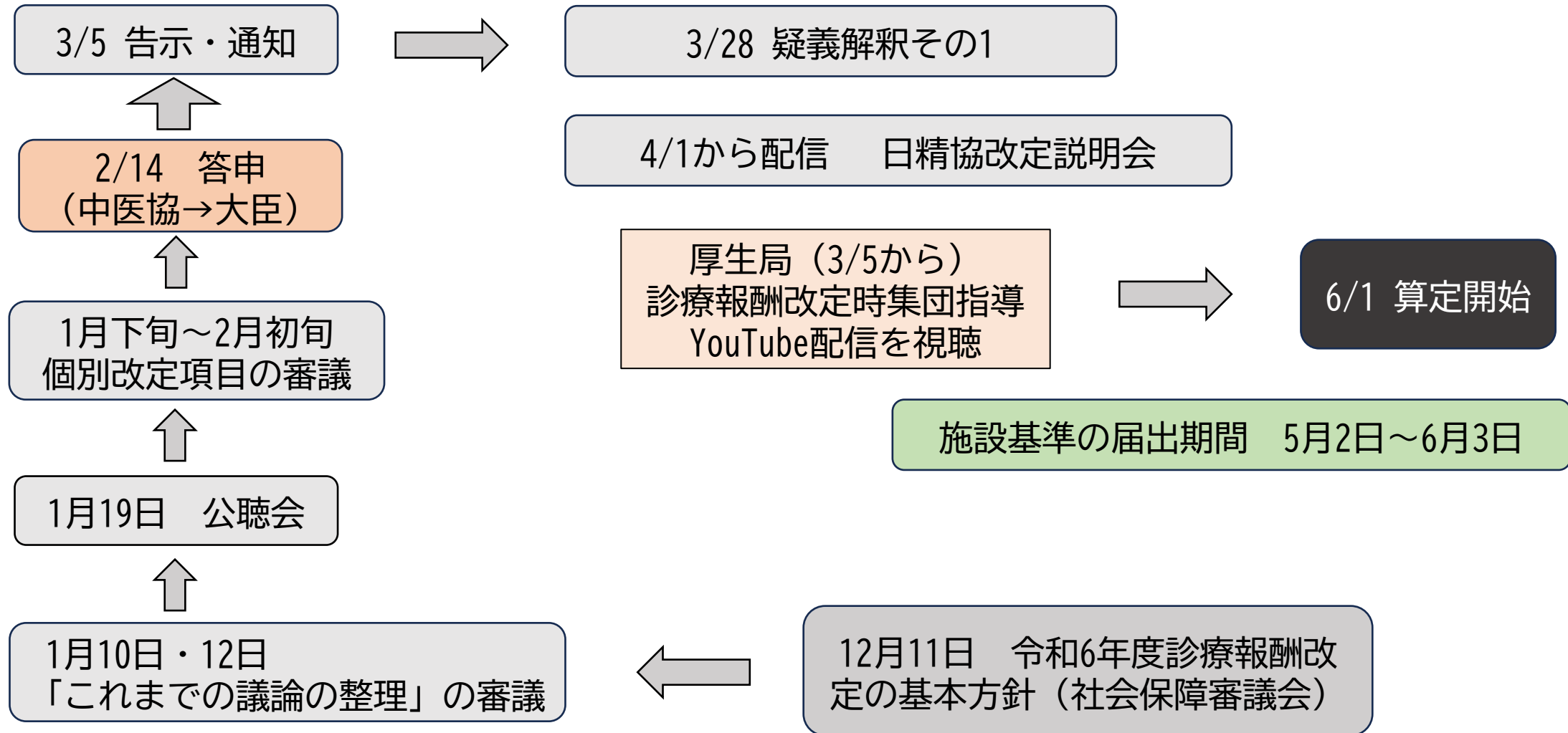


「告示・通知」 R6.3.5 要点整理
－改定詳細のポイント－
R6.4.16版

安田病院事務長 沼田 周一

第65回 精神科病院 医事研修会

令和6年度診療報酬改定の流れ



主な改定項目

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのためのベースアップ評価料により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う入院基本料等の引き上げ。
- 入院料通則においては、栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた初再診料の引き上げ。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

1 初診時 6点 / 2 再診時等 2点 等
(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料 1 1,688点

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料 (一般病棟の場合) 1,822点

【初診料・再診料等】

初診料 291点

再診料 75点

2. 医療DXの推進

- 医療情報取得加算が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- 在宅医療DX情報活用加算により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

(新) 医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算 1 3点

医療情報取得加算 2 1点

再診時 (3月に1回に限り算定)

医療情報取得加算 3 2点

医療情報取得加算 4 1点

(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時)

(新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回)

8点

10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- 発熱外来に代わる発熱患者等対応加算を新設。抗菌薬の適正使用も抗菌薬適正使用体制加算として評価。
- 入院患者に対して、特定感染症入院医療管理加算を新設し、感染対策を引き続き評価。
- また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、特定感染症患者療養環境加算として個室管理等を評価。

(新) 特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 200点

それ以外の場合 100点

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 300点

陰圧室加算 200点

(新) 発熱患者等対応加算

20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

(新) 急性期リハビリテーション加算

50点 (14日目まで)

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- 障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直し。
- 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

(新) 協力対象施設入所者入院加算(入院初日)

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算
1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護障害連携加算 1	192点
ロ 介護障害連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、一般名処方加算の見直し等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の実施。

(新)生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(月1回)

特定疾患処方管理加算 56点

地域包括診療加算 1/2 28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2 38点/31点

【一般名処方加算】
一般名処方加算 1/2 10点/8点

後発医薬品使用体制加算 1/2/3 87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3 8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】 4点

【処方箋料】 60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する地域包括医療病棟を新設。
- 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び遠隔ICU加算の新設。
- DPC/PDPSによる、大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- 看護補助体制充実加算の見直しにより経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2 440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点(体制強化加算は廃止)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- 在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進。
- 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- 患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。
- 患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける24時間対応体制にかかる評価の見直し。

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

(新) 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（その他の場合） 325/405/485点

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）

イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円

ロ イ以外の場合 6,520円

8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 精神科における地域包括ケアを推進する精神科地域包括ケア病棟の新設。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料

(新) 初回 800点他

小児入院医療管理料（1日につき）

(新) 看護補助加算 151点

(新) 看護補助体制充実加算 156点

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- 急性期入院医療におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設。
- 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- 医療と介護における栄養情報連携の推進
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報連携料 70点

(新) バイオ後続品使用体制加算 100点

【在宅血液透析指導管理料】
(新) 遠隔モニタリング加算 115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

精神科関連の新設項目（主なもの）

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

精神科関連の見直し項目（主なもの）

- 入院の見直し
- 特定入院料の施設基準を満たさなくなった場合の取扱いを明確化
- 初再料の見直し
- 医師事務作業補助者体制加算の見直し
- 看護補助体制充実加算
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
- 診療録管理体制加算の見直し
- 診療報酬における書面要件の見直し
- 診療情報提供料の情報提供先の見直し
- 精神科訪問看護指示書の見直し
- 入院時食事料の値上げ
- データ提出加算
- 地域移行機能強化病棟入院料の届出期間延長、退院実績要件
- 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算
- 通院・在宅精神療法の精神保健指定医、非指定医以外の点数
- 精神科在宅患者支援管理料
- 一般名処方の見直し
- 後発医薬品使用体制加算の見直し
- 検査料の見直し

賃上げ

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

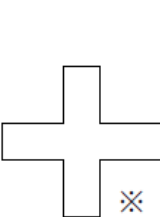
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

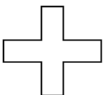
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)

・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

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

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

5

「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」＋「入院ベースアップ評価料」で看護職員等のベースアップを実施する。

対象外職員は初再診料、入院料等の引き上げで対応

賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

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

<u>(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)</u>		
<u>1</u>	<u>入院ベースアップ評価料 1</u>	<u>1 点</u>
<u>2</u>	<u>入院ベースアップ評価料 2</u>	<u>2 点</u>
↓		
<u>165</u>	<u>入院ベースアップ評価料 165</u>	<u>165 点</u>

[算定要件]

・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

「入院ベースアップ
評価料」

計算式から
1点から165点で算定

対象職員
薬剤師、看護師など

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

【施設基準の概要】

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

【施設基準の概要】

- (5) (4)について、届出に当たっては、別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。
また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
- 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (7) (6)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 当該保険医療機関において、社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

・届出が必要

・毎年3、6、9、12月に算出し、変更がないか確認する。

・定期昇給は除く

●施設基準の届出

○外来・在宅ベースアップ評価料(I)

- ・別添2の様式95
- ・賃金改善計画書

○入院ベースアップ評価料

- ・別添2の様式97
- ・賃金改善計画書

●定時報告

- ・毎年6月 様式97
- ・毎年8月

賃金改善実績報告書

賃金改善計画書（様式97）

様式97

入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月（通知別表●を参照）

☐ 新規
☐ 区分変更

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行

3 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超え

※ 【記載上の注意】1を参照

4 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される
を算出する値(【C】)

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(「2」の入力に連動)

☐ 前年3月～2月 ☐ 前年6月～5月 ☒ 前年9月～8月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前

賃金改善事績報告書（様式98）

保険医療

Ⅰ. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

☐ 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
☒ 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ～ 令和 年

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8
アップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ～ 令和 年

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア
まない。

※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当
分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含ま

Ⅲ-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み(③の期間中)

④算定金額の見込み

外来ベースアップ評価料(Ⅰ)等による算定金額の見込み

入院ベースアップ評価料による算定金額の見込み

入院ベースアップ評価料の区分 (

賃金改善実施期間における、入院基本料に係る算定回数の見込み

⑤令和7年度への繰越予定額(令和6年度届出時のみ記載)

⑥前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)

● 「賃上げ」の考え方 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問2 「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年9月5日事務連絡)別添の問18において、「A500」看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当については、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと。」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か。

(答) ベースアップ評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。

問3 医科点数表における「0000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料(以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。)並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金(超過勤務手当)や賞与に反映させる必要はあるのか。

(答) 労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列举されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。

問4 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法(金額・割合等)について、職員に応じて区分することは可能か。

(答) 可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。

問5 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。

(答) いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する。

● 「賃上げ」の考え方 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、**当該評価料による賃金改善の実績**の対象に含めてよい。

問7 ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、**周知の具体的方法**如何。

(答) 例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる。

問8 ベースアップ評価料について、**区分変更**を行う場合はどのような届出が必要か。

(答) 保険医療機関(医科)については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要。

問9 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準において、令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を**令和5年度と比較して4分5厘**以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実績に含めることができることとされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよい。

(答) 引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。

① 給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する。

② 以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。

当該年度において基本給等が引き上げられた後の対象職員の1月当たりの基本給等の総額

- － 令和5年度における1月当たりの対象職員の基本給等の総額
- － 定期昇給がある場合にあっては1月当たりの対象職員の基本給等の引き上げ額のうち定期昇給相当額の総額

×100

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額

● 「賃上げ」の考え方 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問10 問9について、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額について、どのように考えたらよいか。

(答) 令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う。ただし、いずれの年度においても在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合においては、各年度における全ての対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい。

問11 ベースアップ評価料において、「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」(令和6年3月5日保医発0305第6号)の別表4のミ「その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)」とは、具体的にどのような職員か。

(答) 別表4のア～マに該当しない職種の職員であって、医療機関における業務実態として、主として医療に従事しているものを指す。ただし、専ら事務作業(医師事務作業補助者、歯科業務補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。)を行うものは含まれない。

問17 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか。

(答) 次の①及び②を想定している。

① 健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分(事業者負担分を含む。)

② 退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分(事業者負担分を含む。)

問18 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。

(答) 当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である。

その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい。

● 「賃上げ」の考え方 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問21 **外来即入院**となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料（I）を算定した上で、「0000」看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。

（答）算定可能。

問23 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。

（答）延べ入院患者数は、第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者を対象として、毎日24時現在で当該保険医療機関に入院していた患者の延べ数を計上する。ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、**入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める**。

問24 問23 について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。

（答）自由診療の患者については、計上しない。**公費負担医療や労災保険**制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

問28 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、**外泊期間中**であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。

（答）算定可。

● 「賃上げ」の考え方 疑義解釈その2 (R6.4.12)

問1 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「〇〇〇〇」及び「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P〇〇〇」看護職員処遇改善評価料の施設基準における「特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」並びに医科点数表における「〇100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「〇101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「〇102」入院ベースアップ評価料、歯科点数表における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下「ベースアップ評価料」という。）の施設基準における「賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならないこと。」について、新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいか。

（答）差し支えない。

問4 ベースアップ評価料の施設基準において、「対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。」とあるが、時給制で労働する対象職員について、時給の引き上げによって賃上げを実施してもよいか。

（答）差し支えない。また、この場合において、労働時間が短縮したことにより月の給与総額が減少していても、差し支えない。ただし、届出等に係る「対象職員の給与総額」の記入においては、実際に対象職員に対し支払った給与総額を用いること。

医療DX

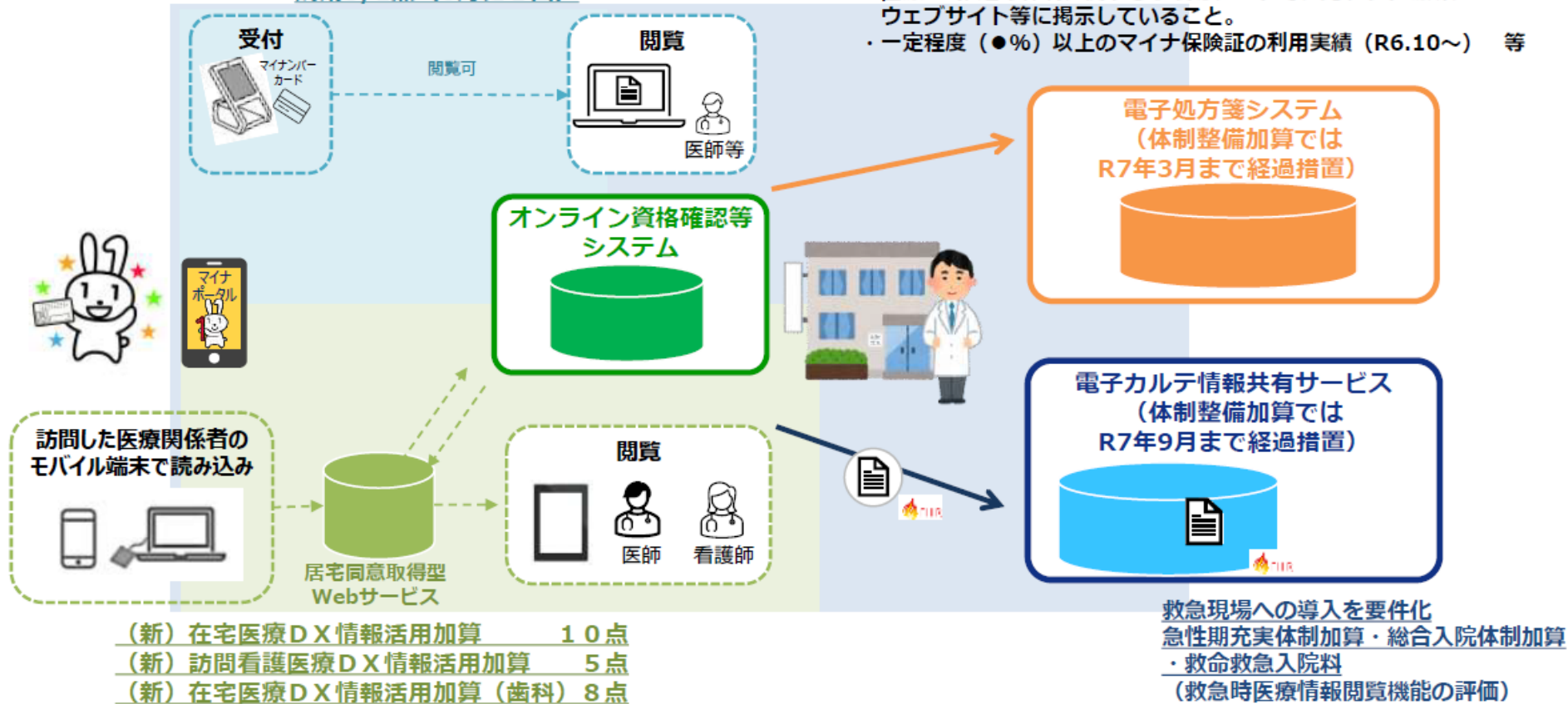
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に1回）

（新）医療DX推進体制整備加算 8点、6点（歯科）、4点（調剤）

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

●医療DX全体像

R6.12.2 健康保険証の発行が終了

※答申書附帯意見

令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2点

〔施設基準〕

- 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。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 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及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 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。

改定後

【医療情報取得加算】

初診時

医療情報取得加算 1	3点
医療情報取得加算 2	1点

再診時（3月に1回に限り算定）

医療情報取得加算 3	2点
医療情報取得加算 4	1点



以下の場合を新たに評価

- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
- 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

〔施設基準〕

- 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。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 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及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 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。

●医療情報取得加算

○初診1・再診3

オンライン資格確認を導入している保険医療機関において、患者の**薬剤情報**や**特定健診情報等の診療情報**を活用して質の高い診療を実施する体制を評価

○初診2・再診4

電子資格確認により当該患者に係る**診療情報**を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）	4点



[算定要件（医科医療機関）]

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

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン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。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
(調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

39

●医療DX推進体制整備加算

・診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制

・電子処方箋の発行
（経過措置 R7.3.31まで）

・マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。

（令和6年10月1日から適用）
実績（利用率）は追って通知

・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。

精神科 入退院支援加算

精神科入退院支援加算の新設

・施設基準届出用紙
様式40の9の2

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

算定要件

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点(退院時1回)

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点(退院時1回)

(概要)

- (1) 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (4) 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。



施設基準

(概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ 直近1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

●精神入退院支援加算

算定要件

- ① 7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出
- ② 7日以内に患者、家族と病状や退院後の話し合い
- ③ 退院支援計画書の作成
- ④ 3月に1回カンファレンス

主な施設基準

- ・専従看護師と専任精神保健福祉士 又はその逆
- ・連携機関10以上
- ・直近1年間で自立支援援助等5人以上

精神科入退院支援加算の新設

- 精神科入退院支援加算の新設に伴い、現行の精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

現行	改定後
【精神科措置入院退院支援加算】600点	<u>(削除)</u> 「精神科措置入退院支援加算」として 「入退院支援加算注2」で加算

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

現行	改定後
【精神科救急急性期医療入院料】 注4 院内標準診療計画加算	【精神科救急急性期医療入院料】 <u>(削除)</u> ※精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。
【精神療養病棟入院料】 注5 退院調整加算	【精神療養病棟入院料】 <u>(削除)</u> ※認知症治療病棟入院料についても同様。

点数告示

● 精神科入退院支援加算 A246-2

点数表

A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算（退院時 1 回） 1,000点

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保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の注 7 若しくは区分番号 A 3 1 2 に掲げる精神療養病棟入院料の注 5 に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号 A 2 3 0 - 2 に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1 回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

注 2 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について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時 1 回に限り、300 点を更に所定点数に加算する。

● 以下を算定する場合は算定できない。

精神病棟入院基本料・精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算
精神科地域移行実施加算、精神科退院指導料

算定要件

● 精神科入退院支援加算 A246-2

点数表・留意事項

(新) 精神科入退院支援加算(退院時1回) 1,000点

A246-2 精神科入退院支援加算

- (1) 精神科入退院支援加算は、精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、精神科入退院支援加算にあつてはこの限りでない。
- (2) 入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
- ア 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であること
 - イ 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であること
 - ウ 医療保護入院の者であつて、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があつた者であること
 - エ 当該入院の期間が1年以上の患者であること
 - オ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 - カ 生活困窮者であること
 - キ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 - ク 身体合併症を有する患者であつて、退院後に医療処置が必要なこと
 - ケ 入退院を繰り返していること
 - コ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
 - サ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
 - シ その他平成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、別紙様式51に掲げる「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つ以上満たす者であること(この場合、「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。)

退院困難な要因

算定要件

● 精神科入退院支援加算 A246-2

点数表・留意事項

- (3) 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内に退院支援計画の作成**に着手すること。なお、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら作成することが望ましい。
- (4) 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が**共同してカンファレンス**を実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。また、当該患者に対し、精神保健福祉法第29条の6に規定する退院後生活環境相談員が別に選任されている場合は、退院後生活環境相談員もカンファレンスに参加すること。当該加算の届出を行った時点で入院中の患者については、できるだけ早期に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- (5) 退院支援計画については、**別紙様式6の4又はこれに準ずる様式**を用いて作成すること。また、文書で患者又はその家族等に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又はその家族等に説明を行い、必要に応じて、変更となった計画を交付する。
- (6) 退院困難な要因を有している患者のうち、「ウ 医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する**委員会の開催があった者**」にあつては、(3)及び(4)の規定に関わらず、当該委員会の開催及び退院支援計画の作成をもって、当該加算の算定対象とする。また、退院困難な要因を有している患者のうち、「エ 当該入院の期間が1年以上の患者」にあつては、(3)及び(4)の規定に関わらず、退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象とする。
- (7) 当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員は、他の保険医療機関や障害福祉サービス等事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行うこと。
- (8) 当該患者について、概ね**3月に1回の頻度でカンファレンス**を実施し、支援計画の見直しを適宜行うこと。また、必要に応じてより頻回の開催や、臨時のカンファレンスを開催すること。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。この際、「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(令和5年11月27日障発1127第7号)に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付すること。

算定要件

● 精神科入退院支援加算 A246-2

点数表・留意事項

参加必須

(9) (8) のカンファレンスの出席者は、以下のとおりとする。

- ア 当該患者の主治医
- イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ウ 病棟に専任の入退院支援職員
- エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員（当該患者に対し、精神保健福祉法第29条の6に規定する退院後生活環境相談員が選任されており、当該退院後生活環境相談員がアからウまでと別の職員である場合は、当該退院後生活環境相談員も退院支援委員会に参加すること）
- オ 当該患者
- カ 当該患者の家族等
- キ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の7に規定する地域援助事業者その他の当該患者の退院後の生活環境に関わる者

アからエまでは参加が必須である。オがカンファレンスに出席するのは、**本人が出席を希望する場合**であるが、本人には開催日時及びカンファレンスの趣旨について事前に丁寧に説明し、委員会の出席希望について本人の意向をよく聞き取ること。また、参加希望の有無にかかわらずカンファレンスの内容を説明すること。

カ及びキは、オが出席を求め、かつ、当該出席を求められた者が出席要請に応じるときに限り出席するものとする。また、出席に際しては、オの了解が得られる場合には、オンライン会議等、情報通信機器の使用による出席も可能とすること。

(10) 退院先については、診療録等に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。

(11) 死亡による退院については算定できない。

(12) 「注2」に規定する**精神科措置入院退院支援加算**は、措置入院又は緊急措置入院に係る患者（措置入院又は緊急措置入院後に当該入院を受け入れた保険医療機関又は転院先の保険医療機関において医療保護入院等により入院継続した者を含む。以下この項において「措置入院者」という。）に対して、入院中から、都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下この項において「都道府県等」という。）と連携して退院に向けた以下の全ての支援を実施した場合に、所定点数に加算する。

ア 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、当該患者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。

イ 都道府県等が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で共同して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、都道府県等と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。

算定要件

● 精神科入退院支援加算 A246-2

点数表・留意事項

ウ 退院後支援に関する計画を作成する都道府県等に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を都道府県等へ提出すること。

エ アからウまでに關して、精神障害者の退院後支援に関する指針に沿って実施すること。

- (13) 「注2」における退院とは、自宅等へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者総合支援法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。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関において転棟した場合、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、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

施設基準

● 精神科入退院支援加算 A246-2

通知

第26 の5の2 精神科入退院支援加算

1 精神科入退院支援加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下この項において「**入退院支援部門**」という。）が設置されていること。
- (2) 次のア又はイを満たすこと。
- ア 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する**専従の看護師及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士が配置**されていること。
- イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する**専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置**されていること。当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、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専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
- なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の**地域移行推進室と同一**でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、**精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務**することができる。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師等が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120 床までに限る。なお、20 床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
- ア 以下の（イ）から（ホ）に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関（以下「**連携機関**」という。）の**数の合計が10 以上**であること。ただし、（イ）から（ホ）までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。また、（2）又は（3）の職員と、それぞれの連携機関の職員が**年3回以上の頻度**で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。

施設基準

● 精神科入退院支援加算 A246-2

通知

- (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 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基づく一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助又は就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
- イ 直近1年間に、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第5条第20項に規定する地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の同条第16項に規定する自立生活援助若しくは同条第21項に規定する地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。
- (5) 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。

2 届出に関する事項

精神科入退院支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9の2を用いること。

● 地域移行支援・地域定着支援について（障害者総合支援法第5条第20項・第16項・第21項目）

第20項 この法律において「地域移行支援」とは、障害者支援施設、のぞみの園若しくは第一項若しくは第六項の主務省令で定める施設に入所している障害者又は精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。第八十九条第七項において同じ。）に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者であって主務省令で定めるものにつき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の主務省令で定める便宜を供与することをいう。

第16項 この法律において「自立生活援助」とは、施設入所支援又は共同生活援助を受けていた障害者その他の主務省令で定める障害者が居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、主務省令で定める期間にわたり、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、当該障害者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の主務省令で定める援助を行うことをいう。

第21項 この法律において「地域定着支援」とは、居宅において単身その他の主務省令で定める状況において生活する障害者につき、当該障害者との常時の連絡体制を確保し、当該障害者に対し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の主務省令で定める場合に相談その他の便宜を供与することをいう。

● 「精神科入退院支援加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいのか。

(答) 差し支えない。

問69 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届け出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱い如何。

(答) 当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

● 「精神科入退院支援加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問66 「A246-2」精神科入退院支援加算について、「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

(答) 精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、**速やかに患者に交付**すること。

問67 精神科入退院支援加算について、「**退院困難な要因**」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

(答) 「A230-3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取り扱いとする。

※注 精神科身体合併症管理加算の算定患者（入院基本料告示別表第7の2）

呼吸器系疾患（肺炎、喘ぜん息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者
心疾患の患者、手術又は直達・介達牽けん引を要する骨折の患者、脊髄損傷の患者
重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者、重篤な栄養障害（MassIndex15未満の摂食障害）の患者
意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者
全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）の患者
中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者、急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者
劇症肝炎又は重症急性膵すい炎の患者、悪性症候群又は横紋筋融解症の患者
広範囲（半肢以上）熱傷の患者、手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者
透析導入時の患者、重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者
急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者
手術室での手術を必要とする状態の患者
膠こう原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者
妊産婦である患者
指定難病の患者

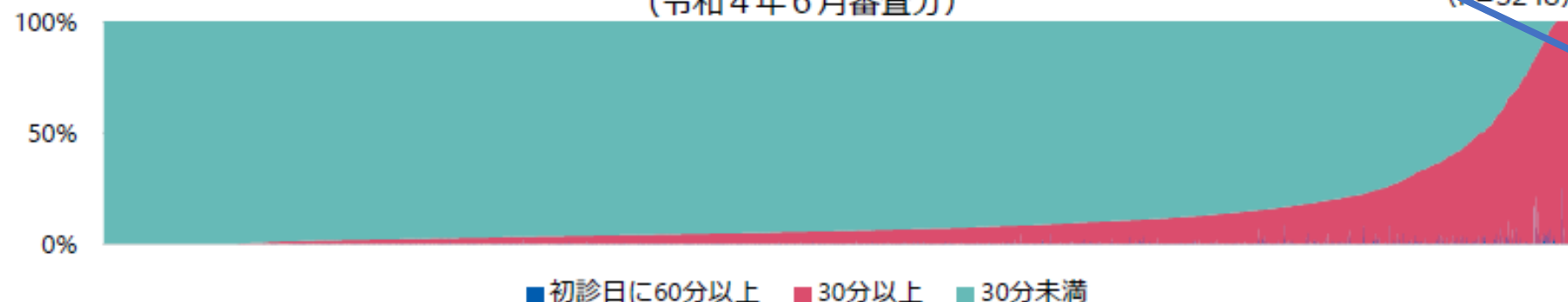
通院・在宅 精神療法

診療所における通院精神療法の内訳

- 精神科を標榜する診療所であって、通院精神療法を算定している医療機関について、調査月に算定された通院精神療法の算定回数に占める各項目の割合は、以下のとおり。
- 6割を超える医療機関において、初診時に60分以上精神療法を実施した場合の算定が無かった。
- 30分以上精神療法を実施した場合についても、約2割の医療機関において算定回数が5回未満であった。

精神科を標榜する診療所における通院精神療法の算定回数（項目別）

（令和4年6月審査分）



(n=5,248)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診日に60分以上（回）	3.6	0	179	0
30分以上（回）	41.6	19	1610	0
30分未満（回）	474.0	356.5	9501	0
通院精神療法に占める 30分以上又は初診日に60分 以上の割合	13.2%	4.6%	100.0%	0.0%

- 調査月において60分以上（初診）の精神療法を算定していない医療機関数 3,272医療機関／5,248医療機関
- 調査月において30分以上の精神療法の算定が5回未満であった医療機関数 1,023医療機関／5,248医療機関

・診療所の通院精神療法の算定について問題視

・30分未満の点数を引き下げる資料

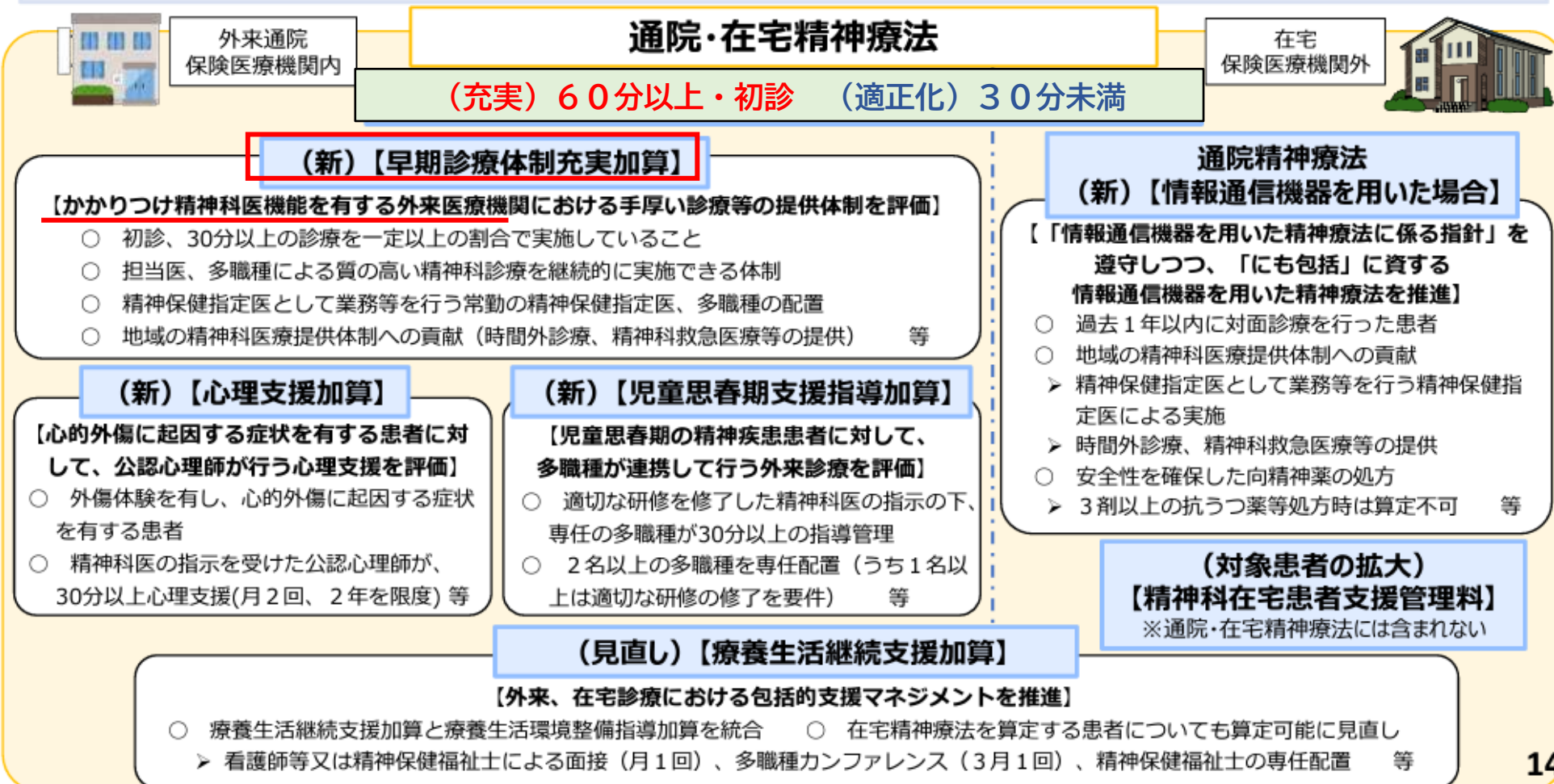
・6か月で30回

・通院・在宅精神療法「早期診療体制充実加算」の施設基準は60回

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



・「早期診療体制充実加算」を届出た医療機関を「かかりつけ精神科医師機能」有するものとする。

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し

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

【通院・在宅精神療法】			現行
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医師が行った場合			660点
□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560点
		精神保健指定医以外の場合	540点
ハ イ及び□以外の場合	(1) 30分以上	精神保健指定医による場合	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点
	(2) 30分未満	精神保健指定医による場合	330点
		精神保健指定医以外の場合	315点
2 在宅精神療法			
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医師が行った場合			660点
□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620点
		精神保健指定医以外の場合	600点
ハ イ及び□以外の場合	(1) 30分以上	精神保健指定医による場合	550点
		精神保健指定医以外の場合	530点
	(2) 30分以上 60分未満	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
	(3) 30分未満	精神保健指定医による場合	330点
		精神保健指定医以外の場合	315点

改定後
660点
600点 (+40点)
550点 (+10点)
410点
390点
315点 (▲15点)
290点 (▲25点)
660点
640点 (+20点)
600点
590点 (+40点)
540点 (+10点)
410点
390点
315点 (▲15点)
290点 (▲25点)

・60分以上（初診）
が上がり、30分未満
が下がった。

・精神保健指定医に
よる場合の評価が上
がった。

赤枠

・早期診療体制充実加
算の施設基準に関係

例）外来220日
・30分未満を1日100人
150円×100人×220日
=330万円 減収
・初診60分 1日2人
400円×2人×220日
=17.6万円 増収

注11 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

・施設基準届出用紙
様式44の5の3

早期診療体制充実加算の新設

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

(新) 早期診療体制充実加算 - - - 精神科かかりつけ医機能を有する医療機関として位置づけ

	(1) 最初に受診した日から 3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

算定要件 (概要) 届出用紙 様式44の5の3

- (1) 当該患者を診療する**担当医**を決めること。
- (2) **担当医**は、当該患者に対して、以下の**指導、服薬管理等**を行うこと。
 - ア 原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。
 - イ 患者の状態に応じて**適切な問診及び身体診察**等を行う。
特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、**詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察**を実施し、その結果を診療録に記載する。
 - ウ 患者が受診している**医療機関を全て把握**するとともに、処方されている**医薬品を全て管理**し、診療録に記載する。
 - エ **標榜時間外の電話等による問い合わせに対応**可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。
 - オ 必要に応じて**障害支援区分認定に係る医師意見書**又は**要介護認定に係る主治医意見書**等を作成すること。
 - カ 必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
 - キ 患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。
 - ク **院内掲示やホームページ**等により以下の対応(※)が可能なことを周知する。
 - ケ 精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

(※) **院内、HP等において、以下の対応を行っている旨を掲示**

ケースマネジメント
障害福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院していた患者の退院支援
身体疾患の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を控えていること

・「かかりつけ」の位置づけ

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

早期診療体制充実加算の新設

施設基準 (概要)

初診、30分以上の診療等の診療実績

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数 $\geq$ 5%

【診療所】過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数（合計）／勤務する医師数 $\geq$ 60

地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療の提供等）

アからウまでのいずれかを満たすこと。

- ア 常時対応型施設（精神科救急医療確保事業） 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定
- イ 病院群輪番型施設（精神科救急医療確保事業）であって、
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
- ウ 外来対応施設（精神科救急医療確保事業） 又は 時間外対応加算1の届出
かつ 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

常勤の精神保健指定医が、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。
※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと

・医療機関の基準

・精神保健指定医による
場合の評価が上がった。



精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を1名以上配置

多職種の活用、専門的な診療等に係る加算のうち
いずれかを届出

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を配置

- | | |
|----------------|-----------------|
| 療養生活継続支援加算 | 精神科入退院支援加算 |
| 児童思春期精神科専門管理加算 | 精神科リエゾンチーム加算 |
| 児童思春期支援指導加算 | 依存症入院医療管理加算 |
| 認知療法・認知行動療法 | 摂食障害入院医療管理加算 |
| 依存症集団療法 | 児童思春期精神科入院医療管理料 |
| 精神科在宅患者支援管理料 | |

注11 早期診療体制充実加算

算定要件

点数表

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

イ 病院の場合

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

(2) **(1) 以外の場合 15点**

ロ 診療所の場合

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

(2) **(1) 以外の場合 15点**

点数表・留意事項

(28) 「注11」の算定に当たっては、担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。また、必要に応じて、患者の家族等に対して、指導等について説明を行うこと。

ア 原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等においては、その**理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載**する。なお、同意が困難であった患者について、診療の都度、同意が得られる状態にあるかを確認し、可能な限り患者本人から同意が得られるよう懇切丁寧に説明する。

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。なお、症状性を含む器質性精神障害等の鑑別に当たっては、採血、画像診断、認知機能検査その他の心理検査等を実施することが望ましい。また、向精神薬を服用している患者については、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、**定期的な採血等を実施**することが望ましい。

ウ 他の保険医療機関と連携及び**オンライン資格確認等システムを活用**して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能である。

注11 早期診療体制充実加算

算定要件

点数表・留意事項

- エ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。
- オ 当該患者に対し、必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成する。
- カ 当該患者に対し、必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
- キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式51 の4を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者等については、別紙様式51 の4を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、同意書については、当該保険医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。また、初回算定時に、病状等の理由によってやむを得ず同意を得られなかった場合は、同意を得られた時点で同意書を作成し、診療録に添付することとしてよい。
- ク 当該保険医療機関において、院内掲示やホームページ等により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。なお、連携する機関の名前を一覧にして掲載することが望ましい。
- (イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。
 - (ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。
 - (ハ) 介護保険に係る相談を行っていること。
 - (二) 当該保険医療機関に通院する患者について、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基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員及び介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。
 - (ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。
 - (ヘ) 精神科病院等に入院していた患者の退院後支援を行っていること。
 - (ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。
 - (チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。
 - (リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を控えていること。
- ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

● 通院・在宅精神療法 I002

注11 早期診療体制充実加算

施設基準

30分以上+60分以上の
通院・在宅精神療法の合計

施設基準
(告示)

第十 精神科専門療法 一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準
精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。 届出用紙 様式44の5の3

施設基準
(通知)

- 第47 の7 通院・在宅精神療法 4 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算の施設基準
- 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。
 - ② 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。
 - (3) 診療所にあつては、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1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が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保険医療機関であること。具体的には、アからウまでのいずれかを満たしていること。
 - ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成20年5月26日障発第0526001号)に規定する精神科救急医療確保事業(以下「精神科救急医療確保事業」という。)において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。
 - イ 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であつて、(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件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター(以下「精神科救急情報センター」という。)、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口(以下「精神医療相談窓口」という。)、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(4)において同じ。)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼であること。
 - (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

注11 早期診療体制充実加算

施設基準

施設基準
(通知)

- ウ 次の(イ)及び(ハ)又は(ロ)及び(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として指定を受けている医療機関であること。
 - (ロ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。
 - (ハ) 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、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、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。
- (5) 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、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。なお、当該保険医療機関に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。
- (6) 次のいずれかを満たしていること。(一部改編)
- 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

「精神保健指定医としての業務」とは 精神療養病棟入院料の重傷者加算の定義

- (イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- (ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
- (ハ) 精神医療審査会における業務
- (二) 精神科病院への立入検査での診察
- (ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

精神療養病棟の重症者加算

保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

- ① 常時対応型施設又は身体合併症救急医療機関
- ② 病院群輪番型施設であって
ア又はイのいずれかに該当すること。
ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上他
イ 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
- ③ 精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。
具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。
ア 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（外来、当直又は対診）を年6回以上行うこと
イ 精神保健指定医の公務員としての業務を年1回以上行うこと。

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□若しくはハの（1）又は「2」の□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。

以下が5%以上

$$\frac{\text{初診日に60分以上（1-□）} + \text{30分以上（1-ハ）} + \text{在宅}}{\text{6か月間の通院・在宅精神療法}} \times 100$$

注11 早期診療体制充実加算

- 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
- 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数が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よしの業務等を年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」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

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。

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。

※第十九条の四 指定医は、第二十一条第三項及び第二十九条の五の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第三十三条第一項及び第三十三条の六第一項の規定による入院を必要とするかどうか及び第二十条の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定、第三十三条第六項第一号の規定による同条第一項第一号に掲げる者に該当するかどうかの判定、第三十六条第三項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第三十八条の二第一項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第四十条の規定により一時退院させて経過を見ることが適当かどうかの判定の職務を行う。

2 指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、次に掲げる職務を行う。

一 第二十九条第一項及び第二十九条の二第一項の規定による入院を必要とするかどうかの判定

二 第二十九条の二の二第三項（第三十四条第四項において準用する場合を含む。）に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定

三 第二十九条の四第二項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

四 第三十四条第一項及び第三項の規定による移送を必要とするかどうかの判定

五 第三十八条の三第三項（同条第六項において準用する場合を含む。）及び第三十八条の五第四項の規定による診察

六 第三十八条の六第一項及び第四十条の五第一項の規定による立入検査、質問及び診察

七 第三十八条の七第二項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

八 第四十五条の二第四項の規定による診察

3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあつた場合には、これに応じなければならない。

● 「早期診療体制充実加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

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。また、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において保管すること。

問208 早期診療体制充実加算の施設基準について、「診療所にあつては、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「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法如何。

(答) 常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

(参考) 精神保健指定医の職務

R6.4 日精協説明会資料

精神保健指定医として
業務等を年1回以上

【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
	○ 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
【移送】	○ 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）

注8

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

・施設基準届出用紙
様式44の5の2

- 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

【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。

【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。

改定後

【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**

施設基準

【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。

（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。



・「精神科退院時共同指導料1」の算定したもののほか「それ以外の場合」も算定できる。

・「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を算定した患者又は「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者であること。

注8 療養生活継続支援加算

注8 別に厚生労働大臣が定める**施設基準に適合**しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**重点的な支援**を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

イ 直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点

ロ イ以外の患者の場合 350点

注8 療養生活継続支援加算 留意事項

●重点的な支援を要する患者

「注8」に規定する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。

ア 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、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の「1」**精神科退院時共同指導料1**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もの又は平成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、**別紙様式51**に掲げる「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**満たす者であること。

イ 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こと。また、カンファレンスには、以下の（イ）から（ハ）までの職種がそれぞれ1名以上参加していること。

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

- (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」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問199 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「ロ」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。

注9 心理支援加算の新設

・届出不要

➤ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 心理支援加算 250点 (月2回)

[算定要件] (概要)

- (1) 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、心理学に関する専門的知識及び技術を用いて、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。(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可。)
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - ア 対象患者は、外傷体験(※1)を有し、心的外傷に起因する症状(※2)を有する者として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの
 - (※1) 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
 - (※2) 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
 - イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準(抄) 成人、青年、6歳を超える子供の場合	
A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。(※1)
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1ヵ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質(例：医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

A 外傷体験

+

BからEまでのいずれか
又は解離症状

を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの



(※1) について、直接体験したものの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

・公認心理師が30分以上

・直接体験したものの他、
回りでの出来事の外傷体験に起因するものも含む

注9 心理支援加算

注9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り250点を所定点数に加算する。

● 「心理支援加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問200 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、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。

問201 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、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。

問202 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、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。

● 「心理士加算」 疑義解釈その2 (R6.4.12)

問26 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、精神科を担当する医師が判断したものが対象とされているが、医師が判断するに当たっての基準についてどのように考えればよいか。

(答) 「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、心的外傷に起因する症状を有する患者として、医師が、心理支援を必要と判断した患者について、対象となる。なお、この場合において、心的外傷に起因する症状を有する患者であって、心的外傷後ストレス障害の診断基準を全て満たさない場合も、要件を満たせば対象となる。ただし、心的外傷に起因する症状を認めず、適応障害の診断基準を満たす患者については、算定できない。

問27 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、例えば、学校でのいじめや職場内のハラスメントを原因として、侵入症状を認めている患者は対象となるか。

(答) 精神科を担当する医師が、「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」等のガイドラインに基づき、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者として、心理支援を必要と判断した場合は対象となる。

問28 「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算について、次の1から3までのいずれかによる外傷体験を有している患者であって、心的外傷に起因する症状を有するものに対して、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断し、医師の指示の下、公認心理師が心理支援を実施した場合についても、算定可能か。 1. 他人に起こった心的外傷的出来事を直に目撃する。 2. 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。 3. 心的外傷的出来事の強い不快感をいただく細部に、繰り返し又は極端に曝露される経験をする。

(答) 算定可能。

問29 「I002」通院・在宅精神療法の「注9」に規定する心理支援加算について、「心的外傷に起因する症状を有する者」が対象とされているが、症状が1か月以上持続している必要があるか。

(答) 1か月未満であっても対象となる。

注10

児童思春期支援指導加算の新設

・施設基準届出用紙
様式44の5の2

➤ 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

(新) 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合 1,000点
(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)

ロ イ以外の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内 450点

(2) (1)以外の場合 250点



[算定要件] (概要)

- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、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を担当する医師の指示の下、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、当該患者に対して、対面による療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。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。
- (2) 多職種が共同して支援計画を作成すること。
- (3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。
- (4) 患者の支援方針等について、概ね3月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。
- (5) 1週間当たりの算定患者数は30人以内とする。
- (6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準] (概要)

- (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) 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。

➤ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点	【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】320点

・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
タンドコース」

※3日間集合研修
医師 4万円
PT等 3万5千円

注10 児童思春期支援指導加算

注10 別に厚生労働大臣が定める**施設基準に適合**しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、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
- ロ イ以外の場合
 - (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点
 - (2) (1)以外の場合 250点

● 「児童思春期支援指導加算」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問203 通院・在宅精神療法の注10 に規定する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、注8に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における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。

問204 通院・在宅精神療法の注10 に規定する児童思春期支援指導加算の施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」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。

- ・ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修（児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修（応用コース）の両方を受講した場合に限る。）」
- ・ 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」

注12

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

・施設基準届出用紙
様式44の5の3

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

(新) 通院精神療法 Ⅷ 情報通信機器を用いて行った場合

(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患者

[算定要件] (概要)

- (1) 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」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という。)に沿った診療及び処方を行うこと。
- (2) 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または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)

- (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) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (3) オンライン精神療法指針において、「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」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

施設基準

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 ※ (イ) から (ハ) までのいずれかを満たすこと

(イ)	(ロ)	(ハ)
・ 常時対応型施設(★) 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 (★) 精神科救急医療体制整備事業における類型	・ 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	・ 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、保健所等からの 問い合わ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協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
・ 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。	・ 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。

・ 情報通信機器を用いて
の通信精神療法は
精神保健指定医が要件

・ 3種類以上の抗うつ薬
または3種類以上の抗精
神病薬を投与した場合は
算定できない。

・ 地域の精神科救急医療
体制に協力

・ 精神保健指定医が精神
保健指定医師としての業
務を行うなど

注13

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には、向精神薬を処方しないことをウェブサイト等に掲示していることを追加する。

- ・向精神薬を処方しない。
- ・ウェブサイト公表

現行

【情報通信機器を用いた診療】

【施設基準】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

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

ア～ウ (略)

(新設)

改定後

【情報通信機器を用いた診療】

【施設基準】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

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

ア～ウ (略)

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

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月(令和5年3月一部改訂))

(5) 薬剤 処方・管理

② 最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- ・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。

- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

17

注12 情報通信機器を用いた点数

注12 1のハの(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。

● 「情報通信機器を用いた」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問210 通院・在宅精神療法の注12 に規定する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。

(8) 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。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、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、5分以上10分未満の診療を行った場合は、「5分以上10分未満」と記載する。

● 「通院・在宅精神療法」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問198 通院・在宅精神療法について、「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分以上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「60分超」と記載しても差し支えない。

入院料の通則

病院の入院料基本料等に関する施設基準の項目追加

入院基本料等の施設基準（要点）

- 1 入院診療計画の基準（H18年改定で新設）
 - (1)医師、看護師等の共同により策定されて入院診療計画であること
 - (2)病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
 - (3)患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- 2 院内感染防止対策の基準（H18年改定で新設）
 - (1)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 - (2)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- 3 医療安全管理体制の基準（H18年改定で新設）

医療安全管理体制が整備されていること。
- 4 褥瘡対策の基準（H24年改定で追加）
 - (1)適切な褥じよく瘡そう対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
 - (2)褥じよく瘡そう対策を行うにつき適切な設備を有していること。
- 5 栄養管理体制の基準（H24年改定で追加・R6年改定で変更）
 - (1)当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）
 - (2)管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。
- 6 意思決定支援の基準（R6年改定で新設）

当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- 7 身体的拘束最小化の基準（R6年改定で新設）

精神科病院における身体的拘束の取扱いについては、精神保健福祉法の規定によるものとする。

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

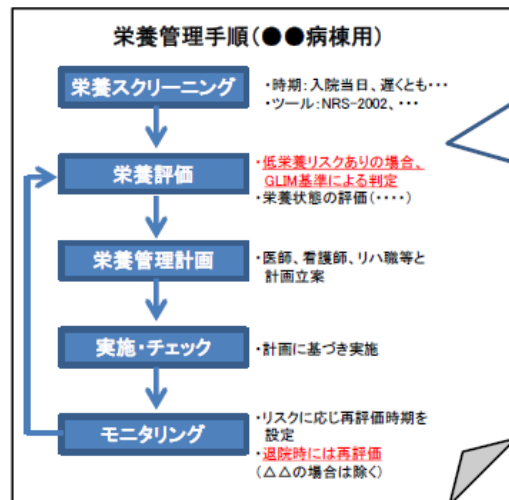
現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷／炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

●施設基準留意事項

5 栄養管理体制の基準

(1) 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

(9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、**当該届出を行った日の属する月を含む3か月間**に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。

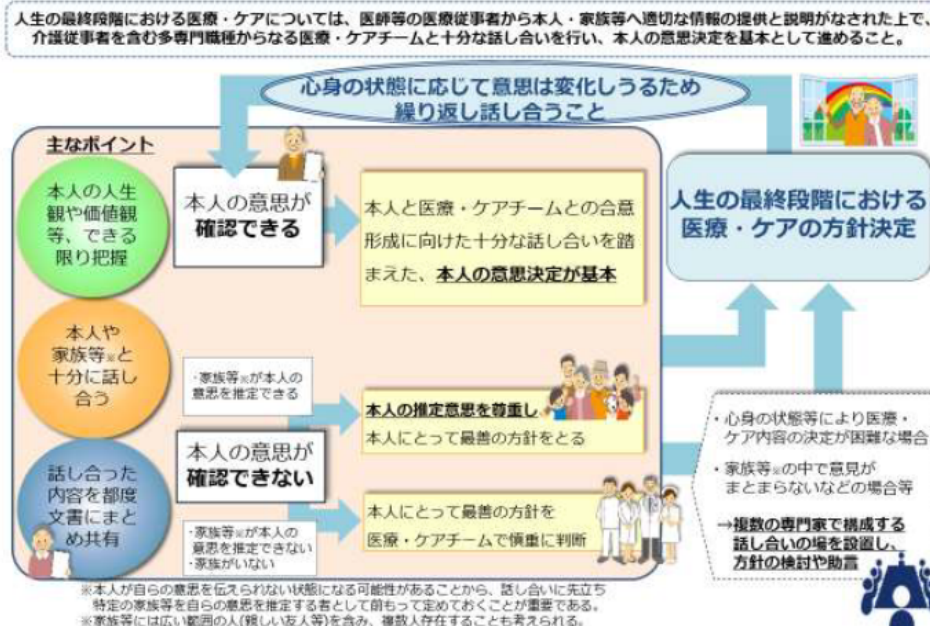
- ガイドライン等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大する。

- ガイドライン等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。

【指針の作成が要件となる対象】

- 入院料を算定する医療機関※
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・地域包括診療料
 - ・地域包括診療加算
 - ・認知症地域包括診療料
 - ・認知症地域包括診療加算
 - ・在宅療養支援診療所・病院

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）



[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

●人生の最終段階における適切な意思決定支援

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ①本人による意思決定を基本
- ②医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断
- ③本人・家族等の精神的・社会的な援助

2 針の決定手続

(1)本人の意思の確認ができる場合

- ・意思決定を基本

(2)本人の意思の確認ができない場合

- ・家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重

(3)家族等がいない場合

- ・複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、方針等についての検討及び助言を受ける

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

【施設基準】

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

【経過措置】令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

- 「緊急やむを得ない場合」
3つの要件をすべて満たす
1. **切迫性**：利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
2. **非代替性**：身体拘束以外に代替する介護方法がないこと
3. **一時性**：身体拘束が一時的なものであること

- H28.3.31 疑義解釈その1
【認知症ケア加算】
（問62）身体的拘束は具体的にはどのような行為か。
（答）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

病院の入院料基本料等に関する施設基準の項目追加

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（要約） （H30年3月改訂 厚生労働省）

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明
本人が病院内の多職種チームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本
本人の意思が変化した都度、それを伝えられるような支援が必要。話し合いが繰り返される
家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返されるのが重要である。
本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 医療・ケア行為の開始・不開始、内容の変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断
- ③ 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

（1）本人の意思の確認ができる場合

- ① 意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、適切な情報の提供と説明から本人や家族も含め意思をその都度示し、伝えることができるような支援を行う。
- ③ 話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく。

（2）本人の意思の確認ができない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、最善の方針をとる。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとる
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとる。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

（3）複数の専門家からなる話し合いの場の設置

本人の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合などは、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を受けることが必要である。

● 「入院料通則」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

【栄養管理体制の基準】

問23 栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の、**具体的な内容**如何。

（答）GLIM 基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM 基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

問24 栄養管理体制の基準における「**退院時を含む定期的な評価**」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

（答）必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

【身体的拘束の最小化】

問25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

（答）入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに**身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修**へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する**実働時間数に含んでも差し支えない**。なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「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（令和6年3月5日保医発第0305 第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の問33 及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の問22 は廃止する。

入院料の見直し

R6.4.16 沼田まとめ

精神病棟入院基本料 1 10対1入院基本料 1,306点(1,287) 2 13対1入院基本料 973点(958)
 3 15対1入院基本料 844点(830) (14点↑) 4 18対1入院基本料 753点(740)
 5 20対1入院基本料 697点(685)

精神科救急急性期医療入院料 1 30日以内の期間 2,420点(2,400) (20点↑)
 2 31日以上60日以内の期間 2,120点(2,100) (20点↑)
 3 61日以上90日以内の期間 1,918点(1,900) (18点↑)

精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 2,020点(2,000) (20点↑)
 □ 31日以上60日以内の期間 1,719点(1,700) (19点↑)
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,518点(1,500) (18点↑)

精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,903点(1,885)
 □ 31日以上60日以内の期間 1,618点(1,600)
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,466点(1,450)

児童・思春期精神科入院医療管理料 3,016点(2,995)

精神療養病棟入院料 1,108点(1,091) (17点↑)

認知症治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 1,829点(1,811) (18点↑)
 □ 31日以上60日以内の期間 1,521点(1,503) (18点↑)
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,221点(1,204) (17点↑)

認知症治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,334点(1,318)
 □ 31日以上60日以内の期間 1,129点(1,112)
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,003点(988)

例) 100床として
 ・精神療養病棟
 年間 620万円
 ・入院基本料15対1
 年間 511万円
 ・精神科急性期1
 ・救急急性期
 年間 約693万円
 ・認知症治療病棟
 年間 約657万円

看護補助者に係る評価の充実②

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】 注4 看護補助体制充実加算 5点 【看護補助加算】 注4 看護補助体制充実加算 5点	【急性期看護補助体制加算】 注4 ☒ 看護補助体制充実加算1 20点 ☐ 看護補助体制充実加算2 5点 【看護補助加算】 注4 ☒ 看護補助体制充実加算1 20点 ☐ 看護補助体制充実加算2 5点

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。

身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において 3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上 配置されていること。
 イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
 ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
 エ 当該保険医療機関における 看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用 していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注3「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注3「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

●看護補助体制充実加算

イ 20点 の新設

施設基準

- ・3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者5割以上
- ・補助者研修年1回
- ・師長等は所定の研修終了
- ・看護職員の院内研修
- ・看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示す

看護補助者ラダー研修(例)

到達目標

レベルⅠ：看護師の指示を受け、指導を受けながら看護補助業務ができる。

レベルⅡ：看護師の指示を受け、部分的な指導を受けながら看護補助業務ができる。

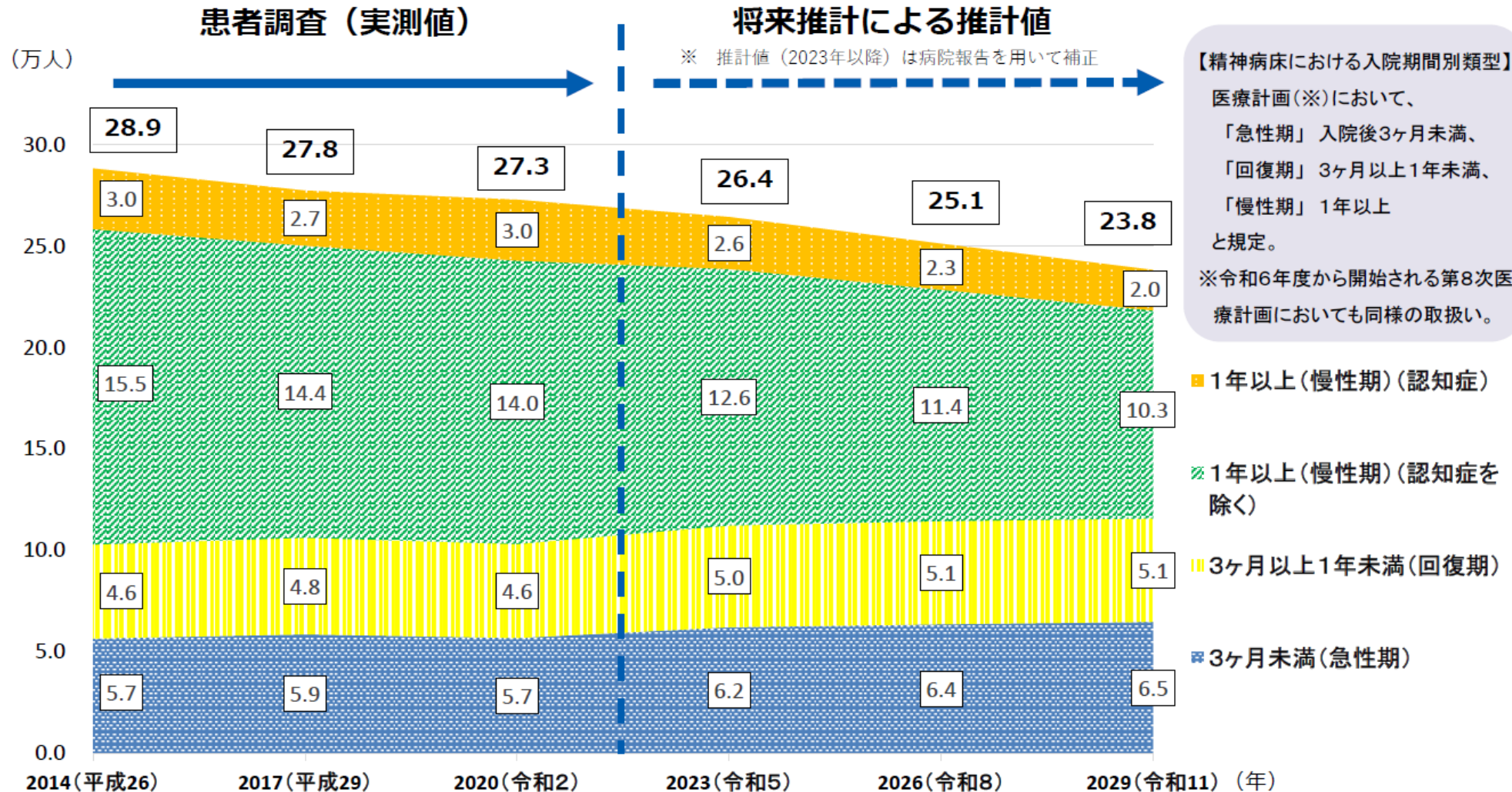
レベルⅢ：看護師の指示を受け、看護補助業務ができる。

精神科地域包括 ケア病棟入院料

精神病床における入院患者数の将来推計結果

R5.11.22 中医協資料

○ 精神病床における入院患者数は、将来的に減少することが推計されている。



・ 1年以上の入院患者数は減少

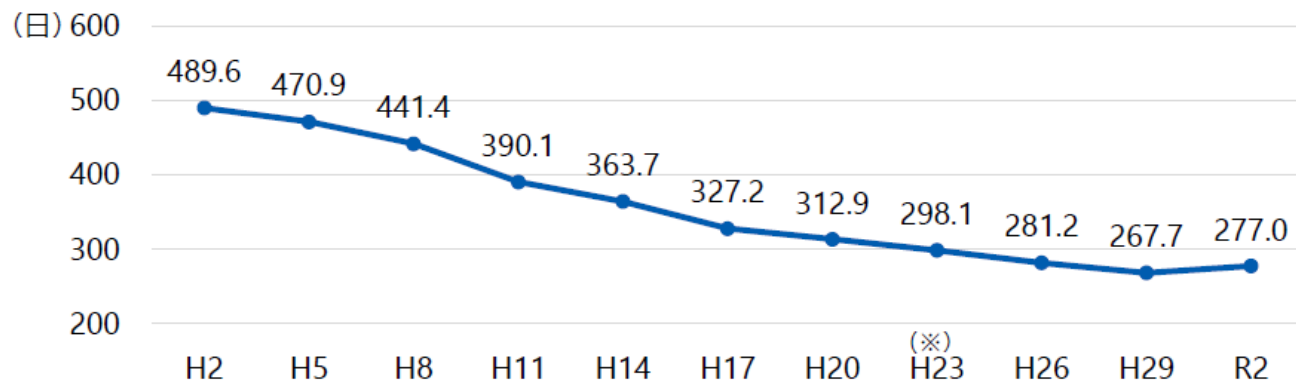
・ 1年未満の入院患者数微増

精神病床における平均在院日数と再入院率

R5.11.22 中医協資料

- 精神病床における平均在院日数は、減少傾向。
- 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者のうち、30%以上が、1年以内に再入院している。

■ 精神病床における平均在院日数の推移



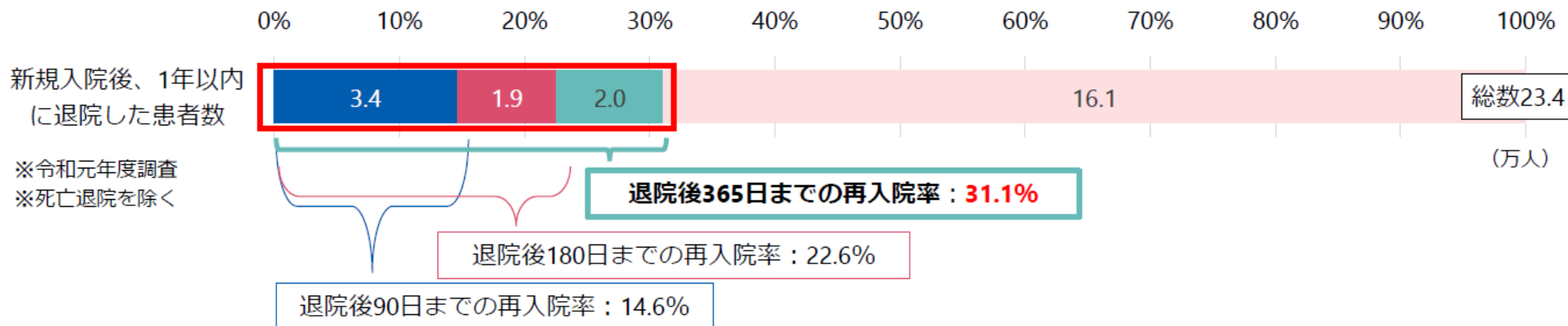
平均在院日数の算出方法

年間在院患者延べ数

$$1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$$

※ 平成23年では岩手県と宮城県、福島県の一部、平成28年では熊本県の一部、平成30年では広島県の一部を除いている。

■ 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者における退院後1年までの再入院率



新規入院後、1年以内に退院した患者数

※令和元年度調査
※死亡退院を除く

退院後365日までの再入院率：31.1%

退院後180日までの再入院率：22.6%

退院後90日までの再入院率：14.6%

・ 平均在院日数は減少傾向

・ 入院してから1年以内に退院した患者の30%が、1年以内に再入院している。

出典：(上図)厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

(下図)令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」(研究代表者：西大輔)

提出資料より作成

【論点5】精神障害者の地域移行等について

検討の方向性

- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、

- 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など本人の生活環境が大きく変化する際に、集中的な支援を実施する自立生活援助事業所に対する評価
 - 計画相談支援・障害児相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算について、多機関連携の推進や業務負担を適切に評価する観点からの見直し 等
- 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価

等について、障害福祉サービス等報酬と診療報酬の同時改定において、検討することとしてはどうか。

※ 診療報酬改定の具体については、中央社会保険医療協議会において議論

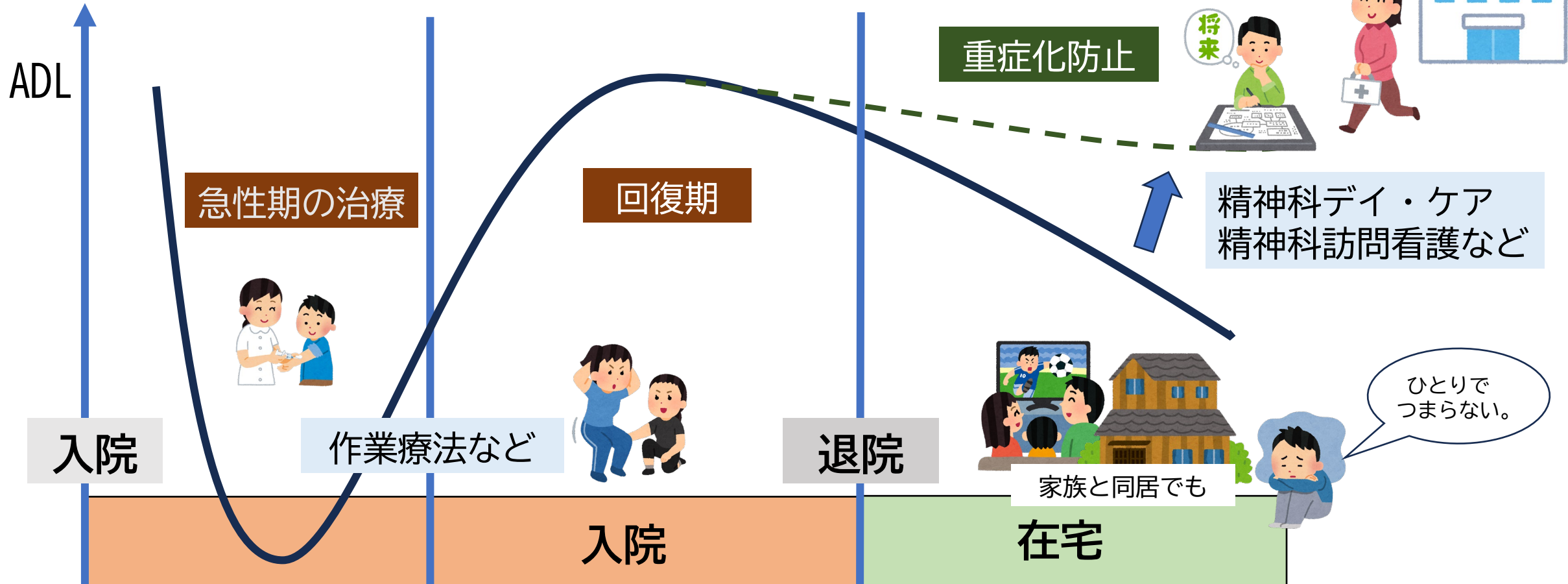
・家族と同居する場合であっても、地域支援の利用がないと入退院がくりかえすケースがある。

・入退院支援の医療提供体制が必要。

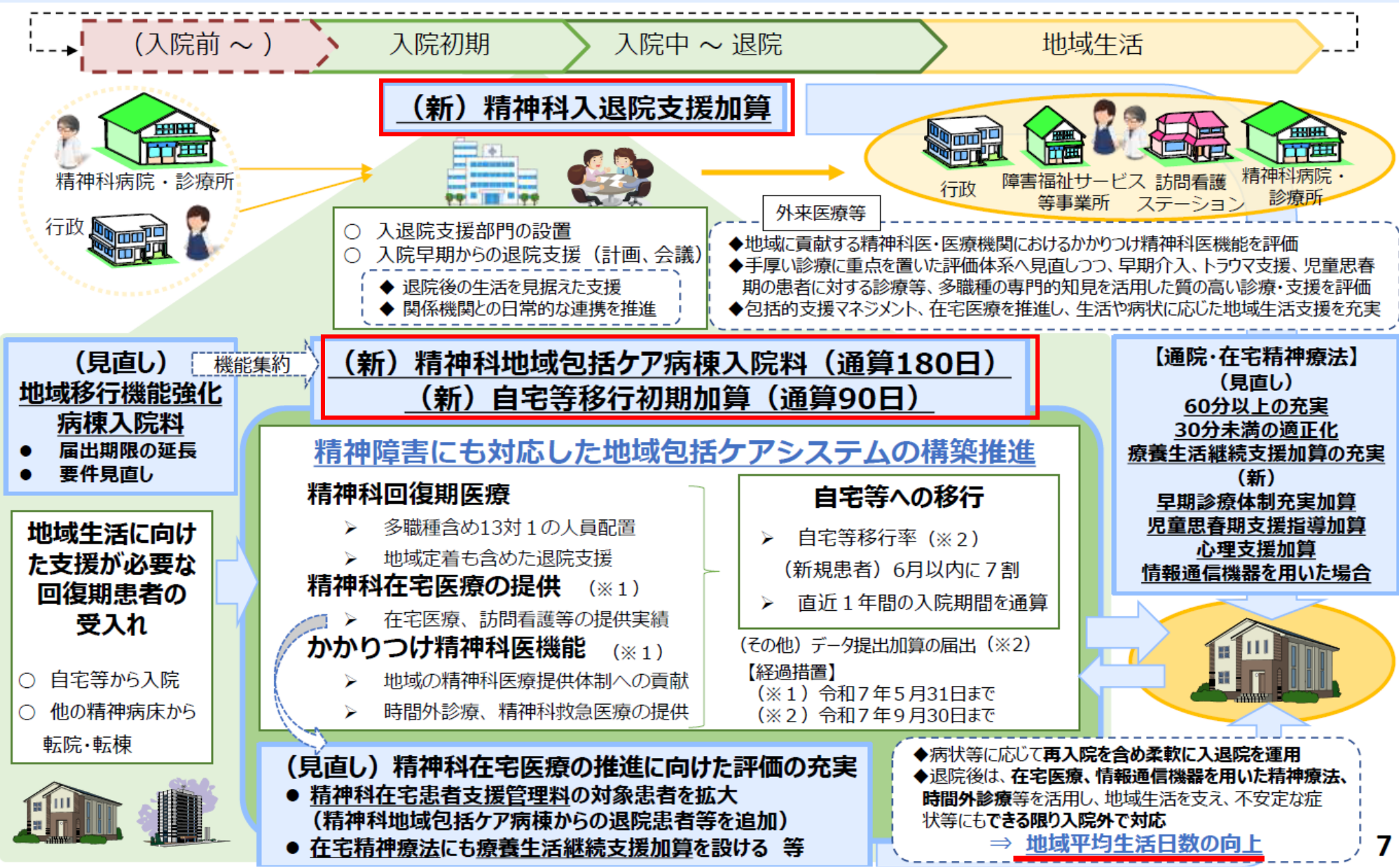
精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料も退院後支援についての役割がない。

●退院後の医療の関わり方がその後の重症化予防につながる。

「精神科地域包括ケア病棟入院料」に再入院を防ぐことを期待



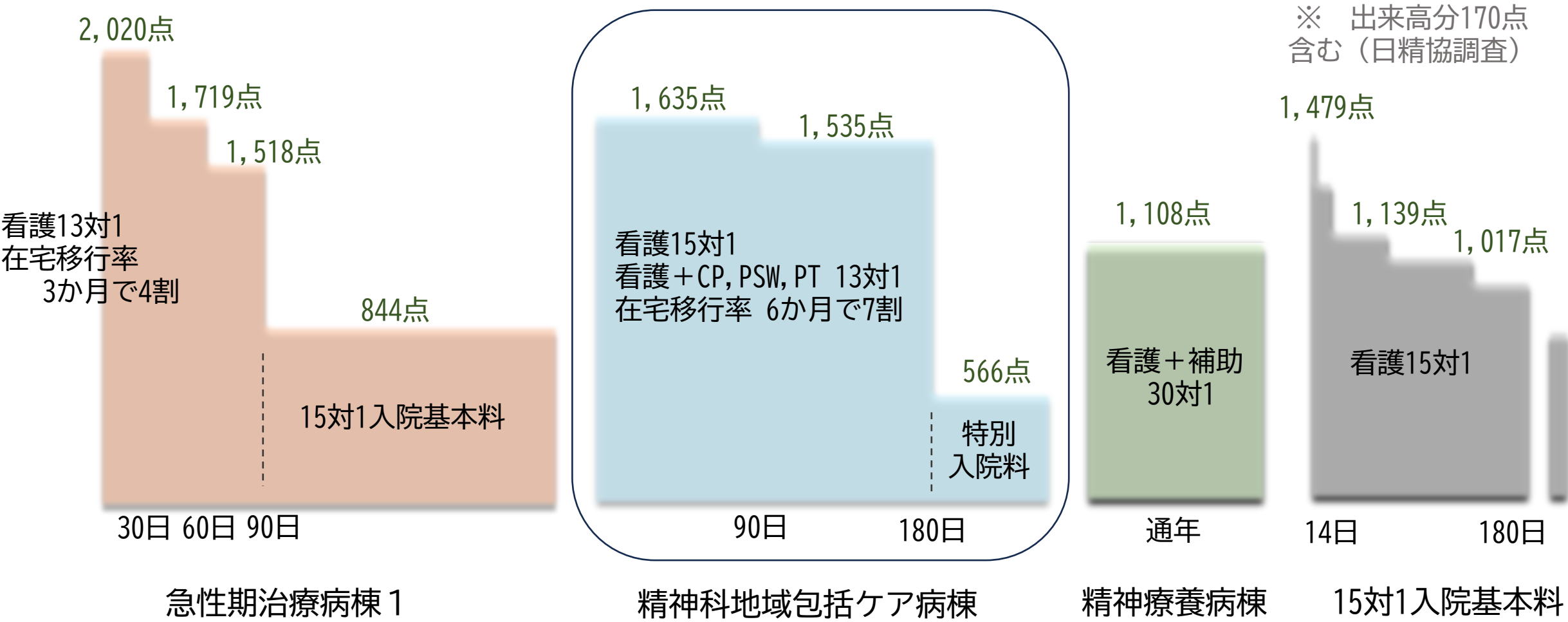
精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



・精神科入退院支援加算・精神科地域包括ケア病棟入院料などで、再入院を防ぐ取り組み。

・地域平均生活日数の向上

● 主な入院料のイメージ



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

算定要件

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

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料
自宅等移行初期加算

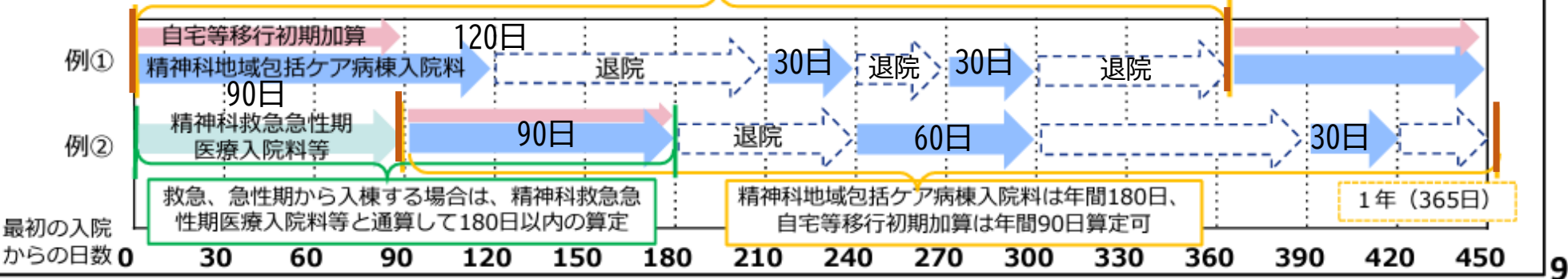
1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)

[算定要件] (概要)

- (1) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算する。
- (4) 精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、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を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を1日平均2時間以上提供していることが望ましい。
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可 1年(365日)



- ・1,535点は180日が限度
- ・100点加算が90日
- ・180日経過後は特別入院料 566点で算定

病棟の行ったり来たりは1回だけ

精神科急性期病棟
↓
地域包括ケア病棟
↓
精神療養病棟
↓算定できない
地域包括ケア病棟

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

施設基準

[施設基準] (概要)	
自宅等への移行実績	● 当該病棟の入院患者のうち 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。(②) ただし、(★) を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。
かかりつけ精神科医機能	
【精神科回復期医療の提供】	
多職種の重点的な配置	地域定着も含めた退院支援
● 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1 (日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上) ● 看員職員で15:1以上 (必要最小数の4割以上が看護師) ● 夜勤の看護職員数2以上	● 精神科入退院支援加算の届出 (①) ● 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等(※2)との連携 (※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関 (都道府県、保健所、市町村)等
【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績	
● ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数 ア 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) 60回以上 イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 300回以上 ウ 精神科退院時共同指導料 3回以上 エ 在宅精神療法 20回以上 オ 精神科在宅患者支援管理料 10回以上 (★)	
地域の精神科医療提供体制への貢献	
● 当該保険医療機関の 常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務 (※) 等を年1回以上 行っていること。(①) (※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等	
精神科救急医療、時間外診療の提供	
● ア又はイを満たしていること(①) ア 常時対応型施設 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 イ 病院群輪番型施設 であって、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	
その他	
● データ提出加算に係る届出 (②)	● クロザピンを処方する体制
● 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下 ● 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又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下	
[経過措置] (①) 令和7年5月31日 まで (②) 令和7年9月30日 まで	

経過措置

R7.5.31

R7.9.30

●精神科地域包括ケア病棟入院料 A315

特別入院基本料566点

加算ができる

R6.3 沼田作成

A315 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 1,535点

注1 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、精神科病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

3 過去1年以内に、注1本文及び注2に規定する点数を算定した患者（当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む。）については、当該期間を注1本文及び注2に規定する期間に通算する。

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

5 当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

6 診療に係る費用（注2及び注5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、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、特定感染症入院医療管理加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、精神科退院時共同指導料2、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、リハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法（精神科退院指導料及び精神科退院前訪問指導料を除く。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。

精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準 告示

- イ 主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ホ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ヘ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。
- チ トの規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。
- リ 夜勤については、ホ及びトの規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。
- ヌ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- ル 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- ヲ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ワ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。
- カ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- コ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

第19 の2 精神科地域包括ケア病棟入院料 通知

1 精神科地域包括ケア病棟入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120 床以下であること。
- (3) 当該保険医療機関におけ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又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200 床以下であること。
- (4) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師が配置されていること。
- (5) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (6) 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護職員が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60 床以下であること。
- (8) 当該病棟に専任の常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士及び常勤公認心理師が配置されていること。
- (9) 当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。
- (10) 当該保険医療機関がクロザピンを処方する体制を有していること。
- (11) 当該病棟を有する保険医療機関は次のいずれかの要件を満たすこと。
 - ア 常時対応型医療機関又は身体合併症救急医療機関であること。
 - イ 病院群輪番型医療機関であって、以下の(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件以上であること。
 - (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10 件以上であること。

(12) 次に掲げる項目のうちア又はイ及びウからオまでのいずれかを満たしていること。

ア 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）の算定回数が直近3か月間で**60回以上**であること。

イ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの精神科訪問看護基本療養費が直近3か月間で300回以上

ウ 精神科退院時共同指導料の算定回数が直近3か月間で3回以上であること。

エ 通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上であること。

オ 精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上であること。

(13) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の**公務員としての業務**（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、アからオまでのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

ア 措置入院及び緊急措置入院時の診察 イ 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察 ウ 精神医療審査会における業務 エ 精神科病院への立入検査での診察 オ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

(14) **精神科入退院支援加算に係る届出**を行っている保険医療機関であること。

(15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者又は医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち**7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。**ただし、(12)のオを満たしている保険医療機関にあっては、7割以上ではなく、6割以上が当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院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、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、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。

(16) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

(17) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

● 精神科 特定入院料包括範囲

A311 精神科救急急性期医療入院料（救急） A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（急性期） A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（児童）
A312 精神療養病棟入院料（療養） A314 認知症治療病棟入院料（認知症） A315 精神科地域包括ケア病棟入院料（地ケア）

※ 50対1、75対1、100対1補助体制加算に限る

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

※1 救急入院料を算定している者 ※2 急性期1に限る ※3 精神科退院指導料、精神科退院前指導料を除く

入院基本料等加算

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

A311	精神科救急急性期医療入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第8部 精神科専門療法、第10部 手術、第11部 麻酔、 第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第8部 精神科専門療法、第10部 手術、第11部 麻酔、 第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	第5部 投薬、第6部 注射、第10部 手術、第11部 麻酔、第13部第2節病理診断・判断料 第14部 その他
A312	精神療養病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第7部 H000 心大血管疾患リハビリテーション料、H001 脳血管疾患等 リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション、H002 運動器リハビリテーション、 H003 呼吸器リハビリテーション、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法 第14部 その他、除外薬剤・注射薬
A314	認知症治療病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、第8部 精神科専門療法 第9部J038 人工腎臓（入院した日から60日以内）、J400の特定保険医療材料（入院した日から60日以内の 人工腎臓に係る費用）
A315	精神科地域包括ケア病棟入院料	B015 精神科退院時共同指導料2、第7部 H000 心大血管疾患リハビリテーション料、H001 脳血管疾患等 リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション、H002 運動器リハビリテーション、 H003 呼吸器リハビリテーション、H003-2 リハビリテーション総合計画評価料、 第8部 精神科専門療法（I011精神科退院時指導料、I011-2精神科退院前訪問指導料を除く） 第10部 手術、第11部 麻酔、第12部 放射線治療、第14部 その他、除外薬剤・注射薬

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問121 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、**休日を含め全ての日において常時1人以上**配置している必要があるか。

(答) そのとおり。

問122 精神科地域包括ケア病棟入院料及び注2に規定する自宅等移行初期加算について、それぞれ180日及び90日の算定期間の上限があり、また、注3において過去1年以内に同入院料及び加算を算定した場合の通算の規定があるが、以下の場合についてどのように考えればよいか。

① 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年6月1日に再入院した場合

② 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年2月1日に再入院した場合

③ 精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料（以下「精神科救急急性期医療入院料等」とする。）を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年8月1日に再入院した場合

④ 精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年5月1日に再入院した場合

(答) それぞれ以下のとおり。

① 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。

② 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。

③ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。111

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

④ 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、再入院してから退院するまでの間に、80 日間に限り算定できる。なお、再度退院後、入院する場合（入院期間が通算される場合を除く。）について、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年5月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170 日間又は80 日間に限り算定できる。

問123 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122 の①から④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ② 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。
- ③ 当該患者については分母・分子ともに計上する。
- ④ 当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問124 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「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。」とあるが、当該割合の計算に当たって、問122 の③及び④の場合について、それぞれどのように考えればよいか。

（答）当該患者については分母に計上し、分子には計上しない。

問125 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180 日目に退院し、退院してから300 日後（481 日目）に当該病棟に再入院した場合について、

①精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間（116 日目から480 日目までの間）に65 日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115 日間は算定可能ということで良いか。

②再入院した日から115 日が経過した場合（596 日目）について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596 日目から845 日目（481 日目から365日後）までの間に65 日間算定できるということで良いか。

（答）いずれもそのとおり。

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 疑義解釈その1 (R6.3.28)

問126 精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、**精神科作業療法を実施**した場合に、精神科作業療法を算定できるか。

(答) 算定可能

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 日精協説明会厚労省疑義解釈 (R6.4.1)

(問1) 当該患者が、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟にX年1月1日に入院し、退院までの間精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、X年1月30日に退院、X年6月1日に再入院した場合について、

①精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年6月1日からX+1年1月1日までの間に150日間算定可能ということで良いか。

②自宅等移行初期加算は、X年6月1日からX+1年1月1日までの間に60日間算定可能ということで良いか。

③精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母・分子ともに計上するとということで良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

(問2) 当該患者が、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟にX年1月1日に入院し、退院までの間精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、X年1月30日に退院、X年2月1日に再入院した場合について、

①精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年2月1日に再入院してから退院するまでの間に150日間算定可能ということで良いか。

②精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年2月1日からX+1年1月1日までの間に150日間算定可能ということで良いか。

③自宅等移行初期加算は、X年2月1日からX+1年1月1日までの間に60日間算定可能ということで良いか。

④精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母に計上し、分子には計上しないということで良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 日精協説明会厚労省疑義解釈（R6.4.1）

（問3）当該患者が、精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料（以下「精神科救急急性期医療入院料等」とする。）を算定する病棟にX年1月1日に入院し、90日間入院した後、X年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、X年4月10日に退院、X年8月1日に再入院した場合について、①精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年8月1日からX+1年1月1日までの間に170日間算定可能ということで良いか。

②自宅等移行初期加算は、X年8月1日からX+1年1月1日までの間に80日間算定可能ということで良いか。

③精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「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。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母に計上し、分子には計上しないということで良いか。

④精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母・分子ともに計上するとということで良いか。

（答）いずれも貴見のとおり。

（問4）

当該患者が、精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料（以下「精神科救急急性期医療入院料等」とする。）を算定する病棟にX年1月1日に入院し、90日間入院した後、X年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、X年4月10日に退院、X年5月1日に再入院した場合について、

①精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年5月1日に再入院してから退院するまでの間に80日間算定可能ということで良いか。

②精神科地域包括ケア病棟入院料は、X年5月1日からX+1年1月1日までの間に170日間算定可能ということで良いか。

③自宅等移行初期加算は、X年5月1日からX+1年1月1日までの間に80日間算定可能ということで良いか。

④精神科救急急性期医療入院料等の施設基準について、「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。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母に計上し、分子には計上しないということで良いか。

● 「精神科地域包括ケア病棟入院料」 日精協説明会厚労省疑義解釈（R6.4.1）

⑤精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、（中略）入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母に計上し、分子には計上しないということで良いか。

（答）いずれも貴見のとおり。

（問5）当該患者が、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180日目に退院し、退院してから300日後（481日目）に当該病棟に再入院した場合について、①精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準について、「当該病棟において、（中略）入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、当該患者については分母・分子ともに計上するというで良いか。

②精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間（116日目から480日目までの間）に65日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115日間は算定可能ということで良いか。

③再入院した日から115日が経過した場合（596日目）について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596日目から845日目（481日目から365日後）までの間に65日間算定できるということで良いか。

（答）いずれも貴見のとおり。

その他の 主な改定項目

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。
- ただし、①医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

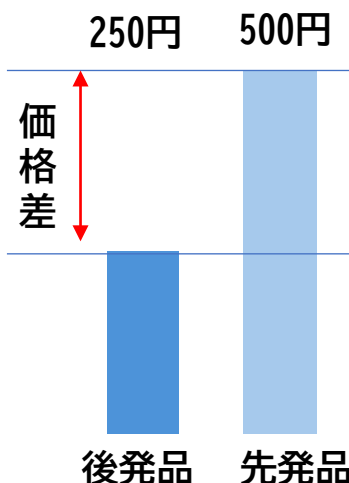
選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、後発品上市後5年を経過した長期収載品については選定療養の対象（※）とする。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、選定療養の対象とする。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
- 選定療養に係る負担は、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、上記価格差の4分の1相当分とする。

R6.10.1から選定療養



患者3割負担として

- ・ (先発-後発) の差額
500円-250円=250円
- ・ 選定療養費
250円×1/4=62.5円
62.5円×1.1=68.75円
- ・ 先発-選定療養費
500円-62.5円=437.5円
- ・ 3割負担
437.5円×0.3=131.25円
- ・ 自己負担
68.75円+131.25円=200円

投薬（一般名処方加算）

【算定要件】（要点）

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算1 10点(7) (全部一般名)
- ロ 一般名処方加算2 8点(6) (一部一般名)

R6.10.1から「掲示内容」に選定療養を加える。

第36 の4 一般名処方加算

1 一般名処方加算に関する施設基準

(1) 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。

(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。ただし、ただし、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。

2 届出に関する事項

(1) 一般名処方加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(2) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)に該当するものとみなす。〔施設基準〕

投薬（後発医薬品使用体制加算）

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

【後発医薬品使用体制加算】

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

生活習慣病対策

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1. 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設(Ⅱ-5-①)

➤ 検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)(333点、月1回に限る。)を新設する。

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し(Ⅱ-5-①)

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

3. 特定疾患療養管理料の見直し(Ⅱ-5-①)

➤ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

4. 特定疾患処方管理加算の見直し(Ⅱ-5-②)

➤ リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

5. 地域包括診療料等の見直し(Ⅱ-5-③)

➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設(Ⅲ-5-④)

➤ 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

糖尿病、脂質異常症、
高血圧は算定不可に

●特定疾患療養管理

料の算定見直し

・診療所 225点

・100床未満病院

147点

・100床～200床

87点

●特定疾患処方管理
加算1

・月2回 18点

●特定疾患処方管理
加算2

・月1回 66点

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
 - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行		改定後
【生活習慣病管理料】		
1 脂質異常症を主病とする場合	570点	【生活習慣病管理料(Ⅰ)】
2 高血圧症を主病とする場合	620点	
3 糖尿病を主病とする場合	720点	
		1 脂質異常症を主病とする場合 610点
		2 高血圧症を主病とする場合 660点
		3 糖尿病を主病とする場合 760点

- 改定後
- 【生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件】(概要)
- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
 - 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の(略)及び同[37]腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
 - 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
 - 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
 - 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
 - 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。

● 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に関する施設基準(届出不要)

(1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。
なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

(2) 患者の状態に応じ、**28日以上 of 長期の投薬**を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の**見やすい場所に掲示**すること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

〔算定要件〕

- （1）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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- （2）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強化料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- （4）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、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

〔施設基準〕

- （1）生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- （2）患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- （3）生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

- 生活習慣病管理料1
 - ・検査等と包括
 - ・4月1回以上の療養計画書の交付
 - ・28日以上投与
- 生活習慣病管理料2
 - ・検査等を包括しない
 - ・4月に1回療養計画書の交付
 - ・28日以上投与

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	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） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 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5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	精神病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須（経過措置①、②イ）

〔経過措置〕（概要）

- ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届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ものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 - ア 「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
 - イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

➤ 地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

厚生労働省保険局医療課長
令和5年4月28日

当該調査年度において、データ提出の遅延等が累積して3回認められた場合には、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出（様式40の8の提出）を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できなくなる。この場合、データ提出加算の届出が施設基準の1つとなっている入院料についても算定できなくなるため十分に注意すること。なお、「遅延等」の考え方は1の（3）と同様である。

入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

	現行	改定後
総額	640円	+ 30円 ➡ <u>670円</u>
自己負担		
一般所得者の場合	460円	+ 30円 ➡ <u>490円</u>
住民税非課税世帯の場合	210円	+ 20円 ➡ <u>230円</u>
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+ 10円 ➡ <u>110円</u>

ご清聴ありがとうございました。

- ※ この資料は、講師が独自に作成したもの又はR6.3.5厚生労働省公表資料を転用又は一部改編したものです。
- ※ 講師作成のものは 使用・加工・転載は自由です。

●講演者（沼田周一）R6.4.1

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