資料1

介護保険における
リハビリテーション医療の基盤整備

医療法人社団輝生会
初台リハビリテーション病院
理事長　石川　誠

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」

高齢者リハビリテーション研究会報告書（平成16年1月）

１）急性期のリハ医療が十分に行われてない。
２）長期間にわたって効果が明らかでないリハ医療が行われている場合がある。
３）医療から介護への連続するシステムが機能していない。
４）リハとケアとの境界が明確に区分されておらず、リハとケアとが混同して提供されているものがある。
５）在宅におけるリハが十分でない。

↓

平成18年報酬改定：
　医療保険：急性期･回復期リハに1人1日に9単位(3時間)のリハを評価し、算定日数上限を設定
　介護保険：リハマネジメントと短期集中リハ加算を設定
平成20年報酬改定
　医療保険：算定日数上限の緩和(1人1月13単位実施可)

病期に応じたリハビリテーション医療

急性期リハ

急性期病院における早期離床と早期リハ

（廃用症候群・合併症の予防、早期自立）

回復期リハ

回復期リハ病棟における専門的・集中的リハ

（機能回復、ADLの向上、在宅復帰）

医療保険

維持期リハ

在宅：通所リハ・訪問リハ・短期入所リハ

入院：療養病床入院
入所：介護老人保健施設入所

（生活機能の維持・向上）

主に介護保険

今までのリハ医療サービス

1）リハ機能の乏しい急性期病院
2）都市部に少ないリハ専門病院（病棟）
3）リハを理解する医師の絶対的不足
4）顕著に不足するリハ専門職（PT・OT・ST）
5）リハ医療に関わる看護・介護職の養成不足
6）発症後の開始が遅く、長期に及ぶ入院期間
7）機能訓練中心で軽視されたADL
8）未熟なチームアプローチ
9）不十分な在宅リハサービス
10）分かりにくいリハ医療サービスの仕組み

これからのリハ医療サービス

1）急性期病院におけるリハ機能強化
2）各地域における回復期リハ病棟の整備
3）リハを理解する医師の充足
4）十分なリハ専門職（PT・OT・ST）の配置
5）リハを理解する看護・介護職の配置
6）発症後早期に開始し、入院期間を短縮
7）ADLを重視したリハサービスの提供
8）チームアプローチの成熟化
9）介護保険における在宅リハサービスの充実
10）分かりやすいリハ医療サービスの構築

今後の医療保険と介護保険のリハ医療サービス

● 医療保険

身体機能を早期に改善し、可能な限りADLの向上を図り、在宅復帰を目的とするリハ医療サービス。

1．「急性期病院」におけるリハ機能の強化

2．「回復期リハ病棟」の地域格差解消と質的向上

● 介護保険

身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目的とするリハ医療サービス。

1．リハ提供拠点の整備が必要。

① 「訪問リハステーション」の標榜

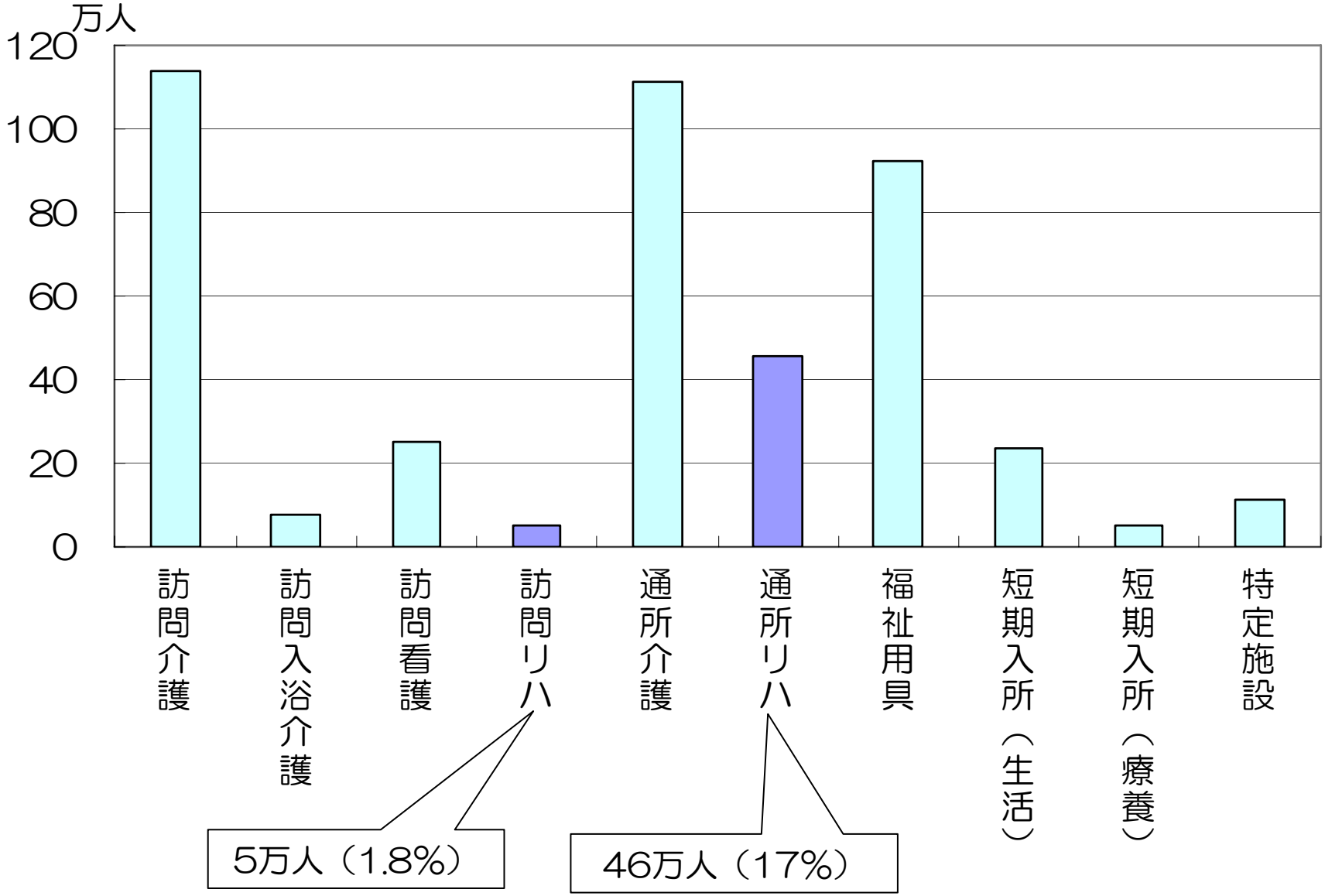
② 「在宅リハセンター」の普及

2．リハ前置の仕組みを構築することが必要。

・ 維持目的のリハとは別に、必要に応じて短期集中的なリハを実施可能な体制を整備

介護・介護予防サービス受給者数

271万人：2008年4月審査分



１．リハ提供拠点の整備

①「訪問リハステーション」の標榜

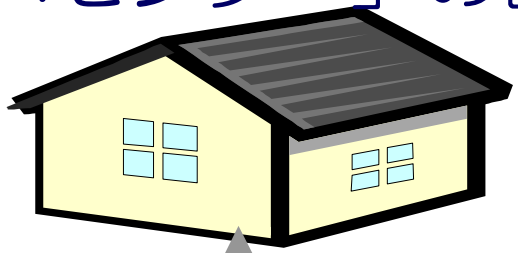
＊居宅介護サービスの中で、 PT･OT･STによる訪問サービスは、最も量的基盤整備が遅れている。
＊サービス提供の質量共に拡充を図る必要がある。

・訪問リハと訪問看護7は、それぞれの仕組み等の違いがあり理解しにくい。
・各拠点は「訪問リハステーション」として仕組みを統一し、地域に分かりやすく標榜することが必要。
・在宅主治医との連携強化を目的に、「訪問リハ指示書」「訪問リハ実施計画書」「訪問リハ実施報告書」の提出を義務づけることが必要。

１．リハ提供拠点の整備

②「在宅リハセンター」の普及

コントロールされた
リハサービスの提供
　迅速な対応
　必要時、必要量、必要期間
　チームで適切に提供



在宅リハセンター

- 通所リハ
- 有床診療所・病院等
- 訪問リハ
- 短期入所リハ

診療所
（在宅主治医）

- 居宅介護支援事業所
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハステーション (案)
- 訪問介護ステーション
- その他の介護サービス

・在宅主治医に適切なリハ的支援
　（リハ適応の判断、リハ計画の策定等）
・在宅リハに関する相談窓口の設置
・外来リハ、通所リハ、訪問リハの提供

例）有床診療所の有効利用

小規模多機能・在宅医療・リハサービスの拠点

在宅総合ケアセンター元浅草（平成15年4月開設）

在宅療養支援診療所
（有床診療所）
リハ目的短期入院
緊急短期入院
外来リハ（PT・OT・ST）
訪問診療・往診
訪問看護
訪問リハ
通所リハ
ケアマネジメント

PT・OT・ST：25名

8F	厨房
7F	訪問看護ステーション（24時間対応）
6F	病棟（8床）
5F	通所リハ（6～8時間）
4F	リハ訓練室（PT・OT）
3F	通所リハ（3～4時間）・リハ訓練室（ST）
2F	診療所（外来診察室）・医療相談室
1F	綜合受付・居宅介護支援サービス
B1	駐車場

２．リハ前置の仕組みの構築

維持目的のリハとは別個に、必要に応じて短期集中的なリハの実施可能な体制を整備

＊介護保険利用中に新たな疾患による障害が発生した場合は医療保険のリハに移行するため問題はない。

＊新たな疾患ではない原因で、機能やADLが急速に低下した場合は、他の介護サービスに優先して短期集中的なリハを実施可能とするべきではないか。（リハ前置主義）

現行の介護保険制度によるサービス利用方法では対応が困難・・・・・新たな仕組みが必要