

# 「平成20年度診療報酬改定とその影響」 — 心大血管リハビリテーション —

伊東 春樹

Haruki ITOH, MD, FJCC

榊原記念病院

J Cardiol Jpn Ed 2009; 3: 63-70

## はじめに

平成18年度の診療報酬改定では、疾患別リハビリテーションという概念が導入され、心臓リハビリテーション(心リハ)の特異性が無視されて脳血管障害や運動器のリハビリなどと整合性をとるために、心大血管リハビリテーション(心大血管リハ)と呼称を変え、施設基準を中心に算定要件が大きく変更された。具体的には心リハの定義にもある「多要素かつ包括的なプログラム」は単に「機能訓練室」における運動療法のみが取り上げられ、同時に「集団療法から個別療法へ」という大原則が謳われて(保険局課長の内科系学会保健連合例会での資料)、心リハの基本である集団療法に支障がでた。施設認定要件の変更は多大な影響を与え、少しずつではあったが着実にその成果を上げてきた心リハは、実施施設の減少という大きな打撃を受けた。

心臓リハビリテーションに関係する診療報酬(現行では算定できないものを含む)は①運動療法を中心としたリハビリテーション料、②運動負荷試験、運動処方、③運動指導、生活指導、服薬指導、禁煙指導、栄養指導、カウンセリングなどの生活習慣は正に関する介入、などがある。本稿では心リハの概念とその効果、本邦での普及、心リハに関する診療報酬の歴史、平成18年度改定の問題点、平成20年度改定の要旨、と問題点、残された問題などについて述べる。

## 1. 心臓リハビリテーション(心リハ)とは

表1には1995年のU.S. Public Health Serviceによる心リハの定義を示す。循環器医の多くが心リハ=運動療法と考えていると思われるが、本来心リハは多要素包括的介入である。ドイツでは、これらの包括的介入に対する診療報酬が設定されているが、日本の診療報酬は、運動器や脳血

管障害などの機能訓練の概念に引きずられ、心リハの構成要素の一つである運動療法のみ限定されている。

## 2. 心リハの効果

心リハは、たとえば心筋梗塞患者ではその生命予後を20%以上改善し、心筋梗塞罹患による生命予後の悪化を帳消しにするほどの効果を持つ(図1)<sup>1)</sup>。また、安定した慢性虚血性心疾患に対しては、運動療法単独でも冠動脈形成術(STENT留置)より心血管イベントは少なく、Canadian cardiovascular society classを1段階改善するのに必要なコストはSTENT留置群が\$6,956に対し、運動療法群では\$3,429と半額であることと<sup>2)</sup>、心不全患者に対しては、再入院を減らし生命予後を改善<sup>3,4)</sup>、医療費を削減する効果<sup>5)</sup>などが証明されている。

また、冠動脈疾患による死亡減少に対する各種の介入の効果を検討した報告では、冠動脈疾患発症前の冠危険因子の除去の寄与率が44%を占め、発症後の治療は47%と若干それより高かったものの、その中で最も寄与率が高かったのは、心リハを含む二次予防であった(図2)<sup>6)</sup>。

## 3. 本邦での心リハ普及の現状

前述のように、心リハは医学的ならびに医療経済的に極めて有効な医療であるが、残念ながら日本においてはその普及は遅れている。心疾患リハビリテーション料が算定可能な認定施設は、平成18年当時300に満たず、現在でも400に達していないと思われる。心筋梗塞13,685例を対象とした調査では、循環器専門医教育指定病院では、心筋梗塞に対する入院中の回復期心リハに限っても対象患者の11.7%程度にしか実施されず、それ以外の病院では4.8%程度の実施率と推測されている(図3)<sup>7)</sup>。実際、日本循環器学会認定循環器専門医研修施設526施設における急性心筋梗塞症の診療状況の調査でも、92%の施設が緊急冠動脈形成術も可能と答えているが、心リハの施設認定病院は12%にとどま

榊原記念病院

183-0003 東京都府中市朝日町 3-16-1

E-mail: hitoh@shi.heart.or.jp

表1 心臓リハビリテーションの定義.

|                 |
|-----------------|
| 1) 医学的な評価       |
| 2) 運動処方         |
| 3) 冠危険因子の是正     |
| 4) 教育およびカウンセリング |

以上からなる, 長期にわたる包括的なプログラム. 米国公衆衛生局 (1995, U.S. Public Health Service).

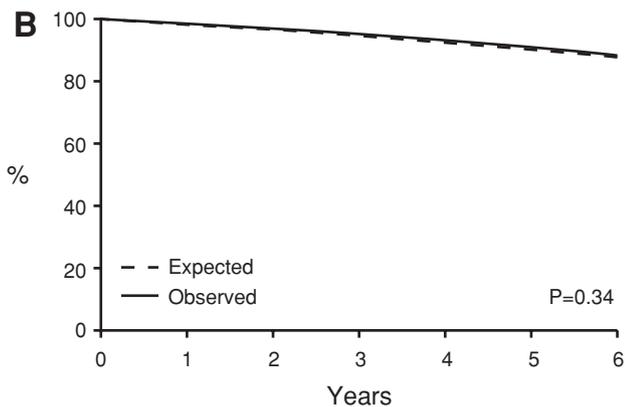
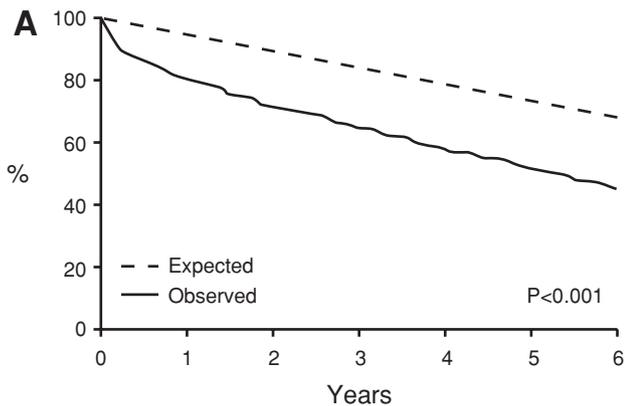


図1 心リハを行わなかった例 (A: 45%) と行った例 (B: 55%) との生命予後比較. ミネソタ州オルムステッド郡の心筋梗塞患者 1,821 例を対象とし, 6.6 ± 4.6 年観察. その結果, 心リハにより死亡は 56% 減少, 再発は 28% 減少した.

り, 運動負荷試験などの検査に基づく運動処方を作成している施設は 16% と極めて少ない<sup>8)</sup>. この原因の一つとして, 同調査では年間の急性心筋梗塞受入数は平均 48 ± 47 例 (中央値 35 例) でさほど多くなく, これでは後述する施設認定要件, たとえば「専従コメディカル 2 名 (1 名は専任でも可)」を満たすことは経済的に不可能である.

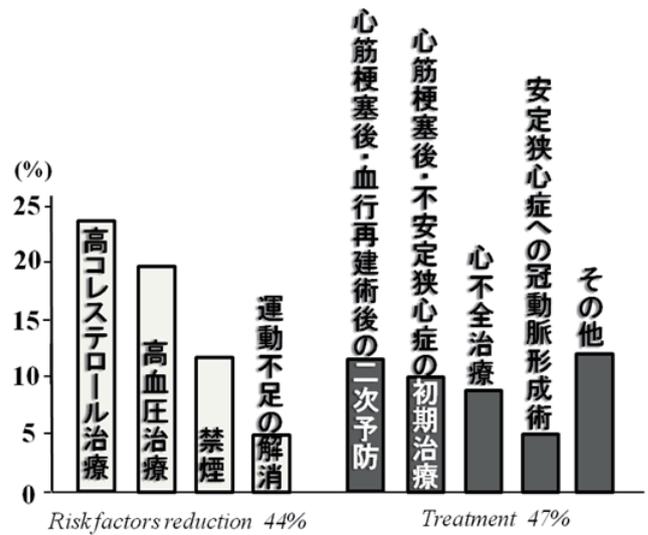


図2 冠動脈疾患による死亡減少に対する効果 (文献 6 より). 米国では 1980 年から 2000 年の間に冠動脈疾患による死亡が人口 10 万人あたり 542.9 人から 266.8 人に減少した. それに対する寄与率は冠動脈危険因子の是正が 44%, 心筋梗塞または血行再建術後の二次予防を含む治療が 47% であった. さらに治療の中で最も効果があったのは二次予防が 11% を占めた.

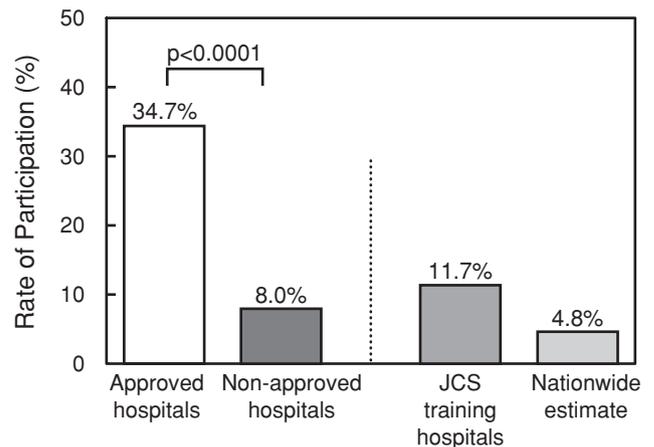


図3 本邦での心臓リハビリテーション実施頻度<sup>7)</sup>. 心リハ施設認定をとり診療報酬が算定できる施設でも, 心筋梗塞に対するリハビリ実施率は 34.7% と低く, 施設認定のない施設では 8% である. また, 循環器専門医研修施設においても実施率は 11.7% と低く, それ以外の病院では 5% に満たない. これは入院中の回復期リハであり, 外来の通院リハはほとんど行われていない.

#### 4. 心リハの診療報酬の変遷 (表 2)

心リハに対する診療報酬は 1988 年に急性心筋梗塞後に 3 カ月間, 1 回 335 点が認められたのが始まりである. その後学会関係者の努力と行政担当者の理解により, 少しずつ改善され, 平成 18 年には適応疾患も心筋梗塞・狭心症・開心

術後・大血管疾患・閉塞性動脈硬化症・心不全の4疾患と2つの病態に対して認められた。しかし、平成18年の改定では「疾患別リハビリテーション」の名の下に、施設認定要件が変更されたために大混乱が生じた。

## 5. 平成18年改定の影響

平成18年改定は、算定日数の短縮などで、心リハのみならず他のリハビリ分野でも大きな問題となったことは記憶に新しい。心リハ関係では6カ月の算定期間が5カ月に短縮されたこともさることながら、今までなかった機能訓練室の面積要件やコメディカルの人数増加と専従要件が加わったために、心疾患リハビリテーション料が算定できた認定施設のうち、大学病院や地域の基幹病院など大きな病院を中心に60施設以上が心大血管リハ施設の申請をあきらめた（日本心臓リハビリテーション学会診療報酬対策委員会調査）。従ってこれらの施設で行われていた、入院350人/日、外来160人/日のリハビリが中止されたと推測される。なお、中医協により平成18年度診療報酬改定の検証作業が平成19年に行われたが、この対象となった施設はその時点で心大血管リハの施設認定を受けているところだけであり、平成18年改定により施設認定を取れなくなったところは含まれていないことを指摘しておきたい。

## 6. 平成20年度改定（表3）

上記の点をふまえ、平成20年度改定に向けて日本心臓リハビリテーション学会、日本循環器学会、循環器関連健保対策協議会を中心に、厚生労働省に改善の要望を行った。

### A) 施設認定基準：機能訓練室

機能訓練室の面積は心疾患リハビリテーション料の時にはなかったものであり、本来不要なものであるが、平成18年の改定で入ってしまったため、それ自体は認めざるを得なかった。面積の緩和については、要望通り病院30m<sup>2</sup>、診療所20m<sup>2</sup>、同時施行患者一人あたり3m<sup>2</sup>以上と緩和する要望は認められた。機能訓練室に備えるべき機器は、Holter心電図は削除し、運動負荷試験装置も院内にあれば可と要望通りとなった。

### B) 施設認定基準：コメディカルの要件

平成18年度改定で、施設Iのコメディカルスタッフは「専従の理学療法士または看護師2名」、施設IIは「同1名」となった。これにより、多くの施設が心リハを行えなくなった

表2 心大血管リハビリテーション診療報酬の歴史。

|   |  |
|---|--|
| 1988年   | 心疾患理学療法料算定<br>急性心筋梗塞のみ、3カ月間、335点   |
| 1992年   | 心疾患リハビリテーション料、480点   |
| 1994年   | 480点→490点（1時間程度）   |
| 1996年   | 適用疾患拡大、490点→530点<br>急性心筋梗塞、狭心症、開心術後<br>期間延長：3カ月⇒6カ月                          |
| 1998年   | 530点→550点  |
| 2004年   | 心リハ施設認定基準緩和  |
| 2006年   | 心大血管リハビリテーション料<br>1単位（20分）250点、最大6単位<br>適応疾患追加、心不全・大動脈疾患・ASO<br>期間短縮：6カ月⇒5カ月 |
| 施設認定要件の改善：面積要件追加、コメディカル要件の強化→「疾患別リハビリテーション」導入による大混乱 |  |

ため、平成16年の改定時に戻し、専任1名とするよう強く要望したが受け入れられず、施設IIはそのまま、施設Iは「そのうち1名は専任でも可」となった。また、心大血管リハだけにあり、他のリハビリでは認められている、専従理学療法士の他のリハの兼任を禁止している点も変更できなかった。

### C) 施設認定基準：医師の要件

施設Iの専任医師は循環器内科や心臓血管外科医でなくても、心大血管リハの経験があれば可と要望が認められたが、施設IIが循環器科または心臓血管外科を有する条件は外せなかった。

### D) 診療報酬算定要件

心大血管リハは日本心臓リハビリテーション学会のガイドラインに準拠して行うことで安全性は担保できるとの考え方から、医師の直接監視は必ずしも必要でなくなった。コメディカルについては、施設Iでの患者の同時扱い制限の撤廃を求め、それが不可能であれば同時施行人数の増加に伴って追加される専任のコメディカルの職種として、臨床検査技師と管理栄養士を要望したがいずれも認められなかった。施設IIでの「看護師と患者が1対1で行った場合に限り算定」という記載は「外来患者8名、入院患者5名程度」と集団療法が認められた。

算定期間は180日に戻すよう要望したが認められなかった。ただし150日を超える症例については医師が必要と認められれば13単位/月のリハが認められ、点数の通減制は廃止され

表3 平成20年度改定による心大血管リハビリテーションの施設認定と診療報酬算定要件.

| 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰに関する施設基準   | 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱに関する施設基準   |
|---|---|
| <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科または心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が<b>1名以上</b>勤務していること。</p>   | <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科または心臓血管外科を担当する常勤医師または心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が<b>1名以上</b>勤務していること。</p> |
| <p>(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およ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また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<b>2名以上</b>勤務していること。ただし、いずれか一方は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないこと。</p>  | <p>(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理学療法士または看護師のいずれか<b>1名以上</b>が勤務していること。ただし、専従者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないこと。</p>                |
| <p>(3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については<b>30平方メートル以上</b>、診療所については<b>20平方メートル以上</b>であること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できないが、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。</p>   | 同左  |
| <p>(4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。</p>  | 同左  |
| <p>ア. 酸素供給装置</p>  |   |
| <p>イ. 除細動器</p>  |   |
| <p>ウ. 心電図モニター装置</p>   |   |
| <p>エ. トレッドミルまたはエルゴメータ</p>   |   |
| <p>オ. 血圧計</p>   |   |
| <p>カ. 救急カート<br/>また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること</p>  |   |
| <p>キ. 運動負荷試験装置</p>  |   |
| <p>(5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。</p>   | 同左  |
| <p>(6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。</p>  | 同左  |
| <p>(7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科または心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。</p>   | 同左  |
| <p>(8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料または特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。</p>  | 同左  |
| <p><b>1. 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ（1単位）200点</b></p>   | <p><b>2. 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ（1単位）100点</b></p>   |
| <p><b>注1</b> 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保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が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、当該基準に係る区分に従って、<b>治療開始日から150日以内</b>に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続すること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その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> | 同左  |

|  |           |
|--|-----------|
| 注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。   | 同左        |
| 注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。  | 同左        |
| <b>心大血管疾患リハビリテーション料</b>  | <b>同左</b> |
| (1) 心大血管疾患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保険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等を図るために、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」[Circ J 2002; 66 (Suppl. 4): 1194]に基づいて実施すること。   | 同左        |
| (2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であつて、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。  | 同左        |
| ア. 急性発症した心大血管疾患または心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。  |           |
| イ. 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下および日常生活能力の低下を来している患者とは、  |           |
| (イ) 慢性心不全であつて、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）が80 pg/mL以上の状態のもの   |           |
| (ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であつて、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。   |           |
| (3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間（3単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週3時間（9単位）を標準とする。   | 同左        |
| (4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、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と。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1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、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人程度とする。 | 同左        |
| (5) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分番号D208に掲げる心電図検査、区分番号D209に掲げる負荷心電図検査及び区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。   | 同左        |
| (6) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八（第一号 第二号）に掲げる患者であつて、別表第九の九（第一号 第二号）に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。  | 同左        |
| ア. 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必   | 同左        |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。   | 同左                      |
| イ. 特掲診療料の施設基準等別表第九の八（第一号 第二号）に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。  | 同左                      |
| (7) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。  | 同左                      |
| (8) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。  | 同左                      |
| (9) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。   | 同左                      |
| <b>リハビリテーション総合計画評価料 300点</b>  | リハビリテーション総合計画評価料は算定できない |
| <b>注</b> 心大血管疾患リハビリテーション料1、脳血管疾患等リハビリテーション料1、脳血管疾患等リハビリテーション料2、運動器リハビリテーション料1または呼吸器リハビリテーション料1に係る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保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器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回を限度として算定する。 | 算定できない                  |
| <b>リハビリテーション総合計画評価料</b>   |                         |
| (1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察および運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。  | 算定できない                  |
| (2) 医師およびその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23または別紙様式23の2もしくはこれに準じた様式）を作成し、その内容を患者に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。   | 算定できない                  |
| <b>早期リハビリテーション加算 30点（1単位につき）</b>  |                         |
| 入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。  | 同左                      |
| <b>退院時リハビリテーション指導料 300点</b>   |                         |
| <b>注</b> 患者の退院時に当該患者またはその家族に対して、退院後の在宅での基本的動作能力もしくは応用的動作能力または社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。   | 同左                      |
| <b>標準的算定日数超える場合</b>   |                         |
| (1) 標準的算定日数を超えて1月13単位以内の算定患者<br>患者に対して、必要があつて標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できる。  | 同左                      |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>(2) 日数制限除外規定該当（第九の九第一号患者）</b><br/>                 標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合、（標準的リハビリテーション実施日数を超え1カ月当たり13単位に限り算定した場合を除き）、<b>治療を継続すること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</b></p>   | 同左  |
| <p>（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日およびその後1カ月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者または家族に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。</p>  | 同左  |
| <p>当該リハビリテーション実施計画書は、</p>  | 同左  |
| <p>1. これまでのリハビリテーションの実施状況（期間および内容）</p>   |   |
| <p>2. 前月の状態との比較をした当月の患者の状態</p>   |   |
| <p>3. 将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間</p>  |   |
| <p>4. 機能的自立度評価法（FIM）、Barthel Index（BI）、関節の可動域、歩行速度および運動耐用量などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。</p>   |   |
| <p><b>(3) 日数制限除外規定該当（第九の九第二号）</b><br/>                 標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合、（標準的リハビリテーション実施日数を超え1カ月当たり13単位に限り算定した場合を除き）状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日およびその後3カ月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者または家族に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。</p> | <p><b>(3) 日数制限除外規定該当（第九の九第二号）</b><br/>                 同左</p> |
| <p>当該リハビリテーション実施計画書は、</p>  |   |
| <p>1. これまでのリハビリテーションの実施状況（期間および内容）、</p>  |   |
| <p>2. 前月の状態とを比較した当月の患者の状態</p>  |   |
| <p>3. 今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること</p>   |   |
| <p><b>日数制限除外規定</b></p>   | 同左  |
| <p>別表第九の八第一号に規定され、治療を継続すること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は、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できる</p>   | 同左  |
| <p><b>別表第九の八第一号（該当部分）</b></p>  |   |
| <p>心筋梗塞の患者、狭心症の患者、心大血管疾患リハの対象患者（別表第九の四）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者</p>  | 同左  |
| <p><b>別表第九の四</b></p>   |   |
| <p>・急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患またはその手術後の患者<br/>                 ・慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下および日常生活能力の低下を来している患者</p>   | 同左  |

た。また、医学的改善が見込まれ、医師が必要と判断すれば150日を超える症例であっても標準的算定日数内と同じ算定が可能となった。また、入院中の患者でリハ開始後1カ月

以内は早期リハ加算（30点/単位）が認められたが、「個別療法」という記載が残った。

## E) 運動負荷試験, 運動処方

安全で効果的な運動療法に不可欠の運動処方箋作製に対する報酬は認められなかった。また、原価に比し極端に点数が低いトレッドミル(エルゴメータ)負荷試験については、わずかであるが100点加算され800点となった。しかし、運動処方や心不全の評価に有用な心肺運動負荷試験の点数はトレッドミルに含まれたままで、評価されなかった。

## 7. 平成22年度改定への要望

次回改定に向けて、疾患別リハビリテーションといたいがら、たとえば「疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合のみ算定するものであり・・・」のように心大血管心臓リハと整合しない記述が残っており、これらは修正が必要である。また、今回認められなかったコメディカルの専従要件緩和、専任となれる職種の追加など、実情に即した対応を求めたい。特に心肺運動負荷試験を正當に評価してもらうことや運動処方箋料を新設することを要望する。同時に施設IIの循環器内科または心臓血管外科の標榜要件を、平成16年改定時と同様、心不全、運動誘発性虚血や危険な不整脈など、不安定な状態の患者は行わないことを条件に撤廃すること、および採算性を無視した100点/単位という点数をせめて150点/単位とすることなどを要望する予定である。

## 終わりに

本邦においては、医学的、医療経済的に有効性が確立している心リハの普及率は極めて低く、これを改善することが国民にとって極めて有益であると確信するものである。その

ためには医療従事者からの情報の発信と行政担当者の理解が不可欠であろう。

## 文 献

- 1) Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, Killian JM, Meverden RA, Allison TG, Reeder GS, Roger VL. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *JACC* 2004; 44: 988-996.
- 2) Hambrecht R, Walther A, Möbius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K, Erbs S, Kluge R, Kendziorra K, Sabri O, Sick P, Schuler G. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease. A randomized trial. *Circulation* 2004; 109: 1371-1378.
- 3) Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, Purcaro. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: Effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation* 1999; 99: 1173-1182.
- 4) ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trial in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328: 189-192.
- 5) Ades PA, Huang D, Weaver SO. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs. *Am Heart J* 1992; 123: 916-921.
- 6) Ford ES, Ajani UA., Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388-2398.
- 7) Goto Y, Itoh H, Adachi H, Ueshima K, Nohara R. Use of exercise cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in Japan: Comparison between health insurance-approved and non-approved hospitals. *Circ J* 2003; 67: 411-415.
- 8) 後藤葉一, 斎藤宗靖, 岩坂壽二他. 我が国における急性心筋梗塞症回復期心臓リハビリテーションの全国実態調査. *心臓リハビリテーション* 2006; 11: 36-40.