

# 平成26年度診療報酬改定 主な改定項目と疑義解釈 ＜リハビリテーション＞

公益社団法人 日本理学療法士協会 職能課

※ 詳細情報の収集や正確な解釈にあたっては、必ず厚生労働省が公開する資料等を参照ください。

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等 通知 を参照

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000038855.html>

# 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

## 重点課題

### 社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



## 重点課題への対応

### 重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

#### 1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

#### 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

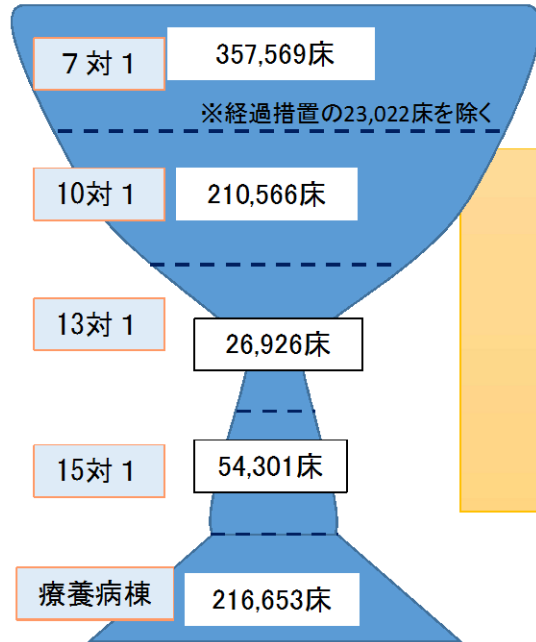
#### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

#### 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)  
 (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

＜現在の姿＞



＜高度急性期・一般急性期＞

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
  - ・平均在院日数の短縮
  - ・長期入院患者の評価の適正化
  - ・重症度・看護必要度の見直し
  - ・入院早期からのリハビリの推進 等

＜回復期(亜急性期入院医療管理料等)＞

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
  - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

＜長期療養＞

- 長期療養患者の受け皿の確保

＜その他＞

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

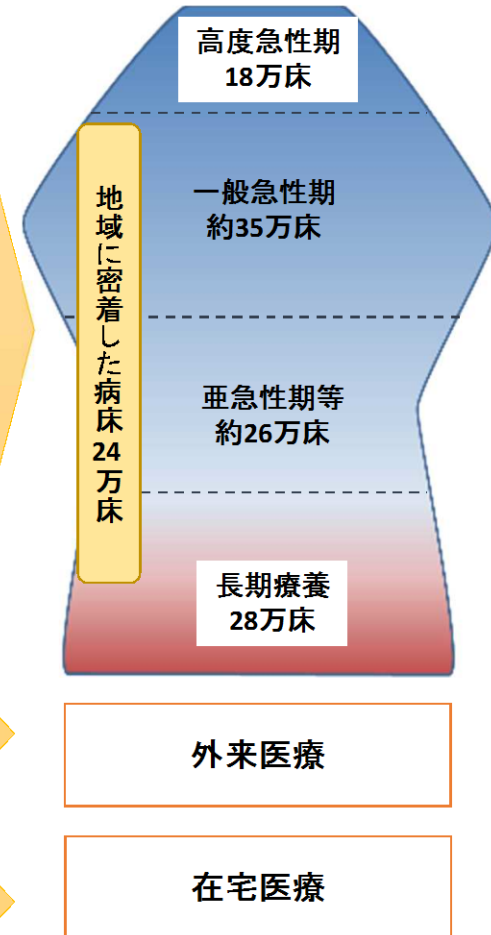
＜外来医療＞

- 外来の機能分化の推進
  - ・主治医機能の評価 等

＜在宅医療＞

- 質の高い在宅医療の提供の推進
  - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

＜2025年(平成37年)の姿＞



# 平成26年度診療報酬改定 改定率

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

## 全体改定率

**+0.10%**

※ ( )内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科	}	+0.82%(+0.71%)	【 約2,600億円(約2,200億円)】
歯科		+0.99%(+0.87%)	【 約300億円 (約200億円)】
調剤		+0.22%(+0.18%)	【 約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

厚生労働省：平成26年度診療報酬改定の概要(平成26年2月12日版／未定稿)

上記とは別に.....

病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、  
医療従事者の確保・養成に取り組むためとして

公費900億円

# 平成26年度診療報酬改定

## 主な改定項目の紹介

1. 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価
2. 地域包括ケアを支援する病棟の評価
3. 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し
4. リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進
5. 維持期リハビリテーションの評価
6. 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価
7. 認知症対策の推進

# 1. 急性期病棟におけるリハビリテーション 専門職の配置に対する評価

---

# 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

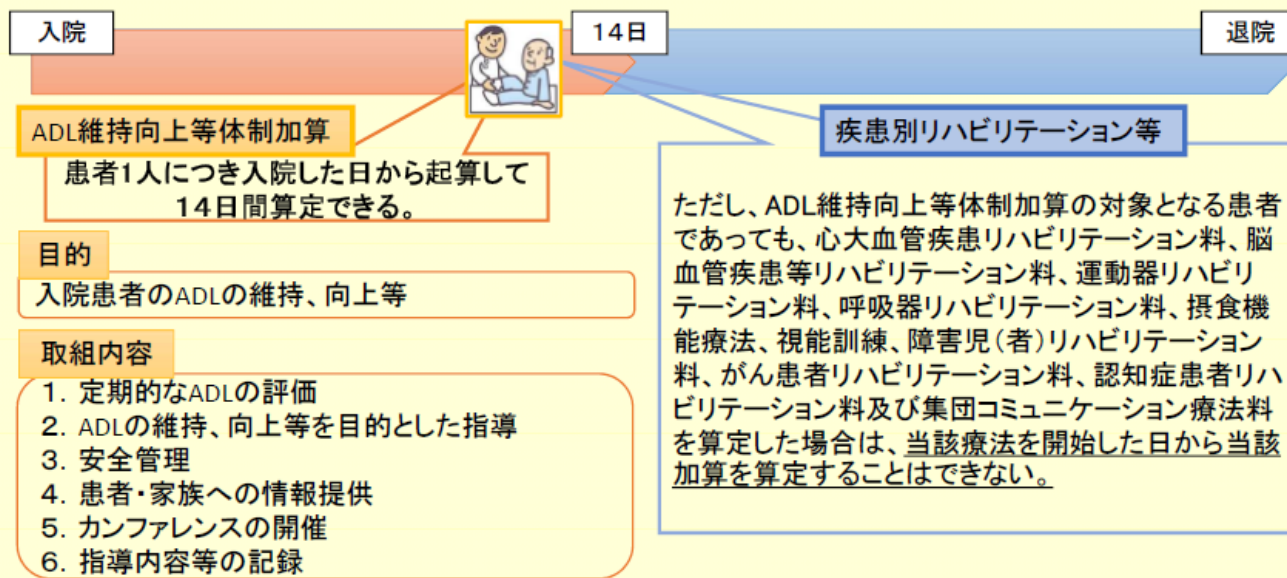
平成26年度診療報酬改定

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

### 入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

### (新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



109

# 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

## 通知（一部要約）

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

### ○ 退院又は転棟時のADL(BI)<sup>※1</sup>が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満

※1 DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価でも可（平成27年3月31日まで）

・対象：直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く）

### ○ 院内で発生した褥瘡<sup>※2</sup>を保有している入院患者の割合が1.5%未満

※2 褥瘡のレベル：DESIGN-R分類d2以上

計算式：以下（イ）÷（ロ）

（イ）（届出時の直近月の初日（以下「調査日」）に褥瘡を保有する患者数）－（入院時既に褥瘡保有が記録された患者）

（ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

届出以降、毎年7月1日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査する。



# 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

## 通知(一部要約)

### ○ 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上配置

・当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできない。

・地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室と、兼務しても差し支えない。

・複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。

### ○ 直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上かつ、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上

○ 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

### 疑義解釈その1 (2014年3月31日)

(問19) ADL維持向上等体制加算の医師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、**日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」の研修**を指す。

## 2. 地域包括ケアを支援する病棟の評価

---

## 基本的な考え

### 急性期後の受入をはじめとする、地域包括ケアシステムを支える病棟の充実

・地域包括ケア病棟入院料1(新設)	2,558点(1日につき)
・地域包括ケア入院医療管理料1(新設)	2,558点(1日につき)
・地域包括ケア病棟入院料2(新設)	2,058点(1日につき)
・地域包括ケア入院医療管理料2(新設)	2,058点(1日につき)

※ 亜急性期入院医療管理料は平成26年9月30日をもって廃止する。

#### <主な算定要件>

- ① **60日を限度**として算定する。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が転床した場合は、特定入院期間中は引き続き DPC/PDPSで算定する。

#### <地域包括ケア病棟入院料 主な施設要件 ※リハビリテーションに関するもののみ抜粋>

- ① **疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出**を行っていること。
- ⑥ **看護配置13対1以上、専従の常勤理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1名以上**及び専任の在宅復帰支援担当者が1人以上が配置されていること。
- ⑦ **一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者を10%以上**入院させていること
- ⑩ **リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上**提供していること。

※ 地域包括ケア病棟入院料1は、さらに**在宅復帰率7割以上**、1人当たりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること<sup>12</sup>

# 地域包括ケアを支援する病棟の評価

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

## 在宅復帰率の計算方法について

### <在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者＋療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

---

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)＋転棟した患者

=70%以上

### [留意事項]

平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

### <参考 (回復期リハビリテーション病棟)>

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

---

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

### 通知(一部要約)

#### ○ 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士が1名以上配置

- ・当該理学療法士等は疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。
- ・当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできない
- ・地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、ADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる

#### ○ リハビリテーションに係る費用等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

#### ○ リハビリテーションを提供する患者は、1日平均2単位以上提供していること。

- ・当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。
- ・当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

リハビリテーションに係る費用は、入院料に包括される。

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

---

### 疑義解釈その1（2014年3月31日）

（問50）病棟内にリハビリテーションを行う専用の部屋は必要か。

（答）必要ない。

（問51）平成26年3月31日に10対1入院基本料を算定している場合において、平成26年4月1日以降に新たに7対1入院基本料を届け出た後、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることとは可能か。

（答）可能である。

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

### 疑義解釈その2（2014年4月4日）

（問26）地域包括ケア病棟入院料における「在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上であること。」との要件は、平成26年4月1日時点で満たすことはできないのか。

（答）平成26年9月30日までの間に限り、在宅療養後方支援病院の届出を行っている医療機関が、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行う場合については、**直近1年間における区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が併せて3件以上であれば、当該基準を満たしているものとする。**なお、この場合については、届出にあたり当該点数の直近1年間の算定回数がかかる書類を添付すること。

（問27）地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上実施すること」とされているが、土・日・祝祭日も対象となるのか。

（答）対象となる。



## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

### 疑義解釈その2（2014年4月4日）

**（問28）** 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料について、療養病棟で算定する場合において、算定要件に該当しない患者に対して、療養病棟入院基本料Iの例によって算定する場合について入院基本料等加算はどのように算定するのか。

**（答）** 当該入院料については、一般病棟の場合において算定要件に該当しない患者に対しては特別入院基本料を算定することから、療養病棟で療養病棟入院基本料Iの例によって算定する場合においても  
**入院基本料等加算は特別入院基本料の例により算定する。**

**（問29）** 地域包括ケア病棟入院料における看護補助者配置加算に規定される、「当該入院料の施設基準の最小必要人数」とは何名か。

**（答）** 原則として0名であるが、**地域包括ケア入院医療管理料を療養病棟で算定する場合については、療養病棟入院基本料に規定する看護補助者の数を指し**、当該看護補助者については看護補助者配置加算の計算対象とならない。

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

---

### 疑義解釈その2（2014年4月4日）

（問30）DPC病棟から転室した場合の算定はどうなるか。

（答）DPC算定期間はDPCで算定し、出来高算定の期間になったら地域包括ケア病棟入院料が算定できる。

（問31）地域包括ケア病棟に再入院した場合、またそこから60日算定できるか。

（答）第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院の場合、  
再入院時に通算入院期間が60日以内であれば60日まで算定が可能であるが、  
60日を超える場合には算定できない。

### 3. 回復期リハビリテーション病棟の 評価の見直し

---

# 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し①

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し①

➤ 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

#### 回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

#### [施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
  - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
  - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論  
ウ 運動器リハビリテーション  
オ 高次脳機能障害  
キ 地域包括ケア

イ 脳血管リハビリテーション  
エ 回復期リハビリテーションに必要な評価  
カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

11

# 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し②

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

- ▶ 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行	改定後
1,911点	<u>2,025点</u>

[施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

- ▶ 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行	改定後
当該病棟の患者全体に占める看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。	当該病棟の患者全体に占める <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目</u> の得点が1点以上の患者の割合が <u>1割以上</u> であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

11

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。**

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理

※ B項目については変更なし。



改定後(A項目)	
1	創傷処置 <b>褥瘡処置</b> いずれか1つ以上該当する場合
	<u>(削除)</u>
	<u>(削除)</u>
2	呼吸ケア <u>(喀痰吸引のみの場合を除く)</u>
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② <b>抗悪性腫瘍剤の内服</b> ③ 麻薬注射薬の使用 ④ <b>麻薬の内服・貼付</b> ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ <b>抗血栓塞栓薬の持続点滴</b> ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点  
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

#### [経過措置]

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。  
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、  
\_専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

# 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

### 回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

- ▶ 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

**リハビリテーション総合計画評価料**  
(新) 入院時訪問指導加算 **150点(入院中1回)**

[算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

## 通知(一部要約)

- **入院前に訪問した場合は入院した日に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日に算定すること。**
- 退院後生活する患家等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれない。
- 当該加算を算定する場合には、評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付すること。

# 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

## 疑義解釈その1（2014年3月31日）

（問46）体制強化加算の医師の要件である研修の内容が通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

（答）現時点では、

- ①回復期リハビリテーション病棟協会が開催する「回復期リハ病棟専従医師研修会」、
- ②日本慢性期医療協会が開催する「総合リハビリテーション講座」のいずれかの研修を指す。

（問47）体制強化加算の要件にある「専従の常勤医師」は、雇用契約で定める所定労働時間の勤務でよいか。

（答）よい。

なお、土日、祝日以外の日において、当該専従の常勤医師が当該保険医療機関に勤務しない日が存在する場合は、当該医師とは別のリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有し、リハビリテーションに係る研修を修了した専従（当該日において専従であればよい）の常勤医師を配置すること。



# 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

---

## 疑義解釈その1 (2014年3月31日)

(問48) 体制強化加算について、当該病棟に専従の常勤医師が所定労働時間外に当該保険医療機関において、外来、当直を行うことは可能か。

(答) 外来は不可であるが、当直は可能である。

(問49) 体制強化加算の施設基準にて「社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。」とあるが、この経験は、一般病棟等での退院調整の経験でもよいのか。

(答) よい。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

---

### 疑義解釈その2(2014年4月4日)

(問24) 体制強化加算の施設基準にて、「当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の社会福祉士が1名以上配置されていること」とあるが、専従の常勤医師は、外来診療を行うことができるか。

(答) 行うことはできない。

(問25) 体制強化加算の施設基準にて、「適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること」とあるが、リハビリテーション科専門医であっても研修を受けることが必要なのか。

(答) そのとおり。

(問49) H003-2リハビリテーション総合計画評価料の注2に掲げる入院時訪問指導加算における訪問は、回復期リハビリテーション病棟に配置されている専従者が行うのか。

(答) 当該保険医療機関に勤務する者が行う。なお、病棟専従配置のものが行うことは不可。

## 4. リハビリテーションの外来への 円滑な移行の推進

---

# リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

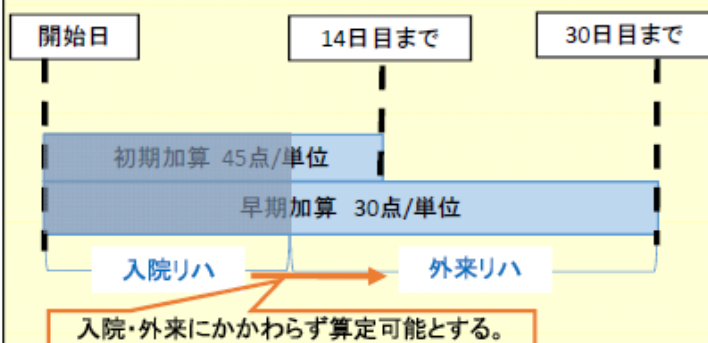
## リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

### 外来における早期リハビリテーションの評価

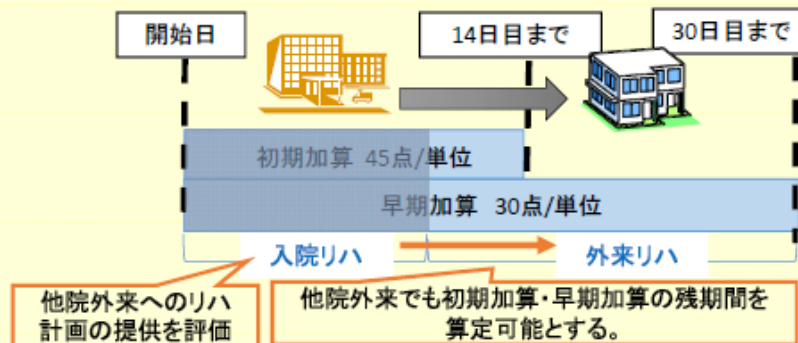
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)  
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



## 維持期リハビリテーションの評価

---

### 疑義解釈その2（2014年4月4日）

（問50）H003－2リハビリテーション総合計画評価料の注3において、リハビリテーション総合計画提供料を算定した患者であっても、外来における早期リハビリテーション加算、初期加算の算定終了後であれば、患者の紹介を受けた保険医療機関はリハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

（答）算定できる。

# リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②

### 運動器リハビリテーション料 I の評価の見直し

▶ 外来の患者についても運動器リハビリテーション料 I を算定可能とする。

現行	
区分	対象者
運動器リハビリテーション料(I)	入院患者
運動器リハビリテーション料(II)	入院患者 外来患者
運動器リハビリテーション料(III)	入院患者 外来患者



改定後		
区分	対象者	点数
運動器リハビリテーション料(I)	入院患者 <u>外来患者</u>	180点
運動器リハビリテーション料(II)	入院患者 外来患者	170点
運動器リハビリテーション料(III)	入院患者 外来患者	85点

(注)要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

## 5. 維持期リハビリテーションの評価

---

# 維持期リハビリテーションの評価

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

## 維持期リハビリテーションの評価

➤ 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。

1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする(2年間の延長)

入院中の患者以外の者に対して実施した場合、



## 維持期リハビリテーションの評価

### 疑義解釈その1（2014年3月31日）

**(問75)** 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の注5に規定する施設基準にて、「過去1年間」とあるが、例えば、平成26年4月に届け出る場合、平成25年4月のみの実績であっても要件を満たすのか。

**(答) 満たす。** 過去1年間に遡って実績があれば認められる。

**(問76)** 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の注5の施設基準にて、「…介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション…」とあるが、例えば、同一法人内で通所リハビリテーションを実施している場合や特別の関係の事業所で通所リハビリテーションを行っている場合についても、実績があるとして届出ることができるのか。

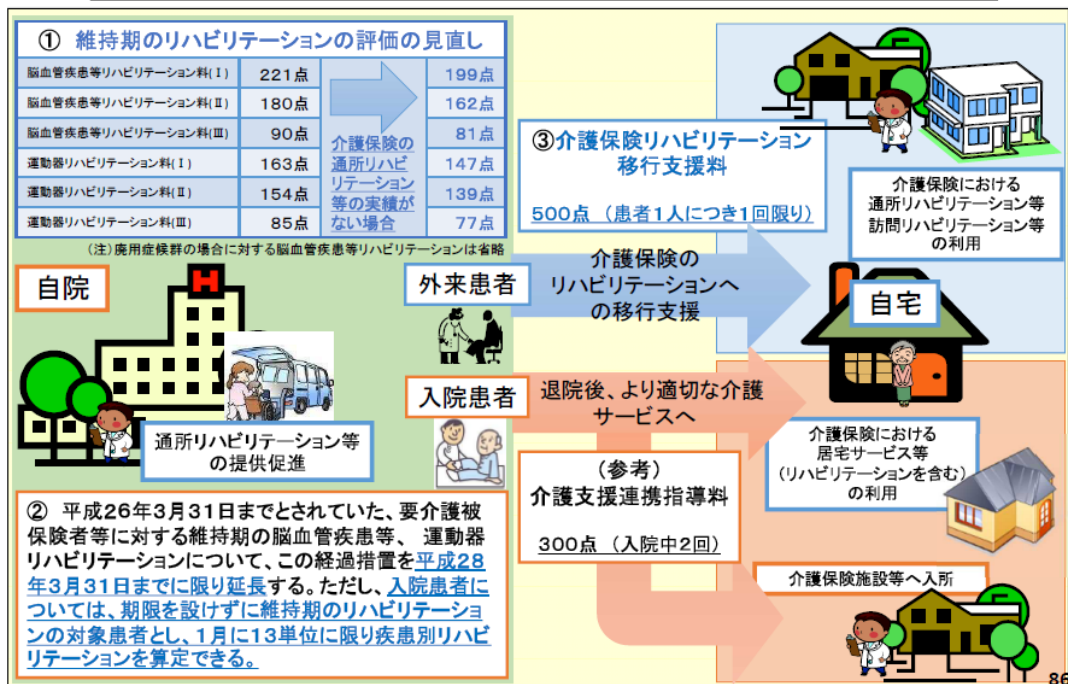
**(答) 届出することはできない。** 保険医療機関における実績が必要である。

# 介護支援連携指導料

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)



### 通知(一部要約)

- 介護保険によるリハを提供する事業所と連携し、介護サービス計画書(ケアプラン)作成を支援した上で、介護保険によるリハを開始し、維持期のリハを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- 診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。
- 患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

## 維持期リハビリテーションの評価

---

### 疑義解釈その2（2014年4月4日）

**(問33)** B005-1-3介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した後、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度、介護保険のリハビリテーションへ移行する場合に算定できるか。

**(答) 算定できない。**

**(問34)** B005-1-3介護保険リハビリテーション移行支援料は、当該医療機関内で移行した場合は算定できないが、特別な関係の事業所に移行した場合は算定可能か。

**(答) 可能。**

**(問35)** B005-1-3介護保険リハビリテーション移行支援料については、介護保険によるリハビリテーションを開始した日から2月間は医療保険によるリハビリテーションとの併用が可能であることから、当該支援料を算定できないということによいか。

**(答) そのとおり。**

## 6. 廃用症候群に対する 疾患別リハビリテーション等の適切な評価

---

# 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価

### 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉		【現行】	【改定後】	
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	235点		脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	180点
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	190点		脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	146点
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	100点		脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	77点

〈対象患者〉 下線部分を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであって、心大血管疾患リハビリテーション料、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、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

### 疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】		【改定後】	
心大血管疾患リハビリテーション I	200点	心大血管疾患リハビリテーション I	205点
運動器リハビリテーション I	175点	運動器リハビリテーション I	180点
呼吸器リハビリテーション I	170点	呼吸器リハビリテーション I	175点
障害児(者)リハビリテーション料 (6歳未満)	220点	障害児(者)リハビリテーション料 (6歳未満)	225点
がん患者リハビリテーション料	200点	がん患者リハビリテーション料	205点

(注2)心大血管疾患リハビリテーションII、運動器リハビリテーション料II・III、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料I・II・III、呼吸器リハビリテーション料II、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。 11

## 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価

### 疑義解釈その1 (2014年3月31日)

(問78) H007-2がん患者リハビリテーション料の医療関係団体等が主催するがん患者のリハビリテーションに係る適切な研修とは具体的にどこか。

(答) 現時点では、一般財団法人ライフ・プランニング・センターが主催する「がんのリハビリテーション研修」、一般財団法人ライフ・プランニング・センターが主催する「がんのリハビリテーション」企画者研修修了者が主催する研修、又は**公益社団法人日本理学療法士協会が主催する「がんのリハビリテーション研修会」(平成26年4月開始予定)を指す。**

「がんのリハビリテーション研修会」は、12月末までに13回、開催予定。

# 廃用症候群に対する疾患別リハビリテーション等の適切な評価

## がんのリハビリテーション研修会 開催スケジュール

開催日	開催都府県	会場名	定員	定員 応募締め切り日
4月26日(土)、27日(日)	東京都	田町カンファレンスルーム	60名	先着順で締め切り
5月17日(土)、18日(日)	山口県	調整中	100名	先着順で締め切り
5月24日(土)、25日(日)	神奈川県	横浜リハビリテーション専門学校	150名	先着順で締め切り
6月14日(土)、15日(日)	秋田県	秋田大学医学部 医学系研究棟	100名	5月30日(金)
6月21日(土)、22日(日)	長崎県	調整中	100名	5月30日(金)
6月28日(土)、29日(日)	兵庫県	調整中	100名	5月30日(金)
7月5日(土)、6日(日)	栃木県	調整中	100名	5月30日(金)
8月23日(土)、24日(日)	福岡県	福岡国際医療福祉学院	100名	5月30日(金)
9月6日(土)、7日(日)	東京都	戸山サンライズ	100名	5月30日(金)
10月11日(土)、12日(日)	徳島県	調整中	100名	5月30日(金)
11月29日(土)、30日(日)	大阪府	調整中	100名	5月30日(金)
12月20日(土)、21日(日)	東京都	戸山サンライズ	100名	5月30日(金)

※情報は更新されます。詳細は日本理学療法士協会のホームページをご確認ください。  
<http://www.japanpt.or.jp/>

## 7. 認知症対策の推進

---



# 認知症対策の推進

平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料

平成26年度診療報酬改定

## 認知症対策の推進

### 重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間  
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間  
に限り加算 300点

### 認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) **認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)**

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、  
重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- 認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

## 通知(一部抜粋)

○ 重度認知症の患者とは、「**認知症である老人の日常生活自立度判定基準**」の活用について」における**ランクM**に該当するものをいう。ただし、**重度の意識障害のある者※1**を除く。

○ 認知症疾患医療センターとは、「**認知症対策総合支援事業の実施について**」に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

※1 (JCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow ComaScale)で8点以下の状態にある者。

# 認知患者リハビリテーション料

## 通知(一部要約)

- 重度認知症の患者に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせ、個々の症例に応じて行った場合について算定する。
- 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。
- 当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者1人につき1日18人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。
- 認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、疾患別リハビリテーション料は別に算定できない。

# 認知患者リハビリテーション料

---

## 疑義解釈その1（2014年3月31日）

**（問79）** H007-3認知症患者リハビリテーション料の施設基準の規定にある  
「認知症患者のリハビリテーションに関する適切な研修」とはどのようなものがあるか。

**（答）** 現時点では、全国老人保健施設協会が行う「認知症ケア研修会～認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）～」である。