

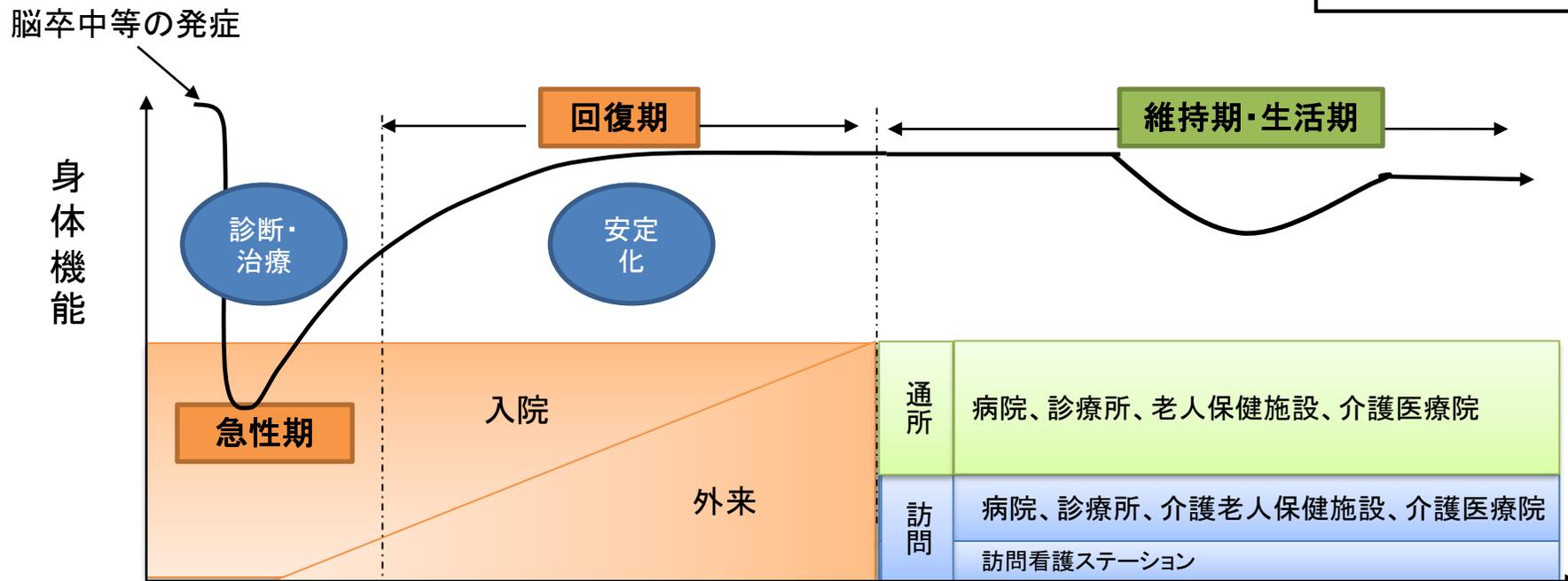
個別事項(その4)

リハビリテーションについて

リハビリテーションについて

1. 疾患別リハビリテーションの適切な実施について
2. 摂食嚥下支援加算について
3. 慢性維持透析患者のリハビリテーションについて

リハビリテーションの役割分担



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

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

中医協 総-2-1
3 . 1 1 . 1 2

【平成28年度改定】

【現行】

【入院料1相当の実績】
・重症割合3割以上
・重症者の4点以上回復が3割以上
・自宅等退院 7割以上

【入院料3・4の実績】
・重症割合2割以上
・重症者の3点以上回復が3割以上
・自宅等退院 7割以上

【実績部分】
リハビリテーション実績
指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

2,129点
実績指数 40
入院料1相当の実績と体制

2,066点
入院料1相当の実績と体制

【入院料1・2の体制】
・看護職員13対1
・社会福祉士1名
・PT3名、OT2名、ST1名

1,899点
実績指数 35
入院料3・4の実績

1,841点
入院料3・4の実績

1,736点
実績指数 30
入院料5

1,678点
入院料6

【基本部分】
・看護職員配置 15対1
・PT2名、OT1名

2065点
充実加算
(基本部分) 看護職員 13対1 PT3名 OT2名 ST1名 SW1名

1851点
充実加算
(基本部分) 看護職員 15対1 PT2名 OT1名

1697点
充実加算
(基本部分) 看護職員 15対1 PT2名 OT1名

1,657点
入院料3

1,811点
入院料2

2,025点
入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

発症した日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(イメージ)
 (脳血管リハビリテーション料(Ⅰ)の場合)

		発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を 超えた場合の 点数
標準的算定日数の 上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・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あつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合 <p style="text-align: right;">等</p>	245点	
	対象	要介護・要支援被保険者 <u>以外の者</u>	245点	245点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中)	245点	147点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	245点	

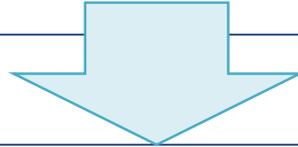
発症した日等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について(イメージ)
 (心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)の場合)

標準的算定日数の上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・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あって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合 ■ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 <p style="text-align: right;">等</p>	発症した日等 ～150日まで	151日以降	標準的算定日数を超えた場合の点数
	対象	<p>要介護・要支援被保険者 <u>以外の者</u></p> <p>要介護・要支援被保険者</p>	205点	<p>205点 (月13単位まで)</p> <p>205点 (月13単位まで)</p>	

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書

【リハビリテーションに係る留意事項(一部抜粋)】

- リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後3か月に1回以上(特段の定めのある場合を除く。)、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。



【リハビリテーション実施計画書】

- 疾患別リハビリテーション料を算定するに当たり、「別紙様式21」から「別紙様式21の5」までを参考にしたリハビリテーション実施計画(書)を作成し、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する必要がある。

【リハビリテーション総合実施計画書】

- リハビリテーション総合計画評価料を算定するに当たり、医科の「別紙様式23」から「別紙様式23の4」まで又はこれに準じた様式等を用いて作成する。

- リハビリテーション実施計画書については、患者の状態等によって、1か月に1回以上等、頻回の交付が必要となる場合等があり、そのような場合においては患者が署名できない状態であって、家族が遠方にいる等の理由により、計画書への署名が困難であるとの指摘がある。

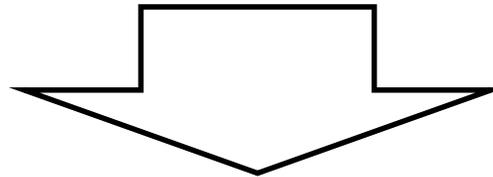
【様式について】

- いずれの計画書についても、署名欄が設けられており、患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要である。

説明を受けた人:本人、家族() 説明日: 年 月 日
署名

疾患別リハビリテーションの適切な実施に係る課題と論点

- ・ リハビリテーションの役割分担として、急性期・回復期が主に医療保険の対象、維持期・生活期が主に介護保険の対象となるよう、これまで累次の改定において見直しを行ってきた。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟においては、質の高いリハビリテーション医療の推進のため、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といった見直しを、これまでの累次の改定において行ってきた。
- ・ 標準的算定日数を超えたリハビリテーションについては、医師が改善の見込みがあると判断した場合には、減算されることなく、医療保険の対象としてリハビリテーションが提供されることとしており、患者が必要なリハビリテーションを受けることができる仕組みとしているところである。
- ・ リハビリテーション実施計画書等について、署名欄が設けられており、患者又はその家族から署名又は記名・押印が必要である。一方で、リハビリテーション実施計画書については、1か月に1回以上交付が必要となる場合等があり、そのような場合においては患者が署名できない状態であって、家族が遠方にいる等の理由により、計画書への署名が困難であるとの指摘がある。



- 疾患別リハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを推進する観点から、その評価の在り方等について、どのように考えるか。

リハビリテーションについて

1. 疾患別リハビリテーションの適切な実施について
2. 摂食嚥下支援加算について
3. 慢性維持透析患者のリハビリテーションについて

摂食嚥下支援加算の概要と算定状況

H004 摂食機能療法

注3 摂食嚥下支援加算

200点

摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、医師・看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、週に1回に限り摂食機能療法の点数に加算する。

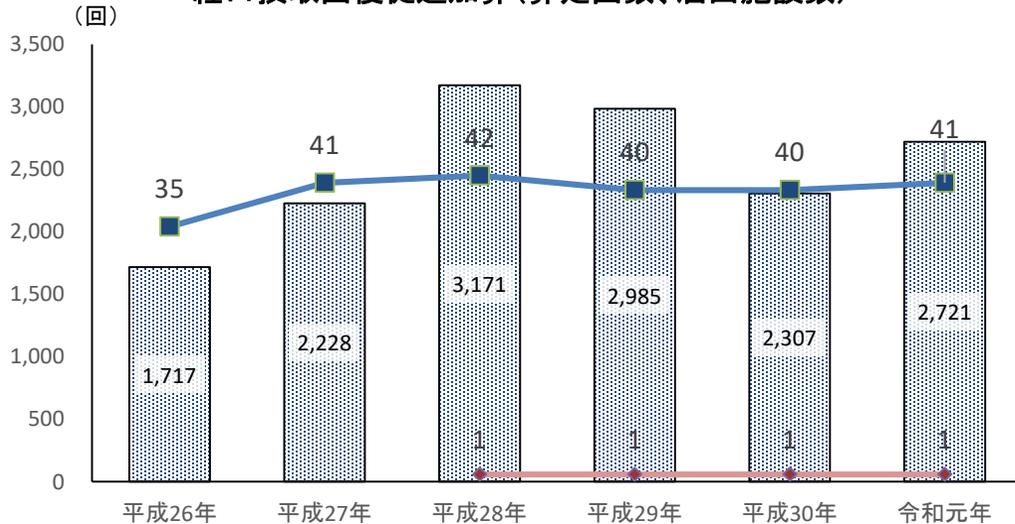
【施設基準】

- 摂食嚥下支援チームを設置 *の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

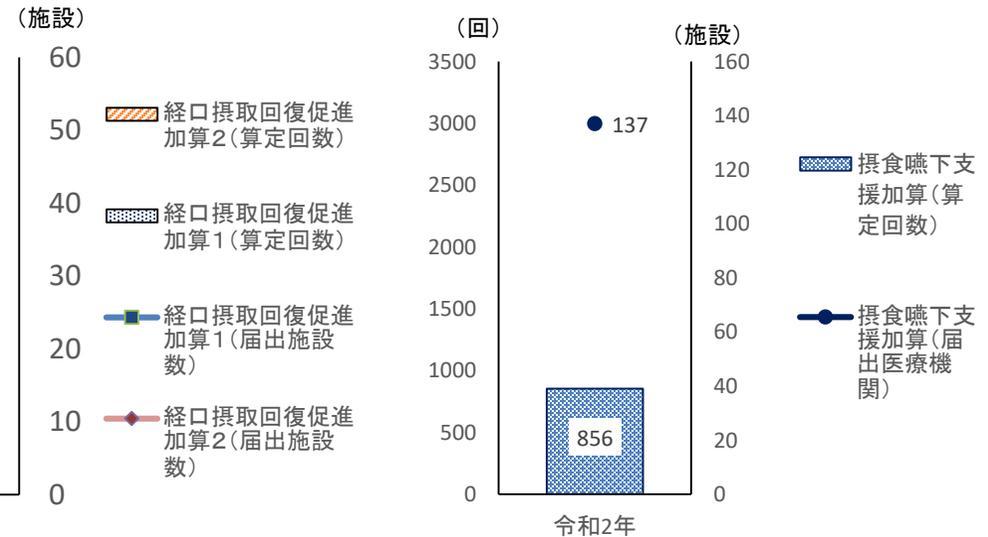
【算定要件】

- 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

経口摂取回復促進加算(算定回数、届出施設数)



摂食嚥下支援加算(算定回数、届出施設数)



出典(算定回数): 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

出典(届出施設数): 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



現行

【摂食機能療法】

経口摂取回復促進加算1	185点
経口摂取回復促進加算2	20点
(治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)	

[算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上



改定後

【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算	200点
(週1回に限り摂食機能療法に加算)	

[算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者**

[算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、**摂食嚥下支援計画書を作成**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

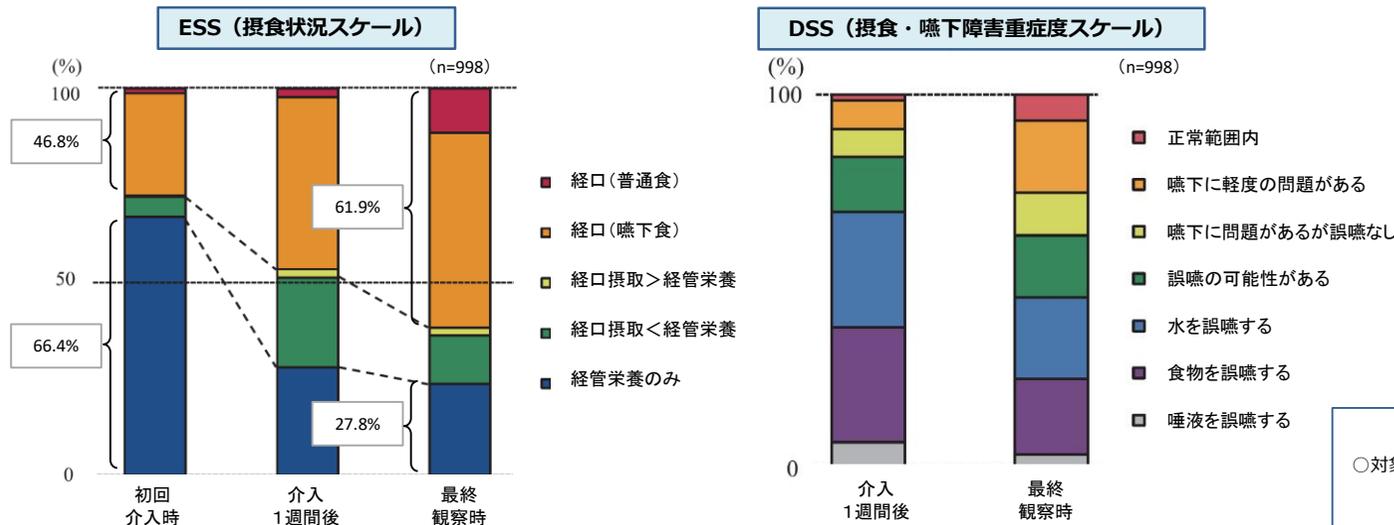
[施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置**
 - * の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**



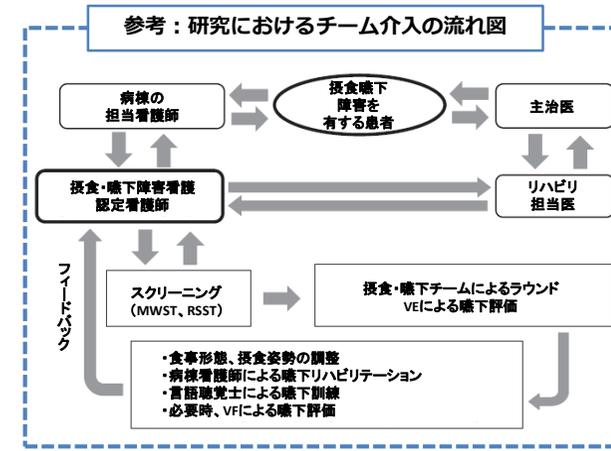
○ 医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



・経口で摂取可能な患者の割合が増加
 ・ESSスコア改善43.0%、不変54.6%、悪化2.4%

・摂食・嚥下障害の重症度が低い患者の割合が増加 (p<0.001)



<研究の概要>

○対象：摂食・嚥下障害を有する患者998名
 【性別】男性638名、女性360名 【年齢】平均74歳
 【主傷病】脳卒中46.0%、その他の脳疾患15.9%、呼吸器疾患7.8% 等

○最終観察時までの日数：平均24日 (1~337日)

○介入内容：嚥下リハビリテーションの実施10.1%、言語聴覚士による摂食訓練の実施14.9%、上記両方の実施14.9%
 認定看護師によるフォローのみ33.9%

【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

職種の例	計画・評価等	嚥下評価	嚥下訓練	口腔ケア	患者・家族への指導	その他	
医師、歯科医師	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案 ○リハビリ方針の決定 ○摂食姿勢、介助方法、食具、食事形態の検討	○嚥下内視鏡検査 ○嚥下造影	○実施内容の評価	○歯科診療	○摂食時の注意点、口腔ケア、嚥下訓練の方法等の指導		
摂食・嚥下障害看護認定看護師		○嚥下機能の観察・評価 ○反復唾液嚥下テスト(RSST) ○改訂水のみテスト(MWST) ○食物テスト	○リハビリ計画の立案 ○嚥下訓練の実施 ○実施内容の評価	○口腔状態の評価 ○口腔ケア		○病棟看護師への指導 ○外来看護師や在宅における関係者との連携	
言語聴覚士							
理学療法士、作業療法士							○食事形態等の工夫の対応
管理栄養士							○嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の抽出、処方提案 ○服用薬の剤形や服用方法等の提案
薬剤師							
歯科衛生士						○口腔ケア	

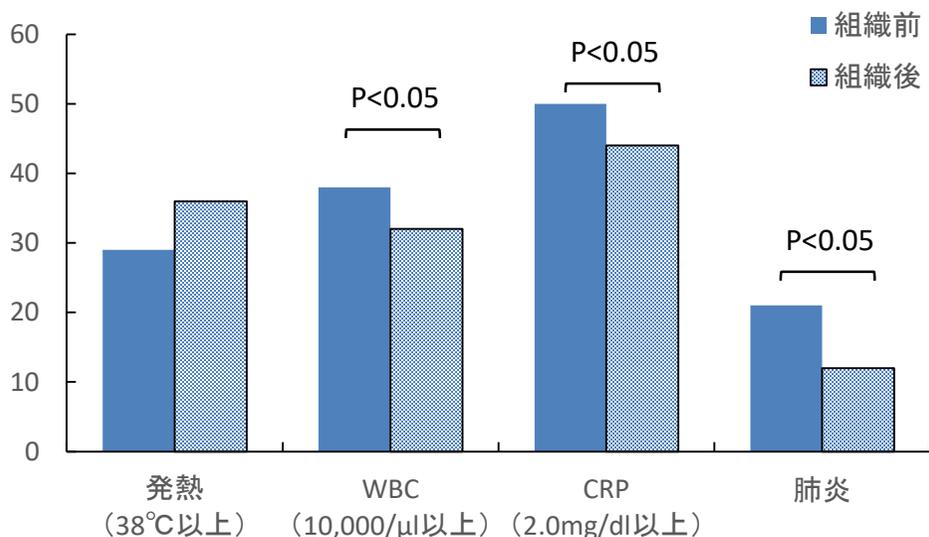
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。

医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前（n=132、平均年齢70.0±12.2歳）とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後（n=173、平均年齢70.1±11.5歳）として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※ : WBC : White blood cell、CRP : C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

	ハザード比	95%信頼区間	P値
入院時NIHSS※ (1ポイント増加毎)	1.11	1.08—1.14	<0.0001
嚥下チームの介入	0.39	0.18—0.81	0.01

※ : National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

摂食嚥下支援の取組状況

- 摂食嚥下支援加算の届出施設は約1割であった。
- 摂食嚥下支援加算の満たすことが難しい施設基準は、最も多いものが「摂食嚥下支援チームの設置」であり、満たすことが難しいチームの構成職種は、看護師（経験5年以上かつ適切な研修を修了した者）、歯科衛生士、言語聴覚士の順に多かった。

- 届出をしている
- 届出をしていないが、今後届出の予定がある
- 届出をしておらず、今後の届出は検討中
- 届出をしておらず、今後も届出の予定はない
- 無回答

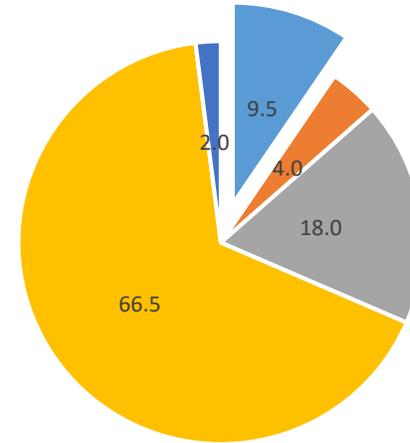


図 摂食嚥下支援加算の届出状況 (R3.7.1時点)

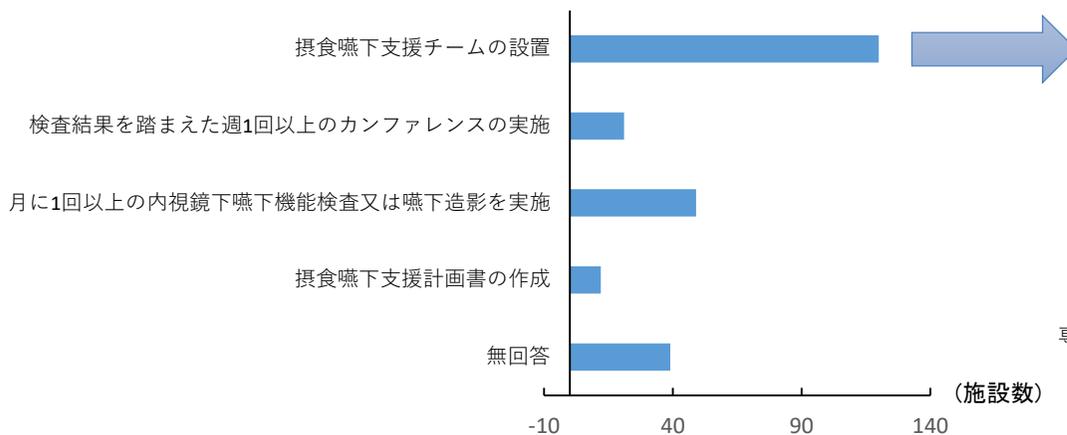


図 満たすことが難しい摂食嚥下支援加算の施設基準(複数回答)

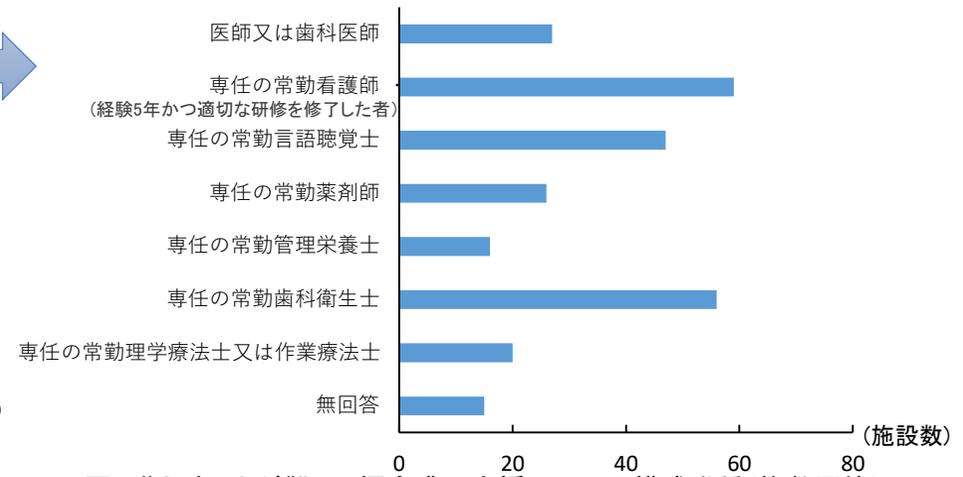


図 満たすことが難しい摂食嚥下支援チームの構成職種(複数回答)

摂食嚥下支援加算に係る適切な研修について

○ 摂食嚥下支援加算の施設基準における適切な研修の内容については、日本看護協会の認定看護師教育課程「脳卒中リハビリテーション看護」分野の研修内容に含まれている。

摂食嚥下支援加算に関する施設基準における「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
(600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療

(ロ) 摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント

(ハ) 摂食嚥下障害に対する援助と訓練

(ニ) 摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント

(ホ) 摂食嚥下障害のある患者の権利擁護と患者家族の意思決定支援

(ヘ) 摂食嚥下障害者に関連する社会資源と関連法規

(ト) 摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割とチームアプローチ

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

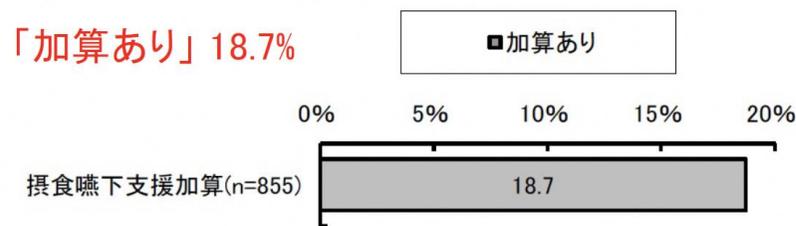
脳卒中リハビリテーション看護				
	教科目名		関連する単元(抜粋)	要件対応箇所
共通科目 (※摂食・嚥下障害看護及び脳卒中リハビリテーション看護共通)	1. 医療安全学:医療倫理	必修		
	2. 医療安全学:医療安全管理	必修		
	3. 医療安全学:看護管理	必修		
	4. チーム医療論(特定行為実践)	必修		
	5. 相談(特定行為実践)	必修		
	6. 臨床薬理学:薬理作用	必修		
	7. 指導	必修		
	8. 特定行為実践	選択		
	9. 臨床薬理学:薬物動態	選択		
	10. 臨床薬理学:薬物治療・管理	選択		
	11. 臨床病態生理学	選択		
	12. 臨床推論	選択		
	13. 臨床推論:医療面接	選択		
	14. フィジカルアセスメント:基礎	選択		
	15. フィジカルアセスメント:応用	選択		
	16. 疾病・臨床病態概論	選択		
	17. 疾病・臨床病態概論:状況別	選択		
	18. 医療情報論	選択		
	19. 対人関係	選択		
専門基礎科目	1. 脳卒中リハビリテーション看護概論	必修	・脳卒中リハビリテーション看護における看護倫理 ・脳卒中リハビリテーション看護におけるチーム医療	(ホ)(ト)
	2. 脳卒中の病態生理と診断および治療	必修	・脳と神経の構造とメカニズム ・脳卒中重篤化回避のための病態生理の理解と管理	(イ)
	3. 脳卒中機能障害とその評価	必修	・脳神経系に関連するフィジカルアセスメント ・脳卒中による障害発生メカニズム ・脳卒中における脳/神経機能のアセスメント	(イ)(ロ)
	4. 脳卒中患者・家族の理解	必修	・患者・家族の理解のための諸理論	(ホ)
専門科目	1. 脳卒中急性期重篤化回避の支援技術	必修	・急性期合併症予防の支援技術 ・急性期から始める廃用症候群予防技術	(ハ)(ニ)
	2. 早期離床と日常生活活動自立に向けた支援技術	必修	・日常生活活動自立への支援技術	(ハ)(ニ)
	3. 生活再構築のための支援技術	必修	・運動機能障害者の生活再構築支援 ・高次脳機能障害者の生活再構築支援	(ハ)(ニ)
	4. 脳卒中患者への社会的な支援技術	必修	・脳卒中患者の全人的ケアと社会的支援 ・脳卒中患者が活用可能な社会資源 ・社会復帰に向けた多職種チームの結成と協働	(ヘ)(ホ)(ト)
学内演習・臨地実習	学内演習	必修	・事例による看護過程の展開 ・チームカンファレンスの企画・運営	(イ)~(ト)
	臨地実習	必修		(イ)~(ト)

摂食嚥下支援の取組状況

- 回復期リハビリテーション病棟の調査(2020年)によると、入棟時に経腸栄養であった患者のうち、退棟時に3食経口摂取が可能となり、経腸栄養から離脱できた患者は、当該加算の算定回数「0回」37.9%に対し、「1回以上」63.2%であった。(図2)
- 摂食嚥下支援加算を算定している病院のうち、摂食嚥下認定看護師の配置は27%で、残りの73%の病院は経過措置の適用により算定している。(図3-1)

1. 算定病院の割合(病院ベース n=855)

図 2.10 摂食嚥下支援加算



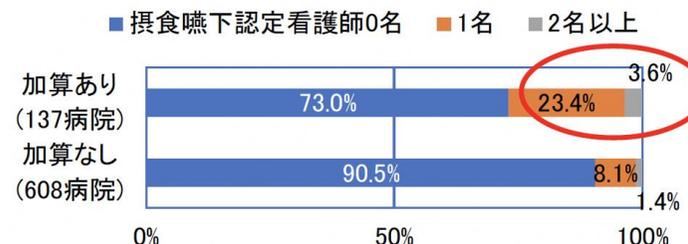
2. 算定有無による経口摂取獲得割合(患者ベース 入棟時経腸栄養有 n=244)

表 D-11-3 摂食嚥下支援加算算定の回数別にみた経腸栄養の有無

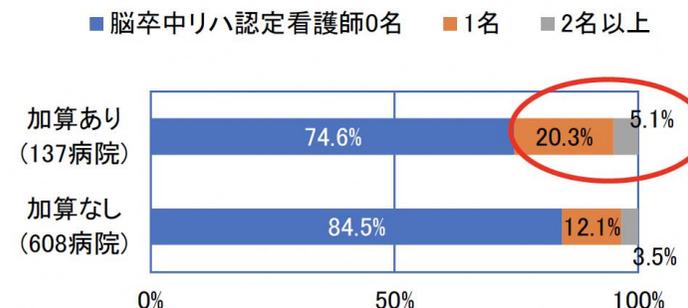
		入棟時有		
		計	退棟時有	退棟時無
0回	有効数	206	128	78
	%	100.0	62.1	37.9
1回以上	有効数	38	14	24
	%	100.0	36.8	63.2
合計	有効数	244	142	102
	%	100.0	58.2	41.8

退棟時経口摂取獲得 算定「無」37.9% vs 算定「有」63.2%

3-1. 摂食嚥下認定看護師の配置



3-2. 脳卒中リハ認定看護師の配置



療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

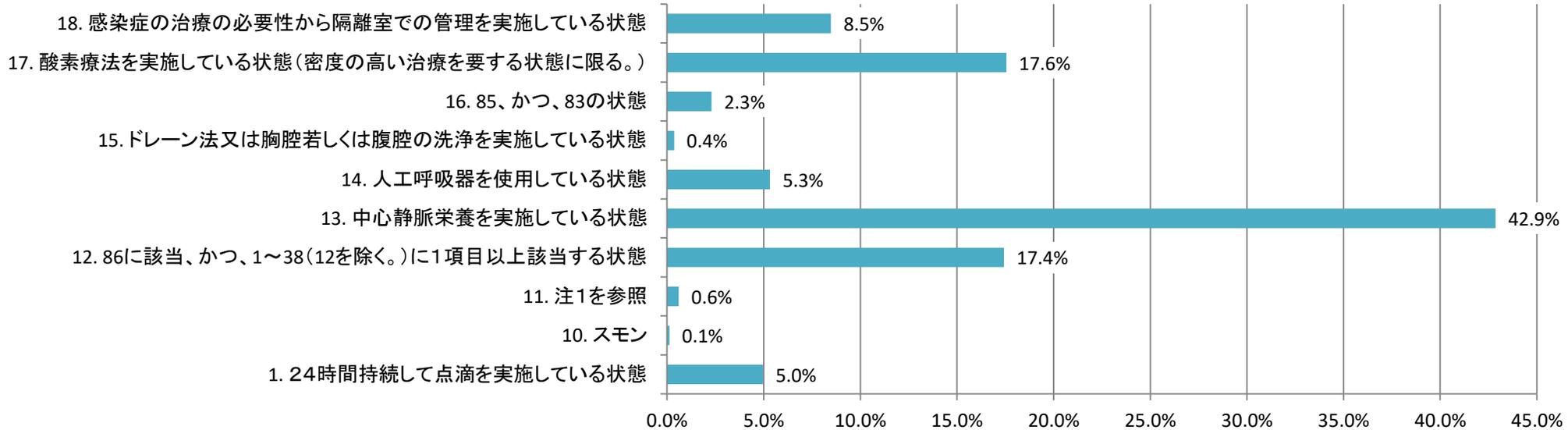
医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

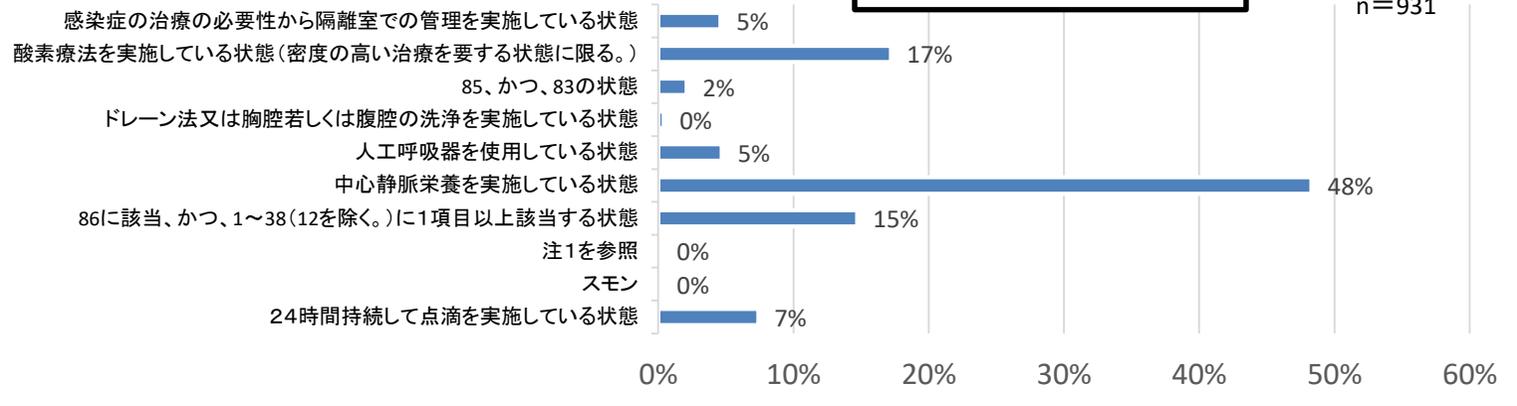
医療区分3の1項目該当の場合の該当項目(構成割合)

n=826



参考:平成30年度調査

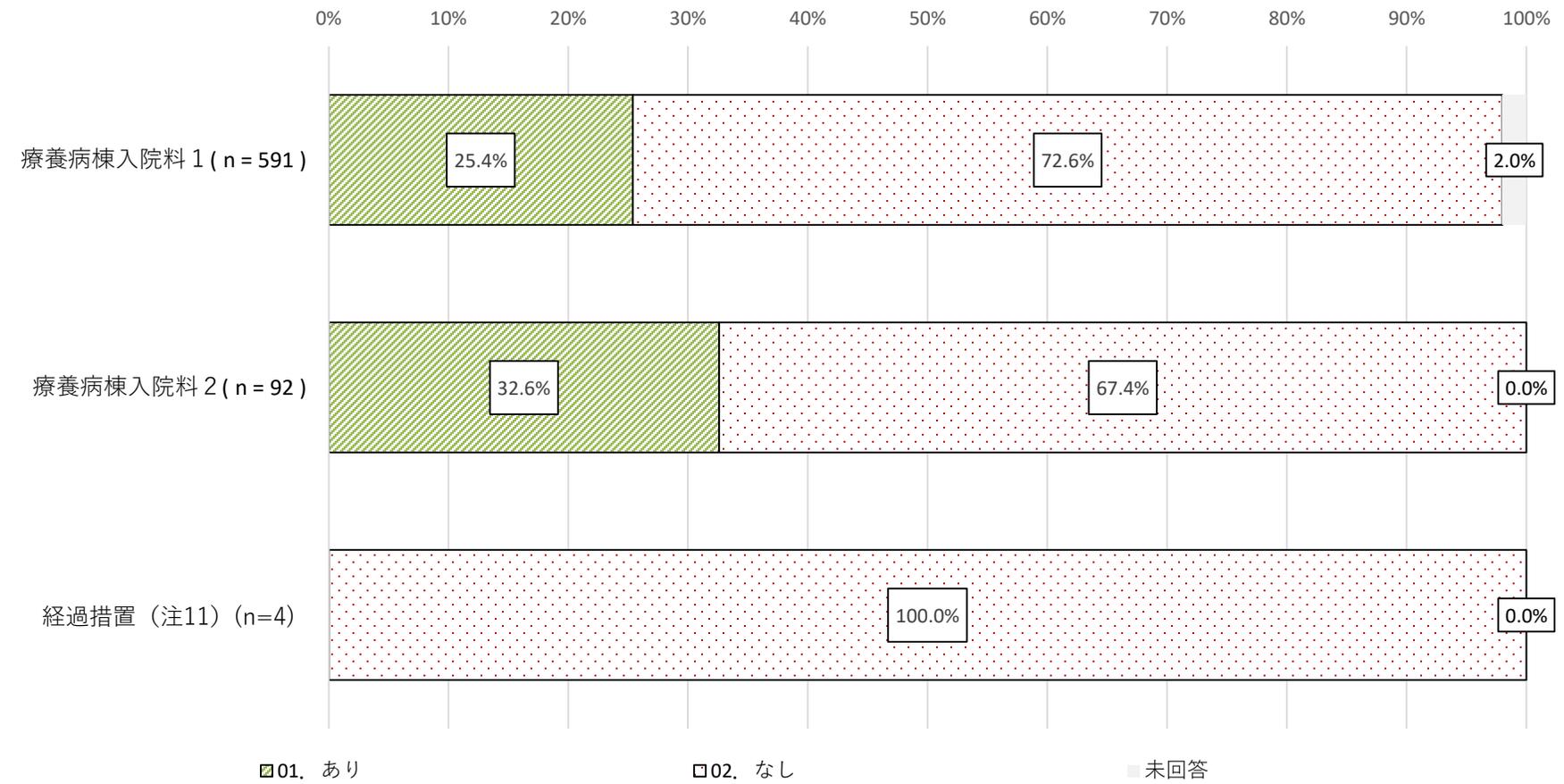
n=931



- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

○ 入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。

入院中の嚥下機能評価の有無

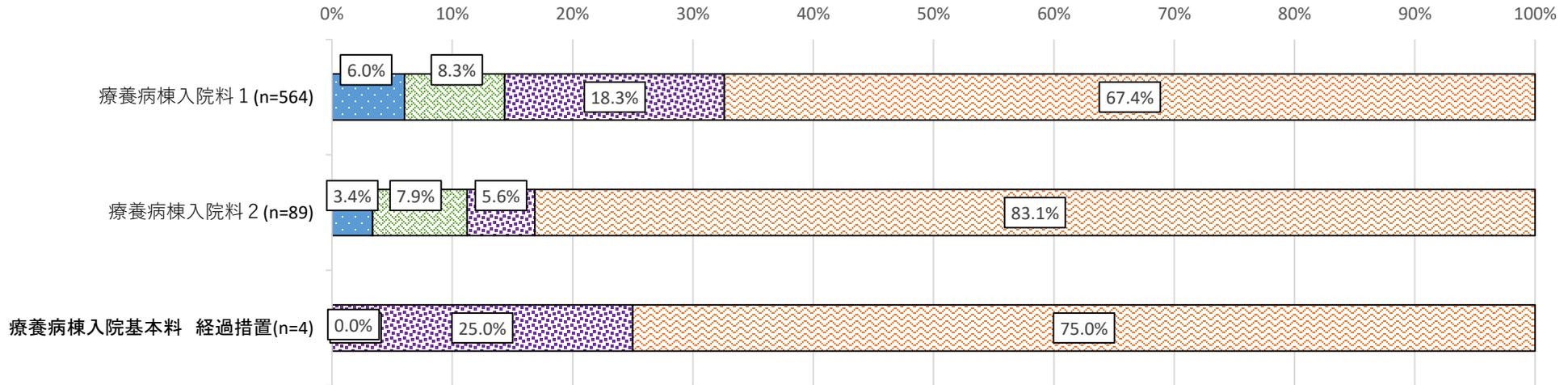


中心静脈栄養を実施している患者における嚥下リハビリ等の実施割合

- 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおり。
- 入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

診調組 入-2 参考 1
3 . 1 0 . 1

入院料別の嚥下リハビリ等の実施割合



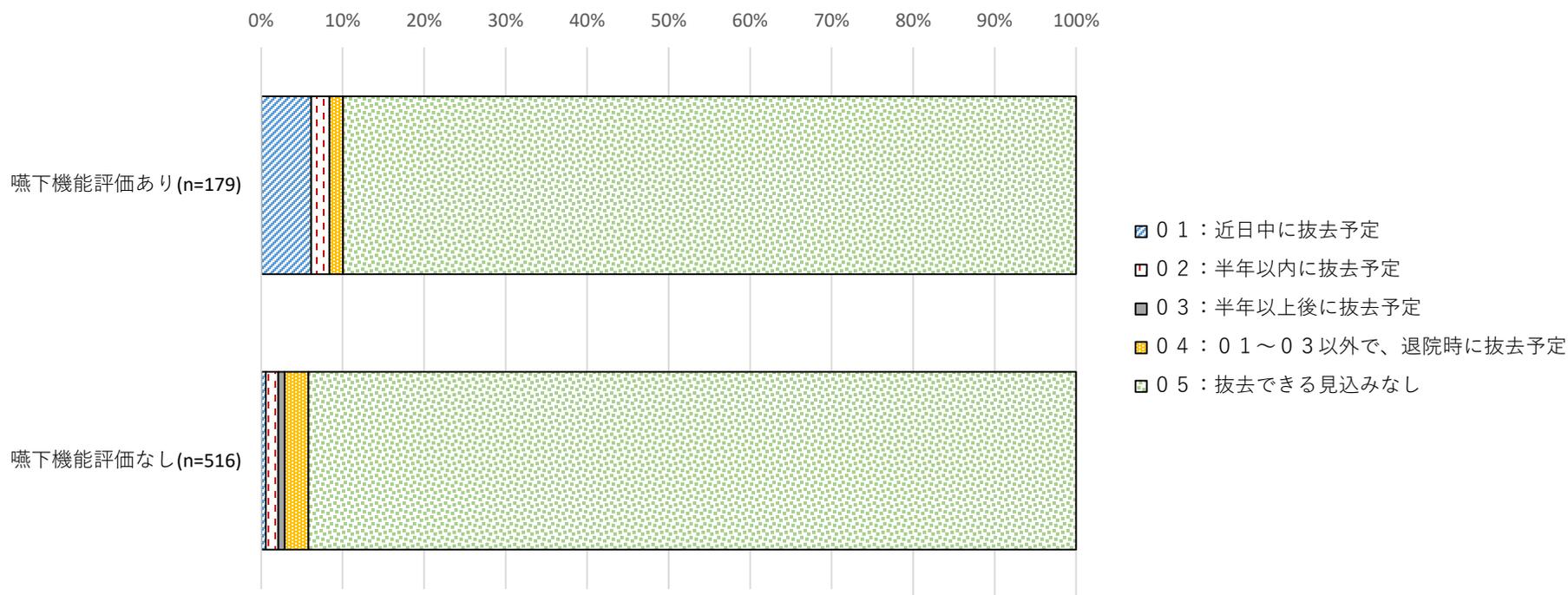
- 嚥下リハビリテーション及び脳血管疾患等リハビリテーション両方回答あり
- 嚥下リハビリテーションあり
- 脳血管疾患等リハビリテーションあり
- 嚥下リハビリテーション・脳血管疾患等リハビリテーション両方なし

嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価有無別にみた中心静脈カテーテル抜去の見込み



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

摂食嚥下支援加算についての課題と論点

(摂食嚥下支援加算について)

- 令和2年度診療報酬改定において、摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入の推進の観点から、経口摂取回復促進加算に係る要件等を見直し、摂食嚥下支援加算とした。
- 全国リハビリテーション医療関連団体協議会における調査によると、摂食嚥下支援加算の届出施設は回復期リハビリテーション病院のうち、約1割であった。
- 摂食嚥下支援加算を算定している病院のうち、摂食嚥下認定看護師の配置を行っている病院の割合は、約3割であった。
- 入棟時に経腸栄養であった患者について、入院中の摂食嚥下支援加算の算定有無で分け、退棟時に3食経口摂取が可能となり経腸栄養から離脱できた患者の割合は、加算の算定ありの場合の方が算定なしの場合に比較して高かった。
- 摂食嚥下支援加算における要件のうち、満たすことが難しい施設基準は、最も多いものが「摂食嚥下支援チームの設置」であり、満たすことが難しいチームの職種は、看護師（経験5年以上かつ適切な研修を修了した者）、歯科衛生士、言語聴覚士の順であった。

(療養病棟における嚥下機能評価等の取り組みについて)

- 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は、入院料1では約3割、入院料2では約2割、経過措置（注11）では約2割の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施していた。
- 嚥下機能評価の有無別に、中心静脈栄養抜去の見込みを比較したところ、嚥下機能評価ありの方が、なしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。
- 日常的に嚥下機能評価（VF・VE）を実施していない医療機関と、耳鼻咽喉科医等により実施する体制のある医療機関との病院連携が進められている。



- 摂食嚥下支援加算について、多職種チームの設置に係る効果や課題点等を踏まえつつ、中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取り組みを更に促進する観点から、要件等の在り方についてどのように考えるか。

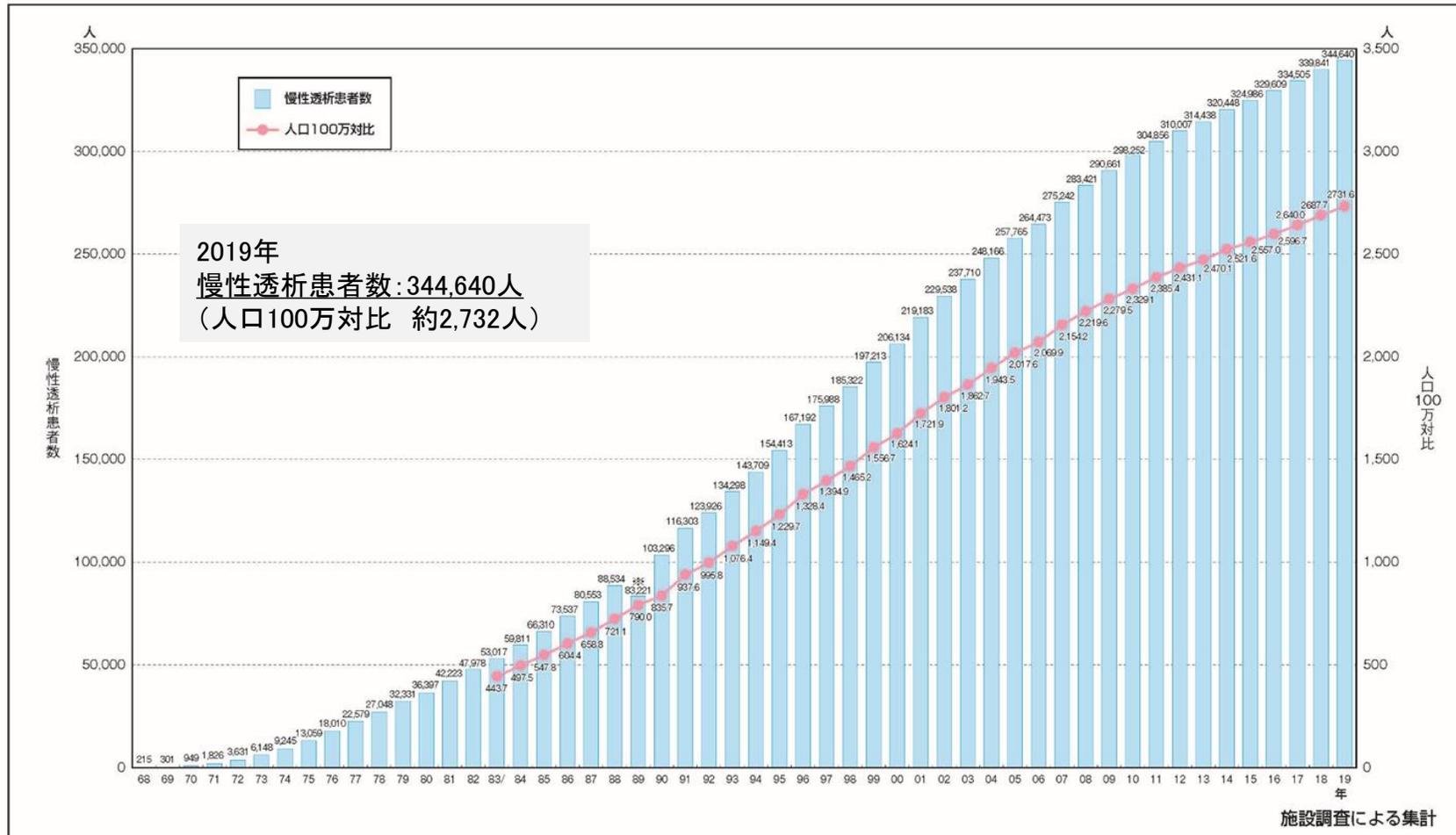
リハビリテーションについて

1. 疾患別リハビリテーションの適切な実施について
2. 摂食嚥下支援加算について
3. 慢性維持透析患者のリハビリテーションについて

慢性透析患者数について

○ 透析患者数は令和元年12月時点で、約34万人であり、年々増加傾向にある。

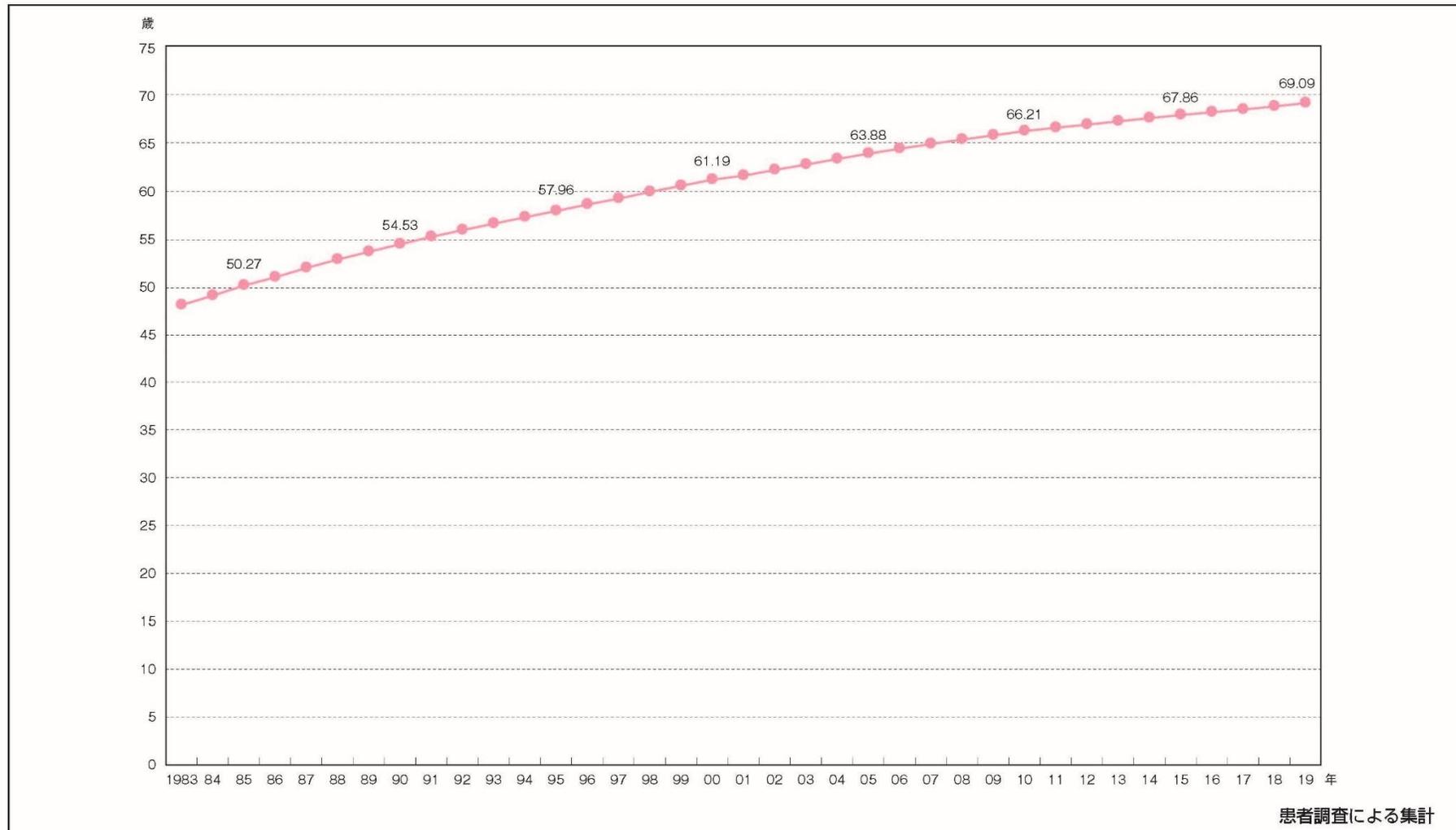
<慢性透析患者数の推移>



平均年齢の推移

○ 慢性透析患者の平均年齢は約70歳であり、年々上昇傾向である。

＜慢性透析患者 平均年齢の推移＞



透析患者等における課題について

- 透析患者は、定期的な透析のため、臥位となっている時間が通常より長いとの指摘がある。
- また、CKD患者について、骨格筋が減少することにより様々な影響が全身に出ることが指摘されている。

透析患者は寝ている時間が長い！

- 1回4時間、週3回の透析を1年間行くと、、、
- $4(\text{時間}) \times 3(1/\text{週}) \times 52(\text{週}/\text{年}) = 624\text{時間}/\text{年}$
- $= 26\text{日}$
- つまり、1年のうち約1カ月多く寝ている！
- 透析後も安静にすることが多いので、寝ている時間は実際はもっと多い
- (東北大学 上月正博)

CKD患者における骨格筋減少の影響

- 1 炎症性サイトカインの増加
- 2 筋蛋白の合成・分解のアンバランス
- 3 身体活動量の低下（運動不足）
- 4 性ホルモン（テストステロン, エストロゲン）の減少
- 5 成長ホルモンに対する筋肉の反応性低下
- 6 インスリン抵抗性
- 7 活性型ビタミンDの低下
- ⑧ サテライト細胞の減少
- ⑨ 代謝性アシドーシス
- ⑩ アンジオテンシンⅡの増加
- ⑪ Protein-energy wasting
- ⑫ ミオスタチンの過剰発現

○はCKD尿毒症患者に特異的。

Fahal IH. Et al. Nephrol Dial Transplant 29: 1655-1665, 2014を改変
(上月正博 腎と透析 80: 601-616, 2016)

透析患者における運動耐用能について

○透析患者の運動耐容能はCOPDや心疾患患者と同程度に障害されているとの報告がある。

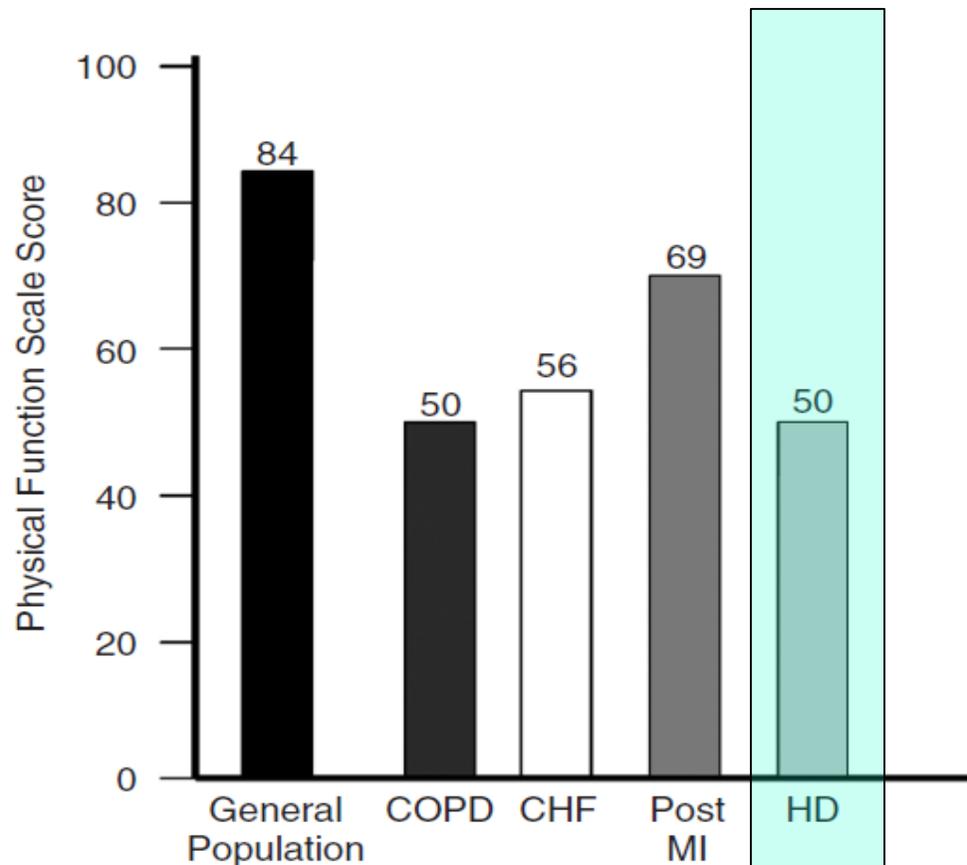


Figure 2 SF-36 Physical Function Scale Scores in several chronic disease populations: COPD = chronic obstructive pulmonary disease; CHF = congestive heart failure; MI = myocardial infarction; HD = hemodialysis. Adapted data from Ware *et al.*⁴⁰

透析患者における運動について

- 透析患者について、運動を行わない場合、生命予後に影響する、との報告がある。
- CKDを有する透析患者に対する運動は、様々な効果があることが指摘されている。
- 具体的には降圧薬必要量の減少や低栄養・炎症・動脈硬化(MIA)症候群の改善、透析効率の改善がある。

運動をしないことは左室肥大・低栄養と 同程度に透析患者の生命予後に影響する 透析患者の生存予後の危険因子

Table 3. Cox Proportional Hazard Survival Analysis

Variable	HR	95% CI	P
Inactivity	1.62	1.16-2.27	0.005
SF-36 Physical Functioning score (per 10-point increase)	0.92	0.85-0.99	0.033
SF-36 General Health Perception (per 10-point increase)	0.87	0.79-0.95	0.003
Age (per 10-y increase)	1.27	1.15-1.41	<0.001
Race (white v nonwhite)	1.40	1.05-1.85	0.020
Mean systolic pressure (per 10-mm Hg increase)	0.90	0.85-0.95	<0.001
LVH (by electrocardiogram)	1.48	1.08-2.03	0.014
Malnourished	1.66	1.24-2.24	0.001
Albumin (per 1-g/dL increase)	0.63	0.50-0.79	<0.001
Employment predialysis	0.62	0.43-0.88	0.008

NOTE. N = 2,837. This model met the proportionality assumption ($P = 0.323$). The analysis is adjusted for all variables associated with sedentary behavior on univariate or multivariate analysis (cardiac disease, peripheral arterial disease, serum creatinine level, hematocrit, modality, educational level, and male sex) and for other variables we postulated might be associated with survival (diabetes, phosphorus level). These variables are not included in the table because the associations of these variables with survival were not statistically significant (ie, $P > 0.05$). To convert to SI units, for serum albumin from g/dL to g/L multiply by 10.

O' Hare AM et al. Am J Kidney Dis 41: 447, 2003

- 最大酸素摂取量の増加
- 左心室収縮能の亢進(安静時・運動時)
- 心臓副交感神経系の活性化
- 心臓交感神経過緊張の改善
- 降圧薬必要量の減少 (Miller BW et al. Am J Kid Dis 39: 828-833,2002.)
- 低栄養・炎症・動脈硬化(MIA)症候群の改善
- 貧血の改善 (Reboredo MM et al. Artif Organs 34: 586-593, 2010 Goldberg AP et al. Kidney Int 18: 754-761, 1980)
- 睡眠の質の改善
- 不安・うつ・生活の質(QOL)の改善
- 日常生活活動(ADL)の改善
- 前腕静脈サイズの増加 (特に等張性運動による)
- 透析効率の改善 (Vaithilingam I. AJKD 43: 85-89, 2004)
- 死亡率の低下

上月正博 臨床栄養 118: 334-335, 2011
Kohzuki M. Hemodialysis (InTech) Chapter 35, 743-751, 2012

透析患者における運動療法について

○ 透析患者等について、12週間の運動療法を行っている群について、死亡率が低かった。

12週間の腎臓リハ(運動療法)への参加率が高いほどイベント発生率や死亡率が低い

(757名; 血液透析者242名、腎移植者221名、腹膜透析者43名、保存期CKD251名)

combined event including death, cerebrovascular accident, myocardial infarction and hospitalisation for heart failure

腎臓リハ参加率50%以上(Completion of RR)は独立したイベント発生低下因子

Table 3. Results of Cox regression analysis to identify factors that independently predict event-free survival time, including completion of an RR programme

Variable	B	Exponential (95% CI) for B	P-value
Completion of RR	-0.476	1.609 (1.004-2.580)	0.048
Gender	-0.300	0.741 (0.462-1.118)	0.213
Smoker	-0.399	0.671 (0.325-1.384)	0.280
BMI	-0.043	0.958 (0.915-1.003)	0.069
Diabetes	-0.512	0.599 (0.359-1.001)	0.050
ISWT (pre-RR)	-0.002	0.998 (0.996-1.000)	0.016
Non-dialysis CKD	0.207	1.231 (0.637-2.376)	0.537
Haemodialysis	-0.370	0.964 (0.553-1.681)	0.686
Peritoneal dialysis	-0.551	0.576 (0.195-1.705)	0.319
Kidney transplant	-0.277	0.758 (0.375-1.532)	0.440
Ethnicity			
Black British/African/Caribbean	1.005	2.731 (0.885-8.427)	0.081
Asian	0.221	1.248 (0.751-2.074)	0.393
White Caucasian	0.280	0.756 (0.352-1.627)	0.472

腎臓リハ参加率50%以上(Completion of RR)では運動機能とその改善度、年齢が独立したイベント発生低下因子

Table 4. Results of Cox regression analysis to identify factors that independently predict event-free survival time, including magnitude of change in exercise capacity (Δ ISWT), for patients who completed RR

Variable	B	Exponential (95% CI) for B	P-value
Δ ISWT (pre- to post-RR)	-0.522	0.593 (0.360-0.970)	0.041
Age at assessment	0.020	1.020 (1.003-1.038)	0.019
Gender	-0.322	0.718 (0.466-1.105)	0.132
Smoker	-0.396	0.673 (0.341-1.329)	0.254
BMI	-0.006	0.994 (0.982-0.999)	0.313
Diabetes	-0.463	0.629 (0.399-0.991)	0.053
ISWT (pre-RR)	-0.003	0.997 (0.997-0.999)	0.001
Non-dialysis CKD	0.165	1.179 (0.614-2.264)	0.620
Haemodialysis	1.303	1.353 (0.827-2.216)	0.229
Peritoneal dialysis	-0.229	0.795 (0.338-1.872)	0.600
Kidney transplant	-0.242	0.785 (0.338-1.872)	0.600
Ethnicity			
Black British/African/Caribbean	0.400	1.492 (0.395-3.741)	0.393
Asian	0.019	1.019 (0.656-1.584)	0.932
White Caucasian	-0.507	0.602 (0.305-1.189)	0.144

Greenwood SA. et al. Nephrol Dial Transplant. 2019 Apr 1;34(4):618-625. doi: 10.1093/ndt/gfy351.

具体的な運動療法の内容について

○ 「腎臓リハビリテーションガイドライン2018年版」(日本腎臓リハビリテーション学会)において、透析患者に対する、透析中の具体的な運動療法の内容が示されている。

透析中の標準プロトコール

- 透析開始30分後から透析前半の時間帯に行く。透析終了直後や透析後半は避ける。
- 初回には心電図モニター、血圧、心拍数、呼吸数などの管理下で行うことが望ましい。
- 負荷量及び運動持続時間、頻度は身体機能評価に基づき、テーラーメイドが望まれる。

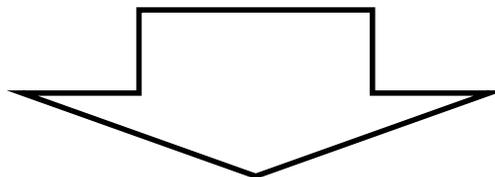


	有酸素運動 (Aerobic exercise)	レジスタンス運動 (Resistance exercise)	柔軟体操 (Flexibility exercise)
頻度 (Frequency)	3~5日/週	2~3日/週	2~3日/週
強度 (Intensity)	中等度強度の有酸素運動 [酸素摂取予備能の40~59%、ボルグ指数(RPE)6~20点(15点法)の12~13点]	1-RMの65~75% [1-RMを行うことは勧められず、3-RM以上のテストで1-RMを推定すること]	抵抗を感じたりややきつく感じるところまで伸長する
時間 (Time)	持続的な有酸素運動で20~60分/日、しかしこの時間が耐えられないのであれば、3~5分間の間欠的運動曝露で計20~60分/日	10~15回反復で1セット、患者の耐容能と時間に応じて、何セット行ってもよい、大筋群を動かすための8~10種類の異なる運動を選ぶ	関節ごとに60秒の静止(10~30秒はストレッチ)
種類 (Type)	ウォーキング、サイクリング、水泳のような持続的なリズムカルな有酸素運動	マシン、フリーウエイト、バンドを使用する	静的筋運動

RPE : rating of perceived exertion(自覚的運動強度), 1-RM : 1 repetition maximum(最大1回反復重量).

慢性維持透析患者のリハビリテーションに係る課題と論点

- ・ 透析患者数は令和元年12月時点で、約34万人であり、年々増加傾向にある。また、平均年齢は約70歳であり、年々上昇傾向である。
- ・ 透析患者は、定期的な透析のため、臥位となっている時間が通常より長いとの指摘がある。透析患者の運動耐容能はCOPDや心疾患患者と同程度に障害されているとの報告がある。
- ・ 透析患者について、運動を行わない場合、生命予後に影響する、との報告がある。
- ・ 一方、CKDを有する透析患者に対する運動は、様々な効果があることが指摘されている。具体的には、降圧薬必要量の減少や低栄養・炎症・動脈硬化(MIA)症候群の改善、透析効率の改善がある。
- ・ 「腎臓リハビリテーションガイドライン2018年版」(日本腎臓リハビリテーション学会)において、透析患者に対する、透析中の具体的な運動療法の内容が示されている。



- 慢性維持透析患者に対して、血液透析中に運動療法を実施・指導されている場合があることを踏まえ、評価の在り方について、どのように考えるか。