

# 第69回 精神科病院医事研修会(4/14 WEB)

---

- ・「施設基準管理士が今回の精神科改定を読み解く」
- ・令和8年診療報酬改定(R8.6実施)の詳細説明

この資料は、3月31日までの告示・通知等を  
参考にしています。

最新の資料で確認を！

精神科病院医事研修会

R8.4.14 沼田資料

# 「施設基準管理士が今回の精神科改定を読み解く」鼎談（30分）

（一社）日本施設基準管理士協会精神科部会

根無 智教さん（埼玉県 久喜すずのき病院・事務長）

鶴岡 徹也さん（千葉県 浅井病院・医事サービス課長）

田畑 久美さん（静岡県 沼津中央病院・事務長）

進行 （一社）日本施設基準管理士協会精神科部会長  
宮城県医事研究会代表 沼田 周一

今回の改定は、すごく斬新なメッセージ性の高い内容だと感じています。詳細な説明の前に、（一社）施設基準管理士協会精神科部会の面々に、熱く語ってもらいたいと思います。

沼田

## 精神科関連の項目（主なもの）

- 物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げに向けた評価の見直し
- 医療DX推進体制整備加算等の見直し
- オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し
- 情報通信機器等を用いた医学管理等の評価の新設
- 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し
- 医療機関等における事務等の簡素化・効率化
- 療養・就労両立支援指導料の見直し
- 通院・在宅精神療法の見直し
- 心理支援加算の見直し
- 児童思春期支援指導加算の見直し
- 早期診療体制充実加算の見直し
- 情報通信機器を用いた精神療法の見直し
- 認知療法・認知行動療法の見直し
- 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し
- 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設
- 精神病棟入院基本料の見直し
- データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し

## 精神科関連の項目（主なもの）

- 精神病床における多職種協同の推進（精神病棟看護・多職種協同加算の新設）
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設
- 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し
- 精神科救急医療体制加算の見直し
- 精神科救急急性期医療入院料等の見直し
- 精神科急性期医師配置加算の見直し
- 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し
- 精神科慢性身体合併症管理加算の新設
- 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し
- 入退院支援加算等の見直し
- 退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設
- 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し
- 入院時の食事療養に係る見直し
- 歯科医療機関との連携の推進
- 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し
- 地域加算の見直し
- 看護補助者に係る加算の名称の見直し

# 令和8年度診療報酬改定説明会(4/14) 項目

R8.4.14 沼田資料

- 精神科リエゾンチーム加算の見直し
- 様式9の見直し
- やむを得ない事情における施設基準等に関する取り扱いの見直し

加算関係の主な項目（入院料を除く）精神科関連（算定要件・施設基準の変更を含まず）

区分	変更点	項目名
A207	組み換え <b>減点</b>	診療録管理体制加算
A207-5	<b>新設</b>	電子的診療情報連携体制整備加算
A215	<b>新設</b>	看護・多職種協働加算
A218	組み換え	地域加算
A230-5	<b>新設</b>	精神科慢性身体合併症管理加算
A243	項目名変更	地域支援・医薬品供給対応体制加算 ← 後発医薬品使用体制加算
A255	<b>新設</b>	精神科地域密着多機能体制加算（1日につき）
B001-9	増点	療養・就労両立支援指導料
B007-3	<b>新設</b>	退院後訪問栄養食事指導料（1回につき）
F100	項目名変更	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 ← 外来後発医薬品使用体制加算
	<b>減点</b>	一般名処方加算
I002	増点	通院精神療法（1）60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合
	<b>新設</b>	通院精神療法（2）精神保健指定医による30分以上60分未満の場合
	増点	在宅精神療法（1）60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合
	<b>新設</b>	在宅精神療法（2）精神保健指定医による30分以上60分未満の場合
	増点	児童思春期支援指導加算1（1）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合
	<b>新設</b>	児童思春期支援指導加算2
	組み換え	早期診療体制充実加算1・2・3
I003-2	<b>新設</b>	認知療法・認知行動療法 公認心理師による心理支援を伴う場合
I012	<b>新設</b>	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（3）同一日に10人以上19人以下
I014	<b>新設</b>	医療保護入院等診療料2
0001	増点	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
	<b>新設</b>	増点 令和9年6月以降 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
	<b>新設</b>	継続して賃上げを取り組んだ医療機関 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
	<b>新設</b>	増点 令和9年6月以降 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
0003		入院ベースアップ評価料1～250
	<b>新設</b>	令和9年6月以降 入院ベースアップ評価料251～500
0100	<b>新設</b>	外来・在宅物価対応料 初診・再診
	<b>新設</b>	入院物価対応料（入院料により違い）
	<b>新設</b>	増点 令和9年6月以降 入院物価対応料（入院料により違い）



## 主な一般病棟入院料の改定

●入院料	現行点数	改定点数	差
A100 一般病棟入院基本料（重症度、医療・看護必要度等による違い）			
急性期一般入院料1（7対1）	1,688	1,874	186
入院物価対応料	0	58	58
急性期一般入院料6（10対1）	1,404	1,523	119
入院物価対応料	0	34	34
A100 一般病棟入院基本料（平均在院日数等による違い）			
地域一般入院料1（13対1）	1,176	1,290	114
入院物価対応料	0	32	32
地域一般入院料2（13対1）	1,170	1,282	112
入院物価対応料	0	32	32
地域一般入院料3（15対1）	1,003	1,097	94
入院物価対応料	0	23	23
A301 特定集中治療室管理料			
1 7日以内の期間	14,406	14,980	574
入院物価対応料	0	262	262
2 8日以上の期間	12,828	13,371	543
入院物価対応料	0	233	233
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料			
1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229	2,346	117
入院物価対応料	0	19	19
5 回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,696	1,794	98
入院物価対応料	0	15	15
A308-3 地域包括ケア病棟入院料			
1 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内）	2,838	2,955	117
入院物価対応料	0	27	27
7 地域包括ケア病棟入院料4（40日以内）	2,102	2,187	85
入院物価対応料	0	19	19

# 物価高騰対応・賃上げ関連

---

## 主な項目

### 「物価対応料の新設」

- ・ 外来・在宅物価対応料
- ・ 入院物価対応料

### 「ベースアップ評価料の見直し」

- ・ 外来・在宅ベースアップ評価料
- ・ 入院ベースアップ評価料



# 初再診料・入院料の見直し、物価対応料の新設

## ● 初再診料等の評価の見直し

【初診料】	初診料	改定後の点数	291点(改定前の点数 291)	情報通信機器を用いた場合	253点(253)
【再診料】	再診料	76点(75)		情報通信機器を用いた場合	76点(75)

## ● 0100 物価対応料

0100 物価対応料（令和9年6月以降は、所定点数の100分の200）

1 外来・在宅物価対応料

イ 初診料 2点      □ 再診時等 2点      ハ 訪問診療時 3点

2 入院物価対応料      4点～262点（精神科 4点～24点）

項目	点数	項目	点数
精神病棟入院基本料の10対1入院基本料	13	精神科急性期治療病棟入院料1（30日以内の期間）	14
精神病棟入院基本料の13対1入院基本料	10	精神科急性期治療病棟入院料1（31日以上60日以内の期間）	12
精神病棟入院基本料の15対1入院基本料	8	精神科急性期治療病棟入院料1（61日以上90日以内の期間）	11
精神病棟入院基本料の18対1入院基本料	6	精神科急性期治療病棟入院料2（30日以内の期間）	11
精神病棟入院基本料の20対1入院基本料	6	精神科急性期治療病棟入院料2（31日以上60日以内の期間）	9
特別入院基本料（精神病棟）	4	精神科急性期治療病棟入院料2（61日以上90日以内の期間）	9
特殊疾患病棟入院料2	12	認知症治療病棟入院料1（30日以内の期間）	11
精神科救急急性期医療入院料（30日以内の期間）	22	認知症治療病棟入院料1（31日以上60日以内の期間）	10
精神科救急急性期医療入院料（31日以上60日以内の期間）	19	認知症治療病棟入院料1（61日以上90日以内の期間）	8
精神科救急急性期医療入院料（61日以上90日以内の期間）	17	認知症治療病棟入院料2（30日以内の期間）	8
精神科救急・合併症入院料（30日以内の期間）	24	認知症治療病棟入院料2（31日以上60日以内の期間）	7
精神科救急・合併症入院料（31日以上60日以内の期間）	22	認知症治療病棟入院料2（61日以上90日以内の期間）	6
精神科救急・合併症入院料（61日以上90日以内の期間）	21	児童・思春期精神科入院医療管理料	17
		精神療養病棟入院料	7

# ベースアップ評価料の見直し

## 1 賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価の見直し

主として医療に従事する職員 → 当該保険医療機関において勤務する職員

## 2 令和8年度と令和9年度において段階的評価

外来・在宅ベースアップ評価料 令和9年6月以降は100分の200  
 入院ベースアップ評価料 令和8年6月と令和9年6月以降の計算を変え、算定する。

## 3 継続的な賃上げを実施していない医療機関の初再診料の異なる評価と入院料の減額

入院ベースアップ評価料を算定していない医療機関の入院料の減額

以下の**いずれか**に該当する医療機関は減額がない。

- 一 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。
- 二 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。
- 三 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること。

### 入院料の減額・区分

点数

精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料）	106
精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料）	39
特別入院基本料（精神病棟）	39
特殊疾患病棟入院料	53
精神科救急急性期医療入院料	42
精神科救急・合併症入院料	42
精神科急性期治療病棟入院料	42
認知症治療病棟入院料1	35
児童・思春期精神科入院医療管理料	97
精神療養病棟入院料	35

# 0001 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

●令和8年6月から令和9年5月	継続的した賃上げの取組	
	実施している	実施していない
1 初診時	23	17
2 再診時	6	4
3 訪問診療時		
イ 同一建物居住者以外	107	79
ロ それ以外	26	19
●令和9年6月以降	実施している	実施していない
1 初診時	40	34
2 再診時	10	8
3 訪問診療時		
イ 同一建物居住者以外	186	158
ロ それ以外	45	38

注5 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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。

**2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に関する施設基準**  
 以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。  
 (1) 令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出していた保険医療機関  
 (2) 令和8年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘(看護補助者、事務職員については、8分)に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8分7厘(看護補助者、事務職員については、1割3分7厘)に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関

**(問) 減額回避の時期**

「特掲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8年3月5日保医発0305 第8号)における、**外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5**に関する施設基準において、「令和8年3月31日時点において評価料を届け出していた保険医療機関(訪問診療ステーション)」とあるが、令和8年3月から算定を開始する保険医療機関又は令和8年4月から算定を開始する保険医療機関(訪問看護ステーション)は含まれるのか。

(答) 令和8年3月31日時点で当該評価料を算定している必要があることから、同年4月以降に算定を開始する保険医療機関(訪問看護ステーション)は含まれない。  
 (厚労省疑義解釈その2 問1 R8.3.31)

**(問) 1日につきの文言**

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)について「1日につき」という文言が令和8年度診療報酬改定で削除されたが、その趣旨如何。

(答) 同一の保険医療機関内において同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科についても、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定可能とする趣旨である。  
 (厚労省疑義解釈その2 問4 R8.3.31)9

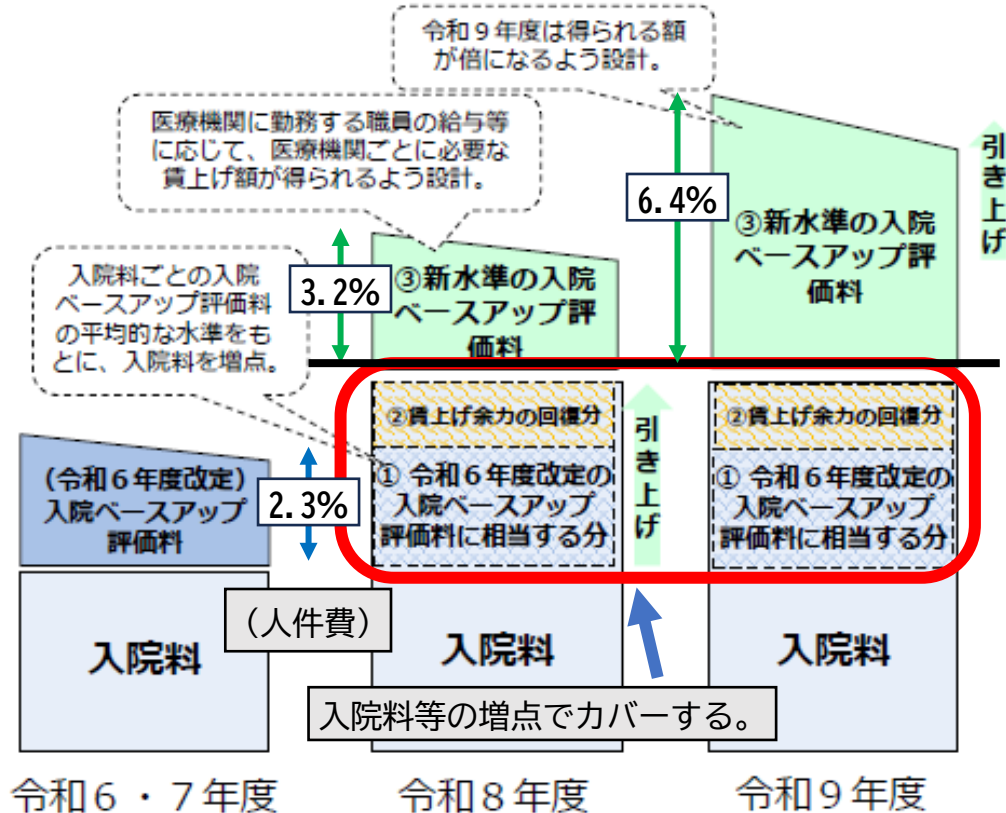
# 入院ベースアップ評価料の考え方

令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

## 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和6年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和9年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

### 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関

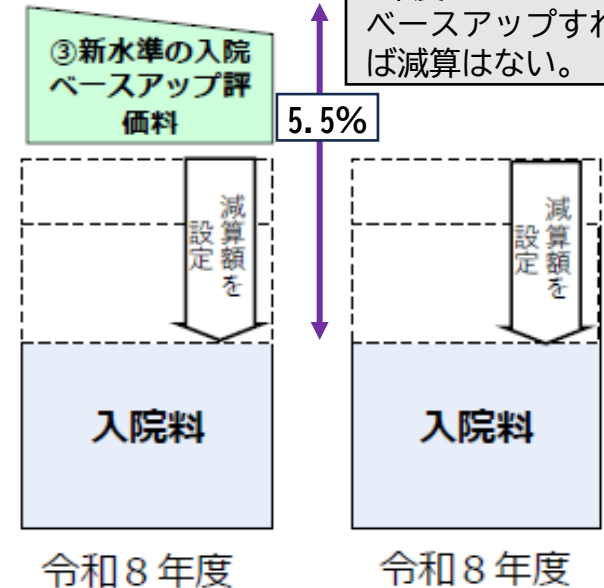


### 令和8年度から賃上げを行う医療機関

### 賃上げを行わない医療機関

令和6・7年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満たしていない一部の医療機関については、入院料を減算。

令和8年度は、令和6年度から5.5%ベースアップすれば減算はない。



# 入院ベースアップ評価料の考え方

**入院ベースアップ評価料**  

$$= \{ (\text{賃金改善算定基礎額}^{\ast 1} - (\text{外来ベースアップ評価料 (I) の点数} \times 10)) \div (\text{延べ入院患者数} \times 10)$$

- ※1
- 月額賃金総額 × 1.29 × 3.2% (下記以外の職員)
  - 月額賃金総額 × 1.29 × 5.7% (看護補助者・事務職員)
  - 40歳以下の常勤医師 27,021円
  - 40歳以下の非常勤医師 9,244円
- } 左記の総額

令和9年6月から令和10年5月	3.2% → 6.4%	5.7% → 11.4%
-----------------	-------------	--------------

月額賃金総額

- ・基本給又は毎月決まって支払われる手当
- +
- ・毎月、月ごとに変動して支払われる手当  
(賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない)

×

	「厚生労働省が定める数」		
	R8.6~R9.5	R9.6~R10.5	
下記以外の対象職員	1.29×3.2%	1.29×6.4%	= ●
看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%	= ●
常勤	27,021円/人	54,042円/人	= ●
非常勤 (週22時間以上)	9,244円/人	18,487円/人	= ●

これらを足したものが  
「賃金改善算定基礎額」

1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの

- ・事業主が負担する法定福利費
- ・月額給与に伴って変動する賞与

➤ 「賃金改善算定基礎額」を、BU評価料の算定見込み回数（入院では延べ入院患者数、外来では初診料・再診料等算定回数）で割ることにより、届け出ることのできる区分が決定される。

当直は含まない。(医療課長)

令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

## 継続的に賃上げを実施する保険医療機関への評価

### 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施した保険医療機関への評価

- 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施し、ベースアップ評価料を届け出ている医療機関等については、令和8年度診療報酬改定後も、令和6年度改定でのベースアップ評価料の評価を踏まえた報酬額が設定される。

いずれかに該当すれば入院料の減算はない。

#### 継続的に賃上げを実施した保険医療機関

- 令和8年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
- 令和8年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、5.5%（看護補助者、事務職員については、8%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関
- 令和9年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、8.7%（看護補助者、事務職員については、13.7%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

等

#### 外来の場合

- 外来・在宅ベースアップ評価料が段階的に設定され、左記の条件に該当する場合には高い点数となる。

#### 入院の場合

- 入院料の評価に、令和6年度以降のベースアップ評価料に相当する部分が含まれている。  
※ このため、左記の条件に該当しない医療機関については、入院料の減算額が設定されている。

#### 令和8年3月までにベースアップ評価料を届け出ていなかったが、相当する賃上げを行った場合の届出方法

- 基本給等総額の改善額について、令和6年3月時点との比較を算出して【様式98】に記載して届け出る。
- 基本給等総額の改善額については、保険医療機関の勤務職員（医師・歯科医師を除く）について、「看護補助者・事務職員」と「それ以外」の両群で求められる水準（令和8年度であれば、令和6年3月の基本給等総額に対し、前者が5.5%、後者が8%）が異なっているが、両群を合わせた改善額が、両群に求められる額の合計以上となっていればよい。

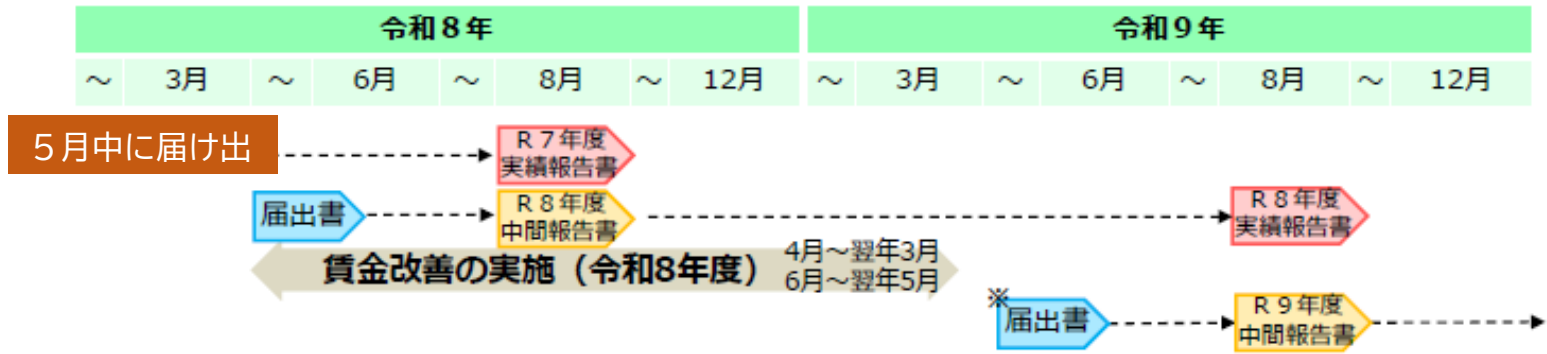
# 入院ベースアップ評価料の考え方

令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

## ベースアップ評価料に関する手続きの概要

### ベースアップ評価料を届け出る場合に必要な手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
  - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
  - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

**届出書**

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
  - ・対象職員数
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料
  - ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数
  - ・月額賃金総額
  - ・対象職員数

**中間報告書**

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・基本給等総額（給与改善前・後）
- ・賞与の月数の変化

※対象職種を指定して報告：  
医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員

**報告書**

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・基本給等総額（給与改善前・後）
- ・賞与の月数の変化

※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（対象職員数の1割以上の変動、3月ごとのベースアップ評価料の算定回数の1割以上の変動）があり、再計算をした場合に区分の変化がある場合には、区分変更の届出が必要。

# 入院ベースアップ評価料の疑義解釈

## （問）ベースアップ評価料の対象職員

看護職員処遇改善評価料を用いた賃金の改善措置の対象者及びベースアップ評価料の対象職員には、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーション等に直接雇用されていないものも含むのか。

（答）以下の要件を満たす医療機関等（訪問看護ステーション、保険薬局）については、**派遣職員に限り対象**とすることを可能とする。

なお、業務委託職員（請負業務を行う職員）については対象外とする。

・当該派遣職員について、派遣元と相談・協力した上で、当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行う。

（厚労省疑義解釈その2 看一ベ 問2 R8.3.31）

## （問）院内他科受診時の評価

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）について「1日につき」という文言が令和8年度診療報酬改定で削除されたが、その趣旨如何。

（答）同一の保険医療機関内において同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の**2つ目の**診療科についても、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定可能とする趣旨である。

（厚労省疑義解釈その2 看一ベ 問4 R8.3.31）

## （問）算定開始月と賃金改善時期の関係

ベースアップ評価料について、賃金の改善は算定開始月から実施する必要があるか。

（答）原則として算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては継続する必要がある。なお、**6月から翌年5月**の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の4月から翌年3月の賃金改善に充当することは差し支えない。

（厚労省疑義解釈その2 看一ベ 問5 R8.3.31）

## （問）翌年度への繰り越し

令和8年度診療報酬改定において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合に係る要件が削除されたが、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料等で得られた収入を翌年度の賃金改善に用いるために繰り越すことは認められないのか。

（答）令和8年度診療報酬改定においては、令和8年度及び令和9年度において段階的にベースアップ評価料により得られる収入を引き上げる措置が講じられていることから、令和8年6月から令和9年5月までに得られた収入については、原則として、令和9年5月までの賃金改善に用いる必要がある。令和9年度についても同様である。ただし、それまでの患者数等に基づいてベースアップ評価料による収入額及び賃金改善額を見積もったにもかかわらず、患者数等の変動により、当該評価料収入額が確定した後にはやむを得ず残余が生じた場合については、該当年度の実績報告書を提出する**8月までの対象職員への賃金改善分に充当**し、当該充当分を含めて報告することとして差し支えない。

（厚労省疑義解釈その2 看一ベ 問6 R8.3.31）

## （問）賃上げ率の未達成

令和8年度診療報酬改定において、令和8年度及び令和9年度にそれぞれ3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%）が講じられたところ、ベースアップ評価料を算定しても3.2%及び5.7%のベースアップを達成できない場合であっても、ベースアップ評価料は算定できるのか。

（答）可能。ただし、施設基準に定めるとおり、当該評価料により得られる収入は、全て、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ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。

（厚労省疑義解釈その2 看一ベ 問7 R8.3.31）

# 共通編

---

## 主な項目

- ・ 面会制限の原則禁止
- ・ 入院料通則の見直し
- ・ 様式9の見直し
- ・ 特定機能病院等紹介患者受入加算の新設
- ・ 医療DX関連の整理
- ・ 食事代 他



# 病院の入院基本料及び特定入院料の告示

**注意**

面会制限の原則禁止



## ●第五 病院の入院基本料の施設基準

### 第五 病院の入院基本料の施設基準等

#### 一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。
- (3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。
- (5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。夜勤を行う看護職員（療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護職員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。
- (7) 急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料（地域一般入院料3を除く。）、七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。
- (8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。
- (9) (8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (10) 入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましいこと。

## ●第九 特定入院料の施設基準

### 第九 特定入院料の施設基準等

#### 一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (3) 入院基本料を算定していない保険医療機関（特別入院基本料等を算定している保険医療機関を含む。）において算定する特定入院料は、別表第十五のものに限ること。
- (4) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当していないこと。
- (5) 一病棟において届け出ることのできる特定入院料の種別は、二までとすること。
- (6) 入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましいこと。

# 入院基本料の通則の見直し

## 改定前

(2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、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、入院後7日以内に説明を行うこと。



追加

## 改定後

(3) 入院診療計画について、**入院前に外来で文書を提供**し、説明した場合も、入院後7日以内に行ったものと同様の取扱いとする。また、**入院期間が2日以内であると見込まれる場合又は3日以上入院が見込まれていたものの入院期間が2日以内となった場合であつて、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。**この場合は、診療録に入院期間（見込みを含む。）、患者への入院診療に関する説明の内容及び説明を行った日時等を記載すること。

## 改定前

(5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）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。



変更

## 改定後

(6) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するとともに、**説明日及び説明者を診療録に記載すること。なお、医師や患者等の署名は不要であるが、医師の署名がある場合は、説明日及び説明者を診療録に記載する必要はない。**

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。



ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が**週31時間以上**であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。

**注意**

常勤医師は31時間以上  
常勤換算は32時間



# 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

## 事務等の簡素化・効率化

➤ 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
- 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

【廃止】院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病療養計画書 等
【一部簡素化】他機関に交付される書類であっても、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書、保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式 等

- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めるとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

**【疑義解釈】（問）重症者加算1**  
 精神療養病棟入院料 重症者加算1について、様式55の2は毎年提出する必要があるのか。  
 （答）不要。  
 （厚生労働省疑義解釈その2 問82 R8.3.31）

# 施設基準等の取り扱いの見直し（1割以内の変動）

朗報

## やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

- 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する。

### 現行

[施設基準（告示）]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準（通知）]（概要）

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

### 改定後

ハローワーク等の求人票が必要

[施設基準（告示）]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

年に1回

[施設基準（通知）]（概要）

- ・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。
- ・ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）

- (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。
- (2) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。
- (3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。
- (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

例）8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

- ① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用（民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用）
- ② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月に一時的な変動から回復  
引き続き、元の入院料を算定

報告（9月）※有効な求人票を添付

元の入院料が算定できる期間

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月も変動が継続  
12月中に届出内容の変更

1月から変更後の入院料を算定

報告（9月）※有効な求人票を添付

届出（12月）

元の入院料が算定できる期間

変更後の入院料を算定する期間

# 施設基準等の取り扱いの見直し（1割以内の変動）

## 【施設基準（通知）】第3 届出受理後の措置等

3 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合（ただし、別添2の第2の19に規定する情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化に係る届出を行っている病棟を除く。）、**次の全てに該当**するときは、第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、**3か月を超えない期間に限り**変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）。

この場合、看護職員の確保に係る取組及び一時的に看護職員を確保できないやむを得ない事情であることを別添7の様式59に記載し、当該事情が生じた日の属する月の翌月までに速やかに地方厚生（支）局長に報告すること。なお、別添7の様式59には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

(1) 職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」とい。）又は都道府県ナースセンター等の同法第33条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」とい。）を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

(2) 看護職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

(3) 公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイト公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

(4) やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に看護職員確保ができないことにより、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

様式59

## やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出書添付書類

基本診療料の施設基準通知の第3の1（3）及び（4）を満たさなくなった施設基準（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/>	1日当たり勤務する看護要員の数に対する看護師の比率	
	<input type="checkbox"/>	看護要員の数と入院患者の比率	
	<input type="checkbox"/>	看護職員の数に対する看護師の比率	
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要			
報告の対象となった最初の月（和暦で記載すること。）		年 月	
これまでのやむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出状況			
今回の届出より以前に届出を行ったことがある（該当するいずれか1つを○で囲むこと。）		1：該当する 2：該当しない	
「1」の場合、報告の対象となった最初の月（和暦で記載すること。）		年 月	
看護職員の配置の状況等	① 特例を使用する病棟の入院料		
	② ①の病棟の看護配置区分		
	③ ①の病棟の届出病床数	床	
	④ ①の病棟の1日平均入院患者数【1か月】	報告対象前月の1か月	人
		報告対象初月の1か月	人
	⑤ ①の病棟の月平均1日当たり看護職員数【報告対象初月の1か月】	人	
⑥ ①の病棟の常勤換算看護職員数【報告対象初月の翌月の1日】	人		
看護職員の確保に係る取組の状況（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/>	職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所の活用	
	<input type="checkbox"/>	職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業の活用	
民間職業紹介事業者の利用状況			
民間職業紹介事業者の利用（該当するいずれか1つを○で囲むこと。）		1：該当する 2：該当しない	
医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用（該当するいずれか1つを○で囲むこと。）		1：該当する 2：該当しない	

【記載上の注意】

1 届出に係る病棟ごとに記入すること。

# 入院基本料等の通則の見直し

## 一般病床

### 身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

#### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

#### 身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

##### 身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



##### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は**、40点の減算ではなく、入院料を**20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。
- イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。
  - (イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
  - (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。
    - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
    - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
  - (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。

# 様式9の見直し

## 様式9の見直し

様式9は6月から新様式になります。ダウンロードを忘れずに。

### 病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

- 入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直す。

30分程度はそのまま算入可能に

#### 【施設基準】

- (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。
  - キ 保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は、病棟内として勤務時間数に算入してよい。
  - ク 病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。

#### 【別紙5】病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

- 当該保険医療機関から、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員1名につき月1時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間
- 患者の状態変化に対して緊急の対応が必要と判断し、当該病棟を一時的に離れて患者の状態変化に短時間（30分程度）対応した時間

### 小数点以下の処理方法の見直し

- 小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理し、可能な限り統一する。

意外とラッキー！

#### 現行

##### 様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

- 1日平均入院患者数【A】  $\frac{\quad}{\quad}$ 人  
 （算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）  
 ※小数点以下切り上げ
- 月平均1日当たり看護職員配置数  $\frac{\quad}{\quad}$ 人  
 【月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)】 ※小数点以下第2位以下切り捨て  
 （参考）  
 1日看護職員配置数(必要数) :  $\quad = [ (A / \text{配置区分の数}) \times 3 ]$   
 ※小数点以下切り上げ
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数  
 ※小数点以下切り上げ

#### 改定後

- 1日平均入院患者数【A】  $\frac{\quad}{\quad}$ 人  
 （算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）  
 ※**小数第2位切り上げ**
- 月平均1日当たり看護職員配置数  $\frac{\quad}{\quad}$ 人  
 【月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)】 ※小数点以下第2位以下切り捨て  
 （参考）  
 1日看護職員配置数(必要数) :  $\quad = [ (A / \text{配置区分の数}) \times 3 ]$   
 ※**小数第2位切り上げ**
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数  
 ※**小数第2位切り上げ**

様式9は6月から新様式になります。ダウンロードを忘れずに。

## 2. 看護要員の数及び病棟における勤務時間

・看護要員の算出にあたっては、看護要員の数及び勤務時間数は以下をもとに算出すること。

病棟における勤務時間	
算入	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○通常の休憩時間</li> <li>○主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数</li> <li>○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（以下、「入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」等に関する研修」という。）へ参加する時間</li> <li>○当該保険医療機関から、入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」等に関する研修以外であって業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員1名につき月1時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間</li> <li>○保険医療機関内で生じた緊急時等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間（30分程度）行った時間</li> </ul>
	除外

1時間以内の研修・30分程度の入院中の患者以外の対応  
算入可能に

例) ひと月 31日 入院患者数 49.34人  
月延べ勤務時間数 2,479時間として

- (C) 1日平均入院患者数 (A)  
改定前 50人 改定後 49.4人
- (M) 月平均1日当たり看護職員配置数 (C)  
改定前・改定後 2,479/(31×8)=9.995人 → 9.9人
- 1日看護職員配置数 (必要数) 改定後 (少数第1位を切り上げ)  
改定前 (50/15)×3 =9.9人 → 10人 (小数点以下切り上げ)  
改定後 (49.4/15)×3=9.879 → 9.9人

- 1日平均入院患者数  
1日平均入院患者数 [A] \_\_\_\_\_人 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)  
・小数第1位を切り上げ (小数第1位までの数、例: 12.34 → 12.4)
- 月平均1日当たり看護職員配置数  
月平均1日当たり看護職員配置数 [M] = \_\_\_\_\_人 [C / (日数 × 8)]  
・小数第2位以下切り捨て (小数第1位までの数、例: 12.34 → 12.3)  
・1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数であること。  
(参考) 1日看護職員配置数(必要数):  = [(A / 配置区分の数) × 3]  
・小数第1位を切り上げ
- 看護職員中の看護師の比率 \_\_\_\_\_ %  
(月平均1日当たり看護職員配置数の中の看護師数 / 1日看護職員配置数)  
・「情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準」を届け出ている場合は、入院基本料で規定する看護職員中の看護師の比率に0.9を乗じた値以上であること。
- 平均在院日数 \_\_\_\_\_日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)  
・小数点以下切り上げ
- 月平均夜勤時間数 \_\_\_\_\_時間 [(D - E) / B]  
・小数第2位以下切り捨て
- 月平均1日当たり看護補助者配置数 \_\_\_\_\_人  
・看護補助加算/看護補助・患者ケア体制充実加算(「A106」障害者施設等入院基本料の注9・注10)、「A207-3」急性期看護補助体制加算、「A214」看護補助加算、看護補助体制加算(「A304」地域包括医療病棟入院料の注5)、看護補助加算/看護補助体制充実加算(「A307」小児入院医療管理料の注9・注10)、看護補助者配置加算/看護補助・患者ケア体制充実加算(「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の注4・注5)等を届け出る場合に記載。  
・小数第2位以下切り捨て  
(参考) 1日看護補助者配置数(必要数):  = [(A / 配置区分の数) × 3]  
・小数第1位を切り上げ

**注意**

「小数第1位を切り上げ」とは 整数にすることではなく、少数第1位の位そのものを 切り上げる 意味で使っている。

12.34 は 厚労省は「12.4」「13」ではない。

# 入院料に包括されない除外薬剤等の変更

## 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

改定前の別表番号 (改定後は別表第5の1の2)	第5 + 第5の1の2	第5の1の2		第5の1の 3	第5の1の4又は5	特掲診療料 第16
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	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・合併症入院料 精神療養病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療 院等に入所中の患者、入院中 の患者であって短期入所療養 介護を受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○※ ※入院中の患者であって短期入所療 養介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベポエ チン、エポエチンベータペゴル、 HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○	○	○	○	○
血液凝固因子障害等(血友病以 外)の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、JAK阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持 期の治療のために使用され、他 剤で代替不能な場合に限る。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	-	-	-	-	○	-

# A218 地域加算の見直し

A218 地域加算（1日につき）

1 1級地	18点	2 2級地	14点	3 3級地	11点
4 4級地	7点	5 5級地	4点		

## (参考) 地域加算の対象地域

級地区分	都道府県	地域	
1級地	東京都	特別区	
	茨城県	つくば市	
2級地	東京都	特別区以外の地域	
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市	
	大阪府	大阪市、吹田市	
3級地	茨城県	取手市、守谷市	
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、蕨市	
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、習志野市、我孫子市	
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市以外の地域	
	静岡県	裾野市	
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市	
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域	
	京都府	長岡京市	
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市	
	4級地	宮城県	仙台市、多賀城市
		茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市
埼玉県		川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市	
千葉県		市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市、八千代市、四街道市	
静岡県		静岡市	
愛知県		名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市以外の地域	
三重県		四日市市、鈴鹿市	
滋賀県		大津市、草津市、栗東市	
京都府		長岡京市以外の地域	
兵庫県		神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市	
奈良県		奈良市、大和郡山市、天理市	
広島県		広島市	
福岡県		福岡市、春日市、福津市	

級地区分	都道府県	地域
5級地	北海道	札幌市
	宮城県	富谷市
	茨城県	つくば市、取手市、守谷市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市以外の地域
	栃木県	全域
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市以外の地域
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市以外の地域
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	山梨県	甲府市
	長野県	長野市、松本市、塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	裾野市、静岡市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市以外の地域
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市以外の地域
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市以外の地域
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市以外の地域
	和歌山県	和歌山市、橋本市
岡山県	岡山市、倉敷市	
広島県	広島市以外の地域	
香川県	高松市	
福岡県	福岡市、春日市、福津市以外の地域	

仙台市 6級地（5点）→ 4級地（7点）

# A234 医療安全対策加算

対策加算1 160点 (85点)

対策加算2 70点 (30点)

## 医療安全対策加算の施設基準 (概略)

		医療安全対策加算1	医療安全対策加算2
<b>(1) 医療安全管理体制に関する基準</b>			
新	当該保険医療機関の管理者が医療事故調査制度の適切な研修を修了していることが望ましい。	○	○
	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置	○	]
	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置		
新	医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員の配置。この場合、看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置が医療安全部門に配置されていること		ひい つれ か
	医療安全管理部門の設置	○	○
	医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容の整備	○	○
	医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員の配置	○	○
	医療安全管理委員会と連携し、より実効性のある安全管理体制の整備	○	○
	医療安全管理者等による相談・支援体制の揭示と情報提供	○	○
<b>(2) 医療安全管理者の行う業務に関する基準</b>			
	安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。	○	○
	定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。	○	○
	各部門における医療安全推進担当者への支援を行うこと。	○	○
	医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。	○	○
	医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。	○	○
	相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。	○	○
	医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。	○	○
<b>(3) 医療安全管理部門に関する基準</b>			
	医療安全確保のための業務改善計画書の作成と実施状況及び評価結果を記録	○	○
	医療安全管理委員会との連携状況、院内研修の実績、相談件数等の実績を記録	○	○
	医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催	○	○
新	「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」(医政局地域医療計画課長通知)に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。	○	26

## A243 地域支援・医薬品供給対応体制加算

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (A243)	←	後発医薬品使用体制加算
地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	87点 (87点)	後発医薬品の割合 90%以上
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	82点 (82点)	// 85%以上90%未満
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	77点 (77点)	// 75%以上85%未満

### 【施設基準】

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算1にあつては90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算2にあつては85%以上90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (5) (4)の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には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。
- (6) (3)及び(5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

### 一般名処方加算

- 一般処方加算 1 8点 (10点)
- 一般処方加算 2 6点 (8点)

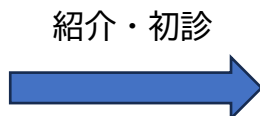
# 初診料に特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

## ●特定機能病院等紹介患者受入加算

A000 注2 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

### 算定要件

保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60点を所定点数に加算する。



紹介・初診



診療所又は200床未満の病院

初診料の加算  
注2 特定機能病院等紹介患者受入加算



厚生労働省HP

●特定機能病院：高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院 主に大学病院



厚生労働省HP

●地域医療支援病院：患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を行う病院 主に公的病院



厚生労働省HP

●紹介受診重点医療機関：かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関

●許可病床の数が400床以上の病院  
(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)

# 一般名処方・処方箋料の見直し

## ● 処方箋様式の見直し

- 処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供する」ことを可能とする。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

薬局で減量できる チェックボックス

R8.3.5 厚生労働省資料

## 改定後

### 【処方箋料】

注1～5 (略)

6 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において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算1 **8点**
  - ロ 一般名処方加算2 **6点**
- 7・8 (略)

## 長期収載品の選定療養

▶ 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

### 現行

#### 【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**四分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

### 改定後

#### 【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**二分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額



# 医療DX推進体制

医療情報取得加算・  
医療DX推進体制整備加算の廃止

## ● 電子的診療情報連携体制整備加算（第1の8）

区分	初診時	再診時	施設基準
電子的診療情報連携体制整備加算1	15点	-	(1)～(10)
電子的診療情報連携体制整備加算2	9点	-	(1)～(7)の全てかつ(8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	4点	-	(1)～(7)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算	-	2点	(1)～(7)の全て

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ(8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) **診療報酬明細書を患者に無償で交付**していること。 **必須要件**
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、**オンライン資格確認等システム**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。
- (5) **マイナ保険証利用率**が、**30%以上**であること。 **ポイント**
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) **電子処方箋**を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす**電子カルテを有していること**。 **ポイント**
  - ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
  - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
  - ア 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を有していること。
  - イ **地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク**であって、以下の(イ)から(ハ)の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
    - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
    - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
    - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
  - ウ 以下の(イ)及び(ロ)を満たすこと。
    - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
    - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

・マイナ保険証利用率 30%以上

・電子処方箋の発行  
・電子カルテ  
・電子カルテ共有サービス等

# 医療DX推進体制

## ● 電子的診療情報連携体制整備加算（第4の5）入院基本料等加算

A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算（精神病棟入院基本料の加算）

- 1 電子的診療情報連携体制整備加算1 160点
- 2 電子的診療情報連携体制整備加算2 80点

注 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に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険医療機関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。）又は第3節の特定入院料のうち、電子的診療情報連携体制整備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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

### 算定要件

注 診療録管理体制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地方厚生局長等に届けた保険医療機関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。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

### 施設基準（第4の5）

- 七の五 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準
- (1) 電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準 (1) から (12)
    - イ 第三の三の七の(1)のイからチまでを満たすものであること。
    - 非常時における対応につき**十分な体制**が整備されていること。
  - (2) 電子的診療情報連携体制整備加算2の施設基準 (1) から (10)
    - イ 第三の三の七の(1)のイからチまでを満たすものであること。
    - 非常時における対応につき**必要な体制**が整備されていること。



・医療情報システムの非常時のバックアップを複数の方式で確保、オンラインで保管  
 ・BCPの策定と年1回程度の訓練・演習

#### [施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。 (2) 明細書を患者に無償で交付していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (4) オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
- (9) **「安全管理ガイドライン」に基づき、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。**また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
- (10) **専任の医療情報システム安全管理責任者は、情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい。**
- (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、その一部はネットワークから切り離れた**オフラインで保管**していること。
- (12) 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての**業務継続計画（BCP）を策定**し、少なくとも**年1回程度、定期的に訓練・演習を実施**すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

R8. 3. 5 厚生労働省資料

## （問）非常時に備えた医療情報システム

電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「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、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「非常時に備えた医療情報システム」とは、何を指すか。

（答）ここでいう医療情報システムは、非常時において継続して診療が行えるために最低限必要なシステムを想定しており、電子カルテシステム、オーダーリングシステムやレセプト電算処理システムを指す。  
（厚労省疑義解釈その2 問27 R8.3.31）

## （問）バックアップ媒体

電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「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、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。」とあるが、「バックアップを複数の方式で確保」とは具体的にどのようなものを指すか。

（答）例えば、HDDとRDX（Removable Disk Exchange system）、クラウドサービスとNAS（Network Attached Storage）など複数の媒体でバックアップを保存することなどが考えられる。  
（厚労省疑義解釈その2 問28 R8.3.31）

## （問）クラウドの場合

問28における「バックアップ」について、例えば、クラウドサービスにおいてオンラインでデータを保存するとともに、オフラインのバックアップを取っている場合について、どのように考えればよいか。

（答）クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応すること。

- ① クラウドサービスから、専用アプリを用い抽出したデータを、RDXなど別の媒体で保管している場合には要件を満たしていると考えられるが、この場合においても世代管理も十分に行うことに留意されたい。
- ② クラウドサービスから外部の記録媒体（NAS等）に自動でデータが転送される場合であって、常時（データ転送の際を除く。）ネットワークから切り離れた状態でのバックアップを行っている場合には要件を満たしていると考えられる。
- ③ クラウドサービスから、当該クラウドサービス内の他の論理的に切り離されている領域にバックアップ（いわゆるオフサイトバックアップ）を取っている場合であって、災害時等に速やかにデータ復旧が可能な状態にある場合には、要件を満たしていると考えられる。  
なお、ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているかについても十分に確認されたい。  
（厚労省疑義解釈その2 問29 R8.3.31）

## （問）世代管理

電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも3世代）確保する等の対策を行うこと。」とあるが、世代管理について、日次のバックアップは、差分のバックアップでよいのか。また、週次、月次のバックアップはどのように考えればよいか。

（答）週次や月次の世代管理・方法については、病院の規模やバックアップの方式等によって異なることから一概に示すことが難しいが、緊急時に備えるために適した方法でリスクを低減する対策を講じること。  
（厚労省疑義解釈その2 問31 R8.3.31）

# 医療DX推進体制

届出必要

## ● 診療録管理体制加算

### A207 診療録管理体制加算（入院初日）

- |                          |                     |               |           |
|--------------------------|---------------------|---------------|-----------|
| 1 診療録管理体制加算 1            | 100点 (140)          | 2 診療録管理体制加算 2 | 30点 (100) |
| <del>3 診療録管理体制加算 3</del> | <del>30点 (廃止)</del> |               |           |

### 施設基準（告示）

- (1) 診療録管理体制加算 1 のイ、ロ、ニ
  - イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
  - ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
  - ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- (2) 診療録管理体制加算 2
  - イ (1) のイ、ロ及びニを満たすものであること。
  - ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
  - ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。

### 【診療録管理体制加算 2 に関する施設基準】通知

- (1) 下記のア～オを満たしていること。
  - ア 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。
  - イ 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（以下単に「安全管理ガイドライン」という。）に準拠した体制であること。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」を参考にする事。
- (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) 入院患者についての疾病統計には、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。

### 【経過措置 表 4】

施設基準等の名称が変更されたが、令和 8 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

診療録管理体制加算 1 及び診療録管理体制加算 2	→ 診療録管理体制加算 1
診療録管理体制加算 3	→ 診療録管理体制加算 2

# B001 9 外来栄養食事指導料の見直し

## ● 外来栄養食事指導料

### B001 9 外来栄養食事指導料

#### イ 外来栄養食事指導料 1 (病院)

##### (1) 初回

① 対面で行った場合 260点      ② 情報通信機器を用いた場合 235点

##### (2) 2回目以降

① 対面で行った場合 200点      ② 情報通信機器を用いた場合 180点

③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点 (新設)

#### ロ 外来栄養食事指導料 2 (診療所)

①、②について  
初回の月 月2回  
それ以外の月 月1回  
③について  
月1回

### 算定要件

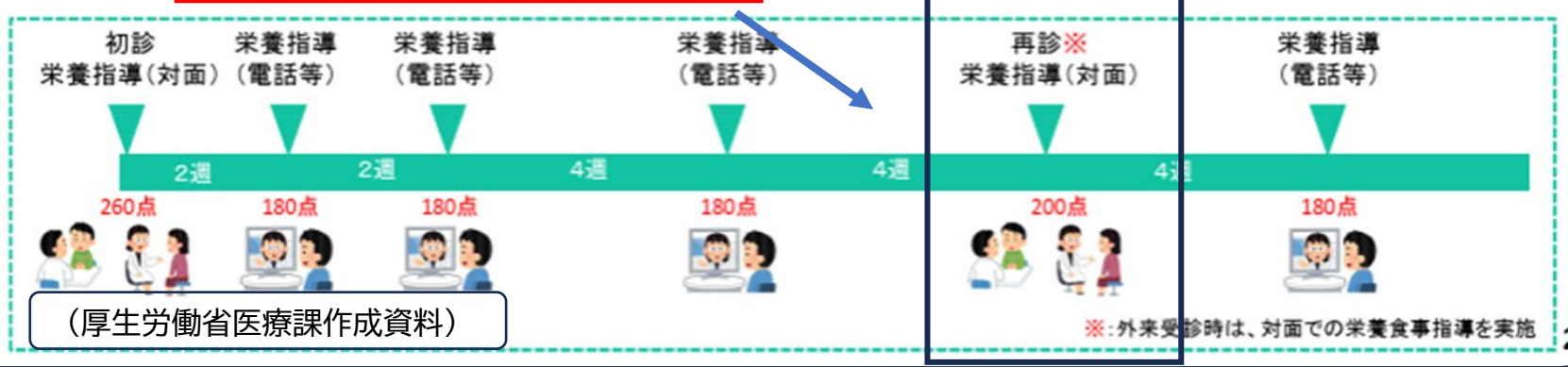
注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

注7 イの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、イの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。

### 現行

● 電話又は情報通信機器によって指導する場合。以下の要件を満たす。

イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。



# B001 9 外来栄養食事指導料の考え方

## 対面と情報通信機器の組み合わせによる3種類の指導

情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。



## 情報通信機器と電話による追加的な指導

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。



又は



# B001-9 療養・就労両立支援指導料

- 1 初回 850点 (800点)
- 2 2回目以降 500点 (400点)

「厚生労働大臣が定める疾患」(悪性新生物、脳梗塞、若年性認知症など)から「対象疾患がない」に変更

- 1 患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」を事業者が確認した場合においても算定可能。
- 2 対象疾患の定めを廃止し、**疾患に増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者**であって、就労の継続に配慮が必要なもの変更
- 3 算定期間の見直し(6月を限度に・月1回)
- 4 評価の引き上げ

**治療と仕事の両立支援カード**  
労働者(患者)が主治医に自ら勤務情報を提供し、かつ、この情報に基づき主治医が就業上の意見等を提示するための様式

**ガイドラインに基づく両立支援の進め方**  
労働者本人から事業者への申出により始まる

**STEP1** 勤務情報を伝えます  
**STEP2** 配慮の方法を伝えます  
**STEP3** カードをもとに話し合います

**患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書**

**病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供**

**相談支援加算 400点 (看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師の相談支援)**

**産業医等**

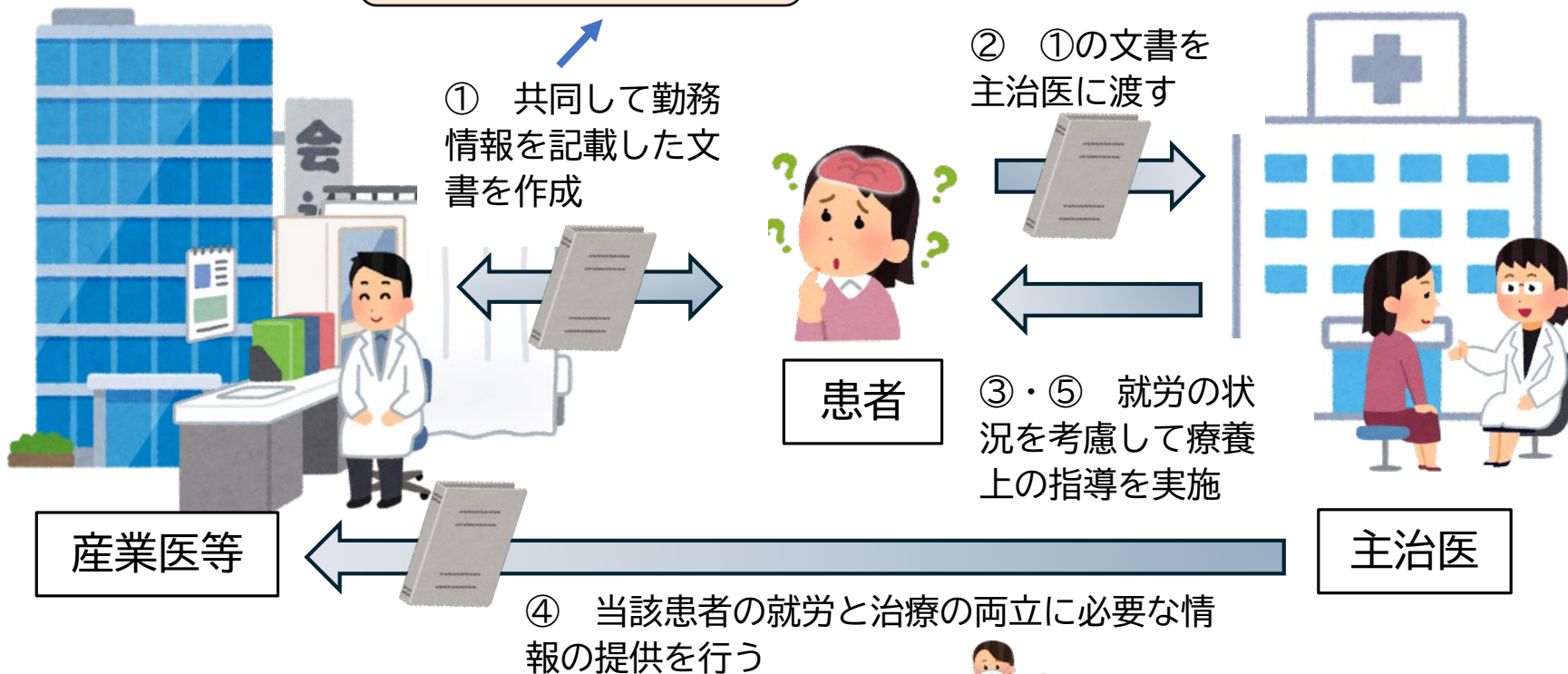
**患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務す**



# 療養・就労両立支援指導料

「厚生労働大臣が定める疾患」（悪性新生物、脳梗塞、若年性認知症など）から「対象疾患がない」に変更

患者が作成し、事業所が確認した場合の可能に



患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。



当該患者の診療に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。

## B007-3 退院訪問栄養食事指導料（新設）

B007-3 退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） 530点

注1 保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。この場合において、外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B007-3 退院後訪問栄養食事指導料（留意事項）

- (1) 退院後訪問栄養食事指導料は、入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問栄養食事指導を評価するものである。
- (2) 退院後訪問栄養食事指導料は、入院保険医療機関の管理栄養士が、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者若しくは次のいずれかに該当する者又はその家族等に対し、患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等を訪問し、入院中の栄養管理を踏まえ、患者ごとにその生活条件、嗜好等を勘案し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を概ね20分以上行った場合に算定する。ただし、退院日は除く。また、管理栄養士が配置されている施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
  - ア がん患者
  - イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
  - ウ 低栄養状態にある患者
- (3) 退院後訪問栄養食事指導に当たっては、当該保険医療機関における栄養管理業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (4) 退院後訪問栄養食事指導料を算定した月においては、外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料は算定できない。
- (5) 退院後訪問栄養食事指導料を算定するに当たっては、上記以外の事項は外来栄養食事指導料の（2）から（6）まで及び（16）の例による。

### 【算定対象患者】

退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食が必要な患者

がん患者

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

低栄養状態にある患者

### 退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-C o A脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

## B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90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保険医療機関において、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。
- 2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。
- 3 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、プログラム医療機器等指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、78点を算定する。

### B005-14 プログラム医療機器等指導管理料

- (1) プログラム医療機器等指導管理料は、疾病の管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器等である特定保険医療材料の使用に係る指導及び医学管理を行った場合に月1回に限り算定する。具体的には、例えば以下のような場合を指す。

ア ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合は、「B001-3-2」に掲げるニコチン依存症管理料の「1」の「イ」又は「2」を算定し、かつ、特定保険医療材料のニコチン依存症治療補助アプリを算定する場合

イ 高血圧症治療補助アプリを用いる場合は、高血圧症の医学管理において第2章第1部第1節医学管理料等（プログラム医療機器等指導管理料を除く。）のうち要件を満たすものを算定し、かつ、特定保険医療材料の高血圧症治療補助アプリを算定する場合

ウ アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを用いる場合は、アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師が、アルコール依存症に係る総合的な指導及び治療管理を実施し、かつ、特定保険医療材料のアルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを算定する場合

- (2) 「注2」に規定する導入期加算は、プログラム医療機器等に係る初回の指導管理の際に、当該プログラム医療機器等を使用する際の療養上の注意点及び当該プログラム医療機器等の使用方法等の指導を行った場合に算定する。
- (3) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

**COチェッカー**

患者様ご自身が日々の呼気一酸化炭素濃度（CO濃度）を測定。  
測定した数値はBluetoothによってアプリと連動。



測定



保存

内部に組み込まれた電気化学センサーにより、患者の呼気ガス中の一酸化炭素濃度を測定します。Bluetoothにより患者アプリと無線通信し、患者アプリ上に測定結果を表示します。

# 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

令和8年度診療報酬改定 I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応-②

## 入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

### 入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

- 入院時の食費の基準については、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から1食当たり20円の引上げを行ったが、令和7年4月以降も食材費等が上昇していることを踏まえ、**1食当たり40円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。令和7年度の食材費等の上昇に対しては、別途、令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」による支援も活用可能。

		現行		改定後
自己負担 (1食当たり)	総額 (1食当たり)	690円	+40円 →	<b>730円</b>
	一般所得者の場合	510円	+40円 →	<b>550円</b>
	住民税非課税世帯の場合	240円	+30円 →	<b>270円</b>
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	110円	+20円 →	<b>130円</b>

- 近年の光熱水費の上昇等を踏まえ、入院時の光熱水費の基準（対象は療養病床に入院する65歳以上の者）を**1日当たり60円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。

		現行		改定後
	総額 (1日当たり)	398円	+60円 →	<b>458円</b>
	自己負担 (1日当たり)	370円	+60円 →	<b>430円</b>

※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

# 入院時の食事療養に係る見直し（嚥下調整食）

単にミキサー食は該当しない。  
（日精協説明会医療課長）

## ●嚥下調整食

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食

学会コード（日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021）

嚥下調整食 1 j	嚥下調整食 2-1	嚥下調整食 2-2	嚥下調整食 3	嚥下調整食 4
				
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたものを	カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの	棒々鶏 食材をミキサーにかけ、手で押しつぶしながら、ムース状にしたものを	蛙とほうれん草のグラタン 蓋で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

（写真）老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/>

## 【施設基準】のまとめ

- ・ 献立の写真や説明
  - ・ 医師等による検食簿への記入
  - ・ 定期的な試食会やカンファレンスの実施
  - ・ 嚥下調整食の責任者は、嚥下調整食の研修を修了した管理栄養士であること
- また、調理師等も同様の研修を修了していることが望ましい。

## 【施設基準】

（5）特別食加算を算定し嚥下調整食を提供する場合は、下記の①から④までを全て満たしていること。

- ① 当該保険医療機関で提供する嚥下調整食の食形態について、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021に沿った一覧を作成していること。一覧は、コードと嚥下調整食の名称の対応のみではなく、例となる献立の写真や説明、目安となる栄養量（エネルギー、たんぱく質等）も示すこと。
- ② 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎日1食は行われ、食形態、見た目、味が適しているか確認の上、その所見が検食簿に記入されていること。
- ③ 物性だけでなく、盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量等を含め、適切な嚥下調整食を提供するため、定期的に、嚥下調整食に関わる管理栄養士、言語聴覚士、調理師等による試食会やカンファレンスが行われていること。
- ④ **嚥下調整食に係る責任者**は、嚥下調整食のテクスチャーや調理方法等に関する実習を伴う適切な研修（嚥下調整食に関する専門的な知識及び技術を有する管理栄養士が、研修内容に参与している場合に限る。）を修了した当該保険医療機関の管理栄養士であること。また、**嚥下調整食に関わる調理師等についても同様の研修を修了**していることが望ましいこと。なお、当該研修は、医療関係団体及び調理関係団体等が主催し、当該団体から修了証が交付されるものであること。

## 【算定要件】

- ① 加算の対象となる嚥下調整食は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021を参考に安全で嚥下しやすいよう適切に調整されたテクスチャー（硬さ、付着性、凝集性等）と、食欲を促す食感とを両立した食形態であり、献立として、常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。なお、単にピューレやペースト状にしたもの、常食を刻んだだけのものや刻みにとろみをかけただけのもの、主食のみを嚥下調整食とした場合は該当しない。ただし、安全な食形態で、常食と同等の要件を満たしていれば、市販品を使用することは差し支えない。
- ② 食事としての見た目も常食に近づくよう配慮し、提供前に目視等により多量の離水や食形態の変化がないか確認すること。
- ③ 対象患者に対して、定期的に多職種によるミーラウンドを行い、嚥下調整食の必要性の有無や摂取量等を確認し、提供している嚥下調整食の内容及び量が適しているか判断すること。常食が適していると判断された場合は、速やかに食事の変更を行うこと。

# 入院時の食事療養に係る見直し（特別メニューの食事）

令和8年度診療報酬改定 I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応-④

## 入院時の食事療養に係る見直し②

### 特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

金額要件が削除

- 基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。
- 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラール食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。

### <特別料金の支払いを受けることができる食事>

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

#### 主な要件

- ◆ 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は通常の食費の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。
- ◆ 特別メニューの食事は、通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が通常の食費の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。なお、患者のニーズに応じて、行事食やハラール等の宗教に対応した食事を提供した場合も含まれる。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用として、保険医療機関が設定した社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- ◆ 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- ◆ 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。

# 入院時の食事療養に係る見直し（特別メニューの食事）

## 【施設基準】留意事項

### ● 特別料金の支払を受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

- (1) 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。また、あらかじめ提示した金額以上に患者から徴収してはならない。なお、同意書による同意の確認を行う場合の様式は、各医療機関で定めたもので差し支えない。
- (2) 患者の選択に資するために、**各病棟内等の見やすい場所に特別メニューの食事のメニュー及び料金を掲示**するとともに、文書を交付し、わかりやすく説明するなど、患者が自己の選択に基づき特定の日にあらかじめ特別のメニューの食事を選択できるようにする。
- (3) 特別メニューの食事は、通常の入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養の費用の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。なお、患者のニーズに応じて、**行事食やハラール等の宗教に対応した食事**を提供した場合も含まれる。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用として、保険医療機関が設定した社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- (4) 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- (5) 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。また、食堂の設置、食器への配慮等食事の提供を行う環境の整備についてもあわせて配慮がなされていることが望ましい。

### ● 掲示

特別のメニューの食事を提供している保険医療機関は、各々次に掲げる事項を病棟内等の患者に見えやすい場所に掲示するとともに、原則として、**ウェブサイトに掲載する**ものとする。ウェブサイトへの掲載について、保険医療機関が自ら管理するホームページ等を有しない場合はこの限りではない。

- (1) 当該保険医療機関においては毎日、又は予め定められた日に、予め患者に提示したメニューから、患者の自己負担により特別メニューの食事を**患者の希望により選択**できること。
- (2) 特別メニューの食事の内容及び特別料金  
具体的には、例えば1週間分の食事のメニューの一覧表（複数メニューを含む特別のメニューの食事については、基本メニューと区分して、特別料金を示したもの等）。あわせて、文書等を交付しわかりやすく説明すること。

# 入院時の食事療養に係る見直し（特別メニューの食事）

## 例) 総泉病院（千葉県）

### 【特別メニューについて】

- ・ 通常の費用では提供が困難な高価な材料を使用したり、特別な調理を行った食事です。
- ・ 患者の自由な選択と同意に基づいて行われます。
- ・ 注文された特別メニューの食事は、定められた日に、希望された入所者に対して自己負担により提供します。
- ・ 特別メニューの食事提供は、月1回程度を予定しています。
- ・ 療養上支障がないことが必要であり、治療食の場合は主治医の許可を得て、提供します。

※ 特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容や質を損なうことはありません。

※ 対象外となる方もいらっしゃいますので、不明点はお問い合わせください。

※ 食物アレルギー、嚥下等の指示内容により、提供内容や量が変更になる場合があります。

※ 提供日前の7日以内に本人の都合でキャンセルされる場合は、料金の支払いが発生します。

※

### 2025年度 特別メニュー 実績一覧

提供月	食事内容	メニュー	金額(税別)
4月	鯉のたたき	鯉のたたき、わけぎのぬた お吸い物、桜ようかん	750円
5月	黒毛和牛すき焼き	黒毛和牛のすき焼き、温泉卵 赤だしの味噌汁、フルーツトマト	950円
6月	穴子ちらし	穴子ちらし寿司、茶碗蒸し、お吸い物 メロン	850円
7月	うなぎ丼	うなぎ丼、新生姜とみょうがの和え物 薬味、だし汁、メロン(赤)	930円
8月	サイコロステーキ	サイコロステーキ、夏野菜のピクルス 枝豆の冷製スープ、スイカ	820円
9月	あなごと安納芋の 天丼	穴子と安納芋の天丼、茄子のお浸し お吸い物、梨	880円
10月	牛タンシチュー	牛タンシチュー、海老とマッシュルームの アヒージョ、巨峰	920円
11月	海鮮丼	海鮮丼、ほうれん草の菊おえ、茶碗蒸し、 モンブラン	890円
12月	ローストビーフ	ローストビーフ、スモークサーモンのマリ ネ、じゃがいものポタージュ、いちごムース ケーキ	880円
1月	握り寿司	握り寿司、茶碗蒸し、お吸い物、みかん	950円
2月	蟹づくし	蟹グラタン、蟹サラダ、ココアプリン、蟹の お吸い物、蟹飯	960円
3月	海鮮ちらし寿司 (予定)	海鮮ちらし寿司、桜えびと菜の花の梅肉あ え、あさりのお吸い物、いちご	910円

## 例) 東北労災病院

### 特別メニューについて

当院では、基準食の他に、特別メニューを選択していただけるサービス(有料)を行っております。

実施日	毎週金曜日の昼食と夕食 (申込日や提供日が行事食の日や祝祭日を除く)
対象者	特別メニュー申込書記布日(月曜日の昼食時)に常食喫食中の患者さま (アレルギー、禁止食品、食形態の変更等のコメント入力のない方) ※対象外となるコメントの例:一口大刻み、リハビリ食器、汁とろみ
申込み方法	特別メニューの対象となる患者さまの月曜日の朝食のお膳に、 特別メニュー申込書をお入れ致します。 ご希望の患者さまは、申込書の記入欄に○をご記入いただき、 <b>申込書記布日(月曜日)の夕食下膳時間(18時半)までに、</b> ナースステーション前のカウンター上に設置してある 「特別メニュー申込書回収箱」にお入れ下さい。 (希望されない患者さまは、用紙の回収はいたしません。)
費用	特別メニューの申込みをされた場合のみ、準備のための追加料金として、 <b>通常料金のほかに1食あたり110円を頂きます。</b>

**注** ①原則として、患者さまのご都合による申し込み後の変更は出来ません。

②申し込み後に治療上の理由により食事形態が変更になった場合、また、特別メニューの日までに退院となられる場合には、申し込みはキャンセルとなり、料金も頂きません。

③申込書記布日(月曜日)の昼食以降に入院された患者さま、また、申し込みが締め切り時間に間に合わなかった患者さまは、翌週からの対応となります。

④昼食のみ、または夕食のみの選択も可能です。

⑤通常、常食で米飯以外の主食(パン、麺、おにぎり等)を選択されている方も、特別メニューをお選びいただけますが、その場合、メニュー通りの内容での提供となりますので、通常ご希望の主食での対応は致しかねます。

# 精神科関連（外来編）

---

## 主な項目

### 「通院・在宅精神療法」

- ・精神保健指定医の初診時の30分以上を評価
- ・非精神保健指定医は冷遇
- ・早期診療加算（診療所）は少しは届出し易く
- ・心理支援加算の対象疾患の拡大
- ・公認心理士による認知療法・認知行動療法
- ・児童思春期支援指導加算の見直し
- ・オンライン精神療法の初診算定



届出必要

通院・在宅精神療法

## 通院・在宅精神療法の届出

通院・在宅精神療法の注4に規定する児童思春期精神科専門管理加算	様式44の5	(児春専)第号
通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算	様式44の5の2	(療活継)第号
通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算	〃	(心理支援)第号
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算1	〃	(児春支1)第号
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算2	〃	(児春支2)第号
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1	様式44の5の3 再度の届出が必要	(早充実1)第号
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2		(早充実2)第号
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3		(早充実3)第号
通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法	〃	(情通精)第号
通院・在宅精神療法の注13の施設基準(非指定医の減算)	様式44の5の5	(精注13)第号

# 届出関係（特掲診療料）

届出必要

## 届出が必要（精神科関連の主なもの）

### ●新設

通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算	様式44の5の2	(心理支援)第号
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算2	様式44の5の2	(児春支2)第号
通院・在宅精神療法の注13の施設基準（非指定医の減算）	様式44の5の5	(精注13)第号
認知療法・認知行動療法3	様式44の3	(認3)第号
外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5に関する施設基準	様式95	(外在ベI注)第号

### ●変更（再度の届出が必要）

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1	様式44の5の3	(早充実1)第号
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2	様式44の5の3	(早充実2)第号
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3	様式44の5の3	(早充実3)第号
外来・在宅ベースアップ評価料（I）	様式95	(外在ベI)第号
入院ベースアップ評価料	様式97	(入ベ1～500)第号

## 再度の届け出は不要（精神科関連の主なもの）

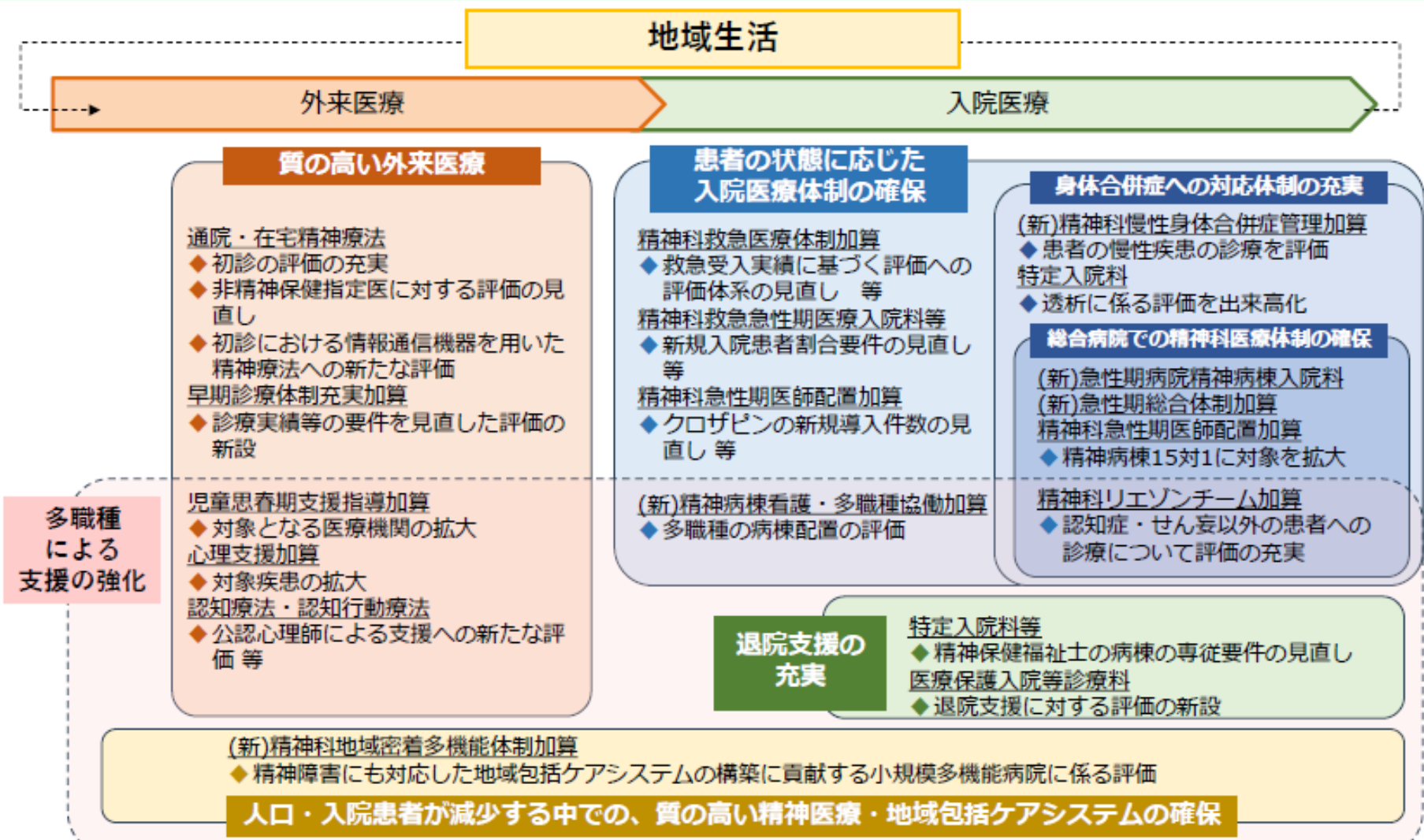
### ●変更（再度の届出が不要）

通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法	様式44の5の3	(情通精)第号
認知行動療法2		(認2)第号

### ●名称変更（R8.5.31において算定・届出再度の届出が不要）

通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算		
→ 通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算1	様式44の5の2	(児春支1)第号

# 精神医療に係る全体像



# 通院・在宅精神療法の見直し（精神保健指定医の評価）

## 1 通院精神療法

□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する**初診の日**に行った場合

(1) 60分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 **650点**      ② ①以外の場合 **550点**

(2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 **550点**

●初診の日		5分超え	30分以上	60分以上
指定医の場合	算定できない		550点	650点
指定医以外の場合			390点	550点
●再診の日		5分超え	30分以上	
指定医の場合	算定できない		315点	410点
指定医以外の場合			290点	390点

●精神保健指定医の場合		5分超え	30分以上	60分以上
初診の日	算定できない		550点	650点
再診の日	算定できない	315点	410点	
●精神保健指定医以外の場合		5分超え	30分以上	60分以上
初診の日	算定できない		390点	550点
再診の日	算定できない	290点	390点	

## 1 通院精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合

660点

□ 初診料を算定する初診の日に行った場合

(1) 60分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 650点

② ①以外の場合 550点

(2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 550点

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 410点

② ①以外の場合 390点

(2) 30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 315点

② ①以外の場合 290点

# 通院・在宅精神療法 注13（非指定医の減算）

非精神保健指定医に関する項目

## 【算定要件】新設

注13 1の口の(1)の②、1のハの(1)の②、1のハの(2)の②、2の口の(1)の②、2のハの(1)の②、2のハの(2)の②及び2のハの(3)の②において、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、**所定点数の100分の60**に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、**算定できない**。また、注9に規定する「心理支援加算」は別に算定できない。

## 【施設基準】

別表第一の一の九 通院・在宅精神療法の注13に規定する別に厚生労働大臣が定める要件次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。

- 一 精神科救急医療を行う体制が整備されている医療機関で実施されていること。
- 二 精神医療に十分な経験をもつ医師により行われていること。

届出必要

減算しないためには届出が必要

様式44の5の5

通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する事項の口に✓を記入すること。

いずれかを満たす

- 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
- 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている。
- 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている。
- 精神病床を有する特定機能病院である。
- 急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院である。
- 以下を全て満たす医師により行われている。
  - 令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。
  - 過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っている。

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている。
<input type="checkbox"/>	精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている。
<input type="checkbox"/>	精神病床を有する特定機能病院である。
<input type="checkbox"/>	急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院である。
<input type="checkbox"/>	以下を全て満たす医師により行われている。
<input type="checkbox"/>	(1)令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。
<input type="checkbox"/>	(2)過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っている。
	(1)及び(2)を満たす医師の氏名
	1人目
	2人目
	3人目
	4人目
	5人目
	6人目
	7人目

※記載欄が足りない場合には適宜行を追加すること。

## 【疑義解釈】

(問) 通院・在宅精神療法の「注13」に関する施設基準において、「令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事していること。」とあるが、具体的にはどのようなものが「精神医療に従事していること」に該当するか。

(答) 常態として、以下の業務に従事している期間が該当する。

- ・ 保険医療機関において主として精神科の診療業務を行っている
- ・ 精神保健福祉センター等の行政機関において主として精神保健医療にかかる業務に従事している
- ・ これらの業務と精神保健医療に関する教育・研究等の業務を兼務している

# 通院・在宅精神療法 注9（心理支援加算）

280点

9 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、心理に関する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を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り280点を所定点数に加算する。対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

## 【算定要件】

注9 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

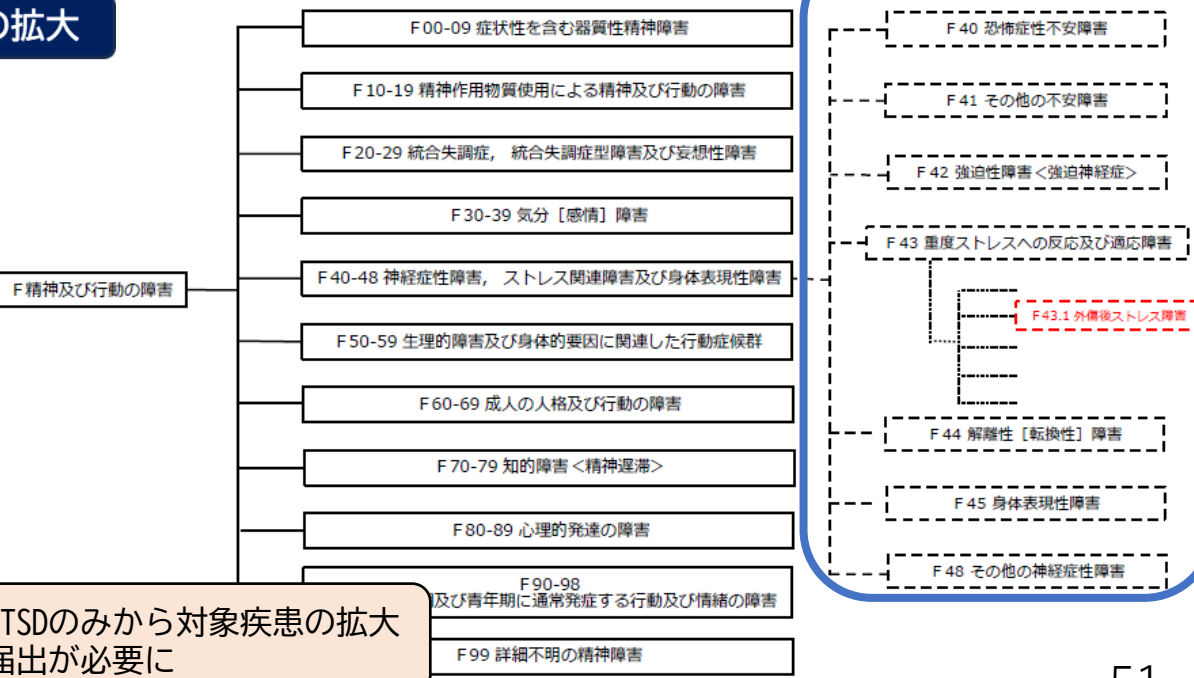
届出必要

## 心理支援加算（月2回）2年限度 280点（250点）

### 対象疾患の拡大

「注9」に規定する心理支援加算は、**心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者**に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を1年以上行った経験のある公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合

### ICD-10における「F 精神及び行動の障害」の分類



- ・PTSDのみから対象疾患の拡大
- ・届出が必要に

## 通院・在宅精神療法 注10（児童思春期支援指導加算）

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、1（通院精神療法）を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イの（1）及びロの（1）については、1回に限り算定する。

### 【児童思春期支援指導加算1及び2】

#### 【算定要件】

#### イ 児童思春期支援指導加算1

（1）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 1,100点（1,000点）

（2）（1）以外の場合

- ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 490点
- ② ①以外の場合 290点（250点） (450点)

#### ロ 児童思春期支援指導加算2（新設）

（1）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 500点

（2）（1）以外の場合

- ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合 400点
- ② ①以外の場合 100点

加算1 6か月で月平均8人

加算2 3か月で月平均4人

#### 【施設基準】

#### 児童思春期指導加算2

イ 当該保険医療機関が過去3か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均4人以上であること。

# 通院・在宅精神療法 児童思春期関連

## ●通院精神療法の児童思春期等の加算（配置基準）

項目		医師 主として20歳未満の患者に対する経験など	コメディカル 配置基準	病院の実績
注3	20歳未満加算	ない	ない	ない
注4	児童思春期精神科 専門管理加算	経験5年以上の専任の常勤精神保健指定医が1名以上	専任の精神保健福祉士又は公認心理士が1名以上	過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が月平均40人以上
		経験1年以上を含む3年以上の専任の常勤精神科医が1名以上		
注10	児童思春期 支援指導加算 1	研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上	専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上の配置	過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が月平均8人以上
	児童思春期 支援指導加算 2			過去3か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が月平均4人以上

## 通院・在宅精神療法 注11（早期診療体制充実加算）

### 【算定要件】

#### 早期診療体制充実加算1（病院・診療所）

- (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

#### 早期診療体制充実加算2（病院）

- (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

#### 早期診療体制充実加算3（診療所）

- (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 15点  
 (2) (1)以外の場合 10点

### 【施設基準】診療実績

- ・常勤の精神保健指定医が1名以上配置

	加算1	加算2	加算3
$\frac{\text{（過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数）}}{\text{（通院・在宅精神療法の算定回数）}}$	≥ 5%	≥ 5%	≥ 2%
$\frac{\text{（過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数} \\ + \text{（「初診日に30分以上60分未満」の通院・在宅精神療法の算定回数} \div 2 \text{）}}}{\text{勤務する医師数}}$	≥ 60	—	≥ 24

医師一人につき、月平均60分以上の初診が10回、又は30分以上の初診が20回 又は合わせて60分以上5回と30分以上10回 等という事。

# 通院・在宅精神療法 注11（早期診療体制充実加算）

【施設基準】地域の精神科救急医療体制に協力

## 加算1及び加算2の施設基準

以下のいずれかを満たす

- 常時対応型施設又は身体合併症常時対応型施設の指定を受けている。
- 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
- 外来対応施設の指定で精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制
- 時間外対応体制加算1の届出かつ精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

## 加算3の施設基準

以下のいずれかを満たす

- 常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている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病院と連携し、以下の①から③を満たしていること。
  - 1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定している。
  - 通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れる等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしていること。
  - 連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。
- 加算1（加算2）の施設基準を満たすこと

# 通院・在宅精神療法 注12（情報通信機器を用いた）

## 情報通信機器を用いた精神療法

1の口の(1)①	精神保健指定医による60分以上（初診）	566点
1の口の(2)	//	30分以上（初診）479点
1のハの(1)①	//	30分以上（再診）357点（357点）
1のハの(2)①	//	30分未満（再診）274点（274点）

### 【留意事項】

- ア 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、オンライン指針及び厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」に沿った診療及び処方を行うこと。
- イ オンライン精神療法を行う際には、診療内容、診療日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。また、当該診療がオンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ウ 処方を行う際には、オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- エ 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該点数を算定できない。
- オ 情報通信機器を用いた精神療法を行う保険医療機関について、患者の急変や自殺未遂等の緊急時又は向精神薬等の乱用や依存の傾向が認められる場合等には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。
- カ 精神科救急医療体制整備事業における対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携する等、入院や身体合併症の対応が必要となった場合に適切に対応できる体制を確保しておくことが望ましい。

キ **初診においてオンライン精神療法**を行う場合には、以下のいずれも満たすこと。

(イ) 当該保険医療機関と連携体制を構築する精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が訪問指導等を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して行うこと。

(ロ) 患者自身に受診希望があること。

(ハ) オンライン精神療法を10症例以上経験した医師が診察を行うこと。

(ニ) 診察時に**患者の側**に精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の当該患者に対して、訪問指導等を行っている医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であること。

初診のオンライン診療は限定的



ク 再診においてオンライン精神療法を行う場合には、当該患者に対して、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に、対面診療又は「注12」56定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）を行っていること。

## I003-2 認知療法・認知行動療法の見直し

### 【認知療法・認知行動療法】

- 1 医師による場合 480点 (480点)    2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点 (350点)  
 3 公認心理師による心理支援を伴う場合 330点 (新設)

⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置 令和10年5月31日まで

### 【算定要件】

- 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において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、医師若しくは看護師が認知療法・認知行動療法を行った場合又は公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。
- 2 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。
- 3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

### 【施設基準】

届出必要

#### 認知療法・認知行動療法3に関する施設基準

- (1) 1を満たしていること。(当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。)
- (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が1名以上勤務していること。
- ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験があること。
- イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に5症例60回以上実施していること。
- ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
- (イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
- (ロ) 認知行動療法の基本的技能に係る内容を含む2日以上のものであること。
- (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

### 【認知療法・認知行動療法】疑義解釈

(問) 認知行動療法3の施設基準における認知療法・認知行動療法についての研修とは、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- 厚生労働省認知行動療法研修事業による2日間の「認知療法・認知行動療法ワークショップ」(平成24年度に国立精神・神経医療研究センター、滋賀医科大学において実施したもの及び平成25年度以降に一般社団法人認知行動療法研修開発センター、国立精神・神経医療研究センターにおいて実施したものに限る。)
- 日本精神科病院協会による2日間の「認知行動療法研修会」(平成29年度以降に実施されたものに限る。)
- 一般財団法人公認心理師試験研修センターによる2日間の公認心理師を対象とする認知療法・認知行動療法研修会

(厚労省疑義解釈その2 問78 R8.3.31)

## I003-2 認知療法・認知行動療法(3)

- 公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行う。
- 対象疾患に不眠症を加える。

## 現行

## 【認知療法・認知行動療法】

- 1 医師による場合 480点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

## ○対象患者

うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、又は神経性過食症の患者

## ○算定回数

一連の治療につき16回に限り算定する。



## 改定後

## 【認知療法・認知行動療法】

- 1 医師による場合 480点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点
- 3 公認心理師による心理支援を伴う場合 330点

## ○対象患者

うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症又は不眠症の患者

## ○算定回数

一連の治療につき16回に限り算定する。ただし、不眠症に対する治療については8回に限り算定する。

## ○実施する公認心理師

認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関において、週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を2年以上行った経験のある専任の公認心理師（他の認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算できる）

## ○「公認心理師による心理支援を伴う場合」に関する施設基準

以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が1名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症又は不眠症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に5症例60回以上実施していること。

ウ 認知療法・認知行動療法についての研修を修了していること。

※医師及び看護師が共同して認知療法・認知行動療法を行う場合について、面接後に毎回医師が患者と5分以上面接する要件を廃止する等、施設基準についても見直しを行う。



## 1003-2 認知療法・認知行動療法(3)

### 【算定について】（留意事項）

(14) **認知療法・認知行動療法の「3」**は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長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に対して、医師が治療を行うに当たり必要と判断した場合に、一連の治療に関する計画に基づき、認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を、認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関において**週1日以上常態として勤務**しており、かつ、所定労働時間が**週22時間以上の勤務を2年以上行った経験**のある専任の公認心理師が実施した場合に算定する。（他の認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算できる。）

#### 初回時又は治療終了時



(15) 認知療法・認知行動療法の「2」及び「3」を算定する場合には、次のいずれもを満たすこと。

- ア **初回時又は治療終了時**を予定する回の治療に係る面接は**専任の医師が実施**し、専任の看護師又は公認心理師が同席すること。
- イ **初回から治療を終了するまでの間の治療又は心理支援に係る面接は、初回時に同席した**看護師又は公認心理師が実施すること。

(16) 認知療法・認知行動療法の「1」、「2」及び「3」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「2」又は「3」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師又は公認心理師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

## 1012 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）注4

同一建物居住者

	同一日に10人以上19人以下			
	週20日目まで		週21日目以降	
	30分以上	30分未満	30分以上	30分未満
保健師又は看護師	290点	223点	280点	213点
准看護師	266点	204点	256点	194点
作業療法士	290点	223点	280点	213点
精神保健福祉士	290点	223点	280点	213点

	同一日に20人以上49人以下			
	週20日目まで		週21日目以降	
	30分以上	30分未満	30分以上	30分未満
保健師又は看護師	285点	219点	275点	209点
准看護師	261点	200点	251点	190点
作業療法士	285点	219点	275点	209点
精神保健福祉士	285点	219点	275点	209点

	同一日に50人以上			
	週20日目まで		週21日目以降	
	30分以上	30分未満	30分以上	30分未満
保健師又は看護師	275点	211点	265点	201点
准看護師	251点	192点	241点	182点
作業療法士	275点	211点	265点	201点
精神保健福祉士	275点	211点	265点	201点

「同一日に3人以上」  
→「同一日の10人以上19人以下」「同一日に20人以上49人以下」「同一日に50人以上」の分類

	保健師又は看護師				
	1日に1回の場合				
	1人又は2人	3人以上9人以下	10人以上19人以下	20人以上49人以下	50人以上
保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	450点	400点	340点	300点	270点
准看護師	380点	340点	280点	250点	220点

	保健師又は看護師				
	1日に2回の場合				
	1人又は2人	3人以上9人以下	10人以上19人以下	20人以上49人以下	50人以上
保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	900点	810点	688点	607点	546点
准看護師	760点	680点	560点	500点	440点

	保健師又は看護師				
	1日に3回の場合・同一建物内				
	1人又は2人	3人以上9人以下	10人以上19人以下	20人以上49人以下	50人以上
保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	1,450点	1,300点	1,105点	975点	877点
准看護師	1,240点	1,120点	922点	823点	724点

	保健師又は看護師				
	同一建物内				
	1人又は2人	3人以上9人以下	10人以上19人以下	20人以上49人以下	50人以上
看護補助者	300点	270点	210点	190点	160点

## 1012 精神科訪問看護・指導料 注13

## 特別地域訪問看護加算

次のいずれかに該当する精神科訪問看護・指導を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である患者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

**新**



(2) 別に厚生労働大臣が定める**地域外に所在する**保険医療機関の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

**新**

別に厚生労働大臣が定める地域に**所在する保険医療機関**の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合

(1) 最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が30分以上である患者に精神科訪問看護・指導を行う場合

(2) 最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの往復にかかる時間及び精神科訪問看護・指導の実施に要した時間の合計が2時間30分以上である場合



片道 30分以上 で  
訪問看護・指導の時間と  
の合計が2時間30分以上の場合

# 1012 精神科訪問看護・指導料 注13

## 特別地域訪問看護加算

### 一の九 精神科訪問看護・指導料の注13に規定する厚生労働大臣が定める地域

- (1) 離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- (2) 奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 山村振興法第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- (4) 小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (5) 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法第二条第一項に規定する過疎地域
- (6) 沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島

〔宮城県〕

郡名	区 域			指定番号	指定年度
	市町村名 H28.4.1	(合併前市町村名) H11.3.31	旧市町村名 S25.2.1		
仙台市	○	(秋保町)	秋保村	第 89号	4 1
		(宮城町)	広瀬村、大沢村	第 721号	4 5
気仙沼市	○	(泉市)	根白石村	第 960号	4 6
		気仙沼市	新月村	第 959号	4 6
栗原市	○	本吉町	津谷町	第 194号	4 2
		栗駒町	文字村	第 514号	4 4
登米市	○	花山村	花山村	第 723号	4 5
		東和町	米川村	第 11号	4 0
大崎市	○	津山町	横山村	第 961号	4 6
		鳴子町	川渡村、鬼首村	第 513号	4 4
刈田郡	○		七ヶ宿町	第 193号	4 2
柴田郡	○		川崎町、富岡村	第1,167号	4 7
伊具郡			丸森町、大内村、筆甫村	第 10号	4 0
黒川郡			吉田村、宮床村	第 722号	4 5
加美郡	○	(小野田町)	小野田町	第 337号	4 3
		(宮崎町)	宮崎村	第 338号	4 3
本吉郡	○	志津川町	戸倉村	第 88号	4 1
			入谷村	第1,168号	4 7

〔山形県〕

郡名	区 域			指定番号	指定年度
	市町村名 H28.4.1	(合併前市町村名) H11.3.31	旧市町村名 S25.2.1		
山形市	○		東沢村、高瀬村、山寺村	第 972号	4 6
			万世村、山上村、南原村、三沢村	第 345号	4 3
鶴岡市	○	鶴岡市	田川村	第 973号	4 6
		朝日村	大泉村、本郷村、東村	第 348号	4 3
温海町	○		福栄村、山戸村	第1,173号	4 7
			白岩村	第 974号	4 6
寒河江市	○		東村、山元村	第 732号	4 5
			田妻野村	第 522号	4 4
天童市	○		東郷村、高峰村	第 201号	4 2
			玉野村、常盤村	第 346号	4 3
尾花沢市	○		吉野村、金山村	第 975号	4 6
			日向村、大沢村	第 202号	4 2
南陽市	○		田沢村、北俣村	第 523号	4 4
			西山村、川土居村、本道寺村、大井沢村	第 94号	4 1
酒田市	○	八幡町	西五百川村	第 17号	4 0
		平田町	七軒村	第 16号	4 0
西村山郡	○		金山町	第 524号	4 4
			最上町	東小国村、西小国村	第 734号
最上郡	○		堤内村	第 976号	4 6
			舟形町	安楽城村、及位村	第 203号
真室川町	○		大蔵村	第 96号	4 1
			大蔵村	豊田村	第 977号
大蔵村	○		吉口村、角川村	第 733号	4 5
			戸沢村	和田村、二井宿村	第 347号
東置賜郡	○		高島町	第 735号	4 5
			川西町	玉庭村	第 15号
西置賜郡	○		小国町、南小国村、北小国村、津川村		
			白鷹町	鮎貝村	第 521号
東田川郡	○		鮎貝村	第 736号	4 5
			飯豊町	豊川村、中津川村	第 95号
庄内町	○		立谷沢村		
			立川町		

# 精神科関連（入院編）

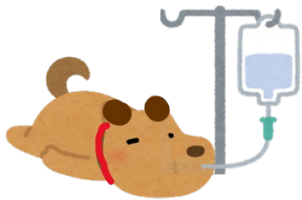
## 主な項目

ベースアップ評価料の届出をしていない医療機関の  
入院料は減額！

精神科救急・急性期医療入院料の大幅な変更！

「精神病棟入院基本料」は大変だ！

- ・ 1年以上入院患者の入院料の減額
- ・ データ提出加算が要件
- ・ 精神病棟看護・多職種協同加算
- ・ 精神科地域密着多機能体制加算



# 入院料の改定（物価対応料は、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200）

●入院料		現行点数	改定点数	差
A103	精神病棟入院基本料（精神病棟入院料）			
	10対1入院基本料	1,306	1,471	165
	入院物価対応料（10対1）	0	13	13
	13対1入院基本料	973	1,114	141
	入院物価対応料（13対1）	0	10	10
	15対1入院基本料	844	918	74
	入院物価対応料（15対1）	0	8	8
	特別入院基本料	566	618	52
	入院物価対応料（特別入院料）	0	4	4
	18対1入院基本料（1年未満）	753	816	63
	〃（18対1）（1年以上）	753	703	-50
	入院物価対応料（18対1）	0	6	6
	20対1入院基本料（1年未満）	697	754	57
	〃（20対1）（1年以上）	697	649	-48
	入院物価対応料（20対1）	0	6	6
A309	特殊疾患病棟入院料2	1,694	1,776	82
	入院物価対応料（特殊疾患病棟）	0	12	12
A311	精神科救急急性期医療入院料			
	1 30日以内の期間	2,420	2,516	96
	2 31日以上60日以内の期間	2,120	2,216	96
	3 61日以上90日以内の期間	1,918	2,014	96
	※ 該当しない患者（15対1）	844	918	74
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	22	22
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	19	19
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	17	17
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料1			
	1 30日以内の期間	2,020	2,104	84
	2 31日以上60日以内の期間	1,719	1,803	84
	3 61日以上90日以内の期間	1,518	1,602	84
	※ 該当しない患者（15対1）	844	918	74
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	14	14
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	12	12
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	11	11

●入院料		現行点数	改定点数	差
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料2			
	1 30日以内の期間	1,903	1,981	78
	2 31日以上60日以内の期間	1,618	1,696	78
	3 61日以上90日以内の期間	1,466	1,544	78
	※ 該当しない患者（15対1）	844	918	74
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	11	11
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	9	9
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	9	9
A311-3	精神科救急・合併症入院料			
	1 30日以内の期間	3,624	3,805	181
	2 31日以上60日以内の期間	3,323	3,504	181
	3 61日以上90日以内の期間	3,123	3,304	181
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	24	24
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	22	22
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	21	21
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	3,016	3,144	128
	入院物価対応料（児童思春期）	0	17	17
A312	精神療養病棟入院料	1,108	1,174	66
	入院物価対応料（精神療養病棟）	0	7	7
A314	認知症治療病棟入院料1			
	1 30日以内の期間	1,829	1,897	68
	2 31日以上60日以内の期間	1,521	1,589	68
	3 61日以上90日以内の期間	1,221	1,289	68
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	11	11
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	10	10
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	8	8
A314	認知症治療病棟入院料2			
	1 30日以内の期間	1,334	1,397	63
	2 31日以上60日以内の期間	1,129	1,192	63
	3 61日以上90日以内の期間	1,003	1,066	63
	入院物価対応料（30日以内の期間）	0	8	8
	入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	7	7
	入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	6	6
A318	地域移行機能強化病棟入院料	1,557	1,627	70
	入院物価対応料（地域移行機能強化）	0	10	10

# 入院料の改定 (UP率)

項目	現行点数	改定後の点数	UP率	差分
精神病棟10対1入院基本料	1,306	1,471	12.63%	165
精神病棟13対1入院基本料	973	1,114	14.49%	141
精神病棟15対1入院基本料	844	918	8.77%	74
精神病棟18対1入院基本料	753	816	8.37%	63
精神病棟18対1入院基本料(1年以上)	753	703	-6.64%	-50
精神病棟20対1入院基本料	697	754	8.18%	57
精神病棟20対1入院基本料(1年以上)	697	649	-6.89%	-48
精神病棟特別入院基本料	566	618	9.19%	52
精神科救急急性期医療入院料(30日以内)	2,420	2,516	3.97%	96
精神科救急急性期医療入院料(31日以上60日以内)	2,120	2,216	4.53%	96
精神科救急急性期医療入院料(61日以上90日以内)	1,918	2,014	5.01%	96
精神科急性期治療病棟入院料1(30日以内)	2,020	2,104	4.16%	84
精神科急性期治療病棟入院料1(31日以上60日以内)	1,719	1,803	4.89%	84
精神科急性期治療病棟入院料1(61日以上90日以内)	1,518	1,602	5.53%	84
精神科急性期治療病棟入院料2(30日以内)	1,903	1,981	4.10%	78
精神科急性期治療病棟入院料2(31日以上60日以内)	1,618	1,696	4.82%	78
精神科急性期治療病棟入院料2(61日以上90日以内)	1,466	1,544	5.32%	78
精神科救急・合併症入院料(30日以内)	3,624	3,805	4.99%	181
精神科救急・合併症入院料(31日以上60日以内)	3,323	3,504	5.45%	181
精神科救急・合併症入院料(61日以上90日以内)	3,123	3,304	5.80%	181
児童・思春期精神科入院医療管理料	3,016	3,144	4.24%	128
精神療養病棟入院料	1,108	1,174	5.96%	66
認知症治療病棟入院料1(30日以内)	1,829	1,897	3.72%	68
認知症治療病棟入院料1(31日以上60日以内)	1,521	1,589	4.47%	68
認知症治療病棟入院料1(61日以上)	1,221	1,289	5.57%	68
認知症治療病棟入院料2(30日以内)	1,334	1,397	4.72%	63
認知症治療病棟入院料2(31日以上60日以内)	1,129	1,192	5.58%	63
認知症治療病棟入院料2(61日以上)	1,003	1,066	6.28%	63
地域移行機能強化病棟入院料	1,557	1,627	4.50%	70

## ●主なUP率

- ・精神病棟15対1 8.77%
- ・精神科救急急性期医療入院料(30日以内) 3.97%
- ・精神科急性期治療病棟入院料(30日以内) 4.16%
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料 4.24%
- ・精神療養病棟入院料 5.96%
- ・認知症治療病棟入院料(30日以内) 3.72%

## ●ベースアップ評価料未実施減算

- ・精神病棟入院基本料 39点
- ・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 42点
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料 97点
- ・精神療養病棟入院料 35点
- ・認知症治療病棟入院料

R8.4.14 沼田資料

精神療養病棟100床で  
年間2,660万円ほどの増収

年間の収入増は？（主な入院料シミュレーション）

年額（円） 26,645,000

			現行点数	改定点数	差	患者数(1日)	×365	年額（円）
			A	B	B-A	C		(B-A)×C*10
<b>●入院料</b>								
A103	精神科病棟入院基本料							
	精神科病棟入院基本料（15対1）		844	918	74		0	0
	入院物価対応料（15対1）		0	8	8		0	0
	精神科病棟入院基本料（18対1）（1年未満）		753	816	63		0	0
	"（18対1）（1年以上）		753	703	-50		0	0
	入院物価対応料（18対1）		0	6	6		0	0
	精神科病棟入院基本料（20対1）（1年未満）		697	754	57		0	0
	"（20対1）（1年以上）		697	649	-48		0	0
	入院物価対応料（20対1）		0	6	6		0	0
A309	特殊疾患病棟入院料2		1,694	1,776	82		0	0
	入院物価対応料（特殊疾患病棟）		0	12	12		0	0
A311	精神科救急急性期医療入院料						0	0
	1	30日以内の期間	2,420	2,516	96		0	0
	2	31日以上60日以内の期間	2,120	2,216	96		0	0
	3	61日以上90日以内の期間	1,918	2,014	96		0	0
	※	該当しない患者（15対1）	844	918	74		0	0
		入院物価対応料（30日以内の期間）	0	22	22		0	0
		入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	19	19		0	0
		入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	17	17		0	0
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料1						0	0
	1	30日以内の期間	2,020	2,104	84		0	0
	2	31日以上60日以内の期間	1,719	1,803	84		0	0
	3	61日以上90日以内の期間	1,518	1,602	84		0	0
	※	該当しない患者（15対1）	844	918	74		0	0
		入院物価対応料（30日以内の期間）	0	14	14		0	0
		入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	12	12		0	0
		入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	11	11		0	0
A311-2	精神科救急急性期医療病棟入院料2						0	0
	1	30日以内の期間	1,903	1,981	78		0	0
	2	31日以上60日以内の期間	1,618	1,696	78		0	0
	3	61日以上90日以内の期間	1,466	1,544	78		0	0
	※	該当しない患者（15対1）	844	918	74		0	0
		入院物価対応料（30日以内の期間）	0	11	11		0	0
		入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	9	9		0	0
		入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	9	9		0	0
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料		3,016	3,144	128		0	0
	入院物価対応料（児童思春期）		0	17	17		0	0
A312	精神療養病棟入院料		1,108	1,174	66	100	36,500	24,090,000
	入院物価対応料（精神療養病棟）		0	7	7	100	36,500	2,555,000
A314	認知症治療病棟入院料1						0	0
	1	30日以内の期間	1,829	1,897	68		0	0
	2	31日以上60日以内の期間	1,521	1,589	68		0	0
	3	61日以上の期間	1,221	1,289	68		0	0
		入院物価対応料（30日以内の期間）	0	11	11		0	0
		入院物価対応料（31日以上60日以内の期間）	0	10	10		0	0
		入院物価対応料（61日以上90日以内の期間）	0	8	8		0	0

# 精神科入院料の改定

（令和9年6月以降は、入院物価対応料は所定点数の100分の200）

## ●年間の収入増

例1) 精神療養病棟入院料 100人  
→ 26,645,000円

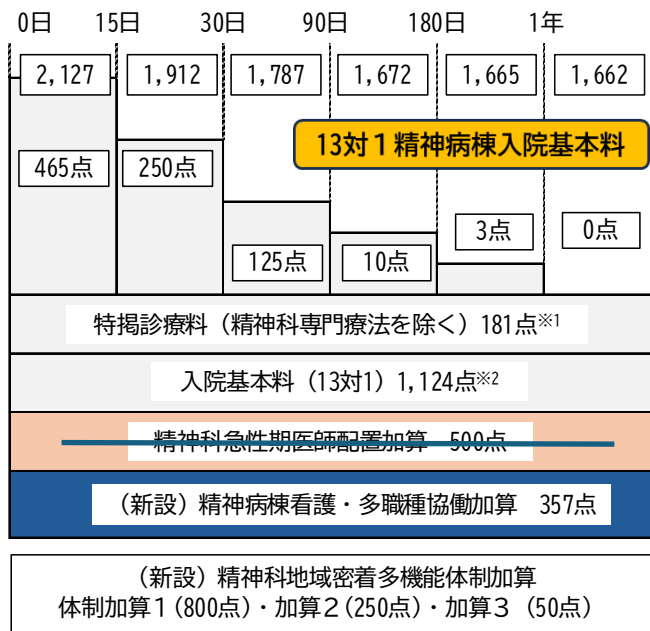
例2) 15対1 入院基本料 100人  
→ 29,930,000円

例3) 精神科急性期治療病棟 1 100人  
30日以内 30人  
31日～60日 30人  
61日～90日 30人  
該当しない患者 10人  
→ 34,346,500円

例4) 精神科救急急性期医療病棟入院料 1 100人  
30日以内 30人  
31日～60日 30人  
61日～90日 30人  
該当しない患者 10人  
→ 40,588,000円

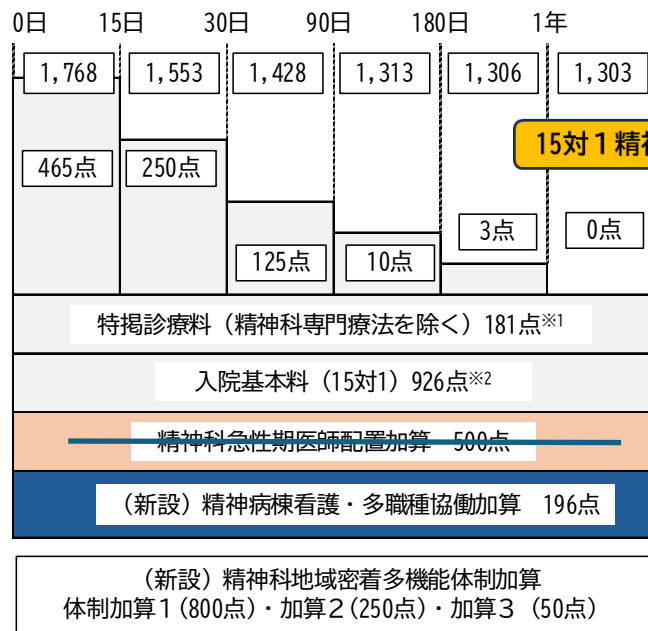
例5) 認知症治療病棟入院料 1 100人  
30日以内 30人  
31日～60日 30人  
61日～ 40人  
→ 28,287,500円

13対1入院基本料



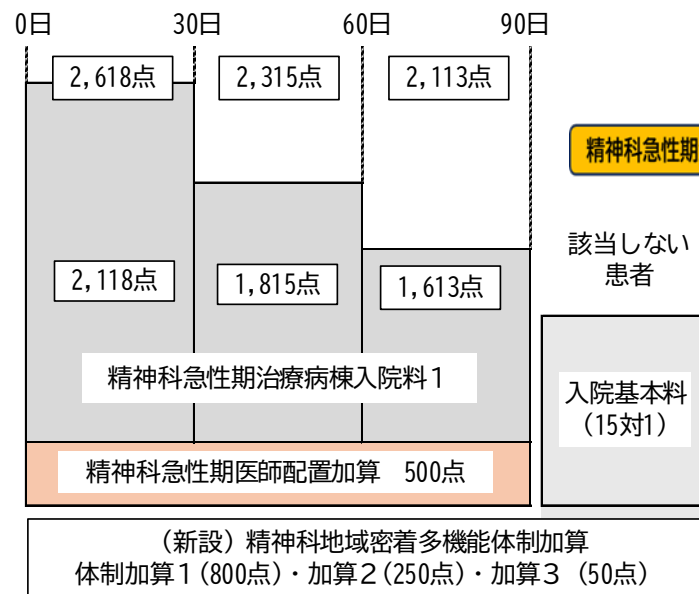
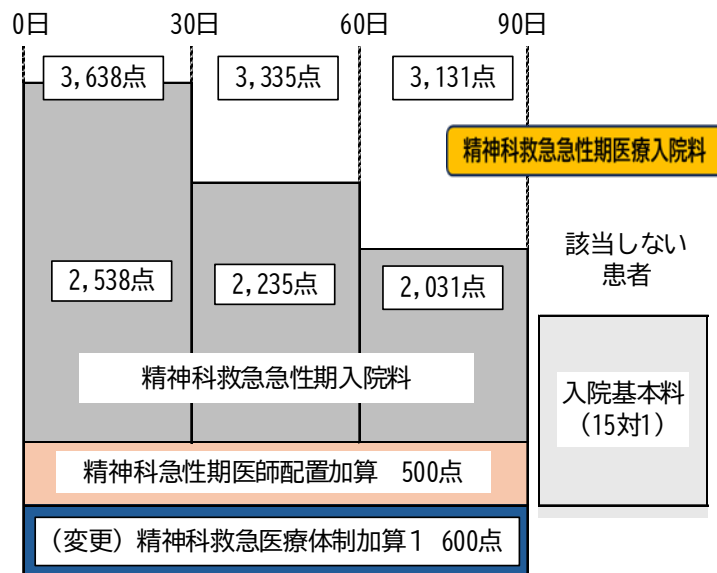
※1 令和5年度日精協医療経済実態調査 ※2 入院物価対応料を含む

15対1入院基本料



※1 令和5年度日精協医療経済実態調査 ※2 入院物価対応料を含む

急性期医師配置加算は総合病院の出来高









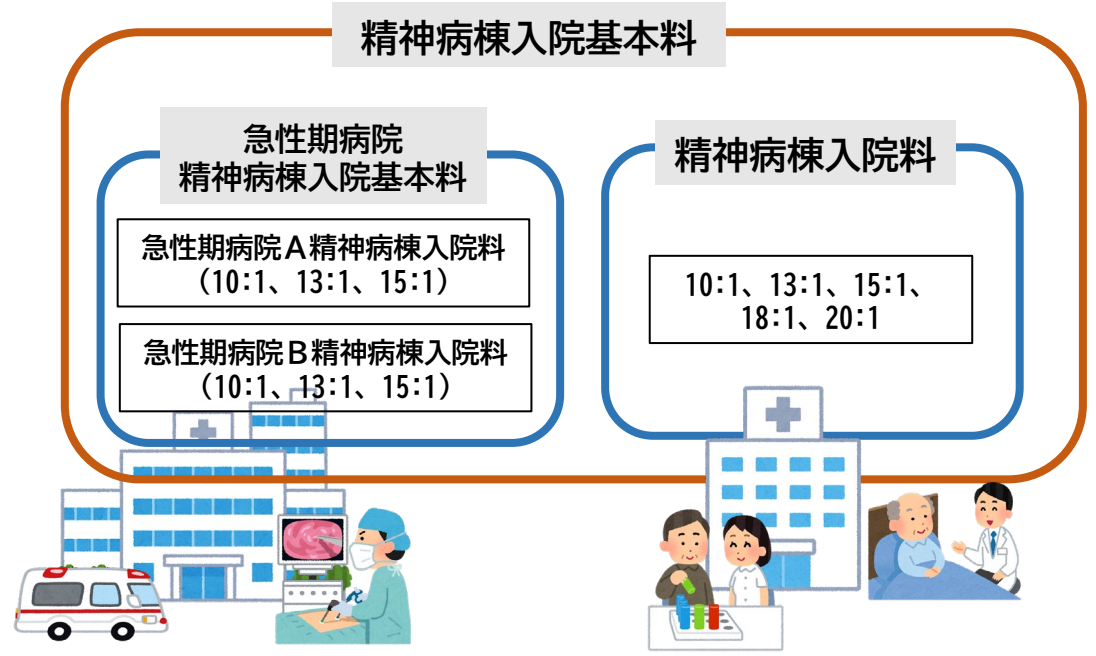
# 急性期病院の精神病棟入院基本料の新設 A103

地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

## 精神病棟入院基本料

- 1 急性期病院精神病棟入院基本料
  - イ 急性期病院A精神病棟入院料
    - (1) 10対1入院基本料 1,519点
    - (2) 13対1入院基本料 1,162点
    - (3) 15対1入院基本料 966点
  - ロ 急性期病院B精神病棟入院料
    - (1) 10対1入院基本料 1,502点
    - (2) 13対1入院基本料 1,145点
    - (3) 15対1入院基本料 949点
- 2 精神病棟入院料
  - イ 10対1入院基本料 1,471点
  - ロ 13対1入院基本料 1,114点
  - ハ 15対1入院基本料 918点
  - ニ 18対1入院基本料
    - (1) 1年未満の場合 816点
    - (2) 1年以上の場合 703点
  - ホ 20対1入院基本料
    - (1) 1年未満の場合 754点
    - (2) 1年以上の場合 649点

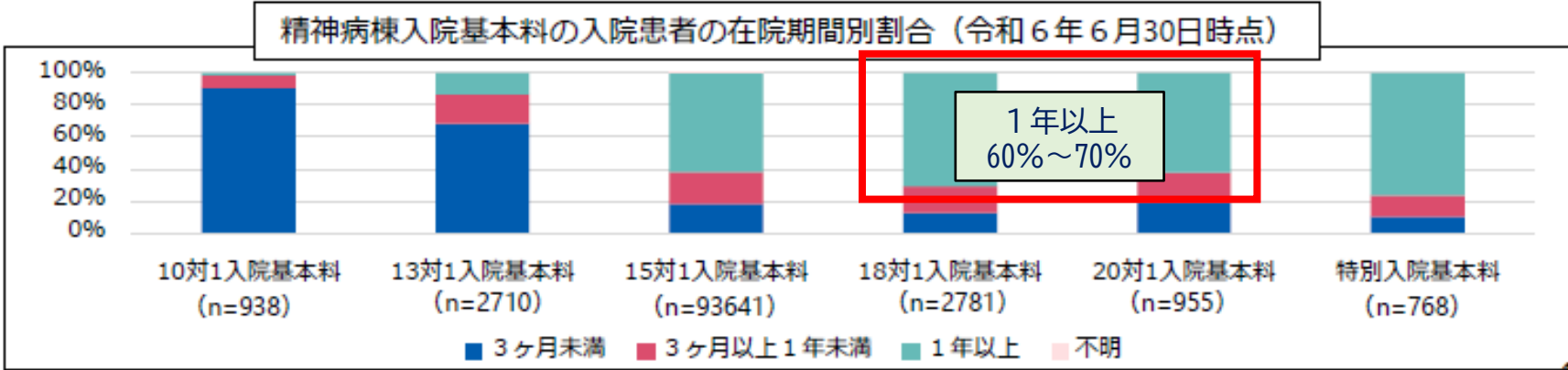


# 精神病棟入院料の見直し A103

長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更に推進する必要があること等を踏まえ、**人員配置基準の低い**精神病棟入院基本料について、長期入院患者に対する評価を見直す。

精神病棟入院基本料の18対1入院基本料及び20対1入院基本料について、1年以上入院している患者の評価を見直す。

精神病棟入院基本料	
18対1入院基本料	20対1入院基本料
イ 1年未満の場合 816点 (753点)	イ 1年未満の場合 754点 (697点)
ロ 1年以上の場合 703点 (新設)	ロ 1年以上の場合 649点 (新設)



出典：上図は保険局医療課調べ（厚生局報告データ）、下図は精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

●18対1入院基本料 1年以上60%、100床、30日の場合  
 改定前 7,530円×100床×30日=2,259万円  
 改定後 8,160円×0.4×100×30+7,030円×0.6×100×30=2,244.6万円

物価高支援の点数が相殺される。

# 入院料の減算（ベースアップをしていない）

通則第11号 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、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**保険医療機関以外の**保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき次に掲げる点数を減算する。

9 医科点数表第1章第2部通則第11号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号に規定する基準  
 (1) 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関  
 (2) 令和8年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘（看護補助者、事務職員については、8分）に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8分7厘（看護補助者、事務職員については、1割3分7厘）に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関  
 (3) 令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関

●入院料		減算
A103	精神病棟入院基本料	
	急性期病院精神病棟入院基本料	
	精神病棟看護・多職種協働加算を算定する入院基本料	106
	精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料	39
	精神病棟入院料	
	10対1入院基本料	106
	13対1入院基本料	106
	15対1入院基本料	
	精神病棟看護・多職種協働加算を算定する入院基本料	106
	精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く入院基本料	39
	18対1入院基本料	39
	20対1入院基本料	39
	特別入院基本料	39
A309	特殊疾患病棟入院料2	53
A311	精神科救急急性期医療入院料	42
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	42
A311-3	精神科救急・合併症入院料	42
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	97
A312	精神療養病棟入院料	35
A314	認知症治療病棟入院料	35
A318	地域移行機能強化病棟入院料	35

## データ提出加算の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。

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、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）に拡大する。



### 【経過措置】

令和8年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和10年5月31日**までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

施設基準

### データ提出加算の届出要件（要点）

院内体制と試行データの作成等の準備に順調に進めても4～5か月かかります。

- ・ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている。
- ・ DPCデータの提出ができる体制
- ・ 退院患者データと入院患者データ又は入院と外来患者データの提出
- ・ 「コーディング委員会」を年2回開催

施設基準

### 診療録管理体制加算2の届出要件（要点）

- ・ 診療記録（過去5年の診療録及び過去3年の看護記録）の全てが保管・管理
- ・ 診療録管理委員会の設置 ・ 管理規程の明文化 ・ 疾病統計及び退院時要約
- ・ 専任の診療記録管理者 ・ ICD大分類以上の疾病分類
- ・ 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠

# データ提出加算の届出を要件とする入院料と期限

入院料区分	経過措置の期限	令和6年 3月31日	令和8年 5月31日	令和10年 5月31日	令和12年 5月31日
精神科救急急性期医療入院料		必要	必要	必要	必要
特殊疾患病棟入院料2		必要	必要	必要	必要
精神病棟入院基本料（10対1）		必要	必要	必要	必要
精神病棟入院基本料（13対1）		必要	必要	必要	必要
精神科急性期治療病棟入院料		必要	必要	必要	必要
児童・思春期精神科入院医療管理料		必要	必要	必要	必要
精神病棟入院基本料（15対1）		必要	必要	必要	必要
精神病棟入院基本料（18対1）		必要	必要	必要	必要
精神病棟入院基本料（20対1）		必要	必要	必要	必要
精神療養病棟入院料		必要	必要	必要	必要
認知症治療病棟入院料		必要	必要	必要	必要

データ提出加算が要件

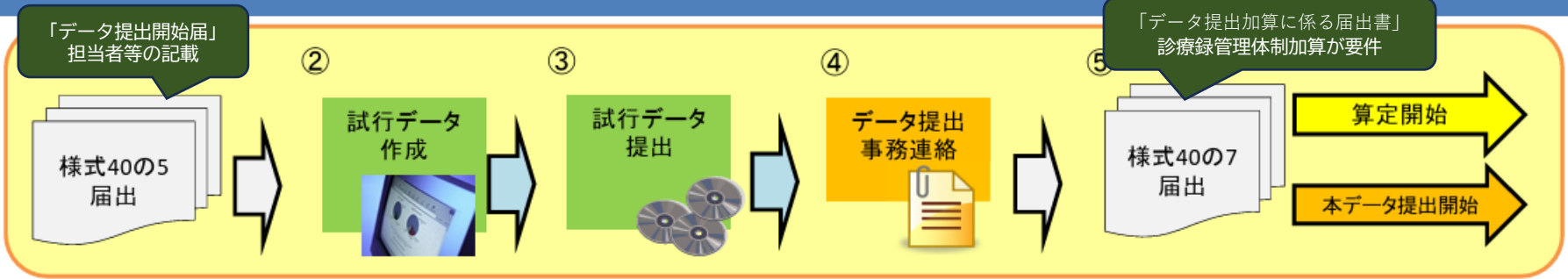
次回改定で、データ提出加算が要件になることは必至

**「データ提出加算の届出を行うことが困難であることの正当な理由」**

基本診療料の施設基準等第十一の十に掲げる、データ提出加算の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場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

# データ提出加算算定までの流れ（令和7年度の例）

## データ提出加算算定開始までの流れ（DPC対象病院、DPC準備病院以外）



### ①様式40の5の届出

データの提出を希望する病院は、様式40の5を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和7年度における届出の期限は、令和7年5月20日、8月20日、11月20日、令和8年2月20日。

### ②試行データの作成、③試行データの提出

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

### ④データ提出事務連絡

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

### ⑤様式40の7の届出以降

様式40の7を用いて、地方厚生(支)局長あて届出を行う。届出が受理された翌月の1日(月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日)から加算開始となり、算定が開始される月の属する四半期から本データを提出することとなる。なお、DPCデータ提出支援ツールにおける本データ作成用の形式チェック機能は、厚生労働省が様式40の7を受領後、DPC調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛に案内メールを送信する。

# データ提出加算の遅延等

保医発 0116 第 1 号  
令和 8 年 1 月 16 日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長  
（略）

**まず、やる事**

- 1 バンダーに連絡（データの出力にお金がかかる）
- 2 診療録管理体制加算を届け出る。

データの提出に遅延等が認められた保険医療機関における  
データ提出加算（A245）の取扱いについて

「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）第 1 章第 2 節 2 節入院基本料等加算に規定する項目のうち、A245 データ提出加算についてデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた保険医療機関は、当該月の翌々月において当該加算が算定できないこと等とされているところである。

今般、別添 1 及び別添 2 の保険医療機関において、令和 7 年 12 月 12 日（オンラインによる場合は翌開庁日 12 時）までに提出すべきデータの提出に遅延等が認められたため、別添 1 の保険医療機関については、令和 8 年 2 月のデータ提出加算が算定できないこと、また、別添 2 の保険医療機関については、同一の調査年度において、累積して 3 回のデータ提出の遅延等が認められたため、適用日以降はデータ提出加算の算定ができないことから、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

**遅延等の医療機関の公表**

住所	適用期間
札幌市厚別区厚別中央2条4丁目9番25号	
立花病院 06-0841 北海道札幌市手稲区曙11条2丁目3番12号	
病院 004-0861 北海道札幌市清田区北野1条1丁目0-30	
協立病院 080-0046 北海道帯広市西16条北1丁目27番地	
病院 098-1702 北海道紋別郡雄武町字雄武1482番地2	
079-1136 北海道赤平市本町3丁目2番地	
036-8076 青森県弘前市大字境関字西田59-1	
020-0877 岩手県盛岡市下ノ横町6-14	
ロイヤル病院 987-1222 宮城県石巻市広瀬字焼巻2番地	
中央病院 989-2425 宮城県沼田市寺島字北新田111	
病院 981-0503 宮城県東松島市矢本字鹿石前109番地4	

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。

令和8年2月1日から  
令和8年2月28日

**遅延等が累積3回の医療機関（辞退）**

別添 2		
保険医療機関名	住所	適用日
386-0013	長野県上田市中央東4-01	
830-0001	福岡県久留米市小森野2丁目3-8	令和8年1月1日

# 精神病棟看護・多職種協働加算

多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、急性期等の入院料における精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の病棟配置について新たな評価を行う。

精神病棟入院基本料及び精神科急性期治療病棟入院料2において、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価として、「**精神病棟看護・多職種協働加算**」を新設する。

## 【算定要件】精神病棟看護・多職種協働加算（1日につき）

精神病棟入院基本料（A103 注7）

- イ 精神病棟看護・多職種協働加算（13対1入院基本料の場合） 357点
- ロ 精神病棟看護・多職種協働加算（15対1入院基本料の場合） 196点

精神科急性期治療病棟入院料2（A311-2 注4）

- イ 精神病棟看護・多職種協働加算 30日以内の期間 **123点**
- ロ 精神病棟看護・多職種協働加算 31日以上60日以内の期間 107点
- ハ 精神病棟看護・多職種協働加算 61日以上90日以内の期間 58点

精神科急性期治療病棟入院料1（看護13：1）と精神科急性期治療病棟入院料2（看護15：1）の差と同点数。看護職よりOT等の採用が良好なら「入院料2」に変える事も選択のひとつ

## 【施設基準】

精神病棟入院基本料（15対1）

- ① 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、13対1**
- ② 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。
- ③ 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が100日以内**であること。 **ひと月に15、6人の入退院**

精神科急性期治療病棟入院料2

- ① 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、13対1**
- ② 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。

## 平均在院日数の算定方法

- ① 直近3か月間の在院患者日数      ②  $(3\text{か月間の新入棟患者数} + 3\text{か月間の新退棟患者数}) \div 2$
- 例) 50床病棟    ①  $50\text{人} \times 92\text{日} = 4,600\text{日}$     ②  $(\text{入棟}46\text{人} + \text{退棟}46\text{人}) \div 2$     ①  $\div$  ② = 100日

## 精神科地域密着多機能体制加算の新設 A255

精神病床に入院する患者数が減少する中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。

小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、評価を新設する。

### 精神科地域密着多機能体制加算（1日につき）

- 1 精神科地域密着多機能体制加算1 800点
- 2 精神科地域密着多機能体制加算2 250点
- 3 精神科地域密着多機能体制加算3 50点

精神科地域包括ケア病棟入院料の廃止

### 【対象患者】

精神科病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定するものに限る。）又は精神科急性期治療病棟入院料を算定している患者

### 【施設基準】 通則

- ・地域包括ケアシステムの構築に貢献する体制
- ・許可病床数が350床以下であること
- ・許可病床に占める精神病床の割合が、6割5分以上であること
- ・常勤の精神保健指定医が2名以上
- ・精神科救急医療体制の確保に協力する体制及び実績
- ・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

# 精神科地域密着多機能体制加算の新設 A255

## 【施設基準】概略

	平均在院日数	認知症治療病棟等の割合	精神病床許可病床数	精神保健福祉士	作業療法士	公認心理師
体制加算 1	150日以内	3割以下※ <sup>1</sup>	100床以下	2名以上	1名以上	1名以上
体制加算 2	150日以内	3割以下※ <sup>1</sup>	許可病床※ <sup>3</sup>	2名以上	1名以上	1名以上
体制加算 3	250日以内	3割以下※ <sup>2</sup>	許可病床※ <sup>4</sup>	合計 2名以上		

問題はこちら

※<sup>1</sup> (精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数) ÷ 精神病床数

※<sup>2</sup> 精神療養病棟入院料を算定する病床数 ÷ 精神病床数

※<sup>3</sup> ①か②のいずれか

① 精神病床数が101床以上150床以下

② 精神病床数が151床以上250床以下 なおかつ (a) と (b)を満たす

(a) 以下で算出される数値が0.95以下であること。

届出前月末精神病床 ÷ (届出前月から3年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数)

(b) 届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。

届出月末精神病床 ÷ (届出月から3年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数)

※<sup>4</sup> 精神病床数が250床以下 なおかつ (a) と (b)を満たす

(a) 以下で算出される数値が0.97以下であること。

届出前月末精神病床 ÷ (届出前月から3年前の年度の1日当たりの精神病床入院料算定患者数)

(b) 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。

届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。

届出月末精神病床 ÷ (届出月末から3年前の精神病床数)

問題はこちら

ベッドを減らす。3年前より減らしている。

# 精神科地域密着多機能体制加算の新設 A255

R8.3.5 厚生労働省資料

## 精神科地域密着多機能体制加算の新設①

➤ 精神病床に入院する患者数が減少する中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。

### (新) 精神科地域密着多機能体制加算 (1日につき)

加算1	800点
加算2	250点
加算3	50点

[対象患者]

- ・精神病棟入院料 (10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定するものに限る。)
- ・精神科急性期治療病棟入院料 を算定している患者

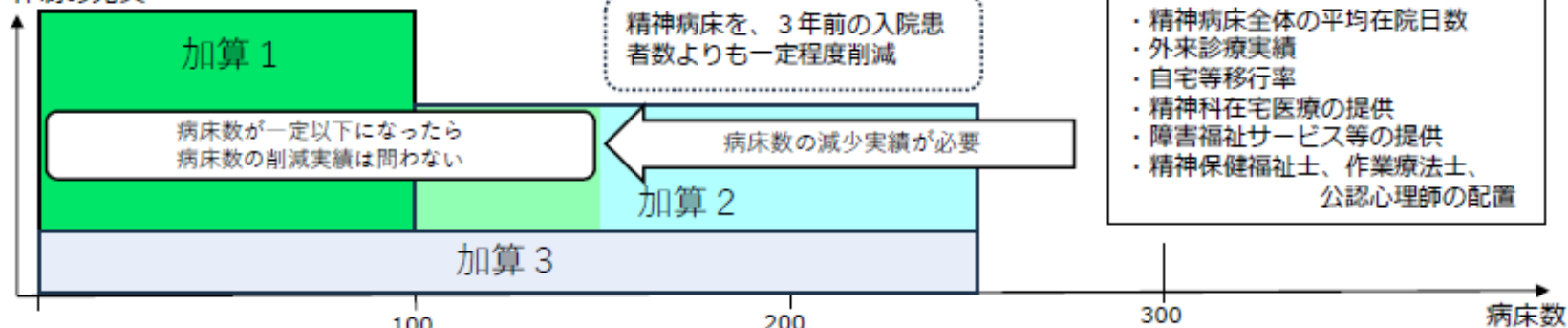
[主な施設基準]

(1) 通則 (抜粋)

- 当該医療機関における許可病床数が350床以下であり、許可病床数に占める精神病床の割合が65%以上であること。
- 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- 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。
- 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。

施設基準イメージ

体制の充実



# 精神科地域密着多機能体制加算の新設 A255

R8. 3. 5 厚生労働省資料

## 精神科地域密着多機能体制加算の新設②

[施設基準] (概要)

	加算1	加算2	加算3
精神病床の入院患者の平均在院日数	≤150日	≤150日	≤250日
令和8年1月1日以降に新たに精神病床に入院となった患者のうち <u>6割以上</u> が、当該保険医療機関に入院した日から起算して <u>6月以内</u> に退院し、自宅等へ移行すること。	○	○	-
ア又はイ及びウから力までのいずれかを満たしていること。※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 力 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料:10回以上	○	○	いずれか
当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10km以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。※障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていることでも可	○	○	
過去6か月間の「I002」通院・在宅精神療法、「I003-2」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数	≥36	≥36	≥27
常勤の精神保健福祉士	≥2名	≥2名	計 2名以上
常勤の作業療法士	≥1名	≥1名	
常勤の公認心理師	≥1名	≥1名	

※ 病棟に配置されている(専任の場合を除く)精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師は含めることができない。

○病床数に係る要件

150床以下は減床の必要はない。

加算1	加算2	加算3
・精神病床 ≤ 100床	・101床 ≤ 精神病床 ≤ 150床 又は以下を全て満たすこと。 ・151床 ≤ 精神病床 ≤ 250床 ・届出前月及び届け出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が <sup>0</sup> 0.95以下であること。 精神病床の許可病床数/その3年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者	・精神病床 ≤ 250床 ・届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/その3年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者数 ≤ 0.97 ・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと ・当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から3年前精神病床の許可病床数 ≤ 0.95(届け出から1年ごと)
精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数/精神病床数 ≤ 0.3		精神療養病棟入院料を算定する病床数/精神病床数 ≤ 0.3

## 精神科救急急性期医療入院料（算定）

1	30日以内の期間	2,516点 (2,420点)
2	31日以上60日以内の期間	2,216点 (2,120点)
3	61日以上90日以内の期間	2,014点 (1,918点)

変更

## （注1）査定要件に該当しない患者

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（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、精神病棟入院基本料の精神病棟入院料の15対1入院基本料の例により算定する。

## （注2）包括範囲 変更

診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、**口腔管理連携加算**、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、**第9部処置の人工腎臓、腹膜灌流及び特定保険医療材料（人工腎臓又は腹膜灌流に係るものに限る。）**、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

## （注3）非定型抗精神病薬加算

当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

## （注4）看護側隠夜間配置加算

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病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

## （注5）救急医療体制加算

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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 精神科救急医療体制加算1 600点
- ロ 精神科救急医療体制加算2 500点

変更

# 精神科救急急性期医療入院料の見直し

精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

## 【施設基準】改定後

(11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が「**精神科救急等病棟必要性チェックリスト**」において、3点以上のものであること。

## 【経過措置】

令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であることとする。



## 中医協議論

「精神保健福祉法では、患者本人の同意による入院を進めているのに、非同意入院を要件にしているのはおかしい」「強制的な入院を促進しないような配慮を踏まえた、緊急的な入院医療の必要性に関する指標が必要」との議論あり。

## 【施設基準】現行

(11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

## 【疑義解釈】

### (問) 施設基準

精神科救急急性期医療入院料の施設基準において、「当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上のものであること。」とあるが、年間の取扱い如何。

(答) 届出時は、届出前直近1年間を指す。それ以降は、毎年8月に、前年8月から7月までの12か月の実績を算出し基準を満たす必要がある。  
(厚労省疑義解釈その2 問79 R8.3.31)

## R7.9.8 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会資料

## 精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリスト

緊急に医療的介入を要する具体的な因子（該当する項目に☑、複数選択可）				点数		
<input type="checkbox"/>	他害の事実 ☐殺人 ☐放火 ☐強盗 ☐不同意性交等 ☐不同意わいせつ ☐傷害 ☐暴行 ☐恐喝 ☐脅迫 ☐窃盗 ☐器物損壊 ☐弄火又は失火 ☐家宅侵入 ☐詐欺等の経済的な問題行動 ☐攻撃的・威圧的言動 ☐その他の迷惑行為（ ）			3		
<input type="checkbox"/>	自殺行動の事実・切迫した自殺念慮			3		
<input type="checkbox"/>	昏迷状態			3		
<input type="checkbox"/>	亜昏迷状態			2		
<input type="checkbox"/>	意識障害 ☐器質疾患による意識障害 ☐頭部外傷による意識障害 ☐薬物による意識障害 ☐てんかん発作後もうろう状態 ☐離脱せん妄 ☐その他の原因による意識障害（ ）			2		
<input type="checkbox"/>	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全 ☐摂食困難 ☐生命リスク等の危険回避困難			2		
<input type="checkbox"/>	特定の目的による入院 ☐重篤な副作用の管理 ☐BMI16以下のりい瘦対応 ☐mECTの実施 ☐クロザピン導入・副作用対応			2		
<input type="checkbox"/>	社会生活機能不全 ☐躁状態 ☐混合状態 ☐減裂状態 ☐激越 ☐摂食困難 ☐排泄困難			1		
要配慮因子（該当項目があれば☑、複数選択可）				点数		
<input type="checkbox"/>	新興感染症等法定伝染病	<input type="checkbox"/>	2次以上身体合併症（※）	<input type="checkbox"/>	妊婦・産褥婦	3
<input type="checkbox"/>	日本語不可・滞在許可のない外国籍	<input type="checkbox"/>	深刻な履歴（※※）あり	<input type="checkbox"/>	医療観察法通院処遇者	2
<input type="checkbox"/>	警察介入	<input type="checkbox"/>	身元不明・住所不定・未保険	<input type="checkbox"/>	虐待・DV・犯罪等被害者	2
<input type="checkbox"/>	キーパーソン不在	<input type="checkbox"/>	保健所介入	<input type="checkbox"/>	遠隔地ケース・他院離院中	1
<input type="checkbox"/>	消防（救急隊）経由	<input type="checkbox"/>	身体障害者認定・指定難病認定	<input type="checkbox"/>	整備事業経由	1
※ 2次以上身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す身体疾患または外傷を指す。 ※※ 履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動 を指す。						

# 精神科救急急性期医療入院料

## 【施設基準】 共通要件

精神科救急急性期医療入院料	
医師の配置	医師
	病棟常勤 16対1
	精神保健指定医
	病棟常勤 1名 病院に常勤 4名
看護職員等の配置	看護 10:1

## 【別表10 精神科救急急性期医療入院料の対象患者】

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の規定により入院する患者
- (2) (1)以外の患者であって、精神科救急急性期医療入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定による入院（以下「医療観察法入院」という。）を除く。）をしたことがない患者

- (3) (1)及び(2)以外の患者であって、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟又は病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本及び十五対一入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、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、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者

- (4) 精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)から(3)まで以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの

## 精神科救急急性期医療入院料の施設基準（告示）

- イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、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 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が四名以上配置されていること。
- ヘ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十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師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ト 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。
- チ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ヌ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- ル 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

**変更**

## 精神科救急急性期医療入院料等の見直し②

### 対象患者の見直し

- 精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者について、ICU等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加する。

### 現行

#### 【精神科救急急性期医療入院料】

##### 【対象患者】

- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者  
 イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（医療観察法入院を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者  
 ウ （略）

### 改定後

#### 【精神科救急急性期医療入院料】

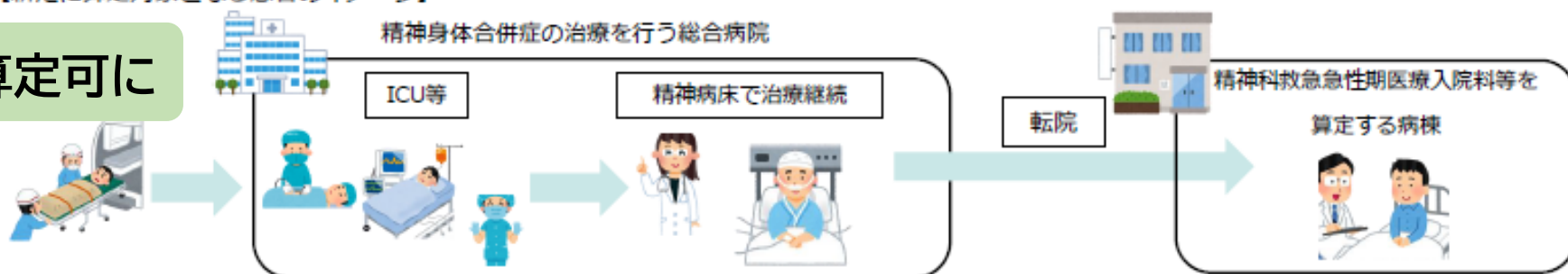
##### 【対象患者】

- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者  
 イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（医療観察法入院を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者  
 ウ **ア及びイ以外の患者であって、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、精神科入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神科病棟に限る。）、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、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者**  
 エ （略）  
 ※ 精神科救急・合併症入院料においても同等の見直しを行う。

### 【新たに算定対象となる患者のイメージ】

#### 精神身体合併症の治療を行う総合病院

算定可に



# 精神科救急急性期医療入院料 施設基準（通知）

精神科救急急性期医療入院料（通知）		
当該病院	(2) 精神保健指定医	常勤 4名以上
	(3) 他の病棟の基準	精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1）又は特定入院料
	(9) 検査	必要な検査、CT撮影※ <sup>1</sup> が速やかに実施できる体制
	(13) 急性期治療病棟との合計病床数	300床以下
	(16) データ提出加算	届出を行っている保険医療機関であること
	(14) 救急医療体制※ <sup>2</sup>	当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。
当該病棟	(1) 許可病床	医療法の許可病床、届出病床、承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させない。
	(4) 医師	常勤 入院患者の数が16対1以上
	(5) 精神保健福祉士	常勤 2名以上
	(6) 看護師の夜間配置	常時2名以上配置
	(7) 病床数	1看護単位当たり60床以下
	(8) 個室の割合	病床数の半数以上（隔離室を含む）
	(10) 新規患者の割合	1月間の延べ入院日数の4割以上
	(11) 新規患者※ <sup>3</sup> の割合	年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上のものであること。
	(12) 措置入院等の受入れ割合	以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
	(15) 自宅等への移行※ <sup>4</sup>	新規入院患者のうち4割以上が3月以内に自宅等へ移行

新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

**変更**

※1 CT撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りる。

※2 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

イ 全ての入院形態の患者受入れが可能であること。

精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又はア又はイの地域における人口1万人当たり0.37件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター（以下「精神科救急情報センター」という。）、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口（以下「精神医療相談窓口」という。）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。

※3 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であるものとする。

当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及び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。「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規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム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

※4 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。

# 精神科救急急性期医療入院料 注5の加算

イ 精神科救急医療体制加算1 600点(600点)  
~~ハ 精神科救急医療体制加算3 500点 削除~~

□ 精神科救急医療体制加算2 500点(590点)

## 【施設基準】告示

### イ 精神科救急医療体制加算1

現行

- ①、②(略)  
 ③ 精神科救急医療に係る実績を**相当程度**有していること。  
 ④ 精神科救急医療を行う**につき十分な**体制が整備されていること。

改定後

- ①、②(略)  
 ③ 精神科救急医療に係る**十分な**実績を有していること  
 ④ 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。

### □ 精神科救急医療体制加算2

現行

- ① イの①から③までを満たすものであること。  
 ② 精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

改定後

- ① イの①、②及び④を満たすものであること。  
 ② 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。  
 削除

### ハ 精神科救急医療体制加算3

現行

- ① イの①から③までを満たすものであること。  
 ② 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。

改定後

削除

## 中医協議論

- ・体制整備について、時間外等の入院件数について十分な実績を有しているのに、都道府県が指定する「身体合併症対応型、常時対応型、病院群輪番型」の違いで加算が大きく違うのは整理が必要。
- ・時間外、休日、深夜入院件数にはばらつきがあり、補助金事業の指定類型と相関がない。

# 精神科救急急性期医療入院料 注5の加算

## ●精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算

### 【精神科救急医療体制加算1及び2に共通の主な施設基準】

- 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」以下のいずれかの医療機関であること。
  - ・ 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
  - ・ 常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関
- 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること。
- 新規入院患者<sup>※1</sup>のうち6割以上が入院から起算して3月以内に退院し、自宅等<sup>※2</sup>へ移行すること。

### 【改定前の共通の施設基準】

時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は、対象地域<sup>※3</sup>における人口1万人当たり0.37件以上であり、そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等<sup>※4</sup>からの依頼であること。

### 【精神科救急医療体制加算1の主な施設基準】

- ・ 時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間65件以上又は、対象地域<sup>※3</sup>における人口1万人当たり0.85件以上であり、そのうち13件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等<sup>※4</sup>からの依頼であること。
- ・ 24時間365日、重症度及び入院形態を問わず、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備していること。

### 【精神科救急医療体制加算2の主な施設基準】

改定前の「加算1」の水準

- ・ 時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は、対象地域<sup>※1</sup>における人口1万人当たり0.5件以上であり、そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等<sup>※2</sup>からの依頼であること。

※1 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及び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

※2 「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。

※3 ① 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）  
 ② 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合  
 （例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

※4 精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）

# 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 と精神病棟入院料の比較

例) 50床	ひと月の患者数	入院単価(点)			
		救急急性期	急性期	13対1	15対1
0~30日※ <sup>1</sup>	10	3,638	2,618	2,520	2,161
31日~60日	10	3,335	2,315	2,287	1,928
61日~90日	10	3,131	2,113	2,287	1,928
該当しない患者※ <sup>2</sup>	20	1,813	1,813	1,813	1,813
月総点数(点)		137,300	106,720	107,200	100,020

※<sup>1</sup> 0~15日と16日~30日の入院期間による点数は、 $(465+250) \div 2 = 358$ とした。  
 ※<sup>2</sup> 「該当しない患者」を90日超えとした。

今回の改定で救急急性期医療入院料では、「該当しない患者」が増える可能性があります。この例では入院患者の割合を1:1:1:2とし、「該当しない患者」を91日超えで計算してあります。

出来高に高点数の加算項目が増えました。施設基準をクリアーすることは大変ですが、救急等の包括入院料の稼働率が上がらなければ出来高入院料に変える選択もあります。

	救急急性期	急性期	13対1	15対1
100%	137,300	106,720	107,200	100,020
95%	130,435	101,384	101,840	95,019
90%	123,570	96,048	96,480	90,018
85%	105,035	81,641	82,008	76,515
80%	109,840	85,376	85,760	80,016
75%	102,975	80,040	80,400	75,015
70%	96,110	74,704	75,040	70,014

収入が同じ程度になる各入院料と病床稼働率との比較

	救急急性期	急性期	13対1	15対1
13対1	89%	84%	71%	
15対1	95%	90%	85%	
救急急性期	69%	66%	56%	
急性期	89%	84%	72%	

救急急性期の病床稼働率が70%なら、15対1の95%に相当

# A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算 700点



内科医

## 【対象患者疾患】

糖尿病の患者、又は特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

- ・ 特定疾患管理料対象疾患（一部）

結核、悪性新生物、甲状腺障害、心不全、脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵すい炎 など

## 【算定要件】

- (1) 精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科慢性身体合併症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、**1月に1回に限り**、所定点数に加算する。この場合において、精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。
- (2) 内科を担当する医師の診察が行われた場合、1月に1回に限り算定できる。なお、当該内科を担当する医師が、当該保険医療機関において、1回以上入院精神療法又は通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。
- (3) 当該加算を算定する場合は、ガイドライン等に基づき、医学的必要性に応じて血液検査等の検査を実施して身体合併症の病状を把握しながら、適切な診察を実施すること。また、精神科の医師と協力し、患者に対して食事・運動療法等に関する必要な指導を行うこと。
- (4) 糖尿病の患者については、必要に応じて眼科・歯科等への紹介を行うこと。

## 【施設基準】

- (1) 精神科を標榜する病院の精神病棟であって、当該病棟に**内科の医師が1名以上**配置されていること。
- (2) **精神病棟入院基本料**（10 対1入院基本料、13 対1入院基本料及び15 対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10 対1入院基本料、13 対1入院基本料及び15 対1入院基本料に限る。）、**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**又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療提供体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、一般血液検査が常時行える体制を有していること。
- (5) 糖尿病患者について眼科・歯科等への紹介を行う体制を有していること。

## 【施設基準】（A230-3 精神科身体合併症管理加算）

精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。



## A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算 700点

### 【留意事項】 A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算

- (1) 精神科慢性身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療提供体制を有する病棟又は当該体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を有する精神疾患患者に対して、精神疾患及び身体疾患のいずれもについて精神科を担当する医師と内科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は、糖尿病又は特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）に対して内科を担当する医師の診察が行われた場合、1月に1回に限り算定できる。なお、当該内科を担当する医師が、当該保険医療機関において、1回以上入院精神療法又は通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。
- (3) 当該加算を算定する場合は、ガイドライン等に基づき、医学的必要性に応じて血液検査等の検査を実施して身体合併症の病状を把握しながら、適切な診療を実施すること。また、精神科の医師と協力し、患者に対して食事・運動療法等に関する必要な指導を行うこと。
- (4) 糖尿病の患者については、必要に応じて眼科・歯科等への紹介を行うこと。

### A230-3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (問) 精神科身体合併症管理加算は、内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置とあるが、各病棟に内科又は外科を専門とする医師が必要か。
- (答) 内科又は外科を専門とする医師が当該病院に常勤又は**非常勤として勤務**しており、算定される病棟で診察・治療を担当していればよい。算定される病棟が複数有る場合、それぞれの病棟に別の内科又は外科の医師を配置する必要はない。  
(厚労省疑義解釈その2 問12 H20.5.9)

### 【疑義解釈】

#### (問) 算定要件

精神科慢性身体合併症管理加算について、「この場合において、精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。」とあるが、精神科慢性身体合併症管理加算に係る診察に併せて精神科身体合併症管理加算に係る診療を行った場合、「精神科身体合併症管理加算」は算定できるのか。

- (答) 算定できない。なお、「精神科慢性身体合併症管理加算」に係る診察を行った日とは別の日に「精神科身体合併症管理加算」に係る診療を行った場合は、「精神科身体合併症管理加算」を算定できる。

# A233-3 口腔管理連携加算（新設） 600点

注 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（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断したもののについて、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、診療情報提供料（I）は、所定点数に含まれるものとする。

## 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関が以下の要件のいずれにも該当し、歯科診療を行う別の保険医療機関と**連携体制**を構築していること。
  - ア 歯科診療を提供していない保険医療機関であること
  - イ 口腔状態に係る課題があり、入院中に歯科受診を要すると医師等が判断した患者が生じた場合に、連携する歯科医療機関へ歯科訪問診療を依頼するための方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について**文書により提供**を受けていること
- (2) 当該保険医療機関とは別の歯科医療機関と連携体制を構築しており、必要時は入院中に歯科訪問診療が行われる場合があること、及び連携歯科医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (3) (2)の掲示事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載**していること。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。

(4) 次の項目に関する前年度の実績を**いずれも**有すること。

- ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が3件以上
- イ 退院時に「B009」の注14に規定する**歯科医療機関連携加算1**を算定した実績が3件以上



R9.5.31まで

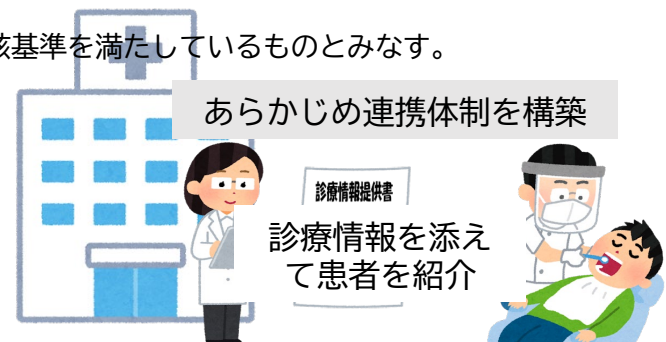
- (5) 当該医療機関の入院患者に対し、適切な口腔管理を提供するとともに、入院中に治療が必要な口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて連携歯科医療機関へ歯科訪問診療を依頼する体制が整備されていること。
- (6) 口腔状態に係る課題がある患者に対しては、入院中に歯科受診を要すると判断しなかった場合においても、退院後に歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すことが望ましい。
- (7) 全ての入院患者について、入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制が整備されていることが望ましい。

## 2 届出に関する事項

1の(4)に規定する実績については、令和9年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

### B009（診療情報提供料）注14

保険医療機関が、患者の口腔くう機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として、100点を所定点数に加算する。



入院中に歯科診療が行われたら算定

## A234 医療安全対策加算の見直し

## 医療安全対策加算の見直し

## 医療安全対策加算の見直し

➤ 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。

## 現行

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 85点  
2 医療安全対策加算 2 30点
- 【施設基準】
- (1) 医療安全管理体制に関する基準  
(追加)
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項  
(追加)
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準  
(追加)



## 改定後

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 160点  
2 医療安全対策加算 2 70点
- 【施設基準】
- (1) 医療安全管理体制に関する基準  
○ 当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項  
○ 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準  
○ (加算1のみ)「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」(医政局地域医療計画課長通知)に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。

➤ 医療安全対策加算2について、医療安全管理者として医療有資格者以外の者を配置する場合の要件を新設する。

- 【医療安全対策加算2】
- 【施設基準】
- (1) 医療安全管理体制に関する基準  
ア 以下のいずれかの体制を有していること。  
(イ) ※現行と同様  
(ロ) 医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。

## 医療安全対策加算の施設基準（概略）

	医療安全対策加算1	医療安全対策加算2
<b>(1)医療安全管理体制に関する基準</b>		
新 当該保険医療機関の管理者が医療事故調査制度の適切な研修を修了していることが望ましい。	○	○
医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置	○	] いよいよか うらやま
医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置		
新 医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員の配置。この場合、看護師、薬剤師その他の医療有資格者の配置が医療安全部門に配置されていること		
医療安全管理部門の設置	○	○
医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容の整備	○	○
医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員の配置	○	○
医療安全管理委員会と連携し、より実効性のある安全管理体制の整備	○	○
医療安全管理者等による相談・支援体制の揭示と情報提供	○	○
<b>(2)医療安全管理者の行う業務に関する基準</b>		
安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。	○	○
定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。	○	○
各部門における医療安全推進担当者への支援を行うこと。	○	○
医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。	○	○
医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。	○	○
相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。	○	○
医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。	○	○
<b>(3)医療安全管理部門に関する基準</b>		
医療安全確保のための業務改善計画書の作成と実施状況及び評価結果を記録	○	○
医療安全管理委員会との連携状況、院内研修の実績、相談件数等の実績を記録	○	○
医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催	○	○
新 「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」（医政局地域医療計画課長通知）に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。	○	

# A249 精神科急性期医師配置加算の見直し

## A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

- 1 精神科急性期医師配置加算1 600点
- 2 精神科急性期医師配置加算2
  - イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点
  - ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点
- 3 精神科急性期医師配置加算3 400点

**注意**

追加になった「精神病棟入院基本料 15対1」いわゆる総合病院が対象。

施設基準が変更になっているが

「表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）」（施設基準通知）に分類されている。

### 【施設基準】一部

	加算1	加算2のロ	加算3	加算2のイ
当該病棟の常勤医師の配置 常勤の精神保健指定医	入院患者の数が16対1 当該病棟に2名以上		入院患者の数が16対1	いわゆる総合病院の精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）及び特定機能病院の精神病棟に限る。
新規入院患者の 自宅等への3月以内の移行率	6割以上	6割以上	4割以上	
クロザピン新規導入患者 クロザピン使用患者（入院・外来）	15件以上／過去5年間又は 3件以上／過去1年間 年間6人以上		10件以上／過去5年間又は 2件以上／過去1年間 年間4人以上	
時間外、休日又は深夜の外来診療 時間外、休日又は深夜の入院件数	20件／年 8件／年	20件／年 8件／年	20件／年 8件／年	
算定できる入院料				他の要件は省略
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1	○	○	○	
精神科急性期治療病棟入院料2 （精神病棟看護・多職種協働加算を算定）	○	○	○	

## 精神保健福祉士の病棟専従要件の見直し

### ●精神病棟入院基本料の注8に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

当該病棟に、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。当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、**当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない**。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。

### ●精神療養病棟入院料の3 精神保健福祉士配置加算の施設基準

当該病棟に、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。当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、**当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない**。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定若しくは当該病棟から退棟又は退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。

### ●認知症治療病棟入院料の施設基準等

当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか1人以上勤務していること。当該専従の精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、**当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない**。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。

### (問) 専従要件

精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準において、算定を行う病棟に常勤の精神保健福祉士を2名以上配置すること、また、精神科急性期治療病棟入院料の施設基準において、算定を行う病棟に精神保健福祉士が常勤していることとされているが、当該精神保健福祉士は、配置されている又は常時勤務している病棟に係る業務以外の業務を行うことはできるか。

(答) 当該病棟における業務に従事した上で、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、他病棟及び外来における業務等のそれ以外の業務に従事することは可能。

## I014 医療保護入院診療料の見直し

措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院による入院

1 医療保護入院等診療料 1 300点 (300点)

2 医療保護入院等診療料 2 400点 (新設)

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において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の6第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

2 2については、**1を算定した患者に対して**、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する。

## 【施設基準】

(2) 医療保護入院等診療料 2 は、多職種による退院支援を評価したものであり、多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った際に算定する。なお、**医療保護入院の者について**、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第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。この際、「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(令和5年11月27日障発1127第7号)に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付すること。

(3) (2)のカンファレンスの出席者は、以下のとおりとする。

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 ア及びイ以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員(当該患者に対し、精神保健福祉法第29条の6に規定する退院後生活環境相談員が選任されており、当該退院後生活環境相談員がア及びイと別の職員である場合は、当該退院後生活環境相談員も当該カンファレンスに参加すること。)

エ 当該患者

オ 当該患者の家族等

カ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の7に規定する地域援助事業者その他の当該患者の退院後の生活環境に関わる者

医療保護入院者は「医療保護入院者退院支援委員会」の開催を持って当該カンファレンスとみなす。

アからウまでは参加が必須である。エがカンファレンスに出席するのは、本人が出席を希望する場合であるが、本人には開催日時及びカンファレンスの趣旨について事前に丁寧に説明し、委員会の出席希望について本人の意向をよく聞き取ること。また、参加希望の有無にかかわらずカンファレンスの内容を説明すること。オ及びカは、エが出席を求め、かつ、当該出席を求められた者が出席要請に応じるときに限り出席するものとする。また、出席に際しては、エの了解が得られる場合には、オンライン会議等、情報通信機器の使用による出席も可能とすること。

## 精神保健福祉法の「医療保護入院者退院支援委員会」のタイミング

入院日	更新届	更新届	更新届	更新届
3か月	3か月	6か月	6か月	
医療保護入院者退院支援委員会の開催	医療保護入院者退院支援委員会の開催	医療保護入院者退院支援委員会の開催	医療保護入院者退院支援委員会の開催	

# 届出関係（基本診療料）

## 届出が必要（精神科関連の主なもの）

### ●新設

- 電子的診療情報連携体制整備加算
- 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神病棟看護・多職種協働加算
- 精神科慢性身体合併症管理加算
- 口腔管理連携加算
- 地域支援・医薬品供給対応体制加算
- 精神科地域密着多機能体制加算
- 精神科急性期治療病棟入院料の注4に規定する精神病棟看護・多職種協働加算

### ●変更（再度の届出が必要）

- 精神病棟入院料（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。）  
（令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） ← **経過措置2年**
- 精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算

## 再度の届出は不要（精神科関連の主なもの）

### ●変更（再度の届出が不要）

- 医師事務作業補助体制加算
- 看護補助加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 特殊疾患病棟入院料
- 精神科救急急性期医療入院料

**【疑義解釈】**  
 （問）重症者加算1  
 精神療養病棟入院料 重症者加算1について、様式55の2は毎年提出する必要があるのか。  
 （答）不要。（厚労省疑義解釈その2 問82 R8.3.31）

### ●名称変更（再度の届出が不要）

- 診療録管理体制加算3 → 診療録管理体制加算2
- 精神病棟入院基本料 → 精神病棟入院料

~~（5）月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。 報告は不要になった。~~

# 届出関係（特掲診療料）

R8.4.14 沼田資料

## 届出が必要（精神科関連の主なもの）

### ●新設

通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算	様式44の5の2	（心理支援）第号
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算2	様式44の5の2	（児春支2）第号
通院・在宅精神療法の注13の施設基準（非指定医の減算）	様式44の5の5	（精注13）第号
認知療法・認知行動療法3	様式44の3	（認3）第号
外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5に関する施設基準	様式95	（外在ベI注）第号

### ●変更（再度の届出が必要）

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1	様式44の5の3	（早充実1）第号
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2	様式44の5の3	（早充実2）第号
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3	様式44の5の3	（早充実3）第号
外来・在宅ベースアップ評価料（I）	様式95	（外在ベI）第号
入院ベースアップ評価料	様式97	（入ベ1～500）第号

## 再度の届け出は不要（精神科関連の主なもの）

### ●変更（再度の届出が不要）

通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法	様式44の5の3	（情通精）第号
認知行動療法2		（認2）第号

### ●名称変更（R8.5.31において算定・届出再度の届出が不要）

通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算		
→ 通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算1	様式44の5の2	（児春支1）第号

## ●ネクスト研修会の予定

- ・ 4月28日（火）17時～（30分程度）EIL-ラ仙台大研修室・ハイブリッド  
「医療法の改正について」  
オンライン診療・管理者の要件化など変更があります。

情報交換会 18時～ 会場：RIGOLETTO TAPAS LOUNGE（仙台）  
会費 6,000円 HERB SENDAI 1F（アイル向かい）

## ●精神科医事研修会の予定（別途申込必要）※

- ・ 第68回精神科医事研修会（参加エントリー 303名）  
精神科関連 改定の概要（WEB） 終了  
2月20日（金）14時30分～16時
- ・ 第69回精神科医事研修会  
施設基準管理士が今回の精神科改定を読み解く（座談会）（30分）  
精神科関連改定の詳細説明（WEB）  
4月14日（火）14時30分～16時30分

# 施設基準を理解しましょう。

5年、10年後の医療事務の在り様を想像して下さい。電子加算が普及し、医師が入力したデータをAIが点数に置き換え、患者さんのスマートフォン等へ請求情報が転送され引き落としされる。そこには、窓口で計算している医事職員はいません。先日、「電子加算→AI→点数算定」の正確性の監修の依頼がありました。夢物語ではありません。

これからの医事職員は、算定要件の知識だけでは病院に不要な職員になってしまいます。施設基準の理解が必要です。厚生局（支局）の適時調査は、算定要件の調査ではありません。届け出ている施設基準の確認調査です。施設基準の間違った理解が高額な返還につながり、病院経営に影響があります。

病院には、施設基準の届出・維持を理解している人材が必要です。AIに、施設基準の届出は無理です。各セクションとの調整が必要になるからです。

医療事務関係団体は各種ありますが、施設基準に特化した団体は「**一般社団法人日本施設基準管理士協会**」だけです。協会の中に「精神科部会」があります。ぜひ、入会をお薦めします。

ご清聴ありがとうございました。

安田病院 沼田 周一  
TEL 022-256-5166  
FAX 022-256-5180  
shu-n@hospyd.com

