

リハビリテーションと医療保険制度（診療報酬制度）

1. はじめに

診療報酬とは、診察や診療を受けた際に、診療行為に対して支払われる報酬の事を言います。診療報酬は厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）により定められており、病院や診療所・医院などは、これに基づき請求を行います。つまり、同じ基準で同じ医療行為を受けた時の費用は法律により定められており、国内の医療機関では同じ基準で同じ医療行為を受けた時の費用は基本的に同じです（保険適応外のもの除きます）。医療保険制度は、おおむね2年ごとに、国の医療・介護の今後の方針により見直しが行われます。直近では、2026（令和8）年度に改訂が行われました。

リハビリテーション医療は、医師の診察および指示に基づいて実施される医療行為であり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった専門職が関与します。これらの専門職は、運動療法や日常生活動作訓練、言語訓練などを通じて、患者の機能回復および生活の質の向上を支援する役割を担っています。

2026年度の診療報酬改訂では、リハビリテーション医療の在り方に大きな変化がみられ、「早期介入：できるだけ早く始めること」、「離床：からだを動かすこと」、「アウトカム評価：実際に良くなること」、「在宅復帰支援：自宅に帰られるように支援すること」が特に重視されるようになりました。従来のように提供されたリハビリテーションの量を評価する仕組みから、患者さんの機能改善や生活復帰といった成果を重視する制度へと転換が図られています。

ここでは医療保険での、リハビリテーションについて概要を説明いたします。

2. 疾患別リハビリテーション

現在、日本の医療制度では病気・けが・障がいの種類によって、受けられるリハビリテーションが分類されています。これらは総称して「疾患別リハビリテーション」と呼ばれています。分類には下表のような「脳血管疾患等リハビリテーション」や「運動器リハビリテーション」などがあります。

疾患別リハビリテーションは、各医療機関・施設が、基準を満たし、届出を行い、認可させているものが提供されます。認可されていない疾患別リハビリテーションは提供できません。どの疾患別リハビリテーションの認可を受けているかは各医療機関・施設へご確認ください。

2026年度の改訂では、リハビリテーションの分類自体は変わっていません。しかし、内容の「質」がより重視されるようになりました。特に、患者さんの離床を伴わないベッド上中心のリハビリテーションについては評価が見直され、活動性の向上を伴う介入が求められるようになっていきます。このことは、単なる機能訓練ではなく、実際の生活動作につながるリハビリテーションの重要性を示しています。

	対象
脳血管 リハビリテーション	血管疾患および神経疾患を対象としたリハビリテーションです。対象には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの急性発症した脳血管疾患やその手術後の方が含まれます。また、脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍などの中枢神経疾患や、多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害などの神経疾患、さらにパーキンソン病や脊髄小脳変性症などの慢性神経筋疾患の方も対象です。加えて、失語症、失認、失行などの高次脳機能障害や、難聴・人工内耳植込術後に伴う聴覚・言語障害、顎・口腔の先天異常や舌悪性腫瘍術後などによる構音障害を有する方も含まれます。
運動器 リハビリテーション	骨・関節・筋肉などの運動器疾患を対象としたリハビリテーションです。対象には、上肢・下肢の複合損傷や脊椎損傷による四肢麻痺などの急性発症した運動器疾患、またはその手術後の方が含まれます。また、関節の変性疾患や炎症性疾患などの慢性疾患により、運動機能や日常生活動作が一定程度以上低下している方も対象となります。
呼吸器 リハビリテーション	呼吸器疾患を有する方を対象としたリハビリテーションです。対象には、肺炎や無気肺などの急性発症した呼吸器疾患の方、肺腫瘍や胸部外傷などの治療後または手術後の方が含まれます。また、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や気管支喘息などの慢性呼吸器疾患により、呼吸困難や日常生活動作の低下を認める方も対象です。さらに、食道がん、胃がん、肝がん、咽頭・喉頭がんなどの手術前後で、呼吸機能訓練を要する方も含まれます。
心大血管疾患 リハビリテーション	心臓および血管の疾患を有する方を対象としたリハビリテーションです。対象には、急性心筋梗塞や狭心症発作などの急性発症した心大血管疾患、またはその手術後の方が含まれます。また、慢性心不全や末梢動脈閉塞性疾患などの慢性疾患により、呼吸循環機能や日常生活動作が一定程度以上低下している方も対象となります。
廃用症候群 リハビリテーション	急性疾患（治療の有無を問わない）などに伴う安静により生じた廃用症候群を対象としたリハビリテーションです。安静状態が続くことで、基本動作や応用動作、言語聴覚機能、日常生活動作の能力が一定程度以上低下している方が対象となります。
がん患者 リハビリテーション	入院中ががん治療を受ける、または受けた方を対象としたリハビリテーションです。対象には、手術、骨髄抑制を伴う可能性のある化学療法、放射線治療、造血幹細胞移植などを実施する、または実施

	した方が含まれます。
認知症患者 リハビリテーション	重度認知症のある方を対象としたリハビリテーションです。ここでいう「重度認知症の方」とは、日常生活において常時介助が必要な状態であり、国の基準である「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」において最重度の区分であるランクMに該当する方を指します。ただし、重度の意識障害のある方やJapan Coma Scale (JCS) でII-30以上、またはGlasgow Coma Scale (GCS) で8点以下の状態にある方を除きます。
障がい児（者） リハビリテーション	先天性または発達過程で生じた障がいを有する方を対象としたリハビリテーションです。対象には、脳性麻痺や、胎生期または乳幼児期に生じた脳・脊髄の障がい、顎・口腔の先天異常、体幹・四肢の先天奇形や変形が含まれます。また、先天性神経代謝異常症や大脳白質変性症、先天性または進行性の神経筋疾患、神経障害による麻痺や後遺症のある方も対象です。さらに、自閉症などの発達障がいがあり、言語・聴覚・認知機能に障がいを伴う方も含まれます。

3. 疾患別リハビリテーションの日数

リハビリテーションが受けられる期間には期限(日数)が設けられています。期限(日数)は疾患別リハビリテーションの種類によって異なります。

脳血管 リハビリテーション	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション	心大血管 リハビリテーション
180日	150日	90日	150日
廃用症候群 リハビリテーション	がん患者 リハビリテーション	認知症患者 リハビリテーション	障がい児（者） リハビリテーション
120日	入院中のみ	入院より1年 週3回	なし

※期限が切れても、改善の見込みがあり、医師の指示があれば制限を設けて継続できる場合もあります。

4. リハビリテーションにかかる費用

リハビリテーションにかかる費用は、病気・けが・障がいの種類（疾患別リハビリテーションの種類）、各病院・診療所・医院などが認定を受けている施設基準（セラピストの人数や設備）により異なります。また、リハビリテーションを受ける時期（発症からの日数）や、介護保険認定の有無で費用が異なる場合があります。自己負担費は、ご本人の負担割合によって計算されます。詳細は、各医療機関・施設にご確認ください。

5. 休日のリハビリテーション

2026年度の改訂では、費用構造にも変化がみられ、特に入院や発症直後の早期から行うリハビリテーションに対する評価が強化されています。発症や手術後30日以内に休日リハビリテーションを実施した場合に加算が認められるなど、週末を含めた継続的なリハビリ提供体制の整備が促進されています。

6. 集中治療室におけるリハビリテーション

2018（平成30）年度の診療報酬改定によって、集中治療室にて早期からリハビリテーションを行うと特定集中治療室管理料に早期離床・リハビリテーション加算がつくようになりました。わかりやすく言いかえると、集中治療室で早くベッドから離れられるようリハビリテーションを促進しましょう、という制度です。具体的には、特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する医師・看護師・理学療法士などの多職種からなるチームを設置し、連携してリハビリテーション実施に係る計画を作成します。この計画をもとに、特定集中治療室に入室後早期から離床などの必要な取組が行われた場合には、14日を限度として、所定点数（特定集中治療室管理料）への加算が可能となります。

2022（令和4）年度の改定では、さらに救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料まで対象が拡大されました。

「集中治療室」というと、一般的には「まだリハビリテーションができない重篤な状態」というイメージが強いですが、現在では「可能ならば積極的に理学療法士が介入してリハビリテーションすべき」という考え方が主流になっています。

7. 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟は、急性期治療を終えた患者さんに対して、日常生活動作の改善および在宅復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを提供する病棟です。ここでは、医師、看護師、リハビリ専門職が密接に連携し、患者さんごとに個別化されたリハビリテーションプログラムを実施します。

2022（令和4）年度の改定では、回復期リハビリテーションを要する状態の見直しがありました。「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態」が追加され、回復期リハビリテーション病棟にて循環器疾患を有する方へリハビリテーションを行うことが可能となりました。なお、回復期リハビリテーション病棟への入院基準は、以下の通り、定められています。

脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発	算定開始日（リハビリ開始日）から数えて
----------------------------------------------------------	---------------------

性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後2か月以内の状態、または義肢装着訓練を要する状態	150日以内 同
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合	180日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折または2肢以上の多発骨折の発症後または手術後の状態	同 60日以内
外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後の状態	同 90日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の状態	同 90日以内
股関節または膝関節の置換術後の状態	同 90日以内
急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態	同 90日以内

2026年度の改訂では、回復期リハビリテーション病棟における評価は、提供されたリハビリテーションの量ではなく、患者さんの機能改善度や在宅復帰率といったアウトカムに重点が置かれています。特に、FIM（機能的自立度評価）による評価が重視され、歩行や排泄などの基本的生活動作の改善が重要な指標となっています。

このため、回復期病棟においては、単にリハビリテーションを実施するだけでなく、患者さんの生活機能を実際に向上させることが求められます。

8. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーション

地域包括ケア病棟とは、急性期治療を経過した方、および在宅において療養を行っている方などの受け入れ並びに在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟または病室として2014（平成26）年度診療報酬改定において新設されました。地域包括ケア病棟は、急性期治療後の患者さんや在宅療養中の患者さんを受け入れ、在宅復帰を支援することを目的とした病棟です。この病棟では、医療行為の多くが包括評価となっており、リハビリテーションも入院基本料に含まれます。

2026年度の改訂では、リハビリテーション単独ではなく、栄養管理や口腔ケアを含めた包括的なケアが評価されるようになり、患者さんの生活機能を総合的に支援する体制が求められています。このような背景から、地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションは、単なる機能回復ではなく、在宅生活への適応を支援する役割を担っています。

9. 退院前訪問指導

退院後、安心して自宅での生活が送れるように、退院前訪問指導があります。入院中の方

の円滑な退院のため、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士などが入院中の方の自宅を訪問し、病状、家屋構造、介護力などを考慮しながら、ご本人またはそのご家族等退院後に介護にあたる方に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる福祉用具の選定・住宅改修の必要性・介護方法・介助方法・動作指導などのアドバイスをを行います。2026年度の改訂では、在宅復帰支援の重要性がさらに高まり、退院前訪問指導の実施が評価される仕組みが強化されています。

10. 在宅でのリハビリテーション

在宅でも、訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションなどからリハビリテーションを受けることができます。介護保険を利用可能な方は、介護保険制度を利用することが優先されますが、年齢、病気、けが、障がいの種類によっては医療保険で訪問リハビリテーションを利用できる場合もあります。在宅でのリハビリテーションにおいても、病院・診療所・医院でのリハビリテーションと同様に医師の指示が必要ですので、かかりつけ医、主治医、ケアマネージャーさんなどにご相談ください。

11. 維持期・生活期のリハビリテーション

要介護認定を受けておられる場合、医療保険制度の改定により2019年4月より医療機関での外来リハビリテーションは医療保険でリハビリを受けられる期間が終了すると、原則的に介護保険を利用した通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションへの移行が必要となりました。2026年度の改訂では、この役割分担がさらに明確化され、医療保険によるリハビリテーションは「機能改善を目的とした短期集中型」、介護保険は「長期的な生活支援」として位置づけられています。

介護保険を未申請の方や入院されている場合は従来通りです。また、厚生労働省より指定されている病気・けがの場合は要介護認定を受けられていても医療機関での外来リハビリテーションが継続可能な場合もありますので、詳しくは受診されている医療機関・施設へ問い合わせるか、要介護認定を受けられている場合は担当のケアマネージャーさんや相談員さんにご相談ください。

12. 保険適応外の取り扱いについて

昨今、理学療法士が施設やご自宅などにおいて脳卒中後遺症の方、腰痛・頸肩腕障がいの方などに対し、医療保険、介護保険を利用せず、理学療法を実施する行為を宣伝したホームページが見受けられます。また、各地から理学療法士による違反行為としての指摘を受けております。身分法上は、「理学療法士とは、厚労大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下、理学療法を行うことを業とする者をいう。」となっています。したがって、理学療法士が医師の指示を得ずに障がいのある方に対し、理学療法を提供し、業とすることは違反行為となります。本会としましては、理学療法士の「開業権」および「開

業」については、現行法上、全く認められるものではないとの見解に立っています。ただし、身体に障がいのない方々への、予防目的の運動指導は医師法、理学療法士および作業療法士法などに抵触しませんが、事故があるときには、他の法的責任が免除されることはありません。医師とのしっかりとした連携の上で、より安全で効果的な運動指導を行うことが求められます。（公益社団法人 日本理学療法協会 HP より）

【参考資料：厚生労働省ホームページ】