

# Dr武藤のミニ動画講座

## 2024年診療報酬改定と入退院支援



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス

## ■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

- 併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
- 通所事業所（長瀬ケアセンター）など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ

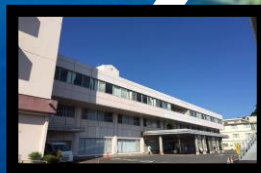


浦賀

長瀬

ケアセンター

三浦



# 目次

- パート 1
  - 2024年診療報酬改定率と基本方針
- パート 2
  - 入退院支援加算 ・ 入院時支援加算
- パート 3
  - 地域の栄養連携

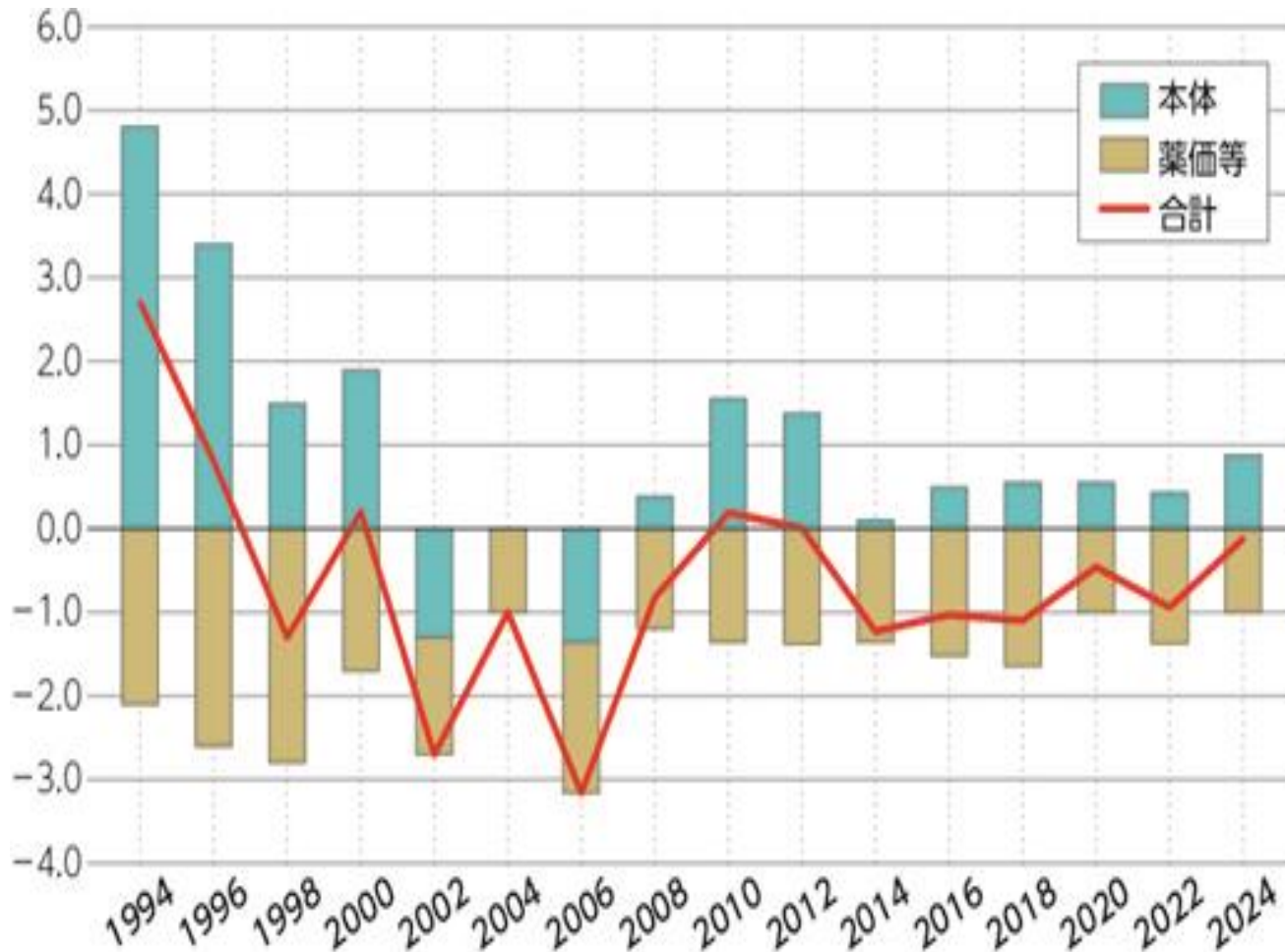


# パート1 改定率と基本方針



2023年12月15日

# 2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

## (1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%  
 歯科 +0.57%  
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応  
 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)  
 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化  
 △0.25%

## (2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

薬価 △0.97% (国費△1,200億円程度)  
 材料価格 △0.02% (国費△20億円程度)  
 合計 △1.00% (国費△1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。  
 (対象：約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

## (3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

# 2024年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会  
2023年12月8日



# 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対応
- ▶ 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、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 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・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 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
- 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
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

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

#### 【具体的方向性の例】

- 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
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 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
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えた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

### (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

#### 【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 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
- 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（再掲）
- 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（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 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
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

# パート2

## 入退院支援加算・ 入院時支援加算



## 【入院治療計画の策定】

平成8年：入院治療計画加算（入院時医学管理料）

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価（現在、入院基本料の算定要件）

平成12年：急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年：急性期入院加算、急性期特定入院加算（改）

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

## 【医療機関の連携の推進】

平成18年：地域連携診療計画管理料、  
地域連携診療計画管理料退院指料

- ・対象疾患：大腿骨頸部骨折

平成20年：地域連携診療計画管理料等の  
対象疾患に脳卒中が追加

## 【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年：退院調整加算、総合評価加算

平成22年：介護支援連携指導料、急性期病棟等  
退院調整加算、慢性期病棟等退院調  
整加算、 新生児退院調整加算

平成24年：退院調整加算1・2、新生児退院調整  
加算1・2、地域連携計画加算

## 【早期からの退院支援と関係医療機関との平時からの連携の推進】

平成28年：退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算

- ・入院早期からの取組を実施
- ・連携する医療機関等と日頃からの関係づくり

平成30年：加算名称を「入退院支援加算」に見直し、入院時支援加算

令和2年・令和4年：入退院支援部門の人員配置の見直し

令和4年：入退院支援加算の対象者の追加

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

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟  
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う  
医療機関等との連携強化

外来部門

### 【入院前からの支援】

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



### 《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

### 【退院時共同指導】

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

共同指導が行えなかった時は

### 【情報提供】

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



# 入退院支援加算 1・2 の概要

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- |            |                 |      |                 |        |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点   |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が <b>25以上</b> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <b>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて</b> 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

# 入退院支援加算の届出・算定状況

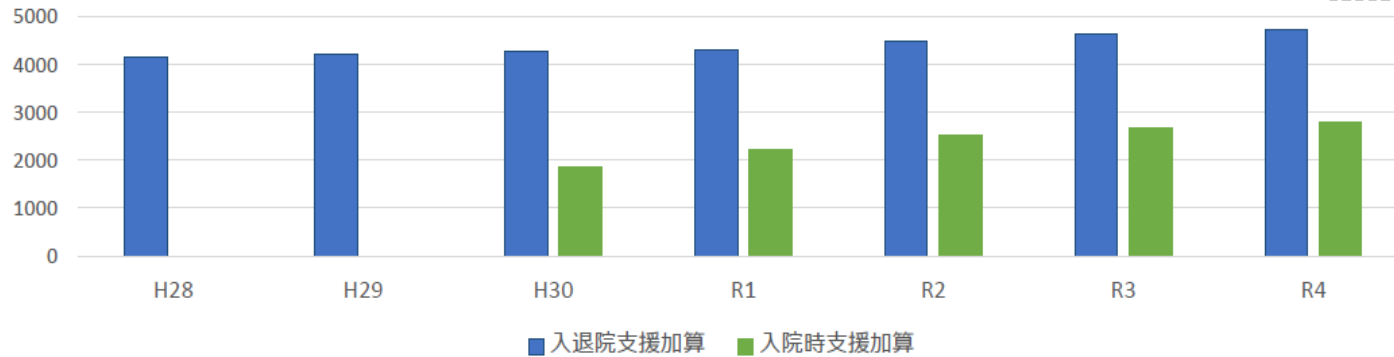
中医協 総-4  
5. 7. 5改

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

## ■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

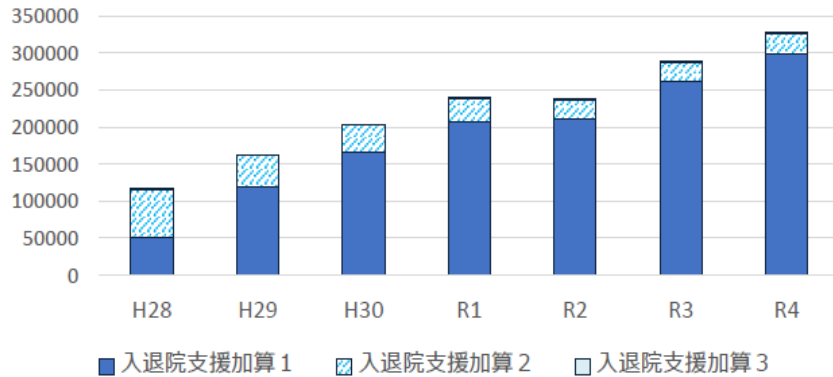
(※)  
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

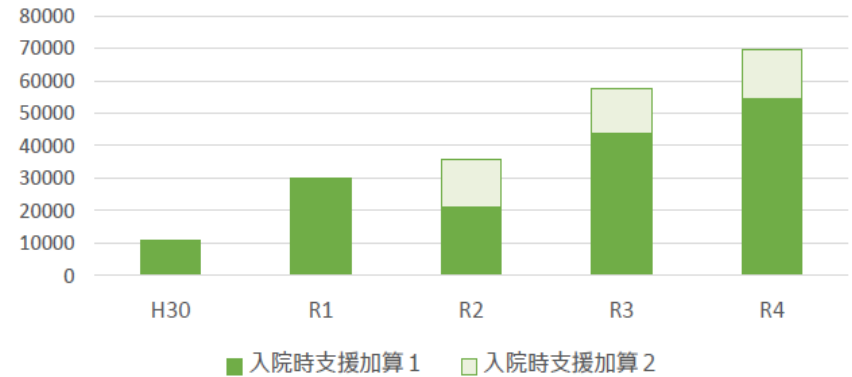
## ■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



## ■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)

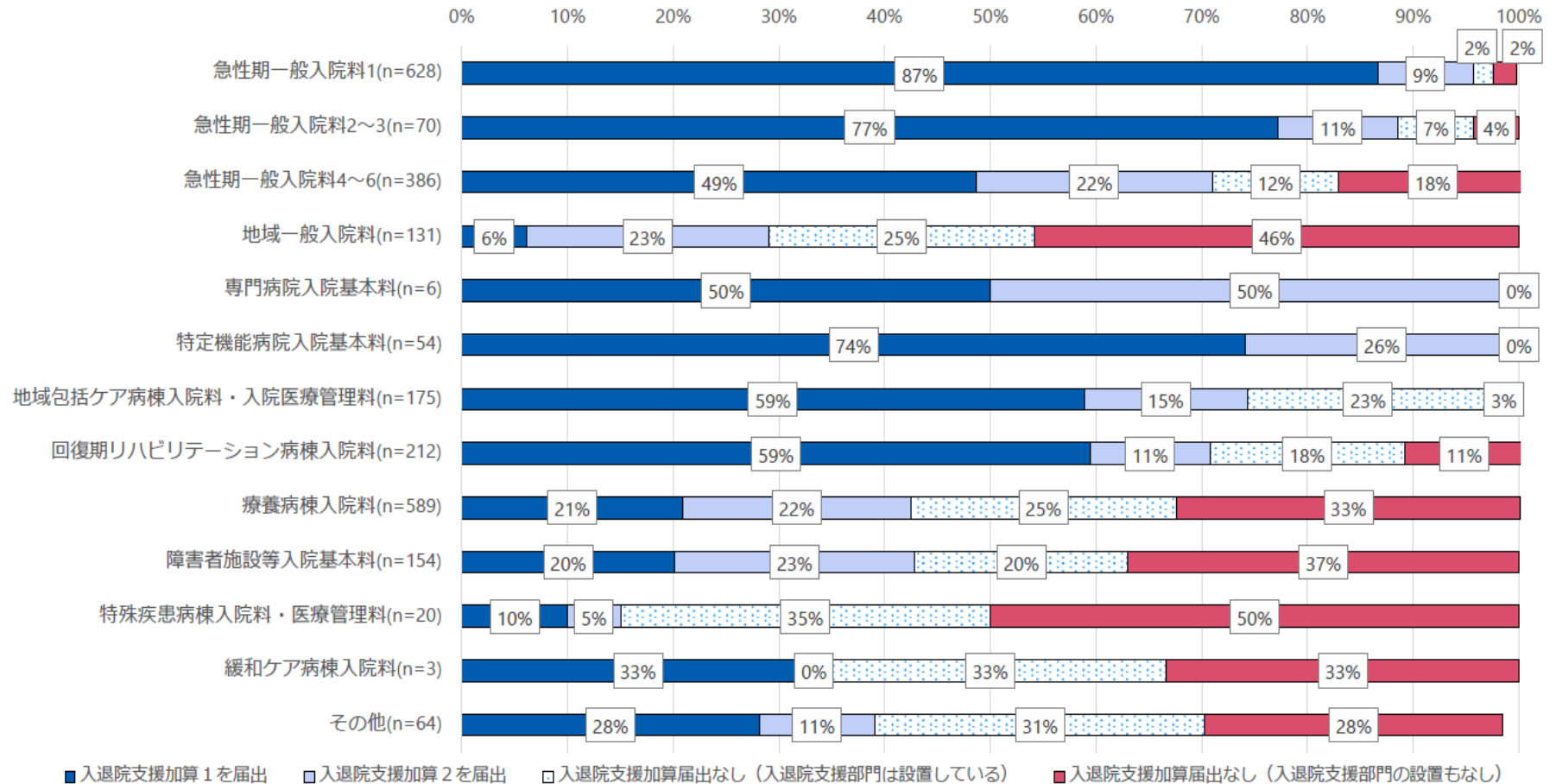


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

# 入退院支援加算 1・2の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

## ■入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



# 入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や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(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)



# 入退院支援の改定のポイント

- ① かかりつけ医、ケアマネージャーとの連携
- ② 入退院支援における連携機関
- ③ 入院前からの支援の強化
- ④ 退院後の継続支援

# ①かかりつけ医、 ケアマネジャーとの連携



## テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

### 3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

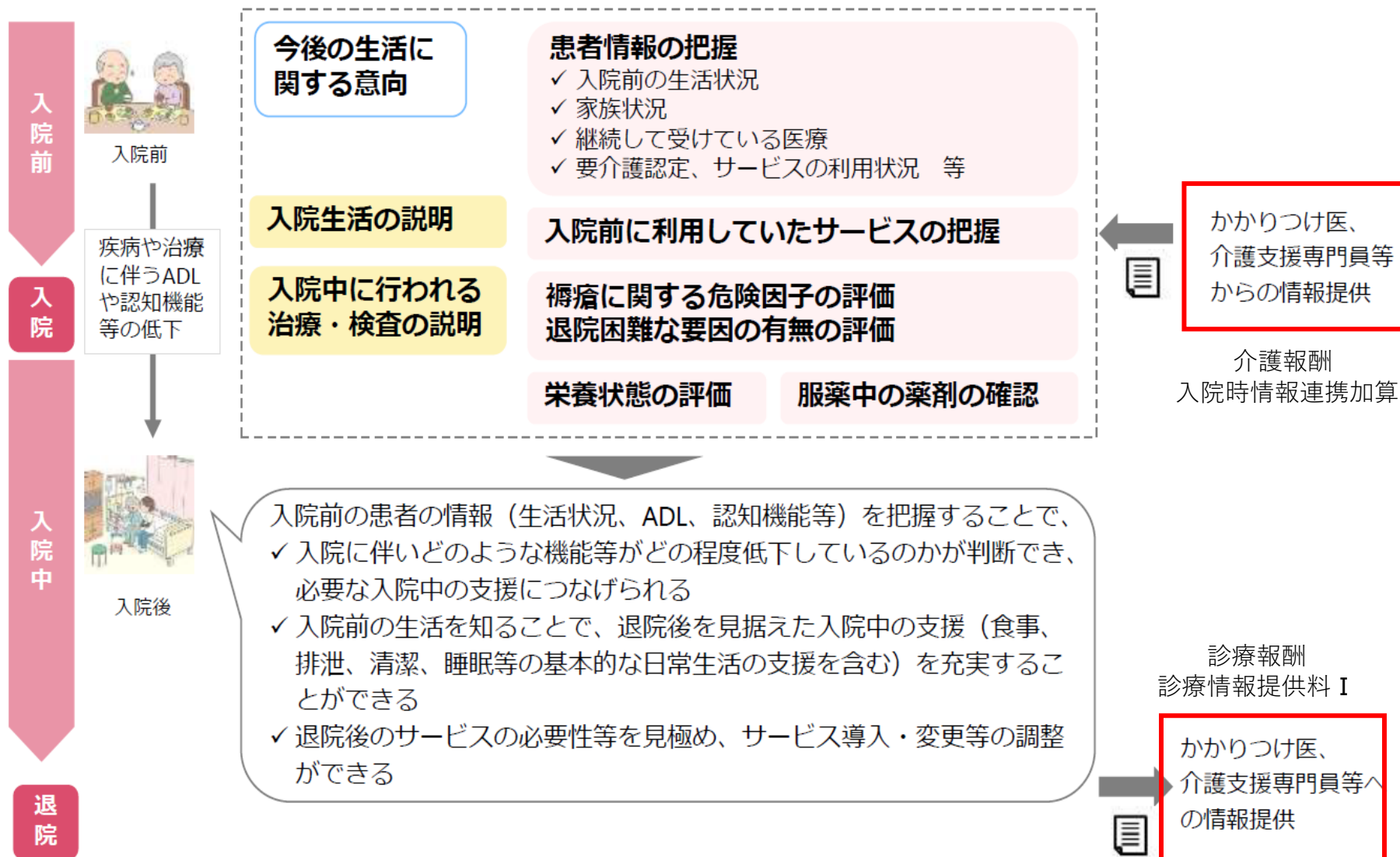
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

### (2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の間をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないかと。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないかと。

# 生活に配慮した医療を提供するための入退院支援のイメージ

- 「生活」に配慮した質の高い医療を提供する観点からは、入退院支援において入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較しどのような機能等がどの程度低下しているのか等を見極め、入院中の支援を充実し退院につなげることが重要。



## 概要

【居宅介護支援】

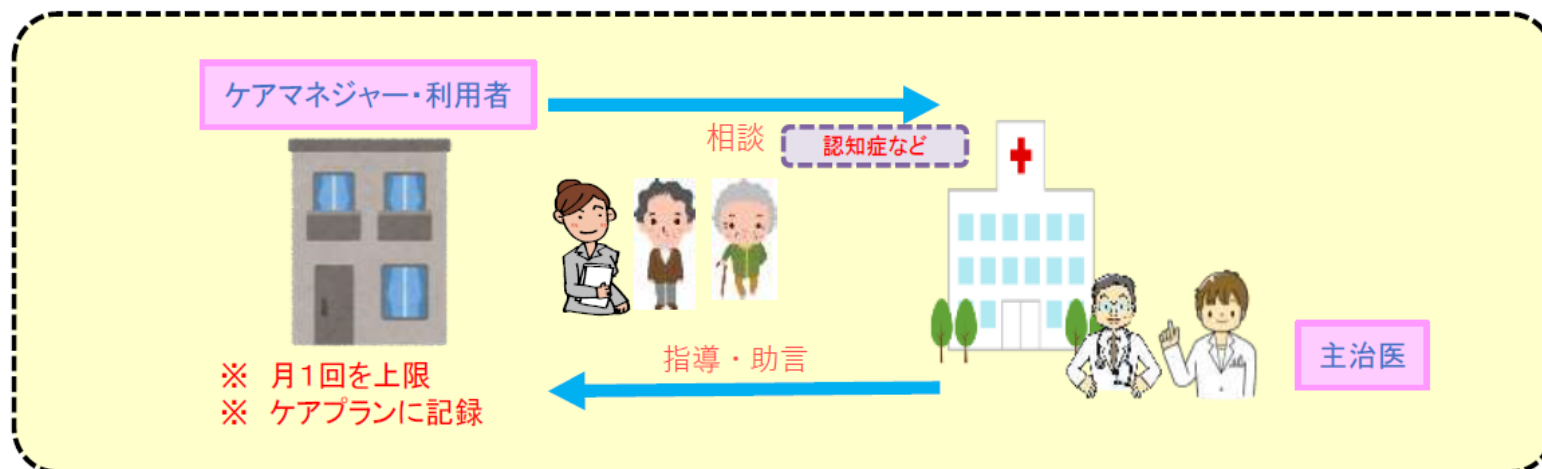
- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >  
なし< 改定後 >  
⇒ 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

## 算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価。

### ① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



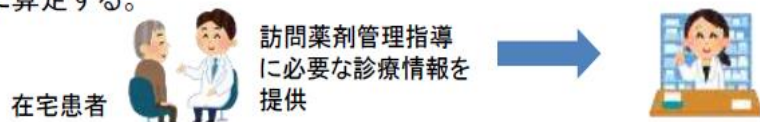
### ② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



### ③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



### ④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



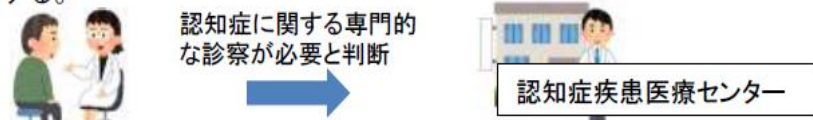
### ⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



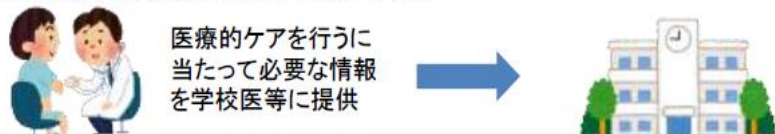
### ⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



### ⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



**診療情報提供料（Ⅰ） 250点**  
(患者1人につき月1回に限り)

○ 入院時情報提供書の標準様式では、生活歴・趣味、ADL、精神面における療養上の問題等が示されている。

記入日: 年 月 日  
入院日: 年 月 日  
情報提供日: 年 月 日

### 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
ご担当者名: \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

利用前(療養)/家族の同意に基づき、利用前情報(身体・生活歴)などの情報を送付します。請求ご活用下さい。

#### 1. 利用前(療養)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
住所	〒 _____	生年月日	明・大・昭	年 月 日	生
住環境	住居の種類(戸建て・集合住宅) □ 戸建て □ 賃貸 □ 施設 □ エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	□ 要支援(Ⅰ) □ 要介護(Ⅰ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 □ 要介護(Ⅱ) □ 要介護(Ⅲ) □ 要介護(Ⅳ) □ 要介護(Ⅴ) □ 要介護(Ⅵ) □ 要介護(Ⅶ) □ 要介護(Ⅷ) □ 要介護(Ⅷ)				
介護保険の自己負担割合	□ 1割 □ 2割 □ 3割 □ 4割 □ 5割 □ 6割 □ 7割 □ 8割 □ 9割 □ 1割以上 □ その他( )				
年金などの情報	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他( )				

#### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	□ 独居 □ 高齢者世帯 □ 子と同居 □ その他( ) * □ 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(関係・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

#### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味  
関心領域等 \_\_\_\_\_

本人の生活歴  
入院前の本人の生活に対する意向 □ 要介護サービス(要介護1)希望  
入院前の家族の生活に対する意向 □ 要介護サービス(要介護1)希望

#### 4. 入院時の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	要介護サービスの利用状況
□ 要介護サービス(要介護1)希望	□ 要介護サービス(要介護1)希望

#### 5. 今後の在宅生活の継続について(ケアマネジャーとしての見解)

在宅生活に必要な条件	□ 施設 □ 高齢者世帯 □ 子と同居 (家族構成員数 名) * □ 日中独居 □ その他( )
退院後の世帯構成	□ 不要 □ 必要
退院後の主介護者	□ 本人 □ 2人 □ 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	□ 介護力が見込める(□十分 □一部) □ 介護力が見込めない □ 要介護支援要員がない
家族や同居者等による虐待の恐れ*	□ ない □ あり( )
特記事項	

#### 6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの見解)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり
「施設側カンファレンス」への参加	□ 希望あり □ 具体的な要請( )
「退院前訪問指導」を実施する場合の発行	□ 希望あり

\* 1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 要介護6 7. 要介護7 8. 要介護8 9. 要介護9

#### 7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の問題について

ADL	麻痺の状況	なし 軽度 中度 重度	褥瘡の有無	□ ない □ あり( )
A D L	移動	自立 見守り 一部介助 全介助	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他
	移動	自立 見守り 一部介助 全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他
	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	起居動作	自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立 見守り 一部介助 全介助		
	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		
食 事	食事回数	( ) 回/日 (朝 昼 夜)	食事制限	□ あり( ) □ ない □ 不明
	食事形態	□ 普通 □ お粥 □ 嚥下補助食 □ ミキサー	UDF等の食形態区分	
口 腔	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養	水分とろみ	□ ない □ あり □ 不明
	嚥下機能	むせない 嚥下できる 嚥下できない	嚥下	□ ない □ あり □ 部分・総
排 泄	排便	自立 見守り 一部介助 全介助	ボータルトレ	□ ない □ 夜間 □ 常時
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助	オムツ/パッド	□ ない □ 夜間 □ 常時
視 覚	視力の状態	良 不良( )	眼鏡の使用	□ ない □ あり
	視力	無 有 _____ 本(小)/日	眩暈	有 _____ 回/月/日あたり
コ ミュ ニ ケー ション 能 力	聴力	問題なし やや難あり 困難	聴覚	□ ない □ あり( )
	理解力	問題なし やや難あり 困難	補聴器	□ ない □ あり
	言語	問題なし やや難あり 困難	コミュニケーションに関する特記事項	
	意思疎通	問題なし やや難あり 困難		
精 神 面 に 関 する 療 養 上 の 問 題	精神面に関する療養上の問題	□ ない □ 幻聴・幻覚 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 不安 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 不眠 □ 夜尿頻回 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ その他( )		
	疾患歴*	□ ない □ 慢性腰痛 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他( )		
入 院 歴	入院歴	□ 最近半年間での入院 □ あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) □ 不明		
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低い/これまでにも □ 今回が初めて		
入 院 前 に 実 施 し て い る 医 療 処 置	入院前に実施している医療処置*	□ ない □ 点滴 □ 酸素療法 □ 電気吸引 □ 胃管吸引 □ 胃ろう □ 経鼻栄養 □ 経管栄養 □ 褥瘡 □ 尿管留置 □ 尿管カテーテル □ 尿管ストーマ □ 消化管ストーマ □ 嚥下コントロール □ 排便コントロール □ 自己注射( ) □ その他( )		

#### 8. 看護について ※必要に応じて、「看護手帳(コピー)」を添付

内服薬	□ ない □ あり( )	居宅療養管理指導	□ ない □ あり (職種: )
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (-管理係: -管理方法: )		
服薬状況	□ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方を守られていない □ 服薬拒否		
必要に関する特記事項			

#### 9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法	□ 通院 □ 訪問診療
		頻度	□ 頻度 = ( ) 回 / 月

\* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2 (退院前訪問指導の実施)に関する

# 入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し

## 医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方にかかる調査研究事業

(令和5年度 老人保健健康増進等事業 (実施主体:NTT Data経営研究所))

### 1. 事業概要

今後、高齢化が一層進展し、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する中で、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも指摘がされたところ。

そのため、本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、それぞれの情報提供項目・様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行う。

### 2. 事業の進め方

①委員会において、様式案を作成

②複数の医療機関・施設等で、様式案を用いたプレ調査を実施

調査対象:様式を活用して情報連携を行う当事者(特定機能病院1、地域医療支援病院1、在宅療養支援病院1、一般病院1、介護事業所5)、  
医療介護連携に対して先進的な取組を行う自治体・医師会等(規模別に自治体5、医師会等4、在宅医療に携わる医師3)

③プレ調査の結果を踏まえて委員会で改めて必要な項目・様式について検討

## ■退院時における居宅介護支援事業所等向けの「診療情報提供書」に関する見直し(案)

### 現在の様式の項目

#### 1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び服薬内容を含む治療内容
- (3)日常生活の自立度等について / (4)診療形態

#### 2. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
- (2)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- (3)サービスの必要性
- (4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

#### 3. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

### 見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

#### 1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の治療内容
- (3)病状等の説明内容と理解・希望
- (4)日常生活の自立度等について / (5)口腔・栄養に関する情報
- (6)服薬に関する情報 / (7)療養上の工夫点 / (8)入院期間

#### 2. 退院後のサービスの必要性

#### 3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)ADLに関する入院中の変化 / (2)自助具の使用
- (3)現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針
- (4)留意が必要な事項とその対処方針

#### 4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

#### 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報



# 情報提供の様式

- 見直し中医協委員意見

- 中医協では診療側・支払側ともに様式見直し方向に賛同している。

- 診療側の長島公之委員：日本医師会常任理事

- 「現場負担が増えないよう、他様式との重複を避けるなど項目設定の工夫を行ってほしい」

- 診療側の池端幸彦委員

- 「『標準様式以外は認めない』といった画一的な運用は避けるべき」  
( ) といった注文への配慮も行われます。

# ②入退院支援における 連携機関



# 入退院支援加算 1・2 の概要

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- |            |                 |      |                 |        |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点   |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が <b>25以上</b> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <b>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて</b> 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

# 入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

## ■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

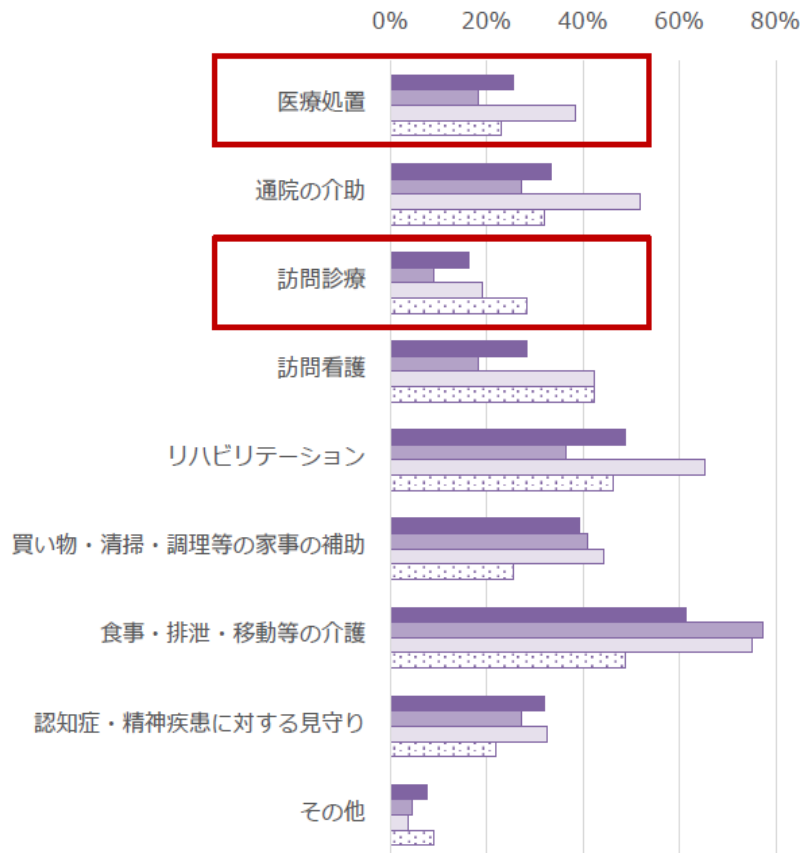
(※)連携機関

- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

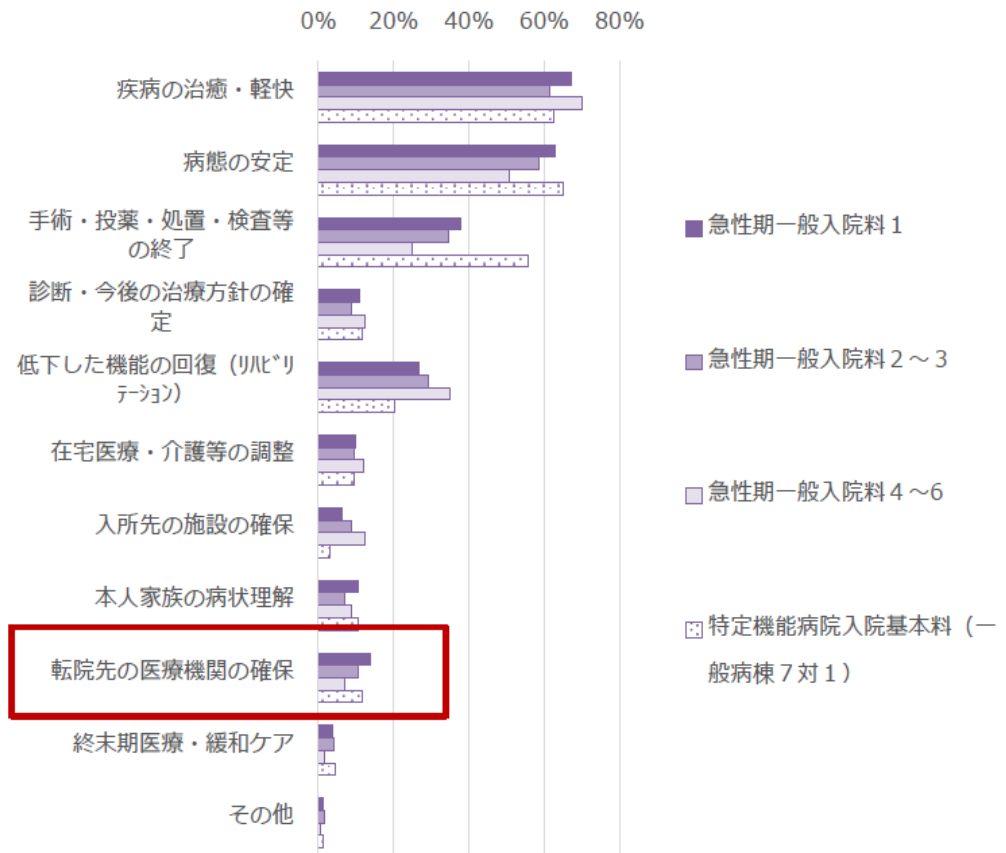
# 急性期病棟における退院後に必要な支援

- 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
- また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

## ■ 医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援 (複数回答)



## ■ 退院へ向けた目標・課題等 (複数回答)

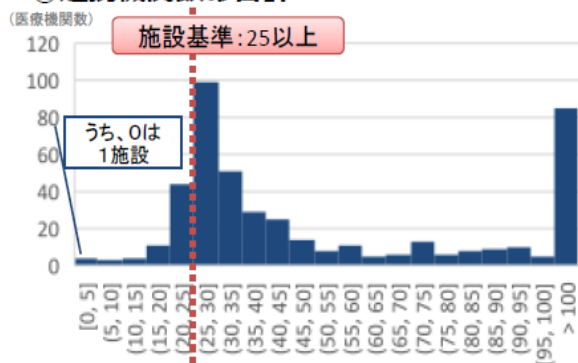


# 入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

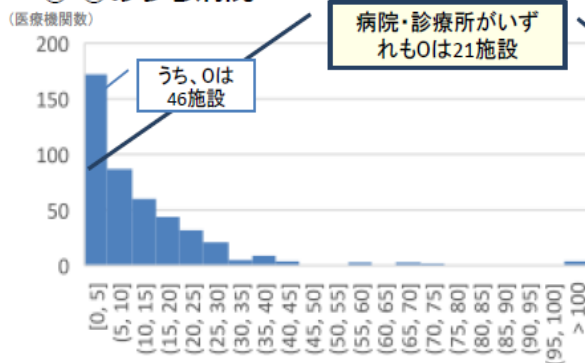
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

## ■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=450) (令和4年11月1日時点)

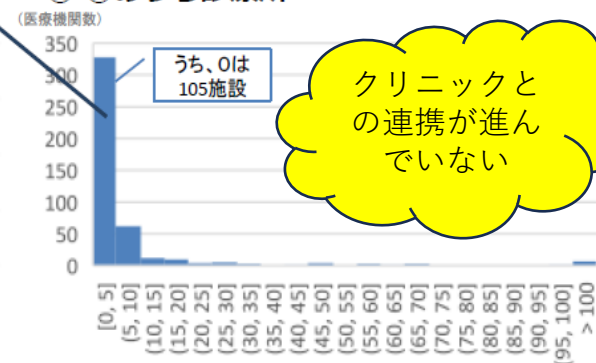
① 連携機関数の合計



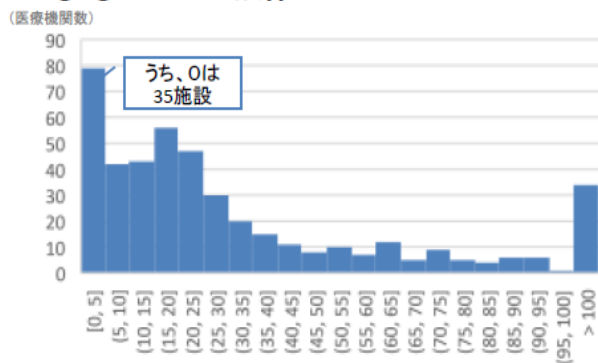
② ①のうち病院



③ ①のうち診療所



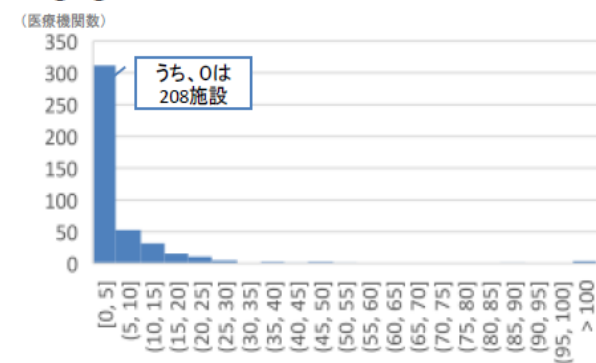
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



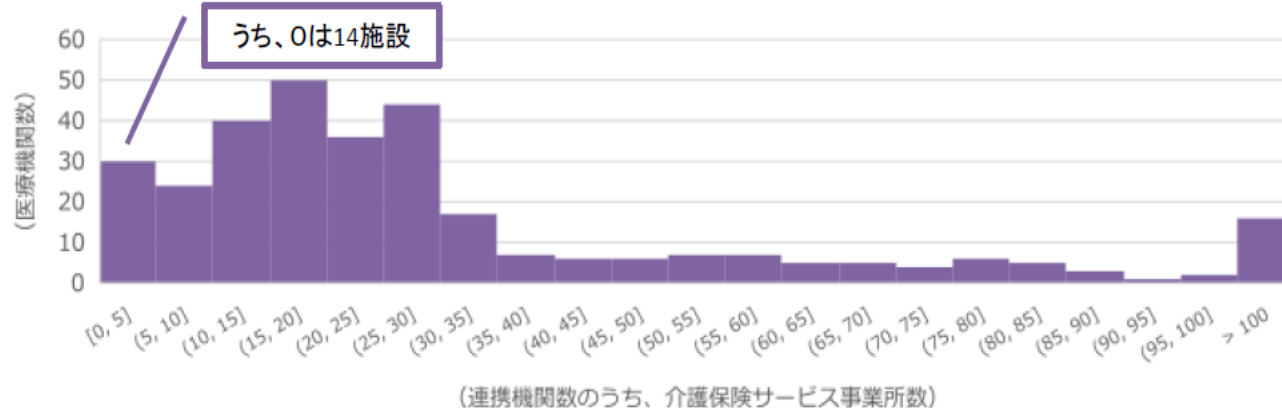
⑥ ①のうちその他の施設



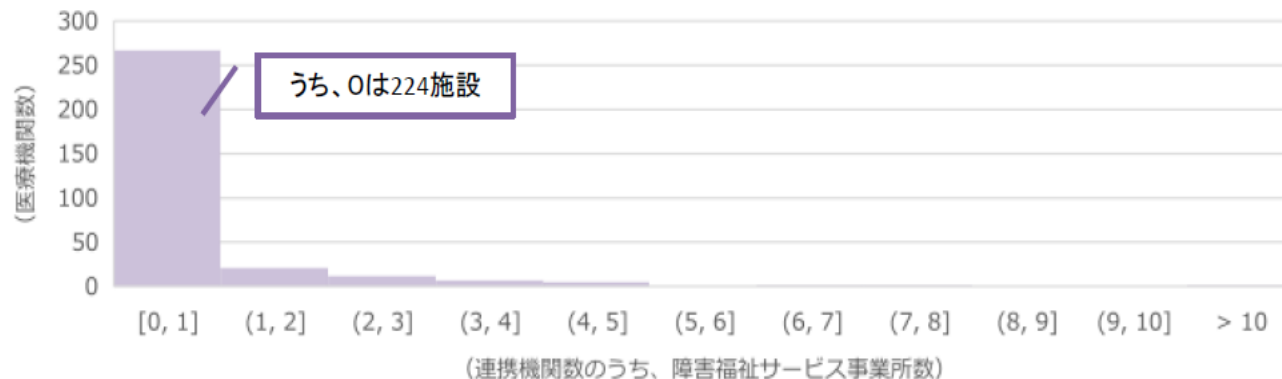
- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

## ■ 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

### ① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



### ② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



# 入退院支援の推進

## 入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



### 現行

#### 【入退院支援加算1】

##### 【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

##### 【施設基準】

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

### 改定後

#### 【入退院支援加算1】

##### 【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

##### 【施設基準】

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

### 現行

#### 【入退院支援加算1及び2】

##### 【算定要件】

##### 退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

### 改定後

#### 【入退院支援加算1及び2】

##### 【算定要件】

##### 退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ **入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ **家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス **児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合



# 中医協委員意見

- 厚労省側

- 入退院支援加算の要件「連携機関数25以上」をより詳細に、医療機関数〇施設、介護機関数〇施設というように規定してはどうか？
- 病院・診療所との連携を強化してはどうか？

- 診療側

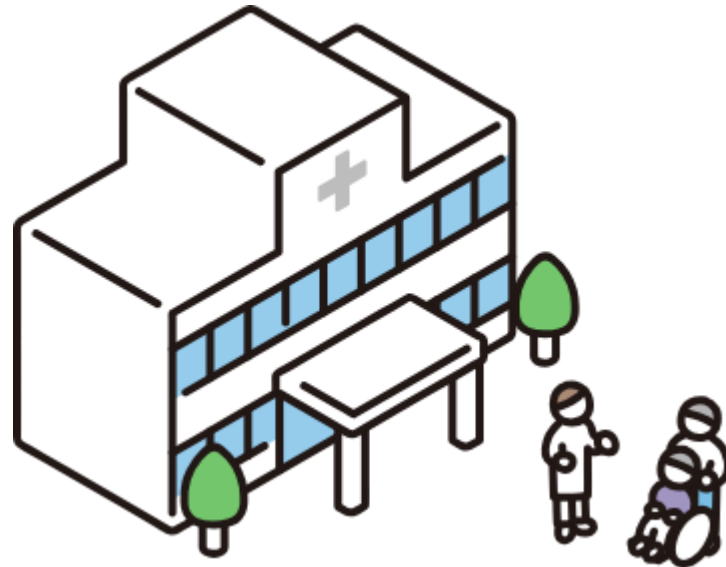
- 長島委員

- 「急性期病棟から他医療機関への転院調整が必要なケースは1割程度であり、一律に『〇か所医療の連携医療機関確保』を要件化・義務化すべきかは慎重に検討すべき」
- 「医療機関間連携の方向性は理解できるが、その際、『連携先施設を25以上確保する』基準に上乗せ（例えば『3か所以上の医療機関連携を求め、総数を28施設以上とする』など）すべきではない。

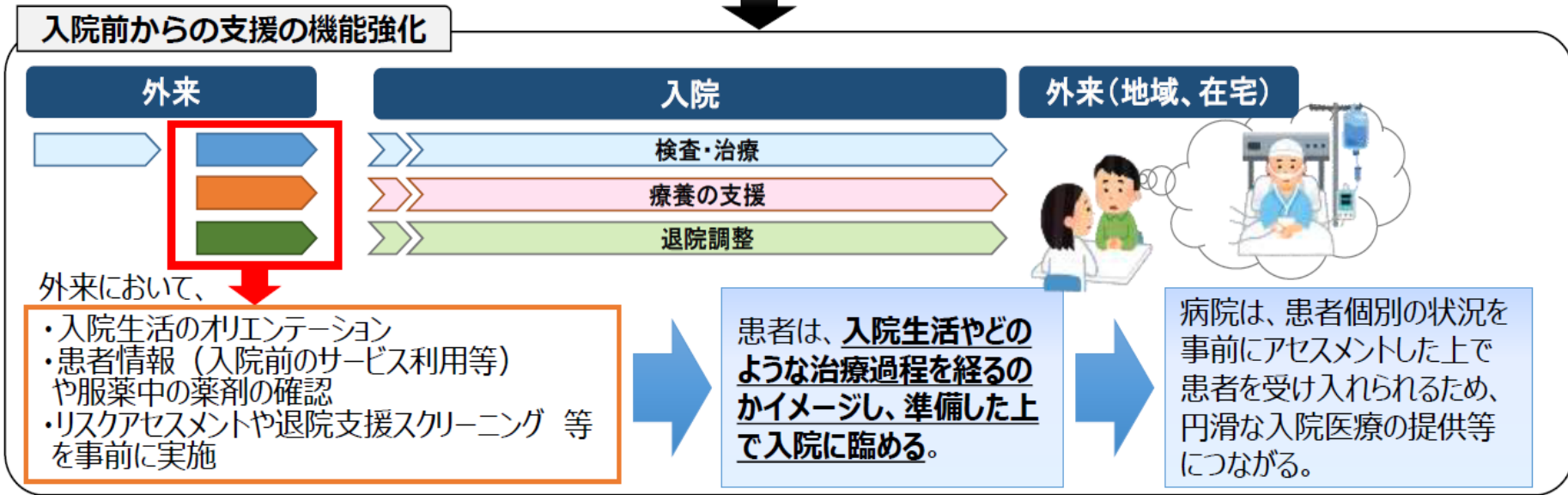
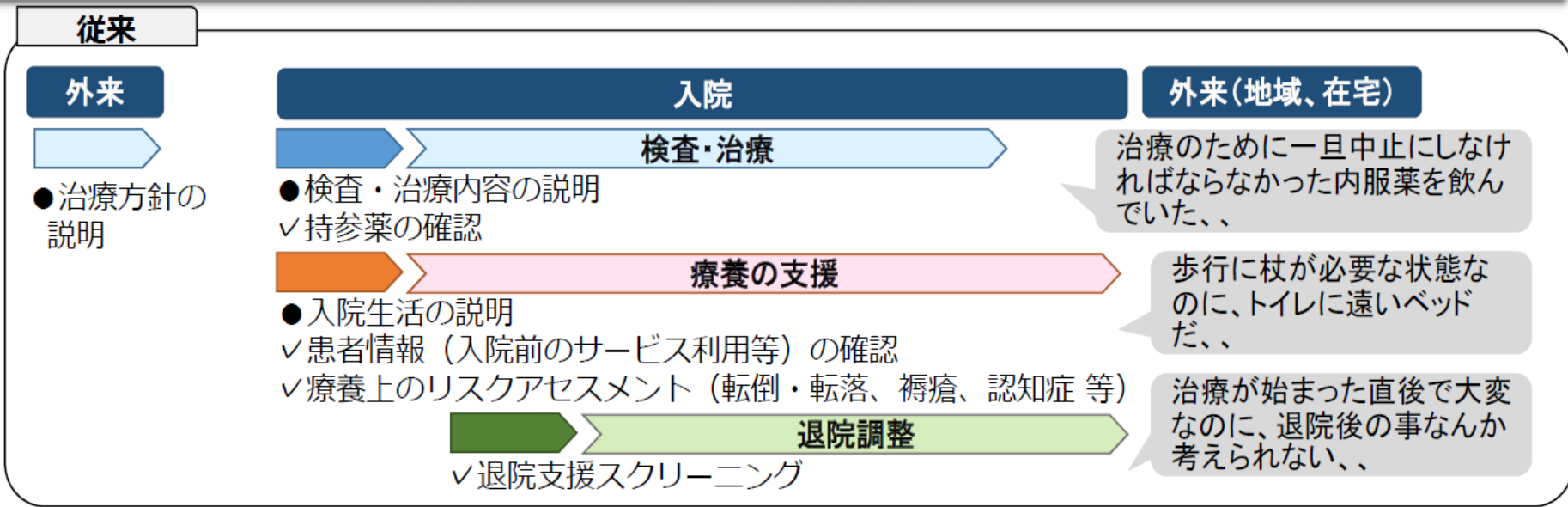
- 太田圭洋委員

- 地域によっては連携施設確保が非常に困難である

# ③入院前からの 支援の強化



# 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ➤ 入院時支援加算1 230点

#### 【算定対象】

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

#### 【施設基準】

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する  
「許可病床数200床以上」
  - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
  - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上「許可病床数200床未満」
  - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算2 200点（退院時1回）

#### 【算定要件】

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア) からク) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

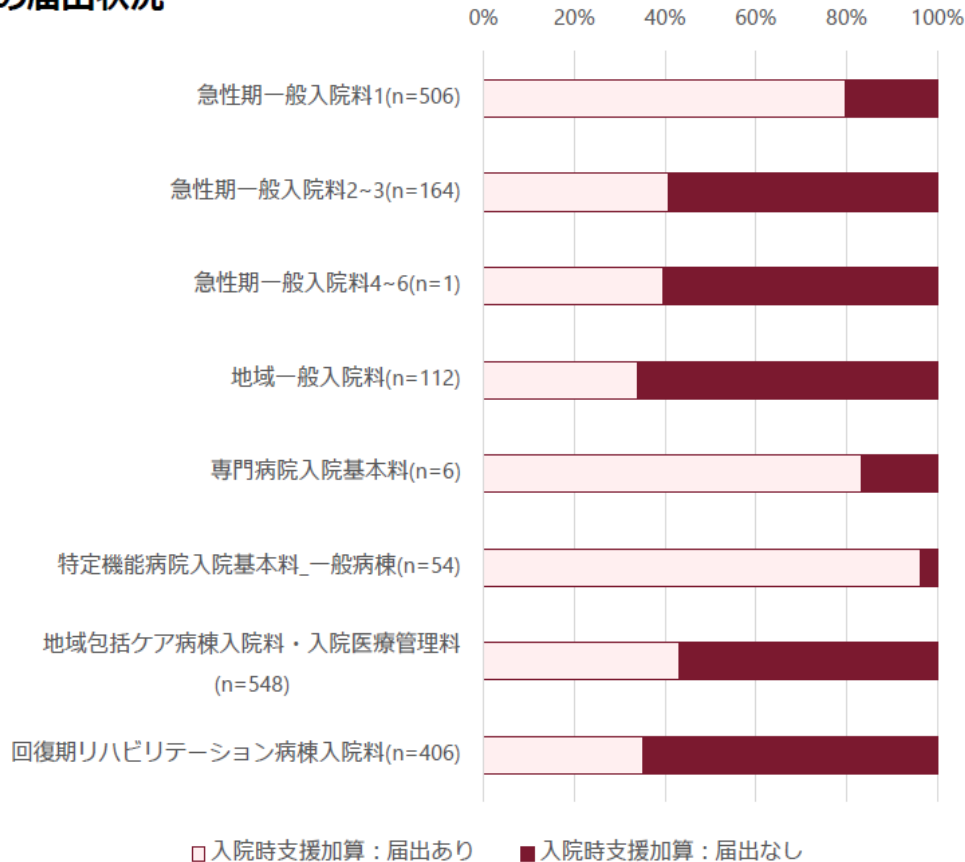
- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

# 入院時支援加算の届出状況

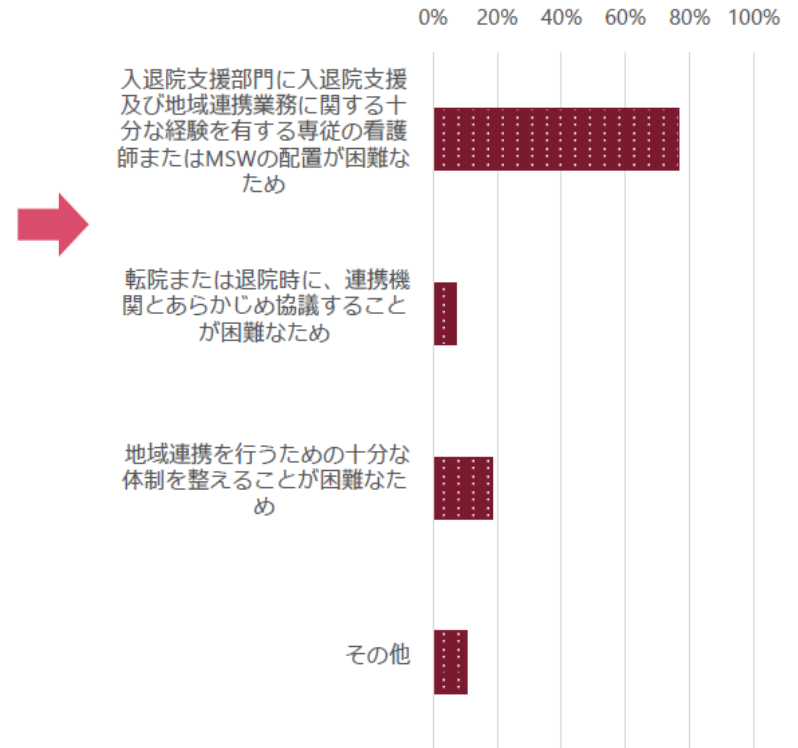
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

## ■入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



## ■急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院

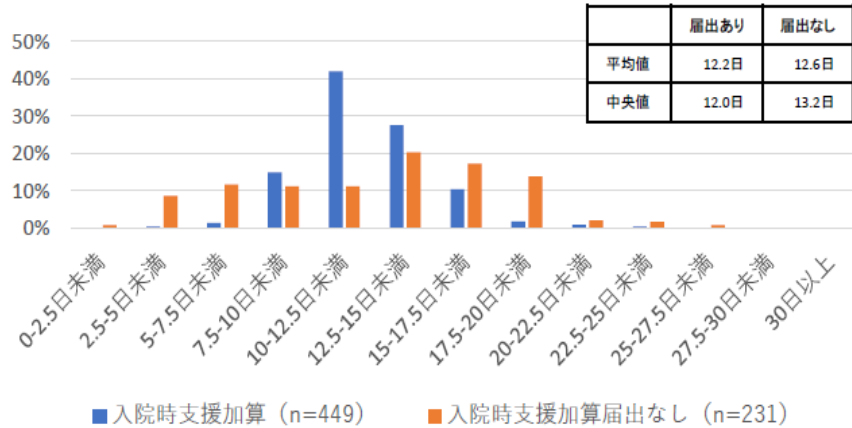


# 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

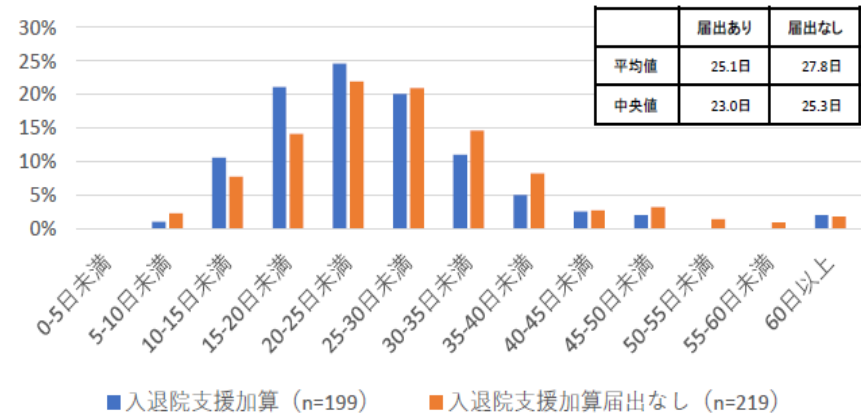
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

## ■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

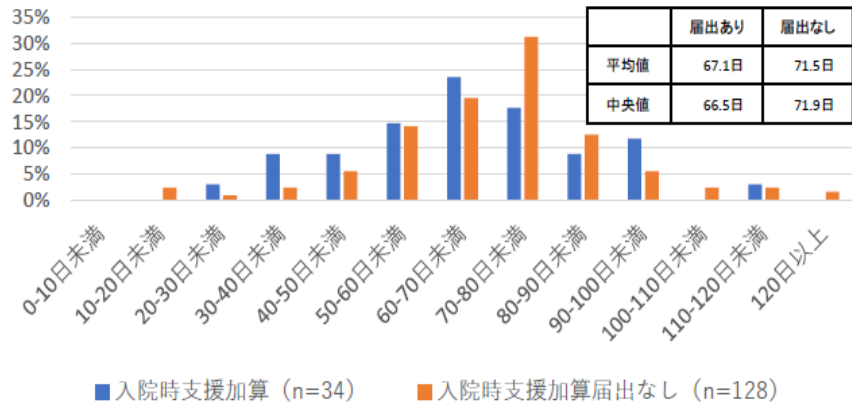
### 急性期一般入院基本料



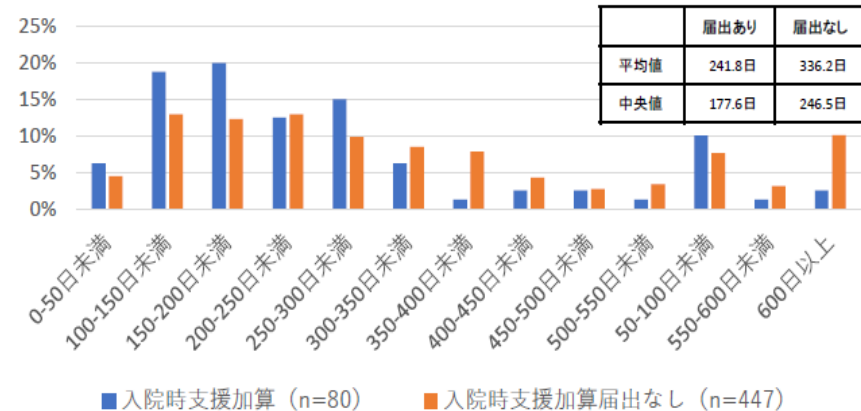
### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



### 回復期リハビリテーション病棟入院料



### 療養病棟入院基本料

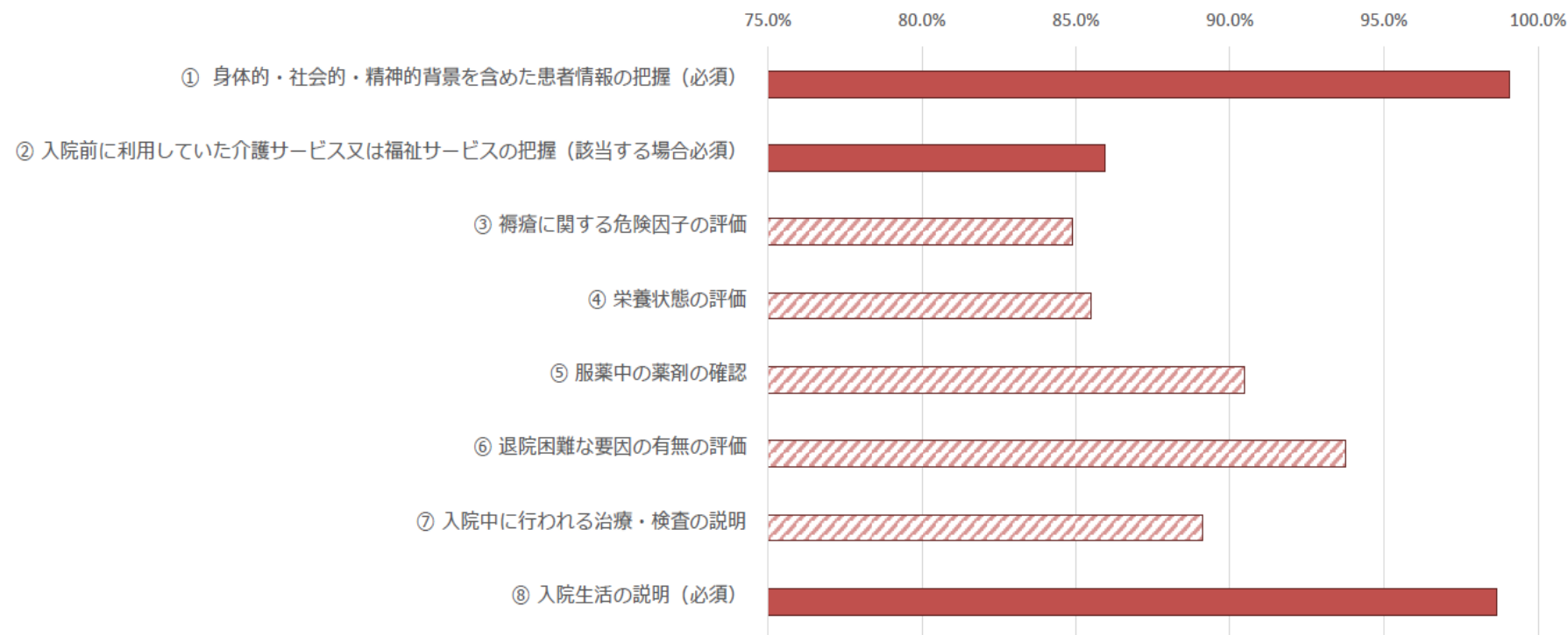


# 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

中医協 総-1  
5. 7. 20

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

## ■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



※  
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1  
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

# 中医協委員意見

- 松本委員（支払い側）

- 「褥瘡リスクの評価、栄養評価の重要性に鑑みれば、加算を一本化することを検討してはどうか」
- 褥瘡リスクの評価や栄養評価は、加算2では必須となっていないために、実施状況が若干低めであり、この点を改善するために「すべての項目実施が要件となる加算1への一本化」を松本委員は提案しているのです。
- 2020年度診療報酬改定では、より強力な支援を目指し「すべての項目実施を要件とする加算1を新設した経緯」を踏まえれば、「加算1への統合」案には一定の合理性があると言えそう

- 長島委員（診療側）

- 「【入院時支援加算】を取得していない医療機関もある中では、底上げを重視すべきではないか。このためには加算の一本化はせず（加算1・2の維持）、そのうえで加算1へ誘導するために点数の引き上げ（230点からの引き上げ）を行うことも考えられる」

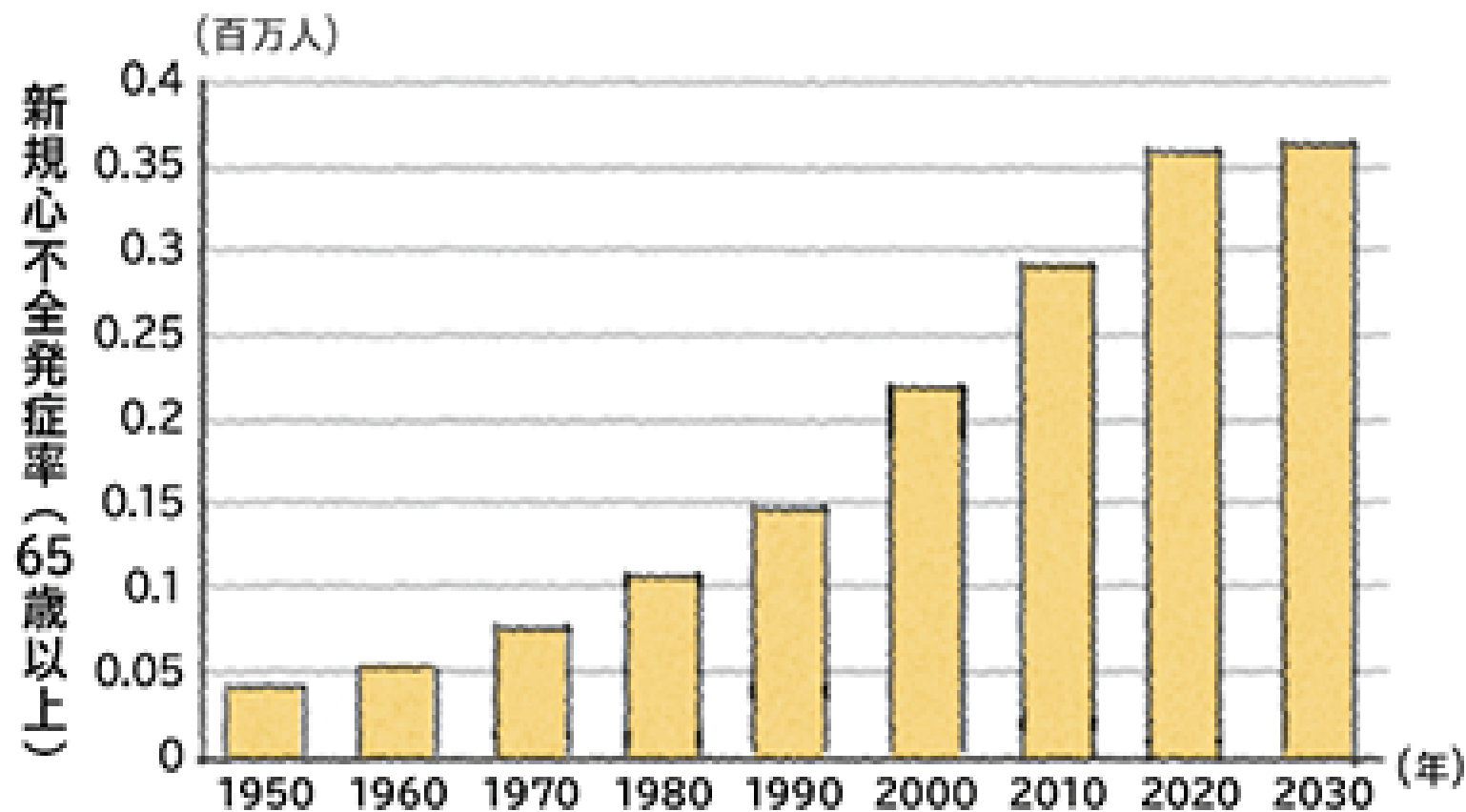
- 加算1の一本化は今後の議論



# ④退院後の継続支援



# 心不全パンデミック

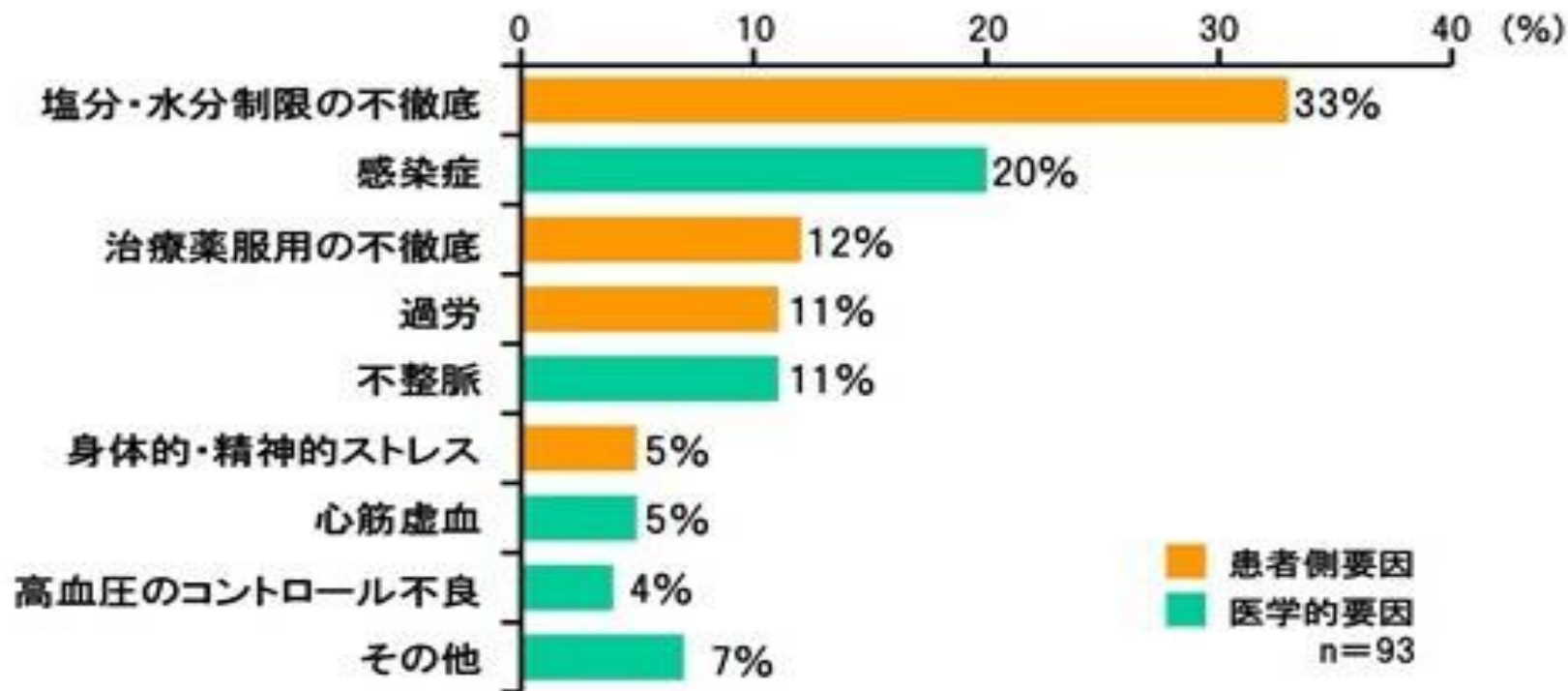


総人口 (百万人)	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6
--------------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

出典：Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892.

# 心不全では再入院が多い

## 図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

# 慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

## 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

### XII. 疾患管理

#### 1. プログラム(教育など)とチーム医療

##### 1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

##### 1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

## 2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

### 第7章 疾病管理

#### 2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

##### 2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

# 心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

- 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
- ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

## ■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル\*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援を行う：患者および家族、介護者に対して。	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う。	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う。	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う。	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う。	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者、高齢者、認知症合併者などに対して。	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う。	I	A	B	IVa
1日6g未満の減塩食を考慮する。	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する。	IIa	C	C1	VI

## ■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容\*\*

教育内容	具体的な教育・支援方法	教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	定義、発症、症状、病の経過、重症化の予防（療養内容）、合併症、薬剤治療、医療物治療	アドヒアランス	心不全の病状を含め個別性を考慮し、状況に即する教育を行う。
セルフモニタリング	患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性、セルフモニタリングのスキル、検査手帳の活用	禁煙	禁煙の必要性
運動の対応	運動時の症状と評価、運動時の危険性への連絡方法	身体活動	「診療ガイドライン2019年改訂版」を参照。
家族に対するアドヒアランス	理解度やヘルスリテラシーを考慮し、教育資料などを用いて知識を提供する。	入浴	定期的な運動の必要性を評価する。
感染予防とワクチン接種	薬剤師やヘルスリテラシーを考慮し、教育資料などを用いて知識を提供する。	旅行	定期的な運動の必要性を評価する。
塩分・水分制限	塩分制限、浮腫、3日間で2kg以上の体重増加など増悪の徴候を認められた場合の医療機関への受診の必要性と、具体的な方法を説明する。	性生活	定期的な運動の必要性を評価する。
禁煙教育	禁煙の必要性、禁煙方法、副作用、処方通りに服用することの重要性、アブスエーションの目的、治療に関する生活上の注意事項	心理的支援	定期的な運動の必要性を評価する。
栄養教育	適量の飲水の必要性、適量心不全患者における飲水制限、適正な塩分摂取（0.5g未満/日）、減塩食の維持の重要性	定期的な受診	定期的な運動の必要性を評価する。
バランスのよい食事の必要性	適量の飲水の必要性、適量心不全患者における飲水制限、適正な塩分摂取（0.5g未満/日）、減塩食の維持の重要性		

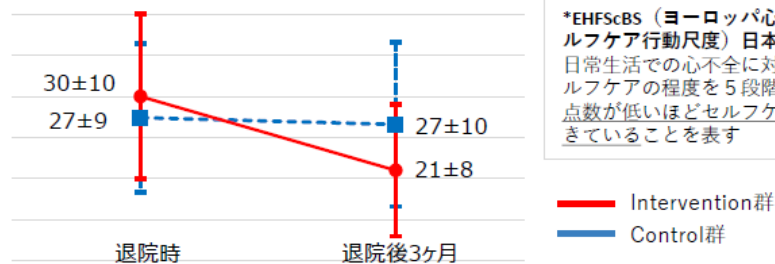
# 慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
- 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

## ■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

<退院後3か月におけるセルフケア行動の変化>

退院後3か月におけるEHFScBS\*の総得点は、有意に介入群で低値であった ( $p < 0.001$ )

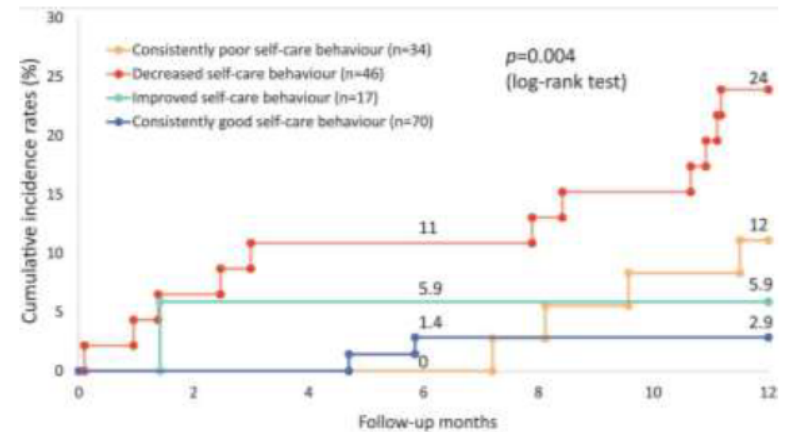


\*EHFScBS (ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度) 日本語版: 日常生活での心不全に対するセルフケアの程度を5段階で評価点数が低いほどセルフケアができていないことを表す

## ■セルフケア行動と入院率

<セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率>

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い ( $p = 0.004$ )



出典: Lijeroos M, et al. (2020) 「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」 European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19,5,421-432

### 【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施



### 【対象患者】

慢性心不全と診断された成人患者(18歳以上)で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者 (包含基準) 過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

# パート 3

## 地域の栄養連携



# 診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



急性期

回復期

慢性期

入院料

## 栄養管理体制（通則）

- ・ 常勤管理栄養士1名以上を配置 ・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成 ・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載  
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

チーム医療

### （入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点、2：200点/退院時1回）

入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

### 退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）

患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養に必要な説明及び指導を共同で行い、文書で情報提供した場合を評価

### （摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点、3：120点/週1回）

専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

### 摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日）

摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

### 栄養サポートチーム加算（200点/週1回）

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

### 栄養サポートチーム加算【再掲】

### 入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）

特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

### （緩和ケア診療加算）

### 個別栄養食事管理加算（70点/日）

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

### 早期栄養介入管理加算

（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）  
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

### 周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）

全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

高度な栄養管理

栄養食事指導

### 入院栄養食事指導料（初回 1：260点、2：250点、2回目 1：200点、2：190点/週1回・入院中2回） 栄養情報提供加算（50点/入院中1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。  
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

### 集団栄養食事指導料（80点/月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価



- 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

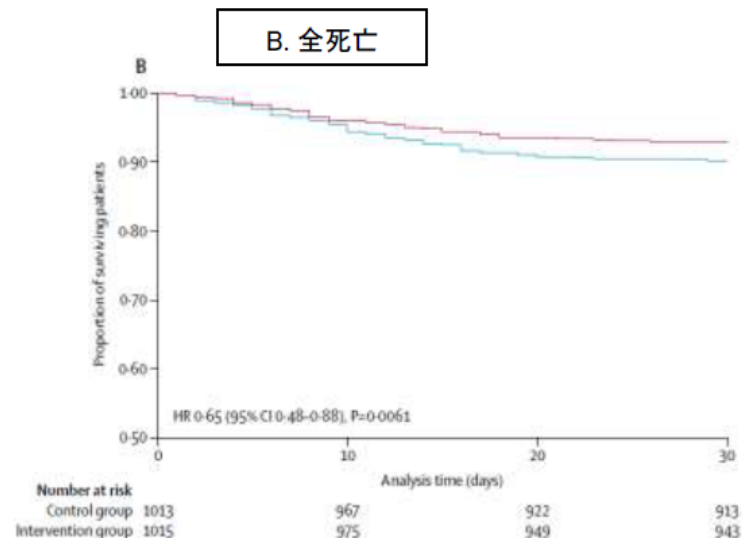
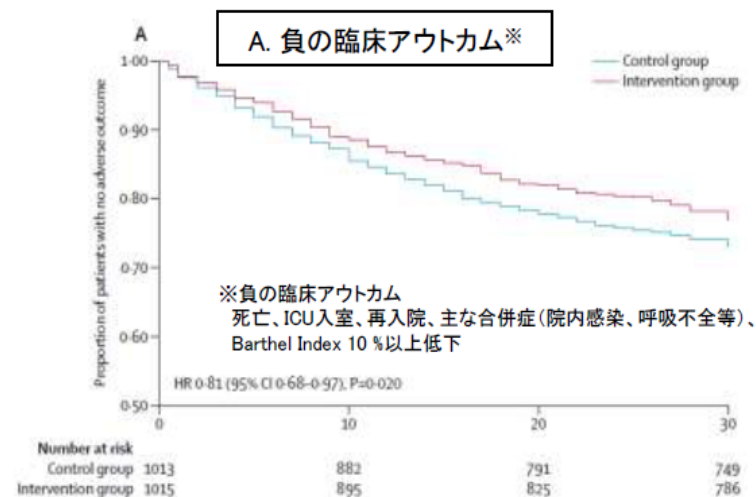
## 【対象・方法】

対象:入院時の栄養スクリーニング(NRS2002)で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法:8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

## 個別的な栄養管理

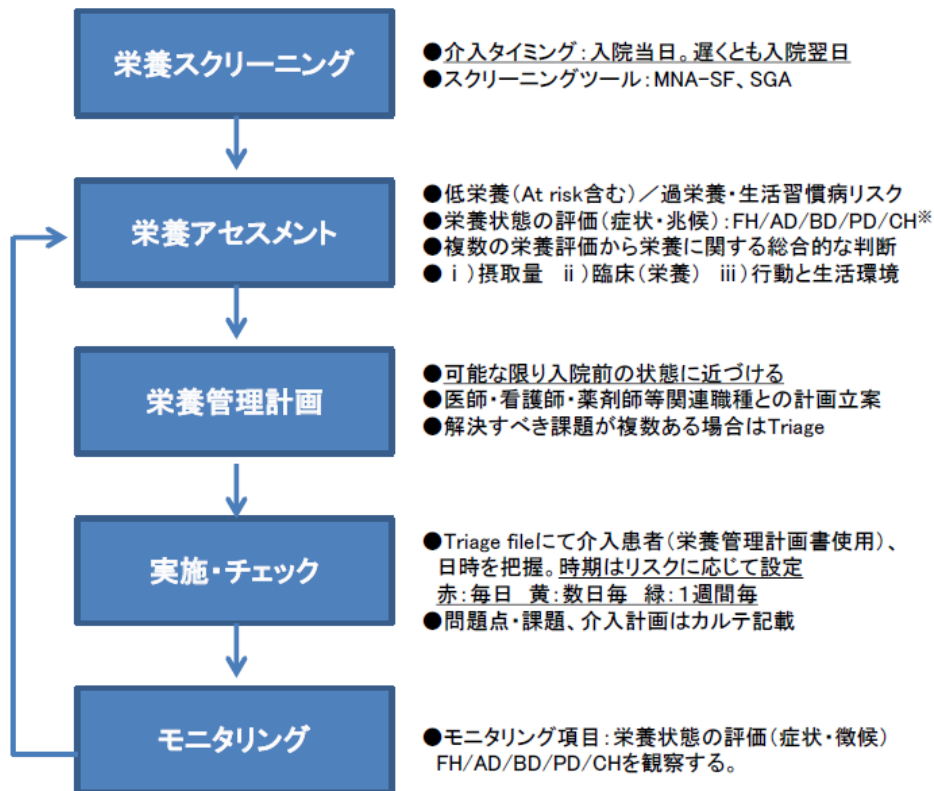
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



# 退院後の生活を見据えた入院中の栄養管理の例

- 退院後の生活を見据えた栄養管理手順を作成し、栄養・食生活の課題に対する退院支援を併せて行っている例があり、退院前の栄養状態を評価し、多職種で共有することで、退院後速やかな支援が可能。

## ■ 栄養管理手順（一般病棟用）



※ FH: 食・栄養に関する履歴、AD: 身体計測、BD: 臨床検査・生化学データ、PD: 身体所見 (栄養に関する)、CH: 個人履歴

## ■ 退院支援の例

### 【入院時】

本人や家族と面談し、退院後の食生活に関する「独居・高齢者夫婦」「サポート体制困難・不安」などの情報を収集

<サポート体制困難・不安の例>

- ・ 神経難病患者の調理担当者 (家族) の心理的負担
- ・ 適さない宅配食の選択による慢性心不全患者の症状悪化
- ・ 家族の誤った知識による高齢者の栄養不良

### 【入院中】

栄養管理手順に基づく、**栄養アセスメント**や**モニタリング**で、**訪問栄養食事指導**や**退院後訪問の必要性**が見込まれる患者は、**医師、退院支援室等の多職種に共有**

必要性がある場合は、入院中に本人や家族に、訪問栄養食事指導や退院後訪問について紹介

重点的な栄養ケア・マネジメントにより、本人との信頼関係を構築し、退院後の食生活について、家族も含めた**栄養食事指導**を実施

### 【退院前カンファレンス】

**退院前の栄養状態の評価**を多職種で共有し、本人や家族へ入院中に**栄養介入**した内容、経過について**管理栄養士**から説明

### 【退院時・退院後】

医師の指示を受け、訪問日時を調整して、**退院後速やかに訪問栄養食事指導**を実施

訪問時の内容 (生活状況) は、関係職種全員に共有

# 低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

## スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

## 診断のためのアセスメント(GLIM基準)

- **表現型**
  - **体重減少**  
6か月以内で5% 6か月以上で10%
  - **低BMI**  

<20kg/m <sup>2</sup> 70歳未満	アジア	<18.5kg/m <sup>2</sup> 70歳未満
<22kg/m <sup>2</sup> 70歳以上		<20kg/m <sup>2</sup> 70歳以上
  - **筋肉量減少**
- **病因(※)**
  - 食事摂取量減少/吸収障害
  - 疾病負荷/炎症

## 診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

## 重症度診断

## <重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%: 過去6か月以内 10~20%: 過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%: 過去6か月以内 >20%: 過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

### (※) 病因に基づく診断分類

慢性疾患で炎症を伴う低栄養  
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養  
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養  
炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)  
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

○ 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

## ■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

## ■ 要介護情報

### ➤ 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

### ➤ 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。)

### ➤ 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

# 栄養管理体制に係る課題と論点

## (栄養管理体制について)

- 入院患者の栄養管理については、入院基本料等の通則として栄養管理体制の基準を示し、基本診療料において評価されるとともに、チーム医療や高度な栄養管理、栄養食事指導等については加算として、その取組が評価されている。
- 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準として、
  - 医療機関に常勤の管理栄養士を1名以上配置
  - 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成
  - 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載
  - 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成
  - 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し等を行うこととなっている。
- 入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果が報告されている一方で、入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割に留まっていた。
- 退院後の生活を見据えた栄養管理手順を作成し、栄養・食生活の課題に対する退院支援を併せて行っている例があり、退院前の栄養状態を評価し、多職種で共有することで、退院後速やかな支援が可能である。
- また、近年、低栄養の世界的診断基準として、表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によるGLIM基準が示されている一方で、DPCデータ(様式1)で把握できる栄養状態の評価に関する項目は限られている。

## 【論点】

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、標準的な低栄養の基準やDPCデータ等も活用しつつ、退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を推進することについて、どのように考えるか。

# 中医協委員意見

- この点を踏まえて支払側の松本委員は「入院料の『通則』に『退院時の栄養状態確認』を追加する」ことを提案。
- 一方、診療側の長島委員は「退院時も含めた定期的な栄養評価は重要であるが、それを義務化（「通則」記載もその1つ）するのであれば、入院料全体の更なる引き上げが必要である」と指摘。あわせて「【入退院支援加算】の栄養評価との関係も含めた『栄養管理・評価』内容の整理を行っていくべき」

# 地域における栄養連携



地域の高齢者の  
低栄養が進  
んでいる

栄養ケアステーション

# 栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーション数  
全国512か所、  
栄養士5095人  
2023年4月



栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点  
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開



# 栄養ケア・ステーションとは？

- **栄養ケア・ステーション**は食・**栄養**の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する、地域密着型の拠点のこと。
- 地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介、用途に応じたさまざまなサービスを提供する。

# 訪問診療から訪問栄養管理指導実施

歯科・看護師・デイ

1 往診に管理栄養士を同行し、患者さんに紹介

こんにちは  
管理栄養士です

2 管理栄養士さんに入ってもらいましょう

管理栄養士に  
在宅に行っ  
てもらおうと。

医師



3 指示書を送付

4 居宅管理栄養  
指導入ります



Aさん担当  
ケアマネ

Pre-Nutrition (プレ・ニュートリション) から請求

管理栄養士

ケアプランを立てて  
訪問開始  
月2回まで算定できる



栄養ケアステーション

管理栄養士です。Aさん状  
況を教えてください

情報を得て  
連携する



Aさん担当  
ヘルパーさん

# 認定栄養ケア・ステーション 薬局内の栄養ケアステーション



横浜市保土ヶ谷

## 第8次医療計画における在宅医療のうち訪問栄養食事指導に関する事項

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問栄養食事指導を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備を行うことが求められている。

### 2 在宅医療の提供体制

#### (2) 日常の療養生活の支援

##### ⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は142.5人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は114.7か所である。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は4,960人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は1,116か所である。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65歳以上人口10万人あたりの事業所数は全国平均で31.4か所であり、都道府県によってばらつきがみられた。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション※等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、（公社）日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

# 2018年介護報酬改定 栄養改善加算の要件緩和等

## 算定要件等

### ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

### イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

### ウ 低栄養リスク改善加算

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

# 在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

## C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合に算定

### 1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が  
当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ " 2～9人の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

### 2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が  
当該診療所の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ " 2～9人の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

## 【対象患者】

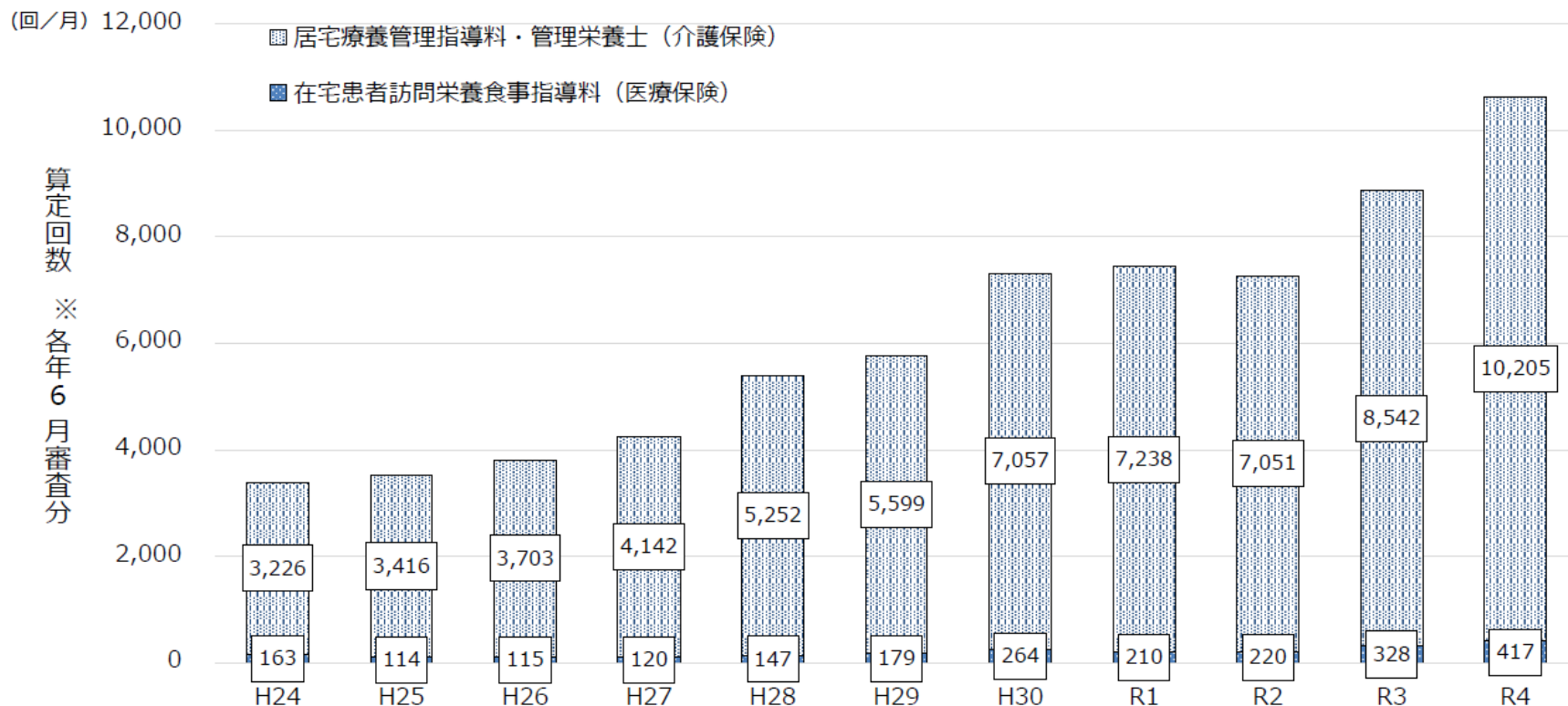
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

## ※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

## 訪問栄養食事指導の実施状況

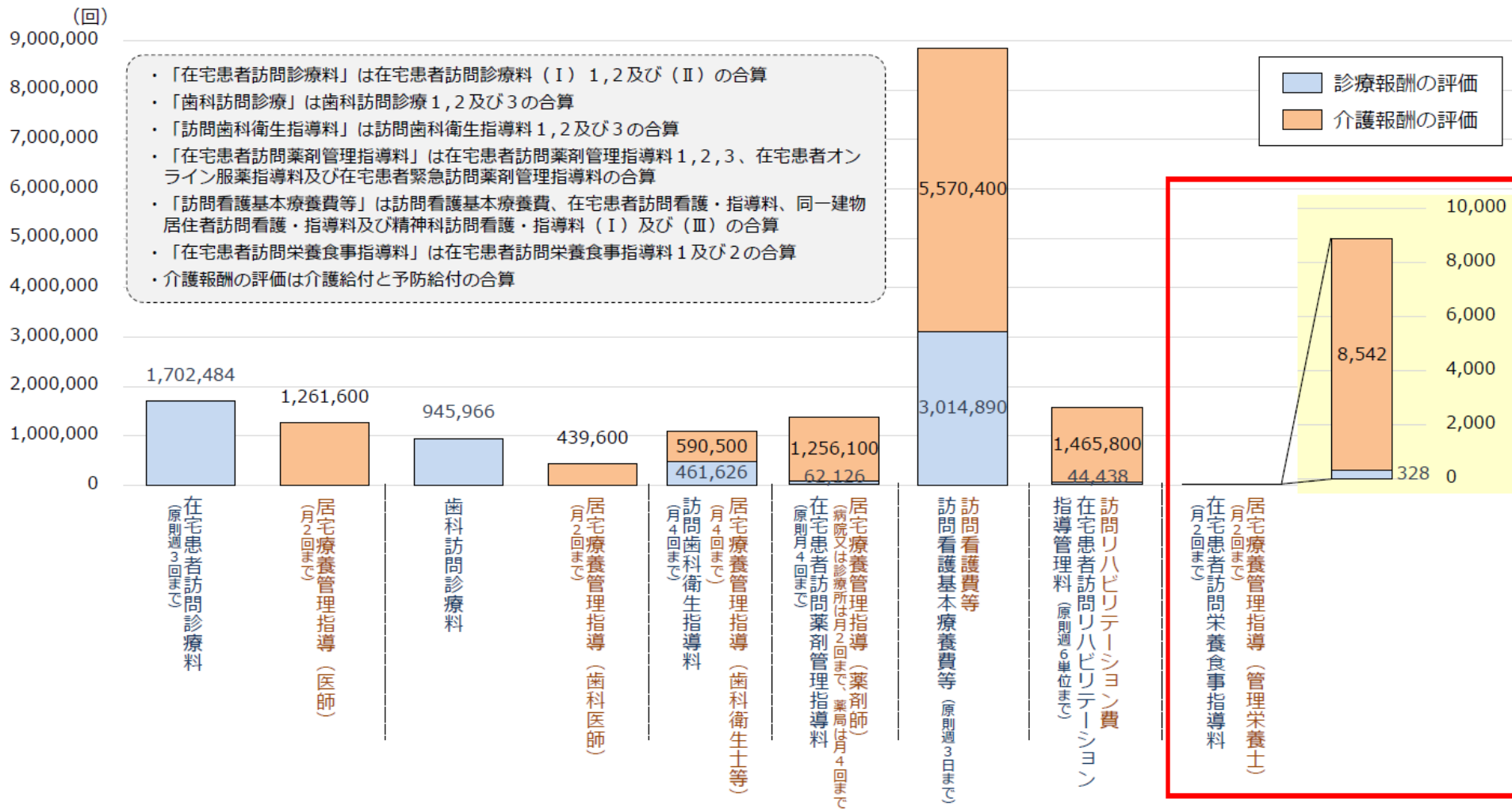
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回／月だった。



注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

# 各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数については、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。

※居宅療養管理指導 (医師) 及び居宅療養管理指導 (歯科医師) は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

出典: 社会医療診療行為別統計 (令和3年6月審査分)、介護給付費等実態統計 (令和3年6月審査分)、訪問看護療養費実態調査 (令和3年6月審査分より推計) 163



# 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由

- 病院はいずれも、「算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない」が最も多かった。
- 診療所では、機能強化型在支診は「算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない」、その他の診療所は「算定対象となる患者（特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者）がいない」が最も多かった。

		N	算定対象となる患者 (特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない	栄養状態に関する情報が少なく、必要性の判断が困難である	算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない	算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない	算定対象となる患者はいるが、他の医療機関や栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの管理栄養士への依頼が困難である	介護保険における管理栄養士が行う在宅療養管理指導のみを実施している	その他	無回答
病院	機能強化型在宅療養支援病院 (単独+連携)	36	27.8%	0.0%	47.2%	0.0%	2.8%	11.1%	5.6%	11.1%
	機能強化型でない 在宅療養支援病院	32	12.5%	0.0%	56.3%	0.0%	0.0%	6.3%	3.1%	21.9%
	上記以外の病院	38	26.3%	5.3%	55.3%	0.0%	5.3%	2.6%	10.5%	10.5%
診療所	機能強化型在宅療養支援診療所 (単独+連携)	53	34.0%	3.8%	9.4%	45.3%	5.7%	5.7%	3.8%	5.7%
	機能強化型でない 在宅療養支援診療所	107	54.2%	9.3%	10.3%	31.8%	6.5%	0.0%	0.0%	10.3%
	上記以外の診療所	15	60.0%	6.7%	0.0%	40.0%	6.7%	0.0%	13.3%	6.7%

※最も多いものに網掛け

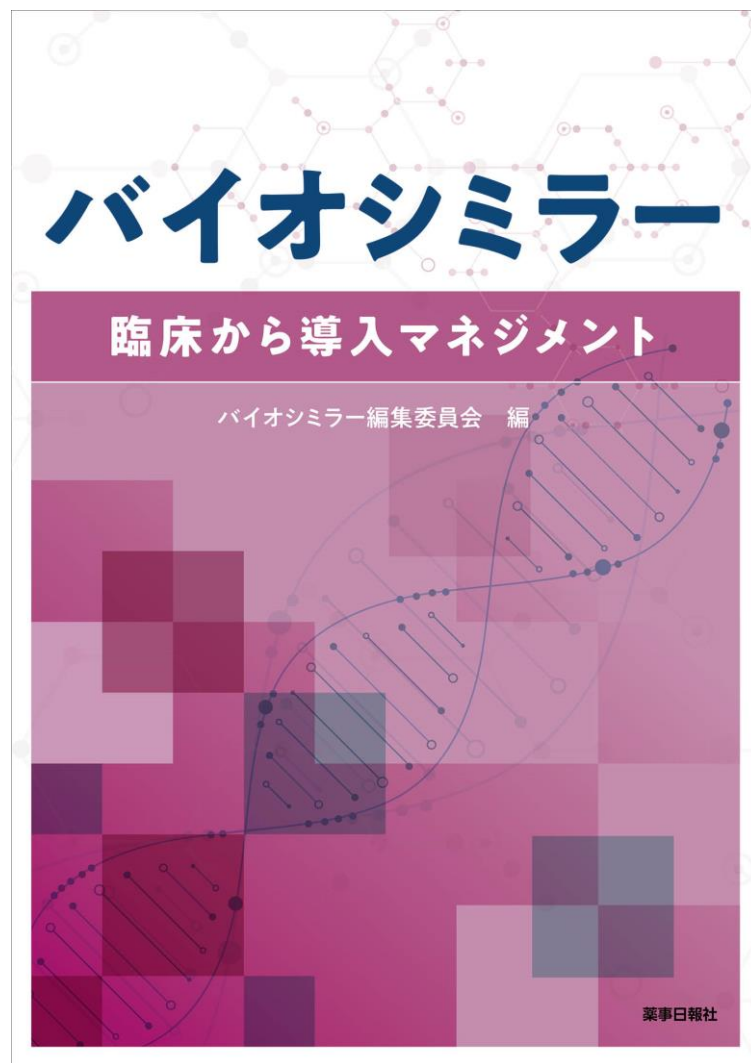
# 中医協委員意見

- 診療側池端委員、支払い側松本委員
  - 地域の栄養ケア・ステーションに所属する栄養士と、在宅医療を提供するクリニック等が密接に連携し、十分な訪問栄養指導を行える体制を整えていく必要がある。
  - 在宅患者訪問栄養食事指導料<sup>2</sup>が設けられているが、「クリニックとステーションとの契約や手続き等で支障が出ていないか」

## まとめと提言

- 2024年改定は本体部分0.88%プラス
- 入退院支援加算の見直しポイントは  
かかりつけ医・ケマネとの情報連携、  
連携機関数とその内訳、入院時支援加算の  
厳格化、心不全の退院後フォローなど
- 地域の高齢者の栄養課題の解決は、  
栄養ケアステーションの普及で

# バイオシミラー -臨床から導入マネジメント-



- 【編集】バイオシミラー編集委員会
- 【判型・頁】B5判・223頁
- 【定価】本体3,700円＋税
- 【発行】2024年1月

バイオシミラーの  
医療機関への導入  
の豊富な事例

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)

