第66回精神科病院医事研修会 R6.11.22

精神科施設基準の基本

精神科病院医事研究会代表 R6.11.22 沼田資料 施設基準管理士・認定登録医業経営コンサルタント

施設基準とは

例)

A312 精神療養病棟入院料(1日につき)

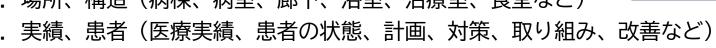
1,108点

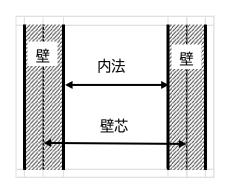
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方 厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出 に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。

この文言があるものは届出しないと算定できない(一部例外)。

●主な施設基準の要件

- 1. 体制、配置(人数、割合、職種、雇用、 勤務、委員会、会議、連携など)
- 2. 経験、資格(研修、認定資格など)
- 機器、設備(医療機器、器材、器具、装置など)
- 構造(病棟、病室、廊下、浴室、治療室、食堂など)
- 実績、患者(医療実績、患者の状態、計画、対策、取り組み、改善など)





面積は「内法」で計測

施設基準の届出

- ○人員や設備・要件など一定の要件を満たすことが必要。
 届出には実績が必要。「届出前1か月の実績」が通常
 例外)精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料
 →届出前4か月(3月以内の在宅移行率の関係)
 精神科地域包括ケア病棟入院料
 →届出前7か月(6月以内の在宅移行率の関係)
- ※新たな届出ができるようになった時 月の最初の開庁日に提出 → その月の1日から算定可能 例)令和7年1月6日(月)に提出 1月1日から算定

施設基準の届出

施設基準等の届出先・お問い合わせ先

• お問い合わせは、各県事務所等の連絡先へお願いします。

基本診療料の届出様式一覧

整理番	受理 番号	施設基準通知			様式のダウンロード					様式のダウンロード (こ伴う)		R6年度診 定 に伴う新 事	こここと たな届出	備考
号		地州	施設基準等名	称	PDFファイル	ワード・エクt ァイル	ヹルフ	新規	要再届 出					
1-0			基本診療料の施設に係る届出書	设基準	• 別添7(1-1) (PDF: 41KB) • 別添7(1-2) (PDF: 80KB)	 別添7 (1-: (ワード: 30KB) 別添7 (1-: (エクセル 31KB) 	2)_							

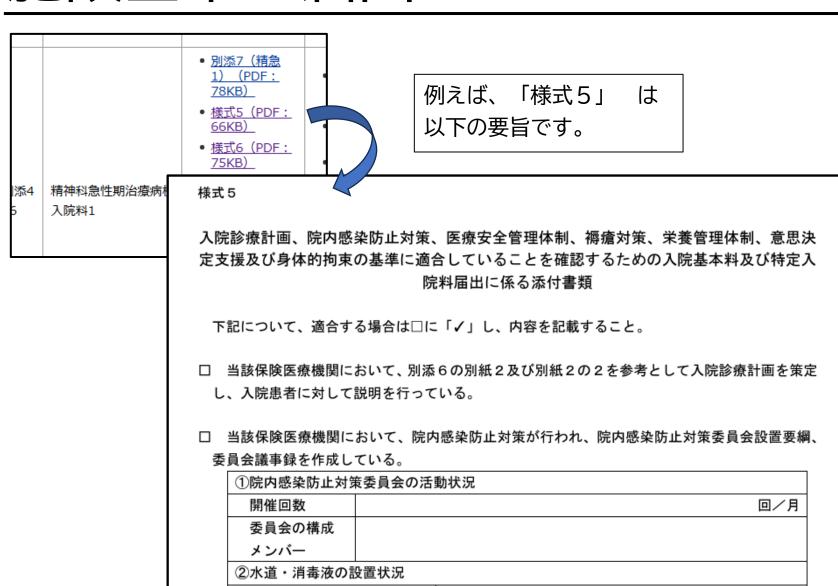
厚生局のHPで提出様式 を確認するのが基本。

「データ提出加算」 の経過措置期限

1-1	情報通信機能強化	1-	精急1	別添4	精神科急性	明治療病棟	 別添7 (精急 1) (PDF: 78KB) 様式5 (PDF: 66KB) 様式6 (PDF: 75KB) 様式7 (PDF: 129KB) 	 別添7 (精急1)	要再届	令和8年6月1日以降に引き続き算定	
1-3	外来感染	158	158	40KB) • 様式9(ワード: 61KB) • 様式20(ワー ド: 44KB)	出	する場合に限る。					
1-4	連携強化				35KB)	<u></u>	• <u>様式53</u> <u>(PDF:</u> <u>85KB)</u>	• 様式53 (ワー ド: 29KB)			4

施設基準の届出

病室数



施設基準の届出を 満たさなくなった時

9月

8月

「変更の届出は、届出の内容と異なった事情が 生じた日の属する月 の翌月に速やか に行うこと。その場合においては、変更の届出を行った 日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定」

10月

例)8月 届出基準を満たさなくなった 9月中 「辞退届」や入院料なら「特別入院基本料」の届出 10月1日から変更後の基準で

ただし、面積要件や月単位で算出する数値を含まない施設基準は その月に変更の届出

例) 8月 届出基準を満たさなくなった 8月中 変更の届出 9月1日から変更後の基準で

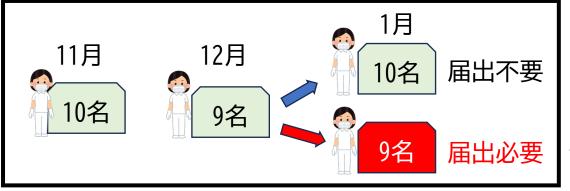
施設基準の届出を 満たさなくなった時の特例

●平均在院日数及び月平均夜勤時間数 歴月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動はOK

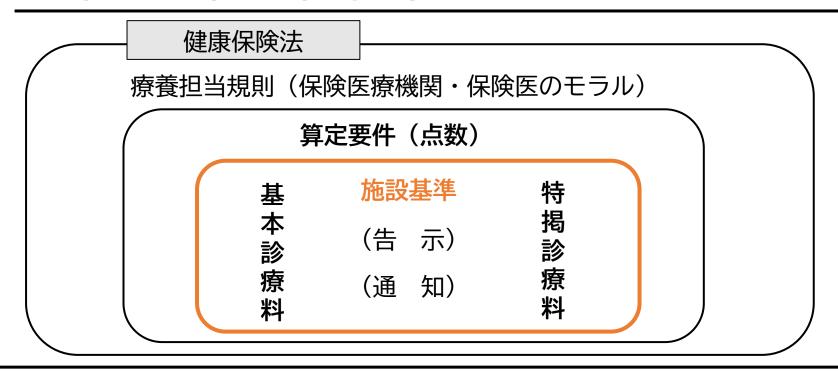
例) 月平均夜勤時間数(72時間) 1割 79.2時間



- ●看護要員の数と入院患者の比率、看護職員の看護師比率 歴月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動はOK
 - 例) 精神療養病棟入院料 患者数50名とすると 看護職員+看護補助者 の必要数 常時10名



施設基準の位置付け



- ●基本診療料の性格と内容 基本的な医療サービスを、初診料・再診料及び入院料の2つに分類し、簡単な検査や 入院なら皮内、皮下及び筋肉注射などの注射手技料、簡単な検査を含めた。
- ●特掲診療料の性格と内容 特殊な診療行為についての費用で、基本診療料として一括支払いことが妥当でない特別な診療行為に対して、個別な点数を設定。
- ●基本診療料と特掲診療料との関係 1人の患者に対する診療行為は、基本診療料と特掲診療料を合算した額

施設基準の届出等分類数(分類は沼田)

基本診療料について 初・再診料(第1節、第2節)施設基準等の数 12 第2部 入院料(第1節~第4節) 同 103 ●特掲診療料について 医学管理等(第1節、第3節) 第1部 同 52 在宅医療(第1節~第4節) 第2部 同 17 第3部 検査(第1節、第3節~第6節) 同 43 第4部 画像診断(第1節~第5節) 3 同 第5部 投薬(第1節~第6節) 同 第6部 注射(第1節~第3節) 同 9 第7部 リハビリテーション(第1節、第2節) 同 第8部 精神科専門療法(第1節、第2節) 同 11 第9部 処置(第1節~第4節) 同 15 第10部 手術(第1節~第5節) 同 128 麻酔(第1節~第4節) 第11部 同 第12部 放射線治療(第1節、第2節) 同 6 病理診断(第1節、第2節) 第13部 同 4 第14部 その他(第1節、第2節) 同

算定項目数の増加

●算定項目数(全項目)の推移

	全項目数	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
R6.6改定時:A	2,401	3	114	102	92	269	20	6	28
H28.4改定時:B	2, 126	3	96	77	70	235	19	6	27
増減数(A-B)	275	0	18	25	22	34	1	0	1

	リハビリ テーション	精神科 専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断	その他
R6.6改定時:A	16	27	203	1, 470	22	12	13	4
H28.4改定時:B	17	26	185	1, 322	22	11	10	0
増減数(A-B)	-1	1	18	148	0	1	3	4

[※] rTMS療法(経頭蓋磁気刺激療法)の追加

●算定項目数(入院料)の推移

	項目数	入院基本料	加算	特定入院料	短期滞在
R6.6改定時:A	114	9	77	27	1
H28.4改定時:B	96	9	63	23	1
増加数(A-B)	18	0	14	4	0

- ・手術を中心に項目数の増加がとまらない。
- ・医療行為がどの項目に該 当するか見極めが専門的・ 複雑

●診療報酬改定に係る答申附帯意見

(全般的事項)近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。(令和2年度)

(全般的事項)近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。(令和6年度)

施設基準(入院基本料)区分

- ●病院の現在の基準 (R6.6)
 - 入院基本料(病院の機能、患者の症状、看護配置によって区分)
 - 1. 一般病棟入院基本料(9) (急性期一般入院料(6)、地域一般入院基本料(3))
 - 2. 療養病棟入院基本料(2) 30区分
 - 3. 結核病棟入院基本料(6)
 - 4. 精神病棟入院基本料(5)(10対1、13対1、15対1、18対1、20対1)
 - 5. 特定機能病院入院基本料(10)(一般病棟(2)・結核病棟(4)・精神病棟(4))
 - 6. 専門病院入院基本料(3)
 - 7. 障害者施設等入院基本料(4)
 - ※他に診療所 2種類
- ●病院の現在の基準(R6.6)
 - 特定入院料
 - 1. 救命救急入院料(4) 2. 特定集中治療室管理料(6)
 - 3.ハイケアユニット入院医療管理料(2)
 - 4. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1)
 - 5. 小児特定集中治療室管理料(2) 6. 新生児特定集中治療室管理料(2)
 - 7. 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料(1)
 - 8.総合周産期特定集中治療室管理料(2) 9.新生児治療回復室入院医療管理料(1)
 - 10. 地域包括医療病棟入院料(1) 11. 一類感染患者入院医療管理料(1)
 - 12. 特殊疾患入院医療管理料(1) 13. 小児入院医療管理料(5)
 - 14. 回復期リハビリテーション病棟入院料(6)
 - 15.地域包括ケア病棟入院料(8)

施設基準(特定入院料)区分

- ●病院の現在の基準(特定入院料)
 - 16.特殊疾患病棟入院料(2)
 - 17.緩和ケア病棟入院料(2)
 - 18. 精神科救急急性期医療入院料(1)
 - 19. 精神科急性期治療病棟入院料(2)
 - 20. 精神科救急・合併症入院料(1)
 - 21. 児童・思春期精神科入院医療管理料(1)
 - 22. 精神療養病棟入院料(1)
 - 23. 認知症治療病棟入院料(2)
 - 24. 精神科地域包括ケア病棟入院料(1)
 - 25. 特定一般病棟入院料(2)
 - 26. 地域移行機能強化病棟入院料(1)
 - 27. 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料(1)
 - ※ 精神病棟で算定できる特定入院料 9項目

施設基準の変遷(精神科主な項目)

- ●昭和49年 精神科作業療法、精神科デイ・ケア
- ●平成6年 精神療養病棟入院料
- ●平成8年

精神急性期治療病棟入院料、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料、精神科デイ・ナイト・ケア

- ●平成14年 児童・思春期精神科入院医療管理加算、精神科救急入院料の新設、 重度痴呆患者デイ・ケア
- ●平成16年 医療保護入院等診療料
- ●平成18年(実質配置・様式9) 精神科ショート・ケア
- ●平成20年 精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算
- ●平成22年

認知症治療病棟入院料(改称)

認知症治療病棟入院料注2に掲げる退院調整加算

●平成24年

児童・思春期精神科入院医療管理料

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算 精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1 精神療養病棟入院料の注5に掲げる退院調整加算

施設基準の変遷(精神科主な項目)

●平成26年

精神病棟入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算 精神病棟入院基本料の注7に掲げる精神保健福祉士配置加算 精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算 精神科急性期治療病棟入院料の注5に掲げる院内標準診療計画加算 精神療養病棟入院料の注6に掲げる精神保健福祉士配置加算

●平成26年 精神科重症患者早期集中支援管理料

●平成28年

精神科救急・合併症入院料の新設 地域移行機能強化病棟入院料の新設 精神科急性期医師配置加算 救急患者精神科継続支援料 依存症集団療法

●平成30年

精神保健福祉士加算の在宅復帰率の見直し

●令和2年

精神科医師配置加算の見直し 精神科身体合併症の見直し 精神療養病棟入院料で疾患別リハビリテーションが算定可能

施設基準の変遷(精神科主な項目)

●令和4年

精神科救急急性期医療管理料(名称・評価の変更) 精神科急性期治療病棟入院料入院期間を3区分に見直し 精神科医師配置加算の見直し 療養生活継続支援加算の新設 通院・在宅精神療法に精神保健指定医を評価

●令和6年

精神科地域包括ケア病棟入院料の新設

地域移行機能強化病棟入院料の見直し

精神科入退院支援加算の新設

通院・在宅精神療法の加算の新設

(早期診療体制充実加算、児童思春期支援指導加算、心理支援加算)

精神科在宅患者支援管理料の見直し

データ提出加算の届出要件拡大

(精神科急性期治療病棟入院料、児童思春期精神科入院医療管理料)

主な精神科入院料の変遷

- ●平成6年 長期にわたり療養が必要な精神障害患者の入院治療 精神療養病棟入院料
- ●平成8年 精神障害等の急性増悪の集中的治療の評価 精神急性期治療病棟入院料 認知症に伴う幻覚等の症状が激しい認知症高齢者の集中的治療 老人性痴呆疾患治療病棟入院料、 老人性痴呆疾患療養病棟入院料 □ ○平成22年 認知症治療病棟入院料(改称)
- ●平成14年 重症の精神科救急患者を受け入れる基幹的病院の評価精神科救急入院料 □ ○令和4年 精神科救急急性期入院医療(改称)
- ●平成20年 身体疾患を併せ持つ精神障害等の治療を評価 精神科救急・合併症入院料
- ●平成24年 小児病院と精神科病院とで異なる治療の評価を統一 児童・思春期精神科入院医療管理料
- ●平成28年 重症の精神科救急患者を受け入れる基幹的病院の評価 地域移行機能強化病棟入院料
- ●令和6年 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟への評価 精神科地域包括ケア病棟入院料

入院料算定の7基準

●入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、<mark>入院診療計画</mark>が策定され、説明が行われていること。
- (2) 医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して策定、病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に7日以内に説明
- (3) 病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録 に記載する
- (4)病名等の説明に対して理解できないと認められない(例えば、小児、意識障害患者)については、その家族等に対して行ってよい。
- (5)説明に用いた文書は、患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとすること。
- (6) 再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した計画書に変更がある場合は、新たに作成し、 説明を行う必要がある。
- ●「入院診療計画書」は医療法上、精神保健福祉法の関連もある。 医療法第六条の四(略)

「手術内容及び日程」は項目 から削除できない

当該患者の診療を担当する医師は、次に掲げる事項を記載した書面の作成並びに当該患者又はその家族への交付及びその適切な説明が行われるようにしなければならない。一患者の氏名、生年月日及び性別二担当する医師の氏名 三入院の原因となつた傷病名及び主要な症状 四入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療(入院中の看護及び栄養管理を含む。)に関する計画 五その他厚生労働省令で定める事項

2 病院又は診療所の管理者は、患者又はその家族の承諾を得て、前項の書面の交付に代えて、を電磁的 方法であつて厚生労働省令で定めるものにより提供することができる。 17

1. 入院診療計画の基準

精神保健福祉法

- ・精神科病院に入院する時の告知等に 係る書面及び入退院の届出等について (平成12年3月30日)
- 2 精神科病院の管理者から都道府県 知事に対する届出等について 精神科病院の管理者から都道府県知事 に対する患者の入退院に際しての届出 については、以下によるものとするの で、遺漏なきようされたい。
- (2) 医療保護入院者に係る届出等について
- ア 都道府県知事に対する届出は、同 条第一項、第三項又は第四項後段の規 定による入院についてそれぞれ別添様 式13(医療保護入院者の入院届)による ものとすること。また、別添様式13の 提出に当たっては入院診療計画書の写 しを添付すること。なお、別添様式13 に添付する入院診療計画書の様式につ いては別途通知することとしているこ と。
- →「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(通知)」(平成26年3月5日保医発0305第1号厚生労働省保健局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知)別添の別紙2の3別紙2の3

点数表には、精神科病棟の入院に別紙2の3を使えとは記載がない。別紙2の3を使うのは以下による。 医療保護入院者の診療計画書である。

●入院診療計画書

別紙2	別紙2-3
通常の入院者	医療保護入院者
病棟(病室)	病棟(病室)
主治医以外の担当者	主治医以外の担当者
※ 在宅復帰支援担当者	選任された退院後生活環境相談員の氏名
病名	病名
症状	症状
治療計画	治療計画
検査内容及び日程	検査内容及び日程
手術内容及び日程	手術内容及び日程
推定される入院期間	推定される入院期間
特別な栄養管理の必要性	特別な栄養管理の必要性
その他	その他
※ 在宅復帰支援計画	退院に向けた取り組み
◇ 総合的な機能評価	◇ 総合的な機能評価

- ※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者
- ◇ 高齢者の身体的・精神的・社会的な機能を多角的に評価する手法

「主治医以外の担当者」欄には、看護師(准看護師士ではない)、管理栄養士などを記載。OTを行うなら、作業療法士の記載を適時調査で求めたりしている。

入院診療計画(電子カルテの場合)

- ●電磁的方法について H19.6.1 疑義解釈その8 厚生労働省医療課
- (問6)医政局長通知で、入院診療計画書の様式が示され、また、病院又は診療所の管理者は、患者又はその家族の承諾を得て、患者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものである場合には、入院診療計画書の交付に代えて、入院診療計画書の記載事項を次の方法により提供することができることとされたが、診療報酬上の取扱いはどのようになるのか。ア パソコン等のモニター画面で表示する方法 イ 電子メールにより送信し、受信者の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法 ウ インターネットにより患者又はその家族の閲覧に供し、患者又はその家族の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法 エ フロッピーディスク、CD-ROM等に入院診療計画書に記載すべき事項を記録し、それを交付する方法
- (答)入院基本料等の施設基準の要件とされている入院診療計画書については 「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について (平成18年3月6日」保医発第0306002号)別添2の別紙様式2の1又は別紙様式2の2に掲げる全ての項目が含まれているものであればよい。なお、別紙様式2の1は医療法上の入院診療計画書の要件を満たすものであり、別紙様式2の2による入院診療計画書を作成する場合には、医政局長通知の様式に掲げられている「検査内容及び日程 「手術内」、容及び日程」及び「推定される入院期間」の記載を個々の患者の必要に応じて含むことにより、医療法上の入院診療計画書の要件を満たすものであること。また、患者等に対する入院診療計画書の提供方法については、患者が文書を入手することができないため、アの方法によることはできないが、イ~エにより行っても差し支えない。なお、その場合においても、当該入院診療計画書に添った患者等に対する説明は行われる必要があること。
- ●入院前外来で交付について H24.3.30 疑義解釈その1 厚生労働省医療課 (問16)入院診療計画書について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合はどうなるか。 (答)入院後7日以内に行ったものと同等の取扱となる。

2. 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2)院内感染防止対策<mark>委員会が設置され、月1回程度</mark>、定期的に開催されていること。対面によらない 方法でも可能。
- (3)院内感染防止対策委員会は、病院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員で構成されていること。
- (4)各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「<mark>感染情報レポート」が週1回</mark>程度作成され、委員 会において十分に活用されていること。
- (5) 職員等に対して流水による手洗いの励行、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えない。

3. 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2)安全管理のための<mark>指針が整備</mark>されていること。 安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生 時の対応方法等が文書化されていること。
- (3)安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていること。
- (4)安全管理のための<mark>委員会が開催</mark>されていること。 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1 回程度開催されていること。対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (5)安全管理の体制確保のための<mark>職員研修が開催</mark>されていること。 安全管理のための基本的考え方及 び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年 2回程度実施されていること。
- ●対面によらない R2.3.31 疑義解釈その1 問175 厚生労働省医療課
- (答)例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。 20

4. 褥瘡対策の基準

- (1) 褥瘡対策が行われていること。
- (2) 褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される <mark>褥瘡対策チーム</mark>が設置されていること。
- (3) 日常生活の自立度が低い入院患者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。
- (4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該 患者の状態に応じて記載すること。<mark>必要に応じて</mark>、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を 記載すること。
- (5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、<mark>体重減少、浮腫の有無</mark>等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
- (6) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。
- (7) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制整備
- (8)毎年8月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

●途中から、褥瘡看護の経験について H24.3.30 疑義解釈その1 厚生労働省医療課 (問17)特別な栄養管理の必要性の有無について、入院診療計画作成時に必要ないと判断した患者が、治療途中に栄養管理が必要となった場合、改めて入院診療計画を作成し、栄養管理計画書を作成する必要があるのか。(答) 特別な栄養管理が必要になった時点で、栄養管理計画書を作成すればよく、改めて入院診療計画書を作成する必要はない。

(問18)入院基本料の褥瘡対策の要件では、褥瘡看護の臨床経験を有する看護職員の配置が必要とされているが、ここでいう褥瘡看護の臨床経験とはどういう経験をさすのか。(答) <mark>褥瘡を有する入院患者に対する看護の経験</mark>を想定しているが、経験を有する看護職員がいない場合には、外部(他院や団体等が主催)の褥瘡に関する研修を受講することが望ましい。

5. 栄養管理体制の基準

- (1) 常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (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。
- (3) 入院時に、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4)特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養管理計画を作成していること。入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、<mark>栄養状態の評価の間隔等</mark>を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期 的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8)管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入する ことができる。
- (9) 管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- ●退院時の評価について R6.3.28 疑義解釈その1 厚生労働省医療課
- 問24 栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う 必要があるか。
 - (答) <mark>必ずしも全ての患者</mark>について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

6. 意思決定支援の基準

- (1)(1)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、<mark>適切な意思決定支援に関する指針</mark>を定めていること。ただし、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する保険医療機関についてはこの限りでない。
- (2) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床 (同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料 及び特定一般入院料の注7に規定する施設基準の届出を行っている病棟又は病床を除く。)については、 令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

7. 身体的拘束最小化の基準

- (1)患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を 行ってはならないこと。
- (2)(1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該 患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。 イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。 ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。

7. 身体的拘束最小化の基準

- (6)(1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和25年法律25第123号)の規定による。
- (7) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り、(1) から(5) までの基準を満たしているものとする。
- ●実時間に含む R6.3.28 疑義解釈その1 厚生労働省医療課

問25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

(答)入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「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(令和6年3月5日保医発第 0305 第5号)」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。 なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その7)」(平成 19年4月20 日事務連絡)別添1の問33及び「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日事務連絡)別添1の問22は廃止する。

●看護補助体制充実加算 R6.9.27 疑義解釈その12 厚生労働省医療課

問1「A103」精神病棟入院基本料又は「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟)を算定する病棟に入 院する患者に対して身体的拘束を行った日についても、「A214」看護補助加算の注4の看護補助体制充実 加算における身体的拘束を実施した日に該当するのか。

(答)精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)の規定に基づいて身体的拘束を実施した場合は該当しない。 24

入院基本料について

- ●病院の入院基本料の主な施設基準(告示)
 - ・夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること
 - ・看護職員の数と入院患者の割合をウェブサイトに掲載していること
- ●病院の入院基本料等の主な施設基準(通知)
- (1)入院患者数について
 - ア 入院患者の数
 - その日の24時に入院中の患者、その日に入院し退院した者又は死亡した者を含む
 - イ 入院患者の数について
 - 直近1年間の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。
- (2)看護要員の数
 - ア 1勤務帯8時間で1日3勤務帯をを標準とし、月平均1日あたりの要件を満たす。
 - イ 看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等(専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。)、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。
 - ウ 病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間を看護要 員の数に算入する。
 - 工 臨時であっても継続して勤務する者は、看護要員の数に参入する。紹介予定派遣、産前 産後休業、育児休業、介護休業中の派遣労働者は参入できる。看護補助者の雇用形態 は問わない(ただし、指揮命令権がない請負方式は除く)
 - オ 1か月以上長期欠勤者、洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

入院基本料について

(3)夜勤における勤務

- ア「夜勤」とは、午後10 時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間
- イ 看護要員は、常時2人以上を配置(ただし、精神病棟は看護職員2名以上)
- ウ 特定入院料を算定している病棟に係る看護要員は算定しない。
- 工 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体(同一の入院基本料を算定する複数の病棟(看護単位)を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体で1か月又は4週間に夜勤時間帯の看護要員延数を夜勤時間帯に従事した実人数で除した数。
- オ 実人員、延べ勤務時間数に夜勤専従者、夜勤時間数が8時間未満の者を含まない。
- カ 申し送った看護職員の夜勤時間は除いてもいい(病棟単位、月単位で選択)。

A103 精神病棟入院基本料

- ハ 十五対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること(精神病棟入院基本料の注の場合を除く。)とする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- ●精神病棟入院基本料の基本 月平均夜勤時間数が72時間以下 夜勤は看護職2名以上 看護師4割以上

別人

A103 精神病棟入院基本料注 2 月平均夜勤時間超過減算

当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

A103 精神病棟入院基本料注7 精神保健福祉士配置加算

- ・ 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置
- ・当該病院に退院支援部署の設置し、専従の精神保健福祉士を1名以上配置

退院支援部署機能同一

精神科地域移行実施加算の地域移行推進室精神科入院退院支援加算の入退院支援部門

退院支援部署 精神保健福祉士の兼務 精神科地域移行実施加算の地域移行推進室 精神科入院退院支援加算の入退院支援部門

・当該病棟の入院患者9割以上が1年以上に自宅等へ移行(3月以内再入院は認めず)

「自宅等へ移行」とは、患家(転棟、転院、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設以外)、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行

A103 精神病棟入院基本料注4 重度認知症加算

- ・ 当該病棟の看護職員の数は常時25対1
- ・算定対象となる重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成18年4月3日老発第0403003号。別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japa n Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。

別紙12

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(抜粋)

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常	
	生活は家庭内及び社会的にほぼ	
	自立している。	
П	日常生活に支障を来すような症	
	状・行動や意思疎通の困難さが	

M	著しい精神症状や周辺症状ある	せん妄、妄想、興奮、自傷・
	いは重篤な身体疾患が見られ、専	他害等の精神症状や精神症状
	門医療を必要とする。	に起因する問題行動が継続す
		る状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成18年4月3日老発第0403003号) 厚生省老人保健福祉局長通知

A103 精神病棟入院基本料注5 救急支援精神病棟初期加算

当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急 搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14 日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加 算する。

A214 看護補助加算

- 1 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること
- 2 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得をでき る内容を含む<mark>院内研修を年1回</mark>以上従事した者であること。
 - ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 - イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
 - ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
 - エ 日常生活にかかわる業務
 - オ 守秘義務、個人情報の保護
 - カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等
- 3 看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直す
- 4 看護師長等は所定の研修を修了していること
- 5 看護職員は以下の研修を修了していること
 - (イ)看護補助者との協働の必要性 (ロ)看護補助者の制度的な位置づけ
 - (ハ) 看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方
 - (二)看護補助者との協働のためのコミュニケーション
 - (ホ) 自施設における看護補助者に係る規定及び運用

3

別添2の第2の11の1

の (4)

A214 看護補助加算充実加算

- (1) 看護補助体制充実加算1の施設基準
 - ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること。
 - イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を 習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講したものであること。なお、研 修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。

エ 日常生活にかかわる業務 _{「業務マニュアル」必要} 別添2の第2の11の1の(4)

- ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること及び当該病棟の全ての看護職員(所定の研修を修了した看護師長等を除く。)が院内研修を年1回以上受講していること。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。
 - (イ) 看護補助者との協働の必要性

(33.3

別添2の第2の11の1の(6)

- (ロ) 看護補助者の制度的な位置づけ
- (ハ) 看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方
- (二)看護補助者との協働のためのコミュニケーション
- (ホ)自施設における看護補助者に係る規定及び運用
- エ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護 補助者の育成や評価に活用していること。
- (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準
 - (1)のイ及びウを満たすものであること。

A312 精神療養病棟入院料

●主な施設基準

- ・病棟の病床数は60床以下、鉄格子がない。
- ・病棟の床面積(内法) 患者1人につき18㎡以上、病室床面積 患者1人につき5.8㎡以上 病棟内にある治療室、食堂、面会室、浴室、廊下、ナースステーション、及び便所等の面積を 算入できる。
 - ※ 患者専用の倉庫は認めている。 第1本でもあれば病院の倉庫といわれる。 エレベータホールは患者が自由に行ければ「廊下」の扱い (経験から)
- ・病棟に談話室、食堂、面会室、浴室(またはシャワー室)、公衆電話を設置
- ・人員基準

病院:常勤の精神保健指定医2名以上、常勤の精神保健福祉士または公認心理師

病棟: 常勤の精神科医師 ← 外来業務及び他病棟の診療は2日まで

- ※ 2日を3日以上の分割することは可能(疑義解釈 H30.3.30)
- ※ 予定外の緊急重症者への対応や行政の仕事は含めず(疑義解釈 H28.4.25) 常勤の作業療法士または作業療法の経験を有する看護師
- →「経験」とは、日精協通信教育のスタンダードコース、シニアコース修了者 看護職員と看護補助者の合計が患者15人に1人以上

精神保健福祉法の「退院後生活 環境相談員」は医療保護入院者

- → 精神保健福祉士、3年以上精神科経験のある保健師、看護師、准看護師 作業療法士、社会福祉士又は公認心理師
- ・患者の金銭管理が適切に行われていること
 - ※ 管理料の徴収は問題ない (経験から)

認知症治療病棟入院料の施設基準(60㎡)

A312 精神療養病棟入院料

- ・病院に作業療法室(OT1人50㎡)又は生活機能回復訓練室を有している。
- ・退院支援委員会の設置
- ●退院支援相談員と退院支援委員会について
- ・退院支援相談員の業務
 - ア 退院に向けた相談支援業務
 - (イ) 当該患者及びその家族等からの相談、退院に向けた意欲の喚起。看護記録等 に記録をすること。
 - (ロ)患者の治療に関わる者との連携を図ること。
 - イ 退院支援委員会に関する業務 退院支援委員会を、当該患者1人につき月1回以上行うこと。なお、医療保護入 院の者について、精神保健福祉法の委員会開催をもって、退院支援委員会の開催 とみなす。
 - ウ 退院調整に関する業務 居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相 談支援事業所等と連携する。
- ・退院支援委員会の出席者
 - ア 当該患者の主治医
 - イ 看護職員(当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
 - ウ 当該患者について指定された退院支援相談員
 - エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
 - オー当該患者
- シロ 男★の家族等 必要に応じて出席
 - キ 相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

A312 精神療養病棟入院料注4 重症者加算1

- ●施設基準
 - 病院が次のいずれかの要件を満たすこと
 - (1)常時対応型精神科救急医療施設等に該当
 - (2)輪番対応型精神科救急医療施設等であって、ア又はイに該当
 - ア 時間外、休日又は深夜の入院件数が年4件以上
 - イ 時間外、休日又は深夜に外来対応件数が年10件以上 情報センター、他医療機関、警察等からの依頼は日中も件数に含む
 - (3)精神保健指定医がア又はイのいずれかに該当する
 - ア 自治体の夜間・休日急患センター等の精神科診療協力を年6回以上
 - イ 措置診察等の業務を年1回以上

A312 精神療養病棟入院料注 5 精神保健福祉士加算

- ●施設基準(当該病棟ごと)
 - ・当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士が配置
 - ・退院支援部署の設置(専従の精神保健福祉士を1名以上配置)
 - ・当該病棟の入院患者のうち7割5分以上が入院日から起算して1年以内に自宅等へ
 - (問) 精神療養病棟の退院支援相談員と精神保健福祉士加算によって病棟専従配置された 精神保健福祉士の兼務は可能か(疑義解釈 H26.3.31)
 - (答)退院支援相談員が当該病棟の入院患者に対してのみ指定される場合に限り、可

別人

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

●通則(抜粋)

・当該病院に<mark>他の精神病棟を有する場合</mark>は、精神病棟入院基本料の十対一入院基本料、 十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院 基本料又は特定入院料を算定している病棟であること。

「特別入院基本料」は含まれていない。

・データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

令和6年3月31日に届出を行っている保険医療機関は、令和8年5月31日までは 基準を満たしているものとする。

●取扱い通知

・当該病院が精神科救急医療システムに参加していること。

精神科輪番を抜けてはいけない。

- ・1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、<mark>4割以上が新規</mark> 患者の延べ入院日数である。
- ・新規入院患者のうち<mark>4割以上が入院日から起算して3月以内に退院</mark>し、自宅等へ移行する こと。

A249 精神科急性期医師配置加算

●通則

当該病棟における常勤の医師は、<mark>当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上</mark>配置されていること。 なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

●主な施設基準

	算定病棟	在宅移行率	クロザピン 新規導入患者	時間外 外来診療	時間外 入院		
加算1	救急急性期入院料 急性期治療病棟1	6割以上	6件/年以上	20件/年以上	8件/年以上		
加算2の口	急性期治療病棟	6割以上		20件/年以上	8件/年以上		
加算3	救急急性期入院料 急性期治療病棟 1	4割以上	3件/年以上	20件/年以上	8件/年以上		
加算2のイ	10対1、13対1 精神病棟入院基本料	・内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 ・入院を要する(第二次)救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 ・精神科リエゾンチーム加算に係る届出 ・直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 ・精神科医が救急車等搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察していること。					

問41 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料(編注;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又は精神科救急・合併症入院料について、「クロザピンを新規に導入する」とは、当該病棟においてクロザピンを新規に投与開始したことを指すのか。 (答)そのとおり。 (疑義解釈 R2.3.31 その1 問41)

問42 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「(略)クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、4割(6割)以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること」とあるが、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

(答) 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。 (疑義解釈 R2.3.31 その1 問41)

A314 認知症治療病棟入院料1、2

●人員配置

精神科病院には常勤医の精神保健指定医の配置(再度徹底)

平成6年5月25日(健医発第629号)(各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知)

区分	入院料1	入院料2			
医師	病院内に精神科医師	病院内に精神科医師			
作業療法士	病棟に専従	OTが週1回以上の評価OTの経験の ある看護師			
病院内に専従する精神保健福祉士芸	スは専従する公認心理師がいずれか	1名以上			
看護職員の数	常時20対1	常時30対1			
看護師の比率	看護職員必要数の2割以上				
看護補助者の数	常時	25対1			

A309 特殊疾患病棟入院料2

- ●主な施設基準
- ・当該病棟に選任の医師・患者1人当たり内法で16㎡以上
- ・データ提出加算
- ●患者の要件

当該病棟の入院患者数の8割以上が、重度の肢体不自由児(者) (日常生活自立度のランクB以上に限る。)等の重度の障害者(ただし、脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者(平成20年10月1日以降に限る。)を除く。)であること。なお、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にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準 (抜粋)

-	1	
生		何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独
活	ランクI	力で外出する
自) / / J	1 交通機関等を利用して外出する
立		2 隣近所へなら外出する
2440		屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しな
進		\v
寝		1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生
た	ランクA	活する
き		2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をし
り		ている
		屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生
	ランクB	活が主体であるが座位を保つ
寝	/ / D	1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
た		2 介助により車椅子に移乗する
き		1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を
り		要する
	ランクC	1 自力で寝返りをうつ
		2 自力で寝返りもうたない
	ortoles and the se	てけ補法目の自助目等の翌日を使用した状態であっても差し支

えない。

「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号) 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

A000 初診料注15 医療DX推進体制整備加算

医療DX推進体制整備加算 主な施設基準

注意

R6.5.17 沼田資料

- ① 診察室等において、マイナ保険証で閲覧又は活用できる体制(R6.6から)
- ② マイナ保険証の利用勧奨の掲示(R6.6から)
- ③ マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。(R6.10から)
- ④ 電子処方箋を発行する体制を有していること。(R7.4から)
- ⑤ 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。(R7.10から)
 - ② マイナ保険証の利用勧奨の掲示(R6.6から)

(その1 窓口・受付対応編)

 ② 窓口での声掛け(「マイナンバーカードをお持ちですか。」) ● 受付の際、これまでの「健康保険証をお持ちですか」に替えて、まず「マイナンバーカード(マイナ保険証)」の利用をお声かけください。 ● 持参されていない方には、「ぜひ次回はマイナンバーカードをお持ちください」とお伝えください。 	
 ② チラシ・ボスター等の院内配布・掲示 ● マイナンバーカード(マイナ保険証)を利用いただくためには、<u>目に見えるところにボスター等が掲示されていること</u>が重要です。 ● また、マイナ保険証を利用すれば、<u>医療費 (20円) が節約されます。</u>院内掲示等によってご案内ください。 	
③ 健康保険証の利用申込みに関するご案内 マイナンバーカードさえお持ちであれば、窓口のカードリーダーで健康保険証の利 用申込みが可能です。院内の掲示等により、ご案内をお願いいたします。	
 ④ 担当者の配置や専用レーンの設置 ● マイナンバーカード(マイナ保険証)を初めて利用される際には戸惑われる方もおられます。 ● ご案内担当者を取組の最初の時期に配置することや、専用レーンの設置などによって利用増につながっている例もあり、積極的なご検討をお願いします。 	

(その2 ホームページ等のご案内見直し編)

① 「受診の際持参するもの」に「マイナンバーカード(マイナ保険証)」も記載	
医療機関のHPやリーフレットなどに、「受診の際に持ってくるもの」として、「健康保	П
険証」のみを記載している場合、 <u>「マイナンバーカード(マ</u> イナ保険証)または健康保	
<u>険証」</u> に修正をお願いいたします。	
② マイナ保険証での受診では「限度額適用認定証」が不要であることを明記	
医療機関のHPやリーフレットに、マイナ保険証で受診する場合は「限度額適用認定	
証」が不要であることを明記していただくようお願いいたします。	

·R6.10月改定 医療DX関連(8点)

医療DX推進整備加算111点マイナ保険証利用率15%医療DX推進整備加算210点"10%医療DX推進整備加算38点"5%

※マイナ保険証利用率が基準を満たさない場合は、加算できない。

R6.2 厚生労働省「マイナ保険証の利用促進について」

9

利用率の計算(①と②の高い方)

- ①レセプト件数利用率
 - =マイナ保険証の利用者の合計÷レセプト枚数
- ②オンライン資格確認件数ベース利用率
 - =マイナ保険証の利用件数÷オンライン資格確認等システムの利用件数

A230-2 精神科地域移行実施加算

●施設基準(抜粋)

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとすること。
- (2)精神病棟入院基本料(15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料に限る。)、特定機能病院入院 基本料(15対1精神病棟入院基本料に限る。)、<mark>精神療養病棟入院料</mark>のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 当該病院に専門の部門(以下この項において「地域移行推進室」という。)が設置
- (4) 地域移行推進室に<mark>常勤の精神保健福祉士が1名以上配置</mark>されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従。また、当該精神保健福祉士は、精神病棟入院基本料の「注7」等に規定する退院支援部署及び精神科入退院支援加算に規定する入退院支援部門と兼務。地域移行推進室は、退院支援部署又は入退院支援部門と同一でも差し支えない。
- (5) <mark>当該保険医療機関における</mark>入院期間が<mark>5年を超える入院患者数</mark>のうち、退院した患者(退院後3月以内に再入院した患者を除ぐ。)の数が1年間で5%以上の実績(以下この項において「退院に係る実績」という。)があること。

病院全体の数値

●疑義解釈 H20.5.9 その2

(問10) 精神科地域移行実施加算について、退院に係る実績は1月から12月までの1年間とされているが、この期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については、実績に算入できるか。

(答) 退院に係る実績は、1月1日において入院期間が5年以上である患者について算入するため、問の患者については、次年度の実績として算入する。

(問11) 精神科地域移行実施加算を初めて届け出る場合は、届け出る月の前月から遡って1年間の実績が要件とされているが、届け出後に再入院した患者が出たために要件を満たさなくなった場合は算定できるのか。

(答) 届け出は無効となるため、速やかに届出の取り下げを行うこと。

精神科地域移行実施加算の施	設基準に係る届出書添付書類
1 病棟の体制に係る要件	
当該病棟で算定している入院基本料等	
地域移行推進室に配置されている精神	
保健福祉士名 (1名以上)	
2 実績に係る要件	
① 当該病院において、1月1日にお)
いて入院期間が5年以上である患者	
のうち、1 月から 12 月までの間に退	
院した患者(退院後3月以内に再入	
院した患者を除く。)数	
② 当該病院において、1月1日にお)
いて入院期間が5年以上である患者	
数	
	9

A246-2 精神科入退院支援加算

●施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4)次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
 - (イ)他の保険医療機関 (ロ)障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等 (二)介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密 着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手 続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

▶ 精神科入退院支援加算の入退院支援部門、精神保健福祉士の兼任

精神科入退院支援加算の入退院支援部門

同一でよい

- ・精神保健福祉士配置加算の 退院支援部署
- ・精神科地域移行実施加算の 地域移行推進室

精神科入退院支援加算の精神保健福祉士、看護師

兼務について

- ・精神療養病棟の退院支援相談員と兼務可
- ・精神保健福祉士配置加算の精神保健福祉士と兼務可
- 精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務可

施設基準

入退院支援及び地域連携業務に<mark>専従する</mark>看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に<mark>専任で配置</mark>されていること。

以前からある一般科の「A246 入退院支援加算」に同様の文言があります。「選任で配置」の解釈は、最初の部分にある「**専従する**」ことになりますので、病棟**専任**配置職員を看護師にすると、その看護師は看護業務ができません。

| 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士 | 専任者 B | 兼務可能 | 専任者 B (業務は専従) A病棟、B病棟・120床 | 専任者 C (業務は専従) C病棟、D病棟・120床 |

R6.3 沼田まとめ

看護師B:

看護業務×

●入退院支援部門と病棟の従事者 入退院部門には専従者と専任者の2名 病棟には業務専従の専任者1名

●入退院支援部門と病棟の「専従・専任」

配置例

例1)入退院支援部門

精神保健福祉士Aが専従 看護師Bが専任

病棟

★ 看護師Bが業務専任又は 精神保健福祉士Cが業務専任

例2)入退院支援部門

精神保健福祉士Aが専任

₹看護師Bが専従

病棟

精神保健福祉士Aが業務専任又は 看護師Cが業務専任

ポイント!

看護業務ができない看護師 を確保できるか

 $\times 100$

I002 通院・在宅精神療法注11 早期診療体制充実加算

●施設基準

- (1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置。
- (2)30分・60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が5%以上
- (3)診療所は、過去6か月間の算定回数の合計を勤務する医師の数で除した数が60以上であること。
- (4)地域の精神科救急医療体制の確保に協力していること。 アからウまでのいずれかを満たしていること。
 - ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療機関
 - イ 病院群輪番型施設であって、
 - (イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。
 - (イ)時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上他
 - (ロ)時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上
 - ウ(イ)(ロ)(ハ)を満たしていること。
 - (イ) 精神科救急医療確保事業において外来対応施設
 - (ロ)時間外対応加算1の届出を行っていること。
 - (八) 常時対応できる体制
- (5)当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医として精神保健指定医よしての業務等を年1回以上。なお、常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。
- (6)次のいずれかの届出

児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算、精神科リエゾンチーム加算、 依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、精神科入退院支援加算、児童・思春期精神科入院医療管理料 認知療法・認知行動療法、依存症集団療法、精神科在宅患者支援管理料

●早期診療体制充実加算の届出状況

R6.10.1 現在

	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
病院	1	1	1	3	5	1
診療所	0	0	0	0	1	0
合計	1	1	1	3	6	1

●届出医療機関(13)

初診日に60分以上(1-口) + 30分以上(1-八) + 在字

6か月間の通院・在宅精神療法

青森県立つくしが丘病院 未来の風せいわ病院 東北大学病院 秋田大学医学部附属病院 秋田緑ヶ丘病院 市立秋田総合病院 出形さくら町病院 米沢こころの病院 山形県立こころの医療センター 酒田駅前メンタルクリニック かみのやま病院 秋野病院 竹田綜合病院

4(

I007 精神科作業療法

●施設基準

・作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。

ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア(以下この項において「精神科ショート・ケア等」という)に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることは可能である。

- ・患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50 人を標準とすること。
- ・作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、 作業療法士1人に対して50 平方メートル(内法による測定による。)を基準とするこ と。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」 ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用 することは差し支えない。

○留意事項通知

- ・実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- ・1人の作業療法士が、1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、 1人の作業療法士の取扱い患者数は1日2単位50人以内を標準とする。
- 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- ・ 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

I008-2 精神科ショート・ケア、I009 精神科デイ・ケア

	区分	患者数	占有面積	標準実施時間
	小規模なもの	従事者2人に 1回20人を限度	3 0 ㎡ (3. 3㎡/患者1人)	
 精神科ショート・ケア	大規模なもの	従事者4人に 1回50人を限度	6 0 m²	3時間
	大大規模なもの	従事者6人に 1回70人を限度	(4.0㎡/患者1人)	

	区分	患者数	占有面積	標準実施時間	
	小規模なもの	従事者3人に 1回30人を限度	40㎡ (3.3㎡/患者1人)		
精神科デイ・ケア	大規模なもの	従事者4人に 1回50人を限度	6 0 m²	6時間	
	大大規模なもの	従事者6人に 1回70人を限度	(4.0㎡/患者1人)		

[※] 治療の一環として治療上の目的のために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

I008-2 精神科ショート・ケア、I009 精神科デイ・ケア

	区分		従事者		
	精神科ショート・	建地利尼 師	専従者1人		
	ケア	精神科医師	看護師・作業療法士・精神保健福祉士・公認心理師のいずれか1人		
小規模	小規模 精神科デイ・ケア 精神科医師		専従者	皆2人	
		作業療法士・精神保健福祉士 ・公認心理師のいずれか1人	看護師1人		

	区分	従事者				
	精神科ショート・ ケア 大規模 精神科デイ・ケア		専従者3人			
—————————————————————————————————————		精神科医師	作業療法士または経験の ある看護師のいずれか1人	看護師1人	精神保健福祉士または 公認心理士のいずれか1人	
		ケア 精神科医師		専従者3人		
			作業療法士または経験の ある看護師のいずれか1人	看護師1人	精神保健福祉士または 公認心理士のいずれか1人	

	区分		従፟፟	事者	
	精神科ショート・ ケア 大 大規模	地主为小人工产品工			
大		精神科医師 2人	作業療法士または経験の ある看護師のいずれか1人	看護師1人	精神保健福祉士または 公認心理士のいずれか1人
大規模		ルキャサインローウエ	専位	4者3人+従事者	f1人
	精神科デイ・ケア	精神科医師 2人	作業療法士または経験の		

I010 精神科ナイト・ケア I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア

	患者数	占有面積	標準実施時間
精神科ナイト・ケア	従 事者 3人に 1回20人を限度	4 0 ㎡ (3. 3㎡/患者 1 人)	4時間 (午後4時以降開始)
精神科デイ・ナイト・ケア	従 事者 3人に 1回30人を限度	4 0 m²	1 〇吐明
大規模 精神科デイ・ネイト・ケア	従事者6人に 1回70人を限度	(3.3㎡/患者1人)	10時間

※ 精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一時間帯に混在して実施してはならない。

区分	従事者			
	精神科医師	巨	厚従者2人	
精神科1ナイト・ケア		作業療法士または経験のある 看護師のいずれか1人	看護師・精神保健福祉士・公認心理士・ 栄養士のいずれか1人	
	精神科医師	専従者2人		
精神科デイ・ナイト・ケア		作業療法士または経験のある 看護師のいずれか1人	看護師・精神保健福祉士・公認心理士・ 栄養士のいずれか1人	
十坦塔	精神科医師	専従者3	3人+従事者2人	
大規模 精神科デイ・ナイト・ケア 		作業療法士または経験のある 看護師のいずれか1人	看護師・精神保健福祉士・公認心理士・ 栄養士のいずれか1人	

精神科専門療法の経済効率

専従職員の損益分岐点(人件費割れしない限界点)から最大算定人数まで、 1人増やす毎の収益

項目	職員数	損益分岐点 患者数	算定 最大数	分岐点超え1人増 の年間収益
精神科作業療法	1名	10.47名	50名	484,000円
デイ・ケア(小)	2名	8.09名	20名	1,298,000円
デイ・ケア(大)	3名	10.55名	50名	1,540,000円
ショート・ケア(小)	1名	9.50名	20名	605,000円
ショート・ケア(大)	2名	14.46名	20名	726,000円
ナイト・ケア	3名※1	13.26名	20名	1,188,000円
デイ・ナイト・ケア	4名 ^{※2}	9.55名	30名	2,200,000円
認知症デイ・ケア	3名	6.81名	25名	2,288,000円

※1: 労務管理上専従者数を1.5倍 ※2: 労務管理上専従者数を2倍とした。

お引き続き様式9の説明です。

※ わからない事はご遠慮なくお問い合わせ下さい。

安田病院 沼田 TEL 022-256-5166 FAX 022-256-5180 shu-n@hospyd.com