

平成 24 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 吉永 勝訓, 水落 和也

委員長 川手 信行 (報告担当)

委員 赤澤 啓史, 赤星 和人, 稲川 利光, 大串 幹

木村 浩彰, 小山 照幸, 近藤 国嗣, 菅原 英和

田中宏太佳, 藤谷 順子

齊藤 正身, 杉原 勝宣 (平成 24 年 4 月 1 日から)

近藤 克則, 森 英二 (平成 24 年 3 月 31 日まで)

1. 改定までの経過の概略

診療報酬改定は 2 年毎に行われ、今回は 3 年毎に改定される介護報酬改定との同時改定であった。リハビリテーション (以下、リハ) 関連では医療保険によるリハと介護保険下でのリハとの整合性や相互間の円滑な移行などについて、重要な改定となることが考えられた。そこで、当委員会では、前回の平成 22 年度診療報酬改定が公表された後、平成 22 年度診療報酬改定の内容を学会誌やリハニュースなどによって早期に公表すると同時に、評議員やリハ科専門医 400 名を対象としたアンケート調査を行い、平成 22 年度診療報酬改定に対する意見や平成 24 年度診療報酬に向けての提案項目や対応などについての意見を調査した。その結果をもとに、委員会内外 (モニター専門医の活用

を含む。) で議論を重ね改定に関する提案書を作成し、内保連・外保連を経由して提出した (表 1)。これらは、基本診療料や医学的管理料に係わる「代表手渡し」分の提案書を除いて、すべて中医協の医療技術評価分科会にて検討され、平成 24 年 1 月 13 日にその結果が公表された。

本医学会から提出した提案書については、未掲載技術であるリハビリテーション処方 (指示) 料・リハビリテーションカンファレンス実施料に関しては、「個々の医療技術評価に関することではないために評価対象外」とされ、義肢・装具処方、仮合せ、適合判断料・コンピュータによる筋力検査・手指巧緻性機能検査に関しては「評価すべき医学的有用性が十分に示されていない」とされ「評価を行う優先度の高いと考

表 1 リハ医学会が内保連・外保連を通じて提案した提案書

未掲載
・リハビリテーション処方 (指示) 料
・義肢・装具処方、仮合せ、適合判断料
・リハビリテーションカンファレンス実施料
・コンピュータによる筋力検査
・手指巧緻性機能検査
既掲載
・疾患別リハビリテーション料 (ハイクオリティリハ)
・がん患者リハビリテーション料 (術前からの算定を可能に)
・神経学的検査 (リハ科専門医の算定を可に)
・間歇的導尿 (1 日につき)
【代表手渡し分】
・回復期リハビリテーション病棟入院料① (疾患により入院までの期間を延長)
・回復期リハビリテーション病棟入院料② (疾患により入院期間の延長)
・回復期リハビリテーション病棟入院料③ (自宅退院率計算分母から単身者の除外)
・回復期リハビリテーション病棟入院料④ (日常生活動作の指標に FIM や BI の導入)

えられる技術」として採用されなかった。一方、既取
載技術では、疾患別リハビリテーション料（ハイクオ
リティーリハ）・がん患者リハビリテーション料（術
前からの算定を可能に）に関しては「個々の医療技術
評価に関することではないために評価対象外」とされ
採用されず、神経学的検査（リハ科専門医の算定を可
に）については、「提案の一部について評価すべき医学
的な有用性が示されている。」とされたが、実際には
リハ科専門医にはその算定が認められず、本医学会か
らの主張は通らなかった。従って、残念ながら今回の
改定においては内保連・外保連を通じて行った提案書
に関しては、すべて「評価を行う優先度が高い技術」
として評価されなかった。

一方で、リハ病院・施設協会、日本理学療法士協
会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会のリハ
関連4団体と連携しているリハ関連5団体協議会
においても、リハ関連診療報酬改定の協議を重ね、各
団体が同意した項目については共同提案を行ってい
た。

2. 平成24年度診療報酬改定のリハ関連項目概要

1) 全体の概要

平成23年12月1日には、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24年
度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられ、平成
24年1月18日には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10日
に中医協から厚生労働大臣に答申が出された。

平成24年度診療報酬改定の全体改定率では、前回
の平成22年度の診療報酬改定においては全体改定率

が+0.19%（約700億円）と10年ぶりのプラス改定
であったのに対し、診療報酬本体では+1.38%（約
5,500億円）であったものの、薬価等の減額分を合わ
せると+0.004%のほぼ0改定にとどまった。

平成24年度診療報酬改定の基本方針は、「2つの重
点課題」と「4つの視点」が提示された（表2）。この
うち、リハ医療に関わりのある項目としては、重点課
題（2）の「医療と介護の役割分担の明確化と地域に
おける連携体制の強化の推進および地域生活を支える
在宅医療等の充実」の中で、医療と介護の役割分担を
明確化し、その連携を通じて、早期在宅医療への移行
や地域生活への復帰に向けた取組の推進、維持期（生
活期）リハの医療・介護の円滑な連携に対する適切な
評価が提示されたこと、4つの視点（4）の「充実が
求められる領域を適切に評価していく視点」におい
て、がんや生活習慣病、精神疾患・認知症対策に並ん
で「リハの充実」が取り上げられたことである。今
回、平成24年度社会保険診療報酬改定におけるリハ
医療に関連する部分で主な変更のあった部分の概略は
以下ようになる。

2) 疾患別リハ料の見直し

早期リハの充実と維持期リハでの医療・介護の円滑
な連携を推進することを目的に、疾患別リハ料に関し
て、早期リハと維持期リハの改定が行われた。早期リ
ハにおいては、早期加算の見直し（表3）が行われ、
開始日から30日までの加算が従来の45点から30点
に減点された代わりに、開始日から14日間については
「リハ科の常勤医師が勤務している場合に」は初期

表2 平成24年度診療報酬改定の基本方針

<p>1. 重点課題</p> <p>(1) 病院勤務等の負担の大きな医療従事者の負担軽減</p> <p>(2) 医療と介護の役割負担の明確化と地域における連 携体制の推進および地域生活を支える在宅医療等 の充実</p> <p>2. 4つの視点</p> <p>(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</p> <p>(2) 患者等から見てわかりやすく納得でき、安心・安 全で生活の質にも配慮した医療を実施する視点</p> <p>(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率 的な医療を実現する視点</p> <p>(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p>
--

表3 早期リハビリテーション加算

14日以内の期間 ^{#1}	
①リハビリテーション科医師が常勤している医療機関 （詳細は文章参照）の場合	75点
②その他の場合	30点
15日以上30日以内の期間	30点
^{#1} ○心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハ ビリテーション料については治療開始日から起算 して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定す る。	
○脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハ ビリテーション料については、発症、手術または 急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて 算定する。	

表4 脳血管障害リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料（1単位）

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

標準的算定日数を超えた要介護被保険者等に対するリハビリテーション料

	運動器	脳血管疾患等（廃用症候群）
（Ⅰ）	158点	221点（212点）
（Ⅱ）	149点	180点（171点）
（Ⅲ）	80点	90点（90点）

加算45点が加算されて75点となった。この初期加算45点を算定するには、原則としてその医療機関がリハ料を標榜している必要があるが、リハに専ら従事している常勤医師が勤務している場合は、リハ料を標榜していない場合であっても算定できる。また、心大血管リハについては、当該リハの経験を有する医師が勤務している循環器科または心臓血管外科を標榜している場合、また、呼吸器リハについては、呼吸器リハの経験を有する常勤の医師が勤務している呼吸器内科、呼吸器外科を標榜していることで算定できる。

また、維持期リハについては、要介護被保険等について、標準算定日数を超えており、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、状態の維持を目的に行われる脳血管疾患リハ料および運動器リハ料が通減された（表4）。また、現在、標準算定日数を超えても月に13単位まで認められている疾患別リハの提供（通称「13単位制度」）に関しても、要介護被保険者であって状態の維持を目的に行う場合の提供は次回改定（平成26年3月31日まで）とすることが明示された。

また、医療保険から介護保険に移行後に医療保険による疾患別リハの提供は1カ月に限り13単位まで認められていたが、今回の改定ではその期間が2カ月まで延長された。但し提供できる単位数は、1カ月目は従来通り月に13単位であるが、2カ月目は月に7単位までに限られる。

3) 回復期リハ病棟料

「充実したりハを推進する」という理由により回復期リハ病棟の評価体系に見直しが行われ、入院料が現在の2段階から3段階に分かれた（表5）。現行の回復期リハ病棟入院料1が改定後は入院料2になり、新

表5 回復期リハビリテーション病棟の評価

【現行】		【改定後】	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点	(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点	(改) 回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
		回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注) 重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

【施設基準】

	(新) 回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2(旧1)
看護配置	13対1以上	15対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上
在宅復帰率	7割以上	6割以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上
重症患者の退院時日常生活機能評価*	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上

*重症患者回復病棟加算の包括化に伴う要件

表6 外来リハビリテーション診察料

外来リハビリテーション診療料1 69点 (7日につき)	
2 104点 (14日につき)	
【外来リハビリテーション診療料の算定要件】	
①対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、疾患別リハビリテーションを1週間(診療料1の場合)または、2週間(診療料2の場合)に2日以上実施することとしている患者。	
②当該診療料を算定した日から起算して7日間(診療料1の場合)または14日間(診療料2の場合)は、疾患別リハビリテーションに係る初診料、再診料または外来診療料は算定できず、この間は再診料等を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。	
③疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフがリハビリテーション実施前に患者の状態を十分に観察し、記録すること。また、前回と状態の変化があった場合や患者の求めがあった場合等は、必要に応じて医師が診察を行うこと。	
④医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。	
▶医師が包括的な診察を行わない場合は、外来リハビリテーション診療料を算定せずに、従前の通り再診料等を算定した上で、疾患別リハビリテーションの費用を算定する。	

入院料1はそれを上回る施設基準が要求されて1,911点に設定された。改定後の入院料2は1,761点であり、旧入院料1の1,720点と比べて見かけ上は41点増点になっているが、従来の重症患者回復期病棟加算50点が、多くの医療機関で算定されているという理由で廃止され入院料に包括されたことや、今までの栄養管理加算等にあたる11点が入院料に包括化されたこと等から考えると、実際には改定後入院料2と3は旧入院料1と2に比べてそれぞれ20点減点された。

また、改定後の新入院料1には、施設基準(表5)が新しく付加されており、その中で看護基準13対1については、看護師7割、夜勤看護職員2名以上が義務付けられている。回復期リハ入院料1と2を同一保健医療機関が届出を行うことが可能である。また、回復期リハ病棟入院料の包括範囲が見直しとして、在宅医療および等委員会からも申し入れていた人工腎臓(人工透析など)が包括外となった。

4) 外来リハ診療料

リハを実施する場合には、医師の診察が義務付けられていたが、医師の包括的な診察に関する評価が新設され、状態の安定した患者については、リハスタッフが十分な観察を行うことや、医師の診察が可能な体制をとることを要件としたうえで、毎回の再診料を算定せずにリハを提供できるようになった。表6に示す本診療料の算定要件に留意する必要がある。なお、医師が包括的な診察を行わない場合には、外来リハ診療料を算定せずに、従来通りの再診料を算定した上で、疾

患別リハの費用を算定する。外来リハ診療料を算定した日から規定されている日数の間で、再度医師が診察を行った場合、リハに係わる再診料または外来診療料は算定できない。またこの間にリハを実施した日に処置等を行った場合には、当該診療に係わる費用(初診料、再診料、外来診療料以外の費用)は算定可能である。外来リハ診療料の届け出を行った医療機関であっても、当該診療料を算定する患者と再診料を算定する患者が混在してもよい。

5) 急性増悪時の訪問リハ

医療機関から訪問リハを提供している患者が急性増悪等のため、1月にBIまたはFIMが5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハが必要になった患者については、6カ月に1回、14日間に限り、1日4単位まで算定できることになった。介護保険の訪問リハを提供されている患者について、上記の取り扱いを行うときには、医養保険からの給付が可能となる。

6) その他のリハ関連項目

その他のリハ関連項目で変更になった部分をいくつか挙げる。

①亜急性期入院医療管理料に関して

一般病院等で同管理料を算定している患者の中に、回復期リハを要する患者が一定程度含まれていることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関における適切な機能分化を促進する、という観点から、脳血管疾患等リハ料および運動器リハ料を

表7 亜急性期入院医療管理料の施設基準(1・2共通)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 |
|--|

今まで算定したことが「ある」「ない」によって管理料の体系が整理された。亜急性期入院管理料1は、脳血管障害リハ料、運動器リハ料を算定した事のない患者について2,061点(最大60日まで算定可能)が算定され、亜急性期入院医療管理料2は脳血管障害リハ料、運動器リハ料を算定した事のある患者について1,911点(最大60日まで算定可能)が算定された。それぞれには施設基準(表7)が設けられた。

②検査料等

- ・誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む):1神経150点について、算定できる限度が今までの4神経から8神経までに増えた。
- ・発達および知能検査:「3:操作と処理が極めて複雑なもの450点」が新設された。これにはWISC-IV知能検査およびWAIS-III成人知能検査が該当する。

3. おわりに

平成24年度診療報酬改定項目のなかで、リハ医療に関連するものに限って、その概要について報告した。内容や解釈については、今後、厚生労働省保健局医療課の通知等によって変更されたり、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。

当委員会では、今回の改定に向けた準備を前回平成22年度診療報酬改定の公表後から約2年間かけて精力的に進めてまいりました。残念ながら、内保連・外保連を通して行った提案項目につきましては、あまり評価されませんでした。しかし、他学会・他団体と協力して行なった共同提案につきましては、リハの重要性がある程度の項目で評価されたと考えております。今後、当委員会では平成24年度診療報酬改定の影響やご意見、また平成26年度改定に向けての会員の諸先生方の御意向・ご意見をアンケート調査などを通じて集約していく予定です。

引き続き会員の諸先生方のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

<参考資料>

- ・平成24年度診療報酬改定について、厚生労働省ホームページ
- ・平成24年度診療報酬改定 疑義解釈資料(その1) 3月30日付
- ・平成24年度診療報酬改定 疑義解釈資料(その2) 4月20日付