

第67回精神科病院医事研修会・第100回病院
事務管理者ネクスト研修会合同研修会

~~R7.6.20~~ R7.7.18版

精神科診療報酬 算定 と施設基準の注意点

精神科病院医事研究会代表 R7.7.18 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

令和8年度診療報酬改定の流れ

R7.6.20 沼田資料

6/1 算定開始

3/6? 告示・通知

2月中旬 答申
(中医協→大臣)

1月下旬～2月初旬
個別改定項目の審議

1月中旬 公聴会

1月初旬
「これまでの議論の整理」の審議

1月初旬 諮問 (大臣→中医協)

改定の具体的な内容の公表
算定要件・施設基準が判明

「個別改定項目について」に点数が入る。

メモ
「経済財政運営と改革の基本方針 2025」経済税制諮問委員会 (R7.6.6)
2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針 (1) 全世代型社会保障の構築
2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、
2025年末までに結論が得られるよう検討する。

脚注) 社会保障関係費については、医療・介護等の現場の厳しい現状を踏まえ、
これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、令和7年春季
労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等を踏まえな
がら、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、
的確な対応を行う。高齢化や高度化等による増加分に、こうした経済・物価動向
等を踏まえた対応による増加分を加えた、いわゆる自然増から、これまでの歳出
改革努力を継続する。

12月中旬 令和8年度診療報酬改定の
基本方針 (社会保障審議会)

令和8年度診療報酬改定説明会の状況

R7.6.20 沼田資料

6/1 算定開始

4月中旬 精神科医事研（詳細説明）

3月末 疑義解釈資料（その1）発出

3月中旬 各病院団体等説明会

3月中旬か 日精協説明会

ポイント

- ・点数は上がる
- ・診療所は下がる 病院は上げる

3/5頃 厚労省 YouTube配信（前回）

3/5頃 告示・通知

2月中旬 精神科医事研（概要説明）

2月中旬 答申（中医協→大臣）

ネクスト研修会では随時情報提供

1月中旬 個別改定項目（その1）

持続可能な社会保障制度の構築 (財政各論Ⅱ)

財務省

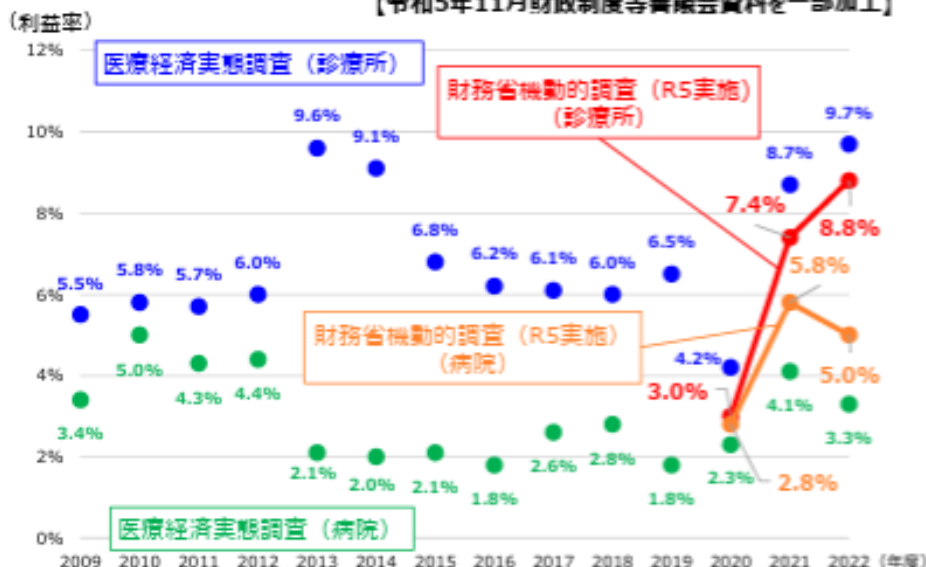
2025年4月23日

診療所の経営状況を踏まえた対応

- 令和6年度診療報酬改定は、病院・診療所の2022年度の経営状況（医療経済実態調査・財務省機動的調査に基づくデータ：診療所の利益率は、それぞれ9.7%、8.8%）を踏まえて実施。
- 直近で把握可能な2023年度の医療機関の経営状況について、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8.6%であり、中小企業の全産業平均である3.6%よりも高い水準であった。（なお、1法人当たりの本来業務に要した費用については、診療所・病院ともに微増。）

◆ 診療所と病院の利益率の比較（～2022年度）

【令和5年11月財政制度等審議会資料を一部加工】



【出所】2009年度から2022年度の診療所及び病院（いずれも医療法人立）の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」、2020年度から2022年度までの診療所（許可病床数0床の医療法人18,207法人）及び病院（許可病床数20床以上の医療法人1,750法人）の利益率：財務省「機動的調査」（令和5年度実施）

【注1】医療経済実態調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年（偶数年）の経営状況を調査しているが、調査項目に対象の医療機関が異なるため、異なる調査回数の比較は困難。一方、直近3年を対象とした財務省「機動的調査」は、同一の医療法人の事業報告書等の情報を集計しており、経年比較が可能。

【注2】医療経済実態調査に係る利益率は、一般病院及び一般診療所に係る補助金を含んだ利益率（医療収益及び介護収益の合計額に対する損益差額の割合）、財務省「機動的調査」結果に係る利益率は、診療所については許可病床数0床の医療法人に係る経常利益率、病院については許可病床数20床以上の医療法人に係る経常利益率。

◆ 厚生労働省データ(医療法人の事業報告書等)による22・23年度の分析

【利益率・1法人当たり積立金】

経営形態	利益率（平均）	1法人当たり積立金(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度 9.8%	2022年度：128,687
	2023年度 8.6%	2023年度：137,897
病院のみ経営	2022年度 4.4%	2022年度：996,735
	2023年度 2.1%	2023年度：961,569

（参考）

中小企業における平均経常利益率（全産業） 2022年度：3.4%、2023年度：3.6%

【1法人当たり本来業務費用】

経営形態	1法人当たり本来業務費用(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度：160,178
	2023年度：163,260（対前年度+1.92%）
病院のみ経営	2022年度：1,473,831
	2023年度：1,485,822（対前年度+0.81%）

【出所】厚生労働省データ（医療法第52条の規定に基づき診療所等に届出があった事業報告書等を2024年11月末時点で区分）、厚生労働省において集計したものを、集計率は76%。

【注1】サンプル数は、「一般診療所（無床）のみ経営」の2022年度が21,101法人、2023年度が21,040法人であり、「病院のみ経営」の2022年度が1,168法人、2023年度が1,163法人。

【注2】同一法人からの報告書と異なる報告のないものを2期連続分析可能法人として分析している。各形態の法人数が年度ごとに一致しないのは、経営形態が変わる場合があるため。

【注3】中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）。

【改革の方向性】（案）

- 令和8年度診療報酬改定においては、2024年度の医療機関の経営状況について、年末に判明する医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら、メリハリある対応を検討する必要。

※本来は、掘り下げた議論を行うためにも、医療施設の経営状況をリアルタイムで、職種別給与などを含む完全な形で見える化することが重要。

外来診療所の地域偏在の是正 ①地域別単価の導入について

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するための経済的インセンティブ措置として、地域別診療報酬の仕組みの活用を検討する必要がある。
- 具体的には、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっている診療報酬について、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定することが考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）			1点あたり単価		
（例）初診料	291点		10円		
再診料	75点				
調剤基本料1	45点				

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
 ※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

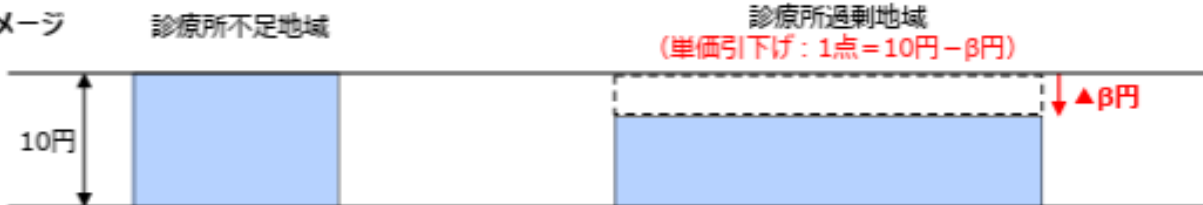
<医療費適正化>

○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
 「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月）
 「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまでも法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」
※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえ前年同月ないし前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することすれば、診療行為への対価性を保ち、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための当面の措置のイメージ



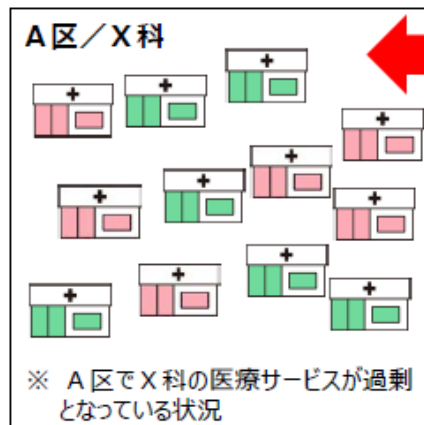
【改革の方向性】（案）

- 医師偏在対策として、地域別診療報酬の仕組みを活用し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促していくべき。なお、当面の措置として、診療所過剰地域における1点あたり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

外来診療所の地域偏在の是正 ② 過剰サービスの評価の適正化

- 医師偏在対策のための経済的インセンティブについては、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせることが有効。このことは、メリハリの効いた政策誘導という観点のみならず、医師少数区域への財政支援を継続的に実施していくに当たり、国民負担を軽減する観点からも重要。具体的には、客観的な基準に照らして、ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰であると判断される場合には、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、当該医療サービスを「特定過剰サービス」として減算の対象とすることが考えられる。
- ただし、一律の減算は必ずしも適当ではないと考えられることから、特定過剰サービスを対象とした（診療科ごとの）アウトカム指標を設定・評価した上で、当該評価においてアウトカムが良好と判定された場合には、付加価値を適正に生んでいるとみなし、当該減算措置の対象から除外するといったことも考えられる。なお、「かかりつけ医機能」やNDBデータをアウトカム指標の設定・評価に活用することも考えられる。
- また、「特定過剰サービス」単位ごとに見た医療費について、例えば対前年度から大幅に延伸するなど、一定の「基準額」を超過した場合には、アウトカム指標を満たさない医療機関を中心に、超過額の保険償還分を精算するといった仕組みを併せて導入することも検討の余地がある。

◆ 「特定過剰サービス」における減算（イメージ）



特定地域の特定診療科について、アウトカム指標を設定の上、第三者等によりアウトカムを評価・公表。

【アウトカム指標を満たさない場合】

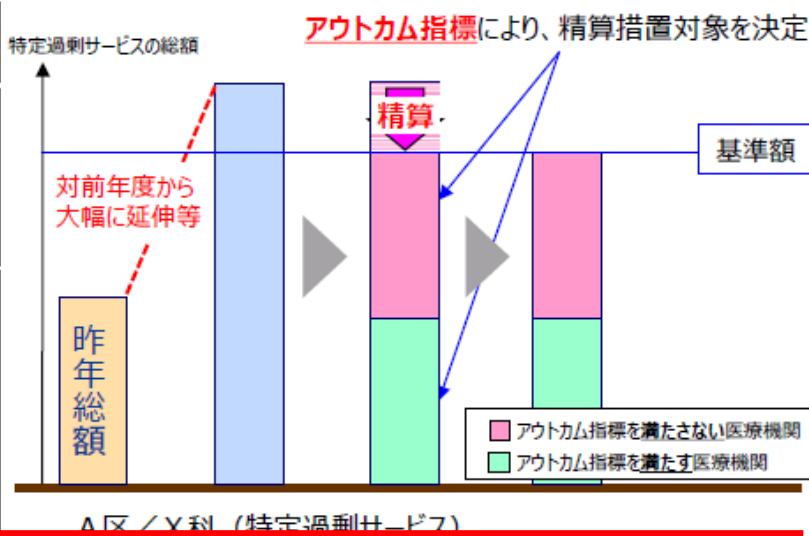
「特定過剰サービス」に該当すると判断され、かつ、アウトカムが良好と言えないことから、当該医療機関における診療報酬1点単価の引下げや、診療報酬上の減算を行う。

【都道府県に報告されるかかりつけ医機能の内容】

令和7年度から始まる「かかりつけ医機能報告制度」では、地域医療の質の向上の観点から、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を有する医療機関に対し、「通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供」（2号機能）の報告を求めることとされている。

- アウトカム指標を満たさない医療機関
- アウトカム指標を満たす医療機関

◆ 医療サービスの偏在の是正（イメージ）



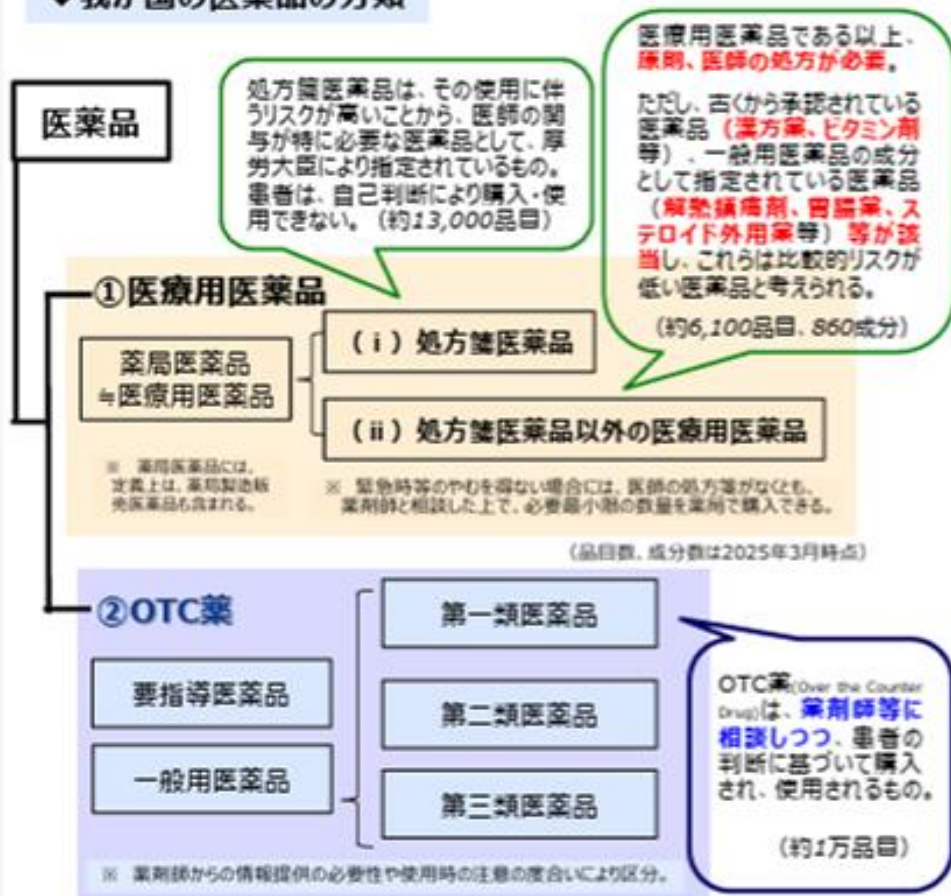
【改革の方向性】（案）

- 実効性ある医師偏在対策のためには、診療報酬上のディスインセンティブ措置が不可欠。適切なアウトカム指標導入とセットで、「特定過剰サービス」に対する減算措置を導入すべき。また、「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に応じた減算措置に加え、各年度の「基準額」を超過した場合の精算措置の導入についても検討すべき。

医薬品の分類と主な論点

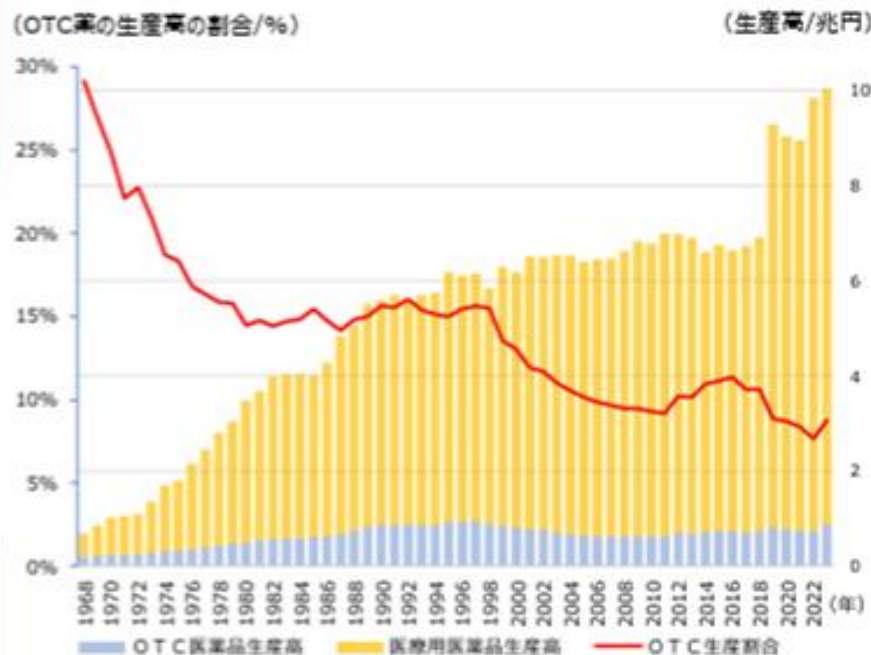
- 日本の医薬品は、大きく、①医療用医薬品と、②OTC薬に分けられる。その上で、①医療用医薬品については、特にリスクの高い①(i)処方箋医薬品と、比較的リスクの低い①(ii)それ以外の医薬品に分類される。
- セルフケア・セルフメディケーションの推進の観点からは、まずもって、①医療用医薬品のうち、低リスクであり患者の判断での購入が許容されるものについて、②OTC薬(市販薬)への切り替え(「スイッチOTC化」)を進めることが肝要。同時に、①(i)処方箋医薬品と、①(ii)それ以外の医療用医薬品を、保険適用上、どのように取り扱うべきかが論点となる。

◆我が国の医薬品の分類



◆OTC薬の現状

- ✓ 近年の一定程度の「スイッチOTC化」の進展や、薬局・ドラッグストアの増加にもかかわらず、OTC薬のマーケットは、医薬品全体に占める割合で見ても、生産高で見ても、増加傾向にはなっていない。



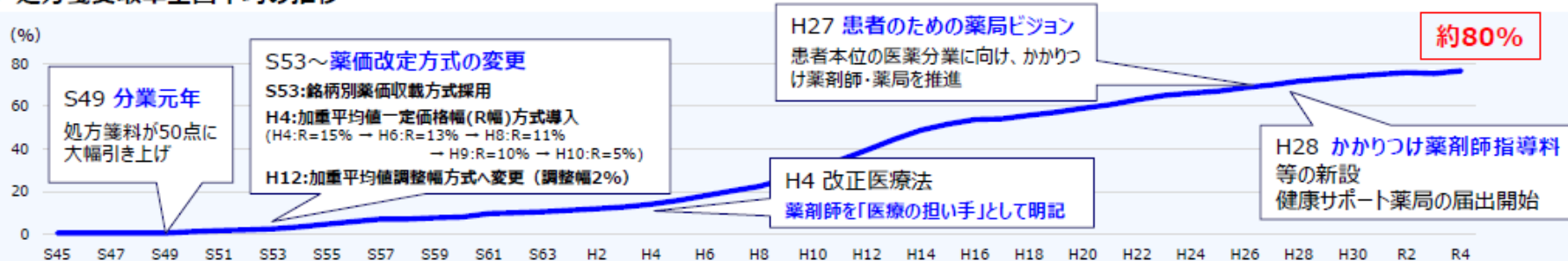
【出所】厚生労働省「薬事工業生産動向統計」

【注】調査の精度を高めるため、2019年に調査方法が大幅に変更された。(報告率が15%(2018年・製造販売向業務)から95%(2019年)となった。)

医薬分業の進捗を踏まえた処方料・処方箋料の在り方

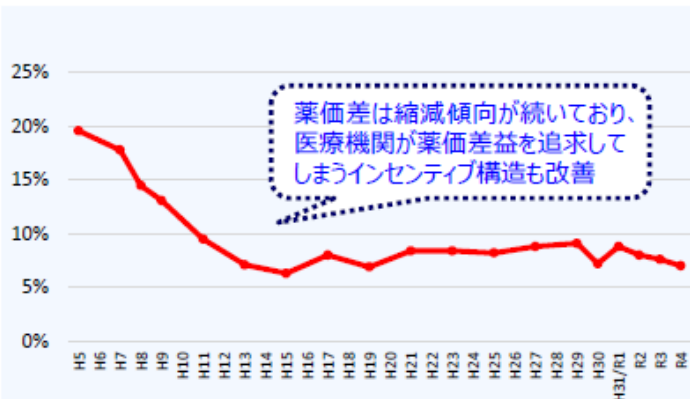
- 医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を目指すもの。なお、医薬分業の推進の背景としては、医療機関による薬価差益の獲得を目的とした過剰投与も指摘されていた。
- 処方箋料（院外処方）の引上げなど政策的な後押しにより、医薬分業は相当な進捗を見せていると評価できる。また、薬局に求められる役割として、医療関係者等との連携による地域住民に対する薬物治療（外来・在宅医療）の提供の重要性が広く認識されるに至っている。

◆ 処方箋受取率全国平均の推移

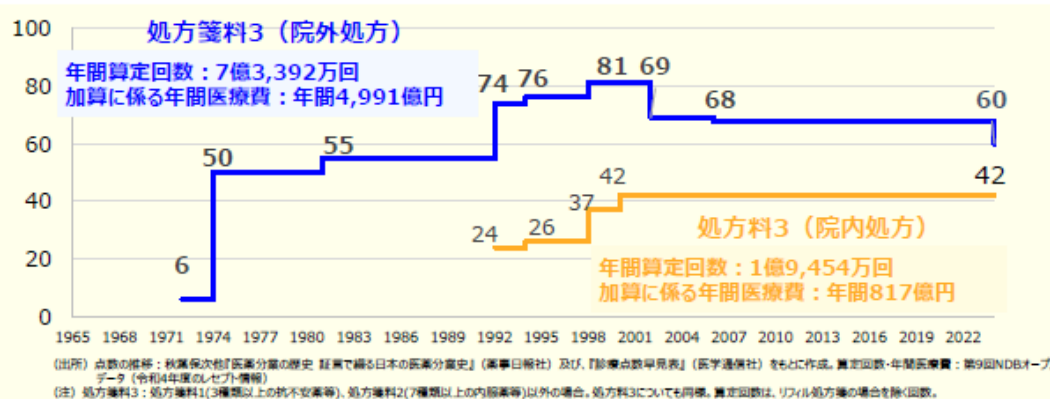


(出所) 保険調剤の動向 (日本薬剤師会) を用いて作成したデータ、及び、医薬品医療機器制度部会資料(H30.11.8)をもとに厚生労働省が作成。

(参考) 薬価改定方式の変更による薬価差の縮減



◆ 処方料3・処方箋料3の設定点数の推移



【改革の方向性】(案)

- 処方箋料（院外処方）を手厚く評価する現行の報酬体系については、その政策的意義を含め、再考の余地があるのではないかと。具体的には、医薬分業の進捗状況を踏まえ、処方料（院内処方）の水準との関係で、処方箋料（院外処方）の適正な水準を検討すべき。

精神病床

- 精神病床の入院患者数は明確に減少傾向ではあるものの、精神病床数については、諸外国比でも、基準病床数比でも、今なお過剰。
- 新たな地域医療構想には精神病床も対象となる予定（2025年国会に関係法案提出）。近年の介護・障害福祉サービスの充実や診療所・在宅医療との連携と合わせて、精神病床の適正化が一層求められることになるが、現状でも、長期入院患者の地域移行が十分に進んでいるとは言えない。

◆精神病床数の国際比較 / 利用率の変遷

- ✓ 日本の精神病床数は世界的に突出している。
- ✓ 一方、精神病床数の利用率は低下。

	精神病床数 (万床)	人口1,000人当たり (床)
日本	32.2	2.58
アメリカ	11.8	0.35
イギリス	2.4	0.35
フランス	5.3	0.77
ドイツ	11.0	1.31
イタリア	0.5	0.08
カナダ	1.4	0.36

〔出所〕 OECD Health statistics 2024より、2022年のPsychiatric care beds

《精神病床の利用率の推移》

昭和50年	104.4%
昭和62年	100.3%
平成11年	94.2%
平成23年	90.6%
平成30年	87.3%
令和4年	83.7%
令和5年	81.6%

病床利用率 = (年間入院患者数 ÷ 年間病床数) × 100
 (出所) 厚生労働省「病院統計」

◆医療計画における精神病床に係る基準病床数について

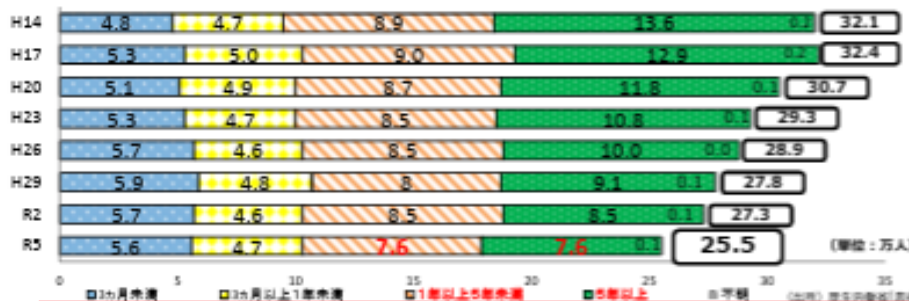
- ✓ 精神病床の既存病床数は、各都道府県が定める基準病床数に比しても過大。
- ✓ 多くの都道府県で、既存病床数と基準病床数の乖離（≒過剰病床）が拡大している。



〔出所〕財務省（財務局）にて各都道府県の医療計画を調査・分析

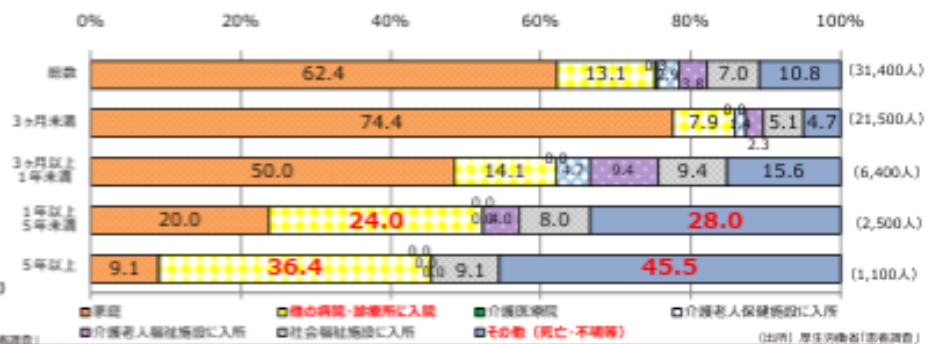
◆精神病床における入院患者の推移（在院期間別内訳）

- ✓ 長期入院患者数は減少しているが、足元でも、精神病床における入院患者数の約25.5万人のうち、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。



◆精神病床からの退院患者の退院後の行き先（令和5年度）

- ✓ 長期入院後の行き先は、「他の病院・診療所」や「その他（死亡・不明等）」が多い。



【改革の方向性】(案)

- 精神病院の入院患者の地域移行を推進する観点から、地域での受け皿となる住まいや介護・障害福祉サービスの拡充も踏まえ、精神病床数の適正化・統廃合を進め、病院・診療所の間での機能分化・連携など、精神医療分野での医療資源の適正配分を実現すべき。

入院時の部屋代

- 医療機関への入院コストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではなく、医療技術や薬剤に適切にファイナンスするという医療保険の本来の役割を果たし続けるとの観点からは、保険給付の対象外とすべきと考えられる。
- 現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の全ての患者は、「室料」はもとより、「光熱水費」の負担がない。65歳以上の療養病床の入院患者に限っては、「光熱水費」の負担はあるが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では徴収される「多床室の室料」は負担していない。これら自己負担となっていない部分の費用については、医療保険でカバーされている。
- 在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分で診療報酬上の取扱いを変えることの不合理性に鑑みれば、年齢や対象疾患・対象病棟に関わりなく、患者の負担能力に応じて、光熱水費・室料を自己負担として求めることを検討すべきではないか。

◆現行制度

(医療法上の病床区分)	65歳以上	65歳未満
療養病床	370円 (光熱水費相当)	0円
一般病床・精神病床	0円	0円

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

◆病床区分と診療報酬の関係

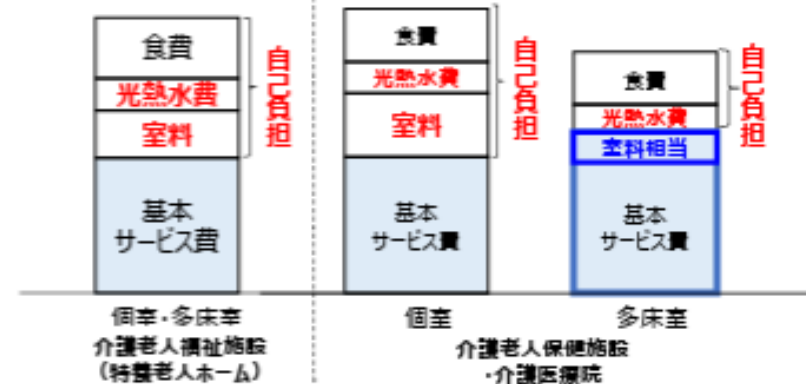
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆在宅との均衡

- ✓ これまで、「地域完結型」の医療を目指し、病床機能の分化・連携と、在宅医療・介護までの切れ目ない提供体制の構築が目指されてきた。
- ✓ 「居住コスト」という生きていく上での基本的な費用について、入院患者であるか、在宅療養者であるかで負担の在り方が異なるのは、（少なくとも医療政策としては）不公平であり、患者にとっての最適な医療選択を歪める恐れもあるのではないか。

◆介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

- 介護保険では、食費及び居住費（光熱水費・室料）に係る自己負担額について、負担能力に応じた軽減措置を実施。
- 介護保険の給付範囲ではないとの前提で、その対象に対して、暫定的・例外的・福祉的な措置として、介護保険から給付。
- 応能負担の徹底の観点から、保有資産を勘案の上で、補足給付の対象の可否・給付額を決定。

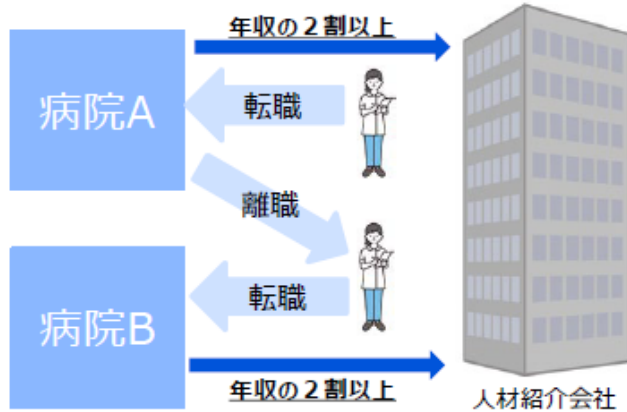
【改革の方向性】（案）

- 医療機関の入院患者に係る光熱水費・室料については、介護保険制度での取扱いも参考にしつつ、患者の負担能力に応じた形で、保険給付から除外し、自己負担とするべき。

人材紹介会社の規制強化

- 医療機関が医療従事者を雇用する際、人材紹介会社を介す場合は一定の手数料が生じる。ただし、人材紹介会社を経由した場合の離職率を見ると、安定的な人材確保につながっているとは言いがたく、雇用の都度、発生する手数料は、医療機関にとって大きな負担となっている。
- 足元で、紹介手数料の負担割合は更に増加しているとも考えられ、保険料と税金で賄われている医療機関の経営原資が必要以上に紹介手数料に流れ、更に保険料の上昇を招くことのないよう、実態を把握の上で必要な対応を図る必要がある。

◆ 人材紹介会社を介した転職の例



◆ 人材紹介会社に対する手数料設定

○ 採用者の年収に対する手数料率（平均）：23.4%

（参考）職種ごとの平均手数料額

職種	平均手数料（万円）
医師	351.7
看護師	76.0
准看護師	67.9
看護補助者	43.3
助産師	116.0
薬剤師	115.3

（出所）公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査-調査結果概要-（2020年）より抜粋

◆ 常勤看護師（准看護師を含む）の新規雇用で採用に要した1人当たりの費用（2020年度）

金額帯	全体	紹介会社 未回答6病院除く	紹介会社以外 未回答52病院除く
～50万円	77.0%	6.5%	97.4%
51～100万円	20.6%	77.0%	1.3%
101～150万円	0.3%	13.5%	0.3%
151～200万円	0.0%	1.0%	0.0%
201万円～	2.0%	2.0%	1.0%
平均	34.9万円	88.1万円	10.8万円
中央値	21.8万円	83.5万円	0万円

（出所）全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告」(2020年)

◆ 医療従事者の離職率

	人材紹介会社経由	
	3か月以内	6か月以内
医師	13.0% (0.8%)	19.0% (3.6%)
保健師・助産師	9.3% (2.1%)	24.0% (7.2%)
看護師・准看護師	11.9% (6.8%)	23.1% (12.0%)
看護助手	21.7% (14.8%)	35.2% (24.6%)
薬剤師	12.1% (6.9%)	19.8% (10.0%)
リハビリ専門職	7.1% (1.6%)	13.1% (2.9%)
その他	15.4% (8.5%)	24.6% (13.0%)
合計	13.3% (7.4%)	24.2% (12.8%)

（出所）厚生労働省「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」(2019年)
（注）括弧内は人材紹介会社以外の離職率。

◆ 医療介護費用に占める紹介手数料の割合

項目	令和3年度	令和4年度	金額の伸び率
医療・介護収益	3,295,193千円	3,363,733千円	2.1%
医療・介護費用	3,477,120千円	3,587,973千円	3.2%
紹介手数料	2,877千円	3,455千円	20.1%
構成比率 （対収益）	0.09%	0.10%	
構成比率 （対費用）	0.08%	0.10%	

（出所）厚生労働省「医療経済実態調査」(令和5年)

◆ 人材紹介手数料等に対する医療機関の意見

- **高額**の紹介手数料をどうにかして欲しい。いつまで経っても足元を見て紹介手数料を決められている感じがする。
- 紹介会社の手数料が高すぎることより、採用する際の障害になっている、又、**経営面の負担**になる。
- **国として紹介料の上限を妥当な金額に設定**するなど、なんらかの基準を設けて欲しい。

（出所）全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告」(2020年)より抜粋

- **ハローワーク、職団体の紹介・斡旋が全く機能しておらず**、人材紹介業が一連の規制緩和で隆興を極めている。ほぼ電話とメールだけで想定年収の20%～30%を徴収するのはどう考えてもやり過ぎと思われる。
- 手数料が高額すぎ、不満を感じます。職種に寄りますが、年収の20%～30%もの手数料を請求されます。

（出所）公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査-調査結果概要-（2020年）より抜粋

【改革の方向性】(案)

- ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介の充実とあわせ、手数料の多寡や定着状況により紹介業者が選別・淘汰される仕組みを推進し、必要に応じて更なる規制強化を検討すべき。

医療機関の経営情報のさらなる「見える化」

- 改正医療法が2023年8月に施行され、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されたが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。
- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)(2023年12月22日閣議決定)

◆ 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化

- ・ 医療法人の経営情報に関するデータベースについて、医療法人の会計年度が原則4月から翌年3月までとされており、2024年3月に決算を迎える医療法人からの報告状況等を踏まえ、必要な対応について検討を行う。

◆ データベースに掲載する経営情報

赤文字は必須項目 緑文字は任意項目
青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目

施設別

- 医療収益(入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医療収益)
- 材料費(医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費)
- 給与費(役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費)
- 委託費(給食委託費)
- 設備関係費(減価償却費、機器賃借料)、○ 研究研修費
- 経費(水道光熱費)
- 控除対象外消費税等負担額
- 本部費配賦額
- 医療利益(又は医療損失)
- 医療外収益(受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益)
- 医療外費用(支払利息)
- 経常利益(又は経常損失)
- 臨時収益・費用
- 税引前当期純利益(又は税引前当期純損失)
- 法人税、住民税及び事業税負担額
- 当期純利益(又は当期純損失)
- 職種別の給与(給料・賞与)及び、その人数

必須項目・任意項目は、「医療法人に関する情報の調査及び分析等について」(R5.7.31医政局長通知)に規定されている。

◆ 医療法人における職種ごとの給与の見える化について(2022年12月2日) 第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料(抄)

新しい資本主義を掲げ、分配政策に重点を置く岸田内閣の下、公的価格評価検討委員会では、医療従事者等の処遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。

(中略)

こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改正と考えられる。

しかし、11月9日にとりまとめられた厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会報告書」では、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについて「提出を任意とすべき」とされた。この点について、雇い主であれば医師や看護師の給与の把握が可能であり、また匿名であれば個人情報問題は生じないことから、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出いただくべきものであると考えられる。

制度の施行当初は提出を任意とするとしても、施行後早期に提出状況や提出されたデータの内容をみて、「見える化」の趣旨から、義務化した場合と遜色のない正確なデータを把握できているかの確認が必要であり、その上で、提出の在り方や内容について、義務化も含め検討すべきと考えており、当委員会において継続的に実施状況を厚生労働省から聴取し、議論を続けるべきと考えている。

【改革の方向性】(案)

- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要である。
- また、改正医療法の施行状況を踏まえて、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。

診療報酬算定について （注意点 ピックアップ）

A000 医療DX推進整備加算

A214 看護補助加算

A214 注4 看護補助体制充実加算

A230 精神病棟入院時医学管理加算

A245 データ提出加算

A246-2 精神科入退院支援加算

A250 薬剤総合評価調整加算

D283 発達及び知能検査

D284 人格検査

D285 認知知能検査その他の心理検査

I002 通院・在宅精神療法

A000 医療DX推進整備加算

医療DX推進体制整備加算の新設

- オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

- (新) 医療DX推進体制整備加算
(新) 医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)
(新) 医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料)



[算定要件 (医科医療機関)]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を有し、初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

注意

診察室で閲覧できる。
電子処方箋の発行で区分分け
マイナンバーカードの使用実績
届出が必要

[施設基準 (医科医療機関)]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 (歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 (調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)
 (調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)
- (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。(経過措置 令和7年9月30日まで)
- (6) 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。 (令和6年10月1日から適用)
- (7) 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及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し

令和6年10月 ~ 令和7年3月

医療DX推進体制整備加算 1	11点
医療DX推進体制整備加算 1 (歯科)	9点
医療DX推進体制整備加算 1 (調剤)	7点
(※) 初診時に所定点数を加算 [施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)	
電子処方箋の要件 あり	
医療DX推進体制整備加算 2 (調剤)	6点
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)	
電子処方箋の要件 ない	
医療DX推進体制整備加算 3	8点
医療DX推進体制整備加算 3 (歯科)	6点
医療DX推進体制整備加算 3 (調剤)	4点
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)	

令和7年4月 ~

医療DX推進体制整備加算 1 (医科)	12点	(歯科) 11点	(調剤) 10点
医療DX推進体制整備加算 2 (医科)	11点	(歯科) 10点	(調剤) 8点
医療DX推進体制整備加算 3 (医科)	10点	(歯科) 8点	(調剤) 6点
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制 (原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること) を有していること。			
医療DX推進体制整備加算 4 (医科)	10点	(歯科) 9点	
医療DX推進体制整備加算 5 (医科)	9点	(歯科) 8点	
医療DX推進体制整備加算 6 (医科)	8点	(歯科) 6点	
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (※) 電子処方箋要件なし			

マイナ保険証利用率		(注) 利用率は通知で規定	
適用時期	令和6年10~12月	令和7年1~3月	令和7年4~9月
利用率実績	令和6年7月~	令和6年10月~	令和7年1月~※2
加算 1・4	15%	30%	45%
加算 2・5	10%	20%	30%
加算 3・6	5%	10%	15%※1

- ※1 小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち未成年の患者の割合が9割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。
- ※2 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
- ※3 令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

令和6年6月 ~ 令和7年3月

在宅医療DX情報活用加算 (※)	10点
在宅医療DX情報活用加算 (歯科訪問診療料)	8点
(※) 在宅患者訪問診療料 (I) の1、在宅患者訪問診療料 (I) の2、在宅患者訪問診療料 (II) 及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象 [施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。 (経過措置 令和7年3月31日まで)	

令和7年4月 ~

在宅医療DX情報活用加算 1 (医科)	11点	(歯科訪問診療料) 9点
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制 (原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること) を有していること。		
在宅医療DX情報活用加算 2 (医科)	9点	(歯科訪問診療料) 8点
[施設基準 (医科医療機関)] (要旨) (※) 電子処方箋要件なし		

医療DX推進体制整備加算

在宅医療DX情報活用加算

A214 看護補助加算

看護補助加算（1日につき） 加算1（30対1）141点、加算2（50対1）116点、加算3（75対1）88点

看護補助者の研修

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、院内研修の内容については、別添2の第2の11の1の(4)の例による。

別添2の第2の11の(4)

(4) 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

毎年

看護職員の研修

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**ことが望ましいこと。ただし、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。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。

別添2の第2の11の(6)

(6) 当該病棟の全ての看護職員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。

イ 次の内容を含む院内研修

(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

A214 看護補助加算

看護補助加算（1日につき） 加算1（30対1）141点、加算2（50対1）116点、加算3（75対1）88点

業務等の見直し

当該病棟において、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回以上見直しを行うこと。

看護師等の研修

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。

ア 次に掲げる所定の研修

- (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

基本

勤務予定表が出たときに確認をする。

メモ

「1日に看護補助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30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること」とは

例) 入院患者49名、加算1（30対1）、看護補助者月延べ勤務時間数 1,196時間、勤務日数30日 としての時
 必要数 $49 \text{ (人)} \div 30 \text{ (30対1)} \times 3 \text{ (1日8時間3交代)} = 4.89999$ 4人と0.899（端数=余り） → **合計 5人**
 時間数 $1,196 \div (30 \times 8) = 4.983$ → **4.9（少数点2以下切り捨て）**

事務長さんの
お願いなら、
OKです。



お願いします。
あと半日働
いて

基準を下回っている。
あと、4時間あれば1,200時間でクリアー

A214注4 看護補助体制充実加算

注4 看護補助体制充実加算1 20点 看護補助体制充実加算2 5点

注意

・経験年数は当該病棟
・師長等の研修修了は必須

【施設基準】通知

(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。

① 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。

② 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。

(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（○印のもの）

○留意事項

「注4」については、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1の届出を行っている場合であっても、看護補助体制充実加算2を算定すること。この場合において、看護補助体制充実加算2の届出は不要である。

疑義解釈 (R6.9.27) その12

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

A230 精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点

注 医師の配置その他の事項につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【施設基準】告示

二十五 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 医療法施行規則第十九条第一項第一号の規定中「**精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数**」を「**精神病床に係る病室の入院患者の数に療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数**」と読み替えた場合における同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。
- (2) 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

「医師の数」のこと
入院患者16名に1名が基本

例) 精神病床の入院患者：96人 療養病床の入院患者：0人

「精神病床**及び**療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数」とは
 $(96 + 0) \div 3 = 32$ （精神病床の患者数は32） 入院に間する医師数は 2名

「精神病床に係る病室の入院患者の数**に**療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数」

$96 + 0 \div 3 = 96$ （精神病床の患者数は48） 入院に関する医師数は 6名

注意

医療法施行規則第十九条第一項第一号

一 医師 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔くう外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔くう外科の外来患者を除く。）の数を二・五（精神科、耳鼻咽喉科又は眼科については、五）をもつて除した数との和（以下この号において「特定数」という。）が五十二までは三とし、特定数が五十二を超える場合には当該特定数から五十二を減じた数を十六で除した数に三を加えた数

医療法に定める人員配置の詳細は「精神科テキスト詳細資料集」（QRコード）に記載しています。



A245 データ提出加算と入院料

項目	区分	200床以上	200床未満
データ提出加算1	入院初日	145点	215点
データ提出加算2	入院初日	155点	225点
データ提出加算3	入院期間が90日を超えるごと1回 (91日目、181日目等)	145点	215点
データ提出加算4	入院期間が90日を超えるごと1回 (91日目、181日目等)	155点	225点

R6.3.5 厚生労働省資料

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進-①

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料 (一般病棟) 専門病院入院基本料 (7対1、10対1) 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1~4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料 (13対1) 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須 (経過措置②ア)
C	<u>精神病棟入院基本料 (10対1、13対1)</u> 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	規定なし → データの提出が必須 (経過措置①、②イ)

厚生労働省保険局医療課長令和5年4月28日

当該調査年度において、データ提出の遅延等が累積して3回認められた場合には、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 (様式40の8の提出) を行うこととし、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くなる。この場合、データ提出加算の届出が施設基準の1つとなっている**入院料についても算定できなくなる**ため十分に注意すること。なお、「遅延等」の考え方は1の(3)と同様である。

[経過措置] (概要)
 ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和8年5月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 ア 「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
 イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

➤ 地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

A245 データ提出加算

【データ提出加算 施設基準】

- (1) A207 **診療録管理体制加算に係る届出**を行っていること
- (2) DPC調査に参加できる体制であること
- (3) DPC調査の退院患者調査に準拠したデータを提出すること。データ提出加算1及び3は入院患者データ、データ提出加算3及び4は外来患者データを提出すること。
- (4) 「コーディング委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること

【診療録管理体制加算 施設基準】

●診療録管理体制加算1

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されている。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規程が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて検索・抽出できること。
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- (10) 許可病床数が200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に研修を行っていること。
- (11) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保していること。
- (12) 年1回程度、定期的に当該BCPに基づく訓練・演習を実施すること。

●診療録管理体制加算2

- (1) 1の(1)から(10)までを満たす

●診療録管理体制加算3

- (1) 1の(1)から(4)
- (2) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。(4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。(5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

A245 データ提出加算のスケジュール

令和7年度提出スケジュール



A246-2 精神科入退院支援加算

精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

注1 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保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

注意

精神保健福祉士と看護師
の専従・専任要件の関係

【施設基準】告示

三十五の六の二 精神科入退院支援加算の施設基準

(2) 当該部門（入退院支援部門）に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。

(3) 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

(4) **各病棟に**、入退院支援及び地域連携業務に**専従として従事する専任**の看護師又は精神保健福祉士が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。

入退院支援加算の注意事項は
「精神科テキスト詳細資料集」
(QRコード)も参考に



例)

入退院支援部門

病棟

看護師の専従者

精神保健福祉士の専任者（業務は専従）

精神保健福祉士の専従者

看護師の専任者（業務は専従）

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。

A246-2 精神科入退院支援加算

疑義解釈その27 (R7.5.29)

【入退院支援加算1、精神科入退院支援加算】

(問2) 「A246」入退院支援加算1の施設基準において「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされており、また、「A246-2」精神科入退院支援加算の施設基準において「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、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること」とされているが、入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、入退院支援加算1を算定する病棟に配置する専任の看護師と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置する専任の看護師を兼ねることは可能か。

(答) 可能。ただし、配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。

(問3) 社会福祉士と精神保健福祉士の両方の資格を有しており、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員が、入退院支援加算1を算定する病棟に配置される専任の社会福祉士と精神科入退院支援加算を算定する病棟に配置される専任の精神保健福祉士を兼ねることは可能か。

(答) 可能。ただし、配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る



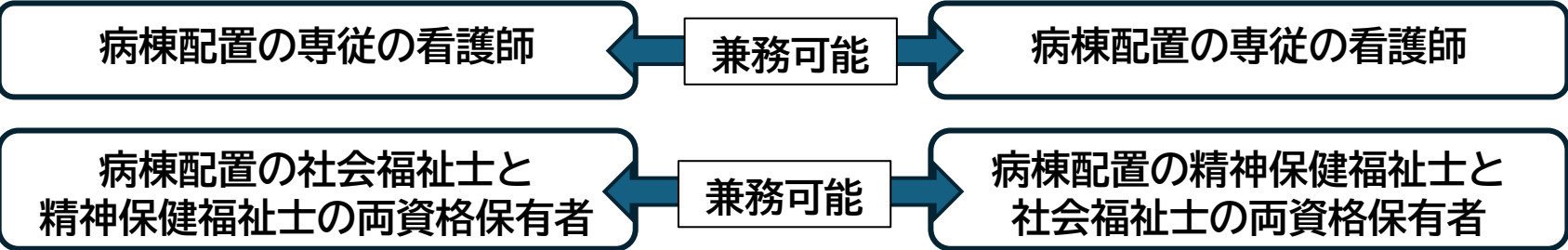
一般病棟

A246 入退院支援加算



精神科病棟

A246-2 精神科入退院支援加算



A250 薬剤総合評価調整加算

薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

入院前に6種類以上の内服薬

又は

精神病棟に入院。入院直前などで抗精神病薬を4種類以上内服



多職種連携の上、処方内容の変更

カンファレンスではなく連携



診療録に記載

評価した内容や変更の要点

ポリファーマシー対策に関する手順書の作成と周知

持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

薬剤調整加算 150点 加算

注2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

- イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

D283 発達及び知能検査

D284 人格検査

D285 認知知能検査その他の心理検査

(心理検査と傷病名の関係)

- ・ 発達及び知能検査
高次脳機能障害、知的障害、認知症、発達障害
- ・ 人格検査
うつ病、外傷後ストレス障害、高次脳機能障害、神経症、人格障害、
性同一性障害、適応障害、統合失調症、躁うつ病
- ・ 認知機能検査その他の心理検査
うつ病、アルツハイマー病、外傷後ストレス障害、高次脳機能障害、
神経症、人格障害、統合失調症、認知症、発達障害、躁うつ病

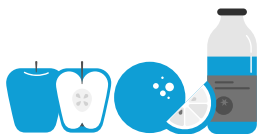
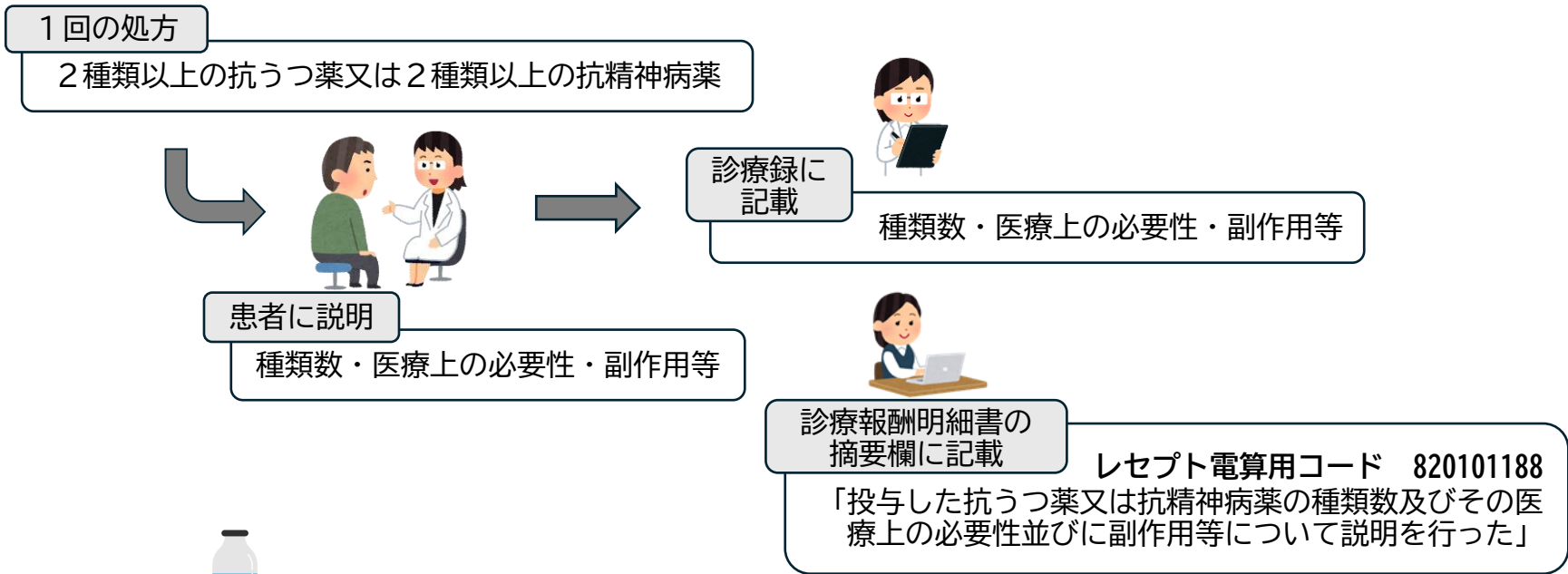
(知能検査と対象年齢)

- ・ 鈴木ビネー 2歳～18歳11ヶ月
- ・ 田中ビネー 2歳～成人
- ・ WAIS-Ⅲ 16歳～89歳
- ・ WAIS-Ⅳ 16歳～90歳11ヶ月
- ・ WISC-Ⅲ、Ⅳ 5歳～16歳11ヶ月

I002 通院・在宅精神療法

○ 診療録に記載・診療報酬明細書の摘要欄に記載

通院・在宅精神療法を行った患者に対して、1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。



精神疾患とは

(算定の原則)

精神疾患とは、ICD-10（国際疾病分類）の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病並びに第6章に規定する「アルツハイマー<Alzheimer>病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。

（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について R6.3.5 保医発0305第4号）

ICD-10分類

第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病 → F00-F99

第6章に規定する「アルツハイマー<Alzheimer>病」に該当する疾病 → G30

第6章に規定する「てんかん」に該当する疾病 → G40

第6章に規定する「睡眠障害」に該当する疾病 → G47

F00-F99

F00-F09 症状性を含む器質性精神障害 F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 F30-F39 気分 [感情] 障害

F40-F48 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群

F60-F69 成人の人格及び行動の障害 F70-F79 知的障害<精神遅滞> F80-F89 心理的発達の障害

F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 F99-F99 詳細不明の精神障害

G30 アルツハイマー<Alzheimer>病 G40 てんかん G47 睡眠障害

認められる具体的な傷病名（一部例）

てんかん精神病、症状精神病、アルコール依存症、アルコール精神病、覚醒剤精神病、統合失調症、心因性妄想精神病、急性一過性精神病性障害、非定型精神病、躁状態・躁うつ病、うつ状態、気分循環症、社会恐怖症・対人恐怖症・恐怖症性不安障害、不安神経症、強迫性障害、心的外傷ストレス障害（PTSD）・適応障害、解離性健忘・解離性運動障害・解離性障害、心気症、神経衰弱、拒食症・異食症・摂食障害、神経症性不眠、パーソナリティ障害、性同一性障害・性的倒錯、学習障害、自閉症・小児自閉症、注意欠陥性多動障害・多動性障害・行為障害、小児期反応性愛着障害・チック、児童・思春期精神疾患、心因反応、錯乱状態・情緒障害・登校拒否、過食症、老人性（老年期）精神病、認知症、神経症性うつ状態、知的障害、発達障害、レビー小体型認知症、てんかん、不眠症、ナルコレプシー

原則として認められないもの

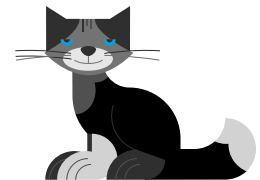
不随意運動、失語症、自律神経失調症、脳出血後遺症・脳梗塞後遺症、更年期症候群、頭痛、心身過労状態

算定要件に必要な時間がある主な項目

- I001 入院精神療法（Ⅰ） 精神保健指定医が30分以上
- I002 通院・在宅精神療法 初診の日 30分以上、再診の日 5分超え
- I002 通院・在宅精神療法 注4 児童思春期精神科専門管理加算 60分以上の専門的な精神療法
- I002 通院・在宅精神療法 注9 心理支援加算 公認心理士師が対面で30分以上
- I003 標準型精神分析療法 診療に要した時間が45分を超えたとき
- I003-2 認知療法・認知行動療法 診療に要した時間が30分を超えたとき
- I005 入院集団精神療法 1日につき1時間以上
- I006 通院集団精神療法 1日につき1時間以上
- I006-2 依存症集団療法
薬物依存（90分以上） ギャンブル依存（60分以上） アルコール依存（60分以上）
- I007 精神科作業療法 1日につき2時間を標準
- I008 入院生活技能訓練療法 1日につき1時間を標準
- I008-2 精神科ショート・ケア 1日につき3時間を標準
- I009 精神科デイ・ケア 1日につき6時間を標準
- I010 精神科ナイト・ケア 1日につき4時間を標準
- I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア 1日につき10時間を標準
- I012 精神科訪問看護・指導料 注4 複数名精神科訪問看護・指導加算 30分以上
- I012 精神科訪問看護・指導料 注5 長時間精神科訪問看護・指導加算 90分を超えた場合
- I015 重度認知症患者デイ・ケア料 6時間以上

算定期間に制限がある主な項目

- A229 精神科隔離室管理加算 月に7日以内
- A230-3 精神科身体合併症管理加算 治療開始日から15日間
- A231-3 依存症入院医療管理加算 入院した日から60日を限度
- A231-4 摂食障害入院医療管理加算 入院した日から60日を限度
- B001 2 特定薬剤治療管理料 月1回に限り
- B001 6 てんかん指導料 月1回に限り
- B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料 入院中1回
- B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ） 月1回に限り
- I001 入院精神療法（Ⅰ） 入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定
- I001 入院精神療法（Ⅱ） 入院の日から起算して4週間以内は週2回
入院の日から起算して4週間を超える期間場合は週1回
ただし、精神保健指定医が認めた場合は週2回
- I002 通院・在宅精神療法 退院後4週間以内の期間は週2回、その他は週1回
- I002 通院・在宅精神療法 注5 特定薬剤副作用評価加算 月に1回に限り
- I002 通院・在宅精神療法 注7 措置入院後継続支援加算 3月に1回に限り
- I002 通院・在宅精神療法 注8 療養生活継続支援加算 月1回に限り
- I002 通院・在宅精神療法 注9 心理支援加算 月2回に限り
- I002-2 精神科継続外来支援・指導料 1日に1回に限り



精神科で算定出来そうのでできない項目



「精神科病院なんだから
このくらいは当然やりなさい。」
との考えでしょうか。

A247 認知症ケア加算（1日につき）

	14日以内の期間	15日以上期間
認知症ケア加算1	180点	34点
認知症ケア加算2	112点	28点
認知症ケア加算3	44点	10点

【認知症ケア加算】

- ・認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム
- ・病院職員全体で入院前の状況調査や認知症ケア研修
- ・認知症ケア計画の定期的評価、家族も含めた退院支援など

※ 精神病棟入院基本料の加算に該当しない。

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）100点

せん妄とは、「せん妄とは、身体疾患や医薬品、物質中毒・離脱などにより惹起され、他の神経認知障害では説明できない、急性に発症する注意・意識・認知の障害である」（厚生労働省）「典型的には、比較的高齢の患者さんが何らかの病気で入院したり、手術を受けた後に、急におかしなことを言い出したり、幻覚が見えたり、興奮したり、安静にできなくなってしまう。」（日本精神神経学会）

せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

せん妄の診断基準

A 注意および認識の障害

注意を向けたり、集中することが難しい
まわりの状況をきちんと理解することが難しい

B 症状が短時間のうちに出現し、変動する傾向がある

数時間から数日で起こり、1日のうちで変化する

C 認知の障害の付加

記憶違いや幻覚、錯覚などが見られる

D A, Cは他の精神疾患では説明されない

E 身体疾患や物質の中毒などが原因となっている

米国精神医学会精神障害の診断と統計マニュアル第5版より改変（日本精神神経学会編）

連携が必要な主な項目

A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 1,000点
 A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000点

← 60日以内に退院



A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

注 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が、他の保険医療機関において**A238-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合**に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

B005-12 こころの連携指導料（1）
 B005-13 こころの連携指導料（2）

← 心理検査が必要
 自殺対策等の研修受講



B005-13 こころの連携指導料（2）

注 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、入院中の患者以外の患者であって、**B005-12に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの**に対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2

注 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科又は心療内科を標榜ぼうする保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして**産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された**妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

精神科の重複算定 できない主な項目

同月に算定できない

I002 通院・在宅精神療法 注5 特定薬剤副作用評価加算
I002-2 精神科継続外来支援・指導料の注4 特定薬剤副作用評価加算

同一日に他の精神科専門療養は算定できない

I002-2 精神科継続外来支援・指導料
I003-2 認知療法・認知行動療法
I005 入院集団精神療法
I006 通院集団精神療法
I006-2 依存症集団療法
I008 入院生活技能訓練療法



重複算定できない

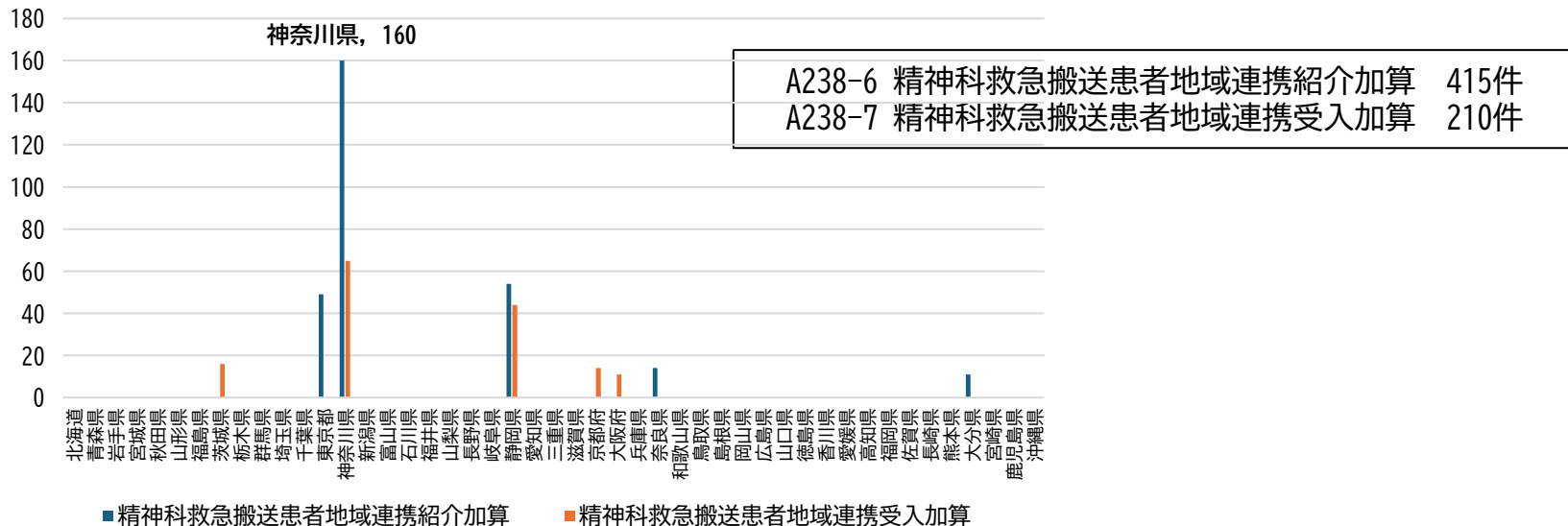
I008-2 精神科ショート・ケア
I009 精神科デイ・ケア
I010 精神科ナイト・ケア
I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア
I015 重度認知症患者デイ・ケア

重複算定できない

A246-2 精神科入退院支援加算
と重複算定できない

A103 注7/A312 注5 精神保健福祉士加算
A230-2 精神科地域移行実施加算
I011 精神科退院指導料

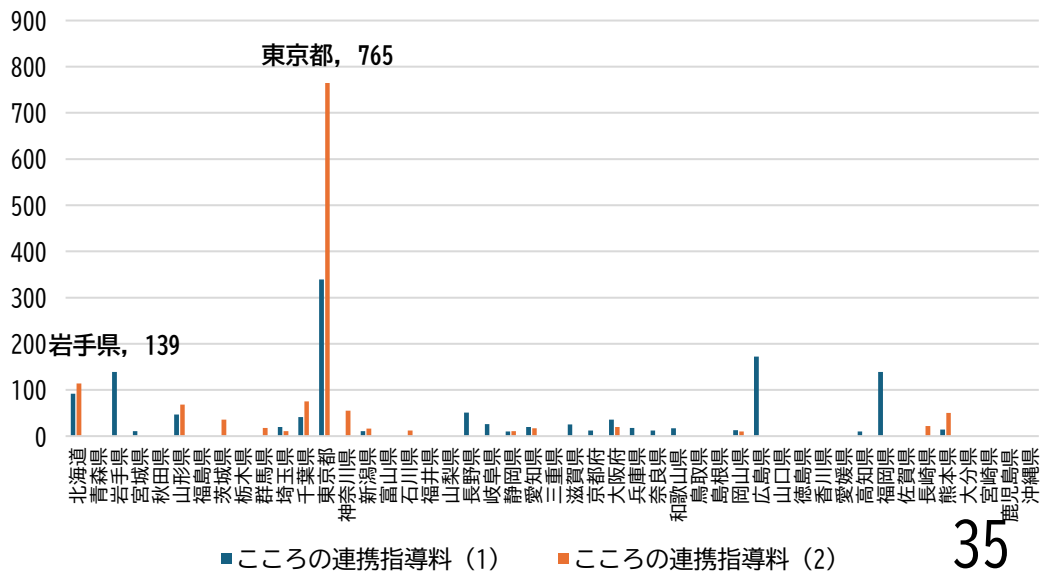
救急搬送患者紹介受入加算（算定回数） NDB(R5年度)



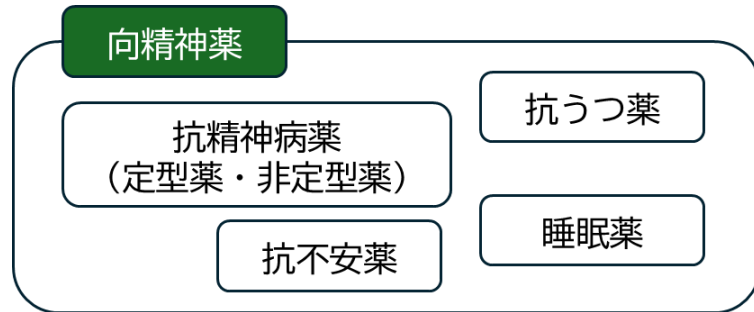
こころの連携指導料（算定回数）NDB(R5年度)

B005-12 こころの連携指導料（1） 1,334件

B005-13 こころの連携指導料（2） 1,351件



向精神薬と抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、睡眠薬の違い



向精神薬とは、中枢神経に作用し精神機能に影響を及ぼす薬物の総称です。抗うつ薬（主にくうつ病の治療薬）、抗不安薬（主に神経症の治療薬）、睡眠薬（主に不眠症の治療薬）、抗精神病薬（主に統合失調症の治療薬）などがあります。

「別紙36」に掲げる抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬



抗うつ薬には、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬（NaSSA）などがあります。これまでの三環系抗うつ薬などは、口の渇き、便秘、眠気などの副作用がありましたが、副作用の少ないSSRIやSNRIが第一選択薬になっています。

抗不安薬は、いわゆる「精神安定剤」のことであり、不安を和らげる作用を持つ薬剤のことです。「ベンゾジアゼピン受容体作動薬」は依存性が認められるため長期処方制限がある薬剤です。

睡眠薬は、睡眠導入剤や眠剤などとも呼ばれたりします。ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬があります。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は、ベンゾジアゼピン系に比べると副作用は出にくくなっていますが、健忘などの副作用が見られます。

抗精神病薬は、統合失調症にみられる幻覚、妄想、支離滅裂な思考、および攻撃性の治療薬です。抗精神病薬には「定型抗精神病薬」と「非定型抗精神病薬」の2種類があります。「定型抗精神病薬」は、第一世代の薬物群。それ以降に開発された薬物群が「非定型抗精神病薬」で、第三世代の治療薬もあります。1952年のクロルプロマジンの臨床応用は統合失調症治療薬として画期的なものでしたが、パーキンソン症状やいろいろな不随意運動が起きやすいため、従来型の「定型抗精神病薬」から「非定型抗精神病薬」に切り替わってきています。しかし、「非定型型精神病薬」には体重増加、耐糖能異常などの副作用があります。



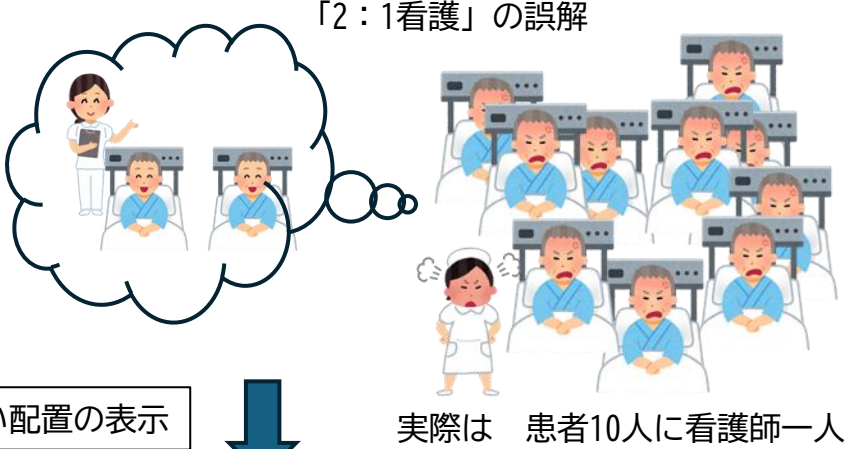
様式9など

様式9 関連 (看護職員等の実質配置)

平成18年診療報酬改定 基本的な考え方 (看護職員等の「常時」配置について)

「診療情報提供料の体系について、患者の視点から見ると同じ情報内容でも情報の提供元及び提供先によって負担が異なることについての理解が得にくく、また、そもそも医療機関の機能分化及び連携にどの程度寄与しているのかが必ずしも明らかでない。

- 「現行の診療報酬体系における「2:1看護」は、一般には、入院患者2人につき1人の看護職員が常に配置されていると受け止められがちであるが、実際には、看護職員を各勤務帯で均等に配置したとしても、「勤務帯当たり入院患者10人に1人(実質10:1)」の配置でしかない。
- 入院患者に療養環境に係る情報を正しく伝える観点から、入院基本料等の体系について、現行の看護職員等の配置に係る表記を改めるとともに、それぞれの勤務帯で実際に働いている看護職員の数について、入院患者への情報提供を推進する。



わかりやすい配置の表示

看護職員の実質配置	平成18年改定前の看護職員配置
7対1	1.4対1に相当
10対1	2対1に相当
13対1	2.6対1に相当
15対1	3対1に相当
18対1	3.6対1に相当
20対1	4対1に相当

「2:1看護」は、入院患者2人つき人の看護職員が配置されていると受け止められるが、実際は、週休2日であり、1週間のうち、実際勤務しているのは5日間です。また、公休以外に有給休暇もあります。また、1人の看護職員が24時間働いているわけではなく、交代勤務であり、例えば40床の病棟の「2:1看護」に日中、看護職員が20名勤務していません。

メモ 「わかりやすい配置の表示」が目的であったはずが、スキルアップのための外部の研修会や例えば患者療養環境改善のための会議・研修であっても、「病棟にいない」との理由で勤務時間から除くやり方が入りました。

様式9 関連（看護職員等の実質配置）

（入院患者の数）

入院患者の数は、**当該日の24時現在**当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者との明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。

様式9で扱う「患者数」は当該月から前1年間の入院患者の数の1日平均です。

例) 令和7年6月の場合

令和6年7月1日から令和7年6月31日の1日平均入院患者数（小数点以下切り上げ）

（看護要員の数）

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。

病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室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。

看護要員の数

- ・ 1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準
- ・ 看護部長、外来勤務者は看護要員の数に含めない。
- ・ 兼務の場合は算入できる。
- ・ 紹介予定派遣、育児休業の代替派遣者は算入できる
- ・ 看護補助者は派遣を含むが、請負方式は算入できない



様式9 関連（看護職員等の実質配置）

【疑義解釈（R6.3.28）その1】

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。

【現在、労働時間数に認められている研修・委員会等】

- ・ 委員会（3）
 - 院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会、褥瘡対策委員会
- ・ 職員研修（2）
 - 安全管理の体制確保のための職員研修
 - 身体的拘束の最小化に関する職員研修
- ・ 業務（1）
 - 身体的拘束最小化チームに係る業務 ← 精神病室以外

職員研修について

医療法において義務付けられているもの

医療法第六条の十二、医療法施行規則第一条の十一

- ・医療に係る安全管理のための職員研修
- ・従事者に対する院内感染対策のための研修
- ・従事者に対する医薬品の安全使用のための研修
- ・従業者に対する医療機器の安全使用のための研修
- ・放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修

診療報酬の算定方法において義務付けられているもの

基本診療料の施設基準等（通知）

- ・安全管理の体制確保のための職員研修
- ・入院患者に係わる委員会を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修
- ・「I014 医療保護入院等診療料」の施設基準 精神科診療に携わるすべての職員
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する 年2回

精神保健福祉法によるもの

精神保健福祉法

- ・精神科病院に虐待防止のための研修
「虐待防止の手法」「人権や権利擁護」「患者への関わり」など



様式9 関連（看護職員等の実質配置）

（夜勤における勤務）

「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後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（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。

（夜勤者の数について）

夜勤は2人以上

看護職員2人以上（看護師又は准看護師2人以上）

精神病院入院基本料（特別入院基本料を除く）、精神科救急急性期医療入院料、
児童・思春期精神科入院医療管理料 など

看護要員2人以上（看護師又は准看護師で2人以上又は看護補助者と2人）

精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料
精神病棟入院基本料の注2（精神科特別入院基本料） など

（月平均夜勤時間数について）

特定入院基本料は該当しない。

計算は1か月・4週間でもどちらでも可能

同一の入院基本料は全体で計算

月平均夜勤時間数は72時間以下であること。

月平均夜勤時間数の計算

＝（月延べ夜勤時間数－夜勤時間に含めない者（夜勤専従者や夜勤時間数が8時間の者（※1））
÷夜勤従事者

※1 急性期一般、7対1、10対1の病棟は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間正職員で月夜勤時間数が12時間未満

様式9 関連 (看護職員等の実質配置)

(病棟勤務者と外来勤務等の兼務について)

兼務者の夜勤従事者数

$$= \text{病棟での月延べ夜勤時間数} \div (\text{病棟での月延べ夜勤時間数} + \text{外来での夜勤時間帯での勤務時間数})$$

例) 「夜勤時間」は 16時30分から翌8時30分 勤務時間は8時30分から17時30分 休憩1時間

外来勤務の看護師Bの勤務

7月1日から7月14日までは外来のみ勤務。 14日間のうち8日間出勤

7月15日から7月28日は16時30分まで外来勤務で16時30分から17時30分まで病棟勤務。 14日間のうち8日間出勤。

月延べ勤務
時間数

											7月1日	7月2日		7月27日	7月28日		
病棟のみ 看護師A	常勤	短時間	非常勤	他部署兼務	有	無	夜専	夜勤従事者	病棟日勤	8.00	8.00		8.00	8.00		128.00	
	1	0	0	0	1	0	0	1.00	病棟夜勤	1.00	1.00	~	1.00	1.00		16.00	
	総夜勤									1.00	1.00		1.00	1.00		16.00	
外来兼務の 看護師B	常勤	短時間	非常勤	他部署兼務	有	無	夜専	夜勤従事者	病棟日勤	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	
	1	0	0	1	1	0	0	0.50	病棟夜勤	0.00	0.00	~	1.00	1.00		8.00	
	総夜勤									1.00	1.00		1.00	1.00		16.00	

↑ 外来勤務中の「夜勤時間」が「総夜勤」に入る。

○ある医療機関の様式9のシミュレーション

夜勤時間の設定	月平均夜勤時間	基準のクリア
17:00~9:00	77.0時間	×
17:30~9:30	67.3時間	○
18:00~10:00	70.7時間	○
18:30~10:30	75.5時間	×

夜勤時間の設定により、月平均夜勤時間の基準に違いがでる。

様式9 関連（看護職員等の実質配置）

（申し送りに要した時間について）

夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から 除いて差し支えない。ただし、当該申し送りに要した時間の除外の有無については、原則として、同一の入院基本料を算定する病棟全体において、月単位で選択すること。

要約

例) 看護師Aが看護師B、看護師Cへ申し送る
申し送りに要した時間を看護師Aの勤務時間に「含める」「含めない」は同一入院基本料単位かつ月単位で選択できる。

●疑義解釈その1（H18.3.23）

（問10）申し送りで、二つの勤務帯が重複する場合はどのように考えるのか。

（答）申し送りについては、二つの勤務帯が重複する時間帯（たとえば、夜勤者から日勤者への引継ぎ時間帯）が生じることとなるため、申し送りを受ける側の勤務時間帯における勤務時間数のみを計上すること。

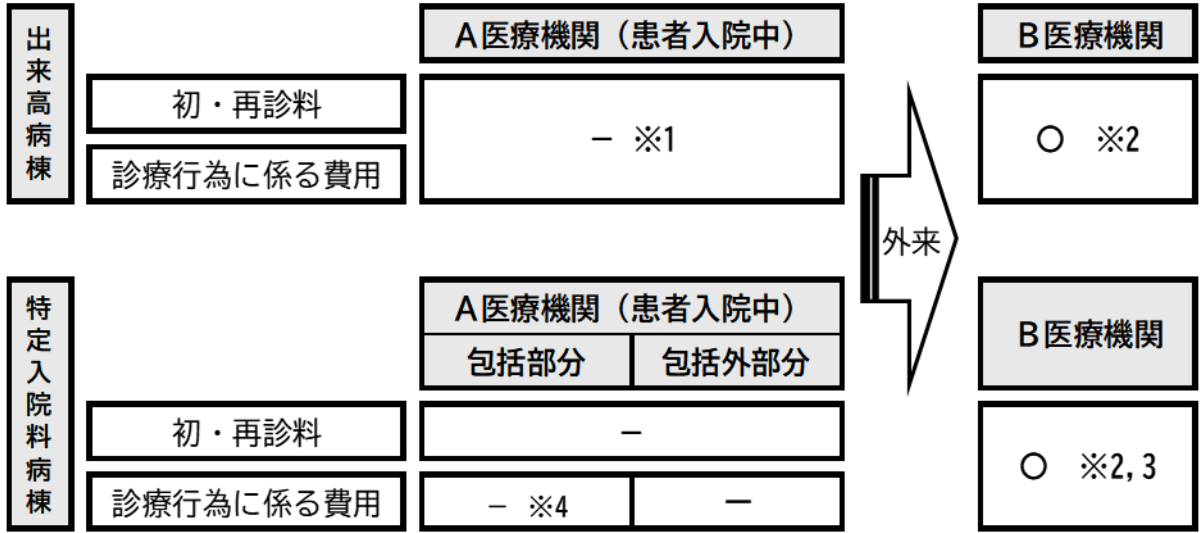


●疑義解釈その1（H30.3.30）

（問49）「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。」とされたが、①日勤帯での申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の勤務時間から除かなくてよいか。②時間を除くかどうかは、看護職員や日ごとに選択してよいか。

（答）①夜勤時間帯の取扱いと同様に、除いても差し支えない。②基本的には同一入院基本料単位かつ月単位で選択すること。

入院中の患者が他医療機関の外来で診察・治療



- ※1 入院基本料については5%~10%を控除した点数を算定
- ※2 医学管理、在宅等、受診日の投薬を除き処方料、処方箋料は算定できない。「慢性維持透析患者外来医学管理料」は算定できる。
- ※3 「ガンナイフによる定位放射線治療」等は算定可能。
- ※4 特定入院料については5%~40%を控除した点数を算定

【明細書への記載事項】

入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「〇他（受診日数：〇日）」を記載すること。ただし、(6)のウの特定入院料等を10%減算する場合（ただし書に該当し5%減算する場合を含む。）には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

出来高入院料	他医療機関での治療	
	-	SPECT検査等
精神病棟入院基本料	10%控除	5%控除

特定入院料	他医療機関での治療			
	包括されている費用（特掲診療料に限る）を算定する	SPECT検査等	包括されている費用（特掲診療に限る）を算定しない	SPECT検査等
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 児童・思春期精神科入院医療管理料 精神科地域包括ケア病棟入院料	40%控除	35%控除	10%控除	5%控除
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	20%控除	15%控除	10%控除	5%控除

【第3の1の(5)】

レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」を記載すること。

入院中の患者が外来に来た時の算定

●外来受診側の算定

	出来高病棟の患者	特定入院料の患者
初・再診料	○	○
医学管理料	× (B009診療情報提供料のみ算定可)	
在宅医療	×	×
検査・画像診断	○	○
投薬・注射	×	×
リハビリテーション	× (言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションの費用のみ算定可)	
精神科専門療法	○	○
処置・手術・麻酔	○	○
放射線治療	○	○
病理診断	○	○
入院料等	短期滞在手術等基本料3のみ算定可	

例えば、当院へ通院している患者が精神科以外のA病院へ入院し、外出して本人が薬を貰いに来たケース

- ・保険請求できる
再診料と通院精神療法は保険請求。
- ・保険請求できない
投薬料（処方料、処方箋料）をA病院へ消費税込みで請求する。

【外来側のレセプトの記載の仕方】
摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「入院している診療科」および「（受診日数：○日）」を記載します。

外泊期間中の入院料等について

- ・入院基本料の基本点数の15%、特定入院基本料の15%
- ・精神及び行動の障害の患者について治療のための外泊は30%

ただし、連続3日かつ同一歴月6日以内に限る

※「外泊」とは0時から24時まで間 病院へいないこと 2泊3日で初めて「外泊」1日

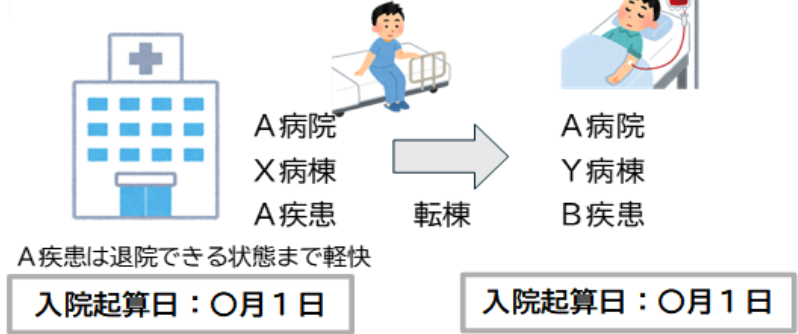
入院期間の計算について

【基本的な考え方】



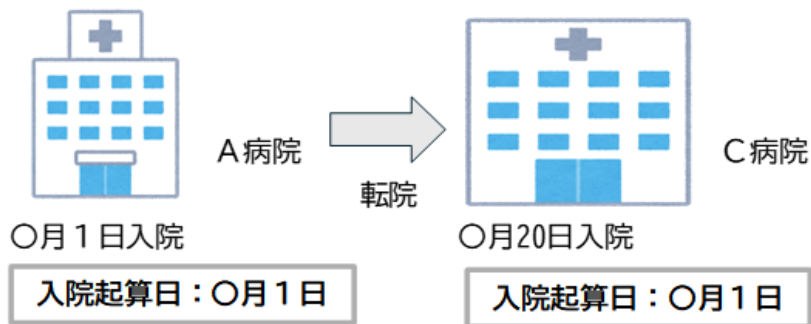
入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

【当初と別の疾患にり患】



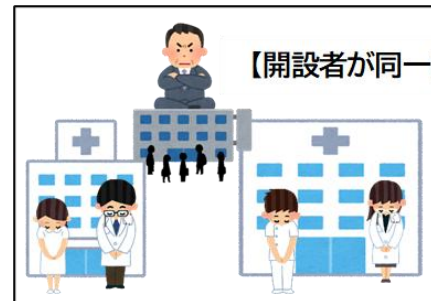
A傷病により入院中の患者がB傷病に罹り、B傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はA傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はA傷病で入院した日を起算日とする。

【特別な関係がある場合】



（特別の関係への再入院）

保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。



提出を忘れずに！

- 酸素の購入価格に関する届出（毎年2月15日まで）
- 向精神薬多剤投与に係る報告について（毎年度4月、7月、10月、1月）
- 精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告（毎年10月）
- 精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1の報告（毎年3月末まで）
- ベースアップ評価料（賃金改善計画書）報告（毎年6月30日まで）
- ベースアップ評価料（賃金改善実績報告書）報告（毎年8月31日まで）
- データ提出加算提出（3月分をまとめて、4月、7月、10月、1月）
- 施設基準の定例報告と自己点検 8月1日現在（毎年8月）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
酸素											○	
向精神薬多剤投与	○			○			○			○		
精神科デイ・ケア等							○					
重症者加算1の報告												○
ベースアップ評価料 （賃金改善計画書）			○									
ベースアップ評価料 （賃金改善実績報告書）					○							
データ提出加算	○			○			○			○		
8月1日定例報告					○							

次回 病院事務管理者 ネクスト研修会

テーマ未定

8月26日（火） 集合・WEB
エル・ソーラ仙台 研修室



BEER TERRACE 2025



懇親会会場のお知らせ

メロ°リタニースト

フォレストキッチン ウィズ アウトドアリビング

17時30分から 6,000円

ご清聴ありがとうございました。

- ※ この資料は、講師が独自に作成したもの又は厚生労働省公表資料を転用又は一部改編したものです。
- ※ 講師作成のものは 使用・加工・転載は自由です。

●講演者（沼田周一）R7.7.1

安田病院事務長 認定登録医業経営コンサルタント 施設基準管理士 宮城県精神科病院医事研究会代表
病院事務管理者ネクスト研修会主宰 宮城県精神科病院事務長会会長 宮城県非官公病医院事務長会役員
日本医業経営コンサルタント協会宮城県副支部長 日本施設基準管理士協会東北ブロック副代表
日本医療・病院管理学会会員 日本精神神経学会会員 他