

平成28年度 診療報酬改定要約

(一社) 日本作業療法士協会
保険対策委員会

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価(p.3)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保(p.23)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.34)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.47)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.66)

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

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進(p.68)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.73)
- 明細書無料発行の推進(p.86)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価(p.88)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価(p.92)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価(p.95)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価(p.105)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実(p.108)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価(p.114)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(p.141)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(p.144)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進(p.147)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.151)

身体障害領域

回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

第1 基本的な考え方

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

回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

1. 当該病棟におけるリハビリテーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して
1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。
- ※ 当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合。

回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

【算定要件】

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの**提供実績が一定の水準以上**であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上であることをいう。

効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（計算対象から除外される患者を除く。）についての、**①の総和を②の総和で除したものが27未満**である状態をいう。

- ① 退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時FIM得点（運動項目）を控除したもの
- ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの

回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

【計算式で除外する対象】

- A) 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者
- B) 入棟日において次に該当する患者
(毎月の入棟患者数の3割を超えない範囲で)
 - ①FIM運動項目得点が20点以下のもの
 - ②FIM運動項目得点が76点以上のもの
 - ③FIM認知項目得点が25点未満のもの
 - ④年齢が80歳以上のもの
- C) 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関では、高次脳機能障害の患者の全て除外できる。(この場合、B)については、「毎月の入棟患者数の3割」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の3割」と読み替える。)
- D) 在棟中にFIM得点（運動項目）が1週間で10点以上低下した患者は、低下の直前の時点をもって退棟したものとみなしてよい。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

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

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

実績指数の計算対象

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

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

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

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

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

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

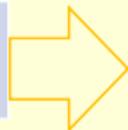
質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

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

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

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

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

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

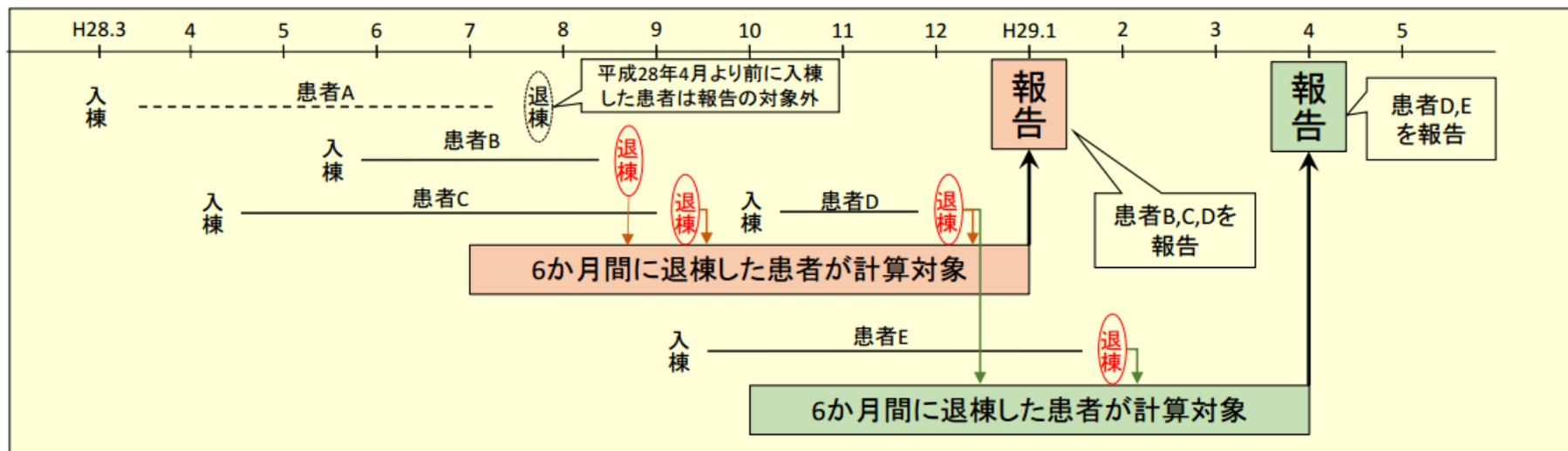
注)

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

[経過措置]

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

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について③



各月の報告と疾患別リハビリテーション料の出来高、包括の関係

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

1日9単位まで出来高算定可

1日6単位超は入院料に包括

過去6か月の実績が、**2回連続して基準を下回った月から**6単位超が包括

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

回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

2. 1. により回復期リハビリテーション病棟入院料に
包括される疾患別リハビリテーションの実施単位数を、
リハビリテーション充実加算等の施設基準において
用いる疾患別リハビリテーションの総単位数に含ま
ないこととする。

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し

体制強化加算に、新たに専従医師が病棟外業務の行う場合の点数を新設

現行		改定	
【回復期リハビリテーション 病棟入院料】		【回復期リハビリテーション 病棟入院料】	
体制強化加算	200点	体制強化加算 1	200点
		体制強化加算 2	120点（新）

【施設基準】

体制強化加算 1 (200点)

当該病棟に専従の常勤医師 2 名以上及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し

【施設基準】

体制強化加算2（新設）120点

当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。

ア)当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。

イ)当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。

ウ)週に32時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。

エ)当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることはできない。

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

第1 基本的な考え方

急性期における早期からのリハビリテーションの実施を促進するため、現行のADL維持向上等体制加算の評価及び施設基準を一部見直すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

1. ADL維持向上等体制加算を増点し、内容を充実させる。

現行	改定
ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき、入院日から起算し14日間算定)	ADL維持向上等体制加算 80点 (患者1人1日につき、入院日から起算し14日間算定)
※疾患別リハビリテーション等との併算定は不可	※疾患別リハビリテーション等との併算定は不可
	※ <u>専従又は専任者が6時間以上勤務した日に限り算定</u>

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

	現行	改定
【施設基準】	当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上、常勤配置されていること	当該病棟に、 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上配置されていること。
【算定要件】	ア) 定期的なADLの評価 イ) ADLの維持、向上等を目的とした指導 ウ) 安全管理 エ) 患者・家族への情報提供 オ) カンファレンスの開催 カ) 指導内容等の記録	① 1日2時間を超えない範囲で <small>てカン</small> 疾患別リハ等の時間を含んでよい。 平成28年3月4日 保医発0304第3号 <small>把握しカ</small> ケ) 患者が再び実現したい <small>ている活動、</small> 参加について、その優先順 <small>共に把握し</small> カンファレンスで共有 ②専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療法士等を定めた上、当該者のいずれかが 6時間以上勤務した日に限り算定 できる。

専従 : 就業時間の少なくとも8割以上当該業務に従事
 専任 : 兼務可能も就業時間の少なくとも5割以上当該業務に従事

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

第1 基本的な考え方

早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の評価を適正化する。促進加算の要件を緩和する。

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

- 1 リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の対象を、急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限る。疾患別リハビリテーション料における初期加算、早期リハビリテーション加算の算定起算日を見直す。
- 2 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【心大血管疾患リハビリテーション料】

現行	改定
【算定対象】 心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの	心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの (急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る)
【算定できる期間の起算日】 治療開始日	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

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

現行	改定
<p>【算定対象】 脳血管疾患等リハビリテーション料の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の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>
<p>【標準的算定日数の起算日】 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>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日以内に限り所定点数を算定する</p>

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【運動器リハビリテーション料】

現行	改定
<p>【算定対象】 運動器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの</p>	<p>運動器リハビリテーション料の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>
<p>【標準的算定日数の起算日】 それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内</p>	<p>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日以内に限り所定点数を算定する</p>

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

【呼吸器リハビリテーション料】

現行	改定
<p>【算定対象】 呼吸器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの</p>	<p>呼吸器リハビリテーション料の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>
<p>【算定できる期間の起算日】 治療開始日</p>	<p>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</p>

廃用症候群リハビリテーション料の新設

第1 基本的な考え方

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

廃用症候群のリハビリテーションにかかる経緯

平成22年度改定において脳血管疾患等リハビリテーション料を、廃用症候群とそれ以外に区分した。

PT/OT等 スタッフ数	心大血管疾患	脳血管疾患等		運動器	呼吸器
		廃用症候群以外	廃用症候群		
10人		(I)245点	(I)235点		
4人		(II)200点	(II)190点	(I)175点	
2人	(I)200点			(II)165点	(I)170点
1人	(II)100点	(III)100点	(III)100点	(III)80点	(II)80点



廃用症候群のリハビリテーション料の算定回数が急増し、また検証調査の結果等から、本来、他の疾患別リハビリテーション料を算定すべき患者が、廃用症候群のリハビリテーション料を算定していることも想定された。

平成26年度改定において、廃用症候群のリハビリテーション料は、他の疾患別リハビリテーション料等の対象でない場合にのみ算定可能となった。

PT/OT等 スタッフ数	心大血管疾患	脳血管疾患等		運動器	呼吸器
		廃用症候群以外	廃用症候群		
10人		(I)245点	(I)180点		
4人		(II)200点	(II)146点	(I)180点	
2人	(I)205点			(II)170点	(I)175点
1人	(II)105点	(III)100点	(III)77点	(III)85点	(II)85点

廃用症候群のリハビリテーションの対象範囲に係る論点

- 廃用症候群のリハビリテーションは、「脳血管疾患等リハビリテーション料」に分類されている。

① 廃用症候群は、脳血管疾患と関係ない場合もあることから、名称が分かりにくい。

- 対象患者は、次の全てを満たす必要がある。

・外科手術等の治療時の安静による廃用症候群の患者

・治療開始時にFIM 115以下、BI 85以下

・心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者ではない

② 外科手術等の治療を行っていない廃用症候群については対象とされない。

③ これらの対象患者が廃用症候群となった場合には廃用症候群へのリハビリテーションを実施しにくい場合がある。

④ 「運動器不安定症」は、「運動器リハビリテーション料」の対象疾患の一つであるが、廃用症候群の一部が含まれることから、適用すべきリハビリテーション料が分かりにくい。

廃用症候群に対するリハビリテーションを、脳血管疾患等リハビリテーションから独立させ、対象患者について整理してはどうか。

廃用症候群リハビリテーション料の新設

廃用症候群に対するリハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

（新） 廃用症候群リハビリテーション料

（1単位）

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

廃用症候群リハビリテーション料の新設

【算定要件】

〈対象〉

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。

〈算定日数期限〉

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。

廃用症候群リハビリテーション料の新設

【施設要件】

- (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。

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

第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く。）は主に介護保険、という**医療と介護の役割分担**を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の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について評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは、原則として**平成30年3月までに介護保険へ移行するものとする。**

個々の患者のニーズを踏まえつつ、心身機能の向上から**活動、参加へと発展させるリハビリテーションを推進**するとともに、必要に応じて介護保険への移行を円滑に行う観点等から、要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その**目標設定支援等にかかる評価を新設し、医療保険と介護保険にかかるリハビリテーションの併給を拡大する。**

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

1. 維持期リハビリテーションは1月に13単位に限り算定可能。

	現行	改定
対象	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	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 廃用症候群リハビリテーション料
要介護被保険者 等である場合	本則の 100分の90	本則の 100分の60
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	所定点数の 100分の80に 相当する点数により算定

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

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する。

(新)目標設定等支援・管理料

1	初回の場合	250点
2	2回目以降の場合	100点

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

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する。

(新)目標設定等支援・管理料

1	初回の場合	250点
2	2回目以降の場合	100点

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

【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。

- 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。
- ③ ①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。

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

【算定要件】

目標設定等支援・管理シートに基づき説明する内容

- 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（Barthel Index 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。

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
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		

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
--	---------------------------

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：

【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。

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

【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料、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。

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

3. 医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、 併給できる期間を拡大する。

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>(一 左記同文にて省略 一)</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>

維持期疾患別リハビリテーション料算定点数まとめ

	脳血管疾患	運動器	廃用症候群	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日	150日	90日
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	*維持期 147点	*維持期 111点	*維持期 108点		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	*維持期 120点	*維持期 102点	*維持期 88点		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	—	—
	*維持期 60点	*維持期 51点	*維持期 46点		

- *維持期：要介護被保険者である場合：100分の60として計算
- 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：100分の80として計算
- 目標設定等支援管理料の算定をしない場合：100分の90として計算

心大血管疾患リハビリテーション料の 施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の緩和等を行う。

【心大血管疾患リハビリテーション料】

現行	改定
心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ 205点	心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ 205点
心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ 105点	心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ 125点

心大血管疾患リハビリテーション料の 施設基準の見直し

【算定要件】

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る。

【施設基準】

心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ

現行	改定
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。	<u>心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯</u> に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師（ <u>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。

心大血管疾患リハビリテーションの安全性

- 心大血管疾患リハビリテーションの安全性は高く、いくつかの場合を除いて、循環器科又は心臓血管外科のない医療機関でも安全に実施可能であるとされている。

循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2012年改訂版)

「現在では嫌気性代謝閾値レベルの運動強度の有酸素運動が一般に推奨されるが、このような個人の運動能力及び病態に応じた運動処方による運動療法は、運動中の心事故や他の有害事象の発生を増さず、安全性が確立されている。」

循環器科又は心臓血管外科の常勤医師がいない医療機関で
心大血管疾患リハビリテーションを行う場合に考えられる対象

急性心筋梗塞	循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤していない場合は、発症日より1か月以上経過したものに限る
狭心症	特に制限なし
開心術後	特に制限なし
大血管疾患	循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤していない場合は、発症日より1か月以上経過したものに限る
慢性心不全	特に制限なし
末梢動脈閉塞性疾患	特に制限なし

日本心臓リハビリテーション学会 医療技術評価提案書より

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

第1 基本的な考え方

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

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

医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める。

【算定要件】

現行	改定
届出施設である <u>保険医療機関内</u> において、 <u>治療、訓練の専門施設外</u> 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。	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、 <u>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>

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。（次に示す）
- (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。

質の高いリハビリテーションの評価等⑦

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

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

[算定要件]

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

運動器リハビリテーション料の評価の充実

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

現行

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)180点



改定後

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)185点(改)

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】

(3) 以下の訓練のいずれかであること

① 移動の手段の獲得に向けて

道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、**患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練**

② 当該保険医療機関内で実施できないもの

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する**、当該器具、設備等を用いた訓練

③ 家事能力の獲得に向けて

店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、**実際の場面で家事を実施する訓練**（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る）

運動器リハビリテーション料の 評価の充実

第1 基本的な考え方

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

運動器リハビリテーション料の 評価の充実

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を増点する。

現行	改定
【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） 185点
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

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

第１ 基本的な考え方

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

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 （1日につき640点）

現行	改定
<p>専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上、かつ、看護師が1名以上）が勤務している。</p> <p>※他の専従との兼任や、難病患者リハビリテーションを実施しない日における他の業務への従事については規定がなく、認められていない。</p>	<p>専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上、かつ、看護師が1名以上）が勤務している。</p> <p>※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。</p>

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

２．言語聴覚士の「専従」に関する規定 (現行)

言語聴覚士の「配置」に係る要件（抜粋）		専従の言語聴覚士が、 他に従事できるもの
専従言語聴覚士が必要なもの	専従の言語聴覚士が 他に兼任できるもの	
脳血管疾患等リハビリテーション料 (言語聴覚療法を行う場合)	集団コミュニケーション療法と脳血管 疾患等リハビリテーションの専従者は 相互に兼任できる	一定の条件下で他の業務に従事可能
集団コミュニケーション療法等		脳血管疾患リハビリテーションに従事可能 (専従者として届け出ている場合)
摂食機能療法 (経口摂取回復促進加算を 算定する場合)	兼任できない	脳血管リハビリテーション、集団コミュニケーション療法に従事可能(摂食機能療法を実施しない時間帯に限る)
障害児(者)リハビリテーション料 (言語聴覚療法を行う場合)	兼任できない	他の業務には従事できない

(改定) 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。

リンパ浮腫の複合的治療等

第1 基本的な考え方

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

リンパ浮腫の複合的治療等

- 1 リンパ浮腫に対する複合的治療に係る項目を新設する。

(新)リンパ浮腫複合的治療料

(1日につき)

- | | | |
|----------|----------------|-------------|
| 1 | 重症の場合 | 200点 |
| 2 | 1 以外の場合 | 100点 |

リンパ浮腫の複合的治療等

【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。
- (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。

リンパ浮腫の複合的治療等

【算定要件】

- （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。）。

リンパ浮腫の複合的治療等

【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**（医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間を修了。終了に当たっては試験が行われる）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。

リンパ浮腫の複合的治療等

- 2 リンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。

リンパ浮腫指導管理料

【算定要件】

現行	改定
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。	医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士又は <u>作業療法士</u> 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。

摂食機能療法の対象の明確化

第1 基本的な考え方

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

摂食機能療法の対象の明確化

摂食機能療法（1日につき）

185点

1. 対象者は、嚥下機能の低下の原因にかかわらない。

【算定要件】

現行	改定
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、 <u>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</u> により摂食機能に障害があるものをいう。	（一 左記同文にて省略 一 …後遺症により摂食機能に障害があるもの、）及び他に <u>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</u> 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。

摂食機能療法の対象の明確化

2. 経口摂取回復促進加算の施設基準について、現行より短期のアウトカム基準を満たすことで届出できる区分を設ける。

現行	改定
経口摂取回復促進加算 185点	<u>経口摂取回復促進加算 1 185点</u> <u>経口摂取回復促進加算 2 20点（新）</u>

摂食機能療法の対象の明確化

【施設基準】

経口摂取回復促進加算 1 (185点)

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。

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、摂食機能療法とその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なっている場合であっても、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることはできない。

経口摂取回復促進加算 2 (20点)

(— 左記同文にて省略 —)

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。

摂食機能療法の対象の明確化

【施設基準】

経口摂取回復促進加算1（185点）

〔抜粋〕

経口摂取以外の栄養法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の**3割5分以上**について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して**1年以内**に栄養方法が**経口摂取のみ**である状態（1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態）へ回復させていること。
(患者の除外規定あり)

- ア. 他の保険医療機関等から**紹介された患者**で、かつ、**鼻腔栄養**を実施している者又は**胃瘻**を造設している者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者
- イ. 当該保険医療機関で**新たに鼻腔栄養**を導入した患者又は**胃瘻**を造設した患者

経口摂取回復促進加算2（20点）

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。
(患者の除外規定あり)

※ リハビリテーションに関する記録の規定、算出した割合の地方厚生(支)局長への報告については同様。

精密知覚機能検査

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。

(新) 精密知覚機能検査

280 点

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

第1 基本的な考え方

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟での取組や多職種チームによる介入を評価する。

第2 具体的な内容

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)認知症ケア加算 1

イ 14日まで150点

ロ 15日以降30点

(新)認知症ケア加算 2

イ 14日まで30点

ロ 15日以降10点

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

第２ 具体的な内容

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟除く。）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

第２ 具体的な内容

[算定要件]

- (1)対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
- (2) 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

第２ 具体的な内容

[算定要件]

認知症ケア加算１

(1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

(2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。

(3) チームは、以下の内容を実施する。

①週１回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。

②当該保険医療機関の職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に行う。

認知症ケア加算２

病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

第２ 具体的な内容

[施設基準]

認知症ケア加算１

(1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。

- ① 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
- ② 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ③ 認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

当初は作業療法士の職名がなかった

(2)(1)のチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

認知症ケア加算２

(1) 認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。

(2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

➤ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	<u>認知症ケア加算1</u>	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	30点(1日につき)
	<u>認知症ケア加算2</u>	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	10点(1日につき)



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい
(保医発0304 第1号 5-2)

精神科領域

精神科病院



長期入院患者の地域移行

- 「地域移行機能強化病棟」の新設による重点的な地域移行の取り組み
- 地域移行に関する評価の充実

地域生活支援

- 自宅等で暮らす重症精神疾患患者への集中的な支援
- より自立した生活への移行を促す精神科デイケア等の提供

専門的な精神医療の充実

- 専門的な児童思春期精神科外来医療の充実
- 薬物依存症に対する集団療法の新設
- 医師・看護師による認知療法・認知行動療法の充実
- 向精神薬の適切な処方の推進



身体合併症を有する精神疾患患者への医療

- 精神病棟での特に重篤な急性疾患等への対応(身体合併症加算の対象疾患拡大)

- 精神科病院からの患者の受入の評価

- いわゆる「総合病院」精神病棟の手厚い医師配置の評価
- リエゾンチーム医療の推進
- 精神症状を伴う救急搬送患者に対する精神科医の診断治療
- 総合入院体制加算における精神疾患患者受入の要件の強化
- 自殺企図者に対する継続的な指導

診療所

総合的な機能を有する病院

質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

➤ 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価

(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- (3) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (4) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- (5) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (6) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (7) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (8) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

➤ 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

現行

精神科地域移行実施加算 10点



改定後

精神科地域移行実施加算 20点

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

- 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

管理料1	イ 同一建物居住者以外	1,800点
	ロ 同一建物居住者	
	(1) 特定施設等の入居者	900点
	(2) (1)以外	450点
管理料2	イ 同一建物居住者以外	1,480点
	ロ 同一建物居住者の場合	
	(1) 特定施設等の入居者	740点
	(2) (1)以外	370点

【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
- ウ 精神科への通院が困難な者
- エ 障害福祉サービスを利用していない者

【施設基準】

- (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。
- (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

管理料1	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	1,800点
	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u>	<u>1,350点</u>
管理料2	イ <u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	1,480点
	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上の場合</u>	<u>1,110点</u>

【算定要件】以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
- ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)
- エ (削除)

【施設基準】

- (1) 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*が配置されていること。
※作業療法士は非常勤でも可。
- (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

質の高い精神医療の評価③

長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

- 1年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、精神保健福祉士等による患者の意向の聴取等が行われる場合に限り、週4回以上の算定を可能とする。
- 3年以上にわたってデイ・ケア等を実施する患者については、週4日目以降の評価を適正化する。

現行

【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】

【精神科ナイト・ケア】

注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。



改定後

【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】

【精神科ナイト・ケア】

注 1年を超える期間に行われる場合は、週5日を限度として算定する。ただし、**週4日以上実施する場合には、以下の要件を全て満たすこと。**

○医学的に特に必要と判断されること

○精神保健福祉士等が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること

○月14回以上デイ・ケア等を提供する患者の割合が8割未満であること。またはデイ・ケアの実施期間の平均が12か月未満であること。

注 **3年を超える期間に行われる場合であって、週4日以上実施する場合には、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(1年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)(※)。

(※)ショート・ケアを除く。

質の高い精神医療の評価④

身体疾患等と精神症状を併せ持つ患者の受け入れ体制の確保

- 一般病院において、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れや、精神症状を併せ持つ救急搬送患者に対し精神科医が診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神疾患診療体制加算

- 1 精神科病院の求めに応じ、身体合併症に対する入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合 1,000点(入院初日)
- 2 身体疾患又は外傷と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を精神科医が診療した場合 330点(入院初日から3日以内に1回)

[施設基準]

- (1) 許可病床数が100床以上であり、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

精神病床における結核等の二類感染症管理の充実

- 難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)及び二類感染症患者療養環境特別加算の対象を精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)にも拡大する。

質の高い精神医療の評価⑤

いわゆる「総合病院」の精神病棟における手厚い医師配置の評価

➤ 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- (1) 入院患者数が16又はその端数を増すごとに1以上の医師が配置されていること。
- (2) 病床数が100床以上の病院であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜していること。
- (3) 精神病床の数が病床数の50%未満かつ2病棟以下であること。
- (4) 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (5) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。
- (6) 精神科医が、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を、毎月5名以上、到着後12時間以内に診察していること。
- (7) 入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

精神病棟における身体合併症治療体制の確保

➤ 精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算の対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

[追加する疾患・病態]

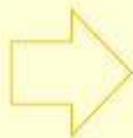
間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患 等

質の高い精神医療の評価⑥

精神科リエゾンチームのさらなる普及

- チームを構成する看護師や精神保健福祉士等の要件を緩和するとともに評価を充実する。

現行	改定後
<p>精神科リエゾンチーム加算</p> <p style="text-align: right;">200点(週1回)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。</p> <p>ア5年以上の経験を有する専任精神科の医師 イ精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等</p>	<p>精神科リエゾンチーム加算</p> <p style="text-align: right;"><u>300点(週1回)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。</p> <p>ア5年以上の経験を有する専任の精神科医師 イ<u>精神科の経験を3年以上</u>有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師 ウ精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤精神保健福祉士等。<u>ただし、当該チームが診療する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。</u></p>



自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価

- 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 救急患者精神科継続支援料 入院中の患者 435点(月1回)
入院中以外の患者 135点(6ヶ月に6回まで)

[施設基準]

適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること

向精神薬の適切な処方の促進

➤ 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

処方料、薬剤料、処方せん料

現行

処方料、薬剤料、処方せん料

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の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 随時に投薬する場合
- ④ 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

処方料 20点
薬剤料 所定点数の100分の80

処方せん料 30点



改定後

処方料、薬剤料、処方せん料

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の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 随時に投薬する場合
- ④ 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 (3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。)

処方料 20点
薬剤料 所定点数の100分の80(※)
※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る
処方せん料 30点

通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、以下の①から③の全てを満たす場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定。

- ① 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(※1)である。
- ② 当該患者に対して、適切な説明、残薬の確認、副作用の評価、減薬の可能性の検討が行われている。
- ③ 当該処方が随時の投薬等のもの、又は患者の病状等によりやむを得ず投与するもの(※2)である。

※1 平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績を報告。ただし、平成28年7月は改定前の方法、様式による報告でも可とし、平成28年9月までは全ての保険医療機関が①を満たすものとして扱う。

※2 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」に限る。ただし、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。

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

- 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(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医師、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。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。



専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価

- 専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設する。

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

(新) 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)

(新) 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[施設基準]

- ①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- 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。
- 精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- 診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること

作業療法士が
入っていない

質の高い精神医療の評価⑨

医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施

- 認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減する観点から、医師の指示のもと、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部分を実施する形式のものについても評価する。

認知療法・認知行動療法

- (新) 3 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、看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- 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。

[施設基準]

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等

- ① 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、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、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自ら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、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
- ③ 適切な研修を修了していること。

認知療法・認知行動療法の対象疾患の拡大

- 認知療法・認知行動療法の対象疾患について、新たに不安障害を追加する。

(現行) うつ病等の気分障害

(追加) 不安障害(強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD))

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

病院・診療所からの訪問看護の評価

➤ 在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保する。

現行		改定後	
【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	555点	【在宅患者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 週3日目まで	580点
【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	555点	【同一建物居住者訪問看護・指導料】 保健師、助産師又は看護師による場合 同一日に2人、週3日目まで	580点
【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	575点	【精神科訪問看護・指導料】 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上の場合	580点
【退院前訪問指導料】	555点	【退院前訪問指導料】	580点

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料は、代表的な点数を挙げている。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑮

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

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

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

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

※2: 週4日以上訪問看護が計画されている場合に限る。

※3: 病院・診療所側が、患者が入院していた保険医療機関の場合に限る。

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

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

※6: 特別の関係の場合を除く。

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価

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

〔施設基準〕

① 24時間対応体制加算を届け出ていること。

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