

第90回病院事務管理者 ネクスト研修会

安田病院事務長 沼田 周一

令和6年度診療報酬改定 点数読み解き

R6.5.17版

テーマ

- 医療情報取得加算
- 看護補助体制充実加算
- 精神科入退院支援加算
- 感染症関連
- 投薬
- 早期診療体制充実加算
- ベースアップ評価料
- 精神科地域包括ケア病棟入院料

医療情報取得加算

施設基準のまとめ

第1の8 医療情報取得加算

- オンライン請求をしていること
- オンライン資格確認の運用をしていること
- 以下を掲示とウェブサイトに掲載していること（ウェブサイトの掲載は、R7.5.31までではなくてもOK）
 - ・ オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - ・ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

医療情報取得加算の掲示例)

当院はオンライン資格確認について下記の整備を行っております。

- ・ オンライン資格確認を行う体制を有しております。
- ・ 薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して診療を行います。

上記を満たせば。届出を行う必要はないこと。

医療情報取得加算

点数

マイナ保険証利用しない

マイナ保険証利用する

- | | | | |
|-----|-------|----------------|----------------|
| ●初診 | 月に1回 | 医療情報取得加算1 (3点) | 医療情報取得加算2 (1点) |
| ●再診 | 3月に1回 | 医療情報取得加算3 (2点) | 医療情報取得加算4 (1点) |

14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して**十分な情報**を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報等を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

医療情報取得加算

点数（留意事項） 月1回 医療情報取得加算1、医療情報取得加算2

第1節 初診料 A000 初診料 (30) 医療情報取得加算

ア 「注15」に規定する医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、初診時に患者の**薬剤情報や特定健診情報等の診療情報**を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合に、医療情報取得加算1として、**月1回に限り3点**を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項（大正11年法律第70号）に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、**医療情報取得加算2として、月1回に限り1点**を所定点数に加算する。

イ 医療情報取得加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内に掲示するとともに、原則として、**ウェブサイトに掲載**し、必要に応じて患者に対して説明する。(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

ウ 初診時の**標準的な問診票**の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報取得加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式54を参考とする。

(別紙様式 54)

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報取得加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・・・症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・・・医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）
 - ・・・薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気ににかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・・・病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能）
 - ・・・受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・・・原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・・・妊娠週数 等

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報取得加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

(記載例)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



とっても簡単! マイナンバーカード

1 受付

マイナンバーカードをカードリーダーに置いてください。



2 本人確認

顔認証または4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証



暗証番号



or

3 同意の確認

診療室等での診療・服薬・健診情報の利用について確認してください。

過去の情報を利用いたします

同意しない 同意する

(40歳以上対象) 過去の情報を利用いたします

同意しない 40歳未満 同意する

※高齢者医療制度をご利用される方は、続けて確認画面をお見せします。

4 受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



「医療DXの推進のためのオンライン資格確認の活用」の流れ

項目	期間	初診時		再診時	
		1月に1回		1月に1回	
		加算1	加算2	加算3	加算4
		利用しない	利用した	利用しない	利用した
電子的保健医療情報活用加算	R4.4～R4.9	3点	7点	－	4点
医療情報・システム基盤整備 体制充実加算	R4.10～R5.3	4点	2点	－	
	R5.4～R5.12	6点	2点	2点	－
	R6.1～R6.5	4点	2点	－	－
医療情報取得加算	R6.6～	1月に1回		3月に1回	
		3点	1点	2点	1点
医療DX推進体制整備加算		8点		－	－

○施設基準の届出（医療情報取得加算）

医療情報取得加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

○施設基準の届出（医療情報DX推進体制整備加算）

医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添7の**様式1の6**を用いること。

医療DX推進体制整備加算の施設基準
に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

施設基準		
1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	□
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	□
3	オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制が整備されている	□
4	「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている	□
5	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	令和()年 ()月
6	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	□
7	マイナ保険証の利用率が一定割合以上である	□
8	届出時点における、直近の社会保険診療支払基金から報告されたマイナ保険証利用率	() %
9	医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している	□
10	医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	□

医療DX推進体制整備加算の 届出用紙（様式1の6）

【記載上の注意】

- 「5」については、届出時点で電子処方箋を未導入の場合に記載すること
- 「6」については、令和7年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。
- 「7」及び「8」については、令和6年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。
- 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り、「6」については、令和7年9月30日までの間に限り、「10」については、令和7年5月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- 「10」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

電子処方箋の導入予定時期

R6.10.1以降に届出を行う場合

電子処方箋の導入予定時期

- 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）

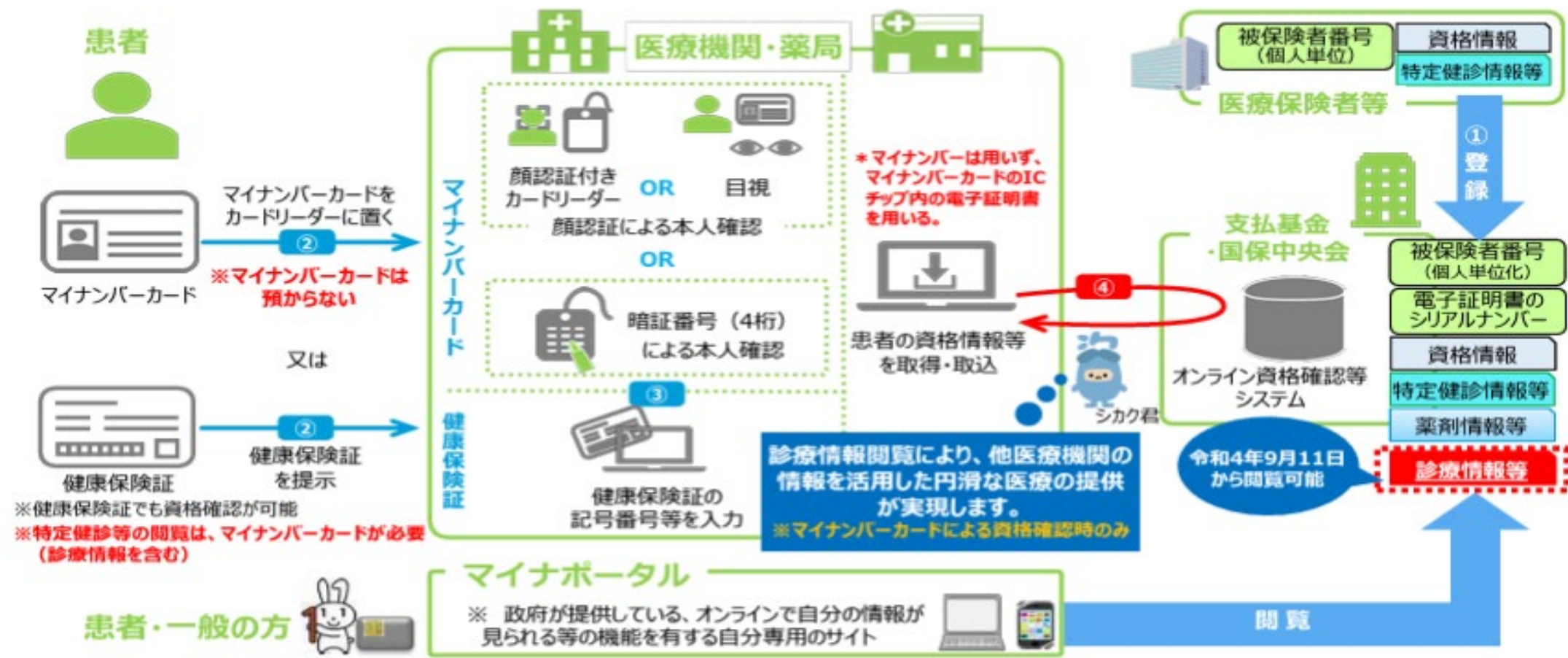
<p>① 窓口での声掛け（「マイナンバーカードをお持ちですか。」）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 受付の際、これまでの「健康保険証をお持ちですか」に替えて、まず「<u>マイナンバーカード（マイナ保険証）</u>」の利用をお声かけください。 ● 持参されていない方には、「<u>ぜひ次回はマイナンバーカードをお持ちください</u>」とお伝えください。 	□
<p>② チラシ・ポスター等の院内配布・掲示</p> <ul style="list-style-type: none"> ● マイナンバーカード（マイナ保険証）を利用いただくためには、<u>目に見えるところにポスター等が掲示されていることが重要</u>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</u>されます。院内掲示等によってご案内ください。 	□
<p>③ 健康保険証の利用申込みに関するご案内</p> <p>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。</p>	□
<p>④ 担当者の配置や専用レーンの設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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）

<p>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、「健康保険証」のみを記載している場合、「<u>マイナンバーカード（マイナ保険証）または健康保険証</u>」に修正をお願いいたします。</p>	□
<p>② マイナ保険証での受診では「<u>限度額適用認定証</u>」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「<u>限度額適用認定証</u>」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。</p>	□

オンライン資格確認における診療情報閲覧について

- オンライン資格確認等システムにおいては、マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、これまで医療機関や薬局で特定健診情報や薬剤情報等が閲覧できましたが、**令和4年9月11日から診療情報も閲覧できるようになりました**（マイナポータルでの閲覧も可能）。
- 診療情報とは、患者が過去に医療機関を受診した際の診療情報です。閲覧できる情報は、次ページを参照ください。



閲覧できる診療情報

— 令和5年5月11日時点 —

- 医療機関・薬局においては、患者の同意のもと、これまでの「薬剤情報・特定健診等情報」に加えて、受診歴や手術情報も含む診療実績などの「診療情報」が閲覧可能になります。
- また、マイナポータルだけでなく医療機関・薬局においても、手術情報も含む「診療情報」が閲覧可能です。

診療/薬剤情報一覧 作成日: 2023年2月8日 1 / 3ページ

氏名カナ	イシダ マチ	保険者番号	06140248
氏名	石田 マチ	被保険者証等記号	10
生年月日	1990年1月1日	性別	男
		年齢	33歳
		被保険者証等番号	005
		枝番	01

この診療/薬剤情報一覧は、2022年12月までの診療行為及び医薬品情報も表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。(レセプトや処方箋の場合など、診療行為/医薬品が表示されない場合があります)

受診歴

医療機関名	受診歴
サンプルC病院	21年12月
サンプルAAクリニック	21年11月
サンプルDクリニック	21年10月
サンプルFクリニック	21年10月
サンプルE病院	21年9月

診療/薬剤実績

診療/薬剤	入薬 区分	診療 区分	診療行為名/医薬品名 (成分名)	数量/日数/回数*

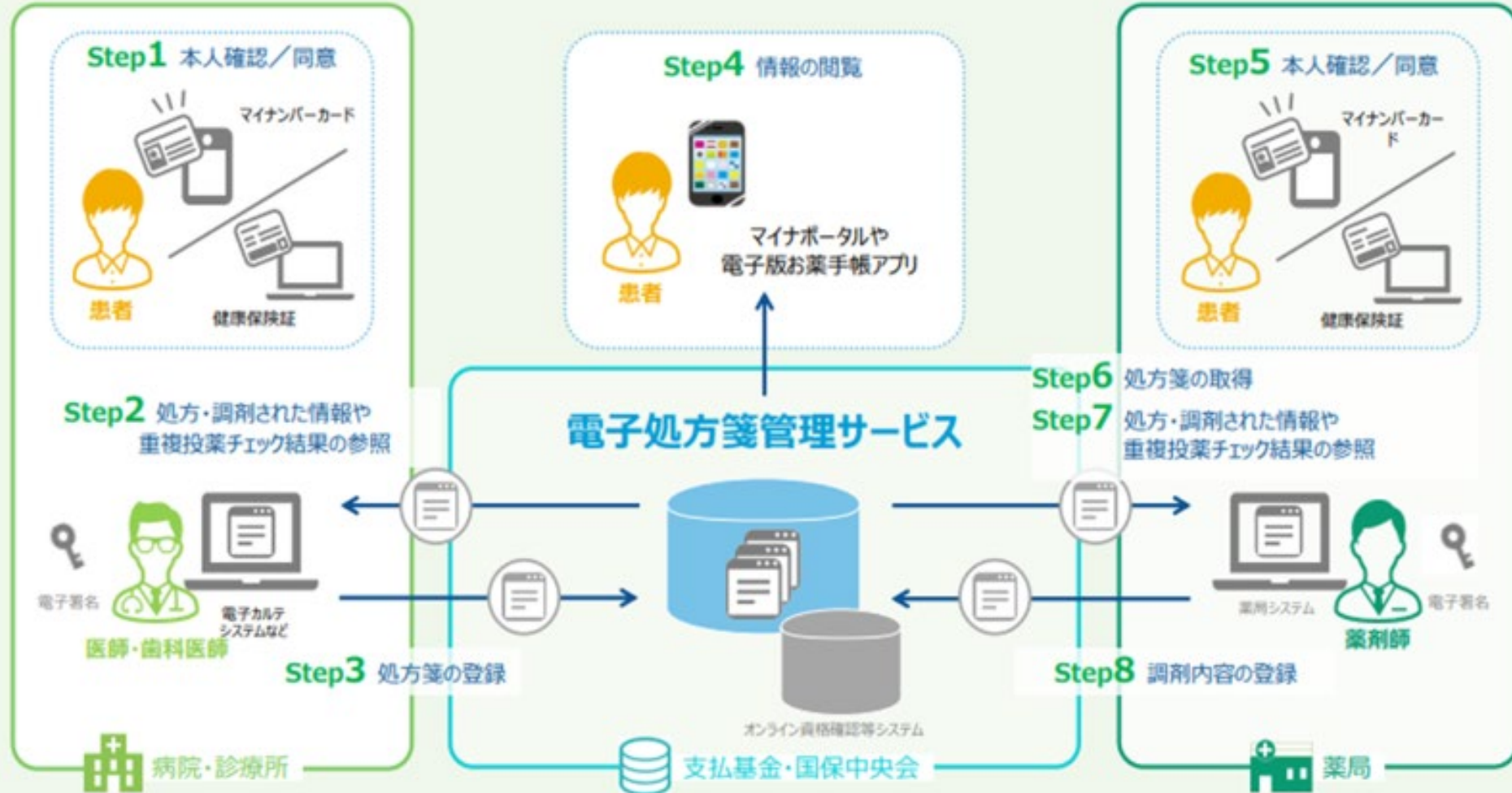
医療機関・薬局にて閲覧できる診療情報は、**受診歴**（医療機関名、受診歴）、**診療実績**（診療年月日、入外等区分、診療識別、診療行為名（放射線治療、画像診断、病理診断、医学管理等、在宅医療のうち在宅療養指導管理料、処置のうち人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流、手術（移植・輸血含む）、入院料のうち短期滞在手術等基本料）など）

※ 診療情報として、令和4年6月以降に提出されたレセプトに含まれる情報を元にした3年分の情報が参照可能（令和3年9月以降に行われた診療行為に限る）

電子処方箋でできること

電子処方箋は、オンライン資格確認の仕組み（オンライン資格確認等システム）を基盤とした「電子処方箋管理サービス」を通して、医師・歯科医師、薬剤師間で処方箋をやり取りする仕組みです。

医師・歯科医師が処方箋を「電子処方箋管理サービス」に送信し、薬剤師がその処方箋を薬局のシステムに取り込み、お薬を調剤します。お薬を調剤した後、薬局は調剤結果を「電子処方箋管理サービス」に送信します。調剤結果は重複投薬や併用禁忌がないかのチェックなどに活用されます。



医療機関等向け総合ポータルサイト

このサイトは、オンライン資格確認システムや電子処方箋管理サービスに係る情報や導入に係るお知らせ、各種手続（利用申請・補助金申請等）を行うための総合ポータルサイトです。



重要なお知らせ

- 【お知らせ】電子証明書の更新はお済みでしょうか ～電子証明書の更新方法について～
管理者90・34010表示・18日前・★★★★☆
- 【重要】パスワード再設定時における重要なお知らせ
管理者90・41835表示・25日前・★★★★☆
- 【重要】旧サイトでご利用いただいたパスワードは、当サイトで使用することが出来ませ
管理者90・96675表示・24日前・★★★★☆
- 【お知らせ】顔認証付きカードリーダーの簡単チェックシートを作成しました
管理者98・2481表示・7日前・★★★★☆
- 【マイナ保険証利用率等を確認したい方はこちらをご覧ください。
一般職員07・19499表示・18日前・★★★★☆

電子処方箋導入準備にあたり、電子処方箋の「利用申請」を行って下さい

お使いの電子カルテやレセプトコンピューターの改修や、電子署名の準備と並行して、医療機関等向け総合ポータルサイトから「利用申請」を行ってください。

Step 1

医療機関等向け総合ポータルサイトの電子処方箋トップから「利用申請」を選択してください。

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=ep_top



Step 2

電子処方箋の利用申請に関する説明と「電子処方箋管理サービス利用規約」をご確認頂き、一番下の「電子処方箋の利用申請画面へ進む」ボタンをクリックしてください。



Step 3

「オンライン資格確認・電子処方箋利用開始・変更申請」ページ中部、

「電子処方箋管理サービス利用規約への同意」欄で「同意する」にチェックを入れ、確認画面へ進んで、確定させてください。

それ以外の項目はオンライン資格確認に関するものですので、登録した状況に変更がない限り、変更しないでください。



ご注意下さい

電子処方箋の利用申請をすることで、社会保険診療報酬支払基金等に対する手数料等が発生することはありません。

電子処方箋対応施設由来の、処方・調剤情報を閲覧するためには、利用申請に加えてオンライン資格確認端末の設定変更のほか、電子カルテ・レセプトコンピューターの改修が必要になることがあります。

電子処方箋の発行または受付を行えるようになった場合は、別途、電子処方箋の「運用開始日」の入力を行ってください。

電子処方せん登録数（R6.4.28現在）

	病院			診療所			調剤薬局		
	登録	全数	割合	登録	全数	割合	登録	全数	割合
青森県	1	91	1.1%	12	648	1.9%	257	614	41.9%
岩手県	20	91	22.0%	18	673	2.7%	255	626	40.7%
宮城県	2	135	1.5%	37	1443	2.6%	363	1181	30.7%
秋田県	2	64	3.1%	11	598	1.8%	135	514	26.3%
山形県	2	66	3.0%	21	713	2.9%	207	605	34.2%
福島県	1	122	0.8%	37	1077	3.4%	356	885	40.2%

- ・岩手県の病院は、すべて県立病院
- ・宮城県の病院は、塩竈市立病院、気仙沼市立病院
- ・山形県の病院は、医療法人本間病院、日本海総合病院

・厚生労働省「電子処方せんの対応医療機関・薬局リスト（2024.4.28）」を集計
 ・医療機関数は日本医師会地域医療情報システムより

投薬のこと

特定疾患処方管理加算

28日以上処方 月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関
- 入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る）

厚生労働大臣が定める疾患

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害など（糖尿病、脂質異常症、高血圧が除かれた）

特定疾患処方管理加算1（月2回 18点）廃止

特定疾患処方管理加算2（月1回 66点）廃止

投薬のこと

一般名処方加算（処方せん料）

- 一般名処方加算 1（7点→10点）
 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、**後発医薬品のある全ての医薬品**（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合
- 一般名処方加算 2（5点→8点）
1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合

例）一般名処方

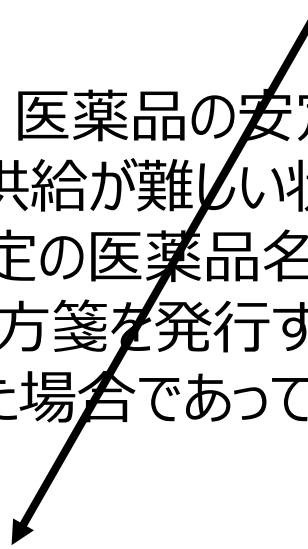
製品名	リスパダール錠1mg	→	製剤名	リスペリドン錠1mg
	セレネース錠1mg	→		ハロペリドール錠1mg

一般名処方加算に関する施設基準

一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。HPにも掲載すること。 → **厚生（支）局には届出不要**

一般名処方の掲示例)

R6.10.1から実施



当院では、後発医薬品の使用促進を図るとともに、医薬品の安定供給に向けた取り組みなどを実施しています。現在、一部の医薬品について十分な供給が難しい状況が続いています。

当院では、後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした一般名処方（一般的な名称により処方箋を発行すること※）を行う場合があります。一般名処方によって特定の医薬品の供給が不足した場合であっても、患者さんに必要な医薬品が提供しやすくなります。

医療上の必要性がないにもかかわらず、患者が長期収載品を選択した場合には、後発品との差額の4分の1を患者が負担する仕組み（選定療養）が導入されます。

一般名処方について、ご不明な点などがありましたら当院職員までご相談ください。ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※一般名処方とは

お薬の「商品名」ではなく、「有効成分」を処方せんに記載することです。そうすることで供給不足のお薬であっても有効成分が同じ複数のお薬が選択でき、患者様に必要なお薬が提供しやすくなります。

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

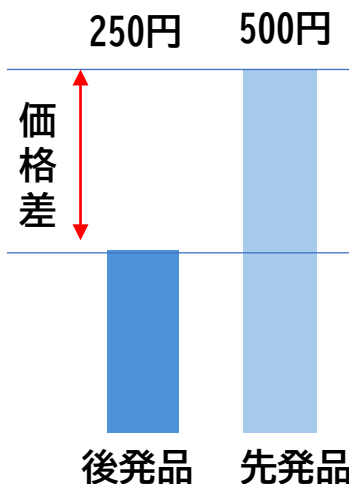
- ▶ 長期収載品の使用について、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。
- ▶ ただし、①医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

選定療養の対象品目の範囲

- ▶ 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、後発品上市後5年を経過した長期収載品については選定療養の対象（※）とする。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、選定療養の対象とする。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- ▶ 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
- ▶ 選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、上記価格差の4分の1相当分とする。



患者3割負担として

- ・ (先発 - 後発) の差額
500円 - 250円 = 250円
- ・ 選定療養費
250円 × 1/4 = 62.5円
62.5円 × 1.1 = 68.75円
- ・ 先発 - 選定療養費
500円 - 62.5円 = 437.5円
- ・ 3割負担
437.5円 × 0.3 = 131.25円
- ・ 自己負担
68.75円 + 131.25円 = 200円

長期収載品について 院内処方、調剤薬局

長期収載品とは

- 明確に定義はされていないが、一般的には、後発医薬品のある先発医薬品をいう。
- 長期収載品と後発医薬品の間には、実質的に、以下のような役割分担が生じている。

	長期収載品	後発医薬品
安定供給	・安定供給することが求められており、具体的には、医療機関から継続供給を求める意見が強いことなどにより、安易に供給停止をすることができない。	・安定供給することが求められているものの、長期収載品と比較して、供給停止を行う場合のハードルは低い。
情報提供	・研究開発段階からの品目に係る情報が蓄積されている。 ・医療機関からの問合せや医療機関への情報提供に対応することが比較的多い。	・長期収載品に比べ、品目に係る蓄積された情報は少ない。 ・医療機関からの問合せや医療機関への情報提供に対応することが比較的少ない。

長期収載品の承継について

- 医薬品の承継は、製薬企業同士の合併や分割が生じた場合と同様に、薬機法に基づき、品目に係る資料等を譲り渡すとともに、医薬品の承認取得者としての地位を承継し、長期収載品に係る責務が求められる。
- したがって、承継によって上表のような役割分担に変更が生じることはなく、薬価制度においても、承継に伴って薬価上の取扱いに変更されない。

投薬のこと

処方料は変更ない

処方せん料

処方料 68点→60点
 向精神病薬多剤 28点→20点
 内服薬多剤・ベンゾジアゼピン系長期投与 40点→32点

- 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点
- 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点

- 敷地内調剤薬局（不動産取引あり）で、処方せん枚数が4,000枚を超えると
 処方せん料が減算 20点→18点 32点→29点 60点→48点

看護補助加算

看護補助加算の看護補助体制充実加算の施設基準（答申の段階）



イ 看護補助体制充実加算 1 20点

ロ 看護補助体制充実加算 2 5点

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める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病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。

10 看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- イ 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。
- ロ 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)のロ及びハを満たすものであること。

~~【経過措置】令和6年3月31日時点で看護補助体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、10の(1)のイ及びロの基準を満たしているものとみなす。~~

看護補助加算の「看護補助体制充実加算1」の施設基準の**経過措置は答申から削除（「東北厚生局から回答あり」と知人からTELあり）**

● 看護補助体制充実加算

第7 看護補助加算

4 看護補助体制充実加算の施設基準

(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。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

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。ただし、内容に変更が無い場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。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。

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。

別添2の第2の11の(4)

11(4) 夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、アについては、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。

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、個人情報保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等別

● 看護補助体制充実加算



注意

11 の2 療養病棟入院基本料の注13 に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

イ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100 又はその端数を増すごとに1 以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し、次に掲げる適切な研修を修了した看護補助者であること。

(イ) 国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること（12 時間程度）

(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 直接患者に対し療養生活上の世話をを行うことに伴う医療安全

② 直接患者に対し療養生活上の世話をを行うために必要な患者・家族等とのコミュニケーション

③ 療養生活上の世話に関する具体的な業務（食事、清潔、排泄、入浴、移動等に関する各内容を含むこと）



入院基本料の看護補助加算の看護補助体制
充実加算はこれではない。

看護補助者研修は 公的研修会の参加は不要

● 看護補助体制充実加算

第7 看護補助加算

4 看護補助体制充実加算の施設基準

(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。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

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。ただし、内容に変更が無い場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。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。

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。

別添2の第2の11の(6)

(6) 当該病棟の看護師長等は、次のアに掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（アに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が次のイの内容を含む院内研修を年1回以上受講していることが望ましいこと。ただし、それぞれの研修については、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。

ア 次に掲げる所定の研修 ← **看護師長等の研修（終了証必要）**

(イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要 ② 看護職員との連携と業務整理 ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

イ 次の内容を含む院内研修 ← **看護職員の研修（年1回以上）**

(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 (ニ) 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

通院・在宅精神療法

早期診療体制充実加算

精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算

	(1) 最初に受診した日から 3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院	20点	15点
診療所	50点	15点

主な要件

- ・ 診療する担当医を決めること。
- ・ 患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理
- ・ 患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成。
- ・ 院内掲示やホームページ等で周知。
- ・ 「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し

➤ 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1 通院精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		560点	600点 (+40点)
	精神保健指定医以外の場合		540点	550点 (+10点)
ハ イ及びロ以外の場合	(1) 30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	(2) 30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点 (▲15点)
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点 (▲25点)
2 在宅精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		620点	640点 (+20点)
	精神保健指定医以外の場合		600点	600点
ハ イ及びロ以外の場合	(1) 30分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点 (+40点)
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点 (+10点)
	(2) 30分以上 60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	(3) 30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点 (▲15点)
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点 (▲25点)

・60分以上（初診）が上がり、30分未満が下がった。

・精神保健指定医による場合の評価が上がった。

赤枠

・早期診療体制充実加算の施設基準に関係

例) 外来220日
 ・30分未満を1日100人
 $150円 \times 100人 \times 220日 = 330万円$ 減収
 ・初診60分 1日2人
 $400円 \times 2人 \times 220日 = 17.6万円$ 増収

● 通院・在宅精神療法 I002

注11 早期診療体制充実加算

算定要件

点数表

注11 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** 保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 病院の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を **最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 20点**

(2) **(1) 以外の場合 15点**

ロ 診療所の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 50点

(2) **(1) 以外の場合 15点**

点数表・留意事項

(28) 「注11」の算定に当たっては、担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。また、必要に応じて、患者の家族等に対して、指導等について説明を行うこと。

ア 原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等においては、その**理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載**する。なお、同意が困難であった患者について、診療の都度、同意が得られる状態にあるかを確認し、可能な限り患者本人から同意が得られるよう懇切丁寧に説明する。

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。なお、症状性を含む器質性精神障害等の鑑別に当たっては、採血、画像診断、認知機能検査その他の心理検査等を実施することが望ましい。また、向精神薬を服用している患者については、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、**定期的な採血等を実施**することが望ましい。

ウ 他の保険医療機関と連携及び**オンライン資格確認等システムを活用**して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能である。

● 通院・在宅精神療法 I002

注11 早期診療体制充実加算

算定要件

点数表・留意事項

- 工 標榜時間外の電話等による**問い合わせに対応可能な体制**を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。
- オ 当該患者に対し、**必要に応じて**障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成する。
- カ 当該患者に対し、**必要に応じ**、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
- キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、**別紙様式51の4**を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者等については、別紙様式51の4を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、同意書については、当該保険医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。また、初回算定時に、病状等の理由によってやむを得ず同意を得られなかった場合は、同意を得られた時点で同意書を作成し、診療録に添付することとしてよい。
- ク 当該保険医療機関において、**院内掲示やホームページ等により以下の対応が可能なることを周知**し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。なお、連携する機関の名前を一覧にして掲載することが望ましい。
- (イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。
 - (ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。
 - (ハ) 介護保険に係る相談を行っていること。
 - (ニ) 当該保険医療機関に通院する患者について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員及び介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。
 - (ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。
 - (ヘ) 精神科病院等に入院していた患者の退院後支援を行っていること。
 - (ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。
 - (チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。
 - (リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方控えていること。
- ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「**早期精神病の診療プランと実践例**」等を参考とする。

● 「早期診療体制充実加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問205 通院・在宅精神療法の注11 に規定する早期診療体制充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの(1)又は「2」の口若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が5%以上であること。」とされているが、「1」のハの(1)には、**情報通信機器**を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

(答) 含まれる。

問206 早期診療体制充実加算の施設基準について、「精神保健福祉法上の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。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

(答) 含まれる。

※第十九条の四 指定医は、第二十一条第三項及び第二十九条の五の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第三十三条第一項及び第三十三条の六第一項の規定による入院を必要とするかどうか及び第二十条の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定、第三十三条第六項第一号の規定による同条第一項第一号に掲げる者に該当するかどうかの判定、第三十六条第三項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第三十八条の二第一項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第四十条の規定により一時退院させて経過を見ることが適切かどうかの判定の職務を行う。

2 指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、次に掲げる職務を行う。

一 第二十九条第一項及び第二十九条の二第一項の規定による入院を必要とするかどうかの判定

二 第二十九条の二の二第三項（第三十四条第四項において準用する場合を含む。）に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定

三 第二十九条の四第二項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

四 第三十四条第一項及び第三項の規定による移送を必要とするかどうかの判定

五 第三十八条の三第三項（同条第六項において準用する場合を含む。）及び第三十八条の五第四項の規定による診察

六 第三十八条の六第一項及び第四十条の五第一項の規定による立入検査、質問及び診察

七 第三十八条の七第二項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

八 第四十五条の二第四項の規定による診察

3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあつた場合には、これに応じなければならない。

● 「早期診療体制充実加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問207 早期診療体制充実加算の施設基準について、「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。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

(答) 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること。

問208 早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。

(答) 常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

注11 早期診療体制充実加算

当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの（1）又は「2」の口若しくはハの（1）若しくは（2）の算定回数の合計の割合が5%以上であること。

以下が5%以上

$$\frac{\text{初診日に60分以上 (1-口) + 30分以上 (1-ハ) + 在宅}}{\text{6か月間の通院・在宅精神療法}} \times 100$$

例) 6か月間の通院・在宅精神療法（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の減算を含む）が 2,588回 初診60分以上1回 30分以上87回 とすると

$$(1 + 87 + 0) \div 2,588 \times 100 = 3.4\%$$

これを 5%へ

$$5 \times 2,588 \div 100 = 129.4 \text{ 回}$$

$$129.4 - 88 = 41.4 \text{ 回} \quad \text{6か月で増やす。}$$

$$\text{ひと月} \quad 41.4 \div 6 = 6.9 \text{ 回}$$

ひと月20日とすると

2、3日に1回30分以上にする

- 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要件
- 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。
（ハ）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

先生方へお願い

通院・在宅精神療法の30分未満
の点数が下がりました。
(指定医▲15点、非指定医▲25点)

代わりに「早期診療体制充実加算（20点or15点）」
が新設され、当院では、**30分以上の回数**が以下だと算
定できます。

現在 月15回
→ 月22回（1日1回程度）

R6.6.1 詳細は医事課へご確認ください。

通院・在宅精神療法

- 「重点的支援を要する患者」に対して
- ・ 20分以上の面談と行政等と連絡調整
 - ・ 3月1回多職種カンファレンス

療養生活継続支援加算

措置入院患者、医療観察法患者

重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 直近の入院において、精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点
- ロ イ以外の患者の場合 350点

●重点的支援を要する患者

「注8」に規定する療養生活継続支援加算は、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料の「1」精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したものの又は平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式51に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者であること。

イ 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施すること。また、カンファレンスには、以下の（イ）から（ハ）までの職種がそれぞれ1名以上参加していること。

- ・ 定期的服薬ができない・暴力行為・病識がない・経済的問題・支援する家族がない など

精神科入退院支援加算

退院困難な患者の退院時

(新) 精神科入退院支援加算 1,000点 (退院時1回)

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算 300点 (退院時1回)

退院困難な要因を有する患者

- ・ 措置入院の患者、緊急措置入院の患者
- ・ 医療観察法の患者
- ・ 医療保護入院者退院支援委員会の開催があった者
- ・ 入院期間が1年以上の患者であること
- ・ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- ・ 生活困窮者であること
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ・ 身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと
- ・ 入退院を繰り返していること
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ・ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- ・ 「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者であること

● 精神科入退院支援加算 A246-2

算定要件

【算定要件】（概要）

- (1) 原則として**入院後7日以内**に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね**3月に1回の頻度でカンファレンス**を実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

施設基準

【施設基準】（概要）

- (1) 当該保険医療機関内に**入退院支援部門が設置**されていること。
- (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**が配置されていること。
- (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
 - （ニ）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を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

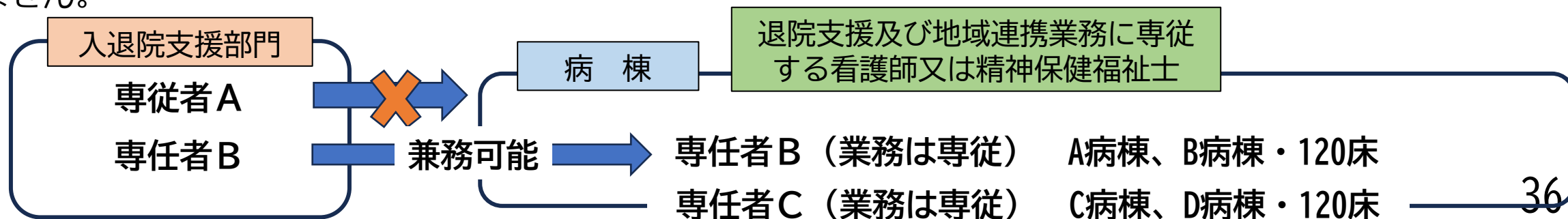
注意

施設基準

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。



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**」こととなりますので、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。



● 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

13 精神病棟入院基本料の注7に規定する**精神保健福祉士配置加算**の施設基準

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は精神科入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。

第16 の2 **精神科地域移行実施加算**

(4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。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（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、「A103」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「A246-2」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することができ、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。

第26 の5の2 精神科入退院支援加算

なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、**入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務**することができる。

問68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、「A312」精神療養病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。（答）差し支えない。（R6.3.28 疑義解釈その1）

問11 A246 入退院支援加算及びA246-2精神科入退院支援加算の「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する**専従の看護師**」と精神科入退院支援加算の「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する**専任の看護師**」を兼ねることは可能か。また、「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する**専任の看護師**」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する**専従の看護師**」を兼ねることは可能か。（答）可能。（R6.5.10 疑義解釈その4）

● 「精神科入退院支援加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

(答) 差し支えない。

問69 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届け出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱い如何。

(答) 当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

● 「精神科入退院支援加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問66 「A246-2」精神科入退院支援加算について、「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

(答) 精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、**速やかに患者に交付**すること。

問67 精神科入退院支援加算について、「**退院困難な要因**」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

(答) 「A230-3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取り扱いとする。

※注 精神科身体合併症管理加算の算定患者（入院基本料告示別表第7の2）

呼吸器系疾患（肺炎、喘ぜん息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者

心疾患の患者、手術又は直達・介達牽けん引を要する骨折の患者、脊髄損傷の患者

重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者、重篤な栄養障害（MassIndex15未満の摂食障害）の患者

意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者

全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）の患者

中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者、急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者

劇症肝炎又は重症急性膵すい炎の患者、悪性症候群又は横紋筋融解症の患者

広範囲（半肢以上）熱傷の患者、手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者

透析導入時の患者、重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者

急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者

手術室での手術を必要とする状態の患者

膠こう原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者

妊産婦である患者

指定難病の患者

ベースアップ評価料

届出後の措置

3月、6月、9月、12月に再計算し 変動が
1割を超えたら変更届

2 届出に関する事項（施設基準概略）

- (2) 「賃金改善計画書」を新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び**毎年6月**において、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) **毎年8月**において、**前年度における賃金改善の取組状況**を評価するため、「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) **事業の継続を図るため**、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を**引き下げ**た上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「**特別事情届出書**」を作成し届け出ること。
- (5) 保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後**3年間保管**すること。

ベースアップ評価料の変更届

●届けた時点と比較

- ・対象職員の給与総額
- ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数
- ・延べ入院患者数
- ・【C】

のいずれの変化も1割以内である場合においては、不要

ベースアップ評価料の届出後の措置

(5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出すること。ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【C】のいずれの変化も1割以内である場合には、区分の変更を行わないものとする。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。

別表7

算出を行う月	「対象職員の給与総額」の対象となる期間	「点数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3月～5月	7月
9月	前年9月～8月	6月～8月	10月
12月	前年12月～11月	9月～11月	翌年1月

○ 「ベースアップ評価料」 疑義解釈

問 21 外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料（I）を算定した上で、「0000」看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。

（答）算定可能。

問 28 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。

（答）算定可。

問 3 ベースアップ評価料と政府目標（令和6年度+2.5%、令和7年度+2.0%のベースアップ）の関係如何。

（答）当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員のベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

感染症関連 その他

外来感染症対策向上加算 診療所であること

感染症対策向上加算 1 基幹病院

感染症対策向上加算 2 3年以上の臨床検査技師

感染症対策向上加算 3 年4回以上「加算1」の医療機関と連携

特定感染症入院医療管理加算

「コロナが出たとき、1入院に限り7日100点」 **入院基本料病棟のみ**

特定感染症患者療養環境特別加算

感染症患者 1日 個室300点、陰圧室200点
 疑似患者（初日のみ） 個室300点、陰圧室200点

精神科地域包括ケア病棟入院料

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の評価の新設

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、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精神病棟について、新たな評価を行う。

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 自宅等移行初期加算

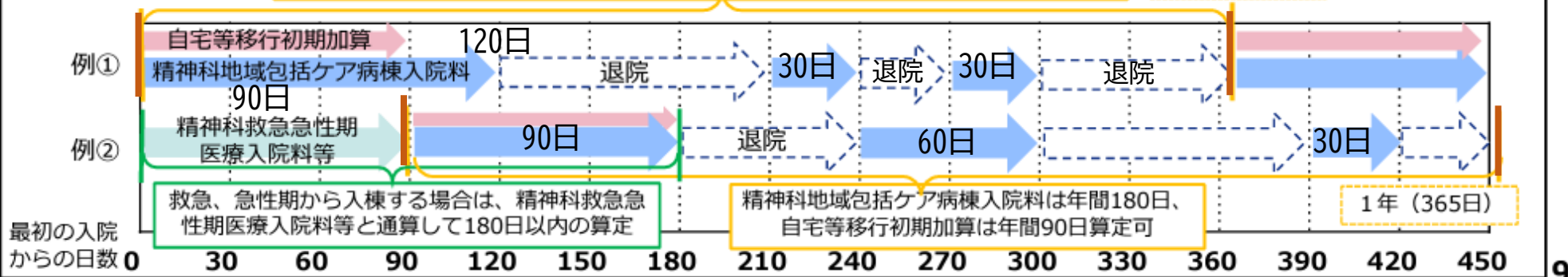
1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)

[算定要件] (概要)

- 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及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
- 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算する。
- 精神病棟入院基本料(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、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。
- 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を1日平均2時間以上提供していることが望ましい。
- 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可 1年(365日)



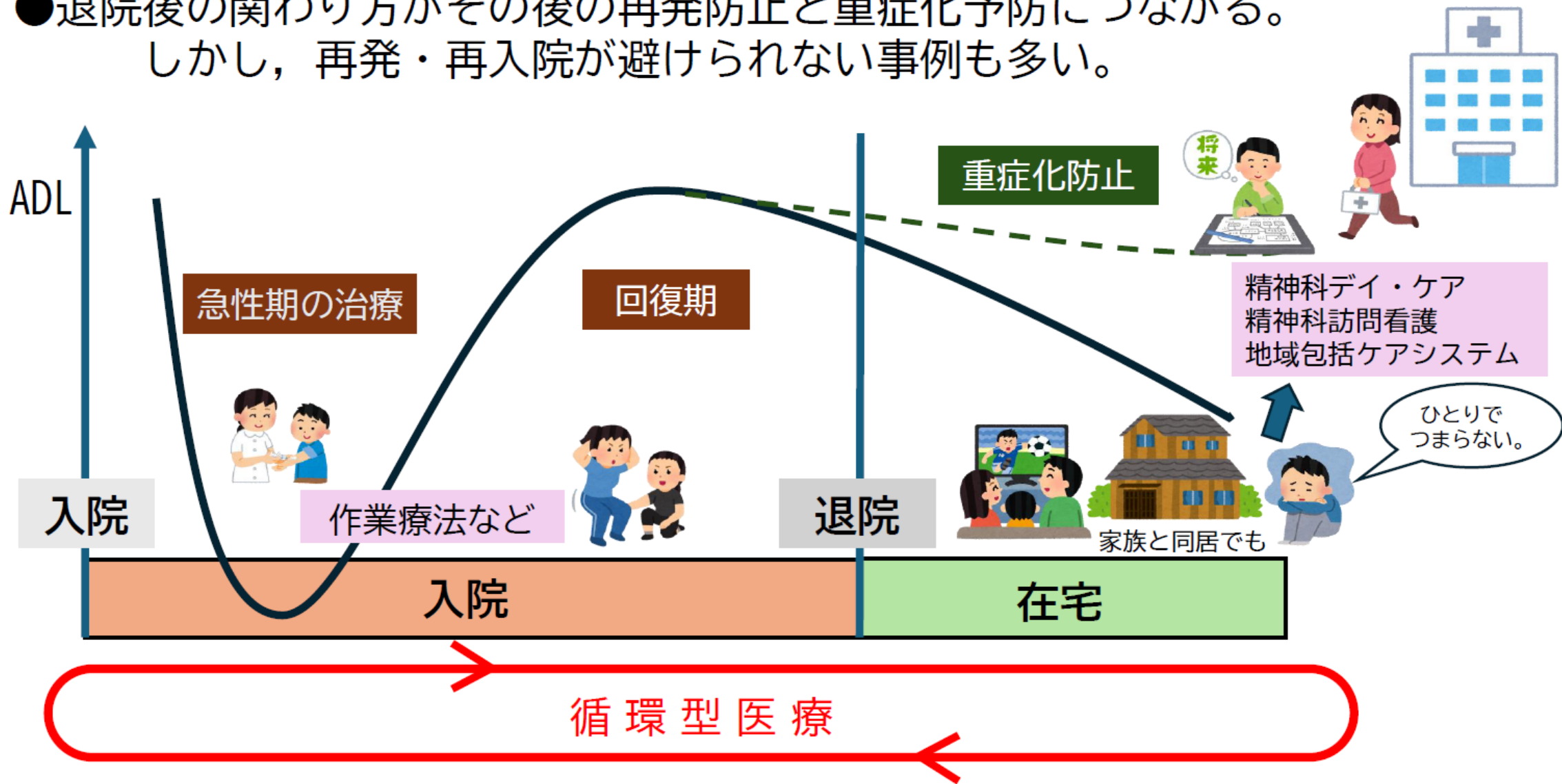
算定要件

- 1,535点は180日が限度
- 100点加算が90日
- 180日経過後は特別入院料 566点で算定

病棟の行ったり来たりは1回だけ

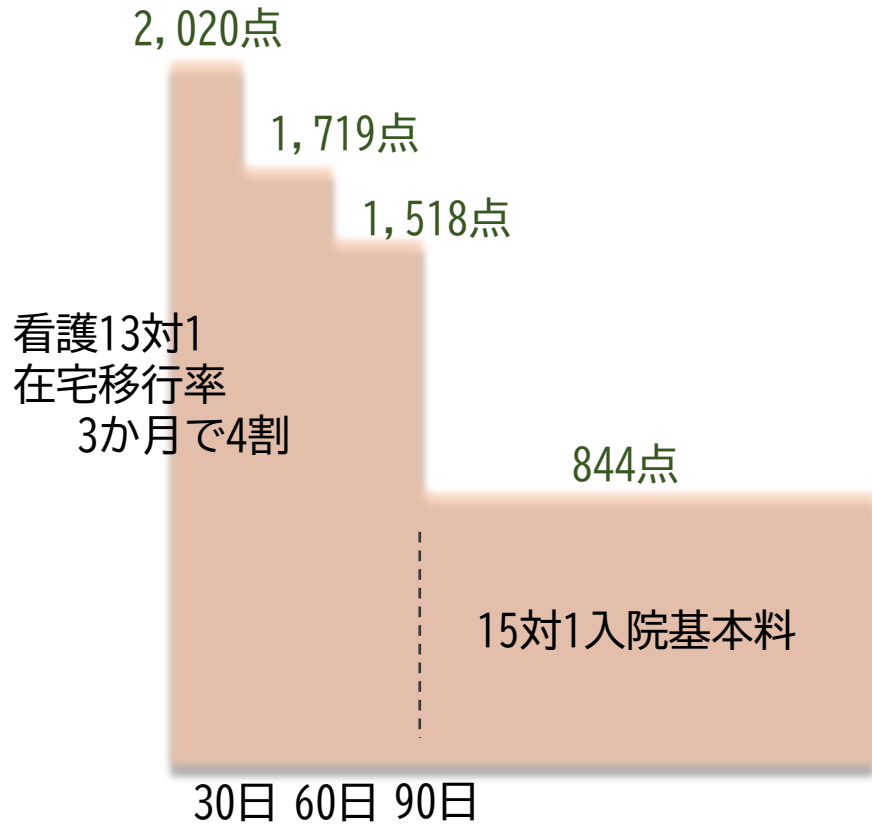
精神科急性期病棟
↓
地域包括ケア病棟
↓
精神療養病棟
↓算定できない
地域包括ケア病棟

- 退院後の関わり方がその後の再発防止と重症化予防につながる。
しかし、再発・再入院が避けられない事例も多い。

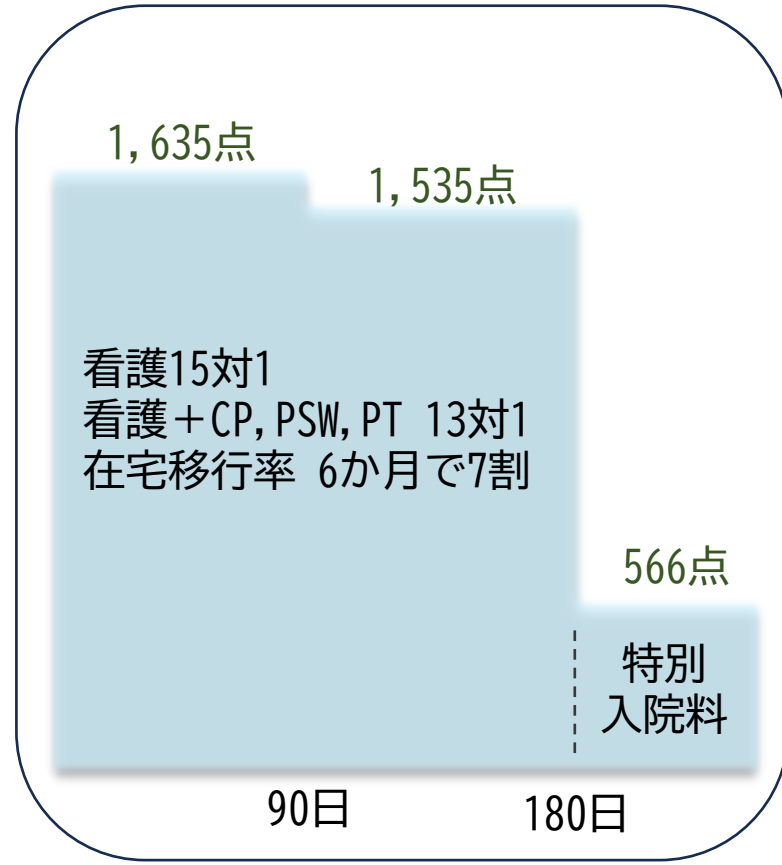


入院から地域生活まで、長期にわたる「医療機関と地域の協力関係」が重要

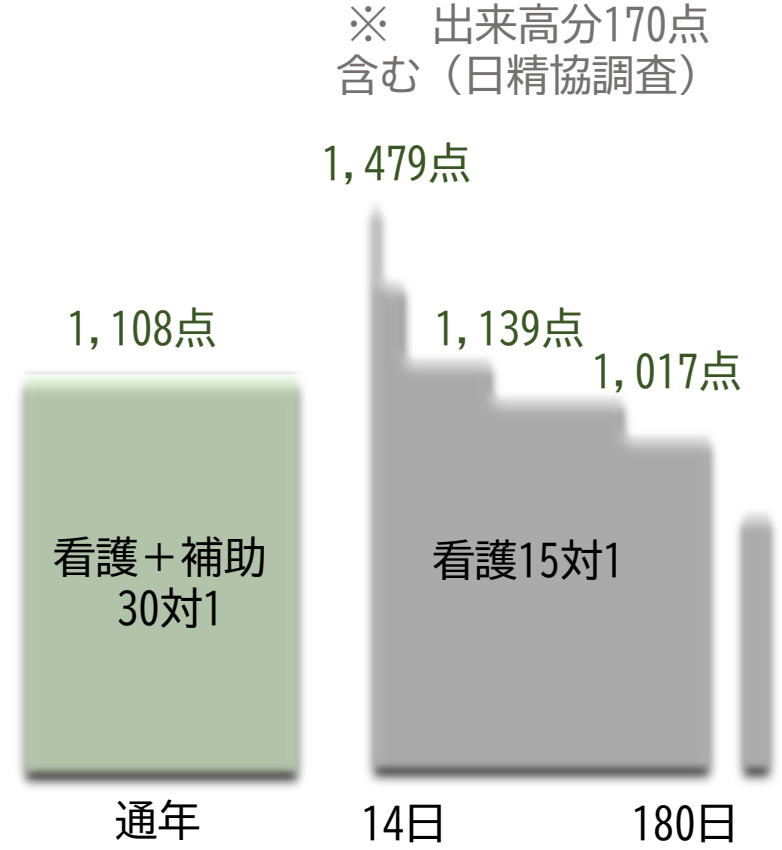
● 主な入院料のイメージ



急性期治療病棟 1



精神科地域包括ケア病棟



精神療養病棟

15対1入院基本料

※ 出来高分170点
含む (日精協調査)

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の評価の新設

施設基準

様式57の5

[施設基準] (概要)

自宅等への移行実績

- 当該病棟の入院患者のうち **7割以上**が入院日から起算して **6月以内に退院し、自宅等へ移行**すること。(②)
ただし、(★)を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。

かかりつけ精神科医機能

【精神科回復期医療の提供】

多職種の重点的な配置

- **看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1**
(日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上)
- **看員職員で15:1以上** (必要最小数の4割以上が看護師)
- 夜勤の看護職員数2以上

地域定着も含めた退院支援

- **精神科入退院支援加算の届出** (①)
- 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等(※2)との連携(※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関(都道府県、保健所、市町村)等

【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

- ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数
- ア 精神科訪問看護・指導料(I)及び(Ⅲ) **60回以上** イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 **300回以上**
- ウ 精神科退院時共同指導料 **3回以上** エ 在宅精神療法 **20回以上** オ 精神科在宅患者支援管理料 **10回以上** (★)

地域の精神科医療提供体制への貢献

- 当該保険医療機関の**常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務**(※) **等を年1回以上**行っていること。(①)
(※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

精神科救急医療、時間外診療の提供

- ア又はイを満たしていること(①)
- ア **常時対応型施設**又は**身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関**
- イ **病院群輪番型施設**であって、時間外、休日又は深夜において、**入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上**

その他

- **データ提出加算に係る届出**(②)
- **クロザピンを処方する体制**

- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
- 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地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

[経過措置] (①) **令和7年5月31日**まで (②) **令和7年9月30日**まで

10

経過措置

● R7.5.31

▲ R7.9.30

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
- クロザピンを処方する体制 ← 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）届出必要
- データ提出加算に係る届出を行っていること。
- 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。

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) $① = 12 \times 0.4 = 4.8$ 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
 - ②1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料の施設基準 告示

- イ 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を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ホ 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。
- ヘ 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。
- ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。
- チ トの規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。
- リ 夜勤については、ホ及びトの規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。
- ヌ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- ル 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を有していること。
- ロ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ワ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。
- カ 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。
- コ 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。

第19 の2 精神科地域包括ケア病棟入院料 通知

1 精神科地域包括ケア病棟入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120 床以下であること。
- (3) 当該保険医療機関における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地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200 床以下であること。
- (4) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師が配置されていること。
- (5) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (6) 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護職員が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60 床以下であること。
- (8) 当該病棟に専任の常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士及び常勤公認心理師が配置されていること。
- (9) 当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。
- (10) 当該保険医療機関がクロザピンを処方する体制を有していること。
- (11) 当該病棟を有する保険医療機関は次のいずれかの要件を満たすこと。
 - ア 常時対応型医療機関又は身体合併症救急医療機関であること。
 - イ 病院群輪番型医療機関であって、以下の(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件以上であること。
 - (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10 件以上であること。

- (12) 次に掲げる項目のうちア又はイ及びウからオまでのいずれかを満たしていること。
- ア 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
 - イ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの精神科訪問看護基本療養費が直近3か月間で300回以上
 - ウ 精神科退院時共同指導料の算定回数が直近3か月間で3回以上であること。
 - エ 通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上であること。
 - オ 精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上であること。
- (13) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の**公務員としての業務**（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、アからオまでのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。
- ア 措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - イ 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
 - ウ 精神医療審査会における業務
 - エ 精神科病院への立入検査での診察
 - オ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- (14) **精神科入退院支援加算に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
- (15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者又は医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち**7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。**ただし、(12)のオを満たしている保険医療機関にあっては、7割以上ではなく、6割以上が当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、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することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (16) 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。
- (17) 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。

● 精神科 特定入院料包括範囲

A311 精神科救急急性期医療入院料（救急）

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（急性期）

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（児童）

A312 精神療養病棟入院料（療養）

A314 認知症治療病棟入院料（認知症）

A315 精神科地域包括ケア病棟入院料（地ケア）

※ 50対1、75対1、100対1補助体制加算に限る

入院基本料等加算

		A311 救急	A311-2 急性	A311-4 児童	A312 療養	A314 認知症	A315 地ケア
A204-2	臨床研修病院入院診療加算	○	○	○	○	○	○
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算		○				
A207-2	医師事務作業補助体制加算	○	○	○※	○※	○※	○※
A209	特定感染症入院医療管理加算						○
A218	地域加算	○	○	○	○	○	○
A218-2	離島加算	○	○	○	○	○	○
A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算	○	○	○	○	○	○
A227	精神科措置入院診療加算	○	○		○	○	○
A228	精神科応急入院施設管理加算	○	○				○
A230-2	精神科地域移行実施加算				○		
A230-3	精神科身体合併症管理加算	○	○			○	○
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算			○			○
A231-3	依存症入院医療管理加算		○				○
A231-4	摂食障害入院医療管理加算			○			○

※1 救急入院料を算定している者 ※2 急性期1に限る ※3 精神科退院指導料、精神科退院前指導料を除く

入院基本料等加算

		A311 救急	A311-2 急性	A311-4 児童	A312 療養	A314 認知症	A315 地ケア
A234	医療安全対策加算	○	○	○	○	○	○
A234-2	感染対策向上加算	○	○	○	○	○	○
A234-3	患者サポート体制充実加算	○	○	○	○	○	○
A234-5	報告書管理体制加算	○	○	○	○	○	○
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	○	○	○			○
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	○	○				
A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算			○	○	○	○
A245	データ提出加算	○	○	○	○	○	○
A246-2	精神科入退院支援加算	○	○	○	○	○	○
A249	精神科急性期医師配置加算	○※1	○※2				
A250	薬剤総合評価調整加算	○	○	○	○	○	○
A251	排尿自立支援加算	○	○	○	○	○	○
A252	地域医療体制確保加算	○					

A311	精神科救急急性期医療入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第8部 精神科専門療法、第10部 手術、第11部 麻酔、第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第8部 精神科専門療法、第10部 手術、第11部 麻酔、第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	第5部 投薬、第6部 注射、第10部 手術、第11部 麻酔、第13部第2節病理診断・判断料 第14部 その他
A312	精神療養病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第7部 H000 心大血管疾患リハビリテーション料、H001 脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション、H002 運動器リハビリテーション、H003 呼吸器リハビリテーション、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法 第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A314	認知症治療病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、第8部 精神科専門療法 第9部J038 人工腎臓（入院した日から60日以内）、J400の特定保険医療材料（入院した日から60日以内の人工腎臓に係る費用）
A315	精神科地域包括ケア病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第7部 H000 心大血管疾患リハビリテーション料、H001 脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション、H002 運動器リハビリテーション、H003 呼吸器リハビリテーション、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、第8部 精神科専門療法（I011精神科退院時指導料、I011-2精神科退院前訪問指導料を除く） 第10部 手術、第11部 麻酔、第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬

ご清聴ありがとうございました。

●ネクスト研修会の予定

6月25日(火) 16時から オンライン
講演内容 未定

7月 精神科医学会のため 休み

8月23日(金) 18時から ハイブリッド
エル・ソーラ仙台大研修室
講演内容 未定