

船橋市内のリハビリ資源及び医療センターの転院状況について

１．船橋市におけるリハビリ専門病棟

H 1 4 . 1 0 . 1 現在

	病 院 名	病床数	病床種別	施設基準
1	千葉徳州会病院	3 8	回復期リハ病棟	総合リハ
2	船橋二和病院	2 2	一般	P T , O T

２．医療センターの転院状況について

医療センター脳神経外科、整形外科入院患者の転院先（平成 1 2 年度医療センター調べ）

		脳神経外科		整形外科		合 計	%
転 院 患 者 数		2 4 1		3 8		2 7 9	
転院先	市内	1 0 9	45.2%	8	21.0%	1 1 7	41.9%
	県内	1 1 7	48.6%	2 1	55.3%	1 3 8	49.5%
	県外	1 5	6.2%	9	23.7%	2 4	8.6%

３．船橋市内リハビリテーション科標榜診療所数

H 1 4 . 1 1 . 2 5 現在

リハビリテーション科 標榜診療所数	施設基準			P T 及び 基準なし
	総合リハ	P T	P T	
2 1	0	2	3	1 6

回復期リハビリテーション病棟入院料について

回復期リハビリテーション病棟入院料（１，６８０点／１日）

回復期リハビリテーション病棟は、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プログラムを医師、看護師、理学療法士、言語療法士等が共同で作成し、プログラムに基づいたリハビリテーションを集中的に行う病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８０％以上入院している病棟をいう。

○回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が８０％以上入院していること。

- ・ 当該病棟の入院時に以下の条件を満たしていること。
 - （１）脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後３ヶ月以内の状態。
 - （２）大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後３ヶ月以内の状態。
 - （３）外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後３ヶ月以内の状態。
 - （４）前３号に準ずる状態。
- ・ 入院期間は、当該病棟に入院した日から６ヶ月以内。
- ・ 上記の要件に該当しない患者が入院した場合は、一般病棟 群の５，または療養病棟入院基本料１を算定する。

○リハビリテーションはリハ施設基準に応じ、出来高で算定する。

- ・ 指導管理料、検査、画像診断料、投薬、注射、処置及び各種加算は、すべて１，６８０点に包括（加算で算定可能なものは地域加算のみ）
- ・ 算定可能な点数は、１，６８０点＋５点（地域加算）＋リハビリテーション（出来高）の点数となる。
- ・ １ヶ月であれば、リハ対象患者が８０％に１０％足りない期間があっても回復期リハ病棟として機能してよい（２ヶ月連続して８０％未満となる場合は、回復期リハ病棟として機能することはできない）

○リハビリテーション総合実施計画を定期的の実施し新書式の計画書に記載することが義務づけられている。

○食堂加算等の食事に関する加算は、診療に関わる費用でないことから算定可能

施設基準は以下のとおり

- 一般病棟・療養病棟どちらの病棟でも算定可能。
- 病棟単位で評価（病院もしくは病室単位ではない）
- リハビリテーション科を標榜していること。
- 病棟に専従の医師 1 名以上、理学療法士 2 名以上及び作業療法士 1 名以上の常勤として配置すること。
- ・ 専従とは原則的に他の業務と兼務しないこと。
- ・ 従って、専従の医師は他の病棟の患者の受け持ちにはなれない。
- ・ 病棟専従の医師、P T , O T は、リハ施設基準の必要配置人員と兼務できない
- 総合リハビリテーションの届出を行っていること又は理学療法 及び作業療法 の届出を行っていること。
- 看護職員の配置は 3 : 1 以上（ 4 0 % 以上が看護師）, 看護補助者は 6 : 1 以上であること。
- 病室の床面積は内法で 1 床あたり 6 . 4 m²以上であること。
- ・ 廊下幅は 2 . 7 m²（片廊下 1 . 8 m）以上が望ましい
- ・ 患者の利用に適した浴室または便所が設けられていること

出典「高齢者ケアとリハビリテーション」

「診療報酬改定と回復期リハビリ病棟運営マニュアル」
から抜粋。

リハビリテーション施設基準

1 総合リハビリテーション施設（理学療法室と作業療法室を備えている施設）

総合リハビリテーションA施設

	理学療法室	作業療法室	その他
面 積	3 0 0 m ² 以上	1 0 0 m ² 以上	
人員配置	・専従の理学療法士が 5 名以上	・専従の作業療法士が 3 名以上	・ 専任の常勤医師が 2 名 以上 ・ P T , O T とも回復期リ ハ病棟との兼任は不可

総合リハビリテーションB施設

	理学療法室	作業療法室	その他
面積	理学療法室と作業療法室の合計で 2 4 0 m ² 以上		
人員配置	常勤の理学療法士、作業療法士が各 6 名以上、 かつ、その合計が 1 5 名以上		・ 専任の常勤医師が 2 名 以上 ・ P T , O T とも回復期 リハ病棟との兼任は不可

上記の面積及び人員配置の要件を満たし、理学療法、作業療法行うために必要な施設及び器械・器具を具備していること。

（代表的なもの）

各種測定用具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具、家事用設備、和室、各種日常生活動作用設備

下記のものについては、必要に応じて備えられているのが望ましい。

訓練マットとその付属品、治療台、肋木、バーベル又は亜鈴、ホットパック及びその加温装置、パラフィン浴、高周波治療器、渦流浴（水治療）、赤外線、電気刺激治療器

出典 「診療報酬早見表」

運営形態の種類とメリット・デメリット

1. 病院事業における主な運営形態

	設置主体 (開設者)	運営主体	備 考
公設公営	自治体	自治体	
公設民営	自治体	民間	・ 市が病院の管理者を指定管理者として指定する。(地方自治法 244 条の 2) ・ 指定管理者の要件は、法人、その他の団体。 なお、医療法第 7 条第 5 号により、営利を目的とするものは指定管理者になれない。
民設民営	(誘致方式) 民間	民間	・ 公共団体が土地の提供の他、補助金の支出等により誘致
	(出資方式) 財団等	財団等	・ 設置主体に財政力がないことが多く一般会計から出資・貸付が多い。建物も一般会計の負担となり貸付け方式をとる場合が多い。

公営企業型 地方独立行政法人制度	・ 地方公共団体とは別の法人格を持つ独立行政法人が、病院事業等の地方公営企業の事業を運営する制度。 ・ この制度の導入にあたっては、指定管理者制度で、事業を効率的・効果的な運営を行えないこと、民間では出来ない事業であることが要件となる。
-----------------------------------	---

2. 主な運営形態別のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
公設公営	1 民間では困難な部門である救急等の不採算部門を充実しやすい。 2 公立という信頼感・安心感がある。	1 倒産がない自治体病院のためコスト意識が低く、合理的・能率的な経営が行われ難く、病院経営も硬直化しやすい。 2 制度的、性質的に人件費の高騰を抑制しづらい。
公設民営	1 公営方式に比べ、効率的な経営が期待できる。 2 人件費の高騰が抑制できる。	1 自治体が経営内容を十分にチェックする能力がなくなりやすい。 2 自治体が要求する条件では指定管理者が見つからない可能性がある。 3 指定管理者との関係がうまくいかなかった場合に、代替団体がすぐに見つからない場合がある。
民設民営	（誘致方式） 1 開設・運営に関与しないため余計な事務及び経費をかけずに地域医療の確保ができる。 2 救急医療等の補助金を出すことにより住民のニーズに合った医療が提供できる。 3 他の方法に比べ、地方公共団体の負担が一番少ない。	1 地方公共団体の施策を直接反映しにくい。 2 経営悪化による撤退があり得る。
	（出資方式） 1 公立に準じたものなので、安心感、信頼感がある。 2 組織が独立しているので、独自の給与体系とすることができ、人件費を公営よりは抑制できる。	1 病院建設に関する初期投資の負担が大きい。 2 経営が悪化した場合には、増資又は、赤字補填を求められる。
公営企業型地方独立行政法人	1 公設公営のデメリットである財務、組織、人事管理等の制約が多いことと管理者の独立が困難となっている点の改善を図れる	1 自治体病院のようにコスト意識が低く、合理的・能率的な経営が行われ難くなる。

