

平成 23 年 1 月 5 日

厚生労働省 保険局 医療課長
鈴木康裕 様

社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基



身体障害関連分野における診療報酬改定について（要望）

平成 24 年度の診療報酬改定に向け、作業療法士が関わる疾患別リハビリテーション料等身体障害関連分野における診療報酬について、リハビリテーション提供体制および地域生活移行支援体制の充実が図られる事を目的として以下の通り要望する。

記

I. 要望項目

◎リハビリテーションの更なる普及を目的とした見直し

1. 総合リハビリテーション料新設
2. 高次脳機能障害等、「重複した重度の障害がある患者対応」に対する評価
3. H002 運動器リハビリテーション料 I の外来における算定とする要件変更
4. 疾患別リハビリテーション料点数見直し

◎患者一人ひとりに合わせたリハビリテーションの柔軟な提供体制獲得を目的とした見直し

5. 疾患別リハビリテーションにおける標準的算定日数除外要件の検討
6. A308 回復期リハビリテーション病棟入院料における B007 退院前訪問指導料の算定
7. グループワーク（複数名）の環境下で行うリハビリテーションの評価

◎疾患別リハビリテーション料の整合性向上と更なる充実を目的とした見直し

8. H002 運動器リハビリテーション料の対象疾患へのリンパ浮腫の追加
9. H007-2 がん患者リハビリテーション料の見直し
 - 1) がん患者リハビリテーション料の点数の引き上げ
 - 2) がん患者リハビリテーション料の外来での算定実現
10. A310 緩和ケア病棟入院料におけるリハビリテーション料の出来高算定、リハビリテーション職種の施設基準への追加
 11. H000 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
 12. B001-7 リンパ浮腫指導管理料算定要件における作業療法士による関わりの追加要望
 13. A242 呼吸ケアチーム加算における作業療法士の職名追記

II. 要望内容

1. 総合リハビリテーション料新設

- ・リハビリテーション関連5団体において平成22年改定前より要望している。

※本事項詳細はリハビリテーション関連5団体として提案する。

2. 高次脳機能障害等、「重複した重度の障害がある患者対応」に対する評価

- ・高齢化に並行した、重症・重複障害者に対する受入体制充実 医療連携における患者選択の視点の是正目的

◎要望の詳細

高次脳機能障害や認知症等、重複した重度の障害がある場合には、入院受け入れ体制や充実した支援体制の確立、地域への円滑な移行の促進を目的に、既存の疾患別リハビリテーション料に加えて算定できる「高次脳機能障害加算」、「重複障害加算」を新設する。

◎理由（根拠資料）

疾患別リハビリテーションの対象者への支援を行う場合、身体機能に合併した高次脳機能障害、認知症、内部障害を呈している場合には、徹底したリスク管理や環境設定への配慮が必要となる。上記加算により充実した支援体制の確立を図り、円滑な地域生活への移行促進を強化する。

3. H002 運動器リハビリテーション料Ⅰの外来における算定とする要件変更

◎要望の詳細（点数や基準）

現行の運動器リハ料Ⅰ施設（1単位170点）では、外来時には施設基準Ⅱ（1単位80点）での算定となってしまう、かつ早期加算も算定できないために、必要な患者に対する支援が不十分となる患者選択を招く原因となる。運動器リハ料Ⅰの施設では、外来でもⅠのままの診療報酬が算定できるように要望する。

◎理由（根拠資料）

運動器リハ料Ⅰの施設基準を満たしているにも関わらず、外来移行によりコストが下がるという現在の状況は、施設基準Ⅰの充実した支援体制を全く考慮していない内容となっている。

早期に退院して外来フォローに移行する現在の整形外科術後の流れでは、外来時にも十分なリスク管理等を行う必要があり、入院中同様の体制で臨むにも関わらず診療報酬が低下する状況が続くようであれば、集中的にリハの実施が必要な外来患者の介入頻度が抑えられるという対象者への不利益にもつながってしまう。

また、手の外科術後では1週間～10日程度の入院で外来に移行するケースが多いが、外来移行時点で早期加算は算定できない。入院期間から継続して慎重な対応を迫られるにも関わらず、点数が1/3以下に下がってしまう（250点→80点）現状の基準では、同様の患者選択が起こる可能性が懸念される。

4. 疾患別リハビリテーション料点数見直し

- ・発症早期のリハビリテーション普及を目的とした点数引き上げ。
- ・疾患別リハビリテーション実施の不公平是正を目的とした点数の統一化について検討する。

5. 疾患別リハビリテーションにおける標準的算定日数除外要件の検討

- ・介護保険対象外患者や、地域移行へのソフトランディングの臨機応変な対応も考慮した標準的算定日数制限の見直しについて検討する。

◎要望の詳細（検討中事項）

- ・介護保険対象外患者で、医療機関から直接の在宅復帰が困難な場合、福祉施設入所申し込み済み者に限り入所までの待機期間に継続したリハビリテーションが実施できるよう標準的算定日数の除外要件に追加する。

- ・同様に、介護保険対象者にあっても施設入所等待機期間におけるリハビリテーションが実施できるよう標準的算定日数の除外要件に追加する。

※現行の標準的算定日数以降の13単位訓練は継続すべきである。

6. A308 回復期リハビリテーション病棟入院料におけるB007 退院前訪問指導料の算定

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅移行支援体制の強化を目的とする。

◎要望の詳細

回復期リハビリテーション病棟の目的の1つである「在宅復帰」を促進する為に、退院前に自宅を訪問し退院後の生活を円滑にスタートする為の調整が望まれる。しかし、現行では人的・時間的負担により、必要なケースに十分に退院前訪問が実施できていない現場が多い。算定要件の新設を要望する。

◎理由（根拠資料）

平成21年度（社）日本作業療法士協会の調査によると、調査回答のあった回復期リハビリテーション病棟、病床数4505床のうち、退院前訪問指導の実施件数は1ヶ月の実績として全体で299件に留まっている。また、意見としても「訓練単位との兼ね合いで回復期リハビリテーション病棟入院料に包括となっている退院前訪問は必要性がある場合も実施が難しい。」という意見が挙げられている。在宅移行支援を目的としたより積極的な介入のためにも見直しが必要だと考える。

7. グループワーク（複数名）の環境下で行うリハビリテーションの評価

- ・疾患別リハビリテーションの個別訓練に則して複数名の環境下で行う訓練を可能とする解釈追加

◎要望の詳細

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）

◎理由（根拠資料）

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ウンセリング等、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。特に、発達期の子どもたちにとって、同質性の集団等での活動は社会性を発達させ、技能の習得に効果的である。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。

8. H002 運動器リハビリテーション料の対象疾患へのリンパ浮腫の追加

- ・リンパ浮腫に対する対応の充実を目指す。

◎要望の詳細（点数や基準）

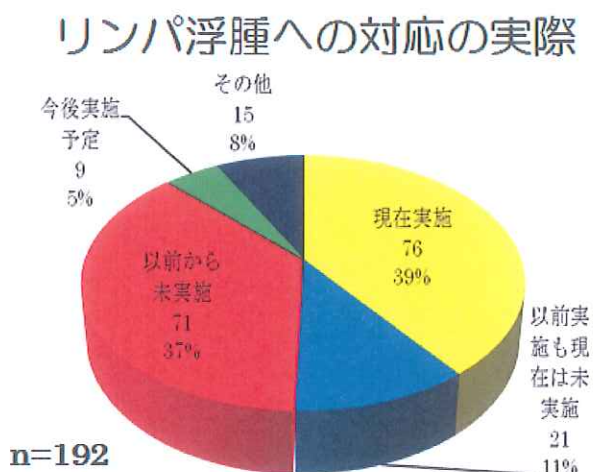
現在、乳癌術後でリンパ浮腫を発症している患者は、推定10万人と言われている。現行の運動器リハビリテーションの対象疾患には、リンパ浮腫の病名は記載されていない。そのため、医療機関でリンパ浮腫へ十分な対応ができないケースが散見されている。

予防においては、「リンパ浮腫指導管理料」が新設されているが、いったん発症した場合の支援体制は十分ではなく、患者が不利益を被っている。重症化すると蜂窩織炎などに至り、治療のための医療費が高額に及ぶ。ゆえ

に、運動器リハ料の対象疾患にリンパ浮腫の病名を追記し、地域で適切に治療を受けられる体制の整備が重要であると考えられる。

◎理由（根拠資料）

平成20年度に（社）日本作業療法士協会が実施したリンパ浮腫に対する実態調査結果では、「これまで実施していたが現在は未実施」の施設が11%存在した。これは、リンパ浮腫という病名記載により診療報酬の返戻を受けたことの影響が考えられる。がん患者リハビリテーション料が新設されたが、十分な普及に至っていない現状を考慮すると、運動器リハビリテーション料の対象疾患にリンパ浮腫を追記することが患者支援のために重要である。



9. H007-2 がん患者リハビリテーション料の見直し

◎要望の詳細（点数や基準）

1) がん患者リハビリテーション料の点数の引き上げ

現行のがん患者リハビリテーション料の1単位は200点であるが、例えば脳腫瘍であれば、脳血管疾患等リハビリテーション料で235点（術後の早期加算を算定すれば265点）となり、術後に関していえば早期加算が算定できる時期においては、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料と同様の点数となる。普及促進を図る目的の為に点数を脳血管疾患等リハビリテーション料I相当の引き上げが必要である。

2) がん患者リハビリテーション料の外来での算定実現（新規）

がん患者は化学療法や放射線療法目的に入退院を繰り返すことが多く、外来時にはその都度別の疾患別リハビリテーションの対応となる。同様のリハビリテーション内容であるにもかかわらず、点数や算定リハビリテーション料が異なることは患者にとって理解しがたく、分かりやすい医療のためにも、外来でもがん患者リハビリテーション料を算定できるようにすべきである。

◎理由（根拠資料）

点数に関しては脳血管疾患等リハビリテーション料に合わせた。日本のがん別の患者数は、男女併せると、肺がん、胃がん、肝臓がんの順である。このように腹部臓器のがんが上位を占めており、術後リハビリテーションを考えた場合、不必要な臥床期間を最低限にとどめるために、主に呼吸器リハビリテーションで円滑な離床が支援できれば、2週間程度での退院が実現できる。しかし、全国的に術後の早期離床が十分に図られているとは言えず、それにより呼吸器合併症が生じることも珍しくない。点数を引き上げる、またはがん患者リハビリテーション料でも術後の早期加算を新設することで普及促進を図り、合併症による不要な入院期間の延長を避けることが必要である。

2007年度の死亡数が多い部位

	1位	2位	3位	4位	5位	
男性	肺	胃	肝臓	結腸	膵臓	結腸と直腸を合わせた大腸は3位
女性	肺	胃	結腸	膵臓	乳房	結腸と直腸を合わせた大腸は1位
男女計	肺	胃	肝臓	結腸	膵臓	結腸と直腸を合わせた大腸は3位

国立がんセンター がん対策情報センター

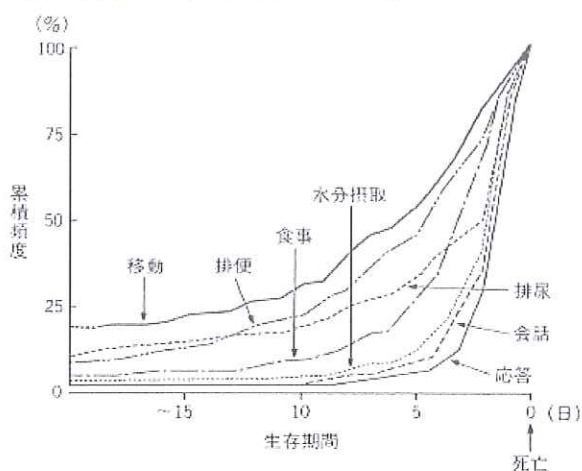
10. A310 緩和ケア病棟入院料におけるリハビリテーション料の出来高算定、リハビリテーション職種の施設基準への追加

◎要望の詳細（点数や基準）

現在の緩和ケア病棟の診療報酬は包括医療扱いである。そのため、身体機能や活動レベルに低下を認める対象者への支援を十分に行うことができず、終末期の患者への支援体制が不十分である。より良い最期を迎えるにあたり、生活の質の維持・向上は欠かせず、それを支援するリハビリテーションの普及促進に向けて、リハビリテーション料の出来高算定、または施設基準へのリハビリテーション職種の追加は欠かせないものである。

◎理由（根拠資料）

恒藤らが緩和ケア病棟における日常動作障害の出現からの生存期間をまとめた報告によると、死亡の2週間以上前から、すでに一定数の患者に移動などのADL・IADL障害が出現していることが分かる。多発転移の患者においては、さらにその傾向が高まることが推測される。現行のリハビリテーション料が算定できない現在の緩和ケア病棟の施設基準では、リハビリテーション介入が必要なケースにおいてもマンパワーを充てることができないため、患者に不利益が生じている。



日常動作障害の出現からの生存期間

(恒藤暁: 最新緩和医療学, 最新医学社, 1999)

11. H000 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

◎要望の詳細（点数や基準）

心大血管疾患患者は、急性心筋梗塞等の内科的、外科的治療後の経過が良好な症例においては、現行の自転車エルゴメーターなどを用いた運動療法を中心とした対応が可能である。しかし、重症者に関しては、運動療法に

十分取り組むことができないことも多く、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。

しかしながら、現行の心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準ならびに算定要件に作業療法士の職名は明記されておらず、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。よって、具体的な算定要件の変更点に関しては、下記を要望する。

現行

・心大血管疾患リハビリテーション料について

(1) 心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能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。

・心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ（施設基準）

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。

・心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ（施設基準）

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師のいずれか1名以上が勤務していること。

改定

・心大血管疾患リハビリテーション料について

(1) 心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能評価による適切な運動処方に基づき運動療法、日常生活活動の向上や復職に向けての作業療法を個々の症例に応じて行った場合に算定する。

・心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ（施設基準）

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。日常生活活動の向上や復職に向けて作業療法を実施する場合には、作業療法士が勤務していること。

・心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ（施設基準）

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師のいずれか1名以上が勤務していること。日常生活活動の向上や復職に向けて作業療法を実施する場合には、作業療法士が勤務していること。

◎理由（根拠資料）

心大血管疾患患者の日常生活活動（ADL：着替え、入浴など）や生活関連活動（IADL：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症状の更なる増悪を招いてしまう。作業療法は、これらのADLの低下に対して心肺機能の状況に応じた活動量の設定や心機能への負担を軽減する動作の習得、住環境整備などのADL・IADLトレーニングを中心とした支援を行う医療技術である。

心大血管疾患への作業療法は、平成18年度から3ヶ年に渡り実施された平成18年度国立循環器病センター委託研究「わが国における循環器疾患の発症・治療成績の集計とガイドラインの作成等のデータ・ベース利用の確立」（主任研究者：中谷敏 大阪大学医学部保健学科教授）の下で、杉原素子（国際医療福祉大学大学院教授）が分担研究者として実施した「急性期心臓リハビリテーションと脳リハビリテーションにおける作業療法適応例のデータ・ベース作成」から、おもに心肺機能、起居、身辺処理、社会的生活適応、職業的適応を標的問題として実施されており、介入前後の障害尺度（Modified from Health Index by RM Rosser, 1988）の平均値は、「ベッド臥床」の状態から「選ぶことのできる職業やその能力には限界がある。主婦や老人は軽い家事しかできないが、買い物には行くことができる」活動レベルまで改善していることが示されている。

また、(社)日本作業療法士協会が実施した平成17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の効果として、「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」があげられている。

加えて、心大血管疾患に対する作業療法の効果については、退院に向けた家事動作の指導や上肢機能に支障がある事例への対応などの実践の報告が増加してきている。

12. B001-7 リンパ浮腫指導管理料算定要件における作業療法士による関わりの追加要望

◎要望の詳細(点数や基準)

リンパ浮腫指導管理料に関しては、通達によると、「保険医療機関に入院中の患者であって～中略～医師または医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院期間中1回に限り算定する。」とある。しかし、作業療法士も乳腺悪性腫瘍等の術後を中心にリンパ浮腫の指導に関与しており、この算定職種に加えて患者支援の充実を図ることが必要である。

◎理由(根拠資料)

リンパ浮腫に関する指導の重要性は、本技術料の創設により明らかである。

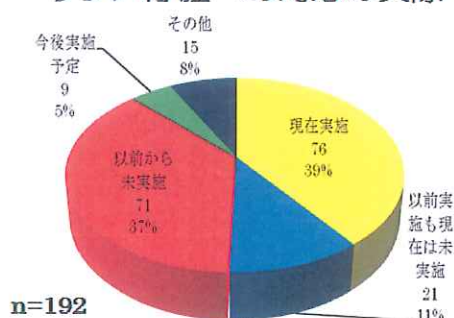
悪性腫瘍患者に対する作業療法士の職務は、その病巣の局在にもよるが日常生活活動(ADL)の拡大やそれに関わる上肢機能の改善に向けた支援が多い。作業療法士が悪性腫瘍の術後患者、特に乳腺悪性腫瘍術後患者に関与する意義は大きく、今後増え続ける悪性腫瘍患者への支援として欠かせないものである。

作業療法士の関わるリンパ浮腫の実態については、(社)日本作業療法士協会が平成20年11月に全国の作業療法士が在籍する「がん拠点病院」、「特定機能病院」、「一般病院」のうち無作為抽出した388施設を対象に実施した調査から(回収率61.9%)、平成20年4月から9月末までの半年間の処方総数が、1,244名(うち乳腺悪性腫瘍患者937名[75.3%])であったことが示されている。

しかしながら、本リンパ浮腫指導管理料における算定職種に関しては、作業療法士の職名が記載されておらず、医療チームの中に作業療法士が入っていないような誤解を招く可能性があり、患者支援の充実のためにも作業療法士の職名を明記する必要がある。

※現在、詳細な追調査を実施中

リンパ浮腫への対応の実態



13. A242 呼吸ケアチーム加算における作業療法士の職名追記

◎要望の詳細(点数や基準)

平成22年度の診療報酬の改定により、多職種により構成されるチーム医療による取り組みが評価され、呼吸ケアチーム加算が新設された。この加算は一般病棟における医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合に算定されるものである。

当該保険医療機関内に専任として位置付ける職種の中に作業療法士の職名が記載されていないが、呼吸ケアチ

ームにより提供される診療の内容には、「廃用予防（看護師、理学療法士等）」、「呼吸器リハビリテーション（理学療法士等）」という記載があり、呼吸器リハビリテーション料の施設基準にも挙げられている作業療法士による関わりも含まれて然るべきものとなっている。

海外においても人工呼吸器装着者に対する早期からのリハの介入の有効性についての報告があり^{1), 2)}、Schweickert ら¹⁾の報告では、作業療法士や理学療法士の介入群と標準的なケア群とが比較されている。28 日間のフォローアップ期間における ICU での人工呼吸器の非使用期間は介入群（23.5 日）の方が、対照群（21.1 日）よりも長く、6 種類の日常生活活動と介助なし歩行の達成は、介入群で 59%、対照群で 35%であり、せん妄の期間も介入群（2.0 日）、対照群（4.0 日）と 2 分の 1 であったことが示されている。

以上からも人工呼吸器離脱への支援として、早期から生活障害の視点を持つ作業療法士がチームに加わることを望ましいと考える。

◎理由（根拠資料）

平成 22 年 10 月に（社）日本作業療法士協会が、全国の特設機能病院、地域医療支援病院、会員が主な対象として呼吸器疾患を挙げている一般総合病院の計 285 施設とした調査からは、以下の結果が示されている。

151 施設の返信があり（回収率 53.2%）、過去 3 カ月間に作業療法士が人工呼吸器装着患者に関わった実数は、総計 837 名（0～96 名、1 施設平均 5.5 名）であり、加算の算定は、算定 34 施設、未算定 101 施設、今後算定 12 施設、不明 4 施設であった。作業療法の実施内容は、複数回答で身体機能訓練 116 施設、ADL・IADL 訓練 57 施設、コミュニケーションへの支援 54 施設、心理支持的支援 49 施設、その他 8 施設 [座位時間の延長、splint、排痰（体位ドレナージなど）、環境設定・家族指導、口腔機能、呼吸リハビリテーションでの関わりなど]であった。

- 1) Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. : Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. : Lancet. 2009 May 30;373(9678):1874-82. Epub 2009 May 14.
- 2) Pohlman MC, Schweickert WD, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister K, Hall JB, Kress JP. : Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. : Crit Care Med. 2010 Nov;38(11):2089-94.