

第66回精神科病院医事研修会

R6.11.22

# 精神科診療報酬算定 の基本

精神科病院医事研究会代表 R6.11.22 沼田資料  
施設基準管理士・認定登録医業経営コンサルタント

# 精神科診療のおおよその組み立て

**基本診療料 + 特掲診療料** を合計する。

**基本診療料**は、初診料、再診料、入院料など基本部分で、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含む。  
**特掲診療料**は、基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個々に点数を設定し、評価を行うもの

## ●精神科外来

基本診療料（初診料又は再診料）

+ 特掲診療料（検査、投薬、注射、精神科専門療法、画像診断など）

## ●精神科入院

基本診療料（入院基本料） ※実施した診療行為は算定できる。

+ 特掲診療料（検査、投薬、注射、精神科専門療法、画像診断など）

基本診療料（特定入院料） ※算定できる診療行為が決まっている。

+ 特掲診療料（精神科専門療法など）

# 初診料と再診料のルール

A000 初診料 (291点)      注1 情報通信機器を用いた初診 (253点)  
 A001 再診料 (75点)

- ① (異和の主訴により診察した結果疾病を認めなかった場合の取り扱い)  
 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。
- ② (健康診断の取り扱い)  
 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療(初診を除く。)については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。
- ③ (新たに発生した他の傷病の取扱い)  
 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ④ (診療中止後、1月以上経過した場合の取扱い)
  - (1) 患者が任意に診察を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。
  - (2) (1)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない

精神科の病名では「期間リセット」は難しい。以前と違って、保険者はレセデータを蓄えている。返戻・査定の対象。

# 初診料と再診料のルール

A000 初診料 (291点)      注1 情報通信機器を用いた初診 (253点)  
A001 再診料 (75点)

## ⑤ (電話による再診)

患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。

## ⑥ (電話等による時間外加算等)

時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。

## ⑦ (診療を任意に中止後の電話等再診)

診療継続中の患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後に、慢性疾患等明らかに同一の疾病について電話等(テレビ画像等による場合も含む)により治療上の意見を求められ、必要な指示が行われた場合であっても、再診料を算定できる。

配置医師は、初診料・再診料は算定できない。

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、救護施設(定員111名以上)、更生施設  
指定障害者支援施設 など

# 初診料と再診料のルール

A000 初診料 (291点)

注7 時間外加算：85点      休日加算：250点      深夜加算：480点

## ●時間外加算、深夜加算の時間区分

時間	0:00	6:00	8:00	18:00	22:00	24:00
平日	深夜加算	時間外加算		時間外加算	深夜加算	
土曜日	0:00	6:00	8:00	12:00	22:00	24:00
	深夜加算	時間外加算		時間外加算	深夜加算	

※ ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

※ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

# 初診料と再診料のルール

A000 初診料 (291点) 注15 医療情報取得加算  
 A001 再診料 (75点) 注19 医療情報取得加算

## ●医療DX加算

健康保険証で確認

項 目	初診時		再診時	
	加算1	加算2	加算3	加算4
	利用しない	利用した	利用しない	利用した
医療情報取得加算	3点	1点	3月に1回	
			2点	1点
医療DX推進体制整備加算1	利用率15% (30%)	11点	-	-
// 2	10% (20%)	10点		
// 3	5% (10%)	8点		

※ 利用率は、R6.12まで、R7.1からは ( ) 内

### ○施設基準の届出 (医療情報取得加算)

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

### ○施設基準の届出 (医療情報DX推進体制整備加算)

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

# 投薬のルール

院内処方 調剤料+処方料+薬剤料 注1 麻薬等加算（1点） ※向精神薬を含む  
 F000 調剤料（内服薬11点、外用薬8点）  
 F100 処方料（向精神薬多剤18点、内服薬多剤・向精神薬長期処方29点、左記以外42点）  
 F200 薬剤料

院外処方

F400 処方箋料（向精神薬多剤20点、内服薬多剤・向精神薬長期処方32点、左記以外60点）

## ●向精神薬多剤投与

	1種類	2種類	3種類	4種類
抗不安薬	○	○	×	×
睡眠薬	○	○	×	×
抗うつ薬	○	○	×※1	×
抗精神病薬	○	○	×※1	×
抗不安薬+睡眠薬	○	○	○	×

※1 [臨時の投与等]を除く

## ●向精神薬長期処方

不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して投薬を行った場合  
 ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合。以下の医師の処方該当しない。

- ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。
- イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

# 投薬のルール

F100 処方料 注9、F400 処方箋料 注7（向精神薬調整連携加算 12点）

## ●向精神薬調整連携加算

直近の処方が**向精神薬多剤投与**又は**向精神薬長期処方**に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日当たり用量が減少したもの

薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

F400 処方箋料 注6

一般名処方加算1（10点）

一般名処方加算2（8点）

## ●一般名処方加算

一般名処方加算1

後発医薬品のある全ての医薬品が一般名処方

一般名処方加算2

1品目でも一般名処方されたものが含まれる場合

意外と重要

疑義解釈 H24.4.20 その2

（問42）処方せん料注6に規定する薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合の加算を算定する場合には、**診療録に一般的名称で処方内容を記載する必要があるのか。**

（答）必ずしも診療録に一般的名称で処方内容を記載する必要はなく、一般的名称で処方が行われたことの何らかの記録が残ればよい。

（問44）一般名を記載した処方せんを発行した場合に、カルテにはどのような記載が必要か。

（答）医療機関内で一般名又は一般名が把握可能な**製品名**のいずれかが記載されていればよい。

# 精神科専門療法のルール

## 算定の原則

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

## I002 通院・在宅精神療法（1回につき）

イ	措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点
ロ	初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		600点
		精神保健指定医以外の場合		550点
ハ	イ及びロ以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点
			精神保健指定医以外の場合	390点
		30分未満	精神保健指定医による場合	315点
			精神保健指定医以外の場合	290点

※ 診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定

●通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、**診療録**及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること

●退院後4週間以内に行われる場合 週2回  
それ以外 週1回

# 精神科専門療法のルール

## I002 通院・在宅精神療法（1回につき）

イ（措置入院後退院患者）は、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「**都道府県等**」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて**作成する退院後支援に関する計画**に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。

当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、**家族関係が当該疾患の原因**又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。

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

## I002 通院・在宅精神療法 注5 特定薬剤副作用評価加算（25点）

抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に**薬原性錐体外路症状評価尺度**を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月1回に限り算定する。この際、別紙様式33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。

# 精神科専門療法のルール

## I002 通院・在宅精神療法 注6 向精神薬多剤投与減算（100分の50）

別表第十の二の四 通院・在宅精神療法の注6及び精神科継続外来支援・指導料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

次に掲げる要件をいずれも満たすこと。

- 1 当該保険医療機関における3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。
- 2 当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。
- 3 当該処方者が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること

「1」について 患者の割合が1割未満であるか、その数が20名未満

「2」について 過去3か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

（イ）患者等に対して、見込む効果及び留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考えられる場合は、診療録にその理由を記載することで代替して差し支えない。

（ロ）服薬状況（残薬の状況を含む。）を患者等から聴取し、診療録に記載していること。

（ハ）3種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注5」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。

（ニ）減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。

# 精神科専門療法のルール

都道府県が絡んでいる患者

I002 通院・在宅精神療法 注7 措置入院後継続支援加算 (3月に1回 275点)

通院・在宅精神療法の「1」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月1回以上の指導を行った上で、3月に1回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、3月に1回に限り算定できる。

宮城県（仙台市以外）地域移行推進体制整備事業  
（療養生活継続支援加算の person 費補助）2,370万円計上

I002 通院・在宅精神療法 注8 療養生活継続支援加算

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 500点

ロ イ以外の患者 350点

重点的な支援を要する患者に対して、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定できる。

対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神科退院時共同指導料1を算定した患者で退院した日の属する月の翌月末日までに受診したもの又は「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者であること。

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

3月に1回多職種カンファレンス

# 精神科専門療法のルール

I002 通院・在宅精神療法 注11 早期診療体制充実加算  
(病院) 3年以内 20点 それ以外 15点

患者を診療する**担当医を決めること**。担当医により通院・在宅精神療法を行った場合に加算する。

原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等においては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する

診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。また、向精神薬を服用している患者については、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、**定期的な採血等**を実施することが望ましい。

他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を**全て把握**するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

標榜時間外の**電話等による問い合わせ**に対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

# 精神科専門療法のルール

I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）55点

注3 療養環境整備加算 40点

注4 特定薬剤副作用評価加算 25点

注5 向精神薬多剤投与減算（100分の50）

同一日に行う精神科継続外来支援・指導の費用は、他の精神科専門療法に含まれる。

入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

1回の処方において、向精神薬多剤投与を行った場合には、算定しない。

初診時は算定できない。

注3 精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。

# 入院料のルール（入院基本料）

A103 精神病棟入院基本料（1日につき） 15対1入院基本料 844点

入院基本料（844点）＋入院期間加算＋注6の加算（48の加算）＋特掲診療料

## ●精神科入院基本料の区分

看護の数で入院料が決まる。

「出来高入院料」という。

1	10対1入院基本料	1,306点
2	13対1入院基本料	973点
3	15対1入院基本料	844点
4	18対1入院基本料	753点
5	20対1入院基本料	697点

## 注3 入院期間加算

	期間	入院基本料	特別入院基本料
イ	14日以内の期間	465点	300点
ロ	15日以上30日以内の期間	250点	155点
ハ	31日以上90日以内の期間	125点	100点
ニ	91日以上180日以内の期間	10点	10点
ホ	181日以上1年以内の期間	3点	3点

# 入院料のルール（入院基本料加算）

## A229 精神科隔離室管理加算（1日つき）220点

隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあつては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。

隔離時間が12時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、月に7日を超えて算定できない。

## A230-2 精神科地域移行実施加算（1日つき）20点

当該保険医療機関における入院期間5年を超える入院患者のうち、1年間に5%以上の患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）が退院した実績がある場合に、1年間算する。

## A230-3 精神科身体合併症管理加算（1日つき）

- ① 7日以内 450点      ② 8日以上15日以内 300点

同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から15日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は20日間までとする。

### 疑義解釈 H20.10.15 その5

（問6）A230-3精神科身体合併症管理加算は、対象となる疾患に対し以前から継続して治療が行われている患者については、急性増悪があつた場合であっても算定できないのか。

（答）当該加算は急性期の身体疾患の集中的な治療に対する評価であることから、急性増悪により集中的治療が必要となつた場合には、同一月内に当該加算を算定していないのであれば、算定可能である。16

# 入院料のルール（入院基本料加算）

A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回）1,000点

A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）2,000点

- ・精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、**入院後60日以内**に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。
- ・他の保険医療機関において**精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者**を入院させた場合に、当該患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- ・精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、**当該緊急入院から60日以内**に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。

# 入院料のルール（入院基本料加算）

A246-2 精神科入退院支援加算（退院時1回）1,000点

注2 精神科措置入院退院支援加算 300点

(1)原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに**退院困難な要因**を有している患者を抽出する。

(2)退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

(3)退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。

(4)当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

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

精神保健福祉士配置加算、精神科地域移行実施加算、精神科退院指導料は算定できない。

# 入院料のルール（特定入院料）

「包括入院料・まるめ」と呼ぶ。

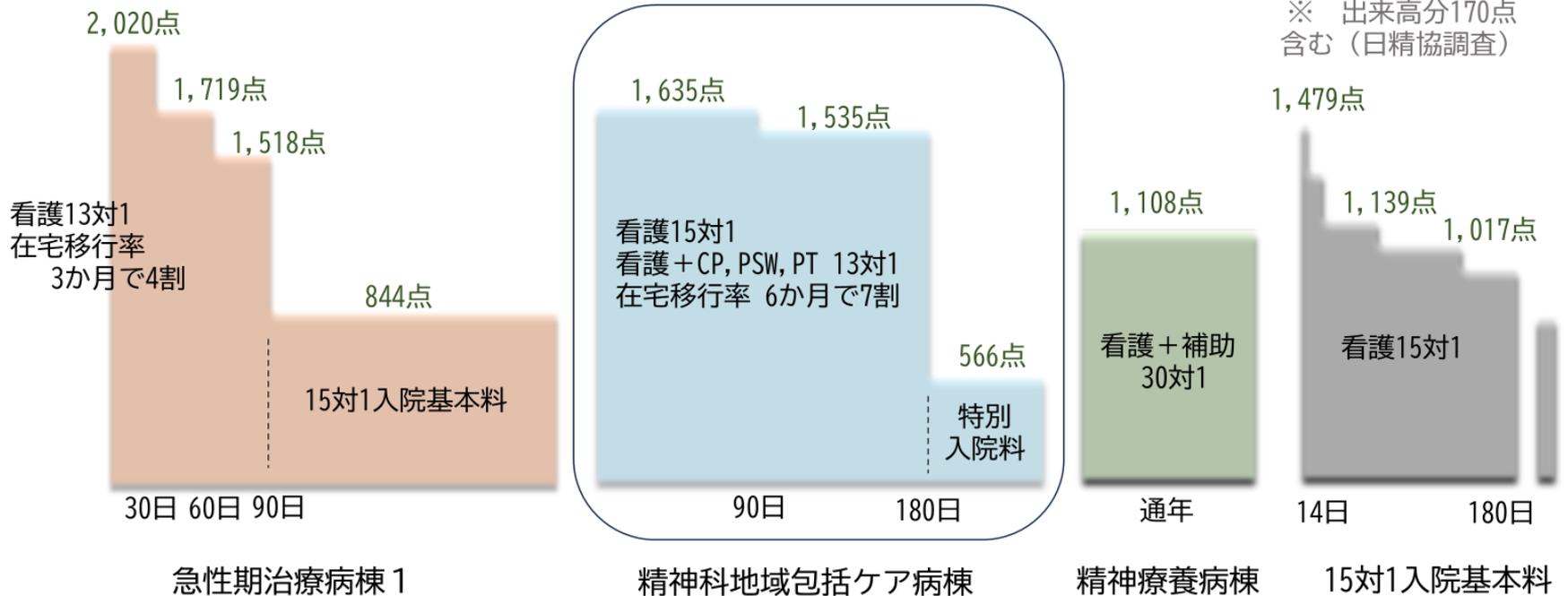
## ●精神科病棟で算定できる特定入院料

区分	項目	入院期間と入院料		
A311	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	31日以上60日以内の期間	2,120点
		3	61日以上90日以内の期間	1,918点
A311-2	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
		ロ	31日以上60日以内の期間	1,719点
		ハ	61日以上90日以内の期間	1,518点
			91日以上（15対1出来高）	844点
	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
		ロ	31日以上60日以内の期間	1,618点
		ハ	61日以上90日以内の期間	1,466点
			91日以上（15対1出来高）	844点
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料		ない	3,016点
A312	精神療養病棟入院料		ない	1,108点
A314	認知症治療病棟入院料1	イ	30日以内の期間	1,829点
		ロ	31日以上60日以内の期間	1,521点
		ハ	61日以上	1,221点
	認知症治療病棟入院料2	イ	30日以内の期間	1,334点
		ロ	31日以上60日以内の期間	1,129点
		ハ	61日以上	1,003点
A315	精神科地域包括ケア病棟入院料		90日まで加算含め	1,635点
			救急等入院料を含め180日	1,535点
			181日から	566点
A309	特殊疾患病棟入院料2		ない	1694点

# 入院料のルール（特定入院料）

R6.4 沼田作成

## ● 主な入院料のイメージ



# 入院料のルール（特定入院料）

R6.11沼田まとめ

## ●特定入院料での主な算定一覧

### ●精神科 特定入院料包括範囲

R6.3 沼田作成

A311 精神科救急急性期医療入院料（救急）

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（急性期）

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（児童）

A312 精神療養病棟入院料（療養）

A314 認知症治療病棟入院料（認知症）

A315 精神科地域包括ケア病棟入院料（地ケア）

※ 50対1、75対1、100対1補助体制加算に限る

#### 入院基本料等加算

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

精神科病院医事研修会 R6.4

# 入院料のルール（特定入院料）

R6.11沼田まとめ

## ●特定入院料での主な算定一覧

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

R6.3 沼田作成

精神科病院医事研修会 R6.4

●特定入院料（児童・思春期を除く）の「除外薬剤・注射」中和抗体薬にコロナ治療薬を含む。  
※コロナ治療薬が算定できる。

# 入院中の患者の他医療機関への受診について

入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、**他医療機関**において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料3、**医学管理等（診療情報提供料を除く。）**、**在宅医療**、**投薬**、**注射**（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた**受診日の投薬又は注射に係る費用を除き**、**処方料**、**処方箋料**及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は**算定できない**。

## 入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定

- ・ 出来高入院料 基本点数の10%を控除した点数
- ・ 特定入院料 基本点数の40%を控除した点数

### ●外来受診側の算定

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

### ●こちらが「他医療機関」になった場合

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

再診料と通院精神療法を保険請求。  
投薬料（処方料、処方箋料）をA病院へ消費税込みで請求する。

※ ○は保険請求、×は入院先へ請求

# 精神科専門療法のルール（入院）

I011 精神科退院指導料 320点（入院中1回）

注2 精神科地域移行支援加算 200点

医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式24を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。

I011-2 精神科退院前訪問指導料 380点

注2 共同訪問指導加算 320点

入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

注2 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。

# 精神科専門療法のルール（入院）

## I001 入院精神療法（1回につき）

1 入院精神療法（Ⅰ） 400点

2 入院精神療法（Ⅱ）

イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点

ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点

1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回に限り算定する。

入院精神療法（Ⅰ） 30分以上（3月を限度として週3回）

入院精神療法（Ⅱ）

4週間以内は週2回。

4週間を超えたら週1回（精神保健指定医が認めたら週2回）

入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

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

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1 傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して3月以上の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

# 次は施設基準の説明です。

※ わからない事をご遠慮なくお問い合わせ下さい。

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