

事 務 連 絡
平成 30 年 4 月 6 日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その 2）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）等により、平成 30 年 4 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添 1 のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

また、「疑義解釈の送付について（その 1）」（平成 30 年 3 月 30 日付事務連絡）を別添 2 のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【地域包括診療加算、地域包括診療料】

問1 地域包括診療加算については、平成30年度改定において「地域包括診療加算1」と「地域包括診療加算2」の2つとなり、改定前において地域包括診療加算を届け出ている保険医療機関が地域包括診療加算1を算定する場合は、新たな届け出が必要となるが、施設基準のうち「適切な研修を修了した医師」の配置など既に届け出ている要件に係る資料も改めて添付する必要があるか。

(答) 改定前に地域包括診療加算を届け出ている保険医療機関が、地域包括診療加算1を届け出る場合は、様式2の3を提出していればよく、既に届け出ている要件に係る資料の添付は省略して差し支えない。なお、地域包括診療料の届出においても同様の取扱いとする。

【急性期一般入院基本料】

問2 区分番号「A100」一般病棟入院基本料について、平成30年3月31日において、現に下表における左欄(旧基準)に記載の区分を算定している病棟である場合は、それぞれ右欄(新基準)の区分の入院料を算定するにあたり、4月16日までに施設基準の届出直しは必要か。

旧基準		新基準
7対1入院基本料	→	急性期一般入院料1
10対1入院基本料及び看護必要度加算1	→	急性期一般入院料4
10対1入院基本料及び看護必要度加算2	→	急性期一般入院料5
10対1入院基本料及び看護必要度加算3	→	急性期一般入院料6

(答) 重症度、医療・看護必要度以外の基準を満たしていれば、平成30年9月30日までの間に限り、届出直しは不要である。ただし、10月1日以降引き続き算定する場合は、届出直しが必要である。

問3 急性期一般入院料3を届け出るにあたり、「届出時点で、継続して3月以上、急性期一般入院料1又は2を算定していること」とあるが、急性期一般入院料1と急性期一般入院料2をあわせて3月の実績でよいか。

(答) よい。

【重症度、医療・看護必要度】

問4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目「8 救急搬送後の入院」について、「手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める」とあるが、外来受診後に手術室に入室後、日付をまたいだ翌日に病棟に入棟した場合は、手術室入室日に入院料を算定していれば、その日と翌日の入棟日の2日間を「あり」と評価してよいか。

(答) よい。

【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」等を含めて差し支えない。

〈別添 2〉

歯科診療報酬点数表関係（その1訂正）

【口腔内装置】

問 27 区分番号「I017」に掲げる口腔内装置の留意事項通知（1）の「ト
気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を算定する患者
について、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名はどのように記載すれ
ばよいか。

（答）「気管内挿管時の口腔内装置必要状態」と記載する。