



R7.10.28 17時30分～
集合（エル・ソーラ仙台） & WEB

第103回病院事務管理者 ネクスト研修会

精神科栄養士さん向けの診療報酬

～精神科病院の状況と算定できそうな点数～

認定登録医業経営コンサルタント・施設基準管理士
病院事務管理者ネクスト研修会代表 沼田周一

略歴等

仙台市安田病院で出生・名取市閑上に転居 現在も閑上に在住

仙台二高、宇都宮大学工学部環境科学科環境分析講座卒業

卒論テーマ「高周波プラズマによるヒ素の高感度分析」

- ・環境計量士として環境測定会社に10年間勤務（環境解析のプロ）
- ・昭和63年安田病院入職 平成15年安田病院 常務理事・事務長
- ・平成2年から宮城県精神科病院協会・日精協宮城県支部事務局長
精神保健福祉士現任者講習会4回、日精協精神科医学会事務局を2回など
- ・平成20年宮城県精神科病院事務長会会長

●医事研修会・病院事務管理者ネクスト研修会について

- ・平成2年第1回医事研（15名程度）
～ 令和6年4月第66回医事研web（377名）
- ・宮城県医師会から県内全診療所の改定影響調査依頼（診療所レセプト解析）
- ・コロナ期の改定説明会をYouTubeで動画発信。
その後WEB、ハイブリッドで実施
- ・病院事務管理者ネクスト研修会
平成27年から 令和7年6月で第100回開催

略歴等

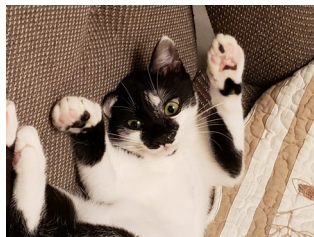
●資格等

- 認定登録医業経営コンサルタント、施設基準管理士、精神保健福祉士など
- ・厚生労働科学研究
 - 「東日本大震災の精神医療における被災とその対応」 研究協力者
 - 「大災害時の精神科病院に対する支援方法に関する研究」研究協力者
- ・日本施設基準管理士会雑誌「Professionals」2024.Vol13 鼎談
 - 「令和6年度診療報酬改定 精神科領域の改定のポイントと対策」
- ・施設基準パーフェクトブック（経営書院）編集委員
- ・「精神科病院 診療報酬算定と施設基準」（経営書院）令和8年出版予定
- ・日精協学会発表 「精神科専門療法の損益分岐点分析」 他
- ・民間シンクタンク日本医療政策機構
 - 「職場における更年期対策」に関する
ラウンドテーブルディスカッションメンバー



●趣味・特技など

- ・日本野鳥の会会員、マラソン大会に参加、読書
- 猫のふく君、犬のいずみちゃんの言葉の理解



昔の
演者写真

大学生(かなり昔)

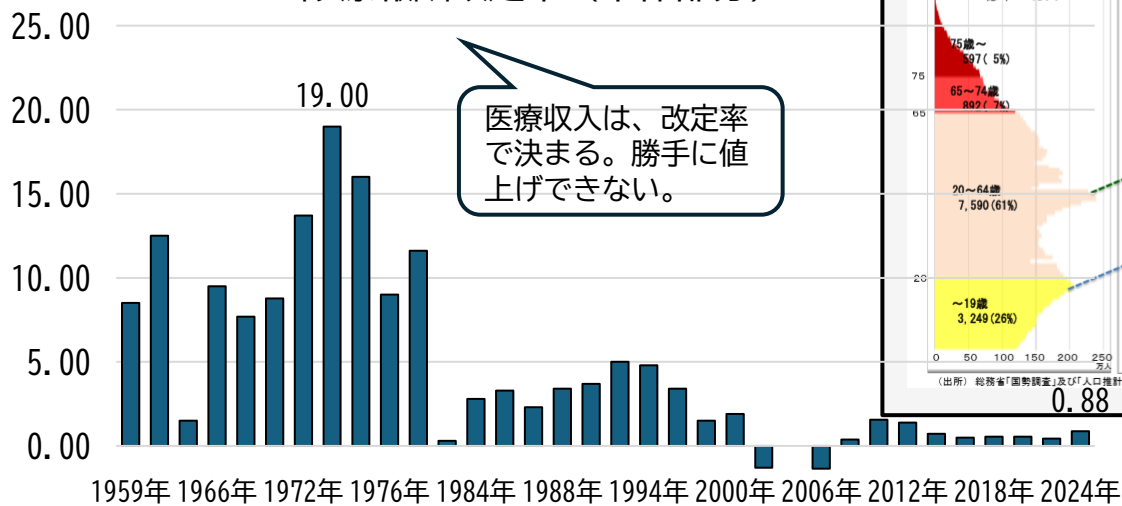
精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

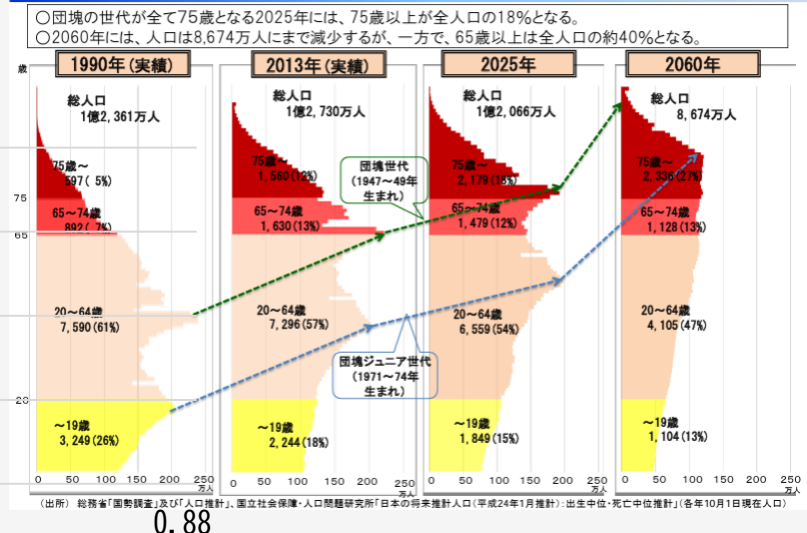
1. 精神科病院の現状
2. 精神科診療報酬について
3. 令和8年度診療報酬改定について

診療報酬改定率

診療報酬改定率（本体部分）

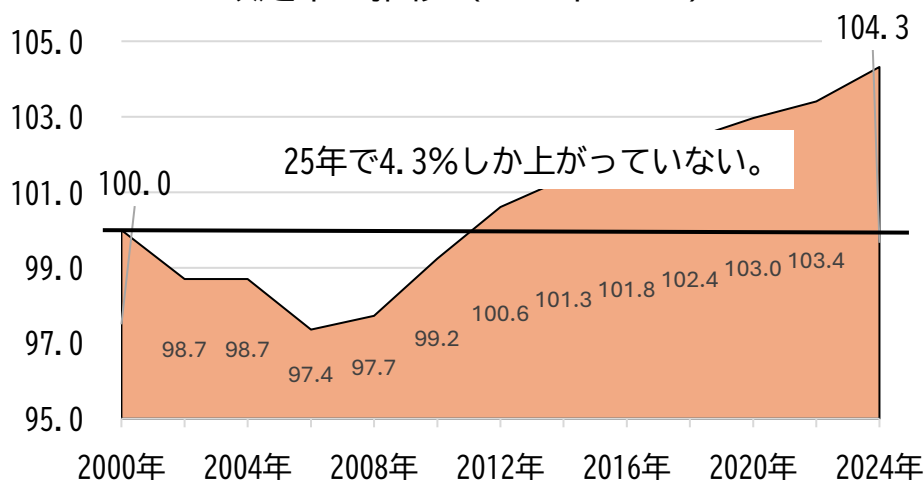


日本の人口ピラミッドの変化



日本の人口ピラミッドの変化

改定率の推移（2000年を100）



(2000年度 = 100)

「持続可能な社会保障制度の構築」2025. 4. 23 財務省資料

高齢者が増えれば、国民医療費が上がるのは当然。

国民医療費

高齢化の進展により医療費が増加する中、これまでも様々な医療制度改革に取り組んでおり、2016年度以降は歳出の目安の下での医療費の抑制に取り組んでいる

雇用者報酬

消費者物価指数

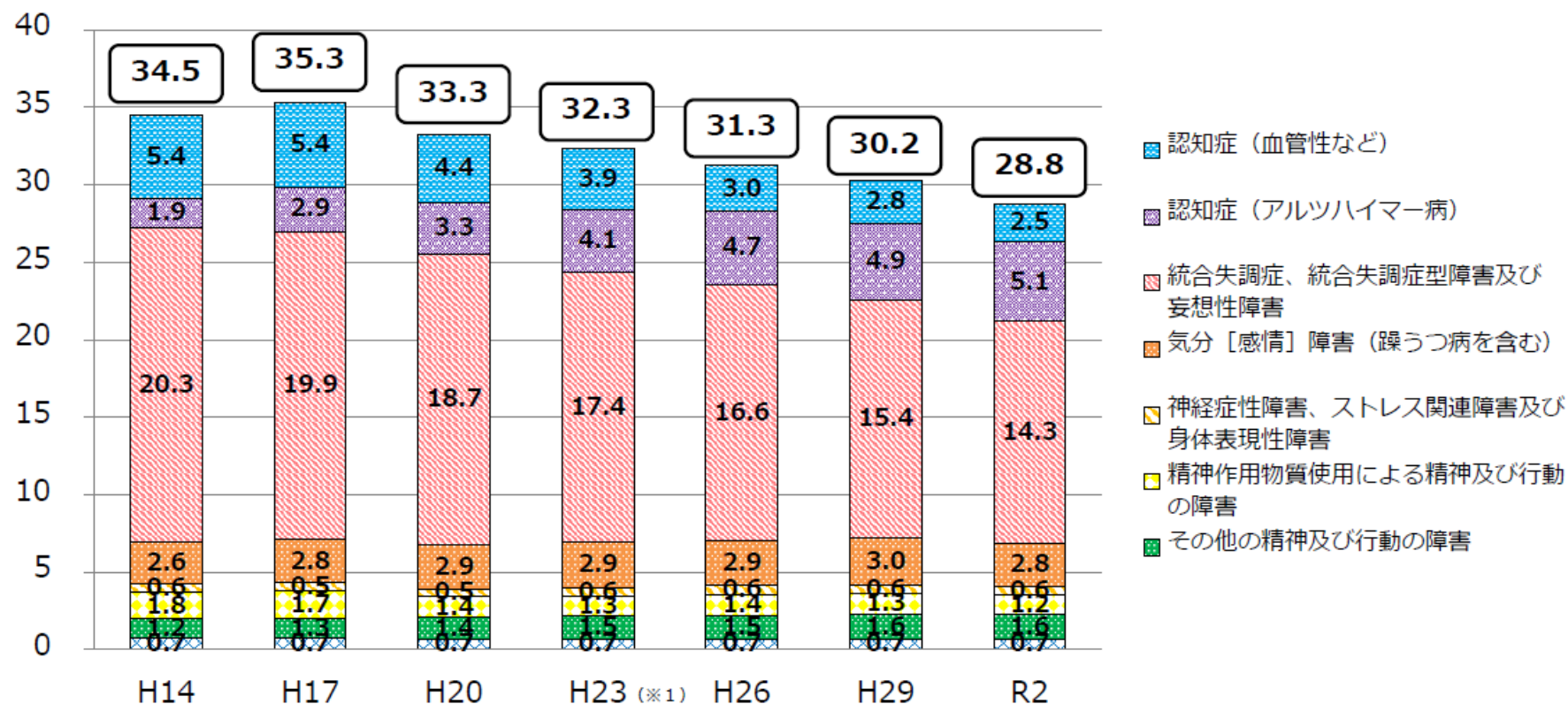
名目GDP実額

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）

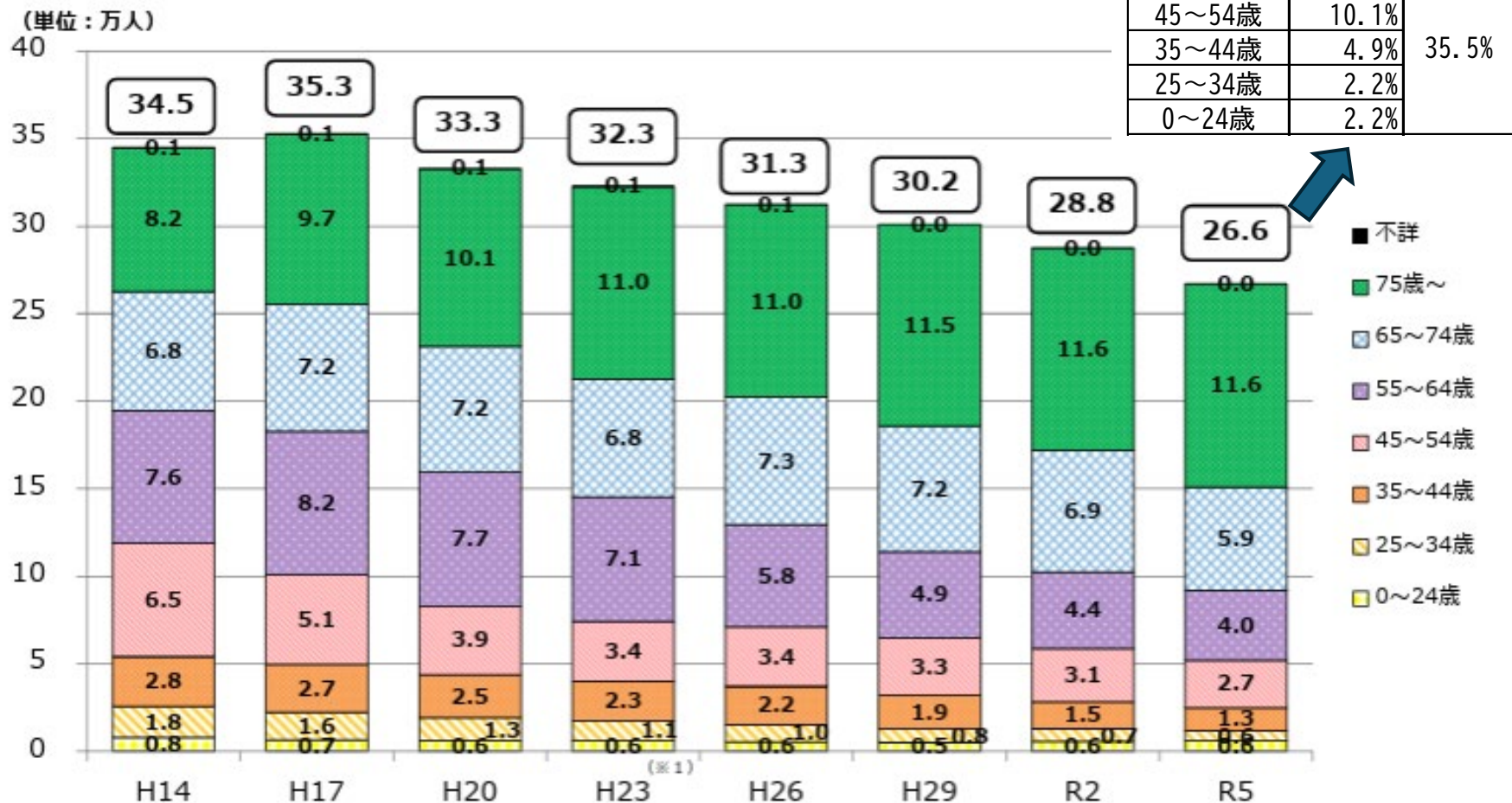


※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約17.5万人（約66%）。



（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

65歳以上の割合

2005年

2014年

2023年

43.8%

48.2%

52.3%

55.4%

58.8%

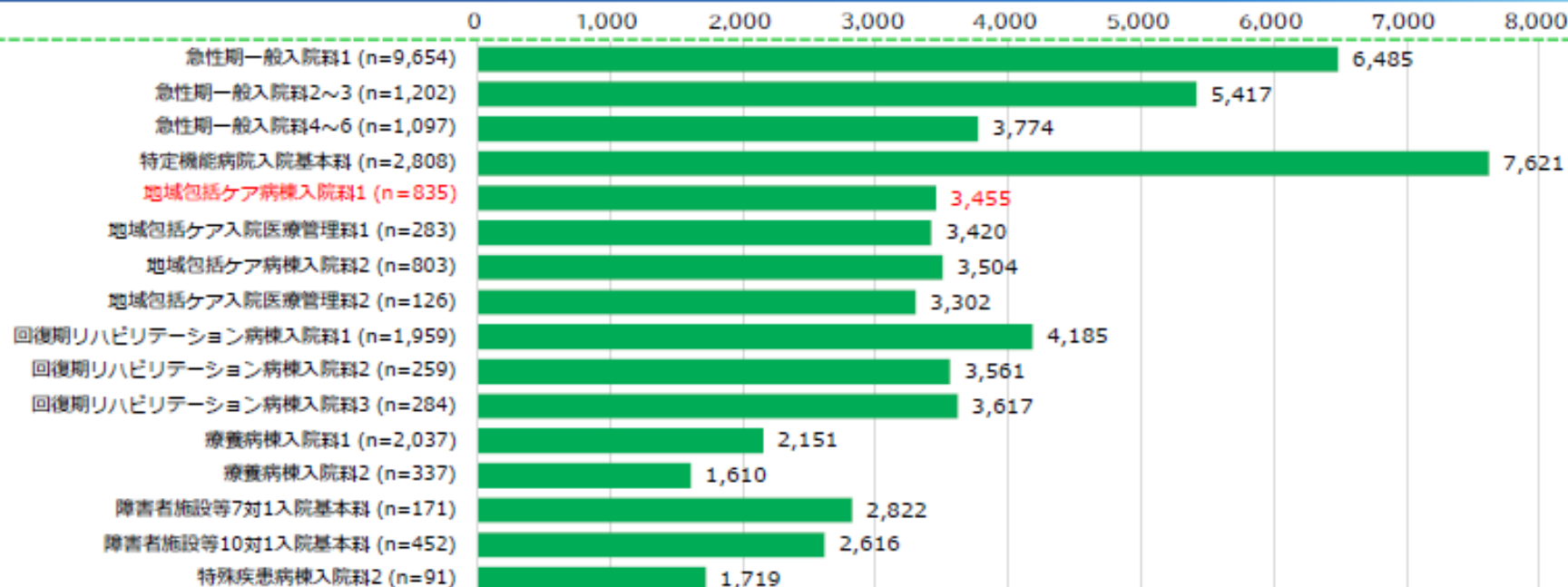
61.9%

64.2%

65.5%

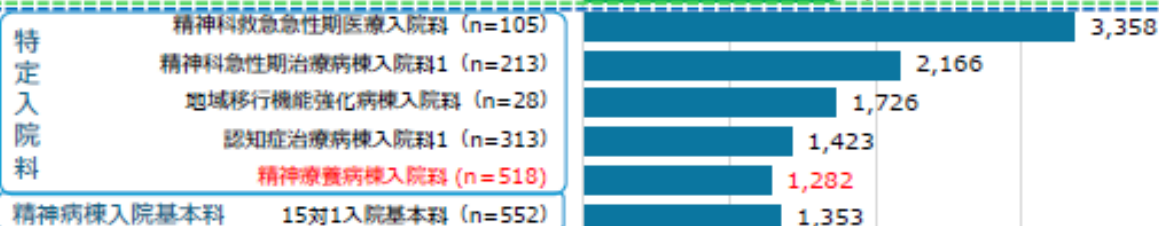
1日当たりのレセプト請求点数（点数／日） 主な入院料抜粋

一般・療養

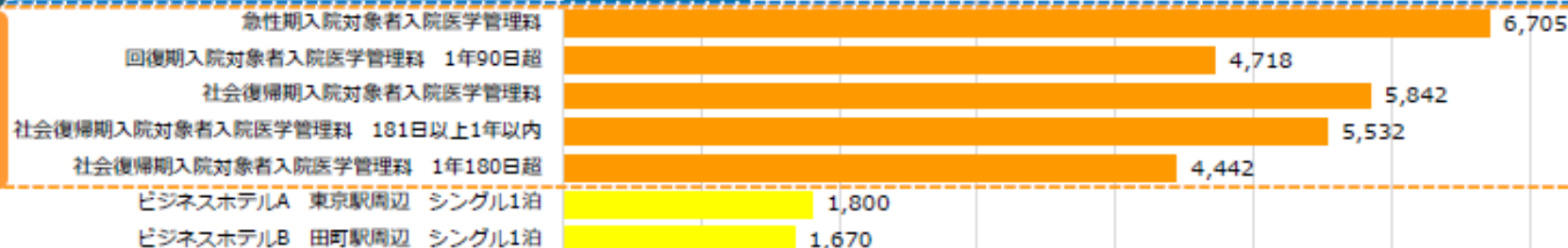


精神

特定入院料



医療観察法



令和7年5月22日中医協入院医療等の調査・評価分科会資料（令和6年度入院・外来医療等における実態調査）より

日精協令和5年度医療経済実態調査報告より

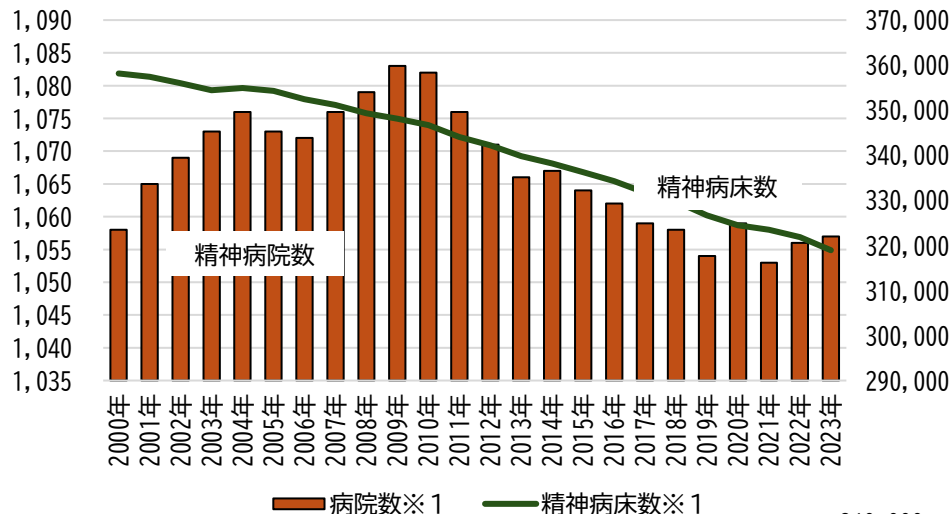
医療観察診療報酬

おおよそのモデル料金（2025年8月）

精神病院数・精神病床数と1日平均在院患者数・外来患者数

出典：医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況による

精神病院数・精神病床数



日精協会員病院は、開設年度別にみると、昭和25年の精神衛生法の制定までに、現1,193病院のうち12.7%、51.4%が昭和31年から45年までの15年間に開設されている。営利法人による精神科病院設置の国庫補助の規定が設けられ、いわゆる「精神病院建設ブーム」が起きたことが影響しているものと思われる。それ以降は34年間で7.8%であり、精神科病院の新規開設は困難な時代となっていることを示している。

（日本精神科病院協会総合調査から）

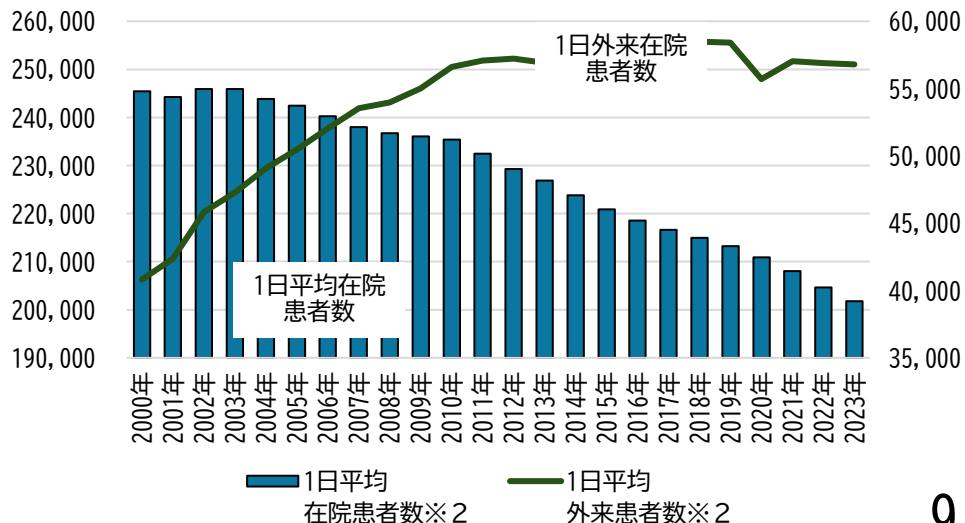
精神病床は、20年間で10%減少しており、入院患者の減少に看護職員の不足もあり、今後もこの病床減少傾向は進むと思われます。

- ※1 各年10月1日現在（病院報告）
- ※2 在院患者：毎日24時現在在院している患者

1日平均在院患者数
＝年間在院患者延数／当該年の年間日数

1日平均外来患者数
＝年間外来患者延数／当該年の年間日数

1日平均 在院患者数・外来患者数

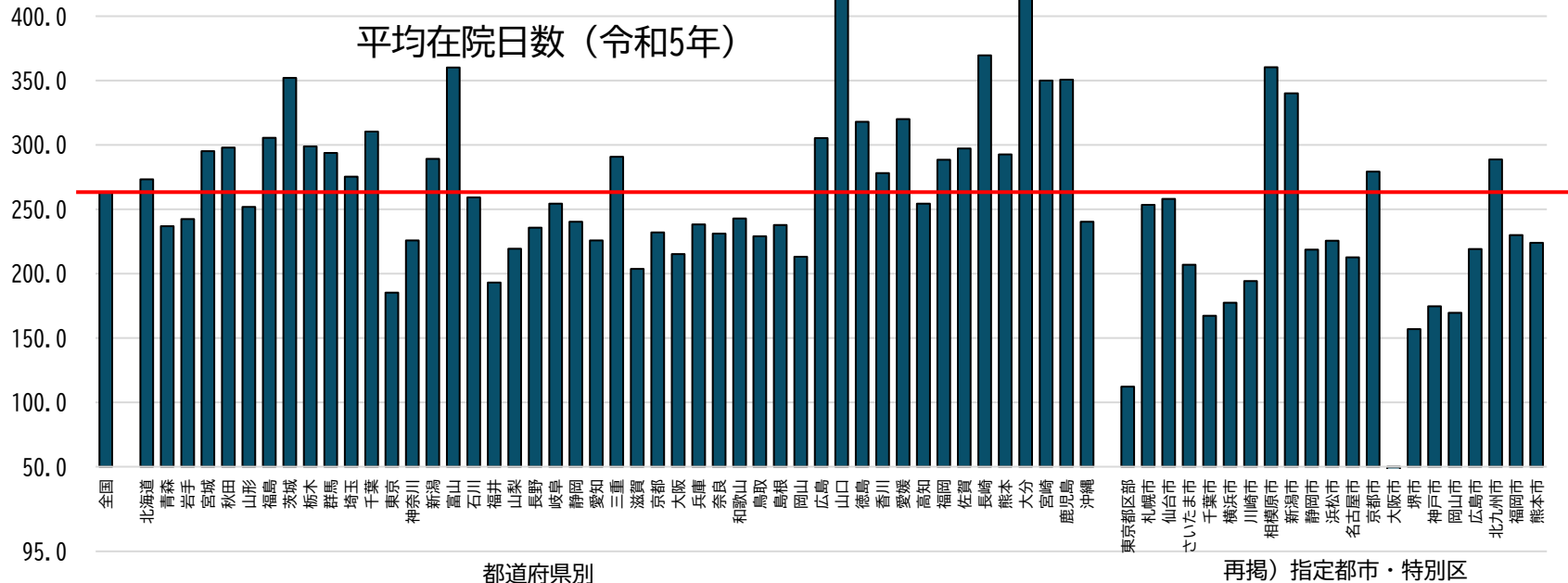


精神病床 利用率・平均在院日数

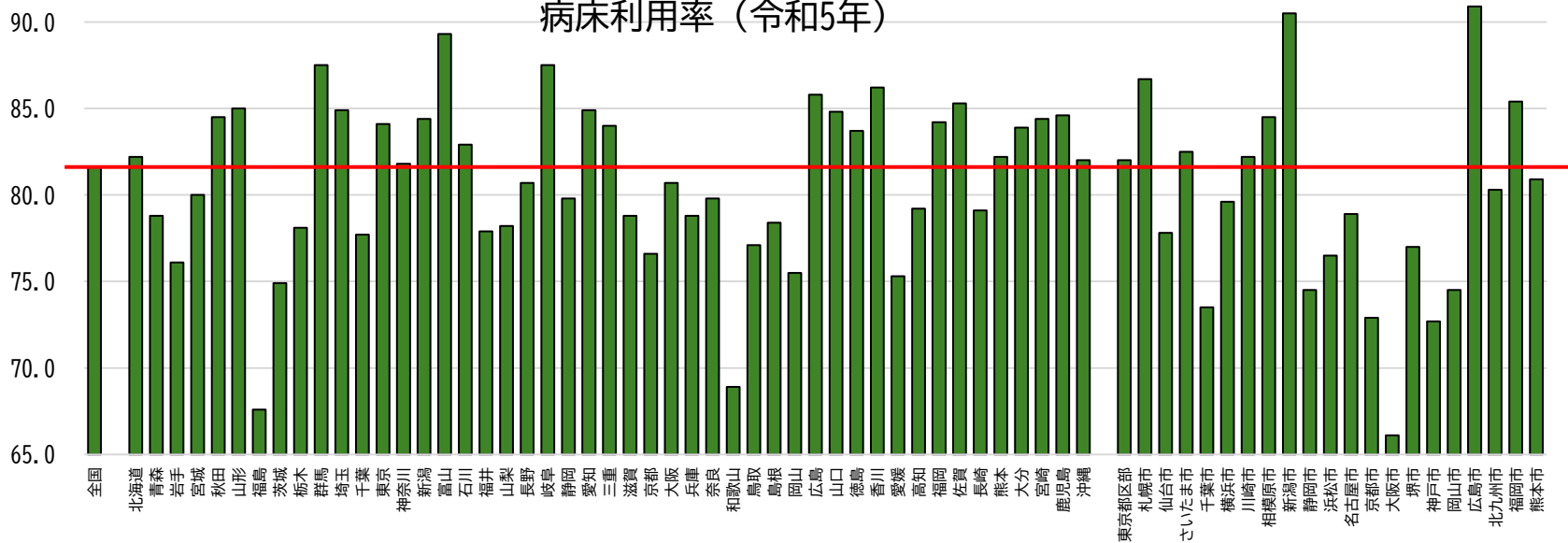
450.0

出典：医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況による

平均在院日数（令和5年）

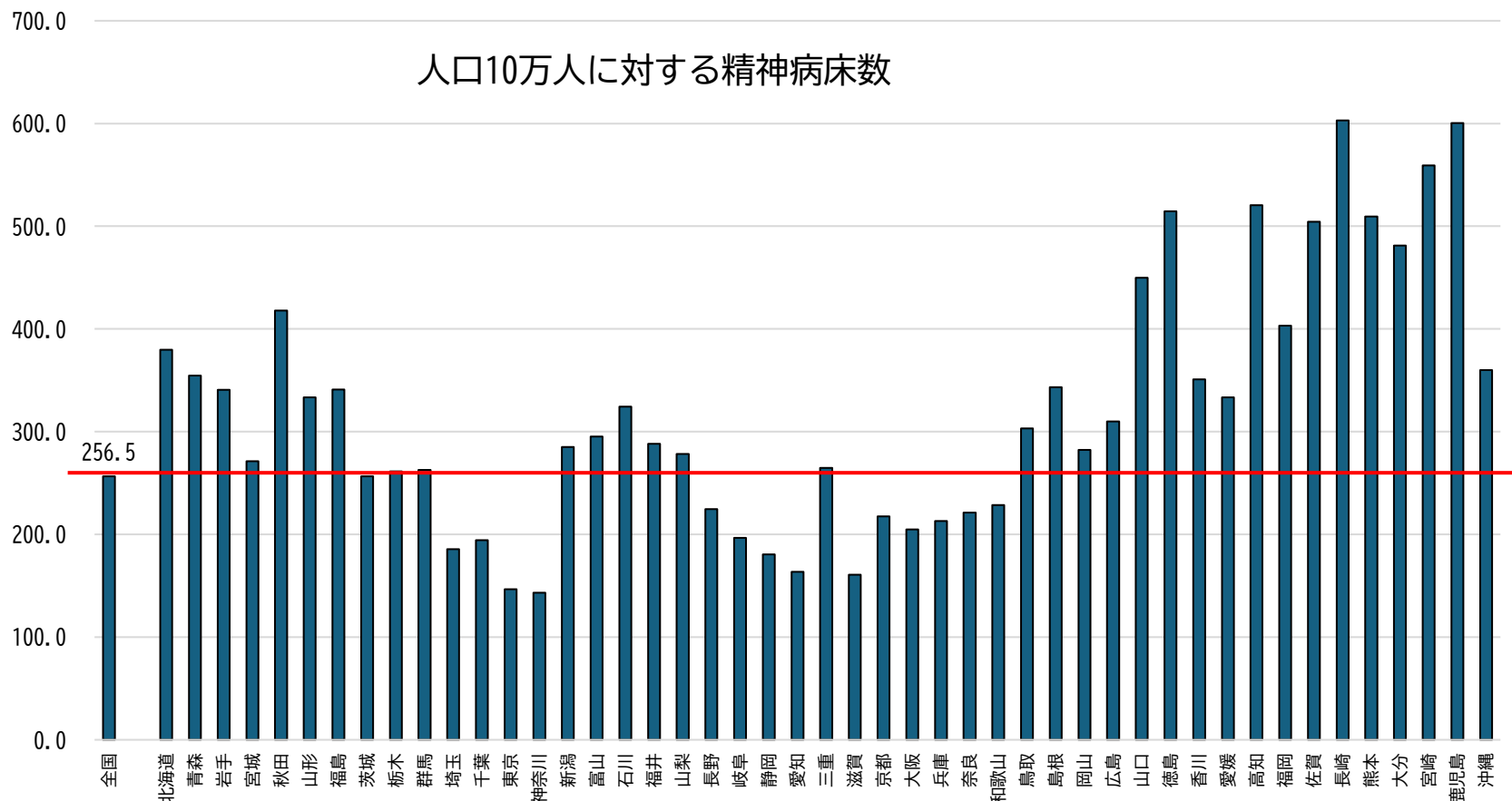


病床利用率（令和5年）



人口10万人に対する精神病床数

出典：医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況による



中四国・九州地区は、人口10万人に対する精神病床数が高い。病床利用率・平均在院日数も高い傾向にあります。

精神科病院の経営状況

出典：福祉医療機構（2023年度決算分析）による

＜機能性＞

現在、病院の
7割が赤字

区分					精神科病院		
					2022年度	2023年度	差引 (2023-2022)
収 支 の 状 況	収 益	経常収益	医業収益	%	95.1	96.2	1.0
		構成比	医業外収益	%	4.9	3.8	△ 1.0
		医業収益	入院収入	%	84.1	84.4	0.2
		構成比	室料差額	%	0.8	0.8	0.1
		外来収入	%	12.4	12.5	0.1	
		その他	%	3.5	3.1	△ 0.3	
	費 用	医業収益	人件費	%	61.6	62.8	1.2
		に対する	医療材料費	%	6.9	6.8	△ 0.1
		医業費用	給食材料費	%	5.7	6.1	0.4
		の割合	入院患者 1 人 1 日当たり	円	1,215	1,262	47
		経費	%	20.6	20.6	0.0	
		減価償却費	%	4.5	4.5	0.0	
		計	%	99.3	100.9	1.5	
		医業収益対医業利益率			%	0.7	△ 0.9
	経常収益対経常利益率			%	4.3	1.8	△ 2.4
従事者 1 人 当たり年間医業収益			千円	9,089	8,844	△ 245	
労働生産性			千円	5,664	5,480	△ 184	
従事者 1 人 当たり人件費			千円	5,601	5,556	△ 45	
労働分配率			%	98.9	101.4	2.5	
経常収益対支払利息率			%	0.5	0.4	△ 0.1	
赤字施設（経常利益が0未満）の割合			%	31.3	41.9	10.6	

注1) 医療機関附属病院及び医師会立病院は含まれていません。

注2) 「1施設当たり従事者数」、「患者規模100人当たり従事者数」、「従事者1人当たり年間医業収益」、「労働生産性」及び「従事者1人当たり人件費」は、常勤従事者数（非常勤従事者の常勤換算後の従事者数を含む）により算出しています。

注3) 給食材料費には、給食委託費を含んでいます。

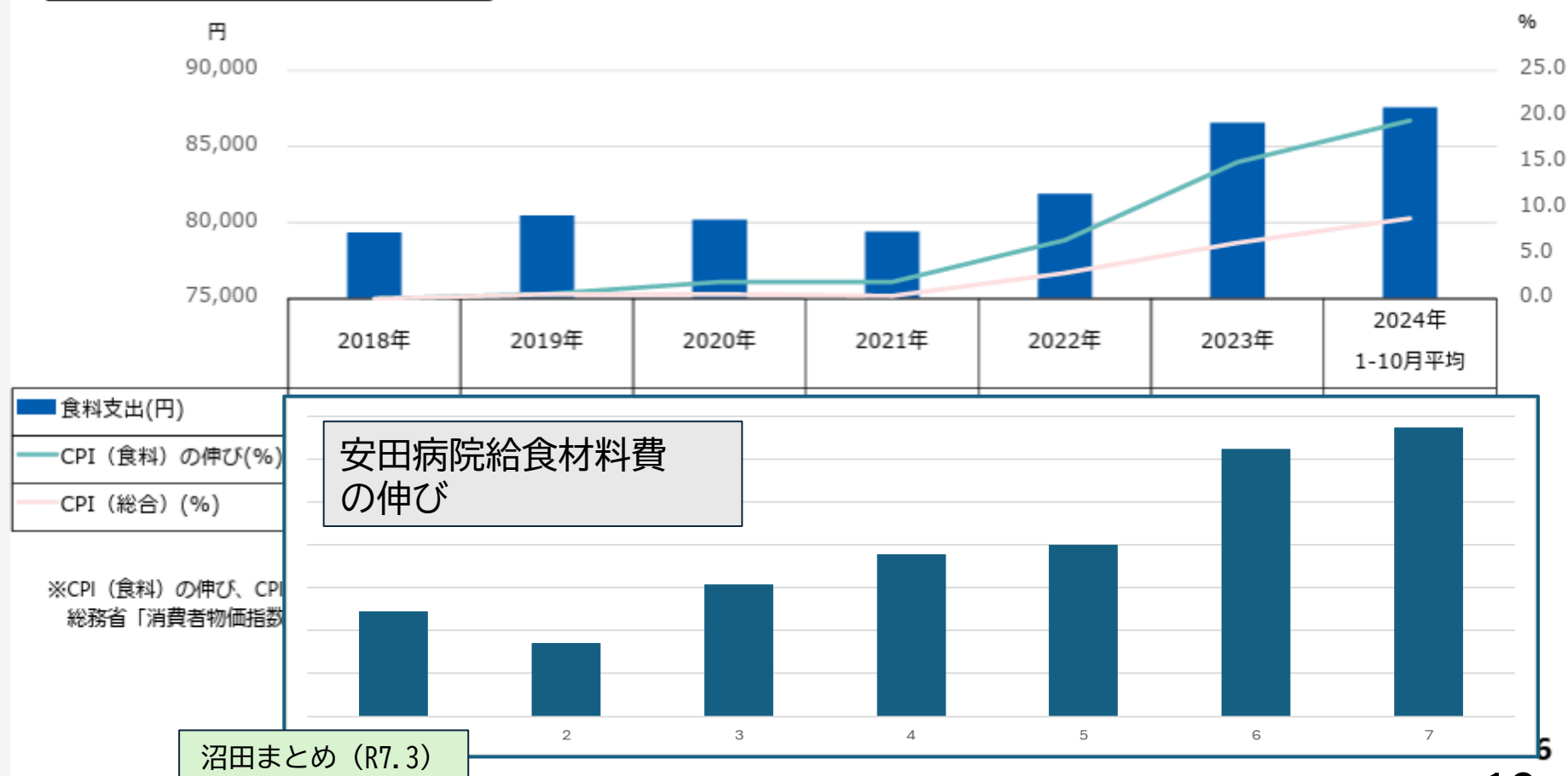
注4) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が合わない場合があります。

注5) 開設後1年未満の病院は含まれていません。

入院時の食費をめぐる状況

- 令和6年度診療報酬改定において、食費の基準を1食当たり30円引き上げたが、足元でも食料支出は引き続き伸びている状況。

食料支出・消費者物価指数(CPI)の動向



精神科病床の余剰度合変化（2023年→2040年）

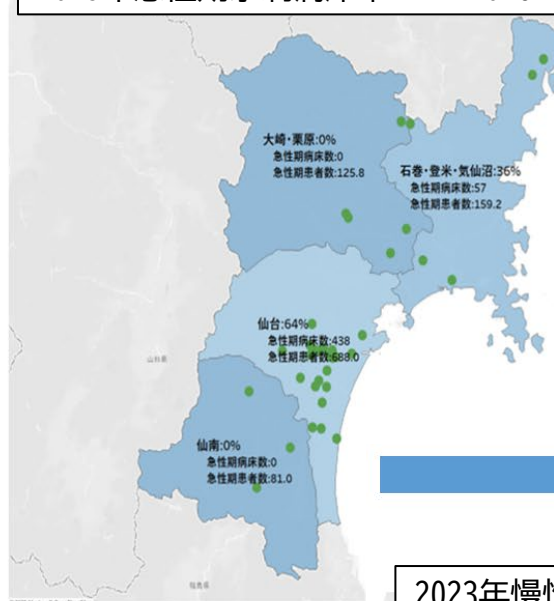
宮城県

宮城県の精神科急性期病床の余剰度合の変化

2023年

急性期余剰病床率：47.0%（宮城県全体）

2023年急性期余剰病床率 47.0%



2040年

急性期余剰病床率：42.7%（宮城県全体）

2040年急性期余剰病床率 42.7%



余剰病床率

= 病床数 / 患者数

100%が適正

100%以下が病床が不足

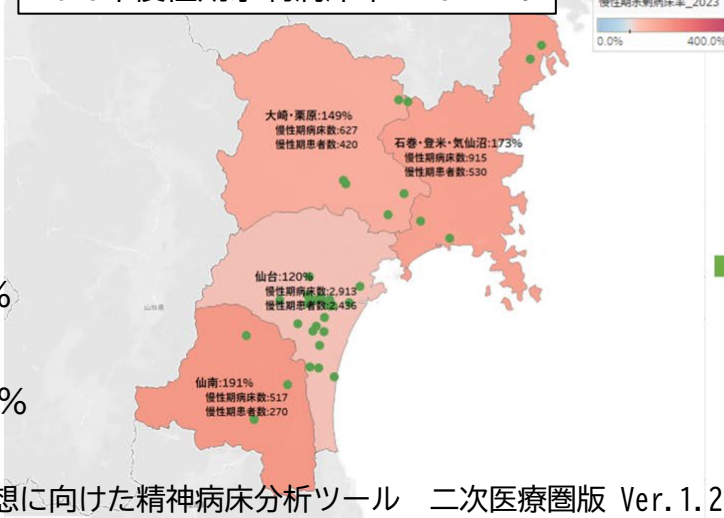
100%以上が病床過剰

宮城県の精神科慢性期病床の余剰度合の変化

2023年

慢性期余剰病床率（宮城県全体）：137.4%

2023年慢性期余剰病床率 137.4%

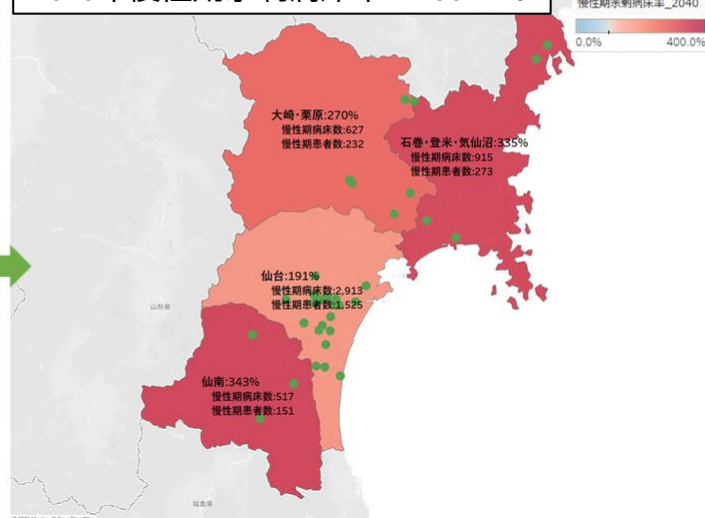


2040年

慢性期余剰病床率（宮城県全体）：230.4%

（参考：47都道府県のうち第20位）

2040年慢性期余剰病床率 230.4%



●仙台医療圏の例

慢性期患者数：2,436人

慢性期病床数：2,913床

・余剰度合

$2,913 \div 2,436 = 120\%$

・病床利用率

$2,436 \div 2,913 = 83.6\%$

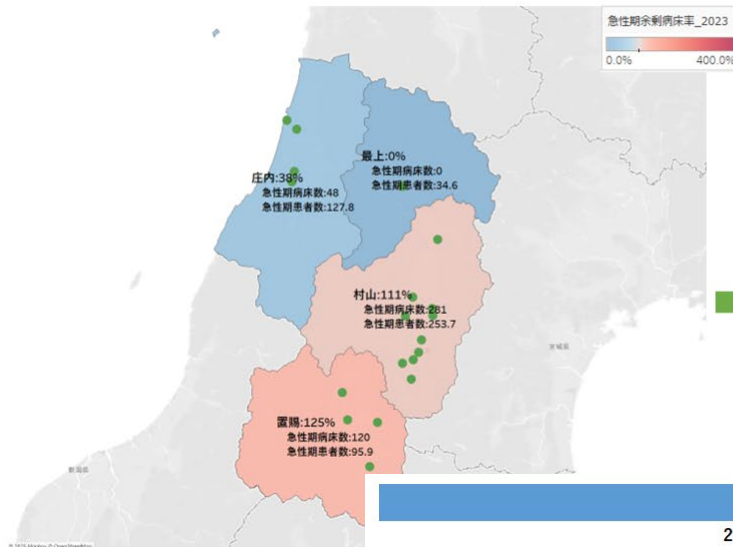
精神科病床の余剰度合変化（2023年→2040年）

山形県

山形県の精神科急性期病床の余剰度合の変化

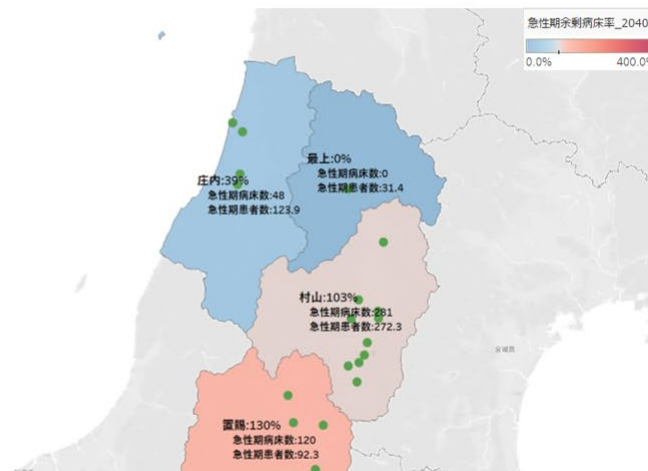
2023年

2023年急性期余剰病床率 87.7%



2040年

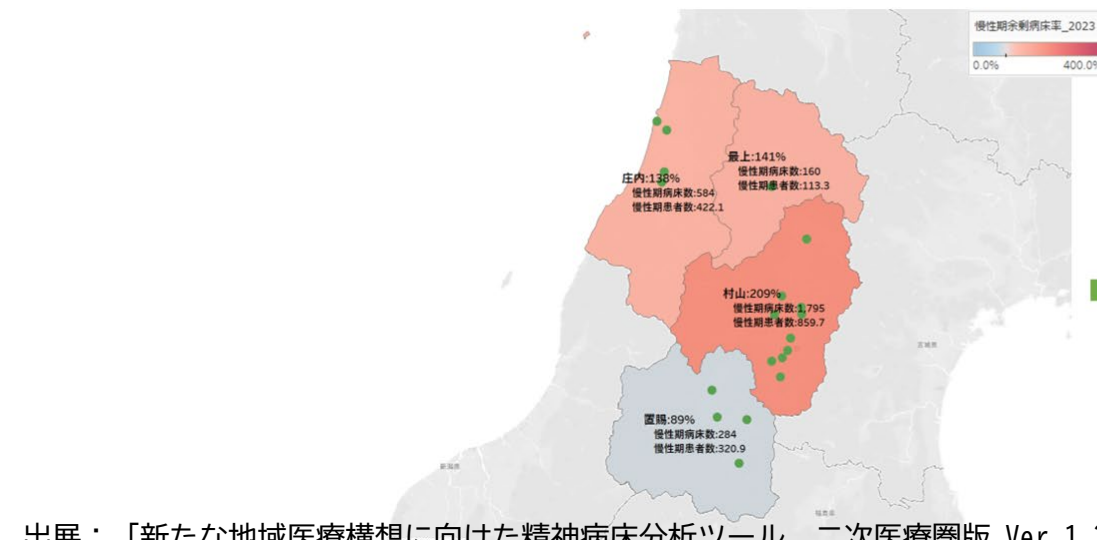
2040年急性期余剰病床率 86.3%



山形県の精神科慢性期病床の余剰度合の変化

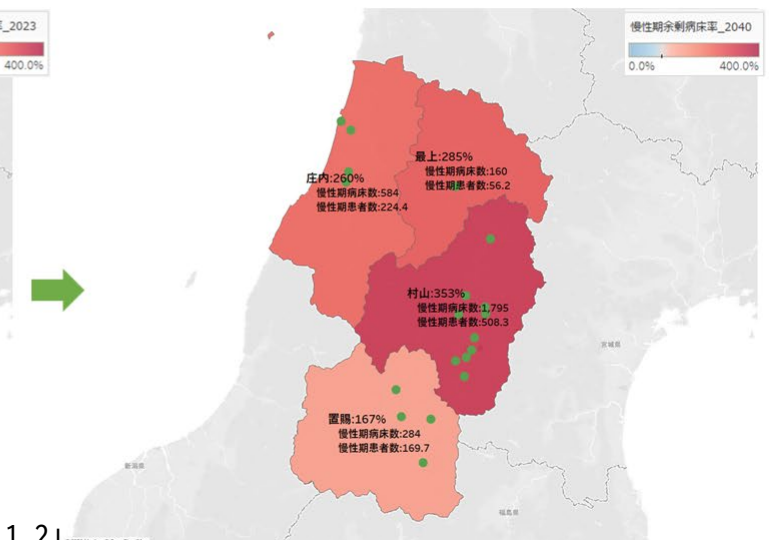
2023年

2023年慢性期余剰病床率 164.5%



2040年

2040年慢性期余剰病床率 294.5%



精神科病床の余剰度合変化（2023年→2040年）

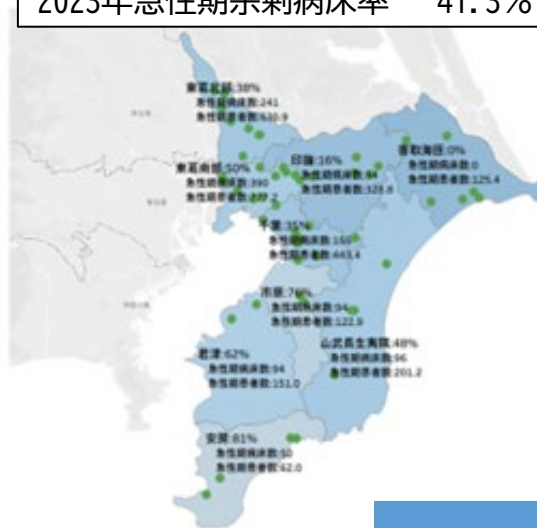
千葉県

千葉県の精神科急性期病床の余剰度合の変化

2023年

急性期余剰病床率：41.3%（千葉県全体）

2023年急性期余剰病床率 41.3%



2040年

急性期余剰病床率：36.1%（千葉県全体）

2040年急性期余剰病床率 36.1%

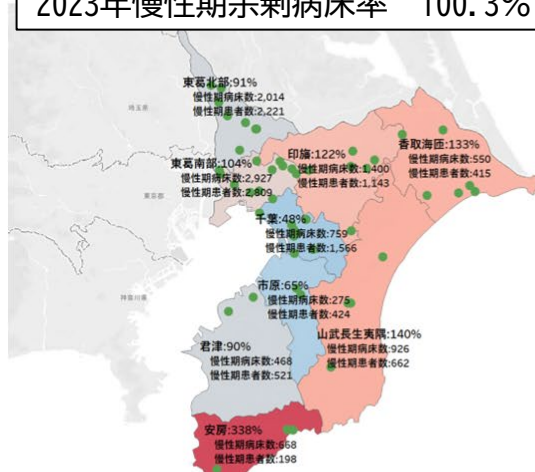


千葉県の精神科慢性期病床の余剰度合の変化

2023年

慢性期余剰病床率（千葉県全体）：100.3%

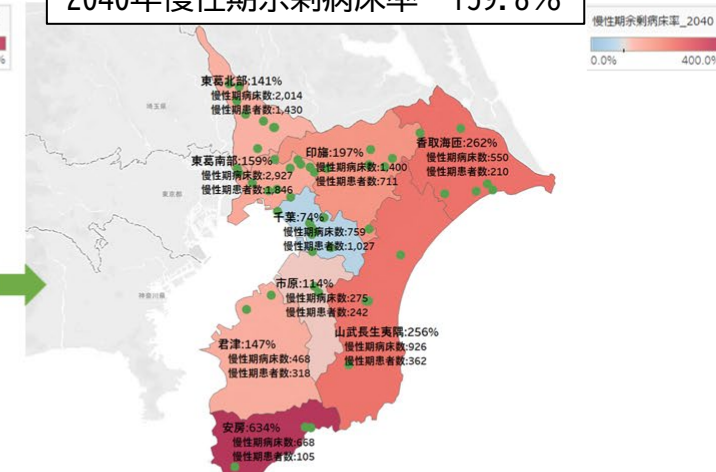
2023年慢性期余剰病床率 100.3%



2040年

慢性期余剰病床率（千葉県全体）：159.8%

2040年慢性期余剰病床率 159.8%



精神科病床の余剰度合変化（2023年→2040年）

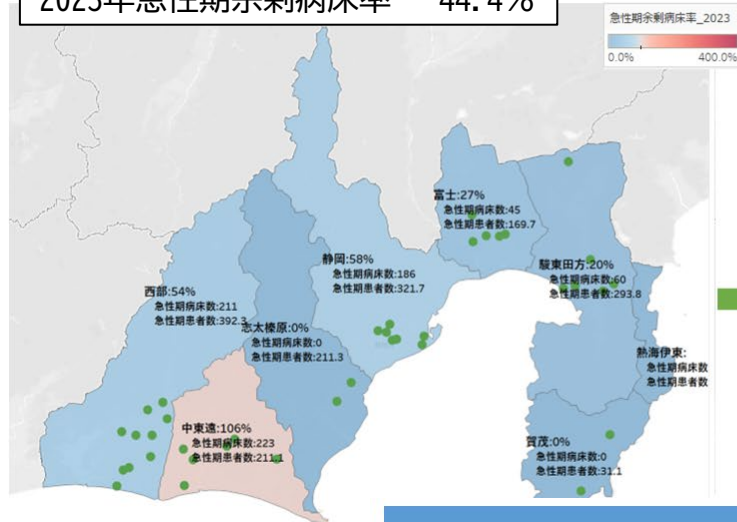
静岡県

静岡県の精神科急性期病床の余剰度合の変化

2023年

急性期余剰病床率：44.4%（静岡県全体）

2023年急性期余剰病床率 44.4%



2040年

急性期余剰病床率：40.4%（静岡県全体）

2040年急性期余剰病床率 40.4%

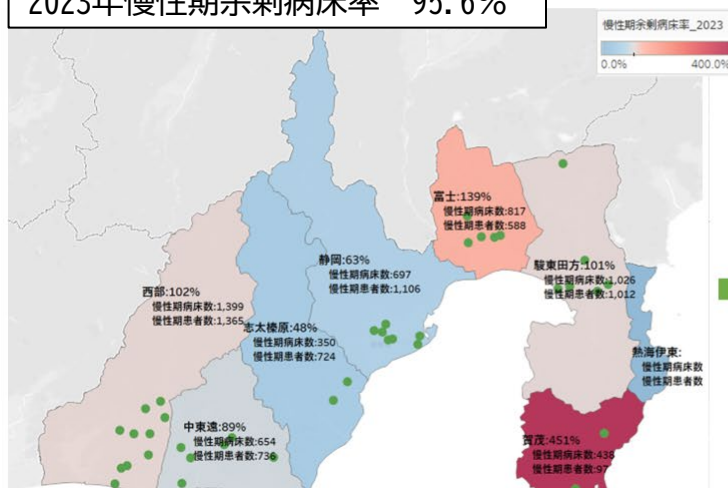


静岡県の精神科慢性期病床の余剰度合の変化

2023年

慢性期余剰病床率（静岡県全体）：95.6%

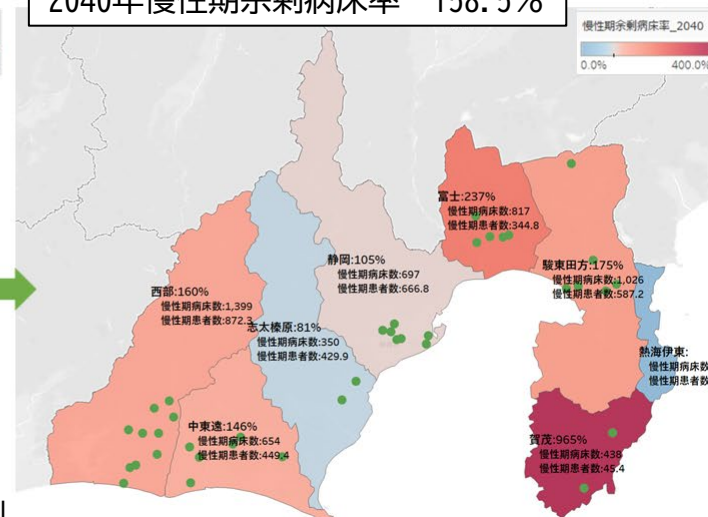
2023年慢性期余剰病床率 95.6%



2040年

慢性期余剰病床率（静岡県全体）：158.5%

2040年慢性期余剰病床率 158.5%



精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

1. 精神科病院の現状
2. 精神科診療報酬について
3. 令和8年度診療報酬改定について

精神科診療報酬のこと（入院）

入院基本料（出来高払い）

特定入院料（包括払い）

医療行為毎の算定

合算する算定方法

入院基本料

検査

画像診断

投薬

注射

精神科専門療法など

治療行為をまとめる

主な診療に係る
費用が入院料に
含まれる

精神科専門療法など
が別に算定できる

入院時食事療養費

●入院基本料（出来高払い）
入院料に加算できる算定項目が
決まっています、一般科では算定
できても、精神科ではできない
ものがあります。

●特定入院料（包括払い）
例えば、「入院栄養食事指導
料」「栄養情報連携料」「栄養
サポートチーム加算」などは算
定できません。
日精協で算定できるように働
きかけています。

A103 精神病棟入院基本料

●比べてわかるように、出来高
は手をかけ（過剰診療になり易
い）、特定入院料は何もしない
（過少診療）が問題になります。

A311 精神科救急急性期医療入院料

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

A311-3 精神科救急・合併症入院料

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症治療病棟入院料

A315 精神科地域包括ケア病棟入院料

A318 地域移行機能強化病棟入院料

「入院料」と届出必要な
「入院時食事療養費」の
二つの基準

精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

1. 精神科病院の現状
2. 精神科診療報酬について（入院料算定の基準）
3. 令和8年度診療報酬改定について

入院料算定の7基準

- 1 入院診療計画書の基準
- 2 院内感染防止対策の基準
- 3 医療安全管理体制の基準
- 4 褥瘡対策の基準
- 5 **栄養管理体制の基準**
- 6 意思決定支援の基準 (R6)
- 7 身体的拘束最小化の基準 (R6)



一つでも基準を満たさないときは、入院料そのものを算定できない。
(特別入院料ではない)

要点👉

【意思決定支援の基準】

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた指針の策定指針の内容
 - ・看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等の手順を定めたもの
 - ・指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること
 - ・患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること
 - ・このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと

要点👉

【身体的拘束最小化の基準】

○精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律25第123号）の規定による。

「精神科病院に一般病床がある場合は基準を満たす必要がある。」（疑義解釈その17 R6.12.18）

入院基本料等の施設基準

5 栄養管理体制の基準

(1) 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ**栄養管理手順**（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。

(3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、**特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載**していること。

(4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の**栄養管理計画は、入院後7日以内**に策定することとする。

(5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、**当該計画書又はその写しを診療録等に添付**すること。

(6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて**栄養管理計画を見直し**ていること。

(7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。

(8) (1)に規定する管理栄養士は、**1か月以内の欠勤**については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

(9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、**当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定**できる。

要点

- ・ 常勤の管理栄養士
- ・ 栄養管理手順の作成
- ・ 栄養管理計画は入院後7日以内
- ・ 栄養管理計画書の見直し

- ・ 入院診療計画書に特別な栄養管理の
- ・ 栄養管理計画書を診療録等に添付

精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

1. 精神科病院の現状
2. 精神科診療報酬について（入院時食事療養費）
3. 令和8年度診療報酬改定について

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等（厚生労働省保険局医療課 R6.3.5）要約

育休・介護休暇・時短での換算など特例が該当しない。就業規則にある時間を勤務するもの

例えば、大病院では栄養科の長が医師などがなると問題があります。

【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等】

- (1) **部門が組織化**。**常勤**の管理栄養士又は栄養士が**責任者**となっていること。
- (2) 保険医療機関の最終的責任の下で**第三者に委託**することができるものである。
- (3) 一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者個々に算定された医師の食事箋又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）については、健康増進法第16条の2に基づき定められた食事摂取基準の数値を適切に用いるものとする。なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮すること。
- (4) 適切な**特別食が提供**されていること。
- (5) **適切な時間に適切な温度**の食事が提供されていること。
- (6) 提供食数（日報、月報）、食事箋、献立表、患者入退院簿、食料品消費日計表等の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養関係の**帳簿が整備**されている。
- (7) 適時の食事の提供が行われていること。なお、夕食に関しては病棟で患者に配膳される時間が**午後6時以降**であること。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがはやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。
- (8) 保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
- (9) 職員に提供される食事と患者に提供される食事との**区分が明確**になっていること。

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について (厚生労働省保険局医療課 R6.3.5)

一般的事項（要約）

- (1) 食事は医療の一環として提供
- (2) 保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができる。
- (3) 患者への食事提供については病棟関連部門と食事療養部門との連絡が十分とられていることが必要
- (4) 医師の食事箋による栄養補給量又は栄養管理計画に基づく栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、次により算定するものとする。なお、医師の食事箋とは、医師の署名又は記名・押印がされたものを原則とするが、オーダリングシステム等により、医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認めるものとする。
- (5) 飲食物の摂取（補食）は原則として認められないこと。
- (6) 適切な時刻に食事提供が行われていること。
- (7) 適切な温度の食事が提供されていること。
- (8) 食事療養に伴う衛生は、医療法及び医療法施行規則の基準並びに食品衛生法に定める基準以上
- (9) 食事療養の内容については、医師を含む会議において検討が加えられていること。
- (10) 食事提供数は、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していること。
- (11) 患者から食事療養標準負担額を超える費用を徴収する場合は、あらかじめ食事の内容及び特別の料金が患者に説明され、患者の同意を得て行っていること。
- (12) 実際に患者に食事を提供した場合に1食単位で、1日につき3食を限度として算定するもの
- (13) 1日の必要量を数回に分けて提供した場合は、提供された回数に相当する食数として算定して差し支えないこと

入院時食事療養費のこと

食材料費相当額

「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				1160円
H13.1				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
R6.6			490円	180円

※介護保険の入所者の食費の基準費用額:約482円(1食当たり換算)

※ 平成18年4月から平成30年4月へかけ、調理費を保険給付から自己負担へと移行

食事療養費と生活療養費

第一 食事療養

- 入院時食事療養費（Ⅰ）（1食につき）
 - (1) (2)以外の食事療養を行う場合 690 円
 - (2) 流動食のみを提供する場合 625 円
- 入院時食事療養費（Ⅱ）（1食につき）
 - (1) (2)以外の食事療養を行う場合 556 円
 - (2) 流動食のみを提供する場合 510 円

第二 生活療養 ※ 65歳以上の方が療養病棟に入院した時

- 入院時生活療養（Ⅰ）（1食につき）
 - (1) イ □以外の食事療養を行う場合 604 円
□ 流動食のみを提供する場合 550 円
 - (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養 398 円
- 入院時生活療養費（Ⅱ）（1食につき）
 - (1) 食事の提供たる療養 470 円
 - (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養 398 円

令和8年度の診療報酬改定で、一般病床・精神病床も生活療養費（水道光熱費等）に変更になる可能性が高い。

入院時食事療養費（疑義解釈）

（問）栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者について、経口による食事の摂取を進めるため、経口摂取の量を徐々に増やし、経管栄養法による市販の流動食と経口摂取を併用する場合、この期間の食事療養費等は「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常のを適用できると考えてよいか。

（答）医師の指示に基づき、栄養管理を経口で行うための取組として、栄養管理計画に従い、経口摂取の量を徐々に増やしていく期間については、通常のを算定して差し支えない。（H28.3.31 その1・問187）

（問）自院で調理した流動食を使用した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常のを適用できると考えてよいか。

（答）自院で調理した流動食等の場合は、通常のを算定できる。ただし、栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者に対し、市販の流動食とは別に又は市販の流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取か経管栄養の別を問わない。）は、「流動食のみを提供する場合」の額の適用となる。

（H28.3.31 その1・問188）

（問）市販の半固形タイプの経腸栄養用食品のみを経管栄養法により提供した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額が適用されると考えてよいか。

（答）そのとおり。この例のほか、市販の流動食に半固形化剤を添加し、そのみを経管栄養法で提供した場合についても、「流動食のみを提供する場合」の額が適用される。（H28.3.31 その1・問189）

特別食加算について

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について(厚生労働省厚生労働省保険局医療課 R6.3.5)

- ・加算の対象となる特別食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいうものであり、治療乳を除く乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食等並びに治療食のうちで単なる流動食及び軟食は除かれる。
- ・治療食とは、腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、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、ガラクトース血症食及び治療乳をいうが、胃潰瘍食については流動食を除くものである。
- ・できる限り**告示の名称**を用いることが望ましい。
- ・流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときは、算定しない。
- ・当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。
- ・特別食として提供される無菌食の対象となる患者は、無菌治療室管理加算を算定している患者である。
- ・経管栄養であっても、特別食加算の対象となる食事として提供される場合は、当該特別食に準じて算定することができる。
- ・薬物療法や食事療法等により、血液検査等の数値が改善された場合でも、医師が疾病治療の直接手段として特別食に係る食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定することができる。

○ 診療報酬支払基金申し合わせ事項取扱い 《令和6年4月30日》 《令和6年9月30日更新》 ① 次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められる。(1) 胃癌術後(2) 直腸癌術後(3) 大腸内視鏡検査時 ② 次の傷病名等に対する特別食加算の算定は、原則として認められない。(1) 虫垂切除術後(2) 胆嚢摘出術後(3) 不整脈(4) 境界型糖尿病(5) 耐糖能異常

告示の名称	主な特別食の対象疾患・状態等
腎臓食	心臓疾患の減塩食療法（食塩相当量が総量（１日量）６ｇ未満）
	妊娠高血圧症候群等に対する減塩食療法（日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること）
	高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は認められない。
肝臓食	肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合も含む。）等
糖尿食	
胃潰瘍食	十二指腸潰瘍
	手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算が認められる。
	クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食
	流動食を除く
貧血食	血中ヘモグロビン濃度が10 g/dL以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する患者
脾臓食	
脂質異常症食	空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dL以上
	空腹時定常状態におけるHDL-コレステロール値が40mg/dL未満である者
	空腹時定常状態における中性脂肪値が152mg/dL以上である者である。
	高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMIが35以上）
痛風食	
てんかん食	難治性てんかん（外傷性のものを含む。）の患者に対し、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限及び脂質量の増加が厳格に行われた治療食
	グルコーストランスポーター２欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者
フェニールケトン尿症食	
楓糖尿症食（カエデトウニョウショウシヨク）	
ホモシチン尿症食	
ガラクトース血症食	
治療乳	
検査食	潜血食（大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調理済食品）

精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

1. 精神科病院の現状

2. 精神科診療報酬について（栄養関連の点数）

B001 9 外来栄養食事指導料

B001 9 外来栄養食事指導料（情報通信機器）

B001 10 入院栄養食事指導料

B001 11 集団栄養食事指導料

B011-6 栄養連携指導料

A233-2 栄養サポートチーム加算

3. 令和8年度診療報酬改定について

B001 9 外来栄養食事指導料

「特別食」を医師が認めた者
他（がん患者など）が対象患者

イ 外来栄養食事指導料1

指示：病院・診療所の医師

指導：当該保険医療機関の管理栄養士※1

(1) 初回（初回は概ね30分以上）

① 対面で行った場合 260点

② 情報通信機器等を用いた場合 235点

(2) 2回目以降（概ね20分以上）

① 対面で行った場合 200点

② 情報通信機器等を用いた場合 180点

※1 常勤でなくても良い。

初回月

同一月に算定できない。



初回の対面
(260点)



初回の情報通信機器
(235点)

1月に2回 ※3

ロ 外来栄養食事指導料2

指示：診療所の医師

指導：当該診療所以外の管理栄養士※2

(1) 初回（初回は概ね30分以上）

① 対面で行った場合 250点

② 情報通信機器等を用いた場合 225点

(2) 2回目以降（概ね20分以上）

① 対面で行った場合 190点

② 情報通信機器等を用いた場合 170点

1月に1回

2回目以降

同一月に算定できない。



2回目以降の対
面指導(200点)



2回目以降の
情報通信機器(180点)

※2 「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関

※3 初回の指導を行った月の翌月に2回指導を行った場合であって、初回と2回目の指導の間隔が30日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に2回算定することができる。

算定できる

初回月に対面2回



初回の対面
(260点)



2回目以降の
対面指導(200点)

初回月に情報通信機器2回



初回の情報
通信機器(235点)



2回目以降の
情報通信機器(180点)

初回月に対面と情報通信機器



初回の対面
(260点)



2回目以降の
情報通信機器(180点)

外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

告示の名称		R6.3.5 厚生労働省告示第59号			
腎臓食	肝臓食	糖尿食	胃潰瘍食	貧血食	脾臓食
脂質異常症食	痛風食	てんかん食	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		尿素サイクル異常症食		メチルマロン酸血症食	
プロピオン酸血症食	極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食		糖原病食	ガラクトース血症食	
治療乳	無菌食	小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）			
特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）					

以下は、外来栄養食事指導料の「特別食」に含まれる

心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食
十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食
侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食
クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食
高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）の患者に対する治療食
てんかん食※1
高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が6g未満のものに限る。）
小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな24歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食
妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。
がん患者
摂食機能又は嚥下機能が低下した患者※2
低栄養状態にある患者※3

※1 難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。

※2 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。

※3 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

ア GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者

イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

B001 9 外来栄養食事指導料（情報通信機器）

●電話又は情報通信機器によって指導する場合。以下の要件を満たす。

ア 管理栄養士が患者に対し、情報通信機器等を活用して、指導を行うこと。

イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。

ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。

エ 当該指導において、患者の個人情報や情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。

オ 情報通信機器等による指導は、原則として当該保険医療機関内において行うこと。なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。

メモ

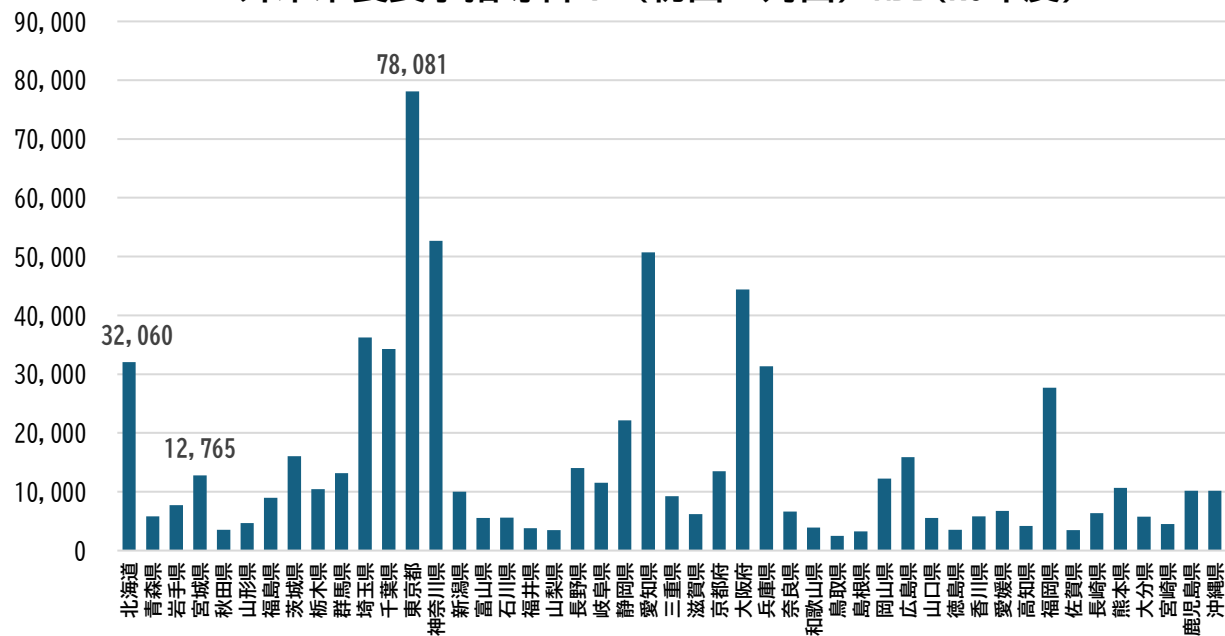
向精神薬である内服薬については、療担規則や掲示事項等告示等において、投薬期間の上限を14日、30日又は90日のいずれかに規定しているところ。向精神薬のうち、不安や睡眠障害等に対し処方する頻度の高いものについては、上限を30日としている。（厚生労働省）



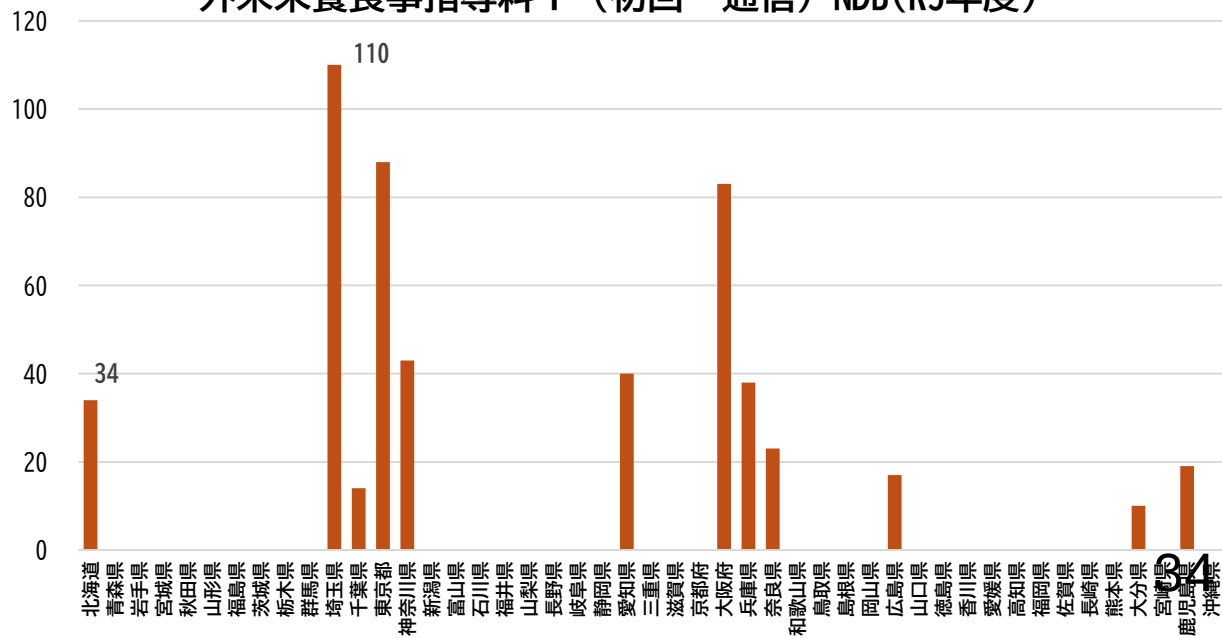
（厚生労働省医療課作成資料）

※：外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

外来栄養食事指導料 1（初回・対面）NDB(R5年度)



外来栄養食事指導料 1（初回・通信）NDB(R5年度)



B001 9 外来栄養食事指導料（疑義解釈）

（問） 食事計画案等を必要に応じて交付すればよいこととされているが、**計画等を全く交付せず**に同指導料を算定することはできるのか。

（答） 初回の食事指導や食事計画を変更する場合等においては、患者の食事指導に係る理解のために食事計画等を必ず交付する必要がある。（H24.4.20 その2・問31）

（問） 電話又は情報通信機器等を使用した場合の栄養食事指導について、**メールを使用した場合**も算定が可能か。

（答） メールのみを使用した指導では算定できない。なお、必要な資料等をメールで送付することは差し支えない。

（R2.3.31 その1・問67）

（問） 外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料について、栄養食事指導の実施に際し、**患者本人が同席せず**、患者の家族等に対して実施した場合であっても、当該指導料を算定できるか。

（答） 原則として患者本人に対して実施する必要があるが、治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等にあつては、患者の家族等にのみ指導を実施した場合でも算定できる。（R4.3.31 その1・問137）

（問） 外来栄養食事指導料について、**入院中の患者が退院した後**、初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合、情報通信機器等を用いて実施することは可能か。

（答） 可能。（R4.3.31 その1・問135）

（問） 外来栄養食事指導料について、「初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること」とされているが、**患者の入院中に退院後の外来栄養食事指導に係る指導計画を作成している場合**であっても、当該患者が退院した後に改めて指導計画を作成する必要があるか。

（答） 不要。（R4.3.31 その1・問136）

（問） 入院栄養食事指導を実施した患者が退院し、同一の保険医療機関において外来栄養食事指導を実施することとなった場合、その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。

（答） 外来栄養食事指導の実施が初めてであれば、「初回」の指導料を算定できる。（H28.3.31 その1・問185）

B001 10 入院栄養食事指導料

入院栄養食事指導料（週1回・入院中2回）

イ 入院栄養食事指導料1（病院）

(1) 初回	260点	(2) 2回目	200点
--------	------	---------	------

ロ 入院栄養食事指導料2（診療所）

(1) 初回	250点	(2) 2回目	190点
--------	------	---------	------

メモ
精神療養病棟等の
特定入院料は算定
できない。

B001 11 集団栄養食事指導料

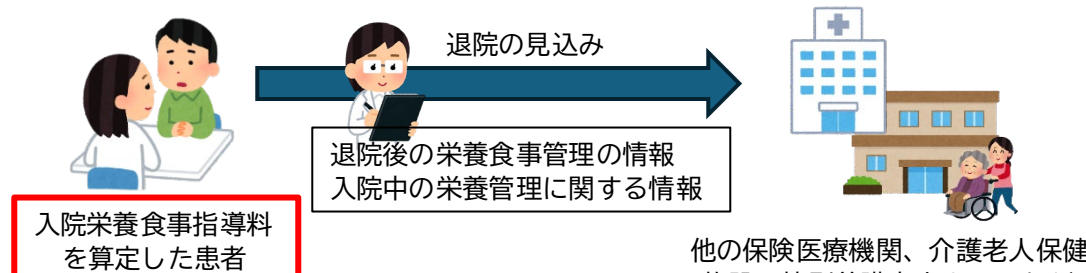
集団栄養食事指導料 80点（患者1人につき月1回）

- (1) 集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が2か月を超える場合であっても、入院期間中に2回を限度として算定する。
- (3) 入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。
- (4) 1回の指導における患者の人数は15人以下を標準とする。
- (5) 1回の指導時間は40分を超えるものとする。
- (6) それぞれの算定要件を満たしていれば、集団栄養食事指導料と外来栄養食事指導料又は入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。
- (7) 集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあつては、集団による指導を行うのに十分なスペースを持つ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。
- (8) 管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。
- (9) 集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は外来栄養食事指導料における留意事項の(2)から(4)までの例による。ただし、同留意事項の(2)の小児食物アレルギー患者（16歳未満の小児に限る。）に対する特別食の取扱いを除く。

B011-6 栄養情報連携料

栄養情報連携料 70点（入院中1回）

注1 入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、**入院中1回に限り**算定する。



「注1」は、当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式12の5又はこれに準ずる様式を用いて**患者に退院の見通しが立った際に**説明する。

「注2」は、患者又はその家族等の同意を得た上で、当該保険医療機関の管理栄養士が入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式12の5又はこれに準ずる様式を用いて、**入院または入所する先の**他の保険医療機関等の管理栄養士に、対面又は電話、ビデオ通話が可能な情報通信機器等により説明の上、情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。



●別紙様式12の5
QRコード



（別紙様式12の5）

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士

殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名	男 女	生年月日	年 月 日
身長	cm (測定日 年 月 日)	□ 計測不能	BMI
体重	kg (測定日 年 月 日)		kg/m ² □ 算出不能
体重変化	変化なし・過去()週間・力月 / 増加・減少	変化量	kg
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)			
【GLIM基準による評価(□非対応)※1】判定: □ 低栄養非該当 □ 低栄養(□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養)			
該当項目: 瘦小型(□ 体重減少、□ 低BMI、□ 筋肉量減少) 病期 □ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、□ 疾病負荷(炎症)			
栄養補給に関する事項			
必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)		
	経下	主食	□ 無 □ 有(学会分類コード※2)
	副食	□ 無 □ 有(学会分類コード※2)	
	とろみ	□ 無 □ 有(学会分類コード※2)	
□ 無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):		
経管栄養	□ 経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):	
	□ 胃管		
□ 無	□ その他		
静脈栄養	□ 末梢	留意事項(製品名、投与速度等):	
	□ 中心		
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等			

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本栄養摂取下リハビリテーション学会の分類

問合せ先

医療機関名:

担当管理栄養士名:

電話番号:

(FAX):

A233-2 栄養サポートチーム加算



栄養サポートチーム加算 200点

精神療養病棟等の特定入院料は算定できない。

精神病棟入院基本料算定患者

入院の日から1月以内の期間は週1回、1月を超え6月以内の期間は月1回

【主な施設基準】

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- | | |
|-------------------------------|----------------|
| ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 | 10時間以上の所定の研修 |
| イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | } 40時間以上の所定の研修 |
| ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 | |
| エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士 | |

【主な算定要件】

(1) 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。

(2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

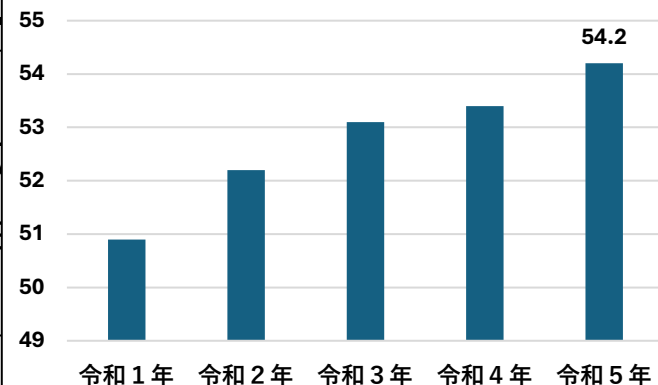
- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果を踏まえ、GLIM 基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

(3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね 30 人以内とする。

給食部門は赤字体質化していない

2006年(H18年)に、入院時食事療養費が「1日当たりの方法が変わり、適時適温の「特別管理加算(200円)」」
「入院時食事療養費」が1994年度の改定以降、26年
います。直営・委託を問わず厳しい現状があります。

給食委託病院割合



委託費(契約単価:税込)の推移

(日本メディカル給食協会)

	H23. 10	H24. 10	H25. 10	H26. 10	H27. 10	H28. 10	H29. 10	H30. 10
病院50床未満	2,245	2,303	2,311	2,439	2,392	2,480	2,596	2,604
病院50床から99床	1,878	1,892	1,914	2,002	2,047	2,081	2,057	2,110
病院100床から149床	1,721	1,706	1,691	1,758	1,806	1,860	1,869	1,936
病院150床以上	1,576	1,596	1,630	1,706	1,752	1,815	1,865	1,905
精神科病院	1,212	1,211	1,219	1,268	1,282	1,302	1,329	1,346

赤字:1,920円より委託費が上回っている

平成29年度厚労省実態調査

		収入	給与費	材料費	消耗品	委託費	設備費	光熱費	その他	合計	収支差
精神科病院	委託	2,028	104	172	9	1,280	14	202	2	1,783	245
	直営	1,974	746	641	26	8	213	188	2	1,824	150
一般病院	委託	1,793	292	231	12	1,349	76	530	6	2,496	▲703
	直営	1,769	1,102	655	35	19	82	611	9	2,513	▲744

給食部門の栄養職員数

病院雇用の栄養職員数・委託形態別（病床規模、1病院当たり）								
患者給食 委託形態	職種	合計常勤 換算総数	日精協R6年度総合調査					
			～99床	100 ～199床	200 ～299床	300 ～399床	400 ～499床	500床～
自営	栄養職員	17.2	4.5	12.7	17.0	21.0	26.8	34.2
	管理栄養士	2.8	1.5	2.2	2.7	3.5	4.1	5.6
	栄養士	1.6	0.0	0.8	1.5	3.0	2.4	1.4
	調理師	7.4	0.5	5.6	7.3	9.0	11.7	14.2
	その他	5.4	2.5	4.1	5.5	5.5	8.6	13.0
全部委託	栄養職員	3.3	2.7	2.6	3.2	3.3	6.7	9.3
	管理栄養士	1.9	1.1	1.5	2.0	2.2	3.5	3.3
	栄養士	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.5	1.8
	調理師	0.4	1.1	0.4	0.3	0.2	0.8	1.8
	その他	0.7	0.2	0.5	0.7	0.6	1.9	2.4



精神科の病院に関する 基本的な事の整理

～ 精神科病院の栄養士が知っていて良いこと ～

1. 精神科病院の現状
2. 精神科診療報酬について
3. 令和8年度診療報酬改定について（食事関連）

入院時の部屋代

- 医療機関への入院コストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではなく、医療技術や薬剤に適切にファイナンスするという医療保険の本来の役割を果たし続けるとの観点からは、保険給付の対象外とすべきと考えられる。
- 現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の全ての患者は、「室料」はもとより、「光熱水費」の負担がない。65歳以上の療養病床の入院患者に限っては、「光熱水費」の負担はあるが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では徴収される「多床室の室料」は負担していない。これら自己負担となっていない部分の費用については、医療保険でカバーされている。
- 在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分で診療報酬上の取扱いを変えることの不合理性に鑑みれば、年齢や対象疾患・対象病棟に関わりなく、患者の負担能力に応じて、光熱水費・室料を自己負担として求めることを検討すべきではないか。

◆現行制度

（医療法上の病床区分）	65歳以上	65歳未満
療養病床	370円（光熱水費相当）	0円
一般病床・精神病床	0円	0円

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

◆病床区分と診療報酬の関係

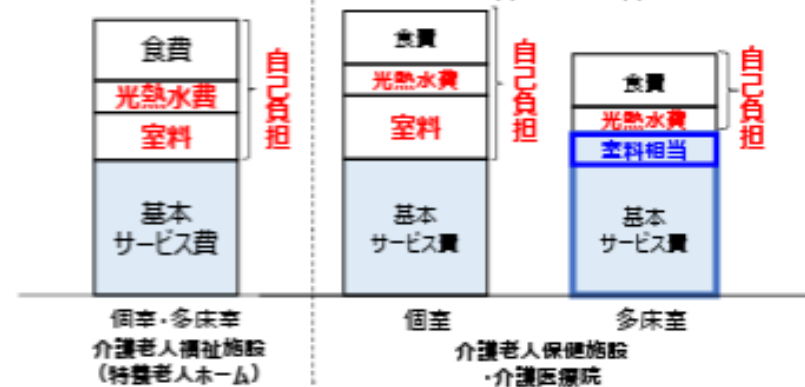
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆在宅との均衡

- ✓ これまで、「地域完結型」の医療を目指し、病床機能の分化・連携と、在宅医療・介護までの切れ目ない提供体制の構築が目指されてきた。
- ✓ 「居住コスト」という生きていく上での基本的な費用について、入院患者であるか、在宅療養者であるかで負担の在り方が異なるのは、（少なくとも医療政策としては）不公平であり、患者にとっての最適な医療選択を歪める恐れもあるのではないか。

◆介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

- 介護保険では、食費及び居住費（光熱水費・室料）に係る自己負担額について、負担能力に応じた軽減措置を実施。
- 介護保険の給付範囲ではないとの前提で、その対象に対して、暫定的・例外的・福祉的な措置として、介護保険から給付。
- 応能負担の徹底の観点から、保有資産を勘案の上で、補足給付の対象の可否・給付額を決定。

【改革の方向性】（案）

- 医療機関の入院患者に係る光熱水費・室料については、介護保険制度での取扱いも参考にしつつ、患者の負担能力に応じた形で、保険給付から除外し、自己負担とするべき。

令和8年度診療報酬改定の流れ

R7. 6. 20 沼田資料

6/1 算定開始

3/6? 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

2月中旬 答申
(中医協→大臣)

「個別改定項目について」に点数が入る。

1月下旬～2月初旬
個別改定項目の審議

1月中旬 公聴会

1月初旬
「これまでの議論の整理」の審議

1月初旬 諮問 (大臣→中医協)

「経済財政運営と改革の基本方針 2025」経済税制諮問委員会 (R7. 6. 6)
2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針 (1) 全世代型社会保障の構築
2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、
2025年末までに結論が得られるよう検討する。

脚注) 社会保障関係費については、医療・介護等の現場の厳しい現状を踏まえ、
これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、令和7年春季
労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等を踏まえな
がら、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、
的確な対応を行う。高齢化や高度化等による増加分に、こうした経済・物価動向
等を踏まえた対応による増加分を加えた、いわゆる自然増から、これまでの歳出
改革努力を継続する。

12月中旬 令和8年度診療報酬改定の
基本方針 (社会保障審議会)

ご清聴ありがとうございました。

- ※ この資料は、講師が独自に作成したもの又は厚生労働省公表資料等を転用又は一部改編したものです。
- ※ 講師作成のものは 使用・加工・転載は自由です。

●講演者（沼田周一） R7.4.1

安田病院事務長 認定登録医業経営コンサルタント 施設基準管理士 宮城県精神科病院医事研究会代表
病院事務管理者ネクスト研修会主宰 宮城県精神科病院事務長会会長 宮城県非官公病医院事務長会役員
日本医業経営コンサルタント協会宮城県副支部長 日本施設基準管理士協会東北ブロック副代表
日本医療・病院管理学会会員 日本精神神経学会会員 他