

2014年度診療報酬改定

官報の内容を踏まえて

2014年3月

※2014年2月12日の答申を基にまとめた資料です。
3月5日の官報、告示等で追加された内容は、
緑の文字または  枠で記載しております。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し……………1
 質の高い集中治療の評価について……………7
 短期滞在手術基本料の見直し……………11
 総合入院体制加算の評価……………14
 新生児医療の評価の見直し……………17
 小児特定集中治療室管理料の見直し……………20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化……………21
 療養病棟における在宅復帰機能の評価……………24

重点課題1-1-3 急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について
地域包括ケアを支援する病棟の評価……………25
 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し……………28

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価……………31
 病院の栄養管理体制について……………33

有床診療所の機能に着目した評価……………35

主治医機能の評価(その1)……………42
 主治医機能の評価(その2)……………45
 大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化……………48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価……………50
 在宅療養における後方病床の評価……………52
 在宅不適切事例の適正化……………54
 機能強化型訪問看護ステーションの評価……………61
 在宅患者訪問点滴注射管理指導料について……………63
 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について……………64
 在宅における褥瘡対策の推進……………66
 在宅自己注射指導管理料の見直し……………68
 小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し……………69
 在宅歯科医療の推進等……………70
 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進……………76
 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一……………82

医療機関相互の連携等について……………84
 維持期リハビリテーションの評価……………85
 介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大……………88
 周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携……………90

地域包括ケア病棟入院料

亜急性期として新たな病棟を新設

地域包括ケアを支援する病棟

急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、

以下の役割・実績を有する病棟を新設する。

①一定の重症度、医療・看護必要度基準を満たす患者の診療実績

②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること

③在宅復帰率の実績

④診療内容に関するデータの提出

上記等の施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) A308-3 地域包括ケア病棟入院料 1 2,558点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点(1日につき)

(新) A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点(1日につき)

(新) 看護職員配置加算 150点(1日につき)

(新) 看護補助者配置加算 150点(1日につき)

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき・14日まで)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）1及び2】

[施設基準]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出を行っていること。
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。
=心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)、もしくは呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)のみ届出の場合は対象外
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑥ ○看護職員：13対1以上、（ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上であること。）また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
○専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）1人以上が配置されていること。
なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定できない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるA D L維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）1及び2】

〔施設基準（続き）〕

⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目1点以上の患者を10%以上入院させていること。

⑧ 次のいずれかを満たすこと

ア 在宅療養支援病院の届出

イ 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年3件以上の在宅患者の受入実績があること

ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること

エ 救急告示病院であること

⑨ データ提出加算の届出を行っていること。〔平成27年4月1日から適用〕

⑩ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。

なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

○特定機能病院以外の保険医療機関であること。

○病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

○患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1】

[施設基準]

① 在宅復帰率が7割以上であること

※平成26年3月31日に7対1入院料(一般病棟、専門病院)の届出を行っている病棟が地域包括ケア病棟入院料の届出を行う場合、平成26年9月30日までの間は在宅復帰率の基準を満たしているものとする。

(平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。)

② 1人あたりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること。

なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

【地域包括ケア入院医療管理料 1、2】

[施設基準]

○許可病床200床未満の医療機関に限る。

亜急性期入院医療管理料は平成26年9月30日をもって廃止する。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

[算定要件]

- ① 60日を限度として算定する。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前にDPC/PDPS で算定していた患者が転床した場合は、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPS で算定する。

○リハビリテーションに係る費用（区分番号「H004」に掲げる摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

○地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙2を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）

○地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載する。地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Iを算定する。

その際、地域包括ケア病棟入院料1又は地域包括ケア入院医療管理料1の場合は療養病棟入院基本料1のIを、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2の場合は療養病棟入院基本料2のIを算定する。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

看護職員配置加算

〔施設基準〕

- ① 看護職員が地域包括ケア病棟入院料の施設基準の最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。

看護補助者配置加算

〔施設基準〕

- ① 看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。

※平成27年3月31日までの間は、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者とすることができる。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

重点課題1-1-3 急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化	48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

回復期リハビリテーション病棟

体制を強化した回復リハ1

体制を強化した回復リハ1への加算

患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進する観点から、より充実したリハビリテーションの提供体制を評価する。

(新) 【回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算】 200点 (1日につき)

[施設基準]

①当該病棟に以下の専従の常勤医師が1名以上配置されていること。

- ・リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及び研修を修了した医師。

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の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

[経過措置] 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。

②当該病棟に以下の専従の常勤社会福祉士が1名以上配置されていること

- ・退院調整に関する3年以上の経験を有する社会福祉士。



回復リハ1は休日リハ提供を要件に包括する

回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算について、当該要件を回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定要件として包括して評価する。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】（1日につき）

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,025点(改)

[施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

○当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

○当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

[経過措置]

平成26年3月31日に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病棟であって、~~休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年9月30日~~までの間は上記の基準を満たしているものとする。

回復リハ1の看護必要度の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料1における重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1】（1日につき）

1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

[施設基準]

当該病棟へ入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合が**1割以上**であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に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病棟については、**平成26年9月30日**までの間、上記の基準を満たしているものとする。

退院後の住居環境の評価

患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

(新)入院時訪問指導加算 150点 (入院中 1回)

[算定要件]

- ① 入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも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、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する住環境等（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を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化	48

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

課題1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	87(その他リハビリテーション)
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

リハビリテーション

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の 7対1病棟、10対1病棟について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置した場合の加算を新設する。また算定にあたって、ADLに関するアウトカム評価を要件とする。

新 設

(新) ADL維持向上等体制加算 25点（1日につき、14日を限度）

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

[施設基準]

① 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1名以上の常勤配置 を行うこと。

なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。

また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等の専従者との兼務はできない。ただし、当該病棟内に「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

 [次ページへ続く](#)

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (1日につき、14日を限度)

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

[施設基準 (の続き)]

② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること

※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急性期の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研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。[経過措置：研修については平成27年4月1日～適用]

なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

- ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）
- イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハに必要な評価を含む。）
- ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）
- エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）
- オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）
- カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて
- キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて
- ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
- ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
- コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハを含む。）

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設


(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (1日につき、14日を限度)

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

[施設基準 (の続き)]

③ 当該病棟の直近 1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

④ アウトカム評価として、以下のいずれも満たすこと。

ア) 直近 1年間において、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、入院時よりも退院・転棟時にADLの低下した者 (別添6の別紙7の2の合計得点が低下した者) の割合が3%未満であること。  次ページ参照

なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度 (Barthel Index、以下「BI」という。) を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

イ) 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合 (DESIGN-R分類d2以上とする。以下この項において同じ) が1.5%未満であること。

※ 次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

(イ) 届出時の直近月の初日 (以下この項において、「調査日」という) に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数 (調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院・退院予定患者は含む)

なお、届出以降、毎年7月1日の届出報告 (別添7の様式5の4) に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること (別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡 (DESIGN-R分類d2以上) を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること)。

急性期病棟へのリハビリテーション専門職の配置

新 設

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (1日につき、14日を限度)

※ 当該加算を算定している患者について、疾患別リハビリテーション等を算定できない。

様式

ADL維持向上等体制加算に係る評価書

バーゼルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、髪型、歯 磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ 動作	10	自立(衣服の操作、後始末も含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用も含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段 昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱も含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便 コントロール	10	失禁なし、洗器、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、洗器、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点 (/100点)				

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

様式 0104

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況 (報告月の前月の初日における実績・状況)		
① 入院患者数 (報告月の前月の初日の入院患者数)		名
② ①のうち、d 1 以上の褥瘡を有していた患者数 (褥瘡保有者数)		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数 (入院時褥瘡保有者数)		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡 (③の患者の入院時の状況)	院内発生した褥瘡 (④の患者の発見時の状況)
d 1	名	名
d 2	名	名
D 3	名	名
D 4	名	名
D 5	名	名
D U	名	名

【記載上の注意】

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する (当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。)
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記入する (1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。)
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記載する (1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。)
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来への拡大)

地域連携診療計画管理料の対象疾患である脳卒中及び大腿骨頸部骨折について、脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーションの初期加算、早期リハビリテーション加算を、退院後に外来でリハビリテーションを行った場合でも算定可能とする。

現行	改定および新設
<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注2（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注2（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者 <u>又は入院中の患者以外のもの（脳卒中のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る。）</u> に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者 <u>又は入院中の患者以外のもの（脳卒中のものであって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る）</u> に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来への拡大)

現行	改定および新設
<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注3（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】 注3（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 30点 〔算定要件〕 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの（<u>大腿骨頸部骨折のものであって、当該保険医療機関を退院したものの又は他の保険医療機関を退院したものの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る</u>）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注4（1単位につき） 初期加算 45点 〔算定要件〕 入院中の患者又は入院中の患者以外のもの（<u>大腿骨頸部骨折のものであって、当該保険医療機関を退院したものの又は他の保険医療機関を退院したものの（地域連携診療計画管理料を現に算定した患者に限る）に限る</u>）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進 (地域連携パスの外来提供料の新設)

リハビリテーション総合計画を外来のリハビリテーションを提供する別の医療機関へ提供した場合の評価を新設する。

新 設

(新) H003-3 リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時 1回)

[算定要件]

入院中にリハビリテーション総合計画評価料を算定し、退院時において地域連携診療計画管理料または地域連携診療計画退院時指導料（I）を算定した患者について、地域連携診療計画に基づき、退院後の治療を担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を文書により提供した場合に、発症、手術又は急性増悪から 14日以内に限り、退院時に 1回に算定する。

外来患者への運動器リハビリテーション料Ⅰ算定拡大

現行	改定および新設
<p>H002【運動器リハビリテーション料】 [運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ている医療機関で、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する患者]</p> <p>① 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの</p> <p>② 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者（当該疾患の手術後の患者であって、入院中のものを除く）</p>	<p>H002【運動器リハビリテーション料】</p> <p><u>(削除)</u></p>

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む 疾患別リハビリテーション等の適切な評価

． 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

現行	改定および新設
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （2）廃用症候群の場合 235点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （2）廃用症候群の場合 190点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （2）廃用症候群の場合 100点</p> <p>注4</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （2）廃用症候群の場合 212点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （2）廃用症候群の場合 171点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （2）廃用症候群の場合 90点</p> <p>【対象者】 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） <u>（2）廃用症候群の場合 180点(改)</u></p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） <u>（2）廃用症候群の場合 146点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） <u>（2）廃用症候群の場合 77点(改)</u></p> <p>注4</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） <u>（2）廃用症候群の場合 162点(改)</u></p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） <u>（2）廃用症候群の場合 131点(改)</u></p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） <u>（2）廃用症候群の場合 69点(改)</u></p> <p>【対象者】 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの（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る患者を除く。）</p>

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む 疾患別リハビリテーション等の適切な評価

疾患別リハビリテーション等の評価を充実する。

現行	改定および新設
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 200点</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 100点</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点(改)</u></p> <p><u>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 105点(改)</u></p>
<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 180点(改)</u></p> <p><u>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点(改)</u></p> <p><u>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点(改)</u></p>
<p>注5</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 158点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 149点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p>	<p>注5</p> <p><u>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 163点(改)</u></p> <p><u>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 154点(改)</u></p> <p><u>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点(改)</u></p>
<p>【呼吸器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点</p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点</p>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点(改)</u></p> <p><u>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点(改)</u></p>
<p>【障害児(者)リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 220点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 150点</p> <p>【がん患者リハビリテーション料】（1単位につき） 200点</p>	<p>【障害児(者)リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p><u>1 6歳未満の患者の場合 225点(改)</u></p> <p><u>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点(改)</u></p> <p><u>3 18歳以上の患者の場合 155点(改)</u></p> <p><u>【がん患者リハビリテーション料】</u> <u>（1単位につき） 205点(改)</u></p>

維持期リハビリテーションの評価

要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、医療と介護の役割分担の観点から、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を延長する等、必要な見直しを行う。

なお、平成28年度改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。

維持期のリハビリテーションの見直し

要介護被保険者等について、**標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合**の脳血管疾患等リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

現行	改定および新設
<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、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は、下記の点数を算定する。</p> <ol style="list-style-type: none">脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ 廃用症候群以外の場合 221点脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ 廃用症候群以外の場合 180点脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 <p>(新規)</p>	<p>H001【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、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は、下記の点数を算定する。 (点数は変更なし)</p> <ol style="list-style-type: none">脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) イ 廃用症候群以外の場合 221点脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) イ 廃用症候群以外の場合 180点脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) イ 廃用症候群以外の場合 90点 <p><u>過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、所定点数の100分90のに相当する点数により算定する。</u> ※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。</p>

標準的算定日数を超えた改善が期待できないリハビリ

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、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっている。

現行、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについては、原則として平成25年度までとされているが、この経過措置を平成27年度までに限り延長する。ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く。

現行

【脳血管疾患等リハビリテーション料】注4
発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

ただし、要介護被保険者等については原則として平成26年4月1日以降は対象とはならないものとする。

改定および新設

【脳血管疾患等リハビリテーション料】注4
発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者については、原則として平成28年4月1日以降は対象とはならないものとする。

※ 運動器リハビリテーション料についても同様の見直しを行う。

維持リハビリの医療保険から介護保険への移行

維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。

改定および新設

(新) B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点（患者1人につき1回限り）

[算定要件]

(1) 入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険における維持期のリハビリテーション（「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注4」、「注5」及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注4」、「注5」）から介護保険のリハビリテーション（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション）に移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に算定できる。

なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間は、当該支援料を算定できない。

(2) 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。

(3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハから介護保険によるリハに移行した場合は算定できない。

医療技術について

摂食機能療法について

高い割合で経口摂取可能な状態に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

改定および新設

H004 摂食機能療法

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[施設基準]

- ① 新規の胃瘻造設患者と他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間2名以上いること。
- ② 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の i 又は ii に該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の35%以上について、1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させている。

i) 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用しており、当該保険医療機関において、
摂食機能療法を実施した患者

ii) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

※以下のいずれかに該当する患者は、合計数には含まないものとする。

ただし、工からカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から1年を経過していない場合は、合計数に含むものとする。

ア 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

イ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者

ウ i) に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者

エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

摂食機能療法について

高い割合で経口摂取可能な状態に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

改定および新設

H004 摂食機能療法

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[施設基準]

③ 摂食機能療法に専従の言語聴覚士が1名以上配置されていること。

ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。

また、摂食機能療法とその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なっている場合であっても、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることにはできない。

④ ②の基準について、新規届出の場合は、届出前の3月分の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

⑤ リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

⑥ ②の i 又は ii のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（アからキまでのいずれかに該当する患者を含む。）について、氏名、鼻腔栄養導入・胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

また、当該患者の記録については、鼻腔栄養導入、胃瘻造設、又は他の保険医療機関から紹介された日を起算日として、少なくとも5年間は保管していること。

なお、「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

摂食機能療法について

高い割合で経口摂取可能な状態に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

改定および新設

H004 摂食機能療法

(新) 経口摂取回復促進加算 185点

[算定要件]

- ① 鼻腔栄養又は胃瘻の状態の患者に対して、月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査を実施した結果に基づいて、カンファレンス等を行い、その結果に基づいて摂食機能療法を実施した場合に、摂食機能療法に加算する。
- ② 治療開始日から起算して6月以内に限り加算する。
- ③ 実施した嚥下造影または内視鏡下嚥下機能評価検査の費用は所定点数に含まれる。
ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を記載したうえで、別に算定できる。