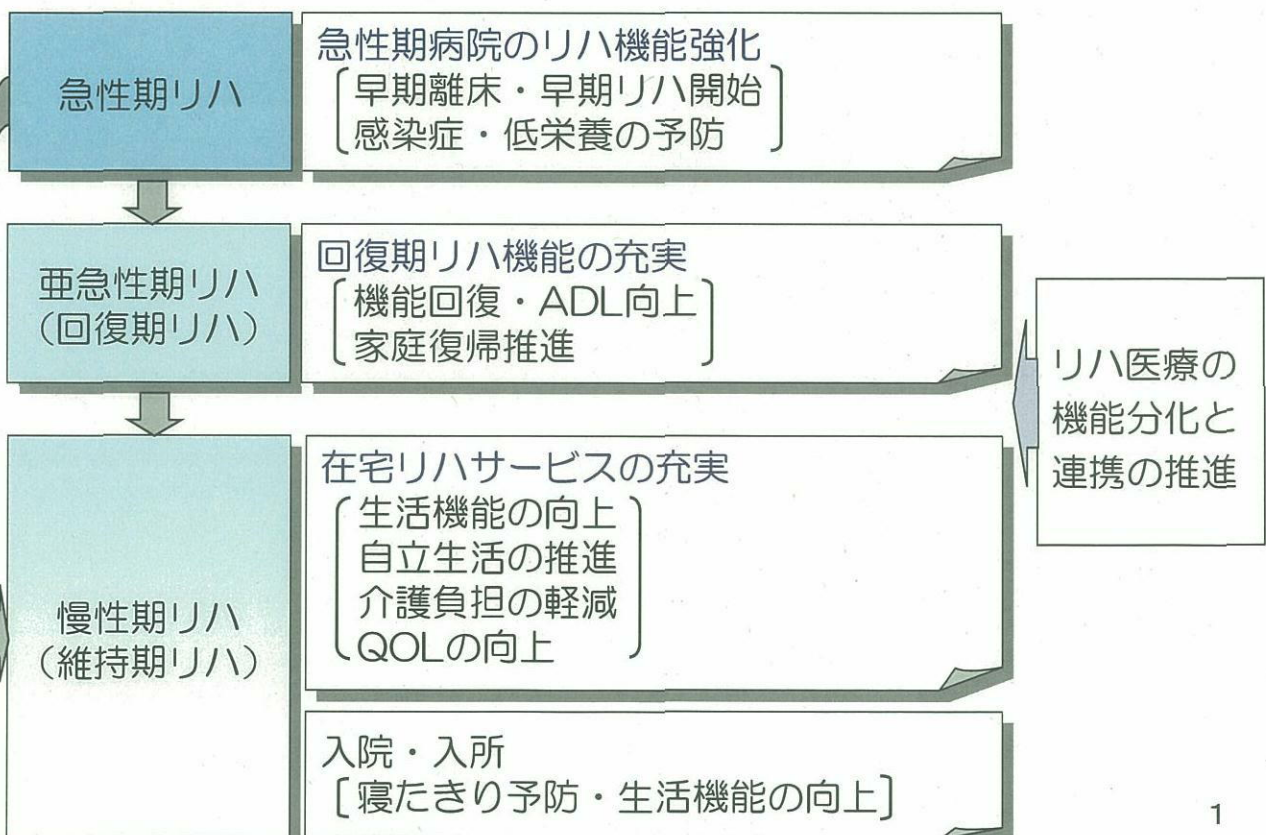


リハビリテーションについて

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

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

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、人員配置を手厚くした病棟を新設し、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「あん摩マッサージ指圧師等」による算定システムは組み込まない。

※ 赤字は要望が認められなかった事項

4

リハに係わる診療報酬・介護報酬改定の要点

医療保険

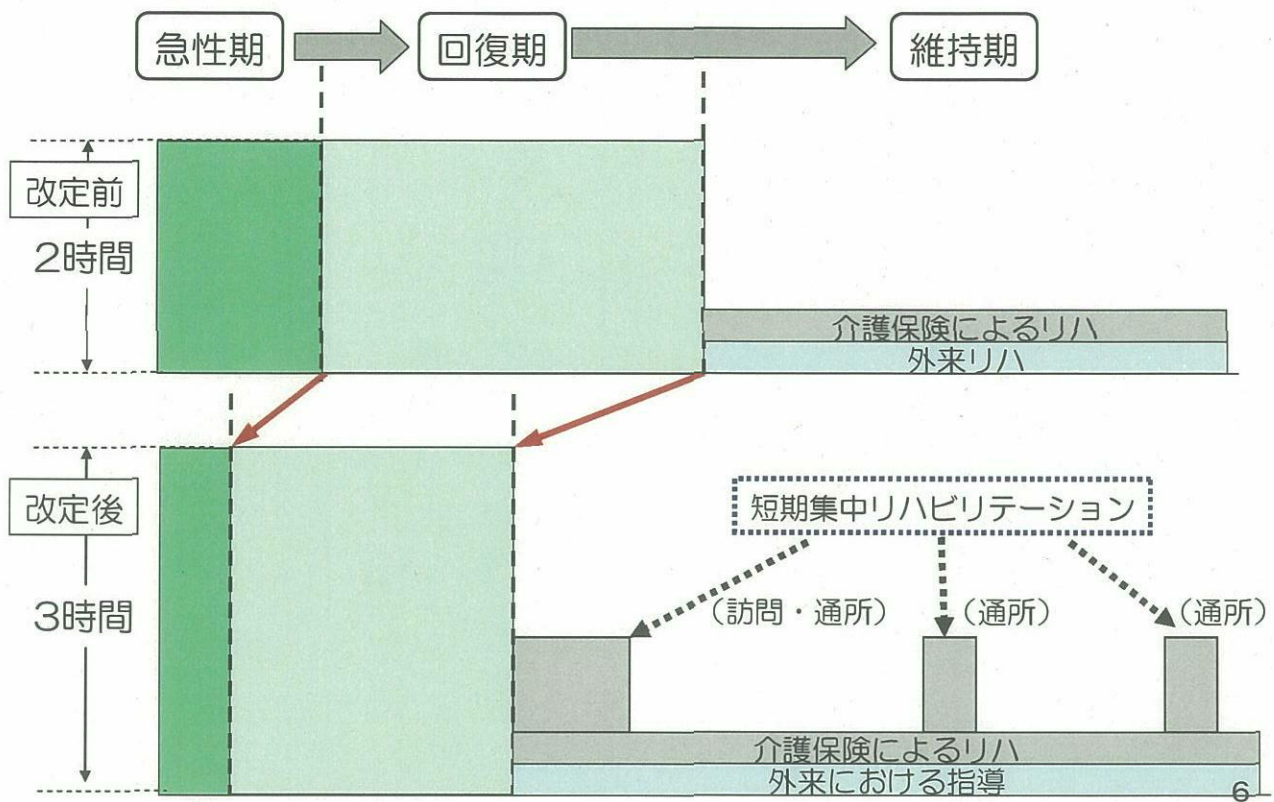
- ・ 疾患別リハ施設基準に再編
- ・ 疾患別の算定日数制限・除外規定の新設
- ・ 施設基準の面積規定の緩和
- ・ 4→6、6→9単位/日へサービス提供量の増加
(急性期・回復期は医療保険)

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

リハビリテーション前置主義

- 1) 医療保険のリハ医療サービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハ医療サービスを利用する仕組みを構築すべきである。
- 2) 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハ医療サービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。
- 3) 上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

リハビリテーション前置主義を確保できるか？

介護保険制度発足当時「リハ前置主義」が唱えられた。



実際には「リハ前置主義」は形骸化していないか？



- 1) 医療保険のリハサービスを十分に実施し、要介護状態を軽減した上で介護保険に移行すべきである
- 2) 介護保険サービスの利用する際には、必要なリハサービスを他の介護保険サービスに優先して提供可能とすべきではないか？