

# 第64回 精神科病院医事研修会(2/15 WEB)

---

令和6年診療報酬改定(R6.6実施)の概要説明

Ver.1.22

この資料は、2月14日の答申を元に精神科関連をまとめた資料です。  
3月初めに告示・通知、3月下旬に1回目の疑義解釈がでます。  
最新の資料で確認を！

精神科病院医事研修会  
R6.2.15 沼田資料

# 令和6年度診療報酬改定の流れ

6/1 算定開始

3/4? 告示・通知

改定の具体的な内容の公表  
算定要件・施設基準が判明

前回の個別改定項目

2/14 答申  
(中医協→大臣)

今日の研修会は  
この段階

「個別改定項目について」  
に点数が入る。

1月下旬～2月初旬  
個別改定項目の審議

1月19日 公聴会

1月10日・12日  
「これまでの議論の整理」の審議

1月12日 諮問 (大臣→中医協)

12月11日 令和6年度診療報酬改定の基本方針 (社会保障審議会)

4-4 地域移行・地域生活支援の

## ⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

基本的な考え方

医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入  
面の在り方を見直す。

1. 精神科救急入院料について、名称を精神科救急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、5名以上から4名以上に変更する。

改定案		現行	
【精神科救急性期医療入院料（1日につき）】		【精神科救急入院料（1日につき）】	
1	30日以内の期間 2,400点	1	精神科救急入院料 1 イ 30日以内の期間 3,579点
2	31日以上60日以内の期間 2,100点	ロ	31日以上90日以内の期間 3,145点
3	61日以上90日以内の期間 1,900点	2	精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間 3,372点
		ロ	31日以上90日以内の期間 2,938点
【算定要件】		【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精神科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科病棟		注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科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科病棟	

# 答申とは

厚生労働大臣→中医協（諮問）  
基本方針・改定率の提示があり



中医協→厚生労働大臣（答申）  
点数を決める

中医協 総-1  
6. 2. 14

個別改定項目について

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組 ..... 1

① 質上げに向けた評価の新設 ..... 1

② 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 ..... 66

③ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 ..... 69

④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し ..... 70

⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し ..... 49

I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進 ..... 51

① 医師事務作業補助体制加算の見直し ..... 51

② 特定集中治療室管理料等の見直し ..... 53

③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 ..... 66

④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 ..... 69

⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し ..... 70

I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 ..... 78

① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 ..... 78

② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 ..... 80

I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた取組を念頭に、必要な数値医療体制等の確保 ..... 81

「個別改定項目について」

別紙1-1 医科診療報酬点数表

(傍線部分)

改正後	改正前
別表第一 医科診療報酬点数表	別表第一 医科診療報酬点数表
第1部 基本診療料	第1部 基本診療料
第1節 初診料	第1節 初診料
第2節 再診料	第2節 再診料
第2部 入院料等	第2部 入院料等
第1節 入院基本料	第1節 入院基本料
第2節 入院基本料等加算	第2節 入院基本料等加算
第3節 特定入院料	第3節 特定入院料
第4節 短期滞在手術等基本料(削る)	第4節 短期滞在手術等基本料
第2章 特掲診療料	第5節 看護職員処遇改善評価料
第1部 医学管理等	第2章 特掲診療料
第1節 医学管理料等	第1部 医学管理等
第2節 削除	第1節 医学管理料等
	第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

医科診療報酬の点数

# 令和6年度診療報酬改定説明会の状況

R6.2.15沼田資料

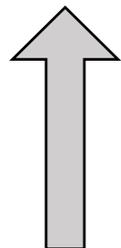
6/1 算定開始



4/16 精神科医事研（詳細説明）



3月末 疑義解釈資料（その1）発出



3月中旬 各病院団体等説明会

3月中旬か 日精協説明会

3/7頃 厚労省 YouTube配信（前回）

3/7頃 告示・通知



2/15 精神科医事研（概要説明）



2/14 答申（中医協→大臣）



1/26 個別改定項目（その1）

## 精神科関連の新設項目（主なもの）

- 賃上げに向けた評価の新設 個別改定項目のP.1（本資料のスライド7枚目）
- 入院料の通則に2項目を追加 P.36（10）
- 身体的拘束最小化の基準を満たさない時は入院料の減算 P.37（10）
- 医療DX推進体制整備加算 P.124（16）
- 情報通信機器を用いた精神療法 P.146（18）
- 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載 P.162（20）
- 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れ P.177（21）
- 栄養情報連携料の新設 P.269（22）
- 児童・思春期管理料の精神科養育支援体制加算 P.333（23）
- 精神科地域包括ケア病棟入院料（特定入院料） P.609（26）
- 精神科入退院支援加算 P.617（31）
- 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算 P.623（35）
- 通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算 P.625（36）
- 通院・在宅精神療法の心理支援加算 P.628（37）

## 精神科関連の見直し項目（主なもの）

- 入院の見直し 個別改定項目のP. 18（本資料のスライド`9枚目）
- 特定入院料の施設基準を満たさなくなった場合の取扱いを明確化 P. 42（12）
- 初再料の見直し P. 45（13）
- 医師事務作業補助者体制加算の見直し P. 51（13）
- 看護補助体制充実加算 P. 86（14）
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し P. 122（15）
- 診療録管理体制加算の見直し P. 154（19）
- 診療報酬における書面要件の見直し P. 159（19）
- 診療情報提供料の情報提供先の見直し P. 203（21）
- 精神科訪問看護指示書の見直し P. 493（24）
- 入院時食事料の値上げ P. 530（24）
- データ提出加算 P. 557（25）
- 地域移行機能強化病棟入院料の届出期間延長、退院実績要件 P. 612（29）
- 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算 P. 620（33）
- 通院・在宅精神療法の精神保健指定医、非指定医以外の点数 P. 622（34）
- 精神科在宅患者支援管理料 P. 629（38）
- 一般名処方の見直し P. 732（39）
- 後発医薬品使用体制加算の見直し P. 733（40）
- 検査料の見直し P. 745（41）

# I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

新 設

## ① 賃上げに向けた評価の新設

### 第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

#### （新） 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

- 1 初診時 6点
- 2 再診時 2点
- 3 訪問診療時
  - イ 同一建物居住者以外の場合 28点
  - ロ 同一建物居住者の場合 7点

5. 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

#### （新） 入院ベースアップ評価料（1日につき）

- 1 入院ベースアップ評価料1 1点
- 2 入院ベースアップ評価料2 2点
- ↓
- 165 入院ベースアップ評価料165 165点

# I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

新設

## ① 賃上げに向けた評価の新設

対象職員の給与総額×2分3厘－  
(外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み) ×10円

$$B = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

※対象職員の給与総額は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。

## I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

## ② 入院料の見直し

## その1

## 見直し

## 第1 基本的な考え方（要点）

賃上げに資する措置、栄養管理体制の見直し、人生の最終段階における意思決定支援に係る指針、身体的拘束の最小化の実施体制を整備。

## 第2 具体的な内容（抜粋）

精神病棟入院基本料	1 10対1入院基本料	1,306点(1,287)	2 13対1入院基本料	973点(958)
	3 15対1入院基本料	844点(830)	4 18対1入院基本料	753点(740)
	5 20対1入院基本料	697点(685)		
精神科救急急性期医療入院料	1 30日以内の期間	2,420点(2,400)		
	2 31日以上60日以内の期間	2,120点(2,100)		
	3 61日以上90日以内の期間	1,918点(1,900)		
精神科急性期治療病棟入院料1	イ 30日以内の期間	2,020点(2,000)		
	□ 31日以上60日以内の期間	1,719点(1,700)		
	ハ 61日以上90日以内の期間	1,518点(1,500)		
精神科急性期治療病棟入院料2	イ 30日以内の期間	1,903点(1,885)		
	□ 31日以上60日以内の期間	1,618点(1,600)		
	ハ 61日以上90日以内の期間	1,466点(1,450)		
児童・思春期精神科入院医療管理料		3,016点(2,995)		
精神療養病棟入院料		1,108点(1,091)		
認知症治療病棟入院料1	イ 30日以内の期間	1,829点(1,811)		
	□ 31日以上60日以内の期間	1,521点(1,503)		
	ハ 61日以上90日以内の期間	1,221点(1,204)		
認知症治療病棟入院料2	イ 30日以内の期間	1,334点(1,318)		
	□ 31日以上60日以内の期間	1,129点(1,112)		
	ハ 61日以上90日以内の期間	1,003点(988)		

# I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

## ② 入院料の見直し

その2

見直し

### 第2 具体的な内容（抜粋）

2. 入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び**退院時も含めた定期的な栄養状態の評価**を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。
3. 小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚生労働省「**人生の最終段階**における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援**に係る指針を作成していることを要件とする。
4. 入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、**身体的拘束**を行ってはならないことを規定するとともに、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定によるものとする。

### [算定要件]

医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等 通則

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、**身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない**保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、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**40点を減算**する。

新設

# I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

## ② 入院料の見直し

### その3

新 設

#### [施設基準]

#### 5 栄養管理体制の基準

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院**時を含む定期的な評価等）を作成すること。

#### 6 意思決定支援の基準

当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な**意思決定支援に関する指針**を定めていること。

#### 7 身体的拘束最小化の基準

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

# I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

## ② 入院料の見直し

### その4

### 見直し

#### [施設基準]

5. 特定入院料について、一時的に施設基準を満たさなくなった場合に算定する点数が示されておらず、入院料そのものが算定できなくなっていることを踏まえ、**特定入院料における施設基準を満たさなくなった場合**の取扱いを明確化する。

#### [算定要件]

各特定入院料について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関の病棟又は病室において、一時的に施設基準を満たさなかった場合、当該病棟又は病室の病床区分に応じて、次に掲げる入院基本料の例により算定する。

（5）小児入院医療管理料（5の精神病棟に限る）、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、地域移行機能強化病棟入院料

→ 精神病棟入院基本料の15対1入院基本料

（6）児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料の場合

→ 精神病棟入院基本料の特別入院基本料

## I - 1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

見直し

### ③ 初再診料等の評価の見直し

#### 第1 基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

##### 【初診料】

初診料	291点(288)	情報通信機器を用いた場合	253点(251)
-----	-----------	--------------	-----------

##### 【再診料】

再診料	75点(73)	情報通信機器を用いた場合	75点(73)
-----	---------	--------------	---------

## I - 2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

見直し

### ① 医師事務作業補助体制加算の見直し

#### 第1 基本的な考え方

医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

## I - 5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充 - ②

見直し

## ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

## 第1 基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、**看護補助体制充実加算**の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. 看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。
2. 看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価を見直す。

## 看護補助加算の看護補助体制充実加算の施設基準

## (1) イ 看護補助体制充実加算1 20点      ロ 看護補助体制充実加算2 5点

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

## 10 看護補助体制充実加算の施設基準

## (1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

イ 当該保険医療機関において**3年以上の看護補助者**としての勤務経験を有する看護補助者が**5割以上配置**されていること。

ニ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準      (1)のロ及びハを満たすものであること。

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

# Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

見直し

## ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

### 第2 具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

【算定要件】

【初診料】

注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、**医療情報取得加算1**として、**月1回に限り3点**を所定点数に加算する。ただし、電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、**医療情報取得加算2**として、**月1回に限り1点**を所定点数に加算する。

【再診料】

注18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、**医療情報取得加算3**として、**3月に1回に限り2点**を所定点数に加算する。ただし、電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、**医療情報取得加算4**として、**3月に1回に限り1点**を所定点数に加算する。

# Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

新 設

## ② 医療DX 推進体制整備加算の新設

その1

### 第1 基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

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

#### (新) 医療DX 推進体制整備加算 8点

##### 〔算定要件〕（抜粋）

医療DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX 推進体制整備加算として、**月1回に限り8点**を所定点数に加算する

##### 〔施設基準〕（概略）

- (1) 電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) **電磁的記録をもって作成された処方箋**を発行する体制を有していること。
- (5) **電子カルテ情報共有サービス**を活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) 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。

16

## Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

新 設

### ② 医療DX 推進体制整備加算の新設

その1

（〔経過措置〕

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。  
※(4)電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。  
※(5)電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制
- (3) (6)については、令和6年10月1日から適用する。  
※マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。  
※(7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載

# Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

新 設

## ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

#### 【算定要件】

注12 1のハの(1)の①又は(2)の①については、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、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。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3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。

2. 情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。

#### 【施設基準】

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。

エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。

# Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

見直し

## ⑮ 診療録管理体制加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が400床以上の保険医療機関から許可病床数が**200床以上の保険医療機関に拡大**する。
2. 医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく**業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施**についても新たに評価を行う。

## ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し

見直し

### 第1 基本的な考え方

医療DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、**電磁的方法による作成又は情報提供等が可能**であることについて明確化する。

### 第2 具体的な内容

1. 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
2. **診療情報提供書**については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

## Ⅱ－１ 医療DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

新 設

### ⑱ 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

#### 第1 基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけるよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、**原則として、ウェブサイトに掲載**しなければならないこととする。

#### 第2 具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

#### 〔経過措置〕

本改正に際し、**令和7年5月31日までの経過措置**を設ける。

## Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

新 設

### ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

#### 第1 基本的な考え方

介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

#### （新） 協力対象施設入所者入院加算

- 1 往診が行われた場合 600点
- 2 1以外の場合 200点

### ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

見直し

#### 第1 基本的な考え方

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

#### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

## Ⅱ－３ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

新 設

### ⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進

#### 第1 基本的な考え方

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設する。
2. 入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

#### (新) 栄養情報連携料 70点

##### [対象患者]

ア 入院栄養食事指導料を算定した患者

イ 退院先が他の保険医療機関、介護保険施設又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設であり、栄養管理計画が策定されている患者

##### [算定要件] (一部)

(1) 入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

(2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

## Ⅱ－４ 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

新 設

### ⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

#### 第1 基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

【児童・思春期精神科入院医療管理料】

【算定要件】

注3 当該病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制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出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、**精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。**

【施設基準】

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の注3に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## Ⅱ－８ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

見直し

### ② 訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

#### 第1 基本的な考え方

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

#### 第2 具体的な内容

令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の主たる傷病名について、**傷病名コード**を記載することとし、当該様式の見直しを行う。

## Ⅲ－１ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

見直し

### ① 入院時の食費の基準の見直し

#### 第1 基本的な考え方

食材料費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

#### 第2 具体的な内容

入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ**1食当たり30円引き上げる。**

## Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進－①

### ●データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し診療報酬改定

見直し

#### 第1 基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、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。

#### 第2 具体的な内容

5. 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（10 対1入院基本料及び13 対1入院基本料に限る。）**、**精神科急性期治療病棟入院料及び児童・思春期精神科入院医療管理料に拡大する。**

#### ・算定要件

##### ○精神病棟入院基本料の施設基準等

イ 十対一入院基本料の施設基準    □ 十三対一入院基本料の施設基準  
データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

##### ○精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等

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。

##### ○児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準

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。

#### [経過措置]

令和6年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（10 対1入院基本料又は13 対1入院基本料に限る。）**、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年3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。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

新 設

### ① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

その1

#### 第1 基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟の評価を新設する。

**(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 1,535点**

#### ・算定要件（要点）

(1) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。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特別入院基本料の例により算定する。

(2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、**自宅等移行初期加算として、100点を加算する。**

(3) 過去1年以内に、当該入院料又は(2)に規定する加算を算定した患者については、(1)又は(2)に規定する期間の計算に当たって、直近1年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を180日又は90日に算入するものとする。

(4) 精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料並びに20対1入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

### ① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

#### その2

#### ・算定要件（要点）

（５）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。

#### 【施設基準】（要点）

- （１）精神病棟を単位として行うものであること。
- （２）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。
- （３）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。
- （４）当該病棟を有する保険医療機関において、**常勤の精神保健指定医が二名以上**配置され、かつ、当該病棟に**専任の常勤精神科医が一名以上**配置されていること。
- （５）当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**十三又はその端数を増すごとに一以上**であること。
- （６）（５）の規定にかかわらず、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。
- （７）（５）の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**十五又はその端数を増すごとに一以上**であること。
- （８）当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- （９）夜勤については、（５）の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

### ① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

### その3

#### 【施設基準】（要点）

- (10) 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。
- (11) 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- (12) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (13) 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。
- (14) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (15) 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。

#### 【経過措置】

- (1) 令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年3月31日までの間に限り、(10)、(11)及び(12)に該当するものとみなす。
- (2) 令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、(13)及び(15)に該当するものとみなす。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

見直し

### ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

その1

#### 第1 基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料にかかる実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

#### 第2 具体的な内容

##### 1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

【施設基準】（要点）

(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア（略）

イ 以下の式で算出される数値が3.3%以上であること。

1年以上入院していた患者のうち、自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が3.3%以上であること。

1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の40%×当該病棟の算定年数）

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

### ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

### その2

#### 【施設基準】（要点）

(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の40%×当該病棟の算定月数÷12）

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

(1)ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

チ 当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。

(8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。

(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和6年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和12年3月31日までに延長する。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

新 設

### ③ 精神科入退院支援加算の新設

その1

#### 第1 基本的な考え方

精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価について見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。

**(新) 精神科入退院支援加算 (退院時1回) 1,000点**

#### 【対象患者】 (要点)

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

#### 【算定要件】

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。ただし、精神病棟入院基本料の注7若しくは精神療養病棟入院料の注6に規定する精神保健福祉士配置加算、精神科地域移行実施加算又は精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

ア 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合

イ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

### ③ 精神科入退院支援加算の新設

#### その2

#### 〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- (2) 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
- (3) 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- (4) 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
- (5) その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

3. 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

※ 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、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料が上記該当

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

見直し

### ④ 療養生活環境整備指導加算及び 療養生活継続支援加算の見直し

#### 第1 基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

#### 〔算定要件〕（要点）

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

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

ロ イ以外の患者の場合 300点

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

見直し

### ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し 及び早期診療体制充実加算の新設

その1

#### 第1 基本的な考え方

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

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

【算定要件】（要点）

【通院・在宅精神療法（1回につき）】

#### 1 通院精神療法

イ（略） □ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

(1) 精神保健指定医による場合 600点(560) (2) (1)以外の場合 550点(540)

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合（略）

(2) 30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 315点(330) ② ①以外の場合 290点(315)

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

新 設

### ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し 及び早期診療体制充実加算の新設

その2

#### 【算定要件】（要点）

#### 2 在宅精神療法

□ 初診の日において、60分以上行った場合

(1) **精神保健指定医による場合 640点(620)** (2) (1)以外の場合 600点

ハイ及び□以外の場合

(1)60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 **590点** ② ①以外の場合 **540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**

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

#### 【通院・在宅精神療法】

#### 【算定要件】

注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、**早期診療体制充実加算**として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

#### イ 病院の場合

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

(2) **(1)以外の場合 15点**

#### □ 診療所の場合

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

(2) **(1)以外の場合 15点**

#### 【施設基準】

**精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。**

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

新 設

### ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設

#### 第1 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 20歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

【算定要件】（要点）

【通院・在宅精神療法】

注10 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、20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、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、イについては、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

イ 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。） **1,000点**

ロ イ以外の場合

(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 450点**

(2) (1)以外の場合 **250点**

2. 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す。

注3 20歳未満の患者に対して通院・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1年以内の期間に行った場合に限る。）は、**320点**を所定点数に加算する。

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

新 設

### ⑦ 心理支援加算の新設

#### 第1 基本的な考え方

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、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ついて、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が心理支援を行った場合の評価を新設する。

【算定要件】（要点）

【通院・在宅精神療法】

注9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、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250点を所定点数に加算する。

【施設基準】

一の一の六 通院・在宅精神療法の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める患者  
心的外傷に起因する症状を有する患者

## Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い 精神医療の評価

見直し

### ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

#### 第1 基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、**精神科在宅患者支援管理料**について対象患者を見直す。

#### 第2 具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する。

【算定要件】（要点）

【精神科在宅患者支援管理料】

【算定要件】

(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。

ア、イ（略）

ウ 平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式（未定）6掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者

(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。

ア～ウ（略）

エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者

# IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

見直し

## ① 医療DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

### 第1 基本的な考え方

医療DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. **一般名処方加算**について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

【算定要件】（要点）

注7 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 10点(7)

ロ 一般名処方加算2 8点(6)

【施設基準】

### 第七 投薬

#### 五 処方箋料の注7に規定する一般名処方加算の施設基準

(1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) (1)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。

【経過措置】

令和7年5月31日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。

# IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

見直し

## ① 医療DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

2. 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、**医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件**を設けるとともに、評価を見直す。

【後発医薬品使用体制加算】

- 1 後発医薬品使用体制加算1 87点(47)      2 後発医薬品使用体制加算2 82点(42)  
3 後発医薬品使用体制加算3 77点(37)

【施設基準】

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

二 **医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直し**を行う等、適切に対応する体制を有していること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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を変更する可能性があること及び変更する場合には入院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。

ハ ホ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。

【経過措置】

令和7年5月31日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。

4. いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「**湿布薬**」の用語を見直す。

10 「通則5」の**貼付剤**とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。

## IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

見直し

### ① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

2. 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、**医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件**を設けるとともに、評価を見直す。

#### 第1 基本的な考え方

衛生検査所**検査料**金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

##### 【血液化学検査】

ハ 10項目以上 103点 (106)

【SARS-CoV-2抗原検出 (定性)】 150点 (300)

# ご清聴ありがとうございました。

●講演者（沼田周一）R6.2.1

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