

リハビリテーションにかかる調査結果概要（速報）のポイント

- 医療保険によるリハビリテーション料の算定を終了した患者のうち、各分野で78%～89%の患者は算定日数上限前、または算定日数上限の除外対象疾患に該当し算定日数上限後にリハビリテーションを終了している。（図表5）

- 算定日数上限でリハビリテーションを終了した患者を個別に見ると、終了時点で「身体機能の改善の見込みがある」とされた患者は、「心大血管疾患リハビリテーション」及び「運動器リハビリテーション」においては1割弱、「脳血管疾患等リハビリテーション」及び「呼吸器リハビリテーション」においては2～3%であった。（図表7、9、11、13）

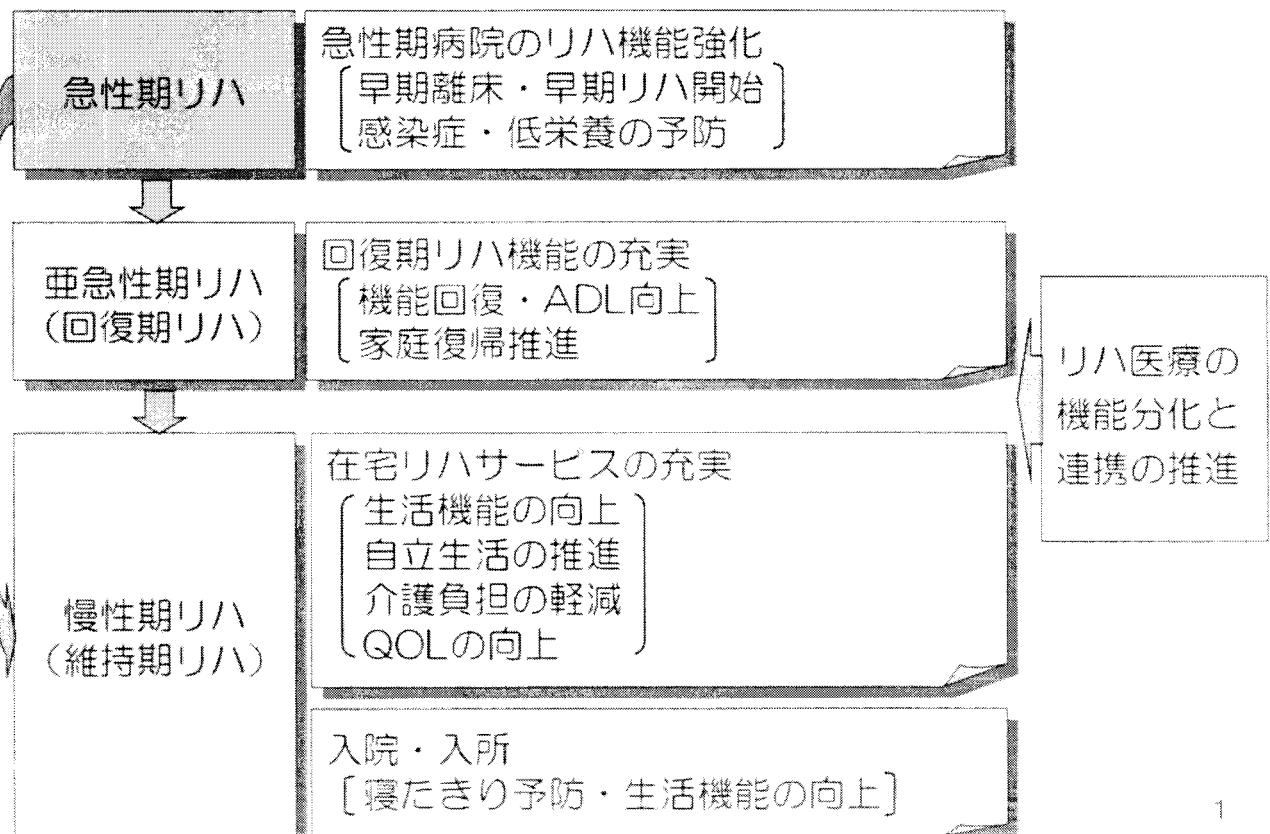
- 算定日数上限でリハビリテーションを終了した患者を個別に見ると、「状態の維持のためにリハビリテーションの継続が必要」であるが年齢等の理由により介護保険の対象外となる患者は、各分野で0～2%であった。（図表7、9、11、13）

- 医療保険によるリハビリテーションの終了後、65%の患者は自宅で過ごす予定としているが、そのうち、医療機関から介護サービスを紹介されたが、介護保険による通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのいずれも受ける予定がない者がいた。（図表14～18）

リハビリテーションについて

医療法人輝生会
初台リハビリテーション病院
理事長 石川 誠

リハビリテーション医療サービスの流れ



リハ医療サービスの目標

急性期リハ
回復期リハ

短い入院期間で寝たきりを予防し、ADL（日常生活行為）を向上し、家庭復帰を推進すること。

維持期リハ

寝たきりを予防し、自立生活及び介護負担の軽減を支援し、在宅生活のQOLを向上すること。

急性期リハ→回復期リハ→維持期リハのシステム整備

2

高齢者リハビリテーション研究会報告

(2004年1月)

- ・急性期リハビリが不十分
- ・長期間にわたる効果のないリハビリ
- ・医療から介護への不連続なシステム
- ・リハビリとケアとの境界が不明確
- ・在宅のリハビリが不十分

診療報酬

介護報酬

3

リハ医療関連5団体の診療報酬改定要望

1. リハ施設基準を総合リハ、疾患別リハ、基本リハの3段階制とする。
2. 発症から早期の患者1人1日当たりの算定単位数上限を9単位とする。
3. 入院においては算定日数の上限を疾患別に設定する。
4. 回復期リハ病棟の適応疾患を拡大し、人員配置を削減した病棟を新設し、2段階制とする。
6. 訪問リハを入院や外来と同様に単位制とし、退院後90日間に限り、介護保険サービスと同時に利用可能とする。
7. 摂食機能療法は、治療開始から90日間は1日1回算定可能とする。
8. 現行以外に、新たな「認知症リハビリテーション指導士等」による算定システムは初年度から導入する。

※ 介護保険サービスは、原則として1日1回算定可能とする。

4

リハに係わる診療報酬・介護報酬改定の要点

医療保険

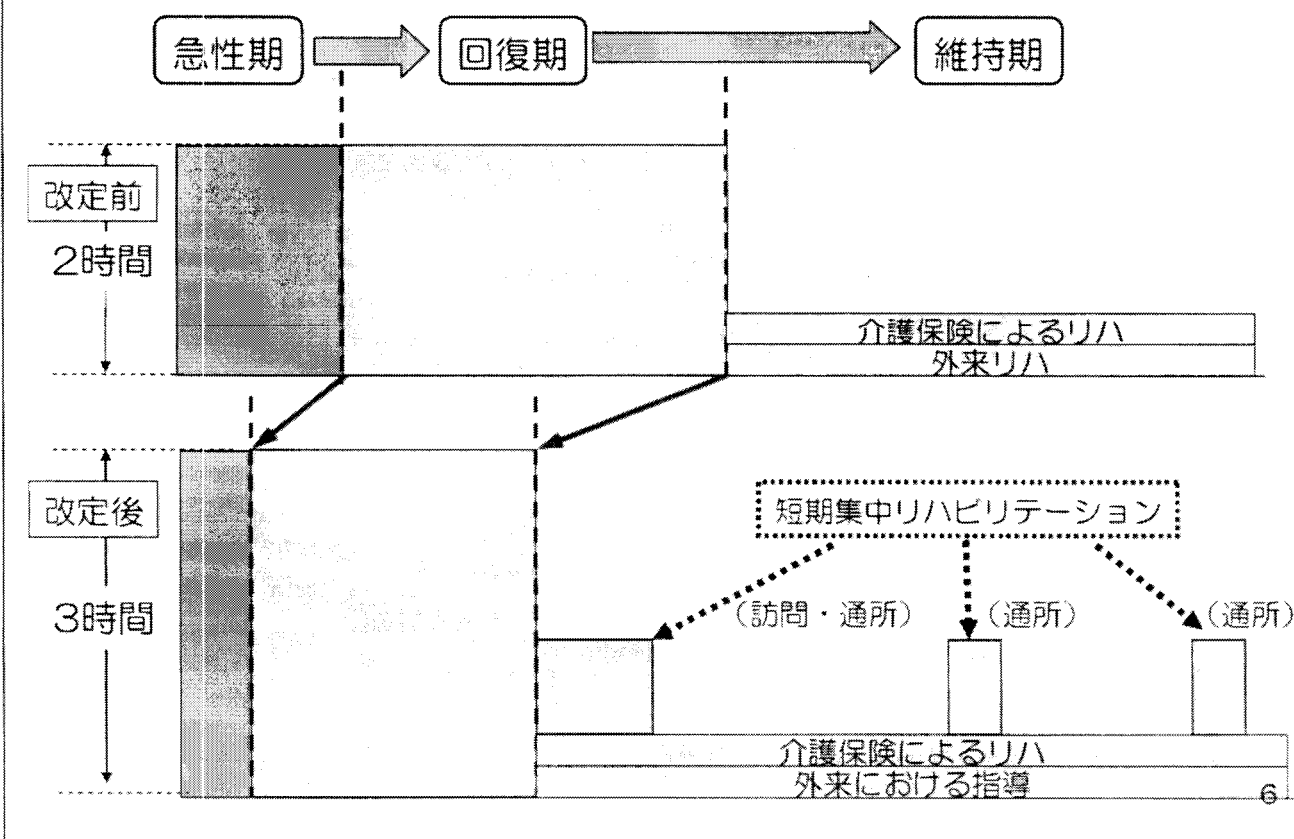
- ・ 疾患別リハ施設基準に再編
- ・ 疾患別の算定日数制限・除外規定の新設
- ・ 施設基準の面積規定の緩和
- ・ 4→6、6→9単位/日へサービス提供量の増加
(急性期・回復期は医療保険)

介護保険

- ・ 短期集中リハ加算の新設
- ・ リハマネジメント加算の新設
- ・ 通所リハは軽度を引き下げ、重度を評価
- ・ 訪問看護7 → 訪問リハへ
(維持期は介護保険)

5

改定前後におけるリハサービス量の比較



リハ医療サービスの保険制度上の特徴

- 1) 医療保険と介護保険の両方に存在する医療サービス
- 2) 医療保険と介護保険それぞれ異なった施設基準、報酬体系で対応
- 3) 在宅においては上記のサービスが共に利用可能

・ 医療保険と介護保険のリハ医療サービスの整合性に関し検討の必要あり