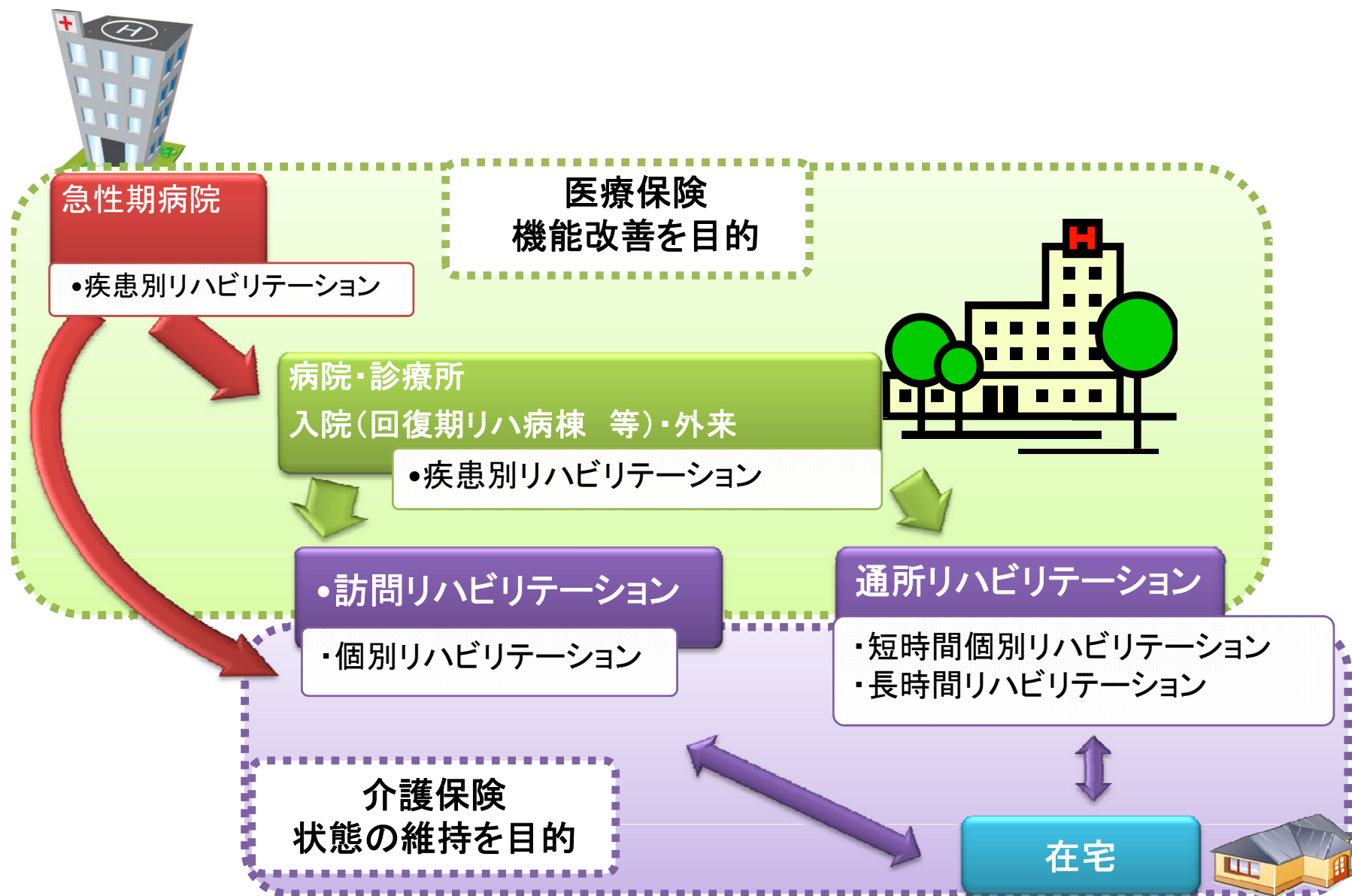


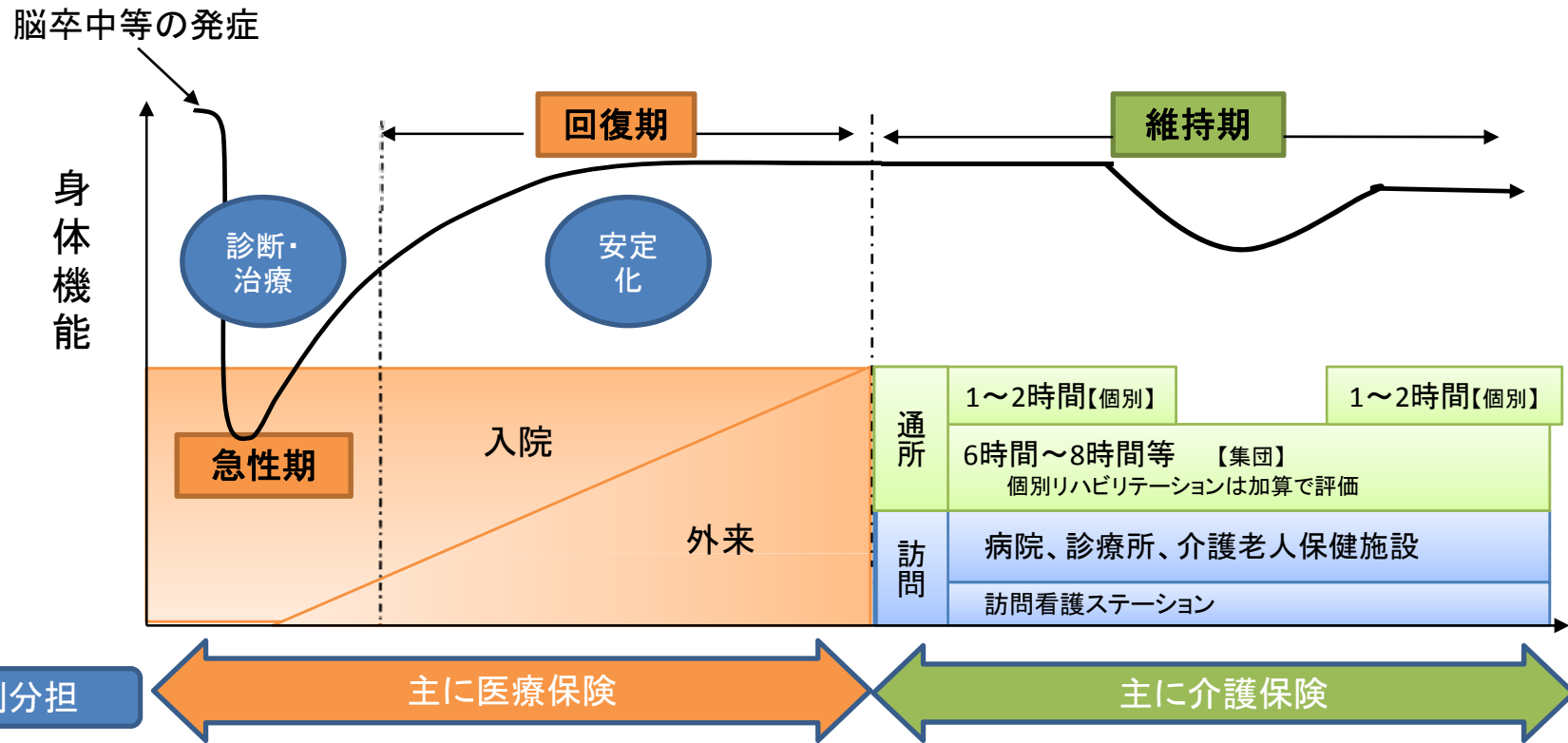
医療介護の連携(その3)

リハビリに係る 医療保険と介護保険の給付について

リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



リハビリテーションの役割分担



	急性期	回復期	維持期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる 廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成される チームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

医療保険におけるリハビリテーションについて

医療保険によるリハビリテーションについて

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

疾患別リハビリテーション料

一般病棟入院基本料等

回復期リハビリテーション
入院料

療養病棟入院基本料等

← 一般病床 >

< 療養病床 > →

脳血管疾患また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ための病棟において算定する入院料。

リハビリテーションの費用は別に算定できる。

H16リハビリテーション概要

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、それぞれ個別療法と集団療法が存在
- 標準的算定日数などの日数の目安はなし

個別療法

1単位250点(11単位目以降は7割)

理学療法: 3単位/日まで

作業療法: 3単位/日まで

言語聴覚療法: 3単位/日まで

集団療法

1単位100点

理学療法: 2単位/日、8単位/月まで

作業療法: 2単位/日、8単位/月まで

言語聴覚療法: 2単位/日、8単位/月まで

(急性発症した脳血管疾患等については12単位/月まで)

点数の例は理学療法、作業療法、言語聴覚療法の の場合

いずれか1日合計4単位まで

(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位まで)

早期加算

14日以内 100点

15日-30日以内 80点

31日-90日以内 30点

(参考)別に厚生労働大臣が定める患者

・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

・急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者⁷

H16リハビリテーションの施設基準

理学療法	作業療法	言語聴覚療法	療法	点数/単位	人員要件	面積要件
(I)	(I)		個別	250	A、Bのいずれかを満たすこと ①～③を満たすこと ①医師：専任の常勤2名以上 ②理学療法士：常勤専従5名以上 ③作業療法士：常勤専従3名以上	理学療法部分300m ² 作業療法部分100m ²
			集団	100	B 常勤専従理学療法士・常勤専従作業療法士がそれぞれ6名以上かつ、合計15名以上	240m ²
		(I)	個別	250	①～③を満たすこと ①医師：専任の常勤1名以上 ②言語聴覚士：常勤専従3名以上	8m ² × 3部屋(個別)
			集団	100		16m ² × 1部屋(集団)
(II)	(II)	(II)	個別	180	①かつ②～④のいずれかを満たすこと ①医師：専任の常勤1名以上 ②理学療法士：常勤専従1名以上 (理学療法Ⅱ) ③作業療法士：常勤専従1名以上 (作業療法Ⅱ) ④言語聴覚療法士：常勤専従1名以上(言語聴覚Ⅱ)	100m ² (理学療法Ⅱ) 75m ² (作業療法Ⅱ) 8m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅱ(個別)) 16m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅱ(集団))
			集団	80		
(III)		(III)	個別	100	①かつ②、③のいずれかを満たすこと ①医師：1名以上の勤務 ②理学療法士：週2日以上勤務1名以上(理学療法(Ⅲ)) ③作業療法士：週1日以上勤務1名以上(言語聴覚(Ⅲ))	45m ² (理学療法Ⅲ) 8m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅲ(個別)) 16m ² × 1部屋(言語聴覚Ⅲ(集団))
			集団	40		
(IV)			個別	50		
			集団	35		

※ 集団療法：実施単位数は従事者1人当たり1日のべ54単位を限度

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、

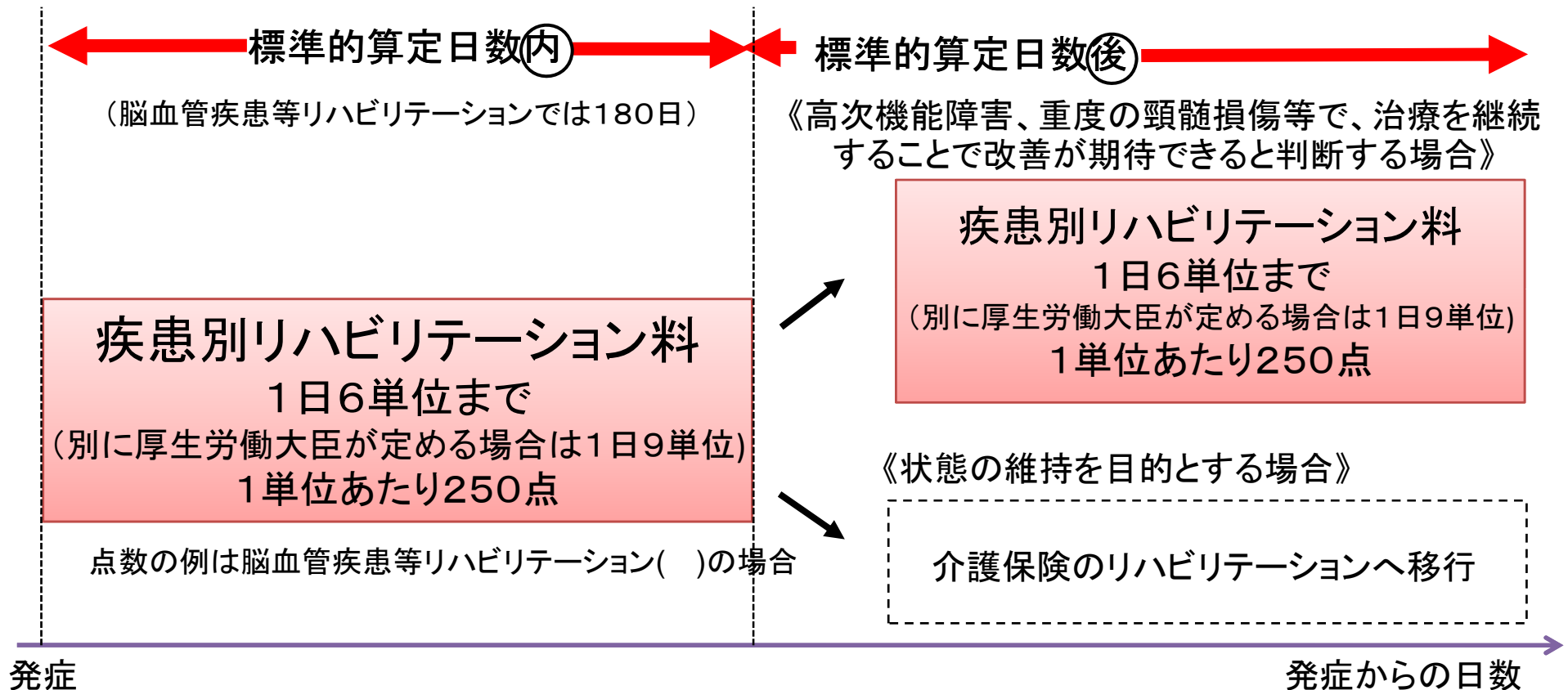
- ◆ リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきものである。
- ◆ 目標や計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。ことが指摘されたところ。

出典:「いきいきとした生活機能の向上を目指して」

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」普及啓発委員会 より抜粋

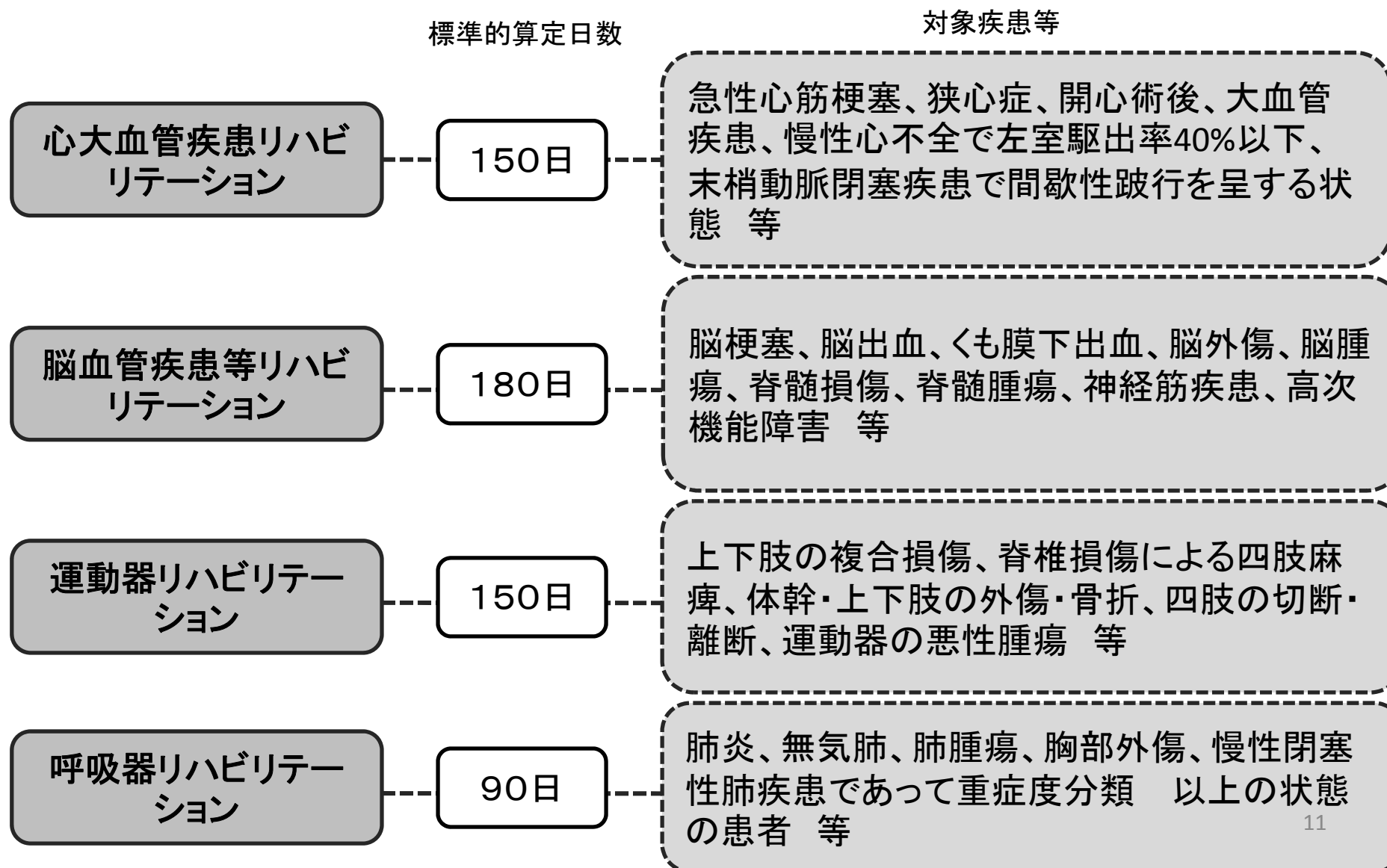
平成18年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 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。



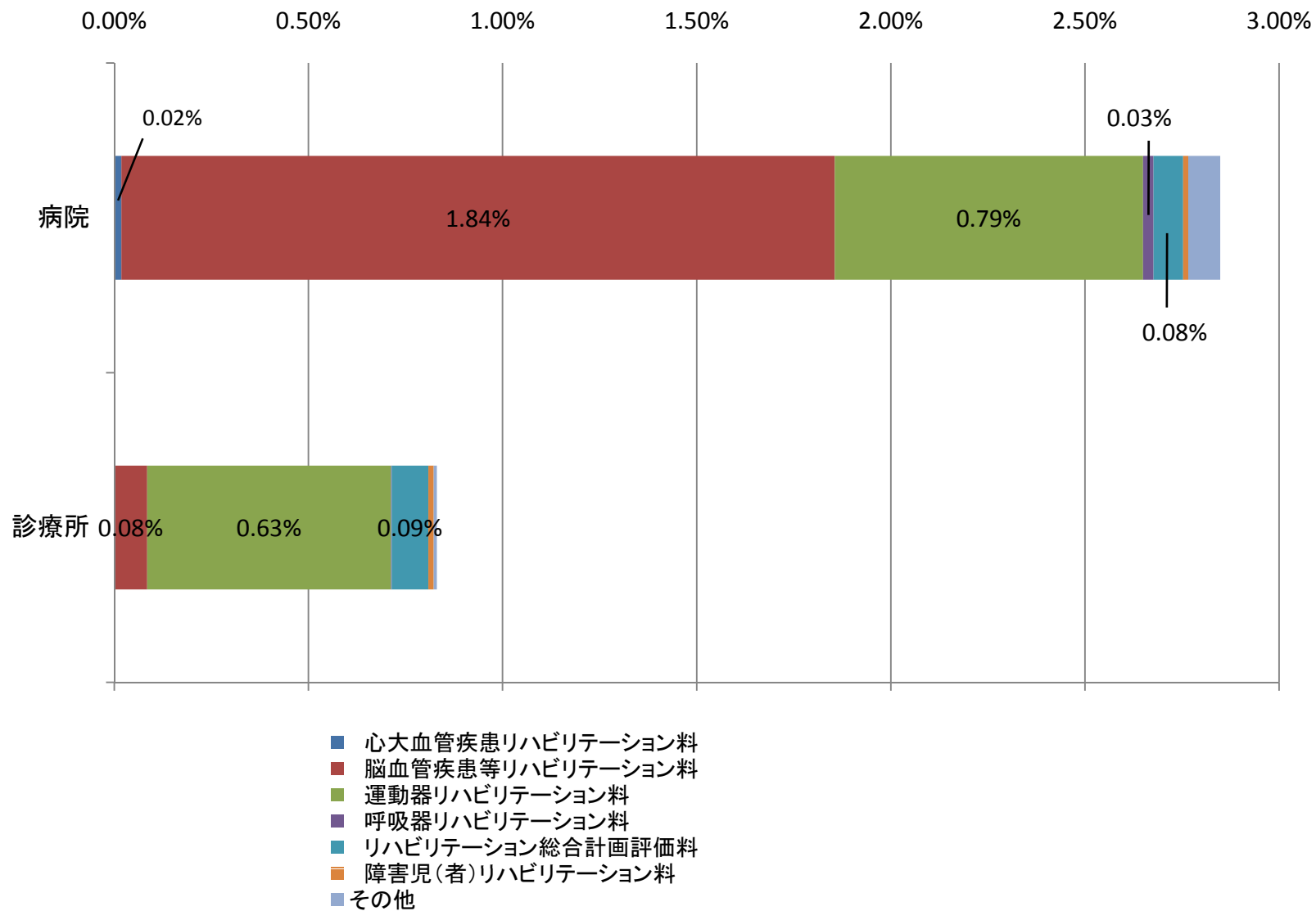
疾患別リハビリテーションと標準的算定日数

リハビリテーションについては、疾病や障害の特性に応じた評価体系としている。



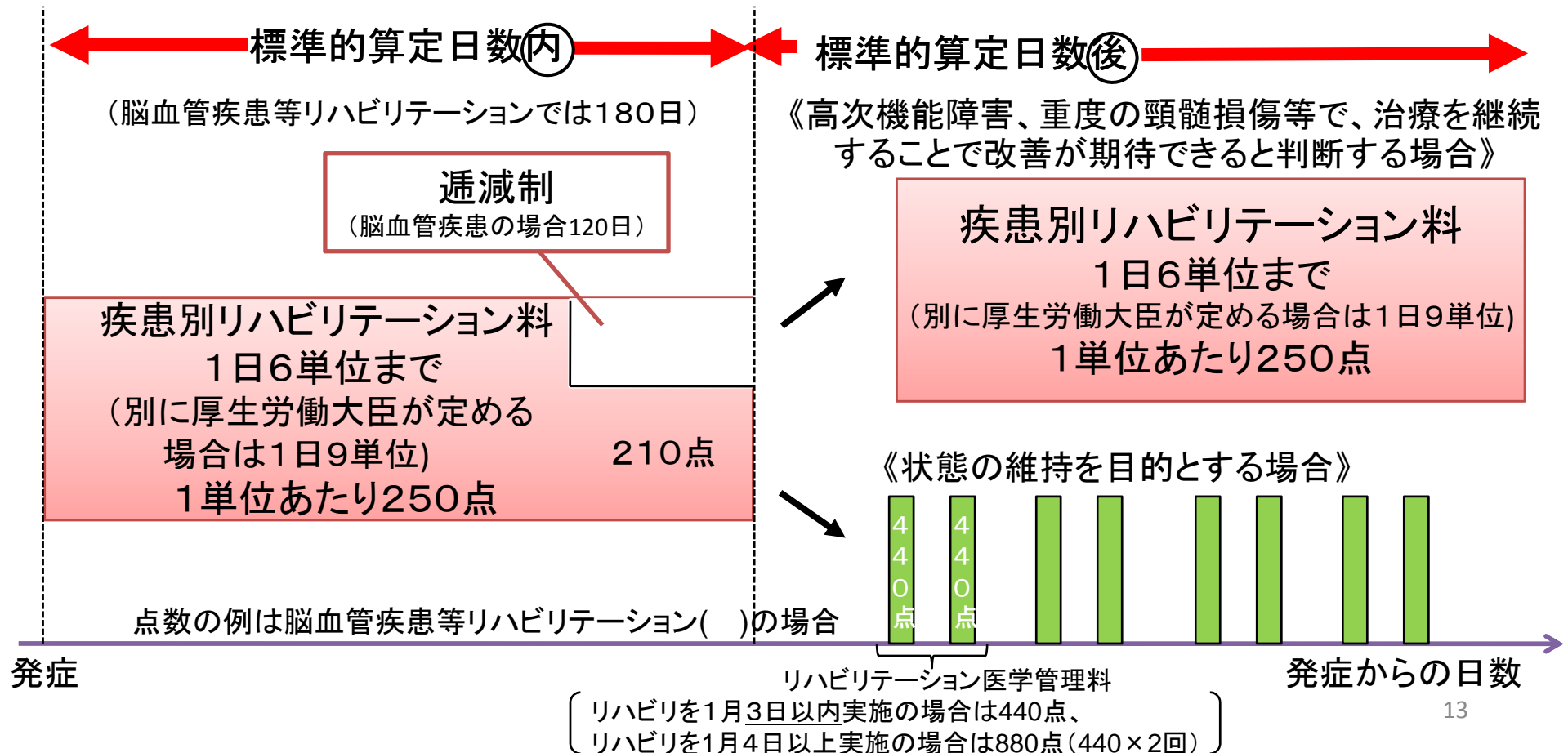
医療費に占めるリハビリテーション料の比率

(平成21年社会医療診療行為別調査)



平成19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)

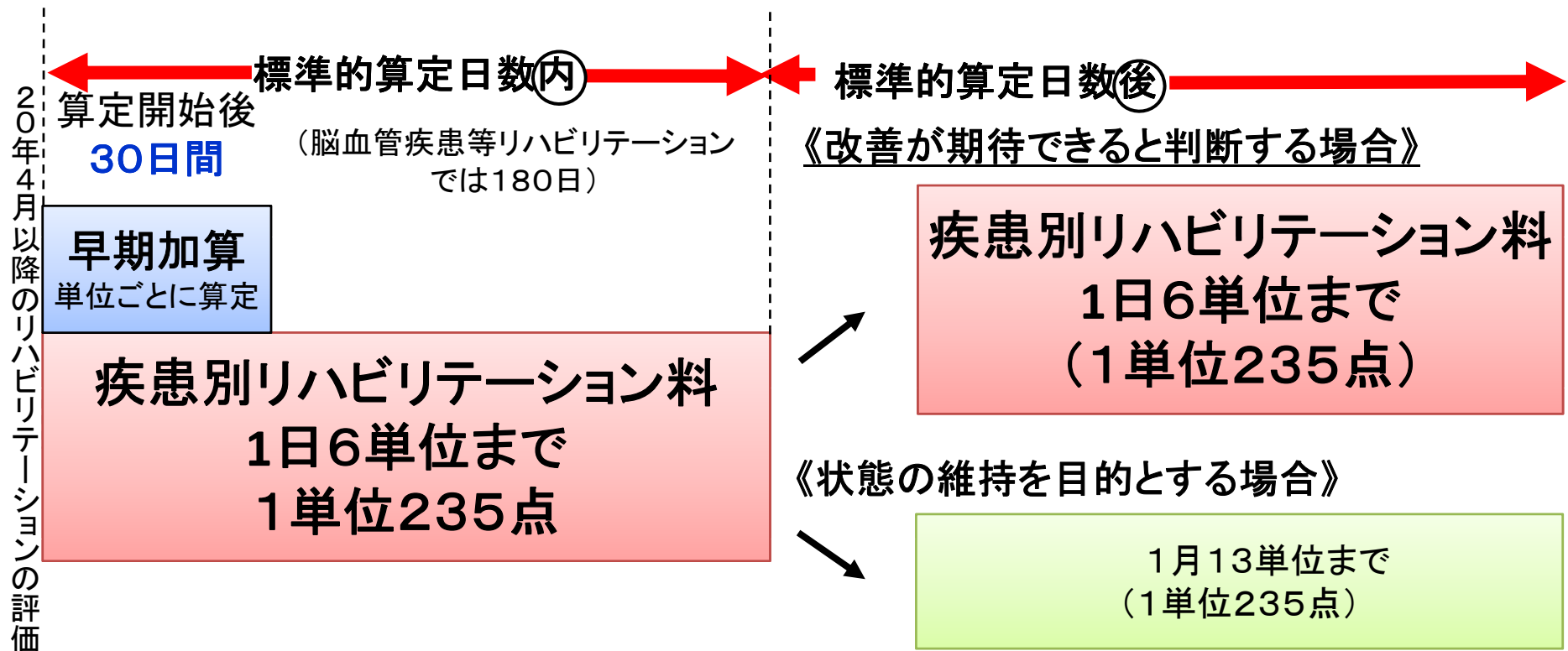
- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区分を廃止し、疾患別の評価体系を導入。
- 集団療法の評価の廃止。(介護保険では集団療法存続)
- 1人1日あたりの上限は4単位から6単位に拡大。



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)

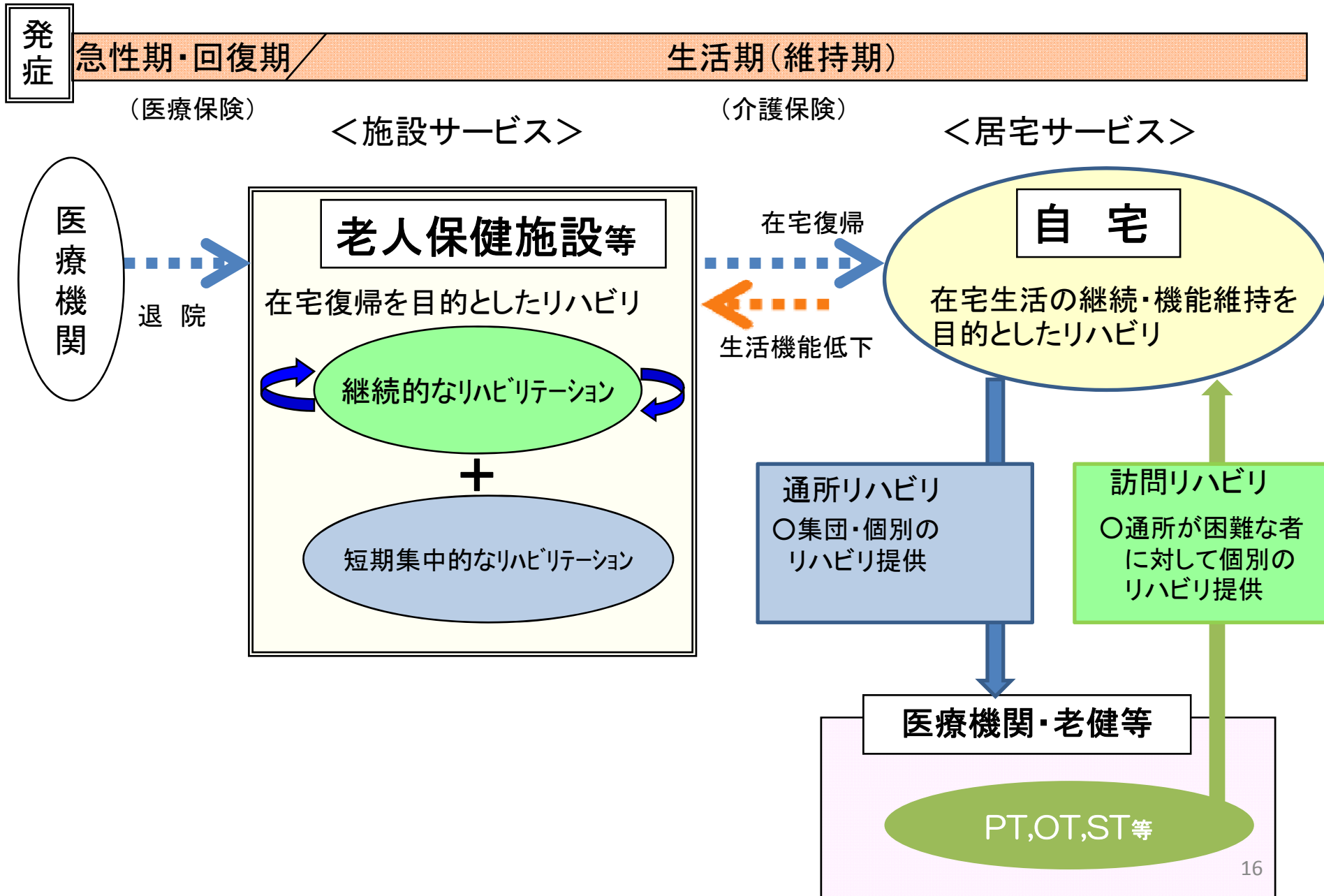
- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価

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)



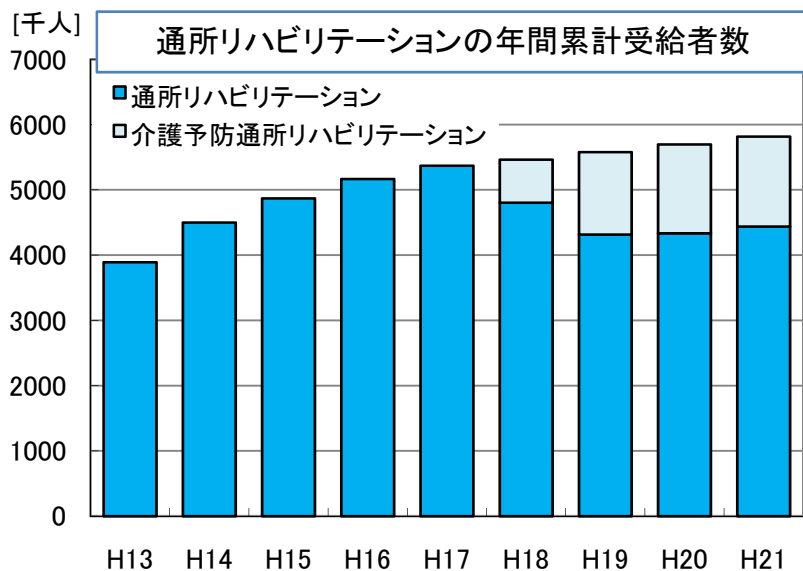
介護保険におけるリハビリテーションについて

介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



通所リハビリテーションの利用状況と課題

- 通所リハビリテーションと通所介護は、利用者の所要時間は同程度である。
- 医療機関の外来でリハビリテーションを受ける場合の滞在時間は概ね2時間以内である。

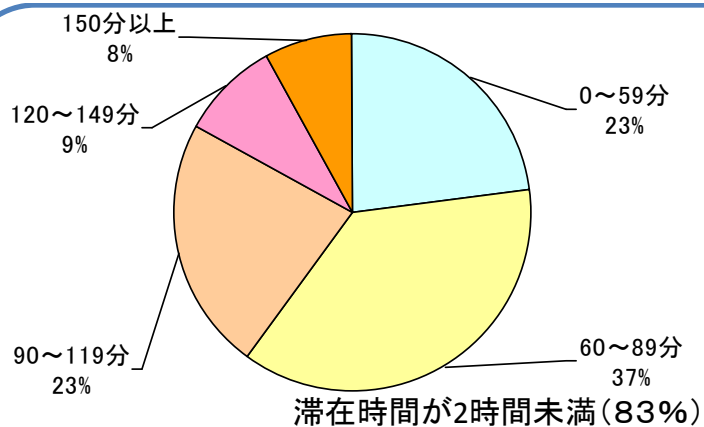


通所介護と通所リハビリテーションの所要時間

所要時間	通所介護	通所リハビリテーション
1時間以上～2時間未満	—	0.6%
2時間以上～3時間未満	0.5%	0.6%
3時間以上～4時間未満	2.2%	3.0%
4時間以上～6時間未満	12.0%	11.3%
6時間以上～8時間未満	84.5%	84.3%
8時間以上～9時間未満	0.4%	0.2%
9時間以上～10時間未満	0.4%	0.1%

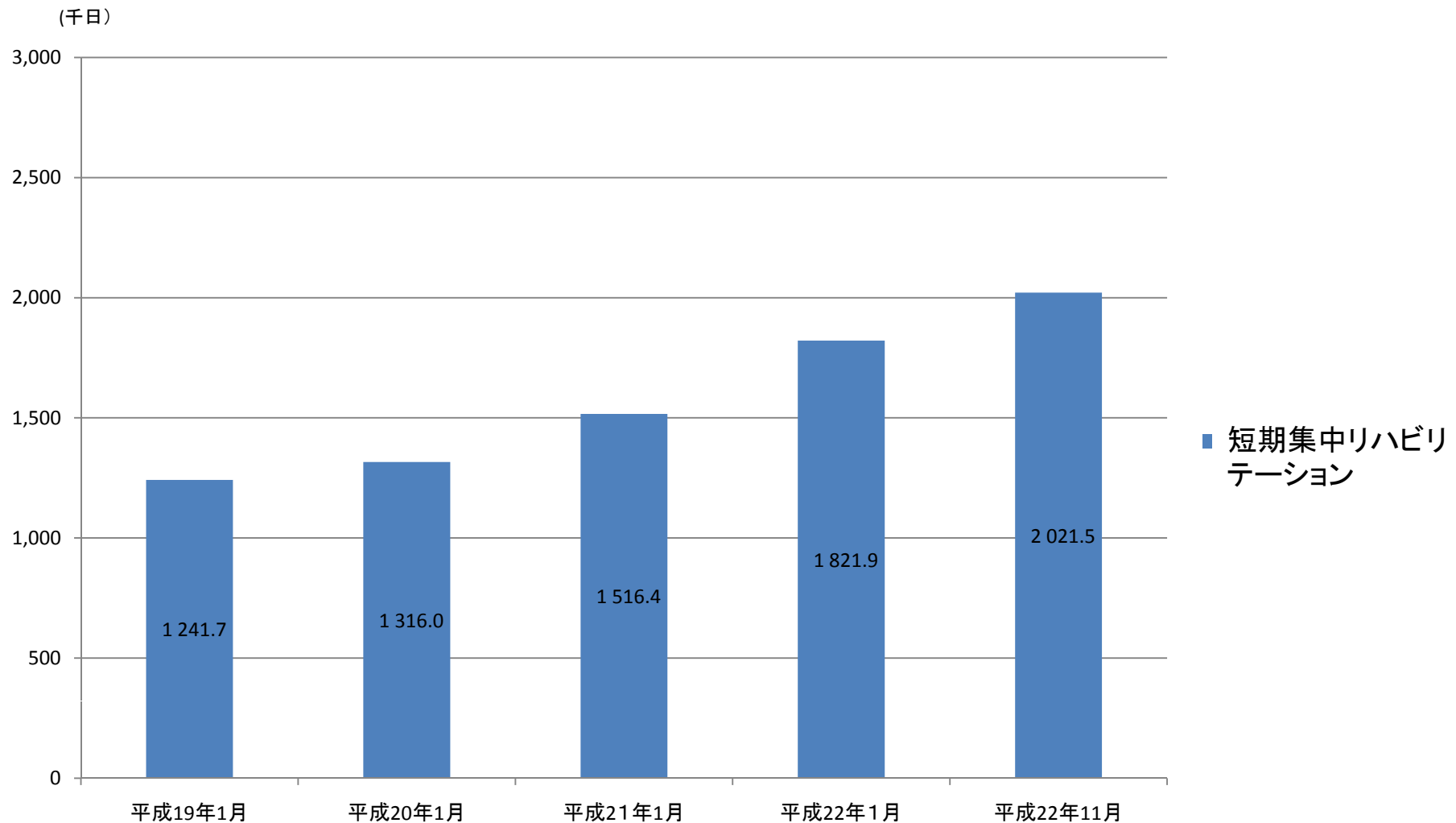
出典：介護給付費実態調査

(参考) 医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間



滞在時間	0～59分	60～89分	90～119分	120～149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

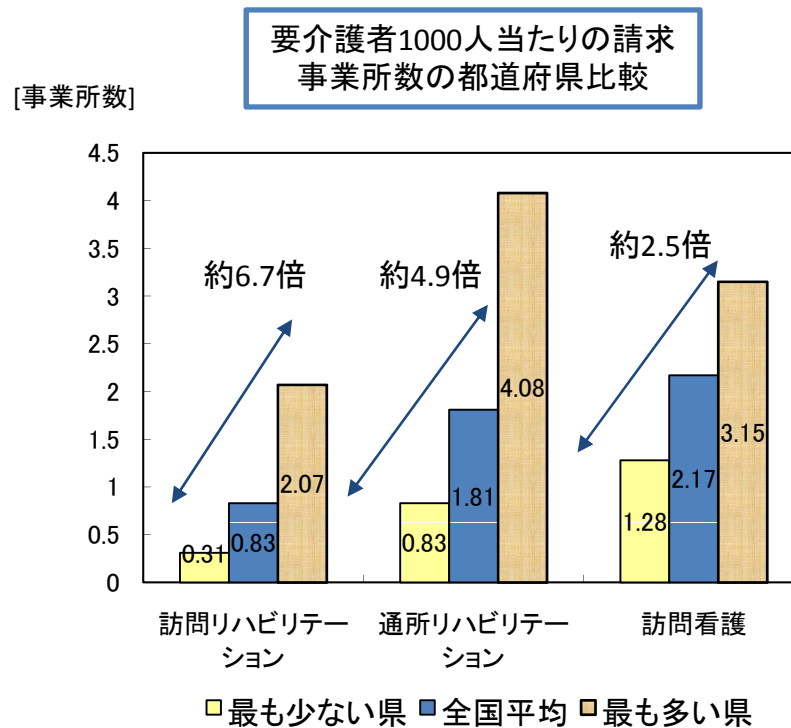
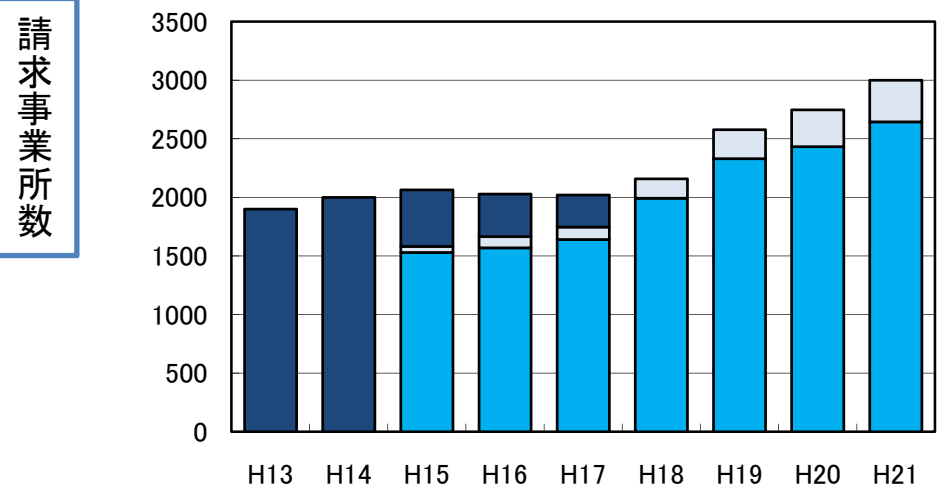
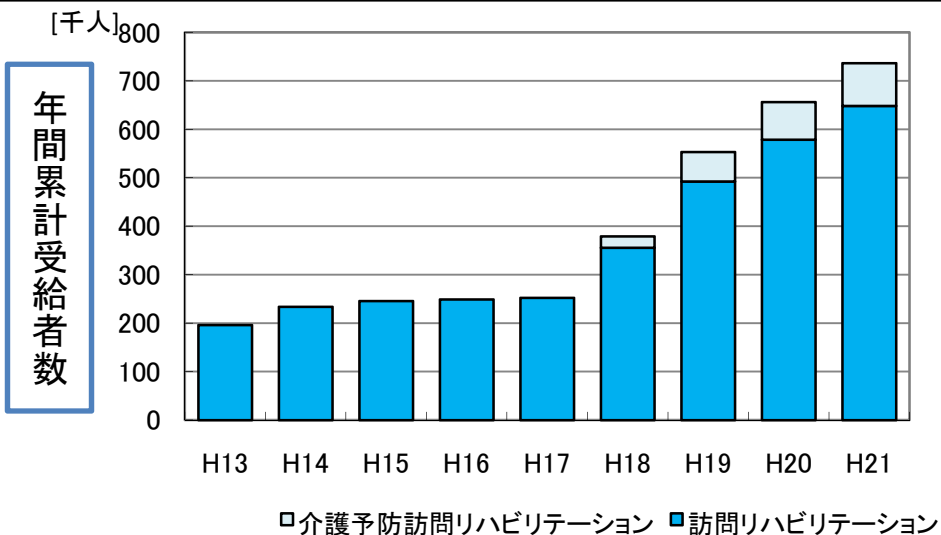
通所リハビリテーションにおける 短期集中リハビリテーション実施加算の算定について



(注)平成22年1月以降の短期集中リハビリテーションは、個別リハビリテーション実施加算を含む

訪問リハビリテーションの利用状況と課題

- 訪問リハビリテーション（予防も含む）の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。
- 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差があり、十分にサービスが提供できていない地域があると考えられる。



■ (旧)施設区分なし
□ 介護老人保健施設

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」（抜粋）

介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

(1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

(リハビリテーションの推進)

○ リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

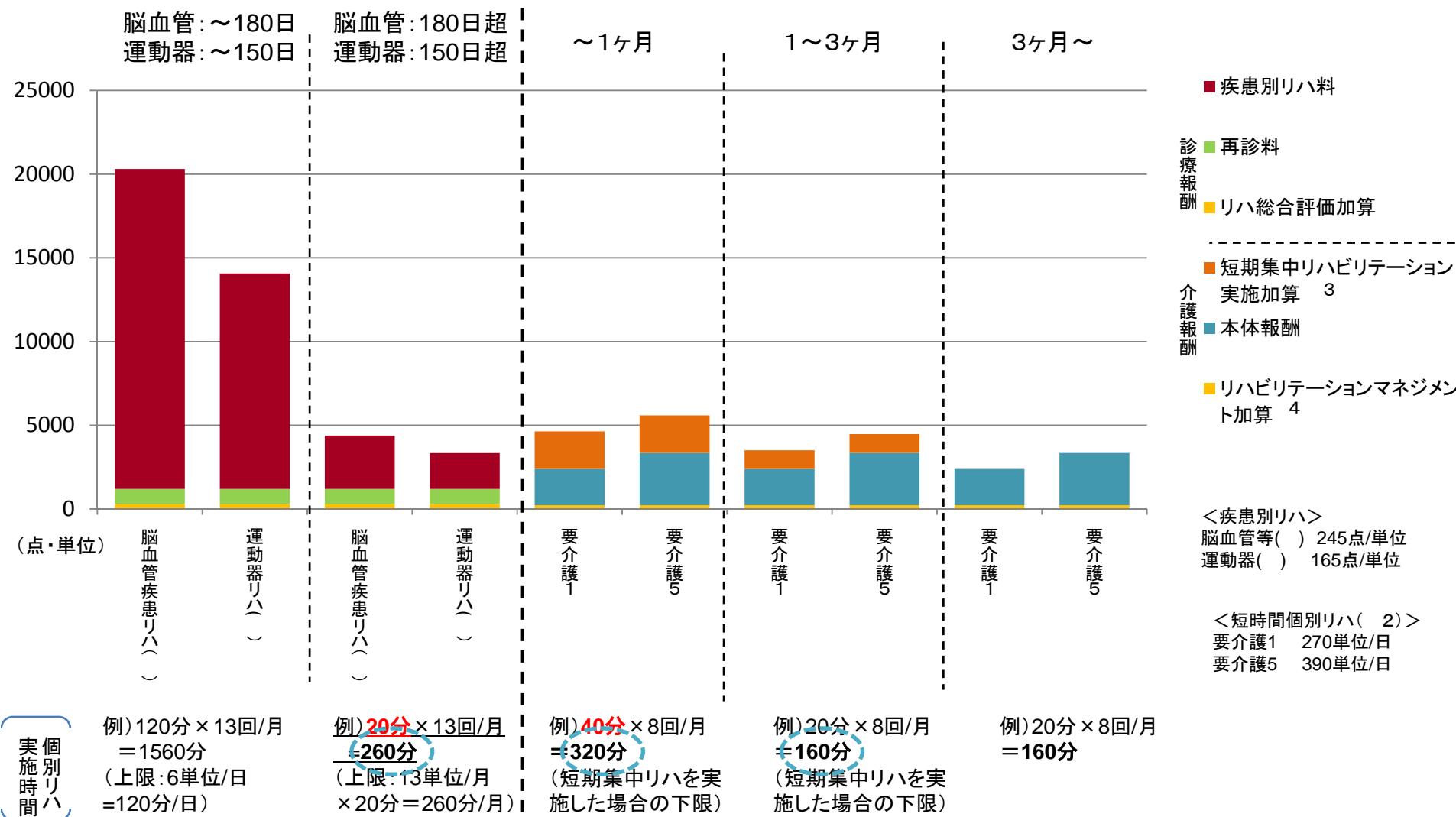
○ しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。

○ そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

○ さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

【医療保険¹】（急性期・回復期） → 【医療保険¹】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ²の場合）】（生活期（維持期））

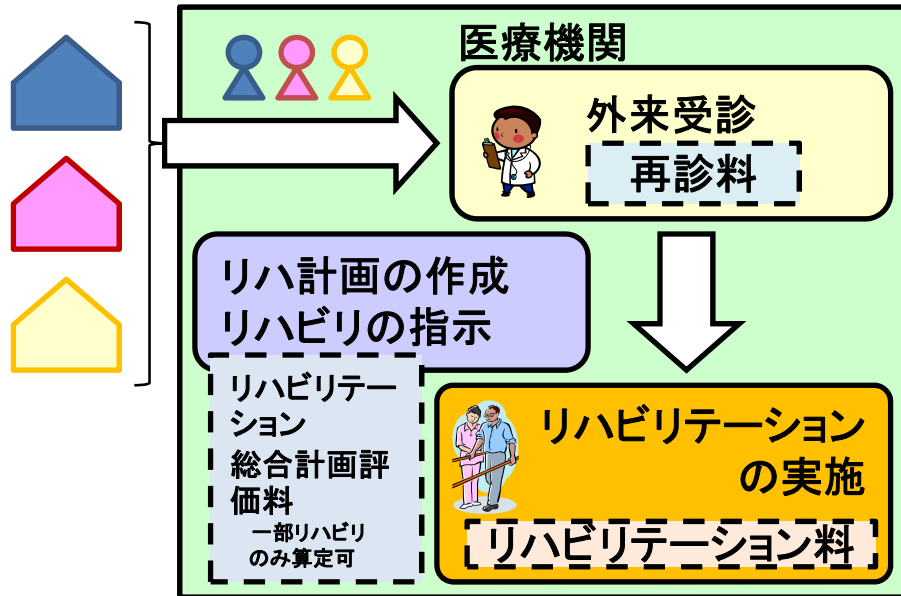


1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。
 2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。
 3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

外来時のリハビリテーションについて

入院外のリハビリテーションについて

外来リハビリテーション



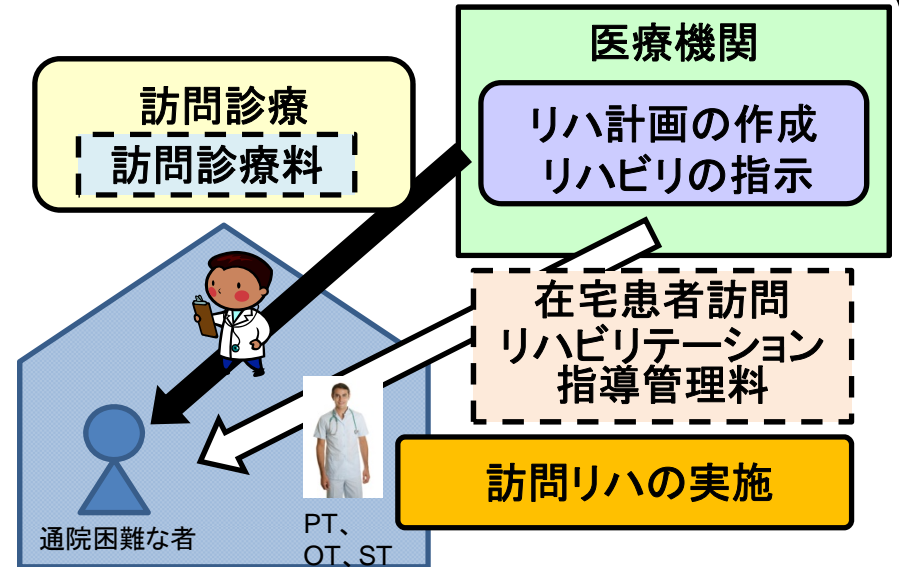
- 定期的にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に基本的な診察が前提
- 医療機関内でのリハビリ提供のため、急変時対応が訪問の場合より容易
- 訪問リハビリの患者と比較して、状態像がよい

(費用のイメージ)

$$\boxed{\text{初・再診料}} + \left(\begin{array}{l} \boxed{\text{再診料}} \\ \boxed{\text{リハビリ料}} \end{array} \right) \times \text{リハビリ毎}$$

(定期的な評価) (日々のリハビリ)

訪問リハビリテーション



- 定期的にリハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に必ずしも診察を要さない
- 居宅等でのリハビリ提供のため、急変時対応が外来の場合より困難
- 外来リハビリの患者と比較して、状態像が悪い

(費用のイメージ)

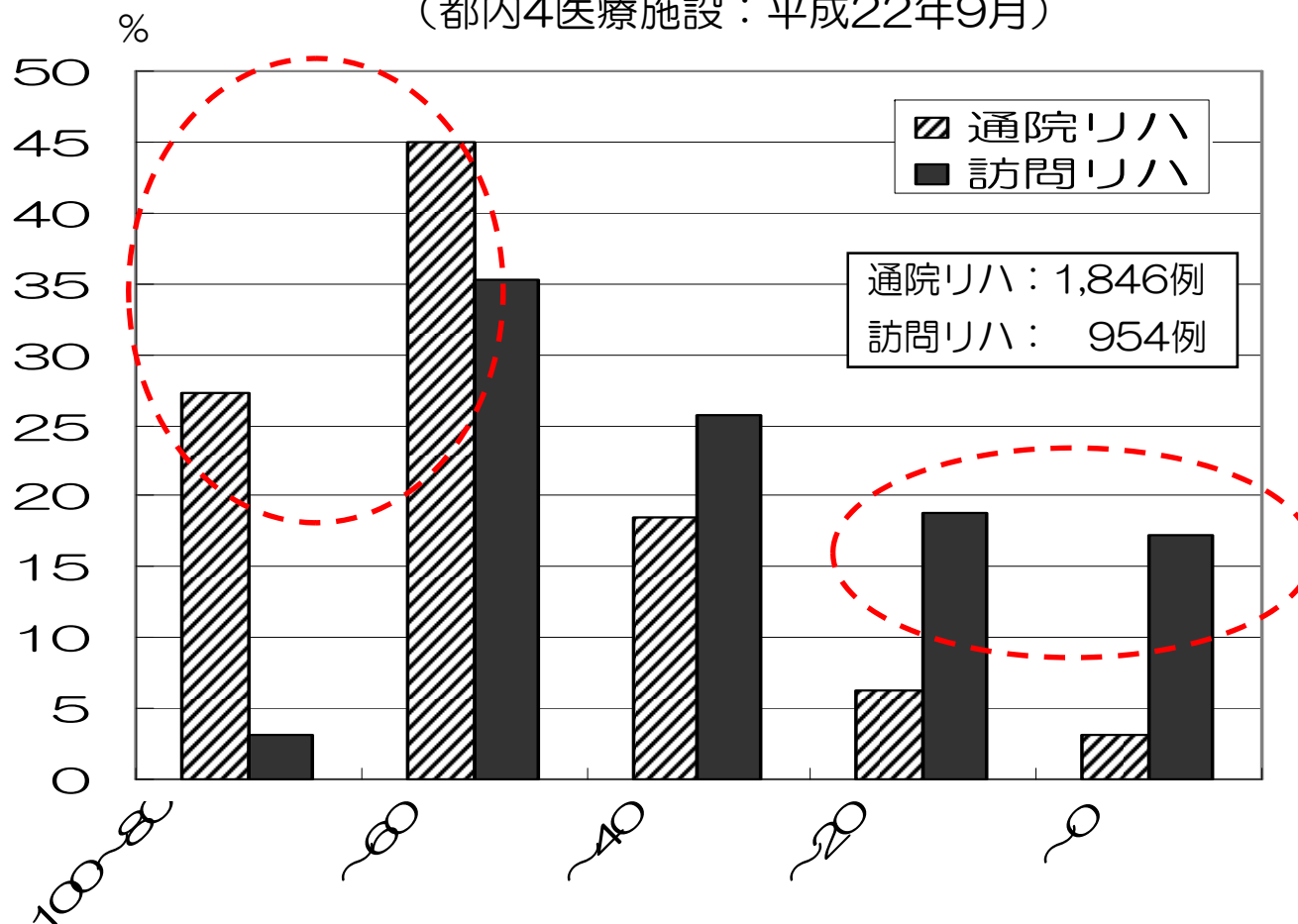
$$\boxed{\text{訪問診療料}} + \left(\begin{array}{l} \boxed{\text{在宅患者訪問}} \\ \boxed{\text{リハビリテーション}} \\ \boxed{\text{指導管理料}} \end{array} \right) \times \text{リハビリ毎}$$

(定期的な評価) (日々のリハビリ)

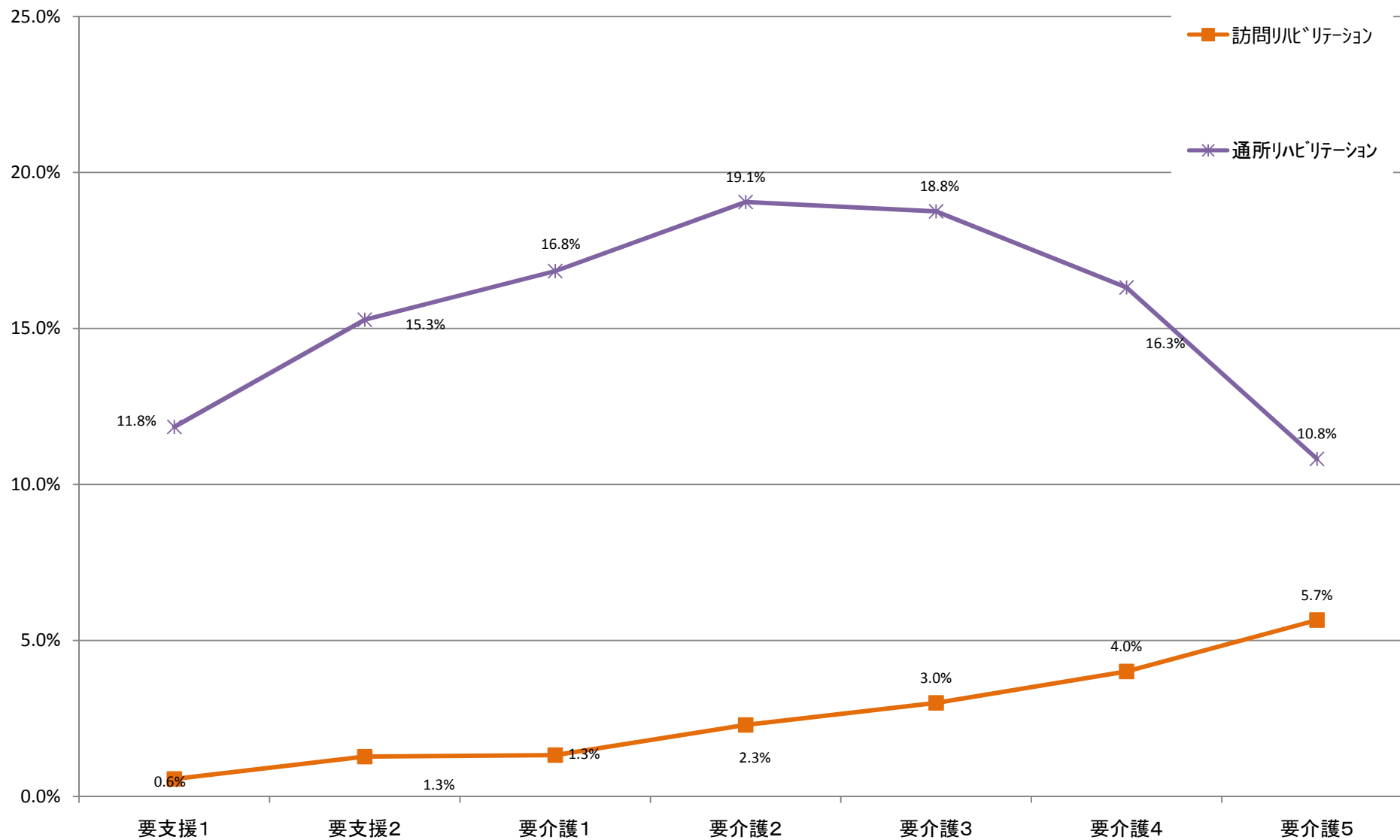
(医療保険) 通院リハ・訪問リハにおける ADL (バーセル指数) による利用者数割合の比較

- ・通院リハと訪問リハの患者のADL(バーセル指数)を比較すると、通院リハ患者のほうがADLがよい。

通院リハと訪問リハのバーセル指数による比較
(都内4医療施設：平成22年9月)

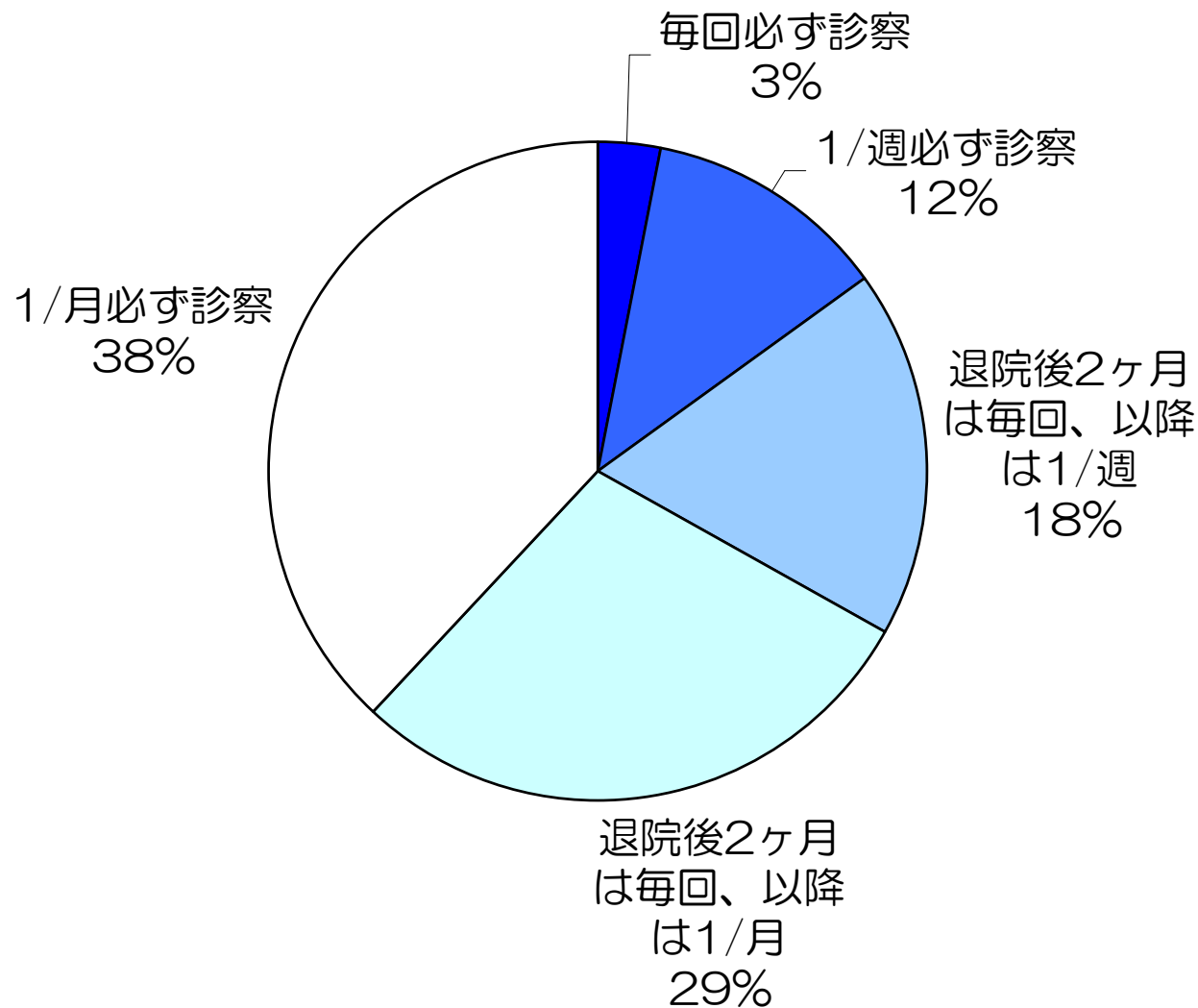


(介護保険)居宅サービス種類別にみた利用者割合(要介護度別)



各サービスには介護予防を含む
介護給付費実態調査(平成22年8月審査分)

通院リハ実施患者に対する
再診の必要性に関するアンケート調査結果
「外来における再診の必要頻度についての意見」
(日本リハ病院・施設協会 316施設 2010年8月)



通院リハ実施患者に対する
再診の必要性に関するアンケート調査結果
「自由記載」の主な意見
(日本リハ病院・施設協会 316施設 2010年8月)

1	通院リハでは変化が乏しいため、毎回の診察は非効率的であり、新たな仕組みが必要。
2	通院リハにおいてはリハ科医師による毎回の診察ができず、ニーズは高く患者に迷惑をかけることになったが、通院リハを廃止せざるを得なかった。
3	通院リハではPT・OT・STは予約制だが、医師の診察により患者の待ち時間が長くなり、患者の不満が多くなっており、再検討を望む。
4	待ち時間が長く、患者が再診を受けずに帰ってしまうことも多い。
5	訪問リハは重度の患者が多いにもかかわらず1/月の診察で良く、通院リハは毎回診察ということが疑問。1/月の診察とリハ実施計画の策定が重要ではないか。
6	看護師による全身状態チェックは必要だが、医師の診察は必要に応じて実施すればよいのではないか。
7	リハ計画を毎回変更することはあり得ないため、最低1/月の診察でしっかりとリハ計画を作成することが重要。
8	1/月のリハ実施計画書作成に診察は必須だが、毎回の再診は形骸化しており無駄ではないか。
9	毎回の再診は、訓練室での回診的な診察となっており、じっくり診察する時間がとれないことから、是非、再検討してほしい。
10	退院後2ヶ月間は変化することが多いため毎回診察すべきだが、それ以降の再診は最低1/月以上、必要に応じて実施することで十分ではないか。

參考資料

疾患別リハビリテーションの評価の充実①

脳血管疾患等リハビリテーション料の引き上げと評価体系の見直し

脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション() () の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現行	
脳血管疾患等リハビリテーション料()	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	100点



改定後		
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	245点
	廃用症候群の場合	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	200点
	廃用症候群の場合	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料()	廃用症候群以外の場合	100点
	廃用症候群の場合	100点

疾患別リハビリテーションの評価の充実②

運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

⑨ 運動器リハビリテーション料()175点(1単位につき)

[算定要件]

入院中の患者に対し、急性期のリハビリテーションを個別に20分以上提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。

疾患別リハビリテーションの評価の充実③

心大血管疾患リハビリテーションの評価

心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で418施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

[施設基準の変更点]

1. 心大血管疾患リハビリテーション()の施設基準において、常時、勤務することとされていた循環器科又は心臓血管外科の医師を、**心臓血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯においては常時勤務**することとした。
2. 心大血管疾患リハビリテーションに専従する理学療法士又は看護師について、**心大血管疾患リハビリテーションを行わない時間帯において他の疾患別リハビリテーション等に従事可能**とした。
3. 心大血管疾患リハビリテーションに専用の機能訓練室について、**それぞれの施設基準を満たせば、他の疾患別リハビリテーションに専用の機能訓練室と同一の部屋とすることを可能**とした。

疾患別リハビリテーションの評価の充実④

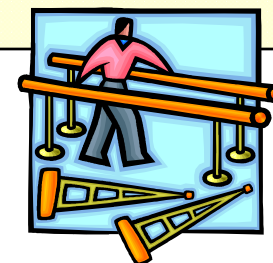
発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期から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の早期リハビリテーション加算を引き上げる。

早期リハビリテーション加算30点→45点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

維持期のリハビリテーションについては、平成21年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続する。



疾患別リハビリテーションの点数と人員配置(平成22年度改定前)

		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		(Ⅰ)170点	(Ⅰ)170点
	1名		(Ⅲ)100点	(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

疾患別リハビリテーションの点数と人員配置(平成22年度改定後)

		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)245点 (235点※)		
	4名		(Ⅱ)200点 (190点※)	新(Ⅰ) 175点*	
	2名	(Ⅰ)200点		新(Ⅱ) 165点	(Ⅰ)170点
	1名		(Ⅲ)100点	新(Ⅲ) 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

廃用症候群の患者に行った場合 * 入院中の患者に限る

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	I	病院・診療所: 160㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 2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	245点 (235点)
	II	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡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	200点 (190点)
	III	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡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	新 I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師1名 PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	175点
	新 II	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	165点
	新 III	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

運動器リハビリテーション新 には、所定の研修を修了したあんまマッサージ師等を専従者として届け出を行うことが可能。

疾患別リハビリテーション料の施設基準について②

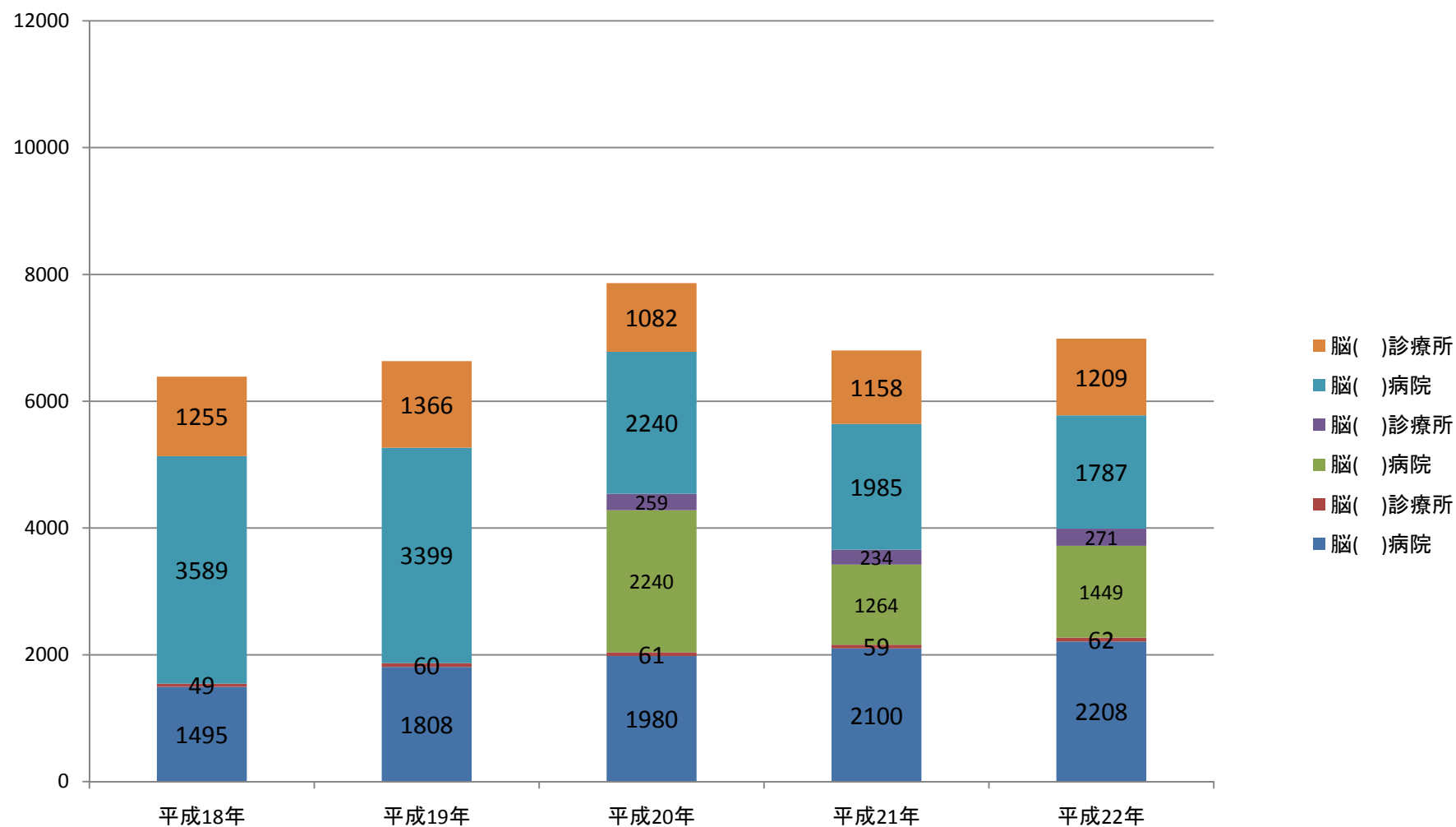
呼吸器	I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 PT・OT(内1名は経験を有する)の合計2名以上	170点
	II	病院・診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点
心大血管	I	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① 経験を有するPT: 2名以上 ②経験を有する看護師: 2名以上 ③経験を有するPT・看護師 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	200点
	II	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	常勤医師 1名 ①経験を有するPT: 1名以上 ②経験を有する看護師: 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

心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数



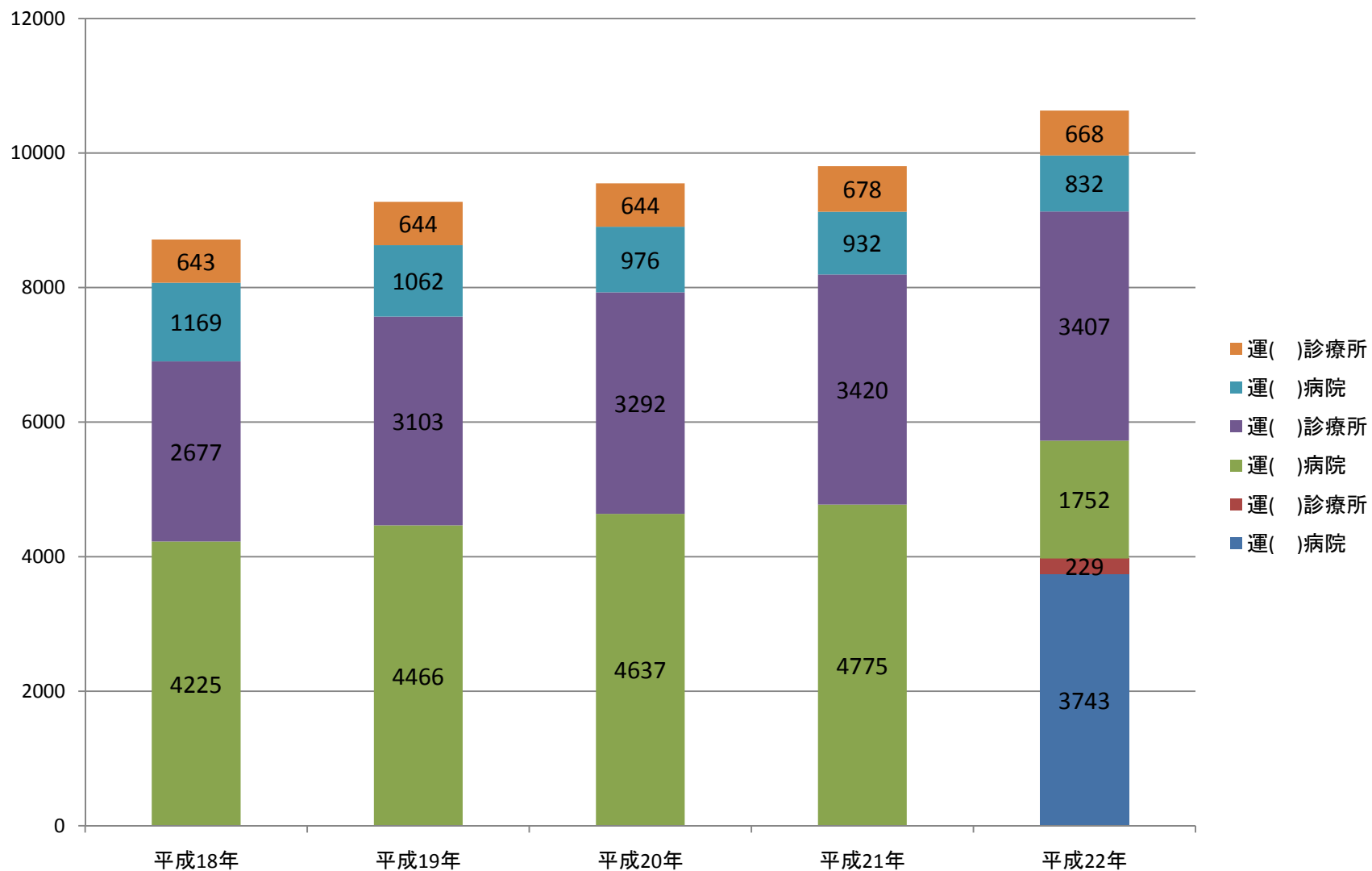
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

脳血管疾患等リハビリテーション料届出施設数



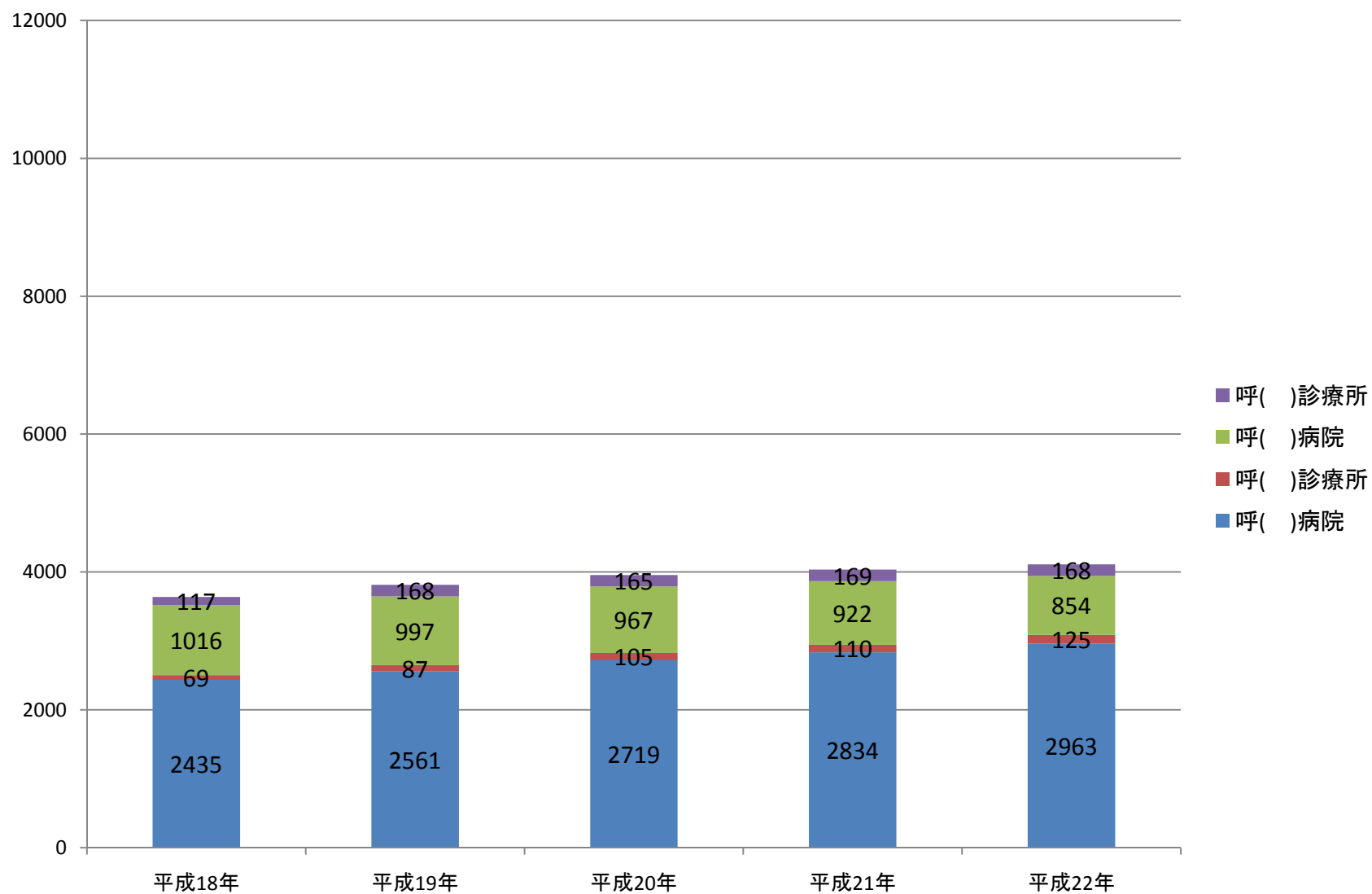
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

運動器疾患リハビリテーション料届出施設数



出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

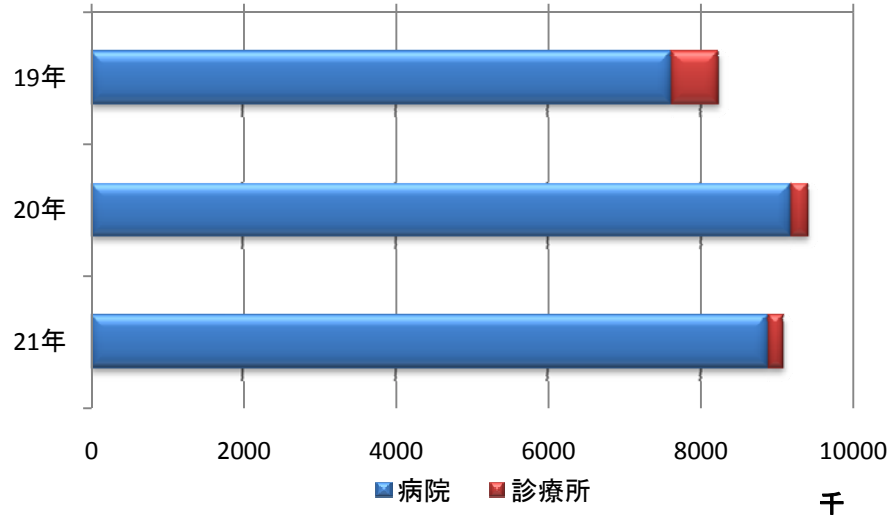
呼吸器疾患リハビリテーション料届出施設数



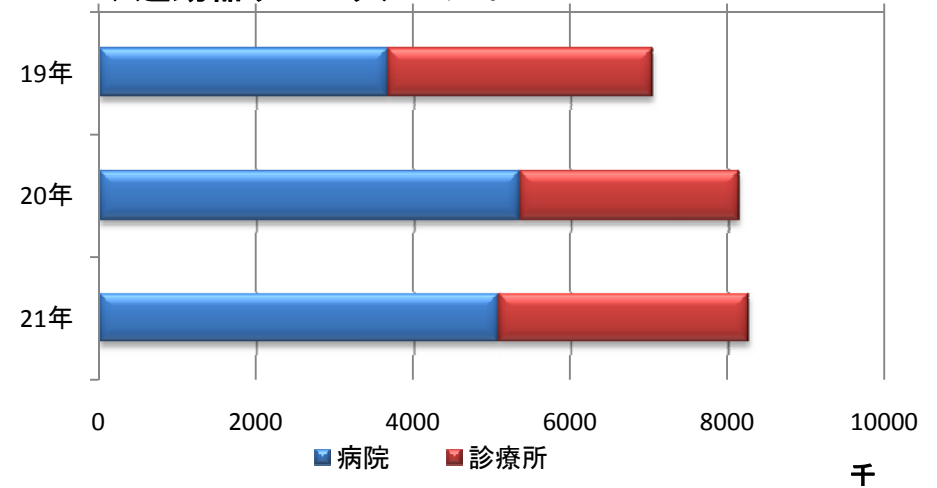
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

リハビリテーション料の算定件数

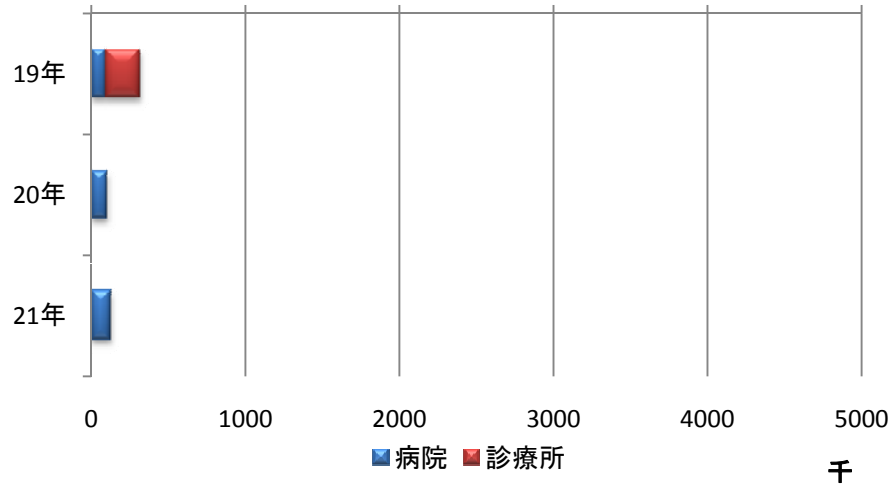
◆脳血管疾患リハビリテーション



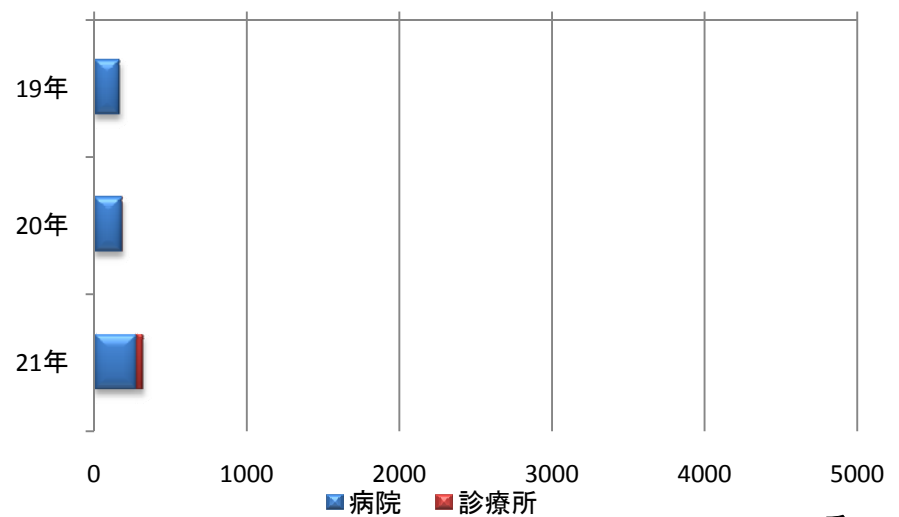
◆運動器リハビリテーション



◆心大血管疾患リハビリテーション



◆呼吸器リハビリテーション



心大血管疾患:リハビリテーション料() ()
 脳血管疾患等:リハビリテーション料() () () 19年度は() ()
 * 但し、平成19年度は入院・入院別で算出

運動器:リハビリテーション料() ()
 呼吸器:リハビリテーション料() ()
 出典)H19、20、21 社会医療診療行為別調査

介護保険のリハビリテーション施設基準等

		通所リハビリテーション	
		診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)	
設備		・専用の部屋等 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)	
人員配置	医師	専任・常勤:1人以上	専任:1人以上 (医師1人に1日48名以内)
	看護職員 介護職員 PT・OT・ST	利用者10人に対し、専従で1人以上	専従で1人以上
		専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上	専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0.1人以上
1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等を含めることができる			

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

早期の集中的なり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)

4. 認知症短期集中リハ加算

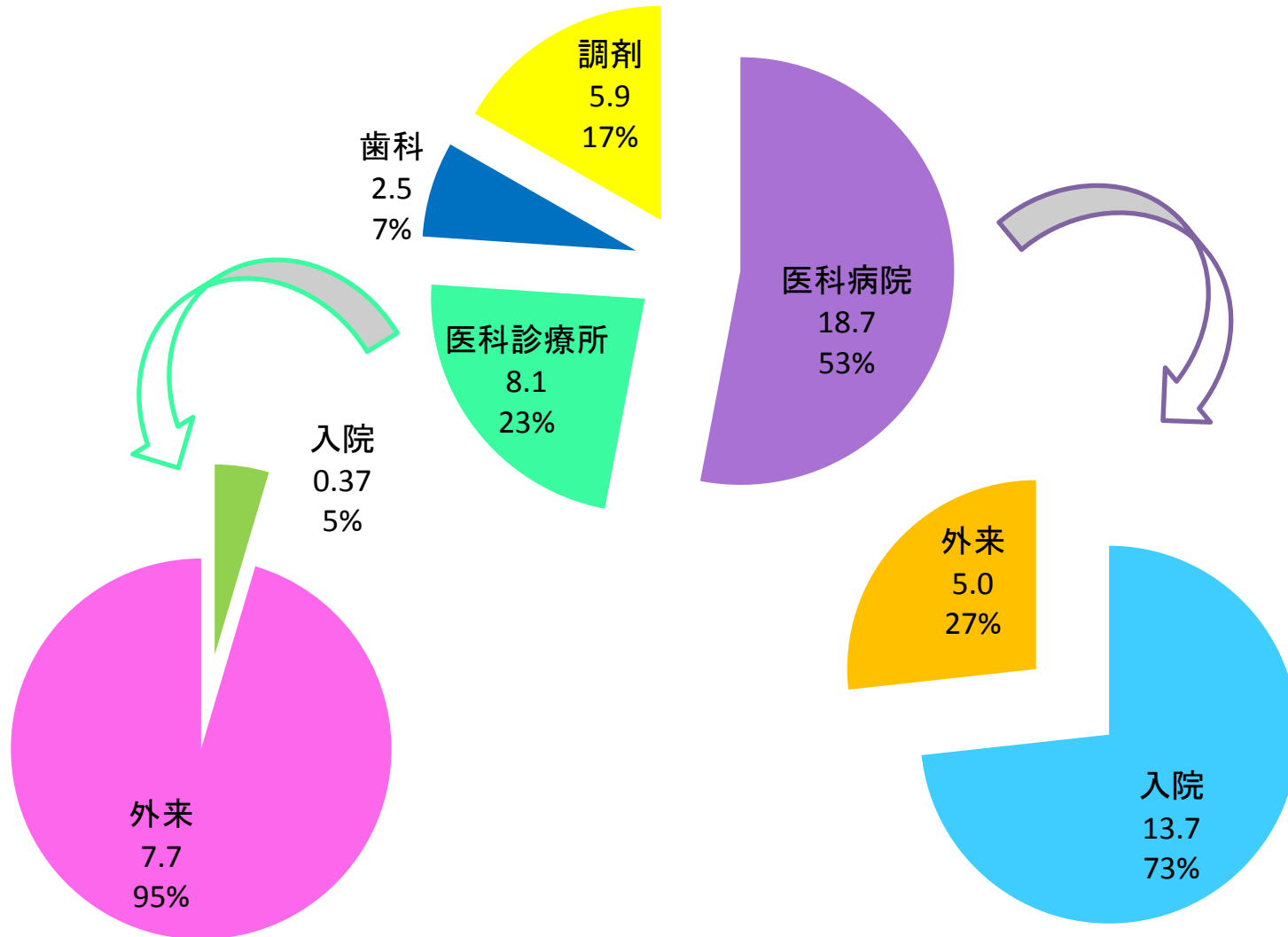
介護老人保健施設のみならず、通所リハビリテーション事業所においても、認知症短期集中リハを実施した場合については、認知症短期集中リハ加算の算定を可能とした。

(例) 退院・退所日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内(新規) 240単位/日

医療費の動向(病院・診療所別)

(平成21年度医療費の動向)

平成21年度医療費の内訳(兆円)



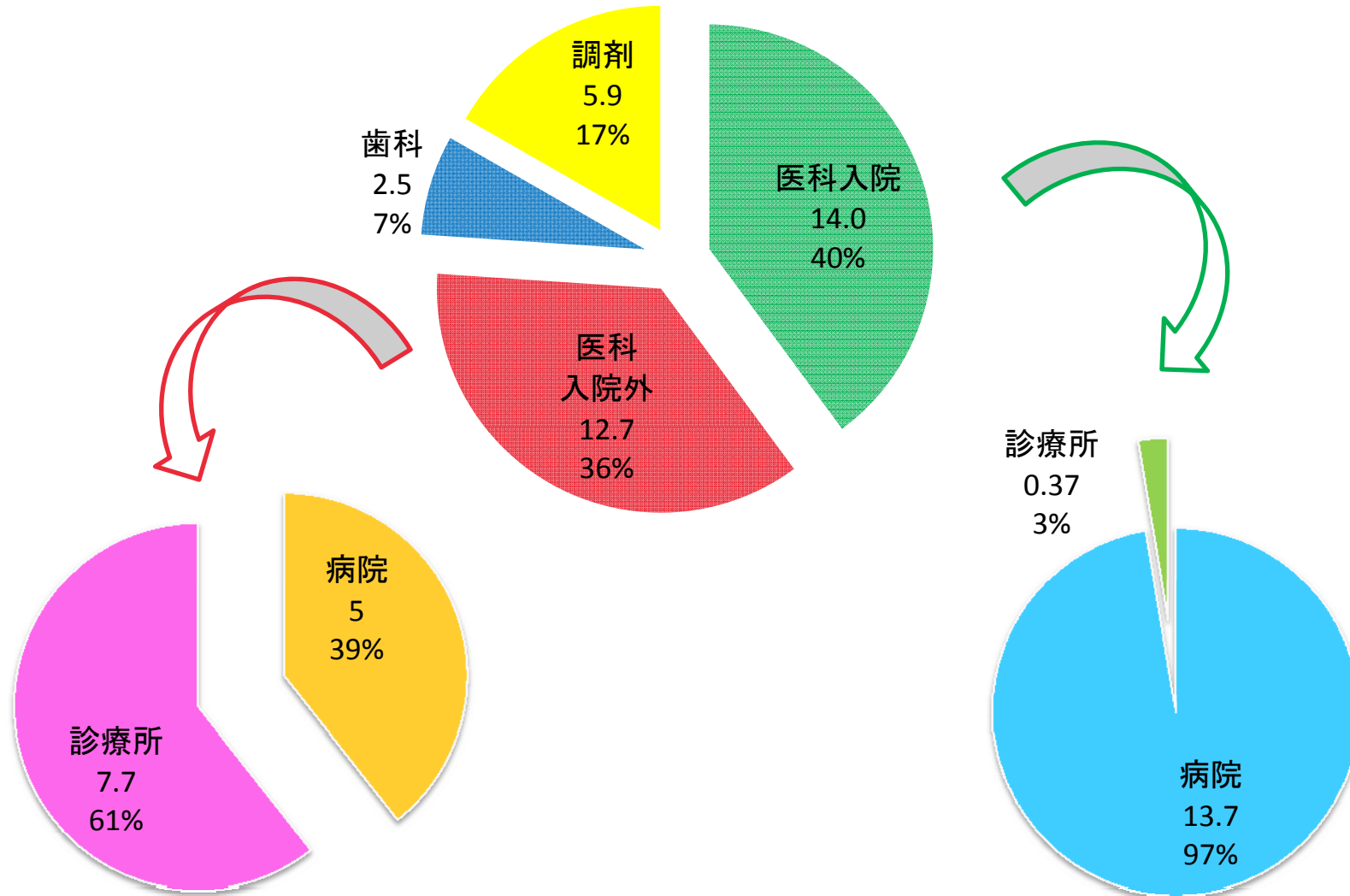
平成21年度診療所医療費の内訳(兆円)

平成21年度病院医療費の内訳(兆円)

医療費の動向(入院・外来別)

(平成21年度医療費の動向)

平成21年度医療費の内訳(兆円)

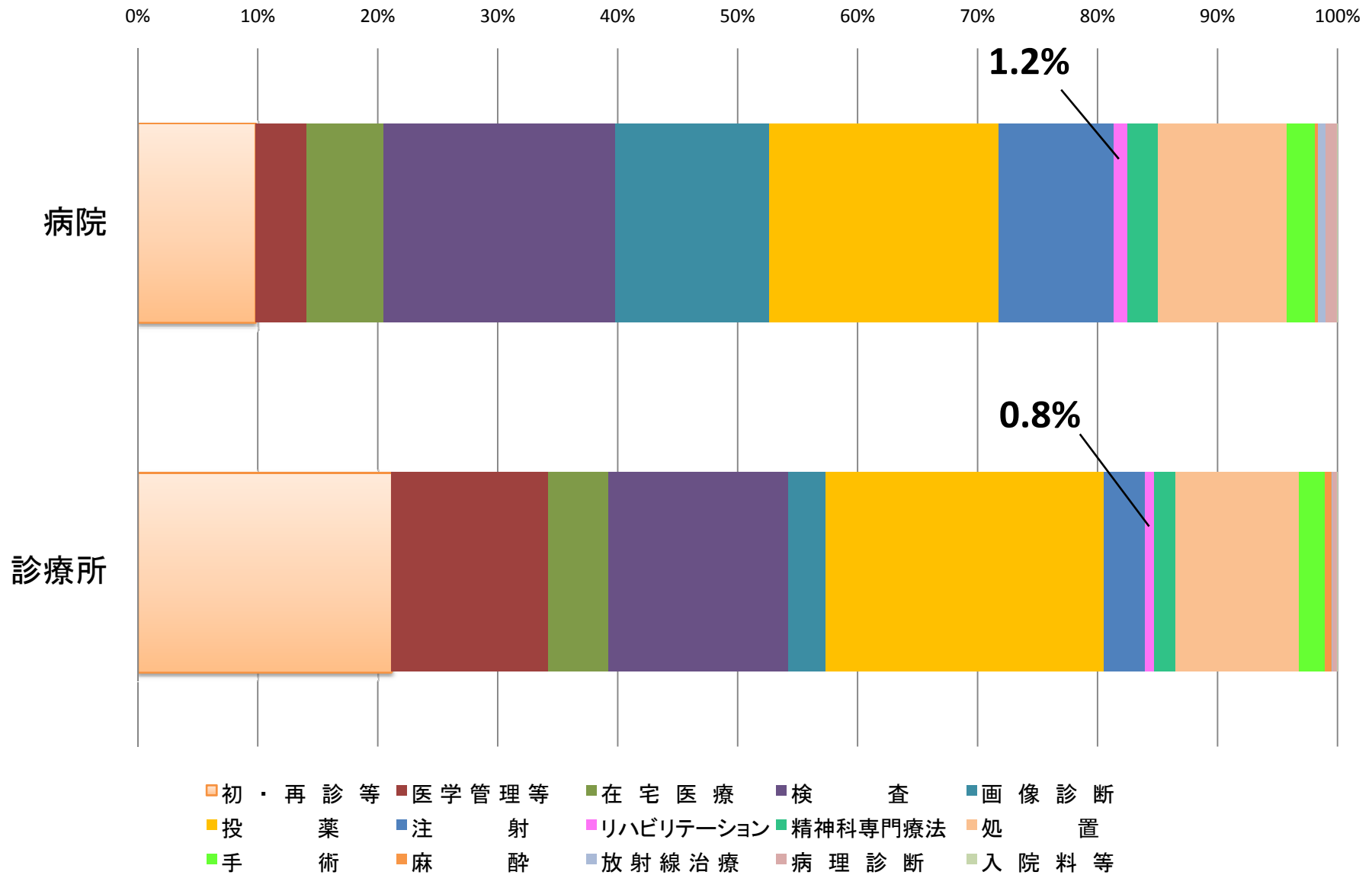


平成21年度医科入院外医療費の内訳(兆円)

平成21年度医科入院医療費の内訳(兆円)

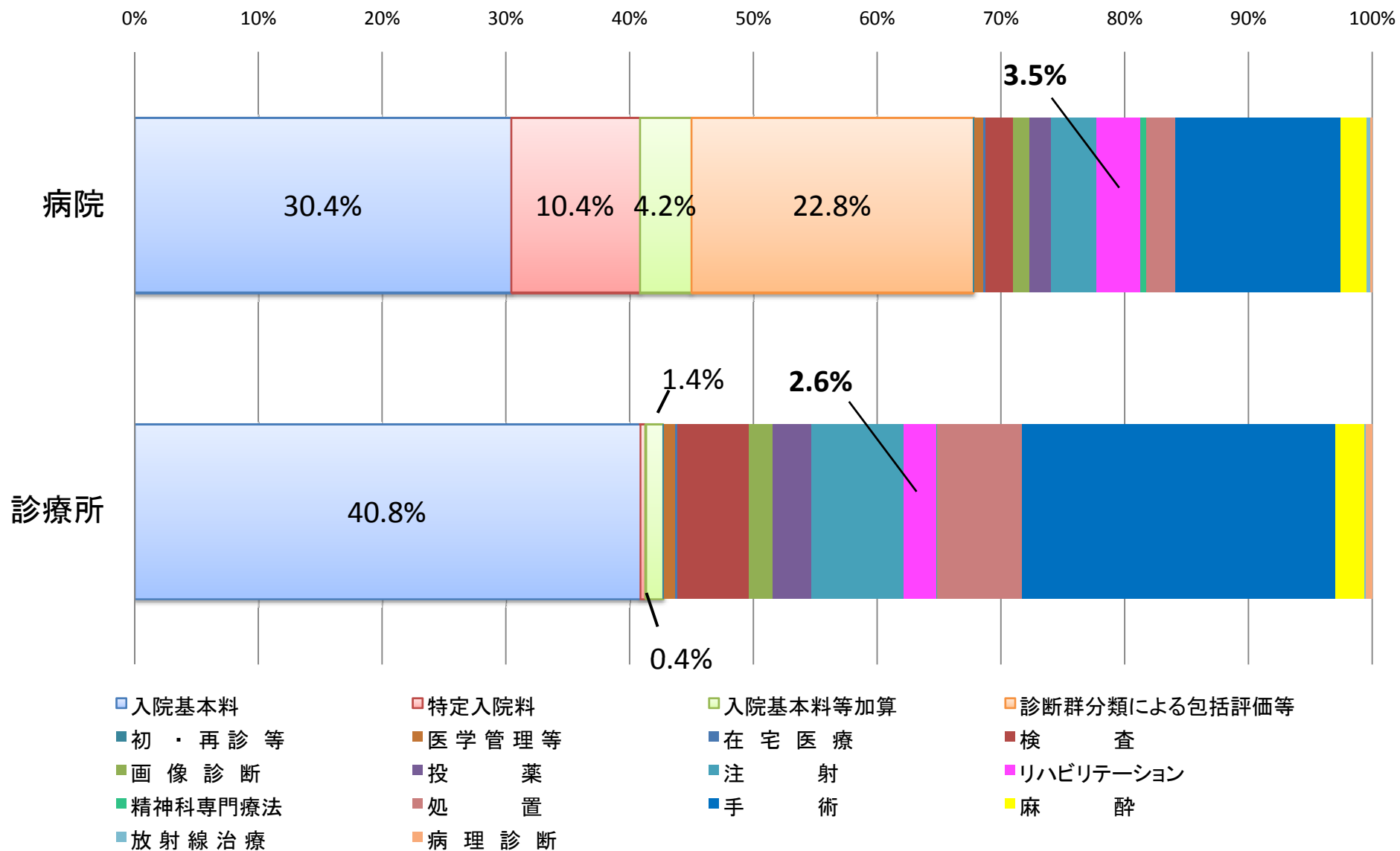
入院外医療費の内訳(大分類)

(平成21年社会医療診療行為別調査)



入院医療費の内訳(大分類)

(平成21社会医療診療行為別調査)



【参考】介護保険サービス種類別費用額について

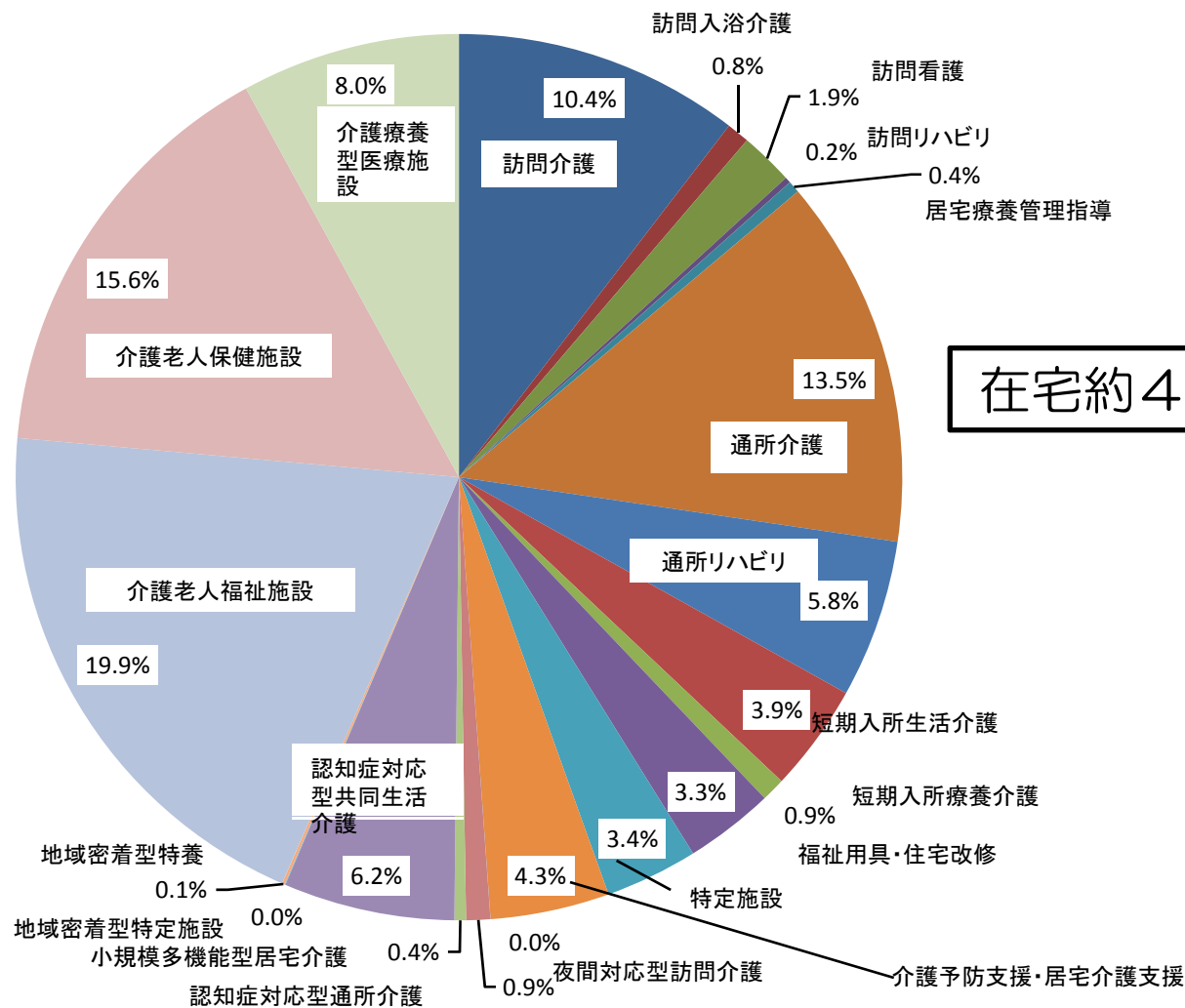
(平成19年度)

予防サービスを含む。

施設約44%

在宅約49%

地域密着型約7%



【出典】平成19年度介護保険事業状況報告（厚生労働省）