

		<p>師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2又は<u>画像診断管理加算3</u>は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p> <p>(2) <u>画像診断管理加算1</u>、<u>画像診断管理加算2</u>又は<u>画像診断管理加算3</u>は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（<u>画像診断管理加算3</u>を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p>
390 391	<通則>	<p>6 遠隔画像診断による画像診断管理加算</p> <p>(2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2又は<u>画像診断管理加算3</u>は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影</p>

		<p>された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。</p> <p>また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p> <p>(3) 遠隔画像診断を行った場合、<u>画像診断管理加算1</u>、<u>画像診断管理加算2</u>又は<u>画像診断管理加算3</u>は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p>				
396	E101-2 ポジトロン断層撮影	<p>(2) <math>^{18}\text{F}</math>FDGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。</p> <table border="1" data-bbox="545 1451 1403 1646"> <tr> <td data-bbox="545 1451 780 1507">1～3 《略》</td> <td data-bbox="780 1451 1403 1507"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="545 1507 780 1646">4. 血管炎</td> <td data-bbox="780 1507 1403 1646">高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。</td> </tr> </table> <p>(3) <math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、<math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型動脈血管炎の診断に用いる <math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている <math>^{18}\text{F}</math>FDG製剤を使用した場合に限り算定する。</p>	1～3 《略》		4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。
1～3 《略》						
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。					
397	E101-3 ポジトロン断層・コン	<p>(3) <math>^{18}\text{F}</math>FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、</p>				

	<p>ピューター断層複合撮影</p>	<p>悪性リンパ腫を含む。)の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。</p> <table border="1" data-bbox="597 434 1459 622"> <tr> <td data-bbox="597 434 832 479">1~2 《略》</td> <td data-bbox="832 434 1459 479"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="597 479 832 622">3. 血管炎</td> <td data-bbox="832 479 1459 622">高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。</td> </tr> </table> <p>(4) <sup>18</sup>F DG製剤を医療機関内で製造する場合は、<sup>18</sup>F DG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型動脈血管炎の診断に用いる <sup>18</sup>F DG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている <sup>18</sup>F DG製剤を使用した場合に限り算定する。</p>	1~2 《略》		3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。
1~2 《略》						
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血脈管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。					
<p>第5部 投薬</p>						
412	F100 処方料	<p>(16) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は<del>80</del>85%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。</p>				
415	F400 処方箋料	<p>(8) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、区分番号「F100」処方料の(6)及び(7)に準じるものとする。</p>				
<p>第7部 リハビリテーション</p>						
431	<通則>	<p>6 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</p> <p>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る。なお、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。また、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。</p> <p>(1)~(4) 《略》</p>				

433	H000 心大血管疾患リハビリテーション料	<p>(2) 《略》</p> <p>ア 《略》</p> <p>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、</p> <p>(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、脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)が400pg/mL以上の状態のもの</p> <p>(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。</p>
436	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	<p>(2) 《略》</p> <p>ア～ク 《略》</p> <p>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、言語聴覚能力の低下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。</p> <p>(3)～(7) 《略》</p> <p>(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。</p>
437	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	<p>(10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等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。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、<del>平成31年3月31日までの間に限り</del>「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。<u>入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。</u>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。</p>

		ア～イ 《略》
439	H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	<p>(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。</p> <p>(9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群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。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、平成31年3月31日までの間に限り「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。<u>入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象と</u>ならない。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。</p> <p>ア～イ 《略》</p>
441	H002 運動器リハビリテーション料	<p>(2) 《略》</p> <p>ア 《略》</p> <p>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、熱傷癒痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。</p> <p>(3)～(7) 《略》</p> <p>(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。</p>
442	H002 運動器リハビリテーション料	<p>(11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り運動器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</p>

		<p>めに必要な支援を行うこと。また、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である患者については、<u>平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り</u>、「注 4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。<u>入院中の患者以外の患者については平成 31 年 4 月 1 日以降は「注 4」の対象とならない。</u>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って、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。</p> <p>ア～イ 《略》</p>
446	H003-2 リハビリテーション総合計画評価料	<p>(4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。</p> <p>ア 《略》</p> <p>イ 別紙様式 21 の 6 又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか 1 項目以上を組み合わせる記載する様式 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する患者については、必ず(ト又)を含めること。)</p> <p>(イ)～(ニ) 《略》</p> <p>(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの</p> <p>(へ)～(ル) 《略》</p> <p>(ヲ) F A I (Frenchay Activities Index)、L S A (Life-Space Assessment)、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ 2 5 (平成 22 年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全(ロコモティブシンドローム)の早期発見ツールの開発」において作成されたもの)又は老研式活動能力指標のいずれかをを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの</p>
449 450	H004 摂食機能療法	<p>(6) 「注<del>2</del>3」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 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、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算 1 を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。</p> <p>(7) 「注<del>2</del>3」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 を算定する場合は、当該患者に対し、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し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンスを月に 1</p>

		<p>回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、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。</p> <p>(8) 「注<del>2</del>3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。</p> <p>(9) 《略》</p> <p>(10) 「注<del>2</del>3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p>
--	--	--

**第8部 精神科専門療法**

<p>463 464</p>	<p>I002 通院・在宅精神療法</p>	<p>(1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあつては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。</p> <p>(2)～(3) 《略》</p> <p>(4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。</p> <p>(5) 《略》</p> <p>(6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。</p> <p>(7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を</p>
--------------------	-----------------------	--