

# 平成30年度診療報酬改定 疑義解釈

～地域包括ケア病棟入院料に関するQ & Aを抜粋～

◇厚生労働省保険局医療課 疑義解釈資料その1（平成30年3月30日）より

## 【重症度、医療・看護必要度】

問42 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が基準となっている入院料等について、一つの医療機関で当該入院料等を複数届け出る場合（例えば、急性期一般入院料1と地域包括ケア病棟入院料1を届け出る場合など）、ⅠとⅡのどちらかに揃えなければならないか。

⇒（答）別々に用いて差し支えない。

問47 地域包括ケア病棟入院料の注7の看護職員夜間配置加算の届出において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のB項目の一部を用いるが、当該項目に係る院内研修は実施しなければならないか。

⇒（答）当該加算に係る院内研修は必要ないが、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」を参照し適切に評価すること。

## 【夜間看護体制特定日減算】

問52 夜間看護体制特定日減算は、夜間看護職員が2人未満となった1つの病棟のみではなく、当該入院料を届け出る全ての病棟の患者において算定するのか。

⇒（答）当該入院料を届け出る全ての病棟において算定する。なお、地域包括ケア病棟入院料に係る当該減算は病棟ごとに算定する。

## 【看護職員夜間配置加算】

問53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、①同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。②毎日、各病棟に看護師3人以上の配置が必要か。

⇒（答）①病棟ごとに届け出ることが可能である。

②夜勤帯において常時 16 対 1 を満たす必要があり、その上で病棟ごとに 3 人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が 32 人以下で、配置が 2 名となった場合は、16 対 1 は満たしているが 3 人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

### 【看取りに対する指針】

**問 54** 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 及び 3 の施設基準に「「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

⇒（答）看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

**【看護補助加算等（夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 13）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注 9）、急性期看護補助体制加算、看護補助加算、看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4））】**

**問 55** 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

⇒（答）当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年 1 回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士医科 12 等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

### 【データ提出加算（提出データ評価加算）】

**問 102** データ提出加算 1 又は 2 については、施設基準通知の別添 3 の第 26 の 4 の（1）において「次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A 2 0 7」の診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみ

の届出を行う保険医療機関」とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関は、診療録管

理体制加算 1 又は 2 の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

⇒ (答) そのとおり。

### 【短期滞在手術等基本料】

問 120 D P C 対象病院における地域包括ケア病棟において、短期滞在手術等基本料 3 は算定できるか。

⇒ (答) D P C 対象病院においては、D P C を算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

### 【人工腎臓】

問 176 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料において、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の費用、区分番号「J 0 3 8」人工腎臓又は区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及び区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流に伴って使用した自己連続携行式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

⇒ (答) 別に算定できる。

◇厚生労働省保険局医療課 疑義解釈資料その2（平成30年4月6日）より

【在宅復帰率】

問5 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び2並びに回復期リハビリテーション病棟入院料1から4の施設基準における在宅復帰率については、平成30年度改定前と改定後で「在宅等に退院するもの」等の定義が一部変更となっている。

在宅復帰率については、直近6月の退院・退棟患者のうちの「在宅等に退院するもの」等の割合を基準値としているが、直近6月間に改定前と改定後の期間が両方含まれる場合の在宅復帰率の取り扱いはどうなるか。

⇒（答）「在宅等に退院するもの」等の新たな定義については、4月以降（改定後）に退院・退棟した患者から適用する。このため、3月以前（改定前）に退院・退棟した患者であって、改定前の基準で「在宅等に退院するもの」等に該当する患者は、4月以降の在宅復帰率の基準値の計算においても「在宅等に退院するもの」等に含めて差し支えない。

以上