

令和2年度診療報酬改定の概要 (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するためのものであり、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。

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. **地域との連携を含む多職種連携の取組の強化**
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

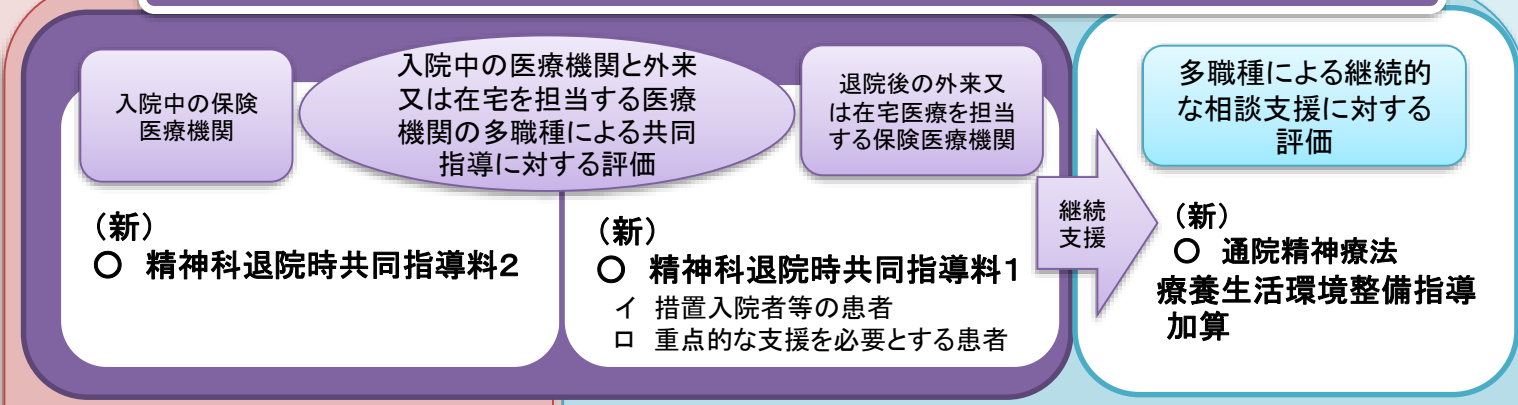
入院医療

外来・在宅医療

質の高い入院医療の評価

- クロザピンの普及促進
 - ・クロザピンの使用実績等に基づいた精神科急性期医師配置加算の見直し
 - ・精神科急性期病棟におけるクロザピン新規導入を目的とした転棟患者の受入れ
 - ・精神科救急入院料等における自宅等への移行率からクロザピンの新規導入患者の除外
- 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進
- 精神科身体合併症管理加算の見直し
- 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援に対する評価



精神病棟における地域移行の推進

- 地域移行機能強化病棟の継続
- 精神科救急入院料の明確化

適切な精神科在宅医療の推進

- 精神科在宅患者支援管理料の見直し

精神疾患を有するハイリスク妊産婦に対する支援の充実

- ハイリスク分娩管理加算の対象病棟の拡大

- ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

個別疾患に対する治療・支援の充実

依存症に対する治療の充実

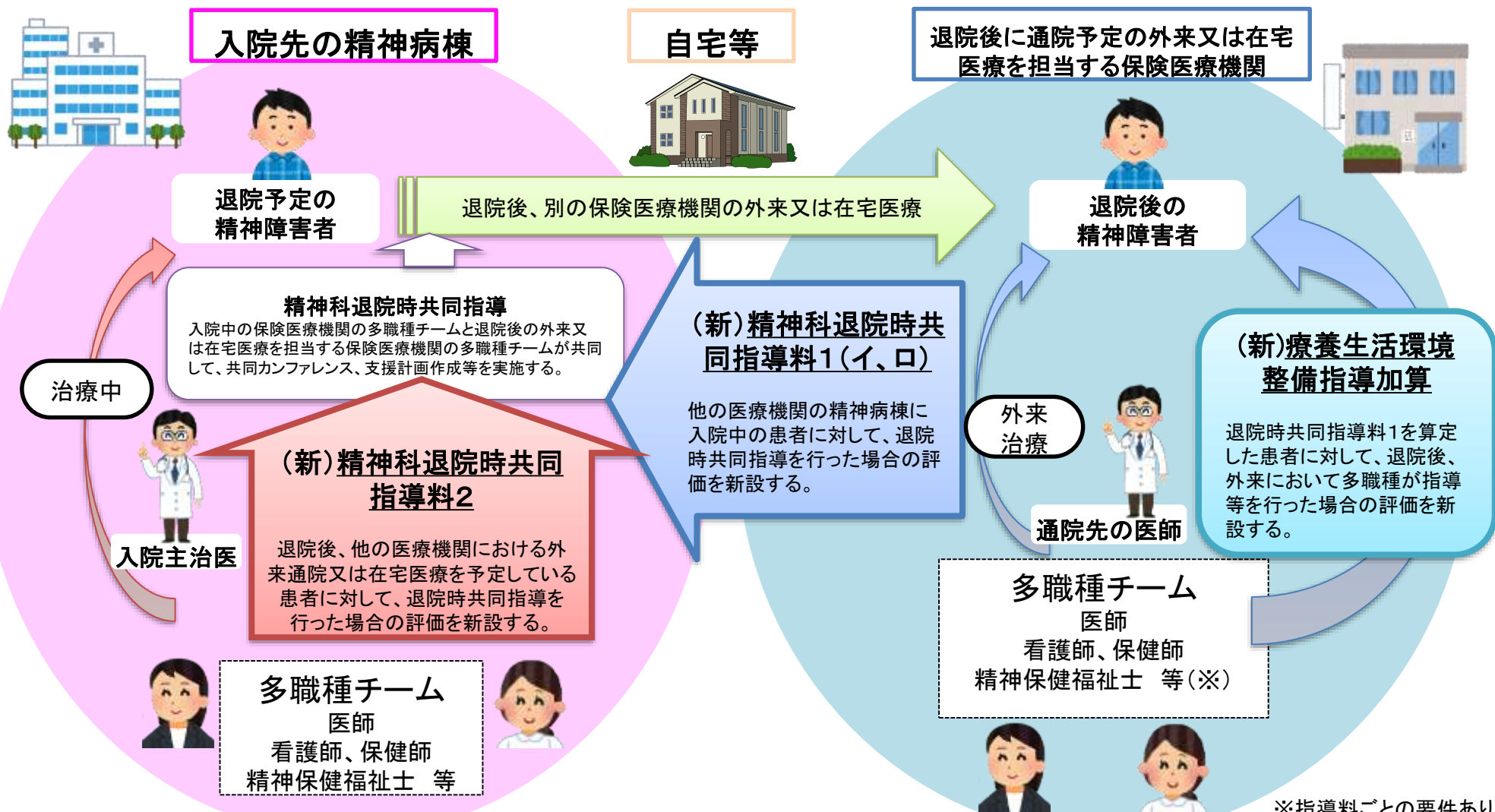
- 依存症集団療法
- (新) ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価

発達障害に対する支援の充実

- 小児特定疾患カウンセリング料
- (新) 公認心理師によるカウンセリングに対する評価

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



※指導料ごとの要件あり

精神病棟における退院時共同指導の評価

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。



(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム(必要に応じて他の職種も参加)
1のイ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 措置入院又は緊急措置入院の患者 ○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 ○ 1年以上の長期入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師(以下、看護師等) ○ 精神保健福祉士
1のロ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重点的な支援が必要な患者 ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等 ○ 精神保健福祉士
2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1のイ又は1のロの患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 看護師等 ○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。
- 共同指導に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「[包括的支援マネジメント実践ガイド](#)」を参考にすること。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、[ビデオ通話](#)を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

- 当該保険医療機関内に、[専任の精神保健福祉士](#)が1名以上配置されていること。



精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

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

(新) 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回)



[算定要件]

- (1) 通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師(以下、「看護師等」という。)又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。
- (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 多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。
 - イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にする。



[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) 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下であること。

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. **重点的な対応が求められる分野の適切な評価**
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

- 精神疾患の患者に対して多職種が実施する計画的な訪問診療及び訪問看護を評価する精神科在宅患者支援管理料について、現行の管理料「1」又は「2」に引き続き訪問診療を行う場合の評価として、「3」を新設する。

現行		単一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
ハ	重症患者等以外	2,030点	1,248点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点

改定後		単一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点
(新) 管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

(新) 精神科在宅患者支援管理料3 (月1回)

イ	単一建物診療患者1人	2,030点
ロ	単一建物診療患者2人以上	1,248点

[算定要件]

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

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

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

[施設基準] **精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関**であること。

(※ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「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。

- 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、**廃止**する。

[経過措置] 令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

- 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」については、6月を限度として算定できることとし、「3」については、「1」又は「2」の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として算定出来ることとする。

改定後	単一建物診療患者	
	1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点
(新)管理料3		
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合	2,030点	1,248点

「3」の対象患者
 ○ 「1」の「イ」の算定を開始した月から6月を経過した患者
 ○ 「1」の「ロ」を前月に算定した患者

「2」から「3」へ移行する患者も同様

※「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」についても、「1」の「イ」及び「2」の「イ」と同様に、6月まで算定できるものとする。

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」 「1」又は「2」の開始日から2年を限度として算定

- 「1」及び「2」のカンファレンスについて、行政機関職員等と共同で実施するカンファレンスの開催頻度等の要件を見直す。また、当該保険医療機関以外の職員等とカンファレンスを行う場合、要件を満たせば、ビデオ通話による参加を可能とする。

現行	イ		ロ	
	チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上			
ビデオ通話が可能な機器を用いた参加	「2」の共同カンファレンスについては、要件を満たせば可能。			

チームカンファレンス：専任の多職種チームによるカンファレンス
 共同カンファレンス：専任の多職種チーム及び保健所又は精神保健福祉センター等の職員が共同で実施するカンファレンス

改定後	1		2	
	イ	ロ	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上	週1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	2月に1回以上	必要に応じて実施	2月に1回以上	必要に応じて実施

ビデオ通話による参加可

※ 保健所等に文書で情報提供

※ 初回は関係者全員が一室に会すること

※ 保健所等に文書で情報提供

※ 初回は関係者全員が一室に会すること

※カンファレンスについて、訪問看護療養費における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

- 地域移行を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、届出に係る要件を見直すとともに、精神保健福祉士等の配置要件を緩和する。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

[施設基準] ※<>内は現行

届出時の病床稼働率に係る係数を見直し

(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> **0.85**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> **0.85**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

地域移行に係る実績係数を見直し

(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> **2.4**%以上であること。

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

(15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<1.5> **2.4**%以上であること。

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数の1か月当たりの平均 ÷ 当該病棟の届出病床数 × 100(%)

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

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<5分の1> **30%** × 当該病棟の算定年数)

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

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<5分の1> **30%** × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)

(18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

[施設基準]	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士3名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名 以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上 専従 常勤 社会福祉士1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 社会福祉士 1名 以上

- 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

[経過措置] 令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

精神病棟における質の高い医療の評価

- 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進

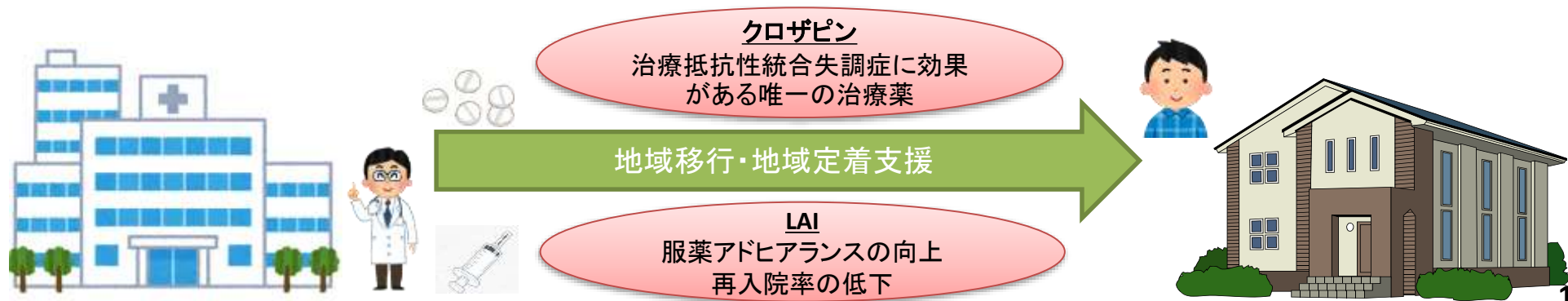


- ・精神科急性期医師配置加算について、**クロザピンの新規導入患者数の実績等を要件とした評価の類型を新設する。**
- ・精神科急性期病棟において、**クロザピン新規導入を目的とした転棟患者を受入れ可能となるよう要件を見直す。**
- ・精神科救急入院料等における**自宅等への移行率からクロザピンの新規導入患者を除外する。**
- ・クロザピンを投与中の患者に対しては、**ヘモグロビンA1cを月1回に限り別に算定できるようにする。**

2. 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進

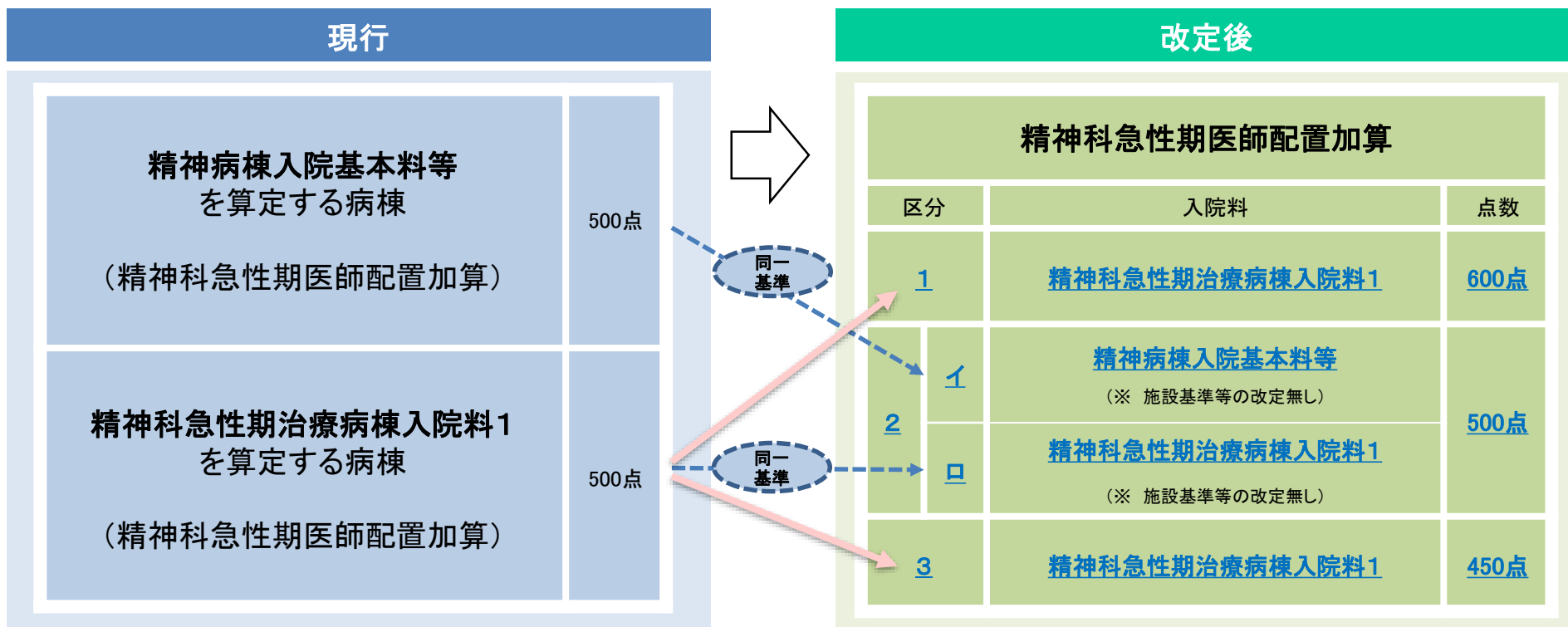


- ・LAIについて、精神病棟に入院中の患者に対して、**投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、薬剤料を包括範囲から除外する。**
- ・LAIに係る管理料について、**入院中の患者に対しても算定可能とする。**



精神科急性期医師配置加算の見直し

- クロザピンの普及を促進する観点から、精神病棟における手厚い配置を評価する精神科急性期医師配置加算について、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟において、クロザピンを新規に導入した患者数の実績を要件とした評価を新設する。併せて、自宅等への移行率に係る要件も見直し、より柔軟な評価を可能とする。



[施設基準] <改定後の実績要件>

精神科急性期医師配置加算 (精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟)	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件
1	6割	クロザピン新規導入患者 6人/年
2の□	6割	-
3	4割	クロザピン新規導入患者 3人/年

精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し



- 精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料について、投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

現行

【施設基準】 【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。)



改定後

【施設基準】 【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。)
- 持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)

※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)についても同様の取り扱いとする。

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

現行

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点



改定後

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

イ 入院中の患者

ロ 入院中の患者以外

注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。



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棟から転棟する場合であっても、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・合併症入院料を算定できるよう見直す。

現行

	対象患者
精神科救急入院料 現行、転棟患者は対象外	[算定要件] ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
精神科急性期治療病棟入院料 現行、急性増悪以外の転棟患者は対象外	[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



改定後

	対象患者
精神科救急入院料(※1) 新設	[算定要件] ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 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(※2)
精神科急性期治療病棟入院料 新設	[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(※2)

※1 精神科救急・合併症入院料についても同様の取り扱いとする。

※2 クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者については、**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。**

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

改定後

[精神科救急入院料1に関する施設基準]

(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及び**クロザピンの新規導入を目的とした入院患者**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。

※ 精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料についても同様

クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

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

精神科救急入院料の見直し

- 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合、当該入院料を届け出ている病棟の数に応じて時間外診療等の実績を必要とする旨を明確化する。

改定後

【精神科救急入院料1】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関が、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1万人当たり **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1万人当たり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、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 **ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。**

※ 精神科救急入院料2についても同様。

2病棟届け出る場合、当該保険医療機関において、時間外等外来診療の実績は、年間300件以上必要。(その他についても同様。)

- 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を令和4年3月31日までとする。

現行

(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。

改定後

(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、**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。

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し



➤ ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について、多職種によるカンファレンスに係る要件等を以下のように見直す。

1. 多職種によるカンファレンスについて、市町村等の担当者は必要に応じて参加すればよいこととする。
2. 市町村等に対して、カンファレンスの結果を文書により情報提供することとする。



カンファレンスへの参加	現行	改定後
参加が 必須	<ul style="list-style-type: none"> ○ 産科又は産婦人科を担当する医師 又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師 又は保健師若しくは看護師 ○ 市町村等の担当者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 産科又は産婦人科を担当する医師 又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師 又は保健師若しくは看護師
必要に応じて参加	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村等の担当者 ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等

カンファレンスの結果を、文書により情報提供

3. 多職種によるカンファレンスについて、初回は対面で実施することとし、2回目以降については、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加可能とする。

4. 直近1年間の市町村又は都道府県との連携実績を不要とする。



精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実



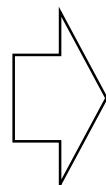
➤ ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直し、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)を追加する。

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	
【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



改定後	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	200点

[公認心理師による場合の算定要件]

- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
- (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20分以上行った場合に算定できる。
- (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。



- 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

精神病棟における身体合併症の治療等の推進

精神科身体合併症管理加算の見直し

- 精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限及び対象疾患等の要件を見直す。

現行

【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上10日以内 225点

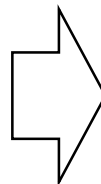
[算定要件]

注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

(3) (略)

[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
(略)



改定後

【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上15日以内 300点

[算定要件]

注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

(3) (略) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。

[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
(略)

(新設) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

- 精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

ギャンブル依存症に対する治療の評価

- ▶ ギャンブル依存症に対する有効な治療法が確立されたことを踏まえ、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

(新) 依存症集団療法 2 ギャンブル依存症の場合 300点(1回につき)



[算定要件]

- (1) ギャンブル依存症の患者に対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。
- (2) 次のア～ウの全てを満たすこと。
 - ア ギャンブル(ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。
 - イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。
 - ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において、研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

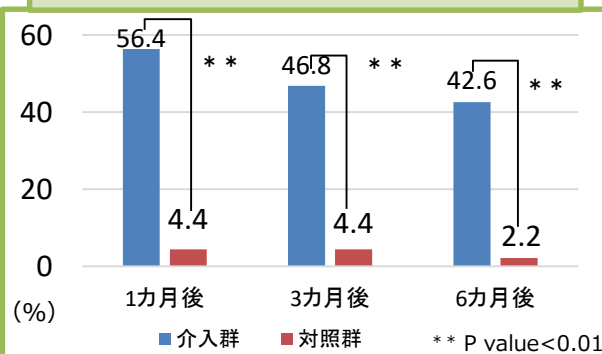
[施設基準]

- (1) 依存症専門医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること。

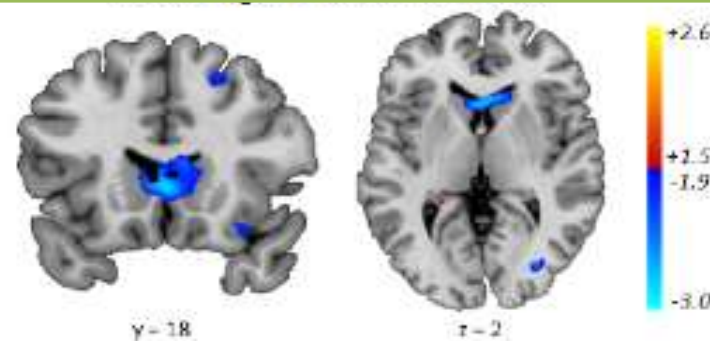
標準的治療プログラムのトピック

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？
第2回 ギャンブルの「引き金」について
第3回 引き金への対処とギャンブルへの渴望
第4回 生活の再建・代替行動 (ギャンブルの代わりになる行動)
第5回 考え方のクセ
第6回 まとめ

治療プログラムの効果 (断ギャンブルの継続率)



健常者群と比べて、ギャンブル依存症群特有でみられる 脳の異常部位



経過措置について①

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料(7対1結核病棟、10対1一般病棟)、専門病院(10対1)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料(急性期一般入院料4を除く)、7対1入院基本料(結核、特定(一般病棟)、専門)、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

経過措置について②

	項目	経過措置
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満(令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。)であり、かつ、データ提出加算の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施設基準を満たしているものとする。
14	入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。

経過措置について③

	項目	経過措置
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2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の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2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1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
18	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
19	地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、同年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
20	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
21	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	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、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。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算(外来化学療法加算)	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年31日までの間に限り、引き続き算定できる。

経過措置について⑤

	項目	経過措置
28	Bence Jones蛋白定性(尿)	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
29	アルブミン(BCP改良法・BCG法)	BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
30	CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定)	免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
31	動物使用検査	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
32	網膜中心血管圧測定	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
33	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準(医療資源の少ない地域)	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
34	調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局(後発医薬品減算)	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。
35	地域支援体制加算	調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
36	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

施設基準の届出について

お願い

- 令和2年4月1日から算定を行うためには、**令和2年4月20日(月曜日)(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いたします。

