

わたしたちはこう考えます! リハビリ制度の あり方(提言)

京都府理学療法士会・京都府作業療法士会
京都府言語聴覚士会・京都府保険医協会



ーはじめにー 混迷続けるリハビリ制度

診療報酬点数表のリハビリテーションにおける理学療法・作業療法・言語聴覚療法が、2006年4月改定により、疾患別リハビリテーション体系に再編されてから5年が経過した。「リハビリ難民」を生み出すなど、その制度は社会的な批判にさらされながら2007年4月に異例の改定が行われるなどした結果、その仕組みは複雑さを極めた。診療報酬点数表の本体部分である厚生労働大臣による告示はおろか、それを補完する厚生労働省保険局医療課長通知をもっても理解することが困難な内容となっている。

それ故、さらに説明を加える事務連絡(Q&A)が厚生労働省から多数発出されている。現在有効と考えられる事務連絡の数は、実に50件以上にのぼり、疾患別体系に再編される以前とは比較にならないほど増加している(『医科診療報酬Q&A平成13年度版』社会保険研究所 平成13年5月18日に掲載されているQ&Aは28件)。

しかし、これは診療報酬点数表だけの問題にとどまらない。複雑化に至ったその発端は、2000年の介護保険制度成立にさかのぼる。通所リハビリテーションなどが介護報酬として位置付けられ、リハビリテーションが医療保険からの給付と、介護保険からの給付とに、支払う側の都合により分断されたのである。

この分断を明確化するため、疾患別リハビリテーション体系に再編されると同時に導入されたのが算定日数上限(「標準的算定日数」)である。これにより、長期にわたってリハビリテーションが必要にもかかわらず、医療保険から切り離された患者のうち、介護保険1号被保険者でも2号被保険者でもない患者、介護保険によるリハビリテーションを受けたくても利用可能な施設がない患者ーを中心に、「リハビリ難民」が生まれたのである。

さて、介護療養病床は、2018年3月31日までの存続が決定されたが、廃止という方針は撤回されていない。リハビリテーションに限らず、維持期・慢性期が軽視されていると言わざるを得ない。

このような状況を踏まえ、京都府内に活動の拠点を置く、京都府理学療法士会・京都府作業療法士会・京都府言語聴覚士会・京都府保険医協会では、今回リハビリテーション制度のあり方を提言する。本提言は、京都府内で疾患別リハビリテーションを実施する全医療機関を対象に、考え方の基礎となるアンケート調査を行い、その結果を中心に検討。議論を重ねることによりまとめたものである。「必要な患者に必要なリハビリテーションを」の考え方から以下の通り提言し、関係各位に「改正」を要望するものである。

リハビリ制度のあり方(提言)

個別リハビリテーションは「医療保険」から給付される仕組みに

リハビリテーションに主として携わる理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び医師は、福祉や保健の現場に従事することもあるが、すべて「医療」系の国家資格である。我々が行うリハビリテーション業務は、基本的には「医療」なのである。介護保険においてリハビリテーション実施が位置付けられている通所リハビリテーションや介護老人保健施設など、いずれも医師の配置が義務付けられることからも裏付けられる。

よってリハビリテーションは、本来、医療保険から提供されるべきであり、少なくとも個別リハビリテーションは一貫して「医療保険」から給付すべきである。

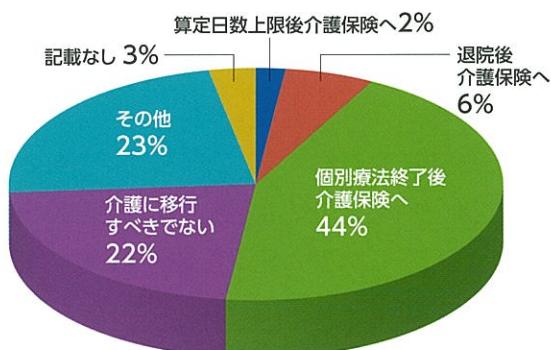
リハビリ中断による機能低下を招かないために維持期・生活期のリハビリテーションは重要である。それを介護保険に担わそうとしているにも関わらず、一方で介護報酬が低いことから、リハビリ資源が思うように増加していない。また、実施時間帯(例えば、通所リハビリテーションの実施時間帯のみ実施可能など)の制限や希望する患者が多数であることから、思うように個別リハビリテーションを提供できない状況になることが多い。介護保険リハビリテー

ションの担当者が一生懸命リハビリテーションを提供しているにも関わらず、患者にとっては、どこで維持期・生活期のリハビリテーションを受けたらよいのかわからない状況なのである。

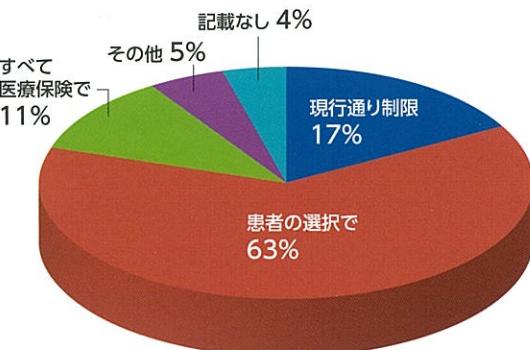
この原因は、リハビリテーションが医療保険と介護保険に分断されていることによる。これを解決するには、抜本的な改定が必要となる。通所リハビリテーションなど各介護報酬の「付属」として設定されている個別リハビリテーション部分を、医療保険から給付される仕組みに変更し、維持期・生活期のリハビリテーションを受ける機会を保障し、費用水準も医療保険と同様にすることが必要である。

この仕組みへの変更に時間を要するのであれば、医療保険と介護保険の給付調整を見直すべきである。同時にリハビリテーションを介護保険の区分支給限度額から外した上で(食事・排泄に係るサービスの利用が優先され、結果としてリハビリが利用できないため)、医療保険並みに介護報酬を引き上げ、患者の選択や地域における状況から必要なりハビリテーションを、医療保険でも介護保険でも給付を受けられるような仕組みに変更すべきである。

維持期リハビリ



医療と介護の給付調整



算定日数上限(「標準的算定日数」)の廃止を

算定日数上限の規定は果たして必要か。まずそれを問いたい。リハビリテーションに携わるものであれば、いや医療に携わるものであれば、同一の疾患であっても、その経過は個人により異なることがわかる。算定日数上限をもって、一律に線引きすることには根拠がないのである。

厚生労働省では、便宜上、算定日数上限後のリハビリテーションを「維持期リハビリテーション」と表現している。急性期か回復期か、あるいは維持期かの判断は、発症日から一律に行うのではなく、個々の患者の状態から判断すべきである。

算定日数上限の規定は、支払う側の都合である。算

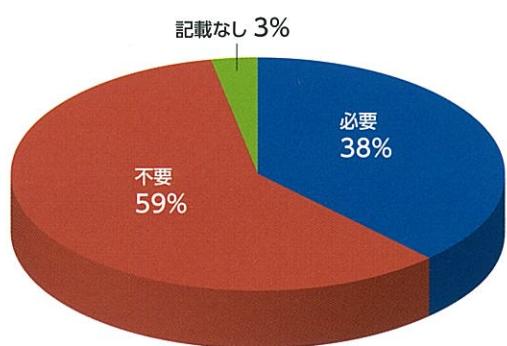
定日数上限後のリハビリテーションは介護保険で給付することを原則化する、そのための数字である。しかし、若年の頭部外傷患者など、介護保険に移行したくても移行できない患者がいるのも事実である。このことからも、リハビリテーションの継続の可否、実施頻度は、リハビリテーション担当者と患者とで決定されるべきである。性悪説に立つことなく、患者と向き合っている現

場に一任すべきではないか。

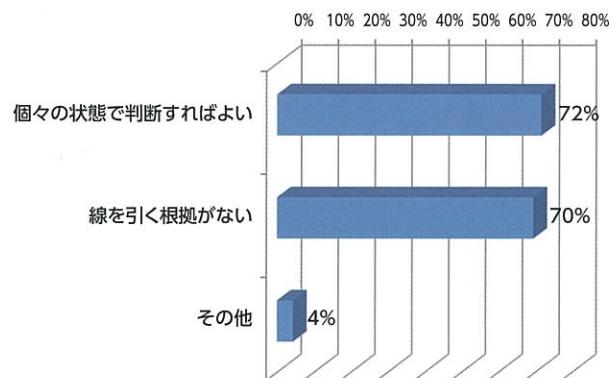
算定日数上限後、必要十分なりハビリテーションを医療保険から提供することは、厳しい条件が加わるもの、現行制度上でも可能である。それならばなおさら「標準的算定日数」にこだわるべきでない。

算定日数上限を廃止するか、算定日数上限を一律に引く根拠を示すか、どちらかの決断をお願いしたい。

算定日数上限は必要か



なぜ算定日数上限は不要か



必要とするならば臨床に即した書類を必要とすること

リハビリテーション実施にあたっては、さまざまな事務作業が求められているのが現状である。それらは、臨床に必要なものか。改めて考えていただきたい。

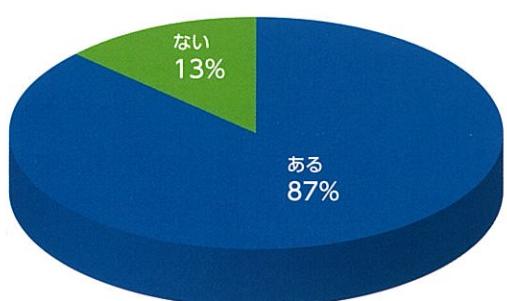
リハビリテーション実施計画や、実施記録(カルテ)、患者評価・記録を行うための各種評価用紙—これらはもちろん必要である。算定日数上限後、月13単位を超えての実施が必要な(改善が期待できる)患者に求められるレセプト記載、廃用症候群評価票—これらは果たして臨床に直結しているのか。診療報酬点数を算定するためだけの書類ではないのか。リハビリテーションが必要であるにも

関わらず、その実施を抑制するために課している書類であれば、廃止していただきたい。

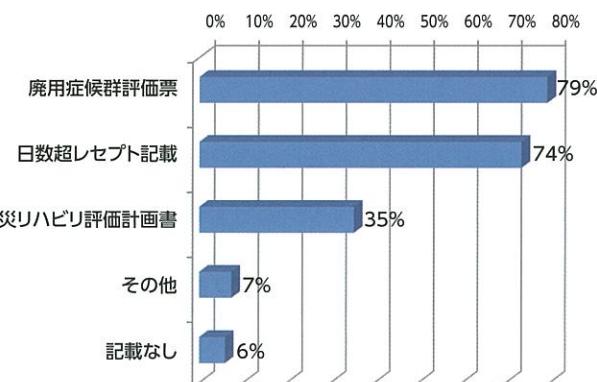
リハビリ担当者に、臨床で必要な事務作業以外は極力課すべきではない。これは、医師や看護師などに対して事務作業を軽減する方向が示されていることの逆を行っている。リハビリ担当者についても、本来のリハビリテーション臨床業務に可能な限り専念させるべきである。

義務として書類を課すのであれば、リハビリテーションの専門家を交えて十分に検討し、臨床に即した内容・頻度に基づく書類の提案をすべきである。

臨床に直接関係のない書類



どのような書類か



疾患別リハビリテーション体系を廃止し、必要なリハビリが提供できる制度とすること

「廃用症候群」によるリハビリテーション実施増加は、疾患別リハビリテーション体系が原因である。疾患別リハビリテーション体系を廃止すれば、廃用症候群に対するリハビリテーションは問題とはならない。疾患別リハビリテーションの問題点を議論せずして「廃用症候群」を目の敵にすべきではない。

リハビリテーションが必要な疾患・障害は、実にさまざまである。理学療法・作業療法・言語聴覚療法が、疾患別リハビリテーション体系に再編されたことで、リハビリテーションの対象となる疾患・障害が縮小されたとは理解していないが(もしそうならば大問題である)、従来の疾患・障害名では、実施が不

可能と捉えられかねなくなったものがある。筋力低下・関節拘縮・吃音・精神遅滞などである。

もちろん前二者についても、寝たきりやさらなる運動機能低下を防ぐためにリハビリテーションが必要である。しかし対象疾患として明記されていないため、多くのケースで「廃用症候群」として実施せざるを得ない—というのが現状である。多くの「廃用症候群」を生み出した原因は、まさに疾患別リハビリテーション体系なのである。

疾患別リハビリテーション体系を廃止し、リハビリテーションを総合的に一本化するか、療法別の体系に戻すかの対応が必要である。

安定した患者については一定期間ごとのリハビリ診察を可能に

リハビリテーションは「医療」であるという見地から、リハビリテーションを行うにあたっては、十分な医学的管理が必要と考える。現に京都府においては、従来から、外来リハビリテーション実施前には医師の診察が必要との理解で運用されてきている。訪問リハビリテーションにおいても、在宅医療を担当する主治医の十分な管理の下、実施されている。

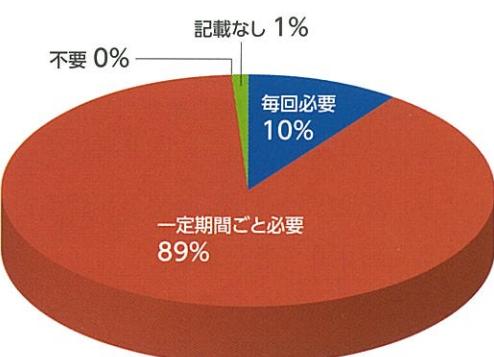
しかし、外来患者については、病態が比較的安定していると考えられる患者も多い。このことから、医師により安定していると医学的に判断できる患者については、リハビリテーションを実施する前ごとに診察が必要とは考えない。患者の状態から推察される一定期間のリハビリテーションに係る診察を、1回の診察により管理・実施することも可能と考える。

一方で、状態の変動や原疾患の再発など、外来患者であるからといってまったく考慮する必要がないわけではない。例えば、外来移行後早期の場合など、比較的不安定な状態と考えられる患者については、従来通り、外来リハビリテーションを実施する前ごとに、診察が必要なケースも存在する。このような場合には、リハビリテーション実施前ごとの診察も認めるべ

きである。

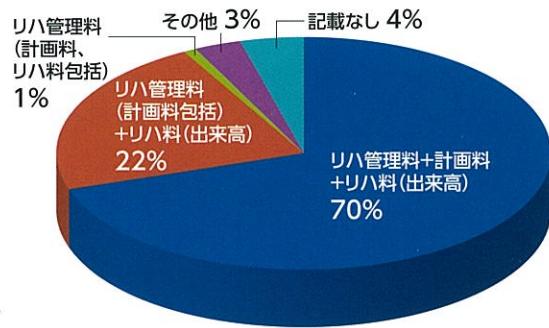
診療報酬の算定方法に関しては、リハビリテーション実施前に診察を行った場合、すべての患者について再診料など基本診療料の算定を従来通り行い、さらに一定期間ごとのリハビリテーション実施管理を行った患者の場合には、それに対する管理料を、診療報酬点数表上別に設定し、算定できるようにすべきである。毎回診察が必要な患者との整合性を図るためにも「管理料」の中に基本診療料部分を包括すべきではないし、リハビリテーション実施料も、すべての患者に対して出来高とすべきである。

リハ前診察

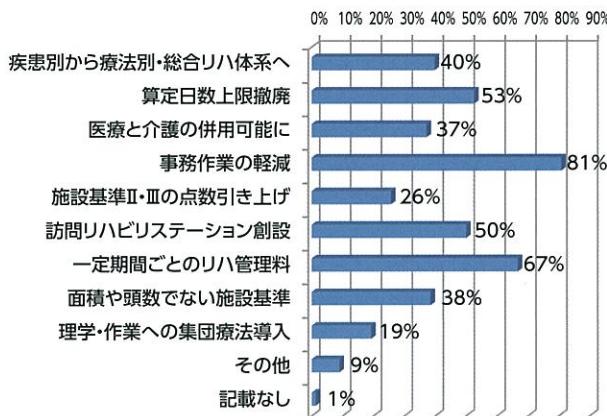


リハビリ制度のあり方(提言)

一定期間ごとのリハ前診察の望ましい点数設定



次回改定で望むこと



患者ニーズに応えられるよう 訪問リハビリテーション資源の拡大を

訪問リハビリテーションへの患者ニーズに対して、その資源の絶対数が不足している。京都府内いずれの地域においても不足しているが、特に都市部以外は顕著であり、早急な資源の拡大が求められている。

ただし、資源拡大にあたっては、患者の利益を第一に考えるべきであり、リハビリテーションは「医療」であるという観点から、リスク管理を中心とした医師の指示・管理下において実施されることが徹底されるべきである。また、数を求める余り、質をないがしろにしてはならない。訪問リハビリテーショ

ンに係る医師・理学療法士・作業療法士及び言語聴覚士への教育システムも同時に充実させるべきである。

なお、訪問リハビリテーションを受ける患者は、外来患者と同様、比較的状態が安定した患者も多い。主治医の判断により、訪問リハビリテーションの指示や、訪問リハビリテーション実施先への依頼文書交付の頻度(医療機関間であれば、月1回必ず診療情報提供書が必要とされている)については、患者の状態に応じた、柔軟な対応を認めるべきである。

少なくとも人件費が確保できるリハビリ報酬を

現行の疾患別リハビリテーション体系において、その施設基準により算定する点数の格差は大きい。施設基準Ⅱ・Ⅲの点数や介護報酬にあたっては、人件費すら確保できない状況である。リハビリテーションを充実させようと思うのであれば、療法士が雇用できる現実的な点数を設定すべきである。

地域のリハビリテーションを支える施設は、大きな専用施設を持ち、多くのセラピストを抱えているとこ

ろばかりではない。小さな施設であっても、当然、しっかりとリハビリテーションは提供されているはずである。患者が必要としている以上、規模の大小で極端な報酬格差を設けるべきではない。

しっかりとリハビリテーションに取り組めるよう配慮した報酬設定を行うことが不可欠であり、それがリハビリテーション実施施設の充実につながる。

－まとめ(わたしたちの願い)－ 必要な患者に必要なりハビリテーションを!

「必要な患者に必要なりハビリテーションを」提供できる制度が必要である。患者の年齢、住んでいる環境の違いによって、必要なリハビリテーションを受ける機会に差を設けてはならない。必要なリハビリテーションを提供することが寝たきりを防止し、長期的な視点では医療費をも「抑制」することができる。

また、リハビリテーション制度を考えるにあたっては、もっとリハビリテーション専門家の意見を取り入れるべ

きであり、検討される各種審議会などにはリハビリテーションの専門家を必ず加えるべきである。

必要な患者に必要なりリハビリテーションが提供でき、リハビリ難民を生み出すことのないようリハビリテーション制度に「改正」していただけるよう、以上のような「提言」を示した。

厚生労働大臣をはじめ厚生労働省においては、「改正」に向け早急に取組んでいただされることを切望する。

本文中のアンケート(京都府理学療法士会・京都府作業療法士会・京都府言語聴覚士会・京都府保険医協会実施)

対 象: 京都府内の疾患別リハビリテーション全届出医療機関

回 収 率: 56%

送 付 数: 140医療機関(病院92、診療所48)

実施期間: 2011(平成23)年2月14日～3月4日

回 収: 78医療機関

団体の紹介



京都府理学療法士会

京都府下に勤務または在住している理学療法士からなる団体。理学療法に関する様々な活動を通して府民の保健・医療・福祉の向上に寄与することを目的としている。会員数約1500名。

<http://www.kpta.jp/>

京都府作業療法士会

ひとは作業をすることで元気になれる。作業療法士は豊かな生活づくりをお手伝いします。会員数約750名。

<http://www.h3.dion.ne.jp/~kot/>

京都府言語聴覚士会

京都府下で「聞こえ」「ことば」「高次脳機能」「摂食・嚥下」に障害を抱える方を支援する専門職・言語聴覚士の団体。医療分野はもちろん、教育・福祉分野でも活躍している。会員数約210名。

<http://www.eonet.ne.jp/~rst-kyoto/>

京都府保険医協会

京都府内の保険医(保険診療を行う医師)からなる団体。保険診療の向上を目指してさまざまな活動を行っている。会員数約2500名。

<http://www.healthnet.jp/>

京都府保険医協会

〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七觀音町637 カーニープレイス四条烏丸6F

Tel.075-212-8877 Fax.075-212-0707

Email:info@hokeni.jp

本パンフレットに
関する
お問い合わせ先

2011(平成23)年10月発行