

中医協 診-1-3
17.6.29

リハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査 報告書

平成17年6月15日

「リハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査」

調査実施委員会

委員長 石田 暉

リハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査
報告書 目次

1	はじめに.....	1
2	目的.....	1
3	調査方法の概要.....	1
4	調査内容.....	2
5	回収結果と分析方法の概要.....	2
	(1) 一般リハビリ.....	3
	① 病院開設主体による差.....	3
	② リハビリの場.....	4
	③ 発症後早期からのリハビリテーション.....	5
	④ リハビリ資源の投入(単位数)とアウトカム.....	6
	⑤ リハビリテーション総合実施計画.....	7
	⑥ 疾患とリハビリ.....	8
	⑦ ADLの改善.....	11
	⑧ リハビリの質.....	11
	⑨ リハビリ医の関与.....	11
	⑩ 療法士以外のリハビリへの関与.....	13
	⑪ 満足度.....	14
	(2) 整形外科領域(体幹・四肢運動療法).....	15
	① はじめに.....	15
	② 結果.....	15
	(3) 心臓リハビリ.....	16
	① 背景・目的.....	16
	② 調査対象.....	16
	③ 結果.....	16
	④ 考察とまとめ.....	21
	(4) 呼吸リハビリ.....	23
	① 普及度.....	23
	② 呼吸リハビリを実施していない要因.....	24
	③ 患者プロフィール.....	25
6	考察と結論.....	26

1 はじめに

調査にあたり、調査実施分析体制として、リハビリテーション（以下リハビリ）医療の多面性を考慮し、一般リハビリ領域、整形外科領域、心臓リハビリ領域、呼吸器疾患リハビリ領域から学会から委員を募り委員会を構成した。

委員	所属
◎石田 暉	東海大学医学部教授 (日本リハビリテーション医学会)
関 寛之	目白大学保健医療学部教授・保健医療学部長 (日本整形外科学会)
藤野圭司	藤野整形外科医院院長 (日本臨床整形外科医会)
伊東春樹	(財)心臓血管研究所附属病院副院長 (日本心臓リハビリテーション学会)
小林弘祐	北里大学大学院医療系研究科専任教授 (日本呼吸器学会)

※ ◎は委員長

2 目的

中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬基本問題小委員会では、診療報酬の評価のあり方について現在検討を行っており、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会にその基礎となる調査を依頼している。

本調査の目的は、本邦で施行されているリハビリの実態（普及度、資源の投入他）を把握し、より質の高いリハビリ医療（消炎鎮痛処置等を含む）が提供できるような診療報酬のあり方について必要となる基礎資料を作成するものである。

3 調査方法の概要

調査方法は、施設の属性を調査するための施設調査票（A票； A1施設共通票、A2：心臓リハビリ施設票、A3：呼吸リハビリ施設票）および各治療技術別の診療時間、関与人数などを調査するための患者に対するリハビリ調査票（B票； B1：一般リハビリ患者票、B2：体幹、四肢運動療法患者票、B3：呼吸リハビリ患者票）よりなるアンケート用紙を各学会の提出した施設名簿に従って、施設票は4領域全体、患者票は心臓リハビリを除く3領域に施設毎の患者数（10～20例）を割りあて、調査対象施設の調査担当医師に記入を依頼した。配布、回収の形態は、郵送

配布、郵送回収とした。あわせて診療の内容（資源投入）と時間経過を明らかにするため当該患者の、治療期間中のレセプトのコピーの添付を求めた。レセプトの提出が不可能な施設の場合には別紙にその内容の転記を依頼した。個人情報に十分配慮し、患者よりの文書による了解あるいは個人を識別出来ないような方策を講じた。

4 調査内容

主な調査内容は、施設共通票では施設の開設主体と概要、リハビリの内容（人的資源、活動、安全管理体制など）また呼吸ならびに心臓リハビリでは内科的治療、外科的治療の症例数や治療医師の数、非実施の理由などであった（詳細については各領域ごとの報告ならびに資料編を参照のこと）。

5 回収結果と分析方法の概要

本調査は、平成17年2月から3月にかけて実施した。調査対象施設820施設のうち、トータル376施設（46%）から回答があった。

表A 調査票の回収数・送付対象数・回収率

内訳	回収数	送付対象数	回収率
A1：施設共通票	354件	1,167件	30%
A2：心臓リハビリ施設票	78件	506件	15%
A3：呼吸リハビリ施設票	11件	46件	24%
B1：一般リハビリ患者票	817件	1,890件	41%
B2：体幹・四肢運動療法患者票	1,981件	4,720件	43%
B3：呼吸リハビリ患者票	59件	460件	13%

調査票の各項目ごとに単純集計を行ったほか、施設票と患者票の一定項目間（例えば、A1：施設共通票とB1：一般リハビリ患者票）でクロス集計を行った。さらに、当該患者の対象期間のレセプト・データ（総単位数、総点数、加算の有無など）と調査票とのクロス分析も実施した。

表B レセプトデータの内訳と件数

レセプトデータ内訳	対象患者データの件数
一般リハビリ	508件
体幹・四肢運動療法	1754件

6 調査結果の概要

(1) 一般リハビリ

リハビリ医療は他の先行する医療に比べ本邦における歴史も浅く、近年比較的関心の高い医療分野とされながら、地域への浸透性も十分とは言えず、最低限のリハビリ医療が日本中何処でも受けられる状態に至っていない。今後高齢社会の進展や障害者の著しい増加を考慮すると、この領域の医療の需要は益々拡大するものと考えられる。

一方リハビリ医療の拡大に伴い危惧されるのは質の低下である。その意味では「リハビリの standard はどのレベルか」「ガイドラインをどのように作っていくか」の基礎資料は必須と考える。

今回、質の高いリハビリを供給している施設ではどのようなリハビリが行われるかの実態を調査することにより、それらの質を上げる内容に診療報酬上のインセンティブを与え、より質の高いリハビリ医療を拡大し、浸透させる事は意義深いものとする。

質の高い医療のアウトカムとして最終的には「患者満足度が高い事」が考慮されるべきであるが、今回は「ADL の改善度（率）が良い」「在院日数（あるいはリハビリ治療実日数）が短い」「在宅復帰率が高い」を主に用いた。

① 病院開設主体による差

PT・OT・ST などの専門職員資源（常勤）について、病院の開設主体別にみてみると、大学間では、私立大学開設が手厚くなっており、独立行政法人に比べるとその差は顕著であった。事務職員などリハビリに関連する職員全体においても、概ね同様の結果となった。

また、公立と民間の開設主体別にみてみると、各種医療法人・財団開設が手厚くなっており、国立病院機構に比べるとその差は顕著であった。

独立行政法人、国立病院機構等に於ける早急の改善が期待される。

表 1-1 開設主体別にみた大学病院の専門職員数

		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の常勤延べ人数							
		全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
開設主体	大学病院(独立行政法人)	86 100.0	6.88	2.26	4.00	10.00	6.00	5.00	9.00
	大学病院(公立)	11 100.0	20.36	2.01	14.00	21.00	21.00	21.00	21.00
	大学病院(私立)	170 100.0	22.10	8.18	4.00	37.00	23.00	17.00	25.00

表 1-2 開設主体別にみた病院のリハビリ関連職員数（事務職員も含む）

		リハビリに関連する職員数合計							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
開設主体	全 体	671 100.0	75.48	75.68	7.00	332.00	50.00	31.00	87.00
	国立(国立病院機構)	28 100.0	33.50	14.73	14.00	47.00	41.00	14.00	47.00
	医療法人(特定)	48 100.0	155.73	87.58	35.00	278.00	180.50	75.00	194.00
	医療法人(特別)	- -	-	-	-	-	-	-	-
	医療法人(社団)	90 100.0	107.83	84.52	33.00	312.00	84.00	50.00	138.00
	財団	50 100.0	61.00	23.79	36.00	97.00	53.00	39.00	80.00
	医療法人・財団計	188 100.0	107.61	81.84	33.00	312.00	80.00	39.00	171.50
	無 回 答	455 100.0	64.80	70.83	7.00	332.00	47.00	20.00	75.00

② リハビリの場

1) ベッドサイドから訓練を開始した方が、治療実施日数は短くなる傾向がある。

表 1-3 治療実施日数とリハビリ開始時の訓練場所

		開始時の訓練場所				
		全 体	ベッドサイド	訓練室	その他	無回答
治療実施日数	全 体	677 100.0	265 39.1	409 60.4	-	3 0.4
	0~19日	92 100.0	48 52.2	44 47.8	-	-
	20~39日	97 100.0	51 52.6	46 47.4	-	-
	40~59日	98 100.0	35 35.7	63 64.3	-	-
	60~79日	82 100.0	33 40.2	49 59.8	-	-
	80~99日	57 100.0	15 26.3	41 71.9	-	1 1.8
	100日以上	109 100.0	44 40.4	65 59.6	-	-
	無 回 答	142 100.0	39 27.5	101 71.1	-	2 1.4

2) 治療実施日数が長い患者すなわち長期入院患者は、ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が長い。

3) ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が 20 日以上ある場合、治療実施日数が 100 日を越える場合が増加する。

- 4) 在宅復帰以外の転帰では、ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が若干長くなる傾向がみられる。(逆を言えばベッドサイドから訓練室開始までの期間が短いものは在宅復帰の比率が大きい)

③ 発症後早期からのリハビリテーション

一方、発症後早期からリハビリテーションを実施しているか否かの視点で見ると、14日以内の早期加算を取っている場合の方が、取っていない場合に比べて、ADLの平均改善幅が大きい傾向がみられた (Barthel index で28程度、FIMで15程度)。また、理学・作業・言語聴覚療法の早期加算合計単位数が多い場合の方が、ADLの平均改善幅 (Barthel indexによる) が高くなる傾向がみられた。

これは早期から多職種がリハビリを始めた場合の outcome の改善が良いことを示している。

ただし、早期加算の有無と、転帰には明確な関係はみられなかった。

表 1-4 早期加算の有無と ADL の改善 (Barthel Index)

		ADLの改善: Barthelindex							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
早期加算の有無(14日以内早期加算あり/なし)	全 体	111 100.0	36.71	28.46	-70.00	100.00	37.00	15.50	57.00
	有	22 100.0	59.27	26.95	0.00	100.00	62.00	53.00	78.75
	無	89 100.0	31.14	25.96	-70.00	89.00	31.00	15.00	48.00
	無 回 答	- -	-	-	-	-	-	-	-

表 1-5 早期加算合計単位数と ADL の改善 (Barthel Index)

		ADLの改善: Barthelindex							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
理学・作業・言語聴覚早期リハビリテーション加算合計単位数	全 体	111 100.0	36.71	28.46	-70.00	100.00	37.00	15.50	57.00
	0	22 100.0	27.73	19.67	0.00	78.00	25.00	12.00	40.00
	1~34	53 100.0	38.32	31.87	-70.00	100.00	40.00	16.00	61.00
	35~67	23 100.0	35.22	24.95	0.00	89.00	36.00	16.50	53.00
	68~128	12 100.0	51.58	25.23	0.00	89.00	55.00	43.75	69.25
	129~718	1 100.0	5.00	0.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	無 回 答	- -	-	-	-	-	-	-	-

表 1-6 早期加算合計単位数による転帰

		I 10) 転帰		
		全 体	在宅復帰	それ以外
理学・作業・ 言語聴覚早期 リハビリ テーション加 算合計単位 数	全 体	354 100.0	290 81.9	64 18.1
	0	84 100.0	74 88.1	10 11.9
	1~34	139 100.0	110 79.1	29 20.9
	35~67	76 100.0	62 81.6	14 18.4
	68~128	42 100.0	33 78.6	9 21.4
	129~718	13 100.0	11 84.6	2 15.4

以上の結果からみると、早期よりベッドサイドでリハビリを開始する方向にインセンティブを与えるべきと考える。

④ リハビリ資源の投入(単位数)とアウトカム

理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計単位数と、ADLの改善率(FIM)の明確な相関は見られなかった。ただし、合計単位数は治療実日数に比例するため、日数に応じた改善度が維持されているものと考えられる。

表 1-7 理学療法・作業療法・言語聴覚療法の合計単位数とADLの改善(FIM)

		ADLの改善:FIM							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
理学療法、作 業療法、言語 聴覚療法の 合計単位数	全 体	202 100.0	27.38	21.42	-70.00	100.00	24.50	11.00	40.00
	0	54 100.0	29.20	26.65	-70.00	100.00	26.00	13.25	42.75
	1~38	74 100.0	29.28	21.22	0.00	88.00	29.00	12.00	42.75
	39~96	57 100.0	22.88	16.23	0.00	59.00	20.00	8.00	37.00
	97~207	13 100.0	29.69	16.46	0.00	59.00	26.00	18.00	44.00
	209~794	4 100.0	24.25	13.77	1.00	37.00	29.50	22.00	31.75
	無 回 答	- -	-	-	-	-	-	-	-

表 1-8 理学療法・作業療法・言語聴覚療法の合計単位数と治療実施日数

		II 43) 治療実施日数							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計単位数	全 体	270 100.0	76.07	44.13	5.00	236.00	67.00	42.00	103.75
	0	97 100.0	70.89	41.02	13.00	200.00	62.00	40.00	89.00
	1~38	86 100.0	67.38	42.97	7.00	236.00	58.50	38.25	92.75
	39~96	70 100.0	88.66	44.52	5.00	172.00	80.50	57.25	124.75
	97~207	14 100.0	107.21	44.20	38.00	161.00	108.00	74.75	150.50
	209~794	3 100.0	53.33	28.67	20.00	90.00	50.00	35.00	70.00
	無 回 答	- -	-	-	-	-	-	-	-

理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、期間中の合計総単位数をみると、単位数が低いほど、ADL の改善率が大きい傾向がみられた。疾患の種類、重症度により、短期間に集中的に改善し、在宅等の転帰を迎える群が存在することを示唆している。

先行研究からこれらの群は整形外科疾患に多いとされている。

表 1-9 理学療法・作業療法・言語聴覚療法の合計単位数と ADL 改善率(日当り・FIM)

		ADL改善率:FIM							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計単位数	全 体	139 100.0	0.56	0.95	-2.41	7.70	0.28	0.16	0.62
	0	38 100.0	0.48	0.72	-2.41	2.29	0.36	0.23	0.62
	1~38	56 100.0	0.79	1.26	0.00	7.70	0.33	0.18	0.81
	39~96	37 100.0	0.35	0.53	0.00	3.00	0.21	0.11	0.42
	97~207	6 100.0	0.20	0.13	0.00	0.34	0.24	0.10	0.31
	209~794	2 100.0	0.32	0.27	0.05	0.58	0.32	0.18	0.45
	無 回 答	- -	-	-	-	-	-	-	-

⑤ リハビリテーション総合実施計画

リハビリテーション総合実施計画を作成している場合、作成しない場合に比べて、ADL の改善率が若干高いことが示された。

表 1-10 リハビリテーション総合計画評価料と ADL 改善率(FIM)

		ADL改善率:FIM							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
リハビリテーション総合計画評価料の算定	全 体	139 100.0	0.56	0.95	-2.41	7.70	0.28	0.16	0.62
	有	70 100.0	0.63	1.23	-2.41	7.70	0.27	0.12	0.63
	無	69 100.0	0.48	0.53	0.00	3.00	0.29	0.18	0.58
	無回答	- -	-	-	-	-	-	-	-

⑥ 疾患とリハビリ

脳卒中、大腿骨頸部骨折などの比較的高齢者のリハビリでは、

- 1) 平均 4 つ程度の併存疾患を持ち、治療実施日数が長い事例では、併存疾患尺度が高くなる傾向があった。

表 1-11 治療実施日数と併存疾患尺度該当個数の分布

		併存疾患尺度(該当個数)				
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値
治療実施日数	全 体	677 100.0	3.15	2.62	0.00	18.00
	0~19日	92 100.0	2.41	2.14	0.00	12.00
	20~39日	97 100.0	3.06	2.85	0.00	15.00
	40~59日	98 100.0	2.96	2.58	0.00	14.00
	60~79日	82 100.0	3.79	3.23	0.00	18.00
	80~99日	57 100.0	3.28	2.65	0.00	14.00
	100日以上	109 100.0	3.75	2.56	0.00	12.00
	無回答	142 100.0	2.93	2.21	0.00	11.00

- 2) 脳卒中に絞って併存疾患尺度からみると、リハビリテーションを行っている病床があると考えられる (A) グループの方が、病床のないと考えられる (B) グループに比べ、平均該当個数は多い結果となった。多い合併症は、心房細動・心電図異常・肩関節痛・変形性関節症・高脂血症・肥満・糖尿病・神経因性膀胱などである。

これは急性期後の症例を扱うリハビリテーション病床でも多くの合併・併存症を有する症例が存在し、その種類も多彩であることが示された。

3) 重症度との関係では、リハ開始時の障害重度が軽症の場合、治療実施日数は比較的短く、重症の場合長くなり、100日以上となるケースも多い。

表 1-12 治療実施日数と治療開始時の疾患重症度の分布

		治療開始時の疾患の重症度				
		全 体	重症	中等症	軽症	無回答
治療実施日数	全 体	677 100.0	242 35.7	310 45.8	97 14.3	28 4.1
	0~19日	92 100.0	25 27.2	44 47.8	21 22.8	2 2.2
	20~39日	97 100.0	35 36.1	48 49.5	13 13.4	1 1.0
	40~59日	98 100.0	34 34.7	44 44.9	16 16.3	4 4.1
	60~79日	82 100.0	30 36.6	36 43.9	10 12.2	6 7.3
	80~99日	57 100.0	16 28.1	27 47.4	12 21.1	2 3.5
	100日以上	109 100.0	50 45.9	43 39.4	8 7.3	8 7.3
	無 回 答	142 100.0	52 36.6	68 47.9	17 12.0	5 3.5

4) 治療開始時の疾患の重症度が中等症の場合、在宅復帰が約5割あるが、重症になると在宅復帰以外が増える。

5) 病院種別でも、(A)グループ(急性期病院)と、(B)グループ(回復期とその他の病床)に分けてみると¹⁾、当然のことながら平均値で、(A)グループ(急性期病院)21日に対し、(B)グループ(回復期とその他の病床)81日と顕著な差が見られたが、それぞれのグループ内では重症例と軽症例の治療実施日数の比(前者を後者で割る)は(B)グループで1.73倍、(A)グループで2.55倍と何れも重症例で日数が多くなっていることが示された。

¹⁾ リハビリテーションを行っている病床の有無で判別を行った。

表 1-13 急性期病院における治療開始時の疾患重症度と治療実施日数の分布

(A)グループ(急性期病院)

		治療実施日数					
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
治療開始時の疾患の重症度	全 体	78 100.0	21.37	13.91	3.00	69.00	1667.00
	重症	24 100.0	26.67	15.72	4.00	69.00	640.00
	中等症	39 100.0	20.97	12.58	3.00	52.00	818.00
	軽症	11 100.0	10.45	7.29	3.00	27.00	115.00
	無 回 答	4 100.0	23.50	9.86	8.00	33.00	94.00

表 1-14 回復期とその他の病床における治療開始時の疾患重症度と治療実施日数の分布

(B)グループ(回復期とその他の病床)

		治療実施日数					
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
治療開始時の疾患の重症度	全 体	299 100.0	81.81	47.35	7.00	237.00	24461.00
	重症	91 100.0	96.80	50.66	17.00	226.00	8809.00
	中等症	133 100.0	82.18	46.08	12.00	237.00	10930.00
	軽症	61 100.0	56.10	33.93	7.00	141.00	3422.00
	無 回 答	14 100.0	92.86	39.21	19.00	157.00	1300.00

以上のように、今回の調査で、重症度と治療期間、在宅復帰率と密接な関係があることが示され、疾患名のみでは治療期間が規定できない側面が示された。

一方、疾患間の比較では、脳卒中・脊髄損傷で100日以上の長期治療が約2割あるが、大腿骨頸部骨折では約半数が40日未満となっている。

表 1-15 疾患特性による治療実施日数の分布

		治療実施日数							
		全 体	0～19日	20～39日	40～59日	60～79日	80～99日	100日以上	無回答
疾患による特性	全 体	677 100.0	92 13.6	97 14.3	98 14.5	82 12.1	57 8.4	109 16.1	142 21.0
	脳卒中	501 100.0	52 10.4	60 12.0	73 14.6	63 12.6	52 10.4	91 18.2	110 22.0
	脊髄損傷	62 100.0	6 9.7	6 9.7	8 12.9	5 8.1	2 3.2	13 21.0	22 35.5
	大腿骨頸部骨折	84 100.0	28 33.3	17 20.2	14 16.7	11 13.1	3 3.6	4 4.8	7 8.3
	無 回 答	37 100.0	6 16.2	14 37.8	6 16.2	5 13.5	1 2.7	1 2.7	4 10.8

これらの結果からみると、疾患名、重症度を組み合わせた治療期間を考えることが妥当であると考えられる。

⑦ ADLの改善

ADLの改善は急性期病院および回復期その他の病床においてそれぞれに見られたが、後者においてその改善はADL各項目満遍なく見られ、疾病を主に治療する急性期病院とADLの自立を促す回復期病床等の役割が明確に示された。

⑧ リハビリの質

医師と療法士の橋渡しとなる「リハビリ処方箋」では

- 1) 86%の施設で処方されているが、施設基準IVでは7割弱にとどまっている。
- 2) カンファレンスを行っている施設では、95%がリハビリ処方箋を出す一方、行っていない施設では、64%にとどまっている
- 3) 平均更新頻度が高いほど、改善幅が大きい傾向がある。

など、「リハビリ処方箋」は充実している施設ほど頻繁で詳細な処方が行われている。

⑨ リハビリ医の関与

リハビリ処方は現在医師すべて行うことは可能であるが、主治医よりもリハビリ科専従医師である方が、アウトカム改善率が高い傾向がある。

表 1-16 ADL の改善 (Barthel Index) とリハビリの処方者の分布

		処方者					
		全 体	リハビリ科専 従医師	関連科医師	主治医	その他	無回答
ADLの改善: Barthelindex	全 体	747 100.0	552 73.9	100 13.4	152 20.3	20 2.7	106 14.2
	-1以下	6 100.0	4 66.7	2 33.3	1 16.7	-	-
	0	22 100.0	17 77.3	2 9.1	8 36.4	-	1 4.5
	1以上10未 満	28 100.0	25 89.3	6 21.4	6 21.4	-	1 3.6
	10以上20未 満	52 100.0	41 78.8	9 17.3	9 17.3	1 1.9	2 3.8
	20以上40未 満	76 100.0	51 67.1	17 22.4	15 19.7	6 7.9	6 7.9
	40以上60未 満	62 100.0	50 80.6	15 24.2	7 11.3	2 3.2	6 9.7
	60以上	56 100.0	40 71.4	7 12.5	4 7.1	5 8.9	7 12.5
	無 回 答	445 100.0	324 72.8	42 9.4	102 22.9	6 1.3	83 18.7

また、アウトカム改善した事例でみると、リハビリ専従医師（特にリハビリ科専門医）の数が多く、改善幅が大きい傾向がある。

表 1-17 ADL の改善 (Barthel Index) とリハビリ専任医師数の分布

		専任医師							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	661 100.0	7.14	7.55	1.00	37.00	5.00	3.00	7.00
	-1以下	6 100.0	11.50	7.63	3.00	26.00	10.00	5.75	14.25
	0	21 100.0	6.38	6.69	2.00	27.00	4.00	2.00	7.00
	1以上10未 満	27 100.0	5.19	3.83	2.00	17.00	4.00	3.00	6.00
	10以上20未 満	50 100.0	5.10	3.76	2.00	19.00	4.00	3.00	6.00
	20以上40未 満	70 100.0	6.26	5.29	1.00	26.00	4.00	3.00	7.00
	40以上60未 満	54 100.0	7.93	7.54	1.00	27.00	4.00	3.00	11.25
	60以上	49 100.0	8.76	8.23	1.00	27.00	6.00	4.00	7.00
	無 回 答	384 100.0	7.36	8.27	1.00	37.00	5.00	2.00	7.00

表 1-18 ADL の改善 (Barthel Index) とリハビリ科専門医数の分布

		リハビリ科専門医							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	662 100.0	2.25	1.42	1.00	6.00	2.00	1.00	3.00
	-1以下	5 100.0	1.60	1.20	1.00	4.00	1.00	1.00	1.00
	0	21 100.0	2.00	1.15	1.00	5.00	2.00	1.00	2.00
	1以上10未 満	27 100.0	1.78	1.03	1.00	5.00	1.00	1.00	2.50
	10以上20未 満	50 100.0	1.58	0.80	1.00	4.00	1.00	1.00	2.00
	20以上40未 満	69 100.0	1.61	0.87	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00
	40以上60未 満	55 100.0	2.15	1.21	1.00	5.00	2.00	1.00	3.00
	60以上	46 100.0	2.35	1.25	1.00	5.00	2.00	1.00	3.75
	無 回 答	389 100.0	2.50	1.56	1.00	6.00	2.00	1.00	4.00

このことから、リハビリ処方が専従医師の技術の一つであると考えられる。

⑩ 療法士以外のリハビリへの関与

- 1) 看護師によるリハビリ介入時間が多いほど、アウトカム改善率はよくなる傾向がみられる。

表 1-19 ADL の改善 (Barthel Index) と看護師によるリハビリ介入時間数

		時間数割合:看護師によるリハビリ介入							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	616 100.0	26.47	29.09	0.00	100.00	15.00	10.00	30.00
	-1以下	4 100.0	33.75	34.16	0.00	90.00	22.50	11.25	45.00
	0	21 100.0	26.67	29.97	0.00	100.00	10.00	10.00	30.00
	1以上10未 満	25 100.0	21.00	24.66	0.00	90.00	10.00	0.00	30.00
	10以上20未 満	44 100.0	24.09	25.14	0.00	100.00	10.00	10.00	30.00
	20以上40未 満	57 100.0	25.44	31.82	0.00	100.00	10.00	5.00	30.00
	40以上60未 満	50 100.0	30.50	36.51	0.00	100.00	10.00	5.00	52.50
	60以上	46 100.0	32.20	32.57	0.00	100.00	20.00	10.00	50.00
	無 回 答	369 100.0	25.94	27.44	0.00	100.00	20.00	10.00	30.00

一方で、

2) 家族によるリハビリ介入時間とアウトカム改善率には、顕著な相関が見られない

3) ボランティアによるリハビリ介入時間とアウトカム改善率には、顕著な相関が見られない。

アウトカムの改善までにいたるには最低限何らかの医療技術を持つものの関与が求められる。

⑪ 満足度

リハビリ治療に関する満足度（治療者側の）が高い施設（「充分満足」と「やや満足」の合計）は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の数が比較的多く勤務する大学病院（私立の）・医療法人（社団）であった。

表 1-20 病院開設主体と治療者側満足度

	リハビリ治療に関する満足度													
	全体		充分満足		やや満足		普通		やや不足		非常に不足		無回答	
全体	747	100.0	140	100.0	154	100.0	240	100.0	143	100.0	58	100.0	12	100.0
大学病院(独立行政法人)	86	11.5	8	5.7	14	9.1	22	9.2	23	16.1	18	31.0	1	8.3
大学病院(公立)	11	1.5	-	-	-	-	3	1.3	8	5.6	-	-	-	-
大学病院(私立)	170	22.8	30	21.4	42	27.3	48	20.0	34	23.8	15	25.9	1	8.3
国立(国立病院機構)	28	3.7	16	11.4	1	0.6	11	4.6	-	-	-	-	-	-
国立(その他)	10	1.3	3	2.1	2	1.3	4	1.7	-	-	-	-	1	8.3
自治体	112	15.0	14	10.0	15	9.7	46	19.2	26	18.2	11	19.0	-	-
公的(日赤)	20	2.7	4	2.9	5	3.2	5	2.1	5	3.5	1	1.7	-	-
公的(済生会)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公的(厚生連)	20	2.7	-	-	6	3.9	3	1.3	6	4.2	3	5.2	2	16.7
公的(その他)	10	1.3	3	2.1	6	3.9	1	0.4	-	-	-	-	-	-
社会保険	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
労災	10	1.3	-	-	9	5.8	-	-	1	0.7	-	-	-	-
医療法人(特定)	48	6.4	4	2.9	19	12.3	20	8.3	4	2.8	-	-	1	8.3
医療法人(特別)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医療法人(社団)	90	12.0	27	19.3	15	9.7	21	8.8	18	12.6	7	12.1	2	16.7
財団	50	6.7	2	1.4	12	7.8	22	9.2	9	6.3	2	3.4	3	25.0
個人	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	6	0.8	5	3.6	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-
無回答	76	10.2	24	17.1	8	5.2	33	13.8	9	6.3	1	1.7	1	8.3

これらの施設では比較的納得の得られるリハビリが施行されているものと推測される。

今回調査の結果判明したことは優良な医療施設においても、基本的なデータが必ずしも整っていない事である。そのため今後の調査においては評価項目の標準化は緊急の課題となっている。また、質の高いリハビリを供給するためにはある程度の枠組み（施設認定、職員の数、医師の専門性と数など）とそれを促進するための情報の公開が必要と思われる。