

平成十九年十一月十五日提出
質問 第二二二三号

リハビリテーション料改定等に関する質問主意書

提出者
山井和則

リハビリテーション料改定等に関する質問主意書

一 診療報酬上、リハビリテーション料は、平成十八年三月までは、心疾患リハビリテーション料、理学療法Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、作業療法Ⅰ、Ⅱと七分類とされていた。

これらの平成十五年度、十六年度、十七年度の①入院、入院外別の診療報酬点数、それぞれの患者数及び延べ回数、②入院のうち一般病棟と回復期リハビリテーション病棟でのそれぞれの患者数及び点数について明らかにされたい。

二 平成十八年四月の診療報酬改定では、心血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション、と疾患別リハビリテーションに分類された。

この疾患別リハビリテーションについて、①それぞれの認可医療機関の数、回復期リハビリテーション病棟の数（病床数による分類含む）、②それぞれの入院・入院外別の患者数、延べ回数、点数（リハビリテーションⅠ、Ⅱに分けて）、③回復期リハビリテーション病棟の総点数について明らかにされたい。

三 平成十八年度の消炎鎮痛等処置の回数と点数について明らかにされたい。

四 平成十九年四月のリハビリテーション料再改定で維持期リハビリテーションに「リハビリテーション医学管理料」が導入された。平成十九年四月から六月までの各月における件数及び点数について明らかにされたい。

五 平成十八年十二月二十五日、厚生労働省老健局老人保険課長と保険局医療課長の連名で「維持期リハビリテーションは介護施設で行う」ように通知された。リハビリテーション施設の面積要件は、介護保険上は「患者一人につき3㎡以上」、医療保険上は「診療所では四五㎡以上、病院では一〇〇㎡以上」となっており、この面積要件が維持期リハビリテーションにおける医療から介護保険への移行の障害となっている現実がある。これについて厚生労働省としてなんらかの改善策を検討しているか。検討しているのならば、その進捗状況についてお教え願いたい。

六 疾患別リハビリテーション中、平成十九年四・五・六月分の、①脳血管疾患等リハビリテーション料算定期間一五〇日以内、一五一〜一八〇日、一八一日以上における患者数の割合、②運動器リハビリテーション料算定期間一二〇日以内、一二一〜一五〇日、一五一日以上における患者数の割合について、それぞれ明らかにされたい。

七 心大血管疾患リハビリテーションと呼吸器リハビリテーションでは、リハビリテーション起算日が発症日と同日になっている。一方で、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションでは、リハビリテーション起算日が発症日と異なっている。なぜか。

八 介護保険では集団的リハビリテーションの概念は存在するが、医療保険ではこれが平成十八年四月改定で消えている。なぜか。この概念を次回改定で復活する計画はないか。

九 リハビリテーションの点数の評価中、医師の技術料はどこに含まれているのか。

十 理学療法士、作業療法士の地域偏在が顕著となっている。厚生労働省としては、どのように対応するか。

十一 メタボリック・シンドロームの予防・治療には食事療法、薬物療法以上に運動療法が重要と思われる。しかしながら足腰が弱ったり、障害のある方は運動療法を行うことができない。メタボリック・シンドロームの老人健診には、運動機能の検査項目がないが、なぜか。また運動機能の検査項目の意義についてどのように考えているか。

十二 回復期リハビリテーション病棟では一部に理学療法士（作業療法士）の偏在がある。低侵襲の外科手

術後も「廃用症候群」として高額な診療報酬の請求があるとも聞いている。事実か。これが平成十八年度改定後のリハビリテーション料の押し上げに影響していると聞かすが、事実か。お教え願いたい。

十三 有床診療所は、日本独特の医療文化であり、地域住民に密着し、愛され機能している。有床診療所も昼夜生命を預かっており、病院同様のマンパワーが求められているにも関わらず、病院との無意味な格差を付けられている。

これが全国的な有床診療所激減の原因と考えられるが、厚生労働省として地域医療での有床診療所の役割をどのように考えているか。マンパワーの規制緩和は可能か否か。見解を問う。

右質問する。