

2017年10月31日

厚生労働大臣 加藤 勝信 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 関 道子
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はこの間の診療報酬改定において重点項目として位置づけられ、特に次回改定は医療介護同時改定であり、今年度早々に開催された中医協と介護給付費分科会の意見交換会や中医協総会での第2ラウンド議論の始めにも維持期リハの取扱いなどが議論になりました。

介護保険法が施行されて以降、リハビリテーションにおける医療と介護の役割分担が既定路線として進められて来たわけですが、それが医療者・患者さん双方が望むリハビリテーション医療の実現に資するものであったかどうかについては、大いに疑問があります。むしろ、改定の度に煩雑になる算定要件など、現場では文書作成や管理にかかる労力が増すばかりで本来のリハビリテーションの提供に専念できなくなっています。

それを踏まえて、現状の介護保険への移行推進を前提としたリハビリテーション改定に対する懸念、そして日々リハビリ医療を提供している現場の従事者からの切実な願いから、2018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. 急性期・回復期・生活期を通じて継続的で必要十分なりハビリの保障を

医療機能分化の推進に伴って、急性期・回復期・生活期それぞれのリハビリが、医療機関をまたいで行われること普通となっています。それぞれの機能に応じて専門特化することに有用性があることは事実と思いますが、一方でリハビリテーションの連続性が十分に保てない事態も起こってきています。例えば、急性期病院から早期に転院してきたが、まだ治療が必要で回復期リハビリテーション病棟から再転院させる必要が生じたり、受け入れたものの治療を優先するためにすぐにリハビリが開始できな

いケースがあることなどです。

また、維持期リハビリになったとたん月 13 単位の算定となるという「リハビリの崖」とも言うべき事態に直面するため、その後の生活期リハビリがどうしても不十分になってしまいます。その結果、せつかく回復した機能を維持できないということも起こっています。介護保険へ移行した場合であっても、必ずしもしっかりと機能が維持できるリハビリテーションが提供できる体制とはなっていないと考えます。介護保険のリハビリテーションにまで、そこから卒業するような考え方が導入されていますが、リハビリテーションは常に患者さんの自立した生活の実現に資する制度であるべきであり、生活期にこそ積極的なリハビリテーションが欠かせないこともあるはずで

す。
急性期・回復期・生活期を通じて継続的で必要十分なリハビリテーションが保障される制度の実現を求めます。

2. 要介護者の外来維持期リハの算定打ち切りを中止した上で、維持期リハビリの介護保険への移行推進をやめること

維持期リハビリテーションについては、2015 年の検証調査結果による「介護保険のリハビリへの移行が困難と見込まれる理由」のグラフにおいて、病院、診療所とも「心理的抵抗感が大きい」のパーセンテージよりも、「医学的に必要なリハビリが提供できないと考えるから」、「通所リハのリハビリの質が不明」、「介護のリハでは患者の医学的リスクに対応できない」との解答を合わせたパーセントの方が遙かに大きく、また近隣で提供できる施設がないとの回答もそれぞれ 2 割程度の回答となっていました。

2017 年の検証調査においても前述の内容はあらためて調査されていますが、前回同様に調査結果で出された結果を真摯に受け止めていただき、要介護者の維持期リハビリテーションの算定打ち切りは中止することを求めます。

加えて、要介護者の維持期リハビリテーションの点数を大幅に減額する規定と、通所リハビリテーションの実績がなければ更に減額する規定、および目標設定等支援・管理料を算定していないとリハビリテーション料を減算する規定は、まったく医学的根拠がなく、経済的動機づけだけで維持期リハビリテーションを介護保険に移行させようとする施策であり、容認できません。そういった誘導のための点数は廃止するとともに、維持期リハビリの介護保険への移行推進自体をやめて下さい。

3. 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

前回、廃用症候群リハビリテーション料が脳血管疾患等リハビリテーション料から独立しました。このことによって、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」という対象の限定がなくなることを期待しましたが、「急性疾患等に伴う安静（治療の有無は問わない）による廃用症候群」という表現となり、急性疾患等という限定

は残る規定となりました。これにより、従来から問題となっている急性疾患とは判断しにくいケースから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（蜂窩織炎等の皮膚疾患、整形外科的な慢性疾患、内科的疾患が背景にあり全身状態が悪化したケース等）について、算定が認められない事態が続いています。

また、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。入院中も必要に応じて認知症に対する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。入院中の認知症悪化を防ぐために、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。同様の疾患に糖尿病があります。適切な運動処方が必要ですが、現状は対象外疾患です。

これらの問題は、それぞれの各リハビリテーション料の規定に起因する問題ではありますが、リハビリテーション料が疾患別報酬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というところにも根源的な要因があります。

是非、リハビリテーションが必要に応じて実施できるよう、各リハビリテーション料の見直しや、疾患別報酬体系の見直しを行って下さい。

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料のアウトカム評価は廃止を

2016年改定で回復期リハビリテーション病棟入院料では、アウトカム評価が導入され、一定以上の成果が認められなければ1日6単位を超えるリハビリテーション料が包括されることになりました。

関係団体の調査では、その結果リハビリテーション料が包括になった医療機関はごくわずかという結果もありましたが、かといって指標をクリアすることは必ずしも容易ではない実態があります。

例えば、回復期リハビリテーションを要する状態（別表第9）の2の患者さんは、入院日数が上限の90日に近くなることが多く、入院日数の短縮による実績指数の改善が見込みにくい側面があります。3の廃用症候群の患者さんの中には十分にFIMの改善が見込めないこともあります。その結果、そういった患者さんを積極的に受け入れている医療機関ほど、実績指数を満たせなくなる可能性が高くなっており、スムーズな患者受入に支障が出かねない事態となっています。

回復期リハビリテーション病院が機能することは地域連携の要です。それをアウトカム評価の導入が阻害をしています。積極的に地域における医療機能を果たそうとしている医療機関の努力が報われる制度であるべきであり、このような矛盾をもたらしているアウトカム評価については、廃止を求めます。

5. 身体障害者手帳を交付された人にも難病患者リハビリテーション料が算定できるようにすること

難病患者リハビリテーション料は点数創設当初から身体障害者手帳を交付された場合に算定ができないとされています。これは、手帳交付によって障害者福祉サービスが利用できるようになるため医療と福祉の給付を調整する意味合いから規定されていると考えます。現在の障害者福祉サービスでは自立訓練（機能訓練）が該当すると思われませんが、例えば京都市内で当該サービスを提供している事業所は2か所であり、加えてそれぞれ施設の特徴から高次脳機能障害と視覚障害に対象者が限定されており、それ以外の難病患者さんについては手帳取得後のリハビリの受け皿がありません。地域で生活する難病患者さんへのリハビリテーションを保障するために、身体障害者手帳を交付された人にも難病患者リハビリテーション料が算定できるようにして下さい。

6. 疾患別リハビリテーション料等において、複数のセラピストが同時に実施することを評価した加算点数を新設すること

リハビリテーションは1対1で行う個別訓練が基本ですが、患者さんの特性等から1人の患者に複数のセラピストが同時に関わり訓練を行う場合があります。

カテーテルやルート、場合によっては酸素が入っている患者さんへの早期介入時では、逆に1対1で関わることはリスクが高く、医療安全上の懸念もあります。

現行では複数のセラピストが同時に訓練を行っても1人分の点数しか算定できないので、複数で行った場合の人件費等に見合った評価が必要と考えます。

7. 疾患別リハビリテーション料等において、休日もリハビリテーションが提供できる体制を評価した「休日体制加算」を新設すること

昨今は365日リハビリテーションを提供する体制が充実しつつあります。しかし、休日の場合、平日よりもさらに人件費が必要です。従って、回復期リハビリテーション病棟で評価しているように、疾患別リハビリテーション料等においても休日の体制を評価する必要があると考えます。

8. 臨床に直接関係のない請求事務をすべて廃止し、臨床に専念できる点数とすること。

算定日数上限除外対象患者に対する疾患別リハビリテーションを継続する際に、「改善の見込み」を明細書に記載することが求められています。また廃用症候群リハビリテーションの算定にあたっては廃用症候群に係る評価表の明細書への添付が求められています。こうした患者の病態に応じたきめ細かなリハビリテーションの提供を適切に実施する上でも、このような臨床に直接関係のない請求事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる環境を整えるべきです。

9. 各リハビリテーション料の施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）のように人件費も賄えない

点数は引き上げること。

脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）や呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準にも理学療法士等の従事者の専従配置要件があるにもかかわらず点数が極めて低いため、人件費さえも賄えない実態があります。また、本来は理学療法士等の専門職種が実施する同一内容のリハビリについては評価に格差を持ち込むべきではありません。人員基準や施設基準を設ける場合は、基準を満たすために必要な費用を考慮した点数に引き上げるべきです。

10. 面積要件等専用施設に係る施設基準は緩和を

早期介入や ADL 訓練を重視する傾向にあり、病棟等専用施設以外でリハビリテーションを行う機会が非常に多くなっています。そうした状況を踏まえて、面積要件等専用施設に係る施設基準は緩和すべきです。

以上

（以下参考「2018 年度改定に向けた診療報酬・介護報酬要求（保団連）」

〔Ⅱ-2-（60）〕リハビリテーションの疾患別体系にかかわらず、個々の患者の病態に応じて、医師が患者の意志を尊重しながら必要なリハビリテーションを実施できるよう、要件を緩和すること。

要求理由 医師がリハビリの必要性を認めた場合は、現状の疾患別体系で規定されている病名とは関係なく、必要なリハビリの点数を算定できるようにするべきである。

〔Ⅱ-2-（61）〕リハビリテーションの施設基準について、面積要件等専用施設に係る施設基準を緩和すること。

要求理由 早期介入や ADL 訓練を重視する傾向にあり、病棟等専用施設以外でリハビリテーションを行う機会が多くなっている。そうした状況を踏まえて、面積要件等専用施設に係る施設基準は緩和すべき。

〔Ⅱ-2-（62）〕疾患別リハビリテーション等において、ジョイントセラピーを評価した加算点数を新設すること。

要求理由 1対1で行う個別訓練が基本であるが、1人の患者に複数のセラピストが同時に関わり訓練を行う場合がある。現行では複数のセラピストが同時に訓練を行っても1人の点数しか算定できないので、複数で行った場合の人件費等に見合った評価が必要である。

〔Ⅱ-2-（63）〕疾患別リハビリテーション等において、休日もリハビリテーションが提供できる体制を評価した「休日体制加算」を新設すること。

要求理由 昨今は 365 日リハビリテーションを提供する体制が充実しつつある。しかし、休日の場合、平日よりもさらに人件費が必要となる。従って、回復期リハビリテーション病棟で評価しているように、休日の体制も評価する必要がある。

〔Ⅱ-2-（64）〕介護保険への移行を促す項目は廃止し、必要なリハビリテーションは医療保険により、主治医の判断で、日数の制限無く継続可能な制度とすること。その上で、下記項目については特に早急に取り組むこと。

ア 要介護者・要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションは廃止しないこと。また、介護保険への移行もやめること。

イ リハビリテーションの算定日数上限は撤廃すること。

ウ 算定日数上限を超えて疾患別リハビリテーションを実施する場合の「介護保険のリハビリテーションを受けるための手続き等の指導」について要件から外すこと。

エ 要介護被保険者等である患者に対して、「介護保険におけるリハビリテーション」に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないとする

給付調整通知を廃止すること。

オ 介護保険移行への取り組みがなされなければ、リハビリテーション料の減算を課す、目標設定等支援管理料は廃止すること。

【要求理由】 昨今、2016年改定に係る議論で出された維持期リハビリテーションの廃止提案や、2016年改定での目標設定等支援管理料の新設等、リハビリテーションの介護保険への移行を促進する動きが強い。

しかしながら、例えば維持期リハビリテーションについては、2015年の検証調査結果による「介護保険のリハビリへの移行が困難と見込まれる理由」のグラフにおいて、病院、診療所とも「心理的抵抗感」のパーセンテージよりも、介護では「医学的に必要なリハビリが提供できないと考えるから」、「通所リハのリハビリの質が不明」、「介護のリハでは患者の医学的リスクに対応できない」との解答を合わせたパーセントの方が遙かに大きく、また近隣で提供できる施設がないとの回答もそれぞれ2割程度の回答となっている。

上述の調査結果で出された結果を真摯に受け止め、そもそも維持期を含めてリハビリテーションは、医師が指示するPT、OT、ST等の専門職種による医療行為であると認識を改めるべきである。

そして、患者の病態に応じたきめ細かな対応を担保する上でも、リハビリテーションは全て医療保険から給付されることとし、リハビリの算定日数上限についても訓練終了の目安として残すものの撤廃し、必要なリハビリテーションは制限せずに、全て医療保険で患者に提供できるよう制度を改めるべきである。

【Ⅱ-2-(65) 除外対象患者に対する疾患別リハビリテーションを継続する際に、「改善の見込み」を明細書に記載することが求められているが、こうした臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる点数とすること。

【要求理由】 患者の病態に応じたきめ細かなリハビリテーションの提供を適切に実施する上でも、臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる環境を整えるべきである。

【Ⅱ-2-(66) 各リハビリテーション料の施設基準(Ⅱ)(Ⅲ)のように人件費も賄えない点数は引き上げること。

【要求理由】 脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)や呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準にも理学療法士等の従事者の配置要件があるにも関わらず点数が極めて低いため、人件費さえも賄えない実態がある。また、本来は理学療法士等の専門職種が実施する同一内容のリハビリについては評価に格差を持ち込むべきではない。人員基準や施設基準を設ける場合は、基準を満たすために必要な費用を考慮した点数に引き上げるべきである。

(以下、介護報酬改定に対する要求)

[Ⅲ-1-(4)] 医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。

維持期リハビリテーション等を医療保険給付対象から介護保険給付にしないこと。現在介護保険で給付されている医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。

また医療保険給付に戻すまでは医療系サービスを区分支給限度額から外すこと。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等の併施を認めること。

要求理由 そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示する OT・PT・ST 等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なリハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃すべきである。また、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションは、区分支給限度基準額の枠内で実施され、必要な医療が受けられない。歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が行う居宅療養管理指導も、行っている行為は全く同じにもかかわらず、請求先を変更するということで、無用な事務的ミスなどが起きている。要介護者に対する十分な医療を確保するために、介護保険給付サービスのうち、医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における介護部分を除くサービス）は医療保険給付に戻すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すること。また、医療保険給付に戻すまでは医療の必要性に応じてサービス提供ができるよう、医療系介護報酬は区分支給限度額から外すべきである。

[Ⅲ-1-(5)] 医療保険給付を優先することを原則とし、医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。

要求理由 介護保険優先の給付調整は、必要な医療提供を阻害している。また、介護保険制度発足以降、医師が行うべき治療を看護職員へ、看護職員が行うべき看護が介護職員へ、介護職員が行うべき介護が無資格者へと移されているが、専門家が対処していれば可能だった病状や要介護状態の緩和ができなくなったり、疾病の重篤化や要介護状態の悪化をもたらすこともある。短期的な費用削減の視点ではなく、要支援者・要介護者にいかに必要な医療や介護を提供するかを視点にすべきである。

《参考》2015 年要望書

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。

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ます、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ます、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も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

《参考》2013 年要望書

2013 年 12 月 11 日

厚生労働大臣
(以下略)

田村 憲久 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
(略)

謹白

記

1. 要介護被保険者等に対する維持期リハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料および運動器リハビリテーション料）の点数を 2012 年改定前に戻すとともに、2014 年 4 月 1 日以降も算定を認めること
2. 脳血管疾患等リハビリテーション料「ロ 廃用症候群の場合」の評価を引き上げ、「ロ以外の場合」と同点数とするとともに、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による」との規定をなくし、慢性疾患も含めリハビリテーションを必要とする廃用状態全般に対してリハビリテーションを実施できるようにすること。また、「廃用症候群に係る評価表」作成の意義が希薄であり、業務上大きな負担となっているので廃止すること。さらに、「治療開始時の状態が FIM115 以下、BI85 以下」との規定をなくし、廃用症候群を予防するための介入ができるようにすること
3. 外来リハビリテーション診療料の点数を引き上げるとともに、同診療料の算定ごとに必要となっているカンファレンス実施の要件は、必要に応じて実施すればよいとするなど見直し、同診療料での診療が実施しやすくなるよう改善すること

以上