

R7.12.23 16時～
WEB

第105回病院事務管理者 ネクスト研修会

令和7年度補正予算について
令和8年度診療報酬改定関連（その2）

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7年度

補正予算案の主要施策集



【計数整理の結果、異同を生ずることがある。】

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名: ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

※医療・介護等支援パッケージ

令和7年度補正予算案 5,341億円

医政局医療経営支援課

(内線2640)

医薬局総務課

(内線4264)

① 施策の目的

医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

(交付額) 医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計
[補助率10/10]

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- I 医療機関や薬局は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請
 II 国は都道府県に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関や薬局に支給
 III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

※ 病院に対しては国からの直接執行を予定

⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名：ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあつては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあつては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。

5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

1床 あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

<医科無床診療所・歯科診療所>

1施設 あたり	支援額	
	医科無床 診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

<保険薬局>

1施設 あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

<訪問看護ST>

1施設 あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

【〇病床数の適正化に対する支援】

施策名:オ 病床数の適正化に対する支援

令和7年度補正予算案 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線4095、2665)

① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療所:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。

※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

【〇出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援】

施策名: 産科・小児科医療機関等に対する支援

令和7年度補正予算案 72億円

※医療・介護等支援パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線8048)

① 施策の目的

出生数や患者数の減少が進行するなかでも、地域でこどもを安心して生み育てることができる周産期医療及び小児医療体制を確保する。

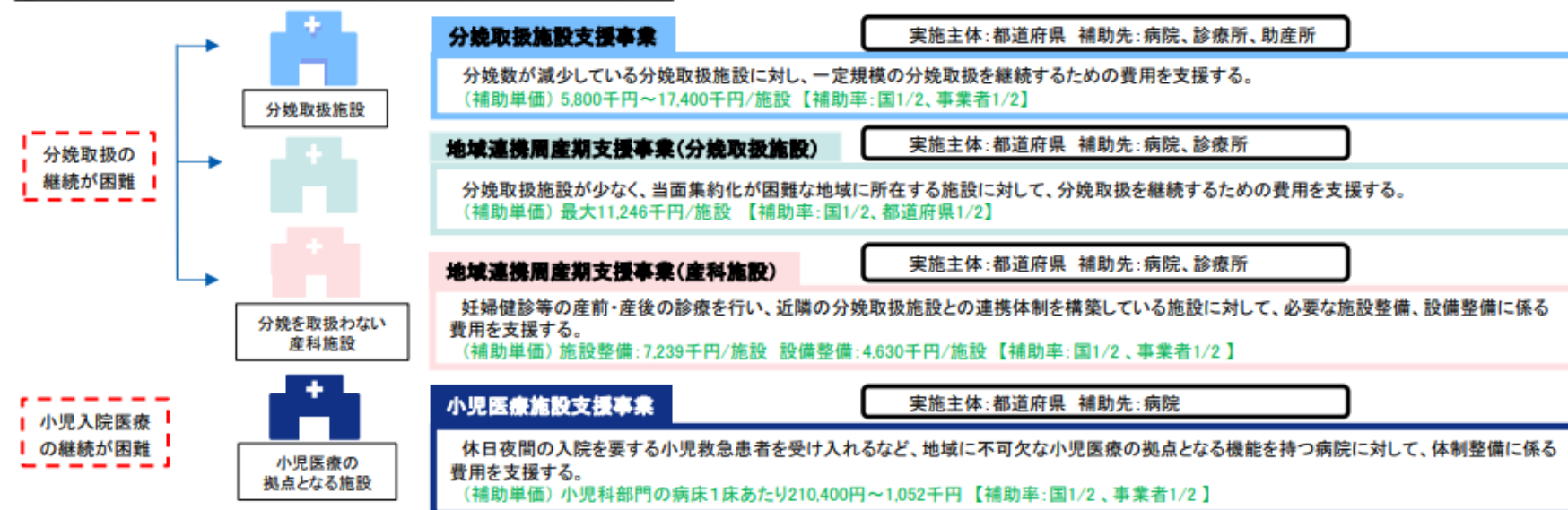
③ 施策の概要

- 地域で安心安全に出産できる体制確保に向けた取組を支援する。
- 地域で救急を含めた小児入院医療が実施できる体制確保に向けた取組を支援する。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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

産科施設や小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、施設の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行い、地域でこどもを安心して生み育てることができる小児周産期医療体制の確保を図る。

【○全国医療情報プラットフォームにおける、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、公費負担医療制度等のオンライン資格確認、予防接種のデジタル化等の推進】

令和7年度補正予算案 22億円

社会・援護局保護課
保護事業室(内線2829)

施策名：医療扶助のオンライン資格確認導入に係る医療機関等への助成

① 施策の目的

- 医療扶助のオンライン資格確認については、令和6年3月より運用を開始したところであるが、現状、医療機関等においては、全体の1/2程度の導入に留まっていることから、オンライン資格確認の利用促進を図るためには、医療機関等側の対応を加速していく必要がある。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

- 医療機関等に対し、医療扶助のオンライン資格確認の導入に向けたレセプトコンピューターシステム等に係る改修費用等を助成することにより、オンライン資格確認の更なる普及促進を図る。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

【実施主体】 社会保険診療報酬支払基金（医療機関等への助成を担当）

【助成割合】 病院，大型チェーン薬局：1/2，診療所・薬局（大型チェーン薬局を除く）：3/4

- 指定医療機関・指定薬局におけるレセプトコンピュータ等のアプリケーションの改修、パッケージソフトの購入・導入、レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等に対して、以下の上限額で助成を行う。

	病 院	大型チェーン薬局 (グループで毎月50万円の受付が月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン薬局以外)
費用の 補助内容	28.3万円を上限に補助 ※事業額56.6万円を上限に、 その1/2を補助	3.6万円を上限に補助 ※事業額7.3万円を上限に、 その1/2を補助	5.4万円を上限に補助 ※事業額7.3万円を上限に、 その3/4を補助

※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額

- 医療機関等への助成金の交付事務について、社会保険診療報酬支払基金へ補助を行う。

(具体的な事務の例)

- ・ 交付申請書等の受付・取りまとめ ・ 申請内容の確認 ・ 医療機関等への修正依頼
- ・ 申請書類の差し替え ・ データ入力 ・ 医療機関等からの問い合わせ対応 等

※ 医療保険におけるオンライン資格確認の仕組みを最大限活用し、医療扶助のオンライン資格確認導入を目的としての顔認証付きカードリーダーの新たな提供は行わない。



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

- ・被保護者の医療機関等への受診の際の利便性の向上
- ・福祉事務所における医療券発行事務に係るコスト低減、医療機関等における資格確認事務の円滑化
- ・オンライン資格確認の実績ログを活用した頻回受診対策の強化 等

【〇医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化】

施策名：医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業

令和7年度補正予算案 15億円

医政局医療情報担当参事官室
(内線4497)

① 施策の目的

医療機関の情報システムがランサムウェアに感染すると、診療機能を維持できなくなる可能性があることから、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策は喫緊の課題であり、更なる確保を行う。

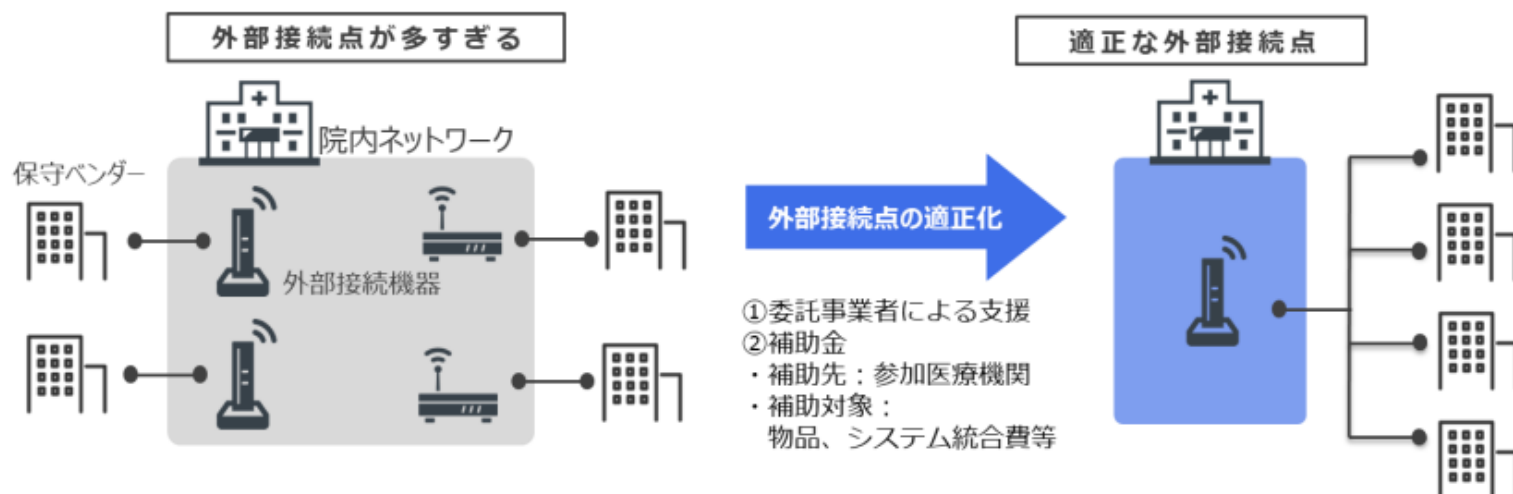
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
			○						

③ 施策の概要

R6-7年度に実施した医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業では、全国の電子カルテ導入病院に対し外部接続点の見える化支援を実施したところ、多くの医療機関において外部接続点が多数存在し、管理が困難となっている実情が明らかとなった。本事業では外部接続点が多数存在する医療機関に対して、その適正化まで事業対象を拡充し、維持管理体制づくりの支援をすることで、サイバー攻撃に対する安全性をより一層強化することを目的とする。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

外部接続点の適正化により、医療機関は外部接続点のリスク監視と、セキュリティ対策が容易になる。サイバーセキュリティの更なる確保を行う事で、医療DXの推進に繋がる。

【○自治体の認知症施策推進計画の策定支援等】

令和7年度補正予算案 5.0億円

老健局認知症施策・地域介護推進課
(内線3973)

施策名: 認知症基本法に基づく認知症施策推進事業

① 施策の目的

国民一人一人が自分ごととして認知症を理解し、認知症の人が希望を持って自分らしく暮らすことが出来るという考え方(「新しい認知症観」)に基づき施策を推進するために、多くの自治体で、地域住民に対して「新しい認知症観」に関する普及啓発等を実施し、認知症施策推進計画が策定されることを目的とする。

また、計画策定及び認知症施策を推進する上で、認知症の人や家族においては、診断後、今後の生活や認知症に対する不安を抱えている人が多く、日常的に集まり・過ごすことのできる場がないといった課題があり、そうした状況を踏まえ、不安の軽減を図り、円滑な日常生活を過ごせるよう支援し、生きがいや希望を持って暮らしていくことができる環境を整備することを目的とする。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

(1) 共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づく都道府県・市町村の認知症施策推進計画の策定支援事業

自治体が、地域住民に対して「新しい認知症観」や認知症基本法の普及啓発を図るとともに、認知症の人や家族等の意見を丁寧に聴いた上で「新しい認知症観」に基づき施策を推進するために、認知症施策推進計画を策定する際の準備に係る経費を補助する。

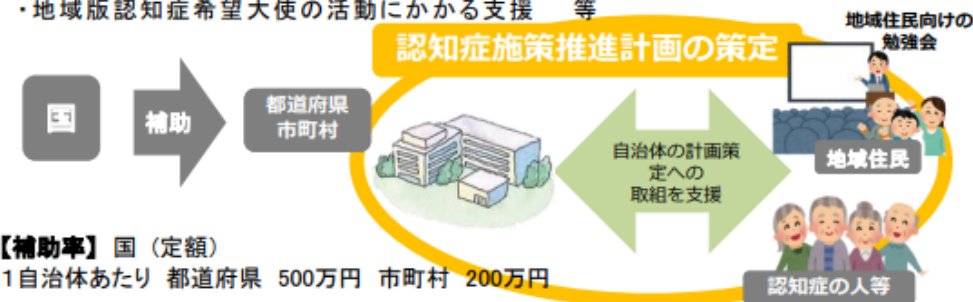
(2) 認知症の人やその家族の視点に立った多様な居場所づくり支援事業

自治体において、ピアサポート活動などの活動拠点や、認知症の人とそれ以外の人(子ども、障害者等を含めた地域住民)との交流の場等の立ち上げを支援し、認知症の人や家族等の地域の居場所づくりに係る経費を補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 対象事業例

- ・認知症の人や家族等の意見を丁寧に聴く場の設置
- ・地域版認知症希望大使の活動にかかる支援 等



【補助率】国(定額)

1自治体あたり 都道府県 500万円 市町村 200万円

(2) 対象事業例

- ・ピアサポート活動、本人ミーティングなどの事業の活動拠点
- ・認知症の人とそれ以外の人(子ども、障害者等を含めた地域住民)との交流、相互理解普及啓発の場 等



【補助率】国(定額)

1カ所あたり 300万円

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

「新しい認知症観」や認知症基本法の理念に基づき、国・地方が一体となって認知症施策を推進することで、認知症になっても地域で安心して自分らしく暮らすことができ、誰も取り残さない社会の実現に向けた一助となる。

【○災害からの復旧・復興に対する支援、医療施設等の耐災害性強化】

令和7年度補正予算案 166億円

医政局地域医療計画課(内線2548)
 障害保健福祉部障害福祉課(内線3035)
 老健局高齢者支援課(内線3928)
 社会・援護局地域福祉課(内線2857)
 障害保健福祉部精神・障害保健課(内線3095)

施策名:第1次国土強靱化実施中期計画に基づく耐震化等(医療施設等、社会福祉施設等)

① 施策の目的

「第1次国土強靱化実施中期計画」(令和7年6月6日閣議決定)等を踏まえ、災害時において適切な医療提供体制を維持するとともに、社会福祉施設等の利用者等の安全を守るため、防災・減災対策に関する施設整備等を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
						○			

③ 施策の概要

医療施設等、社会福祉施設等の防災・減災対策を推進するため、耐震化にともなう改修・大規模修繕等のほか、非常用自家発電設備や給水設備の整備、水害対策に伴う改修等、倒壊の危険性のあるブロック塀等の改修等及び医療コンテナの活用促進の対策を講じる。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

	医療施設等	障害者支援施設等	高齢者施設等	隣保館	心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関
実施主体	病院等	都道府県 政令指定都市 中核市	都道府県 市区町村	市町村	独立行政法人国立病院機構
補助率	国1/2、事業者1/2 国1/3、事業者2/3	国1/2、都道府県・政令 指定都市・中核市1/4、 設置者1/4	定額 又は 国1/2、自治体1/4、事業 者1/4	国1/2、政令指定都市・ 中核市1/2 又は 国1/2、府県1/4、市 町村1/4	国 10/10
補助対象となる事業	①耐震化整備 ②非常用自家発電設備整備 ③給水設備整備 ④医療コンテナ活用促進	①耐震化整備 ②ブロック塀等改修整備 ③水害対策強化 ④非常用自家発電設備整備	①耐震化整備 ②ブロック塀等改修整備 ③水害対策強化(※) ④非常用自家発電設備整備	①耐震化整備 ②ブロック塀等改修整備	①耐震化整備

※老朽化したエレベーターの更新等含む。

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療施設等、社会福祉施設等の耐震化整備等を支援し、防災・減災、国土強靱化を推進する。

令和 7 年度診療報酬改定について

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】

- 医療従事者の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

- 食材料費、
- 患者にと
- アウトカ
- 重点的

基本方針
R5.12.13

【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 |

個別改定項目
R6.1.26

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年度診療報酬改定を行ったものであり、今後の中央社会保険料率の変更が加えられることとなる。

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」に即して行っている。

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

【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

答 申
R6.2.14

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 同一建物居住者等以外の場合 | 28点 |
| ロ イ以外の場合 | 7点 |

令和 8 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

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で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) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・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
 - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 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
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

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

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。

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）

12月中旬 診療報酬改定の基本方針
（社会保障審議会）

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

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630回（R7.11.26）個別事項（その9）
データ提出加算
- ・ 第631回（R7.11.28）個別事項（その10）
業務の簡素化
- ・ 第632回（R7.12.03）
個別事項（その11） 算定方法の明確化
食費・光熱水費（その2）
- ・ 第633回（R7.12.05）個別事項（その13）
精神医療について②
- ・ 第636回（R7.12.17）個別事項（その16）
長期収載品の選定療養
- ・ 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

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。

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。

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。

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。

個別事項について（その9）

データ提出加算

ポイント 予想

- ・ 精神病棟入院基本料（15対1）にデータ提出加算の要件が入る可能性大

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

診調組 入-2
7. 8. 2 8

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料は漸次拡大されてきた。

1 データ提出加算 1

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **145点**

□ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **215点**

2 データ提出加算 2

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **155点**

□ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **225点**

注 データ提出加算 1 及び 2 について 入院初日に限り加算する。

3 データ提出加算 3

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **145点**

□ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **215点**

4 データ提出加算 4

イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **155点**

□ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **225点**

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

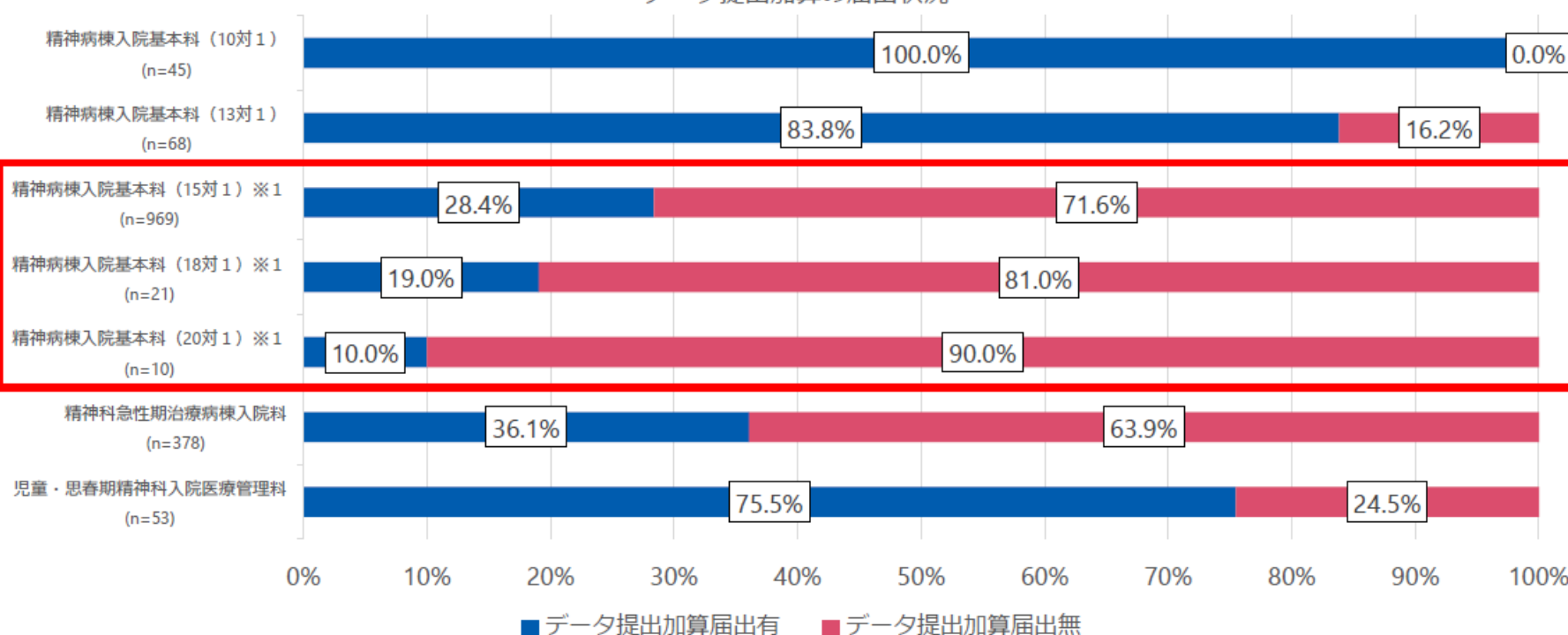
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院（7対1） 専門病院（7対1） 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～6 特定機能病院（10対1） 専門病院（10対1）	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	平成30年度以降 データの提出が必須	令和2年度以降 データの提出が必須（経過措置②ア※1）
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 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

※1 経過措置区分については後述 ※2 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料

精神病棟入院基本料等におけるデータ提出加算の届出状況について

- 精神病棟入院基本料（15対1）等（※1）を算定する医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおり。
- データ提出加算の届出が要件となっていない、精神病棟入院基本料（15対1）、精神病棟入院基本料（18対1）及び精神病棟入院基本料（20対1）においては、データ提出加算の届出を行う医療機関の割合は1～3割程度にとどまっている。

データ提出加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ、（令和6年8月1日時点）

※1 精神病棟入院基本料（15対1）、精神病棟入院基本料（18対1）及び精神病棟入院基本料（20対1）については、データ提出加算の届出は、入院料の届出の要件となっていない。

中医協 総－3 7. 11. 28

個別事項について（その10）

人口・医療資源の少ない地域
救急医療
業務の簡素化

ポイント 予想

- ・入院診療計画書等への署名・押印に廃止
- ・令和10年度の届出オンライン化を見据えて、様式9の簡素化

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。

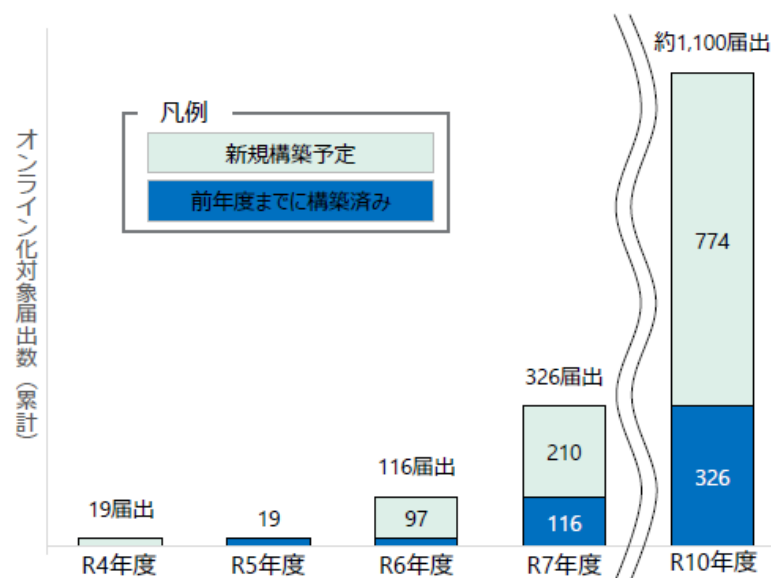
	種類	様式（例）	署名／ 記名・押印		代替方法についての検討の考え方
			医師	患者・ 家族	
院内や、医療機関と患者 本人との間で使用するもの	計画書	入院診療計画書	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものであるため、医療従事者の署名は記名で代替しうるのはではないか。 患者・家族の署名について、個々の書類におけるその意義を踏まえどう考えるか。
		リハビリテーション実施計画書	○ (説明者)	○	
		生活習慣病 療養計画書	—	○	
	評価書	神経学的検査チャート	○	—	
	同意書	輸血同意書	—	○	
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	○	—	<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	○	○	
	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	○	—	
		介護職員等喀痰吸引等指示書	○	—	

施設基準等届出のオンライン化について

- 施設基準等届出（令和6年度診療報酬改定時：約1,100件）のオンライン化については、令和4年4月から段階的に実施しており、令和6年度までに116件の届出のオンライン化を実施、令和7年度は新たに210件の届出をオンライン化する予定。（令和7年度中には合計326件の届出を実施予定）
- 残る約800件の届出についても、施設基準届出等の電子化に関するワーキンググループでの検討結果や、診療報酬改定に係る告示・通知等に基づき、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修を進めていく予定。

令和7年度 オンライン化対象届出（計210件）				
対象届出				届出数
医科	基本診療料	A	入院基本料等加算	74
		B	医学管理	1
	特掲診療料	C	在宅医療	36
		D	検査	49
		E	画像診断	22
		F	投薬	2
		G	注射	3
		H	リハビリテーション	20
		L	麻酔	3

今後の予定



オンライン化対象届出拡大のスケジュール（予定）

令和4年度 ・ オンライン届出機能の構築 19届出

令和6年度 ・ オンライン化対象届出拡大（+97届出追加）

令和7年度 ・ オンライン化対象届出拡大（+210届出追加予定）

令和8年1月末
リリース予定

令和10年度 ・ 原則全ての届出をオンライン化予定

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）

 中医協 総-7
7. 11. 5

- 基本診療料の施設基準等の届出の際に、届出書である別添7の添付書類として、入院患者の数や看護要員の数等を確認するための「様式9」の提出が求められる。
- 「様式9」は適時調査においても事前提出書類とされ、施設基準との整合を確認するために用いられる。

基本診療料の届出

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）（令和6年3月5日保医発0305第5号）

第2 届出に関する手続き（抜粋）

2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。）を1通提出するものであること。

様式9「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類」

【別添7に様式9の添付が必要な基本診療料】

- **入院基本料**：一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料
- **入院基本料等加算**：急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、精神科応急入院施設管理加算
- **特定入院料**：地域包括医療病棟入院料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、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、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

【様式9で報告する事項】

- **入院基本料・特定入院料の届出**
- **看護要員の配置に係る加算の届出**
- **入院患者の数及び看護要員の数**（① 1日平均入院患者数、② 月平均1日当たり看護職員配置数、③ 看護職員中の看護師の比率、④ 平均在院日数、⑤ 夜勤時間率、⑥ 月平均夜勤時間数、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、⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数、⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数、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、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）
- **勤務実績表**
- **勤務体制及び申し送り時間**

4. 勤務実績表

種別	番号	氏名	雇用・勤務形態 ¹⁾	看護補助者の乗数 ²⁾	夜勤の有無				日付別の勤務時間数 ³⁾				月平均勤務時間数 ⁴⁾	月平均勤務時間率 ⁵⁾	月平均夜勤時間数 ⁶⁾	月平均夜勤時間率 ⁷⁾
					1	2	3	4	1	2	3	4				
看護部			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
看護部			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
看護部			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
その他			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												
			常勤・常勤・非常勤・非常勤	常勤・常勤												

夜勤頻率職員数の計	(B)	月平均勤務時間数 ⁴⁾	(C)	月平均夜勤時間率 ⁷⁾
月平均夜勤時間数	(D) = (E)	月平均勤務時間数 ⁴⁾	(F) = (G)	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月平均勤務時間数の計				
1日看護職員配置数 ⁸⁾	(A) = (配置区分の総数 ⁹⁾) × 3	月平均1日当たり看護職員配置数	(D) = (B) × (F)	月平均1日当たり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 ¹⁰⁾	(A) = (200) × 3	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	(F) = (B) × (F)	

注1) 1日看護職員配置数 ⑤ 月平均1日当たり看護職員配置数
 注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 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

5. 勤務体制及び申し送り時間

勤務体制			
3交代制	日勤	()	夜勤
2交代制	日勤	()	夜勤
4交代制	日勤	()	夜勤
申し送り時間			
3交代制	日勤	()	夜勤
2交代制	日勤	()	夜勤
その他	日勤	()	夜勤

適時調査における様式9 【適時調査実施要項】 2 事前準備 (2) 事前提出書類の調査手順（抜粋）

② 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）と勤務実績表は事前に照合を行い、不整合の内容について調査当日に確認する。

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)

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
⑥ 月平均夜勤時間	小数点第2位以下切り捨て
⑦ 月平均1日当たり当該入院科の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	小数点以下第2位以下切り捨て
最小必要数以上の看護職員配置数 (必要数)	小数点以下切り上げ
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	小数点以下第2位以下切り捨て
夜間看護補助者配置数 (必要数)	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	小数点第3位以下切り捨て
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	小数点以下第2位以下切り捨て
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)	小数点以下切り上げ

■ 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「少数点以下切り上げ」「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。

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) _____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 _____人 (C/ (日数×8)) ※小数点以下第2位以下切り捨て
(参考) 1日看護職員配置数 (必要数) [] = (A/配置区分の数) × 8 ※小数点以下切り上げ
- ③ 看護職員中の看護士の比率 _____%
(月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護士数/1日看護職員配置数)
- ④ 平均在院日数 _____日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
※小数点以下切り上げ
- ⑤ 夜勤時間帯 (1日時間) _____時 _____分 ~ _____時 _____分
- ⑥ 月平均夜勤時間 _____時間 ((D-E)/8) ※小数点第2位以下切り捨て
- ⑦ 月平均1日当たり当該入院科の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____人
※小数点以下第2位以下切り捨て
※看護職員配置数 (A30-3 地域包括ケア病院入院科の注3) を算出する場合に記述
(参考) 最小必要数以上の看護職員配置数 (必要数) [] = (A/50) × 8 ※小数点以下切り上げ
- ⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て
※看護補助者数・看護補助者配置数 (A36 障害者施設等入院基本料の注9・注10)・A207-3 急性期看護補助者配置数・A214 夜間75対1看護補助者配置数・夜間看護補助者配置数 (A304 地域包括診療所入院科の注6)・看護補助者配置数・看護補助者配置数 (A307 小児入院診療所入院科の注9・注10)・看護補助者配置数・看護補助者配置数 (A308-3 地域包括ケア病院入院科の注4・注5) 等を算出する場合に記述
(参考) 1日看護補助者配置数 (必要数) [] = (A/配置区分の数) × 8 ※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 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て
※看護補助者数・看護補助者配置数 (A36 障害者施設等入院基本料の注9・注10)・A207-3 夜間急性期看護補助者配置数・A214 夜間75対1看護補助者配置数・夜間看護補助者配置数 (A304 地域包括診療所入院科の注6)・看護補助者配置数・看護補助者配置数 (A307 小児入院診療所入院科の注9・注10) を算出する場合に記述
(参考) 夜間看護補助者配置数 (必要数) [] = (A/配置区分の数) × 8 ※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 _____人 (F/ (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) [] = (A/200) × 8 ※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 _____人
※小数点以下第2位以下切り捨て
※A315 精神科地域包括ケア病院入院科を算出する場合に記述
(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) [] = (A/3) × 8 ※小数点以下切り上げ

中医協	総一	3	
7.	1	2.	3

個別事項について（その11）

届出や算定方法の明確化

ポイント 予想

- ・専従要件の緩和
- ・常勤医師の要件が週4日以上32時間を 週4日以上31時間へ

その他の専従要件について

- その他、以下のような専従要件についても、専従の趣旨や医療の質を担保することに配慮しつつ、行える業務の範囲や分担の在り方、従事する場所等について、更に明確化することができるのではないかな。

算定区分

専従要件と主な業務規定や緩和要件

課題

【チームで診療を提供する項目に係る専従要件】

A234 医療安全対策加算	適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。	<ul style="list-style-type: none"> 専従の職員が、加算に係る業務を行わない時間に行うことのできる業務が示されていない。 病床数によって、業務の量に差があると考えられるが、例えば規模の大きい病院で複数名の要件を満たす担当者がある場合、加算に係る業務を分担しうるのはないか。その場合、加算に従事しない一定の時間は他の業務を行うことが考えられるのではないかな。
A234-2 感染対策向上加算 注3に規定する抗菌薬適正使用支援加算	要件を満たす医師又は看護師のうち1名は専従。 <ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬適正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助言の業務を行っても専従とみなす（赴いて助言する時間は月10時間以下） 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任不可 	

【入院料に係る専従要件】

A304 地域包括医療病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が2名以上 常勤の管理栄養士が1名以上	病棟に専従であっても、病棟の患者に係る院外における指導等を行うのではないかな。
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が1名以上	

【精神医療に係る専従要件】

A103 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 <ul style="list-style-type: none"> 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要 	
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A314 認知症治療病棟入院料 等	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	

入院基本料等における現行の常勤職員に関する取扱い

○入院基本料等及び入院基本料等加算の施設基準において、例えば、急性期一般入院料等に係る常勤の医師等の常勤職員の常勤の要件として、従前より、週4日以上常態として勤務かつ所定労働時間が週32時間以上であることとされている。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」平成18年3月31日保医発0331001（抜粋）※

別添3 入院基本料等加算の施設基準等

第1 入院時医学管理加算

1 入院時医学管理加算に関する施設基準等

（中略）

（3）常勤の医師とは、当該保険医療機関で週4日以上常態として勤務しており、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」令和6年3月5日保医発0305第5号（抜粋）

別添2 入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（2）常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

※平成18年3月31日保医発0331001については廃止済

一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律における常勤要件の取扱い

- 一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律※においては、平成20年人事院勧告を受け、職員の勤務時間は、平成21年4月1日より、1日あたり8時間から7時間45分へと改定されている。
- そのため、例えば、人事院勧告に従い週4日勤務かつ所定労働時間が31時間となる常勤医師については、急性期一般入院料1等に係る常勤の所定労働時間要件を満たさない。

※国家公務員法（昭和二十二年法律第二十号）第二条に規定する一般職に属する職員（以下「職員」という。）の勤務時間、休日及び休暇に関する事項を定めるもの

平成20年 人事院勧告（勤務時間の改定の勧告）

民間企業の所定労働時間

○民間企業は公務より、
1日15分程度、1週1時間15分程度
短い水準で定着。

	職員の勤務時間	民間の労働時間 (H16～H20の平均)
1日	8時間	7時間44分
1週間	40時間	38時間48分

行政サービスの維持

○各府省における業務の合理化・
効率化や勤務体制の見直し等に
より行政サービス・行政コストに
影響なし。

○幹部職員をはじめ、職員は公務
能率の一層の向上に努める必要。

仕事と生活の調和

○勤務時間の短縮は、家庭生活や
地域活動の充実など、広く仕事と
生活の調和（ワーク・ライフ・ balan
ス）に寄与。

勧告

職員の勤務時間を 1日7時間45分、1週38時間45分に改定（平成21年4月実施）

令和7年の地方分権改革に 関する提案

（求める措置の具体的内容）

○診療報酬上の医師の常勤の要件を緩和し、過疎地等の病院にあっては「週31時間以上」の医師においても報酬算定可能とするなど算定基準の見直しを求める。

（具体的な支障事例）

○公務員の労働時間は一般的に「7時間45分」とされており、医師不足の中、退職した常勤医師であった者を再任用職員として頼らざるを得ない状況で、週4日31時間勤務の職員では、常勤の医師の要件を満たすことができない。

中医協	総一4
7 . 1 2 . 3	

入院時の食費・光熱水費について (その2)

ポイント 予想

- ・ 65歳以上の患者は、入院時生活療養費で
- ・ もしかすると 精神病床はすべて入院時生活療養費に
- ・ 入院時の食事の基準額 40円引き上げ (1食 690円→ 730円)
- ・ 入院時の生活療養費 60円引き上げ

入院時の食費に係る論点

- 入院時の食費の基準額については、食材費等が高騰していることを踏まえ、令和6年6月より、1食当たり30円の引上げ、また令和7年4月より、1食当たり20円の引上げを実施したが、令和7年4月以降も食材費等の上昇は続いている。
- 令和7年4月に行った引上げの検討時期と、引上げ後の令和7年4月から10月までの間を比較すると、食料の物価は6.50%上昇している。これを食材費等を勘案する自己負担額の510円に乗じると、33円となることを踏まえ、入院時の食費の基準額について、例えば40円引き上げることとしてはどうか。

(参考) CPI(食料)は、令和7年4月の引上げにて勘案できた期間から令和7年4月以降の期間にかけて6.50%上昇。
令和6年6－10月平均:117.9 ⇒ 令和7年4－10月平均:125.6(+6.50%)

- ※ 入院時の食費の標準負担額(自己負担額)の観点から、医療保険部会においても議論が行われている。
- ※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

入院時の光熱水費に係る論点

- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく上昇しているところ、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いる。
- 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円引き上げている。
- 近年の光熱・水道費の上昇や、令和6年度介護報酬改定における対応を踏まえ、入院時生活療養費の基準額(総額)について、例えば60円引き上げることとしてはどうか。

※ 入院時生活療養費の標準負担額(自己負担額)の観点から、医療保険部会においても議論が行われている。

※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

入院時食事療養費のこと

食材料費相当額

入院時食事療養費の基準額

		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				1140円
H9.4		1920円	760円	1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食当たりで算定	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		670円 (1日当たり2010円)	490円	180円
R7.4		690円 (1日当たり2070円)	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

- 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

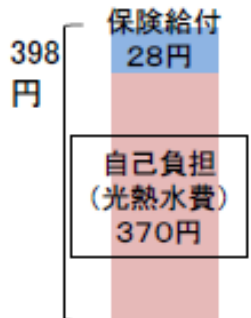
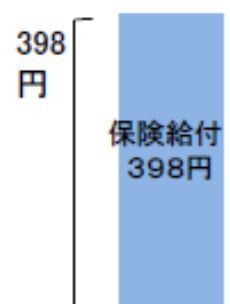
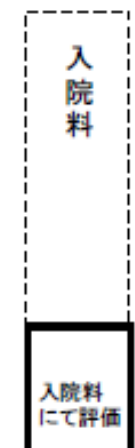
第二 生活療養 ※ 65歳以上の方が療養病棟に入院した時

- 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>

個別事項について（その13）

精神医療②

ポイント 予想

- ・ 精神保健指定医による通院・在宅精神療法の初診時30分以上の増点
- ・ 診療所の早期診療体制充実加算の要件変更（病院との連携）
- ・ オンライン診療が増点
- ・ オンライン初診精神療法が条件付きで算定可能に
- ・ 通院精神療法の心理支援加算の範囲の拡大
- ・ 公認心理師の役割（算定できる範囲）の拡大
- ・ 児童思春期支援指導加算の増点
- ・ 病棟専従配置の精神保健福祉士の専従要件の緩和

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-④~⑧

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
- 手厚い診療に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

在宅
保険医療機関外



（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供） 等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援（月2回、2年を限度）等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置（うち1名以上は適切な研修の修了を要件） 等

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月1回）、多職種カンファレンス（3月1回）、精神保健福祉士の専任配置 等

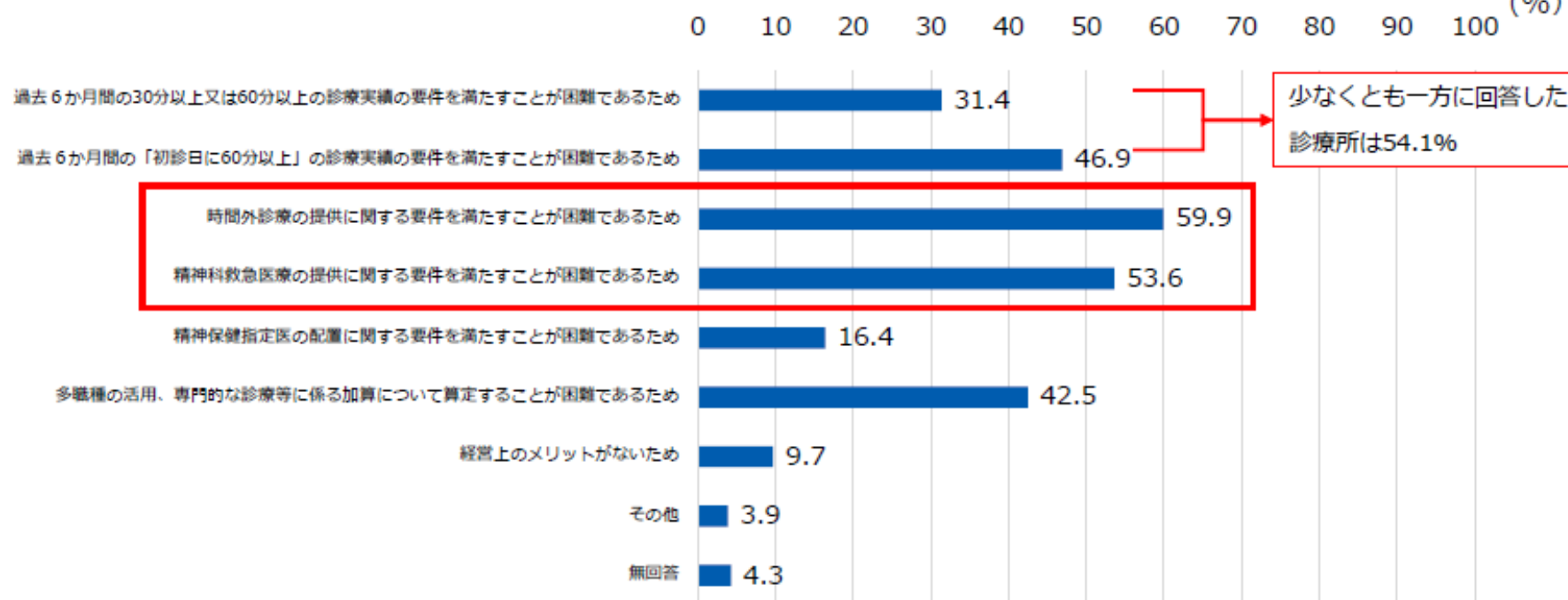
診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由

- 診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は、「時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が 59.9%と最も多く、次いで「精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が多かった。
- 「過去6か月間の30分以上又は60分以上の診療実績の要件を満たすことが困難であるため」又は「過去6か月間の「初診日に60分以上」の診療実績の要件を満たすことが困難であるため」のいずれかを選択した施設は 54.1%であった。

診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由（複数回答）

(n=207)

(%)



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。

自院のみで24時間診療体制
を確保している診療所
(現在評価済)



定期的な受診だけでなく、
時間外の対応が可能



自院では平日日中のみ診療を行うが、
他院と連携して時間外対応体制を確保
している診療所



必要に応じた情報共有

平時からの連携

※精神科退院時共同指導料等による連携

救急患者の受け入れ等を行う、
時間外も対応可能な病院



平日日中の定期的な受診

夜間休日には、
連携している病院で緊急受診等が可能



令和6年度診療報酬改定 II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進-⑩

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

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

(新) 通院精神療法 Ⅷ 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上（精神保健指定医による場合） 357点

(2) 30分未満（精神保健指定医による場合） 274点



【対象患者】

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に
対面診療を行ったことがある患者

【算定要件】（概要）

- (1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「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精神療法に係る指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿った診療及び処方を行うこと。
- (2) 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または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。

【施設基準】（概要）

- (1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- (2) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (3) オンライン精神療法指針において、「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」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※（イ）から（ロ）までのいずれかを満たすこと

（イ）	（ロ）	（ハ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 常時対応型施設（★） 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 （★）精神科救急医療体制整備事業における類型 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院群輪番型施設（★） ・ 時間外、休日又は深夜において、 入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来対応施設（★） 又は 時間外対応加算1の届出 ・ 精神科救急情報センター、保健所等からの 問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※（イ）又は（ロ）のいずれかの実績

（イ）	（ロ）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上 行っていること。

精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の施設基準

注意

当該病棟を有する保険医療機関が次の**いずれかの要件**を満たすこと。

(1) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。

(2) 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年 4 件以上であること。そのうち 1 件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算 1 において同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

(3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイの**いずれかに該当すること**。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年 6 回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年 1 回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診察あるいは業務を年 1 回以上行うこと。

(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察

(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

(ハ) 精神医療審査会における業務

(ニ) 精神科病院への立入検査での診察

(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

「重症者加算 1」施設基準フロー略図

(1) 常時対応型施設又は身体合併症救急医療施設である

該 当

施設基準の要件を満たす

非該当

(2) 時間外等の入院件数 4 件以上又は時間外等の外来対応件数 10 件以上

該 当

施設基準の要件を満たす

非該当

(3) 外来対応施設への年 6 回定の診療協力又は精神保健指定医の公務員としての年 1 回以上の業務

該 当

施設基準の要件を満たす

非該当

重症者加算 1 の施設基準を満たさない。（重症者加算 2 で算定）

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）

- 規制改革実施計画において、新たな指針を踏まえたオンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずることが閣議決定されている。

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

II 実施事項

3. 革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大

（6）健康・医療・介護 （i）デジタルヘルスの推進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
1	身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及	<p>a 厚生労働省は、通所介護事業所等についても、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合にはオンライン診療を受診できる場であることを明らかにする。あわせて、オンライン診療時に、医療補助行為や医療機器の使用等がされないこと及び自らが医療提供を行わないことを前提として、居宅同様に、通所介護事業所や職場などの療養生活を営む場においても、新たに診療所が開設されなくとも、患者がオンライン診療を受診できることを明示する。なお、医療補助行為や医療機器の具体については、明確化する。さらに、通所介護事業所、学校等が、医療法（昭和23年法律第205号）の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないこと等を明確にした上で、当該施設の利用者等に対し、当該施設内において、オンライン診療の受診が可能であることについて周知すること及び機器操作のサポートを当該施設の職員等が行うことが可能であることを明確化する。</p> <p>b 厚生労働省は、へき地等に限ってオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とする旨の医療法の運用（令和5年5月18日厚生労働省医政局総務課長通知）を改正し、①「へき地等」が否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいずれの地域においても、オンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能であることとする。②その際、診療所の開設に関する要件を設ける場合には、オンライン診療の受診を当該診療所において希望する患者が存在することを示すなどの簡潔な説明で足りることとするよう検討する。さらに、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求め、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況及び具体的な事例を定期的に公表するなど、オンライン診療に関する情報発信・環境整備を行う。</p> <p>c 厚生労働省は、精神科や小児科などの診療において、オンライン診療が技術的には可能であっても診療報酬上算定が認められていない項目がある結果、医療機関がオンライン診療を行いたくても十分な情報やノウハウが不足していることや、対面診療とオンライン診療の評価の在り方に関して指摘があること、これらの診療科においては対面診療に比べてオンライン診療のアウトカムが同等である場合も存在することを踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、精神科・小児科などの診療におけるオンライン診療の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p> <p>d 厚生労働省は、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（令和5年3月株式会社野村総合研究所（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業））において、初診精神療法をオンライン診療で実施することは「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない」、「対面診療の補完としての活用を期待する声もある一方で、安全性・有効性の確保が課題との指摘もある」という理由で行わないこととされているが、患者団体や研究者からは初診精神療法のオンライン診療の必要性が求められていること、英米等においては初診精神療法をオンライン診療で実施されていること、精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されていること、当該指針は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）と同様に、厚生労働省が公開の議論を経て策定する必要があるとの指摘があることなどを踏まえ、安全性・必要性・有効性の観点から、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。なお、その際、オンライン診療は対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在し得ることから、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。</p> <p>e 厚生労働省は、dの新たに策定・公表する指針を踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、オンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p>	<p>a：措置済み b：（前段・中段）措置済み、（後段）令和6年度まで継続的に措置 c：措置済み d：令和6年度検討開始、令和7年までに結論・措置 e：令和7年度検討・結論・措置</p>	厚生労働省

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

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

参考資料

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。

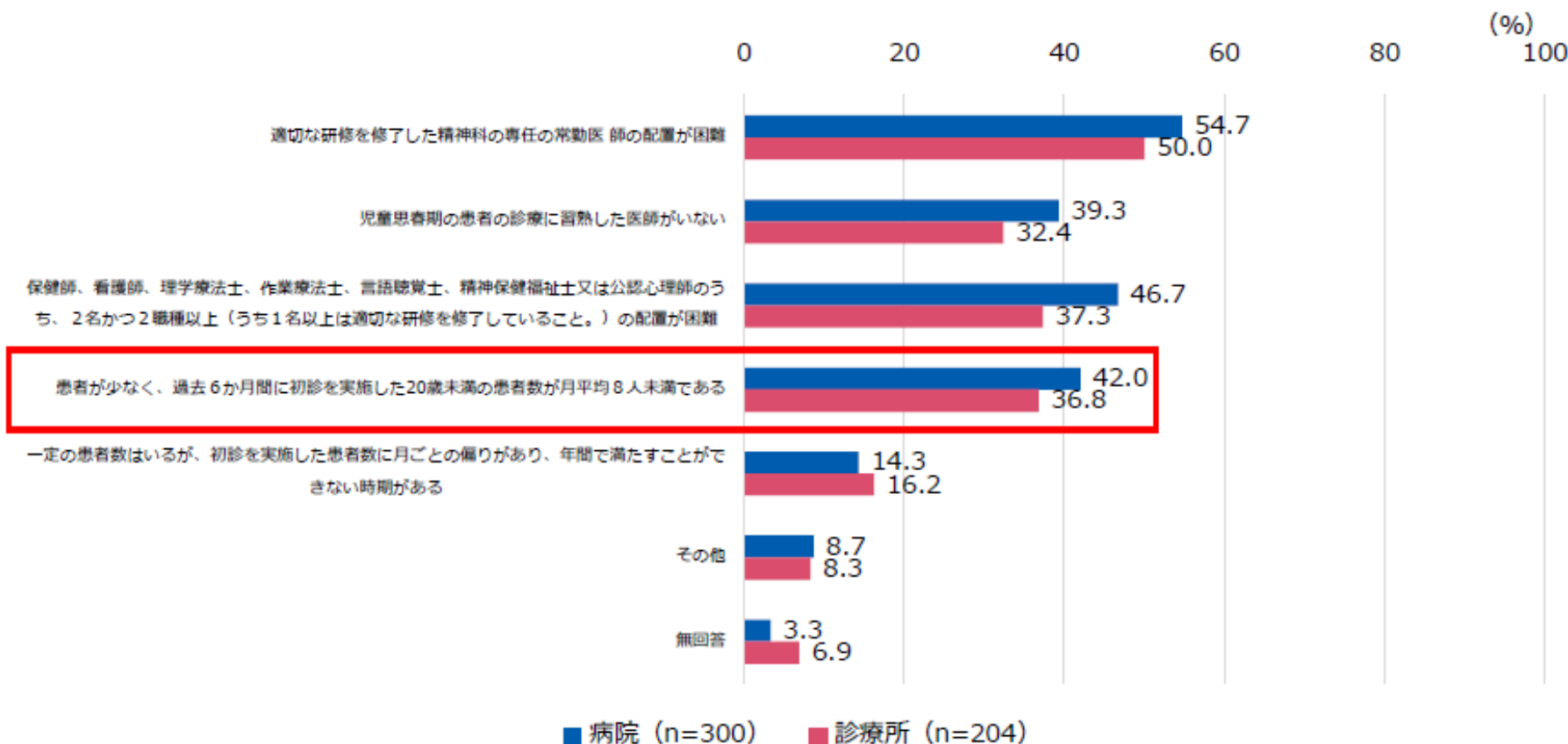
III 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

- 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・長期処方ば厳に慎むと同時に、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。

児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由

- 児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由は、「患者が少なく、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均8人未満である」と回答した病院が42.0%、診療所が36.8%であった。

児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由（複数回答）



医療機関における発達障害の初診待機の状況

中医協 総-3
5. 11. 22

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月(0~54か月)であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件(回答率:9.4%)。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

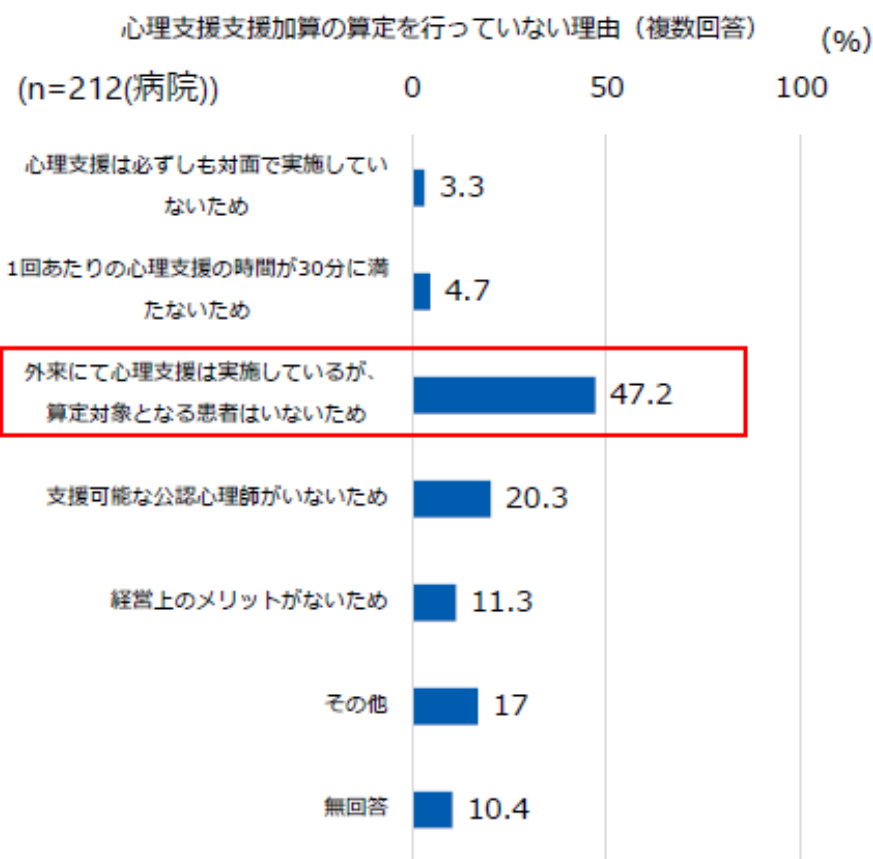
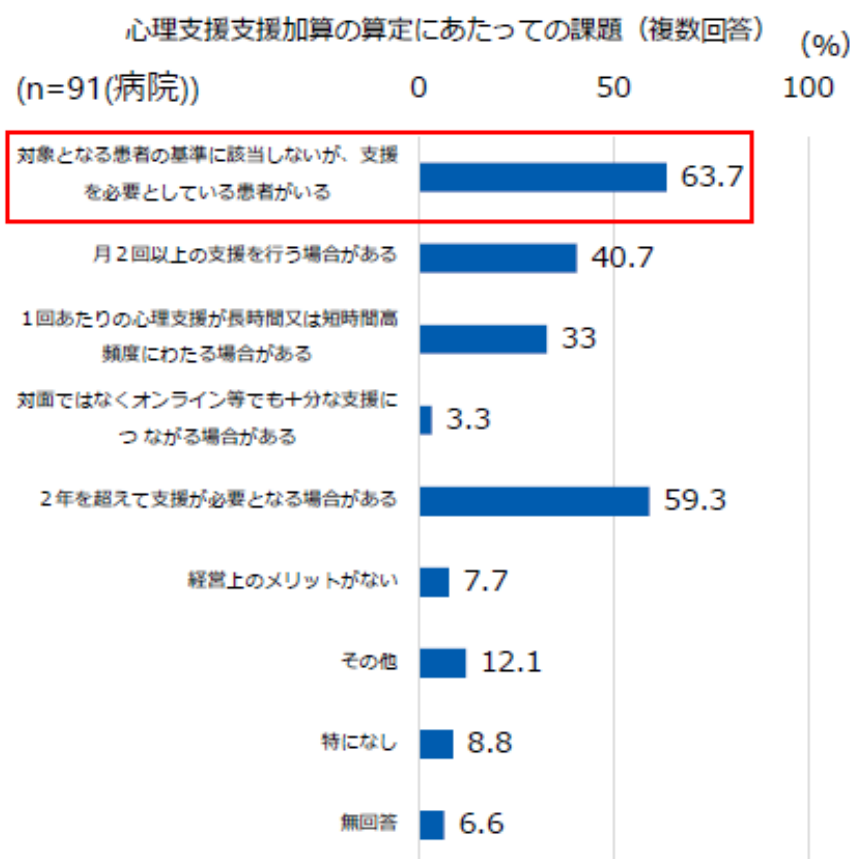
	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択(緊急枠設定、トリアージ対応)
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

心理支援加算の算定を行っていない理由等

- 心理支援加算の算定にあたっての課題について、「対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる」という回答が63.7%と最多であった。
- 心理支援加算の算定を行っていない理由について、「外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいないため」という回答が47.2%と最多であった。



公認心理師による心理支援の効果に関する研究

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（ICD-10におけるF40-F48）等の患者に対し、通院精神療法に加えて公認心理師による心理支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。

公認心理師による心理支援の効果に関する研究

方法

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F40-F48）等の患者で、公認心理師による心理的支援が必要と医師が判断し、通院精神療法に加えて心理的支援が実施された群（心理的介入群：59例）と、心理支援が必要と医師が判断したが患者の都合により通院精神療法のみ実施された群（通常治療群：38）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較した。
- 公認心理師による心理支援：精神疾患を持つ患者に対し、不安の軽減・解消、自己・疾患理解の促進、症状等の緩和・軽減、対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要に応じて心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施
- 平均診察回数：心理的介入群19.86±4.32回、通常治療群17.05±6.79回

CGI-S（臨床全般重症度）

1. 症状なし、正常
2. 正常と病的状態の境界の状態
3. 軽度の病的状態
4. 中等度の病的状態
5. やや重度の病的状態
6. 重度な病的状態
7. 最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1. 著明改善
2. 中等度改善
3. 軽度改善
4. 不安
5. やや悪化
6. 悪化
7. 重症に悪化

○ CGI-S の分析結果

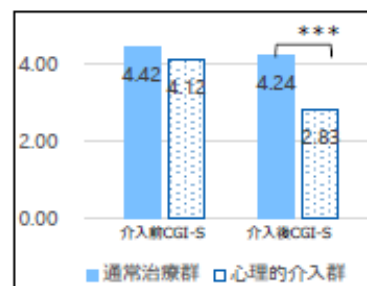
CGI-Sについて、心理的介入群と通常治療群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理的介入群*通常治療群の交互作用が有意であった（ $F(1,95)=27.9, p<.001$ ）（表1）。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p値
治療群	33.7	1	95	33.74	16	<.001***
介入前後	25.1	1	95	25.05	49.7	<.001***
治療群*介入前後	14.1	1	95	14.08	27.9	<.001***

▲表1 2要因分散分析の結果

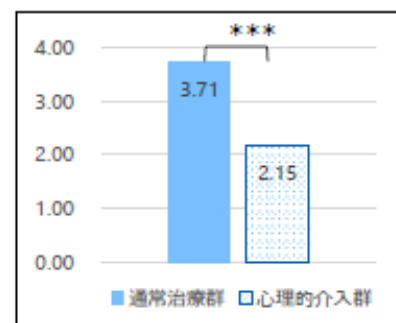
下位検定を行った結果、介入前の心理的介入群と通常治療群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理的介入群と通常治療群の間に有意差が得られた（ $t(95)=5.48, p<.001$ ）。さらに効果量は1.22であり、大きいと言える。

図1 介入前後における2群間のCGI-Sの差



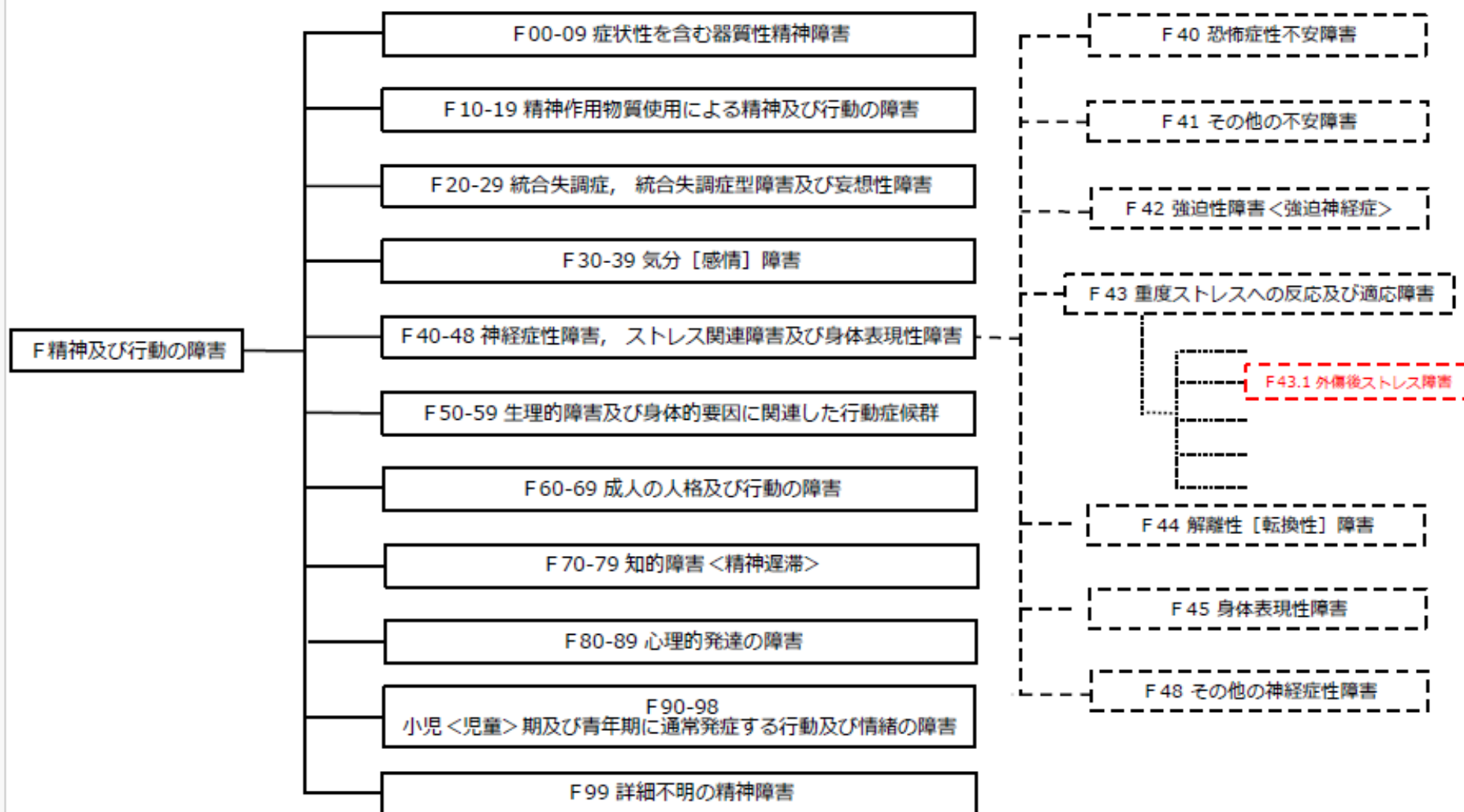
○ CGI-I の分析結果

t検定を行ったところ、心理的介入群と通常治療群に.05水準で有意差が認められた（ $t(95)=8.64, p<.001$ ）（図2）。効果量は1.80であり、非常に大きな効果が認められた。



▲図2 2群間の介入後のCGI-Iの差

ICD-10における「F 精神及び行動の障害」の分類



認知療法・認知行動療法（医師及び看護師が共同して行う場合）

- 認知療法・認知行動療法について、医師及び看護師が共同して行う場合、毎回の看護師による面接後に、専任の医師による面接を要件としており、届出医療機関数及び算定件数は限定的である。

1003-2 認知療法・認知行動療法（一連の治療につき16回まで算定可能）

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

【留意事項通知】

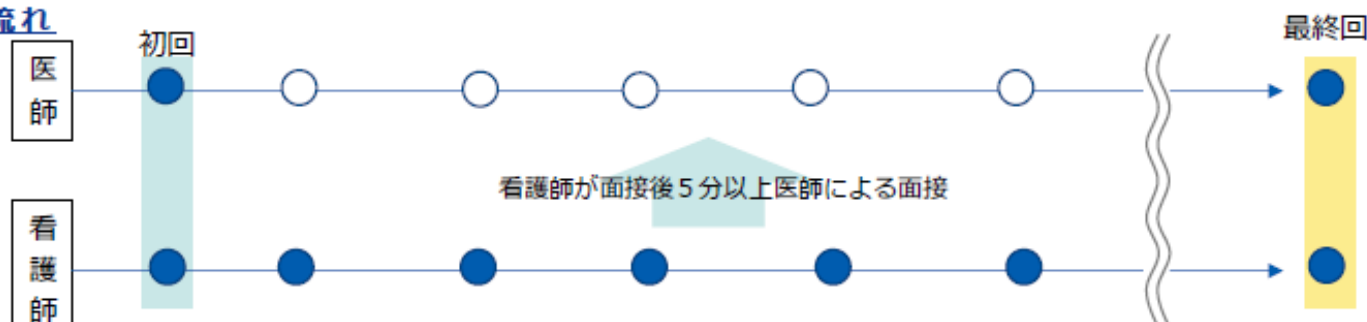
- (12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあつては、次の全てを満たすこと。

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。

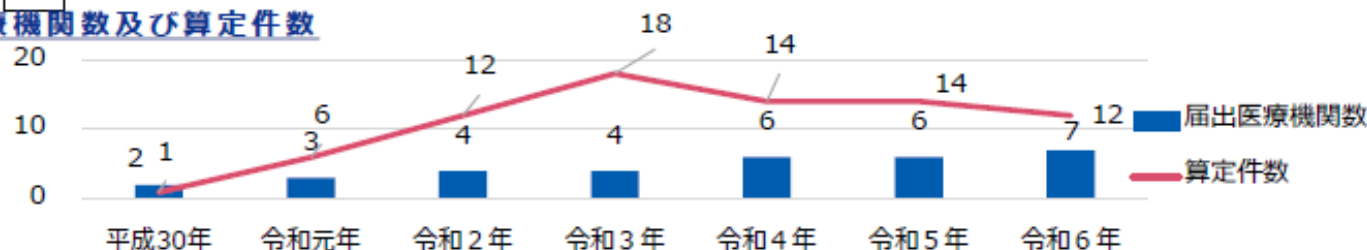
イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

■ 実施の流れ



■ 届出医療機関数及び算定件数



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の効果

- 現行の心理支援加算の枠組みを用いて基本的な心理支援を実施した群と、医師が必要性及び適性を判断した上で、認知行動療法的アプローチ等を用いることで、より専門性の高い心理支援を実施した群を比較したところ、後者の方がより短期間で、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与する結果となった。

公認心理師の専門的心理支援による効果

方法

- 精神科外来に通院中のPTSDの患者であって、現行の心理支援加算の枠組みにおいて基本的な心理支援が実施された群（心理支援群：12例）と、医師が必要性を判断し、通院精神療法に加えて専門的心理的支援が実施された群（専門的心理支援実施群：29例）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較した。

- ※心理支援（心理支援加算）：支援期間平均8.56か月、回数平均17.1回、月2回、1回30分以上実施。不安の軽減・解消、日常生活上の課題への対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要な支援を実施。
- ※専門的心理支援：支援期間平均6.09か月、支援回数平均24.39回、週1回、1回45分実施。カウンセリング、心理教育、認知再構成や曝露療法といった認知行動療法に基づく技法、リラクゼーション、患者による主体的な課題設定及び実施等、PTSD症状に焦点化した心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせる実施。

CGI-S（臨床全般重症度）

1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不変
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重症に悪化

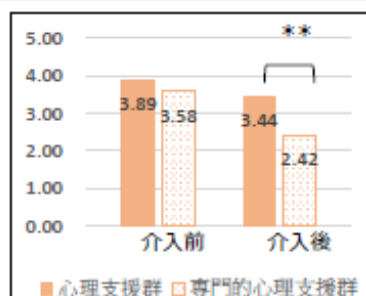
○ CGI-S の分析結果

CGI-Sについて、心理支援群と専門的心理支援群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理支援群*専門的心理支援群の交互作用が有意であった（ $F(1,39) = 7.47, p = .009$ ）。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p値
治療群	5.22	1	39	5.22	2.69	.109
介入前後	12.95	1	39	12.95	19.54	<.001***
治療群*介入前後	4.95	1	39	4.95	7.47	.009**

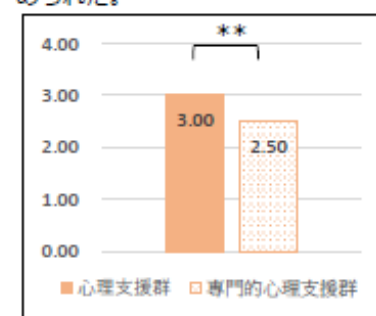
下位検定を行った結果、介入前の心理支援群と専門的心理支援群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理支援群と専門的心理支援群の間に有意差が得られた（ $t(39) = 2.98, p = .005$ ）。効果量は1.02であり、非常に大きな効果がみられた。

介入前後における2群間のCGI-Sの差▶



○ CGI-I の分析結果

t検定を行ったところ、心理支援群と専門的心理支援群に.05水準で有意差が認められた（ $t(39) = 2.81, p = .008$ ）。効果量は1.03であり、非常に大きな効果が認められた。



▲ 2群間の介入後のCGI-Iの差

出典：国立精神・神経医療研究センター

中	医	協	総	-	6	
7	.	1	2	.	1	7

個別事項について(その16)

長期収載品の選定療養②

ポイント 予想

- ・ 長期収載品と後発品の価格差の特別料金の引き上げ

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。

差額1/4（現行）

差額1/2とする場合

差額3/4とする場合

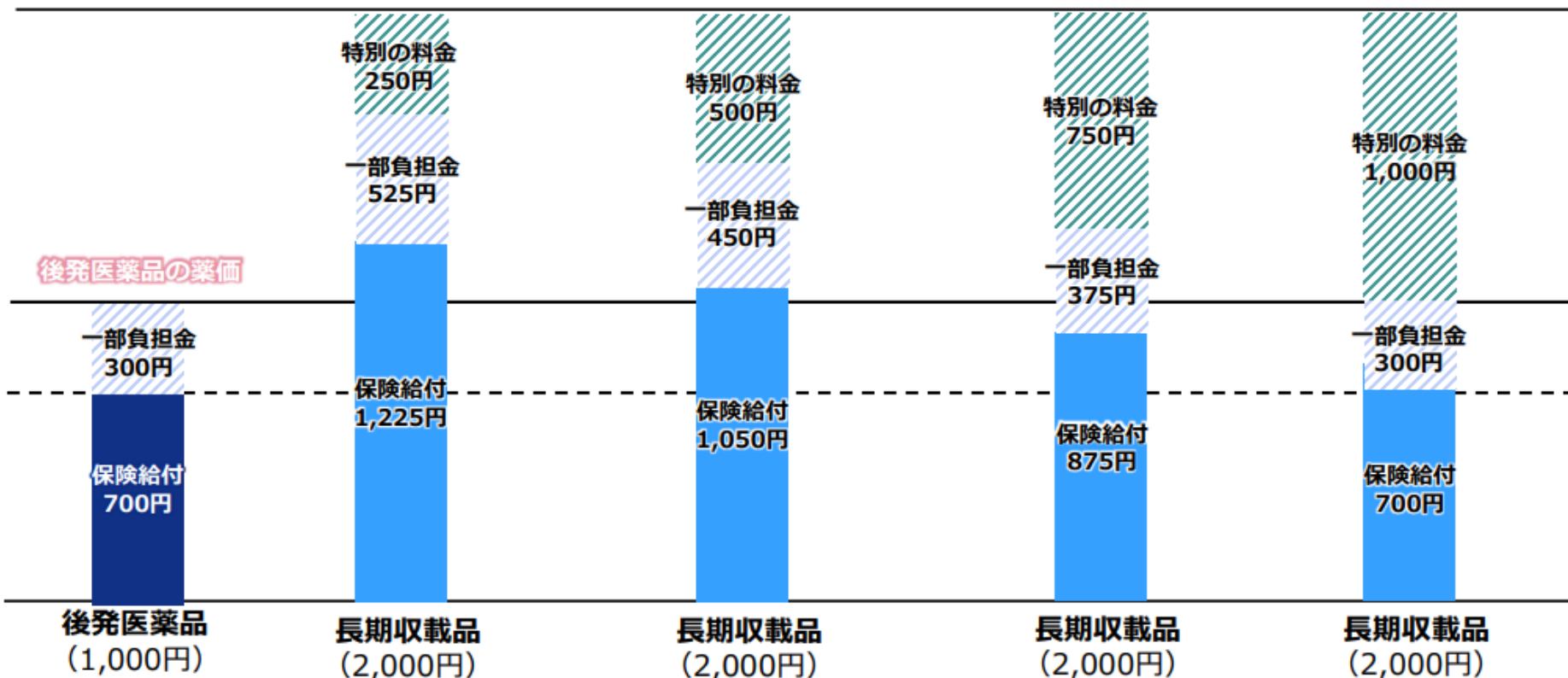
差額1/1とする場合

長期収載品の薬価

長期収載品の薬価

長期収載品の薬価

長期収載品の薬価



●ネクスト研修会の予定

- ・ 第106回ネクスト研修会（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
- ・ 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

※病院事務管理者初研修会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。

