

特掲診療料 第7部 リハビリテーション

個別指導の状況	214
特掲 H-1 通則 各区分のリハビリテーションの実施に当たって	216
特掲 H-2 通則 疾患別リハビリテーションの実施に当たって	217
特掲 H-3 通則 標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者	218
特掲 H-4 通則 標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者	220
特掲 H-5 給付調整 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行う場合改	222
特掲 H-6 H000 心大血管疾患リハビリテーション料	223
特掲 H-7 H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	224
特掲 H-8 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料改	225
特掲 H-9 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料「注3」入院時訪問指導加算	226
特掲 H-10 H003-3 リハビリテーション計画提供料「2」リハビリテーション計画提供料2改	227
特掲 H-11 H003-4 目標設定等支援・管理料	228
特掲 H-12 H004 摂食機能療法改	229
特掲 H-13 H004 摂食機能療法「注2」経口摂取回復促進加算	230
特掲 H-14 H005 視能訓練	232
特掲 H-15 H007 障害児(者)リハビリテーション料	233
特掲 H-16 H007-2 がん患者リハビリテーション料	234
特掲 H-17 H008 集団コミュニケーション療法料	235

特掲診療料 第8部 精神科専門療法

個別指導の状況	238
特掲 I-1 I000 精神科電気痙攣療法「注3」麻酔医師加算新	240
特掲 I-2 I001 入院精神療法	241
特掲 I-3 I002 通院・在宅精神療法、給付調整 介護老人福祉施設に入所している患者等に対するもの	242

特掲 I-4 I002 通院・在宅精神療法「注4」児童思春期精神科専門管理加算の「ロ」20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合	243
特掲 I-5 I002 通院・在宅精神療法「注5」特定薬剤副作用評価加算	244
特掲 I-6 I002 通院・在宅精神療法「注6」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	245
特掲 I-7 I002 通院・在宅精神療法「注7」措置入院後継続支援加算新	246
特掲 I-8 I002-2 精神科継続外来支援・指導料、I002-2 精神科継続外来支援・指導料「注4」特定薬剤副作用評価加算	247
特掲 I-9 I002-3 救急患者精神科継続支援料	248
特掲 I-10 I003 標準型精神分析療法	249
特掲 I-11 I003-2 認知療法・認知行動療法、給付調整 介護老人福祉施設に入所している患者等に対するもの	250
特掲 I-12 I004 心身医学療法	251
特掲 I-13 I005 入院集団精神療法改、I006 通院集団精神療法改	252
特掲 I-14 I006-2 依存症集団療法	253
特掲 I-15 I007 精神科作業療法改	254
特掲 I-16 I008 入院生活技能訓練療法改	255
特掲 I-17 I008-2 精神科ショート・ケア改、I009 精神科デイ・ケア改	256
特掲 I-18 I010 精神科ナイト・ケア改、I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア改、I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア「注5」疾患別等診療計画加算改	257
特掲 I-19 I008-2・I009・I010・I010-2「精神科デイ・ケア等」を開始した日から1年を超える期間で週4日以上算定する場合	258
特掲 I-20 I011 精神科退院指導料	259
特掲 I-21 I011-2 精神科退院前訪問指導料	260
特掲 I-22 I012 精神科訪問看護・指導料、I012 精神科訪問看護・指導料(算定回数の特例)	261
特掲 I-23 I012-2 精神科訪問看護指示料	262
特掲 I-24 I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料	263
特掲 I-25 I014 医療保護入院等診療料	264
特掲 I-26 I015 重度認知症患者デイ・ケア改	265
特掲 I-27 I016 精神科在宅患者支援管理料	266

特掲診療料

第7部

リハビリテーション

リハビリテーションを実施するに当たっては、実施計画の作成、評価、計画の見直しなどが必須となります。

また、計画においては目標設定も大切な要素です。

計画書や評価表については参考様式（別紙様式）又はそれに準じた内容のものでなければなりません。

療法等を行う者の職種、担当できる患者数の標準なども定められていますので、各書類や記録においては該当する職種であることや署名（サイン）も大切です。

疾患別リハビリテーションなど点数が時間で規定されているものもあります。根拠として実施時間を記録することは基本です。

参考／個別指導の状況

※重複する内容は編集しました

● 疾患別リハビリテーション

(1) リハビリテーション実施計画

〈作成〉

- ・別紙様式21から別紙様式21の5までを参考としたリハビリテーション実施計画を作成する。
- ・実施計画書を作成していない（開始時及び3か月毎）。
- ・実施計画書に患者署名欄がない等様式に不備がある。
- ・実施計画がリハビリテーションの開始後に作成されている。
- ・実施計画書の記載内容が乏しい、又は、記載されている内容が画一的である。
- ・実施計画書に患者、家族等の印、又は、サインがない。

〈説明〉

- ・開始時及び3か月毎に患者に対して実施計画を説明していない。
- ・開始時の実施計画の内容説明の要点を記載していない。

〈診療録への記載〉

- ・開始時及び3か月毎の実施計画の説明の要点を記載していない又は記載が乏しい。

(2) リハビリテーションの記録（カルテ又は療法録等）

- ・機能訓練の内容の要点の記載がない。
- ・実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記載がない。
- ・実施時間の記載が一律に20分単位の画一的な記載となっている。実際にリハビリテーションを実施した開始時刻・終了時刻を記載する。
- ・機能訓練の内容の要点について、診療録等への記載が不十分、又は画一的である。
- ・リハビリテーション療法録に、リハビリテーション実施者の署名が無い。
- ・個人別の訓練記録に、機能訓練の内容の要点を記載していない。

(3) カンファレンス

- ・医師をはじめ、ほとんどの職種のコメントが画一的（検討内容等を具体的に記録する）。

(4) 従事者

- ・リハビリテーションに従事する職員1人ごとの毎日の訓練実施終了患者の一覧表を作成しておらず、職員1人1日当たりの実施単位数を適切に管理してい

ない。

(5) 算定関連

- ・患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容説明前に実施した。
- ・医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施した。
- ・適応を症状、所見に応じ、妥当適切に判断した上で施行し、漫然と治療することなく適宜効果判定を行う。
- ・リハビリテーションの起算日が医学的に妥当ではない。
- ・発症日の取扱いが誤っている。
- ・個別療法として訓練を行った時間が20分未満であるものについて算定した。
- ・標準的算定日数を超えて継続してリハビリテーションを行う患者について、算定単位数上限を超過して算定した。
- ・標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（注4に規定する場合（編注：H001, H001-2, H002において月13単位を算定する場合））が要介護被保険者等であるにもかかわらず、注1に規定する点数を算定した。
- ・早期リハビリテーション加算及び初期加算について、誤った起算日に基づいて算定した。

● H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

〈算定〉

- ・算定回数の誤り。
- ・対象疾患の診断がされていない患者に対して算定した。

● H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

〈記載〉

- ・廃用症候群に係る評価表を用いて月ごとに評価し、その写しを添付する。
- ・治療開始時の患者の状態が定められた算定要件に適合することを判断する必要があるところ、治療開始時の患者の状態が診療録等により確認できない。

● H002 運動器リハビリテーション料

〈算定〉

- ・運動器リハビリテーションについて、その効果を定期的に評価した上で、必要性、有効性を検討し、計

画を見直しつつ実施する。

- ・いわゆる「みなし理学療法士」である柔道整復師が実施した運動器リハビリテーションを運動器リハビリテーション料（Ⅱ）で算定した。
- ・消炎鎮痛等処置で算定すべきものについて、運動器リハビリテーション料（Ⅲ）を算定した。
- ・運動器リハビリテーション料（Ⅲ）について、専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士がいらない。
- ・はり師、きゅう師、所定の研修を修了していない柔道整復師等は、運動器リハビリテーション料（Ⅲ）以外のリハビリテーションの実施者として認められない。

● H003-2リハビリテーション総合計画評価料

〈記載〉

- ・総合実施計画書の様式が示されている様式に準じていない。
- ・総合実施計画書を作成していない（月1回以上）。
- ・総合実施計画書の所定欄に一部記載がない、必要項目を記載していない。
- ・総合実施計画書の記載内容が乏しい。
- ・総合実施計画書に「1か月後の目標」及び「リハビリテーションの治療方針」を記載していない。
- ・総合実施計画書を患者又は家族に交付していない。
- ・総合実施計画書の記載が画一的な記載となっている。患者個々の状態に応じ具体的に記載する。
- ・総合実施計画書の記載内容が長期間にわたり画一的であることから患者の状態変化等を勘案し、評価の必要性についても十分考慮する。
- ・多職種（医師、看護師、理学療法士等）が共同して総合実施計画を作成していない。
- ・リハビリテーション総合計画書の写しが整理され、診療録に添付されていない。

〈算定〉

- ・リハビリテーションの効果、実施方法の評価を行わずに算定した。

● H003-4 目標設定等支援・管理料

〈記載〉

- ・目標設定等支援・管理シートに基づく医師の患者等への説明内容等についての記載が乏しい。
- ・医師が患者等に説明した内容、当該説明を患者がどのように受け止め、どのように反応したかについて記載していない。

● H004 摂食機能療法

〈記載〉

- ・実施計画を作成していない。
- ・患者又はその家族への具体的な指示内容の要点の記載が乏しい。
- ・治療開始日を診療録に記載していない。
- ・訓練内容を診療録に記載していない。
- ・経口摂取回復促進加算—当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し記載する。

〈算定〉

- ・適応疾患でないものについて算定した。
- ・訓練指導を行った時間が1回につき30分未満であるものについて算定した。

特掲 H-1

通則 各区分のリハビリテーションの実施に当たって

リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものです。

点数は理学療法や作業療法などの療法別ではなく、疾患別かつ時間単位を中心に定められています。そのため、診療録には適応となる疾患、算定する診療行為名及びその時間を明確に記録しておかなければなりません。

また、実施することができる職種や、担当1人当たりの患者数の定めがあります^{※1}ので、誰が行ったのかの記録も大切です。

規定【記載】

各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載する。

記載等のポイント

- ☐ 算定する診療行為名を記載する。
- ☐ 療法の種類等を記載する（理学療法、作業療法などの具体的な内容）。
- ☐ 実際に行われた開始時刻と終了時刻を記載する。この場合は、画一的な表記でないものとする。

記載例

症例：脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ

精神運動発達遅滞、1歳8か月

両親・弟（4か月）と来院

12月3日

診断名：精神運動発達遅滞

算定区分：脳血管疾患等Ⅰ 起算日：〇〇-10-14

治療項目名：脳血管疾患等Ⅰ×2単位

実施時間：12:00~12:45

【療法内容】

関節可動域練習（他動運動）

床上動作練習（床からの起立・着座）

日常生活動作練習（歩行）

家族指導（発達促進支援）

ご両親に説明、ご理解良好

※1 時間・患者数の規定例
（心大血管疾患リハビリテーション）

1単位=20分以上

実施時間

（入院）

1時間（3単位）/回

（外来）

1時間（3単位）/日、

3時間（9単位）/週

担当1人当たりの患者数

・医師

（入院）1回15人

（外来）1回20人

・理学療法士、作業療法士、
看護師

（入院）1回5人

（外来）1回8人

●1 算定日数に上限があるため、起算日（増悪などで起算日変更の場合はその旨）がわかるように記載又は整備されている

●2 算定行為名が明記されている

●3 実施した開始時刻及び終了時刻が明記されている

●4 機能訓練の内容の要点が記載されている

●5 本人以外に行った場合はその旨が記載されている

特掲 H-2

通則 疾患別リハビリテーションの実施に当たって

「疾患別リハビリテーション」※1の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとにその効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の5」※2までを参考にしたりハビリテーション実施計画を作成する必要があります。

また、リハビリテーションの開始時とその後3か月に1回以上、患者等に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明します。

なお、算定に当たっての起算日が急性増悪等により変更になった場合は、実施計画にも変更がかかりますので、新たな実施計画書の作成及び患者等への説明が再度必要になります。

規定【記載】

- ・リハビリテーションの開始時及びその後（「疾患別リハビリテーション料」の各規定の「注4」※3にそれぞれ規定する場合を含む）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く）患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する。
- ・手術、急性増悪、再発又は新たな疾患の発症等により、患者の病態像・障害像が変化した際には、「疾患別リハビリテーション」の起算日をリセットした上で、当該リハビリテーションを新たに開始することとなり、その際は、新たなリハビリテーション実施計画の内容を患者へ説明した上で、改めて診療録にその要点を記載する。（平25.8.6 医療課事務連絡）

記載等のポイント

- （開始時、3か月毎）リハビリテーション実施計画を患者等に説明する※4。
- リハビリテーション実施計画（評価）の要点を記載する※5。
- リハビリテーション実施計画書の写しを添付する。

記載例

4月3日

リハ計画を家族（息子）に説明。評価日：4/1入院時。

発症：○年2月3日、右心原性脳塞栓症。既往歴等その他一省略

診断：脳梗塞

要介護認定未

知覚障害あり（左下肢重度、上肢、体幹中等度）、高次脳機能障害、失語症、ADL全介助。

本人は自宅退院希望、家族も在宅介護を予定し要介護認定の申請希望。

自宅退院＋介護リハを目標に1回/月の評価を。

左上下肢理学療法60分、作業療法60分、失語訓練60分として、1回/週を開始。

（頭部、肩甲骨帯のmobilization、上下肢促通ex、起居動作ex、体幹ex、立ち上がりex その他省略）

（リハビリテーション実施計画書添付）

※1 疾患別リハビリテーション料に該当するものは、次の通り

H000心大血管疾患リハビリテーション料、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、H003呼吸器リハビリテーション料

※2 「別紙様式21」から「別紙様式21の5」まで→リハビリテーション実施計画書（解釈p1213～p1218参照）

※3 「注4」とは、必要があって標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行い月13単位に限り算定する場合

※4 リハビリテーション総合実施計画書（月1回）を作成している場合、リハビリテーション実施計画書は必要ありません（平20.7.10医療課事務連絡）

※5 主な内容

- ①現状（前回との比較）
- ②今後のおおまかな目標
- ③具体的なアプローチ内容
- ④家族の要望があればその内容 など

●1 リハビリテーション実施計画の説明は、リハビリテーションの実施前（当日含む）に行われている

●2 リハビリテーションの起算日として、発症日が記載されている（転院等の場合、自院の開始日と異なる場合があるので注意する）

●3 評価時の現状が記載されている

●4 本人や家族の希望が記載されている

●5 おおまかな目標や具体的なアプローチ内容が記載されている

特掲 H-3

通則 標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者 ※状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

疾患別リハビリテーション料を算定するに当たっては、起算日及び標準的算定日数が定められていますが、次の場合は、算定日数を超えて疾患別リハビリテーション料を算定することができます。

- ① 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（各規定の「注1」ただし書きに該当する場合）
 - a. 特掲診療料の施設基準等「別表第九の八第一号に掲げる患者」※1であって、「別表第九の九第一号に掲げる場合」
 - b. 特掲診療料の施設基準等「別表第九の八第二号に掲げる患者」であって、「別表第九の九第二号に掲げる場合」
- ② 必要があつて標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行い、月13単位に限り算定する場合（各規定の「注4」に該当する場合）

本項目は、上記の①の「a.」の場合を解説します。対象患者※2であつて、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は、標準的算定日数を超えて算定できますが、毎月、リハビリテーション実施計画を評価・検討し、計画書を作成する必要があります。

規定【記載】【添付】

「疾患別リハビリテーション」を実施している患者であつて、「標準的算定日数」を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く）のうち、「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」（特掲診療料の施設基準等「別表第九の八第一号に掲げる患者」であつて、「別表第九の九第一号に掲げる場合」）は、**継続することとなった日**を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上「リハビリテーション実施計画書」を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

記載等のポイント

- 診療録に記載する継続することとなった日＝リハビリテーション実施計画書の作成日（評価日）である。
 - リハビリテーション実施計画書を、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上作成し、都度、検討（評価）する。
 - リハビリテーション実施計画書に、到達目標、改善に要する見込み期間、指標を用いた具体的な改善の状態等を記載する。
 - 患者等に交付したリハビリテーション実施計画書の写しを添付する。
- ＜リハビリテーション実施計画書＞
- これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
 - 前月の状態との比較をした当月の患者の状態
 - 将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
 - 機能的自立度評価法（FIM）、基本的日常生活活動度（BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由

※1、※2 失語症、失認及び失行症の患者、高次脳機能障害の患者、重度の頸髄損傷の患者、頭部外傷及び多部位外傷の患者、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者、心筋梗塞の患者、狭心症の患者、軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後1年以内のものに限る）の患者、外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のものに限る）の患者、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、回復期リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であつて、当該病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者（保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く）、難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く）、障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る）、その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

記載例

症例：脳血管疾患等リハビリテーションⅠ
 左視床出血（右片麻痺，構音障害）
 発症日○年1月23日（標準的算定日数上限日7/21）

7月20日

リハ実施計画作成

算定上限日が7/21，本日継続の最終判断のため評価。

同様のリハビリテーションの継続を決定→7/20。

家族（娘）に説明。

〈前回評価：6/25〉

構音障害：やや聞き取りにくい時有り。

右上下肢に麻痺あり。車椅子への移動は，介助が必要。

FIM ○○点

p) 同様のリハを3か月継続

〈本日評価〉

軽度の構音障害あるが，日常会話に支障なし。前回より改善。

右上下肢に麻痺有り（手先の協調運動低下，下肢の筋力低下）。

日常生活動作：車椅子への移動，自立も見守り必要。歩行要支持。

食事・整容排便管理はほぼ自立。

FIM ○○点

〈リハビリテーションの目標〉

より安定した歩行，歩容の改善，手の協調運動の改善。

具体的内容：

- ①上下肢・体幹ストレッチ，筋力強化
- ②歩行練習
- ③上肢・手指操作練習（近位から遠位，微細協調運動）
- ④全身調整運動（体操）
- ⑤作業課題（書字や折り紙など）
- ⑥発語訓練（本を読む）

〈今後の改善の見込み〉

かなり改善してきているので，このまま8月一杯は同様なリハビリを医療で実施し，その後回数減→介護保険への移行（手続き，意見書の交付，介護支援事業者などの紹介）を準備する。

次回8/20評価予定。

（リハビリテーション実施計画書の写し添付）

- 1 脳血管疾患等リハビリテーションの算定日数上限は180日です。発症日の1/23から起算して180日目は7/21です。それ以降においても，医療としての密なリハビリテーションを継続する場合は，リハビリテーション実施計画書の作成（評価＝継続決定）が必要です
- 2 継続することとなった日を記載します
- 3 継続してリハビリテーションを実施する前に，本人又は家族にその計画書を交付し説明しなければなりません

- 4 本人又は家族の署名が入った計画書の写しを添付します

特掲 H-4

通則 標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者 ※治療上有効であると医学的に判断される場合

疾患別リハビリテーション料において、標準的算定日数を超えて算定できる場合があります（本書「特掲H-3」参照）。

その一つとして、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があり、対象患者（特掲診療料の施設基準等「別表第九の八第二号に掲げる患者」）^{※1}であって、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合です（別表第九の九第二号に掲げる場合）（本書「特掲H-3」解説中の①のb.）。

該当する患者に対しての実施計画書は、継続することとなった日及び3か月に1回以上の作成が必要であり、その内容についても規定されています。

また、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険によるリハビリテーション^{※2}の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導します。

規定【記載】【添付】

「疾患別リハビリテーション」を実施している患者であって、「標準的算定日数」を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く）のうち、「患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合」（特掲診療料の施設基準等「別表第九の八第二号に掲げる患者」）であって、「別表第九の九第二号に掲げる場合」は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、「リハビリテーション実施計画書」を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

記載等のポイント

- ☐ 診療録に記載する継続することとなった日＝リハビリテーション実施計画書の作成日（評価日）である。
- ☐ リハビリテーション実施計画書を、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上作成し、都度、検討（評価）する。
- ☐ リハビリテーション実施計画書に、改善の状態や今後の計画等を記載する。
- ☐ 患者等に交付したリハビリテーション実施計画書の写しを添付する。

<リハビリテーション実施計画書>

- ☐ これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
- ☐ 前月の状態と比較した当月の患者の状態
- ☐ 今後のリハビリテーション計画等

※1 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者、障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く）

※2 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、介護予防訪問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が該当します

記載例

症例：脳血管疾患等リハビリテーション料 I

筋萎縮性側索硬化症，入院患者

最初に診断された日（○年5月10日）

前回のリハビリテーション実施計画作成日（○年9月1日）

継続することとなった日（○年10月1日）

10月1日

経過 1月頃より足腰が弱ってきた感じがあり，どんどんひどくなってきた。

5月に精査目的で入院。症状，諸検査の結果等より，5/10診断確定。

薬物療法及びリハビリテーション施行も徐々に四肢筋力の低下あり。

本日，定期評価

下肢自動運動不可。上肢筋力3/5。嚥下は可能。

疾患別リハを継続決定。

〈日常生活動作〉

食事／自立 移乗／車椅子自力でなんとか移動（前回より改善）

整容／一部介助 トイレ／留置カテーテル，排便失禁

入浴／全介助 平地歩行／不能

階段／不能 更衣／ほぼ全面介助

〈リハビリ内容〉

リハビリ目標：現状維持。（上肢の機能は，3/5程度 手指運動の組み合わせで）

〈効果判定〉

意欲も増し，手指運動の組み合わせによる複雑な動作（塗り絵，写字等）可能。

〈今後の予定〉

- ・自宅にて療養希望のため，年内はリハにより筋力を維持させ，年明けより維持期リハに移行し，家屋の改造（車椅子での移動）済み次第，在宅へ切り替え。

- ・要介護認定申請中。

- ・本日，標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーション（週3日以上）を行うものとして決定。

本人及び妻と息子に説明し，署名をもらう。

（リハビリテーション実施計画書の写し添付）

- 1 標準的算定日数の上限日（180日）は，11月5日

- 2 本日が継続決定日となります

- 3 患者等に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し，その要点を記載します

- 4 今後の目標が入っています

- 5 署名入りの計画書の写しを添付します

特掲 H-5

給付調整 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行う場合 改

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^{※1}」を行った後、「介護保険におけるリハビリテーション^{※2}」の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、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ません。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能です。

〈併用する場合〉

- ・診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する。
- ・同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定できる。
- ・当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位まで。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に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を行った場合は^{※3}、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなされません。

◎ 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平成30年3月30日保医発0330第2号）第5医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項「10リハビリテーションに関する留意事項について」を参照

※1 H000心大血管疾患リハビリテーション料、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、H003呼吸器リハビリテーション料が該当します

※2 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションが該当します

※3 この場合、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はありません

規定【記載】

〈併用する場合〉

診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する。

記載等のポイント

- ☐ 介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を記載する。
- ☐ 介護保険における状況等を記載することが望ましい。

特掲 H-6

H000 心大血管疾患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は、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合^{※1}に算定します。

この心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施しなければならず、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者^{※2}と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢で行います。

規定【記載】

専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画^{※3}を作成し、診療録に記載する。

記載等のポイント

□心機能チェックの結果、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を記載する。

記載例

11月18日

本日、定期評価。リハ計画書作成。本人に説明する。

四肢ストレッチ体操後、エルゴメーター実施。

プロトコール：THR104bpm 負荷22w 20分（WU1分/CD1分）

本日負荷30Wで実施

胸部症状（なし）、不整脈（なし）、ST変化（なし）

BP HR Borg（呼吸/下肢）

安静時：133/78mmHg 69bpm

5分後：148/87mmHg 87bpm 6/8

10分後：143/80mmHg 93bpm 6/8 他省略

【療法内容】3単位・1回/2W 関節可動域練習（ストレッチ）

他省略

【運動処方】1回/日

①朝：ラジオ体操の実施（始めのうちは第1体操のみ。特に息切れなど無ければ、続けて第2体操も）

②午後：屋外歩行30分～1時間

③運動前後の脈拍、血圧測定

④異常があれば随時連絡のこと 他省略

（リハビリテーション実施計画書の写し添付）※本人の署名あり

心大血管疾患リハビリテーションⅠ 11:00-12:00

（機能訓練の内容は別途療法録あり）

※1 関係学会により周知されている「心大血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」に基づき実施します

※2 他の従事者とは、施設基準に登録した理学療法士、看護師及び作業療法士になります

※3 運動処方を含む実施計画書→「別紙様式21の4」「別紙様式21の5」（解釈 p 1217, p 1218参照）

◎参考 共通する通則的事項に関するものは、本書「特掲 H-1～H-5」を参照

●1 実施計画書を作成し、説明します

●2 行った心機能検査の内容及び結果を記載します

●3 運動処方が記載されています

●4 実施計画書の写しを添付します

●5 算定行為名を記載します

●6 実施した開始時間及び終了時間を記載します

特掲 H-7

H001-2 廃用症候群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^{※1}は、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定します。

規定【添付】

廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、**廃用症候群に係る評価表「別紙様式22」^{※2}**を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その**写し**を診療録に**添付**する。

記載等のポイント

- ☐ 廃用症候群に係る評価を、毎月行う。
- ☐ 次のどちらかを診療録に添付する。
 - ・診療報酬明細書に添付した「別紙様式22」の写し
 - ・「別紙様式22」同様の情報を摘要欄に記載した診療報酬明細書の写し
- ☐ 「別紙様式22」は、各項目全てを記載する（該当なしの場合はその旨）。

記載例

〈診療報酬明細書の摘要欄に記載した内容〉

患者氏名：〇〇 太郎

性別：男

生年月日：〇年〇月〇日（〇〇歳）

入院・外来：入院

入院日：〇年〇月〇日

主傷病：廃用症候群

廃用症候群の診断日：〇年〇月〇日

要介護度：要介護3

リハビリテーション起算日：〇年〇月〇日

算定している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Ⅰ

1. 廃用を生じる契機となった疾患等：
 - 左下顎骨折（疾病コード）115 ーその他省略ー
2. 廃用に至った経緯等：ー省略ー
3. 手術（手術の有無：なし，手術名：，手術年月日：）
4. 治療開始時のADL：〇月 70点
 - 月毎の評価点数：（〇〇月 FIM 70点）
5. 1月当たりのリハビリテーション：実施日数3日，提供単位数16単位
6. リハビリテーションの内容：関節可動域訓練，筋力訓練，ADL訓練
7. 改善に要する見込み期間：1か月から3か月
8. 前回の評価からの改善や変化：0（維持），FIMで（0）点程度の改善

※1 対象患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）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（治療開始時において、FIM 115以下，BI 85以下の状態等のもの）

※2 「別紙様式22」→廃用症候群に係る評価表（解釈p1220参照）

この写し又は同様の内容を、毎月、診療報酬明細書に添付（又は記載）しなければなりません

◎参考 共通する通則的事項に関するものは、本書「特掲H-1～H-5」を参照

◎1 診療報酬明細書の摘要欄に同様の情報を記載する場合であっても、全ての項目について記載します

特掲 H-8

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 改

リハビリテーション総合計画評価料1は、対象医療機関^{※1}において、医師等の多職種^{※2}が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき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、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者^{※3}以外の患者に対し、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又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に算定します。

リハビリテーション総合計画評価料2は、対象医療機関^{※4}において、医師等の多職種^{※5}が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者^{※6}に対し、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又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に算定します。

規定【添付】

- ・医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ・リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮する。
 - ア 「別紙様式23」から「別紙様式23の4」^{※7}まで又はこれに準じた様式^{※8}
 - イ 「別紙様式21の6」^{※9}又はこれに準じた様式に、(イ)から(ヘ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせ記載する様式(回復期リハビリテーション入院料1を算定する患者については、必ず(ト)を含めること)
 - (イ)～(ヲ)省略

記載等のポイント

- ☐ リハビリテーション総合実施計画書(署名入り)の写しを添付する。
- ☐ 当該評価料を算定する旨を記載する。
- 〈リハビリテーション総合実施計画書〉
- ☐ 各項目全てを記載する(該当なしの場合はその旨)。
- ☐ 患者個々の状態に応じ具体的に記載する。
- ☐ 多職種が共同したことを明確にする。
- ☐ 説明者及び説明を受けた人の署名がある。

※1 1の対象：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)及び(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る施設基準届出保険医療機関

※2、※5 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種をさします

※3、※6 介護保険リハビリテーションへの移行を予定している患者とは、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の3分の1を経過した期間にリハビリテーションを実施している患者をいいます

※4 2の対象：脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に係る施設基準届出保険医療機関

※7 「別紙様式23」から「別紙様式23の4」→リハビリテーション総合実施計画書(解釈p1222～p1230参照)

※8 準じた様式とは、「別紙様式23」～「別紙様式23の4」に記載する情報を概ね網羅している様式であること。特に最終的な改善の目標や改善までの見込み期間については十分に詳しく記載できるものであること(平20.3.28医療課事務連絡)

※9 「別紙様式21の6」→リハビリテーション計画書(解釈p1219参照)

特掲 H-9

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料
「注3」入院時訪問指導加算

リハビリテーション総合計画評価料の入院時訪問指導加算は、患者の同意を得て、入院前又は入院後すぐに退院後生活する患家等^{※1}を訪問して、住環境などを含めた情報収集及び評価を行った上で「リハビリテーション総合実施計画」を作成した場合に、リハビリテーション総合計画評価料に加算できるものです^{※2}。

評価に当たっては、「入院時訪問指導に係る評価書」を作成する必要があります。

- 対象者** A308回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
訪問期間 当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内
訪問者 保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上。必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等
収集内容 患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等

規定【添付】

「注2」入院時訪問指導加算を算定する場合には、「別紙様式42」^{※3}又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付する。

記載等のポイント

- ☐ 患者の同意を得た旨を記載する。
- ☐ 入院時訪問指導に係る評価書の写しを添付する。
- ☐ 当該加算を算定する旨を記載する。
- 〈入院時訪問指導に係る評価書〉
- ☐ 訪問日は、回復期リハビリテーション病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内である。
- ☐ 各項目全てを記載する。

※1 退院後生活する患家等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれません

※2 加算は、入院中1回に限り算定できます

※3 「別紙様式42」→入院時訪問指導に係る評価書（解釈 p 1257参照）

特掲 H-10

H003-3 リハビリテーション計画提供料
「2」リハビリテーション計画提供料2 改

リハビリテーション計画提供料1は、要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、患者の同意を得た上で、利用を予定している「指定通所リハビリテーション事業所等」※1、※2に対して、「別紙様式21の6」※3を用いて3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定します。

リハビリテーション計画提供料2は、入院中に疾患別リハビリテーションを実施した患者であって、退院時にA246入退院支援加算の地域連携診療計画加算※4を算定した者について、患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション実施計画を文書※5により提供した場合に算定します※6。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できません。

規定【添付】

リハビリテーション計画提供料2を算定する場合、他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録に添付する。

記載等のポイント

- ☐ 患者の同意を得た旨を記載する。
- ☐ 他の保険医療機関に提供した文書の写しを添付する。
- ☐ 当該提供料を算定する旨を記載する。

※1 指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をさします

※2 利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等を行います

※3 「別紙様式21の6」→リハビリテーション計画書（解釈p1219参照）

※4 本書「A246入退院支援加算」注4「地域連携診療計画加算」参照

※5 リハビリテーション総合実施計画書など

※6 退院時に1回を限度として算定します

特掲 H-11

H003-4 目標設定等支援・管理料

目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーション^{※1}の実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師及びその他の従事者^{※2}が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたりハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、その進捗を管理した場合に算定できます^{※3}。

具体的には次のことを行います。

- ・共同で「目標設定等支援・管理シート」（「別紙様式23の5」^{※4}又はこれに準じた様式）を作成し交付する
- ・医師が患者等に当該管理シートに基づく説明^{※5}を行う
- ・医師が説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリテーションの内容を見直す など

規定【添付】【記載】

- ・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（別紙様式23の5又はこれに準じた様式）を作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。
- ・医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき患者等に説明^{※6}し、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載する。

記載等のポイント

- ☐ 目標設定等支援・管理シートの写しを添付する。
- ☐ 説明に対する患者等の受け止め及び反応を記載する。
- ☐ 当該管理料を算定する旨を記載する。

〈目標設定等支援・管理シート〉

- ☐ 3月に1回以上作成する。
- ☐ 項目は全て記載する。

記載例

5月1日

S) O) 省略

P, A) 目標設定支援・管理シート交付、本人及び家族（夫）に説明

胃瘕に本人は難色を示し、現状の変化を好まない感じてあった。

経口摂取等のリハビリも促進できることから、夫は希望。

利点、注意点や費用のことを含めて、次回、再度説明し検討することになった。

目標設定等支援・管理料（初回）

（目標設定等支援・管理シートの写し添付）※患者の署名入り

※1 対象は、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及び運動器リハビリテーション料です

※2 その他の従事者とは、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等です

※3 3月に1回に限りの算定です

※4 「別紙様式23の5」→目標設定等支援・管理シート（解釈p1231参照）

※5、※6 説明する内容

ア 説明時点までの経過

イ 当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のADL評価（BI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 当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及び「ウ」の機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指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

●1 患者等に、目標設定等支援・管理シートを交付し、説明します

●2 説明に対する患者等の受け止め及び反応を記載します

●3 当該管理料を算定する旨を記載します

●4 目標設定等支援・管理シートの写しを添付します

特掲 H-12

H004 摂食機能療法 改

摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者^{※1}に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に算定できます^{※2}。

【訓練の従事者】 医師又は歯科医師

医師又は歯科医師の指示の下…言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士

規定【記載】

摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録に記載する。

記載等のポイント

- ☐ 実施計画書を治療開始前に作成する。
- ☐ 摂食機能検査の結果、実施計画の内容を記載（添付）する。
- ☐ 治療開始日を記載する。治療開始日は摂食機能療法の初回実施日。
- ☐ 訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を記載する^{※3}。
- ☐ 定期的な摂食機能検査の結果及び効果判定を記載する。

記載例

症例：摂食機能療法、左脳梗塞、治療開始日○年10月13日

12月13日

摂食機能療法 12:00～12:50

治療開始日：○年10月13日

【療法内容】

直接的嚥下練習、間接的嚥下練習

O) 疼痛：介入前後の訴えなし NRS 0/10

(食事場面) 場所：フロア

形態：嚥下一口大食 ハーフ

姿勢：車椅子座位

方法：介助摂取・一部自己摂取、お茶はコップから自己摂取

摂取量：主1/副1/ハイカロJ4/ブロッカ・プリン全

(所見) ムセなし。プリンとお粥を口中調味して嘔吐。テリーヌはお気に召さなかった。

A) 摂取量アップを狙っている。嚥下一口大の方が、摂取量が少ない。

ーその他内容省略ー

※1 摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいいます

ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

イ 内視鏡下嚥下機能検査又は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ものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

※2 1月に4回を限度として算定します。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できます

※3 画一的な記載でないよう留意します

●1 診療行為名と実施時間を記載します

●2 治療開始日を記載します

●3 訓練内容を記載します

◎参考 単なる食事介助では摂食機能療法として算定できません

特掲 H-13

H004 摂食機能療法 「注2」経口摂取回復促進加算

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算1又2は、鼻腔栄養を実施している患者^{※1}又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合にいずれか一方に限り算定できます。

この加算を算定する場合は、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査(D 298-2)又は嚥下造影(E 003の「7」)を実施しなければなりません。

そして、その検査結果を踏まえて、リハビリテーションを提供する医師等の多職種によるカンファレンスを、月に1回以上行う必要があります。

訓練の従事者

- ・医師又は歯科医師
- ・医師又は歯科医師の指示の下…言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士^{※2}

規定【記載】

- ・内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載する。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む）を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載する。
- ・当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載する。

記載等のポイント

- ☐ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を記載する。
- ☐ リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直しが行われた場合は、その要点を記載する。
- ☐ ハビリテーションの効果や進捗状況を記載する。
- ☐ 当該加算を算定する旨を記載する。

記載例

症例：経口摂取回復促進加算1の算定患者、意識障害、左片麻痺等/嚥下障害、立位歩行障害、ADL障害あり/鼻腔栄養実施

治療開始日：○年10月4日

摂食機能療法の実施計画書作成済みー内容省略ー

嚥下造影検査11月24日：家族署名同意書控添付

カンファレンス実施11月24日

11月24日

〈VF実施〉

意識レベル：Ⅰ-2～Ⅱ-10、従命：簡易従命可能、体幹角度：車椅子座位、食形態：ゼリー、濃いトロミ水、薄いトロミ水、水、お粥、

方法：自己摂取、撮影方向：側ーその他省略ー

※1 経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限りです

※2 摂食機能療法に含まれる嚥下訓練については、理学療法士及び作業療法士は行うことができません（平19.7.3医療課事務連絡）

◎参考 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載します

●1 嚥下造影を実施した旨を明確に記載します

〈VF評価〉

終始やや落ち着き無く、モニタを気にするそぶりあり。

特に舌運動不良のため送り込み困難。嚥下後も口腔内に残留。また、軟口蓋挙上不良により嚥下圧の上昇不良を認め、それに伴う咽頭残留を認めた。一方で粥形態では咀嚼は可能だった。

咽頭期の嚥下障害がないわけではなく、軽度の嚥下反射惹起遅延はあり、トロミなし水摂取では反射誘発前に食道入口部を通過する場面があった。

〈対策〉

- ・咀嚼は可能であり、口腔期強化も兼ねて、嚥下キザミ食ハーフに昼のみ食上げ
- ・口腔期強化のための間接練習施行
- ・15分以上経過すると疲労感強く嚥下反射の遅延を認めるとのこと→1回の食事は15分目安に、リハの合間に補食摂取していただく。

〈ST所見〉

先行期～咽頭期嚥下障害が認められる。

先行期：覚醒不良，食事不振

準備期：咀嚼運動は良好

口腔期：舌の送り込み不十分で時間を要する。嚥下反射誘発後も口腔内に残留あり。軟口蓋挙上不良で嚥下圧かかりにくい。

咽頭期：軽度の嚥下反射惹起遅延あり。トロミなし水摂取時，反射誘発前に食道入口部を通過する場面があり。

〈カンファレンス〉 11/24 13:00～14:00 参加者 医師〇〇，看護師〇〇，ST〇〇，栄養士〇〇 —各自所見内容省略—

【問題点】

- ・舌の送り込み不良，軟口蓋挙上不良による垂れ込み，嚥下圧かかりにくい状態。咽頭残留する。
- ・疲労感がでてくると，上記に加えて嚥下反射惹起遅延が出現し誤嚥のリスクとなる。

【A】

- ・咀嚼運動があると送り込みはやや改善される傾向にあるため，嚥下キザミ食（11/26から昼食のみハーフ量）へ。
- ・食事は15～20分程度，疲労感が出現したら終了。
- ・咀嚼は可能であり，口腔期強化も兼ねて，嚥下キザミ食ハーフに昼のみ食上げ。
- ・間接的・直接的嚥下練習実施

【療法内容】

直接的嚥下練習，間接的嚥下練習，指導

摂食機能療法 30分～40分

DVDを患者と家族に見てもらい，今後について説明 —内容省略—

- 2 検査の結果の要点を記載します

- 3 医師以外の従事者が介入している旨が明確になっています

- 4 カンファレンスを実施した旨を明確に記載します

- 5 カンファレンスの結果の要点を記載します

- 6 カンファレンスの結果から今後について，患者等に説明し，その内容を記載します

特掲 H-14

H005 視能訓練

視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できます^{※1}。
訓練を行うに当たっては、診療計画を作成しなければなりません。

規定【記載】

実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載する。

記載等のポイント

- ☐ 診療計画の内容を記載する。
- ☐ 算定する診療行為名を記載する。
- ☐ 行った訓練内容を記載する。

〈診療計画〉

- ☐ 訓練前に作成する。
- ☐ 検査結果等を踏まえ、画一的ではなく患者の症状に対応したものを作成する。
- ☐ 検査結果を踏まえての計画なので、治療計画の内容には、検査伝票貼付だけではなく、判断するための主要な検査結果及びその結果に基づく今後の治療方針となるための評価を記載する。

※1 1日につき1回のみ算定できます。また、斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定します

◎参考 共通する通則的事項として、本書「特掲H-1」を参照

特掲 H-15

H007 障害児(者)リハビリテーション料

障害児(者)リハビリテーション料は、医療型障害児入所施設、指定発達支援医療機関又はリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が障害児(者)リハビリテーション料の対象患者である保険医療機関であって届出を行った保険医療機関において、下記の対象患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に算定できます^{※1}。

対象患者

- ア 脳性麻痺の患者
- イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む）
- ウ 顎・口腔の先天異常の患者
- エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む）
- オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
- カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む）
- キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む）
- ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む）

障害児(者)リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要があります。

規定【記載】

障害児(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**実施計画**の内容を説明し、その**要点**を診療録に**記載**する。

記載等のポイント

- リハビリテーションの開始時とその後3か月に1回以上、実施計画の内容を患者等に説明し、その要点を記載する。

＜実施計画＞

- 訓練前に作成する。
- 検査結果等を踏まえ、画一的ではなく患者の症状に対応したものを作成する。
- 要点として、主な例
 - ア) 医学的（高次機能障害の評価）、心理学的（神経心理的検査：複数の検査）、社会的、職能的判定
 - イ) 目標設定（例 復職、復学など）
 - ウ) 職能的訓練の内容、課題の難易度、代償手段の獲得、障害の認識、環境調整等、具体的内容 など

※1 障害児(者)リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、H000心大血管疾患リハビリテーション料、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、H003呼吸器リハビリテーション料又はH007-2がん患者リハビリテーション料は別に算定できません。

ただし、障害児(者)リハビリテーションは、疾患別リハビリテーション料又はH007-2がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能です。

特掲 H-16

H007-2 がん患者リハビリテーション料

がん患者リハビリテーション料は、入院中の対象となるがん患者※¹であって、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認めた患者※²にリハビリテーションを行った場合に算定します。

がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定できます。

なお、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、H003-2リハビリテーション総合計画評価料1※³を算定していることが必要です。

規定【記載】

- ・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。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にがんサポート※⁴に参加することが望ましい。
- ・（施設基準告示）当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月1回以上作成していること。

記載等のポイント

- 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、実施計画を患者等への説明した要点を記載する。
- リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月1回以上作成する。
（H003-2リハビリテーション総合計画評価料は、毎月、共同で計画書の作成、患者等への交付・説明が必要であるが、がん患者リハビリテーション料については、患者等への内容説明は開始時及びその後3か月に1回以上でよい）

記載例

症例：直腸癌、○年11月14日 腹腔鏡下直腸切除術施行

○月○日

本日、本人及び妻に実施計画を説明。

（リハビリテーション総合実施計画書の写し添付）※本人の署名あり

現状概要：理解協力良好。疼痛のため、ADL動作は要介助。離床時血圧低下なく、介助下50m歩行可能。

まずは術後肺合併症予防、早期に300m自主練習歩行獲得を目標にPT介入していく。

午前介入よりも円滑に動作可能

ーその他内容省略ー

※¹ 別に厚生労働大臣によって定められた患者のみが対象です

※² 同一医療機関で、がん患者リハビリテーション料と疾患別リハビリテーション料の届出を行っている場合、対象となるがん患者が全てがん患者リハビリテーション料を算定しなければならないわけではなく、患者の状態等を勘案して、最も適切な項目を選択できます（平22.3.29医療課事務連絡）

※³ 本書「H003-2リハビリテーション総合計画評価料」参照

※⁴ キャンサーボードとは、手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、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・確認等するためのカンファレンスのことをいいます。「がん診療連携拠点病院の整備について」（平20.3.1健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）において、がん診療連携拠点病院の指定要件として、がんサポートの設置及び定期的開催が位置づけられました（厚生労働省資料より）

●1 実施計画を患者等へ説明します

●2 リハビリテーション総合実施計画書が作成されている必要があります

●3 説明の要点を記載します

特掲 H-17

H008 集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、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又はH007障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者に、医師又は医師の指導監督の下で、言語聴覚士が複数の患者※1に対して訓練を行った場合に算定できます。

集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要があります。

規定【記載】

集団コミュニケーション療法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集団コミュニケーション療法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。

記載等のポイント

□リハビリテーションの開始時とその後3か月に1回以上、実施計画の内容を患者等に説明し、その要点を記載する。

〈実施計画〉

- 訓練前に作成する。
- 言語聴覚機能能力に係る検査の結果等を踏まえ、画一的ではなく患者の症状に対応したものを作成する。
- 要点として、主な内容－現状とその評価、治療内容、今後の目標等

記載例

症例：心原性脳梗塞／中枢性麻痺、知覚障害、高次脳機能障害、失語症、
脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰの算定患者
治療内容：失語症訓練、前回実施計画説明日○年7月10日

10月9日

本日、本人及び夫へ実施計画説明する。
前回検査日○月○日 検査結果省略

脳血管疾患等リハⅠ3単位×2回＋集団リハ3単位×2回／W

【集団療法の内容】

言語療法：ゲーム等で楽しくリハを行い、訓練意欲を向上させる。少しずつでも他人とのコミュニケーション力をつける ーその他省略ー

※1

- 集団コミュニケーション療法の実施単位数
⇒言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位
- 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、廃用症候群リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者の実施するリハビリテーションの単位数
⇒集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位

- 1 前回説明日から3か月以内に、実施計画の内容を患者等に説明します
- 2 患者等に説明した実施計画の要点を記載します