

## 平成 26 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 石川 誠, 水落 和也

委員長 川手 信行 (報告担当) (平成 26 年 3 月 31 日まで)

委員 赤澤 啓史, 岩田 学, 大塚 健一, 木村 浩彰  
小山 照幸, 近藤 国嗣, 菅原 英和, 杉原 勝宣  
赤星 和人, 田中宏太佳 (平成 26 年 3 月 31 日まで)  
黒木 洋美, 速水 聰 (平成 26 年 4 月 1 日から)

## 1. 今回の改定までの経過

平成 26 年 3 月 5 日, 官報に平成 26 年度診療報酬改定の内容が公表された。当委員会では, 前回の平成 24 年度診療報酬改定後, 学会誌やリハニュースなどによってリハビリテーション (以下, リハ) 関連項目の改定についてその概要を報告するとともに, リハ医学会会員を対象としたアンケート調査などを行い, 平成 24 年度診療報酬改定に対する意見や平成 26 年度診療報酬に向けての提案や対応についての意見を調査した。それらの結果をもとに当委員会内での議論を重ねるとともに, 内科系学会社会保険連合 (内保連), 外科系学会社会保険連合 (外保連) の関連委員会の他学会と協議を重ね, 共同提案 (表 1) を行った。また, 今回はリハ医療関連団体協議会 (日本リハ医学会, 日本リハ病院・施設協会, 回復期リハ病棟協会, 全国デイ・ケア協会, 日本訪問リハ協会, 日本理学療法士協会, 日本作業療法士協会, 日本語聴覚士協会, 日本リハ看護学会・国際リハ看護研究会 (2 団体共同)) の診療報酬分科会においても協議を行い, 9 団体の連名で提案書 (表 2) を提出した。

## 2. 平成 24 年診療報酬改定のリハ関連項目概要

## 1) 概要

今回の改定は, 「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携, 在宅医療の充実等に取り組み, 医療提供体制の再構築, 地域包括ケアシステムの構築を図る。」という基本認識のもと, 重点課題として入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携, 在宅医療の充実等が取り上げられ, 改定率では, 診療報酬本体では+0.73%, 薬価で

-0.63%, 全体で+0.1%の改定であった。診療報酬改定の全体についての詳細は, 厚労省ホームページに公表されている。

平成 26 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, 新設, 変更・追加のあった項目の一覧 (表 3) に示し, 以下改正の概要について述べる。

## 2) リハ関連新設項目

## ① ADL 維持向上等体制加算

急性期医療において入院中の患者の日常生活機能 (以下 ADL という) の維持, 向上等を目的として, 7:1, 10:1 入院基本料を算定している病棟に専従の常勤の PT, OT, ST が 1 名以上配置され, 入院患者に定期的な ADL の評価・ADL 維持, 向上等を目的とした指導, カンファレンスなどが行われた場合に, 患者 1 人につき入院日から起算して 14 日を限度に認められた。一定の施設基準を満たすことが条件であるが, その中の常勤医師要件については, リハ医療に関する 3 年以上の経験を有し, 適切なりハ研修を修了していることとされ, この研修会には疑義解釈 (Q&A) にて, 本学会が主催する「急性期病棟におけるリハ医師研修会」を指すとされた。また, 疑義解釈では, 「ADL 維持向上等体制加算」の算定を終了した当該病棟の患者に対し, 引き続き疾患別リハビリテーション等を提供することは差し支えないとされた。ただし, 理学療法士等が提供できる疾患別リハビリテーション等は, 1 日 6 単位までとなった。

## ② 回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算

回復期リハ病棟での患者の早期機能回復及び早期退

**表1** 日本リハ医学会からの提案項目 (内保連・外保連)

内保連提案項目	
未収載	
1	リハビリテーション処方料 (内保連・外保連共同提出)
2	A型ボツリヌス療法施行前後のリハビリテーション料
3	義肢装具適合判定検査料
4	障害者日常生活指導料
既収載	
5	神経学的検査のリハ科専門医追加
6	がんリハの算定条件の緩和・改訂
7	救命救急・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院管理料施設基準の改訂 (PT/OTの配置)
8	回復期リハビリテーション病棟入院料 ボツリヌス治療の包括外化
9	標準的リハ算定日数を超える患者に対する月13単位までの外来リハ実施の継続
外保連提案項目	
未収載	
1	コンピュータによる筋力検査
2	手指巧緻性機能検査
3	リハビリテーションカンファレンス
既収載	
4	間歇的導尿 (算定期限の撤廃及び増点)

院を促進するために、専従の常勤医師1名 (リハ医療に関する3年以上の経験・リハに係る研修を修了) 以上及び常勤社会福祉士1名 (退院調整に関する3年以上の経験を有する者) 以上配置されていることとされた。(表4参照)

### ③地域包括ケア病棟入院料

重急性期入院医療管理料が廃止され、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟として、特定機能病院以外の保健医療機関として新たに新設され、病室または病棟に専従のリハ関連療士士の配置が規定された。

### ④介護保険リハビリテーション移行支援料

要介護被保険者における標準算定日数超えの外来リハの月13単位までという規定は平成28年3月まで延長されたが、次回改定でのこの項目の削除について明示された。これに向けて、維持期のリハ (脳血管疾患等リハ・運動器リハの注4に示される発症、手術又は急性増悪から180日・150日を超えてリハを行った場

**表2** 日本リハ医学会からの提案項目

リハ医療関連団体協議会 (9団体) の改訂提案項目	
1	急性期リハビリテーション加算の新設
2	回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件の見直し
3	回復期リハビリテーション病棟入院料適応疾患の追加
4	回復期リハビリテーション病棟入院料の包括から除外
5	リハビリテーション処方料 (指示料) の新設
6	廃用症候群の説明への追記
7	外来リハビリテーション診療料の説明に関する修正
8	小児外来リハビリテーション教育機関情報提供料の新設
9	維持期リハビリテーションに関する月13単位の期間延長
10	神経学的検査のリハビリテーション科医師の追加
11	間欠的経口経管栄養法実施料の新設
12	嚥下調整食の評価
13	訪問リハビリテーションの説明の追記
14	訪問リハビリテーションの医療保険と介護保険の併用期間の設定
15	リハビリテーション施設基準における専門職種の追加

合) を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、適切な介護保険のリハ (訪問・通所リハ、介護予防訪問・通所リハ) へ移行するため、介護支援専門員と連携し、介護サービス計画書作成を支援した上で、介護保険によるリハを開始し、維持期リハを終了した場合に、患者一人につき1回限り算定が認められた。

### ⑤その他

・**リハビリテーション総合計画提供料**: 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハを担う医療機関に対して、リハ総合計画を提供した場合、発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り、退院時に1回、算定が認められた。ただし、当該患者が他の保険医療機関に入院をするために転院をした場合には算定はできない。

・**経口摂取回復促進加算**: 鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に算定が認められた。当該患者に対しては、月1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、医師、歯科医師、言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士等の多職種によってその検査結果を踏まえたカンファレンスを月1回以上行うこと、転院

表3 リハビリ医療関連項目（新設、変更・追加項目）

診療項目	診療報酬点数		診療項目	診療報酬点数	
	24年	26年		24年	26年
基本診療料			注2 早期リハビリテーション加算	30	30*
一般病棟入院基本料			注3 初期加算	45	45*
12 ADL維持向上等体制加算	25		注4 180日を超えた場合（標準算定日超え13単位/月）		
特定機能病棟入院基本料			イ 脳血管等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）		
10 ADL維持向上等体制加算	25		(1) (2) 以外の場合	221	221
第3節 特定入院料			(2) 廃用症候群の場合	212	162
回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）			ロ 脳血管等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）		
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	1911	2025*	(1) (2) 以外の場合	180	180
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2	1761	1811	(2) 廃用症候群の場合	171	131
3 回復期リハビリテーション病棟入院料3	1611	1657	ハ 脳血管等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）		
注2 休日リハビリテーション提供体制加算	60	60*	(1) (2) 以外の場合	90	90
注3 リハビリテーション充実加算	40	40	(2) 廃用症候群の場合	90	69
注5 体制強化加算		200	運動器リハビリテーション料		
亜急性期入院医療管理料		削除	1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	175	180*
1 亜急性期入院医療管理料1	2061	削除	2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	165	170
2 亜急性期入院医療管理料2	1911	削除	3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	80	85
地域包括ケア病棟入院料（1日につき）			注2 早期リハビリテーション加算	30	30*
1 地域包括ケア病棟入院料1	2558		注3 初期加算	45	45*
2 地域包括ケア病棟入院医療管理料1	2558		注4 150日を超えた場合（標準算定日超え13単位/月）		
3 地域包括ケア病棟入院料2	2058		イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	158	163
4 地域包括ケア病棟入院医療管理料2	2058		ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	149	154
特掲診療料			ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	80	85
外来リハビリテーション診療料			呼吸器リハビリテーション料		
1 外来リハビリテーション診療料1	69	72	1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	170	175
2 外来リハビリテーション診療料2	104	109	2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	80	85
介護保険リハビリテーション移行支援料		500	注2 早期リハビリテーション加算	30	30
第7部 リハビリテーション			注3 初期加算	45	45
第1節 リハビリテーション料			リハビリテーション総合計画評価料	300	300
心大血管リハビリテーション料			注2 入院時訪問指導加算		150
1 心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	200	205*	リハビリテーション総合計画提供料		100
2 心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	100	105	摂食機能療法（1日につき）	185	185
注2 早期リハビリテーション加算	30	30	注2 経口摂取回復促進加算		185
注3 初期加算	45	45	障害児（者）リハビリテーション料（1単位）		
脳血管疾患等リハビリテーション料			1 6歳未満の患者の場合	220	225
1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）			2 6歳以上18歳未満の患者の場合	190	195
イ ロ 以外の場合	245	245	3 18歳以上の患者の場合	150	155
ロ 廃用症候群の場合	235	180	がん患者リハビリテーション料（1単位）	200	205
2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）			認知症患者リハビリテーション料（1日につき）		240
イ ロ 以外の場合	200	200	集団コミュニケーション療法料（1単位）	50	50
ロ 廃用症候群の場合	190	146			
3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）					
イ ロ 以外の場合	100	100			
ロ 廃用症候群の場合	100	77			

新設項目 \*内容・施設基準等に変更有り

時には嚥下機能の状態並びに患者・家族への説明及び指導内容の情報提供を行うこと、当該保健医療機関内に摂食機能療法担当の専従常勤言語聴覚士が1名以上配置されていることなどの基準がある。

・認知症患者リハ料：重度認知症の患者（認知症治療

病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を行った場合に算定が認められた。認知症リハに関して

表4 体制強化加算の施設基準

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上配置されていること。
- (3) (2)に掲げる医師については、以下のいずれも満たすこと。
  - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
  - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- (4) (3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期リハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して14時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
  - ア 回復期リハビリテーションの総論
  - イ 脳血管リハビリテーション
  - ウ 運動器リハビリテーション
  - エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
  - オ 高次脳機能障害
  - カ 摂食嚥下、口腔ケア
  - キ 地域包括ケア
- (5) (2)に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。
- (6) (3)の要件のうち、イに規定するリハビリテーションに係る研修要件の適用については、平成27年4月1日からとすること。

表5 入院時訪問指導評価書

別紙4-2

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や障害像	<input type="checkbox"/> 退院時ADL手後:主な移動方法( ) 一自立・要介助・全介助 <input type="checkbox"/> 認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する住環境の状況	<input type="checkbox"/> 主な居室( )と主たる移動場所( ) <input type="checkbox"/> 室内の段差:無・有り(場所 ) ■手すり:無・あり(場所 ) <input type="checkbox"/> 近隣の店までの距離( m)
患者、家族の住環境に関する希望等	
その他(食事、整容、入浴、排泄、介護状況、移動手段等の特記事項)	
コメント・評価(解決すべき住環境課題について記入)	

3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付(作成、添付することが望ましい)

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

- 1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
- 2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハを行った場合に算定できる(施設基準あり)。

・入院時訪問指導加算:回復期リハ病棟入院料を算定する患者で、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患者等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境(家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等)、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価(評価書(表5)の作成、診療録への添付が必要)を行い、かつリハ総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定することが認められた。

表6 廃用評価表

(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
主病名		リハビリテーション	起算日
要介護度	要介護・要支援		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	心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象とならない理由				
2	廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード)	有・無			
3	手術の有無	有・無			
4	治療開始時のADL	BI	点	FIM	点
5	4月の評価点 (BI又はFIM どちらかを記入)	月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
		月 BI	点	FIM	点
5	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日	提供 単位数	単位
6	リハビリテーションの内容				
7	改善に要する見込み期間	□ 2週間以内 □ 1ヶ月から3ヶ月 □ 6ヶ月以上		□ 2週間から1ヶ月 □ 3ヶ月から6ヶ月	
8	前回の評価からの 改善や変化				

〔記載上の注意〕

- 「2」の要因については、原因疾患等について、別紙疾病分類表より疾病コードを記載すること。
- 「4」の月の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「8」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コード (001~119) 疾病分類(ICD-10 第10版 2003年(準拠))

疾病コード	疾病コードと疾病分類の対応表	疾病分類
001 腸管感染症	041 腸折及び腸管の障害	084 その他の消化器系の疾患
002 結核	042 その他の股及び耳属部の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患
003 主として性的伝播様式をとる感染症	043 外耳炎	085 皮膚及び皮下組織の感染症
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	044 その他の外耳疾患	086 皮膚炎及び湿疹
005 ウイルス肝炎	045 中耳炎	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
006 その他のウイルス疾患	046 その他の中耳及び乳突起の疾患	脳脊髄系及び結合組織の疾患
007 真菌症	047 メニエール病	088 炎症性多発性関節障害
008 感染症及び寄生虫の感染・後遺症	048 その他の内耳疾患	089 関節症
009 その他の感染症及び寄生虫	049 その他の耳疾患	090 脊髄障害(脊髄症を含む)
010 胃の悪性新生物	050 腸炎	091 椎間板障害
011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	092 頸動脈狭窄
012 直腸肛門腫瘍及び直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	093 腰痛症及び脊神経痛
013 肝及び胆管内管の悪性新生物	053 くも膜下出血	094 その他の脊髄障害
014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	095 肩の傷害<損傷>
015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	096 骨の密度及び構造の障害
016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(症)	097 その他の筋骨性系及び結合組織の疾患
017 悪性リンパ腫	057 その他の脳血管疾患	098 全身性疾患及び腎臓管間質性疾患
018 白血病	058 動脈硬化(症)	099 腎不全
019 その他の悪性新生物	059 痔核	100 尿路結石症
020 良性新生物及びその他の新生物	060 低血圧(症)	101 その他の腎臓系の疾患
021 悪性リンパ腫	061 その他の循環器系の疾患	102 前立腺肥大(症)
022 貧血	062 急性炎症反応[かび]＜感冒＞	103 その他の男性生殖系の疾患
023 甲状腺障害	063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	104 月経障害及び閉経前移行期障害
024 糖尿病	064 その他の急性上気道感染症	105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	065 肺炎	妊娠、分娩及び産後<よく>
026 急性炎症反応[かび]＜感冒＞	066 急性気管支炎及び急性細気管支炎	107 妊娠高血圧症候群
027 急性炎症反応[かび]＜感冒＞	067 アレルギー性鼻炎	108 単胎自然分娩
028 慢性新生物	068 慢性新生物	109 その他の妊娠、分娩及び産後<よく>
029 慢性新生物	069 急性又は慢性と明らかなくない気管支炎	産産期に発生した病態
030 慢性新生物	070 慢性閉塞性肺疾患	110 妊娠及び産後発現に関連する障害
031 知覚障害<精神遅滞>	071 喘息	111 その他の産産期に発生した病態
032 その他の精神及び行動の障害	072 その他の呼吸器系の疾患	先天奇形、変形及び染色体異常
033 パーキンソン病	073 うつ病	112 心臓の先天奇形
034 アルツハイマー病	074 歯肉炎及び歯周炎	113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
035 てんかん	075 その他の歯及び歯の支持組織の障害	114 先天、産後及び産後発現する他の分類されないもの
036 脳脊髄系及びその他の神経性伝導障害	076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	115 骨折
037 自律神経系の障害	077 腎炎及び腎一極障害	116 関節内損傷及び内臓の損傷
038 その他の神経系の疾患	078 アルコール性疾患	117 熱傷及び凍傷
039 結核炎	079 慢性肝炎(アルコール性ものを除く)	118 中毒
040 白内障	080 肝硬変(アルコール性ものを除く)	119 その他の損傷及びその他の外因の影響
	081 その他の肝疾患	
	082 胆石症及び胆のう炎	
	083 脾疾患	

3) リハ関連変更・追加項目

①疾患別リハビリテーション

・廃用症候群に対するリハの見直し：廃用症候群に対するリハの評価の適正化と対象者の明確化が行われ、診療報酬が減額された。廃用症候群の対象となる患者は、外科手術又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 以下の状態等のものであり、心大血管疾患リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、障害児(者)リハ料又はがん患者リハ料の対象となる患者を除く事が明示された。また、廃用症候群として脳血管疾患等リハ料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて表6を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付することが明記された。

・初期加算および早期加算の算定要件の変更：脳卒中および大腿骨頸部骨折の患者について、リハ早期加算を入院中から引き続き実施する場合に限り、同一医療機関でも別の医療機関の外来でも算定が可能であると変更された。

・心大血管リハビリテーション料の施設基準の変更：必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましいことが追加された。

・運動器リハビリテーション料(I)の算定の変更：入院中のみ算定であったが、外来患者でも算定可能となった。

・その他、脳血管等リハを除くほとんどの疾患別リハ料が増額(5点)された。

3. おわりに

平成26年度診療報酬改定項目のなかで、リハ医療

に関連する項目で新設，変更・追加された項目に限って，その概要を報告した。内容や解釈について，誤解が生じる可能性もあり，厚生労働省のホームページなどで再度確認をお願いしたい。また，今後，厚生労働省保健局医療課の通知等によって内容が変更されたり，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24年度診療報酬改定の発表後から約2年間かけて学会内外のリハ関連団体とも連絡を取り合い，精力的に改定へ向けての提案書作成を取りまとめてまいりました。残念ながら，すべての提案項目が認められるには至りませんでした。他学会・他団体と協力して作成して参りました共同提案につきましては，リハの重要性がある程度，評価されたと考えております。特に急性期病棟におけるADL維持向上等体制加算において，

医師要件の研修会に本学会の主催する研修会（「急性期病棟におけるリハ医師研修会」）と明示されたことや，早期リハ加算や初期加算，運動器リハ1などで外来でも算定が認められたこと，回復期リハにおける体制強化加算，介護保険リハ移行支援料など，これからの地域包括ケアシステムの中でのリハの重要性が再認識されたものと考えています。

今後，当委員会では，平成26年度診療報酬改定のリハ医療に対する影響や会員の先生方のご意見，また平成28年度診療報酬改定に向けての先生方のご意向・ご意見をアンケート調査などを通じて集約し反映させていく予定です。引き続き会員の先生方のご協力を賜りますよう心よりお願い申し上げます。

<参考資料>

平成26年度診療報酬改定 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>