

令和4年度診療報酬改定の概要

個別改定事項Ⅳ

(精神医療)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介しますためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

- 精神科救急入院料を精神科救急急性期医療入院料とし、手厚い救急急性期医療体制、緊急の患者に対応する体制及び医師の配置等をそれぞれ評価する。
- 精神科救急・急性期医療における役割に応じた評価体系とする。
- 精神科救急急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた3区分に見直す。

現行			改定後			
精神科救急入院料 1			< (1) 手厚い救急急性期医療体制 >			
イ	30日以内	3,579点				
ロ	31日以上	3,145点				
精神科救急入院料 2			< (2) 緊急の患者に対応する体制 >			
イ	30日以内	3,372点				
ロ	31日以上	2,938点				
			< (3) 医師の配置とクロザピン使用体制 >			
<u>(改) 精神科救急急性期医療入院料</u>			30日以内	2,400点	・ 病院常勤の指定医が 4名 以上 ・ 常時精神科救急外来診療が可能 ・ 全ての入院形式の患者受入れが可能 ・ 時間外、休日・深夜の入院件数が 年間30件以上 又は 人口1万人当たり0.37件以上 であり、うち 6件以上 又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関	
			31日以上	60日以内		2,100点
			61日以上90日以内			1,900点
<u>(新) 精神科救急医療体制加算</u>			1	身体合併症対応	600点	・ 精神科救急急性期医療入院料を算定 ・ 精神科救急医療体制整備事業による指定 ・ 病院常勤の指定医が5名以上 ・ 時間外、休日・深夜の入院件数が 年間40件以上 又は 人口1万人当たり0.5件以上 であり、うち 8件以上 又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼
			2	常時対応型	590点	
			3	病院群輪番型	500点	
<u>(改) 精神科急性期医師配置加算</u>			1	600点	・ クロザピン導入 6件／年以上 ・ 病棟常勤指定医2名以上	
			3	400点	・ 新規クロザピン導入 3件／年以上	

精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

➤ 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた3区分に見直す。

現行		
(1日につき)	30日以内	31日以上
精神科急性期治療病棟入院料 1	1,997点	1,665点
精神科急性期治療病棟入院料 2	1,883点	1,554点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点

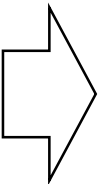


改定後			
(1日につき)	30日以内	31日以上 60日以内	61日以上 90日以内
精神科急性期治療病棟入院料 1	2,000点	1,700点	1,500点
精神科急性期治療病棟入院料 2	1,885点	1,600点	1,450点
精神科救急・合併症入院料	3,600点	3,300点	3,100点

病床数上限の見直し

➤ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す。

現行
<p>〔施設基準〕</p> <p>【精神科救急入院料】</p> <ul style="list-style-type: none">当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下 <p>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、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</p> <p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none">当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下



改定後
<p>〔施設基準〕</p> <p><u>（改）【精神科救急急性期医療入院料】</u></p> <ul style="list-style-type: none">当該保険医療機関における<u>精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下</u> <p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none">当該病棟の病床数は、<u>130床以下</u> <p><u>（新）【精神科救急医療体制加算】</u></p> <ul style="list-style-type: none"><u>精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟</u>病棟の病床単位で届出、<u>120床以下</u>旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、<u>地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数を算定できる。</u> <p>〔経過措置〕</p> <p>旧精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であることに該当するものとみなす。</p>

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急・合併症入院料の見直し

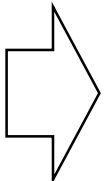
➤ 精神科身体合併症管理加算や心大血管疾患リハビリテーション料等を包括評価の範囲から除外する。

現行

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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、精神科応急入院施設管理加算、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、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紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる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部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用



改定後

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

現行の項目（左記）に加え、以下の項目

精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）

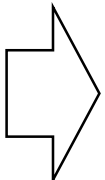
➤ 指定医の配置、時間外、休日・深夜における外来診療件数、地域の入院需要に対する要件を見直す。

現行

【精神科救急・合併症入院料】

【施設基準】

- ・病棟に常勤の指定医が3名以上配置されていること。
- ・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200件以上、又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること。
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。



改定後

【精神科救急・合併症入院料】

【施設基準】

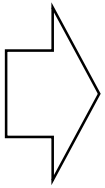
- ・病棟に常勤の指定医が**2名**以上配置されていること。
- ・常時精神科救急外来診療が可能であること。
- （削除）
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は**5件以上**の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➤ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科急性期治療病棟 1	600点
2 のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2 のロ	精神科急性期治療病棟 1	500点
3	精神科急性期治療病棟 1	450点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		



改定後		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	600点
2 のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2 のロ	精神科急性期治療病棟 1	450点
3	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	400点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		
・加算 1：病棟常勤指定医 2 名以上		

〔経過措置〕

令和四年三月三十一日において旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟及び精神科急性期医師配置加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医 2 名以上の要件に該当するものとみなす。
令和 4 年 3 月 31 日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

（参考）精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算 1	加算 2 のロ	加算 3	加算 2 のイ
新規入院患者の 自宅等への3か月以内の移行率	6 割以上	6 割以上	4 割以上	<ul style="list-style-type: none">内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置精神科リエゾンチーム加算を届出ている直近 3 か月間の新規入院患者の 5 %以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者精神科医が救急車で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月 5 人以上診察
クロザピン新規導入患者数	6 件／年以上	—	3 件／年以上	
時間外 外来診療	20件／年以上	20件／年以上	20件／年以上	
時間外 入院	6 件／年以上	6 件／年以上	6 件／年以上	

精神科救急医療体制の整備の推進等

精神科救急医療に係る入院の算定対象

➤ 以下の障害を有するものに限る。

【精神科救急急性期医療入院料】

〔留意事項〕

- ア 症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- エ 気分（感情）障害
- オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- カ 成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）
- キ 知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

【精神科救急医療体制加算】

〔留意事項〕

- ア 認知症を除く症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限る。）（ただし、令和6年3月31日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。）
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- エ 気分（感情）障害（躁状態又は自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- カ 成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）
- キ 知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

➤ クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病院から転院する場合であっても、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できるよう見直す。

現行

【精神科救急入院料】

〔算定要件〕

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※1）

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】

（精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様）

〔算定要件〕

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟又は転院する患者（※1）

※1 クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。

摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

- 摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し

- 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について緩和する。

現行

【摂食障害入院医療管理加算】

〔施設基準〕

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。

改定後

【摂食障害入院医療管理加算】

〔施設基準〕

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が1人以上であること。

精神科身体合併症管理加算の対象患者の見直し

- 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について緩和する。

現行

【精神科身体合併症管理加算】

〔施設基準〕

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者

改定後

【精神科身体合併症管理加算】

〔施設基準〕

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

精神疾患診断治療初回加算等の新設

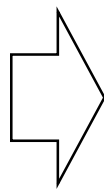
- 救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

現行

【救命救急入院料（1日につき）】
[算定要件]
注2 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定不可。

(新設)

[施設基準]
(新設)



改定後

【救命救急入院料（1日につき）】
[算定要件]
注2 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算。この場合において、区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定不可。
イ 施設基準に適合している場合 7,000点
□ イ以外の場合 3,000点

10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]
二 救命救急入院料の施設基準等
(4) 救命救急入院料の注2のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準 適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

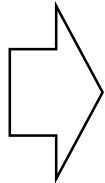
通院・在宅精神療法の見直し

- 通院精神療法及び在宅精神療法について、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

現行

【通院精神療法】

診療時間	点数
60分以上（初診のみ）	540点
30分以上	400点
30分未満	330点



改定後

【通院精神療法】（在宅精神療法についても同様）

診療時間	実施者	点数
60分以上（初診のみ）	<u>指定医</u>	<u>560点</u>
	<u>それ以外</u>	540点
30分以上	<u>指定医</u>	<u>410点</u>
	<u>それ以外</u>	<u>390点</u>
30分未満	<u>指定医</u>	330点
	<u>それ以外</u>	<u>315点</u>

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

- 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 療養生活継続支援加算 350点（月1回） ※ 1年を限度

[算定要件]

- (1) 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、**専門の研修を受けた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、**1年を限度**として、**月1回**に限り算定できる。
- (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 対象となる**「重点的な支援を要する患者」**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研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における**「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者**であること。
 - イ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、**多職種と共同して「療養生活の支援に関する計画書」（支援計画書）を作成**する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進調査事業の研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にする。こと。
 - ウ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、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の連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士が1名以上**勤務していること。
- (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。また、それぞれの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。
- (3) (略)

認知症専門診断管理料の見直し

➤ 認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

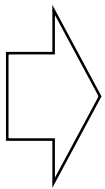
現行

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2 300点



[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。
- 3 (略)



改定後

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2
 -  基幹型又は地域型の場合 300点
 -  連携型の場合 280点

[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。
- (削除)
- 2 (略)

児童思春期精神科専門管理加算の見直し

➤ 児童・思春期精神医療の外来診療について、2年以上診療が継続している場合についても算定できるよう見直す。

現行

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
(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 500点



改定後

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
(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 500点

(新) (2) (1)以外の場合

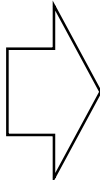
300点

依存症患者に対する医療の充実

依存症入院医療の充実

- 重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

現行		
【重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）】		
1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点
[対象患者]		
入院治療が必要なアルコール依存症の患者		

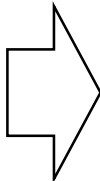


改定後		
<u>（改）【依存症入院医療管理加算（1日につき）】</u>		
1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点
[対象患者]		
入院治療が必要なアルコール依存症の患者 <u>又は薬物依存症</u> の患者		

依存症外来医療の充実

- 依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

現行		
【依存症集団療法（1回につき）】		
[対象疾患]		
1	薬物依存症の場合	340点
2	ギャンブル依存症の場合	300点
(新設)		
[算定要件]		
(新設)		



改定後

【依存症集団療法（1回につき）】

[対象疾患]

- 1 （略）
- 2 （略）

（新）3 アルコール依存症の場合 300点

[算定要件]

アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のもの
に対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回
に限り算定する。

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

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

	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅱ)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの</u>	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
	診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、 <u>患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応</u>
施設基準	—	<u>精神科又は心療内科</u>
	<u>精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築	当該保険医療機関内に <u>精神保健福祉士が1名以上</u> 配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

➤ 救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

現行

【救急患者精神科継続支援料】

1 入院中の患者	435点
2 入院中の患者以外	135点

〔算定要件〕

注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。

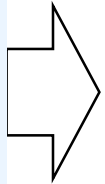
〔施設基準〕

1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

(3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。

2 届出に関する事項

専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付。



改定後

【救急患者精神科継続支援料】

1 入院中の患者	<u>900点</u>
2 入院中の患者以外	<u>300点</u>

〔算定要件〕

注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。

〔施設基準〕

1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

(3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。

2 届出に関する事項

(1) 専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）。

(2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているもの。

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

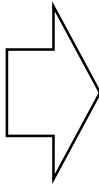
- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

現行

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） 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都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
□ 重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る）



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○ (略) ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

経過措置について（個別Ⅳ）

	区分番号	項目	経過措置
1	A249	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 3	令和4年3月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、クロザピン導入に係る基準を満たしているものとする。
2	A249	精神科急性期医師配置加算 1	令和4年3月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
3	A249	精神科急性期医師配置加算 1	令和4年3月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算 1 の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
4	A311	精神科救急急性期医療入院料 精神科救急医療体制加算 1 精神科救急医療体制加算 2 精神科救急医療体制加算 3	令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。
5	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和4年9月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。
6	B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。
7	I002-3	救急患者継続支援料	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。

施設基準の届出について

お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、令和4年4月20日(水曜日)(必着)までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。