

R7.11.25 16時～  
WEB

# 第103回病院事務管理者 ネクスト研修会

---

令和8年度診療報酬改定関連（その1）

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

# 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（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）

精神医療について①

- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）

療養病棟について

- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）

様式9 他

- ・ 第625回（R7.11.07）入院

入院時の食費・光熱水費（その1）

- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）

精神科訪問看護 他

- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算

個別項目について（その8） 小児・周産期

## 1. 精神医療の現状等について

R7.10.24 中医協資料

## 2. 入院医療について

### 2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

### 2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

## 3. 精神身体合併症について

### 要約

- 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。
- 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。
- 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、地域平均生活日数が増加した。
- 多職種配置が要件になっていない精神病棟入院基本料等においても、多職種（精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）を病棟配置している医療機関が一定程度みられた。

## 入院医療に関する方向性の整理

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

### 入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。  
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。  
注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

### 人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

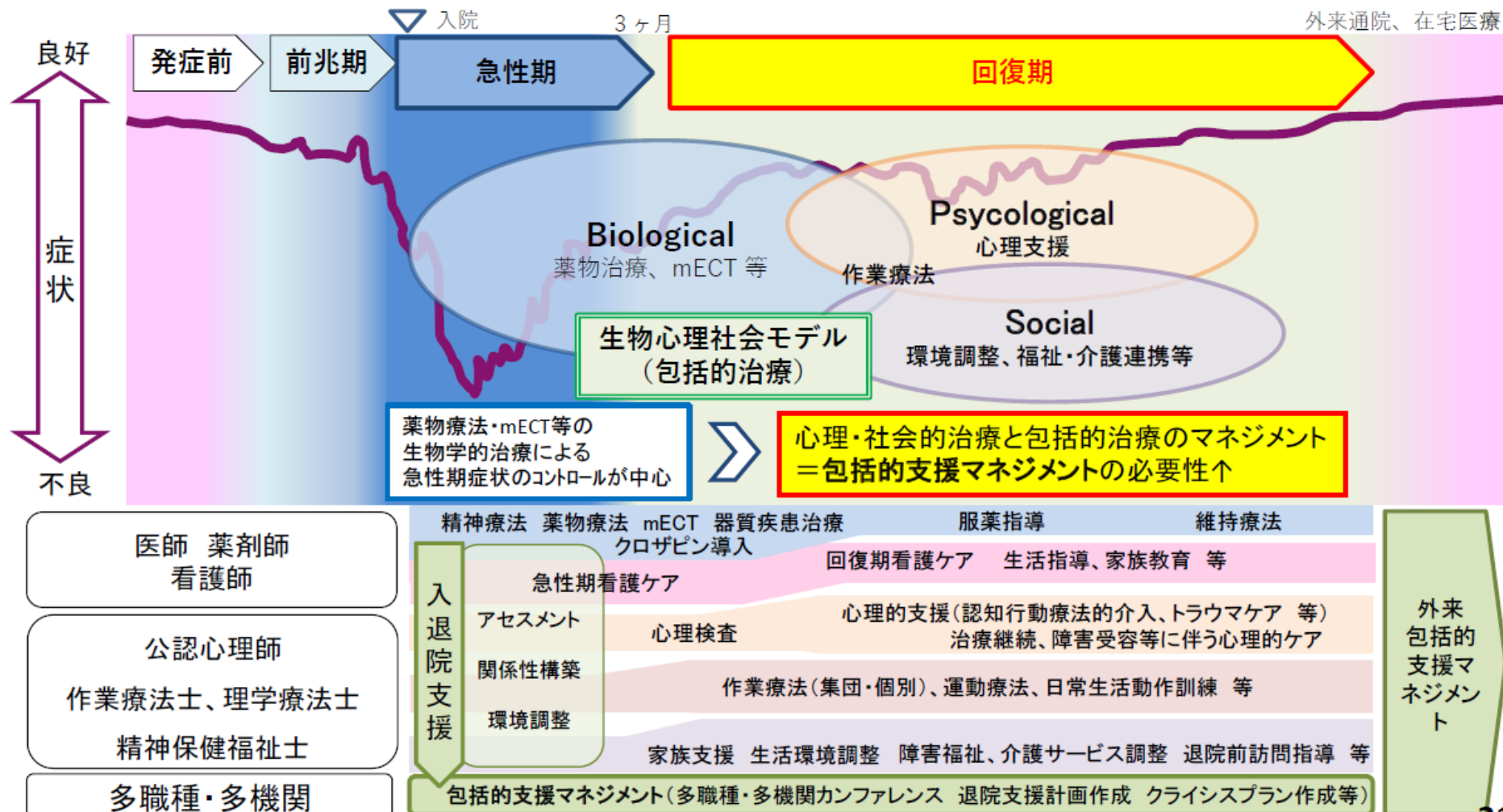
### 身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。  
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

# 精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

中医協 総-3  
5.11.22

- 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。



## 多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

中医協 総-2  
5.12.22

- 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%

# 早期退院と地域移行に資する取組事例 —取組内容—

中医協 総-2  
5.12.22

- 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、地域平均生活日数が増加した。

## A病院X病棟の取組と成果

### X病棟の基礎情報

2004(H16)年開設  
男女混合閉鎖病棟56床  
15:1看護基準  
医師3名(指定医1名)

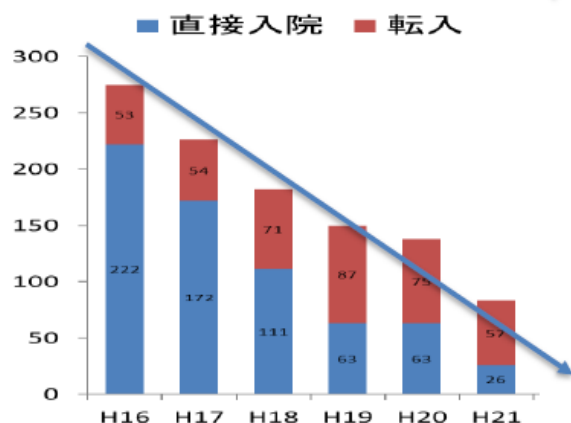
### X病棟に受け入れる患者の特徴

多職種による包括的ケア・地域連携を必要とする症例  
退院3ヶ月以内の再入院症例  
入院3ヶ月を超える症例  
クロザピン導入、mECT

### 2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積  
新規入院受入減  
平均在院日数の増加

2010(平成22)年  
以降



### 包括的ケアの提供

#### 多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



#### 専門職同伴での外出

自宅訪問	9%	買い物	12%
院外レク	9%	施設見学	12%
福祉サービス手続き	1%	他科受診	3%
家族の葬儀や墓参り		免許更新	

### 人員配置

看護師 18名→29名

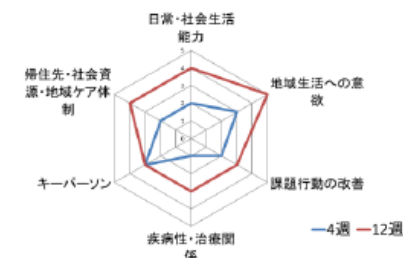
(看護基準は15:1)

精神保健福祉士 0名→2名

作業療法士 0名→2名

臨床心理士 0名→1名

### 評価システム



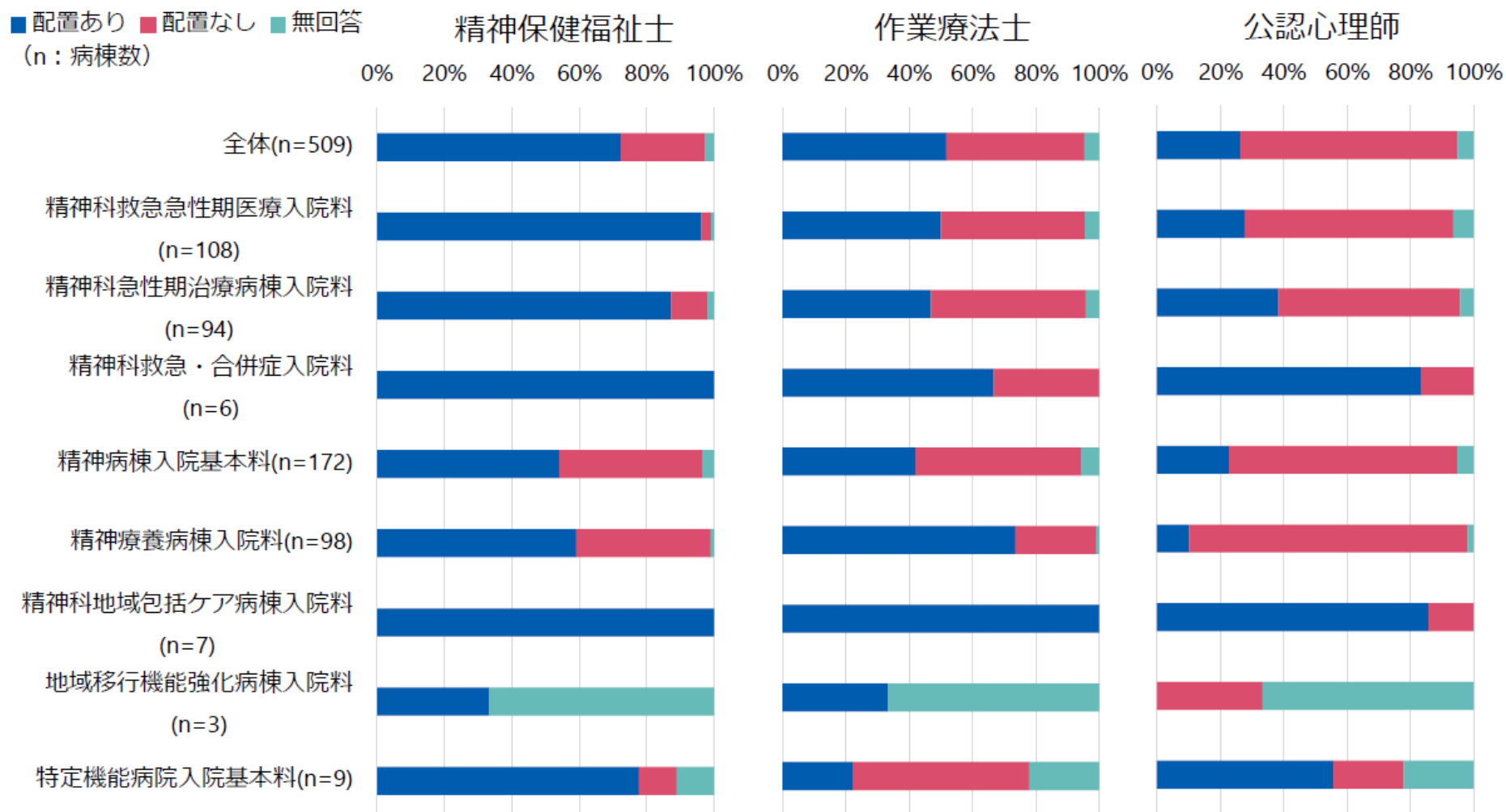
### その他

地域連携の重視  
自助グループ活動

出典: 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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

## 入院料ごとの多職種配置状況について

- 多職種配置が要件になっていない精神病棟入院基本料等においても、多職種（精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）を病棟配置している医療機関が一定程度みられた。



## 1. 精神医療の現状等について

R7.10.24 中医協資料

## 2. 入院医療について

### 2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

### 2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

## 3. 精神身体合併症について

### 要約

- 精神科病院の病床数ごと施設数について、200床台の医療機関数は横ばいである。
- 精神科病院の利益率について、病床数が少ないほど利益率が低下しており、200床以上の医療機関が病床削減を躊躇する一因となっていることが考えられる。
- 入院医療に比して外来医療の規模が大きい病院の方が、入院患者に占める1年以上の長期入院患者の割合が少ない傾向がある。
- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。
- 平成16年度改定以降現在まで、現行の18:1、20:1入院基本料は経過措置として「当分の間、算定できるものとする」とされているところ、届出医療機関数及び病床数は近年横ばいである。
- 人員配置が少なく、平均在院日数の要件設定がない入院料を届け出る病棟においては、1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

## 入院医療に関する方向性の整理

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

### 入院機能・地域移行

◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。

- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。  
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

### 人員配置

◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。

- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

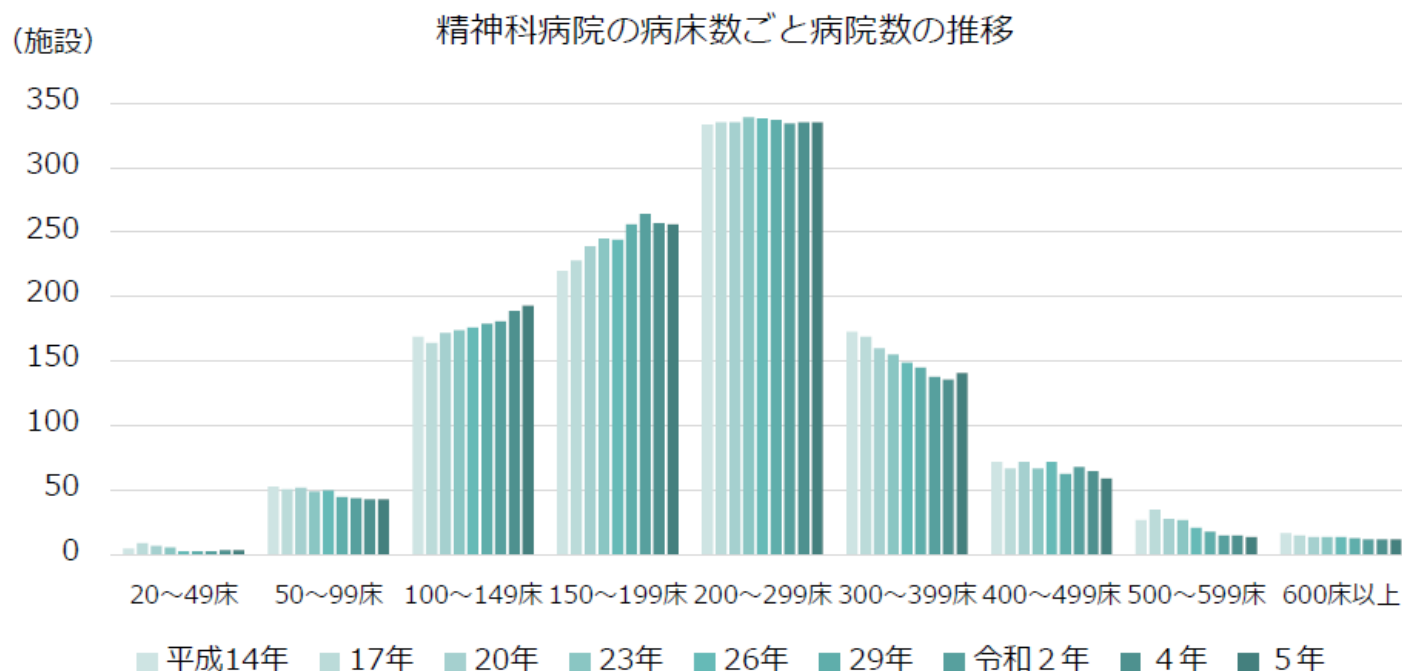
### 身体合併症について

◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。

- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。  
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

## 精神科病院の病床数ごと施設数の推移と利益率について

- 精神科病院の病床数ごと施設数について、200床台の医療機関数は横ばいである。
- 精神科病院の利益率について、病床数が少ないほど利益率が低下しており、200床以上の医療機関が病床削減を躊躇する一因となっていることが考えられる。

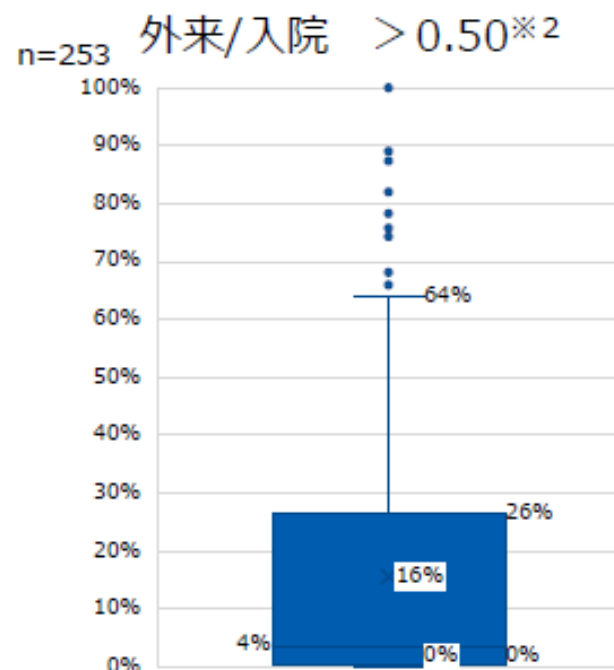
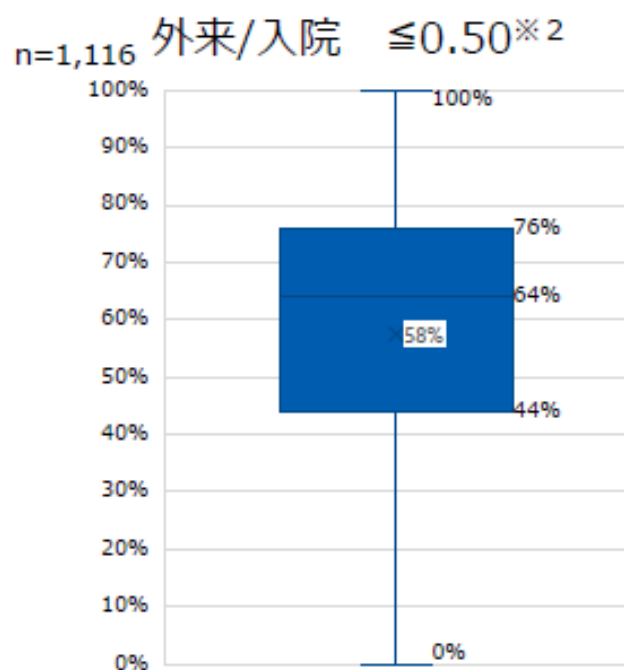


精神科病院		20床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		24	235	200	119	14
医業利益率	平均値	△1.6%	△0.6%	0.3%	0.2%	△2.6%
	中央値	△3.1%	△1.0%	△0.3%	△0.5%	△3.0%
経常利益率	平均値	0.6%	1.8%	2.7%	2.9%	4.4%
	中央値	0.7%	1.3%	1.7%	2.3%	2.7%

## 精神科外来医療の取組み状況と1年以上入院患者割合の関係

- 入院医療に比して外来医療の規模が大きい病院の方が、入院患者に占める1年以上の長期入院患者の割合が少ない傾向がある。

入院医療に比した外来医療の規模別の、1年以上の入院患者数の割合※1



※1 (精神病棟入院基本料の算定回数－入院期間が1年以内の場合に算定出来る加算の算定回数) / 精神病棟入院基本料の算定回数  
(通院・在宅精神療法又は精神病棟入院基本料の算定回数が0回の医療機関は除外。)

値が大きいほど、精神病棟入院基本料において1年以上の入院者数が多いことを示してる。

※2 外来：通院・在宅精神療法等の算定回数 (認知療法・認知行動療法等同日に通院・在宅精神療法を算定できないものを含む)

入院：精神病床で算定出来る主な入院料の合計算定回数 (特定入院料を含む)

## 地域定着への取組状況と精神病床の在宅復帰率等

- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。

	精神科入退院支援加算		療養生活継続支援加算		公認心理師の外来勤務	
	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	あり	なし
精神病床における 在宅復帰率（平均値）	75.2% (n=37)	72.5% (n=157)	74.8% (n=37)	72.4% (n=156)	74.8% (n=135)	70.7% (n=52)
精神病床における 平均在院日数（平均値）	193日 (n=48)	251日 (n=191)	200日 (n=47)	249日 (n=192)	213日 (n=163)	306日 (n=68)

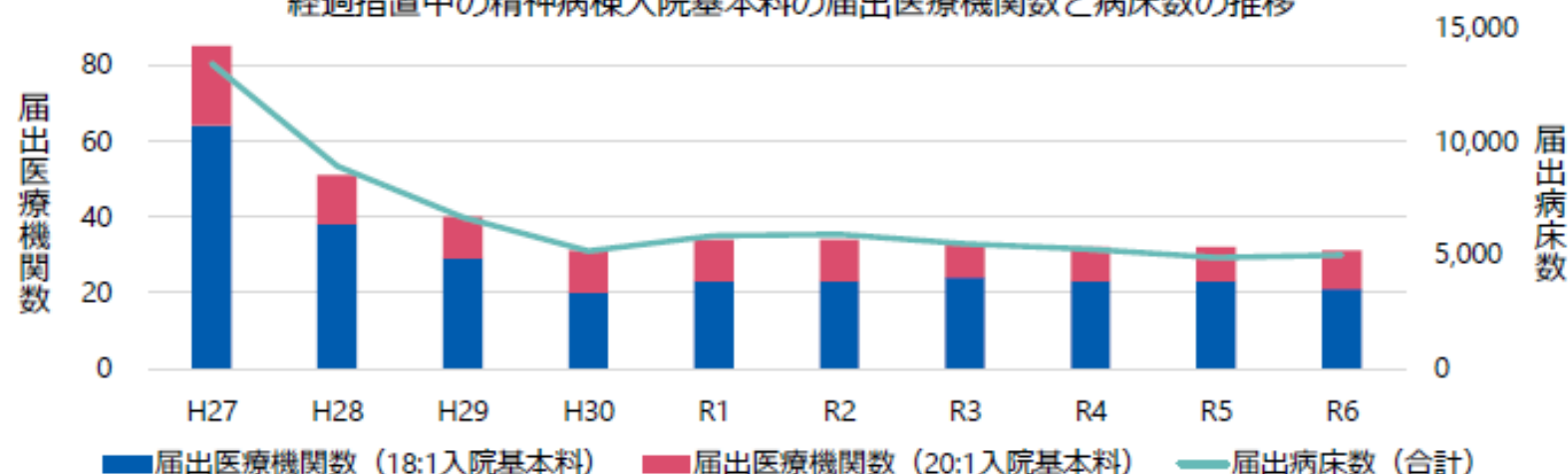
「平均在院日数」＝（令和6年9月～11月の在院患者延べ日数）÷〔（令和6年9月～11月の新入棟患者数＋令和6年9月～11月の新退棟患者数）／2〕

「在宅復帰率」＝A÷B：A、該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）×100、B、該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

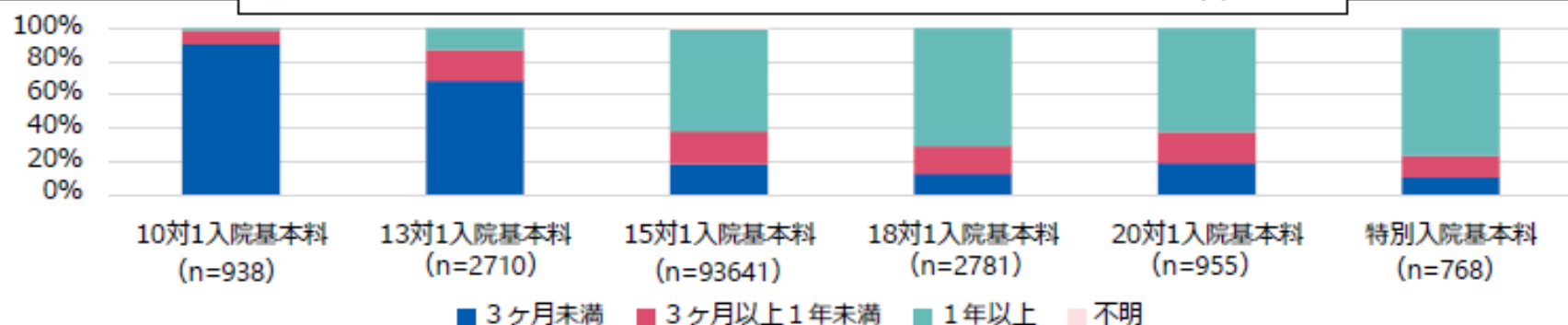
## 精神病棟入院基本料の入院患者数と割合（在院期間別）

- 平成16年度改定以降現在まで、現行の18:1、20:1入院基本料は経過措置として「当分の間、算定できるものとする」とされているところ、届出医療機関数及び病床数は近年横ばいである。
- 人員配置が少なく、平均在院日数の要件設定がない入院料を届け出る病棟においては、1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

経過措置中の精神病棟入院基本料の届出医療機関数と病床数の推移



精神病棟入院基本料の入院患者の在院期間別割合（令和6年6月30日時点）



## 1. 精神医療の現状等について

## 2. 入院医療について

### 2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

### 2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

## 3. 精神身体合併症について

### 要約

- 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。
- 精神科救急医療体制加算は、地域の医療提供体制等の事情により特例的に120床以上でも算定可能としているところ、当該要件を用いて算定している医療機関は、1施設のみであった。
- クロザピンの新規導入は、精神科急性期医師配置加算の対象に限らず、多様な病棟において実施されていた。

## 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における時間外、休日又は深夜の入院件数

- 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。

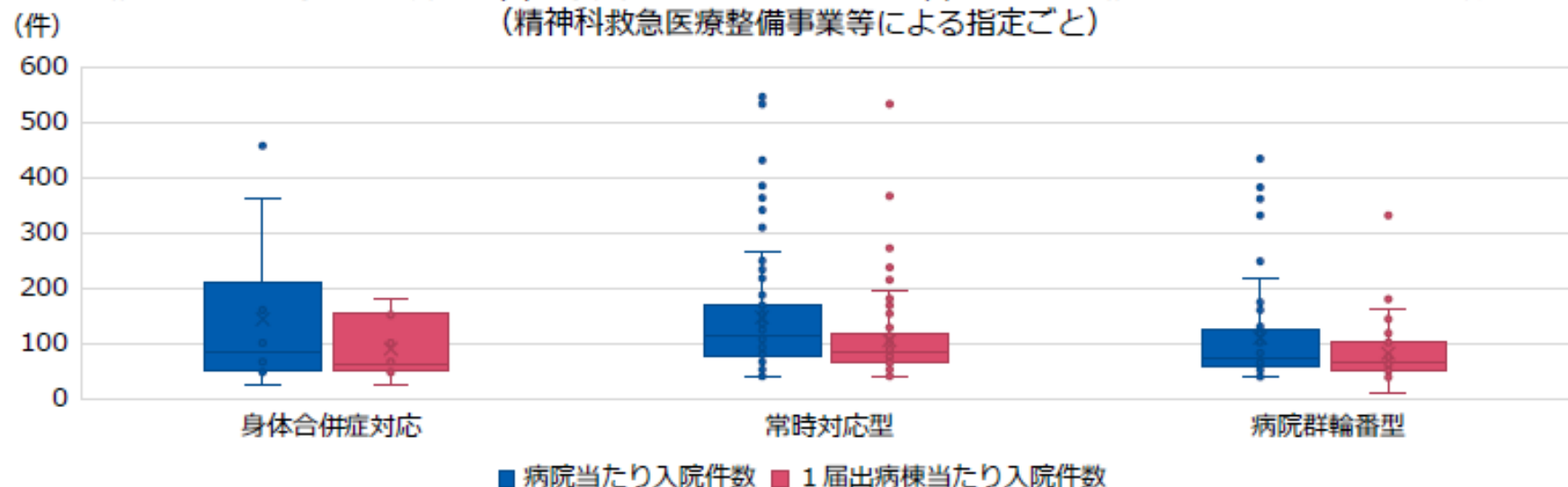
### A311精神科救急急性期医療入院料 注5 精神科救急医療体制加算

**1(身体合併症対応) : 600点 2(常時対応型) : 590点 3(病院群輪番型) : 500点**

- 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、精神科救急急性期医療入院料の算定病棟に入院した日から起算して 90 日を限度として算定する。

- ・精神科救急医療体制整備事業による指定
- ・病院常勤の精神保健指定医が5名以上
- ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口1万人当たり0.5件以上であり、うち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼

精神科救急医療体制加算の届出医療機関における時間外、休日又は深夜の精神疾患による年間入院件数  
(精神科救急医療整備事業等による指定ごと)



## 精神科救急医療体制加算における病床要件の特例の活用状況

- 精神科救急医療体制加算は、地域の医療提供体制等の事情により特例的に120床以上でも算定可能としているところ、当該要件を用いて算定している医療機関は、1施設のみであった。

### A311精神科救急急性期医療入院料 注5 精神科救急医療体制加算

#### 1(身体合併症対応) : 600点 2(常時対応型) : 590点 3(病院群輪番型) : 500点

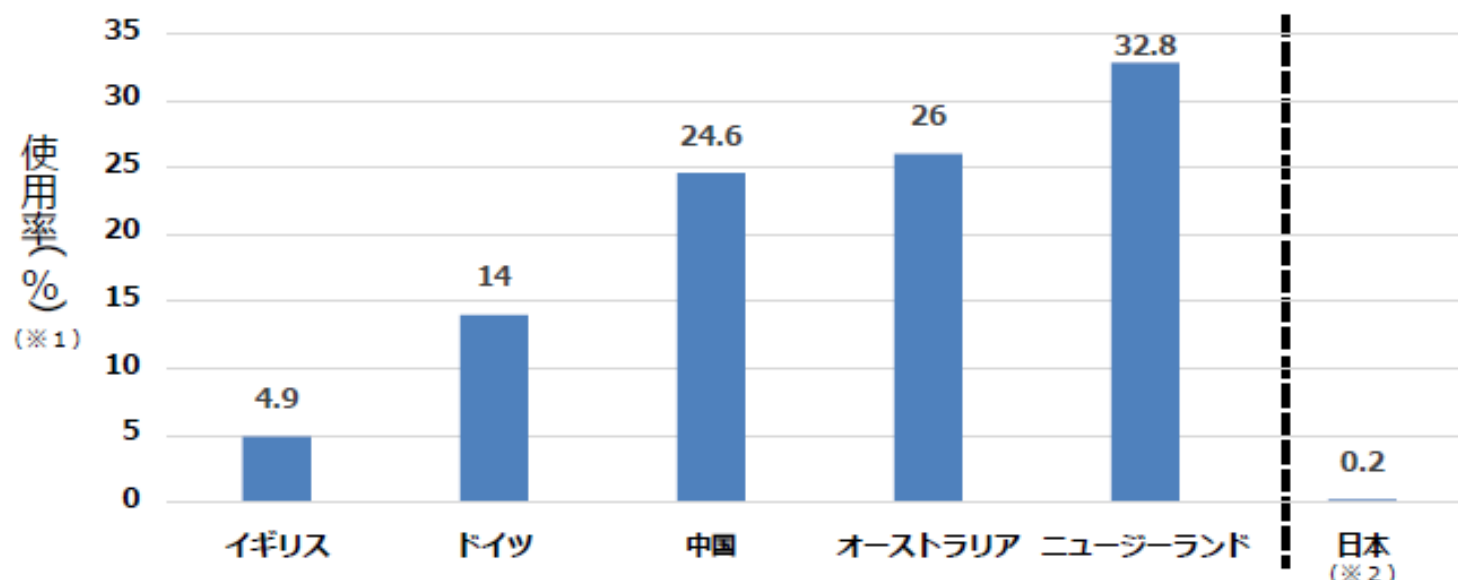
- 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、当該病棟に入院した日から起算して90日を限度として算定する。
- 精神科救急医療体制加算を算定する病棟の病床数(精神病床に限る。)は120床までとする。ただし、令和4年3月31日時点で、現に旧医科点数表の精神科救急入院料を算定している病棟において、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に対し、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合に限り、同時点で精神科救急入院料を算定する病棟の病床数を上限として算定することができる。ただし、この場合にあっては、120床を超えていない病床数も含め、それぞれの所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

	算定医療機関数		算定医療機関数
精神科救急医療体制加算 1	12	<u>120床を超えて算定する場合</u>	0
精神科救急医療体制加算 2	104	<u>120床を超えて算定する場合</u>	1
精神科救急医療体制加算 3	61	<u>120床を超えて算定する場合</u>	0

## 統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

中医協 総-2  
元. 11. 20

- 治療抵抗性統合失調症を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンによる専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている一方、重大な副作用が報告されていることから、クロザピンの使用にあたっては、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。
- 第7次医療計画及び第5期障害福祉計画においては、精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標設定を行っており、当該目標はクロザピンの普及等による効果を勘案している。
- そのため、治療抵抗性統合失調症を有する患者がどこに入院しても、当該治療を受けることができるよう、クロザピンを使用可能な医療機関の確保及び地域連携体制を構築するとともに、クロザピンの処方率を、先行している諸外国の実績と国内で先行している医療機関の実績を踏まえ、治療抵抗性統合失調症患者の25～30%に普及することを目指している。
- なお、クロザピンの使用率を単純に比較することは難しいが、イギリス（4.9%）、ドイツ（14%）、中国（24.6%）、オーストラリア（26%）、ニュージーランド（32.8%）に対して、日本は0.2%となっている。



(※1) 個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、使用率の単純比較はできない。

統合失調症患者のうち、イギリスは外来患者（2000年～2001年）、ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は外来及び入院患者（2017年）を用いたもの。

(※2) 日本は、医療計画の指標例「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」を用いた。

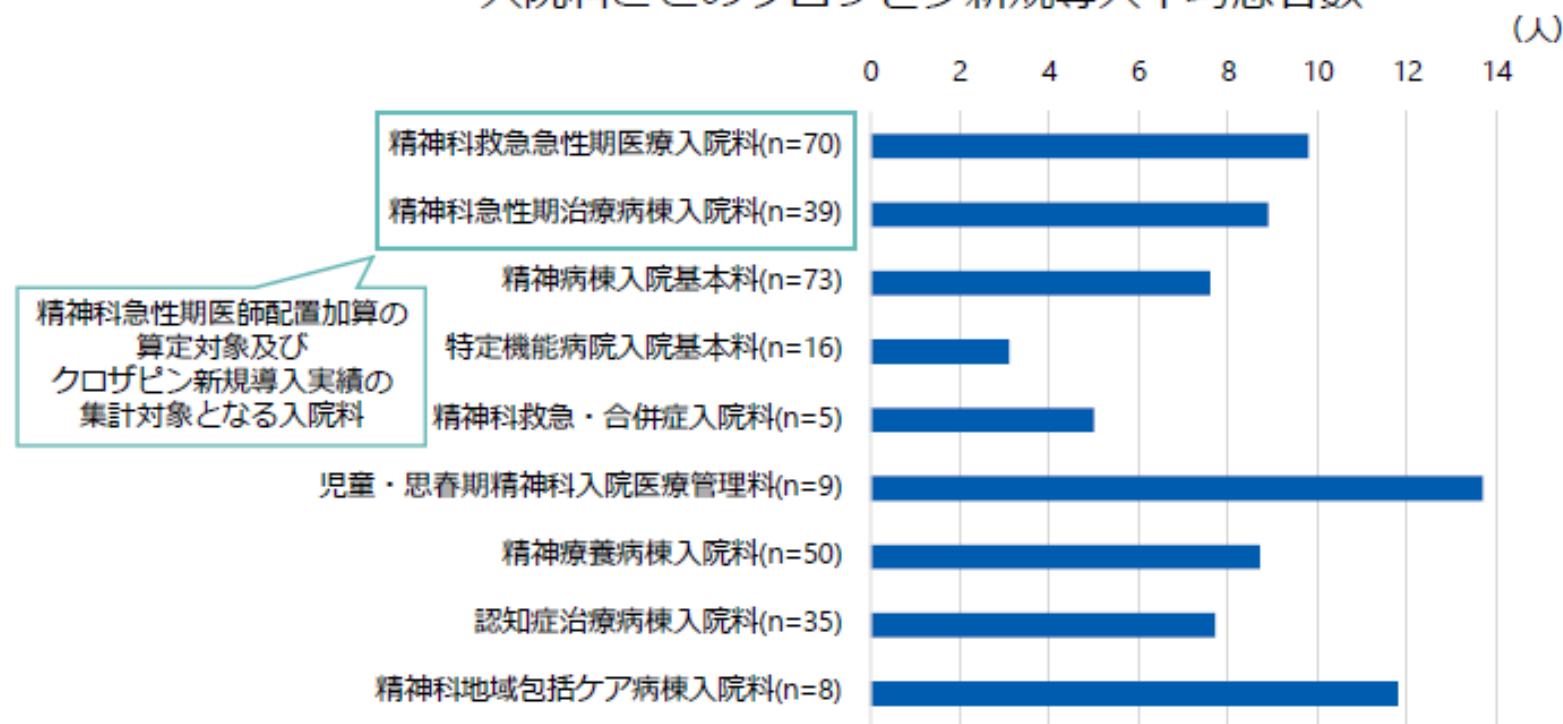
出典（日本を除く）：厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会）

出典（日本）：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）

## クロザピンの新規導入病棟

○ クロザピンの新規導入は、精神科急性期医師配置加算の対象に限らず、多様な病棟において実施されていた。

入院料ごとのクロザピン新規導入平均患者数



※ 令和5年12月～令和6年11月において1件以上の回答があった施設のみ集計。

## 1. 精神医療の現状等について

R7.10.24 中医協資料

## 2. 入院医療について

### 2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

### 2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

## 3. 精神身体合併症について

### 要約

- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。
- いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。
- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。
- 患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

## 入院医療に関する方向性の整理

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

## 入院機能・地域移行

◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。

- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急<sup>※</sup>を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。  
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。  
注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

## 人員配置

◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。

- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

## 身体合併症について

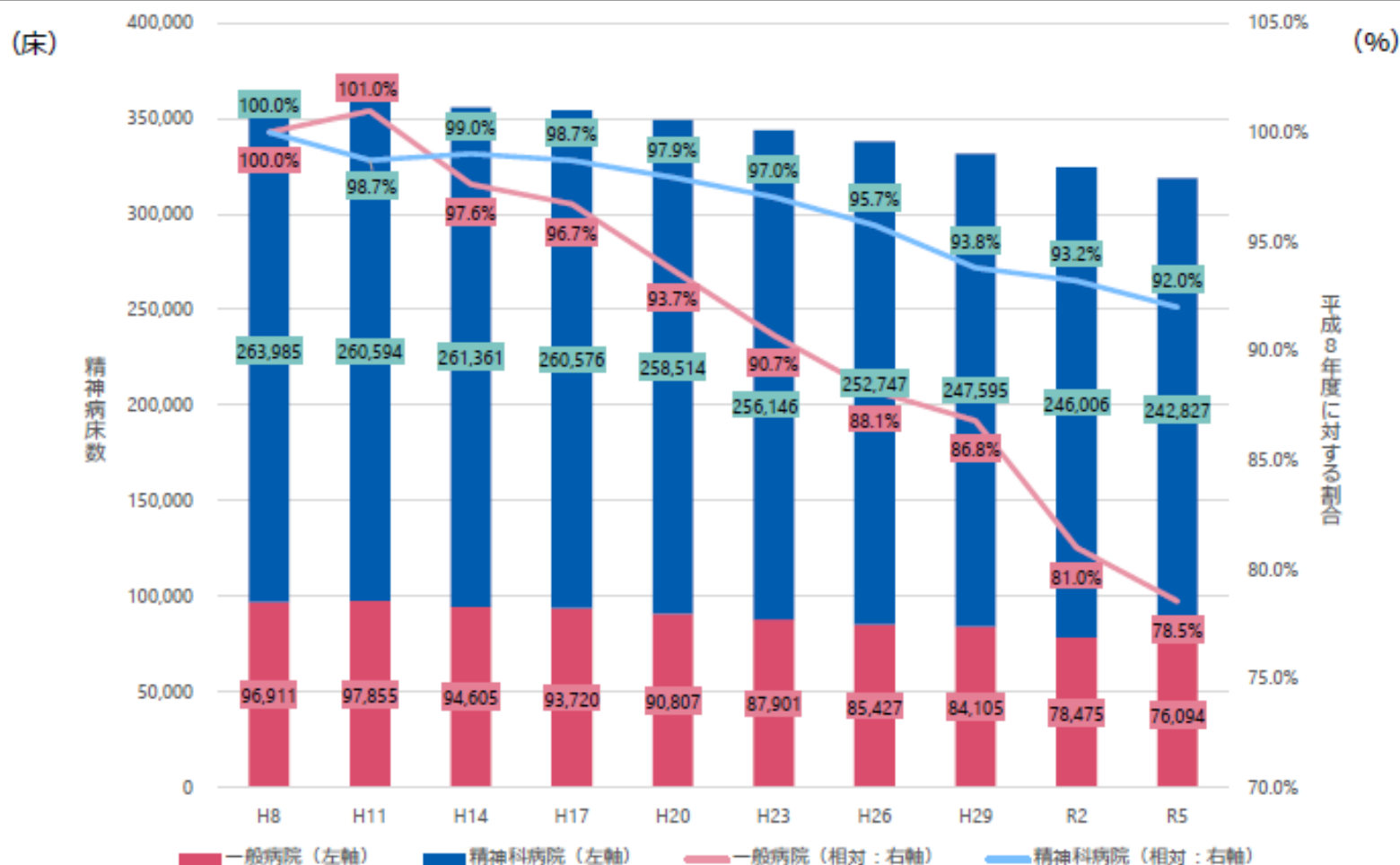
◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。

- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場<sup>※</sup>等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。  
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

# 精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

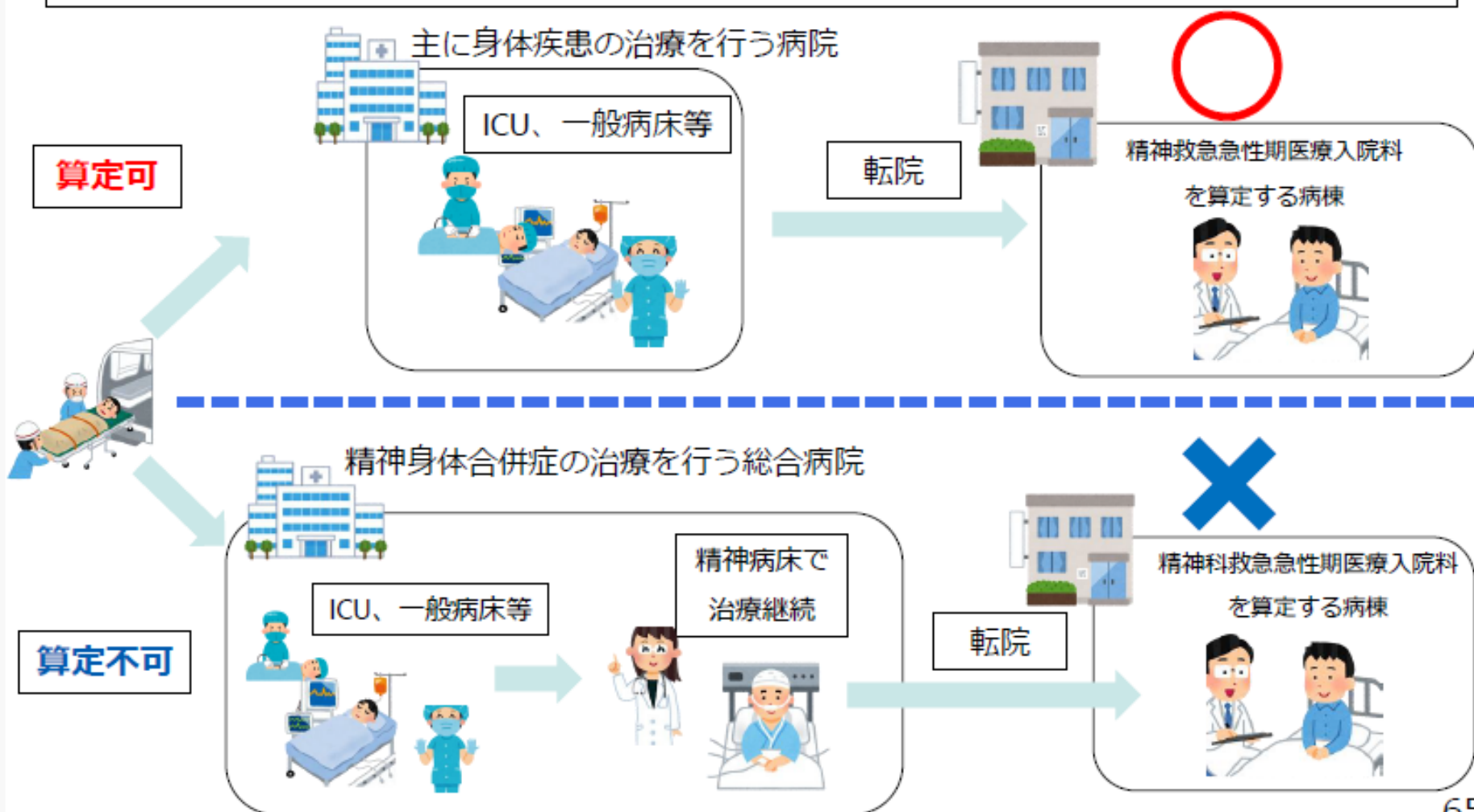
診調組 入 - 1  
7 . 7 . 1 7

- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



## 転院患者における精神科救急急性期医療入院料等の取扱い

- いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。



## 精神科身体合併症管理加算について

### A230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

1	7日以内	450点
2	8日以上15日以内	300点

（趣旨）

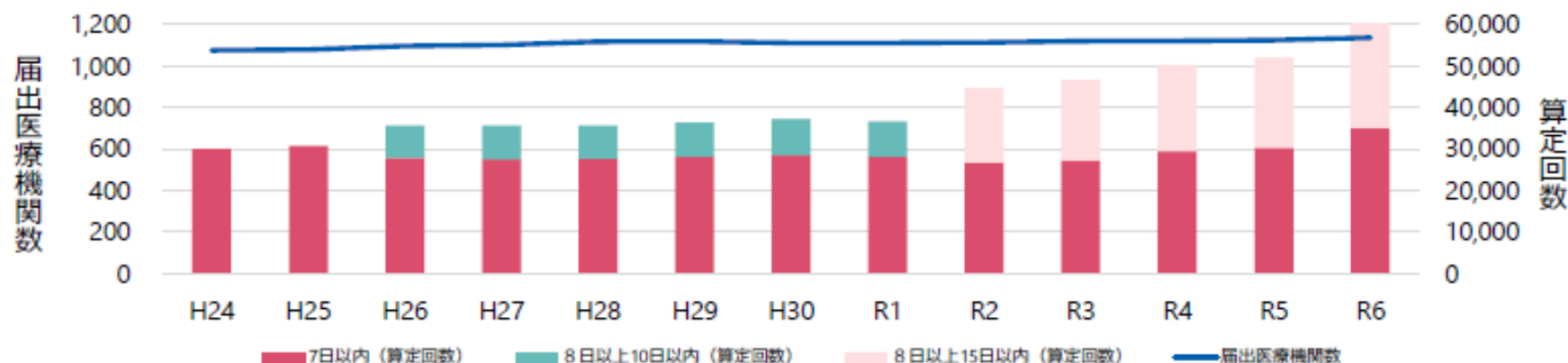
- 精神科身体合併症管理加算は、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。

（対象患者）

- 呼吸器系疾患（肺炎等）、心疾患、手術又は直達・介達牽けん引を要する骨折、脊髄損傷、重篤な内分泌・代謝性疾患、重篤な栄養障害、意識障害、全身感染症、中枢神経系の感染症、急性腹症、劇症肝炎又は重症急性膵炎、悪性症候群又は横紋筋融解症、広範囲（半肢以上）熱傷の患者。

（主な施設基準）

- 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

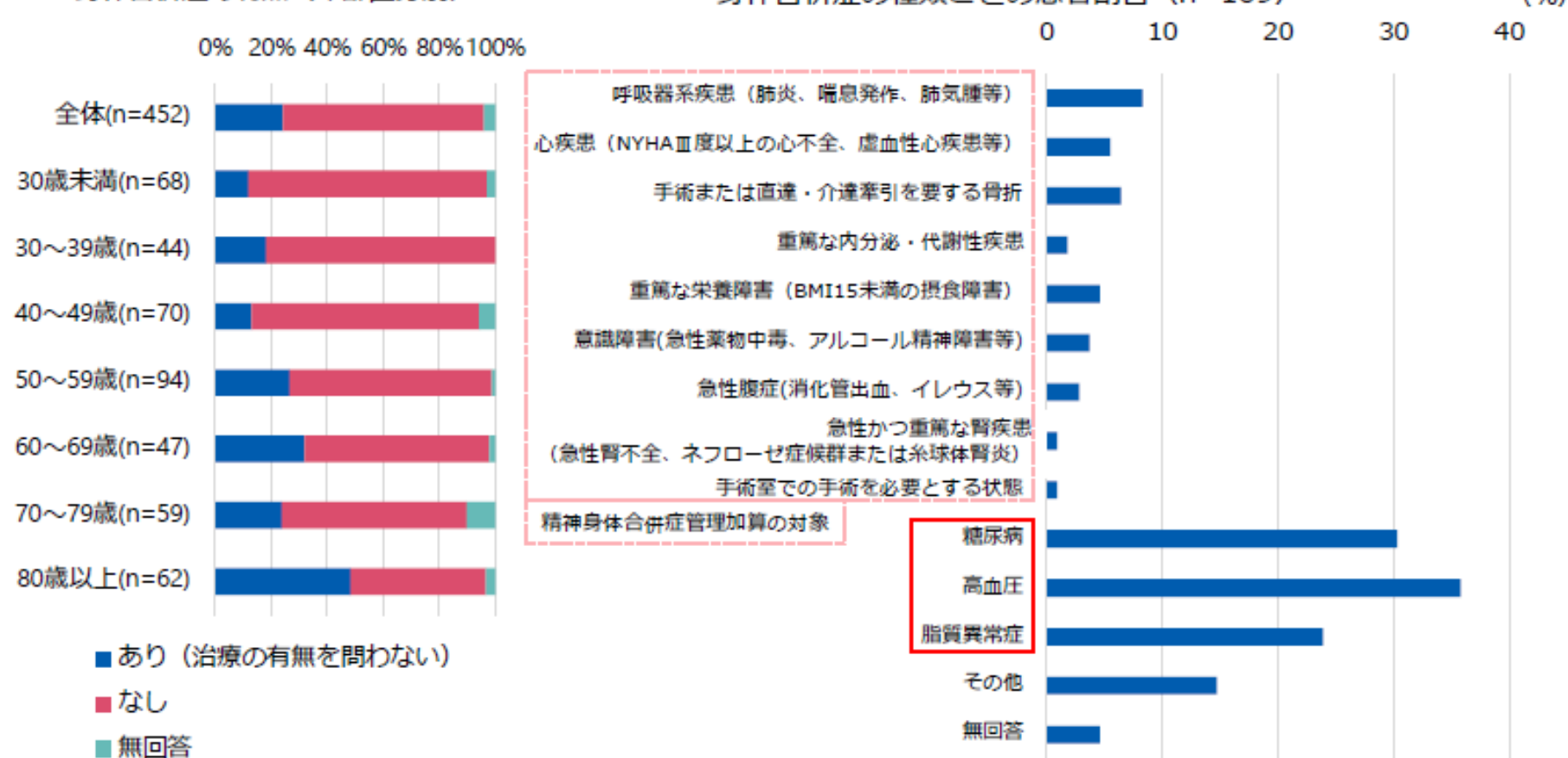
算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

## 精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。
- 患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。

身体合併症の有無（年齢区分別）

身体合併症の種類ごとの患者割合（n=109）



## 精神医療に係る論点

### 【論点】

#### （多職種による質の高い医療の提供等について）

- 質の高い精神医療の提供のために、急性期の入院料においても、各医療機関・病棟の入院患者のニーズに応じ、看護職員だけでなく、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師をより柔軟に配置できるようにすることについてどう考えるか。
- 精神病床に入院する患者数は減少傾向であり、病床の削減が進む一方で、小規模の精神科病院は運営が困難であること等を踏まえ、病床数を削減する取り組みを行っている等の小規模医療機関が、質の高い入院医療、地域生活に係る外来医療の提供や障害福祉サービスの提供等を行うことの評価についてどのように考えるか。
- 長期入院患者に対する地域移行に係る取組をさらに推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神科病棟入院基本料等の評価をどのように考えるか。

#### （患者の特性に応じた治療・ケアの推進について）

- 精神科救急急性期医療入院料等について、医療保護入院等の割合が高いことが要件となっているが、強制的な入院を促進しないような配慮を踏まえた、緊急的な入院医療の必要性に関する指標のあり方について、どのように考えるか。
- 「精神科救急医療体制加算」について、精神科救急医療体制整備事業において都道府県が指定した類型に基づく評価となっているが、実際の救急や地域医療における機能を踏まえた評価のあり方について、どのように考えるか。また、当該加算を120床を超えて届出を行う場合の特例的な規定については、利用が少ないことを踏まえ、その扱いをどのように考えるか。
- クロザピンの新規導入に関する医療機関の体制整備のあり方を踏まえ、現在病棟ごとの評価となっている、精神科急性期医師配置加算のクロザピン新規導入実績の要件についてどのように考えるか。

#### （精神身体合併症について）

- 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の治療提供体制の普及を図る観点から、こうした体制を評価する精神科急性期医師配置加算2イの対象となる入院料のあり方について、どのように考えるか。また、重症の身体合併症で急性期の治療を行った患者が、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病床に転棟・転院した場合の取り扱いについてどう考えるか。
- 精神科病床入院患者の高齢化が進む中で、生活習慣病や維持透析等の慢性的な身体合併症への対応を要する患者への、内科等の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、精神科身体合併症管理加算の要件や対象疾患の範囲についてどう考えるか。
- 様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、精神科リエゾンチーム加算における、認知症及びせん妄以外の精神疾患を抱える患者への介入の更なる評価について、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（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）  
精神医療について①
- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）  
療養病棟について
- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）  
様式9 他
- ・ 第625回（R7.11.07）入院  
入院時の食費・光熱水費（その1）
- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）  
精神科訪問看護 他
- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算  
個別項目について（その8） 小児・周産期

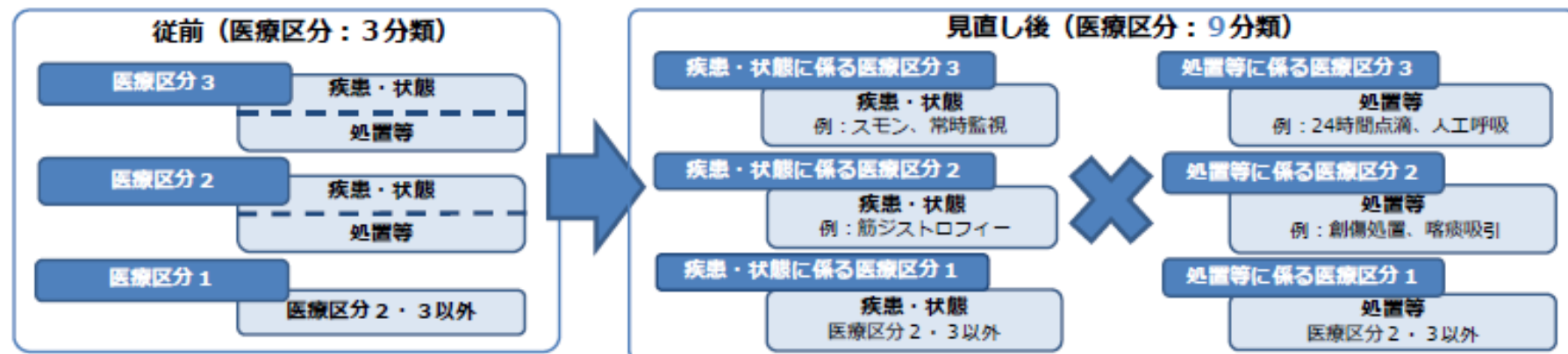
令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価④

## 療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

### 1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



### 2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

### 3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27 (従前の入院料I) について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

### 4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

### 5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

## これまでの療養病棟に関する主な意見

### ＜令和7年7月23日 中医協総会＞

- 慢性期入院医療については、新たな地域医療構想の取りまとめも参考に、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設などと併せて体制を構築していく方向で議論を進めるべきである。
- 療養病棟につきましては、前回改定で入院料を30通りとするなど、大変大きな変更を行ったところであり、前回改定の影響も含めて、現場の実態を把握し、今後のニーズなども踏まえながら、課題について丁寧に検討していくべきである。
- 日本看護協会の調査では療養病棟入院料1の看護職員配置20対1を上回る看護職員配置を行いながら、重症度の高い患者への対応を行っている病棟が多くあることを把握しており、慢性期入院医療の中で重症度の高い患者を受入れ、医療行為や処置等を行っている病棟をどのように評価していくのかという視点も重要である。

### ＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

- 褥瘡のある患者が肺炎を発症した場合等、同じ処置区分に該当する項目が2つ以上生じた場合についての医療資源投入量についても検討しつつ入院料の現状を評価してはどうかとの意見があった。
- 入院料2の場合でも、医療区分2・3の患者が6割を超える施設がほとんどであることを踏まえ、基準を検討する余地があるのではないかと意見があった。

## 身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

### 身体的拘束を最小化する取組の強化

- 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、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、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を整備することを規定する。

- ・ 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の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



#### 【身体的拘束最小化の基準】

##### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (3) 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。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
  - 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
  - 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
  - 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、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の規定による。

〔経過措置〕令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

## これまでの身体的拘束に関する主な意見

### <入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 認知症ケア加算について、令和5年から令和6年にかけて、身体的拘束の実施割合が減少しているが、令和6年度診療報酬改定による減算の見直しによって身体的拘束が減少しているのだとすれば、もう少し評価を厳格化することもあり得るのではないかと意見があった。
- 入院患者として高齢者が増えている中、転倒防止のために行動を制限することは本末転倒であり、医療機関内で転倒しても大事に至らないような環境整備等を行うとともに、不要な医療処置は行わない、早期に慣れた環境に戻るなどの対応が進むように社会全体での議論を醸成していくべきであるとの意見があった。
- 身体的拘束を最小化する取組への努力は必要だが、転倒・転落のリスクは生じる。離床センサーマットの活用や段差の解消等は必要だが、家族の理解も重要となる。病院にいたら転倒しないと思われるのは異なるため、風土を醸成する必要がある。組織が一丸となって取り組むことも重要。そのような取組が表に出やすい評価を工夫する必要があるのではないかと意見があった。
- 身体的拘束を最小化する取組は、患者の尊厳を守る観点からも重要であり、取組を推進する工夫が必要である。身体的拘束を最小化する取組としては、経営者や管理者のリーダーシップをはじめとして組織一丸となつての取組が必要である。指針の策定は進められている一方で、患者に医療処置を説明する掲示物の導入、緩衝マットの活用、管理者から職員への発信等の取組は比較的实施が少ないことが調査結果からも明らかになっている。このような取組が進むような方策について検討が必要との意見があった。

# 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（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）  
精神医療について①
- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）  
療養病棟について
- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）  
様式9 他
- ・ 第625回（R7.11.07）入院  
入院時の食費・光熱水費（その1）
- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）  
精神科訪問看護 他
- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算  
個別項目について（その8） 小児・周産期

## 病棟における勤務時間と様式9

- 病院の入院基本料等の施設基準において「看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数」と規定している。
- 様式9に勤務時間数として算入及び除外するものは、通知や疑義解釈の様々な場所に規定されており、様式9の作成を煩雑にしている一因ではないか。

### ■ 病院の入院基本料等に関する施設基準で、看護要員の数および勤務時間として算入/除外するものの例

	算入可(例)	算入不可/除外可(例)
施設基準通知	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数</li> <li>○ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間</li> <li>○ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者</li> <li>○ 職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合</li> <li>○ 紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合</li> <li>○ 小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士の数</li> <li>○ 主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数</li> <li>○ 病棟単位で算定する特定入院料（「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料1に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数（兼務者を除く）</li> <li>○ 小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士の数</li> <li>○ 1か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者</li> <li>○ 夜勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は夜勤時間から除外可</li> </ul>
様式9	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ （4. 勤務実績表「日付別の勤務時間数」について）上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。</li> </ul>	
疑義解釈	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通常の休憩時間</li> <li>○ 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間</li> <li>○ 一般病棟入院基本料の届出病棟に入院している患者に対して、当該病棟の看護師が行うがん患者カウンセリング料の算定に係る業務の時間</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休憩時間以外の病棟で勤務しない時間</li> <li>○ 有給休暇や残業時間</li> <li>○ 日勤時間帯の中で、申し送った従事者の申し送りに要した時間は日勤時間から除外可</li> </ul>

## 看護職員等の働き方に係る課題と論点③

### 【論点】

- 夜勤に係る看護職員の負担を踏まえ、総合入院体制加算や看護職員夜間配置加算において作成することとされている、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」において、夜勤に係る負担に配慮するよう促すことについてどのように考えるか。
- ハローワーク・ナースセンター（無料職業紹介）や適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取り組みを行っているにもかかわらず、「やむを得ない事情」によって一時的に看護職員確保ができない場合において、施設基準の配置を柔軟化することについてどのように考えるか。
- 医療機関が医療の提供、経営、地域連携等を総合的に行っていくに当たって、看護業務の質の高いマネジメントが重要であることを踏まえ、看護の管理能力を向上する取組を促進することについてどのように考えるか。
- 看護要員の必要数と配置数を算出するための「様式9」について、病棟内での短時間のオンライン研修受講や、通常の医療で必要な病棟外での業務等について、入院患者の看護に影響のない範囲で勤務時間に算入できるよう追加するなど、わかりやすく整理し明確化することについてどのように考えるか。
- 有床診療所入院基本料等における届出様式に記載する看護職員の配置数の計算方法について、施設基準通知を踏まえ明確化してはどうか。
- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等が実施されている。このような状況を踏まえ、専従要件等を緩和することについてどのように考えるか。合わせて、院内における専従要件等の扱いについてどのように考えるか。

## 看護職員確保のための求人サービス利用状況

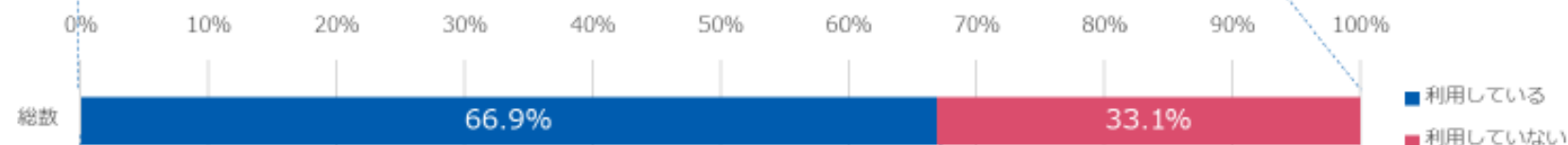
診調組 入-3  
7. 9. 11

- 入院料の施設基準を満たす看護職員の配置を行うにあたり、困難を感じることもあるか尋ねたところ、「大いに感じる」・「感じる」は86.5%であった。
- 看護職員の確保について有料の求人サービスを利用している医療機関は66.9%であった。
- そのうち、認定事業者を利用している医療機関は42.6%、認定事業者とそうでない事業者のどちらも利用している医療機関は42.5%、利用していない医療機関は14.9%であった。

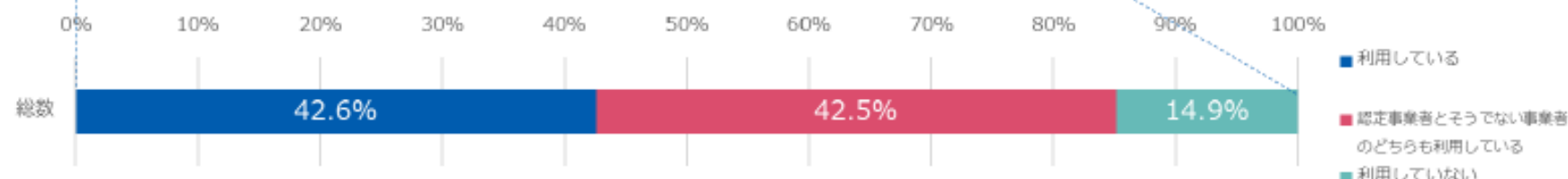
看護職員の確保について、困難を感じていますか（直近1年間の変化について）（n=3,190）



看護職員の確保について有料の求人サービスを利用していますか（n=2,646）



認定事業者を利用していますか（n=1,747）



## 看護職員等の働き方に係る課題と論点③

### 【論点】

- 夜勤に係る看護職員の負担を踏まえ、総合入院体制加算や看護職員夜間配置加算において作成することとされている、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」において、夜勤に係る負担に配慮するよう促すことについてどのように考えるか。
- ハローワーク・ナースセンター（無料職業紹介）や適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取り組みを行っているにもかかわらず、「やむを得ない事情」によって一時的に看護職員確保ができない場合において、施設基準の配置を柔軟化することについてどのように考えるか。
- 医療機関が医療の提供、経営、地域連携等を総合的に行っていくに当たって、看護業務の質の高いマネジメントが重要であることを踏まえ、看護の管理能力を向上する取組を促進することについてどのように考えるか。
- 看護要員の必要数と配置数を算出するための「様式9」について、病棟内での短時間のオンライン研修受講や、通常の医療で必要な病棟外での業務等について、入院患者の看護に影響のない範囲で勤務時間に算入できるよう追加するなど、わかりやすく整理し明確化することについてどのように考えるか。
- 有床診療所入院基本料等における届出様式に記載する看護職員の配置数の計算方法について、施設基準通知を踏まえ明確化してはどうか。
- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等が実施されている。このような状況を踏まえ、専従要件等を緩和することについてどのように考えるか。合わせて、院内における専従要件等の扱いについてどのように考えるか。

## 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の人員配置基準

- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の双方を届け出た場合、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」と、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の看護師」を兼ねることはできないと解されている。
- また、精神保健福祉士と社会福祉士の両方の資格を持つ場合でも、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の社会福祉士」と、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置する「専従の精神保健福祉士」を兼ねることはできないと解されている。

### 【施設基準等】

	A 2 4 6 入退院支援加算 1	A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算
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	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 ※ 入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院科の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい
入退院支援部門の人員配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する<u>専従の看護師又は専従の社会福祉士</u>が1名以上</li> <li>更に、<u>専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師</u></li> <li>「A307」小児入院医療管理科（精神病棟に限る。）又は「A309」特殊疾患病棟入院科（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>次のア又はイを満たすこと</li> <li>ア：入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する<u>専従の看護師及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士</u>が配置</li> <li>イ：入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する<u>専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師</u>が配置</li> </ul>
病棟への入退院支援職員の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置</li> <li>当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る</li> <li>20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含める</li> <li>病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置</li> <li>当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る</li> <li>20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含める</li> <li>病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない</li> </ul>

## 入退院支援に係る課題と論点③

### 【論点】

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「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」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多いことを踏まえ、こうした病棟における入退院支援の評価についてどのように考えるか。
- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を届け出た場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が、同一の入退院支援部門で双方の業務を兼ねることについてどのように考えるか。
- 入退院支援加算の「退院困難な要因」に、「患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合」を加えることや、「要介護／要支援状態であるとの疑いがあるが要介護／要支援認定が未申請である場合」に準じて「要介護認定の区分変更申請が必要と判断される場合」を加えることについてどのように考えるか。
- 地域連携診療計画加算について、検査・画像情報を添付して情報提供した場合の評価についてどのように考えるか。
- 要介護・要支援者の円滑な入退院の実現に向けて、市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等による地域の医療・介護関係者の協議によって策定された「入退院支援ルール」に基づき入退院支援を行った場合の評価についてどのように考えるか。
- 面会制限が最低限に留められるよう、医療機関として適時適切に面会ルールの見直しを行うことが望ましいことを入院料の通則に位置づけることについてどのように考えるか。また、患者家族の面会機会の確保が円滑な入退院支援の実現において必要であることから、入退院支援加算の要件としてこのような取組を位置づけることについてどのように考えるか。
- 患者の退院先となる介護施設等から当該医療機関が金品の授受を行っていることは患者本位の入退院支援の実現を阻害する恐れがあることから、金品を受け取っていないことを入退院支援加算の要件とすることについてどのように考えるか。

## 面会制限に伴う影響

診調組 入-1  
7. 8. 28

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う一般病棟での面会制限に伴う影響が生じているという報告がある。

新型コロナウイルス感染症の拡大やそれに伴う一般病棟での面会制限によって、家族に対する看護師の関わりにどのような困難が生じているか、また、その困難にどのような対応をしているか

結果：

### 看護師が家族に関わる際に抱く困難の内容

- 《非対面で家族とコミュニケーションを取ることが難しい》
- 《患者と家族の関係性を把握できない》
- 《患者の状況や家族の思いを家族と看護師で共有することが難しい》
- 《患者や家族の状況、家族の意向を踏まえたうえで治療や退院支援を進めることが難しい》

### 困難への対応として

- 《限られた接触の機会に家族と効率的にコミュニケーションをとる工夫をする》
- 《家族へ意識的に目を向け、働きかける》
- 《患者と家族が双方のことを思い浮かべるような関わりをする》

患者と家族の関係性の把握、家族の思いを共有することが難しく、  
患者や家族の状況、家族の意向を踏まえた退院支援を進めることが難しい状況が生じていた。

## 入退院支援に係る課題と論点③

### 【論点】

- 高齢者が多く入院するような地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟では、「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」等、特に人手や時間を要する患者の割合が多いことを踏まえ、こうした病棟における入退院支援の評価についてどのように考えるか。
- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を届け出た場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が、同一の入退院支援部門で双方の業務を兼ねることについてどのように考えるか。
- 入退院支援加算の「退院困難な要因」に、「患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合」を加えることや、「要介護／要支援状態であるとの疑いがあるが要介護／要支援認定が未申請である場合」に準じて「要介護認定の区分変更申請が必要と判断される場合」を加えることについてどのように考えるか。
- 地域連携診療計画加算について、検査・画像情報を添付して情報提供した場合の評価についてどのように考えるか。
- 要介護・要支援者の円滑な入退院の実現に向けて、市町村が実施する在宅医療介護連携推進事業等による地域の医療・介護関係者の協議によって策定された「入退院支援ルール」に基づき入退院支援を行った場合の評価についてどのように考えるか。
- 面会制限が最低限に留められるよう、医療機関として適時適切に面会ルールの見直しを行うことが望ましいことを入院料の通則に位置づけることについてどのように考えるか。また、患者家族の面会機会の確保が円滑な入退院支援の実現において必要であることから、入退院支援加算の要件としてこのような取組を位置づけることについてどのように考えるか。
- 患者の退院先となる介護施設等から当該医療機関が金品の授受を行っていることは患者本位の入退院支援の実現を阻害する恐れがあることから、金品を受け取っていないことを入退院支援加算の要件とすることについてどのように考えるか。

## 複数のICT機器等を導入して看護業務の効率化に取り組んでいる事例

令和7年10月27日

第120回社会保障審議会医療部会

資料1

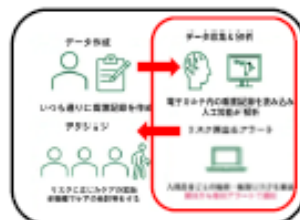
### 転倒・転落予測システムAI

（「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例）

- 電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握する。

#### <主な効果>

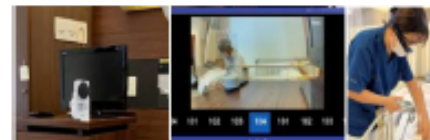
- 転倒転落リスク判定に係る時間  
患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減
- 転倒・転落インシデント報告件数  
導入前460件 ⇒ 導入後 284件



### スマートグラスと見守りカメラ

（令和6年度看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業）

- 病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。



#### <主な効果>

- 夜勤帯の看護師の訪室回数の比較  
導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較  
導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減

### スマートフォン

- スマートフォンのチャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などを1対1だけでなくグループで使用する。

#### <主な効果>

- 移動距離の減少(4~5km/日)  
⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の  
時間外労働が年間6000時間減少
- 日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された。
- 医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。



### 多職種協働セルケアシステム®

- スタッフステーションではなく、より患者に近い廊下を基地として多職種職員（看護職員、理学療法士、看護補助者等）を配置する。

#### <主な効果>

- ベッドサイド滞在時間の増加
- 患者の個別性に合わせたより質の高い看護やリハビリの提供が可能となり不安が軽減された。



病室前でのセルカンファレンス  
患者の個別性に合わせた質の高い看護やリハビリ提供を目指す

複数の取組の結果として、ベッドサイドで患者に寄り添える時間がこれまで以上に創出でき、安全性にも留意しつつ、患者の個別性に合わせた看護やリハビリの提供が可能になった。

出典：HITO病院からの提供資料を基に医政局看護課で作成。

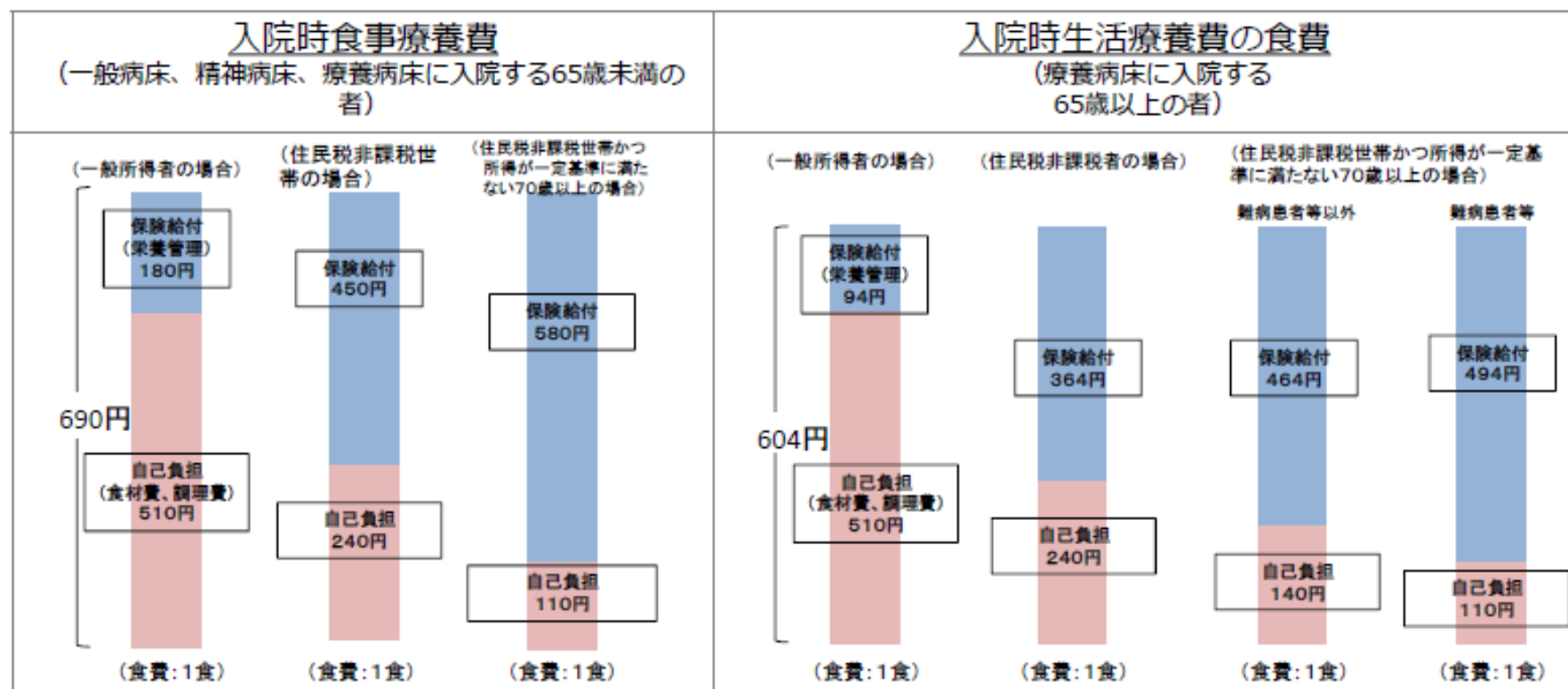
# 中央社会保険医療協議会の状況

## ●中央社会保険医療協議会 総会（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）  
精神医療について①
- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）  
療養病棟について
- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）  
様式9 他
- ・ 第625回（R7.11.07）入院  
入院時の食費・光熱水費（その1）
- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）  
精神科訪問看護 他
- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算  
個別項目について（その8） 小児・周産期

## 入院時の食費の概要

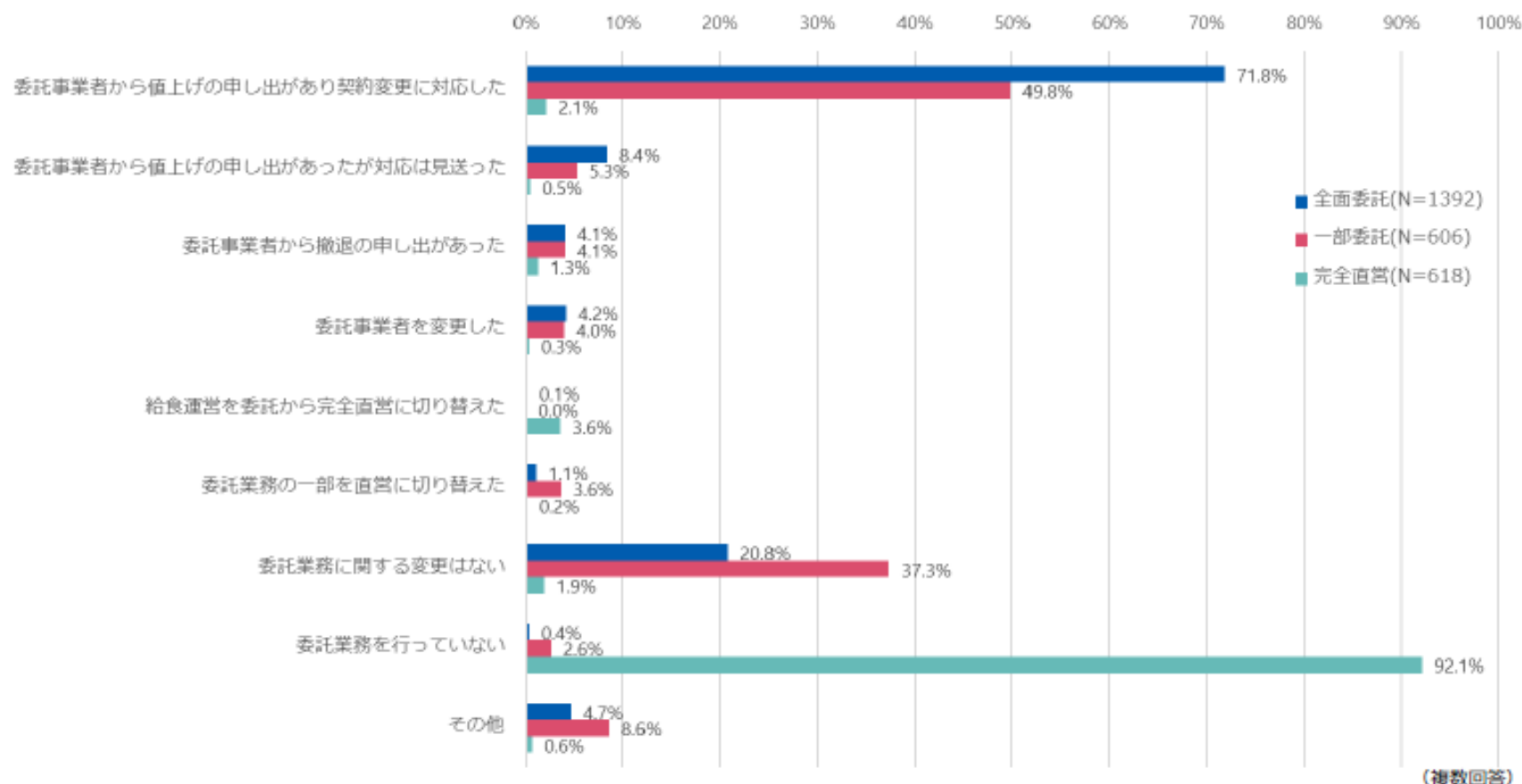
- 入院時に必要な食費は、1食当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時食事療養費（保険給付）」＝「食事療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院時食事療養費において、療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の食費において評価している。



## 令和6年6月以降の給食事業者への委託業務に関する状況

診療組 入-2  
7. 8. 2 1

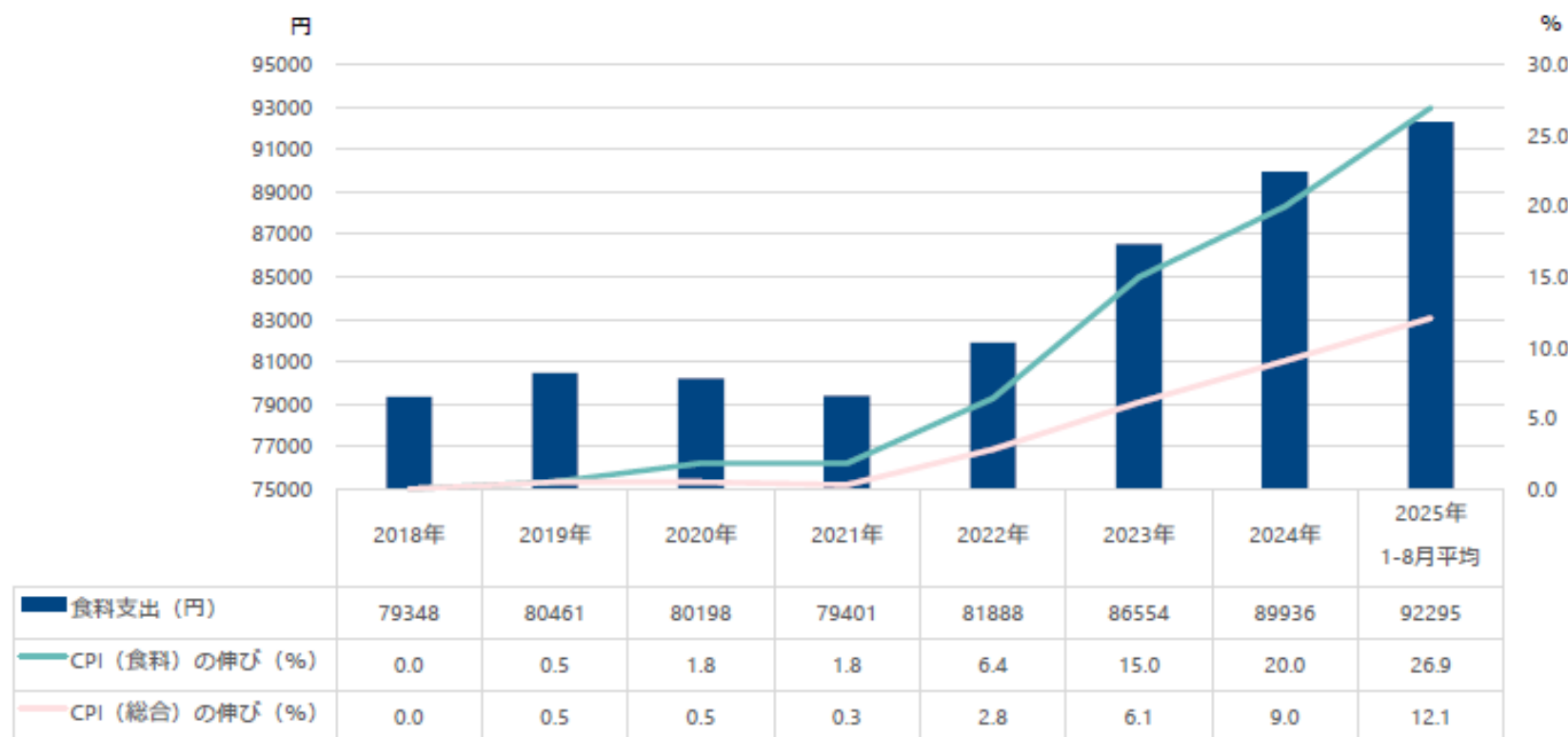
- 全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。
- 完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。



## 食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

診療組 入-2  
7. 8. 21改

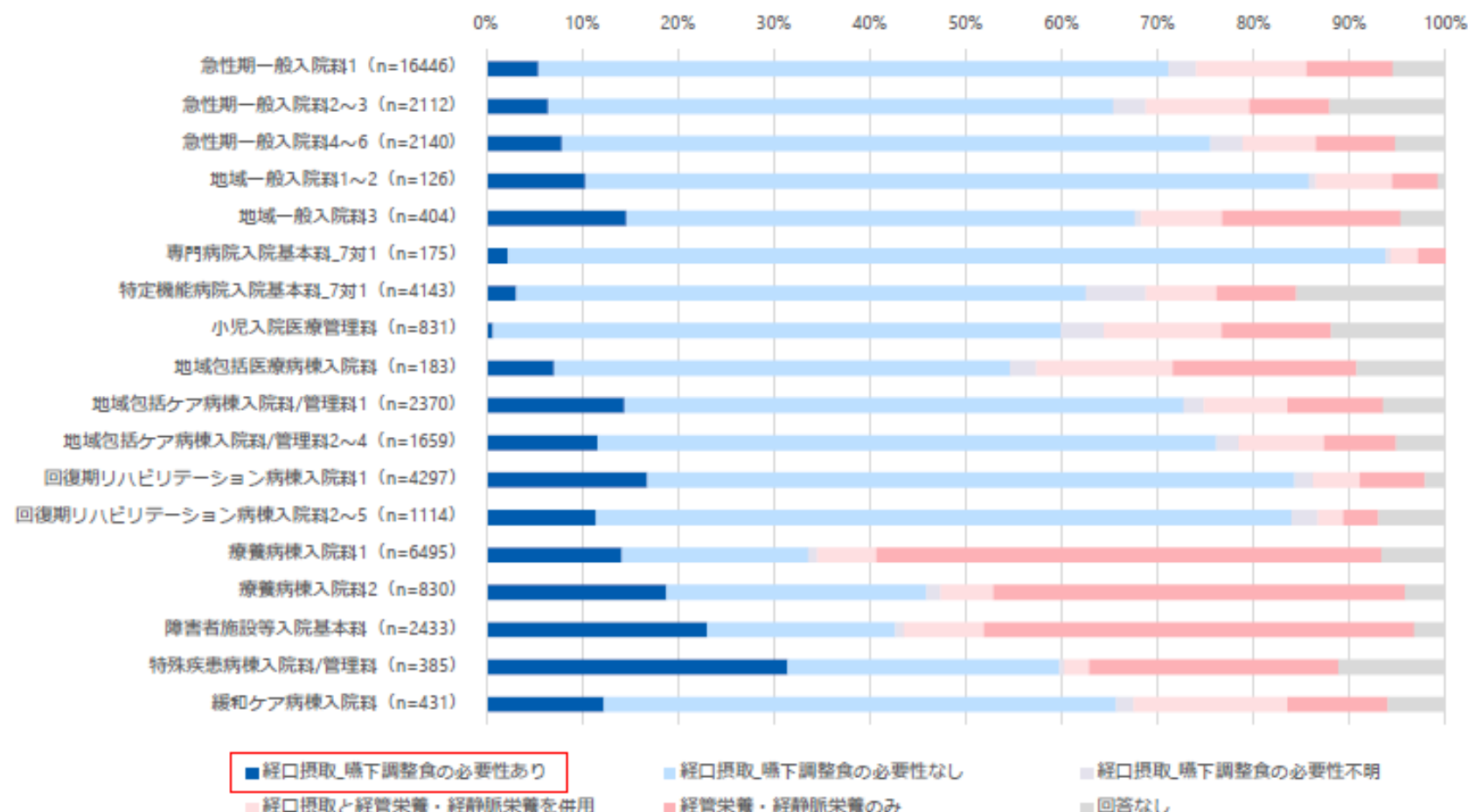
- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況。



※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

## 入院料ごとの嚥下調整食の必要性がある患者の状況

○ 嚥下調整食の必要性がある患者は一定数いるが、特別食加算の対象ではない。



## 美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の工夫

- 美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食は、彩り、味のメリハリ、温度、適切な食形態、栄養量を確保する調理法などの様々な工夫が行われている。

### 美味しく安全で適切な栄養量を有する 嚥下調整食の5つのポイント

#### ◆彩り

食材と食器の配色に配慮し、盛り付けやソースのかけ方にも工夫を

#### ◆味のメリハリ

だし、ハーブ、発酵調味料など香りとコクで味にメリハリを

#### ◆温度

保温・保冷食器などで適温を保ち、香りを立たせり、飲み込みの促しを

#### ◆適切な食形態

一人一人の摂食嚥下機能に合ったかたさ、なめらかさ、まとまりやすさ

#### ◆栄養量を確保する調理法

栄養強化や調理過程で水分の添加を控える工夫などで、栄養密度をアップ

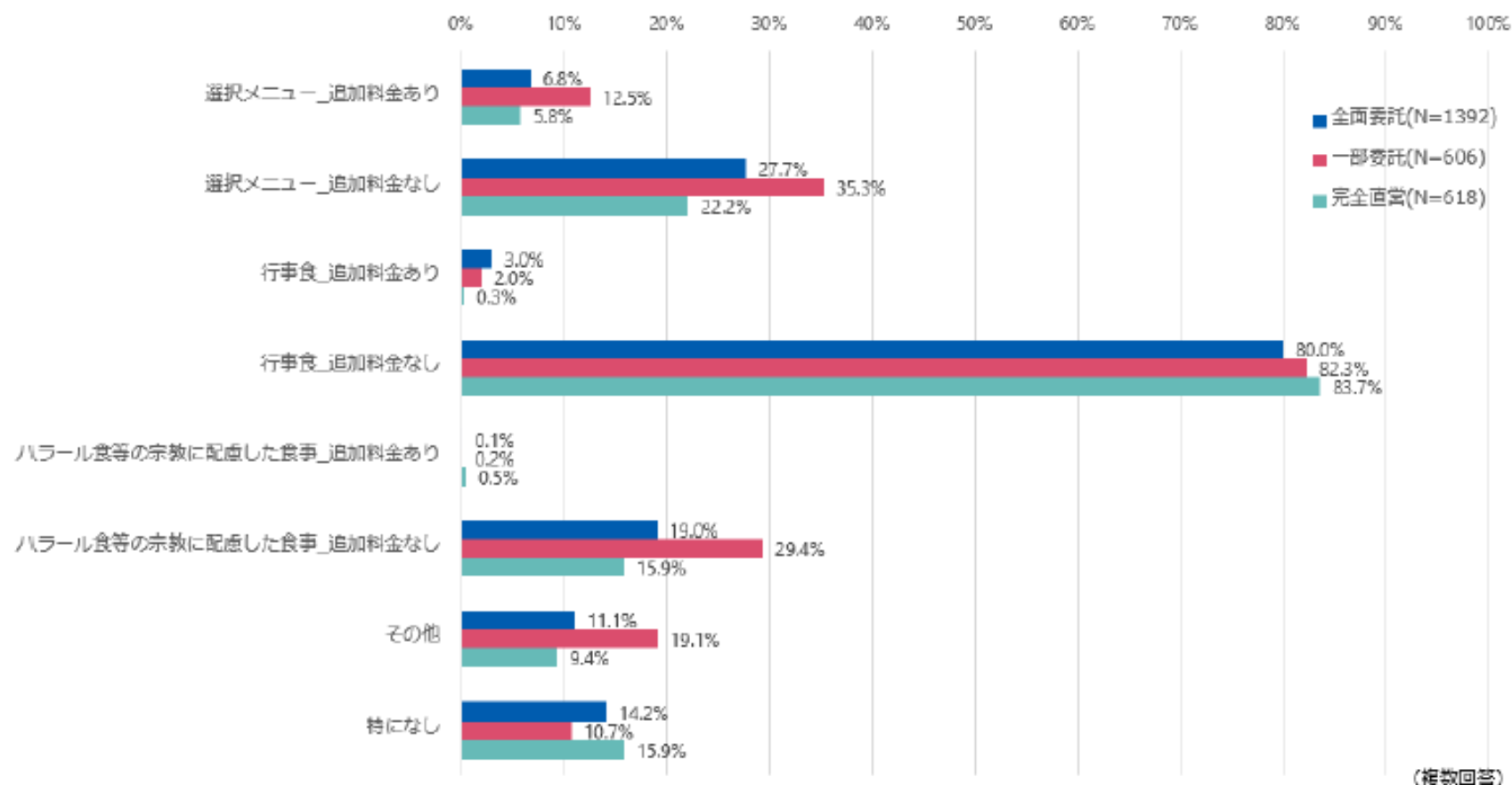
学会コード※	料理例	工夫
嚥下調整食 1 j	 <p>トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ トマトの色と形をそのまま再現</li> <li>・ 水分が分離しないよう、使用するゲル化剤の種類や量、温度を調整する</li> <li>・ 冷たく提供することで、物性を安定させ、飲み込みやすくする</li> </ul>
嚥下調整食 2-1	 <p>にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ にんじんの彩りをいかす</li> <li>・ バターを加えることで、コクを出し、栄養量もアップ</li> <li>・ 温かく提供して、より香りを立たせる</li> </ul>
嚥下調整食 2-2	 <p>カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 白い粥とカレーの彩りをいかし盛りつける</li> <li>・ スパイスの香りと味のメリハリで食欲促進</li> <li>・ カレールーは具と一緒にミキサーにかけること栄養密度をアップ</li> </ul>
嚥下調整食 3	 <p>棒々鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鶏肉ときゅうりにソースをかけ、常食と変わらない印象で盛りつける</li> <li>・ ソースをかけることで、香りが引き立つ</li> <li>・ 鶏肉にたんぱく質粉末を追加して栄養強化</li> </ul>
嚥下調整食 4	 <p>鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鮭とほうれん草の彩りをいかし盛りつける</li> <li>・ チーズの香りと生クリームのコクを味わう</li> <li>・ 脂ののった鮭を選び、ほうれん草は酵素を使ってやわらかく茹で、繊維を断つように切る</li> </ul>

※日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021

## 入院患者の食事に関する多様なニーズを踏まえた対応

診療組 入-2  
7. 8. 21

- 約8割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なしで行っていた。
- 約2割～3割の医療機関は、選択メニューやハラール食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。



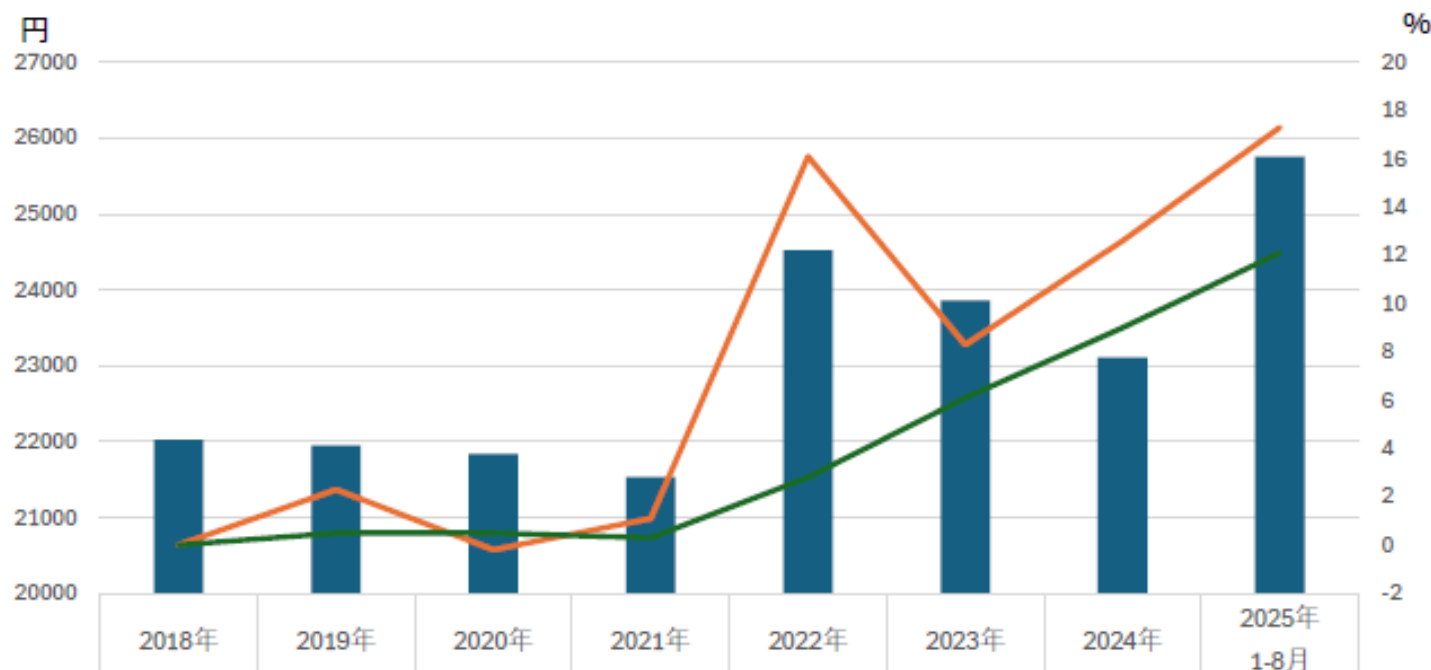
## 入院時の光熱水費の概要

- 入院時に必要な光熱水費は、1日当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時生活療養費（保険給付）」＝「生活療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の光熱水費において、一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院料中にて評価している。

入院時生活療養費の光熱水費 (療養病床に入院する65歳以上の者)		左記以外の者 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)
<p>一般所得者の場合</p> <p>398円</p> <p>保険給付 28円</p> <p>自己負担 (光熱水費) 370円</p> <p>(光熱水費:1日)</p>	<p>指定難病患者であり、住民税非課税者であって、1年間の入院日数が90日以上の場合</p> <p>398円</p> <p>保険給付 398円</p> <p>(光熱水費:1日)</p>	<p>一般所得者の場合</p> <p>入院料</p> <p>入院料にて評価</p> <p>(光熱水費:入院料)</p>

## 光熱・水道支出、消費者物価指数（CPI）の動向

○ 光熱・水道支出は2022年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足もとでは再び増加しており、2021年以前の水準と比較すると、大きく増加している。消費者物価指数についても概ね同様の傾向が見られる。



■ 光熱・水道支出

— CPI (光熱・水道) の伸び (%)

— CPI (総合) の伸び (%)

※CPIの伸びについては2018年比の数値

出典： 総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」から作成。家計調査は2人以上の世帯のデータを使用。

# 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

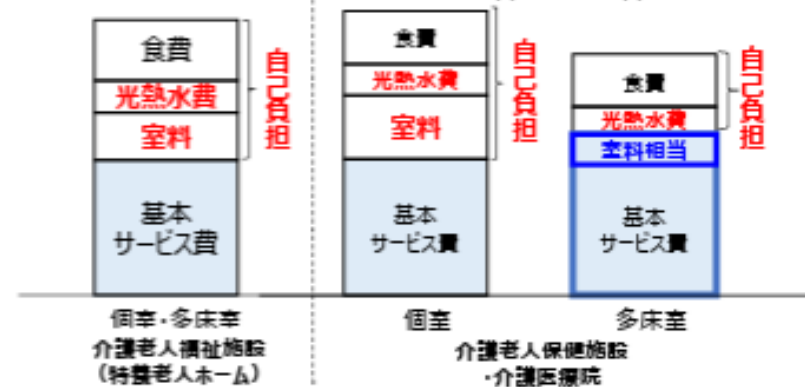
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

## ◆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。

## 入院時の光熱水費に係る課題と論点

- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく高騰しているところ、入院時生活療養費の光熱水費の基準額(総額)については、平成18年の創設時から据え置かれており、病院経営に影響を少なからず及ぼしている状況。
- 介護保険では、令和6年度介護報酬改定において、家計における光熱・水道支出を勘案し、多床室の居住費の基準費用額を60円引き上げており、介護保険の居住費(430円)と医療保険の光熱水費(370円)の間で、60円の自己負担の差が存在する。



### 【論点】

- 近年の光熱・水道費の高騰を踏まえた対応を行う観点から、家計における光熱・水道支出を勘案して行われた令和6年度介護報酬改定による多床室の居住費の基準費用額の引上げを踏まえ、入院時の光熱水費の基準額の見直し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（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）  
精神医療について①
- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）  
療養病棟について
- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）  
様式9 他
- ・ 第625回（R7.11.07）入院  
入院時の食費・光熱水費（その1）
- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）  
精神科訪問看護 他
- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算  
個別項目について（その8） 小児・周産期

## 精神科訪問看護に関する報酬体系

中医協 総-2 参考  
7 . 8 . 2 7

## 指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）

## 【精神科訪問看護基本療養費】

※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者として届出を行った者のみ実施可能

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）	（週3日目まで） （週4日目以降）	5,550/4,250 円 6,550/5,100 円
---------------------	----------------------	--------------------------------

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士・医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）／（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅱ）	2人まで 3人以上	（週3日目まで） （週4日目以降） （週3日目まで） （週4日目以降）	5,550/4,250 円 6,550/5,100 円 2,780/2,130 円 3,280/2,550 円
---------------------	--------------	--	--

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士・医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）／（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費-500/380円、精神科訪問看護・指導料-50/40点（3人以上は-250/190円、-25/20点）

## 訪問看護管理療養費

（月の初日）	機能強化型1 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外	13,230 円 10,030 円 8,700 円 7,670 円
（2日目以降）	訪問看護管理療養費1 訪問看護管理療養費2	3,000 円 2,500 円

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅳ）	（入院中1回又は2回）	8,500 円
---------------------	-------------	---------

※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第2の2に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）

## 病院・診療所

## 【精神科訪問看護・指導料】

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）	（週3日目まで） （週4日目以降）	580/445 点 680/530 点
--------------------	----------------------	------------------------

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅱ）	2人まで 3人以上	（週3日目まで） （週4日目以降） （週3日目まで） （週4日目以降）	580/445 点 680/530 点 293/225 点 343/268 点
--------------------	--------------	--	--

精神科退院前 訪問指導料	（入院中3回又は6回まで）	380 点
-----------------	---------------	-------

※複数の職種が共同して指導を行った場合 320 点

基本療養費の  
加算（例）

精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定  
精神科緊急訪問看護加算  
長時間精神科訪問看護加算  
複数名精神科訪問看護加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定  
夜間・早朝訪問看護加算  
深夜訪問看護加算

管理療養費の  
加算（例）

24時間対応体制加算  
退院支援指導加算 ※長時間の場合は高い額を算定  
在宅患者緊急時等カンファレンス加算  
精神科重症患者支援管理連携加算  
専門管理加算

訪問看護情報提供療養費 訪問看護医療DX情報活用加算  
訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算

加算部分（例）

精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定  
精神科緊急訪問看護加算  
長時間精神科訪問看護・指導加算  
複数名精神科訪問看護・指導加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定  
夜間・早朝訪問看護加算  
深夜訪問看護加算

訪問看護医療DX情報活用加算

## 入院外医療等に関する方向性の整理

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

令和7年10月20日

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

### かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとする。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

### 初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

### 情報通信機器を用いた診療

注 初診・再診における情報通信機器を用いた精神療法の在り方については、実際に情報通信機器を用いた診療を行う関係者からのヒアリング等を踏まえ、引き続き必要な議論を行う。

### 精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
- 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかと指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所<sup>※</sup>が求められること。

※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

### 行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

## 精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者の状態像

- 精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者として、「周産期・子育て期にある」「ひきこもり状態にある」「精神科への未受診または治療を中断している」「身体合併症がある」「暴力または迷惑行為がある」「小児である」「医療依存度が高い身体疾患をもつ」が挙げられている。
- 支援ニーズの高い利用者への訪問看護における困難や今後の課題について、多機関との連携や協働してケアを提供することが挙げられている。

### ■精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者における困難と今後の課題※

対象者	困難（抜粋）	今後の課題（抜粋）	連携が想定される機関等
周産期・子育て	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神症状や服薬の影響により養育を行うことが困難になる</li> <li>・母子ともに地域の中で孤立しやすい</li> <li>・子どもと母親双方への支援が必要となる</li> <li>・他機関・他職種との連携にずれが生じやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族背景や社会資源の活用状況、子どもの発達段階を考慮した家族全体への支援</li> <li>・各機関・支援者と支援方針を共にしケアマネジメントを行うための仕組みづくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所</li> <li>・市町村</li> <li>・要保護児童対策地域協議会</li> <li>・医療機関</li> <li>・学校 等</li> </ul>
小児	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問を受け入れてもらえない</li> <li>・他機関と共通の課題認識を得るのが難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における多分野での支援ネットワークの構築</li> <li>・児童精神科の知識や看護のスキルをもつ人材の育成</li> </ul>	
ひきこもり状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が訪問・ケアを拒否する</li> <li>・次のステップが見つからない</li> <li>・主治医と十分連携できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数機関での情報共有の範囲と方法の整備</li> <li>・複数機関で支援をする際のケースマネジメント</li> </ul>	
未受診・治療中断	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が困っていないことに対する支援の困難さ</li> <li>・訪問看護単独では判断ができないことに対する不安や迷い</li> <li>・支援契約が締結されていない状態での関わりの限界</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援契約が締結されていない中での中断者支援の持続可能性</li> <li>・支援体制の地域格差の解消</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村</li> <li>・保健所</li> <li>・精神保健福祉センター</li> <li>・医療機関等</li> </ul>
暴力・迷惑行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣トラブルがある</li> <li>・訪問者への迷惑行為</li> <li>・各家族員に対する支援者間の連携不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域社会への適応に多くの困難があっても、その人本来のリカバリーに向けて寄り添う支援</li> <li>・長期にわたり関係者と密に連携して支援できる体制づくり</li> </ul>	
身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が治療の必要性を感じていない</li> <li>・精神疾患があることで、身体科からの受け入れ拒否がある</li> <li>・身体科、精神科それぞれの主治医との連携が困難</li> <li>・精神科訪問看護師の身体疾患ケアの経験、知識、技術の不足がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関係者だけでなく地域社会の人々の意見を踏まえた連携体制</li> <li>・本人をエンパワメントしながら、本人の価値観やゴールについて本人、家族、関係機関と話し合う過程</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科以外の医療機関 等</li> </ul>
医療依存度が高い身体疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・異なる診療科との調整が難しい</li> <li>・身体症状と精神症状の判断が難しい</li> <li>・本人の意思表示・自己決定が難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での支援のマネジメント</li> </ul>	

そのほか、医療観察訪問看護の利用者や、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある者等において、支援ニーズが高く、公的機関等との連携が必要であると想定される。

（※）地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査（令和4年度障害者総合福祉推進事業）

## 精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションにおける支援調整に関する取り組み

- 精神科訪問看護を提供する事業所で支援調整時のアセスメントや頻度変更を判断するプロセスにおいて取り組んでいることとして、情報共有や検討のためのミーティング等のほか、「頻度変更に関するアセスメント様式や、基準を作成し、判断のプロセスを可視化して慎重に判断する」ことが挙げられた。
- 訪問頻度については、訪問看護のアセスメントを明文化する等、判断のプロセスを可視化して慎重に判断している実態があった。

### ■ 支援調整に関する事業所の取り組み

支援調整時のアセスメントや頻度変更を判断するプロセスにおいて各事業所で取り組んでいることとして、以下の4点が挙げられた。

① スタッフ間で状況を共有し、事業所全体で支援調整について検討する場をもつ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報共有アプリを用いて、所長と担当看護師（複数）で情報共有している。状態の変化があれば、朝のミーティングで事業所内でも共有している。</li> <li>・ 支援調整について、事業所内事例検討会での討議や、ケア会議の開催も準備している。</li> <li>・ 毎月、所内の指標に照らし合わせて、ケース検討の頻度が増える仕組みがある。ケア度を高める／ケアを切り替えることや、特別指示の必要性を所内全体で検討している。</li> <li>・ 定例のミーティング（サテライトオフィスともZOOMで接続）で、複数スタッフ（看護師・作業療法士）で検討している。</li> </ul>
② 利用者の状態の変化を毎日のミーティングで共有し、事業所全体で支援の方向性を検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ スタッフが気になること（病状変化、生活の変化、オンコールの増加など）は、業務日誌や記録ソフトに記入し、翌日のミーティングで特記事項を必ず共有する。管理者も含めて、事業所内で支援の方向性を検討する。</li> <li>・ 毎日、オンラインで短時間のスタッフミーティングを行っている。（事例検討、計画書や報告書の検討、学習の機会、支援の調整に関する相談など、テーマを設定）</li> <li>・ 家族の不安が強い場合、身体状態の観察・ケアが必要な場合、単身・グループホームへの転居時、本人とともに家族も支援が必要な場合も、頻回な訪問を検討する。</li> </ul>
③ 支援調整について、本人とともに考え共有する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状安定のため本人より、一時的に増やしていた訪問回数を減らしたいと希望があった場合、事業所に持ち帰って訪問回数の変更を検討する。</li> <li>・ 訪問回数を変更する際は、まず本人と一緒に考えてから、所内カンファレンスでのアセスメントにて決定し、本人に正式に伝える。</li> </ul>
④ 頻度変更に関するアセスメント様式や、基準を作成し、判断のプロセスを可視化して慎重に判断する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頻度変更に関するアセスメント（看護師がどのように考えたか）が記録上では希薄だと感じ、新たな様式を作成した。オリジナルで、「訪問回数アセスメント表（精神面、身体面、生活面についてチェックボックスと自由記載ができ、GAF得点と、頻度変更の理由、プランを記載する）」の枠を作成した。</li> <li>・ 訪問回数を変更する際の基準を示した表を作成しており、慎重に判断する。回数を減らすときは、希死念慮の有無や精神状態などについて、基準に従って慎重に判断している。</li> </ul>

訪問頻度の変更に際しては、多くの事業所でミーティングやカンファレンスを行い、複数のスタッフで検討する仕組みを設けていた。独自の基準やアセスメント様式を作成している事業所もあり、訪問看護のアセスメントを明文化する取り組みがなされていた。

## 訪問看護に係る課題と論点①

### (精神科訪問看護について)

- 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所が求められることが示されている。
- 機能強化型訪問看護管理療養費3においては、精神科重症患者支援管理連携加算の利用者数が実績要件の対象となっている。しかし、精神科重症患者支援管理連携加算は、医療機関が精神科在宅患者支援管理料を算定した場合のみが対象となっており、精神科在宅患者支援管理料が普及していない中では算定が難しい。
- 精神科訪問看護における支援ニーズの高い利用者として、「周産期・子育て期にある」「ひきこもり状態にある」「精神科への未受診または治療を中断している」「身体合併症がある」「暴力または迷惑行為がある」「小児である」「医療依存度が高い身体疾患をもつ」が挙げられている。
- 精神科訪問看護療養費を算定する利用者の割合が高い訪問看護ステーションほど、別表第7及び別表第8に該当する利用者の割合が低い傾向にあり、身体疾患や医療処置が発生したため他のステーションに移管した利用者が「有」の事業所があり、精神障害を有する利用者が身体合併症を併発した場合に、対応が困難な事業所があると考えられる。
- 精神科訪問看護を行う事業所における多職種・他機関との連携として「退院カンファレンスへの参加」、「多職種連携会議への参加」等が多く、このような活動を通じて、地域等と顔の見える関係を構築していると考えられる。

### (難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について)

- 表皮水疱症は、先天的素因により、日常生活で外力の加わる部位に水疱が反復して生ずることを主な臨床症状とする一群の疾患である。
- 潰瘍や水疱が発生することに伴い、ケアを繰り返し実施する必要がある、看護では皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。
- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理は週4日以上訪問看護が可能な別表第8に規定されていない。

### (妊産婦及び乳幼児への訪問看護について)

- 令和6年度診療報酬改定で乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分しそれぞれの評価を設けることとされた。
- 乳幼児加算の算定状況は増加傾向で、そのうち別に大臣が定める者に該当する割合は42.0%であった。
- 母親がうつ病等の疾病で訪問看護が必要な場合、訪問時に看護の一環として、子の世話を補助する等の育児支援を同時に行うことがあり、また、乳幼児の患者に対する看護の一環として、母への育児指導を行うことがあるが、こうした母子に対する訪問看護の取り扱いが明確でないため、現場の運用が不安定になるとの指摘がある。

## 訪問看護に係る課題と論点③

### 【論点】

#### （精神科訪問看護について）

- 精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、地域と連携し精神科訪問看護を提供する機能の高い訪問看護ステーションの評価のあり方についてどう考えるか。

#### （難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護について）

- 訪問看護師による手厚いケアのニーズがある重症な難治性皮膚疾患の利用者の状況を踏まえ、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を別表第8に追加することについてどう考えるか。

#### （妊産婦及び乳幼児への訪問看護について）

- 妊産婦及び乳幼児の利用者への質の高い訪問看護の推進についてどう考えるか。その際、育児支援を主な目的とした訪問看護は診療報酬の対象とならないことを明確化する一方で、傷病を原因として在宅で療養する妊産婦や乳幼児の利用者本人の訪問看護を行う場合に、その一環として、本人へのケアと併せて、子の育児の支援や、母の育児指導等を行う場合に、こうした時間が訪問看護の提供時間に含まれることを明確化することについて、どう考えるか。

#### （訪問看護ステーションにおけるICTを用いた情報連携について）

- 訪問看護事業所と患者情報を共有する医療機関が多く、訪問看護ステーションにおいてもICTを用いた関係機関との平時からの連携体制が普及してきていることを踏まえ、訪問看護ステーションが地域の関係機関等とICTを用いて情報連携して訪問看護に活用した場合の評価を設けることについてどう考えるか。

#### （訪問看護指示書の交付に係る取り扱いについて）

- 訪問看護指示書の交付に係る郵送料について、訪問看護指示書を交付する保険医療機関が負担することを明確化することについてどう考えるか。

#### （訪問看護に係る安全管理体制について）

- 訪問看護において事故やインシデントが一定発生していることや保険医療機関では医療安全に関する研修の受講が義務づけられていることから、訪問看護ステーションの従事者が医療安全に係る研修を受講することについてどう考えるか。

#### （訪問看護の記録等について）

- より質の高い訪問看護の提供の実現に向け、指定訪問看護において求められている記録等に、実施した看護に係る看護過程の評価と当該評価に基づくアセスメントや、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載すること等を明確化することについてどう考えるか。

#### （過疎地域等の訪問看護について）

- 特別地域訪問看護加算について、移動時間のみによる評価となっているが、移動及び訪問看護の提供の合計にかかる時間が極めて長い場合も含めて評価することについてどう考えるか。

# 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（本研修会関連）

- ・ 第622回（R7.10.24）個別事項（その2）  
精神医療について①
- ・ 第623回（R7.10.29）入院（その3）  
療養病棟について
- ・ 第624回（R7.11.05）入院（その4）  
様式9 他
- ・ 第625回（R7.11.07）入院  
入院時の食費・光熱水費（その1）
- ・ 第626回（R7.11.12）在宅（その3）  
精神科訪問看護 他
- ・ 第628回（R7.11.19）入院（その6） 地域加算  
個別項目について（その8） 小児・周産期

## 地域加算について

- 地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」に所在する保険医療機関において、入院基本料又は特定入院料の加算として算定できる。
- 「人事院規則で定める地域」とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定されている地域である。
- また、「人事院規則で定める地域に準じる地域」とは、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の地域に隣接している地域とし、当該地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様としている。

### 現行の診療報酬における「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」

区分	人事院規則で定める地域 (平成26年に定められたもの)	人事院規則で定める地域に準じる 地域	点数 (1日につき)
1級地	東京都特別区	—	18点
2級地	横浜市、大阪市 等	—	15点
3級地	さいたま市、千葉市、名古屋市 等	東久留米市、大府市	14点
4級地	神戸市 等	習志野市、昭島市 等	11点
5級地	京都市、広島市、福岡市 等	小金井市、東海市、八幡市 等	9点
6級地	仙台市、静岡市、高松市 等	桶川市、我孫子市、長久手市 等	5点
7級地	札幌市、新潟市、岡山市 等	伊勢崎市、土岐市、小野市 等	3点

※ 人事院規則で定める地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）

## 人事院規則で定める地域の見直しについて

- 令和6年給与法改正によって人事院規則で定める地域が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更された。
- 当該地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）



区分	支給割合	見直し前
1級地	20%	東京都特別区
2級地	16%	横浜市、大阪市 等
3級地	15%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	12%	神戸市 等
5級地	10%	京都市、広島市、福岡市 等
6級地	6%	仙台市、静岡市、高松市 等
7級地	3%	札幌市、新潟市、岡山市 等

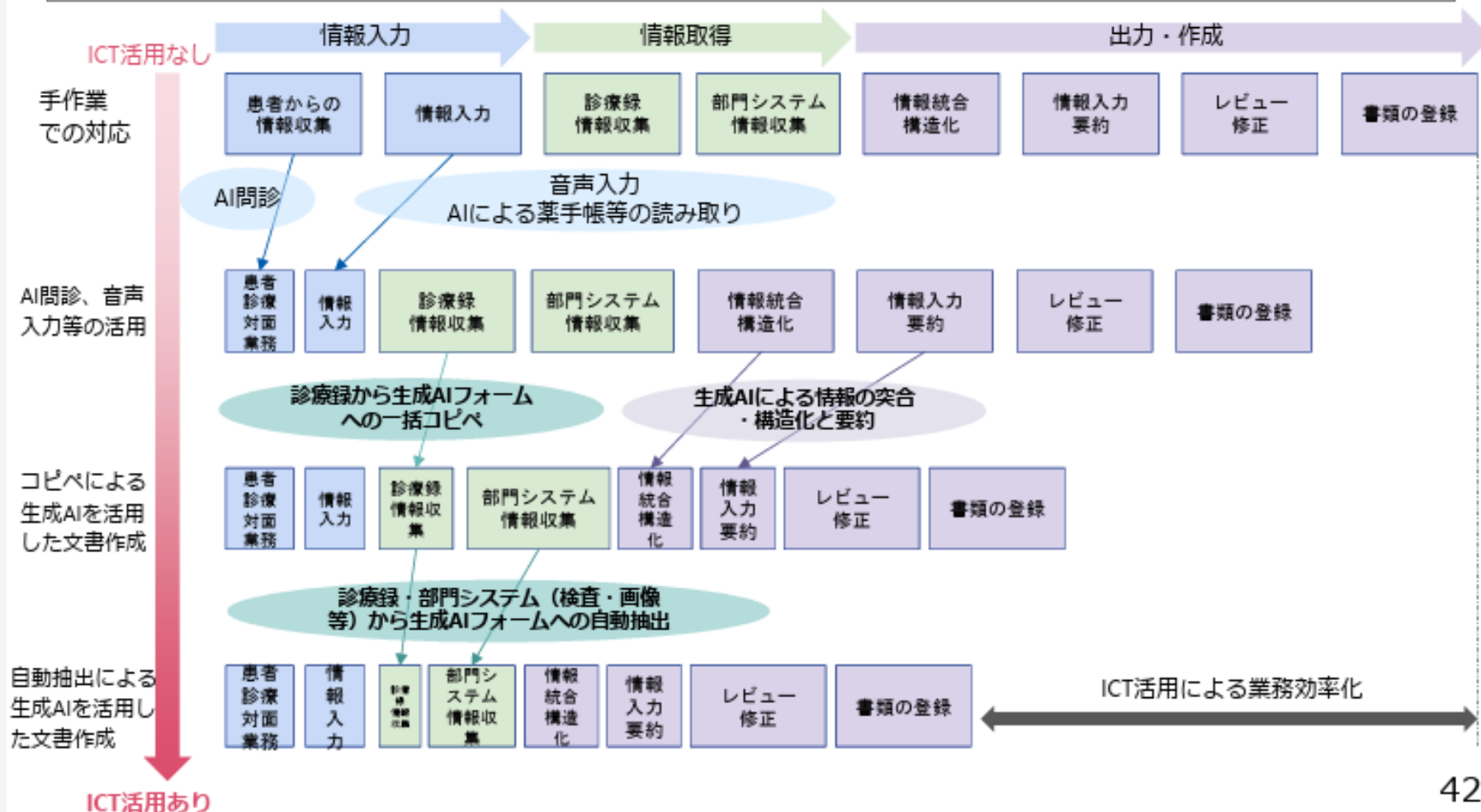
区分	支給割合	見直し後	
		都府県で指定	中核的な市を個別に指定(※)
1級地	20%	—	東京都特別区
2級地	16%	東京都	横浜市、大阪市 等
3級地	12%	神奈川県、大阪府	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	8%	愛知県、京都府	仙台市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 等
5級地	4%	茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、静岡県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県	札幌市、岡山市、高松市 等

※ 国家公務員が在籍している地域のみ掲げている。

# 生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

診調組 入-1  
7. 9. 18

- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



## 個別事項について（その8）

小児・周産期医療、感染症対策、  
医療安全、災害医療

## 小児・周産期医療についての論点

### 【論点】

#### （母体・胎児集中治療室について）

- 母体・胎児集中治療室においてオンコールによる対応を行う医師が速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」の専任医師配置要件について、「周産期医療の体制構築に係る指針」の「MFICUに求められる事項」に即して見直すことについてどのように考えるか。
- 「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、周産期母子医療センターに求められる事項として、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れることや、24時間体制での緊急帝王切開術等に対応すること等が示されていることを踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」について、母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する病院の実績を前提とした評価とすることについてどのように考えるか。
- 産科異常出血は分娩前のリスク因子に関わらず生じうるものであり、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に産科異常出血を含めることについてどのように考えるか。

#### （産科入院医療について）

- 分娩件数の減少に伴い産科入院病棟の混合病棟化が進んでいるが、母子の安定・安全に配慮するため入院病棟の中で産科区域を特定して管理するとともに、助産師の配置等において、妊産婦の継続的なケアや、産後ケア事業等の母子保健事業との連携を円滑に行えるための評価についてどう考えるか。

#### （新生児の集中治療室について）

- 新生児の集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、都道府県により総合／地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、新生児特定集中治療室管理料等の低出生体重児入院数に関する実績要件を緩和すること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（WEB）  
12月23日（火）16時から30分程度
- ・ 診療報酬改定関連その2  
改定率が判明の頃
- ・ 1月ネクスト研修会（WEB）  
1月23日（火）16時から1時間弱
- ・ 診療報酬改定について  
短冊（点数が●）の公表の頃

## ●精神科医事研修会の予定（別途申込必要）※

- ・ 精神科関連 改定の概要（WEB） 答申（点数判明）を受けて  
2月20日（金）14時30分～16時
- ・ 精神科関連改定の詳細説明（WEB） 告示・通知・疑義解釈(その1)を受けて  
4月14日（火）14時30分～16時30分

※病院事務管理者ネクスト研修会HPから申込書をダウンロードして下さい。  
ネクスト会員病院へは案内済みです。

# 施設基準を理解しましょう。

5年、10年後の医療事務の在り様を想像して下さい。電子カルテが普及し、医師が入力したデータをAIが点数に置き換え、患者さんのスマートフォン等へ請求情報が転送され引き落としされる。そこには、窓口で計算している医事職員はいません。先日、「電子カルテ→AI→点数算定」の正確性の監修の依頼がありました。夢物語ではありません。

これからの医事職員は、算定要件の知識だけでは病院に不要な職員になってしまいます。施設基準の理解が必要です。厚生局（支局）の適時調査は、算定要件の調査ではありません。届け出ている施設基準の確認調査です。施設基準の間違った理解が高額な返還につながり、病院経営に影響があります。

病院には、施設基準の届出・維持を理解している人材が必要です。AIに、施設基準の届出は無理です。各セクションとの調整が必要になるからです。

医療事務関係団体は各種ありますが、施設基準に特化した団体は「**一般社団法人日本施設基準管理士協会**」だけです。入会をお薦めします。

ご清聴ありがとうございました。

