2022年度実態調査結果の情報公開

病院情報（2022年８月30日現在）					
病院名	医療法人啓清会　関東脳神経外科病院			病床数	149　床
日本医療機能評価機構認定病院機能評価	なし		付加機能評価	なし	
スタッフ数（非常勤を含む常勤換算）	医師	9.6　人	日本ﾘﾊ医学会会員医師※1	0　人	
	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科専門医	0.0　人	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科認定臨床医	0.0　人	
	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科の医師	0.0　人	理学療法士	17.0　人	
	作業療法士	12.0　人	言語聴覚士	8.0　人	
	公認心理師	0.0　人	義肢装具士	0.0　人	
	社会福祉士	2.0　人	管理栄養士	2.0　人	
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	
	Ⅰ	Ⅱ	なし	なし	
	廃用症候群ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	がん患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	障害児（者）ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ		
	Ⅰ	なし	なし		
入院料算定基準データ種別	日常生活機能評価				

【病棟番号　1】

病棟情報（2022年８月30日現在）					
病床数	48　床	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料	入院料４		
休日リハビリテーション提供体制加算（回リハ病棟３～６）	休日リハビリテーション提供体制加算なし				
スタッフ数（非常勤を含む常勤換算）	病棟専従医師	－　人	日本ﾘﾊ医学会会員医師※1	0　人	
	看護師・准看護師	15.0　人	回復期ﾘﾊ看護師認定者	0.0　人	
	看護補助者	8.0　人	協会認定ｾﾗﾋﾟｽﾄﾏﾈｼﾞｬｰ	0.0　人	
	看護補助者のうち介護福祉士	0.0　人			

退院患者情報（2022年８月の１か月間に退院した患者）※7								
病棟の運動FIM平均値※2	入棟時	38.9	退棟時	49.3	利得	10.4	効率	0.25
実績指数※3	病院単位	26.1	病棟単位	26.1				
入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者総数※4	6　人							
入棟時の日常生活機能評価が10点以上の総患者の点数（中央値）	14.0　点							
入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者のうち、退棟時に同評価が３点以上改善していた患者数※4	4　人							
入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者のうち、退棟時に同評価が４点以上改善していた患者数※4	3　人							
他院からの紹介患者割合	31.3　％							

※1：日本リハ医学会会員医師は実人数を表記

※2：運動FIMとは、日常生活動作の障害の程度を評価する指標で、91点満点で高いほど自立度が高いことを意味します。
利得とは入棟時と退棟時の運動FIMの改善点数、効率とは利得を在院日数で除したもの、すなわち一日あたりの運動FIMの改善点数です。

※3：実績指数は疾患による運動FIM効率の違いを補正した値です。
病院が除外基準該当患者を3割未満で任意に除外した後の計算値を掲載しました。
なお、今年度の中央値は45.3でした。

※4：改善人数は『入棟時の日常生活機能評価点数が非常に高い場合には改善しにくい』ことに留意して解釈下さい。

原因疾患別退院患者情報（2022年８月の１か月間に退院した患者）※7										
原因疾患	脳血管系１ 脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を含む脳血管障害）で算定上限日数150日のもの	脳血管系２ 左記以外の脳血管疾患で算定上限日数150日のもの （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、多発性硬化症、腕神経叢損傷などの発症後もしくは手術後の状態または技師装具訓練を要する状態）	脳血管系３ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害で算定上限日数180日のもの	脳血管系４ 重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多発外傷で算定上限日数180日のもの	整形外科系１ 大腿骨、骨盤、脊髄、股関節または膝関節の骨折の発症または２肢以上の多発骨折の発症後または、術後の状態（算定上限日数90日）	整形外科系２ 股関節または膝関節の置換術後の状態（算定上限日数90日）	廃用症候群 術後もしくは肺炎などによる廃用症候群（算定上限日数90日）	心大血管系 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（算定上限日数90日）	その他 大腿骨、骨盤、脊髄、股関節または膝関節の神経・筋・靭帯損傷の状態（算定上限日数60日）	総数
患者数※5	13人 （81.3 %）	＊人 （＊%）	－人 （－%）	－人 （－%）	－人 （－%）	－人 （－%）	－人 （－%）	－人 （－%）	－人 （－%）	16人 （100.0 %）
発症から入棟までの平均日数	19.0 日	＊日	－日	－日	－日	－日	－日	－日	－日	19.1 日
平均入棟日数	65.7 日	＊日	－日	－日	－日	－日	－日	－日	－日	59.6 日
退棟先の割合 自宅（介護保険利用）	38.5 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	43.8 %
退棟先の割合 自宅（介護保険非利用）	23.1 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	18.8 %
退棟先の割合 転院・転棟（急変により）	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 院内他病棟	30.8 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	31.3 %
退棟先の割合 有床診療所	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 介護医療院	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 転院	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 老健施設	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 特別養護老人ホーム	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 居宅系施設	7.7 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	6.3 %
退棟先の割合 養護老人ホーム	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 障害者施設	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
退棟先の割合 死亡	0.0 %	＊%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	－%	0.0 %
1日あたりのﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施単位数（1単位は20分）	4.1	＊	－	－	－	－	－	－	－	4.1

※5：当該原因疾患の患者がいない場合は「－」と表記し、各原因疾患の患者数が5人未満の場合は「＊」と表記して集計から除外した。

※6：未記入例がある場合、総計が100%にならない場合があります。

※7：2022年度の調査はCOVID-19流行により、退院患者情報データが影響を受ける場合があることにご留意ください。

実態調査結果の情報公開のみかた

＊情報公開においてわかりにくいと思われる項目を抜粋してあります。

1 病院情報

- **日本医療機能評価機構認定 病院機能評価／付加機能評価**

  中立的・科学的な第三者機関である日本医療機能評価機構の審査を受け、一定の水準を満たしていると評価された場合に認定病院となります。付加機能評価は、特定の機能として回復期リハビリテーションに特化した部分をさらに評価したものです。2019年より高度・専門機能と改称されました。認定結果は同機構のホームページで公開されています。

- **スタッフ数**

  回復期リハビリテーション病棟では、疾患や障害によって、リハビリテーション科以外に、脳外科や神経内科、内科、整形外科、循環器科など様々な診療科の医師が関わることがあります。リハ科専門医と認定臨床医は、日本リハ医学会認定の資格です。

  リハ科専門医：リハビリテーション医学・医療に関する専門的な知識や技術を有する医師。定められた卒後研修カリキュラムにより5年以上の研修を修め、資格試験に合格して認定。

  リハ認定臨床医：リハ医学会認定研修施設において1年以上の研修と、指定の教育研修受講後に、資格試験に合格して認定。

- **リハビリテーション料**

  リハビリテーションの対象疾患によって、それぞれ算定可能な診療報酬が区分されており、施設に所属する療法士の人数や資格、訓練室の設備などの充実度によって、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（Ⅰが最も充実）の施設基準があります。

2 病棟情報

- **回復期リハビリテーション病棟入院料**

  実績指数、人員配置、リハビリテーション実施状況、重症者の割合や改善、在宅復帰率の違いによって、1・2・3・4・5の入院料があります。（下表参照）

- **特定機能病院リハビリテーション病棟入院料**

  特定機能病院のうち、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８割以上入院し、実績指数、人員配置、リハビリテーション実施状況、重症者の割合や改善度など、一定の基準を満たした場合に算定されます。

- **体制強化加算**

  十分な経験を有する専従[注１)]の常勤医師が1名以上、退院調整に関する十分な経験を有する専従の常勤社会福祉士が1名以上配置されている場合に算定できる診療報酬です（回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定している場合のみ）。

  注１）　専従とは、その業務に専ら従事し、他の業務を兼ねていないことを意味します。

- **スタッフ数**

  協会認定セラピストマネジャー：回復期リハビリテーション病棟協会の所定の研修を修了して認定を受けた療法士。
  回復期リハ看護師認定者：回復期リハビリテーション病棟協会の所定の研修を修了して認定を受けた看護師。

表．回復期リハビリテーション病棟入院料の基準

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5[注5)]
実績指数	40以上	問わず	35以上	問わず	問わず
人員配置 医師	専任1名以上				
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	専従の理学療法士3名以上・作業療法士2名以上・言語聴覚士1名以上		専従の理学療法士2名以上・作業療法士1名以上		
看護職員（患者数に対する職員数）	13人に対し1名以上		15人に対し1名以上		
看護職員のうち看護師の割合	7割以上		4割以上		
看護補助者（患者数に対する職員数）	30人に対し1名以上				
社会福祉士	専任1名以上		問わず		
管理栄養士	専任1名以上	専任1名以上が望ましい			
リハビリテーション 休日を含めた週7日のリハビリテーション	要		実施していれば休日加算		
重症者[注2)] 新規入院患者に占める重症者の割合	4割以上		3割以上		問わず
退院時の改善割合（日常生活機能評価）[注3] （FIM）[注4)]	4点以上改善 16点以上改善	3割以上	3点以上改善 12点以上改善	3割以上	問わず
在宅復帰率	7割以上				問わず
第三者評価の受審	望ましい	問わず	望ましい	問わず	問わず

注２）重症者については、日常生活機能評価10点以上またはFIM 55点以下と定義されています.

注３）日常生活機能評価とは、患者の日常生活自立度の指標です。満点は19点で、点数が大きいほど重症となります。

注４）FIM（Functional Independence Measure）とは機能的自立度評価法のことであり、運動FIMと認知FIM からなり、総得点は126点満点（18点以上）です。点数が高いほど自立度が高いことを意味します。

注５）旧入院料６が入院料５に代わり、旧入院料5は廃止されましたが、令和５年３月31日までは、算定可能となっています。
今回は旧入院料５,６の算定病院はそれぞれ入院料５、６、新しい入院料５の算定病院は新入院料５と表示されています。

3 退院患者情報

- **病棟の運動FIM平均値**

  運動FIMは、日常生活動作の障害の程度を評価する指標で、91点満点（13点以上）です。
  利得：入棟時に対する退棟時の運動FIMの改善点数（退棟時運動FIM－入棟時運動FIM）
  効率：利得を在院日数で除したもので、一日あたりの運動FIMの改善点数

- **実績指数**

  疾患によるFIM効率の違いを補正した値です。FIMが入棟時からかなり高い方あるいは極端に低い方、超高齢の方などを各施設が一定の範囲内で除外した計算結果となります（今年度の調査では、全体の中央値は45.3でした）。

- **日常生活機能評価**

  日常の基本的動作の項目について、各動作を３段階で評価します。できれば０点、できなければ１点または２点として19点満点（０点が最も軽度、19点が最も重度）で評価します。なお、日常生活機能評価において10点以上を重症者としています。回復期リハビリテーション病棟では、重症者を一定の割合以上、改善させることが要件となっています。

- **一日あたりのリハビリテーション実施単位数**

  数字が大きいほど多くの理学療法、作業療法、言語聴覚療法が提供されていることを示し、最大は９単位です。