

平成28年度 診療報酬改定説明会

平成28年3月27日(日)
東京都言語聴覚士会
於:上智大学

本日の予定

1. 改正の骨子説明
2. 診療報酬についての説明
3. 質疑応答及びディスカッション

今回の改正の骨子①

廃用症候群リハビリテーション料の新設

[現況] 急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群であっても、原疾患に対する治療がなされていない場合には廃用症候群のリハ料の対象とならない。廃用症候群を有する患者が、届出医療機関が比較的少ない項目(心大血管リハ、がんリハ等)の対象となる場合、廃用症候群の患者がリハビリを受けられない可能性がある。



主として廃用症候群によるリハビリを実施するものと認められる場合、他の疾患別リハ料の対象者かどうかにかかわらず廃用症候群のリハビリの対象としてはどうか

新 廃用症候群リハビリテーション料①

廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ	180点
廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ	146点
廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ	77点

[算定要件]

廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定の点数を算定。治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、120日を越えて所定点数を算定することができる。その場合は1月13単位に限り算定できる(減算あり)。

廃用症候群リハビリテーション料②

[対象患者]

急性疾患等（治療の有無を問わない）に伴う安静による廃用症候群であって、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（治療開始時にFIMで115以下、BIで85以下の状態等のもの）。

疾患別リハ料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリを行った場合は、廃用症候群リハ料を算定する。

廃用症候群リハビリテーション料③

[施設基準]

廃用症候群リハ料 I

- (1) 脳血管リハ料 I を届け出ていること
- (2) 脳血管リハ料 I の専任常勤医師、専従の常勤PT、専従の常勤OT及び専従の常勤STは、それぞれ廃用症候群リハ料 I の専任者又は専従者を兼ねるものとする。
- (3) 初期加算: リハ科の常勤医師が1名以上配置されていること

廃用症候群リハ料 II、IIIもこれに準ずる

今回の改正の骨子②

医療保険から介護保険への移行推進

[現況] 介護保険によるリハビリに対する不安、介護の対象となることに対する心理的な抵抗感などから介護保険への移行困難とされる患者も未だいる。



脳血管リハ、運動器リハを実施している要介護者について、**標準的算定日数の1/3**が経過する日までを目安に、医師が機能的予後の見通しを説明し、患者の生きがいや人生観等を把握し、多職種が連携してリハ内容を調整するとともに、介護支援職員と協働して介護保険リハを提案することを評価してはどうか。そのような対応を伴わずに行われる疾患別リハの評価を見直してはどうか。

新

目標設定等支援・管理料 ①

- 1 初回の場合 250点
- 2 2回目以降の場合 100点

脳血管リハ料、廃用リハ料、運動器リハ料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

注 これを算定していない場合の脳血管リハ料、廃用リハ料、運動器リハ料の減算(90/100)については、H28年10月から実施する。

目標設定等支援・管理料 ②

[算定要件]

(1) 要介護被保険者に対するリハビリの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、Dr.、Ns、PT、OT、ST、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。

(2) 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シート(様式23の5)を作成し、その写しを診療録に添付すること。

別紙 様式23の5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日
 患者氏名: 生年月日: 年 月 日

1. 発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)

2. ADL評価 (Barthel Index または FIM による評価) (リハビリ開始時及び現時点)
 (Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	10	5	0	15	10	5
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10	5	15	10	5
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計 (0-100点)	点			点		

BI

どちらかで評価

両者の場合

大項目	中項目	FIM	
		開始時点 得点	現時点 得点
セルフケア	更衣 (上半身)		
	更衣 (下半身)		

FIM

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		

活動		
----	--	--

社会参加		
------	--	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (あり・なし)

- 運動
- 1 リハビリ実施計画書又は総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
- 認知
- 2 「今後の見通し」については「今後のリハビリが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。

医療保険と介護保険の併用期間の拡大

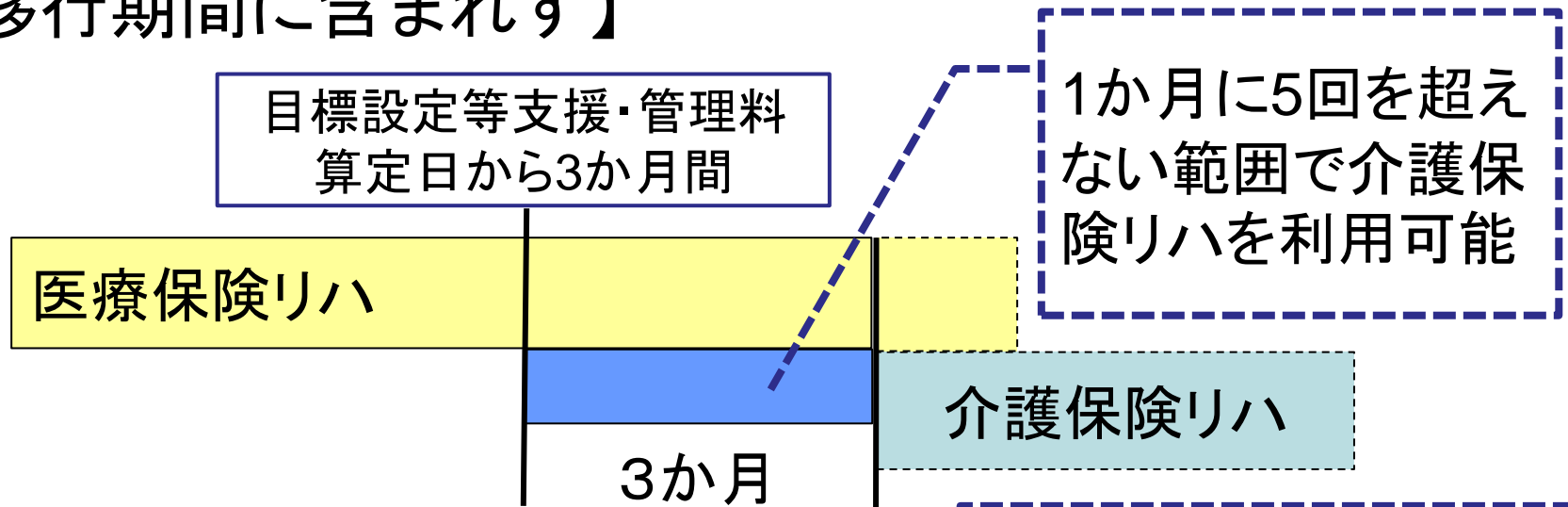
【原則】 要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリは、介護保険におけるリハビリに移行した日以降は、当該リハビリに係わる疾患等について、医療保険における疾患別リハビリ料は算定できない。



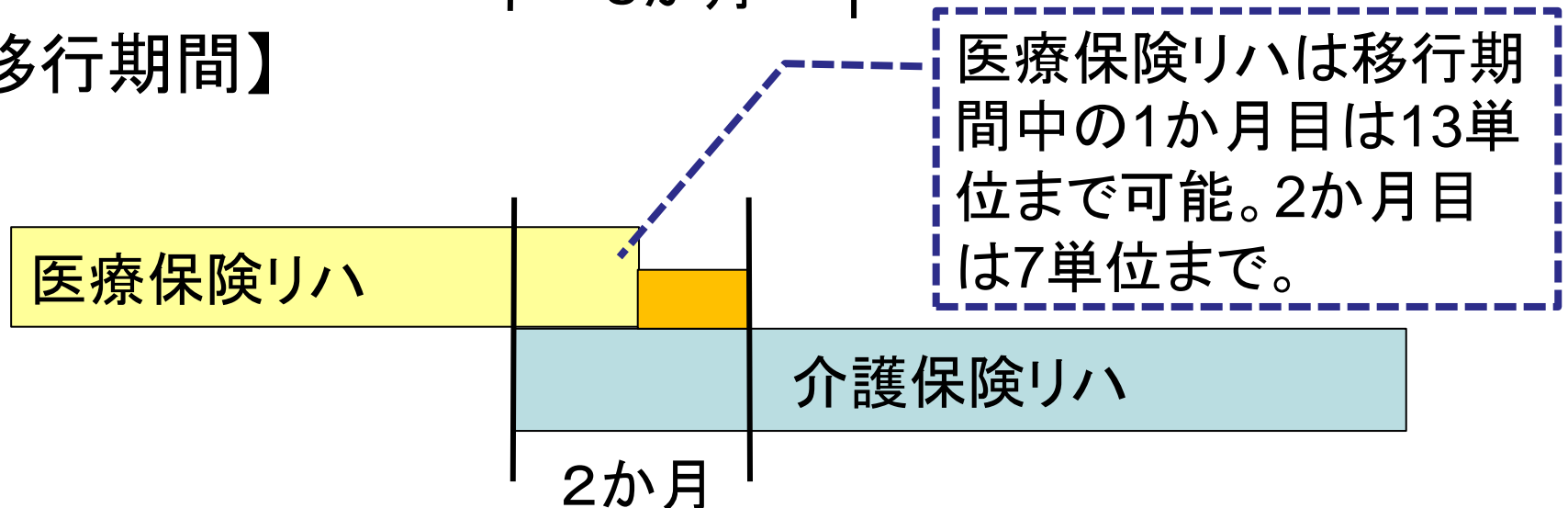
なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援における紹介、提案等によって介護保険におけるリハビリの内容を把握する目的で、1月に5日を越えない範囲で介護保険におけるリハビリの提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。

介護保険リハビリテーションへの移行

【移行期間に含まれず】



【移行期間】



要介護被保険者の 標準的算定日数越えの扱い

1月13単位はH30年3月31日まで。但し減算あり

【脳血管リハ料、廃用リハ料、運動器リハ料】

・要介護被保険者等である場合に算定する点数

→ **本則の100分の60**

【介護保険リハの実績がない医療機関の場合】

→ 外来患者は**所定点数の100分の80**

例

	脳血管リハ I	245点
	脳血管リハ I (180日越 + 要介護被保険者)	147点
	脳血管リハ I (180日越 + 要介護被保険者 + 外来)	118点
	目標設定等支援・管理料を算定していない場合	上記の点数からさらに 90/100

今回の改正の骨子③

初期加算・早期加算の算定要件の見直し

[現況] 初期加算、早期加算とも「治療開始日」を基準に一定期間算定可能とされているため、発症、手術等から時間が経過してからリハビリを開始した場合でも算定可能になっている。発症時期が明確でない慢性疾患においても算定可能となっている。



- ・発症や手術の日に基づいて起算することを原則としてはどうか。
- ・慢性疾患（廃用症候群を含む）については、当該疾患と最初に診断された日を起算日としてはどうか。

初期加算、早期加算の算定要件

脳血管疾患等リハ料の場合

脳血管疾患等に対する発症、手術日又は急性増悪から14日に限り初期加算を算定（早期加算は30日）。

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者、パーキンソン病、脊髄性小脳変性その他の慢性神経筋疾患の患者、難聴や人工内耳植込術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者、顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、加算は算定出来ない。

平成28年3月31日時点で早期加算、初期加算を算定しているものは従来通りの起算日から算定する

初期加算、早期加算の算定要件

脳血管

	初期・早期リハ加算	
	急性疾患	慢性疾患
発症日	○	×
手術日	○	○
急性増悪日	○	○
診断日	×	×

廃用症候群

	初期・早期リハ加算	
	急性・慢性疾患	
廃用症候群の急性増悪日	○	
廃用症候群に先行する急性疾患等の発症日	○	
廃用症候群に先行する急性疾患等の手術日	○	
廃用症候群に先行する急性疾患等の急性増悪日	○	
廃用症候群の診断日	×	

標準的算定日数等に係る 起算日の見直し

脳血管疾患等リハ料

発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から180日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から180日以内とする。

廃用症候群リハ料

廃用症候群の診断又は急性増悪の日から120日以内に限り所定点数を算定。

H28年3月31日時点で脳血管リハ料(廃用含む)を算定しているものは従来通りの起算日から計算した算定日数を適用する

今回の改正の骨子④

言語聴覚士の専従規定の見直し

[現況]

STの「配置」に係る要件		専従のSTが 他に従事できるもの
専従常勤STが必要	専従のSTが 他に兼任出来る	
脳血管リハ料	集団リハと脳血管リハの 専従者は相互に兼任で きる	一定の条件下で他の業務 に従事可能
集団COMリハ料		脳血管リハに従事可能(専 従者として届け出ている場 合)
摂食機能療法 (経口摂取 回復促進加算を算定)	兼任できない	脳血管リハ、集団リハに従 事可能(摂食機能療法を実 施していない時間に限る
障害児(者)リハ	兼任できない	他の業務には従事出来な い

言語聴覚士の【専従規定】の見直し

脳血管リハ・障害児(者)リハ・がんリハ・集団COMリハ

専従する言語聴覚士がいる場合、専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

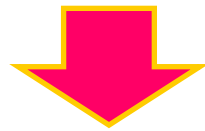
摂食機能療法 経口摂取回復促進加算

ADL維持向上体制加算、回復期リハ入院料、地域包括ケア病棟入院料及び管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任は出来ないが、摂食機能療法を実施しない時間において疾患別リハに従事することは差し支えない。前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、(他の疾患別リハについて)兼任は可能。

今回の改正の骨子⑤

摂食機能療法の対象患者の明確化

[現況] 対象患者について「脳血管疾患等」の範囲が明確でない。



[算定要件] イ 内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認出来る患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

疑問

廃用リハ料での嚥下訓練は算定困難になる可能性もあり。VE・VF検査を施行できない施設はどうすればよいのか。

今回の改正の骨子⑥

経口摂取回復促進加算の要件緩和

[現況] 経口摂取回復率の計算に必要なデータ取得が必ずしも用意ではない。



新

経口摂取回復促進加算2

20点

[施設基準] 過去3月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前の1月以上の間、経口摂取を行っていないかったものの3割以上について、開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

経口摂取回復促進加算1・2比較

	経口摂取回復 促進加算1	経口摂取回復 促進加算2
対象患者	鼻腔栄養を導入した患者 又は胃瘻を造設している患者	治療開始時に胃瘻を有し、治療開始前に1か月以上経口摂取を行っていない患者
経口摂取回復までの期間	起算日から1年以内	起算日から3月以内
治療効果判定基準患者数	3割5分以上の患者の栄養方法が経口摂取のみである状態	3割以上の患者の栄養方法が経口摂取のみである状態

今回の改正の骨子⑦

回復期リハ病棟での 疾患別リハ料の評価見直し

[現況] 1日6単位を超えるリハビリを行っている医療機関であっても、3単位超6単位未満の医療機関と比べて、効果が下回っている場合もある。



【改正】 本則 注4 ……リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く)……は、回復期リハ病棟入院料に含まれるものとする。

→ 「別に厚生労働大臣が定めるもの」とは

入院中の患者に対する疾患別リハ料であって1日につき6単位を超えるものの費用 (当該回復期リハビリ病棟におけるリハビリの提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合に限る。)

回復期リハ病棟入院料 算定要件見直し

- (12) 「別に厚生労働大臣が定める費用」に係わる取り扱い
- ア 「**リハビリの提供実績を相当程度有する**」とは、過去6か月間に当該病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハの1日の平均実施単位数が6単位以上であること。但し6か月間に入院料を算定した患者が10人未満の場合を除く
- イ 「**効果に係る相当程度の実績が認められない場合**」とは、過去6か月間に当該リハ病棟から退棟した全ての患者(計算対象から除外される患者を除く)について、①の総和を②の総和で除したものが27未満である状態をいう。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の(FIM得点(運動項目)の、退棟時と入棟時の差)の総和}}{\text{各患者の} \left[\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハ病棟入院料の算定上限日数}} \right]}$$

今回の改正の骨子⑧

ADL維持向上体制加算の施設基準見直し

【現況】 常勤専従のリハビリ職員の確保が難しい、十分な増収が見込めない等の理由から加算を届出ている施設が少ない。



改 ADL維持向上等体制加算 80点

＜算定要件＞新設（追加）

専従又は専任者を含むPT等をあわせて5名を上限として定めた上で、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上（…略）勤務した日に限り、（…略）算定出来る。

＜施設基準＞改正

専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが2名以上又は専従の常勤PT等1名と専任のPT等が1名以上配置されていること。

脳血管疾患等リハビリテーション料

1. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
1単位につき 245点
2. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
1単位につき 200点
3. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
1単位につき 100点

脳血管疾患等リハビリテーション料 算定要件

- (1) 個別療法であること。
- (2) 患者1人につき1日合計6単位まで
(脳血管等疾患の患者のうち発症後60日以内のもの、回復期リハ病棟入院料を算定する患者は1日合計9単位まで)
- (3) 従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位まで。1日24単位を上限とする。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 施設基準

機能訓練室 床面積	人 員	標準的 算定日数
病院・診療所： 160㎡以上 (STは個別療法 室8㎡以上)	経験ある専任医 1名＋専任医1名 ①PT:5名以上 ②OT:3名以上 ③ST:1名以上 ①~③の合計で 10名以上	180日まで

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 施設基準

(2)

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の言語聴覚士が1名以上勤務していること。…専従の言語聴覚士を求める別の項目（廃用リハ、障害児（者）リハ、がんリハ、認知症リハ、集団COMリハ）において、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ（PT、OT、ST）専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。疾患別リハ（心大血管リハを除く）、障害児（者）リハ、及びがんリハが行われる日・時間が所定労働時間に満たない場合は、当該リハの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 施設基準

(5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

イ 専従の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。

ウ 専用の個別療法室（内法による測定で8㎡以上）を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 施設基準

機能訓練室 床面積	人員	標準的 算定日数
病院： 100m ² 以上 診療所： 40m ² 以上 (STは個別療法 室8m ² 以上)	専任医1名 PT・OTが各1名 以上 (STを行う場合 専従1名) 合計4名以上	180日まで

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 施設基準

(2)

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の言語聴覚士が1名以上勤務していること。…専従の言語聴覚士を求める別の項目（廃用リハ、障害児（者）リハ、がんリハ、認知症リハ、集団COMリハ）において、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ (PT、OT、ST)専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。疾患別リハ(心大血管リハを除く)、障害児(者)リハ、及びがんリハが行われる日・時間が所定労働時間に満たない場合は、当該リハの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 施設基準

機能訓練室 床面積	人員	標準的 算定日数
①病院： 100㎡以上 ②診療所： 45㎡以上 (STは個別療法 室8㎡以上) *STのみの場合は ST室のみで可	専任医1名 PT・OT・STい ずれか1名	180日まで

脳血管疾患等リハビリテーション料 対象患者(1)

ア) 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等

イ) 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等

脳血管疾患等リハビリテーション料 対象患者(2)

ウ) 神経疾患

多発性神経炎(ギランバレー症候群等)、多発性硬化症、末梢神経障害(顔面神経麻痺等)など

エ) 慢性の神経筋疾患

パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患(筋萎縮性側索硬化症)、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎など

脳血管疾患等リハビリテーション料 対象患者(3)

- オ) 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
- カ) 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者
音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者
- キ) 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

脳血管疾患等リハビリテーション料 対象患者(4)

ク) リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下をきたしているもの

脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害の患者
(治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態
等のもの)

脳血管疾患等リハビリテーション料 早期リハビリテーション加算

早期リハビリテーション加算

(1単位につき) 30点

入院中又は入院中以外の*患者に対して、発症、手術又は急性増悪から30日に限り算定する。

入院中の患者については訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む)で実施した場合においても算定することができる。

* 脳卒中の患者であって、当該医療機関を退院したもの、他の医療機関を退院したもの(地域連携診療計画加算を算定した者に限る)。その場合、算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

脳血管疾患等リハビリテーション料 早期リハビリテーション加算

初期加算 (1単位につき) 45点

入院中又は入院中以外の*患者に対して、発症、手術又は急性増悪から14日に限りさらに加算する

* 脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(地域連携診療計画加算を算定した者に限る。その場合、算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

【施設基準】

リハ科の常勤医師が1名以上配置されていること。

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料

要介護被保険者に対して、それぞれ発症、手術又は急性増悪または最初に診断された日から60日を経過した後引き続きリハビリテーションを継続する場合において、過去3ヶ月以内に目標設定等支援・管理料設定していない場合には所定点数の100分の90相当する点数により算定する。

脳血管（Ⅰ）	245点	➡	221点
脳血管（Ⅱ）	200点	➡	180点
脳血管（Ⅲ）	100点	➡	90点

脳血管疾患等リハビリテーション料 (注1 標準的算定日数)

個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、それぞれ発症、手術もしくは、急性増悪または、最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。

※ 急性増悪とは
脳血管疾患等リハビリテーション料の対象疾患の増悪等により、1週間以内にFIM得点またはBIが10以上低下するような状態

標準的算定日数を越えて リハビリテーションを継続する場合の 脳血管疾患等リハビリテーション料

厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪または最初に診断された日から180日を超えて、リハビリを行った場合は1ヵ月13単位に算定できるものとする。

但し、要介護被保険者の場合

脳血管(Ⅰ)	245点	➡	147点
脳血管(Ⅱ)	200点	➡	120点
脳血管(Ⅲ)	100点	➡	60点

標準的算定日数を越えて
リハビリテーションを継続する場合の
脳血管疾患等リハビリテーション料

- ※ 月の途中で標準的算定日数を超える場合
当該月における標準的算定日数を超えた日以降
に実施された疾患別リハビリテーションが13単位
以下であること。

例：4月15日で180日となった場合
4月16日～30日で実施可能な単位が13単位となる。

標準的算定日数を超えた 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料

過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る）に対してリハビリテーションを行った場合は所定点数の80/100を算定する。

標準的算定日数を超えた
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料

100分の80の算定の場合

	<u>要介護被保険者</u>	<u>要介護被保険者</u> <u>且つ</u> <u>入院中以外(80/100)</u>
脳血管等(Ⅰ)	<u>147点</u>	<u>118点</u>
脳血管等(Ⅱ)	<u>120点</u>	<u>96点</u>
脳血管等(Ⅲ)	<u>60点</u>	<u>48点</u>

**標準的算定日数を超えた
外来要介護被保険者等に対する脳血管リハ料
(目標設定等支援・管理料未算定の場合)**

100分の80の算定

100分の90の算定

	注4) 要介護 被保険者	非介護保険リハ 施設での外来	60日経過後 目標設定等支援 ・管理料未算定
脳血管等 (Ⅰ)	<u>147点</u>	→ <u>118点</u>	→ <u>106点</u>
脳血管等 (Ⅱ)	<u>120点</u>	→ <u>96点</u>	→ <u>86点</u>
脳血管等 (Ⅲ)	<u>60点</u>	→ <u>48点</u>	→ <u>43点</u>

標準的算定日数上限の除外対象患者

特に別に定められた患者は標準的算定日数を超えた場合であっても、算定日数内の期間と同様に算定可能。

(留意事項)

「リハビリを継続することによって状態の改善が期待出来ると医学的に認められる者」であること。

標準的算定日数上限の除外対象患者(1)

- 失語症、失認及び失行症の患者
- 高次脳機能障害の患者
- 重度の頸髄損傷の患者
- 頭部外傷及び多部位外傷の患者
- 回復期リハ病棟入院料を算定する患者
- 難病患者リハ料に規定する患者(先天性又は進行性の神経・筋疾患を除く)
- 障害児(者)リハ料に規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。)
- 疾患別リハの規定する患者であり、リハを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者

標準的算定日数上限の除外対象患者(2)

以下の患者は、疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合に算定可能。

- ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
- ・障害児(者)リハに規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く)

新

廃用症候群リハビリテーション料

1. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
(1単位につき) 180点
2. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位につき) 146点
3. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)
(1単位につき) 77点

廃用症候群リハビリテーション料 早期及び初期リハビリテーション料加算

早期リハビリテーション加算

(1単位につき) 30点

注2 **入院中のもの**に対して、廃用症候群に関わる急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から**30日**に限り、所定点数に算定する。

初期加算 (1単位につき) 45点

注3 **入院中のもの**に対して、リハビリテーションを行った場合は、廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から**14日**に限り更に所定点数に加算する

廃用症候群リハビリテーション料 施設基準

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)について、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)と同様
- (2) 専従の常勤言語聴覚士については、別に定めがある場合を除き兼任は可能であること

〈経過措置〉

平成28年3月31日時点で脳血管障害等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を受けている患者については、当該時点の算定上限日数を適用する

廃用症候群リハビリテーション料 算定要件

(1) 基本的動作能力の回復などを通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

廃用症候群リハビリテーション料 算定要件

(2)・・・心大血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、障害児(者)リハ、がんリハの対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する

廃用症候群リハビリテーション料 実施単位数

(5) 個別療法であること

従事者1人につき1日18単位を標準とする

週108単位までとする

1日24単位を上限とする

他の疾患別リハビリ及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること

廃用症候群リハビリテーション料 対象患者

(2) 急性疾患等に伴う安静(治療の有無を問わない)による廃用症候群であって、*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ること

*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

治療開始時において、FIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数

注1 廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定点数を算定する

ただし、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数越え

注4 必要があつて廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハを行った場合は、1月に**13単位**に限り算定できるものとする。

(8) **入院中の患者以外の患者**にあつては、介護保険によるリハビリの適用があるかについて、適切に評価し患者の希望に基づき介護保険によるリハビリを受けるために必要な支援を行うこと

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数上限の除外対象患者

- ・失語症、失認及び失行症の患者
- ・高次脳機能障害の患者
- ・重度の頸髄損傷の患者
- ・頭部外傷及び多部位外傷の患者
- ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者
- ・難病患者リハ料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患を除く）
- ・障害児（者）リハ料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る）
- ・疾患別リハの規定する患者であり、リハを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者

別表第九の八の患者
であって、別表第九の
九に掲げる場合

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数上限の除外対象患者

別表第九の九に掲げる場合

(実施の留意事項)

以下の患者は、疾患、状態等を総合的に勘案し、療上有効であると医学的に判断される場合に算定可能

- ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
- ・障害児(者)リハに規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く)

廃用症候群リハビリテーション料
標準算定日数越え
要介護被保険者等

(1単位)

1. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) 108点
2. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 88点
3. 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) 46点

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数越え 要介護被保険者等

注5 注4の場合において、別に施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関以外の保健医療機関が、**入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る)**に対して、注4に規定するリハビリを行った場合には、**所定点数の80/100に相当する点数**により算定する

廃用症候群リハビリテーション料 標準算定日数越え 要介護被保険者等

注6 注1本文に規定する患者(要介護被保険者に限る)に対し、廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリを実施する場合において、過去3月以内に、目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の90/100に相当する点数により算定する

廃用症候群に係る評価表(様式22)

月ごとに評価

廃用症候群の診断日
 廃用を生じる契機となった疾患等
 廃用に至った経緯等

BI

FIM

どちらでもよい

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	外来
生年月日	年 月 日(歳)	入院日	年 月 日
主傷病		廃用症候群の診断日	年 月 日
要介護度	要介護・要支援	リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III			
1 廃用を生じる契機となった疾患等					
2 廃用に至った経緯等					
手術の有無		有 ・ 無			
3 手術名					
手術年月日		年 月 日			
治療開始時のADL		BI	点	FIM	点
4 月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
5 一月当たりの リハビリテーション 提供 単位数		実施 日数	日		
		提供 単位数	単位		
6 リハビリテーションの内容		具体的に記載すること			
7 改善に要する見込み期間		<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月	
8 前回の評価からの 改善や変化		-1 0 1 2 3 悪化 維持 改善大 BI・FIMで()点程度の改善			

【記載上の注意】

- 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

摂食機能療法

摂食機能療法（1日につき） 185点

注1

摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1カ月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3カ月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法 算定要件

- (1) 診療計画書に基づき、医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に算定する。
- (2) 実施計画書を作成する。訓練内容及び治療開始日を診療録に記載。
- (3) 治療開始日から3ヵ月以内に摂食機能療法を算定する場合、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。

摂食機能療法 対象患者

摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

- ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術、又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法 経口摂取回復促進加算

摂食機能療法摂食	185点
経口摂取回復促進加算1	185点
新 経口摂取回復促進加算2	20点

鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、当該基準に掲げる区分に従い、経口摂取回復促進加算として、所定点数に加算する。

経口摂取回復促進加算＜算定要件＞

- (5) 経口摂取回復促進加算1又は2は鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

経口摂取回復促進加算＜算定要件＞

注：カルテの記載内容、指導内容が細かく規定されている。レセプトにも検査日やカンファレンス日の記載が求められている。

- (6) 月1回以上VE又はVFを実施し、医師、歯科医師、ST、PT、管理栄養士等多職種によるカンファレンスを行う。結果の要点は診療録に記載する。カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直しを行うとともに、それらの内容を患者又は家族に対し、要点を診療録に記載すること。VE又はVFを実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

経口摂取回復促進加算＜算定要件＞

- (7) 当該患者のリハビリの効果や進捗状況を確認し診療録に記載すること。
- (8) 転院時又は退院時には、患者家族に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食指導を行う。転院後又は退院後のリハビリを担う他の医療機関に対して、患者の嚥下機能並びに患者又は家族等への説明及び指導内容について情報提供を行うこと。

経口摂取回復促進加算1〈施設基準〉

- (1) 摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。

ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟配置従事者と兼任は出来ないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において脳血管リハ、集団コミュニケーション療法、がん患者リハ及び認知症患者リハに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、別のリハビリテーションの専従者との兼任は可能であること。

経口摂取回復促進加算1〈施設基準〉

- (2) 他の医療機関から紹介された患者で胃瘻を造設している患者、当該医療機関で新たに胃瘻を造設した患者の数が合わせて2名以上である。

経口摂取回復促進加算1〈施設基準〉

- (3) 経口摂取以外の栄養法を行っている患者(他の医療機関から紹介された患者で鼻腔栄養を行っている者又は胃瘻を造設している患者で当該医療機関において摂食機能療法を実施した患者、当該医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者)の合計数の3割5分以上について、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

経口摂取回復促進加算1〈施設基準〉

(4) (3)の合計数に含まない患者について

- ア 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年以内に死亡した患者(経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)
- イ 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者
- ウ 他の医療機関から紹介された患者で、かつ鼻腔栄養又は胃瘻を造設している患者で、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年以上経過している患者

経口摂取回復促進加算1＜施設基準＞

- エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道裂孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

但しエ～カの患者は当該医療機関で算定した場合であって胃瘻造設日から1年を経過していない場合は(3)の合計数に含める。

経口摂取回復促進加算1〈施設基準〉

- (5) リハビリの記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧可能であること
- (6) 当該患者の記録は少なくとも5年間は保管していること。
。「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (7) 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合を毎年地方厚生局長に報告していること。

経口摂取回復促進加算1＜施設基準＞

(8) 「経口摂取のみである状態」とは

ア **鼻腔栄養の患者** : 経鼻経管栄養を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口のみである状態

イ **胃瘻の患者** : 胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しておりかつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口のみである状態

(9) 「栄養方法が経口摂取である状態に回復した日」 : 経鼻経管を抜去した日、胃瘻抜去又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。

経口摂取回復促進加算1

経口摂取回復率

(3) 経口摂取以外の栄養法を行っている患者(転院又は退院した患者を含む。)の合計数の3割5分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

- ア 他の保険医療機関等から紹介された患者で、かつ鼻腔栄養を実施している者又は胃瘻を造設している者であつて、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者
- イ 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者

経口摂取回復促進加算1

経口摂取回復率計算対象外患者

(4) 以下のいずれかに該当する患者は(3)の合計数には含まないとする。

- ア 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年以内に死亡した患者(経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)
- イ 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者
- ウ 他の医療機関から紹介された患者で、かつ鼻腔栄養又は胃瘻を造設している患者で、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年以上経過している患者

経口摂取回復促進加算1

経口摂取回復率計算対象外患者

- エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道裂孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

但しエ～カの患者は当該医療機関で算定した場合であって胃瘻造設日から1年を経過していない場合は(3)の合計数に含める。

経口摂取回復促進加算

様式43の5 経口摂取回復率の算出に係る症例一覧

鼻腔栄養 又は 胃瘻造設 の実施 年月日	自院実施患者 紹介患者の別 (○をつける)	患者 性別	患者 年齢	様式71の 3③~⑧ のいずれ に該当す るか※1	自院にお ける摂食 機能療法 の有無	経口摂取 回復の有無 (有の場合 は年月日も 記載※2)	鼻腔栄養又は 胃瘻造設が 必要となる理由 (病名)
	自院・紹介 自院・紹介 自院・紹介						
中略							
	自院・紹介 自院・紹介 自院・紹介 自院・紹介 自院・紹介 自院・紹介						

経口摂取回復率の
算出に使用

[記載上の注意]

※1 ③~⑧に該当する場合のみ該当する番号を記載する。さらに、③の場合は、死亡した年月日を記載する。⑤の場合は、紹介された年月日を記載する。

※2 経鼻経管を抜去した年月日又は胃瘻を抜去若しくは閉鎖した年月日を記載する。(抜去又は閉鎖した日から少なくとも1ヶ月は栄養方法が経口摂取のみであることを確認すること。)

経口摂取回復率の計算式(様式43の4)

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算
胃瘻造設術
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	届出種別 ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
2	常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
3	胃瘻造設術の年間症例数	例
4	経口摂取回復率	
①	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者 (転院又は退院した患者を含む)	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者 (転院又は退院した患者を含む)	人
	A = ① + ②	人
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者 (栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	①に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行なった患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要だった患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要だった患者	人
	B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧	人
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
	(⑨ - B) / (A - B) = 割 分	
5	自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている (該当する ・ 該当しない)	
	※ 3の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者及び顔面外傷により嚥下が困難な患者を除く。	

A (① 他院からの紹介で摂食機能療法を実施した患者 + ② 当院であらたに鼻腔栄養、胃瘻を導入した患者)

B (③ 1年以内に死亡した患者 + ④ 1か月以内に経口摂取に回復した患者 + ⑤ 他院からの紹介だが鼻腔栄養、胃瘻導入から1年以上経過した患者 + ⑥ 減圧ドレナージ目的で胃瘻造設した患者 + ⑦ 成分栄養剤の経路として胃瘻造設した患者 + ⑧ 食道や胃噴門部の疾患で胃瘻造設が必要だった患者 (但し、⑥～⑧で当該医療機関で算定し胃瘻造設から1年以内の患者は除く))

⑨ 鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算1年以内に経口摂取のみに回復した患者

$$\textcircled{9} \text{ / } (A - B) = \text{割 分}$$

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(9)に定めるところによるものであること。
- 経口摂取回復促進加算に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載す

経口摂取回復促進加算2＜施設基準＞

- (1) 摂食機能療法を担当する**専従の常勤言語聴覚士が1名以上**配置されていること。

ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟配置従事者と兼任は出来ないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において脳血管リハ、集団コミュニケーション療法、がん患者リハ及び認知症患者リハに従事することは差し支えない。また、**前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、別のリハビリテーションの専従者との兼任は可能**であること。

経口摂取回復促進加算2＜施設基準＞

- (2) (届出のあった)4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者(転院及び退院した者を含む。)で**摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始1か月以上の間経口摂取を行っていない**もの(以下に掲げるものを除き、10例以上の場合に限る。)の**3割以上**について、摂食機能療法を開始した日から起算して**3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復**させていること。

経口摂取回復促進加算2＜施設基準＞

（除外するもの）＜後述の計算式の②～⑤に相当＞

ア(②) 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者

イ(③) 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者

ウ(④) 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者

エ(⑤) 食道、胃噴門部の狭窄、食道裂孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者

経口摂取回復促進加算2〈施設基準〉

- (3) リハビリの記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧可能であること
- (4) 当該患者の記録は少なくとも5年間は保管していること。「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

経口摂取回復促進加算2

経口摂取回復率の計算式(様式43の6)

様式43の6

経口摂取回復促進加算2の施設基準に係る届出書添付書類

1 実績期間(実績期間 年 月～ 年 月)		
2 常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名	
3 経口摂取回復率		
①	6月前から3月前までの過去3月間(1.の実績期間)に摂食機能療法を開始した入院患者(転院、退院した者を含む)で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていない者(ただし、②から⑤までに該当する患者を除く)	人
②	摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
③	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
④	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑤	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑥	摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者(但し、②から⑤までに該当する患者を除く)	人
⑥ / ① = 割		

[記載上の注意]

- 「2」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添2の様式44の2に記載し、添付すること。
- ②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

① 6月前から3月前の3月間に摂食機能療法を開始した入院患者で摂食機能療法開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上にお間経口摂取を行っていない者
(但し、②から⑤までに該当する患者を除く)

⑥ 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者(但し、②から⑤までに該当する患者を除く)

$$\text{⑥} / \text{①} = \text{割}$$

がん患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

(1単位) 205点

注

がんの治療のために入院しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に患者1人につき1日6単位まで算定する。

がん患者リハビリテーション料 算定要件

- (2) 対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を終了した理学療法士、作業療法士、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を1単位とする。

がん患者リハビリテーション料 算定要件

- (4) リハビリテーション計画を作成し、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。
がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。
- (5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者は、その他の疾患別リハビリテーション料は算定できない。

がん患者リハビリテーション料 施設基準

- (1) がん患者のリハビリに関する経験(研修要件あり)を有する専任の常勤医師1名以上
- (2) がん患者のリハビリに関する経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士の中から2名以上
- (3) 専用の機能訓練室が(100m²以上)あること。
他の疾患別リハ、障害児(者)リハを同時に行うことは可能。

がん患者リハビリテーション料 対象患者

1. 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
2. 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
3. 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者

がん患者リハビリテーション料 対象患者

4. 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
5. 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
6. 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

がん患者リハビリテーション料 対象患者

7. がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
8. 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

認知症患者リハビリテーション料

認知症患者リハビリテーション料

(1日につき) 240点

注 重度認知症の状態にある患者(認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。)に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。

認知症患者リハビリテーション料 算定要件

- (2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行う。
- (3) 患者数は、従事者1人につき1日18人を限度とする。
- (4) 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。
- (5) 心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、運動期リハ料、呼吸器リハ料、障害児(者)リハ料、がん患者リハ料は別に算定できない。

認知症患者リハビリテーション料 施設基準

(2) 当該保険医療機関内に、専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤PT、常勤OT、常勤STとの兼任は出来ない。

また(中略)専従のSTがいる場合、(中略)別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

障害児(者)リハビリテーション料

(1単位)

- | | |
|--------------------|------|
| 1. 6歳未満の患者の場合 | 225点 |
| 2. 6歳以上18歳未満の患者の場合 | 195点 |
| 3. 18歳以上の患者の場合 | 155点 |

(注)

個別療法であるリハビリテーションを行った場合に患者1人につき1日6単位まで算定する。

障害児(者)リハビリテーション料 算定要件

(1) (施設要件)

- ア 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設
- イ 国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
- ウ 当該保険医療機関でリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が障害児(者)リハの対象患者(ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)である医療機関

障害児（者）リハビリテーション料 算定要件

- (2) リハビリテーション実施計画の作成。
- (3) 同一の保険医療機関において、他の疾患別リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、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を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である

障害児(者)リハビリテーション料 施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上。
- (2) 専従の常勤PT又は常勤OTが合わせて2名以上。
- (3) 又は専従の常勤PT又は常勤OTのいずれか1名以上及び 障害児(者)リハビリテーションの経験を有する専従の 常勤看護師1名以上が合わせて2名以上。
- (4) 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務。
- (5) 機能訓練室は病院60m²以上、診療所45m²以上。
言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。

障害児(者)リハビリテーション料 対象患者

- ア 脳性麻痺の患者
- イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者
(脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む)
- ウ 顎・口腔の先天異常の患者
- エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者
(先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む)
- オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
- カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者
(脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む)

集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料

(1単位) 50点

集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する

集団コミュニケーション療法料 算定要件

- (1) 医師、又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。
- (2) 算定対象となるのは、脳血管疾患等リハビリ料、**廃用症候群リハビリ料**又は障害児(者)リハビリ料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。

集団コミュニケーション療法料 算定要件

- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は、言語聴覚士1人あたり1日のべ54単位を限度とする。また集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション、**廃用症候群リハビリテーション**又は障害児(者)リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。

集団コミュニケーション療法料 算定要件

- (4) 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。

集団コミュニケーション療法料 施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務
- (2) 専従する常勤言語聴覚士が1名以上勤務
- (3) 専用の療法室及び必要な器械・器具

ア 専用の療法室：1室以上（8㎡以上）。言語聴覚療法以外の目的で使用するものは該当せず。言語聴覚療法の個別療法と集団コミュニケーション療法室の共用は可能

イ 器械・器具：簡易聴カスクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム他各種検査用具、治療材料等

リハビリテーション総合計画評価料

リハビリテーション総合計画評価料 300点

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、がん患者リハ料又は認知症患者リハ料を算定すべきリハビリを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算

入院時訪問指導加算 150点

注2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。

リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算 算定要件

(3) 回復期リハ病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち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、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望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、入院中に1回に限り算定する。

リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算 算定要件

- (4) 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日の属する月に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日の属する月に算定すること。
- (5) なお、ここでいう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る介護保険施設等は含まれない。

リハビリテーション総合計画評価料

注3

リハビリテーション総合計画提供料を算定した患者（脳血管疾患等リハ料の注2及び注3に規定する加算*、廃用症候群リハ料の注2及び注3に規定する加算*又は運動器リハ料の注2及び注3に規定する加算*を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

* 早期リハ加算・初期加算のこと

他院から紹介されてきた早期リハ加算を算定可能な外来患者には算定できない

リハビリテーション総合計画提供料

リハビリテーション総合計画提供料 100点

退院時に地域連携診療計画加算を算定した患者（入院中にリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上で退院後のリハビリを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回を限度として算定する。

新

目標設定等支援・管理料

目標設定等支援・管理料

1 初回の場合	250点
2 2回目以降の場合	100点

注 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

目標設定等支援・管理料 算定要件

- (1) 要介護被保険者等に対するリハビリの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付すること。

目標設定等支援・管理料 算定要件

(3) 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等(以下「患者等」という。)に対して説明すること。また、説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリの内容を見直すこと。

ア 説明時点までの経過

イ 当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のADL評価(BI又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。)

ウ 説明時点における患者の機能予後の見通し

エ 当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及びウの機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指してリハビリを行っているか又は行う予定か

オ 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリが、それぞれエの目標にどのように関係するか。

目標設定等支援・管理料 算定要件

- (4) 医師は、(3)の説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載すること。
- (5) 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリ等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハ、通所リハ等を提供する事業所(当該保険医療機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案すること。

介護保険リハビリテーション移行支援料

介護保険リハビリテーション移行支援料
500点

注 入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリ等に移行した場合に、患者1人につき1回を限度として算定する。

介護保険リハビリテーション移行支援料 算定要件

- (1) 維持期のリハビリを受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリへ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、
— 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ビリを開始し、維持期のリハビリを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

介護保険リハビリテーション移行支援料 算定要件

維持期のリハビリと介護保険によるリハビリを併用して行うことができる2月間は、当該支援料を算定できない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び
医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」(第4の10)

必要な場合(介護老人保健施設の入所者である場合を除く。)には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の2月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

ただし、当該終了する日前の1月間に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日として最初に設定した日以降については、原則どおり、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないものであるので留意すること。

介護保険リハビリテーション移行支援料 算定要件

- (2) 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書(ケアプラン)の写しを診療録に添付するとともに、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を開始した日及び維持期のリハビリを終了した日を記載する。
- (3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリから介護保険によるリハビリに移行した場合は算定できない。

退院時リハビリテーション指導料

退院時リハビリテーション指導料 300点

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

退院時リハビリテーション指導料 算定要件

(1) 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

(2) 指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に1回に限り算定する。

退院時リハビリテーション指導料 算定要件

(3) 当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、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。

退院時リハビリテーション指導料 算定要件

(4) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

退院時リハビリテーション指導料 算定要件

- (5) 指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 死亡退院の場合は、算定できない。

回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)

1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

2,025点

変更

(生活療養を受ける場合にあつては2,011点)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2

1,811点

変更

(生活療養を受ける場合にあつては1,796点)

3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3

1,657点

変更

(生活療養を受ける場合にあつては1,642点)

回復期リハビリテーション病棟入院料

変更

(注4) … 第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)…中略…は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

※別に厚生労働大臣が定める費用

1日につき6単位を超えるもの(「脳血管疾患等の中で発症60日以内のもの」を除く)の**費用**(当該保険機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合に限る)。

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

ア 「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、①が10名以上かつ②が6単位以上である状態が2回連続した場合をいう。

- ①前月までの6か月間に回復期リハ病棟から退棟した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）
- ②直近6か月間の回復期リハを要する状態の患者（在棟中に死亡した患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定により実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する1日当たりのリハビリ提供単位数の平均値

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

イ 「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハ病棟から退棟した患者について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（「実績指数」）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、**実績指数が2回連続して27を下回った場合**をいう。

- ① 退棟時のFIM運動項目の得点から、入棟時のFIM運動項目の得点を控除したもの。
- ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、算定上限日数で除したもの

① 各患者の（FIM得点（運動項目）の、退棟時と入棟時の差）の総和

実績指数＝

② 各患者の

入棟から退棟までの在棟日数

状態ごとの回復期リハ病棟入院料の算定上限日数

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

ウ 在棟中に一度も回復期リハ病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は実績指数の算出対象から除外する。

また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリを要する状態であったものに限る)の100分の30を超えない範囲で、実績指数の算出対象から除外できる。

- ① FIM運動項目の得点が20点以下のもの
- ② FIM運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ FIM認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

エ 前月までの6か月間に回復期リハ病棟を退棟した患者（在棟中に回復期リハ病棟入院料を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリを要する状態であったものに限る。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

- カ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものについては実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。
- ク 回復期リハ病棟入院料に包括されたりハビリの実施単位数は、注3に掲げるリハビリテーション充実加算等の施設基準に定める疾患別リハビリの総単位数には含まない。

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

ケ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハ病棟においてリハビリの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリ料(脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。)は回復期リハ病棟入院料に包括される。

なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイの実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハ料を出来高により算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1・2・3 共通算定要件

【経過措置の規定】

- コ 回復期リハ病棟入院料を算定する保険医療機関は、平成29年1月以降、各年度4月、7月、10月及び1月に、当該月にア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告する。また、ケの規定により各年度4月、7月、10月及び1月以外の月にア及びイの算出を行った場合についても、同様に報告する。

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

- (1) 脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、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。
- (7) 当該病棟へ入院又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行う。
- (9) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成。これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法などについて共同して評価を行った場合、リハビリテーション総合実施計画評価料を算定できる。

回復期リハビリテーション病棟入院料

1・2・3 共通算定要件

(8) 患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。

直近1ヶ月間に回復期リハ病棟に入院する患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数

1日当たり

≧ 2単位

直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた患者の延べ入院日数

回復期リハビリテーション病棟入院料1 施設基準

- (1) 専任の医師1名以上、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名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置。複数の病棟において届け出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1 施設基準

(2)重症の患者(日常生活機能評価で10点以上の患者)が新規入院患者のうち3割以上であること。

直近6カ月間に当該回復期リハビリ
テーション病棟に新たに入院した患
者のうちの重症の患者数

≥ 3割

直近6カ月間に当該回復期リハビリ
テーション病棟に新たに入院した患
者数

回復期リハビリテーション病棟入院料1 施設基準

(3) 入院する患者全体に占める基準を満たす患者(看護必要度評価票A項目の得点が1点以上)の割合が0.5割以上であること。

直近6ヵ月間に回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数のうちの当該基準を満たす患者数

直近6ヵ月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数

≧ 0.5割

回復期リハビリテーション病棟入院料1 施設基準

- (4) 直近6カ月間に当該病棟を退院した患者であつて、入院時の判定で重症であったもののうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上改善していること。
- (ト) 退院患者のうち他の保険医療機関への転院した者を除く割合が7割以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1 施設基準

- (5) 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位数以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること
- (6) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算

(注5)

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
(回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している
患者に限る)が、入院する病棟について、厚生労働大臣が
定める施設基準を満たす場合は、当該基準に係る区分に
従い、患者1人につき次に掲げる点数を
それぞれ所定点数に加算する。

イ 体制強化加算1 200点

ロ 体制強化加算2 120点

新

体制強化加算 1

施設基準

- (1) 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こと。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従常勤社会福祉士1名以上配置されていること。

体制強化加算 2

施設基準①

- (1) 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こと。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従常勤社会福祉士1名以上配置されていること。

当該病棟に専従する常勤医師のうち2名は、以下のアからエまでの全てを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。

体制強化加算 2

施設基準②

- ア 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。
- イ 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ウ 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること
- エ 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週に8時間以上従事していること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 施設基準

- (1) 専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置。
- (2) ア 重症の患者が新規入院患者のうち2割以上であること。
イ 入院時の判定で重症であったもののうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上改善していること。

回復期リハビリテーション病棟入院料2 施設基準

- (へ) 退院患者のうち他の保険医療機関への転院した者を除く割合が6割以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料3 施設基準

- ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料2と同じであるが、重症患者の割合、自宅退院の割合について規定なし。

回復期リハビリテーションを要する状態 及び 算定上限日数

(1)脳血管疾患・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、又は義肢装着訓練を要する状態

→ 算定開始(発症後・手術後2ヵ月以内)から150日以内

高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害・重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷

→ 算定開始から180日以内

回復期リハビリテーションを要する状態 及び算定上限日数

- (2) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折または二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
→算定開始(発症後・手術後2ヵ月以内)から90日以内
- (3) 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
→算定開始(発症後・手術後2ヵ月以内)から90日以内
- (4) 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
→算定開始(損傷後1ヵ月以内)から60日以内
- (5) 股関節又は膝関節の置換術後の状態
→算定開始(損傷後1ヵ月以内)から90日以内

回復期リハビリテーション病棟入院料 算定開始日数控除

算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して1日6単位以上のリハビリが提供された場合はその日数をこの2ヵ月の期間から30日を限度として控除する。

※ 控除対象入院料：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、又は小児特定集中治療室管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料 休日リハビリテーション提供体制加算

(注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(回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3を現に算定している患者に限る)が入院する保険医療機関について、厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する。

休日リハビリテーション提供体制加算 施設基準

- 1) 回復期リハビリテーション病棟2又は3の届け出を行っていること。
- 2) 休日を含めて全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位数以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- 3) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料 リハビリテーション充実加算

(注3)

厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合はリハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき所定点数に40点を加算する。

リハビリテーション充実加算 施設基準

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。

$$\frac{\text{直近1カ月間に患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数}}{\text{直近1カ月間の患者の延べ入院日数}} \geq \text{1日当たり6単位}$$

地域包括ケア病棟入院料 (1日につき)

- | | | |
|---|----------------|--------|
| 1 | 地域包括ケア病棟入院料1 | 2,558点 |
| 2 | 地域包括ケア入院医療管理料1 | 2,558点 |
| 3 | 地域包括ケア病棟入院料2 | 2,058点 |
| 4 | 地域包括ケア入院医療管理料2 | 2,058点 |

注1 当該病棟又は病室に入院した日から60日を限度として算定する。

<算定要件>

- (2) リハビリテーションに係る費用(摂食機能療法を除く)・・・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。

地域包括ケア病棟入院料・医療管理料 施設基準

(3) …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1名以上が配置されていること。なお当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼任は出来ないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハ等については、疾患別リハ料は算定できない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上体制加算に係る専従者と兼務することはできる。

地域包括ケア病棟入院料 施設基準

- (4) 心大血管疾患リハ料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハ料(Ⅰ)、(Ⅱ)もしくは(Ⅲ)、運動器リハ料(Ⅰ)もしくは(Ⅱ)、呼吸器リハ料(Ⅰ)又はがん患者リハ料の届出を行っていること。
- (5) リハビリを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること。ただし1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。当該入院料を算定する患者に提供したリハビリは、疾患別リハに規定する1人あたりの実施単位数に含むものとする。

一般病棟入院基本料 ADL維持向上等体制加算

ADL維持向上等体制加算 80点

7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る

ADL維持向上等体制加算 算定要件

(13) あらかじめ専従又は専任者を含むPT等をあわせて5名を上限として定めた上で、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上（ADL維持向上体制加算の算定を終了した当該病棟の患者について、引き続き疾患別リハ料を算定した場合は、1日2時間を超えな範囲でその時間を含んでよい。）勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定出来る。

ただし、当該加算の対象である患者であっても、当該患者に対して疾患別リハ料等を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

ADL維持向上等体制加算 算定要件

リハビリテーション専門職員等が当該病棟において
アからケまでに掲げる取り組みを行った場合

- ア 入院患者に対する定期的なADL評価は、別紙様式7の2
又はこれに準ずる様式を用いて行っていること
- イ 入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導
を行っていること
- ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策
を行っていること
- エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提
供していること

一般病棟入院基本料 ADL維持向上等体制加算

オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること

カ 指導内容等について診療録に記載すること

キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。

ク 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動、参加について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

追加

ADL維持向上等体制加算 施設基準

- (1) 専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが2名以上又は専従の常勤PT等1名と専任のPT等が1名以上配置されていること。また、当該PT等(専従のものに限る)は、疾患別リハを担当する専従者との兼任は出来ないものであること。当該PT等(専従のものに限る)がADL維持向上体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハを算定すべきリハビリを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。
- ただし、当該病棟内に地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室におけるPT等の業務について兼務しても差し支えない。

ADL維持向上等体制加算 施設基準

- (2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- 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終了していること。
- (6) 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。

外来リハビリテーション診療料

外来リハビリテーション診療料1

72点(7日につき)

外来リハビリテーション診療料2

109点(14日につき)

【施設基準】

- (2) リハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。

外来リハビリテーション診療料 算定要件

- (6) リハビリを提供する日において、リハビリスタッフ
がリハビリ提供前に患者の状態を十分に観察し、
療養指導記録に記載すること。前回と比べて状態
の変化が認められた場合や患者の求めがあった
場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。
- (7) 医師はリハビリスタッフとカンファレンスを行い、
当該患者のリハビリの効果や進捗状況等を確認し
、診療録に記載すること。

栄養サポートチーム加算

栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

(注1)

栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者について、週1回(療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回)に限り所定点数に加算する

栄養サポートチーム加算

歯科医師連携加算

新

歯科医師連携加算

50点

栄養サポートチームに歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合に加算する。

院外の歯科医師でも差し支えないが、当該チームの構成員として、継続的に診療に従事していることが必要。

栄養サポートチーム加算 施設基準

(1) 専任のア)～エ)により構成されるチームが設置されており、いずれか1人は専従であること

ア)	所定の研修を終了した	常勤医師
イ)	//	常勤看護師
ウ)	//	常勤薬剤師
エ)	//	常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料（1単位）

- (1) 同一建物居住者以外の場合
300点
- (2) 同一建物居住者の場合
255点

「同一建物居住者」とは当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者

在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料 算定要件

注1

1については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者を除く）であって通院が困難な者に対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る）で通院が困難なものに対して、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。

在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料 算定要件

注2

患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリ指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリ指導管理を行った場合は、1)と2)を合わせて6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリ指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。

注3

交通費は、患家の負担とする

自覚的聴力検査

- | | |
|-------------------------------------|------|
| (1) 標準純音聴力検査、
自記オーディオメーターによる聴力検査 | 350点 |
| (2) 標準語音聴力検査、
ことばのききとり検査 | 350点 |
| (3) 簡易聴力検査 | |
| イ) 気導純音聴力検査 | 110点 |
| ロ) その他 | 40点 |
| (種目数にかかわらず一連につき) | |
| (4) 後迷路機能検査 | 400点 |
| (種目数にかかわらず一連につき) | |

他覚的聴力検査又は 行動観察による聴力検査

1) 鼓膜音響インピーダンス検査	290点
2) チンパノメトリー	340点
3) 耳小骨筋反射検査	450点
4) 遊戯聴力検査	450点
5) 耳音響放射(OAE)検査	
イ) 自発耳音響放射(SOAE)	100点
ロ) その他の場合	300点

音声言語医学的検査

- | | |
|-----------------|------|
| (1) 喉頭ストロボスコーピー | 450点 |
| (2) 音響分析 | 450点 |
| (3) 音声機能検査 | 450点 |

音声機能検査とは、嗄声の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さの測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として1回算定する。

内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影

・ 内視鏡下嚥下機能検査 600点

- ア) 嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接監視下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する
- イ) 内視鏡下嚥下機能検査、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ及び喉頭ファイバースコープを2つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する

・ 嚥下造影 240点

発達及び知能検査

- | | |
|-----------------------|------|
| 1) 操作が容易なもの | 80点 |
| 2) 操作が複雑なもの | 280点 |
| 3) 操作と処理が極めて
複雑なもの | 450点 |

同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数により算定する

発達及び知能検査

操作が容易なもの(80点)

津村式乳幼児精神発達検査

日本版ミラー幼児発達

スクリーニング検査

遠城寺式乳幼児分析的

発達検査

コース立方体組み合わせテスト

デンバー式発達スクリーニング

牛島乳幼児簡易検査

脳研式知能検査

レーヴン色彩マトリックス

JART

DAMゲットイナフ

人物画知能検査

フロスティック視知覚発達

検査

発達及び知能検査

操作が複雑なもの(280点)

PBTピクチュア・ブロック

知能検査

WPPSI知能診断検査

全訂版田中ビネー知能検査

田中ビネー知能検査V

鈴木ビネー式知能検査

大脇式盲人用知能検査

MCCベビーテスト

新版K式発達検査

WISC-R知能検査

WAIS-R成人知能検査

(WAISを含む)

ベイヤール発達検査

発達及び知能検査

操作と処理が極めて複雑なもの(450点)

WISC-III知能検査

WISC-IV知能検査

WAIS-III成人知能検査

認知機能検査その他の心理検査

- | | |
|-------------------|------|
| 1) 操作が容易なもの | 80点 |
| 2) 操作が複雑なもの | 280点 |
| 3) 操作と処理が極めて複雑なもの | 450点 |

同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数により算定する

改定長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精研式認知症スクリーニングテストは基本診療費に含まれており算定できない

認知機能検査その他の心理検査

操作が容易なもの(80点)

CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病(抑うつ状態)自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、ブルトン抹消検査、MEDE多面的初期認知症判定検査、BEHAVE-AD、Coghealth(医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る)、WURS、DES-II、EAT-26、AQ日本版

POMS、IES-R、PDS、STAI状態・特性不安検査、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、NPI、音読検査(特異的読字障害を対象にしたものに限る)、MCMI-II、MOCI邦訳版、日本語版LSAS-J(6月に1回に限る)

認知機能検査その他の心理検査

操作が複雑なもの(280点)

ベントン視覚記銘検査

三宅式記銘力検査

WCST Wisconsin-Card分類検査

遂行機能障害症候群の
行動評価(BADS)

内田クレペリン精神検査

ベンダーゲシュタルトテスト

SCID構造化面接法

リバーミート行動記憶検査

ROCFT(Reyの複雑図形)

標準言語性対連合学習
検査(S-PA)

認知機能検査その他の心理検査

操作と処理が極めて複雑なもの(450点)

ITPA、標準失語症検査、
標準失語症検査補助テスト
、標準高次動作性検査、
標準高次視知覚検査、標
準注意検査法・標準意欲
評価法、老研版失語症
検査、WAB失語症検査、

WMS-R、DN-CAS認知
評価システム、K-ABC、
ADAS、K-ABC II、小児
自閉症評定尺度、発達障
害の要支援度評価尺度(MSPA)、親面接式自閉ス
ペクトラム症評価尺度改
訂版(PARS-TR)

歯科口腔リハビリテーション料1 1口腔につき

(1) 有床義歯の場合

イ) 口) 以外の場合 100点

ロ) 困難な場合 120点

(2) 舌接触補助床の場合 190点

(3) その他の場合 185点

歯科口腔リハビリテーション料1 算定要件

- 注1 (1)については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する
- 注2 (2)については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する
- 注3 (2)(3)については、摂食機能療法を算定した日は歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない
- 注4 (2)については、摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない
- 注5 (3)については口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して月4回を限度として算定する

厚生労働省＜平成28年度診療報酬改定について＞

[http://www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html)

[stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html)

- ①診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)
別表第2(医科点数表) 第1章 入院料等 第2章 医学
管理等、在宅医療、検査、画像診断、リハビリテーション
別表第2(歯科点数表) 第2章 リハビリテーション
- ②診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項
について(通知)別添1(医科点数表)、別添2(歯科点数表)
- ③基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)
- ④基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの
取り扱いについて(通知) 別添
- ⑤特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)
- ⑥特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの
取り扱いについて(通知) 別添