

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和8年厚生労働省告示第70号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第71号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第69号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

- イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者
- (6) 「注2」の投与時閉鎖式接続器具使用加算は、無菌製剤処理料1のうちイの対象患者に対し、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第7部 リハビリテーション

<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。
- 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、簡単なものの費用は、算定できない。
- 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 「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及び「H003」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。）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 又はこれに準じたりハビリテーション実施計画書（令和8年度改定前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）の別紙様式 21（当該様式を参考としたものを含む。）を使用して差し支えない。）をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注6」並びに「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及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注7」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。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士により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。ただし、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料又は「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している

ものについては、医師により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実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

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、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）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6」並びに「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及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注7」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、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等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とする。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前月の状態と比較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と改善に要する見込み期間、④FIM又は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。）及びその他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等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、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6」並びに「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及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注7」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、患者又はその家族等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3か月の状態と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。なお、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つては、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（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）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つては、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

すること。

4の3 同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、1つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、「H007」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料又は「H007-3」認知症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ができるものとする。

4の4 リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書（以下この項において「計画書」という。）については、原則として患者本人に説明して計画書を交付し、その写しを診療録に添付すること。ただし、説明に対して理解が困難と認められる患者については、少なくとも疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（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であって、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当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）には計画書の内容を患者本人に説明し、その後は患者の理解の状況に応じた説明に努めるとともに、家族等に計画書の内容等を説明（情報通信機器等を用いる場合を含む。）しても差し支えない。なお、計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。

5 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。ただし、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別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日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

5の3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添1の第38の1の（2）、第40の1の（2）、第40の2の1の（2）、第41の1の（2）、第42の1の（2）及び第44の1の（2）のそれぞれに規定する業務のうち、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20分以上の場合は20分を1単位とみなした上で、5の2に規定する実施単位数に加えて計算する。

6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は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、以下の（1）から（4）までを全て満たす場合は、1日

に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、1日に3単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院期間において、合計3単位（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については6単位）に限り、更に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、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、安全性に十分配慮すること。この場合、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。

- (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) 疾患別リハビリテーション料のいずれか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。

ア 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

イ 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

ウ 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。）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。

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。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として「H000」心大血管疾患リハビリテーション料(I)、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料(I)又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの」とは、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患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

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、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。

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、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条第1項に規定する指定難病については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、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（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注6」並びに「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及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注7」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と改善に要する見込み期間、④FIM又はBI及びその他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、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載すること。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、2023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した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び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。2024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点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

- 10 疾患別リハビリテーションを休日に行った場合の加算の対象となる休日とは、土曜日、日曜日又は祝日である。なお、祝日は、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日をいい、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、「土曜日、日曜日又は祝日」として取り扱う。

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、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厚生（支）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（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）」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つて、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、経カテーテル大動脈弁置換術後、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。なお、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は発症後（手術を実施した場合は手術後）1月以上経過したものに限る。
- 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、以下のいずれかに該当するものをいう。
- （イ）慢性心不全であって、以下のいずれかの状態にあるもの
- ① 左室駆出率が40%以下
 - ② 最高酸素摂取量が基準値80%以下
 - ③ 脳性Na利尿ペプチド（BNP）が80pg/mL以上
 - ④ 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）が300pg/mL以上
- （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
- （ハ）肺高血圧症のうち肺動脈性肺高血圧症又は慢性血栓塞栓性肺高血圧症であって、WHO肺高血圧症機能分類がⅠからⅢ度までの状態のもの
- （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は、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、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あること。また、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書を作成し、診療録に記載又は添付すること。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、作業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人程度とし、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人程度とする。
- （5）心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、同一日に行われる「D208」に掲げる心電図検査、「D209」に掲げる負荷心電図検査及び「D220」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。
- （6）標準的算定日数を超えた患者については、「注6」に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、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サービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、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つて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、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もの」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。

- (7) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。
- (8) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。
- (9) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。
- (10) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表九の十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う。
- ア 相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者とは、ADLの評価であるBIが10点以下のもの
- イ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランクM以上に該当するもの
- ウ 特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、以下に示す処置等が実施されているもの
- ① 動脈圧測定（動脈ライン）
 - ② シリンジポンプの管理
 - ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）
 - ④ 人工呼吸器の管理
 - ⑤ 輸血や血液製剤の管理
 - ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、EC

MO)

エ リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、「A209」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。なお、「注4」に規定する加算を算定するに当たって、当該患者に対して「A209」特定感染症入院医療管理加算を算定している必要はない。

- (11) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（前項に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。
- (12) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する発症、手術又は急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注5」に規定する加算は算定できない。
- (13) 「注6」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (14) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。
- (15) 「注7」に規定するリハビリテーションデータ提出加算を算定する場合には、次の点に留意すること。

ア 厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるものである。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、外来医療等調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、外来医療等調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが外来医療等調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ データの作成は3月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

(16) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成した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等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。

(17) 「注8」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

ア 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「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並びに「H003」呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。

イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。

ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(18) 「注8」に規定する特定の患者に対して、離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）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、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。また、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、適宜患者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。）を提案すること。

- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション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、以下のいず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 難聴や人工内耳植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植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 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
 - ク 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
 - ケ 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、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、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FIM115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。
- (4) 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) 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。
- (6) 脳血管疾患等リハビリテーション料(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人以上勤務しているものに限る。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)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勤務している場合に限る。）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(5)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(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から180日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から180日以内とする。
- (10) 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(6)の例による。
- (11) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に対して1単位以上の個別療法を行った場合に、入院した日から起算して14日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の最初の保険医療機関に入院した日とし、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日(転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日)のことをいう。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。
- (12) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。))に限る。)である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。
- (13) 入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したものに限り)が「注2」又は「注3」に規定する加算を算定する場合にあつては、「A246」

注4の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (14) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。
- (15) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(10)及び(11)の例によること。
- (16) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注5」に規定する加算は算定できない。
- (17) 「注6」及び「注7」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (18) 「注8」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(15)と同様である。
- (19) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、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、当該患者の同意が得られた場合に、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に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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いう。
- (20) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。
- (21) 「注9」に規定する特定の患者の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(17)及び(18)と同様である。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している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て個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。また、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、適宜患者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。）を提案すること。
- (2) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、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であること。「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」とは、治療開始時において、FIM115 以下、BI85 以下の状態等のものをいう。「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料又は「H007-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。
- (3) 廃用症候群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。
- (4) 廃用症候群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であっても、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) 廃用症候群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。
- (6) 廃用症候群リハビリテーション料(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人以上勤務しているものに限る。）又は廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)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勤務している場合に限る。）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(5)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

- (7) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上で姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上で座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(6)の例による。
- (10) 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)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こと。
- (11) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、入院後、早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。
- (12) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (13) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪による入院後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (14) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(10)及び(11)の例によること。
- (15) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術、急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (16) 「注6」及び「注7」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (17) 「注8」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(15)と同様である。

- (18) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、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、当該患者の同意が得られた場合に、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に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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いう。
- (19) 廃用症候群リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。
- (20) 「注9」に規定する特定の患者の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(17)及び(18)と同様である。

H002 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は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）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、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。また、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、適宜患者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。）を提案すること。
- (2) 運動器リハビリテーション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、糖尿病足病変等のものをいう。
- (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。
- (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。

- (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。
- (6) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)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(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)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(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上で姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上で座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 運動器リハビリテーション料(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(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (10) 「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から150日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から150日以内とする。
- (11) 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(6)の例による。
- (12) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対して1単位以上の個別療法を行った場合に、入院した日から起算して14日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の最初の保険医療機関に入院した日とし、入院中の患者以外の患者については、退院前の保険医療機関に入院中の起算

日と同様であるものとする。入院日（転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日）のことをいう。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。

- (13) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。
- (14) 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注2」又は「注3」に規定する加算を算定する場合にあつては、「A246」の「注4」地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (15) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。
- (16) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(10)及び(11)の例によること。
- (17) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (18) 「注6」及び「注7」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (19) 「注8」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(15)と同様である。
- (20) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であつて、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、当該患者の同意が得られた場合に、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に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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いう。

(21) 運動器リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。

(22) 「注9」に規定する特定の患者の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(17)及び(18)と同様である。

H003 呼吸器リハビリテーション料

(1) 呼吸器リハビリテーション料は、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厚生（支）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て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 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対するLVRS（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

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)から(ハ)までのいずれかの状態に該当するものをいう。

(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

エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね1週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

(3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、「D200」から「D204」までに掲げる呼吸機能検査等、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定（リハビリテーション前

後は問わない。)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「J024」酸素吸入の費用が含まれる。

- (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、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であっても、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) 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。
- (6) 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(6)の例による。
- (7) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。
- (8) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。
- (9) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。
- (10) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(10)及び(11)の例によること。
- (11) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術、急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (12) 「注6」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (13) 「注7」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、「H000」心大

血管疾患リハビリテーション料の(15)と同様である。

- (14) 呼吸器リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。
- (15) 「注8」に規定する特定の患者の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(17)及び(18)と同様である。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、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総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。
- (2) 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、その内容について、医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士から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こと。ただし、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料又は「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しているものについては、医師により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実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。
- (3) 「注1」及び「注2」における介護リハビリテーションの利用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う。
- (4) リハビリテーション総合実施計画書は、別紙様式21又はこれに準じた様式とする（令和8年度改定前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第4号）の別紙様式21（当該様式を参考としたものを含む。）を使用して差し支えない。）。記載内容は、リハビリテーションに関する実施計画に不足がないよう留意した上で、患者又はその家族等の理解に資する記載になるよう、十分配慮すること。
- (5) 「注3」に掲げる入院時訪問指導加算は、「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について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に当該患者の同意を得て、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員又は介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、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の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、入院中に1回に限り算定する。ただし、入院期間の起算日が変わらない再入院の場合は算定できない。また、「B007」退院前訪問指導料において、入院後早期（入院後14

日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行った場合、入院時訪問指導加算(入院前に訪問した場合を含む。)は算定できない。

- (6) 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日の属する月に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日の属する月に算定すること。
- (7) なお、ここでいう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ない。
- (8) 当該加算を算定する場合には、別紙様式 42 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こと。
- (9) 「注 4」に掲げる運動量増加機器加算は、脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者(脳卒中又は脊髄障害の再発によるものを含む。)に対して、医師、理学療法士又は作業療法士のうち 1 名以上が、患者の運動機能障害の状態を評価した上で、脳血管疾患等リハビリテーションに運動量増加機器を用いることが適当と判断した場合であって、当該機器を用いたリハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、イ及びロのそれぞれについて 1 回に限り算定する。ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して 2 月を限度として、イ及びロをそれぞれ月 1 回に限り算定できる。なお、この場合においては、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (10) 当該加算を算定する場合には、適応疾患、発症年月日、運動障害に係る所見、使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定をリハビリテーション総合実施計画書に記載し、その写しを診療録等に添付すること。

H004 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師、歯科医師又は医師若しくは歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士若しくは作業療法士が 1 回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、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う。
 - 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) 摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、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等に記載すること。
- (3) 摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。
- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が次のアからウまでのいずれかを行う場合及び医師の指示の下に理学療法士又は作業療法士がウを行う場合は、摂食機能療法に含まれる。
 - ア 嚥下訓練(間接訓練)(個別に実施する場合に限る。口腔ケアのみの場合は除く。)
 - イ 嚥下訓練(直接訓練)(専ら食事介助又は食事観察を行うものを除く。)

ウ 摂食の際の体位設定、自助具の評価・設定

- (5) 「2」については、脳卒中の発症後 14 日以内の患者に対し、15 分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後 14 日以内の患者であっても、30 分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。
- (6) 当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又はその家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。
- (7) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- (8) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、以下のアからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

ウ 摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、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。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載する又は計画書の写しを診療録等に添付すること。

- (9) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は、当該患者の摂食機能療法の効果や進捗状況、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概要を診療録等に記載又は添付すること。また、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すること。
- (10) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、FIM及びFOIS (function Oral Intake Scale) を測定すること。

H005 視能訓練

- (1) 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るものであり、1日につき1回のみ算定する。

- (2) 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する。
- (3) 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又は添付すること。

H006 難病患者リハビリテーション料

- (1) 難病患者リハビリテーション料は、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厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。
- (2) 難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者(食事又はトイレに介助が必要な者をいう。)及び準要介護者(移動又は入浴に介助が必要な者をいう。)であり、医師が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。
- (3) 難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。
- (4) 難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。
- (5) 「注2」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なりハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して1月以内に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。
- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

H007 障害児(者)リハビリテーション料

- (1) 障害児(者)リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
 - ア 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)を入所させるものに限る。)
 - イ 児童福祉法第7条第2項に規定する指定発達支援医療機関
 - ウ 当該保険医療機関において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割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者(ただし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。)である保険医療機関
- (2) 障害児(者)リハビリテーション料は、(1)に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者(医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限

る。) に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

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。）

(3) 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る。なお、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、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又は添付する。

(4) 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、疾患別リハビリテーション料及び「H007-2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、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ある。

H007-2 がん患者リハビリテーション料

(1) がん患者リハビリテーション料は、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厚生（支）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、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する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) がん患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、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。

- (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、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る者である。
- ア 当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- イ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの
- (4) がん患者リハビリテーションを行う際には、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を算定していること。なお、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、患者又はその家族等に対して当該がん患者リハビリテーションの実実施計画の内容を説明し、その要点を診療録等に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。
- (5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、疾患別リハビリテーション料及び「H007」障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

H007-3 認知症患者リハビリテーション料

- (1) 認知症患者リハビリテーション料は、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厚生(支)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、重度認知症の患者(「A314」認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る。)に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動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ついて算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成18年4月3日老発第0403003号。基本診療料施設基準通知の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japan Coma Scale)でII-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。また、ここでいう認知症疾患医療センターとは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」(平成26年7月9日老発0709第3号老健局長通知)に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。
- (2) 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する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が個別に20分以上のリハビリテーション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であっても、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。
- (3) 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を実施する患者数は、従事者1人につき1日18人を上限

とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。

- (4) 認知症患者リハビリテーションを行う際には、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を算定していること。
- (5) 認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、疾患別リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料及び「H007-2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

- (1) リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。
- (2) リンパ浮腫複合的治療料は、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、理学療法士若しく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って、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、2年以上業務に従事（うち6月以上は当該保険医療機関において従事）し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限り。）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。いずれの場合も、患者1名に対し従事者1名以上の割合で実施する。
- (3) リンパ浮腫複合的治療料は、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、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、「1」の「重症の場合」におけるイは1回60分以上、ロは1回40分以上60分未満、「2」の「1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（圧迫を行わない医学的理由がある場合を除く。）。
- (4) 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回以上算定していない場合は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関（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ものに限り。）においてリンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療を依頼する旨とともに紹介されたもの（「B009」診療情報提供料（Ⅰ）を算定するものに限り。）についてのみ算定できる。

H008 集団コミュニケーション療法料

- (1) 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める「H001」脳血管疾患等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の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において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に対して訓練を行った場合に算定できる。

- (2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、「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である。
- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。また、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については、実施するリハビリテーションの単位数が、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単位を超えないものとする。
- (4) 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実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後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実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

第8部 精神科専門療法

<通則>

~~精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第1節の精神科専門療法料と第2節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第1節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。この部において、精神疾患とは、ICD-10（国際疾病分類）の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病並びに第6章に規定する「アルツハイマー〈Alzheimer〉病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。~~

第1節 精神科専門療法料

~~1000 精神科電気痙攣療法~~

- ~~(1) 精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、1日1回に限り算定する。~~
- ~~(2) 精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。~~
- ~~(3) 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。また、声門上器具又は気管挿管による気道確保が適切でないと判断した場合に、声門上器具又は気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を実施した場合は、本区分により算定する。~~

、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、1のイを実施した場合であつて、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150点を所定点数に加算する。

第2節 薬剤料

区分

G100 薬剤

- 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
 - 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数
- 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。
 - 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

G200 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たつて薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであつて特殊なもの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 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、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又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、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あつて、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。
- 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行つた場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定

、区分番号 J 1 1 8 - 3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9 - 2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9 - 3 に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号 J 1 1 9 - 4 に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、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、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、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、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

6 区分番号 B 0 0 1 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、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又は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に係る費用は、算定しない。

7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

第1節 リハビリテーション料

区分

H 0 0 0 心大血管疾患リハビリテーション料

1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)

イ 理学療法士による場合	205点
ロ 作業療法士による場合	205点
ハ 医師による場合	205点
ニ 看護師による場合	205点
ホ 集団療法による場合	205点

2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)

イ 理学療法士による場合	125点
ロ 作業療法士による場合	125点
ハ 医師による場合	125点
ニ 看護師による場合	125点
ホ 集団療法による場合	125点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。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、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点(入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点)を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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から起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(入院中のものに限る。)であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った

場合は、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から起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。

- 5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、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から起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
- 6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。
- 8 1及び2について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)
 - イ 理学療法士による場合 245点
 - ロ 作業療法士による場合 245点
 - ハ 言語聴覚士による場合 245点
 - ニ 医師による場合 245点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)
 - イ 理学療法士による場合 200点
 - ロ 作業療法士による場合 200点
 - ハ 言語聴覚士による場合 200点
 - ニ 医師による場合 200点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)
 - イ 理学療法士による場合 100点
 - ロ 作業療法士による場合 100点
 - ハ 言語聴覚士による場合 100点
 - ニ 医師による場合 100点
 - ホ イからニまで以外の場合 100点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。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、180日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビ

リハビリテーション加算として、1単位につき60点（起算日から4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
- 5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、休日リハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
- 6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。
- 7 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

- | | |
|----------------|------|
| (1) 理学療法士による場合 | 147点 |
| (2) 作業療法士による場合 | 147点 |
| (3) 言語聴覚士による場合 | 147点 |
| (4) 医師による場合 | 147点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

- | | |
|----------------|------|
| (1) 理学療法士による場合 | 120点 |
| (2) 作業療法士による場合 | 120点 |
| (3) 言語聴覚士による場合 | 120点 |
| (4) 医師による場合 | 120点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

- | | |
|---------------------|-----|
| (1) 理学療法士による場合 | 60点 |
| (2) 作業療法士による場合 | 60点 |
| (3) 言語聴覚士による場合 | 60点 |
| (4) 医師による場合 | 60点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 60点 |

- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

- 9 1から3まで及び注7にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

イ 理学療法士による場合	180点
ロ 作業療法士による場合	180点
ハ 言語聴覚士による場合	180点
ニ 医師による場合	180点

2 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

イ 理学療法士による場合	146点
ロ 作業療法士による場合	146点
ハ 言語聴覚士による場合	146点
ニ 医師による場合	146点

3 廃用症候群リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

イ 理学療法士による場合	77点
ロ 作業療法士による場合	77点
ハ 言語聴覚士による場合	77点
ニ 医師による場合	77点

ホ イからニまで以外の場合 77点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であつて、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、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。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。

2 注1本文に規定する患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であつて、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。

5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

7 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)

(1) 理学療法士による場合	108点
(2) 作業療法士による場合	108点
(3) 言語聴覚士による場合	108点
(4) 医師による場合	108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)

(1) 理学療法士による場合	88点
(2) 作業療法士による場合	88点
(3) 言語聴覚士による場合	88点
(4) 医師による場合	88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)

(1) 理学療法士による場合	46点
(2) 作業療法士による場合	46点
(3) 言語聴覚士による場合	46点
(4) 医師による場合	46点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	46点

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

9 1から3まで及び注7にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H002 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) (1単位)

イ 理学療法士による場合	185点
ロ 作業療法士による場合	185点
ハ 医師による場合	185点

2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)

イ 理学療法士による場合	170点
ロ 作業療法士による場合	170点
ハ 医師による場合	170点

3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)

イ 理学療法士による場合	85点
--------------	-----

ロ 作業療法士による場合	85点
ハ 医師による場合	85点
ニ イからハまで以外の場合	85点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。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、150日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
- 5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
- 6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のもに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。
- 7 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ	運動器リハビリテーション料Ⅰ(1単位)	
(1)	理学療法士による場合	111点
(2)	作業療法士による場合	111点
(3)	医師による場合	111点
ロ	運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位)	
(1)	理学療法士による場合	102点
(2)	作業療法士による場合	102点
(3)	医師による場合	102点
ハ	運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位)	
(1)	理学療法士による場合	51点
(2)	作業療法士による場合	51点
(3)	医師による場合	51点
(4)	①から③まで以外の場合	51点

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

9 1から3まで及び注7にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H003 呼吸器リハビリテーション料

1	呼吸器リハビリテーション料Ⅰ(1単位)	
イ	理学療法士による場合	175点
ロ	作業療法士による場合	175点
ハ	言語聴覚士による場合	175点
ニ	医師による場合	175点
2	呼吸器リハビリテーション料Ⅱ(1単位)	
イ	理学療法士による場合	85点
ロ	作業療法士による場合	85点
ハ	言語聴覚士による場合	85点
ニ	医師による場合	85点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。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、90日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき60点(入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点)を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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から起算

して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
- 5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、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から起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
- 6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。
- 8 1及び2について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料1

- | | |
|------------|------|
| イ 初回の場合 | 300点 |
| ロ 2回目以降の場合 | 240点 |

2 リハビリテーション総合計画評価料2

- | | |
|------------|------|
| イ 初回の場合 | 240点 |
| ロ 2回目以降の場合 | 196点 |

注1 1について、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)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群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(Ⅱ)、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料(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別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、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、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

2 2について、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料(Ⅱ)、廃用症候群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(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料

Ⅱに係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、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、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる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限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ又は脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲに係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、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を行った場合に、運動量増加機器加算として、次に掲げる点数をそれぞれ月1回に限り所定点数に加算する。

- イ 上肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合 150点
- ロ 下肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合 150点

H004 摂食機能療法（1日につき）

- 1 30分以上の場合 185点
- 2 30分未満の場合 130点

注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。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日につき算定できる。

2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）

- イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点
- ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点
- ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点

H005 視能訓練（1日につき）

- 1 斜視視能訓練 135点
- 2 弱視視能訓練 135点

H006 難病患者リハビリテーション料（1日につき） 640点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。

2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

	イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合	280点
	ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合	140点
H007	障害児(者)リハビリテーション料(1単位)	
	1 6歳未満の患者の場合	225点
	2 6歳以上18歳未満の患者の場合	195点
	3 18歳以上の患者の場合	155点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	
H007-2	がん患者リハビリテーション料(1単位)	205点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	
H007-3	認知症患者リハビリテーション料(1日につき)	240点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者(区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。)に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。	
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	
	1 重症の場合	
	イ 60分以上	500点
	ロ 40分以上60分未満	350点
	2 1以外の場合	150点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回算定する。	
	2 1の場合は月1回(当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回)に限り、2の場合は6月に1回に限り、それぞれ所定点数を算定する。	
H008	集団コミュニケーション療法料(1単位)	50点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。	

第2節 薬剤料

区分

H100	薬剤	薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
	注1	薬価が15円以下である場合は、算定しない。
	2	使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 精神科専門療法

通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。

第1節 精神科専門療法料