

作業療法に関連する疑義解釈のまとめ

疑義解釈資料の送付その1（平成30年3月30日付）

医科診療報酬点数表関係（別添1）

【ADL維持向上等体制加算】

（問 56）ADL維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添7」の「様式5の4」に基づき調査するとあるが、毎年7月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

（答）届出月又は報告月（7月）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

【データ提出加算（提出データ評価加算）】

（問 100）今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算2を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

（答）提出データ評価加算については、届出を求めている。

（問 101）提出データ評価加算について、留意事項通知における要件に「その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算2を算定する医療機関において算定できる。」とあるが、記録し保存する具体的内容はなにか。

（答）評価月の様式1、外来EFファイル、入院レセプト、入院外レセプト、DPC対象病院においてはDPCレセプトのそれぞれにおける傷病名コードの総数及び未コード化傷病名の数を記録し、年度毎に各月の状況を保存すること。

（問 102）データ提出加算1又は2については、施設基準通知の別添3の第26の4の（1）において「次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関」とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関は、診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

(答) そのとおり。

【早期離床・リハビリテーション加算】

(問 107) 特定集中治療室管理料の注 4 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームの専任の常勤理学療法士及び常勤作業療法士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよいか。

(答) 疾患別リハビリテーション料（2名以上の専従の常勤理学療法士又は2名以上の専従の常勤作業療法士の配置を要件としているものに限る。）における専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士と兼任して差し支えない。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(問 108) 回復期リハビリテーション病棟 1、3 又は 5 において、実績指数がそれぞれ 37、30 又は 30 を上回る場合は、回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する 1 日当たりリハビリテーション提供単位数が 6 単位未満（2 単位以上）であつてもよいか。

(答) そのとおり。

(問 109) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注 3 の規定において、1 日につき 6 単位を超える疾患別リハビリテーション料が入院料に包括されることとなるリハビリテーション実績指数は、現行通り 27 を下回る場合と理解してよいか。

(答) そのとおり。

(問 110) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注 3 に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る具体的な取扱いはどうなるのか。

(答) 各年度4月、7月、10月及び1月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合には、地方厚生(支)局長に報告し、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されることとなる。その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)に当該場合に該当しなくなった場合には、その都度同様に報告し、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

(問 111) 回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション実績指数について、病院単位で算出することとなっている取扱いに変更はないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

【認知症治療病棟入院料】

(問 117) 生活機能回復のための訓練及び指導として認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法(以下本問において「認知症患者リハビリテーション料等」という)を算定する場合、当該病棟に専従する作業療法士が提供した認知症患者リハビリテーション料等についても算定可能か。

(答) 可能。

(問 118) 生活機能回復のための訓練及び指導について、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えないこととされたが、この場合、認知症患者リハビリテーション料に規定される専用の機能訓練室又は精神科作業療法に規定される専用の施設は、認知症治療病棟入院料に規定される専用の生活機能回復訓練室と兼用することが可能か。

(答) 認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法が認知症治療病棟に入院している患者に対して行われる場合に限り、生活機能回復訓練室と兼用して差し支えない。

【診療情報提供料(I)】

(問 137) 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の注15 療養情報提供加

算について、診療情報を提供する際に添付する、「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」とはどのようなものか。

(答) 訪問看護療養費の訪問看護情報提供療養費3において用いる様式(別紙様式4)で訪問看護ステーションから提供された文書。

(問 138) 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の注15 療養情報提供加算について、診療情報を提供する際に「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」として、訪問看護ステーションから提供された訪問看護報告書を添付した場合も算定可能か。

(答) 算定できない。訪問看護報告書に記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」又は「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要である。

(問 139) 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の注15 療養情報提供加算について、当該加算を算定する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合においても算定可能か。

(答) 算定可能。

【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】

(問 172) (1) 様式21の6等を用いて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計画書を作成する際、FIMを用いた評価を記載している場合には、様式21の6等にあらかじめ設けられたBIの記載を省略してもよいか。

(2) (1)の場合に、BIの記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式21の6等を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に、リハビリテーション計画提供料1及び電子化連携加算は算定可能か。

(答) (1) 省略してよい。

(2) 電子化連携加算については、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」に対応する項目について計画書を記載することを前提としているため、BIの記載が省略された場合には算定不可。提供先の通所リハビリテーション事業所等からあらかじめ同意を得ている場合に、BIの記載を省略した上で、文書でFIMを用いた評価を記載したリハビリテーション実施計画書等を提供する場合には、リハビ

リハビリテーション計画提供料 1 のみ算定できる。

(問 173) リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、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できるとされている。また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にこれを算定することとされているが、疾患別リハビリテーション開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても算定できるのか。

(答) リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画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時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションについては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画を作成した時点で算定できる。

【精神科訪問看護・指導料】

(問 175) 精神科訪問看護・指導料 (Ⅱ) が廃止されたが、今後は、例えば共同生活援助事業所に入所している複数の患者に対して、看護師等が訪問看護・指導を行う場合はどのようにすればよいか。

(答) それぞれの者に対して個別に訪問看護・指導を行い、精神科訪問看護・指導料 (Ⅰ) 又は (Ⅲ) を算定する。

医科診療報酬点数表関係 (D P C) (別添 2)

(問 7-6) D P C 病院において、「A 3 0 1 特定集中治療室管理料の注 4 の早期離床・リハビリテーション加算は算定できるか。

(答) 算定できる。

訪問看護療養費関係 (別添 5)

【訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費】

(問 4) 精神科訪問看護基本療養費 (Ⅱ) が廃止されたが、今後は、例えば

共同生活援助事業所に入所している精神障害を有する複数の利用者に対して、看護師等が指定訪問看護を行う場合はどのようにすればよいか。

(答) それぞれの者に対して個別に指定訪問看護を行い、精神科訪問看護基本料療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

(問 5) 1日に複数回指定訪問看護を行い、精神科複数回訪問加算を算定する場合は、医師から交付される精神科訪問看護指示書の「複数回訪問の必要性」の欄に、「あり」と記載されていない場合は算定できないか。

(答) 算定できない。

(問 13) 退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、

①やむを得ない事情とはどのような場合か。

②携帯電話による画像通信でもよいか。

(答) ① 天候不良により会場への手段がない場合や、急な利用者への対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合など。

② リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を含めたやり取りが可能な機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

(問 14) 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が指定訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいか。

(答) 「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成30年3月26日保医発0326第6号）の別紙様式に準じたうえで、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等で異なる様式によりそれぞれで作成すること等は差し支えないが、この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を双方で踏まえた上で作成する。

(問 15) 理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、「訪問看護計画書、訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による定期的な訪問とは具体的にはどのようなものか。

(答) 定期的な訪問とは、利用者の心身状態や家族等の環境の変化があった場合や主治医から交付される訪問看護指示書の内容に変更があった場合等に訪問することをいう。なお、当該訪問看護ステーションの看護職員による訪問については、利用者の状態の評価のみを行った場合においては、訪問看護療養費は算定できない。訪問看護療養費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

(問 16) 理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、例えば、A訪問看護ステーションからは理学療法士が、B訪問看護ステーションからは看護師がそれぞれ指定訪問看護を実施している利用者についても、A訪問看護ステーションの看護職員による定期的な訪問が必要となるか。

(答) 必要である。