には関係ない基準となっている。当協会の調査では、作業療法士が勤務する施設において、運動器リハビリテーションⅡ基準取得施設の実態があり、本来普及を進めるべきである急性期や発達障害の患者に対するリハビリテーションを提供する施設も多く含まれている。急性期や発達障害の患者に対応する施設における普及と、患者一人ひとりへの十分な対応を評価するという観点から、運動器リハビリテーション料Ⅱ施設基準においても通則にある 1 従事者 1 日 18 単位を目安とすることを基本とし、取扱人数 18 名に対し PT・OT 各 1 名以上の常勤配置とした施設に限り脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰと同等の算定を可能とすることが望ましい。	

②普及性の変化

- ・対象患者数の変化
- ・年間実施回数の変化等

・対象は運動器リハビリテーション料対象となる患者数 1051.9 千人（表 1 平成 17 年患者調査表 2 傷病分類別にみた施設の種別別推計入院患者数、表 2 患者調査表 3 傷病分類別にみた施設の種別別推計外来患者数より推計）のうち、運動器リハビリテーション料Ⅱで基準を満たす施設の利用者が対象となる為、割合としては少ない。

表 1 平成 17 年患者調査表 2 傷病分類別にみた施設の種別別推計入院患者数・構成割合（平成 18 年 12 月 7 日 厚生労働省発表）

傷 病 分 類	推計患者数（千人）		
	総 数	病 院	一 般 診 療 所
総 数	1 462.8	1 391.6	71.2
I 感染症及び寄生虫症	27.2	25.9	1.3
結核（再掲）	6.1	6.1	0.0
ウイルス肝炎（再掲）	4.6	4.1	0.5
II 新生物	169.8	164.6	5.2
胃の悪性新生物（再掲）	18.8	18.4	0.4
大腸の悪性新生物（再掲）	19.4	18.9	0.5
肝及び肝内胆管の悪性新生物（再掲）	11.2	10.2	1.0
気管，気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	20.3	20.1	0.3
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5.9	5.6	0.3
IV 内分泌，栄養及び代謝疾患	39.7	36.7	3.0
糖尿病（再掲）	30.3	28.0	2.4
V 精神及び行動の障害	326.2	323.3	2.9
血管性及び詳細不明の認知症（再掲）	54.0	52.6	1.5
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	198.9	198.7	0.2
VI 神経系の疾患	97.3	93.9	3.4
VII 眼及び付属器の疾患	12.7	11.6	1.0
VIII 耳及び乳様突起の疾患	3.0	2.8	0.2
IX 循環器系の疾患	318.7	302.5	16.2
高血圧性疾患（再掲）	11.6	9.3	2.3
心疾患（高血圧性のものを除く）（再掲）	60.2	57.3	2.9
脳血管疾患（再掲）	233.6	223.5	10.2
X 呼吸器系の疾患	78.7	74.7	4.0
喘息（再掲）	8.7	8.1	0.6
X I 消化器系の疾患	72.0	68.6	3.4
歯及び歯の支持組織の疾患（再掲）	0.9	0.9	0.0
食道，胃及び十二指腸の疾患（再掲）	11.7	10.9	0.8
肝疾患（再掲）	12.7	11.9	0.8
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	9.5	9.1	0.4
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	68.8	60.5	8.3
X IV 尿路性器系の疾患	46.2	42.2	4.0
X V 妊娠，分娩及び産じょく	19.0	14.4	4.6
X VI 周産期に発生した病態	6.2	6.0	0.1
X VII 先天奇形，変形及び染色体異常	5.8	5.7	0.1
X VIII 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	23.8	22.5	1.3
X IX 損傷，中毒及びその他の外因の影響	122.5	113.5	9.1
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	9.8	7.2	2.6
歯の補てつ（再掲）	0.0	0.0	-

表 2 平成 17 年患者調査表 3 傷病分類別にみた施設の種別別推計外来患者数・構成割合（平成 18 年 12 月 7 日 厚生労働省発表）

傷病分類	推計患者数(千人)			
	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
総数	7,092.4	1,866.4	3,948.9	1,277.2
I 感染症及び寄生虫症	227.5	66.6	160.9	・
結核 (再掲)	3.1	2.7	0.4	・
ウイルス肝炎 (再掲)	79.4	30.2	49.3	・
II 新生物	204.6	161.5	43.1	・
胃の悪性新生物 (再掲)	19.3	15.1	4.2	・
大腸の悪性新生物 (再掲)	20.3	16.8	3.4	・
肝及び肝内胆管の悪性新生物 (再掲)	8.0	5.4	2.7	・
気管、気管支及び肺の悪性新生物 (再掲)	12.9	10.9	2.1	・
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	26.4	11.1	15.3	・
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	381.5	139.9	241.7	・
糖尿病 (再掲)	202.4	85.4	117.0	・
V 精神及び行動の障害	224.5	111.9	112.6	・
血管性及び詳細不明の認知症 (再掲)	12.0	4.7	7.3	・
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	62.9	45.4	17.5	・
VI 神経系の疾患	143.2	68.8	74.5	・
VII 眼及び付属器の疾患	333.7	74.9	258.7	・
VIII 耳及び乳様突起の疾患	114.6	20.6	94.0	・
IX 循環器系の疾患	949.5	287.8	661.8	・
高血圧性疾患 (再掲)	644.2	126.2	518.0	・
心疾患(高血圧性のものを除く) (再掲)	142.6	73.5	69.1	・
脳血管疾患 (再掲)	122.9	69.2	53.7	・
X 呼吸器系の疾患	757.7	144.9	612.7	・
喘息 (再掲)	147.1	41.6	105.5	・
X I 消化器系の疾患	1,301.4	136.4	185.2	979.9
歯及び歯の支持組織の疾患 (再掲)	985.9	27.6	7.2	951.2
食道、胃及び十二指腸の疾患 (再掲)	166.4	54.8	111.6	・
肝疾患 (再掲)	47.9	18.8	29.1	・
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	266.6	57.3	209.3	・
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	983.1	225.2	758.0	・
X IV 尿路器系の疾患	252.0	116.8	135.2	・
X V 妊娠、分娩及び産後	14.5	6.8	7.7	・
X VI 周産期に発生した病態	2.0	1.6	0.4	・
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	12.0	8.6	3.4	・
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	76.3	38.1	38.1	・
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	303.9	119.6	181.2	3.1
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	517.4	68.0	155.1	294.2
歯の補てつ (再掲)	267.5	5.1	1.0	261.4

・運動器リハビリテーション料Ⅱ施設基準の見直し要望であり、年間リハビリテーション実施回数 189,116,844 回(15,759,737 回×12 ヶ月=189,116,844 回)(平成 14 年社会医療診療行為別調査より推計)(表 3)に影響はない。

表 3 平成 14 年社会医療診療行為別調査 平成 14 年 6 月審査分
上巻 医科診療 第 3 表 診療所医科診療件数より抜粋

		総数	
		回数	点数
総数	総数	1,691,725,814	155,014,676,275
	リハビリテーション	15,759,737	1,915,456,477

③予想される医療費への影響

予想影響額 0 円 増減なし

(影響額算出の根拠を記載する)
・予想される当該技術の医療費
・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費

運動器リハビリテーション料Ⅱ施設基準の特に急性期対応の部門の普及・充実による短期間での効果促進を図ることであり、退院時期の早期化に繋がる。よって医科診療における年間リハビリテーション料 229,854,777,240 円への影響はないと推測できる。

④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
特掲診療料 第 7 部リハビリテーション
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

要望点数
180 点(施設基準見直しのため変化なし)

	<p>根拠 現行の運動器リハビリテーション料Ⅱの施設基準における人員要件は、施設の規模や対象者数に関係なく規定されている。提供されるべき技術の質と量を考慮すると取扱人数に対するスタッフの配置割合を基準とする事が望ましい。</p>	
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 リハビリテーション関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		
担当者 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)	梶原幸信（社団法人日本作業療法士会保険部） 所属：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 作業療法科 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川 1523-108 電話：0558-83-2204 E-mail： otdept-1@janrc.or.jp	

参考資料

(文献)

大野英子・他：橈骨遠位端骨折のリハビリテーション成績—早期リハビリテーションの効果と経過について。総合リハビリテーション 34 (10) : 981-988, 2006

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【概要版】

申請者

社団法人 日本作業療法士協会

担当者

会長 杉原 素子

提出年月日

平成 19 年 6 月 25 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。

※ 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、本用紙を用いること。

技術名	H003 呼吸器リハビリテーション料における作業療法 (呼吸器リハビリテーション料での作業療法の算定用件の追加)	
技術の概要	呼吸器疾患患者に個別に行われるリハビリテーションにおける日常生活活動を支援する作業療法	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他(関与する医療従事者の拡大)	
具体的な内容	近年推奨されている包括的呼吸リハビリテーションにおいては、運動療法のみならず、作業療法士がその役割を担う呼吸困難感を軽減させる効率的な動作の習得や住環境整備などの日常生活活動(Activity of Daily Living; ADL)への支援が重要となる。作業療法を呼吸器リハビリテーション料の算定用件に追加することで、患者支援の充実を図ることが急務である。	
【評価項目】		
①再評価の理由 包括的呼吸リハビリテーションにおいて作業療法がその役割を担う ADL トレーニング の重要性は、日本呼吸器学会などが編集した「呼吸リハビリテーション・マニュアル」に明記してある。近年、呼吸器疾患患者に対する作業療法の国内外の報告は増加しており、呼吸器疾患患者の ADL、QOL の向上へ作業療法士の果たす役割は重要である。 また、作業療法で実施される ADL トレーニング は、経皮的動脈血酸素飽和度や呼吸数などのバイタルサインに注意を払いながら実施されるために危険を伴う可能性は非常に少なく、安全に実施できる。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	我が国の慢性呼吸不全患者の大多数を占める COPD 患者は、2001 年の大規模疫学調査の結果から、約 530 万人と推定されており、2020 年までには死亡の主要原因の第 3 位になると予測されている。現在治療を受けている患者は 20 万人といわれ、当協会の調査では最低でも 30,000 人の作業療法対象者の存在が推測されている。	
③予想される医療費への影響 (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	予想影響額 0 円 増減なし 現在導入されている疾患別リハビリテーション体系においては、患者から一日に算定できる単位数は定められており、呼吸器リハビリテーション料を算定できる職種は理学療法士のみであることから、それを分配することになるため、リハビリテーション医療費の上限枠を超えることはない。	
④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 H003 呼吸器リハビリテーション料	要望点数 現行通り
	根拠 現在導入されている呼吸器リハビリテーション料における作業療法の算定用件の追加であるため。	
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 呼吸器関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 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	H003 呼吸器リハビリテーション料（呼吸器リハビリテーション料での作業療法の算定要件の追加）
技術の概要	呼吸器疾患患者に個別に行われるリハビリテーションにおける日常生活活動を支援する作業療法
再評価区分	1. 算定要件の見直し（施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. （関与する医療従事者の拡大）
具体的な内容	近年推奨されている包括的呼吸リハビリテーションにおいては、運動療法のみならず、作業療法士がその役割を担う呼吸困難感を軽減させる効率的な動作の習得や住環境整備などの日常生活活動（Activity of Daily Living: ADL）への支援が重要となる。その作業療法を呼吸器リハビリテーション料の算定要件に追加することで、患者支援の充実を図ることが急務である。 具体的な算定要件の変更点は、現行の H003 呼吸器リハビリテーション料(4)「理学療法士の監視下で行われたものについて算定する」を「理学療法士または、作業療法士の監視下で行われたもの」へ変更し、(5)「理学療法士と患者が1対1で行って場合に算定し」を「理学療法士または作業療法士が1対1で行って場合に算定し」へ変更することを要望する。

【評価項目】

①再評価の理由

呼吸器疾患患者の日常生活活動（着替え、入浴など）や生活関連活動（家事、買い物など）には呼吸困難感を伴う。また、呼吸困難感に起因する抑うつは、生活の質（QOL）の低下を引き起こし、活動性の低下を伴うことで疾患の更なる増悪を招いてしまう。作業療法は、これらの ADL の低下に対して ADL トレーニングを中心として支援を行う医療技術であり、その重要性は呼吸器学会などが編集した呼吸器リハビリテーション・マニュアルにも明記されている。

当協会が実施した 2005 年度の呼吸器疾患における作業療法の実態調査の結果からは、個々の症例に応じた作業療法の介入による、「運動機能の改善」や「できる ADL の増加」、「している ADL の増加」、「介助量の軽減」が示されている（図：上左）。

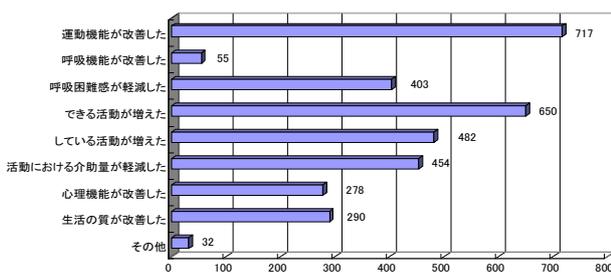
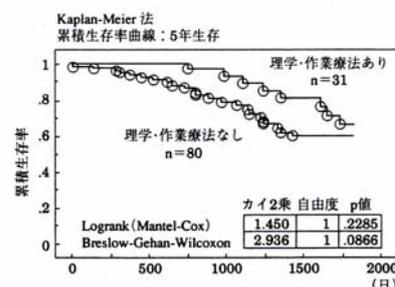
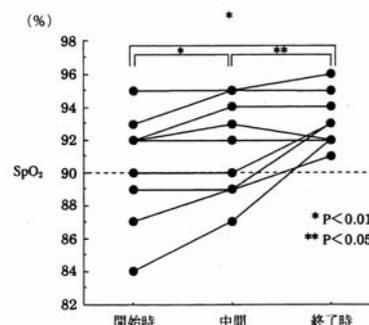


図 作業療法介入による変化点（人数、複数回答）

呼吸器疾患に対する ADL トレーニングの効果については、国立療養所刀根山病院の作業療法士である川邊らの報告により、ADL トレーニング前後の呼吸困難感、経皮的酸素飽和度の改善や（図：上右）、理学療法に作業療法を併せて実施した際の生命予後の改善について報告されている（図：下）。

また、大阪大学医学部附属病院の高島らは、肺移植後の早期の社会復帰へ向けた支援の報告を行っている。呼吸器疾患患者に対する作業療法は、急性発症から在宅に至るまでの幅広い支援が実践されており、更にその支援は高度先進医療にまで拡がりをみせている。



②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	上記の全国調査は 1,000 施設を対象に実施し、243 施設からの返信があり、66 施設にて主診断、合併症を含めた 3,316 名の実態が存在した。2004 年度の身体障害領域における作業療法部門開設施設は約 9,600 施設あることを考えると最低でもその 10 倍程度の約 30,000 人の作業療法実施患者が存在することになる。年間の実施回数は、週 5 回×4 週間で換算すると 600,000 回程度と推測される。	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし	
(影響額算出の根拠を記載する) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	現在導入されている疾患別リハビリテーション体系においては、患者から一日に算定できる単位数は定められており、現在は呼吸器リハビリテーション料を算定できる職種が理学療法士のみであることから、それを分配することになるため、リハビリテーション医療費の上限枠を超えることはない。	
④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 H003 呼吸器リハビリテーション料	要望点数 現行通り
	根拠 現在導入されている呼吸器リハビリテーション料における作業療法の算定要件の追加であるため。	
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 呼吸器関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		
担当者 (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	

【呼吸器リハビリテーションと作業療法に関する論文・書籍】

- 1) 高島千敬, 松尾善美, 齋藤さわ子, 他: 呼吸器疾患における Assessment of Motor and Process Skills の応用～特発性間質性肺炎における経験から～: 呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 17 巻 1 号 (印刷中)
- 2) 大石英子, 安食理恵, 須賀和江, 他: 慢性閉塞性肺疾患患者に対する作業療法の経験～呼吸困難感の軽減により“している ADL”の向上を認めた症例から～: 作業療法 (印刷中)
- 3) 塩谷隆信編著: 包括的呼吸リハビリテーション I 基礎編・II 臨床編: 新興医学出版社, 2007
- 4) 小林弘祐: 呼吸リハビリテーション-現状と課題-: 総合リハ 35: 113-119, 2007
- 5) 宮崎博子: 【呼吸・循環障害のリハビリテーション Update 生命予後・生活機能予後改善をもたらす「攻めの医療」】呼吸リハビリテーションの最新の動向 呼吸リハビリテーションにおける作業療法: Modern Physician 27 巻 2 号 165-168, 2007
- 6) 宮寺淳子, 千住秀明: 【いま呼吸ケアを検証する エビデンスをどのようにアクションに転換するか】息切れの軽減とエネルギー節約型行動: THE LUNG-perspectives 14 巻 1 号 Page 59-62, 2006
- 7) 高島千敬, 井上悟, 阿部和夫: わが国における呼吸リハビリテーションと作業療法. OT ジャーナル 40: 973-977, 2006
- 8) 高島千敬, 松尾善美, 内山昌子, 他: 肺移植術前後における作業療法-移植適応評価入院時から術後の社会復帰まで: 総合リハ 33 巻 12 号: 1159-1165, 2005
- 9) 日本作業療法協会調査部: 2004 年度日本作業療法士協会会員統計資料: 作業療法 24 巻 4 号: 408-422, 2005
- 10) 上月正博: 呼吸器疾患の包括的呼吸リハビリテーション. 総合リハ 31: 635-642, 2003 日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会, 他 (編): 呼吸リハビリテーションマニュアル-運動療法. 照林社, 2003

- 11) 高島千敬, 松尾善美, 井上 悟, 他 : 肺移植後の社会復帰に向けて 脳死両側片肺移植患者への作業療法の介入 : 日本呼吸管理学会誌 12 巻 3 号 : 330-333, 2003
- 12) 進村園生, 西川拓志, 山田博子, 西 耕一 : 包括的呼吸リハビリテーション作業療法士の役割-. 石川県立中央病院医学誌 23 : 87-91, 2001
- 13) 川邊利子, 植田能茂, 藤本康之, 他 : 呼吸リハビリテーションプログラムの実践と展開—minimum から maximum へのステップ—呼吸リハビリテーションにおける作業療法の役割 : 日本呼吸管理学会誌 9 巻 3 号 : 369-372, 2000
- 14) 川邊利子 : 慢性肺疾患患者に対する作業療法. 月刊ナシグ 18 : 80-91, 1998
- 15) Sewell L, Singh SJ, Williams JE, Collier R, Morgan MD. Chest. : Can individualized rehabilitation improve functional independence in elderly patients with COPD? : 2005 Sep;128(3):1194-200.
- 16) Migliore A. : Improving dyspnea management in three adults with chronic obstructive pulmonary disease. : Am J Occup Ther. 2004 Nov-Dec;58(6):639-46.
- 17) Lorenzi CM, Cilione C, Rizzardi R, Furino V, Bellantone T, Lugli D, Clini E. : Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. : Respiration. 2004 May-Jun;71(3):246-51.
- 18) Bendstrup KE, Ingemann Jensen J, Holm S, Bengtsson B. : Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. : Eur Respir J. 1997 Dec;10(12):2801-6.

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【概要版】

申請者

社団法人 日本作業療法士協会

担当者

会長 杉原 素子

提出年月日

平成 19 年 6 月 25 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。

※ 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、本用紙を用いること。

技術名	H000 心大血管疾患リハビリテーションにおける作業療法 (心大血管疾患リハビリテーション料での作業療法の算定要件の追加)	
技術の概要	心大血管疾患患者に個別に行われるリハビリテーションにおける日常生活活動を支援する作業療法	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. (関与する医療従事者の拡大)	
具体的な内容	心臓リハビリテーションにおいては、運動療法のみならず、社会復帰に向けて作業療法士がその役割を担う心機能への負担を軽減する動作の習得や住環境整備などの日常生活活動への支援が重要となる。作業療法を心大血管疾患リハビリテーション料の算定要件に追加することで、患者支援の充実を図ることが急務である。	
【評価項目】		
①再評価の理由 心大血管疾患患者に対する作業療法は、障害の特殊性に配慮したADL能力向上、生活適応の拡大を支援する意味で必要性が高い。また、早期から日常生活や社会生活に必要な作業活動を通じて、社会復帰や生活機能の回復を図ることは患者の生活の質(QOL)の向上のためにも重要である。 また、作業療法で実施されるADLトレーニングは、血圧やBorg指数などに注意を払いながら実施されるために危険を伴う可能性は少なく、安全に実施できる。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	我が国の心疾患患者は虚血性心不全患者約91万人、心臓外科手術後患者約5万人である。その反面、心臓リハビリテーションの施設基準を満たしている施設は非常に少なく普及促進を妨げる要因となっている。当協会の2005年度の実態調査では最低でも18,000人の作業療法対象者の存在が推測されている。	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	現在導入されている疾患別リハビリテーション体系においては、患者から一日に算定できる単位数は定められており、現在は心大血管疾患リハビリテーション料を算定できる職種が理学療法士と看護師のみであることから、それを分配することになるため、リハビリテーション医療費の上限枠を超えることはない。	
④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 H000 心大血管疾患リハビリテーション料	要望点数 現行通り
	根拠 現在導入されている呼吸器リハビリテーション料における作業療法の算定要件の追加要望であるため。	
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
その他		
関係学会、代表的研究者等		

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 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	心大血管疾患リハビリテーション料
技術の概要	H000 心大血管疾患リハビリテーションにおける作業療法 (心大血管疾患リハビリテーション料での作業療法の算定要件の追加)
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. (関与する医療従事者の拡大)
具体的な内容	心大血管疾患患者に個別に行われるリハビリテーションにおける日常生活活動を支援する作業療法
【評価項目】	
①再評価の理由 心大血管疾患患者に対する作業療法は、障害の特殊性に配慮した ADL 能力向上、生活適応の拡大を支援する意味で必要性が高い。また、早期から日常生活や社会生活に必要な作業活動を通じて、社会復帰や生活機能の回復を図ることは患者の生活の質(QOL)の向上のためにも重要である。作業療法を心大血管疾患リハビリテーション料の算定要件に追加することで、患者支援の充実を図ることが急務である。 具体的な算定要件の変更点は、現行の H000 心大血管疾患リハビリテーション料の下記の部分である。	
現行 (1)心大血管リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」(Circulation Journal Vol. 66, Supple. IV, 2002:1194)に基づいて実施すること。 (4)心大血管リハビリテーション料は、緊急事態に備えるため専任の医師の直接の監視下に実施することとし、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載する。この場合、入院中の患者については当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の一人当たりの患者数は、それぞれ、1回 15 人程度、1回 5 名程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ 1回 20 人程度、1回 8 名程度とする。	
改定 (1)心大血管リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等、日常生活活動訓練、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせ、個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」(Circulation Journal Vol. 66, Supple. IV, 2002:1194)に基づいて実施すること。 (4)心大血管リハビリテーション料は、緊急事態に備えるため専任の医師の直接の監視下に実施することとし、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載する。この場合、入院中の患者については当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の一人当たりの患者数は、それぞれ、1回 15 人程度、1回 5 名程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ 1回 20 人程度、1回 8 名程度とする。	
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	心大血管疾患患者の日常生活活動(着替え、入浴など)や生活関連活動(家事、買い物など)には息切れ感を伴う。また、息切れ感に起因する抑うつは、生活の質(QOL)の低下を引き起こし、活動性の低下を伴うことで疾患の更なる増悪を招いてしまう。作業療法は、これらの ADL の低下に対して ADL トレーニングを中心に支援を行う医療技術である。 当協会が実施した 2005 年度の心大血管疾患における作業療法の実態調査結果からは、個々の症例に応じた作業療法の介入による、運動機能の改

善や「できるADLの増加」、「介助量の軽減」、「しているADLの増加」が示されている(図)。

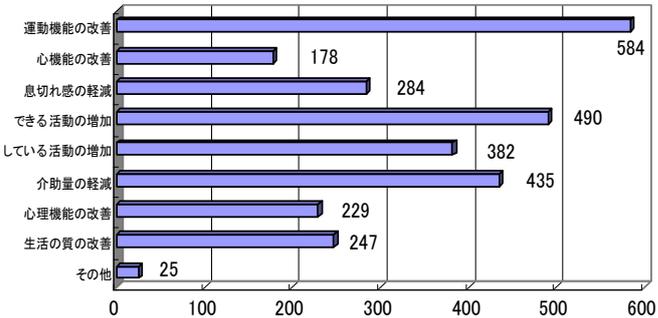


図 作業療法介入による変化点(人数、複数回答)

また、心大血管疾患に対する作業療法の効果については、埼玉医科大学病院の作業療法士である鈴木らにより、退院前に心機能の負担のない範囲での家事動作のシミュレーションを行うことで患者の満足度が向上したことが報告されている。加えて、群馬県立心臓血管センターの生須らは、心臓術後の上肢機能の低下に対する作業療法の介入効果について報告しており、心大血管疾患に対する作業療法は、急性発症後の自宅退院に向けてADLの改善を目指した支援を実践しているといえる。

③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし	
(影響額算出の根拠を記載する) ・ 予想される当該技術の医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	現在導入されている疾患別リハビリテーション体系においては、患者から一日に算定できる単位数は定められており、現在は心大血管疾患リハビリテーション料を算定できる職種は理学療法士と看護師のみであることから、それを分配することになるため、リハビリテーション医療費の上限枠を超えることはない。	
④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 H000 心大血管疾患リハビリテーション料	要望点数 現行通り
	根拠 現在導入されている心大血管疾患リハビリテーション料における作業療法の算定要件の追加要望であるため。	
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
その他		
関係学会、代表的研究者等		
担当者 (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	

【心大血管疾患と作業療法に関する論文】

- 1) 生須義久(群馬県立心臓血管センター リハビリテーション課)ら：心不全理学療法を必要とする心臓リハビリテーションへの対応
心不全患者の上肢機能と作業療法の効果：心臓リハビリテーション 11 巻 2 号 Page228-230 (2006. 06)
- 2) 馬場さゆり(埼玉医科大学附属病院 リハビリテーション科)ら：開心術後患者の認知機能の特徴 健康人と比較して：心臓リハビリテーション 11 巻 2 号 Page298-301 (2006. 06)
- 3) 鈴木真弓(埼玉医科大学附属病院 リハビリテーション科)ら：作業療法士による開胸術後女性患者に対する家事動作

リハビリテーションの効果：心臓リハビリテーション10巻1号 Page117-119(2005.03)

- 4) 牧田茂(埼玉医科大学 リハビリテーション科):マスターの要点 循環器病学 不整脈:理学療法 22巻10号 Page1384-1389(2005.10)
- 5) 小野宏一(新潟県立中央病院 リハビリテーション科) :リハビリテーションが関与する医療事故に関する認識度調査を中心に:総合リハビリテーション33巻4号 Page329-334(2005.04)
- 6) 須田江里子(群馬県立心臓血管センター リハビリテーション課)ら:循環器疾患患者における人工呼吸器離脱後の摂食嚥下障害の特徴について:心臓リハビリテーション10巻1号 Page108-112(2005.03)
- 7) 里見史義(倉敷中央病院 リハビリテーション科)ら:心臓血管外科術後作業療法の目的と方法:倉敷中央病院年報 67巻 Page165-166(2005.03)
- 8) 宮野佐年(東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座):ここまで知っておきたい痛みへのアプローチ 運動療法 心筋梗塞と運動療法:痛みと臨床 4巻2号 Page145-151(2004.03)
- 9) 松尾善美, 高島千敬, 井上悟, 阿部和夫, 三木秀宣, 清水信幸, 吉川秀樹:心臓移植・肺移植における理学療法 大阪大学医学部附属病院における実践を通して:国立大学理学療法士学会誌 23回 Page20-25(2002.04)

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） H002 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）	
技術の概要	脳血管障害等主に中枢神経系の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う 骨・関節疾患等主に運動器の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う	
再評価区分	1. 算定要件の見直し（施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他（個別訓練に則して複数名が同一環境下で行う訓練を可能とする解釈追加）	
具体的な内容	リハビリテーションの実施方法として、複数名が同一環境下において訓練を行う場合であって、患者一人一人に、社会的適応能力の回復や自発性の向上など、リハビリテーションを促進する目的が設定されて行われる訓練においては、個別リハビリテーションの一手法とみなしてよい。また、この複数名が同一環境下において訓練を行うことは、その他の回復に向けた訓練や、地域生活の介護保険下で行う通所サービスへの移行にも考慮し、1週間に2回を限度とすることが望ましい。 （診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項別添1 医科診療報酬点数に関する事項第7部リハビリテーション通則への解釈追加）	
【評価項目】		
①再評価の理由 作業療法において社会的適応能力の回復や自発性向上を目的として訓練を遂行する際、複数名が同一環境下で訓練を行う設定が有効な場合がある。例えば、脳血管疾患等リハビリテーションでは、失語症のコミュニケーション能力向上や、周囲への関心、配慮等が不十分となった高次脳機能障害を有する患者の回復段階、また運動器リハビリテーションにおいては脊髄損傷患者のピアカンファレンス等、地域生活への移行を目指して良好な対人関係構築に向けた活動を行う際有効となる。また、退院後の地域生活の介護保険下における通所系サービスへの移行にも有効である。よって一人ひとりの患者の目的に合わせ、必要に応じて集団の環境下で行う訓練も個別リハビリテーションの一手法とすることが望ましい。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	現状の各疾患別リハビリテーションにおける個別訓練の手法の1つとして行うものなので、対象者数、年間実施回数等には影響が無い。 参考：・高次脳機能障害患者数 270千人（交通事故 保険請求センターデータより推計） ・年間病院退院患者数 14962.8千人（平成17年患者調査より推計）	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円	
（影響額算出の根拠を記載する。） ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	現状の各疾患別リハビリテーションにおける個別訓練の手法の1つとして行うものなので、影響は無い。	
④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前 リハビリテーション関連委員会
その他		

関係学会、代表の研究者等	
--------------	--

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） H002 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）															
技術の概要	脳血管障害等主に中枢神経系の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う 骨・関節疾患等主に運動器の障害に対し、機能・動作の再獲得に向けた訓練を行う															
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の 廃止 4. その他(個別訓練に則して複数名が同一環境下で行う訓練を可能とする解釈追加)															
具体的な内容	リハビリテーションの実施方法として、複数名が同一環境下において訓練を行う場合であって、患者一人一人に、社会的適応能力の回復や自発性の向上など、リハビリテーションを促進する目的が設定されて行われる訓練においては、個別リハビリテーションの一手法とみなしてよい。また、この複数名が同一環境下において訓練を行うことは、その他の回復に向けた訓練や、地域生活の介護保険下で行う通所サービスへの参加頻度なども考慮し、1週間に2回を限度とすることが望ましい。 (診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項別添1 医科診療報酬点数に関する事項第7部リハビリテーション通則への解釈追加)															
【評価項目】																
①再評価の理由	作業療法において社会的適応能力の回復や自発性向上を目的として訓練を遂行する際、複数名が同一環境下（いわゆる集団）で訓練を行う設定が有効な場合がある。（文献）脳血管疾患等リハビリテーションでは、失語症のコミュニケーション能力向上や、周囲への関心、配慮等が不十分となった高次脳機能障害を有する患者の回復段階、また運動器リハビリテーションにおいては脊髄損傷患者のピアカンファレンス等、地域生活への移行を目指して良好な対人関係構築に向けた活動を行う際有効となる。また、退院後の地域生活の介護保険下における通所系サービスへの移行にも有効である。よって一人ひとりの患者の目的に合わせ、必要に応じて集団の環境下で行う訓練も個別リハビリテーションの一手法とすることが望ましい。															
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	現状の各疾患別リハビリテーションにおける個別訓練の手法の1つとして行うものなので、対象者数、年間実施回数等には影響が無い。 参考：・高次脳機能障害患者数 270千人（交通事故 保険請求センターデータより推計） 表1 高次脳機能障害の総数（推定）（人） <table border="1" data-bbox="571 1480 1310 1675"> <thead> <tr> <th>疾患名</th> <th>痴呆状態の数</th> <th>高次脳機能障害者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>頭部外傷</td> <td>2万</td> <td>5万</td> </tr> <tr> <td>脳血管障害</td> <td>111万3000</td> <td>11万</td> </tr> <tr> <td>脳変性疾患</td> <td>110万5000</td> <td>11万</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>223万8000</td> <td>27万</td> </tr> </tbody> </table> ・年間病院退院患者数 14962.8千人（平成17年患者調査平成17年9月退院者数1246.9千人×12ヶ月）	疾患名	痴呆状態の数	高次脳機能障害者数	頭部外傷	2万	5万	脳血管障害	111万3000	11万	脳変性疾患	110万5000	11万	合計	223万8000	27万
疾患名	痴呆状態の数	高次脳機能障害者数														
頭部外傷	2万	5万														
脳血管障害	111万3000	11万														
脳変性疾患	110万5000	11万														
合計	223万8000	27万														
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円 増減なし															
(影響額算出の根拠を記載する) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	現状の各疾患別リハビリテーションにおける個別訓練の手法の1つとして行うものなので、影響は無い。															

④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前 リハビリテーション関連委員会	
その他			
関係学会、代表的研究者等			
担当者 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)	梶原幸信（社団法人日本作業療法士会保険部） 所属：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 作業療法科 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川 1523-108 電話：0558-83-2204 E-mail： otdept-1@janrc.or.jp		

参考資料

(文献)

黒澤也生子・他：回復期リハビリテーション病棟における集団活動が脳血管障害者の心理・社会機能に及ぼす影響. OT ジャーナル 41 (2) : 158-166, 2007

竹田徳則・他：集団の活用 2 回復期リハビリテーション病棟と一般病棟における集団活動の意義. OT ジャーナル 39 (5) : 431-436, 2005

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料	
技術の概要	居宅療養を行う患者に基本的動作能力もしくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図る為の訓練等を行う。	
再評価区分	1. 算定要件の見直し(回数制限等) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他()	
具体的な内容	介護保険対象者における介護保険優先事項をなくし、在宅生活への移行、定着化、介護保険領域等他の生活支援事業所等との連携調整を行う目的で、退院後 60 日以内に限り、合計 60 単位を限度として集中訪問を可能とする。	
【評価項目】		
①再評価の理由 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、地域生活への移行、介護保険との連携を目的として、実生活場面での評価や最終調整等入院生活との環境の違いを考慮した取り組みを行う有効なものである。しかし、介護保険対象者では、介護保険事業の利用を優先することになっており上記目的における退院直後の導入対象者が限られる。当協会における調査においても改定後の実施件数が伸びていないのが現状である。以上より、介護保険対象者に限っては、介護保険優先事項をなくし、在宅生活への移行、定着化、介護保険領域等他の生活支援事業所等との連携調整を行う目的で、退院後 60 日以内に限り、合計 60 単位を限度として集中訪問を可能とする事が望ましい。		
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<ul style="list-style-type: none"> 対象はリハビリテーションの対応が必要と思われる疾患の入院患者 588.7 千人のうち、在宅退院者およそ 471.0 千人となる。 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は現状介護保険による介護認定を受けていない在宅患者が対象であり、実施件数は極僅かの状況である。本見直しにより実施回数の増加は見込まれるが医療機関に勤務する従事者の 1 日の実施単位数内に行われるものであり、年間リハビリテーション実施回数 189, 116, 844 回に影響はない。 	
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円	
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数の増加は見込まれるが医療機関に勤務する従事者の 1 日の実施単位数内に行われるものであり、医療費の影響額としては増減ない。 	
④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 特掲診療料 第 2 部 在宅医療 C006 在宅訪問リハビリテーション 指導管理料	要望点数 (1 単位) 300 点 現行と変化なし
	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 リハビリテーション関連委員会
その他		
関係学会、代表的研究者等		

	<p>ン実施回数 189,116,844 回 (15,759,737 回×12 ヶ月=189,116,844 回) (平成 14 年社会医療診療行為別調査より推計) (表 2) に影響はない。</p> <p>表 2 平成 14 年社会医療診療行為別調査 平成 14 年 6 月審査分 上巻 医科診療 第 3 表 診療所医科診療件数より抜粋</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="2">総数</th> </tr> <tr> <th>回数</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総数</td> <td>総数</td> <td>1,691,725,814</td> <td>155,014,676,275</td> </tr> <tr> <td></td> <td>リハビリテーション</td> <td>15,759,737</td> <td>1,915,456,477</td> </tr> </tbody> </table>				総数		回数	点数	総数	総数	1,691,725,814	155,014,676,275		リハビリテーション	15,759,737	1,915,456,477
		総数														
		回数	点数													
総数	総数	1,691,725,814	155,014,676,275													
	リハビリテーション	15,759,737	1,915,456,477													
③予想される医療費への影響	<p>予想影響額 0 円</p>															
<p>(影響額算出の根拠を記載する)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術の医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費 	<p>・ 実施回数の増加は見込まれるが医療機関に勤務する従事者の 1 日の実施単位数内に行われるものであり、医療費の影響額としては増減ない。</p>															
④妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠	<p>該当現行診療報酬区分 特掲診療料 第 2 部 在宅医療 C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料 根拠</p>	<p>要望点数 (1 単位) 300 点 現行と変化なし</p>														
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 リハビリテーション関連委員会														
その他																
関係学会、代表的研究者等																
担当者 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)	<p>梶原幸信 (社団法人日本作業療法士会保険部) 所属：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 作業療法科 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川 1523-108 電話：0558-83-2204 E-mail：otdept-1@janrc.or.jp</p>															

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【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 19 年 6 月 25 日

技術名	H007 障害児（者）リハビリテーション料											
技術の概要	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法第 43 条の 3 及び第 43 条の 4 に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は開法第 27 条第 2 項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、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。											
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準) 2. 点数の見直し 3. 保険収載の廃止 4. その他 ()											
具体的な内容	障害児（者）リハビリテーション料施設基準取得可能施設の拡大：地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関であって、一定要件を満たしていれば、障害児（者）リハビリテーション料における施設基準を申請可能とする。											
【評価項目】												
①再評価の理由 今回の改定における障害児（者）リハビリテーション料の設定は、施設基準取得可能施設の範囲が極めて狭く、以前より発達障害を対象としていた基準外の施設が他の疾患別リハビリテーションで請求している施設が多い。よって、発達障害に対する対応施設の拡大が必要であり、障害児（者）リハビリテーション料における基準取得可能施設を保険医療機関に拡大することが望ましい。												
②普及性の変化 ・対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	<ul style="list-style-type: none"> 対象患者数は障害児（者）リハビリテーション料の対象患者 336 千人に変化は無い。 算定施設の増加により障害児（者）リハビリテーション料の実施回数は増加が見込まれる。但し他の疾患別リハビリテーションがその分減少が見込まれ、年間リハビリテーション実施回数 189,116,844 回に影響は無い。 											
③予想される医療費への影響	予想影響額 0 円											
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	障害児（者）リハビリテーション料の算定増加は見込まれるが、現状基準外の施設が他の疾患別リハビリテーションで請求していた分であり、他の疾患別リハビリテーション料算定がその分減少することになる。医療費増加は無く、他の疾患別リハビリテーションとの点数差により若干ではあるがリハビリテーション料全体の削減に繋がる。											
④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 特掲診療料 第 7 部リハビリテーション H007 障害児（者）リハビリテーション料	<table border="1"> <tr> <td>要望点数 (1 単位)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 歳未満</td> <td>190 点</td> </tr> <tr> <td>6 歳以上 18 歳未満</td> <td>140 点</td> </tr> <tr> <td>18 歳以上</td> <td>100 点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">現状と変化なし</td> </tr> </table>	要望点数 (1 単位)		6 歳未満	190 点	6 歳以上 18 歳未満	140 点	18 歳以上	100 点	現状と変化なし	
	要望点数 (1 単位)											
6 歳未満	190 点											
6 歳以上 18 歳未満	140 点											
18 歳以上	100 点											
現状と変化なし												
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 リハビリテーション関連委員会										
その他												
関係学会、代表的研究者等												

医療技術再評価希望書（保険既収載技術用）【詳細版】

申請者	社団法人日本作業療法士会
担当者（連絡先）	会長 杉原素子
提出年月日	平成 19 年 6 月 25 日

技術名	H007 障害児（者）リハビリテーション料																		
技術の概要	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法第 43 条の 3 及び第 43 条の 4 に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は開法第 27 条第 2 項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、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。																		
再評価区分	1. 算定要件の見直し(施設基準)	2. 点数の見直し	3. 保険収載の廃止																
具体的な内容	4. その他 ()																		
具体的な内容	障害児（者）リハビリテーション料施設基準取得可能施設の拡大：地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関であって、一定要件を満たしていれば、障害児（者）リハビリテーション料における施設基準を申請可能とする。																		
【評価項目】																			
①再評価の理由																			
今回の改定における障害児（者）リハビリテーション料の設定は、施設基準取得可能施設の範囲が極めて狭く、以前より発達障害を対象としていた基準外の施設が他の疾患別リハビリテーションで請求している施設が多い。よって、発達障害に対する対応施設の拡大が必要であり、障害児（者）リハビリテーション料における基準取得可能施設を保険医療機関に拡大することが望ましい。																			
②普及性の変化		・対象患者数は障害児者リハビリテーション料の対象患者（告示 4 特掲診療料等の施設基準等 別表第 10 の 2）336 千人（平成 14 年患者調査上巻第 65 表総患者数より推計）に変化は無い。																	
・対象患者数の変化		表 1 平成 14 年患者調査上巻第 65 表総患者数より抜粋（単位：千人）																	
・年間実施回数の変化等		<table border="1"> <tr> <td>神経系の疾患（19 歳以下脳性麻痺含む）（0～19 歳）</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群（20 歳以上）</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>先天奇形・変形及び染色体異常</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>脳血管障害（0～19 歳）</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>精神及び行動の障害（0～19 歳）</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>336</td> </tr> </table>		神経系の疾患（19 歳以下脳性麻痺含む）（0～19 歳）	83	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群（20 歳以上）	53	先天奇形・変形及び染色体異常	102	脳血管障害（0～19 歳）	3	精神及び行動の障害（0～19 歳）	95	合計	336				
神経系の疾患（19 歳以下脳性麻痺含む）（0～19 歳）	83																		
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群（20 歳以上）	53																		
先天奇形・変形及び染色体異常	102																		
脳血管障害（0～19 歳）	3																		
精神及び行動の障害（0～19 歳）	95																		
合計	336																		
		・算定施設の増加により障害児（者）リハビリテーション料の実施回数は増加が見込まれる。但し他の疾患別リハビリテーションがその分減少が見込まれ、年間リハビリテーション実施回数 189, 116, 844 回（15, 759, 737 回×12 ヶ月＝189, 116, 844 回）（平成 14 年社会医療診療行為別調査より推計）（表 2）に影響はない。																	
		表 2 平成 14 年社会医療診療行為別調査 平成 14 年 6 月審査分 上巻 医科診療 第 3 表 診療所医科診療件数より抜粋																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">総数</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>回数</td> <td>点数</td> </tr> <tr> <td>総数</td> <td>総数</td> <td>1, 691, 725, 814</td> <td>155, 014, 676, 275</td> </tr> <tr> <td></td> <td>リハビリテーション</td> <td>15, 759, 737</td> <td>1, 915, 456, 477</td> </tr> </table>				総数				回数	点数	総数	総数	1, 691, 725, 814	155, 014, 676, 275		リハビリテーション	15, 759, 737	1, 915, 456, 477
		総数																	
		回数	点数																
総数	総数	1, 691, 725, 814	155, 014, 676, 275																
	リハビリテーション	15, 759, 737	1, 915, 456, 477																
③予想される医療費への影響		予想影響額 0 円																	

<p>(影響額算出の根拠を記載する)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術の医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費 	<p>障害児（者）リハビリテーション料の算定増加は見込まれるが、現状基準外の施設が他の疾患別リハビリテーションで請求していた分であり、他の疾患別リハビリテーション料算定がその分減少することになる。医療費増加は無く、他の疾患別リハビリテーションとの点数差により若干ではあるが医科診療における年間リハビリテーション料 229,854,777,240 円（1,915,456,477 点×10×12 ヶ月＝229,854,777,240 円）（平成 14 年社会医療診療行為別調査平成 14 年 6 月審査分 上巻 医科診療 第 3 表より推計）（表 2）の削減に繋がる。</p>	
<p>④ 妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠</p>	<p>該当現行診療報酬区分 特掲診療料 第 7 部リハビリテーション H007 障害児（者）リハビリテーション料</p>	<p>要望点数 (1 単位) 6 歳未満 190 点 6 歳以上 18 歳未満 140 点 18 歳以上 100 点 現状と変化なし</p>
	<p>根拠</p>	
<p>審査迅速性順位</p>	<p>提出学会順位</p>	<p>希望する内保連委員会の名前 リハビリテーション関連委員会</p>
<p>その他</p>		
<p>関係学会、代表的研究者等</p>		
<p>担当者 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)</p>	<p>梶原幸信（社団法人日本作業療法士会保険部） 所属：農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 作業療法科 〒410-2507 静岡県伊豆市冷川 1523-108 電話：0558-83-2204 E-mail：otdept-1@janrc.or.jp</p>	