

平成 20 年度診療報酬改定に関する Q&A

2008 年 4 月 24 日版 日本看護協会

厚生労働省保険局医療課に確認済み

【基本診療料】

A100～A109 入院基本料

7 対 1 入院基本料と看護必要度について

○届出について

(問 1) 7 対 1 入院基本料に看護必要度の基準が必要となるのは、どの病棟種別なのか。

(答 1) 7 対 1 入院基本料の算定要件となるのは、一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病院入院基本料である。ただし、特定機能病院一般病棟入院基本料、特定機能病院結核病棟入院基本料及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の 7 対 1 入院基本料については、一定以上の看護必要度の患者がいることを算定要件としないが、看護必要度に関する測定結果の報告が必要である。

(問 2) 7 対 1 入院基本料を算定するための届出に用いる様式について、教えてほしい。

(答 2) 別添 7 の様式 5 から様式 10 の 2 を用いること。

(問 3) 平成 20 年 7 月 1 日から 7 対 1 入院基本料を算定する場合、看護必要度の実績は必要になるのか。

(答 3) 5 月または 6 月の 1 ヶ月間の実績が必要である。また、平成 21 年以降は、毎年 7 月において 1 年間（前年 7 月から 6 月までの間）測定結果の実績について、別添 7 の様式 10 の 3 により報告が必要になる。

(問 4) 平成 20 年 4 月から 6 月の期間、看護必要度の基準を満たさない場合、7 対 1 入院基本料を算定できないのか。

(答 4) 平成 20 年 6 月 30 日までは、現行どおり、7 対 1 入院基本料を算定できる。

(問 5) 看護必要度の届出に当たり、算出期間は 1 ヶ月若しくは 4 週間でも可能か。

(答 5) 1 ヶ月とする。

(問 6) 特定機能病院では測定結果を報告するが、平成 20 年 7 月から報告が必要になるのか。

(答 6) 特定機能病院の一般病棟及び精神病棟において 7 対 1 入院基本料を算定する病棟については、毎年 7 月において、1 年間（前年 7 月から 6 月までの間）の測定結

果を報告する。ただし、平成 20 年 7 月は報告を要しない。

(問 7) 特定機能病院では「重症度・看護必要度等について継続的に測定を行い」とあるが、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」以外の評価票を用いて評価を行っても差し支えないのか。

(答 7) 7 対 1 入院基本料を算定する特定機能病院においても、別添 7 の様式 10 の 3 を用いて報告するものであり「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行う必要がある。

(問 8) 救命救急センターを設置する病院では、看護必要度の測定結果を報告する必要があるのか。

(答 8) 「救命救急入院料」を算定する治療室を有する病院では、看護必要度に関する基準に関わらず 7 対 1 入院基本料が算定できるが、特定機能病院と同様に平成 21 年以降は、毎年 7 月において、1 年間の測定結果を報告する必要がある。

(問 9) 「A 得点が 2 点以上、かつ B 得点が 3 点以上の患者が 1 割以上」という割合について、どのように算出するのか。

(答 9) 7 対 1 入院基本料を届け出る病棟について、次のとおり算出する。

7 対 1 入院基本料を算定する入院患者延べ数のうち、
重症度・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数
／7 対 1 入院基本料を算定する入院患者延べ数 (1 ヶ月)

なお、入院患者延べ数とは、算定期間中に 7 対 1 入院基本料を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。具体的な計算方法は、次のとおり。

(例) 6 月の入院患者延べ数：一般病棟 (7 対 1 入院基本料) 500 名
結核病棟 (7 対 1 入院基本料) 45 名
そのうち、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数：
一般病棟 (7 対 1 入院基本料) 60 名
結核病棟 (7 対 1 入院基本料) 5 名

重症度・看護必要度の割合は、

一般病棟 $60/500 \times 100 = 12\%$ …… (a)

結核病棟 $5/45 \times 100 = 11\%$ …… (b)

したがって、(a) (b) とともに、基準の 1 割を満たす

(問 10) 7 対 1 入院基本料を届け出る病棟種別ごとに、看護必要度の届出が必要になるのか。

(答 10) 病棟種別ごとに別々に届け出る必要がある。

(問 11) 1ヶ月でも看護必要度の要件を満たせない場合は、翌月から 10 対 1 入院基本料を届け出ることになるのか。

(答 11) 暦月で 3ヶ月を超えない期間の 1割以内の一時的な変動であれば、変更の届出を要しない。

(問 12) 平成 20 年 4 月以降に 10 対 1 入院基本料を届け出る病棟は、「看護補助加算」を算定できるのか。

(答 12) 平成 20 年 3 月 31 日時点で 7 対 1 入院基本料を算定していれば、平成 20 年 4 月以降、10 対 1 入院基本料に届出を変更する際に、「看護補助加算」を届け出ることができる。ただし、平成 22 年 3 月 31 日までの時限的措置である。

(問 13) 医師配置基準の計算方法について知りたい。

(答 13) 医療法上の一般病床（感染症病床を含む）に入院する患者数から 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を 16 で除した数、結核病床に入院する患者数を 16 で除した数、療養病床に入院する患者数を 48 で除した数及び精神病床に入院する患者数を 48 で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数。

具体的な計算方法は、以下のとおり。

(例) 常勤医師数：45 名

入院患者数：一般病床（7 対 1 入院基本料） 225 名
結核病床 45 名
療養病床 90 名
精神病床 45 名
一般病床（特定入院料）90 名

一般病床から 7 対 1 算定病棟の患者数を減じた数を 16 で除した数

$$\{ (225 + 90) - 225 \} / 16 = 5.625 \quad \dots \textcircled{1}$$

結核病床の患者数を 16 で除した数 $45 / 16 = 2.8125 \dots \textcircled{2}$

療養病床の患者数を 48 で除した数 $90 / 48 = 1.875 \dots \textcircled{3}$

精神病床の患者数を 48 で除した数 $45 / 48 = 0.9375 \dots \textcircled{4}$

(1) 常勤の医師の数

$$\begin{aligned} & \text{常勤医師数} - (\textcircled{1} + \textcircled{2} + \textcircled{3} + \textcircled{4}) \\ & = 45 - (5.625 + 2.8125 + 1.875 + 0.9375) \\ & = 45 - 11.25 \\ & = 33.75 \quad \dots (a) \end{aligned}$$

(2) 7 対 1 入院基本料に係る患者数の 10/100

$$225 \times 10 / 100 = 22.5 \quad \dots (b)$$

したがって、 $(a) \geq (b)$ のため、要件を満たす。

(問 14) 看護必要度の基準と医師の配置基準は満たすものの、月平均夜勤時間数が 72 時間以内を満たせない場合は、届出はどのようなになるのか。

(答 14) 従来通り、特別入院基本料を届け出ることになる。

評価票の解釈について

(問 15) 7 対 1 入院基本料の算定要件となる「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」について、その基準や定義について知りたい。

(答 15) 7 対 1 入院基本料の届出および看護必要度に関する算定要件については、厚生労働省の 3 月 5 日付通知（保医発第 0305002 号「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」）に記載されている。入院基本料の施設基準については別添 2、新たな評価票及び定義については、別添 6 の別紙 7 を参照されたい。通知等は厚生労働省ホームページに掲載されている。

http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305_-1.html

(問 16) 特定集中治療室管理料の算定に係る「重症度に係る評価票」ハイケアユニット入院医療管理料の算定に係る「重症度・看護必要度に係る評価票」について、どのような変更点があったのか。

(答 16) 「重症度に係る評価票」については、「B 得点 患者の状況等」の得点表示を統一し、「できる」0 点、「できない」1 点とした。それに伴い、評価基準も B 得点「5 点以下」から「3 点以上」へ変更となった。また、「重症度・看護必要度に係る評価票」については、「A 得点 モニタリング及び処置等 血圧測定」の測定回数を「0 から 4 回」0 点と「5 回以上」1 点とし、A 得点の評価をすべて 0 点あるいは 1 点に統一した。さらに、B 得点について、「移動方法」の 0 点については、「自力歩行・つかまり歩き」から「介助を要しない移動」とし、1 点については、「補助を要する移動」から「介助を要する移動」に、「危険行動への対応」については「危険行動」へ改めた。

(問 17) 看護必要度の評価時間は、特に定まっていないのか。施設ごとに決定してもよいのか。

(答 17) 評価時間が一定時刻であれば、各施設で決定して差し支えない。

(問 18) 状態の変化のない患者に対して、毎日評価するのか。

(答 18) 7 対 1 入院基本料を算定している全ての患者に対して、毎日評価を行う。

○記録について

(問 19) 看護必要度に係る評価は入院患者ごと毎日行い、評価票にA及びBについてそれぞれの点数を合計して記載するが、基準を満たす患者の割合については暦月で7対1入院基本料届出病棟種別ごとに確認し、記録として残すことでよいか。

(答 19) その通り。

(問 20) 患者個別の評価結果について保管は必要か。

(答 20) 7対1入院基本料を算定するそれぞれの患者の看護必要度に係る評価の記録は、療養の給付に係る書類であることから3年間は保管すること。

○一般病棟用の重症度・看護必要度「A モニタリング及び処置等」について

(4「呼吸ケア」について)

(問 21) 呼吸ケアの項目について、人工呼吸器使用患者の喀痰吸引等は呼吸ケアとして評価してよいか。

(答 21) その通り。人工呼吸器、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクイーミングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

(8「輸血や血液製剤の使用」について)

(問 22) 当該病棟以外での使用についても評価されるのか。

(答 22) 病棟以外で実施したものは評価されない。

(9「専門的な治療・処置」について)

(問 23) 抗悪性腫瘍剤の使用については注射薬のみが評価されるのか。

(答 23) その通り。

(問 24) 非侵襲的経皮的治療法で抗悪性腫瘍剤を体内へ投与した場合、この項目を評価できるのは、施術当日のみか。

(答 24) 投与した日のみを評価する。

(問 25) 免疫抑制剤の副腎皮質ホルモンについて、プレドニゾンに限定されるものか。

(答 25) 限定するものではない。注射及び内服により投与した自己免疫疾患の治療や臓器移植時の拒絶反応防止目的で使用される副腎皮質ホルモンであれば評価してよい。

(問 26) ドレナージ管理について。経管栄養を注入する目的で胃管が挿入されている患者が嘔吐した場合、看護師が胃管を開放して胃液や胃残の流出を促した。この場合、ドレナージとして認められるのか。

(答 26) ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的で手術創や体腔に誘導管を置いて滲出液や血液等を体外へ持続的に除去する方法をいう。

「持続的」を回数、時間で規定していないが、1回開放すれば、この場合の対応は終わったと考えられるので、「なし」とする。

(問 27) 放射線治療について、他院で治療を受けている患者の場合は、どのような評価になるのか。

(答 27) 「なし」0点として評価する。

○産科・小児科について

(問 28) 産科患者が除外となっているが、産婦人科を標榜している場合、測定対象以外の範囲をどのように考えるのか。

(答 28) 産科患者とは、周産期に加えて切迫早産等の妊娠中の異常も含まれる。ただし、婦人科疾患の治療目的で入院の場合は、看護必要度の測定対象となる。

(問 29) 産科病棟の新生児についても、看護必要度の対象から除外されるのか。

(答 29) その通り。

(問 30) 7対1入院基本料を算定する小児専門病院で、少し成人患者も入院している場合、看護必要度の測定は必要になるのか。

(答 30) 成人患者については、看護必要度の測定対象とする。

(問 31) 外科や耳鼻科等、小児科以外の病棟に入院した15歳未満の患者も、看護必要度の測定対象から除外されるのか。

(答 31) その通り。

(問 32) 産科、小児科を除くということは、7対1看護配置の人員計算からも除くということか。

(答 32) 除外しない。

○看護必要度の研修について

(問 26) 日本看護協会で開催予定の評価者研修を教えてください。

(答 26) 看護研修センター（清瀬）で「手厚い看護を必要とする患者の判定基準概説」研修として、8月22日（定員140名）に開催予定。申し込み期間は5/26～6/9、下記URLを参照のこと。

http://www.nurse.or.jp/nursing/education/training/pdf/h20_kango_keikaku.pdf

その他の研修機関としては、国立保健医療科学院、都道府県看護協会等が主催するものがある。

(問 27) 院内研修は、所定の研修を終了した評価者が行うことが必要なのか。またどのような研修を実施するのか。

(答 27) 院内研修は、所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）または評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

また所定の研修は、看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法、重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法について、講義及び演習により行う研修である。

【入院基本料等加算】

A238 退院調整加算、A241 後期高齢者退院調整加算

(問 1) 退院調整部門を設置していない病院では、「退院調整加算」を算定できないのか。

(答 1) 算定できない。

(問 2) 退院調整部門に配置する専従の看護師の退院調整に関する経験については、過去に病棟で退院調整業務を行っていたことでも差し支えないか。

(答 2) 差し支えない。

(問 3) 専従の看護師または社会福祉士は非常勤やパートでも認められるのか。

(答 3) 非常勤やパートでもよい。

(問 4) 「退院支援計画作成加算」および「後期高齢者退院調整加算」退院支援計画について、専従の看護師又は社会福祉士以外のものが作成しても差し支えないのか。

(答 4) 退院調整部門の看護師、社会福祉士が直接退院支援計画を作成しなくても差し支えないが、計画作成者と連携して内容を把握すること。また、必要な場合は、カンファレンス等を行い、共同で計画を作成する。

(問 5) 退院支援計画書には、所定の様式があるのか。

(答 5) 保医発第 0305001 号「診療報酬の算定穂法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（2008 年 3 月 5 日）別添 1 の 2 別紙様式 4 のとおり、「退院支援計画書」を作成する。

(問 6) 「退院加算」および「後期高齢者退院調整加算」について、病院から自宅に退院した場合だけでなく、他の医療機関や介護保険施設等に転院した場合であっても算定できるのか。

(答 6) 「退院加算」は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者等については算定できない。「後期高齢者退院調整加算」については、他の保険医療機関（特別の関係を含む）等に転院した場合も含まれる。両方とも、死亡退院は含まれない。

【特掲診療料】

B001 特定疾患治療管理料

「糖尿病合併症管理料」について

(問 1) 当該管理料の対象者は糖尿病ハイリスク要因（足潰瘍、足跡・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害）を有する患者とあるが、これ以外の要因、例えば人工透析、血糖コントロール不良等を有する患者は算定できないのか。

(答 1) 算定できない。

(問 2) 爪甲除去、胼胝・鶏眼処置は、30 分の指導に含まれるか。

(答 2) 30 分の指導に含まれる。また、別途算定できる。

(問 3) 集団指導でも算定することが可能か。

(答 3) 集団指導の場合は算定できない。

(問 4) 「糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を 5 年以上有する適切な研修を終了した専任の看護師」に、糖尿病看護認定看護師は該当するか。

(答 4) 該当する。また、皮膚・排泄ケア認定看護師、慢性疾患看護専門看護師もこれに該当する。

(問 5) 日本糖尿病療養指導士の資格を有するものも、これに該当するのか。

(答 5) 過去に実施された日本糖尿病療養指導士の研修は該当しない。

(問 6) 適切な研修とは、具体的にどのような内容なのか。

(答 6) 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容とする演習が含まれるものであり、通算して 16 時間以上又は 2 日間（1 日 8 時間）程度の研修である。

(問 7) 適切な研修について、研修を受けたことを示す修了書が必要なのか。

(答 7) 当該管理料の届出添付書類として、研修を修了していることが確認できる文書を添付する必要がある。

(問 8) 指導計画には所定の基本様式があるのか、それとも院内独自のものを作成することで問題ないか。

(答 8) 所定の様式は定めていないため、院内で定める指導計画で差し支えない。

(問 9) 指導時間についての記録も必要か。

(答 9) 30 分以上指導したことが分かるよう、記録を残す必要がある。

B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2

○「退院時共同指導料」について

(問 1) 「退院時共同指導料」の看護師等とは、どの職種を指すのか。

(答 1) 看護師、准看護師である。ただし、在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して指導を行う場合には、それぞれ医師又は看護師の指示を受けて行うこと。