

【A 基本診療料】⑨② 特定入院料

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）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) **専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。**
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり7平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット)
 - イ 新生児用呼吸循環監視装置
 - ウ 新生児用人工換気装置
 - エ 微量輸液装置
 - オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
 - カ 酸素濃度測定装置
 - キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

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）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (7) 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
 - イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。

2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準

- (1) **専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。**なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。

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）】

●小児特定集中治療室管理料

[施設基準]

3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

- (1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護配置であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなつてから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

【A302 新生児特定集中治療室管理料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「A302」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、**出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。**

A **不可。**当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された**母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入院することが想定される場合等、緊急かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。**

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)】

●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

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

- 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。**

今回のルールの構造としては、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

【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

様式 45

別紙様式 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日当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」
(別紙様式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

特定入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料

「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点以上はクリア。
27未満が実績が下回る**

**報告2回連続
満たしているか**

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	
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⑯))	%	%	%	%	%	%

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 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月					
	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月	までの6か月
⑲ 6か月間の退棟患者数	名	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	名
㉑ 高次脳機能障害患者の割合(㉑÷⑲)	%	%	%	%	%	%

【記載上の注意】

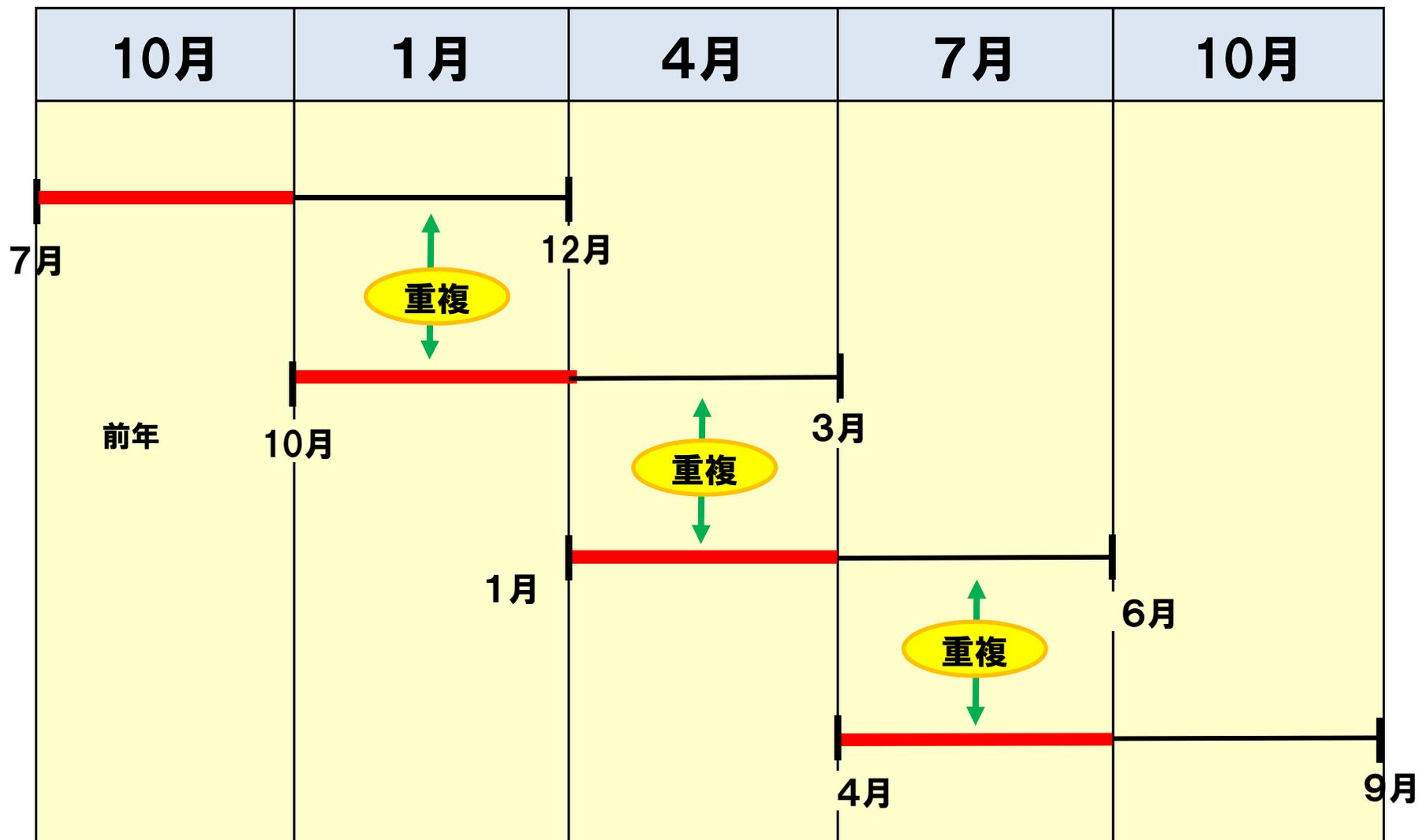
- ①から⑫は平成28年4月1日以降に入院した患者のみを対象とする。
- ①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が10名未満の場合、⑦から⑩は記入しない。
- 初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。
- ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
- 直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。
- ⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
- ⑰の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が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÷⑯、「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。
- ⑲、⑳、㉑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。

報告①

★報告は3か月ごとに報告



★報告内容
直近6ヶ月の実績



計算式②

$$\left(\begin{array}{c} \text{各患者退棟} \\ \text{FIM(運動項目)} \end{array} - \begin{array}{c} \text{各患者入棟} \\ \text{FIM(運動項目)} \end{array} \right) \times \text{人数}$$

各患者在院日数 / 各状態による上限日数

 ≥ 27

事例

例)

疾患	人数	入棟FIM	退棟FIM	在院日数	上限日数
①大腿骨頸部骨折	30名	50点	80点	72日	90日
②脳卒中	20名	40点	65点	135日	150日

$$\frac{\{ \text{①} (80\text{点} - 50\text{点}) \times 30\text{名} \} + \{ \text{②} (65\text{点} - 40\text{点}) \times 20\text{名} \}}{\{ \text{①} (72\text{日} / 90\text{日}) \times 30\text{名} \} + \{ \text{②} (135\text{日} / 150\text{日}) \times 20\text{名} \}}$$

27以上で
クリア

= 33 ≥ 27

FIM評価

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

【経過措置】平成29年1月1日から実施とあるが、具体的な評価期間は最短で28年7月からで良いか。

A

平成28年4月以降に入棟した患者であって、かつ平成28年7月以降に退棟した患者が対象となる。（入院時の評価は平成28年4月から必要）

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

改定

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

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(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)、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

→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。**

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

改定

【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

体制強化加算1 200点

体制強化加算2 120点(新)

[施設基準]

体制強化加算1

(略)

体制強化加算2 届出

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。(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

改定

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。

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はできない。

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。

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。

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

改定

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。

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。

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)

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知（12）ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーションの提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

A 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の数が10名以上であるかの判断は、ウ及びエで実際に除外した患者を除いて行う。1日あたりのリハビリテーション提供単位数が平均6単位以上であるかの判断は、ウ及びエにおける除外の有無にかかわらず、**直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者**について行う。

Q 回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から全て除外することができる」とあるが、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を対象とできるか。

A できない。月毎に、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を、**リハビリテーション効果実績指数の算出対象から全員除外するか、全員含めるかのいずれかを選ぶこと。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

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の評価（留意事項通知区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料（12）ア）及び実績指数の評価（同イ）において、「入棟する」「退棟する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退棟することをいうのか。それとも、**回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始又は終了することをいうのか。**

A

算定する入院料にかかわらず、**当該病棟に入棟又は退棟することをいう。**従って、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料の**算定上限日数を超えた患者**であっても、当該病棟で**療養を続ける限り、退棟したものとは扱わない。**なお、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については、**実績指数の評価の対象とはならないことに留意されたい。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成28年厚生労働省告示第53号)十回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等(1)通則イに「回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。」とあるが、この「8割」とは、1日平均入院患者数の8割と解釈してよいか。

A

よい。

Q

廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できるか。

A

廃用症候群リハビリテーション料の対象となる廃用症候群は、「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。一方、**回復期リハビリテーション病棟入院料の対象となる「回復期リハビリテーションを要する状態」の廃用症候群は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）」である。従って、それ以外の廃用症候群は、廃用症候群リハビリテーション料の対象となっても、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象とはならない。**

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算2の施設基準において、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が求められているが、専従医師として届け出る医師が行っていないといけないのか。

A 当該保険医療機関として行っていればよい。

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、区分番号「J038」に掲げる人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、区分番号「J038」人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。

A できる。

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できるか。

A

体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に専任配置される社会福祉士（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と兼任できるが、認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士及び地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士又は認知症ケア加算1の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

【A308 回復期リハビリテーション病棟入院料】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

過去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が10人未満の場合は除くとあるが、高次脳機能障害の患者を除いた結果が10人未満となる場合も除くと考えて良いか。

A

その通り。

Q

高次脳機能障害の患者について除外となるのは、退棟患者が4割以上の場合で良いか。

A

その通り。各月において、前月までの6ヶ月間に退棟した患者のうち、高次脳機能障害の患者が4割以上となるか否かで判断する。

Q

廃用症候群リハビリテーションの算定要件が急性疾患等（治療の有無を問わない）に伴う廃用症候群とあるが、回復期リハビリテーション病棟においても同要件となるのか。

A

否。廃用症候群リハビリテーション料の対象患者と回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できる回復期リハビリテーションを要する状態における廃用症候群は異なる。後者は改定前と同様。

特定入院料

【1-1（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【1-1（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

改 定

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）1】

〔自宅等に退院した患者の割合の分子に含める患者〕

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。）、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。）、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。）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

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

改 定

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）】

[包括範囲]

診療に係る費用

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、
第10部手術、
第11部麻酔の費用 を除く

1のイ

認知症ケア加算

疑義あり

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る、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る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)

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出していた保険医療機関が、平成28年1月1日以降、増床によって許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。また同様に、平成28年1月1日時点で救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を届け出ておらず、かつ地域包括ケア病棟を2病棟以上有している保険医療機関が、平成28年4月以降にこれらの入院料、管理料等を届け出る場合も、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。

A

そのとおり。平成28年4月以降に許可病床数の増床により500床以上となる場合や救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、2病棟以上の地域包括ケア病棟を持つことができない。

【A308-3 地域包括ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料を2病棟届出しており、かつ許可病床数が500床以上、または救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び、小児特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関について、平成28年4月以降、許可病床数の増床、地域包括ケア病棟入院料又は救命救急入院料等の新たな届出を行うことができるか。

A

地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を複数維持する場合はできない。
平成28年4月以降、増床や新たな届出を行う場合には、地域包括ケア病棟入院料の取下げ等により、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を1病棟以下とする必要がある。

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

改定

【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
<u>緊急入院初期加算</u>	<u>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	<u>3,300点</u>

[算定要件]

緊急入院初期加算

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。(新)

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

【A226-2 緩和ケア診療加算／ A310 緩和ケア病棟入院料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病院)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院」とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

A 対象となる。

Q 緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO(国際標準化機構)9001の認証

A ①及び②ともに該当する。

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)】

●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)

【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。

【レセプト記載要領】

- ・統合失調症の患者に対して非定型抗精神病薬加算を算定する場合非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て記載する。
- ・重症者加算を算定した日を記載する。

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。

【 A318 地域移行機能強化病棟入院料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいか。

A 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。

なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

Q 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

A 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

【 A318 地域移行機能強化病棟入院料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置(看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの)に含めることは可能か。

A 精神障害者に関する業務に従事した経験3年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

Q 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

A できる。

Q 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

A 退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

【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

改 定	
【短期滞在手術等基本料3】 ※ 点数は手術、検査、放射線治療ごとに設定。 [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 ロその他のもの（片眼）</u>	<u>22,096点</u>
<u>ヌ K282水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの（両眼）</u>	<u>37,054点</u>
<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>	<u>20,065点</u>

短期滞在手術等基本料3 新旧点数比較表

区分		項目	改定前	改定後	
ソ	K633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア	29,093点	(3歳未満)	35,052点
ツ				(3歳以上6歳未満)	28,140点
ネ				(6歳以上15歳未満)	25,498点
ナ				(15歳以上)	24,466点
ラ	K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	56,183点	(3歳未満)	68,729点
ム				(3歳以上6歳未満)	55,102点
ウ				(6歳以上15歳未満)	43,921点
キ				(15歳以上)	50,212点
ノ	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	14,661点	1 長径2センチメートル未満	14,314点
オ				2 長径2センチメートル以上	17,847点
ク	K743	痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	13,410点	12,291点	
ヤ	K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	/	28,010点	
マ	K867	子宮頸部(膣部)切除術	18,400点	17,344点	
ケ	K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点	34,438点	
フ	M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	/	59,855点	

短期滞在手術等基本料

【重点課題 | - 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 (5) 】

●短期滞在手術等基本料3の見直し

改定

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ① 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
- ② 人工腎臓
- ③ 抗悪性腫瘍剤
- ④ 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ⑤ 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。)

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。**

(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

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

改定

- ⑥ 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。)
- ⑦ 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。)
- ⑧ 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。)
- ⑨ 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

【短期滞在手術等基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、3か月に1回に限り算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「カ経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定後、3か月以内に入院して同手術を実施した場合、再度、短期滞在手術等基本料3「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定できるか。

A 不可。経皮的シャント拡張術・血栓除去術を実施後、3か月以内に入院して同手術を再度実施した場合、当該手術料及び短期滞在手術等基本料3については算定できない。

Q 「K768」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う治療過程は一連の評価とされているが、短期滞在手術等基本料3「ヤ体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定後、所期の目的を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

A 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

厚生局の一部は出来高(手術料算定不可)で算定の旨、回答しているがP311のDPCでK678体外衝撃波胆石破砕術はDPCの2回目算定を手術ありで示している。

【A400 短期滞在手術等基本料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても所定点数は1回のみ算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

A 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。