

リハビリテーションの標準的算定日数 に関する関係団体への聞き取り調査 (報告書)

今回の調査

現在のリハビリテーションを提供する仕組み（特にリハビリテーションの標準的算定日数）における、評価できる点や課題などについて、リハビリテーションの提供に深くかかわる団体の代表者、担当者に対し聞き取り調査を行いました。

(参考) 現在のリハビリテーションのしくみ

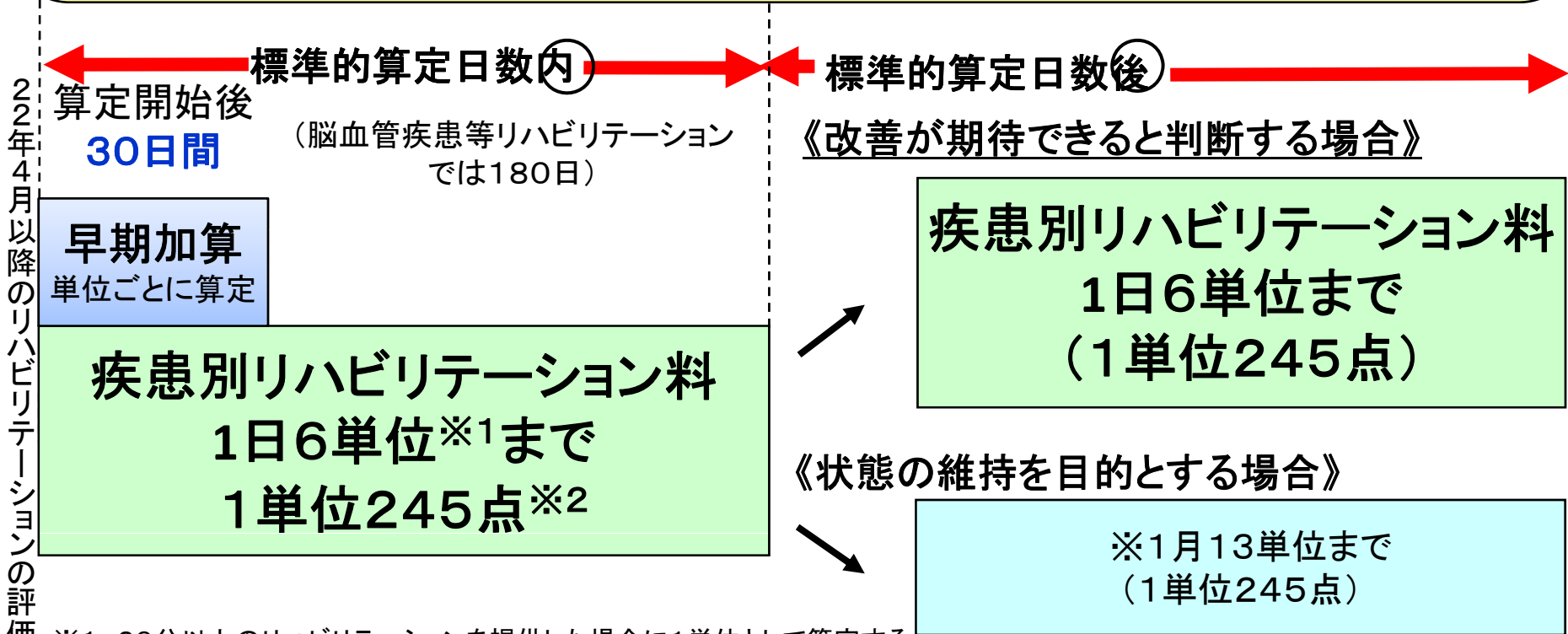
患者一人一人が、その特性に応じたリハビリテーションを受けられるようにするため、平成18年4月より診療報酬においては、疾患や障害の特性に応じた4つの疾患別(心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器)にリハビリテーションの評価を行っているところです。

それぞれの疾患別リハビリテーションでは、治療期間の目安として、標準的算定日数(心大血管疾患:150日、脳血管疾患等:180日、運動器:150日、呼吸器:90日)を設け、この期間内では、1日6単位(1単位=20分)まで算定することができます。

平成20年4月からは、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は、標準的算定日数を超えても、標準的算定日数内と同様の6単位を算定できることとしています。また、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断されず、状態の維持を目的とするリハビリテーションに移行した場合でも、維持期のリハビリテーションとして、1月13単位まで算定できることとしています。(別紙参照)

リハビリテーションの仕組み

- **医師が改善が期待できると判断する場合**は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
 - **それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても**、標準的算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価
- 例: 1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



※1 20分以上のリハビリテーションを提供した場合に1単位として算定する。
 ※2 脳血管疾患等リハビリテーション(I)の場合

聞き取り団体

- ①日本理学療法士協会
日時：平成 22 年 4 月 20 日 15:00～16:00
- ②日本臨床整形外科学会
日時：平成 22 年 4 月 28 日 17:30～18:30
- ③全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
日時：平成 22 年 5 月 7 日 13:00～14:30
- ④日本リハビリテーション医学会
日時：平成 22 年 5 月 7 日 15:00～16:00
- ⑤日本心臓リハビリテーション学会
日時：平成 22 年 5 月 13 日 16:00～17:00
- ⑥日本作業療法士協会
日時：平成 22 年 5 月 17 日 10:30～11:30
- ⑦日本言語聴覚士協会
日時：平成 22 年 5 月 18 日 14:00～15:00

<表記について>

総合評価における○、△、×は以下の評価を表している。

○：基本的に賛成。

△：賛成と反対が混在。

×：基本的に反対。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書①

団体：日本理学療法士協会

日時：平成22年4月20日15時～16時

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価：△）

- ・ 主治医が判断すればリハビリを継続できるようになっており、患者状況によって適切に運用すれば現行制度で良い。
- ・ 漫然とリハビリを続けるのではなく、日数に対する緊張感が生まれたのは良い。
- ・ 個々の事例（医学的な事情以外で自宅に帰れない、介護福祉施設に空きがない等）で標準的算定日数に当てはまらない事例は出てきうるが、標準算定日数を設ける制度上の問題ではないと考えている。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価：△）

- ・ 理学療法士が学問上の目的意識を持って取り組むためには、非常に良い。
- ・ リハビリの質の向上を目指す観点から取り入れられたものと認識しており、今更、元に戻ることは考えられない。
- ・ 点数差は問題である。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価：△）

- ・ 機能維持のためのすべての運動をマンツーマンのリハビリで行うのは、いくら時間があっても非常に困難。患者自身が行う練習内容を考慮してメニューを考える等の配慮を行うべきであり、このような配慮を行うことで、（個人的な見解であるが、）マンツーマンで行うリハビリについては、13単位／月あれば、十分に機能維持できると考えている。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・理学療法士1人当たりの上限単位数を廃止又は変更してほしい。

理由は、理学療法士1人当たりの上限単位数が医療現場では実質的なノルマとなっているため、患者の理由で急遽必要となったりリハビリに対応できない状況になっている。特に急性期病院において、流動的な患者数にあわせた臨機応変対応が困難となっているケースがある。

3. まとめ

疾患別リハビリの実施、標準的算定日数の設定、標準的算定日数を超えた患者に対するリハビリ制限（月13単位）いずれに関しても、概ね問題ないとの見解。

ただし、個別事例としては、リハビリを提供できないケースもゼロではない。

また、標準的算定日数の導入により、リハビリの質の向上に繋がったと考えられ、現状もその過程にある。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書②

団体：日本臨床整形外科学会

日時：平成22年4月28日 17時30分～18時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価：△）

- ・標準的算定日数そのものについては問題ないと思うが、標準的算定日数後の受け皿（介護保険でのリハビリにスムーズに移行すること）がうまくつくれていないとの認識。
- ・標準的算定日数が経過した後も、かなり多くのケースが月13単位の範囲でリハビリを実施しているものと認識している。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価：○）

- ・リハビリの質の向上を図る観点から導入されたものとして認識しており、実際、リハビリの質の向上に寄与しているものと認識。現時点で、元に戻ることは考えられない。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価：△）

- ・概ね、必要なリハビリは実施されているものの、機能維持のために月13単位では、足りないケースもあると認識している。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・脳血管疾患等リハビリと運動期リハビリの点数の差があることで、運動期リハビリを行う医療機関が少なくなっている。この影響で、
 - ① 大腿骨頸部骨折の地域連携パスを扱う回復期リハ病院が少なくなっていること
 - ② 現場のモチベーションが低下していること

は問題と考える。

- ・運動期リハビリについては、指の骨折～大腿骨骨折まで多彩な病態があることを配慮してほしい。

(例) 手の手術後などではリハビリ開始当初から外来リハビリになり点数が下がるが、リハビリとしては急性期リハビリとなるので、結構手間がかかる。

- ・評価がFIM、BIで行われており、これは脳血管疾患にリハビリに用いられる指標であり、運動器（特に手の手術後の患者など）の評価としては適切ではない。
- ・医療施設でリハビリを行った後、スムーズに介護施設のリハビリにつながっているとは言い難い。スムーズな連携のために、医療機関のスタッフによるリハビリを介護保険で認めたり、介護施設で行っているリハビリを医療保険で認めたりできないか。

3. まとめ

- ・疾患別リハビリについては、疾患別にすることについては問題ないが、報酬上の評価については、検討してほしい。
- ・標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位/月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証してほしい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書③

団体：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

日時：平成22年5月7日 13時00分～14時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 ○）

- ・欧米に比べて、リハビリを行うことのできる期間は長い。
- ・基本的には現状で問題ないが、維持期のリハビリと一緒に検討すべき。
- ・医療機関のキャパシティが一杯で受け入れられなくなったため、患者を断っている状況にもかかわらず、問題を標準算定日数の問題にすりかえている可能性もあるのではないか。
- ・介護保険で行うリハビリが十分でないことから、そこへ移行したくない患者の希望が、標準的算定日数の批判につながっている可能性がある。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・リハビリの質の向上を図る観点から導入されたものとして認識しており、現在のリハビリの考え方の根幹をなすものと認識。
- ・リハビリ関係者のみだけでなく、各科（脳外科、整形外科）でリハビリについてしっかり考えるようになった。
- ・脳血管疾患リハビリと運動器リハビリとの診療料の違いが、脳血管疾患リハビリへの偏重を招く可能性がある。
- ・疾患別リハビリが原則であると考えるが、複数疾患がある患者（脳卒中＋骨折等）や、難治ケースについては、疾患別とは別の概念のリハビリもあっても良いのかもとの考えもある。具体的には、急性期と、維持期にあっても良いと考える。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 ○）

- ・ 例外的なケースを除き、問題ないを考える。
- ・ 維持期のリハビリと一緒に検討すべき。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・ 回復期リハビリは充実したので、今後は、予防的リハビリ、回復期リハビリの前の急性期リハビリと、維持期のリハビリの充実が重要。
- ・ 介護保険でのリハビリは十分でないため、医療保険ですべて行うこともしくは介護保険のリハビリを支給限度額の枠外の出来高で行う等充実させることを考えてどうか。

3. まとめ

- ・ 疾患別リハビリは重要であるとの前提で、部分的に総合リハビリについても検討することもあっても良い。
- ・ 標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位／月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証すべき。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書④

団体：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）

日時：平成22年5月7日 15時00分～16時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・標準的算定日数内で対応可能な場合も多いが、算定日数制限を疾患別に一律に定めることは主治医の個別診断に基づく判断を制限し、問題症例を生み出すことが危惧される。算定日数の上限を超えてもリハビリ医療が必要な状態は多々あり、個別性が尊重されるシステムが必要と考える。
- ・特にリウマチ、神経難病、重症の脊髄疾患等の、いわゆる典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折など）ではないケースについては、標準的算定日数の設定は再検討すべき。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ×）

- ・平成18年の疾患別導入時の学会アンケートでは反対が多かった。
- ・本来、リハビリは疾患よりもむしろ疾患から派生する障害を対象にしているので、疾患別リハビリの診療報酬体系には無理が多いように思われる。
- ・また、現行の疾患別リハビリ間の点数較差については疑問を感じている会員は少なくない。
- ・総合リハビリ（施設）を設置すべきという意見が多いので、疾患別リハビリの見直しと併せて総合リハビリの設置を考えるべき。特に複数疾患の患者や難病患者についてどうするのか考えるべき。総合リハビリについては、大規模型・小規模型の導入という案も検討すべきと考える。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・月13単位というのは脳卒中等の急性発症モデルで考えられており、この範囲内で対応可能な場合も少なくないが、小児や進行性疾患（神経難病、リウマチなど）等の場合には、足りないケースもあると認識。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・総合リハビリの設置を疾患別リハの見直しの際に併せて検討すべき。
- ・典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折など）でない、重症疾患等についてのリハビリの在り方について検証すべき。
- ・介護保険での維持期のリハビリは受け皿として小さすぎるのが問題なので、この部分も検証が必要。
- ・現行の回復期リハビリ病棟の日数要件についてですが、急性期病院での治療に時間を要する患者（例：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など）については、入院までの日数要件2ヶ月という要件を例えば3ヶ月までに延長すべき。
- ・同様に医学的リハビリに時間を要する患者（例：急性発症し重度四肢麻痺等をきたした頸髄損傷・重度末梢神経障害・軸索型ギランバレー症候群など）においては回復期リハビリ病棟入院料の算定可能期間を、一律180日ではなく医師の症状詳記の上での延長を認めるべき。

3. まとめ

- ・算定日数の上限を超えてもリハビリ医療が必要な状態は多々あり、一律の日数制限だけではなく個別性が尊重されるシステムが必要。
- ・疾患別リハビリの見直しを考えると、総合リハビリの設置とその位置づけについても併せて検討が必要。
- ・回復期リハビリ病棟の要件について、典型例（高齢の脳卒中や大腿骨頸部骨折）だけではなく、現行のルールでは回復期リハビリ病棟の利用が困難な患者について要件緩和の検討を行うべき。
- ・標準的算定日数の設定、機能維持のために行う13単位／月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリの在り方を総合的に検証するべき。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑤

団体：日本心臓リハビリテーション学会（診療報酬対策委員会）

日時：平成22年5月13日 16時00分～17時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・標準的算定日数内で、おおむね7割は対応できるが、3割程度は日数が足りない印象がある。心不全を発症している人のリハビリでは、日数不足になるケースが多くなる印象であり、高齢者については6ヶ月以上経ってからよくなる傾向がみられる。
- ・レアケースであるが、移植待ち、人工心臓の患者には日数不足。
- ・標準算定的日数の後でも改善を見込める場合はリハビリを継続できるが、提出資料の煩雑さゆえに、継続しない場合もある。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・他のリハビリとは内容が異なるので、疾患別でなければならない。

(3) 機能維持のために行う13単位/月のリハビリについて（総合評価 ○）

- ・おおむね、この範囲でおこなっている。
- ・ケースによっては足りないケースもあるが、現実的には、外来の場合患者の自己負担の金額から考えると、この程度が妥当となっている。しかし、入院の場合には13単位/月では不十分で、算定可能日数内と同様の措置が必要。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・今回改定では、ある程度要望に添って改定がなされ、心大血管リハビリを行う施設数の拡大に繋がると考えている。

- ・機能の評価方法が、脳血管疾患に即したものになっているので、心機能を評価する基準にしてほしい。
- ・心臓リハビリに必要なのはPT, 看護師に加えて、臨床検査技師である。
- ・心臓リハビリでは、心臓関係の機能検査が非常に重要なので、機能検査の評価をもう少ししてもらいたい。具体的には運動負荷試験の点数改訂と運動処方料の新設である。
- ・介護保険の枠組みでは、心臓リハビリは難しいので、医療の範疇で考えていただきたい。
- ・急性期から回復までの地域における一連の治療体系を今後検討するなかで、リハビリについても位置付けていきたい。この場合、施設Ⅱの点数が低すぎて、採算がとれないため認定施設が極端に少なく、急性期病院との連携ができていない実態を改善する必要がある。

3. まとめ

- ・疾患別リハビリは絶対必要。
- ・典型例だけではなく、リハビリが標準的算定日数内で困難なケースについても検討してほしい。
- ・心臓リハビリの特殊性を踏まえた、基準、要件を考えてほしい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑥

団体：日本作業療法士協会

日時：平成22年5月17日 10時30分～11時30分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・ 計画的にリハビリを考えるためのインセンティブになる。
- ・ 標準的算定日数内で終了しなかった人（難治症や、感染症併発でリハビリが継続できない場合等）についてのフォローの方法が未確立。（計画書で1カ月延長する等、制度的に方法はあっても、実際には医療機関で行っていない場合も多い。）
- ・ 標準的算定日数後も機能回復するケースもあると認識。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 △）

- ・ 作業療法士の業務は、社会生活を送るための諸動作（歩行、掃除、洗濯、調理等）の訓練が主であり、疾病別にしない方が効率的な場合もある。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・ 一定の役割を果たしているものの、事例によっては不十分な場合も散見されるため。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・ 病棟作業療法士等、作業療法士の更なる活用。
- ・ 介護との連携法を、工夫していただきたい。
- ・ 算定上限日数を過ぎた際に、医療によるリハビリを行う時間が極端に減らない仕組みにしていきたい。
- ・ 13単位リハや算定除外リハ等が浸透できる工夫をしていただきたい。

- ・医療保険と介護保険を併用できる仕組みにしていきたい。

3. まとめ

- ・病棟作業療法士等、作業療法士の更なる活用。
- ・標準的算定日数後にもかかわらず、リハビリが必要な人への対応を検討していただきたい。
- ・介護との連携法を、工夫していただきたい。

リハビリテーションの標準的算定日数に関する

関係団体への聞き取り調査報告書⑦

団体：日本言語聴覚士協会

日時：平成22年5月18日 14時00分～15時00分

場所：厚生労働省保険局医療課

1. 現行制度に対する主な意見

(1) 標準的算定日数の設定について（総合評価 △）

- ・標準的算定日数制限内で訓練終了となっている場合が多い。
- ・言語聴覚療法が必要な患者については長期に改善するケースも多い。
- ・継続の根拠に使われている指標（FIM、BI）は、言語聴覚障害については評価できにくいことから、継続の必要性の説明が難しい。

(2) 疾患別リハビリについて（総合評価 ○）

- ・言語聴覚療法はもともと対象疾患が、現在の脳血管疾患等リハの対象のみとなっているので、疾患別リハビリにおいても、特に変わらない。
- ・一部、運動器リハビリ、呼吸器リハビリの施設基準しか出していない医療機関で言語聴覚療法ができないケースがある。
- ・脳血管疾患等リハビリとなっていながら施設基準の要件に言語聴覚士が必置となっていない。

(3) 機能維持のために行う13単位／月のリハビリについて（総合評価 △）

- ・言語聴覚療法のみ患者は13単位でよいが、理学療法、作業療法と併用する必要あるケースでは13単位では足りないケースもある。
- ・そもそも、外来で言語聴覚療法を行う施設が少ない。

2. 今後のリハビリへの要望

- ・言語聴覚療法においては医療と介護の併用が望ましい。
- ・外来で言語聴覚療法を行える環境を作ってほしい。

3. まとめ

- ・ 標準的算定日数では足りないケースもあるが、除外規定が設けられており、制度上は障害者が受ける不利益は少ない。しかし、運用面では標準的算定日数内で訓練終了となるケースが多い。
- ・ 言語聴覚療法を実施できる医療機関及び介護保険サービス事業所が少ないことから、医療と介護の併用が望ましい。