

## 急性期・高度急性期入院医療

---

## 急性期・高度急性期入院医療のポイント

地域の拠点病院を評価するため、総合入院体制加算等を統合した「急性期総合体制加算」を新設。物価高対策と賃上げ等を見据えて、既存の「急性期一般入院料」等は大幅に引き上げ。重症度、医療・看護必要度では、基準が大幅に引き上げられ、同時に「救急患者応需係数」(1床あたりの救急搬送件数に応じた係数)を加算する仕組みが導入されるなど、「急性期病院入院基本料」の新設とあわせて、救急受入、全身麻酔手術の実績が強く問われるように。

- 「急性期病院一般入院基本料AB」の新設
- 「急性期総合体制加算」の新設:  
総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合。実績に応じて1~5(530点~300点/日・7日以内)で評価。
- 入院基本料の引き上げ: 急性期一般入院料1は1,688点→1,874点へ大幅加算等
- 重症度、医療・看護必要度の見直し:重症度、医療・看護必要度の水準を大幅に引き上げ。同時に、病床あたり救急搬送件数を重症度、医療・看護必要度に反映する「救急患者応需係数」を導入  
A項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加  
B項目の測定負担軽減(入院後4日間等は毎日、以降は週1回で可)
- 「看護・多職種協働加算」の新設: 急性期一般4等で、リハ職等の多職種が協働する場合に277点(加算1)等を評価。
- ICU,HCUの要件厳格化:ICUでは特定集中治療室管理料5・6の実質削除。HCUでは、救急車搬送件数や全身麻酔手術が要件化
- 夜間休日等の救急を評価:夜間休日救急搬送医学管理料を救急外来医学管理料に見直し、より幅広く評価
- 若手医師確保対策:消化器外科・心臓血管外科・小児外科、循環器内科に対して、研修や特別な給与体系を整備した場合の加算として、「地域医療体制確保加算2」(720点)を新設
- 長時間かつ高難度手術の体制整備:特定の長時間、高難度手術において特別手当等を整備した場合手術費15%up

## (新設) 急性期病院一般入院基本料等の新設

【Ⅱ-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-①】

### ① 急性期病院一般入院基本料等の新設

#### 第1 基本的な考え方

地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

(新) 急性期病院一般入院基本料(1日につき)  
イ 急性期病院A一般入院料 1,930 点  
ロ 急性期病院B一般入院料 1,643 点

#### 1. 急性期病院A一般入院料の主な要件

高度な急性期医療を提供する病院向けの、より厳しい実績要件が設定されています。

- **実績要件:** 救急搬送件数が年間2,000件以上、かつ、全身麻酔による手術件数が年間1,200件以上であること。
- **重症度、医療・看護必要度:** 特に高い基準(割合①)を満たす患者の割合指数が27%以上、一定程度高い基準(割合②)を満たす患者の割合指数が34%以上であること(必要度Ⅱの場合)。(※許可病床200床未満で必要度Ⅰを用いる場合は割合①28%以上、割合②35%以上。)
- **人員・退院実績:** 常勤医師数が当該病棟の入院患者数の10%以上であること。自宅等に退院する患者の割合が8割以上であること。
- **病棟要件:** 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟等の届出を行っていないこと。

#### 2. 急性期病院B一般入院料の主な要件

地域の急性期医療を担う病院向けの要件です。人口の少ない地域等への配慮も組み込まれています。

- **実績要件:** 以下のいずれかを満たすこと。
  - 救急搬送件数が年間1,500件以上
  - 救急搬送件数が年間500件以上、かつ、全身麻酔による手術件数が年間500件以上
  - 特定の地域(人口が少ない地域等)において二次医療圏で救急搬送件数が最大であり、かつ年間1,000件以上
  - 特定の離島において、二次医療圏で救急搬送件数が最大
- **重症度、医療・看護必要度:** 急性期病院Aと同様(必要度Ⅱの場合、割合①27%以上、割合②34%以上)。
- **病棟要件:** 地域包括医療病棟の届出を行っていないこと。

#### 3. その他の共通要件・特徴

- 原則として「重症度、医療・看護必要度Ⅱ(診療実績データを用いた評価)」を用いることが必須となります(200床未満で正当な理由がある場合を除く)。
- データ提出加算の届出が必須です。

## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準

【Ⅱ-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②】

### ② 重症度、医療・看護必要度の見直し

#### 第1 基本的な考え方

救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた加算を追加する。
3. B項目の測定対象日について、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後4日間及び以降7日毎とし、測定日以外の評価について、直近の評価で代替可能とする。

#### 1. 評価項目(A項目・C項目)への対象治療等の追加

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、以下の項目に対象となる治療等が追加。

- A項目(専門的な治療・処置):「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」
- C項目:「救命等に係る内科的治療」「別に定める検査」「別に定める手術」

#### 2. 「救急患者応需係数」による加算(割合指数の導入)

病棟における救急搬送の受け入れ実績を重症度評価に直接反映させるため、従来の「基準を満たす患者の割合」に「救急患者応需係数」を加算した「基準割合指数」を用いて評価する仕組みに変更。

- 救急患者応需係数の計算方法: 対象病棟における「病床当たり年間救急搬送受入件数」に0.005を乗じた数(上限は1割(10%))として算出されます。

→救急搬送を多く受け入れている病棟ほど重症度割合が底上げされ、施設基準をクリアしやすくなる。

#### 3. B項目の測定頻度と評価の代替(業務負担軽減)

患者状況等を示す「B項目」の測定に関する負担軽減の観点から、測定対象日と代替ルールの見直し。

- 測定頻度の変更: 毎日測定する運用だけでなく、「入院初日から4日目までの各日」「入院5日目以降は直近の測定日から少なくとも7日ごとに1回以上」(退院日は必須)とする運用が認められます。
- 代替評価: 測定を行わなかった日については、直近の測定日におけるB項目の評価をもって代替することが可能となります。

#### 4. 特定集中治療室(ICU)やハイケアユニット(HCU)用項目の見直し

急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ICU用およびHCU用の重症度、医療・看護必要度の項目に以下の処置が追加。

- 「蘇生術の施行」
- 「抗不整脈剤の使用」
- 「一時的ペーシング」また、ICUについては、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の基準が見直され、HCUについては、基準を満たす患者割合の要件自体が引き上げられています。

## 重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

### 1. 救急搬送受入件数の定義

- 「救急用の自動車」又は「救急医療用ヘリコプター」により搬送された患者を受け入れた件数を指す。

### 2. 病床当たり年間救急搬送受入件数 (ステップ1・2)

- 当該保険医療機関全体における直近1年間の救急搬送受入件数（全救急搬送受入件数）に、「当該病床への入院割合」を乗じる。
  - **入院割合の算出:** 直近1年間に救急搬送されて入院した患者（※応需係数の算出対象病棟に入院した人に限る）のうち、当該入院基本料を算定する病床に入院した患者の割合。
  - この乗じて得た数を、さらに「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」で割ることで、1床当たりの件数が算出されます。

3. 係数の確定と上限 (ステップ3) 算出した「病床当たり年間救急搬送受入件数」に 0.005 を掛けた数値が「救急患者応需係数」。上限は「1割(10%)」。

➡この算出によって得られた係数(例: 0.03=3% など)が、従来の重症度割合に上乘せされる「割合指数」の計算に用いられる。

### STEP 1 : 入院割合

$$\text{入院割合} = \frac{\text{救急搬送されて「当該入院基本料を算定する病棟」に入院した患者数}}{\text{救急搬送されて「病院全体（※対象病棟に限る）」に入院した患者数}}$$

※対象：救急患者応需係数の算出対象となる病棟

### STEP 2 : 病床当たり年間救急搬送受入件数

$$\text{病床当たり年間救急搬送受入件数} = \frac{\text{（病院全体の全救急搬送受入件数} \times \text{「入院割合」）}}{\text{当該入院基本料を算定する病床数（当該病棟の病床数）}}$$

### STEP 3 : 救急患者応需係数

$$\text{救急患者応需係数} = \text{「病床当たり年間救急搬送受入件数」} \times 0.005$$

※上限：1割（10%）

## 重症度、医療・看護必要度

区分(入院料・加算等)	【改定案】 必要度Ⅰの割合指数	【改定案】 必要度Ⅱの割合指数	【現行】 必要度Ⅰの割合	【現行】 必要度Ⅱの割合
	該当患者の基準を満たす患者割合に、救急患者応需係数を加えた、患者割合に係る指数(割合指数)が満たすべき基準			
急性期病院A一般入院料			(新設)	(新設)
急性期病院B一般入院料			(新設)	(新設)
急性期一般入院料1 看護・多職種協働加算	割合①:28% 割合②:35%	割合①:27% 割合②:34%	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	28%	27%	22%	21%
急性期一般入院料3	24%	23%	19%	18%
急性期一般入院料4	20%	19%	16%	15%
急性期一般入院料5	15%	14%	12%	11%
7対1入院基本料 (特定機能病院・一般病棟)	割合①:27% 割合②:34%	割合①:27% 割合②:34%	-	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核病棟)	8%	7%	8%	7%
7対1入院基本料(専門病院)	割合①:22% 割合②:29%	割合①:21% 割合②:28%	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期総合体制加算1	割合①:33% 割合②:40%	割合①:32% 割合②:39%	(新設) 総合入院1:33%	(新設) 総合入院1:32%
急性期総合体制加算2	割合①:32% 割合②:39%	割合①:31% 割合②:38%	(新設) 総合入院2:31%	(新設) 総合入院2:30%
急性期総合体制加算3	割合①:30% 割合②:37%	割合①:29% 割合②:36%	(新設) 総合入院3:28%	(新設) 総合入院3:27%
急性期総合体制加算4	割合①:29% 割合②:36%	割合①:28% 割合②:35%	(新設)	(新設)
急性期総合体制加算5	割合①:28% 割合②:35%	割合①:27% 割合②:34%	(新設)	(新設)
地域包括医療病棟入院料	19%	18%	16%	15%
地域包括ケア病棟入院料	10%	8%	10%	8%

### 【該当患者の基準】

急性期病院 急性期1 看護・多職種協働加算 7対1入院基本料(特定) 急性期総合	割合① 以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点が3点以上</li> <li>・ C得点が1点以上</li> </ul> 割合② 以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点が2点以上</li> <li>・ C得点が1点以上</li> </ul>
B項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること	
急性期2～5	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上</li> <li>・ A得点が3点以上</li> <li>・ C得点が1点以上</li> </ul>
地域包括医療病棟	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A得点が2点以上</li> <li>・ C得点が1点以上</li> </ul>
この他に、入院初日にB項目が3点以上である患者の割合が5割を超えていること	

DPC/PDPS

---

## DPC/PDPSにおける診療報酬改定のポイント

病院の急性期機能(救急・手術)の実績に着目した「急性期病院一般入院基本料」が新設されるのとあわせて、DPC標準病院群も実績により「群1」と「群2」に区分され、基礎係数に差が設けられる。機能評価係数IIでは、がん・脳卒中・心血管・周産期の4領域の定量評価が導入される

- 「急性期病院一般入院基本料」の新設:  
急性期病院A一般入院料(1,930点): **救急搬送2,000件かつ全麻手術1,200件以上**等の実績が必要。要件として7:1看護配置の他に、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟との併設不可等  
急性期病院B一般入院料(1,643点): **救急搬送1,500件以上**等の実績が必要。要件として10:1看護配置の他に、地域包括ケア病棟との併設不可等
- DPC標準病院群の細分化:  
DPC標準病院群を、**救急搬送や手術の実績**、離島や僻地などの立地に基づき「群1」と「群2」に区分  
＜DPC標準病院群1＞の要件  
救急車経由入院700人以上／救急車経由入院200人以上かつ全身麻酔手術500件以上／救急車経由入院400人以上かつ二次医療圏で最大の救急車受入／離島  
※標準病院群1は、上記の急性期病院一般入院基本料ABのいずれかの届け出を行うことを念頭におく
- 機能評価係数II: がん、脳卒中、心血管疾患、周産期の4領域の診療実績を定量的に評価する指標に見直し
- 診断群分類の見直し: 在院日数の変動係数が0.6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、入院期間IIを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直すとともに、包括点数の再設定を行う。

包括期・慢性期入院医療

---

### 【地域包括医療病棟】

今回の改定では、高齢者の救急搬送や、誤嚥性肺炎・尿路感染症といった高齢者に多い疾患への対応をより実態に即して評価するため、入院料の区分が細分化されるとともに、施設基準(平均在院日数や重症度等)が高齢者の特性に合わせて見直されています。

- 評価体系の細分化と点数の引き上げ:従来的一本化されていた点数が、**併設病棟の有無と患者の入院形態**に応じて細分化され、全体的に点数が引き上げられました。(急性期病棟(A100)の有無 × 患者の状態による3区分)
- 施設基準見直し:「高齢者特性」に配慮した見直し 高齢者対応を踏まえ、要件の厳格化と緩和のメリハリ
  - **平均在院日数の短縮と緩和措置:**「21日以内」から「20日以内」に短縮され、85歳以上の患者割合で緩和
  - **重症度、医療・看護必要度の見直し:**基準を満たす患者の定義が「A3点以上 or C1点以上 or A2点+B3点以上」から、「A2点以上 or C1点以上」に変更
  - **基準値の引き上げ:** 必要度Iが16%→19%、必要度IIが15%→18%へ引き上げ ※**救急搬送応需係数も設定**
  - **ADL低下割合の調整:**退院時ADL低下患者割合「5%未満」の基準について、85歳以上の患者割合に応じて調整
- **リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の再編:**休日リハやADL低下割合に応じた2段階の評価に再編
- **包括期充実体制加算(新設 80点/日):**許可病床200床未満かつ急性期一般病棟を持たない病院が対象。在宅医療や介護施設からの緊急患者受け入れ(後方支援)について、十分な体制と実績がある場合に算定。
- 入退院支援加算1の引き上げ:**入退院支援加算1の点数が、700点から1,000点に引き上げられました。**

## 地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟における診療報酬改定ポイント

### 【地域包括ケア病棟／病床】

在宅・施設の後方支援機能が強化されました。「在宅患者支援病床初期加算」の対象に、従来の救急搬送に加え「**緊急入院**」が追加され、評価が拡充されました。また、リハビリ・栄養・口腔管理の一体的実施を評価する「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」が地域包括ケア病棟でも算定可能となります

- 「**包括期充実体制加算**」の新設:200床未満・急性期病床なしの病院で、救急・在宅後方支援体制を評価する加算(80点)
- 「在宅患者支援病床初期加算」の対象拡大:従来の救急搬送に加え、「**緊急入院した患者**」も高い点数(490点)の対象に追加
- リハ・栄養・口腔連携の推進:「**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**」(30点/日・14日限度)が地域包括ケア病棟でも算定可能に

### 【回復期リハビリテーション病棟】

アウトカム評価の強化が進められます。リハビリテーション実績指数の要件が、これまで対象外だった入院料2・4にも導入されます。また入院料1を対象に、排尿自立支援や退院前訪問指導の実施等を要件とする「回復期リハビリテーション強化体制加算」が新設され、より質の高い在宅復帰支援が求められます

- 実績指数要件の拡大:リハビリテーション実績指数の要件が、これまで対象外だった**入院料2・4**にも導入されます。
- 「**回復期リハビリテーション強化体制加算**」の新設:入院料1の病棟を対象に、排尿自立支援、退院前訪問指導の実施等を要件とする加算(80点/日)を新設。
- 重症患者要件の見直し:入院時重症患者の割合基準等が変更されます。

## 療養型病棟における診療報酬改定ポイント

より医療必要度の高い患者の受け入れを促すため、医療区分の見直し(緩和ケア、重症児等の評価引き上げ)が行われます。これに合わせ、療養病棟入院料2における医療区分2・3の患者割合要件が、現行の5割から6割へ引き上げられます。

- 医療区分の見直し:緩和ケア、重症の医療的ケア児等の評価を引き上げる一方、一部の処置の評価を見直し。
- 患者割合要件の厳格化:療養病棟入院料2における「医療区分2・3の患者割合」の要件を、現行の**5割から6割**へ引き上げ。
- 「身体的拘束最小化推進体制加算」の新設(1日につき40点)

## 連携

---

## 入退院支援と連携における診療報酬改定のポイント

地域連携においては、大病院からの逆紹介を強力に推進するため、特定機能病院等の逆紹介率基準の引き上げや、長期の頻回受診患者を減算対象に追加する措置が講じられました。これに対し、診療所や中小病院が紹介患者を受け入れた際の「特定機能病院等紹介患者受入加算」の新設や、下り搬送の受入側を評価する「救急患者連携搬送料」の拡充が行われ、地域全体での機能分化と連携が経済的にも後押しされます。

入退院支援に関しては、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟など「治し、支える医療」を担う病棟での「入退院支援加算1」が大幅に引き上げられ、退院困難な要因として家族との連絡が困難なケースも新たに明記されました。さらに、退院時に検査結果や画像情報を提供した場合の新たな評価や、正当な理由のない面会制限を禁止する規定も盛り込まれ、患者・家族の生活と権利に配慮した支援体制の強化が図られています。

- 下り搬送の推進:「**救急患者連携搬送料2**」で受入側の医療機関を評価(800点)
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟における「**入退院支援加算1**」の点数が、**700点から1,000点へ引き上げられ**、生活を支える病棟での退院支援が重点的に評価されます
- 逆紹介の推進と減算強化: **特定機能病院等における外来診療料の減算規定**に関し、逆紹介割合の基準が引き上げられます(**30%→50%**)。また、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者も新たに減算対象に追加され**、かかりつけ医への移行が強く促されます。診療所や200床未満の病院が、特定機能病院や地域医療支援病院等から紹介を受けて初診を行った場合、「**特定機能病院等紹介患者受入加算(60点)**」を算定できる評価が新設されました
- 「連携強化診療情報提供料」の拡充: 病院の専門医と地域のかかりつけ医が共同で治療管理を行う際の評価について、対象医療機関や患者範囲が拡大され、紹介元・紹介先の双方向での算定が可能になります。
- 検査・画像情報の提供評価: 地域連携診療計画加算に関連し、**退院時に検査結果や画像情報を提供した場合の加算(200点)**が新設され、転院・退院後の継続診療に資する情報共有が促進されます。

## 特定機能病院等紹介患者受入加算(60点) <新設>

【Ⅱ-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進-②】

### ② 特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設

#### 第1 基本的な考え方

診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

(初診料の加算)

- 特定機能病院等紹介患者受入加算(60点)

#### [算定要件]

- 対象: **診療所**又は許可病床数が200床未満の病院
- 紹介元の病院:
  - 特定機能病院
  - 地域医療支援病院(一般病床が200床未満の病院を除く)
  - 紹介受診重点医療機関(一般病床が200床未満を除く)
  - 許可病床の数が400床以上の病院(一般病床が200床未満の病院を除く)

# 精神科

---

## 精神科における診療報酬改定のポイント

地域移行を支援するため、小規模医療機関等が外来や障害福祉サービスを一体的に提供する「精神科地域密着多機能体制加算」が新設されるほか、多職種協働を評価する「精神科棟看護・多職種協働加算」や精神科以外の医師の診察に対する「精神科慢性身体合併症管理加算」も導入されます。一方で、精神科地域包括ケア病棟入院料が廃止されます。

一般科の急性期病院では精神科救急の機能分化が進み、「急性期病院精神科棟入院料」が新設されます。

- 「精神科地域密着多機能体制加算」の新設:小規模病院等が外来・訪問看護・障害福祉等を一体的提供する場合を評価
- 多職種協働:「精神科棟看護・多職種協働加算」(15対1で196点)を新設し、PSWやOT等の配置・協働を評価(13:1配置、OT、PSW、心理士の廃止、平均在院日数100日以内)
- 精神科以外の対応強化:入院患者に対して精神科以外の医師が対応した場合、「精神科慢性身体合併症管理加算」(700点) ※糖尿病、特定疾患療養管理料の対象疾患(胃炎、十二指腸炎以外)
- 1年以上入院の是正:精神科棟入院基本料(18:1、20:1)において1年未満と1年以上入院の評価をわけ
- 透析対応強化:精神疾患の特定入院料(精神科救急急性期、精神科急性期、精神療養等)で透析を包括外に
- 精神科地域包括ケア病棟は廃止
- 通院・在宅精神療法の初診時の短時間診療(30分以上)を評価
- 心理支援加算の見直し:通院・在宅精神療法における心理支援加算において、対象疾患を神経症性涉外、ストレス関連障害、身体表現性障害に拡大する
- 認知行動療法の見直し:医師の面接要件の廃止、公認心理師による認知行動療法的アプローチを評価
- オンライン診療拡大:指定医による通院・在宅精神療法(情報通信機器による初診、60分以上)を新設(566点)
- 「急性期病院精神科棟入院料」の新設:地域ごとに急性期の病院機能を確保するため、急性期病院A精神科棟入院料(13対1で1,162点)、B(同1,145点)の入院料を新設

## 通院・在宅精神療法の見直し

### 第1 基本的な考え方

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 精神保健指定医が実施する、**初診における30分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価**を行うとともに、**初診における60分以上の通院・在宅精神療法**について、評価を見直す。
2. **非精神保健指定医による通院・在宅精神療法**について、評価を見直す。

改定	現行
1 通院精神療法 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 650点 (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 550点 2 在宅精神療法 (1) 60分以上行の場合 ① 精神保健指定医による場合 650点 (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 550点	1 通院精神療法 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 600点 2 在宅精神療法 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 640点

#### [施設基準]

一の一の九 通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準

次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。

- (1) **精神科救急医療を行う体制が整備**されている保険医療機関で実施されていること。
- (2) 当該療法が**精神医療に十分な経験を有する医師**により行われていること。

## 心理支援加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に対する公認心理師による心理支援を推進する観点から、心理支援加算の要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

#### [算定要件]

注9 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に、心理支援加算として、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**280点**（←250点）を所定点数に加算する。

(24) 「注9」に規定する心理支援加算は、**心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者に対して**、精神科を担当する医師の指示を受けた精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、**週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を1年以上行った経験のある公認心理師が**、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

#### [施設基準]

一の一の六 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準

当該保険医療機関内に**専任の常勤の精神保健指定医が1名以上配置**されていること。

# 認知療法・認知行動療法の見直し

## 第1 基本的な考え方

精神疾患を有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、認知療法・認知行動療法の要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. 医師及び看護師が共同して認知療法・認知行動療法を行う場合について、面接後に毎回医師が患者と5分以上面接する要件を廃止する。その他施設基準について見直しを行う。
2. 公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行う。
3. 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法において、認知処理療法を行った場合について新たに評価を行う。

### 【認知療法・認知行動療法】

- 1 医師による場合 480点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点
- 3 (新) 公認心理師による心理支援を伴う場合 330点**

認知療法・認知行動療法の「3」は、(省略)、**週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を2年以上行った経験のある専任の公認心理師が実施した場合**に算定する。

### [施設基準]

- (3) 認知療法・認知行動療法3にあつては、(1)の基準に加え、当該保険医療機関内に認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る経験等を有する**専任の常勤公認心理師が一名以上配置**されていること。

# 情報通信機器を用いた精神療法の見直し

## 第1 基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている**初診精神療法について新たに評価**を行うとともに、要件を見直す。

### [施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた精神療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) **休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。**