

## ① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

### 第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> | <p>【結核病棟入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト <u>医師事務作業補助体制加算</u><br/>(<u>50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。</u>)</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>※ <u>有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、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についても同様。</u></p> |

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

【医師事務作業補助体制加算】

1 医師事務作業補助体制加算 1  
イ 15対1補助体制加算 920点  
ロ 20対1補助体制加算 708点

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

※ 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料2についても同様。

【医師事務作業補助体制加算】

1 医師事務作業補助体制加算 1  
イ 15対1補助体制加算 970点  
ロ 20対1補助体制加算 758点

|   |               |             |   |               |             |
|---|---------------|-------------|---|---------------|-------------|
| ハ   | 25対1補助体制加算    | <u>580点</u> | ハ   | 25対1補助体制加算    | <u>630点</u> |
| ニ   | 30対1補助体制加算    | <u>495点</u> | ニ   | 30対1補助体制加算    | <u>545点</u> |
| ホ   | 40対1補助体制加算    | <u>405点</u> | ホ   | 40対1補助体制加算    | <u>455点</u> |
| ヘ   | 50対1補助体制加算    | <u>325点</u> | ヘ   | 50対1補助体制加算    | <u>375点</u> |
| ト   | 75対1補助体制加算    | <u>245点</u> | ト   | 75対1補助体制加算    | <u>295点</u> |
| チ   | 100対1補助体制加算   | <u>198点</u> | チ   | 100対1補助体制加算   | <u>248点</u> |
| 2   | 医師事務作業補助体制加算2 |             | 2   | 医師事務作業補助体制加算2 |             |
| イ   | 15対1補助体制加算    | <u>860点</u> | イ   | 15対1補助体制加算    | <u>910点</u> |
| ロ   | 20対1補助体制加算    | <u>660点</u> | ロ   | 20対1補助体制加算    | <u>710点</u> |
| ハ   | 25対1補助体制加算    | <u>540点</u> | ハ   | 25対1補助体制加算    | <u>590点</u> |
| ニ   | 30対1補助体制加算    | <u>460点</u> | ニ   | 30対1補助体制加算    | <u>510点</u> |
| ホ   | 40対1補助体制加算    | <u>380点</u> | ホ   | 40対1補助体制加算    | <u>430点</u> |
| ヘ   | 50対1補助体制加算    | <u>305点</u> | ヘ   | 50対1補助体制加算    | <u>355点</u> |
| ト   | 75対1補助体制加算    | <u>230点</u> | ト   | 75対1補助体制加算    | <u>280点</u> |
| チ   | 100対1補助体制加算   | <u>188点</u> | チ   | 100対1補助体制加算   | <u>238点</u> |
| [施設基準]  |               |             | [施設基準]  |               |             |
| (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。  |               |             | (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。  |               |             |
| ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。  |               |             | ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。  |               |             |
| イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 |               |             | イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 |               |             |
| <u>(新設)</u>   |               |             | <u>ウ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。</u>  |               |             |
| ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。  |               |             | エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。  |               |             |

## ④ 栄養サポートチーム加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

### 第2 具体的な内容

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）を追加する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～ヤ 略</p> | <p>【結核病棟入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～タ 略<br/><u>レ 栄養サポートチーム加算</u><br/>ソ～マ 略</p> |
| <p>【精神病棟入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～テ 略</p> | <p>【精神病棟入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～ク 略<br/><u>ヤ 栄養サポートチーム加算</u><br/>マ～メ 略</p> |
| <p>【特定機能病院入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等</p>   | <p>【特定機能病院入院基本料】<br/>[算定要件]<br/>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等</p>  |

加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る））を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

## ② 診療情報の提供に対する評価の新設

### 第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料（Ⅲ） 150点

[対象患者]

- (1) 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
- (3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関に紹介された患者

[算定要件]

- (1) 別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につ

き3月に1回に限り算定する。

- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

### ③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

#### 第1 基本的な考え方

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）において、医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に対して、児が学校生活を送るに当たって必要な情報を主治医が提供した場合の評価を新設する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【診療情報提供料（Ⅰ）】<br/>[算定要件]<br/><u>（新設）</u></p> | <p>【診療情報提供料（Ⅰ）】<br/>[算定要件]<br/><u>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、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、患者1人につき月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>(1) 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。</u></p> |
| <p><u>（新設）</u></p>                             |   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(2) 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(3) 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。</u></p>                                |

### ③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

#### 第1 基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神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。

#### 第2 具体的な内容

精神病棟に入院中の患者に対して、入院医療を提供する保険医療機関の多職種チームと、地域において当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について共同で指導等を行った場合の評価を新設する。

#### (新) 精神科退院時共同指導料

|   |        |
|---|--------|
| <u>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)</u> |        |
| 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   |
| <u>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)</u>   |        |
|   | 700点   |

#### [対象患者]

- 1のイ 精神病棟に入院中の患者であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）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（平成15年法律第110号）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（以下この区分番号において「措置入院者等」という。）
- 1のロ 精神病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者
- 2 1のイ及び1のロの患者

[算定要件]

- (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、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療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。ただし、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。
- (2) 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、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、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医療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。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。
- (3) 1のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師(以下、看護師等という。)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(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (4) 1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成28~30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「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」を満たした、重点的な

支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた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（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

- (5) 2については、(3)又は(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（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6) 外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「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、別添●の様式を用いること。
- (8) 当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (9) 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。
- (10) 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

#### [施設基準]

- (1) 精神科退院時共同指導料1を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科退院時共同指導料2を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること。
- (3) 当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

- (4) 重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●に掲げる包括的支援マネジメント導入基準を1つ以上満たすものをいう。
- (5) 当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

## ④ 精神科外来における多職種による 相談支援・指導への評価

### 第1 基本的な考え方

地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【通院・在宅精神療法】<br/>[算定要件]<br/><u>(新設)</u></p> | <p>【通院・在宅精神療法】<br/>[算定要件]<br/><u>注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、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、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、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250点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(21)「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者に</p> |

ついて、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「看護師等」という。）又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月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。

ア 当該患者の支援方針等について、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。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、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（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。

ウ 医師は、診療録に当該患者の

|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。</u></p> <p><u>エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u><br/> <u>療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。</u></p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u><br/> <u>ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。</u><br/> <u>イ 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環境整備支援及び指導の対象患者の数は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。</u></p> <p><u>(2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。</u></p> |
|--|--|

## ② データ提出加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。
2. 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料7が一定期間算定できるよう、規定を見直す。
3. 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に1回に算定可能とする。
4. 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】<br/>[施設基準]<br/>データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。<br/><u>ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。</u></p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】<br/>[施設基準]<br/><u>許可病床数が200床以上の病院にあ</u></p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】<br/>[施設基準]<br/>データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】<br/>[施設基準]<br/>データ提出加算に係る届出を行っ</p> |

つては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

**【急性期一般入院基本料】**

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

**【経過措置】**

[施設基準]

八 平成30年3月31日において、現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、平成31年3月31日（ただし、当該保険医療機関の許可病床数が50床未満、当該保険医療機関が保有する病棟が1のみ又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入

た保険医療機関であること。

**【急性期一般入院基本料】**

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

ただし、新規に保険医療機関を指定する場合であって急性期一般入院料7を届け出る場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。

（急性期一般入院料7について、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすことができる。）

**【経過措置】**

[施設基準]

八 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものは、平成32年3月31日)までの間に限り、次の(1)から(9)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(9)までに定めるものに該当するものとみなす。

- (1) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (2) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のイ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (3) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のロ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (4) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のハ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (5) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料1 第五の三の(1)のイの⑦
- (6) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料2 第五の三の(1)のイの⑦
- (7) 旧医科点数表の特定機能病院入院基本料の一般病棟の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(3) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料6(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

五の(1)のイの②の5

(8) 旧医科点数表の専門病院入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の六の(2)の口の⑤

(9) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料第九の十の(2)のト、(3)（(2)のトに限る。）、(4)のニ、(5)（(4)のニに限る。）、(6)のロ又は(7)

(新設)

(削除)

(削除)

九 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データの提出を行う事が困難であることについて正当な理由があるもの限り、当分の間、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5

(3) 旧医科点数表の回復期リハビ



|  |  |
|--|--|
| <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p> | <p><u>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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとにつき1回、所定点数に加算する。</u></p> <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>40点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2の<u>ロ</u>を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>1割未満</u>であること。)</p> | <p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>2%未満</u>、かつ診療報酬明細書においては同割合が<u>10%未満</u>であること。)</p> |
|---|---|

[経過措置]

データ提出加算に係る施設基準について、令和2年3月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料5、6(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)、療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料の病床が200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合については、当分の間、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。



|   |   |
|---|---|
| <p>(1) 単一建物診療患者 1 人<br/>2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上<br/>1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人<br/>2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上<br/>1,542点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>注 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、ロについては月 2 回以上行っている場合に限る。）に、<u>単一建物診療患者の人数に従い、当該患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、イについては、6 月を限度として算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>(1) 単一建物診療患者 1 人<br/>2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上<br/>1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人<br/>2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上<br/>1,542点</p> <p><u>3 精神科在宅患者支援管理料 3</u></p> <p><u>イ 単一建物診療患者 1 人</u><br/>2,030点</p> <p><u>ロ 単一建物診療患者 2 人以上</u><br/>1,248点</p> <p>注 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、ロについては月 2 回以上行っている場合に限る。）に、<u>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。</u></p> <p><u>2 1のハについては、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に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者 1 人につ</u></p> |
|---|---|

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、患者又はその家族の同意を得て、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、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

（新設）

き月1回に限り算定する。

3 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、患者又はその家族の同意を得て、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。

4 3については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者であって、精神科在宅患者支援管理料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。

|   |   |
|---|---|
| <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(5) 「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。</p> <p>ウ (5)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(6) 「1」の口及び「2」の口は、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> | <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者について、<u>初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</u></p> <p>(4) 「3」については、以下のいずれかに該当する患者に限り算定すること。</p> <p>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、<u>6月を経過した患者</u></p> <p>イ 「1」の口又は「2」の口を前月に算定した患者であって、<u>引き続き訪問診療が必要な患者</u></p> <p>(6) 「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。</p> <p>ウ (6)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンス（以下「<u>チームカンファレンス</u>」という。）を行うこと。うち、<u>2月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「<u>共同カンファレンス</u>」という。）を開催すること。</u>ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が<u>共同カンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>なお、<u>共同カンファレンスについては、初回は対面で行うこと。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「<u>ビデオ通話</u>」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</u></p> <p>(7) 「1」の口及び「2」の口は、(6)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。</p> |
|---|---|

イ (5)のアに規定する専任のチーム及び保健所又は精神保健福祉センター等と共同して月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(8) 精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のウに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア (5)のアに規定するチームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに直面で参加しているとき

イ 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会すること

(9) また、精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のアに規定する関係者のうちいずれかが「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（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入

イ (6)のアに規定する専任のチームが月1回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度、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、共同カンファレンスについては、ビデオ通話を用いて参加することもできる。

(削除)

(削除)

|   |  |
|---|--|
| <p><u>院料1のみを届け出ている病院を除く。）等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</u></p> <p><u>(10)精神科在宅患者支援管理料2のロにおける(6)のイに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ並びに精神科在宅患者支援管理料2の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。</p> <p>ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。</p> | <p>(削除)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ、<u>精神科在宅患者支援管理料2並びに精神科在宅患者支援管理料3の施設基準</u></p> <p>イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。</p> <p>ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。</p> |
|---|--|

[経過措置]

精神科在宅患者支援管理料1のハを令和2年3月31日時点で現に算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き当該管理料を算定できる。

3. 訪問看護療養費における精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算について、精神科在宅患者支援管理料の見直しにあわせて以下の取扱いとする。

| 現 行   | 改定案   |
|---|---|
| <p>【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】<br/>[算定要件]<br/>注10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号1016に掲げる精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】<br/>[算定要件]<br/>(略)</p> | <p>【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】<br/>[算定要件]<br/>注10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号1016に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>※ <u>精神科訪問看護・指導料における精神科複数回訪問加算についても同様。</u></p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】<br/>[算定要件]<br/>(略)</p> <p>※ <u>チームカンファレンス及び共同カンファレンスの要件について、精神科在宅患者支援管理料と同様に見直す。</u></p> |

## ④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

### 第1 基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

| 現 行  | 改定案  |
|--|--|
| <p>【地域移行機能強化病棟】<br/>[施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.9</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.9</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>1.5%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当</p> | <p>【地域移行機能強化病棟】<br/>[施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.85</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.85</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>2.4%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当</p> |

該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

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

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。

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

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

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12）

（新設）

該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

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

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。

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

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

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12）

- (18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届出する場合には、今回届出前月末日

|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。</u></p> |
|--|--|

2. 当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【地域移行機能強化病棟】<br/>[施設基準]<br/>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等<br/>(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準<br/>ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。</p> <p>[施設基準]<br/>(8) 当該病棟に<u>2名以上（入院患者の数が40を超える場合は3名以上）</u>の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>2名</u>の専従の常勤精神保健福祉士と、<u>1名</u>の専従の常勤社会福祉士が配置されていけばよいこと。</p> | <p>【地域移行機能強化病棟】<br/>[施設基準]<br/>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等<br/>(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準<br/>ト 当該病棟に専従の<u>常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）</u>配置されていること。</p> <p>[施設基準]<br/>(8) 当該病棟に<u>1名以上</u>の専従の常勤精神保健福祉士及び<u>専任の常勤精神保健福祉士1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）</u>が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>1名</u>の専従の常勤精神保健福祉士及び<u>1名の専任の常勤精神保健福祉士</u>と、<u>1名の専任の常勤社会福祉士</u>が配置されていけばよいこと。</p> |

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和2年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和6年3月31日までに延長する。

## ⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、3つの類型に分けて評価する。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【精神科急性期医師配置加算】<br/>精神科急性期医師配置加算（1日につき）<br/><u>500点</u><br/>(新設)</p>  | <p>【精神科急性期医師配置加算】<br/>精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>1 <u>精神科急性期医師配置加算1</u><br/><u>600点</u></p> <p>2 <u>精神科急性期医師配置加算2</u></p> <p>イ <u>精神病棟入院基本料等の場合</u><br/><u>500点</u></p> <p>ロ <u>精神科急性期治療病棟入院料の場合</u><br/><u>500点</u></p> <p>3 <u>精神科急性期医師配置加算3</u><br/><u>450点</u></p> |
| <p>[算定要件]<br/>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> | <p>[算定要件]<br/>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、<u>当該基準に係る区分に従い、</u>所定点数に加算する。</p>  |

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

ロ 次のいずれも満たしていること。

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有する保険医療機関であること。

(新設)

② 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。

イ 次のいずれも満たしていること。

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。

③ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

本料に限る。)であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。

(新設)

(新設)

[施設基準]

1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

(新設)

であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算 2の口の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- ② 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(5) 精神科急性期医師配置加算 3の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。
- ② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること
- ③ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

[施設基準]

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算 1に

ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(新設)

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

(新設)

ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

## 関する基準

(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上であること。

(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

## 3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

ウ 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

エ 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

オ 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(4) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

(5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

(6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該



## ⑥ 精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し

### 第1 基本的な考え方

精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料、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及び地域移行機能強化病棟入院料について、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>[施設基準]<br/>【別表第五の一の四】<br/>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬<br/>クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）<br/><u>（新設）</u></p> <p>【別表第五の一の五】<br/>精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬<br/>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）<br/>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p> | <p>[施設基準]<br/>【別表第五の一の四】<br/>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬<br/>クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）<br/><u>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。）</u></p> <p>【別表第五の一の五】<br/>精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬<br/>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）<br/>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)</u></p> |
|--|--|

2. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 <u>250点</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1については、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、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、<u>月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p><u>イ 入院中の患者 250点</u></p> <p><u>ロ 入院中の患者以外 250点</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1のイについては、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、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、<u>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。</u></p> <p><u>2 1のロについては、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、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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</u></p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>(新設)</p> <p>(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、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、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。</p> | <p>したときに算定する。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> |
|--|--|

## ⑦ 精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

### 第1 基本的な考え方

精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者について、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直し、また、精神科急性期治療病棟入院料を算定できる期間についても見直す。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【精神科救急入院料】<br/>[算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）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（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</p> | <p>【精神科救急入院料】<br/>[算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）<u>若しくはウに該当する患者</u>であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）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（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）<br/><u>（新設）</u></p> <p>(2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。<br/><u>（新設）</u></p> | <p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）</p> <p><u>ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者</u></p> <p>(2) <u>新規患者については、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。</u></p> <p>(3) (1)のウに該当する患者については、<u>当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。</u></p> <p><u>ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする。</u></p> <p><u>イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。</u></p> <p><u>※ 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。</u></p> |
|---|---|

2. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]<br/>精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p> | <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]<br/>精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、<u>医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者</u>を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p> <p>※ <u>精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における精神科急性期医師配置加算、及び精神科救急・合併症入院料についても同様。</u></p> |

## ⑧ 精神科救急入院料の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

### 第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る保険医療機関においては、病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口万対1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であ</p> | <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関が</u>、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口<u>1万人当たり</u>1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口<u>1万人当たり</u>0.5件</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>ること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。</u></p> | <p>以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。</u></p> <p>※ <u>精神科救急入院料2についても同様。</u></p> |
|---|--|

2. 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</p> | <p>【精神科救急入院料】<br/>[施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、<u>令和4年3月31日までの間</u>、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</p> |

## ⑨ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

### 第1 基本的な考え方

ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直す。

### 第2 具体的な内容

算定対象となる入院料として、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟）を追加する。

| 現 行  | 改定案  |
|--|--|
| <p>【精神病棟入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～コ (略)<br/><u>(新設)</u><br/>エ～ユ (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～ミ (略)<br/>シ ハイリスク分娩管理加算<br/>(一般病棟に限る。)<br/><u>エ～イニ</u> (略)</p> | <p>【精神病棟入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～コ (略)<br/><u>エ ハイリスク分娩管理加算</u><br/><u>テ～メ</u> (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】<br/>[算定要件]</p> <p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。<br/>イ～ミ (略)<br/>シ ハイリスク分娩管理加算<br/>(一般病棟又は精神病棟に限る。)<br/><u>エ～イニ</u> (略)</p> |

## ⑩ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

### 第1 基本的な考え方

ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 市町村又は都道府県の職員とのカンファレンスに係る参加者の要件及びビデオ通話等による参加の要件を見直す。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】<br/>[算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師及び市町村又は都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p> | <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】<br/>[算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師及び市町村若しくは都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、初回は対面で実施すること。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>できる。</p> <p><u>ア (5)のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(7) (5)のカンファレンスを実施した場合は、その都度、市町村等にその結果を文書により情報提供を行うこと。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p> |
|---|--|

2. 市町村又は都道府県との連携実績に係る要件を見直す。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p><b>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】</b><br/>[施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(1) 精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内である患者について、直近1年間の市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）との連携実績が1件以上であること。</u></p> | <p><b>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】</b><br/>[施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料1については、施設基準の届出を不要とする。</u></p> |

## ⑪ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

### 第1 基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

小児特定疾患カウンセリング料について、公認心理師が実施する場合の評価を新設する。また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【小児特定疾患カウンセリング料】<br/>[算定要件]</p> <p>イ 月の1回目 500点<br/>ロ 月の2回目 400点<br/>(新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) 乳幼児期及び学童期における特</p> | <p>【小児特定疾患カウンセリング料】<br/>[算定要件]</p> <p>イ 医師による場合<br/>(1) 月の1回目 500点<br/>(2) 月の2回目 400点<br/>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) イについては、乳幼児期及び学</p> |

定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(新設)

(新設)

(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。

(2) ロについては、一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとし、治療計画を立てた患者に対し乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。なお、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。

(3) (1)及び(2)のカウンセリングを家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

## ⑫ クロザピンを投与中の患者に対する ヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

### 第1 基本的な考え方

クロザピンを投与中の患者については、定期的にヘモグロビンA1cを測定する必要があることから、ヘモグロビンA1cの検査について要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1c (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。</p> | <p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1c (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。<u>また、クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンA1c (HbA1c) を月1回に限り別に算定できる。</u></p> |

## ⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、対象疾患等の要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限を見直す。

| 現 行  | 改定案       |             |      |   |           |             |  |   |      |      |   |           |             |
|--|-----------|-------------|------|---|-----------|-------------|--|---|------|------|---|-----------|-------------|
| <p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b><br/>精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上10日以内</td> <td style="text-align: right;"><u>225点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]<br/>注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p> | 1         | 7日以内        | 450点 | 2 | 8日以上10日以内 | <u>225点</u> | <p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b><br/>精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上15日以内</td> <td style="text-align: right;"><u>300点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]<br/>注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。</u></p> | 1 | 7日以内 | 450点 | 2 | 8日以上15日以内 | <u>300点</u> |
| 1  | 7日以内      | 450点        |      |   |           |             |  |   |      |      |   |           |             |
| 2  | 8日以上10日以内 | <u>225点</u> |      |   |           |             |  |   |      |      |   |           |             |
| 1  | 7日以内      | 450点        |      |   |           |             |  |   |      |      |   |           |             |
| 2  | 8日以上15日以内 | <u>300点</u> |      |   |           |             |  |   |      |      |   |           |             |

2. 対象に指定難病の患者を加える。

| 現 行  | 改定案  |
|--|--|
| <p>[施設基準]<br/>別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者<br/>(略)<br/><u>(新設)</u></p> | <p>[施設基準]<br/>別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者<br/>(略)<br/><u>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）</u></p> |

## ⑭ 精神療養病棟における リハビリテーションの推進

### 第1 基本的な考え方

精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟におけるリハビリテーションの算定要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

| 現 行   | 改定案   |
|---|---|
| <p>【精神療養病棟入院料】<br/>[算定要件]</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> | <p>【精神療養病棟入院料】<br/>[算定要件]</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、<u>区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H</u></p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><u>003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</u></p> |
|--|---|

## ⑮ ギャンブル依存症に対する治療の評価

### 第1 基本的な考え方

ギャンブル依存症に対して有効な治療の提供を推進する観点から、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

依存症集団療法の対象疾患にギャンブル依存症を追加する。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【依存症集団療法（1回につき）】<br/>340点</p> <p>[算定要件]<br/>(新設)</p> <p>(1) 依存症集団療法は、入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソル</p> | <p>【依存症集団療法（1回につき）】</p> <p>1 薬物依存症の場合 340点<br/>2 ギャンブル依存症の場合 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 2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、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。</p> <p>(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。<br/>ア 入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に</p> |

ト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、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、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。)であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。

(2) 依存症集団療法は、1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。

(3) 依存症集団療法は、平成22~24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。

(新設)

規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、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、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。)であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 平成22~24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル(平成三十年法律第七十四号ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、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、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上

|  |  |
|--|--|
| <p>[施設基準]<br/>当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p><u>(新設)</u></p><br><p><u>(新設)</u></p> | <p><u>の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。</u></p> <p><u>イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。</u></p> <p><u>ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。</u></p> <p>[施設基準]<br/><u>(1) 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</u></p> <p><u>(2) 依存症集団療法の2にあつては、(1)に加え、ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。</u></p> <p><u>2 依存症集団療法2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成29年6月13日障発0613第4号）における依存症専門医療機関であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれ</u></p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p><u>も依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)</u>。</p> <p><u>(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。</u></p> <p><u>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8時間以上の研修時間であるもの。)</u>。</p> <p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むこと。</u></p> <p><u>(イ) ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴</u></p> <p><u>(ロ) ギャンブル依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) ギャンブル依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ニ) ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ホ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点</u></p> <p><u>ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。</u></p> |
|--|---|

## ⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

### 第1 基本的な考え方

精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算の要件の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護基本療養費等について、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へのG A F尺度により判定した値の記載を要件とする。

| 現 行   | 改定案  |
|---|--|
| <p>【精神科訪問看護基本療養費】<br/>[算定要件]<br/><u>(新設)</u></p>  | <p>【精神科訪問看護基本療養費】<br/>[算定要件]<br/><u>精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、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、当該月の最初の訪問看護時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u></p>   |
| <p>【精神科訪問看護・指導料】<br/>[算定要件]<br/>(20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</p> | <p>【精神科訪問看護・指導料】<br/>[算定要件]<br/>(20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、<u>当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</u>また、<u>診療報酬明細書の摘要欄に、当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u></p> |

2. 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

| 現 行   | 改定案   |
|---|---|
| <p>【精神科訪問看護指示料】<br/>（別紙様式17）<br/>精神科訪問看護指示書<br/>複数名訪問の必要性 あり・なし<br/><u>（新設）</u></p> | <p>【精神科訪問看護指示料】<br/>（別紙様式17）<br/>精神科訪問看護指示書<br/>複数名訪問の必要性 あり・なし<br/>理由：<br/>1. <u>暴力行為、著しい迷惑行為、<br/>器物破損行為等が認められる者</u><br/>2. <u>利用者の身体的理由により一<br/>人の看護師等による訪問看護が<br/>困難と認められる者</u><br/>3. <u>利用者及びその家族それぞれ<br/>への支援が必要な者</u><br/>4. <u>その他（自由記載）</u><br/><br/>※ <u>精神科特別訪問看護指示書につい<br/>ても同様。</u></p> |

3. 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

| 現 行  | 改定案   |
|--|---|
| <p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】<br/>イ <u>保健師、看護師、作業療法士又は<br/>精神保健福祉士による場合</u><br/>（1）～（4）（略）<br/>ロ 准看護師による場合<br/>（1）～（4）（略）<br/><u>（新設）</u><br/><br/><u>（新設）</u></p> | <p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】<br/>イ 保健師又は看護師による場合<br/>（1）～（4）（略）<br/>ロ 准看護師による場合<br/>（1）～（4）（略）<br/>ハ <u>作業療法士による場合</u><br/><u>（1）～（4）（略）</u><br/>ニ <u>精神保健福祉士による場合</u><br/><u>（1）～（4）（略）</u><br/><br/>※ <u>精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）に<br/>ついても同様。</u></p> |