

平成 26 年度診療報酬改定における リハビリテーションに関する WEB アンケート結果報告書

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

委員長 木村 浩彰

委員 赤澤 啓史, 岩田 学, 大塚 健一, 小口 和代
黒木 洋美, 小山 照幸, 杉原 勝宣, 速水 聡

特別委員 川手 信行, 近藤 国嗣

はじめに

平成 26 年度は、2 年毎に行われる診療報酬改定が施行されたので、改定についてのアンケート調査を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 10,055 名）とした。

2. 方法：平成 26 年 6 月 30 日～10 月 10 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 1～32 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 10～20 は診療報酬改定に関する質問、質問 21～31 は今後の提案項目に関する質問、質問 32 は自由意見であった。

3. 回収率：323 名の先生方から回答があり、締切日現在の WEB ログイン者数 5403 名を分母とした場合の回収率は 7.5%であった（会員数 10,055 名を分母とした場合の回収率は 3.2%）。

4. 回答があった会員の診療環境・勤務先：勤務先については、大学病院以外の総合病院 97 名 30%、大学病院 80 名 24.8%、リハビリテーション（以下、リハ）専門病院 73 名 22.6%、整形外科・リハ科を中心とした病院 30 名 9.3%の順で、以下、診療所 16 名、その他 27 名であった。リハ施設基準は、心大血管 I が 36.5%、II が 3.7%、呼吸 I が 66.6%、II が 4.6%、運動器 I が 87.3%、II が 6.8%、III が 1.6%、脳血管等 I が 81.1%、II が 12.1%、III が 3.1%、がんリハ 36.8%であった。取得していない基準として、心大血管が 58.2%、呼吸器が 25.7%、運動器が 2.5%、脳血管等が 3.1%、がんリハ 60.4%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 71.5%、外来患者が中心 9.9%、どちらも言えない 16.4%で、急性期患者が中心が 41.2%、回復期患者が中心 37.8%、生活期患者が中心 9.6%、小児が中心 3.72%、いずれとも言えない 7.4%となっていた。主な対象患者の病棟区分では、一般病棟 46.8%、回復期リハ病棟 37.5%、有床診療所 2.2%、障害者施設など 3.7%、医療型療養病棟 2.2%、介護型療養病院 0.3%、入院・入所はなく外来のみ 4.3%、その他 2.5%であった。

II. 診療報酬改定に関する回答

1. 地域包括ケアを支援する病棟評価について（図 1）：亜急性期入院医療管理料が平成 26 年 9 月 30 日で廃止され、新しく地域包括ケア病棟入院料に変更される点について、高く評価できる 4.0%、評価できる 22.9%、どちらも言えない 51.1%、評価できない 14.6%、全く評価できない 3.7%で、半数以上が評価を保留し中立的な回答であった（図 1-1）。また、地域包括ケア病棟入院料（入院管理料を含む）の取得について、高く評価できる 4.3%、評価できる 19.2%、どちらも言えない 54.2%、評価できない 13.9%、全く評価できない 3.1%で、やはり中立的な回答が半数以上を占めた（図 1-2）。

2. 回復期リハ病棟料について（図 2）：回復期リハ病棟入院料 I に関して体制強化加算が 1 日あたり 200 点つくことになった点について、高く評価できる 11.8%、評価できる 41.2%、どちらも言えない 26.0%、評価できない 10.2%、全く評価できない 7.7%で、半数以上が肯定的な回答であった（図 2-1）。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.9	
高く評価できる	4.0	
評価できる	23.0	
どちらとも言えない	51.1	
評価できない	14.6	
全く評価できない	3.7	
その他	2.8	

図 1-1：亜急性期入院医療管理料が平成 26 年 9 月 30 日で廃止され、新しく地域包括ケア病棟入院料に変更された。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	1.9	
高く評価できる	4.3	
評価できる	19.2	
どちらとも言えない	54.2	
評価できない	13.9	
全く評価できない	3.1	
その他	3.4	

図 1-2：地域包括ケア病棟入院料（入院管理料を含む）の取得について

図 1 地域包括ケアを支援する病棟評価について

また、回復期リハ病棟入院料 I の休日リハ提供体制加算が包括化されて、1日当たり 1911 点から 1971 点に変更された点について、高く評価できる 8.4%，評価できる 48.0%，どちらとも言えない 30.3%，評価できない 8.7%，全く評価できない 1.9%で、肯定的な意見が半数以上を占め、否定的な意見を大きく上回った（図 2-2）。回復期リハ病棟入院料 I を取得するための施設基準に関して、当該病棟に入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が 1 割以上である点について、高く評価できる 2.8%，評価できる 21.1%，どちらとも言えない 44.9%，評価できない 19.2%，全く評価できない 8.7%で、約半数が中立的で、肯定的な意見と否定的な意見が拮抗していた（図 2-3）。リハ総合計画評価料として、入院時訪問指導加算 150 点が新設され、算定要件は入院前 7 日以内または入院後 7 日以内の訪問に限ることに関して、高く評価できる 3.7%，評価できる 26.0%，どちらとも言えない 37.5%，評価できない 19.5%，全く評価できない 10.8%で、中立的な意見が約半数を占め、肯定的な意見と否定的な意見が拮抗していた（図 2-4）。

3. 維持期リハおよび認知症リハについて（図 3）：標準算定日数を超え月 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、次回改定（平成 28 年 3 月 31 日）まで延期されたことに

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.9	
高く評価できる	11.8	
評価できる	41.2	
どちらとも言えない	26.0	
評価できない	10.2	
全く評価できない	7.7	
その他	2.2	

図 2-1：回復期リハ病棟入院料 I に関して体制強化加算が 1 日あたり 200 点つくことになった点について。加算の算定に関してはリハ医療に関する 3 年以上の経験およびリハ医療にかかる研修を修了した専従の常勤医師および退院調整に関する 3 年以上の経験を有する社会福祉士 1 名が配置されていることが条件。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.6	
高く評価できる	8.4	
評価できる	48.0	
どちらとも言えない	30.3	
評価できない	8.7	
全く評価できない	1.9	
その他	2.2	

図 2-2：回復期リハ病棟入院料 I の休日リハ提供体制加算が包括化されて、1日当たり 1911 点から 1971 点に変更された。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.6	
高く評価できる	2.8	
評価できる	21.1	
どちらとも言えない	44.9	
評価できない	19.2	
全く評価できない	8.7	
その他	2.8	

図 2-3：回復期リハ病棟入院料 I を取得するための施設基準に関して、当該病棟に入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が 1 割以上とされた。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.3	
高く評価できる	3.7	
評価できる	26.0	
どちらとも言えない	37.5	
評価できない	19.5	
全く評価できない	10.8	
その他	2.2	

図 2-4：リハ総合計画評価料として、入院時訪問指導加算 150 点が新設された。算定要件は入院前 7 日以内または入院後 7 日以内の訪問に限る。

図 2 回復期リハ病棟料について

関して、高く評価できる 17.0%，評価できる 46.1%，どちらとも言えない 26.6%，評価できない 5.3%，全く評価できない 2.5%で、肯定的意見が約半数を占め、

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.9	
高く評価できる	17.0	
評価できる	46.1	
どちらとも言えない	26.6	
評価できない	5.3	
全く評価できない	2.5	
その他	1.6	

図3-1：維持期リハに関して、標準算定日数を超え月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、次回改定（平成28年3月31日）まで延期された。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.9	
高く評価できる	6.2	
評価できる	41.8	
どちらとも言えない	34.4	
評価できない	11.8	
全く評価できない	3.7	
その他	1.2	

図3-2：維持期の脳血管疾患等、運動器リハを受けている入院患者以外の要介護保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハに移行した場合に評価を行う『介護保険リハビリテーション移行支援料』500点が新設された。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.6	
高く評価できる	4.3	
評価できる	40.9	
どちらとも言えない	39.3	
評価できない	10.5	
全く評価できない	2.2	
その他	2.2	

図3-3：認知症治療病棟入院料を算定する患者または認知症の専門医療機関に入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハに対する『認知症患者リハビリテーション料（1日につき240点）』が新設された。

図3 維持期リハおよび認知症リハについて

否定的意見を大きく上回っていた（図3-1）。また、維持期の脳血管疾患等、運動器リハを受けている入院患者以外の要介護保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハに移行した場合に評価を行う『介護保険リハビリテーション移行支援料』500点の新設に関して、高く評価できる6.2%、評価できる41.8%、どちらとも言えない34.4%、評価できない11.8%、全く評価できない3.7%で、肯定的な意見が半数以上を占めた（図3-2）。認知症治療病棟入院料を算定する

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	0.93	
高く評価できる	7.7	
評価できる	41.2	
どちらとも言えない	28.8	
評価できない	14.2	
全く評価できない	5.6	
その他	1.6	

図4 急性期病棟におけるリハ専門職の配置について
急性期病棟におけるリハ専門職の配置によるADL維持向上等体制加算25点（1日につき、14日を限度）が新設された。

選択肢	割合(%)	トータル:323
未回答	1.2	
高く評価できる	4.6	
評価できる	17.0	
どちらとも言えない	21.1	
評価できない	33.1	
全く評価できない	21.7	
その他	1.2	

図5 廃用症候群等の大幅減点について

今回の改定においても、廃用症候群等が大幅減点された（Ⅰで180点、Ⅱで146点）。

患者または認知症の専門医療機関に入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハに対する『認知症患者リハビリテーション料（1日につき240点）』の新設に関して、高く評価できる4.3%、評価できる41.0%、どちらとも言えない39.3%、評価できない10.5%、全く評価できない2.2%で、肯定的な意見と中立的な意見で大半を占めた（図3-3）。

4. 急性期病棟におけるリハ専門職の配置について（図4）：急性期病棟におけるリハ専門職の配置によるADL維持向上等体制加算25点（1日につき、14日を限度）の新設に関して、高く評価できる7.7%、評価できる41.2%、どちらとも言えない28.8%、評価できない14.2%、全く評価できない5.6%で、肯定的意見が半数を占めた（図4）。

5. 廃用症候群等が大幅減点（Ⅰで180点、Ⅱで146点）に関して（図5）：疾患別リハ料において今回の改定において廃用症候群等が大幅減点された（Ⅰで180点、Ⅱで146点）点に関して、高く評価できる4.6%、評価できる17.0%、どちらとも言えない21.1%、評価できない33.1%、全く評価できない21.7%で、否定的な意見が過半数を占めた（図5）。

表1 診療報酬改定に提案すべき項目 (%)

提案項目	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
リハビリテーション処方料の新設	72.1	22.3	3.4	1.6	0.6
リハビリテーションカンファ料の新設	57.6	27.2	12.4	1.6	1.2
コンピューターによる筋力検査の新設	19.2	57.9	20.4	1.2	1.2
手指巧緻性機能検査の新設	51.7	37.8	8.1	0.9	1.6
義肢・装具処方, 仮合わせ適判定料の新設	76.2	18.0	2.8	1.6	1.6
がん患者リハで手術予定入院前リハを可能にする	67.5	23.5	5.6	2.2	1.2
間歇的自己導尿 (1日につき) の導入	62.0	31.9	4.3	0.3	1.6
神経学的検査への「リハ科専門医」の追加	59.4	27.9	10.8	0.9	0.9

表2 回復期リハに関連の提案項目について

順番	提案項目	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	回復期リハ病棟対象患者の追加・くも膜下出血・外傷性脳損傷で遷延性意識障害伴ったもの, 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	83.0	11.8	3.1	1.6	0.6
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	76.2	17.3	3.7	0.9	1.9
3	回復期リハ病棟料Iの算定基準の自宅退院率の分母から単身独居者を除いた計算にする	45.2	39.6	10.8	2.8	1.6

Ⅲ. 今回のリハ医学会の提案項目および今後の提案項目について (表1).

今回の診療報酬改定で提案した際, 不採用提案が多くあったため, 回答者の意見に最も近いものを選択する質問については, ①リハ処方料の新設: 提案すべき72.1%, ②リハカンファ料の新設: 提案すべき57.6%, ③コンピューターによる筋力検査の新設: 提案すべき19.2%, ④手指巧緻性機能検査の新設: 提案すべき51.7%, ⑤義肢・装具処方, 仮合わせ適判定料の新設: 提案すべき76.2%, ⑥がん患者リハで手術予定入院前リハを可能にする: 提案すべき67.5%, ⑦間歇的自己導尿 (1日につき) の導入: 提案すべき61.9%, ⑧神経学的検査への「リハ科専門医」の追加: 提案すべき59.4%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), 対象患者の追加として, くも膜下出血・外傷性脳損傷で遷延性意識障害伴ったもの, 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: 提案すべき83.0%, 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: 提案すべき76.2%, 回復期リハ病棟料Iの算定基準の自宅退院率の分母から単身独居者を除いた計算にする: 提案すべき45.2%であった。

Ⅳ. 自由記載について (抜粋)

1. ADL維持向上体制加算について

急性期病棟ADL維持向上体制加算および回復期リハ病棟体制加算の施設基準は, 認定臨床医または専門医の専従またはリハ科専門医の指導体制を整備している施設とすべき。

急性期病棟におけるADL維持向上体制加算は25点よりアップし, ADL低下や褥瘡発生などアウトカム評価を緩和して欲しい。

2. 回復期リハ病棟体制加算について

回復期リハ病棟の専従医師条件が厳しすぎる。外来ができないと退院後の患者フォローができない。同様

に、専従医師と専従スタッフが担当患者の自宅訪問に行けない。

全ての患者に専従医師が関与しなければならないとの指導も一部地域である。

回復期の医師研修会がリハ医学会主導でなかったことは残念である。また、リハ医療経験3年の意味するところが曖昧なので、条件を明確にして厳格化すべきである。

リハ科専門医の地位を向上させて欲しい。

リハを充実させるため人員配置基準を手厚くすることは良いが、地方ではリハ科医が確保できないので、基準を満たせなくなる。

3. 疾患別リハの運用について

廃用症候群の算定が非常に煩雑になった。廃用症候群が他の疾患別リハより点数が高く不適切だったので、点数を運動器リハと同等にして算定しやすい条件に変更して欲しい。

がん患者リハの算定要件としてがんリハ研修を受講する必要があるが、受講した療法士しかがん患者リハを算定できないので廃用症候群をがんリハで算定しようとしても療法士の数が限定されていて、すぐには変更できない。病院内で受講者からの伝達講習を可能にするなど条件緩和が望ましい。

専従 ST が摂食嚥下療法を施行できない。条件の緩和が必要である。

認知症リハが病棟でできるようになったことは良いが、非薬物療養や運動療法など認知症リハの内容についてリハ医学会から提案指導して欲しい。

おわりに

WEB アンケートに回答いただいた323名のリハ科医から、リハ科医の専門性確立やリハ内容の充実など、リハ医学会が果たすべき役割について、現実的で厳しい提案をいただきました。リハ科医として誇りを持って診療できるよう、今回のWEBアンケートの内容を具体化できるよう検討し、平成28年度診療報酬改定に向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WEBアンケートにご協力いただき、ありがとうございました。御礼申し上げますとともに、今後とも忌憚の無いご意見やご指摘を賜りますようお願い申し上げます。

以上、簡単ではございますが、平成26年度診療報酬改定に関するWEBアンケート調査の報告とさせていただきます。今後もリハ医学会にご支援の程、よろしくようお願い申し上げます。