

患者の重症度等を反映した訪問看護の評価の見直し

1 基本的考え方

- 現在、訪問看護における重症者管理加算及び在宅移行管理加算については、一定の状態にある患者について、一律に評価を行っているが、診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における調査結果を踏まえ、重症度、処置の難易度等の高い患者については、評価を引き上げる。

2 具体的内容

現 行	改正案
<p>【重症者管理加算】 2, 500円／月</p> <p>【在宅移行管理加算】 250点／月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅悪性腫瘍患者指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレを使用している状態にある者 ・ドレーンチューブを使用している状態にある者 ・留置カテーテルを使用している状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者 	<p>【重症者管理加算】 〇, 〇〇〇円／月</p> <p>【在宅移行管理加算】 〇〇〇点／月 (いずれも、引上げ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅悪性腫瘍患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレを使用している状態にある者 ・留置カテーテルを使用している状態にある者 <p>【重症者管理加算】 2, 500円／月</p> <p>【在宅移行管理加算】 250点／月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理 ・ドレーンチューブを使用している状態にある者 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価の見直し

1 基本的考え方

- 患者が身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、在宅におけるターミナルケアをより評価する。
- 在宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料の算定に係る入院医療の取扱いを見直す。

2 具体的内容

- 在宅におけるターミナルケアに係る評価の要件を見直し、在宅療養支援診療所（仮称）が関与する場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算 1, 200点 <p>1ヶ月以上訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合に算定できる。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算（Ⅰ） 〇〇, 〇〇〇点（引上げ） ・ターミナルケア加算（Ⅱ） 1, 200点 <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の往診又は訪問診療を行った患者に対してターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p> <p>上記に加え、在宅療養支援診療所（仮称）の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合は、（Ⅰ）を算定できる。</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算 1, 200点 <p>1ヶ月以上訪問看護を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定できる。</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算（Ⅰ） 〇, 〇〇〇点（引上げ） ・ターミナルケア加算（Ⅱ） 1, 200点 <p>死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。</p>

	上記について、在宅療養支援診療所（仮称）の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、（Ⅰ）を算定できる。
【訪問看護療養費】 ・ターミナルケア療養費 12,000円 1ヶ月以上ターミナルケアを行い、在宅で看取った場合に算定できる。	【訪問看護療養費】 ・ターミナルケア療養費（Ⅰ） ○○,○○○円（引上げ） ・ターミナルケア療養費（Ⅱ） 12,000円 死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数の訪問看護を行い、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、（Ⅱ）を算定できる。 上記について、在宅療養支援診療所（仮称）の医師と連携しその指示を受けて行った場合は、（Ⅰ）を算定できる。

- 現在、在宅末期医療総合診療料については、在宅医療と入院医療とが混在した週は算定できない取扱いとなっているが、在宅療養支援診療所（仮称）に入院し、ターミナルケアを継続している場合は、在宅末期医療総合診療料を算定できることとする。この場合においては、当該月の入院医療に係る費用は、別に算定できないこととする。

自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

1 基本的考え方

- 地域において、自宅以外にもケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する観点から、訪問診療及び訪問看護の算定要件を緩和する。

2 具体的内容

- 介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所（仮称）に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できることとする。
- 特別養護老人ホームの入所者であっても、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所（仮称）に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できることとする。
- 医療保険による訪問看護の給付対象について、「医療機関からの訪問看護であるか訪問看護ステーションからの訪問看護であるか」及び「訪問看護の提供先が自宅、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等のいずれであるか」によって、急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）に限られるのか、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も対象となるのかが分かれていた取扱いを改め、すべての場合について、末期の悪性腫瘍及び難病等の場合も、医療保険による訪問看護の給付対象とすることとする。

要介護認定者に対する訪問診療・訪問看護の給付について

【現 行】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	× ※1	× ※1	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	× ※1	× ※1	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	× ※1	× ※2	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	× ※2	× ※2	× ※3
特別養護老人ホーム	○	○	×	×	× ※4
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

※1 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

※2 急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

※3 医師又は看護婦等が配置されている施設に入居している患者は算定の対象としない。

※4 保険医が配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるもので、特に診療を必要とする場合には算定できる。

【改正案】

	医師の 配置基準	看護師等の 配置基準	病院・診療所から の訪問看護	訪問看護ステーション からの訪問看護	訪問診療
自 宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	△	△	○
グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	×	○	△	△	▲
特別養護老人ホーム	○	○	▲	▲	▲
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所（仮称）に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

初再診料、外来診療料等の見直し

1 基本的考え方

- 病院及び診療所の初再診料の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかとの指摘があることを踏まえ、所要の見直しを行う。
- 外来診療料について、糖代謝に係る他の検査の取扱いとの整合を図る観点を踏まえ、包括範囲の見直しを行う。

2 具体的内容

- 初診料については、病院の評価を引き上げる一方、診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数を統一する。
- 再診料については、病院の評価を引き下げる以上に診療所の評価を引き下げて、病院及び診療所の点数格差を是正するとともに、継続管理加算についても引き下げる。併せて、外来診療料について、再診料に係る評価の見直しに併せて評価を引き下げる。
- 外来診療料については、血液形態・機能検査としてヘモグロビンA_{1c}が包括されているが、ヘモグロビンA_{1c}と同時に実施した場合は主たるもののみ算定するとされているフルクトサミン、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトールは包括されていないことから、外来診療料とは別に算定できて不合理であるとの指摘があることを踏まえ、他の診療報酬項目との整合を図る観点から、ヘモグロビンA_{1c}を包括範囲から除外する。

初診料	病院の場合	255点	} →	〇〇〇点 (病院：引上げ) (診療所：引下げ)
	診療所の場合	274点		

再診料	病院の場合	58点	→	〇〇点 (引下げ)
	診療所の場合	73点	→	〇〇点 (病院以上に引下げ)

・継続管理加算 5点 → 〇〇点 (引下げ)

外来診療料 72点 → 〇〇点 (引下げ)

* ヘモグロビンA_{1c}を包括範囲から除外

紹介患者加算の廃止

1 基本的考え方

- 紹介患者加算に係る紹介率については、
 - ・ 医療機関の類型により、複数の算定式が存在すること
 - ・ 同一の病院であっても医療法上の算定式に基づく紹介率と診療報酬上の算定式に基づく紹介率が存在すること
 - ・ 救急医療を積極的に取り組むほど紹介率が低下することなど、必ずしも合理的でないとの指摘がある。
- また、紹介患者加算については、紹介率等に応じて6区分に細分化されていて複雑な体系となっており、また、医療機関の機能分化・連携に対して必ずしも十分寄与していないのではないかとの指摘もあることから、初診料の紹介患者加算を廃止する。

2 具体的内容

- 初診料に係る病院紹介患者加算を廃止するとともに、併せて診療所紹介患者加算を廃止する。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療法上、紹介率に着目して承認要件が定められていることを踏まえ、入院料等において別途評価を行う。

同一医療機関・同一日の複数診療科受診時の評価

1 基本的考え方

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、初診料又は再診料を１回のみ算定することとされているが、診療に要する費用、他医療機関の受診との整合性、効率的な医療提供、患者の便益等の観点から、同一医療機関における同一日の複数診療科受診について評価を行うこととする。

2 具体的内容

- 同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合は、２つ目の診療科の初診に限り、所定点数の１００分の〇〇に相当する点数を算定することとする。
 - * なお、総合診療外来等については、１つ目の診療科とはみなさない。
 - * ２つ目の診療科の初診については、加算点数は算定できない。

ＤＰＣによる支払対象病院の拡大

1 基本的考え方

- 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（ＤＰＣ）による支払対象病院を拡大する。

2 具体的内容

- 「ＤＰＣ対象病院」として、現行の対象病院（８２病院）に加えて試行的適用病院（６２病院）を位置付けるほか、ＤＰＣの適用を希望する調査協力病院（２２８病院）のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。
- 「ＤＰＣ準備病院」として、調査協力病院（２２８病院）のうち今回ＤＰＣ対象病院とはなかったが引き続きＤＰＣの適用を希望する病院を位置付けるほか、新たにＤＰＣの適用を希望する病院のうち急性期入院医療を提供する病院として具備すべき一定の基準を満たす病院を位置付ける。

（参考）ＤＰＣ対象病院となる病院の基準

（平成１８年１月１１日の診療報酬基本問題小委員会において了承）

- ＤＰＣ対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする。
 - ・ 看護配置基準 ２：１以上であること
 - * 現在、２：１を満たしていない病院については、平成２０年度までに満たすべく計画を策定すること
 - ・ 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
 - ・ 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「７月から１０月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
- 上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
 - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
 - ・ 救命救急入院料を算定していること
 - ・ 病理診断料を算定していること
 - ・ 麻酔管理料を算定していること
 - ・ 画像診断管理加算を算定していること

診断群分類及び診断群分類ごとの診療報酬点数の見直し

1 基本的考え方

- 医療資源の同等性、臨床的類似性、分類の簡素化及び精緻化、アップコーディングの防止等の観点から、診断群分類を見直すとともに、診断群分類ごとの診療報酬点数についても見直しを行う。

2 具体的内容

- 臨床の専門家等により構成される１～１６のMDCごとの作業班における検討結果を踏まえ、診断群分類及び点数の見直しを行う。
- 平成１７年度のMDC作業班は、以下のような方針で検討を行っており、これにより、診断群分類数は、現行の３，０７４から約２５００程度に簡素化される見込み。
 - ・ 「手術」による分岐の簡素化、「手術・処置等２」による分岐の精緻化
 - ・ 「検査入院」「教育入院」の廃止
 - ・ 「副傷病」の検証

DPCにおける入院期間Ⅰの設定方法の見直し

1 基本的考え方

- 在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて逡減する仕組みとなっているが、短期入院が相当程度存在する診断群分類について、より短期の入院を高く評価する仕組みへの見直し（入院期間Ⅰの設定方法の見直し）を行う。

2 具体的内容

- 平成16年改定において、悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、入院日数の25パーセンタイル値（Ⅰ日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直しを行ったが、今回、悪性腫瘍以外の診断群分類のうち、短期入院が相当程度存在する脳梗塞、外傷等についても同様の見直しを行う。

ＤＰＣによる包括評価の範囲の見直し

1 基本的考え方

- ＤＰＣにおける包括評価の範囲等について、必要な見直しを行う。

2 具体的内容

- 診療報酬調査専門組織のＤＰＣ評価分科会における検討結果を踏まえ、ＤＰＣによる包括評価の範囲について、以下のとおり見直しを行う。
 - ・ 画像診断管理加算について、包括評価の対象外とする。
 - ・ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料について、包括評価の対象とする。
- 以下の患者については、ＤＰＣによる包括評価の対象とせず、出来高算定とする。
 - ・ 平成１７年度「７月から１０月までの退院患者に係る調査」終了以降に、新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者
 - ・ 自家末梢血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植及び臍帯血移植を受ける患者

DPCにおける調整係数の見直し

1 基本的考え方

- 医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年度改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

2 具体的内容

- 平成18年度診療報酬改定率を踏まえ、DPCによる支払対象病院の包括範囲に係る収入が▲〇.〇〇%下がるように、調整係数を設定する。

リハビリテーションの疾患別体系への見直し

1 基本的考え方

- 人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分された現在の体系を改め、疾病や障害の特性に応じた評価体系とする。

2 具体的内容

- 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法を再編し、新たに4つの疾患別リハビリテーション料を新設する。

	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	呼吸器リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺疾患 であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 等
リハビリテーション料（Ⅰ）	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
リハビリテーション料（Ⅱ）	〇〇〇点	〇〇点	〇〇点	〇〇〇点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

* リハビリテーション料（Ⅱ）は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

* リハビリテーション料（Ⅰ）は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。

- その際、長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーションが行われているとの指摘があることから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有

用であると認められる一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定する。

- 併せて、算定日数上限の期間内に必要なリハビリテーションを提供できるよう、1月に一定単位数以上行った場合の点数の逓減制は廃止する。
- リハビリテーション医療の必要度の高い患者に対し重点的にリハビリテーション医療を提供する観点から、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とする。
- なお、機能訓練室の面積要件については、広大な機能訓練室がなくとも手厚い人員配置により質の高いリハビリテーションの提供が可能な場合もあると考えられることから、緩和する。

急性期リハビリテーションの評価

1 基本的考え方

- 急性期のリハビリテーションの充実を図る観点から、疾患の特性に着目しつつ、発症後早期については患者１人・１日当たりの算定単位数の上限を緩和する一方、現行の早期リハビリテーション加算については廃止する。

2 具体的内容

- 疾患の特性に着目しつつ、発症後早期については、１日当たりの単位数が多い場合を評価する観点から、患者１人・１日当たりの算定単位数の上限を緩和する。

現 行	改正案
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、合計で、患者１人・１日当たり４単位まで (別に厚生労働大臣が定める患者については、１日当たり６単位まで)	疾患別リハビリテーションについては、合計で患者１人・１日当たり６単位まで (別に厚生労働大臣が定める患者については、１日当たり９単位まで)
<ul style="list-style-type: none"> * 別に厚生労働大臣が定める患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 ・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後９０日以内の患者 ・ 外来移行加算を算定する患者 	<ul style="list-style-type: none"> * 別に厚生労働大臣が定める患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 ・ 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後６０日以内の患者 ・ ADL加算を算定する患者

- * 疾患別リハビリテーションについては、１人の患者が複数のリハビリテーションの要件をそれぞれ満たす場合には、それぞれ算定できることとするが、その場合も合計で１人・１日当たり６単位までとする。

- 併せて、発症後早期について１単位当たりの評価を高くしている早期リハビリテーション加算については、廃止する。

リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和

1 基本的考え方

- 現在、個別療法の実施単位数はリハビリテーション従事者1人当たり1日18単位を、集団療法の実施単位数はリハビリテーション従事者1人当たり1日のべ54単位を限度とされている。
- リハビリテーション従事者の労働時間について、医療機関ごとの弾力的な運用を可能とする観点から、リハビリテーション従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限を緩和する。

2 具体的内容

現 行	改正案
リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位まで	リハビリテーション従事者1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位まで * 1日当たりの単位数は、18単位を標準とし、24単位を上限とする。 * 1週当たりの単位数は、非常勤の従事者については、常勤換算で1人当たりとして計算する。

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

1 基本的考え方

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に１８０日を算定上限としている現行の取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定する中で、当該上限を短縮する。

2 具体的内容

〔算定対象となるリハビリテーションを要する状態の拡大〕

現 行	改正案
一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後３ヶ月以内の状態	一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後２ヶ月以内の状態
二 大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後３ヶ月以内の状態	二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後２ヶ月以内の状態
三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後３ヶ月以内の状態	三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後２ヶ月以内の状態
四 前三号に準ずる状態	四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靱帯損傷後１ヶ月以内の状態
	五 前四号に準ずる状態

〔リハビリテーションを要する状態ごとの算定日数上限の設定〕

一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後２ヶ月以内の状態	算定開始後 １５０日
（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発外傷の場合）	算定開始後 １８０日
二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後２ヶ月以内の状態	算定開始後 ９０日
三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後２ヶ月以内の状態	算定開始後 ９０日
四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靱帯損傷後１ヶ月以内の状態	算定開始後 ６０日

退院後早期の訪問リハビリテーションの評価

1 基本的考え方

- 理学療法士等が居宅を訪問して行うリハビリテーションについて、入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、退院後早期の患者に対する評価を引き上げる。

2 具体的内容

- 在宅訪問リハビリテーション指導管理料について、1日当たりの点数から1単位当たりの点数に改めるとともに、退院後早期について算定上限を緩和する。

現 行	改正案
【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】（1日につき） 530点	【在宅訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき） 〇〇〇点
<ul style="list-style-type: none">・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、リハビリテーションについて指導した場合・ 週3回まで	<ul style="list-style-type: none">・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、20分以上、訪問によりリハビリテーションを行った場合・ 週6単位まで・ 退院後3月以内の患者については、週12単位まで算定可