

日理協第148号
日作協第141号
日言協第0908-07号
平成21年8月20日

厚生労働省保険局医療課
医療課長 佐藤 敏信 様

社団法人 日本理学療法士協会
会長 半田 一登



社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基



日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順一

リハビリテーション供給体制の見直しについて

日頃より我々の活動にご理解をいただき心より感謝いたしております。

我々は平成22年度の診療報酬改定にあたり、広く国民へのサービスの普及を念頭に置いた検討を重ねてまいりました。今回、急性期リハビリテーションの更なる充実、専門職による質の高いリハビリテーションの提供、医療保険分野における対象者の高齢化を想定した要望をまとめここに提示させていただきます。

又、基本的には疾患別リハビリテーション料のあり方については完全なるものとは考えておりましたが、診療報酬改定のこれまでの方向性を考え、この度は疾患別リハビリテーションを前提とした要望とさせていただきました。

ご検討のほどをお願い申し上げます。

要望の骨子

I. 国民への質の高いリハビリテーションの提供（別紙資料 I）

（1）総合リハビリテーションの創設

脳血管障害は高齢化による合併症も多く、そのため病態は複雑かつ重度の傾向にあります。複雑な病態へ対応し、効果的なリハビリテーションを促進するためにも多職種による総合的で密度の高いかかわりが必要です。そこで、リハビリテーション医療関連 5 団体での要望に提示させて頂きましたとおり、我々3団体も総合リハビリテーションの創設をお願い致します。なお、別紙資料 I に示しました点数ならびに施設基準に関しましては、現脳血管疾患等リハビリテーション料（I）を総合リハビリテーションと位置づけており、総合リハビリテーションが導入されない場合にありましては、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）に対して総合リハビリテーションの要望点数ならびに施設基準の評価をお願い致します。

（2）疾患別リハビリテーション施設基準とリハビリテーション料の統一

リハビリテーション料は、疾患群別診療体系をとったことで、リハビリテーションの考え方に基づいたサービスにより日常生活や QOL の向上に寄与したものと評価しています。一方で、疾患毎のリハビリテーション料の差異により、理学療法士や作業療法士は単位数の上限設定がなされている中で単価の高い疾患を優先しなければならないこともあり、単価の低い疾患の場合に必要なリハビリテーションを十分受けることができない状況が生じています。さらに、一部の診療機関においてリハビリテーション科と標榜しながら、リハビリテーションに準拠しないサービスの提供や漫然と長期間にわたる施療の実施が散見されます。

つきましては、効果的で効率的なリハビリテーションサービスを公平に提供することを目的として、疾患別リハビリテーションにおける施設基準とリハビリテーション料の見直しをお願い致します。

（3）みなし理学療法士のリハビリテーション料算定の縮小

「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。」と医科点数表通則には記載があり、質の高い知識・技術を体得し提供することによって効果的かつ効率的な医療を推進することが可能になります。しかし、脳血管疾患等リハビリテーション料（II）（III）や運動器リハビリテーション料（I）（II）において、一定の研修を受けただけで診療報酬を得られる「みなし理学療法士」が認められており、上記通則に準拠しないサービスの提供が漫然と実施されています。そして、その数が増え続けている現状は憂慮に堪えません。リハビリテーショ

ン専門職は患者の自立を支援・促進することが社会的使命です。

そこでまずは、人的基準として理学療法士・作業療法士をあわせて4名以上の運動器リハビリテーション料（I）の創設をお願いします。

（4）脳血管疾患等リハビリテーションにおける廃用症候群の算定の存続

後期高齢者の増加に伴い肺炎による廃用症候群を要因としてADL低下をきたし、本格的なリハビリテーション介入を必要とする方々が増えています。廃用症候群に対する早期の総合的なリハビリテーション介入は不可逆的な寝たきり状態を防止するために重要なことと考えています。また、廃用症候群は起算日を中心とした現診療報酬体系とは馴染まない点もあり、廃用症候群の算定廃止によりこの症状に対するリハビリテーション料の算定が非常に困難となります。

そこで廃用症候群の存続を前提とした、新たなそして厳格な廃用症候群の定義作りをお願いします。

II. 急性期リハビリテーションの更なる充実

（1）急性期リハビリテーションの評価

これまでリハビリテーション医療は、高齢社会へ向けて回復期・維持期の充足を中心として経過してきました。医療の本質は急性期にあることはリハビリテーション医療においても同様であり、急性期リハビリテーションの強化によって早期に社会復帰を促すことが国民生活の視点からも重要と考えます。先の診療報酬改定にてリハビリテーション早期加算が実施され成果は着実に上がっていますが、急性期医療におけるリハビリテーションの充実という点では未だ充分とはいえず、社会的要求に応えられてはいません。

つきましては、急性期リハビリテーションの更なる充実を図るべく、現行の早期加算に加え、起算日より1週間のICU・CCUを含めたベッドサイドリハビリテーションについての評価を提案致します。

（2）リハビリテーションスタッフの急性期病棟への配置

急性期病棟の役割として、早期離床による廃用症候群の予防、心身機能の維持・改善、早期ADL自立、早期退院の促進が挙げられ、その取り組みの効果は多くの研究結果から明らかです。しかしながら、急性期病棟におけるリハビリテーションスタッフの配置は殆ど見られず、病棟内転倒や介助の重度化、誤嚥性肺炎など多くの課題により早期病棟生活の確立には至っておりません。

そこで、急性期病棟での患者の生活支援、さらには患者にとって負担の少ない早期退院のため、急性期病棟へのリハビリテーション関連職種の病棟配置が有効と考えています。

Ⅲ. 回復期リハビリテーション病棟の更なる充実

(1) リハビリテーション実施単位数の下限設定

現在、回復期リハビリテーション病棟の1患者1日当りの平均リハビリテーション単位数は4.5単位ですが、1日1単位という施設も2.5%存在しています。このような状況では現在の医療制度における「回復期リハビリテーション病棟」としての機能を十分に果たしているとは言えません。

つきましては、回復期リハビリテーション病棟の機能を保障するため、患者1人当たり1日単位数を3単位以上提供することを、回復期リハビリテーション病棟の条件とすることを提案致します。

(2) リハビリテーション実施単位数7以上施設への評価

リハビリテーション提供量と患者の身体機能改善率が相関することが研究にて明らかにされており、実施リハビリテーション単位数7以上で、日常生活動作改善率及び自宅退院率が高いことが証明されています。

そこで、身体機能の改善及び自宅復帰への機会を大幅に増加させる目的で、患者1人当たり7単位以上実施している施設についての評価を提案致します。

(3) 回復期リハビリテーション病棟の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置人員の見直し

回復期リハビリテーション病棟での配置基準は、病床数にかかわらず理学療法士2名、作業療法士1名以上とされています。しかし、回復期リハビリテーション病棟の現状は29床以下の病棟が7.1%、50床以上の病棟が32.4%となっており、この結果からも施設毎に患者へ提供されるリハビリテーション量に不均衡が必然となっております。これはリハビリテーションスタッフの病棟配置の状況によるところが大きな要因であり、患者への生活リハビリテーションの公平・充実化の点からも強化が必要と考えます。

つきましては、回復期リハビリテーション病棟の病床数に応じた配置基準の見直しをお願い致します。また、コミュニケーション障害や嚥下障害の密度高い治療の必要性ならびに高齢障害者の増加への対応を考慮して、回復期リハビリテーション病棟の配置基準に言語聴覚士を加えていただきますようお願い致します。

Ⅳ. 地域特性に応じた算定日数制限超えの月13単位の継続

先の介護報酬改定での短時間通所リハビリテーション等設置により、維持期リハビリテーションを受けるチャンスは飛躍的に増加したと考えております。しかし、その後の動向では未だ十分に機能しているとは言えず、地域格差が生じています。月13単位の廃止ともなれば、医療と介護の双方においてリハビリテーションサービスを受けられない地域が存在し、患者にとって不利益が生じることが想定されます。

つきましては、介護保険におけるリハビリテーションサービスが整備されていない地域に限り、月 13 単位の継続をお願い致します。また、二次、三次医療圏域における公的病院等が、率先して利用者を受け入れる体制が促進されますようご配慮をお願い致します。

〔疾患および施設基準別リハビリテーション料〕

	脳血管	運動器	呼吸器	心大血管
総合リハビリ テーション	250	—	—	—
I	210	210	210	210
II	170	170	170	170
III	100	80	—	—

〔施設基準〕

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

総合 リハ	理学療法士が5名以上、作業療法士が3名以上、言語聴覚士が1名以上、合わせて10名以上勤務していること。
I	理学療法士が1名以上、作業療法士が1名以上、言語聴覚士が1名以上、合わせて4名以上勤務していること。
II	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが2名以上勤務していること。
III	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが1名以上勤務していること。

【運動器リハビリテーション料】

I	理学療法士、作業療法士が合計4名以上勤務していること。
II	理学療法士が2名以上、又は作業療法士が2名以上、又は理学療法士と作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。(現行基準I)
III	理学療法士又は作業療法士のいずれか1名以上勤務していること。(現行基準II)

【呼吸器リハビリテーション料】

I	経験を有する理学療法士1名を含む理学療法士又は作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。
II	理学療法士又は作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

I	経験を有する理学療法士又は看護師等が合わせて、又はいずれか一方が4名以上勤務していること。
II	経験を有する理学療法士又は看護師が合わせて、又はいずれか一方が2名以上勤務していること。