

【H 特掲診療料】⑧⑩ リハビリテーション

中医協総会 個別事項(その5)リハビリテーション H27.12.2 ～着眼点～抜粋

1. 回復期リハビリテーション病棟における質の評価

- 医療機関ごとのリハビリテーションの効果に基づく評価
→提供量に対して一定の実績基準を下回る医療機関における
1日6単位を包括にしてはどうか

2. 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーション

- 廃用症候群を独立したリハビリテーションにしてはどうか**
- 対象患者及び算定ルールの見直し**
 - ①急性期後の安静状態（疾患別リハ対象に関わらず）
 - ②長期臥床による運動器廃用 等

3. 維持期リハビリテーション

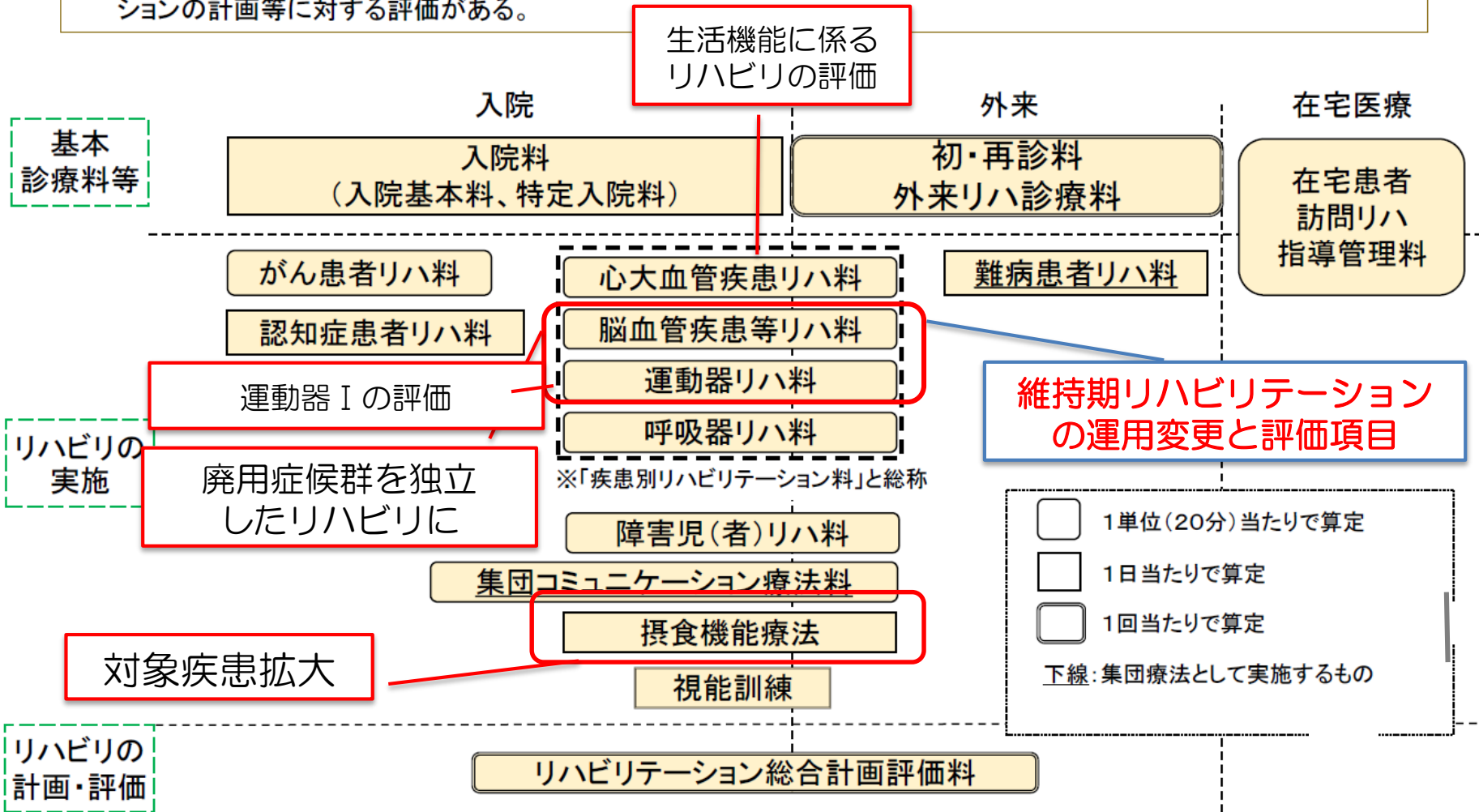
- 介護保険のリハビリテーションに移行する際の多職種連携に対する評価
- 介護保険と医療保険のリハビリテーションの併用について
(医療保険のリハから介護保険のリハに移行する際のアプローチ)

介護保険への移行の
評価が重要

＜外来・新設＞
目標設定等支援・管理料

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。



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

現 行	改 定
<p>【リハビリテーション通則】</p> <p>[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。</p> <div data-bbox="198 958 672 1110" style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"><p>次頁の(1)～(4)を 満たす</p></div>	<p>【リハビリテーション通則】</p> <p>[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。<u>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。</u></p> <p>(略)</p>

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。

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)-⑦

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し 骨子【II-3(7)】

●H000 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等

現 行	改 定
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 205点</p> <p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 105点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、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、(略)所定点数を算定する。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 届出</p> <p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 205点</p> <p>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) <u>125点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>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、別に厚生労働大臣が定める患者(<u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患についてはそれぞれ発症から1か月以上経過したものに限り、</u>)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、(略)所定点数を算定する。</p>

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)-⑦】

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等の見直し 骨子【II-3(7)】

●H000 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準等

現 行	改 定
<p data-bbox="63 491 311 539">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="63 606 927 996">心大血管疾患リハビリテーション料(II)届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、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の経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p data-bbox="981 491 1228 539">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="981 606 1864 996">心大血管疾患リハビリテーション料(II)届出保険医療機関において、<u>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。)</u>及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する<u>医師(非常勤を含む)</u>がそれぞれ1名以上勤務していること。</p>

リハビリテーション

●項目の見直し

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

現 行	改 定
【脳血管疾患等リハビリテーション料】	【脳血管疾患等リハビリテーション料】
1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
イ 口以外の場合 245点	<u>245点</u>
ロ 廃用症候群の場合 180点	
2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
イ 口以外の場合 200点	<u>200点</u>
ロ 廃用症候群の場合 146点	
3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）
イ 口以外の場合 100点	<u>100点</u>
ロ 廃用症候群の場合 77点	

リハビリテーション

●注の見直し

H001 脳血管疾患等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

現 行	改 定
【脳血管疾患等リハビリテーション料】	【脳血管疾患等リハビリテーション料】
1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
イ 口以外の場合 221点	<u>147点</u>
ロ 廃用症候群の場合 162点	
2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
イ 口以外の場合 180点	<u>120点</u>
ロ 廃用症候群の場合 131点	
3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）
イ 口以外の場合 90点	<u>60点</u>
ロ 廃用症候群の場合 69点	

リハビリテーション

【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

【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

【B001・17 慢性疼痛疾患管理料】
算定患者は算定不可

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に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)

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

【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）

(別紙様式22) 廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	外来
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	
手術名		
手術年月日	年 月 日	
治療開始時のADL	BI 点	
4 月毎の評価点数 (BI又はFIMどちらかを記入)	月	BI 点
	月	BI 点
	月	BI 点
	月	BI 点
	月	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	<input type="checkbox"/> 2週間以内	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月
	<input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	
8 前回の評価からの改善や変化		

【記載上の注意】

- 「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」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。
- 「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。
- 「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)

疾病コードと疾病分類の対応表		
感染症及び寄生虫症	041 関節及び関節の障害	084 その他の消化器系の疾患
001 腸管感染症	042 その他の眼及び付属器の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患
002 結核	耳及び乳突突起の疾患	085 皮膚及び皮下組織の感染症
003 主として性的伝播様式をとる感染症	043 外耳炎	086 皮膚炎及び湿疹
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	044 その他の外耳疾患	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
005 ウイルス肝炎	045 中耳炎	筋骨格系及び結合組織の疾患
006 その他のウイルス疾患	046 その他の中耳及び乳突突起の疾患	088 炎症性多発性関節障害
007 真菌症	047 メニエール病	089 関節症
008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	048 その他の内耳疾患	090 脊椎障害(腎椎症を含む)
009 その他の感染症及び寄生虫症	049 その他の耳疾患	091 椎間板障害
新生物	循環器系の疾患	092 頸椎症候群
010 胃の悪性新生物	050 高血圧性疾患	093 腰痛症及び坐骨神経痛
011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	094 その他の脊柱障害
012 直腸の粘膜下層移行及び直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	095 肩の傷害<損傷>
013 肝及び肝内胆管の悪性新生物	053 くも膜下出血	096 骨の密度及び構造の障害
014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	腎尿路生殖腺系の疾患
016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(症)	098 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
017 悪性リンパ腫	057 その他の脳血管疾患	099 腎不全
018 白血病	058 動脈硬化(症)	100 尿路結石症
019 その他の悪性新生物		101 その他の腎尿管系疾患
030 肺気腫、慢性気管支炎及び肺気腫	072 その他の呼吸器系の疾患	112 心臓の先天奇形
031 知的障害<精神遅滞>	消化器系の疾患	113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
032 その他の精神及び行動の障害	073 うち	症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
神経系の疾患	074 歯肉炎及び歯肉病	114 歯肉炎、歯肉炎及び歯肉病等他に分類されないもの
033 パーキンソン病	075 その他の歯及び歯の支持組織の障害	損傷、中毒及びその他の外因の影響
034 アルツハイマー病	076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	115 骨折
035 てんかん	077 胃炎及び十二指腸炎	116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	078 アルコール性肝疾患	117 熱傷及び腐食
037 自律神経系の障害	079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	118 中毒
038 その他の神経系の疾患	080 肝硬変(アルコール性のものを除く)	119 その他の損傷及びその他の外因の影響
眼及び付属器の疾患	081 その他の肝疾患	
039 結膜炎	082 胆石症及び胆のう炎	
040 白内障	083 肺炎	

リハビリテーション

「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)、 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)、 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)」

(様式42)

様式 42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		() 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) () 運動器リハビリテーション(Ⅰ) () 運動器リハビリテーション(Ⅱ) () 運動器リハビリテーション(Ⅲ) () 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) () 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		専従	名	非常勤	専従	名	
治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積		平方メートル					
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							
初期加算届出の有無 (該当するものに○)		有 ・ 無					
リハビリテーション料の 医師の氏名							

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

介護保険サービス名	指定の有無	指定年月	指定番号
① 通所リハビリテーション		平成 年 月	
② 介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去1年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

介護保険サービス名	提供実績(実人数)
③ 通所リハビリテーション	人
④ 介護予防通所リハビリテーション	人
合計	人

[記載上の注意]

- 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。
- 介護保険サービスの指定については、介護保険法第71条に定める指定居宅サービス事業者の特例(見なし指定)による指定も含む。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の指定若しくは提供実績が確認できる資料(指定通知書等)を添付すること。

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)-⑨】
運動器リハビリテーション料の評価の充実 骨子【Ⅱ-3(9)】

●項目の見直し

H002 運動器リハビリテーション料

現 行	改 定
【運動器リハビリテーション料】	【運動器リハビリテーション料】
1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 180点	1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) <u>185点</u>
2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点	2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点
3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点

注4 要介護被保険者等の維持期リハビリテーション

現 行	改 定
【運動器リハビリテーション料】	【運動器リハビリテーション料】
1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 163点	1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) <u>111点</u>
2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 154点	2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) <u>102点</u>
3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) <u>51点</u>

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)-④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し 骨子【II-3(4)】

●初期加算、早期加算

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

この他に
「心大血管リハII」の点数アップと
心臓外科、循環器科の医師は非常
勤でもよいこと等施設基準の見直し

現 行	改 定
【H000 心大血管疾患リハビリテーション料】 【H003 呼吸器リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】 【H003 呼吸器リハビリテーション料】
注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算	注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算
[算定対象] 算定患者のうち入院中のもの	[算定対象] 算定患者のうち入院中のもの(急性疾患、 <u>手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者 に限る。)</u>
[算定できる期間の起算日] 治療開始日	[算定できる期間の起算日] <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</u>

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)-④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し 骨子【II-3(4)】

●初期加算、早期加算

脳血管疾患等リハビリテーション料 / 運動器リハビリテーション料

現 行	改 定
<p>【H001 脳血管疾患等リハビリテーション料】 【H002 運動器リハビリテーション料】</p> <p>注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算</p> <p>[算定対象] 算定患者のうち入院中等のもの</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【H002 運動器リハビリテーション料】</p> <p>注2 早期リハビリテーション加算 注3 初期加算</p> <p>[算定対象] 算定患者のうち入院中等のもの(急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。)</p>

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)-④】
初期加算、早期加算の算定要件等の見直し 骨子【II-3(4)】

●初期加算、早期加算 廃用症候群リハビリテーション料

現 行	改 定
<p>廃用症候群の急性増悪というのは廃用症候群自体の急性増悪の日という意味である。 廃用症候群を生じさせた原疾患の発症日や急性増悪の日ではなくて、廃用症候群そのものの急性増悪の日からとなっている。 (3/4 厚労省説明会質疑応答より)</p> <p>前頁すべてのリハに関連</p>	<p>【(新)H001-2 廃用症候群リハビリテーション料】</p> <p><u>注 早期リハビリテーション加算</u></p> <p>[算定できる期間] <u>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 30日</u></p> <p><u>注 初期加算</u></p> <p>[算定できる期間] <u>廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 14日</u></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者については、従来通りの起算日から計算した算定上限日数を適用とする。

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)-④】

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し 骨子【 II-3(4)】

●標準的算定日数の起算日

現 行	改 定
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から180日以内に限り</u>所定点数を算定する。</p>
<p>【運動器リハビリテーション料】 それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】 <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から150日以内に限り</u>所定点数を算定する。</p>
<p>【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者については、当該時点における算定上限日数を適用する。</p>	<p>【(新)廃用症候群リハビリテーション料】 <u>廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内</u></p>

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

追加
標準的算定日超過した場合
(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

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。

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

	介護保険サービス名	指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去1年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

	介護保険サービス名	提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
	合計	人

[記載上の注意]

- 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。
- 介護保険サービスの指定については、介護保険法第71条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。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の指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

介護予防通所リハビリテーションの実施実績に係る届出様式

(別紙様式42

「リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類」の2枚目)

様式42の3

「脳血管疾患等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の維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る届出添付書類」は廃止

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)】

●要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行

現 行	改 定
<p>【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】</p> <p>[維持期リハビリテーションを受ける患者が 要介護被保険者等である場合に算定する点数] 本則の100分の90</p> <p>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテ ーションを実施する保険医療機関において、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に相当する点数により 算定</p> <p>[算定要件] 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の 患者については、原則として平成28年4月1日以 降は「注4」の対象とはならないものとする。</p>	<p>【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】</p> <p>[維持期リハビリテーションを受ける患者が 要介護被保険者等である場合に算定する点数] <u>本則の100分の60</u></p> <p>[要介護被保険者等に対して維持期リハビリテ ーションを実施する保険医療機関において、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<u>100分の80</u>に相当する点数により 算定</p> <p>[算定要件] 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の 患者については、原則として<u>平成30年</u>4月1日 以降は「注4」の対象とはならないものとする</p>

追加

注5

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

<u>1 初回の場合</u>	250点
<u>2 2回目以降の場合</u>	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)】

- 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(所定点数の90/100を算定する。)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

現 行	改 定
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p><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></p>

リハビリテーション

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 開始時点	現時点
			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		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行・車椅子		
		階段		
		小計		
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		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

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)】

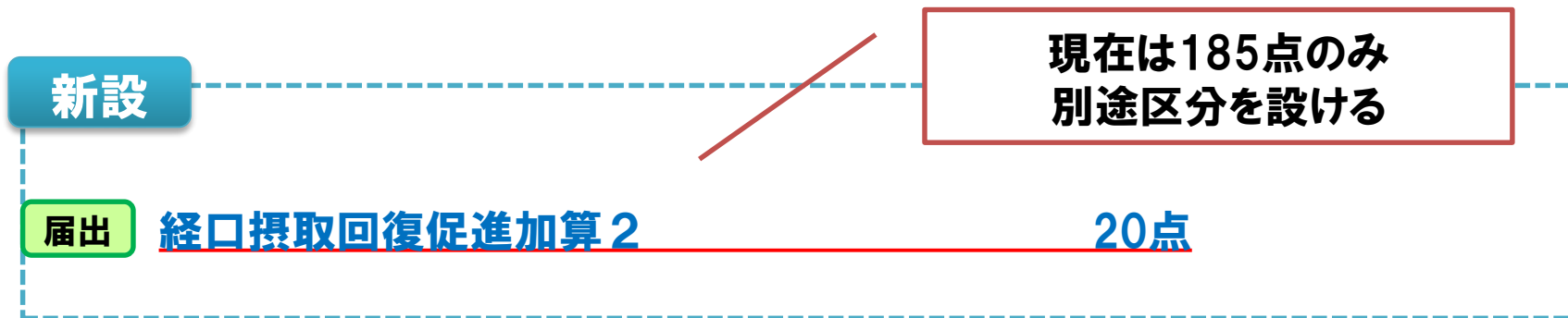
●H004 摂食機能療法

現 行	改 定
<p>【摂食機能療法】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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をいう。</p>	<p>【摂食機能療法】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>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</u>をいう。</p>

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)】

●H004 注2 摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の**常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること**。ただし、ADL 維持向上等体制加算、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及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、**摂食機能療法を実施しない時間帯において**、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及び認知症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**。また、**前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満**である場合に限り、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、**兼任は可能**である。

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)-⑫】
摂食機能療法の対象の明確化等 骨子【Ⅱ-3(12)】

●H004 注2 摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）

[施設基準]

- (2) 過去3月間に摂食機能療法を開始した入院患者(転院、退院した者を含む)で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていなかったものの**3割以上**について、摂食機能療法を開始した日から**起算して3月以内**に栄養方法が経口摂取のみである状態(内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。)へ回復させていること。
ただし、以下のものを除く。
- ① 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。)
 - ② 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
 - ③ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
 - ④ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者

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)】

●摂食機能療法の対象の明確化等

[施設基準]

- (3) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (4) 摂食機能療法を開始した入院患者(転院、退院した者を含む)について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (5) (2)で算出した割合を毎年地方厚生(支)局長に報告していること。

経口摂取回復促進加算 2

(様式43の6)

様式 43 の 6
経口摂取回復促進加算 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 実績期間 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2 常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名	
3 経口摂取回復率		
①	6月前から3月前までの過去3月間(1.の実績期間)に摂食機能療法を開始した入院患者(転院、退院した者を含む)で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていなかった者(ただし、②から⑤までに該当する患者を除く)	人
②	摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
③	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
④	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑤	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑥	摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者(但し、②から⑤までに該当する患者を除く)	人
⑥ / ① = 割		

【記載上の注意】

- 「2」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添2の様式44の2に記載し、添付すること。
- ②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

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

<u>1 重症の場合</u>	<u>200点(1日につき)</u>
<u>2 1以外の場合</u>	<u>100点(1日につき)</u>

[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。

【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。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、あん摩マッ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。)

●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。

リンパ浮腫複合的治療料 (様式43の7)

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

	氏名	資格取得年	経験症例数	修了した研修名・主催者名
専任常勤医師				
専任常勤看護師				
常勤理学療法士				
常勤作業療法士				
(該当するものに○)				

2. その他の従事者の状況

氏名	資格取得年	資格取得後に業務に従事した 保険医療機関の名称	修了した研修名 ・主催者名

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数 ()回(対象期間 平成 年 月~平成 年 月)

標榜科: 内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

保険医療機関名	リンパ浮腫指導 管理料算定回数	対象期間	診断等に係る 連携	合併症治療に係る 連携
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()

5. 器械・器具等の状況

歩行補助具 治療台、各種測定用器具(巻尺等)

[記載状の注意]

- 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- には該当する場合にレを記入すること。
- 「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科(内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。)を記入すること。

- 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類(修了証、プログラム等)を添付すること。

修了証のみではなく研修内容(プログラム等)も添付する

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

現 行	改 定
<p>【B001-7 リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、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。</p>	<p>【B001-7 リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p>

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点

- 子宮悪性腫瘍
- 子宮附属器悪性腫瘍
- 前立腺悪性腫瘍
- 腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに算定

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。

【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) -⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ-3(8)】

● 20歳未満の患者に対する

1002 通院・在宅精神療法

児童思春期精神科専門管理加算

新設

16歳未満の患者に精神療法を行った場合の評価

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出

イ 児童思春期精神科専門管理加算1 500点 (1回につき)

20歳未満の患者に、発達歴や社会的状況等についての専門的な
評価を含む60分以上の精神療法を行った場合の評価

新設

1002 注4 通院・在宅精神療法

届出

ロ 児童思春期精神科専門管理加算2
1,200点 (初診から3ヶ月以内に1回)

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ－3（8）】

● 20歳未満の患者に対する

1002 通院・在宅精神療法

児童思春期精神科専門管理加算

[算定要件]

- ・ 児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満の患者（イについては16歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。
- ・ ロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - ア）発達障害の評価に当たっては、ADI-R（Autism Diagnostic Interview-Revised）やDISC O（The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders）等で採用されている診断項目を考慮すること。
 - イ）患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－⑨】
専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価 骨子【Ⅲ－3（8）】

● 20歳未満の患者に対する I002 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算

[施設基準]

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

- (1) 当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2) (1)の他、20歳未満の患者に対する精神医療の経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。
- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

様式 44 の 5

通院・在宅精神療法の注4に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

氏名	精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

(2) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

氏名	精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1) 通院・在宅精神療法を実施した患者の数(ひと月当たり平均)	人
(2) うち、16歳未満の患者の数(ひと月当たり平均)	人
(3) $(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該常勤精神保健指定医の経歴(精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号がわかるもの)を添付すること。
- 「3」について、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

「通院・在宅精神療法 注4 児童思春期精神科専門管理加算」 (様式44の5)

●項目の見直し

1002 通院・在宅精神療法

現 行	改 定
<p>【通院・在宅精神療法】</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内(A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)は、350点を所定点数に加算する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。)は、350点を所定点数に加算する。 <u>ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p>

訂正

特定薬剤副作用評価加算
児童思春期精神科専門管理加算

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)－⑧】

向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ－3(7)】

●I002 通院・在宅精神療法

I002-2 精神科継続外来支援・指導料

現 行	改 定
<p>【通院・在宅精神療法】</p> <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】</p> <p>[算定要件] <u>当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>[別に厚生労働大臣が定める場合] ①～③の全てを満たすこと。 ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。 ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。 ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。</p>

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)－⑧】

向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ－3(7)】

●1002-2 精神科継続外来支援・指導料

現 行	改 定
<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等を除く。)には、算定しない。</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)には、算定しない。</p>

【経過措置】通院・在宅精神療法／精神科継続外来支援・指導料

減算しない場合の要件として…

- ・「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満である。」については、平成28年9月までは、すべての保険医療機関がこの要件を満たすものとして扱う。
- ・処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」については、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。

【【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

1002-3

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)

[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

●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。

様式 44 の 6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 (有 ・ 無)

2 専任の常勤医師に係る要件

氏名	適切な研修
	あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

【記載上の注意】

「1」の常勤医師及び「2」の常勤看護師等について、適切な研修とは、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を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

「救急患者精神科継続支援料」
(様式44の6)

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

【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

現 行	改 定
【認知療法・認知行動療法】	【認知療法・認知行動療法】
<p>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</p> <p style="text-align: right;">500点</p>	<p>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</p> <p style="text-align: right;">500点</p>
<p>2 1以外の場合</p> <p style="text-align: right;">420点</p>	<p>2 1以外の医師による場合</p> <p style="text-align: right;">420点</p>
	<p>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> 350点</p>

【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。

【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回以上のものであれば、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。

【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。
- (二) 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。

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。)

[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。

●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。

様式 44 の 7

依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

氏名	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり・なし

2 専任の看護師等

氏名	職種	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師・作業療法士	あり・なし

【記載上の注意】

「1」の精神科医及び「2」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

**「依存症集団療法」
(様式44の7)**

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）－①】

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価 骨子【Ⅲ－3（1）】

●I009 精神科デイ・ケア

現 行	改 定
<p>【精神科デイ・ケア】 (1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点 2 大規模なもの 700点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【精神科デイ・ケア】 (1日につき)</p> <p>1 小規模なもの 590点 2 大規模なもの 700点</p> <p><u>注 他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟入院料を算定する病棟に入院中の患者であって、退院を予定している患者に対して、精神科デイ・ケアを行う場合にあっては、入院中4回を限度として算定する。</u></p>

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) -①】

長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化 骨子【Ⅲ-3(3)】

●長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等

現 行	改 定
<p>【I009 精神科デイ・ケア】 【I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア】 【I010 精神科ナイト・ケア】 【I008-2 精神科ショート・ケア】</p> <p>注 デイ・ケア等を最初に算定した日から1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p> <p>(※2) 精神科ショート・ケアを除く。</p>	<p>【I009 精神科デイ・ケア】 【I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア】 【I010 精神科ナイト・ケア】 【I008-2 精神科ショート・ケア】</p> <p>注 デイ・ケア等を最初に算定した日から1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。<u>ただし、週3日を超えて算定できるのは特に定める場合に限る。</u></p> <p><u>注 デイ・ケア等を最初に算定した日から3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、長期入院歴を有する患者を除き、週4日目以降、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。(※2)</u></p>

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）－①】

長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化 骨子【Ⅲ－3（3）】

●長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等

◆ただし、週4日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。

ア) 少なくとも6月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。

イ) 少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が患者の意向を聴取していること。なお、平成29年3月31日までの間は、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者であっても患者の意向を聴取することができること。

ウ) 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。

エ) 当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。

(イ) 直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。

(a) 当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

(b) 当該月において、1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

(ロ) 直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。

※月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

「精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科ショート・ケア」 (別紙様式31)

別紙様式 31

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

(1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
(2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
(3) (2) ÷ (1)	

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の 9 月末までの月数の平均	月
---	---

[記載上の注意点]

- 精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。
- 「1」の①について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 1 回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 「1」の②について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 「2」について、「1」(3) が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。
記載する場合には、報告年度の 9 月 1 日から 9 月 30 日に 1 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 9 月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●1012 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 定
【精神科訪問看護・指導料】 1 精神科訪問看護・指導料 (1) イ 保健師、看護師、作業療法士 又は精神保健福祉士による場合 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 675点 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 525点	【精神科訪問看護・指導料】 1 精神科訪問看護・指導料 (1) イ 保健師、看護師、作業療法士 又は精神保健福祉士による場合 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 <u>580点</u> (2) 週3日目まで 30分未満の場合 <u>445点</u> (3) 週4日目以降 30分以上の場合 <u>680点</u> (4) 週4日目以降 30分未満の場合 <u>530点</u>

精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●1012 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 定
□ 准看護師による場合	□ 准看護師による場合
(1) 週3日目まで 30分以上の場合 525点	(1) 週3日目まで 30分以上の場合 <u>530点</u>
(2) 週3日目まで 30分未満の場合 400点	(2) 週3日目まで 30分未満の場合 <u>405点</u>
(3) 週4日目以降 30分以上の場合 625点	(3) 週4日目以降 30分以上の場合 <u>630点</u>
(4) 週4日目以降 30分未満の場合 485点	(4) 週4日目以降 30分未満の場合 <u>490点</u>
2 精神科訪問看護・指導料 (II) 160点	2 精神科訪問看護・指導料 (II) 160点

精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●1012 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 定
<p>3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ 保健師、看護師、作業療法士 又は精神保健福祉士による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 575点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 440点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 675点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 525点</p>	<p>3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ 保健師、看護師、作業療法士 又は精神保健福祉士による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 <u>580点</u></p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 <u>445点</u></p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 <u>680点</u></p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 <u>530点</u></p>

精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●I012 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 定
(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 288点 ② 週3日目まで 30分未満の場合 220点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 338点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 263点	(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 <u>293点</u> ② 週3日目まで 30分未満の場合 <u>225点</u> ③ 週4日目以降 30分以上の場合 <u>343点</u> ④ 週4日目以降 30分未満の場合 <u>268点</u>

精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●I012 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 定
<p>□ 准看護師による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 525点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 400点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 625点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 485点</p>	<p>□ 准看護師による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 <u>530点</u></p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 <u>405点</u></p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 <u>630点</u></p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 <u>490点</u></p>

精神科専門療法／医学管理等

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●I012 精神科訪問看護・指導料 / B007 退院前訪問指導料

現 行	改 定
(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 263点 ② 週3日目まで 30分未満の場合 200点 ③ 週4日目以降 30分以上の場合 313点 ④ 週4日目以降 30分未満の場合 243点	(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで 30分以上の場合 <u>268点</u> ② 週3日目まで 30分未満の場合 <u>205点</u> ③ 週4日目以降 30分以上の場合 <u>318点</u> ④ 週4日目以降 30分未満の場合 <u>248点</u>
【退院前訪問指導料】 退院前訪問指導料 555点	【退院前訪問指導料】 退院前訪問指導料 <u>580点</u>

【経過措置】

同一患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月に、精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合は精神科訪問看護・指導料を算定できるが、平成29年3月31日までの間は、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合でも算定できることとする。

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）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進 骨子【Ⅲ－３（２）】

●I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

現 行	改 定
<p>【精神科重症患者早期集中支援管理料】 （月１回）</p> <p>精神科重症患者早期集中支援管理料１</p> <p>イ 同一建物居住者以外 1,800点</p> <p>ロ 同一建物居住者</p> <p>（１）特定施設等の入居者 900点</p> <p>（２）（１）以外 450点</p> <p>精神科重症患者早期集中支援管理料２</p> <p>イ 同一建物居住者以外 1,480点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合</p> <p>（１）特定施設等の入居者 740点</p> <p>（２）（１）以外 370点</p>	<p>【精神科重症患者早期集中支援管理料】 （月１回）</p> <p>精神科重症患者早期集中支援管理料１</p> <p><u>イ 単一建物診療患者数が１人の場合</u> 1,800点</p> <p><u>ロ 単一建物診療患者数が</u> <u>２人以上の場合 1,350点</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p>精神科重症患者早期集中支援管理料２</p> <p><u>イ 単一建物診療患者数が１人の場合</u> 1,480点</p> <p><u>ロ 単一建物診療患者数が</u> <u>２人以上の場合 1,110点</u></p> <p><u>（削除）</u></p>

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）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進 骨子【Ⅲ－３（２）】

●I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

現 行	改 定
<p data-bbox="67 464 318 506">〔算定要件〕</p> <p data-bbox="67 549 946 706">以下の全てに該当する長期入院患者 又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者 であること。</p> <ul data-bbox="67 778 898 1278" style="list-style-type: none">① 1年以上入院して退院した者又は 入退院を繰り返す者② 統合失調症や気分（感情）障害等の 状態で、退院時におけるGAF尺度による 判定が40以下の者③ 精神科を標榜する保険医療機関への 通院が困難な者④ 障害福祉サービスを利用していない者	<p data-bbox="985 464 1236 506">〔算定要件〕</p> <p data-bbox="985 549 1864 706">以下の全てに該当する長期入院患者 又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者 であること。</p> <ul data-bbox="985 778 1835 1278" style="list-style-type: none">① 1年以上入院して退院した者又は 入退院を繰り返す者② 統合失調症や気分（感情）障害等の 状態で、退院時におけるGAF尺度による 判定が40以下の者③ 精神科を標榜する保険医療機関への 通院が困難な者（<u>精神症状により単 独での通院が困難な者を含む</u>） <u>（削除）</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）－②】
重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進 骨子【Ⅲ－３（２）】

●I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

現 行	改 定
<p>[施設基準]</p> <p>① 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。</p> <p>② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。</p> <p>(略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>① <u>常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士</u>が配置されていること。</p> <p>② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診<u>又は精神科訪問看護若しくは</u>精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。</p> <p>(略)</p>

【M 特掲診療料】⑧〇 放射線治療

●通則の追加

現 行	改 定
【通則の追加】	<p><u>1</u> <u>放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。</u> <u>ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</u></p>

放射線治療

【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)－③】

放射線治療に係る特定保険医療材料の算定 骨子【Ⅲ－８(5)】

●通則2 放射線治療(小児加算)

現 行	改 定
[放射線治療]	[放射線治療]
新生児加算 60/100	新生児加算 <u>80/100</u>
乳幼児加算(3歳未満) 30/100	乳幼児加算(3歳未満) <u>50/100</u>
幼児加算(3歳以上6歳未満) 15/100	幼児加算(3歳以上6歳未満) <u>30/100</u>
小児加算(6歳以上 15歳未満) 10/100	小児加算(6歳以上 15歳未満) <u>20/100</u>

M200 特定保険医療材料

現 行	改 定
<u>(新設)</u>	<u>【第2節 特定保険医療材料料】</u>
	<u>M200 特定保険医療材料料</u> <u>材料価格を10円で除して得た点数</u>
	<u>注 使用した特定保険医療材料価格は、</u> <u>別に厚生労働大臣が定める。</u>

放射線治療

● 粒子線治療

新設

届出	<u>M001-4 粒子線治療（一連につき）</u>	
	<u>1 重粒子線治療の場合</u>	150,000点
	<u>2 陽子線治療の場合</u>	150,000点
	<u>注2 厚生労働省が定める患者</u>	+25/100点
届出	<u>注3 粒子線治療適応判定加算</u>	+40,000点
届出	<u>注4 粒子線治療医学管理加算</u>	+10,000点

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行われる場合に限り算定する。

注2 別に厚生労働大臣が定める患者に対して粒子線治療を行った場合は、所定点数の100分の25に相当する点数を加算する。

注3 粒子線治療の適応判定体制に関する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、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

注4 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、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

放射線治療

● 粒子線治療

新設

M001-4 粒子線治療（一連につき）

1 重粒子線治療の場合 150,000点

2 陽子線治療の場合 150,000点

届出 注8 画像誘導密封小線源治療加算 +300点

注8 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、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療(IGBT)(2のイに係るものに限る。)を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

●M001-4 粒子線治療

[算定要件]

- (1) 重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (2) 陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (3) 重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (4) 陽子線治療は、小児腫瘍(限局性の固形悪性腫瘍に限る。)に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (5) 粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 「注2」に規定する加算は、希少な限局性の固形悪性腫瘍(小児腫瘍を含む。)に対して粒子線治療を行った場合のみ算定する。
- (7) 「注3」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書(書式様式は自由)で交付し、診療録に添付するものであること。
- (8) 「注4」の粒子線治療医学管理加算は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。
- (9) 粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

● 粒子線治療

別添2の様式52及び
様式79の1の2

[施設基準]

(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。

このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について1年以上の経験を有する者については、1年以上）有すること。

なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

(3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。

なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

様式 52

[] 検査・手術症例一覧

実施年月日	検査名・手術名	患者性別	患者年齢	主病名

「粒子線治療」
(様式52)

様式79の1の2

粒子線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師(2名以上)			
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線治療の経験年数	
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
3 常勤診療放射線技師の氏名			
4 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
氏名	職種		
5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数		重粒子線治療	例
		陽子線治療	例
6 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等			
・粒子線治療装置 (名称))			
・治療計画用CT装置 (名称))			
・粒子線治療計画システム (名称))			
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置 (名称))			
・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計(ダイヤモンド線量計を含む。)及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム (名称))			

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴(当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
 - 放射線治療の経験を10年以上
 - 重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上(※)
 ※放射線治療(四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療(IMRT)による体外照射に限る。)による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該医療機関における粒子線治療に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。
- 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。

● 粒子線治療適応判定加算

別添2の
様式79の1の3

[施設基準]

- (1) 放射線治療に専従の常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る)が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 粒子線治療に係るカンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したカンサーボード(手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。)が開催され、当該カンサーボードによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該カンサーボードについては、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち3分野以上の医師が毎回出席していること。
 - イ 連携体制のあるがん診療連携拠点病院のカンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。

●粒子線治療医学管理加算

別添2の
様式79の1の3

[施設基準]

- (1) 放射線治療に専従の常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る)が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、粒子線治療適応判定加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が粒子線治療室1つにつき2名以上、かつ当該保険医療機関に合計3名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

●粒子線治療医学管理加算

- (3) 放射線治療に専従する常勤の医学物理士及び常勤の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。
- (4) 次に掲げる機器を備えていること(なお、アとイについては、患者ごとのスキャンニング法による照射を行う場合にはこの限りではない)。
- ア 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置
 - イ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置
 - ウ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置(いずれも治療室内に設置されているものに限る。)

「粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算」 (様式79の1の3)

様式9

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等(届出区分) _____

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

○急性期看護補助体制加算の届出区分 (該当に○)

25対1(看護補助者5割以上) ・ 25対1(看護補助者5割未満) ・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無
夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分 (該当に○)

12対1配置加算1 ・ 12対1配置加算2 ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分 (該当に○)

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
夜間75対1看護補助加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

○1日平均入院患者数 [A] _____ 人 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)]

(参考) 1日看護配置数(必要数) : = [(A / 届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % [月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1日看護配置数]

③ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯(16時間) _____ 時 分 ~ _____ 時 分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D - E) / B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

(夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載)

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限) : = [(A / 200) × 3]

※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まれない者の夜勤時間数 ^{※7}
						(該当する)夜勤の有無 ^{※4}	夜勤回数 ^{※5}	1日	2日	3日	...	日		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)					[C]		
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)					[D] ※8	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F] ※9		
1日看護配置数(必要数) ※10						[(A / 届出区分の数) × 3]	月平均1日当たり看護配置数					[C / (日数 × 8)]		
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)						[(A / 200) × 3]	月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数					[F / (日数 × 8)]		

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

【急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法】

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数(必要数) ※10 [J]	[(A / 届出区分の数) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[G + H / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数(必要数) ※10	A / 届出区分の数 ※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合(%)	[(K / J) × 100]

【記載上の注意】

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

●画像誘導密封小線源治療加算

別添2の様式78の2

[施設基準]

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び粒子線治療に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び粒子線治療医学管理加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

●画像誘導密封小線源治療加算

[施設基準]

- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び粒子線治療に係る担当者を兼任することができる。
ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。
ア 画像照合可能なCT又はMRI装置
イ 遠隔操作式密封小線源治療加算
ウ 小線源治療用三次元的治療計画装置
- (6) 当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

「画像誘導密封小線源治療加算」

(様式78の2)

様式9

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等(届出区分) _____

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

急性期看護補助体制加算の届出区分 (該当に○)

25 対 1 (看護補助者 5 割以上) ・ 25 対 1 (看護補助者 5 割未満) ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無
夜間 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の届出区分 (該当に○)

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

看護配置加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分 (該当に○)

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
夜間 75 対 1 看護補助加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

1 日平均入院患者数 [A] _____ 人 (算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※小数点以下切り上げ

① 月平均 1 日当たり看護配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)]

(参考) 1 日看護配置数 (必要数) : = [(A / 届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % (月平均 1 日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1 日看護配置数)

③ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯 (16 時間) _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D - E) / B] ※小数点第 2 位以下切り捨て

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

(夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載)

⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限) : = [(A / 200) × 3]

※小数点第 3 位以下切り捨て

勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まれない夜勤時間数 ^{※7}
						(該当する「○」) ^{※4}	回数 ^{※5}	1日	2日	3日	...	日		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計	[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数	[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計			[F] ※9	
1 日看護配置数 (必要数) ※10	[(A / 届出区分の数) × 3]	月平均 1 日当たり看護配置数	[C / (日数 × 8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	[(A / 200) × 3]	月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	[F / (日数 × 8)]	

注 1) 1 日看護配置数 ≤ 月平均 1 日当たり看護配置数

注 2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

【急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法】

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1 日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者 (みなしを除く) のみの [D]
1 日看護補助配置数 (必要数) ※10 [J]	[(A / 届出区分の数) × 3]
月平均 1 日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者含む)	[G + H / (日数 × 8)]
月平均 1 日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 (必要数) ※10	A / 届出区分の数 ※11
月平均 1 日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者 (みなし看護補助者を含む) の最小必要数に対する看護補助者 (みなし看護補助者を除く) の割合 (%)	[(K / J) × 100]

【記載上の注意】

※ 1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。