

## 疾患別リハビリテーションについて

### 第1 疾患別リハビリテーションに係る診療報酬上の評価の変遷

#### 1 平成 18 年度診療報酬改定（参考資料 P3,4）

##### （1）疾患別リハビリテーションの導入

それまで人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分されていた評価体系を見直し、疾病や障害の特性に応じた4つの疾患別リハビリテーション料を設けた。また、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とした。

##### （2）急性期のリハビリテーションの充実

急性期のリハビリテーションの充実を図るため、1日に算定可能な最大単位数を6単位から9単位とした。

##### （3）維持期のリハビリテーション

平成 16 年 1 月の「高齢者リハビリテーション研究会報告」において、リハビリテーションに関する問題点として、長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われていること、医療から介護への連続するシステムが機能していないこと等が指摘された。

この報告書を踏まえ、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが有用である一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定して算定日数の上限を超えるリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することとされた。

#### 2 平成 19 年 4 月リハビリテーション料の見直し（参考資料 P5）

平成 18 年度診療報酬改定検証部会調査結果より、少数であるが医学的に改善の見込みがあるにも関わらず医療保険でのリハビリテーションが継続されていないと思われる事例等があること、維持期のリハビリテーションについては少数ながら介護保険の対象とならない若年患者が存在すること、介護保険において必ずしもニーズに合った適切なリハビリテーションが実施されていなかったことが明らかになった。

また、多くの患者が算定日数上限より前にリハビリテーションを終了していることも明らかになった。

調査結果を踏まえ、医師が改善が期待できると判断する場合に標準的算定日数の除外対象疾患となる疾患の見直し、維持期のリハビリテーションを医療保険で実施することを可能とするリハビリテーション医学管理料の新設、早期に行われるリハビリテーションへの重点化を強めるために疾患別リハビリテーションに逓減制を導入した。

### 3 平成 20 年度診療報酬改定（参考資料 P6）

#### （1）早期加算の新設

発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から 30 日間の入院中の患者について、早期リハビリテーション加算を新設した。

#### （2）維持期のリハビリテーションの評価

医療保険における維持期のリハビリテーションを評価するため、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1 ヶ月当たり 13 単位まで実施可能とした。

また、医師が改善が期待できると判断する場合は、従来通り標準算定日数を超えても実施可能とした。

### 4 平成 21 年度介護報酬改定（参考資料 P7）

平成 21 年度介護報酬改定において、以下のような取組みをおこない、医療保険でリハビリテーションを受けている利用者の円滑な介護保険のリハビリテーションへの移行を図った。

#### （1）保険医療機関のみなし指定

医療保険でリハビリテーションを受けている患者が、同じ施設で引き続き介護保険のリハビリテーションを受けられるように、保険医療機関を介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。

#### （2）短時間・個別リハビリテーションに対する評価

介護保険のリハビリテーションにおいても、医療保険と同様に短時間かつ 20 分以上の個別リハビリテーションについて評価を行った。

#### （3）短期集中リハビリテーション実施加算

介護保険のリハビリテーション初期の早期の集中的なりハビリテ

ーションに対する評価の引き上げを行った。

## 第2 現状と課題

- 1 回復期のリハビリテーションの充実が進む一方、発症後早期からのリハビリテーションについては十分とは言えないとの指摘が見られる。特に、運動器リハビリテーションについては、発症後早期の患者に対応する場合に人員配置等の基準が十分ではないことから、大腿骨頸部骨折の手術後患者などの急性期の患者に対して十分なりハビリテーションが提供されていない場合があることが指摘されている（参考資料 P16）。
- 2 脳血管疾患等リハビリテーションの対象患者とされている廃用症候群については、患者の状態像や提供されているリハビリテーションの内容について実態が十分に把握できていないとの指摘がある（参考資料 P17）。
- 3 心大血管リハビリテーションは、外来で実施されるケースも増加しているが、施設基準等の要件が厳しいことにより実施施設数が限定されているとの指摘がある（参考資料 P18-22）。

## 第3 診療報酬上の評価

- 1 平成 20 年度診療報酬改定において、疾患別リハビリテーションの逡減制を廃止するとともに、脳血管疾患等リハビリテーションを 3 段階の区分とした。

改

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（ ）	200 点	235 点	170 点	170 点
リハビリテーション料（ ）	100 点	190 点 新	80 点	80 点
リハビリテーション料（ ）		100 点		

【届け出件数】

			平成 19 年		平成 20 年
心大血管リハビリテーション料	( )	病院数	217	( )	286
		診療所数	1		5
	( )	病院数	122	( )	111
		診療所数	17		16
脳血管疾患等リハビリテーション料	( )	病院数	1,808	( )	1,980
		診療所数	60		61
	\	病院数		( )	1,060
		診療所数			259
	( )	病院数	3,399	( )	2,240
		診療所数	1,366		1,082
運動器リハビリテーション料	( )	病院数	4466	( )	4637
		診療所数	3103		3292
	( )	病院数	1062	( )	976
		診療所数	644		644
呼吸器リハビリテーション料	( )	病院数	2561	( )	2719
		診療所数	87		105
	( )	病院数	997	( )	967
		診療所数	168		165

【算定状況】(社会医療診療行為別調査各年6月審査分)

			平成 19 年		平成 20 年		
			算定件数	算定回数	算定件数	算定回数	
心大血管疾患リハビリテーション料	( )	逓減前	6,227	72,243	( )	9,742	104,094
		逓減後	350	7,090			
	( )	逓減前	2,168	23,577	( )	826	18,292
		逓減後	-	-			
心大血管疾患リハビリテーション医学管理料	( )		-	-			
	( )		3	3			
脳血管疾患等リハビリテーション料	( )	逓減前	154,613	5,255,413	( )	253,641	7,205,973
		逓減後	74,985	1,653,623			
					( )	53,515	1,031,411
	( )	逓減前	63,634	1,107,300	( )	66,012	849,507
逓減後		33,764	447,520				
脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料	( )		4,566	7,566			
	( )		15,514	25,275			
運動器リハビリテーション料	( )	逓減前	456,910	4,495,077	( )	505,994	5,917,826
		逓減後	57,049	421,001			
	( )	逓減前	288,026	1,977,444	( )	345,964	2,313,430
		逓減後	31,496	146,671			
運動器リハビリテーション医学管理料	( )		9,510	14,563			
	( )		14,755	21,280			
呼吸器リハビリテーション料	( )	逓減前	15,255	150,594	( )	28,728	277,052
		逓減後	739	10,553			
	( )	逓減前	148	699	( )	6,909	40,048
		逓減後	80	640			
呼吸器リハビリテーション料	( )		194	388			
	( )		-	-			

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて評価を設けた。

早期リハビリテーション加算 30点(1単位につき) <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span>		
【算定要件】		
1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる		
2 入院中の患者についてのみ算定できることとする		
【算定件数】平成20年6月審査分		
	実施件数	算定回数
心大血管疾患リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	6,661	64,811
脳血管疾患等リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	96,842	2,012,158
運動器リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	104,580	1,527,591
呼吸器リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	14,505	125,615

3 各疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで医療保険で算定できることとした。

#### 第4 論点

- 1 発症後早期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。また、急性期の運動器リハビリテーションが患者の必要度に応じて十分な体制の下で提供されることについて、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P8-10, 16）。
- 2 廃用症候群の患者に対して、そのニーズに応じたリハビリテーションを提供するための診療報酬上の措置についてどう考えるか（参考資料 P17）。
- 3 心大血管リハビリテーションについて、その普及性の向上のために、一定の体制を確保している医療機関における診療報酬上の評価についてどう考えるか。（参考資料 P18-22）
- 4 平成 21 年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P3-7）。

# 回復期リハビリテーション病棟について

## 第1 回復期リハビリテーション病棟に係る診療報酬の評価の変遷

### 1 平成 12 年度診療報酬改定

脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟について、回復期リハビリテーション病棟入院料として診療報酬上の新たな評価を設けた（参考資料 P24）。

### 2 平成 18 年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に 180 日を算定上限とする取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定した（参考資料 P25）。

### 3 平成 20 年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和した（参考資料 26）。

改定前	平成 20 年度改定後
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1,680 点</p> <p>[ 算定要件 ] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を 8 割以上入院させていること</p> <p>[ 施設基準 ] 心大血管疾患リハビリテーション料 ( ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 ( ) 若しくは ( ) 運動器リハビリテーション料 ( ) 又は呼吸器リハビリテーション料 ( ) の届出を行っていること</p>	<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1</u> 1,690 点</p> <p>[ 算定要件 ] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を 8 割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと <u>1 新規入院の 1 割 5 分以上が重症の患者であること</u> <u>2 退院患者の在宅復帰割合が 6 割以上であること</u></p> <p>[ 施設基準 ] 心大血管疾患リハビリテーション料 ( ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 ( ) ( ) 若しくは ( ) 運動器リハビリテーション料 ( ) 又は呼吸器リハビリテーション料 ( ) の届出を行っていること <u>【重症患者回復病棟加算】</u> 50 点 ( 1 日につき )</p> <p>[ 算定要件 ] <u>重症の患者の 3 割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</u></p> <p>[ 施設基準 ] <u>回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出を行っている病棟であること</u></p> <p><u>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u> 1,595 点</p> <p>[ 算定要件 ] 当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を 8 割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の基準を満たさないもの</p>

	[ 施設基準 ] 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 と同じ。
--	--------------------------------------

【届出状況】

			平成 19 年	平成 20 年	
回復期リハビリテーション病棟入院料	1	医療機関数		27388	
		一般病棟	病棟数		115
			病床数		5047
		療養病棟	病棟数		140
			病床数		6555
		2	医療機関数	794	716
	一般病棟		病棟数	366	311
			病床数	16137	13770
	療養病棟		病棟数	598	561
		病床数	27388	25296	

【算定状況】各年 6 月審査分

		平成 19 年	平成 20 年
回復期リハビリテーション病棟入院料	実施件数	54,023	49,920
	算定回数	1,124,190	1,085,337
重症患者回復病棟加算	実施件数		9,483
	算定回数		193,685

第 2 平成 20 年度診療報酬改定調査検証部会の調査結果

- 平成 21 年度診療報酬改定結果検証調査によると、回復期リハビリテーション病棟の退棟患者の約 70-75% が在宅に移行している(参考資料 P29, 30)。
- 重症患者の入院割合については、回復期リハビリテーション病棟入院料 を算定している病棟が約 30%、入院料 を算定している病棟のうち平成 20 年 4 月以降に施設基準を取得した病棟が約 27%、それ以前に施設基準を取得した病棟が約 17% となっており、 を算定する病棟の方が重症者の入院割合が高くなっていた。また、重症患者のうち約 60% が退棟時に日常生活機能評価の点数が 3 点以上改善

していた（参考資料 P31,32）。

- 3 患者 1 人 1 日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均 4.5 ~ 5.7 単位であったが、2 単位以下という病棟も見られた。病棟におけるリハビリテーション提供体制については、平日と比較して日曜日の人員配置が著しく少なくなっていた（参考資料 P33-35）。

### 第 3 論点

- 1 調査検証結果を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の質の評価についてどう考えるか（参考資料 P26-32）。
- 2 回復期リハビリテーション病棟において、患者の回復に必要なリハビリテーションが十分に提供される体制の担保について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P33-35）。