

## 平成14年医療保険診療報酬改定後の千葉県における

### 言語聴覚士の業務に関する実態調査報告

千葉県言語聴覚士会 社会局 ST業務実態調査委員会

宇野園子<sup>1</sup> 新井千恵<sup>2</sup> 木村智江<sup>3</sup> 古森一美<sup>4</sup> 藤倉万弓<sup>5</sup> 宮本清美<sup>6</sup>

#### はじめに

本県士会2001年度の実態調査<sup>i</sup>で、医療・療育機関に勤務する言語聴覚士(以下ST)から挙げられた問題の多くが、低い医療保険診療報酬に起因すると考えられた。したがって、その直後の2002年4月の診療報酬改定で、言語聴覚療法は診療報酬が理学療法(以下PT)、作業療法(以下OT)と同価に引き上げられ、また施設基準が定められたことにより、調査であげられた問題点の多くに変化が見られたと予測された。今回、診療報酬の改定によってSTの業務環境や業務内容にどのような変化が見られたか、医療保険施設に勤務するSTを対象に調査を行い、改善が見られた点、新たに問題が生じた点、さらに改善が望まれる点について検討した。

#### 1. 調査目的

2002年4月1日付医療保険診療報酬改定後の千葉県内の医療保険機関における言語聴覚士の業務に関する情報収集と問題点の把握である。

#### 2. 調査方法

言語聴覚士の国家資格を有する者が常勤もしくは非常勤として勤務している千葉県内の医療保険機関を対象とした。同一施設内の複数部署にSTが在籍する場合には、部署によって対象者や業務内容が異なり、問題点も異なると考えられたため、部署ごとに回答を依頼した。調査対象部署は計88ヶ所であった。調査項目は施設基準等の実態、医療保険診療報酬改定による問題点の変化、診療報酬改定によって生じた問題点、現在請求できない診療報酬・加算についての4項目から構成され、改定後の変化については、前回2002年3月の

<sup>1</sup>我孫子市身体障害者福祉センター

<sup>2</sup>船橋市立医療センター

<sup>3</sup>昭和大学病院形成外科言語室

<sup>4</sup>袖ヶ浦福祉センター

<sup>5</sup>介護老人保健施設やすらぎの郷

<sup>6</sup>谷津保健病院

実態調査の結果と比較した。調査票の送付と回収は各部署への無記名による郵送調査方式で実施した。調査期間は2004年1月5日から1月19日までであった。

### 3. 調査結果

調査対象部署88ヶ所のうち45ヶ所から回答があった。有効回収率は51%であった。

#### (1) 業務環境の実態

##### 施設基準の取得状況

施設基準の取得状況を図1に示した。施設基準が最も多く32ヶ所71%、基準は9ヶ所20%であった。基準未取得の4ヶ所中3ヶ所は申請予定なしであったが、その理由として面積要件と人員要件、所属施設の包括診療<sup>7</sup>の導入を挙げるものがあった。

今回回答のあった医療保険施設の部署は、成人を対象とするものが41ヶ所91%であったのに対し、小児を対象とする部署は16ヶ所35%と少なかった(うち12ヶ所は両方を対象としている部署である)。しかし、対象者別に見ても、取得施設基準の割合に差はなかった。

##### 正職員数について

正職数について、取得施設基準ごとに図2に示した。基準では2名から3名の部署が多く、最高5名の正職員が在籍している。基準では正職員数1名が18ヶ所と最も多く、次いで

2名12ヶ所であった。対象が小児の部署に所属する正職員の数1名から4名であり、対象が成人の部署と大きく変わらなかった。

##### 職員配置

図3にSTの雇用形態の現状を示した。正職員が88%と非常勤を大きく上回っている。また非常勤のみの部署は3ヶ所4名であった。その他5ヶ所5名の非常勤は正職員と同一部署に所属していた(表1)。

##### ひとり職場の割合

ひとり職場は20部署と、2人職場の17部署、3人以上の8部署を上回り、その割合を前回調査時(医療機関と療育機関の合計)と比較してみると、割合はほとんど変わっていなかった(図4)。

##### 職員の増減について

職員の増減について施設基準別に図5、6に示した。正職員が増加したのは基準の部署が多く、基準ではほとんどが増減なしであった。非常勤はほとんどの部署で増減なしであった。減少2件のうち1件は正職員に異動、もう1件は自己都合退職である。

##### 専用療法室の数について

STの専用療法室の数について、前回調査結果(医療機関と療育機関の合計)と比較したものを(図7)に示した。「STと同数」が顕著に増加し、専用療法室なしが極わずかであった。対象が小児の部署では、4ヶ所のうち3ヶ所までが「STと同数未満」であるが、成人対象の部署も含めて、専用の療法室数が「STと同数未満」の部署は、ほとんどがST2人以上の部署であり、専用の療法室が最低1室は確保でき

<sup>7</sup> 大学病院や一部の国立病院など、特定機能病院の一般病棟に入院するあらかじめ定められた疾患の患者や、回復期リハビリ病棟、療養型病棟などに導入された制度で、診療報酬は入院基本料、検査、投薬、処置料等の包括評価(実施件数にかかわらずあらかじめ決められた点数を算定)と出来高評価(実施した件数で算定)の合計となる。療養型病棟ではリハビリテーションの集団療法は包括されるが、個別療法およびその他の病棟でのリハビリテーションは出来高評価である。

ていることが確認された。「専用の部屋がない」部署は基準 Ⅰで1ヶ所のみであった。

## (2) 改定による問題点の変化

前回の実態調査で医療・療育機関から多く挙げられた問題点が診療報酬の改定により、どのように変化したのかを調査した。「良くなった」「悪くなった」「変わらず問題あり」の割合が多かったものはそれぞれ以下のとおりである。問題点が増えた部署は、ほとんどが成人を対象とする部署で、小児を対象とする部署では、1ヶ所の部署が「言語聴覚療法以外の仕事が多い」状況が「悪くなった」と回答したほかは、全て「変わらず問題あり」もしくは「もともと問題はなかった」であった。

### 改善した問題点

改定によって「良くなった」との回答が多かった問題点は「医療保険点数」「専用の部屋の広さと数」「必要な教材・機器」の3項目であった(図8)。最も割合が多かった「医療保険点数」についてさらに施設基準別に分析したところ、基準 Ⅰの部署では「良くなった」の割合が非常に高いのに比べ、基準 Ⅱの部署では「良くなった」より「変わらず問題あり」の方が多くの割合を占めている(図9)。

### 悪化した問題点

改定によって問題点がさらに「悪くなった」という回答が「良くなった」を上回ったのが「対象者に対するSTの人数」と「必要な訓練時間の確保」、「時間外勤務が多い」であった。(図10)対象者に対するSTの人数について施設基準別に見てみると、基準 Ⅰより基準 Ⅱのほうが「悪くなった」と捉えている割合が明らかに高い(図11)。

### 依然として問題の残る点

改定後も依然として問題が残っている主なものは、図12に示すとおりである。「適当な助言者・指導者の不在」は9割以上が「変わらず問題あり」と回答している。他に「他施設との連携」、「言語聴覚療法以外の仕事が多い」という項目も8割以上が「変わらず問題あり」と回答していた。

## (3) 新たに生じた問題点

### 改定後の業務量の変化

改定に伴って、業務にどのような変化があったかを調査したところ、図13のような結果になった。どの項目も「変化なし」が多いが、「増加した」と回答した部署も3割前後あった。特に「記録・文書作成時間」に「増加」の回答が多い。また、基準別に比較したところ、基準 Ⅰでは「1日あたりの患者数」、「記録文書作成時間」をはじめ全体的に業務が増加しているが「家族指導/環境調整時間」については「不変」、「減少」との回答が多かった(図14)。小児が対象の部署では業務量に変化のあったところはなかった。

### 改定に伴って新たに生じた問題点

改定に伴って新たに生じた問題点として、まず、「月10回を越える個別療法の点数の3割削減」を基準 Ⅰ、Ⅱの部署ともに問題点としてあげている(表2)。その他の項目を施設基準別に見てみると、基準 Ⅰでは多くの部署が「患者一人一日あたりの単位数制限」をあげ、「1単位が20分であること」「ST1人1日あたりの単位数の制限」「施設基準の面積要件」をあげているのはほとんどが基準 Ⅱの部署であった。小児を対象とする部署では「施設基準の人員

要件」および「面積要件」を挙げる割合が多かった。

その他の問題点として記述されたものには、「診療報酬に対する圧力が強くなった」、「施設基準を上げるための要件が厳しい」などがあった。

#### (4) 診療報酬算定外の業務

##### 業務の実態

今回の医療保険診療報酬改定によって、言語聴覚療法についてはPT・OTと同価の診療報酬が得られることになったが、STの業務の中には診療報酬として請求できないものも少なくない。ここではSTが現在診療報酬として請求できない業務、および他職種では認められて、STにはない加算に関して、実際に実施されている件数を調査した。図15は各業務別に、現在実施しているあるいは実施したいと考えているという回答が多いもの、すなわちニーズが高いと考えられるものから順に示した。失語症検査等の「臨床心理・神経心理検査」については実施していない部署はわずかであり(図16)、ニーズとしては9割以上であることが明らかになった。また、「家族指導」「月4回を超える摂食嚥下訓練」「退院時指導」「早期リハ」のニーズも高いことが分かった。「月4回を超える摂食嚥下訓練」「早期リハ」について、各部署の1ヶ月の実施回数をみると、行っていないという部署と月11回以上実施しているという部署が多かった(図17)。「訪問指導」を行っている部署は2ヶ所のみであったが、診療報酬を算定できれば実施したいという部署は多く、約半数の部署でニーズがあった。

診療報酬の算定を希望する業務について実際に実施している業務のうち、診療報酬、

または加算の算定を希望する項目について表3に示した。ニーズの最も高かった「心理検査」は、算定の希望も最も多い。また「月4回を超える摂食嚥下指導」もそれに次いで希望が多い。一方「早期リハ」加算については、すでに実施している部署が比較的多いにもかかわらず、算定希望は「嚥下造影検査」と同数という結果になっている。

##### ST独自の加算について

STの対象患者の障害特性を考慮してPT・OTにはないST独自の加算をつけるべきかどうかについて調査したところ、全回答45ヶ所中33ヶ所のみから回答を得た(図18)。ST独自の加算を「希望する」が22ヶ所(67%)、「希望しない」が11ヶ所(33%)であった。PT・OTと足並みをそろえることを希望するという意見がある一方、ST独自の加算として、慢性期リハを考慮したものや、家族指導、他施設への紹介状などの書類作成、早期加算の期間延長などが挙げられた。

#### 4. 考察

前回2001年度の実態調査で、医療・療育機関に勤務する多くのSTから挙げられた問題に、「医療保険点数が低い」「専用の部屋が狭い・ない」「必要な教材・機器が不足している」「他職種との連携が難しい」「適当な助言者・指導者がいない」「地域での受け皿がない」「行政の関心が低い」が上位を占めていた。これは当時、医療保険点数が低く、このためにSTの雇用の拡大や設備面の整備が妨げられており、それが言語聴覚療法に対する社会的認知度が低い一因になっているのではないかと思われる。

その直後の2002年4月の医療保険診療報

酬改定で、言語聴覚療法は診療報酬がPT・OTと同価に引き上げられ、また施設基準が定められたため、調査であげられた問題点の多くに変化が見られたと予測された。今回、改定後約2年を経過し、診療報酬の改定によってSTの業務環境や業務内容にどのような変化が見られたか、改善が見られた点、新たに問題が生じた点、さらに改善が望まれる点について検討した。

### (1)業務環境の変化

#### 施設基準の取得状況

回答のあった45部署のうち施設基準を取得している施設の所属するものは9割以上であり、ほとんどの医療および療育施設で、言語聴覚療法が保険診療で行われているという結果であった。しかし、申請予定のない部署も3ヶ所あり、その理由として人員要件および面積要件が満たせない、包括診療の導入で施設基準を取得する意味がないという回答もあった。面積要件が厳しすぎることは、すでに基準を取得している部署の約半数からも、問題点として挙げられており、施設基準取得のみならず、基準から基準への移行を困難にしている要因となっているように思われる。

#### 人員配置に関する変化

職場構成人員についてみると、施設基準の要件に専従する常勤STの数が基準では「3人以上」、基準では「1人以上」と明記されたことから、ほとんどの部署にSTが正職員として配置されており、非常勤のみの部署は3ヶ所、4人のみであった。基準で正職員なし、非常勤のみという回答が1ヶ所あったが、同一施設内にSTが所属する部署が複数あり、施設全体としては人員要件を満たしている場合である

と思われる。基準で正職員が2人という部署も同様の状況と思われる。その他の場合は基準が未取得であった。

改定後職員の増員がなされた部署は5ヶ所にとどまり、そのほとんどが基準の部署であった。改定がSTの雇用拡大につながっていないことがわかる。改定で心配された非常勤STの雇用について、回答のあった部署で非常勤職員数が減少したところは2ヶ所2名であった。1名が正職員に異動、1名が自己都合退職であり、解雇はいない。しかし、今回の調査が現在STの勤務する施設のみを対象としており、すでにSTが解雇され、言語聴覚療法の実施を中止してしまった施設の状況を把握できなかったため、その状況が懸念される。

#### 設備面の環境に関する変化

ほとんどの部署で最低1室のST専用の療法室が確保されていることが確認された。療法室数でみると、7割以上の部署で「STと同数以上」の療法室が確保されており、この割合は前回調査時の5割よりも大幅に増加している。施設基準の要件に専用の療法室の広さと数、必要な機器が明記されたことに起因すると思われる。これによりST業務を行う際の環境が改善した様子がうかがわれ、多くの部署が「部屋」「教材・機器」については改定を「良かった」と評価している。一方、小児対象の部署では4ヶ所中3ヶ所でST数と「同数未満」の療法室数しか確保されておらず、「部屋」に関する問題点も「変わらず問題あり」との回答だった。また、「専用の部屋がない」部署が基準で1ヶ所あったが、これは、施設全体では基準を満たしているものの、部署によっては専用の療法室が確保できない場合があるという厳しい状況の存在を示している。

## (2)問題点の変化

### 改善された問題点

STにとって、改定による最大の変化は、言語聴覚療法の診療報酬がPT・OTと同価に引き上げられたことである。「保険点数が低い」について、改定後「良くなった」と評価するものが全体の半数を超えた。ただし、施設基準別に比較すると、基準 Ⅰの部署では全ての部署で「良くなった」と回答しているのに比して、基準 Ⅱの部署では、「良くなった」の割合が顕著に低く、「変わらず問題あり」が多くの割合を占めている。このように取得基準によって満足度が大きく異なっていた。これは言語聴覚療法の保険点数が施設基準により差が大きいため（個別療法1単位で基準 Ⅰでは250点、基準 Ⅱでは180点）、基準 Ⅱの部署では、改定前と比較しても、業務に見合う報酬が認められたと捉えにくいのではないかと予想される。

また、前回調査では多くのSTが「必要な教材・機器が不足している」「専用の部屋が狭い・ない」を問題点にあげていたが、これらの問題は、施設基準の別なく「良くなった」と回答した部署が多かった。設備面の業務環境については、改定によって整備されてきたと考えられる。

### 悪化した問題点

前回調査より状況が「悪くなった」という回答の割合が「変わらず問題あり」に次いで多かったものに「必要な訓練時間の確保が難しい」「対象者に対するSTの人数が少ない」「時間外勤務が多い」があるが、これは、改定により新たに生じた問題点として後述する点数の制限や削減が影響していると思われる。

改定後、3割前後の部署で業務量が「増加

した」と答えている。しかし、PT・OTと同等の業務を行っていてもSTには加算がつかない、あるいは診療報酬を請求できない業務があるために、点数制限の枠の中でPT・OTが優先され、STに必要な訓練時間が確保できない、あるいは勤務時間を超えてサービスで実施するという事態を生んでいる可能性が考えられる。

「対象者に対するSTの人数が少ない」状況がさらに「悪くなった」という回答は、基準 Ⅱの部署において特に多かった。基準 Ⅰの部署では、正職員、非常勤合わせて、増員されたところが約半数である。全体的にも職員数が2人から6人と多い。同時に、全体的に業務量が増加したと回答した割合も、基準 Ⅱの部署に比して多かった。患者が多い部署では、改定による業務量の増加にSTの増員が追いつかず、人手不足であるということが示唆された。これも「必要な訓練時間の確保が難しい」一因になっていると思われる。

### 依然として問題の残る点

前回調査で問題点の上位に挙がっていた「適当な助言者・指導者がいない」状況は、その原因がひとり職場や非常勤STが多いからであろうと考えられたが、保険改定後も問題点は解消されておらず、9割以上の部署が「変わらず問題あり」と回答している。ひとり職場の割合は、前回調査時とほとんど変化がなく、多くのSTが依然として孤軍奮闘を余儀なくされていると言えよう。

他に「変わらず問題あり」の割合が多かったものに「他施設との連携」があるが、STの数が全体的に増加しない中、施設間の連携も困難な状況が続いていると考えられる。「STが増えたように思うが、協力しやすくなったとは感じな

い。」との記述もあった。

「言語聴覚療法以外の仕事が多い」については、医療保険施設におけるSTの多忙さが伺われる。現場において求められる仕事が診療報酬の影響を直接受けるものばかりではないことは周知の事実であるが、今回の改定では、実施計画書の作成など新たな業務が増えたことに加えて、人手不足が解消されなかったことも一因と考えられる。

また、小児対象の部署では、ほとんどの問題点は依然として残っており、状況は改善も悪化もしていないと考えられる。

### (3) 新たに生じた問題点

「1年間の延べ患者数」「1日あたりの患者数」「記録文書作成時間」「他職種との意見交換時間」「家族指導/環境調整時間」において、業務量については、半数以上の部署で「変わらない」としながらも、どの項目においても「増加した」という部署が3割前後あり、「減少した」より多かった。診療報酬の引き上げに伴い、言語聴覚療法の対象患者が増えたと予想されるが、診療報酬の算定に当たって、他職種と共同でのリハビリテーション計画の策定や、3ヵ月ごとの言語聴覚療法の実施計画書作成など、改定後新たに加わった業務もある。約3分の1の部署が改定後新たに生じた問題として「臨床以外の業務が増えた」を挙げている。また「時間外勤務」について「変わらず問題あり」に次いで「悪くなった」が「良くなった」を上回っていたことから、保険改定後、STの業務は全般的に多忙になったと言える。

基準の部署では、特にその傾向が強かった。しかし、「1日あたりの患者数」や「記録文書作成時間」が増加している部署が多い一方で、「家族指導/環境調整時間」が減少している割

合が多く、多忙な業務のやりくりの中で、家族指導や環境調整にしわ寄せがきている可能性も示唆された。

改定によって点数の算定に様々な制限が生じたのも事実である。特に半数以上の部署から問題として挙げられたものは、「月10回を超える個別療法の点数の3割削減」であった。次いで「1単位が20分であること」「患者1人1日あたりの単位数制限」「ST1人1日あたりの単位数の制限」がある。記述回答にみられたように「診療報酬に対する圧力が強くなった」状況が一方にある中で、これらの点数制限、削減によって、多忙な業務がそのまま診療報酬に直結しないというジレンマが新たに生じている。

同時に、これらの制限のために、患者の必要量に応じた訓練時間の確保が難しくなっている。診療報酬を上げるため、算定できる範囲でのみ訓練を行うこととなれば、患者の多い職場では、必要以上に早期に訓練が終了されるという事態も起こりかねないと懸念される。他院からの転院や外来患者の受け入れには消極的にならざるを得ず、施設間の連携が進まない結果になっているとも考えられる。

### (4) 診療報酬算定外の業務

#### 業務の実態

多忙な業務がそのまま診療報酬に反映されない理由として、実施していても診療報酬が算定できない業務の問題が改定後も残っていることが一因として考えられる。改定後、「必要な訓練時間の確保が難しい」「時間外勤務が多い」状況が「悪くなった」背景には、PT・OTと同等の業務を行っていてもSTには加算がつかないか、あるいは診療報酬を請求できない業務があるために、点数制限の枠の中でPT・

OTが優先されるという傾向があるのではないかと推測される。その結果、STに必要な訓練時間が確保できない、あるいは勤務時間を超えてサービスで実施するという事態が生じていると思われる。これらの業務に関しては、PT・OTとの診療報酬の格差を解消する必要が認められる。今回、診療報酬算定外でどのような業務を実施しているか、その頻度と診療報酬を希望するか否かを調査した。診療報酬を請求できなくても実施している業務では、「臨床心理・神経心理検査」が最も多く8割を超え、ついで「家族指導」「月4回を超える摂食嚥下訓練」「早期リハ」「退院時指導」であった。摂食嚥下訓練と早期リハについては、全く実施していない部署と月11件以上実施している部署が多く、部署間の差が大きかった。これは対象患者の違いによるものと思われる。

この5つの業務は、ニーズの高さにおいても、診療報酬または加算の算定を希望する業務においても上位を占めていた。全体的には、ニーズが高く、実施件数が多いものについては診療報酬の算定を希望するものが多い。

早期リハ加算については、実施している部署が多いにもかかわらず、算定希望は、嚥下造影検査と同数と、やや下位になっていた。その理由として、施設の性格や部署によっては、対象患者がかならずしも早期リハ加算の対象となる者ばかりではないこと、また、言語聴覚療法における早期リハの意味づけが必ずしもはっきりしないことなどが考えられる。早期リハ加算と同様に、PT・OTにのみ認められている加算に病棟ADL訓練加算と老人の外来移行管理加算がある。これについては、実施している部署が比較的少なく、算定を希望するものも少なかった。

訪問指導についても算定希望は少なかった

が、これも実施している部署が非常に少ないためと思われる。算定できれば実施したいとする部署が全体の約半数を占めることから、診療報酬の算定に対する要望は低くないと言える。

#### ST独自の加算について

加算については、対象疾患や訓練内容の違いから、たとえPT・OTに認められている診療報酬や加算が必ずしもSTには必要ない、および、対象疾患の特徴や訓練内容の違いから、PT・OTとは異なる加算があってもよいのではないかとの意見もある。

そのような観点から、どのような加算を希望するかを問うたところ、慢性期リハを考慮した長期にわたるフォローや集団訓練、早期リハ加算のつく期間延長、家族指導、他施設への紹介状など文書作成が挙げられていた。言語聴覚療法の対象疾患は、高次脳機能障害である失語症や、小児の言語指導など、回復が緩やかで長期にわたるものが多い。他動的に操作することも難しい。対象者の意識レベルの低下などから、狭義の言語訓練に適さない状態が多く見られる早期からの働きかけを、PT・OTにならって重視するよりも、長期にわたるフォローを確保できる制度が望まれている。

集団療法も、言語聴覚療法においては、個別療法に劣るものでは決してなく、かえって集団療法をコミュニケーションスキルの向上の場と考えて、慢性期においては、個別療法と同等の価値をもつものと位置付けられる。

また、コミュニケーション障害という点で、家族指導や他施設との連携は、コミュニケーションの環境調整という意味でより重要視されるべき業務である。家族指導は、PT・OTが患者の退院を前に家屋改造などの助言を行う「退院前訪問指導」に匹敵するものと考えられ、相応



の報酬が認められて良いものと思われる。対象が乳幼児の場合も、より良い発達を促すために患者本人よりも家族指導が重要である場合が多い。

転院時などの文書作成は、算定の可否にかかわらず重要なものであるが、診療報酬が算定できることで業務が促進され、より良い施設間の連携が期待できる。

一方、ST独自の加算を希望しないものが11部署、回答のなかったものが12部署あり、PT・OTと足並みが揃えばよいという意見もあった。診療報酬については、所属する部署や対象患者、職責等により捉え方が様々である。いっそうの討議を重ねた上で、今後の診療報酬の改定に向けて働きかけていく必要がある。

#### (5) 2004年度医療保険診療報酬改定<sup>8</sup>について

2004年4月1日付の診療報酬の改定により、「言語聴覚療法」の施設基準が新設され、療教室に関する施設基準の要件が緩和された。また、「早期リハ加算」と「訪問指導」の算定要件に言語聴覚療法が追加された。「集団療法」の算定制限は、発症後180日以内の患者について月8単位から月12単位に変更された。

基準におけるSTの人員要件は「週1日以上勤務する専従する言語聴覚士がそれぞれ1

人以上勤務すること」であり、これにより非常勤STが医療保険施設で勤務できる道が開けたと言える。また、規模の小さな地域の医療施設にとっても、患者数に見合った日数だけSTを雇用することが可能になった。患者にとっても、在院期間が短縮されて早期に在宅に戻ったものがわざわざ遠くの規模の大きな医療機関に行くことなく、地域の医療機関でSTによる訓練が受けられる可能性が出てきたことは朗報である。しかし、STにとっては、過去2回の実態調査で明らかになった問題点の多くが「ひとり職場」「非常勤」に起因することを考えると、基準

の新設は、この状況を助長するものにならないか、懸念される。

今回の調査で、引き上げられた診療報酬が正当に評価されるのは主に基準の施設であることがわかった。また、人員の増加もほとんどが基準の部署であった。現在、依然として残っている問題点の解決のためには、更なるSTの増員が望まれるが、そのためには基準の施設が増えることが望ましい。基準取得あるいは基準から基準へ移行する上で面積要件が厳しすぎるとの意見が多かったが、今回の改定で面積要件が緩和されたことにより、状況に改善が認められることを期待したい。さらに将来的には、たとえば総合リハ<sup>9</sup>のような新たな基準を設けて、面積要件が緩和されることも、1つの解決策のように思われる。

すでに半数以上の部署で相当の業務が実施されている「早期リハ」について、STにも加

<sup>8</sup> 1)在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件に言語聴覚士が訪問した場合を追加。2)簡易聴力検査の点数がイ標準純音聴力検査(110点)とロその他(40点)に変更。3)言語聴覚療法の新設(個別100点、集団40点)。4)集団療法の算定制限を急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者で発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1ヶ月に合計12単位に緩和。5)言語聴覚療法への早期加算の導入。さらに療教室については、個別療法を実施する場合に個別療教室の、集団療法を実施する場合に集団療教室の設置を要件としており、業務内容に合わせてどちらか一方のみの療教室の要件を満たしていれば基準の取得が可能になった。

<sup>9</sup> 従来の総合リハの施設基準は、PT5名以上、OT3名以上、PT室300㎡、OT室100㎡であったのが、平成14年の診療報酬改定で、面積要件を満たすことが難しい特に都市部のリハ施設を対象に新たに設けられた基準で、面積要件をPT・OT合計で240㎡以上と緩和し、人員要件をPT・OT各6名以上計15名以上と厳しくしたもの。従来のもをA、新設されたものをBとする。

算が認められたこと、また実施希望が半数近くありながら、実際にはほとんど実施されていなかった「訪問指導」についてSTが算定要件に加わったことは、PT・OTとの格差が多少なりとも是正されたと言う点で評価すべきである。今後は、「早期リハ」に重点が置かれるあまり、慢性期リハが手薄にならないような更なる手立てが必要と思われる。

「訪問指導」については、介護保険サービスとして言語聴覚療法が認められていく上での1つステップとしても、大きな前進である。ただし、調査結果に見られるように多忙な業務を抱えるSTが、訪問の時間をどう捻出できるのか、あるいは訪問要員として新たにSTの雇用が広がるのか、動向を見守る必要がある。

また、「退院時指導」や「月4回を超える摂食嚥下訓練」の算定が見送られたことは残念である。「集団療法」の算定制限の緩和が発症後180日以内とされたこともST対象患者の現状にはそぐわないものと思われる。今後、今回の改定に伴うSTの状況の変化、ならびに現状に見合った改定への働きかけを検討していきたい。

## 5. まとめ

2002年4月の医療保険診療報酬改定後、千葉県内のSTの業務環境や業務内容にどのような変化が見られたか、医療保険施設に勤務するSTを対象に調査を行い、以下の結果を得た。

- 1) 9割以上の部署の所属する医療保険施設が施設基準を取得していた。それによって、正職員の配置や専用室の確保がほとんどの部署で達成されていた。
- 2) 設備面の問題は、大半の部署で改善されて

いた。

- 3) 雇用の面では、STが増員された部署はわずかであり、ひとり職場の割合は前回調査時と変わっていなかった。そのため、それに起因すると思われる「助言者や指導者の不足」や「施設間の連携」がまだまだ困難な状況にあると推察された。
- 4) 診療報酬の引き上げは概ね評価されているが、新たに設けられた算定上の制限のために、業務がそのまま報酬に反映されない新たな問題が生じている。
- 5) STの数が大きく増加しない中、改定後も診療報酬または加算の算定ができない業務の中で、「臨床心理・神経心理検査」「家族指導」「月4回を超える摂食嚥下訓練」「早期リハ」「退院時指導」の5つはニーズの高さにおいても、算定を希望する業務においても上位であった。
- 6) STの対象患者の障害特性を考慮したST独自の加算を希望するものは全体の約半数であった。

この結果をふまえ、本県士会が2001年度に実施した実態調査で医療・療育機関に勤務するSTから挙げられた問題点について、改善が見られた点、新たに問題が生じた点、さらに改善が望まれる点を検討し、ST独自の加算の是非についても考察を加えた。

## 6. 提言

実態調査委員会では、今回の結果を受け、日本言語聴覚士協会および千葉県言語聴覚士会に次の事項を提言したい。

日本言語聴覚士協会に対しては、臨床業務の充実とSTの雇用拡大を図るため、以下の調査を全国規模で実施し、それに基づく医療保険診療報酬改定を厚生労働省に求めている。

くことを提言する。

面積用件の緩和に伴う施設基準ごとの施設数の変化と、基準を満たせないために現状にとどまっている施設状況の把握、および、基準の引き上げや取得を可能にする現実的な療室数や面積についての調査。

診療報酬や加算の拡充を希望する業務、およびST独自の加算を希望する業務に関する調査。

千葉県言語聴覚士会に対しては、助言者・指導者の確保と施設間の連携の改善を図るため、研修会と地域のネットワーク作りの充実を提言する。

---

<sup>i</sup> 「千葉県内における言語聴覚士の業務に関する実態調査報告」 千葉県言語聴覚士会 ST業務実態調査委員会、2001.