

写

保医発第0330001号
平成19年3月30日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保健主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の
一部改正について

標記については、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成19年厚生労働省告示第95号）、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の施行に伴う健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第390号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（平成18年法律第106号）が交付され、平成19年4月1日より施行又は適用されることなどから、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）等の一部を別紙1から別紙4までのとおり改正し、同日より適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)の一部改正について

1 第4の5を次のように改める。

5. リハビリテーションに関する留意事項について

(1) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の入所者以外のものに対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料

(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問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(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

また、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合であっても、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合には、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料が算定できるものであること。

(2) 介護老人保健施設の入所者に対しては、特掲診療料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第94号)別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料若しくは呼吸器リハビリテーション医学管理料はいずれも算定できないものであること。

2 別紙を次のように改める。

(別添)

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型 介護老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活 介護又は介護予防短 期入所生活介護を 受けているものを 含む)		
	自宅 (短期入所生活介 護、介護予防短期 入所生活介護、短 期入所療養介護又 は介護予防短期入 所療養介護を受け ているものを除 く)	有料老人ホーム (特定施設入居者 生活介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同 生活介護又は介護 予防認知症対応型 共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外観サービス 利用型指定特定施 設入居者生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機 関の医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以 外の病室 (短期入所療養介 護又は介護予防短 期入所療養介護を 受けている患者を 除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療 養病床の病床を除く)(短期入所療養 介護又は介護予防短期入所療養介護 を受けているものを含み、(※1)を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療 養病床の病床に限る)(老人性認知症 疾患療養病床の病床において短期入 所療養介護又は介護予防短期入所療 養介護を受けているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、給付受診時 費用(444単位)を算定し ない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、給付受診時 費用(444単位)を算定し た日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、并給時費用 (444単位)を算定しない 日の場合
基本	初・再診料		○			○ (入院に係るものを 除く)	×	×	×	○	×	○	「特別養護老人 ホーム等における 療養の給付(医療) の取扱いについ て」を参照
	入院料等		×			×		○ (診療所老人医療 管理料を除く)	×	○ (短期滞在手術基 本料1に限る。)	○ (精神科措置入院 診療加算に限る)	○ (短期滞在手術基 本料1に限る。)	
特 掲	医学 管理 等	入院中の患者について算 定するものであって、生 活指導に係るもの ・入院栄養食事指導料 ・薬剤管理指導料 ・退院前訪問指導料		×			×	○	×	×		×	「特別養護老人 ホーム等における 療養の給付(医療) の取扱いについ て」を参照
		地域連携退院時共同指導 料1		×		○	×	○	○	×		×	
		地域連携退院時共同指導 料2		×			×	○	○	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注1)		○			×	○	×	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注2)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防在宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			×	○	○ (「介護療養病床等にお いて短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている 場合に限る。)	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注3)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防在宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			×	○	×	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注4)		○		○	×	○	×	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注5)		○			×	○	○	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注6)		○			×	○	○	×		×	
		診療情報提供料(Ⅱ)		○			×	○	○	×		×	
上記以外		○			×	○	○	×		×			
在宅 医療	往診料		○		○	×	×	×	×		×	「特別養護老人 ホーム等における 療養の給付(医療) の取扱いについ て」を参照	
	在宅患者訪問診療料及び ターミナルケア加算 (在宅療養管理指導費等を除く)		○		○ (末期の重症患者であ る患者に限る)	×	×	×	×		×		
	在宅患者訪問診療料及び ターミナルケア加算 (上記以外)		○		×	×	×	×	×		×		

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介 護老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介 護又は介護予防短 期入所生活介護を 受けているものを 含む)	
	自宅 (短期入所生活介 護、介護予防短期 入所生活介護、短 期入所療養介護又 は介護予防短期入 所療養介護を受け ているものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者 生活介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同 生活介護又は介護 予防認知症対応型 共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外部サービス 利用型指定特定施 設入居者生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機 関の医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以 外の病室 (短期入所療養介 護又は介護予防短 期入所療養介護を 受けている患者を 除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療 養病床の病床を除く)(短期入所療養 介護又は介護予防短期入所療養介護 を受けているものを含み、(※1)を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療 養病床の病床に限る)(老人性認知症 疾患療養病床の病床において短期入 所療養介護又は介護予防短期入所療 養介護を受けているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定し ない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定し た日の場合
在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○ (※2)	○ <small>(在宅療養支援診療所の開設 が定期的に目的として診療を 行う場合に限り。)</small>	○	×	×	×	×	×	×	×
	在宅末期医療総合診療料		○	×	○	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問看護・指導 料	○ (末期の急性腫瘍等の患者及び急性状態等により一時的に継続の訪問看護が必要である患者に限る)				×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問薬剤管理指 導料		×		×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅訪問リハビリテー ション指導管理料		×		×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問栄養食事指 導料		×		×	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第1款に掲げる在宅 療養指導管理料		○		○	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第2款に掲げる在 宅療養指導管理材料加算		○		○	○	×	×	×	×	×	×
検査		○			○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	×	○	×	○	○	
画像診断		○			○	○	○ (単純撮影を除く)	○	○	×	○	
投薬		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。(慢性腫瘍 患者に対する腫瘍治療は可))	○	×	○ (専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)	×	○ (専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)	○ (専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)	
注射		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。(人工腎臓 等の患者に対するエリスロポエチンは可))	○	○ (人工腎臓又は血液浄 化を受けている患者 (腎性貧血状態にある 者に限る)に係るエリ スロポエチンに限る)	○ (専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)	×	○ (専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)		
リハビリテーション		○ (同一の疾患等について介護保険における リハを行った日以降は算定不可)		○	○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○	○	○	×	×	
リハビリテーション医学管理		○ (同一の疾患等について介護保険にお けるリハを実施している月は算定不 可)		○	○ (脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼 吸器リハに係る医学管理は算定不可)	○	○ (慢性腫瘍及び慢性疾患 リハビリテーション科に 係る部分に限る)	×	×	×	×	

「特別養老老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む)				
	自宅 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く) (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る) (老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る) (老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定した日の場合
調剤	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×			×	×		×				×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の処方に基づき実施した場合に限る。)
	・薬剤服用歴管理料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防在宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			×	×		×				×		○
調剤	上記以外		○			×	×		×				×		○
訪問看護療養費	訪問看護管理療養費		○ (末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。)			×	×		×				×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る。)
	24時間連絡体制加算		○ (介護保険の訪問看護において緊急時訪問看護を算定していない場合に限る。)			×	×		×				×		
	重症者管理加算		×			×	×		×				×		
	訪問看護情報提供療養費		×			×	×		×				×		
	上記以外		○ (末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。)			×	×		×				×		

介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病棟の病床、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第八十九条に規定する基準適合診療所に係る病床

特別な関係の医療機関では算定できない。ただし、当該施設と特別な関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅一時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険が実施する場合には在宅一時医学総合管理料の「2」を算定できる。

※3) 基本診療料の施設基準等(平成十八年厚生労働省告示第九十三号)別表第五第二号に掲げる施設。

疾患別リハビリテーション料の見直し

1 概要

- 平成18年度診療報酬改定においては、発症早期のリハビリテーションを強化し、早期改善を目指すために、リハビリテーション料を疾患別に再編成するとともに、算定日数上限及びこれの適用除外対象となる患者を設定し、介護保険との役割分担を図ったところ。
- 今回、診療報酬改定結果検証部会におけるリハビリテーション料の検証結果を踏まえ、18年度改定の趣旨に則り、よりきめの細かい対応を行うため、以下のとおり、疾患別リハビリテーション料の一部変更を行う。

2 具体的内容

1 算定日数上限の除外対象患者について

- 検証結果より、少数であるが、医学的に改善の見込みがあるが、医療保険でのリハビリテーションが継続されていないと思われる事例等があることから、必要なりハビリテーションを医療保険で確実に受けていただけるよう現行の除外対象患者の範囲について、以下のとおり整理・変更する。

改善の見込みがある場合に除外対象となる患者 ①	<ul style="list-style-type: none">・ 現行の疾患（②を除く）・ 急性心筋梗塞、狭心症、慢性閉塞性肺疾患・ 上記に準じて必要と認められる場合
治療上有効と医学的に判断される場合に除外対象となる患者 ②	<ul style="list-style-type: none">・ 障害児（者）リハビリテーション料の対象となる患者（加齢に伴う心身の変化による疾患にり患するものを除く）・ 先天性又は進行性の神経・筋疾患

* ①の患者については、医学的な改善の見込みが明確に示される必要が

あるため、算定日数上限到達以後、定期的に診療報酬請求書（レセプト）にリハビリテーションの実施状況、計画表の添付を求めるとともに、これまでの改善の具体的な状況を踏まえた継続の理由の記載を求めることとする。

2 維持期のリハビリテーションについて

- 維持期（算定日数上限後など）のリハビリテーションについては、①少数ながら介護保険の対象とならない若年患者が存在すること、②介護保険において必ずしもニーズに合った適切なリハビリテーションが実施されていないことが検証結果より推測される。このため、医療保険において算定日数上限後もリハビリテーションを実施できるように新たな点数を設定する。（②については、介護保険のサービスが対応するまでの当分の間の措置とする。）

（新設）リハビリテーション医学管理料

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料（Ⅱ）の医学管理料	260点	260点	220点	220点

留意事項

- ・ 月 1 回（月に 4 日以上リハビリテーションを行った場合にあっては月 2 回）に限り算定可
- ・ 疾患別リハビリテーション料の施設基準を届出ていることが必要
- ・ リハビリテーション医学管理料の算定期間中は、リハビリテーション料、消炎鎮痛等処置との併算定は不可

3 疾患別リハビリテーション料の見直し

- 検証結果において、算定日数上限より前に、多くの患者がリハビリテーションを終了しているという実態が明らかとなり、また一定期間を経過すると明らかな医学的改善を認めにくくなることから、早期に

行われるリハビリテーションへの重点化を強めるため、算定日数上限の期間内において現行の点数を以下のように変更する。

疾患別リハビリテーション料の見直し

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	250点	250点	180点	180点
上段: 逡減前 下段: 逡減後	<u>210点</u>	<u>210点</u>	<u>150点</u>	<u>150点</u>
リハビリテーション料(Ⅱ)	100点	100点	80点	80点
上段: 逡減前 下段: 逡減後	<u>85点</u>	<u>85点</u>	<u>65点</u>	<u>65点</u>
逡減までの日数	<u>120日</u>	<u>140日</u>	<u>120日</u>	<u>80日</u>
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

注：点数は1単位（20分あたりのもの）

○ 算定日数上限の適用除外対象となり継続する場合は、逡減後の点数において算定する。

3 見直しによる財政的影響

本件見直しは、全体として財政中立で行う。

4 その他

歯科診療報酬における脳血管疾患等リハビリテーションについても、同様の見直しを行う。

5 適用期日

平成19年4月1日