

平成 24 年度 診療報酬・介護報酬改定について

診療報酬

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改める。

- ・亜急性期入院医療管理料 1：脳リハ運動リハの算定なし 2061点
- ・亜急性期入院医療管理料 2：脳リハ運動リハの算定あり 1911点

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料 1、2 共通)

- ① 届出可能病床は一般病床の 3 割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率 6 割以上であること

回復期リハビリテーション病棟

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

区分	リハ科の医師	看護 看護補助	専従 PT	専従 OT	専従 ST	入院時 重症患者比率	入院時 重傷者患者の回復	在宅 復帰率	点数
1	専任 1名 以上	看護 13:1 看護補助 30:1	3名 以上	2名 以上	1名 以上	A項目1点以上 15%以上 および 日常生活機能 10点以上 30%以上	4点以上 改善 30%以上	70% 以上	1911
2		看護 15:1 看護補助 30:1	2名 以上	1名 以上		日常生活機能 10点以上 20%以上	3点以上 改善 30%以上	60% 以上	1761
3		30:1							1611

早期リハビリテーション

発症から早期に開始するリハビリは有効性が高いことから早期リハビリテーションの充実を図る。

- 初期加算 (新設) 45点 (14日以内)
 - ・リハビリテーション科の医師が常勤で勤務している場合
- 早期リハビリテーション加算 30点 (30日以内)
 - ・14日以内は合計で75点となる

維持期リハビリテーション

標準的算定日数を超えた患者について、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ないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

	旧	新
脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位)	廃用以外の場合 245点 →	221点
	廃用症候群の場合 235点 →	212点
脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)	廃用以外の場合 200点 →	180点
	廃用症候群の場合 190点 →	171点
脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位)	廃用以外の場合 90点 →	100点
	廃用症候群の場合 90点 →	100点

※要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日まで

外来リハビリテーション

- ・外来リハビリテーションにおいて現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。
- ・1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

○外来リハビリテーション診療料1（新設）：1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施
69点（7日につき1回の診察）

○外来リハビリテーション診療料2（新設）：2週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施
104点（14日につき1回の診察）

※患者ごとに医師が選択（1週間もしくは2週間毎）

医療保険と介護保険の併用期間の見直し

- ・介護保険のリハビリテーション移行後に、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、1ヵ月間から2ヵ月間に変更
- ・当該移行期間の2ヵ月については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性憎悪等のために一時的にADLが低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

対象となる患者

- ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定する患者
- ・介護保険の訪問リハビリテーションの利用者（通院困難な状態）
※急性憎悪等により1ヵ月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合
※介護保険の訪問看護7は含まず

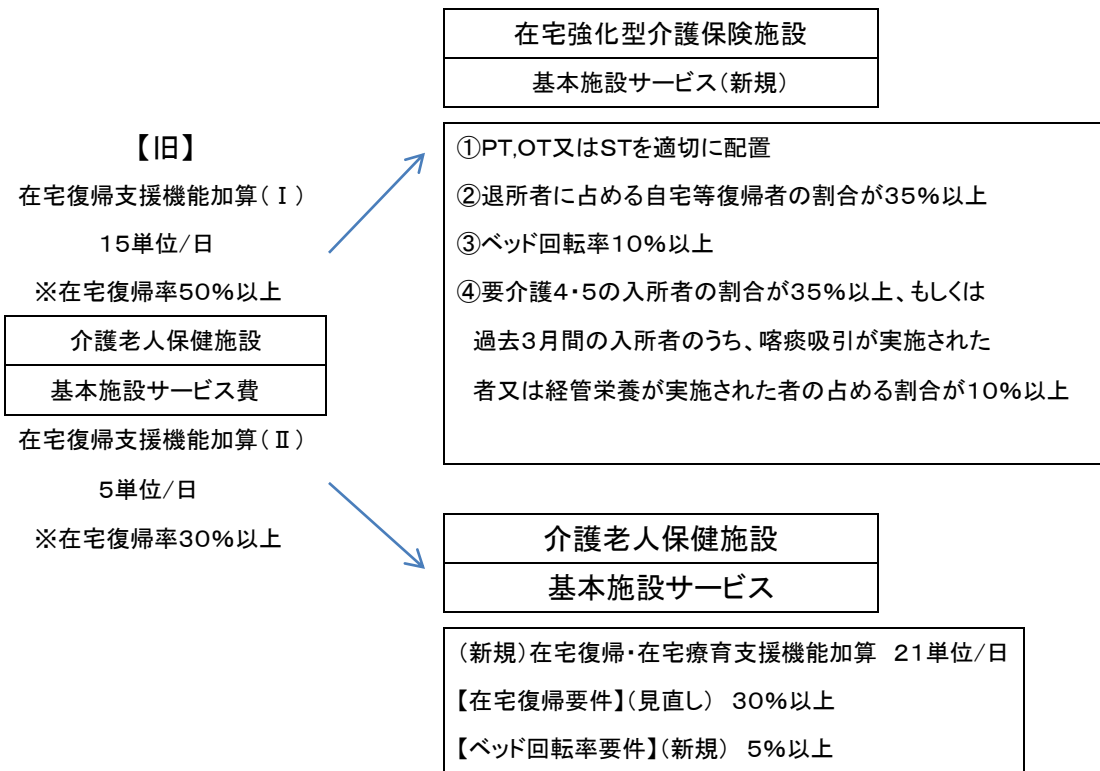


6ヵ月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位に限り訪問リハビリテーションの算定

介護報酬

老健の報酬改定

【H24年4月～】



老健からの訪問リハビリテーション

介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和する

※変更点

	旧	改定後
病院・診療所の 医師の診察	指示を行う医師の診察の日から 1月以内に行われた場合に算定	指示を行う医師の 診察の日から3月ご とに行われた場合 に算定
介護老人保健施設の医 師の診察	・入所者の退所時 ・当該施設で行っていた通所リハを 最後に利用した日 ・上記の直近に行った診療の日 など	

通所リハビリテーション

リハビリテーションの充実①

○リハビリテーションマネジメント加算 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件 (変更点のみ)

- ・1月につき、4回以上通所していること
- ・新たに利用する利用者について、利用開始後1月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること

○個別リハビリテーション実施加算

※算定要件（変更点のみ）80 単位/回

- ・所要時間 1 時間以上 2 時間未満の利用者について、1 日に複数回算定できること

リハビリテーションの充実②

短期集中リハビリテーション実施加算に含まれていた、個別リハビリテーションの実施に係る評価を切り分ける見直しを行う

○短期集中リハビリテーション実施加算

- ・退院・退院後又は認定日から起算して 1 月以内 → 120 単位/日
- ・退院・退院後又は認定日から起算して 1 月超 3 月以内 → 60 単位/日

※短期集中リハビリテーション実施加算は、1 週間につき 40 分以内の個別リハ（退院後 1 月超の場合は 1 週間につき 20 分以上の個別リハ）を複数回実施した場合に算定する

重度療養管理加算

重度療養管理加算（新規） → 100 単位/日

※算定要件

所要時間 1 時間以上 2 時間未満の利用者以外の者であり、要介護 4 又は 5 であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

（注）別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の 4 級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

通所介護

個別機能訓練の提供体制や生活機能の向上に着目した評価

○利用者の自立支援を促進する観点から、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能向上を目的とした訓練）を適切な体制で実施した場合の評価を行う。

個別機能訓練加算（Ⅱ）（新規） ⇒ 50 単位/日

※算定要件（個別機能訓練加算Ⅱ）

- ・専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等を 1 名以上配置していること。
- ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した、個別機能訓練計画を作成していること。

- ・ 個別機能訓練計画に基づき、機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。

(注) 現行の個別機能訓練加算 (I) は基本報酬に包括化、現行の個別機能訓練加算 (II) は個別機能訓練加算 (I) に名称を変更。

介護予防サービス

○訪問系サービス

介護予防訪問介護については、サービスの提供実態を踏まえるとともに、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から見直しを行う。

- ・ 介護予防訪問介護費 (I) 1,234 単位/月 ⇒ 1,220 単位/月
- ・ 介護予防訪問介護費 (II) 2,468 単位/月 ⇒ 2,440 単位/月
- ・ 介護予防訪問介護費 (III) 4,010 単位/月 ⇒ 3,870 単位/月

また、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することについての評価を行う。

生活機能向上連携加算 (新規) ⇒ 100 単位/月

○通所系サービス①

介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、通所介護、通所リハビリテーションと同様に、基本サービス費の適正化を行う。

<介護予防通所介護費>

要支援 1 2,226 単位/月	→	要支援 1 2,099 単位/月
要支援 2 4,353 単位/月		要支援 2 4,205 単位/月加算

<介護予防通所リハビリテーション費>

要支援 1 2,496 単位/月	→	要支援 1 2,412 単位/月
要支援 2 4,880 単位/月		要支援 2 4,828 単位/月

○通所系サービス②

複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス (運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス) のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の創設。

選択的サービス複数実施加算 (I) (新規)	→	480 単位/月
選択的サービス複数実施加算 (II) (新規)	→	700 単位/月

【旧】

1. 運動機能向上加算	225単位
2. 栄養改善加算	150単位
3. 口腔機能向上加算	150単位



【見直し後】

1. 運動機能向上加算	225単位
2. 栄養改善加算	150単位
3. 口腔機能向上加算	150単位
4. 1～3のうち、2種の組み合わせ	480単位
5. 1～3すべて	700単位

※算定要件

- ・ 機能訓練指導員等の介護予防通所介護従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所介護計画を作成していること。
- ・ 複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが実施されていること。(少人数のグループを構成して実施する。)
- ・ 生活機能向上グループ活動サービスを1週間に1回以上実施していること。

Q&A (福岡県理学療法士研修会・講演資料より)

○初期加算について

Q 1. 専門医、認定医が必要か？

A 1. 専門医、認定医は必要ない。リハ科の医師（専門は問わない）が常勤で勤務していれば良い。

○回復期リハビリテーション料について

Q 1. 現在、回復期病棟1を算定し、充実加算・休日加算も算定しています。4月から、回復期2または3となった場合でも加算の算定は可能でしょうか？

A 1. 要件を満たしていれば可能と考える。

Q 2. 4月より回復期病棟1を申請する場合、実績の提出（直近3ヶ月 or 6ヶ月）が必要か？

A 2. 6ヶ月の実績が必要

○外来リハビリテーション診療料について

Q 1. 外来リハ基準の中に、毎回のリハにあたり、リハスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていることとは、具体的にどのような体制作りを行えばよいのか？

A 1. 医療安全対策のマニュアルの整備（ハリーコール等）、内線電話での診療依頼、主治医不在時の代診体制、医療機関ごとに具体的な方法を決定しそれを明記しておく必要があると考えられる。

Q 2. 毎回のリハ後にカンファレンス等で医師がリハの効果や進捗状況を確認していること。カンファレンスとはどのようなことか？具体的には？

A 2. 毎回その日の外来リハ実施患者全員について、医師とセラピスト等で、効果や進捗状況等に関する報告、確認、指示等が行われ、それらを記録しておくことが必要と考えられる。

Q 3. 外来リハ診療料1と2の包括的支持を行う場合、患者の来院頻度によって請求が変わると考えてよいか？ 例：週に2回以上の場合1、2週に3日であれば2、月に1～2回の場合は毎回の再診料算定等

A 3. その通り

○維持期リハビリテーションについて

Q 1. 要介護被保険者の対象者はどのような方か？

A 1. 要介護被保険者または要支援被保険者（＝介護保険適応者）

Q 2. 標準的日数を越えて、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、一月13単位内に限り疾患別リハを算定できるとことになっており、原則次回までとなっているがこれは入院、外来に共通することと思っよいのか？

A 2. 外来についてはその通り。入院については現時点では不明。

Q 3. 標準日数を越えて算定可能な患者に該当する患者はこれまで通り算定することが可能か？

A 3. その通り。

Q 4. 要介護被保険者等に該当しない患者は従来通りの対応でよいのか？

A 4. その通り。

○短期集中リハビリテーション実施加算について

Q 1. 短期集中リハ実施加算中に入院（退所）され、退所から4週間未満で再入所された場合、短期集中リハ実施加算は、再入所から3ヶ月で算定できるのか？また、原因疾患（脳卒中や大腿骨頸部骨折など）によって算定可否があるのか？

A 1. 以下の定める状態であるものに対しては再入所日から3ヶ月算定が可能である。

- ・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）、髄膜炎等を急性に発症した者
- ・上・下肢の複合損傷（骨、筋、腱、靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷）、脊髄損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

○通所リハビリテーションについて

Q 1. 医療機関から退院されたときあと、老人保健施設の通所リハをご利用になられる際に、リハを希望された。そのときのリハ加算は今までであれば「短期集中リハ1・2」から「個別リハ」となっていたが、4月以降は同様のケースであっても必ず「短期集中」からスタートしなければならないのか？それとも当初から「個別リハ」での加算も可能か？

A 1. 1週間に複数回個別リハを実施する場合は、短期集中リハ加算と個別リハ加算が同時に算定可能。1週間に複数回個別リハを実施しない場合は、短期集中リハ加算は算定できず、個別リハ加算のみ算定可能である。（短期集中リハ加算の算定要件は変更なし）

Q 2. 居宅を訪問する期間は、利用から一月までと解釈するのか？それとも利用の可能性がある、または、利用申し込みがあった時点から、利用開始後一月までと解釈するのか？

A 2. 通所リハの利用初日から一月までの居宅訪問が算定要件となる。また、通所リハの利用初日に一月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、リハマネ加算の算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

Q 3. 利用前に医療機関等ですでに退院前訪問調査が実施され、その内容を通所リハ事業所に情報提供及び報告がなされ、算定要件（居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハ提供計画を策定）を満たす場合は、訪問を実施したと解釈してよいのか？

A 3. 算定要件はあくまで通所リハの職員が居宅を訪問し、居宅における利用者の日常の状況や家屋

の環境を確認することが、前提となっているため、居宅を訪問する必要があると考える。

○通所介護について

Q 1. 通所介護における、個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）の両方の加算できるのか？
それに伴い、個別機能訓練加算を算定にあたり、人員基準等記載があるのか？

A 1. それぞれの計画に基づき、それぞれの訓練を実施する必要があるものであり、1回の訓練で両加算を算定することはできない。

人員基準に関しては、

・個別機能訓練加算（Ⅰ）

- ① 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤のPT、OT、ST、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置
- ② 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。
- ③ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。

・個別機能訓練加算（Ⅱ）

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していること。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。

Q 2. 個別訓練と複数訓練両方の実施で算定可能で、時間の規定があるのか？

A 2. 1回あたりの訓練時間は、利用者の心身の状態や残存する生活機能を踏まえて設定された個別機能訓練計画の目標等を勘案し、必要な時間数を確保するものである。訓練の目的・趣旨を損なうような著しく短時間の訓練は望ましくない。なお、訓練時間については、利用者の状態の変化や目標の達成等を踏まえ、必要に応じて適宜見直し・変更されるべきものである。

※上記のQ&Aは福岡県理学療法士研修会で挙がっていたものです。基本は疑義解釈をご確認下さい。

参考資料：厚生労働省ホームページ、平成24年度 診療報酬・介護報酬改定

福岡県理学療法士研修会、平成24年度医療・介護報酬同時改定について（講演資料）

診療報酬・介護報酬改定に関する情報

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)

日本言語聴覚士協会ホームページ (http://www.jaslht.or.jp/st_app/)

福岡言語聴覚士会ホームページ (<http://homepage3.nifty.com/fukuoka-st/>)

Q&A（疑義解釈）に関する情報

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)

医療保険 → 平成24年度診療報酬改定 → 事務連絡（疑義解釈資料）

診療報酬に関する窓口（質問等）

アドレス : shinryohoshu.f.st@gmail.com