

臨床検査の保険適用について(平成29年11月収載予定)

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
	E2 (新方法)	HTLV - 抗体	ラインプロット法	D012 感染症免疫学的検査 52 HTLV- 抗体(ウエスタンプロット法) 432 点	3

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 イノリア HTLV
 保険適用希望企業 富士レビオ株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
イノリア HTLV	E 2（新方法）	血清又は血漿中のヒトT細胞白血病ウイルス特異抗体（抗HTLV - 抗体）の検出（ヒトT細胞白血病ウイルス感染の診断補助）

測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
HTLV - 抗体	ラインプロット法（LIA法）	432点	D012 感染症免疫学的検査 52 HTLV - 抗体(ウエスタンプロット法)

留意事項案

本検査は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「13」のHTLV - 抗体定性、HTLV - 抗体半定量又は「32」のHTLV - 抗体によって、陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンプロット法又はラインプロット法により行った場合に算定する。

推定適用患者数 約 12,000 人/年

[参考]

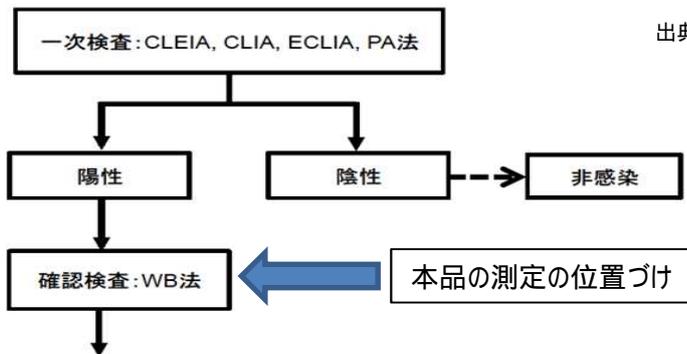
企業の希望保険点数

販売名	保険点数	準用保険点数
イノリア HTLV	432点	D012 感染症免疫学的検査 52 HTLV - 抗体（ウエスタンプロット法）

保険適用希望のあった体外診断用医薬品の概要

- 【区 分】 E 2 (新方法)
- 【測定項目】 HTLV- 抗体
- 【測定方法】 ラインプロット法 (LIA法)
- 【測定内容】 血清又は血漿中のヒトT細胞白血病ウイルスI特異抗体 (抗HTLV- 抗体) の検出 (ヒトT細胞白血病ウイルス感染の診断補助)
- 【主な対象】 HTLV- 確認検査の実施対象者 (一次検査でHTLV- 抗体陽性が確認された症例)
- 【有用性】 遺伝子組換え抗原および合成ペプチド抗原を用いたLIA法を採用することにより、簡便な操作で結果を得ることができる。既収載品 (ウエスタンブロット法) と同等の検査性能を有する。

【ヒトT細胞白血病ウイルス感染の診断における本品による測定の位置づけ】



出典：妊産婦診療におけるHTLV-1感染(症)の診断指針 (一部改変)

- 本品による測定 (ラインプロット法; LIA法) は、ウエスタンブロット法 (WB法) と同様に、一次検査で陽性が確認された症例に対する確認検査として位置づけられる。

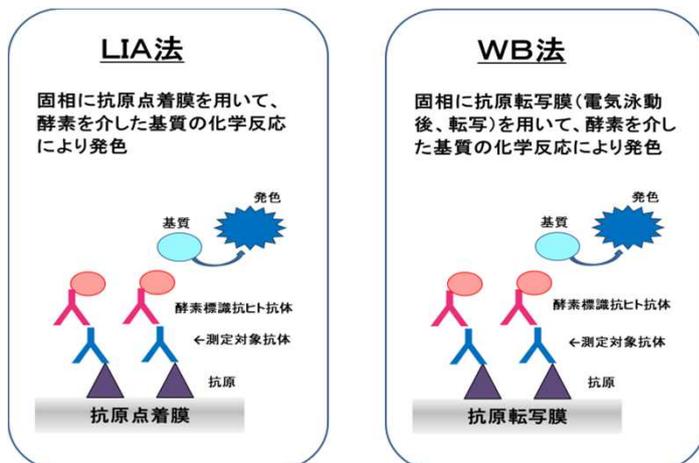
【推奨法による判定確定法】

陽性	判定保留	陰性
「陽性」と確定	核酸増幅検査法の実施を推奨	「陰性」と確定

【推奨法による判定確定法】

陽性	判定保留	陰性
「陽性」と確定	核酸増幅検査法の実施を推奨	「陰性」と確定

【本品 (LIA法) と既収載品 (WB法) との測定原理の比較】 出典：企業資料 (一部改変)



- 本品 (LIA法) と既収載品 (WB法) では、測定対象抗体と反応させる固相が異なる。
- 既収載品では、HTLV- を構成するタンパク成分を電気泳動法により分画した後、膜上に転写している。
- 一方、本品では、HTLV- の遺伝子組み換え抗原または合成ペプチドを機械的に膜上に点着させている。



第57回先進医療会議(平成29年9月7日)における先進医療Bの科学的評価結果

整理番号	技術名	適応症等	医薬品・医療機器等情報	申請医療機関	保険給付されない費用※1※2 (「先進医療に係る費用」)	保険給付される費用※2 (「保険外併用療養費に係る保険者負担」)	保険外併用療養費分に 係る一部負担金	総評	その他 (事務的対応等)
116	バージャー病に対する自家骨髄単核球細胞を用いた下肢血管再生治療	バージャー病による重症虚血肢	・自家骨髄単核球細胞 (自家骨髄単核球細胞は自己の骨髄液より、遠心分離機器にて分離濃縮される。これらでえられた細胞を、自己の虚血肢へ移植する。)	京都府立医科大学 附属病院	25万1千円	41万4千円	17万7千円	適	別紙資料1

※1 医療機関は患者に自己負担額を求めることができる。
 ※2 典型的な1症例に要する費用として申請医療機関が記載した額。

【備考】

- 先進医療A
 - 1 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術(4に掲げるものを除く。)
 - 2 以下のような医療技術であって、当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいもの
 - (1)未承認等の体外診断薬の使用又は体外診断薬の適応外使用を伴う医療技術
 - (2)未承認等の検査薬の使用又は検査薬の適応外使用を伴う医療技術
- 先進医療B
 - 3 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴う医療技術(2に掲げるものを除く。)
 - 4 未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの。

先進医療B評価用紙(第2号)

評価者 構成員: 山本 晴子 技術専門委員: _____

先進技術としての適格性

先進医療 の名称	バージャー病に対する自家骨髄単核球細胞を用いた下肢血管再生治療
社会的妥当性 (社会的倫理的 問題等)	<input checked="" type="radio"/> A. 倫理的問題等はない。 <input type="radio"/> B. 倫理的問題等がある。
現時点での 普及性	<input type="radio"/> A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 <input type="radio"/> B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 <input checked="" type="radio"/> C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効率性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 <input checked="" type="radio"/> A. 大幅に効率的。 <input type="radio"/> B. やや効率的。 <input type="radio"/> C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収 載の必要性	<input checked="" type="radio"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。なお、保険導入等の評価に際しては、以下の事項について検討する必要がある。 (今回の臨床試験計画に沿って当該試験が完遂し、有効性と安全性に関して肯定的な結果が得られた場合には、保険収載を検討できる可能性が生じる。) <input type="radio"/> B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総 評	総合判定: <input checked="" type="radio"/> 適 ・ 条件付き適 ・ 否 コメント: 技術部会において、臨床試験計画については十分吟味されている。

「バージャー病に対する自家骨髄単核球細胞を用いた下肢血管再生治療
(整理番号 B074)」の有効性・安全性にかかる評価について

先進医療技術審査部会

座長代理 山口 俊晴

京都府立医科大学附属病院から申請のあった新規技術について、先進医療技術審査部会で有効性・安全性について検討を行い、その結果を以下のとおりとりまとめたので報告いたします。

1. 先進医療の概要

先進医療の名称：バージャー病に対する自家骨髄単核球細胞を用いた下肢血管再生治療

適応症：バージャー病による重症虚血肢

内容：

(先進性)

閉塞性血栓血管炎（バージャー病）は四肢の末梢血管に閉塞をきたし、主に下肢に虚血症状を引き起こす疾患である。男性に圧倒的に多く（男女比 9:1）、発症や増悪には喫煙の関与が知られているが、明らかな原因は不明で難病指定されている。発症年齢は 30～40 代の青壮年期に多く、下肢切断等の合併症で QOL や ADL が低下することは大きな問題である。

この疾患に対する一般的な治療法は、まず禁煙・食事療法を含めた生活環境の改善を指導したうえで、血管を拡張させる薬物、血栓の形成を抑制する（血を固まりにくくする）薬物、側副血行（組織への血流を保つために生じる迂回血行路）を発達させる薬物の投与を行う。また虚血骨格筋への血流を増やし痛みや潰瘍といった虚血に伴う症状や状態の軽減・治癒を目指し、静脈や人工血管を使いバイパスを作製する手術による血行再建術を行う。しかしながら、動脈硬化による血管閉塞と異なり末梢ほど病変が強いために、血行再建手術が可能な症例は 20%以下と少なく、またバイパスの開存率も十分には期待できず、症状の再発を繰り返すことが多いのが現状である。これらの治療法でも虚血による疼痛・潰瘍・感染管理が困難な症例は患肢切断が免れない。

血管再生療法とは自家の骨髄液中から単核球細胞分画を取り出し、虚血症状のある骨格筋内へ移植することにより血管の再生を促す治療法である。2008 年に発表された『自家骨髄単核球細胞移植による末梢閉塞性動脈疾患患者の血管新生治療に関する多施設臨床試験』（TACT 研究）においては、閉塞性血栓血管炎（バージャー病）患者で 80%以上の治療効果を有することが発表された。本治療はこれまでに評価療養である先進医療 A として行われ、従来標準治療に抵抗性のバージャー病患者に対する有用性が示唆されており、さらなる安全性・有効性の検討が必要と考えられる。

(概要)

本技術は閉塞性血栓血管炎（バージャー病）を対象とし、自家骨髄単核球細胞を、虚血患側肢の膝下以遠の骨格筋内に移植することで血管の再生を促す治療法である。本技術の有効性および安全性について単群試験で検証する。

- ・対象患者：保険収載された標準治療で回復がない、Fontaine III-IV、患側皮膚組織灌流圧（SPP）が30mmHg未満のバージャー病患者
- ・主要評価項目：患側 SPP 値の登録時から移植後 6 ヶ月の変化量
- ・副次評価項目：6 分間歩行距離、SPP 値 30mmHg 以上の達成、疼痛の変化、虚血性潰瘍面積、Fontaine 分類、血管 Volume の変化、ABI、患肢大切断の有無及び切断までの期間
- ・安全性評価項目：全生存期間、有害事象
- ・予定試験期間：3 年間（登録期間 2 年間）
- ・予定症例数：25 例

(効果)

従来の治療で改善が得られない症例に対し、自己の骨髄液中から取り出した、骨髄単核球細胞を虚血下肢の骨格筋内に移植することで、末梢血管の新生・増殖を促す。それに伴い、虚血に伴う安静時疼痛や潰瘍の改善を目指す治療法である。

(先進医療にかかる費用)

本技術にかかる総費用は842,532円である。そのうち先進医療にかかる費用は250,900円であり、全額患者負担である。

申請医療機関	京都府立医科大学附属病院
協力医療機関	なし

2. 先進医療技術審査部会における審議概要

【第1回目審議】

(1)開催日時：平成29年2月16日（木） 16:00～18:25

（第53回 先進医療技術審査部会）

(2)議事概要

京都府立医科大学附属病院から申請のあった新規医療技術について、申請書を基に、有効性・安全性等に関する評価が行われた。

その結果、当該技術を「継続審議」とし、構成員からの指摘について修正を行い、再度、本会議にて審議することとした。

(本会議での評価結果)

(別紙1) 第53回先進医療技術審査部会資料1-6、1-7 参照

(本会議での指摘事項及び回答)

(別紙2) 先進医療B074に対する先進医療技術審査部会における指摘事項 参照

【第2回目審議】

(1)開催日時：平成29年5月18日(木) 16:00～17:35

(第58回 先進医療技術審査部会)

(2)議事概要

京都府立医科大学附属病院から申請のあった新規医療技術について、申請書を基に、有効性・安全性等に関する評価が行われた。

その結果、当該技術を「適」として了承し、先進医療会議に報告することとした。

(本会議での評価結果)

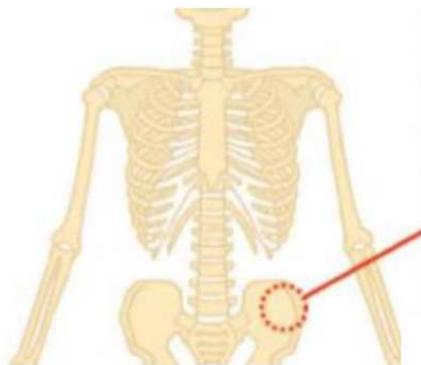
(別紙3) 第58回先進医療技術審査部会資料1-2 参照

3. 先進医療技術審査部会での検討結果

京都府立医科大学附属病院からの新規医療技術に関して、先進医療技術審査部会は、主として有効性・安全性等にかかる観点から論点整理を進め、それらの結果を申請書に適切に反映させ、その内容については全構成員が確認を行った結果、当該新規技術の申請内容が先進医療として妥当であると判断した。

自家骨髓単核球細胞を用いた血管再生療法

1. 全身麻酔下に骨髓液の採取（手術室）



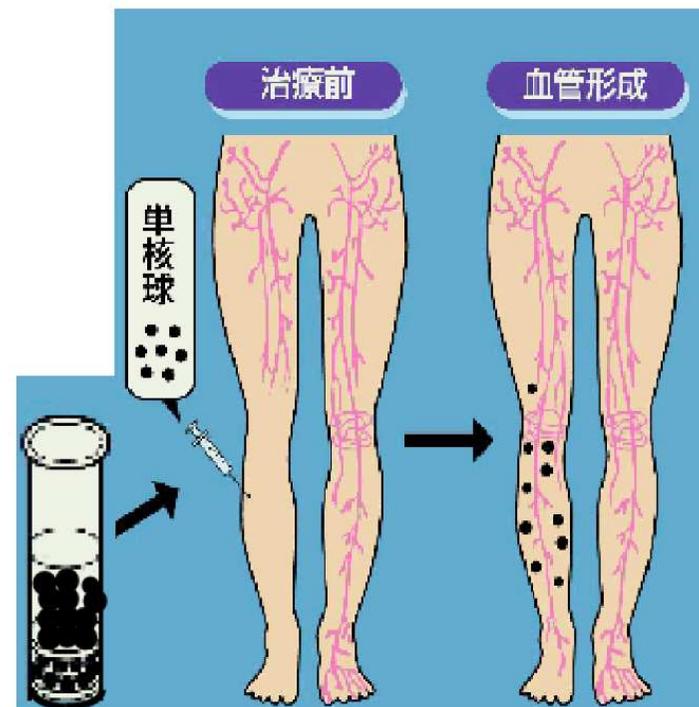
骨髓液 600ml採取

2. 骨髓液分離・濃縮（細胞培養加工施設）



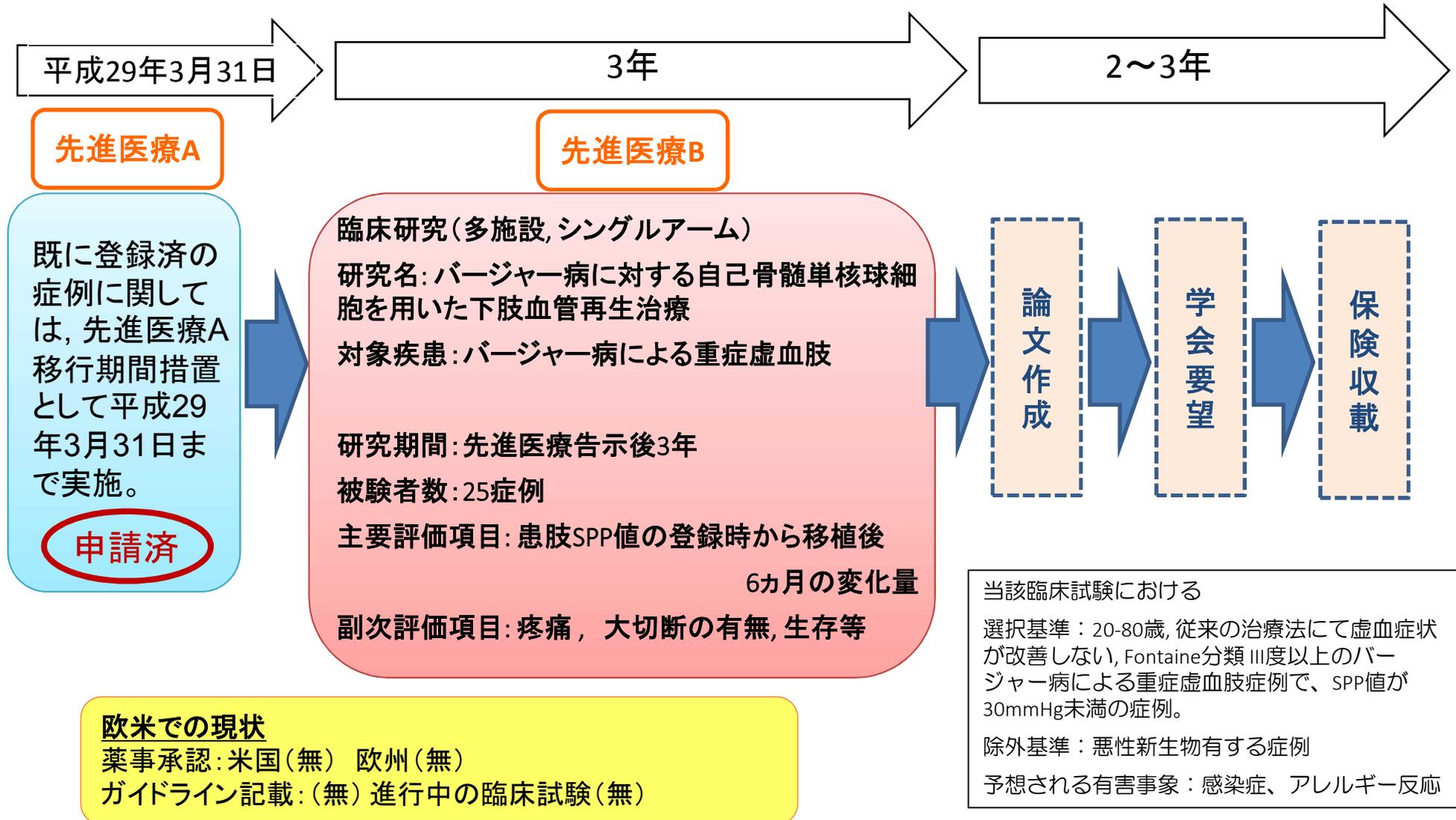
濃縮骨髓単核球細胞

3. 骨髓単核球細胞の患肢への移植（手術室）



保険収載までのロードマップ

先進医療名：バージャー病に対する自家骨髄単核球細胞を用いた下肢血管再生治療
先進医療での適応疾患：バージャー病による重症虚血下肢



個別事項 (その5:リハビリテーション)

平成29年10月25日

個別事項(その5:リハビリテーション)

1 回復期リハビリテーション病棟入院料(その2)

2 疾患別リハビリテーション(その2)

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抄)

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む)
 - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

1. 医療の提供体制

- ・届出病床数は増加傾向、入院料の区分別にみると、回復期リハビリテーション病棟入院料1と入院料2が多い。
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で、他の入院基本料の届出状況を見ると、入院料1では、一般病棟入院基本料(7対1と10対1)と療養病棟入院基本料を持つ医療機関の割合が多く、入院料2と入院料3では、一般病棟入院基本料(10対1)と療養病棟入院基本料を持つ医療機関の割合が多い。
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、訪問や通所でのリハビリテーションの実施状況を見ると、訪問リハビリテーションは約30%、通所リハビリテーションは約44%の医療機関が実施していた。

2. 患者の状態と医療内容

- ・入院患者の約66%が75歳以上となっている。
- ・認知症日常生活自立度をみると、約17%の患者は自立している一方で、約28%の患者はランクⅢ以上であった。
- ・入院患者の入棟時の日常生活動作(ADL)の指標をみると、入院料1については低い点数の者が多く、入院料3については高い点数の者が多かった。
- ・入棟時と入棟後3か月目とで、日常生活動作の指標の点数の差(改善状況)を、75歳以上と75歳未満で分けてみると、年齢にかかわらず、0~10点の変化幅の患者が最も多かった。
- ・入棟後3か月目のBIの改善についてみると、入院料1及び入院料3は0~10点の変化幅の患者が最も多く、入院料2は10~20点の変化幅の患者が最も多かった。
- ・在宅復帰率別に病棟数の分布をみると、在宅復帰率60%以上の病棟がほとんどであるが、入院料3では、約20%の病棟が在宅復帰率60%未満であった。



- 回復期リハビリテーション病棟は、主にADL向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であるが、効果的なリハビリテーションが提供できるよう、
- ・できるだけ早期から集中的なリハビリテーションの実施を推進するような評価のあり方
 - ・リハビリテーションの提供量だけでなく、アウトカムにも着目した評価のあり方
- 等について、どのように考えるか。

診療報酬上の評価

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る最近の主な見直しについて

中医協 総-5
29. 1. 25(改)

平成 12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成 18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成 20年	○入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○医師の病棟専従配置を緩和
平成 22年	○「提供すべき単位数」の設定 ○休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成 24年	○回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○重症患者回復病棟加算の包括化 ○包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し
平成 26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成 28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要①

診調組 入-1
29.7.21

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

施設基準(抄)

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上(うち7割以上が看護師)	15対1以上(うち4割以上が看護師)	
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要	
新規入院患者のうち「重症者」(日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上	6割以上	規定なし
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が5%以上	規定なし	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要②

回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟。
- 構造設備、医師及びリハビリテーション専門職の配置、リハビリテーションの実績等による施設基準をみたす病棟に、回復期リハビリテーションを要する状態(※)の患者を入院させた場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する。

(※)脳血管疾患、骨折、廃用症候群、神経・筋・靭帯損傷、股関節又は膝関節の置換術後等。
それぞれの状態により、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が規定されている。

区分	1日あたり点数 上段:生活療養なし 下段:生活療養あり	届出医療 機関数	病床数 上段:一般 下段:療養	月あたり算定回数
入院料1	2,025点 2,011点	602病院	14,653床 24,057床	984,744回
入院料2	1,811点 1,796点	707病院	14,020床 20,276床	818,889回
入院料3	1,657点 1,642点	148病院	3,320床 2,704床	116,856回

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

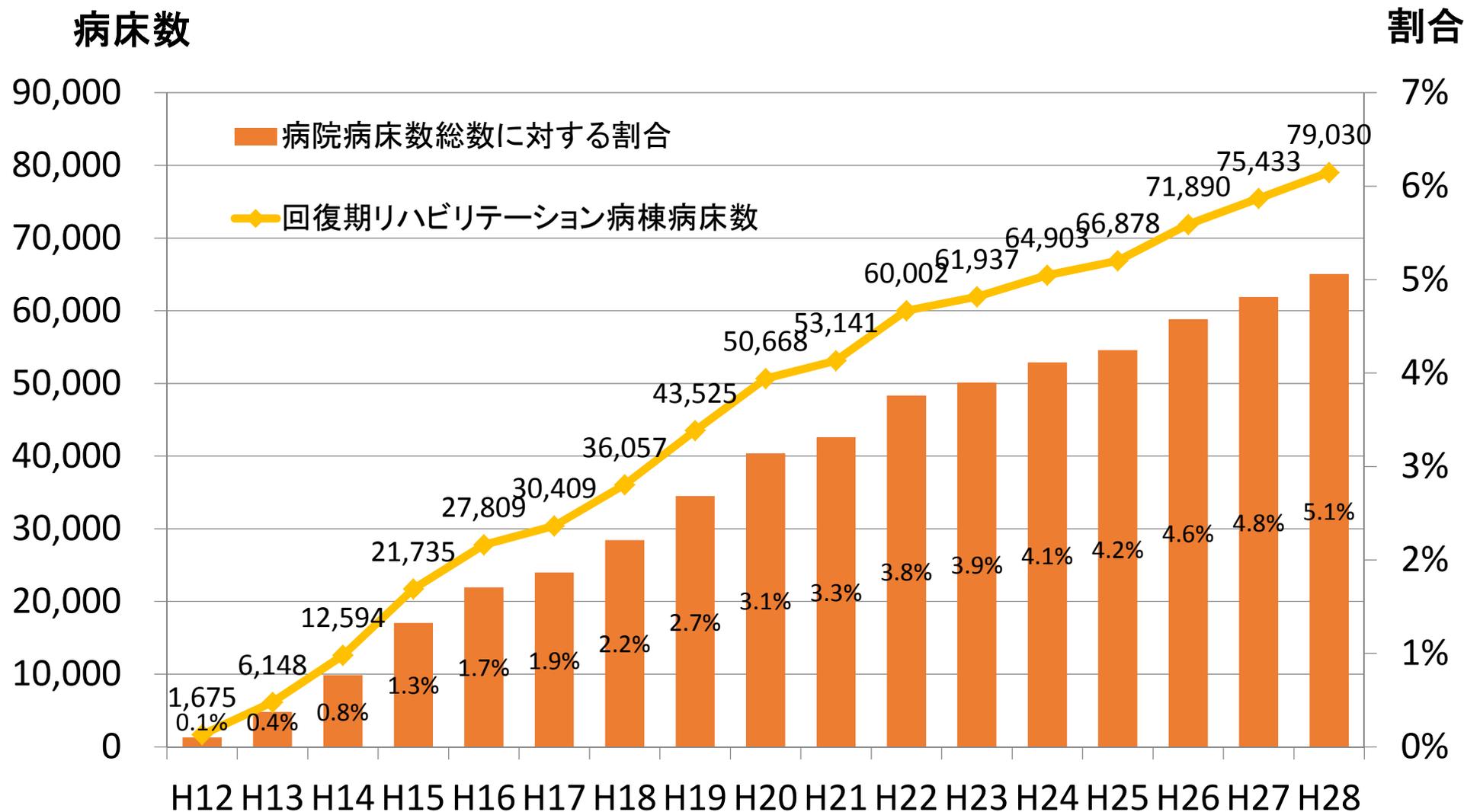
中医協 総-7
29. 5. 27

	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	(参考)療養病棟入院基本料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(I)を除く	○ 地域連携計画退院時指導料(I)を除く	×
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く
K 手術	×(※)	○	×
L 麻酔	×(※)	○	×
M 放射線治療	○	○	×
N 病理診断	○	○	○

※平成28年度診療報酬改定で取扱いを変更

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数の推移

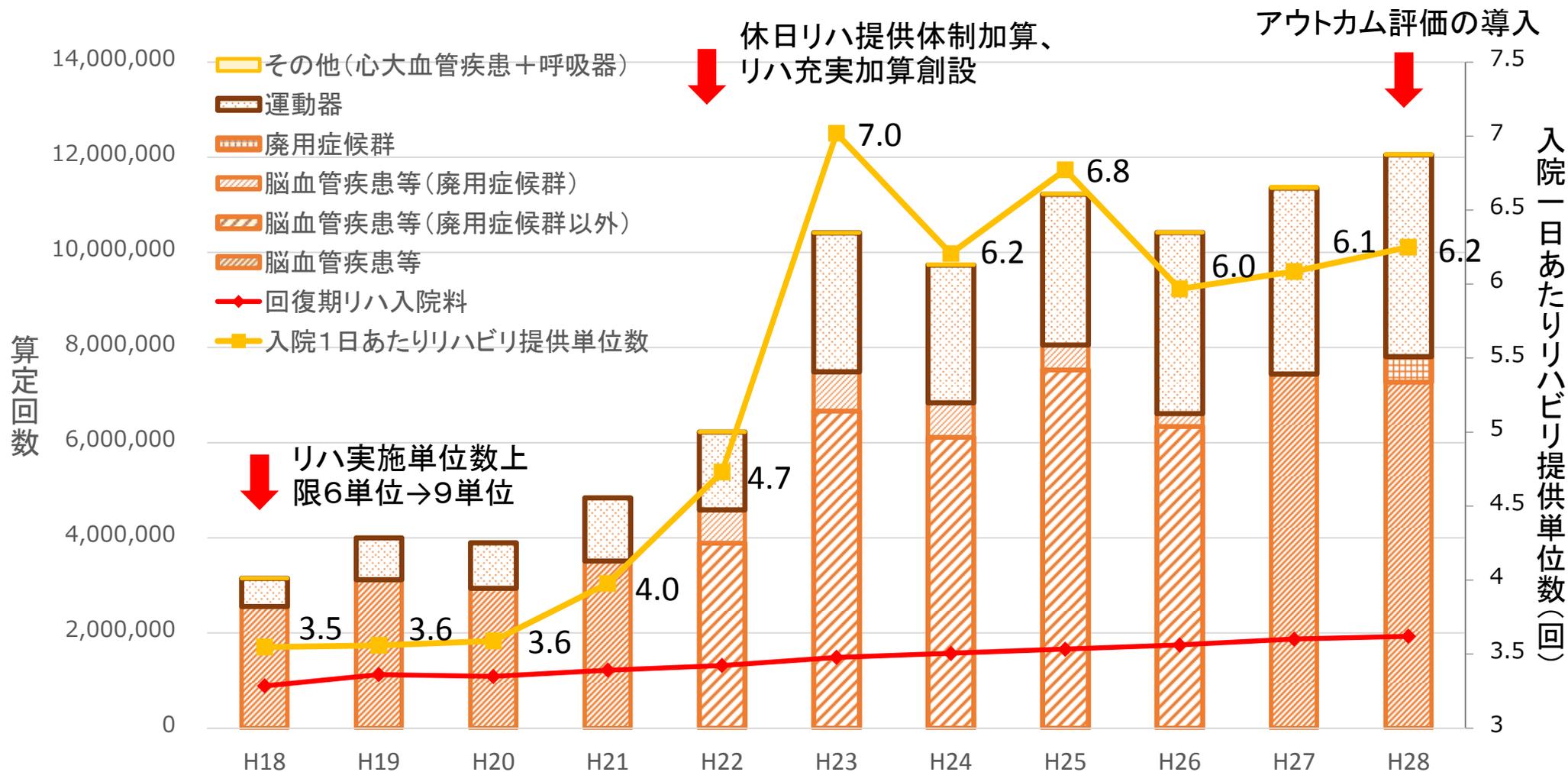
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は、約8万床で直近10年でおおよそ2.2倍に増加している。



出典：回復期リハビリテーション病棟の病床数は保険局医療課調べ
 総病床数は平成12-28年医療施設（動態）調査・病院報告（毎年6月末 病院病床数）

疾患別リハビリテーションの提供単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は、入院患者1日あたり約6.2単位であり、近年やや増加している。

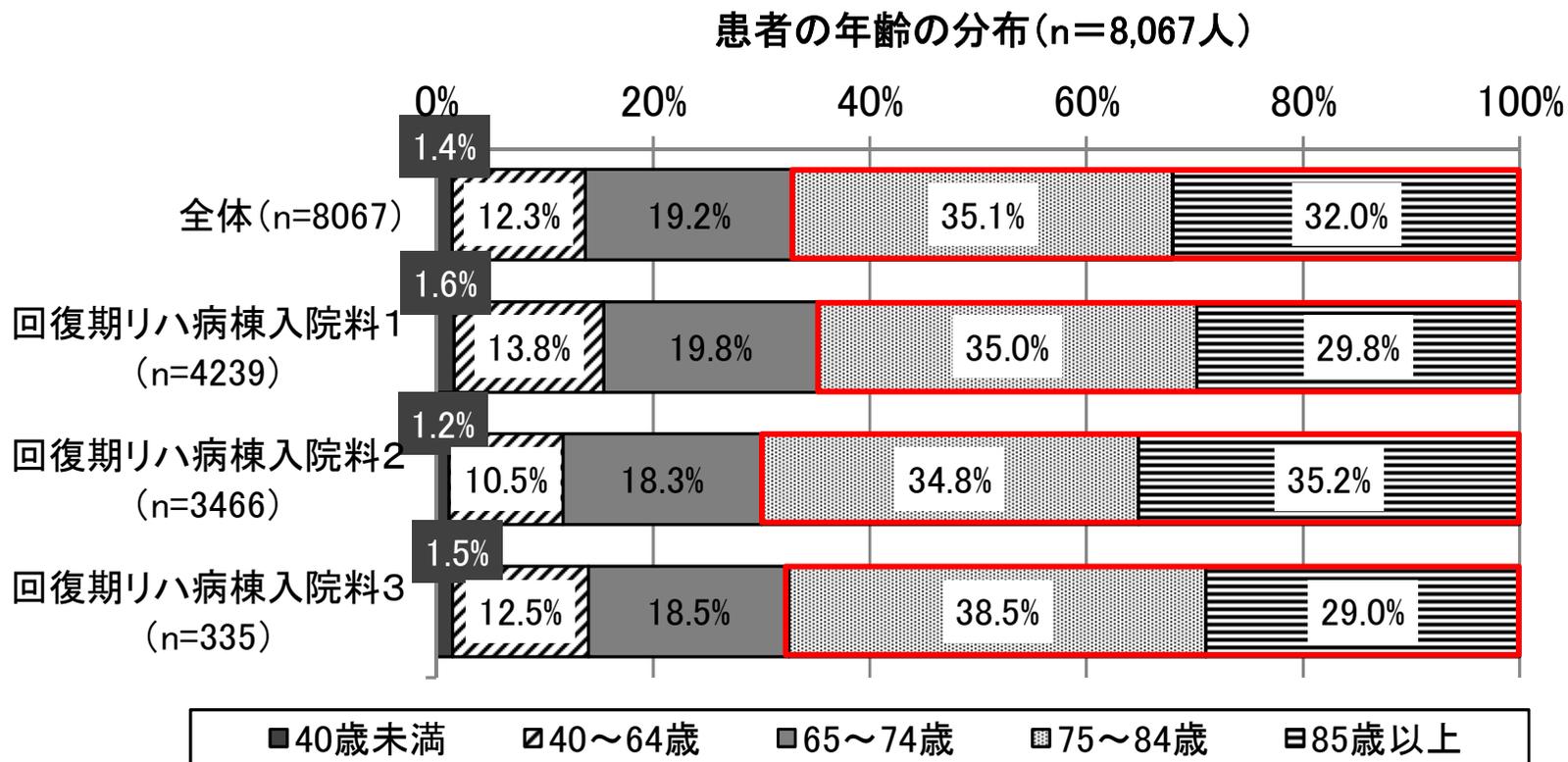


※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。平成21年以前の脳血管疾患等リハビリテーション料に廃用症候群とそれ以外の区別はない。

患者の状態

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態①～年齢分布～

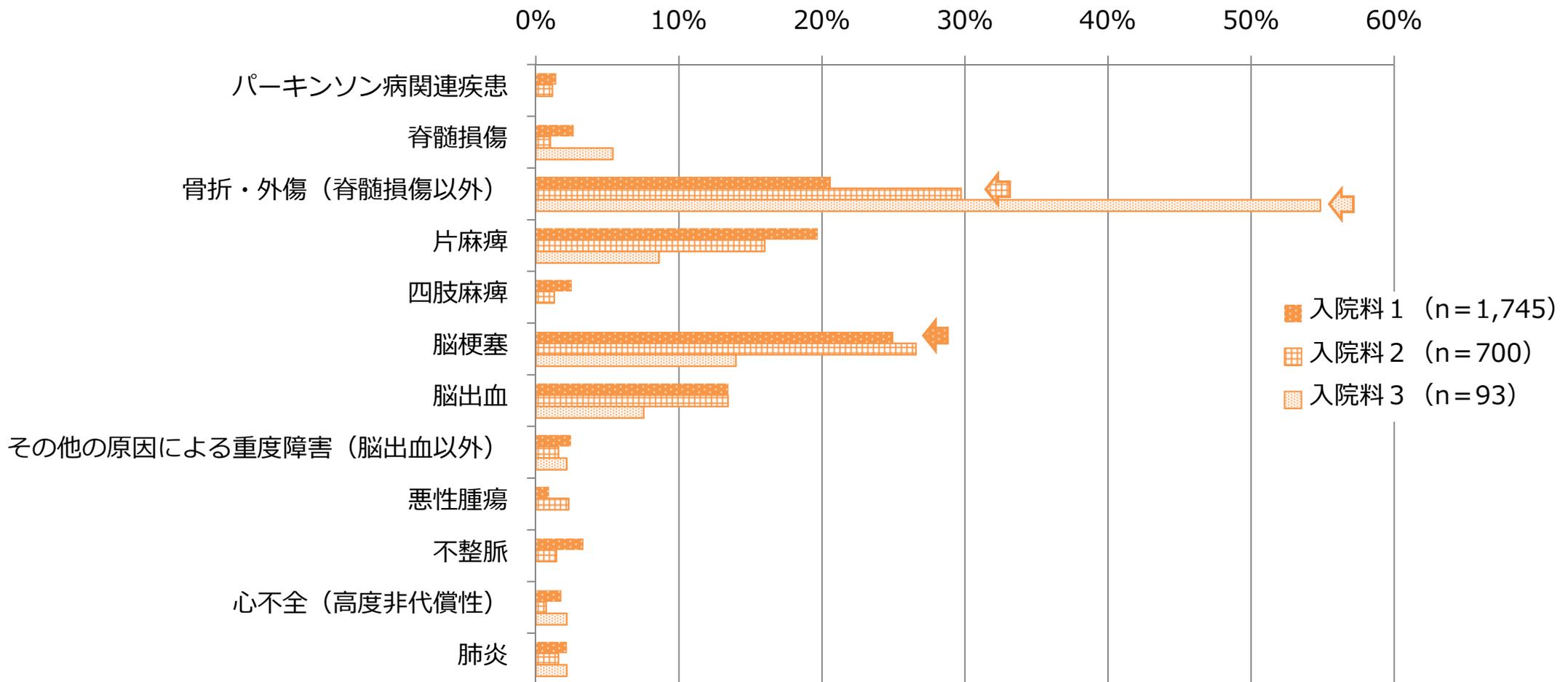
- 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者の約7割が75歳以上だった。
- 入院料1～3で患者の年齢分布に大きな差はなかった。



回復期リハビリテーション病棟の患者の状態②～患者の疾患～

- 入院料1については、脳梗塞の患者が最も多く、入院料2・3については「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者が最も多かった。

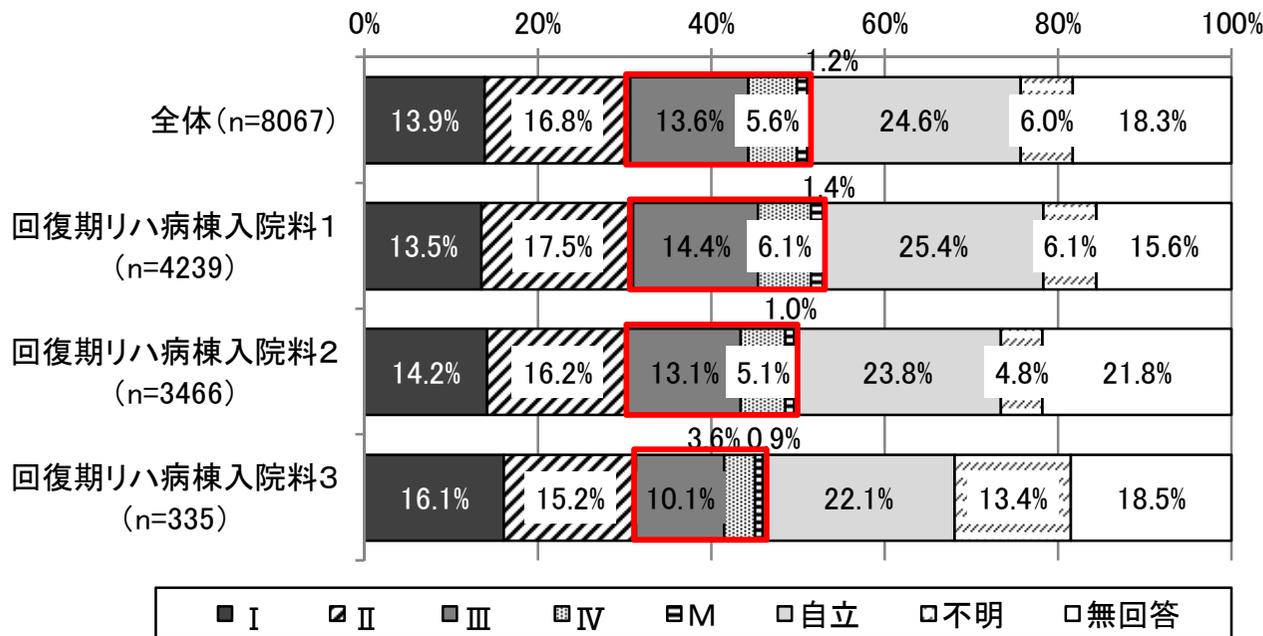
患者の疾患の分布 (n=2,538人)



回復期リハビリテーション病棟の患者の状態③～認知症高齢者の日常生活自立度～

○ 認知症高齢者の日常生活自立度については、介護が必要となるような困難な症状・行動等を有する(ランク「Ⅲ」「Ⅳ」「M」の)患者の占める割合は、全体で約2割であり、入院料1、入院料2、入院料3の順に高かった。

患者の認知症日常生活自立度の分布(n=8,067人)



(参考)認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

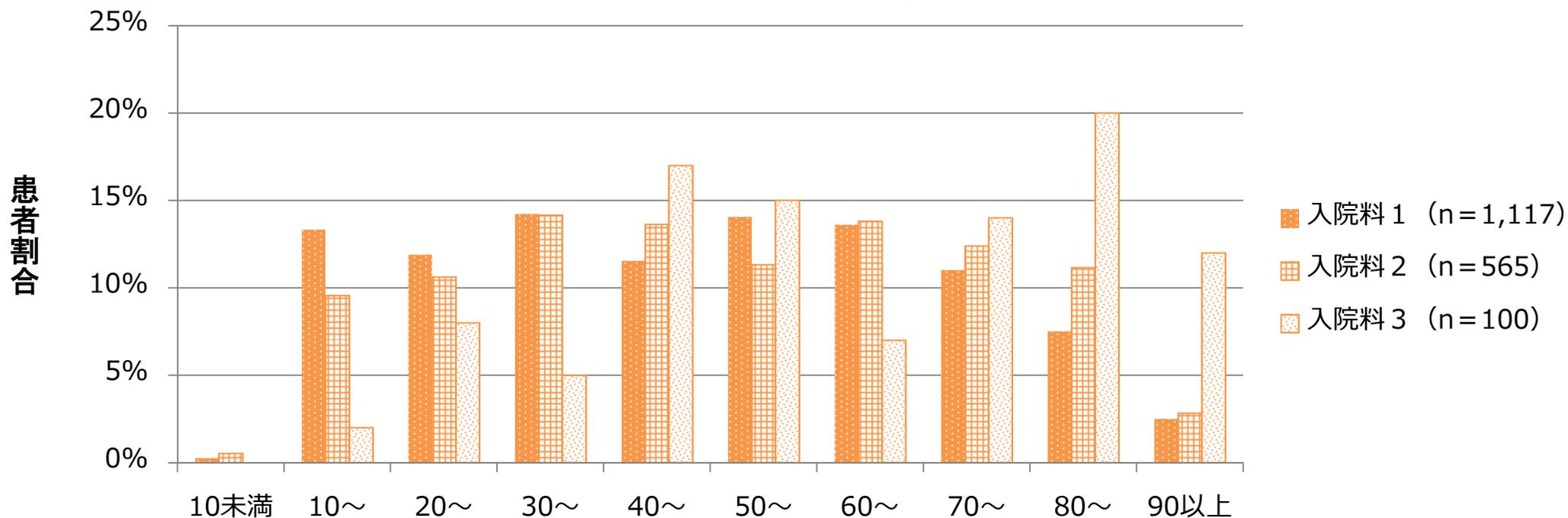
ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 (Ⅱa : 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。 / Ⅱb : 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。)
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (Ⅲa : 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 / Ⅲb : 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。)
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

回復期リハビリテーション病棟の患者の状態④～入棟時のADL～

診調組 入-1
29.9.6

○ 入院患者の入棟時の日常生活動作（ADL）の指標（FIM）は、入院料1については低い点数の患者が比較的多く、入院料3については高い点数の患者が比較的多かった。

入棟時のFIMの得点率の分布 (n=1,782人)



※FIMの満点を100%とした場合の割合 (FIMの満点は126点)

※BIIにて評価された患者数は104人と少なかったため、データを提示していない。

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

診調組 入-1
29.9.6

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計: 126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗	移動		コミュニケーション		社会認識					
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点								認知項目 計35～5点									
合計 126～18点																	

アウトカム評価

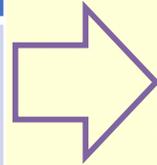
参考 平成28年度診療報酬改定(質の高いリハビリテーションの評価等)

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

平成28年度 改定前

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



現行

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。 19

参考 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数(実績指数の対象となるものに限る)が10名以上

②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

<実績指数の計算対象>

○報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)

○ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

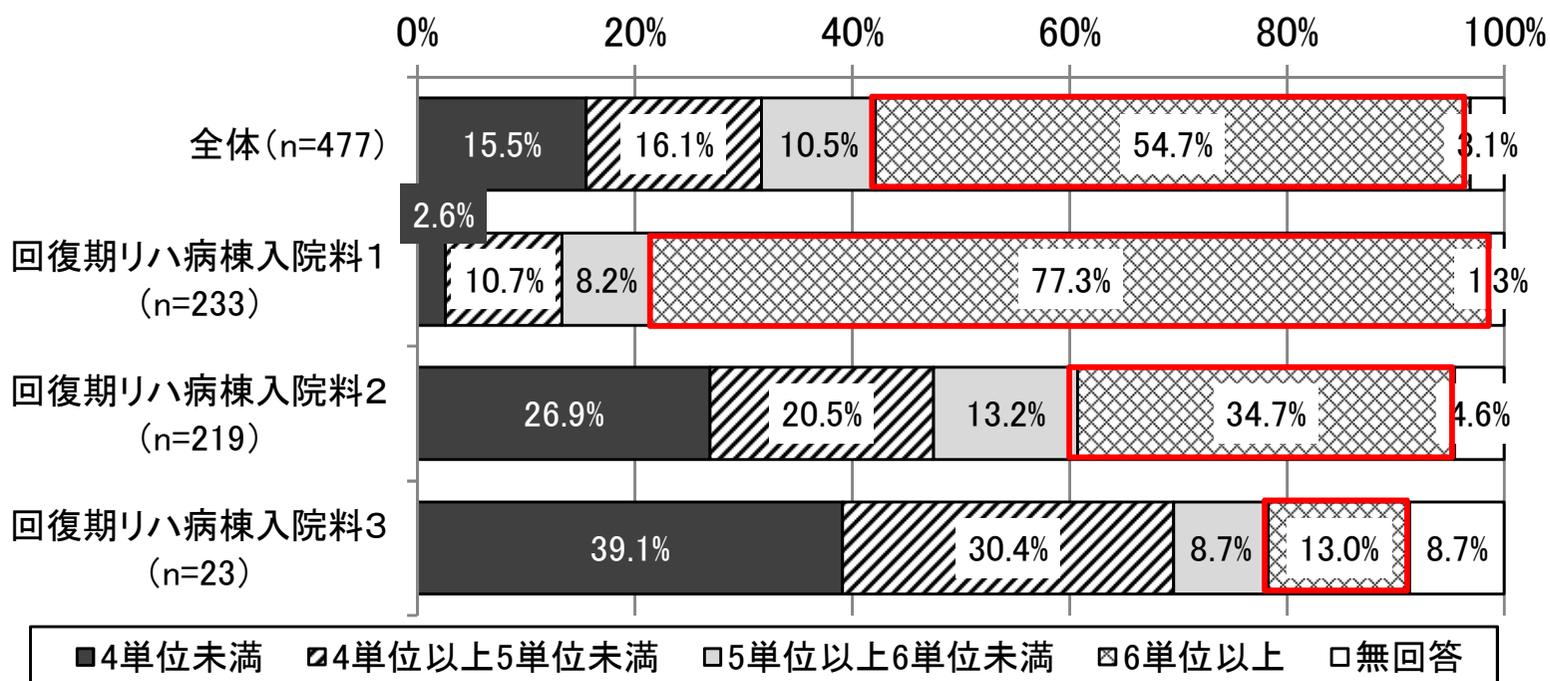
医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

患者1人1日あたりのリハビリテーションの提供単位数

- 回復期リハ病棟で、患者1人1日あたりのリハビリテーションの提供単位数が6単位以上である割合は、入院料1では約8割、入院料2では約3割、入院料3では約1割であった。

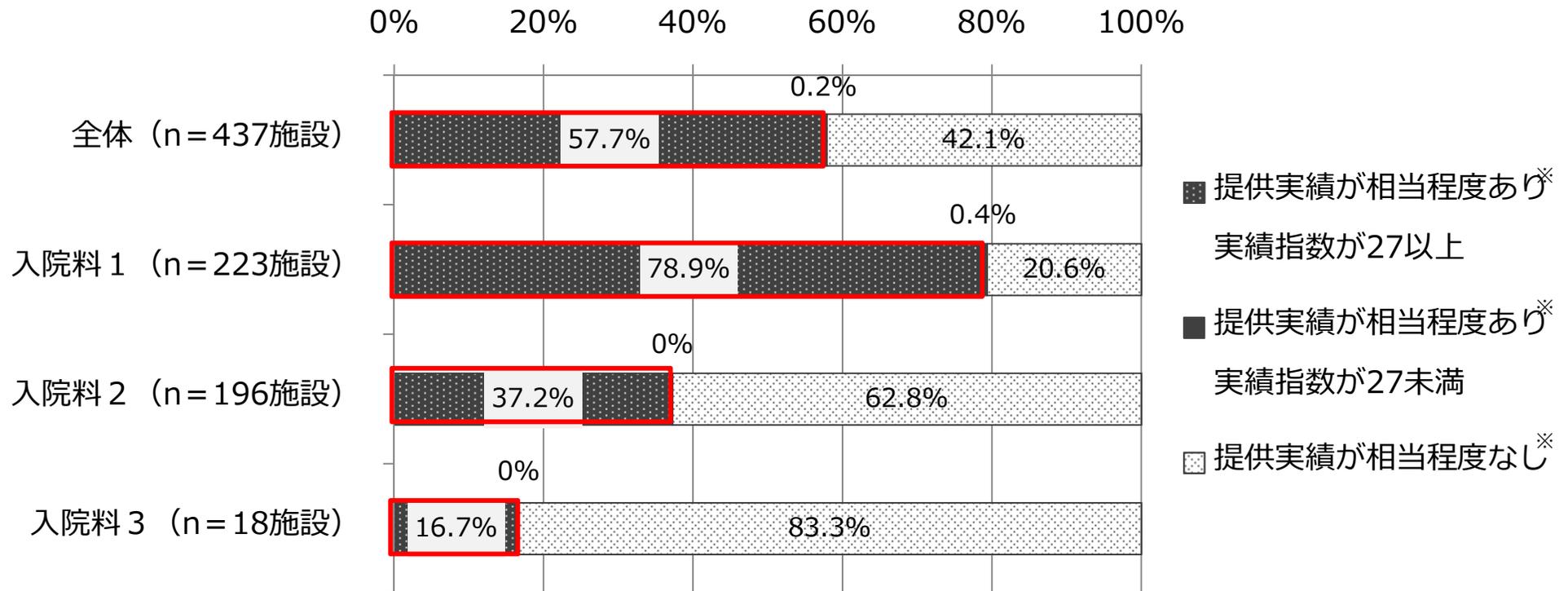
患者1人1日あたりのリハビリ提供単位数の分布(n=477施設)



実績指数別の分布①

- 回復期リハビリテーション病棟で、一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有する病棟※であり、実績指数が27以上である病棟割合は、入院料1では約8割、入院料2では約4割、入院料3では約2割であった。

提供実績の有無、実績指数の値で分類した回復期リハ病棟の分布(n=437施設)



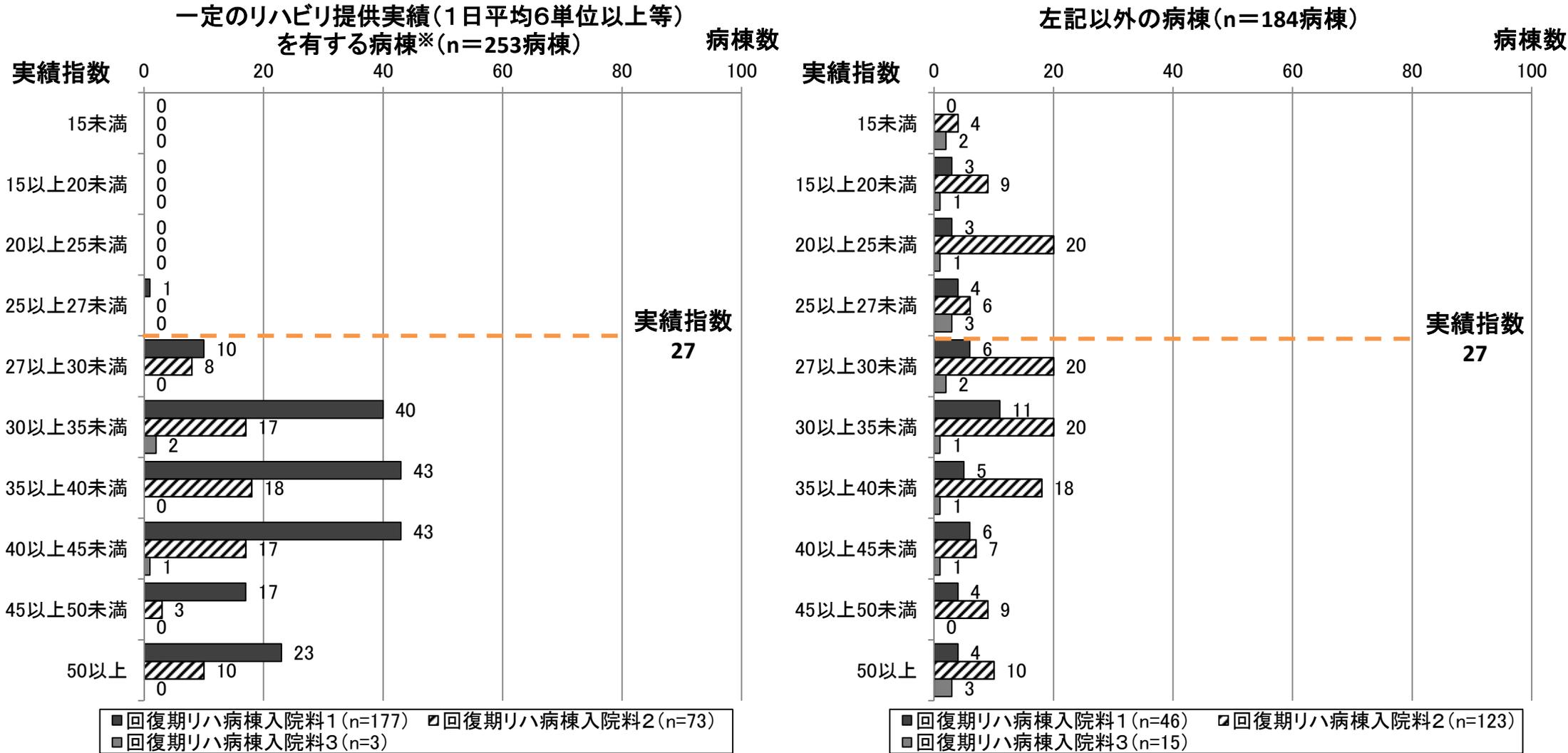
注1:実績指数については、平成29年1月から6月のデータ。

注2:無回答の事項があり分類ができないデータは除いて集計している。

※ 一定のリハビリ提供実績を有する病棟とは、過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟。

実績指数別の分布②

○ 回復期リハビリテーション病棟で、一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有する病棟※については、ほぼ全てが実績指数が27以上であった一方で、それ以外の病棟については、実績指数は幅広く分布していた。



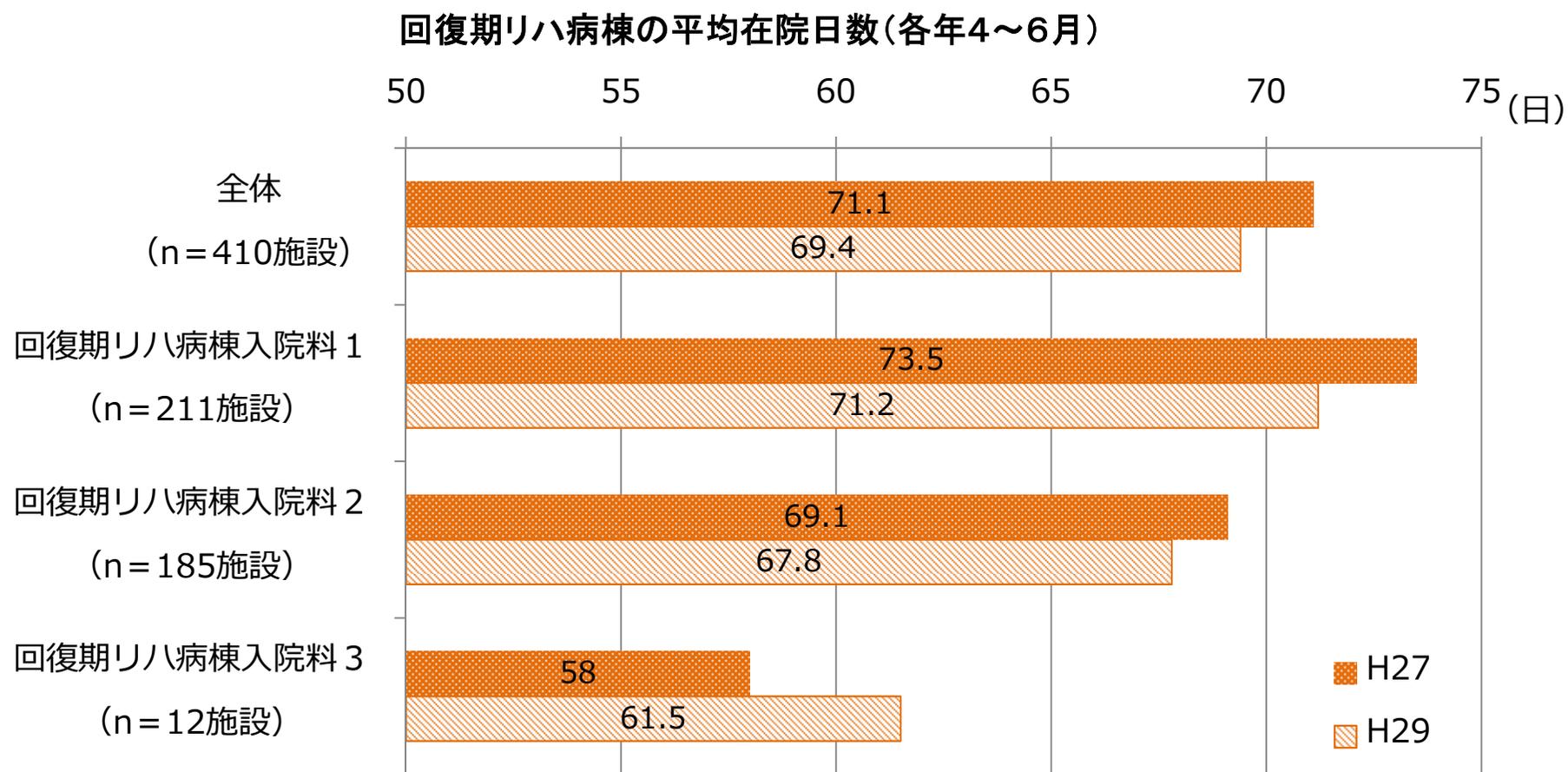
注:実績指数については、平成29年1月から6月のデータ。

※ 一定のリハビリ提供実績を有する病棟とは、過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟。

出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値 **23**

回復期リハビリテーション病棟の平均在院日数

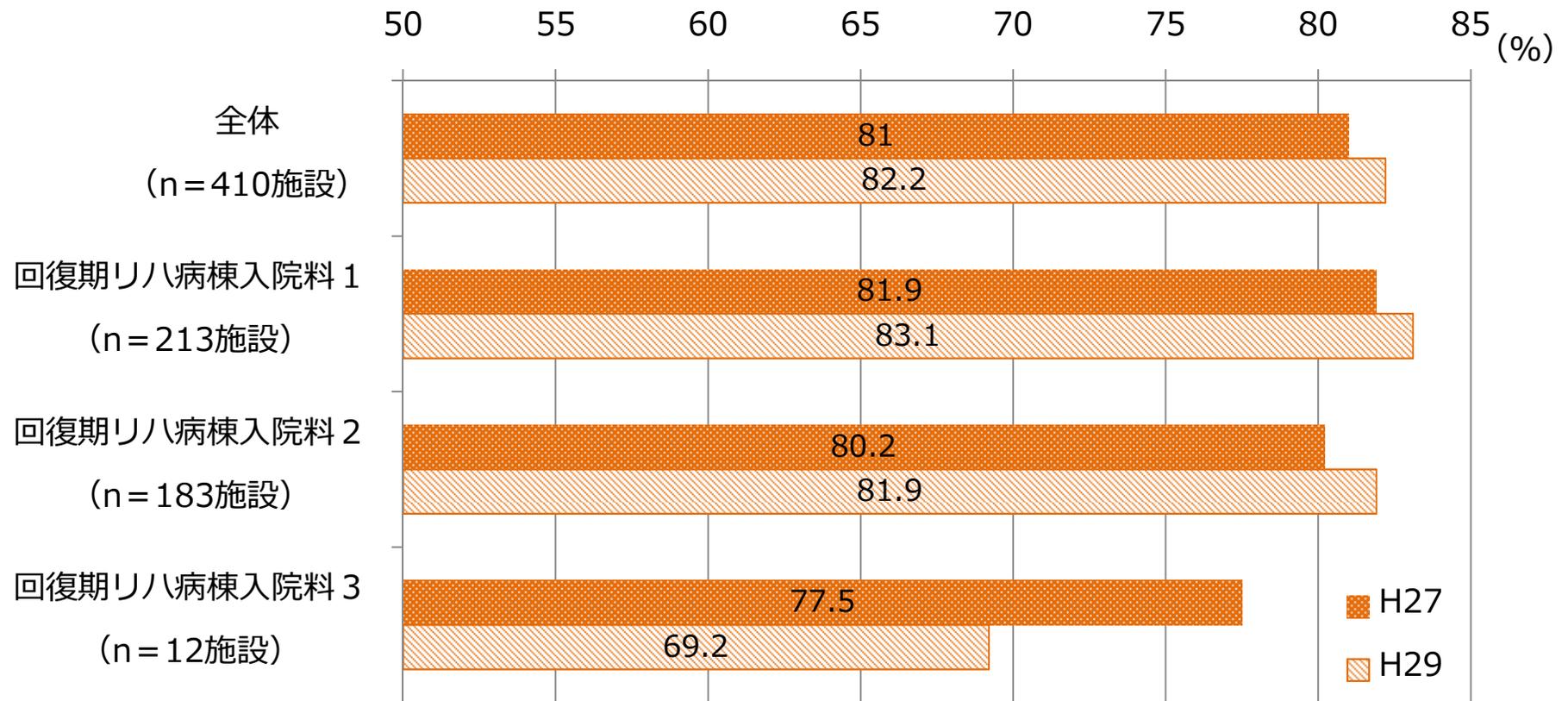
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者の平均在院日数は、平成29年と平成27年を比較すると、入院料1・2は短くなっており、全体としても短くなっていった。



回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

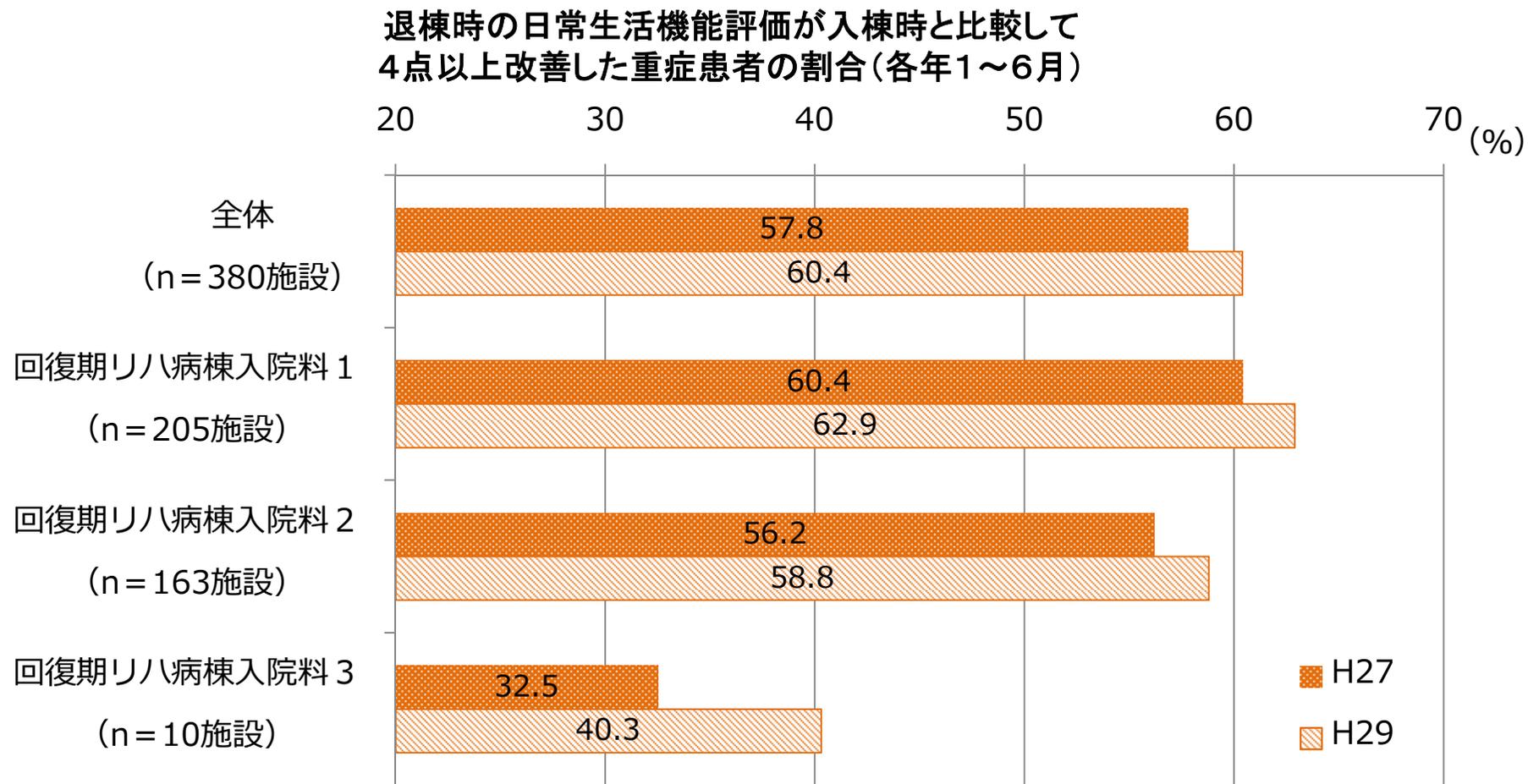
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者の在宅復帰率は、平成29年と平成27年を比較すると、入院料1・2は高くなっており、全体としても高くなっていった。

回復期リハ病棟の平均在宅復帰率(各年1～6月)



回復期リハビリテーション病棟の日常生活機能評価の改善割合

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち、退棟時の日常生活機能評価が入棟時と比較して4点以上改善した重症患者の割合は、平成29年と平成27年を比較すると、入院料1・2・3のいずれも高くなっていた。

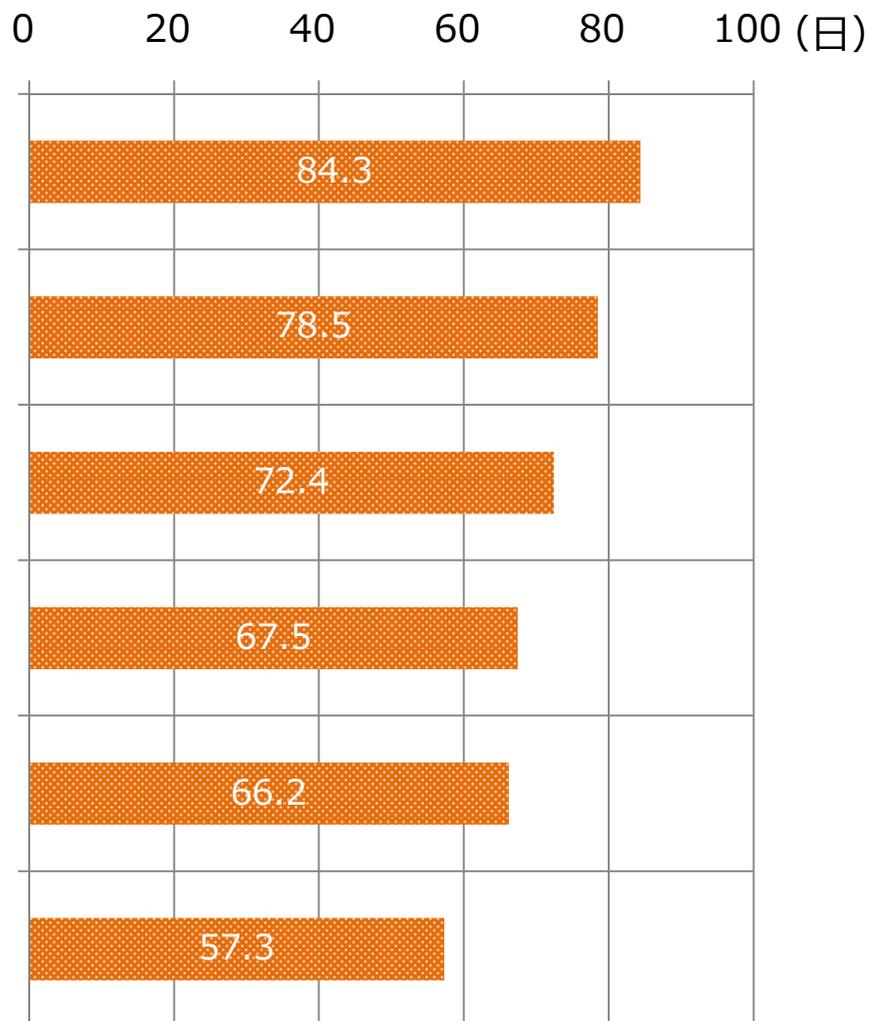


※重症患者:入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者

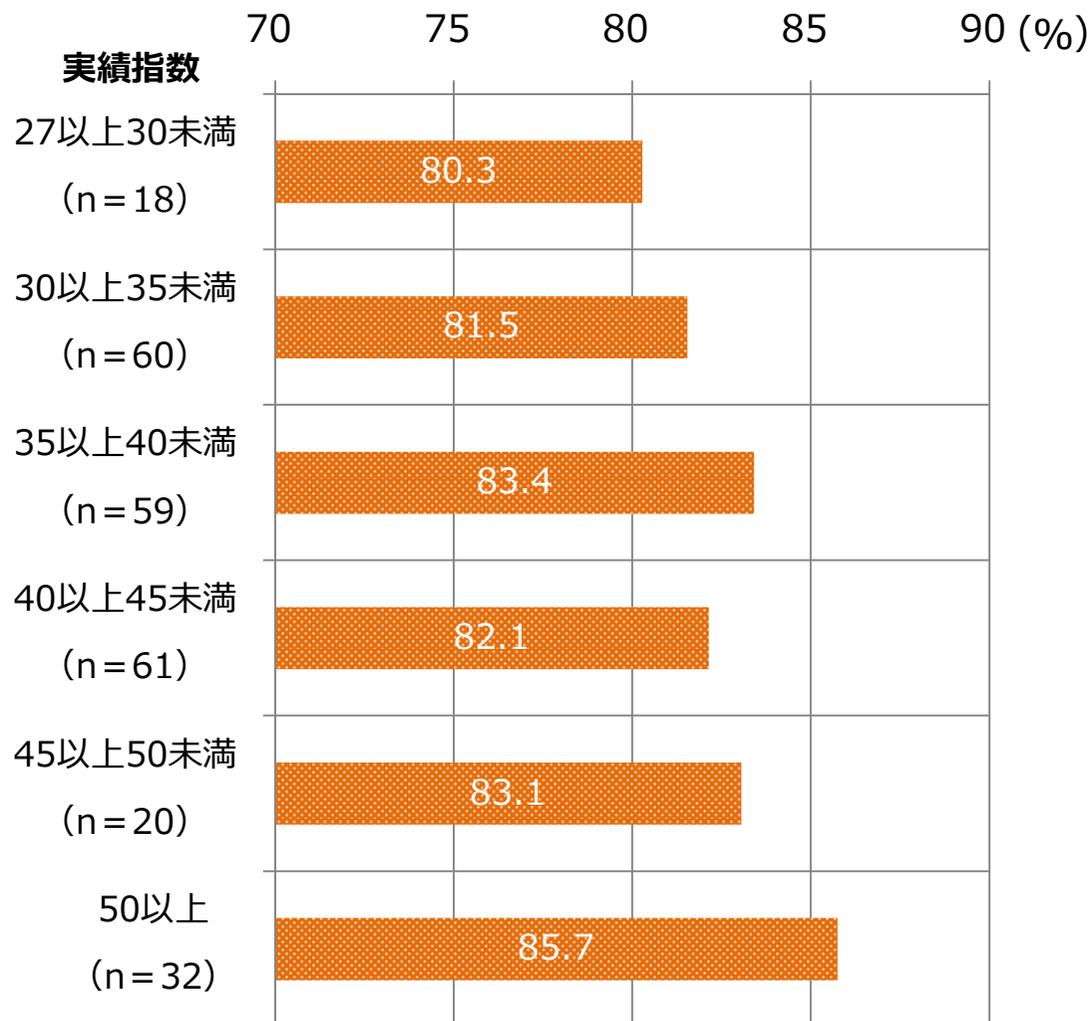
回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

平均在院日数 (n=250施設)



在宅復帰率 (n=250施設)



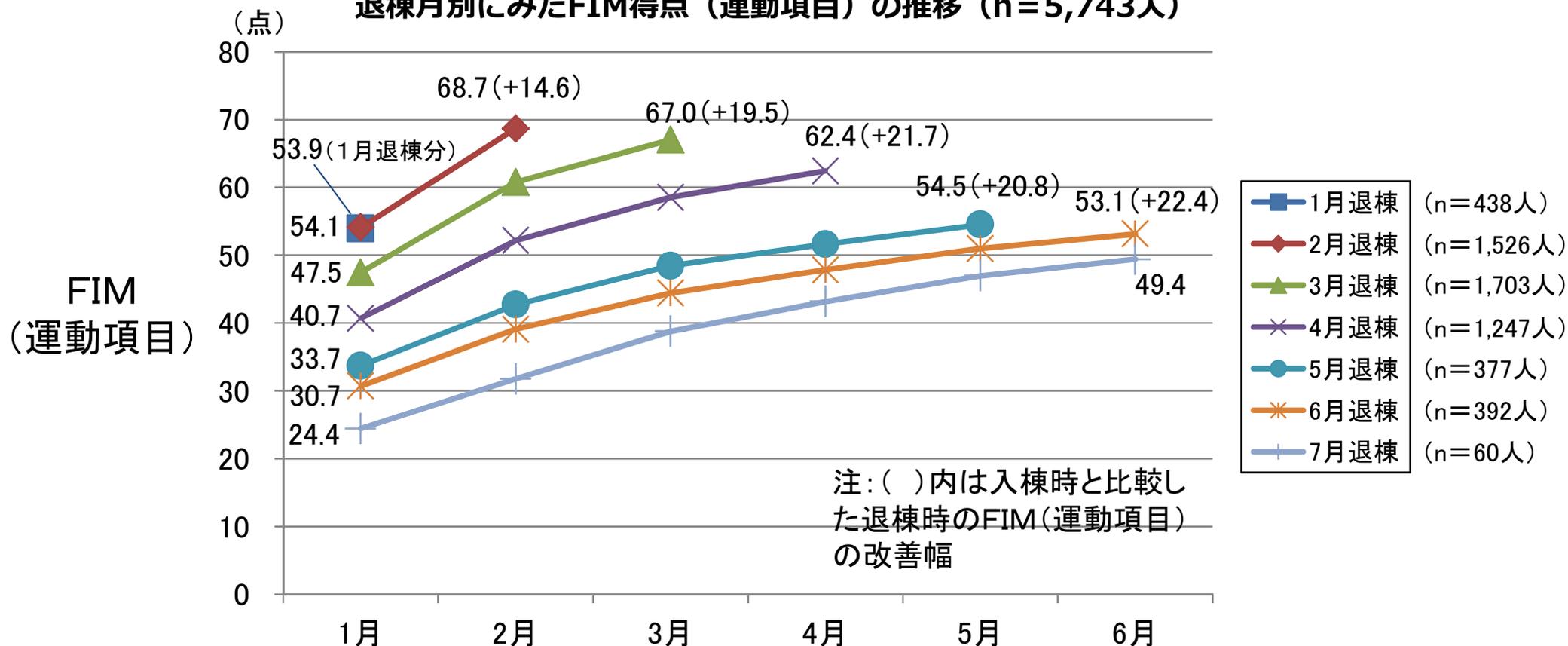
※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたりハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値 **27**

回復期リハビリテーション病棟入院患者のADL（FIM得点）の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟の在棟期間が長いほど、ADLの改善の傾きが緩やかになるが、在棟期間によらず一定程度FIM得点が改善している。

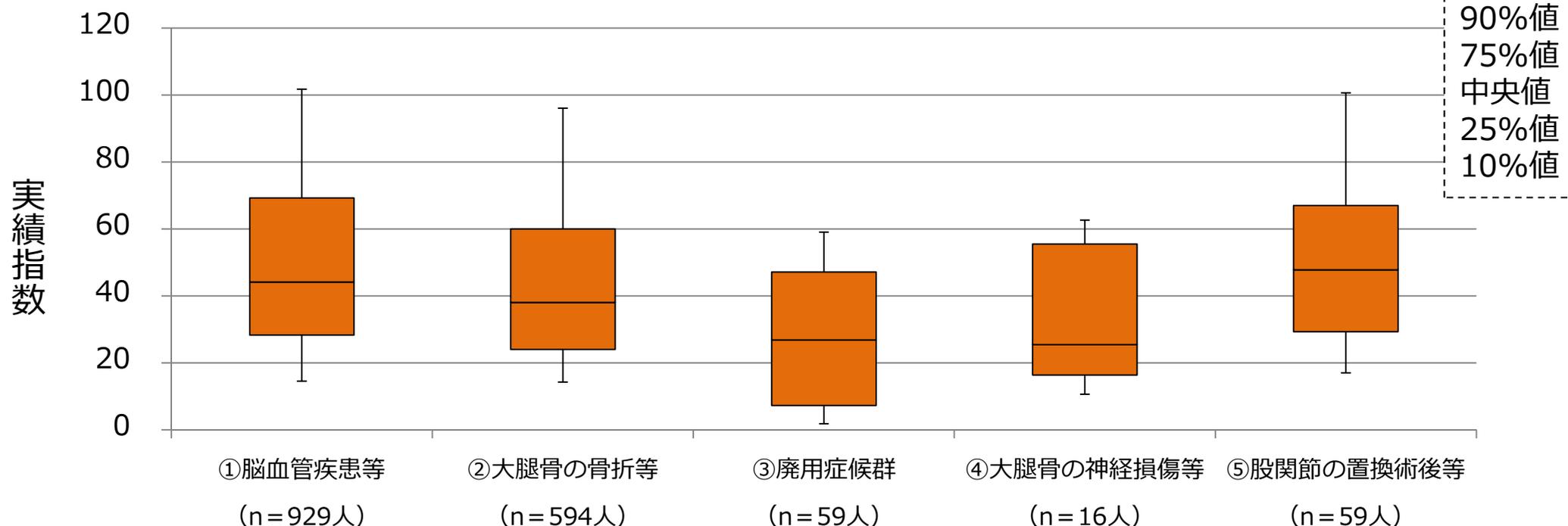
平成29年1月に新規入棟した患者の退棟月別にみたFIM得点（運動項目）の推移（n=5,743人）



回復期リハビリテーションを要する状態ごとの実績指数の分布

○ 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者における回復期リハビリテーションを要する状態ごとの実績指数の分布は、患者ごとのばらつきがある一方で、状態ごとに一部重なりがあった。

回復期リハビリテーションを要する状態ごとの
実績指数の分布 (n=1,657人)

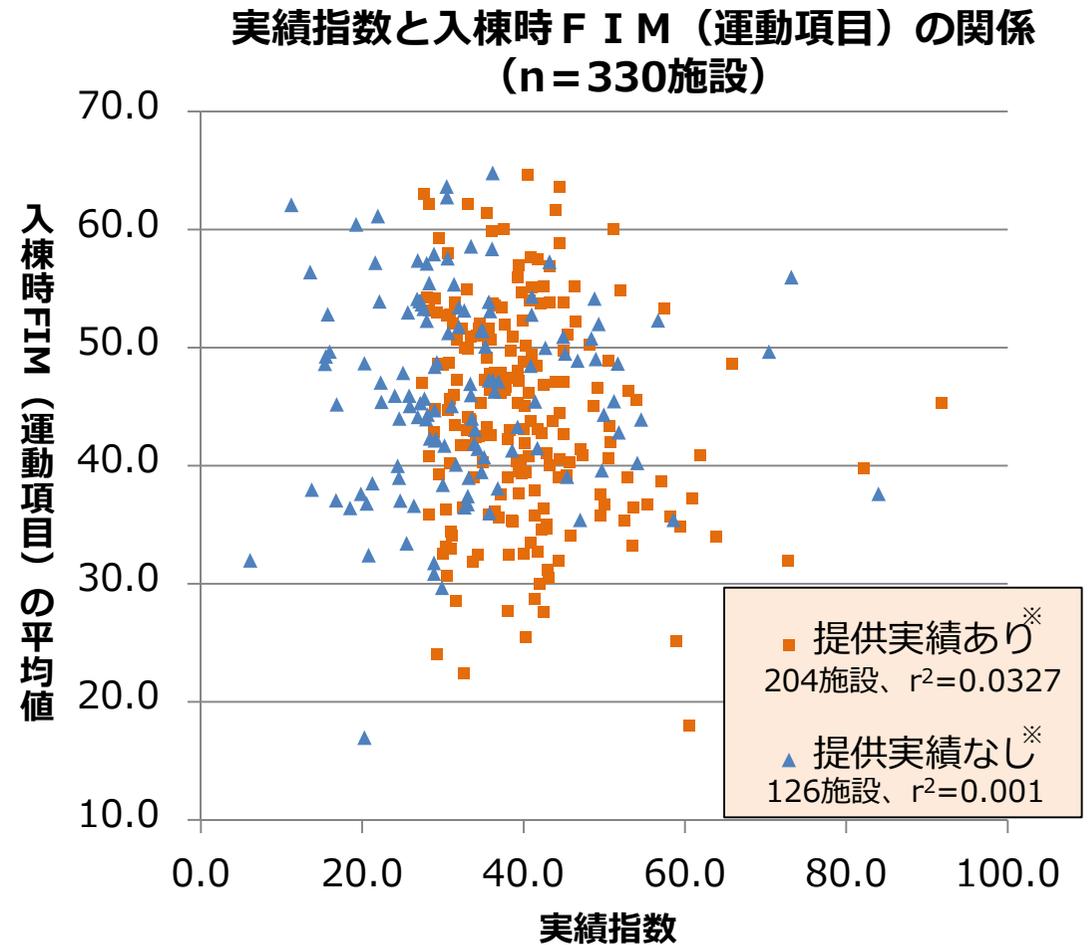
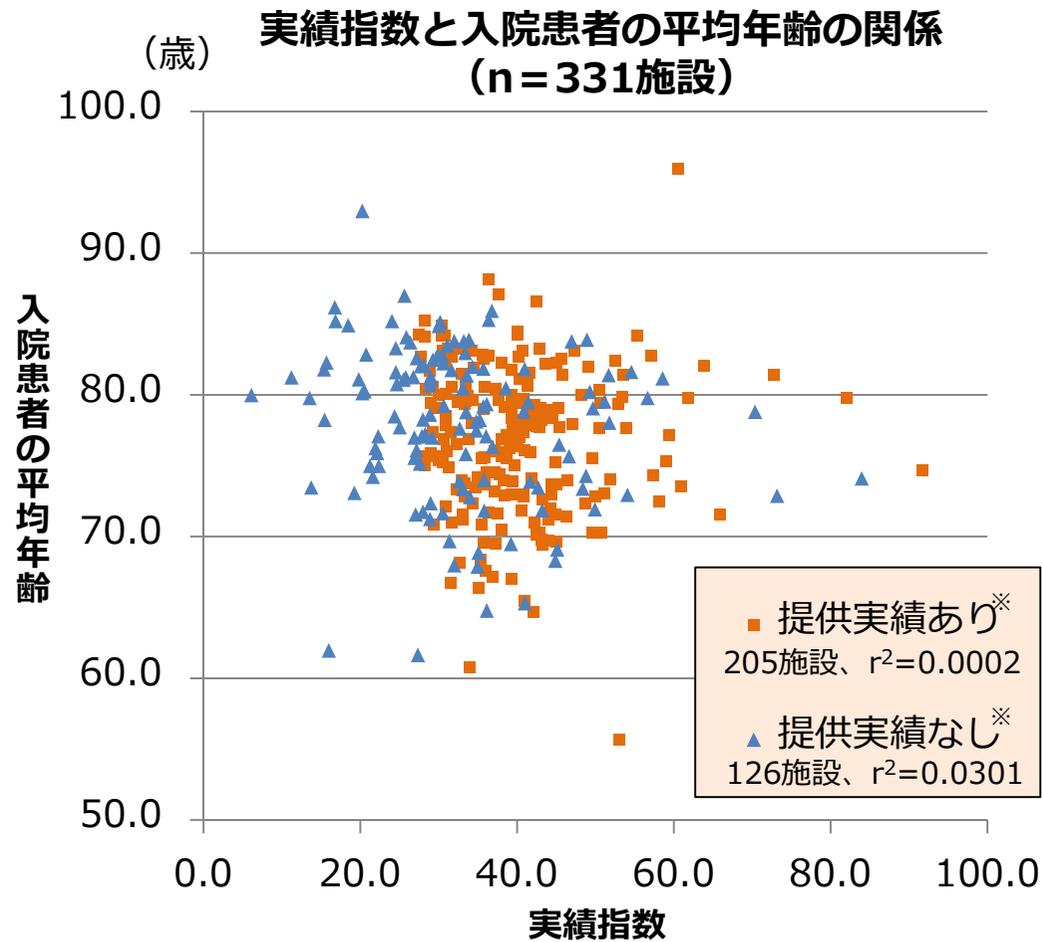


※ 実績指数の算出に当たっては、FIM運動特典の得点が20点以下のもの、76点以上のもの、年齢が80歳以上のものは除外。FIM認知項目については調査対象となっていないため、除外していない。算定上限は、①は150日、②③⑤は90日、④は60日として実績指数を算出。

- ①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内
- ②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後2か月以内
- ③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内
- ④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1か月以内
- ⑤股関節又は膝関節の置換術後1か月以内

実績指数と入院患者の平均年齢／入棟時FIMの平均値

○ 回復期リハ病棟で、リハビリの実績指数と、入院患者の平均年齢や入棟時FIM(運動項目)の平均値とは、相関関係は認められなかった。



注:実績指数については、平成29年1月から6月のデータ。

※ 提供実績のある病棟とは、過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたりハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟。

出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値 **30**

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る診療報酬上の加算

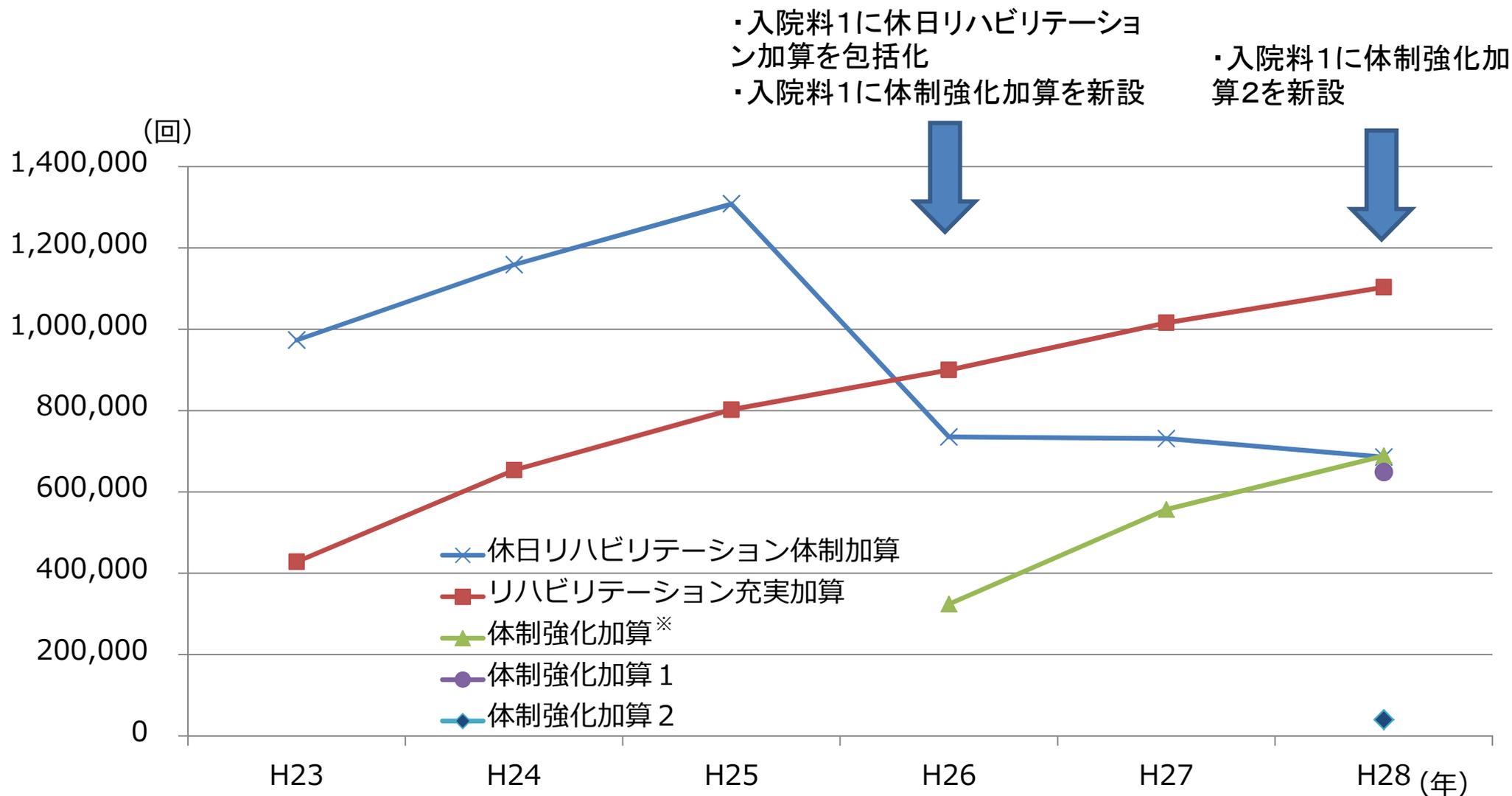
加算	算定要件・施設基準の概要	算定状況
休日リハビリテーション提供体制加算 60点(1日につき)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3の届出を行っていること 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供する体制を有していること 当該病棟に配置されている専従の常勤PT又はOTのうち1名以上がいずれの日においても配置されていること 当該病棟において看護要員の配置が休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること 	685,376回
リハビリテーション充実加算 40点(1日につき)	<ul style="list-style-type: none"> 1日当たりのリハビリテーション提供単位数が平均6単位以上であること ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたりハビリテーションの実施単位数は、本加算のリハビリテーションの提供単位数には含めない。 以下に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること <ul style="list-style-type: none"> ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数及び回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 イ 回復期リハビリテーション病棟における直近の実績指数 	1,103,244回
体制強化加算1 200点(1日につき)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること 当該病棟に専従の常勤医師※1 1名以上及び専従の常勤社会福祉士※2 1名以上が配置されていること 	648,526回
体制強化加算2 120点(1日につき)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること 当該病棟に専従の常勤医師※1 2名以上及び専従の常勤社会福祉士※2 1名以上が配置されていること 常勤医師のうち2名は、以下の要件を全て満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関の他の業務に従事できる <ul style="list-style-type: none"> ア 前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施 イ それぞれの医師が当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めている ウ 週32時間以上、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事している エ 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事している 	40,133回

※1 リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、適切なりハビリテーションに係る研修を終了している医師

※2 退院調整に関する3年以上の経験を有する社会福祉士

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る診療報酬上の加算 算定回数の推移

○ リハビリテーション充実加算、体制強化加算の算定回数は増加してきている。



※H28年の体制強化加算は、体制強化加算1と体制強化加算2の算定回数の合計値。

榮養管理

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係るBMIの状況

○ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち、BMI18.5未満(やせ)の患者が、約2割強。

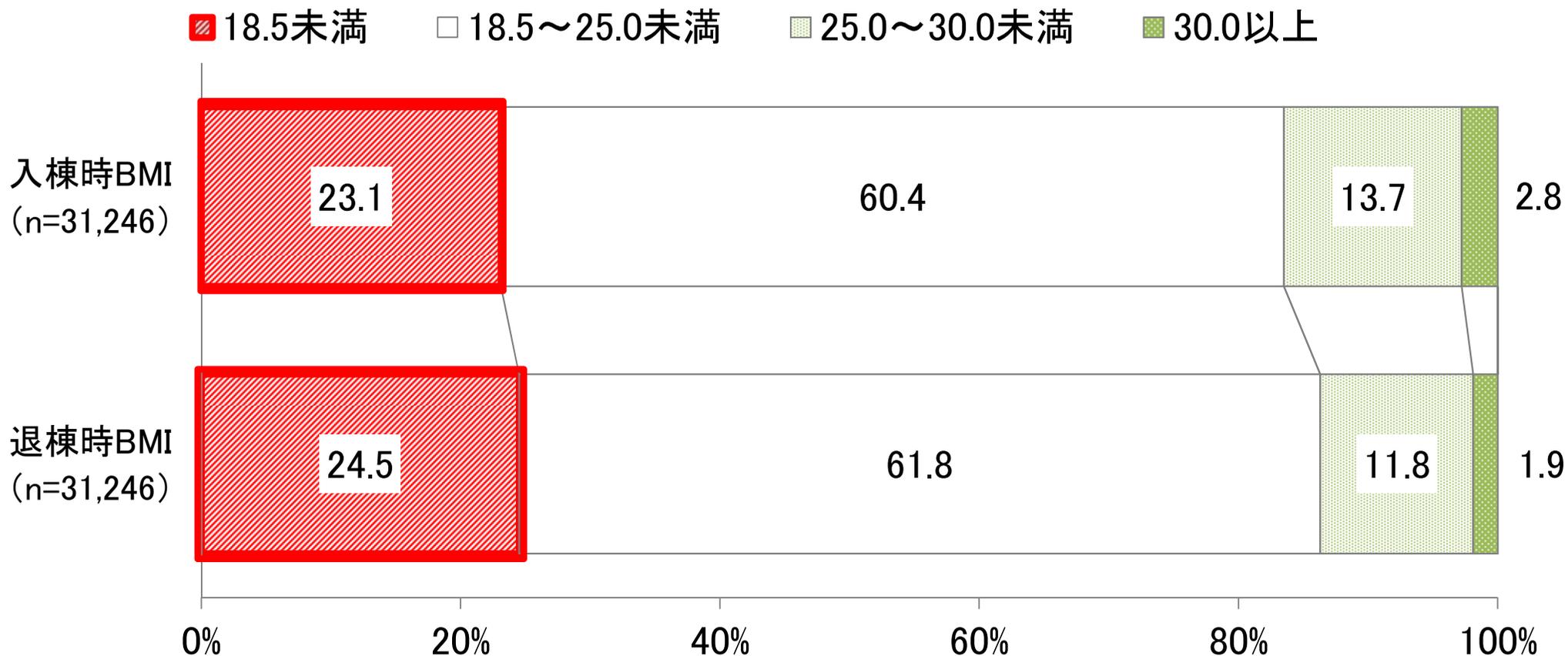


図 回復期リハ病棟患者のBMIの変化(対象:平成28年8~9月の退院患者)

出典:「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(平成29年2月)」「(一社)回復期リハビリテーション病棟協会」及び同協会提供データ

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る栄養障害の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者では、約65%が何らかの栄養障害を有している。

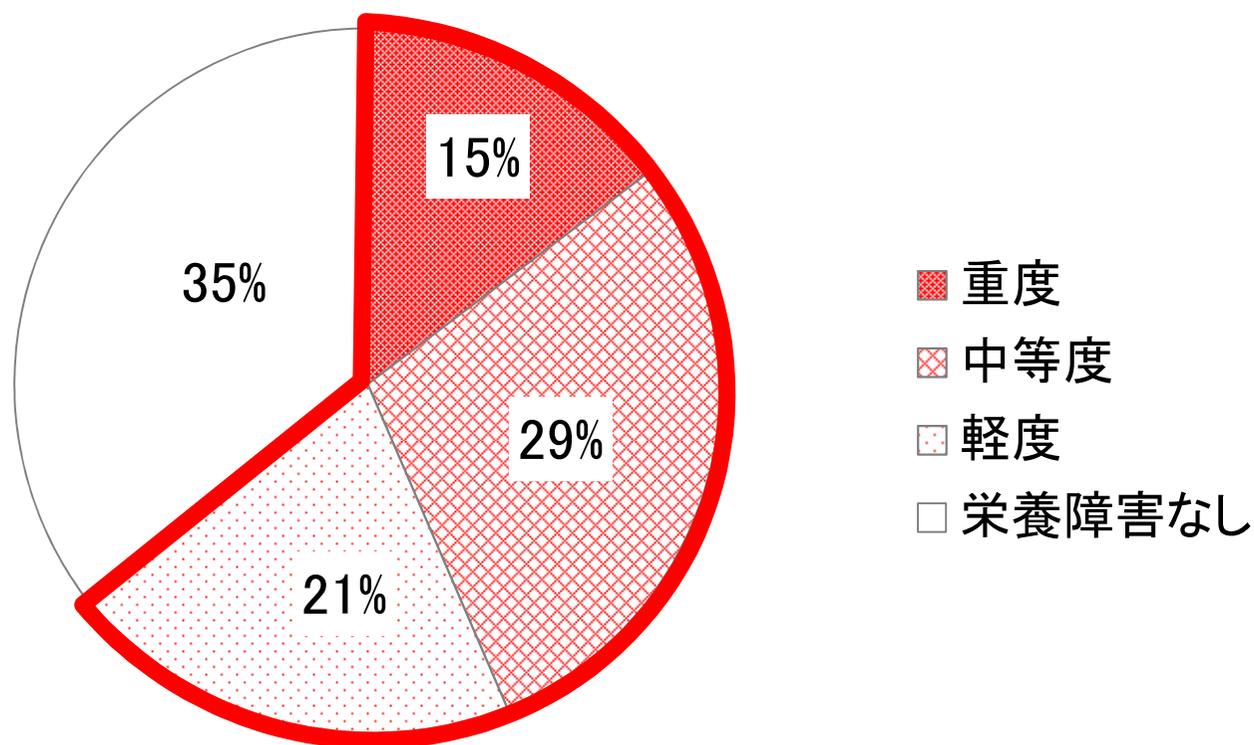


図 回復期リハ病棟(9施設、25病棟)に2012年2月の1か月に退棟した65歳以上の高齢者230名における栄養障害※の割合

※ 栄養障害はGeriatric Nutritional Risk Index (GNRI)で評価。
GNRI = $14.89 \times \text{血清アルブミン値 (g/dL)} + 41.7 \times \text{体重 (kg)} / \text{理想体重 (kg)}$
重度 (<82)、中等度 (82~<92)、軽度 (92~<98)、栄養障害なし (≥ 98)

出典: 西岡心大ら. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 30(5), 1145-51, 2015

栄養スクリーニング

- 低栄養を回避し、適正なリハビリテーションの負荷量を決定するために全入棟患者に実施。
(栄養スクリーニングツールの例としては、MNA[®]-SF[※]等がある。) ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form

栄養アセスメント

- 身体計測とともに、栄養障害、サルコペニア、摂食嚥下障害の有無、現在の栄養管理は適切か否かを評価。
- 今後の栄養状態の予測を行うとともに、能力改善を目標としたリハを実施できる栄養状態か否かを評価。

栄養プランニング

- リハビリテーションや活動性増加による消費エネルギーやたんぱく質必要量の増加を考慮し、必要栄養量を設定。
- リハビリテーション開始後は、体重の変動を評価して栄養プランを随時修正。

栄養モニタリング

- 生活機能やリハビリテーションの訓練内容の変化によるエネルギー消費量等についてモニタリングを行い、栄養管理とリハビリテーションの内容がADLや活動レベルに効果的かどうかをカンファレンスで評価[※]。
- ※ 患者に客観的指標である身体計測値と、現在・今後の栄養・リハプランを説明すると、患者自身のモチベーションが向上することも多い。

退院支援

- 退院後の生活、活動量に合わせて栄養設定量を見直し。
- 栄養状態の維持・改善や生活習慣病の予防や改善のための栄養指導を実施。
- 施設や病院へ退院する際は、栄養サマリーによる情報提供を実施。

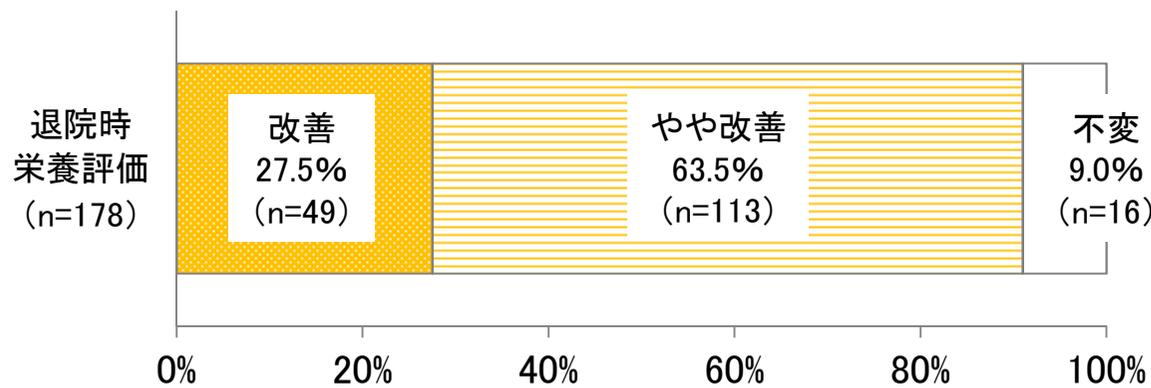
リハビリテーション栄養アセスメント表													
診療科			患者番号				保険						
氏名		入院前情報											
生年月日	年	月	日	歳									
入棟時(/):身長 cm/体重 kg/BMI /IBW kg/%IBW /UBW kg/BEE kcal													
担当医		入院年月日: 年 月 日				病名(既往)							
病棟		入棟年月日: 年 月 日											
病室						MNA:	点	良好/At risk/低栄養					
日	体重	BMI	筋肉	体脂肪	骨量	AC	TSF	CC	握力R	握力L	歩行		
サルコペニア簡易診断/原因					リハ短期目標				リハ長期目標				
①	65歳以上				yes	no							
②	歩行 1m/sec未満				yes	no							
	握力 男25kg未満 女20kg未満				yes	no							
③	BMI 18.5未満				yes	no							
	CC 30cm未満				yes	no							
サルコペニア有無					有	無	栄養短期目標				栄養長期目標		
加齢													
活動													
疾患													
栄養													
ICF評価					嚥下機能初期評価								
機能													
活動													
参加													
個人因子													
環境因子													
日	栄養menu				アセスメント内容							FIM	
					E: × BEE								
					Pro: × BW								HDS-R
					NPC/N								

図 回復期リハ病棟患者用の栄養アセスメント表の例

出典: 中原さおり. 臨床栄養. 125(4), 491-8, 2014

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

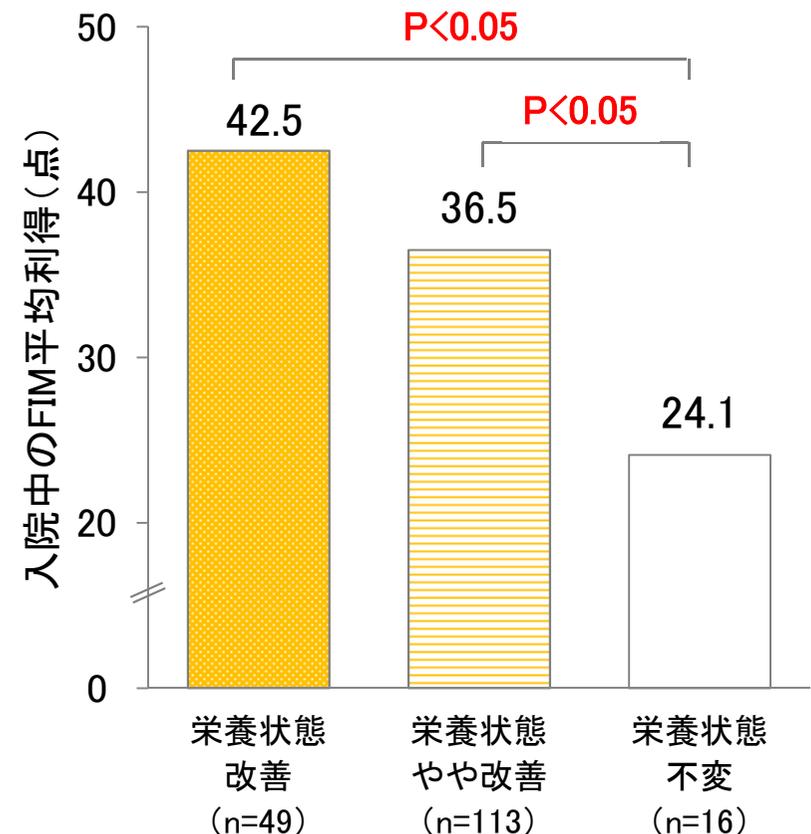
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[※]を用いて評価。
 (退院時) 改善:12-14点、やや改善:8-11点、不変:0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養:0-7点、低栄養リスクあり:8-11点、栄養状態良好:12-14点

対象期間：2012年4月～2014年12月
 対象者：回復期リハ病院に低栄養状態(MNA[®]-SF:0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善

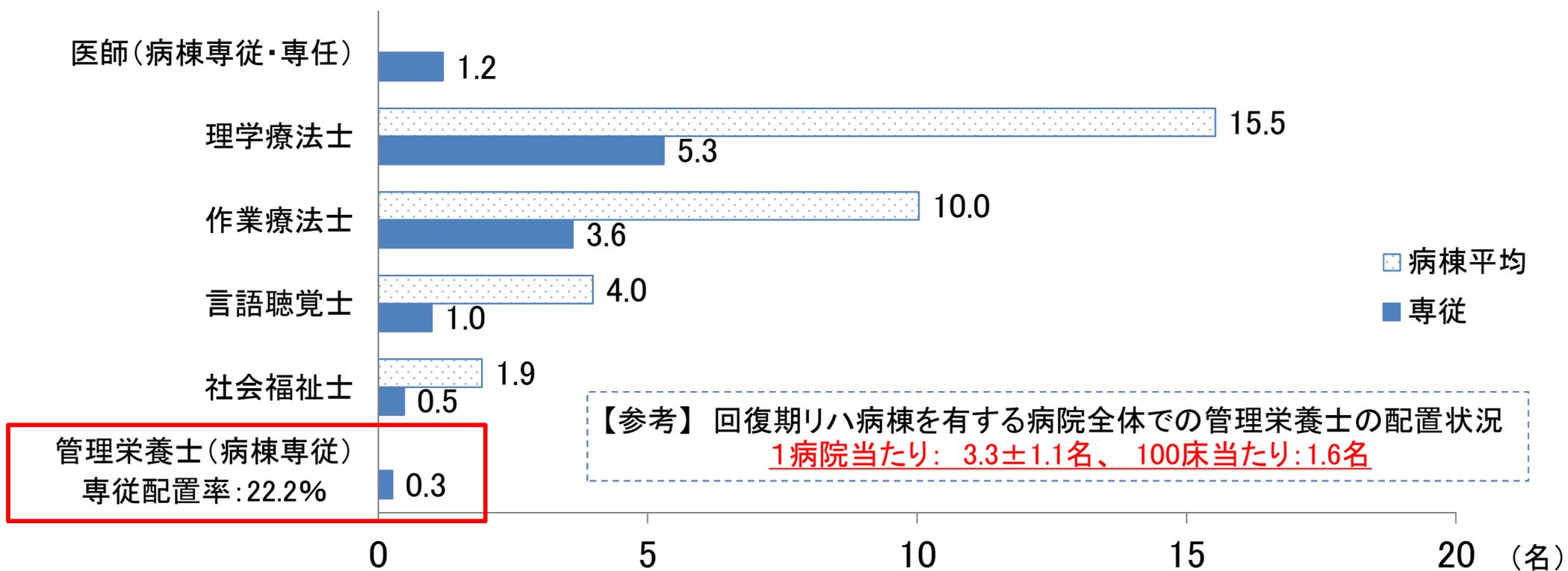


注：各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟（調査対象：1,058病棟）の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名（100床当たり1.6名）であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典: 「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(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

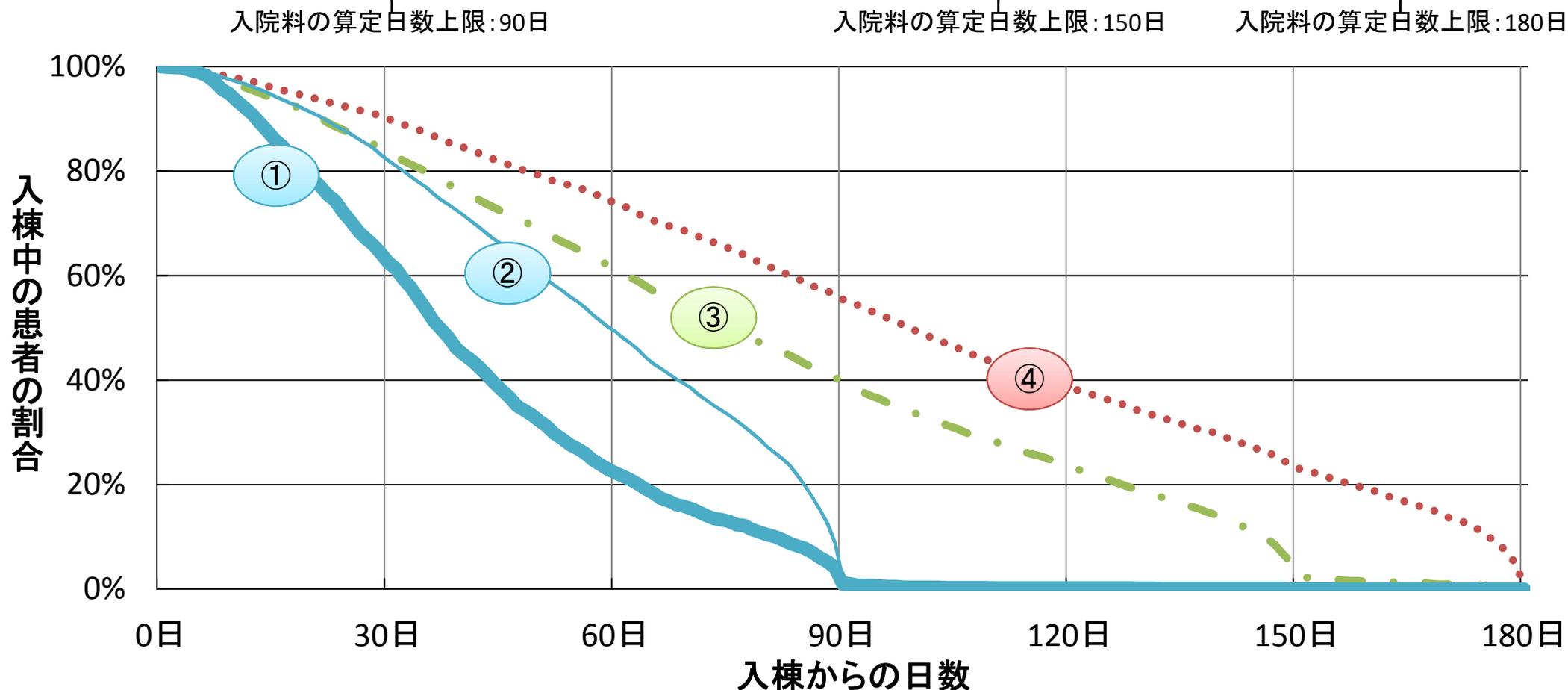
退院後のリハビリテーションの実施状況

回復期リハビリテーション病棟の入棟前後の日数

診調組 入-1
29.7.21

○ 入棟からの日数に応じた入棟中の患者割合をみると、入院料の算定日数の上限を90日とする患者のうち、「股関節又は膝関節の置換術後」の患者は「大腿骨等の骨折の患者」に比べて、早期に退院していた。

①整形外科疾患 (n=1,892)	②整形外科疾患 (n=14,198)	③脳血管疾患 (n=9,083)	④脳血管疾患 (n=5,017)
股関節又は膝関節の置換術後	大腿骨、骨盤、脊髄、股関節又は膝関節の骨折	④以外の脳血管疾患	高次脳機能障害を伴った脳血管疾患



出典:「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(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会 41

(参考) 回復期リハビリテーションを要する状態と算定日数の上限等

診調組 入-1
29.7.21

状態	算定開始までの期間	算定上限日数
①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態 <hr/> 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	発症後又は手術後 2ヶ月以内	150日
②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後		90日
③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後		90日
④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	損傷後1ヶ月以内	60日
⑤股関節又は膝関節の置換術後		90日

(注)算定上限日数はいずれも算定開始からの日数 42

(参考) 疾患別リハビリテーション料ごとの標準的算定日数

- 疾患別リハビリテーション料については、疾患ごとに、発症等から90～180日の期間で、標準的算定日数が規定されている。

疾患別リハビリテーション料	標準的算定日数
心大血管疾患リハビリテーション料	治療開始日から150日以内
脳血管疾患等リハビリテーション料	発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内
廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内
運動器リハビリテーション料	発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内
呼吸器リハビリテーション料	治療開始日から90日以内

(参考) 疾患別リハビリテーション料に係る標準的算定日数の上限の除外対象

□ 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

- 失語症、失認及び失行症
- 高次脳機能障害
- 重度の頸髄損傷
- 頭部外傷及び多部位外傷
- 難病患者リハビリテーション料に規定する患者の場合(先天性又は進行性の神経・筋疾患以外)
- 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病の者)
- その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリテーションの継続が必要と医学的に認められる場合
- 慢性閉塞性肺疾患
- 心筋梗塞
- 狭心症
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定

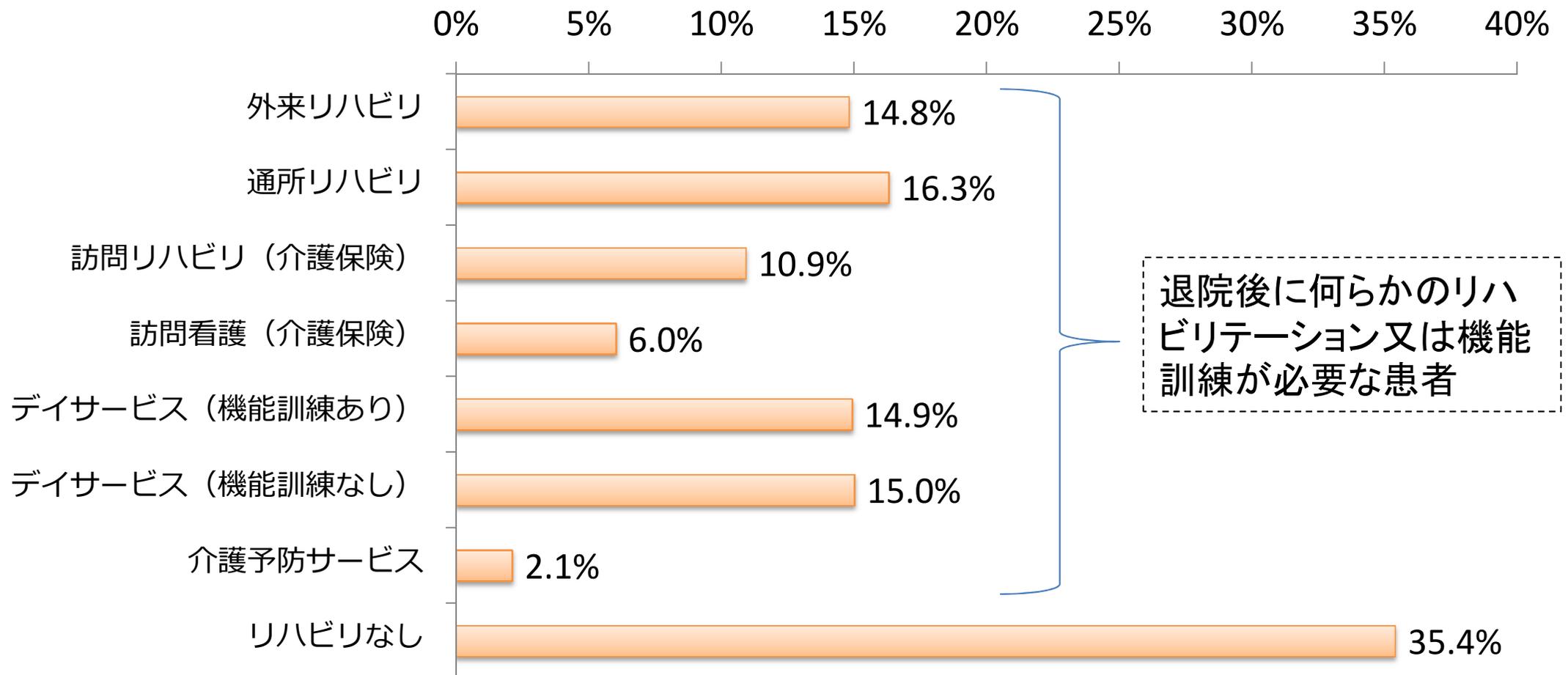
□ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合

- 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合
- 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外)

回復期リハビリテーション病棟を退院後のリハビリテーションの提供

- 回復期リハビリテーション病棟を退院後のリハビリテーション・機能訓練の予定をみると、「リハビリなし」の患者以外は、何らかのリハビリテーション又は機能訓練を必要とする患者であった。

自宅退院後のリハビリ・機能訓練の予定 (n=20,393人)

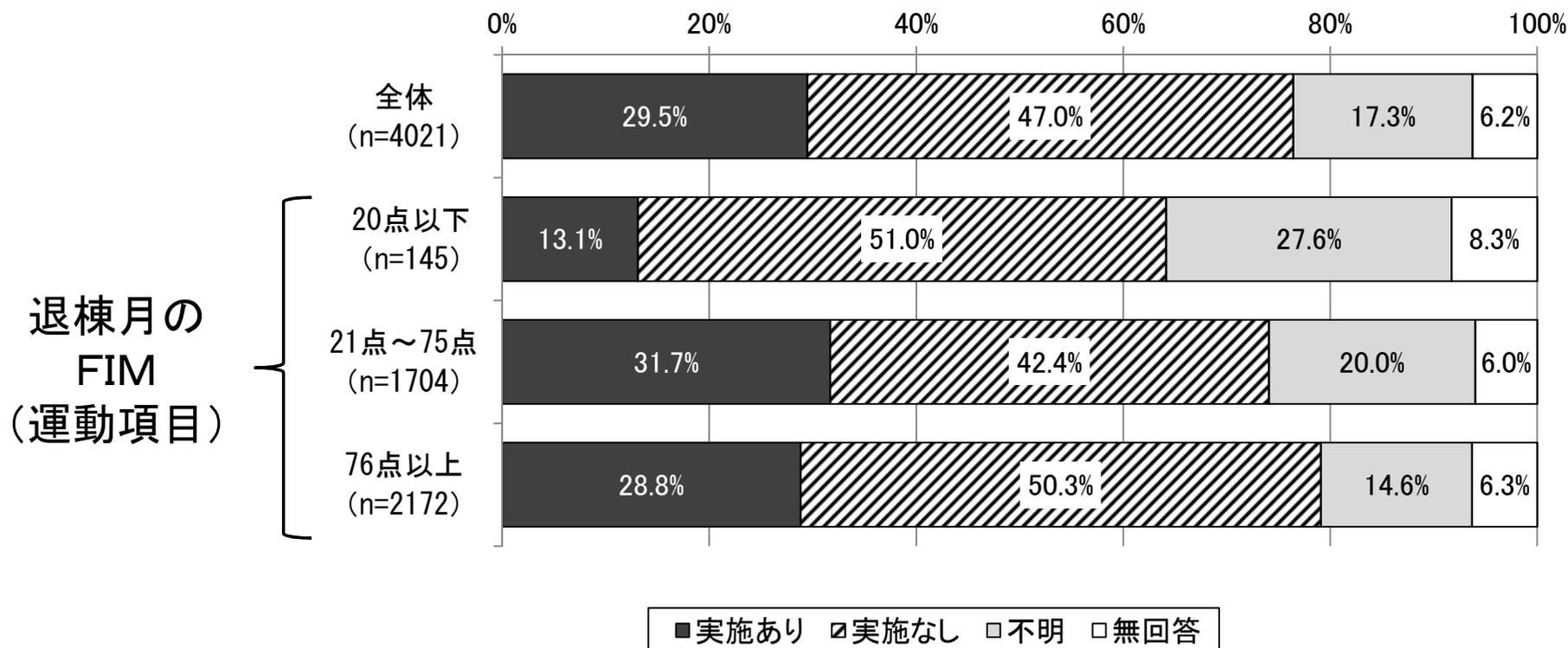


「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会)をもとに

回復期リハビリテーション病棟の退棟後のリハビリ実施状況

○ 退棟月のFIM(運動項目)が21～75点とADLが高くない患者であっても、回復期リハビリテーション病棟を退棟後にリハビリテーションを実施しているのは約3割であった。

退棟月FIM別の退棟後のリハビリの実施状況 (n=4,021人)

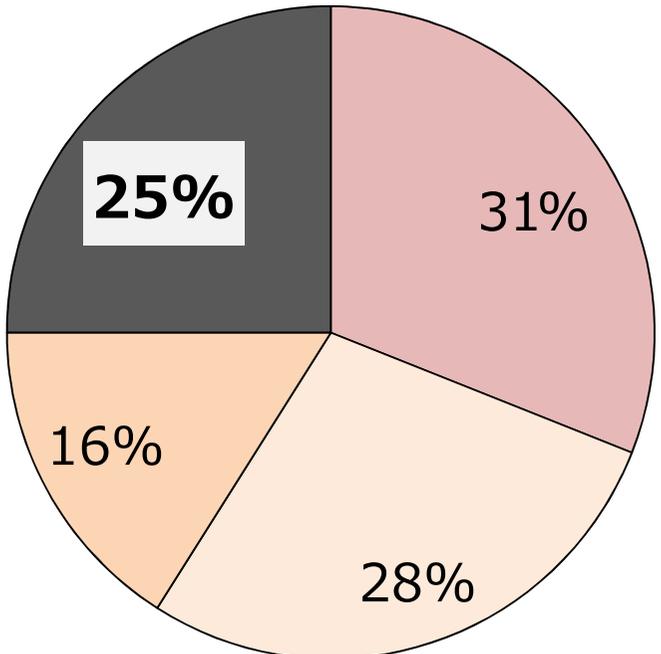


回復期病院退院後、通所リハビリテーションを利用するまでに14日以上要する割合は、平成23年度調査で25%、平成28年度調査で18%であった。

平成23年度調査

回復期病院退院後、
通所リハビリテーションを開始するまでに要した日数
(n=1,313)

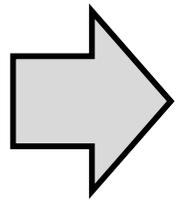
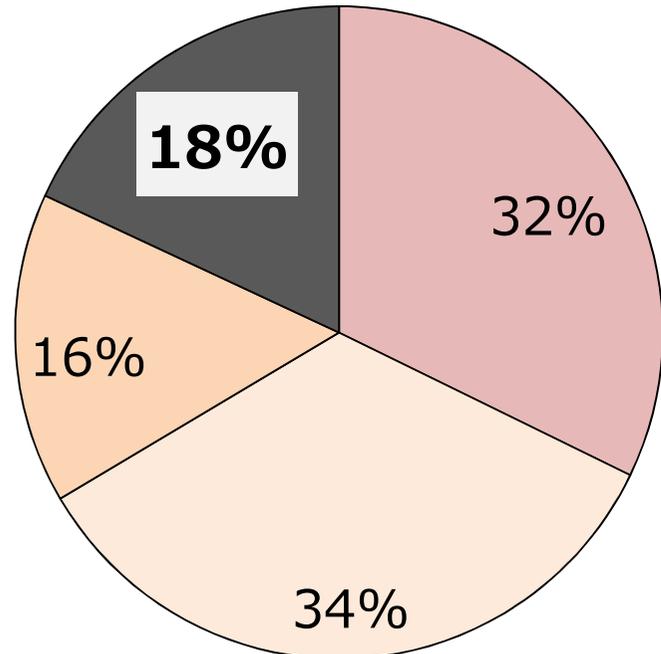
■ 3日以内 □ 7日以内 ■ 14日以内 ■ 14日以上



平成28年度調査

回復期病院退院後、
通所リハビリテーションを開始するまでに要した日数
(n=397)

■ 3日以内 □ 7日以内 ■ 14日以内 ■ 14日以上



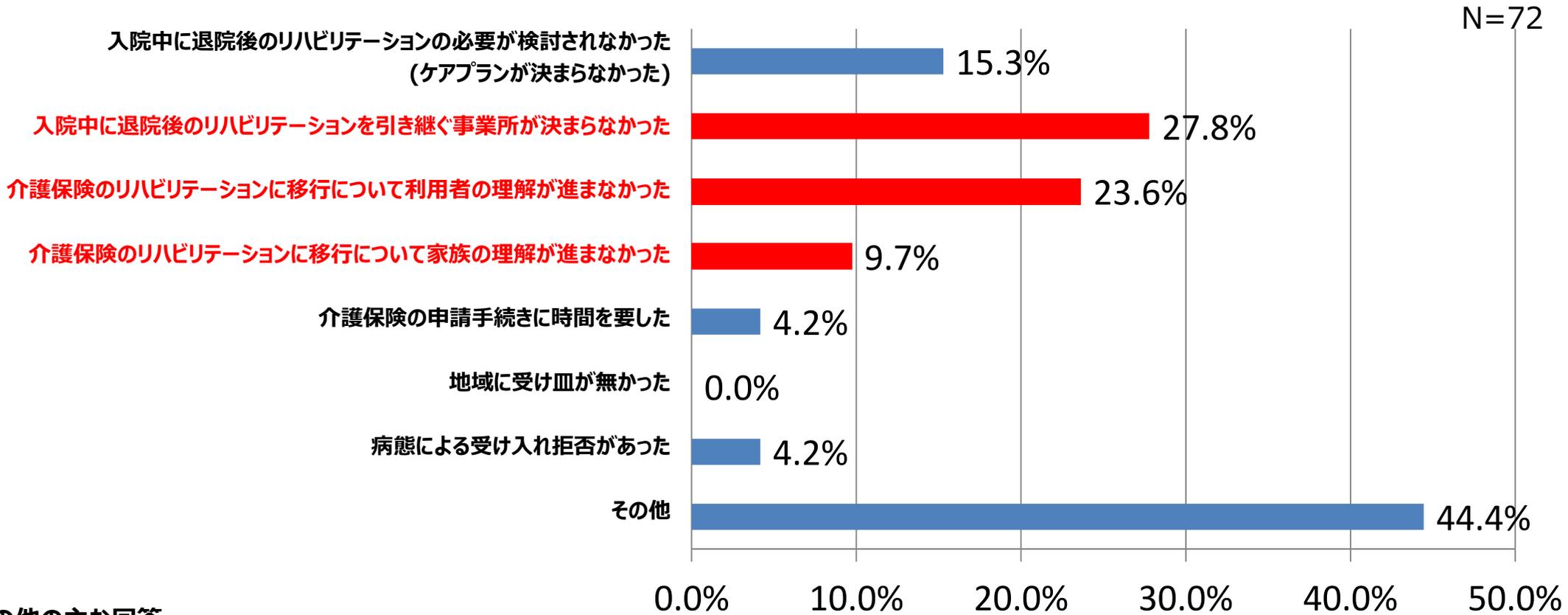
参照：平成23年度 厚生労働省老人保健健康増進
等国庫補助金事業「地域におけるリハビリテーション提
供の在り方に関する調査研究事業」報告書

参照：平成28年度日本理学療法士協会 調べ
通所リハビリテーション事業所に従事する日本理学療法士協会会員の管理者1,300名に対し
て平成28年9月にWeb調査を実施。「通所リハを開始する直前の所在が急性期病院若しくは回
復期病院」「急性期・回復期病院入院中にリハビリを受けていた」「2016年4～9月の間に通所リ
ハを新規開始」の要件をすべて満たす通所リハビリテーション利用者3名について回答。

リハビリテーションの引継ぎに14日以上要した理由（回復期病院から通所リハに移行したケース）

日本理学療法士協会提供資料

回復期病院退院後、通所リハビリテーションを利用するまでに14日以上要した理由は、「引き継ぎ先が決まらなかった」が最も多く、「利用者・家族の理解が進まなかった」の理由もみられた。



その他の主な回答

- 退院後皮膚疾患があり治療に専念され、利用が延期となったため。
- 退院後に、再びリハビリを受けたいと思いついたため。
- 慎重に事業所を選んでいたので。
- 利用者ご本人が利用を悩んでいたため。
- 大型連休等により利用希望日と営業日が合致せず、利用開始まで時間がかかったため。
- 体調が整ってから利用したいと、自宅療養されたため。
- 病院ADLと自宅ADLにギャップがあったため。
- ケアマネからの当事業所への相談が退院後だったため。
- 家族が通所リハビリのことを知らず、退院後の受診時に勧められたため。

入院中から、退院後のリハビリテーションが検討されていた割合（回復期病院）

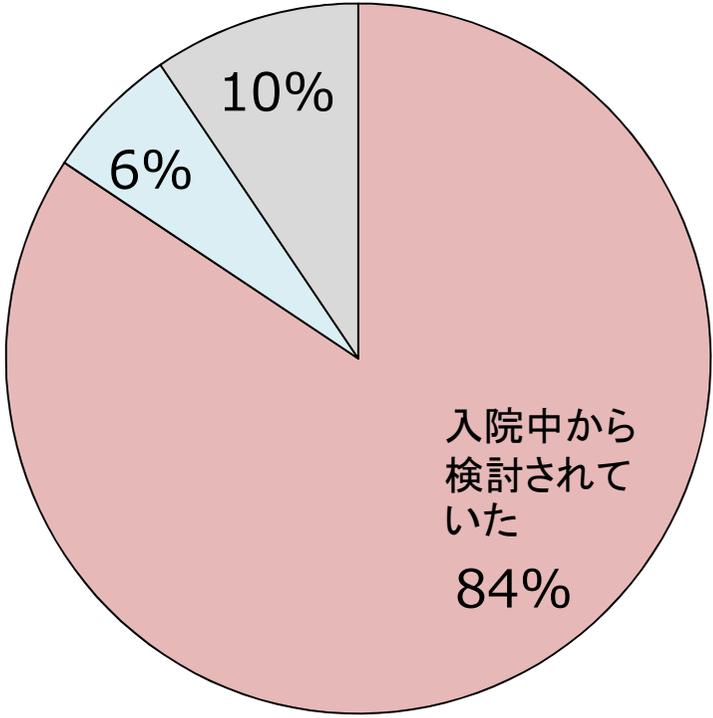
日本理学療法士協会提供資料

回復期病院入院中から、退院後のリハビリテーションが検討されていた割合は通所リハへの引継ぎが14日以内の利用者で84%、14日以上要した利用者で49%であった。

引継ぎ 14日以内

入院中から、退院後のリハビリテーションが検討されていた割合 (n=325)

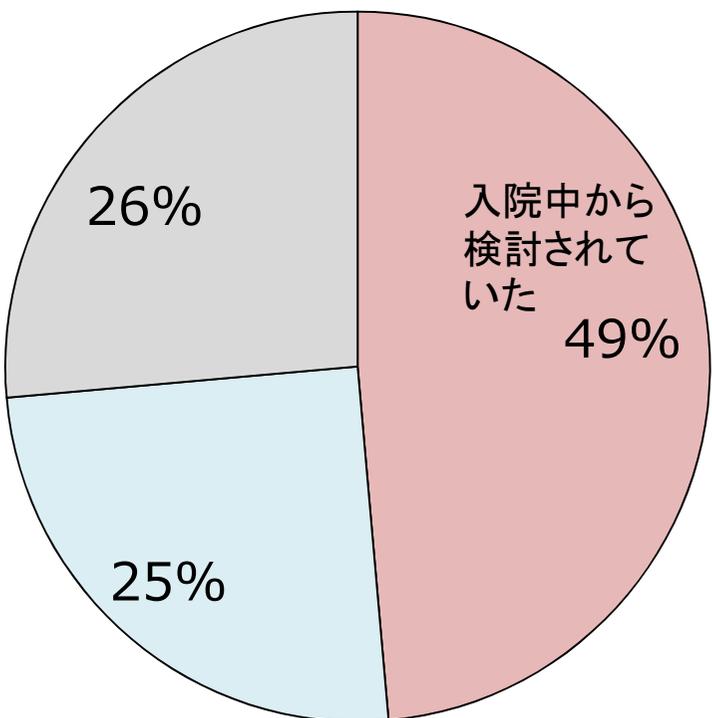
■されていた □されていない □わからない



引継ぎ 14日以上

入院中から、退院後のリハビリテーションが検討されていた割合 (n=72)

■されていた □されていない □わからない



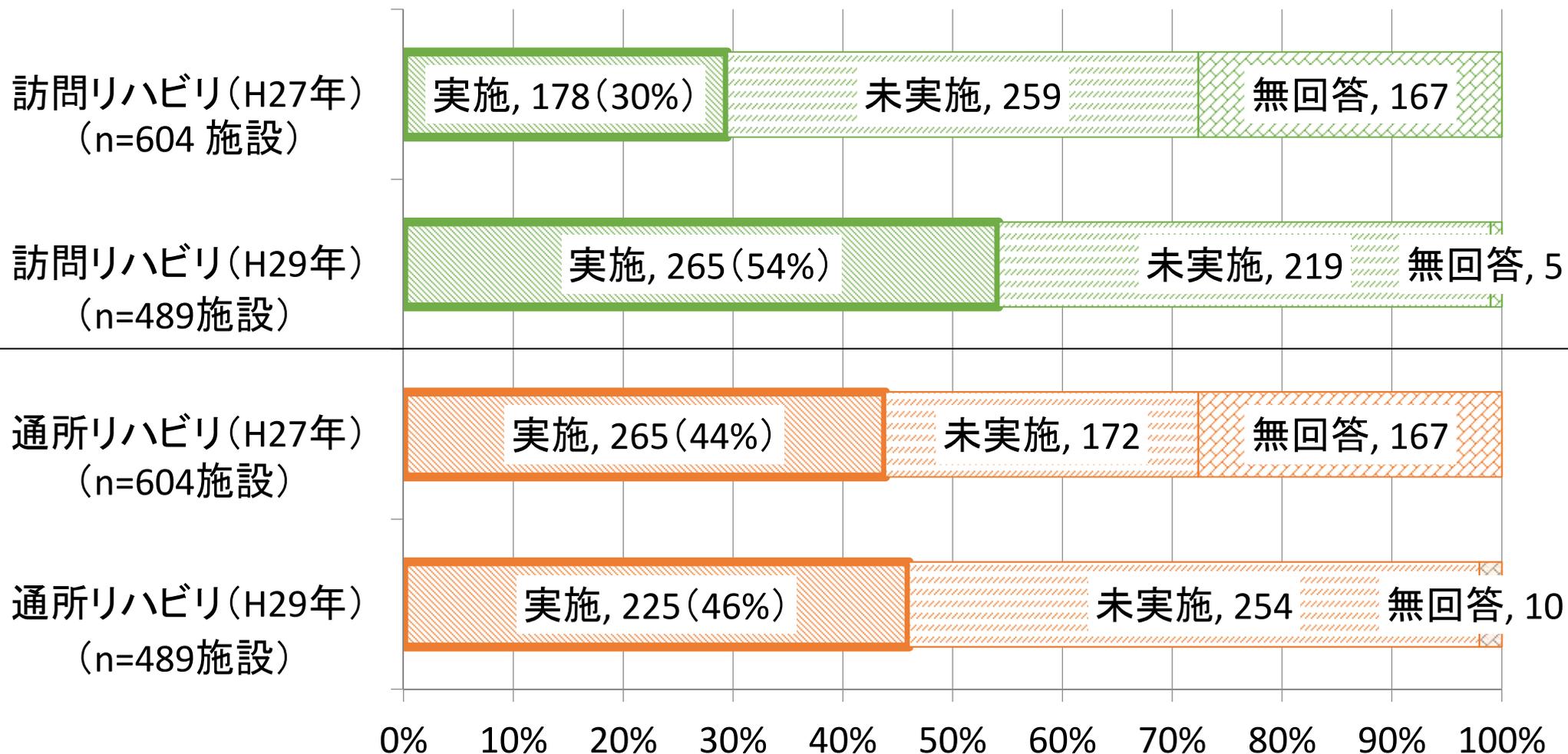
通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの実施状況

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、

○自施設で訪問リハビリを実施していると回答した医療機関は約54%、

○自施設で通所リハビリを実施していると回答した医療機関は約46%、

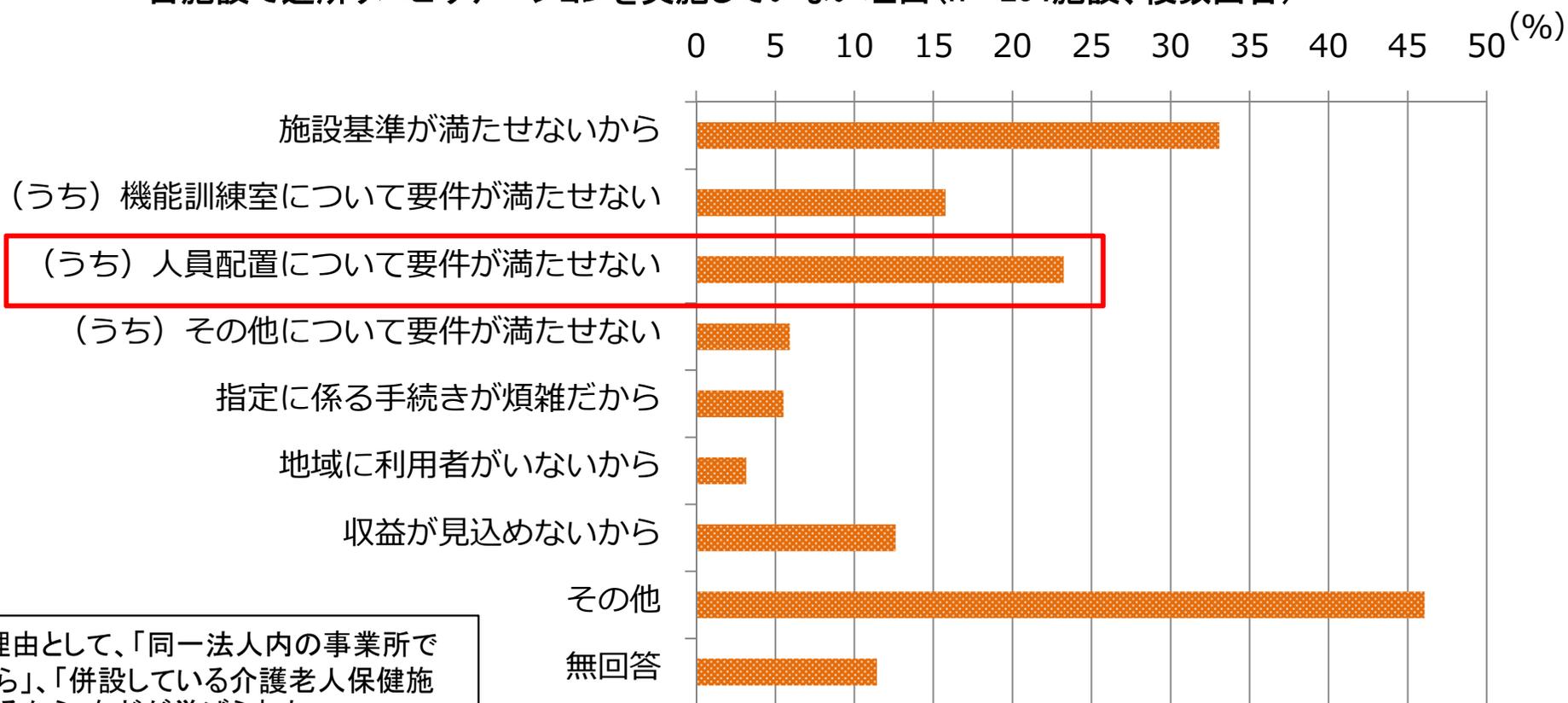
であり、調査対象施設のうち約半数の医療機関は、未実施又は未回答であった。



(参考) 自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由

- 回復期リハビリテーション病棟において、自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由としては、「人員配置について要件が満たせない」が最も多かった。

回復期リハビリテーション病棟入院料を届出している病院のうち、
自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由(n=254施設、複数回答)

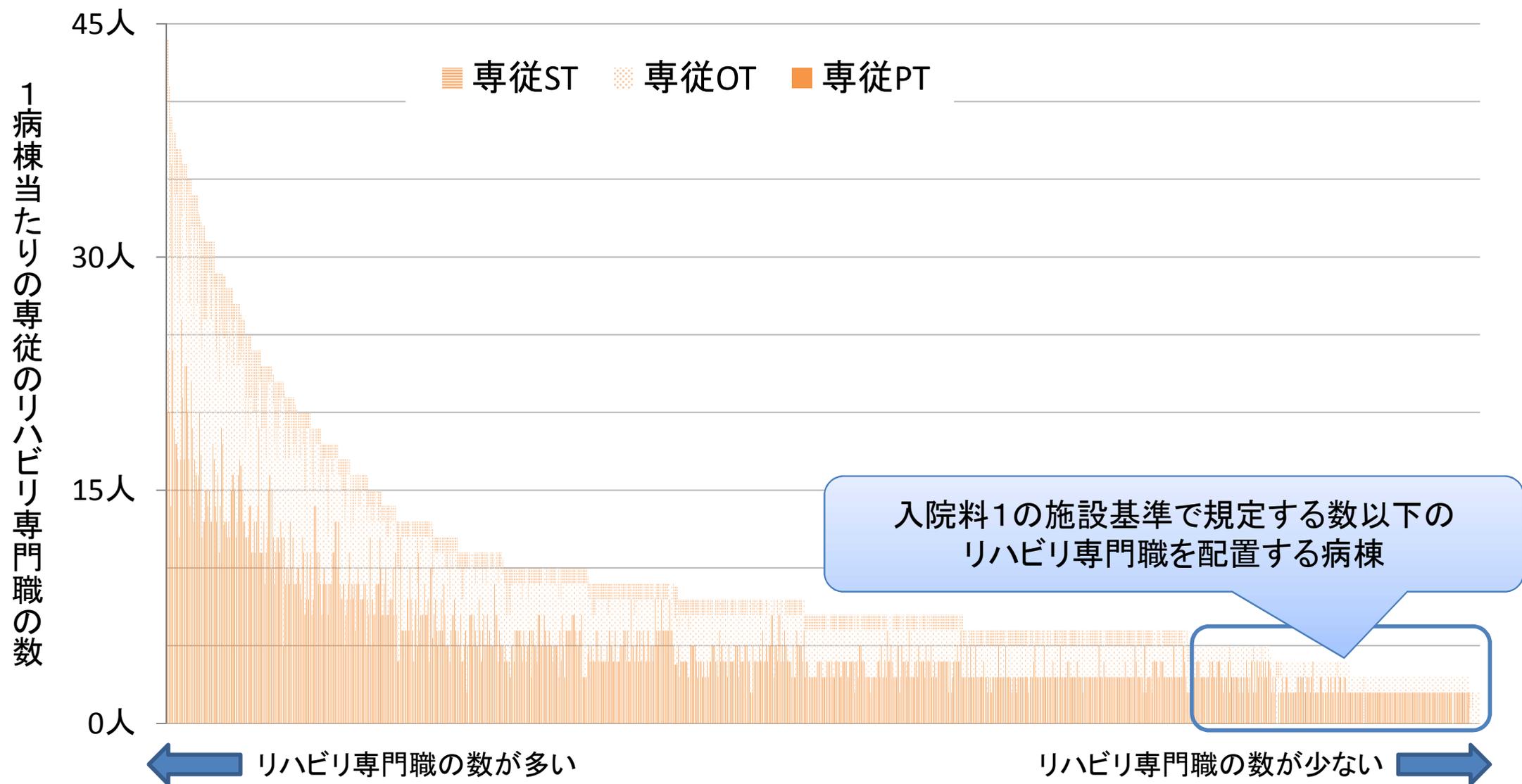


※ 「その他」の理由として、「同一法人内の事業所で実施しているから」、「併設している介護老人保健施設で実施しているから」などが挙げられた。

回復期リハビリテーション病棟における専従の理学療法士等の配置状況①

診調組 入-1
29.7.21

- 多くの回復期リハビリテーション病棟で、入院料1の施設基準で定める数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。

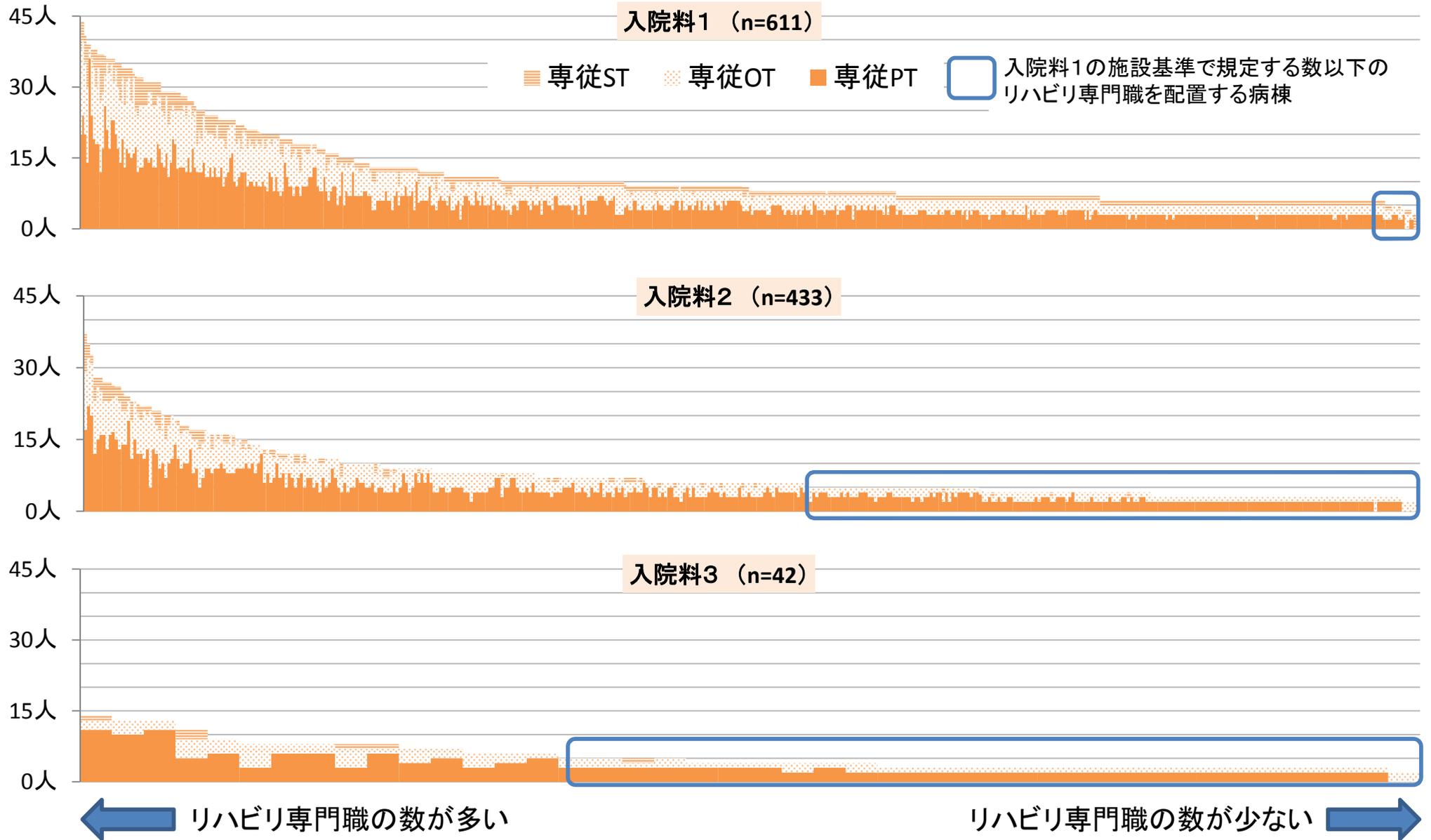


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会)

回復期リハビリテーション病棟における専従の理学療法士等の配置状況②

○ 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。

1病棟当たりの専従のリハビリ専門職の数

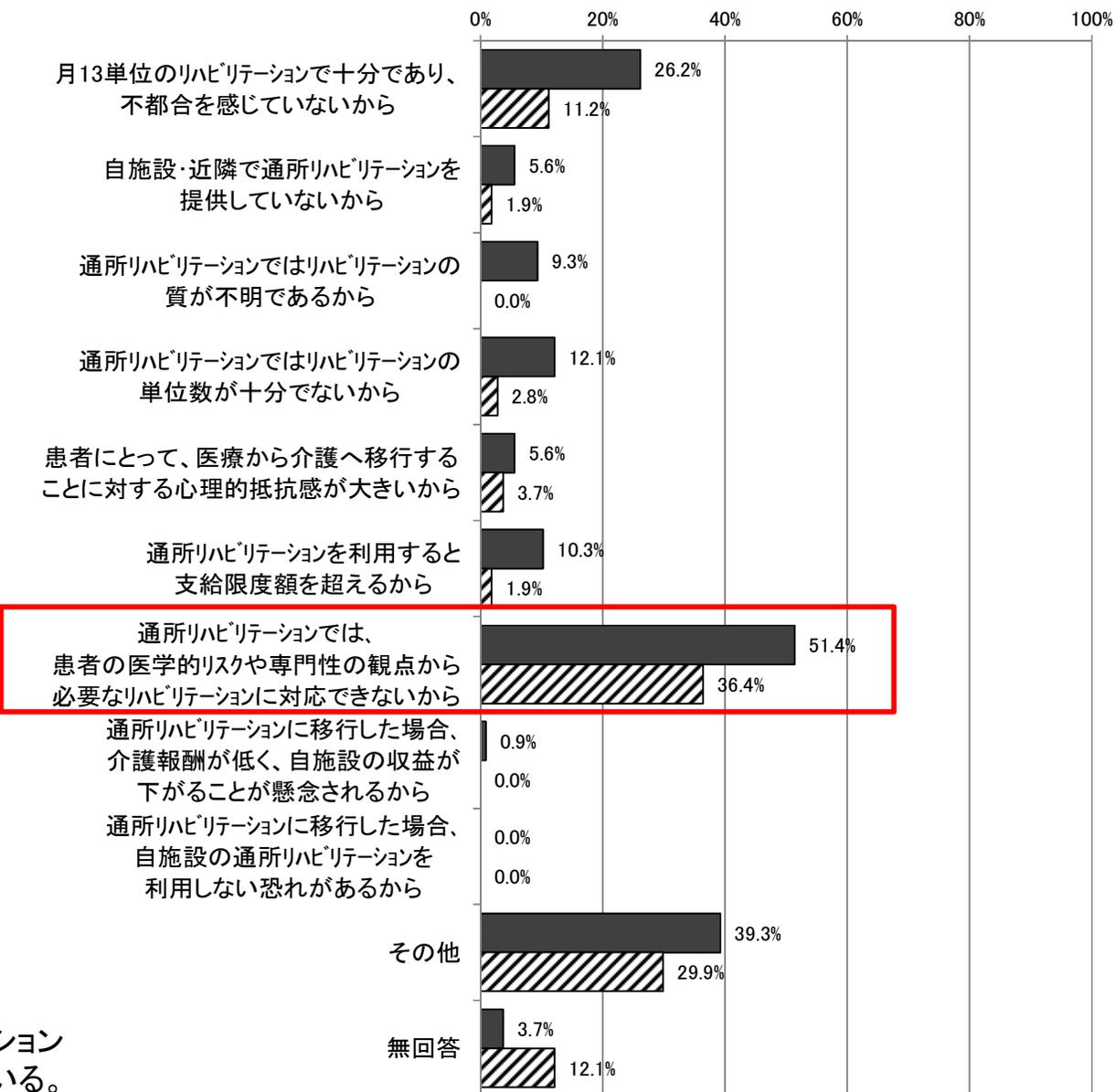


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会 **53**

(参考) 通所リハビリテーションへの移行が困難な理由

- 維持期・生活期リハビリテーションを行っている要介護被保険者の入院患者のうち、退院後にリハビリテーションが必要な見込みがあるものの、通所リハビリテーションへの移行が困難と思われる理由としては、
- ・通所リハビリテーションでは、患者の医学的リスクや専門性の観点から必要なリハビリテーションに対応できないから
- が約5割と最も多かった。

維持期リハビリテーションを行っている要介護被保険者のうち、退院後にリハビリテーションが必要な見込みがあるものの、通所リハビリテーションへの移行が困難と思われる入院患者がいる場合、その理由【病院】(n=107)



注:脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している病院から無作為抽出した施設を調査対象としている。

■理由(複数回答、n=107)

▨最も多い理由(単数回答、n=107)

同一建物居住者以外の場合	300点/1単位
同一建物居住者の場合	255点/1単位

〔	退院の日から起算して3月以内	12単位/週まで
	退院の日から起算して3月より後	6単位/週まで

急性増悪の場合 4単位/日まで(14日間以内)

<算定要件>

(1)以下のいずれか医師の診療に基づき、通院困難な患者や家族に対し、理学療法士等を訪問させて、リハビリテーションの観点から療養上の指導を20分以上行った場合に算定。

- ① 当該患者の訪問診療を実施する医療機関の医師
- ② ①の医師の情報提供に基づいて、リハビリテーション指導管理を提供する医療機関の医師

(2)1人の患者について1医療機関が算定可能。

B007 退院前訪問指導料 580点

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)に限り算定する。

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時を含む。)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。(4) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、**理学療法士、作業療法士等**が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 300点

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、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、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者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、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

入院時訪問指導加算 150点

当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。

※ 入院時訪問指導加算は、区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士**のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定する。

回復期リハビリテーション病棟に関する課題と論点(案)

【課題】

【アウトカム評価】

- 平成28年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価が導入された。入院料1算定病棟の約8割が一定のリハビリ提供実績(1日平均6単位以上等)を有していた。また、一定のリハビリ提供実績を有する病棟のほぼすべてが実績指数が27以上であった。
- 平成29年の回復期リハビリテーション病棟の平均在院日数、在宅復帰率、日常生活機能評価の改善割合などの指標はいずれも平成27年より改善していた。
- 実績指数が大きいほど、平均在院日数は短く、在宅復帰率は高くなる傾向が認められた。また、実績指数の値と、患者の平均年齢及び入棟時のFIM得点の平均値とには相関関係が認められないことから、実績指数は、患者の年齢や入棟時のFIM得点では影響を受けにくいと考えられた。

【栄養管理】

- 回復期リハビリテーション病棟では患者の65%が何らかの栄養障害を有しており、BMI18.5未満(やせ)の患者の割合は約2割みられる。
- 病棟配置された管理栄養士がリハビリテーション計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて患者へ個別の栄養管理を行うことで、約9割の患者で栄養状態の改善がみられ、栄養状態改善群では不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。

【退院後のリハビリテーションの実施状況】

- 回復期リハビリテーション病棟を退院後も、何らかのリハビリ又は機能訓練を必要とする患者が約65%を占めたが、退棟月のADLが高くない患者であっても、退棟後にリハビリテーションを実施しているのは約3割であった。
- 退院後に通所リハビリテーションを開始した者のうち、18%の患者はリハビリテーションの開始まで14日以上経過していた。14日以上要した理由をみると、「引き継ぎ先が決まらなかった」が最も多く、次いで「利用者・家族の理解が進まなかった」との回答であった。
- 自施設で通所リハビリテーションを実施していない理由として、「人員配置について要件が満たせない」が最も多かった。一方で、多くの回復期リハビリテーション病棟で、施設基準で定める数よりも多く、病棟専従のリハビリテーションの専門職を配置していた。
- 要介護被保険者の入院患者のうち、退院後に通所リハビリテーションへの移行が困難な理由として、医学的リスクや専門性の観点から必要なリハビリテーションに対応できないから、との理由が約5割と最も多かった。

【論点(案)】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、アウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーションの提供、栄養管理等の取組状況も踏まえつつ、実績指数に基づく評価の在り方について、どのように考えるか。
- 退院後早期のリハビリテーションを充実する観点から、退院後早期の患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限の除外対象としてはどうか。また、そのような患者にも対応できるよう、病棟に専従で配置されている理学療法士等が退院後のリハビリテーションを提供できるよう専従の取扱いの見直しを検討してはどうか。

個別事項(その5:リハビリテーション)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料(その2)
- 2 疾患別リハビリテーション(その2)

【課題】

【維持期・生活期のリハビリテーション】

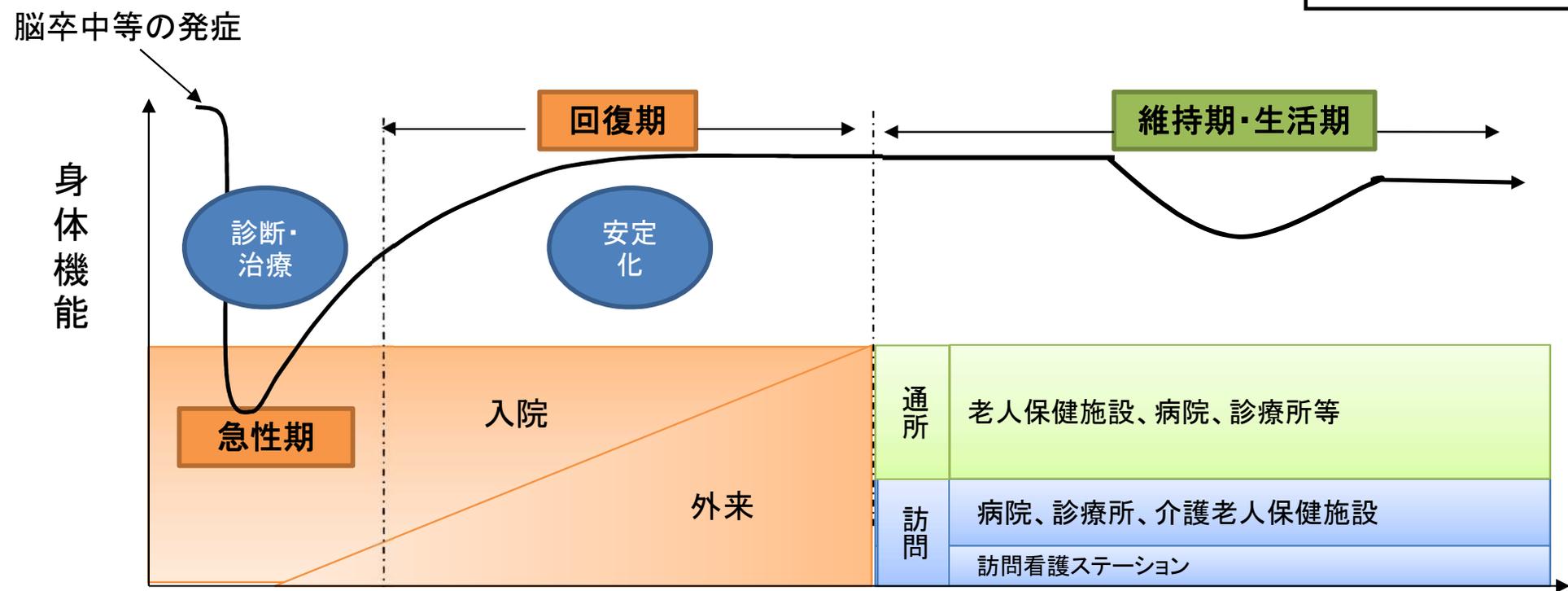
- ・ 平成18年に疾患別リハビリテーション料が創設されて以降、対象疾患別に標準的算定日数が設けられた。標準的算定日数上限の除外対象疾患以外で、要介護被保険者等に対して標準的算定日数を超えてリハビリテーション(維持期・生活期のリハビリテーション)を提供する場合には、原則として、平成29年度末までに、介護保険に移行することとされている。
- ・ 標準的算定日数を超過した要介護被保険者等の疾患別リハビリテーションの算定状況を見ると、入院外の脳血管疾患等リハビリテーション料の算定回数うちの約7%、入院外の運動器リハビリテーション料の算定回数うちの約2%であった。
- ・ 医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合、双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

【リハビリテーションに係る情報共有】

- ・ 医療保険のリハビリテーションの実施に当たって作成する計画書に記載する内容のうち、多くの情報が、介護保険のリハビリテーションの実施に当たって作成する計画書でも記載することとされている。
- ・ 保険医療機関から居宅介護支援事業所等への情報提供は、診療情報提供料(I)の評価の対象となっているが、保険医療機関から通所リハビリテーション事業所等への直接の情報提供については、診療報酬上、特段の評価が設けられていない。



- 維持期・生活期のリハビリテーションについては、平成29年度末までに原則として介護保険に移行する方針となっており、それらの患者の状態や要介護度等の詳細に関する調査結果を踏まえて、必要な見直しを検討してはどうか。
- 疾患別リハビリテーションの計画書については、介護保険のリハビリテーション事業所でも有用に活用できるよう、様式や取扱いを見直してはどうか。



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

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	245点 (月13単位まで)
	移行可能		
対象	要介護・要支援被保険者 以外	245点 (月13単位まで)	147点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者		

- 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合
 - ・失語症、失認及び失行症の患者
 - ・高次脳機能障害の患者
 - ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者
 - ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合等
- 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合
 - ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合
 - ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外)

標準的算定日数を超えた場合の点数

参考 的算定日数を超過した要介護被保険者等による疾患別リハビリ料の状況 (まとめ)

脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料等を算定した患者の2～3%が、標準的算定日数を超過した要介護被保険者等が算定する点数を算定していた。

上段: 算定件数(全体に占める割合)
下段: 算定回数(全体に占める割合)

	入院外レセプト(総数)		入院外レセプト(後期高齢者医療)	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他(※)	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他(※)
脳血管疾患等リハ料等	10,202 (5.8%) 73,542 (6.7%)	166,335 (94.2%) 1,017,466 (93.3%)	5,931 (21.1%) 41,581 (18.9%)	22,227 (78.9%) 177,943 (81.1%)
運動器リハ料	24,571 (1.9%) 141,146 (2.3%)	1,250,518 (98.1%) 5,988,969 (97.7%)	21,121 (4.6%) 121,176 (4.8%)	437,002 (95.4%) 2,414,181 (95.2%)
計	34,773 (2.4%) 214,688 (3.0%)	1,416,853 (97.6%) 7,006,435 (97.0%)	27,052 (5.6%) 162,757 (5.9%)	459,229 (94.4%) 2,592,124 (94.1%)

(※) 標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を含む。

出典: 平成28年度社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)

医療保険と介護保険のリハビリテーションの施設基準について

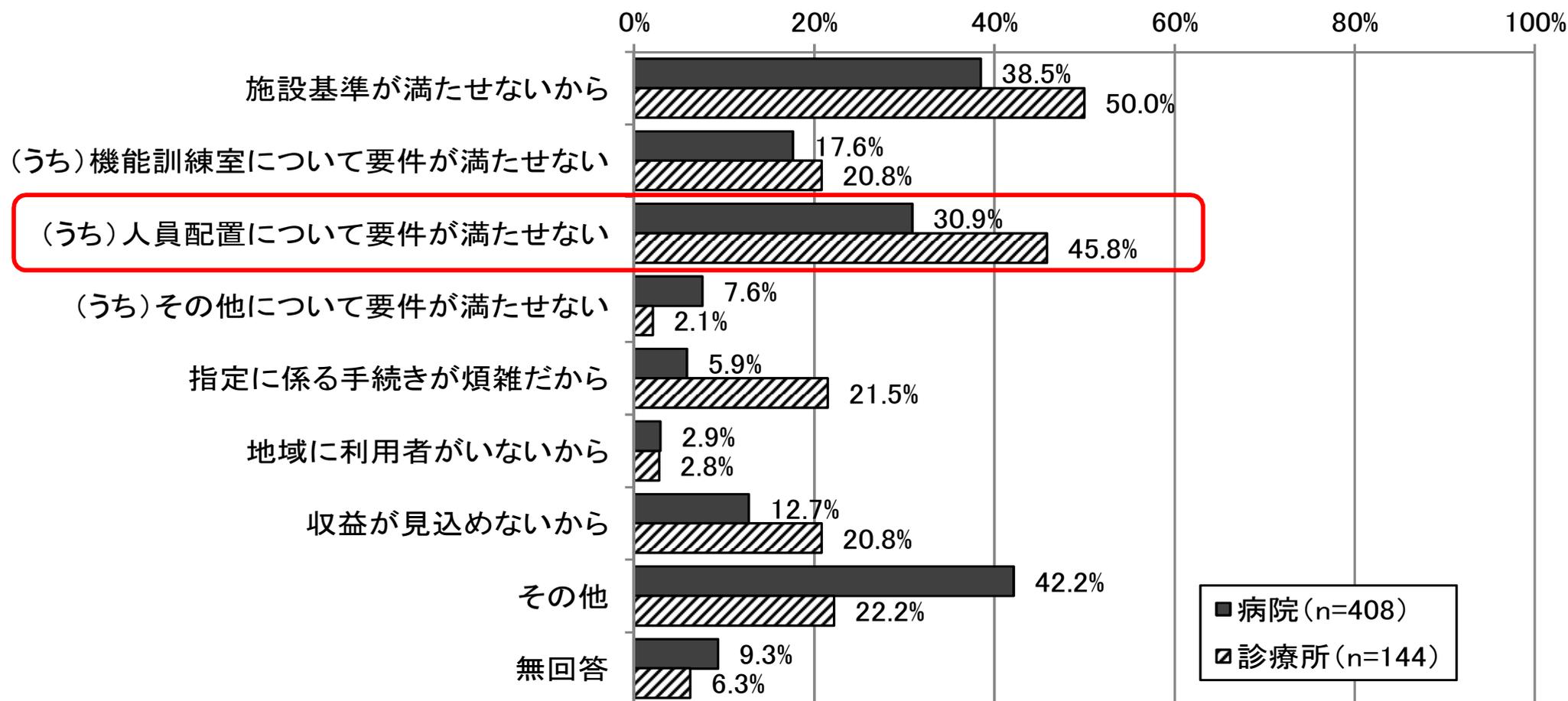
中医協 総 - 1
29.9.13

- 医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合、双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

	医療保険の脳血管疾患等リハの施設基準	介護保険の通所リハの施設基準	課題
機能 訓練室	(Ⅰ)160㎡以上 (Ⅱ)100㎡以上 (Ⅲ)100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	3㎡×定員以上	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、「(疾患別リハの患者数+通所リハの利用者数)×3㎡」の面積基準を満たすように定員数を制限しなくてはならない。
リハビリ 実施中 の 従事者 の配置	患者とPT等:1対1で実施 施設基準: (Ⅰ)専従常勤PT:5名以上、専従常勤OT: 3名以上、言語聴覚療法を行う場合専従 常勤ST:1名以上(合計10名以上) (Ⅱ)専従常勤PT:1名以上、専従常勤OT: 1名以上、言語聴覚療法を行う場合専従 常勤ST:1名以上(合計4名以上) (Ⅲ)専従常勤PT、OT、STのいずれかが1 名以上	利用者と、PT等・看護職員・介護 職員:10対1で実施、うち利用 者と、PT等は100対1	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、それぞれの実施人数にかかわらず、双方の施設基準をみたすリハビリテーション従事者の配置が必要である。
機械・ 器具	測定用器具、血圧計、平行棒、姿勢矯正 用鏡 等	必要な器具を設置	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、1～2時間の通所リハビリテーション以外では機器及び器具の共用ができない。

通所リハビリテーションを実施していない理由

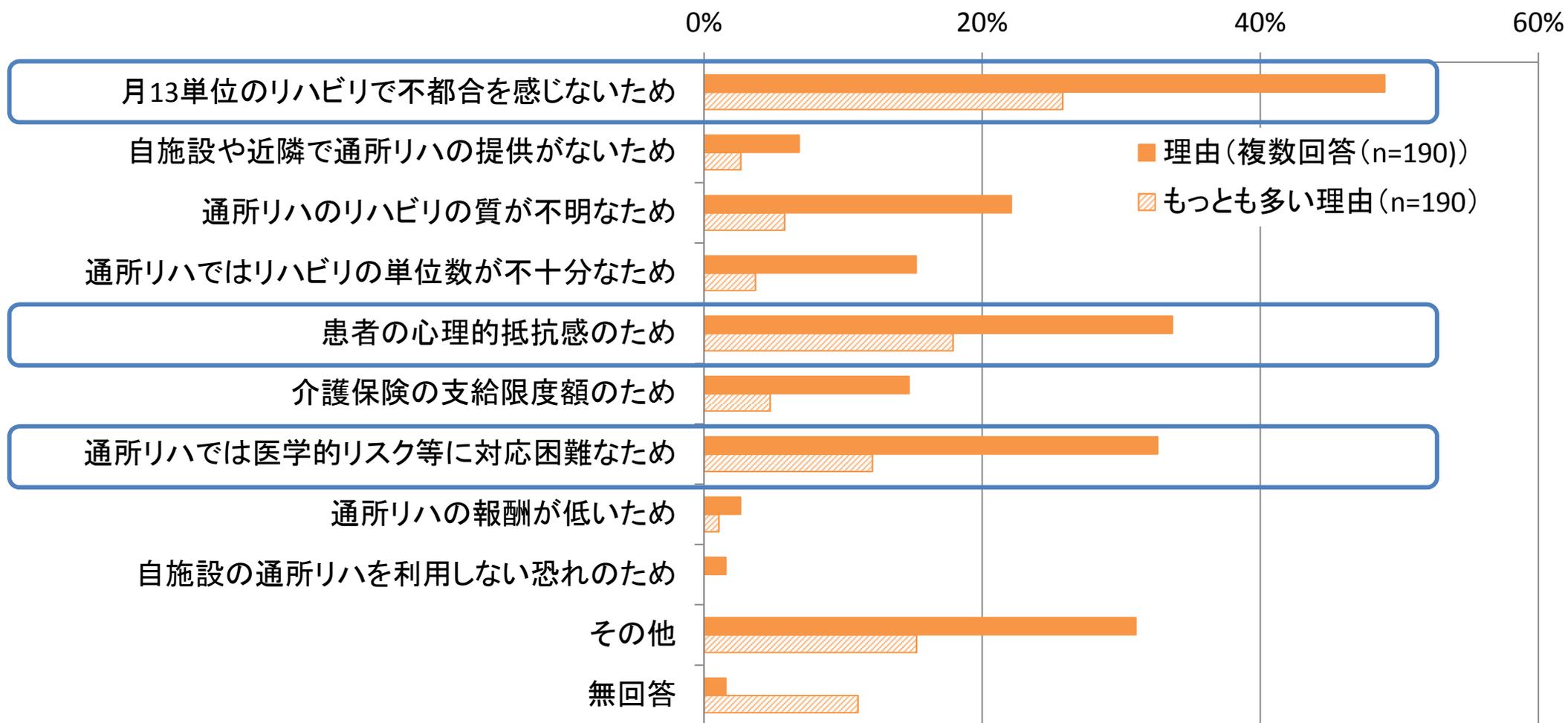
○ 通所リハビリテーションを実施していない理由として、病院・診療所ともに、「人員配置について要件が満たせない」と回答する医療機関がもっとも多かった。



出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

通所リハビリテーションへの移行が困難な理由

○ 通所リハビリテーションの移行が困難な理由として、「月13単位のリハビリで不都合を感じないため」と回答する医療機関がもっとも多く、ついで「患者の心理的抵抗感のため」「通所リハでは医学的リスク等に対応困難なため」との回答が多かった。

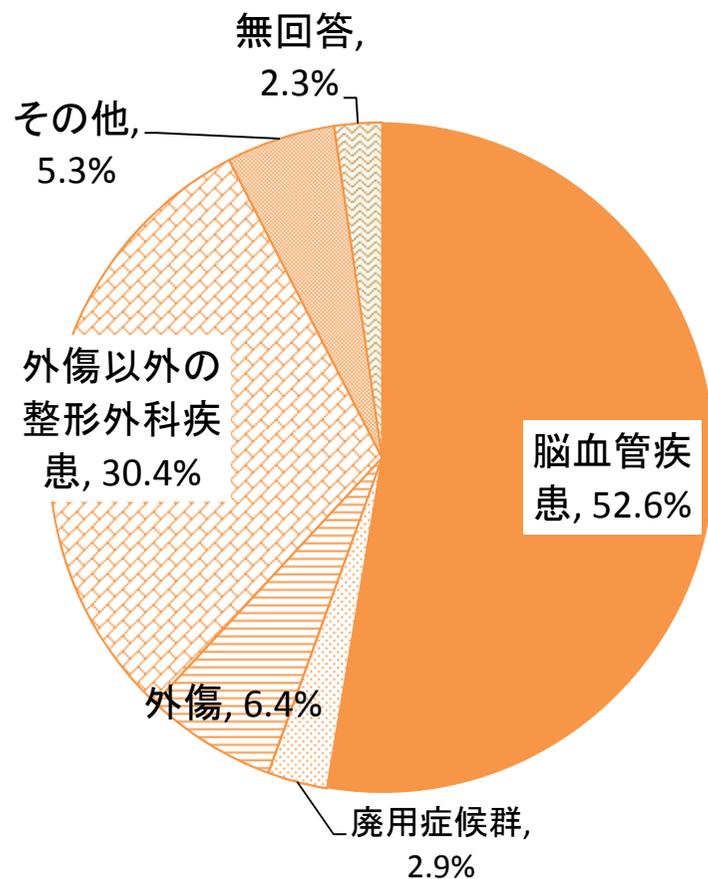


医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態①

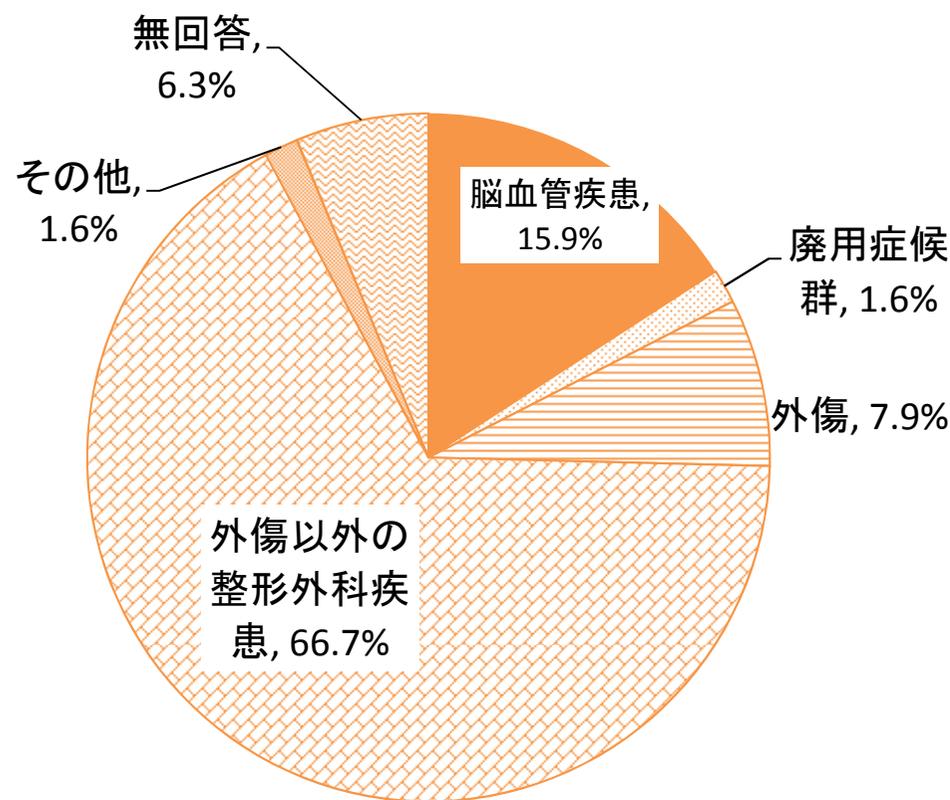
○ 維持期・生活期リハビリを受ける患者(※)の主な傷病について、病院では「脳血管疾患」、診療所では「外傷以外の整形外科疾患」が最も多かった。

(※)通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者

維持期・生活期リハビリを受けている患者の主な傷病
(病院、n=171)



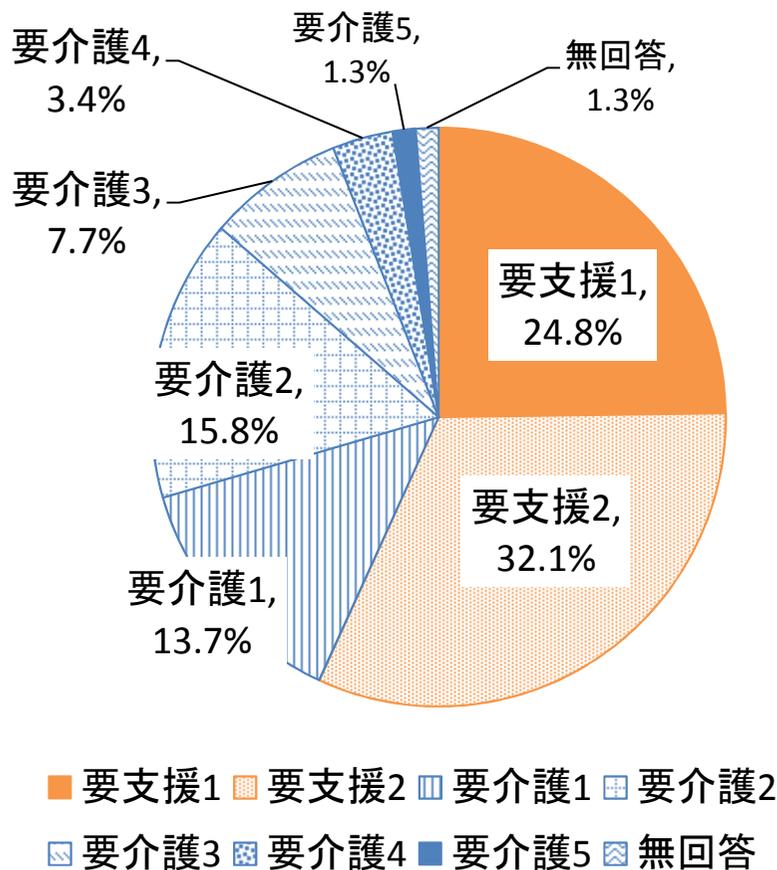
維持期・生活期リハビリを受けている患者の主な傷病
(診療所、n=63)



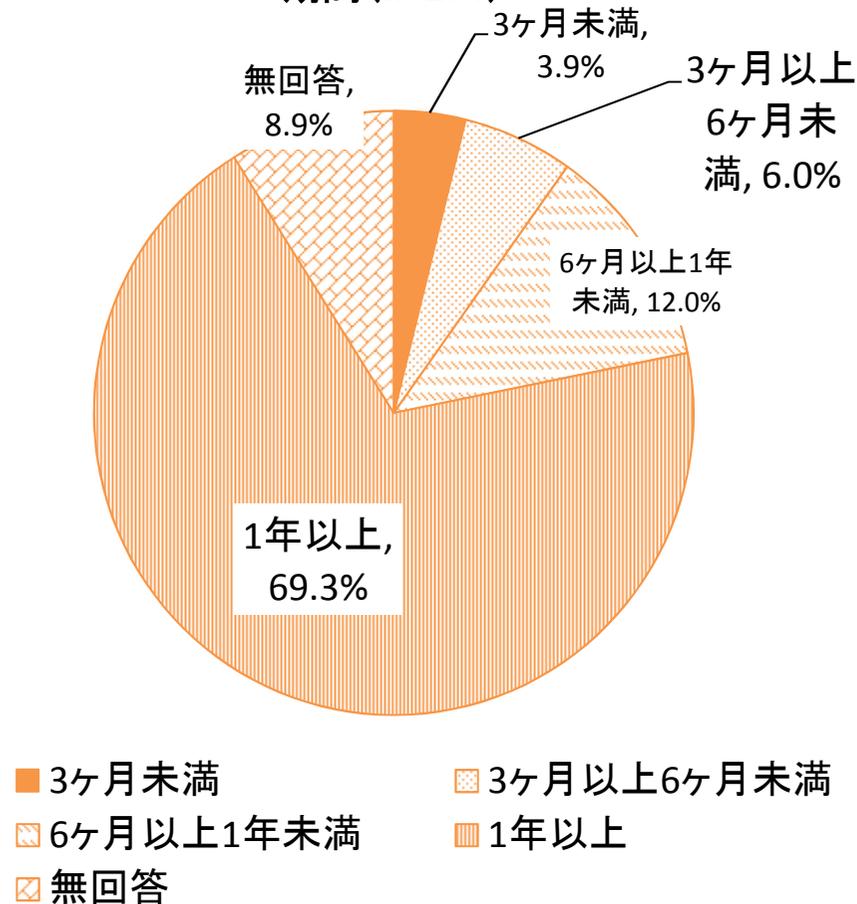
医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態②

- 医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者(※)のうち、約57%の患者が要支援状態だった。
 - 維持期・生活期リハビリになってからの期間については、「1年以上」が約69%を占めていた。
- (※)通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者

維持期・生活期リハビリを受けている患者の
要介護認定の状況(n=234)

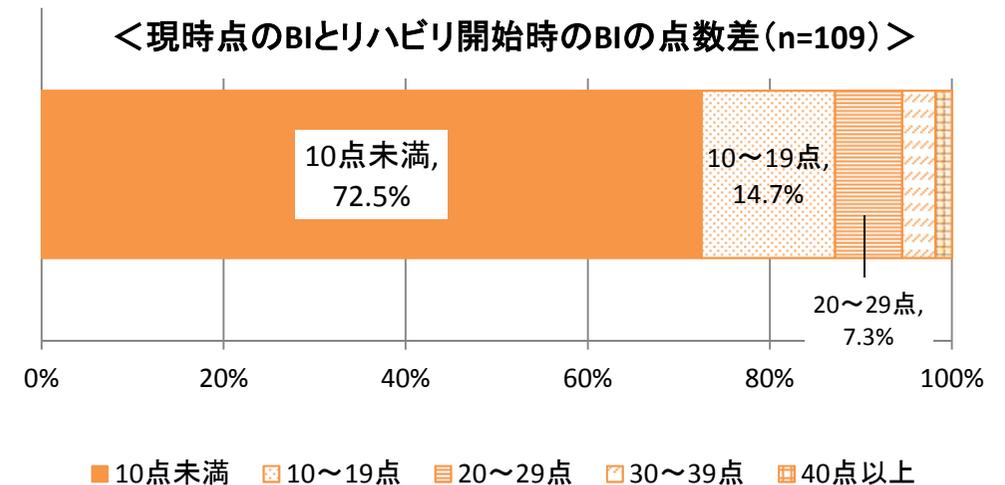
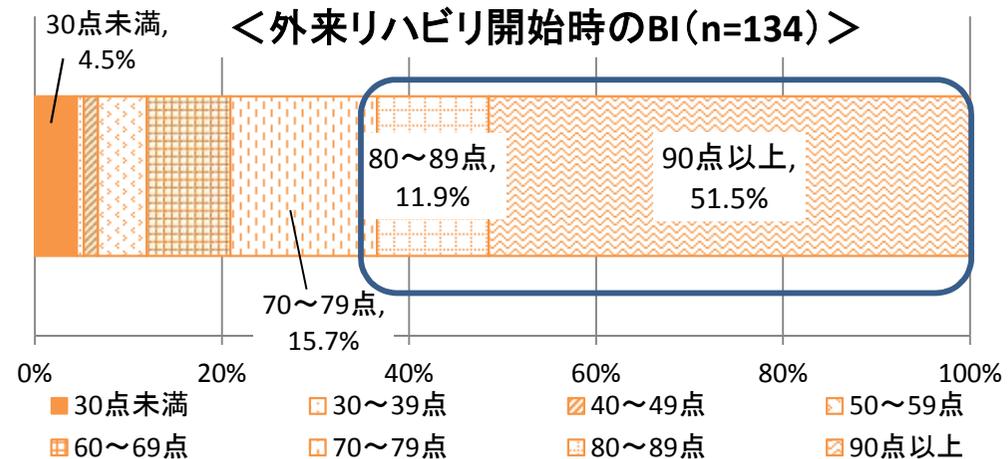
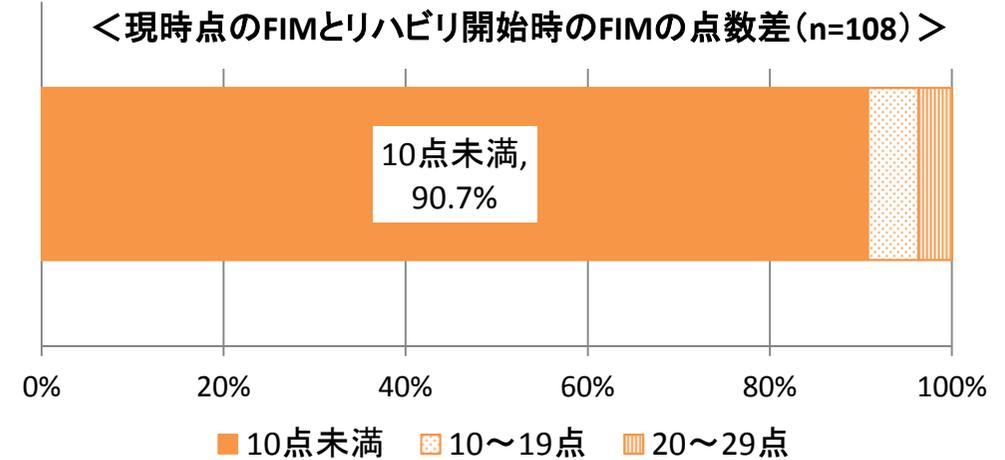
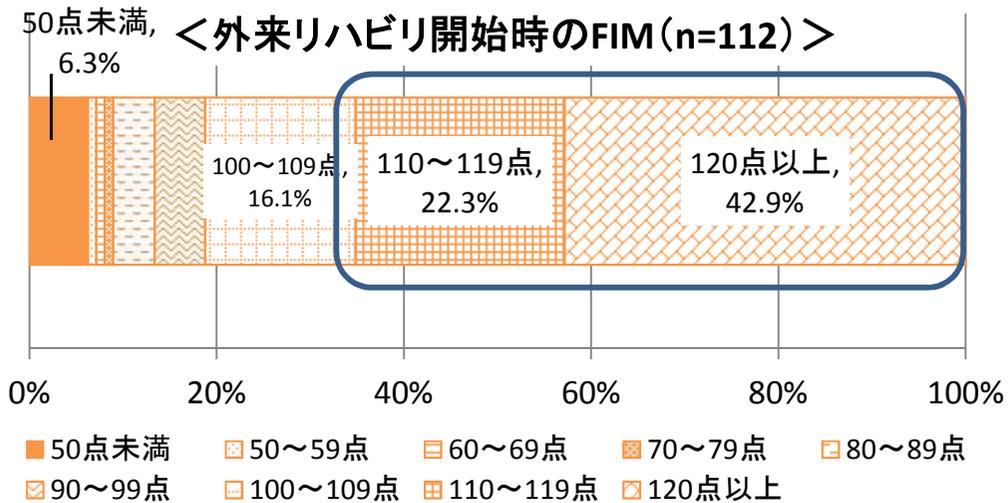


維持期・生活期リハビリに移行してからの
期間(n=234)



医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者の状態③

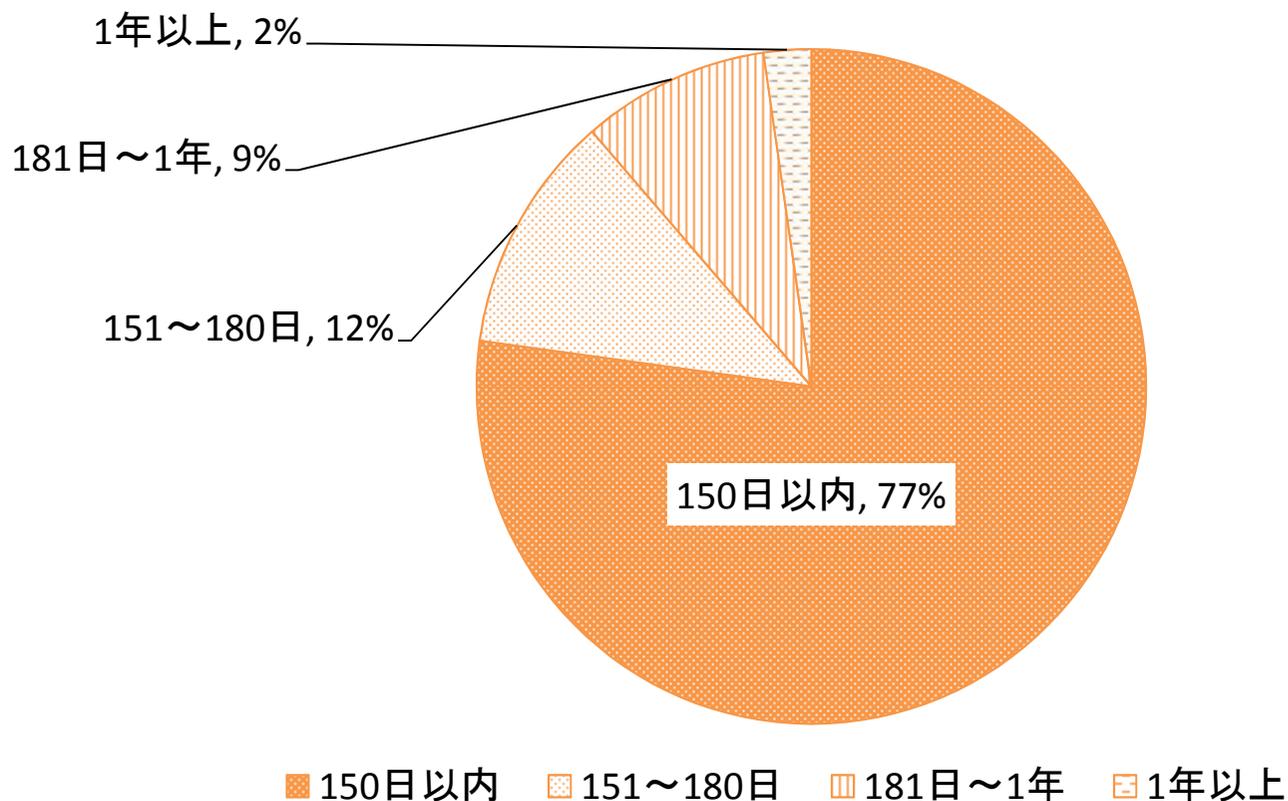
- 医療保険の維持期・生活期リハビリを受ける患者(※)について、リハビリ開始時のADLは、FIMで110点以上、BIで80点以上の者が60%を占めていた。
 - 維持期・生活期リハビリに移行してから3ヶ月以上の者のFIM、BIをリハビリ開始時と比較すると、10点未満の点数差の者がそれぞれ91%、73%だった。
- (※)通所リハビリへの移行が困難とされる患者のうち、医療から介護への移行に対する心理的抵抗感が大きい患者



リハビリテーションに長期間を要する状態の例①

- 外傷性の肩関節腱板損傷については、運動器リハビリテーション治療を受けている患者のうち、約23%が150日を超えてリハビリテーションが必要となっている。

＜外傷性の肩関節腱板損傷に関し、
運動器リハビリテーションを要する期間(発症からの期間)別の患者割合(n=87)＞



リハビリテーションに長期間を要する状態の例②

○末梢神経損傷(軸索断裂の状態)の患者については、リハビリテーションの効果を得るには、神経の再生に時間を要することから、300日程度の治療期間が必要になる症例がある。

<末梢神経損傷の分類>

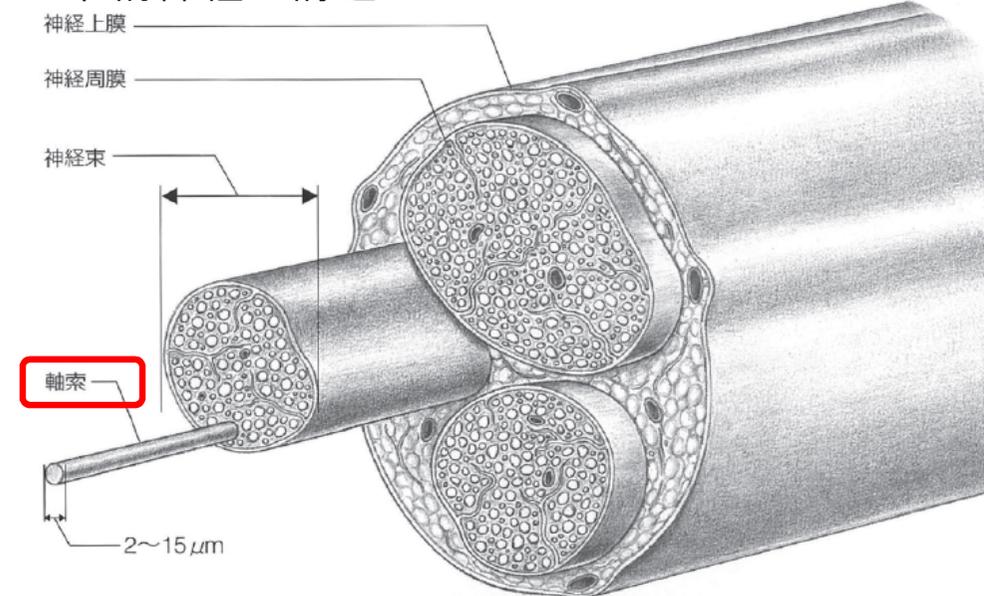
	分類	軸索の断裂	Schwann管の断裂	神経周膜の断裂	神経上膜の断裂	回復様式
一過性神経不動化	I度	なし	なし			2ヶ月以内に一気に改善
軸索断裂	II度	あり	あり	なし	なし	1mm/日の速度で回復
	III度					1mm/日の速度で回復、自然回復のない場合もあり
神経断裂	IV度			あり		自然回復なし
	V度				あり	(手術適応あり)

<末梢神経損傷のリハビリテーション>

○外傷後の腫脹により特に手指は不良肢位での拘縮を来しやすい。関節拘縮は機能回復を阻害することから早期から拘縮予防訓練を行う。

○ストレッチングや電気刺激により筋萎縮をある程度減弱できるが、神経が再生しなければ非可逆的な萎縮に陥る。

<末梢神経の構造>



疾患別リハビリテーションに関する課題と論点(案)

【課題】

【介護保険の通所リハビリテーションへの移行が困難な理由等】

- ・ 医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合、どちらか一方のみを実施している場合よりも、職員の加配が必要になる等の課題がある。
- ・ 通所リハビリテーションを実施していない理由として、その他を除き、「人員配置の要件が満たせない」と回答した医療機関が最も多かった。また、通所リハビリテーションへの移行が困難な理由として、「月13単位のリハビリで不都合を感じないため」と回答した医療機関が最も多く、次いで「患者の心理的抵抗感のため」「通所リハでは医学的リスク等に対応困難なため」との回答が多かった。

【要介護被保険者で維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を算定している患者の状態】

- ・ 主な傷病としては、病院は「脳血管疾患」が最も多く、診療所は「外傷以外の整形外科疾患」が最も多い。
- ・ 要介護度をみると、要支援の患者が約6割で最も多い。維持期・生活期のリハビリテーションに移行してからの期間は、1年以上の患者が約7割を占めている。
- ・ リハビリ開始時と、現時点のADLスコアを比較すると、FIM、BIともに点数差が10点未満の患者が最も多く、それぞれ91%、73%だった。

【リハビリテーションに長期間を要する状態】

- ・ 標準的算定日数の上限の除外対象疾患に明確に位置づけられていないが、リハビリテーションに長期間を要する状態として、外傷性の肩関節腱板損傷、末梢神経損傷(軸索断裂の状態)がある。



【論点(案)】

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、介護保険のリハビリテーションへの移行が困難な理由等を踏まえ、施設基準のうち、職員配置や設備を共用できるよう取扱いを見直してはどうか。
- 標準的算定日数の上限の除外対象疾患に明確に位置づけられていないが、リハビリテーションに長期間を要する状態として、外傷性の肩関節腱板損傷等があることについて、どのように考えるか。
- 以上のような、医療保険のリハビリテーションが必要な患者にリハビリテーションが提供できるよう対応を行うこと等を前提に、要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の算定に係る経過期間については、当面、平成31年3月31日まで延長することとしてはどうか。