

【平成 28 年度診療報酬改定情報 リハビリテーション】

ここでは全病理に直接関連する項目を記載します。

I. 疾患別リハビリ料の点数改定及び 維持期リハビリテーション（13 単位）の見直し

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

（注 1） 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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又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。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、180 日を超えて所定点数を算定することができる。

（注 2） 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（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（区分番号 A 2 4 6 の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。

（注 3） 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、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（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（区分番号 A 2 4 6 の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 14 日に限り、初期加算として、1 単位につき 45 点を更に所定点数に加算する。

（注 4） 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する別に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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日

から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注 1 に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1 単位) 147 点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位) 120 点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1 単位) 60 点

(注 5) 注 4 の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限り。)に対して注 4 に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。

(注 6) 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護被保険者等に限り。)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から 60 日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去 3 月以内に H O O 3 - 4 に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

【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) (1単位) 185点
2. 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 170点
3. 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 85点

(注1) 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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内に限り所定点数を算定する。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、150日を超えて所定点数を算定することができる。

(注2) 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であって、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(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

(注3) 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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頸部骨折の患者であって、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(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

(注4) 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)	111点
ロ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)	102点
ハ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)	51点

(注5) 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(注6) 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護被保険者等に限る。)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にHOO3-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ⅱ. 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】

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

(注1) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ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、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。

(注2) 注1本文に規定する患者であって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、当該患者の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当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

(注3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であって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、当該患者の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当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

(注4) 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 108点
- ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 88点
- ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 46点

(注5) 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(注6) 注1本文に規定する患者(要介護被保険者等に限る。)に対し、それぞれ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、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

〔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〕

(1) 廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、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、応用的動作能力、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。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、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を来しているもの」とは、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態等のものをいう。

(3) 廃用症候群リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

(4) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。)又は廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

Ⅲ. リンパ浮腫複合的治療料の新設

【リンパ浮腫複合的治療料】

1. 重症の場合 200 点
2. 1 以外の場合 100 点

(注1) 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、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回算定する。

(注2) 1 の場合は月1回(当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回)を限度として、2の場合は6月に1回を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

〔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〕

(1) リンパ浮腫複合的治療料は、区分番号「B001-7」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患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

(2) リンパ浮腫複合的治療料は、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、理学療法士若しく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って、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、2年以上業務に従事(うち6月以上は当該保険医療機関において従事)し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限る。)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。いずれの場合も、患者1名に対し従事者1名以上の割合で実施する。

(3) リンパ浮腫複合的治療料は、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、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、「1」の「重症の場合」は1回40分以上、「2」の「1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(圧迫を行わない医学的理由がある場合を除く)。

(4) 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回以上算定していない場合は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関(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ものに限る。)においてリンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療を依頼する旨とともに紹介されたもの(B009 診療情報提供料(I))を算定するものに限る。)についてのみ算定できる。