



# 全日病 ニュース 7/1

## 21世紀の医療を考える全日病 2006

発行所/ 社団法人全日本病院協会  
発行人/ 佐々英達  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.643 2006/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

経過型類型

# 介護報酬は老健と介護療養型の中間

## 介護給付費分科会が答申 介護施設あり方検討委を設置。地域ケア構想と指針を策定

6月28日に開かれた介護給付費分科会は、「経過型介護療養型医療施設」(短期入所療養介護を含む)の介護報酬と人員等指定基準、転換した老健施設の特例を厚生労働大臣諮問案通り答申することを了承した。経過的類型は7月1日から適用される。

この結果、2012年3月末まで設けられる経過型類型の人員配置は介護保険移行準備病床と並び、介護報酬は要介護1・2は現行単位数を踏襲、3以上は概ね老健施設と介護療養型の中間水準となった。転換老健に伴う特例(病床面積)は12年3月末まで。

老健局は健保法等一部改正法附則にしたがって、特養、老健を含む介護施設等の今後のあり方を検討する委員会を分科会に設置する方針を提示、了承を得た。

また、改正法の附帯決議にしたがって、都道府県による「地域ケア整備構想」作成を支援する「地域ケア整備指針」を策定することを明らかにした。

「介護施設等の在り方に関する委員会」は、①介護施設等の基本的なあり方、②介護施設等入所者に対する医療提供のあり方を中心課題とするほか、介護給付費分科会の審議に資する検討事項も取り上げる。

メンバーは分科会委員以外に学識経験者などの専門家も加わる予定。開設の時期と審議期間は明らかではない。

「地域ケア整備指針」の内容は、①療養病床再編成を踏まえた地域ケア体制の基本的な考え方、②療養病床再編成に加え、今後の高齢化や独居老人の増加等を織り込んだニーズ推定と利用見

込み推計にかかわる考え方、③療養病床の個別転換を進める上で配慮すべき事項、④地域ケア体制整備の構想を介護保険事業支援計画、医療計画、医療費適正化計画に反映させる上で配慮すべき事項、からなる。

厚労省老健局が分科会に示した、指針と構想策定にいたる手順は以下のとおり。

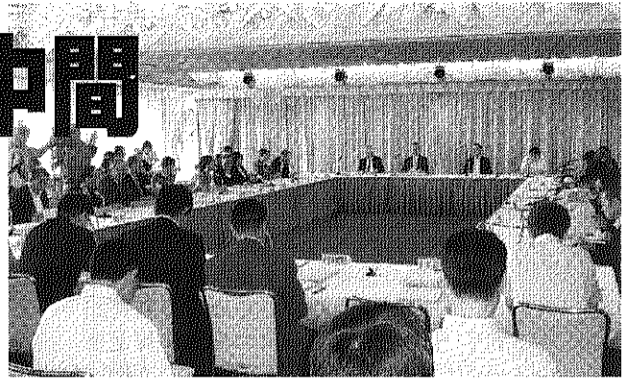
①指針をまとめるために7月にも学識経験者等からなる研究班を老健局に設置し、「地域ケア整備構想」に必要なデータ・指標などを整理・明確化する。

②全国数ヶ所の老人保健福祉圏域を取り上げ、当該都道府県と共同でモデル

プランを作成する事業を8月に始める。

③各都道府県は8月に療養病床関係調査を実施する。

④10月をめどに「地域ケア整備指針案」の中間報告を行ない、これを受けて都道府県は「地域ケア整備構想」の正式な検討に入る。



⑤年内をめどに「地域ケア整備指針」と地域ケアのモデルプランを提示する。  
⑥各都道府県は来年夏を目標に「地域ケア整備構想」を策定する。

### 社会保障審議会会長宛報告(答申)の概要 6月28日 介護給付費分科会

■介護療養型医療施設における経過措置  
2011年度末までの経過的類型として「経過型介護療養型医療施設」を創設する。

●人員基準  
医師の配置を2名以上とし、看護・介護配置は、①療養病床を有する病院は8対1以上・4対1以上、②老人性認知症疾患療養病床を有する病院は5対1以上・6対1以上とする。

●設備基準  
現行廊下幅の基準を1.2m以上(両側に居室が有る場合は1.6m以上)とする。

■介護老人保健施設における経過措置  
介護療養型医療施設および医療療養病床から転換した介護老人保健施設

は、①1床当たり6.4㎡以上とする、②廊下幅は1.2m以上(両側居室1.6m以上)とする。ただし、①については2011年度末までの経過措置とする。

短期入所療養介護および介護予防短期入所療養介護についても、指定介護療養型医療施設及び介護老人保健施設の人員設備基準と同様の見直しを行う。

### 療養型経過型介護療養施設サービス費

(I) [従来型個室]		(II) [多床室]	
要介護1	671単位	要介護1	782単位
要介護2	781単位	要介護2	892単位
要介護3	889単位	要介護3	1,000単位
要介護4	980単位	要介護4	1,091単位
要介護5	1,071単位	要介護5	1,182単位

(加算) 試行的過渡サービス費 800単位(1日)

## 「8割以上病棟」の10月届出に期間猶予を配慮

### 課長補佐が言明。療養病棟新診療報酬で説明会

当協会が6月22日に東京都内で開催した「医療療養病棟の診療報酬に関する説明会」で厚労省保険局医療課佐原課長補佐は、7月1日から適用される療養病棟入院基本料2は、夜勤看護72時間以内を満たす6月の実績で7月21日までに届け出るよう求めた。

佐原課長補佐は、6月16日付告示・通知案にもとづいて療養病棟入院基本料2算定の留意事項を説明。会場を埋めた約700名の参加者からは200件以上の質問が寄せられた。(2、3面に佐原課長補佐の講演概要を掲載)

療養病棟入院基本料2において病院が届出る病棟は、①医療区分2・3の患者が8割未満の病棟(25対1)、②医療区分2・3が8割以上の病棟(20対1)、③医療区分1が6割以上の病棟(介護保険移行準備病床=選択制)、④入院基本料E算定病棟(2・3が8割以上ながら20対1に満たない病棟)、⑤特別入院基本料

を算定する病棟(25対1を満たさない病棟)の5類型となる。

このうち、②と③については夜勤看護72時間要件の適用から外れる(ほかに6月30日現在の特殊疾患療養病棟は9月末まで経過的に適用外となる)。

療養病棟入院基本料2の届出に際して、特別入院基本料を算定するケース

以外に病棟ごとに届け出ることができる。ただし、同じ種類の病棟は包括的な届出となり、病棟単位で配置要件を満たすことになる。

また、介護保険移行準備病棟は届出

### 東北ブロック研修会 療養病棟告示・通知案を解説

当協会は6月18日に仙台市で東北ブロック研修会を開催、猪口雄二、木下毅両常任理事を講師に、7月1日適用の療養病棟入院基本料2の詳細と対応に関する講演を行なった。東北各県から200名が参加した。

講演で、両講師は6月16日付事務連

後3ヶ月の見込みで届出ができ、かつ、届出後に戻することも可能と佐原課長補佐は説明した。

一方、直近3ヶ月の実績が必要な「8割以上病棟」についても20対1看護の実績は不要であるとした。

説明会で猪口常任理事は、「8割以上病棟」の10月届出に期間の猶予を検討するよう求め、佐原課長補佐は「配慮する」と言明した。

絡で内示された告示・通知案を詳細に紹介するなど、最新情報を踏まえ、療養病棟として対応すべき方策を説明した。



## 移行準備病棟届出後に医療療養へ復帰は可能

### 療養病棟入院基本料2で通知 急性増悪転棟・転院前3日間、出来高と「E」を1日毎に選べる

厚生労働省は6月30日、7月1日に適用される療養病棟入院基本料2に関する告示等を交付するとともに、診療報酬算定等にかかわる医療課長通知を発売。6月16日付事務連絡で内示した通知案の修正・追加を行なった。

告示・通知には、6月21日の中医協総会で決まった、特定施設等に居住する要介護者にかかわる算定要件の一部改正が含まれている。(6月30日付通知における6月16日付通知案の修正箇所を4面に掲載)

通知案修正・追加の主な内容は、療養病棟入院基本料2に関しては、①急性増悪によって転棟・転院する前3日間に算定できる出来高・入院基本料Eは1日ごとに選択できる、②介護保険移行準備病棟の届出後に6割を下回った場合は「8割未満病棟(25対1)」への変更届

出を翌月速やかに行なうこと、③介護保険施設の移行しないことが明らかになった移行準備病棟は変更届出を翌月速やかに行なうこと、④介護保険移行準備病棟は当該病棟内に介護療養型医療施設の指定を受けた病床を有していないこと、というもの。

なお、医療課は、6月30日付医療課長通知で、回復期リハ病棟入院料要件に

該当しない患者が入院した場合は、当該病棟が一般病棟であれば特別入院基本料、当該病棟が療養病棟の場合は入院基本料Eを算定するという解釈を明らかにした。

回復期リハの非該当患者はこれまで一般病棟入院基本料5または療養病棟入院料1を算定してきたが、さらに厳しい点数の適用が決まった。

## 在宅支援診療の算定要件を大幅緩和

### 中医協 転換済で支援診療体制の病院は「特別関係」でも管理料を算定

6月21日の中医協総会は、特定施設入居者に対する訪問診療の算定範囲と要件を緩和する事務局(厚労省保険局医療課)提案を承認した。

具体的には、①在宅療養支援診療所(在宅支援診療)の医師が訪問する場合は

特定施設入居者の末期悪性腫瘍患者以外にも在宅時医学管理料(在医総管)の算定を認める、②外部サービス利用型特定施設の入居者に対する訪問に在医総管と在宅患者訪問診療料の算定を認める、③特別の関係にある施設につい

ては、在宅支援診療であれば在医総管と在宅末期医療総合診療料(在医総)の算定を認める、④特別の関係にある施設であっても、特定施設への転換措置を講じた、在宅支援診療と同等の体制を届け出た病院には在医総管の算定を認める、というもの。

医療課は、6月30日付医療課長通知の「診療報酬算定留意事項」(4面に掲載)で、所要の改正を行なった。

医療課は、また、同通知で、特定施設等の訪問診療で2人目以降の患者には初再診料または外来診療料や特掲診療料を算定するという改正を行なった。

居宅系施設をめぐる給付緩和の議論は、当面、在宅支援診療による在宅医療拡充を先行させることで決着した。

しかし、病診間だけでなく算定項目間にも整合性に欠ける面を残しており、議論も深まらずに終わった。

今回の措置は、結果的に、病院による診療所開設を促すものになるという懸念が関係者には多い。

### 医療療養病床の診療報酬に関する説明会 全日病主催 6月22日

\*厚生労働省保険局医療課佐原康之課長補佐の講演を本紙の責任でまとめた。なお、本講演は6月16日付事務連絡で内示した告示・通知案(6月15日号既報)を踏まえており、6月30日付で発出された通知等におけるその後の改正点(4面に掲載)は織り込まれていません。

# 届出は7月21日まで。「72時間」は6月実績を添付

## 「20対1」は10月、「移行病棟」は7月から可能。共に72時間は適用外

2006年度診療報酬改定の結果、7月1日から、療養病床には「療養病床入院基本料2」が適用される。区分は入院基本料AからEまでの5段階に分かれる。ちなみに、「療養病床入院基本料1」とは4月から6月までの間の療養病床入院基本料をいう。

「療養病床入院基本料2」を算定するにあたっての留意事項を説明したい。まず、医療従事者については看護職員25対1・看護補助者25対1の配置が算定要件となる。ここで、看護職員の夜勤は月間72時間以下が要件である。

ただし、医療区分2・3の患者を8割以上受け入れている病棟は、看護職員20対1・看護補助者20対1の配置を算定要件とする。原則は25対1・25対1の配置であるが、医療の必要度の高い患者が多くいる病棟は配置を厚くし、20対1・20対1の配置をしていただくという

ことで、これは10月から実施される。これら配置要件のいずれかを満たさない場合には、入院基本料E(764点)を

算定していただく。したがって、医療区分2・3の患者を8割以上受け入れているものの、20対1・20対1の配置に満たない病棟があれば、そこに入院する患者は、医療区分にかかわらず、全員が入院基本料Eを算定することになる。

ただし、医療区分2・3の患者を8割以上受け入れ、かつ、20対1・20対1の配置をしている病棟は月72時間の要件をクリアする必要はない。

急性増悪により一般病棟へ転棟・転院する場合には、転棟・転院前3日間に限り、出来高算定が可能となる。ただし、この場合には入院基本料Eを算定することになる。ここで「可能」としているのは、出来高算定をしてもしなくてもよいということ。つまり、どちらを選ぶかは、各病院で判断していただくということである。

なお、療養病床に入っている患者は全員、180日超特定療養費化の対象から除外されることになる。



講演する佐原康之医療課長補佐

なお、評価票は、日ごとに該当する疾患・状況等、ADL区分評価、認知機能障害評価をすべてチェックしていただく。したがって、医療区分3のスモン患者であっても、肺炎等を併発した場合には、その期間、医療区分2の「肺炎に対する治療を実施している状態」にもチェックを入れていただく。

しかし、該当する疾患や状態等をすべて記載することが困難である場合には、主となる疾患又は状態等のチェックでも差し支えない。つまり、前出スモン患者の例でいえば、医療区分3の☆欄にチェックが入っていれば、肺炎治療の当該日に医療区分2にチェックが入っていても構わない。

### 患者・家族への説明は交付(郵送)が可能

医療区分3と2の患者に関しては評価票を作成することが必要ことは既に触れたが、これら患者が該当する入院基本料A、B、Cの各算定に当たっては、定期的に、原則として月1回、患者またはその家族に、病状や治療内容など入院療養の状況と各区分への該当状況を前出の別紙様式21またはこれに準ずる様式によって作成した書面あるいはその写しを交付した上で、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておく必要がある。

仮に、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者またはその家族の求めに応じて当該書面またはその写しを交付、かつ、診療録に貼付しておかなければならない。

なお、1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するうち最も高い点数の区分で算定する。これは、前出スモンの患者が肺炎を併発した例でいうと、医療区分3と2の2区分に該当するところ、点数のより高い医療区分3を

算定していただくということである。

次に、医療区分の内容であるが、「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」で、項目ごとに定義、評価の単位、留意点を定めている。

例えば、医療区分3の「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」については、「循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態」と定義される。

次に、算定にあたって、そういう状態等に該当するかどうかを、どのようなタームで判断するかを明確にしたものが「評価の単位」である。例えば「1日毎」とあれば、当該項目については毎日評価していただくということである。

さらに「留意点」の主旨に添って、各項目に該当するかどうかを判断していただく。

### 評価の日数要件に異なる2つの意味

なお、評価に際しての留意点に日数が出てくるものがあるが、日数には2つの異なる意味がある。

1つは「連続して該当すると判定できる日数の上限」が設定されているケースであり、もう1つは「当該状態にあった日から連続して該当する日数」が設定されているケースである。

前者は医療区分3の「24時間持続点滴が必要な状態」あるいは同2の「尿路感染症」「脱水」「せん妄」「経腸栄養を行われており且つ発熱又は嘔吐を伴う状態」などであり、それぞれの留意事項には「連続する7日を超えた場合は8日目以降は該当しない」と記載されている(尿路感染症については14日)。

### レセプトに区分根拠の詳細を記載

次に診療報酬明細書であるが、これまでのレセプトと比べると若干詳しく書いていただくことになる。具体的には、該当する日ごとに、入院基本料区分と当該区分の根拠となる、すべての疾患・状態等とADL区分とを摘要欄に記載してもらう。

基本的には、明細書に前出評価票と同様主旨の内容を記載することにな

これらの急性期症状は一般に7日以内に回復が見込まれており、したがって、連続して該当する項目の日数上限として7日間が設けられた。いずれも、回復後に再び増悪した場合は再度該当することになる。

もう1つの日数設定は、例えば医療区分2の「体内出血」について「出血が見られた日から7日間該当」とされているケース等であり、この場合、出血が止まっても7日間は当該項目として評価されることになる。同じく2の頻回の嘔吐(嘔吐のあった日から3日間該当)、頻回の血糖検査(検査日から3日間該当)も同様の主旨である。

ただし、すべての疾患または状態等の記載が困難な場合には主なものの記載であってもよい。

また、この9月診療分までは、こうした詳しい記載は必要としない。したがって、従前のように「入院基本料C1日間、入院基本料B14日間、入院基本料A16日間」という内訳まででかまわない。

### 資料4 診療報酬明細書の記載例 (2006年10月1日以降)

7月1日	1,220×1日 (入院基本料C)	
	15 その他難病(スモンを除く)	ADL 10点
7月2日 ~7月15日	1,344×14日 (入院基本料B)	
	15 その他難病(スモンを除く)	ADL 23点
7月16日~7月31日	1,740×16日 (入院基本料A)	
	3 中心静脈栄養を実施している状態	ADL 23点
	15 その他難病(スモンを除く)	

### 評価票記載は主疾患・状態等でも差し支えない

続いての留意事項は患者の入院基本料算定に用いる「医療区分・ADL区分評価票」に関連している。

評価票の案は4月13日の療養病床説明会で示したが、今回、6月16日付事務連絡に別添した「診療報酬算定の留意事項(通知)」一部改正案の中で、前出の修正案をお示しした。

評価票は、入院基本料のA、B、Cを算定する患者、つまり、医療区分3と2に該当する患者一人一人について、前出「留意事項」一部改正案の別紙様式21にしたがって作成していただく。

評価票の評価欄はI~IVからなり、

IとIIの欄には医療区分の判定記録を書き込む(資料1)。

具体的には、医療区分3に10の項目が、同2には27の項目があらかじめ記載され、各項目に、毎日チェック印を入れるマス目が31個並び、欄外に1日から31日までの数字が並んでいる。つまり、毎日、その患者が該当する項目にチェック印を入れるわけである。

ただし、病態が日々変わることが考えにくいものは、欄外に☆がついたマス目が1つしか設けてない。例えば、医療区分3の「スモン」や2の「筋ジストロフィー」などがそれに該当するが、それらは月ごとにチェックすればよい。

### 資料1 医療区分の評価欄

1 医療区分3 各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。星、病室が定められていない項目については☆欄にチェックする。

1 スモン	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
3 中心静脈栄養を実施している状態	<input type="checkbox"/>
4 24時間持続して点滴を実施している状態	<input type="checkbox"/>
5 人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/>
6 トレーン風又は持続性もしくは発熱の洗浄を実施している状態	<input type="checkbox"/>
7 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	<input type="checkbox"/>
8 酸素療法を実施している状態	<input type="checkbox"/>
9 感染症の治療の必要から隔離室での管理を実施している状態	<input type="checkbox"/>
10 神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において特別療養費特例入院区分1に算定する病棟に入れている状態	<input type="checkbox"/>

医療区分3の該当病棟

さらに、IIIとしてADLを区分評価する4つの項目、IVとして認知機能障害を評価するCPSの項目がある。

ADLの評価欄(資料2)には、☆のついたマス目1つの31個のマス目がとと

もに設けてある。

これは、4つの項目について原則月1回又は状態が変化したときに評価し、該当日に評価点(0~6)を記入するもので、変化のない場合は☆欄に記入するようになってい

### 資料2 ADL区分の評価欄

III ADL区分評価 各項目について原則月1回又は状態が変化したときに評価し、該当日に評価点(0~6)を記入する。1か月間を過ぎて変化のない場合は☆欄に記入する。

a ベッド上の可動性	<input type="checkbox"/>
b 歩行	<input type="checkbox"/>
c 食事	<input type="checkbox"/>
d トイレの使用	<input type="checkbox"/>

ADL得点(合計得点0~24)

評価票最後の欄は「患者の状態像評価」(資料3)であり、各日のマス目に、入院基本料のAからEの入院基本料に該当する項目にチェック印(連続する

期間は横線でも可)を入れる。1月をととして変化がない場合には、欄外に☆のついたマス目にチェックを入れていただくことになる。

### 資料3 患者の状態像評価(欄)

患者の状態像評価 I~IV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。

医療区分の評価	ADL区分の評価	認知機能障害評価
A 医療区分3の該当項目が1以上	ADL区分3-1	ADL得点0~24
B 医療区分3の該当項目が2以上	ADL区分3-2	ADL得点11~24
C 医療区分3の該当項目が3以上	ADL区分3-3	ADL得点19~24
D 医療区分3の該当項目が4以上	ADL区分3-4	ADL得点23~24
E 医療区分3の該当項目が5以上	ADL区分3-5	ADL得点23~24



# 特別入院基本料以外は病棟毎の届出ができる

## 同じ種類の病棟は包括的に届出。配置は包括病棟で満たす必要

### 特殊疾患療養病棟の夜勤72時間は10月適用

続いて改定に当たっての経過措置について説明したい。

まず、特殊疾患療養病棟であるが、この6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している「神経難病等」に該当する患者はすべて、2008年3月31日までの間は医療区分3に該当するとみなし、同様に、特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している、神経難病等に該当、かつ、医療区分1に相当する患者についてはすべて、2008年3月31日までの間、医療区分2に該当するとみなす措置をそれぞれとる。

これらの措置は、同一施設内の他の療養病棟に転棟した場合や一般病棟へ転棟・転院後28日以内に療養病棟に再度入院した場合も継続される。

### 移行準備病棟は夜勤72時間要件の適用外

続いて、介護保険移行準備病棟と「同一病棟内での病室単位での指定」という措置について説明したい。介護保険移行準備病棟とは、患者の状態に合わせて、医師、看護職員等の薄い配置を可能としたもので、経過的な選択肢である。

この6月30日に療養病棟入院基本料等を算定している、医療区分1の患者を6割以上入院させている病棟については、2012年3月31日までの間、介護老人保健施設等への移行準備計画作成を要件として、医師や看護職員等の配置が緩和された類型の下で、入院基本

### 3病棟以上でも3年間は病室単位で指定できる

もう一つの「同一病棟内での病室単位での指定」であるが、これは、同一療養病棟の中で、医療保険と介護保険からそれぞれ給付を受けることができる取り扱いを経過的に拡大し、「患者の状態に合わせて、より適切な方から給付を受ける」という選択肢を設ける措置である。

「病室単位の指定」は、これまでは療養病棟が2病棟以下の場合に限られていた。しかし、今回、2009年3月31日までは、療養病棟を3病棟以上有する病院の療養病棟にも次の選択を可能とする。すなわち、

### 「8割上病棟」届出は10月。20対1の実績は不要

最後に、届出についてご説明したい。療養病棟入院基本料2の届出は7月21日までに済んでいただくと、7月1日にさかのぼって算定できる。その際、月平均夜勤時間を72時間以内とする要件を満たした実績を添付していただく。

なお、繰り返しになるが、72時間以内という要件は、①「看護20対1・看護補助20対1」を届け出た病棟、②この6月30日に特殊疾患療養病棟入院料1・2を算定していた病棟、③介護保険移行準備病棟を届け出た病棟については、それぞれ適用除外となる。

このうち、②についてはこの9月30日までの経過措置であるため、10月1日において医療区分2・3の患者が8割以上入院していることから「看護20対1・看護補助20対1」の配置をとっていただければ

#### 資料5 医療区分の割合の算出方法

- 医療区分2・3の割合の算出方法
  - 直近3ヶ月間の2・3該当患者の入院日数の和
  - 直近3ヶ月間の患者の入院日数の和
- 医療区分1の割合の算出方法
  - 直近3ヶ月間の医療区分1の患者の入院日数の和
  - 直近3ヶ月間の患者の入院日数の和

### 「移行病棟」は届出後3ヶ月の見込みで届出が可能

以上の説明を再度整理したい。医療区分2・3の患者が8割以上の場合には「看護20対1・看護補助20対1」の配置が要件となるが、割合の算出に3

また、6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料を算定している療養病棟は、この9月30日までの間は夜勤看護の月平均72時間以内という要件が免除される。

さらに、6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料を算定している療養病棟は、08年3月31日までの間は、適時の要件を満たさない場合にも基本食事療養費(I)が算定できる。

なお、児童福祉法さらには身体障害者福祉法にもとづく障害者施設等で、6月30日時点で特殊疾患療養病棟入院料または特殊疾患施設管理加算を算定する療養病棟に入院している重度の肢体不自由児(者)または知的障害者については、医療区分1のところを2とみなす措置をとる。

料A～Eの算定ができるというのが主旨である。

つまり、介護保険移行準備病棟であっても、そこに入院している患者は、医療区分に応じた入院基本料の算定が認められるというわけである。医療必要度が低い患者が多いことから収入減は避けられないが、介護保険移行準備病棟という類型を選択することによってコストを下げるができる。

この介護保険移行準備病棟については、介護療養型医療施設と同様、月平均夜勤72時間以下の要件を満たさなくともよいこととする。

①医療療養病棟の一部病室について、都道府県介護保険事業支援計画の範囲内で介護保険の指定を受けて介護保険から給付を受けること。

②介護療養型医療施設の病棟の一部病室について介護保険の指定を外し、医療保険から給付を受けること。

これまでは病棟単位で指定を受けるのが原則であったが、今回の措置によって、3病棟の病院で、医療保険あるいは介護保険から給付を受ける方がよい患者が同一病棟に混在している場合にも、各患者が適切な給付を受けることができるようになる。

引き続き72時間要件は適用外となる。しかし、8割に満たないということであれば、あらかじめ72時間要件を満たすという届出をしていただくことになる。

ところで、「8割以上」とか「6割以上」という場合に、医療区分の割合をどう算出すればよいのか。医療区分2・3に該当する患者が8割以上というのは直近3ヶ月間の平均で算出する。分母は直近3ヶ月間の患者の入院日数の和、分子は直近3ヶ月間の2・3患者の入院日数の和である。(資料5参照)

したがって、「8割以上」というのは早くても10月の届出であり、それまでの間は「25対1・25対1」の配置でかまわない。では、10月の届出にあたって9月1月間の実績が必要かということ、それは必要ない。10月1日以降に配置を厚くしていただければ結構であり、看護配置に関して実績は必要としない。

医療区分1の患者が6割以上入院している病棟について選択できる介護保険移行準備病棟についても、6割とは直近の3ヶ月間で算出する。

する病棟として届け出ることになる。

一方、医療区分1の患者が6割以上の場合には介護保険移行準備病棟を届け出ることができるが、その場合に介護老人保健施設等への移行準備計画を届出ることが必要となる。また、届出前の、1の患者割合に関する実績は不要であり、届出後の3ヶ月間に1の患者の割合が6割以上となると見込まれる場合に届出が可能となる。

したがって、医療区分2・3の患者が

### 特別入院基本料は包括的届出の対象

療養病棟入院基本料2において、病院が届出る入院基本料の類型は、①25対1の病棟、②20対1の病棟(医療区分2・3が8割以上)、③介護保険移行準備病棟(医療区分1が6割以上)、④E病棟(医療区分2・3が8割以上ながら、20対1に満たない病棟)、⑤特別入院基本料を算定する病棟(25対1を満たさない病棟)、の5通りである。

以上の病棟について、療養病棟全体として、どれか1つを選ばなければならないということではない。⑤を算定する場合以外は病棟毎に①～④を届け出ることができる。

ただし、同じ種類の病棟は包括的に

8割以上の場合は「20対1・20対1」配置が要件となるというルールは10月1日が始まりであるが、介護保険移行準備病棟については、この7月1日から直ちにスタートする。

自院のこの病棟には医療区分1に該当する患者が6割以上入院すると見込まれる場合には、介護保険移行準備病棟に手を上げていただければ、7月1日から、人員配置を薄くした病棟として運営することが可能となる。

届け出ることになる。例えば療養病棟として4病棟を有する場合に、3病棟を25対1病棟とし、1病棟を20対1病棟とする場合は、25対1病棟に関しては3病棟を包括して届け出いただく。したがって、25対1の配置は3病棟全体で満たす必要があり、72時間要件も3病棟全体でクリアしていただくことになる。



### 「1日毎」評価とは「毎日検査」を意味するものではない

#### 会場質問と回答

\*猪口常任理事が質問票にもとづいて質問を代行

Q 医療区分2のパーキンソン病関連疾患だが、診断がついていれば受給証がなくても該当するか。

A 具体的な判断は特定疾患治療研究事業の認定基準にしたがっていただく。

Q 介護保険移行準備病棟の届出後に、医療区分2・3患者が増えた場合に、25対1の病棟に戻ることは可能か。

A 可能である。

Q 医療区分の評価票は、入院基本料D・Eに該当する患者は作成しなくて構わないか。

A 構わない。

Q 評価票は、意識障害のある患者で家族がみえない場合には郵送でも構わないか。

A 「留意事項」には「やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者またはその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておく」とある。交付には郵送も含まれる。

Q 医療区分の評価単位が「1日毎」とある場合には、毎日、評価内容を記録しなければならないか。

A 例えば、医療区分3「酸素療法を実施している状態」の「留意点」に、「酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態」である。酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態」とある。

これは、酸素療法を受けている患者に毎日、酸素投与を中断してサチュレーションを測るということではない。そういう測定を毎日するというのではなく、そういう状態にあることを1日単位で判断することだ。これは医師が総合的に判断する問題である。しかし、「脈血酸素飽和度が90%以下」と、毎日記録する必要はない。

ただし、これは診療報酬請求にかかわることであり、請求の根拠がカルテに適切に記されている必要がある。

Q 人員配置が20対1で医療区分2・3の患者が8割以下である場合に、届出はどうするのか。

A 8割以下である病院に病院の裁量で加配することは現状でも行われており、特段の届出はいらない。

Q 今回の夜勤72時間について、実績期間はどうなるのか。

A 基本的に6月実績で考えている。4月届出のように「病棟運営計画書」で受理する

ことはしない。

Q 介護保険移行準備病棟において医療区分1の患者が6割以下となった場合はどうなるのか。

A 配置を戻し、届出し直すことになる。

Q 医療区分2・3が8割以上の病棟の10月届出は、例えば14日までに済ませれば1日まで遡れるようにしていただけないか。

A 現場が困らない措置を考えたい。

Q 配慮をぜひ所望したい。気が付いたら8割を超えていたということもあり得る。しかし、25対1を20対1にもっていくのは簡単ではない。10月1日に間に合わない入院基本料Eを算定する羽目になる。

続いて、特殊疾患療養病棟の経過措置の対象に重度の肢体不自由者は入っていないが、いわゆる難病に加えて脊髄損傷、脳性麻痺、仮性球麻痺がある。一般の療養病棟にいる当該患者とどう違うのか。

A 特殊疾患療養病棟入院料算定病棟の「神経難病等」患者は医療区分2または3に該当するというのが、ご指摘の経過措置である。これら患者は元々医療区分2または3に該当するのではないかとご指摘がある。ただし、脊髄損傷、脳性麻痺、仮性球麻痺は2・3に該当しない。今回の措置は、これら患者を含めて激変緩和を図るというものである。

Q 評価票のチェックは医師のみが行うのか。看護師も可能か。

A 作成自体は看護師であれ、事務であれ、通知では特定化していない。ただし、最終的な責任は医師に属する。4月時点と今回とで評価票の案が異なる点の1つとして、主治医の署名欄を設けた。

Q 署名とは自署か。記名捺印でよいのか。

A 処方箋同様、署名又は記名捺印である。

Q 医療区分3に「感染症の治療の必要から隔離室での管理を実施している状態」とあるが、4人室の各ベッドをカーテンで仕切った隔離室でもよいのか。

A 当該病室が病棟で感染症患者を受け入れる病室をして決められていなければ構わない。感染病床である必要はない。

Q 個室隔離を求めているわけではないのか。

A そうだ。

Q 「パーキンソン病関連疾患」にパーキンソン症候群は該当するか。

A パーキンソン症候群という用語は広くある。特定疾患治療研究事業に定めるものに従っていただく。

# 介護保険病床もつ病棟は移行準備病棟届出認めず

## 6月30日付通知 居宅系患者、2人目以降は往診料・訪問診療料の算定ができない

【「診療報酬算定留意事項」等の一部改正について】 2006年6月30日 保医発第0630001号  
\*6月15日付通知案の修正箇所(下線部)の概要 \*1面記事を参照

### ●「診療報酬算定留意事項」の一部改正

1. 別添1の第1章第2部第1節中「A101 療養病棟入院基本料」の(1)の次に次のように加える。  
(2) 療養病棟入院基本料2(平成18年7月1日以降に限る。)  
ア 「注1」の入院基本料を算定している場合において、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又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、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。  
ウ なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。  
エ 療養病棟入院基本料2に含まれる画像診断及び処置並びにこれに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分「J201」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料2に含まれる。

3. 別添1の第1章第2部第3節中「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」の(4)を次のように改める。  
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定する。

4. 別添1の第2章第2部第1節中「C000 往診料」の(9)を次のように改める。  
(9) 同一の患家(有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものを含む。)で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料又は在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料を算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」の加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。なお、診療上の必要に基づき、同一の患家で複数の患者を診療することが継続的に行われる場合には、1人目に診療する患者が特定の日に偏ることのないようにするなど、患者の費用負担の観点から適切な配慮を行うこと。

5. 別添1の第2章第2部第1節中「C002 在宅時医学総合管理料」の(16)を次のように改める。  
算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定できない。ただし、当該施設と特別の関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「2」を算定できること。なお、「有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院」とは、療養病床を有料老人ホーム、高齢者向け優良賃貸住宅、軽費老人ホーム(ケアハウス)又は認知症高齢者グループホーム等に転換した病院のことをいい、転換の時期は問わないものであること。

6. 別添1の第2章第2部第1節中「C003 在宅末期医療総合診療料」の(12)を削る。

●「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正について

1. 第2の7を次のように改める。  
7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成18年4月14日(療養病棟入院基本料2)にあつては、平成18年7月21日。「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に基づく介護保険施設等への移行準備計画の届出を含む。)までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

2. 第3の1の(5)を次のように改める。  
(5) 算定要件中(療養病棟入院基本料2を除く)の該当患者の割合については、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。

3. 別添2の第2の4の(3)の工を次のとおり改める。

エ 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。  
また、届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。  
なお、次の療養病棟の看護職員については、この限りではないこと。  
(イ) 療養病棟入院基本料2を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下別添2において「別表第五の二の患者」という。)と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者(以下別添2において「別表第五の三の患者」という。)の合計が8割以上である病棟(ただし、平成18年10月1日以前においては、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)の口の「20対1配置病棟」への変更の届出が行えないことから、(2)及び(3)を除く病棟については、月平均夜勤時間数が72時間以下である必要があること。)

4. 別添2の第2の5及び6を12及び13とし、4の次に次のように加える。  
5~8 (略)

9 介護保険移行準備病棟に係る当該病棟の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」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の割合の算出方法等

(2) 介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方社会保険事務局長に届け出の際に、当該届出以降3か月において(1)により算出する割合が6割以上となることが見込まれる場合にあっては届出を行うことができるものであること。ただし、3か月間の実績において、(1)により算出する割合が6割を下回ることとなった場合には、当該病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が8割未満である病棟等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。また、介護保険移行準備病棟の届出を行った病棟であっても、将来において介護保険施設への移行を行わないことが明らかになった場合には、同様に変更の届出を翌月速やかに行うこと。  
(3) 介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟にあっては、当該病棟内に介護療養型医療施設の指定を受けた病床を有していないこと。

●医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き

I. 医療区分3(別表第五の二)

1. スモン  
[項目の定義] スモン(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態  
[留意点] 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。

II. 医療区分2(別表第五の三)

12. 多発性硬化症  
[項目の定義] 多発性硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態  
[留意点] 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。

13. 筋萎縮性側索硬化症  
[項目の定義] 筋萎縮性側索硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態  
[留意点] 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。

14. パーキンソン病関連疾患  
[項目の定義] パーキンソン病関連疾患(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態  
[留意点] 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。また、パーキンソン症候群は含まない。

15. その他の難病  
[留意点] その他の難病とは、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患以外の疾患で、「特定疾患治療研究事業実施要綱」に定める疾患を指す。また、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。

16. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)  
[項目の定義] 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

### ●「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項

及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(編集部注:以下の全文を4月28日付給付調整通知=5月15日号掲載に追加)

1. 第1の2の(1)を次のように改める。  
(1) 療養病棟(介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。)に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ2つの病室(各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。)を定め、当該病室について都道府県知事に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

2. 第3に次のように1を加え、1から5を1ずつ繰り下げる。  
1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合  
(1) 療養病棟を二病棟以下しか持たない病院及び診療所  
(2) 病院であつて、当該病院の療養病棟(医療保険適用であるものに限り)の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方社会保険事務局長に届け出た場合には、平成21年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。  
(3) 病院(指定介護療養型医療施設であるものに限り)であつて、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付(健康保険法第52条第1項の療養の給付をいう)を行おうとするものについて地方社会保険事務局長に届け出た場合には、平成21年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

3. 第3の2の(2)を次のように改める。  
(2) 1病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等(医療療養病床の場合は療養病棟入院基本料、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費)を採用するものとする。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、「基本診療料の施設基準等」(平成18年厚生労働省告示第93号)及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成18年3月6日保医発第0330006号)に基づき、療養病棟入院基本料2又は有床診療所療養病床入院基本料2を届け出るものであること。

4. 「第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービスに関する留意事項」を「医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービスに関する留意事項」に改める。

5. 第4の3を次のように改める。  
(1) 特定施設入居者生活介護(介護予防特定施設入居者生活介護を含む。以下同じ。)又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。)については、末期の悪性腫瘍である場合であつて、在宅療養支援診療所の保険医が行う場合に限り、在宅患者訪問診療料及びそのターミナルケア加算を算定できるものであること。  
(2) 有料老人ホーム等(特定施設入居者生活介護以外の受給者の入居施設)及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の入所者に対して、保険医が療養計画に基づき定期的に訪問診療を行う場合であっても、在宅療養支援診療所以外の保険医療機関であつて、その施設と特別の関係にある保険医療機関の保険医が行うものについては、在宅時医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料は算定できない。

6. 第4の6中「介護保険における指定通所介護又は通所リハビリテーション」を「指定訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション」に改める。