

【L 特掲診療料】⑤⑩ 麻酔

麻酔

●注の追加

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

改 定

【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】

注9

L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45点を所定点数に加算する。

麻酔困難患者

大動脈弁狭窄の基準値の変更あり

注10

別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術(K672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。)が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。

動脈圧測定用カテーテル

サーモダイリューション用カテーテル

体外式連続心拍出量測定用センサー等を

用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。

【麻酔】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

区分番号「L100」神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)について、神経根ブロックに先立って行われる超音波検査については、別に算定できるか。

A

神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

【D 特掲診療料】⑥⑦ 検査

検査

【Ⅲ－８（重点的な対応が求められる分野／イノベーションの適切な評価）－①】

質の高い臨床検査の適正な評価 骨子【Ⅲ－８（３）】

検査質の高い臨床検査の適正な評価

- 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けている施設において行われる検体検査の評価を行う。

新設

D026 検体検査判断料 注4

届出

国際標準検査管理加算

40点

〔算定要件〕

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、検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）を算定した場合は、国際標準検査管理加算として**40点を加算**する。

別添2の様式22

〔施設基準〕

- (1) 検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）に係る届出を行っている施設であること。
- (2) 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること。

ISO15189のことである。この機構が発行する認定証をもって、審査してもらうことになる。
（3/4 厚労省説明会質疑応答より）

認定を受けていることを証する
文書の写しを添付する。

【検体検査管理加算】

項目		点数
注3	イ 検体検査管理加算(Ⅰ) ※入院・外来	40点
	ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) ※入院のみ	100点
	ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) ※入院のみ	300点
	ニ 検体検査管理加算(Ⅳ) ※入院のみ	500点

[施設基準]

検体検査管理加算(Ⅳ) : (1)から(4)までのすべてを満たしていること。

- (1) **臨床検査を専ら担当する常勤の医師**が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において**検体検査結果の判断の補助を行う**とともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。
- (2) 院内検査に用いる**検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。**
- (3) 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で**常時実施できる体制**にあること。
 - ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査
 - イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、
クレアチンキナーゼ(CK)、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸
アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、血液ガス分析
 - ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

ABO血液型、Rh(D)血液型、Coombs試験(直接、間接)
 - エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のものに限る。)

【検体検査管理加算】

〔施設基準〕

- (4) 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。
- (5) 外部の精度管理事業に参加していること。
- (6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

検体検査管理加算(Ⅲ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること

(1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

検体検査管理加算(Ⅱ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること

(1) 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

検体検査管理加算(Ⅰ)：(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること

【検体検査管理加算】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

施設基準の項目として、「次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること」とあるが、これらの検査項目について、当該保険医療機関内で常時実施されていることが必要なのか。

A

緊急検査を常時実施できる体制を求めるものであり、必ずしもこれらの検査項目について、毎回院内で実施されることを求めるものではない。

Q

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準において、「検体検査結果の判断の補助」及び「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とあるが、具体的には何を指すのか。

A

「検体検査結果の判断の補助」とは、例えば、以下のようなものを指す。

- ・検査をオーダーした医師に迅速に報告すべき緊急異常値(いわゆるパニック値)の定及び運用に係る判断
- ・検査結果の解釈や追加すべき検査等に関する助言など「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とは、例えば、以下のようなものを指す。
- ・院内において臨床検査の適正化に関する委員会を運営し、検査室での検査の精度管理に関与すること
- ・適切な機器・試薬の選定に係る判断など

【検体検査管理加算】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

検体検査管理加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準における「臨床検査を専ら担当する医師」、画像診断管理加算1及び2の施設基準における「画像診断を専ら担当する医師」並びに病理診断管理加算の施設基準における「病理診断を専ら担当する医師」について、勤務時間のうち少しでも外来診療を担当している場合は、一切認められないのか。

A

勤務時間の大部分において、それぞれ臨床検査、画像診断又は病理診断に携わる業務を行っていれば差し支えない。

【検査】

新設

D004-2・1	悪性腫瘍遺伝子検査	
	又 BRAF遺伝子検査	6.520点
	ル RAS遺伝子検査	2.500点

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「又」BRAF遺伝子検査は、どのような場合に算定できるのか。

A

BRAF阻害薬の投与の適応を判断することを目的としてリアルタイムPCR法によりBRAF遺伝子検査が可能な体外診断用医薬品として薬事承認を得ているものを用いた場合に限り算定できる。

検査

【Ⅲ－４(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ－４(２)】

●D006-4 遺伝学的検査

〔レセプト記載要領〕

2回以上実施する場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に記載すること。

改定

【遺伝学的検査】 届出

注 別に定める疾患については、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行われる場合に限り算定する。

〔算定要件〕

- ① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

検査

【Ⅲ－４(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ－４(２)】

●D006-4 遺伝学的検査

改 定

- ア) デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群及び脊髄性筋萎縮症
- イ) ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症
- ウ) フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症及び先天性難聴

検査

【Ⅲ－４(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】
指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ－４(２)】

●D006-4 遺伝学的検査

改 定

エ)

神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、プリオン病、発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイアー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴

- ② ①のアに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①のイに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。

検査

【Ⅲ－４(重点的な対応が求められる分野／難病医療の推進)－③】

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価 骨子【Ⅲ－４(２)】

●D006-4 遺伝学的検査

改 定

③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報
の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会によ
る医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を
遵守すること。

④ ①のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドライン
に加え、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行われる場合に限り算定する。

〔施設基準〕

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

Q

区分番号「D006-4」遺伝学的検査の留意事項通知(1)のエに掲げる遺伝子疾患
に対する検査について、関係学会の定める遺伝学的検査の実施に関する指針とは何
か。

A

日本神経学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会、日本衛生検査所協会の定め
る「遺伝学的検査の実施に関する指針」を指す。

検査

新設

D215-3 超音波エラストグラフィー 200点

注 D215-2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

医学的に必要から別途肝硬度測定を算定する場合には、レセプトにその旨を記載

肝臓の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合、3月に1回算定
医学的に必要があり3月に2回算定の場合は、レセプトにその旨を記載

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

超音波エラストグラフィーが新設されたが、乳腺超音波検査施行時にエラストグラフィーを行った場合は併算定可能か。

A

肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合は、併算定可能である。

検査

●項目の分割・注の追加

D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

改 定

【長期脳波ビデオ同時記録検査】

<u>1 長期脳波ビデオ同時記録検査1</u>	届出	<u>3,500点</u>
<u>2 長期脳波ビデオ同時記録検査2</u>		<u>900点</u>

注

1については、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行われる場合に算定する。

検査

●D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

[施設基準] 長期脳波ビデオ同時記録検査1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜していること。
- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
- (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。
ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
- (4) 3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
- (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
- (9) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に拠点施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、地域における連携の拠点となる医療機関であること。
- (10) てんかん診療拠点機関として選定されていること。
- (11) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (12) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

検査

●項目の分割・注の追加 D238 脳波検査判断料

改 定

【脳波検査判断料】

1 脳波検査判断料 1	届出	350点
2 脳波検査判断料 2		180点

注2

1については、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行われる場合に算定する。

注3

届出

遠隔脳波診断を行った場合については、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間で行われた場合に限り算定する。
この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

●D238 脳波検査判断料

〔施設基準〕 脳波検査判断料1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。
- (6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

●D238 脳波検査判断料

[施設基準] 遠隔脳波診断を行った場合

(1) 送信側(脳波検査が実施される保険医療機関)においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

(2) 受信側(脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関)においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア 脳波検査判断料1に関する届出を行っている保険医療機関であること。

イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

検査

●項目の分割・注の追加 D238 脳波検査判断料

改 定

【脳波検査判断料】

1 脳波検査判断料 1	届出	350点
2 脳波検査判断料 2		180点

注2

1については、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届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

注3 届出

遠隔脳波診断を行った場合については、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届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。
この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

〔施設基準〕 脳波検査判断料1

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

検査

●D238 脳波検査判断料

[施設基準]

- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。
- (6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「D238」脳波検査判断料1の施設基準に「関係学会により教育研修施設として認定されている施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

A

日本てんかん学会認定研修施設、日本神経学会認定施設、日本脳神経外科学会専門研修施設、日本小児神経学会小児神経専門医研修認定施設及び日本臨床神経生理学会認定研修施設を指す。

検査

新設

D239-5 精密知覚機能検査

280点

[算定要件]

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。
なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「D239-5」精密知覚機能検査の算定留意事項にある「当該検査に関する研修」及び「関係学会の定める診療に関する評価マニュアル」とは何を指すのか。

A

前者は日本ハンドセラピー学会が行うSW-test講習を指し、後者は日本手外科学会及び日本ハンドセラピー学会が定める「SWTによる静的触覚の評価マニュアル」を指す

検査

●項目の分割・注の追加

D261 屈折検査

改 定

【屈折検査】

<u>1 6歳未満の場合</u>	<u>69点</u>
<u>2 1以外の場合</u>	<u>69点</u>

[算定要件]

- (1) 屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。
- (2) 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として所定点数を算定する。
- (3) 屈折検査と区分番号「D263」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、「1」については、弱視又は不同視等が疑われる場合に限り、3月に1回(散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回)に限り併せて算定できる。

検査

●項目の分割・注の追加

D263 矯正視力検査

改 定	
【矯正視力検査】	
1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	69点
2 1以外の場合	69点

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

弱視又は不同視等が疑われる6歳未満の小児に対して、「D261」屈折検査と「D263」矯正視力検査を併施した場合は、3月に1回に限り併せて算定できるが、散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回の合計2回算定できるか。

A

算定できる。

【検査】

内視鏡検査

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

鎮静下に内視鏡検査を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は認められるか。

A

当該項目の算定要件を満たしている場合には、それぞれの所定点数を算定できる。

Q

健康診断において、胃・十二指腸ファイバースコープ又は大腸ファイバースコープを実施し、病変を認めた場合、引き続いて実施される狭帯域光による観察又は粘膜点墨法について、狭帯域光強調加算又は粘膜点墨法に係る加算の項目のみを算定できるか。

A

算定できない。

【E 特掲診療料】⑦〇 画像診断

画像診断

【1－2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）－⑦】

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減 骨子【1－2（7）】

●通則4～7 画像診断管理加算 夜間等における負担軽減

改 定

【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】届出

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等に届出を行った保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。

〔施設基準等〕

夜間又は休日に撮影された画像について、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で、読影した場合も対象となる。

なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

「十分な装置・機器」とは、厚労省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を順守していることというふうに考えている。今回、遠隔での画像の送受信や、ICTを使ったような施設基準を幾つか設けている。その情報のセキュリティについては、かなり懸念する声も耳にしている。施設基準の中で、安全管理については随所に記載している。そういったところは非常に重要である。（3／4 厚労省説明会 質疑応答より）

【画像診療管理加算】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

A

算定可能である。

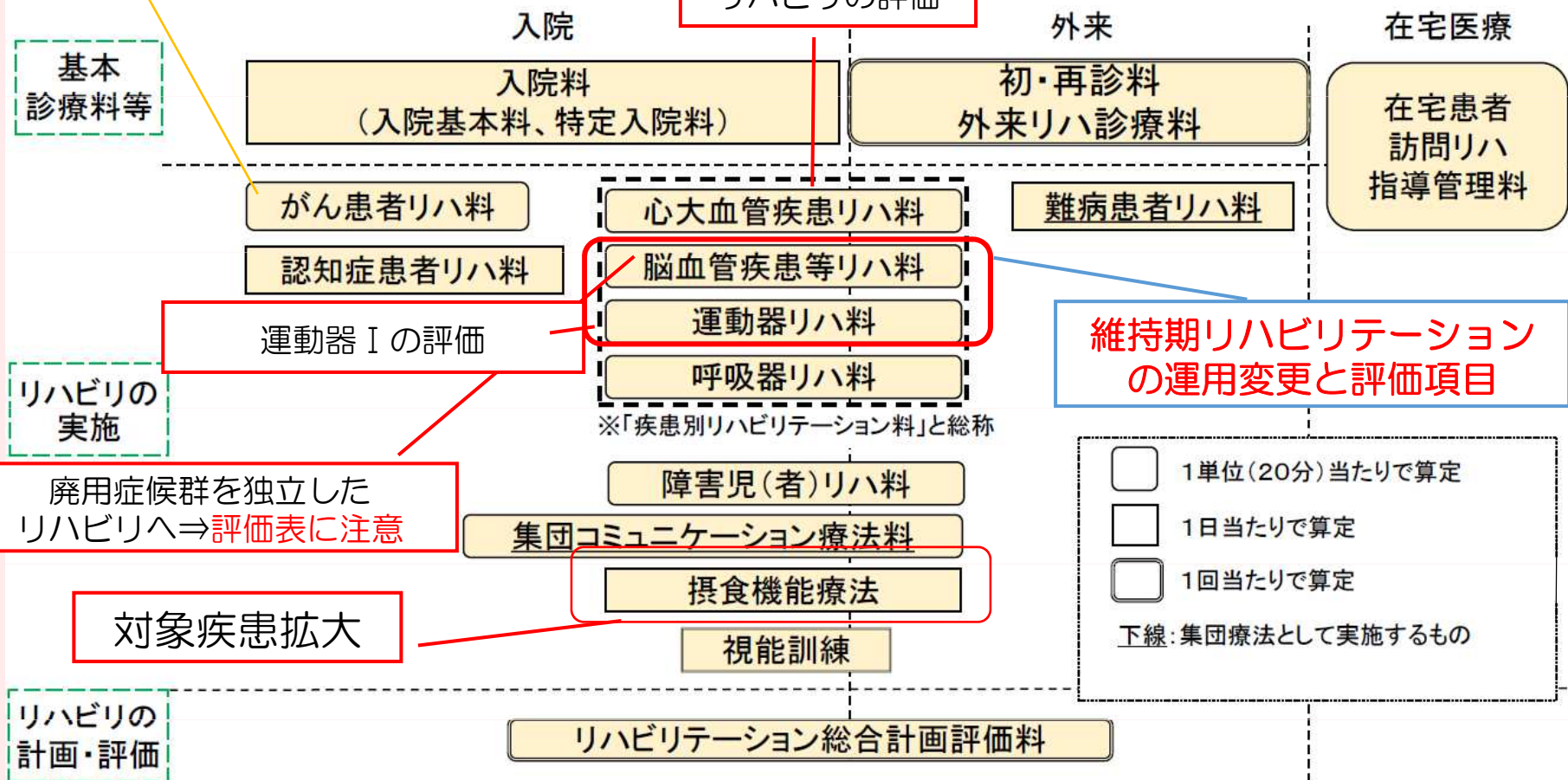
【H 特掲診療料】⑧⑩ リハビリテーション

がん患者リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上、
患者又はその家族に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を
説明し、その要点を診療録に記載する。

リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

- リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。

生活機能に係る
リハビリの評価



リハビリテーション

【Ⅱ－３(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑧

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 骨子【Ⅱ－３(８)】

●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

改 定

【リハビリテーション通則】

[算定要件]

届出施設である保険医療機関内において、治療、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。また、当該保険医療機関外であっても、以下を全て満たす場合は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。

(略)

- ・入院中の患者
- ・疾患別リハ(Ⅰ)
- ・1日3単位まで

次頁の(1)～(4)を
満たす

リハビリテーション

【Ⅱ－３(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑧

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 骨子【Ⅱ－３(８)】

●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

[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) 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)、運動器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、自動車の運転等の訓練を行うもの。
 - 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(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) 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。

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q 運動器不安定症の定義は何か。また、その診断は何を基準として行うか。

A それぞれ日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会及び日本臨床整形外科学会が示した「**運動器不安定症の定義と診断基準**」による**定義及び診断基準を用いる**。なお、当該「**運動器不安定症の定義と診断基準**」は、平成28年2月18日に改訂されたことに留意すること。の要件を満たしていれば兼ねることができる。

Q 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施するにあたり、標準的算定日数の起算日はいつとすべきか。

A **運動器不安定症の急性増悪があった場合はその日**とする。それ以外の場合は、運動器不安定症の診断が**最初になされた時点を起算日**とする。
なお、最初に運動器不安定症と診断した際とは別の要件で新たに診断基準を満たした場合でも、**新たに標準的算定日数を起算することはできないので留意すること**。

【運動器不安定症の定義と診断基準】

参考

定義

高齢化にともなって運動機能低下をきたす運動器疾患により、バランス能力 および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態

診断基準

下記の、高齢化にともなって運動機能低下をきたす11の運動器疾患または状態の既往があるか、または罹患している者で、日常生活自立度ならびに運動機能が以下の機能評価基準に該当する者

機能評価基準

- 1 日常生活自立度判定基準ランクJまたはAに相当
- 2 運動機能：1)または2)
 - 1)開眼片脚起立時：15秒未満
 - 2)3m timed up-and-go (TUG) テスト：11秒以上

※注 日常生活自立度ランク

- J：生活自立（独力で外出できる）
A：準寝たきり（介助なしには外出できない）

「運動器不安定症の定義と診断基準」

出典元：公益社団法人 日本整形外科学会 2016年3月1日修正版

高齢化にともなって運動機能低下をきたす 11の運動器疾患または状態

- ①脊椎圧迫骨折および各種脊柱変型（亀背、高度腰椎後弯・側弯など）
- ②下肢の骨折（大腿骨頸部骨折など）
- ③骨粗鬆症
- ④変形性関節症（股関節、膝関節など）
- ⑤腰部脊柱管狭窄症
- ⑥脊髄障害（頸部脊髄症、脊髄損傷など）
- ⑦神経・筋疾患
- ⑧関節リウマチおよび各種関節炎
- ⑨下肢切断後
- ⑩長期臥床後の運動器廃用
- ⑪高頻度転倒者

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施する場合、運動器リハビリテーション料を算定すると考えてよいか。

A 運動器不安定症に対しては、原則として運動器リハビリテーション料を算定する。ただし、運動器不安定症と診断する際、診断基準のうち「**運動機能低下を来す疾患**」が「**長期臥床後の運動器廃用**」の既往又は罹患のみであった場合は、**廃用症候群リハビリテーション料**を算定する。
また、運動器不安定症に対して廃用症候群リハビリテーション料を算定した患者について、その後、同一の保険医療機関において**再び運動器不安定症を原因疾患**としてリハビリテーションを開始する場合は、「**運動機能低下を来す疾患**」の該当状況にかかわらず**廃用症候群リハビリテーション料**を算定する。

Q 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当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」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他の業務」に含まれるか。

A 含まれる。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設 骨子【Ⅱ－3(5)】

●H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

新設

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料 (1日6単位)
(別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位)

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

[算定要件]

施設基準適合保険医療機関において地方厚生局長等届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、廃用症候群の診断又は急性増悪から **120日以内**に限り所定の点数を算定する。

ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、**120日**を超えて所定点数を算定することができる。

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

- ・算定対象患者は、特に別表では示していない。
- ・運動器不安定症の中でも廃用症候群のものについては、廃用症候群という取り扱いにするということが、中医協(中央社会保険医療協議会)でも議論されている。追って事務連絡で示したい。運動器不安定症の中で、廃用症候群によるものは廃用症候群リハビリテーション料で算定することになる。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【H003-2 リハビリテーション
総合計画評価料】
(月1回)算定可能

【B001・17 慢性疼痛疾患管理料】
算定患者は算定不可

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑤】
廃用症候群リハビリテーション料の新設 骨子【Ⅱ－3(5)】

●H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

〔レセプト記載要領〕

・当該項目、回数・算定単位数、
合計点数及び実施日数を記載する。
・疾患名、発症月日、手術月日、
急性増悪した月日又は最初に
診断された月日

〔施設基準〕

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)と同様。
- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、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、常勤作業療法士との兼任は可能であること。**
- (3) **専従の常勤言語聴覚士**については、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。**

【経過措置】

平成28年3月31日時点で脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を受けている患者については、**当該時点の算定上限日数を適用する。**

リハビリテーション

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

新設

H001-2 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）	108点
2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	88点
3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	46点

通則5にH001-2 廃用症候群リハビリテーション料 追加

<通則5より抜粋>

J117 鋼線等による直達牽引、J118 介達牽引、J118-2 矯正固定、J118-3 変形機械矯正術、J119 消炎鎮痛等処置、J119-2 腰部又は胸部固定帯、J119-3 低出力レーザー照射、J119-4 肛門処置 を併せて行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

リハビリテーション

「廃用症候群リハビリテーション料」

(別紙様式22、疾病分類表)

リハビリテーションの起算日以外に
廃用症候群の診断日を記載

(別紙様式22) 廃用症候群に係る評価表				疾病コード (001~119) 疾病分類 (ICD-10 第10版 2003年(準拠))		
患者氏名	男・女	入院	外来	疾病コードと疾病分類の対応表		
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日	年 月 日			
主傷病		廃用症候群の診断日	年 月 日			
要介護度	要介護・要支援	リハビリテーション起算日	年 月 日			
算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III				
1 廃用を生じる契機となった疾患等						
2 廃用に至った経緯等						
3 手術の有無		有・無				
手術		手術名				
		手術年月日				
4 治療開始時のADL		BI		点		
月毎の評価点数		BI		点		
(BI又はFIM どちらかを記入)		BI		点		
		BI		点		
		BI		点		
		BI		点		
5 一月当たりの リハビリテーション		実施 日数				
		提供 単位数				
6 リハビリテーションの内容		具体的に記載すること				
7 改善に要する見込み期間		☐ 2週間以内 ☐ 1ヶ月から3ヶ月 ☐ 6ヶ月以上				
8 前回の評価からの 改善や変化		-1 悪化 0 維持 1 改善 BI・FIMで()点程度の改善				
【記載上の注意】 1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。 2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。 3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。 4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。				疾病コード (001~119) 疾病分類 (ICD-10 第10版 2003年(準拠)) 感染症及び寄生虫症 001 肺管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫の感染・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症 新生物 010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸・肛門周囲部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 乳房の悪性新生物 016 子宮の悪性新生物 041 屈折及び関節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患 耳及び乳突突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳突突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患 循環器系の疾患 050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 084 その他の消化器系の疾患 皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 筋骨格系及び結合組織の疾患 088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸胸症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊椎障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 腎尿路生殖泌尿系の疾患 098 急性腎炎及び慢性腎臓病 099 慢性腎臓病		
【記載上の注意】 1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。 2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。 3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。 4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。				036 脳性麻痺及びその他の脳性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患 眼及び付属器の疾患 039 結膜炎 040 白内障 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 脾疾患 117 熱傷及び凍傷 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響		

脳血管疾患・運動器・廃用症候群リハビリテーションの方向性

1週間以内にFIMまたはBIが10以上低下

維持期リハビリ

- ①外来患者
- ②要介護被保険者等
- ③右記リハビリを行っている
- ④標準的算定日を超えた患者

- ◆H001 脳血管疾患リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から180日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆H002 運動器リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から150日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆H001-2 廃用症候群リハビリテーション
→廃用症候群の診断または急性増悪120日

標準的算定日期間を超えた場合
(1月13単位まで)点数減じて算定

新設

H003-4
目標設定等支援・管理料

標準日数
1/3を経過

注5の
解説

改定

- ※過去1年間に通所リハビリテーション
又は介護予防通所リハビリテーションを実施実績
- ①実績のある医療機関(届出)→所定点数×0.6
- ②実績のない医療機関→上記①の所定点数×0.8

※直近3か月以内に
管理料算定していない場合
リハビリ所定点数×0.9

※要介護被保険者等
外来患者は、原則として平成30年4月1日
以降は対象とはならない

※減算については
平成28年10月1日から実施する。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥

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 骨子【Ⅱ－3(6)】

- 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、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

新設

H003-4

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

別紙様式
23の5

[算定要件]

- (1) 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以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
 - ① 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。
 - ② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥

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 骨子【Ⅱ－3(6)】

●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、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

[算定要件]

ア)説明時点までの経過

イ)治療開始時及び説明時点のADL評価(BarthelIndex又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。)

ウ)説明時点における患者の機能予後の見通し

エ)医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。

オ)現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ)の目標にどのように関係するか。

別紙様式
23の5「記載上の注意」欄にあり

③①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥

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 骨子【Ⅱ－3(6)】

2. 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、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を評価

〔算定要件〕

④当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所(当該保険医療機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案する。

(2) 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又は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のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

【経過措置】

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の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、運動器リハビリテーション料の減算については、平成28年10月1日から実施する。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑥

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 骨子【Ⅱ－3(6)】

●医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、併給できる期間の拡大

改定前	改定後
要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。	要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護リハビリテーションに移行した日以降保険におけるは、当該リハビリテーションに係る疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。 <u>なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援における紹介、提案等によって、介護保険におけるリハビリテーションの内容を把握する目的で、1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションの提供を受ける場合は当該「移行」に含まない。</u>

H26年改定による項目 B005 - 1 - 3
介護保険リハビリテーション移行支援料
500点（外来）

活用

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q 目標設定等支援・管理料を算定した患者に対して介護保険のリハビリテーションを紹介した場合、体験等の目的で介護保険のリハビリテーションを1月に5日を超えない範囲で受けても、引き続き医療保険のリハビリテーションを算定することが可能とされているが、介護予防通所リハビリテーションのように月額で算定されるリハビリテーションはどのように解釈すべきか。

A 支払いの方式にかかわらず、当該患者が介護保険のリハビリテーションを受けた日数が1月に5回を超えないことが要件である。なお、目標設定等支援・管理料を算定した患者に介護保険のリハビリテーションを紹介した医療機関は、紹介先の事業所への照会等によって、当該患者による介護保険のリハビリテーションの利用が暦月で5日を超えたことがあるかを把握し、当該患者を他の保険医療機関に紹介する場合等にも当該情報が引き継がれるよう留意すること。

Q 目標設定等・支援管理料とリハビリテーション総合計画評価料は同一月に併算定できるか。

A できる。

リハビリテーション 目標設定等支援・管理シート(別紙様式23の5)

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日

患者氏名: 生年月日: 年 月 日

1. 発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)

2. ADL評価 (Barthel Index または FIM による評価) (リハビリ開始時及び現時点)

(Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計 (0-100 点)	点			合計 (0-100 点) 点		

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点 得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		更衣 (上半身)		
		更衣 (下半身)		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
	認知	コミュニケーション	理解	
表出				
社会交流				
問題解決				
社会認識		記憶		
		小計		
		合計		

目標設定等支援・管理シート (別紙様式23の5の1枚目)

バーセルインデックス
又は
FIMによる評価を行う

リハビリテーション

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

「目標設定等支援・管理シート」 （別紙様式23の5の2枚目）

【記載上の注意】

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

**※外来患者に対しては
介護保険で行うリハビリテーションの
紹介や体験等の提供を行う**

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等 骨子【Ⅱ－3(12)】

〔レセプト記載要領〕

疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載する。

●H004 摂食機能療法

改 定

【摂食機能療法】

〔算定要件〕

摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して(中略)算定する。なお、摂食機能障害者とは、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をいう。

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

胸部X線撮影で誤嚥性肺炎の診断をした場合でも、VF、VE検査を施行しなければ摂食機能療法の算定はできないのか。

A

そのとおり。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑪
リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【Ⅱ－3(11)】

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

新設

H007-4

届出

リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合

200点（1日につき）

2 1以外の場合

100点（1日につき）

[算定要件]

- (1) リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ期後期以降を重症とする。
- (2) 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回を限度**として、治療を開始した月の翌々月からは月1回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、6月に1回を限度として所定の点数を算定する。

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑪】

リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【Ⅱ－3(11)】

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

[算定要件]

- (3) 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する。あん摩マツサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、**あん摩マツサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において2年以上業務に従事し、施設基準に定める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**できる。
- (4) **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する。**なお、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こと。**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こと(行わない医学的理由がある場合を除く。)

リハビリテーション

●H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

様式43の7

[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名が勤務していること。
 - 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例以上診療していること(医師の場合に限る。)
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(座学が33時間以上、実習が67時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。)を修了していること。
- (2) 当該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こと。

リンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していない場合、リンパ浮腫の診断等に係る連絡先として届出保険医療機関(直近1年間にリンパ浮腫指導管理料50回以上算定している)において、リンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療する旨とともに紹介されたもの(診療情報提供料Ⅰを算定するものに限る)についてのみ算定できる。

医学管理等

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑪】
リンパ浮腫の複合的治療等 骨子【Ⅱ－3(11)】

●B001-7 リンパ浮腫指導管理料

リンパ浮腫に対する
指導管理項目
(医学管理等)

指導管理を行うものに
OTが追加

改 定

【B001-7 リンパ浮腫指導管理料】

[算定要件]

医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士又は作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、(中略)算定する。

[レセプト記載要領]

- ・退院後に再度算定した場合は、退院日及び実施した手術名を記載。
- ・地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合は、入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載。
- ・手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日を記載

リハビリテーション

【Ⅱ－3(患者の視点等／リハビリテーションの推進)－⑩】
リハビリテーション専門職の専従規定の見直し 骨子【Ⅱ－3(10)】

●リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

1. 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。
2. 第7部リハビリテーション第1節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。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準において、「循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。同様に、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準において、「心大血管疾患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の経験を有する医師（非常勤を含む。）が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。

A

それぞれの要件を満たしていれば兼ねることができる。

Q

あん摩マッサージ指圧師がリンパ浮腫複合的治療を実施する場合、「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できる。」とあるが、**毎回の治療において指示及び報告が必要**なのか。

A

毎回の治療において、指示及び報告が必要である。また、様式は問わないが、指示の内容及びその指示者並びに報告の内容及びその報告を受けた者を記録として残すこと

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当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」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他の業務」に含まれるか。

A 含まれる。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「H000」心大血管疾患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、「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の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。」とあるが、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合も同様に、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定すると考えてよいのか。

A

そのとおり。

Q

「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションの前又は後に、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定を行った場合、リハビリテーションの前であるか後であるかを問わず経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できないと考えてよいのか。

A

そのとおり。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用が含まれるが、これは当該測定の実施がリハビリテーションの前であるか後であるかを問わない。

【リハビリテーション】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q 「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを実施した日の、リハビリテーションとは別の時間帯に行った酸素吸入の費用は、別に算定できるか。

A できる。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能訓練と同時に行った「J024」酸素吸入の費用は含まれるが、呼吸機能訓練と別に行った酸素吸入の費用は同日であっても別に算定できる。

Q 呼吸器リハビリテーションについて、「疑義解釈資料の送付について」（平成20年3月28日事務連絡）で「術前に呼吸器リハビリテーションを開始した場合、手術後の治療開始日を改めて標準的算定日数の算定開始日とできるのか。」という問に対し「可能である」とある。これは平成28年4月以降も適用されるか。
また、初期加算、早期リハビリテーション加算についても同様の取扱いとなるか。

A 標準的算定期間についての取扱いは変わらない。早期リハビリテーション加算及び初期加算について、術前のリハビリテーションについては治療開始日から算定できる。術後のリハビリテーションに係る早期リハビリテーション加算及び初期加算については、手術から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日及び14日に限り算定できる。

【Ⅰ 特掲診療料】⑧〇 精神科専門療法

精神科専門療法

【Ⅲ－３（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑦】
自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価 骨子【Ⅲ－３（６）】

●自殺企図後の患者に対する継続的な指導

新設

I002-3

届出

救急患者精神科継続支援料

1	入院中の患者	435点	（月1回）
2	1以外	135点	（6ヶ月に6回まで）

〔レセプト記載要領〕

「2」については、電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、当該指導等を行った月を記載する。

〔算定要件〕

- (1) **自殺企図後の患者**に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。
- (2) 継続支援料1は、週1回以上の診察を行っている精神科医が、又は当該精神科医の指示に基づき看護師、精神保健福祉士等が、**入院中の患者に助言・指導等を行った場合に算定する。**
- (3) 継続支援料2は、**入院中に当該患者の指導を担当した精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者以外の患者に、1ヶ月間に2回以上、電話等で指導等を行った上で、外来で指導等を行った場合に算定する。**

入院した日から起算して6月以内の期間に月1回

退院後6月以内に限り、計6回を限度

精神科専門療法

●救急患者精神科継続支援料

[施設基準]

精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び適切な研修を受けた専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤臨床心理技術者又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。

◆専任の常勤医師・専任の常勤看護師・専任の常勤作業療法士・
専任の常勤精神保健福祉士・専任の常勤臨床心理技術者・
専任の常勤社会福祉士の適正な研修とは…

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること
(16時間以上の研修期間であるもの)。
- イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。
- (イ) 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項
 - (ロ) 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要
 - (ハ) 自殺企図のリスク因子と防御因子について
 - (ニ) 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
 - (ホ) 初回ケースマネジメント面接について
 - (ヘ) 定期ケースマネジメントについて
 - (ト) ケースマネジメントの終了について
 - (チ) インシデント対応について
 - (リ) ポストベンションについて
 - (ヌ) チーム医療とセルフケアについて
- ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

専任の常勤医師及び
専任の常勤看護師等
については、研修修了を
証明する書類を添付す
ること。

【1002-3 救急患者精神科継続支援料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状については入院の必要はないものの、**自傷他害の恐れがあるため入院が必要と診断した患者**について、算定可能か。

A **算定できない。自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状に対し、入院治療が必要な患者についてのみ算定可能である。**

Q 電話による指導等を試みたが、**患者が電話に応答しなかった場合に**、救急患者精神科継続支援料2を算定できるか。

A **算定できない。**

Q 「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

A 現時点では、「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会（国立精神・神経医療センターが実施するもの又は厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施するものに限る。）」が相当する。

精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2認知療法・認知行動療法

〔レセプト記載要領〕

初回の算定月日と一連の治療における算定回数の合計を記載。

【対象疾患の拡大】

強迫性障害、社交不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害 が追加された

改 定

【認知療法・認知行動療法】

- | | |
|--|-------------|
| 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 | 500点 |
| 2 1以外の医師による場合 | 420点 |
| 届出 | |
| 3 <u>地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合</u> | <u>350点</u> |

精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

[算定要件]

- (1) 「3」に規定する点数は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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保険医療機関において、治療にかかる面接の一部を**専任の看護師が実施**した場合に算定する。
ただし、下記のすべてを満たすこと。
- ① 初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
 - ② その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
 - ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。
- (2) 「1」、「2」及び「3」に規定する点数は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「3」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

[施設基準]

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 - ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
 - イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のもについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－】

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施 骨子【Ⅲ－3(10)】

●I003-2 認知療法・認知行動療法

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

- (イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
- (ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。
- (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。
- (ニ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

【 I003-2 認知療法・認知行動療法 】

厚労省 疑義解釈（その１）平成28年3月31日

Q

認知療法・認知行動療法3の施設基準通知において、「認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること」が要件とされているが、**同席する面接は医師によるものでなくてもよい**か。

A

同席の対象は認知療法・認知行動療法**1又は2を算定する面接に限る**。従って、**医師によって行われる面接のみが対象**となる。なお、認知療法・認知行動療法3を算定する面接は対象とならないので留意すること。

精神科専門療法

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑩】

薬物依存症に対する集団療法の評価 骨子【Ⅲ－3(9)】

●I006-2 依存症集団療法

新設

I006-2

届出 依存症集団療法

340点(1回につき)
(6ヶ月間に限る。)

[レセプト記載要領]
治療開始日を記載する。

[算定要件]

- (1) 医師又は医師の指示を受けた**看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の者**(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、**薬物依存症の患者**に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合に、**6月以内に限り、週1回を限度**として算定する。

ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から2年以内に限り、別途、週1回かつ計24回を限度として算定できる。

- (2) 1回に20人を限度とし、90分以上実施した場合に算定する。

治療開始から起算して

[施設基準]

- (1) 専任の精神科医師及び専任の看護師、**専任の作業療法士**(いずれも**研修を修了した者に限る。)**が**それぞれ1名以上**勤務していること。
- (2) 当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上(研修を修了した者に限る。)が専従していること。

<入院中以外の患者>

・覚せい剤
・麻薬
・危険ドラッグ 等
物質依存の状態にあるもの

精神科専門療法

●I006-2 依存症集団療法

専任の精神科医及び専任の看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

[施設基準]

専任の精神科医・専任の看護師・専任の作業療法士の適正な研修とは…

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること

(14時間以上の研修期間であるもの)。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

- (イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
- (ロ) 依存症患者の精神医学的特性
- (ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応
- (ニ) 依存症に関連する社会資源
- (ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応
- (ヘ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「依存症に対する集団療法に係る適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

A

現時点では、以下のいずれかの研修が相当する。

- ① 独立行政法人精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」
- ② 日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」