

療養病床点数表改定のポイント2006年7月 正誤及び追補 (2006.7.4現在)

■は、2006年6月16日の厚労省事務連絡が6月30日発出の告示・通知で変更されたことによる訂正

頁	訂正箇所	誤	正
5	上から13行目	…「特殊疾患入院管理加	…「特殊疾患入院施設管理加
7	下から19行目	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬）が追加され、	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬・注射）が追加され、
9	上から12行目	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬）が追加され、	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬・注射）が追加され、
■12	下から8行目	…その前日を1日目として3日前までの間は入院基本料Eを算定することができる。	…その前日を1日目として3日前までの間は、 <u>その日ごと</u> に入院基本料Eを算定することができる。
■13	上から3行目	診療録に貼付しておくこと。 <u>なお、…</u>	診療録に貼付しておくこと。 <u>また、…</u>
■13	上から5行目	付しておくこと。	付しておくこと。 <u>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に配慮すること。</u>
■13	上から6～7行目	… <u>薬剤又は特定保険医療材料</u> の費用並びに…	薬剤、 <u>特保険医療材料又は区分「J201」</u> 酸素加算の費用並びに…
14	「包括されている部分」の表中、注射料	… 腫瘍用薬 を除く…	… 腫瘍用薬・医療用麻薬 を除く…
14	「包括されていない主な点数」の表中、注射料	… 悪性新生物に罹患している患者に対して投与された腫瘍用薬	… 悪性新生物に罹患している患者に対して投与された腫瘍用薬、疼痛コントロールのための医療用麻薬
16	下から15行目	介護保険移行病棟 （届出区分「移行」）	介護保険移行準備病棟 （届出区分「移行」）
16	下から14行目	…現に療養病棟入院基本料1を算定する…	…現に療養病棟入院基本料1、 <u>特殊疾患療養病棟入院料</u> を算定する…
■20	下から16行目	割以上である病棟（編注：医療区分3及び2の患者が8割以上の病棟）	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)のロの「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、 <u>月平均夜勤時間数が72時間以下である必要があること。</u> ）（編注：医療区分3及び2の患者が8割以上の病棟）
■23	上から13～15行目を右に変更する。	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、 <u>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。</u> (3) 介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟にあっては、 <u>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。</u>	
■39	一番下に右を追加する。	(4) 2006年6月30日現在において有床診療所療養病床入院料1の届出が受理されている <u>保険医療機関</u> については、2006年7月1日以降新たに該当する有床診療所療養病床入院料2の届出を要しないが、2006年7月以降の実績をもって、施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、 <u>変更の届出を行わなければならない。</u>	
31	上から11行目	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬）が追加され、	…疼痛コントロールのための医療用麻薬（投薬・注射）が追加され、
■34	下から4～5行目	…その前日を1日目として3日前までの間は入院基本料Eを算定することができる。	…その前日を1日目として3日前までの間は、 <u>その日ごと</u> に入院基本料Eを算定することができる。

■35	上から3行目	付しておくこと。	付しておくこと。また、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に配慮すること。
■35	上から6行目	…薬剤又は特定保険医療材料の費用並びに…	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…
■39	下から14行目	と同様に取り扱うものであること。	と同様に取り扱うものであること。この場合において、「介護保険移行準備病棟」とあるのは「介護保険移行準備病床」と、「当該病棟」とあるのは、「当該病床」と、「各病棟」とあるのは「各病床」と、「病棟」とあるのは「病床」と読み替える。
■43	表中1段目 スモンの「項目の定義」と「留意点」を右に変更	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	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。
■45	表中2段目 多発性硬化症の「項目の定義」と「留意点」を右に変更	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	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。
■45	表中3段目 筋萎縮性側索硬化症の「項目の定義」と「留意点」を右に変更	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	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。
■45	表中4段目 パーキンソン病関連疾患の「項目の定義」と「留意点」を右に変更	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る）に罹患している状態	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。
■45	表中5段目 その他の難病の「項目の定義」と「留意点」を右に変更	その他の難病（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）に罹患している状態	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。
■45	表中6段目の項目を右に変更	脊髄損傷（頸髄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。）	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。）
■45	表中6段目 脊髄損傷を右に変更	脊髄損傷（頸髄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。）	頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。
■57	下から4行目	…並びにADL区分を記	…並びにADL区分を「摘要」欄に記
■57	下から3行目	…これらの記載を要しない。…	…これらの「摘要」欄への記載を要しない。…
■58	上から10行目の次に右を追加	※）疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。	
■64	問26の回答	26. 病院・有床診療所とも届出が必要である。	26. 病院は、届出が必要である。有床診療所は、2006年6月30日現在有床診療所療養病床入院料1の届出が受理されている場合は、有床診療所療養病床入院料2の届出を要しない。

裏表紙	福岡県保険医協会と 福岡県歯科保険医協 会の住所	812-0011 福岡市博多区博多駅前3-4-8 郵政 互助会博多ビル4F	812-0016 福岡市博多区博多駅南1-2-3 博多 駅前ビル8F
裏表紙	大分県保険医協会の 住所	870-0936 大分県岩田町1-9-3 大分県保険医 会館	870-0951大分市大字下郡1602-1 大分県保険 医会館1F

注1 正誤ではないが、2006年6月30日付で、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項についての一部訂正について」（保医発第0630001号）が発出され、下記のとおり7月1日より実施される。

- 1) A308回復期リハビリテーション病棟入院料（算定要件に該当しない患者が入院した場合について、当該病棟が療養病棟の場合は、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定する）
- 2) C000往診料（同一患家の2人目以降の往診料又は訪問診療料は算定できない取り扱いとする取り扱いについては、「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」についても摘要する）
- 3) C002在宅時医学総合管理料（①算定対象となる患者が入所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が、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算定できる、②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）
- 4) C003在宅末期医療総合診療料（算定対象となる患者が入所施設と特別の関係にある保険医療機関においても算定できる）
- 5) 医療保険と介護保険の給付調整の改定が行われ、次の通り変更された。
 - ①2012年3月31日までに限り、療養病棟が2病棟以下の病院及び診療所については、病室単位で介護保険適用病床の指定を受け、又は除外することができることとし、この場合の看護・介護要員数は、医療保険摘要病床及び介護保険適用病床各々の人員基準を満たしていればよい。
 - ②「外部サービス利用型の特定施設」の入居者に限り、悪性腫瘍の患者に限らず、全ての医療機関で訪問診療料と在医総管が算定できる
 - ③「外部サービス利用型でない特定施設」の入居者については、末期の悪性腫瘍である場合で、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が算定できる
 - ④「外部サービス利用型でない特定施設」の入居者については、悪性腫瘍の患者に限らず、在宅療養支援診療所の保険医が行う場合に限り、在医総管が算定できる
 - ⑤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）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が算定できる

注2) 医療法施行規則の一部改正、介護保険の施設基準の一部改正が行われ、7月1日より実施された。

- 1) 医療療養病床の人員配置は、病院・有床診とも2012年4月1日からは、看護4：1＋看護補助4：1以上となる。
- 2) 老人性認知症疾患療養病棟又は療養病床を有する病院の開設者が、当該病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、経費老人ホーム、その他の要介護者、要支援者、その他の者を入所・入居させるための施設への転換を行おうとして、都道府県知事に届け出たもの（「介護保険移行準備病棟」又は「経過型介護療養型医療施設」）については、2006年7月1日から当該転換が完了するまでの間（2012年3月31日までに限る）は、医師は通常の療養病床の半分（96：1以上）であり、かつ看護9：1＋看護補助9：2以上で良い。
- 3) 精神病床又は療養病床の転換を行って介護老人保健施設を開設する場合には、2012年3月31日までの間は、療養室は6.4㎡以上であり、かつ、廊下幅は、両側居室1.6m、片側居室1.2m以上で良い。

注3) 2006年7月1日～2012年3月31日までの間に限り、「経過型介護療養型医療施設」が病院に新設された（有床診には設けられない）。

- ①医師 96：1以上（経過型介護療養型医療施設のみ病院は、最低数2名以上、かつ、96：1以上）
- ②看護職員・介護職員 病棟勤務の常勤看護要員数に基づく計算方法による表記（従前の表記方法）
 - ・療養病床を持つ病院（看護8：1＋介護4：1以上）
 - ・老人性認知症疾患療養病棟を持つ病院（看護5：1＋介護6：1以上）
- ③2012年3月31日までに限り、廊下幅については両側居室1.6m、片側居室1.2m以上でよい。
- ④介護報酬は、下記のとおり（介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護は略）

<療養病床を持つ病院>

【従来型個室】 要介護1（671単位）、要介護2（781単位）、要介護3（889単位）、要介護4（980単位）、要介護5（1071単位）

【多床室】 要介護1（782単位）、要介護2（892単位）、要介護3（1000単位）、要介護4（1091単位）、要介護5（1182単位）

<認知症疾患型療養病床を持つ病院>

【従来型個室】 要介護1（742単位）、要介護2（809単位）、要介護3（876単位）、要介護4（944単位）、要介護5（1011単位）

【多床室】 要介護1（853単位）、要介護2（920単位）、要介護3（987単位）、要介護4（1055単位）、
要介護5（1122単位）