

事務連絡(保70)
平成18年7月13日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 満

「療養病棟入院基本料2」、「有床診療所療養病床入院基本料2」
に係る留意事項通知、施設基準告示・通知等に関するQ & Aの送付

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成18年7月1日より実施されております「療養病棟入院基本料2」および「有床診療所療養病床入院基本料2」に関しましては、その取扱い等について、平成18年7月4日付日医発第371号(保63)にて都道府県医師会長あてにご連絡申し上げたところでございます。

これに関連して、都道府県医師会および郡市区医師会等からいただいております照会事項等につきまして、これまでに厚生労働省当局の確認がとれましたものを標記のとおりとりまとめましたので、ご参考までにお送り申し上げます。

なお、本件に関しましては、都道府県医師会宛文書管理システムの「お知らせ」ならびに日本医師会ホームページの「メンバーズルーム」に掲載いたします。

(添付資料)

「療養病棟入院基本料2」、「有床診療所療養病床入院基本料2」
に係る留意事項通知、施設基準告示・通知等に関するQ & A (2006/7/13 日本医師会)

「療養病棟入院基本料2」、「有床診療所療養病床入院基本料2」
に係る留意事項通知、施設基準告示・通知等に関するQ & A

2006/7/13 日本医師会

本件については、すべて厚生労働省当局に確認済である

【留意事項通知】

《急性増悪》

Q . 「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または別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合、その前日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。」とあるが、これは必ずしも3日間、入院基本料Eを算定しなければならないということではないと理解してよいか？

A . そのとおり。

Q . 「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または別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合、その前日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。」とあるが、その3日間の中で、患者への治療の状況（検査、投薬、画像診断、処置等）に応じて、日ごとに入院基本料Eを算定する日としない日を選択することが可能であるという理解でよいか？

A . そのとおり。その日ごとに、入院基本料Eを算定するか、患者の状態に応じた入院基本料A・Bなどを算定するか、選択することが可能である。

入院基本料Eを算定する場合には、療養病棟入院基本料2に含まれるとされている検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断および処置の費用等についても、出来高による算定が可能となる。

【施設基準告示・通知】

《施設基準通知》

Q . 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等の具体例として、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）および認知症高齢者グループホーム等が挙げられているが、その他に何が該当するのか？

A . 「高齢者向け有料賃貸住宅」が該当する。

《届出に関して》

Q . 平成18年6月30日の時点で、療養病棟入院基本料1の入院基本料1、入院基本料2および有床診療所療養病床入院基本料1の届出が受理されている保険医療機関においては、すでに看護職員および看護補助者の配置要件を満たしているが、改めて療養病棟入院基本料2および有床診療所療養病床入院基本料2の届出をする必要があるか？

A . 有床診療所療養病床入院基本料2については、改めて届け出る必要はない。

Q . 平成18年7月1日から実施であるが、7月1日からの請求に対応するためには、いつまでに地方社会保険事務局長に届け出る必要があるのか？

A . 7月21日までに届出を行い、同月末日までに受理されれば、7月1日にさかのぼって算定することができる。

Q . 平成18年7月1日から実施であるが、届出に際して実績は必要か？

A . 必要である。

Q . 療養病棟入院基本料2を算定する病棟および有床診療所療養病床入院基本料2を算定する病床の入院患者のうち、別表第五の二および第五の三の患者

の合計が8割以上となった場合、療養病棟入院基本料2にあつては、「20：1配置病棟」、有床診療所療養病床入院基本料2にあつては、「4：1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行う必要があるが、「20：1配置病棟」や「4：1配置保険医療機関」の要件を満たせない場合、どのような算定になるのか？

A. 「20：1配置病棟」や「4：1配置保険医療機関」の要件を満たさない場合は、入院基本料Eの届出を行うこととなる。（ただし、当該変更の届出は平成18年10月1日以降なされるものである。）

医療区分3・2の患者の合計が8割以上

Q. 例えば、療養病棟が2病棟ある医療機関において、1病棟の「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合、該当する病棟について「20：1配置病棟」の届出を行えばよいか？

それとも2病棟の合計の入院患者のうち「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割を超えた場合に2病棟とも「20：1配置病棟」の届出をする必要があるのか？

A. 「別表第五の二および第五の三の患者の合計」を病棟毎に算出し、8割を超えた病棟についてのみ「20：1配置病棟」の届出を行うこととなる。

Q. 「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上に該当することになった場合の「20：1配置病棟」、「4：1配置保険医療機関」の届出は平成18年10月1日以降になされるものであるが、平成18年7月1日から同年9月30日までの間は、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」の割合の算出ができないことから、「20：1配置病棟」、「4：1配置保険医療機関」の基準にかかわらず、患者の疾患、状態、ADL等の区分に従い、療養病棟入院基本料2の入院基本料A等を算定するのか？

A. そのとおり。

暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

Q . 算定要件中の該当患者の割合に係る施設基準通知の取扱いにおいて、「20 : 1 配置病棟」や「4 : 1 配置保険医療機関」の届出を行った場合、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合、変更の届出は不要と考えてよいか？

A . そのとおり。

Q . 3か月間の実績において、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合は、「20 : 1 配置病棟」、「4 : 1 配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うことになっているが、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合でも変更の届出を翌月速やかに行う必要があるのか？

A . 一割以内の一時的な変動の場合は届け出る必要はない。

Q . 以下の2つの届出についても暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動に該当するか？

「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割以上となった場合であって、看護職員の20 : 1 配置等の基準が満たせない場合の入院基本料Eを算定する病棟の届出

介護保険移行準備病棟（病床）において、3か月間の実績で、別表第五の二または第五の三の患者以外の患者の割合が6割を下回った場合の「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割未満である病棟等への変更の届出

A . 、ともに、一割以内の一時的な変動の場合は届け出る必要はない。

Q . 「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」について、例えば、療養病棟の入院患者が40人である場合、「別表第五の二および第五

の三の患者の合計」が8割とは32人になるが、「別表第五の二および第五の三の患者の合計」が8割未満である病棟の届出をしている場合、暦月で3か月を超えない期間において35.2(32×1.1)人未満であれば「1割以内の一時的な変動」と考えるのか？

A．そのとおり。

Q．平成18年7月1日～9月30日の実績を持って、「20：1配置病棟」または「4：1配置保険医療機関」への変更の届出が必要かどうか判断し、それ以降、毎月3か月の実績により届出の変更が必要かどうかの判断を行う必要があるのか？

A．そのとおり。

Q．平成18年10月1日の時点で、「20：1配置病棟」または「4：1配置保険医療機関」への変更の届出を行った以降は、直近の暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、変更の届出を行う必要はないと考えてよいか？

A．そのとおり。

【医療区分・ADL区分に係る評価票(別紙様式21)】

【医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き(別紙様式5の2)】

《患者の評価》

Q . 患者の医療区分やADLの状況などは毎日評価する必要があるのか？

A . 医療区分については「評価の単位」が1日毎となっているものは1日毎に評価し、ADLについては原則月1回評価し、状況変化があった場合にはその都度評価を行うこととなる。

《日数制限》

Q . 次の5項目の「留意点」において、「連続した7(14)日間を超えて を行った場合は、8(15)日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。」とあるが、例えば、24時間持続点滴を「連続した5日間」実施し、一旦回復したので6日目は24時間持続点滴を行わず、7日目から再度「連続した5日間」24時間持続点滴を行った場合、最初の5日間および7日目からの5日間について該当することとしてよいか？

- 4 . 24時間持続して点滴を実施している状態(7日間)
- 20 . 尿路感染症に対する治療を実施している状態(14日間)
- 22 . 脱水に対する治療を実施している状態(7日間)
- 27 . せん妄に対する治療を実施している状態(7日間)
- 31 . 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態(7日間)

A . よい。

《 ．医療区分3（別表第五の二）》

1．スモン

Q．スモン等の難病患者について、特定疾患治療研究事業の対象患者として認定を受けている必要があるか？

A．特定疾患治療研究事業実施要綱の対象患者である必要があるが、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

Q．特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とすることになっているが、「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱い」に定める対象疾患毎の認定基準を満たす必要はあるか。

A．認定基準が定められているものは満たす必要がある。

2．医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

Q．「留意点」において、「少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）」とあるが、「初日」とは「項目の定義」に該当する状態となった日と考えてよいか？

A．そのとおり。

3．中心静脈栄養を実施している状態

Q．「留意点」にある「ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。」とは具体的にどういう場合か？

A．経管栄養のみではカロリー不足のため、中心静脈栄養と併用していて、中心静脈栄養を離脱する時期等の計画を作成し実施している場合は、その期間については該当するということ。

4. 24時間持続して点滴を実施している状態

Q. 「留意点」において、「本項目でいう24時間連続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。（初日を含む。）」とあるが、「初日」とは点滴を実施した初日と考えてよいか？

A. そのとおり。

《 . 医療区分2（別表第五の三）》

18. 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）

Q. 「留意点」にある「WHO's pain ladder に定められる2段階以上のもの」とは具体的にどのようなものか？

A. WHOの定める pain ladder は、1～3段階で構成され、

1段階：非ステロイド系抗炎症鎮痛薬（NSAIDs）等

2段階：リン酸コデイン等

3段階：塩酸モルヒネ等

の薬剤が規定されている。

（参照：WHOのホームページ）

<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

Q. 「留意点」には、「継続的に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。」と記載されているが、リハビリテーションが行われなかった日もその状態としてよいか？

A. よい。

Q .「留意点」にある「医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されているものであること。」とあるのは、リハビリテーションの部に規定されているものであれば何でもよいか？

A . よい。

Q .「項目の定義」において、「原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。」とあるが、発症後30日以内に疾患別リハビリテーションを行えば、疾患別リハビリテーション毎に設定されている算定日数の上限まで、医療区分2に該当すると考えてよいか？（例えば、発症後30日以内に運動器リハビリテーションを始めれば、発症から150日までの期間は医療区分2になるという考え方。）

A . 該当しない。原因となる傷病等の発症後、30日以内が対象となる。

23 . 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

Q . 膀胱からの出血（血尿）も含まれるか？

A . 含まれる。

Q .「留意点」には、「出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。」とあるが、最初に出血を認めた日から7日間については、持続性の便潜血が認められる状態であれば、出血がなかった日も、この状態に該当すると考えてよいか？

A . よい。

Q .「留意点」には、「出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。」とあるが、8日目以降で再び出血が反復継続している状態になっ

た場合はどうなるのか？

A．再度出血を認めた日から該当することとなる。

24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態

Q．「留意点」には、「嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。」とあるが、2日目、3日目において嘔吐がない場合であっても、この状態に該当することになると考えてよいか？

A．よい。

Q．「留意点」には、「嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。」とあるが、4日目以降で再び頻回の嘔吐の治療をした場合はどうなるのか？

A．再度頻回の嘔吐を認めた日から該当することとなる。

25. 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。）

Q．「項目の定義」において、「第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。」と記載されているが、褥瘡が2か所以上ある場合は2か所とも第1度でも該当すると考えてよいか？

A．よい。

28. うつ症状に対する治療を実施している状態

Q．「留意点」において、「本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。」とあるが、3日間毎にさかのぼって1日毎に評価していくことになるのか？

A．うつ症状が最初に見られた日以降3日間における7項目の合計が4点以上

である場合に該当し、その日以降、1日毎にその日を含む3日間の状態について評価を行い、該当するかどうか判断することとなる。

例) 7月1日から3日までが4点だった場合

7月1日から3日まで医療区分2

7月2日から4日までが3点だった場合

7月4日は医療区分1(7月2日、3日は既に医療区分2)

7月3日から5日までが4点だった場合

7月3日から5日まで医療区分2(この際、において医療区分1としていた7月4日も医療区分2となる。)

Q.例えば、うつ症状が最初に見られた7月1日の時点で、7項目の合計が4点以上であった場合、7月1日から3日間「該当」と判断してよいか?

A.よい。

29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

Q.「留意点」において、「医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)」とあるが、これは少なくとも医師1名+看護師1名で判断するという事か?

A.そのとおり。

34. 頻回の血糖検査を実施している状態

Q.「留意点」に「検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。」とあるが、2日目、3日目において1日3回以上の血糖検査を実施しない場合でもこの状態に該当することになると考えてよいか?

A.よい。

Q . 3日目以降で、再度1日3回以上の血糖検査が必要な状態になった場合はどうなるのか？

A . 再度該当することとなる。

その他

Q . 医療区分3の「10 . 」と医療区分2の「36 . 」について、6月30日の時点で他院の特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟に入院していた患者が、転院してきた場合も該当するか？

A . 該当しない。

《 . ADL区分》

Q . 評価の方法で「当日を含む過去3日間」とは、評価を行う日と前日2日分の状態と考えてよいのか？（例えば、7月1日の評価であれば、6月29日～7月1日の3日間の状態か？）

A . そのとおり。

Q . ADL区分の支援のレベルを判断する基準において、例えば「5 最大の援助：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上」とあるが、この「3回以上」とは1日当たりの回数か？それとも、当日を含む過去3日間の中で3回以上援助を必要とすることなのか？

A . 過去3日間の中で3回以上ということである。

《 . 認知機能障害評価》

Q . 毎日評価する必要があるのか？

A . 原則、月1回評価し、状況変化があった場合には、その都度評価を行うこととなる。

Q . 「認知機能障害」の加算は、「医療区分2」で「ADL区分1」の場合のみ対象となるので、対象となる患者についてのみ判定すればよいのか？

A . そのとおり。

《患者の状態像評価》

Q . 「～ の評価結果に基づき、患者の状態像評価を行い、該当日にチェック印を記入する。変化のない場合は欄に記入する。」とされているが、欄に記入する場合とはどのような場合をいうのか？

例えば、原則月1回の評価であるので、先月の評価結果を当該月の月初めに欄に記入のうえ、これにより判断し、当該月の評価分については、評価を行った日の欄に記入を行うといった考え方でよいのか？

A . 欄への記載については、一月間変化がない場合に記入することとなる。例示の場合は各日の欄に記入することとなる。

【介護保険移行準備病床について】

Q . 施設基準告示の第11の6に「平成18年6月30日において現に有床診療所療養病棟入院基本料1を算定する診療所である保険医療機関であって、別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者が6割以上入院しているものについては・・・」と記載があるが、この患者の割合は診療所全体で計算するのか？それとも、診療所の療養病床単位で計算するのか？

A . 療養病床単位で計算する。