医療保険講習会(精神科)
令和6年10月12日
東京都医師会館

保険請求について
～医療保険審査の実際～

東京都医師会医療保険委員会
鎌田康太郎

COI開示

筆頭発表者名:　鎌田　康太郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある 企業などはありません。

医療機関の区分

A,B,C,D,Eランクあり

審査委員

医療機関側(医師会推薦)・保険者側・学術側

審査内容

レセプト点検

再審査・突合審査・専門審査

1)薬物療法について

A)いわゆるメジャートランキライザーに関して

- 適応病名：統合失調症、幻覚妄想状態、〇〇精神病、〇〇(妄想を伴う)、精神病様状態、せん妄状態、器質性精神障害、中毒精神障害など

※単に易怒性、うつ病、人格障害などは査定

リスペリドン(®リスパダール)・クエチアピン(®セロクエル)・ペロスピロン(®ルーラン):

・器質性疾患を推測できる認知症、癲癇、精神遅滞、自閉症、ADHDなどがあり、

・さらに精神運動興奮、易怒性などの症状詳記があれば使用可能

オランザピン(®ジプレキサ)：

・双極性気分障害、躁病、非定型精神病、統合失調感情障害があれば使用可能

・単なる抑鬱状態は査定

クエチアピンフマル(®ビプレッソ)　・
ルラシドン(®ラツーダ)　：

- 双極性気分障害、非定型精神病、統合失調感情障害で使用可能

- 双極性障害が推測されない単なるうつ病や躁病は査定

アリピプラゾール(®エビリファイ)：

・うつ病・鬱状態があれば使用可能

・双極性気分障害における躁状態も適応であり、

・双極性気分障害、躁病、非定型精神病、
統合失調感情障害の病名で使用可能

持続性抗精神病治療薬：

・統合失調症・非定型精神病・統合失調感情障害のみ

・ただし

エビリファイ持続性水懸筋注：

・双極性気分障害にも使用可能

クロザピン(®クロザリル)：

・統合失調症のみに使用可能

※禁忌について

オランザピン(®ジプレキサ)　・クエチアピン(®セロクエル)　・クエチアピンフマル(®ビプレッソ)：

- 糖尿病に対して禁忌。病名に糖尿病があると査定

- 従って、血糖値検査やHbA1c検査のために糖尿病の病名をつけることはせず、症状詳記に「副作用チェックのため」と記載することが望ましい

※薬物相互作用による禁忌

・フルボキサミンとラメルテオン(®ロゼレム)

B) SSRI,SNRI,NaSSA、その他の抗うつ剤に関して

- 抗うつ薬であり、気分障害圏(F3)のうち、現状が明らかに躁状態であると推測されない病態であれば、双極性気分障害、非定型精神病、統合失調感情障害で使用可能
- 気分変調症、抑うつ神経症、気分循環症も使用可能
- 神経症、適応障害、PTSD、摂食障害でも抑鬱状態を呈することが推測できれば使用可能

- 人格障害に関しては、人格障害の詳細病名が記され、抑うつ状態が推測されれば、使用可能

- 単なる人格障害、依存症、さらに統合失調症では査定となる

C) 抗癲癇薬、気分安定薬、抗躁薬に関して

- ガバペンチン(®ガバペン）、トピラマート(®トピナ）など他の抗癲癇薬と併用のみ使用可に注意

バルプロ酸とカルバマゼピン：

◦癲癇の他に躁病及びうつ病の躁状態としての適応あり

炭酸リチウム：

◦躁病及び躁状態に適応があり

抑鬱状態、神経症性障害、統合失調症、摂食障害などでも、その状況が妥当であれば、使用可能ともなりうるが、抑鬱・躁状態がわかる病名が望ましい

※バルプロ酸とカルバペネム系抗生物質：

- 併用により、バルプロ酸の血中濃度が低下し、痙攣発作を誘発する危険性があるため、禁忌

- しかし、これを理解して充分な観察の上での使用の場合は使用可能とする

ラモトリギン(®ラミクタール)　：

◦双極性気分障害、躁病、非定型精神病、統合失調感情障害があれば、使用可能

◦ただし、単なるうつ病、抑鬱状態では査定となる

※使用量に注意

◦バルプロ酸と併用なし：1日400mgまで

◦バルプロ酸と併用時　　：1日200mgまで

D) 睡眠薬に関して

ゾルピデム(®マイスリー)：

◦統合失調症、躁鬱病に伴う不眠症は除く、とあることから、この２病名の場合は、不眠症の病名が必要

スボレキサント(®ベルソムラ)：

- 身体疾患や精神疾患に伴う二次性不眠には使用不可となっているため、病名に不眠症・非器質性不眠症、あるいは神経性不眠の病名が必要

メラトニン(®メラトベル)　：

- 小児期の神経発達症に伴う不眠に使用可
- 6歳から15歳の神経発達症(知的障害(精神遅滞)・ADHD、多動性障害・自閉スペクトラム症など広汎性発達障害)の病名があれば不眠症の病名が無くても使用可能

その他の睡眠導入剤：

- 精神科病名があり、不眠が強く推測される場合や、認知症・せん妄では容認する。
- しかし癲癇や精神遅滞のみでは査定する。

- やはり不眠の病名が必要。

※使用量の上限について

・〇〇を超えないこと、とある場合は、

超えた量を査定

◦適宜増減の場合は２倍量位まで認められることがある

◦ただし、睡眠剤多剤併用時にはこの限りにあらず

◦定時薬と同じ薬剤を頓服で処方する時はその量に注意

例：ゾルピデム(®マイスリー）は10mgまで

・ゾピクロン(®アモバン）10mgまで(7.5mg錠は1錠まで)

・スボレキサント(®ベルソムラ)20mgまで

・レンボレキサント(®デエビゴ)10mgまで

・エスゾピクロン(®ルネスタ)3mgまで

・ラメルテオン(®ロゼレム)8mgまで　　など

◦ クエチアピン(®セロクエル)750mgまで

◦ リスペリドン(®リスパダール)：

パリペリドン(®インヴェガ)、パリペリドンパルミチン(®ゼプリオン）と合わせて12mgまで

参考：

リスパダールコンスタ：50mgを１日量6mgと換算

ゼプリオン：50mgを4mgと換算

エビリファイ持続性水懸筋注：経口薬と切替時のみ併用可能とする

ハロペリドールデカン酸(®ハロマンス)

フルフェナジンデカン酸（®フルデカシン）：

◦4週間毎に筋注であるが、3～5週間毎も容認

◦常時隔週筋注は査定する

E) いわゆるマイナートランキライザーに関して

- 神経症の病名
- さらに精神科病名があれば投与を認める

F) 抗認知症治療薬について

ドネペジル製剤：アルツハイマーの他、

レビー小体認知症にも使用可能

ドネペジル（®アリセプト）・ガランタミン（®レミニール）・リバスチグミン（®イクセロン・®リバスタッチ）：

- ともに抗コリンエステラーゼ阻害薬のため併用不可
- ただし、メマンチン（®メマリー）との併用は使用可能

G) アルコール依存症治療薬に関して

◦ナルメフェン（®セリンクロ）:

１日1回10mgが原則

ただし20mgまで増量可

アカンプロサートカルシウム（®レグテクト）：

- 「原則24週まで、必要がある場合は延長可で、漫然と投与しない。」とあるが、
  やむを得ず延長と判断される場合は使用可能

コンサータ・ストラテラ・インチュニブ・ビバンセ・モディオダールに関して

- 全てADHD、多動性障害の病名なければ査定
- ただし、多動を伴わないでも使用可能

- 広汎性発達障害、自閉症、アスペルガー、発達障害、神経発達症のみでは査定

H) その他(登録医師の確認、17点ルール)について

- 投与する医師や医療機関に講習等の規定のある薬物に関しては、要注意
(セリンクロ・クロザリル・コンサータ・ビバンセ・リタリン・モディオダールなど)

17点ルール優先の原則

- ただし、強心剤・糖尿病薬・血管拡張剤・血圧降下剤・副腎ホルモン剤・高脂血症剤の６製剤を除く

２）検査関係

A) 梅毒検査

- スクリーニングとしての検査は
「定性検査」とし「定量・半定量」としない

B) 血糖検査

- オランザピンやクエチアピンなど耐糖能障害の副作用がある薬物内服中のチェックは、基本的に「血糖検査」で行う。
- HbA1cを行う場合は、「当該薬物の副作用チェックのため施行」などと記載する。
- 病名に検査保険病名として「糖尿病」と記載すると「禁忌」の為、抗精神病薬が査定される場合がある。

C) 動脈血酸素飽和度、呼吸心拍監視について

- 病名から必要と推測できれば全て査定とはしない。
- 酸素投与のない連日の施行は査定対象となる。
- 呼吸心拍監視の連日検査も必要性に応じて査定対象となる。

３）特定薬剤治療管理料について

A) ハロペリドール、ブロムペリドール：

統合失調症

・統合失調症、非定型精神病、統合失調感情障害

B) 抗癲癇薬：癲癇

ただしバルプロ酸とカルバマゼピン：

・双極性気分障害に適応あり

・非定型精神病・統合失調感情障害にも認める

C) 炭酸リチウム：躁うつ病

・F3コード疾患と非定型精神病・
統合失調感情障害で認める

４）心理検査に関して

- 鑑別診断、確定診断などのために複数の検査を実施することは可能
- 認知機能検査等は、診断目的で施行する場合

①初診・病名追加から３ヶ月以内に1回

②不安や抑うつなどの経過を評価する検査は年１回程度

- ただし、症状詳記があり詳細な経過観察が必要な場合はその限りにあらず

５）精神療法に関して

- 発達障害：さらに詳細な診断名か、症状詳記が必要
- 疑い病名：統合失調症などの疑い病名では、
- 初診月及び翌月は認めるが、それ以降は査定か返戻
- 通院精神療法：①退院後１ヶ月以内は週2回まで
  ②その他は週１回まで
- ※暦週：医療機関の休診日に関わらず日～土

◦入院精神療法(Ⅰ)：

①精神保健指定医が、30分以上

②入院から３ヶ月以内は週３回まで

◦ 入院精神療法(Ⅱ)：

①入院して4週以内は週2回まで

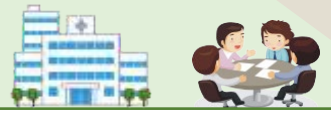
②4週以降は週1回まで

③ただし重度の精神障害者で、精神保健指定医が必要と認めた場合は、入院期間に関わらず週2回まで

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）

（入院前 ～ ）　入院初期　入院中 ～ 退院　地域生活

（新）精神科入退院支援加算



○ 入退院支援部門の設置
○ 入院早期からの退院支援（計画、会議）
- ◆ 退院後の生活を見据えた支援
- ◆ 関係機関との日常的な連携を推進

外来医療等

- ◆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

（見直し）地域移行機能強化病棟入院料
- 届出期限の延長
- 要件見直し

機能集約

（新）精神科地域包括ケア病棟入院料（通算180日）
（新）自宅等移行初期加算（通算90日）

【通院・在宅精神療法】
（見直し）
60分以上の充実
30分未満の適正化
療養生活継続支援加算の充実
（新）
早期診療体制充実加算
児童思春期支援指導加算
心理支援加算
情報通信機器を用いた場合

地域生活に向けた支援が必要な回復期患者の受入れ

○ 自宅等から入院
○ 他の精神病床から転院・転棟

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進

精神科回復期医療
- ➢ 多職種含め13対１の人員配置
- ➢ 地域定着も含めた退院支援

精神科在宅医療の提供（※１）
- ➢ 在宅医療、訪問看護等の提供実績

かかりつけ精神科医機能（※１）
- ➢ 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

自宅等への移行
- ➢ 自宅等移行率（※２）
  （新規患者）6月以内に７割
- ➢ 直近１年間の入院期間を通算

（その他）データ提出加算の届出（※2）

【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

（見直し）精神科在宅医療の推進に向けた評価の充実
- **精神科在宅患者支援管理料の対象患者を拡大**
  （精神科地域包括ケア病棟からの退院患者等を追加）
- **在宅精神療法にも療養生活継続支援加算を設ける 等**

- ◆病状等に応じて**再入院を含め柔軟に入退院を運用**
- ◆退院後は、**在宅医療、情報通信機器を用いた精神療法、時間外診療**等を活用し、地域生活を支え、不安定な症状等にも**できる限り入院外で対応**

⇒ **地域平均生活日数の向上**

【通院・在宅精神療法】
一部項目について、点数の増減点あり

項目		改定前	改定後
1.通院精神療法	ロ　初診日に60分以上	560点	600点（＋40点）
		540点	550点（＋10点）
	ハ　イ及びロ以外の場合（30分未満）	330点	315点（－15点）
		315点	290点（－25点）
2.在宅精神療法	ロ　初診日に60分以上（精神保健指定による場合）	620点	640点（＋20点）
	ハ　イ及びロ以外の場合（60分以上）	550点	590点（＋40点）
		530点	540点（＋10点）
	ハ　イ及びロ以外の場合（30分未満）	330点	315点（－15点）
		315点	290点（－25点）

【通院・在宅精神療法】

・療養生活継続支援加算（見直し）

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

施設基準を届出た医療機関で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て、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所、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、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回に限り算定可。

（※その他にも算定要件あり）

【通院・在宅精神療法】

・心理支援加算（250点：新設）

厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理士が対面による心理支援を30分以上実施した場合、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月に2回に限り算定可。なお、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でも算定可。（※その他にも算定要件あり）

【通院・在宅精神療法】

・児童思春期支援指導加算（新設）

イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合）1,000点

ロ　（1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合　450点

（2）（1）以外の場合　250点

施設基準を届出た医療機関で「通院精神療法」を算定する20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理士等が共同して必要な支援を行った場合、算定可。（※その他にも算定要件あり）

ただし、イ（1,000点）は1回限り算定可。また、「注3（320点）」「注4（児童思春期精神科専門管理加算）」との併算定はできない。

【通院・在宅精神療法】

・早期診療体制充実加算（新設）

イ　病院の場合

（1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　20点

（2）（1）以外の場合　15点

ロ　診療所の場合

（1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合　50点

（2）（1）以外の場合　15点

施設基準を届出た医療機関で、当該患者に対する「担当医」を決めた上で、「担当医」による通院・在宅精神療法を行った場合、算定可。

初回算定時に同意書への患者署名が必要。院内掲示やホームページ等で相談や支援に関する対応を実施している旨を周知すること等が必要。

【通院・在宅精神療法】

・情報通信機器を用いた診察（新設）

1　通院精神療法の

「ハ（1）30以上の場合　①精神保健指定医による場合」に該当する場合　357点

「ハ（2）30未満の場合　①精神保健指定医による場合」に該当する場合　274点

施設基準を届出た医療機関で、情報通信機器を用いた精神療法が適当と認められる患者に対して、情報通信機器を用いて行った場合、算定可。ただし、当該患者に対して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には算定不可。

※「注3」から「注5」及び「注7」から「注11」までの加算は算定できない。

ご静聴、ありがとうございました