

# 介護保険における 維持期リハビリテーションについて

## リハビリテーションについての問題点等

「高齢者リハビリテーション研究会報告(平成16年1月)において、リハビリテーションに関する問題点として、

- ◆ もっとも重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分行われていない
- ◆ 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
- ◆ 医療から介護への連続するシステムが機能していない
- ◆ リハビリテーションとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリテーションとケアが混在して提供されているものがある
- ◆ 在宅におけるリハビリテーションが十分でない

との指摘を受けたところ。

今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向性として、

- ◆ リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきものである。
- ◆ 目標や計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。ことが指摘されたところ。

# リハビリテーションの役割分担とH18介護報酬改定

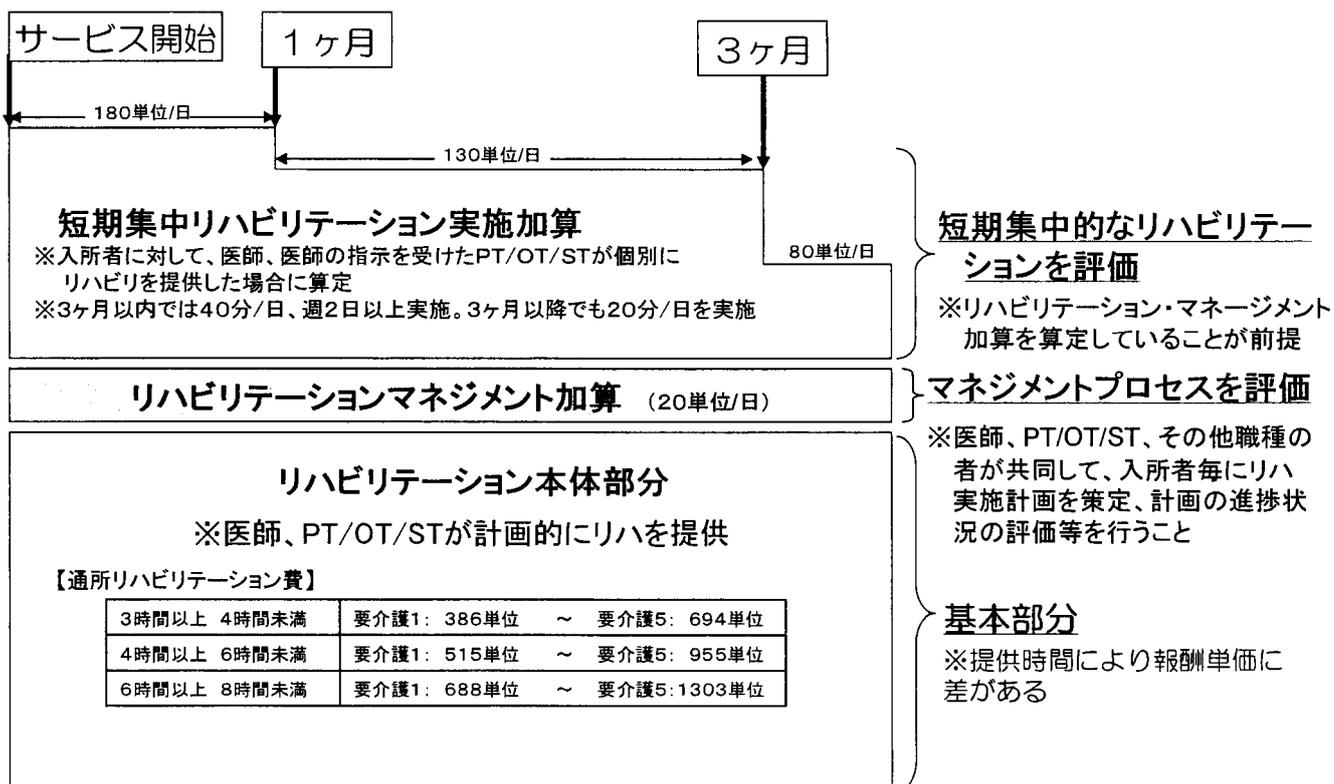
平成18年度の「診療報酬改定」及び「介護報酬改定」において、  
 ○医療保険：急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指したリハビリの実施  
 ○介護保険：維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指したリハビリの実施  
 との役割分担がされたところ。

介護保険のリハビリテーションについては、医療（回復期）リハビリテーション終了後の受け皿として、  
 ●医療の場合と同様に、医師の指示のもと、理学療法士等の専門職が実施するリハビリテーションを提供  
 ●医療（回復期）リハビリテーション終了後、引き続き速やかに介護（維持期）のリハビリテーションに移行できる体制の整備  
 の充実・強化が必要

そのため、H18年度介護報酬改定において、  
 ■ 短期集中リハビリテーション実施加算  
 ■ リハビリテーションマネジメント加算  
 を創設

2

## 短期集中リハビリテーション実施加算等の創設 （通所リハビリテーション）

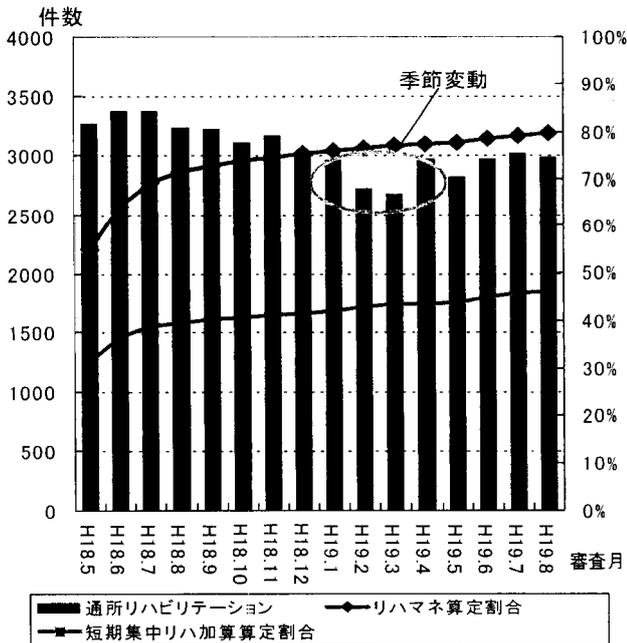


#通所リハビリテーションの場合、3ヶ月以降も算定可能

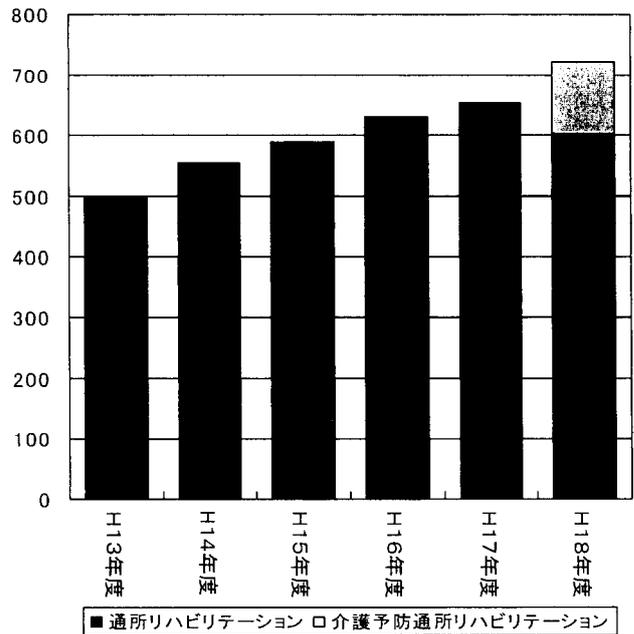
3

# 通所リハビリテーションの実績状況

通所リハビリテーション実施件数、及びリハマネ加算・短期集中リハマネ加算の算定率の推移



通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの実受給者数の推移



※通所リハビリテーション実施件数が減少しているが、①平成18年3月までは要支援者も通所リハビリテーションを受けることができたが、平成18年4月からは要支援者のための「介護予防通所リハビリテーション」事業が開始され要支援者は同サービスを利用することとなったこと、②平成18年4月から、これまでの要介護1の者の中で、介護予防サービスがふさわしい者を新たに「要支援2」としたことから、「通所リハビリテーション」の対象者数は減少した。  
※ただし、通所リハビリテーションサービスと介護予防通所リハビリテーションサービスを受けている者の合計は、前年度より増加している。

4

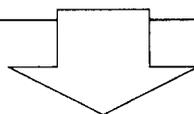
## 介護保険における通所リハビリテーションに関する指摘

介護保険の通所リハビリテーションでは、これまで集団に対するリハビリテーションの提供が主であり、さらに提供時間については、リハ提供時間だけではなく、

- ・バイタルサインの測定などの健康チェック
- ・送迎・昼食等、その他サービスの提供によるいわゆる「お預かり機能」

等の時間もサービスに含まれているため、医療保険の外来でのリハと違い長時間(3時間～10時間)の設定となっている。

平成18年度改正により、個別リハの導入(短期集中リハビリテーション実施加算)を図ったところではあるが、一部の対象者からは、「専門のリハを受けたい」「同じ施設でリハを受けたい」「介護リハの内容に不満」等の意見もあったところ。



介護保険の次期報酬改定は平成21年度であるため、それに向けて、介護保険における維持期の通所リハビリテーションについて、

- ◆ リハビリテーションに特化した「短時間リハビリテーション」の提供
- ◆ 通所リハビリテーション提供事業所の拡大方策

等について、平成18年度よりモデル事業を含む研究事業において検討を実施中。

## リハビリテーションの診療実態に係る調査

### 1 目的

平成19年3月14日に中央社会保険医療協議会総会において諮問・答申された「リハビリテーション料の見直し」について、見直し後の影響を把握し、平成20年度診療報酬改定のための資料を得ることを目的に実施した。

### 2 調査の内容

平成19年度の見直し後のリハビリテーション実施状況について、診療報酬明細書の算定状況について調査した。

### 3 調査対象

対象は10都道府県の174施設、対象患者は7,635人(男性3,466人、女性4,169人、平均年齢70.9歳)であった(調査対象は「心大血管疾患リハビリテーション料(I)・(II)」、「脳血管疾患等リハビリテーション料(I)・(II)」、「運動器リハビリテーション料(I)・(II)」、「呼吸器リハビリテーション料(I)・(II)」のいずれかを算定している保険医療機関の中から全ての疾患別リハビリテーション料が抽出されるように選出した)。当該施設から平成19年9月分として各国民健康保険団体連合会に提出された、疾患別リハビリテーション料又は医学管理料を含むすべてのレセプトについて分析した。

(対象施設及び患者数)

種別	施設数	患者数
心大血管リハビリテーション料 I	12	291
心大血管リハビリテーション料 II	10	59
脳血管疾患等リハビリテーション料 I	42	2,443
脳血管疾患等リハビリテーション料 II	57	935
運動器リハビリテーション料 I	64	2,106
運動器リハビリテーション料 II	51	1,747
呼吸器リハビリテーション料 I	22	122
呼吸器リハビリテーション料 II	13	31

※ 患者1人で複数のリハビリテーション料をとっているケースがあり、合計人数と調査対象患者数とは必ずしも一致しない。施設についても同様。

#### 4. 調査結果

調査結果につき、以下の項目について、起算日（治療開始日または発症日、手術日及び急性増悪の日）からの期間ごとに集計を行った。

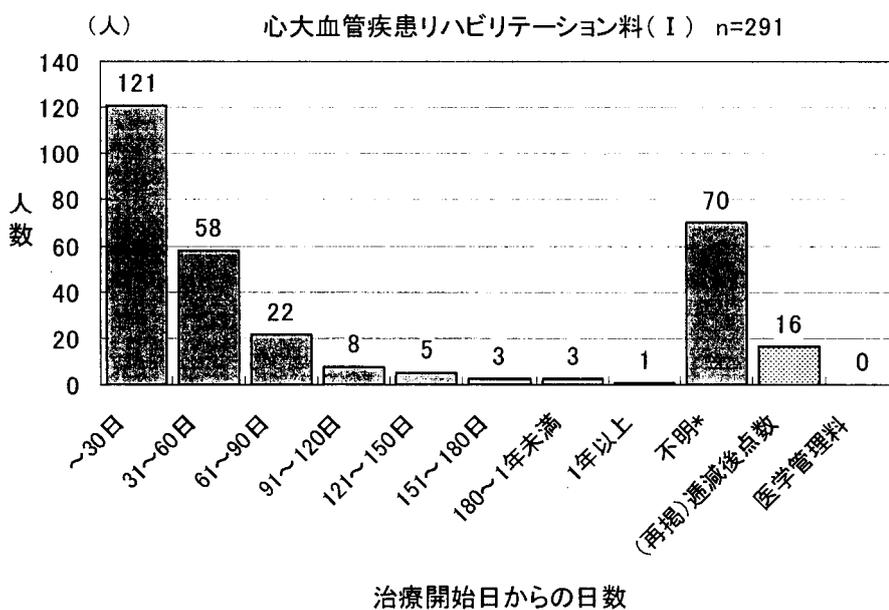
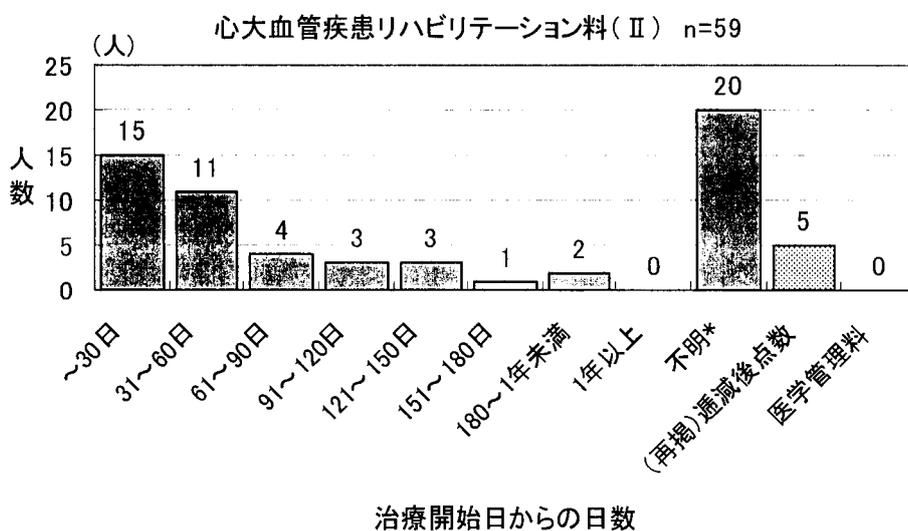
① 患者数

② 実施したリハビリテーションの総単位数

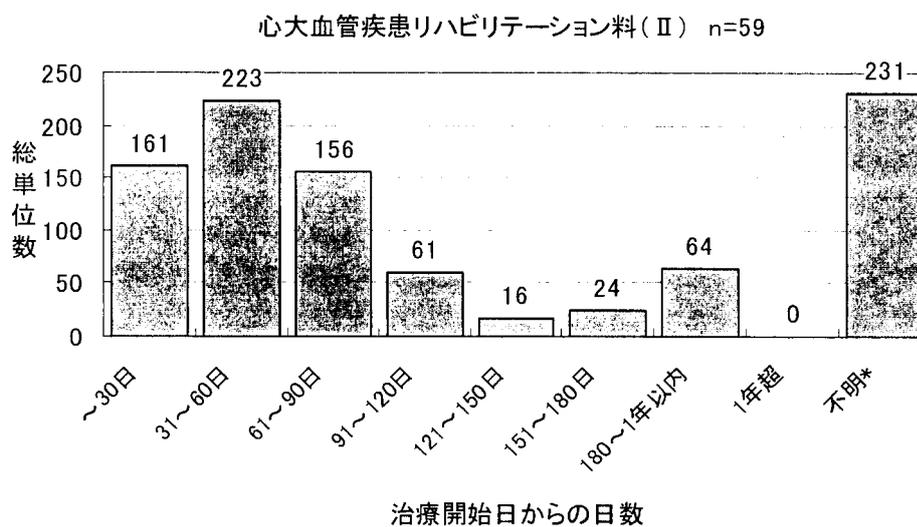
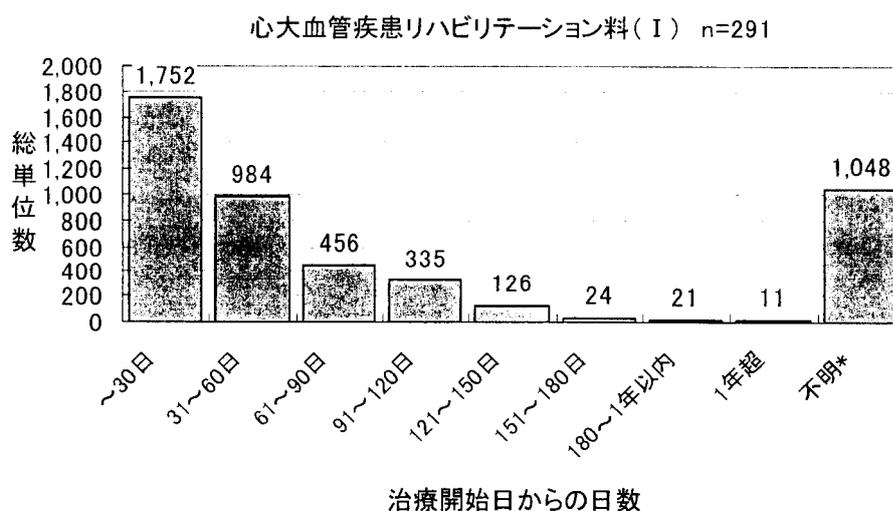
なお、回答に際し、起算日の明確な回答がなかったものは「不明\*」として集計している。

#### (1) 心大血管疾患等リハビリテーション

① 患者数



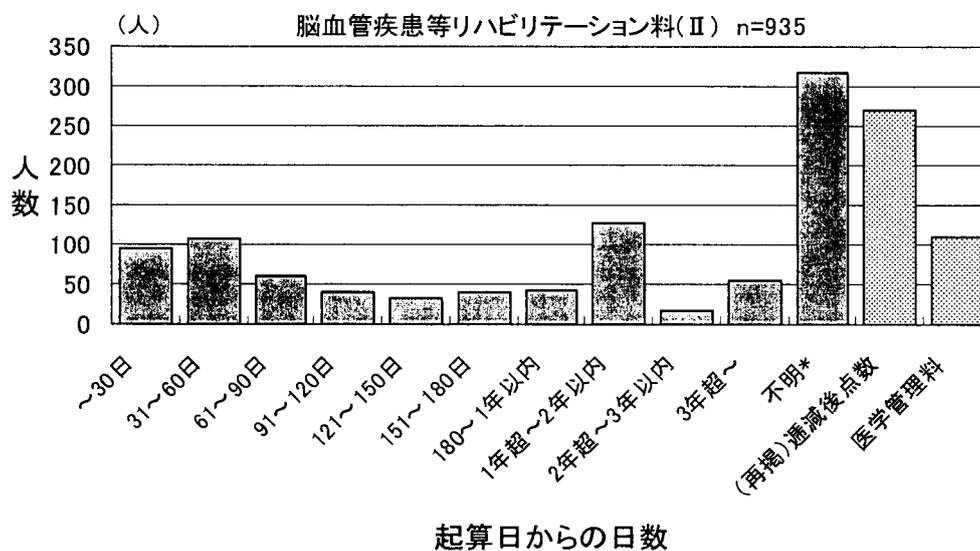
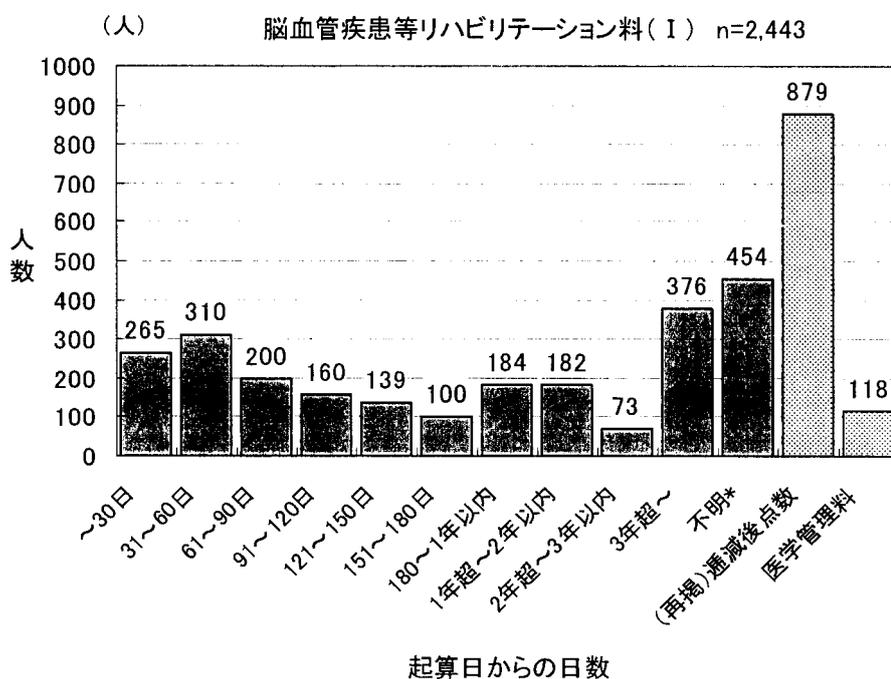
## ② 総単位数



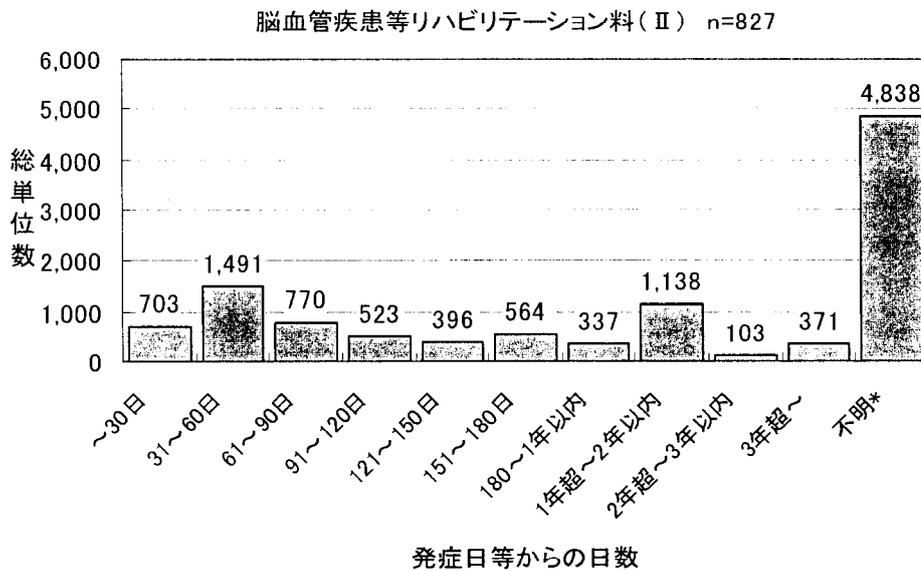
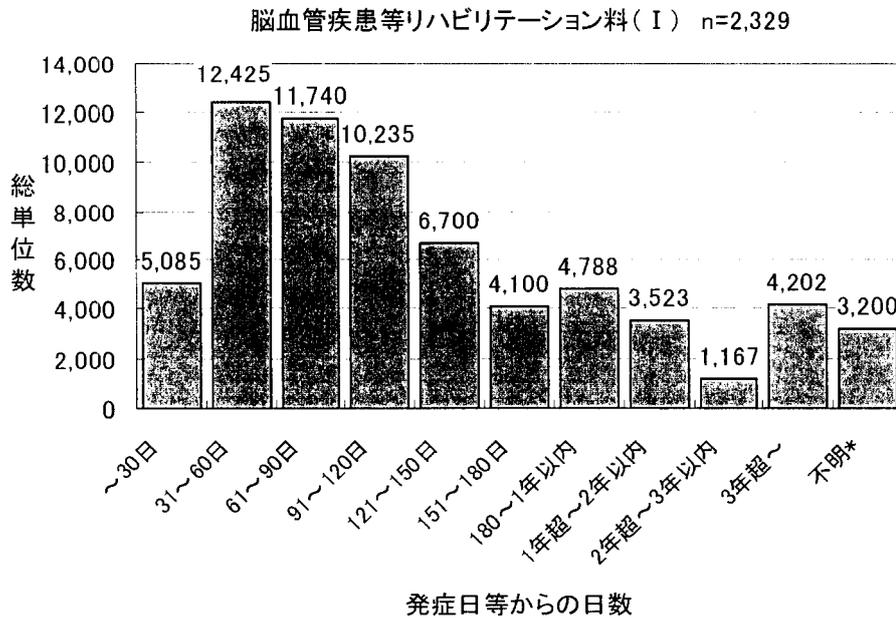
- ① 患者数については、(Ⅰ)、(Ⅱ)とも起算日(=治療開始日)に近いほど人数が多く、それ以降は減少している。
- ② (Ⅰ)では起算日に近いほど実施単位数が多い。(Ⅱ)では起算日から30日までは若干総単位数が少なく、31日~60日で最も多くなり、その後150日までは減少するが、151日以降では増加を認める。

## (2) 脳血管疾患等リハビリテーション

### ① 患者数



## ②総単位数



- ① 患者数は（Ⅰ）、（Ⅱ）とも起算日（＝発症、手術又は急性増悪の日）より31日～60日が最も多く、その後減少するが、算定が終了する181日以降再び増加する。

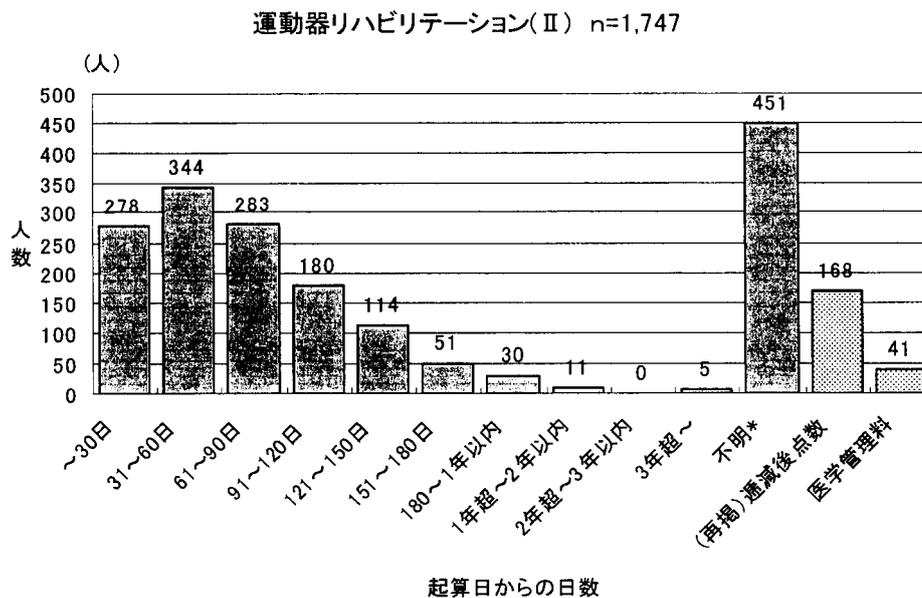
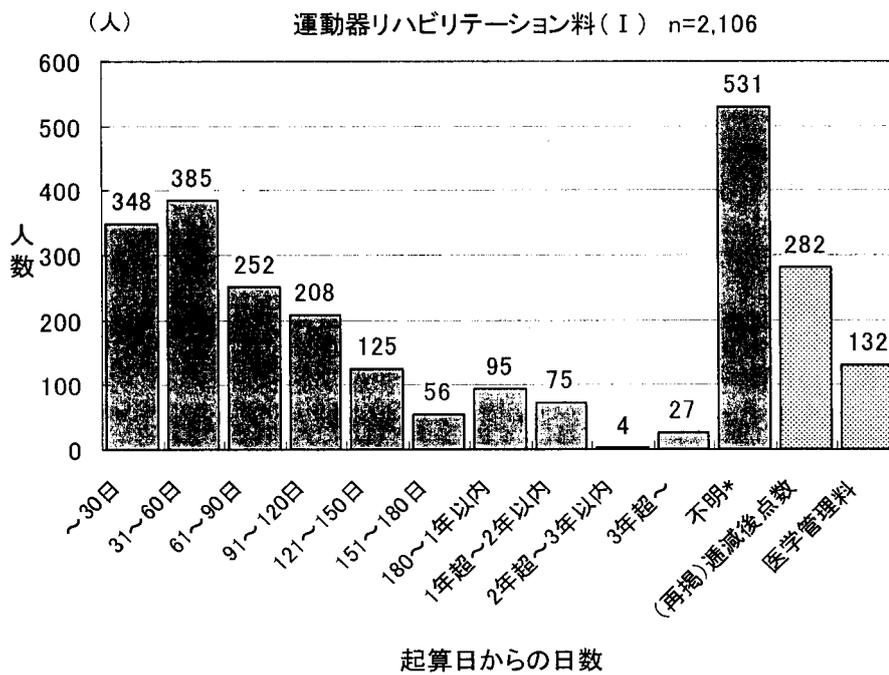
発症後1年超（特に3年超）の患者割合もかなり高く、逡減後やリハビリテーション医学管理料算定対象の患者も多い。

- ② （Ⅰ）での総単位数は人数の分布と同様、31日～60日で最大

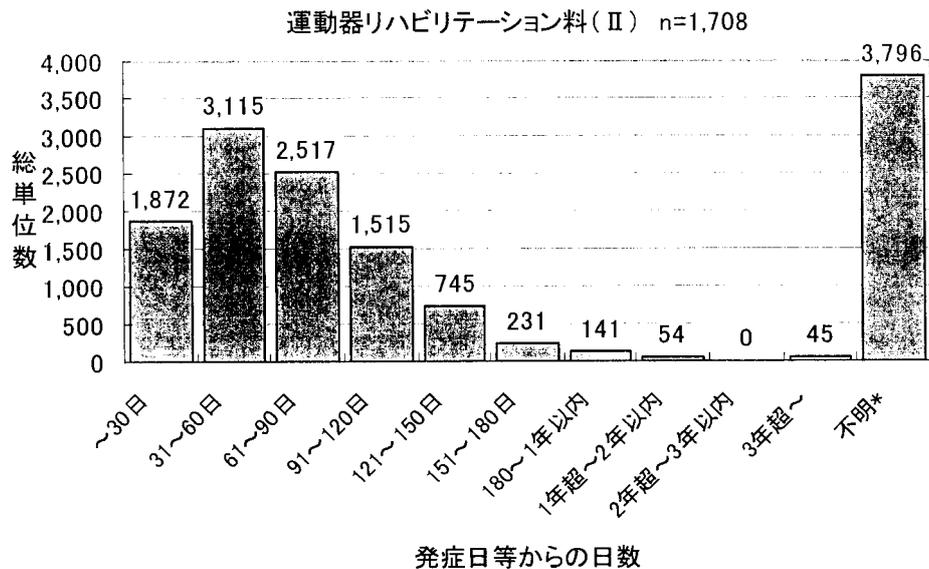
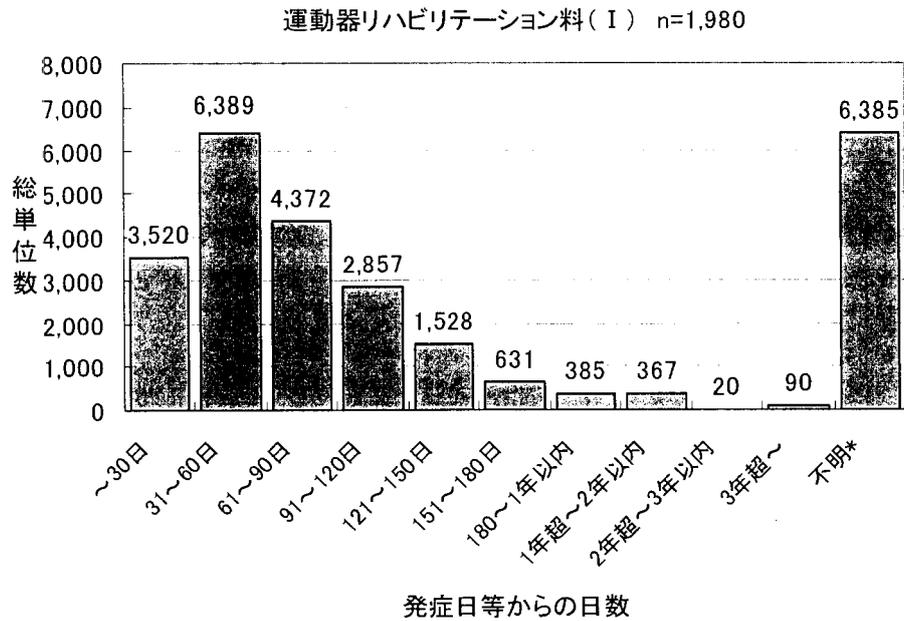
となり、その後減少する。180日～1年以内の期間で若干増加する。発症から3年超の患者に対する総単位数と、151日～180日の区間における総単位数はほぼ同じであった。(Ⅱ)でも(Ⅰ)と同様の分布を示しているが、増減の幅は小さい。

### (3) 運動器リハビリテーション

#### ① 患者数



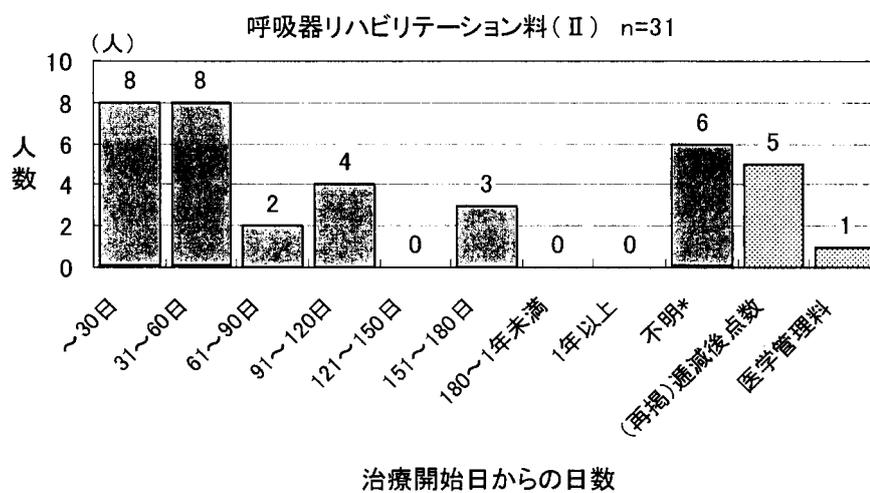
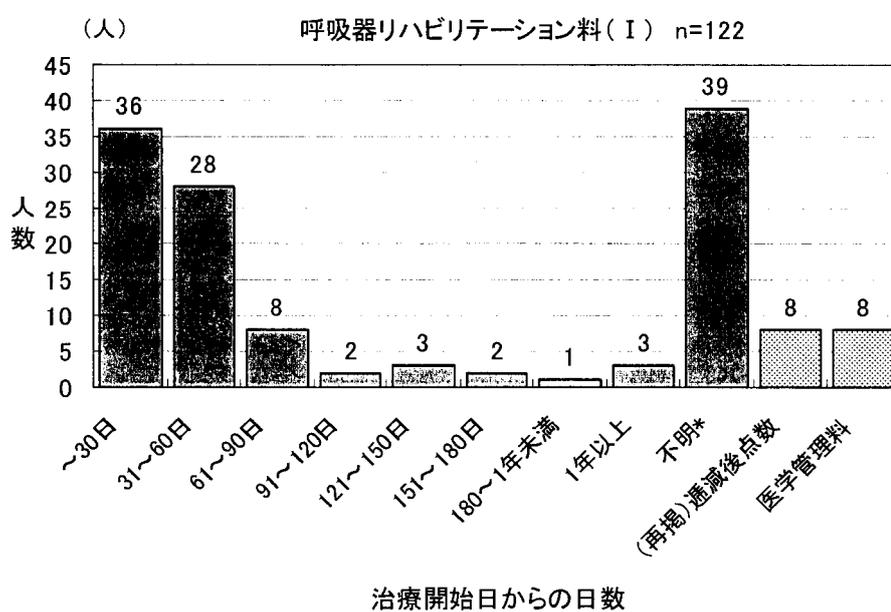
② 総単位数



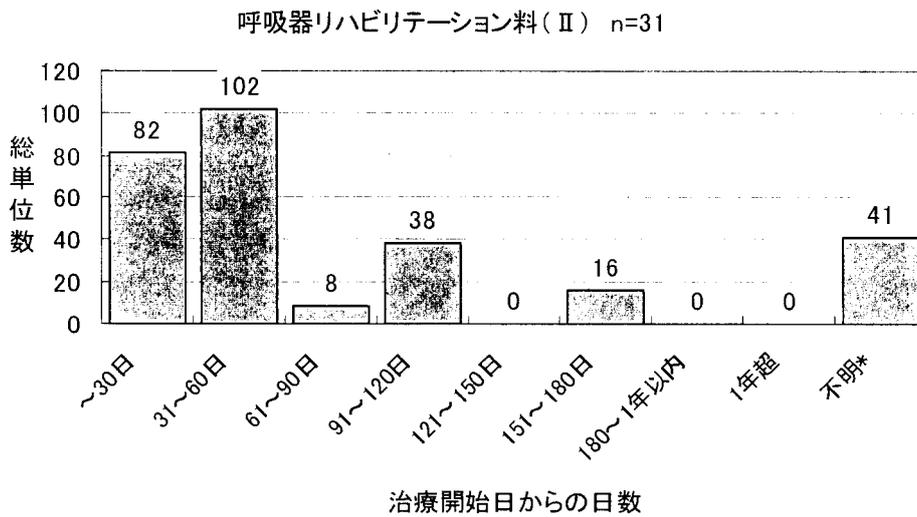
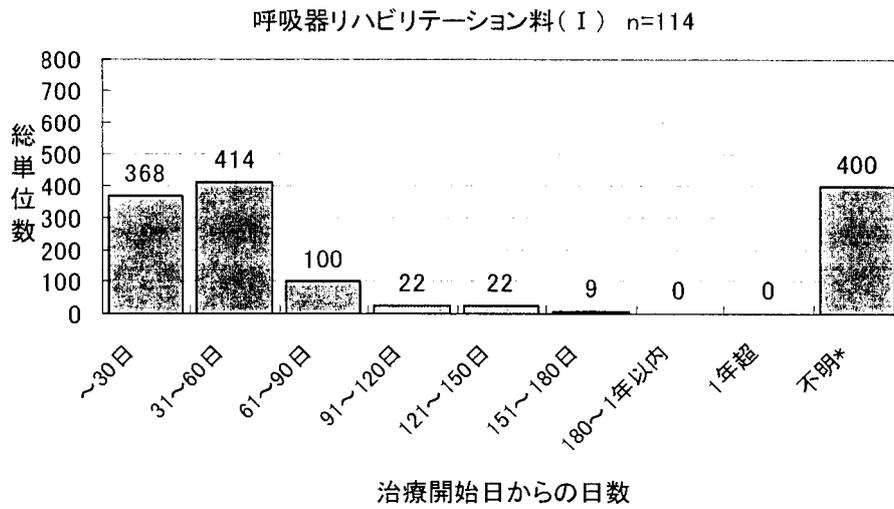
- ① 患者数は(Ⅰ)、(Ⅱ)とも起算日(=発症、手術又は急性増悪の日)より31日~60日が最も多く、その後減少する。  
 逓減後・リハビリテーション医学管理料算定の患者も一定数見られる。
- ② (Ⅰ)、(Ⅱ)とも31~60日が最大となり、その後減少の傾向を示す。

## (4) 呼吸器リハビリテーション

### ①患者数



## ②総単位数



- ① (Ⅰ)、(Ⅱ)とも起算日(=治療開始日)~30日までが最も人数が多く、次いで60日までの人数がやや多く、61日以降は大幅に減少している。
- ② (Ⅰ)、(Ⅱ)とも総単位数は31~60日の区間が起算日~30日の区間を上回るが、その後は大幅に減少している。

## 5 考察

### (1) リハビリテーション医学管理料

1施設あたりで見ると、リハビリテーション医学管理料の算定患者数は0～5.5%であり、介護保険への移行が難しい場合等の患者について、一定程度算定されていた。

(2) 平成18年度改定において目指していた、早期リハビリテーションへの重点化については、今回の調査では、早期における実施総単位数が多い傾向が見られ、一定の成果があるのではないかと考えられる。

(3) しかしながら、脳血管疾患リハビリテーションや運動器リハビリテーションでは、実施総単位数が最大となるのは算定開始後31～60日であり、0～30日での実施総単位数は若干少ない傾向にあると考えられる。さらに発症早期からのリハビリテーション実施を促進する必要がある。