

平成 21 年度介護報酬改定におけるリハビリテーションに関連するアンケート調査結果報告

日本リハビリテーション医学会 社会保険等委員会

担当理事 吉永 勝訓, 水落 和也

水間 正澄 (平成 22 年 5 月まで)

委員長 川手 信行

委員 森 英二

古閑 博明 (平成 22 年 3 月 31 日まで) (報告担当)

近藤 国嗣, 菅原 英和, 赤星 和人, 稲川 利光

大串 幹, 木村 浩彰, 近藤 克則, 染屋 政幸

田中宏太佳, 長谷 公隆, 藤谷 順子

高橋 博達, 原 寛美 (平成 22 年 3 月 31 日まで)

はじめに

平成 21 年 4 月の介護報酬改定においては、訪問リハがサービス提供時間に応じた評価に変更されたり、短時間型通所リハビリテーション（以下、リハ）（1～2 時間）が導入されたり、ショートステイ中の個別リハが認められたりするなど、リハに関わるサービスにも見直しが行われた。平成 22 年 4 月の医療報酬改定および 24 年に行われる医療・介護報酬同時改定への布石ととらえることができるような内容でもあった。社会保険等委員会では、この改定内容をリハ医学会員がどのように受け止め、対応してきたか、その実態を把握するとともに、今後の学会としての研究活動や提言につなげていく目的でアンケート調査を行ったので、報告する。

アンケートの内容および結果

1. 回答者のプロフィールと医療・介護保険によるリハへの考え方

調査期間は平成 22 年 2 月 5 日から 3 月 31 日で、日本リハ医学会員全員を対象として Web アンケート形式で行い、回答者数は 225 名（全会員数 9,742 名に対する回答率 2.3%）であった。設問数が 49 問と多くなったので後半の個々の改定内容に関する設問に対しては未回答を許容する設定としたが、アンケート回答数は多いとはいえなかった。しかしながら、図 1 に示すように“回答者のリハ医学会取得資格”では 169 名

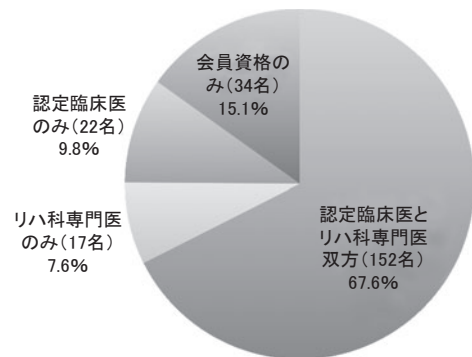


図 1 回答者のリハ医学会取得資格 (N=225 択一回答)

(75.1%) がリハ科専門医資格を持っており、さらには 211 名 (93.8%) が“介護保険制度に関心がある”と回答している（“未回答” 2 名 (0.9%)，“関心がない” 12 名 (5.3%)）ため、リハ科医の意見をある程度集約した結果が得られたものと考えている。

図 2 に“回答者の主な勤務先”の内訳を示した。大学病院、総合病院、リハ専門病院勤務医が多くを占めていた。

“主な勤務先の施設基準”では、脳血管疾患リハⅠが 179 名 (79.6%)、運動器リハⅠが 195 名 (86.7%) と、比較的充実したリハ医療施設が大半であった。その他は“脳血管疾患Ⅰ（言語聴覚士のための基準）” 4 名 (1.8%)、“脳血管疾患リハⅡ” 25 名 (11.1%)、“脳血管疾患リハⅢ” 6 名 (2.7%)、“運動器リハⅡ” 11

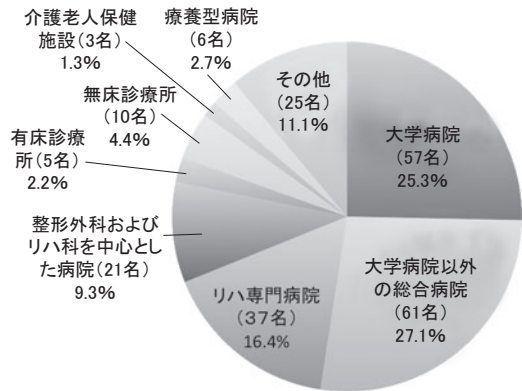


図2 回答者の主な勤務先 (N=225 択一回答)

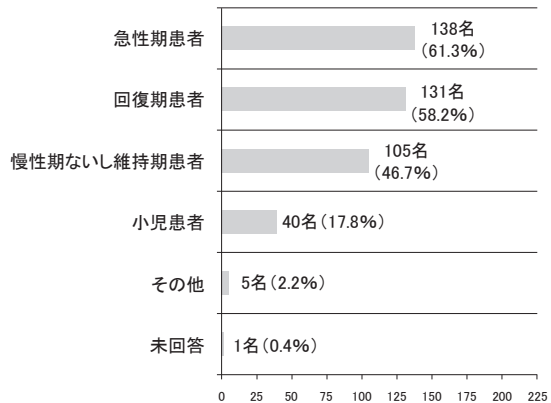


図3 主たるリハ対象者がどのような時期の患者・利用者であるか (N=225 複数回答可)

名 (4.9%), “呼吸器リハI” 114名 (50.7%), “呼吸器リハII” 7名 (3.1%), “心大血管リハI” 49名 (21.8%), “心大血管リハII” 2名 (0.9%), “リハの施設基準なし” 8名 (3.6%), “その他” 4名 (1.8%), “未回答” 5名 (2.2%) だった (複数回答可)。

“リハの対象者” は入院患者が中心であるのが132名 (58.7%), 外来・在宅の患者・利用者を中心であるのが16名 (7.1%), 入院・外来とも重視しているのが86名 (38.2%) であった (複数回答可)。

図3は“主たるリハの対象者がどのような時期の患者・利用者であるか” という設問に対する回答であるが、急性期、回復期患者を対象としているのがいずれも約6割で、慢性期ないし維持期患者も5割近くがリハ対象としているという結果だった (複数回答可)。

“リハを行っている入院患者の主な入院病棟” は、一般病棟が152名 (67.6%), 回復期リハ病棟が94名 (41.8%), 医療型療養病床が30名 (13.3%), 亜急性期入院管理料算定病床が22名 (9.8%), 障害者病棟が17名 (7.6%), 介護老人保健施設が13名 (5.8%), 介護型療養病床が8名 (3.6%), 入院がなく外来のみが7名 (3.1%), 有床診療所6名 (2.7%), その他が10名 (4.4%), 未回答が4名 (1.8%) だった (複数回答可)。

図4は“標準的算定日数を超えた患者に対しての外来通院リハの施行状況” を答えていただいたものだが、算定日数除外対象者に対しても140名 (62.2%) が必要に応じて継続し、月13単位での継続も111名 (49.3%) が行っていた。一方、行っていないという回答者が29名 (12.9%), 独自に期限を区切っているという回答者が25名 (11.1%) いた (複数回答可)。

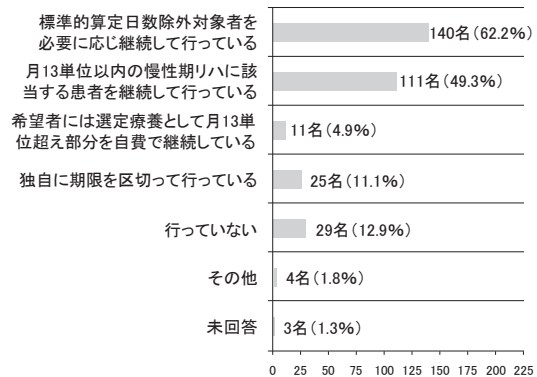


図4 標準的算定日数を超えた患者の外来通院リハを行っているか (N=225 複数回答可)

答可)。

“介護保険でのリハを行っているものについて” の設問では、行っていないという回答が125名 (55.6%) と最多で、以下順に、通所リハ64名 (28.4%), 病院・診療所等からの訪問リハ63名 (28.0%), 訪問看護ステーションからの療法士によるリハ27名 (12.0%), 介護老人保健施設20名 (8.9%), 通所介護15名 (6.7%), 短期入所療養介護10名 (4.4%), 介護療養病床6名 (2.7%), その他2名 (0.9%), 未回答11名 (4.9%) だった (複数回答可)。

図5に“維持期リハを介護保険と医療保険でどのように分担すべきか” という設問に対する回答を示す。“医療保険と介護保険でのリハを柔軟に使い分けられるしくみが必要だ” が169名 (75.1%) で最も多く、以下順に“「維持期」とは必ずしも安定して変化しないわけではなくダイナミックに変化しうるものであ

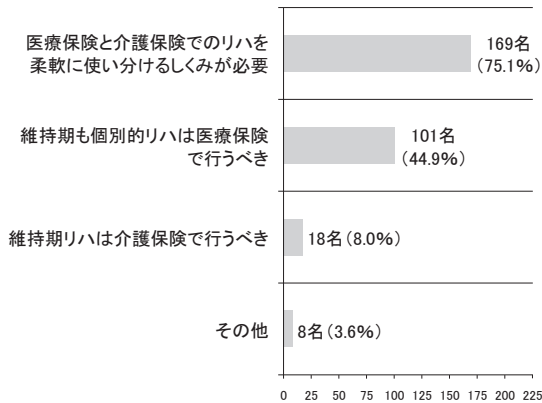


図5 維持期リハを介護保険と医療保険でどのように分担すべきか (N=225 複数回答可)

り、やはり医師の適切な管理のもと必要に応じて医療保険で個別的なりハは行っていくべきだ”が101名(44.9%)，“維持期リハは介護保険で行うべきだ”が18名(8.0%)，“その他”8名(3.6%)だった(複数回答可)。

図6に“個別的なりハサービスを医療保険と介護保険でどのように行っていくべきか”という設問に対する回答を示す。“医療的な個別リハサービスは介護保険ではなく医療保険で行うべきだ”という意見が137名(60.9%)と最も多く、以下、“医療的な個別リハサービスはケアマネジャーとの連携のもとで区分支給限度基準額外で行うべきだ”が77名(34.2%)，“医療的な個別リハサービスといえども区分支給限度基準額内で行うべきだ”が25名(11.1%)，その他が16名(7.1%)，未回答が1名(0.4%)だった(複数回答可)。

以後は平成21年度介護報酬改定で行われた個々のリハに関連する見直し内容についてのアンケート結果であり、未回答が多くなっているため、割合の計算は未回答数を除いて行った。

2. 訪問リハに関連する設問について

“報酬が従来の500単位/日から1回20分305単位の提供時間に応じた報酬に変更されたことについて”の設問に対する回答は，“未回答”の49名を除くと、多い順に“医療保険での疾患別リハと同じように提供時間に応じた報酬となったことは評価できる”が126名(71.6%)，“医療保険でのリハと介護保険でのリハに報酬差があるのは望ましくない”が58名(33.0%)，

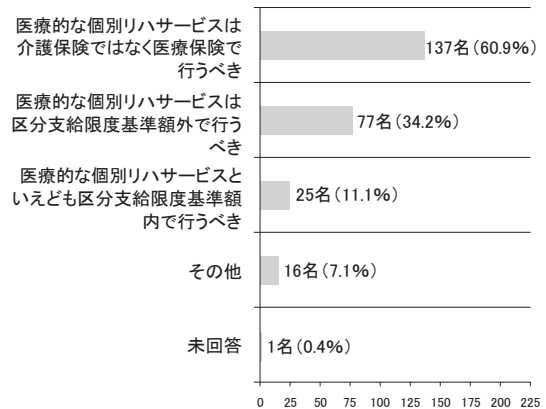


図6 個別的なりハサービスを医療保険と介護保険でどのように行っていくべきか (N=225 複数回答可)

“介護保険の対象者の多くは「維持期」なので個別的なりハの報酬は医療保険でのリハに比べて低くても良い”が19名(10.8%)，その他が8名(4.5%)だった(複数回答可)。

“訪問リハの提供回数上限(週6回(合計120分までということ))についてはどのようにお考えですか”という設問に対しては，“未回答”の47名を除くと、多い順に“対象者の必要に応じてもっと多く行えるべきである”が106名(59.6%)，“妥当な量である”が61名(34.3%)，“介護保険の対象者の多くは「維持期」なので個別的なりハの量は医療保険でのリハに比べてもっと少なくて良い”が10名(5.6%)，その他が6名(3.4%)であった(複数回答可)。

“介護老人保健施設からも通所リハ終了後1カ月に限り訪問リハを行えるようになったことについてはどのようにお考えですか”という設問に対しては，“未回答”の53名を除くと、多い順に“対象者の必要に応じてさらに長期間行えるべきである”が123名(71.5%)，“妥当な期間である”が37名(21.5%)，“老人保健施設からの訪問リハは必要ない”が13名(7.6%)，その他が6名(3.5%)だった(複数回答可)。

“短期集中リハ実施加算の見直しについてどのようにお考えですか”という設問に対しては，“未回答”の55名を除くと、多い順に“妥当である”が73名(42.9%)，“加算期間を延長すべきだ”が56名(32.9%)，“加算は減らしてでも訪問リハの基本報酬を増額すべきだ”が42名(24.7%)，その他が9名(5.3%)だった(複数回答可)。

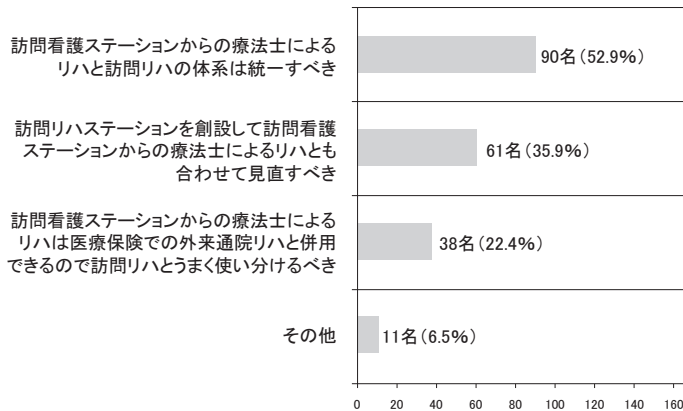


図7 訪問リハと訪問看護ステーションからの療法士によるリハ（訪問看護7）との関係についてどう考えるか（N=170 複数回答可）

図7に“訪問リハと訪問看護ステーションからの療法士によるリハ（訪問看護7）との関係についてどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。“未回答”の55名を除くと、“訪問看護ステーションからの療法士によるリハと訪問リハの体系は統一すべきだ”が90名（52.5%），“訪問リハステーションを創設して訪問看護ステーションからの療法士によるリハとも合わせて見直すべきだ”が61名（35.9%），“訪問看護ステーションからの療法士によるリハは現時点で医療保険での外来通院リハと併用できるので訪問リハとうまく使い分けるべきだ”が38名（22.4%），その他が11名（6.5%）だった（複数回答可）。

“訪問看護ステーションからの療法士によるリハに関して、要介護認定を受けている利用者であっても厚生労働省が定める疾病（パーキンソン病や関節リウマチなど）の対象者等に対しては医療保険でサービスが行われることについて”という設問に対しては、未回答の58名を除くと、多い順に“妥当である”が70名（41.9%），“疾患名や状態によって保険適応が変わるのはわかりにくいので医療保険に統一すべきだ”が56名（33.5%），“疾患名や状態によって保険適応が変わるのはわかりにくいので介護保険に統一すべきだ”が40名（24.0%），その他が9名（5.4%）だった（複数回答可）。

“訪問リハを行っていますか”という設問に対しては、“未回答”の34名を除くと、多い順に“行っていない”が100名（52.4%），“行っている”が81名（42.4%），“今後行う予定で検討中”が9名（4.7%）

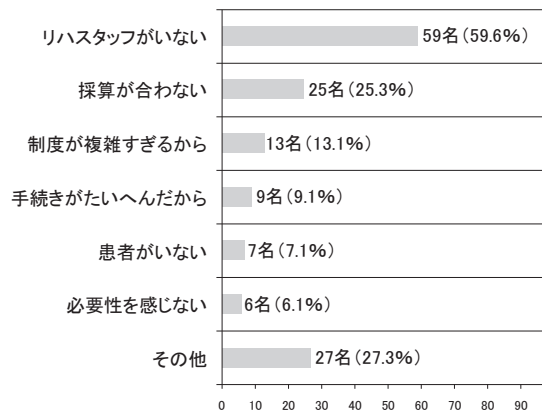


図8 訪問リハを行っていない理由（N=99 複数回答可）

その他が3名（1.6%）だった（複数回答可）。

図8に“訪問リハを行っていない理由”についての設問に対する回答を示す。“未回答”の126名を除くと，“リハスタッフがいない”が59名（59.6%），“採算が合わない”が25名（25.3%），“制度が複雑すぎるから”が13名（13.1%），“手続きがたいへんだから”が9名（9.1%），“患者がいない”が7名（7.1%），“必要性を感じない”が6名（6.1%），“その他”が27名（27.3%）だった。（複数回答可）

“訪問リハをどこから行っていますか”という設問に対しては、“未回答”の137名を除くと，“病院・診療所”が62名（70.5%），“訪問看護ステーション”が40名（45.5%），“介護老人保健施設”が6名（6.8%），“その他”が2名（2.3%）だった（複数回答可）。

“どの保険で訪問リハを行っていますか”という設

問に対しては、“未回答”の141名を除くと、“介護保険”が71名(84.5%)，“医療保険”が55名(65.5%)，“その他”は3名(3.6%)だった(複数回答可)。

“医療保険と介護保険とどちらの保険での数が多いですか”という設問に対しては、“未回答”の144名を除くと、“介護保険”が59名(72.8%)，“医療保険”が12名(14.8%)，“ほぼ同数”が10名(12.3%)だった(択一回答)。

3. 通所リハに関連する設問について

“通所リハに関して”という設問に対しては、“未回答”の40名を除くと、“行っていない”が129名(69.7%)，“平成21年4月以前より行っている”が53名(28.6%)，“平成21年4月以降から新しく申請し、みなし指定で行っている”が2名(1.1%)，“その他”が2名(1.1%)だった(複数回答可)。

“通所リハを行っていない理由は”という設問に対しては、未回答の106名を除くと、“リハスタッフがない”が51名(42.9%)，“場所がない”が34名(28.6%)，“採算が合わない”が25名(21.0%)“介護保険に参入したくない”が19名(16.0%)，“手続きが大変だから”が17名(14.3%)，“必要性を感じない”が15名(12.6%)，“ケアマネージャーがない”が15名(12.6%)，“患者がない”が9名(7.6%)，“その他”が34名(28.6%)だった(複数回答可)。

“通所リハを行っていないと答えた方が新しくみなし指定で通所リハを行わない理由は”という設問に対しては、未回答の110名を除くと、“リハスタッフがない”が45名(39.1%)，“場所がない”が34名(29.6%)，“採算が合わない”が29名(25.2%)，“介護保険に参入したくない”が20名(17.4%)，“手続きが大変だから”が20名(17.4%)，“ケアマネージャーがない”が17名(14.8%)，“必要性を感じない”が13名(11.3%)，“患者がない”が9名(7.8%)，“制度を知らなかった”が7名(6.1%)，“その他”が31名(27.0%)だった(複数回答可)。

図9に“介護保険対象者を医療保険による外来リハから移行することを想定した短時間型通所リハ(1時間以上2時間未満)が創設されたことについてどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。未回答の47名を除くと、“社会保障費の総額として考えると医療保険と介護保険のどちらでも変わらないので利便性を考え…”

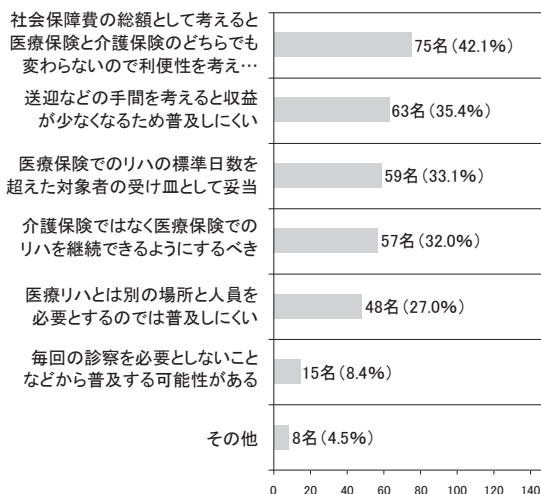


図9 短時間型通所リハ(1時間以上2時間未満)が創設されたことについて(N=178 複数回答可)

直すことが望ましい”が75名(42.1%)，“送迎などの手間を含めて考えた場合には高い施設基準での疾患別リハより収益が少なくなるため普及しにくいだろう”が63名(35.4%)，“医療保険でのリハ(各疾患別リハ)の標準日数を超えた対象者の受け皿として妥当である”が59名(33.1%)，“介護保険ではなく医療保険でリハを継続できるようにすべきである”が57名(32.0%)，“医療リハとは別の場所と人員を必要とするのでは普及しにくいだろう”が48名(27.0%)，“毎回の診察を必要としないことや低い施設基準での疾患別リハより多くの報酬を見込めるので普及する可能性がある”が15名(8.4%)，“その他”が8名(4.5%)だった(複数回答可)。

図10に“短時間型通所リハ(1時間以上2時間未満)を行っていますか”という設問に対する回答を示す。未回答の47名を除くと、“行っていない”が145名(81.5%)，“既に行っている”が15名(8.4%)，“今後行う予定で検討中”が11名(6.2%)，“その他”が7名(3.9%)だった(複数回答可)。

短時間型通所リハを行っている場合に“短時間型通所リハは通所リハ利用者全体の何%の人に行っていますか(要支援を除く)”という設問に対しては、未回答の202名を除くと、“0%”が6名(26.1%)，“0%超20%未満”が16名(69.6%)，“20%以上40%未満”が1名(4.3%)だった(択一回答)。

短時間型通所リハを行っている場合に“理学療法士等体制強化加算はとれていますか”という設問に対し

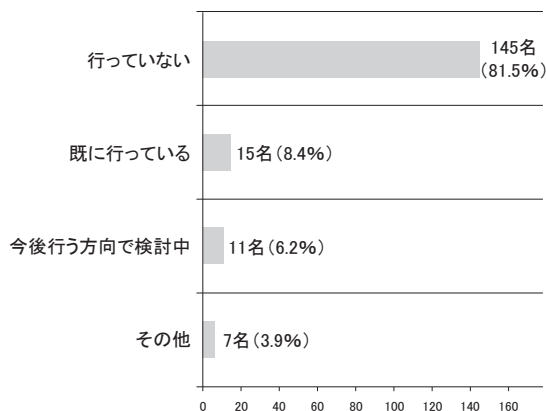


図 10 短時間型通所リハ（1時間以上2時間未満）を行っていますか（N=178 複数回答可）

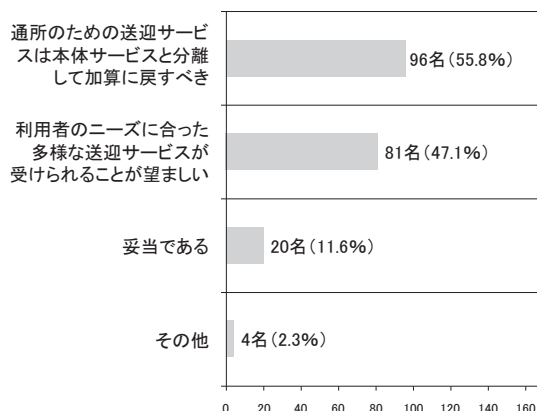


図 12 送迎サービスが通所サービスの報酬に包括されていることについて（N=172 複数回答可）

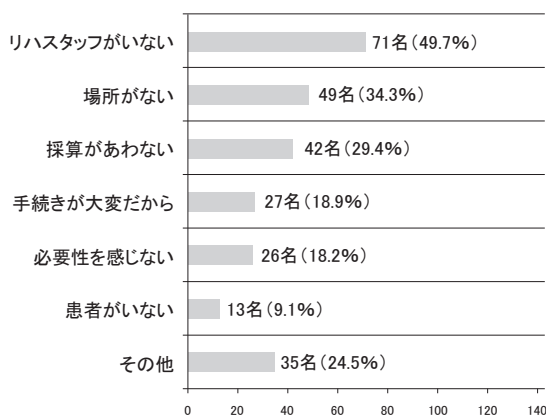


図 11 短時間型通所リハ（1時間以上2時間未満）を行っていない理由（N=143 複数回答可）

では、未回答の199名を除くと、“はい”が14名（53.8%），“いいえ”が12名（46.2%）だった（択一回答）。

図 11 に“短時間型通所リハ（1時間以上2時間未満）を行っていない理由は”という設問に対する回答を示す。未回答の82名を除くと、“リハスタッフがない”が71名（49.7%），“場所がない”が49名（34.3%），“採算があわない”が42名（29.4%），“手続きが大変だから”が27名（18.9%），“必要性を感じない”が26名（18.2%），“患者がない”が13名（9.1%），“その他”が35名（24.5%）だった（複数回答可）。

“短期集中リハ実施加算の見直しについてどのようにお考えですか”という設問に対しては、未回答の62名を除くと、“妥当である”が59名（36.2%），“加算期間を延長すべきだ”が52名（31.9%），“短期集

中リハ実施加算を減らしてでも個別リハの加算を増額すべきだ”が46名（28.2%），“その他”が10名（6.1%）だった（複数回答可）。

“リハマネジメント加算の見直しについてどのようにお考えですか”という設問に対しては、未回答の69名を除くと、“妥当である”が93名（59.6%），“1日単位での算定に戻すことが望ましい”が42名（26.9%），“その他”が22名（14.1%）だった（複数回答可）。

図 12 に“送迎サービスが通所サービス（通所リハ、通所介護など）の報酬に包括されていることについてはどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。未回答の53名を除くと、“通所のための送迎サービスは本体サービスとは分離して加算に戻すべきだ（移動能力に制限のある多くの利用者にとっては送迎サービスは施設利用に必要であるが、一方自力や家族送迎などで無理なく通所可能な場合には施設側での送迎は不要と考えられるから）”が96名（55.8%），“利用者のニーズに合った多様な送迎サービスを受けられることが望ましい”が81名（47.1%），“妥当である”が20名（11.6%），“その他”が4名（2.3%）だった（複数回答可）。

通所リハを行っている場合に“リハマネ加算は全体の何%とれていますか（要支援を除く）”という設問に対しては、未回答の181名を除くと、“0%”が9名（20.5%），“0%超20%未満”が7名（15.9%），“20%超40%未満”が9名（20.5%），“40%超60%未満”が6名（13.6%），“60%超80%未満”が3名（6.8%），“80%以上”が10名（22.7%）だった（択一回答）。

通所リハを行っている場合に“短期集中リハ実施加算は全体の何%とれていますか（要支援を除く）”という設問に対しては、未回答の184名を除くと、“0%”が10名（24.4%），“0%超20%未満”が22名（53.7%），“20%超40%未満”が5名（12.2%），“40%超60%未満”が2名（4.9%），“60%超80%未満”が0名（0%），“80%以上”が2名（4.9%）だった（択一回答）。

通所リハを行っている場合に“3カ月超の利用者のうち、個別リハ加算は何%の人で取れていますか（要支援を除く）”という設問に対しては、未回答の188名を除くと、“0%”が5名（13.5%），“0%超20%未満”が8名（21.6%），“20%超40%未満”が8名（21.6%），“40%超60%未満”が3名（8.1%），“60%超80%未満”が5名（13.5%），“80%以上”が8名（21.6%）だった（択一回答）。

通所リハを行っている場合に“認知症短期集中リハ加算は認知症である対象者の何%とれていますか（要支援を除く）”という設問に対しては、未回答の184名を除くと、“体制をとっていない”が27名（65.9%），“0%超20%未満”が9名（22.0%），“20%超40%未満”が3名（7.3%），“40%超60%未満”が0名（0%），“60%超80%未満”が1名（2.4%），“80%以上”が1名（2.4%）だった（択一回答）。

4. 短期入所療養介護（ショートステイ）中の個別リハに関する設問

図13に“短期入所療養介護中の個別リハ実施加算が新設されたことについてどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。未回答の67名を除くと、“訪問リハと同じように20分1回あたりの単価として必要に応じてより多くの個別リハが行えることが望ましい”が85名（53.8%），“妥当である”が66名（41.8%），“その他”が13名（8.2%）だった（複数回答可）。

5. 介護老人保健施設入所中におけるリハの見直しについての設問

“介護老人保健施設における短期集中リハ実施加算の評価見直しについてはどのようにお考えですか”という設問に対しては、未回答の68名を除くと、“妥当である”が63名（40.1%），“短期集中リハ実施加算を減らしてでも必要に応じた個別リハ加算をつけるべ

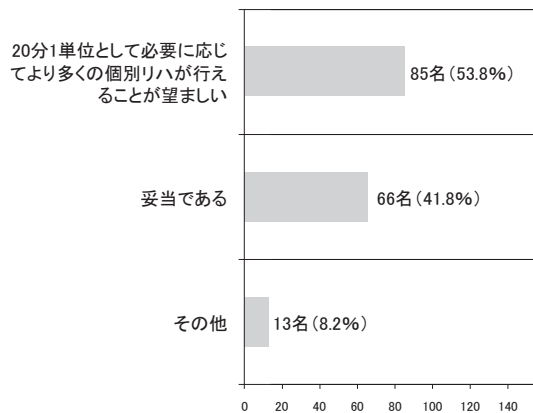


図13 ショートステイ中の個別リハ実施加算が新設されたことについて（N=158 複数回答可）

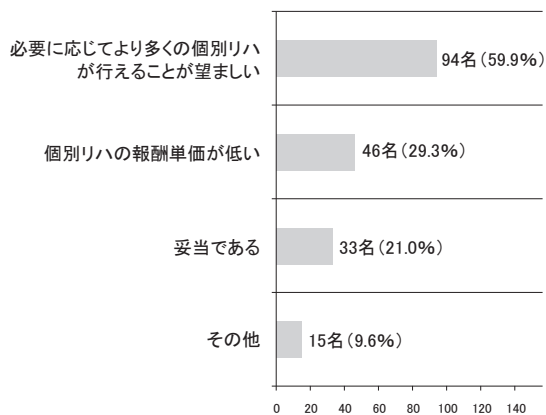


図14 介護療養型医療施設におけるリハの評価見直しについて（N=157 複数回答可）

きだ”が47名（29.9%），“加算期間を延長すべきだ”が38名（24.2%），“その他”が14名（8.9%）だった（重複回答可）。

6. 介護療養型医療施設におけるリハの見直しについての設問

図14に“介護療養型医療施設におけるリハの評価見直しについてどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。未回答の68名を除くと、“必要に応じてより多くの個別リハが行えることが望ましい”が94名（59.9%），“個別リハの報酬単価が低い”が46名（29.3%），“妥当である”が33名（21.0%），“その他”が15名（9.6%）だった（複数回答可）。

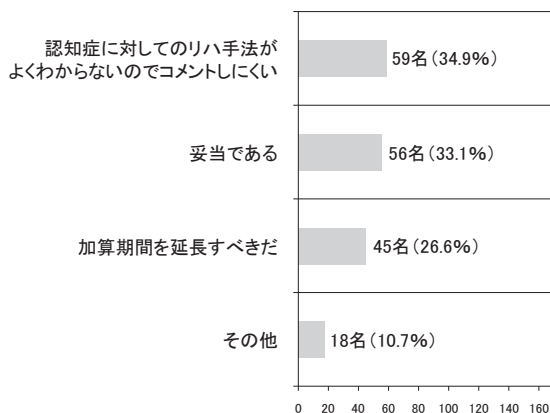


図 15 認知症短期集中リハが新設されたことについて (N=169 複数回答可)

7. 認知症リハに関連する設問について

図 15 に“認知症短期集中リハが新設されたことについてどのようにお考えですか”という設問に対する回答を示す。未回答の 56 名を除くと“認知症に対してのリハ手法がよくわからないのでコメントしにくい”が 59 名 (34.9%)，“妥当である”が 56 名 (33.1%)，“加算期間を延長すべきだ”が 45 名 (26.6%)，“その他”が 18 名 (10.7%) だった (複数回答可)。

“認知症短期集中リハ実施加算は認知症である対象者の何%でとれていますか”という設問に対しては、未回答の 104 名を除くと，“体制をとっていない”が 106 名 (87.6%)，“0%超 20%未満”が 9 名 (7.4%)，“20%超 40%未満”が 2 名 (1.7%)，“40%超 60%未満”が 0 名 (0%)，“60%超 80%未満”が 2 名 (1.7%)，“80%以上”が 2 名 (1.7%) だった (択一回答)。

考 察

今回のアンケート回答者の多くは“急性期・回復期”に主に携わる病院勤務医と考えられるが、いわゆる“維持期”の対象者に対しても医療保険ないし介護保険でリハを必要に応じて提供していくべきと考えているように思われる。

平成 21 年度の介護報酬改定におけるリハの見直しにおいては、個別的なリハを時間単位で評価するなど、医療保険によるリハの体系に近づいてきており、アンケート結果でもそれを評価する意見が多く見られ

ている。

短期入所療養介護 (ショートステイ) でも初めて個別リハが認められるようになるなど、全体的にはリハ重視の改定内容であったと考えられる。

しかしながら、施設によってリハの評価が異なるなど、体系がまだ統一されていない。

参考までに、短時間型通所リハ (1~2 時間) に関して、平成 22 年 3 月 29 日付の厚生労働省保険局医療課からの疑義解釈資料 (その 1) (参考資料*) で以下のような文章が出されている。

(問 139) 保険医療機関において、脳血管疾患リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション (以下「疾患別リハビリテーションという’)と介護保険の 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合、部屋は別々に必要なか。また、疾患別リハビリテーションに求められている施設基準に加えて、通所リハビリテーションに求められている面積が必要なか。

(答) 疾患別リハビリテーションと 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合に必要面積は、当該機能訓練室が、当該医療機関が届出を行っている疾患別リハビリテーションに規定される面積基準を満たし、また、通所リハビリテーションが提供される時間帯において、疾患別リハビリテーションを受ける患者を通所リハビリテーションの利用者とみなした場合に満たすべき面積基準を満たしていればよい。なお、介護保険の機能訓練室と疾患別リハビリテーションの機能訓練室は分ける必要はなく、疾患別リハビリテーションの機能訓練室の一部で通所リハビリテーションを行うことは差し支えない。

これは、それまで医療保険でのリハと介護保険でのリハを時間・空間的に分けて提供することが求められてきたものを、同時に同じ場所で提供してよいという、画期的なものである。24 年度の医療・介護保険同時改定において大胆に医療保険と介護保険でのリハサービスが統合ないし連携されていく布石なのかもしれない。

医療保険での外来通院リハから介護保険でのリハへの移行を論んで新設されたと思われる短時間型 (1~2 時間) 通所リハであるが、さまざまな理由でなかなか普及には至っておらず、リハは医療保険で行うべきという考えも根強く続いていると思われる。

認知症短期集中リハ加算が創設されたが、アンケート結果からはリハ科医の中での認知度や現場での実施はまだ充分とはいえないようである。今後、長期的に

どのような成果があがっていくのかを検証していく必要があるだろう。

訪問リハと訪問看護ステーションからの療法士によるリハ（訪問看護7）についても、訪問リハステーション新設の検討も含め、統一のとれた体系化が期待される。

また、要介護・要支援者のリハにおいて移動手段の確保は重要であるが、通所サービスの送迎の再加算化など、再検討が求められる。

なお、今回は誌面の都合上から自由記載の設問および回答は掲載を割愛した。

おわりに

“急性期・回復期”の入院リハが充実されると共に

入院期間が短縮される方向に医療報酬改定が進んでいる中で、外来通院や在宅での医療保険でのリハや介護保険でのリハの充実も望まれるが、実際にはリハスタッフの拡充が間に合わず、地域における入院外でのリハ体制がなかなか整わない現状もアンケート結果からは垣間見える。

理学療法士などのリハ専門職の養成は急ピッチで進んでいるが、“急性期・回復期”の充実とともに地域における“維持期（地域生活期）”のリハも充実されるような医療・介護保険制度の再構築が望まれる。

参考資料

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index.100.pdf>