

2023年12月22日

厚生労働大臣 武見 敬三 様

厚生労働副大臣 濱地 雅一 様

宮崎 政久 様

厚生労働大臣政務官 三浦 靖 様

塩崎 彰久 様

中央社会保険医療協議会 会長 小塩 隆士 様

中央社会保険医療協議会 委員 各位

社会保障審議会介護給付費分科会 委員長 田辺 国昭 様

社会保障審議会介護給付費分科会 委員 各位

厚生労働省保険局長 伊原 和人 様

厚生労働省保険局医療課長 眞鍋 馨 様

厚生労働省老健局長 間 隆一郎 様

厚生労働省老健局老人保健課長 古元 重和 様

(一社) 京都府理学療法士会会長 麻田 博之

(一社) 京都府作業療法士会会長 渡邊 聡

(一社) 京都府言語聴覚士会会長 吉村 貴子

京都府保険医協会理事長 鈴木 卓

## 2024年度医療・介護同時改定に向けた リハビリテーションに関する要望書

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、次期医療・介護同時改定に向けて中医協と介護給付費分科会の意見交換会ではリハビリテーションにおける課題が取り上げられ、中医協と介護給付費分科会それぞれにおいても個別にリハビリテーションの議論が行われています。

リハビリテーションにおける医療と介護の役割分担が明確になる中で、両者の連携がスムーズに行われるような視点での議論が中心となっていますが、それだけが現場の課題であるわけではありません。

現行制度のなかで、必要なリハビリテーションを必要な患者さんに届けることができているかという、必ずしもそうとは言えない状況があると考えています。そういった制度の壁にぶつかりながらも、現場の医療者一人一人が工夫をしながら、少しでも患者さんに寄り添った医療が提供できるよう努力しているところです。

それを踏まえて、これまでの議論の状況からくるリハビリテーション改定に対する懸念、そして日々患者さんとともにリハビリテーションに励んでいる現場の従事者からの切実な思いから、2024年の同時改定に向けたリハビリテーションに関する要望として、下記の通り要望いたします。

謹白

## 1. 必要なリハビリテーションを必要な患者さん実施できるようにして下さい (診療報酬)

### ① 心大血管疾患リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料についても言語聴覚療法が実施・算定できるようにして下さい

#### 【要望理由】

疾患別リハビリテーションで言語聴覚士が算定できない疾患があります。心大血管疾患リハ、運動器リハの対象疾患がそうです。これらの対象疾患である、急性心筋梗塞、狭心症、慢性心不全、脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折などの患者さんは、挿管を伴う手術を行う場合などでは特にそうですが、全身的な身体機能の低下とともに発声や嚥下機能の低下がみられることが良くあります。そのため術前術後の評価が非常に大切ですが、これに対する評価はありません。嚥下障害が生じれば摂食機能療法の対象ですが、疾患や状態によってはVFやVEが実施できないこともあり、そうすると摂食機能療法として算定できません。誤嚥性肺炎が生じれば呼吸器リハの対象ですが、そこまで至らなければやはり評価はありません。こうした一見言語聴覚士とは関連のなさそうな疾患であっても、実際には言語聴覚士の介入を必要とする状態があります。現在、心大血管疾患リハは運動処方に基づく運動療法が、運動器リハは運動療法や作業療法が算定の対象となっており、言語聴覚療法は算定対象となっていない。是非、心大血管疾患リハ、運動器リハについても、言語聴覚士の介入が必要な状態があることを理解いただき、言語聴覚療法が実施・算定できるようにして下さい。

### ② 認知症に対するリハビリテーションがひろく算定できるようにして下さい

#### 【要望理由】

認知症患者に対するリハビリテーションは、認知症患者リハビリテーション料として評価されていますが、認知症治療病棟入院料を算定している患者等の条件があり、ひろく算定できる点数となっていない。また、疾患別リハビリテーション料の対象でもないため、積極的な介入に困難があります。入院中に認知症が進行してしまうと元の生活に戻れなくなります。また、認知症に対するリハビリテーションが必要と言う観点をもっと共有されることも大切です。是非、認知症に対するリハビリテーションがひろく算定できるようにして下さい。

### ③ 糖尿病に対するリハビリテーションが算定できるようにして下さい

#### 【要望理由】

2022年診療報酬改定において糖尿病足病変が運動器リハビリテーション料の対象疾患となりましたが、糖尿病自体は対象とはなっていません。言うまでもなく糖尿病治療においては食事療法、薬物療法に加えて運動療法が非常に重要です。運動療法については指導のみならず、リハビリテーションを実施している医療機関も増えてきています。

是非、糖尿病に対するリハビリテーションが算定できるようにして下さい。

## **2. アウトカム評価の拡大は慎重に行ってください（診療報酬・介護報酬）**

### **【要望理由】**

介護報酬改定では、骨太の方針を受けてアウトカム評価をどのように介護報酬に反映していくかが議論されています。既に、通所リハビリテーションでは移行支援加算・事業所評価加算のようにアウトカムを評価した報酬体系が導入されていますが、このままその対象を拡大していくことが望ましいかどうかについては、現行の加算に対する検証を含めて一旦立ち止まって慎重に検討する必要があると考えます。

診療報酬では、2016年改定で回復期リハビリテーション病棟入院料に FIM 利得に対するアウトカム評価（実績指数）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。

その後の改定を経て、入院料の区分毎により高い実績指数が設けられ、数字の引き上げも行われていますが、それを更に引き上げるべきとの議論があります。

実績指数は、回復期リハビリテーションを要する状態と算定日数上限の違いによって、大きく数字が左右されます。実績指数の改善が見込みにくい患者さんを積極的に受け入れている医療機関では、実績指数が基準ギリギリのところもあります。これ以上の厳格化は患者の選別や必要以上の早期の退院を招きかねず、それは患者さんのへ不利益にも繋がる懸念があります。

これ以上の実績指数の拡大は不要であり、慎重な議論を望みます。

## **3. 疾患別リハビリテーション料間の点数差を解消し、施設基準（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の点数差を縮小して下さい（診療報酬）**

### **【要望理由】**

疾患別リハビリテーション料の違いによって、療法士の介入方法に違いがあるわけではありません。しかしながら、脳血管疾患等リハ（Ⅰ）と廃用症候群リハ（Ⅰ）・運動器リハ（Ⅰ）・呼吸器リハ（Ⅰ）の間には65点・60点・70点の点数差があり、脳血管疾患等リハ（Ⅱ）と呼吸器リハ（Ⅱ）の間には115点もの点数差があります。これには全く合理性がありません。是非、疾患別リハビリテーション料間の点数差を解消して下さい。

また、施設基準（Ⅰ）と（Ⅱ）（Ⅲ）との点数差も極めて大きなものがあります。施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）においても常勤の療法士が専従で配置されているのであり、それに見合った評価がなされるべきです。是非、施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）の点数を引き上げて、施設基準（Ⅰ）との点数差を縮小して下さい。

## **4. 理学療法士等による訪問看護について、評価の引き下げや施設基準の厳格化は行わないで下さい。機能強化型ステーションの看護師6割以上の基準は撤廃して下さい（診療報酬・介護報酬）**

#### 【要望理由】

在宅における訪問リハビリテーションのニーズは非常に大きなものがありますが、医療機関からの訪問リハビリテーションが限られていることもあり、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護がそのニーズに応えてきました。

しかし、この間の診療報酬・介護報酬改定によって看護職員割合が加算等の基準に入ったことで、療法士の人員を増やすことができずそのニーズに応えることができなくなっています。看護職員の求人も行っていますが集まりません。このままでは行き場のない患者さんが「訪問リハビリ難民」になってしまいます。

理学療法士等の訪問看護では看護師と理学療法士等が連携して訪問することで、早期の回復を図ることが可能となっています。このように現時点では看護師との連携も進んできて、より良いサービスとして機能してきています。

訪問リハビリテーションのニーズにおける、訪問看護ステーションの果たしている役割・機能を正しく評価していただき、評価の引き下げや施設基準の厳格化は行わないことと、機能強化型ステーションの看護師6割以上の基準は撤廃することを求めます。

### 5. 別の医療機関からの情報提供に基づいて実施する訪問リハビリテーションについて、別の医療機関の医師が研修要件を満たしていない場合でも、2024年4月1日以降も算定できるようにして下さい（介護保険）

別の医療機関の医師が適切な研修を修了等していることについては、令和6年3月31日までの猶予となっていますが、研修が現地開催に限られていることで未だ受講ができていないケースや、前36月の間に6単位以上を修了している必要があることから、一旦研修を修了していたがこの間に要件を満たさなくなってしまうケースがあります。ついては、別の医療機関からの情報提供に基づいて実施する訪問リハビリテーションについて、別の医療機関の医師が研修要件を満たしていない場合でも、2024年4月1日以降も算定できるようにすることを求めます。

### 6. 別の医療機関からの情報提供に基づいて実施する訪問リハビリテーションでの「事業所医師が診療しない場合の減算（診療未実施減算）」については撤廃・緩和して下さい。また電話やビデオ通話等での診察を基準上認めて下さい（介護保険）

#### 【要望理由】

現在、診療未実施減算が設けられていますが、患者はそもそも通院困難なのであり、事業所の医師も患者に訪問しての診察は困難との声も多く聞かれ、実施したくてもできない現状があることを理解して下さい。さらにコロナ禍以降は対面診察がより難しくなっており、せめて電話やビデオ通話等での診察を基準上認めて下さい。