

・精神科関連

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
入院加算 新設	(新)精神科充実体制加算 30点	(新設)		
	<p>【対象患者】 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者</p> <p>【算定要件】 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 (2)次のいずれにも該当すること。 イ 精神科を標榜する保険医療機関であること。 ロ 精神科入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p>			
1002	【児童思春期精神科専門管理加算(通院・在宅精神療法)】	【児童思春期精神科専門管理加算(通院・在宅精神療法)】		
	<p>【算定要件】 注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、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、ロについては、1回に限り算定する。 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 (2) (1)以外の場合 300点</p>	<p>【算定要件】 注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、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、ロについては、1回に限り算定する。 イ 16歳未満の患者に通院・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2年以内の期間に行った場合に限る。)500点</p>		
1002	<p>1 通院精神療法 イ(略) 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 (1) 精神保健指定医による場合 560点 (2) (1)以外の場合 540点 ハイ及びびロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 410点 ② ①以外の場合 390点 (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点 2 在宅精神療法 イ(略) 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 (1) 精神保健指定医による場合 620点 (2) (1)以外の場合 600点 ハイ及びびロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 550点 ② ①以外の場合 530点 (2) 30分以上60分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 410点 ② ①以外の場合 390点 (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点</p>	<p>【通院・在宅精神療法(1回につき)】 1 通院精神療法 イ(略) 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(略) 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</p>		
1002の1	【通院精神療法】	【通院精神療法】		
	<p>【算定要件】 注9 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、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、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り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。</p> <p>【施設基準】 一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。</p> <p>第47の7 通院・在宅精神療法 3 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、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。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) 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。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの)。 イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。 (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要 (ロ) 精神症状の病因・病態、治療 (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法 (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術(ホ) 患者・家族の支援、関係調整 (ヘ) ケアの連携体制の構築(他職種・他機関との連携、社会資源の活用) (ト) ストレスマネジメント (チ) コンサルテーション方法 エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。</p>	<p>【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (新設)</p> <p>第47の7 通院・在宅精神療法 (新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
I002-3	<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 900点</p> <p>2 入院中の患者以外 300点</p>	<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 435点</p> <p>2 入院中の患者以外 135点</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
	<p>【施設基準】</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する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名以上配置されていること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する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名以上配置されていること。</p>		
	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。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すること。</p> <p>(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とする。</p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。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すること。</p> <p>(新設)</p>		
I006-2	<p>【依存症集団療法(1回につき)】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 アルコール依存症の場合 300点</p>	<p>【依存症集団療法(1回につき)】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>(新設)</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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10回に限り算定する。</p>	<p>【算定要件】</p> <p>(新設)</p>		
	<p>【施設基準】</p> <p>一の五 依存症集団療法の施設基準</p> <p>(3) アルコール依存症の場合の施設基準</p> <p>(1)を満たすものであること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>一の五 依存症集団療法の施設基準</p> <p>(新設)</p>		
I016	<p>【精神科在宅患者支援管理料】</p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>【算定要件】</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者に対して、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。</p>		
A311	<p>【精神科救急急性期医療入院料(1日につき)】</p> <p>1 30日以内の期間 2400点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 2,100点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 1,900点</p>	<p>【精神科救急入院料(1日につき)】</p> <p>1 精神科救急入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 3,579点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 3,145点</p> <p>2 精神科救急入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 3,372点</p> <p>ロ 31日以上90日以内の期間 2,938点</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>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精神科を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神科に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について算定する。</p> <p>(中略)</p>	<p>【算定要件】</p> <p>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精神科を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神科に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について、当該基準に係る区分に従い算定する。</p> <p>(中略)</p>		
	<p>【施設基準】</p> <p>十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が4名以上配置されていること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>十四 精神科救急入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急入院料の施設基準</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること。</p>		
	<p>第15 精神科救急急性期医療入院料</p> <p>1 精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が4名以上常勤していること。</p> <p>(3)～(12) (略)</p> <p>(13) 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床以下であること。</p> <p>(14) 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。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。</p> <p>イ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。</p> <p>ウ 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(12)のアの地域における人口1万人当たり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。</p> <p>エ 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。</p> <p>(15) 当該病棟において、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、患者、介護老人保健施設、介護医療院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「患者」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。(以下この項において同じ。)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>第15 精神科救急入院料</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が5名以上常勤していること。</p> <p>(3)～(12) (略)</p> <p>(13) 当該病棟の病床数は、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床以下であり、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。</p> <p>(新設)</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(略)</p> <p>3 精神科救急入院料2に関する施設基準等</p> <p>(略)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A311	<p>【精神科救急急性期医療入院料】</p> <p>[算定要件] (1) 精神科救急急性期医療入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はウに該当する患者であること。 ア・イ(略) ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟(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する病棟を除く。)から当該病棟に転棟した患者 又は他の保険医療機関(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する病棟を除く。)から当該病棟に転棟した患者 (2) (略) (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟 又は他の保険医療機関から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。 ア・イ(略) (4)~(17) (略) (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟 又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟 又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。 ※ 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。</p>	<p>【精神科救急入院料】</p> <p>[算定要件] (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はウに該当する患者であること。 ア・イ(略) ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟(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する病棟を除く。)から当該病棟に転棟した患者 (2) (略) (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。 ア・イ(略) (4)~(17) (略) (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。</p>		
A311	<p>【精神科救急急性期医療入院料】</p>	<p>【精神科救急入院料】</p>		
データ提出	<p>[施設基準] 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準 ル 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。</p> <p>[経過措置] データ提出加算に係る施設基準について、令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、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、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟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、許可病床数が200床以上のものにあつては令和5年3月31日までの間、許可病床数が200床未満のものにあつては令和6年3月31日までの間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。 また、令和4年度診療報酬改定前からデータ提出加算に係る届出を行っていることが要件とされている入院料を届け出ていない保険医療機関であつて、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。 さらに、精神科救急急性期医療入院料については、令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る届出の要件を満たすものとみなす。</p>	<p>[施設基準] 十四 精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準 (新設)</p>		
A311	<p>【精神科救急急性期医療入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。</p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算(中略)、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 6 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、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数(別に厚生労働大臣が定める場合にあつては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数)をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 精神科救急医療体制加算1 600点 ロ 精神科救急医療体制加算2 590点 ハ 精神科救急医療体制加算3 500点</p>	<p>【精神科救急入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。 (新設)</p>		
	<p>[施設基準] 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (7) 精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ 精神科救急医療体制加算1の施設基準 ① 当該病棟における病床数が120床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。 ② 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること。 ③ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ④ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 精神科救急医療体制加算2の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ 精神科救急医療体制加算3の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。 (8) 精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で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場合であつて、当該病棟における病床数が120床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合</p>	<p>[施設基準] 十四 精神科救急入院料の施設基準等 (新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	<p>第15 精神科救急急性期医療入院料 5 精神科救急医療体制加算の施設基準等 (1) 精神科救急医療体制加算1の施設基準 ア 次のいずれも満たしていること。 (イ) 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業(以下、「本事業」という)に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。 (ロ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。)が5名以上配置されていること。 (ハ) 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件以上又は以下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(本事業)、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。 ① 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。) ② 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域 (ニ) 当該病棟において、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8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。 イ 複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの(ハ)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。 ウ 病院である保険医療機関の精神科病棟を単位とすること。 エ 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する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。</p>	<p>第15 精神科救急入院料 (新設)</p>		
	<p>(2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準 ア (1)のアからウまでを満たすこと。 イ 本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。 (3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準ア(1)のアからウまでを満たすこと。 イ 本事業において、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ること。 (4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和4年3月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。</p> <p>【経過措置】 ● 令和四年三月三十一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、第九の十四の(7)のイの①、ロの①(イの①に限る。)、及びハの①(イの①に限る。)に該当するものとみなす。</p>	<p>【経過措置】 (新設)</p>		
A311-2	<p>【精神科急性期治療病棟入院料(1日につき)】 1 精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 2,000点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,700点 ハ 61日以上90日以内の期間 1,500点 2 精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,885点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,600点 ハ 61日以上90日以内の期間 1,450点</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料(1日につき)】 1 精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 1,997点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,665点 (新設) 2 精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,883点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,554点 (新設)</p>		
	<p>【施設基準】 第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準 カ 当該病棟の病床数は、130床以下であること。</p>	<p>【施設基準】 第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料1 又は2の施設基準カ 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神科病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神科病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A311-3	【精神科救急・合併症入院料(1日につき)】 1 30日以内の期間 3,600点 2 31日以上60日以内の期間 3,300点 3 61日以上90日以内の期間 3,100点	【精神科救急・合併症入院料(1日につき)】 1 30日以内の期間 3,579点 2 31日以上90日以内の期間 3,145点 (新設)		
	【算定要件】 注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、 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 、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に掲げる産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8部精神科専門療法、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。)、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	【算定要件】 注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。		
	【施設基準】 十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ (略) へ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が 2名 以上配置されていること。	【施設基準】 十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ (略) へ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が 3名 以上配置されていること。		
	第16の2 精神科救急・合併症入院料 (1)～(11) (略) (12) 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、以下のアからウまで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ること。 (削除) (削除) イ・ウ (略) (13) (略) (14) 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。	第16の2 精神科救急・合併症入院料 (1)～(11) (略) (12) 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、以下のアからウまで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。 (イ) (略) (ロ) (略) イ・ウ (略) (13) (略) (14) 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。		