

診療報酬点数表に込められたメッセージを読む —言語聴覚療法を中心に—

西條 一彦

長野医療衛生専門学校 言語聴覚士学科

要旨：言語聴覚療法は診療報酬点数表において1981年の改定時に「言語療法」して新設された。資格制のない時代、その点数は理学療法非認定施設と同じ90点ではあったが、その後は漸次増額され、200点まで達し、切り下げられていった理学療法非認定施設とは異なる経過を辿る。このことは、この療法の意義を認めつつも、法制化が遅れてしまっている状況下で、厚生省（当時）としては最大限の配慮をしてくれたと考えられ、資格制度を作っていくというメッセージがあったということの現れとして理解することが出来る。とかく点数の上下に注目が行きがちな点数表であるが、その背後にある厚生労働省のメッセージを読み取ることの重要性は現在も変わらない。本稿では過去の改定からそこに込められたメッセージを読み取るとともに、今どのようなメッセージが込められているのかを論じた。

現在、リハビリ3職種に込められているメッセージは「効果が見えるリハビリを、期限を切って行えば診療報酬は評価しますよ」ということである。この方向に向かって行くには「リハビリ卒業意識」を持ち、社会リハビリテーションを充実させることが必要である。これが実現した暁にはリハビリ3職種の社会的発言力が増加し、これまで以上に社会貢献に寄与することができるものと考えられる。

キーワード：診療報酬 言語聴覚療法 リハビリ卒業

<はじめに>

言語聴覚士は、「厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう（言語聴覚士法第二条）」。「言語聴覚療法はサービス業に分類され、サービス行為は対価を与えられる事によって業として成立する。一方、国民皆保険下のわが国の医療はほぼ保険診療に限局されることから、医療現場における言語聴覚士は、その対価の源泉である診療報酬の動向に一喜一憂する。この現象は何も言語聴覚士に限ったことではなく、医師を始めとする全ての保険医療関係者（医療資格の有無を問わず）に共通する現象である。

筆者は言語聴覚士法の成立以前に病院での言語治療（言語療法と呼ばれることが通常であったが）に十年ほど携わった後、同じ病院において診療報酬請求事務を担当する医事課への異動を機に病院管理業務全般に携わってきたことから、診療報酬の動向には常に目を向けてきた。今回、非常勤講師の身ではあるが、学校関係者から当ジャーナルへの投稿の依頼を受けたので、これまでの言語聴覚療法の変遷について、その時々感じたことを交え、筆者なりの解釈をまとめてみることにした。

<黎明期>

診療報酬におけるリハビリテーション料は1958年の理学療法に遡るが、1974年に運動療法と作業療法に認定施設制度が始まり本格化する⁽¹⁾。表1⁽²⁾に示すとおり「言語療法」が診療報酬点数

表に登場するのは1981年の点数改定であり、その点数は90点であった。これ以前は、「器械器具を用いた機能訓練」の注に従い40点を算定していた(表1の*)。筆書は1979年4月から言語療法士としてリハビリテーション病院に勤務していたのでこの点数が給与の源泉であった。当時の4年制大学卒業生の平均的給与は月額10万円ほどであったので、給料の全額を稼ぐには、月に250件(10万円÷400円)、1日約11件(250÷(4週×5.5日))の訓練が必要ということになる(当時は週5.5日の勤務体制が標準であった)。また1件の訓練時間は30分程度であったので、勤務時間(7時間)の内5.5時間は訓練に費やされることになり、残った1.5時間で訓練記録の整理や訓練課題の立案・評価、教材準備、カンファレンスの参加等を行うことは現実的に不可能なことであった。さらに人件費としては給与の他にも賞与や法定福利費等が加わるので、病院としては当然赤字部門ということになる。

このような状況の中で迎えた1981年の改定であったが、言語療法の新設のみならず、認定施設の複雑が300点に大幅アップ、非認定施設が「機能訓練」「水中機能訓練」「温熱療法」といった区分から「複雑」「簡単」へ変更となるなどリハビリテーションは大改定の年でもあった。新設されたとはいえ言語療法の90点は非認定施設の複雑と同点数であり、資格制度の有無が点数表に大きく反映された改定であったことが見て取れる。それでも先程と同様な計算を行うと、1日約5件という数値が得られるので、人件費割れしない程度まで改善したというところまで到達した。

なおこの当時、精神科専門療法の対象疾患として「吃音」があり、筆者は点数表の中でこのことを確認したことがあったが、関連資料は散失しているので、ここではそのようなことがあったと述べるに留める。

<拡大期>

1981年の改定から2002年までの期間(表1及び

2)である。この期間は認定施設の複雑を中心に大幅な点数アップが図られ、1981年の複雑300点が2000年には660点(理学・作業療法I複雑6ヶ月以内)となっている。未だ無資格時代であった言語療法に関しても90点が200点と増加率ではともに2.2倍であったが、点数差は極めて大きなものとなり資格制度化が大きく叫ばれる要因となった。この間、非認定施設の理学療法複雑は理学療法IVと名称を変え、90点が115点に増加しただけであるので、同じ無資格者ではあるものの言語療法に関しては厚生省(当時)が特別な配慮をしていたことが窺える。

この特別な配慮は1988年の「老人特定疾患言語療法料」複雑150点にも表れている。この点数は当時存在していた「老人診療報酬表」に掲載されたもので、老人の失語症者に対する言語療法に限って適用される点数である。一方通常の診療報酬(老人と区別して「若人」という用語が厚生省主催の点数説明会では使用されていた)には言語療法100点があり、同じ失語症でも年齢によって報酬が異なるという一物二価の状況となった。

また「摂食機能療法」180点が1994年に新設されているが、当時の言語療法士(職能団体としては「聴能言語士」を名乗っていた)には顧みられることは少なかった。

一方、理学療法・作業療法の点数では1992年の改定で「複雑1回>簡単×3回」が実現し、同僚の理学療法士はその専門性が評価されたと喜んでいたが、言語療法や特定疾患言語療法料にこの考えが適用されることはなかった。

なお表2の「言語療法⇒言語療法I」と「摂食機能療法」、理学療法IVの行にある「**」は点数設定はなされているものの、点数確認が出来なかったことを示している。

<激変期>

2002年以降の期間である(表3・4)。長かった無資格時代が終わった2002年の改定では「言語聴覚療法I・II」として理学療法・作業療法と同レ

診療報酬点数表に込められたメッセージを読む
—言語聴覚療法を中心に—

ベルで点数設定がなされると同時に、長年親しんできた「複雑」「簡単」という区分が「個別療法」「集団療法」に変更され、なおかつ「個別1回く集団×3回」という旧来の点数設定に戻ってしまった。個別療法の20分250点という設定は、40分で500点となり、1990年代前半のレベルにまで引き下げられた。さらに個別療法は月10単位まで、PT・OT・STの同日併施は4単位までとされ、マイナス改定という大枠が、来るべき超高齢社会を見据えこれまで聖域と考えられていたリハビリテーション分野にも影響を及ぼし、ここでも専門職としての技術評価が軽視されることとなった。

2006年の改定は、これまでの職種ごとの点数設定から、疾患別に点数設定がなされ、まさに衝撃的な改定であった。リハビリテーションに関する著明な論客たち（例えば3）も「愕然」と述べている。当初こそ「一人の療法士の技術が、疾患によって評価が異なるのはおかしい」といった批判的な論調⁽⁴⁾があったものの、大きな運動に発展することはなく14年が経過し、定着してきた感がある。筆者は肩関節の拘縮に対し「運動器リハビリテーション」を半年間受けた経験があるが、「脳血管疾患等リハビリテーション」と点数格差があっても相等であると思わせてくれるものであった。いずれにしても疾患別リハビリテーションは、脳血管疾患のリハビリテーション以外のリハビリテーションには結果として大幅な点数ダウンを強いるものでもあった。

またこの年の改定では集団療法の廃止、標準的な治療期間の設定（算定日数上限）、障害児（者）リハビリテーション料の新設等、現在に繋がる大改定の年であった。このうち集団療法の廃止は、「個別」「集団」（「複雑」「簡単」）論争を決着させずに終止符を打つという極めて巧妙な手法であり、算定日数上限の設定は、「長期に渡って効果の明らかでないリハビリテーションが漫然と実施されている可能性がある」という指摘を受けて、出され

たものである。この指摘はやがて回復期リハ病棟に導入された成果指標・アウトカム評価に繋がっていくことになる。

2007年は通常診療報酬の改定が行われない年であるが、2006年の改定が多く波紋をもたらし、修正の必要性が生じ、厚生労働省も事実上これを認める形で極めて異例な臨時改定が行われた。最大の課題は医療保険における維持期リハビリテーションの廃止、算定日数上限の対象除外疾患の見直しであったが、言語聴覚療法関係では「集団コミュニケーション療法」の新設がある。いわば言語聴覚療法集団療法の復活といったものであるが、厚生労働省も集団療法をバツサリ切り落としたのはさすがにやり過ぎと思つたらしく、「療法の持つ特殊性」を持ち出して言語聴覚士協会等からの要請にあっさりと応えてくれたものである。しかしながら、その点数は50点であり、廃止前の言語療法I集団療法100点の半分であった。

2008年はこれまでで最大のマイナス改定が行われた年であり、脳血管疾患リハビリテーション料Iも235点に引き下げられた。この改定の結果、特定の診療科では「医療崩壊」が現実化し大きな社会問題となつていった。診療報酬の技術料（通常医師の人件費と呼ばれる）を引き下げる愚を悟った厚生労働省はこの後、技術料はごく僅かのプラス改定、薬価を実勢価格に沿って引き下げ、トータルマイナス改定とする改定が繰り返されて現在に至っている。従って脳血管疾患リハビリテーション料Iも2010年には245点に引き上げられたのち、この点数が現在も継続している。この間、廃用症候群リハビリテーション料の独立化（点数引き下げ）、目標設定等支援・管理料やリハビリテーション総合実施計画提供料、リンパ浮腫複合的治療料の新設、摂食機能療法の細分化等の改定がなされている。言語聴覚療法の範疇では、2018年に眼振電図検査と重心動揺計検査が言語聴覚士の行うことのできる診療の補助行為として追加さ

れ、2020年には呼吸器リハビリテーション料、難病リハビリテーション料の担当職種として言語聴覚士が明記され、着実にその業務範囲が広がってきている。

<考察>

ここまで診療報酬におけるリハビリテーション料の変遷を言語聴覚療法からの視点で述べてきた。まずもって浮かぶ疑問は、無資格者によるサービスであるにもかかわらず何故独自の点数設定がなされしかも増額されていったのかということであろう。STの資格制度はPT・OTと同時期に検討が始まったものの関係者の意見がまとまらず言語聴覚士法が成立したのは1997年であった。一方わが国でSTの養成が開始されたのは1971（昭和46）年に開設された国立聴力言語障害センター附属聴能言語専門職員養成所（4年制大学卒業者に対して1年の専門教育課程）に遡るので、その卒業生に対する処遇として国は診療報酬に言語療法を位置づける必要に迫られたと考えることができる。

「養成はしたが後は知らない」は許されない。とは言っても項目として新設する程のものでもない。そこで目を付けたのが「器械器具を用いた機能訓練」である。この点数は、PT・OTの第1回国家試験（1966年）の翌年に新設されたものである（6点）。とりあえずこの注として言語療法を位置づけ軟着陸を図る一まことに巧みな処世術ではあった。

1981年の言語療法の新設は、当事者団体としての「日本聴能言語士協会」の設立もあり、前述のように国としては「資格制度を作りますよ」というメッセージとも受け止められるものであった。しかしこの時も「医師の指示権」と「養成年数」で折り合いが付かず流産となってしまったが、失語症に対する言語療法の重要性を理解した厚生省（有力者からの働きかけがあったとの流言が出回った）は老人診療報酬に「老人特定疾患言語療法料」を新設した。これにより理学療法非認定施設（後の理学療法Ⅳ）を上回る点数設定がなされる

こととなったが、無資格状態ではこれが限界であったと言えよう。

この「老人特定疾患言語療法料」は先程一物二価格を産み出したと述べたが、実に興味深い現象も引き起こした。老人の運動障害性構音障害（Dysarthria、当時は麻痺性構音障害）に対する言語療法は特定疾患（この場合は失語症）に該当しないので、「請求できない」とレセプト審査機関で判断された県が発生したことである。幸いなことに筆者が勤務する病院のある長野県ではこのような判断はなされなかったが、職能団体である「日本聴能言語士協会」へはいくつかの県から問合せがあり、会報にも掲載されていた記憶がある。本来、全国一律であるべき診療報酬において何故このようなことが起きるのは不可解であるが、からくりはおそらくこうである。診療報酬は確かに全国一律であるが、その細部の解釈は県ごとにある支払機関（診療報酬支払基金と国保連合会）に属する技官に委ねられている（あるいは技官の判断が尊重される）からである。本来老人診療報酬は「医科診療報酬を基本としつつ、老人の心身の特性に着目」した結果、医科点数表とは異なる点数が相当であると判断されたものが掲載されているものである。したがって医科点数表にある全ての項目が掲載されているものではない。老人診療報酬に掲載されていない医行為であっても、医科診療報酬に合致する医行為であれば請求は可能であると考えられるわけであるが、そうはならなかった県があったということである。

協会幹部は厚生省と掛け合ったと聞いているが、結果は芳しいものではなかった。6年後「老人特定疾患言語療法料」は点数上医科診療報酬に吸収される形で廃止となった。老人診療報酬も2006年医科点数表との一本化が決定し、この種の問題は再発することはなくなったが、点数表細部の解釈が県ごとに異なる点については毎回の点数改定説明会で指摘されることも多く、その度に厚生労働省講師は言葉を濁すばかりである。

診療報酬点数表に込められたメッセージを読む
—言語聴覚療法を中心に—

摂食機能療法の対象疾患は今では「発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの」となっているが、当初は「脳卒中」という語はなく、後から歯科医療官名で通知されたものである。筆者は支払基金から毎月送られてくるニュースレターの片隅にそっと記載されていた通知を見逃さず、直ちに脳卒中後遺症の患者に対して看護師等が行った摂食訓練を請求した。すると早速、基金から疑義照会の電話をもらった。ことの顛末を話すとあっさり引き下がってもらえ、査定とならずに事なきを得た。この時感じたことは、レセプトはよく見られているということと情報収集の重要性であった。この摂食機能療法はリハビリテーション料を請求できるリハスタッフには取り立てて魅力のあるものではないが、先進的なケアを行っている病院の看護スタッフにはとても喜ばれていたことを後で知った。看護スタッフは自らの行為が看護料とは別に点数化したことが嬉しかったのである。どうやらリハビリテーション料には魔物が潜んでいるように思われる。

突如として導入された「疾患別リハビリテーション」に対する批判についてはすでに述べた。筆者もリハビリ3職種の専門性を考えると批判的な考えを持っていた。一時期、理学療法複雑と作業療法複雑の同一日算定が禁止された時期があり、厚生省は理学療法と作業療法を同じものと考えているのではないかと感じていたからである。まさか言語聴覚療法まで同じ土俵に乗るとは全くの想定外であった。しかしながら最近、この変更は診療報酬の特性を考えれば当然の帰結ではなかったのではないかと思うようになった。これまでのリハビリテーション料は資格に対し支払われているようなものであった。それ故、無資格の言語療法士の報酬は低く抑えられてきたのであった。しかし診療報酬は病気に対する医療技術の対価であるから本質的には疾患別リハの方が適しているの

はないかということである。反対論が次第に下火になり、疾患別リハが受け入れられていった理由はこんな所にあるのかもしれない。

リハビリテーションの診療報酬に成果指標・アウトカム評価が導入されて久しい。これは世界初のことであった。その理由を点数説明会で問われた厚生労働省の講師は「まあ、なんと申しましょうか。リハビリの人達は真面目で、おとなしい人達が多いですから」と言うようなことを述べていた。確かに「少量頻回」という理由で導入された個別・集団訓練による巧みなダウン改定にも、3療法の同日併施は4単位と専門性が著しく侵されても文句も言わず、ノルマとされた18単位に縛られてセッセと訓練に励む姿を見れば、この様なことになるのかもしれない。成果を出しても待っていませんとばかり基準は引き上げられ、更に高い目標に向かっていかざるを得ない状況がすっかり定着してしまっている。こうしてリハビリの質は確実に向上していくことになるわけであるが、なんともやりきれない気もしてくる。セラピスト個人は確実に年齢を重ねるわけであるから、どこかでリタイアすることが当たり前の職業になるのかもしれない。まことにやるせない状況であるが、ならば今後我々はどのようにしていくべきなのであるだろうか。

一つの答は、地域包括ケア病棟に導入された「入院料へのリハビリの包括化」である。これによってセラピストは18単位のノルマから開放され、必要な患者に必要なリハビリを主体的に提供できるようになる。「1日2単位」では基準としては低いと感じてきたが、2単位を大きく超える病院も多く⁽⁴⁾、ここでもリハ職種の真面目さが現れているように思われ、今後リハビリの包括化が進む可能性は高くなってきているように思われる。

もう一つはこの問題の原点に戻ることである。この問題の原点は「長期に渡って効果の明らかなリハビリテーションが漫然と実施されている可能性がある」という指摘であった。効果につい

ては、診療報酬へのFIMの導入で改善がなされたが、問題は「長期に渡って漫然と」という箇所である。算定日数上限や回復期リハ病棟における入院期間の設定等により制度的には長期リハビリに制限がかかっているが、セラピスト一人一人がこの問題をしっかり受け止め、日々の業務を行っているかという点は気付きである。謂うならば「リハビリの卒業意識」とでも言えようか。介護保険サービスである通所リハビリに「専任医師の設置」規定ができたのは、「セラピストに任しておいては、いつまで経っても、次のステップに向かわない」と厚生省が判断したためである。セラピストの悲願である「訪問リハビリステーション」が実現しないのは、医師側の反対もあるが、「卒業意識の希薄さ」に依ることを指摘する識者⁽⁵⁾もいる。およそ半世紀にわたるわが国の医学リハビリテーションの歴史の中で、この意識問題を克服していくことは容易ではないと思われるが、克服してこそ初めて専門職としての基盤が確立するのではないだろうか。とりわけ言語聴覚士は医師との関係が限局的な形で法制化されているので、社会リハビリテーションの分野では活躍できる自由度が高いものと思われる。近年、医学的リハビリテーション卒業後のリハビリサービスが様々工夫されてきているが、更なる充実を図っていくことで「長期に渡って漫然と」を解消していくことが重要であろう。

最後に近年、摂食・嚥下訓練が増加し、また平衡機能検査や呼吸器・難病リハビリテーションが新たに加えられ、言語聴覚士業務は多面化してきており、筆者のような古めかしいSTには戸惑いも多いが、医事サイドの視点で見れば、それだけ周囲から期待されている職種であるとも言える。期待には応えつつ、人数を増やし社会的発言力をつけて「おとなしい人達」から脱皮し、更なる社会貢献に繋げていくというしたたかな方向性を持つべき時期にきているのではないかと感じている。

<おわりに>

本稿は「医療事務」および「社会保障Ⅱ」での講義内容の一部をまとめたものである。「医療事務」は本年度で講義終了となることから、せめて表1～4だけでも後世に伝えたいとの思いから筆を執ってみた。点数は低かったけれども黎明期の訓練は楽しかった。表1を見ると様々な顔が浮かび、何とも言えない懐かしさに涙がもれた。今、その低い点数にも厚生省のメッセージが隠されていたと気付き感無量である。ずっと闘ってきた診療報酬、もはや敵ではなく友となった瞬間であった。

本ジャーナルは学生達が目にする事が多いと思っている。医療現場に出るということは診療報酬制度の中で生きるということである。点数表に込められたメッセージをしっかりと受け止め、臨床家として羽ばたいて行って欲しい。

文献

- [1]日下隆一：理学療法料の変遷と理学療法士の専門性. リハビリテーション医学 2007;44:334-338
- [2]日本障害者リハビリテーション協会：日本のリハビリテーション5（報告書）
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/other/z00013/z0001305.html#4_2_1（最終アクセス日 2021.1.11）
- [3]石川誠：日本リハ病院・施設協会の場合 『リハニュース』 32. 2007/1/15
<http://www.arsvi.com/w/im13.htm>（最終アクセス 2021/1/11 転載頁）
- [4] 武久洋三：あなたのリハビリは間違っていますか：(株)メディス、東京、2016,pp152-154
- [5]やまだリハビリテーション研究所：訪問リハビリテーションについての私的なご意見（note有料）. nm2017/02/07
https://note.com/yamada_ot/n/n1b10c63b0bd5
（最終アクセス 2021/1/11）

表1 身体障害運動療法・作業療法・言語療法の保険点数改定経過

		1974年2月	1976年4月	1978年2月	1981年6月	1985年3月	1986年4月
身体障害 運動療法	認定施設						
	簡単なもの	40	60	80	120	130	130
	複雑なもの	80	120	160	300	320	330
	器械器具を用いた 機能訓練	20	30	40	廃止	-	-
	水中機能訓練	30	40	50	廃止	-	-
	温熱療法	15	20	25	廃止	-	-
	複雑かつ長時間を 要する運動療法	-	-	-	90	90	90
	その他の簡易な 運動療法	-	-	-	55	55	55
	簡単なもの	40	60	80	120	130	130
	複雑なもの	80	120	160	300	320	330
言語療法	*	*	*	90	90	90	
(参考) 初診時基 本診療料							
甲表	60	90	125	145	180	195	
乙表	50	52	100	120	150	160	

注) 身体障害作業療法は認定施設のみ。身体障害運動療法、同作業療法、言語療法は甲乙表共通、1点は10円。

言語療法の * は器械器具を用いた機能訓練の注 により算定

表2 理学療法・作業療法・言語療法・保険点数改定経過①

		1988年4月		1990年4月		1992年4月		1994年4月		1996年4月		1988年4月		2000年4月		2002年4月		
		複雑	単純	6か月以内	(新設)	580	580	580	580	580	580	640	660	660	660	660	660	660
理学療法 I 作業療法 I	複雑				(新設)	580	580	580	580	640	660	660	660	660	660	660	660	個別療法(1単位20分)250 *1日3単位、1月11単位まで
	単純				(新設)	550	550	550	550	570	570	570	570	570	570	570	570	集団療法(1単位20分)100 *1日2単位、1月8単位まで
理学療法⇒理学療法 II 作業療法⇒作業療法 II	複雑	335		345		480	480	480	480	520	530	530	530	530	530	530	530	個別療法(1単位20分) 180
	単純	135		145		450	450	450	450	480	480	480	480	480	480	480	480	集団療法(1単位20分) 80
言語療法⇒言語療法 I	複雑	100		110		145	145	145	145	155	155	155	155	155	155	155	155	個別療法(1単位20分)250
	単純					120	120	120	120	**	**	**	**	**	**	**	**	集団療法(1単位20分)100
言語療法 II	個別療法																	(新設) 180
	集団療法																	(新設) 80
老人特定疾患言語療法料	複雑	150		160		170	(廃止)	170	(廃止)									
	単純	100		110		120	(廃止)	120	(廃止)									
摂食機能療法	複雑				(新設)	180	180	180	180	**	**	**	**	**	**	**	**	185
	単純				(新設)	220	220	220	220	220	240	240	240	240	240	240	240	個別療法 100
理学療法 III	複雑				(新設)	70	70	70	70	70	75	75	75	75	75	75	75	集団療法 40
	単純				(新設)	110	110	110	110	110	115	115	115	115	115	115	115	個別療法 50
理学療法 IV (非認定施設)	複雑	100		**		65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	集団療法 35
	単純	65		**		490	(新設)	490	(新設)	530	550	550	550	550	550	550	550	550
心疾患リハビリテーション料	複雑																	
	単純																	
難病患者リハビリテーション料	複雑																	
	単純																	
早期理学療法 I	複雑																	
	単純																	
早期理学療法 II	複雑																	
	単純																	
早期加算(3ヶ月以内)	複雑																	
	単純																	
退院前訪問指導料	複雑																	
	単純																	
リハビリテーション指導料	複雑																	
	単純																	
リハビリテーション総合計画評価料	複雑																	
	単純																	
介護索引	複雑																	
	単純																	
消炎鎮痛処置	複雑																	
	単純																	
(参考) 初診時基本診療料	診療所(甲・乙)					208・205	221	250	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270
	病院(甲・乙)					198・195	208	230	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250

* 複雑：40分以上、1日1セラピスト12人以内(言語聴覚療法は30分以上)
 * 簡単：15分以上、集団でも可、1日1セラピスト36人以内
 * セラピストは1日 複雑件数×3+簡単件数≤36 の枠内で請求
 * 患者から見ると1日1回のみの請求

診療報酬点数表に込められたメッセージを読む
—言語聴覚療法を中心に—

表3 理学療法・作業療法・言語療法の保険点数改定経過②

		2002年4月	2004年4月
心疾患リハビリテーション料		550	550
理学療法Ⅰ 作業療法Ⅰ	個別	250	250
	集団	100	100
理学療法Ⅱ 作業療法Ⅱ	個別	180	180
	集団	80	80
言語聴覚療法Ⅰ	個別	250	250
	集団	100	100
言語聴覚療法Ⅱ	個別	180	180
	集団	80	80
言語聴覚療法Ⅲ	個別	(新設)	100
	集団	(新設)	40
理学療法Ⅲ	個別	100	100
	集団	40	40
理学療法Ⅳ(非認定施設)	個別	50	50
	集団	35	35
リハビリテーション総合計画評価料		480	480
摂食機能療法		185	185
視能訓練(斜視・弱視)		135	135
早期加算	14日以内	100	100
	15～30日	80	80
	31～90日	30	30
難病患者リハビリテーション料		600	600
(参考) 初診時基本診療料	診療所	270	274
	病院	250	255

表4 理学療法・作業療法・言語療法・保険点数改定経過③

	2006年4月	2008年4月	2010年4月	2012年4月	2014年4月	2016年4月	2018年4月	2020年4月
心疾患リハビリテーション料	I	250	200	200	200	205	205	205
	II	100	100	100	100	125	125	125
	I			245	245	245	245	245
脳血管疾患等リハビリテーション料	I/療 I 要介護者	250	235	235	235	180		
	II			200	200	200	147	147
	II/療 II 要介護者	100	190	190	190	146		
廃用症候群リハビリテーション料	III			100	100	100	120	120
	III/療 III 要介護者		100	100	100	77		
	I					60	60	60
運動器リハビリテーション料	I	180	170	175	175	180	185	185
	II	80	80	165	165	170	170	170
	III			80	80	85	85	85
呼吸器リハビリテーション料	I	180	170	170	170	175	175	175
	II	80	80	80	80	85	85	85
	1	480	300	300	300	300	300	300
リハビリテーション総合計画評価料	2					(新設)	240	240
	1				(新設)	100	275	275
リハビリテーション総合計画提供料	2					(新設)	100	100
	1					250	250	250
目標設定等支援・管理料	初回					100	100	100
	2回目以降					100	100	100
摂食機能療法	30分以上	185	185	185	185	185	185	185
	30分未満					(新設)	130	130
視能訓練(斜視・弱視)	6歳未満	135	135	135	135	135	135	135
	6~18才未満	600	600	640	640	640	640	640
障害児(者)リハビリテーション料	18歳以上	190	200	220	220	225	225	225
	18歳未満	140	190	190	190	195	195	195
がん患者リハビリテーション料	1	100	150	150	150	155	155	155
	2		(新設)	200	200	205	205	205
認知症患者リハビリテーション料	1				(新設)	240	240	240
	2						(新設)	200
リンパ浮腫複合的治療料	1							100
	2							(新設)
集団コミュニケーション療法料 (参考) 初診時基本診療料	診療所	(新設)	50	50	50	50	50	50
	病院	270	270	270	270	282	282	288

掲載日：2021年2月17日