

2011年11月10日

2012年診療報酬改定要望

リハビリテーション医療関連5団体
日本リハビリテーション医学会
日本リハビリテーション病院・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

1. 急性期リハに関わる事項

早期リハの普及・推進をはかることを目的に

● 早期リハ加算の見直し

- ・ 早期リハ加算1 (7:1看護の病院においてリハ科の常勤の専従医を配置している病院において算定)
 - ※ リハ科の常勤の専従医はリハ医学会の専門医、認定臨床医、もしくはそれに準じた一定の研修を受けた医師であること。また、疾患別リハ施設基準の専任医、回復期リハ病棟専任医等、との兼務はできない。
- ・ 早期リハ加算2 (上記以外の病院において算定)：現在の早期リハ加算

2. 回復期リハ病棟に関する事項

- 新たな適応疾患の追加

- ・ 人工呼吸器離脱日から1ヶ月以内に入院

- 出来高払いの新設

- ・ 退院前訪問指導料
- ・ 地域連携診療計画退院時指導料1および計画加算
- ・ インターフェロン、抗がん剤、ボトックス等

- 日常生活機能評価の名称を回復期リハ看護必要度に改める

回復期リハ病棟を3段階制に変更する要望

※ 本要望に限り以下の4団体の要望

日本リハビリテーション病院・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

- リハを行うには負担がかかる回復期リハを要する重症患者を積極的に受け入れ、在宅復帰率の向上等の成果をあげる病棟において、医師・看護要員・社会福祉士等の手厚い人員配置体制を評価し、回復期リハ病棟を現在の2段階から3段階とする。

区分	リハ科 医師	看護要員	PT	OT	ST	社会 福祉士	入院時 重症患者比率	在宅 復帰率	点数
新1	専従医 1名 以上	看護 13:1 看護補助 20:1	3名 以上	2名 以上	1名 以上	1名 以上	看護必要度A項目 1点以上:15%以上 もしくは 看護必要度B項目 10点以上:30%以上	70% 以上	?
新2	専任医 1名	看護 15:1 看護補助	2名 以上	1名 以上	規定なし		看護必要度B項目 10点以上:20%以上	60% 以上	1720
新3	以上	看護補助 30:1					規定なし	1600	

※ 新1についての要件

- ・リハ科の病棟専従医師は、リハ医学会の専門医、認定臨床医、もしくはそれに準じた一定の研修を受けた医師であり、1週間のうち4日間は病棟専従業務に従事していること。
- ・リハ科の病棟専従医師はリハ施設基準等の専任医と兼務はできない。
- ・看護補助者は、60%以上が介護福祉士であること。
- ・重症患者回復加算、休日リハ提供体制加算・リハ充実加算を算定していること。

※ 重症患者回復加算の見直し

- ・重症患者回復加算1：B項目が3点以上改善する患者が40%以上
- ・重症患者回復加算2：B項目が3点以上改善する患者が30%以上

3. 生活期（維持期）リハに関わる事項

介護保険における生活期リハの基盤が整備されるまでの期間限定で

- 標準的算定日数を超えて実施可能な 13 単位/月の継続

外来通院における個別リハ提供の利便性向上を目的に

- 外来リハ医学管理料の創設
(1/月以上診察することで、再診料を算定せずに PT・OT・ST の個別リハの算定を可能とする。通院毎に再診料を算定するか、1/月の外来リハ医学管理料を算定するかは、医師の判断で患者毎に選択制とする)

医療から介護への円滑な移行を推進することを目的に

- 退院直後の医療保険と介護保険のリハの併用期間を退院後 3 ヶ月に延長

訪問リハの普及・推進を目的に

- 「訪問リハビリステーション」の名称の新設

訪問リハを実施している事業所を利用者等に分かりやすく明示する目的で、訪問リハに専従の常勤の PT・OT・ST が 2 名以上配置されている病院・診療所・訪問看護ステーション・老人保健施設に「訪問リハビリステーション」と掲示可能とする。

- 訪問リハに関する訪問リハ提供機関の医師の診察要件の見直し

訪問リハ提供医療機関の医師の診察は 1/月以上必要とされているが、かかりつけ医の診察と重複するため、提供機関の医師の判断で必要に応じて 1/3 月以上の診察に緩和する。

ただし、PT 等からの報告を受け、診察が必要な場合には必ず診察しなければならない。

また、医療的責任の所在を明確にすることを目的に、PT等のかかりつけ医に対し1月に1回以上、訪問リハを実施する医療機関の医師が確認しサインした「訪問リハ実施計画書」「訪問リハ実施報告書」を提出すること。

- 訪問看護ステーションからのPT等の訪問の見直し

訪問看護ステーションからのPT等の訪問と訪問リハでは、提供時間と料金が異なるため、利用者およびケアマネジャーから制度上わかりにくく、利用しにくいサービスと指摘されている。どちらの訪問も内容に差が認められないことから、これら2種類の訪問サービスの整合性を保つことが必要である。

- ・訪問看護の30分以内・1時間以内の区分を、訪問リハと同様に20分を基本単位に変更。

訪問リハの質の向上を目的

- スタッフ1人が1日に実施できる上限を、医療保険では14単位、介護保険では14回とする。

訪問リハの有効利用を推進する目的

- 在宅患者集中訪問リハ指導管理料の新設

かかりつけ医が訪問診療を実施し、かつ介護保険の訪問リハが提供されている患者が、1ヶ月間にバーセル指数もしくはFIMが5点以上低下した場合、訪問リハ提供医療機関の医師に情報提供し、3ヶ月間に2週間を限度に毎日3単位（60分）以上6単位（120分）を上限に、在宅患者訪問リハ指導管理料を医療保険で算定可能とする。

この場合、かかりつけ医の情報提供から1週間以内に集中訪問リハを開始すること。

また、開始時には必ず訪問リハ提供医療機関の医師が診察し、訪問したPT・OT・STは提供医療機関の医師が確認しサインした「集中訪問リハ実施計画書」を開始時に、「集中訪問リハ実施報告書」を終了時にかかりつけ医に提出すること。

1単位あたりの点数は在宅患者訪問リハ指導料と同一とする。