

医療情報  
ヘッドライン

## オンライン診療の適切な指針案を提示 医師側都合ではなく患者の求めが前提

▶厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会

## 医療機関の死亡事故、2017年件数307件 想定のおよそ2割程度しか報告されていない状況

▶一般社団法人 日本医療安全調査機構

経営  
TOPICS

### 統計調査資料

#### 最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年6～7月）

経営情報  
レポート

### 療養病床の転換先として創設 新類型「介護医療院」の行方

ジャンル:機能選択 サブジャンル:急性期病院と慢性期病院

経営  
データ  
ベース

### 病院の機能分化を計る現状分析 リハビリテーションに注力するポイント

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。



京都本社  
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル  
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565  
滋賀本社  
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階  
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540  
大阪支社  
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F  
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

# オンライン診療の適切な指針案を提示 医師側都合ではなく患者の求めが前提

厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会

厚生労働省は、3月9日に開かれた「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」で「オンライン診療の適切な実施に関する指針（案）」を提示し、オンライン診療は医師側の都合で行うものではなく、患者からの求めがなければ実施すべきでないとした。また、医師と患者が1対1で診療を行っていることを確認するために、診療の開始時刻と終了時刻をアクセスログとして記録できるシステムの導入を推奨している。

## ■原則初診は対面診療で行うことも明記

指針案は、「医師、患者及び関係者が安心できる適切なオンライン診療の普及を推進するため」に策定された。オンライン診療で最低限遵守する事項や推奨される事項と、その考え方が示されている。また、今後さらなる技術革新がなされ、情報通信機器の進化も予測されることから、定期的に内容を見直すとしている。これまで都度確認されてきたが、原則として初診は対面診療で行うことも改めて明記した。初診後も「同一医師による対面診療を適切に組み合わせて行うべき」だとしており、具体的には言及されていないものの、オンライン診療は診療所などの「かかりつけ医」が行うものだと暗に示している。また、「患者側からの求めがあってはじめて成立」する診療スタイルであることを明記するなど、あくまで利便性を求める規制緩和であることを強調。医療機関側は、患者が希望する旨を「明示的に確認」しなければならないとしている点に留意が必要である。

そのほか、「医師免許を保有していることを

患者が確認できる環境」を整えるべきとしていることにも注意したい。初診で対面診療を行った場合は証明する必要がないとも付記されているが、念のためウェブカメラで映り込む範囲に医師免許証やHPKIカード（医師資格証）を配置しておくべきだろう。患者側にも、保険証や運転免許証の提示を求めているが、これも医師と同様に対面診療を経ている場合は提示の必要はないとしている。

## ■オンライン診療導入を本格検討している

### 医療機関は、今のうちにチェックすべき

今回2回目の会合に先立ち、2月に行われた第1回会合では、これまで「遠隔診療」と呼んできたビデオチャットなどを活用した診療を、へき地や離島のみならず近隣の患者に対して実施することも多いことから、「オンライン診療」と呼称することに決定した。

厚労省が提示した指針案では、「遠隔医療のうち、医師一患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果を伝達する等の診療行為を、リアルタイムで行う行為」と定義されている。オンライン診療の導入を本格検討している医療機関は、今のうちにチェックしておくべきだろう。

なお、2018年度の診療報酬改定でオンライン診療が初めて評価の対象となり、「オンライン診療料」（1月につき70点）、「オンライン医学管理料」（1月につき100点）、「在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料」（1月につき100点）、「精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料」（1月につき100点）が新たに設けられている。

# 医療機関の死亡事故、2017年件数307件 想定のお2割程度しか報告されていない状況

一般社団法人 日本医療安全調査機構

医療法で定められた医療事故・支援センターである一般社団法人日本医療安全調査機構は、3月15日に「医療事故調査・支援センター 平成29年（2017）年報〈事業報告〉」を発表した。

同センターで集積した医療事故報告の情報を公開したが、それによると、2017年に医療機関で起こった死亡事故の報告件数は370件で、2016年の406件に比べ、36件減少している。

## ■患者が死亡してから日本医療安全調査機構に報告するまでの平均日数は57.2日

医療事故調査制度は2015年10月にスタートし、予期しない死亡・死産事故が調査対象で、医療機関は事故が発生したら日本医療安全調査機構に報告する義務がある。

制度開始当初は、毎年1,000～2,000件程度の報告件数があるとの見込みだった。しかし、スタートした2015年の報告件数は81件で、10月スタートだったため3カ月しかなく、件数が少なくなるのは想定内だったが、2016年、2017年の報告件数は前述のとおりであり、想定のお2割程度しか報告されていない状況が続いていることとなる。

想定よりも報告件数が少ない理由として考えられるのは、医療機関が「予期しない死亡事故」と判断していないケースだ。

患者が死亡してから日本医療安全調査機構に報告するまでの平均日数は57.2日で、

2016年の36.2日よりも伸びており、最長は657日となっている。

ここまで長引いたのは、医療機関側が事故となかなか認めず、遺族からの強い要請で重い腰を上げたと考えるのが自然だろう。

それを裏付けるように、事故と判断されない不満を相談する遺族は増えており、日本医療安全調査機構に寄せられた相談件数は814件となった。2016年に比べて25.2%増えており、「医療事故報告対象の判断」が全体の約6割を占める487件となっている。

## ■遺族からの求めに応じて

### 医療機関へ伝達した件数はわずか21件

それに対し、義務付けられている院内調査の動きは鈍い。2017年の報告件数は321件と、死亡事故報告件数の370件と数が合致せず、詳細な原因を分析する画像診断は191件と少ない。医療機関側の消極的な姿勢が透けて見える状況だといえる。

また、「遺族からの求めに応じて医療機関へ伝達した件数」は病院19件、診療所2件のわずか21件に留まり、日本医療安全調査機構の運営姿勢も問われる事態だろう。

なお、日本医療安全調査機構は日本医学会連合、全国医学部長病院長会議、日本薬剤師会、日本看護協会のほか日本内科学会、日本外科学会など各学会が社員として加盟しており、国庫から毎年約1億2,000万円の補助金を受けて運営されている。



# 最近の医療費の動向

## / 概算医療費(平成29年6~7月)

厚生労働省 2017年12月22日公表

### 1 制度別概算医療費

#### ●医療費

(単位：兆円)

	総 計	医療保険適用							公 費
		75歳未満	被用者 保険	本人 家族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
				本人	家族				
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成 26 年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成 27 年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成 28 年度 4~3月	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
4~9月	20.4	11.8	6.0	3.2	2.5	5.8	0.7	7.6	1.0
10~3月	20.9	12.1	6.3	3.4	2.7	5.7	0.8	7.8	1.0
平成 29 年度 4~7月	13.9	7.9	4.2	2.2	1.7	3.8	0.5	5.3	0.7
6月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2
7月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

## 2 診療種類別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成25年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成28年度4~3月	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
4~9月	20.4	16.2	7.8	7.0	1.4	3.7	0.4	0.09	8.2	10.7	1.4
10~3月	20.9	16.6	8.0	7.2	1.4	3.8	0.4	0.10	8.4	11.0	1.4
平成29年度4~7月	13.9	11.1	5.3	4.8	1.0	2.5	0.3	0.07	5.6	7.3	1.0
6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.3
7月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.3

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

## 3 医療機関種類別概算医療費

### (1)医療機関種類別医療費

#### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計						医科 診療所	歯科計		保険 薬局	訪問 看護 ステー ション	
		医科病院				大学 病院	公的 病院		法人 病院	個人 病院			歯科 病院
平成25年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7			2.2			▲6.4	0.7	
平成26年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
平成27年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3
平成28年度 4~3月	▲0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲0.9	1.5	3.4	1.4	▲4.8	17.3
4~9月	0.8	1.1	1.7	4.1	1.8	1.3	▲9.6	▲0.3	2.2	4.6	2.0	▲1.5	17.3
10~3月	▲1.6	▲0.2	0.2	1.1	▲0.4	0.6	▲12.4	▲1.3	0.8	2.1	0.7	▲7.8	17.3
平成29年度 4~7月	2.2	2.2	2.6	2.4	2.8	2.8	▲11.8	1.0	1.5	2.0	1.5	2.4	17.2
6月	1.9	1.5	1.5	1.4	1.1	2.0	▲11.3	1.6	2.0	0.8	2.1	3.2	16.5
7月	1.8	1.7	2.2	2.0	2.3	2.5	▲11.4	0.5	1.4	2.1	1.3	1.9	17.5

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医療機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医療機関を除く)。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

## (2)主たる診療科別医科診療所の医療費

### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
平成 28 年度 4～3月	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 3.9	0.5	0.7	▲ 1.2	0.1	▲ 1.1	▲ 1.0
4～9月	▲ 0.3	▲ 0.7	0.1	▲ 2.9	1.1	0.9	▲ 0.6	1.0	▲ 1.1	▲ 0.5
10～3月	▲ 1.3	▲ 1.3	▲ 1.5	▲ 5.0	▲ 0.2	0.5	▲ 1.9	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 1.6
平成 29 年度 4～7月	1.0	0.4	▲ 1.1	▲ 3.2	3.4	2.2	▲ 0.1	3.6	1.4	1.0
6月	1.6	0.9	0.4	▲ 2.3	4.2	1.7	▲ 1.0	3.7	4.2	1.8
7月	0.5	0.1	▲ 3.5	▲ 3.8	2.7	4.0	0.5	2.9	▲ 3.1	1.3

## (3)経営主体別医科病院の入院医療費

### ●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科 診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
平成 27 年度	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
平成 28 年度 4～3月	1.4	1.6	1.7	1.0	▲ 0.8	▲ 2.9
4～9月	1.6	2.4	2.0	1.1	0.4	▲ 3.0
10～3月	1.2	0.9	1.4	1.0	▲ 2.0	▲ 2.8
平成 29 年度 4～7月	3.0	2.2	3.2	2.9	▲ 3.8	▲ 1.8
6月	1.9	1.1	1.5	2.1	▲ 3.2	▲ 4.0
7月	2.4	1.4	2.0	2.5	▲ 3.2	▲ 2.0

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。



経営情報  
レポート  
要約版



医療経営

療養病床の転換先として創設

新類型

# 「介護医療院」の行方

1. 迫る介護療養病床廃止と新施設類型の創設
2. 新たな施設類型「介護医療院」の概要
3. 医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢
4. 今後の高齢者医療に期待される将来像



## 参考文献

厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

# 1

## 医業経営情報レポート

# 迫る介護療養病床廃止と新施設類型の創設

### ■ 医療費抑制を目的とした介護療養病床廃止と受け皿の整備

#### (1) 介護療養病床の廃止と新たな施設類型の創設

介護療養病床は、利用者の8割以上が後期高齢者であることから、社会保障費が膨らむ一因とされており、これまで廃止に向けた議論が続けられてきましたが、廃止期限を6年延長したものの、平成29年度末での廃止が決定しました。

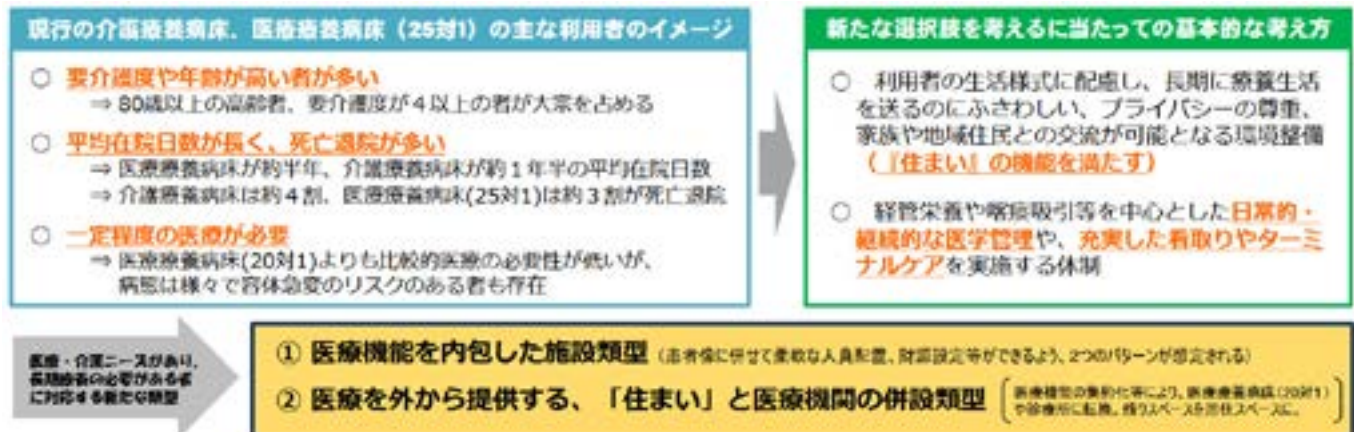
#### ◆ 入所者の年齢構成～介護療養型医療施設(診療所)は75歳以上が約90%



出典：平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益法人全日本病院協会）

廃止に伴い、現在介護療養病床等に入院する患者の受け皿となる新たな類型が必要となることから、平成28年6月から、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」や社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」で、平成30年度以降の新たな受け皿施設や移行計画について、様々な議論が交わされてきました。

#### ◆ 新たな選択肢の整理案



出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」



# 2

## 新たな施設類型「介護医療院」の概要

### ■ 新施設類型「介護医療院」の機能

#### (1) 介護医療院の2つのタイプ

社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」の提言により、「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の成立をもって創設された介護医療院には、医療機能の整備体制から大きく分けて2つのタイプがあります。

介護医療院は、病院や診療所と区別された新類型であり、医療の必要性が比較的高い方が利用する①医療機能を内包した施設系サービス、そして、医療を外から提供する②居住スペースと医療機関併設タイプ、の2種類が設けられました。

さらに①のなかでも、主な利用者として（Ⅰ）容体急変リスクのある医療必要度の高い利用者、（Ⅱ）医療の必要性は多様ながら（Ⅰ）に比べて容体が比較的安定した利用者、をそれぞれ想定した2つのパターンが示されました。

#### ◆「介護医療院」の概要

	①医療を内包した施設系サービス		②居住スペースと医療機関の併設型
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
施設の基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設		医療外付け型
設置根拠	介護保険法 *医療法上の医療提供施設		医療機関：医療法 居住スペース ：介護保険法 老人福祉法
主たる利用者像	重篤な身体疾患を有する者 及び身体合併症を有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	(Ⅰ)と比べて比較的容体が安定している者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定している者
施設基準(参考)	<u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床) 医師 48：1 看護 6：1 介護 6：1	<u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設) 医師 100：1 看護・介護 3：1	医療機関部分 ：算定する診療報酬施設基準 (参考：特定施設入居者介護) 医師 基準なし 看護・介護 3：1
面積	老健施設相当 (8.0㎡/床) ※多床室の場合はプライバシーに配慮した療養環境整備が必要(家具・パーテーション等)		(現行の有料老人ホーム) 居住スペース 個室 13.0㎡/室以上

(出典) 療養病床のあり方等に関する特別部会「療養病床のあり方等に関する議論の整理」

# 3

## 医療経営情報レポート

# 医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢

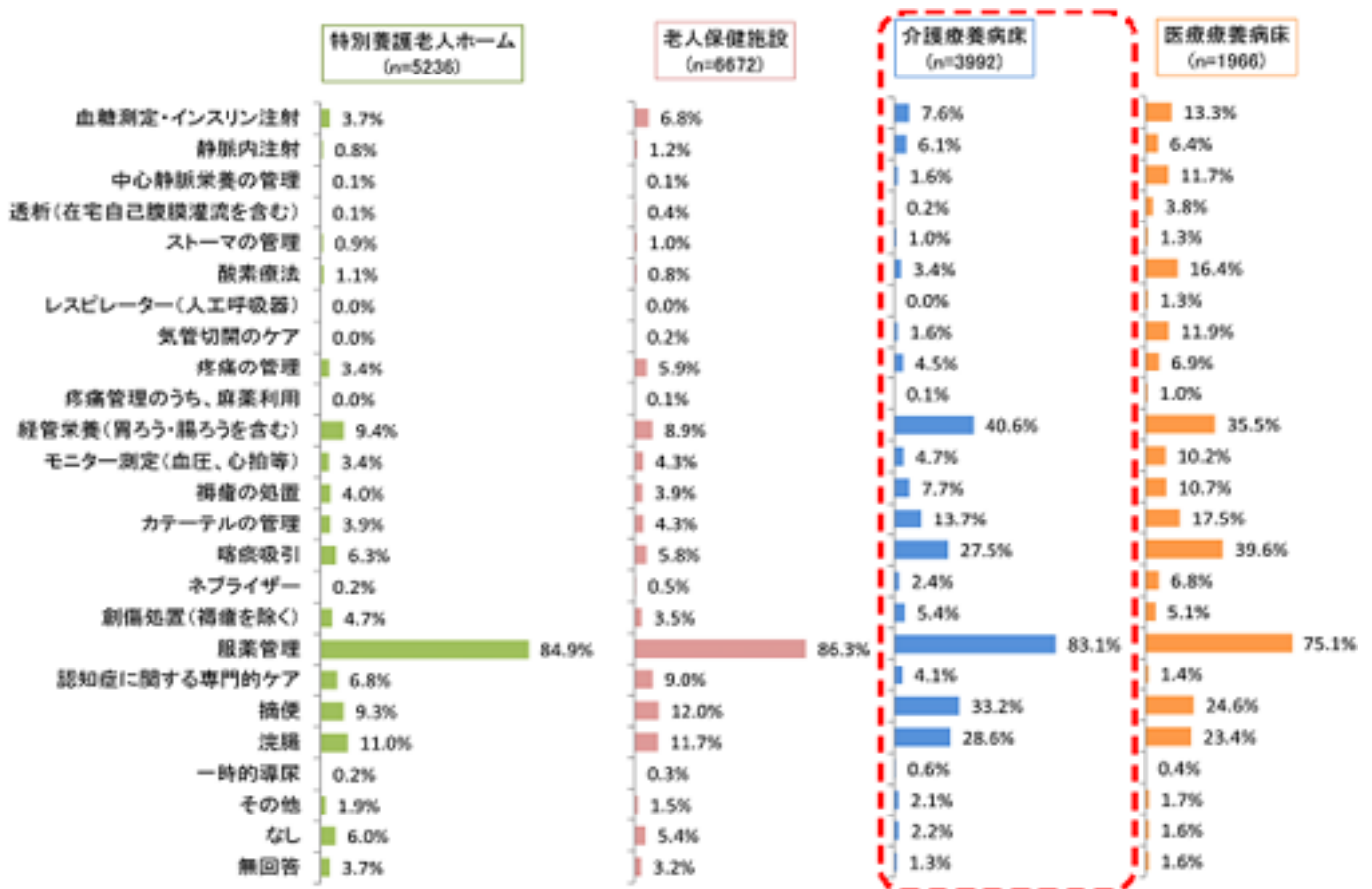
### ■ 介護医療院への転換検討ポイント

#### (1) 介護療養病床からの転換に向く施設系サービス

医療機能を内包した施設系サービスのうち、容体急変リスクを有する利用者が主体となる介護療養型タイプは、日常的・継続的な医学管理や24時間の看取り・ターミナルケア、夜間・休日対応を含む当直又はオンコール体制の整備が示され、医療ニーズへの対応が求められています。

これらは介護療養病床のなかでも、2015年介護報酬改定で新設された「療養機能強化型A・B」の機能と重なるもので、その他の介護療養病床と平均要介護度に大きな差がみられない（機能強化型 4.5/その他 4.3）一方、経管栄養や喀痰吸引など日常的・継続的な医学管理を要する利用者が多い現状からも、機能強化型のサービス提供が期待されていることがわかります。

#### ◆ 現在受けている治療の割合（複数回答）



（出典）厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

現行の療養機能強化型が果たしている高い医療ニーズを有する高齢者の受け皿として、介護医療院への転換パターン検討では、介護療養型がより具体的な選択肢になるといえます。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 今後の高齢者医療に期待される将来像

### ■ 介護医療院の創設がもたらす影響

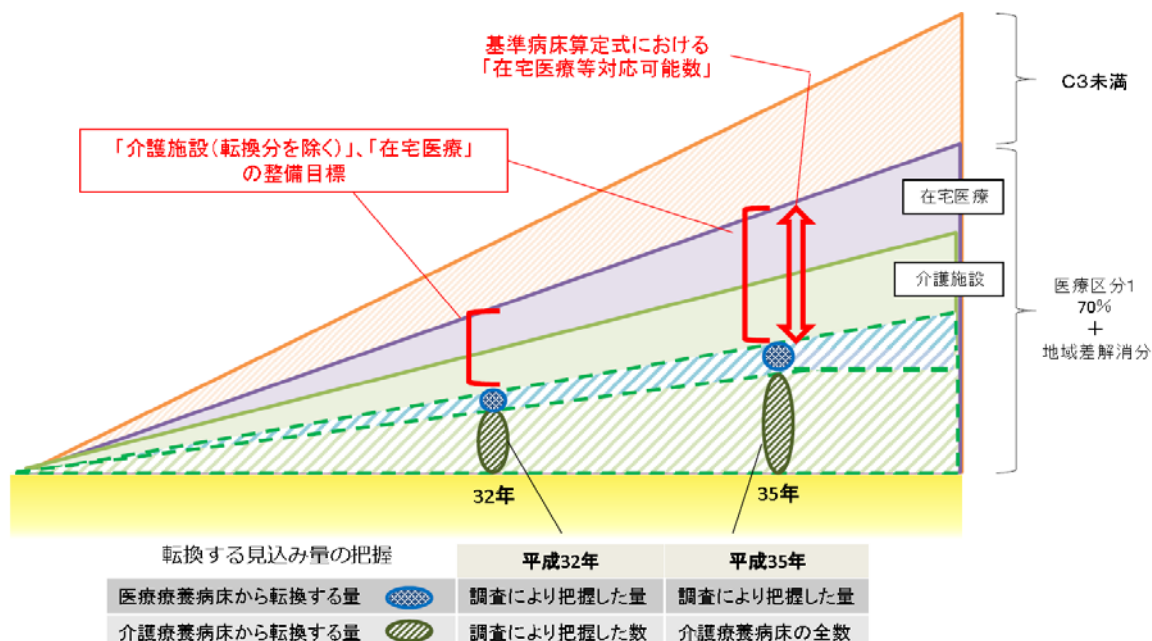
#### (1) 療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿

平成 29 年度末で廃止となる介護療養病床、および経過措置が終了する療養病棟入院基本料 2 (25 : 1) は、病床転換への期限が迫っています。

介護医療院の創設により、当初方針の柱であった病床数の大幅削減ではなく、療養病床の受け皿としての機能を提示したことで、今後新たなサービスの必要量を把握し、診療報酬および介護報酬の決定や、在宅医療や介護の受け皿の整備目標の設定、療養病床の基準病床の算定（在宅医療等対応数の算出）に活用するとしています。

そのため、介護医療院等への転換見込み量は、医療計画の終期である平成 35 年度時点のものを算定しています。

#### ◆ 療養病床から介護医療院等へ転換する見込み量の把握イメージ



出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

転換見込み量は、都道府県と市町村の連携の下で調査を実施（調査すべき事項等は、国が例示）し、把握した数を活用します。ただし、介護療養病床については、経過措置期間が平成 35 年度末とされていることを踏まえ、同 32 年度時点については調査により把握した数、同 35 年度時点については全数に相当する数を下限として、転換する見込み量を設定する方針が示されています。



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:急性期病院と慢性期病院

## 病院の機能分化を計る現状分析

病院の機能分化の方向性を定めるため、  
自院の現状分析を検討しています。  
実施する際のポイントを教えてください。

医療機関の将来の方向性を定め、戦略を策定するためにも、自院の現状分析は有効な判断材料を得ることができます。

病院の現状分析を行うには、組織・診療体制、診療内容と医療法その他関連法令による制限、診療報酬請求業務状況等の把握と検証が必要となりますが、大きく分類して、①患者の状況、②経営資源（人的・物的）の両面から分析を行うのが基本的です。そのため、院内で整理している各数値を活用して、まず自院が持つ経営資源を把握し、成果を検証することが重要になります。

### ■現状分析の資料となるデータ例

- ①病床数（一般・療養の割合）
- ②病床利用率
- ③標榜診療科目、職員配置割合
- ④療養病床における患者分類（医療区分・ADL 状況）と各人数
- ⑤平均在院日数
- ⑥患者 1 人 1 日あたりの診療単価と内訳
- ⑦医療法に定められた人的・物的基準の充足状況
- ⑧リハビリテーション施術患者数と内訳（疾患別・早期）
- ⑨PT・OT職員数
- ⑩紹介患者数・連携先医療機関別実績
- ⑪算定している施設基準

急性期病院としては、実質的な機能の充実と実績が求められるということであり、看護配置の引き上げと共に、質の高い医療を効率的に提供するという急性期病院の機能を果たせる病院であるか否かの選択が必要です。一方で療養型病院は、介護療養型病床廃止の方向性が示されたのにあわせて、医療療養型においても入院基本料が再構成されたため、医療必要度やADL区分が低い入院患者の割合が高い病院については介護保険関連施設などへの転換も視野に入れた検討が求められるなど、病院の存続という大きな命題を抱えることになりました。これについては、患者状態の把握のほか、看護職員の配置などの院内における人的資源の適正配置を図るための分析が必要とされます。なお、急性期病院にとって紹介率の向上は、在宅復帰率とともに、地域医療連携の充実を測る指標として引き続き重要です。専門特化による役割の明確化と共に、推移を分析・検証して、今後の見通しを立てる材料にします。





ジャンル:機能選択 > サブジャンル:急性期病院と慢性期病院

# リハビリテーションに注力するポイント

**リハビリテーションに注力するため、回復期リハ病棟の設置に取り組む場合、留意すべき点を教えてください。**

回復期リハ病棟は、一般・療養病床いずれでも算定が可能です。

回復期リハビリテーション入院料の施設基準としては、次のような条件を満たすことが求められています。

## 【回復期リハビリテーション病棟入院料：通則、2及び3の施設基準より】

- 専任のリハ医師1名、専従のPT2名以上およびOT1名以上の常勤配置
- 1床あたり床面積6.4㎡以上
- 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）（Ⅲ）、運動期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）の届出
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング等（看護必要度評価票A項目）の実施

上記を2ヶ月間連続して条件を満たすことができなければ、回復期リハ病棟の算定が認められないため、これら基準を満たしている必要があります。

回復期リハ病棟を取得する際に障害となると考えられるのは、次のような点です。

## 【回復期リハビリテーション病棟入院料1：施設基準より】

- ①重症患者が新規入院患者のうちの3割に満たない
- ②病棟専任のリハ医師の確保が困難
- ③看護師の人員不足
- ④専従PT・OT（STも含む）の人員確保が困難

回復期リハ病棟は、急性期から必要性のある該当患者を受け入れ、その入院時から適切なADLの目標を設定するとともに、在宅復帰を想定した患者の生活再建を目指し、地域生活や維持期リハへの橋渡しという目的があります。さらに、近年のリハビリテーションに関する評価は、アウトカムに重点を置く傾向にあり、十分な結果が得られない場合には、施設基準を満たすことができなくなります。よって、こうした目的を十分に果たす環境、つまり急性期と維持期を結ぶ重要な役割を担う施設と人材、そして組織づくりが大きな前提になるといえます。

回復期リハビリテーションを担うスタッフの意識と患者支援については、多方面から統一的に問題解決へ取り組む姿勢が求められます。