

## 平成 22 年診療報酬改定 Q & A

日本慢性期医療協会

### 【療養病棟入院基本料】

Q：医療病棟が2病棟ある場合、1病棟単位での入院基本料ⅠとⅡの申請・算定が可能でしょうか。

A：可。

Q：院内の2つの医療療養病床のうち、1つは医療区分2・3が約68%、もう1つは医療区分2・3が約84%です。

療養病棟それぞれ別に入院基本料1と2の届出をしてもよろしいのでしょうか？

A：看護配置を満たした上で可。

Q：療養病棟が複数あり、20対1、と25対1が混在している場合、25対1の病棟の人員が足りているため20対1として届け出をしたいのですが、当該25対1の病棟の入院患者は区分2・3が8割未満です。

但し療養病棟全部でみれば人員も足りており、区分2，3も8割を超えています。この場合どのような届け出となりますか。

A：療養病棟全体で人員配置が20対1を見たとし、入院する医療区分2又は3の患者の割合が8割を超えている場合には、療養病棟入院基本料を算定する病床全体を入院基本料1で届出を行うことが可能。

Q：療養病棟入院基本料1の算定要件で、医療区分2・3の合計が全体の8割とありますがいつの時点でカウントをすればよいのでしょうか。

平均在院日数のように3カ月の平均をとるのか、8割未満になっても3ヶ月は猶予があるのか、詳しい算定要件を教えてください。

A：3カ月の平均をとる。なお、平成22年6月までの間は、直近1カ月の値をもって届出が可能。

Q：療養病棟1の届出について

医療区分3、2の患者の割合の算出方法は、平成22年6月までは、「直近3か月」とあるのを直近1か月と読み替えて適用すると書いてありますが、平成22年4月に届出を出す場合は、平成22年3月のみの患者数と区分3、2の割合を出せばよいのでしょうか、従来どおり平成22年1月から平成22年3月までの3ヶ月間の患者数および割合を出さないといけないのでしょうか。

A：平成22年4月に届出を行う場合には、平成22年3月の実績を有していればよい。

Q：施設基準「医療区分2または3の患者数が全体の8割以上であること」について患者数については3か月分の実績が必要と思われるが、4月から算定するには1月～3月の実績でよいのでしょうか。

それとも、4月～6月の実績を基に7月に算定開始となるのでしょうか。

A：4月に届出を行う際には、4月以前の実績を以て届出が可能。

Q：療養病棟が2病棟（60床＋60床）あり、人員配置が共に施設基準をクリアしている場合には、2病棟合計の120床に対して医療区分2・3の割合が8割以上となればよいのでしょうか。

1病棟（60床）毎に8割以上でなければならないのでしょうか。

A：療養病棟入院基本料を算定する病棟が複数ある場合については、該当する病棟全体で計算した値が要件を満たせばよい。

Q：療養病棟入院基本料が1と2に分かれ、算定する点数も医療区分・ADL区分ごとに細かく分かれていましたが、医療区分の内容で変更点があれば教えてください。

また、ADL区分も1～3の評価の点数がそれぞれ何点で分かれているのか教えてください。

A：従前通り。

Q：今までの療養病棟入院基本料A～Eが、A～Iに変更になりました。

当院は療養病棟入院基本料2の算定になると思いますが、入院基本料のA～Iに該当する詳細を教えてください。「医療区分・ADL区分に係る評価表」が出ているのでしょうか。

A：以下の通り。また、「医療区分・ADL区分に係る評価表」は新たに通知で示している様式を使用すること。

		医療区分		
		1	2	3
ADL区分	3	G	D	A
	2	H	E	B
	1	I	F	C

Q：療養病棟1の申請について

以前、社会保険局（近畿厚生局）へ問い合わせたとき、当院は介護療養型医療施設と医療療養病棟が同一フロアにあるため、申請の時は介護型と医療型の総患者数の8割以上が医療区分2以上でなければいけないと言われ、取りやめたことがあります。このことは現在でも同じでしょうか。

医療療養病棟の患者数のみが医療区分2以上が8割を超えていればよいと思うのですが、いかがでしょうか。

A：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配置基準に係る入院基本料等を採用するものであるが、患者割合については、医療療養病床の患者数のみで計算する。

Q：療養病棟入院基本料Iに月平均夜勤時間72時間は適応されているのでしょうか。

A：月平均夜勤時間72時間を満たさない場合には、特別入院基本料を算定する。ただし、療養病棟入院基本料1を算定する病棟については、月平均夜勤時間72時間を満たしていても届出が可能である。

Q：入院基本料の施設基準1週40時間以内について

週あたりの所定労働時間は38時間であるが、届出の様式9に記載をすると週当たり43時間の労働時間を記載するようになる。これは問題にならないでしょうか。

A：様式9に記載する勤務時間には、休憩時間を含めて記載することとなっており、これが労働基準法上の所定労働時間を超えてしまうことから問題ではないかという趣旨であるならば、様式9に記載する勤務時間については、あくまで、診療報酬上の施設基準に規定する勤務時間の計算方法であることから、問題ないと考える。

## 【治療・ケアの評価】

- Q：「療養病棟入院基本料 注4に規定する褥瘡評価実施加算」  
ADL 23点以上の患者については褥瘡の有無に関わらず1日につき15点を加算してよいのでしょうか。  
加算した上で現に褥瘡が発生した患者や身体抑制を行った患者については「治療・ケアのリスト」を用いて内容を確認することでよいのでしょうか。
- A：従前通り、褥瘡の有無にかかわらず算定できる。その上で、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。
- Q：3月5日に発表された関連通知「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り扱いについて」別添6の別紙10について  
従来使用していた「ADL治療・ケアの確認リスト」はなくなったと解釈してよろしいでしょうか。  
また、別紙9「治療・ケアの評価の手引き」並びに別紙11「治療・ケアの内容の評価表」も同様になくなったと解釈してよろしいでしょうか。
- A：従来の「ADL治療・ケアの確認リスト」は、一部を「医療区分・ADL区分に係る評価表」に盛り込んだことから、従来の「ADL治療・ケアの確認リスト」は整理した。また、別紙9「治療・ケアの評価の手引き」及び別紙11「治療・ケアの内容の評価表」も合わせて廃止した。

## 【回復期リハビリテーション病棟】

- Q：回復期リハビリテーション病棟へリハ対象外（2割）として入院した患者の基本料は、  
回復期リハビリテーション入院料1の場合→療養病棟入院基本料1  
回復期リハビリテーション入院料2の場合→療養病棟入院基本料2  
が算定できるという理解でよいのでしょうか。
- A：その通り。
- Q：回復期リハビリテーション病棟入院料1について  
「1人1日あたり2単位以上」とは各個人毎なのか、病棟のリハ対象患者の平均でよいのでしょうか。（患者の病態によってはリハビリできない状態の日もあるため）
- A：当該病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する患者の平均で計算する。
- Q：リハビリテーション充実加算について  
「急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、“当該日数から除外”して計算」とあるが意味がよくわかりません。具体的にどのようなことなのでしょうか。
- A：疾患毎に発症又は手術後から回復期リハビリテーション病棟に入院するまでの期間が設定されているが、「急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数」をその期間から30日を限度として控除した日数以内であれば回復期リハビリテーション入院料の算定を可能とするということ。  
例えば、脳血管疾患は発症後2ヶ月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始する必要があるが、急性期病棟において15日間6単位以上のリハビリテーションを受けた日が15日間以上である場合には、発症から2ヶ月と15日以内に算定を開始すればよい。

## 【疾患別リハビリテーション】

Q：運動器リハビリテーション料について

「運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する」事により（Ⅰ）の点数が5点あがりしました。

現行の人員配置、専任の常勤医師1名以上、アからウまでの何れかを満たしていること

ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務

イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務

上記条件が（Ⅰ）を算定する場合変更になるのでしょうか。

また注2に追加された「別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する」とありますがこの別に厚生労働大臣が定める患者はどのような状態の患者をさすのでしょうか。

A：運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の従事者の配置は以下の通り。

専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。  
なお、別に厚生労働大臣が定める患者とは、

- ・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの
  - ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者
- のことを指す。

Q：運動器リハビリテーション（Ⅰ）が新たな区分を新設することになりましたが、施設基準で担当する専任の常勤医師の届出の条件が決まっていれば教えてください。

また、十分な施設を有していること、とありますが具体的な部屋の面積基準等が決まっていれば教えてください。

A：運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

また、専用の機能訓練室については、少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上。

Q：維持期のリハビリテーションについて

介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を認めるとありますが、具体的にはどのようなことでしょうか。

A：介護保険によるリハビリテーションの適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

Q：維持期のリハビリテーションについて

月に13単位を超えるリハビリテーションの提供は、改善の見込みがある場合には認められるのでしょうか。

A：従前通り認められる。

## 【特定入院基本料】

Q：後期高齢者特定入院基本料が特定入院基本料に変更となり、特定患者（当該病棟に90日を越えて入院している患者）の年齢制限がなくなります。新たに対象となる患者については退院支援状況報告書を提出することにより当該入院料算定ではなく、従来の出来高による算定が可能とありますが、4月1日以後に特定患者になる方はすべての年齢が対象でしょうか。

A：全ての年齢の患者が対象である。

## 【障害者施設等入院基本料】

Q：障害者施設等入院基本料について、今回の改定では点数変更はないのでしょうか。

A：基本料の変更はないが、新たに、NICUを退室後の患者を受け入れた場合の加算が新設された。

## 【特殊疾患病棟入院料】

Q：特殊疾患病棟入院料について、今回の改定では点数変更はないのでしょうか。

A：入院料自体の変更はないが、新たに、NICUを退室後の患者を受け入れた場合の加算が新設された。

## 【救急・在宅等支援療養病床初期加算】

Q：療養病棟から急性期一般病床へ転院し、その後、療養病棟へ再入院した場合でも算定可能でしょうか。

A：要件を満たしていれば可能。

Q：救急・在宅等支援療養病床初期加算150点の算定について

同一開設者の老健は算定できないとのことでしたが、同一開設者の病院・特養は算定可能でしょうか。

A：併設の介護施設等から受け入れた患者については算定できないことから、当該療養病棟を有する医療機関に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等が併設する場合については、当該施設から受け入れた患者については、当該加算は算定できない。

なお、同一開設者の病院から転院した患者については、急性期医療を担う病院の一般病棟から転院した患者の場合には算定可能であるが、同一の病院内の場合については、1回の転棟についてのみ算定可能。

Q：老健は、どこの老健でも可能でしょうか。

医療法人、福祉法人等の区別はないでしょうか。

A：ない。

Q：介護保健施設等が「併設」されている場合は算定できないとされているが、何をもって「併設」というのでしょうか。

同一敷地内か、隣接か、何メートル以内か、それとも同一法人という資本関係を言うのでしょうか。

A：併設の定義については、「併設保険医療機関の取扱について」（平成14年3月8日保医発第0308008号）に定める通り。

併設保険医療機関とは、介護老人保健施設と同一敷地内にある病院又は診療所その他これに準ずる病院又は診療所をいう。

なお、「その他これに準ずる病院又は診療所」とは、次のいずれかに該当するものである。

①「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年3月31日厚生労働省令第40号。以下「基準省令」という。）第3条第3項により施設を当該介護老人保健施設と共用しているもの。

②基準省令第2条第4項により職員が当該介護老人保健施設の職員を兼務しているもの。

Q：療養病床機能の評価について

同グループ内からの入院（老健や一般病院）では適応が無いとのことですが、在宅部門からのケアマネや訪問看護師（同法人内）からの紹介入院に関しても適応がないのでしょうか。

A：特別の関係の老人保健施設や一般病院からの入院であっても、要件を満たす場合には算定が可能。

Q：救急、在宅等支援療養病床初期加算は、4月1日以降の入院に適応となるのでしょうか。

例えば3月31日の入院について4月13日まで算定は可能でしょうか。

A：4月13日までは算定可能。

Q：算定対象患者が、入院後（14日間算定）に、再度他施設・病棟に転院・転棟・退院後、再度当施設に入院した場合は算定可能でしょうか。

（介護保険の初期加算では、3ヶ月（自立度によっては1ヶ月）のしほりあり）

A：要件を満たせば算定可能。

## 【退院調整加算】

Q：慢性期病棟等退院調整加算と急性期病棟等退院調整加算について

施設基準の「専任」とは、この両方の加算についての兼務もOKなのでしょうか。

A：よい。

Q：慢性期病棟等退院調整加算について

・退院加算1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること

が要件としてあがっておりますが、退院調整部門に属さない、専任の看護師（例えば看護部長など）を専任として当てることは可能でしょうか。

A：専任の従事者についても、当該退院調整部門に配置されていること。

## 【感染防止対策加算】

Q：医療安全対策加算に付随する感染防止対策加算について

3年以上の経験を有する常勤医師とは、当該施設においてなのでしょうか。経験の要件を教えてください。

常勤医師1名（専任）と看護師1名（専従）でなければいけないのでしょうか。看護師2名（専従1名、専任1名）でもよいのでしょうか。

算定要件の「6ヶ月以上の研修を修了した看護師」の研修とは具体的に定められたものがあるのでしょうか。

A：3年以上の経験とは当該施設に限らず、感染症に関わる業務に従事した経験をいう。医師1名以上、看護師1名以上がいなければならない。

研修要件に関しては、国及び医療関係団体等が主催するもので、講義及び演習内容については通知に示す通り。

## 【書類の準備等】

Q：別紙様式2 医療区分・ADL区分に係る評価表の留意事項2

当該判定結果については療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること（診療所はこの限りでない）とありますが、オンライン請求とは別に、評価表を郵送するというのでしょうか。

A：コード化してオンラインで送る。

Q：療養病棟において、「患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ 提出を要件化する」とありますが、具体的にどんな内容をどんな形式でまとめるのでしょうか。また、提出方法と提出先はどこなのでしょうか。

A：療養病棟に入院する患者について、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価表」の所定の欄に記載するとともに、当該判定結果を療養に要する費用の請求の際にレセプトに添付して審査機関に提出すること。

Q：今回、発行が義務化された領収書の明細書の記載内容について、保険請求上で包括されている部分の投薬や検査についても明細書に記載が必要でしょうか。

それとも、保険請求している部分（レセプトに記載する内容）のみの記載でよろしいでしょうか。

A：保険請求している部分について記載すれば差し支えない。

以上