

平成 20 年度 リハビリテーション料の診療報酬改定に関するアンケート結果について

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 水間 正澄, 吉永 勝訓

委員長 川手 信行

担当委員 高橋 博達, 染屋 政幸, 尾花 正義, 古閑 博明
近藤 克則, 長谷 公隆, 原 寛美, 藤谷 順子
古市 照人, 森 英二, 近藤 国嗣, 菅原 英和
江端 広樹, 田中宏太佳

【はじめに】

平成 20 年 4 月, リハビリテーション (以下, リハ) の領域においても多岐にわたる診療報酬の改定がなされた。当委員会では, 将来的に向かうべきリハ医療をデザインし, それに向かって取り組みを開始するために, リハ医療現場の実情・変化および制度改定による影響を体感している本学会員に今回の診療報酬改定に関するアンケート調査を行い結果を分析した。

【調査方法】

1. 対 象 : 調査対象は, 日本リハ医学会の医師である評議員と, 無作為に抽出した評議員以外のリハ科専門医の合計 400 名とした。

2. 方 法 : アンケートは 4 つの大項目で構成され, 1) 基本情報 (回答者の勤務先種別, 疾患別施設基準, リハ対象患者の特性など), 2) 今回のリハ関連主要改定項目である, 疾患別リハ料の見直し, 早期リハ加算の新設, リハ総合計画評価料の見直し, 集団コミュニケーション療法の新設, 障害児リハ料の充実・拡大, 地域連携診療計画の評価の拡大と見直し, 回復期リハ病棟入院料の見直しなどに対する 26 小項目についての意見, 3) 要望したが実現しなかった項目や想定外の変更等により負の影響が出たと思われる項目に関する意見, から構成した。それぞれの項目については選択肢を設けるほか自由意見の記載もお願いした。平成 20 年 8 月 21 日にアンケートを郵送し 10 月 14 日までに回答のあったものを分析対象とした。

3. 回収率 : 218 名から回答があり, 回収率は 54.5% であった。

【結 果】

1. 回答者の診療環境 (表)

回答者の勤務先では大学病院 26%, 大学病院以外の総合病院 23%, リハ専門病院 18%, 整形外科・リハ科を中心とした病院 10% であり, 病院勤務者が全体の 77% を占めた。疾患別施設基準取得状況を見ると, 4 疾患別の各リハ料の算定状況にはばらつきが多く, 算定できない施設の割合は, 心疾患 75%, 呼吸器疾患 30%, 脳血管等 7%, 運動器疾患 7% であった。また, 今回基準が変更になった脳血管等の施設基準取得状況は, I 79% (言語聴覚療法 (ST) のみの基準を含む), II 10%, III 4% であった。主なリハ対象患者の入院・外来区分では入院が 75% と多く, 発症後の区分では急性期 41%, 回復期 30%, 慢性期・維持期 11% となっていた。また主な病棟区分としては一般病棟 44%, 回復期リハ病棟 24%, 医療型療養病棟 9%, 障害者病棟 9% などであった。

2. 今回の診療報酬改定内容に対する意見

今回, 得られたアンケート調査の結果が膨大で煩雑になるのを避けるため, 先に当委員会から報告した「平成 20 年度リハ医学に関連する社会保険診療報酬の改定について」(Jpn J Rehabil Med 2008; 45 (5): 264-270) に沿って報告する。したがって, 本稿の理解を深めるために同報告書を参照していただきたい。

1) 疾患別リハ料の見直し

① 訓練室施設基準の見直し

リハ治療室はすべての疾患別リハにおいて, 時間外の時間帯において他の用途に使用可能になったことに関しては, 肯定 52%, 中立・やむを得ない 29%, 否

表 回答者の診療環境

勤務先	大学病院	26% (国公立 51%, 私立 49%)			
	大学病院以外の総合病院	23% (国公立 42%, 私立 45%, その他 13%)			
	リハ専門病院	18% (国公立 45%, 私立 42%, その他 13%)			
	整形外科・リハ科を中心とした病院	10%			
	有床診療所	1%			
	無床診療所	7%			
	介護老人保健施設	0%			
	その他	15%			
疾患別施設基準取得状況	心大血管リハ基準	I 21%	II 4%	なし	75%
	運動器リハ基準	I 91%	II 2%	なし	7%
	呼吸器リハ基準	I 68%	II 2%	なし	30%
	脳血管等リハ基準	I 78% (STのみ 1%)	II 10%	III 4%	なし 7%
主なりハ対象患者の入院・外来区分	入院患者が中心	75%			
	外来患者が中心	9%			
	どちらとも言えない	16%			
主なりハ対象患者の発症後期間の区分	急性期患者が中心	41%			
	回復期患者が中心	30%			
	慢性期・維持期患者が中心	11%			
	小児が中心	5%			
	いずれとも言えない	13%			
主な対象患者の病棟区分	一般病棟	44%			
	医療型療養病棟	9%			
	介護型療養病棟	2%			
	回復期リハ病棟	24%			
	亜急性期入院管理病棟	5%			
	有床診療所	1%			
	障害者施設など	9%			
	介護老人保健施設	1%			
	入院施設はなく外来のみ	4%			
	その他	1%			

定・受け入れ難い5%、その他14%であった。また、心大血管リハ基準で面積と必要物品条件の緩和については、肯定53%、中立・やむを得ない25%、否定・受け入れ難い2%、その他20%であり、どちらの見直し項目も肯定的な意見が多かった。

②人的要因の見直し

脳血管リハ基準での3段階化と専任医要件については、肯定44%、中立・やむを得ない38%、否定・受け入れ難い14%、その他(以下、日常診療に関連がないを含む)4%であった(図1-1)。また、心大血管リハの医師要因の緩和や管理体制の緩和、医療職配置の緩和については、肯定35%、中立・やむを得ない35%、否定・受け入れ難い6%、その他23%であった。両者とも中立からやや肯定的な意見が多かった。運動器リハの実施者に、看護師・准看護師・柔道整復師が明文化されたことに関しては、肯定12%、中立・やむを得ない30%、否定35%、受け入れ難い22%、

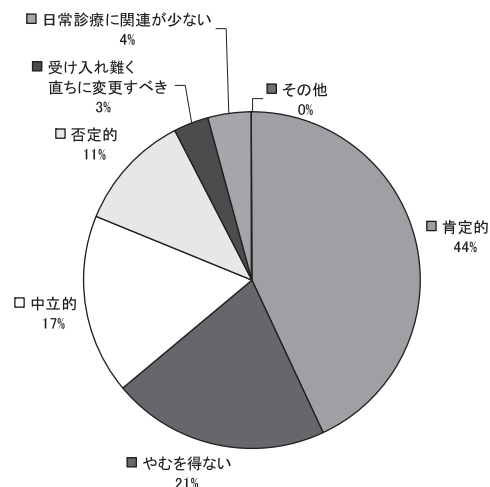


図1-1 脳血管基準の3段階化と医師専任要件

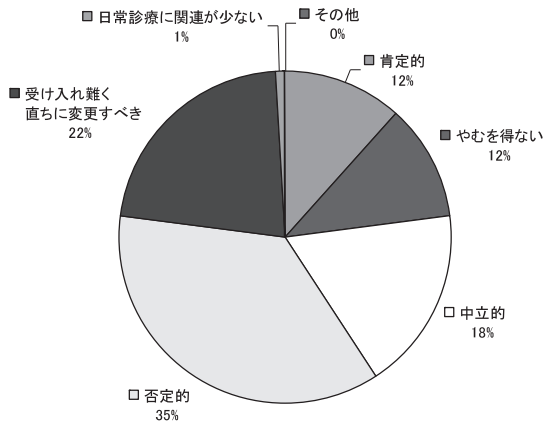


図 1-2 運動リハ実施者に看護師等の明文化

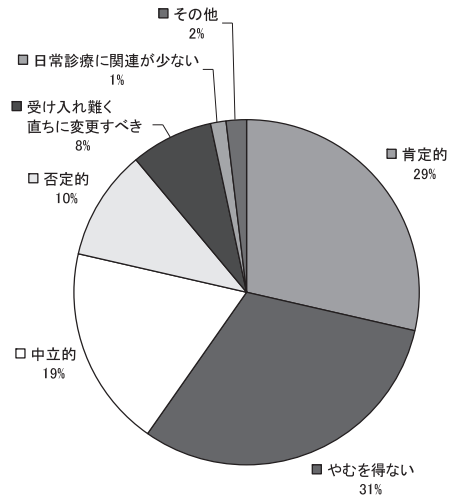


図 1-4 管理料逓減制廃止

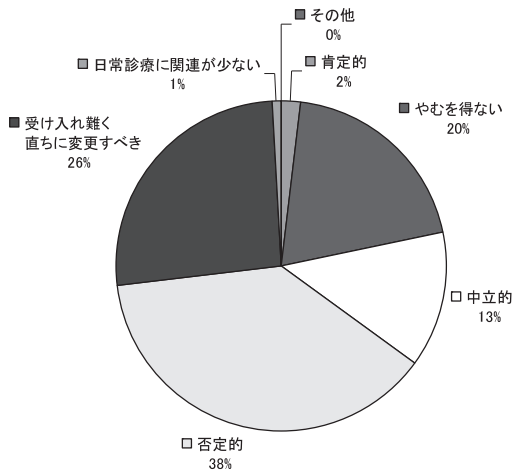


図 1-3 疾患別減額

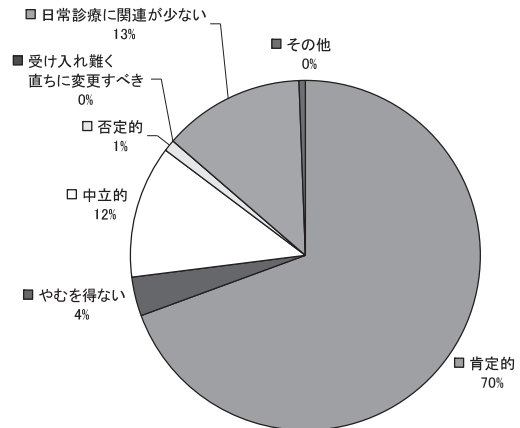


図 1-5 呼吸リハ対象病名

その他 1% と否定的な意見が 57% を占めた (図 1-2)。呼吸リハの施行が常勤の理学療法士 (PT) に加えて、常勤の作業療法士 (OT) も可能になったことに関しては、肯定 60%、中立・やむを得ない 25%、否定・受け入れ難い 5%、その他 10% で肯定的な意見が多かった。

③リハ料単価の變更と逓減制の廃止およびリハ医学管理料の廃止

各疾患別リハ料の単価の減額については、肯定 2%、中立・やむを得ない 33%、否定 38%、受け入れ難い 26%、その他 1% であり、否定的な意見が 64% を占めた (図 1-3)。また、リハ医学管理料と逓減制の廃止、リハ継続月 13 単位制の導入については、肯定 29%、中立・やむを得ない 50%、否定 10%、受け入れ難い 8%、その他 3% で、概ね肯定的であった (図 1-4)。

④疾患別リハ料の算定における運用上の注意：必要書類に対する意見

標準的算定日数を超過して治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合に必要書類作成に関して、業務の支障となる程の負担 34%、業務への影響は少ないが負担 48% であった。また、廃用症候群に対するリハの書類作成では、業務の支障となる程の負担 44%、業務への影響は少ないが負担 41% であり、いずれも 8 割以上の医師が診療業務のなかでの書類作成に負担を感じていた。

⑤疾患別リハの対象になる病名の見直し

呼吸リハ対象病名の肺腫瘍・肺塞栓の追加に関しては、肯定 70%、中立・やむを得ない 16%、否定・受け入れ難い 1%、その他 13% であり (図 1-5)、また、癌手術前 1 週間における呼吸リハが可能になったこと

に関しては、肯定77%，中立・やむを得ない8%，否定・受け入れ難い2%，その他13%で肯定的な意見が多かった。

2) 早期リハ加算の新設

早期リハ加算（1単位につき30点）が復活新設されたことに関しては、肯定80%，中立・やむを得ない12%，否定・受け入れ難い4%，その他4%と肯定的な意見が多かった。しかし、ADL加算の廃止については、肯定10%，中立・やむを得ない57%，否定・受け入れ難い30%，その他4%で中立からやや否定的な意見が多かった。

3) リハ総合計画評価料の見直し

総合実施計画料の減額（480⇒300点）については、肯定3%，やむを得ない27%，中立15%，否定37%，受け入れ難い16%，その他4%と否定的な意見が53%と多く見られた。また、総合実施計画料算定の緩和（月1回算定可，回復期リハ病棟でも算定可）については、肯定67%，やむを得ない7%，中立17%，否定3%，受け入れ難い1%，その他1%で、肯定的な意見が多かった。

4) 集団コミュニケーション療法の新設

集団ST点数（1単位50点で1日3単位まで算定可）の復活新設について、肯定58%，中立・やむを得ない29%，否定・受け入れ難い5%，その他8%であり、肯定的な意見が多くみられた（図1-6）。

5) 障害児リハ料の充実・拡大

障害児リハ料の充実・拡大（実施施設が拡大）されたことについて、肯定59%，中立・やむを得ない24%，否定・受け入れ難い1%，その他16%であり、肯定的な意見が多かった。

6) 地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

地域連携診療計画料に脳卒中が加わり、地域連携診療計画管理料1500点から900点に、また地域連携診療計画退院時指導料が1500点から600点に減点され、回復期リハ病棟でも算出が可能となったことに関しては、肯定34%，やむを得ない20%，中立19%，否定8%，受け入れ難い4%，その他14%であった。

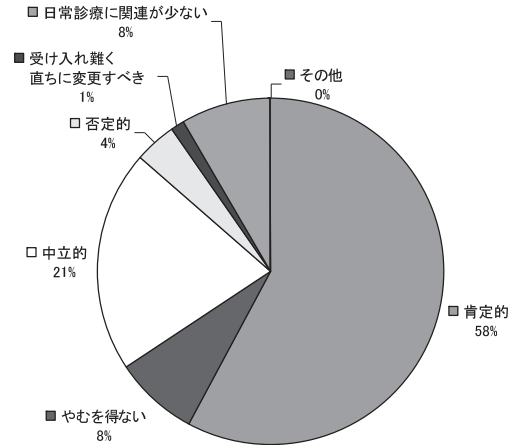


図1-6 集団ST点数

7) 回復期リハ病棟入院料の見直し

今回の改正で、回復期リハ病棟入院料1が設置されたが、その算定要件に重症例15%，自宅等退院が60%以上などの条件が加わったことや、重症患者回復病棟加算50点（1日につき）が、重症患者30%以上が生活機能改善した場合に算定できるようになったことなどによって、『転院症例の選別が行われる可能性』についてのアンケート結果を（図1-7，8）に示す。この結果、10%以上が『現状で選別している』、30%以上が『選別する可能性ある』と回答している。これは、実際に回復期リハ病棟に関わる病院のみに限定すると、それぞれ約20%，約50%に達する。

また、回復期リハ病棟における重症患者判定に用いる、日常機能評価の測定方法と測定記入者の研修要件について、業務に支障となる程の負担19%，業務への影響は少ないが負担39%と負担を感じていた。

回復期リハ病棟の医師要件緩和については、肯定43%，中立・やむを得ない26%，否定14%，受け入れ難い2%，その他16%であった。また、回復期リハ病棟どうしの転院では、発症後2カ月超えでも回復期リハ料算定可能になったことについては、肯定46%，中立・やむを得ない31%，否定・受け入れ難い5%，その他18%であった。回復期リハ病棟の対象疾患に、腕神経叢損傷等と義肢装具装着訓練が追加されたことに関しては、肯定68%，中立・やむを得ない10%，否定・受け入れ難い4%，その他18%であり、いずれも肯定的な意見が多かった。

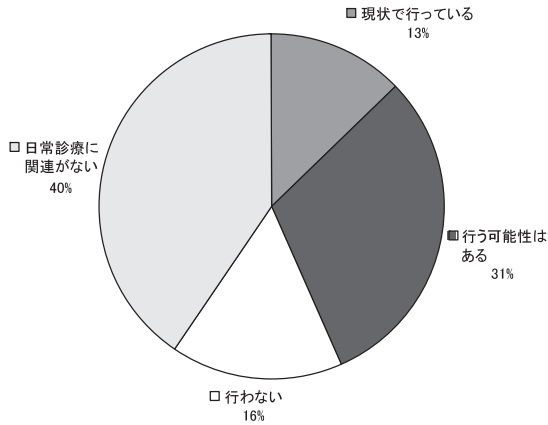


図 1-7 回復期リハ入院料

回復期リハ病棟入院料1：重症例15%，自宅等退院が60%以上の算定要件ができたことで『改善見込みの有無に伴う患者選別』が行われる可能性について

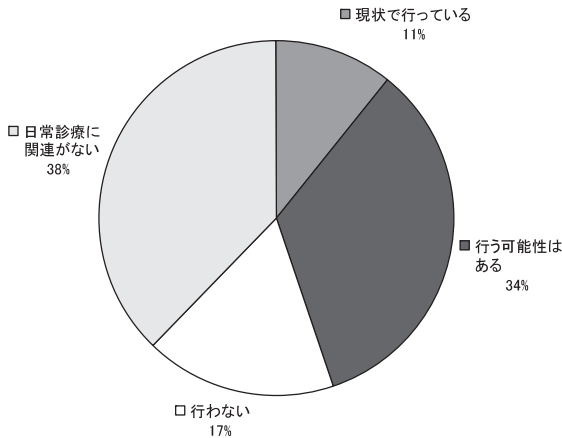


図 1-8 重症患者回復病棟加算

重症者回復期病棟加算（50点）が重症患者の30%以上が生活機能改善の算定要件になったことで、『改善見込みの有無に伴う患者選別』が行われる可能性について

2-(a) 新設・変更の要求が認められなかった項目について

今回の診療報酬に向けて本学会から新設・変更を要求してきた項目で、残念ながら認められなかった項目についての意見である。これらの項目については当然のことながら、全体的に否定的な意見が多くみられた。

①総合リハの新設について

平成18年改定の疾患別の概念導入に併せて廃止された総合リハ施設を現行の疾患別リハと並列で新設することが認められなかったことについては、否

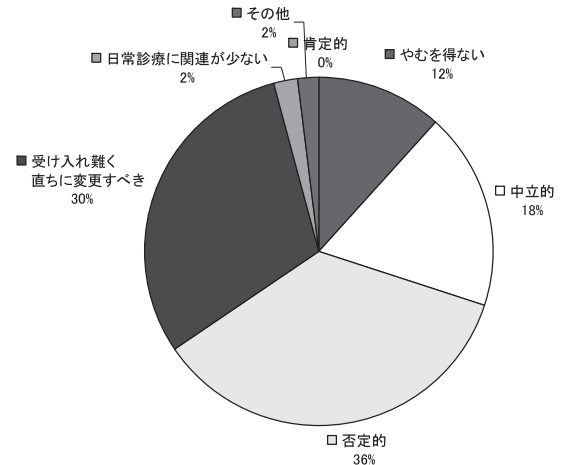


図 2-1 総合リハ新設

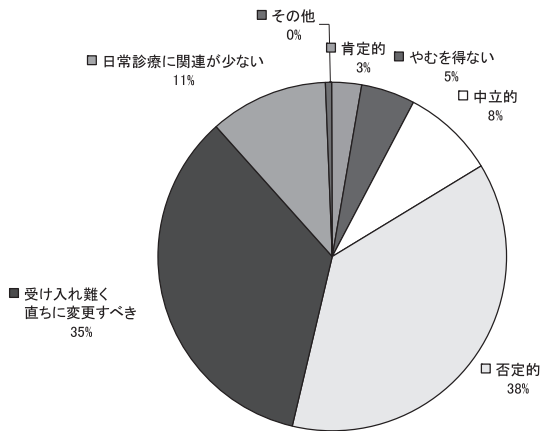


図 2-2 重症入院3カ月延長

定36%，受け入れ難い30%，であった（図2-1）。

③回復期リハ病棟の要件緩和に関する項目について
回復期リハ病棟において、脳血管障害や頭部外傷患者などの重症例や複数の合併症を持つ患者で発症後2カ月までの入院が困難な症例において、一定条件下で入院まで3カ月に延長することが認められなかったことについては、否定38%，受け入れ難い35%であった（図2-2）。一方、回復期リハ病棟の入院期間が、頸髄損傷や脳幹部病変による四肢麻痺などの患者で定められた入院期間が不足である症例において、一定条件下で入院期間を延長することが認められなかったことについては、否定39%，受け入れ難いが36%であった（図2-3）。

④処方料・技術料等の新設に関する項目について

リハ処方料の新設が認められなかったことについて

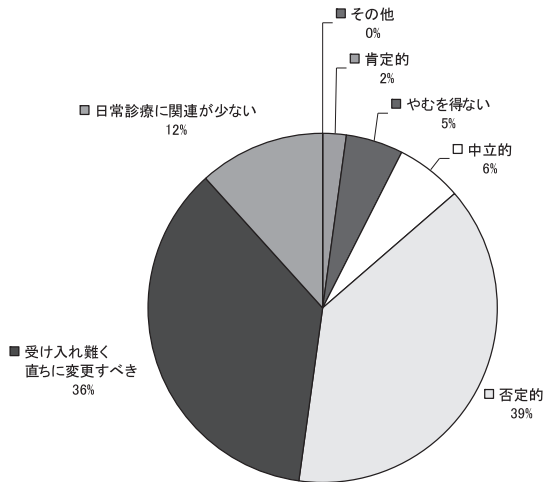


図 2-3 四肢麻痺等入院延長

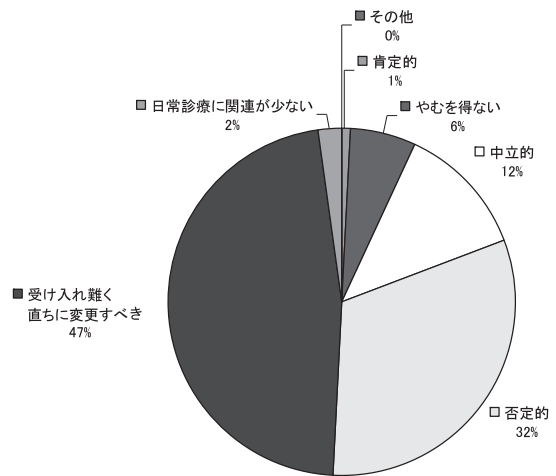


図 2-4 神経学的検査

は、否定 42%，受け入れ難い 34%であった。義肢装具処方適合判定料の新設が認められなかったことについては、否定 51%，受け入れ難い 30%，であった。そのほか、運動点ブロックの処置料新設が認められず（否定的 44%，受け入れ難い 19%），間欠的導尿の手技料見直しと期間延長が認められず（同 44%，19%），手指巧緻性機能評価検査料新設が認められず（同 40%，16%）についても否定的な意見が多かった。

2-(b) 想定外の改正内容に関する意見

① 今回の改定で新設された、『神経学的検査：300点』の算定は、神経学会専門医と脳神経外科学会専門医に限られ、リハ科専門医では算定できないことについては、否定 32%，受け入れ難い 47%と不満を持つ意見が非常に多く（図 2-4），特に修正が望まれる事項である。

② 障害者施設等病棟入院料の対象から、脳血管障害患者および認知症患者が除外されたことについては、否定 31%，受け入れ難い 24%であり（図 2-5），重度脳卒中患者等への影響が懸念される。

③ 回復期リハ病棟の成果評価指標に、リハ医療で通常用いている FIM や Barthel index ではなく、看護必要度から派生した日常生活機能評価が導入されたことについては、否定 31%，受け入れ難い 19%であった。

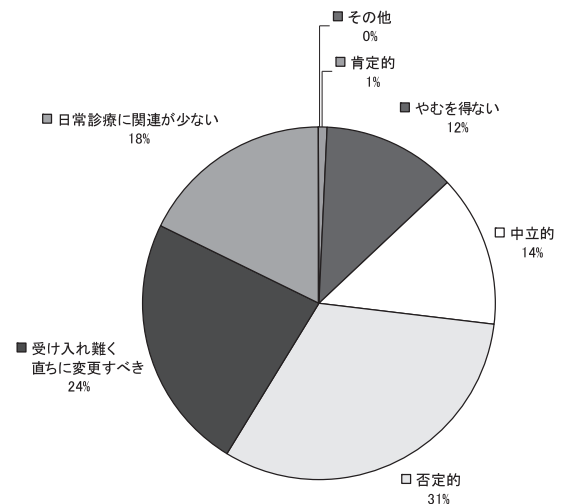


図 2-5 障害者施設入院料

【考察】

平成 18 年 4 月に疾患別リハの概念に基づいた診療報酬の設定ならびに日数制限が導入されるというリハ診療報酬体系の大きな改定があり、それから 2 年が経過した。本医学会ではこの間、他の学会・関係団体との協力により実情にあった診療報酬の改正に向けて検討を重ね、リハ関連事項については本医学会の社会保険等委員会が中心となり厚生労働省に対しての要望に関する他学会や団体の意見を取りまとめた。その結果平成 20 年度 4 月の診療報酬改定では今回のアンケートにみられるように、施設基準の要件緩和、リハ対象疾患の拡大、早期リハ算の復活、日数制限後の実施規定の緩和など、改善されたと評価できる項目が多

かった一方で、平成 19 年に導入された日数による通減制の廃止に伴う基本点数の切り下げを始めとして、リハ医療にとって厳しい改定も含まれていた。また運用上必要な作成書類が増え、医師の負担感増加もみられている。回復期リハ病棟でのいわゆる成果主義の導入については現段階では評価が困難であり今後の趨勢を見守る必要がある。本委員会としては、リハの対象となる患者、障害児・者の方がその方に必要なリハを急性期・回復期および維持期においても十分に受けられるような制度の制定を念頭におき、今後の診療報酬改定

に限らず介護報酬等の改定に向けても引き続き検討・提案をしていきたい。

アンケート調査にご協力いただいた諸先生方におかれましては、お忙しいなか本当にありがとうございました。また、多岐にわたる貴重なご意見・自由記載をいただき、あわせてお礼申し上げます。今回、紙面の都合上で、自由記載分のご意見は掲載できませんでしたが、ホームページなどを通じて公開する予定であります。また、皆様の貴重なご意見を本委員会においても反映させていく所存であります。これからもご協力の程、よろしくお願い申し上げます。ここにお礼申し上げますとともに御報告といたします。
(社会保険委員会等委員会一同)