

疾患別リハビリテーションについて

第1 疾患別リハビリテーションに係る診療報酬上の評価の変遷

1 平成18年度診療報酬改定（参考資料P3,4）

(1) 疾患別リハビリテーションの導入

それまで人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分されていた評価体系を見直し、疾病や障害の特性に応じた4つの疾患別リハビリテーション料を設けた。また、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とした。

(2) 急性期のリハビリテーションの充実

急性期のリハビリテーションの充実を図るため、1日に算定可能な最大単位数を6単位から9単位とした。

(3) 維持期のリハビリテーション

平成16年1月の「高齢者リハビリテーション研究会報告」において、リハビリテーションに関する問題点として、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こと、医療から介護への連続するシステムが機能していないこと等が指摘された。

この報告書を踏まえ、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが有用である一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定して算定日数の上限を超えるリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することとされた。

2 平成19年4月リハビリテーション料の見直し（参考資料P5）

平成18年度診療報酬改定検証部会調査結果より、少数であるが医学的に改善の見込みがあるにも関わらず医療保険でのリハビリテーションが継続されていないと思われる事例等があること、維持期のリハビリテーションについては①少数ながら介護保険の対象とならない若年患者が存在すること、②介護保険において必ずしもニーズに合った適切なリハビリテーションが実施されていなかったことが明らかになった。

また、多くの患者が算定日数上限より前にリハビリテーションを終了していることも明らかになった。

調査結果を踏まえ、①医師が改善が期待できると判断する場合に標準的算定日数の除外対象疾患となる疾患の見直し、②維持期のリハビリテーションを医療保険で実施することを可能とするリハビリテーション医学管理料の新設、③早期に行われるリハビリテーションへの重点化を強めるために疾患別リハビリテーションに逡減制を導入した。

3 平成20年度診療報酬改定（参考資料P6）

(1) 早期加算の新設

発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間の入院中の患者について、早期リハビリテーション加算を新設した。

(2) 維持期のリハビリテーションの評価

医療保険における維持期のリハビリテーションを評価するため、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1ヶ月当たり13単位まで実施可能とした。

また、医師が改善が期待できると判断する場合は、従来通り標準算定日数を超えても実施可能とした。

4 平成21年度介護報酬改定（参考資料P7）

平成21年度介護報酬改定において、以下のような取組みをおこなない、医療保険でリハビリテーションを受けている利用者の円滑な介護保険のリハビリテーションへの移行を図った。

(1) 保険医療機関のみなし指定

医療保険でリハビリテーションを受けている患者が、同じ施設で引き続き介護保険のリハビリテーションを受けられるように、保険医療機関を介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。

(2) 短時間・個別リハビリテーションに対する評価

介護保険のリハビリテーションにおいても、医療保険と同様に短時間かつ20分以上の個別リハビリテーションについて評価を行った。

(3) 短期集中リハビリテーション実施加算

介護保険のリハビリテーション初期の早期の集中的なりハビリテ

ーションに対する評価の引き上げを行った。

第2 現状と課題

- 回復期のリハビリテーションの充実が進む一方、発症後早期からのリハビリテーションについては十分とは言えないとの指摘が見られる。特に、運動器リハビリテーションについては、発症後早期の患者に対応する場合に人員配置等の基準が十分ではないことから、大腿骨頭部骨折の手術後患者などの急性期の患者に対して十分なリハビリテーションが提供されていない場合があることが指摘されている（参考資料 P16）。
- 脳血管疾患等リハビリテーションの対象患者とされている廃用症候群については、患者の状態像や提供されているリハビリテーションの内容について実態が十分に把握できていないとの指摘がある（参考資料 P17）。
- 心大血管リハビリテーションは、外来で実施されるケースも増加しているが、施設基準等の要件が厳しいことにより実施施設数が限定されているとの指摘がある（参考資料 P18-22）。

第3 診療報酬上の評価

- 平成20年度診療報酬改定において、疾患別リハビリテーションの通減制を廃止するとともに、脳血管疾患等リハビリテーションを3段階の区分とした。

改

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	200点	235点	170点	170点
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	190点 新	80点	80点
リハビリテーション料（Ⅲ）		100点		

【届け出件数】

		平成19年		平成20年	
心大血管リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	217	(Ⅰ)	286
		診療所数	1		5
	(Ⅱ)	病院数	122	(Ⅱ)	111
		診療所数	17		16
脳血管疾患等リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	1,808	(Ⅰ)	1,980
		診療所数	60		61
		病院数		(Ⅱ)	1,060
		診療所数			259
	(Ⅱ)	病院数	3,399	(Ⅲ)	2,240
		診療所数	1,366		1,082
運動器リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	4466	(Ⅰ)	4637
		診療所数	3103		3292
	(Ⅱ)	病院数	1062	(Ⅱ)	976
		診療所数	644		644
呼吸器リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	2561	(Ⅰ)	2719
		診療所数	87		105
	(Ⅱ)	病院数	997	(Ⅱ)	967
		診療所数	168		165

【算定状況】(社会医療診療行為別調査各年6月審査分)

			平成19年		平成20年		
			算定件数	算定回数	算定件数	算定回数	
心大血管疾患リハビリテーション料	(I)	通減前	6,227	72,243	(I)	9,742	104,094
		通減後	350	7,090			
	(II)	通減前	2,168	23,577	(II)	826	18,292
		通減後	-	-			
心大血管疾患リハビリテーション医学管理料	(I)	-	-	/			
	(II)	3	3				
脳血管疾患等リハビリテーション料	(I)	通減前	154,613	5,255,413	(I)	253,641	7,205,973
		通減後	74,985	1,653,623			
	/			(II)	53,515	1,031,411	
							(II)
	通減後	33,764	447,520				
	脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料	(I)	4,566	7,566	/		
(II)		15,514	25,275				
運動器リハビリテーション料	(I)	通減前	456,910	4,495,077	(I)	505,994	5,917,826
		通減後	57,049	421,001			
	(II)	通減前	288,026	1,977,444	(II)	345,964	2,313,430
		通減後	31,496	146,671			
運動器リハビリテーション医学管理料	(I)	9,510	14,563	/			
	(II)	14,755	21,280				
呼吸器リハビリテーション料	(I)	通減前	15,255	150,594	(I)	28,728	277,052
		通減後	739	10,553			
	(II)	通減前	148	699	(II)	6,909	40,048
		通減後	80	640			
呼吸器リハビリテーション料	(I)	194	388	/			
	(II)	-	-				

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて評価を設けた。

早期リハビリテーション加算 30点(1単位につき) 新		
【算定要件】		
1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる		
2 入院中の患者についてのみ算定できることとする		
【算定件数】平成20年6月審査分		
	実施件数	算定回数
心大血管疾患リハビリテーション料		
早期リハビリテーション 加算	6,661	64,811
脳血管疾患等リハビリテーション料		
早期リハビリテーション 加算	96,842	2,012,158
運動器リハビリテーション料		
早期リハビリテーション 加算	104,580	1,527,591
呼吸器リハビリテーション料		
早期リハビリテーション 加算	14,505	125,615

3 各疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで医療保険で算定できることとした。

第4 論点

- 1 発症後早期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。また、急性期の運動器リハビリテーションが患者の必要度に応じて十分な体制の下で提供されることについて、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P8-10, 16）。
- 2 廃用症候群の患者に対して、そのニーズに応じたりハビリテーションを提供するための診療報酬上の措置についてどう考えるか（参考資料 P17）。
- 3 心大血管リハビリテーションについて、その普及性の向上のために、一定の体制を確保している医療機関における診療報酬上の評価についてどう考えるか。（参考資料 P18-22）
- 4 平成 21 年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P3-7）。

回復期リハビリテーション病棟について

第1 回復期リハビリテーション病棟に係る診療報酬の評価の変遷

1 平成 12 年度診療報酬改定

脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟について、回復期リハビリテーション病棟入院料として診療報酬上の新たな評価を設けた（参考資料 P24）。

2 平成 18 年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に 180 日を算定上限とする取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定した（参考資料 P25）。

3 平成 20 年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和した（参考資料 26）。

改定前	平成 20 年度改定後
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1,680 点 【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること 【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690 点 【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと 1 新規入院の1割5分以上が重症の患者であること 2 退院患者の在宅復帰割合が6割以上であること 【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること 【重症患者回復病棟加算】 50 点（1日につき） 【算定要件】 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること 【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595 点 【算定要件】 当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

	【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1と同じ。
--	---

【届出状況】

			平成 19 年	平成 20 年	
回復期リハビリテーション病棟入院料	1	医療機関数		27388	
		一般病棟	病棟数	115	
			病床数	5047	
		療養病棟	病棟数	140	
	病床数		6555		
	2	医療機関数	794	716	
		一般病棟	病棟数	366	311
			病床数	16137	13770
		療養病棟	病棟数	598	561
			病床数	27388	25296

【算定状況】各年6月審査分

		平成 19 年	平成 20 年
回復期リハビリテーション病棟入院料	実施件数	54,023	49,920
	算定回数	1,124,190	1,085,337
重症患者回復病棟加算	実施件数		9,483
	算定回数		193,685

第2 平成 20 年度診療報酬改定調査検証部会の調査結果

1 平成 21 年度診療報酬改定結果検証調査によると、回復期リハビリテーション病棟の退棟患者の約 70-75%が在宅に移行している（参考資料 P29, 30）。

2 重症患者の入院割合については、回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰを算定している病棟が約 30%、入院料Ⅱを算定している病棟のうち平成 20 年 4 月以降に施設基準を取得した病棟が約 27%、それ以前に施設基準を取得した病棟が約 17%となっており、Ⅰを算定する病棟の方が重症者の入院割合が高くなっていた。また、重症患者のうち約 60%が退棟時に日常生活機能評価の点数が3点以上改善

していた（参考資料 P31, 32）。

- 3 患者 1 人 1 日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均 4.5～5.7 単位であったが、2 単位以下という病棟も見られた。病棟におけるリハビリテーション提供体制については、平日と比較して日曜日の人員配置が著しく少なくなっていた（参考資料 P33-35）。

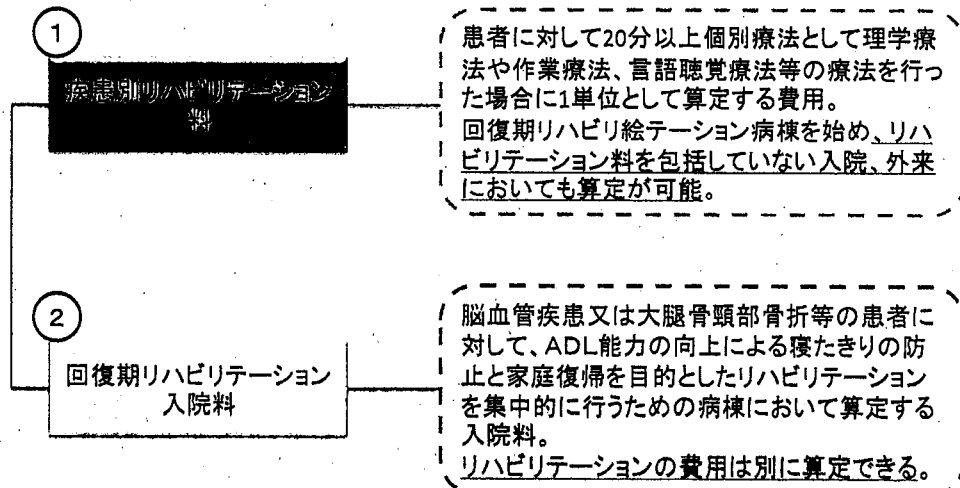
第 3 論点

- 1 調査検証結果を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の質の評価についてどう考えるか（参考資料 P26-32）。
- 2 回復期リハビリテーション病棟において、患者の回復に必要なリハビリテーションが十分に提供される体制の担保について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P33-35）。

参考資料

リハビリテーション

リハビリテーションに関する議論について



参考資料

疾患別リハビリテーション

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、

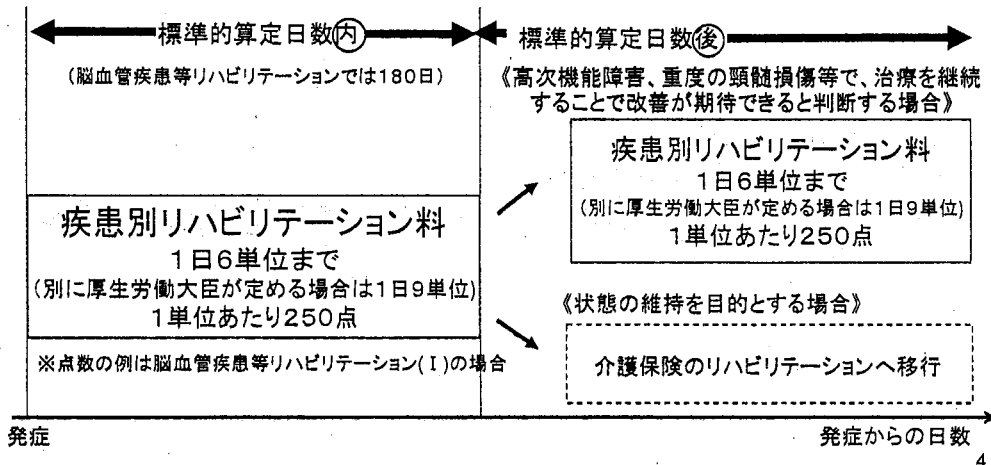
- ◆ もっとも重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分行われていない
 - ◆ 長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われている
 - ◆ 医療から介護への連続するシステムが機能していない
 - ◆ リハビリテーションとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリテーションとケアが混在して提供されているものがある
 - ◆ 在宅におけるリハビリテーションが十分でない
- との指摘を受けたところ。

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。

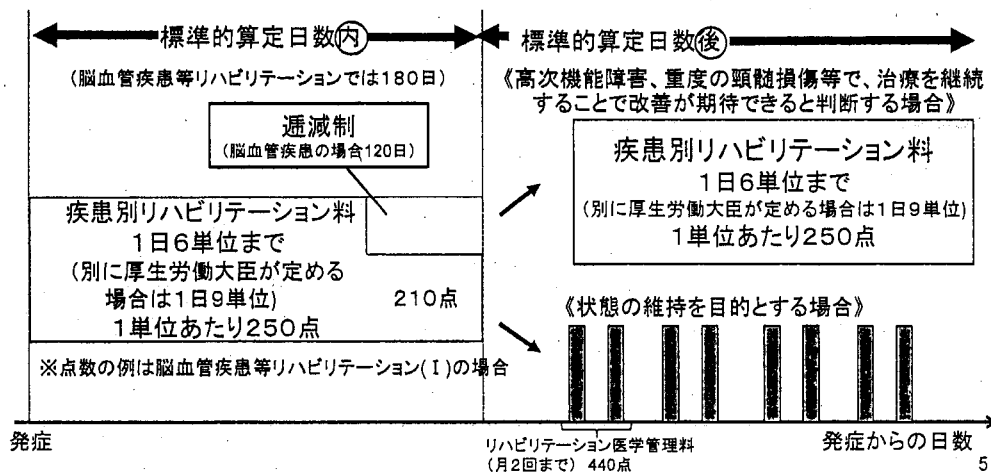
平成18年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区分を廃止し、疾患別の評価体系を導入。
- 集団療法の評価の廃止。(介護保険では集団療法存続)
- 1人1日あたりの上限は4単位から6単位に拡大。



疾患別リハビリテーションの見直し(平成19年度 イメージ)

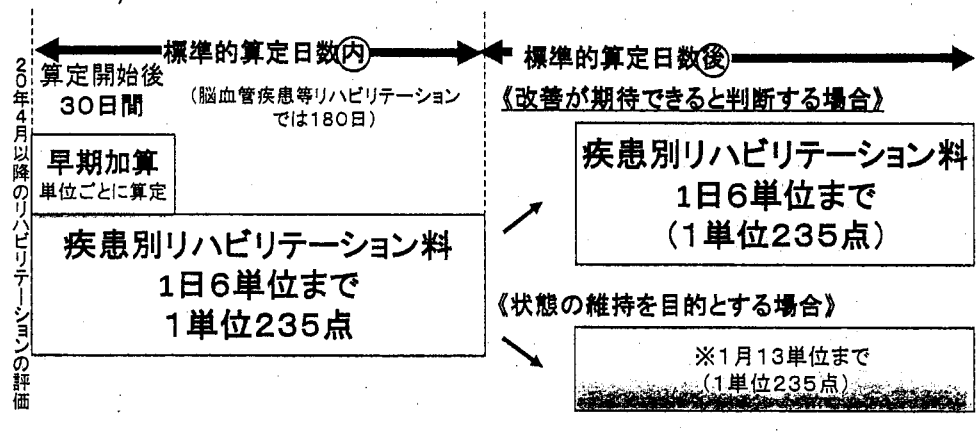
- 医師が改善が期待できると判断する場合に標準的算定日数上限の除外対象となる疾患の見直し。
- 疾患別リハビリテーションに逓減制を設けると共に、維持期のリハビリテーションに対してリハビリテーション医学管理料を新設。



平成20年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価

例:1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



通所リハビリテーションに関する介護報酬の主な改定内容(平成21年度)

1. 保険医療機関のみなし指定について

医療保険でリハビリテーションを受けている利用者が、同じ施設で引き続きリハビリを続けられるよう、保険医療機関については、介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。特に、医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、通所リハビリ事業所の施設基準を満たすことから、実際に介護報酬を算定することが可能となった。
2. 短時間・個別リハビリテーションに対する評価

医療保険の疾患別リハビリテーションと同様に、介護保険においても、短時間かつ20分以上の個別リハを提供するリハビリテーションについて評価を行った。
(例)通常規模リハビリテーション費所要時間1時間以上2時間未満の場合 要介護3 330単位
3. 短期集中リハビリテーション実施加算

早期の集中的なリハビリテーションに対する評価の引き上げを行った。
(例)・退院・退所日又は認定日から起算して1月以内 180単位/日 ⇒ 280単位/日
・退院・退所日又は認定日から起算して1月超3月以内 130単位/日 ⇒ 140単位/日
注 退院・退所日又は認定日から起算して3月を超えている期間に、個別リハビリテーションを行った場合には、個別リハビリテーション実施加算として80単位/日を算定可能(月13回を限度)

		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
PT/OT等のスタッフ	10名		(I)235点		
	4名		(II)190点		
	2名	(I)200点	(III)100点	(I)170点	(I)170点
	1名			(II)80点	(II)80点
	常勤でない従事者 1名	(II)100点			
算定日数上限		150日	180日	150日	90日

8

疾患別リハビリテーション料の施設基準について①

脳血管疾患等 ※1	I	病院・診療所:160㎡以上 (STは個別療法室6㎡以上)	専任の常勤医師 1名 ① PT:5名以上 ② OT:3名以上 ③ ST:1名以上 (STを行う場合) ①~③の合計で10名以上	235点
	II	病院:100㎡以上 診療所:45㎡以上 (STは個別療法室6㎡以上)	専任の常勤医師 1名 PT・OT・ST (STを行う場合) が各1名以上 合計4名以上	190点
	III	病院:100㎡以上 診療所:45㎡以上 (STは個別療法室6㎡以上)	専任の常勤医師 1名 ① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ③ ST:1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	100点
運動器 ※2	I	病院:100㎡以上 診療所:45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT:2名以上 ② OT:2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	170点
	II	病院・診療所:45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点

※1 脳血管疾患等リハビリテーション(II)の施設であっても、研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等が訓練を行った場合は脳血管リハビリテーション(III)の点数を算定する

※2 運動器リハビリテーション(I)の施設であっても、研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等が訓練を行った場合は運動器リハビリテーション(II)の点数を算定する

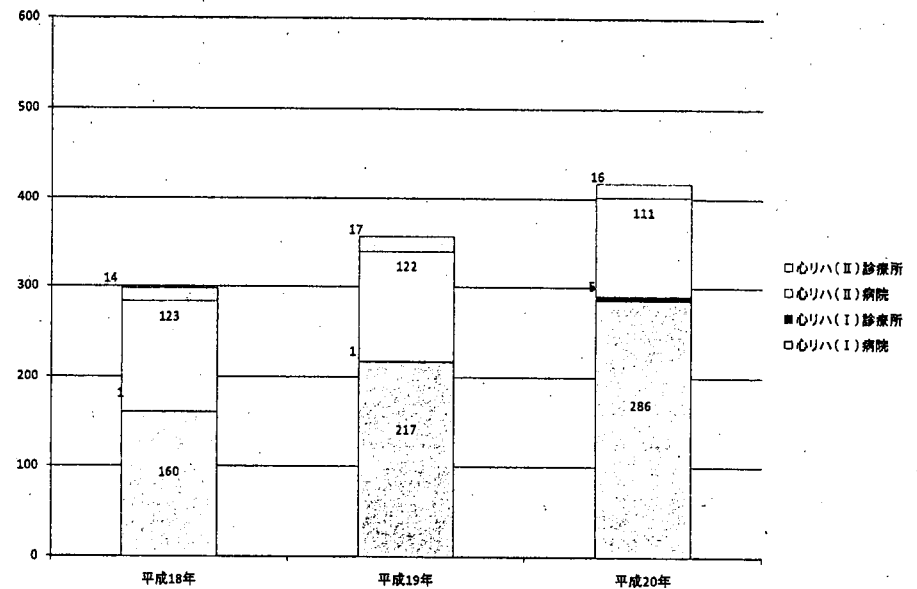
9

心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数

呼吸器	I	病院:100㎡以上 診療所:45㎡以上	専任の常勤医師 1名 PT・OTの合計2名以上	170点
	II	病院・診療所:45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点
心大血管	I	病院:30㎡以上 診療所:20㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT:2名以上 ② 看護師:2名以上 ③ PT・看護師 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	200点
	II	病院:30㎡以上 診療所:20㎡以上	常勤医師 1名 ① PT:1名以上 ② 看護師:1名以上 ①②のいずれかを満たすこと (PT・看護師は常勤でなくてもよい)	100点

10

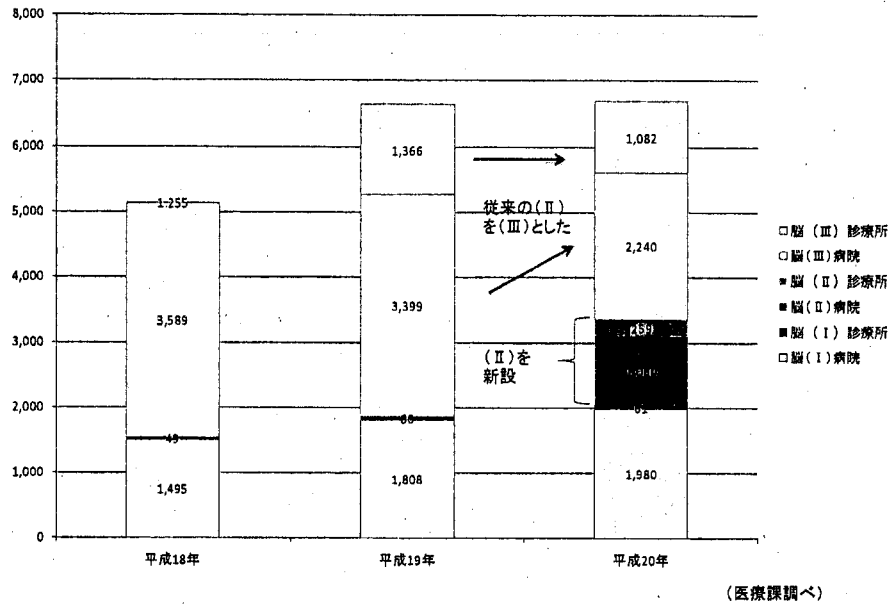
心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数



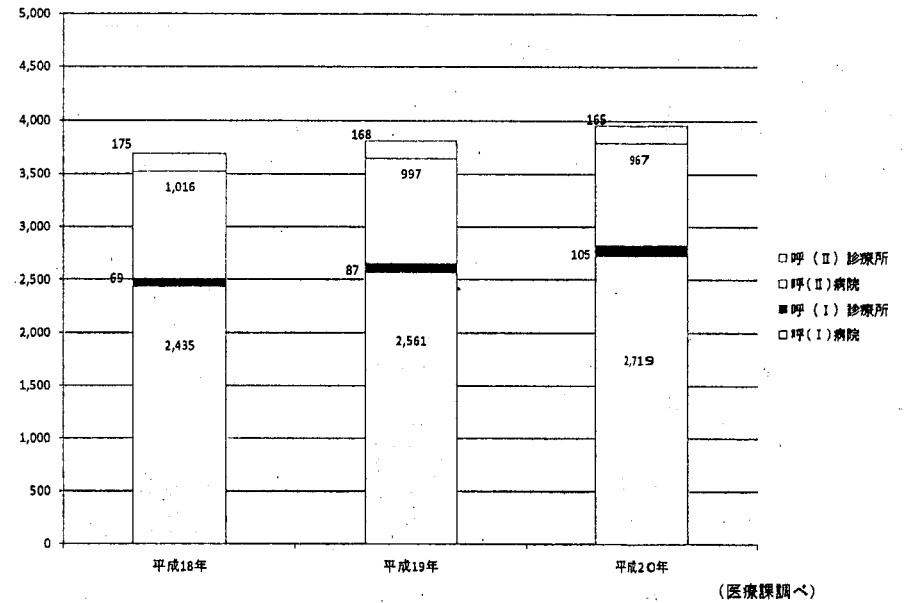
(医療課調べ)

11

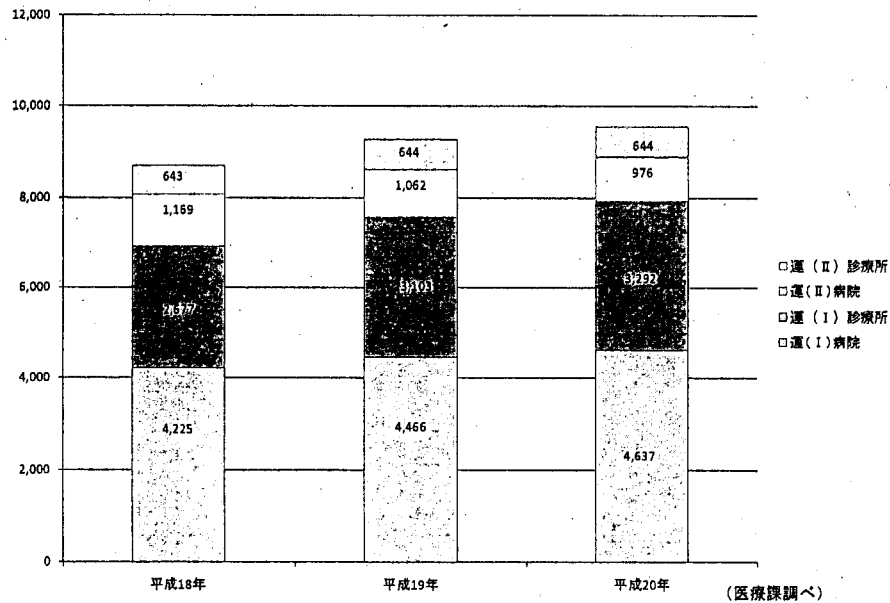
脳血管疾患等リハビリテーション料届出施設数



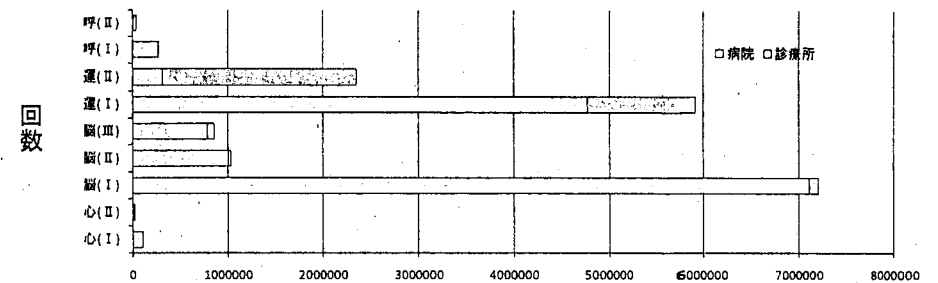
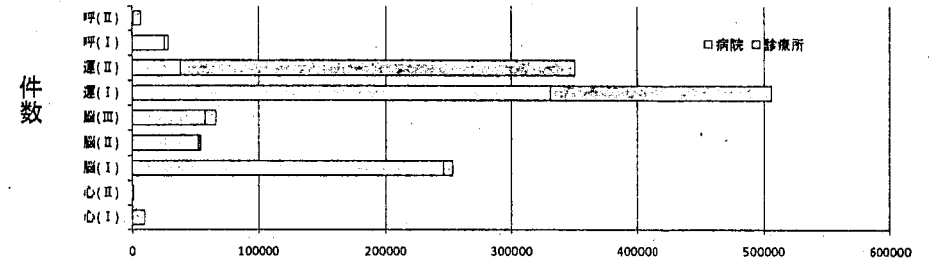
呼吸器疾患リハビリテーション料届出施設数



運動器疾患リハビリテーション料届出施設数



リハビリテーション料の算定件数、回数

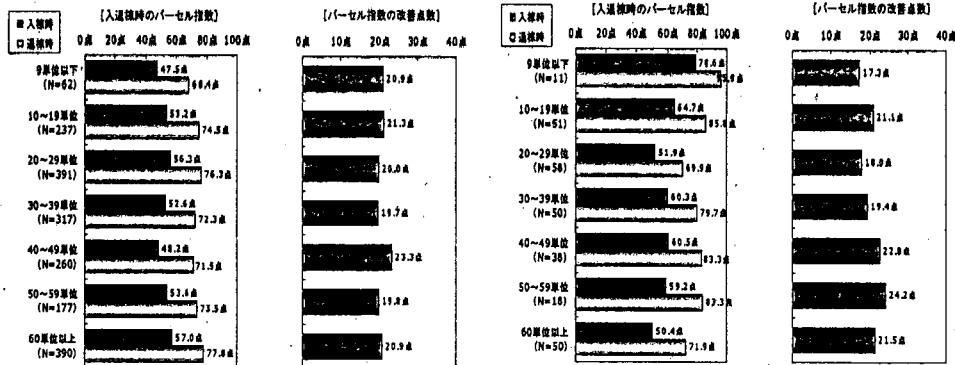


	早期加算算定件数	早期加算算定回数	1件あたり早期加算算定回数
脳血管疾患等リハビリテーション	96842	2012158	20.8
運動器リハビリテーション	104580	1527591	14.6

(H20社会医療診療行為別調査)

【回復リハビリテーション入院料1算定患者】
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均41.0単位

【回復リハビリテーション入院料2算定患者】
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均37.3単位

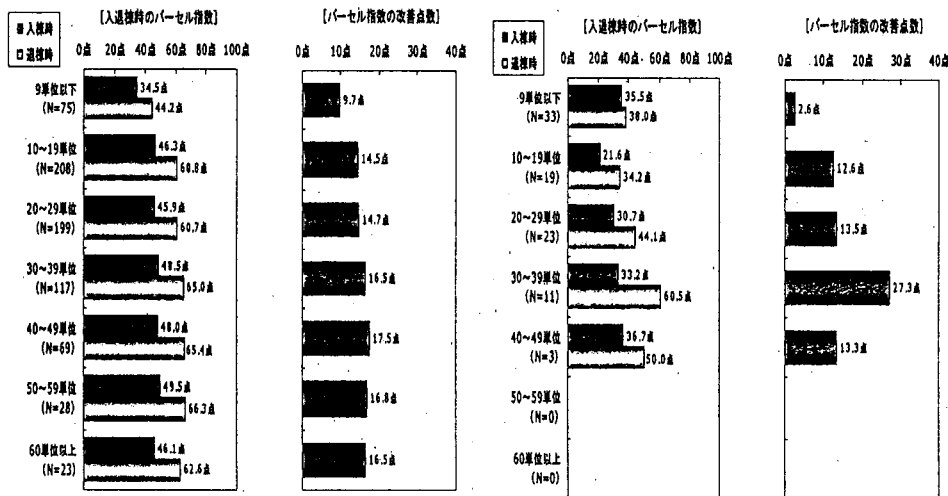


(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

廃用症候群に関するリハビリテーションの効果

【回復リハビリテーション入院料1算定患者】
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均25.4単位

【回復リハビリテーション入院料2算定患者】
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均17.1単位



(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

心筋梗塞に対するリハビリテーション

急性期・回復期・維持期に分類される。

- ・運動耐用能の改善
- ・リスクファクター改善・・・心拍数減少、血圧低下、体重・脂肪過多改善等
- ・抗血栓効果・・・血漿量の増加、血液年度の低下、血小板凝集の低下等
- ・心筋障害と致死性心室性頻脈性不整脈の発生リスクの低下

心臓術後のリハビリテーション

上記に加え、

- ・バイパスグラフト開存率の改善
- ・開心術後の再入院率の減少

狭心症に対するリハビリテーション

狭心症状の改善、冠動脈病変の進行抑制、心筋灌流改善

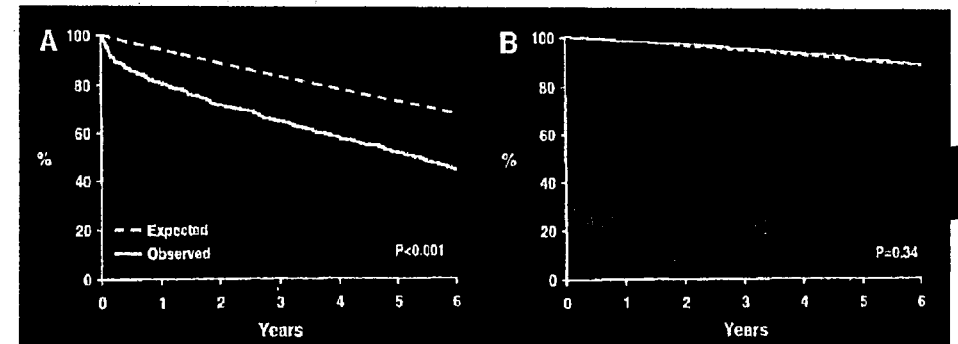
慢性心不全に対するリハビリテーション

安定期の慢性心不全に対し、運動耐用能、QOL、長期予後の改善

(心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2007年改訂版))

心筋梗塞後心臓リハビリテーションの効果

心リハを行った例(55%)と行わなかった例との生命予後比較。

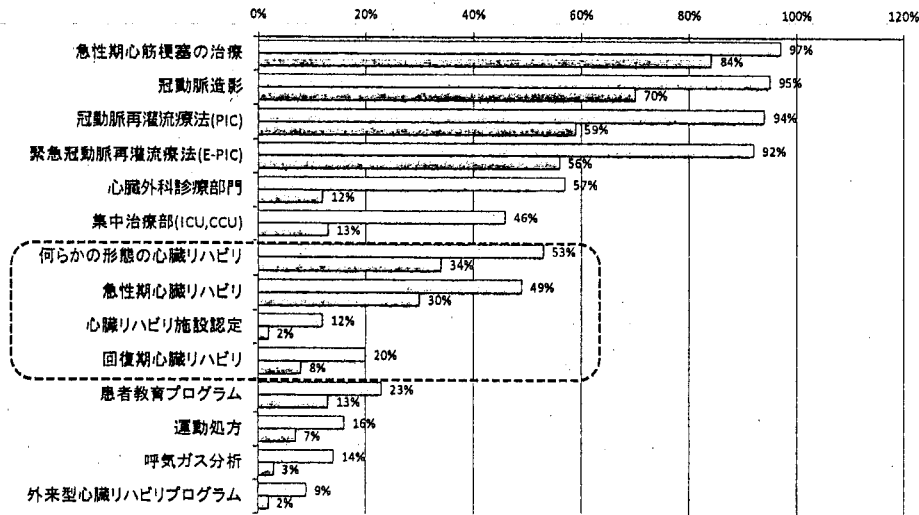


対象: ミネソタ州オルムステッド郡の心筋梗塞患者1821例
結果: 観察期間6.6±4.6年、死亡774例、MI再発493例。
死亡は56%減少、再発は28%減少

JACC 2004;44:988-96 (破線はミネソタ州の予測生存曲線)

心臓リハビリテーションの普及状況

*p<0.01



□心臓治療、リハビリテーションの普及状況 日本循環器学会認定教育施設(n=526)

□心臓治療、リハビリテーションの普及状況 日本循環器学会協力病院(n=194)

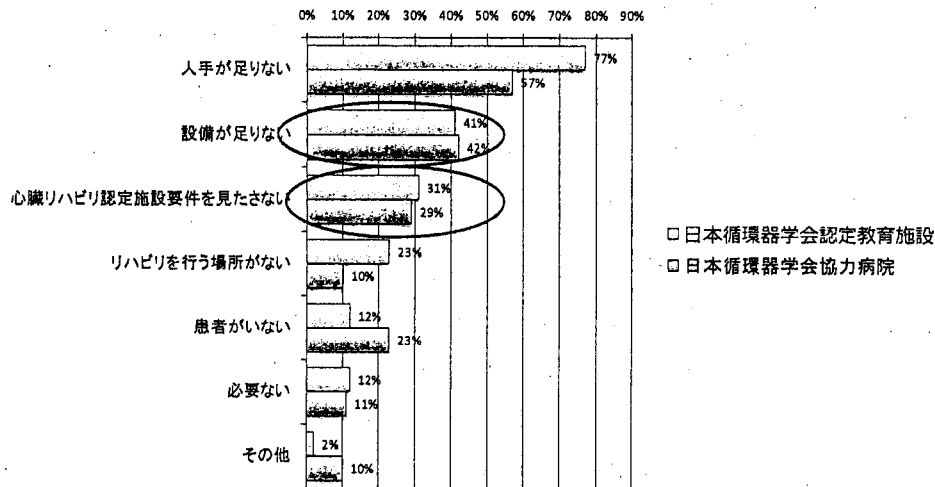
(Goto Y et al. Circ J 173-179, 2007.)

21

参考資料

回復期リハビリテーション病棟

心臓リハビリテーションが普及しない理由



Data were collected from 222 of the 245 JCS training hospitals (left panel) and 106 of the 128 JCS associate hospitals (right panel) that were not performing any cardiac rehabilitation. The first reason and the second reason were cumulated.

(Goto Y et al. Circ J 173-179, 2007.)

22

回復期リハビリテーション病棟とは？

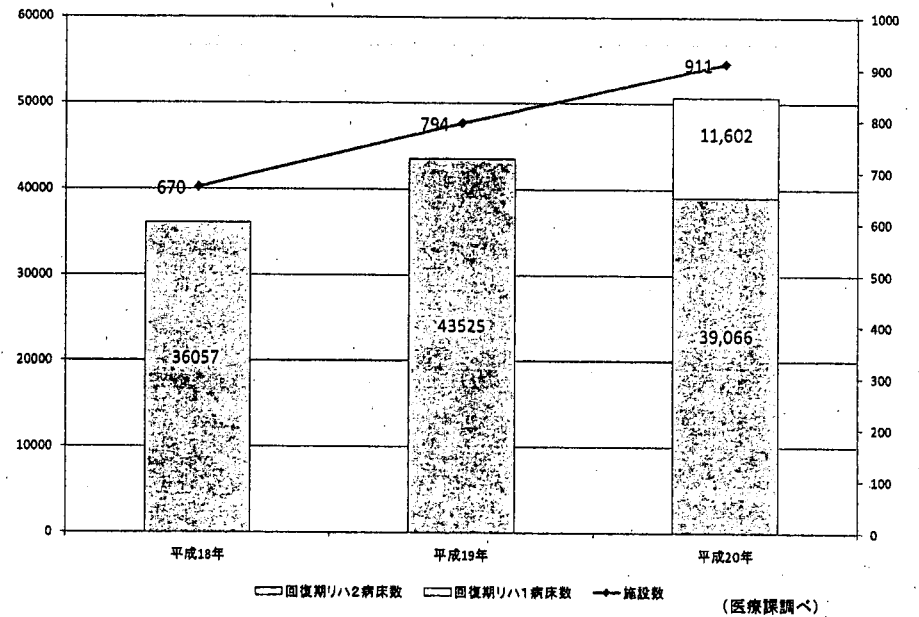
ADL能力の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟

<要件の概要>

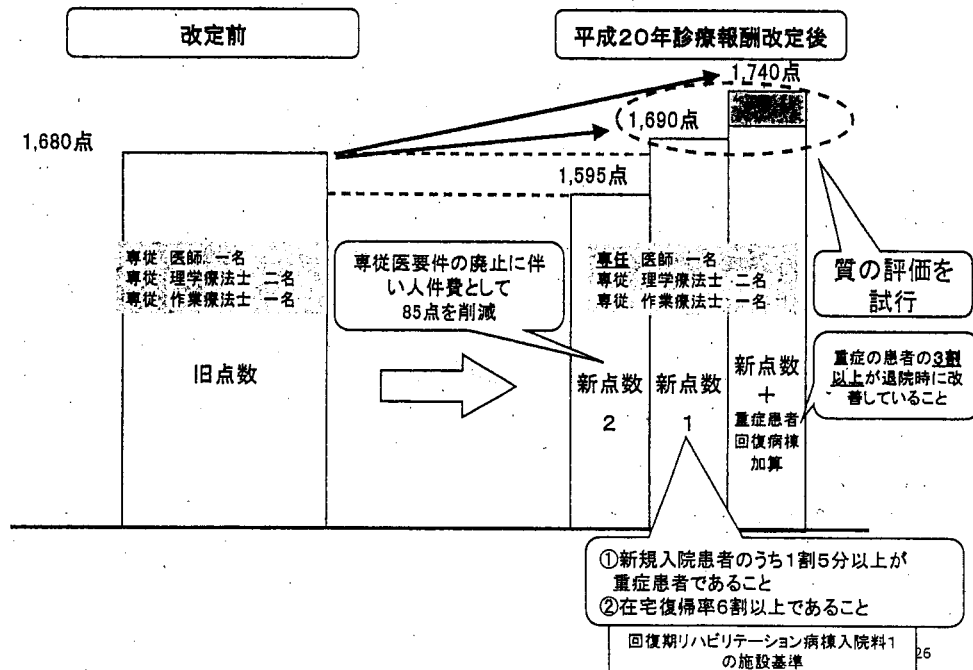
- ・回復期のリハビリテーションを要する患者が常時8割以上入院していること。
- ・病棟に専任医1名以上を常勤配置すること。
- ・病棟に専従の理学療法士2名、作業療法士1名以上を常勤配置すること。

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
1,690点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1	・脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の回復期リハビリテーションの必要性が高い患者を8割以上入院させている	なし	・入院料1 195 5,047(一般) 6,555(療養)
			・入院料2 716 13,770(一般) 25,296(療養)
180日※2	主な人員基準等	主な施設基準等	
	・専任の医師:1名 ・専従の理学療法士:2名 ・専従の作業療法士:1名 ・看護職員:15対1 ・看護師比率40%	・個室面積:患者1人あたり6.4㎡ ・患者の利用に適した浴室及び便所 ・廊下の幅 1.8mが望ましい (ただし両側に居室がある場合2.7m) (入院料1) ・新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること ・在宅復帰率が6割以上であること	

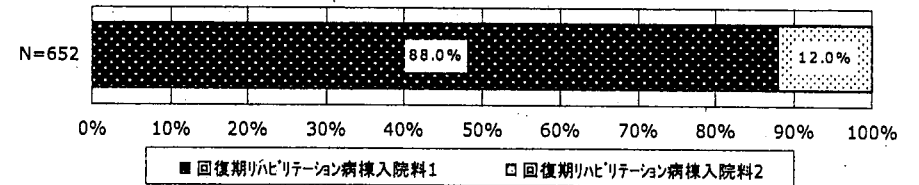
※1 リハビリテーションに係る費用等を除く
 ※2 高次脳機能障害を伴う重症脳血管障害等の場合



回復期リハビリテーション病棟の質の評価について

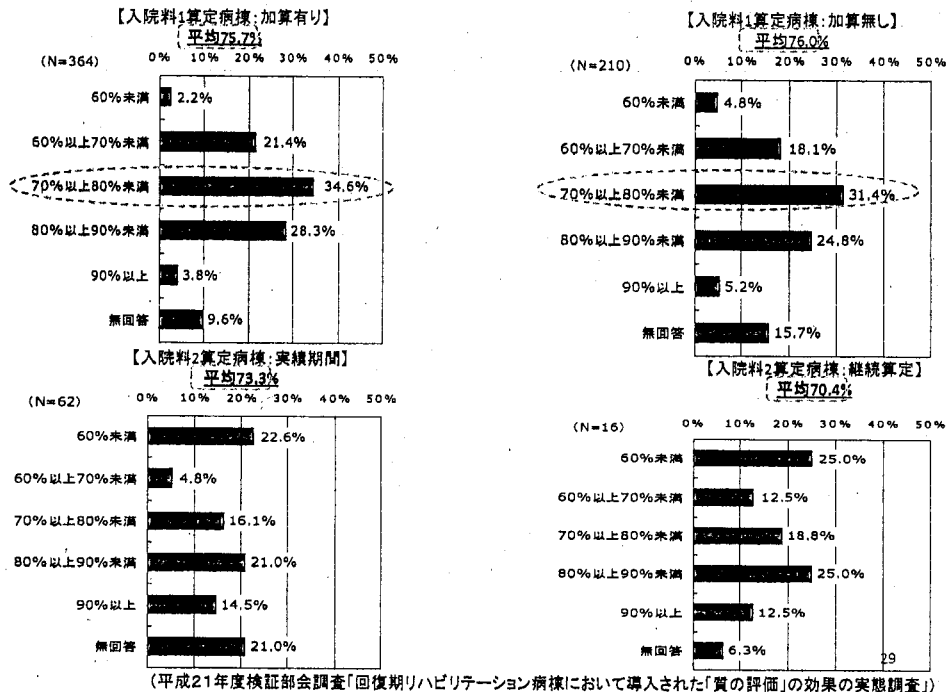


検証部会の結果



- ・重症患者回復病棟加算... 入院料1の算定病床の63.4%
- ・入院料2のうちH20.4以降に基準取得(実績期間)... 入院料2の算定病床の79.5%
- ・入院料2のうちH20.3以前に基準取得(継続算定)... 入院料2の算定病床の20.5%

在宅復帰率

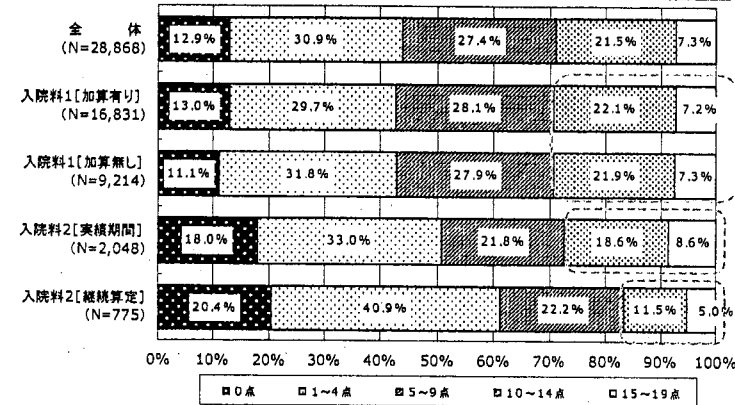


重症者の割合

・新入棟患者の日常生活機能評価の点数の分布(図表3-14)

⇒10点以上の重症患者の割合

- 入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り) … 29.3%
- 入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し) … 29.2%
- 入院料2算定病棟(H20.4以降に基準取得:実績期間) … 27.2%
- 入院料2算定病棟(H20.3以前に基準取得:継続算定) … 16.5%



重症者の改善状況、退棟患者の退棟後の居場所

・入棟時に重症であった患者の退棟時の日常生活機能評価の改善状況(図表3-17)
【全体】

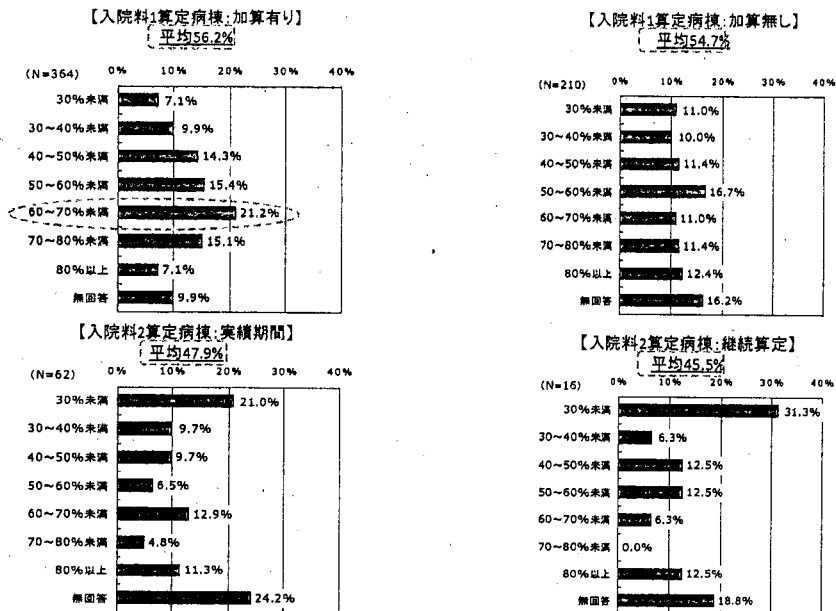
退棟患者	人数	割合
【再掲】入棟時の日常生活機能評価の点数が10点以上の患者	7,457人	27.2%
【再々掲】退棟時に点数が3点以上改善していた患者	4,329人	15.8%

・退棟患者の退棟後の居場所(図表3-18)

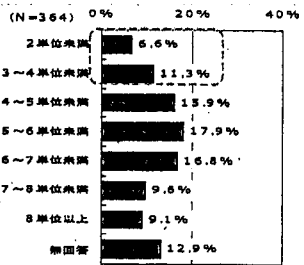
退棟後の居場所	全体 (N=28,868)	入院料1 [加算有り] (N=16,831)	入院料1 [加算無し] (N=9,214)	入院料2 [実績期間] (N=2,048)	入院料2 [継続算定] (N=775)
① 在宅	68.6%	68.6%	69.5%	65.9%	67.1%
自 院					
② ①を除く一般病床	0.2%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%
③ ②を除く一般病床	4.5%	4.4%	4.4%	5.1%	3.6%
④ ②を除く療養病床	2.2%	1.8%	1.7%	5.7%	7.3%
⑤ ②~④を除くその他の病床	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%
他 院					
⑥ 回復期リハビリテーション病棟【病院】	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.7%
⑦ ⑥を除く一般病床【病院】	6.4%	6.5%	6.8%	5.3%	4.4%
⑧ ⑥を除く療養病床【病院】	3.1%	3.4%	2.7%	2.1%	3.4%
⑨ ⑥~⑧を除くその他の病床【病院】	0.4%	0.5%	0.3%	0.7%	0.1%
⑩ 有床診療所	0.2%	0.2%	0.1%	0.7%	0.0%
そ の 他					
⑪ 介護老人保健施設	7.3%	7.4%	7.8%	5.9%	5.6%
⑫ 介護老人福祉施設	1.7%	1.7%	1.5%	2.3%	2.2%
⑬ グループホーム	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	1.8%
⑭ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム	2.0%	2.1%	1.9%	2.1%	2.3%
⑮ 高齢者専用賃貸住宅	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.6%
⑯ 障害者支援施設	0.2%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
⑰ 死亡	0.6%	0.6%	0.5%	1.1%	0.3%
⑱ その他	0.4%	0.4%	0.5%	0.3%	0.1%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

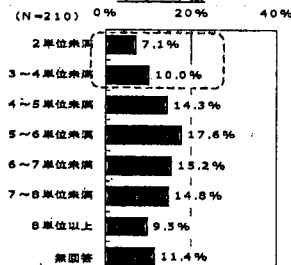
重症患者回復率



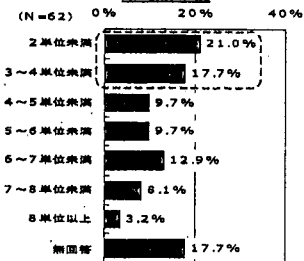
【回復期リハビリテーション病棟入院料1算定病棟
重症患者回復病棟加算有り】
平均5.6単位



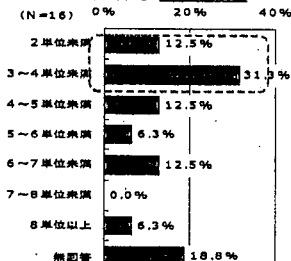
【回復期リハビリテーション病棟入院料1算定病棟
重症患者回復病棟加算無し】
平均5.7単位



【回復期リハビリテーション病棟入院料2算定病棟:実績期間】
平均4.5単位

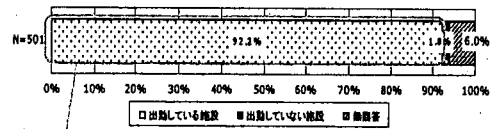


【回復期リハビリテーション病棟入院料2算定病棟
継続算定】平均4.5単位



(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

・土曜【平成21年7月4日(土)】のリハビリテーションに係る職種の出動状況

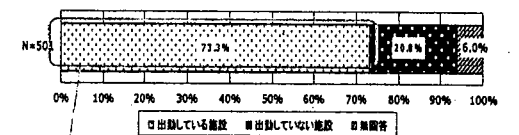


・土曜に出勤したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数(実人数)

職種	1施設当たり出勤した職員数			100床当たり出勤職員数	平日の出勤専従に対する割合
	常勤	非常勤	合計		
医師【専任】	1.8人	0.3人	2.0人	1.0人	64.7%
看護師【専従】	7.7人	0.5人	8.2人	3.8人	80.6%
理学療法士【専従】	9.2人	0.1人	9.3人	4.4人	70.8%
作業療法士【専従】	6.3人	0.1人	6.3人	3.0人	71.0%
言語聴覚士【専従】	2.2人	0.1人	2.3人	1.1人	67.3%
長距離夜勤・あん摩マッサージ指圧師【専従】	0.2人	0.0人	0.2人	0.1人	82.0%
合計	27.3人	1.1人	28.3人	13.3人	72.7%
1施設当たり病床数	213.2床				

(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

・日曜【平成21年7月5日(日)】のリハビリテーションに係る職種の出動状況



・日曜に出勤したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数(実人数)

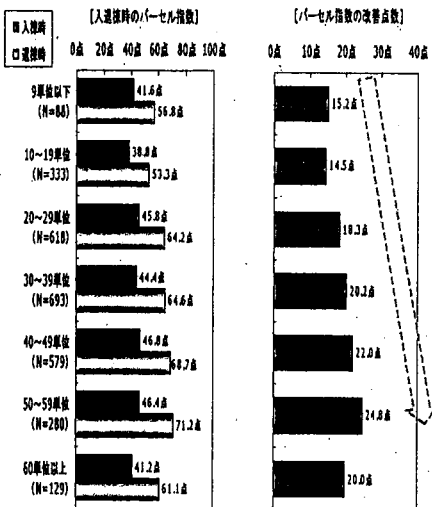
職種	1施設当たり出勤した職員数			100床当たり出勤職員数	平日の出勤専従に対する割合
	常勤	非常勤	合計		
医師【専任】	0.4人	0.2人	0.6人	0.3人	19.7%
看護師【専従】	8.0人	0.3人	8.3人	3.9人	69.4%
理学療法士【専従】	3.2人	0.0人	3.2人	1.5人	24.3%
作業療法士【専従】	2.3人	0.0人	2.3人	1.1人	25.6%
言語聴覚士【専従】	0.5人	0.0人	0.5人	0.2人	15.4%
長距離夜勤・あん摩マッサージ指圧師【専従】	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	2.3%
合計	14.3人	0.5人	14.9人	7.0人	36.6%
1施設当たり病床数	213.2床				

35

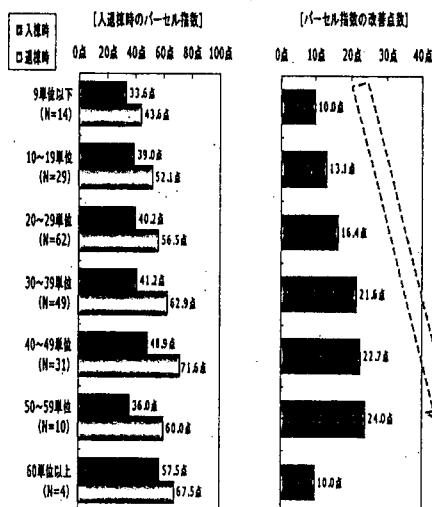
リハビリテーション提供単位数と改善状況

入棟日の翌週1週間のリハビリテーション(理学+作業+言語療法)の実施状況別に見た パーセル指数の改善状況(図表4-37)
【脳血管疾患】

【回復期リハビリテーション入院料1算定患者】
平均34.4単位



【回復期リハビリテーション入院料2算定患者】
平均29.7単位



(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)