

精神医療に関連した改定項目に係る 医科点数表（告示、通知）、施設基準等（告示、通知）

※2018年3月5日に公表された以下の告示及び通知を基に作成しており、今後一部修正が入る可能性があります。

- 1) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)
- 2) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)
- 3) 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)
- 4) 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(通知)
- 5) 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)
- 6) 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(通知)

※変更・追加部分は下線で示しております（新設項目は下線なし）。

目次

認知症治療病棟入院料	2
認知症患者リハビリテーション料	3
診療情報提供料	3
認知症専門診断管理料	4
認知症療養指導料	4
（新設）認知症サポート指導料	5
（新設）精神科措置入院退院支援加算	6
通院・在宅精神療法	7
入院精神療法	9
精神科電気痙攣療法	9
（新設）精神科在宅患者支援管理料	10
精神科訪問看護・指導料	17
小児特定疾患カウンセリング料	21
精神科ショート・ケア	23
精神科急性期治療病棟入院料	24
精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算	24
精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算	25
地域移行機能強化病棟入院料	25
精神科急性期医師配置加算	26
精神科救急・合併症入院料	26
精神科救急入院料	27
包括入院料からのクロザピンの除外	31
認知療法・認知行動療法	32

認知症治療病棟入院料

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料（1日につき）

注 3 当該病棟が、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。

イ 30 日以内の期間	84 点
ロ 31 日以上期間	40 点

4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 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、精神科身体合併症管理加算、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号 H 0 0 3-2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1 に限る。）、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 H 0 0 7-3 に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第 2 章第 8 部精神科専門療法に係る費用、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して 60 日以内の期間に限る。）、区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して 60 日以内の期間における区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

→**認知症治療病棟入院料**

(6) 「注 3」の認知症夜間対応加算は、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の届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が 3 人以上の場合に算定できる。

(7) 「注 3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(13)から(15)までの例による。

(8) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

※ これまでの「臨床心理技術者」の表記をすべて「公認心理師」に変更。

施設基準等

【通知】

第 19 認知症治療病棟入院料

1 認知症治療病棟入院料の施設基準等

(3) 認知症治療病棟入院料 1 の施設基準

ク 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ 60 平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等）を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

(イ) 略

(ロ) 略

(ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

※(4) 認知症治療病棟入院料 2 の施設基準オの規定も同様。

認知症患者リハビリテーション料

H 0 0 7 - 3	認知症患者リハビリテーション料（1 日につき）	240 点
<p>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保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合に、入院した日から起算して <u>1 年</u> を限度として、週 3 回に限り算定する。</p>		

診療情報提供料

B 0 0 9	診療情報提供料(I)	250 点
<p>注 9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、<u>認知症専門医療機関紹介加算として、100 点を所定点数に加算する</u></p>		

→診療情報提供料(I)

(18) 「注 9」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。

認知症専門診断管理料**B005-7 認知症専門診断管理料**

1 認知症専門診断管理料 1

イ 基幹型又は地域型の場合

700点

ロ 連携型の場合

500点

→**認知症専門診断管理料**

- (1) 認知症専門診断管理料1は、基幹型、地域型又は連携型認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1人につき1回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

認知症療養指導料**B005-7-2 認知症療養指導料**

1 認知症療養指導料 1

350点

2 認知症療養指導料 2

300点

3 認知症療養指導料 3

300点

注2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

（新設）認知症サポート指導料

B 0 0 5 - 7 - 3 認知症サポート指導料

450 点

注 1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

2 注 1 の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

→**認知症サポート指導料**

- (1) 認知症サポート指導料は、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、他の保険医療機関から紹介された認知症の患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、患者又は家族等に文書を用いて療養上の指導を行うとともに、今後の療養方針について、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて助言を行った場合に、1人につき6月に1回に限り算定する。なお、患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。
- (2) 地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医については、「B 0 0 5 - 7 - 2」認知症療養指導料の例による。
- (3) 紹介を受けた他の保険医療機関に対して助言を行う文書において、認知症サポート指導料を算定した患者である旨を記載すること。

（新設）精神科措置入院退院支援加算

A 2 2 7 - 2 精神科措置入院退院支援加算（退院時1回） 600点

注 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（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、精神科措置入院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、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

→精神科措置入院退院支援加算

- (1) 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。以下この項目において「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、退院時1回に限り算定する。
- 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。
 - 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 アからウまでに関して、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。
- (2) 本加算の退院とは、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。

通院・在宅精神療法**I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）**

1 通院精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点

ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

（1）30分以上の場合 400点

（2）30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点

ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点

ハ イ及びロ以外の場合

（1）60分以上の場合 540点

（2）30分以上60分未満の場合 400点

（3）30分未満の場合 330点

注7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。

→通院・在宅精神療法

(4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及びハの(2)並びに「2」のイ及びハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。

(5) 通院・在宅精神療法の「1」のロ及び「2」のロは、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分番号「A000」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定することとし、「1」のハの(1)及び「2」のハの(2)は、診療に要した時間が30分以上の場合に、「2」のハの(1)は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

(6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道

府県等」という。)が、精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。

- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又はロ及び「2」のイ又はロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。

ア 区分番号「A001」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。

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

- (20) 「注7」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「1」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月1回以上の指導を行った上で、3月に1回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、3月に1回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

入院精神療法

I 0 0 1 入院精神療法（1回につき）

- | | | |
|---|---------------|-------|
| 1 | 入院精神療法(I) | 400 点 |
| 2 | 入院精神療法(II)（略） | |

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

精神科電気痙攣療法

I 0 0 0 精神科電気痙攣療法

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

注 1 1 日に 1 回に限り算定する。

2 1 については、第 11 部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

3 1 については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第 6 条の 6 第 1 項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900 点を所定点数に加算する。

（新設）精神科在宅患者支援管理料

※精神科重症患者早期集中支援管理料の廃止

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料（月1回）**1 精神科在宅患者支援管理料1**

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- | | |
|------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者1人 | 3,000点 |
| (2) 単一建物診療患者2人以上 | 2,250点 |

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- | | |
|------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者1人 | 2,500点 |
| (2) 単一建物診療患者2人以上 | 1,875点 |

ハ イ及びロ以外の患者の場合

- | | |
|------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者1人 | 2,030点 |
| (2) 単一建物診療患者2人以上 | 1,248点 |

2 精神科在宅患者支援管理料2

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- | | |
|------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者1人 | 2,467点 |
| (2) 単一建物診療患者2人以上 | 1,850点 |

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- | | |
|------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者1人 | 2,056点 |
| (2) 単一建物診療患者2人以上 | 1,542点 |

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、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。

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。

3 精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携

指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

- 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。

- 5 精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

→精神科在宅患者支援管理料

- (1) 精神科在宅患者支援管理料は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであり、月1回に限り算定する。なお、「1」のイ及び「2」のイの算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）におけるランク、初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。
- (2) 「1」及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、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。
- ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）
- イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「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28年3月4日保医発0304第1号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でII-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）
- (3) 「1」及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。
- (4) 計画的な医学管理については、別紙様式41又はこれに準じた様式を用いて総合支援計画書を月1回以上作成し、総合支援計画書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 「1」及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
- イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。基本的に、(5)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

- ウ (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。
- (6) 「1」及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 当該患者に対して月 1 回以上の訪問診療と月 2 回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月 1 回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。基本的に、(5) のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。
- イ (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。
- (7) 連携する訪問看護ステーションが精神科訪問看護を行う場合には、精神科在宅患者支援管理料 2 を算定する。この場合、(5)のアに規定する専任のチームに、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか 1 名以上が参加している必要があること。また、連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。
- (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
対面に参加しているとき
- 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。
- (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。
- (11) (8)、(9)及び(10)において、患者の個人情報当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

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

(13) 特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科在宅患者支援管理料 1 を算定すること。

(14) 連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料は算定できない。

(15) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科在宅患者支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科在宅患者支援管理料を算定する。

(16) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 精神科オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われなない場合は、算定することはできない。ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行った場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

ウ 精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、精神科在宅患者支援管理料（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）における区分番号「I016」精神科重症患者早期集中支援管理料を含む。）を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に当該管理料を6回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

オ 当該計画に沿って、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診察を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

キ オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿

って診察を行う。

ク オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。

ケ 同一の患者について、オンライン診察による医学管理を実施した同一時間帯に連携する訪問看護ステーションが訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

コ 同一の患者について、オンライン診察による医学管理を実施した日に、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

サ 当該管理料を算定する場合、オンライン診察を受ける患者は、当該患者の自宅においてオンライン診察を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時にオンライン診察を行った場合は、当該管理料は算定できない。

シ 当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

ス 精神科オンライン在宅管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。

施設基準等

【告示】

第十 精神科専門療法

四 精神科在宅患者支援管理料の施設基準等

(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

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。

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。

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。

(2) 精神科在宅患者支援管理料1のハの施設基準

イ 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること。

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。

(3) 精神科在宅患者支援管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
重度の精神障害を有する者

五 精神科オンライン在宅管理料の施設基準等

(1) 精神科オンライン在宅管理料の施設基準

オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。

(2) 厚生労働大臣が定める患者

精神科在宅患者支援管理料を算定している患者であって、当該管理料を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの

【通知】

第 55 の 2 精神科在宅患者支援管理料

1 精神科在宅患者支援管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、以下の要件を満たしていること。ただし、精神科在宅患者支援管理料 1 のハのみを算定する保険医療機関においては、ア及びイのみを満たしていればよいこと。
 - ア 在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置していること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - イ 常勤精神保健福祉士を配置していること。
 - ウ 作業療法士を配置していること。
- (2) 当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師若しくは看護師を配置していること又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションとして届出を行っている訪問看護ステーションと連携していること。
- (3) 精神科在宅患者支援管理料のイ又はロを算定する医療機関においては、以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24 時間の往診又は 24 時間の精神科訪問看護若しくは 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。
 - ア 当該保険医療機関において 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。
 - イ 当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が 24 時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による 24 時間の精神科訪問看護又は当該保険医療機関による 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。
 - ウ 往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。
 - エ 標榜時間外において、当該保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。
 - (イ) 区分番号「A001」再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
 - (ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

2 届出に関する事項

精神科在宅患者支援管理料の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 47 の 2 を用いること。

第 55 の 3 精神科オンライン在宅管理料

1 精神科オンライン在宅管理料に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添 1 の第 2 の 6 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

オンライン診療料の届出を行ってればよく、精神科オンライン在宅管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

精神科訪問看護・指導料**I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料**

1 精神科訪問看護・指導料（I）（略）

2 削除

3 精神科訪問看護・指導料（III）（略）

注4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合	450点
--------------	------

(2) 1日に2回の場合	900点
--------------	------

(3) 1日に3回以上の場合	1,450点
----------------	--------

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合	380点
--------------	------

(2) 1日に2回の場合	760点
--------------	------

(3) 1日に3回以上の場合	1,240点
----------------	--------

ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 300点

10 区分番号I 0 1 6に掲げる精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

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

12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

→精神科訪問看護・指導料

(8) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。なお、オの場合にあつては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3

日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5日）を限度とする。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合

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

ウ 当該保険医療機関を退院後3月以内の患者

エ 区分番号「I016」精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2を算定する患者

オ 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合

- (9) (8)のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）の算定、並びに、精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。

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

- (11) 介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等に入所している患者に精神科訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による精神科訪問看護・指導を区別して実施する。

- (12) 「注4」に係る複数名精神科訪問看護・指導加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患者への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（30分未満の場合を除く。）は、1日につき「注4」のイ、ロ又はハのいずれかを算定する。精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、1日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者が同行する場合はハを所定点数に加算すること。ただし、看護補助者が同行する場合には、週1日を限度として所定点数に加算する。単に2人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

- (23) 区分番号「I016」精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料（ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

- (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、当該管理料1（ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要

であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。

- (25) 精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。
- (26) 精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(I)又は(III)を算定する。
- (27) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。
- (28) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(I)又は(III)を算定できない。
- (29) 「注11」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下、「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護職員等（以下、「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。
- ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。
- (イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
- (ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認
- イ 当該加算は、次の場合には算定できない。
- (イ) 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問
- (ロ) 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合
- ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。
- オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。
- (30) 「注12」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患者までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の100分の50に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時

間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

施設基準等

【告示】

第十 精神科専門療法

一の八 精神科訪問看護・指導料の注に規定する厚生労働大臣が定める者

口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする者

一の九 精神科訪問看護・指導料の注に規定する厚生労働大臣が定める地域

- (1) 離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- (2) 奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 山村振興法第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- (4) 小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (5) 過疎地域自立促進特別措置法第二条第一項に規定する過疎地域
- (6) 沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島

小児特定疾患カウンセリング料**B001 特定疾患治療管理料****4 小児特定疾患カウンセリング料**

イ 月の1回目	500点
ロ 月の2回目	400点

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。

→小児特定疾患カウンセリング料

- (1) 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。
- (2) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 気分障害の患者
 - イ 神経症性障害の患者
 - ウ ストレス関連障害の患者
 - エ 身体表現性障害(小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。)の患者
 - オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害を含む。)の患者
 - カ 心理的発達の障害(自閉症を含む。)の患者
 - キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(多動性障害を含む。)の患者
- (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。
- (4) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。
- (5) 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。
- (6) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (7) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

施設基準等**【告示】****第三 医学管理等****二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等**

(2)の3 小児特定疾患カウンセリング料に規定する基準

当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(2)の4 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

別表第二の二に掲げる患者

別表第二 特定疾患治療管理料に規定する疾患等

二 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

十八歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

【通知】

第1の5 小児科療養指導料

1 小児科療養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、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。

精神科ショート・ケア**I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）**

- | | |
|----------|-------|
| 1 小規模なもの | 275 点 |
| 2 大規模なもの | 330 点 |

注7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。

→精神科ショート・ケア

- (10) 「注7」については、概ね40歳未満の患者で構成される10人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従って、2名の従事者が当該患者グループに対し精神科ショート・ケアを実施した場合に、40歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が10人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」（日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成）を参考に行うことが望ましい。
- (11) 「注7」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症又は病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注7の加算を算定することができるが、この場合「注5」の規定における「所定点数」には注7の加算を含まないこと。

精神科急性期治療病棟入院料

施設基準等

【通知】

2 特定入院料の施設基準等

第 16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は 2 の施設基準

コ 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 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。「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。

精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算

施設基準等

【通知】

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

14 精神病棟入院基本料の注 7 に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

(3) 措置入院患者、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。以下「医療観察法」という。）第 34 条第 1 項若しくは第 60 条第 1 項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第 37 条第 5 項若しくは第 62 条第 2 項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び第 42 条第 1 項第 1 号若しくは第 61 条第 1 項第 1 号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた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 9 割以上が入院日から起算して 1 年以内に退院し、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（平成 17 年法律第 123 号）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。

精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算

施設基準等

【通知】

第17 精神療養病棟入院料

4 精神保健福祉士配置加算の施設基準

- (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び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5分以上が入院日から起算して1年以内に退院し、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。

地域移行機能強化病棟入院料

施設基準等

【通知】

第21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

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0.9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0.9以上としても差し支えないこと。

（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

（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

（ハ） 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が1.5%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退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（%）

精神科急性期医師配置加算

施設基準等

【通知】

第26の8 精神科急性期医師配置加算

1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

(3) 区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

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。

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。

精神科救急・合併症入院料

施設基準等

【通知】

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

(11) 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。「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。

精神科救急入院料

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

（略）

注5 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については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

→精神科救急入院料

- (13) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたり以下の隔離及び身体的拘束その他の行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。
- ア 入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整える。
- イ やむを得ず行動制限を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。
- ウ 行動制限を実施するに当たっては、以下の対応を行う。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 行動制限の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 行動制限の解除に向けた検討
- エ 行動制限を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。
なお、行動制限を実施することを避けるために、イ及びウの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。
- (14) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する病院は、行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行う。
- (15) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して30日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (16) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十四の(1)のへに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員3人以上でなければ算定できない。

施設基準等

【告示】

十四 精神科救急入院料の施設基準等

- (5) 精神科救急入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準

- イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ロ 当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとする

るため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

ハ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

ニ 看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(6) 精神科救急入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日

【通知】

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(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。

2 精神科救急入院料1に関する施設基準等

(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。

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。

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。

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、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。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(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退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。）

3 精神科救急入院料2に関する施設基準等

(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。

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 120 件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口万対 1.5 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 25 件以上又は2割以上であること。

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 30 件以上又はアの地域における人口万対 0.37 件以上であること。そのうち6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、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

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、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。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(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。「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。

※ 精神科救急入院料1及び2の施設基準のうち「なお、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。」は、削除されている。

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、夜間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 16 又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

(2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施

(3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3項目以上を満たしていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直前の勤務の開始時刻の概ね24時間後以

降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。

エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が 5 割以上であること。

カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。

- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添 2 の第 2 の 12 の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

5 届出に関する事項

- (1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 54 を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9 様式、13 の 3 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。
- (2) 平成 30 年 3 月 31 日において現に精神科救急入院料 1 又は 2 に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、それぞれ平成 30 年度改定後の精神科救急入院料 1 又は 2 の基準を満たしているものとみなす。

包括入院料からのクロザピンの除外

基本診療料の施設基準等（告示）

別表第五の一の四 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

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。）

別表第五の一の五 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

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。）

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はHIV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。）

※ 精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、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・合併症入院料について、非定型抗精神病薬加算の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外。

認知療法・認知行動療法**I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）**

1 <u>医師による場合</u>	480 点
2 <u>医師及び看護師が共同して行う場合</u>	350 点
注 （略）	

※精神保健指定医が行った場合の評価を廃止

→ **認知療法・認知行動療法**

(12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあつては、次の全てを満たすこと。

ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。

イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

(13) 認知療法・認知行動療法の「1」及び「2」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「2」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

施設基準等**【通知】****第 48 認知療法・認知行動療法****1 認知療法・認知行動療法 1 に関する施設基準**

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。

2 認知療法・認知行動療法 2 に関する施設基準

(1) 1 を満たしていること。

(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法 1 の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

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

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

(イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものである

こと。

(ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」) に準拠したプログラムによる 2 日以上のものであること。

(ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

※ ウの要件から「認知行動療法を行う外来に 1 年以上勤務し、治療に係る面接に 60 回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものである。」を削除。

3 届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 44 の 3 を用いること。