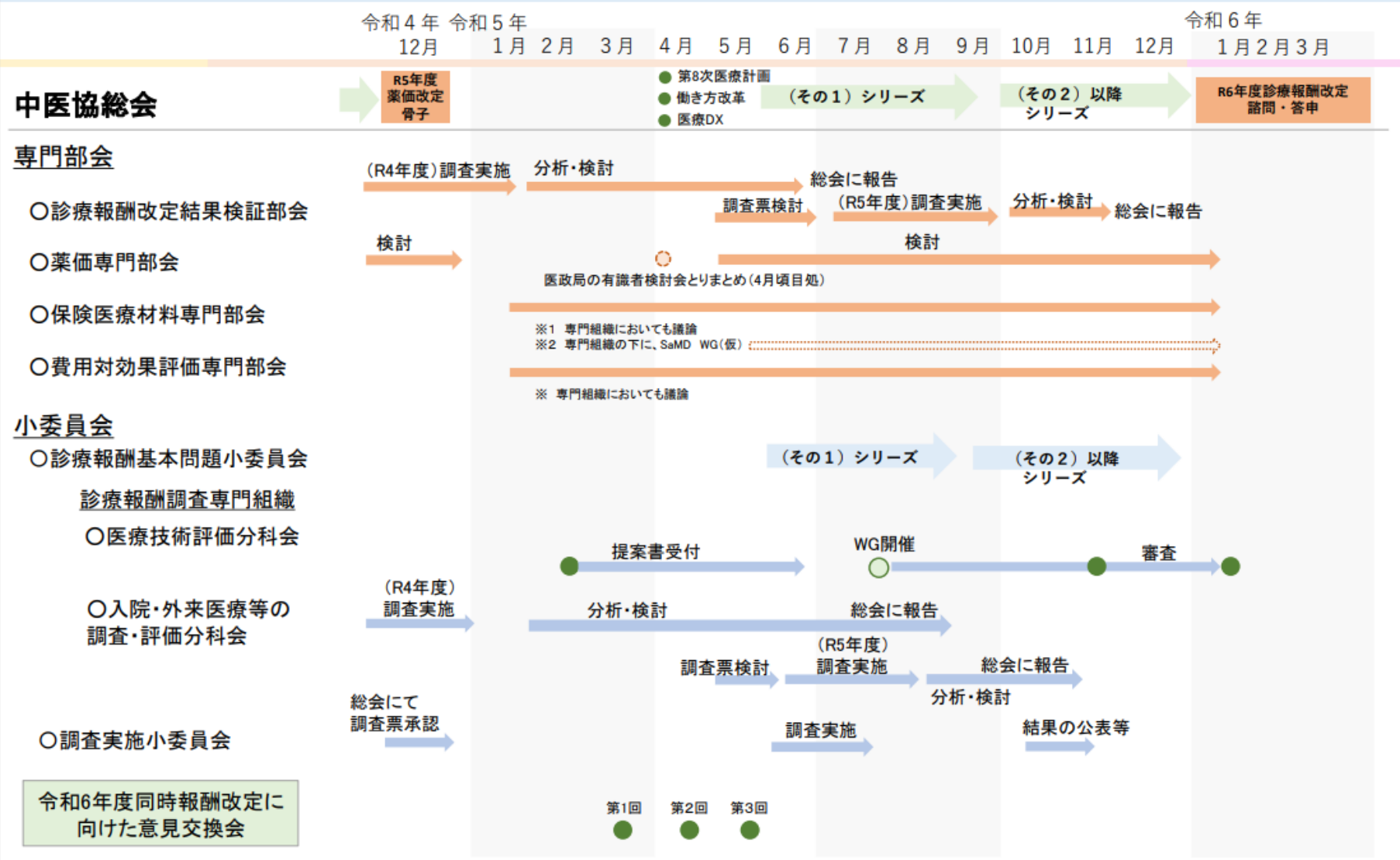


第84回病院事務管理者 ネクスト研修会

- ・ 中央社会保険医療協議会の改定議論状況

中医協 総 - 8 参考 1
5 . 1 . 1 8

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール (案)



診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。



中央社会保険医療協議会の状況

●中央社会保険医療協議会 総会

- ・第562回（R5.11.8） 外来（その2）

オンライン診療等

- ・第563回（R5.11.10） 入院時の食費

- ・第566回（R5.11.22） 入院（その4）

療養病棟入院基本料の概要

- ・第566回（R5.11.22） 個別事項（その6）

精神医療について（その1）

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用	
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン 受診勧奨	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等という場合のオンライン診療
- 患者が医師という場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

令和4年1月の指針改訂の概要②

処方について

- 現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。
- 患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

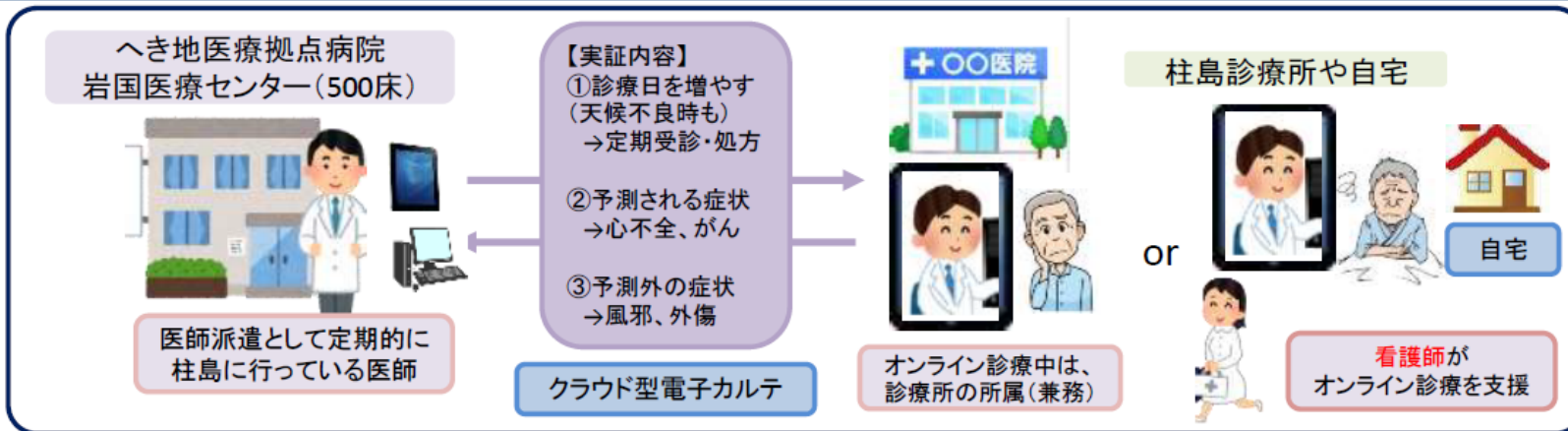
- 「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
 - ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合
 が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。
- オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

中医協 総-6
5. 5. 17改

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から**月2回**、**医師が派遣**される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。**本土から看護師のみ離島にわたり**、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

中央社会保険医療協議会の状況

●中央社会保険医療協議会 総会

- ・ 第562回 (R5.11.8) 外来 (その2)
オンライン診療等
- ・ 第563回 (R5.11.10) 入院時の食費
- ・ 第566回 (R5.11.22) 入院 (その4)
療養病棟入院基本料の概要
- ・ 第566回 (R5.11.22) 個別事項 (その6)
精神医療について (その1)

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

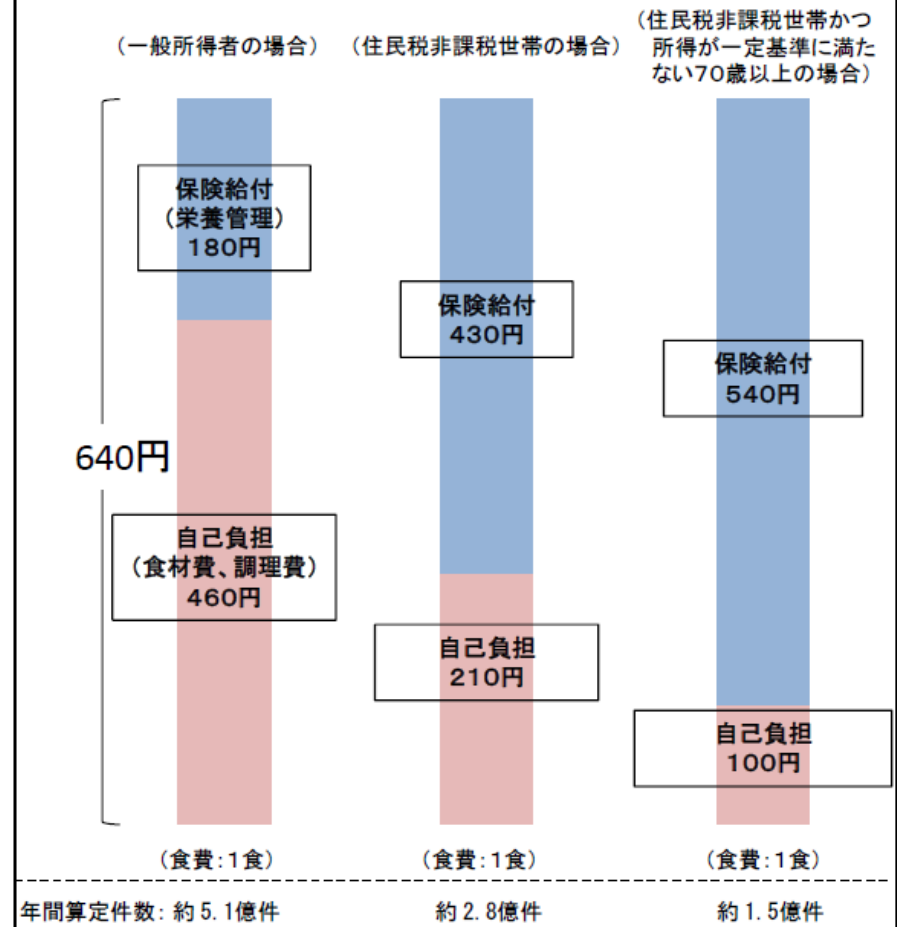
		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食あたりで算定	640円 (1日当たり1920円)	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円(※)	180円

※介護保険の入所者の食費の基準費用額：
約482円(1食あたり換算)

入院時食事療養費の概要

- 入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付(入院時食事療養費)として支給している。
- 「入院時食事療養費(保険給付)」
=「食事療養基準額(総額)」－
「標準負担額(自己負担)」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み> 入院時食事療養費



社会保障審議会医療保険部会・医療部会における発言（食費関係）

令和5年8月24日 医療保険部会

- 令和6年度の改定は診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等の報酬、いわゆるトリプル改定。骨太の方針2023には、同時改定において物価高騰、賃金上昇、経営の状況、担い手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担、保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うとされている。特に今般、食事療養費については26年間見直しが行われておらず、ほとんどの病院が給食部門は赤字であり、給食業者も提供困難となっているという現実がある。骨太の方針に基づいた令和6年度の同時改定が実現されるように強く求める。
- 給食費の問題も二十何年間全く変わっていないのは、さすがに現実的ではない。皆様も20年前の食材費、エンゲル係数はどうだったかと考えていただくと御理解いただけると思う。特に今は物価高騰で光熱費も上がっている、材料費も上がっている中で、給食が非常に厳しい状況にあるということはぜひ御理解いただきたい。

令和5年8月25日 医療部会

- 今回の診療報酬の改定は、物価高騰・賃金上昇、支え手が減少していることについての対応をきちんとしていただかなければいけない。1つは、入院時食事療養費が、約30年前に3食1,920円と決められてから、30年間近く、上がっていない。この間に、人件費、原材料費、間接経費を含めて、相当大幅に上がっている。今回のこの診療報酬改定で入院時食事療養費の大幅な引上げをしていただきたい。
- 給食費に関して、全国レベルで、公も民も、外注であろうが内注であろうが、大赤字であるという実態があるので、カバーしていただきたい。

令和5年9月29日 医療部会

- 入院時食事療養費は30年近く上がっていない。30年前の定価でやっているレストランや食堂はない。医療機関にそうした無理強いを押しつけているというのは非常におかしいため、今度の診療報酬改定で入院時食事療養費は診療報酬でやるのか、それとも診療報酬とは別立てで入院時食事療養費の項目というのを財源としてつくるのか、財源論に立ち返って考えていただきたい。

入院時の食費の課題と論点

【課題】

- 昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しているところ、公定価格のため価格転嫁もできず、病院経営に影響、病院食の質が下がりかねない状況。
- 現行の入院時の食費は、食材費及び調理費として一食当たり460円の自己負担としている。介護保険の食費の自己負担は一食当たり約482円であり、入院時の食費との差は22円となっている。



【論点】

- 以上の点を踏まえ、食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費の見直しについてどのように考えるか。

※入院時の食費の自己負担の観点から、医療保険部会での議論も行われているところ

中央社会保険医療協議会の状況

●中央社会保険医療協議会 総会

- ・ 第562回 (R5.11.8) 外来 (その2)
オンライン診療等
- ・ 第563回 (R5.11.10) 入院時の食費
- ・ 第566回 (R5.11.22) 入院 (その4)
療養病棟入院基本料の概要
- ・ 第566回 (R5.11.22) 個別事項 (その6)
精神医療について (その1)

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の <u>75</u> /100を算定

*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

慢性期入院医療についての論点

【論点】

(療養病棟入院基本料について)

- 療養病床についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日であることを踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定される看護職員等の配置基準及び医療区分2・3を満たす患者割合についての経過措置についてどのように考えるか。
- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を現行の3分類から疾患・状態と処置等を組み合わせた9分類に精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟における2単位を超えるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。
- 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血に限定されること、また中心静脈栄養が長期間実施される患者が経時的に増加していることを踏まえ、療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分2として評価することについてどのように考えるか。

(障害者施設等入院基本料等について)

- 障害者施設等入院基本料等の施設基準に定める該当患者割合を満たさない病棟を一定程度認めることから、該当患者割合についての取扱いを明確化することについてどのように考えるか。
- 障害者施設等入院基本料2～4を届出する病棟において慢性腎不全患者を多く受け入れている施設があること及び透析に係る療養病棟入院基本料と障害者施設等入院基本料の診療費の差があることから、障害者施設等入院基本料における透析患者に対する評価を療養病棟入院基本料に準じた評価とすることについてどのように考えるか。

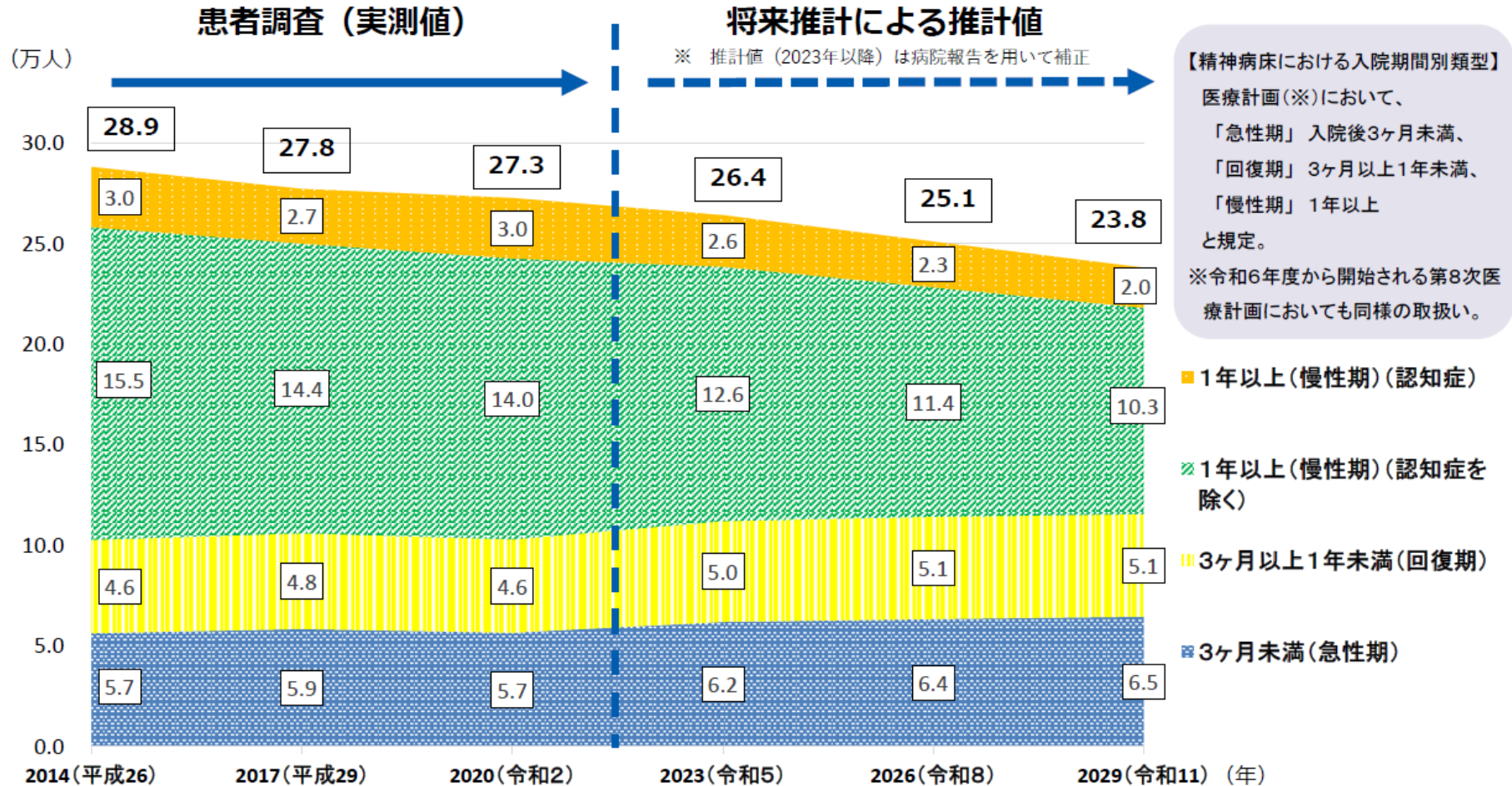
中央社会保険医療協議会の状況

●中央社会保険医療協議会 総会

- ・ 第562回 (R5.11.8) 外来 (その2)
オンライン診療等
- ・ 第563回 (R5.11.10) 入院時の食費
- ・ 第566回 (R5.11.22) 入院 (その4)
療養病棟入院基本料の概要
- ・ 第566回 (R5.11.22) 個別事項 (その6)
精神医療について (その1)

精神病床における入院患者数の将来推計結果

○ 精神病床における入院患者数は、将来的に減少することが推計されている。

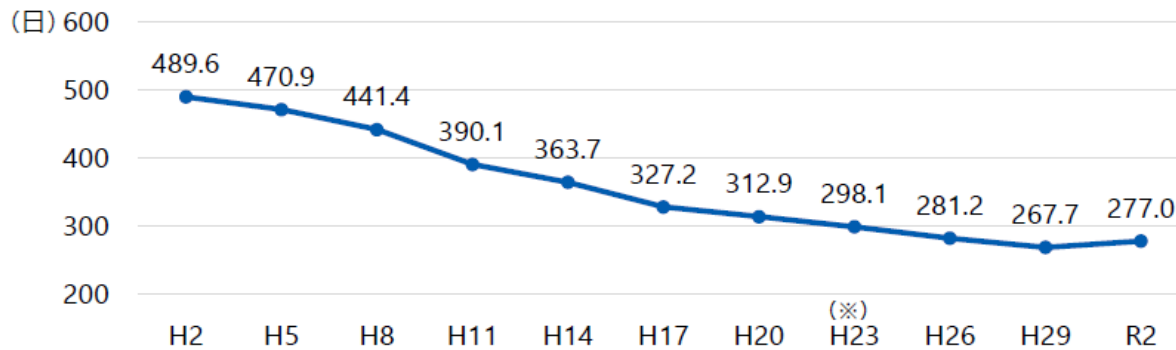


出典：令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」
研究班提出資料より障害保健福祉部精神・障害保健課にて改変

精神病床における平均在院日数と再入院率

- 精神病床における平均在院日数は、減少傾向。
- 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者のうち、30%以上が、1年以内に再入院している。

■ 精神病床における平均在院日数の推移



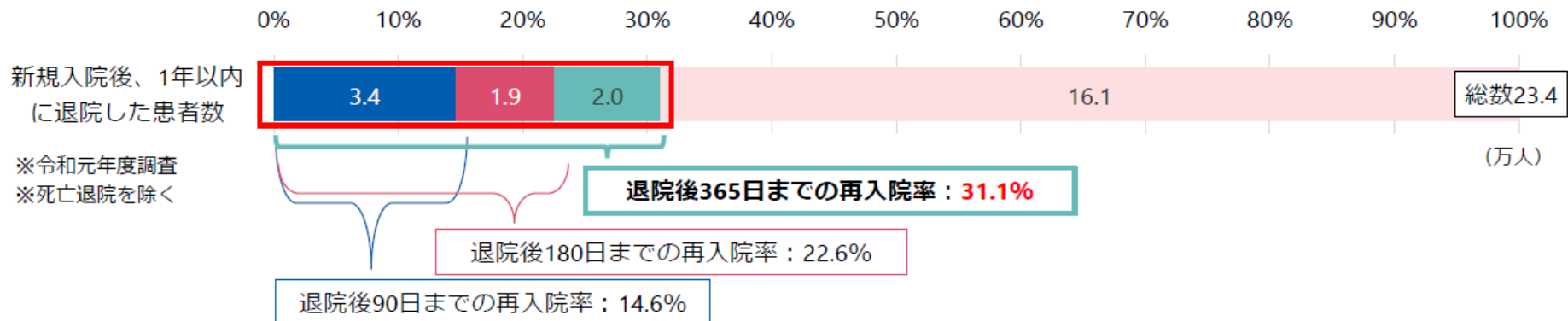
平均在院日数の算出方法

年間在院患者延べ数

$$1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$$

※ 平成23年では岩手県と宮城県、福島県の一部、平成28年では熊本県の一部、平成30年では広島県の一部を除いている。

■ 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者における退院後1年までの再入院率



新規入院後、1年以内に退院した患者数

※令和元年度調査
※死亡退院を除く

(万人)

出典：(上図)厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

(下図)令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」(研究代表者：西大輔)提出資料より作成

【論点5】精神障害者の地域移行等について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第41回 (R5.10.30)	資料2

現状・課題

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）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」を構築するため、令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書がとりまとめられた。
- さらに、令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（以下、単に「報告書」という。）がとりまとめられたことを踏まえ、同月には障害者部会でも障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書がとりまとめられた。これらの内容に基づき、「関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。」ことが今後必要な対応とされている。
- 報告書を踏まえつつ、
 - 令和4年第210回国会において、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等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）についても一部改正された。
 - 令和6年度から、第8次医療計画及び第7期障害福祉計画が開始され、
 - ・（第8次医療計画）精神病床における推計入院患者数の減少傾向を踏まえた基準病床数の考え方を示すとともに、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計するよう算定式を示している。
 - ・（第7期障害福祉計画）医療計画における推計入院患者数をもとに、令和8年における1年以上の長期入院患者数を、令和2年から3.3万人減少させることを成果目標としている。
- これらの政策的方向性を踏まえ、精神科病院に入院中の患者については、長期入院者に対する地域移行に係る取組を引き続き実施するとともに、長期入院に至っていない患者についても、入院を長期化させず、可能な限り早期に退院し、地域で安心して暮らすことができるよう、医療提供体制を整備しつつ、医療と障害福祉等との連携をさらに進める必要がある。

【論点5】精神障害者の地域移行等について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第41回 (R5.10.30)	資料2

検討の方向性

○ 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、

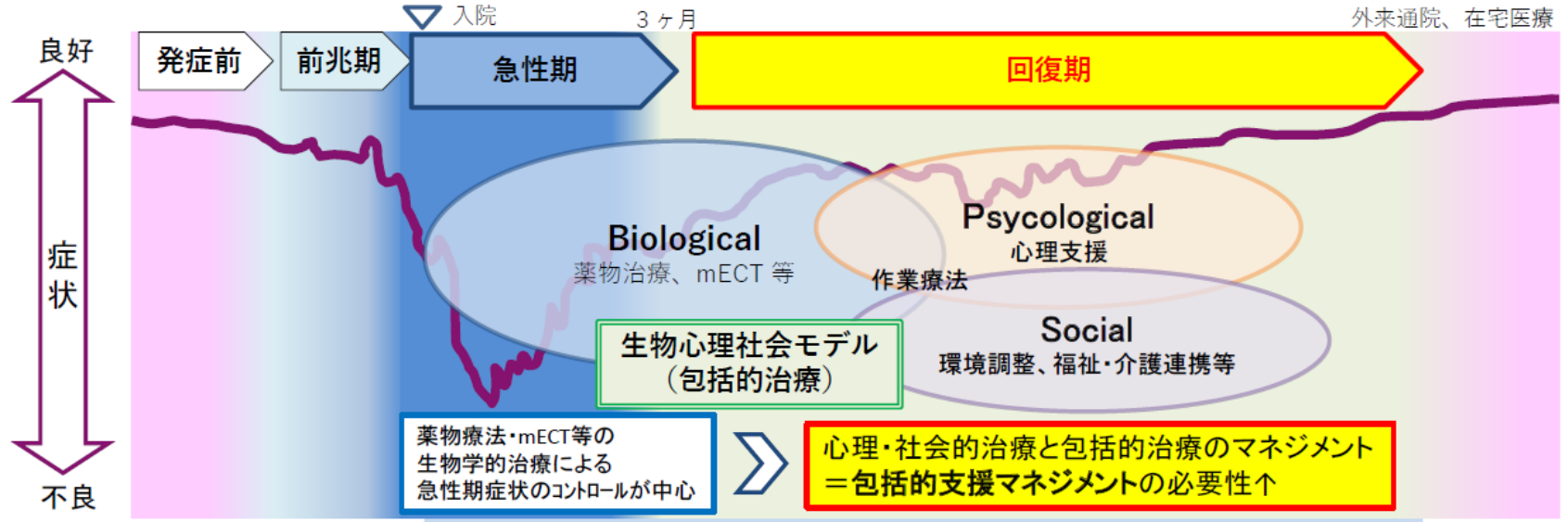
- 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など本人の生活環境が大きく変化する際に、集中的な支援を実施する自立生活援助事業所に対する評価
 - 計画相談支援・障害児相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算について、多機関連携の推進や業務負担を適切に評価する観点からの見直し等
 - 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価
- 等について、障害福祉サービス等報酬と診療報酬の同時改定において、検討することとしてはどうか。

※ 診療報酬改定の具体については、中央社会保険医療協議会において議論

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
第41回 (R5.10.30) | 資料2

○ 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。



医師 薬剤師 看護師 公認心理師 作業療法士、理学療法士 精神保健福祉士 多職種・多機関	精神療法 薬物療法 mECT 器質疾患治療 クロザピン導入	服薬指導	維持療法	外来 包括的 支援マ ネジメン ト
	急性期看護ケア	回復期看護ケア 生活指導、家族教育 等		
	アセスメント 関係性構築 環境調整	心理検査 心理的支援（認知行動療法的介入、トラウマケア 等） 治療継続、障害受容等に伴う心理的ケア		
	家族支援 生活環境調整 障害福祉、介護サービス調整 退院前訪問指導 等	作業療法（集団・個別）、運動療法、日常生活動作訓練 等		
	包括的支援マネジメント（多職種・多機関カンファレンス 退院支援計画作成 クライシスプラン作成等）			

出典：令和5年度厚生労働科学研究費補助金「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政策研究」（研究代表者：藤井千代）提出資料より改変

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 令和3年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書が取りまとめられた。
- 同システムにおける精神科医療機関には、「①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすこと」が求められている。

■ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書（抄）（令和3年3月18日）

第3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療

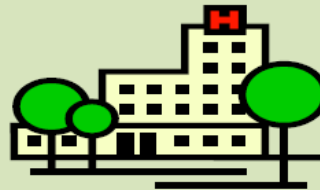
- (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制
(中略)

- **精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能として、具体的には、①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすことが挙げられる。**

精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと

②地域精神科医療における役割を果たすこと



③精神科救急医療体制に参画すること

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすこと

医療保険

意見交換 資料-3 参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改

入退院支援加算の概要

A 2 4 6 入退院支援加算 (退院時 1 回)

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
- 入退院支援加算 2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算 3 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 **小児加算 200点**

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 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 オ. 生活困窮者であること カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。) キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る) オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは② (※) ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士 (※) 週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置(2病棟に1名以上)	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能 な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

※青字下線はR4年度改定事項 **68**

精神医療についての課題①

(精神医療の現状等について)

- 精神疾患を有する総患者数は、増加しているが、精神病床数及び精神疾患を有する入院患者数は、ともに減少傾向であり、入院患者数は、今後、更に減少する見込み。
- 精神病床全体の平均在院日数は減少している一方、長期入院患者の高齢化とともに、5年以上の長期入院患者数が顕著に減少している。
- 今後、精神病床において、入院期間1年以上の慢性期患者の病床ニーズは縮小する見込みであるが、1年未満の患者の病床ニーズは増加することが推計されている。
- 新規に入院する患者について、約1割が新たに1年を超える長期入院となるとともに、1年以内に退院した患者であっても、退院後1年以内に約3割が再入院している。
- 精神病床において、非自発的入院のうち、医療保護入院による入院患者が約半数を占める。
- 精神疾患を有する外来患者数は、増加傾向であり、気分障害等の患者や低年齢の受診患者等が特に増加。
- 令和6年度同時改定に向けた意見交換会において、障害特性に応じた医療・介護・障害福祉サービスの提供や、各サービスの連携が求められており、障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいても、精神障害者の地域移行等について、医療と障害福祉サービス等の連携を一層進める方針が示されている。

(地域移行・地域定着の推進のための入院患者への入退院支援について)

- 精神病床からの地域移行・地域定着を目指し、様々な施策が行われてきたところ、近年は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととされ、同システムにおける医療機関の役割として、ケースマネジメントの実施等が求められている。
- 今般の改正精神保健福祉法でも、医療保護入院の期間の法定化や、退院促進措置の充実等、精神病床における入院期間短縮とケースマネジメントの更なる促進が位置付けられた。
- ①PSW等マネジメント担当者の選定、②多職種チームによるアセスメントとケア会議の開催、③障害福祉サービスや行政機関等の多機関との連携調整が、包括的支援マネジメントの重要な要素とされている。
- 入院患者に対する包括的支援マネジメントは、平均入院日数の短縮や、再入院の予防に関連する。
- 現在8割以上の医療機関において退院支援部署が設置されており、入院早期から退院後の生活を見据えた包括的支援マネジメントを実施している医療機関も存在する。
- これまで、地域移行や退院調整に関する評価が充実されてきたが、精神病床において、入院早期から多職種が介入して入退院支援を実施することに係る評価はない。

精神医療についての課題②

(地域移行機能強化病棟入院料について)

- 平成26年3月に取りまとめられた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指すこととされたこと等を踏まえ、平成28年度改定において、地域移行機能強化病棟入院料を創設した経緯がある。
- 令和6年度から開始される第8次医療計画及び第7期障害福祉計画においては、入院期間が1年以上の長期入院患者数について、精神病床における入院患者数が近年減少傾向であることに加え、今後の新たな取組み(政策効果)による減少も加味して、将来の入院患者数を推計し、医療計画上の基準病床数及び障害福祉計画上の長期入院患者の減少に係る成果目標が設定されることとなる。
- 当該入院料が新設された平成28年4月以降、当該入院料の届出に伴い、精神病棟15対1入院基本料又は精神療養病棟入院料を届け出していた病棟の病床を中心に、約3,200床が削減されてきているところ、当該入院料の届出医療機関数は減少傾向。
- 当該入院料の新規届出の期限は令和6年3月31日までとされている。
- 当該入院料を届け出していた医療機関における届出期間の平均は、約30か月であり、届出を取り下げる理由については、「計画していた削減数に達した」等が多かったが、長期間届出を続けている医療機関も一部存在している。
- 当該入院料を届け出していない理由として、精神保健福祉士等の有資格者の確保が難しいために、施設基準の要件を満たせないという意見がある。

(児童思春期精神医療について)

- 児童・思春期診療を実施する医療機関における初診待機が課題とされているところ、初診待機の要因として、専門性の高い精神科医が、患児の診療に加えて、治療以外の事務的調整や親への支援まで負担していること等により、子ども一人に対して長時間の診療を行っているという指摘がある。
- 一方で、より多くの児童思春期患者を受け入れている医療機関においては、多職種へのタスクシフトを進め、チームで連携しながら、受診前から受診後まで患者を支援している実態がある。
- また、児童思春期の診療を行う精神科医療機関において、児童思春期精神医療について、専門性を有する多職種を配置することにより、診療の質が向上し、多職種による支援が効率的に行えるという調査結果も得られている。
- 国や関係団体において、児童思春期精神医療に関わる多職種を養成するための取組が進められている。

精神医療についての論点

(地域移行・地域定着の推進のための入院患者への入退院支援について)

- 精神病床における退院調整等について、これまでも様々な評価が設けられてきているところ、新たにエビデンスが確認された早期から実施する退院調整の効果や、精神病床における入院の短期化、地域での支援体制が整備されつつあること等を踏まえ、より現場の実情に合わせた評価体系に整理することとしてはどうか。
- 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うことで、より早期に退院が可能になるとともに、退院後の地域における生活を安定させ、再入院予防にも寄与するとされていることを踏まえ、精神病床における入退院支援の取組を評価することについて、どのように考えるか。

(地域移行機能強化病棟入院料について)

- 第8次医療計画や第7期障害福祉計画において、長期入院患者数が減少傾向にあることに加えて、政策効果による長期入院患者数の更なる減少を見込んだ基準病床数・入院患者数の目標値が設定されていることを踏まえ、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の新規届出の期限を延長することとしてはどうか。
- 当該入院料について、精神病床の削減に一定の効果をもたらした一方で、精神病床における長期入院患者の減少と精神病床数の減少ペースにかい離がある現状において、病床規模やこれまでの退院実績に鑑みて、退院支援に係る高い機能を有するにもかかわらず、現行の施設基準に規定される削減割合の要件等と見合わない医療機関も存在する実態を踏まえ、当該入院料の要件の見直しについて、どのように考えるか。
- 当該入院料を届け出られない理由として、精神保健福祉士等の配置が難しいと指摘されているところ、専従の精神保健福祉士以外の配置について、精神保健福祉法において、退院後生活環境相談員として退院支援業務を担う資格を有する職種を配置することによっても、要件を満たせることとしてはどうか。

(児童思春期精神医療について)

- 地域における精神疾患を有する児童思春期の患者への診療体制について、初診待機等の課題が指摘されているところであるが、児童思春期精神医療に従事する多職種に対する研修の整備が進んでいることに加えて、より効率的かつ質の高い診療を実施している外来医療機関において、多職種の加配やタスクシフトが進んでいる実態を踏まえ、児童思春期精神医療を積極的に実施する医療機関において提供される外来診療への評価のあり方について、どのように考えるか。

●ネクスト研修会の予定

- 12月ネクスト研修会（オンライン）
12月22日（火）16時から
 - ・ 診療報酬改定関連
-

- 1月ネクスト研修会（ハイブリッド）
1月23日（金）18時から
エルソーラ仙台大研修室
 - ・ 診療報酬改定について

ご清聴ありがとうございました。

