

医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

- (3) 「注3」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 「注4」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た新生児の受入れを行う等、重症児の受入機能が高い病棟を評価したものである。
- (5) 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注3」の加算を算定できる。
- (6) 小児入院医療管理料1、2、3及び4において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。
- (7) 小児入院医療管理料5において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (8) (7)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。
 - ア 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注4」に規定する重度認知症加算は算定することができない。
 - イ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注5」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。
 - ウ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注6」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。
 - エ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注7」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院料1の入院料Iにより、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定する病棟である場合は、療養病棟入院料2の入院料Iにより算定する。

この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の（9）に準ずるものとする。

- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあつては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。
- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。
- (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。
- (9) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の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は、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- (10) 「注2」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。
- (11) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「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」場合とは、①及び②を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、①が10名以上

かつ②が6単位以上である状態が2回連続した場合をいう。②の算出には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号）別添4第11の1（8）に示した式において「直近1か月間」とあるものを「直近6か月間」と読み替えた計算式を用いる。

- 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（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）
- ② 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（在棟中に死亡した患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該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患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合をいう。

- ① 退棟時のFIM運動項目の得点から、入棟時のFIM運動項目の得点を控除したものの。
- ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したものの

[計算例]

- ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にFIM運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にFIM運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とすると、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$
- ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$
従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①/②=33.3となる。

ウ 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リハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（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。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。

- ① FIM運動項目の得点が20点以下のもの
- ② FIM運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ FIM認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの

エ 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患者（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。）の数に対する高次脳機能障

害の患者（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、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、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実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（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。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数（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。）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。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

カ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものについては、リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。

キ ア及びイによって算出した実績等から、「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、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（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、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。

ク 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、各年度4月、7月、10月及び1月においてア及びイで算出した内容等について、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告する。また、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」に該当した場合及びキの規定によりその後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）にア及びイの算出を行った場合には、その都度同様に報告する。

(12) 「注4」に規定する体制強化加算1及び2は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び専従の社会福祉士の配置を評価したものである。

(13) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、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実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

- (14) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できる。

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

- (1) 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。
- (2) リハビリテーションに係る費用（区分番号「H004」摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。
- (3) 地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙2を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）
- (4) 地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。
- (5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。
- (6) 「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、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）局長に届け出た病棟又は病室において算定する。
- (7) 「注4」に規定する看護補助者配置加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(16)の例による。