

平成28年度診療報酬改定の概要

(リハビリテーション関連)

※ 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。

中央社会保険医療協議会 総会資料（第328回、第322回、第325回）を参考に作成

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000111936.html>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000108957.html>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000110251.html>

全体改定率 ▲0.84%

1. 診療報酬本体 +0.49%

各科改定率	医科	+0.56%
	歯科	+0.61%
	調剤	+0.17%

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.22%

上記のほか、
・市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の
特例の実施により、▲0.28%

② 材料価格 ▲0.11%

Ⅱ－３ 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

1. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 (P4)
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し (P8)
3. A D L 維持向上等体制加算の施設基準の見直し等 (P10)
4. 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し (P12)
5. 廃用症候群リハビリテーション料の新設 (P16)
6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等 (P19)
7. 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し (P24)
8. 生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充 (P25)
9. 運動器リハビリテーション料の評価の充実 (P27)
10. リハビリテーション専門職の専従規定の見直し (P28)
11. リンパ浮腫の複合的治療等 (P29)

1. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

第1 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟を有する保険医療機関について、当該病棟におけるリハビリテーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、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1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

1. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

【算定要件】

- (1) …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は、過去6か月間に…提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上であることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が 10人未満の場合を除く。
- (2)効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に…回復期リハビリテーション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）についての、①の総和を②の総和で除したものが一定数未満である状態をいう。
- ①退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時FIM得点（運動項目）を控除したもの
- ②各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの

1. 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

【算定要件】

(3)在棟中に一度も回復期リハビリテーション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、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。

- ①FIM運動項目得点が20点以下のもの
- ②FIM運動項目得点が76点以上のもの
- ③FIM認知項目得点が25点未満のもの
- ④年齢が80歳以上のもの

(4)高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎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。

(5)在棟中にFIM得点（運動項目）が1週間で10点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者について、平成29年1月1日から実施する。

- ・・・包括される疾患別リハビリテーションの実施単位数を、
リハビリテーション充実加算等の施設基準において用いる
疾患別リハビリテーションの総単位数に含まないこととする。

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る保険医療機関において、入院時と退院後の医療をつながりを持って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。

第2 具体的な内容

体制強化加算に、新たに専従医師が病棟外業務を行う場合の点数を新設する。

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算の施設基準の見直し

体制強化加算 1	200点
体制強化加算 2	120点 (新)

【施設基準 体制強化加算 2】

当該病棟に専従の常勤医師 2 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。専従する常勤医師のうち 2 名は、以下のすべ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。

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) 週に32時間以上は、当該 2 名の医師のうち少なくとも 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 8 時間以上従事していること。

3. ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

第1 基本的な考え方

ADL維持向上等体制加算にかかる現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期における早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

第2 具体的な内容

1. ADL維持向上等体制加算を増点し、内容を充実する。

3. ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

ADL維持向上等体制加算 80点

【算定要件】

①ア) ～カ) 略

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。

② 専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療法士等を定めた上、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り算定できる。

【施設基準】

当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上配置されていること。

4. 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

第1 基本的な考え方

早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の評価を適正化する。

第2 具体的な内容

1. リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の対象を、急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限る。疾患別リハビリテーション料における初期加算、早期リハビリテーション加算の算定起算日を見直す。

4. 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【心大血管疾患リハビリテーション料】

注2 早期リハビリテーション加算

注3 初期加算

【算定対象】

心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。）

【算定できる期間の起算日】

発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定している者については、従来通りとする。

4. 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【（新）廃用症候群リハビリテーション料】

注2 早期リハビリテーション加算

【算定できる期間】

廃用症候群に先行す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

注3 初期加算

[算定できる期間]

廃用症候群に先行す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

4. 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。

○脳血管疾患等リハビリテーション料

【標準的算定日数の起算日】

急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り、

その他のものについては最初に診断された時点から180日以内に限り所定点数を算定する。

○運動器リハビリテーション（略）

○（新）廃用症候群リハビリテーション料

【標準算定日数の起算日】

廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内

[経過措置]

平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合を含む）及び運動器リハビリテーション料を算定している者については、当該時点における算定上限日数を適用する。

5. 廃用症候群リハビリテーション料の新設

第1 基本的な考え方

廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

第2 具体的な内容

廃用症候群に対するリハビリテーション料 (I) 、 (II) 及び (III) を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

5. 廃用症候群リハビリテーション料の新設

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

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める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険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者（※）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、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する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、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の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。

（※）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。

5. 廃用症候群リハビリテーション料の新設

【施設基準】

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料 (I) (II) (III) につき、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) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) 又は (II)、運動器リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、呼吸器リハビリテーション料(I)又は(II)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。
- (3) 専従の常勤言語聴覚士については、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち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。

[経過措置]

平成28年3月31日時点で脳血管疾患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。

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く）は主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、・・・評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは、原則として平成30年3月までに介護保険へ移行するものとする。・・・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等にかかる評価を新設し、医療保険と介護保険にかかるリハビリテーションの併給を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等（入院中の患者を除く）に対する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、運動器リハビリテーションについては、これらの評価を適正化しつつ、原則として平成30年3月までの実施とする。

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価する。

(新)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 |

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

【算定要件】

- (1) 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、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- ① 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。
- ② 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に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。
- ア) 説明時点までの経過
- イ) 治療開始時及び説明時点のADL評価（BarthelIndex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) 医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、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テーションが、それぞれエ) の目標にどのように関係するか。

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

【算定要件】

- ③①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない
- ④当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション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、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション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。
- (2) 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運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

[経過措置]

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の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、運動器リハビリテーション料の減算については、平成28年10月1日から実施する

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、併給できる期間を拡大する。

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、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を行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、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。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テーションの内容を把握する目的で、1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションの提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。

7. 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1単位) 205点

心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1単位) 125点

【算定要件】

心大血管疾患リハビリテーション料 (II) 届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリ

テーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師 (非常勤を

含む。) 及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師 (非常勤を含む) がそれぞれ

1名以上勤務していること。

8. 生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

第1 基本的な考え方

社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL（手段的日常生活活動）や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

第2 具体的な内容

医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める

8. 生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める。

【算定要件】

- (1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するものであること。
- (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等の訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）の訓練を行うもの。
- (4) 実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

9. 運動器リハビリテーション料の評価の充実

第1 基本的な考え方

施設基準において求められる人員要件等を総合的に考慮し、運動器リハビリテーション料（I）の評価を充実させる。

第2 具体的な内容

運動器リハビリテーション料（I）を増点する。

運動器リハビリテーション料】

1 運動器リハビリテーション料

(I) 185点

2 運動器リハビリテーション料

(II) 170点

3 運動器リハビリテーション料

(III) 85点

10. リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

第1 基本的な考え方

リハビリテーションの施設基準における専従規定を見直し、各項目の普及を促進する。

第2 具体的な内容

1. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。
2. 第7部リハビリテーション第1節の各項目の施設基準のうち、専従の常勤言語聴覚士を求めるものについて、相互に兼任可能とする。ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、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る。

第1 基本的な考え方

リンパ浮腫に対する治療を充実するため、リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設し、またリンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。

第2 具体的な内容

1. リンパ浮腫に対する複合的治療に係る項目を新設する。

1 1. リンパ浮腫の複合的治療等

(新)リンパ浮腫複合的治療料

- 1 重症の場合200点（1日につき）
- 2 1以外の場合100点（1日につき）

【算定要件】

- (1)リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類I期以降の患者。II期後期以降を重症とする。
- (2) 重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回を限度として、治療を開始した月の翌々月からは月1回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、6月に1回を限度として所定の点数を算定する。
- (3) 専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師（当該保険医療機関に勤務する者で、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において2年以上業務に従事し、施設基準に定める適切な研修を修了した者に限る。）が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。

1 1. リンパ浮腫の複合的治療等

【算定要件】

(4)弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回40分以上、それ以外の場合は1回20分以上行った場合に算定する。なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと（行わない医学的理由がある場合を除く。）。

【施設基準】

(1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務していること。

①それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。

②直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上診療していること（医師の場合に限る。）。

③リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修（座学が33時間以上、実習が67時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。）を修了していること。

(2) 当該保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

(3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができること。