

### 自己点検事項

#### ◇ 療養病棟入院基本料

(1)当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価している。  
( 適・否 )

(2)当該病棟の入院患者に関する入院基本料区分(A~I)に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録している。  
( 適・否 )

(3)当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。  
( 適・否 )

※「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「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、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。

点検に必要な書類等  
・意思決定支援に関する指針

(4)中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備している。  
( 適・否 )

ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定している。  
イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載している。

点検に必要な書類等  
・中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針

医療機関コード  
保険医療機関名

(5) データ提出加算の届出を行っている保険医療機関である。

( 適・否 )

※ 令和2年3月31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病棟については、

令和4年3月31までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)

※ 令和2年3月31において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の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、令和4年3月31までの間、令和2年3月31において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとする。

(6) 入院患者のうち「医療区分2の患者」と「医療区分3の患者」の合計が基準を満たしている。

( 適・否 )

療養病棟入院料1(8割以上)

療養病棟入院料2(5割以上)

※ 療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2について、当該基準又は、看護職員配置基準(20対1)若しくは看護補助者配置基準(20対1)のみを満たさない(いずれも満たせなくなった場合を含む。)病棟が下記の基準を満たしている場合には、所定点数の100分の90を算定できる。(注11の届出をしている場合に限る。)

- ・ 療養病棟入院料2の施設基準のうち、「看護職員20対1」を「看護職員25対1」、「看護補助者20対1」を「看護補助者25対1」に読み替えたものを満たす。
- ・ 令和2年3月31時点で旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟である。

点検に必要な書類等  
・「医療区分2の患者」と「医療区分3の患者」の割合の算出の根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

### 【在宅復帰機能強化加算】

当該加算を届け出ていない。

(1)療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関である。 (適・否)

(2)当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上である。 (適・否)

※ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者は14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合は14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録している。

(3)当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(◆)から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。)を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上である。

(適・否)

(◆)当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室は以下のものに限る。

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するもの。

### 【夜間看護加算】

当該加算を届け出いない。

(1)当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上である。 (適・否)

※ 看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。

※ 当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上である。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。

点検に必要な書類等

・当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合の算出根拠となる書類

点検に必要な書類等

・貴病院又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が確認できる書類

点検に必要な書類等

・日々の入院患者数等により看護職員の夜間の配置状況が分かる書類(様式9の2)、勤務実績表、勤務実績表記号等の内容・申し送り時間が分かる一覧表、勤務形態ごとの勤務時間が分かる書類、会議・研修・他部署勤務の一覧

点検に必要な書類等

・病棟管理日誌

医療機関コード

保険医療機関名

(2) 夜間看護加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占めるADL区分3の患者の割合が5割以上である。 (適・否)

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。 (適・否)

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

(4) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している。 (適・否)

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

※ アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えない。

(5) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行っている。 (適・否)

※ 次に掲げる所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましい。

- ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
  - (イ) 看護補助者の活用に関する制度等の概要
  - (ロ) 看護職員との連携と業務整理
  - (ハ) 看護補助者の育成・研修・能力評価
- (二) 看護補助者の雇用形態と処遇等

点検に必要な書類等  
・看護職員の負担軽減に関する書類

点検に必要な書類等  
・看護補助者の院内研修の実施状況(院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等)

医療機関コード  
保険医療機関名