



R8.1.29 16時～
WEB

第106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3）

—「個別改定項目について」を読み解く—

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

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 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

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・

(3) 安心・

【具体的方向性】

- 食材費、
- 患者にとづ
- アウトカ
- 重点的か

令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【留意事項】

この資料は、令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）です。これまでの議論は、令和6年1月に中央社会保険監査評議会で実施された「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」に基づいています。なお、項目立てについては、令和5年12月11日に社会保障審議会医療部会・保険部会・医療部会において取りまとめられた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っています。

これまでの議論の整理

R6.1.10

【 目 次 】

- 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
 - I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - 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
 - I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
 - I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

基本方針
R5.12.13

今日の研修会は
こここの段階

【I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①】

① 賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

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

個別改定項目
R6.1.26

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1 初診時	●●点
2 再診時	●●点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	●●点
ロ 同一建物居住者の場合	●●点

【I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①】

① 賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

1 初診時	6点
2 再診時等	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	28点
ロ イ以外の場合	7点

答 申
R6.2.14

診療報酬改定の流れ

6/1 算定開始

3月第1週 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

「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。



1月中旬 公聴会

今日の研修会は
この段階
系費については、医療・介護等の現場の厳しい現状を踏まえ、
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
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。

1月初旬
「これまでの議論の整理」の審議

1月初旬 訪問（大臣→中医協）

12月中旬 診療報酬改定の基本方針
(社会保障審議会)

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のペアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5以外の分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価：▲0.86% (R8年4月施行)

材料価格：▲0.01% (R8年6月施行)

合計：▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- 賃上げの実効性確保のための対応
- 医師偏在対策のための対応
- 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- 費用対効果評価制度の更なる活用

1 - 1 - ① 物件費の高騰を踏まえた対応

● 初再診料等の評価の見直し

【初診料】

初診料 ●●点(291) 情報通信機器を用いた場合 ●●点(253)

【再診料】

再診料 ●●点(75) 情報通信機器を用いた場合 ●●点(75)

● 物価対応料の新設

1 外来・在宅物価対応料】

イ 初診料 ●●点 □ 再診時等 ●●点 ハ 訪問診療時 ●●点

2 入院物価対応料

●●入院料 ●●点

【算定要件】

(1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

(2) 1の□については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。

(3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。

(4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

(5) (1)から(4)までの点数について、**令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。**

外来における物価上昇対応について（案）

- 外来診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
 - ・①令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等（初・再診料に加え、訪問診療料や、初・再診料の評価が包括される診療報酬項目を含む）とは別に、初・再診時等に算定できる物価上昇に関する評価を設定する。
 - ・②令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等の評価に含める。
 - ・こうした評価の水準については、医科診療所・歯科診療所の改定率を踏まえて設定することとする。

【大臣折衝における記載】

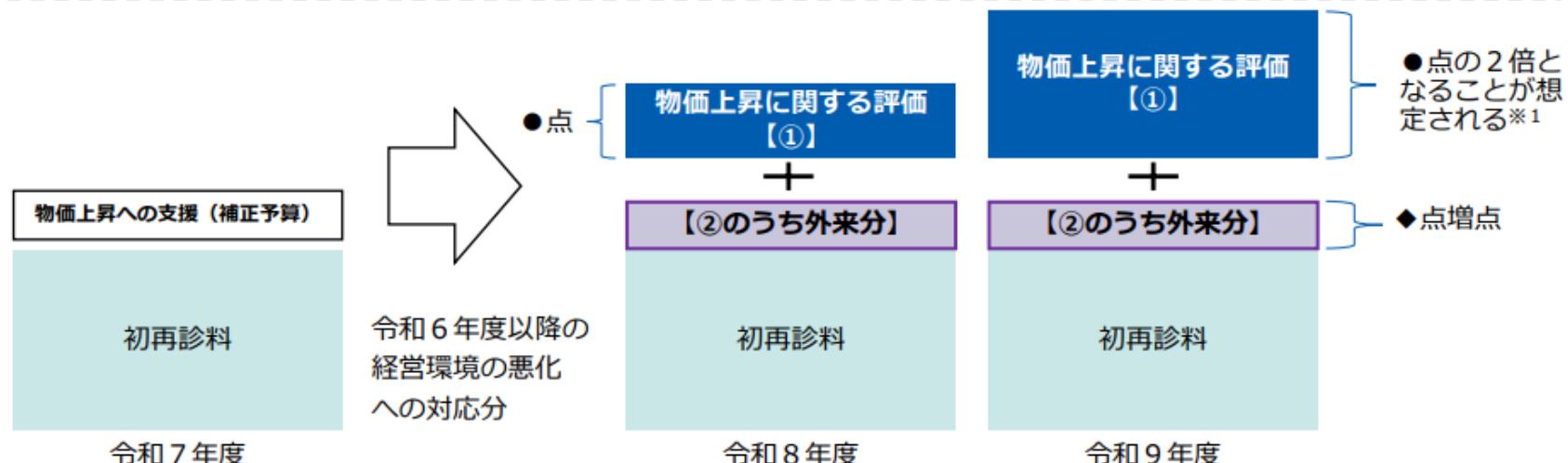
- ① 物価対応分 $+0.76\%$ （令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 $+0.55\%$ 、令和9年度 $+0.97\%$ ）。

特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、 $+0.62\%$ （令和8年度 $+0.41\%$ 、令和9年度 $+0.82\%$ ）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する
- ②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 $+0.44\%$ 。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

※実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には

（中略）令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。



*1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施
 *2 薬局・訪問看護ステーションについても同様の考え方で対応

I - 1 - ② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

● 入院時食事療養（I）・（II）の費用の額

1 入院時食事療養（I）（1食につき）

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合 ●●円 (690円)
(2) 流動食のみを提供する場合 ●●円 (625円)

● 入院時生活療養（I）・（II）の費用の額

1 入院時生活療養（I）

(1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき）

イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 ●●円 (604円)

□ 流動食のみを提供する場合 ●●円 (550円)

(2) 健康保険法第六十三条第二項第二号口及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号口に掲げる療養（以下「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」という。）（1日につき） ●●円 (398円)

2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

一 食事の提供である療養であって前項第五号に掲げる療養と併せて行うもの（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）への入院及びその療養に伴う世話その他の手謹であって、当該療養を受ける際、六十五歳に達する日の属する月の翌月以後である被保険者（以下「中長期入院被保険者」という。）に係るもの）を除く。以下「食事療養」という。）

現在、療養病棟に入院している65歳が該当

入院時食事療養費のこと

入院時食事療養費の基準額

食材料費相当額

		基準額(総額)	自己負担	保険給付
H6.10	1日当たりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4		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		670円 (1日当たり2010円)	490円	180円
R7.4			510円	180円

※ 平成9年4月の改定は消費税対応

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

※ 入院時生活療養費は平成18年に創設され、生活療養Ⅰの食費の自己負担額は、入院時食事療養費の自己負担額と同様の変遷をしている。

食事療養費と生活療養費

第一 食事療養

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

第二 生活療養 ※ 65歳以上の方が療養病棟に入院した時

- | | | |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | 入院時生活療養（I）（1食につき） | 604 円 |
| | （1）イ 口以外の食事療養を行う場合 | 550 円 |
| | □ 流動食のみを提供する場合 | |
| | （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 |
| 2 | 入院時生活療養費（II）（1食につき） | 470 円 |
| | （1）食事の提供たる療養 | |
| | （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> <table border="1"> <tr> <td>398円</td> <td>保険給付 28円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自己負担 (光熱水費) 370円</td> </tr> </table> <p>(光熱水費:1日)</p>	398円	保険給付 28円		自己負担 (光熱水費) 370円	<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> <table border="1"> <tr> <td>398円</td> <td>保険給付 398円</td> </tr> </table> <p>(光熱水費:1日)</p>	398円	保険給付 398円	<p>一般所得者の場合</p> <table border="1"> <tr> <td>入院料</td> </tr> </table> <p>(光熱水費:入院料)</p>	入院料
398円	保険給付 28円								
	自己負担 (光熱水費) 370円								
398円	保険給付 398円								
入院料									

I - 1 - ③ 入院時の食事療養に係る見直し

1 特別食加算の対象

特別食を以下に分類

(1) 治療食

(2) 嘉下調整食（おいしい安全な食形態で適切な栄養量を有する嘉下調整食を新たに評価）

●嘉下調整食

摂食機能又は嘉下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嘉下調整食

美味しく安全で適切な栄養量を有する嘉下調整食の工夫

- 美味しく安全で適切な栄養量を有する嘉下調整食は、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嘉下調整食の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

一人一人の摂食嘉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
嘉下調整食 1-j		トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの
嘉下調整食 2-1		にんじんのグラッセ 600gのメッシュに通し、なめらかにしたもの
嘉下調整食 2-2		カレーライス 全卵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
嘉下調整食 3		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
嘉下調整食 4		鮭とほうれん草のグラタン 歯まで押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

出典：老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/> を基に医療課にて作成

*日本摂食嘉下リハビリテーション学会 嘉下調整食分類2021

1 特別の支払受けることによる食事の提供 (特別メニューの食事) の見直し

(1) 基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額（1食あたり17円）を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。

(2) 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラール食（イスラム教の食事）等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができるることを明確化する。

I-2-1-①賃上げに向けた評価の見直し

1 賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価の見直し

主として医療に従事する職員 (医師及び歯科医師除く)

→ 当該保険医療機関において勤務する職員

2 外来・在宅ベースアップ評価料、入院ベースアップ評価料の見直し

- ・継続的に賃上げをしている医療機関とそれ以外の医療機関で異なる評価
 - ・令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している医療機関とそれ以外の医療機関を区分する観点から、**入院基本料等に減算規定**を設ける。

賃金改善の対象職種

ベースアップ評価料の対象は、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）であり、以下に示すとおりです。専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事せん。

これがなくなる

藥劑師
保健師

歯科衛生士
歯科技工士

社工福利護介

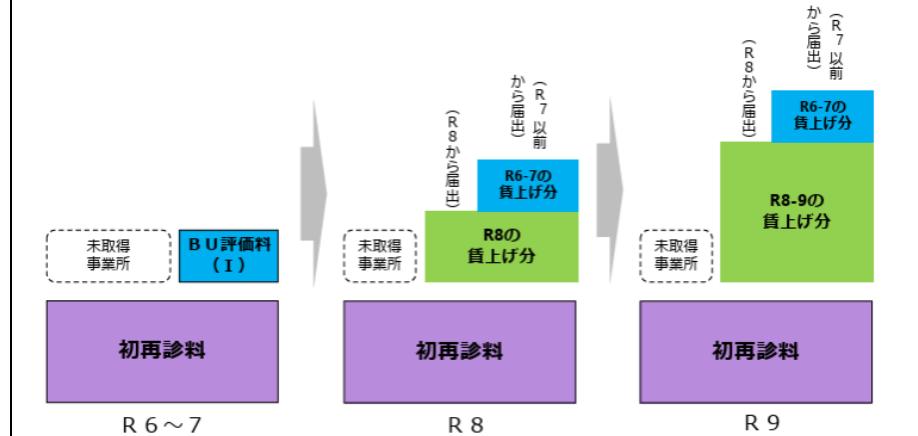
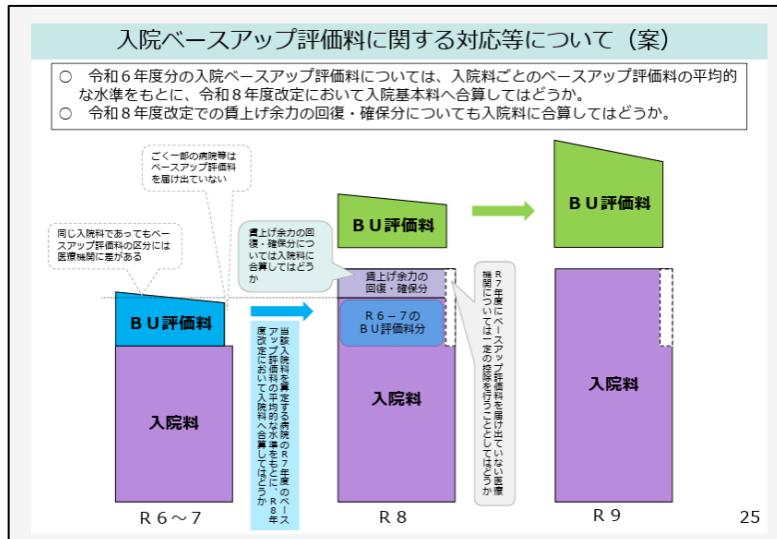
俞十

看護補助者
理学療法士
作業療法士
視能訓練士
言語聴覚士
義肢装具士

臨床検査技師
衛生検査技師
臨工学技士
管理栄養士
栄養士
精神保健福祉士

マッサージ指圧師、はり師、きゅう師
柔道整復師
公認心理師
診療情報管理士
医師事務作業補助者
その他医療に従事する職員
(医師及び歯科医師を除く。)

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）については、現時点で未取得の医療機関が多いことから、令和8年度改定において同様の評価を設定する際には、令和6・7年度の算定状況に応じて、評価に差を設ける必要があるのではないか。



I - 2 - 2 - ③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

- 1 各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
- 2 入院診療計画書のような業務負担を大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。
- 3 施設基準等のオンライン化が円滑に進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- 4 定例報告の簡素化

- ・入院診療計画書について、**入院前に説明した場合**も入院後7日以内に行ったものと同様とする。
- ・入院期間が2日以内のものに必要な説明を行った場合は文書によるものは不要。
- ・入院診療計画書の説明日及び説明者を診療録に記載。医師及び患者等の署名は不要に。

I - 2 - 2 - ④ 様式9の見直し

業務の簡素化の観点から、病棟における勤務時間に算入できる内容を見直しとともに、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理する。

- 1 保険医療機関内で生じた**緊急対応等の不測の事象**に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は、病棟内として勤務時間数に算入してよい。
- 2 病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の**患者に付き添い**、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。

診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印について

- 診療報酬上、様式で求める署名又は記名・押印については、以下のように、代替方法が考えられるものもある。

	種類	様式（例）	署名／記名・押印		代替方法についての検討の考え方
			医師	患者・家族	
本人院内や、医療機関と患者との間で使用するもの	計画書	入院診療計画書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<ul style="list-style-type: none"> 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものであるため、医療従事者の署名は記名で代替しうるのではないか。 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。
		リハビリテーション実施計画書	<input type="radio"/> (説明者)	<input type="radio"/>	
		生活習慣病 療養計画書	—	<input type="radio"/>	
	評価書	神経学的検査チャート	<input type="radio"/>	—	
	同意書	輸血同意書	—	<input type="radio"/>	
他機関との間で使用するもの	情報提供書、意見書	診療情報提供書	<input type="radio"/>	—	<ul style="list-style-type: none"> 他機関に交付される書類であっても、作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合等、記名で代替しうる場合があるのではないか。 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。
		職場復帰の可否等についての主治医意見書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	医師からの指示書	訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書	<input type="radio"/>	—	
		介護職員等喀痰吸引等指示書	<input type="radio"/>	—	

様式9（小数点以下の処理）

- 様式9における入院患者の数や看護要員等の算出の際、項目によって小数点以下の処理方法が異なっている。

■ 入院患者の数及び看護要員の数（小数点以下の取扱いについて記載のあるものを抜粋）

3. 入院患者の数及び看護要員の数
① 1日平均入院患者数【A】 <input type="text"/> 人 (算出期間 年月日～年月日) ※小数点以下切り上げ
② 月平均1日当たり看護職員配置数 <input type="text"/> 人 $(A \times 8)$ ※小数点以下第2位以下切り捨て (参考) 1日当該施設配置数(必要数) <input type="text"/> = $(A \times 8)$ ※小数点以下切り上げ
③ 看護職員中の看護師の比率 <input type="text"/> % (参考) 1日あたり看護職員を置換するうちの看護師割合(1日当該職員配置数)
④ 平均在院日数 <input type="text"/> 日 (算出期間 年月日～年月日) ※小数点以下切り上げ
⑤ 対勤時間帯 (8時間) <input type="text"/> 時 分～ <input type="text"/> 時 分
⑥ 月平均夜勤時間 <input type="text"/> 時間 $(D-E)/B$ ※小数点第2位以下切り捨て
⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 <input type="text"/> 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て ※看護職員配置数(必要数) (A/8-3 地域包括ケア病棟入院料の生3) を算出する場合に記載 (参考) 最小必要数以上の看護職員配置数(必要数) <input type="text"/> = $(A \times 5)$ ※小数点以下切り上げ
⑧ 另平均1日当たり看護補助者配置数 <input type="text"/> 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て ※看護補助者-常勤看護体制変更算出 (A/6) 諸看護者配置等入院基準料(注8・注10)、A20-3 急性増悪看護体制 体制算出、A24 週替補勤務算出、看護補助者体制算出 (A/6 地域包括ケア病棟入院料の注9)、看護補助者-常 勤看護体制変更算出 (A/6 小児入院医療費算出料の注9・注10)、看護補助者配置算出、看護補助者体制変更算出 (A/6-3 地域包括ケア病棟入院料の注4・注5) 等を算出する場合に記載 (参考) 1日看護補助者配置数(必要数) <input type="text"/> = $(A \times 配置区分の数) \times 3$ ※小数点以下切り上げ
⑨ 月平均1日当たり看護補助者実際配置数 <input type="text"/> 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て ※看護補助者-常勤看護体制変更算出 (A/6) 諸看護者配置等入院基準料(注8・注10)、A20-3 急性増悪看護体制 算出、A24 週替補勤務算出、看護補助者体制算出 (A/6 地域包括ケア病棟入院料の注9)、看護補助者-常 勤看護体制変更算出 (A/6 小児入院医療費算出料の注9・注10) を算出する場合に記載 (参考) 看護補助者配置数(必要数) <input type="text"/> = $(A \times 配置区分の数) \times 3$ ※小数点以下切り上げ
⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 <input type="text"/> 人 (F/8) (日数×8) ※小数点第3位以下切り捨て (参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限) <input type="text"/> = $(A \times 2.0) \times 3$ ※小数点第3位以下切り捨て
⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 <input type="text"/> 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て ※A25 精神保健福祉包括ケア病棟入院料を算出する場合に記載 (参考) 1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数(必要数) <input type="text"/> = $(A \times 3)$ ※小数点以下切り上げ

項目	小数点処理
① 1日平均入院患者数	小数点以下切り上げ
② 月平均1日当たり看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
1日看護職員配置数(必要数)	小数点以下切り上げ
④ 平均在院日数	小数点以下切り上げ
⑤ 月平均夜勤時間	小数点第2位以下切り捨て
⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 最小必要数以上の看護職員配置数(必要数)	小数点以下第2位以下切り捨て
⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
1日看護補助者配置数(必要数)	小数点以下切り上げ
⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 夜間看護補助者配置数(必要数)	小数点以下第2位以下切り捨て
⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)	小数点第3位以下切り捨て
⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数(必要数)	小数点以下第2位以下切り捨て

■ 小数点処理が必要な項目が多数存在する。

■ 配置数と必要数で「小数点以下切り上げ」「小数点以下第2位以下切り捨て」など、小数点以下の処理方法が異なっている。

I - 2 - 5 - ① やむを得ない事情における施設基準等に関する取り扱いの見直し

公共職業安定所や無料職業紹介事業者等を活用する等により、平時から看護職員確保の取組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ついて、看護職員の配置基準を柔軟化する。

看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいと新たに規定する。1

現在は、「歴月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」

- 1 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。
- 2 民間職業紹介事業者を利用する場合においては、適正認定事業者を含むこと。
- 3 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。
- 4 一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

I - 2 - 5 - ③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数の基準を32時間から31時間に見直す。

II - 1 - 1 - ⑯ 地域加算の見直し

地域加算の地域区分及び評価を見直す。また、著しく点数が変動する地域については経過措置を設ける。

II - 1 - 1 - ⑰ 看護補助者に係る加算の名称の見直し

看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、名称や評価内容にはばらつきがあるため、看護補助者に係る加算の名称を見直す。

例) 看護補助体制充実加算 → 看護補助・患者ケア体制充実加算

II - 2 - 2 - ① 入退院支援加算等の見直し

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

1 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に規定を設ける。

2 医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

医療保護入院診療料1 ●●点

医療保護入院診療料2 ●●点

※ 多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する。

Ⅱ－5－1－③ 退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。

退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） ●●点

【対象患者】

特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

【算定要件】

保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を
退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。
この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

Ⅲ-1-① 療養・就労両立支援指導料の見直し

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者、算定可能な期間及び評価を見直す。

1 初回	●●点 (800点)
2 2回目以降	●●点 (400点)

- 1 患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」を事業者が確認した場合においても算定可能。
- 2 対象疾患の定めを廃止し、疾患に増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就労の継続に配慮が必要なもの変更
- 3 算定期間の見直し（6月を限・月1回）
- 4 評価の引き上げ

精神病棟入院基本料

Ⅲ-2-1-① データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、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。

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料）に拡大する。

【経過措置】

令和8年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和10年5月31日**までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

Ⅳ－3－① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

初診料

- イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 ●●点
- ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 ●●点
- ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3 ●●点

再診料

- 電子的診療情報連携体制整備加算 ●●点（月に1回）

診療録管理体制加算

- 1 診療録管理体制加算 1 ●●点
- 2 診療録管理体制加算 2 ●●点
- 3 診療録管理体制加算 3 削除

Ⅳ－3－1－①オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し医療DX推進体制整備加算等の見直し

- 1 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加する。
- 2 向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

【施設基準】告示

向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。

【施設基準】通知

- ・以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。
(イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わないこと
(ロ) 当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト
- ・医療広告ガイドラインを遵守していること。また、ウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
- ・向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うこと。ただし、電子処方箋システムを有していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

Ⅲ-3-2-⑥ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導を推進する観点から、外来栄養食事指導料について、情報通信機器又は電話による指導の評価を見直すとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件の明確化を図る。

1. 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。
2. 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器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場合に加えて、対面又は情報通信機器の**いずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能**であることを明確化する。

Ⅲ-3-2-⑦ 情報通信機器等を用いた医学管理等の評価の新設

プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）に情報通信機器を用いた場合の規定があることを踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設ける。



COチェッカー

患者様ご自身が日々の呼気一酸化炭素濃度（CO濃度）を測定。
測定した数値はBluetoothによってアプリと連動。



測定



保存

内部に組み込まれた電気化学センサーにより、患者の呼気ガス中の一酸化炭素濃度を測定します。
Bluetoothにより患者アプリと無線通信し、患者アプリ上に測定結果を表示します。

Ⅲ-5-2 産科管理加算の新設

分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制について、新たな評価を行う。

分娩を取り扱う保険医療機関において、母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

産科管理加算（1日につき）

1 病院の場合 ●●点 2 有床診療所の場合 ●●点

[対象患者]

分娩を伴う入院中の患者

[算定要件]

母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 産科又は産婦人科を標榜し分娩を取り扱う保険医療機関であること。
- (2) 母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関に母子保健及び福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
- (4) 産科管理加算の1については、産前産後の妊産婦及び新生児を管理する病棟であるとともに、当該病棟に助産師が常時1人以上配置されていること。

精神科関連

主な項目

「精神病棟入院基本料」は大変だ！

- ・データ提出加算が要件 (p. 17)
- ・1年以上入院患者の入院料の減額 (p. 30)

「15対1 精神病棟入院基本料」のフル装備！

- ・精神病棟看護・多職種協同加算 (p. 23)
- ・精神科地域密着多機能体制加算 (p. 24)
- ・精神科急性期医師配置加算 (p. 30)



山一つ 4-① 精神病床における多職種協同の推進

多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、急性期等の入院料における精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の病棟配置について新たな評価を行う。

精神病棟入院基本料及び精神科急性期治療病棟入院料2において、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価として、「**精神病棟看護・多職種協働加算**」を新設する。

【算定要件】精神病棟看護・多職種協同加算（1日につき）

精神病棟入院基本料

- 精神病棟看護・多職種協働加算（13対1入院基本料の場合） ●●点
- 精神病棟看護・多職種協働加算（15対1入院基本料の場合） ●●点

精神科急性期治療病棟入院料2

- 精神病棟看護・多職種協働加算 30日以内の期間 ●●点
- 精神病棟看護・多職種協働加算 31日以上60日以内の期間 ●●点
- 精神病棟看護・多職種協働加算 61日以上90日以内の期間 ●●点

【施設基準】

精神病棟入院基本料（15対1）・精神科急性期治療病棟入院料2

- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、**常時、13対1**
- ② 作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が●●日以内**であること。

精神病棟入院基本料（13対1）は ①が10対1

問題はここ



例) 現在 50床・15対1である場合の必要人員

看護は15対1なので10人、13対1は12人なので、OT等を2名増員すれば可能

山一つ4一〇 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設

精神病床に入院する患者数が減少する中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。

小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、評価を新設する。

精神科地域密着多機能体制加算（1日につき）

- 1 精神科地域密着多機能体制加算1 ●●点
- 2 精神科地域密着多機能体制加算2 ●●点
- 3 精神科地域密着多機能体制加算3 ●●点

精神科地域包括ケア病棟入院料の廃止

【対象患者】

精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定するものに限る。）又は精神科急性期治療病棟入院料を算定している患者

【施設基準】通則

- ・地域包括ケアシステムの構築に貢献する体制
- ・許可病床数が●●床以下であること
- ・許可病床に占める精神病床の割合が、●●以上であること
- ・常勤の精神保健指定医が●●名以上
- ・精神科救急医療体制の確保に協力する体制及び実績
- ・入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること

山一つ4一〇 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設

【施設基準】概略

	平均在院日数	認知症治療病棟等の割合	精神病床許可病床数	精神保健福祉士	作業療法士	公認心理師
体制加算1	●●日以内	●割以下※1	●床以下	●名以上	●名以上	●名以上
体制加算2	●●日以内	●割以下※1	許可病床※2	●名以上	●名以上	●名以上
体制加算3	●●日以内	—	許可病床※3	合計●●名以上		

※1 (精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数) ÷ 精神病床数 ≤ ●●割

※2 ①か②のいずれか

① 精神病床数が●●床以上●●床以下

② 精神病床数が●●床以上●●床以下 なおかつ (a) と (b) を満たす

(a) 以下で算出される数値が●●以下であること。

届出前月末精神病床 ÷ (届出前月から●年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数) ≤ ●●以下

(b) 届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が●●以下であること。

届出月精神病床 ÷ (届出月から●年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数) ≤ ●●以下

※3 精神病床数が●●床以上●●床以下 なおかつ (a) と (b) を満たす

(a) 以下で算出される数値が●●以下であること。

届出前月末精神病床 ÷ (届出前月から●年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数) ≤ ●●以下

(b) 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。

届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が●●以下であること。

届出月精神病床 ÷ (届出月から●年前の年度の1日当たりの精神病床入院患者数) ≤ ●●以下

Ⅲ－5－4－⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し

維持透析を必要としながら精神病床へ入院する必要のある患者への対応を推進する観点から、精神病床において算定可能な入院料における包括範囲を見直す。

精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料並びに認知症治療病棟入院料の包括範囲から、人工腎臓及び腹膜灌流に係る評価を除外する。

精神科救急急性期医療入院料

Ⅲ－5－4－⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し

精神科救急医療体制加算について、充実した精神科救急医療体制の構築を更に推進する観点から、要件及び評価を見直す。

1. 精神科救急医療体制整備事業の類型に応じた評価体系から、救急受入実績に基づく評価に見直す。
2. 120床を超えて届出を行う場合の特例的な規定を廃止する。

【算定要件】

- イ 精神科救急医療体制加算 1 ●●点
□ 精神科救急医療体制加算 2 ●●点
~~ハ 精神科救急医療体制加算 3 500点~~ 削除

【施設基準】

十分な実績 (1/27 現時点で不明・通知も待って判明)

Ⅲ－5－4－⑦ 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し

非自発的入院を促進しないよう配慮を行う観点から、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に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

【施設基準】

(11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上のものであること。

【経過措置】

令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療觀察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であることとする。

Ⅲ－5－4－⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し

精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科救急急性期医療入院料等の要件を見直す。

精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者について、ICU等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加する。

【対象患者】精神科救急急性期医療入院料

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、**精神病棟入院基本料**（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者

Ⅲ－5－4－⑨ 精神病棟入院基本料の見直し

長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更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病棟入院基本料について、長期入院患者に対する評価を見直す。

精神病棟入院基本料の18対1入院基本料及び20対1入院基本料について、1年以上入院している患者の評価を見直す。

精神病棟入院基本料

18対1入院基本料

- 1年未満の場合 753点
- 1年以上の場合 ●●点

20対1入院基本料

- 1年未満の場合 697点
- 1年以上の場合 ●●点

Ⅲ－5－4－⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し

精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。

精神科急性期医師配置加算1及び3について、クロザピンの新規導入件数を、当該加算を算定する病棟における実績から、医療機関全体における実績に見直す。

【算定要件】

精神科急性期医師配置加算2のイの算定対象となる入院料に、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の精神病棟の15：1入院基本料を追加する。

III-5-4-⑪ 通院・在宅精神療法の見直し

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要件及び評価を見直す。

1. 精神保健指定医が実施する、初診における30分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価を行うとともに、初診における60分以上の通院・在宅精神療法について、評価を見直す。
2. 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

通院・在宅精神療法

□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合

(1) 60分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 ●●点

(2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 ●●点

非精神保健指定医

【算定要件】

13 1の口の(1)の②、1のハの(1)の②、1のハの(2)の②、2の口の(1)の②、2のハの(1)の②、2のハの(2)の②及び2のハの(3)の②において、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注9に規定する「心理支援加算」は別に算定できない。

【施設基準】

別表第●● 通院・在宅精神療法の注13に規定する別に厚生労働大臣が定める要件次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。

- 一 精神科救急医療を行う体制が整備されている医療機関で実施されていること。
- 二 精神医療に十分な経験をもつ医師により行われていること。

Ⅲ－５－4－④精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し

同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士に係る要件を見直す。

病棟に専従の配置が求められている精神保健福祉士について、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えないこととする。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えないこととする。

【精神保健福祉士配置加算】

当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、**当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。**

III-5-4-⑬ 心理支援加算の見直し

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に対する公認心理師による心理支援を推進する観点から、心理支援加算の要件及び評価を見直す。

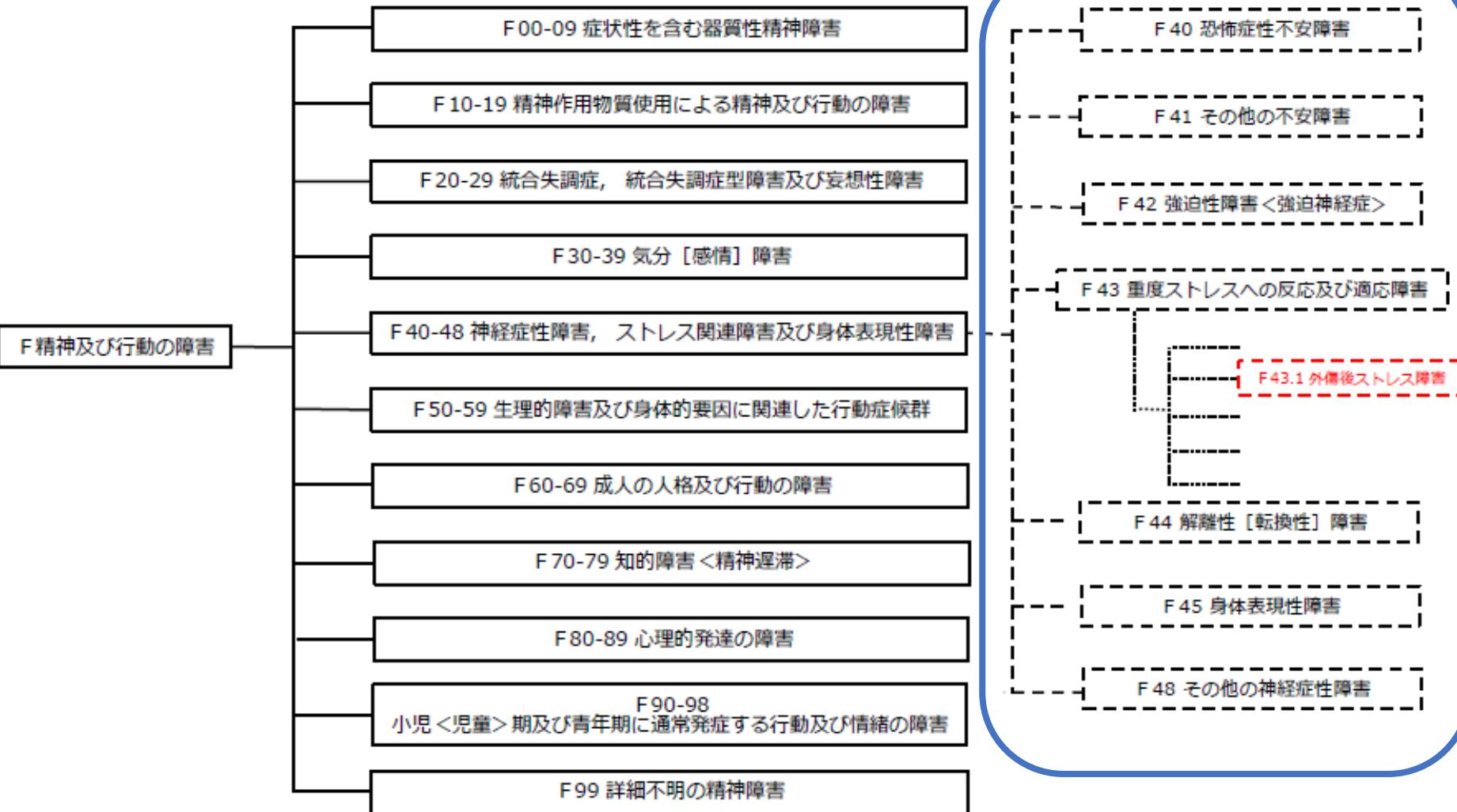
対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

【算定要件】

注9 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保険医療機関において

「注9」に規定する心理支援加算は、**心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者**に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、週●●日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週●●時間以上の勤務を●●年以上行った経験のある公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合

I C D - 10における「F 精神及び行動の障害」の分類



III-5-4-⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し

精神疾患を有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、認知療法・認知行動療法の要件及び評価を見直す。

1. 医師及び看護師が共同して認知療法・認知行動療法を行う場合について、面接後に毎回医師が患者と5分以上面接する要件を廃止する。その他施設基準について見直しを行う。
2. 公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行う。

【認知療法・認知行動療法】

- 1 医師による場合 ●●点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 ●●点
- 3 公認心理師による心理支援を伴う場合 ●●点

【算定要件】概略

- 注1 医師若しくは看護師が認知療法・認知行動療法を行った場合又は公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。
- (2) 看護師により30分を超える面接が行われた場合を含む。) 及び「3」において公認心理師により心理支援に係る30分を超える面接が行われた場合に算定する。
- (13) 認知療法・認知行動療法の「3」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関
- (14) ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師又は公認心理師が同席すること。
イ 初回から治療を終了するまでの間の治療若しくは心理支援に係る面接は、初回時に同席した看護師又は公認心理師が実施すること。

III-5-4-⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し

児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。

児童思春期支援指導加算について、初診を実施した20歳未満の患者数を見直した評価を新設する。

【児童思春期支援指導加算1及び2】

【算定要件】

イ 児童思春期支援指導加算1

- (1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） ●●点
- (2) (1)以外の場合
- ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 ●●点
 - ② ①以外の場合 ●●点

□ 児童思春期支援指導加算2

- (1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） ●●点
- (2) (1)以外の場合
- ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合 ●●点
 - ② ①以外の場合 ●●点

【施設基準】

児童思春期指導加算2

- イ 当該保険医療機関が過去●●か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均●●人以上であること。

Ⅲ－5－4－⑯ 早期診療体制充実加算の見直し

精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

早期診療体制充実加算について、評価を3つに分け、それぞれ要件を新たに設定する。

【児童思春期支援指導加算1及び2】

【算定要件】

早期診療体制充実加算1

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

早期診療体制充実加算2

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

早期診療体制充実加算3

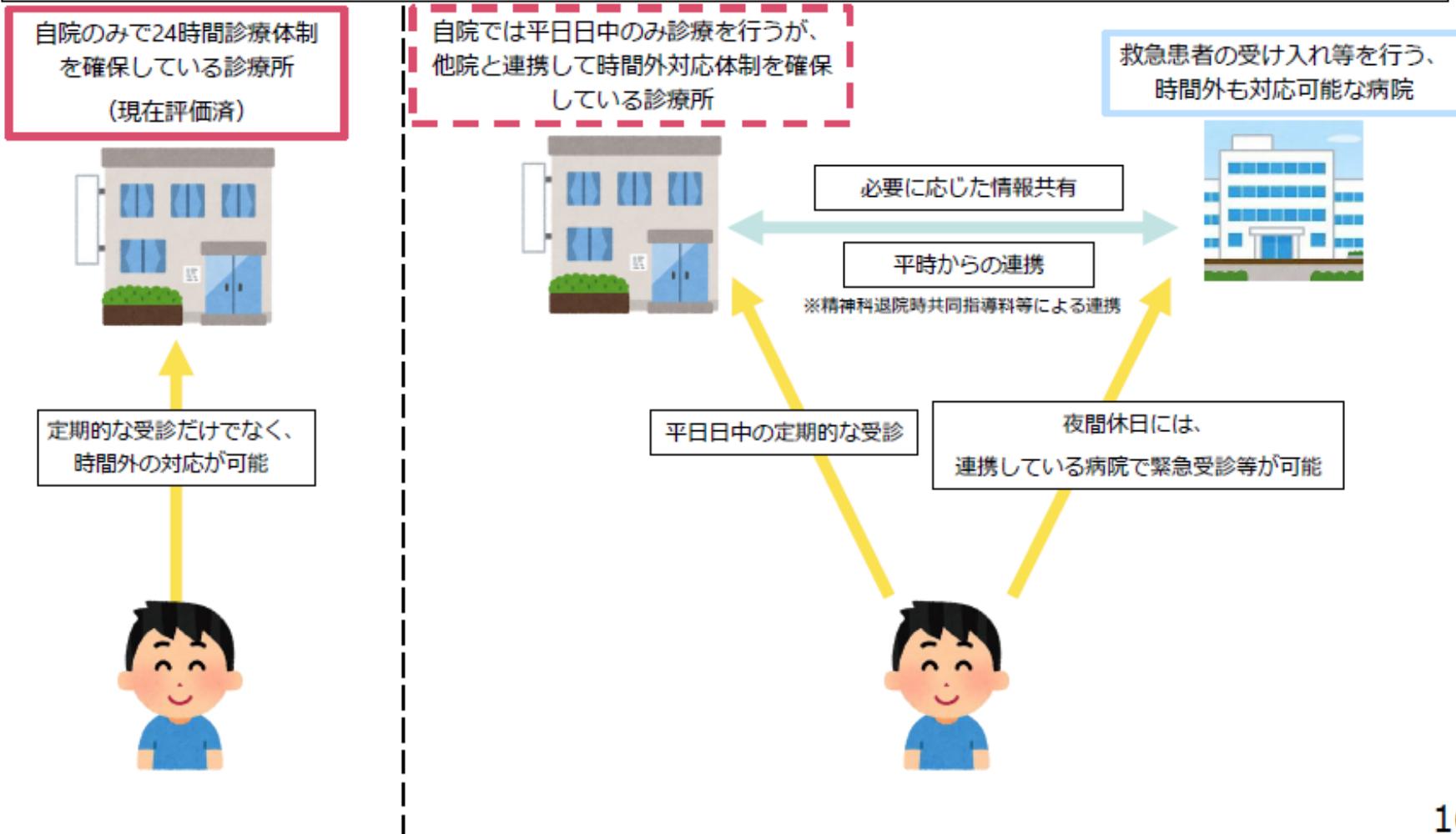
- (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 ●●点
- (2) (1)以外の場合 ●●点

【施設基準】 (1/27 現時点で不明・通知も待って判明)

- (2) 当該保険医療機関又は連携体制を有する病院において、休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。

病院との連携によって時間外対応体制を構築する診療所の例

- 自院の診療時間は平日日中のみであるものの、救急患者の受け入れ等を行う病院と平時から情報共有等を行う診療所においては、時間外もかかりつけ患者の対応が十分可能と考えられる体制を構築している。



III－5－4－⑯ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の要件を見直す。

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法について新たに評価を行うとともに、要件を見直す。

【施設基準】 (1/27 現時点で不明・通知も待って判明)

(2) 休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。

IV－1－③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

- 地域支援・医薬品供給対応体制加算1 ●●点
- 地域支援・医薬品供給対応体制加算2 ●●点
- 地域支援・医薬品供給対応体制加算3 ●●点

情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）

令和7年12月1日

参考資料

第12回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

I 策定の経緯等

- 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と考えられる留意点等について、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定した。
- その後、規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）において、安全性・必要性・有効性の観点から、令和7年末までに適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表することのほか、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討することが求められたことを踏まえ、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、情報通信機器を用いた診療についての議論が行われた。その見直しの方向性を踏まえ、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下、「本指針」という。）を策定した。

II 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

- 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。
- その上で、医師不足や有事になって急にはオンライン診療を活用することが難しいという指摘もあることから、平時からオンライン診療を活用できることが望ましく、オンライン再診精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくことが期待される。

III 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

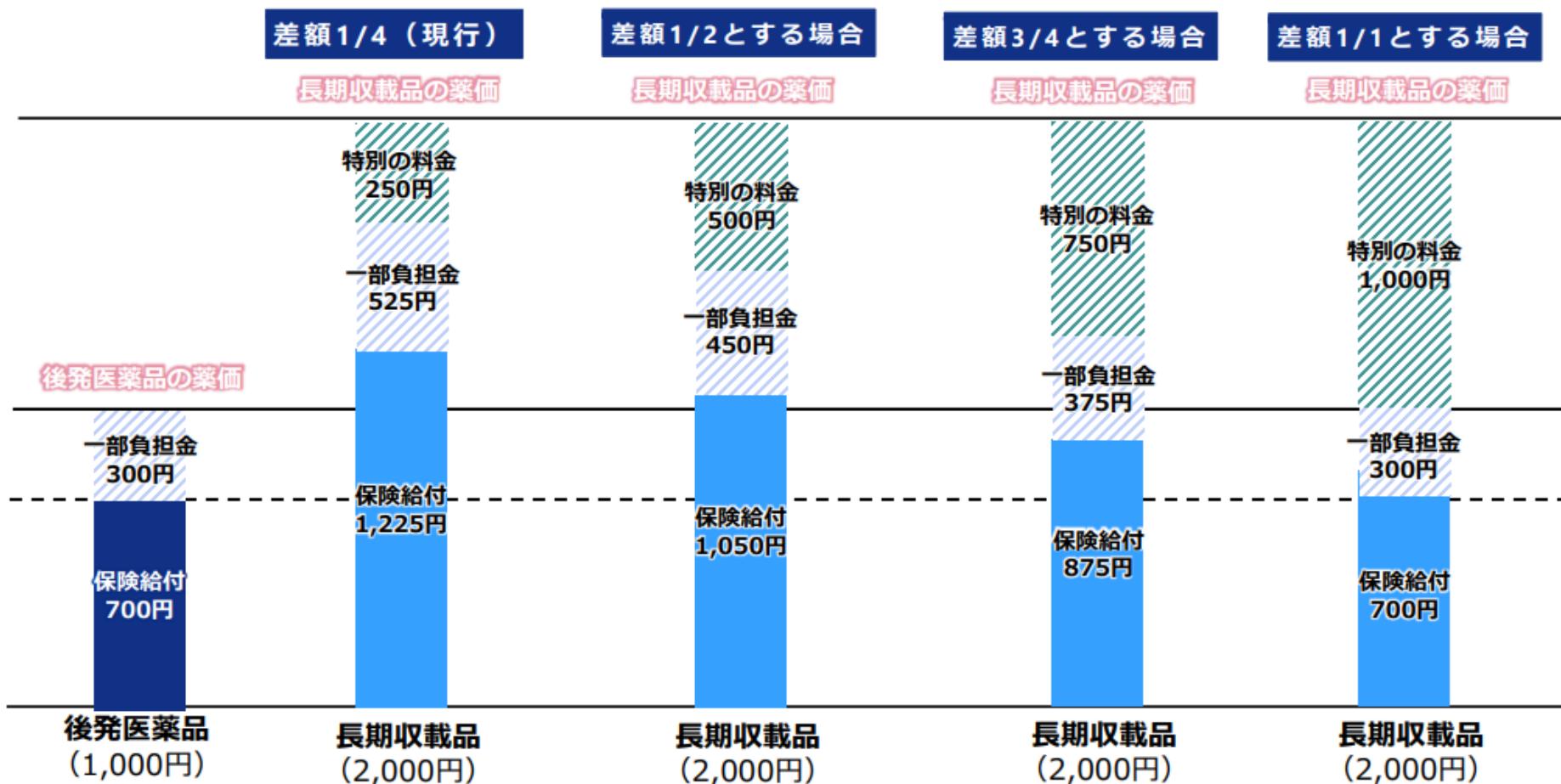
- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、オンライン初診精神療法については、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診察を行うことを前提として、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築されており、診察時に患者の側に保健師等がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合に行うこと。
- 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。ただし、自らの医療機関において時間外や休日の対応が難しい場合には、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、平時から地域の精神科病院との十分な連携体制を確保することにより、当該精神科病院が時間外や休日の対応を担う場合には、当該体制が確保されているものとみなす。
- 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・長期処方は厳に慎むとともに、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。

長期収載品の選定療養の更なる活用（イメージ）

- 長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1、4分の3又は1分の1と特別の料金を引き上げた場合における、薬剤費部分の保険給付、一部負担金、特別の料金のイメージは以下のとおり。

（※1）長期収載品の薬価を1錠20円、後発医薬品の薬価を1錠10円とし、1日4錠・25日分を投薬した場合で計算。自己負担割合は3割とする。

（※2）特別の料金には別途消費税がかかる。



●ネクスト研修会の予定

- ・ 2月ネクスト研修会はお休み
ネクスト新年会
2月20日（金）18時30分～

●精神科医事研修会の予定（別途申込必要）※

- ・ 第68回精神科医事研修会
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
- ・ 第69回精神科医事研修会
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

※病院事務管理者専用研修会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。

