

# 第64回 精神科病院医事研修会(2/15 WEB)

---

令和6年診療報酬改定(R6.6実施)の概要説明

Ver.1.05

この資料は、2月14日の答申を元に精神科関連をまとめた資料です。  
3月初めに告示・通知、3月下旬に1回目の疑義解釈がでます。  
最新の資料で確認を！

精神科病院医事研修会  
R6.2.15 沼田資料

# 病院の入院料基本料等に関する施設基準の項目追加

## 入院基本料等の施設基準（要点）

- 1 入院診療計画の基準（H18年改定で新設）
  - (1) 医師、看護師等の共同により策定されて入院診療計画であること
  - (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
  - (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- 2 院内感染防止対策の基準（H18年改定で新設）
  - (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
  - (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- 3 医療安全管理体制の基準（H18年改定で新設）

医療安全管理体制が整備されていること。
- 4 褥瘡対策の基準（H24年改定で追加）
  - (1) 適切な褥じよく瘡そう対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
  - (2) 褥じよく瘡そう対策を行うにつき適切な設備を有していること。
- 5 栄養管理体制の基準（H24年改定で追加・R6年改定で変更）
  - (1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）
  - (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。
- 6 意思決定支援の基準（R6年改定で新設）

当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- 7 身体的拘束最小化の基準  
精神科病院における身体的拘束の取扱いについては、精神保健福祉法の規定によるものとする。

# 病院の入院料基本料等に関する施設基準の項目追加

## 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（要約） （H30年3月改訂 厚生労働省）

### 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明  
本人が病院内の多職種チームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本  
本人の意思が変化した都度、それを伝えられるような支援が必要。話し合いが繰り返し行われる  
家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。  
本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 医療・ケア行為の開始・不開始、内容の変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断
- ③ 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

- (1) 本人の意思の確認ができる場合
  - ① 意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
  - ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、適切な情報の提供と説明から本人や家族も含め意思をその都度示し、伝えることができるような支援を行う。
  - ③ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。
- (2) 本人の意思の確認ができない場合
  - ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、最善の方針をとる。
  - ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとる
  - ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとる。
  - ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。
- (3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置  
本人の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合などは、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を受けることが必要である。

# 病院の入院料基本料等に関する施設基準の項目追加

## 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する指針（一例）

### 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する指針（例）

令和○年○月○日制定  
令和●年●月●日改定  
医事研病院

以下の例) はホームページに掲載

#### 人生の最終段階に医療・ケアのあり方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われる定する者として前もって定めておくことも必要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断することが必要である。

# 精神科地域包括ケア病棟入院のまとめ

## 施設基準（要点）

- 精神病棟を単位
- 医師、看護師及び准看護師は、医療法の配置
- 医師の配置 病院に常勤精神保健指定医2名 病棟に専任の常勤精神科医1名
- 看護職員等の配置 13対1**（看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理士の合計）
- 看護職員 の配置 15対1**
- 看護職員の最小必要数の**4割以上が看護師**
- 病棟に**作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理士の数が1以上**
- 夜勤は看護職員2名以上
- 精神科救急医療体制の確保に協力**\*1
- 精神障害者の地域生活に向けた**重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績**\*2を有していること。
- 精神障害者の地域生活を支援する**関係機関等との連携**を有していること。
- データ提出加算に係る届出を行っていること。

### 通知待ち)

- ※1 病院群輪番型精神科救急医療施設  
常時対応型精神科救急医療施設等 想定か
- ※2 訪問診療、訪問看護 想定か

### 例) 60床の病棟の看護職員等の配置

- ・看護職員等数（1日平均入院患者数÷配置区分）×3  $60 \div 13 \times 3 = 13.84 \rightarrow 14$ 人
- ・看護職員数（1日平均入院患者数÷配置区分）×3  $60 \div 15 \times 3 = 12.00 \rightarrow 12$ 人
- ・看護職員中の看護師の比率（4割）
  - ①月平均1日あたり看護職員配置数のうちの看護師数÷②1日看護職員配置数  
 $0.4 = ① \div ② (12) \quad ① = 12 \times 0.4 = 4.8$ 人  $\rightarrow$  約5人
  - ① 月の看護師ののべ病棟勤務時間数の合計÷当該月の日数÷8
  - ② 1日入院患者数÷配置区分×3  $60 \div 15 \times 3 = 12$

配置の一例) 看護師5人、准看護師7人、作業療法士1名、精神保健福祉士1名

# 精神科地域包括ケア病棟入院のまとめ

## 算定要件（要点）

### 精神科地域包括ケア病棟入院料(1日につき) 1,535点

- (1) **算定期間 180日** 算定要件に該当しない場合 精神病棟特別入院基本料(566点)を算定  
 ・精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院を通算
- (2) **自宅等移行初期加算 100点 入院した日から90日**

●過去1年以内に(1)入院料又は(2)自宅等移行初期加算を算定した患者については、(1)又は(2)を算定して  
 いて期間をそれぞれ参入する。

例)半年前に30日入院+加算30日 とすると

今回は 入院料は 180日-30日=150日 加算は 90日-30日=60日 が限度

○精神病棟入院料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行強化  
 病棟入院料の病棟からの転棟は1回のみ

○否定型抗精神病薬加算は1日につき15点

### 例) 50床でひと月(30日) の積算

※精神科地域包括ケア病棟入院料と特別入院基本料の割合

		D	0	10	20	30	40	50
	地ケア算定の人数	E	50	40	30	20	10	0
	特別入院料の人数	式1	16,620,000	16,620,000	16,620,000	16,620,000	16,620,000	16,620,000
精神療養病棟	A	式2	8,490,000	11,397,000	14,304,000	17,211,000	20,118,000	23,025,000
精神科地域包括ケア病棟	B	差	▲ 8,130,000	▲ 5,223,000	▲ 2,316,000	591,000	3,498,000	6,405,000
特別入院基本料	C							
※入院料のみで積算		式1: A×50人×30日		式2: B×D人×30日+C×E人×30日				

## 精神科地域包括ケア病棟入院のまとめ

		精神療養病棟	15対1入院基本料	精神科 急性期治療病棟1	精神科 地域包括ケア病棟
算定の対象となる患者 主な施設基準他		主として長期の入院を要する 精神疾患を有する患者	精神疾患を有する患者	主として急性期の集中的な治療 を要する精神疾患を有する患者	主として地域生活に向けた 重点的な支援を要する精神疾患 を有する患者
新点数		1,108点 (入院期間に関わらず定額)	844点+初期加算 (465点~0点)	2,020点~1,518点 (90日超え15対1出来高)	1,535点+自宅等移行初期加算 (100点)
令和4年度日精協総合調査 一人1日当たり(食事含む)		14,928円	15,386円	23,685円	—
病院	常勤の精神保健指定医	2名	特記事項なし	2名	2名
	PSW又はCPが常勤	1名		—	—
	精神科救急医療体制	—		参加	実績要件
	データ提出加算	—		必須	必須
病棟	専任の常勤精神科医	1名	—	—	1名
	常勤の精神保健指定医	—	—	1名	—
	常勤のPSW又はCP	—	—	1名	—
	常勤のOT又は経験看護職員	1名	—	—	—
	看護職員+看護補助者	看護職員+看護補助者 15対1	—	—	看護職員+OT, PSW, CP 13対1
	看護補助者	—	—	30対1	—
	OT, PSW, CP	—	—	—	OT, PSW又はCP 1名以上
	看護職員	30対1	15対1	13対1	15対1
	看護職員中の看護師比率	2割以上	4割以上	4割以上	4割以上
	夜勤	看護要員2名 (うち看護職員1名)	看護職員2名	看護要員2名 (うち看護職員1名)	看護師2名
夜勤時間72時間	なし	あり	なし	なし	

# 通院・在宅精神療法の見直し

## 現行

### 【通院・在宅精神療法（1日につき）】

- 1 通院精神療法
- イ (略)
- 初診の日、60分以上行った場合
- (1) 精神保健指定医による場合 560点
- (2) (1)以外の場合 540点
- ハ イ及び□以外の場合
- (1) 30分以上の指定医 410点 以外390点
- (2) 30分未満の場合
- ① 精神保健指定医による場合 330点
- ② ①以外の場合 315点
- 注3 20歳未満の患者（1年以内） 350点

注8, 注10, 注11、注12  
施設基準の届出必要

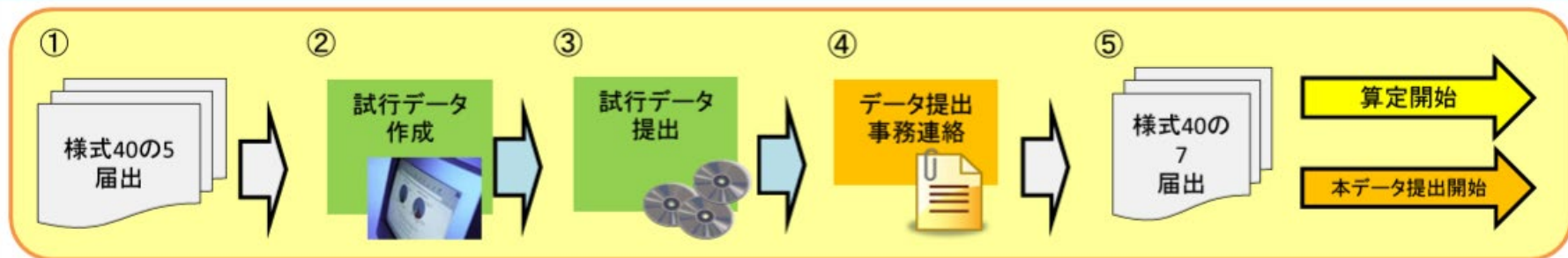
## 改定後

### 【通院・在宅精神療法（1日につき）】

- 1 通院精神療法
- イ (略)
- 初診の日、60分以上行った場合
- (1) 精神保健指定医による場合 600点
- (2) (1)以外の場合 550点
- ハ イ及び□以外の場合
- (1) 30分以上の指定医 410点 以外390点
- (2) 30分未満の場合
- ① 精神保健指定医による場合 315点
- ② ①以外の場合 290点
- 注3 20歳未満の患者（1年以内） 320点
- 注8 療養生活継続支援加算
- イ)精神科退院時共同指導料1を算定 500点
- )イ以外 350点
- 注9 PTSD患者への心理士加算 月2回 250点
- 注10 児童思春期支援指導加算 60分 1,000点
- 注11 早期診療体制加算 3年以内 20点
- 以外 15点
- 注12 情報通信機器を用いた場合
- 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合算定できない。
- 30分以上の指定医 357点
- 30分未満の指定医 274点



# (参考) データ提出加算について



## ①様式40の5の届出

データの提出を希望する病院は、様式40の5を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。**令和5年度における届出の期限は、令和5年5月22日、8月21日、11月20日、令和6年2月20日。**

## ②試行データの作成、③試行データの提出

様式40の5の届出期限である月の翌月から起算して2月分(4回目のスケジュールを除く。次頁参照。)の試行データをDPC調査事務局が提供するDPCデータ提出支援ツールにより作成し、指定する期日までにDPC調査事務局に提出する(厚生労働省が様式40の5を受領後、DPC調査事務局から各病院の連絡担当者宛に案内メールを送信する。)

## ④データ提出事務連絡

試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、DPC調査事務局を通じて保険局医療課から各医療機関の担当者あてに電子メールにて事務連絡(データ提出事務連絡)を送信する。

## ⑤様式40の7の届出以降

様式40の7を用いて、地方厚生(支)局長あて届出を行う。届出が受理された翌月の1日から加算開始となり、**届出が受理された月の属する四半期から本データを提出することとなる。(加算算定開始月と本データ提出開始月の取り扱いは異なる)**

なお、DPCデータ提出支援ツールにおける本データ作成用の形式チェック機能は、厚生労働省が様式40の7を受領後、DPC調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛に案内メールを送信する。

# (参考) データ提出加算について

## 提出データの概要

様式名	内容	入力される内容
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式3	施設情報	入院基本料等の届出状況
様式4	医科保険診療以外の診療情報	医科保険診療以外(公費、先進医療等)の実施状況
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院の出来高レセプト
外来EF統合ファイル	外来医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来の出来高レセプト
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	DPCLレセプト
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報	患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通ID及び被保険者番号等

※上記の様式、ファイル作成方法は

2023年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照。

## (参考) データ提出加算について

### データ提出に遅延等が認められた場合の取扱いについて

- データの提出(データチェックに係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、データ提出締切月の翌々月について、当該加算は算定できない。

※ 「遅延等」とは、以下を指す。

- ①提出遅延：定められた提出期限までに提出されていない。
  - ②提出方法不備：定められた提出方法で提出されていない。
  - ③提出データ不備：定められた形式で提出されていない。(提出すべきデータが格納されていない、または不足している場合を含む。)
- 各調査年度において、累積して3回データ提出の遅延等が認められた場合は、適切な提出が行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行う(様式40の8の提出)こととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できない。その場合、入院基本料にも影響する可能性があるので十分注意する