

令和6年度診療報酬改定 疑義解釈について

リハビリテーション/作業療法士に関連するものを疑義解釈について(その1)についてより下記に抜粋します。詳細は疑義解釈資料の送付について(その1)をご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001237675.pdf>

なお、令和6年度診療報酬改定については下記をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

●医科診療報酬点数表関係(別添1)

<施行時期後ろ倒し>

問1 令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。	医-1
(答)令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準(以下「新施設基準」という。)の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。	

問2 問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか。	医-1
(答)それぞれ以下のとおり。 ①施設基準で改正がない場合(名称のみが改正された場合を含む。)又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合 令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。 ②施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合(経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。) 令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期(例えば令和6年10月1日)の再度の届出は必要ない。	

<入院料通則(栄養管理体制の基準)>

問23 栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順(標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等)を作成すること。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の、具体的な内容如何。	医-7
(答)GLIM 基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM 基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。	

問24 栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。	医-8
(答)必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。	

<リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算>

<p>問 54 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下「BI」という。)の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。</p>	<p>医 - 15</p>
<p>(答)BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。</p>	
<p>問 55 同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。</p>	<p>医 - 15</p>
<p>(答)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算して 14 日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。</p>	
<p>問 56 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。</p>	<p>医 - 16</p>
<p>(答)不可。</p>	
<p>問 57 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則 48 時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することとなっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。</p>	<p>医 - 16</p>
<p>(答)当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。</p>	
<p>問 58 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後 48 時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。</p>	<p>医 - 16</p>
<p>(答)専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。</p>	

問 59 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「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」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。	医 - 16
(答)1回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数えること。	

問 60 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なりハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なりハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。	医 - 17
(答)現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。	

問 61 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から 14 日を限度として算定できる。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。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より 14 日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。	医 - 17
(答)不可。	

<リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料>

問 62 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「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体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。	医 - 17
(答)「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後 48 時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する 口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方(令和6年3月)」を参考とすること。	
参考: https://www.jads.jp/basic/index_2024.html	

問 63 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取り扱い如何。	医 - 18
(答)当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料の算定はできない。	

<地域包括医療病棟入院料>

問 104 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「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で開催されており、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。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。	医 - 28
(答)当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的で開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。	

問 105 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。	医 - 28
(答)不要。	

問 107 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下「BI」という。)の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。	医 - 29
(答)BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。	

<回復期リハビリテーション病棟入院料>

問 108 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。	医 - 29
(答)在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。	

<p>問 109 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」(以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。)又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「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」(以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。)は、入退院支援加算の施設基準において求める「入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」(以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。)と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士(以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。)と兼任できるか。</p>	<p>医 - 29</p>
<p>(答)回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、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、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、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。</p> <p>また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。</p> <p>なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)別添1の問80は廃止する。</p>	

<p>問 110 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。</p>	<p>医 - 30</p>
<p>(答)該当する。</p>	

<p>問 111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。</p>	<p>医 - 30</p>
<p>(答)特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。</p>	

<p>問 112 問 111 において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの」について、どのような患者が該当するか。</p>	<p>医 - 30</p>
<p>(答)急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。</p> <p>(参考)疑義解釈資料の送付について(その3)(平成 18 年3月 31 日医療課事務連絡)</p> <p>(問 96)1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。</p> <p>(答)特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。</p> <p>具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。</p>	

<p>問 113 回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できるとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。</p>	<p>医 - 31</p>
<p>(答)算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できることにはならない。</p>	

<p>問 114 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径 12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。</p>	<p>医 - 31</p>
<p>(答)届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径 12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。</p>	

<p>問 115 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM 基準を用いること。」とされているが、GLIM 基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。</p>	<p>医 - 31</p>
<p>(答)栄養状態の再評価を行う際に、毎回 GLIM 基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時(死亡退院等のやむを得ない場合は除く)には GLIM 基準による栄養状態の評価を行うこと。</p>	

問 116 GLIM 基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか。	医 - 31
<p>(答)具体的な評価方法については、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)ホームページの「GLIM 基準について」を参考にすること。</p> <p><参考> GLIM 基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。 ・回復期リハビリテーション病棟協会(令和6年5月) ・日本栄養士会(令和6年5月以降順次開催)</p>	

問 117 栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM 基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM 基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。	医 - 32
<p>(答)「GLIM 基準による評価」とは、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM 基準による評価」は「低栄養非該当」を選択すること。</p>	

<地域包括ケア病棟入院料>

問 118 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。	医 - 32
<p>(答)地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初入院した日を起算日とする。</p>	

問 119 地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月 31 日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。	医 - 32
<p>(答)令和6年5月 31 日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。</p>	

<精神科地域包括ケア病棟入院料>

問 121 「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、休日を含め全ての日において常時1人以上配置している必要があるか。	医 - 33
<p>(答)そのとおり。</p>	

<p>問 126 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I007」精神科作業療法を算定できるか。</p>	<p>医 - 35</p>
<p>(答)算定可能</p>	

<リハビリテーション総合計画評価料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料>

<p>問 195 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料は、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に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定することとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。</p>	<p>医 - 51</p>
<p>(答)リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画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多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成 30 年3月 30 日事務連絡)別添1の問173 は廃止する。</p>	

<疾患別リハビリテーション料>

<p>問 196 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であつて、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成した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書等を文書により提供すること。」とされているが、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書以外にどのような文書が該当するのか。</p>	<p>医 - 52</p>
---	-------------------

(答)別紙様式 21 の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。

- ・本人家族等の希望
- ・健康状態、経過
- ・心身機能・構造
- ・活動
- ・リハビリテーションの短期目標
- ・リハビリテーションの長期目標
- ・リハビリテーションの方針
- ・本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)
- ・リハビリテーション実施上の留意点
- ・リハビリテーションの見直し・継続理由
- ・リハビリテーションの終了目安

<p>問 197 問 196 における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、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書等の提供は不要か。</p>	<p>医 - 53</p>
---	-------------------

(答)そのとおり。

●看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係(別添2)

<共通事項>

<p>問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料(以下単に「ベースアップ評価料」という。)の施設基準において、「令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか。</p>	<p>看 べ -1</p>
<p>(答)差し支えない。</p>	

<p>問2 「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年9月5日事務連絡)別添の問 18 において、「A500」看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当については、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと。」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か。</p>	<p>看 べ -1</p>
<p>(答)ベースアップ評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。</p>	

<p>問3 医科点数表における「O000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料(以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。)並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金(超過勤務手当)や賞与に反映させる必要はあるのか。</p>	<p>看 べ -1</p>
<p>(答)労働基準法第 37 条第5項及び労働基準法施行規則第 21 条で列举されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。</p> <p>なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。</p>	

<p>問4 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法(金額・割合等)について、職員に応じて区分することは可能か。</p>	<p>看 べ -2</p>
<p>(答)可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。</p>	

問7 ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法如何。	看 ベ -2
(答)例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる。	

問 16 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の対象となる職員には、労働基準法(昭和 22 年法律第 49 号)第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。)第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の職員等も含むのか。	看 ベ -5
(答)含まない。	

<医科点数表関係>

問 20 外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか。	看 ベ -6
(答)「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び「O102」入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、「O102」入院ベースアップ評価料のみを算定する。	

●医科診療報酬点数表関係(DPC)(別添 4)

<2. DPC対象患者について>

問2-6 DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院している者のうち、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。	DPC- 1
(答)入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。	

●訪問看護療養費関係(別添 7)

<p>問4 基準省令第 15 条第4項において、「身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。」とされ、「緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等として これらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。」とされたが、切迫性、非代替性及び一時性はどのようなことを指しているか。</p>	<p>訪 看 -1</p>
<p>(答)切迫性、非代替性及び一時性とは、それぞれ以下のことを指す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「切迫性」とは、利用者本人又は他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと ・「非代替性」とは、身体的拘束等を行う以外に代替する方法がないこと ・「一時性」とは、身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること 	
<p>問5 基準省令第 21 条において虐待の防止のための措置に関する事項を講じることとされたが、介護保険法の規定による指定訪問看護事業者として指定訪問看護ステーションごとに、当該措置を既に講じている場合であっても、医療保険の規定による指定訪問看護事業者として新たに当該措置を講じる必要はあるか。</p>	<p>訪 看 -2</p>
<p>(答)介護保険における運営に関する基準により虐待の防止に関する措置を講じている場合には、新たに当該措置を講じる必要はないが、小児や精神疾患を有する者への訪問看護を行う事業所にあつては、これらの利用者に対応できるよう、虐待等に対する相談体制や市町村等の通報窓口の周知などの必要な措置がとられていることが望ましい。</p>	