

## 平成 24 年度診療報酬改定および介護報酬改定における リハビリテーションに関連するアンケート調査結果報告書

日本リハビリテーション医学会 社会保険等委員会

担当理事 石川 誠, 水落 和也

吉永 勝訓 (平成 24 年 5 月 30 日まで)

委員長 川手 信行 (報告担当)

委員 赤澤 啓史, 赤星 和人, 稲川 利光, 大串 幹  
木村 浩彰, 小山 照幸, 近藤 国嗣, 齊藤 正身  
菅原 英和, 杉原 勝宣, 田中宏太佳, 藤谷 順子

### はじめに

平成 24 年度は、2 年毎に行われる診療報酬改定と 3 年毎に改定される介護報酬改定との同時改定が行われたこともあり、改定についてのアンケート調査を同時に実施したので報告する。

### I : 調査方法

1. 対象：調査対象は、日本リハビリテーション医学会（以下、リハ医学会）会員（会員数 9,907 名）とした。

2. 方法：平成 24 年 6 月 15 日～8 月 19 日の間に、WEB によるアンケート形式で実施した。アンケートは 1～43 の質問から成り、質問 1～9 は回答者の診療環境についての質問、質問 10～23 は診療報酬改定に関する質問、質問 24～36 は今回のリハ医学会の提案項目について引き続き提案をすべきか否かについての質問、質問 37～41 は介護報酬改定についての質問で 5～6 項目からの択一選択形式とした。質問 42・43 は診療報酬・介護報酬改定に関する意見や提案、社会保険等委員会に対する意見などについて自由記載を行った。

3. 回収率：407 名の先生方からご回答をいただき、締切日現在の WEB ログイン者数 5,403 名を分母とした場合の回収率は 7.53%であった。（会員数 9,907 名を分母とした場合の回収率は 4.11%）

4. ご回答いただいた先生方の診療環境：勤務先：勤務先については、大学病院以外の総合病院 29.5%、大学病院 25.3%、リハビリテーション（以下、リハ）専門病院 17.7%、整形外科・リハ科を中心とする病

院 8.9%、有床診療所 2.7%、無床診療所 3.7%、介護老人保健施設 0.8%、その他 10.8%となっていた。リハ施設基準は心大血管Ⅰが 29.0%、Ⅱが 12.7%、呼吸器Ⅰが 58.5%、Ⅱが 6.1%、運動器Ⅰが 84.3%、Ⅱが 9.8%、Ⅲが 1.7%、脳血管等Ⅰが 76.7%、Ⅱが 14.5%、Ⅲが 3.2%であった。取得していない基準としては、心大血管が 66.1%、呼吸器が 33.2%、運動器が 3.4%、脳血管等が 4.4%との回答であった。診療しているリハの主な対象患者は、入院患者が中心が 71.7%、外来患者が中心 11.3%、どちらもいえない 15.7%であり、対象患者の発症後の期間に関しては、急性期患者中心が 37.8%、回復期患者中心が 35.1%、慢性期・維持期患者中心が 11.3%、小児患者中心が 4.9%、いずれともいえないが 9.8%となっていた。主な対象患者の病棟区分では、一般病棟 48.2%、回復期リハ病棟 33.2%、有床診療所 3.2%、障害者施設など 3.0%、医療型療養病棟 2.7%、亜急性期入院管理病棟 1.2%、介護老人保健施設 0.7%、入院・入所はなく外来のみ 4.9%、その他 2.2%であった。

### II. 診療報酬改定に関する回答

1. 疾患別リハ料の見直し（図 1）において、早期リハで、開始日から 30 日までの加算が従来の 45 点から 30 点に減点された代わりに、開始日から 14 日間については「リハ科の常勤医師が勤務している場合」には初期加算 45 点が加点されて 75 点となった点に関して、高く評価できる 14.0%、評価できる 51.6%、中立的 24.6%、否定的 6.1%、受け入れ難い 1.7%、その他 1.5%と、6 割以上が肯定的な回答であった（図



選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	2.0	■
高く評価できる	4.4	■
評価できる	31.2	■
中立的	38.8	■
否定的	13.0	■
受け入れ難い	3.7	■
その他	3.9	■

図 2-1：回復期リハ病棟入院料が現在の 2 段階から 3 段階に分かれ，新入院料 1 が新しい施設基準が要求されて 1,911 点に設定された。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.2	■
高く評価できる	3.9	■
評価できる	32.2	■
中立的	46.4	■
否定的	10.3	■
受け入れ難い	2.5	■
その他	3.4	■

図 2-2：新入院料 1 の新しい施設基準で看護基準 13 対 1 については看護師 7 割，夜勤看護職員 2 名以上が義務付けられた。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	2.2	■
高く評価できる	4.2	■
評価できる	44.5	■
中立的	40.1	■
否定的	4.9	■
受け入れ難い	0.5	■
その他	3.7	■

図 2-3：回復期リハ新入院料 1 と新入院料 2 を同一保健医療機関が届出可能となった。

46.4%，否定的 10.3%，受け入れ難い 2.5%，その他 3.4%と中立的な意見が半数近くあったが，肯定的な意見を上回った（図 2-2）。また，回復期リハの新入院料 1 と 2 を同一保健医療機関が届出を行うことが可能となったことに関して，高く評価できる 4.2%，評価できる 44.5%，中立的 40.1%，否定的 4.9%，受け入れ難い 0.5%，その他 3.7%と中立的な意見が多かったが，肯定的な意見が否定的な意見を上回った（図 2-3）。改定後の新入院料 2 は 1,761 点となったが，従来の重症患者回復期病棟加算 50 点，栄養管理加算等

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.0	■
高く評価できる	0.3	■
評価できる	4.4	■
中立的	40.5	■
否定的	38.6	■
受け入れ難い	10.8	■
その他	4.4	■

図 2-4：改定後の新入院料 2 は 1,761 点となったが，従来の重症患者回復期病棟加算 50 点，栄養管理加算等 11 点が入院料に包括化されたため，旧入院料 1 に比べ 20 点減点となった。（新入院料 3 についても同様）

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.2	■
高く評価できる	22.9	■
評価できる	48.9	■
中立的	16.2	■
否定的	5.7	■
受け入れ難い	2.7	■
その他	2.5	■

図 2-5：回復期リハ病棟入院料の人工腎臓（人工透析など）が包括外となった。

## 図 2 回復期リハ

11 点が入院料に包括化されたため，旧入院料 1 に比べて 20 点減点された点に関して，高く評価できる 0.3%，評価できる 4.4%，中立的 40.5%，否定的 38.6%，受け入れ難い 10.8%，その他 4.4%と中立的な意見が多かったが，否定的な意見が半数近くみられ，肯定的な意見を大きく上回った（図 2-4）。また，回復期リハ病棟入院料の包括範囲が見直しされ，人工腎臓（人工透析など）が包括外となった点に関して，高く評価できる 22.9%，評価できる 48.9%，中立的 16.2%，否定的 5.7%，受け入れ難い 2.7%，その他 2.5%と肯定的な意見が 7 割を超え否定的な意見を大きく上回った（図 2-5）。

3. 外来リハ診察料について（図 3），従来，リハを実施する場合には医師の診察が義務付けられていたが，外来リハ診察料 1・2 が新設され，状態の安定した患者については，リハスタッフが十分な観察を行うことや，医師の診察が可能な体制をとることを要件と

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.0	■
高く評価できる	4.9	■
評価できる	38.6	■
中立的	34.6	■
否定的	13.8	■
受け入れ難い	4.4	■
その他	2.7	■

図3 外来リハビリ料について

リハを実施する場合には、医師の診察が義務付けられていたが、医師の包括的な診察に関する評価（外来リハビリ料1, 2）が新設され、毎回の診察をせず提供できるようになった。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.2	■
高く評価できる	6.6	■
評価できる	61.9	■
中立的	23.6	■
否定的	4.2	■
受け入れ難い	0.0	
その他	2.5	■

図4 訪問リハビリ料

急性増悪時の訪問リハビリについて、1カ月にBIまたはFIMが5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリが必要な場合、6カ月に1回、14日間に限り、1日4単位まで算定できるようになった。

したうえで、毎回の再診料を算定せずにリハを提供できるようになった点に関して、高く評価できる4.9%、評価できる38.6%、中立的34.6%、否定的13.8%、受け入れ難い4.4%、その他2.7%と中立的な意見も見られたが、肯定的な意見が否定的な意見を上回った（図3-1）。

4. 急性増悪時の訪問リハビリに関して（図4）、医療機関から訪問リハを提供している患者が急性増悪等のため、1カ月にBIまたはFIMが5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリが必要になった患者については、6カ月に1回、14日間に限り、1日4単位まで算定できるようになった点について、高く評価できる6.6%、評価できる61.9%、中立的23.6%、否定的4.2%、受け入れ難い0%、その他2.5%と肯定的な意見が約7割を占め、否定的な意見を大きく上回った（図4-1）。

5. その他のリハ関連項目について（図5）、亜急性期入院医療管理料に関して、亜急性期入院管理料1

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.2	■
高く評価できる	1.7	■
評価できる	30.2	■
中立的	49.1	■
否定的	8.9	■
受け入れ難い	3.9	■
その他	4.9	■

図5-1：亜急性期入院医療管理料に関して、亜急性期入院管理料1は、脳血管・運動器リハ料を算定したことのない患者について2,061点（最大60日）が算定され、亜急性期入院医療管理料2は脳血管・運動器リハ料を算定したことのある患者について1,911点（最大60日）が算定された。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.0	■
高く評価できる	18.7	■
評価できる	61.9	■
中立的	15.7	■
否定的	0.7	■
受け入れ難い	0.0	
その他	2.0	■

図5-2：誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む）で1神経150点について、算定できる限度が今までの4神経から8神経までに増えた。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.2	■
高く評価できる	20.6	■
評価できる	68.3	■
中立的	8.1	■
否定的	0.5	■
受け入れ難い	0.0	
その他	1.2	■

図5-3：発達及び知能検査：「3：操作と処理が極めて複雑なもの450点」が新設された。

図5 その他のリハ関連項目

は、脳血管障害リハ料、運動器リハ料を算定したことのない患者について2,061点（最大60日）が算定され、亜急性期入院医療管理料2は脳血管障害リハ料、運動器リハ料を算定したことのある患者について1,911点（最大60日）が算定されるようになった点について、高く評価できる1.7%、評価できる30.2%、中立的49.1%、否定的8.9%、受け入れ難い3.9%、その他4.9%と中立的な意見が半数近くあったが、肯定的な

意見が否定的な意見を上回った（図 5-1）。また、検査項目において、誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む）で 1 神経 150 点について、算定できる限度が今までの 4 神経から 8 神経までに増えた点や発達及び知能検査：「3：操作と処理が極めて複雑なもの 450 点」が新設された点については、肯定的な意見がそれぞれ 80.6%、88.9%であった（図 5-2、図 5-3）。

### Ⅲ：今回のリハ医学会の提案項目について

今回、内保連、外保連を通じて提案した項目について（表 1）、次回からも提案を続けるか否かの質問に関しては、①リハビリテーション処方料の新設：提案

すべき 75.2%、②リハビリテーションカンファレンス料：提案すべき 61.9%、③コンピューターによる筋力検査の新設：提案すべき 30.5%、④手指巧緻性機能検査の新設：提案すべき 66.6%、⑤義肢・装具処方、仮合わせ適合判定料の新設：提案すべき 83.1%、⑥疾患別リハ料にハイクオリティリハ（施設要件が現行の脳血管等リハ I に準じた場合、4 つの疾患別リハ料を共通 245 点にする）の導入：提案すべき 52.1%、⑦がん患者リハで手術予定入院前の外来リハを可能にする：提案すべき 63.9%、⑧間歇的導尿（一日につき）の導入：提案すべき 62.2%、⑨神経学的検査への「リハ科専門医」の追加：提案すべき 56.0%

表 1 提案した項目について (%)

	提案すべき	どちらでもよい	提案すべきでない	その他	未回答
1) リハビリテーション処方料の新設	75.2	16.2	5.7	2.0	1.0
2) リハビリテーションカンファレンス料の新設	61.9	23.8	10.6	2.0	1.7
3) コンピューターによる筋力検査の新設	30.5	54.1	11.3	3.0	1.2
4) 手指巧緻性機能検査の新設	66.6	26.0	4.7	1.5	1.2
5) 義肢・装具処方、仮合わせ適合判定料の新設	83.1	13.3	1.7	0.5	1.5
6) 疾患別リハ料にハイクオリティリハの導入（施設要件が現行の脳血管 I に準じた場合、4 つの疾患別リハ料を共通 245 点にする）	52.1	33.2	9.3	3.7	1.7
7) がん患者リハで手術予定入院前の外来リハを可能にする	63.9	29.5	3.0	2.2	1.5
8) 間歇的導尿（一日につき）の導入	62.2	30.0	3.4	2.5	2.0
9) 神経学的検査への「リハ科専門医」の追加	56.0	30.5	9.8	2.2	1.5

表 2 回復期リハに関連の提案項目について (%)

	提案すべき	どちらでもよい	提案すべきでない	その他	未回答
1) 対象患者の追加：くも膜下出血・外傷性脳損傷等で遷延性意識障害を伴ったものおよび重度頸髄損傷、重症ギラン・バレー症候群については、入院までの日数を 3 カ月までに延長を追加	82.1	11.6	3.4	2.0	1.0
2) 急性発症した重度頸髄損傷・重度末梢神経障害・軸索型ギラン・バレー症候群などの疾患においては回復期リハ病棟入院料を算定可能な期間を 270 日までの延長を認める	80.3	9.8	6.4	2.0	1.5
3) 回復期リハ病棟料 1 の算定基準の自宅退院率の分母から単身独居者を除いて計算に変更する	51.1	29.5	10.3	7.1	2.0
4) 回復期リハ病棟の施設基準における日常生活改善の評価として、日常生活機能評価の代わりに Functional Independence Measure (FIM) や Barthel index (BI) も追加	68.1	21.9	4.9	4.2	1.0

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.5	
妥当である	57.3	
もっと低頻度が望ましい	5.4	
もっと高頻度が望ましい	9.8	
かかりつけ医が定期診察しているので、リハ指示を出す医師の診察は必要ない	5.7	
分からない	5.9	
普段の診療業務で関わりがないので判断できない	14.5	

図 6-1：訪問リハについて、リハ指示を出す医師の診察頻度が緩和され、3カ月に1回という診察頻度についてどう思うか。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.5	
ほぼ全利用者に算定している、または、算定する予定である	5.7	
一部利用者に算定している、または、算定する予定である	18.7	
算定していないし、算定する予定もない	6.1	
普段の診療業務で関わりがないので答えられない	68.1	

図 6-2：訪問リハについて、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、訪問リハ実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に300単位/回を3カ月に1回を限度として算定できることになった。その算定状況について。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	1.5	
おおいに評価できる	8.4	
多少評価できる	26.0	
評価できない	5.9	
どちらとも言えない	16.2	
普段の診療業務で関わりがないので答えられない	42.0	

図 6-3：訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、時間区分毎の報酬や基準の見直しが行われ、医療のリハや訪問リハと同様の1回あたり20分となった点についてどう思うか。

であった。また、回復期リハ病棟入院料についての項目では(表2)、対象疾患の追加としても膜下出血・外傷性脳損傷等で遷延性意識障害を伴ったものおよび重度頸髄損傷、ギラン・バレー症候群については入院

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	2.7	
重度の要介護者を受け入れやすくなった。または、受け入れやすくなりそうだ	16.0	
重度の要介護者を受け入れやすくなったとは言えない	13.5	
どのような影響が出るかまだ分からない	19.2	
普段の診療業務で関わりがないので答えられない	48.7	

図 6-4：通所リハについて、重度療養管理加算(100単位/日)により重度の要介護者へのサービスが評価された。その影響について。

選択肢	割合(%)	トータル:407
未回答	2.0	
すでに行っている	8.6	
行う予定である	5.9	
行うかどうか検討中である	13.5	
行う予定はない	43.0	
分からない	27.0	

図 6-5：短時間型のデイケアで個別加算が認められ、医療機関における介護保険によるリハが行われやすくなった。今後、貴施設内で短時間型のデイケアを行う予定について。

## 図 6 介護報酬改定

までの日数を3カ月までに延長を追加すること：提案すべき82.1%、急性発症した重度頸髄損傷・重度末梢神経障害・軸索型ギラン・バレー症候群などの疾患においては、回復期リハ病棟入院料を算定可能な期間を270日までの延長を認めること：提案すべき80.3%、回復期リハ病棟1の算定基準の自宅退院率の分母から単身独身者を除いた計算に変更すること：提案すべき51.1%、回復期リハ病棟の施設基準における日常生活改善の評価として、日常生活機能評価の代わりにFIMやBIを追加すること：提案すべき68.1%であった。

#### IV：介護報酬改定に関する意見（図6）

1. 訪問リハについて、リハ指示を出す医師の診察頻度が緩和され、1カ月以内から3カ月以内へと変更された件で、3カ月に1回という診察頻度について、妥当である57.3%、もっと低頻度が望ましい5.4%、もっと高頻度が望ましい9.8%、かかりつけ医が定期診察をしているのでリハ指示を出す医師の診察は必要ない5.7%、わからない5.9%、普段の診療で関わりがないので判断できない14.5%であり、妥当であるという意見が多かった（図6-1）。

2. 訪問リハについて、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、訪問リハ実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に300単位/回を3カ月に1回を限度として算定できることになった点について、ほぼ全利用者について算定しているまたは算定する予定である5.7%、一部利用者に算定しているまたは算定する予定である18.7%、算定していないまたは算定する予定はない6.1%、普段の診療で関わりがないので判断できない68.1%であり、関わりが少なく判断が困難との意見が多かったが、算定するまたは予定があるという意見がしない・する予定はないという意見を上回った（図6-2）。

3. 訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、時間区分毎の報酬や基準の見直しが行われ、医療のリハや訪問リハと同様の1回あたり20分となった点について、大いに評価できる8.4%、多少評価できる26.0%、評価できない5.9%、どちらも言えない16.2%、普段の診療で関わりがないので判断できない42.0%であり、関わりが少なく判断が困難との意見が多かったが、大いに評価できるという意見が評価できないという意見を上回った（図6-3）。

4. 通所リハについて、重度療養管理加算（100単位/日）により重度の要介護者へのサービスが評価されるようになった点について、重度の要介護者を受け入れやすくなった、または受け入れやすくなりそうだ16.0%、重度の要介護者を受け入れやすくなったとは言えない13.5%、どのような影響が出るかまだわからない19.2%、診療で関わりがないので判断できない48.7%であり、関わりが少なく判断が困難との意

見が多かったが、受け入れが容易になるとの意見と容易にならないとの意見、現時点では判断不能との意見がほぼ同じであった（図6-4）。

5. 短時間型のデイケアで個別加算が認められ、医療機関における介護保険によるリハが行われやすくなったことで、今後短時間型デイケアを行う予定があるか否かについて、既に行っている8.6%、行う予定である5.9%、検討中である13.5%、行う予定はない43.0%、わからない27.0%であり、行う予定がないという意見が多かった（図6-4）。

#### おわりに

前回までの本調査は、評議員193名と任意に選んだリハ科専門医207名の合計400名に対して紙ベースでのアンケート調査を行ってきたが、今回初めて、学会員のすべてを対象にWEBによるアンケート調査を導入した。したがって、回収率はWEBログイン者数を分母とした場合7.53%（会員数を分母とした場合の回収率は4.11%）と低い率に終わってしまったが、実数では前回の回答者242名であったのに対し407名と150名増加した。今後、すべての学会員に対してアンケートを実施することでより多くの会員の意見の反映ができることを願っている。

今回の調査結果から今回の診療報酬、介護報酬改定は概ね評価できる内容であったことがうかがえる。しかし、「維持期リハにおいて、要介護被保険者で標準算定日数を超えており、状態の維持を目的に行われる脳血管疾患等リハ料及び運動器リハ料がそれぞれ通減された点」や「現在、標準算定日数を超えても月に13単位まで認められている疾患別リハの提供（通称「13単位制度」）に関しても、要介護被保険者であって、状態維持を目的に行う場合の提供は次回改定（平成26年3月31日）までとすることが明示された点」については、否定的な意見が多かった。また、当学会から提案した事項については概ね次回以降の診療報酬改定でも提案した方がよいとの意見が多く、今回は誌面の関係上ご報告することはできないが、自由記載においても、「リハ処方料」「義肢装具適合判定料」などについてはリハ科医師の専門性を担保とするドクターフィーとして認められるべきであるとの意見も多かった。

当社会保険等委員会では、皆様からいただいたアンケート結果や自由意見をもとに、検討、討論を重ね、

また同時にリハ関連学会や各関連協会と意見交換や調整を行いながら、平成26年度診療報酬改定、平成27年度介護報酬改定にむけて誠心誠意、取り組んでいきたい。

最後になりましたが、お忙しい中、多数の先生方にアンケートにご協力いただき、ありがとうございます

た。御礼申し上げますとともに、今後とも忌憚なきご意見、ご指摘を賜りますよう心よりお願い申し上げます。以上、簡単ではございますが、本年度診療報酬改定、介護報酬改定に関するアンケート調査の報告とさせていただきます。（自由意見につきましては、日本リハビリテーション医学会ホームページの会員専用ページにて公開いたします。ご参照ください。）