

令和6年度診療報酬改定の概要

【重点分野Ⅱ（認知症、精神医療、難病患者に対する医療）】

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、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・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。

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症**
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

地域包括診療料等の見直し（再掲）

地域包括診療料等の見直し

- 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、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、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、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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。
- 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。

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、30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。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 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。

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



改定後

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

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）（再掲）

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]

- (1) 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。
- (2) (1)の**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ぬ**こと。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
 - ア 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。
 - イ 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。
- (6) (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。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

- 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

現行

【認知症ケア加算】

- | | | | | | |
|-------------|------|---|---|-------|-----|
| 1 認知症ケア加算 1 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 160点 | / | □ | 15日以上 | 30点 |
| 2 認知症ケア加算 2 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 100点 | / | □ | 15日以上 | 25点 |
| 3 認知症ケア加算 3 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 40点 | / | □ | 15日以上 | 10点 |

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

改定後

【認知症ケア加算】

- | | | | | | |
|-------------|-------------|---|---|-------|------------|
| 1 認知症ケア加算 1 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 180点 | / | □ | 15日以上 | 34点 |
| 2 認知症ケア加算 2 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 112点 | / | □ | 15日以上 | 28点 |
| 3 認知症ケア加算 3 | | | | | |
| イ 14日以内の期間 | 44点 | / | □ | 15日以上 | 10点 |

【算定要件】

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の**40**に相当する点数により算定する。

- 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行

【認知症ケア加算 1】

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
(新設)

改定後

【認知症ケア加算 1】※認知症ケア加算 2・3も同様

【算定要件】

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。**また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。**

【施設基準】

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

- せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。**

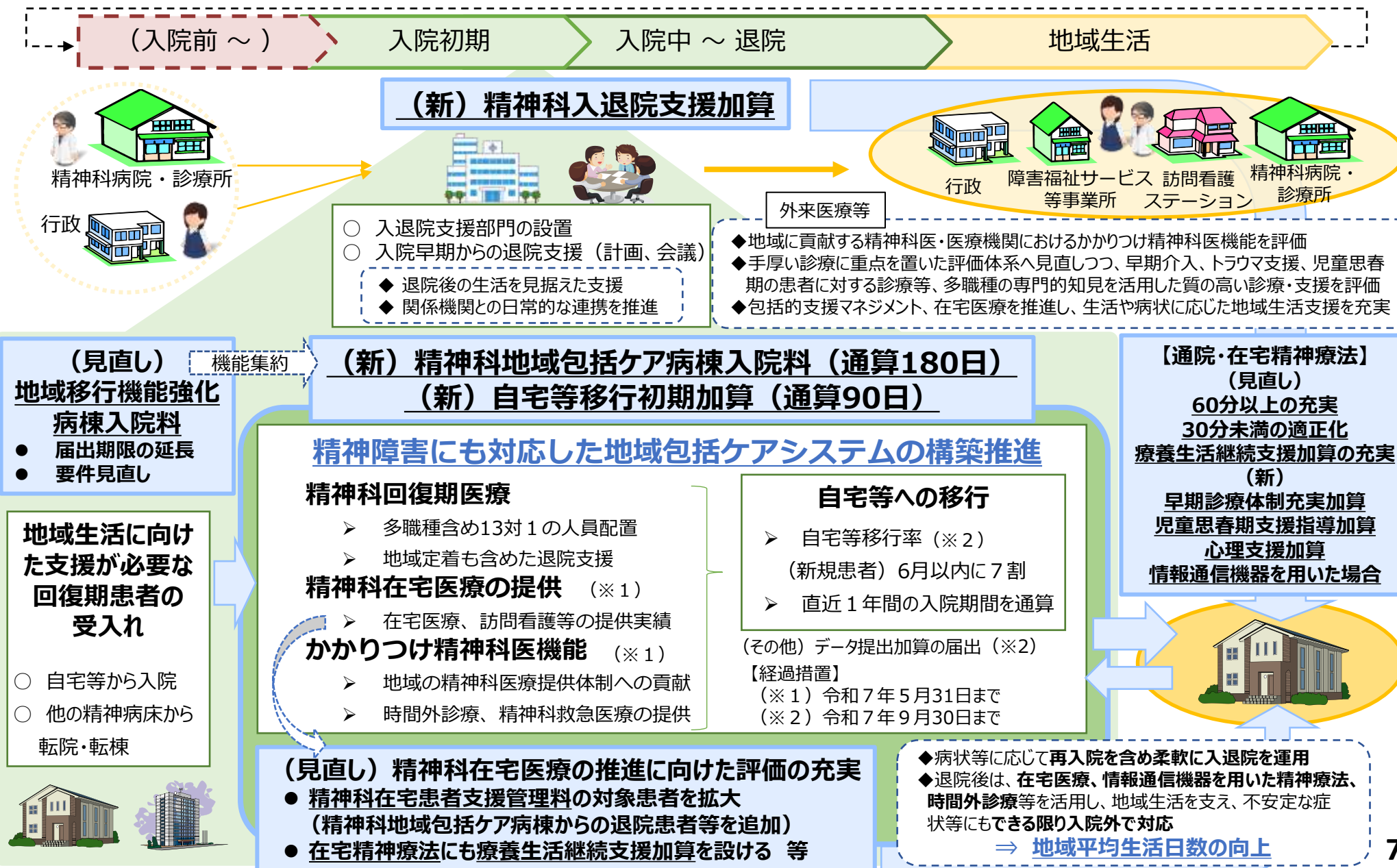
【経過措置】 令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

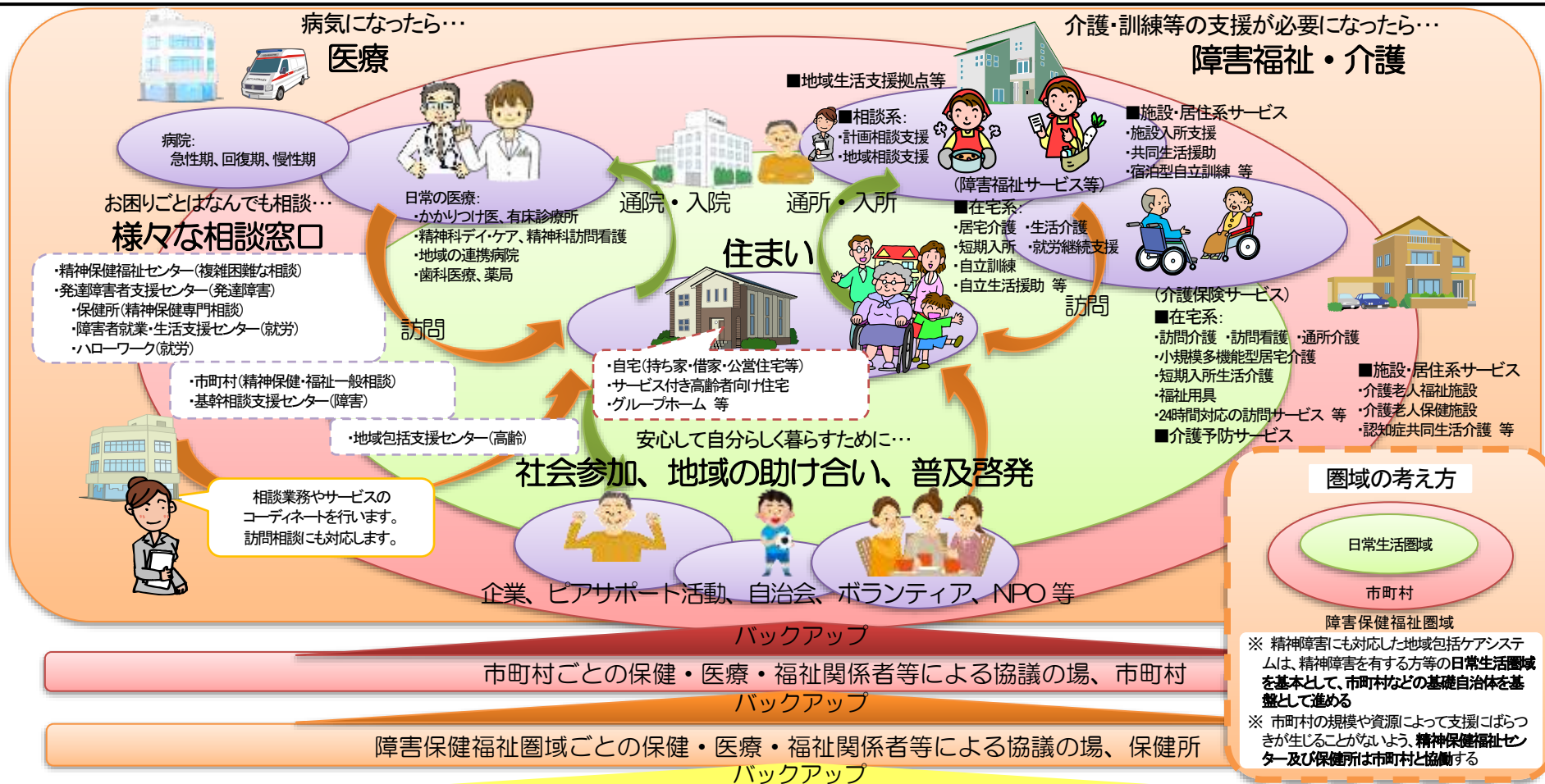
- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療**
- (6) 難病患者に対する医療

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）



(参考) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (イメージ)

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



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

- 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

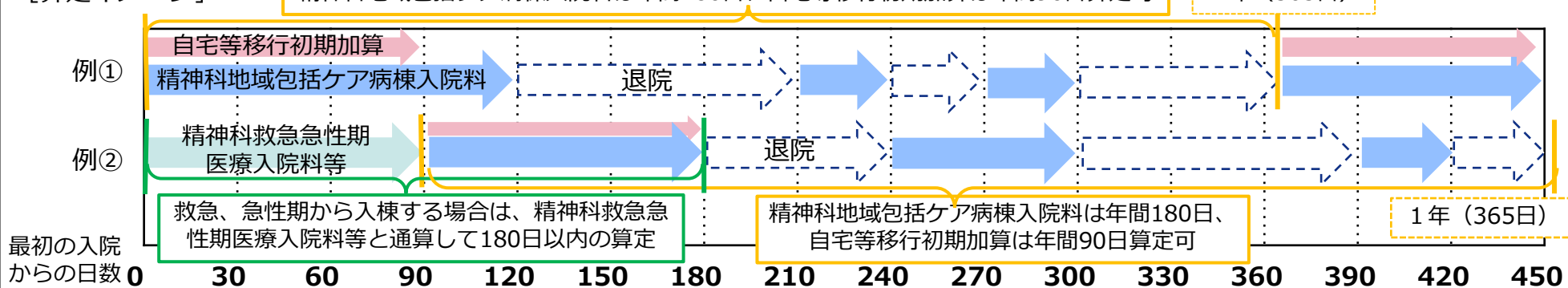
**1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)**

[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(精神科救急急性期医療入院料等)**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、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟から退院した日から起算して3月以内に当該病棟に入院した場合も、精神科救急急性期医療入院料等を算定した期間を算入する。
- (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)



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] (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

- **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

地域定着も含めた退院支援

- **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

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

➤ 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

〔施設基準〕（概要） ※<>内は現行

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア (略)

イ 以下の式で算出される数値が<2.4> **3.3%**以上であること。

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（%）

(15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4> **3.3%**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<30> **40%** × 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る際には、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<30> **40%** × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)

(21) **（削除）** <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。>

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

〔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 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 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 1名以上 専任 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 退院支援相談員 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 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	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。

（※）退院支援相談員
 ・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定
 ・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること
 ア 精神保健福祉士
 イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士 **又は公認心理師**として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、**令和12年3月31日**まで届出を可能とする。

精神科入退院支援加算の新設

- 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。

(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)



【算定要件】 (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。

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

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

外来通院
保険医療機関内

在宅
保険医療機関外

（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 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、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供） 等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置（うち1名以上は適切な研修の修了を要件） 等

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月1回）、多職種カンファレンス（3月1回）、精神保健福祉士の専任配置 等

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

- ▶ 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] (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。



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	改定後
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	660点
□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560点	600点
		精神保健指定医以外の場合	540点	550点
ハ イ及び□以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290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	660点
□ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620点	640点
		精神保健指定医以外の場合	600点	600点
ハ イ及び□以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点



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

- 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

	(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)

- (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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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

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

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 | |



児童思春期支援指導加算の新設

- 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**の担当患者数は**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。

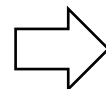
[施設基準] (概要)

- (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

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点



改定後

【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】**320点**

心理支援加算の新設

- 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、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。
 - 対象患者：**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
 - 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 | 心的外傷的出来事に関連した、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。

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を算定患者に追加する。

現行

【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等

- 以下のア及びイに該当する患者
 - 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期間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で、退院時又は算定時のG A F尺度が40以下の者

【「1」「2」のロ】重症患者等

- 上記のア又はイに該当する患者
- 以下のアからウまでの全てに該当する患者
 - 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G A F尺度が40以下の者

改定後

- ア及びイ **又はウ** に該当する患者
ア、イ (略)

ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者

- (略)
- 以下のアからウまでの全て **又はエ** に該当する患者
ア～ウ (略)

エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者

(参考) 精神科在宅患者支援管理料

管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供)
※6月を限度

- イ 集中的な支援を必要とする重症患者等
- ロ 重症患者等

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) ※6月を限度

- イ 集中的な支援を必要とする重症患者等
- ロ 重症患者等

管理料3

※「1」又は「2」の開始日から2年を限度

管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療**

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し（再掲）

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

- 指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、治療を目的とする場合の遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

現行

【遠隔連携診療料】

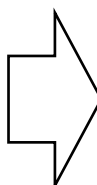
【算定要件】

注2 2については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

- (1)・(2) (略)
- (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者
てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）



改定後

【遠隔連携診療料】

【算定要件】

注2 2については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を目的として、患者の同意を得て、**当該施設基準を満たす難病**又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

- (1)・(2) (略)
- (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者
イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）
ロ **難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者**

遺伝学的検査の見直し

遺伝学的検査の対象疾患・評価の見直し

- 新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

	工 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	(略)	TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群（中略）、肥厚性皮膚骨膜炎、 神経線維腫症 、 アレキサンダー病 、 非特異性多発性小腸潰瘍症 、 TRPV4異常症
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、 神経フェリチン症 、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）（中略）	(略)
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、エプスタイン症候群、 遺伝性ジストニア	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群（中略）、ミトコンドリア病、 線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）

- 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合の評価を新設する。

【遺伝学的検査】

注2 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、[患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。](#)

【算定要件】（概要・抜粋）

- 遺伝学的検査は、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。
- 関係学会のガイドラインに基づき、[患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合には、疾患数にかかわらず「注2」に規定する点数を算定する。](#)

【施設基準】（概要）

- [臨床遺伝学の診療に係る経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること](#)。なお、[当該医師は難病のゲノム医療に係る所定の研修を修了していること](#)。
- 遺伝カウンセリング加算の届出を行っていること。