

リ専団令1 第17号
令和1年10月17日

厚生労働省 保険局
局長 濱谷 浩樹 様

リハビリテーション専門職団体協議会
公益社団法人 日本理学療法士協会
会長 半田 一登
一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順一

令和2年度診療報酬改定に関する要望

日頃よりリハビリテーション専門職の活動にご理解とご協力を賜り心より感謝申し上げます。

令和2年度の診療報酬改定に向けて、我々リハビリテーション専門職団体協議会では、リハビリテーション実施における効果的・効率的な運用、急性期において早期に機能回復を促すための関わりや、終末期においてもその人らしく生活できるための関わり、入院外の患者に対するリハビリテーションのよりよい提供、認知症や難病等、専門性をもった対応が求められる分野におけるリハビリテーションの在り方等を検討して参りました。

つきましては、別紙の通り診療報酬改定に関する要望を取りまとめましたので、ご尽力賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

リハビリテーション専門職団体協議会 診療報酬に関する要望項目

I. リハビリテーション実施における効果的・効率的な運用について

1. リハビリテーションの実施計画に係る運用変更
2. リハビリテーション実施計画書および目標設定等支援・管理シートに関する負担軽減の提案
3. 外来リハビリテーション診療料における医師の診察頻度およびリハビリテーションの進捗状況の把握（カンファレンスと診療録への記載）の負担軽減の提案

II. リハビリテーション提供体制について

1. 急性期病院における休日リハビリテーションの普及
2. 緩和ケア病棟入院患者へのリハビリテーションの提供

III. リハビリテーション医療の充実について

1. 医療機関外での疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限の撤廃および外来算定の実現
2. 療養病棟における標準算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料減算の見直し
3. がん患者に対するリハビリテーション支援の拡充
4. 外来患者における早期リハビリテーション加算・初期加算の対象疾患制限の撤廃
5. 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件緩和

IV. 職名追記に関すること

1. 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）の施設基準の見直し
2. 呼吸器リハビリテーション料における言語聴覚士の介入
3. 呼吸ケアチーム加算に作業療法士、言語聴覚士の職名追記
4. 早期離床・リハビリテーション加算への言語聴覚士の職名追記
5. 認知症ケア加算の退院調整に言語聴覚士の職名を追記
6. 難病リハビリテーションの施設基準に言語聴覚士の職名追記

I.1 リハビリテーションの実施計画に係る運用変更

1. リハビリテーション総合実施計画書の様式

- リハビリテーション総合実施計画書の様式が 4 点提示されており、計画書作成者の選択余地がある(23 の 1～4)。
- しかしながら、小児患者に対応した様式はないため、患児の状態を適切に反映させた計画書とは言い難く、患児の家族への説明が容易ではない。

2. 家族の同意取得手段

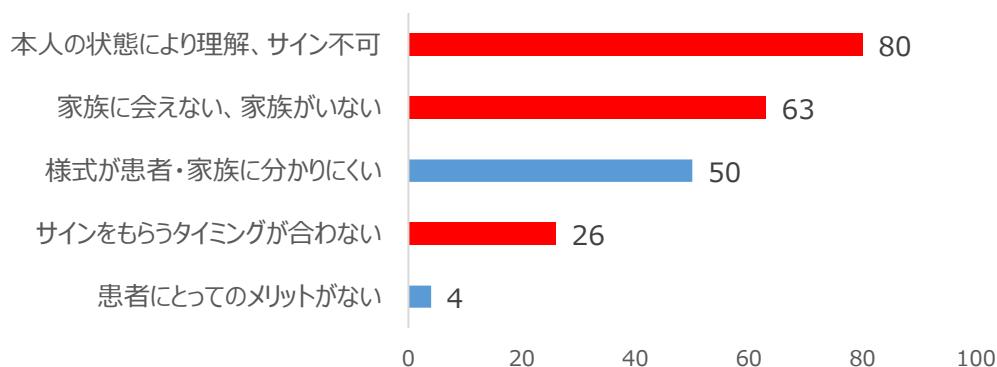
- 高齢の患者が増加しており、意識障害等により説明の理解が困難な場合がある。さらに独居や身寄りがいない患者が存在する。
- 説明の理解が困難な高齢患者であって家族が遠方に在住している場合は、たとえ遠方であったとしても速やかに同意を得るために来院を待つ必要が生じ、その分、リハビリテーションの開始が遅延することが課題であった。
- また、家族が近隣に住んでいたとしても、家族の来院頻度が必ずしも多いとは限らず、来院された際に担当者が必ずしも説明時間を確保できるとは限らないため、同意取得が厳しい実状にある。

<提案>

1. 小児版のリハビリテーション総合実施計画書の様式を追加する
2. 家族の同意取得手段として ICT 等の活用を可とする

後日、書面での同意を得ることを前提に、紙媒体の郵送または電子媒体の送信による確認のうえで、電話または ICT を活用したテレビ電話等を介した口頭での説明をもって同意を得たこととする。

リハビリテーション実施計画における課題：患者や家族の状況に関すること



リハビリテーション専門職団体協議会：医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 報告書、2019 年 3 月

患者または家族の同意を得ることとなっているが、実態としては本人からの理解が得づらい、家族に会えないといった課題が挙げられている。

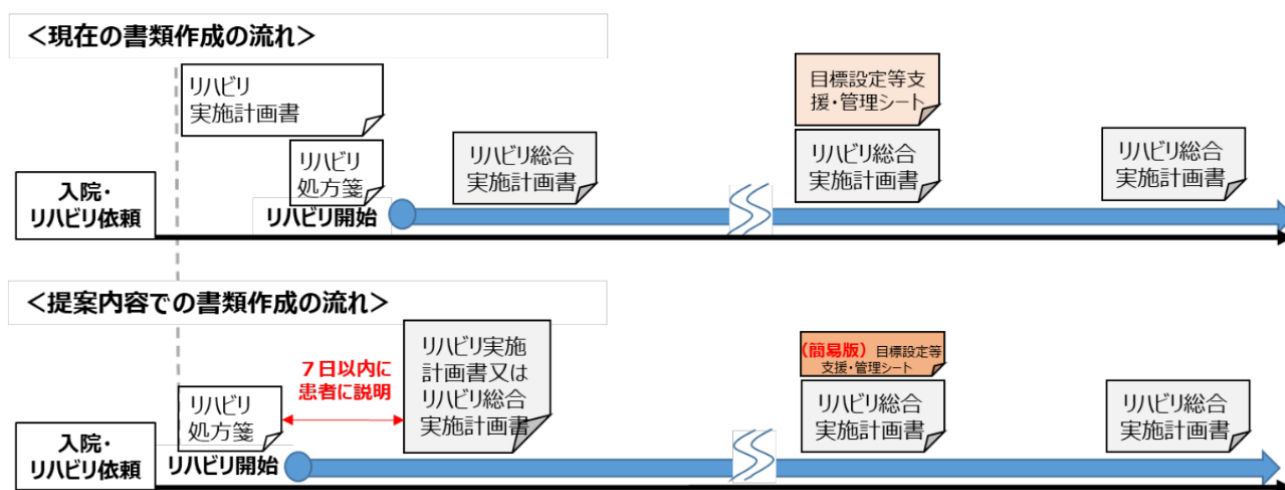
I.2 リハビリテーション実施計画書および

目標設定等支援・管理シートに関する負担軽減の提案

- 疾患別リハビリテーションの実施にあたり、医師はリハビリテーション開始時にリハビリテーション実施計画を作成し、患者に対して内容を説明し、診療録にその要点を記載する必要がある。
- 早期リハビリテーションの実施が求められているが、リハビリテーション実施計画書作成と患者への説明、診療録への要点の記載は医師の負担を生じ、これらの手順が遅延することでリハビリテーションの開始にも遅れが生じる。
- また、目標設定等支援・管理シートは、リハビリテーション総合実施計画書と重複する内容があることから、書類作成の負担および説明と記録の負担が生じている。

<提案>

1. 疾患別リハビリテーションの実施にあたり、医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で実施すべき行為を標準的プロトコルとしてリハビリ専門職と共有し、早期にリハビリテーションが開始される場合には、リハビリテーション実施計画の作成および説明はリハビリテーション処方後7日以内に行うこととする（入院診療計画の作成・説明期間と同様とする）。
2. リハビリテーション実施計画等の作成と患者への説明について、当該医師から実施可能の承認を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は行うことができることとする。
3. 目標設定等支援・管理シートの内容をリハビリテーション実施計画書と重複しない簡易なシートとし、説明と記録の手順はリハビリテーション総合実施計画書と同じ手順とする。

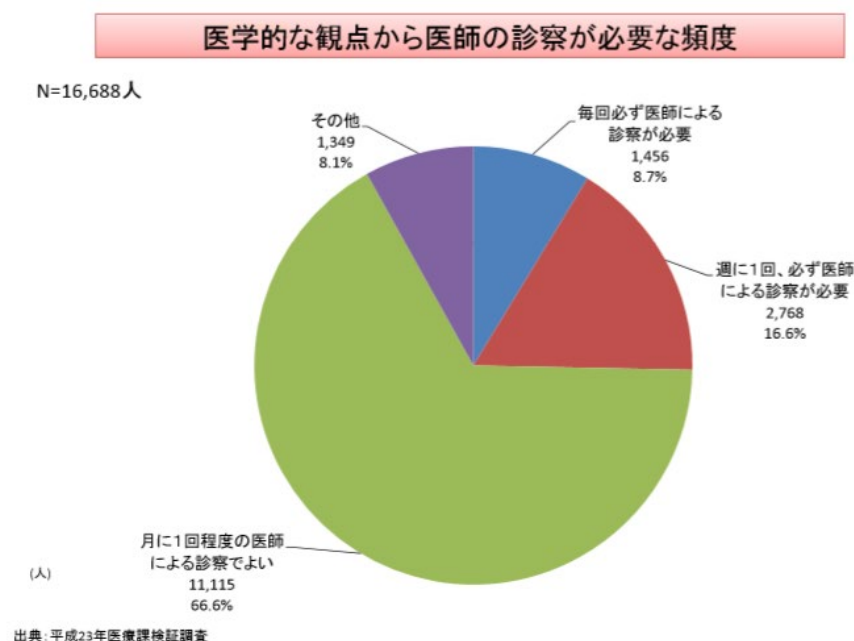


I.3 外来リハビリテーション診療料における医師の診察頻度及びリハビリテーションの進捗状況の把握（カンファレンスと診療録への記載）の負担軽減の提案

- 外来リハビリテーション診療料は、7日間または14日間に1回に限り算定することになっているが、外来リハビリテーション患者においては「月に1回程度の医師による診察でよい」と考えられるケースは66.6%存在している。
- 医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに提供したスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認して診療録に記載する必要がある、医師およびリハビリ専門職の業務負担は多い。

<提案>

1. 患者ごとにあらかじめ医師の診察が必要な要件を定め、当該医師から実施可能の承認を受けたりリハビリ専門職が、リハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、当該医師への報告を行う場合には、カンファレンスの実施は不要とする。また、1か月に1回の診察頻度を追加する。
2. 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料と同様に、医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載し、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録する。



平成 23 年 12 月 7 日 中央社会保険医療協議会 総会（第 211 回）資料

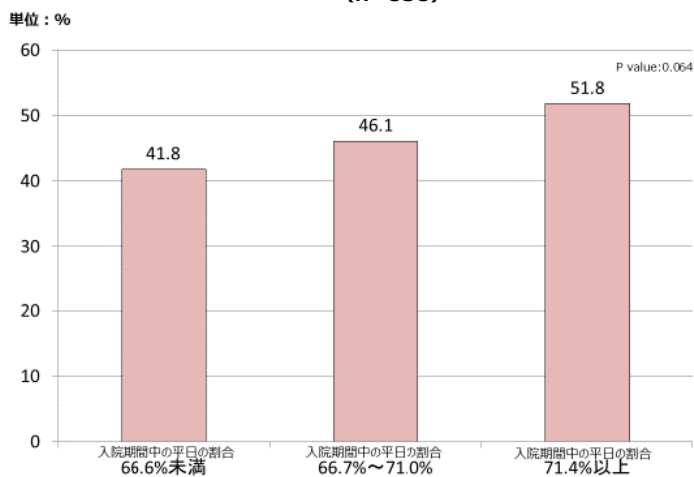
Ⅱ. 1 急性期病院における休日リハビリテーションの普及

- 急性期病床の機能分化を進めていくうえで、早期から十分なリハビリテーションを提供することで ADL の回復をさらに加速し、在院日数の短縮と在宅復帰率の向上をさらに強化していく必要がある。
- 365 日のリハビリテーションは、在院日数を短縮し、在宅復帰を促進すると報告されているが、現状において土曜・日曜・祝日にリハビリテーションが提供されていない施設が存在し、急性期病床における早期リハビリテーションの提供は十分とは言えない。

<提案>

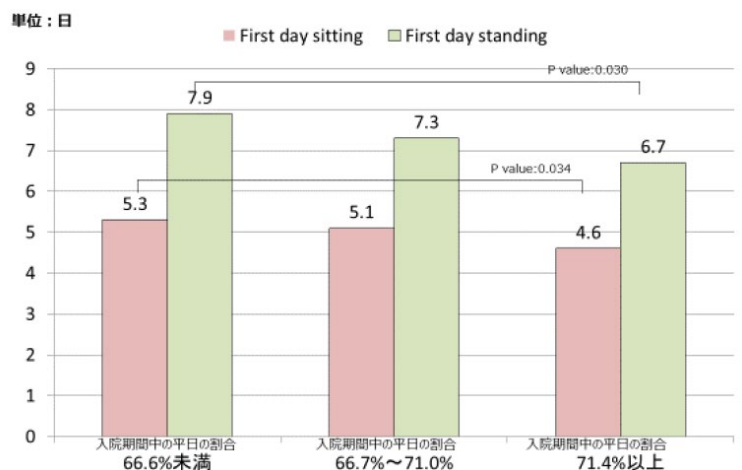
1. 急性期一般入院基本料を算定する病棟において、土曜・日曜・祝日に疾患別リハビリテーションを提供した際の評価。
2. 急性期一般入院基本料を算定する病棟に、理学療法士または作業療法士または言語聴覚士を配置し、病棟入院時の患者評価や転倒転落・褥瘡発生の防止、ADL の維持・向上に関する業務を行うこととする。
3. 特定機能病院制度の承認要件のうち、人員配置に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を追加。
例：入院患者数÷●●が最低基準

急性期病院退院後、直接、自宅に退院した患者割合
(n=858)



参照：Hasegawa Y, et al. Cerebrovasc Dis 20: 325-331, 2005

急性期病院入院患者における座位・立位開始までの日数
(n=858)



参照：Hasegawa Y, et al. Cerebrovasc Dis 20: 325-331, 2005

入院期間中の平日の割合が高いほど、急性期病院退院後、直接、自宅に退院する患者の割合が高く、入院期間中の平日の割合が高いほど、座位・立位開始までの日数が少ない。

Ⅱ.2 緩和ケア病棟入院患者へのリハビリテーションの提供

- 現行の緩和ケア病棟は、包括医療のために疾患別リハビリテーション料の算定ができず、リハビリテーション支援が不十分となり、国民に不利益が生じている。
- リハビリ専門職が積極的に参入することで、病棟の役割である在宅復帰支援の充実に図ることができるのではないか。

<提案>

施設基準に療法士を専任で職名追記し、リハビリテーション科等の医師が関与するカンファレンスを行うことで、ADL維持加算(新設)を算定できるようにする。

医師はがん患者のリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有し、がんリハビリテーション料の施設基準の要件研修を満たす者、リハビリ専門職はがんリハビリテーション料の施設基準の要件研修、またはリハビリテーション関連職団体主催による研修を修了した者とし、質の担保を図る。

- がんのリハビリテーション診療ガイドライン[第二版]において、緩和ケアを主体とする時期の症状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療は、患者にとって害が少なく、利益のあるアプローチである¹⁾と示されている。
- ADLの維持²⁾、QOLの改善・患者満足度³⁾のエビデンスは、グレードBで示されている。

1. 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会・編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版、金原出版株式会社、2019
2. Yoshioka H.Rehabilitation for the terminal cancer patient.Am J Phys Med Rehabil. 1994 ;73:199-206.
3. Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al.Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability.Am J Hosp Palliat Care. 2015 ;32:695-702.

Ⅲ.1 医療機関外での疾患別リハビリテーション料の 算定単位数上限の撤廃および外来算定の実現

1. 算定上限の撤廃

- 医療機関外での疾患別リハビリテーションを実施した対象者のうち、約3割に上限の3単位を超えた対応がされている。
- 実施場所は自宅が多いが、玄関までのアプローチ、廊下、居室、トイレ、風呂、台所など各場所とそ
の場での動作を評価し、必要な環境調整の検討と動作訓練を実施するには3単位では不十分なことが
多い。
- 施設外での実施回数は1回のみが52%となっている。複数回の実施には制約が多いと考えられ、少な
い機会で充実した訓練を行うためにも、必要に応じた柔軟な対応が必要である。

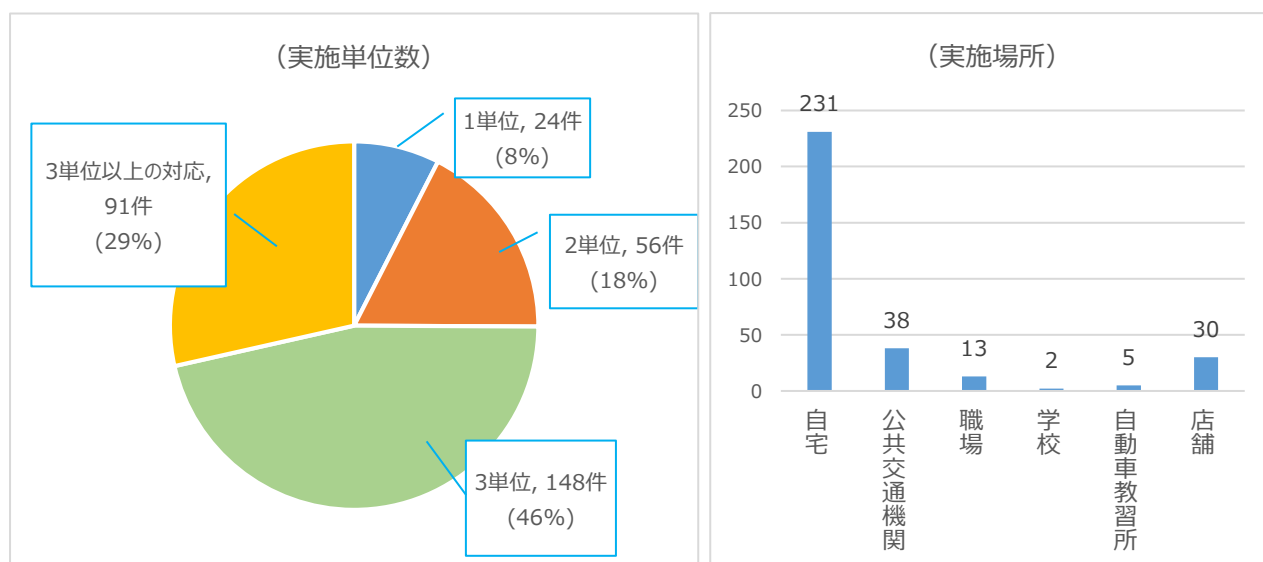
2. 外来算定

- 入院期間の短縮に伴い、入院中に生活や就労の実際の現場における応用的動作能力、社会的適応能力
の評価と訓練、環境調整までを完了することが難しくなっている。外来において、IADLの拡大に向
けた支援を行うことで、円滑な社会復帰につなげることができると考えられる。

<提案>

1. 医療機関外での疾患別リハビリテーション料の算定上限を撤廃する。
2. 外来においても医療機関外における疾患別リハビリテーション料の算定を可能とする。

医療機関外での疾患別リハビリテーションの実施状況



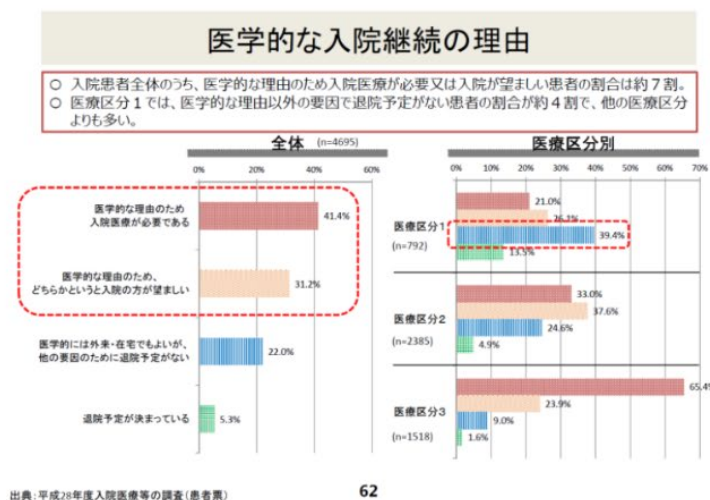
リハビリテーション専門職団体協議会：医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 報告書、2019年3月

Ⅲ.2 療養病棟における標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算の見直し

- 平成 28 年度診療報酬改定において、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算が導入された。
- 平成 28 年度入院医療等の調査では、医学的な理由のため入院医療が必要または入院が望ましい患者の割合は 72.6%であり、医療区分 1 では、医学的な理由以外の要因で退院予定がない患者の割合が 4 割で他の医療区分より多い結果が示されている。
- 一方で療養病棟のリハビリテーションにおいては、医学的な理由のために入院している患者のうち、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者と介護保険を持っていない患者に対する疾患別リハビリテーション料の評価が異なっている状況である。
- 標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算の本来の目的は、在宅復帰予定患者の要介護被保険者を介護保険へ移行するためのものであり、療養病棟に医学的な理由のために入院している患者に対してはそぐわない評価になっている。

< 提案 >

療養病棟に入院中の患者のうち、要介護被保険者であっても医学的理由のために入院している患者の場合には、介護保険を有していない患者と同様の疾患別リハビリテーション料の評価とする。



**発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について
～脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合～**

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点 (月13単位まで)
	対象		
		245点 (月13単位まで)	147点 (月13単位まで)

標準的算定日数を超えた場合の点数

平成 29 年 8 月 4 日 第 5 回入院医療等の調査・評価分科会資料

Ⅲ.3 がん患者に対するリハビリテーション支援の拡充

1. がん患者の社会復帰に向けた支援

- がん患者におけるがんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等による二次的障害を予防することを目的にがん患者リハビリテーション料が設置された。
- 近年、がん患者の就労支援が推進されており、治療のみならず社会復帰を支援することが望まれている。
- また、在院日数の短縮により術後早期に退院する患者が増加している。
- これらのように退院後もフォローを必要とする患者が存在するが、現行制度においてがん患者に対して外来リハビリテーションを実施するためには当該医療機関が疾患別リハビリテーション料の届出を有している、かつ主病名が疾患別リハビリテーション料の対象疾患であることの2点を満たす必要がある。

2. がん患者リハビリテーション料の算定対象疾患

- 対象疾患に婦人科がんと泌尿器がんが含まれていない。

<提案>

1. がん患者リハビリテーション料の対象者を入院中以外の患者も含める。
入院中にがん患者リハビリテーション料を算定していた者に、継続してリハビリテーションが必要と医師が判断した場合、退院後6か月においては外来のリハビリテーションを可とする。
2. 対象疾患に婦人科がんと泌尿器がんを含める。

図1.がんが主病名の患者への外来リハの実施状況

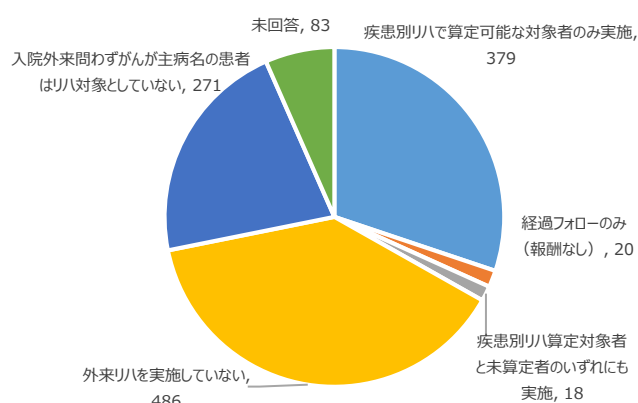


図2.がんが主病名の患者への外来リハを実施していない理由

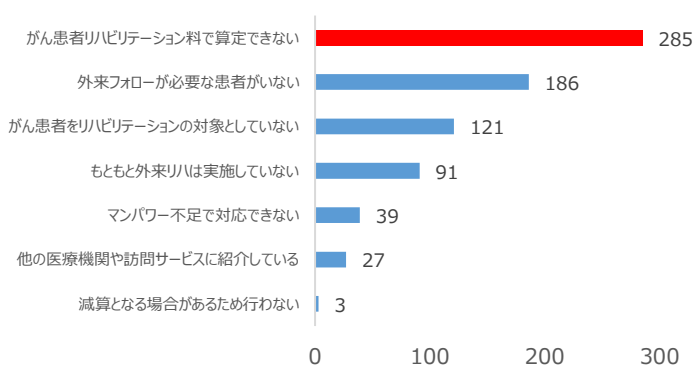


図1・2：リハビリテーション専門職団体協議会：医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 報告書、2019年3月

がん患者リハビリテーション料が外来患者を算定対象としていないことにより、退院後も支援を必要とする患者に対して適切な介入が行われていない可能性がある。

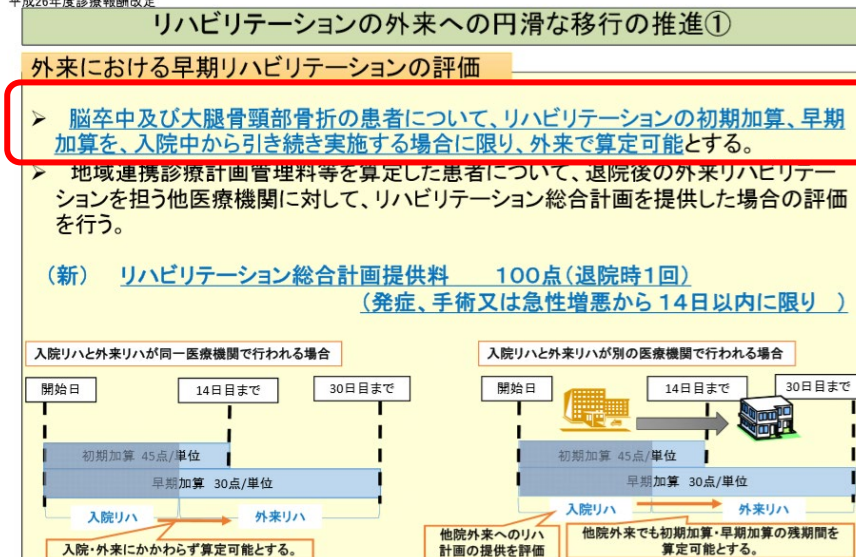
Ⅲ.4 外来患者における早期リハビリテーション加算・初期加算の対象疾患制限の撤廃

- 疾患別リハビリテーションにおける入院中の患者以外の患者については、脳卒中の患者と大腿骨頸部骨折の患者に対して早期リハビリテーション加算と初期加算が評価されている。
- 平成 28 年度診療報酬改定において、地域連携診療計画加算の新設に伴い、地域連携診療計画については対象疾患の限定はなくなったが、早期リハビリテーション加算および初期加算の算定については脳卒中の患者と大腿骨頸部骨折の患者に限られている。
- 早期に在宅医療へと移行するためには、外来においてもリハビリテーションを受けられる環境整備が必要である。

<提案>

疾患別リハビリテーションにおける入院中の患者以外の患者への早期リハビリテーション加算および初期加算の対象疾患について限定を撤廃する。

平成26年度診療報酬改定



平成 26 年度診療報酬改定説明会資料

	平成24年4月～平成26年3月	平成26年4月～平成28年3月	平成28年4月～	<要望>
主な地域連携診療計画による退院支援に係る加算	地域連携診療計画管理料 地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画管理料 地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画加算	地域連携診療計画加算
地域連携診療計画の対象疾患	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	限定なし	限定なし
外来リハビリテーションにおける早期リハビリテーション加算・初期加算(自院の場合)	—	新設		
外来リハビリテーションにおける早期リハビリテーション加算・初期加算(他院の場合)	—	新設 地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者のみ	地域連携診療計画加算を算定した患者のみ	地域連携診療計画加算を算定した患者のみ
外来リハビリテーションにおける早期リハビリテーション加算・初期加算の対象疾患	—	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	限定なし

Ⅲ.5 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件緩和

1. 実施場所の拡充

- 対象者が「在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの」とされており、提供場所は居宅に限定されると解釈される。
- 提供場所が居宅に限られているため、地域や学校、職場等の社会生活を営む場での身体・生活機能評価および訓練が実施できず、社会復帰を必要とする患者への対応が困難である。

2. 対象者の拡大

- 対象者が「通院が困難なもの」と限局的である。
- 要介護被保険者は原則的に対象外である。（急性増悪時のみ算定可）
- 社会参加を視野に入れた場合、通院困難または要介護保険者を除く対象者では限定的であり、社会復帰支援を必要としている対象者への十分な対応が困難である。

<提案>

1. 社会復帰を目指した IADL（手段的日常生活活動）の向上、応用歩行・公共交通機関の利用等の移動手段の獲得のために、生活場面での応用動作等の訓練を行う場合、居宅からの一連の行為として、居宅外におけるリハビリテーションの提供ができることを通達する。
2. 通院している場合でも IADL の向上、移動手段の獲得等に向けた訓練が必要であることから同指導管理料を算定できるようにする。

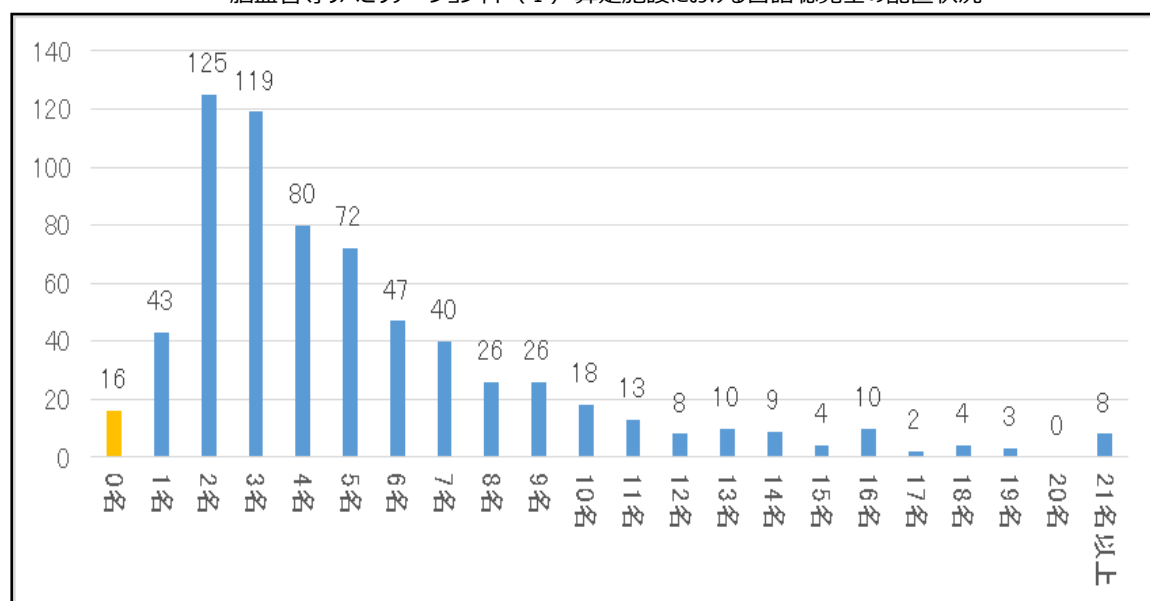
IV.1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）の施設基準の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準には、言語聴覚療法のみを実施する場合は専従の常勤言語聴覚士が 3 名以上勤務していること。という施設基準があるが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準には言語聴覚療法のみを実施する場合の基準はない。
- 公益社団法人日本理学療法士協会、一般社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士の 3 協会で実施した「医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 2019 年」結果では、調査協力施設 1,257 施設の内、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する施設は 683 施設あり、言語聴覚士の配置は 667 施設（98%）であった。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準には「言語聴覚療法のみを実施する場合は」の基準がなく、専従の常勤理学療法士が 1 名以上、専従の常勤作業療法士が 1 名以上勤務していることが条件であり、耳鼻咽喉科のクリニックでの言語聴覚士の雇用が進まない原因となっている。
- 耳鼻咽喉科のクリニックにおける脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準では専従の常勤言語聴覚士 2 名の配置で算定できるように要望する。

< 提案 >

1. 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に言語聴覚士を必置とする。
2. 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準に言語聴覚療法のみを実施する場合として、専従の常勤言語聴覚士 2 名の配置で算定できるように要望する（耳鼻科クリニックへの言語聴覚士の雇用促進）。

脳血管等リハビリテーション料（Ⅰ）算定施設における言語聴覚士の配置状況



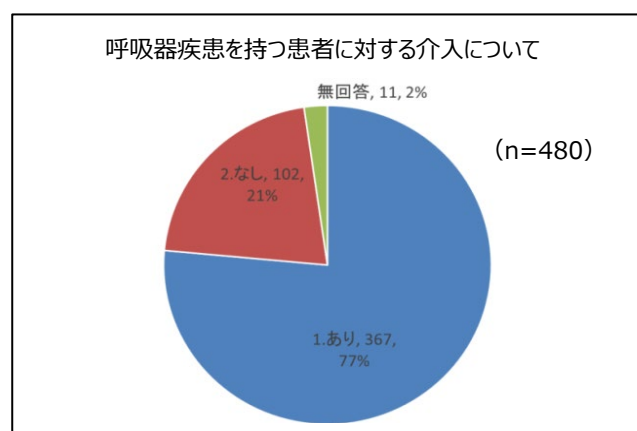
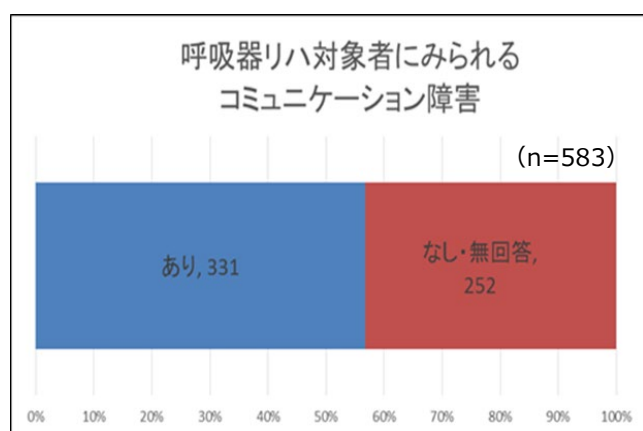
リハビリテーション専門職団体協議会：医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 報告書、2019 年 3 月

IV.2 呼吸器リハ料の算定要件に言語聴覚士の職名追記

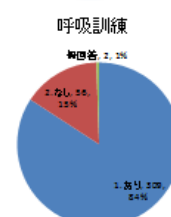
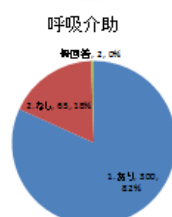
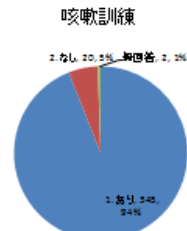
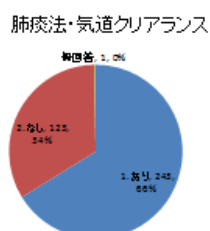
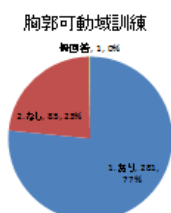
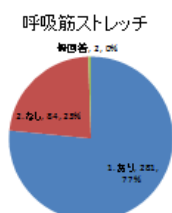
- 呼吸器リハビリテーション料の施設基準は、「医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する」とされ、言語聴覚士の介入は困難である。
- 高齢者においては複数の疾患を有している場合が多く、単一疾患におけるリハビリテーションだけでは十分なリハビリテーションが提供できないケースが多く存在する。
- 当協会の 583 施設の実態調査（平成 26 年）からは、呼吸器リハビリテーション料を算定する患者において発声発語器官の機能低下によりコミュニケーションに問題を抱える患者が多く存在していることが分り、言語聴覚士の介入が必要であると判断された。
- また、平成 28 年度の調査では呼吸疾患を持つ患者への言語聴覚士の介入は 367 施設（77%）で行われており、その内容としては発声のための呼吸筋ストレッチ 77%、呼吸訓練 84%、摂食嚥下機能の向上を目的とした排痰法・気道クリアランス 66%、咳嗽訓練 94%であった。

<提案>

1. 言語聴覚士の呼吸器リハビリテーション料への参画を要望する。



呼吸器疾患を持つ患者に対する言語聴覚士の介入内容



IV.3 呼吸ケアチーム加算に作業療法士、言語聴覚士の職名追記

- 当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。
- 理学療法士等の表記に作業療法士、言語聴覚士を追加する。

<提案>

1. 呼吸ケアチーム加算の要件に作業療法士、言語聴覚士の職名を明記する。

	施設数	割合
理学療法士	58件	72.5%
臨床工学技士	52件	65.0%
薬剤師	20件	25.0%
管理栄養士	17件	21.3%
作業療法士	9件	11.3%
言語聴覚士	9件	11.3%
臨床検査技師	9件	11.3%
社会福祉士	3件	3.8%
放射線技師	2件	2.5%
上記の職種の参加はなし	5件	6.3%
総数	80件	

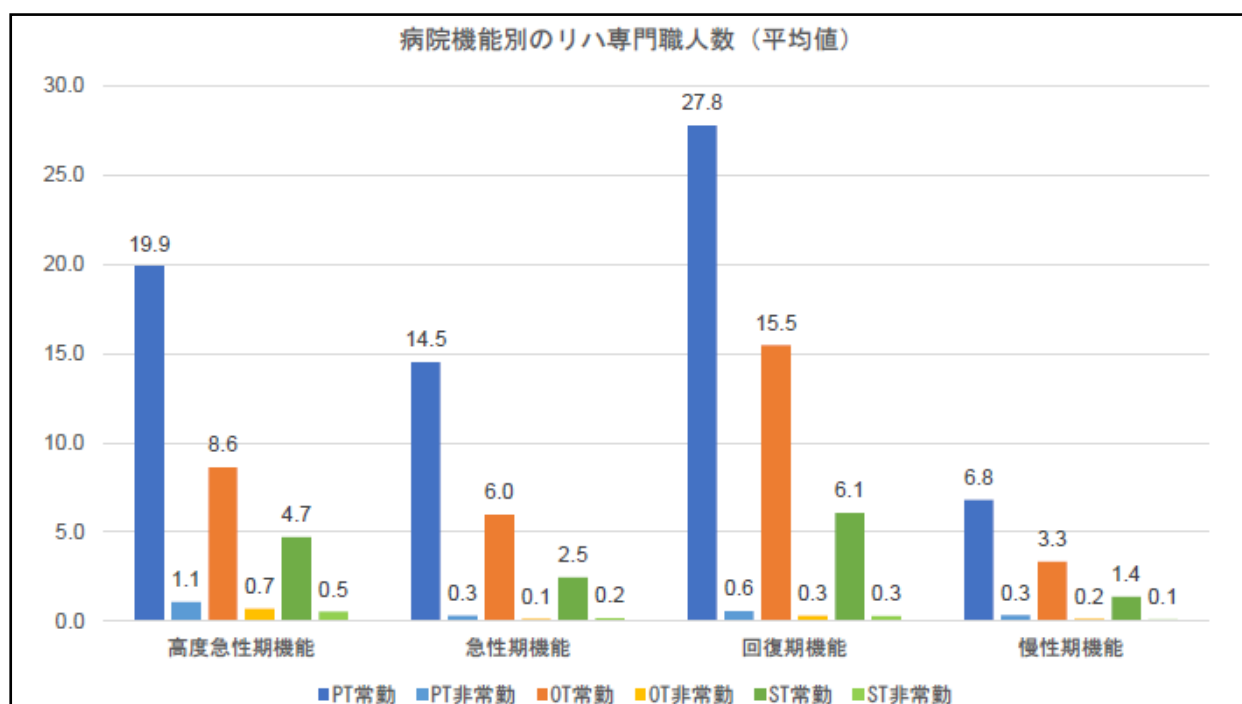
資料：医療保障総合政策調査・研究基金事業：急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究報告書（平成23年6月 健康保険組合連合会）

IV.4 早期離床・リハビリテーション加算への言語聴覚士の職名追記

- 早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームによる総合的な離床の取組を行った場合の評価である。
- 公益社団法人日本理学療法士協会、一般社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士の3協会で実施した「医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 2019 年」結果では、高度急性期機能を有する施設において言語聴覚士は平均で 4.7 人勤務していた。
- 理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の表記に言語聴覚士の追記を要望する。

<提案>

1. 早期離床・リハビリテーション加算の多職種連携の中に言語聴覚士の職名を追記する。



リハビリテーション専門職団体協議会：医療機関におけるリハビリテーションの実態調査 報告書、2019 年 3 月

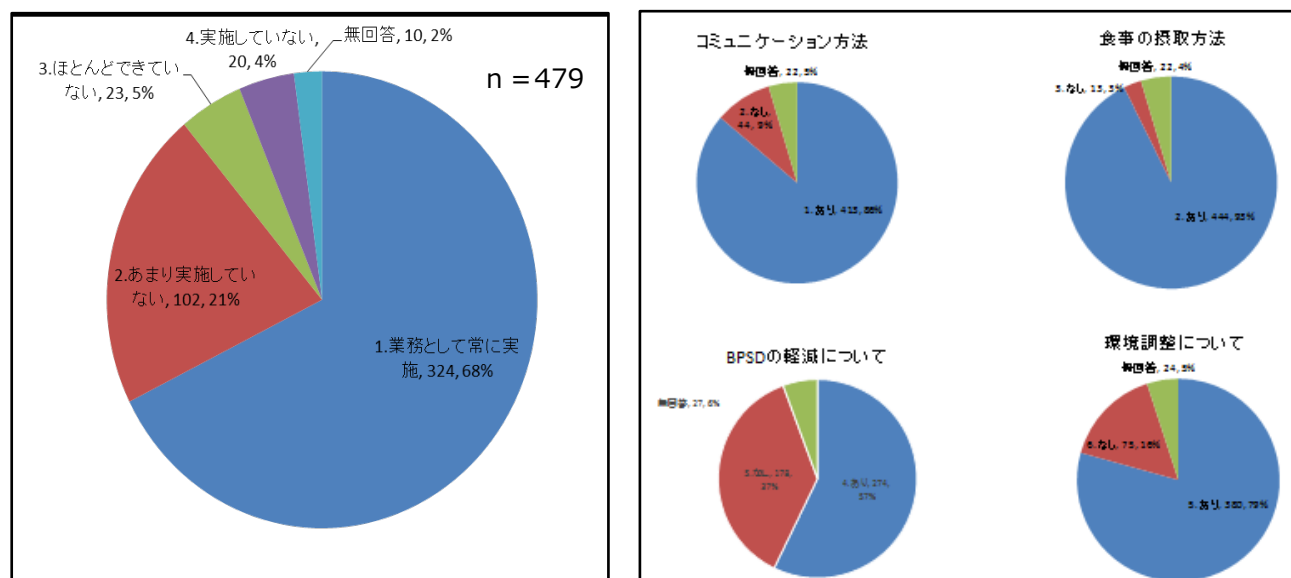
IV.5 認知症ケア加算の退院調整に言語聴覚士の職名を追記

- 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への関与が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。
- 現在の認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整には、経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士なお、十分な経験を有する専任の常勤医師、認知症患者の看護に従事した経験5年以上を有する看護師（適切な研修を修了した専任の常勤看護師）のほか、患者の状態に応じて理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましいとされ、言語聴覚士は明記されていない。
- 言語聴覚士は認知症および認知機能の低下した患者とのコミュニケーション方法や食事摂取方法および環境設定などに関する情報は病棟看護師をはじめとする多職種に提供しながら協働で円滑な病棟生活の実現に向けて対応している。
- 認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整に言語聴覚士の参加も望ましいと職名追記を要望する。

<提案>

1. 認知症ケア加算「認知症ケア加算1の施設基準」の認知症患者等の退院調整に言語聴覚士の職名追記を要望する。

認知症および認知機能低下患者の状態について他職種への指導や情報共有



IV.6 難病リハビリテーションの施設基準に言語聴覚士の職名追記

- 難病患者リハビリテーション料における施設基準には、「専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）」と規定されている。
- 難病患者リハビリテーションに規定する疾患（重症筋無力症、脊髄小脳変性症、ALS、モヤモヤ病など）では構音障害や摂食・嚥下障害を呈する 경우가多く、言語聴覚療法の必要性は高いと判断できた。

<提案>

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 難病リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士の職名追記を要望する。 |
|---------------------------------------|

難病リハビリテーション料対象者における言語・嚥下障害

重症筋無力症の症状

- ・眼瞼下垂、複視等の眼症状
- ・四肢筋力低下
- ・発語・構音障害
- ・摂食嚥下障害
- ・呼吸筋麻痺 等

脊髄小脳変性症の症状

- ・運動失調
- ・失調由来の構音障害
- ・摂食嚥下障害 等

ALSの症状

- ・四肢筋力低下
- ・構音障害
- ・摂食嚥下障害
- ・呼吸障害 等

もやもや病の症状

- ・上下肢麻痺
- ・構音・発語障害
- ・けいれん発作
- ・感覚障害
- ・不随意運動 等