

## 平成 28 年度診療報酬改定情報⑥

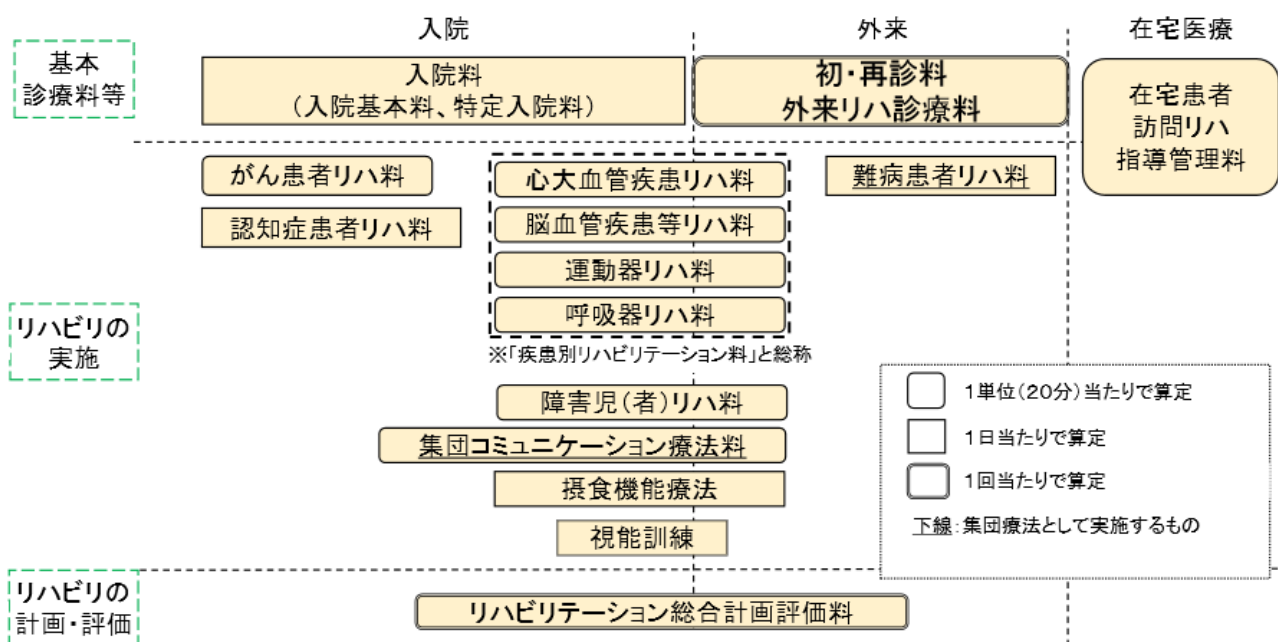
### リハビリテーションの在り方について

平成 27 年 12 月 2 日、中医協にてリハビリテーションについての議論が行われました。

今年 4 月に行われた介護報酬の改定でも生活期リハビリテーションの考え方がだされ、維持期のリハビリテーションについては大きく考え方が変わってきたことは皆さん記憶に新しいところだと思います。中でも、診療報酬上の評価も、集中治療室や術後の患者への早期リハビリテーションが大きく評価されてきたところですが、『在宅復帰支援』『社会復帰』ということ、また、介護報酬でのリハビリテーションの変化を考えると、医療におけるリハビリテーションの考え方も転換の時期を迎えているようです。現在のリハビリテーションの算定構造は下記の通りとなっています。

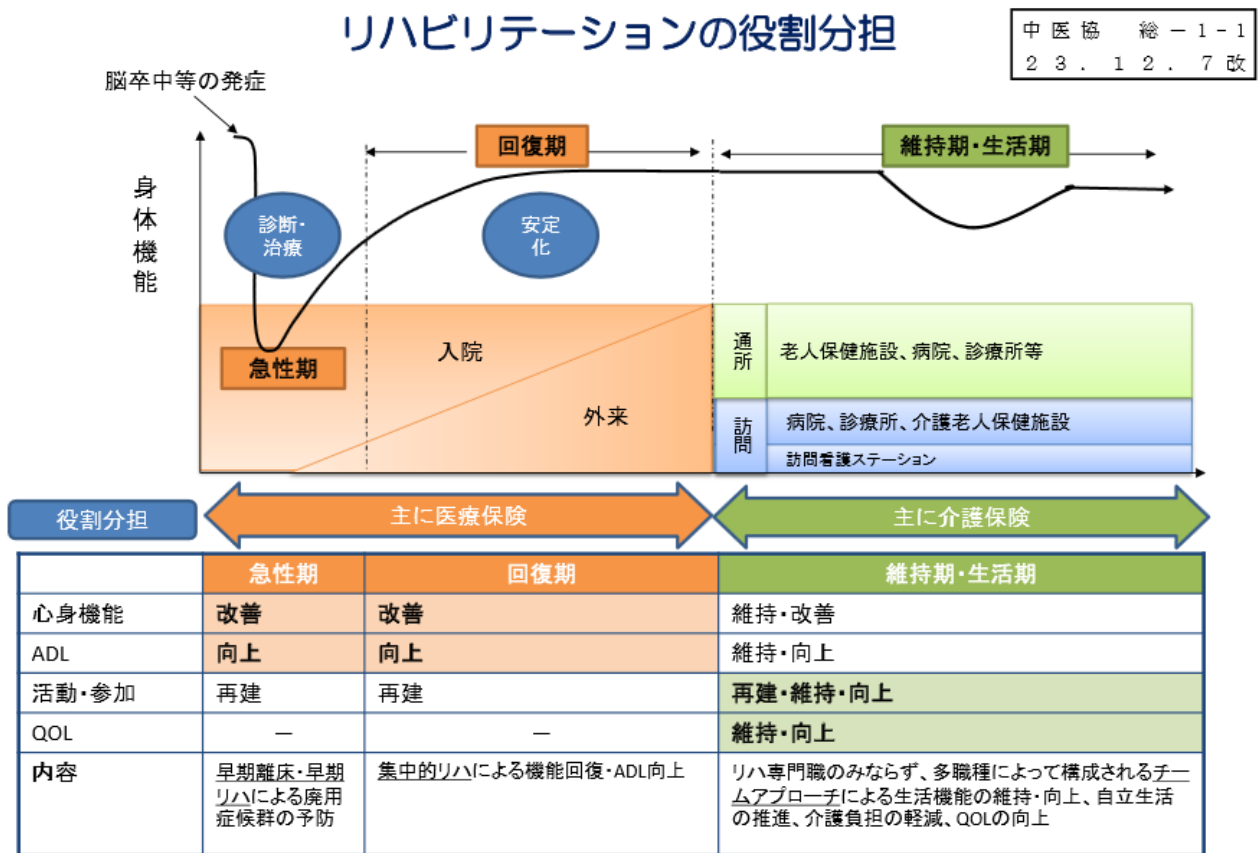
#### リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

- リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。



平成 27 年 12 月 2 日 中医協 個別事項 (その 5: リハビリテーション) 5 頁

さて、医療の中で必要なリハビリテーションとはどのようなものでしょうか？  
 リハビリテーションの役割分担として以下のように考えられています。



(資料出所)日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成  
 平成 27 年 12 月 2 日 中医協 個別事項 (その 5 : リハビリテーション) 30 頁

**『急性期のリハビリテーション』**は、**『早期離床』**と**『早期リハビリテーション』**を行うことにより『廃用症候群』を予防することが目的とされています。

リハビリテーションを専門的に行う病棟として、**『回復期リハビリテーション病棟』**がありますが、この病棟では**急性期を過ぎた患者が社会復帰に向けて密度の高い高度なリハビリテーションを実施**する病棟として、1日9単位まで実施(算定)が認められています。リハビリテーション充実加算などでリハビリテーションが必要な患者に対し1日に6単位以上のリハビリを提供・算定している場合に加算(1日につき40点)を付け評価してきました。

しかし、実際にはどうでしょうか？

入院1日当たりのリハビリテーション提供単位数は、平均で6単位となっています。

例えば、9単位実施することもあります、3単位しか実施しない場合もあるということです。

また、リハビリテーションの調査をした結果、脳血管疾患では8単位以上が多く、運動器では3~4単位というような結果も出ているようです。これらの結果から、1日6単位のリハビリを基本として、それ以上のリハビリを行っている場合を評価するような審議が行われています。

また、**廃用症候群**に対するリハビリテーションについても審議が行われています。

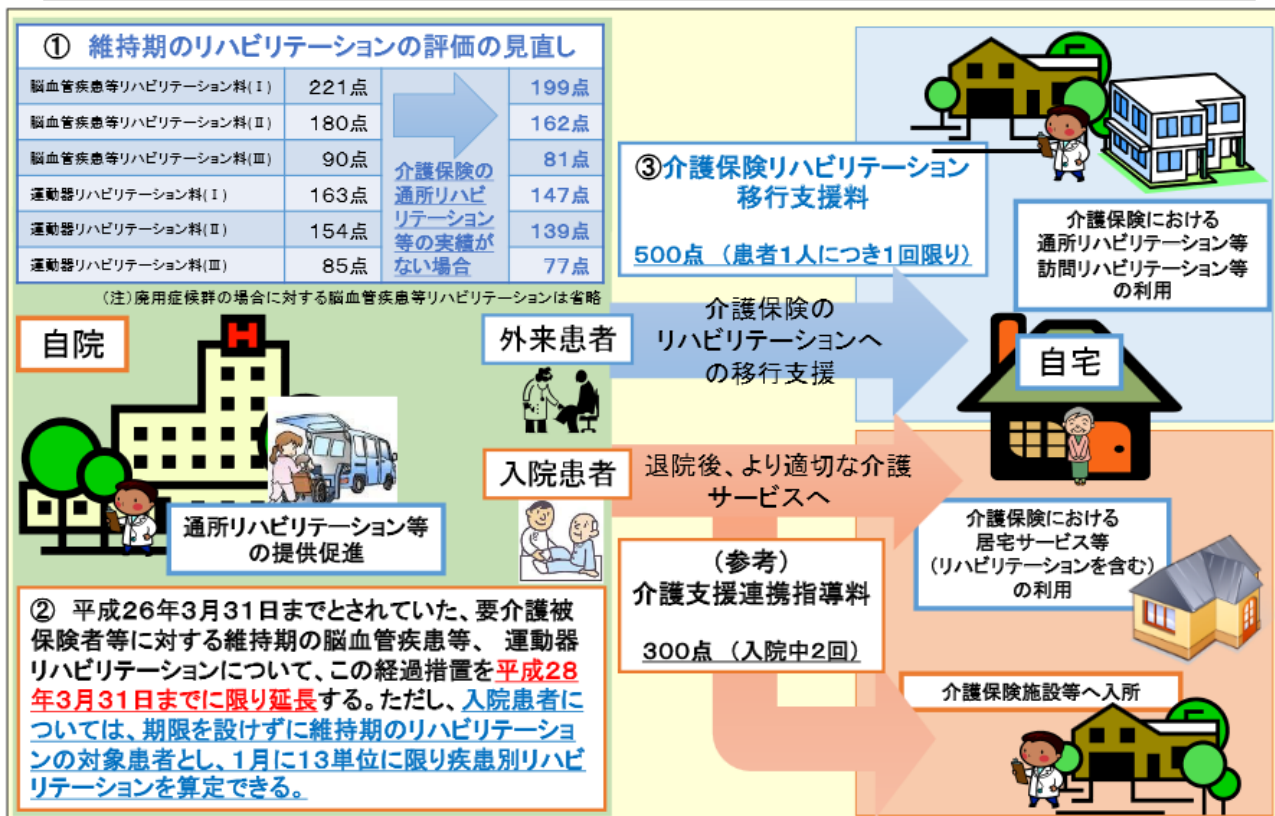
廃用症候群は、『**身体の不活動によって引き起こされる二次的な障害の総称**』と定義づけられています。つまり、**治療の過程において『安静』にすることにより起きた様々な変化である**、ということです。原疾患は兎も角、『**外科手術又は肺炎等の治療時の安静**』によるものでFIM115以下、B185以下と限定されています。

他に、運動器リハビリテーションの対象疾患として『**運動器不安定症**』がありますが、その診断基準についても審議が行われています。日常生活自立度あるいは運動機能の機能評価基準等で、『長期臥床によるもの』である場合は『運動器の廃用症候群』として新たに評価したらどうかという議論もされています。

リハビリテーションでは、標準的期間が決められていて、これら、廃用症候群や運動器不安定症の診断をどのようにつけていくのか、急性期のリハビリテーションでは、算定できる期間が変わってくるので、とても重要なところですし、今後の動向を注目していくところだと思います。

平成26年度診療報酬改定

### 平成26年度改定における維持期リハビリテーションの介護保険への移行促進等の取組

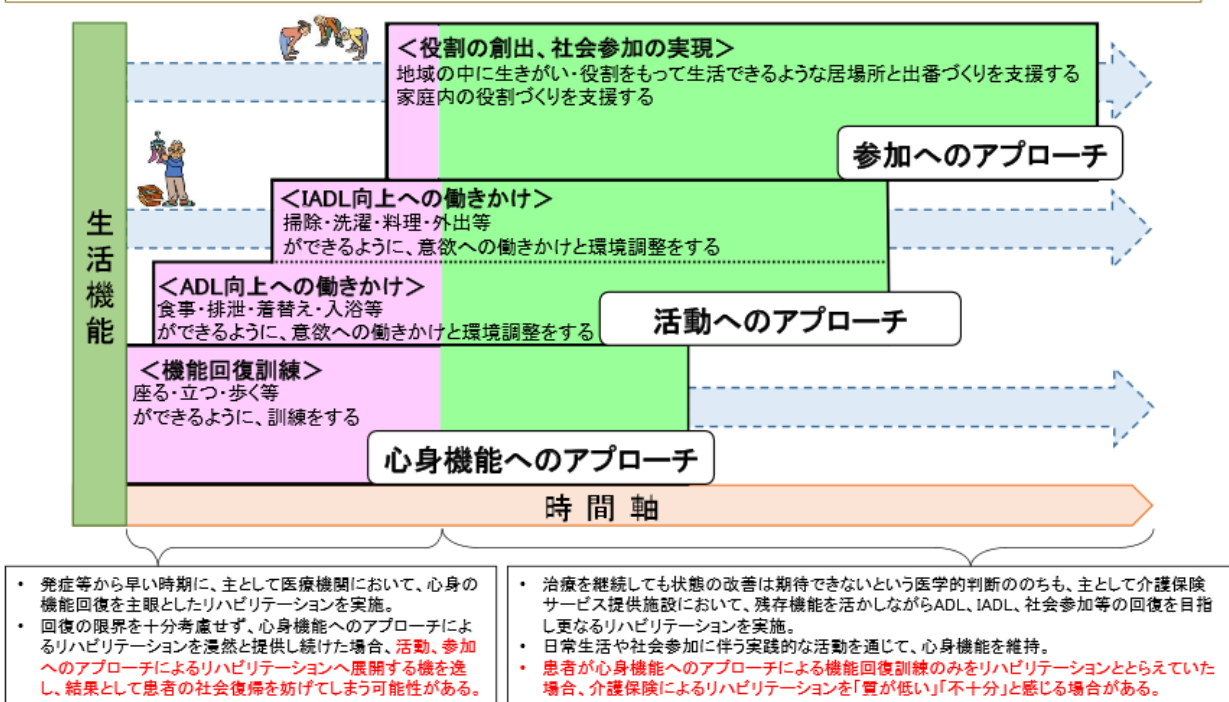


平成27年12月2日 中医協 個別事項（その5：リハビリテーション）35頁

回復期のリハビリテーションが終わり、退院・社会復帰したあとは、『**維持期・生活期のリハビリテーション**』が重要になります。これは、**介護保険の認定を受けている場合には『介護保険へ移行』**するというルールで、**介護サービスを利用して、『生活機能の維持・向上』『自立生活の推進』**・・・つまり、『**介護負担の軽減**』や『**QOLの向上**』を目的とされたものです。なお、このリハビリテーションは、リハビリ専門職だけではなく、**多職種によって構成されるチームアプローチ**によるものとされています。リハビリテーションに対する考え方が大きく変わってきたところです。

## リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

・ 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



平成 27 年 12 月 2 日 中医協 個別事項（その 5：リハビリテーション）44 頁

『維持期のリハビリテーション』は、リハビリテーションの標準的期間を過ぎている場合に、**一定の除外ルールにより介護保険移行せず『医療保険で月 13 単位まで算定ができる』**というものです。

この『維持期のリハビリテーション』については、議論が様々で、介護保健での移行が困難とされる理由の一つに、『**介護保険によるリハビリテーションの質等に対する不安**』があること、『**介護の対象となることに対する心理的な抵抗感、患者の医学的なリスクへの対応に関する不安**』が挙げられており、これらが今後の課題となってくると考えられています。

その他、地域包括ケア病棟については、『回復期機能』を持つ病棟として『施設基準の中で平均 1 日 2 単位のリハビリテーションの実施』があります。病棟を利用する患者としては、**骨折・外傷に対するリハビリテーションを目的に入院している患者**が特に多くなっています。一人当たりの提供単位数の分布は幅広く、地域包括ケア病棟の包括範囲なども含めて検討されています。

その他は、施設基準における人員配置や体制強化加算についても審議されています。  
心大血管疾患リハビリテーションの標榜科要件の緩和、難病患者リハビリテーションの専従要件について緩和など、実際に提供できる状況を作ることが検討されています。

<参考資料>

個別事項（その5：リハビリテーション）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105860.pdf>

入院医療（その3）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000102535.pdf>