

2015年11月17日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

京都府理学療法士会会長 並河 茂  
京都府作業療法士会会長 平山 聡  
京都府言語聴覚士会会長 瀧澤 透  
京都府保険医協会理事長 垣田 さち子

## 次回改定に向けたリハビリテーション点数に関する要望書

謹啓

貴職におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、リハビリテーション点数は2014年4月改定より、要介護者の外来維持期リハの算定が延長されたり、廃用症候群に対するリハビリテーションの取り扱いが変更されたりするなど多くの改定点がありました。改定前の2013年12月には、改定によって問題が起こることが懸念される点等について要望書を提出致しましたが、改定後のこの1年半の間に、やはり懸念された問題が起こってきております。

については、新たに2016年の次回改定に向けたリハビリテーション点数に関する要望として、下記の通り要望いたします。

謹白

記

### 1. 要介護者の外来維持期リハの算定打ち切りを中止もしくは延期すること

外来の維持期リハを実施している要介護者が、来年3月末までにすべて介護保険の通所リハ等に移行することが現実的でないことは、2年前からさほど変わっていないと考えます。また4月以降については、事前に要介護認定を受けたがゆえに、状態の改善が期待できると医学的に判断ができなくなった途端に、医療保険のリハビリテーションが算定できなくなってしまいます。

その際、介護保険のリハビリテーションに移行できない場合はリハビリテーションを受けられない期間が生じることになります。現在給付調整通知において、疾患別リハビリテーションが終了する日前の2月間については、介護保険のリハビリテーションとの併用が認められていますが、これは維持期リハを受けることを念頭に置いた考え方かと思えます。維持期リハを受けることができなくなると、急性期リハを実施しながら介護保険のリハビリテーションとの併用を考える必要があり、実質的には併用規定は有名無実化すると考えられます。

このように、維持期リハの継続が認められなくなると、リハビリに空白が生じる可能性があり、そのため要介護認定を受けること自体も敬遠される恐れがあります。今回の措置は、医療と介護のリハビリの役割分担を更に進めるための施策と思いますが、4月以降即介護保険のリハビリテーションに切り替えなどいけない制度としてしまうことは、かえってその役割分担を阻害するものになると考えます。

以上から、次回改定時には、要介護者の外来維持期リハの算定打ち切りの中止、もしくは延期することを求めます。

## 2. リハビリテーションが必要に応じて実施できる体系にあらためること

1) 廃用症候群の患者さんに対するリハビリテーションが以下の理由で認められない事例が発生しています。是非あらためて下さい。

- ・「廃用症候群の場合」は外科手術又は肺炎等の治療時の安静によるものとされています。これについて疾患等は特に限定せず治療時の安静による廃用症候群であれば、対象となると解釈されているかと思えます。一方、治療時の安静によるものでなくても、廃用症候群となりリハビリテーションが必要となる状態があります（蜂窩織炎等の皮膚疾患、整形外科的な慢性疾患、内科的疾患等が背景にあり全身状態が悪化したケース）。現場ではこれらについても廃用症候群に対するリハビリテーションとして介入をしますが、病名より治療時の安静によるものではないと判断され算定が認められない事例があります。これは、「廃用症候群の場合」が「治療時の安静によるもの」とされているために起こってくる問題ではありますが、根本的には疾患別リハビリテーション体系であるがゆえに、どうしてもそこから漏れてしまう疾患が生じてしまう問題です。
- ・前回改定において、「廃用症候群の場合」の対象患者について、心大血管疾患リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、障害児者リハ、がん患者リハの対象疾患は除くとされました。これにより除外するとされたリハビリテーション料の対象疾患が原疾患となっている「廃用症候群の場合」の算定が認められない事例が発生しています。多くの医療機関にとって、対象疾患に応じた施設基準を届け出ていくことは現実的ではありません。がん患者リハについては、いくつか疑義解釈が示されていますが、やはり「廃用症候群のリハとがん患者リハの双方が必要な場合、がん患者リハが優先され廃用症候群のリハが算定できない」とされています。しかし、リハビリテーションは患者さんの状態等を勘案して、最も適切な項目を選択して実施すべきものであり、がん患者さんであっても、廃用症候群のリハビリテーションが算定できて然るべきではないのでしょうか。少なくともがん患者リハビリテーション創設前においては、廃用症候群のリハビリが必要な場合は廃用症候群のリハビリで算定されていたはずですが、また、言語聴覚士が従事者として規定のない心大血管疾患リハ、運動器リハ、呼吸器リハ対象疾患にとまなう廃用症候群に

は、言語聴覚士が介入できないことも大きな問題です。

以上、前回改定を受けて、廃用症候群の患者さんへのリハビリが十分に行えない状況は、より深まっています。リハビリを受けることができず不利益を被っているのは患者さんであり、早急に改善をお願いします。

2) 認知症患者さんに対するリハビリテーションが十分に行えません。是非あらためて下さい。

- ・前回改定で認知症患者リハビリテーション料が設定されました。しかしながら算定できる条件が限られているため、実際にリハビリテーションを必要とする認知症患者さんの多くに対しては、実施ができません。医療機関には認知症のある患者さんが様々な理由で入院されます。入院中も認知症に対するアプローチを継続するためにリハビリテーションを実施しますが、疾患別リハビリテーション料の対象疾患ではないため、算定が認められない現状があります。退院後も、介護保険においては一定の対応がなされていますが、受け入れ可能な事業所はまだ少なく、利用者のニーズには追いついていません。是非制度を拡充し、多くの認知症患者さんに必要なリハビリテーションを行えるようにしてください。

3) 屋外訓練を行えることと、専従者が家屋評価を行えることを明確化して下さい。

- ・在宅復帰を目標に訓練を進める上で、実際の日常生活に即した訓練を行うことは非常に重要です。平成 27 年の介護報酬改定では、訪問リハビリテーションにおいて買い物や公共交通機関の乗降などの居宅外での訓練について、通所リハビリテーションにおいて屋外での訓練について、それぞれ実施できることが明記されました。リハビリテーションマネジメント加算においては、従事者が居宅に訪問し助言等を行うことが定められています。一方で、診療報酬においては、疾患別リハビリテーション料、回復期リハビリテーション料、地域包括ケア入院料等の施設基準上の専従者が家屋評価のために業務時間中に医療機関を離れることについて、実施できるかどうかは明確ではありません。また、医療機関を離れて訓練を行うことについても、実施できるかどうか明確ではありません。是非、介護報酬のように告示・通知上明記いただき、屋外での訓練が行えることと、施設基準の専従者であっても家屋評価を行えることを明確化して下さい。

### 3. 摂食機能療法の対象疾患を限定しないこと

摂食機能療法の対象となる摂食機能障害とは、「発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症」によるものとされています。しかし摂食機能障害は誤嚥性肺炎等規定された疾患以外でも生じうるものです。それが近年、規定された疾患以外の疾患を原因とする摂食機能障害について、摂食機能療法の算定が認められない事例が発生しています。このように、点数表上の規定に厳格に取り扱いが行われてしまうことで、摂食機能療法を必要とする患者さんに十分にアプローチができない状

況に陥っています。早急に改善をお願いします。

#### 4. 急性期・回復期リハビリ後の継続したリハビリテーションの保障を

急性期や回復期におけるリハビリテーションは、その重要性から診療報酬上の評価も引き上げられ、結果多くの医療資源が集中的に投入されています。しかしそのことが、急性期・回復期では効果的なリハビリを受けることができるのに、退院後自宅に帰ってしまうと十分なリハビリが受けられないという、リハビリに格差を生じる結果になっています。せっかく集中的なリハビリで回復した機能が、提供体制が不十分であるがゆえに維持できない事態につながっています。

外来で医療保険のリハビリを継続するにしても、維持期リハの算定単位数制限があります。通所リハについてはまだまだ療法士の配置は十分ではなく、加えて26年改定で個別リハの加算がなくなり、必要に応じた個別リハが実施される保障もありません。

このように、地域におけるリハビリテーション提供体制は未だ不十分であり、今後の地域包括ケア体制構築に向けても大きな課題が残されていると言わざるを得ません。急性期・回復期リハビリ後の継続したリハビリテーションを保障するために、医療保険・介護保険双方において必要なリハビリテーションが受けられる制度の実現を求めます。

#### 5. リハビリテーション料は出来高で算定できるように

2014年改定で新設された地域包括ケア病棟入院料・同入院医療管理料では、施設基準上リハビリテーションの提供が求められるにもかかわらず、リハビリテーション料が包括される評価が導入されました。原則的には、診療報酬は出来高算定が基本であり、当然リハビリテーション料も出来高算定できるべきと考えます。また、このリハビリテーション料の包括化が他の入院料にも広がることも懸念します。例え同じ入院料を算定する医療機関同士であっても、それぞれの持ち味や特色は異なります。包括化はリハビリテーションに力を入れている医療機関や従事者のやる気を削ぎ、提供体制の縮小などに繋がって結果的に不利益を被るのは患者さんとなるでしょう。

今後においても、地域包括ケア病棟入院料も含めて、リハビリテーション料は出来高算定できるように求めます。

以上