

リハビリテーション/作業療法士に関連するものを第 647 回中央社会保険医療協議会総会 個別改定項目について より下記に抜粋します。詳細は第 647 回中央社会保険医療協議会総会資料をご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_70414.html

目次

処遇改善.....	1
身体的拘束	6
急性期	12
回復期	17
地域包括医療病棟.....	29
疾患別リハビリテーション料	31
入退院支援加算.....	42
退院時リハビリテーション指導料	45
リハビリテーション総合実施計画評価料	46
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算.....	47
療養・就労両立支援指導料	54
障害児者施設	56
緩和ケア、緩和ケア病棟	57
精神科	59
訪問看護.....	65

処遇改善

賃上げに向けた評価の見直し		P.18
<p>2. 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。</p> <p>また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。</p>		
改定案	現行	
<p>【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】</p> <p>1 初診時 <u>17点</u></p> <p>2 再診時等 <u>4点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>19点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注5 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</u></p> <p><u>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u></p> <p><u>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>二の二 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u></p>	<p>【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】</p> <p>1 初診時 <u>6点</u></p> <p>2 再診時等 <u>2点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>7点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>	
<p>【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)】</p> <p>1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1</p>	<p>【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)】</p> <p>1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1</p>	

<p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>8点</u> ロ 再診時等 <u>1点</u> 2～23 (略) 24 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24 イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>192点</u> ロ 再診時等 <u>24点</u></p> <p>[算定要件] <u>注4 13 から 24 までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。</u> <u>5 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。</u></p> <p><u>1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>16点</u> ロ 再診時等 <u>2点</u></p> <p><u>2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>24点</u> ロ 再診時等 <u>3点</u></p> <p><u>3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>40点</u> ロ 再診時等 <u>5点</u></p> <p><u>4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>56点</u> ロ 再診時等 <u>7点</u></p> <p><u>5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>64点</u> ロ 再診時等 <u>8点</u></p> <p><u>6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>80点</u> ロ 再診時等 <u>10点</u></p> <p><u>7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>96点</u> ロ 再診時等 <u>12点</u></p> <p><u>8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>104点</u></p>	<p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>8点</u> ロ 再診時等 <u>1点</u> 2～7 (略) 8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8 イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>64点</u> ロ 再診時等 <u>8点</u></p> <p>[算定要件] (新設) (新設)</p>
--	---

ロ 再診時等 13 点

9 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9

イ 初診又は訪問診療を行った場合 120 点

ロ 再診時等 15 点

10 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10

イ 初診又は訪問診療を行った場合 136 点

ロ 再診時等 17 点

11 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11

イ 初診又は訪問診療を行った場合 144 点

ロ 再診時等 18 点

12 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12

イ 初診又は訪問診療を行った場合 160 点

ロ 再診時等 20 点

6 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。

1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1

イ 初診又は訪問診療を行った場合 16 点

ロ 再診時等 2点

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2

イ 初診又は訪問診療を行った場合 24 点

ロ 再診時等 3点

3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3

イ 初診又は訪問診療を行った場合 32 点

ロ 再診時等 4点

4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4

イ 初診又は訪問診療を行った場合 48 点

ロ 再診時等 6点

5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5

イ 初診又は訪問診療を行った場合 56 点

ロ 再診時等 7点

6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6

イ 初診又は訪問診療を行った場合 64 点

ロ 再診時等 8点

7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7

イ 初診又は訪問診療を行った場合 80 点

ロ 再診時等 10 点

8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

イ 初診又は訪問診療を行った場合 88 点

ロ 再診時等 11 点

9 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9

イ 初診又は訪問診療を行った場合 96 点

ロ 再診時等 12 点

10 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10

イ 初診又は訪問診療を行った場合 112 点

ロ 再診時等 14 点

11 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11

イ 初診又は訪問診療を行った場合 120 点

ロ 再診時等 15 点

12 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12

イ 初診又は訪問診療を行った場合 128 点

ロ 再診時等 16 点

13 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13

イ 初診又は訪問診療を行った場合 144 点

ロ 再診時等 18 点

14 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14

イ 初診又は訪問診療を行った場合 152 点

ロ 再診時等 19 点

15 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15

イ 初診又は訪問診療を行った場合 160 点

ロ 再診時等 20 点

16 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16

イ 初診又は訪問診療を行った場合 176 点

ロ 再診時等 22 点

17 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17

イ 初診又は訪問診療を行った場合 184 点

ロ 再診時等 23 点

18 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18

イ 初診又は訪問診療を行った場合 192 点

ロ 再診時等 24 点

19 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19

イ 初診又は訪問診療を行った場合 208 点

ロ 再診時等 26 点

<p>20 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20 イ 初診又は訪問診療を行った場合 216 点 ロ 再診時等 27 点</p> <p>21 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21 イ 初診又は訪問診療を行った場合 224 点 ロ 再診時等 28 点</p> <p>22 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22 イ 初診又は訪問診療を行った場合 240 点 ロ 再診時等 30 点</p> <p>23 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23 イ 初診又は訪問診療を行った場合 248 点 ロ 再診時等 31 点</p> <p>24 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24 イ 初診又は訪問診療を行った場合 256 点 ロ 再診時等 32 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>四の二 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5 及び注6に規定する施設基準 継続的に賃上げを行っている保険医療機関で あること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>
<p>【入院ベースアップ評価料】</p> <p>1 入院ベースアップ評価料1 1点 2～499 (略)</p> <p>500 入院ベースアップ評価料 500 500点</p>	<p>【入院ベースアップ評価料】</p> <p>1 入院ベースアップ評価料1 1点 2～164 (略)</p> <p>165 入院ベースアップ評価料 165 165点</p>

身体的拘束

身体的拘束最小化の取組の更なる推進		P.479
1. 通則に規定されている身体的拘束最小化の基準を充実させ、組織風土の重要性や研修内容に触れるとともに、実績や取組に関する要件を追加する。		
改定案	現行	
<p>[算定要件]</p> <p>第2部 入院料等 通則 1～6（略）</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。</p> <p>8（略）</p> <p>9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。<u>ただし、7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。</u></p> <p>[施設基準(告示)]</p> <p>八 身体的拘束最小化の基準 (1) <u>身体的拘束最小化の体制に係る基準</u> 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体</p>	<p>[算定要件]</p> <p>第2部 入院料等 通則 1～6（略）</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。</p> <p>8（略）</p> <p>9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。</p> <p>八 身体的拘束最小化の基準 (新設) 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制</p>	

制が整備されていること。

(2) 身体的拘束最小化の実績等に係る基準

身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。

[施設基準(通知)]

第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準

1～6 (略)

7 身体的拘束最小化の基準

(1) 身体的拘束最小化の体制に関する基準は(3)から(6)まで、身体的拘束最小化の実績等に関する基準は(7)及び(8)をいうものであること。

(2) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

(3) 患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること

(4) (2)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

(削除)

が整備されていること。

(新設)

[施設基準(通知)]

第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準

1～6 (略)

7 身体的拘束最小化の基準

(新設)

(1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

(2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

(3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その

(5) (略)

(6) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。

ア (略)

イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(2)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むこと。

ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。当該研修には、身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。

(7) 以下のいずれかを満たすこと。

ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、当該保険医療機関内で1割5分以下であること。

イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、(イ)から(ハ)までの全ての取組みを継続して行っていること。

(イ) 身体的拘束最小化チームにおいて、身体的拘束の実施状況を踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上開催していること。

(ロ) 身体的拘束が行われている病棟に対し、次の取組のいずれかが行われていること。

① 身体的拘束最小化チームによる病棟の巡回が定期的に行われ、病棟の職員とともに身体的拘束が行われている患者の解除や代替策の導入に向

運動を抑制する行動の制限をいうこと。

(4) (略)

(5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。

ア (略)

イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。

ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。

(新設)

けた具体的な検討が積極的に行われていること。

② 身体的拘束が行われている患者が生じる都度、病棟の複数の職員により解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。

(ハ) 当該保険医療機関内で、入院患者に関わる職員を対象として、患者の尊厳の保持の重要性及び身体的拘束の最小化に向けた具体的な方策や好事例の紹介を含む内容の研修が年に2回以上実施されていること。

(8) (7)のアに規定する身体的拘束の実施割合は、直近3か月における当該保険医療機関で入院料(「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を除く。また、精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)の規定に基づいて取り扱う場合には精神病床を除く。)を算定した日数のうち、身体的拘束を実施した日数を、当該入院料を算定した日数で除して得た割合をいう。ただし、実施した身体的拘束が以下のアからウまでのいずれかに該当する場合は、身体的拘束を実施した日数に含めない。なお、アからウまでに該当する場合であっても、常に身体的拘束の解除や代替策の導入について検討し、身体的拘束の最小化に努めること。

(新設)

ア 衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合

イ 処置時や移動時に、患者本人又はその家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、使用している間、常に職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合

ウ 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又はその家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合(車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当しない。)

(9) (3)から(6)まで及び(7)のイの規定に関わらず、精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を当該法律の規定に基づいて取り扱う場合は、(3)から(6)まで及び(7)のイの規定を満たすものとみなす。

(10) 令和8年3月 31 日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和9年5月 31 日までの間に限り、(6)のイ及び (7)の基準を満たしているものとする。

8 (略)

(6) (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和 25 年法律 25 第 123 号)の規定による。

(7) 令和6年3月 31 日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月 31 日までの間に限り、(1)から(5)までの基準を満たしているものとする。

8 (略)

2. 身体的拘束の最小化に向け、組織的に特に質の高い取組を行っている場合の体制評価を新たに設け、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料を算定する病棟で算定可能とする。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算(1日につき) 40 点

[対象患者]

身体的拘束最小化について、管理者等を中心とした質の高い取組を行う体制その他の事項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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料を算定している患者

[算定要件]

注1 身体的拘束最小化について質の高い取組を行う体制その他の事項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地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))及び第3節の特定入院料のうち、身体的拘束最小化推進体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、身体的拘束の最小化に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟において、身体的拘束の最小化に関する十分な実績を有していること。
- (3) 身体的拘束最小化のために病院全体として取組を行っていること、原則として身体的拘束を行わない方針であること及び身体的拘束の実施状況について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

急性期

多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設	P.65
<p>急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。</p>	
<p>(新) <u>看護・多職種協働加算(1日につき)</u></p>	
<p>1 <u>看護・多職種協働加算1</u> 277点</p>	
<p>2 <u>看護・多職種協働加算2</u> 255点</p>	
<p>[対象患者]</p>	
<p>地域の急性期医療を担う保険医療機関における急性期一般入院料1と同等の基準を満たす急性期病棟のうち、看護職員を含む多職種が協働して専門的な観点から適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制を整備しているものとして届け出た病棟に入院する患者</p>	
<p>[算定要件]</p>	
<p>注1 看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項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地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p>[施設基準]</p>	
<p>(1) 当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。</p> <p>(2) 急性期医療を担う病院であること。</p> <p>(3) 急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟であること。</p> <p>(4) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が2割8分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割5分以上の病棟であること。</p> <p>② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が2割7分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が3割4分以上の病棟であること。</p> <p>(5) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が16日以内であること。</p> <p>(6) 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。</p> <p>(7) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p>	

(8) 当該病棟において各医療職種が専門性に基ついて業務を行う体制が整備されていること。

(9) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

急性期病院一般入院基本料等の新設

P.105

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

(新) 急性期病院一般入院基本料(1日につき)

イ 急性期病院A一般入院料 1,930 点

ロ 急性期病院B一般入院料 1,643 点

[施設基準(告示)]

イ 急性期病院一般入院基本料の施設基準

① 通則

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十(急性期病院A一般入院料にあつては七)又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日(急性期病院A一般入院料にあつては十六日)以内であること。

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料(1日につき)

イ 急性期病院A精神病棟入院料

(1) 10 対1入院基本料 1,519 点

(2) 13 対1入院基本料 1,162 点

(3) 15 対1入院基本料 966 点

ロ 急性期病院B精神病棟入院料

(1) 10 対1入院基本料 1,502 点

(2) 13 対1入院基本料 1,145 点

(3) 15 対1入院基本料 949 点

[施設基準(告示)]

イ 急性期病院精神病棟入院基本料の施設基準

① 通則

- 1 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 2 診療報酬の算定方法第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表4から6まで及び 20 の規定に基づき厚生労働大臣が指定する病院で

あること。

3 地域包括医療病棟に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

② 急性期病院A精神病棟入院料の施設基準

4 十対一入院基本料の施設基準

(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

5 十三対一入院基本料の施設基準

(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

6 十五対一入院基本料の施設基準

(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

[施設基準(通知)]

4の9 急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る体制について

(1) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア 救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」若しくは第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成 29 年3月 31 日医政地発 0331 第3号)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

イ 「A304」地域包括医療病棟又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ、エ(略)

(2) 急性期病院B一般入院料又は急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア 救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。

(イ) 医療法第 30 条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

(ロ) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

イ 「A304」地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ(略)

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。

改定案	現行
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<u>入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点(入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点)を所定点数に加算する。ただし、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。</u></p> <p>3・4(略)</p> <p>5 <u>注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して、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25点を所定点数に加算する。</u></p> <p>※ <u>廃用症候群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。</u></p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<u>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日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。</u></p> <p>3・4(略)</p> <p>(新設)</p>
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、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(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>入院した日から起算して14日を限度として、早</u></p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、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(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を</u></p>

<p>期リハビリテーション加算として、1単位につき <u>60点</u>(起算日から4日目以降は1単位につき <u>25点</u>)を所定点数に加算する。ただし、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。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。</p> <p>3・4(略)</p> <p>5 <u>注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、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(区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))</u>に対して、休日に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 <u>30日目まで</u>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 <u>25点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>※ <u>運動器リハビリテーション料</u>についても同様。</p>	<p>限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき <u>25点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>3・4(略) (新設)</p>
--	---

回復期

回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し		P.177
<p>1. 入院料1を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。</p> <p>2. 重症の患者の基準を見直すとともに、対象に高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。また、重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又はFIMが改善した患者の割合に係る要件を削除する。</p> <p>3. 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、重症患者の新規受入割合基準及びリハビリテーション実績指数に係る基準を見直す。</p> <p>4. 日常生活機能評価又は機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)(以下「FIM」という。)の測定を行うこととされているものについて、FIMによる測定が望ましいこととする。</p> <p>5. 退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする。また、退院前訪問指導料と「H003-2」の注3に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。</p> <p>6. 入院料1及び3の施設基準であるFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することについて、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までの要件とする。</p> <p>7. 入院料1及び2の施設基準である地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までを対象とする。</p> <p>8. 入院料1及び2の施設基準である口腔管理の体制を整備していることについて、入院料3及び4においても望ましいこととする。</p> <p>9. 回復期リハビリテーション病棟1から4までについて、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。また、土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。</p>		
改定案	現行	
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)】</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 <u>2,346</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,326</u>点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 <u>2,274</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,253</u>点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 <u>2,062</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,041</u>点)</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 <u>2,000</u>点</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)】</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 <u>2,229</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,215</u>点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 <u>2,166</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,151</u>点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 <u>1,917</u>点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>1,902</u>点)</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 <u>1,859</u>点</p>	

<p>点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,980点</u>)</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 <u>1,794点</u> 点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,774点</u>)</p> <p>6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 <u>1,960点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,940点</u>)</p> <p>[算定要件] 注1、2 (略)</p> <p>3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の 10 に掲げる入院栄養食事指導料(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。)、<u>区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料</u>、<u>区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料</u>(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。))及び区分番号B001の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料(口に限る。)、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。))は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテ</p>	<p>点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,845点</u>)</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 <u>1,696点</u> 点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,682点</u>)</p> <p>6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 <u>1,859点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,845点</u>)</p> <p>[算定要件] 注1、2 (略)</p> <p>3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の 10 に掲げる入院栄養食事指導料(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。))、<u>区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料</u>(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。))及び区分番号B001の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料(口に限る。)、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。))、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。))は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管</p>
--	---

<p>オン病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>4 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者1人につき1日につき80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>5 (略)</p>	<p>料料に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p> <p>4 (略)</p>
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 [施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 イ～ホ (略) へ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>三割五分</u>以上が重症の患者であること。 ト (略) (削除)</p> <p>チ～ル (略)</p> <p>ヲ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十二</u>以上であること。</p> <p>ヾ (略)</p> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準 イ (2)のイ、ロ、<u>ニからル</u>まで及びワを満たすものであること。 ロ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十二</u>以上であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ (略) ロ <u>休日を含め、週七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。</u> ハ 当該病棟において、新規入院患者のうち二</p>	<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 [施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 イ～ホ (略) へ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>四割</u>以上が重症の患者であること。 ト (略) チ <u>重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u> リ～ヲ (略)</p> <p>ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十</u>以上であること。</p> <p>カ (略)</p> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準 (2)のイ、ロ及び<u>ニからヲ</u>までを満たすものであること。 (新設)</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 イ (略) (新設) ロ 当該病棟において、新規入院患者のうち三</p>

<p>割五分以上が重症の患者であること。</p> <p>ニ (略) (削除)</p> <p>ホ・ヘ (略)</p> <p>ト <u>介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業に協力する体制を確保していること。</u></p> <p>チ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十七以上であること。</u></p> <p>リ (2)の<u>ワ</u>を満たすものであること。</p> <p>(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準</p> <p>イ (4)のイから<u>ト</u>まで及び<u>リ</u>を満たすものであること。</p> <p>ロ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十二以上であること。</u></p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該病室において、新規入院患者のうち<u>二割五分</u>以上が重症の患者であること。</p> <p>ハ・ニ (略) (削除)</p> <p>(8)・(9) (略)</p> <p>(10) <u>回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準</u></p> <p>イ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を満たしていること。</u></p> <p>ロ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十八以上であること。</u></p> <p>ハ <u>退院前訪問指導について、十分な実績を有していること。</u></p> <p>ニ <u>排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	<p>割以上が重症の患者であること。</p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u></p> <p>ホ・ヘ (略) (新設)</p> <p>ト <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十五以上であること。</u></p> <p>チ (2)の<u>カ</u>を満たすものであること。</p> <p>(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準</p> <p>(4)のイから<u>ハ</u>までを満たすものであること。</p> <p>(新設)</p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該病室において、新規入院患者のうち<u>三割以上</u>が重症の患者であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>ホ <u>当該病室において、重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u></p> <p>(8)・(9) (略) (新設)</p>
---	---

<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準</p> <p>(4) 重症の患者(別添7の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure、以下「FIM」という。)得点で <u>21 点以上 55 点以下</u>の患者(FIMの測定により適合していることが望ましい。)、<u>高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)</u>又は<u>脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)</u>をいう。以下この項において同じ。)が新規入院患者のうち<u>3割5分以上</u>であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(5) 当該保険医療機関において、<u>土曜日、休日</u>を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、<u>土曜日、休日</u>の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均<u>3単位</u>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。</p>	<p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準</p> <p>(4) <u>当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する場合</u>、重症の患者(別添7の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure、以下「FIM」という。)得点で 55 点以下の患者をいう。以下この項において同じ。)が新規入院患者のうち<u>4割以上</u>であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(6) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、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<small>の1日当たり</small>リハビリテーション提供単位数も平均<u>2単位</u>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。</p>
<p>【退院前訪問指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。<u>ただし、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回算定することができる。</u>この場合において、区分番号H003-</p>	<p>【退院前訪問指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(<u>入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回</u>)に限り算定する。</p>

<p><u>2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注3に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。</u></p> <p>B007 退院前訪問指導料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後 14 日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。<u>この場合において、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料の注3に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。</u></p>	<p>B007 退院前訪問指導料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後 14 日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。</p>
---	---

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進		P.264
回復期リハビリテーション病棟入院料1から5まで及び回復期リハビリテーション入院医療管理料において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて対象機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。		
<p style="text-align: center;">改定案</p> <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ (略)</p> <p><u>ル 高次脳機能障害患者が退院後、円滑に障害福祉サービス等を利用できるよう必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>1 通則</p> <p>(14) 当該保険医療機関において当該地域の高</p>	<p style="text-align: center;">現行</p> <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>1 通則</p> <p>(新設)</p>	

次脳機能障害者支援法(令和七年法律第九十六号)第十九条第一項に規定する高次脳機能障害者支援センター並びに他の保険医療機関、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号)に基づく生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等の障害福祉サービス等を提供する事業所又は施設及び児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者であって、高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報(所在地、連絡先及び提供サービス等)を、あらかじめ把握するとともに、当該情報を、当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供していること。また、退院後に他の保険医療機関又は障害福祉サービスによるリハビリテーションの継続を予定している患者については、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関、当該生活介護等を提供する事業所若しくは施設、指定障害児通所支援事業所又は指定障害児入所施設等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

1. リハビリテーション実績指数の算出方法について、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟中又は入室中に5点以下から6点以上に上がった場合、分子のFIM運動項目利得に1点を加えることとする。
2. 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して 27 を下回った場合から、30 を下回った場合に見直す。
3. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「年齢が 80 歳以上のもの」を削除する。
4. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「FIM運動項目の得点が 20 点以下のもの」について、疾患別リハビリテーションの実施単位数が1日平均6単位を超えるものは対象から除く。
5. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「FIM認知項目の得点が 24 点以下のもの」を「FIM認知項目の得点が 14 点以下のもの」に見直す。
6. リハビリテーション実績指数の算出から除外できる患者要件の変更に伴い、リハビリテーション実績指数の算出から除外できる割合について、100 分の 30 を超えない範囲から 100 分の 20 を超えない範囲に見直す。
7. 当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開することとされている項目について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することと明確化する。

改定案	現行
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(12) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者(ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。)について、以下の①の総和を②の総和で除したもの(以下「リハビリテーション実績指数」という。)を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して <u>30</u> を下回った場合をいう。</p> <p>① 退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(12) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者(ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。)について、以下の①の総和を②の総和で除したもの(以下「リハビリテーション実績指数」という。)を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して <u>27</u> を下回った場合をいう。</p> <p>① 退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点か</p>

から、入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したもの。ただし、FIM運動項目のうち、「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」については、得点が入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上だった場合は、それぞれの項目の得点の当該控除したものに1点を加える。

- ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したものの

[計算例]

- ① 前月までの6か月間に 50 人退棟し、入棟時にFIM運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にFIM運動項目が40点、退棟時に65点であったものが20人とする、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$

さらに、前記の退棟した患者のうちFIM運動項目の「歩行・車椅子」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上であったものが20人、「トイレ動作」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上だったものが30人とする、 $1,400 + 1 \times 20 + 1 \times 30 = 1,450$

- ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後(回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日)で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中(回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日)で実際には135日で退棟したとすると、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$

従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①/②=34.5となる。

ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハ

ら、入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したもの。

- ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したものの

[計算例]

- ① 前月までの6か月間に 50 人退棟し、入棟時にFIM運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にFIM運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とする、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$

- ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後(回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日)で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中(回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日)で実際には135日で退棟したとすると、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$

従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①/②=33.3となる。

ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハ

ビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の20を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、入棟した月に算出対象から除外した場合であっても、①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める必要がある。また、次の④に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行うこと。

- ① FIM運動項目の得点が20点以下のもの
- ② FIM運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ FIM認知項目の得点が14点以下のもの(削除)
- ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者(在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。)の数に対する高次脳機能障害の患者(基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。)の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場

ビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行うこと。

- ① FIM運動項目の得点が20点以下のもの
- ② FIM運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ FIM認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの
- ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者(在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。)の数に対する高次脳機能障害の患者(基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。)の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場

合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の20」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の20」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。ただし、ウにおいて、①のうち入院中に、1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたために、除外できる患者でなくなった場合には、一覧性のある台帳に、その経緯が分かるように記載する。

カ (略)

キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料(脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。)は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が30以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

[施設基準]

合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数(入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

カ (略)

キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料(脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。)は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

[施設基準]

<p>1 通則</p> <p>(10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に<u>掲示している</u>こと。</p> <p>ア、イ（略）</p> <p>(11) (10)の<u>掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない</u>こと。</p>	<p>1 通則</p> <p>(10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に<u>掲示する等の方法で公開</u>すること。</p> <p>ア、イ（略）</p> <p>(新設)</p>
--	--

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟の見直し

P.173

1. 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

改定案	現行
<p>【地域包括医療病棟入院料】</p> <p>地域包括医療病棟入院料(1日につき)</p> <p>1 地域包括医療病棟入院料1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 入院料1 3,367点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 入院料2 3,267点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ 入院料3 3,117点</p> <p>2 地域包括医療病棟入院料2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 入院料1 3,316点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 入院料2 3,216点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ 入院料3 3,066点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 入院料1については、緊急入院の患者であつて、入院時の主傷病に対して入院中に手術(医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの、入院料2については、緊急入院の患者であつて入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であつて入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であつて、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 地域包括医療病棟入院料1の施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">イ～ネ (略)</p> <p style="padding-left: 20px;">ナ 当該保険医療機関内に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有</p>	<p>【地域包括医療病棟入院料】</p> <p>地域包括医療病棟入院料(1日につき) <u>3,050点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">イ～ネ (略)</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p>

<p><u>していないこと。</u></p> <p>(2) <u>地域包括医療病棟入院料2の施設基準</u></p> <p><u>(1)のイからネまでを満たすものであること。</u></p> <p>(3)～(11) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>(2)～(10) (略)</p>
---	---------------------------------

2. 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ため、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括医療病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～9 (略)</p> <p>10 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、<u>当該基準に係る区分に従い、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日を限度として次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u>この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</p> <p><u>イ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1</u> 110点</p> <p><u>ロ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2</u> 50点</p>	<p>【地域包括医療病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～9 (略)</p> <p>10 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80点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

疾患別リハビリテーション料

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	P.95
---	------

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。

改 定 案	現 行
<p>【第7部 リハビリテーション 通則】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1～4の4 略</p> <p>5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して 20 分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。<u>ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。</u></p> <p><u>5の2 疾患別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。当該実施単位数は、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。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。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、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。</u></p> <p><u>5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施</u></p>	<p>【第7部 リハビリテーション 通則】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1～4の4 略</p> <p>5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して 20 分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。</p>

設基準通知の別添1の第38の1の(2)、第40の1の(2)、第40の2の1の(2)、第41の1の(2)、第42の1の(2)及び第44の1の(2)のそれぞれに規定する業務のうち、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特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

[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

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、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。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。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあつては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

[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

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、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を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん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。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあつては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血

	<p>管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。</p>
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [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、<u>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。)</u>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。<u>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。)</u>並びに介護施設等への助言葉</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [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。<u>ただし、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、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を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。</u> 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。なお、<u>第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。</u> 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。なお、<u>当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当</u></p>

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。

オ（略）

※ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)・(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料、運動器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、難病患者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、認知症患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料についても同様。

該リハビリテーションの実施時間以外に他の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。

オ（略）

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。

改定案	現行
<p>【地域包括医療病棟入院料】 [算定要件] A304 地域包括医療病棟入院料 (1)～(4) (略) (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</p>	<p>【地域包括医療病棟入院料】 [算定要件] A304 地域包括医療病棟入院料 (1)～(4) (略) (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</p>

<p>に対するADLの維持、向上等を目的とした<u>評価・指導</u>を行うこととし、<u>疾患別リハビリテーション料</u>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<u>評価・指導</u>を行うこと。<u>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<u>評価・指導</u>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<u>評価・指導</u>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。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>に対するADLの維持、向上等を目的とした<u>指導</u>を行うこととし、<u>疾患別リハビリテーション料</u>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<u>指導</u>を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位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。</p> <p>ア 「H000」<u>心大血管疾患リハビリテーション料</u></p> <p>イ 「H001」<u>脳血管疾患等リハビリテーション料</u></p> <p>ウ 「H001-2」<u>廃用症候群リハビリテーション料</u></p> <p>エ 「H002」<u>運動器リハビリテーション料</u></p> <p>オ 「H003」<u>呼吸器リハビリテーション料</u></p> <p>カ 「H004」<u>摂食機能療法</u></p> <p>キ 「H005」<u>視能訓練</u></p> <p>ク 「H007」<u>障害児(者)リハビリテーション料</u></p> <p>ケ 「H007-2」<u>がん患者リハビリテーション料</u></p> <p>コ 「H007-3」<u>認知症患者リハビリテーション料</u></p> <p>サ 「H008」<u>集団コミュニケーション療法料</u></p>
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>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</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が</u></p>

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。

[施設基準]

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

(1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士1名以上及び専任の作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。ただし、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及び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。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤

行われることとする。

(新設)

[施設基準]

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

(1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士1名以上及び専任の作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、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と兼務することができる。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又

<p>作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。</p>	<p>は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。</p>
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (1)～(3) (略) <u>(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。</u> (5)～(14) (略)</p> <p>[施設基準] 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 (中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上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することはできない。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</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (1)～(3) (略) (新設)</p> <p>(4)～(13) (略)</p> <p>[施設基準] 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 (中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上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することはできない。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</p>

<p>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及び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。</p> <p>※ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても、回復期リハビリテーション病棟入院料と同様。</p>	<p>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と兼務することはできる。</p>
---	---

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	P.552
----------------------------------	-------

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。

改定案	現行
<p>【第7部 リハビリテーション(通則)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</p> <p>また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、<u>1日に3単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院において、合計3単位(特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については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。</u>なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険</p>	<p>【第7部 リハビリテーション(通則)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</p> <p>また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。</p>

医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。	
-------------------------------------	--

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	P.554
---------------------------------	-------

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。

改定案	現行
<p>【第7部 リハビリテーション】</p> <p>[施設基準]</p> <p>別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者</p> <p>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。)</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>【第7部 リハビリテーション】</p> <p>[施設基準]</p> <p>別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者</p> <p>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。)</p> <p>脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの</p> <p>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)、<u>運動器リハビリテーション料(Ⅰ)</u>又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの</p>

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	P.555
------------------------------	-------

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。

改定案	現行
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)</p> <p>イ 理学療法士による場合 205点</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)</p> <p>イ 理学療法士による場合 205点</p>

<p>ロ 作業療法士による場合 205 点 ハ 医師による場合 205 点 ニ 看護師による場合 205 点 ホ 集団療法による場合 205 点</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) イ 理学療法士による場合 125 点 ロ 作業療法士による場合 125 点 ハ 医師による場合 125 点 ニ 看護師による場合 125 点 ホ 集団療法による場合 125 点</p> <p><u>注7 1及び2について、イからニまでにかかわらず、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 90 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。</u></p> <p>(1)～(16)(略)</p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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</u></p>	<p>ロ 作業療法士による場合 205 点 ハ 医師による場合 205 点 ニ 看護師による場合 205 点 ホ 集団療法による場合 205 点</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) イ 理学療法士による場合 125 点 ロ 作業療法士による場合 125 点 ハ 医師による場合 125 点 ニ 看護師による場合 125 点 ホ 集団療法による場合 125 点</p> <p>(新設)</p> <p>(1)～(16)(略)</p> <p>(新設)</p>
---	--

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90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。

入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し		P.255
1. 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、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。		
改定案	現行	
<p>【入退院支援加算(退院時1回)】</p> <p>1 入退院支援加算1</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点</p> <p>ロ <u>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の場合 1,000点</u></p> <p>ハ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p> <p>2・3 (略)</p>	<p>【入退院支援加算(退院時1回)】</p> <p>1 入退院支援加算1</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 (新設)</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p> <p>2・3 (略)</p>	
4. 入退院支援加算の算定対象となる患者における退院困難な要因について見直す。		
改定案	現行	
<p>【入退院支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 入退院支援加算1にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けているが、認定を受けている要介護状態区分若しくは要支</p>	<p>【入退院支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 入退院支援加算1にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること</p>	

<p><u>援状態区分以外の区分に該当する疑いがある</u> <u>が変更の申請がされていないこと</u>(介護保険法 施行令第2条各号に規定する特定疾病を有す る 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上 の者に限る。)</p> <p>エ～ソ(略)</p> <p><u>タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向</u> <u>けた調整を行うに当たって、家族及び親族との</u> <u>連絡が困難であること</u></p>	<p>エ～ソ(略)</p> <p>(新設)</p>
--	---------------------------

6. 入退院支援加算と精神科入退院支援加算双方を届出するにあたっては、保険医療機関において同一の入退院支援部門である場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が双方の業務を兼ねられることを明記する。

改定案	現行
<p>【精神科入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>1 精神科入退院支援加算に関する施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 次のア又はイを満たすこと。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p>当該専従の看護師又は精神保健福祉士(以下この項において「看護師等」という。)については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p> <p>なお、入退院支援部門は、精神保健福祉</p>	<p>【精神科入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>1 精神科入退院支援加算に関する施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 次のア又はイを満たすこと。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p>当該専従の看護師又は精神保健福祉士(以下この項において「看護師等」という。)については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p> <p>なお、入退院支援部門は、精神保健福祉</p>

<p>士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。</p> <p><u>入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。</u></p>	<p>士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。</p>
---	---

7. 医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

改定案	現行
<p>【医療保護入院等診療料】</p> <p>医療保護入院等診療料</p> <p>1 <u>医療保護入院等診療料1 300点</u></p> <p>2 <u>医療保護入院等診療料2 400点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第 29 条第1項、第 29 条の2第1項、第 33 条第1項又は第 33 条の6第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>2 <u>2については、1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する。</u></p>	<p>【医療保護入院等診療料】</p> <p>医療保護入院等診療料 300点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第 29 条第1項、第 29 条の2第1項、第 33 条第1項又は第 33 条の6第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

退院時リハビリテーション指導料

退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し		P.550
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。		
改定案	現行	
<p>【退院時リハビリテーション指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>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。)</u>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。</p>	<p>【退院時リハビリテーション指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 患者の退院時に当該患者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。</p>	

リハビリテーション総合実施計画評価料

リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し		P.558
1. リハビリテーションに係る複数の計画書の様式を統一し、リハビリテーション総合実施計画料の評価を見直す。		
改定案	現行	
【リハビリテーション総合計画評価料】 [算定要件] 1 リハビリテーション総合計画評価料1 イ 初回の場合 <u>300点</u> ロ 2回目以降の場合 <u>240点</u> 2 リハビリテーション総合計画評価料2 イ 初回の場合 <u>240点</u> ロ 2回目以降の場合 <u>196点</u>	【リハビリテーション総合計画評価料】 [算定要件] 1 リハビリテーション総合計画評価料1 <u>300点</u> (新設) (新設) 2 リハビリテーション総合計画評価料2 <u>240点</u> (新設) (新設)	
2. 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及び運動器リハビリテーション料において、介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する目標設定等支援・管理料等を廃止する。		
3. 目標設定等支援・管理料を算定していない者に対する減算規定を廃止する。		

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

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		P.268
<p>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。</p>		
改定案	現行	
<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p>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) <u>150点</u></p> <p>2 <u>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2</u>(1日につき) <u>90点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 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(急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。))を現に算定している患者に限る。))について、<u>当該基準に係る区分に従い</u>、リハビリテーション、栄養管理及び口腔(くう)管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算</p> <p>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</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～</p>	<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき) <u>120点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 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(急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。))を現に算定している患者に限る。))について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔(くう)管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算</p> <p>1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～</p>	

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。

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、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児(者)リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」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」

エの基準を全て満たすこと。なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。

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。

(新設)

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7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5%未満であること。

3 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のアからウまで及び2の(3)のアからウまで(1の(6)のエに係るものを除く。)の実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)のアからエまで又は2の(3)のアからウまでの実績を毎年8月に別添7の様式

2 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)のアからエの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

※ 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

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。

改定案	現行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、<u>区分番号B001の 10 に掲げる入院栄養食事指導料(注 14 に掲げる加算を算定する患者に限る。)</u>、<u>区分番号B011の6 に掲げる栄養情報連携料(注 14 に掲げる加算を算定する患者に限る。)</u>、<u>区分番号B001の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料(口に限る。)</u>、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、<u>区分番号B001の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料(口に限る。)</u>、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬・注射薬の費用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域</p>

<p>剤・注射薬の費用を除く。)は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>8～13 (略)</p> <p><u>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30点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等(1)～(24) (略)</p> <p><u>(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</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1～13 (略)</p> <p><u>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</u></p> <p>(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</p>	<p>包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>8～13 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等(1)～(24)(略)</p> <p>(新設)</p> <p>1～13(略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

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 適切なりハビリテーション、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)

(4) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。

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6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7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(DSIGN-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。

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料の見直し		P.432
<p>1. 医療機関が受け取る勤務情報について、患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」が、事業者の確認を経て医療機関に提供された場合においても算定可能とする。</p> <p>2. 対象疾患の定めを廃止し、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに算定可能とする。</p> <p>3. 2回目以降の指導について、3月以上の期間に渡って継続されている実態を踏まえ、算定可能な期間を見直す。</p> <p>4. 就労の状況を考慮した療養上の指導及び相談支援を更に推進する観点から、その評価を引き上げる。</p>		
改定案	現行	
<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <p>1 初回 <u>850点</u></p> <p>2 2回目以降 <u>500点</u></p> <p>注1 1については、<u>疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに対して、当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師(以下「産業医等」という。)</u>に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して6月を限度として、月1回に限り算定する。</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <p>1 初回 <u>800点</u></p> <p>2 2回目以降 <u>400点</u></p> <p>注1 1については、<u>別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師(以下「産業医等」という。)</u>に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して<u>3月</u>を限度として、月1回に限り算定する。</p>	

3 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ 740点又は 435点を算定する。

[施設基準]

五の一の二 療養・就労両立支援指導料の施設基準等

(削除)

(1)・(2) (略)

(削除)

3 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ 696点又は 348点を算定する。

[施設基準]

五の一の二 療養・就労両立支援指導料の施設基準等

(1) 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患

別表第三の一の二に掲げる疾患

(2)・(3) (略)

別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患

悪性新生物

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患

肝疾患(経過が慢性なものに限る。)

心疾患

糖尿病

若年性認知症

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病(同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)その他これに準ずる疾患

障害児者施設

障害者施設等入院基本料等の見直し		P.194
<p>障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料における、主傷病名が廃用症候群の患者について、療養病棟に準じた評価とする（廃用症候群を発症する以前から重度の肢体不自由児（者）に該当していた患者を除く。）。</p>		
改定案	現行	
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注 13 当該病棟に入院する脳卒中、<u>脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、</u>重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注 13 当該病棟に入院する脳卒中<u>又は</u>脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p>	

緩和ケア、緩和ケア病棟

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し		P.616
1. 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅麻薬等注射指導管理料等の対象に、末期呼吸器疾患患者並びに末期腎不全患者を加える。		
改定案	現行	
<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 [算定要件(通知)]</p> <p>(1) 緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、<u>末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p><u>(3) 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。</u></p> <p><u>ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。</u></p> <p><u>イ 在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施している。</u></p> <p><u>ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。</u></p> <p><u>(4) 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。</u></p> <p><u>ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。</u></p> <p><u>イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態である。</u></p> <p><u>ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。</u></p> <p><u>エ Palliative Performance Scale(PPS)が</u></p>	<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 [算定要件(通知)]</p> <p>(1) 緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、<u>症状緩和に係るチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	

<p>40%以下である。</p> <p><u>オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。</u></p> <p>(5)～(12) (略)</p> <p>※ 外来緩和ケア管理料についても同様。</p>	<p>(3)～(10) (略)</p>
--	---------------------

2. 緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。

改定案	現行
<p>【A310 緩和ケア病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>5,277点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,724点</u></p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>3,515点</u></p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>5,025点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,555点</u></p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>3,449点</u></p> <p>注1 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地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、<u>悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全の患者</u>以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>2～4(略)</p>	<p>【A310 緩和ケア病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>5,135点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,582点</u></p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>3,373点</u></p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>4,897点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,427点</u></p> <p>ハ 61日以上の期間 <u>3,321点</u></p> <p>注1 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地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、<u>悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者</u>以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>2～4(略)</p>

精神科

データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し		P.501
データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料(15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料)に拡大する。		
改定案	現行	
<p>【精神病棟入院基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ～ロ 略</p> <p>ハ 十五対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって十五対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u></p> <p>ニ 十八対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって十八対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u></p> <p>ホ 二十対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって二十対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u></p>	<p>【精神病棟入院基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ～ロ 略</p> <p>ハ 十五対一入院基本料の施設基準 (新設)</p> <p>ニ 十八対一入院基本料の施設基準 (新設)</p> <p>ホ 二十対一入院基本料の施設基準 (新設)</p>	

1. D to P with N によるオンライン診療について、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルールを明確化する。

改定案	現行
<p>【C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>[算定要件(通知)]</p> <p>(1)～(35) (略)</p> <p>(36) <u>訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、C005及びC005-1-2は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。</u></p>	<p>【C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料】</p> <p>[算定要件(通知)]</p> <p>(1)～(35) (略)</p> <p>(新設)</p>

精神病棟入院基本料及び特定機能病院精神病棟の 13 対1入院基本料及び 15 対1入院基本料並びに精神科急性期治療病棟入院料2において、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を看護職員と併せて配置した際の評価として、「精神病棟看護・多職種協働加算」を新設する。

改定案	現行
<p>【精神病棟入院基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>7 <u>1のイの(2)若しくは(3)、1のロの(2)若しくは(3)又は2のロ若しくはハにおいて、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、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(急性期病院 A精神病棟入院料 13 対1入院基本料の場合)</u> 357 点</p> <p>ロ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(急性期病院 A精神病棟入院料 15 対1入院基本料の場合)</u> 196 点</p>	<p>【精神病棟入院基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>(新設)</p>

<p>ハ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(急性期病院B精神病棟入院料 13 対1入院基本料の場合)</u> 357 点</p> <p>ニ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(急性期病院B精神病棟入院料 15 対1入院基本料の場合)</u> 196 点</p> <p>ホ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(精神病棟入院料 13 対1入院基本料の場合)</u> 357 点</p> <p>ハ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(精神病棟入院料 15 対1入院基本料の場合)</u> 196 点</p>	
<p>【特定機能病院入院基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～10 (略)</p> <p>11 <u>1のハの(3)若しくは(4)、2のハの(3)若しくは(4)又は3のハの(3)若しくは(4)において、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、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院A13 対1入院基本料の場合)</u> 356 点</p> <p>ロ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院A15 対1入院基本料の場合)</u> 91 点</p> <p>ハ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院B13 対1入院基本料の場合)</u> 357 点</p> <p>ニ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院B15 対1入院基本料の場合)</u> 92 点</p> <p>ホ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院C13 対1入院基本料の場合)</u> 355 点</p> <p>ハ <u>精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院C15 対1入院基本料の場合)</u> 90 点</p>	<p>【特定機能病院入院基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～10 (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 <u>精神科急性期治療病棟入院料2において、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</u></p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>け出た病棟に入院している患者について、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 精神病棟看護・多職種協働加算(精神科急性期治療病棟入院料2の場合)30日以内の期間 123点</u></p> <p><u>ロ 精神病棟看護・多職種協働加算(精神科急性期治療病棟入院料2の場合)31日以上 60日以内の期間 107点</u></p> <p><u>ハ 精神病棟看護・多職種協働加算(精神科急性期治療病棟入院料2の場合)61日以上 90日以内の期間 58点</u></p>	
<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準]</p> <p>四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)～(8) (略)</p> <p><u>(9) 精神病棟入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u></p> <p><u>イ 精神病棟看護・多職種協働加算(13 対1入院基本料の場合)の施設基準</u></p> <p><u>① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。</u></p> <p><u>② ①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。</u></p> <p><u>③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が60日以内であること。</u></p> <p><u>ロ 精神病棟看護・多職種協働加算(15 対1入院基本料の場合)の施設基準</u></p> <p><u>① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。</u></p> <p><u>② ①の規定にかかわらず、当該病棟におい</u></p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準]</p> <p>四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)～(8) (略)</p> <p>(新設)</p>

<p>て、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。</p> <p>③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が100日以内であること。</p>	
<p>【特定機能病院入院基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>五 特定機能病院入院基本料の施設基準等</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>(10) 特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>イ 精神病棟看護・多職種協働(特定機能病院13対1入院基本料の場合)の施設基準</p> <p>四の二の(9)のイを満たすものであること。</p> <p>ロ 精神病棟看護・多職種協働加算(特定機能病院15対1入院基本料の場合)の施設基準</p> <p>四の二の(9)のロを満たすものであること。</p>	<p>【特定機能病院入院基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>五 特定機能病院入院基本料の施設基準等</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 精神科急性期治療病棟入院料の注4に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準</p> <p>四の二の(9)のロの①及び②を満たすものであること。</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(新設)</p>

<p>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する 小規模多機能病院に係る評価の新設</p>	<p>P.629</p>
<p>1. 小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、評価を新設する。</p> <p>(新) 精神科地域密着多機能体制加算(1日につき)</p> <p>1 精神科地域密着多機能体制加算1 800点</p> <p>2 精神科地域密着多機能体制加算2 250点</p>	

3 精神科地域密着多機能体制加算3 50点

[対象患者]

精神病棟入院料(10対1入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定するものに限る。)又は精神科急性期治療病棟入院料を算定している患者

[施設基準]

(1)通則

- イ 当該保険医療機関において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献するにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該保険医療機関における許可病床数が350床以下であること。
- ハ 当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、6割5分以上であること。
- ニ 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- ホ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- ヘ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。

2. 精神科地域包括ケア病棟入院料を廃止する。

精神病棟入院基本料の見直し

P.645

精神病棟入院基本料の18対1入院基本料及び20対1入院基本料について、1年以上入院している患者の評価を見直す。

改定案	現行
【精神病棟入院基本料】 1～3 (略) 4 18対1入院基本料 イ 1年未満の場合 816点 ロ 1年以上の場合 703点 5 20対1入院基本料 イ 1年未満の場合 754点 ロ 1年以上の場合 649点	【精神病棟入院基本料】 1～3 (略) 4 18対1入院基本料 753点 (新設) (新設) 5 20対1入院基本料 697点 (新設) (新設)

訪問看護

同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し	P.408
<p>1. 訪問看護基本療養費(Ⅱ)等について、1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価に見直す。</p> <p>2. 訪問看護基本療養費(Ⅱ)等を算定する場合に、以下の規定を設ける。</p> <p>(1)適切な時間の指定訪問看護を実施したうえでその時間を訪問看護記録書に記載すること。</p> <p>(2)この場合の適切な指定訪問看護の時間とは、30分以上を標準とし、20分を下回るものは訪問看護基本療養費(Ⅱ)及びその加算等を算定できないこと。</p> <p>(3)前回提供した訪問看護の終了から2時間未満の間隔で、提供時間が20分以上30分未満の指定訪問看護を行う場合(緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。)は、それぞれの所要時間を合算して1回とする。</p> <p>3. 訪問看護基本療養費(Ⅱ)等の算定要件における同一建物について、同一敷地内の建物も同一建物とする規定に見直しを行う。</p>	
改定案	現行
<p>【訪問看護基本療養費(Ⅱ)】 [算定要件]</p> <p>2 訪問看護基本療養費(Ⅱ)</p> <p>ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</p> <p>(1) 同一日に2人 5,550円</p> <p>(2) 同一日に3人以上9人以下 <u>2,780円</u></p> <p>(3) <u>同一日に10人以上19人以下</u></p> <p>① <u>1月当たり20日目まで 2,760円</u></p> <p>② <u>1月当たり21日目以降 2,660円</u></p> <p>(4) <u>同一日に20人以上49人以下</u></p> <p>① <u>1月当たり20日目まで 2,710円</u></p> <p>② <u>1月当たり21日目以降 2,610円</u></p> <p>(5) <u>同一日に50人以上</u></p> <p>① <u>1月当たり20日目まで 2,610円</u></p> <p>② <u>1月当たり21日目以降 2,510円</u></p> <p>注1・2(略)</p> <p>3 2(ハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者(当該者と同一の建物又は同一の敷地内の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同</p>	<p>【訪問看護基本療養費(Ⅱ)】 [算定要件]</p> <p>2 訪問看護基本療養費(Ⅱ)</p> <p>ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</p> <p>(1) 同一日に2人 5,550円</p> <p>(2) 同一日に3人以上 <u>2,780円</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注1・2(略)</p> <p>3 2(ハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者(当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を</p>

一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。)であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)(ハを除く。)並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度(注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。)として算定する。なお、2(ハを除く。)については、訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。この場合の適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。

4~6 (略)

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)についても同様。

行う場合の当該者をいう。以下同じ。)であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)(ハを除く。)並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度(注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。)として算定する。

4~6 (略)