

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

### 在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
病床	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		—		—	
病床		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	<b>1,200点</b>	<b>1,500点</b>	<b>1,100点</b>	<b>1,400点</b>	<b>1,000点</b>	<b>1,300点</b>	<b>760点</b>	<b>1060点</b>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<b>3,150点</b>	<b>3,450点</b>
特医総管	同一	<b>870点</b>	<b>1,170点</b>	<b>800点</b>	<b>1,100点</b>	<b>720点</b>	<b>1,020点</b>	<b>540点</b>	<b>840点</b>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<b>2,250点</b>	<b>2,550点</b>

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

### 在宅医療の適正化②

- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

#### 【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



#### 【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

#### [算定要件]

- ① 訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬請求書に添付する。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

### 在宅医療の適正化③

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【訪問看護療養費Ⅱ（同一建物）】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
2人目以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	4300円
ロ 週4日目以降	5300円



【改定後】

【訪問看護療養費Ⅱ（同一建物）】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
3人目以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	2780円
ロ 週4日目以降	3280円

- 精神科訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

# 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

## 機能強化型訪問看護ステーションの評価

### ➤ 機能の高い訪問看護ステーションの評価

現行	
1 月の初日の訪問の場合	
	7,300円
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	
	2,950円



改定後	
1 月の初日の訪問の場合	
(新) <u>イ</u> 機能強化型訪問看護管理療養費1	<u>12,400円</u>
(新) <u>ロ</u> 機能強化型訪問看護管理療養費2	<u>9,400円</u>
イ又はロ以外の場合	7,400円
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	
	2,980円

#### [算定要件]

##### 機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
- ⑥ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

##### 機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に7人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
- ⑥ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

# 在宅歯科医療の推進等

## 在宅歯科医療の推進等

- 訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価

### (新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点(歯科訪問診療1の加算)

[施設基準]歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

- 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

### (新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】 (診療情報提供料の加算)

・在支診又は在支病の医師が訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要があり、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合の評価

- 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

(現 行)				(改定後)		
		同一の建物に居住する患者数		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上	1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】	歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】	
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】		歯科訪問診療3 【143点】		

※改定後の点数は消費税対応分を含む

# 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進①

## <基準調剤加算の見直し>

- ◆ 在宅業務に対応している薬局を評価し、地域の薬局との連携を図りつつ、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して基準調剤加算の算定要件を見直す。

【現行】

基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点



【改定後】

基準調剤加算1(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等)	<u>12点</u>
基準調剤加算2(自局単独で24時間調剤等の体制整備、在宅実績の要件化等)	<u>36点</u>

## <無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し>

- ◆ 在宅薬剤管理指導を推進するため、無菌調剤室を借りて無菌調剤した場合の算定要件の緩和するとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象に含め、技術と時間を要する乳幼児用の無菌製剤処理の評価を新設



【現行】

無菌製剤処理加算	
中心静脈栄養法用輸液	40点
抗悪性腫瘍剤	50点



【改定後】

無菌製剤処理加算	乳幼児以外／ <u>乳幼児</u>
中心静脈栄養法用輸液	<u>65点</u> ／ <u>130点</u>
抗悪性腫瘍剤	<u>75点</u> ／ <u>140点</u>
<u>麻薬</u>	<u>65点</u> ／ <u>130点</u>

## 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進②

### <在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

- ◆ 在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

【現行】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	500点
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	350点



【改定後】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	<u>650点</u>
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	<u>300点</u>

- ◆ また、在宅不適切事例を踏まえ、「薬局の求められる機能とあるべき姿」（厚生労働科学研究費補助金事業）において「薬剤師1人につき、1日当たりの患者数を適切な人数までとするべき」とされていることから、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とする。

### <在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

- ◆ チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

## 重点課題

### 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

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や医療・介護の連携の評価について

### 周術期における口腔管理(医療機関相互の連携の評価)

- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

#### (新) 周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】(手術料の加算)

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(手術前)又は(Ⅱ)(手術前)の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

### 維持期リハビリテーションの評価(医療・介護の連携の評価)

- 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
  1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
  2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする。(2年間の延長)

※他、有床診療所の機能に応じた評価、機能強化型訪問看護ステーションの評価、主治医機能の評価(再掲) 等

### その他の連携

### 介護職員等喀痰吸引等指示の評価

- 介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大  
保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる事業者<sup>1</sup>に特別支援学校等の学校を加える。

## 医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

## がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（従来のがん患者カウンセリング料）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

[施設基準]

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。等

3の場合

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の十分な実績を有する者であること。

# 精神疾患に対する医療の推進について①

## 精神病床の機能分化

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

### (新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。



(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(新) 当該病棟の全入院患者に対して、7日以内に退院後生活環境相談員を選任すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催の上、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

### (新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

## 精神疾患に対する医療の推進について②

### 地域移行と地域定着の推進

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

#### (新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合		2 訪問看護ステーションと連携する場合	
イ 同一建物居住者以外の場合	1800点	イ 同一建物居住者以外の場合	1480点
ロ 同一建物居住者の場合		ロ 同一建物居住者の場合	
(1)特定施設等に入院する者の場合	900点	(1)特定施設等に入院する者の場合	740点
(2) (1)以外の場合	450点	(2) (1)以外の場合	370点

- 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

(改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

(新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。

(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

## 精神疾患に対する医療の推進について③

### 適切な向精神薬の使用の推進

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2 (イ以外の場合)	10点

<u>非定型抗精神病薬加算 (2種類以下の場合)</u>	15点
----------------------------------	-----

- 精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬を多剤投与した場合は、算定できないようにする。

#### 精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

#### 精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

- 処方せん料、処方料、薬剤料について、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬を多剤投与した場合は、減算する(種類数は精神科継続外来支援・指導料と同じ)。

処方せん料	68点
処方料	42点
薬剤料	

処方せん料(多剤投与の場合)	30点
処方料(多剤投与の場合)	20点
薬剤料(多剤投与の場合)	100分の80

## 認知症対策の推進

### 重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間  
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間  
に限り加算 300点

### 認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症の専門医療機関に入院している重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

## 救急医療等の推進について

### 救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

**救急医療管理加算1 800点(ア～ケの場合<sup>注)</sup>)** 注)意識障害等

**(新) 救急医療管理加算2 400点 (コ「その他,「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態)」**

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

### 救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

**救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)**

**急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点**

**(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点**

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター **及び救命救急センター**

### 精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

**夜間休日救急搬送医学管理料 200点**

**(新) 精神疾患患者等受入加算 400点**

[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

### 入院患者のADLの維持及び向上等に対する評価

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、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

### **（新） ADL維持向上等体制加算 25点（1日につき、14日間）**

#### [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が1名以上、常勤配置されていること。
- 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。
- ③ 当該病棟の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 以下のいずれも満たすこと。
  - ア) 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
  - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

※疾患別リハビリテーション等との併算定は不可。

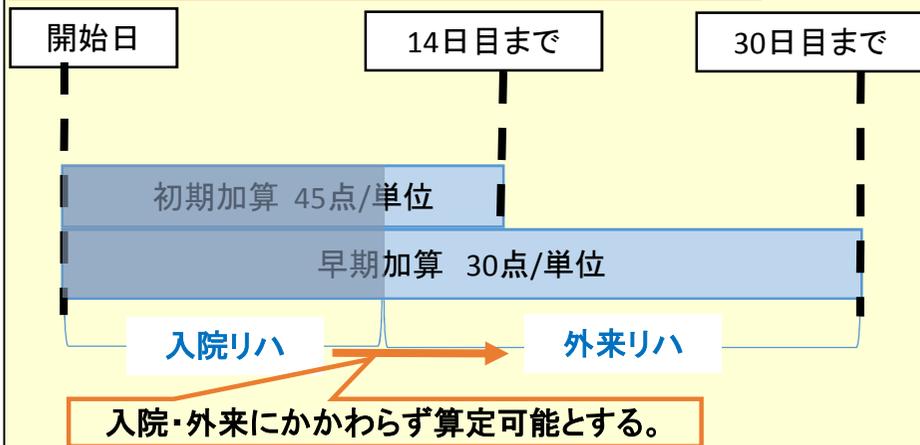
## リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進

### 外来における早期リハビリテーションの評価

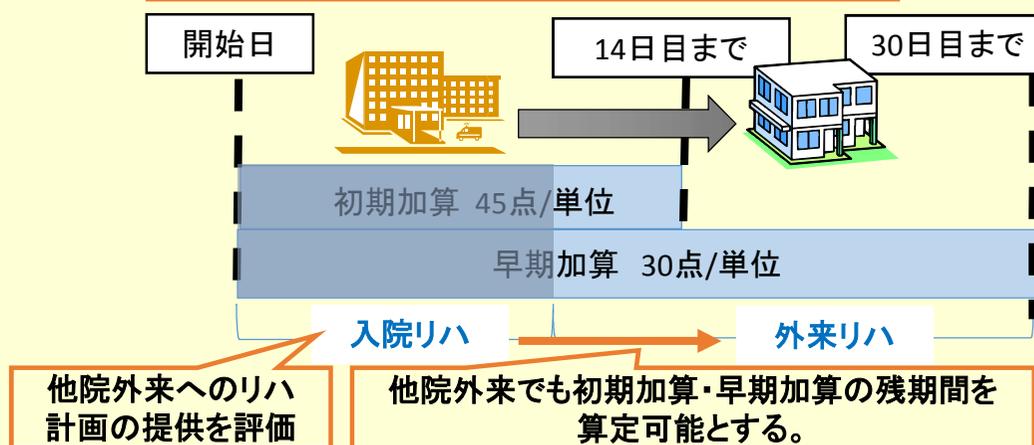
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)  
(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)

#### 入院リハと外来リハが同一医療機関で行われる場合



#### 入院リハと外来リハが別の医療機関で行われる場合



### 運動器リハビリテーション料 I の評価の見直し

- 外来の患者についても運動器リハビリテーション料 I を算定可能とする。

## 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の適正化

- 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。

〈廃用症候群に対するリハビリテーション料〉

【現行】

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	235点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	190点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	180点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	146点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	77点

〈対象患者〉 下線部分        を追加

(注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

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であって、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。

### 疾患別リハビリテーション等の評価の充実

【現行】

【改定後】

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	200点
運動器リハビリテーションⅠ	175点
呼吸器リハビリテーションⅠ	170点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	220点
がん患者リハビリテーション料	200点

心大血管疾患リハビリテーションⅠ	205点
運動器リハビリテーションⅠ	180点
呼吸器リハビリテーションⅠ	175点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	225点
がん患者リハビリテーション料	205点

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等の場合に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

## 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し

- 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

#### 回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

- 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行
1,911点



改定後
<u>2,025点</u> [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。

- 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全体の見直し

- 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。

#### 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)