

## ⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

### 第1 基本的な考え方

医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 医療療養病床に係る医療法に基づく人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する令和4年3月31日までの経過措置（所定点数の100分の85に相当する点数を算定）について、評価を見直すとともに、当該経過措置の期間を2年間延長する。

改 定 案	現 行
<p><b>【療養病棟入院基本料】</b>  <b>[算定要件]</b>                      注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の75</u>に相当する点数を算定する。</p> <p><b>[経過措置]</b>                      3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、<u>令和6年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p>	<p><b>【療養病棟入院基本料】</b>  <b>[算定要件]</b>                      注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の85</u>に相当する点数を算定する。</p> <p><b>[経過措置]</b>                      3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、<u>令和4年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p>

<p>[施設基準]  (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準  イ (略)  ロ 令和四年三月三十一日時点で、<u>診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和四年厚生労働省告示)</u>による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表(以下「旧医科点数表」という。)の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。  ハ (略)</p>	<p>[施設基準]  (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準  イ (略)  ロ 令和二年三月三十一日時点で、<u>診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和二年厚生労働省告示第五十七号)</u>による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表(以下「旧医科点数表」という。)の療養病棟入院基本料の注11又は注12の届出を行っている病棟であること。  ハ (略)</p>
--	--

2. 療養病棟入院基本料の注11に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)(以下「FIM」という。)の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位まで出来高での算定とする。

また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【療養病棟入院基本料】  [算定要件]  注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、<u>第7部リハビリテーション(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)</u>及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)費用を除く。)</p>	<p>【療養病棟入院基本料】  [算定要件]  注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪に</p>

は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の75に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用  
入院中の患者に対する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、廃用症

より、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(新設)

<p>候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を行っていない場合に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。</p>	
---	--

[経過措置]

令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。