

平成 22 年度リハビリテーション医学に関連する社会保険診療報酬改定について

日本リハビリテーション医学会 社会保険等委員会

担当理事 水間 正澄, 吉永 勝訓

委員長 川手 信行 (報告担当)

委員 近藤 克則, 近藤 国嗣, 菅原 英和, 染屋 政幸

長谷 公隆, 藤谷 順子, 森 英二, 稲川 利光

大串 幹

木村 浩彰, 田中宏太佳, 赤星 和人 (平成 22 年 4 月 1 日から)

古閑 博明, 高橋 博達, 原 寛美 (平成 22 年 3 月 31 日まで)

はじめに

平成 21 年 12 月 8 日に社会保険審議会保険部会および社会保障審議会医療部会において「平成 22 年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられ、平成 22 年 1 月 15 日厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)に対して諮問が行われ、2 月 22 日に中医協から厚生労働大臣に答申が出され、平成 22 年度診療報酬改定の基本方針として、「救急・産科・小児・外科等の医療の再建」と「病院勤務医の負担軽減」の 2 つの重点課題と「4 つの視点」、「後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止」が提示された。4 つの視点の中で、「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する。」が示され、この中で質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション(以下、リハ)等の推進、在宅医療や訪問看護、介護関係者を含めた多職種間の連携など、いわゆるリハ関連の推進が示された。また、今回の診療報酬改定で特筆すべきことは、全体改定率が+0.19%(約 700 億円)であり、診療報酬本体のみで見ると+1.55%と 10 年ぶりのプラス改定となり、リハ医療関連においても多くの面でプラス改定

となっている。本報告書では、平成 22 年 3 月 5 日に示された厚生労働省令・告示、および保険局長・医療課長通知を参考にして、平成 22 年 4 月 1 日時点における平成 22 年度診療報酬改定におけるリハ関連項目の変更点の概要について報告する。内容の詳細については、今後、厚生労働省保険局医療課の通知等によって変更される可能性や、解釈について各地方社会保険事務局によって異なる見解がなされる場合もあり注意を要する。

1. 疾患別リハ料の見直し

今回の改定では疾患別リハ料および施設要件が一部で改定された。新しい疾患別リハ料を表 1 に、訓練室施設基準および人的要件を表 2 に示す。

1) 脳血管疾患等リハ料の引き上げと評価体系の見直し

脳血管障害のリハの重要性が評価され、脳血管疾患等リハ(I)の評価が1単位235点から245点に、(II)の評価が190点から200点に引き上げられた。また、廃用症候群に対するリハについては、その疾患特性に応じた評価がなされることになり、脳血管疾患等リハ(I)では、廃用症候群以外の場合より10点低い235

表 1 疾患別リハ料 (1 単位)

	心大血管	運動器	呼吸器	脳血管疾患等 (廃用症候群)
(I)	200 点	175 点	170 点	245 点 (235 点)
(II)	100 点	165 点	80 点	200 点 (190 点)
(III)		80 点		100 点 (100 点)
標準的算定日数	150 日	150 日	90 日	180 日

表2 リハビリ料に関する施設基準・人的要件

	心大血管疾患リハ (I)	運動器リハ (I)	呼吸器リハ (I)	脳血管疾患等リハ (I)	脳血管疾患等リハ (I) STのみ
医師数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	循環器又は心臓血管医師が実施時間帯に常勤 経験を有する専任の常勤医師1名以上	(3年以上の経験又は適切な研修を修了した) 専任の常勤医師が1名以上	経験を有する専任の常勤医師が1名以上	専任の常勤医師が2名以上 (1名は3年以上の経験を有するもの)	専任の常勤医師が1名以上
医療職数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	経験を有する専任の常勤のPT又は専任の常勤看護師2名以上 (いずれか一方は専任でよい)	専任の常勤PT又は専任の常勤OTが併せて4名以上	経験を有する専任の常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OT合わせて2名以上	①専任の常勤PTが5名以上, ②専任の常勤OTが3名以上, ③STを行う場合は専任の常勤STが1名以上, ④①～③までの専任の従事者が併せて10名以上	専任の常勤STが3名以上
訓練室	病院 30 m ² 以上 診療所 20 m ² 以上 時間外の兼用は可能	病院 100 m ² 診療所 45 m ² 以上 (病院・有床診療所に限る)	病院 100 m ² 診療所 45 m ² 以上	160 m ² 以上, STを行う場合は専用の個別療法 8 m ² 以上	専用の個別療法室 8 m ² 以上
	心大血管疾患リハ (II)	運動器リハ (II)	呼吸器リハ (II)	脳血管リハ (II)	
医師数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	循環器又は心臓血管を担当する医師が常勤または経験を有する専任の常勤医師1名以上	(3年以上の経験又は適切な研修を修了した) 専任の常勤医師が1名以上	専任の常勤医師が1名以上	専任の常勤医師が1名以上	
医療職数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	経験を有する専任の常勤のPT又は専任の常勤看護師いずれか1名以上	①専任の常勤PTが2名以上, 又は②専任の常勤OTが2名以上, 又は③専任の常勤PT及びOTを併せて2名以上 (研修を修了した代替医療者は(III)を算定)	専任の常勤PT又は常勤OTがいずれか1名以上	専任の常勤PTが1名以上, 専任の常勤OTが1名以上STを行う場合には専任の常勤ST1名以上 (PT, OT, ST併せて4名以上)	
訓練室	病院 30 m ² 以上 診療所 20 m ² 以上 時間外兼用は可能	病院 100 m ² 以上 診療所 45 m ² 以上	45 m ² 以上	病院 100 m ² 以上 診療所 45 m ² 以上	
		運動器リハ (III)		脳血管疾患等リハ (III)	
医師数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	/	専任の常勤医師が1名以上	/	専任の常勤医師が1名以上	/
医療職数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)		専任の常勤PT又は専任OTがいずれか1名以上		専任の常勤PT, OT, STのいずれか1名以上	
訓練室		45 m ² 以上		病院 100 m ² 以上 診療所 45 m ² 以上	

点、(Ⅱ)の場合も同様に190点となった。また、廃用症候群の対象となる患者は、外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態とされ、平成20年改定時に算定時に提出を義務付けられた月ごとの評価用紙の様式も表3のように変更となった。

2) 運動器リハ料の評価

大腿骨頸部骨折の手術後などにおける運動リハの発

症あるいは術後早期からの集中的なりハの重要性、より充実した人員配置などが評価され、入院中の患者に限って、個別に20分以上提供した場合に、運動器リハ(Ⅰ)1単位175点が新設された。それに伴って、今までの運動器リハ(Ⅰ)が運動器リハ(Ⅱ)となり1単位165点、運動器リハ(Ⅱ)が運動器リハ(Ⅲ)となり80点となった。運動療法機能訓練技能講習会の受講や定期的な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行った場合の診療報酬

表3 廃用症候群に係わる評価表

(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		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○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	
1	廃用をもたらすに至った要因		
2	臥床・活動性低下の期間	<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
3	廃用に陥る前のADL	<input type="checkbox"/> FIM69点未満 <input type="checkbox"/> FIM70点から114点 <input type="checkbox"/> FIM115点以上	<input type="checkbox"/> B.I45点未満 <input type="checkbox"/> B.I45点から85点 <input type="checkbox"/> B.I85点以上
4	廃用の内容		
5	介入による改善の可能性 (該当する数字に○をつける)		
6	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
7	前回の評価からの 改善や変化		

【記載上の注意】

- 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて、FIM又はB.Iを用いて記載すること。
- 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

については、平成 20 年度改定の運動器リハ（Ⅰ）（Ⅱ）をそれぞれ（Ⅱ）（Ⅲ）と読み直すことによって算定可能となり、従前の取り扱いとなった。

3) 心大血管疾患リハ料の評価

心大血管疾患リハ（Ⅰ）において点数は据え置かれたが、施設基準が変更された。常時、勤務が条件であった循環器科または、心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハを実施している時間帯において勤務することになった点や理学療法士や看護師が心大血管リハを行わない時間帯においては他の疾患別リハ等に従事が可能になった点や訓練室については専用とされていたが、それぞれの施設基準を満たせば他の疾患別リハの訓練室と同一の部屋でできることとなった。

4) 呼吸器リハ料の評価

呼吸器リハ料については大きな変更点はなかった。

5) 発症早期からのリハの評価

発症早期からのリハの充実を図るため、疾患別リハの早期リハ加算（手術日または急性増悪時、治療開始日から 30 日間）が 1 単位につき 30 点から 45 点に引き上げられた。

6) 維持期における月 13 単位までのリハ提供の継続

平成 21 年度介護報酬改定において、短時間型通所リハの新設など維持期リハの充実が図られてきたが、その実施状況が不十分であることから、リハの継続が医学的に適切と判断される患者に対して、標準算定日数を超えた場合でも、月 13 単位までのリハの提供が継続的に実施されることになった。ただし、その際、当該患者が介護保険による訪問リハ、通所リハ、介護予防訪問リハ、介護予防通所リハによるリハ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サービスを受けるために必要な支援を行うことが明示された。

7) その他

リハ総合計画評価料、退院時リハ指導料について

は、従来同様に算定可能であり、点数は据え置きになった。

2. 回復期リハ病棟入院料

1) 回復期リハ病棟入院料の見直し（表 4）

回復期リハ病棟のリハを集中的に提供する観点から、回復期リハ病棟入院料 1 および回復期リハ病棟入院料 2 とともに、一日に提供すべきリハの単位数の基準が 1 人あたり 2 単位以上と設定され、回復期リハ病棟入院料がそれぞれ 1,720 点、1,600 点に引き上げられた。

なお、1 日あたりのリハ提供単位数は表 5 のように計算される。

特に回復期リハ病棟入院料 1 では、実際に多くの重症患者（日常生活機能評価で 10 点以上の患者）を受け入れていることから、重症患者の割合が 1 割 5 分から 2 割以上に引き上げられた。また、自宅退院割合（退院患者のうち他の保険医療機関への転院したものを除く者の割合）が 6 割以上であることは平成 20 年度改定と変わりなかったが、死亡退院した患者数が除かれた。なお、重症患者割合、自宅退院割合の計算式は表 5 のように計算される。

2) 休日加算・リハ充実加算について

回復期リハ病棟におけるより充実したリハを提供する観点から、土日を含めていつでもリハを提供できる体制をとった場合に患者 1 人・1 日につき所定点数に 60 点が加算されることになった。その場合、休日の 1 日あたりのリハ提供単位数も 2 単位以上であること、曜日による著しい単位差がないこと、病棟配置の専従の理学療法士または専従の作業療法士のうち 1 名以上がいずれの日においても配置されていること、看護要員の配置が休日においてもリハの提供に支障にならないことなどの条件が付けられている。

また、リハ充実加算として 1 日あたりのリハ提供単

表 4 回復期リハ病棟入院料と施設基準

1) 回復期リハ病棟入院料 1	1,720 点（1 日につき）
(1) 回復期リハを要する状態の患者を 8 割以上入院させていること	
(2) 回復期リハを要する状態の患者に対し、1 人 1 日あたり 2 単位以上のリハが行われること	
(3) 新規入院患者の 2 割以上が重症の患者であること	
(4) 退院患者のうち他の医療機関へ転院した者等を除く者の割合が 6 割以上であること	
2) 回復期リハ病棟入院料 2	1,600 点（1 日につき）
(1) 回復期リハを要する状態の患者を 8 割以上入院させていること	
(2) 回復期リハを要する状態の患者に対し、1 人 1 日あたり 2 単位以上のリハが行われること	

表5 1日あたりのリハ提供単位数、重症患者割合、自宅退院割合の計算式

1) 回復期リハを要する状態の患者に対する1日あたりリハ提供単位数は次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。 ア 直近1カ月間に回復期リハ病棟に入院する回復期リハを要する状態の患者に対して提供された心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、運動器リハ及び呼吸器リハの総単位数 イ 直近1カ月間に回復期リハ病棟に入院していた回復期リハを要する状態の患者の延入院日数
2) 重症の患者割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。 ア 直近6カ月間に当該回復期リハ病棟に新たに入院した患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数 イ 直近6カ月間に当該回復期リハ病棟に新たに入院した患者数（入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）
3) 退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。 ア 直近6カ月間に退院した患者数（入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数 イ 直近6カ月間に退院した患者数（入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険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及び死亡退院した患者を除く。）

表6 がん患者リハの施設基準・人的基準

	がん患者リハ
医師数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	十分な経験を有する（研修規定あり）専任の常勤医師1名以上
医療職数 (回復期リハ病棟の従事者との併任は不可)	十分な経験を有する（研修規定あり）専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STが2名以上
訓練室	100㎡以上・兼用は可能

表7 がんリハの医師の研修要件

<p>がん患者リハを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師とは以下のいずれも満たさなければならない。</p> <p>ア. リハに関して十分な経験を有すること</p> <p>イ. がん患者のリハに関し、適切な研修を修了していること</p> <p>適切な研修とは以下の要件を満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「がんのリハ研修」（厚生労働省委託事業）その他の団体が主催するものであること ・研修期間は通算して14時間程度であること ・研修内容に以下の内容を含むこと <ul style="list-style-type: none"> がんのリハの概要 周術期リハについて 化学療法・放射線療法中あるいは療法後のリハについて がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーション障害に対するリハについて がんやがん治療に伴う合併症とリハについて 進行がん患者に対するリハについて ・研修にはワークショップや、実際のリハに係わる手技についての実技などを含む ・リハに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものであること

位数は平均6単位以上行っている場合に患者1人・1日につき所定点数に40点が加算されることになった。その計算式は、表5の1) のように行われる。

3. がん患者リハ料の新設

平成22年度診療報酬改定において、がん患者リハ

料（1単位200点）が新設された。

がん患者が手術・放射線治療・化学療法などの治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後からリハを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る総合的なリハの取り組みに対して評価さ

表 8 がん患者リハの適応疾患・適応状態

ア	食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
イ	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若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
ウ	乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
エ	骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
オ	原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
カ	血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
キ	当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
ク	在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は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が必要な患者

れたものである。20分以上のリハを行った場合を1単位として、一日につき6単位に限り算定可能であり、また、手術・放射線治療・化学療法などの治療を受ける予定の患者に対して行った場合も算定可能であることや標準的算定日数が提示されていない点などは、従来の疾患別リハとは異なる点である。施設基準は表6に示した通り、イ. がん患者のリハに関する経験を有する専任医師1名の配置、ロ. がん患者のリハに関する経験を有する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の中から2名が配置、ハ. 100㎡以上の機能訓練室があり、必要な器具が常備されていることなどである。医師、訓練士、看護師のリハ経験に関しては研修要項があり、医師については表7にまとめた。また、がん患者リハの対象疾患については、表8にまとめた。

4. その他のリハ料

1) 亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料1において、回復期リハを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が3割以下（最大60床）まで緩和され、合併症を有するリハが必要な患者の受け入れが緩和された。

2) 難病患者リハ料

難病患者リハが600点から640点に引き上げられるとともに、退院後の短期的・集中的リハが評価され、退院日から起算して1カ月以内に行われる場合には週2回以上、1回あたり40分以上、退院日から起算して1カ月以上3カ月以内の期間に行われる場合には、週2回以上、20分以上の個別リハを含む難病リハを行った場合に、前者は280点、後者は140点の加算が

できるようになった。

5. 検査等の項目

以上に述べた項目以外で、日本リハ医学会社会保険等委員会で準備し、内保連および外保連の活動を通じて、他学会とも協力のうえ厚労省に提案した項目のうち、今回の改定において収載された主な項目は以下のとおりである。

1) 筋電図検査

神経伝導速度測定を含む誘発筋電図で平成20年度改定では検査する部位によらず一連で250点であったが、今回の改定では、1神経につき150点となり、1神経増すごとに所定点数に150点を加算でき、最大450点まで加算が可能となった。また、感覚神経と運動神経をそれぞれ1神経と数えることができるようになった。

2) 嚥下造影検査

造影剤注入手技として、平成20年度改定では認められていなかったが、今回嚥下造影が算定可能となり240点となった。

3) 高次脳機能障害に対する新規検査法

認知機能検査のその他の心理検査の「操作と処置が極めて複雑なもの」450点に標準失語症検査補助テスト、標準高次動作検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法、標準意欲評価法などの高次脳機能障害に対する検査が加わり、算定が認められた。

4) 脳脊髄用埋め込み型薬剤再充填術

重症痙攣性麻痺に対する治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置術（15,000点→22,500点）、同治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術（3,000点→3,900

点), 同治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填料 (300 点→500 点) とそれぞれ増額が認められた。

5) 神経ブロック (ボツリヌス毒素を用いた場合)

眼瞼痙攣, 片側顔面痙攣, 痙性斜頸の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400 点の算定が認められていたが, 治療目的に下肢痙縮の治療が加えられた。

6) 負荷心肺機能検査における連続ガス分析加算

トレッドミルによる負荷心肺機能検査, サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査に, 運動療法における運動処方作成, 心・肺疾患の病態や重症度の判定, 治療方針の決定または治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には, 連続呼気ガス

分析加算として, 所定点数に 100 点の加算が認められた。

おわりに

本医学会社会保険等委員会では, 今回の改定に向けた準備をこの 2 年間精力的に進めてきた。本学会単独および他学会や他団体との協力を通じて, 様々な提案を厚労省に行なってきた。その結果, 今回の改定ではリハの重要性が多く項目で評価されたと考えている。今後, 本委員会では平成 22 年度診療報酬改定の影響や 24 年度改定に向けての会員の意向をアンケート調査などを通じて検証していく予定であり, 引き続き会員の方々のご協力をお願いしたい。