

- イ 低体温
- ウ 重症黄疸
- エ 未熟児
- オ 意識障害又は昏睡
- カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- ク 急性薬物中毒
- ケ ショック
- コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- サ 大手術後
- シ 救急蘇生後
- ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(3) 新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、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、「A300」の救命救急入院料の(17)と同様であること。

(4) 新生児治療回復室入院医療管理料を算定する場合は、(2)のアからスまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A304 地域包括医療病棟入院料

(1) 地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。

(2) 基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料等の費用については、地域包括医療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

(3) 当該病棟に入棟した患者全員に対し、入棟後、原則 48 時間以内にADL、栄養状態、口腔状態について別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を別紙様式7の4又はこれに準ずる様式を用いて作成すること。退棟時においても別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましいこと。

(4) 入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

- ア 「H000」 心大血管疾患リハビリテーション料
- イ 「H001」 脳血管疾患等リハビリテーション料
- ウ 「H001-2」 廃用症候群リハビリテーション料
- エ 「H002」 運動器リハビリテーション料
- オ 「H003」 呼吸器リハビリテーション料
- カ 「H004」 摂食機能療法
- キ 「H005」 視能訓練
- ク 「H007」 障害児（者）リハビリテーション料
- ケ 「H007-2」 がん患者リハビリテーション料
- コ 「H007-3」 認知症患者リハビリテーション料
- サ 「H008」 集団コミュニケーション療法料

- (6) 当該病棟に専任の管理栄養士は、全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案を行うこと。
- (7) 地域包括医療棟入院料を算定した患者が退院又は退棟した場合、退院又は退棟した先について診療録に記載すること。
- (8) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (9) 「注5」に規定する看護補助体制加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。
 - ア 看護補助体制加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。
 - イ 看護補助体制加算は、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるが、25対1看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。
 - ウ 看護補助体制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、「A101」療養病棟入院基本料の(20)の例による。
 - エ 当該患者が入院した日から起算して14日を限度して算定できる。
- (10) 「注6」に規定する夜間看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。
- (11) 「注7」に規定する夜間看護体制加算は、「注6」に規定する夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算又は夜間100対1看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。
- (12) 「注8」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員と看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制を評価するものである。
- (13) 「注8」については、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算1又は看護補助体制充実加算2の届出を行っている場合であっても、看護補助体制充実加算3を算定すること。この場合において、看護補助体制充実加算3の届出は不要である。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和7年6月1日より適

用すること。

(14) 「注 9」に規定する看護職員夜間配置加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第九の六の四の（8）に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた 3 人以上でなければ算定できない。

イ 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。

(15) 「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算は、当該病棟に入院中の患者の ADL の維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者 1 人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して 14 日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後 48 時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後 3 日目を起算日とする。

ア 定期的なカンファレンスにおいて、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行うこと。

イ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。

ウ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載すること。

(16) 「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算は、（15）のアからウまでの取組を実施するとともに、専任の管理栄養士が次に掲げる栄養管理を実施する場合に算定できる。

ア リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画の作成に当たって、入棟後、原則 48 時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価を行うこと。

イ 週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行うこと。

(17) 地域包括医療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、地域一般入院料 3 を算定する。この際、地域一般入院料 3 を算定する場合の費用の請求については、地域一般入院料 3 と同様であること。

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料

(1) 一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

ア 感染症法第 6 条第 9 項に規定する新感染症又は同法第 6 条第 2 項に規定する一類感染症に罹患している患者

イ アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者