

治療施設への入院には、1日あたり次の点数を算定する。

グループ	点数/日
G	199

### 3.3 急性老人医学/リモビリゼーション (AG/R) 施設

急性老人医学/リモビリゼーションは、内科または神経科の一部門または一診療科として開設することができる。

急性老人医学/リモビリゼーションには、直接専門分野のプライマリーケアを開始した老人科の患者のほか、他の部門の急性患者の治療継続が含まれる。老人医学に深い学識を有する学際的チームが、高齢患者の医学、機能、精神、認知および社会の側面にむらなく注意を払いながら、多面的な治療および看護を提供する。急性老人医学/リモビリゼーションの目的は、急性疾患を治療し、十分に自立した生活を送るために機能を回復させて、これを維持し、これ以上機能が失われないようにして快生度を高め、地域社会への復帰をはかることにある。

急性老人医学/リモビリゼーションの対象となる者は、以下の項目に該当する高齢患者である。

1. 身体的疾患または精神的疾患の徴候がみられ、入院による急性治療が必要な者
2. 機能喪失および場合により認知能力の喪失、または病的と言える精神の問題により、自立生活に制約または危険のある者
3. 機能回復、機能維持または社会復帰の処置という点で治療を必要とする者

この領域で提供する医療給付に相当するのは、救急病院の患者の治療、従来の医療部門、特に内科部門または神経科部門の患者の治療のほか、既存の医学的老人医学施設の患者の治療である。

急性老人医学/リモビリゼーション施設では、以下の前提条件の下で次のように算定する。

#### 前提条件

- ⇒ ÖKAP に適合
- ⇒ 州委員会による認可
- ⇒ 固別の料金設定の導入（特殊機能コード 1-1136xx または 1-6336xx を使用）
- ⇒ 構造委員会が 2001 年 12 月 17 日に決定した構造充実度基準のガイドラインを満たし、構造委員会で 2002 年 12 月 31 日までに合意に達した変更方法を考慮したものであること。

#### 算定方法

急性老人医学/リモビリゼーション施設の医療給付の算定は、(医学的老人医学と同じく) 治療日毎に 199 項目一括となる。

### 3.4 緩和医療施設 (PAL) の条件

緩和医療施設とは、不治の疾患で死を迎えようとしている患者の医療を提供する施設である。緩和医療施設の目的は、患者の快生度を向上させ、家族・親戚の元に退院させることにある。その内容は、症状のコントロール（特に疼痛の緩和）および患者とその家族に対する心理社会的治療から成る。

治療および看護は、緩和医療に通じた学際的共同チームの担当となる。このチームは、身体的な必要性のほか精神面、社会福祉面、宗教面からみた必要性を考慮する。看護業務には、ボランティアが参加する。

緩和医療領域の対象となるのは、治癒の見込みがない進行性の疾患のため死が迫っている患者で、強度の疼痛、心理的苦痛または副作用の症状（たとえば、吐き気、食欲不振または呼吸困難など）に苦しむ患者である。

直接入院および同じ病院の他の部門からの転棟が、緩和医療施設の不可欠な要素である。さらに、家族のもとに滞在した後に再入院するのが望ましい。

入院期間は、未だに最終的な決定に至っていない。しかし、データを見る限りでは、この種の施設では10日～15日の平均入院日数を出発点とすることができる。

対症療法の必要条件を満たすために、あらゆる診断的手段および治療的手段に対応する救急病院のインフラのほか、心理社会的看護および宗教面の看護にも応じたスタッフを増員する予定である。家族との会話、家族の介添えおよび外泊は、適切な治療の要素である。

緩和医療の機能をもつ病室の指導には、緩和医療も含めた専門課程（一般医学、専門医）を修めた緩和治療の実務経験のある医師があたる。看護スタッフは、同様に該当する分野の教育を受け、緩和医療の経験を有する者であること。

緩和医療病棟および緩和医療領域では、以下の条件内で次のように算定することができる。

#### 条件

- ⇒ ÖKAP に適合
- ⇒ 州委員会による認可
- ⇒ 固別の料金設定の導入（特殊機能コード 1-9137--を使用）
- ⇒ 構造委員会が2001年12月17日に決定した構造充実度基準のガイドラインを満たし、構造委員会で2002年12月31日までに合意に達した変更方法を考慮したものであること。

#### 算定方法

緩和医療施設の医療提供の算定は、（神経内科患者の急性～後治療のための病棟用の段階Cと同じく）1日につき259項目一括とし、最大12日間（従来の施設からの経験値）となる。13日以降は、次の1日分を適用する。

入院日	点数/日
第13日	239
第14日	222
第15日	207
第16日	194
第17日	183
第18日	173
第19日	164
第20日	155
第21日	148
第22日	141
第23日	135
第24日以降	131

### 3.5 神経内科患者の急性－後治療領域用施設の条件

神経内科患者（神経リハビリを含む）の急性－後治療を目的とする部門および病棟の認可は、病院毎にこの領域の料金設定の機能コードを記載し、次の判定基準を満たすことによって確定する。

- ⇒ 明確な料金設定の導入
- ⇒ 州委員会が患者の治療段階 B に該当するか、段階 C に該当するかによって（段階 A が急性治療に相当し、該当する LDF－治療後一括算定方式によって算定する）部門およびステーションの格付けを認可する。

神経内科患者（神経リハビリを含む）の急性－後治療の部門およびステーションの認可は次の判定基準に従う。この領域の部門およびステーションへの入院に対して、段階に応じて次に記載の1日あたりの点数を算定する。

段階	点数/日
⇒ 段階 B : 段階 B の部門およびステーションでは、特に次の障害程度の患者を治療する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 少なくとも間欠的に重篤な意識障害に陥り、自力で呼吸を維持することができない患者。</li> <li>• 協調機能が皆無または著しく低下している患者。</li> <li>• 日常生活での自立がほとんどないし全くできない状態にある患者。</li> <li>• 頻繁に合併症および急激な病態の憎悪がみられ、いつ集中治療的処置が必要となるかわからない患者。</li> </ul> 看護条件は、集中監視と全く同じである。（実病床数1病床につき少なくとも看護師1.5名）	457

<p>⇒ 段階 C :</p> <p>段階 C の部門では、特に次の重症度の患者を治療する。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 意識がはっきりしていて協調能力があり、1日のうち時間を限れば治療的手段に積極的に参加できる患者。</li><li>• 少なくとも日常生活の一部をこなすことができる患者。</li><li>• 誤嚥の危険はなく排便自制能力があるが、多くの面で看護介助に依存している患者。</li><li>• 合併症および随伴傷害のために、必要な治療手段をとることが不可能ないし困難な状態にある患者。</li><li>• 自傷、他傷の危険のない患者。</li></ul> <p>治療の前提は、特に運動療法、活動療法、言語療法および社会療法の分野で学士を有する専門スタッフが、いずれかの治療を毎日少なくとも三段階式に実施することにある。</p>	259
---	-----

### 3.6 小児青少年精神神経科 (KJNP) の特殊医療給付を算定するための施設の条件

次に上げる特殊算定規定の適用を受けるための前提条件として、州委員会が部門またはステーションについて記載する機能コードを以下の7項目の中から決定する。

- FC : 1-61--- = 精神科および神経内科
- FC : 1-62--- = 精神科
- FC : 1-63--- = 神経内科
- FC : 1-64--- = 小児精神神経科
- FC : 1-5115--- = 小児心理学
- FC : 1-5163--- = 小児精神神経科 (小児科)
- FC : 1-5168--- = 小児心身医学 (小児科)

項目 3.6 の機能コードを記載する部門は、その他共通の要求事項がある場合でも、LDF-治療後一括算定 HDG20.xx (A01 部門グループ) において治療後一括算定増額分算定規定の対象となる。

#### 3.6.1 給付項目 7501 および 7506 に該当する小児青少年精神神経科患者の治療施設

これに該当する部門およびステーションの条件として、次の基準を満たさなければならない。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ 固別の料金設定の導入</li><li>⇒ 給付項目 7501 および 7506 に記載の構造充実度判定基準の導入 (下を参照のこと)</li><li>⇒ 州委員会が医療提供の実施のための条件を検証し、特殊病棟でのこの領域の医療提供の算定を認可すること。</li></ul> |
|--|

<p>• 医療項目別給付分類 7501 : 小児青少年精神神経科の重症患者および複数の疾患を罹患している患者の複合的治療</p> <p>次に記載の判定基準のうち項目1-4 (=構造充実度判定基準) を満たし、かつ項目5-10のうち少なくとも3つの判定基準 (=患者充実度判定基準) を満たしていなければならない:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19歳以下の小児および青少年であること(入院日の年齢が満19歳未満)</li> <li>学際専門家チーム(項目4を参照)が看護提供(24時間体制)のほか、看護、教育および治療を、少なくとも3つの領域から1日につき患者1人あたり4時間実施すること。</li> <li>小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医(精神科、神経内科または小児科)1名が、中心時間帯に勤務し、通常時間内に治療するほか、小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医(精神科、神経内科または小児科)1名が病棟または部門の指導にあたること。</li> <li>臨床心理士、社会教育とリハビリ教育の専門家、作業療法士、言語療法士、理学療法士および心理療法士のグループの少なくとも4名のスタッフから成る学際専門家チームが常勤すること。</li> </ol> <p>次の基準によって、疾患の重症度を明らかにすること(少なくとも3つの基準を満たさなければならない)。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>日常生活の一部を第三者の介助に依存している。</li> <li>年齢に応じて監視下(24時間)に置く必要がある。</li> <li>いくつかの心理社会的領域で、たとえば、不安状態、脅迫的行為、攻撃的行動、接触障害、自殺傾向(世界保健機構のICD-10に準拠する小児青少年精神の精神障害のための多軸分類スキームの軸6の段階4-6に相当)のうち、中等度から高度の被害妄想障害がある。</li> <li>たとえば、重篤な発育障害(ICD-10に準拠するF84)または社会的機能障害(ICD-10に準拠するF94)の場合に、中等度ないし重度のコミュニケーション障害がある。</li> <li>たとえば、四肢麻痺、半身麻痺、舞蹈病アテトーゼなど中等度ないし重度の運動機能障害がある。</li> <li>たとえば、不全失語症、不全失行症、認知不能症、ネグレクトなど中等度ないし重度の知覚障害がある。</li> </ol>	<p>• 医療項目別給付分類 7506 : 小児青少年精神神経科の親子療法</p> <p>次に記載の判定基準のうち項目1-5 (=構造充実度判定基準) を満たし、かつ項目6-11のうち少なくとも3つの基準 (=患者充実度判定基準) を満たしていなければならない:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19歳以下の小児および青少年であること(入院日の年齢が満19歳未満)</li> <li>学際専門家チーム(項目5を参照)が看護提供(24時間体制)のほか、看護、教育および治療を、少なくとも2つの領域から1日につき患者1人あたり1.5時間実施すること。</li> <li>両親を対象とする特殊治療および看護手段(たとえば、家族療法、相互治療、両親カウンセリング)を、少なくとも平日に毎日1.5時間実施すること。</li> <li>小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医(精神科、神経内科または小児科)1名が、中心時間帯に勤務し、通常時間内に治療するほか、小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医(精神科、神経内科または小児科)1名が病棟または部門の指導にあたる。</li> <li>臨床心理士、社会教育とリハビリ教育の専門家、作業療法士、言語療法士、理学療法士および心理療法士のグループの少なくとも4名のスタッフから成る学際専門家チームが常勤すること。</li> </ol> <p>次の基準によって、疾患の重症度を明らかにすること(少なくとも3つの基準を満たさなければならない)。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>年齢に応じて監視下(24時間)に置く必要がある。</li> <li>たとえば、重篤な発育障害(ICD-10に準拠するF84)または社会的機能の障害(ICD-10に準拠するF94)の場合に、重篤なコミュニケーション障害または相互交流障害がある。</li> <li>共生的親子関係</li> <li>たとえば、少なくとも間欠的に無意識状態、傾眠など重度の意識障害がある。</li> <li>たとえば、不全失語症、不全失行症、認知不能症、難読症など重度の知覚障害および重度の脳作業障害がある。</li> <li>両親のいずれかが同時入院</li> </ol>
---	---

### 3.6.2 治療形式 I および R による小児青少年精神神経科患者の治療施設

I (=小児青少年精神神経科の重症患者および多分野にわたる疾患を罹患している患者の集中治療) および R (=小児青少年精神神経科のリハビリ治療) の2つの機能領域に対応している部門およびステーションは、州委員会が格付け認可する。それには次の項目を満たさなければならない。

1. 小児青少年精神神経科の治療を目的とする施設の存在。	
2. 固別の料金設定の導入	
小児青少年精神神経科の重症患者および複数の疾患を罹患している患者の集中治療を目的とする機能施設	小児青少年精神神経科の重症患者および複数の疾患を罹患している患者のリハビリ治療を目的とする機能施設
3. 以下の基準を満たさなければならない。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19歳以下の小児または青少年であること（入院日の年齢が満19歳未満）</li> <li>- 学際専門家チーム（下記参照）による看護給付（24時間体制）のほか、看護、教育および治療を1日につき患者1人当たり（個別グループおよび小グループ）12時間実施すること。</li> <li>- 小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医（精神科、神経内科または小児科）1名が、中心時間帯に勤務し、通常時間内に治療するほか、小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医（精神科、神経内科または小児科）1名が病棟または部門の指導にあたること。</li> <li>- 臨床心理士、社会教育とリハビリ教育の専門家、作業療法士、言語療法士、理学療法士および心理療法士のグループの少なくとも4名のスタッフから成る学際専門家チームが常勤すること。また、学士看護師とあわせて実際の病床1日につき少なくとも1名のスタッフを配置すること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19歳以下の小児および青少年であること（入院日の年齢が満19歳未満）</li> <li>- 学際専門家チーム（下記参照）による看護給付（24時間体制）のほか、看護、教育および治療を少なくとも2つの領域から1日につき患者1人当たり3時間実施すること。</li> <li>- 小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医（精神科、神経内科または小児科）1名が、中心時間帯に勤務し、通常時間内に治療するほか、小児青少年精神神経科の部分領域で特殊課程も修めた専門医（精神科、神経内科または小児科）1名が病棟または部門の指導にあたること。</li> <li>- 臨床心理士、社会教育とリハビリ教育の専門家、作業療法士、言語療法士、理学療法士および心理療法士の領域から成る学際専門科チームが常勤すること。</li> </ul>
4. 以下の基準によって、疾患の重症度を明らかにすること（少なくとも3つの基準を満たさなければならない）。	4. 以下の基準によって、疾患の重症度を明らかにすること（少なくとも4つの基準を満たさなければならない）。
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 完全看護が必要であるか、または日常生活のほとんどを第三者の介助に依存している。</li> <li>- 常時監視が必要である（覚醒時は絶えず1対1の介護）</li> <li>- 協調能力が皆無かないしきわめて乏しい。</li> <li>- 頻繁に合併症および急激な病態の憎悪がみられる。</li> <li>- 高度の攻撃行動または自己破壊行動（世界保健機構のICD-10に準拠する小児青少年の精神障</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 年齢に応じて監視下（24時間）に置く必要がある。</li> <li>- 日常生活の一部を第三者の介助に依存している。</li> <li>- いくつかの心理社会的領域で、たとえば、不安状態、脅迫的行為、攻撃的行動、接触障害、自殺傾向（世界保健機構のICD-10に準拠する小児青少年の精神障害のための多軸分類スキームの軸6の段階4-6に相当）などの中等度ない</li> </ul>
外部施設（たとえば、青少年収容施設、学校）の専門家のチームとの意見交換が必要である。	

<p>機構のICD-10に準拠する小児青少年の精神障害のための多軸分類スキームの軸6の段階7-8に相当)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- たとえば、失神、重度傾眠など重度の定量的意識障害がある。</li> <li>- たとえば、朦朧、譫妄、見当識障害、現実感喪失など重度の定性的意識障害がある。</li> <li>- たとえば、四肢麻痺、半身麻痺、舞蹈病アトピーなど運動作業が全くできないか、または著しく低下している。</li> <li>- たとえば、不全失語症、不全失行症、認識不能症、ネグレクトなど高度脳作業の重度障害がある。</li> </ul>	<p>し重度の被害妄想の障害がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- たとえば、深刻な発育障害（ICD-10に準拠するF84）または社会的機能の障害（ICD-10に準拠するF94）の場合に、中度から高度のコミュニケーション障害がある。</li> <li>- たとえば、四肢麻痺、半身麻痺など中等度ないし重度の運動機能障害がある。</li> <li>- たとえば、不全失語症、不全失行症、認知不能症、難読症など中等度ないし重度の知覚障害がある。</li> </ul>
<p>点数／日 段階 I : 457</p>	<p>点数／日 段階 R : 259</p>

### 3.7 精神科（01 部門群の機能コード）領域の条件

1999年1月1日以降、次に記載の特殊点数算定規約を適用する条件として、州委員会が以下の7つの機能コードの1つを以って、算定を承認する精神科の部門および病棟を決定する。

- FC : 1-61--- = 精神科および神経内科
- FC : 1-62--- = 精神科
- FC : 1-63--- = 神経内科（訳註：7つとありますので、原文にこれが抜けているのだと思います。）
- FC : 1-64--- = 小児精神神経科
- FC : 1-5115--- = 小児心理学
- FC : 1-5163--- = 小児精神神経科（小児科）
- FC : 1-xx68--- = 小児心身医学（小児科）

上に記載の部門のうちいずれかに集中的に入院する場合、HDG20.XXのうち最も高い治療後一括算定を適用する。

### 3.8 精神科 (MEL 7591 および MEL 7592) 領域の条件

精神科領域のうち次の2つの特殊医療個別給付は、LKFモデルではLDF-治療後一括算定として扱う。

- ⇒ MEL 7591 : 精神医学的重症患者の治療
- ⇒ MEL 7592 : 複合的精神医学治療

このLKF-治療後一括算定を適用する条件は以下の通りである。

1. 固別の料金設定の導入または機能コード 1-62--- (精神科) または 1-XX68 (心身医学) の枠内での適用。
2. それぞれの医療提供の場合に記載している (下記参照) 条件の導入
3. 州委員会が、それぞれの医療給付を実施するための条件を検証し、建造物内の境界を明確にして機能施設に医療給付算定を認可すること。
4. 少なくとも連続3日、給付を提供

#### MEL 7591 : 精神医学的重症患者の治療

— 給付単位 :

医療給付を実施した日数を単位とする。支払い方法によってLKF-点数 (給付内容の複数回算定をしない) は変わらない。支払い方法が問題となるのは、転用および追加算定の場合である。

— 主診断項目 :

主診断項目として、ICD-10 項目 V (精神科および行動障害 F00-F99) の診断項目に記載の診断から1つ。

主診断項目から除外すべき ICD-10 のコード :

F11.-; F12.-; F13.-; F14.-; F15.-; F16.-; F17.0;  
F17.1; F17.2; F18.0; F18.1; F19.0; F19.1; F45.4;  
F48.0; F48.9; F50.2; F50.3; F50.4; F50.5; F50.8;  
F50.9; F51.0; F51.1; F51.2; F51.3; F51.4; F51.5;  
F51.8; F51.9; F52.0; F52.1; F52.2; F52.3; F52.4;  
F52.5; F52.6; F52.7; F52.8; F52.9; F55; F60.0; F60.1;  
F60.2; F60.3; F60.4; F60.5; F60.6; F60.7; F60.8;  
F60.9; F61; F62.0; F62.1; F62.8; F62.9; F64.0; F64.1;  
F64.2; F64.8; F64.9; F65.0; F65.1; F65.2; F65.3;  
F65.4; F65.5; F65.6; F65.8; F65.9; F66.0; F66.1;  
F66.2; F66.8; F66.9; F68.0; F68.1; F68.8; F69; F70.9;  
F80.0; F80.1; F80.2; F80.3; F80.8; F80.9; F81.0;  
F81.1; F81.2; F81.3; F81.8; F81.9; F82; F83; F88; F89;  
F90.0; F90.1; F90.8; F90.9; F93.0; F93.1; F93.2;  
F93.3; F93.8; F93.9; F94.1; F94.2; F94.8; F94.9;  
F95.0; F95.1; F95.2; F95.8; F95.9; F98.0; F98.1;  
F98.2; F98.3; F98.4; F98.5; F98.6; F98.8; F98.9.

#### MEL 7592 : 複合的精神医学治療

— 給付単位 :

医療給付を実施した日数を単位とする。支払い方法によってLKF-点数 (給付内容の複数回算定をしない) は変わらない。支払い方法が問題となるのは、転用および追加算定の場合である。

— 主診断項目 :

主診断項目として、ICD-10 項目 V (精神科および行動障害 F00-F99) の診断項目に記載の診断から1つ。

主診断項目から除外すべき ICD-10 のコード :

F00.1; F00.2; F00.9; F03; F07.0; F07.1; F07.2;  
F07.8; F07.9; F10.3; F10.5; F10.7; F10.8; F10.9;  
F11.3; F11.4; F11.7; F11.8; F11.9; F12.0; F12.1;  
F12.3; F12.4; F12.7; F12.8; F12.9; F13.3; F13.4;  
F13.7; F13.8; F13.9; F14.3; F14.4; F14.7; F14.8;  
F14.9; F15.3; F15.4; F15.7; F15.8; F15.9; F16.3;  
F16.4; F16.7; F16.8; F16.9; F17.0; F17.1; F17.2;  
F17.3; F17.4; F17.7; F17.8; F17.9; F18.0; F18.1;  
F18.3; F18.4; F18.7; F18.8; F18.9; F19.0; F19.1;  
F19.3; F19.4; F19.7; F19.8; F19.9; F23.9; F28; F29;  
F30.0; F30.1; F30.8; F32.9; F43.0; F43.2; F43.9;  
F51.0; F51.1; F51.2; F51.3; F51.4; F51.5; F51.8;  
F51.9; F55; F80.0; F80.1; F80.2; F80.3; F80.8; F80.9;  
F81.0; F81.1; F81.2; F81.3; F81.8; F81.9; F82; F83;  
F84.0; F84.1; F84.2; F84.3; F84.4; F84.5; F84.8;  
F84.9; F88; F89; F90.0; F90.1; F90.8; F90.9; F93.0;  
F93.1; F93.2; F93.3; F93.8; F93.9; F94.0; F94.1;  
F94.2; F94.8; F94.9; F95.0; F95.1; F95.2; F95.8;



<p>注意：Fxx.は、コード化できる4桁の全診断項目を網羅している。</p> <p>－ 精神的疾患の重症度： 次の9つの指標のうち少なくとも5つを満たさなければならない：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 身体的な生命の危険</li> <li>⇒ 自己／他者に対して高度の攻撃的行動（たとえば、自殺傾向が高い）</li> <li>⇒ 協調能力の著しい低下</li> <li>⇒ 定量的かつ定性的またはそのいずれかの重度の意識障害または認知障害</li> <li>⇒ 精神運動能力の重度障害（たとえば、昏迷、焦燥）</li> <li>⇒ 気分の重度障害</li> <li>⇒ 自発性の重度障害</li> <li>⇒ 日常生活のほとんどないしすべてを第三者の介助に依存している（たとえば、完全介護が必要、覚醒時には絶えず1対1の介護が必要）</li> <li>⇒ 施設収容法（UbG）に準拠する収容</li> </ul> <p>重症度は、入院時およびその週1回、「臨床総合印象スケール」（CGI）に従って判定する。項目1には段階6（重症）より重度の判定を記入する。</p>	<p>F95.9; F98.0; F98.1; F98.5; F98.6; F98.8; F98.9;</p> <p>－ 精神的疾患の重症度： 次の7つの指標のうち少なくとも4つを満たさなければならない：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 協調能力の明白な低下</li> <li>⇒ 行動および体験の明白な障害</li> <li>⇒ 心身医学的能力の明白な障害</li> <li>⇒ 明白な気分障害</li> <li>⇒ 自発性の明白な障害</li> <li>⇒ 日常生活の一部を第三者の介助に依存している</li> <li>⇒ 施設収容法（UbG）に準拠する収容</li> </ul> <p>重症度は、入院時およびその週1回、「臨床総合印象スケール」（CGI）に従って判定する。項目1には段階5（明白な病的状態）より重度の判定を記入する。</p> <p>－ 追加的診断指標： 次の4つの追加的診断指標を満たさなければならない：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 精神医学的疾患の併存とは「二重診断」という意味であり、もう1つ別の精神障害ないし精神機能の低下が存在するということである。精神医学的疾患の併存があって、2つある診断的指標の1つを追加的診断指標として用いる場合、項目Vに該当するICD-10のコード（精神障害および行動障害、F00-F99）を追加診断としてコード化して報告する。</li> <li>⇒ 身体的疾患の併存とは、それだけで入院の必要性がある身体的疾患を併せて発症していることを言う。身体的疾患の併存があって、2つある診断的指標の1つを追加的診断指標として用いる場合、該当するICD-10のコード（項目V－精神障害および行動障害、F00-F99）を追加診断としてコード化して送達する。</li> <li>⇒ 心理社会学的問題および環境依存的な問題がある場合、次の8つの副判定基準のうち少なくとも3つを同時に満たしていなければならない（DSM IVに準拠する詳細な解説は、医療記録ハンドブックに記載してある）。</li> <li>→ 主関連問題のグループに含まれる問題</li> <li>→ 社会環境内の問題</li> <li>→ 教育上の問題</li> <li>→ 職業上の問題</li> </ul>
---	---

<p>→ 住居の問題 → 経済的問題 → 病院での医療提供に至るまでの問題 → その他の心理社会的問題または環境依存的な問題</p> <p>⇒ 機能水準を総合的に把握するためのスケール（GAF）に従って、心理社会的機能水準を制約。採用基準として入院時に GAF の 1～50 の点数が存在すること。</p> <p>－ 医療給付の条件： ⇒ 建造物の区画を区切った機能施設 ⇒ 精神科の専門医 1 名が、24 時間体制で常勤 ⇒ 1 床あたり学士看護師 0.75 名を推奨基準値とする 1 日 24 時間の看護給付（復職のための看護を含む） ⇒ 作業療法士、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、心理療法士の専門領域の少なくとも 3 名からなる学際専門家チームを配置</p> <p>－ 医療給付の内容： 学際専門家チームから少なくとも 3 つの専門領域のスタッフが常勤し、このチームのスタッフが患者 1 人、1 日につき（開始から終了まで 1 週間）平均 2 時間の治療（3 名～7 名の小グループの場合にも）をすることを最小給付とする。注意：この内容は、臨床医が 10 床につき、1 週間あたり少なくとも 80 時間勤務するのに相当する（個別グループおよび小グループ）。</p> <p>－ 記録： 診断を記録する義務、重症度の指標（「臨床総合印象スケール」－CGI に記載のもの）を記録する義務およびその都度給付した医療提供を病歴に記録する義務がある。 MEL 7591 は、MEL 7551-7555 および 7566 のなかの優先的給付項目とするため、追加で算定したり、給付内容に含まれている MEL 6835 作業療法または MEL 6837 理学療法を算定することができない。このような項目は、MEL 7591 を給付しなければ、算定することができる。 施設収容法（MEL 7581）に準拠して入院する場合、この項目を追加算定する。</p>	<p>→ 住居の問題 → 経済的問題 → 病院での医療提供に至るまでの問題 → その他の心理社会的問題または環境依存的な問題</p> <p>⇒ 機能水準を総合的に把握するためのスケール（GAF）に従って、心理社会的機能水準を制約。採用基準として入院時に GAF の 1～50 の点数が存在すること。</p> <p>－ 医療給付の条件： ⇒ 建造物の区画を区切った機能施設、固有の機能コードの有無は問わない ⇒ 精神科の専門医 1 名が 24 時間体制で常勤 ⇒ 作業療法士、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、心理療法士の専門領域の少なくとも 3 名からなる学際専門家チームを配置</p> <p>－ 医療給付の内容： 上に記載の学際専門家チームから少なくとも 3 つの専門領域のスタッフが常勤し、このチームのスタッフが、患者 1 人、1 日につき（開始から終了まで 1 週間）3 時間の治療（3 名～7 名の小グループの場合にも）をすることを最小給付とする。注意：この内容は、臨床医が 10 床につき、1 週間あたり少なくとも 120 時間勤務するのに相当する（個別グループおよび小グループ）。</p> <p>－ 記録： 診断を記録する義務、重症度の指標（「臨床総合印象スケール」－CGI に記載のもの）を記録する義務、追加診断の指標およびその都度給付した医療提供を病歴に記録する義務がある。 MEL 7592 は、MEL 7551-7555 および 7566 のなかの優先的給付項目とするため、追加で算定したり、給付内容に含まれている MEL 6835 作業療法または MEL 6837 理学療法を算定したりすることができない。 施設収容法（MEL 7581）に準拠して入院する場合、この項目を追加算定する。</p>
---	---

### 3.9 精神科デイケアセンター開設の条件

精神科デイケアセンターは、次に記載の条件を満たした場合に開設することができる。

#### 条件：

- ⇒ 精神科デイケアセンターの機能施設が、病床を導入できる精神科部門のひとつであること。
- ⇒ 固別の料金設定の導入
- ⇒ 州委員会の認可（MEL 7596 の認可を含む）
- ⇒ デイケアセンターの治療室に、用途対応型病棟用病床を設置すること
- ⇒ 入退院記号「H」の記録

#### 組織的指標：

- a) 主任：精神科の専門医
- b) 専門医1名または精神医学を修めた一般医1名の配置義務。少なくとも専門医1名または精神医学の専門課程を受けている専門医1名を配置しなければならない。患者が12名以上の場合、患者12名につき医師1名を配置する。
- c) 学士保健師または学士看護師いずれか1名の配置義務。少なくとも学士保健師または学士看護師のいずれか1名を配置しなければならない。患者が12名以上の場合、患者12名につき学士保健師または学士看護師のいずれか1名を配置する。
- d) このほか、次に定める給付内容を提供できるように、作業療法士、学士ソーシャルワーカー、理学療法士、言語療法士、臨床保健心理士、心理療法定法に準拠する心理療法士など専門のスタッフを必要時に備えて配置する。
- e) ひとつの精神科デイケアセンターに、少なくとも6つの治療室を設置する。
- f) デイケアセンターが利用できるのは、月曜日から金曜日までの平日毎日8時間とする。
- g) 患者は、毎日少なくとも6時間（30時間/週）参加する義務がある。しかるべき理由がある場合は、例外として毎日の参加義務（平日）を免除できる。何らかの疾患のエピソードの期間は、入院領域と同じく明確に識別することはできない。このため、デイケア領域の評価は、デイケアと外来領域との両方にまたがって行うことも視野に入れている。
- h) デイケアセンターの患者は、デイケアセンターの利用時間外に必要なに応じて病棟に入院するか、開業医のもとで治療を受けることもできる。ただし、精神科、心理学および心理療法の領域に記載の全診断項目および全治療項目はこのかぎりではない。
- i) 入院治療とデイケア領域の治療が一続きのものになったり、必要に応じて逆になったりすることがあり、その場合には個別のデータ記録を報告する。
- j) 精神科の医療給付項目7501、7506、7591および7592は、デイケアセンターで算定することはできない。
- k) デイケアセンターの時間帯には、デイケアセンターの患者は入院中の患者と同じく、他の専門部門の医療給付を受けることができる。

#### 給付内容：

それぞれの患者に応じて、個人治療またはグループ治療のいずれかのかたちで、上に記載の給付領域から毎日少なくとも3時間の給付提供を受けることができる。この場合、作業療法は、1時間30分を超えてはならない。毎日少なくとも90分、上に記載の専門領域から別の給付内容を提供しなければならない。

精神科デイケアセンターの記録およびコード化規則：

- ⇒ MEL 7596：「精神科のデイケアセンター治療」（給付単位＝治療回数／参加日数）；治療日毎に記録する。
- ⇒ 精神科デイケアセンターの枠内では、MEL 7596 および同項目の料金設定に限り記録することができる。他の部門に転棟する場合または他の MEL 項目を追加する場合、いったん打ち切って新たなデータとして記録する。他の部門から戻ってきた場合にも、新たなデータとして報告する。
- ⇒ 治療回数は、該当する医療給付項目（MEL 7596）のコードを用いて給付日を添えて記録する。
- ⇒ 入院毎に、入退院記録に記号「H」（半入院型入院として記載データの最初と最後に）を記載しているかどうかを確認する。
- ⇒ 5日以上続く一連の治療の場合にはデータの記録を終了し、あらためて治療を続行する場合には、別のデータとして記録する。
- ⇒ データの記録は、遅くとも毎月末に終了させる。長期にわたる治療の場合、1ヵ月毎にその都度別のデータとして記録する。
- ⇒ スコアリングプログラムでは、5日以上の中断および月末の終了について検証することになっている。

算定方式：

治療後一括算定 MEL 28.05 では次のように算定する：給付をひとつにまとめた「精神科のデイケアセンター」＝記録した日数単位で算定し、211点となる。

### 3.10 精神科のデイケアセンター開設の条件

精神科のデイケアセンターは、次の条件を満たした場合に開設することができる。

条件

- ⇒ デイケアの機能施設が、病床が調達できる精神科部門のひとつであること。
- ⇒ 固別の料金設定の導入（昼間診療のための特殊機能コード 1-6185---、1-6285---、1-6485---または夜間診療のための機能コード 1-6186---、1-6286---、1-6486---を用いる）
- ⇒ 州委員会の認可（MEL 7597 および MEL 7598 の認可を含む）
- ⇒ 入退院記号「H」の記録

組織的指標：

- a) デイケアセンターの指導管理には、必ず精神科の専門医 1 名を配置する。
- b) 施設の利用時間帯は、専門医 1 名または精神科の専門課程を修めた医師 1 名といつでも連絡を取ることができる。
- c) 少なくとも患者 15 名につき精神科の知識を有する学士保健師および学士看護師のいずれか 1 名を、平日毎日 8 時間の利用時間帯に配置する。
- d) このほか、次に定める給付内容を提供できるように、作業療法士、学士ソーシャルワーカー、理学療法士、言語療法士、臨床保健心理士、心理療法定規に準拠する心理療法士など専門のスタッフを必要時に備えて配置する。
- e) 患者は、少なくとも 4 時間／日参加する。
- f) 毎日参加する義務はない。

給付内容：

上に記載の専門スタッフによる医療給付ができるのは、必要に応じて個人治療またはグループ治療（最大15名）のいずれかのかたちで、患者1名につき1日当たり少なくとも1時間実施する場合である。

精神科デイケアセンターの記録およびコード化規則：

- ⇒ MEL 7597：「昼間に実施する精神科のデイケア治療」（給付単位＝治療回数／参加回数）；治療日毎に記録する。
- ⇒ MEL 7598：「精神科のデイケア治療－夜間診療」（給付単位＝治療開始日）治療日毎に記録する。
- ⇒ 精神科のデイケア治療の範囲には、MEL 7597、MEL 7598 および同ケアの料金設定に限り記録することができる。他の部門に転棟する場合または他の MEL 項目から追加で何か給付する場合、いったん打ち切り新たなデータとして記録する。他の部門から戻ってきた場合にも、新たなデータとして記録する。
- ⇒ 治療方法（デイケア MEL 7597、夜間診療 MEL 7598）および治療回数は、該当する医療項目別給付分類のコードを用いて給付日を添えて記録する。
- ⇒ 入院毎に、入退院の記録に記号「H」（半入院のデータ記録の最初と最後に記載する）を記入したかどうか確認する。
- ⇒ 5日以上続く一連の治療の場合、いったん打ち切り改めて治療を続行する場合には、別のデータとして記録する。
- ⇒ データは、遅くとも毎月末に終了させる。長期にわたる治療の場合、ひと月毎にその都度新たなデータとして記録する。
- ⇒ スコアリングプログラムでは、5日以上の中断および月末の終了について検証することになっている。

算定方式：

治療後一括算定 MEL 28.06 は次のように実施する：給付をひとつにまとめた「精神科のデイケア治療」＝記録した日毎に算定する 65 点

### 3.11 その他の特別領域（たとえば、老人医学、神経内科患者の急性治療および後療法）のデイケアセンター治療の記録に関する解説

項目 3.9 から項目 3.10 までに記載の規則は、精神科のデイケアセンター治療およびデイケア治療の領域に限り有効である。

このほかのデイケアセンター治療はいずれの場合にも、さらに治療日毎に何らかのデータを記録する。

### 3.12 心身医療専門センターおよび精神療法専門センター（PSO）を設置した科および病棟の条件

心身医療専門センター、心身医学科および精神療法の各診療科では、精神疾患を随伴する患者（たとえば、内科、小児－青少年科、皮膚科、産婦人科／助産科）の割合が高い専門分野内、または精神科の専門部門のかたちで開設する。

保険制度と病院財務支援の新規構造改革に関して 15a B-VG に基づいて成立した協定および ÖKAP/GGP 2001 では、構造委員会が遅くとも 2001 年 12 月 31 日までに心身医学領域の構造充実度判定基準をガイ

ドラインというかたちで連邦州と各州との間で合意させることが決定している。この条件は、引き続き心身医療構造の認可のための基本的前提となるものである。

給付内容：

心身医学とは、患者の身体的条件と社会的条件とのかかわりのなかで精神状態の疾患をみるものである。心理社会的因子が、何らかの疾患の発症、症状持続、経過およびその克服に本質的な役割を演じており、特別に研修を受けていない一般の専門部門のスタッフでは対処できない場合（高度に精神医学的な疾患を随伴）には、心身医学的精神療法による医療が必要となる。その必要性は、一定の年齢グループ、診断および専門分野とは全く無関係である。古典的な精神医学的疾患は、心身医学の担当領域には含まれない。

心身医学的精神療法の医療提供は、段階別治療および広範囲にわたる給付（診断、適応決定、短期精神療法的介入、危機介入、入院精神療法、スタッフのための指導監督など）に及んでいる。その医療提供は、それぞれの病院で実施すべき相談ならびに連絡紹介業務のほか、心身医学専門医療センター、心身医学および精神療法の診療科のある病床から構成される。この差は、それぞれの科で提供される心身医学精神療法と身体的治療の強度の差によるものである。心身医学専門医療センターでは、専門的身体的治療の必要性が高い患者を対象としている。心身医学および精神療法の各診療科は、専門的身体的治療の必要性が低く合目的な入院精神療法の適応とされる患者に狙いを定めている。

心身医療専門センターおよび精神療法専門センターを設置した病棟の開設には、次の項目が条件となる。

条件：

- ⇒ 州委員会の認可
- ⇒ 固別の料金設定の導入（特殊機能コード 1-XX68---を含む）
- ⇒ 構造委員会が 2001 年 12 月 17 日に決定した構造充実度基準のガイドラインを満たし、構造委員会で 2002 年 12 月 31 日までに合意に達した変更方法を考慮したものであること。

算定方式：

心身医療専門センターおよび精神療法専門センターを設置した病棟の開設にあたり、スタッフの増員および患者の入院期間が長期に及ぶ場合の加算料金を算定するために、精神科領域の治療後一括算定（HDG グループ 20.XX, MEL グループ 28.03-給付項目 7591、MEL グループ 28.04-給付項目 7592）を認可する。しかし、MEL グループ 28.03-給付項目 7591 および MEL グループ 28.04-給付項目 7592 の算定の認可は、医療給付が精神科部門と同じ構造の前提条件を満たし、このために定義した判定基準を満たした場合に限る。

### 3.13 「脳卒中治療室の急性治療」(MEL 7401) 開設の条件

MEL 7401-「脳卒中治療室の急性治療」を算定するには、州委員会の認可を受けた治療室でなければならない(提案:機能コード 116181 または 116381)。

「脳卒中治療室」の等級の判定基準:

1. 脳卒中発作を伴う患者のために24時間体制で入院を受け入れる固有の料金設定の導入
2. 少なくとも4病床
3. 神経科を第一専門とする専門医が責任をもって指導監督にあたる
4. 部門に神経内科の専門医1名が24時間体制で勤務
5. 少なくとも神経内科の専門課程を修めた専門医1名が規定勤務時間帯に勤務
6. 内科の専門医1名が毎日24時間体制で勤務
7. スタッフ配置因子:少なくとも1病床あたり学士看護師1名(正職員)
8. 理学療法、作業療法、言語療法:6病床あたり少なくとも治療領域に応じたスタッフ1名を配置し、3つの領域のスタッフ全員が24時間体制で勤務していなければならない。
9. 病床毎の医療機器設備:心電図モニター、持続的心拍測定、パルスオキシメトリー、呼吸モニタリング
10. 部門で実施可能:経頭蓋骨超音波ドップラー検査、長期にわたる血栓検出、脳波モニタリング
11. 病院内で24時間実施可能な設備:CT検査、臨床検査、集中治療ステーション
12. 部門で24時間実施可能: CWドップラー検査、経頭蓋骨超音波ドップラー検査、カラー複合式超音波検査
13. 病院内で昼間診察時に利用可能:磁気共鳴血管診断法、磁気共鳴血管造影法
14. 病院内および提携病院内昼間診察時に利用可能:経胸的心エコー図検査および経食道的心エコー図検査
15. 30分以内に利用できる(24時間実施可能):脳動脈血管造影検査
16. 60分以内に利用できる(24時間実施可能):脳神経外科

### 3.14 アルコール乱用および薬物乱用離脱のための施設の条件

算定慣行では、総合病院でも給付項目「7316 6~12週間のアルコール乱用離脱」および給付項目「7321 薬物専門病棟での薬物乱用離脱」を誤ってコード化し、算定することが繰り返し行われているため、今後はこの給付項目を算定できる基準についても州委員会の判断に委ねることとなる。この給付単位には機能コード 1-6215 を付すことになる。

### 3.15 デイケアセンターモデルに基づく算定のための各給付内容の条件

デイケアセンターの患者(および0日患者)の算定に関しては、すでに2002年にオーストリア全域で一様に使用しているLKF-モデル(LKF-中心領域)を、2003年は現行のまま続行する。

枠組条件：

- ⇒ 12時間以内に実施することを選択した外科および外科以外の入院治療項目
- ⇒ 基本的に患者に事前の説明を行い、計画的に病棟に入院する（緊急の場合は除く）
- ⇒ デイケアセンターの用途対応型病床を使用
- ⇒ 提供する医療給付は、デイケアセンター給付一覧表（文書番号9を参照）に掲載のものである
- ⇒ 看護的アフターケアおよび外来または病棟での医学的アフターケアを保証する

デイケアセンター給付内容算定の条件：

- ⇒ デイケアセンター給付内容の算定は、州基金が医療給付という枠組で病院毎に認可する
- ⇒ 現行のデイケアセンター給付一覧表から、外科および外科以外の給付項目を算定することができる
- ⇒ デイケアセンター入院とは、基本的に計画的に実施するものである
- ⇒ デイケアセンターへの入院は入院が必要な場合に限り、診断報告および給付報告に入院種別記号「K」を記入する。
- ⇒ デイケアセンター用病床は用途対応型病床であり、ÖKAPの枠内で決定した計画的病床の上下限に対応したものである。学際的デイケアセンターを導入することも可能である。その場合、固別の料金設定を導入する。この部門の病棟に各専門部門でデイケアセンターを統合する場合には、専門部門毎の料金設定をしてはならない。
- ⇒ デイケアセンター用病床では、1日につき2名以上の患者を治療することができ、算定の対象とすることができる。

算定方式：

- ⇒ デイケアセンターの症例（認可済みデイケアセンターおよび入院種別「K」）と、デイケアセンター一覧表に記載の給付項目のいずれかひとつを提供した入院日数1日の症例とは、共通の規則に従って同じ方法で算定する。この場合、デイケアセンターの症例には、給付項目のほか、1日入院の日割り項目が含まれている。
- ⇒ 同日に入退院する全症例および退院種別「S」または「T」（死亡例、搬送）の症例もこれまでと変わらず、既存の統計外患者用LKF-点数算定規則に従って以下のように算定する。
- ⇒ 日数毎の財政支援（たとえば、老人医学、急性老人医学／リモビリゼーション、神経内科患者の急性治療および後治療、治療形式I（＝集中治療）およびR（＝リハビリ治療）を含む小児青少年精神科、緩和医療施設）を含む特別領域の症例は、その都度点数算定規則に従って算定する。
- ⇒ MEL グループ 22.XX（腫瘍学領域の治療）症例はいずれも、その都度統計外入院患者用点数算定規則に従って以下のように算定する。
- ⇒ これ以外の同日入退院の症例には、給付内容全項目分と、統計外入院患者用LKF-点数算定規則に従って算定した1日分の50%を適用する。
- ⇒ 退院後同日に再入院したデイケアセンターの症例は、しかるべき理由がある場合に限り、個別に算定することができる。

### 3.16 LKF 会計運営者の条件

診断報告および給付報告に基づく個々の入院財政支援にかかわる点数算定の条件となるのは、現実にLKF-モデルに立脚してどの会計運営者を算定の対象とするかという問題である。



### 3.17 評価協定

新たな特別領域（特殊給付領域：急性老人医学／リハビリテーション、緩和医療、心身医療）に対して、構造充実度判定基準の条件と基金病院内の該当する施設および業務に関して、診断および給付の内容とこれに関連する料金体系の評価を実施するものとする。必要な場合には、例年経済評価のかたちで、確実なデータを押さえながら算定方式およびLKF-支払い額を調整する。

2002年1月1日以降適用しているLKF-モデル2002を叩き台にしているが、2003年モデルの作成開始時点でも依然として経験が不足し、包括的分析と評価のための基礎データベースが十分ではない。このため、LKF-研究チームでは、長期にわたって該当するデータ報告（2002年第1～2四半期）を用いて、2002年秋をメドにした評価（ほかに、治療的心臓医学領域、化学療法領域および放射線療法領域に関する評価）に取り組むことで合意をみた。

## 4 点数算定規則

入院の点数算定の場合、入院の種別がまず重要な問題となる。入院とは別の点数算定に関して3通りの可能性に分けることができる。

1. 専ら看護と収容に重点を置く領域への入院
2. 半入院領域（精神科のデイケアセンター治療またはデイケア治療）への入院
3. 総合病棟領域、デイケアセンター、リハビリ領域などへの入院

次に、LKF-モデルで定義した分類基準に基づいて、総合病棟領域、デイケアセンター領域およびリハビリ領域に入院した患者をさらに個別のLDFグループに分類する。

次に一部変更または補足する規則が定められている。

- ⇒ 神経リハビリを含む神経内科患者の急性-後治療の領域、医学的老人医学領域、急性老人医学/リモビライゼーション、緩和医療および緩和医療領域、小児青少年精神科領域（治療形式IおよびR）については、この分類枠から少しはずれ、日数毎に点数算定することになる。
- ⇒ 小児青少年精神科領域（給付項目7501および7506）に記載の特殊給付項目のLKF-点数算定には、さらに州委員会が算定対象となる部門を認可する。
- ⇒ 精神科病棟（部門群01）の病棟、心身医学専門医療センターおよび精神療法専門医療センター（PSO）を設置する各科および病棟および給付項目7591および7592のLKF-点数算定については、さらに州委員会が算定対象となる部門を認可する。
- ⇒ MEL 7401「脳卒中治療室での急性治療」のLKF-点数算定には、さらに州委員会が算定対象となる部門を認可する（提案：機能コード116181または116381）
- ⇒ MEL 7316「6～12週間のアルコール慣習離脱」およびMEL 7321「薬物専門病棟での薬物慣習離脱」のLKF-点数算定には、さらに州委員会が算定対象となる部門を認可する（機能コード：1-6215）。
- ⇒ 統計外入院患者、集中治療室の入院および複数の項目にわたる給付を受ける入院患者に対しては、特殊点数算定規則がある。

次に、裏ページに該当する点数算定規則を含めて分類原理を図示した。

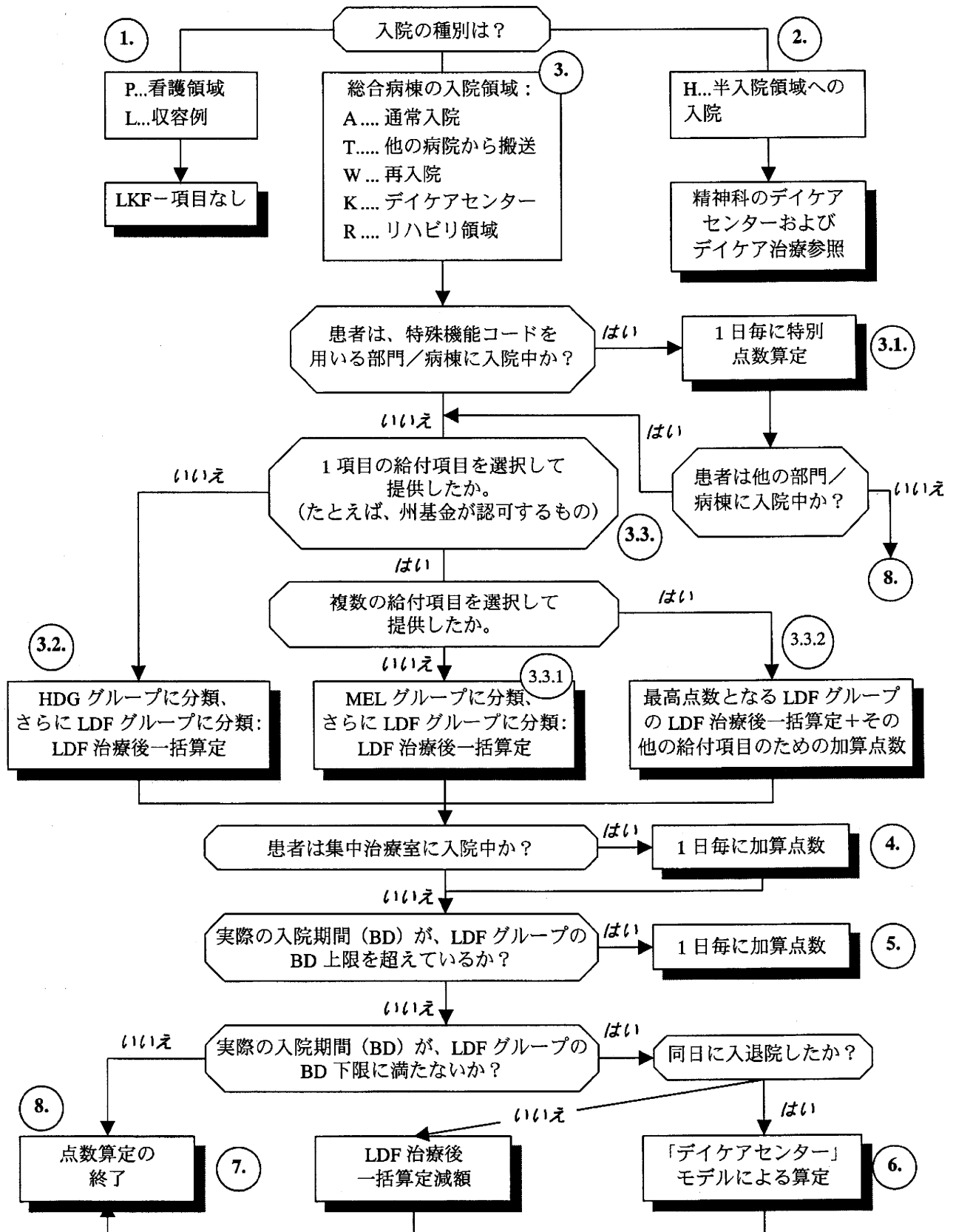
### 4.1 看護領域、収容例（図-項目1）

P.....看護専門領域への入院

L.....収容期間を過ぎた患者の入院

入院種別「P」および「L」の患者は、LKFシステムでの算定対象とならず、点数算定はしない。

図：LKFモデルの分類規則および点数算定規則



#### 4.2 精神科のデイケアセンター治療およびデイケア治療 (図-項目 2)

H....半入院型入院を表すデータ記録の開始および終了

入院記号「H」を付した患者および特殊医学的給付項目 7596「精神科のデイケアセンター治療」(給付単位=治療日数/参加日数)、7597「昼間部の精神科のデイケア治療」(給付単位=治療日数/参加日数)または MEL 7598「精神科のデイケア治療-夜間診療」(給付単位=開始日毎)については、LDF グループの MEL 28.05「精神科のデイケアセンター治療」および MEL 28.06「精神科のデイケア治療」で算定する。

#### 4.3 総合病棟領域、デイケアセンター、リハビリ領域 (図-項目 3)

⇒ 次の入院種別に該当する患者を該当する LDF 治療後一括算定に分類する。

- A.... 通常入院 (総合病棟領域)
- T.... 他の病院から移送 (総合病棟領域)
- W... 再入院 (総合病棟領域)
- K.... デイケアセンター
- R.... リハビリ領域

⇒ 特殊機能コードを用いる部門/病棟に入院中の患者は、州委員会の認可に従って、その部門では例外的に1日毎の特殊算定となる(図-項目 3.1):

神経リハビリを含む神経内科患者の急性後治療	段階 B 段階 C	457 点 259 点
老人医療	G グループ	199 点
急性老人医学/リモビリゼーション	A グループ	199 点
緩和医療施設		259 点 13 日目から漸減点していき、 最小 131 点
小児青少年精神科の特殊領域	段階 I 段階 R	457 点 259 点

特殊機能コードを用いる部門/病棟での入院のほか、患者が他の部門および他の病棟にも入院している場合、その病棟での入院日数には、加算点数のための点数算定規則にも考慮しながら(同じく減額して)調整した LDF-治療後一括算定額を算出する。

⇒ 選択した医療給付提供を受けなかった患者には、LKF モデルに関する文書番号 2 に準拠する主診断項目に基づいて 230 項目の主診断群 (HDG グループ) のひとつを適用する (図-項目 3.2)。

- HDG グループでは、LKF モデルに関する文書番号 4 に準拠し、そこに記載されている他の基