

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）

※2020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）
- 7) 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件（告示）
- 8) 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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）

※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

精神科退院時共同指導料（新設）	2
通院精神療法・療養生活環境整備指導加算（新設）	5
精神科在宅患者支援管理料	7
地域移行機能強化病棟入院料	10
精神科急性期医師配置加算	12
特定入院料の除外薬剤・注射薬	15
抗精神病特定薬剤治療指導管理料	16
精神科救急入院料	17
精神病棟入院基本料	20
特定機能病院入院基本料	20
ハイリスク妊産婦連携指導料1	21
小児特定疾患カウンセリング料	22
精神科身体合併症管理加算	23
精神療養病棟入院料	24
依存症集団療法	25
精神科訪問看護基本療養費	27
訪問看護管理療養費 精神科重症患者支援管理連携加算	27
精神科訪問看護・指導料	29
精神科訪問看護指示料	32
排尿自立支援加算（新設）	33

精神科退院時共同指導料（新設）

B015 精神科退院時共同指導料

- 1 精神科退院時共同指導料1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）
 - 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 注1 1のイについては、精神保健福祉法第 29 条若しくは第 29 条の2に規定する入院措置に係る患者、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）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若しくは同法第 42 条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、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が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、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行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。
 - 2 1のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、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が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、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行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。
 - 3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。
 - 4 2については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において1を算定するものに対して、当該患者が入院している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が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、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行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

→精神科退院時共同指導料

- （1）精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、（2）又は（3）に定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、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上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅療養を担う精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- （2）「1」の「イ」については、精神病棟に入院中の患者であって、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、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）第 42 条第1項第1号又は

第 61 条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者（この区分において「措置入院患者等」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、以下のアからウまでの職種がそれぞれ1名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。

ア 精神科の担当医

イ 保健師又は看護師（この区分において「看護師等」という。）

ウ 精神保健福祉士

エ 薬剤師

オ 作業療法士

カ 公認心理師

キ 在宅療養担当医療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

ク 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士

ケ 市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等（この区分において「市町村等」という。）の担当者

コ その他の関係職種

- (3) 「1」の「ロ」については、「1」の「イ」以外の患者であって、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「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙 51 に掲げる「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つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者（この区分において「重点的な支援を要する患者」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、(2)のア又はイ及びウの職種がそれぞれ1名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。
- (4) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等又は重点的な支援を要する患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅療養を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、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上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- (5) 「2」については、(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療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等の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6) 重点的な支援を要する患者に対して共同指導を実施する場合、「包括的支援マネジメント導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」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。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式 51 の2「療養生活環境の整備に関する支援計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。

- （8） 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅療養を担当する保険医療機関の多職種チームのいずれかが、入院中の保険医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報等を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。
- （9） 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- （10） 精神科退院時共同指導料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、当該指導料の対象となる患者の状態について記載すること。

施設基準等

【告示】

第三 医学管理等

十の三 精神科退院時共同指導料の施設基準

精神科退院時共同指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【通知】

第12の3 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料の施設基準

当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

2 精神科退院時共同指導料1に関する保険医療機関の施設基準

精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

3 精神科退院時共同指導料2に関する保険医療機関の施設基準

精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。

4 届出に関する事項 精神科退院時共同指導料の施設基準に係る届出は様式16を用いること。

通院精神療法・療養生活環境整備指導加算（新設）

1002 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

（略）

注1～7（略）

8 1を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる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、療養生活環境整備指導加算として、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250点を所定点数に加算する。

→通院・在宅精神療法

(1)～(20)（略）

(21) 「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料の「1」精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又はその家族等に対して、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、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。また、精神科退院時共同指導料1を算定した月と当該加算を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直近の精神科退院時共同指導料1を算定した年月を記載すること。

ア 当該患者の支援方針等について、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こと。また、カンファレンスには、以下の(イ)から(ハ)の職種がそれぞれ1名以上参加していること。なお、必要に応じて、(ニ)から(ヌ)の職種が参加すること。ただし、(イ)から(ヘ)については、当該保険医療機関の者に限る。

(イ) 当該患者の診療を担当する精神科の医師

(ロ) 保健師又は看護師（以下、この項において「看護師等」という。）

(ハ) 精神保健福祉士

(ニ) 薬剤師

(ホ) 作業療法士

(ヘ) 公認心理師

(ト) 在宅療養担当医療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

(チ) 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法

土

(リ) 市町村若しくは都道府県等の担当者

(ヌ) その他の関係職種

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、多職種が共同して別紙様式 51 の2に掲げる「療養生活環境の整備に関する支援計画書」（この区分において「支援計画書」という。）を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」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。ただし、初回のカンファレンスについては、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

ウ 当該患者を担当する看護師等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、療養生活環境の整備のための指導を行う。また、担当する患者ごとに療養生活環境整備指導記録を作成し、当該指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。

施設基準等

【告示】

第十 精神科専門療法

一の一の四 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準

療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。

【通知】

第 47 の7 通院・在宅精神療法

2 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算の施設基準

- (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。また、それぞれの保健師、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 届出に関する事項

- (2) 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式 44 の5の2を用いること。

精神科在宅患者支援管理料

I016 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

3 精神科在宅患者支援管理料3

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

注1 1のイ及びロについては、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、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 1のハについては、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。

3 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、患者又はその家族等の同意を得て、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、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

4 3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、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

等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料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、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

5～7（略）

→精神科在宅患者支援管理料

(1)(2)（略）

(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(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。

(4) 「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（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）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。なお、「3」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、「1」又は「2」の初回の算定日、「3」の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。

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

(5) 「3」を前月に算定した患者であって、(2)のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについては、要件を満たす場合に限り、「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪における状態像について記載すること。

(6) 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。

(7) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。

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。原則として、(7)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 (7)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（以下「チームカンファレンス」という。）を行うこと。うち、2月に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（以下「共同カンファレンス」という。）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。なお、共同カンファレンスについては、初回は関係者全員が一同に会して実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(8) 「1」のロ及び「2」のロは、(7)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。

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。原則として、(7)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 （7）のアに規定する専任のチームが月1回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度、患者の同意を得た上で、保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、共同カンファレンスについては、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

（9）～（15）（略）

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、2並びに3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）（3）（略）

【通知】

第55の2 精神科在宅患者支援管理料

1（略）

2 精神科在宅患者支援管理料「3」に関する施設基準

精神科在宅患者支援管理料「1」又は「2」の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

（1）精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」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。

（2）精神科在宅患者支援管理料「3」の施設基準に係る届出は別添2-2を用いること。

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

(1)～(7)（略）

(8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名以上の専従の常勤精神保健福祉士、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。

(9)～(13)（略）

(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 0.85 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 0.85 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

(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 2.4% 以上であること。なお、自宅等への退院とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院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。

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) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4% 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、算定開始以降に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（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(16) 算定開始以降、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、当該保険医療機関の所在する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% × 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% × 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。

(19)(20)（略）

(21) 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。

精神科急性期医師配置加算

A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

1 精神科急性期医師配置加算1 600点

2 精神科急性期医師配置加算2

イ 精神科病棟入院基本料等の場合 500点

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点

3 精神科急性期医師配置加算3 450点

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病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

→精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神科病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神科病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

施設基準

【告示】

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 通則

当該病棟において、常勤の医師は、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配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

イ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

ロ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を相当程度有していること。

ハ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神科病棟であること。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

イ 精神科病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神科病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。

ロ 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神科病棟であること。

ハ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準

(2)のイ及びハを満たすものであること。

(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準

イ 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。

ロ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を一定程度有していること。

ハ (2)のハを満たすものであること。

【通知】

第26の8 精神科急性期医師配置加算

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、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以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算1に関する基準

(1) 措置入院患者、鑑定入院患者、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。）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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院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、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。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。

(2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。

(3) 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。

3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）及び区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）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。

(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(4) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

(5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

(6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて、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速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。

4 精神科急性期医師配置加算2のロに関する施設基準

2の(1)及び(3)を満たすものであること。

5 精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準

(1) 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。なお、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であること。

(2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。

(3) 2の(3)を満たすものであること。

6 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式 40 の 13 及び様式 53 を用いること。

特定入院料の除外薬剤・注射薬

施設基準

【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

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。）

持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十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
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。）

持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

イ 入院中の患者 250 点

ロ 入院中の患者以外 250 点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500 点

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。

2 1のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外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、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

3 2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、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性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、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

→抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における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。
- (2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

精神科救急入院料

【算定要件通知】

A311 精神科救急入院料

- (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 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（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）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

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) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

- (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ついては、以下の取扱いとする。

ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる

イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

**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*

施設基準等

【告示】

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

(1)～(12)（略）

- (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。

2 精神科救急入院料1に関する施設基準等

- (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（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。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

＊精神科救急入院料2についても同様

- (2) 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、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、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。）

＊精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における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

2、3（略）

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は、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。

- (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、2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、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

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、直近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 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 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。

キ 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おり、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

（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 11 の(3)の例による。

**精神科救急・合併症入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算についても同様*

精神病棟入院基本料

A103 精神病棟入院基本料(1日につき)

- 1 10 対1入院基本料 1,287 点
- 2 13 対1入院基本料 958 点
- 3 15 対1入院基本料 830 点
- 4 18 対1入院基本料 740 点
- 5 20 対1入院基本料 685 点

注1～5(略)

- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～コ (略)

エ ハイリスク妊娠管理加算

テ～エ (略)

8～10 (略)

特定機能病院入院基本料

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合

- イ 7対1入院基本料 1,718 点
- ロ 10 対1入院基本料 1,438 点

2 結核病棟の場合

- イ 7対1入院基本料 1,718 点
- ロ 10 対1入院基本料 1,438 点
- ハ 13 対1入院基本料 1,210 点
- ニ 15 対1入院基本料 1,037 点

3 精神病棟の場合

- イ 7対1入院基本料 1,450 点
- ロ 10 対1入院基本料 1,373 点
- ハ 13 対1入院基本料 1,022 点
- ニ 15 対1入院基本料 933 点

注1～7 (略)

- 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ミ (略)

シ ハイリスク分娩管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

エ～イハ (略)

ハイリスク妊産婦連携指導料1

【算定要件通知】

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1

(1)～(4)（略）

(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。

(6) (5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。なお、(5)のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報や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。

(7) (5)のカンファレンスに市町村等の担当者が参加しなかった場合は、その都度、患者の同意を得た上で、市町村等の担当者にその結果を文書により情報提供すること。

(8)～(10)（略）

*ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。

施設基準

【通知】

第11の3の4 ハイリスク妊産婦連携指導料

1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準

- (1) 患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報（産婦健康診査の結果を含む）が速やかに市町村に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。
- (2) 原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。

2 ハイリスク妊産婦連携指導料2の施設基準

患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報が速やかに市町村等に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。

3 届出に関する事項

ハイリスク妊産婦連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

*ハイリスク妊産婦連携指導料1・2ともに、以下の削除。

「精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内である患者について、直近1年間の市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）との連携実績が1件以上であること。」

小児特定疾患カウンセリング料

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

- (1) 月の1回目 500 点
- (2) 月の2回目 400 点

ロ 公認心理師による場合 200 点

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、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) 「イ」については、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。
- (2) 「ロ」については、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等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、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する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、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こと。
- (3) カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (4) （略）
- (5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。
- (6)～(10) （略）

精神科身体合併症管理加算

A230-3 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

注 精神科を標榜する病院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、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（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、精神科身体合併症管理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、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。

→精神科身体合併症管理加算

(1)～(2) (略)

(3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。また、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。

(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。

施設基準

【告示】

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者

呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸)の患者
ぜん心疾患(New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈)の患者

手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者

けん脊髄損傷の患者

重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する

内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者

重篤な栄養障害(Body Mass Index 未満の摂食障害)の患者

意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者

全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症)の患者

中枢神経系の感染症(髄膜炎、脳炎等)の患者

急性腹症(消化管出血、イレウス等)の患者

すい

悪性症候群又は横紋筋融解症の患者

広範囲(半肢以上)熱傷の患者

手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者

透析導入時の患者

重篤な血液疾患(ヘモグロビン7g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態)の患者

急性かつ重篤な腎疾患(急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎)の患者

手術室での手術を必要とする状態の患者

膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者

妊産婦である患者

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病の患者（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第一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。））

精神療養病棟入院料

A312 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,091 点

注1（略）

- 2 診療に係る費用（注3から注6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、医師事務作業補助体制加算（50 対1補助体制加算、75 対1 補助体制加算又は 100 対1補助体制加算に限る。）、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、精神科地域移行実施加算、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、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、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、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001－2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003－2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

依存症集団療法

1006－2 依存症集団療法（1回につき）

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

注1 1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、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものであるものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から 起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、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 24 回に限り算定できる。

2 2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、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものであるものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始 日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。

3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

→依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、覚醒剤（覚醒剤取締法（昭和 26 年法律第 252 号）第2条に規定する覚醒剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第 15 項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。）に対する物質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（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも薬物依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用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 20 人に限り、90 分以上実施すること。

ウ 平成 22～24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法（平成 30 年法律第 74 号）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（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもギャンブル依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）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「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについ

ての研究」の研究班が作成した、「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。

(3) (略)

施設基準

【告示】

一の五 依存症集団療法の施設基準

(1) 薬物依存症の場合の施設基準

当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。）

(2) ギャンブル依存症の場合の施設基準

イ (1)を満たすものであること。

ロ ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。

【通知】

第48の1の2 依存症集団療法

2 依存症集団療法(ギャンブル依存症の場合)に関する施設基準

(1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」(平成29年6月13日障発0613第4号)における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(ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。))。

(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8時間以上の研修時間であるもの。))。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

(イ)ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴

(ロ)ギャンブル依存症患者の精神医学的特性

(ハ)ギャンブル依存症に関連する社会資源

(ニ)ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応

(ホ)集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

精神科訪問看護基本療養費

01-2 精神科訪問看護基本療養費(1日につき)

1～4（略）

注1～9（略）

注 10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人 4,500 円

(2) 同一建物内2人 4,500 円

(3) 同一建物内3人以上 4,000 円

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人 8,000 円

(2) 同一建物内2人 8,000 円

(3) 同一建物内3人以上 7,200 円

→第3 精神科訪問看護基本療養費について

1～4（略）

5 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する場合にあっては、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。

6～14（略）

訪問看護管理療養費 精神科重症患者支援管理連携加算

02 訪問看護管理療養費

1、2（略）

注1～9（略）

10 別に厚生労働大臣が定める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が、当該利用者(医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料2を現に算定する利用者に限る。)に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合
8,400 円

ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合
5,800 円

11（略）

→第5 訪問看護管理療養費について

8(1) 注10に規定する精神科重症患者支援管理連携加算は、精神科在宅患者支援管理料2を算

定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者においては週2回以上、2のロを算定する利用者においては月2回以上の精神科訪問看護を実施した場合に、月1回に限り加算し、1人の利用者に対し1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。なお、区分01-2の1及び3に規定する指定訪問看護の他に保険医療機関がI012の1及び3に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めても差し支えない。

(2) (略)

(3) 当該加算のイの算定にあたっては、専任のチームによるカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を週1回以上開催し、うち、2月に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（以下「共同カンファレンス」という。）を開催する。ロについては、チームカンファレンスを月1回以上開催し、必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。

(4) チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意する。

ア チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、利用者についての診療情報の共有、支援計画の作成と見直し、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。

イ 可能な限り、利用者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画の内容については、利用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、カンファレンスの要点及び参加者の職種と署名を看護記録に記載し、説明に用いた文書の写しを添付すること。

エ 当該加算において、チームカンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

オ 当該加算のイにおいて、共同カンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会して実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一堂に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

カ 当該加算のロにおいて、共同カンファレンスは、関係者全員が一堂に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(5)～(9) (略)

精神科訪問看護・指導料

I012 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)

イ 保健師又は看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- (2) 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- (3) 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- (4) 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30 分以上の場合 530 点
- (2) 週3日目まで 30 分未満の場合 405 点
- (3) 週4日目以降 30 分以上の場合 630 点
- (4) 週4日目以降 30 分未満の場合 490 点

ハ 作業療法士による場合

- (1) 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- (2) 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- (3) 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- (4) 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

ニ 精神保健福祉士による場合

- (1) 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- (2) 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- (3) 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- (4) 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

2 削除

3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

イ 保健師又は看護師による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 293 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 225 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 343 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 268 点

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 530 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 405 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 630 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 490 点

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 268 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 205 点

- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 318 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 248 点

ハ 作業療法士による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 293 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 225 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 343 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 268 点

ニ 精神保健福祉士による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 580 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 445 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 680 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 530 点

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30 分以上の場合 293 点
- ② 週3日目まで 30 分未満の場合 225 点
- ③ 週4日目以降 30 分以上の場合 343 点
- ④ 週4日目以降 30 分未満の場合 268 点

注1～3（略）

- 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、ハの場合にあっては週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

- ① 同一建物内1人 450 点
- ② 同一建物内2人 450 点
- ③ 同一建物内3人以上 400 点

(2) 1日に2回の場合

- ① 同一建物内1人 900 点
- ② 同一建物内2人 900 点
- ③ 同一建物内3人以上 810 点

(3) 1日に3回以上の場合

- ① 同一建物内1人 1,450 点
- ② 同一建物内2人 1,450 点
- ③ 同一建物内3人以上 1,300 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

- ① 同一建物内1人 380 点
- ② 同一建物内2人 380 点
- ③ 同一建物内3人以上 340 点
- (2) 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 760 点
 - ② 同一建物内2人 760 点
 - ③ 同一建物内3人以上 680 点
- (3) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 1,240 点
 - ② 同一建物内2人 1,240 点
 - ③ 同一建物内3人以上 1,120 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

- (1) 同一建物内1人 300 点
- (2) 同一建物内2人 300 点
- (3) 同一建物内3人以上 270 点

10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)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、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。

イ 1日に2回の場合

- (1) 同一建物内1人 450 点
- (2) 同一建物内2人 450 点
- (3) 同一建物内3人以上 400 点

ロ 1日に3回以上の場合

- (1) 同一建物内1人 800 点
- (2) 同一建物内2人 800 点
- (3) 同一建物内3人以上 720 点

→I012 精神科訪問看護・指導料

(1)～(19) (略)

(20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間(開始時刻及び終了時刻)及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

(21)～(30) (略)

精神科訪問看護指示料

【別紙様式】

（別紙様式 17）精神科訪問看護指示書

複数名訪問の必要性 あり ・ なし

理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者

3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者

4. その他()

＊精神科特別訪問看護指示書についても同様

排尿自立支援加算（新設）

A251 排尿自立支援加算（週1回） 200 点

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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立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。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

→排尿自立支援加算

- (1) 排尿自立支援加算は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。
- (2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
- (3) 病棟の看護師等は、次の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。
 - ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。
 - イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。
 - ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。
- (4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。
- (5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う。
- (6) (3)から(5)までについて、診療録等に記載する。
- (7) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価する等の関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行った場合について、週1回に限り、12週を限度として算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。
- (8) 退院後に外来において、引き続き、包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた場合には、診療録等にその旨を記載すること。

＊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、児童・思春期精神科入院医療管理料、地域移行機能強化病棟入院料において算定可能