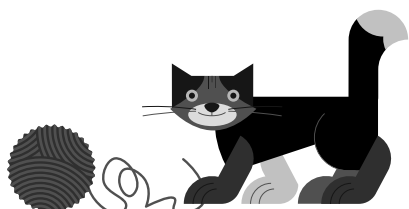




精神科病院
診療報酬
算定と
施設基準

外来のポイント

Ver2.00 (2025.3)



宮城県精神科病院医事研究会 編

はじめに

平成2年に始めた宮城県内精神科病院に限った20名弱の精神科医事研修会（診療報酬改定説明会）も、令和6年11月には「1 精神科算定の基本」「2 精神科施設基準の基本」「3 精神科施設基準（様式9）」の3講座を開催し第66回を迎えることができました。2時間弱の今回の研修会には東北各県からWEB参加も含めて100名を超える参加者がありました。

現在は、診療報酬を専門とされている先生方による精神科に特化した研修会も開催されるようになりましたが、当時は、診療報酬改定時の各病院団体の説明会においても精神科の説明は省略され、また、精神科病院団体の説明会もありませんでした。そんな中、県内精神科病院の医事の仲間が集まり、少ない情報から精神科診療報酬を読み解き、県内精神科病院事務職員への研修に努めてきました。

私も含め、当時から研修会を支えてくれた仲間達も耳順も過ぎ、リタイアする年齢になりました。これまで、研修会を支え参加されて下さった皆さんへの感謝の気持ちを込めて、精神科診療報酬をわかりやすくまとめました。ご活用頂ければ幸いです。

2025年3月啓蟄

宮城県精神科病院医事研究会
代表 沼田 周一

目次

はじめに	1
------	---

第1章

第2部 基本診療料

A000 初診料	A001 再診料	10
----------	----------	----

第2章

第2部 医学管理等

第3部 検査

第5部 投薬

第8部 精神科専門療法

I000 精神科電気痙攣療法 (m-ECT)

I100-2 経頭蓋磁気刺激法 (TMS)

I001 入院精神療法

I002 通院・在宅精神療法

注4 児童思春期精神科専門加算

注8 療養生活継続支援加算

注9 心理支援加算

注10 児童思春期支援指導加算

注11 早期診療体制加算

注12 情報通信機器を用いる場合

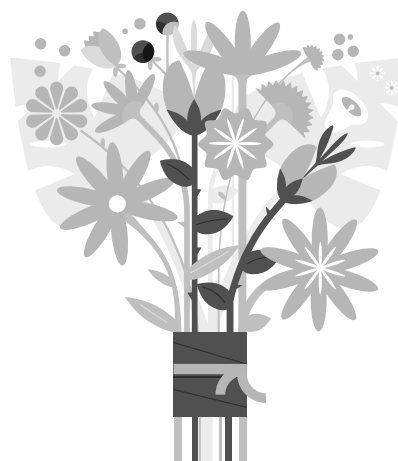
I002-2 精神科継続外来支援・指導料

I002-3 救急患者精神科継続支援料

I003 標準型精神分析療法

I003-2 認知療法・認知行動療法

I004 心身医学療法



I005 入院集団精神療法

I006 通院集団精神療法

I006-2 依存症集団療法

I007 精神科作業療法

I008 入院生活技能訓練療法

精神科デイ・ケア等について

I008-2 精神科ショート・ケア

I009 精神科デイ・ケア

I010 精神科ナイト・ケア

I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア

I011 精神科退院指導料

I011-2 精神科退院前訪問指導料

I012 精神科訪問看護・指導料

I012-2 精神科訪問看護指示料

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

I014 医療保護入院等診療料

I015 重度認知症患者デイ・ケア料

I016 精神科在宅患者支援管理料

自立支援医療 (精神通院医療)

院内掲示

院内・WEBサイトに掲載が必要な事項



「診療報酬」とは

病気やケガをした際に、国民健康保険や協会けんぽの被用者保険などの公的保険を利用して医療機関を受診した時の対価を厚生労働大臣が決めています。そのため、全国どこでも同じ診療行為に対して同額の医療費になります。それを定めた点数を診療報酬と呼びます。

患者さんは保険料を保険者へ保険料を支払い、医療機関は患者さんからの一部負担金を除いた分を保険者から支払いを受けます。

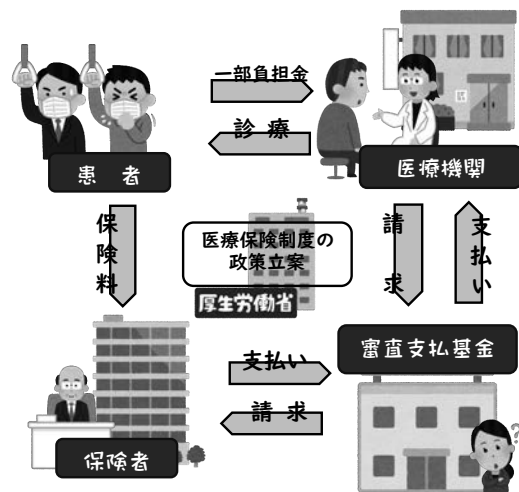


図1 医療保険制度

「医療行為と医療費の決定」

医療行為（診療行為）は、1つ1つ細かく医療費（点数）が決められています。それを集めたのが点数表です。1点は10円です。291点だと2,910円の医療費になります。



診療報酬の点数は、2年に一度、医療の進歩や日本の経済状況を踏まえて改定されます。まず、政府が国全体の予算編成をする際に医療費に割り当てる金額を決定し、診療報酬の「改定率」として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に意見を求めます。

中医協は、支払側委員（保険者・患者・事業主の代表など）、診療側委員（医師の代表など）、公益委員（学識経験者など）の3者構成で、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会や医療部会で決められた改定の基本方針に従って議論を重ね、厚生労働大臣へ答申（意見）します。その答申に沿って、医療費が決定します。

図2 診療報酬の決定方法

「令和4年度 国民医療費の構造」

財源別国民医療費 46兆6,967億円

図3 国民医療制度

税金約18兆円 国庫約12兆円・地方約6兆円	保険料負担約23兆円 事業主約10兆円・被保険者約13兆円	患者負担 約6兆円
---------------------------	----------------------------------	--------------

診療種別国民医療費 46兆6,967億円

医科診療約34兆円		歯科	調剤薬局 約8兆円	食事等
入院約17兆円 病院約16.9兆円・有床診療所	入院外約16兆円 病院約7兆円 診療所約9兆円			

年齢階級別国民医療費 46兆6,967億円

65歳未満約18兆円			65歳以上約28兆円	
～14歳 約2.3	15～44歳 約5.7兆円	46～64歳 10兆円	65～69歳 約4兆円	70歳以上約24兆円
				75歳以上約18兆円

国民医療費総額 46兆6,967億円、人口一人当たり国民医療費 373,700円
国民医療費の財源は、税金（国庫、地方税）、保険料と自己負担です。

2年に一度の改定率決定時に、「デフレで賃金係数や消費者物価指数が上がっていない中、診療報酬だけ高い水準となっている」（内閣府作成資料）との説明で診療報酬改定率の上昇を抑える資料としてよく提出します。



図4 改定率の推移 (内閣府作成資料)

診療報酬は、職員の賃金だけでなく、何年かに一度の医療機器の更新や病院本体の建築費も含まれています。単純に賃金上昇率と比較することは間違いです。独立行政法人福祉医療機構で、医療施設の建築費（平米単価）の推移をグラフ化しています。2023年は2012年の2.03倍に上昇しています。

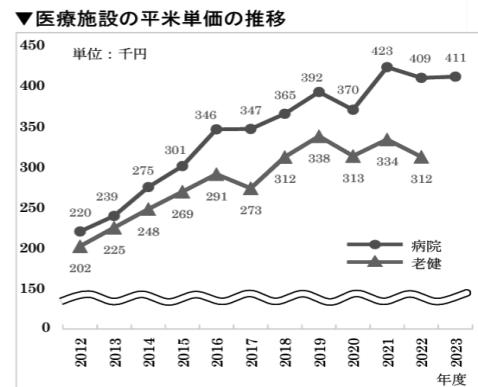


図5 建築費の推移 (福祉医療機構)

診療報酬の組み立て

診療報酬は、基本診療料と特掲診療料の二つに分類されています。

●基本診療料

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）を含みます。

●特掲診療料

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、評価を行うもので、検査、投薬、注射、精神科専門療法、画像診断などが該当します。

診療報酬は、基本診療料と特掲診療料の合計

例) 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）

例) 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）

施設基準について

診療報酬には、患者さんへ安心・安全な一律の医療を提供するために、医療機関の設備、機能や人員配置などの基準を満たし、地方厚生（支）局に届けることで算定できるものが多くあります。

この満たすべき基準が「施設基準」で、2年に1度の診療報酬改定で新設・見直しが行われ、厚生労働大臣による「告示」で示され、「通知」で詳細が示されます。

現在、施設委基準数は、2024年診療報酬改定時点で、基本診療料（164項目）、特掲診療料（548項目）、その他（4項目）、先進医療（176項目）の届出項目があります。

施設基準とは

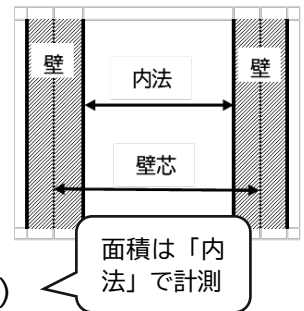
告示で「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た」と記載されているものは、届出をしないと算定できません（一部例外）。

例) A312 精神療養病棟入院料（1日につき）

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について、所定点数を算定する。

●主な施設基準の要件

1. 体制・配置（人数、割合、職種、雇用、勤務、委員会、会議、連携など）
2. 経験、資格（研修、認定資格など）
3. 機器、設備（医療機器、器材、器具、装置など）
4. 場所、構造（病棟、病室、廊下、浴室、治療室、食堂など）
5. 実績、患者（医療実績、患者の状態、計画、対策、取り組み、改善など）



「体制と配置」

例えば、「常勤の医師が何名以上配置されていること」など。

○よく出てくる言葉

「配置」と「勤務」は同義語。

「専従、専任、専ら」

「専従」は兼務ができず、その業務だけしかできない（一部例外）。

「専任」は他の業務との兼務は可能。半分はその業務が一般的。

様式9が絡む場合要注意

「専ら」は勤務時間の大部分において担当の業務に従事

「常勤と非常勤」

「常勤」は就業規則に定められているすべての時間を勤務

「常勤配置」

産前産後休暇や育児介護休暇などの期間中は常勤換算も含める。

「経験、資格」 認定学会の研修受講など

「機器、設備」 治療に必要な器材、器具などを規定

「場所、構造」 内法による測定で患者1人につき18㎡など

「実績、患者」 新規入院患者のうち、4割以上が3月以内に退院など

施設基準の届出を満たさなくなった時・届出の区分が変更になった場合

「変更の届出は、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定」（通知）

例) 8月 届出基準を満たさなくなった
9月中 「辞退届」や入院料なら「特別入院基本料」の届出
10月1日から変更後の基準で

ただし、面積要件や月単位で算出する数値を含まない施設基準はその月に変更の届出

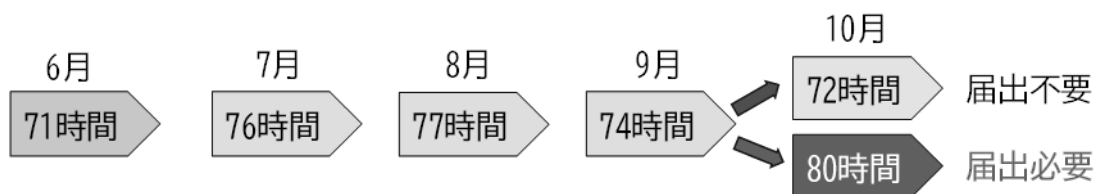
例) 8月 届出基準を満たさなくなった
8月中 変更の届出
9月1日から変更後の基準で

施設基準の届出を満たさなくなった時の例外

●平均在院日数及び月平均夜勤時間数

歴月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

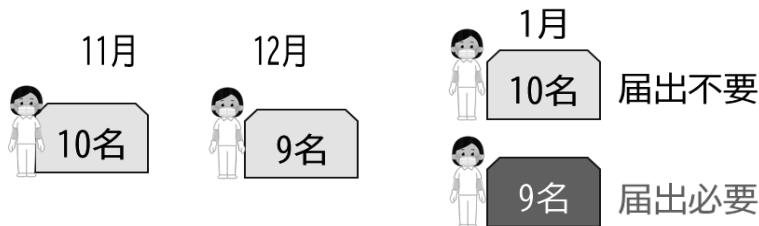
例) 月平均夜勤時間数 (72時間) 1割 79.2時間



●看護要員の数と入院患者の比率、看護職員の看護師比率

歴月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

例) 精神療養病棟入院料 患者数50名とすると
看護職員+看護補助者の必要数 常時10名



●医師と患者の比率

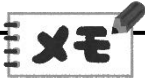
歴月で3か月を超えない期間の一時的な変動

- ・医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件にされている場合

例) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料など

医師の配置数が、医療法に定める標準数から 1 を減じた数以上

※「医療法施行規則第十九条 医師の員数の標準」の計算式



例) 外来は精神科のみ、入院は精神病床のみ場合

$$\frac{\text{精神病床の入院患者数}}{3} + \frac{\text{精神科外来患者数}}{5} = A$$

Aが52人までは 医師数3人

Aが52人を超える場合 次の式で算出

$$\frac{A - 52}{16} + 3 =$$

医師数

●算定要件中の該当患者の割合

歴月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

例) 特定集中治療室管理料 1-12 例外の例

「直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のS0FAスコア5以上の患者の割合が1割以上であること」

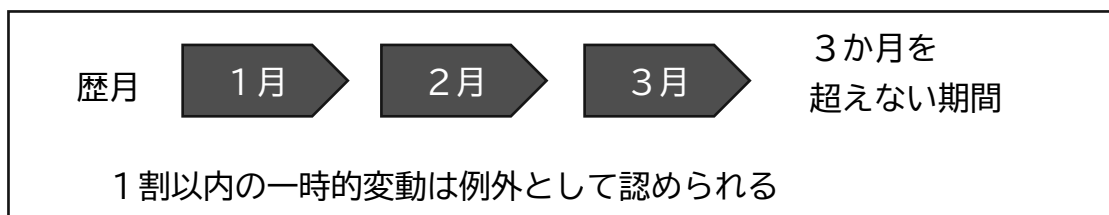
例) 精神科急性期治療病棟入院料 1-(1)ケ、コ 例外の例

「1月間の当該入院料を算定している病棟の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である」

「当該病棟において 中略 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」

例) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1-(15)

「当該病棟において 中略 新規入院患者のうち7割以上が入院日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること」



主な共通の文言

(算定回数の単位について)

算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

(休日加算について)

休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

※「休日加算」に限らず「休日」に係る取扱いはこの通知
例) 精神科入退院支援加算の「休日」の取り扱い

(入院の日について)

(1) 入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。また、A傷病により入院中の患者がB傷病に罹り、B傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はA傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はA傷病で入院した日を起算日とする。

(2) (1)にかかわらず、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（悪性腫瘍、指定難病患者等の患者については1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

例) 統合失調症の治療で入院							
4月1日入院		4月15日退院			6月15日入院		
	A病院入院	退院の日から2月間、在宅。			A病院又は特別の関係のあるB病院に入院		
入院期間に係る入院起算日は、4月1日となる。							

第1章 第1部 基本診療料

A000 初診料 (291点)

A001 再診料 (75点)

初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次の行為は初診料、再診料等に含まれる。

- ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
- イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
- ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたと、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

(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。

(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。

(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

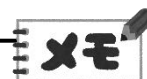
(電話による再診)

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。

(特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて)

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



A000 初診料

時間外加算 85 点、休日加算 250 点、深夜加算 480 点

A001 再診料

時間外加算 65 点、休日加算 190 点、深夜加算 420 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。

（時間外加算について）

- ・時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。
- ・保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。
- ・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。
- ・時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

（電話等による時間外等の再診）

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。

（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。

（注5 同日初診）

1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、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は、2つ目の診療科に限り146点を算定できる。

※ 通院・在宅精神療法の「初診の日」に含まれる。

第2章 第1部 医学管理等

B001	特定疾患治療管理料	2	特定薬剤治療管理料
イ	特定薬剤治療管理料1		470点
ロ	特定薬剤治療管理料2		100点

- 注1 イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。
- 4 イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 5 イについては、てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。

(特定薬剤治療管理料1について)

- 1 特定薬剤治療管理料1は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- (1) 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
 - (2) てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの
 - (3) 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの
 - (4) 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
 - (5) 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの
 - (6) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの

（「特定薬剤治療管理料1」の厚生労働大臣が定める患者）一部

ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与している患者

リチウム製剤を投与している患者

治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者

診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項

【73】特定薬剤治療管理1

特定薬剤治療管理料の(1)のAの(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者については、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。

●レセプト電算処理システムコード

820100047(ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与

820100561(ハ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与

820100562(ト) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与

820100563(チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与

820100843(ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与

特定薬剤治療管理料【疑義解釈】

(問2) 特定薬剤治療管理

特定薬剤治療管理料の通則5に「てんかん患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて…当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定する。」とあるが、「配合剤」を投与した場合は、配合された成分が複数であることをもって2回算定するのではなく、1銘柄として取り扱い、1回算定するのか。

(答)そのとおり。(H25.8.6 その14)

(問3) 特定疾患治療管理料

特定薬剤治療管理料の対象として「躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの」とあるが、躁病の患者であってリチウム製剤を投与しているものは対象とならないのか。

(答)躁病はリチウム製剤の適応であり、特定薬剤治療管理料の対象となる。(H27.6.30 その14)

B001 特定疾患治療管理料	6 てんかん指導料	250点
-----------------------	------------------	-------------

(てんかん指導料について)

- (1) てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目のてんかん指導料は、「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
- (3) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 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。

B001-6 肺血栓塞栓予防管理料	305点
--------------------------	-------------

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に当該入院中1回に限り算定する。

注2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(肺血栓塞栓予防管理料について)

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であつて、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ス

トッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。)又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中1回算定できるものであること。

- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。
- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

B005-12	こころの連携指導料 (I)	350 点
B005-13	こころの連携指導料 (II)	500 点

(こころの連携指導料 (I))

- (1) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (2) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その内容及び指導の要点を診療録に記載すること。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。
- (5) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

（こころの連携指導料（Ⅱ））

- (1) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (2) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (3) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係るに掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び連携強化診療情報提供料の費用は、別に算定できない。
- (4) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

沼田作成資料 R4.3.22

かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設（自殺対策）

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

かかりつけ医

こころの連携指導料（Ⅰ）
350点（月1回）

←

こころの連携指導料（Ⅱ）
500点（月1回）

精神科又は心療内科

かかりつけ医側

- 告示
孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 施設基準
(1)精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
(2)当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。
- 算定要件（主な）
精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Personsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。



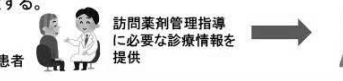



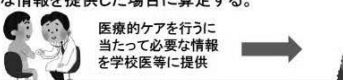
精神科側・要件

- 施設基準
(1)精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
(2)当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。
- 算定要件（主な）
こころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合

自殺リスク、うつ病の心理検査

（診療情報提供料（I）について）

- (1) 診療情報提供料（I）は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。
- (2) 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

診療情報提供料（I）概要		中医協 総-3 3. 7. 7
医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。		
<p>① 別の保険医療機関に紹介した場合 別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。</p> 	<p>② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合 診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。</p> 	
<p>③ 保険薬局に提供する場合 在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。</p> 	<p>④ 精神障害者施設等に提供する場合 精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。</p> 	
<p>⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合 介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。</p> 	<p>⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合 認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。</p> 	
<p>⑦ 義務教育諸学校に提供する場合 障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に算定する。</p> 	<p>診療情報提供料（I） 250点 (患者1人につき月1回に限り)</p>	

（所定の様式）

- ア イ、ウ及びエ以外の場合 別紙様式 11 又は別紙様式 11 の2
- イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等 別紙様式 12 から別紙様式 12 の4
- ウ 介護老人保健施設又は介護医療院 別紙様式 13
- エ 保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校別紙様式 14 から別紙様式 14 の3

B015 精神科退院時共同指導料	
1	精神科退院時共同指導料 1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）
イ	精神科退院時共同指導料（Ⅰ） 1,500 点
ロ	精神科退院時共同指導料（Ⅱ） 900 点
2	精神科退院時共同指導料 2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700 点

（精神科退院時共同指導料について）

(1) 精神科退院時共同指導料 1 については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、(2)又は(3)に定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅療養を担う精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中に 1 回に限り算定すること。

(2) 「1」の「イ」については、精神病棟に入院中の患者であって、精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の 2 に規定する入院措置に係る患者、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第 42 条第 1 項第 1 号又は第 61 条第 1 項第 1 号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第 1 項第 2 号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が 1 年以上の患者（この区分において「措置入院患者等」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、以下のアからウまでの職種がそれぞれ 1 名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。

ア 精神科の担当医

イ 保健師又は看護師（この区分において「看護師等」という。）

ウ 精神保健福祉士

エ 薬剤師

オ 作業療法士

カ 公認心理師

キ 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等

ク 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士

ケ 市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等（この区分において「市町村等」という。）の担当者

コ その他の関係職種

- (3) 「1」の「ロ」については、「1」の「イ」以外の患者であって、「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者（この区分において「重点的な支援を要する患者」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、(2)のア又はイ及びウの職種がそれぞれ1名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。
- (4) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等又は重点的な支援を要する患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅療養を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- (5) 「2」については、(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村等の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6) 重点的な支援を要する患者に対して共同指導を実施する場合、「包括的支援マネジメント 導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式51の2「療養生活の支援に関する計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。

精神病棟における退院時共同指導の評価

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、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。

●精神科退院時共同指導料（B015）

- 1 精神科退院時共同指導料 1（外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合）
 - イ 精神科退院時共同指導料（I） 1,500点
 - ロ 精神科退院時共同指導料（II） 900点
- 2 精神科退院時共同指導料 2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700点

〔精神科で算定できる病棟〕

精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、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、地域移行機能強化病棟入院料

●対象患者

- 1 のイ 措置入院又は緊急措置入院の患者、医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者
入院の期間が1年以上の患者
- 1 のロ 「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者
- 2 1 のイ又は1 のロの患者

●「多職種チーム」構成

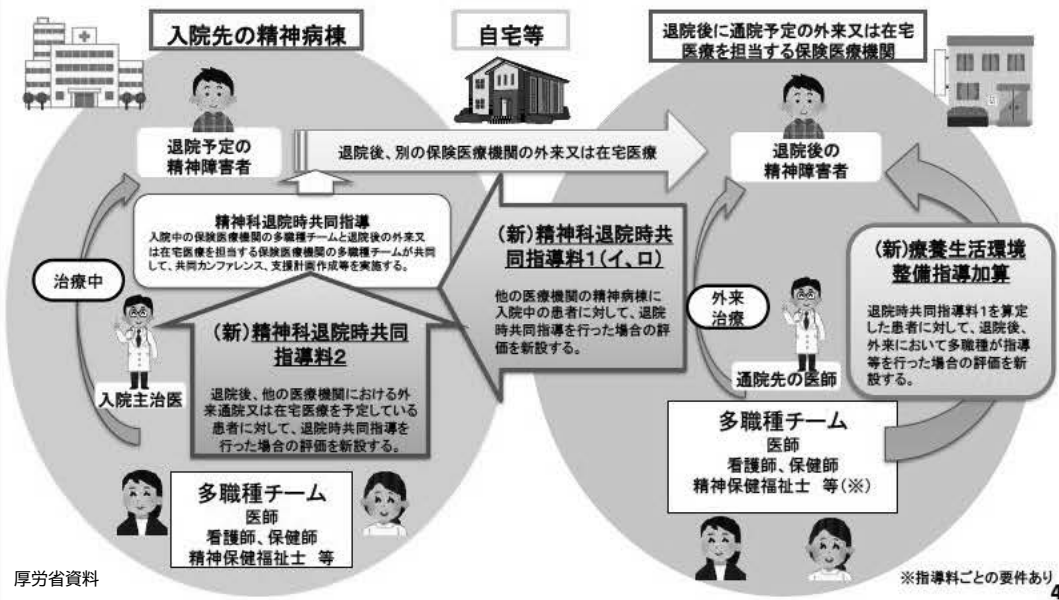
- 1 のイ 外来・在宅を担当する所の精神科の担当医、保健師又は看護師、精神保健福祉士（それぞれ1名以上）
- 1 のロ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等、精神保健福祉士（それぞれ1名以上）
- 2 精神科の担当医、保健師又は看護師、精神保健福祉士

〔算定要件〕

- 1について 外来を担当する保険医療機関で算定
- 2について 入院している医療機関が算定

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

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、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



第2章 第3部 検査

(一般的事項)

検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用が含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。

(臨床心理・神経心理検査)

D283 発達及び知能検査

1 操作が容易なもの 80点

「D283」発達及び知能検査の「1」の「操作が容易なもの」とは、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、DAMグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス及びJARTのことをいう。

2 操作が複雑なもの 280点

「D283」発達及び知能検査の「2」の「操作が複雑なもの」とは、MCCベビーテスト、PBTピクチャ・ブロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI知能診断検査、WPPSI-Ⅲ知能診断検査、田中ビネー知能検査V、鈴木ビネー式知能検査、WAIS-R成人知能検査(WAISを含む。)、大脇式盲人用知能検査、ベイリー発達検査及びVineland-II日本版のことをいう。

3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

「D283」発達及び知能検査の「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、WISC-Ⅲ知能検査、WISC-IV知能検査、WISC-V知能検査、WAIS-Ⅲ成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査のことをいう。

注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ
の所定点数により算定する。

D284 人格検査

1 操作が容易なもの 80点

「D284」人格検査の「1」の「操作が容易なもの」とは、パーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Y-G矢田部ギルフォード性格検査、TEG-II東大式エゴグラム、新版TEG、新版TEGⅡ及びTEG3のことをいう。

2 操作が複雑なもの 280点

「D284」人格検査の「2」の「操作が複雑なもの」とは、バウムテスト、SCT、P-Fスタディ、MMPⅠ、MMPⅠ-3、TPI、EPPS性格検査、16P-F人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト及びPILテストの

ことをいう。

3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

「D284」人格検査の「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、ロールシャッハテスト、CAPS、TAT絵画統覚検査及びCAT幼児児童用絵画統覚検査のことをいう。

注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数により算定する。

D285 認知機能検査その他の心理検査

1 操作が容易なもの

イ 簡易なもの 80点

「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのこと

※ 原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月以内に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

ロ その他のもの 80点

「ロ」のその他のものとは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、POMS2、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は公認心理師が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、DES-II、EAT-26、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト、MoCA-J及びClinical Dementia Rating (CDR)のことをいう。

2 操作が複雑なもの 280点

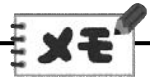
「D285」認知機能検査その他の心理検査の「2」とは、ベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、標準言語性対連合学習検査(S-PA)、バンダーゲシュタルトテスト、WCSTウイスコンシン・カード分類検査、SCID構造化面接法、遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)、リバーミード行動記憶検査及びRay-Osterrieth Complex Figure Test (ROCF)のことをいう。

3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

「D285」認知機能検査その他の心理検査の「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、ITPA、標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意欲評価法、WAB失語症検査、老研版失語症検査、K-ABC、K-ABC II、W

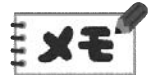
MS-R、ADAS、DN-CAS 認知評価システム、小児自閉症評定尺度、
発達障害の要支援度評価尺度（MSPA）、親面接式自閉スペクトラム症評
定尺度改訂版（PARS-TR）及び子ども版解離評価表のことをいう。

注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ
の所定点数により算定する。



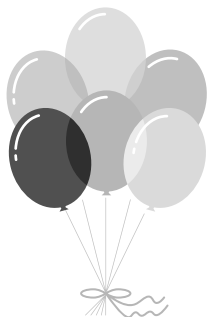
（心理検査と傷病名の関係）

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



（知能検査と対象年齢）

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



第2章 第5部 投薬

通則4（うがい薬）

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤、処方箋料及び調剤技術基本料は、算定しない。

通則5（貼付剤）

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、調剤料、処方料、薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、処方箋料及び調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

（算定の原則）

投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方箋を交付した場合は第5節処方箋料に掲げる所定点数のみを算定する。

（入院患者に対する投薬の取扱いについて）

入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

（入院日数を超える投薬・退院時の投薬）

別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

（薬品の紛失）

被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

●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

調剤料(内服薬11点、外用薬8点)

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、以外42点)

薬剤料

・院外処方

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、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。

F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

（調剤料の取扱い）

入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

（外泊期間中などの調剤料）

外泊期間中及び入院実日数を越えた部分について、調剤料は算定できない。

（頓服薬の範囲）

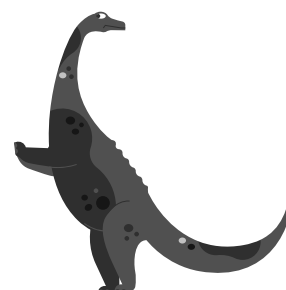
頓服薬については、「1日2回程度を限度として臨時的に投与するものをいい、1日2回以上にわたり時間的、量的に一定の方針がある場合は内服薬とする。」

（昭 24. 10. 26 保険発）



頓服薬は何回まで？

昭和 24 年の通知しかありませんので、何回かは都道府県の審査機関ごとに判断が違ってきます。14 日分（28 回分）が多いようです。



F100 処方料

(30日を超える長期の投薬について)

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

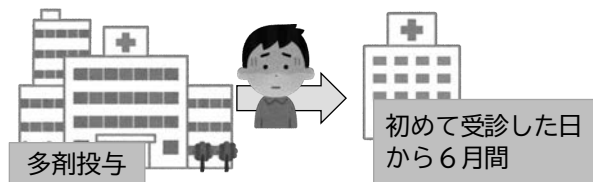
- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
- 3 1及び2以外の場合 42点

	1種類	2種類	3種類	4種類
抗不安薬	42点	42点	18点	18点
睡眠薬	42点	42点	18点	18点
抗うつ薬	42点	42点	18点	18点
抗精神病薬	42点	42点	18点	18点
抗不安薬+睡眠薬	42点	42点	42点	18点

(向精神薬の多剤投与について)

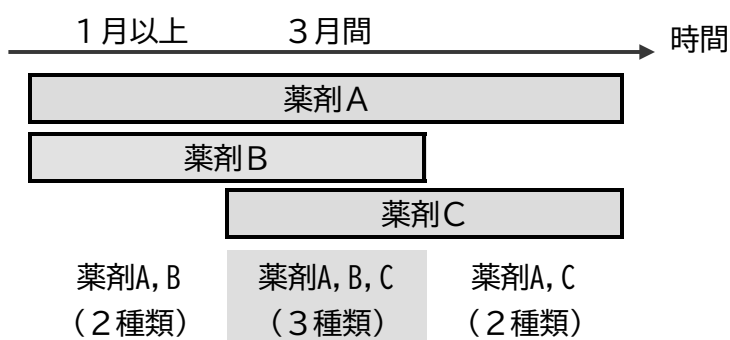
向精神薬多剤投与の「臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。」について
(イ) 初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合

精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。



(ロ) 薬剤の切り替え時、新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合

向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。(年2回までとする。) この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。



(ハ) 臨時に投与した場合

臨時に投与した場合(臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。)。なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(二) 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において

※ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

①～④の全てを満たす者

- ① 5年以上の臨床経験
- ② 3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③ 国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10 のにおいて F0 から F9 までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

(内服薬多剤について)

「2」において、処方料における内服薬の種類については、「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(向精神薬長期処方について)

「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合(以下「向精神薬長期処方」という。)」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、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をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が

行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

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。

(注9 向精神薬調整連携加算)

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

(13) 「注9」に規定する向精神薬調整連携加算については、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について、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、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い(No.11 2017年3月)」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班が作成した「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。

(14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の1日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。

■ 医薬品医療機器総合機構 PMDA からの医薬品適正使用のお願い
 http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/0001.html No.11 2017年3月

PMDAからの医薬品適正使用のお願い

(注) 医薬品医療機器総合機構

Pmda No.11 2017年3月

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について

【患者の皆様へ】
 この資料に掲載されている注意喚起は医療従事者向けの情報です。
 服薬中の患者さんは医師又は薬剤師にご相談ください。
 自己判断で服薬を中止したり、用量を減らしたりされないようお願いします。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬には、承認用量の範囲内でも長期間服用するうちに身体依存が形成されることで、減量や中止時に様々な離脱症状があらわれる特徴があります。

(主な離脱症状) 不眠、不安、焦燥感、頭痛、嘔気・嘔吐、
 せん妄、振戦、痙攣発作 等

**ベンゾジアゼピン受容体作動薬を
 催眠鎮静薬及び抗不安薬として使用する場合は、
 以下の点にご注意ください**

- ◎ 漫然とした継続投与による長期使用を避けてください
 - ・承認用量の範囲内でも長期間服用するうちに依存が形成されることがあります
 - ・投与を継続する場合には、治療上の必要性を検討してください
- ◎ 用量を遵守し、類似薬の重複処方がないことを確認してください
 - ・長期投与、高用量投与、多剤併用により依存形成のリスクが高まります
 - ・他の医療機関から類似薬が処方されていないか確認してください
- ◎ 投与中止時は、漸減、隔日投与等にて慎重に減薬・中止を行ってください
 - ・急に中止すると原疾患の悪化に加え、重篤な離脱症状があらわれます
 - ・患者さんに、自己判断で中止しないよう指導してください

■ 医薬品医療機器総合機構 PMDA からの医薬品適正使用のお願い
 http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/0001.html No.11 2017年3月

「代表的な事例」

症例1 30歳代 男性 原疾患：社会不安障害
 社会不安障害に対し、エチゾラム1mg/日、スルピリド50mg/日投与開始し、約1年8ヵ月後に症状悪化のためエチゾラム2mg/日へ増量。その後、患者より「大分減す」と言われたためさらに約1年6ヵ月間継続投与。エチゾラムを2〜3日間中止したところ、強直間代発作(意識消失、痙攣、瞳孔散大)、嘔気・嘔吐あり。てんかん発作の既往歴はない。


症例2 40歳代 女性 原疾患：不眠症、疼痛性大腸炎 合併症：不安、しびれ
 不眠に対し、ゾピクロン7.5mg/日を約4ヵ月間服用後、ゾピクロン5mg/日投与開始。その後ゾピクロン5mg/日服用、ロメタゼパム1mg/日、ジアゼパム2mg/日を追加し、3剤で約2週間服用。睡眠薬内服により不眠は改善したものの「睡眠薬に頼りたくない、やめた」との思いから、3剤を自己中断。1週間後、不眠悪化、嘔吐、寒暄、気分不快症状が出現し、中止前の薬剤(ロメタゼパム1〜2mg/日、ジアゼパム2mg/日)を再開。効果不十分のためゾピクロン5mg/日再服、エチゾラム0.5mg服用、ジアゼパム2mg服用、トリアゾラム0.25mg服用で追加。医師の指示量よりも多い量で自己調整していた。併用、離脱症状、睡眠薬の中止や制限の不成功より、離脱症状(不安、眩暈、頭痛、めまい、吐き気、嘔吐、めまい、震戦、痙攣)を漸減。約3ヵ月後、睡眠薬依存症は軽快。

本邦で承認されているベンゾジアゼピン受容体作動薬

一般名	販売名	一般名	販売名
アルプラゾラム	コンスタン、ソナックス 他	フルジアゼパム	エリスパン
エスゾピクロン	ルネスタ	フルマゾラム	コルミナル
エスタゾラム	ユーロジン 他	フルトラゼパム	レスタス
エチゾラム	テバス 他	フルニトラゼパム	サイレース、ロビゾール 他
オキサゾラム	セナール 他	フルラゼパム塩酸塩	ダルメート
クアゼパム	ドラル 他	フロチゾラム	レンドルモン 他
クロキサゾラム	セバリン	フロマゼパム	レキソタン 他
クロチアゼパム	リーゼ 他	メキサゾラム	メルックス
クララゼパム	メソドン	メダゼパム	レスミト 他
クロルジアゼポキシド	コントロール 他	リルマゼポン塩酸塩水和物	リスミー 他
ジアゼパム	セルシオン、ネリゾフ、ダイアップ 他	ロフラゼパムエチル	メララックス 他
ゾピクロン	アモレシ 他	ロラゼパム	ワイバックス 他
ゾピヂウム誘石炭塩	マイスリー 他	ロメタゼパム	エトール、ロラメト
トリアゾラム	ハルシオン 他	クロチアゼパム	リリトール、ランドセン
ニメタゼパム	エリスモン	クロバザム	マイスタン
ロキサゾラム	ソリリン	ミダゾラム	ミダフレッサ
		ニトラゼパム	ネルボン、ベンジン 他

本資料の留意点
 PMDAからの医薬品適正使用のお願いは、薬機法に基づき制定された製作用薬指導等の中から、特に添付文書等で注意喚起しているもの、同様の報告の減少が見られない事例などについて、医薬品の適正使用推進の観点から医療従事者に対する啓発資料として掲載しております。
 ※この情報の作成に当たり、作成期における正確性については万全を期しておりますが、その内容を本来に代り保証するものではありません。
 ※この情報は、医療従事者の裁量で判断し、医療従事者に責任や責任を課すものでなく、医薬品の適正使用を推進するための情報として作成したものです。

どこよりも早く「PMDAからの医薬品適正使用のお願い」を入手できます！
 登録はこちらから。



発行所: Pmda 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
 お問い合わせ先: TEL 03-3506-9435 (安全第二部)
 この資料は医療従事者向けです。
 患者さんほかの方への提供又は複製等にご相対ください。
 なお、PMDAでは診療報酬の案内についてお答えできません。各地内閣府中興へお問い合わせください。

向精神薬多剤投与について (減算の除外)

一部改定 沼田資料 R4.12.14

平成26年度診療報酬改定

適切な向精神薬の使用の推進②

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化②

[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

- ① 初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合
 - 向精神薬多剤
 - 多剤処方
 - 初めて受診した日から6週間
- ② 薬剤の切り替え時
 - 向精神薬多剤
 - 新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合
 - 薬剤A, 薬剤B, 薬剤C
 - 薬剤切り替え時3月間(年2回まで)
- ③ 臨時に投与した場合
 - 向精神薬多剤
 - 連続する投与期間が2週間以内又は14回以内の投与
 - ※投与中止期間が1週間以内の場合は連続する投与とみなす。
 - ※抗不安薬及び睡眠薬については臨時に投与した場合も種類数に含める。
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)
 - 抗うつ薬、抗精神病薬
 - ※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師
 - ①~④の全てを満たす者
 - ① 5年以上の臨床経験
 - ② 3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
 - ③ 国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
 - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修の修了

H26.4診療報酬改定厚労省資料

F200 薬剤料

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

(注1 特別入院基本料等の薬剤料)

特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹り患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

(注2 向精神薬多剤投与)

1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、**所定点数の100分の80**に相当する点数により算定する。

(注3 内服薬多剤投与)

注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、**所定点数の100分の90**に相当する点数により算定する。

- (1)「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、

1 処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

- (イ) 錠剤、カプセル剤については、1 銘柄ごとに1 種類と計算する。
- (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1 銘柄ごとに1 種類と計算する。
- (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1 種類とする。
- (ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 205 円以下の場合には、1 種類とする。
- (2) 「注3」の「所定点数」とは1 処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。
- (3) 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7 種類以上の場合に行い臨時に投与する薬剤については対象としない。
- (4) 臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2 週間以内のものをいい、2 週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1 週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。
- (5) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1 処方につき内服薬が7 種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(注4 紹介率・逆紹介率の低い大病院の30 日以上の投与) ※一般病院

4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100 分の40 に相当する点数により算定する。

(注5 ビタミン剤の算定について)

入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

- (1) 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、

また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。



(2)ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

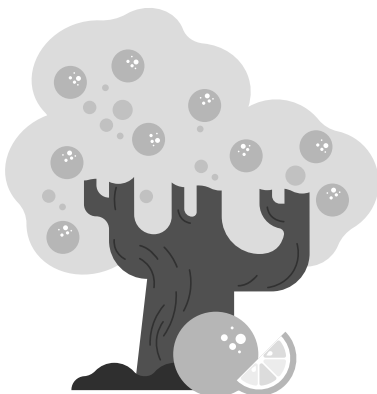
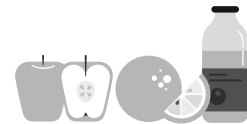
(イ)患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

(ロ)患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

(ハ)患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定されかつ必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

(ニ)重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分かゆを食している場合

(ホ)無菌食、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又はガラクトース血症食を食している場合 ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。



F400 処方箋料

(30日を超える長期の投薬について)

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点
- 3 1及び2以外の場合 60点

1	向精神薬多剤投与	20点
2	内服薬多剤投与	32点
3	1及び2以外	60点

(注4 特定疾患処方管理加算)

診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限

る。) に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 56 点を所定点数に加算する。

（別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患）

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋たん白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿のう慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、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、その他の慢性膵すい炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

（注 6 一般名処方加算）

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 | （2 品目以上） |
| ロ | 一般名処方加算 2 | 8 点 | （1 品目） |

【施設基準】第七の五

- (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

令和七年五月三十一日までの間に限り、第七の五の(2)中「(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。」とあるのは「削除」とする。

届出に関する事項

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

(一般名処方について)

「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に掲載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交1以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(変更調剤又は一般名処方に係る保険薬局からの情報提供)

保険薬局において、銘柄名処方に係る処方薬について後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）への変更調剤を行ったとき又は一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。）等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供すること。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。 (H24.3.5 保医発)

(注7 向精神薬調整連携加算)

抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したもののについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

「注7」については、「F100」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

F500 調剤技術基本料

(調剤技術基本料について)

調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。

同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

2 その他の患者に投薬を行った場合 14点

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。

4 薬剤管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

投薬【疑義解釈】

(問7) 湿布薬の処方

湿布薬については、1処方当たりの枚数が制限されているが、これは湿布薬の種類ごとの上限枚数ではなく、1処方における全ての種類の湿布薬の合計に係る上限枚数という理解でよいか。

(答) よい。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)別添1の問128は廃止する。

(R4.4.21 その6)

(問72) 向精神薬多剤投与

向精神薬多剤投与を行った場合の減算の除外規定について、「抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」とあり、別紙様式39で、このことを確認できる文書を添付することとされているが、何を指すのか。

(答) 日本精神神経学会が認定する精神科専門医であることを証する文書及び日本精神神経学会が認定する研修を修了したことを証する文書を添付すること。(H26.3.31 その1)

(問 169) 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年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

(答)「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。(H30.3.30 その1)

(問 171) 不安又は不眠の研修

不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

(答)「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修において、カリキュラムコード 69「不安」又はカリキュラムコード 20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容を含むものを2単位以上取得した場合をいう。「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験5年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。(H30.3.30 その1)

(問 42) 診療録への記載

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。(H24.4.20 その2)

(問 2) 不安又は不眠の研修

不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料、処方箋料について、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日付け事務連絡)別添1の問171で「不安又は不眠に係る適切な研修」として示したものの以外に、以下の研修を修了した医師は、「不安又は不眠に係る適切な研修」を修了した医師と考えてよいか。

公益社団法人全日本病院協会による「向精神薬の適正使用に係る研修」

(答)よい。(H31.1.30 その11)

(問 2) 先発医薬品しか存在

先発医薬品しか存在せず変更の有り得ない処方せんを発行した場合でも、後発医薬品への変更可と処方医が署名又は記名・押印すれば「後発医薬品を含む場合」の点数を算定できるか。

(答)算定できない。当該加算は、後発品のある薬剤を処方した場合に限り算定できる。(H18.3.28 その2)

(問 3) 保険薬局からの連絡

後発医薬品への変更可とした場合、具体的にどのような後発医薬品が選ばれたのか、保険薬局から連絡されるのか。

(答)調剤報酬点数表に関する通知において「後発医薬品を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。」と新たに規定されている。(H18.3.28 その2)

(問 44) 診療録への記載

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。(H24.4.20 その2)



精神科専門療法

第2章 第8部 精神科専門療法

(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。

ICD-10 の第5章「精神および行動の障害」(F00-F99)

- F00-F09 症状性を含む器質性精神障害 (アルツハイマー病等)
- F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (アルコール等)
- F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害
- F30-F39 気分 [感情] 障害
- F40-F48 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (不安障害等)
- F60-F69 成人の人格及び行動の障害
- F70-F79 知的障害<精神遅滞>
- F80-F89 心理的発達障害
- F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
- F99-F99 詳細不明の精神障害

ICD-10 の第6章「精神および行動の障害」(F00-F99)

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



(対象疾患について)

精神科専門療法の「対象疾患」が、平成30年改定で個別の疾患から、ICD10に分類された「精神疾患」がすべて対象疾患として認められた。対象病名についてその都度疑義に上げる必要はなくなったが、それにより、コンピューターによるレセプトチェックが容易になった。

●原則として認められる病名 (経験上)

- ①てんかん精神病、②症状精神病、③アルコール依存症、アルコール精神病、覚醒剤精神病、④統合失調症、⑥心因性妄想精神病、急性一過性精神病性障害、⑦非定型精神病、⑧躁状態・躁うつ病、⑨うつ状態、⑩気分循環症、⑪社会恐怖症・対人恐怖症・恐怖症性不安障害、⑫不安神経症、⑬強迫性障害、⑭心的外傷ストレス障害 (PTSD)・適応障害、⑮解離性健忘・解離性運動障害・解離性障害、⑯心気症、⑰神経衰弱、⑱拒食症・異食症・摂食障害、⑲神経症性不眠、⑳パーソナリティ障害、㉑性同一性障害・性的倒錯、㉒学習障害、㉓自閉症・小児自閉症、㉔注意欠陥性多動障害・多動性障害・行為障害、㉕小児期反応性愛着障害・チック、㉖児童・思春期精神疾患、㉗心因反応、㉘錯乱状態・情緒障害・登校拒否、㉙過食症、㉚老人性 (老年期) 精神病、㉛認知症、㉜神経症性うつ状態、㉝知的障害、㉞発達障害、㉟レビー小体型認知症、㊱てんかん、㊲不眠症、㊳ナルコレプシー

●疑義解釈その14 (H27.6.30)

(問11) 対象精神疾患

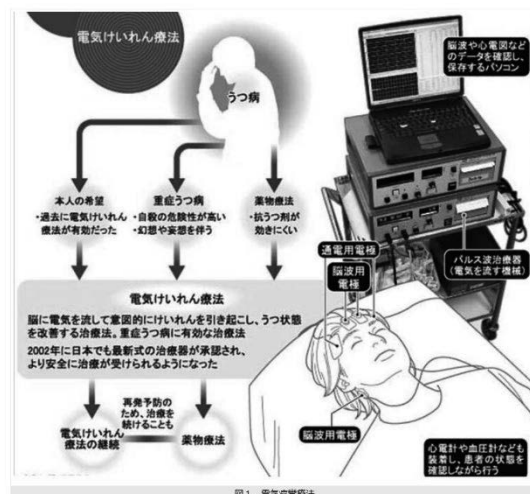
通院・在宅精神療法等の対象となる精神疾患に「統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害 (アルコール依存症等をいう)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等」が掲げられているが、ICD-10 の F63.0「病的賭博」はこれに含まれるか。

(答) 含まれる。

I000 精神科電気痙攣療法 (m-ECT)

- | | | |
|---|----------------------------------|--------|
| 1 | マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
を行った場合 | 2,800点 |
| 2 | 1以外 | 150点 |

70年前に Cerletti らが精神疾患に対して、世界で初めての電気痙攣療法 (electroconvulsive therapy: ECT) を実施して以来、高い効果が示されてきましたが、安全性や副作用の出現などに問題がありました。それに対する技術的な対応として、全身麻酔下で行う修正型電気痙攣療法 (mECT) が施行されるようになり、高齢患者や身体合併症患者に対しても比較的安全に ECT を



行えるようになりました。また、定電流短パルス矩形波治療器が導入されることで、少ない通電量で痙攣を誘発できるため、せん妄や健忘などの副作用も減少したことで、ECTは世界中で行われるようになっていきました。日本でも、2002年に定電流短パルス矩形波治療器が正式に医療の中で使用できるようになり、mECTは、うつ病に対する効果的な治療法として普及しつつあります。

(国立医療長寿医療研究センターHP 2025.1)

精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、1日1回に限り算定する。

1については、麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。)が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。

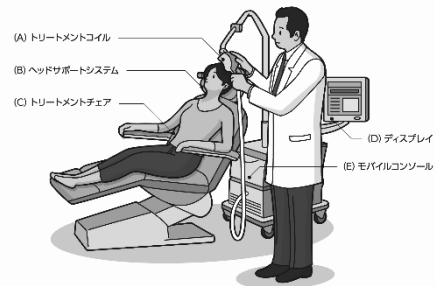
疑義解釈その1 (H30.3.30)

(問174) 精神科電気痙攣療法の注3に規定する加算について、当該保険医療機関が麻酔科を標榜している必要があるのか。(答) 麻酔に従事する医師であればよく、当該保険医療機関は麻酔科を標榜している必要はない。

I000-2 経頭蓋磁気刺激法 (TMS)

2,000 点

反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS) は、磁気により脳の神経細胞を刺激し、うつ病の症状を緩和させる治療法です。その原理は、頭部にあてたトリートメントコイルから磁場を発生させ、それに伴って生じる誘導電流が脳の神経細胞を刺激し、その結果、脳の活動が改善し、症状が緩和すると考えられています



rTMS 療法の適応は、抗うつ薬による薬物療法の効果がみられない成人のうつ病患者さんです。日本でも、一部の医療機関で rTMS 療法を保険診療として受けることができます。rTMS 療法を受ける際には、図のように椅子に腰かけ、左前頭前野 (左前額) にトリートメントコイルを固定し、1 日約 40 分、週 5 日、3～6 週間の治療を行います。 (日本精神神経学会 HP 2023. 5. 8)

「主な施設基準」 精神科リエゾンチーム加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、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、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料のいずれかの届出を行っていること。

(経頭蓋磁気刺激療法について)

経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があつて、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。

(経頭蓋磁気刺激療法について)

初回の治療を行った日から起算して8週を限度として、計 30 回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

治療開始から第3週目及び第6週目にHAM-D 17又はHAM-D 24による再評価を行い、その分析結果を診療録に記載する。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAM-D 17で7以下、HAM-D 24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する。

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

入院精神療法とは、入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。

	入院の日	4週間	入院の日から3月	入院の日から6月
入院精神療法（Ⅰ）	400点 精神保健指定医が30分以上 週3回限度			
入院精神療法（Ⅱ）	150点（6月以内） 4週間以内 週2回限度		80点（6月超え） 4週間超える 週1回（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認めた場合は、週2回）	

（入院の日及び入院の期間の取り扱いについて）

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。

（重度の精神障害者について）

重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。

（家族に対する入院精神療法について）

患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、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、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中2回に限り算定できる。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。

（家族の入院精神療法の「初回の入院」について）

（問 119）家族に対する入院精神療法の算定対象となる「初回の入院」とは、診療報酬上の新規入院ということか。
（答）否。当該医療機関において、統合失調症による初回の入院をさす。したがって、統合失調症により入院し、一度退院した後、再入院した場合には算定できない。（H18.3.31 疑義解釈その3）

入院精神療法（Ⅰ）を行った週と同一週に行われた入院精神療法（Ⅱ）は別に算定できない。同じ日に入院精神療法と標準型精神分析療法を行った場合は、標準型精神分析療法による算定する。

通院・在宅精神療法


通院・在宅精神療法のイメージ (R6.4)

令和6年度診療報酬改定 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-④- R6.3.5 厚生労働省資料

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し(イメージ)

◆ **「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供**

- ▶ 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
- ▶ 手厚い診療に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
- ▶ 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

(充実) 60分以上・初診 (適正化) 30分未満



在宅
保険医療機関外

(新)【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献(時間外診療、精神科救急医療等の提供) 等

(新)【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度)等

(新)【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置(うち1名以上は適切な研修の修了を要件) 等

通院精神療法

(新)【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - ▶ 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - ▶ 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
- ▶ 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

(対象患者の拡大)

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

(見直し)【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - ▶ 看護師等又は精神保健福祉士による面接(月1回)、多職種カンファレンス(3月1回)、精神保健福祉士の専任配置 等

14

I002 通院・在宅精神療法（1回につき）

1 通院精神療法

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の医師が行った場合	660点
ロ	初診の日に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	
	(1) 30分以上の場合	
	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
	(2) 30分未満の場合	
	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

通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

（1イ 通院精神療法の取り扱いについて） ※措置入院退院後の患者

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。

以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。

ア 「A001」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。

イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。

(1 □ 通院精神療法の取り扱いについて)

「初診と再診」の別、「精神保健指定医とそれ以外の精神科の医師」の別、
「診療に要した時間」の別

●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	315点	410点	600点
指定医以外の場合		290点	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	

・退院後 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回、その他の場合にあっては週 1 回に限り算定する。

(通院精神療法について)

診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療及び医師以外の職員による相談等に要する時間は含まない。

(家族の通院精神療法について)

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。

(通院精神療法の加算・減算等) ※ 病院の場合

- ・ 20 歳未満加算（注 3） 320 点
- ・ 特定薬剤副作用評価加算（注 5） 25 点
- ・ 向精神薬多剤投与の場合（注 6） 100 分の 50 で算定
- ・ 措置入院後継続支援加算（注 7） 275 点
- ・ 心理支援加算（注 9） 250 点

施設基準の届出必要

- ・ 児童思春期精神科専門管理加算（注 4） 300 点、500 点、1,200 点
- ・ 療養生活継続支援加算（注 8） 350 点、500 点
- ・ 児童思春期支援指導加算（注 10） 250 点、450 点、1,000 点
- ・ 早期診療体制充実加算（注 11） 15 点、20 点
- ・ 通院精神療法（情報通信機器を用いた場合）（注 12） 274 点、357 点

(注3 20歳未満)

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。

(注5 特定薬剤副作用評価加算)

1のハの(1) (再診30分以上)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。

特定薬剤副作用評価加算は、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。

(注6 向精神薬多剤投与の場合)

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であって、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50に相当する点数により算定する。

(注7 措置入院後継続支援加算)

1のイ (措置退院患者) を算定する患者に対し、看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。

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。

特定疾患療養管理料及び生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定している患者については算定できない。

同じ日に標準型精神分析療法は算定できない。

通院・在宅精神療法【疑義解釈】

(問 124) 対診

通院・在宅精神療法について、訪問診療又は往診の際にも算定できるようになったが、他医療機関に入院している患者に対する対診の場合についても算定できるのか。(答) 算定できない。(H20.3.28 その1)

(問 125) 退院後 4 週間

通院・在宅精神療法の注 1 にある、退院後 4 週間以内の期間に行われる場合は、入院していた病院や、診療所が行った場合でも週 2 回算定可能か。

(答) 算定可能である。
(H20.3.28 その1)

(問 21) 記載について

「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。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

(答) 当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・ 5 分を超え 10 分未満
- ・ 10 分以上 20 分未満
- ・ 20 分以上 30 分未満
- ・ 30 分以上 40 分未満
- ・ 40 分以上 50 分未満
- ・ 50 分以上 60 分未満
- ・ 60 分超

ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30 分超」又は「分超」と記載しても差し支えない。(R6.4.26 その3)

(問 4) 多剤投与

通院・在宅精神療法については、注

6 により、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であって以下の 1 つでも満たさない場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定するとされている。

<要件>

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。

また、上記要件の「3 当該処方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」については、留意事項通知により、処方料の留意事項通知(3)のアの(イ)から(二)までのいずれかに該当するものであるとされている。

上記要件の 1 と 2 を満たしている保険医療機関において、処方料の留意事項通知(3)のアの(二)に該当し、患者の病状等によりやむを得ず 4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬を投与した場合、通院・在宅精神療法について、所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を算定することができる。

(答) 算定できない。処方料の留意事項通知(3)のアの(二)は、アの前段にあるとおり、3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を投与する場合に限り適用されるものである。したがって、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該(3)のアの(二)には該当せず、上記要件の 3 を満たさないこととなるため、通院・在宅精神療法は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定することとなる。(H29.5.26 その11)

I002 通院・在宅精神療法 注4 児童思春期精神科専門加算

特定機能病院若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料の届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関で別に施設基準に適合している医療機関

イ 16歳未満の患者

(1)2年以内の期間 500点 (2)(1)以外の場合 300点

□ 20歳未満の患者に60分以上(3月以内・1回に限る) 1,200点

【主な施設基準】

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。

なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

- (1)当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2)(1)の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。
- (3)20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は公認心理師が1名以上配置されていること。
- (4)当該保険医療機関が過去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人以上であること。

「注4」の□については、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。

なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R(Autism Diagnostic Interview-Revised)やDISCO(The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)等で採用されている診断項目を考慮すること。

イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること

(問9)【通院・在宅精神療法】

児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

(答) のべ患者数をいう。

(H28.4.25 その2)

1002 通院・在宅精神療法 注8 療養生活継続支援加算

イ 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

【主な施設基準】

(1)当該保険医療機関内に、当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。

(2)当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

(療養生活継続支援加算)

療養生活継続支援加算は、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。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

●「重点的な支援を要する患者」とは

- ・精神科退院時共同指導料1を算定した患者
- ・次の「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。
 - 1 6ヶ月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある。
 - 2 自分1人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）。
 - 3 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。
 - 4 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。
 - 5 自傷や自殺を企てたことがある。
 - 6 家族への暴力、暴言、拒絶がある。
 - 7 警察・保健所介入歴がある。
 - 8 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。
 - 9 外来受診をしないことが2か月以上あった。
 - 10 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。
 - 11 直近の入院は措置入院である。
 - 12 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。
 - 13 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。

- 14 支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。
- 15 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）

●多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施すること。

必須	<ul style="list-style-type: none"> (イ) 当該患者の診療を担当する精神科の医師 (ロ) 保健師又は看護師 (ハ) 精神保健福祉士 (ニ) 薬剤師 (ホ) 作業療法士 (ヘ) 公認心理師 	当該保険医療機関の職員
	<ul style="list-style-type: none"> (ト) 訪問看護ステーションの看護師等 (チ) 訪問看護ステーションの作業療法士 (リ) 市町村若しくは都道府県等の担当者 (ヌ) その他の関係職種 	

●支援計画書の作成

初回の支援から2週間以内に、多職種が共同して「別紙様式51の2」に掲げる「療養生活の支援に関する計画書」を作成する。

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

▶ 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。

現行	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 注8（療養生活環境整備指導加算） 注9（療養生活継続支援加算） 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、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、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 旧注8（削除） 注8（療養生活継続支援加算） 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、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 350点</p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下であること。</p> <p>【削除】 ● 旧注8（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。</p>



療養生活継続支援加算【疑義解釈】

(問 209) 適切な研修

通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には、具体的には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。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程

(R4.3.31 その1)

(問 210) 複数支援

通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算について、患者1名に対し、複数の看護師又は精神保健福祉士が担当として支援等を行うことは可能か。

(答)不可。なお、複数の看護師又は精神保健福祉士がチームで対応することは可能であるが、その場合であっても、主たる担当者を定める必要があり、主たる担当者が交代する場合は、当該患者に対してその旨を説明すること。また、20分以上の面接等については、当該主たる担当者が実施することとし、他の看護師又は精神保健福祉士が同席することは差

し支えないが、複数の者がそれぞれ実施して時間を合算することはできない。なお、支援計画書の作成や関係機関との連絡調整について、主たる担当者以外の者が補助することは可能である。(R4.3.31 その1)

(問 199) 再度の重点支援

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について、「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「□」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の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350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということによいか。

(答)そのとおり。(R6.3.28 その1)

(問 203) 兼務

児童思春期支援指導加算の施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健福祉士は、療養生活継続支援加算の当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。

(答)可能。(R6.3.28 その1)

別紙様式 51-2

(別紙様式51の2)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

療養生活の支援に関する計画書

氏名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： _____ 看護師・保健師： _____ 精神保健福祉士： _____

参加者

本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師

訪問看護ステーション 行政機関 指定特定相談支援事業所 障害福祉サービス事業所

その他 (_____)

本人の目標 (したい又はできるようにになりたい生活の希望)

今回の支援計画における目標

--	--

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

署名 本人： _____ 主治医： _____ 担当者： _____

1002 通院・在宅精神療法 注9 心理支援加算

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

【対象患者】

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

(心理支援加算)

「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、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、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回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象となる患者は、外傷体験（身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等をいう。以下この項において同じ。）を有し、心的外傷に起因する症状（侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう。以下この項において同じ。）を有する者として、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断したものに限る。

イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認した上で、当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。

(経過措置)

平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

心理支援加算【疑義解釈】

（問 200）外傷確認

精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えれば良いか。

（答）明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。（R6.3.28 その1）

（問 201）症状の再発

心理支援を終了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱い如何。

（答）症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること（R6.3.28 その1）

（問 202）医師が公認心理師

通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。

（答）不可。通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。（R6.3.28 その1）

I002 通院・在宅精神療法 注 10 児童思春期支援指導加算

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

□ 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

【主な施設基準】

- (1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、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職種以上配置されており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。
- (3) (1)及び(2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15時間以上の研修期間であるものに限る。）。イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。（イ）児童・思春期の精神医療における診察（ロ）児童・思春期の精神医療における治療（ハ）家族面接（ニ）発達障害の支援（ホ）児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携 ウ 研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと
- (4) 当該保険医療機関が過去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人以上であること。

（適切な研修とは） 令和6年8月29日 疑義解釈その11 問4

現時点では、以下の研修が該当する。

- 日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会スタンダードコース」
- 日本児童青年精神医学会が実施する「児童思春期精神医療研修」

○ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する以下の研修（①及び②の両方を受講した場合に限る。）。

① 以下のいずれかの研修。

- ・平成 22 年度～平成 26 年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」
- ・平成 22 年度～平成 26 年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(2)」
- ・平成 22 年度～平成 25 年度に実施された、「思春期精神保健対策コメディカル専門研修」
- ・平成 27 年度～令和 5 年度に実施された、「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」
- ・「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修」

② 以下のいずれかの研修。

- ・平成 26 年度～令和 5 年度に実施された、「医療従事者研修応用・症例コース」
- ・「児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修 応用・症例コース」

○ 令和 5 年に実施された、障害者総合福祉推進事業「児童思春期精神医療における多職種実践研修（仮）」

●通院精神療法の児童思春期等の加算						
項目	施設基準	年齢	診療時間	期間	点数	
注3	20歳未満加算	なし	20歳未満	5分超え	1年以内	320点
注4	児童思春期精神科専門管理加算	あり	16歳未満	5分超え	2年以内	500点
			20歳未満	60分以上	2年超え	300点
注10	児童思春期支援指導加算	あり	20歳未満	60分以上	3月以内	1,200点
				5分超え	3月以内	1,000点
					2年以内	450点
				2年超え	250点	

●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
注4	児童思春期精神科専門管理加算	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5年以上の専任の常勤精神保健指定医が1名以上 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	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 適切な研修を修了した者が1名以上	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

I002 通院・在宅精神療法 注 11 早期診療体制充実加算

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 |

【主な施設基準】

- (1) 常勤の精神保健指定医が 1 名以上配置。
- (2) 30 分・60 分以上の通院・在宅精神療法の算定回数要件
- $$\frac{\text{初診日に 60 分以上 (1-ロ) + 30 分以上 (1-ハ) + 在宅}}{\text{6 か月間の通院・在宅精神療法}} \times 100 \geq 5$$
- (3) 診療所は、過去 6 か月間の算定回数の合計を勤務する医師の数で除したが 60 以上であること。
- (4) 地域の精神科救急医療体制の確保に協力していること。
アからウまでのいずれかを満たしていること。
- ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療機関
- イ 病院群輪番型施設であって、
- (イ) 又は (ロ) のいずれかに該当すること。
- (イ) 時間外、休日又は深夜における入院件数が年 4 件以上他
- (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上
- ウ (イ) (ロ) (ハ) を満たしていること。
- (イ) 精神科救急医療確保事業において外来対応施設
- (ロ) 時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
- (ハ) 常時対応できる体制
- (5) 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医として精神保健指定医としての業務等を年 1 回以上。なお、常勤の精神保健指定医が 2 名以上勤務している場合は、少なくとも 2 名が精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。
- (6) 次のいずれかの届出
- 児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、
児童思春期支援指導加算、精神科リエゾンチーム加算、
依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、
精神科入退院支援加算、児童・思春期精神科入院医療管理料
認知療法・認知行動療法、依存症集団療法、
精神科在宅患者支援管理料

早期診療体制充実加算【疑義解釈】

（問 205 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の施設基準について）

「当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの（1）又は「2」の口若しくはハの（1）若しくは（2）の算定回数の合計の割合が 5%以上であること。」とされているが、「1」のハの（1）には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

（答）含まれる。（R6.3.28 その1）

精神保健福祉法第 19 条の 4 に規定されている職務

（問 206 早期診療体制充実加算の施設基準について）

「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第 19 条の 4 に規定する職務は含まれるのか。

（答）含まれる。（R6.3.28 その1）

（問 207 早期診療体制充実加算の施設基準について）

「精神保健指定医として業務等を年 1 回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会委員としての業務は含まれるのか。

（答）含まれる。（R6.3.28 その1）

（参考）精神保健指定医の職務

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第 29 条第 1 項 法第 29 条の 2 第 1 項
	2. 医療保護入院時の判定	法第 33 条第 1 項
	3. 応急入院時の判定	法第 33 条の 7 第 1 項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第 38 条の 2 第 1 項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第 38 条の 2 第 2 項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第 21 条第 3 項
	7. 入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第 36 条第 3 項、 告示第 129 号
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第 29 条の 5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第 40 条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第 29 条の 4 第 2 項
【移送】	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第 38 条の 7 第 2 項
	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第 29 条の 2 の 2 第 3 項 法第 34 条第 4 項、 告示第 96 号
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第 34 条第 1 項、第 3 項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第 38 条の 3 第 3 項、第 6 項 法第 38 条の 5 第 4 項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第 38 条の 6 第 1 項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第 45 条の 2 第 4 項
	○ 17. 上記 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 の職務を行った際の診療録記載義務	法第 19 条の 4 の 2

○印：公務員として行う精神保健指定医の職務（都道府県知事等が地方公務員等として委嘱）

1002 通院・在宅精神療法 注12 情報通信機器を用いた場合

- (1) 30分以上（精神保健指定医による場合） 357点
 (2) 30分未満（精神保健指定医による場合） 274点

【対象患者】

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を行ったことがあるものであること。

【算定要件】

情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（「オンライン指針」という）、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（「オンライン精神療法指針」という）沿った診療及び処方を行うこと。

【主な施設基準】

以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。

具体的には、(イ) から (ハ) までのいずれかを満たしていること。

(イ) ・常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業の指定。

(ロ) ・病院群輪番型施設

・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

(ハ) ・外来対応施設又は時間外対応加算1の届出

・精神科救急情報センター等からの問合せ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。

具体的には、(イ) 又は (ロ) のいずれかの実績があること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関への診療協力を年6回以上行うこと

(ロ) 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っている

【疑義解釈】

〔問209〕指定医の業務

情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

(答) 含まれる。(R6.3.28 その1)

〔問210〕指定医の業務

情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健指定医とし

て業務等を年1回以上行っていること」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

(答) 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。(R6.3.28 その1)

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」

（「オンライン指針」）について

●患者との合意

オンライン診療においては、患者が医師に対して、心身の状態に関する情報を伝えることとなることから、医師と患者が相互に信頼関係を構築した上で行われるべきである。

●初診については「かかりつけの医師」が行うことが原則。

オンライン診療の開始後であっても、オンライン診療の実施が望ましくないと判断される場合については対面による診療を行うべきである。

オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、

・「かかりつけの医師」がいる場合

オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。

・「かかりつけの医師」がいない場合

オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関を紹介することも想定される。

●「診療計画」を定める

医師は、患者の心身の状態について十分な医学的評価を行った上で、医療の安全性の担保及び質の確保・向上や、利便性の向上を図る観点から、オンライン診療を行うに当たって必要となる医師－患者間のルールについて、医師は、オンライン診療を行う前に、患者の心身の状態について、直接の対面診療により十分な医学的評価（診断等）を行い、その評価に基づいて、次の事項を含む「診療計画」を定め、2年間は保存すること。

●本人確認

オンライン診療において、患者が医師に対して心身の状態に関する情報を伝えるに当たっては、医師は医師であることを、患者は患者本人であることを相手側に示す必要がある。また、オンライン診療であっても、姓名を名乗ってもらうなどの患者確認を、直接の対面診察と同様に行うことが望ましい。

●薬剤処方・管理

初診の場合には以下の処方を行わないこと。

・麻薬及び向精神薬の処方

・基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方

・基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方 また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

●診察方法（医師・患者の所在）

医師の所在

医師は、必ずしも医療機関においてオンライン診療を行う必要はない。患者の急病急変時に適切に対応するためには、患者に対して直接の対面診療を速やかに提供できる体制を整えておく必要がある。また、責任の所在を明らかにするためにも、医師は医療機関に所属しているべきである。

患者の所在

第三者に患者に関する個人情報・医療情報が伝わることのないよう、患者のプライバシーに十分配慮された環境でオンライン診療が行われるべきである。

●オンライン診療を実施するための研修

オンライン診療の実施に当たっては、医学的知識のみならず、情報通信機器の使用や情報セキュリティ等に関する知識が必要となる。このため、医師は、オンライン診療に責任を有する者として、厚生労働省が定める研修を受講することにより、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければならない。

※ 2020年4月以降、オンライン診療を実施する医師は厚生労働省が指定する研修を受講しなければならない

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」 （「オンライン精神療法指針」）について

●精神科医療供給体制への貢献

オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。

●オンライン診療指針及び本指針の遵守

オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。

●対面診療との組み合わせ

オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。

●医師の資質

オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。

●患者急病・急変時の体制整備

患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。

●緊急時の入院受け入れ医療器慰安等の連携

精神科救急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などしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。

●向精神薬の多剤・長期処方禁止

向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方は厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。



I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき 55点）

注3 療養生活環境整備支援加算 40点

注4 特定薬剤副作用評価加算 25点

初診時は算定できない。

他の精神科専門療法と同一日には算定できない。

情精神科継続外来支援・指導料とは、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。

メモ
通院・在宅精神療法が「算定回数オーバー、5分超えてない、家族等精神療法が算定できない家族等の来院」などで算定できない時に算定を検討する。

（注2 向精神薬多剤投与）

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。

（注3 療養生活環境整備支援加算）

医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。

※ 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。

（注4 特定薬剤副作用評価加算）

抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、通院・在宅精神療法の注5に規定する加算を算定する月は、算定しない。

※ 「注4」に定める特定薬剤副作用評価加算は、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。

(別紙様式 33)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

		コード				
患者:		0	=	なし、正常		
評価者:		1	=	ごく軽度、不確実		
評価日:	年 月 日	2	=	軽度		
評価時間:	~	3	=	中等度		
		4	=	重度		

		適当なもの1つに丸をつける。				
1	歩行 Gait	0	1	2	3	4
小刻みな遅い歩き方。速度の低下、歩幅の減少、上肢の振れの減少、前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。						
2	動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単語で緩徐な話し方の程度も評価する。						
3	流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
唾液分泌過多。						
4	筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象、ろう屈現象、鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。						
5	振戦 Tremor	0	1	2	3	4
口部、手指、四肢、頸幹に認められる反復的、規則的(4~8 Hz)で、リズムカルな運動。						
6	アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感、ソワソワ感、絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の振り動かし、下肢の振り回し、足踏み、足の組み換え、ウロウロ歩きなど)についても評価する。						
7	ジストニア Dystonia	0	1	2	3	4
筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌、頸部、四肢、頸幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり、持続的な異常ポジション、舌の突出捻転、斜頸、後頭、牙関緊急、眼球上転、ピサ症状群などを評価する。						
8	ジスキネジア Dyskinesia	0	1	2	3	4
運動の異常に亢進した状態。顔面、口部、舌、頸、四肢、頸幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞踏病様運動、アテトーゼ様運動は含むが、振戦は評価しない。						
9	概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4
錐体外路症状全体の重症度。						

(注5 抗うつ剤、抗精神病薬多剤投与の減算例外)

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（注2に規定する場合を除く。）であって、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50に相当する点数により算定する。

「注5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、通院・在宅精神療法の(20)に示すものと同様である。

●施設基準等別表十の二の四

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。

- 一 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。
- 二 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。
- 三 当該処方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。

減算の例外（いずれにも該当）

ア 「当該保険医療機関において、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一定以下であること」

$$\frac{\text{3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬}}{\text{抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれかを処方された患者}} \leq 1 \text{ 割又は } 20 \text{ 名}$$

イ 「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」

当該月を含む過去3か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

- (イ) 患者又はその家族等に対して、効果・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。
- (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、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。

ウ 「当該処方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」

- (イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間
- (ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間
- (ハ) 臨時に投与した場合
(連続した投与期間が2週間以内又は14回以内)
- (ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、F0からF9の全てについて主治医として治療した経験
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

向精神薬多剤投与等【疑義解釈】

(問 72)向精神薬多剤投与を行った場合の減算の除外規定について)

「抗うつ薬又は抗精神病薬等に限
り、精神科の診療に係る経験を十分
に有する医師として別紙様式 39 を
用いて地方厚生(支)局長に届け出
たものが、患者の病状等によりやむ
を得ず投与を行う必要があると認
めた場合」とあり、別紙様式 39 で、
このことを確認できる文書を添付
することとされているが、何を指す
のか。

(答)日本精神神経学会が認定する
精神科専門医であることを証する
文書及び日本精神神経学会が認定
する研修を修了したことを証する
文書を添付すること。

疑義解釈その1(H26.3.31)



(問 129)「疑義解釈資料の送付につ
いて(その10)」(平成26年10月
10日事務連絡)において)

「1回の処方において、3種類以上
の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、
3種類以上の抗うつ薬又は3種類
以上の抗精神病薬の投薬を行った
場合、同一処方したその他の薬剤を
含む全ての内服・頓服・外用に係る
薬剤料を所定点数の100分の80に
相当する点数で算定することになる
のか。」との問に「そのとおり。」
と答えているが、平成28年度診療
報酬改定により、100分の80に相
当する点数で算定することになる
薬剤料の範囲は抗不安薬、睡眠薬、
抗うつ薬、抗精神病薬に限定される
のか。

(答) そのとおり。

疑義解釈その1(H28.3.31)

(問 130)例えば、抗不安薬3種類、
抗精神病薬1種類、睡眠薬1種類を
1回に処方されていた場合)

抗不安薬だけでなく、抗精神病薬、
睡眠薬についても、薬剤料が所定点
数の100分の80に相当する点数で
算定するのか。

(答) そのとおり。

疑義解釈その1(H28.3.31)

I002-3 救急患者精神科継続支援料

1 入院中の患者	900 点
2 入院中の患者以外の患者	300 点



(対象医療機関について)

自殺企図等による生じた身体症状の治療も必要で、精神科リエゾンチーム加算の届出が要件なので、身体科の治療ができる「総合病院」の精神科を想定している。

救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師又は社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた**外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者**であって、精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。

救急患者精神科継続支援料【疑義解釈】 H28.3.31 その1

(問 147) 自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状については入院の必要はないものの、自傷他害の恐れがあるため入院が必要と診断した患者について、算定可能か。

(答) 算定できない。自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状に対し、入院治療が必要な患者についてのみ算定可能である。

(問 148) 電話による指導等を試みたが、患者が電話に応答しなかった場合に、救急患者精神科継続支援料 2 を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問 149) 適切な研修

「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会(国立精神・神経医療センターが実施するもの又は厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施するものに限る。)」が相当する。

I003 標準型精神分析療法（1回につき） 390点

診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。

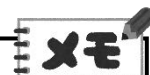
(1) 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月6回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。

(2) 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、1時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあつては入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあつては通院・在宅精神療法により算定する。

同じ日に入院精神療法と標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法による算定する。

※ 統合失調症の患者への算定は症状詳記等の返戻があると思います（筆者）。

(力動的療法とはどのような療法でしょうか？



向き不向きはありますか？)

力動的療法は、症状や悩みの背景にあるもののまだ十分に意識されていない、無意識的な葛藤や自分の傾向を知ることによってそれらの改善を目指す療法です。しばしば精神分析的療法とも呼ばれます。不安や抑うつ気分などの症状や、人生における慢性的な不全感などの訴える方の中に、この療法が勧められる方がいます。(中略) 短期間で急速な改善をめざすものではありませんので、長期的な視点で治療に臨み、きちんと通い続けることが重要です。幻覚や妄想、重度のうつ症状やアルコール関連の深刻な問題などを持つ方、定期的に治療を受け続けることの難しい方、また治療者と言葉を通して一緒に考え続けることの苦手な方には、あまり向いていないかもしれません。(2025.1.9 日本精神神経学会 HP より)

I003-2 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】

入院中の患者以外の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、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

【算定要件】

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、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について 16 回に限り算定する。

診療に要した時間が 30 分を超えたときに限り算定する。

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。

【主な施設基準】

1 認知療法・認知行動療法 1 に関する施設基準

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 認知療法・認知行動療法 2 に関する施設基準

(1) 1 を満たしていること。

(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が 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 120 回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に 10 症例 120 回以上実施し、その内容のうち 5 症例 60 回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1 の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

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。

(ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠したプログラムによる 2 日以上のものである。

(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 8) 研修機関

認知療法・認知行動療法2の要件である認知療法・認知行動療法についての研修として、具体的にはどのような研修が該当するのか。

(答) 現時点では、

・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が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)

・特定非営利活動法人北海道認知行動療法センターによる2日間の「認知行動療法基礎ワークショップ」(平成29年度以降に実施されたものに限る)が該当する。(H30.10.9 その8)

(問 140) 臨床心理技術者が実施

認知療法・認知行動療法について、医師の指示の下に、臨床心理技術者が行った場合に算定できるのか。

(答) 算定できない。なお、認知療法・認知行動療法については、当該療法に関する研修を受けるなど、当該療法に習熟した精神科等の医師の指示によって行われた場合(注:[2]において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。)に算定できる。(H22.3.29 その1)

(問 5) 施設基準

認知療法・認知行動療法3の施設基準において専任の看護師が受講することとされている研修については、「認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象

としたものであること」が満たすべき要件の1つとして規定されている。

① 研修受講時点で治療に係る面接に60回以上同席している看護師については、上記の要件のみを満たさない研修を受講した場合でも、専任の看護師が受講することとされている研修を受講したとみなして、届出を行うことが可能か。

② ここでいう「治療に係る面接」は、認知療法・認知行動療法に係る面接に限定されるのか。

(答え) 1 可能である。

2 通院・在宅精神療法に係る面接など、認知療法・認知行動療法に係る面接以外の医師が行う面接も含む。

(H29.3.31 その10)

※ 現：認知療法・認知行動療法2

(問 28) 施設基準

認知療法・認知行動療法3の施設基準について、「うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。」とあるが、「ウの研修の講師」による確認を行う講師は医師でなければならないか。

(答) 必ずしも医師である必要はないが、「ウ」の研修において、研修後、受講生による面接を確認する者として定められたものである必要がある。

(H28.4.25 その2)

※ 現：認知療法・認知行動療法2

I004 心身医学療法

1 入院中の患者	150 点
2 入院中の患者以外の患者	
イ 初診時	110 点
ロ 再診時	80 点

【心身医学療法とは】

心身医学療法とは、**心身症の患者**について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

【心身症とは】

心身症とは、各科が対応する**身体疾患の内**、発症や経過に心理社会的ストレスの影響で機能的(器質的)な障害を伴った疾患群です。日常生活で仕事や対人関係などの心理社会的ストレスに無頓着や無自覚な場合に発症・悪化することが多く一般的治療では改善困難です。身体症状と心理社会的ストレスの間にある“心身相関”の理解を心療内科は重要視します。

その疾患群の中でも代表的なものとして、過敏性腸症候群、機能性ディスペプシア、本態性高血圧、アトピー性皮膚炎、頭痛(筋緊張型頭痛、片頭痛など)、疼痛性障害などが挙げられます。

なお、神経症・うつ病などの精神疾患に伴う身体症状は心身症ではありません。

(国立精神・神経医療研究センターHP より 2025.1)

【算定要件】

- ・入院中の患者 入院の日から4週間以内は週2回
入院の日から4週間を超える期間は週1回
- ・入院中の患者以外の患者
初診日から起算して4週間以内は週2回
初診日から起算して4週間を超える期間は週1回
- ・20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。

・心身医学療法は、初診時には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

・心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。例「胃潰瘍(心身症)」

・入院精神療法、通院・在宅精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

心身医学療法【疑義解釈】

(問3) 20歳未満の患者

20歳未満の患者に通院精神療法を行った場合の加算は、初診の日から6ヶ月以内に限るとされているが、心身医学療法には算定日数についての制限はないのか。

(答) ない。(H18.3.28 その2)

(問117) 他科初診の時

精神科を再診で受診し、同一医療機関内の精神科以外の診療科を初診で受診し135点の診料を算定した場合、精神科で行った通院精神療法又は心身医学療法について初診時の点数を算定できるか。

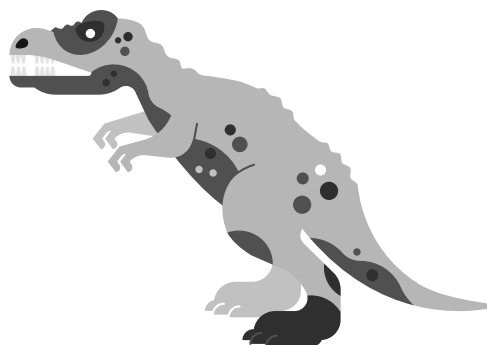
(答) 初診時の点数は算定できない。(H18.3.31 その3)

(問30) 標ぼう

精神科と神経内科を標榜する病院で、精神科担当医が、神経内科として診療する時間は算定できるか。

(答) 算定できない。

(H22.3.29 その1)



I005 入院集団精神療法（1日につき）

100 点

I006 通院集団精神療法（1日につき）

270 点

【入院集団精神療法とは】

入院集団精神療法とは、入院中の患者であって、精神疾患を有するものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

【通院集団精神療法とは】

通院集団精神療法とは、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、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

【算定要件】

入院・通院集団精神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

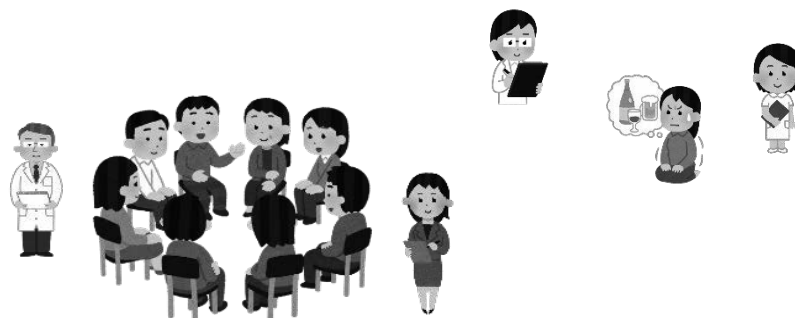
精神科医師1人及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等

○入院集団精神療法

- ・入院中の患者について、入院の日から起算して6月を限度として週2回
- ・1回15人、1日につき1時間以上

○通院集団精神療法

- ・入院中の患者以外の患者について、開始日から6月を限度として週2回
- ・1回10人、1日につき1時間以上



I006-2 依存症集団療法

1 薬物依存症の場合	340 点
2 ギャンブル依存症の場合	300 点
3 アルコール依存症の場合	300 点

【依存症集団療法について】入院中の患者以外の患者

【対象者】（薬物依存、ギャンブル依存、アルコール依存）

薬物依存の場合

覚醒剤、麻薬、大麻又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるもの

ギャンブル依存の場合

ギャンブルに対する依存の状態にあるもの

アルコールに対する依存の場合

アルコールに対する依存の状態にあるもの



【施設基準】（人員配置等）

●依存症集団療法

項目	精神科医	看護師	作業療法士	精神保健福祉士	公認心理師
薬物依存症 1回20人、90分以上	2人以上				
	うち1人は実施時間において専従 専従者は薬物依存症集団療法の 適切な研修を受けている				
ギャンブル依存症 1回10人、60分以上	2人以上				
	うち1人は実施時間において専従 専従者はギャンブル依存症集団療法の 適切な研修を受けている				
アルコール依存症 1回10人、60分以上	2人以上				
	うち1人は実施時間において専従 専従者はアルコール依存症集団療法の 適切な研修を受けている			アルコール依存症集団療法 の適切な研修を受けている	

●適切な研修

久里浜医療センター、国立精神・神経医療研究センターなどで実施



【精神科作業療法とは】

精神科作業療法は、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

【算定要件】

1人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日2単位50人以内を標準とする。

精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載

当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

【主な施設基準】

- 1 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- 2 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50人を標準とすること。
- 3 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して50平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- 4 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）、日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

I008 入院生活技能訓練療法

- | | |
|----------------------|------|
| 1 入院の日から起算して6月以内の期間 | 100点 |
| 2 入院の日から起算して6月を超えた期間 | 75点 |
- 注1 入院中の患者について、週1回に限り算定する。

【入院生活技能訓練療法とは】

入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

【算定要件】

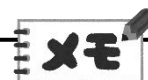
- 経験のある2人以上の従事者が行った場合
 - 少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士
 - 他の1人は精神保健福祉士、公認心理師又は看護補助者
 - 看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したもの（公社）日本精神科病院協会通信教育MSWコース
- 患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回
- 1回に15人まで
- 当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護要員の数に算入できない。様式9に算入しない。
- 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。



	R4年度	R3年度	R2年度	H31年度	H30年度	5年平均
精神科作業療法	23,661,307	25,195,983	25,274,054	23,885,796	23,205,699	24,244,568
入院生活技能訓練療法	367,736	410,081	435,055	462,801	495,765	434,288
6月超	305,521	344,403	362,201	380,618	409,051	360,359
6月以内	62,215	65,678	72,854	82,183	86,714	73,929

NDBオープンデータの集計値

R4年度のコロナの影響があると思われるが、入院生活技能訓練療法の算定回数は減少傾向にある、



精神科デイ・ケア等について

精神科デイ・ケア（S49～）、精神科ナイト・ケア（S61～）

精神科デイ・ナイト・ケア（H8～）、精神科ショート・ケア（H18～）

【主な改正】

- 平成 22 年改定 療法開始日から 1 年以内に行われる場合の**早期加算の新設**
- 平成 24 年改定 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの「大規模なもの」について、**疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に算定することに見直し**
- 平成 28 年改定 1 年を超えてデイ・ケア等を実施する患者について、必要性が認められる場合、**週 5 回を限度として算定できるよう見直し**。3 年を超えてデイ・ケア等を実施する患者について、週 4 日目以降は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定するよう見直し（1 年以上の長期入院歴を有する患者を除く）
- 平成 30 年改定 職員の専従が要件となっている精神科ショート・ケア等について、業務を実施していない時間帯については、業務と関連する他の業務に従事できるように見直し。業務と他の業務を異なる時間帯に実施する場合は、他の業務の専従者として届け出ることが可能に。診療報酬上評価する心理職について、経過措置を設けたうえで、公認心理師に統一。

精神科デイ・ケア等の区分

	午前	午後	夜
精神科ショート・ケア	3時間 小規模 275点 大規模 330点	3時間 小規模 275点 大規模 330点	
精神科デイ・ケア	6時間 食事 小規模 590点 大規模 700点		
精神科ナイト・ケア	食事の提供が治療の一環として行われた場合は実施時間に参入できる。		午後4時以降 食事 4時間 540点
精神科デイ・ナイト・ケア	食事 10時間		食事 1,000点

I008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）

1 小規模なもの	275 点
2 大規模なもの	330 点

【精神科ショート・ケアについて】

精神科ショート・ケアは、精神疾患を有する者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき3時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

【主な施設基準】

●精神科ショート・ケア（人員配置）

項目	精神科 医師	専従する 従事者数	内 訳	経験のある 看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	公認心理師	看護師	
大規模	1人	3人		専従者1人	専従者1人		専従者1人		
大大規模	2人	4人		上記以外の専従の従事者1人					
小規模	1人	1人		専従者1人					

※ 小規模の「経験のある看護師」は、経験を有していることが望ましい。

●精神科ショート・ケア（面積基準）

項目	1回の 限度患者数	専用施設の面積		
		患者1人当たり の面積	専用施設	最大の時の専用面積
大規模なもの	50人	4.0㎡	60㎡以上	200.0㎡
大大規模なもの	70人			280.0㎡
小規模なもの	20人	3.3㎡	30㎡以上	66.0㎡

【算定要件】

●大規模ショート・ケアの算定（疾患別診療計画の作成）

・大規模については、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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。（点数告示 注2）

・多職種が共同して疾患等に応じた診療計画（様式46の2）を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。（留意事項）

●精神科デイ・ケア等の開始日から1年超えの回数制限

条件付きで週4日で週5日を限度

・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。(点数告示 注3)

・同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア(以下「精神科デイ・ケア等」という。)を開始した日から起算して1年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。ただし、週4日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。

- ア 少なくとも6月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。
- イ 少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取していること。
- ウ 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。
- エ 当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。
 - (イ) 直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。
 - (a)当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
 - (b)当該月において、1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
 - (ロ) 直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。(留意事項)

【精神科ショート・ケアの算定回数について】

1年を超える期間は週5回が限度

実施しないと週4回まで

精神科デイ・ケア等の開始日から

ただし、下記の条件を満たさないと週4回以上は算定できない。

- ア 6月に1回 継続の必要性の精神医学的評価を実施
- イ 6月に1回 精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向聴取
- ウ 多職種が協同して作成した診療計画
(短期・長期目標、プログラム内容と実施頻度、必要とする期間)
患者又は家族の同意
- エ 直近6月の各月について以下の数値の平均が0.8未満
$$\frac{\text{月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者数}}{\text{月1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者数}} < 0.8$$

※「各月について」なので、毎月「<0.8」を満たす必要がある。

(注4 早期加算)

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。

「注4」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。

(注5 退院予定患者に対しての精神科ショート・ケア)

当該保険医療機関において、入院中の患者であつて、退院を予定しているもの(精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

「注5」については、入院中の患者であつて、退院を予定しているもの(精神科退院指導料を算定したものの又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であつて、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。

(注6 同一日に他の精神科デイ・ケア等)

精神科ショート・ケアを算定した場合は、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

(注7 40歳未満の自閉症スペクトラムなどの患者への加算)

40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。

「注7」については、概ね40歳未満の患者で構成される10人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従って、2名の従事者が当該患者グループに対

し精神科ショート・ケアを実施した場合に、40歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が10人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」(日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成)を参考に行うことが望ましい。

「注7」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症若しくは病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注7に規定する加算を算定することができるが、この場合「注5」の規定における「所定点数」には注7に規定する加算を含まないこと。

注7のまとめ

- ・ 5月限度に週1回 疾患別等専門プログラム加算として、200点を加算
- ・ 精神科の医師が特に必要と認めた場案
- ・ 2年を限度として、更に週1回かつ計20回

対象患者

40歳未満

自閉症スペクトラム、その近縁の発達障害、薬物依存症若しくは病的賭博の疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者

治療計画を共有

患者グループ(10人程度)の固定が望ましい

●当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

疾患別診療計画

様式46の2

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月

患者氏名		性別		生年月日	月 日 (歳)
主治医		デイ・ケア 担当職員			
診断		既往症			
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月病院)				
治療歴 (デイ・ケア等 の利用歴を 含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間)				
現在の状況 (症状・治療内容 等)					
デイ・ケア 利用目的					
デイ・ケア 内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)				
デイ・ケア 目標	短期目標 (おおむね3ヶ月以内)				
	長期目標 (おおむね1年以内)				
特記事項					

I009 精神科デイ・ケア（1日につき）

1 小規模なもの	590 点
2 大規模なもの	700 点

【精神科デイ・ケアについて】

精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

【主な施設基準】

●精神科デイ・ケア（人員配置）

項目	精神科 医師	専従する 従事者数	内 訳	経験のある 看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	公認心理師	看護師	
大規模	1人	3人		専従者1人	専従者1人		専従者1人		
大大規模	2人	4人		上記以外の専従の従事者1人					
小規模	1人	2人		専従者1人	専従者1人				

※ 小規模の「経験のある看護師」は、経験を有していることが望ましい。

●精神科デイ・ケア（面積基準）

項目	1回の 限度患者数	専用施設の面積		
		患者1人当 たりの面積	専用施設	最大の時の専用面積
大規模なもの	50人	4.0㎡	60㎡以上	200.0㎡
大大規模なもの	70人			280.0㎡
小規模なもの	30人	3.3㎡	40㎡以上	99.0㎡

【算定要件】

●大規模デイ・ケアの算定（疾患別診療計画の作成）

・大規模については、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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。（点数告示 注2）

・「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画（様式46の2）を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。（留意事項）



●精神科デイ・ケア等の開始日から1年超えの回数制限

条件付きで週4日で週5日を限度

精神科ショート・ケアと同じ考え方

●精神科デイ・ケア等の開始日から3年超え週3日を超えて算定する場合は

100分の90で算定（長期入院者を除く）

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・

ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。（点数告示 注6）

「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。（留意事項）

●1年以内の早期加算 50点

精神科ショート・ケアと同様の取り扱い

●退院予定患者に対しての精神科デイ・ケア 50/100を入院中1回算定可能

精神科ショート・ケアと同様の取り扱い

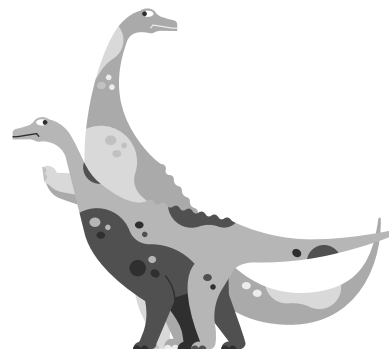
●同一日の他の精神科デイ・ケア等、重度認知症デイ・ケアは算定しない。

●当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

●治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

●同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて

実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。



【施設基準】

デイ・ケア等の「専従者」の要件について

ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることが可能である。

I010 精神科ナイト・ケア（1日につき）

540 点

【精神科ナイト・ケアについて】

精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき4時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

【主な施設基準】

●精神科ナイト・ケア（人員配置）

精神科 医師	専従する 従事者数	内 訳	作業 療法士	経験のある 看護師※	看護師	精神保健 福祉士	公認 心理師
1人	2人		専従者1人		専従者1人		

※ 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師

●精神科ナイト・ケア（面積基準）

開始時間 ・ 実施時間	1回の 限度患者数	専用施設の面積		
		患者1人当り の面積	専用施設	最大の時 の専用面積
午後4時以降 ・4時間	20人	3.3㎡	40㎡以上	66.0㎡

【留意事項】（精神科デイ・ケアと同様の取り扱い）

- 精神科デイ・ケア等の開始日から1年超えの回数制限
条件付きで週4日で週5日を限度
- 精神科デイ・ケア等の開始日から3年超え週3日を超えて算定する場合は
100分の90で算定（長期入院者を除く）
- 1年以内の早期加算 50点
- 同一日の他の精神科デイ・ケア等、重度認知症デイ・ケアは算定しない。

I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

1,000点

【精神科デイ・ナイト・ケアについて】

精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

●精神科デイ・ナイト・ケア（人員配置）

区分	精神科 医師	左記医師以外 の従事者	内 訳	作業療法士	経験のある 看護師	看護師	精神保健 福祉士	公認心理師	栄養士
ア	1人	2人		専従者1人		専従者1人			

区分	精神科 医師	左記医師以外 の従事者	内 訳	作業療法士	経験のある 看護師	看護師又は 准看護師	精神保健 福祉士	公認心理師	栄養士
イ	1人	3人		専従者1人		専従者1人	専従者1人		

区分	精神科 医師	左記医師以外 の従事者	内 訳	作業療法士	経験のある 看護師	看護師又は 准看護師	精神保健 福祉士	公認心理師	栄養士
ウ	1人	5人		専従者1人		専従者1人	専従者1人		
				従事者2人					

※ 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師

●精神科デイ・ナイト・ケア（面積基準等）

区分	実施時間	1回の 限度患者数	専用施設の面積		
			患者1人当り の面積	専用施設	最大の時の専用面積
ア	10時間	30人	3.3㎡	40㎡以上	99.0㎡
イ		50人			165.0㎡
ウ		70人			231.0㎡

【留意事項】（精神科デイ・ケアと同様の取り扱い）

- 精神科デイ・ケア等の開始日から1年超えの回数制限
条件付きで週4日で週5日を限度
- 精神科デイ・ケア等の開始日から3年超え週3日を超えて算定する場合は
100分の90で算定（長期入院者を除く）
- 1年以内の早期加算 50点
- 同一日の他の精神科デイ・ケア等、重度認知症デイ・ケアは算定しない。

●疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。

当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。(点数告示 注5)

「注5」に規定する加算の対象となる患者は、多職種が共同して特掲診療料施設基準通知の別添2の様式 46 の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。(留意事項)

	1年超えの 算定回数	3年超え 週3回	早期加算	退院予定 患者	疾患別計画	自閉症スペ クトラム
精神科ショート ・ケア	該当	—	20点	100分の50	大規模必須	200点
精神科デイ ・ケア	該当	100分の90	50点	100分の50	大規模必須	—
精神科ナイト ・ケア	該当	100分の90	50点	—	—	—
精神科デイ・ ナイト・ケア	該当	100分の90	50点	—	40点	—

診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項

【413】初回算定年月日・入院期間

I 008-2, I 009, I 010, I 010-2

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

850100246、820100745、830100226
830100227、830100228

【414】早期加算

I 008-2, I 009, I 010, I 010-2

参加者最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

850100247、850100248

【415】精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算

I 008-2

治療開始年月日を記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

850100249

診療録等への記載について

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア
精神科デイ・ナイト・ケア

【通知規定】

- ① 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。
- ② 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

【記載等の要点（例）】

- ① プログラムの要点、診療時間
4月1日 精神科ナイト・ケア 16:00～20:00
実施者：A看護師 場所：デイ・ケア室
ケアの内容：調理（サンドイッチ）
記録：シーチキンマヨネーズをパンに塗る活動をされる。スタッフからの指示があると作業をするが、声がかげしないとじっと立ったままである。
- ② 4月1日 診療計画書：カルテに保存、電子カルテにスキャン保存
精神科ショート・ケア：個別プログラム実施 9:30～12:30
実施者：B精神保健福祉士 場所：デイ・ケア室
【評価】：評価日：4月1日 評価者：C
ケアの内容：パソコン研修、社会資源の利用方法
取り組み：パソコンのスキルが向上していく実感があり、社会生活への自身につながり、自己肯定感が高まっていく様子が伺える。他のメンバーへもパソコン操作にアドバイスもしており、コミュニケーションの取り方もうまくなってきている。

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

●回数を超えて行う診療

本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療であって、①検査 ～ ③精神科専門療法（「精神科ショート・ケア」、「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」及び「精神科デイ・ナイト・ケア」）について、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。ただし、①については ～ ③については、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り実施されるものであること。

なお、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。

●地方厚生（支）局長へ届出

本制度に基づき医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施する場合において、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）等により施設基準が定められている場合には、これに適合する旨を地方厚生（支）局長に届出ていること

●情報提供

医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行うとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。なお、ウェブサイトへの掲載について、令和7年5月31日までの間、経過措置を設けている。

●患者の同意

保険医療機関は、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施するに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。

●自費負担について

患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。保険医療機関は

●特別の料金の額について

特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う

●特別の料金等の変更

特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

問14 「医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療」とは具体的にどのような場合に実施されることが想定されるのか。
答 「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」又は「精神科デイ・ナイト・ケア」を最初に算定した日から起算して3年を超えて行う期間であって、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に週5目を超えて当該療法を実施する場合。

問16 精神科デイ・ケア、「精神科ナイト・ケア」又は「精神科デイ・ナイト・ケア」の施設基準において、1日に実施できる患者数の限度が示されているが、規定する回数を超えて実施した分の患者数も加えるのか
答 加える。

疑義解釈（H17.10.21）

精神科デイ・ケア等【疑義解釈】

(問 141) 早期加算

検査目的等で短期入院して、退院した場合も退院後1年以内の期間は、精神科デイ・ケアの等早期加算を算定できるか。

(答) 算定できない。

(H22.3.29 その1)

(問 162) 早期加算

入院中の患者であって、退院を予定しているもの(精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定することができるが、当該所定点数には注3に規定する早期加算を含むのか。

(答) 含む。(H24.3.20 その1)

(問 8) 他医療機関との関連

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの留意事項通知に「…同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。」とあるが、同一日に他の保険医療機関で行う精神科専門療法も算定できないという理解でよいか。(答) そのとおり。

(H24.8.6 その15)

(問 26) 入院中の患者

精神科ショート・ケア注5及び精神科デイ・ケア注5の規定について、精神科退院指導料を算定した患者について、入院中に精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアをそれぞれ1回算定可能なのか。

(答) いずれか1回のみ算定可。

(H24.8.9 その8)

(問 155) 長期入院の合算

精神科デイ・ケアの注4に規定する、精神疾患により、通算して1年以上の長期の入院歴を有する患者について、他の保険医療機関での入院期間を合算して1年以上の入院歴を有する患者も該当するのか。

(答) 該当する。(H28.3.31 その1)

(問 1) デイとショートの兼務

精神科ショート・ケアは、精神科デイ・ケアと同一時間帯に同一場所で行えるのか。また、精神科ショート・ケアの専従の従事者は、精神科デイ・ケアを兼務できるのか。

(答) 同時実施は可能である。また、要件を満たす範囲で、デイ・ケアとの兼務も可能である。

(H18.3.28 その2)

(問 2) デイの予定からショートへ

精神科デイ・ケアと精神科ショート・ケアを同時に届出し同一施設で実施している保険医療機関において、デイ・ケアの予定で来院した患者がショートケアの時間帯のみ実施した場合に、ショート・ケアの算定は可能か。

(答) 算定可。(H18.3.28 その2)

(問 159) 疾患別診療計画

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」について、「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」で示されている、様式46の2に準じたものであれば、それぞれの医療機関ごとの様式でよいか。

(答) 様式46の2で示した内容がすべて含まれるものであれば、差し支えない。(H24.3.30 その1)

(問 160) 疾患別診療計画

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの「大規模なもの」を算定する際の「疾患等に応じた診療計画」にはどの程度の頻度で見直しを行えばよいのか。

(答) 短期目標として、概ね3ヶ月以内の目標を設定していることから、概ね3ヶ月以内に1度、短期目標の達成状況の評価を行い、必要に応じ、目標の修正を行うこと。(H24.3.30 その1)

(問 161) 疾患別診療計画

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアのうち、「大規模なもの」について、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定することになるが、診療計画に基づいてショート・ケア、デイ・ケアを提供するごとに、その内容や結果について、従事する者すべてで評価を行い、その要点を診療録に記載している場合は、参加者を少人数に分けて、それぞれに個別のプログラムを実施することは可能か。

(答) 可能 (H24.3.30 その1)

(問 152) 疾患別診療計画

週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する患者に対し作成する診療計画の様式は、「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」の別添2の様式46の2を用いてもよいのか。

(答) 用いることができる。なお、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等が記載されていれば、様式は問わない。

(H28.3.31 その1)

(問 153) 疾患別診療計画

従前より精神科デイ・ケア「大規模なもの」では、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成することとされているが、今後、1年以上精神科デイ・ケア等を継続して実施している患者に対し、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合、別に診療計画を作成する必要があるのか。

(答) 単一の診療計画で差し支えない。ただし、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合には、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて診療計画を作成する必要がある。

(H28.3.31 その1)

(問 154) 疾患別診療計画

1年以上精神科デイ・ケア等を継続している患者であって、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施するものに対し、精神科デイ・ナイト・ケアを実施した場合に、疾患別等診療計画加算を算定することができるのか。

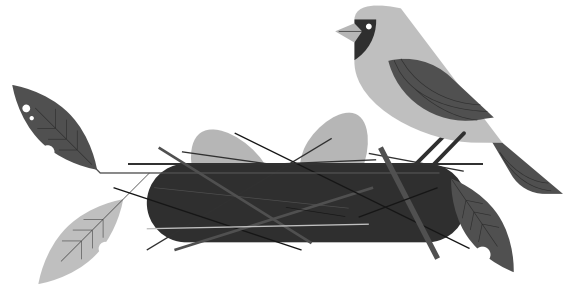
(答) 疾患別等診療計画加算の算定要件を満たしている場合には、別に算定可能である。なお、疾患別等診療計画加算を算定する場合に作成する診療計画は、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合に、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて作成する診療計画と同一で差し支えない。

(H28.3.31 その1)

(問 25) 疾患別等専門プログラム加算

精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算について、精神科ショート・ケア(大規模)の届出を行っている保険医療機関であっても、精神科ショート・ケア(小規模)の届出を合わせて行っていれば、精神科ショート・ケア(小規模)において当該加算を算定することは可能か。

(答) 算定可能。(H30.7.10 その5)



【精神科退院指導料について】

精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、1月を超えて入院している精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、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。

また、入院期間が1年を超える精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算（200点）として、退院時に1回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又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こと。

死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した場合については、算定できない。

別紙様式 24

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) 殿

年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	記載例) 週1回の通院治療、訪問看護の実施
退院後の療養上の留意点	気分の落ち込む前に対処することが大切。どう言う時に落ち込むかノートにつける
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 印

【精神科退院前訪問指導料について】

精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有する者の円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、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、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

【算定要件】

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。

（点数告示 注1）

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。

（点数告示 注2）

「注2」の加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

（留意事項）

精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。（留意事項）

診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項**【416】 I 011-2**

2回以上算定した場合は、各々の訪問指導年月日を記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

850100250

I012 精神科訪問看護・指導料

【精神科訪問看護・指導料】

精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士(以下「保健師等」という。)が、精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

【精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)】

	週3日目まで		週4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	580点	445点	680点	530点
准看護師	530点	405点	630点	490点
作業療法士	580点	445点	680点	530点
精神保健福祉士	580点	445点	680点	530点

【精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)】

同一建物居住者

	同一日に2人			
	週3日目まで		週4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	580点	445点	680点	530点
准看護師	530点	405点	630点	490点
作業療法士	580点	445点	680点	530点
精神保健福祉士	580点	445点	680点	530点

	同一日に3人			
	週3日目まで		週4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	293点	225点	343点	268点
准看護師	268点	205点	318点	248点
作業療法士	293点	225点	343点	268点
精神保健福祉士	293点	225点	343点	268点

(注1、注2、注3 精神科訪問看護・指導料の回数)

1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間については、1日につき1回に限り算定することができる。

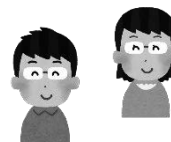
週3回（退院後3月以内の期間は週5回）
急性増悪の患者は、その日から7日間1日1回

(注4 複数名での精神科訪問看護・指導料)

注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

	保健師又は看護師・同一建物内					
	1日1回		1日2回		1日3回以上	
	1人又は2人	3人以上	1人又は2人	3人以上	1人又は2人	3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	900点	810点	1,450点	1,300点
准看護師	380点	340点	760点	680点	1,240点	1,120点

	保健師又は看護師・同一建物内・週1回	
	1人又は2人	3人以上
看護補助者	300点	270点



(注5 長時間訪問看護・指導加算(90分超え))

注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問

看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

長時間訪問を要する者（特掲施設基準 第十の一の七）

- イ 超重症の状態又は準超重症児の状態にあるもの
- ロ 別表第八に掲げる者
- ハ 医師が患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導料の必要を認めたる者




別表第八

退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌かん流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼とう痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛こう門又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥じよく瘡そうの状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（注6 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算）

注1及び注2に規定する場合であつて、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に

 6時 8時 早朝加算 210点	 18時 22時 夜間加算 210点	 6時 深夜加算 420点	精神科訪問看護・指導 を行った場合は、深夜 訪問看護加算 として420点を所 定点数に加算する。
--	--	--	--

(注7 精神科救急訪問看護加算)



注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 月14日目まで 265点
- ロ 月15日目以降 200点

「注7」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であって、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。また、当該加算を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。 (留意事項)

精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。 (留意事項)

(注10 精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対しての精神科複数回訪問加算)

1日に2回の場合		1日に3回の場合	
1人又は2人	3人以上	1人又は2人	3人以上
450点	400点	800点	720点

精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問

看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、精神科在宅患者支援管理料を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。 (留意事項)

(注 11 看護・介護職員連携強化加算)

別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

看護師又は准看護師が登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の介護職員が行う喀痰吸引等を円滑に行われるよう支援を行う。

ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

イ 当該加算は、次の場合には算定できない。

(イ) 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

(ロ) 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。
(留意事項)

(注 12 特別地域訪問看護加算)

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家までの移動にかかる時間が1時間以上である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、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 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

ロ 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の患家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

病院から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である特別区域に該当する保険医療機関、患家の精神科訪問看護・指導料の加算

当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。（留意事項）

特別地域

- ・ 離島振興法第2条第1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（宮城県）網地島、寒風沢島 など（山形県）飛島
- ・ 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
- ・ 山村振興法第7条第1項の規定により振興山村として指定された山村の地域（宮城県）花山村、旧鬼首村、旧秋保村 など（山形県）小国町、大蔵村、山寺村 など
- ・ 小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域
- ・ 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島
- ・ 過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域（宮城県）七ヶ宿町、旧河北町、旧石越町、気仙沼市 など（山形県）上山市、尾花沢市、村山市 など

届出

（注13、注14、注15、注16 外来感染対策向上加算／連携強化加算／サーベイランス強化加算／抗菌薬適正使用体制加算）

注13 組織的な感染防止対策につき初診料の注11及び再診料の注15に規定する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（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、精神科訪問看護・指導を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、初診料の注11、再診料の注15、外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

注 14 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき初診料の注 12 及び再診料の注 16 に規定する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、注 13 に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月 1 回に限り 3 点を更に所定点数に加算する。

注 15 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき初診料の注 13 及び再診料の注 17 に規定する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、注 13 に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月 1 回に限り 1 点を更に所定点数に加算する。

注 16 抗菌薬の使用状況につき初診料の注 14 及び再診料の注 18 に規定する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、注 13 に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月 1 回に限り 5 点を更に所定点数に加算する。

(注 17 訪問看護医療 DX 情報活用加算)

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の看護師等（准看護師を除く。）が、電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療 DX 情報活用加算として、月 1 回に限り 5 点を所定点数に加算する。ただし、初診料の注 15、再診料の注 19 若しくは外来診療料の注 10 にそれぞれ規定する医療情報取得加算、初診料の注 16 に規定する医療 DX 推進体制整備加算又は在宅患者訪問診療料（I）の注 13（区分番号 C 0 0 1 - 2 の注 6 の規定により準用する場合を含む。）若しくは在宅がん医療総合診療料の注 8 にそれぞれ規定する在宅医療 DX 情報活用加算又は在宅患者訪問看護・指導料の注 17（区分番号 C 0 0 5 - 1 - 2 の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療 DX 情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療 DX 情報活用加算は算定できない。

【施設基準】

1 訪問看護医療 DX 情報活用加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、看護師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- (4) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得・活用して訪問看護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。具体的には、次に掲げる事項を掲示していること。
 - ア 看護師等が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施している保険医療機関であること。
 - イ マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
- (5) (4) 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。

「注17」に規定する訪問看護医療DX情報活用加算は、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有し、患者の同意を得て、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより得られる患者の診療情報、薬剤情報や特定健診等情報を取得した上で計画的な管理を行うことを評価するものであり、単に健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していることのみをもって算定することはできない。
(留意事項)

※居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム
医療機関等のモバイル端末等で「マイナ在宅受付 Web」を利用

【通知規定】

●実施時間

精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)は、1回の訪問の実施時間に基づき、30分未満、30分以上90分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数を算定する。30分未満の訪問については、当該患者に短時間訪問の必要性があると医師が認めた場合にのみ算定する。

●訪問看護療養費を算定した月

同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。

ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。

- ア 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料

の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合

イ 服薬中断等により急性増悪した場合であって、一時的に週4日以上頻回の精神科訪問看護・指導を行う必要を認めた患者

ウ 当該保険医療機関を退院後3月以内の患者

エ 精神科在宅患者支援管理料を算定する患者

オ 精神科在宅患者支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合

なお、オの場合にあつては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日(退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5日)を限度とする。

別表第7

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

別表第8

一 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二 在宅自己腹膜灌かん流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼とう痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三 人工肛こう門又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態にある者

四 真皮を越える褥じよく瘡その状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

上記のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。

ただし、精神科在宅患者支援管理料1又は3を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）の算定、並びに精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。（留意事項）

●複数の保険医療機関等で精神科訪問看護・指導を行う場合

同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護・指導を行う場合は、当該保険医療機関及び訪問看護ステーション間において十分に連携を図る。具体的には、精神科訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、計画の立案、精神科訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。



精神科訪問看護・指導料【疑義解釈】

(問 1) 介護保険適用

精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費について、介護保険の適用のある患者で主たる傷病名の中に認知症と統合失調症の両者の診断名がある場合には、医療保険給付となるのか。

(答) 統合失調症による症状に対して精神科訪問看護が発生している場合は医療保険給付となる。

(H26. 6. 2 その 7)

(問 1) 給付調整

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について第 4 の 7 では、「精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病であって精神科訪問看護指示書が交付された患者については算定できない。」とされたが、精神科訪問看護・指導料の算定にあたっては、自院の訪問看護を担当する看護師等に精神科訪問看護指示書を交付しなければならないと解することになるか。

(答) 当該医療機関の診療録等に、精神科訪問看護指示書に含まれる以下の内容の記載があればよい。・主たる傷病名、現在の状況、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項。

(H26. 7. 10 その 8)

(問 12) 給付調整

平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者で宿泊サービス利用中に限る。）について、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問看護を行った場合でも当該指導料等を算定できるか。

(答) 訪問看護については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合は、当該指導料等は算定できない。

(H30. 4. 25 その 3)

(問 12) 給付調整

平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者で宿泊サービス利用中に限る。）について、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問看護を行った場合でも当該指導料等を算定できるか。

(答) 訪問看護については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合は、当該指導料等は算定できない。

(H30. 4. 25 その 3)

(問 143) GAF の判定

精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）における G A F 尺度による判定について、月の初日の訪問看護・指導が家族に対するものであり、当該月に患者本人への訪問看護・指導を行わなかった場合には、判定の必要はあるか。

(答) G A F 尺度による判定は必要ない。ただし、家族への訪問看護・指導であり G A F 尺度による判定が行えなかった旨を訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に記録すること。

(R2. 3. 31 その 1)

(問 144) GAF の判定

精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）における G A F 尺度による判定について、月の初日の訪問看護・指導が家族に対するものであり、患者本人には月の 2 回目以降に訪問看護・指導を行った場合には、いつの時点で G A F 尺度による判定を行えばよいか。

(答) 当該月において、患者本人に訪問看護・指導を行った初日に判定することで差し支えない。

(R2. 3. 31 その 1)

(問 163) 他科の診療所の患者

精神科訪問看護指示書の交付により、精神科以外の診療所に外来通院中の精神疾患を有する患者に対して訪問を行うことは出来るのか。(答) 精神科以外の疾患については、その担当科の医師から診療情報の提供を受け、それを踏まえて精神科医が、訪問看護の必要性があると判断し、精神科訪問看護指示書を交付した場合は、可能である。

(H24. 3. 30 その 1)

医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険相互に関連する事項等について (精神科訪問看護・指導料関連) R6. 3. 27

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

7 精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者について、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

別紙1 精神科訪問看護・指導料と入院中の患者以外の患者（介護保険を利用中の患者）算定できる。^{※9} ※9 認知症患者を除く

特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて (精神科訪問看護・指導料関連) R6. 3. 27

4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 ←「算定できない」という事

・精神科訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。また、短期入所生活介護又は介護予防入所生活介護を利用している者であって、認知症の患者以外の患者については、当該患者サービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問・看護指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）

←「認知症以外の患者」は算定できる。

・精神科訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く）

5 指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について、医師を配置しない取扱いとしている場合における当該施設に入所している者に対して行った診療については、1及び4による取扱いの対象としない。

【精神科訪問看護指示料】

精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式 17 を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（6 月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1 か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

・精神科訪問看護指示書を交付
月 1 回に限り算定（別紙様式 17）

退院時に 1 回算定できるほか、在宅で療養を行っている患者について月 1 回に限り算定できる。なお、同一月において、1 人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1 月に 1 回を限度に算定するものであること。

・精神科特別訪問看護指示書を交付
服薬中断等により急性増悪した患者に対して、頻回の訪問の指示 100 点加算
（別紙様式 17-2）

・手順書加算 150 点

特定行為に係る管理に関する手順書の交付

・衛生材料提供加算 月 1 回限り 80 点加算

必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合

別紙様式 17

(別紙様式 17)

精神科訪問看護指示書	
患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
患者住所	施設名
主訴	有効期間) 1 か月の指示は記載不要。 6 月以内の期間
現在の状況 (該当項目に○等)	病名告知 あり・なし 治療の受け入れ あり・なし 複数回訪問の必要性 あり・なし 理由・ 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 () 短時間訪問の必要性 あり・なし

(別紙様式 17 の 2)

別紙様式 17-2

精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書	
※該当する指が書で○で囲むこと	
特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
病状・主訴:	診療の日から 14 日以内の期間
留意事項及び指示事項 (※ 任意で記載する項目は、前項に○を付すこと)	
病状を判断の必要性 あり・なし 理由: 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ()	
〒	印
指定訪問看護ステーション	医師氏名

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病薬注射薬剤治療指導管理料

イ 入院中の患者 250 点

ロ 入院中の患者以外の患者 250 点

届出

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500 点

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

(留意事項)



入院中2回算定できる。

・以下の包括病棟では、管理料・薬剤料を算定できる。

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、精神科地域包括ケア病棟入院料の「除外薬剤・注射薬」に該当。

(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

○持続性抗精神病薬注射剤 (LAI)の種類

ハロペリドールデカン酸エステル (ハロマンズ®筋注)	4 週間間隔
フルフェナジンデカン酸エステル (フルデカシン®注)	4 週間間隔
リスパリドン (リスパダールコンスタ筋注用)	2 週間間隔
アリピプラゾール (エビリファイ®持続性水懸筋注用)	4 週間間隔
パリペリドンパルミチン酸エステル (ゼプリオン®水懸筋注)	4 週間間隔
(ゼプリオン TRI®水懸筋注)	12 週間間隔

●治療抵抗性統合失調症治療指導管理料

(3) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

(4) 治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

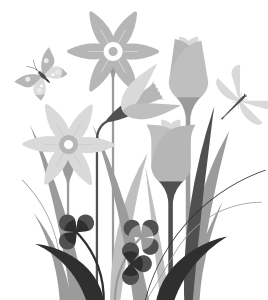
無顆粒球症などの重篤な血液障害が発現するため、クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）の登録が必要

【施設基準】

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、週3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時間以上の勤務を行っている非常勤医師（統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 副作用に対応できる体制が整備されていること。



【医療保護入院等診療料】

- (1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあつては、患者の入院形態について、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。
- (3) 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うこと。
- (4) 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。
- (5) 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

(留意事項)

【施設基準】

医療保護入院等診療料に関する施設基準

- (1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。ただし、週3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時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
- ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ**基本指針の整備**。
- イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び**行動制限最小化のための検討会議**。
- ウ 当該保険医療機関における**精神科診療に携わる職員全てを対象とした**、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する**研修会の年2回程度の実施**。

医療保護入院等診療料【疑義解釈】

(問) 行動制限とは

行動制限最小化に係る委員会で取り扱う「行動制限」は、隔離・拘束だけか。

(答) ここでいう「行動制限」は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条に示されている行動の制限であり、隔離、身体拘束の他、通信、面会の制限も含まれる。(H16. 3. 30)

(問) 入院形態の変更の時

任意入院で入院した患者が、途中から医療保護入院等診療料の対象患者となった場合は算定できるか。

(答) 算定できる。(H16. 3. 30)

(問) 複数回の算定

医療保護入院等診療料において、医療保護入院から任意入院に変更になり、また医療保護入院に変更になった場合、医療保護入院等診療料は2回算定可能か。(精神保健福祉法33条の2において、退院扱いになるため)

(答) 医療保護入院等診療料は「入院中1回」の算定であり、設問の場合は、2回は算定できない。(H16. 3. 30)

(問) 行動制限最小化委員会

行動制限最小化に係る委員会に必要な人員と最低人員数は何人か。

(答) 医師、看護師、精神保健福祉士が含まれることが必要である。人数については特に定めていない。(H16. 3. 30)

「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」

R4.3 (公社) 日本精神科病院協会 より

●目的

行動制限最小化委員会の目的は、精神科入院医療において精神症状の悪化のために行われている隔離・身体的拘束等が、病状に合わせて行動制限が最小化されるようにモニタリング、回診、検討、教育機会(指導体制や研修会等)の提供を管轄し、働きかけを行うことです。

●設置の根拠

我々精神科病院に勤めている医療者は、障害者権利条約や精神保健福祉法、障害者虐待防止法などの法律を遵守する必要があります。行動を制限することを最小にする委員会を設置するのは、入院患者の人権に配慮する上でも当然の責務です。平成16年の診療報酬の改定で「医療保護入院等診療料」が新設され、その中で「行動制限最小化委員会」の設置が義務付けられました。このため、精神科を標榜する病院で「医療保護入院等診療料」を算定する場合には、必ず設置しなければなりません。また、精神保健福祉法においては、平成17年、特定医師および特定病院に関する条項が新設された際にも、平成18年の応急入院に関する告示(平成18年12月22日障精発第1222001号)の改正によって、事後審査委員会や行動制限最小委員会の設置が明記され、診療報酬の基準に合流する形で変更が行われています。

●構成員

病院内職種(必須)

医師(指定医1名以上)、看護師(看護部門責任者、行動制限が実施される病棟師長、閉鎖病棟の看護師若干名等)、精神保健福祉士、事務職(事務長)等、その他、個々の病院において、行動制限最小化の検討及び推進に必要とされる職種

●定例会議

少なくとも月1回の開催をします。審議事項が多ければ、月2-3回の開催が必要ですが、委員の都合も考慮する必要があります。なお、認知症ケア加算・急性期看護補助体制加算・看護補助加算の診療報酬算定に係る身体的拘束(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と定義されている)を行う場合には、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う必要があります。

●一覧性の台帳

・医療保護入院等診療料の算定要件に規定されているもの

隔離、身体的拘束および通信、面会の制限、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院の患者

・上記の他、精神保健福祉法に基づく厚生労働大臣が定める基準に規定されているもの
任意入院者の開放処遇の制限

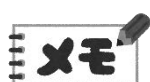
・各病院の判断で対象とするもの 車椅子ベルト、ベッド4点柵、ミトン、介護用つなぎ服等

【重度認知症患者デイ・ケア料】

精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、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届け出た保険医療機関において、患者1人当たり1日につき6時間以上行った場合に算定する。

認知症高齢者の日常生活度判定基準 ランクM

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等



「重篤な身体疾患」について

介護医療院の「介護給付費について」に以下が定義されている。

※ 重篤な身体疾病を有する者とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- a NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態
- b Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態または連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態
- c 各週二日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。
 - (a) 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）
 - (b) 透析アミロイド症で毛根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - (c) 出血性消化器病変を有するもの
 - (d) 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- d Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態
- e 連続する三日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態
- f 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態
- g 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる。（咽頭侵入が認められる場合を含む。）状態

【重度認知症患者デイ・ケア】

専用施設は内法 60 m²以上かつ患者 1 人当たりの面積が 4.0 m²

患者数	精神科 医師	専従する 従事者数	内 訳	作業療法士	看護師	精神科病棟に 勤務経験 のある看護師	精神保健 福祉士	公認 心理師	
25人	1人	3人		専従者1人	専従者1人	専従者1人			
夜間ケア 加算	1人	4人		上記以外に専従者1名					
50人	2人	6人		専従者2人	専従者2人	専従者2人			
夜間ケア 加算	2人	8人		上記以外に専従者2名					

(注2 1年以内の早期加算)

当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

「注2」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。(留意事項)

(注3 夜間ケア加算)

夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。

【精神科在宅患者支援管理料】

精神科在宅患者支援管理料は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議等により行政機関等の多機関との連絡調整を行うことを評価するものであり、月1回に限り算定する。

【精神科在宅患者支援管理料1】		単一建物	
イ（集中的支援）		□	
1人	2人以上	1人	2人以上
3,000点	2,250点	2,500点	1,875点
【精神科在宅患者支援管理料2】		単一建物	
イ（集中的支援）		□	
1人	2人以上	1人	2人以上
2,467点	1,850点	2,056点	1,542点
【精神科在宅患者支援管理料3】			
単一建物			
1人	2人以上		
2,030点	1,248点		

（注1 精神科在宅患者支援管理料1）

1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は

訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、□については月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

（注2 精神科在宅患者支援管理料2）

2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、

当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

（注3 精神科在宅患者支援管理料）

3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

（注4 以下は算定できない）

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、退院後訪問指導料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、訪問看護指示料、在宅患者連携指導料、在宅寝たきり患者処置指導管理料及び精神科訪問看護指示料は算定しない。

【対象患者】

●「1」のイ及び「2」のイに該当する患者

(2) 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 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等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計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）

ウ 「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（留意事項）

「ア」「イ」「ウ」に該当する患者

ア 1年以上の入院歴

措置入院又は緊急措置入院患者で退院後支援計画に基づく支援期間の者
入退院を繰り返す者

イ 統合失調症等の患者でGAF尺度40以下の者

ロ 包括的支援マネジメント導入基準コア項目を1つ以上又は5点以上の者
※通院・在宅精神療法 注8 療養生活継続支援加算参照

●「1」のロ及び「2」のロに該当する患者

(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。

(2)のア若しくはイに該当する患者 又は

ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者

イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者

ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

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（留意事項）

●「3」に該当する患者

(4) 「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者 (留意事項)

【算定要件】

●1のイ・2のイ (集中的支援の患者)

(7) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。

ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。 (week 週)

イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導(うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること)を行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

ウ (7)のアに規定する専任のチームが週1回以上カンファレンス(以下「チームカンファレンス」という。)を行うこと。うち、2月に1回以上は保健所若しくは精神保健福祉センター等と共同して会議(以下「共同カンファレンス」という。)を開催すること又は患者の同意を得た上で保健所若しくは精神保健福祉センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供の上報告すること。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。 (留意事項)

●1のロ・2のロ

(8) 「1」のロ及び「2」のロは、(7)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。 (month 月)

ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること)を行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

イ (7)のアに規定する専任のチームが月1回以上チームカンファレンスを行い、患者の同意を得た上で、2月に1回以上保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同

カンファレンスを行うこと。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。(留意事項)

●「チームカンファレンス及び共同カンファレンス」について

(11) チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録等に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録

(1) 配置職員

在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置

常勤精神保健福祉士を配置

作業療法士を配置

(2) 訪問看護の体制

精神科訪問看護・指導料を担当とする常勤の保健師若しくは看護師を配置

又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションと連携

(3) 24時間対応

緊急の連絡体制の確保かつ

24時間の往診・精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導料を行える体制

ア 24時間連絡を受ける担当者の指定（曜日、時間帯ごと明示）

イ 電話等による意見を求められた場合に常時対応

かつ、24時間往診できる体制又は24時間対応の訪問看護ステーションと連携

若しくは自院の精神科訪問看護・指導を行える体制

ウ 往診又は精神科訪問看護・指導料を行う者は、当直体制を担う者ではない者

エ 標榜時間外の対応 (イ)又は(ロ)を満たす

(イ)時間外対応加算1の届出

(ロ)精神科救急情報センター等からの問合せに対し、常時対応できる体制

等に添付すること。

(留意事項)

【施設基準】

1 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、以下の要件を満たしていること。

ア 在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置していること。なお、週3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時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を2

名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 常勤精神保健福祉士を配置していること。

ウ 作業療法士を配置していること。

(2) 当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師若しくは看護師を配置していること又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションとして届出を行っている訪問看護ステーションと連携していること。

(3) 精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関においては、以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは24時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア 当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者とは直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ 当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が24時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による24時間の精神科訪問看護又は当該保険医療機関による24時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。

ウ 往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

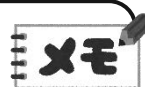
エ 標榜時間外において、当該保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

(イ) 再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救

急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

精神科在宅患者支援管理料「1」と「2」の違いは、
24時間体制を自院で確保できるか、24時間対応している
訪問看護ステーションと連携するかの違い



2 精神科在宅患者支援管理料「3」に関する施設基準

精神科在宅患者支援管理料「1」又は「2」の届出を行っていること。

(精神科オンライン在宅管理料)

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診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

【施設基準】

精神科オンライン在宅管理料に関する施設基準

- 1 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、精神科オンライン在宅管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

総合支援計画書

別紙様式 41

〒 _____ 市 _____ 区 _____ 町 _____ 番 _____ 号 _____ 号 (記 号 する 際 は 〇 を の で 囲 ん で く だ さ い)	
フリガナ氏名	姓 _____ 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳) 性別 _____ 性 _____ 別 _____ 男・女 _____
(1) 病名	主たる精神障害: _____ 従たる精神障害: _____ 身体合併症: _____
(2) 直近の入院状況	・ 直近の入院日: 年 _____ 月 _____ 日 ~ 退院日: 年 _____ 月 _____ 日 ・ 入院期間: 年 _____ 月 _____ 日 ・ 入院形態: <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置 (緊急措置含む) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法 <input type="checkbox"/> 連続時 BAF () ・ 通院困難な理由 () _____
(3) 現在の病状、状態像等 (本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)	本人 _____ 医療者 _____
(4) 処方内容	_____
(5) 生活能力の状態	1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他 () _____ <input type="checkbox"/> 家族の協力体制 【あり・無し】 2. 日常生活動作 (ADL) ・ ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・ 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・ 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・ トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・ 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・ 衣類の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・ 適切な薬服用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 身辺の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 食料 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 医薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 身辺の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・ 交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準 ・ 該当するコア項目: _____ ・ 導入基準の達成: <input type="checkbox"/> 是 (該当する項目: _____)
(6) 各種サービス利用状況 (支援計画策定時点)	・ 精神障害者看護福祉手帳 (1級、2級、3級、4級、5級、6級、7級、8級、9級、10級、11級、12級、13級、14級、15級、16級、17級、18級、19級、20級、21級、22級、23級、24級、25級、26級、27級、28級、29級、30級、31級、32級、33級、34級、35級、36級、37級、38級、39級、40級、41級、42級、43級、44級、45級、46級、47級、48級、49級、50級、51級、52級、53級、54級、55級、56級、57級、58級、59級、60級、61級、62級、63級、64級、65級、66級、67級、68級、69級、70級、71級、72級、73級、74級、75級、76級、77級、78級、79級、80級、81級、82級、83級、84級、85級、86級、87級、88級、89級、90級、91級、92級、93級、94級、95級、96級、97級、98級、99級、100級) ・ 障害年金 (1級、2級、3級、4級、5級、6級、7級、8級、9級、10級、11級、12級、13級、14級、15級、16級、17級、18級、19級、20級、21級、22級、23級、24級、25級、26級、27級、28級、29級、30級、31級、32級、33級、34級、35級、36級、37級、38級、39級、40級、41級、42級、43級、44級、45級、46級、47級、48級、49級、50級、51級、52級、53級、54級、55級、56級、57級、58級、59級、60級、61級、62級、63級、64級、65級、66級、67級、68級、69級、70級、71級、72級、73級、74級、75級、76級、77級、78級、79級、80級、81級、82級、83級、84級、85級、86級、87級、88級、89級、90級、91級、92級、93級、94級、95級、96級、97級、98級、99級、100級) ・ 障害者福祉/支援区分 (1区分、2区分、3区分、4区分、5区分、6区分、7区分、8区分、9区分、10区分、11区分、12区分、13区分、14区分、15区分、16区分、17区分、18区分、19区分、20区分、21区分、22区分、23区分、24区分、25区分、26区分、27区分、28区分、29区分、30区分、31区分、32区分、33区分、34区分、35区分、36区分、37区分、38区分、39区分、40区分、41区分、42区分、43区分、44区分、45区分、46区分、47区分、48区分、49区分、50区分、51区分、52区分、53区分、54区分、55区分、56区分、57区分、58区分、59区分、60区分、61区分、62区分、63区分、64区分、65区分、66区分、67区分、68区分、69区分、70区分、71区分、72区分、73区分、74区分、75区分、76区分、77区分、78区分、79区分、80区分、81区分、82区分、83区分、84区分、85区分、86区分、87区分、88区分、89区分、90区分、91区分、92区分、93区分、94区分、95区分、96区分、97区分、98区分、99区分、100区分) ・ 療養介護 (1療養介護1、2療養介護1、3療養介護1、4療養介護1、5療養介護1、6療養介護1、7療養介護1、8療養介護1、9療養介護1、10療養介護1、11療養介護1、12療養介護1、13療養介護1、14療養介護1、15療養介護1、16療養介護1、17療養介護1、18療養介護1、19療養介護1、20療養介護1、21療養介護1、22療養介護1、23療養介護1、24療養介護1、25療養介護1、26療養介護1、27療養介護1、28療養介護1、29療養介護1、30療養介護1、31療養介護1、32療養介護1、33療養介護1、34療養介護1、35療養介護1、36療養介護1、37療養介護1、38療養介護1、39療養介護1、40療養介護1、41療養介護1、42療養介護1、43療養介護1、44療養介護1、45療養介護1、46療養介護1、47療養介護1、48療養介護1、49療養介護1、50療養介護1、51療養介護1、52療養介護1、53療養介護1、54療養介護1、55療養介護1、56療養介護1、57療養介護1、58療養介護1、59療養介護1、60療養介護1、61療養介護1、62療養介護1、63療養介護1、64療養介護1、65療養介護1、66療養介護1、67療養介護1、68療養介護1、69療養介護1、70療養介護1、71療養介護1、72療養介護1、73療養介護1、74療養介護1、75療養介護1、76療養介護1、77療養介護1、78療養介護1、79療養介護1、80療養介護1、81療養介護1、82療養介護1、83療養介護1、84療養介護1、85療養介護1、86療養介護1、87療養介護1、88療養介護1、89療養介護1、90療養介護1、91療養介護1、92療養介護1、93療養介護1、94療養介護1、95療養介護1、96療養介護1、97療養介護1、98療養介護1、99療養介護1、100療養介護1) ・ 障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(7) 再発予防・健康維持のための目標 (1ヶ月後)	<input type="checkbox"/> 再発への懸念 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 気分・観望 <input type="checkbox"/> その他 () _____
(8) 今後必要とされる収入源	<input type="checkbox"/> 不労 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家族からの援助 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () _____
(9) 今後必要とされる各種サービス	1. 精神科医療 <input type="checkbox"/> 精神科通院 (当院、他院) <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア、 <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス <input type="checkbox"/> 直接訪問介護【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> 行動支援【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> グループホーム【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> 生活介護【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> 居宅介護 (ホームヘルプ)【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> 療養所による訪問【 <input type="checkbox"/> 日/週】 <input type="checkbox"/> その他サービス () 【 <input type="checkbox"/> 日/週】 3. その他 () _____
(10) 連携すべき関係機関	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 () _____
(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標	_____
(12) 訪問予定日	<input type="checkbox"/> 「訪問診療」 [担当] _____ 訪問予定日: 月 _____ 日 ()、月 _____ 日 ()、月 _____ 日 ()、月 _____ 日 ()、月 _____ 日 () <input type="checkbox"/> 「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 訪問予定日: 月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当] 月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当] 月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当] 月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当]、月 _____ 日 () [担当]
(13) (7) ~ (11) を達成するための、具体的な支援計画	<input type="checkbox"/> 「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 _____ 支援計画 () _____ <input type="checkbox"/> 「看護・介護について」 担当者/職種 _____ 支援計画 () _____ <input type="checkbox"/> 「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 _____ 支援計画 () _____ <input type="checkbox"/> 「社会資源について」 担当者/職種 _____ 支援計画 () _____ <input type="checkbox"/> 「その他行うべき支援」 担当者/職種 _____ 支援計画 () _____
本人・家族氏名	_____
医師: _____ 看護師: _____	_____
作業療法士: _____ 精神保健福祉士: _____	_____
その他関係職種: _____	_____
医療機関所在地: _____ 診療担当科名: _____	_____
名 称: _____ 医師氏名 (自署又は記名押印) _____	_____
電 話 番 号: _____	_____
緊急時電話番号: _____	_____

●「総合支援計画書」の記載について

- ・ 何月目が記載 1ヶ月目~6ヶ月目 (6月が限度)
 - (1) 病名
 - (2) 直近の入院状況
 - (3) 現在の病状、状態像等 (本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)
 - (4) 処方内容
 - (5) 生活能力の状態
 - 1. 現在の生活環境 2. 日常生活動作 (ADL) 3. 日常生活能力の判定
 - 4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準
 - (6) 各種サービス利用状況 (支援計画策定時点)
 - (7) 再発防止・健康維持のための目標 (1ヶ月後)
 - (8) 今後必要とされる収入源
 - (9) 今後必要とされる各種サービス
 - (10) 連携すべき関係機関
 - (11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標
 - (12) 訪問予定日
 - (13) (7) ~ (11) を達成するための、具体的な支援計画
- 本人・家族氏名
 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士の氏名 その他関係職種
 緊急時電話番号

診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項

【427】精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合

直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、「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、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

842100054、842100055、820100194、820100195、820100196、820100197、820100198、820100199、820100200、820100201、820100202、820101191、820101192、820101193、842100113、850100261、850100262、850100263、851100008、852100013、830100234

【427】精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合

精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

850100264、850100265、850100266、830100235

【427】精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、精神科在宅患者支援管理料（2）のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」の口及び「2」の口を算定する場合）

急性増悪における状態像について記載すること。

●レセプト電算処理システムコード

830100236、830100237

精神科在宅患者支援管理料【疑義解釈】

(問 80) 多職種会議

多職種会議について、月1回以上保健所又は精神保健福祉センター等と合同で会議を開催することとなっているが、この「等」には何が含まれるのか。(答) この「等」とは、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、介護サービス事業所を指す。(H26.3.31 その1)

(問 84) 多職種会議

多職種会議について、月1回以上保健所又は精神保健福祉センター等と合同で会議を開催することとなっているが、先方の都合で参加できない場合はどうなるか

(答) 先方の都合等で、当月に合同で会議が開催できなかった場合は、翌月に2回開催する等、平均して月1回以上合同で会議を開催している場合に限り算定できる。(H26.3.31 その1)

(問 81) 障害福祉サービスの利用

障害福祉サービスの利用開始月において、算定できるか

(答) 障害福祉サービスの利用を行っている月は算定できない。

(H26.3.31 その1)

(問 82) 複数の訪問看護ステーションと連携

複数の訪問看護ステーションと連携して24時間体制を構築することは可能か。

(答) 連携する訪問看護ステーションは1カ所とするため、複数の訪問看護ステーションと連携することはできない。

(H26.3.31 その1)

(問 83) 24時間連絡を受ける担当者

24時間連絡を受ける担当者は、チームを構成する医師、保健師又は看護師、作業療法士、精神保健福祉士のいずれかの者に限るのか。

(答) その通り。なお、連絡先電話番号等については、担当者個人の連絡先に限らず、当該保険医療機関の24時間連絡を受けることができる部門等を指定することで差し支えないが、この場合、患者及びその家族等から当該連絡先に連絡があった場合においては、直ちに、24時間連絡を受ける担当者へ転送することができる体制又は担当者より折り返しコールバックを行うことができる体制を有すること。

(H26.3.31 その1)

(問 85) 1と2を選択算定

同一保険医療機関において患者ごとに1と2を選択して算定する事は可能か。

(答) 算定することはできない。

(H26.3.31 その1)

(問 25) 対象患者の入院

当該管理料を算定中又は算定後の患者が入院し、再度、対象患者の要件に該当した場合に、当該管理料を再算定することができるか。

(答) 算定可能。当該管理料を算定中の者が再算定する場合には、再算定を開始した日を初回算定日として算定すること。

(H28.6.14 その4)

自立支援医療（精神通院医療）について（厚労省資料参照）

自立支援医療（精神通院医療）は、通院による精神医療を続ける必要がある方の通院医療費の自己負担を軽減するための公費負担医療制度です。

1 対象となる方

精神障害により、通院による治療を続ける必要がある程度の状態の方
対象疾患

統合失調症

うつ病、躁うつ病などの気分障害

薬物などの精神作用物質による急性中毒又はその依存症

PTSDなどのストレス関連障害や、パニック障害などの不安障害

知的障害、心理的発達障害

アルツハイマー病型認知症、血管性認知症

てんかん

2 医療費の軽減が受けられる医療の範囲

精神障害や、当該精神障害に起因して生じた病態に対して、外来、外来での投薬、デイ・ケア、訪問看護等が対象となります。

<対象外>

入院医療の費用、病院や診療所以外でのカウンセリングなど、精神障害と関係ない疾患の医療費

自立支援医療（精神通院医療）について（厚労省資料参照）

3 医療費の自己負担

① 負担割合 3割 → 1割

② 1割の負担が過大にならないように、ひと月の負担額に上限設定

③ 重度かつ継続^{※1}の対象者は負担上限月額が軽減

※1 「重度かつ継続（高額治療継続者）」の範囲は以下の1～3のどれかに該当した場合です。

- 健康保険から支給される高額療養費が、「多数該当」（1年間に4回以上高額療養費に該当）している世帯
- 主たる精神障害が、国際疾病分類ICD-10コードにおいて次の分類に該当する方
 - ・F0 症状性を含む器質性精神障害（認知症などの脳機能障害）
 - ・F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症など）
 - ・F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
 - ・F3 気分障害（躁うつ病、うつ病など）
 - ・G40 てんかん
- 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の症状を示す精神障害のため計画的集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む）を継続的に要すると診断された方として、認定を受けた方
 - ・情動及び行動の障害
 - ・不安及び不穏状態

自立支援医療（精神通院医療）について（厚労省資料参照）

●自己負担

区分	市町村民税	一般	重度かつ継続
一定所得以上	235,000円以上	対象外	20,000円
中間所得2	33,000円以上235,000円未満	1割又は高額療養費の限度額	10,000円
中間所得1	33,000円未満		5,000円
低所得2	非課税	5,000円	
低所得1	非課税（80万円以下）	2,500円	
生活保保	生活保護世帯	0円	

●月額医療費の負担イメージ

医療保険（7割）	自立支援医療費	患者負担
----------	---------	------

※ 院外処方の場合、その調剤薬局分も含まれます。

自立支援医療（精神通院医療）について（厚労省資料参考）

〇〇年〇〇月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 5,000円 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	印

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額 累計額	自己負担額 徴収印
〇〇月〇〇日	〇〇病院	3,000円	3,000円	印
〇〇月〇〇日	〇〇薬局	1,000円	4,000円	印
〇〇月〇〇日	〇〇病院	1,000円	5,000円	印
月 日	〇〇薬局	0円		
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

●「自己負担上限管理表」で自己負担額の管理

【精神科関連の主な掲示規定】

健康保険法に基づく掲示

例) 当院は、健康保険法第 63 条第 3 項第 1 号の保険医療機関です。

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づく掲示事項

- 院内掲示の対象（保険外併用療養費以外）
以下の 5 つの事項は、院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項である。

入院基本料に関する事項	保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)
厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院(DPC病院)であること	基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ、救急補正係数及び激変緩和係数
地方厚生(支)局長への届出事項に関する事項	各種施設基準及び入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等
診療報酬明細書の発行状況に関する事項	明細書の発行状況に関する事項
保険外負担に関する事項	おむつ代、病衣等日常生活上のサービスに係る費用やインフルエンザ等の予防接種等、保険外負担として患者から徴収する費用

- 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等

医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項
特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項
予約に基づく診察に関する事項
時間外診察に関する事項
医科点数表等に規定する回数を超えてる診療に関する事項

施設基準の規定により院内掲示規定があるもの

項目	規定
情報通信機器を用いた診療	情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。
医療情報取得加算	次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ①オンライン資格確認を行う体制を有していること。 ②当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 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。
医療DX推進体制整備加算	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・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。原則として、ウェブサイトに掲載していること。
病院の入院基本料の基準	・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 ・各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示（第3「届出受理後の措置等」の7の掲示例による）
医師事務作業補助体制加算	医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること
医療安全対策加算	当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること
精神科入退院支援加算	病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。
一般名処方加算	医薬品の供給状況や、令和6年10月より長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、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。原則として、ウェブサイトに掲載していること。

院内掲示・WEBサイトに掲載が必要な事項（例）

厚生労働大臣の定める掲示事項

当院は、健康保険法第63条第3項第1号の保険医療機関です。

1 入院基本料に関する事項

人員配置については満床が1年間継続した場合の数値

●1階病棟（50床・精神病棟入院基本料）

精神病棟15対1入院料を算定しています。当病棟では1日10人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。

時間帯	看護職員
9:00～17:00	1人当たりの受持ち患者数は9人以内
17:00～9:00	1人当たりの受持ち患者数は25人以内

夜勤帯2名勤務として

●2階病棟（45床・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1を算定しています。当病棟では1日11人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。

時間帯	看護職員
9:00～17:00	1人当たりの受持ち患者数は9人以内
17:00～9:00	1人当たりの受持ち患者数は15人以内

夜勤帯3名勤務として

●3階病棟（50床・精神療養病棟入院料）

精神療養病棟入院料を算定しています。当病棟では1日10人以上の看護要員（看護師、准看護師及び看護補助者）が勤務しています。

時間帯	看護要員
9:00～17:00	1人当たりの受持ち患者数は9人以内
17:00～9:00	1人当たりの受持ち患者数は25人以内

夜勤帯2名勤務として

●4階病棟（33床・認知症治療病棟入院料1）

認知症治療病棟入院料を算定しています。当病棟では1日9人以上の看護要員（看護師、准看護師及び看護補助者）が勤務しています。

時間帯	看護要員
9:00～17:00	1人当たりの受持ち患者数は11人以内
17:00～9:00	1人当たりの受持ち患者数は11人以内

夜勤帯3名勤務として

2 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について

当院では、入院の際に医師を初めとする関係職員が共同して、患者さんに関する診療計画を策定し、7日以内に文書によりお渡ししております。また、厚生労働大臣が定める院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準を満たしております。

3 明細書発行体制について

医療の透明化や患者さんへの情報提供を推進していく観点から、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の判る明細書を無料で発行しています。また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担の無い方についても、明細書を無料で発行しております。

明細書には、使用した医薬品の名称や行われた検査の名称が記載されるものです。その点をご理解いただき、ご家族が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行を含めて、明細書の発行を希望されない方は、料金計算窓口にてその旨お申し出ください。

4 当院は●●厚生局に下記の届出を行っております。

1 入院時食事療養費（I）

当院は、「入院時食事療養費（I）」の届出を行っており、管理栄養士によって管理された食事を適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しています。

- 2 基本診療料の施設基準等に係る届出（令和7年4月時点） 省略
- 3 特掲診療料の施設基準等に係る届出（令和7年4月時点） 省略

5 保険外併用療養費に関する事項について

特別の療養環境の提供に関する事（差額室料）について

当院では、特別な療養環境室（差額室）を設置しております。患者さんのご希望により当該病室へ入室される場合は差額料金をお支払いいただくことになります。ただし、治療上必要がありご入室された場合は、この限りではありません。

103号室	個室（トイレ付）	4,400円
104号室	個室（トイレ付）	4,400円

WEB サイトに掲載が必要な主な事項（精神科関連）（例）

個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について

医療の透明化や患者さんへの情報提供を推進していく観点から、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の判る明細書を無料で発行しています。また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担の無い方についても、明細書を無料で発行しております。

明細書には、使用した医薬品の名称や行われた検査の名称が記載されるものです。その点をご理解いただき、ご家族が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行を含めて、明細書の発行を希望されない方は、料金計算窓口にてその旨お申し出ください

医療 DX 推進体制整備加算について

当院では、医療 DX を通じた質の高い診療提供を目指しております。

- ・オンライン請求を行っております。
- ・オンライン資格確認等システムにより取得した医療情報を診察室で閲覧または活用して診療をできる体制を実施しています。
- ・マイナ保険証利用を促進するなど、医療 DX を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいます
- ・電子処方箋を発行する体制を有していること。

情報通信機器を用いた診療について

当院では情報通信機器を用いた診療を行うにつき、以下の体制を整備しております。

- 1 保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に該当しており、事後的に確認が可能な場所で実施します。
- 2 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有しています。
- 3 患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応いたします。
- 4 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方はいりません。

医療情報取得加算について

当院では情報通信機器を用いた診療を行うにつき、以下の体制を整備しております。

- 1 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っております。
- 2 オンライン資格確認を行う体制を有しています。
- 3 受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行っております。

後発医薬品の使用促進について

当院では厚生労働省の後発医薬品使用促進の方針に従って、当院でも後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいます。後発医薬品の採用に当たっては、品質確保・十分な情報提供・安定供給等、当院の定める条件を満たし、有効かつ安全な製品を採用しております。後発品の供給不足等が発生した場合に、治療計画の見直し等、適切な対応ができる体制を当院では整備しております。なお、状況によっては、患者さんへ投与する医薬品が変更となる可能性があります。変更にあたって、ご不明な点やご心配なことがありましたら、当院職員までご相談ください。ご理解ご協力をお願いいたします。

一般名処方に関するお知らせ

後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした一般名処方（一般的な名称により処方箋を発行すること）を行う場合があります。特定の医薬品が不足した場合であっても、一般名処方により必要な医薬品が提供しやすくなります。また、患者さまが一般名処方の処方せんから長期収載品へ変更を希望した場合は「選定療養」の対象となり患者さまの特別負担が発生します。

【対象となる医薬品】

後発医薬品の上市後 5 年以上経過した長期収載品（準先発品を含む）

後発医薬品の置換率が 50%以上となった長期収載品（準先発品を含む）

【自己負担額】

後発医薬品の最高価格帯との価格差の 4 分の 1

※医療上の必要性により医師が一般名処方（後発医薬品への変更不可）をした場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合、バイオ医薬品については選定療養費の対象外です。

詳細については、厚生労働省の HP でご確認ください。

掲示と職員への周知が必要な主な事項

看護職員の負担軽減及び処遇改善について

当院では、看護職員の負担軽減及び処遇改善のため、下記の項目について取り組みを行っています。

夜勤の減免制度

半日・時間単位休暇制度

所定労働時間の短縮

リハビリ職種の活用

患者外出支援における相談員・事務職員との連携

11 時間以上の勤務間隔の確保

夜勤の連続回数が 2 連続まで

看護補助業務のうち 5 割以上が療養生活上の世話

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善 に関する取り組みについて

2025年度

項目	取り組み事項	前年度に対する評価
育児休業中（4月1日現在）	0名	—
育児短時間勤務者（4月1日現在）	6名	—
介護休業中（4月1日現在）	0名	—
妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	夜勤の減免制度※	実施
	半日・時間単位休暇制度※	実施
	所定労働時間の短縮※	実施
看護職員と他職種の業務分担	リハビリ職種の活用※	実施
	患者外出支援における相談員・事務職員との連携	実施
夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等	11時間以上の勤務間隔の確保※	実施
	夜勤の連続回数が2連続まで※	実施
	看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話※	実施

「※」は前年度からの引き続きの取り組み事項

おわりに

本テキストは、厚生労働省から発出されている様々な告示・通知を精神科病院で勤務されている事務の方が効率的に活用できるようにまとめたものです。その疑義等の確認に下記の資料を参照しています。

【資格・所属学会等】

施設基準管理士
診療報酬請求事務能力認定試験（医科）合格
情報処理技術者試験合格
認定登録医業経営コンサルタント
精神保健福祉士、環境計量士
日本医療・病院管理学会、日本精神神経学会

【参考資料】

- 日本施設基準管理士協会編
施設基準パーフェクトブック 2024 度版
- 社会保険研究所編
医科点数表の解釈 令和 6 年 6 月版
施設基準の事務手引 令和 6 年 6 月版
保険医療機関のための診療報酬とカルテ記載 令和 6 年版
新明細書の記載要領 令和 6 年 6 月版
医科点数表 Q&A 集 令和 5 年 4 月版

E-mail : shu-n@ca2.so-net.ne.jp
TEL 022-256-5166 (安田病院 沼田)
仙台市宮城野区小田原二丁目 2 番 40 号