

○ 特定診療費の算定に関する留意事項について（平成12年3月31日老企第58号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

新	旧
<p>短期入所療養介護（病院又は診療所で行われるものに限る。）に係る「特定診療費」については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第19号）、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第21号）、厚生大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年2月厚生省告示第30号。以下「30号告示」という。）、厚生大臣が定める特定診療費に係る施設基準（平成12年2月厚生省告示第31号）及び厚生大臣が定める特定診療費に係る特別食及び特別な薬剤（平成12年2月厚生省告示第32号）が本年2月10日に公布されたところであるが、この実施に伴う留意事項は左記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。</p>	<p>短期入所療養介護（病院又は診療所で行われるものに限る。）<u>及び介護療養施設サービスに係る「特定診療費」</u>については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第19号）、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第21号）、厚生大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年2月厚生省告示第30号。以下「30号告示」という。）、厚生大臣が定める特定診療費に係る施設基準（平成12年2月厚生省告示第31号）及び厚生大臣が定める特定診療費に係る特別食及び特別な薬剤（平成12年2月厚生省告示第32号）が本年2月10日に公布されたところであるが、この実施に伴う留意事項は左記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。</p>
記	記
(削る)	
<p><u>第1 個別項目</u> 1・2 (略) (削る)</p>	<p><u>第1 通則</u> 老人性認知症疾患療養病棟にあっては、特定診療費のうち、30号告示別表の<u>感染対策指導管理、褥瘡対策指導管理、初期入院診療管理、重度療養管理、精神科作業療法及び認知症老人入院精神療法が算定できるものであること。</u></p>
	<p><u>第2 個別項目</u> 1・2 (略) <u>3 初期入院診療管理</u> (1) <u>初期入院診療管理に係る特定診療費は、当該入院患者が過去3月間（ただし、認知症である老人の日常生活自立度判定基準（「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知老健第135号））におけるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。）の間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがない場合に限り算定できるものであること。</u> (2) <u>初期入院診療管理については、同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した入院患者にあっては、特定診療費の算定の対象としない。</u> (3) <u>なお、入院後6か月以内に、患者の病状の変化等により診療計画を見直さざるを得ない状況になり、同様に診療計画を作成し、文書を用いて患者に説明を行った場合には、1回に限り算定できる。</u></p>

3～7 (略)

8 リハビリテーション

(1) (略)

(2) 理学療法

①～③ (略)

④ 理学療法に係る特定診療費は、患者に対して個別に20分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護又は短期入所療養介護に係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。

⑤～⑨ (略)

(3) 作業療法

①～③ (略)

④ 作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、作業療法士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合にのみ算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護又は短期入所療養介護に係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

⑤・⑥ (略)

(4) (略)

(5) 言語聴覚療法

①・② (略)

③ 言語聴覚療法は、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つて、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護又は短期入所療養介護に係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活パターンに合わせて、1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

4～8 (略)

9 リハビリテーション

(1) (略)

(2) 理学療法

①～③ (略)

④ 理学療法に係る特定診療費は、患者に対して個別に20分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。

⑤～⑨ (略)

(3) 作業療法

①～③ (略)

④ 作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、作業療法士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合にのみ算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

⑤・⑥ (略)

(4) (略)

(5) 言語聴覚療法

①・② (略)

③ 言語聴覚療法は、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つて、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活パターンに合わせて、1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

- ④ (略)
(6)・(7) (略)
(削る)

(削る)

- ④ (略)
(6)・(7) (略)
(8) 短期集中リハビリテーション
① 短期集中リハビリテーションにおける集中的なリハビリテーションとは、1週につき概ね3日以上実施する場合をいう。
② 短期集中リハビリテーションは、当該入院患者が過去3月間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがない場合に限り算定できることとする。
(9) 認知症短期集中リハビリテーション
① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準とする。
② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
④ 当該リハビリテーションにあつては、1人の医師又は理学療法士等が1人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護療養施設サービス費に含まれる。

9 (略)
第2 (略)

別紙様式3 (内容変更有)

- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMS E (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね5点~25点に相当する者とする。
- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等) は利用者毎に保管されること。
- ⑧ (1)~(8)の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算を算定したことがない場合に限り算定できることとする。

10 (略)
第3 (略)

別紙様式3

褥瘡対策に関する診療計画書

(※)：任意項目

記入者名

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
入浴	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0		
更衣	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※)	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり		
	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり		
	尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E 6：多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上

【看護計画】

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	() 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項 (※)		
評価を行う間隔 (※)		
圧迫、ズレカの排除 (※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア (※)		
栄養状態改善 (※)		
リハビリテーション (※)		