

平成 25 年 2 月 7 日

厚生労働省保険局医療課
保険局長 木倉 敬之 様
医療課長 宇都宮 啓 様

一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基



平成 26 年度 身体障害領域における診療報酬改定について【要望】

日頃より、リハビリテーション専門職の活動にご理解・ご協力をいただき、心より感謝申し上げます。
このたび表題の件につきまして、日本作業療法士協会の意見を取りまとめました。下記の事項についてご尽力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

記

1. リハビリテーション提供体制の変化と今後の専門職の配置
2. チーム医療の推進のために
 - 1) 心大血管疾患リハビリテーション料
 - 2) リンパ浮腫指導管理料
 - 3) 呼吸ケアチーム加算
 - 4) 緩和ケアにおけるリハビリテーション
3. 回復期リハビリテーション病棟一介護連携
 - 1) 退院前訪問指導料の出来高算定等について
4. 慢性期リハビリテーション医療について
 - 1) 算定日数制限超えの場合の 13 単位リハビリテーション料の継続

1. リハビリテーション提供体制の変化と今後の専門職の配置

現在は、機能分化された医療・福祉である。リハビリテーション専門職（作業療法士・理学療法士・言語聴覚士）は、障害を抱えた国民の自立のために支援を続けている。しかし、介護予防・急性期・回復期・生活期・終末期に分けられているなかで、回復期を中心に配置された現状があり、各時期に均等であるとは言い難い。全てのステージにて能力を発揮できるリハビリテーション専門職の配置をお願いしたい。

2. チーム医療の推進のために

（作業療法士の実態と報酬上の問題について）

昨今、各コメディカルの専門性が問われ、チーム医療が重要視されている。リハビリテーションにおいても、チームサービスであることは言うまでもない。しかしながら、下記の場合においては作業療法の実態はあるものの診療報酬上では認められていない現状がある。

1) 心大血管疾患リハビリテーション料

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準に作業療法士の職名が含まれておらず、増加の一途をたどっている心疾患患者の生活機能向上への支援に不利益が生じている。患者支援の充実を図るため、心大血管疾患リハビリテーション料の算定要件に作業療法士の職名追記をお願いしたい。

（心臓リハビリテーション学会からも作業療法士の職名追記に賛同が得られている。）

2) リンパ浮腫指導管理料

作業療法士は、厚生労働省の委託事業であるがんのリハビリテーションセミナー「リンパ浮腫研修」の受講資格を有し、医師の指示の下でリンパ浮腫指導管理の範囲での指導を行うことができる。2012年の当協会による実態調査では、584施設中262施設（回収率45%）の返信があり、過去3か月間に乳がん術後患者等の計836名は、疾患別リハビリテーション料にて対応していることが明らかになった。実施内容は、リンパ浮腫指導管理料の内容を含めたセルフケア指導・スキンケア等が行われており、乳がん術後のクリティカルパスでの作業療法士によるリハビリテーションが位置づけられている施設もあった。

以上から、リンパ浮腫指導管理料における作業療法士の算定を認めていただきたい。

（日本リンパ学会、日本産科婦人科学会、日本リハビリテーション医学会、日本緩和医療学会等の賛同を得られている。）

3) 呼吸ケアチーム加算

作業療法士は、呼吸器リハビリテーション料の施設基準の配置人員である。また、2010年の当協会による実態調査では、人工呼吸管理中の患者に対応している作業療法の実態も明らかになった。患者の生活再建のためには、作業療法が有効である。呼吸ケアチーム加算の構成職種に作業療法士の職名追記をお願いしたい。

（今後、呼吸療法認定士の受験資格も認められる見込みとなっている。）

4) 緩和ケアにおけるリハビリテーション

リハビリテーション専門職3協会と日本ホスピス緩和ケア協会の共同による実態調査において、リハビリテーションの必要性は、患者の総数に対して半数以上と判断されているにもかかわらず、十分な関わりが出来ていない現状がある。(実施は、緩和ケア病棟病床数の36.5%)

今後は、看取り中心のケアと在宅復帰に向けた支援の2極化が推測されている中で、双方にリハビリテーション専門職の果たす役割は大きい。今後は、さらなる実績を重ね、緩和ケアにおけるリハビリテーションのあり方を確立する。緩和ケアチーム加算の構成職種にリハビリテーション専門職の追記、もしくはリハビリテーション技術料の出来高算定等にご配慮をいただきたい。(日本ホスピス緩和ケア協会・日本緩和医療学会等の連携・賛同を得られている。)

3. 回復期リハビリテーション病棟一介護連携

1) 退院前訪問指導料の出来高算定等について

回復期リハビリテーション病棟は、在宅復帰のために介護保険分野との連携が急がれている。しかしケアマネジャーとの連携等、その実態は地域格差等によってばらつきがあることが現実である。また、包括点数のために回復期担当セラピストらによる退院前訪問指導が行われていない病棟も存在する。平成23年度全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会(現一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会)調査では、退院前訪問の実施について、有効回答657病棟のうち80%以上の患者に対して退院前訪問を実施している病棟数は83病棟(16.4%)という状況であった。尚、在宅退院を目指した評価のために有効となる入院初期の訪問評価実施については、有効回答770病棟中566病棟(73.5%)で実施していない結果であった。

次に、在宅復帰を目指すことが主となる回復期リハビリテーション病棟において、退院前カンファレンスの機会に、ケアマネジャーの参加を促し、情報の共有強化を行う事は、対象者の在宅復帰を円滑にスタートするサポート体制といえる。以上より、

- ・退院前訪問指導料の出来高算定
- ・退院前カンファレンスにケアマネジャーが参加した場合、介護支援連携料の算定等が必要である。在宅復帰・介護の技術向上のための対応をお願いしたい。

4. 慢性期リハビリテーション医療について

1) 算定日数制限超えの場合の13単位リハビリテーション料の継続

慢性期リハビリテーションは、機能維持も含めて医療を背景としたリハビリテーションが必要とされている。例えば、難病疾患や小児疾患、そして職業復帰や自立した社会生活を目指す場合などでは継続した介入が必要である。また、介護保険における個別対応型の短期間通所リハがまだ十分普及しておらず、要介護被保険者等が算定日数制限超えで医療のリハを利用している場合が少なくない。

平成24年度の当協会の調査によると、ある1ヶ月の実績において240施設の入院・外来リハビリテーション利用者90,334名のうち10,508名(全体の11.6%)が算定日数超えであり、うち要介護被保険者等は3,013名(算定日数超え者の29.7%)であるのが現状であった。以上により、算定日数超えの場合の13単位リハビリテーション料は、継続していただきたい。