

リハビリテーションについて

第1 疾患別リハビリテーションについて

1 現状と課題

- (1) 平成19年4月のリハビリテーション料の一部見直しにおいて、「リハビリテーション医学管理料」の新設及び疾患別リハビリテーション料の逓減制が導入された。この逓減の仕組みについては、同様のリハビリテーションが行われているにも関わらず、その点数が異なることについて、患者の理解が得られにくいとの指摘がなされている。
- (2) 介護保険において、維持期のリハビリテーションを充実させていくにあたり、医療保険から介護保険への円滑な移行がより重要な課題となっている。

2 診療報酬上の評価

(1) 疾患別リハビリテーション料

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	250点	250点	180点	180点
上段：逓減前	210点	210点	150点	150点
下段：逓減後				
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	100点	80点	80点
上段：逓減前	85点	85点	65点	65点
下段：逓減後				
逓減までの日数	120日	140日	120日	80日
算定日数上限	150日	180日	150日	90日
算定日数の 起算日	治療 開始日	発症、手術又 は急性増悪	発症、手術又 は急性増悪	治療 開始日

注 点数は1単位（20分）当たりのもの

(2) リハビリテーション医学管理料

リハビリテーション医学管理料は、疾患別リハビリテーション料の対象には該当しないが、リハビリテーションの継続が必要とされる者に対し、リハビリテーション実施計画に基づき必要な医学管理を行った場合に算定できる。

月1回（月に4回以上リハビリテーションを行った場合にあっては月2回）に限り算定できる。

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料 （Ⅰ）の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料 （Ⅱ）の医学管理料	260点	260点	220点	220点

3 論点

(1) 早期加算と逡減制について

平成18年度診療報酬改定において、発症後早期からのリハビリテーションの充実のため、1日に実施できる単位数の上限を緩和したが、今後さらに、脳卒中等における発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて評価することを検討してはどうか。

また、逡減制については、通常の改定時期ではない時期の改正であったため暫定的な対応として導入したものであるが、今回、逡減制については廃止し点数を一本化することを検討してはどうか。

(2) リハビリテーション医学管理料について

維持期の個別リハビリテーションについては、1回当たりの時間や内容が大きく変わるものではなく、リハビリテーションの実施頻度や単位数が急性期・回復期に比べて減少する。これを踏まえ、包括評価であるリハビリテーション医学管理料の仕組みを見直すことを検討してはどうか。

具体的には、疾患別にリハビリテーション1単位当たりの点数を統一し、1月当たりに実施できる単位数を定めることとしてはどうか。

第2 回復期リハビリテーション病棟について

1 現状と課題

(1) 高齢化に伴う脳卒中等の増加が予想される状況において、回復期リハビリテーション病棟に対して、後遺症を減らし、在宅復帰を進める取組が期待されている。

そのため、回復期リハビリテーション病棟の普及とその取組の向上が課題となっており、これについて更なる促進を図る必要がある。

(2) 回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従の医師、理学療法士、作業療法士などの常勤配置を求めている。しかしながら、個別のリハビリテーションにおいては、医師の総合的な指示のもと、理学療法士、作業療法士などが専従で行っているところであり、必ずしも医師が専従である必要はないとの指摘がある。

2 診療報酬上の評価

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

(1日につき) 1,680点

(生活療養を受ける場合にあっては、1,666点)

主な施設基準等

- ・ 病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上、および作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。
- ・ 心大血管系疾患リハビリテーション料(I)、脳血管系疾患等リハビリテーション料(I)、もしくは(II)、運動器リハビリテーション料(I)または呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること。

3 論点

(1) 回復期リハビリテーション病棟においては、日常生活機能が落ちた患者を一定以上受け入れ、機能回復を図っている点に着目し、病棟毎の質に応じた評価を行うことを検討してはどうか。

具体的な評価としては以下の通りとしてはどうか。

- ① 当該病棟から居宅等へ退院する患者が一定の割合以上いること
- ② 重症な患者を受け入れていること
- ③ 重症な患者については退院時に日常生活機能が一定程度改善されていること

なお、質の評価に用いる指標は試行的なものであり、その妥当性等については検討を行いつつ導入するものとしてはどうか。

(2) 回復期リハビリテーション病棟での医師の専従要件については見直すことを検討してはどうか。

第3 集団コミュニケーション療法の新設について

1 現状と課題

現在、失語症などの言語障害に対する治療については、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定して実施されている。

医療保険で行うリハビリテーションについては個別療法を基本としているが、構音障害や失語症などの言語障害については、その機能の特性から、集団で実施するコミュニケーション療法に一定の効果が期待できることが指摘されている。

2 論点

言語障害については、集団でコミュニケーション療法を実施した場合について評価することを検討してはどうか。

第4 障害児(者)リハビリテーションについて

1 現状と課題

障害児(者)に対しては、姿勢の維持や筋の硬直防止等を考慮し、成長の程度に合わせた専門性の高いリハビリテーションが行われているが、診療報酬上、十分に評価されていないとの指摘がある。

また、肢体不自由児(者)施設以外でも障害児(者)を多く受け入れ専門的なリハビリテーションを実施している施設があるが、現行では、障害児(者)リハビリテーション料の対象施設となれない要件となっている。

2 診療報酬上の評価

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

1	6歳未満	190点
2	6歳～18歳	140点
3	18歳以上	100点

患者1人につき1日6単位まで算定する。

○障害児（者）リハビリテーション料の対象患者

ア 脳性麻痺の患者

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ 顎・口腔の先天異常の患者

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

○施設基準等

一定の施設基準に適合する施設であって、以下に掲げるもの

ア 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の3および第43条の4に規定する肢体不自由児施設および重度心身障害児施設

イ 同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センターおよび独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定するもの

3 論点

障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性や専門性を踏まえ、評価を充実することを検討してはどうか。

また、一定以上の障害児（者）を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設については、施設基準等の見直しにより新たに対象とすることを検討してはどうか。

リハビリテーションについて

(参考資料)

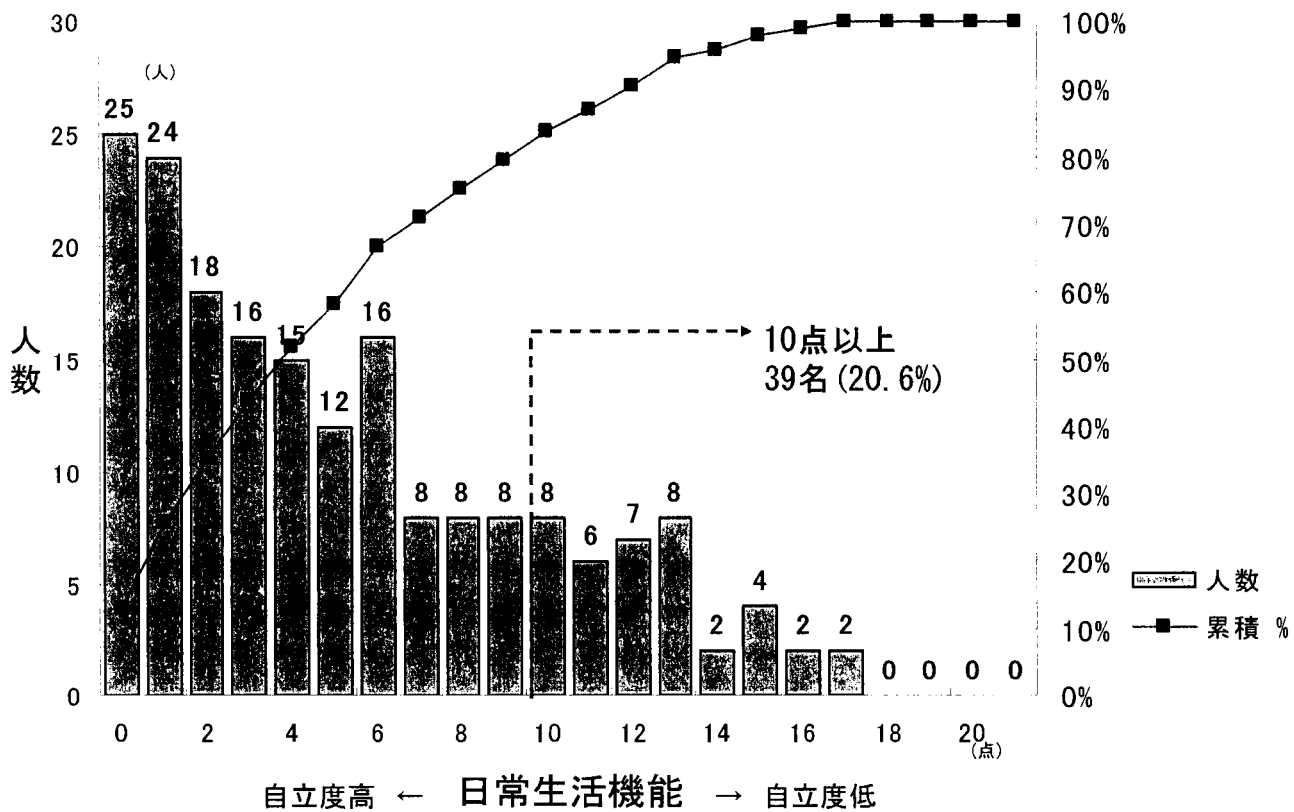
(図表1) 日常生活機能指標

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移乗方法(主要なもの一つ)	自力歩行・つかまり歩き	補助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動への対応	ない	ある	

※得点は0~20点
※得点が低いほど、生活自立度が高い

(図表2) 入院時の生活機能

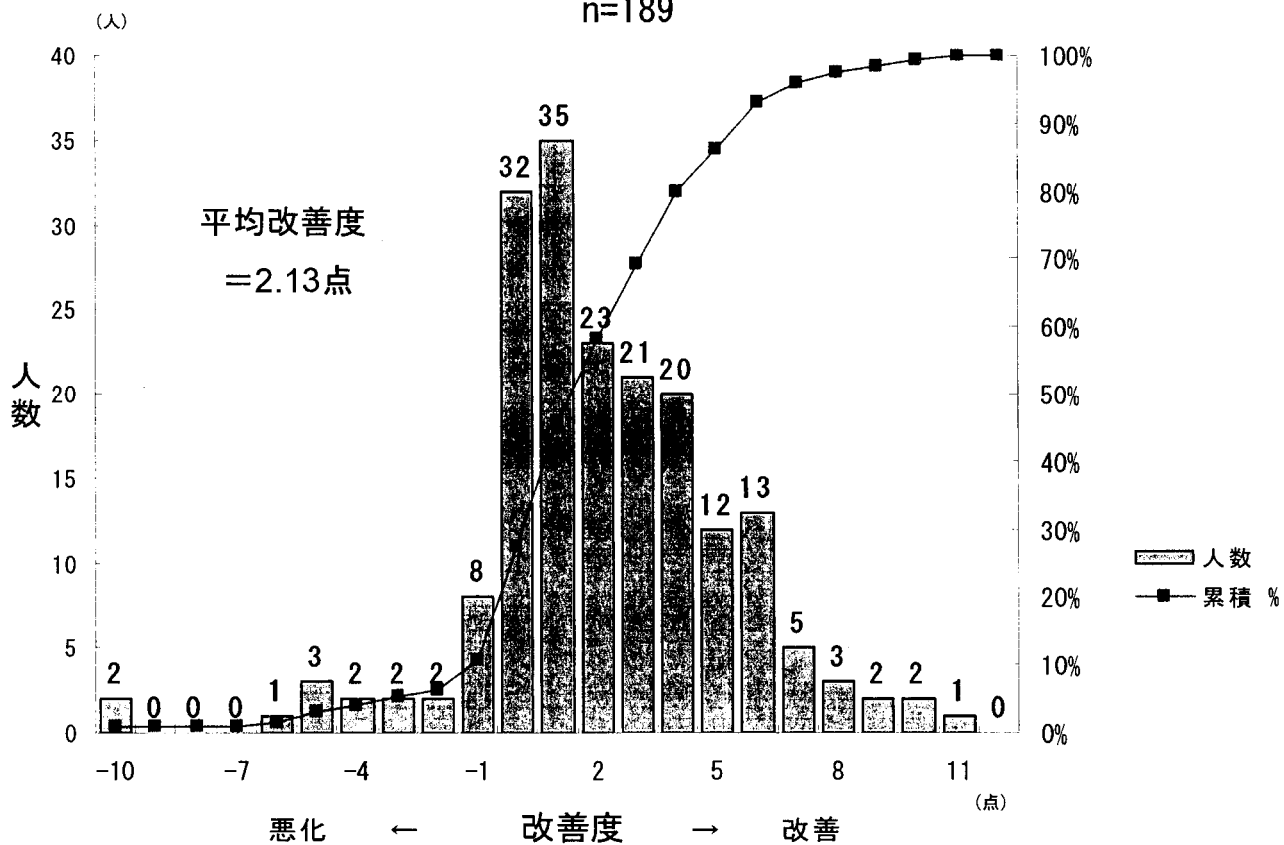
n=189



2

(図表3) 退院時の生活機能改善

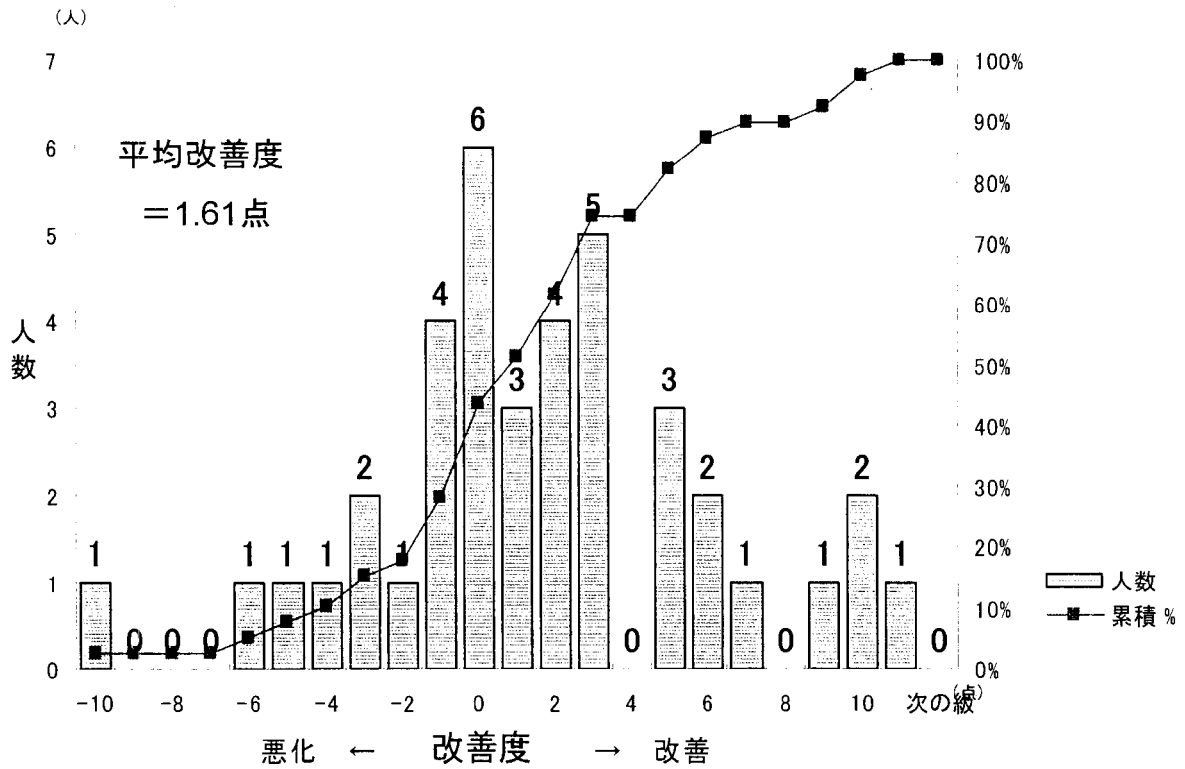
n=189



3

(図表4) 入院時10点以上の患者の生活機能改善度

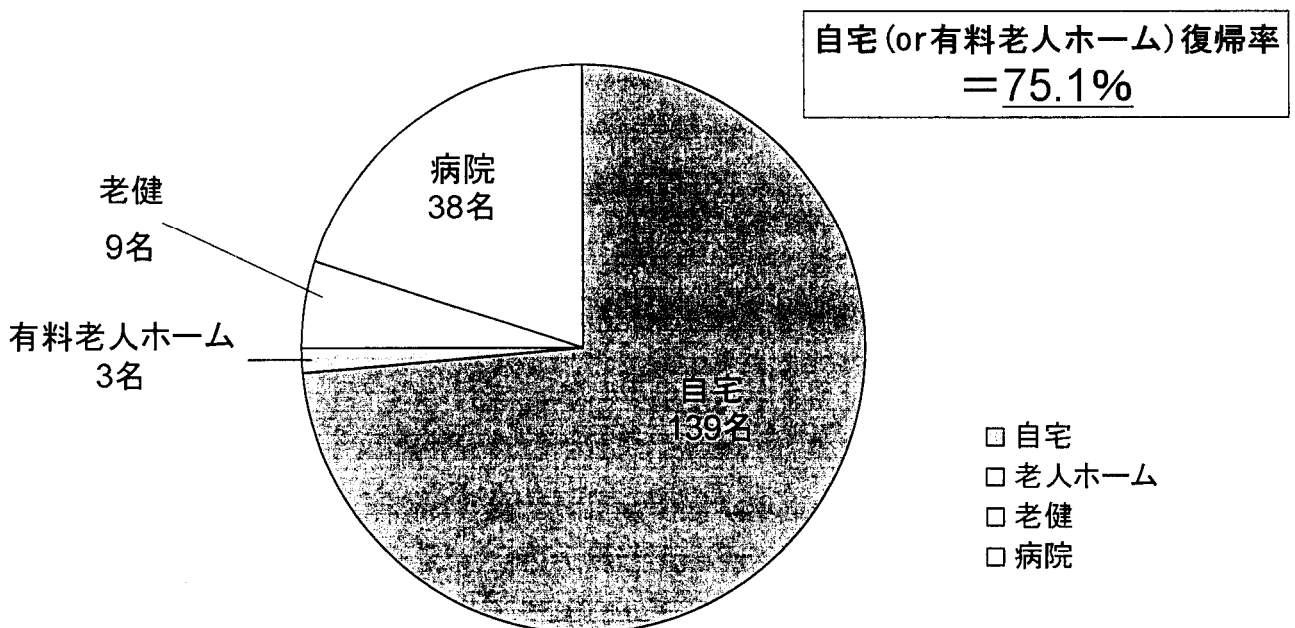
n=39



4

(図表5) 退院後の行き先

n=189



⑤

感染症対策について

第1 二類感染症患者の個室管理について

1 現状と課題

感染症の患者の治療にあたっては、院内における二次感染を防止することが重要である。

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に規定されている二類感染症には、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症とされている4つの疾患（※）が指定されており、これらの治療については、原則、治療中全期間にわたっての個室での管理が求められている。

しかし、現在、こういった二類感染症患者を治療するための個室での療養環境の確保に対する評価はされていない。

（※）二類感染症

- ・ 急性灰白髄炎
- ・ 結核
- ・ ジフテリア
- ・ 重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）

<参考>

* HIV感染者の個室等の療養環境の確保に対して、次の評価がされている。

A220 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）

1 個室の場合（250点）

2 2人部屋の場合（150点）

対象患者：後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者

2 論点

二類感染症患者（排菌量の少ない患者等を除く。）に係る個室での療養環境の確保について評価することを検討してはどうか。

第2 血友病を伴う HIV 感染者及び後天性免疫不全症候群の患者等に対する療養対策について

1 現状と課題

血友病を伴う HIV 感染者及び後天性免疫不全症候群の患者等については、長期間にわたり継続した治療が必要であり、その治療に係る薬剤費は高額となる。

今後、患者の高齢化等により療養病床等への入院や介護老人保健施設に入所するなど、病態の増悪・合併症等により長期の入院治療が必要となることが十分に考えられる。

その際に、血液製剤、HIV 治療薬等の薬剤費が入院料に包括される場合には、医療機関等にとって、薬剤費の負担が重いとの指摘がある。

2 論点

血友病を伴う HIV 感染者及び後天性免疫不全症候群の患者等に対して、その治療に係る薬剤について、入院料の包括外で算定することについて検討してはどうか。

勤務医の負担軽減策について②

- 診療所の夜間診療 -

第1 前回の整理

1 前回提示した論点

第二次・第三次救急医療機関に勤務する医師の負担となっている時間外軽症者の受け入れを軽減するために、診療所における開業時間の夜間への延長など時間外診療に対する評価を重視してはどうか。

併せて、診療所の初・再診料を見直し、診療所における一定の開業時間の確保を前提として、時間外診療の評価体系を見直してはどうか。

2 出された主な意見

地域毎の人口集中の違い、診療科の違い、診療所の管理者年齢によって開業時間の傾向が異なる可能性があるため、精査が必要である。

自院での夜間診療を評価すると、休日夜間急患センター等の医師の確保が困難になることが懸念される。

夜間診療を評価することは大いに賛成であるが、初・再診料をその財源に充てることは賛成できない。

第2 意見を受けた分析

1 地域性

人口集中地区とそれ以外の地区の受診行動を比較したところ、集中地区以外でも、診療所の18時以降の夜間診療が多い地域で18時以降の受診割合が多い傾向にあった（参考資料図表1）。

2 診療科

内科とそれ以外の診療科（小児科、外科、整形外科、産婦人科、その他の診療科）とで、18時以降の夜間診療の開業割合を見ると、診療科による違いはなかった（参考資料図表2, 3）。

3 管理者年齢

管理者年齢別に夜間診療の平均実施日数を算出したところ、18時以降の夜間診療の開業割合が少ない三県では、40歳代において最も多く夜間診療を実施していたが、40歳代未満と50、60歳代との間に有意な差はなかった。また、下位三県では上位三県に比べて、全ての年齢階級において夜間診療の平均実施日数が少なかった。

また、救急医療計画への参画（在宅当番医制への参加、休日夜間急患センター又は第二次・三次救急医療機関への応援）については、50歳代、60歳代で参画している医師数が多く、40歳代で少なかった（参考資料図表5）。

4 休日夜間急患センター、第二次・三次救急医療機関への応援

夜間診療の実施の有無と休日夜間急患センター等への応援の有無の関係を調べたところ、上位県においては夜間診療を行っている医師ほど休日夜間急患センター、第二次・三次救急医療機関への応援に取り組んでいる傾向にあったが、下位県においては明らかな関係性は認められなかった（参考資料図表6）。

第3 論点

地域、診療科による比較を行っても、時間外診療の傾向に違いは認められなかった。管理者年齢別の平均夜間診療日数からは、下位三県において18時以降の夜間診療に取り組む余地が見込まれた。また18時以降の夜間診療を手厚く評価することが、休日夜間急患センターの医師不足につながる可能性は少ないものと考えられた。

前回の論点の通り、診療所における開業時間の夜間への延長など時間外診療に対する評価を重視し、時間外診療の評価体系を見直すことを検討してはどうか。