

【A 基本診療料】⑨② 特定入院料

特定入院料

【1-1 (医療機能の分化・強化／入院医療の評価) -⑥】

特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し 骨子【1-1 (4)】

●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

現 行	改 定
<p>【A301 特定集中治療室管理料】</p> <p>[施設基準] 特定集中治療室管理料 1 及び 2</p> <p>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 9 割以上入院させていること。</p> <p>特定集中治療室管理料 3 及び 4</p> <p>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 8 割以上入院させていること。</p>	<p>【A301 特定集中治療室管理料】</p> <p>[施設基準] 特定集中治療室管理料 1 及び 2</p> <p>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>8割以上</u>入院させていること。</p> <p>特定集中治療室管理料 3 及び 4</p> <p>特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>7割以上</u>入院させていること。</p>

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑥】

特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し 骨子【1-1（4）】

●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

現 行	改 定																																				
<p>[重症度、医療・看護必要度の基準]</p> <p>A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が3点以上であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等）</p> <table><tr><td>① 心電図モニターの管理</td><td>1点</td></tr><tr><td>② 輸液ポンプの管理</td><td>1点</td></tr><tr><td>③ シリンジポンプの管理</td><td>1点</td></tr><tr><td>④ 動脈圧測定</td><td>1点</td></tr><tr><td>⑤ 中心静脈圧測定</td><td>1点</td></tr><tr><td>⑥ 人工呼吸器の装着</td><td>1点</td></tr><tr><td>⑦ 輸血や血液製剤の管理</td><td>1点</td></tr><tr><td>⑧ 肺動脈圧測定</td><td>1点</td></tr><tr><td>⑨ 特殊な治療法等</td><td>1点</td></tr></table>	① 心電図モニターの管理	1点	② 輸液ポンプの管理	1点	③ シリンジポンプの管理	1点	④ 動脈圧測定	1点	⑤ 中心静脈圧測定	1点	⑥ 人工呼吸器の装着	1点	⑦ 輸血や血液製剤の管理	1点	⑧ 肺動脈圧測定	1点	⑨ 特殊な治療法等	1点	<p>[重症度、医療・看護必要度の基準]</p> <p>A項目の得点が<u>4点以上</u>かつB項目の得点が3点以上であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等）</p> <table><tr><td>① 心電図モニターの管理</td><td><u>1点</u></td></tr><tr><td>② 輸液ポンプの管理</td><td><u>1点</u></td></tr><tr><td>③ シリンジポンプの管理</td><td><u>1点</u></td></tr><tr><td>④ 動脈圧測定</td><td><u>2点</u></td></tr><tr><td>⑤ 中心静脈圧測定</td><td><u>2点</u></td></tr><tr><td>⑥ 人工呼吸器の装着</td><td><u>2点</u></td></tr><tr><td>⑦ 輸血や血液製剤の管理</td><td><u>2点</u></td></tr><tr><td>⑧ 肺動脈圧測定</td><td><u>2点</u></td></tr><tr><td>⑨ 特殊な治療法等</td><td><u>2点</u></td></tr></table>	① 心電図モニターの管理	<u>1点</u>	② 輸液ポンプの管理	<u>1点</u>	③ シリンジポンプの管理	<u>1点</u>	④ 動脈圧測定	<u>2点</u>	⑤ 中心静脈圧測定	<u>2点</u>	⑥ 人工呼吸器の装着	<u>2点</u>	⑦ 輸血や血液製剤の管理	<u>2点</u>	⑧ 肺動脈圧測定	<u>2点</u>	⑨ 特殊な治療法等	<u>2点</u>
① 心電図モニターの管理	1点																																				
② 輸液ポンプの管理	1点																																				
③ シリンジポンプの管理	1点																																				
④ 動脈圧測定	1点																																				
⑤ 中心静脈圧測定	1点																																				
⑥ 人工呼吸器の装着	1点																																				
⑦ 輸血や血液製剤の管理	1点																																				
⑧ 肺動脈圧測定	1点																																				
⑨ 特殊な治療法等	1点																																				
① 心電図モニターの管理	<u>1点</u>																																				
② 輸液ポンプの管理	<u>1点</u>																																				
③ シリンジポンプの管理	<u>1点</u>																																				
④ 動脈圧測定	<u>2点</u>																																				
⑤ 中心静脈圧測定	<u>2点</u>																																				
⑥ 人工呼吸器の装着	<u>2点</u>																																				
⑦ 輸血や血液製剤の管理	<u>2点</u>																																				
⑧ 肺動脈圧測定	<u>2点</u>																																				
⑨ 特殊な治療法等	<u>2点</u>																																				

特定入院料

【1-1 (医療機能の分化・強化／入院医療の評価) -⑥】

特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し 骨子【1-1 (4)】

●特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

現 行	改 定
<p>(2) B項目（患者の状況等）</p> <p>① 寝返り 1～2点</p> <p>② 起き上がり 1点</p> <p>③ 座位保持 1～2点</p> <p>④ 移乗 1～2点</p> <p>⑤ 口腔清潔 1点</p>	<p>(2) B項目（患者の状況等）</p> <p>① 寝返り 1～2点</p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p>② 移乗 1～2点</p> <p>③ 口腔清潔 1点</p> <p><u>④ 食事摂取 1～2点</u></p> <p><u>⑤ 衣服の着脱 1～2点</u></p> <p><u>⑥ 診療・療養上の指示が通じる 1点</u></p> <p><u>⑦ 危険行動 2点</u></p>

「特定集中治療室管理料」 (別紙17)

別紙17

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	/
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	/
3	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	/	あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	/
5	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	/	あり
6	人工呼吸器の装着	なし	/	あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし	/	あり
8	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	/	あり
9	特殊な治療法等(GHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	なし	/	あり
				A得点

B	患者の状況等	0点	1点	2点
10	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11	移乗	介助なし	一部介助	全介助
12	口腔清潔	介助なし	介助あり	/
13	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
15	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
16	危険行動	ない	/	ある
				B得点

注) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

<特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が4点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上。

特定入院料

【1-1 (医療機能の分化・強化／入院医療の評価) -⑥】
特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し 骨子【1-1 (4)】

●ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

現 行	改 定
<p>【A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料】</p> <p>[重症度、医療看護必要度の基準]</p> <p>A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が7点以上であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等） 略</p>	<p>【A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料】</p> <p>[重症度、医療看護必要度の基準]</p> <p>A項目の得点が3点以上かつB項目の得点が<u>4点以上</u>であること。</p> <p>(1) A項目（モニタリング及び処置等） 略</p>

特定入院料

【1-1 (医療機能の分化・強化／入院医療の評価) - ⑥】

特定集中治療室等における重症度、医療・看護必要度の見直し 骨子【1-1 (4)】

●ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し

現 行	改 定
(2) B項目 (患者の状況等)	(2) B項目 (患者の状況等)
① 床上安静の指示 1点	(削除)
② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 1点	(削除)
③ 寝返り 1～2点	① 寝返り 1～2点
④ 起き上がり 1点	<u>(削除)</u>
⑤ 座位保持 1～2点	<u>(削除)</u>
⑥ 移乗 1～2点	② 移乗 1～2点
⑦ 移動方法 1点	<u>(削除)</u>
⑧ 口腔清潔 1点	③ 口腔清潔 1点
⑨ 食事摂取 1～2点	④ 食事摂取 1～2点
⑩ 衣服の着脱 1～2点	⑤ 衣服の着脱 1～2点
⑪ 他者への意思の伝達 1～2点	<u>(削除)</u>
⑫ 診療・療養上の指示が通じる 1点	<u>⑥ 診療・療養上の指示が通じる 1点</u>
⑬ 危険行動 1点	<u>⑦ 危険行動 2点</u>

【経過措置】 <特定集中治療室管理料 / ハイケアユニット入院医療管理料>

平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

特定入院料

「ハイケアユニット入院医療管理料」 (別紙18)

別紙18

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの管理	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の装着	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	なし	あり

A得点

B	患者の状況等	0点	1点	2点
14	寝返り	できる	向かにつかまればできる	できない
15	移乗	介助なし	一部介助	全介助
16	口腔清潔	介助なし	介助あり	/
17	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
20	危険行動	ない	/	ある

B得点

注) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

<ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>
モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が4点以上

特定入院料

【1-2(医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進)－⑥】

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し 骨子【1-2(6)】

●脳卒中ケアユニット入院医療管理料

現 行	改 定
<p>【A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。</p>	<p>【A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。 <u>ただし、夜間又は休日であって、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する担当の医師が院外にいる場合に常時連絡が可能であり、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。</u></p>

特定入院料

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑤】

特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長

骨子【Ⅲ－5（4）】

●小児特定集中治療室管理料の算定日数

現 行	改 定
<p>【A301-4 小児特定集中治療室管理料】 （1日につき）</p>	<p>【A301-4 小児特定集中治療室管理料】 （1日につき）</p>
<p>1 7日以内の期間 15,752点</p>	<p>1 7日以内の期間 15,752点</p>
<p>2 8日以上14日以内の期間 13,720点</p>	<p>2 <u>8日以上</u>の期間 13,720点</p>
<p>15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。</p>	<p>15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（<u>急性血液浄化（腹膜透析は含まない。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日</u>）を限度として算定する。</p>

特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－⑤】

特に重症な患者に対する新生児特定集中治療室等の算定日数の延長

骨子【Ⅲ－５（４）】

●新生児特定集中治療室等の算定日数

現 行	改 定
<p>【A302 新生児特定集中治療室管理料、 【A303 総合周産期特定集中治療室 管理料(新生児)】 【A303-2 新生児治療回復室入院 医療管理料】 [対象疾患] 先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎 (脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻 孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管 支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食 道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、 ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋 骨早期癒合症、骨(軟骨を含む。)無形成・ 低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、 ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、 多発奇形症候群</p>	<p>【新生児特定集中治療室管理料、総合周 産期特定集中治療室管理料(新生児)新生 児治療回復室入院医療管理料】 [対象疾患] 先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎 (脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻 孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管 支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、 食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、 ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、 頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む。)無形 成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニ ア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリ ソミー、多発奇形症候群、<u>先天性心疾患(カ テーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・ 一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE 1持続注入を実施したものに限る。)</u></p>

特定入院料

【I-1(医療機能の分化・強化／入院医療の評価)-⑰】
一類感染症患者入院医療管理料の見直し 骨子【I-1(15)】

●一類感染症患者入院医療管理料

現 行	改 定
【A305 一類感染症患者入院医療管理料】 (1日につき) 1 7日以内の期間 9,046点 2 8日以上14日以内の期間 7,826点	【A305 一類感染症患者入院医療管理料】 (1日につき) 1 <u>14日以内の期間</u> 9,046点 2 <u>15日以上</u> の期間 7,826点
[算定要件] 感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。	[算定要件] 感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条に基づく入院に係る期間を超えた場合は算定しない。

特定入院料

【1-1(医療機能の分化・強化／入院医療の評価)-⑰】

一類感染症患者入院医療管理料の見直し 骨子【1-1(15)】

●一類感染症患者入院医療管理料

現 行	改 定
<p>[包括範囲]</p> <p>第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算(一部を除く。) ハ 第2章第3部の各区分の検査 (一部を除く)</p> <p>ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入 ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作成</p>	<p>[包括範囲]</p> <p>第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算(一部を除く。) <u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u> <u>(削除)</u></p> <p>ハ 酸素吸入 ニ 留置カテーテル設置 ホ 第13部第1節の病理標本作成</p>

特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－①】

小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行

骨子【Ⅲ－５（１）】

●小児入院医療管理料

現 行	改 定
<p>【A307 小児入院医療管理料】</p> <p>[包括範囲] 診療に係る費用</p> <p>注2及び注3に規定する加算、 投薬、 注射、 手術、 麻酔、 放射線治療 病理診断・判断料、 第2節に規定する(中略)加算 を除く</p>	<p>【A307 小児入院医療管理料】</p> <p>[包括範囲] 診療に係る費用</p> <p>注2及び注3に規定する加算、 <u>在宅療養指導管理料、</u> <u>薬剤料、</u> <u>特定保険医療材料料、</u> 投薬、 注射、 手術、 麻酔、 放射線治療、病理診断・判断料、第2節に 規定する(中略)加算 を除く</p>

特定入院料

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－④】

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児入院医療管理料の対象年齢の延長 骨子【Ⅲ－５（３）】

●小児入院医療管理料の対象年齢

現 行	改 定
<p>【A307 小児入院医療管理料】</p> <p>〔対象者〕</p> <p>別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。</p>	<p>【A307 小児入院医療管理料】</p> <p>〔対象者〕</p> <p>別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15歳未満の小児（<u>小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20歳未満の者</u>）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。</p>

特定入院料

【Ⅲ－5（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－②】

小児入院医療管理料算定患者の在宅医療への円滑な移行

骨子【Ⅲ－5（1）】

●A307 小児入院医療管理料 注4

新設

届出 重症児受入体制加算

200点(1回につき)

〔施設基準〕

- (1) 小児入院医療管理料3、4又は5の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者をもつばら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- (3) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい。
- (4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- (5) 当該病棟等において、転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室に入院していた転院患者を、過去1年間に5件以上受け入れていること。
- (6) 当該病棟等において超・準超重症児の患者を、過去1年間で10件以上受け入れていること(なお、当該件数には、医療型短期入所サービスによる入所件数も含める。)

小児入院医療管理料病棟におけるDPCと出来高の比較

参考

	DPCの場合	出来高の場合
入院料等	一部を除いては×	一部を除いては×
医学管理等	手術前医学管理料 / 手術後医学管理料 以外は○	×
在宅	○	×⇒○
検査	一部を除いては×	×
画像	画像診断管理加算1・画像診断管理加算2 E003・3 造影剤注入手技・動脈造影カテーテル法 (イ・主要血管の分枝血管を選択的に造影した場合 注・血流予備能測定検査加算) 以外は×	×
投薬	×	○
注射	G020 無菌製剤処理料 以外は×	○
リハビリテーション	○	×
精神科専門療法	○	×
処置	一部を除いては× (保険医療材料も一部除いては×)	×
手術	○	○
麻酔	○	○
放射線治療	○	○
病理診断	N003 術中迅速病理組織標本作製 N006 病理診断料 / N007 病理判断料 以外は×	○

改定

「小児入院医療管理料」

(様式9)

様式9

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等(届出区分) _____

本届出の病床数 _____ ※(医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

本届出の病床数 _____ ※(医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

急性期看護補助体制加算の届出区分(該当に○)

25対1(看護補助者5割以上)・25対1(看護補助者5割未満)・50対1・75対1・無
夜間30対1・夜間50対1・夜間100対1・無

看護職員夜間配置加算の届出区分(該当に○)

12対1配置加算1・12対1配置加算2・16対1配置加算・無

看護配置加算の有無(該当に○) 有・無

看護補助加算の届出区分(該当に○)

1・2・3・無
夜間75対1看護補助加算の有無(該当に○) 有・無

1日平均入院患者数[A] _____人(算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 _____人 [C/(日数×8)]

(参考)1日看護配置数(必要数) : [] = [(A/届出区分の数)×3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____% [月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数/1日看護配置数]

③ 平均在院日数 _____日(算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯(16時間) _____時 _____分 ~ _____時 _____分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____時間 [(D-E)/B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人

(夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載)

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____人 [F/(日数×8)]

(参考)主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限) : [] = [(A/200)×3]

※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務形態 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}				月延べ勤務時間数	(再掲)月平均夜勤時間数の計算に含まれない夜勤時間数 ^{※7}
						(該当する「夜勤」事務的業務)の有無 ^{※4}	回数 ^{※5}	1日	2日	3日	...		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専							
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専							
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専							
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)				[C]		
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)				[D] ※8	[E]	
(再掲)主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計											[F] ※9		
1日看護配置数(必要数) ※10		[(A/届出区分の数) × 3]				月平均1日当たり看護配置数		[C/(日数×8)]					
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)		[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数		[F/(日数×8)]					

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

【急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法】

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数(必要数) ※10 [J]	[(A/届出区分の数) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[G+H/(日数×8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[G/(日数×8)]
夜間看護補助配置数(必要数) ※10	A/届出区分の数 ※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I/(日数×16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合(%)	[(K/J) × 100]

【記載上の注意】

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

「小児入院医療管理料」

(様式9,48)

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「業務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤者に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 【D】は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 【F】は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

【届出上の注意】

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 48

小児入院医療管理料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科			
2 小児科の常勤医師の氏名			
氏名	勤務の形態	氏名	勤務の形態
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
3 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数			性
4 年間小児緊急入院患者数 例			

【記載上の注意】

- 1 「2」の常勤医師の経歴（小児科担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 小児入院医療管理料1の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式9に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 3 小児入院医療管理料2の届出の際には24時間365日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。
- 4 小児入院医療管理料5の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者数の15又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

特定入院料

「小児入院医療管理料」

(様式48の2,48の3)

様式 48 の 2

小児入院医療管理料4の施設基準に係る届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
				届出時	1日平均入院患者数	
及び平均在院日数・入院患者数	当該病棟	小児入院医療管理病室	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		小計	床	名	名	
	その他の病棟	一般病床	床	名	名	
	合計	一般病床	合計 床	合計 名	合計 名	

* 1日平均入院患者数(直近1年間)の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

* 平均在院日数(直近3日間)の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病床における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
- 4 当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式9を記載し添付すること。

様式 48 の 3

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る加算の区分(届出を行う加算に○を付す)

() 注2に規定する加算

() 注4に規定する加算(重症児受入体制加算)

2. 病棟における体制の整備

区分	病棟名	保育士名	プレイルーム面積(m ²)

3. 病棟における診療実績等

当該病棟における直近1年間の実績 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)	
転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料等を算定した転院患者の人数	名
15歳未満の超重症児又は準超重症児の入院患者数	名

[記載上の注意]

- 1 プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 2 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。
- 4 「3」の診療実績等については、重症児受入体制加算の届出を行う場合にのみ記入すること。なお、新生児特定集中治療室管理料等とは、A302 新生児特定集中治療室管理料又はA303 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を指す。また、超重症児又は準超重症児の患者数については、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含み、入院期間が通算される入院患者を除く。

「小児入院医療管理料1・2」

(様式13の2)

様式13の2

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 (新規・7月報告)

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算1 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算2 (対1補助体制加算)	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 移植後患者指導管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導管理料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 院内トリアージ実施料	年 月 日
<input type="checkbox"/> 病棟薬剤業務実施加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	年 月 日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1	年 月 日		

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

医師・看護師等の業務分担(医師・助産師の業務分担を含む)

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

医師事務作業補助者の配置
 短時間正規雇用の医師の活用
 地域の他の医療機関との連携体制
 交代勤務制の導入(ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。)

ア 初診における選定療養の額 _____円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割

予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮(ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間 (平均週 _____ 時間(うち、残業 _____ 時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____ 回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮(当直翌日は休日としている 当直翌日の業務内容の配慮を行っている その他(具体的に: _____))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他 _____

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度 (_____ 回/年)

イ 参加人数 (平均 _____ 人/回) 参加職種(_____)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: _____ 職種: _____)

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無

あり(第三者評価を行った機関名: _____) なし

(記載上の注意)

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し(様式自由)を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算1の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

リハビリテーション/特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

包括される疾患別リハビリの実施単位数は
リハビリ充実体制加算等の
施設基準単位数には含まない

●A308 回復期リハビリテーション病棟における アウトカムの評価

- 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対して
「厚生労働大臣の定めるもの」については
1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、
回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

今回のルール構造としては、施設基準を設定しない。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【別に厚生労働大臣が定めるもの】

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が
①一定の水準以上である ②効果に係る実績が一定の水準を下回る
- 入院中の患者
- 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、
呼吸器リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料であって1日につき6単位を超える
ものの費用
(告示別表第9の3に規定する「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」を除く。)

6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括されることになっているが、急性疾患の発症後60日以内のものについては除かれている。必ずしも、7単位日以上のものについて、出来高算定が不可であったり、リハビリテーション充実加算の単位数に含まれないわけではないが、急性疾患の発症後60日以内のもの以外については包括であり、リハビリテーション充実加算の根拠となる単位数にも含まれないことになる。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

[算定要件]

- (1) 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けるリハビリテーションの**提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で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提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位以上であること**をいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が**10人未満**の場合を除く。
- (2) **効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者(計算対象から除外される患者を除く)についての、①の総和を②の総和で除したものが27未満**である状態をいう。
- ① **退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時FIM得点(運動項目)を控除したもの**
 - ② **各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したもの**

特定入院料

様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

1. 退棟患者数

1

①	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名
②	直近の報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

2

③	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	
再掲	i	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④/③)	単位	
⑥	直近の報告における1日あたりのリハビリテーション提供単位数	単位	

「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」

(様式45)

10名以上
(10名未満の場合は実績指数は記入しない)

提供実績

1 かつ 2

報告2回連続
満たしているか

- ・報告⇒3か月ごと(4,7,10,1月)
 - ・実績⇒直近6か月間
重複する実績月が発生
- | | | |
|--------|-------|----|
| ①4月報告 | 10-3月 | 実績 |
| ②7月報告 | 1-6月 | 実績 |
| ③10月報告 | 4-9月 | 実績 |
| ④1月報告 | 7-12月 | 実績 |

6単位以上

報告2回連続
満たしているか

P568に追加

特定入院料

「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」

(様式45)

**効果実績
(実績指数)**

27点以上

**報告2回連続
満たしているか**

P568に追加

実績指数除外患者

3. 実績指数

⑦	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名
⑧	⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数	名
⑨	⑧の患者の退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得点(運動項目)を控除したものの総和	点
⑩	⑧の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	点
⑪	実績指数(⑨/⑩)	点
⑫	直近に報告した実績指数	点

4. 除外患者について(届出の前月までの6か月について以下を記入する。)

⑬	届出の前月までの6か月	()	()	()	()	()	()
		月	月	月	月	月	月
⑭	入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑮	高次脳機能障害患者が入棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑯	⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数(⑮が有の場合のみ)	名	名	名	名	名	名
⑰	実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑱	除外割合(⑰÷⑭又は⑰)	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について(⑮が有の場合には、それぞれ⑬の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。)

※()にはそれぞれ⑬の前月を記載	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月
⑲	6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名
⑳	⑲のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名
㉑	高次脳機能障害患者の割合(㉑÷⑲)	%	%	%	%	%

【記載上の注意】

- ①から⑫は平成28年4月1日以降に入院した患者のみを対象とする。
- ①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が10名未満の場合、⑦から⑩は記入しない。
- 初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。
- ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
- 直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。
- ⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
- ⑰の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことにより実績指数の計算対象から除外したものに限り。
- ⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑮、「無」の場合は⑰÷⑭とする。
- ⑲は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
- ⑮、⑯、⑰の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

- (3) 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
- ① FIM 運動項目得点が20点以下のもの
 - ② FIM 運動項目得点が76点以上のもの
 - ③ FIM 認知項目得点が25点未満のもの
 - ④ 年齢が80歳以上のもの
- (4) 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から全て除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。
- (5) 在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で10点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

【経過措置】

平成28年4月1日以降の入院患者について、平成29年1月1日から3ヶ月ごとに算出する。

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-①】

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価 骨子【II-3(1)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

現 行	改 定
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>診療に係る費用 注2、注3及び注5に規定する加算 在宅医療、 リハビリテーションの費用、 臨床研修病院入院診療加算、 医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、 地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、 救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る。)、 データ提出加算、 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く</p> <p>→回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>診療に係る費用 注2、注3及び注5に規定する加算、 在宅医療、 リハビリテーションの費用(<u>別に厚生労働大臣が定めるものを除く。</u>)、 臨床研修病院入院診療加算、 医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る。)、 地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、 救急搬送患者地域連携受入加算(一般病棟に限る。) データ提出加算、 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く</p> <p>→回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算

現 行	改 定				
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注5 体制強化加算</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> <p>専従常勤医師1名 専従常勤社会福祉士1名</p> </div> <p style="margin-left: 200px;">200 点</p> <p>[施設基準] 体制強化加算 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注5 体制強化加算</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">体制強化加算1</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid red;">200点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">体制強化加算2</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid red;">120点(新)</td> </tr> </table> <p>[施設基準] 体制強化加算1 (略)</p> <p>体制強化加算2 届出</p> <p><u>当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。</u></p>	体制強化加算1	200点	体制強化加算2	120点(新)
体制強化加算1	200点				
体制強化加算2	120点(新)				

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算の施設基準

現 行	改 定
<p data-bbox="280 678 753 1021">入院時と退院後の医療 の繋がりを保って提供 ↓ 回復期病棟専従医師が 外来診療にも一定程度 従事</p>	<p data-bbox="985 449 1854 728"><u>専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。</u></p> <p data-bbox="985 735 1854 899"><u>なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。</u></p> <p data-bbox="985 906 1854 1128"><u>ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。</u></p> <p data-bbox="985 1135 1854 1299"><u>イ) 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。</u></p>

特定入院料

【II-3(患者の視点等/リハビリテーションの推進)-②】

回復期リハビリテーション病棟入院料 体制強化加算の施設基準の見直し 骨子【II-3(2)】

●A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

注5 体制強化加算の施設基準

現 行	改 定
	<p><u>ウ) 週に 32 時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。</u></p> <p><u>エ) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。</u></p>
<p>週32時間以上について、2人で16時間ずつや、24時間と8時間といった病棟の勤務である場合に要件を満たすものである。 2人で16時間ずつの場合は、(それぞれが従事する)16時間が別の時間になっていないといけませんが、週のうち32時間以上を、2人のいずれかでカバーするということになる。 (3/4 厚労省説明会質疑応答より)</p>	

「回復期リハビリテーション病棟入院料」

(様式49の5)

様式49の5

回復期リハビリテーション病棟入院料における リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

①	直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	日	
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	
再掲	i	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位	

(算出期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

2. 「注3」に掲げるリハビリテーション充実加算の届出

① 届出あり ② 届出なし

[記載上の注意]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあつては、③が2単位以上であること。

「回復期リハビリテーション病棟入院料 ー 体制強化加算」

(様式49の7)

様式 49 の 7

{
}
 体制強化加算 1
 体制強化加算 2

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

1. 病棟に配置される専従の常勤職員 (□には、適合する場合「✓」を記入のこと)

区分	氏名	勤務時間	研修受講	病棟外業務 (加算2のみ)
① 医師		時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師		時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 社会福祉士		時間		

2. 体制強化加算2の要件等
前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションの実施 (あり・なし)

病棟外業務を行う専従常勤医師の氏名	病棟の業務に従事する曜日・時間等
上記の医師のうち少なくとも1名が従事している時間 (実時間):	
	時間

[記載上の注意]

- 「1」の①はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修証の写しを添付すること。専従の常勤医師が3名以上いる場合は、適宜行を追加して記載すること。
- 「1」の②は退院調整に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。
- 「1」の勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間 (休憩時間を除く労働時間) を記入すること。
- 「2」の病棟外業務を行う医師の氏名には、「1」で挙げた専従常勤医師の氏名をそれぞれ記入し、当該医師が病棟の業務に従事する曜日・時間等を記入すること。

特定入院料

【I-1 (医療機能の分化・強化／入院医療の評価) -④】

在宅復帰率の要件見直し 骨子【I-1 (3)】

● 7対1 入院基本料等における在宅復帰率の要件見直し

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

現 行	改 定
<p>【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】</p> <p>〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕</p> <p>自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）に退院した患者及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】</p> <p>〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕</p> <p>自宅及び居住系介護施設等に退院した患者の他、介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る。）、<u>有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）</u>、<u>有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）</u>を算定する病室に退院した患者及び療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟に退院又は転棟した患者</p>

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑨】

地域包括ケア病棟入院料の見直し 骨子【1-1（7）】

●地域包括ケア病棟入院料の見直し

現 行	改 定
<p>【A308-3 地域包括ケア病棟入院料 （入院医療管理料を含む）】</p> <p>〔包括範囲〕 診療に係る費用</p> <p>注3から注5に規定する加算、 臨床研修病院入院診療加算、 在宅患者緊急入院診療加算、 医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、 地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染防止対策加算、 患者サポート体制充実加算、 救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る） データ提出加算、 地域連携診療計画退院時指導料（1）、 在宅医療、摂食機能療法、 人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除 外薬剤・注射薬の費用 を除く</p>	<p>【A308-3 地域包括ケア病棟入院料 （入院医療管理料を含む）】</p> <p>〔包括範囲〕 診療に係る費用</p> <p>注3から注5に規定する加算、 臨床研修病院入院診療加算、 在宅患者緊急入院診療加算、 医師事務作業補助体制加算、 地域加算、離島加算、医療安全対策加算、 感染防止対策加算、 患者サポート体制充実加算、 退院支援加算、 データ提出加算、 地域連携診療計画加算（退院支援加算）、 在宅医療、摂食機能療法、 人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除 外薬剤・注射薬、 <u>第10部手術、</u> <u>第11部麻酔</u>の費用 を除く</p>

特定入院料

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-⑨】
地域包括ケア病棟入院料の見直し 骨子【1-1(7)】

●地域包括ケア病棟入院料の見直し

[算定要件]

以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

- (1) 救命救急入院料
- (2) 特定集中治療室管理料
- (3) ハイケアユニット入院医療管理料
- (4) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (5) 小児特定集中治療室管理料

※ ただし、
平成28年1月1日
時点で既に届け出た
病棟等については
この限りではない。

- 特定集中治療室管理料等を既に届け出ていて、地域包括ケア病棟を2病棟持っている場合に、病棟数や病床数を維持することは経過措置として可能だが、増やす方の変更はできない。
例えば、2病棟まで地域包括ケア病棟を持っているところが3病棟に増やすことや、集中治療室を持っているところが、さらに救命救急入院料を届け出すことはできないと考えている。
- 施設基準の見直しで、浴室・便所が病棟の「近傍」に設けられている場合も施設基準に含まれるが、病棟と違うフロアにある場合も、実態に応じて、利用しやすいような近傍にあるということであれば含まれる。
なお、回復期リハビリテーション病棟においてはこのような(施設基準の)変更はしていない。
これまで通り、病棟内に浴室という要件は維持されている。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

特定入院料

【1-1(医療機能の分化・強化／入院医療の評価)-⑬】

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価 骨子【1-1(11)】

● A309 特定疾患病棟入院料 / A306 特定疾患入院医療管理料

新設

- ・ A309 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分2に相当する場合 1,857点
医療区分1に相当する場合 1,701点
- ・ A309 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院する場合
医療区分2に相当する場合 1,608点
医療区分1に相当する場合 1,452点
- ・ A306 特殊疾患入院医療管理料の施設基準を届け出た病室に入院する場合
医療区分2に相当する場合 1,857点
医療区分1に相当する場合 1,701点

[算定要件]

当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分3相当のものは、従来通り、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定する。

特定入院料

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－③】

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 骨子【Ⅲ－1(3)】

●A310 緩和ケア病棟入院料

現 行	改 定
【A310 緩和ケア病棟入院料】(1日につき)	【A310 緩和ケア病棟入院料】(1日につき)
1 30日以内の期間 4,926点	1 30日以内の期間 4,926点
2 31日以上60日以内の期間 4,412点	<u>緊急入院初期加算 200点(新)</u> 2 31日以上60日以内の期間 <u>4,400点</u>
3 61日以上の期間 3,384点	3 61日以上の期間 <u>3,300点</u>
[算定要件]	[算定要件]
<u>(新設)</u>	緊急入院初期加算 <u>当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。</u>

特定入院料

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－③】

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 骨子【Ⅲ－1(3)】

●A310 緩和ケア病棟入院料

【緊急入院初期加算に関する留意事項】

- 連携医療機関との間では、過去1年以内に緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修、共同でのカンファレンスの実施等、医師その他の職員が面会した実績を記録すること
- 連携の医療機関より病状および投薬内容のほか、患者および家族等への説明等について、予め文書による情報提供を受ける必要がある

[包括範囲から除外する項目]

第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料並びに第2章第12部放射線治療

特定入院料

【Ⅲ－3（重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進）－①】
地域移行を重点的に進める精神病棟の評価 骨子【Ⅲ－3（1）】

【経過措置】

当該入院料の届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものとする。

●A318 地域移行機能強化病棟入院料

新設

届出	A318 地域移行機能強化病棟入院料	1,527点（1日につき）
	注3 イ 重症者加算1	60点（1日につき）
	ロ 重症者加算2	30点（1日につき）
	注2 非定型抗精神病薬加算	15点（1日につき）

15:1の配置と専従2名以上の精神保健福祉士は重複してカウントできる
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

【施設基準】

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 専従の精神保健福祉士が2名以上（当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上）配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90％に相当する数以上の患者が入院していること（下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。）。
- (4) 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5％に相当する数以上であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

「地域移行機能強化病棟入院料」

(様式9)

様式9

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等(届出区分) _____

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

本届出の病床数 _____ ※ (医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載)

急性期看護補助体制加算の届出区分 (該当に○)

25 対 1 (看護補助者 5 割以上) ・ 25 対 1 (看護補助者 5 割未満) ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無
夜間 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の届出区分 (該当に○)

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

看護配置加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分 (該当に○)

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
夜間 75 対 1 看護補助加算の有無 (該当に○) 有 ・ 無

1 日平均入院患者数 [A] _____ 人 (算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※小数点以下切り上げ

① 月平均 1 日当たり看護配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)]

(参考) 1 日看護配置数 (必要数) : = [(A / 届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % [月平均 1 日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1 日看護配置数]

③ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯 (16 時間) _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D - E) / B] ※小数点第 2 位以下切り捨て

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

(夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載)

⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限) : = [(A / 200) × 3]

※小数点第 3 位以下切り捨て

勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まれない夜勤時間数 ^{※7}
						(該当する) 夜勤の有無 ^{※4}	回数 ^{※5}	1日	2日	3日	...	日		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計	[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数	[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計			[F] ※9	
1 日看護配置数 (必要数) ※10	[(A / 届出区分の数 ^{※11}) × 3]		月平均 1 日当たり看護配置数	[C / (日数 × 8)]
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	[(A / 200) × 3]		月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	[F / (日数 × 8)]

注 1) 1 日看護配置数 ≤ 月平均 1 日当たり看護配置数

注 2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

【急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法】

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1 日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者 (みなしを除く) のみの [D]
1 日看護補助配置数 (必要数) ※10 [J]	[(A / 届出区分の数 ^{※11}) × 3]
月平均 1 日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者含む)	[G + H / (日数 × 8)]
月平均 1 日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 (必要数) ※10	A / 届出区分の数 ^{※11}
月平均 1 日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者 (みなし看護補助者を含む) の最小必要数に対する看護補助者 (みなし看護補助者を除く) の割合 (%)	[(K / J) × 100]

【記載上の注意】

※ 1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

「地域移行機能強化病棟入院料」

(様式9,20)

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。
看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」(月延べ勤務時間数欄の中段)の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30)」をいう。

[届出上の注意]

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式20

[] に勤務する従事者の名簿

No.	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	
			常 勤 非 常 勤	専 任 専 任	

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟(看護単位)・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 従事者が広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師である場合は、備考欄へ「熱傷」と記入すること。(救命救急入院料3、救命救急入院料4又は特定集中治療室管理料2、4に係る届出を行う場合に限り。)
- 5 従事者が小児科を担当する専任の医師である場合は、備考欄へ「小児科医」と記入すること。(救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行う場合に限り。)
- 6 従事者が、特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。(特定集中治療室管理料1、2に係る届出を行う場合に限り。)

「地域移行機能強化病棟入院料」

(様式57の4)

様式 57 の 4

地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

1 許可病床数と入院患者数に係る要件

ア 直近1ヶ月間の精神病棟の平均入院患者数	人
イ 直近1年間の精神病棟の平均入院患者数	人
ウ 精神病床の許可病床数	床
エ (ア又はイいずれか小さい値) ÷ ウ	

2 長期入院患者の退院実績に係る要件

エ 1年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数(直近3か月間における1か月あたり平均)	人
オ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数	床
カ $\text{エ} \div \text{オ} \times 100$ (%)	%

3 退院支援部署の専従の従事者に係る要件

氏名	職種	勤務時間

4 退院支援相談員に係る要件

氏名	職種	経験年数

5 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設	
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択		<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
	①	当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数		件(≥1件)
	②	当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)		件	
(3)	③	当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④	当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診療業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 「3」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められている所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。
- 「5」について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

【A 基本診療料】⑨2 短期滞在手術基本料

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
 短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●A400 3 短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
<p>【短期滞在手術等基本料3】</p> <p>[対象手術等] イ～チ 略 リ K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>又 K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】</p> <p>※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。</p> <p>[対象手術等] イ～チ 略 <u>リ K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 口その他のもの(片眼)</u> 22.096点 <u>又 K282水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 口その他のもの(両眼)</u> 37.054点 <u>ル K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片眼)</u> 20.065点</p>

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
 短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
<p><u>(新設)</u></p> <p>ル～カ 略</p> <p>ヨ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る。)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>タ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)</p>	<p><u>ヲ K282水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合(両眼) 30.938点</u></p> <p>ワ～タ 略</p> <p><u>レ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 35.052点</u></p> <p><u>ソ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 28.140点</u></p> <p><u>ツ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 25.498点</u></p> <p>ネ K633ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)</p>

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳未満に限る。)	<u>ナ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術</u> <u>(両側) (3歳未満に限る。)</u> 68.729点
<u>(新設)</u>	<u>ラ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術</u> <u>(両側) (3歳以上6歳未満に限る。)</u> 55.102点
<u>(新設)</u>	<u>ム K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術</u> <u>(両側) (6歳以上15未満に限る。)</u> 43.921点
ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)	ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)
ツ～ム 略	ヅ～ヤ 略

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
<u>(新設)</u>	<u>マ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u> <u>37.588点</u>
<u>(新設)</u>	<u>ケ K768体外衝撃波腎・尿管結石破砕術</u> <u>28.010点</u>
<u>(新設)</u>	<u>フ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療</u> <u>59.855点</u>

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
<p data-bbox="85 491 330 539">〔包括範囲〕</p> <p data-bbox="59 575 305 624">全診療報酬</p> <p data-bbox="52 672 884 843">包括範囲から除外される抗悪性腫瘍剤には、薬効分類上の腫瘍薬のほか、インターフェロンや酢酸リュープロレリンなど、そういったものも含む方向で整理したい。</p> <p data-bbox="233 851 865 892">(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)</p> <div data-bbox="85 993 316 1172"><p data-bbox="117 1015 170 1063">酸</p><p data-bbox="150 1103 247 1146">訂正</p></div>	<p data-bbox="929 491 1174 539">〔包括範囲〕</p> <p data-bbox="909 575 1392 624"><u>下記以外は包括とする。</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="909 658 1850 822">① <u>第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料及び第4節 特定保険医療材料料</u><li data-bbox="909 851 1166 899">② <u>人工腎臓</u><li data-bbox="909 933 1263 982">③ <u>抗悪性腫瘍剤</u><li data-bbox="909 1016 1740 1065">④ <u>疼痛コントロールのための医療用麻薬</u><li data-bbox="909 1099 1862 1263">⑤ <u>エリスロポエチン(人工腎臓又は 腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して 投与された場合に限る。)</u>

短期滞在手術等基本料

【重点課題 1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の評価) - ⑦】
短期滞在手術等基本料3の見直し 骨子【1-1(5)】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

現 行	改 定
	<p>⑥ <u>ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)</u></p> <p>⑦ <u>インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)</u></p> <p>⑧ <u>抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及びHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)</u></p> <p>⑨ <u>血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</u></p>

⑨7 入院時食事療養費・入院時生活療養費

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－⑤】
 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【Ⅳ－6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

現 行	改 定
<p>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</p> <p>第1 食事療養</p> <p>1 入院時食事療養 (Ⅰ) (1食につき) 640円</p> <p>注1 (略)食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。</p>	<p>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</p> <p>第1 食事療養</p> <p>1 入院時食事療養 (Ⅰ) <u>イ 入院時食事療養 (Ⅰ) 1</u> (1食につき) 640円</p> <p><u>ロ 入院時食事療養 (Ⅰ) 2</u> <u>(1食につき) 575円(新)</u></p> <p>注1 <u>イ</u>については、(略)食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。</p>

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【IV-6(効率化等による制度の持続可能性の向上/医薬品等の適正評価)-⑤】

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【IV-6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

現 行	改 定
<p><u>(新設)</u></p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。</p> <p>注3 略</p>	<p><u>注2 口については、(略)食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。</u></p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。<u>ただし、口を算定する患者については算定しない。</u></p> <p>注4 略</p>

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－⑤】
 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【Ⅳ－6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

現 行	改 定
<p>2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき) 506円</p> <p>注 入院時食事療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。</p>	<p>2 入院時食事療養(Ⅱ)</p> <p><u>イ 入院時食事療養(Ⅱ) 1</u> (1食につき) 506円</p> <p><u>ロ 入院時食事療養(Ⅱ) 2</u> (1食につき) 455円(新)</p> <p><u>注1 イについては、入院時食事療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。</u></p>

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【IV-6(効率化等による制度の持続可能性の向上/医薬品等の適正評価)-⑤】
 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【IV-6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

現 行	改 定
<p><u>(新設)</u></p> <p>第2 生活療養 1 入院時生活療養 (I) (1) 食事の提供たる療養 (1食につき) 554円</p>	<p><u>注2</u> <u>口については、入院時食事療養 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。</u></p> <p>第2 生活療養 1 入院時生活療養 (I) (1) 食事の提供たる療養 ① <u>食事の提供たる療養1</u> (1食につき) 554円 ② 食事の提供たる療養2 <u>(1食につき) 500円(新)</u></p>

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅳ－6(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品等の適正評価)－⑤】

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し 骨子【Ⅳ－6(6)】

●入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

現 行	改 定
(2) 略	(2) 略 <u>入院時食事療養(Ⅰ)と同趣旨の改正を行う。</u>
2 入院時生活療養(Ⅱ)	2 入院時生活療養(Ⅱ) (変更なし)

「流動食のみを経管栄養法により提供したとき」とは、当該食事療養又は当該食事の提供たる療養として食事の大半を経管栄養法による流動食(市販されているものに限る。以下この項において同じ。)により提供した場合を指すものであり、栄養管理が概ね経管栄養法による流動食によって行われている患者に対し、流動食とは別に又は流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合(経口摂取か経管栄養の別を問わない。)を含むものである。

●特別食加算

- ・流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法で提供する場合には、特別食加算は算定不可とする。
- ・治療食に「**てんかん食**」追加。

てんかん食とは…難治性てんかん(外傷性のものを含む。)の患者に対し、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限及び脂質量の増加が厳格に行われた治療食をいう。ただし、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対し、治療食として当該食事を提供した場合は、「てんかん食」として取り扱って差し支えない。

入院時食事療養費・入院時生活療養費

●入院時食事療養費における標準負担額

(1食につき)

対象患者		食事療養標準負担額	
A	B、C、D以外の患者	H28.4.1～	360円
		H30.4.1～	460円
B	<ul style="list-style-type: none"> ・C、D以外の指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等 ・H27.4.1以前からH28.4.1日まで継続して精神病床に入院していた一般所得区分の患者等 		260円
C	低所得者II	過去1年間の入院期間が 90 日以内	210円
		過去1年間の入院期間が 90 日超	160円
D	低所得者I		100円