

(WEB配信)

地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会

第7回合同シンポジウム

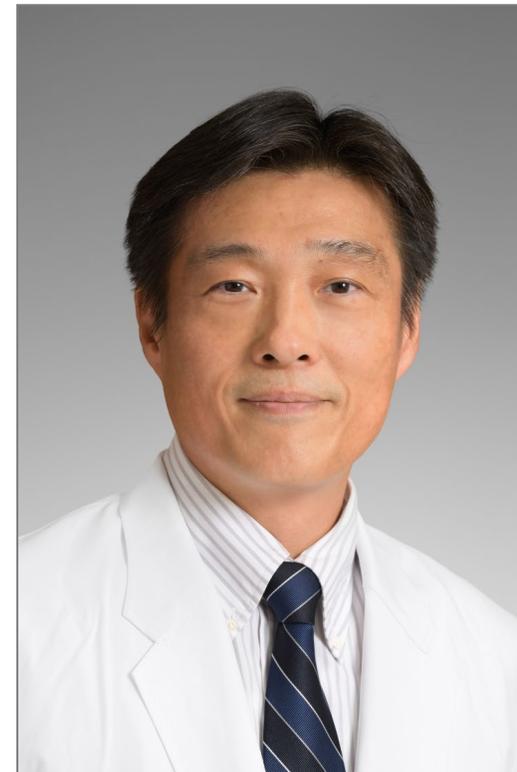
「2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションのあり方」

開催期間: 2026年2月20日(金)正午～3月6日(金)17時

開会挨拶

地域包括ケア推進病棟協会

会長 仲井培雄



中	医	協	総	－	3
8	.	1	.	3	0

個別改定項目について

< <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001646857.pdf> >

※答申前の改定項目です。変更される可能性があることを踏まえてご覧ください。



I - 2 - 5 診療報酬上求める基準の柔軟化

療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

【1-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化-⑤】

⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

第1 基本的な考え方

より柔軟なリハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。

第2 具体的な内容

1. 1日 18 単位が標準とされている従事者 1 人当たりの実施単位数について、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した場合、その従事した時間 20 分につき 1 単位とみなし、当該実施単位数に加えることを算定要件に加える。
2. 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、従事する業務を追加するとともに、兼任の取扱い等を見直す。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

[算定要件]

[施設基準]

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準
(中略)

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

[算定要件]

- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1 人の従事者が 1 人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が 1 対 1 で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者 1 人につき 1 日当たりの実施単位数として 18 単位を標準とし、週当たりの実施単位数として 108 単位までとする。ただし、1 日当

たりの実施単位数として 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を 1 単位とみなした上で計算するものとする。なお、当該従事者が疾患別リハビリテーションを担当する専従者であつて、当該リハビリテーション、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事する場合、実際に従事した時間 20 分(当該時間が 20 分に満たない場合を含む。)を 1 単位とみなした上で当該 1 日当たりの実施単位数及び週当たりの実施単位数に加えて計算する。

療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

急
一般

地
メディ

地
ケア

回
リハ

【1-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化-⑤】

⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

第1 基本的な考え方

より柔軟なりハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。

第2 具体的な内容

- 1日18単位が標準とされている従事者1人当たりの実施単位数について、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した場合、その従事した時間20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に加えることを算定要件に加える。
- 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、従事する業務を追加するとともに、兼任の取扱い等を見直す。

〔施設基準〕

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)に関する施設基準
- (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、第7部リハビリテーション第1節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている常勤理学療法士（専従の者を含む。）については、兼任が可能である。ただし、当該従事者は第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできない。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められるものを含む。）並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

（中略）

※ 心大血管疾患リハビリテーション料（I）以外もについても同様

療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

地
メ
ディ

3. 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、従事することのできる業務内容を追加する。
4. 地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等は、当該病棟に入院している患者の退院に向けた指導等について、屋外など、配置された病棟以外での業務に従事可能であることを明確化する。
5. 療法士の配置を規定する病棟内に、回復期リハビリテーション入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院医療管理料がある場合、専従の療法士の兼任が可能であることを明確化する。

【地域包括医療病棟入院料】

[算定要件]

- (5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。

当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

回
リハ

地
ケア

【地域包括ケア病棟入院料】

[算定要件]

(4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

[施設基準]

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準
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いて届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することはできる。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

(1)～(4) (略)
(5) 当該病棟の全ての患者に対して、早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
(6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、当該病棟の全ての患者に対して、(5)に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにADLの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に

掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

4 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準

理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することができる。

Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・ 口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

リハ・栄養・口腔連携体制加算・連携加算（地メディ、地ケア）

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①】

急
一般

地
メディ

地
ケア

① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

第1 基本的な考え方

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

リハ・栄養・口腔連携体制加算・連携加算1・2(地メディ)

急
一般

地
メディ

1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。

【リハビリテーション・栄養・口腔
連携体制加算】

- 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1（1日につき）
●●点
- 2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2（1日につき）
●●点

[算定要件]

(1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病

棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合には、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア～エ（略）

[施設基準]

第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1に関する施設基準

(1)～(5)（略）

(6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。

ア～エ（略）

(7)～(9)（略）

(10) 当該保険医療機関において、BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

リハ・栄養・口腔連携体制加算・連携加算1・2(地メディ)

急
一般

地
メディ

2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。

(2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。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(専従のものに限る。)は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション

(中略)

08」集団コミュニケーション療法料(以下「疾患別リハビリテーション等」という。)を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に「A308」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれか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。また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2における専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算及び「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。

(3) プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。

ア 1の(6)のア及びエを満たすこと。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日又は祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が●割以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が●%未満であること。

※ 地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様

リハ・栄養・口腔連携連携加算など(地ケア病棟)

2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

- ・療法士:規定なし
- ・管理栄養士:常勤専任1名
- ・医師:常勤1名、リハ経験3年以上
リハ・栄養・口腔研修修了

【地域包括ケア病棟入院料】

[算定要件]

14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

(1)～(24) (略)

(25) 地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

イ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

ハ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

14 地域包括ケア病棟入院料の「注14」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

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、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、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等に関する理論及び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12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。

ア～シ (略)

リハ・栄養・口腔連携連携加算など(地ケア病棟)

2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

- ・療法士:規定なし
- ・管理栄養士:常勤専任1名
- ・医師:常勤1名、リハ経験3年以上
リハ・栄養・口腔研修修了

【地域包括ケア病棟入院料】 (4) プロセス・アウトカム評価
[算定要件]
[施設基準]

ア 当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近1年間で●割以上であること。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が●割以上であること。

ウ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、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。)における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合、本文の規定にかかわらず、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が2人以下であること。
(イ)・(ロ) (略)

(5) 当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題(口腔衛生状態の不良や咬合不良等)を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

(6) 当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下「BI」という。)の測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

摂食嚥下機能回復体制加算

【I-2-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価-④】

④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

第1 基本的な考え方

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準のうち、摂食嚥下チームの言語聴覚士の専従要件を見直し、専任の従事者でも可とする。
2. 療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算3の実績について、1及び2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする。

口腔管理連携加算

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－③】

③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての 歯科医療機関との連携の推進

第1 基本的な考え方

入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

歯科医療機関との連携体制を構築している保険医療機関において、入院中の治療が必要と判断された口腔状態の課題を抱える患者に対し、連携している歯科医療機関との間で手配を行い、患者が入院中に歯科診療を受けた場合の評価を新設する。

入院患者が
歯科診療所を受診

(新) 口腔管理連携加算 ●●点

[対象患者]

入院中の患者であって、医師が入院中の歯科治療が必要と判断した口腔状態の課題を抱える患者

口腔管理連携加算

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－④】

④ 入院患者の口腔管理における 医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

保険医療機関の歯科医師が、連携体制を構築している他の保険医療機関からの依頼に基づき、口腔状態に係る課題を抱える入院患者に対して、歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 医科連携訪問加算 ●●点

[対象患者]

口腔状態に係る課題により、医科における治療上の課題が生じているとして、連携する歯科診療以外の診療のみを行う他の保険医療機関から依頼のあった入院中の患者

歯科医師が入院患者に
訪問歯科診療を提供

Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの推進

退院時リハビリテーション指導料の算定要件

【Ⅲ-4 質の高いリハビリテーションの推進-①】

① 退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

第1 基本的な考え方

退院時リハビリテーション指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者について要件を見直す。

第2 具体的な内容

退院時リハビリテーション指導料の対象患者について、当該保険医療機関での入院中に、疾患別リハビリテーション料等を算定した患者に限ると見直す。

【退院時リハビリテーション指導料】

[算定要件]

注 患者の退院時に当該患者（当該保険医療機関での入院中に、区分番号A233に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号A301の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-2の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-3の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-4の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A304の注10に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第7部リハビリテーションの第1節の各区分のいずれかを算定したものに限る。）又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について

必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

【Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの推進－②】

② 医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

第1 基本的な考え方

より質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点から、医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数を見直す。

第2 具体的な内容

1日に3単位までとされている医療機関外での疾患別リハビリテーション料の上限実施単位数について、一連の入院において、合計3単位（別に厚生労働大臣が定める患者については6単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができると見直す。

疾患別リハ上限単位数緩和

【Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの推進－③】

③ 疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限 緩和対象患者の見直し

第1 基本的な考え方

適切な疾患別リハビリテーション料の算定を推進する観点から、運動器リハビリテーション料等に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者について、明確化するとともに見直しを行う。

回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
脳血管疾患等の患者のうち発症日、手術日又は急性増悪の日から六十日以内のもの
入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として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）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

離床を伴わずに行う疾患別リハ

【Ⅲ-4 質の高いリハビリテーションの推進-④】

④ 疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

第1 基本的な考え方

より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。

第2 具体的な内容

各疾患別リハビリテーションについて、離床を伴わずに行う場合の区分を新設する。

注7 1及び2について、イからホ

までにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

(1)～(16) (略)

(17) 「注7」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

ア 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料並びに「H003」呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。

イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。

ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(18) (17)に該当する患者に対して、離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。

※ 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

発症早期リハと休日リハ

【Ⅲ-4-1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進-①】

① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価

第1 基本的な考え方

入院直後における早期リハビリテーション介入の推進及び効果的なリハビリテーションを推進する観点から、より早期に開始するリハビリテーションを評価する。

休日であっても平日と同様のリハビリテーションを推進する観点から、休日におけるリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

早期リハビリテーション加算の評価を見直し、入院した日から起算して3日目以内は増点し、4日目以降は減点する。また、加算可能な期間を入院した日から起算して14日目までとする。

土日祝のリハビリ実施を評価する観点から、休日リハビリテーション加算を新設する。

他の保険医療機関から転院してきた患者については、**転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。**

休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、**1単位につき●●点を所定点数に加算**