

第86回病院事務管理者 ネクスト研修会

「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論」
の要点整理

R6.1.23版

病院事務管理者ネクスト研修会

R6.1.23 沼田資料

令和6年度診療報酬改定の流れ

6/1 算定開始

3/4? 告示・通知

改定の具体的な内容の公表
算定要件・施設基準が判明

前回の個別改定項目

地域生活支援の

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入在り方を見直す。

2/9? 答申
(中医協→大臣)

「個別改定項目について」
に点数が入る。

大体のことが分かる

具体的な内容

精神科救急入院料について、名称を精神科救急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、5名以上から4名以上に変更する。

1月下旬～2月初旬
個別改定項目の審議

点数が●の状態

改定案	現行
【精神科救急性期医療入院料（1日につき）】	【精神科救急入院料（1日につき）】
1 30日以内の期間 2,400点	1 精神科救急入院料 1 イ 30日以内の期間 3,579点
2 31日以上60日以内の期間 2,100点	ロ 31以上の期間 3,145点
3 61日以上90日以内の期間 1,900点	2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間 3,372点
	ロ 31以上の期間 2,938点
【算定要件】 注1 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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟	【算定要件】 注1 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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟

今日の研修会はこの段階

1月19日 公聴会

1月10日・12日
「これまでの議論の整理」の審議

1月12日 諮問（大臣→中医協）

12月11日 令和6年度診療報酬改定の基本方針（社会保障審議会）

「これまでの議論の整理」の論点

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

(1) 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、**賃上げを実施**していくため、新たな評価を行う。

(2) **入院基本料等について、以下の見直し**を行う。

① 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準**を明確化する。

② **人生の最終段階**における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

③ 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に**身体的拘束を最小化**する体制の整備を求める。

④ ①～③のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。

① 施策の目的

- 医療分野では他の産業に賃上げが追いついていない現状を踏まえて、緊急の対応として、他の職種より給与水準が低く、人材確保や定着が困難な看護補助者の処遇改善を行うことを目的とする。

② 対策の柱との関係

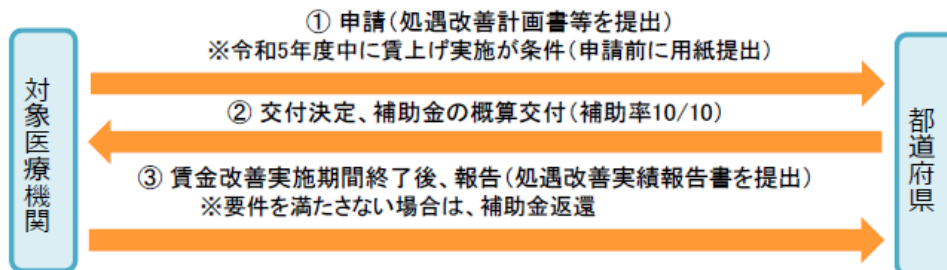
I	II	III	IV	V
	○		○	

③ 施策の概要

- 病院及び有床診療所に勤務する看護補助者を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を引き上げるための措置を実施するために必要な経費を都道府県に補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 対象期間 令和6年2月～5月の賃金引上げ分(以降も、別途賃上げ効果が継続される取組を行う)
- 補助金額 対象施設の看護補助者(常勤換算)1人当たり月額平均6,000円の賃金引上げに相当する額
- 対象施設 病院及び有床診療所であって、看護補助者の配置を要件とする診療報酬を算定する医療機関
- 対象職種 看護補助者(看護補助者として以下の業務に専ら従事する者)であって、診療報酬の算定対象となる者
 看護師長及び看護職員の指導の下に行う、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内における看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務



※上記のほか、補助金の申請・支払い等の事務に対応するため、国・都道府県の事務費等を確保

⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 給与水準の引上げによって看護補助者の確保・定着が促進されることにより、看護職から看護補助者へのタスク・シフト／シェアが円滑化することなどから、現場における効率的かつ質の高い医療の提供が期待される。

「これまでの議論の整理」の論点

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

(3) 外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初再診料等の評価を見直す。**

I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

(1) ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

(2) 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、**施設基準の届出の電子化**を推進する。

地方厚生（支）局への届出の簡素化（1）

- 現在地方厚生（支）局への届出を求めている施設基準が約800、その届出に使用する様式が約500種類となっており、様式以外に研修の受講証等の添付書類を求めている施設基準もあることから、施設基準の届出等の手続きが保険医療機関の負担となっている。
- また、新たな医療技術が評価されると、その実施の担保のため施設基準の届出を求めていることから、届出様式等は継続的に増加している現状がある。（H30改定：384様式、R2改定：438様式、R4改定：499様式）
- 今後、施設基準届出の効率化や電子化を進めていくにあたり、届出様式の統廃合や届出の省略化、添付資料の省略化など、手続きの簡素化・合理化する必要がある。

見直しのイメージ

【様式の統廃合】

現行

様式〇
×××××勤務する従事者の名簿

	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
1		〇〇太郎	常勤・専任	38.75	5年
2		〇〇二郎	常勤・専任	38.75	5年
3		〇〇××	常勤・専任	38.75	
4		〇〇△△	常勤・専任	38.75	
5		〇〇□□	常勤・専任	38.75	

一部の施設基準について、施設基準ごとの届出様式とは別に、従業者の一覧の様式の届出も求めているものがある。

簡素化後

様式廃止

※添付書類で確認又は適時調査等で事後確認

様式統合

入院基本料や各種加算等の届出様式に名簿の記載欄を追加した上で当該様式は廃止

地方厚生（支）局への届出の簡素化（2）

【添付書類の省略】

現行

(届出様式)

様式〇
××××加算の施設基準に係る届出書添付書類
××××加算に係る施設基準(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

①	医療機関名	
②	〇〇〇について掲示している	<input type="checkbox"/>
③	専任の医師氏名	
④	他の医療機関と連携体制が構築されている	<input type="checkbox"/>
⑤	連携医療機関名	
⑥	〇〇管理料を算定している	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】
1 ③には所定の研修を修了した専任の医師の指名を記入する
2 研修受講した修了証の写しを添付すること
3 〇〇〇室の平面図を添付すること。
4 ⑥について、確認ができる資料の写しを添付すること。

一部の施設基準について
・研修の受講証の写し
・病棟や病室等の平面図（面積等を要件としているものを除く）
・別の施設基準を届け出ていることが分かる書類などの添付を求めているものがある。

(添付書類)

修了証

〇〇花子 殿

☆☆の研修を修了したことを証明する。

20〇〇年〇月〇日
〇〇 〇〇

平面図

簡素化後

(届出様式)

様式〇
××××加算の施設基準に係る届出書添付書類
××××加算に係る施設基準(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

①	医療機関名	
②	〇〇〇について掲示している	<input type="checkbox"/>
③	専任の医師氏名	
④	他の医療機関と連携体制が構築されている	<input type="checkbox"/>
⑤	連携医療機関名	
⑥	〇〇管理料を算定している	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】
③には所定の研修を修了した専任の医師の指名を記入する

(名簿・添付書類)

提出不要

※適時調査等で事後確認

- 施設基準ごとの様式や添付書類の必要性を精査しつつ、保険医療機関等の負担軽減及び業務効率化の観点から、可能な施設基準から様式の統廃合や添付書類の省略化などの検討する。
- 一方で施設基準にかかる要件確認は重要であることから、省略した様式等に記載された要件については、適時調査等で確認する。

「これまでの議論の整理」の論点

II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

(1) オンライン資格確認等システムの活用により医療DXを推進し、質の高い医療を提供する観点から、以下の見直しを行う。

① 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、**医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。**

② オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、**新たな評価を行う。**

「これまでの議論の整理」の論点

II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

(2) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いた診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

(3) 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、**情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。**

(4) 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。

情報通信機器を用いた精神科診療に係る有効性

○ 精神疾患に対する、情報通信機器を用いた診療について、対面診療と同様の有効性を示す報告がある。

<方法>

精神疾患に対する遠隔精神療法と対面治療を比較した包括的メタアナリシス。主要アウトカムは、各精神疾患で使用される標準症状尺度スコアの平均変化とした。副次的アウトカムは、全死因による中止や安全性/忍容性など、メタ解析可能なすべてのアウトカムとした。

<結果>

11の精神疾患にわたる32の研究 (n = 3592人) が同定された。疾患特異的解析の結果、うつ病性障害の症状改善に関しては、遠隔精神療法が対面治療よりも優れていた (k = 6研究、n = 561; 標準化平均差s.m.d. = -0.325, 95% CI -0.640 to -0.011, P = 0.043) のに対し、摂食障害に関しては、対面治療が遠隔精神療法よりも優れていた (k = 1, n = 128; s.m.d. = 0.368, 95% CI 0.018-0.717, P = 0.039)。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療の間に有意差は認められなかった (k = 26, n = 2290; P = 0.248)。軽度認知障害では、遠隔精神療法は対面治療よりも全死因による治療中止が有意に少なかった (k = 1, n = 61; リスク比RR = 0.552, 95% CI 0.312-0.975, P = 0.040)、薬物誤用ではその逆であった (k = 1, n = 85; RR = 37.41, 95% CI 2.356-594.1, P = 0.010)。すべての研究/診断を合わせても、遠隔精神療法と対面治療との間に全死因による治療中止に関する有意差は認められなかった (k = 27, n = 3341; P = 0.564)。

<結論>

遠隔精神療法は様々な精神疾患に対して対面治療と同様の症状改善効果を示した。しかし、いくつかの特定の精神疾患において優劣がみられ、その有効性は疾患のタイプによって異なる可能性が示唆された。

Fig. Primary outcome measure (change in the standard symptom scale scores used for each disease, all diagnoses combined).

	study name	Patients n	s.m.d	95% CI		P
				Lower limit	Upper limit	
Eating disorder	Mitchell 2008	128	0.368	0.018	0.717	0.039
	Total	128	0.368	0.018	0.717	0.039
Tic disorders	Himle 2012	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
	Total	16	-0.273	-1.266	0.719	0.589
DBD	Corner 2017 b	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
	Total	40	0.211	-0.410	0.833	0.505
Depressive disorders	Hungerbuehler 2016	85	-0.717	-1.157	-0.278	0.001
	Nelson 2003	28	-0.643	-1.403	0.116	0.097
	Moreno 2012	132	-0.600	-0.949	-0.251	0.001
	Choi 2014b	119	-0.388	-0.749	-0.027	0.035
	Ruskin 2004	119	0.120	-0.236	0.476	0.509
	Luxton 2016	78	0.147	-0.299	0.592	0.519
	Total	561	-0.325	-0.640	-0.011	0.043
Insomnia	Arnedt 2021	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
	Total	65	0.044	-0.443	0.530	0.861
MCI or Mind dementia	Poon 2005	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
	Total	22	0.197	-0.641	1.034	0.645
Two or more diagnoses included	Stubbings 2013	16	-0.575	-1.583	0.432	0.263
	De Las Cuevas 2006	130	0.000	-0.344	0.344	1.000
	O'Reilly 2007	286	0.032	-0.200	0.264	0.788
	Total	432	0.001	-0.188	0.190	0.993
OCD	Corner 2017 a	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
	Total	19	0.156	-0.746	1.058	0.734
Substance misuse	King 2014	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
	Total	59	0.060	-0.449	0.569	0.817
PTSD	Strachan 2012	31	-0.263	-0.979	0.453	0.472
	Morland 2014	87	-0.243	-0.665	0.179	0.258
	Morland 2015	126	-0.126	-0.475	0.224	0.481
	Maieritsch 2016	51	-0.052	-0.601	0.497	0.854
	Acierno 2016	201	-0.039	-0.316	0.238	0.782
	Acierno 2017	132	-0.002	-0.343	0.340	0.992
	Liu 2020	128	0.018	-0.329	0.365	0.919
	Yuen 2015	52	0.036	-0.511	0.583	0.898
	Morland 2010	125	0.200	-0.152	0.551	0.266
	Frueh 2007	15	0.356	-0.685	1.397	0.502
Total	948	-0.023	-0.150	0.105	0.728	
All studies on all diagnoses combined	2290	-0.064	-0.173	0.045	0.248	



出典: Katsuhiko Hagi et al, Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2023 Sep;223(3):407-414

「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」事業（令和4年度障害者総合福祉推進事業）

事業主体：野村総合研究所

経緯

(※) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月、令和4年1月一部改定 厚生労働省）

- オンライン診療については、オンライン診療指針（※）の策定などにより段階的に利活用の環境が整備・推進されている。
- 診療報酬においては、
 - 平成30年度診療報酬改定において、「対面診療と組み合わせる」「再診において」行う情報通信機器を用いた場合の点数としてオンライン診療料が新設された。
 - 令和4年度診療報酬改定においては、オンライン診療指針の見直し（令和4年1月）を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、評価を新設するとともに、再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価が新設され、オンライン診療料は廃止された。
- こうした背景を踏まえつつ、新型コロナウイルスの感染拡大等を踏まえ、精神医療の現場においても情報通信機器を用いた診療について、一定のニーズが明らかになるとともに、一部においてすでに活用されている実態もある。

令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、オンライン精神療法を安全かつ有効に実施しつつ精神医療の現場で活用することができるよう「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定。

指針の概要

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。
- 精神科救急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などしながら、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。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方や、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

「これまでの議論の整理」の論点

II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

(5) 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

(6) デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、**原則として、ウェブサイトに掲載**しなければならないこととする。

デジタル原則に照らした規制の点検・見直し作業

○ 構造改革のためのデジタル原則

原則① デジタル完結・自動化原則
原則② アジャイルガバナンス原則 (機動的で柔軟なガバナンス)
原則③ 官民連携原則 (GtoBtoCモデル)
原則④ 相互運用性確保原則
原則⑤ 共通基盤利用原則

○ デジタル臨調における適合性の点検・見直し対象の規律の範囲



○ 一括的見直しに向けた類型化とフェーズの考え方 (目視規制・実地監査の例)



※ 地方公共団体が定める規制(条例等)については、マニュアルや先事例の提示等を通じて、地方公共団体による見直しを支援

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

(1) 高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

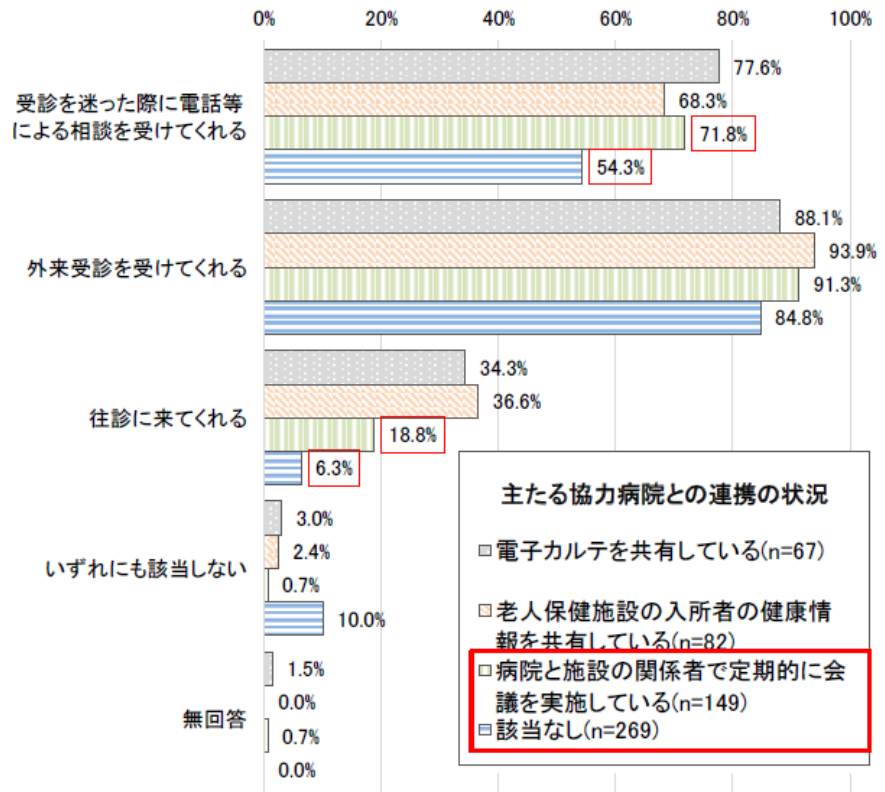
(2) 介護保険施設の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の**協力医療機関**となっている**保険医療機関**が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

(3) 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

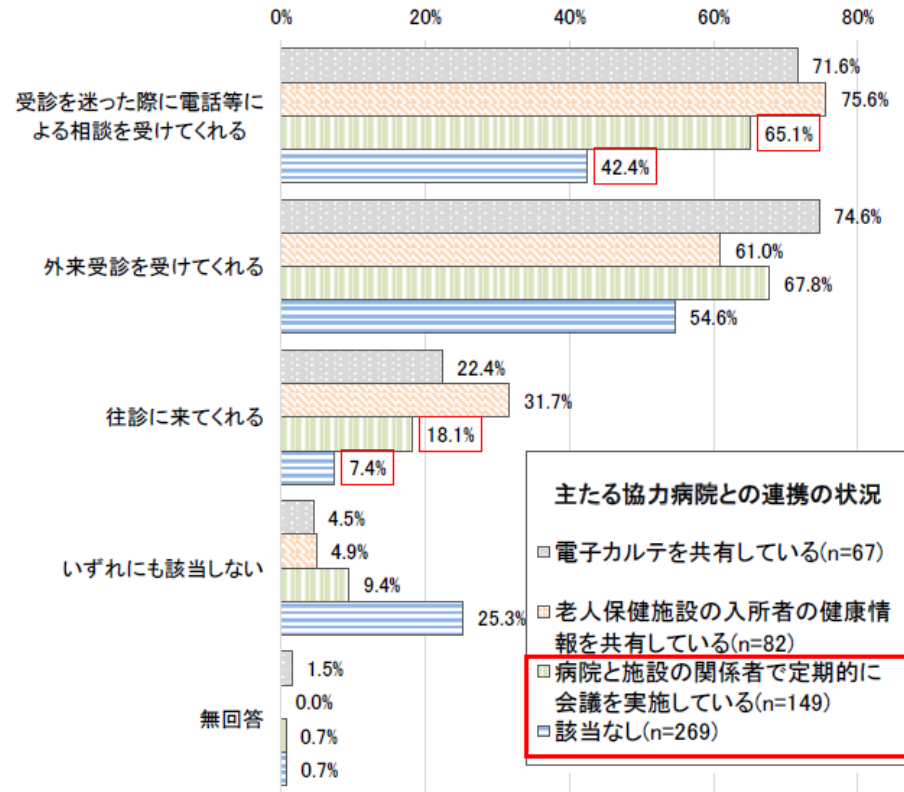
介護老人保健施設入所者の急変時における主たる協力病院の対応

- 平日日中に主たる協力病院が「電話等による相談を受けてくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では71.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では54.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ65.1%と42.4%であった。
- 平日日中に主たる協力病院が「往診に来てくれる」割合について、主たる協力病院と「定期的に会議を実施している」と回答した施設では18.8%、主たる協力病院との連携が「該当なし」と回答施設では6.3%であった。また、夜間休日では、それぞれ18.1%と7.4%であった。

「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と「主たる協力病院との連携の状況」の関係：平日日中



「入所者の急変時における主たる協力病院の対応」と「主たる協力病院との連携の状況」の関係：夜間休日



【出典】 令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）
 「（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業 速報値」

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

(4) 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

② 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

(5) 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

(6) 入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、**入退院支援加算1及び2**について要件を見直す。

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

(7) 認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。

(8) 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

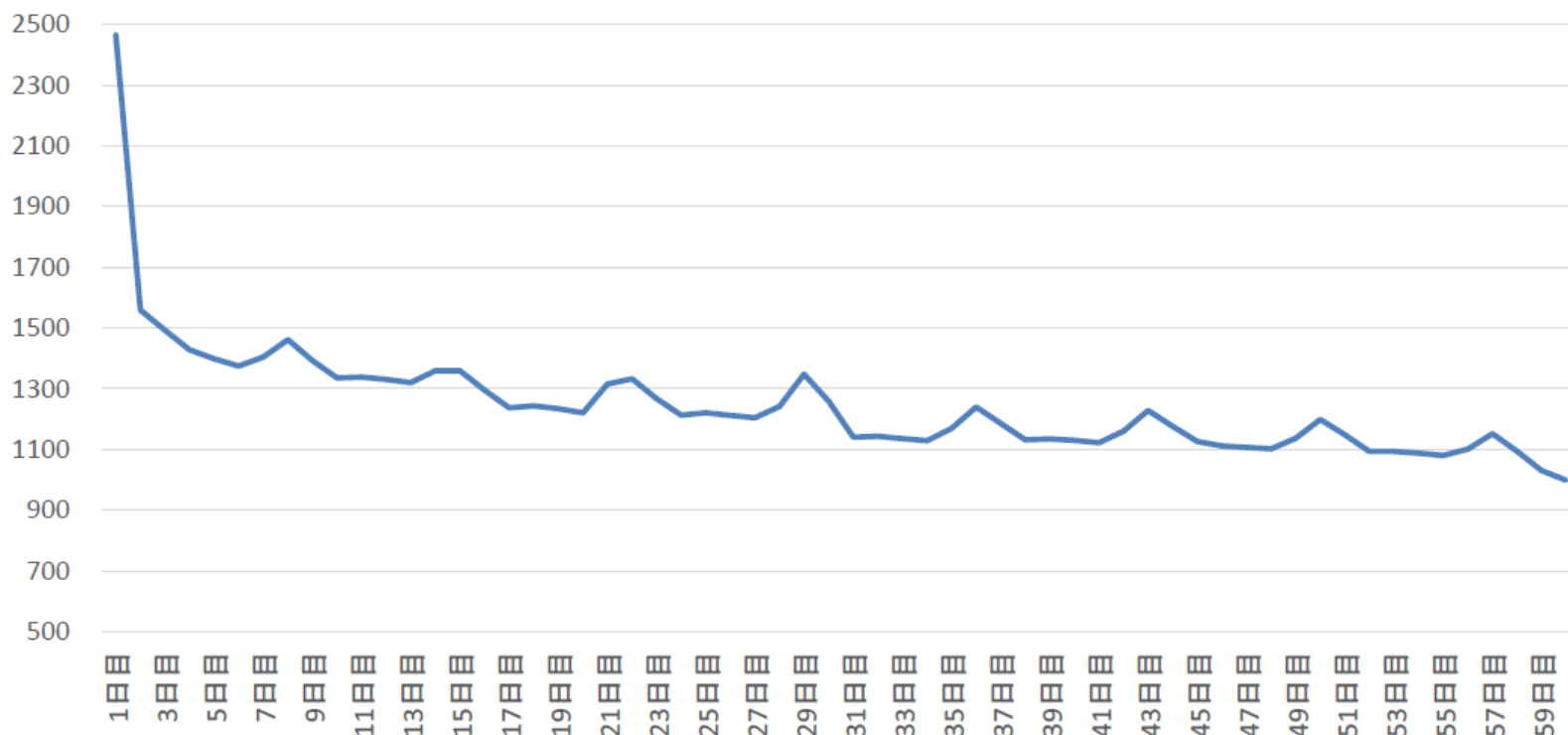
(9) 地域包括ケアの深化及び推進に向け、地域包括ケア病棟における効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、**地域包括ケア病棟の要件を見直す**。

入院日数に応じた医療資源投入量

診調組 入-1
5.9.29

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。

1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)



出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

地域包括ケア病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[重症患者割合の基準]

対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が1点以上又はC得点が1点以上

[評価の対象]

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

注)

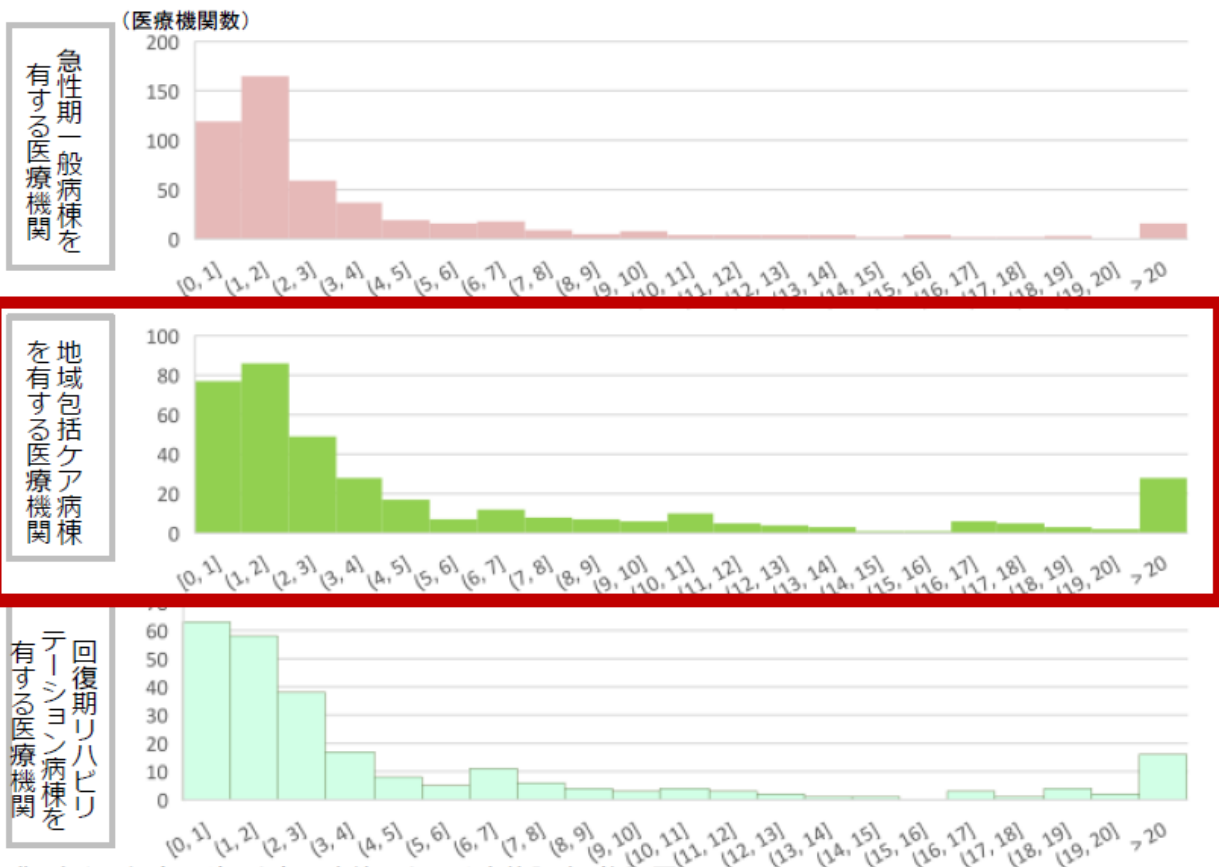
基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者: DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者: 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

61

- 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■ (介護支援等連携指導料の算定回数) / (「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計) (令和3年11月1月～令和4年10月31日)



(※)入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。
ア「イ一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ロ療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計
イ「イ一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－３ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

(1) NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態が把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

(2) 療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

① 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

② 適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。

③ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

④ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

⑤ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－４ 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、**直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価**を行う。
- (2) 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期加算を見直す。
- (3) より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。
- (4) **不適切な養育等が疑われる児童の早期発見**や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

児童・思春期精神科病棟※1において、虐待対策チームを設置している医療機関の一例

- 児童・思春期の疾患に対応する精神科病棟において、虐待対策チームを設置し、不適切な養育を受けている患者に介入している医療機関がある。

虐待対策チームについて

- 医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、事務職員で構成される
- 虐待等が疑われる患者、児童相談所やこども家庭センター等から虐待の情報が共有されている患者を個別に把握する。
- 定期的に会議を開催し、把握しているケースの情報共有とリスク判定を行う。
- 入院中に明らかとなった虐待に係る情報を把握した際は、随時臨時会議を招集し、必要に応じて児童相談所等への虐待通告を行う。

精神疾患により入院し、入院後に不適切な養育を受けていることが明らかとなった症例

【症例】 中学生女子

【入院時の診断】 摂食障害

【入院後経過】

- 「吐くのが怖い」と食事を摂らなくなり、4か月で13kgの体重減少。外来治療で改善なく、入院となった。一度改善し、自宅へ退院するも、数ヶ月の間に再度摂食量減少し、再入院となった。
- 再入院3か月目、両親から身体的虐待、暴言を受けていることを告白。

【対応】

- 院内に設置している虐待対策チームによる検討会を開催した。慎重な検討を行った上で、外部機関への情報提供等を行った。

※1 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病棟

「これまでの議論の整理」の論点

Ⅱ－５ 外来医療の機能分化・強化等

(1)生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

(2)リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

(3)かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師

72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

(1) 食材費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる**

Ⅲ-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

(1) 不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。

(2) 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

入院時の食費の見直し

- 入院時の食費について、昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しており、また、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。
- 食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費を例えば30円引き上げることとしてはどうか。

※入院時の食費と同様の価格設定がされている入院時の生活療養費の食費分についても同様の見直しを検討。

※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においては、別途、入院時の栄養管理体制の充実も含めた評価の在り方についても検討。

※見直しの施行日については、2024年度予算編成過程を経て決定。

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進

(1) データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実

(1) 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算（施設基準を満たす場合） 40点

- データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む)」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとに1回加算する。**

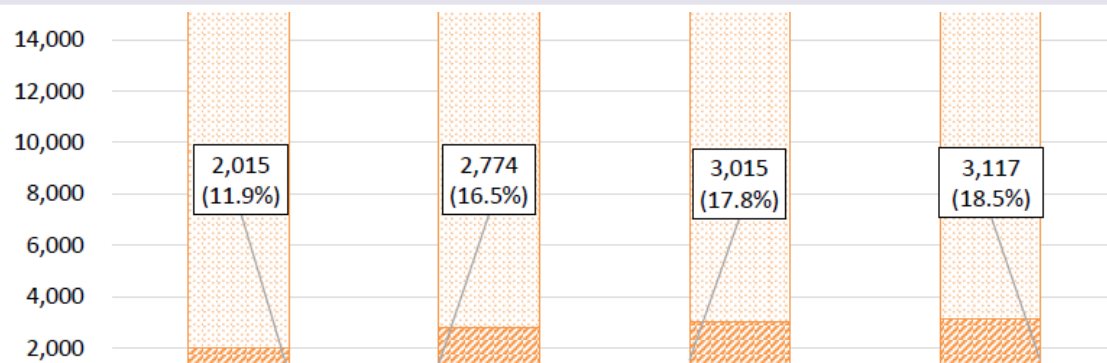
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～6 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	平成30年度以降 データの提出が必須(経過措置③)	令和2年度以降 データの提出が必須(経過措置③)
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料(13対1) 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置③)	令和4年度以降 データの提出が必須 (経過措置②及び③)
精神科救急急性期医療入院料	令和4年度以降データの提出が必須(経過措置③及び④)	

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料



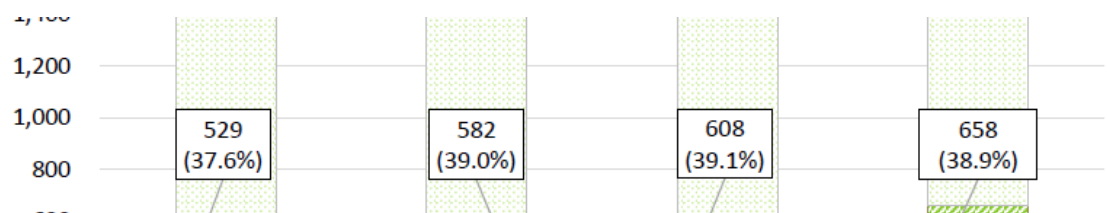
入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
精神病棟	23,327/ 140,478	16.6%

DPCデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料



精神科 急性期1	3,031/ 16,560	18.3%
精神科 急性期2	86/ 329	26.1%

DPCデータを提出している病床：児童・思春期精神科入院医療管理料



児童・ 思春期	658/ 1,690	38.9%
------------	---------------	-------

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実

(2) 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児 特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

(3) 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

(4) ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算について対象患者を見直す。

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価

(1)入院基本料等について、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に**身体的拘束を最小化する体制の整備**を求める。

(2)認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、**認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算**について要件を見直す。

算定要件

(4) 身体的拘束について

ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的な行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(1)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観点から、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を提供する**精神病棟について、新たな評価を行う。**

(2)精神病棟の長期入院患者の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について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

(3)精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、**精神病床における入退院支援**について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価を見直す。

入院期間別の支援内容の比較

- 精神科救急・急性期医療病棟入院料を算定する病棟に入院した患者であって、1年未満で退院した患者に対して、入院中に実施された治療や支援の内容について、国内の21施設において前向き調査を行った。
- 入院期間が3ヶ月未満の患者群と比べて、3ヶ月以上の患者群において、ケースマネジメントや退院後生活に関する支援、心理社会的介入、個別の専門的治療が多く実施されていた。

<調査方法>

国内の21精神科医療機関における前向きの縦断研究。救急・急性期病棟に入院し、かつ1年未満で退院した入院患者を対象として、入院時から追跡を開始し、入院中に実施された多職種ケアの内容を入院期間別（3ヵ月未満／3ヵ月以上）で比較。

	3ヶ月未満 (n=486)		3ヶ月以上 (n=103)		X ²	P値
	n	%	n	%		
退院後の支援計画表	117	24.1	35	34.0	4.356	0.037
ケア会議	117	24.1	42	40.8	12.031	0.001
住居支援	38	7.8	23	22.3	19.277	<0.001
外泊訓練または退院前訪問指導	309	63.6	81	78.6	8.617	0.003
個別心理教育	27	5.6	12	11.7	5.106	0.024
認知行動療法 ※認知行動療法的 アプローチを含む	5	1	5	4.9	7.453	0.006
クロザピン ※統合失調症患者 に限る	11	4	13	19.4	19.589	<0.001

多職種による
ケースマネジメント
退院後生活支援
(Ns, PSW, OT, CP)

心理支援 (CP)
作業療法 (OT)

看護
ケア
(Ns)

専門的治療
(医師、薬剤師)

多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

- 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を届け出ている病棟において、精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師が、それぞれ1名以上配置されている場合、配置がない場合に比べて、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。
- この傾向は、精神保健福祉士のみが配置されている場合と比べて、多職種が配置されている場合に、より高かった。

■ 精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

<調査方法>

「令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を算定する病棟（n=131）のうち、平均在院日数、在宅復帰率、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）・公認心理師（CP）の配置人数についていずれも回答した病棟（n=77）について集計。

	全体	病棟にPSWが常勤換算で1名以上	病棟にPSW・OT・CPが常勤換算で各1名以上
病棟数	77	38	17
平均在院日数 (平均値)	429.2	391.5	353.9
在宅復帰率 (平均値)	63.8%	67.3%	70.2%

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査より保険局医療課で作成

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・ 要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 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
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 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
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 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
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算の概要

意見交換 資料-3参考-1
R5.3.15改

A246 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]

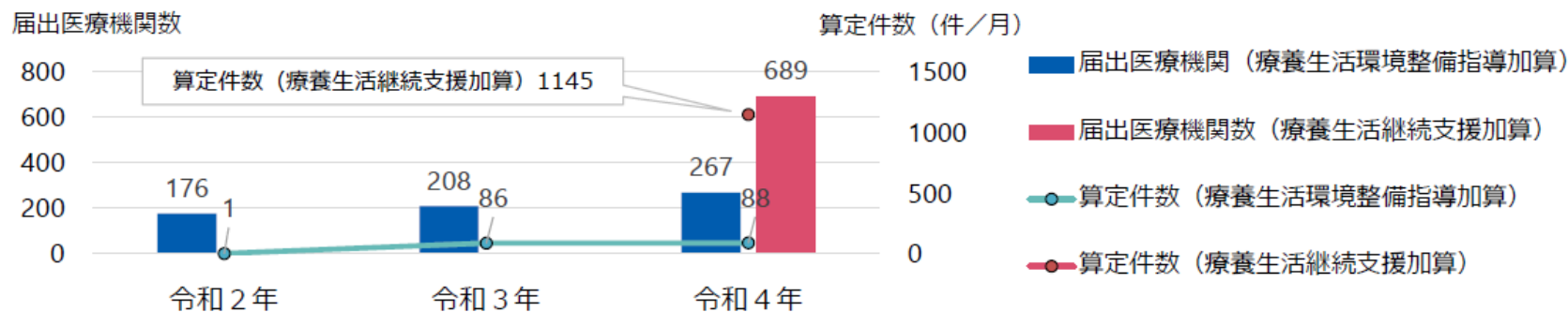
	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期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	（※）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

包括的支援マネジメントに係る評価

- 精神科の外来通院患者に対して、包括的支援マネジメントを実施した場合の評価が設けられている。
- 精神科在宅医療の患者について、包括的支援マネジメント導入基準に該当する患者が含まれる一方、支援を実施した場合の評価は設けられていない。

名称	点数	対象者	実施者	施設基準	概要
療養生活環境整備指導加算	250点	通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1を算定した患者	看護師等 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○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	○療養生活環境を整備するための指導を行った場合に加算する。 ○以下の要件をいずれも満たすこと。 ア 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。 イ 多職種が共同して支援計画を作成すること。支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。
療養生活継続支援加算	350点	通院精神療法を算定する患者で、重点的な支援を要する患者（※） ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者	専門の研修を受けた看護師 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下	○当該患者又はその家族等に対し、対面による20分以上の面接を含む支援 ○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算定可。



出典: 社会医療診療行為別統計 (令和4年6月審査分)、各年7月1日時点の届出状況より保険局医療課で作成

PTSDに対する治療について

- PTSDと診断された患者に対する治療方法として、トラウマに焦点を当てた認知行動療法や、持続エクスポージャー療法が強く推奨されている。
- 診療報酬上、認知療法・認知行動療法の対象患者にPTSDの患者が含まれている。

■ 推奨される治療方法

国際トラウマティックストレス学会
“Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations (International Society for Traumatic Stress Studies)”より

強い推奨—成人のPTSDの治療には、認知処理療法、認知療法、EMDR、トラウマに焦点を当てた個人認知行動療法、及び**持続エクスポージャー療法**が推奨される。

標準的推奨—成人のPTSDの治療には、トラウマに焦点を当てない認知行動療法、トラウマに焦点を当てた集団認知行動療法、トラウマに焦点を当てたインターネットベースのガイド付き認知駆動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、現在中心療法が推奨される。

I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

- 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

【算定要件】

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、**心的外傷後ストレス障害**又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
（中略）
- (9) **心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法/PE療法〕**（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(4) 外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

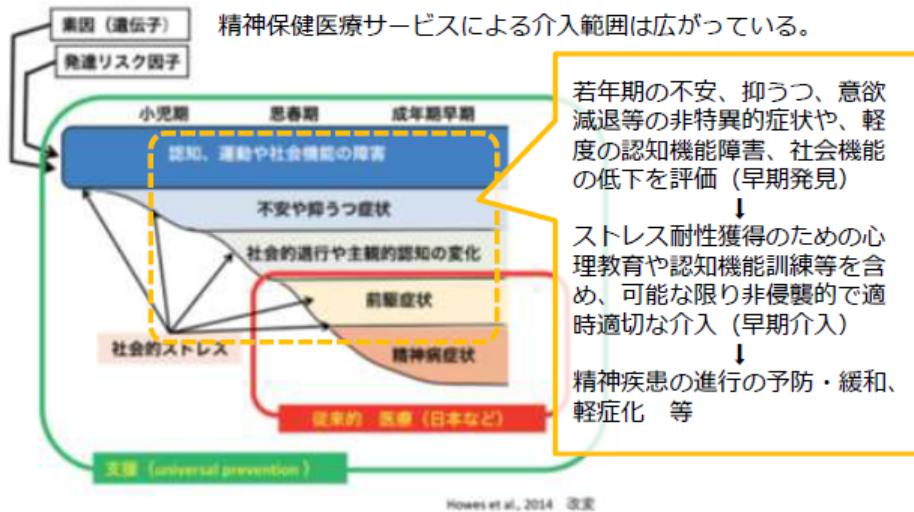
(5) 質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、**精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について**、新たな評価を行う。

(6) **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、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。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観点から、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を提供する

精神疾患に対する早期介入

- 様々な精神疾患が思春期や成年早期に発症することが知られている。
- 精神疾患の早期や前駆期においては、不安や抑うつ、意欲減退、不眠等の非特異的な症候や、閾値以下の精神病症状等を認めることが明らかにされており、比較的若年の有症状者、受診者への重点的な早期介入がより重要とされている。

■ 精神病症状の発現モデルと早期介入の範囲



■ 精神病性障害における早期発見・早期介入の目的

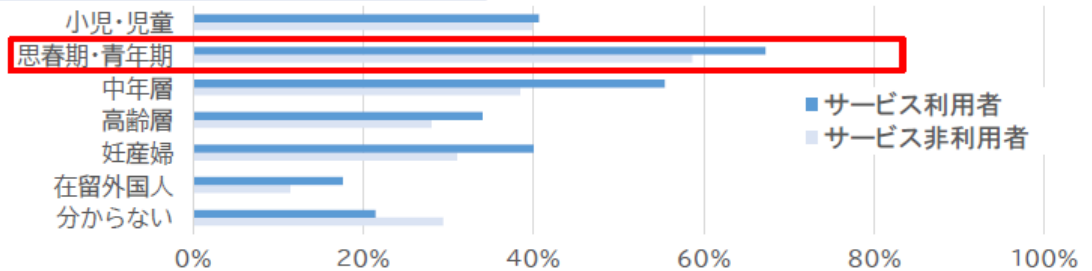
- 疾患の進行あるいは症状の悪化を予防・緩和する。
- 関連する神経生物学的変化や神経病理学上の悪化あるいは進行を予防・緩和する。
- 抑うつ、不安、自殺、物質使用などの二次的な精神症状・精神状態の出現を防止・軽減する。
- 役割機能の明らかな低下や達成不全を予防・軽減する。
- 深刻な精神病性の経過や非自発的な入院にしばしば伴う当事者あるいは家族のストレスやトラウマ的体験を防止・軽減する。
- スティグマを軽減し、心理教育を早期に提供する。
- 本来の正常な発達過程が阻害されるのを軽減、あるいは最小化する。
- 地域や政府にかかるコストを縮減する。

出典：早期精神病の診断と治療(医学書院、2010)

■ 精神保健医療サービスが重点的に支援すべき対象（支援先カテゴリー別）

◇ 国勢調査結果に基づき年齢性別を統制した健常対照者500名、うつ病患者500名に対してアンケート調査を実施。

◇ 「メンタルヘルス・精神疾患に対する施策として、重点的に取り組むべき対象」について、精神医療サービスの利用があった者となかった者の回答を集計したところ、利用者、非利用者とも、「思春期・青年期」が最多であり、特にサービス利用者においてその割合が高い。

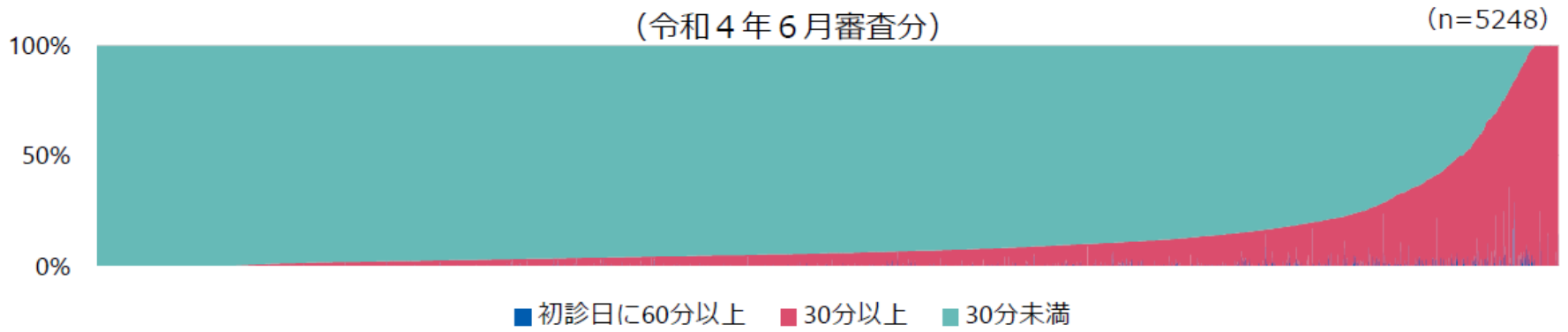


出典：Uchino T, Fukui E, Nemoto T et al., Perceptions and attitudes of users and non-users of mental health services concerning mental illness and services in Japan. Front Psychiatry. 2023

診療所における通院精神療法の内訳

- 精神科を標榜する診療所であって、通院精神療法を算定している医療機関について、調査月に算定された通院精神療法の算定回数に占める各項目の割合は、以下のとおり。
- 6割を超える医療機関において、初診時に60分以上精神療法を実施した場合の算定が無かった。
- 30分以上精神療法を実施した場合についても、約2割の医療機関において算定回数が5回未満であった。

精神科を標榜する診療所における通院精神療法の算定回数（項目別）



(n=5,248)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診日に60分以上 (回)	3.6	0	179	0
30分以上 (回)	41.6	19	1610	0
30分未満 (回)	474.0	356.5	9501	0
通院精神療法に占める 30分以上又は初診日に60分 以上の割合	13.2%	4.6%	100.0%	0.0%

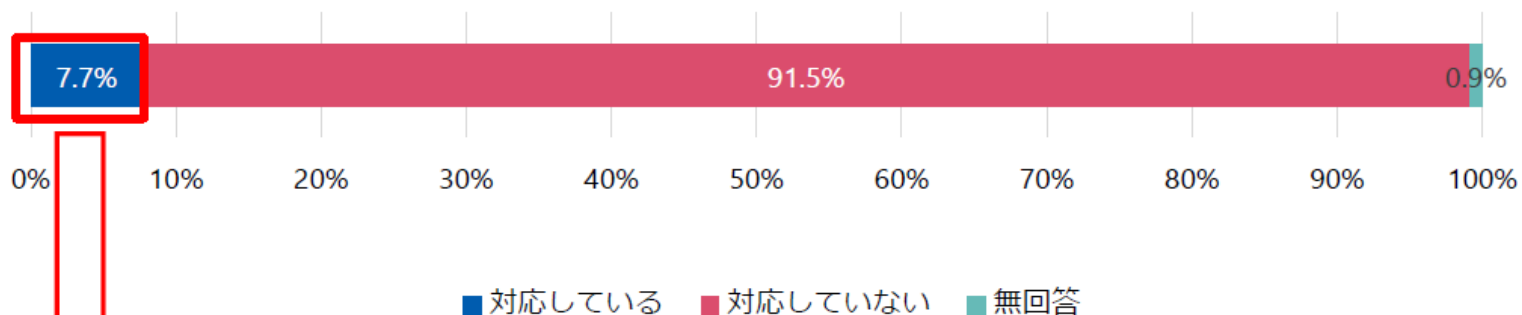
- 調査月において60分以上（初診）の精神療法を算定していない医療機関数 3,272医療機関／5,248医療機関
- 調査月において30分以上の精神療法の算定が5回未満であった医療機関数 1,023医療機関／5,248医療機関

出典：保険局医療課調べ(NDBデータ)

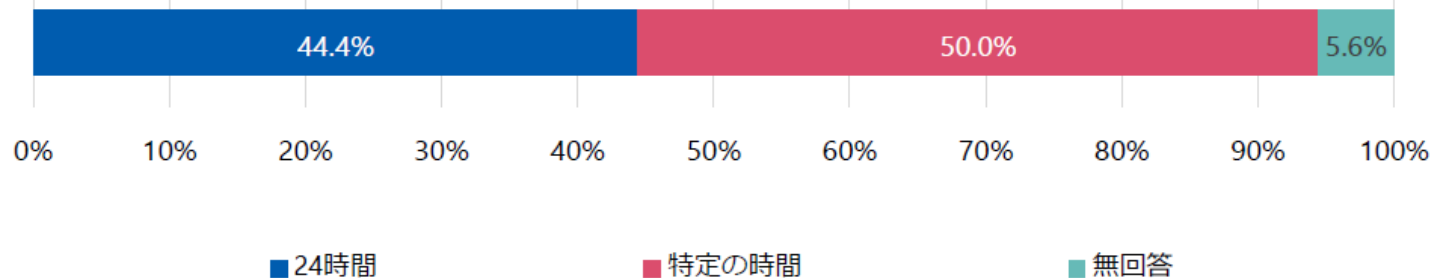
精神科診療所における時間外診療の実態

- 精神科診療所のうち、時間外診療を行っているという回答した医療機関は1割未満であった。
- 時間外診療を行っている診療所のうち、24時間の対応を行っている医療機関はさらに限られている。

時間外、休日または深夜の救急外来（精神疾患にかかるもの）への対応（n=234）



時間外、休日または深夜の救急外来の対応時間（n=18）



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査

「これまでの議論の整理」の論点

III 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(7) 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、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ついて、新たな評価を行う。

(8) 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の要件を見直す。

Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

(1) 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う

PTSDに対する治療について

- PTSDと診断された患者に対する治療方法として、トラウマに焦点を当てた認知行動療法や、持続エクスポージャー療法が強く推奨されている。
- 診療報酬上、認知療法・認知行動療法の対象患者にPTSDの患者が含まれている。

■ 推奨される治療方法

国際トラウマティックストレス学会
“Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations (International Society for Traumatic Stress Studies)”より

強い推奨—成人のPTSDの治療には、認知処理療法、認知療法、EMDR、トラウマに焦点を当てた個人認知行動療法、及び**持続エクスポージャー療法**が推奨される。

標準的推奨—成人のPTSDの治療には、トラウマに焦点を当てない認知行動療法、トラウマに焦点を当てた集団認知行動療法、トラウマに焦点を当てたインターネットベースのガイド付き認知駆動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、現在中心療法が推奨される。

1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

- 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

[算定要件]

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、**心的外傷後ストレス障害**又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
（中略）
- (9) **心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法/PE療法〕**（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

慢性腎臓病に対する多職種による患者介入の効果

○ ステージ3以降の慢性腎臓病(CKD)の患者に対して、多職種による介入を行ったところ、いずれのステージにおいても、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が有意に抑制されるという研究結果がある。

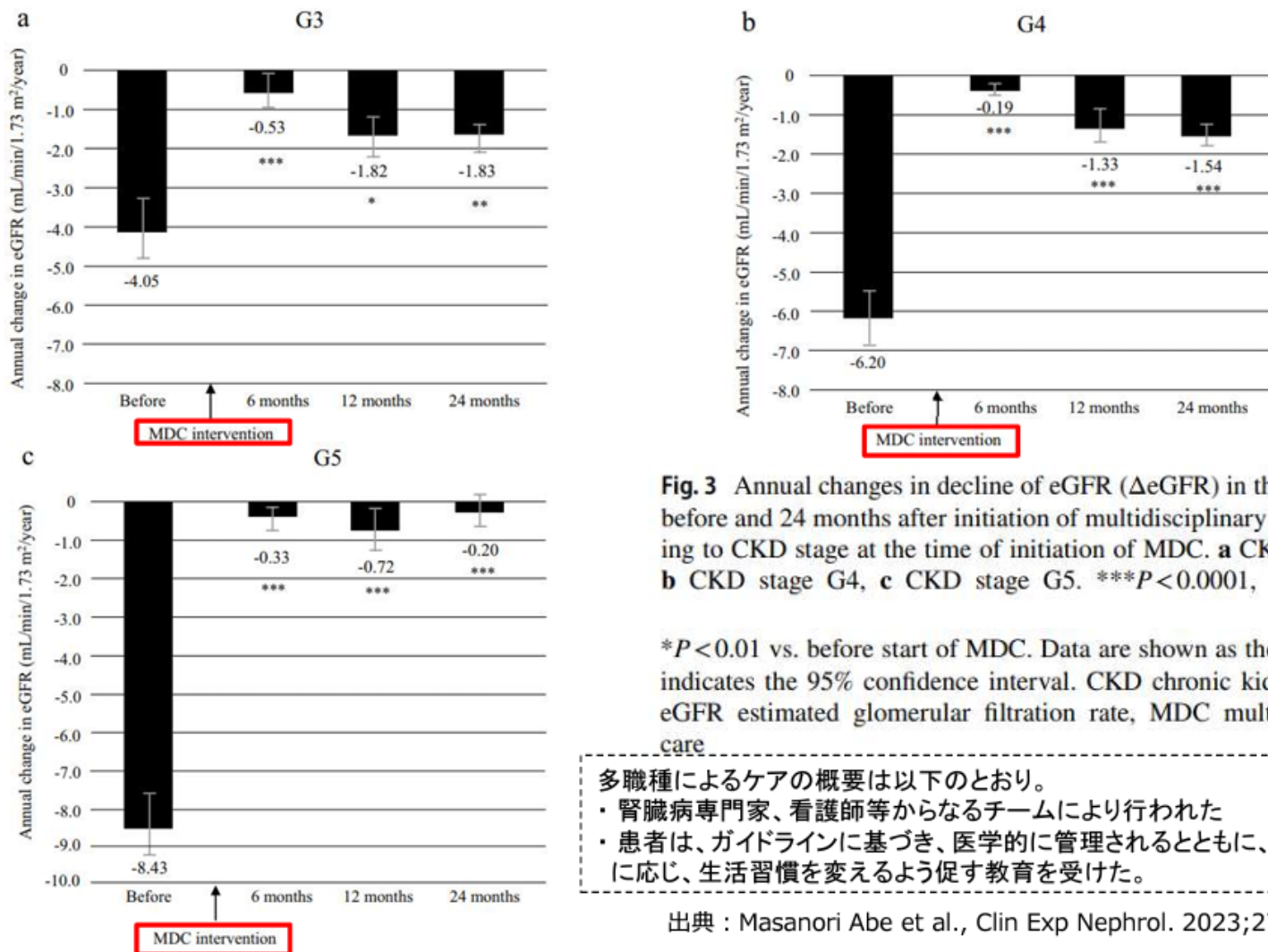


Fig. 3 Annual changes in decline of eGFR (Δ eGFR) in the 12 months before and 24 months after initiation of multidisciplinary care according to CKD stage at the time of initiation of MDC. **a** CKD stage G3, **b** CKD stage G4, **c** CKD stage G5. *** $P < 0.0001$, ** $P < 0.001$,

* $P < 0.01$ vs. before start of MDC. Data are shown as the mean. Bars indicates the 95% confidence interval. CKD chronic kidney disease, eGFR estimated glomerular filtration rate, MDC multidisciplinary care

多職種によるケアの概要は以下のとおり。

- ・腎臓病専門家、看護師等からなるチームにより行われた
- ・患者は、ガイドラインに基づき、医学的に管理されるとともに、CKDのステージに応じ、生活習慣を変えるよう促す教育を受けた。

出典 : Masanori Abe et al., Clin Exp Nephrol. 2023;27:528-541.

●ネクスト研修会の予定

- 2月ネクスト研修会（オンライン）
2月27日（火）16時から
・ 診療報酬改定について

- 3月ネクスト研修会（ハイブリッド）
3月26日（火）18時から
・ 診療報酬改定について
エル・ソーラ仙台大研修室

●精神科病院医事研修会

- 改定概要セミナー（オンライン）
2月15日（木）14時30分～15時30分
- 改定詳細セミナー（ハイブリッド）
4月16日（火）14時30分～16時
エル・ソーラ仙台大研修室
※ 個別質疑対応 16時から

別途申し込み必要

ご清聴ありがとうございました。

