

語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「A301」の特定集中治療室管理料の(5)と同様であること。

- (12) 「注9」に掲げる早期栄養介入管理加算は、重症患者の救命救急入院料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「A301」の特定集中治療室管理料の(6)から(8)までと同様であること。
- (13) 「注10」については、「注2」の「イ」に掲げる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局長等に届け出た保険医療機関において精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。この場合、区分番号「I002-3」救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。
- (14) 「注11」に規定する重症患者対応体制強化加算は、重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価したものである。
- (15) 「注11」に規定する重症患者対応体制強化加算は、救命救急入院料2又は4を算定している患者について、当該患者の入院期間に応じて算定する。
- (16) 救命救急入院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、区分番号「A100」の一般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「A101」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。

また、区分番号「A104」の特定機能病院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「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注8」に規定する加算は、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。その他、区分番号「A105」の専門病院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「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、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。

A301 特定集中治療室管理料

- (1) 特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。
- ア 意識障害又は昏睡
 - イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）

- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(2) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者とは、区分番号「A300」の救命救急入院料の(2)と同様であること。

(3) 「注1」に掲げる臓器移植を行った患者とは、当該入院期間中に心臓、肺又は肝臓の移植を行った患者のことをいう。

(4) 「注2」に規定する小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合に14日を限度として算定する。

(5) 「注4」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。

ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。

(6) 「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算は、重症患者の特定集中治療室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を実施した場合の評価である。

(7) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ（「注5」に規定する「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまで）は入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要

に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること

加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

- (8) 「注5」に規定する加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。
- (9) 「注6」に規定する重症患者対応体制強化加算は、重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価したものである。
- (10) 「注6」に規定する重症患者対応体制強化加算は、特定集中治療室管理料を算定している患者について、当該患者の入院期間に応じて算定する。
- (11) 特定集中治療室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、区分番号「A300」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

- (1) ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあつて、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ 広範囲熱傷

ク 大手術後

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

- (2) 「注3」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病室に入室した患者に対する、早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「A301」の特定集中治療室管理料の(5)と同様であること。
- (3) 「注4」に規定する早期栄養介入管理加算は、重症患者のハイケアユニット入院医療管理料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「A301」の特定集中治療室管理料の(6)から(8)までと同様であること。