

1 心リハ施設開設に必要な 施設基準・保険点数・人員

施設基準

	訓練室の広さ	診療報酬 期間・頻度	対象疾患に関する 制限
施設基準 I (リハビリテーション料 (I) 請求可能)	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上 1 人当たり概ね 3m ² 以上の面積 が必要	1 単位 200 点 (3 単位/日まで可) 心リハ開始後 150 日間 外来では週 3 回まで可 早期加算 30 点/単位(最 初の 1 ヶ月間) 申請により期間延長可	なし
施設基準 II (リハビリテーション料 (II) 請求可能)		1 単位 100 点 (3 単位/日まで可) 心リハ開始後 150 日間 外来では週 3 回まで可	心不全・重症不整 脈・虚血性心疾患 では、医師の直接 の監視下で実施
標榜科目	循環器科なら診療所でも請求可能		
専用の訓練室	同時使用でなければ、他のリハビリテーションにも流用可		

保険請求に必要な人員

	スタッフ	実施可能人数
施設 I	経験のある専任医師 1 名かつ循環器内科あるいは心臓外科が常時勤務していること	入院患者 15 人 外来患者 20 人
	経験のある専従の常勤理学療法士または専従の常勤看護師あわせて 2 名以上（どちらかが専任でも構わない、回復期リハビリテーション病棟との兼任は不可）.	入院患者 5 人（1 人当たり） 外来患者 8 人（1 人当たり）*
施設 II	常勤の循環器内科あるいは心臓外科、あるいは心リハの経験を有する常勤医師	入院患者 15 人 外来患者 20 人
	心リハの経験を有する専従の理学療法士あるいは看護師のいずれか一方、回復期リハビリ病棟との兼任は不可.	スタッフ一人につき一日 18 単位、週 108 単位

☆「経験のある」とは、心臓リハビリテーション指導士研修を受けたものなどを指す。

* 外来での心臓リハビリテーションを集団で行う場合には人数の制限はない

☆医師の直接監視は必要ない。

☆多職種による定期的なカンファレンスが必要である。

☆自施設で心臓カテーテル治療や心臓手術ができる必要はなく、ICU も必要ないが、ICU を備え、そのようなことのできる施設と連携しておく必要がある。

2 開始時に揃えておきたい物品

以下のものは心リハ実施時にそろえておきたい。

保険上必須であるもの（実施場所にそろえておくことが必要）

酸素供給装置
除細動器
心電図モニター装置
トレッドミルまたはエルゴメータ
血圧計
救急カート（AED もそろえておくことが望ましい）
運動負荷試験装置（呼気ガス分析装置が望ましい。保険医療機関内にあればよい）

運営上・実施上有用なもの

受付
PC（患者管理，データ管理等）
机・いす（血圧測定用，記録用，心臓病教室用，他）
カルテラック
心リハ用患者カルテ（心リハ指示，運動処方，実施時間，心リハ内容等のファイル）
心臓リハビリテーション説明・教育用資料
心臓リハビリテーション記録用紙
ゴムチューブ・ダンベル等（レジスタンストレーニング機器）
エアマット（クールダウン用）
扇風機
オーディオ機器（エアロビクス用，雰囲気作り）
水分供給装置（脱水予防）
Borg 指数表示板
体重計・体脂肪計
酸素飽和度モニター
血糖測定装置

3 退院時リハビリテーション指導料

患者の入院中の担当医またはリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際して指導を行った場合に300点算定できる。あるいは、医師の指示を受けて理学療法士または作業療法士が看護師、保健婦、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。指導および算定は退院日に限る。

当センターで退院時指導に用いている用紙を示す。

4 心大血管疾患リハビリテーション料・ 早期リハビリテーション加算

心大血管疾患リハビリテーション料

施設基準Ⅰは1単位200点、Ⅱは1単位100点

1回1時間(3単位)、週3時間(9単位)を標準とする

150日間算定可能

○それ以後は、心リハ継続により改善が見込まれると判断された場合には、1月に13単位まで算定可能。

早期リハビリテーション加算

治療開始30日以内の入院患者では、早期リハビリテーション加算30点/単位算定可能

☆入院中の病棟における200m歩行などの運動療法は、時間が短いため算定できるかどうか判断に悩む。各都道府県の社会保険事務所により判断が異なるようである。

様、退院おめでとうございます。

狭心症や心筋梗塞は、おもに動脈硬化や血栓閉塞が原因で起こる病気です。
退院後は動脈硬化の進行や血栓の形成を予防して病気の再発を防ぐ必要があります。

<あなたが持っている動脈硬化の原因となる冠危険因子>

糖尿病 高血圧症 脂質異常症 喫煙 肥満 家族歴

最近の研究では、狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患を発症する確率は、健康人と比較して、糖尿病では2~4倍、高血圧症では3倍、脂質異常症では4倍、喫煙者は2倍とされています。またそれら因子が重なると発症率が10倍以上にもなると報告されています。

<再発予防の3本柱は、薬物療法、運動療法、食事療法>

◎薬物療法について

体調を良い状態に保つために必要な治療です。処方された薬を飲み忘れたり、自己判断で内服を中止することは血栓を生じさせたり、体調悪化の原因となります。副作用の心配がある方は医師へ相談しましょう。また、歯科受診の際には必ず歯科医師へ服薬の内容を伝えてください。薬によっては出血が止まりにくくなりますので注意が必要です。

◎運動療法について

有酸素運動と呼ばれる、歩行、自転車、スイミング、エアロビクスなどが良いとされています。これらは血管を柔らかくしたり、血圧や血中脂質を安定化させる作用があります。また、血管内プラークを安定化させることで血栓の予防にもつながります。重量挙げや懸垂、腕立伏せなどの無酸素運動は心臓への負担が大きいため注意が必要です。病状や身体能力は一人ひとり異なりますので、運動負荷検査を受け、理学療法士などの専門スタッフのアドバイスを受けながら進めることが理想的です。

◎食事療法について

今回入院中の食事内容については、1日 _____ kcal(塩分摂取量 6g)でした。

上記の内容を参考にして、炭水化物、蛋白質、脂質、ビタミン、ミネラルなどバランスよく摂取するように心掛けてください。とくに血圧が高い場合は減塩が必要です。また中性脂肪やコレステロール、血糖が高い場合には、油分や糖分などの摂り過ぎにも注意してください。心臓リハビリテーションでは、管理栄養士が個別に詳しくアドバイスしていますので気軽にご利用ください。

安全に日常生活を送れるように、また職場へ復帰できるように、さらには再発を予防するために、心臓リハビリテーションへの参加をお勧めします。

平成 年 月 日 看護師

理学療法士

医師