

## 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。

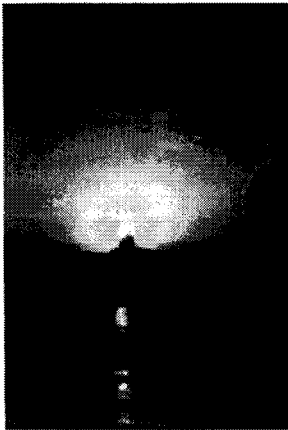


実際には「リハ前置主義」は形骸化していないか？

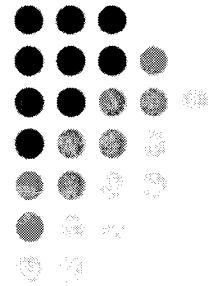


- 1) 医療保険のリハサービスを十分に実施し、要介護状態を軽減した上で介護保険に移行すべきである
- 2) 介護保険サービスの利用する際には、必要なリハサービスを他の介護保険サービスに優先して提供可能とすべきではないか？

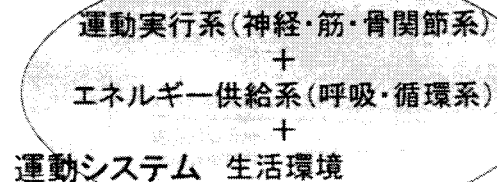
# リハビリテーション医療と 診療報酬



- ◆ リハ医療を理解するために
  - ・ 3つのキーワード
- ◆ H18年度診療報酬改定
  - ・ 評価できる点
- ◆ 算定日数上限問題
  - ・ 必要なリハを提供するには



## リハ医療を理解する ために



### ◆ 障害の診断・評価・治療を行う医療の一分野

- 臓器・疾患だけでなく、生活機能の障害をシステムとして把握
- 運動、言語、認知、嚥下、膀胱機能の障害が重要な対象領域
- 多職種協働で、生活機能・QOLの向上を目指し、包括的・総合的に対応

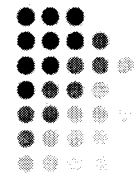
### ◆ 予防がリハ医療の根幹(≠ 後遺症の治療)

- 急性期から維持期まで、あらゆるフェーズにおいて不動の悪循環発生のリスク
- リハ医療=的確な予測に基づく障害の予防・最小化
- 予防的・早期介入がリハ医療の根幹

### ◆ 飛躍的に拡大するニーズ・領域への挑戦

- 医療の高度化・複雑化+患者立脚型アウトカム重視の流れ
- 骨関節疾患→中枢神経疾患→内部障害(呼吸・循環・腎・糖尿等)→がん、複合障害、代謝症候群、移植医療→中枢神経可塑性、再生医療、宇宙医学など
- 新たな領域への挑戦こそがリハ医療の特質

# リハビリテーション治療



## 機能障害へのアプローチ

- ・麻痺の回復
- ・認知機能の回復
- ・骨関節機能の回復

## 代償的アプローチ

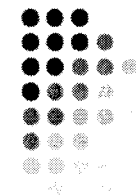
- ・残存機能の活用
- ・補助具の活用
- ・環境の調整

- ・疾病自体の治療
- ・全身管理
- ・リスク管理

リハビリテーションチーム  
(医師、看護師、PT、OT、ST、MSW等)

生活機能・QOLの向上、社会参加

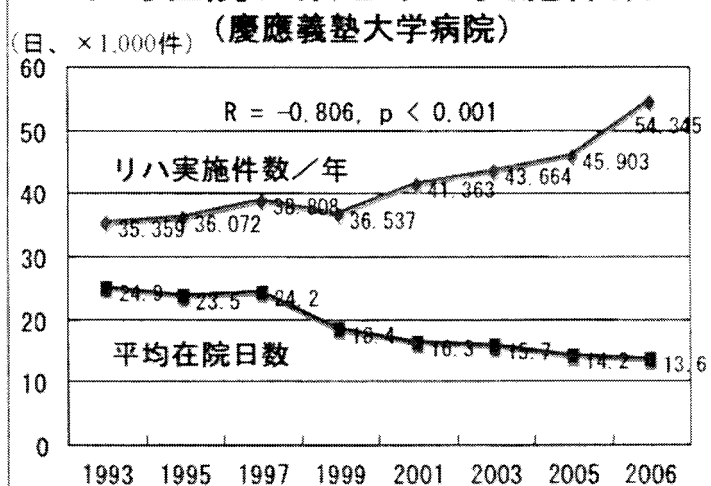
# H18年度改定：評価できる点



## 早期リハが充実

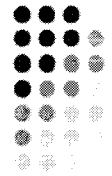
- ◆ 発症後早期の算定可能上限緩和(9単位まで)
- ◆ 療法士1日あたり算定可能単位数の緩和
- ◆ 機能訓練室面積要件緩和
- ◆ 回復期リハ病棟対象疾患の拡大
- ◆ 摂食機能療法の評価
- ◆ 訪問リハの充実

## 平均在院日数とリハ実施件数



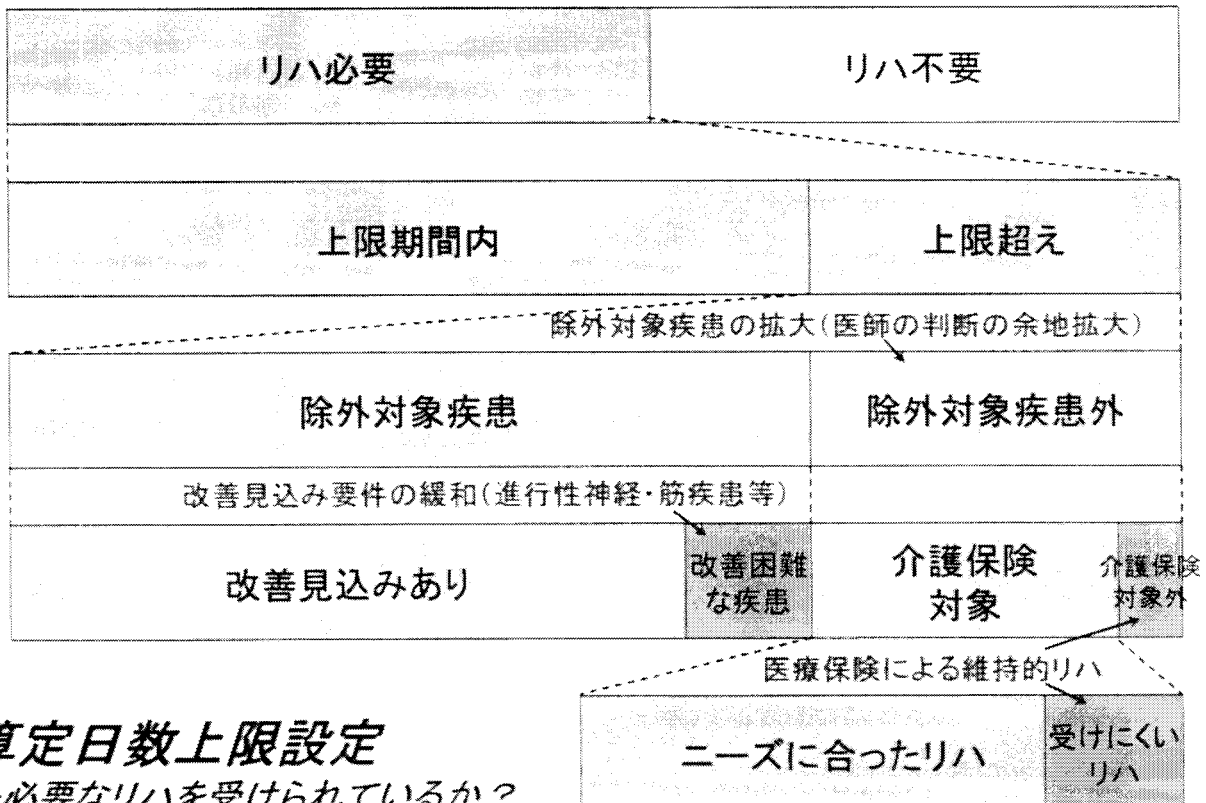
# 算定日数上限について

## —基本的な考え方—



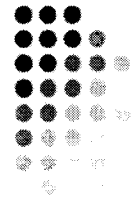
- ◆ 無駄を省き、効果的なリハを効率的に提供することは重要。
- ◆ ただし、必要とする患者が、リハ医療を適切に受けられることを保障することが不可欠。
- ◆ 制度上、受けられない患者が存在する場合には、早急に改善すべき。

5



6

# 必要なリハを受けられていない可能性 がある患者群と対応の方向性



患者群	具体例	対応の方向性
除外対象疾患外	肺気腫、一部の心疾患、改善見込みのある状態等	除外対象疾患の拡大 医師の判断の余地拡大
改善困難な疾患	進行性神経・筋疾患等	改善見込み要件の緩和
介護保険対象外	40歳未満、40～64歳で特定疾患外	医療保険での維持的リハ
介護保険対象だが、リハを受けていない患者	短時間の個別プログラムがない	介護保険リハの質の充実 医療保険での維持的リハ

## 今後、検討が必要と思われる課題

項目	問題点	検討課題
疾患別リハ体系	脳血管等 I の人的要件(厳し過ぎ、多くの施設が I を取得できず)	人的要件の緩和
	各疾患別リハに含まれる疾患名の一部の妥当性に疑問、脱落も指摘	疾患名の見直し
	心大血管リハの医師、コメディカル要件が限定的過ぎ、取得困難	人的要件の緩和
	複合的障害、現行の疾患別体系に含まれない疾患への対応が困難	疾患別体系と並列に 総合リハの設置
	障害児(者)リハの申請可能施設が限定的	申請可能施設の拡大
回復期リハ病棟 入院料	一部の疾患*では入院まで2か月では対応困難 *脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、大腿骨頭部骨折、脊髄損傷、多発外傷、高次脳機能障害などの重症例や複数の内科的合併症をもつ患者、気管切開患者、JCS 2～3桁の患者、骨盤や脊柱骨折などのため安静期間が長い患者、病態が変動し易く安定化するまで時間がかかる患者、手術後肺炎で安静期間が長期化している患者	一定条件下で入院まで3か月に延長
	一部の疾患*では入院期間が不足 *頭脳損傷、脳幹部病変による四肢麻痺、脳腫瘍、脳卒中、頭部外傷、多発外傷、両下肢切断、偽関節、高次脳機能障害、多発性硬化症、ギランバレー症候群、パーキンソン症候群、引き抜き損傷などで筋力低下や麻痺および意識の障害が遷延化し医師の判断で症状が明らかに改善する見込みがある状態、経過中に肺炎等他疾患を合併しリハ開始が遅れてしまった状態	一定条件下で入院期間を延長
早期リハ加算	発症(受傷)後早期は多くの単位数のリハ実施は困難、高度のリスク管理が必要	発症(受傷)後、2週間に限って復活
集団療法	失語症、高次脳機能障害、糖尿病などの運動療法、呼吸器疾患、小児等では意義あり	一定条件下で復活