



保医発第0330001号
平成19年3月30日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保健主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の
一部改正について

標記については、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成19年厚生労働省告示第95号）、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の施行に伴う健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第390号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（平成18年法律第106号）が交付され、平成19年4月1日より施行又は適用されることなどから、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）等の一部を別紙1から別紙4までのとおり改正し、同日より適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」
(平成18年3月6日保医発第0306001号)の一部改正について

1 別添1の第2章第7部通則を次のように改める。

<通則>

- 1 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ある。
- 1の2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料（以下この部において「疾患別リハビリテーション医学管理料」という。）は、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションを一貫して担当する保険医療機関を評価したものであり、原則として、心大血管疾患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及び呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）を行わず、心大血管疾患リハビリテーション医学管理、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理、運動器リハビリテーション医学管理及び呼吸器リハビリテーション医学管理（以下この部において「疾患別リハビリテーション医学管理」という。）のみを行う保険医療機関は想定されないものであること。
- 2 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 3 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こと。
- 4 疾患別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る。また、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（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こと。
また、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、算定日数の上限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って、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こと。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①

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）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③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、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、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、などを記載したものであること。

- 4の2 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、算定日数の上限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）及び疾患別リハビリテーション医学管理を行う場合は、当該医学管理の開始日及びその後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こと。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①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）、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。
- 5 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又は疾患別リハビリテーション医学管理の下に実施されるリハビリテーションとみなすことができる。
- 6 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において、「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。また、疾患別リハビリテーション医学管理料は、1日（ただし、1単位以上のものに限る。）以上のリハビリテーションを含む、リハビリテーション実施計画に基づく必要な医学管理を行った場合に算定できるものである。したがって、1単位に満たないリハビリテーションのみしか実施されない日は、当該医学管理料を算定できるリハビリテーションを行っているものではないこと。
- 7 疾患別リハビリテーション料は、患者1人につき1日合計6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位）に限り算定できる。
- 8 疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内でそれぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。
- 8の2 疾患別リハビリテーション料の対象となる患者は、心大血管疾患リハビリテーション料は治療開始日から121日目以降、脳血管疾患等リハビリテーション料は、発症日、手術日又は急性増悪の日（以下この部において「発症日等」という。）から141日目以降、運動器リハビリテーション料は発症日等から121日目以降、呼吸器リハビリテーション料は治療開始日から81日目以降は、逡減された点数を算定するものであること。なお、疾患別リハビリテ

ーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者が、当該算定日数の上限を超えて、引き続き疾患別リハビリテーションを行う場合も、逡減後の点数を算定するものであること。ただし、児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの通園者(外来患者を含む。)であって、特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に規定する者については、逡減前の点数を算定するものであること。

8の3 疾患別リハビリテーション医学管理料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション医学管理料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション医学管理料を算定できる。

8の4 疾患別リハビリテーション医学管理は、当該疾患別リハビリテーション医学管理を行う以前に、当該疾患別リハビリテーション医学管理に係る疾患等について、疾患別リハビリテーションを実施していたか否か及び疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の日以内であるか否かにかかわらず、患者の疾患等を総合的に勘案して行うことができる。ただし、当該医学管理は、疾患別リハビリテーションを実施することがふさわしい患者以外の患者(特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合に該当する者以外の患者)に対して実施するものであるから、当該医学管理を行った後に疾患別リハビリテーションを行うことは、原則としてできないものであること。

8の5 疾患別リハビリテーションを行っている期間は、同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーション医学管理を実施できない。なお、疾患別リハビリテーションから疾患別リハビリテーション医学管理に移行する月においては、移行日までは疾患別リハビリテーション料を、移行日後は疾患別リハビリテーション医学管理料を算定するものであること。

9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日等を記載すること。また、算定日数の上限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って、別表第九の九第一号に掲げる場合は、①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)、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③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、④FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用量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を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2006年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2007年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点→65点に改善を認めた。3月末に算定日数上限に達するが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、リハビリテーションの継続により、更なる改善が見込めると判断される。

また、疾患別リハビリテーション医学管理を実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名、当該疾患の治療開始日又は発症日等、当該医学管理の開始日及びリハビリテーションの実施日を記載すること。

10 「通則5」に掲げる加算は、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)、運動器リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション料(I)を算定する入院中の患者について算定するものとし、下記のとおり取り扱うこととする。

(1) 当該加算は、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた場合に限り算定できるものであり、訓練により向上させた能力については常に看護師等により日常生活活動に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない。

(2) 当該加算を算定するに当たっては、リハビリテーション開始時及びその後は1月に1回以上、医師、理学療法士等が共同してリハビリテーション実施計画書（別紙様式16の1、別紙様式16の2又はこれらに準ずるもの）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こと。なお、リハビリテーション総合計画評価料算定患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者については、リハビリテーション総合実施計画書の作成により、リハビリテーション実施計画書の作成に代えることができる。

(3) 当該加算については、当該保険医療機関以外で当該療法が行われたときには算定できない。

11 疾患別リハビリテーション医学管理料に含まれるリハビリテーションの費用については、第7部リハビリテーションに定めるリハビリテーションに係る費用のうち、当該疾患別リハビリテーション医学管理料に係る疾患に対応する疾患別リハビリテーション料であり、当該疾患別リハビリテーション医学管理料に係る疾患に対応する疾患別リハビリテーション料以外の疾患別リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、難病患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及び薬剤料は含まないものであること。

また、鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置の費用は、同一の患者であって、病態の異なる別の疾患に対するものであるか否かにかかわらず、疾患別リハビリテーションを行った日又は疾患別リハビリテーション医学管理を行った月の所定点数に含まれるものとする。なお、単に疼痛を緩和させるためのマッサージなどによる療法は、消炎鎮痛等処置で行われるものであり、疾患別リハビリテーション医学管理により実施されるリハビリテーションとは明確に区分されるべきものであること。

12 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った疾患別リハビリテーション医学管理料を算定すべき医学管理に係る費用は、算定しない。

13 疾患別リハビリテーション又は疾患別リハビリテーション医学管理を一の保険医療機関で実施している場合には、他の保険医療機関で、同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できない。したがって、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料の算定の有無を確認すること。

2 別添1の第2章第7部第1節「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」を次のように改める。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料、H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、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に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」(Circulation Journal Vol.66, Supple. IV, 2002: 1194)に基づいて実施すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。
 - ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患(大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後)のものをいう。
 - イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、
 - (イ) 慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)が80pg/ml以上の状態のもの
 - (ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。
- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間(3単位)程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間(3単位)以上、1週3時間(9単位)を標準とする。
- (4) 心大血管疾患リハビリテーション及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理の下に実施するリハビリテーションは、緊急事態に備えるため専任の医師の直接の監視下に実施することとし、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を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5名程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8名程度とする。
- (5) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を算定すべきリハビリテーション及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)を算定すべきリハビリテーションについては、重症不整脈や運動で誘発される心筋虚血を有する例、左室駆出率40%未満の低心機能例又は慢性心不全例以外の心疾患の患者について当該療法を行う場合には、緊急対応が可能であることを前提としつつ、看護師と患者が1対1で行った場合に限り医師の管理下で看護師が行うことも可

能である。なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、看護師1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。

- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分「D208」心電図検査、区分「D209」負荷心電図検査及び区分「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオコスコープの費用が含まれる。

また、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーション医学管理の下に実施したリハビリテーションに付随する当該検査に係る費用が含まれるものであり、当該心大血管疾患リハビリテーション医学管理を行っている月にあっても、当該リハビリテーションを実施しないときに行われる当該検査に係る費用は含まれないものである。

- (7) 算定日数の上限を超えて心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数が算定できる者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合であり、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「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であって、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者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーション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認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

3 別添1の第2章第7部第1節「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」を次のように改める。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料、H003-4 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、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組み合わせる個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。
- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のい

れかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM15以下、BI85以下の状態等のものをいう。

(3) 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

また、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料の所定点数には、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理の下に実施したリハビリテーションに付随する当該検査に係る費用が含まれるものであり、当該脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を行っている月にあっても、当該リハビリテーションを実施しないときに行われる当該検査に係る費用は含まれないものである。

(4) 急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM得点又はBIが10以上低下するような状態等に該当する場合をいう。

(5) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(5)の2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料は、医師の指導管理の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われた1日（ただし、1単位以上のものに限る。）以上のリハビリテーションを含む、リハビリテーション実施計画に基づく必要な医学管理を行った場合に算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に扱う。

(6) 脳血管疾患等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及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、

作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。

(7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が2名以上勤務しているものに限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(6)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の100点を算定できる。なお、当該保険医療機関が脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を行う月において、当該あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の260点を算定できる。

(8) 算定日数の上限を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数が算定できる者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合であり、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「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であって、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者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーション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認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

4 別添1の第2章第7部第1節「H002 運動器リハビリテーション料」を次のように改める。

H002 運動器リハビリテーション料、H003-5 運動器リハビリテーション医学管理料

(1) 運動器リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション医学管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、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る個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

(2) 運動器リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション医学管理料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

- (3) 運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

また、運動器リハビリテーション医学管理料の所定点数には、運動器リハビリテーション医学管理の下に実施したリハビリテーションに付随する当該検査に係る費用が含まれるものであり、当該運動器リハビリテーション医学管理を行っている月にあっても、当該リハビリテーションを実施しないときに行われる当該検査に係る費用は含まれないものである。

- (4) 運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

- (4)の2 運動器リハビリテーション医学管理料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われた1日（ただし、1単位以上のものに限る。）以上のリハビリテーションを含む、リハビリテーション実施計画に基づく必要な医学管理を行った場合に算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に取り扱う。

- (5) 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及び運動器リハビリテーション医学管理料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。

- (6) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び運動器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従の常勤理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。なお、当該保険医療機関が運動器リハビリテーション医学管理を行う月において、当該あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、運動器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の220点を算定できる。

- (7) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び運動器リハビリテーション医学管理料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当

該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。なお、当該保険医療機関が運動器リハビリテーション医学管理を行う月において、当該あん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該月においては運動器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の220点を算定する。

- (8) 算定日数の上限を超えて運動器リハビリテーション料の所定点数が算定できる者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合であり、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「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であって、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者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーション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認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- 5 別添1の第2章第7部第1節「H003 呼吸器リハビリテーション料」を次のように改める。

H003 呼吸器リハビリテーション料、H003-6 呼吸器リハビリテーション医学管理料

(1) 呼吸器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。

(2) 呼吸器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ 呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患(COPD)に対するLVRS(Lung volume reduction surgery)、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌の手術後等のものをいう。

ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎(DPB)、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の(イ)~(ハ)のいずれかに該当する状態であるものをいう。

(イ) 息切れスケール(Medical Research Council Scale)で2以上の呼吸困難を有する状態

(ロ) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態

(ハ) 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

- (3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査及び呼吸機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用が含まれる。

また、呼吸器リハビリテーション医学管理料の所定点数には、呼吸器リハビリテーション医学管理の下に実施したリハビリテーションに付随する当該検査に係る費用及び当該酸素吸入の費用が含まれるものであり、当該呼吸器リハビリテーション医学管理を行っている月にあっても、当該リハビリテーションを実施しないときに行われる当該検査に係る費用及び当該酸素吸入の費用は含まれないものである。

- (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

- (4)の2 呼吸器リハビリテーション医学管理料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士の監視下に行われた1日（ただし、1単位以上のものに限る。）以上のリハビリテーションを含む、リハビリテーション実施計画に基づき必要な医学管理を行った場合に算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に取り扱う。

- (5) 呼吸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及び呼吸器リハビリテーション医学管理料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。

- (6) 算定日数の上限を超えて呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合であり、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「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であって、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者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーション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認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

6 別添1の第2章第7部第1節「H007 障害児(者)リハビリテーション料」の(3)を次のように改める。

(3) 障害児(者)リハビリテーション料を算定する場合は、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医学管理料又は運動器リハビリテーション医学管理料は別に算定できない。

7 別添2の第2章第7部通則2から4までを次のように改める。

2 各区分におけるリハビリテーション又はリハビリテーション医学管理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こと。

3 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の開始及び終了時間、治療内容、使用機器名等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施年月日、治療時間、治療内容、使用機器名を記載した場合に限り、1回につき医科点数表第2章第7部第1節の区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の「2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)」の逡減前の所定点数により算定する。

4 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は診療録に開口障害の訓練の開始及び終了時間、訓練内容、使用器具名等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施年月日、訓練時間、訓練内容、使用器具名を記載した場合に限り、医科点数表第2章第7部第1節の区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の「1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)」の逡減前の所定点数により1日につき1回に限り算定する。また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったときについても同様の取扱いとする。

8 別添2の第2章第7部「H000 脳血管疾患等リハビリテーション料」を次のように改める。

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料、H000-2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料

脳血管疾患等リハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーション医学管理は、医科点数表第2章第7部第1節の区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション又は医科点数表第2章第7部第1節のH003-4に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション医学管理の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できるものとする。

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(平成18年3月6日保医発第0306003号)の一部改正について

1 第2の6中

「心大血管疾患リハビリテーション料(I)	(心Ⅰ)第号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(心Ⅱ)第号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	(脳Ⅰ)第号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	(脳Ⅱ)第号を
運動器リハビリテーション料(I)	(運Ⅰ)第号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(運Ⅱ)第号
呼吸器リハビリテーション料(I)	(呼Ⅰ)第号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(呼Ⅱ)第号」
「心大血管疾患リハビリテーション料(I)及び医学管理料(I)	(心Ⅰ)第号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)	(心Ⅱ)第号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び医学管理料(I)	(脳Ⅰ)第号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)	(脳Ⅱ)第号に改める。
運動器リハビリテーション料(I)及び医学管理料(I)	(運Ⅰ)第号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)	(運Ⅱ)第号
呼吸器リハビリテーション料(I)及び医学管理料(I)	(呼Ⅰ)第号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)	(呼Ⅱ)第号」

2 別添1の「第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)」を次のように改める。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(I)に関する施設基準

- (1) 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の担当医であって、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士又は専従の常勤看護師併せて2名以上勤務していること。ただし、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないこと。
- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については45平方メートル以上、診療所については30平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できない。

(4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

- ア 酸素供給装置
- イ 除細動器
- ウ 心電図モニター装置
- エ ホルター型心電図（携帯用心電図記録器）
- オ トレッドミル又はエルゴメータ
- カ 血圧計
- キ 救急カート
- ク 運動負荷試験装置

(5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、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。

(6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（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、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

(8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

2 届出に関する事項

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式37により心大血管疾患リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式37により心大血管疾患リハビリテーション料(I)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(I)の届出があったものとみなすものであること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間について別添2の様式4を用いて提出すること。

(3) 当該治療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。

3 別添1の「第39 心大血管疾患リハビリテーション料(II)」を次のように改める。

第39 心大血管疾患リハビリテーション料(II)、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(II)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(II)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(II)に関する施設基準

(1) 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が1名以上勤務していること。

(2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士又は、常勤看護師のいずれか1名以上が勤務していること。ただし、専従者については、回復期リハビリテーショ

ン病棟の配置従事者との兼任はできないこと。

- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については45平方メートル以上、診療所については30平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できない。
- (4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
 - ア 酸素供給装置
 - イ 除細動器
 - ウ 心電図モニター装置
 - エ ホルター型心電図（携帯用心電図記録器）
 - オ トレッドミル又はエルゴメータ
 - カ 血圧計
 - キ 救急カート
 - ク 運動負荷試験装置
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、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。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（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、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

2 届出に関する事項

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式37により心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式37により心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)及び心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び理学療法士又は看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間について別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療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。

4 別添1の「第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)」を次のように改める。

第40 脳血管疾患等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医学管理料(Ⅰ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅰ)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのう

ち1名は、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有するものであること。

(2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(I)又は(II)、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、運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における常勤理学療法士との兼任は可能であること。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(I)又は(II)、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、運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における常勤作業療法士との兼任は可能であること。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。

エ アからウまでの従事者が併せて10名以上勤務すること。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設(少なくとも、160平方メートル以上)を有していること。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)を別に有していること。

(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備 等

(5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

イ 専従の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

(6) 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。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)の届出があったものとみなすものであること。

(2) 総合リハビリテーション施設とは、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が常勤で従事し

ており、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法のいずれも適切に実施できる体制を整えている施設をいう。

- (3) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、その他の従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (4) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

5 別添1の「第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)」を次のように改める。

第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における従事者との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)、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、運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)における従事者との兼任は可能であること。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設（少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。）を有していること。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個室療法室（8平方メートル以上）1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。
- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。
- (5) 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。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出す

ること。なお、その他の従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

6 別添1の「第42 運動器リハビリテーション料(I)」を次のように改める。

第42 運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション医学管理料(I)

1 運動器リハビリテーション料(I)及び運動器リハビリテーション医学管理料(I)に関する施設基準

(1) 運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。

(2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は(II)、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、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。

ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が併せて2名以上勤務していること。

なお、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション医学管理料(II)等との兼任はできないこと。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設（少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。）を有していること。

(4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

(5) 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。

(6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

(1) 運動器リハビリテーション料(I)及び運動器リハビリテーション医学管理料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により運動器リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出が行われている場合

- には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により運動器リハビリテーション料(I)及び運動器リハビリテーション医学管理料(I)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

7 別添1の「第43 運動器リハビリテーション料(II)」を次のように改める。

第43 運動器リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション医学管理料(II)

1 運動器リハビリテーション料(II)及び運動器リハビリテーション医学管理料(II)に関する施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士がいずれか1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は(II)、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、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における従事者との兼任は可能であること。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設（少なくとも、45平方メートル以上とする。）を有していること。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊などの重錘、各種測定用器具等
- (5) 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。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 運動器リハビリテーション料(II)及び運動器リハビリテーション医学管理料(II)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により運動器リハビリテーション料(II)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により運動器リハビリテーション料(II)及び運動器リハビリテーション医学管理料(II)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

8 別添1の「第44 呼吸器リハビリテーション料(I)」を次のように改める。

第44 呼吸器リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)

- 1 呼吸器リハビリテーション料(I)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)に関する施設基準
 - (1) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
 - (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤の理学療法士が2名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士1名については、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、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)又は(II)、障害児(者)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医学管理料(I)又は(II)及び運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における常勤理学療法士との兼任は可能であること。
 - (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。)を有していること。
 - (4) 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
 - (5) 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。
 - (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(I)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション料(I)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

9 別添1の「第45 呼吸器リハビリテーション料(II)」を次のように改める。

第45 呼吸器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション医学管理料(II)

- 1 呼吸器リハビリテーション料(II)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(II)に関する施設基準
 - (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
 - (2) 専従の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、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)又は(II)、障害児(者)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医学管理料(I)又は(II)及び運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(II)における常勤理学療法士との兼任は可能であること。
 - (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設(少なくとも、45平方メートル以上とする。)を有していること。
 - (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

- (5) 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。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

10 別添1の「第47 障害児（者）リハビリテーション料」の(2)を次のように改める。

- (2) ア又はイのいずれかに該当していること。

ア 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上の併せて2名以上が勤務していること。

ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤従事者との兼任はできないが、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)又は(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)、運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)における常勤従事者との兼任は可能であること。

- (3) 言語聴覚療法を行う場合は、常勤の言語聴覚士が1名以上勤務していること。
- (4) 障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の施設（少なくとも、60平方メートル以上とする。）を有すること。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した8平方メートル以上の専用の個別療法室を有すること。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア 訓練マットとその付属品

イ 姿勢矯正用鏡

ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

- (6) 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）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、その他の従事者が障害児（者）リハビリテーションの経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

11 様式37及び様式38を次のように改める。

〔心大血管疾患リハビリテーション(I)及び医学管理料(I)
心大血管疾患リハビリテーション(II)及び医学管理料(II)〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・検査が行える体制が整っている。					
従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル					
専用施設に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
ホルター心電図 （携帯用心電図記録器）							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血 圧 計							
救 急 カ ー ト							
運動負荷試験装置							
そ の 他							

[記載上の注意]

- 1 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○を付けること。
- 2 緊急手術・検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

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○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 総合リハビリテーション施設 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積	合計		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							

[記載上の注意]

- 1 総合リハビリテーション施設とは、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)施設のうち、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が常勤で従事しており、リハビリテーションを適切に実施できる体制を整えている施設をいう。
- 2 医師又はその他の従業者が各疾患別リハビリテーションの経験を有している場合はその旨を様式4の備考欄に記載すること。なお、経歴(疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの)を添付すること。

「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する事項等について」(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)の一部改正について

1 第4の5を次のように改める。

5. リハビリテーションに関する留意事項について

(1) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の入所者以外のもの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、医療保険における心大血管疾患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又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問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(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、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。

また、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月においては、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料は算定できない。

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後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合であっても、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には、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料が算定できるものであること。

(2) 介護老人保健施設の入所者に対しては、特掲診療料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第94号)別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料若しくは呼吸器リハビリテーション医学管理料はいずれも算定できないものであること。

2 別紙を次のように改める。

(別添)

区分		入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む)		
		自宅 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床を除く)(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、(※1)を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床に限る)(老人性認知症疾患療養病床の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用(444単位)を算定しない日の場合
基本	初・再診料			○			○ (入院に係るものを除く)	×	×	×	○	×	○	「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照
	入院料等		×			×		○ (診療所老人医療管理料を除く)	×	○ (短期滞在手術基本料1に限る。)	○ (精神科措置入院診療加算に限る)	○ (短期滞在手術基本料1に限る。)		
特掲	医学管理等	入院中の患者について算定するものであって、生活指導に係るもの ・入院栄養食事指導料 ・薬剤管理指導料 ・退院前訪問指導料		×		×		○	×	×	×	×	×	「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照
		地域連携退院時共同指導料1		×		○	×	○	○	×	×	×	×	
		地域連携退院時共同指導料2		×			×	○	○	×	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注1)			○		×		○	×	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注2)			○ (居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		×		○	○ (介護療養病床等において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。)	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注3)			○ (居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		×		○	×	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注4)			○		○	×	○	×	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注5)			○		×		○	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注6)			○		×		○	○	×	×	×	
		診療情報提供料(Ⅱ)			○		○	×	○	○	×	×	×	
上記以外			○		×		○	○	×	×	×			
在宅医療	往診料			○		○	×	×	×	×	×	×	「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照	
	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算 (在宅療養支援診療所の場合)		○		○ (末期の悪性腫瘍である患者に限る)	○	×	×	×	×	×	×		
	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算 (上記以外)		○		×	○	26	×	×	×	×	×		

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護 老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護 又は介護予防短期 入所生活介護を受け ているものを含む)		
	自宅 (短期入所生活介護、 介護予防短期入所生活 介護、短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている ものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活 介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同生活 介護又は介護予防認知 症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着 型特定施設) うち外部サービス利用 型指定特定施設入居者 生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機関の 医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以外の 病室 (短期入所療養介護又は 介護予防短期入所療養 介護を受けている患者を 除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床を除く)(短期入所 療養介護又は介護予防 短期入所療養介護を受け ているものを含み、(※1) を除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床に限る)(老人性認 知症疾患療養病床の病 床において短期入所療 養介護又は介護予防短 期入所療養介護を受け ているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 しない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 した日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、外泊時費用 (444単位)を算定しない 日の場合
在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○ (※2)	○ <small>(在宅療養支援診療所の保険 医が定期的に訪問して診療を 行う場合に限る。)</small>	○	×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅末期医療総合診療料		○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問看護・指導料	(末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る)				×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅訪問リハビリテーション指導管理料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問栄養食事指導料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○				×	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○				○	×	×	×	×	×	×	×
	検査		○			○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	×	○	×	○	×	○
	画像診断		○			○	○	○ (単純撮影を除く)	○	×	○	×	○
投薬		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。 (悪性腫瘍患者に対する腫瘍用薬は可))	○	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	
注射		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。 (人工腎臓等の患者に対するエリスロポエチンは可))	○	○ (人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者 (腎性貧血状態にある者に限る)に係るエリスロポエチンに限る)	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	
リハビリテーション	○ (同一の疾患等について介護保険におけるリハを行った日以降は算定不可)					○ (大臣の定める項目は算定不可)	○						
リハビリテーション医学管理	○ (同一の疾患等について介護保険におけるリハを実施している月は算定不可)				○	○ (脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハに係る医学管理は算定不可)	○		○ (視能訓練及び難病患者リハビリテーション料に係る部分に限る)	×		×	

「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照

区分		入院中以外の患者			介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む)		
		自宅 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床を除く)(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、(※1)を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床に限る)(老人性認知症疾患療養病床の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合
特掲	精神科専門療法	重度認知症デイ・ケア料	○ (介護保険で認知症通所介護、通所リハを行った日以外の日は算定可)	○ (認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランクⅡのものに限る)	○	×	○	○	○	○	○	○	○
		入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法		×		×	○ (特定診療費を算定する場合を除く)	○ (特定診療費を算定する場合を除く)	○ (特定診療費を算定する場合を除く)				
	精神科専門療法	精神科作業療法		○		×	○	×	○	×	○	×	○
		精神科退院指導料		×		×	○	×	○	×	○	×	○
		精神科退院前訪問指導料		×		×	○	×	○	×	○	×	○
		上記以外		○		×	○	○	○	○	○	○	○
	処置		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○ (別に厚生労働大臣が定めるもの(※3)を除く)	○	×	○	×	○	
	手術		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○	○	×	○	×	○	
	麻酔		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○	○	×	○	×	○	
	放射線治療		○		○	○	○	○	×	○	×	○	
歯科	訪問歯科衛生指導料		×		○	○	○	○	○	○	○	○	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		○	○	○	○	○	○	○	○ (末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る)	
	老人訪問口腔指導管理料		×		○	○	○	○	○	○	○	○	
	歯科口腔衛生指導料 歯周疾患指導管理料 歯科衛生実地指導料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料(1)(注2)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○	○	○	○	○	○	○	
	上記以外		○		○	○	○	○	○	○	○	○	

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護 老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護 又は介護予防短期 入所生活介護を受け ているものを 含む)			
	自宅 (短期入所生活介護、 介護予防短期入所生活 介護、短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている ものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活 介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同生活 介護又は介護予防認知 症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着 型特定施設) うち外部サービス利用 型指定特定施設入居者 生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機関の 医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以外の 病室 (短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている 患者を除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床を除く)(短期入所 療養介護又は介護予防 短期入所療養介護を受 けているものを含み、 (※1)を除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床に限る)(老人性認 知症疾患療養病床の病 床において短期入所療 養介護又は介護予防短 期入所療養介護を受け ているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 しない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 した日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、外泊時費用 (444単位)を算定しない 日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、外泊時費用 (444単位)を算定した 日の場合
調剤	在宅患者訪問薬剤管理 指導料		×			×		×				×		○ (末期の悪性腫瘍の患 者に対し、在宅療養支 援診療所の保険医の地 方に基づき実施した場 合に限る)
	・薬剤服用歴管理料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料	○ (在宅療養管理指導費又は介護 予防在宅療養管理指導費が 算定されている場合を除く。)			×		×		×			×		○
調剤	上記以外		○		×		×		×		×		○	
訪問看護 療養費	訪問看護管理療養費	○ (末期の悪性腫瘍等の患者 及び急性増悪等により一 時的に頻回の訪問看護が 必要である患者に限る。)			×		×		×		×			○ (末期の悪性腫瘍の患 者に対し、在宅療養支 援診療所の保険医の指 示に基づき実施した場 合に限る。)
	24時間連絡体制加算	○ (介護保険の訪問看護に おいて緊急時訪問看護を 算定していない場合に 限る。)			×		×		×		×			
	重症者管理加算	×			×		×		×		×			
	訪問看護情報提供療養費	×			×		×		×		×			
	上記以外	○ (末期の悪性腫瘍等の患者 及び急性増悪等により一 時的に頻回の訪問看護が 必要である患者に限る。)			×		×		×		×			

※1) 介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病床の病床、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百八十九条に規定する基準適合診療所に係る病床

※2) 特別な関係の医療機関では算定できない。ただし、当該施設と特別な関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「2」を算定できる。

※3) 基本診療料の施設基準等(平成十八年厚生労働省告示第九十三号)別表第五第二号に掲げる処置。

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)
の一部改正について

1 別紙1のⅡの第1の9の(2)を次のように改める。

9 「公費負担」欄の「公費と医保(老人)の併用」欄について

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療(例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「感染症法」という。)による結核患者の適正医療と障害者自立支援法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

2 別紙1のⅡの第1の10の(1)を次のように改める。

10 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法による

結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には

「

1 2 (生保)
1 0 (感37 の2)

」欄に記載することとし

、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

3 別紙1のⅡの第1の14の(3)を次のように改める。

14 「備考」欄について

- (3) 老人被爆、老人保健と感染症法の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用、老人保健と麻薬及び向精神薬取締法との併用又は老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、日数等を記載すること。ただし、「備考」欄に書ききれない場合は、続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えないこと。なお、入院外分にあつては療養の給付に係る事項のみで差し支えないこと。

区 分	件数	日数	一 部 負担金	控除額	食事 件数	食事 回数	食事療養 の金額	標準負担額 (公費分)
43(老人被爆)								
10(感37の2)								
11(結核入院)								
12(生保)								
15(更生)								
20(精29)								
21(精神通院)								
22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

4 別紙1のIIの第3の2の(15)の表に次のように加える。

(15) 「特記事項」欄について

コード	略 号	内 容
17	上位	「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合
18	一般	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合
19	低所	「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合

5 別紙1のIIの第3の2の(17)のアを次のように改める。

(17) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める方式及び規格並びに電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式」（平成18年4月10日）別添3に規定する傷病名を用いること。

6 別紙1のIIの第3の2の(21)のウを次のように改める。

(21) 「点数」欄について

ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。
感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

7 別紙1のⅡの第3の2の(24)のコを次のように改める。

(24) 「医学管理」欄について

コ 感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した場合は、その旨及び点数を記載すること。

8 別紙1のⅡの第3の2の(28)のウのfを次のように改める。

(28) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

f 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306005号）Ⅰの3の(30)のイ、同3の(42)及び同3の(77)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。

9 別紙1のⅡの第3の2の(29)のヌの次に次のように加える。

(29) 「検査」欄について

ネ 関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に（未確）と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。

10 別紙1のⅡの第3の2の(31)のウを次のように改める。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、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及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日を、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料については、疾患名及び当該疾患の治療開始日、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日、当該医学管理の開始月日及びリハビリテーションの実施日を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患者であって、算定日数の上限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って、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①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）、

②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③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、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、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を「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、当該計画書を添付することでも差し支えないこと。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2006年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行。右片麻痺を認めしたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2007年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点→65点に改善を認めた。3月末に算定日数上限に達するが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、リハビリテーションの継続により、更なる改善が見込めると判断される。

また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日に記載すること。

11 別紙1のIIの第3の2の(32)のエを次のように改める。

(32) 「入院」欄について

エ 患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料2を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であつて、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であつて、有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

療養病棟入院基本料2又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定した場合にあつては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分を「摘要」欄に記載すること。ただし、平成18年9月診療分までについては、これらの「摘要」欄への記載を要しないものであること。なお、平成18年10月診療分以降であっても、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。

[記載例 1]

7月1日	1,220×1日（入院基本料C） 15 その他難病(スモンを除く。), ADL10点
7月2日～7月15日	1,344×14日（入院基本料B） 15 その他難病(スモンを除く。), ADL23点
7月16日～7月31日	1,740×16日（入院基本料A） 3 中心静脈栄養を実施している状態, ADL23点 15 その他難病(スモンを除く。)

※)疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

[記載例 2]

7月1日～7月15日	764点×15日（入院基本料E）, ADL10点
7月16日～7月31日	885点×16日（入院基本料D）, ADL23点

12 別紙1のIIの第3の2の(35)のイ、ウ及びエを次のように改める。

(35) 「療養の給付」欄について

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

(イ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び老人医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給

付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

- (ウ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第4項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。
- (エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ニに掲げる者又は老人保健法施行令第16条第1項第1号ニ及び同令附則第3条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。
- (オ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は老人保健法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。
- (カ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。
また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- (キ) 老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。
- (ク) 老人医療の入院分及び入院外分（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定する場合に限る。）にあつて、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は、「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であつて限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があつた者で高

額療養費が現物給付された者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。)には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額(即ち、窓口で徴収した額)を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前的一部負担金の額を記載し、老人医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。)には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、老人医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。)及び医療保険(高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

13 別紙1のⅡの第3の2の(40)のアを次のように改め、スの次にセからタを加える。

(40) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

セ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ソ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

タ 「低所得者の世帯」の限度額認定証（適用区分がCであるもの）又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

14 別紙1のⅢの第2の8の(2)を次のように改める。。

8 「公費負担分」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

15 別紙1のⅢの第3の2の(34)を次のように改める。。

2 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(34) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄には記載することを要しないこと。

16 別紙1のⅢの第3の2の(35)のセの次に次のように改める。

(35) その他

サ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

シ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBである

もの) が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

ス 「低所得者の世帯」の限度額認定証(適用区分がCであるもの)又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が低所得であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

17 別紙1のIVの第1の8の(2)を次のように改める。

8 「公費負担」欄の「公費と医保(老人)の併用」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療(例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

18 別紙1のIVの第1の9の(1)を次のように改める。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

(1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

19 別紙1のIVの第1の13を次のように改める。

13 「備考」欄について

老人被爆、老人保健と感染症法による結核患者の適正医療の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、処方せん受付回数等を記載すること。

区 分	件 数	処方せん受付回数	一部負担金	控除額
43(老人被爆)				
10(感37の2)				
12(生保)				
15(更生)				
21(精神通院)				
51(特疾)				

20 別紙1のIVの第2の2の(19)を次のように改める。

2 調剤報酬明細書に関する事項

(19) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

21 別紙1のIVの第2の2の(34)のイの(ウ)を次のように改める。

(34) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

イ 「一部負担金額」欄については、以下によること。

(ウ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

22 別紙1のIVの第2の2の(35)のイの(ア)、(ウ)から(カ)まで、(ク)及び(ケ)を次のように改める。

(35) その他

イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(ウ) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

- (オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

23 別紙2の第2の1の(5)を次のように改める。

1 「公費負担者番号」欄について

- (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は、第1公費に係るものは左上部の該当欄に、第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者自立支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

24 別紙2の第3の5を次のように改める。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

25 別紙2の第4の5を次のように改める。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

26 別紙2の別添3の(3)中、

結核予防法による	○適正医療（法第34条関係）	10	（結34）	を
	○従業禁止、命令入所（法第35条関係）	11	（結35）	

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	10	（感37の2）	に改め、
	○結核患者の入院（法第37条関係）	11	（結核入院）	

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	28	—	を
-------------------------------	------------------------	----	---	---

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	28	（感染症入院）	に改める。
-------------------------------	------------------------	----	---------	-------