

として算定する。

- (3) 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。
- (5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。
 - ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。
 - イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

 - ア 30日以内に再診を行う。
 - イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
 - ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合、それぞれの処方につき処方料を算定する。
- (3) 「1」について
 - ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、

「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(二)を満たすことをいう。

- (イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。
- (ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。(年2回までとする。)この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。
- (ハ) 臨時に投与した場合(臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。)。なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(二) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでのいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでのいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙様式36を参考にする。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

- (4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、「F200」薬剤の「注3」

における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

(7) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(8) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

(9) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患（以下、この項において「特定疾患」という。）を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 同一暦月に「F100」処方料と「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、「F100」処方料又は「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 当該加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

オ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

(10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注6」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他

の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に「F 1 0 0」処方料と「F 4 0 0」処方箋料を算定する場合にあっては、「F 1 0 0」処方料又は「F 4 0 0」処方箋料のいずれか一方の加算として月 1 回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(11) 「注 7」については、「A 0 0 0」初診料の「注 2」又は「注 3」、「A 0 0 2」外来診療料の「注 2」又は「注 3」を算定する保険医療機関において、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ 薬効分類の小分類が合成ビタミン D 製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合

(12) 「注 8」に規定する地域支援・外来医薬品供給対応体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

(13) 「注 9」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は 1 日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDA からの医薬品適正使用のお願い（No. 11 2017 年 3 月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成 24 年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための

診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

- (14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の1日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

- (1) 「注2」については、「F100」処方料の(3)に準じるものとする。

- (2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方という。

- (3) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固形剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

- (4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（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患者（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。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

- (5) 特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。
また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

- (6) 「注3」の多剤投与の場合の算定

ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方という。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を

を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

ア 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

(イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）

(ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

(ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

(ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分かゆを食している場合

(ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

(1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

- イ 許可病床数が 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1 回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療費担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は 3 回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。
- (3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に 2 枚以上の処方箋を交付した場合は、1 回として算定する。
- (4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2 以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。
- (5) 「1」については、「F 1 0 0」処方料の(3)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、処方箋料における内服薬の種類については、「F 2 0 0」薬剤の「注 3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が 6 種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。
- (7) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1 処方につき内服薬が 7 種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。
- その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては「F 2 0 0」薬剤の(6)に準じるものとする。
- (8) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、「F 1 0 0」処方料の(6)に準じるものとする。
- (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F 0 0 0」調剤料及び「F 1 0 0」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F 2 0 0」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。
- また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。
- (10) 「注 2」については、「F 1 0 0」処方料の(11)に準じるものとする。
- (11) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は「F 1 0 0」処方料の(8)、(9)又は(10)に準じるものとする。ただし、(9)のウに規定する「特定疾患に

対する薬剤の処方期間が 28 日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上の場合を含む。）」と読み替えるものとする。

- (12) 「注 6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（2 品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算 1 を、1 品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算 2 を、処方箋の交付 1 回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品の個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

- (13) 「注 7」については、「F 1 0 0」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

- (14) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は「C 0 0 8」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に 4 回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）に限られる。

- (15) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

- (16) 「注 8」において、「直近 3 月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「0 0」調剤基本料の 4 に規定する特別調剤基本料 A を算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。

ア 直近 3 月の処方箋を交付した回数が 12,000 回を超えること。

イ 保険薬局(調剤点数表「0 0」の 4 に規定する特別調剤基本料 A を算定しているものに限る。)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。

ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 9 割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第 88 の 2 の 2 の（3）の取扱いに準じる。

なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。

- (4) 患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中2回に限り算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。
- (5) 入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法（Ⅰ）にあつては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。
- (6) 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (7) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (8) 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。
- (9) 入院精神療法（Ⅰ）を行った週と同一週に行われた入院精神療法（Ⅱ）は別に算定できない。
- (10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて「I 0 0 4」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。
- (11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と「I 0 0 3」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。
- (2) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。
- (3) 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。
- (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。
- (5) 通院・在宅精神療法の「1」のロの(1)及び「2」のロの(1)は、「A 0 0 0」初診料を算定する初診の日（「A 0 0 0」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が60分以上の場合に、「1」のロの(2)及び「2」のロの(2)は、「A 0 0 0」初診料を算定する初診の日（「A 0 0 0」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）において診療に要した時間が30分以上の場合に、「2」のハの(1)は、診療に要した時間が60分以上の場合に、「1」のハの(1)及び「2」のハの(2)は、診療に要した時間が30分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療

- に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療及び医師以外の職員による相談等に要する時間は含まない。
- (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。
- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。
- ア 「A001」再診料の時間外対応体制加算1の届出を行っていること。
- イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができる体制がとられていること。
- (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること。ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、5分を超えて10分未満の診療を行った場合は、「5分を超え10分未満」と記載する。
- (9) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。
- (10) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。
- (11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (12) 入院中の患者以外の精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて「I004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。
- (13) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に「I003」標準型精神分析療法は算定できない。
- (14) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪

問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。

- (15) 通院・在宅精神療法を行った患者に対して、1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (16) 「注3」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、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初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）に、所定点数に加算する。
- (17) 「注4」に規定する児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満の患者（イについては16歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。
- (18) 「注4」のロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。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。
- ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)やDISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)等で採用されている診断項目を考慮すること。
- イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。
- (19) 「注5」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の「注4」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

(20) 「注6」に定める所定点数には、「注3」から「注5」まで及び「注7」から「注11」までの加算を含まないこと。また、別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」とは、当該保険医療機関において抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれかを処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満であるか、その数が20名未満であることをいう。なお、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は「F100」処方料における計算方法に準じる。抗うつ薬又は抗精神病薬を処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又

は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、「F100」処方料(3)ウにより報告したもののうち、直近のものを用いることとする。また、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与(以下この部において「向精神薬多剤投与」という。)していないために当該報告を行わなかった保険医療機関については、当該要件を満たすものとして扱う。

イ 「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」とは、当該月を含む過去3か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

(イ) 患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者(以下イにおいて「患者等」という。)に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考える場合は、診療録にその理由を記載することで代替して差し支えない。

(ロ) 服薬状況(残薬の状況を含む。)を患者等から聴取し、診療録に記載していること。

(ハ) 3種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注5」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。

(ニ) 減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。

ウ 「当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」とは、「F100」処方料(3)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであることをいう。

(21) 「注7」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「1」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月1回以上の指導を行った上で、3月に1回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、3月に1回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と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指導等を行った月を記載すること。

(22) 「注8」に規定する療養生活継続支援加算は、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、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、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。

ア 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神病棟における直近の入院において、「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、別紙様式 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 つ以上満たす者であること。

イ 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）までの職種がそれぞれ 1 名以上参加していること。なお、必要に応じて、（ニ）から（ヌ）までの職種が参加すること。ただし、（イ）から（ヘ）までについては、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士

（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

ウ イのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、初回の支援から 2 週間以内に、多職種が共同して別紙様式 51 の 2 に掲げる「療養生活の支援に関する計画書」（以下この区分において「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 年度厚生労働行政調査推進事業において「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、「注 8」のイを算定する患者の場合、初回のカンファレンスについては、「B 0 1 5」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。

エ 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、ウ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、療養生活継続のための支援を行う。また、保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族等の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

オ 担当する患者ごとに療養生活継続支援記録を作成し、当該指導記録に支援の要点、面接実施時間を明記すること。

(23) 「注 8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、

再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

- (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を有する者に対して、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（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。）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。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。実施に当たっては、公認心理師に指示を行った医師は、心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。

- (25) 「注10」に規定する児童思春期支援指導加算は、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、通院・在宅精神療法の「1」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（以下この項において「看護師等」という。）が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定する。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。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の看護師等が、当該患者に対して、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、当該患者に対し複数の専任の看護師等がそれぞれ療養上必要な指導管理を実施することは差し支えないが、この場合にあっては、当該指導管理を実施した職員のうち少なくとも1名以上が、当該指導管理を30分以上行っていること。

イ 当該指導管理を実施した者は、指導管理の内容及び実施時間について診療録又は看護記録等に記載する。また、医師は、当該指導管理の必要性について診療録等に記載する。

ウ 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、看護師等が、他の職種と共同して、別紙様式51の3又はこれに準じた支援計画を作成し、その写しを診療録等に添付する。支援計画の作成に当たっては、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による支援の必要性についても検討すること。

エ 当該患者の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、文書等による情報提供や面接相談を

適宜行う。

オ 当該患者の支援方針等について、ウに掲げる職種が共同して、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。

カ １週間当たりの担当患者数は３０人以内とする。

(26) 「注 11」に規定する早期診療体制充実加算は、地域において、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであり、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通院・在宅精神療法を実施する場合に、当該加算を算定することができる。

(27) 「注 11」の算定に当たっては、当該患者を診療する精神科の担当医を決めること。担当医により通院・在宅精神療法を行った場合に当該加算を算定する。なお、初回の診療であって、担当医が決まっていない場合に限り、担当医以外の医師が診療した上で、当該加算を算定することは差し支えない。ただし、初回の診療を行った医師が当該患者を診療する担当医にならない場合は、初回の診療を行った医師は、当該患者に対して、２回目以降は別の担当医が診療する旨及び当該担当医について説明すること。

(28) 「注 11」の算定に当たっては、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。また、必要に応じて、患者の家族等に対して、指導等について説明を行うこと。

ア 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。ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等においては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、同意が困難であった患者について、診療の都度、同意が得られる状態にあるかを確認し、可能な限り患者本人から同意が得られるよう懇切丁寧に説明する。

イ 診療に当たっては、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。なお、症状性を含む器質性精神障害等の鑑別に当たっては、採血、画像診断、認知機能検査その他の心理検査等を実施することが望ましい。また、向精神薬を服用している患者については、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、定期的な採血等を実施することが望ましい。

ウ 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者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。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能である。

エ 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、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。なお、早期診療体制充実加算３を算定する保険医療機関においては、当該保険医療機関の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する病院とあらかじめ連携体制を構築した上で、当該患者に当該保険医

療機関及び連携する病院の連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、当該保険医療機関又は連携する病院が受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこととしてもよい。

オ 当該患者に対し、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。

カ 当該患者に対し、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。

キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式 51 の 4 を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。ただし、直近 1 年間に 4 回以上の受診歴を有する患者等については、別紙様式 51 の 4 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、同意書については、当該保険医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。また、初回算定時に、病状等の理由によってやむを得ず同意を得られなかった場合は、同意を得られた時点で同意書を作成し、診療録に添付することとしてよい。

ク 当該保険医療機関において、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し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。なお、連携する機関の名前を一覧にして掲載することが望ましい。

(イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。

(ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。

(ハ) 介護保険に係る相談を行っていること。

(ニ) 当該保険医療機関に通院する患者について、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基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第 3 条第 1 項に規定する相談支援専門員及び介護保険法第 7 条第 5 項に規定する介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。

(ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。

(ヘ) 精神科病院等に入院していた患者の退院後支援を行っていること。

(ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。

(チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。

(リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を控えていること。

ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

(29) 「注 12」に規定する情報通信機器を用いた場合の精神療法については、以下のアからクまでの取扱いとする。

ア 情報通信機器を用いた精神療法（以下この項で「オンライン精神療法」という。）を行う際には、オンライン指針及び厚生労働省「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」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿った診療及び処方を行うこと。

イ オンライン精神療法を行う際には、診療内容、診療日、診療時間等の要点を診療録に

記載すること。また、当該診療がオンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ 処方を行う際には、オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、向精神薬等の処方に当たっては、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」、日本神経精神薬理学会が作成した「統合失調症治療ガイドライン 2022」、日本うつ病学会が作成した「日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 2016」等の関係学会が定めるガイドラインを参考にすること。

エ 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該点数を算定できない。

オ 情報通信機器を用いた精神療法を行う保険医療機関について、患者の急変や自殺未遂等の緊急時又は向精神薬等の乱用や依存の傾向が認められる場合等には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者又はその家族等に説明すること。なお、安全性を確保する観点から、情報通信機器を用いた精神療法を実施する医師自らが速やかに対面診療を行える体制を整えていることが望ましい。当該保険医療機関において夜間や休日などの対応が難しい場合には、オンライン精神療法指針に記載のとおり、連携する病院において必要な対応を行うこと。また、オンライン指針において、「急病急変時の対応方針（自らが対応できない疾患等の場合は、対応できる医療機関の明示）」を含む診療計画の作成が求められていることに留意すること。

カ 精神科救急医療体制整備事業における対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携する等、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に適切に対応できる体制を確保しておくことが望ましい。

キ 初診においてオンライン精神療法を行う場合には、以下のいずれも満たすこと。

（イ） 当該保険医療機関と連携体制を構築する精神保健福祉センター、保健所及び市区町村が訪問指導等を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して行うこと。

（ロ） 患者自身に受診希望があること。

（ハ） オンライン精神療法を10症例以上経験した医師が診察を行うこと。

（ニ） 診察時に患者の側に精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の当該患者に対して、訪問指導等を行っている医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であること。

ク 再診においてオンライン精神療法を行う場合には、当該患者に対して、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に、対面診療又は「注12」に定める情報通信機器を用い

た精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）を行っていること。

(30) 「注 13」に規定する施設基準の（２）を満たす場合、以下をいずれも満たす医師により行われること。

(ア) 令和 8 年 5 月 31 日時点において、精神医療に 20 年以上従事していること。

(イ) 過去 1 年間に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 号の決定により入院している者若しくは第 42 条第 1 項第 2 号又は第 51 条第 1 項第 2 号による決定を受けた対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っていること。

I 0 0 2－2 精神科継続外来支援・指導料

(1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

(2) 「注 2」については、当該保険医療機関が、1 回の処方において、向精神薬多剤投与を行った場合には、算定しない。ただし、「F 1 0 0」処方料(3)のアの(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を投与する場合で(ニ)に該当する場合は算定することができる。

(3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。

(4) 「注 3」に規定する加算は、「注 1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。

(5) 「注 4」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月 1 回に限り算定する。この際、別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 5」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

(6) 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

(7) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（「A 0 0 0」初診料の「注 5」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。

(8) 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

(9) 「注 5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「I 0 0 2」通院