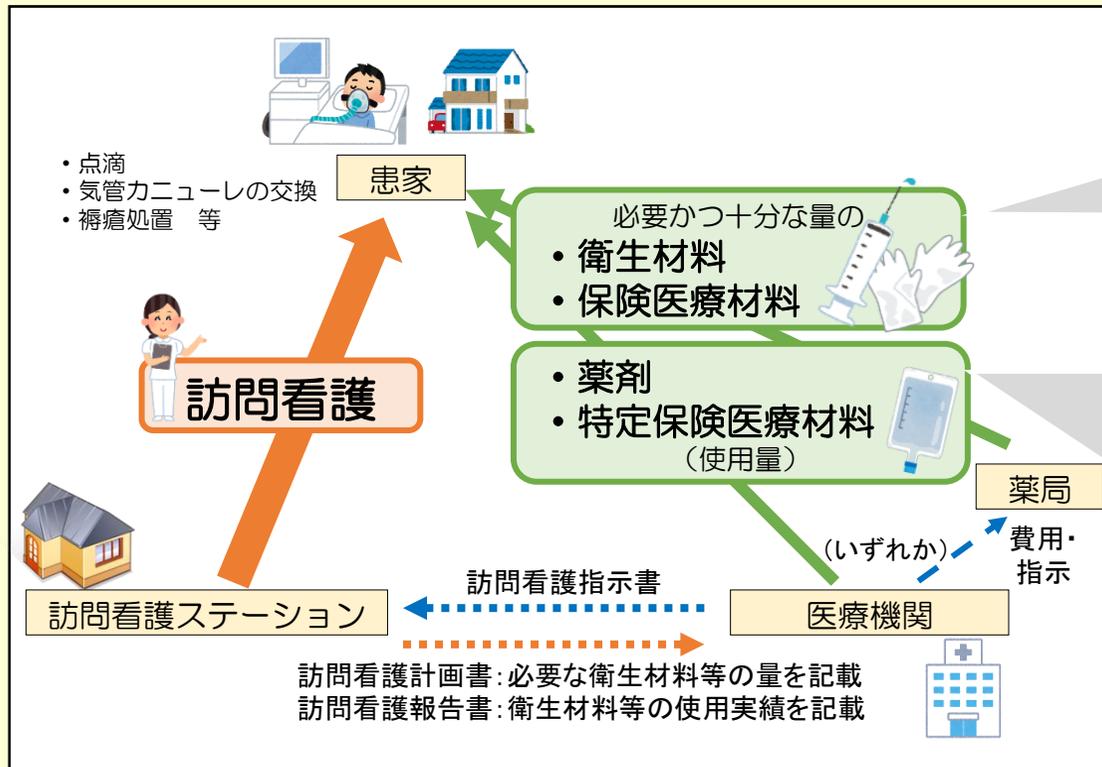


質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑭

在宅療養における衛生材料等の供給体制

- 在宅療養上必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料は、訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を提供するにあたり必要な分も含め、患者の診療を担う保険医療機関が提供するものである。(薬局を介した提供も可。)
- 医師の診療日以外であっても、医師の指示に基づき訪問看護ステーションの看護師等が処置等を実施した場合に用いた薬剤及び特定保険医療材料は、指示をした保険医療機関において薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

- ・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
- ・衛生材料等提供加算(訪問看護指示料)

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、

- ①使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う保険医療機関が支給する。
- ②支給した保険医療機関は、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。
- ③ 薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑮

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

- 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る。

【複数の訪問看護の組合せが認められる場合】	訪看ST×訪看ST		訪看ST×病院・診療所		病院・診療所×病院・診療所	
	同一月	同一日	同一月	同一日	同一月	同一日
別表第7、別表第8	○	—	○	—	—	—
特別訪問看護指示書／精神科特別訪問看護指示書の交付	○※2	—	○※2	—	—	—
退院後1か月（精神科訪問看護・指導料を算定している場合は、退院後3か月）	—	—	○※3	○※3	○	○※6
専門の研修を受けた看護師との共同	○	○	○	○	○	○※6
精神科重症患者早期集中支援管理料を算定	—	—	○	○※5	—	—
精神保健福祉士が精神科訪問看護・指導料を算定 ※1	—	—	○※4	—	—	—

※1: 精神科重症患者早期集中支援管理料に係る届出を行っている保険医療機関が算定する場合に限る。（平成29年3月31日までは、届出を行っていない場合でも算定可。）

※2: 週4日以上訪問看護が計画されている場合に限る。

※3: 病院・診療所側が、患者が入院していた保険医療機関の場合に限る。

※4: 精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）を限度とする。

※5: 保険医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する場合は、特別の関係の訪問看護STと連携する場合であって、病院・診療所からの訪問看護が作業療法士又は精神保健福祉士の場合に限る。

※6: 特別の関係の場合を除く。

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価

- 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションから訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合を評価する。

〔施設基準〕

① 24時間対応体制加算を届け出ていること。

② 同一日に2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前1月間に、当該利用者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑯

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- 保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を 1週間当たり40回に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できるようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

重点課題

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1 医療機能に応じた入院医療の評価について

2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

5 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で
質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関する
データの収集・利活用の推進について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能
回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進①

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

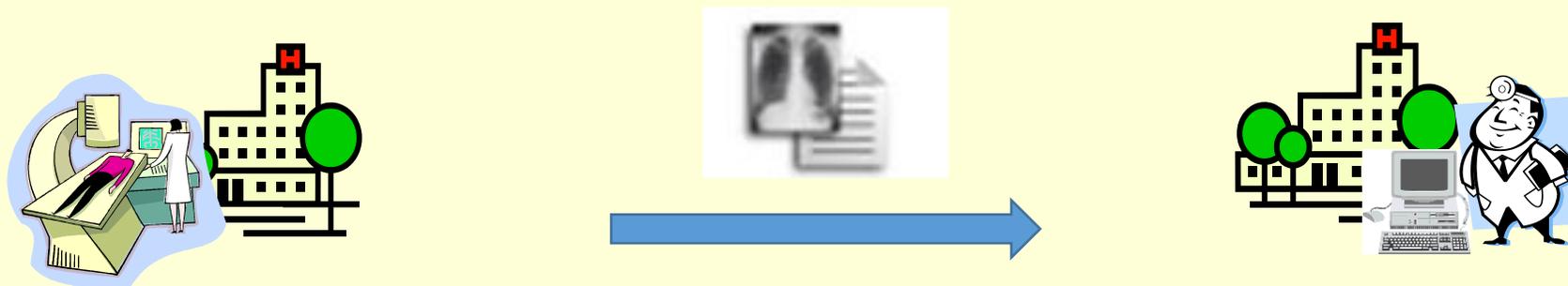
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新） 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



〔施設基準〕

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進②

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の算定要件

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提出する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） <p>（注）多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。</p>
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。） 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

- ＜施設基準等＞
- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
 - 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
 - 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
 - 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報保護を確実に実施すること。
 - 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
 - 情報の電子的な送受に関する記録を残していること。（ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。）
 - 情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
 - 情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進③

データ提出を要件とする病棟の拡大

- 10対1入院基本料（許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る）についても、データ提出加算の届出を要件化するとともに、データ提出加算の評価を充実する。

現行		
1	データ提出加算1（入院中1回）	
イ	200床以上の病院の場合	100点
ロ	200床未満の病院の場合	150点
2	データ提出加算2（入院中1回）	
イ	200床以上の病院の場合	110点
ロ	200床未満の病院の場合	160点



改定後		
1	データ提出加算1（入院中1回）	
イ	200床以上の病院の場合	<u>120点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>170点</u>
2	データ提出加算2（入院中1回）	
イ	200床以上の病院の場合	<u>130点</u>
ロ	200床未満の病院の場合	<u>180点</u>

[経過措置]

平成28年3月31日までに10対1入院基本料の届出を行っている病院については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部の入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進④

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

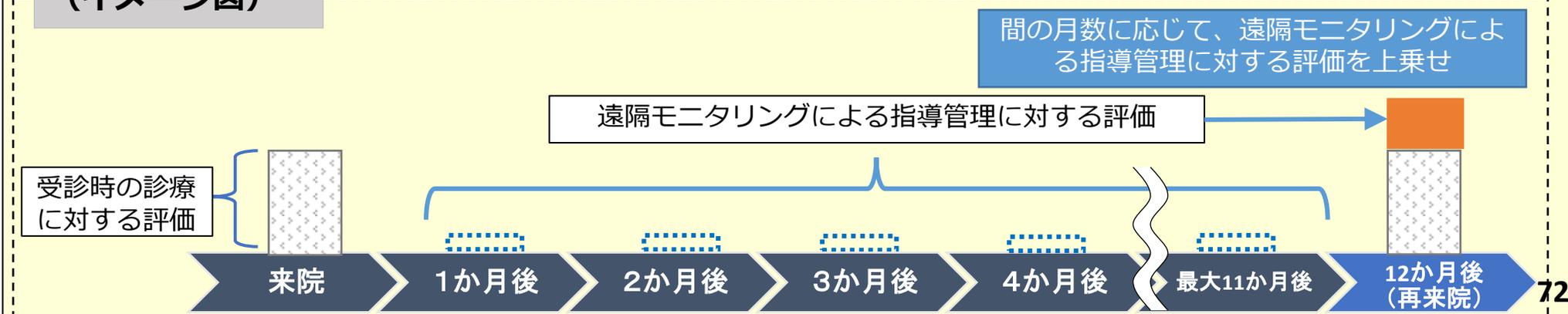
➤ 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

現行	
心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



改定後	
心臓ペースメーカー指導管理料	
(削除)	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点
注5 ロを算定する患者について、 <u>前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u>	

(イメージ図)



患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で
質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関する
データの収集・利活用について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能
回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

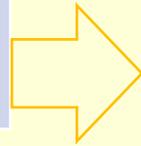
質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- ▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）**）

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、1日6単位を超えるもの（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に包括する。

※ リハビリテーション充実加算（1日6単位以上）の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと（1月、4月、7月、10月）の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（実績指数の対象となるものに限る）が10名以上
かつ
- ②報告の前月までの6か月間の、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1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、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患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

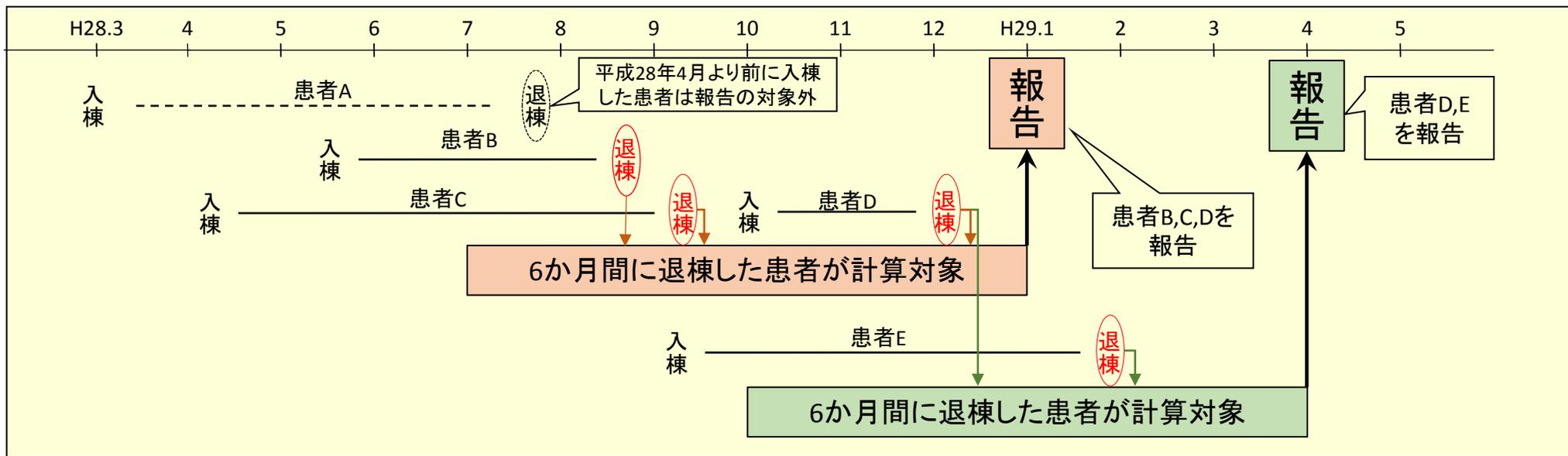
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、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、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

報告月	平成29年1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
ケース1	○	—	—	○	—	—	○	—
ケース2	○	—	—	× (1回目)	—	—	○ (リセット)	—
ケース3	× (1回目)	—	—	× (2回連続)	—	—	○ (リセット)	—
ケース4	× (1回目)	—	—	× (2回連続)	—	○ (リセット)	× (1回目)	—

1日9単位まで出来高算定可

1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、**2回連続して基準を下回った月から**6単位超が包括

・6単位超が包括だった月の翌月は、**1、4、7、10月**でなくても**報告可**。
 ・過去6か月間の実績(ここでは平成28年12月から平成29年5月)が基準を上回ったら、**その月から再び1日9単位まで出来高算定可**。

質の高いリハビリテーションの評価等②

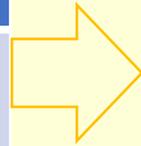
回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

- ▶ 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る保険医療機関において、入院と退院後の医療をつながりを保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。

現行

常勤医師1名以上を専従配置
1日につき200点

専従医師は、当該病棟外の業務は不可



改定後

体制強化加算1（従前と同じ）

1日につき200点

(新)体制強化加算2

1日あたり120点

常勤医師2名以上を専従配置。うち2名は、特定の日、時間において、**病棟外の業務に従事可能。**

[体制強化加算2の施設基準]

- (1) 前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- (2) 病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- (3) 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
- (4) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

現行	改定後
<p><u>初期加算、早期加算の対象</u> (特に疾患名による区別なし)</p>	<p><u>初期加算、早期加算の対象</u> <u>慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ</u></p>
<p><u>初期加算、早期加算を算定できる期間</u> 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日</p>	<p><u>初期加算、早期加算を算定できる期間</u> 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、<u>発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u></p>
<p><u>慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数</u> 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算</p>	<p><u>慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数</u> 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、運動器リハビリテーション料については、<u>発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から</u>起算</p>

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。

平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

▶ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

現行	改定後
<p>ADL維持向上等体制加算 25点</p>	<p>ADL維持向上等体制加算 <u>80点(改)</u> (あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務した日に限り算定)</p>
<p>[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等</p>	<p>[要件] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上 等</p>

▶ アウトカム評価として、入退院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

質の高いリハビリテーションの評価等④

廃用症候群リハビリテーション料の新設

➤ 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)」に伴う安静による廃用症候群であって、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とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- ▶ 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- ▶ 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算

改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

目標設定等支援・管理料を算定してから3ヶ月間は、1月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

- 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行

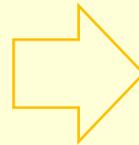
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)105点

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等

[施設基準]

- ・循環器科又は心臓血管外科を標榜
- ・循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する常勤医師が1名以上勤務



改定後

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)125点(改)

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等
(急性心筋梗塞と心大血管疾患は発症等から1か月以降のもののみ)

[施設基準]

(削除)

- ・心大血管リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

- ▶ 社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

[算定要件]

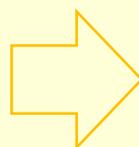
- (1) 当該保険医療機関に**入院中の患者**に対する訓練であること。
 - (2) **各疾患別リハビリテーションの(I)を算定するもの**であること。
 - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ① **移動の手段の獲得**を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への**復職の準備**が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ **家事能力の獲得**が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)の訓練を行うもの。
 - (4) 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること。
- ※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。
 ※実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付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、安全性に十分配慮していること。

運動器リハビリテーション料の評価の充実

- ▶ 施設基準において求められる人員要件等を総合的に考慮し、運動器リハビリテーション料(I)の評価を充実させる。

現行

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)180点



改定後

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)185点(改)

質の高いリハビリテーションの評価等⑧

リンパ浮腫の複合的治療等

➤リンパ浮腫に対する治療を充実するため、リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設し、またリンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。

(新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合 (1日につき) 200点

2 1以外の場合 (1日につき) 100点

[算定要件]

対象	乳がん等に続発したリンパ浮腫で、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ後期以降を重症とする。
回数	重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回、治療を開始した月の翌々月からは月1回。 重症以外の場合は、6月に1回。
実施職種	専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、資格を取得後、2年以上業務に従事(うち6月以上は保険医療機関において従事)し、適切な研修を修了した者に限る。)が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定。
内容	弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回40分以上、それ以外の場合は1回20分以上行った場合に算定。一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行う。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行う。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務
 - ① それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - ② 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間)を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

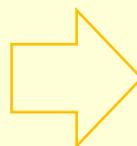
質の高いリハビリテーションの評価等⑨

摂食機能療法の対象の明確化等

- 摂食機能に対するリハビリテーションを推進する観点から、摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大し、経口摂取回復促進加算の要件を緩和する。

現行

摂食機能療法の算定対象
 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの



改定後

摂食機能療法の算定対象
 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの 及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

- ・ 専従の常勤言語聴覚士1名 (前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満の場合は疾患別リハビリテーション等と兼任可能)
- ・ 4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上 について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復 等

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

- リハビリテーションの施設基準における専従規定を見直し、各項目の普及を促進する。

1. リハビリテーションの各項目の施設基準のうち、専従の常勤言語聴覚士を求めるものについて、相互に兼任可能とする。(ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限る。)
2. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。

患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で 質が高い医療を実現する視点

1 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用について

2 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

3 明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進について

明細書無料発行の推進

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。

(※) 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

- ① 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正

- ② ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。