

Dr武藤のミニ動画（55） 後発医薬品産業構造検討会（5）



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、東洋医学

■ 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
通所介護事業所など

■ 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

衣笠城址



横須賀

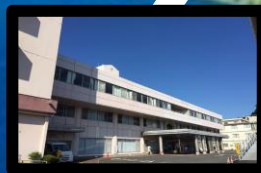
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - 後発品産業構造検討会
- パート 2
 - 独占禁止法の考え方について
- パート 3
 - 安定供給のための企業情報の可視化
- パート 4
 - 少量多品目構造の解消



パート1

後発医薬品産業構造検討会



2024年1月31日

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた
産業構造のあり方に関する検討会
構成員名簿

	氏 名	現 職
○	川 上 純 一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻 井 信 豪	東京理科大学薬学部 教授
	田 極 春 美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇 士	グロービス経営大学院 教授
	鳥 巢 正 憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野 澤 昌 史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福 田 彰 子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&A トランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
	間 宮 弘 晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
◎	武 藤 正 樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安 本 篤 史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳 本 岳 史	ポストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

(◎は座長、○は座長代理) (計11名、氏名五十音順)

回数	開催日	議題等	議事録／議事要旨	資料等	開催案内
第8回	2024年1月31日 (令和6年1月31日)	1. 少量多品目構造の解消について(3) 2. 安定供給等のための企業情報の可視化について(3) 3. これまでの議論の整理等について(2)	—	•資料	•開催案内
第7回	2023年12月25日 (令和5年12月25日)	1. 各会議体における議論の報告について 2. 後発医薬品産業在るべき姿の明確化について	—	•資料	•開催案内
第6回	2023年12月4日 (令和5年12月4日)	1. 各会議体における議論の報告について 2. 品質管理の在り方について(2) 3. その他	—	•資料	•開催案内
第5回	2023年11月13日 (令和5年11月13日)	1. 厚生労働省事務局からの報告について 2. 生産効率の向上について 3. 品質管理の在り方について	•議事要旨	•資料	•開催案内
—	—	後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ	—	• <u>中間とりまとめ</u>	—
第4回	2023年10月11日 (令和5年10月11日)	1. 中間とりまとめ(案)について 2. これまでの議論の整理等について	•議事要旨	•資料	•開催案内
第3回	2023年9月19日 (令和5年9月19日)	1. 安定供給等のための企業情報の可視化について(2) 2. 少量多品目構造の解消について(2)	•議事要旨	•資料	•開催案内
第2回	2023年8月21日 (令和5年8月21日)	1.1. 本検討会において検討すべき事項等について 2.2. 安定供給等のための企業情報の可視化について 3.3. 少量多品目構造の解消について	•議事要旨	•資料等	•開催案内
第1回	2023年7月31日 (令和5年7月31日)	1.1. 後発医薬品産業における現状について 2.2. 本検討会において検討すべき事項等について	•議事要旨	•資料等	•開催案内

GE業界再編に関する具体的手法に関する検討

ネクスレッジ株式会社
代表取締役 安本 篤史

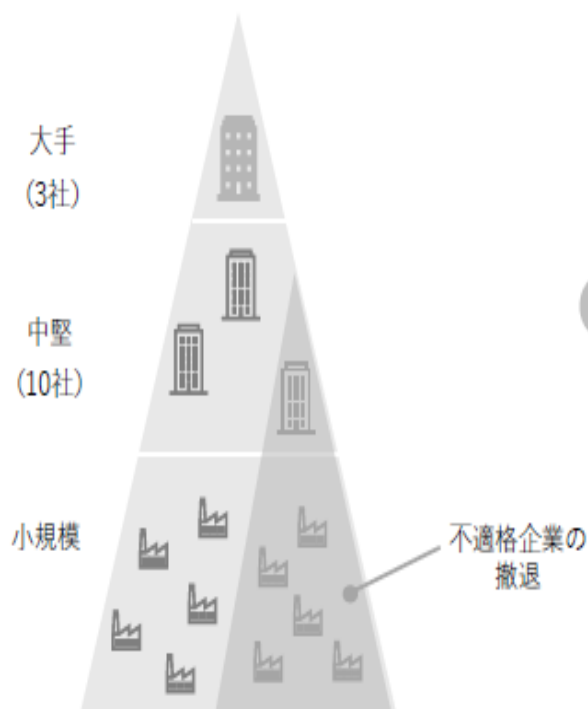
ネクスレッジ株式会社は生物学的製剤や再生医療等製品の開発、GMP等の薬事規制に適合した開発、工業化を支援



ジェネリック企業のあるべき姿

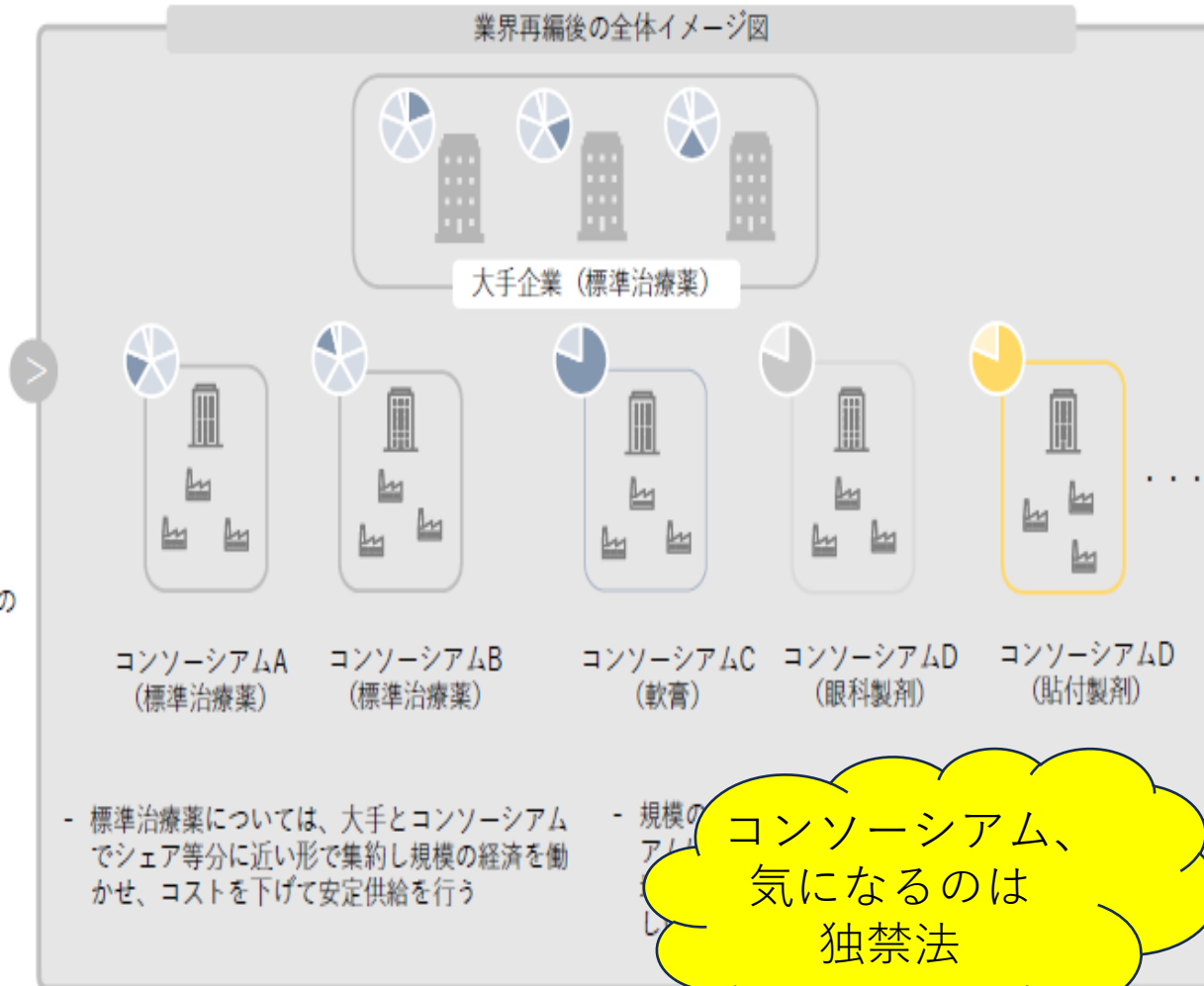
- 現在約200社が存在するとされるGEメーカーは、大手は現在の形態(フルラインナップ)で存続させつつ、撤退企業が去ったのちに残る中堅・小規模企業がコンソーシアム(協業体制)を形成することで、最終的には業界全体を大手3社+10~15程度のコンソーシアムに集約・淘汰し、安定供給を図っていくことが望ましい。

現在の市場形態



- GEメーカーは現状約200企業ほど
- 大手3社と中堅企業10社程度、多くの小規模企業が乱立している

業界再編後の全体イメージ図



コンソーシアム、
気になるのは
独禁法

パート2

独占禁止法の考え方





独占禁止法上の考え方について ～後発医薬品分野を念頭に～

令和 6 年 1 月 31 日
公正取引委員会

自由経済社会の下、事業活動を行う上で事業者等が守るべき基本ルールを定めた法律が独占禁止法である。独占禁止法は、公正かつ自由な競争を促進するために、自由な競争を妨げたり、不公正な競争手段を用いて競争したりすることを禁止している。主な禁止行為としては次のものがある。

不当な取引制限

同業者や業界団体で、価格や生産数量などを取り決め、お互いに市場で競争を行わないようにすること。価格カルテルや入札談合などがこれに該当する。

カルテル、入札談合等

業務提携等の共同行為

私的独占

有力な企業が、株式の所有や役員の派遣などによって競争事業者を統制下に置いたり（支配）、取引先への圧力などにより競争事業者を市場から追い出し又は新規参入を妨害したりする（排除）こと。

不公正な取引方法

例えば、以下のような公正な競争を阻害するおそれのある行為を禁止している。
共同の取引拒絶、差別対価、不当廉売、再販売価格の拘束、優越的地位の濫用、抱き合わせ販売、排他条件付取引、拘束条件付取引、競争者に対する取引妨害

企業結合

市場における競争を実質的に制限することとなる企業結合（株式保有・役員兼任・合併・分割・共同株式移転・事業譲受け等）を行うこと。

- この法律において「不当な取引制限」とは、事業者が、契約、協定その他何らの名義をもつてするかを問わず、他の事業者と共同して対価を決定し、維持し、若しくは引き上げ、又は数量、技術、製品、設備若しくは取引の相手方を制限する等相互にその事業活動を拘束し、又は遂行することにより、公共の利益に反して、一定の取引分野における競争を実質的に制限することをいう。（2条6項）
- 「一定の取引分野における競争を実質的に制限する」とは、当該取引に係る市場が有する競争機能を損なうことをいい、本件基本合意のような一定の入札市場における受注調整の基本的な方法や手順等を取り決める行為によって競争制限が行われる場合には、当該取決めによって、その当事者である事業者らがその意思で当該入札市場における落札者及び落札価格をある程度自由に左右することができる状態をもたらすことをいうものと解される。（平成24年2月20日最高裁判決）

事業者等の共同の取組が競争制限効果のみをもたらす場合

入札談合、受注調整、価格カルテル、数量カルテル、技術制限カルテル等

原則として独占禁止法上問題となる

業務提携等の共同行為

主な類型：

- ・ 標準規格の設定
- ・ 環境保全、安全確保等の社会公共的な目的のための自主基準
- ・ 消費者に対する使用方法等の情報提供
- ・ 共同輸送

そもそも競争制限とならないケースが多い

- ※ 価格・数量・取引先等に関わるものの場合は、共同事業の内容・態様、参加者の市場シェア等を踏まえ、「競争を実質的に制限する」場合に違法となる
- ※ 他の事業者を排除する行為等は「私的独占」「不公正な取引方法」に当たり得る

後発医薬品の供給不足等が発生した**緊急時の安定供給対応策**における独占禁止法上の考え方は以下のとおり。

(1)行政機関が生産数量等の調整を行う場合

- 行政機関が、供給不足等が発生した後発医薬品の製造販売業者（以下「当該企業」という。）から収集した情報を基に、代替品製造販売業者に対し、医療機関への供給依頼等の供給調整を行う場合には、**独占禁止法上問題となるものではない。**

例：医療用医薬品の供給不足が生じる場合の対応スキーム（厚生労働省通知 医政経発0528第1号 令和3年5月28日）

(2)事業者又は事業者団体が生産数量等の調整を行う場合

- 当該企業又は事業者団体が、代替品製造販売業者に対し、**緊急に必要な期間**において、当該企業と代替品製造販売業者の間で、**増産等に必要な数量情報に限り情報共有**し、増産等の対応を依頼する場合には、**独占禁止法上問題となるおそれはない。**
- ただし、当該企業又は事業者団体と代替品製造販売業者が、増産等の対応依頼に**必要な範囲を超えて**、当該企業の**価格、生産数量又は取引先に係る情報を共有**し、また、共同して**価格、生産数量又は取引先を決定又は指示**するなどした場合には、**独占禁止法上問題となるおそれがある。**
- また、増産等の**対応終了後**、共同して**価格、生産数量又は取引先を決定**するなどした場合には、**独占禁止法上問題となるおそれがある。**

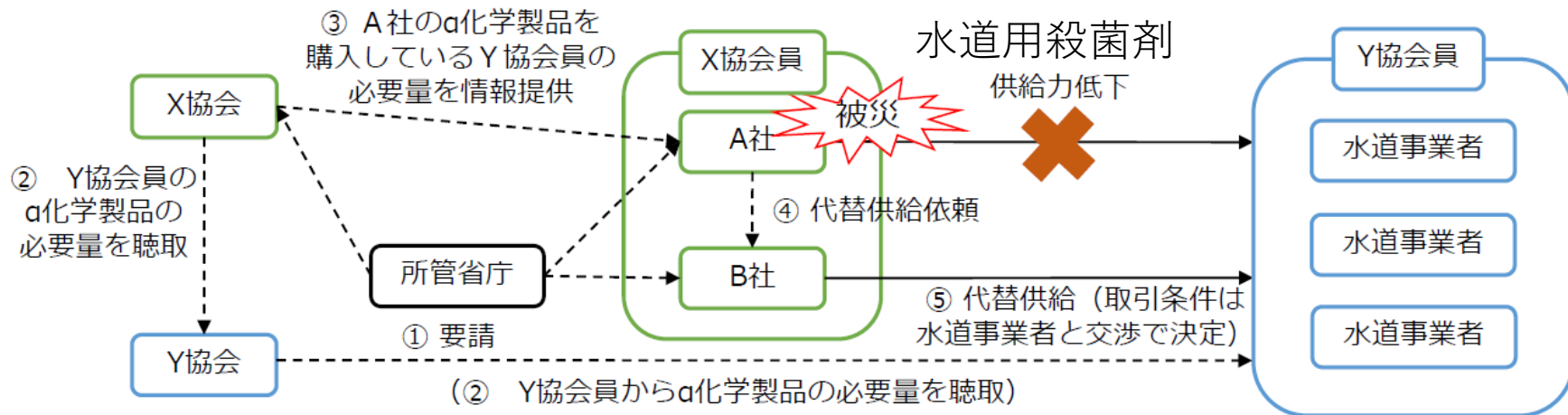
なお、一般論として、事業者又は事業者団体が実施しようとする取組が独占禁止法上問題となるか否かは、事案に即して個別具体的に判断されることとなる。

化学製品の想定事例

- 1 主に水道用の殺菌剤として浄水場で使用される化学製品等の製造及び販売を行っているA社の工場が、大規模災害により被災し、a化学製品の生産が部分的に停止し、供給力が低下した。
- 2 被災地域におけるa化学製品の供給不足（断水）を回避するために、化学メーカーの所管省庁が調査したところ、当該地域において、a化学製品の代替供給が可能な企業はB社のみであることが判明した。
- 3 このような状況の下、所管省庁は、a化学製品が効率的に被災地域の水道事業者に行き渡るようにするために、A社、B社及び化学メーカー（A社及びB社を含む）を会員とするX協会に対して次の要請を行う。
 - i X協会は、水道事業を営む者を会員とするY協会からY協会員のa化学製品の必要量を聴取すること
 - ii X協会は、A社に対し、A社からa化学製品を購入しているY協会員の必要量に関する情報を引き渡すこと
 - iii A社は、自らの判断でA社の供給量を決定し、対応不可能な分について、B社に代替供給を依頼すること
 - iv 代替供給を依頼する際は、代替供給に必要な最低限度の情報（取引先名、数量等）のみを提供すること
 - v B社は、依頼された供給先に代替供給を行うこととし、価格等の取引条件はB社と供給先の交渉で決定すること
- 4 本取組は、A社の工場が復旧するまでの一時的な取組とする。

【独占禁止法上の考え方】

本事例は、A社が自らの判断でA社の対応する供給量を決定し、対応不可能な分についてはB社に供給を依頼するにとどまるものである。したがって、X協会の会員ごとの販売量を制限したり、取引先を分配したりするものではないことから、独占禁止法上問題となるものではない。



公正取引委員会では、事業者や事業者団体が、今後、自ら行おうとする、商品・役務の取引、知的財産の利用、自主基準・自主規制、共同事業、業務提携、共同研究開発などについての個別具体的な内容が独占禁止法上・下請法上問題となるかどうかについての相談を受け付けています。

事前相談制度による相談

- 公正取引委員会は、法運用の透明性を高め、相談制度の一層の充実を図るため、事業者等が行おうとする具体的な行為が、独占禁止法の規定に照らして問題が無いかどうかの相談に応じ、書面により回答する「事前相談制度」を設けている。
- 事前相談制度を利用した相談については、原則として、事前相談申出書を受領してから30日以内に書面により回答を行う。ただし、事前相談申出書を受領後、回答を行うために必要と判断される資料等の追加的提出を求めた場合には、全ての資料等を受領してから30日以内に回答を行う。
- 独占禁止法の規定に抵触するものでない旨の回答をした場合においては、当該相談の対象とされた行為について、独占禁止法の規定に抵触することを理由として法的措置を採ることはない。ただし、事前相談申出書や提出を受けた資料等に事実と異なる記載があった場合、申出に係る行為の内容と異なる行為又は回答に付された期限を超え若しくは条件に反する行為が行われた場合は、この限りでない。また、申出者名並びに相談及び回答の内容は、原則として回答を行ってから30日以内に公表する。

「事前相談制度」によらない相談

- 公正取引委員会では、相談者の負担軽減及び相談者の秘密保持に配慮し、事前相談制度によらない相談（以下「一般相談」という。）も受け付けている。
- 一般相談は、電話・来庁等で相談内容の説明を受け、原則として口頭で回答するもので、迅速に対応するとともに、相談内容等については非公表としている。

企業結合に対する考え方



事前届出義務

企業結合審査の基本的な考え方

(関係条文: 独占禁止法第10条、第13条～第16条等)

当事会社

株式保有、役員兼任、合併、分割、共同株式移転、事業譲受け等

企業結合のうち、一定の要件
(国内売上高の額等) を満たすもの

一定の要件 (国内売上高の額等) を
満たさないもの

事前届出義務 (30日前)

必要に応じて審査

企業結合により

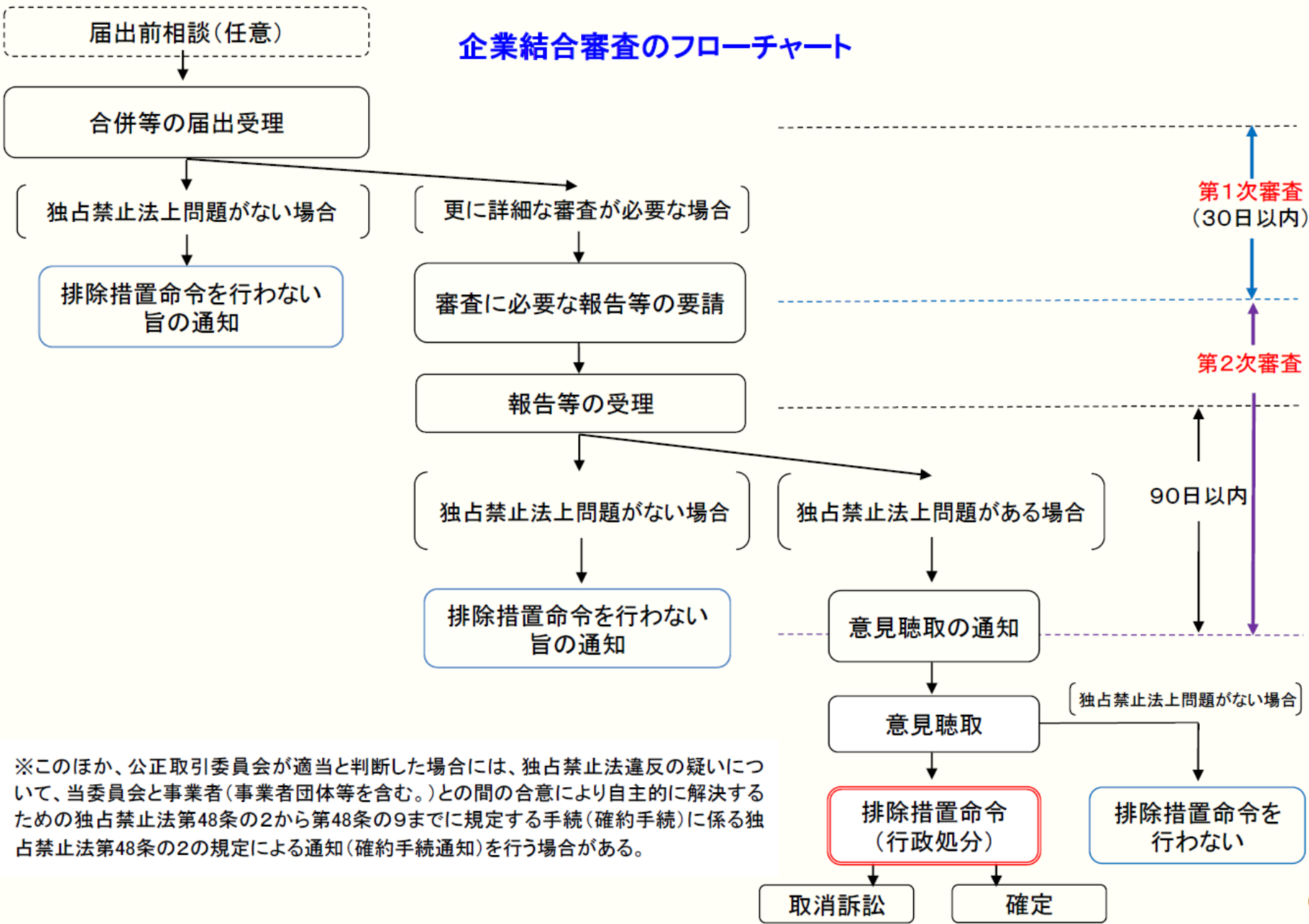
一定の取引分野における

競争を実質的に制限する
こととなる場合

企業結合の禁止

※ ただし、独占禁止法上の問題を解消
する措置が採られる場合には容認

企業結合審査のフローチャート



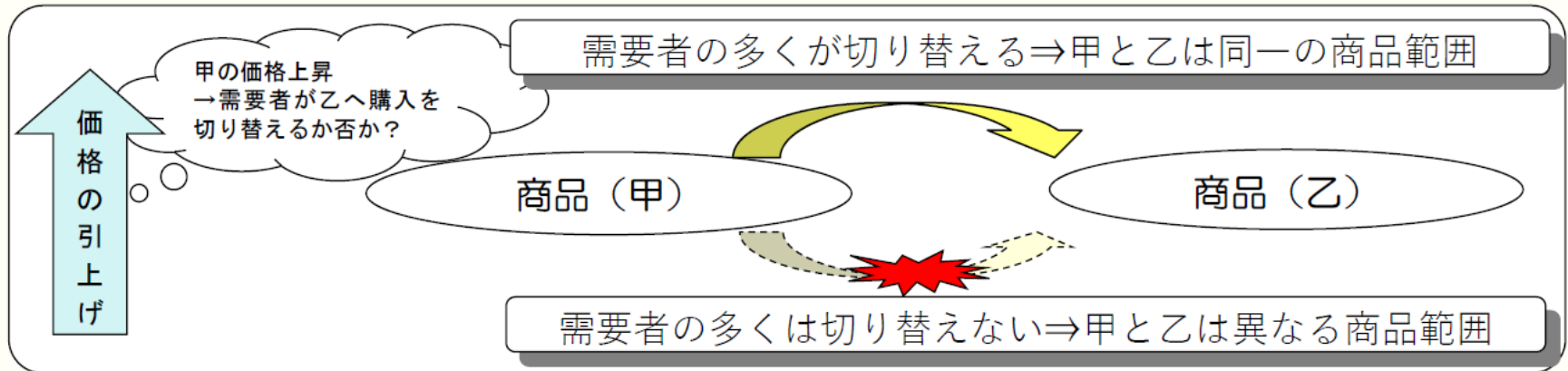
- 令和4年度に企業結合計画の届出を受理した案件は306件（対前年度比9.2%減）であった。
- 届出を受理した306件のうち、第2次審査に移行した案件はなかった。
- 令和4年度に審査が終了した案件のうち、当事会社が申し出た措置を前提として独占禁止法上の問題がないと判断したものは1件であった。

〔表〕 過去5年度に受理した届出の処理状況

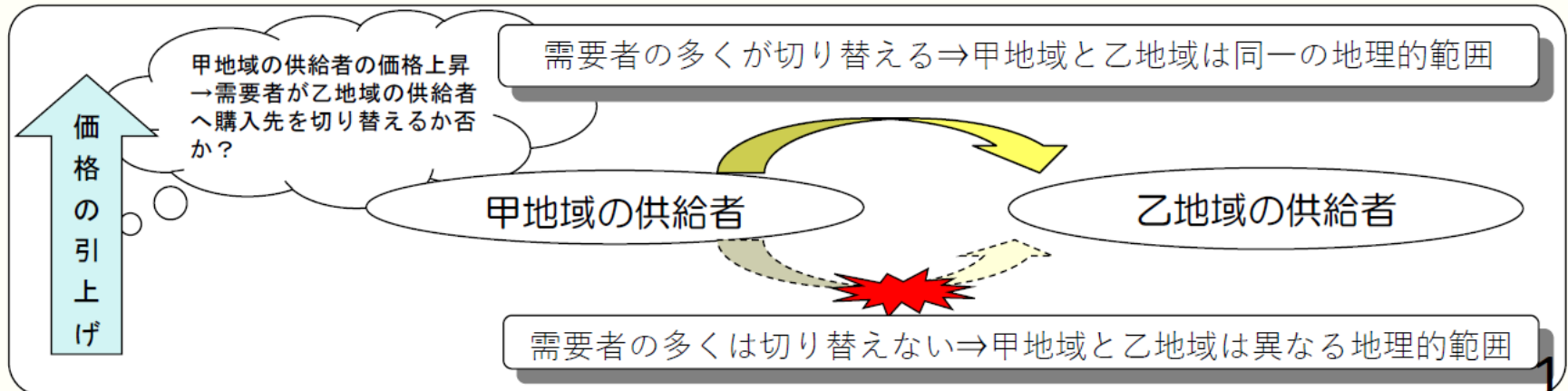
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
届出件数	321	310	266	337	306
第1次審査で終了したもの (うち禁止期間の短縮を行ったもの)	315 (240)	300 (217)	258 (199)	328 (248)	299 (243)
第1次審査終了前に取下げがあったもの	4	9	7	8	7
第2次審査に移行したもの	2	1	1	1	0

- 「一定の取引分野」は、企業結合により競争が制限されることとなるか否かを判断するための範囲を示すものである（「商品範囲」及び「地理的範囲」がある。）。
- 一定の取引分野の画定に当たっては、当事会社グループが行っている事業全てについて、取引の対象となる商品の範囲及び地理的範囲をそれぞれ画定する。基本的には、需要者にとっての代替性の観点から、また、必要に応じて供給者にとっての代替性の観点からも画定。
- ある商品について、内外の需要者が内外の供給者を差別することなく取引しているような場合には、国境を越えて地理的範囲が画定される。

商品範囲



地理的範囲



医薬品分野における一定の取引分野の画定の考え方について

- 需要者である医療機関等からみて医薬品の機能・効用が同じであれば先発医薬品と後発医薬品が同一の商品の範囲として画定される。
- 医薬品の分類方法については、欧州医薬品市場調査協会が設定するATC分類法が広く採用されており、ATC分類法では、医薬品にレベル1からレベル4までの記号（ATCコード）を付して分類されている。過去の企業結合審査の例では、ATC分類法のレベル3の分類に基づき、商品の範囲を画定している場合が多い。

(参考) ATCコードの具体例 Anatomical Therapeutic Chemical Classification: ATC

- | | | | |
|---------------|---|----------------------------|------------------|
| ・レベル1 : C | → | CARDIOVASCULAR SYSTEM | (心臓血管系) |
| ・レベル2 : C 8 | → | CALCIUM ANTAGONISTS | (カルシウム拮抗剤) |
| ・レベル3 : C 8 A | → | CALCIUM ANTAGONISTS, PLAIN | (カルシウム拮抗剤 (単剤)) |

例えば、アムロジピンはATCコードレベル3の「C 8 A」に含まれると考えられる（アムロジピンのみの分類は存在しない）ところ、当該分類には、アムロジピンのほか多数の化学物質を含むため、ATCコードレベル3で商品の範囲を画定する場合、取引の対象となる商品の範囲は、一般的に多数の商品が含まれる場合が多いと考えられる。

個別の企業結合事案について、企業結合ガイドラインの考え方に従い、当事会社や競争事業者のシェアだけでなく、当事会社間の従来の競争状況、競争者の供給余力、輸入圧力、参入圧力、隣接市場からの競争圧力、需要者からの競争圧力等の様々な考慮要素を総合的に勘案して、当該企業結合が独占禁止法に違反するかどうか、すなわち、需要者にとって十分な選択肢が確保できなくなるような状況が生じないかどうかという観点から、独占禁止法違反となるかどうかを判断している。

※ 市場の集中度等が小さい場合（セーフハーバー基準該当）は、問題ないと判断。他方で、**セーフハーバー基準に該当しない場合に、直ちに問題ありと判断されるわけではない。**

セーフハーバー基準に該当しない事案については、以下の判断要素を勘案して、競争制限の有無を判断

- | | |
|---|---|
| <p>① 当事会社グループの地位及び競争者の状況
(ア)市場シェア及び順位、(イ)当事会社間の従来の競争の状況、
(ウ)競争者の供給余力、(エ)差別化の程度等</p> <p>② 輸入（おおむね2年以内を目安に評価）
(ア)制度上の障壁の程度、
(イ)輸入に係る輸送費用の程度や流通上の問題の有無、
(ウ)輸入品と当事会社グループの商品の代替性の程度、
(エ)海外の供給可能性の程度
※ 現在輸入が行われているかどうかにかかわらず、上記点を検討</p> <p>③ 参入（同前）
(ア)制度上の参入障壁の程度、(イ)実態面での参入障壁の程度、
(ウ)参入者の商品と当事会社の商品の代替性の程度、
(エ)参入可能性の程度</p> | <p>④ 隣接市場からの競争圧力
(ア)競合品（当該商品と類似の効用等を有する商品）の存在、
(イ)地理的に隣接する市場の状況等
※ 近い将来における競合品の競争圧力（隣接市場からの競争圧力）についても考慮</p> <p>⑤ 需要者からの競争圧力
(ア)需要者の間の競争状況、(イ)取引先変更の容易性、
(ウ)市場の縮小等</p> <p>⑥ 総合的な事業能力、効率性</p> <p>⑦ 当事会社グループの経営状況</p> <p>⑧ 一定の取引分野の規模
当事会社グループの一部の会社又は企業結合の対象となったその事業部門が業績不振の場合についても考慮</p> |
|---|---|

セーフハーバー基準

市場占有率など特定の状況下、または一定の条件などの基準を満たした場合には、違反や罰金の対象にならないとされる範囲のこと。

例えば、市場が縮小している場合の考え方等についても、企業結合ガイドラインにおいて明示しており、実際の企業結合審査に適用している。

・ 産業構造の変化、市場縮小の影響を適切に考慮

- － 需要が継続的構造的に減少しており、競争者の供給余力が十分である場合には、当事会社グループの価格引上げに対する牽制力として考慮。
- － 産業構造の変化等に伴う需要の減少により市場が縮小している商品（既存商品）について、競合品（新規商品）が当該商品に対する需要を代替する蓋然性が高い場合は、競争を促進する要素として評価。
- － 需要が減少して継続的構造的に需要量が供給量を大きく下回り、需要者からの競争圧力が働いている場合には、当事会社グループが価格等のある程度自由に左右することをある程度妨げる要因として考慮。
- － 複数の事業者が事業活動を行うと、効率的な事業者であっても採算が取れないほど市場規模が十分に大きくない場合、企業結合により1社となっても競争を実質的に制限することとはならない。

後発医薬品メーカーを当事会社とする企業結合事案において、これまでに企業結合が禁止されたケースや問題なしとするに当たって独占禁止法上の問題を解消する措置が条件とされたケースはなく、問題なく企業結合が実施できている。

1 一定の取引分野

<商品範囲>

○医療用医薬品：医療機関において医師が治療に使用し、又は処方する医薬品であり、**新薬**と**後発品**がある。

・ **ATCコードレベル3**による分類

ACE阻害剤、創傷治療剤及び非ステロイド剤

○食品添加物

・機能・効用による区分

ビタミンB6及びビタミンC

<地理的範囲>

全国

2 当事会社の地位及び競争事業者の状況

【ACE阻害剤】

三共（3位：約15%）、第一製薬（4位：約10%）

【創傷治療剤】

第一製薬（3位：約10%）、三共（7位：約5%）

【非ステロイド剤】

三共（1位：約35%）、第一製薬（3位：約10%）

【ビタミンB6】

第一ファインケミカル（2位：約15%）、

三共ライフテック（10位：0～5%）

【ビタミンC】

第一ファインケミカル（3位：約10%）、

三共ライフテック（7位：0～5%）

3 競争の実質的制限

	有力な競争事業者の存在	供給余力及び取引先変更可能性	新規参入	川下市場からの競争圧力	隣接市場からの競争圧力	シェア・HHIの増加分	輸入
① ACE阻害剤	○	○	—	○	○	—	—
② 創傷治療剤	○	○	○	○	—	—	—
③ 非ステロイド剤	○	○	○	○	○	—	—
④ ビタミンB6	○	—	—	—	—	○	—
⑤ ビタミンC	○	—	—	—	—	○	○

競争を実質的に制限することとはならないと判断

4 本件の特徴

- ✓ 医療用医薬品について、需要者からみて機能・効用が同種であるかどうかという観点から、ATCコードの分類に基づき一定の取引分野を画定し、検討。
- ✓ 現行のセーフハーバー基準に照らすと、上記3の②、④及び⑤は同基準に該当。

公正取引委員会の考え方

- 公正取引委員会は、企業や団体が緊急に増産などに必要な数量情報に「限って」情報を共有し、増産対応などを依頼する場合は、「独占禁止法上問題となる恐れはない」。
- しかし、この範囲を超えて「当該企業の価格、生産数量又は取引先についての情報を共有し、また共同して価格、生産数量又は取引先を決定又は指示するなどした場合には、独占禁止法上問題となるおそれがある。
- 独禁法上問題になるかは「**事案に即して個別具体的に判断される**」とのこと。
- 厚労省は、業界からのヒアリングを踏まえて具体例について独禁法に抵触するかを示していく方針とした。

公正取引委員会の考え方

- 後発品の業界再編について公正取引委員会は「後発品業界の企業結合が独占禁止法に禁止された事例はなく、問題なく実施できている」。
- 今後、独占禁止法との関係について整理を行いながら、企業間での品目統合やコンソーシアム的な共同経営、M&Aの推進を検討していく。

パート 3

安定供給のための 企業情報の可視化



後発品の安定供給に関連する情報の公表等に関するガイドラインについて（中間報告）

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

適切な医薬品開発環境・安定供給及び流通環境の維持・向上に関する研究



研究代表者 成川 衛 （北里大学薬学部）

研究分担者 小林江梨子（城西国際大学薬学部）

2024年1月31日

適切な医薬品開発環境・安定供給及び流通環境の維持・向上に関する研究

【目的】

- 後発品のさらなる使用促進を支えるための安定的な供給体制の確保、新規モダリティ製品を含めたドラッグラグ問題の再燃への懸念等を背景に、我が国における医薬品の適切な開発環境、安定供給等の維持・向上のため、医薬品の上市及びその後の安定供給の推進における障壁を調査・分析し、薬価制度を含めた対策を提言する。

【これまでの検討状況】

- 後発品の安定供給等に係る企業体制の評価指標について提案
- 新薬の薬価算定ルールに関する検討事項について提案

企業評価のための指標（令和6年度改定では赤枠を適用）

別添 2 - 1

中医協 薬 - 2
5 . 1 2 . 1 3

評価の指標	項目の必要性
1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表など	
①製造販売する品目の 製造業者名の公表	複数銘柄が同一製造所で製造されている場合の 透明性の観点 医療機関の情報ニーズに対する情報公開努力を 評価
②製造販売する品目の 原薬の製造国の公表	
③共同開発され承認取得した品目の 共同開発先企業名の公表	
④「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚労省ウェブサイト）」で 安定供給体制等に関する情報を掲載	安定供給確保のための企業体制を評価
⑤ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した 安定供給マニュアルの作成と運用	
2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保	
①製造販売する品目の 原薬の購買先を複数設定	安定供給のための企業の供給能力を評価
②製造販売する品目のうち「安定確保医薬品」について、 一定以上の余剰製造能力又は在庫量確保	
3. 製造販売する後発品の供給実績	
①製造販売する品目についての 品目毎の月次出荷実績 （製造計画と実際の出荷量の比較） の公表	医薬品の供給にかかる企業実績を評価
②製造販売する 安定確保医薬品の品目数	企業の安定供給実態を評価
③製造販売する品目に係る 自社理由による出荷停止又は出荷量の制限の実施	
④出荷量が 増加した品目 、出荷量が 減少した品目の割合	
⑤ 他社が 出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する 自社品目の追加供給の実施	供給不安解消のための企業努力を評価
⑥他社の長期取載品のうちG1区分の品目の市場撤退に伴う 製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施	
4. 薬価の乖離状況	
① 企業毎の後発品平均乖離率が一定値を超える	企業自らが赤字構造を生み出すような価格設定 をしているかどうかを評価
②製造販売承認を取得した 新規後発品 について、薬価取載後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	
③ 新規取載 された後発品のうち、 5年以内に撤退した品目数	
④ 不採算品再算定 を受けた品目について、その後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	

※「公表する範囲」については、後発検討会及び研究班で引き続き検討

安定供給に必要な情報の可視化に関する情報公表のイメージ

厚生労働省Webページ

A企業	https://
B企業	https://
C企業	https://
D企業	https://
E企業	https://
. . .	https://

厚生労働省のWebページにおいて、各企業が情報公開するWebページのリンク先を掲載

C企業のWebページ

製造販売する品目の製造業者名の公表
製造販売する品目の原薬の製造国の公表
共同開発され承認取得した品目の共同開発先企業名の公表
「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚労省ウェブサイト）」で安定供給体制等に関する情報を掲載
ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した安定供給マニュアルの作成と運用
製造販売する品目についての品目毎の月次出荷実績（製造計画と実際の出荷量の比較）の公表

各企業は、研究班が本年度内に作成予定の公開すべき項目等に関するガイドラインに従い、共通掲載フォーマットを用いて必要事項を掲載（掲載にあたっては、準備期間を設ける）

将来的には、一元的に必要な情報を確認できるよう、厚労省Webページの掲載方法を引き続き検討

各企業Webサイトでの情報公表イメージ

令和6年6月を目標に、以下の情報を各企業Webサイトに掲載予定

項目	評価指標	自社のWebサイトに掲載すべき事項	更新頻度
1 ①	製造販売する品目の製造業者名の公表 (任意：製造販売する品目の自社製造割合)	様式1のリンク先URL (最終更新年月日：〇〇年〇〇月〇〇日)	都度
1 ② 2 ①	製造販売する品目の原薬の製造国の公表 製造販売する品目の原薬の複数の製造所を確保		
1 ③	他の製造販売業者と共同開発して承認された品目における 共同開発先の製造販売業者名の公表 (任意：製造販売する品目の共同開発割合)		
1 ④	厚生労働省ウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした 情報提供項目に関する情報提供ページ」における安定供給 体制等に関する情報を掲載	様式2のリンク先URL (最終更新年月日：〇〇年〇〇月〇〇日) ※過去3年分の様式2を掲載	都度
1 ⑤	日本製薬団体連合会が作成した「ジェネリック医薬品供給 ガイドライン」に準拠した内容である安定供給に係る文書 の作成と運用		
2 ②	製造販売する「安定確保医薬品」について、品目ごとの一 定以上の余剰製造能力又は在庫量の確保	様式3のリンク先URL (最終更新年月日：〇〇年〇〇月〇〇日) ※過去2年分の様式3を掲載	4半期毎 (4半期の初 月)
3 ①	製造販売する品目ごとの月単位の出荷実績（当該品目の製 造計画と実際の出荷量を比較した情報を含む。）の公表	様式4のリンク (最終更新年月日：〇〇年〇〇月〇〇日) ※過去2年分の様式4を掲載	年2回 (4月、10 月)

各企業のWebサイトで公表する情報について（様式1）

1-①、1-②、1-③、2-①の公表イメージ（製造販売する後発品全てを対象に公表）

薬剤区分	薬価基準収載医薬品コード	YJコード	製造販売業者	品名	製造形態 (委受託)	原薬の製造国			原薬の複数購買	製剤製造業者	共同開発情報	共同開発品目
内用薬	1149032F1019	1149032F1078	〇〇製薬	HIJK錠40mg「〇〇」	自社	日本	日本		〇	〇〇製薬	単独開発	
内用薬	2329008D1017	2329008D1173	〇〇製薬	OPQ錠40mg「〇〇」	包装等のみ自社	インド(日本)	フランス	中国、中国、イタリア	〇	■■製薬-△△薬品工業	■■製薬(親)、〇〇薬品、△△薬品工業	〇
注射薬	1115400X1019	1115400X1027	〇〇製薬	RSTU点滴静注500mg「〇〇」	委託	非公開	インドで製造し、日本で精製している場合			非公開	非公表	開発の主対応企業は(親)と記載

製造販売業者と異なる法人で製造する場合「委託」と記載

取引量が多い順から、原薬製造所毎に記載

最終製品の製造業者を記載(包装・保管等のみを行う施設は除く)

製造販売する品目数

3

原薬の複数購買割合

67%

自社製造割合(任意)

33%

共同開発割合(任意)

33%

自動算出

各企業のWebサイトで公表する情報について（様式2）その1

大目	中項目	情報提供項目	回答		
製造管理及び品質管理・安定供給体制・リスクマネジメント	流通経路	流通経路 ・卸経由か、販社経由か、直販か	流通経路		
			取引先		
	納品体制	卸業者が納期を指定する場合に、 当該指定納期に配送する体制の整備			
	適正在庫の確保	品切れ品目数	品切れ品目数 (過去一年間)	〇〇品目 (〇年〇月〇日現在)	
		平均社内在庫・流通在庫	社内在庫、流通在庫の合計	〇ヶ月以上確保 (通常時)	
	注文先	注文先			
	製造管理及び品質管理 (GMP・GQP) 体制	医薬品医療機器法の遵守状況① 自社又は第三者により、各品目に係る要求事項 (承認事項等) の 確認計画、実施率及び確認結果 ※第三者には行政は含まない	〇〇年度 確認計画：〇〇品目 (全品目の〇〇%) 確認結果：適合〇〇品目、不適合〇〇品目 ※第3者により確認した品目数：〇〇	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red;">従前からの変更点</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red;">3年度分記載</div>	
		医薬品医療機器法の遵守状況② 自社又は第三者による製造所 (自社及び委託先) の確認計画、実 施率及び確認結果 ※第三者には行政は含まない	〇〇年度 確認計画：〇〇製造所 (全製造所の〇〇%) 確認結果：適合〇〇製造所、不適合〇〇製造所 ※第3者により確認した製造所数：〇〇		
		医薬品医療機器法 に従い業務を行っ ていることを、企 業自ら公表	確認年月日：〇〇年〇〇月〇〇日 確認結果：〇〇		
		安定供給体制の確保	点検年月日：〇〇年〇〇月〇〇日 点検結果：〇〇 点検方法：自社or第3者		
	安定供給マニュアルに従い業務を行っていることを、企業自ら公表				
	安定供給に必要な 生産体制の確保	医薬品、原料、資材の在庫管理の 責任者及び担当者の有無と把握状況			
		製造ラインのトラブルに対する 回避対応マニュアルの有無と対応の内容			
		限界在庫量、安定供給警戒レベルの設定の有無 (特に供給量の非常に多い医薬品、自社のシェアが高い医薬品)			
	原薬製造所の管理体制				
品切れ発生時の対応	品切れが発生した場合の手順の設定の有無 ・医療現場への迷惑を最小限にする体制 となっているか ・再発防止策につなげているか				
回収実績	回収実績 (3年程度)				
販売中止	販売中止の場合の情報提供 販売開始後7年以内に製造中止した品目数 (名称変更は含まない)	販売中止品目数 (直近5年間)	〇〇品目		

各企業のWebサイトで公表する情報について（様式2）その2

情報収集・提供体制等	医療機関等への 情報提供	自社や業界団体のホームページへの掲載を含め、 資料請求への迅速な対応体制の確保 ・DI情報 ・電子添文 ・インタビューフォーム ・生物学的同等性試験、溶出試験データ ・安定性試験データ ・配合変化試験データ ・副作用データ ・患者用指導せん ・緊急安全性情報 ・「使用上の注意」改訂のお知らせ /等		
	学術部門	学術部門の連絡先		
		MRの訪問体制		MR数：名（〇年〇月〇日現在）
	安全性部門	安全性情報に係る緊急連絡体制		
		安全管理部門の体制	安全管理部	名（〇年〇月〇日現在）
	供給等に関する 情報提供	医薬品目ごとの採用実績に関する情報提供		
	普及啓発活動	医療関係者に対するMR/学術部門等による説明会の実施状況（業界団体としての活動も含む）		
		患者・国民向けの普及啓発活動の実施状況（業界団体としての活動も含む）		
都道府県協議会 への参画	都道府県協議会への活動に参加の有無（業界団体としての活動も含む）			
企業情報	株式上場			
	業務停止等の重大な行政処分の有無（5年以内）	なし		

(参考) 安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ

- ・ 医療機関や薬局等が後発医薬品を採用する際の各種の情報収集に係る負担の軽減を図る目的で開設
- ・ 各製造販売業者の流通経路や品目数、適正在庫量等の安定供給体制に関する情報、学術部門や安全性部門などの情報収集・提供体制に関する情報が閲覧可能

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 [標準] [大] [特大] Google 検索

新着見聞録やパブリックコメントはこちら 国民参加の場

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等 申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進について > 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の品質などについて～医療関係者の皆様へ～ > 安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ

安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ

安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ

令和5年10月11日現在
※空欄の企業につきましては、直接、企業ホームページをご覧になるか、お問い合わせください。

	社名	企業ホームページ	医療関係者向けページ	安定供給体制等に関する情報
【あり】	ILS株式会社	🔗📄	🔗📄	
	アグサジャパン株式会社	🔗📄	🔗📄	
	旭化成ファーマ株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄(医療関係者向けページ)
	あすか製薬株式会社	🔗📄	🔗📄	📎 PDFファイル [142KB]
	あゆみ製薬株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄
	アルフレッサファーマ株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄
	池田薬品工業株式会社	🔗📄	🔗📄	
	岩城製薬株式会社	🔗📄	🔗📄	📎 PDFファイル [175KB]
	エイワイファーマ株式会社	🔗📄	🔗📄	
	エーザイ株式会社	🔗📄	🔗📄	
	Meファルマ株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄
	エルブッド株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄
	株式会社大石腎産堂	🔗📄	🔗📄	
	大蔵製薬株式会社	🔗📄	🔗📄	🔗📄
	オオサキメディカル株式会社			
株式会社大塚製薬工場				

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kouhatsu-iyaku/kigyuu/list.html

安定供給体制等に関する情報

安定供給体制・ リスクマネジメント	流通経路
	納品体制
	適正在庫の確保
	注文先
	安定供給体制の確保
	安定供給に必要な生産体制の確保
	品切れ発生時の対応
	回収実績
	販売中止
	医療機関等への情報提供
情報収集・ 提供体制等	学術部門
	安全性部門
	供給等に関する情報提供
	普及啓発活動
	都道府県協議会への参画
企業情報	

(参考) 安定供給マニュアルの概要

制定の背景

- 後発医薬品の安定供給を確保するため、日本製薬団体連合会が「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」を平成26年3月に作成し、後発医薬品を製造販売するすべての企業に対し、「安定供給マニュアル」の作成を依頼

安定供給マニュアルの要求事項

- 安定供給管理責任者（役員相当）、安定供給責任者の設置
- 安定供給マニュアル及び以下手順の作成
 - 原薬の安定確保に関する手順
 - 在庫管理に関する手順、生産管理に関する手順、他社に製造を製造委託する場合の手順
 - 配送に関する手順
 - 安定供給に関連する情報の収集、評価に関する手順
 - 安定供給に支障をきたすおそれがある案件発生時の対応に関する手順、安定供給に支障をきたした場合の対応に関する手順（「供給に支障をきたす又はきたすおそれのある品質問題が判明し、その原因に法令違反がある場合は、所管の行政機関に速やかに報告・相談すること」、「法令違反による影響の程度により、第三者委員会を設置（※）し、徹底的な原因究明を行うとともに再発防止の措置をとること」、「第三者委員会の調査結果を公表するなど、事後の信頼回復にも尽力すること」を要求事項として追加）（※）薬機法違反（行政処分相当）の場合は必ず第三者委員会を設置
 - 品切れ等発生時の対応に関する手順、供給停止に関する手順
 - その他（記録に関する手順、自己点検に関する手順、制度改廃に関する手順）

2024年1月改訂版から適用

現在の活用実績

- 後発品の薬価収載基準希望書を提出する際、企業からの「安定供給マニュアル」の提出を前提としている。

各企業のWebサイトで公表する情報について（様式3）

各企業のWebサイトで公表する事項

①生産ロット数を増加、②大スケールの製造設備への切り替え、③製造ラインの複数保有、④複数の製造拠点保有、⑤製造余力無し、⑥非公表のいずれかを記載

有事とは、大規模な自然災害などを含めた非常事態や他社で出荷停止等になった場合の増産等を想定

薬剤区分	薬価基準収載医薬品コード	YJコード	製造販売業者	品名	直近3年間の供給状況	余剰製造能力の種類 (有事が起きた際に対応可能な予備対応力の種類)	余剰製造能力指数 (「3か月以内にさらに追加で増産可能な供給量」の指標) ※在庫放出分は除く A: 0.5以上 B: 0~0.5 C: 0 D: 出荷停止中	有事が起きた際に在庫放出の対応が可能なか	在庫指数 (3か月を1とした場合の比較) A: 1.5以上 B: 1~1.5 C: 1 D: 1未満	在庫指数Dの理由
内用薬	1149032F1019	1149032F1078	〇〇製薬	ABC錠40mg「〇〇」	②減少傾向	③製造ラインの複数保有	A		C	①有事による在庫放出中、 ②在庫消尽次第販売中止、 ③その他(備考欄に記入)
内用薬	2329008D1017	2329008D1173	〇〇製薬	DEF錠40mg「〇〇」	③季節性	①生産ロット数を増加	A	①在庫放出可能	A	
注射薬	1115400X1019	1115400X1027	〇〇製薬	GHI点滴静注500mg「〇〇」	①増加傾向	⑤製造余力無し	C	①在庫放出可能	A	
内用薬	2149110F1234	2149110F1234	〇〇製薬	JK・LM配合剤LD「〇〇」	⑤横ばい	⑤製造余力無し	C		D	

各企業から厚労省に報告する事項（非公表）

供給量を増加させるための具体的な想定対応方法 (自由記載)	(A) 余剰製造能力指数の算出のための基準 (薬価基準収載単位) 「過去3年間における連続した最大供給実績3か月分(4半期毎)」又は「直近3か月分」のいずれか大きい方を記載	(B) 余剰製造能力 (向こう3か月以内に追加で供給できる量)	余剰製造能力指数 (B/A) ※在庫放出分は除く	(C) 現在の在庫確保量算出のための基準(月) ※(A) ÷ 3	(D) 現在の在庫確保量(月) ※(C)を基準に算出	在庫指数 (D) ÷ 3 ※「現在の在庫確保量」を3か月で除したものの
造粒ラインと打錠ラインの稼働率を上げる	35,833錠	20,000錠	0.6	11,944錠	3	1.0
6→12ロット数に増加 在庫の放出も可能	62,500,000錠	150,000,000錠	2.4	20,833,333錠	6	2.0
在庫6か月分を確保	15,000本	0本	0.0	5,000本	6	2.0
	100,000錠	0錠	0.0	33,333錠	2	0.7

各企業のWebサイトで公表する情報について（様式4）

各企業のWebサイトで公表する事項

薬剤区分	薬価基準 収載 医薬品 コード	YJコー ド	製造販 売業者	品名	3年間			6か月			
					2021年度 供給実績数量	2022年度 供給実績数量	2023年度 供給実績数量	2024年4月 供給計画に 対する 実績の指数	2024年5月 供給計画に 対する 実績の指数	2024年6月 供給計画に 対する 実績の指数	...
内用 薬	1149032F 1019	114903 2F1078	〇〇製 薬	HIJK錠40mg 「〇〇」	実績を記載 (薬事生産動態と同じ数字を記 載)			計画を1とした場合の指数を記載 例：1.1、0.8等			
内用 薬	2329008 D1017	232900 8D1173	〇〇製 薬	OPQ錠40mg 「〇〇」							
注射 薬	1115400 X1019	111540 0X1027	〇〇製 薬	RSTU点滴静 注500mg 「◇◇」							

各企業から厚労省に報告する事項（非公表）

6か月				6か月			
2024年4月 供給実績数量	2024年5月 供給実績数量	2024年6月 供給実績数量	...	2024年10月 供給計画数量	2024年11月 供給計画数量	2024年12月 供給計画数量	...
実績を記載 (薬事生産動態と同じ数字を記載)				計画を記載			

今後のスケジュール案

2024/01 2024/02 2024/03 2024/04 2024/05 2024/06 2024/07

ガイドライン案作成

研究班で検討

ガイドライン発出

(P) 3月中に発出

企業準備

業界への説明会

3ヶ月程度の準備期間を設ける

企業公表

(P) 6月より公表

(参考) 後発品企業
指標の検証

研究班で検証 (令和6年度研究)

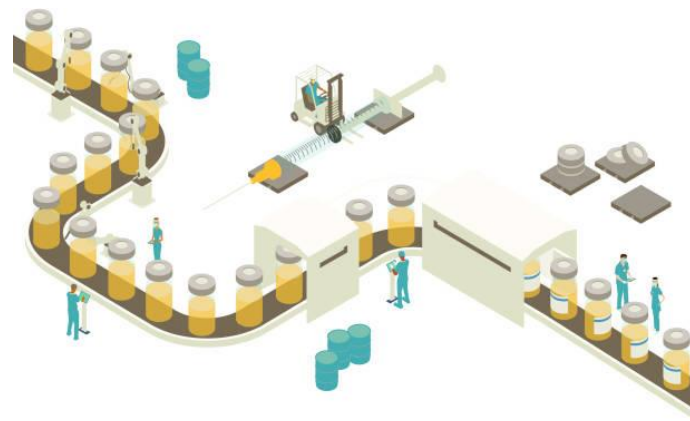
企業情報開示

- 成川班の報告をもとに3月をめどにガイドラインを発出、「後発品の安定供給に関連する情報」を6月にも開始。
- 企業情報開示項目
- ①製造業者名の公表、②原薬の製造国の公表、③複数の原薬製造所の確保、④共同開発先の製造販売業者名の公表、⑤安定供給体制に関する情報、⑥安定供給に係る文書の作成・運用状況、⑦品目ごとの一定以上の余剰製造能力又は在庫量の確保、⑧製造販売する品目の月単位の出荷実績の公表

企業情報開示

- 安定確保医薬品については、生産ロット数を増加、大スケールの製造設備への切り替えなど有事対応の手段を明記した上で、余剰製造能力をA～Dの4段階で示す。在庫確保状況も同様にA～Dで分類し自然災害発生時に在庫放出が可能かも示す。

パート4 少量多品目構造の解消



後発品の全規格取り揃え

基本的な考え方

- 後発品の使用促進を行うに当たって、患者の病状に応じて用量を変更した時であっても、規格が揃っていないとの理由でやむなく先発品に戻るようなことにならないよう、同一社の後発品の中で含量違いの規格を先発品と同様に揃えることで、医療関係者、患者が安心して後発品が使用できることを目指す。

(平成27年12月21日 後発医薬品の規格揃えに関するQ & A 1)

【規格揃えのイメージ】

(前提)

- 先発品Aと後発品A'は効能・効果が同じ
- 小児用量は1回5mgと設定されている

先発品A

5mg

10mg

20mg

後発品A'

【規格を揃えない場合】

【規格を揃える場合】

後発品A'

5mg

小児用量規格が
開発されない

10mg

20mg

5mg

10mg

20mg

先発品Aの規格が全て揃っている

小児や低用量が必要な患者
に対して投薬が困難

従前より使われている先発品A
が使用されることで、後発品へ
の置換えが進まない一因となる

規格の観点からは支障なく後発品A'を選択することが可能

後発品の全規格取り揃え

【制度導入の経緯、変遷】

- 平成18年度薬価制度改革の骨子に基づき、後発品については、その収載に当たり必要な規格が全て揃っていることを原則とするとともに、安定供給を確保するよう指導することとされた。（平成17年12月16日中央社会保健医療協議会了解）
- これを踏まえ、「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」（平成18年3月10日付医政発0310001号）に基づき、薬価基準への収載を希望する後発医薬品については、その承認に当たって標準製剤となった先発品（以下「標準先発品」という。）が有する規格を、全て揃えて薬価基準収載することを求めた。標準先発品が有する規格で、医療上必ずしも必要でないと考えられる規格がある場合には、製薬企業の報告に基づき個別に判断することとされた（医療上必要か否かの判断は、用法用量、使用上の注意などから判断）。
- また、標準先発品に新たな規格が追加された場合、当該規格が薬価基準に収載された日から2か月以内に、後発品企業は「全規格取り揃え計画書」を提出し、原則として3年以内に薬価収載手続きを済ませ、安定供給を開始する必要がある（平成20年9月5日付医政発0905001号）

【全規格取り揃えに関する課題】

- 需要の少ない規格（非汎用規格）もあるが、製造技術上少量の生産が困難であることから、一定の廃棄数量分を含んだ製造がなされており、赤字品目となっている製品がある。
- ※ 製薬企業は、バリデーションにより、品質が担保された医薬品が製造できることを検証し、その結果を踏まえて標準ロットサイズを薬事承認申請書に記載し当局に提出している。需要に見合った製造設備が揃っているわけではなく、製造設備毎の標準的な製造量に沿って、ある程度の数量を製造可能なロットサイズを薬事承認書に記載している。
- 一方、供給不安状況下にあっては、非汎用規格であっても医療機関等から求められている実態もある。

- 普通錠（非OD錠）に加えて、同規格のOD錠も製造している実態がある。

後発医薬品企業で行っている供給包装の集約化（2）

薬効分類	成分	規格	包装	換算数量	販売中止
H2ブロッカー	ファモチジン	10mg 1錠	100錠	19,417,500	
			1000錠	11,977,000	
			1400錠	1,187,200	包装中止
			バラ：1000錠	2,762,000	
			100錠	-400	販売中止
		10mg 1錠 (OD)	100錠	-200	販売中止
			100錠	51,961,800	
			140錠	2,282,140	包装中止
			500錠	27,513,000	
			700錠	4,521,300	包装中止
			1000錠	11,778,000	
			バラ：500錠	12,814,500	
		20mg 1錠	100錠	18,479,400	
			1000錠	16,397,000	
			1400錠	1,139,600	包装中止
			B1000錠	3,348,000	
			100錠	-700	販売中止
		20mg 1錠 (OD)	100錠	66,161,700	
			100錠	-1,200	販売中止
			140錠	1,895,180	包装中止
			500錠	42,239,500	
			500錠	-5,500	販売中止
			700錠	4,072,600	包装中止
1000錠	20,004,000				
B500錠	15,559,500				
2% 1g	B 100g	1,621,800			
	B 500g	636,500			
	1g×350包	117,250	包装中止		
	0.5g×350包	295,050	包装中止		
10% 1g	B 100g	672,600			

(JGA会員企業の事例)

(参考) OD錠 (口腔内崩壊錠) の概要

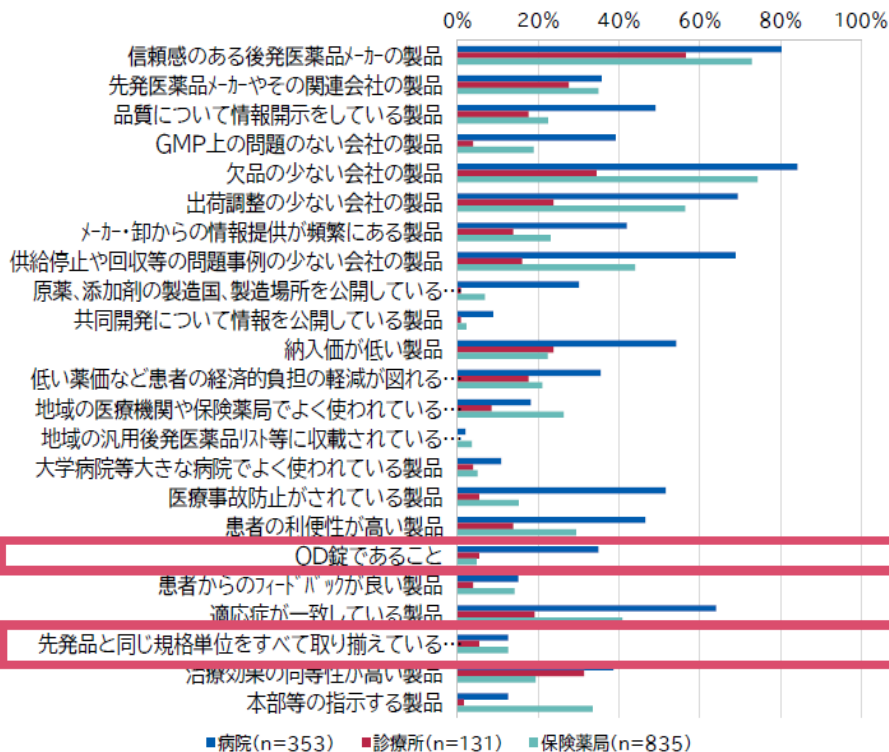
- 口腔内崩壊錠は、舌の上に乗せると唾液あるいは少量の水分により数十秒で崩壊するため、一般の方のみならず、錠剤をうまく飲み込めない高齢者や水分摂取制限を受けている方にとっても有用でしょう。
- 口腔内崩壊錠は日本では医療用医薬品として1997年に最初に発売され、現在では市販のくすりも含め、多くの製品が販売されています。口腔内崩壊錠は、従来の水で飲む錠剤と生物学的同等性試験(注)で同等性が確認されていますので、効果に差はありません。また、水で飲んだ時と水なしで飲んだときの生物学的同等性にも差がないことが確認されていますので、ほかのくすりと一緒に水で飲んでも差し支えありません。
- 服用時の注意として、寝たままの状態のときは水なしでは飲まないようにすること、口腔内崩壊錠の中には吸湿性が高いものがあるので、そのような錠剤は飲む直前に包装から取り出すようにすることなどです。

(注) 生物学的同等性試験とは、通常、AとBの2つのくすりを別々に同じ健康成人に時間を置いて投与してそれぞれの有効成分の血液中の濃度を測定し、比較検討する試験です。

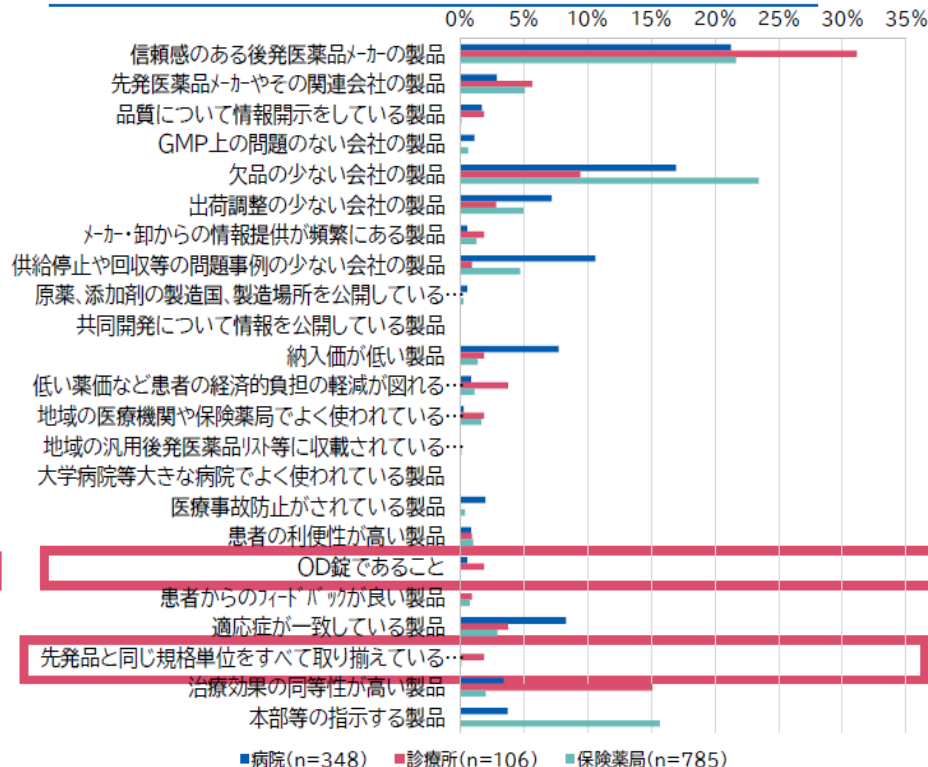
規格揃え・OD（医療機関）

- 医療機関等（病院、診療所、保険薬局）のうち、後発医薬品を選ぶ際に重視している事（複数回答）として、「規格揃え品であること」と答えたのは、病院と保険薬局で約13%、診療所で約2%。「OD錠であること」と答えたのは、病院で約35%、診療所と保険薬局で約5%だった。
- このうち、最も重視している事（単数回答）として、「規格揃え品であること」「OD錠であること」と回答した医療機関等はいずれもは2%未満だった。

後発品を選ぶ際に重視している事（複数回答）



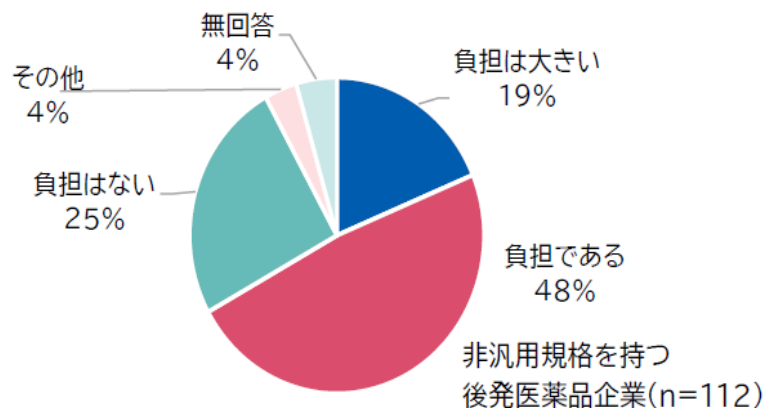
後発品を選ぶ際に最も重視している事（単数）



規格揃え・OD（メーカー）

- 非汎用規格の製造に係る負担について、「負担は大きい」「負担である」と回答した企業は非汎用規格を持つ企業の67%である。一方で、非汎用規格の製造をやめようとする場合の課題として、医療機関等へのニーズに応えられなくなるといった回答がある。
- OD錠・普通錠の両方を製造する場合、医療従事者・患者のニーズへの対応や他社との差別化といった効果に係る回答がある。一方で、品目数増加と同様、生産効率の低下や管理費用の増加といった負担に係る回答がある。

非汎用規格の製造に係る負担



非汎用規格の製造をやめようとする場合の課題

- 医療機関の注文に応えられず、サービスが低下する。
- 医療機関・卸への説明のため営業活動の負荷が増大。
- 規格揃えの通知に従わないといけないこと。
- 関連学会、医療機関に事前に承諾を得る活動が必要。
- 代替品がない。製造メーカーが少なく販売中止に時間を要する。

OD錠・普通錠の両方を製造する場合の効果

- 医療従事者・患者のニーズに幅広く応えられる。
- 営業面では品揃えにより他社との差別化ができる。
- 医療機関等からの採用確率が上がる。
- 原薬等が共通であり、調達コストが安くなる可能性がある。
- 片方が品薄または欠品になった場合、一時的に代替が可能。

OD錠・普通錠の両方を製造する場合の負担

- OD錠は製造にて特殊な工程があり製造コストがかかる。
- 賦形剤・資材・製品の種類が増え、試験等の管理費用が増加する。
- 品目数増加と同様、製造ライン切替が増え生産効率の下がる。
- OD錠と普通錠で、原料及び製造方法が異なるため、製造の要員確保、承認書/GMP 文書の管理の負担は増加する。
- 在庫を多く持つことによるコスト・廃棄リスクの増加。

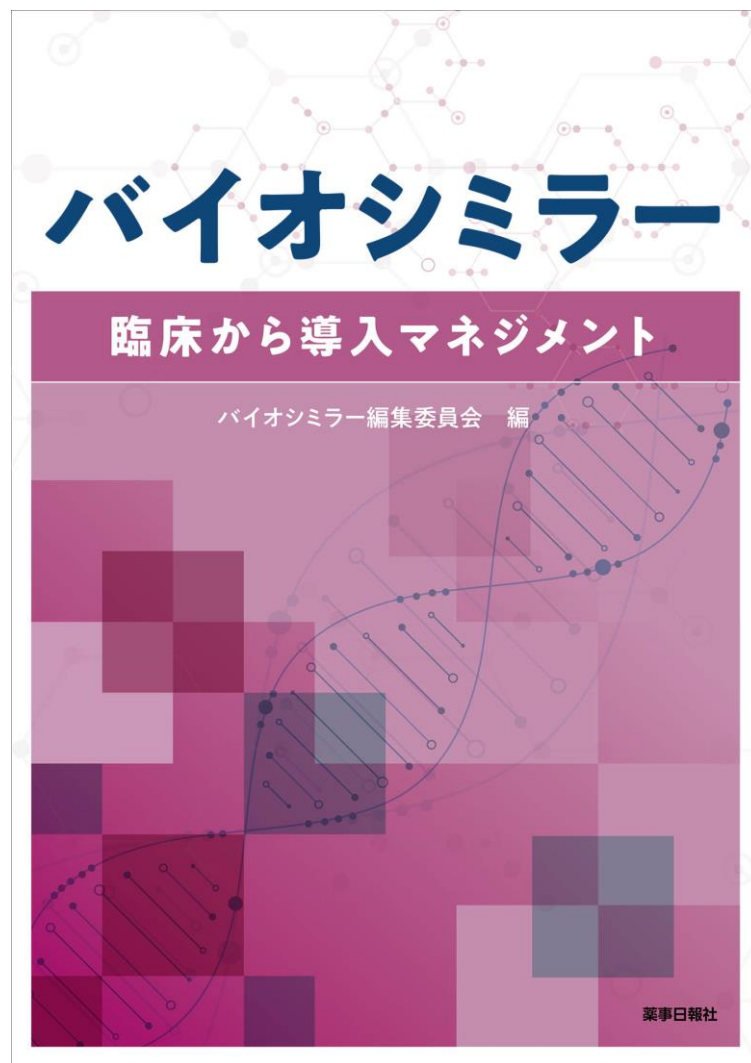
業界団体意見

- 日本ジェネリック製薬協会
 - 非汎用規格について、「一定期間販売後においては全社が揃えるのではなく、販売数量の多い企業に集約してはどうか」。
 - シェアの少ない品目を整理する一方、販売継続を担う企業が不利にならない制度を検討することが必要。
 - 将来的には、先発品のシェアを踏まえて非汎用規格の後発品収載は不要とすることなど。
 - 普通錠とOD錠の集約をめぐっては各社の判断に任せる。「一方の剤型に集約すると判断し、集約した剤型で供給が担保出来る場合は、速やかに市場から撤退出来ればよいのではないか」。

まとめと提言

- 公取としては、これまで独占禁止法のもと後発医薬品の企業結合を規制した例はない
- 成川班の報告をもとに、ガイドラインを作成し、6月から企業情報の開示を行う。
- 非汎用規格の扱い、普通錠・OD錠の見直しについても議論

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



Dr武藤のミニ動画（56）

2024年診療報酬改定と地域連携

～入退院支援、入院時支援～



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

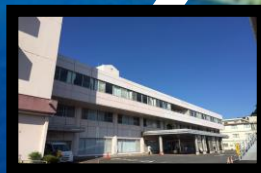
衣笠病院グループ



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

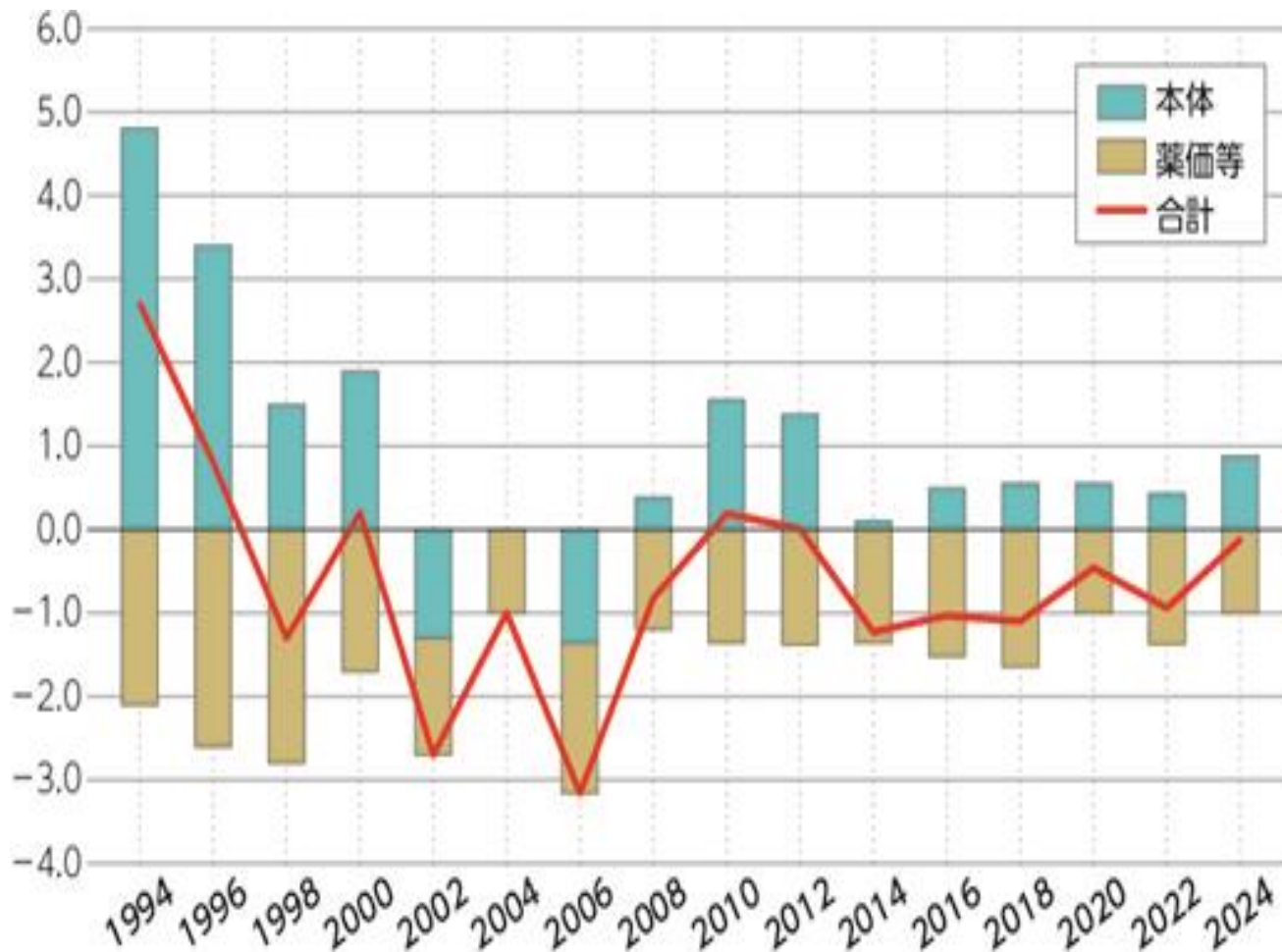


パート1 改定率と基本方針



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



入退院支援加算・ 入院時支援加算の考え方



ペーシェント・フロー・マネージメント

PFMとは？

(Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

東海大学医学部附属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1999年より
PFMを始めた



PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
 - ①外来初診患者の受診科振り分け
 - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
 - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
 - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

**PFMセンターが横断管理！**

【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。

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ <u>入退院支援加算1</u> | 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 |
| <u>入退院支援加算2</u> | 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 25以上 であること。 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	-
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

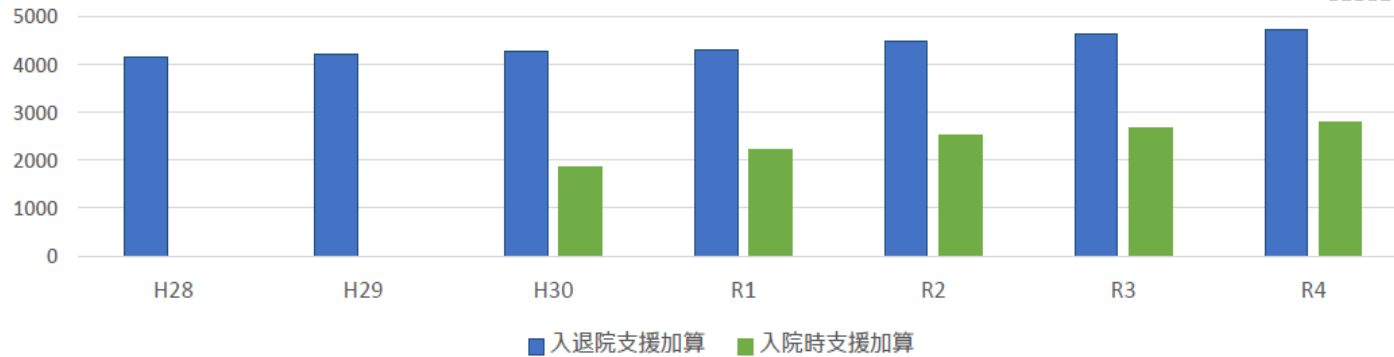
中医協 総-4
5. 7. 5 改

- 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

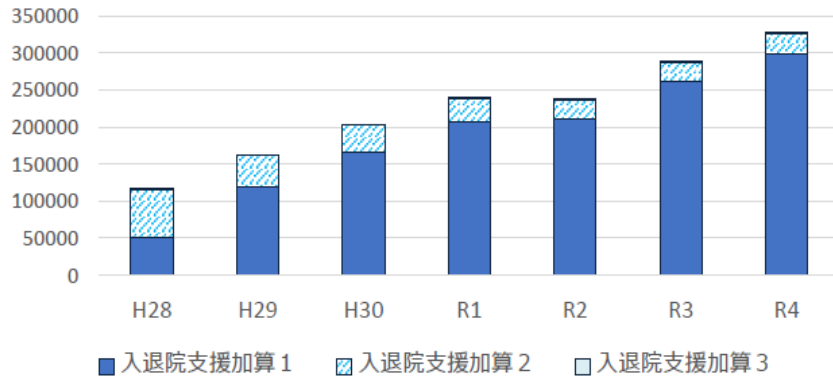
(※)
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

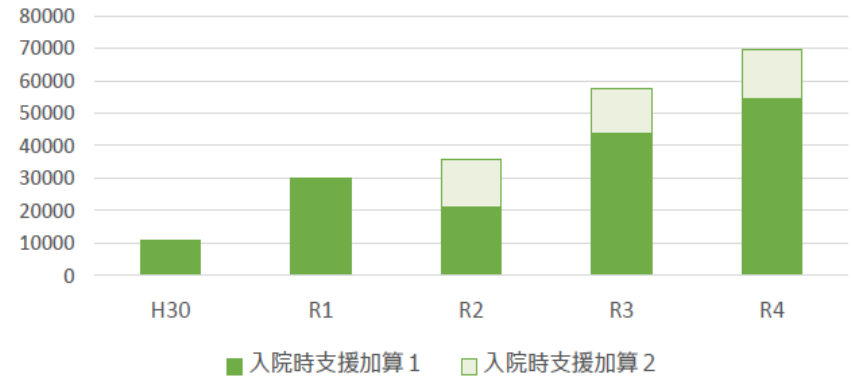
■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

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)

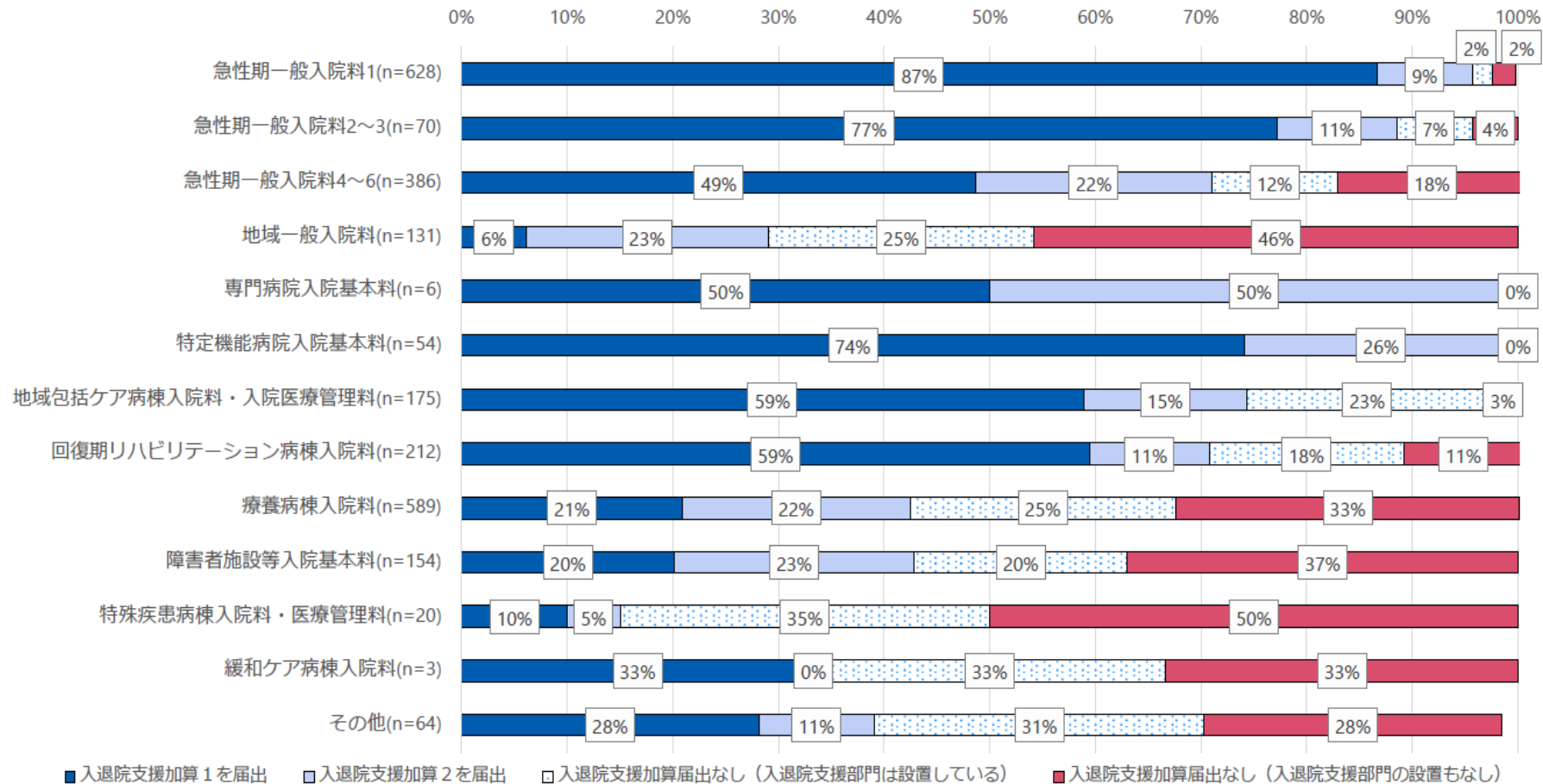


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

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%

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

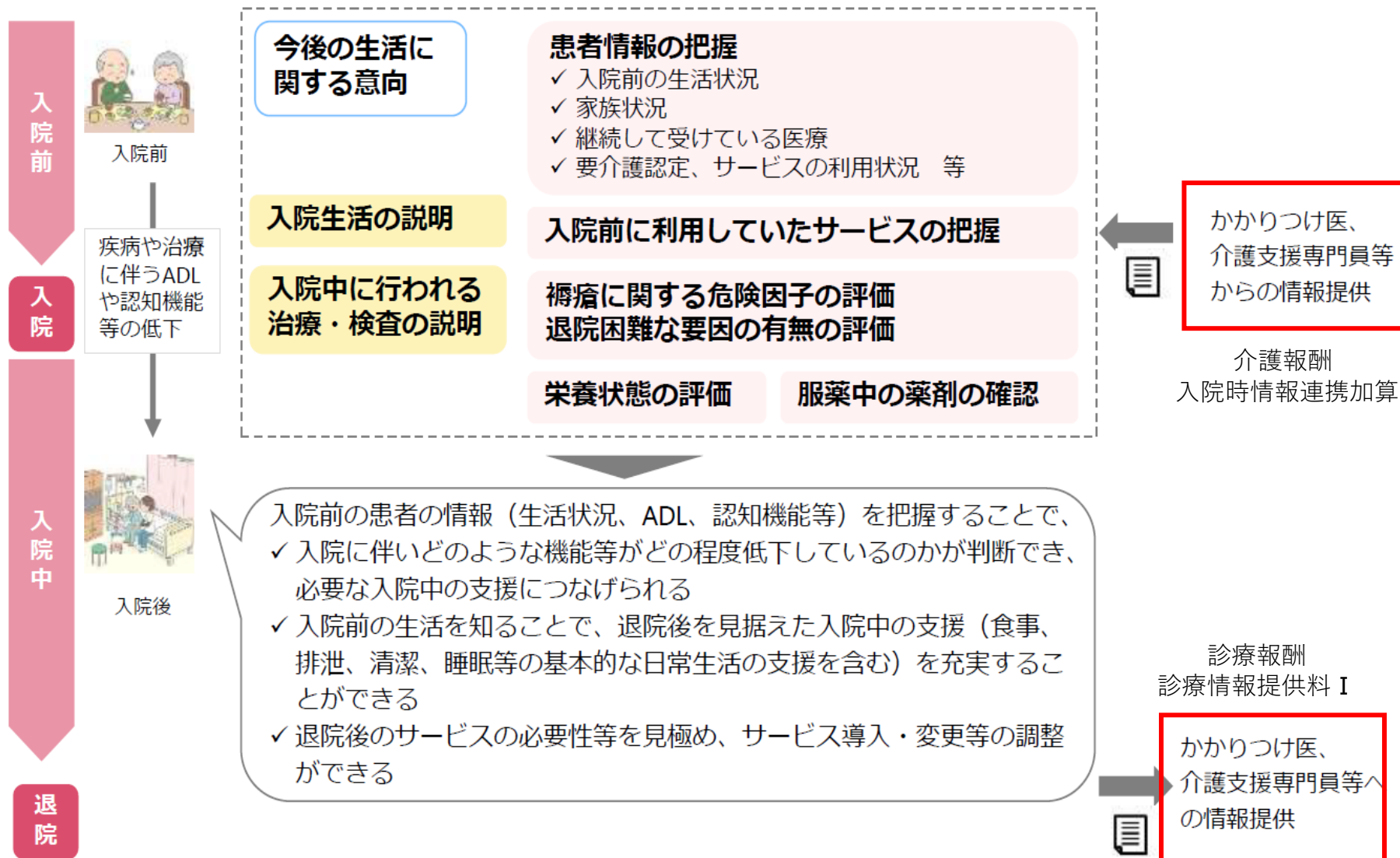
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(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】

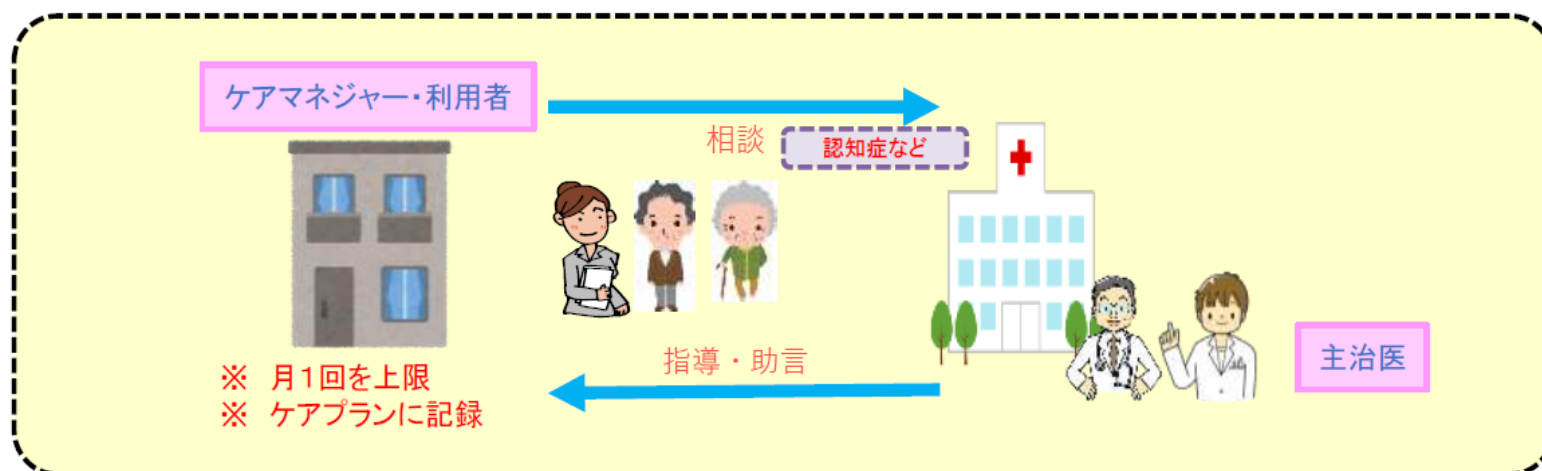
- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

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



○ 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	<input type="checkbox"/> 要支援(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅰ(Ⅰ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 要介護Ⅱ(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅲ(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅳ(Ⅳ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅴ(Ⅴ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅵ(Ⅵ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅶ(Ⅶ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅷ(Ⅷ) <input type="checkbox"/> 要介護Ⅷ(Ⅷ) <input type="checkbox"/> 医師の判断				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
年金などの情報	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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・嗜好
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

入院時の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 要介護サービス(要介護1)希望 <input type="checkbox"/> 要介護サービス(要介護2,3)希望 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

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	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(十分) <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない(一部) <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない(要介護や支援要はない)
家族や同居者等による虐待の恐れ*	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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情報)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり
「施設内カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり (具体的な要請())
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり

* 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	<table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>自立</th> <th>見守り</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>補達の有無</th> <th>なし</th> <th>あり()</th> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>移動(室内)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>移動(屋外)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>起立動作</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	補達の有無	なし	あり()	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動(室内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動(屋外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起立動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
項目	自立	見守り	一部介助	全介助	補達の有無	なし	あり()																																																		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動(室内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他																																																		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動(屋外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他																																																		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起立動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																																																		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
食事内容	食事回数 () 回/日 (朝 昼 夜) 食事制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下補助食 <input type="checkbox"/> ミキサー UDF等の食形態区分 摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 水分制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 十分な <input type="checkbox"/> 十分な <input type="checkbox"/> 十分な <input type="checkbox"/> 十分な <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総) <input type="checkbox"/> 口唇閉鎖 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 嚥下不全 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																								
排泄	排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ポータルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時																																																								
睡眠	睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () 薬剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 覚醒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回数 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回数/日あたり																																																								
コミュニケーション能力	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> コミュニケーションに関する特記事項: 意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難																																																								
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 自傷・不潔 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 夜尿頻回 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()																																																								
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()																																																								
入院歴*	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由:) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにも <input type="checkbox"/> 今日が初めて																																																								
入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 電気吸引 <input type="checkbox"/> 胃管吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 尿管留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管留置カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管カテーテル <input type="checkbox"/> 腸内コントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()																																																								

8. 看護について ※必要に応じて、「看護手帳(コピー)」を送付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理方法:)	管理方法:	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		頻度	<input type="checkbox"/> 頻度 = () 回 / 月

* 1. 診療科 2. 退院支援担当 3. 2. 退院支援担当の要員に関する

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の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 25以上 であること。 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	-
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

2022年改定

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
- シ **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**
- ス **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**
- ソ **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

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

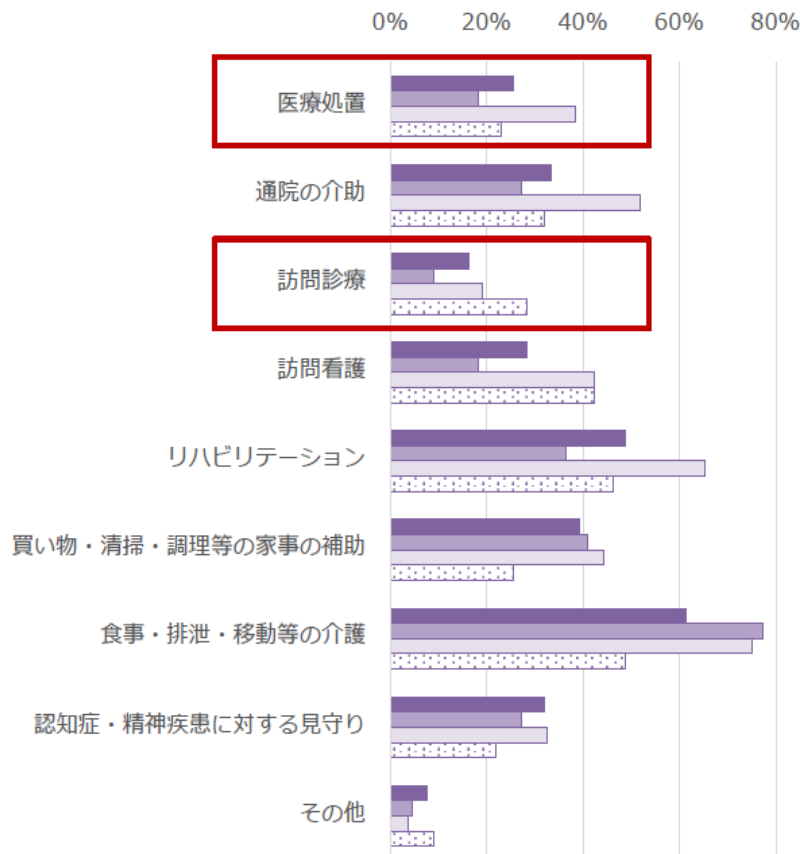
(※)連携機関

- 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。

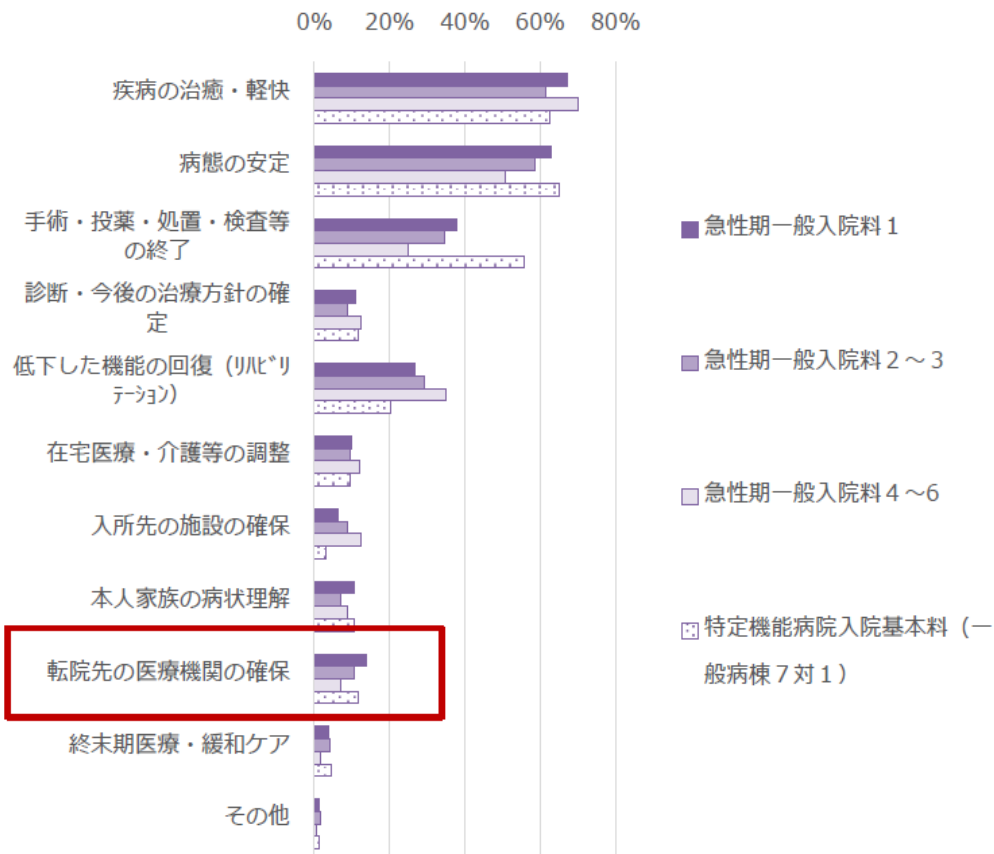
急性期病棟における退院後に必要な支援

- 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)

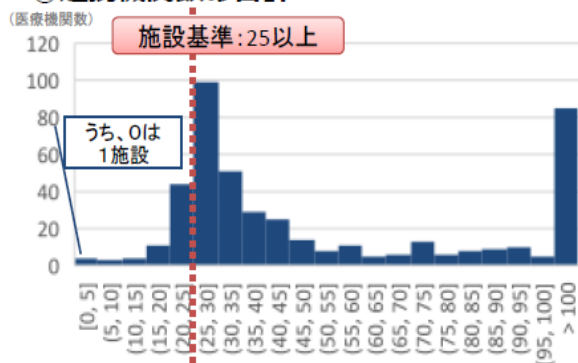


入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

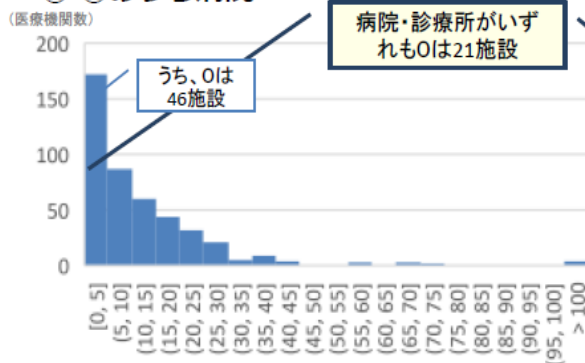
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■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)

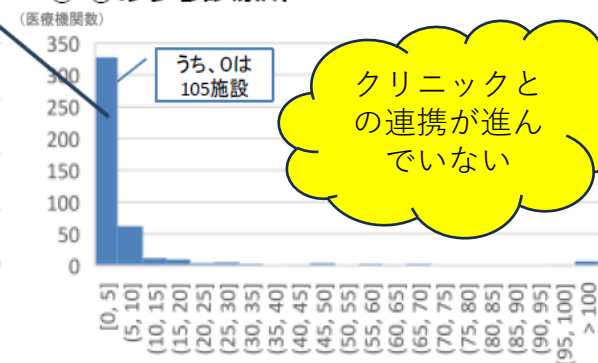
① 連携機関数の合計



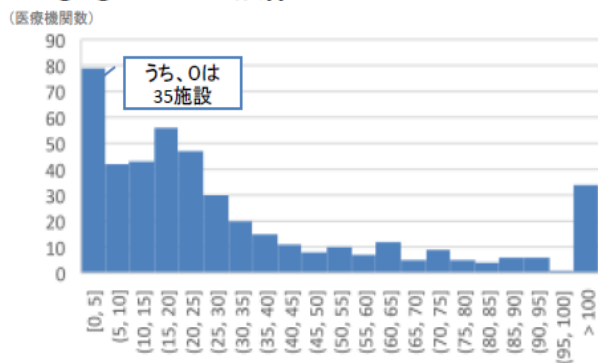
② ①のうち病院



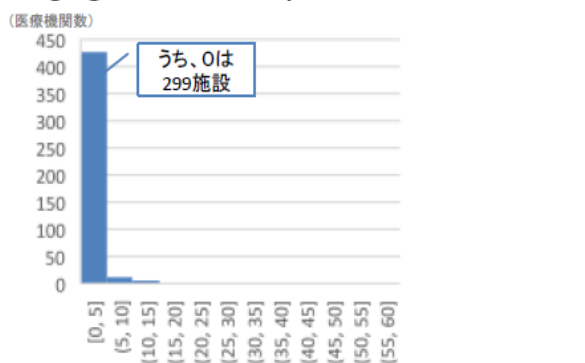
③ ①のうち診療所



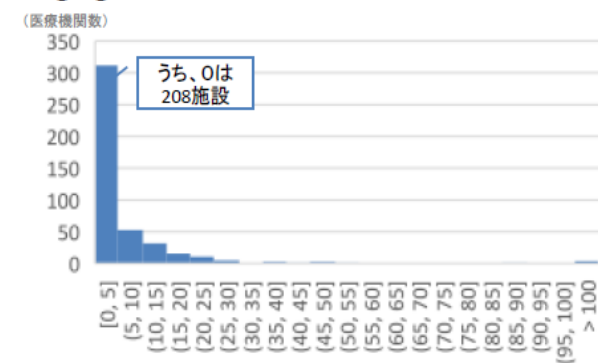
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



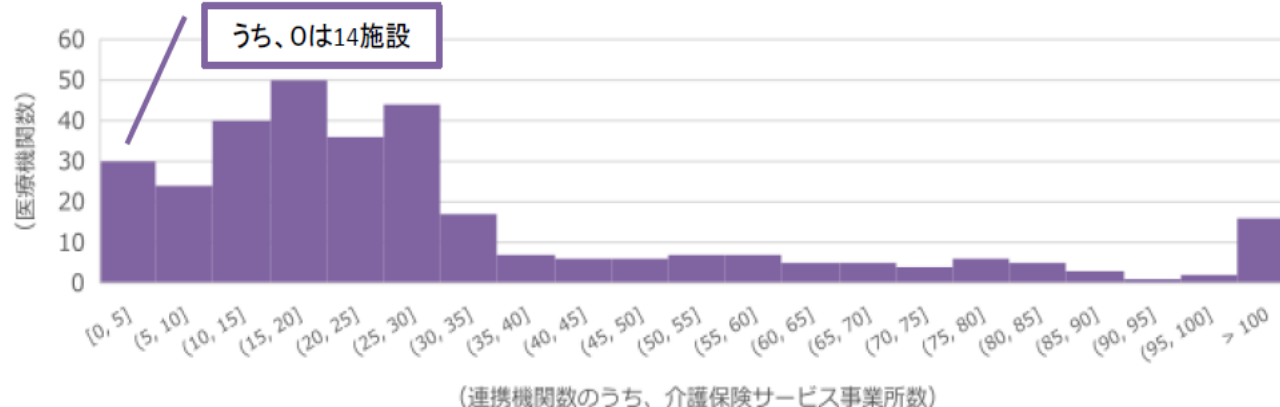
⑥ ①のうちその他の施設



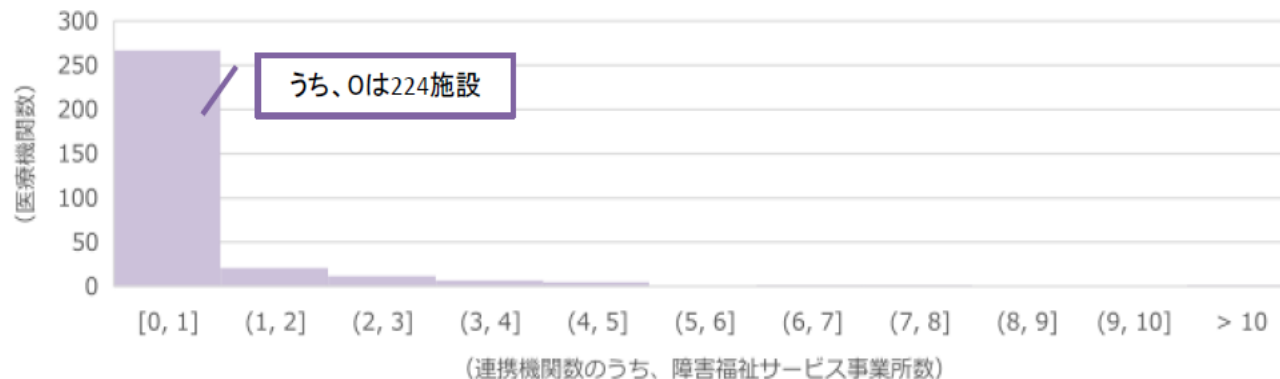
- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

■ 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)



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

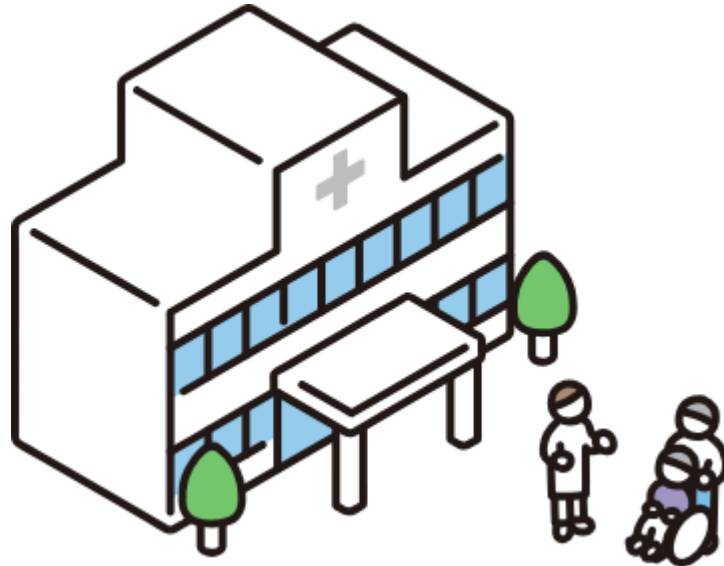
- 地域によっては連携施設確保が非常に困難である

短冊では連携機関数25の内訳と数を記載することになった

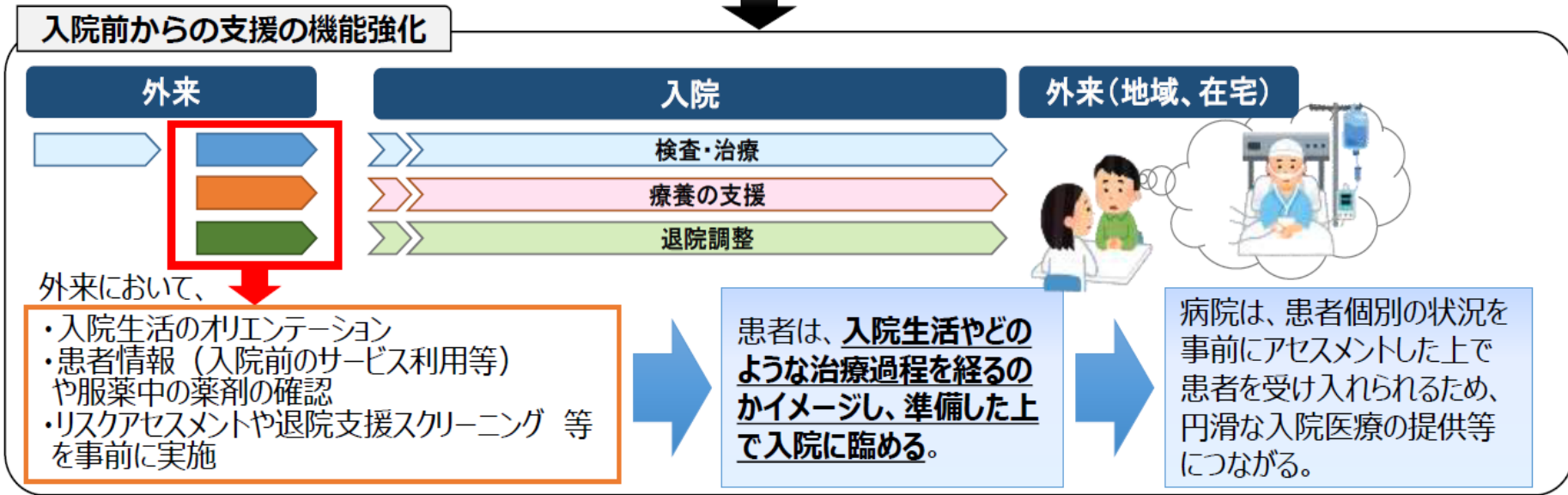
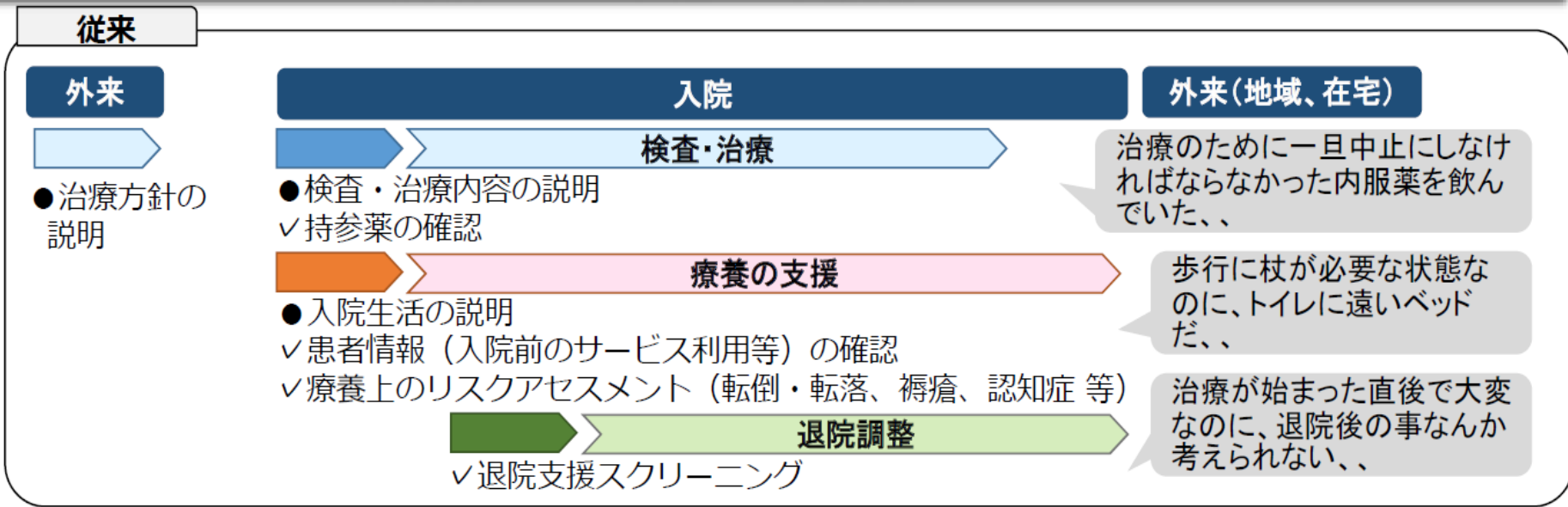
- 定病門院、特一般専門院、料（又は1算当、基本料）13を以て、入院料。場合、一般に基除する、入院限本くるうち、期病場入料を有数の、急性機能の院基本病機、急機棟病基病機、保険医療機関であること。

- 棟又当5め、業者事生的に援社相と。病棟はち定者事業ス常合律支福児こア病合うに業ス事ビ日総法談童害るケる場の法事ビ援一のをの相児障あ括する数保ス一支サ者活め定は定で包定すの保ビサ護設害生た特く指者域算有関護一型介施障会る定しく業地をを機介サ着宅はは社す指若つ事、料室携は宅密居く又び援く者基援た院病連上居域、し者及支つ業に支ま入は該以る地者若業活に基事法談

③入院前からの 支援の強化



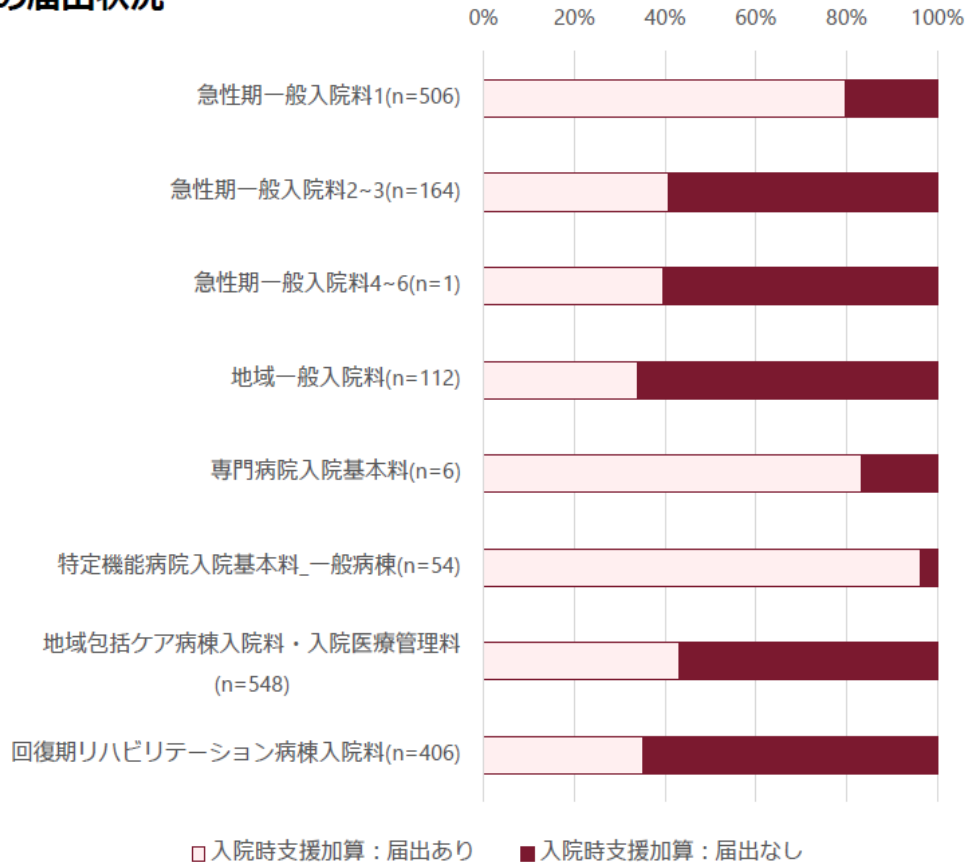
入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院時支援加算の届出状況

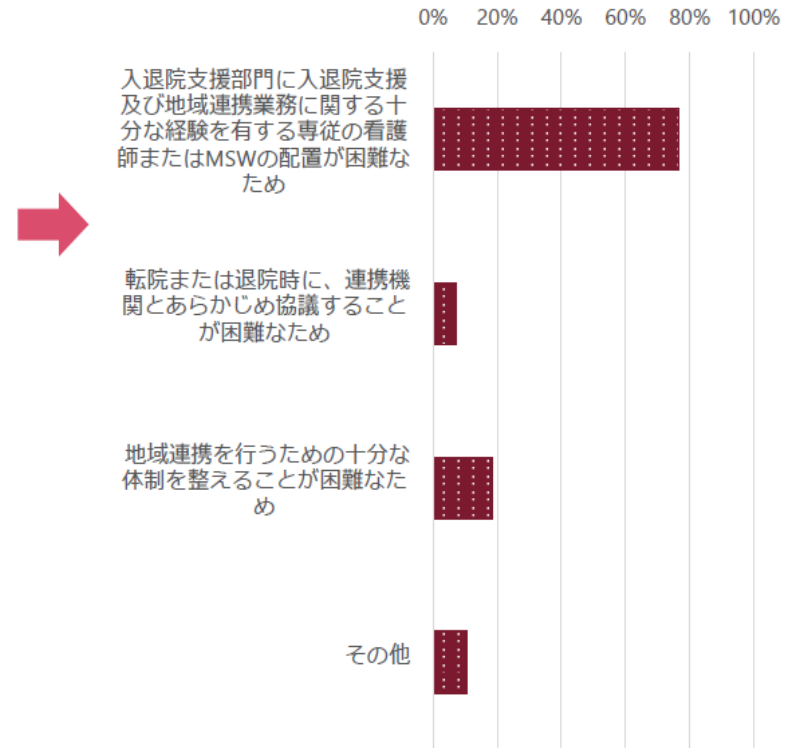
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■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

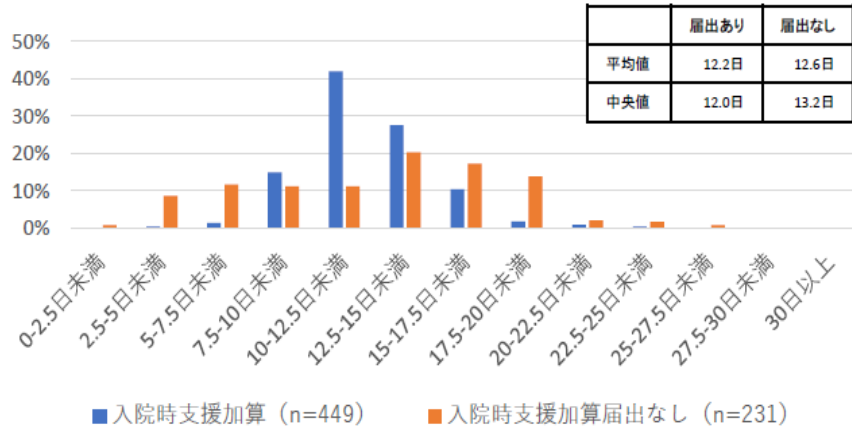


入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

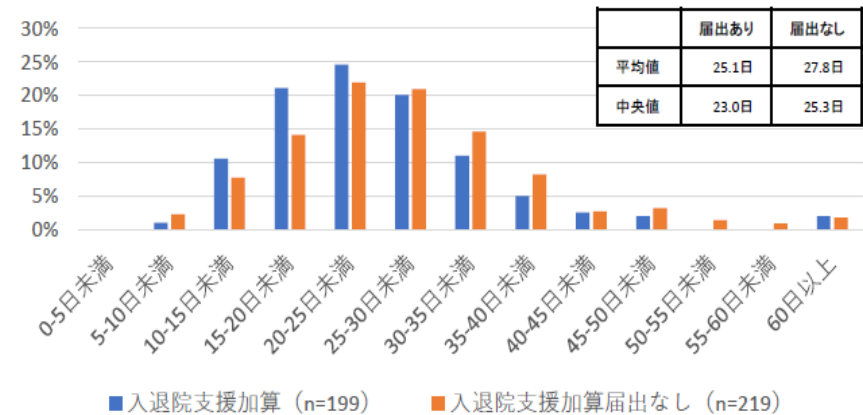
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

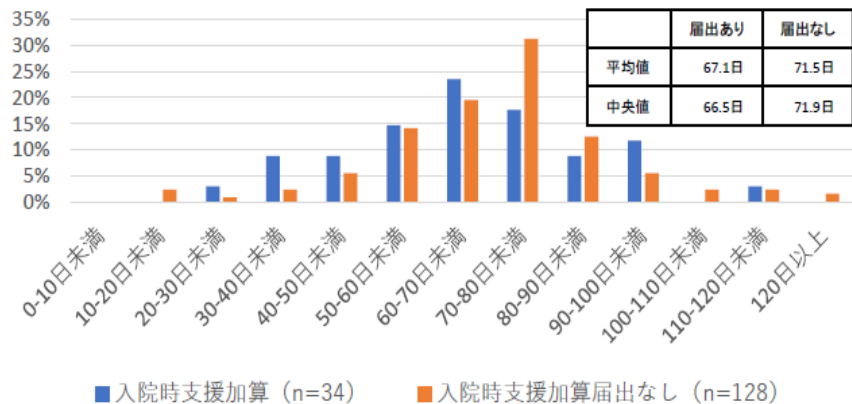
急性期一般入院基本料



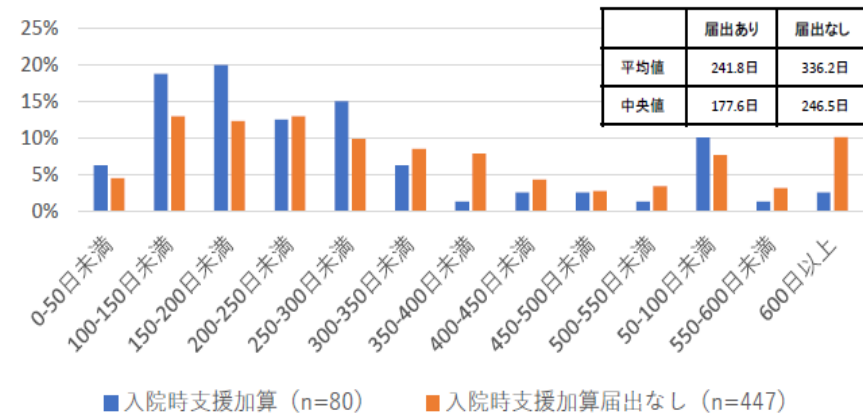
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



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

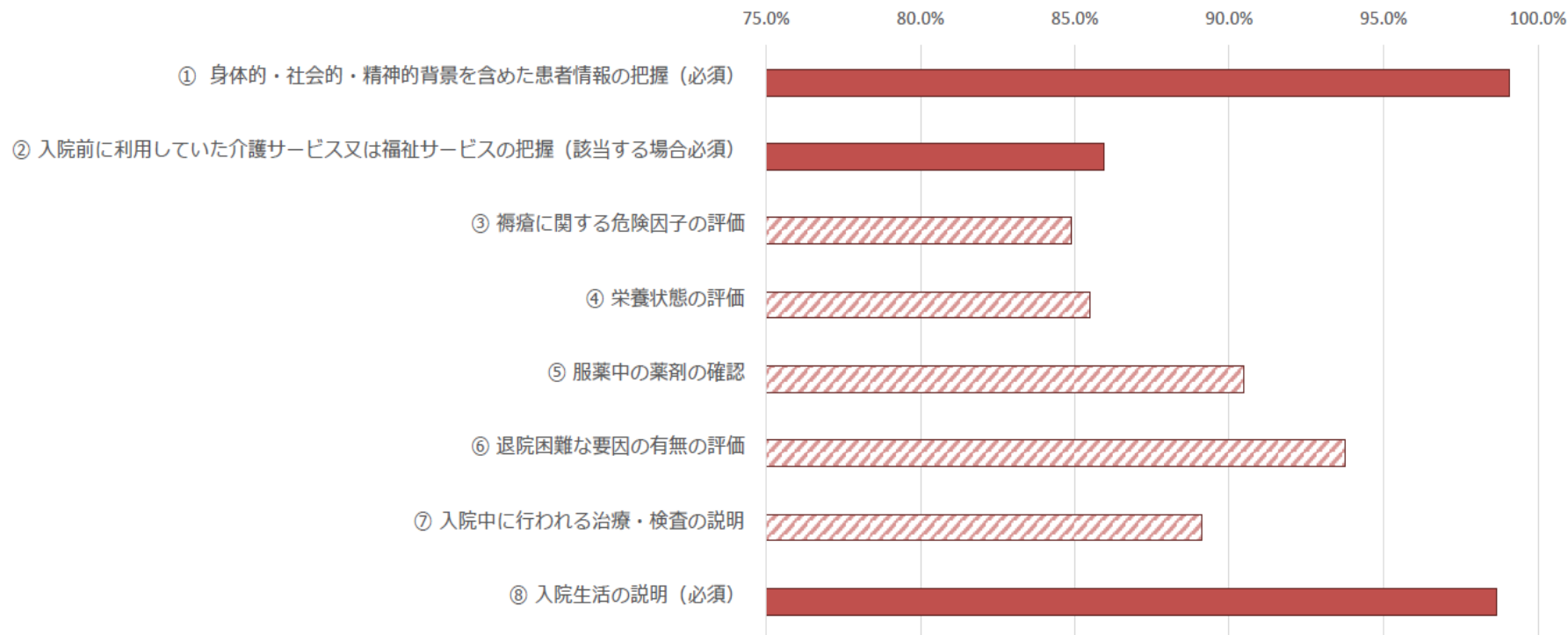
加算Ⅰではア～クは必須、
加算Ⅱはア、クのみ必須

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の一本化はどうなったのか？

答申では入院時支援加算1を 引き上げることになった

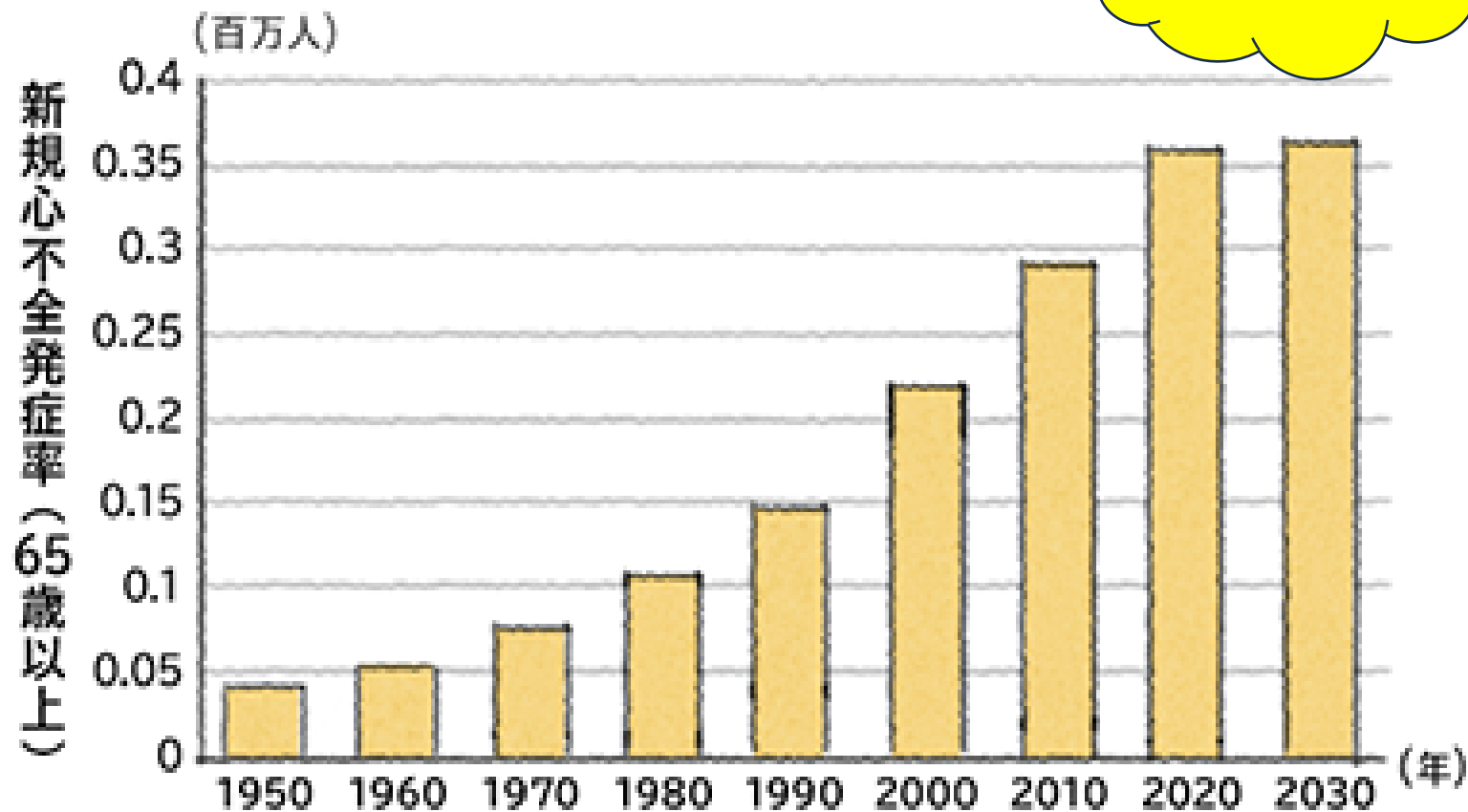
- 入院時支援加算の加算の一本化はせず(加算1・2の維持)、そのうえで加算1へ誘導するために点数の引き上げる
 - 230点から240点へ引き上げ
- 入院事前調整加算200点
 - 入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。

④退院後の継続支援



心不全パンデミック

2030年には
130万人へ

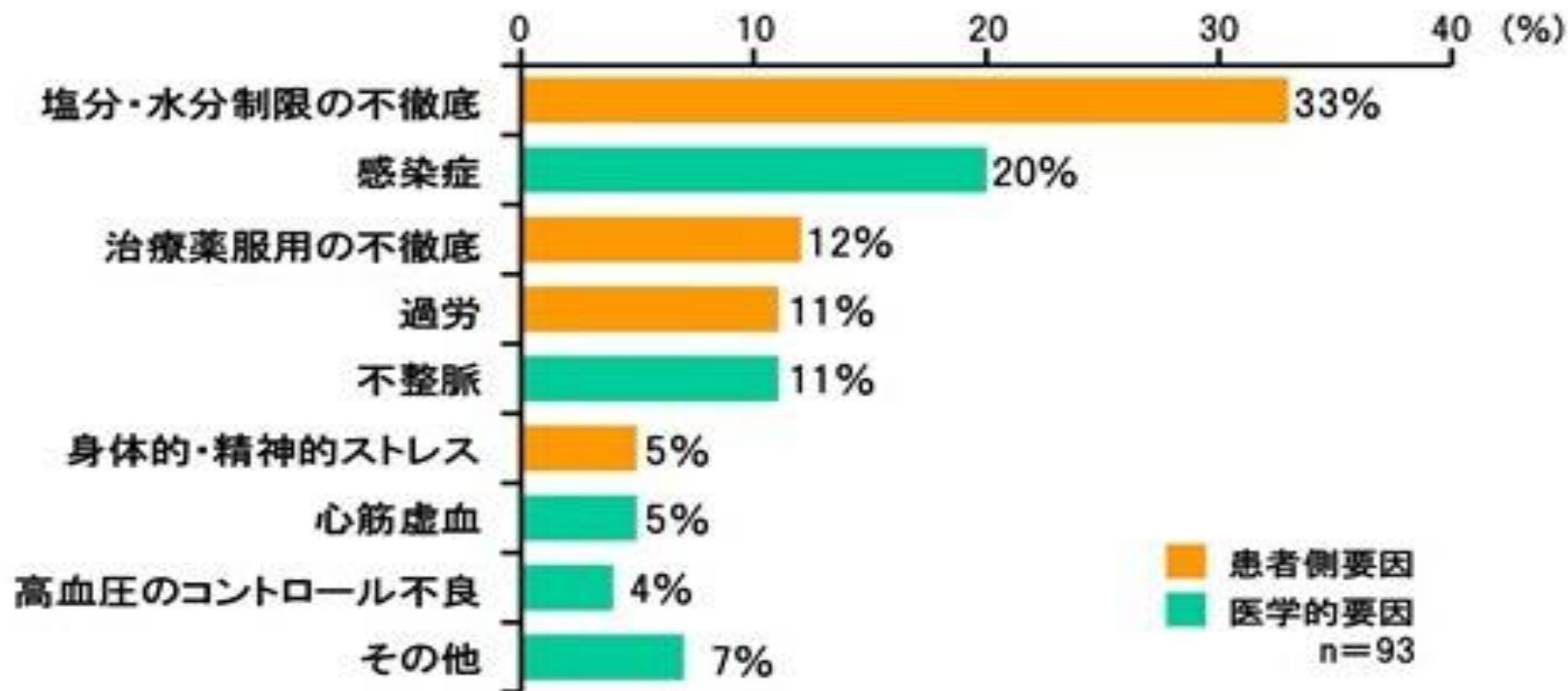


総人口 (百万人)	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6

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） 療養の原則 合併症 薬物治療、薬物副作用	アルゴリズム	心不全の病態を含め個別性を考慮し、経過に際する取決を行う。
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 療養手帳の活用	禁煙	「禁煙ガイドライン2014年版」を参照。
運動の対応	運動開始の時期 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	運動開始時期、運動量を評価する。 定期的に日常生活動作を評価する。 定期的な適切な身体活動の必要性 定型的な安静、活動制限の必要性 適度な安静による併発（運動耐容低下など）
治療に対するアドヒアランス	薬剤名、薬効、服薬方法、副作用 処方通りに服用することの重要性 アドヒアランス改善の目的、治療に関する生活上の注意事項	入院	適切な入院方法 重症度や生活環境に応じた方法を指導する。
感染予防とワクチン接種	心不全増悪因子としての感染症 インフルエンザ、肺炎に対するワクチン接種の必要性	旅行	旅行中の注意事項（服装、飲水、食事内服、身体活動量） 旅行に伴う心不全増悪の危険性 旅行中の発生時態時の対応方法
塩分・水分制限	適量の飲水の危険性 重症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） 減塩指導の維持の重要性	性生活	性生活が心不全に及ぼす影響 心不全治療薬と性生活の関係 勃起薬使用薬の服用について
栄養管理	定期的な栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導を実施する。	心理的支援	継続的に精神状態を評価する。 日常生活におけるストレスマネジメントの必要性とその方法について説明する。 心不全と心理精神的変化 日常生活におけるストレスマネジメント
バランスのよい食事の必要性 合併症を考慮した食事内容	定期的に栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導を実施する。 食事量の減少や食欲低下は、心不全増悪の危険性の可能性があることを説明する。	定期的な評価	定期的に治療後の経過評価を評価する。 症状悪化時は、医師予定にかかわらず、すみやかに医療機関に連絡することを知覚する。 医師へのアクセスを確保する。（電話相談、社会的資源の活用）

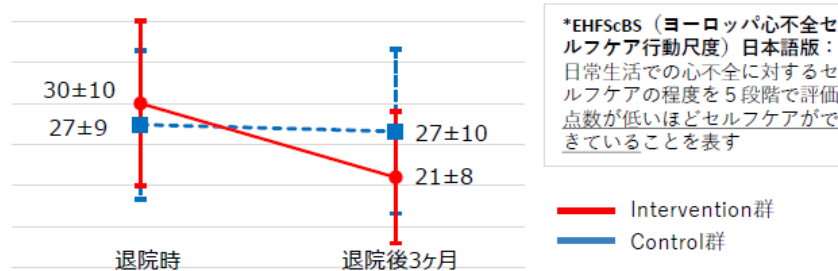
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 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>

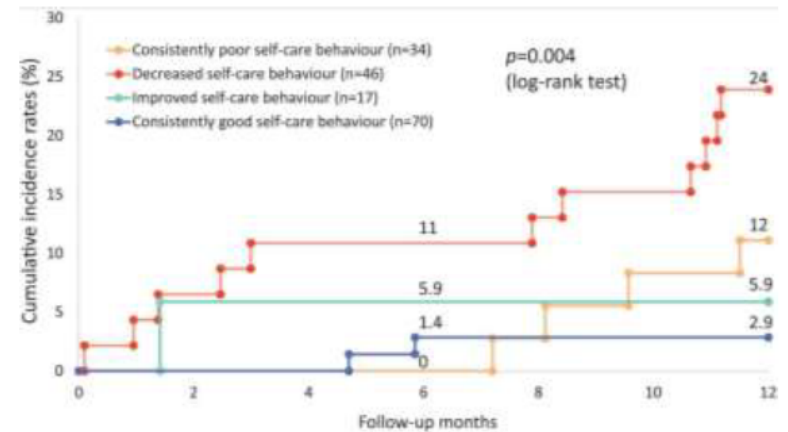
退院後3か月におけるEHFScBS*の総得点は、有意に介入群で低値であった ($p < 0.001$)



■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

出典: 日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」(2022~2023年度)

在宅療養指導料

- 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化
 - 在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。
- 対象患者
 - 退院後1月以内の患者であって、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者

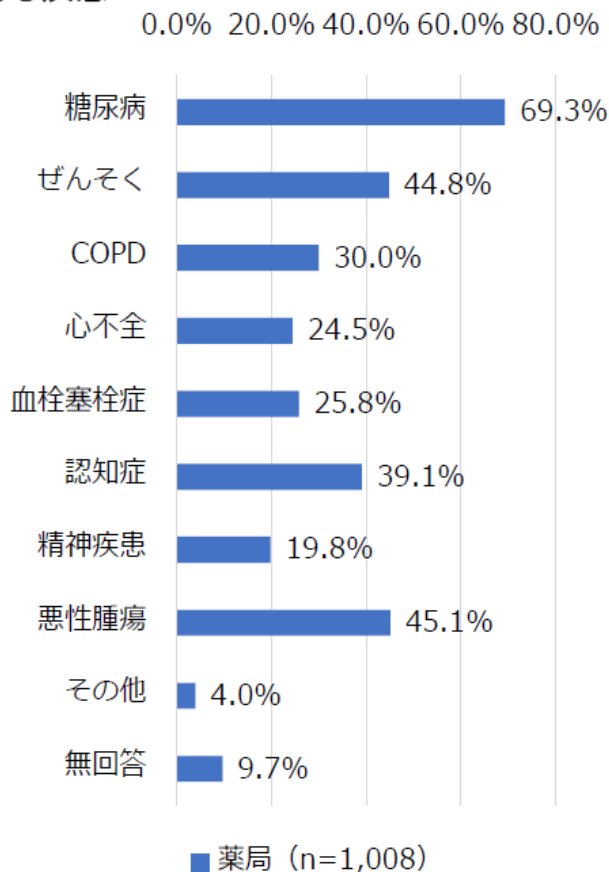
薬剤師の調剤後の フォローアップ業務

調剤後のフォローアップにより患者の状況等を把握する方法に関して、現在評価されている疾患の拡充や、現在規定されている薬剤の範囲を広げること等、これらの評価を行うことについてどのように考えるか？

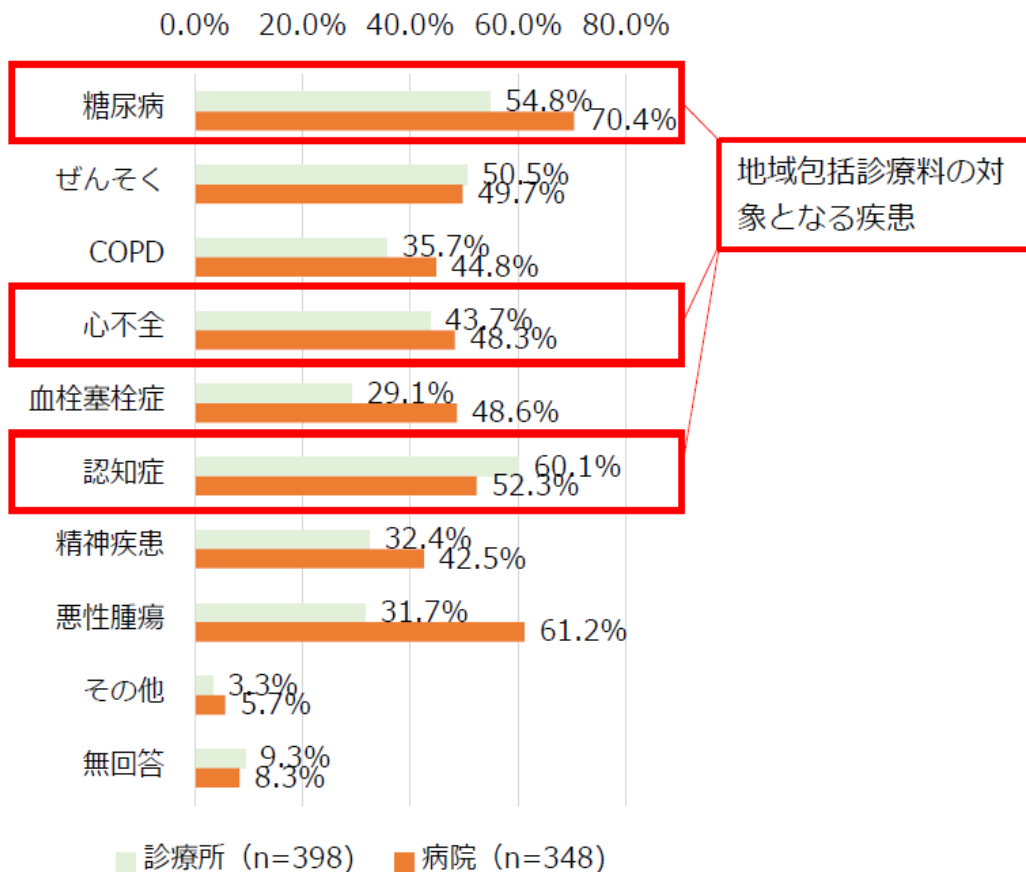
調剤後のフォローアップが必要な疾患

- 心不全、認知症においては、薬局薬剤師が考えているよりも、診療所・病院からの薬局薬剤師によるフォローアップのニーズが高い傾向にある。
- 医療機関における地域包括診療料の対象疾患における薬剤師によるフォローアップのニーズが高い。

■ 薬剤師が考える特にフォローアップの必要がある疾患



■ 診療所、病院: 特に薬局薬剤師にフォローアップをしてほしい疾患



心不全患者に対する薬学的管理の必要性

- 第2期循環器対策推進基本計画において、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する薬学的管理・指導が取り組むべき施策とされている。
- 心不全の再入院の要因として、「治療薬服用の不徹底」が挙げられており、再入院を防止するためには、退院後の継続的な薬学的管理により適切な服薬を継続することが必要である。

第2期循環器病対策推進基本計画

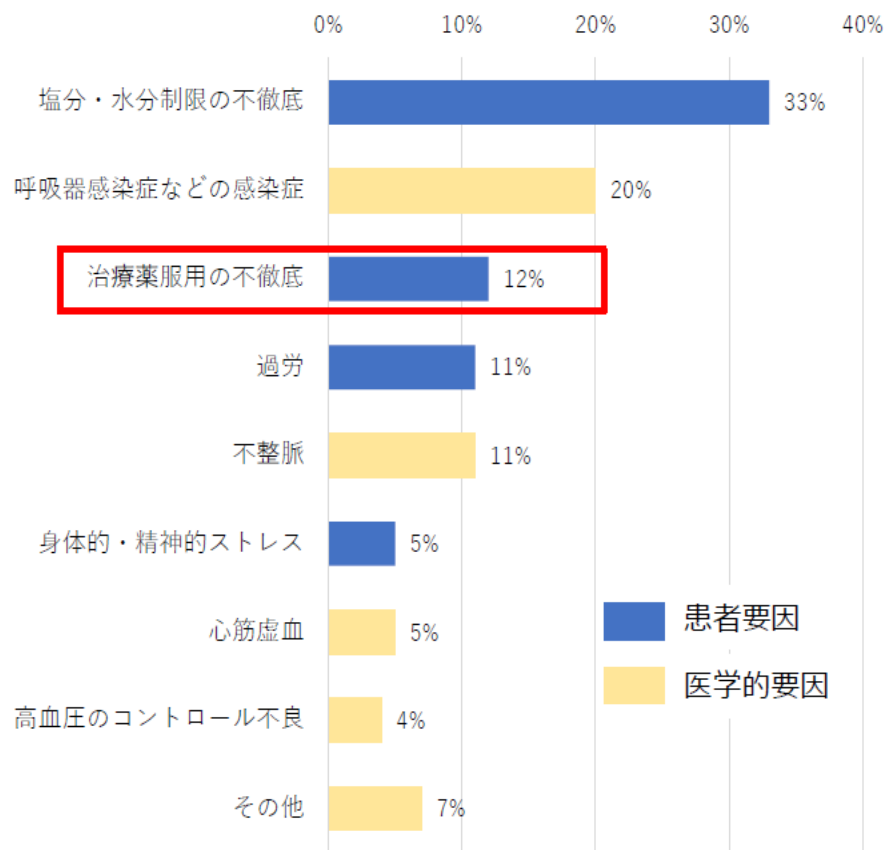
(令和5年3月28日閣議決定)

⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

(取り組むべき施策)

かかりつけ医機能の充実や病診連携の推進、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、**かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導**、看護師等による予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供、理学療法士の理学療法、作業療法士の作業療法、言語聴覚士の言語聴覚療法、管理栄養士や栄養士による栄養管理、社会福祉士、介護支援専門員及び相談支援専門員による相談・生活支援等に取り組む。

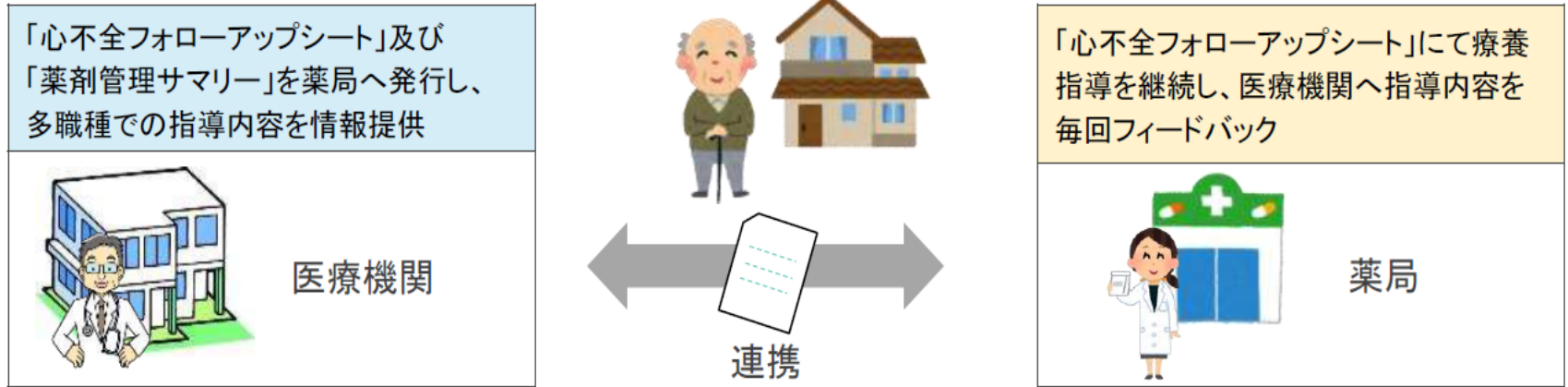
■心不全の再入院の要因



心不全患者に対する連携の取組

○ 医療機関と薬局が「心不全フォローアップシート」を用いた情報共有を行うことで、薬局は継続した患者フォローアップを実施し、症状の悪化・再入院の回避等につなげる取組が行われている。

■心不全における医療機関と薬局の連携体制



■「心不全フォローアップシート」

《以下のチェック項目を確認》

1. 薬の飲み忘れの有無
2. 塩分過剰摂取の有無
3. 過労の有無
4. 禁煙の実施
5. 節酒の実施
6. 体重測定の有無
7. 浮腫の確認
8. 労作時の息切れの確認
9. BNPの推移
10. 心不全増悪時の受診目安の理解

■薬局での「心不全フォローアップシート」活用事例

最近2週間の聞き取りを行ってください	退院1か月後	2か月後	3か月後	5か月後
●薬を飲み忘れることはありますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●塩分の摂りすぎに注意していますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●汁物は1日1杯までにし、糖類では汁を減らすようにしていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●高糖質を控えていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●市販や加工食品を控えていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●日常生活で過労しないよう注意していますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●禁煙はできていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●節酒はできていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
(日本酒1合、ビール500mlまで)				
●毎日の体重測定を行っていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●毎日の浮腫の確認を行っていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
●体重	(58 kg)	(58 kg)	(58 kg)	(59 kg)
●労作時の息切れはありますか？	なし/あり ()	なし/あり ()	なし/あり ()	なし/あり ()
●就寝時に呼吸苦や、苦しくて横になれないことはありませんか？	なし/あり ()	なし/あり ()	なし/あり ()	なし/あり ()
●BNP(心臓に負担がかかる上昇 前回の比較)	150pg/mL	132pg/mL	112pg/mL	88.3pg/mL
●心不全増悪時の受診目安を知っていますか？	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()	はい/いいえ ()
(1)高頻での2kgの体重増加、浮腫の悪化、息切れの悪化、夜間呼吸困難の悪化				

- ✓ 来局時に心不全フォローアップシートを用いて、退院後のセルフケアの状況を確認。
- ✓ セルフケアが十分できていない場合は、薬剤師が、セルフケアの必要性を説明。

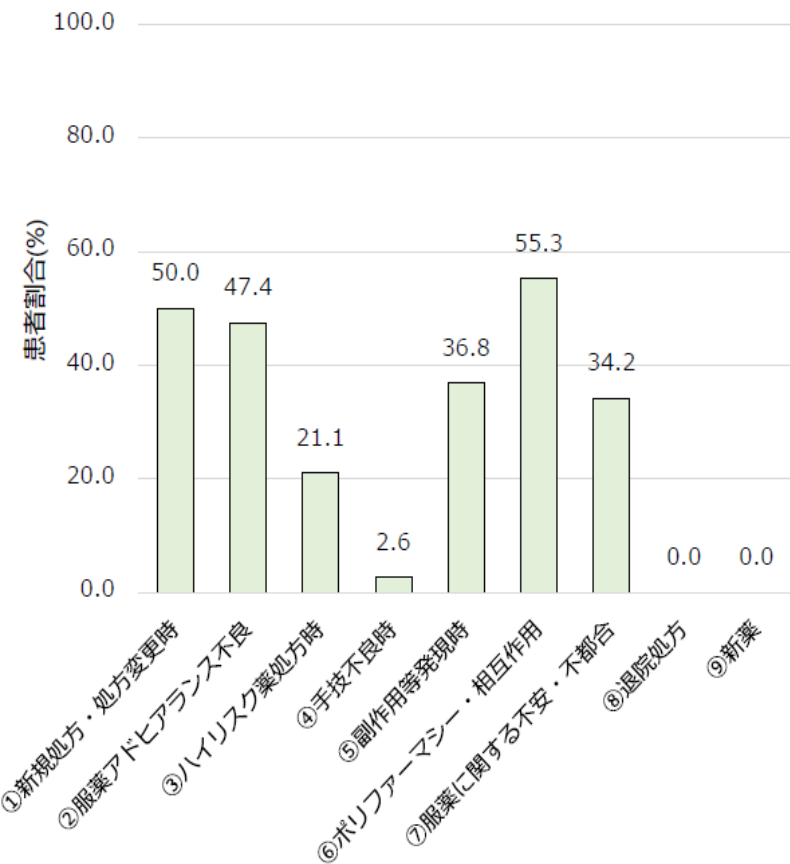


再入院の回避

薬局薬剤師による心不全患者のフォローアップ事例

○ 特に循環器領域における調剤後のフォローアップを必要とする患者は、ポリファーマシー、相互作用がある患者、新規処方時・処方変更時や服薬アドヒアランス不良時が挙げられている。

■ 特に循環器領域でフォローアップの必要がある患者



■ 服薬アドヒアランス不良な心不全患者のフォローアップの事例

80代 男性
【疾患】心不全
【使用薬剤】

トリクロルメチアジド錠2mg	1日1回朝食後	1回1錠
トルバプタンOD錠15mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠40mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠20mg	1日1回朝食後	1回1錠
ロサルタンカリウム錠25mg	1日1回朝食後	1回1錠
ランソプラゾールOD錠15mg	1日1回朝食後	1回1錠
酪酸菌製剤錠	1日3回毎食後	1回1錠
アピキサバン錠2.5mg	1日2回朝夕食後	1回1錠
アロプリノール錠100mg	1日2回朝夕食後	1回1錠
乾燥硫酸鉄錠105mg	1日1回朝食後	1回1錠

【背景】

- ・来局時にアドヒアランス不良で1日1回1錠のみ内服していた事実を把握。
- ・今回の経緯を医師へ報告。患者に対して、注意を促すため薬袋に工夫をし、正しく内服できるように指導。
- ・次回受診が2週間後であったためフォローアップを実施。

【フォローアップ】

- ・後日服用状況、体調変化(アドヒアランス上昇に伴う副作用の有無など)等の確認を実施。
- ・正しく服用することができていること、浮腫が改善傾向であることを確認。

出典：個別ヒアリングをもとに医療課作成

■ フォローアップを実施し受診勧奨に至った事例

80代 男性
【疾患】心房細動、糖尿病、緑内障
【使用薬剤】

フェブキシostat錠20mg	1日1回朝食後	1回1錠
フロセミド錠10mg	1日1回朝食後	1回1錠
ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg	1日1回朝食後	1回1錠
アピキサバン錠2.5mg	1日2回朝・夕食後	1回1錠
ビルダグリブチン錠50mg	1日2回朝・夕食後	1回1錠
スポレキサント錠15mg	1日1回就寝前	1回1錠
センノシド錠12mg	1日1回就寝前	1回2錠
クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg	1日1回朝食後	1回2錠

【背景】

- ・来局時に2週間ほど前から動機・息切れの症状があることを確認したため医師へ情報提供。
- ・経過観察となったが、次回受診まで期間があったため1週間後に電話でフォローアップを実施。

【フォローアップ】

- ・電話でフォローアップを実施したところ、息苦しさの改善がない、睡眠が取れていない、階段を昇れない、下肢の浮腫の悪化を聴取。
- ・受診勧奨を実施し、入院となった。

出典：日本薬剤師会提供資料をもとに医療課作成

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学 益山光一）より

薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

- 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、対象患者を慢性心不全患者に拡大するとともに、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者、慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。
- (新) 調剤後薬剤管理指導料
 - 1 糖尿病患者に対して行った場合 60 点
 - 2 慢性心不全患者に対して行った場合 60 点

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

加算

高度な栄養管理

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

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。

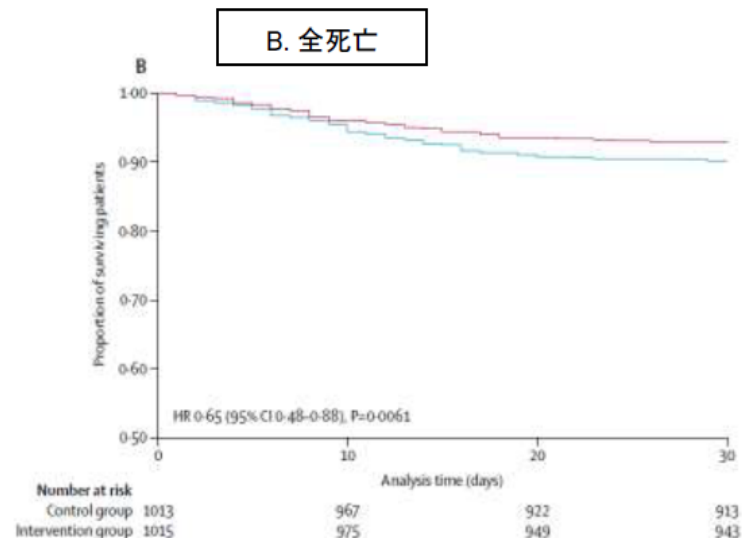
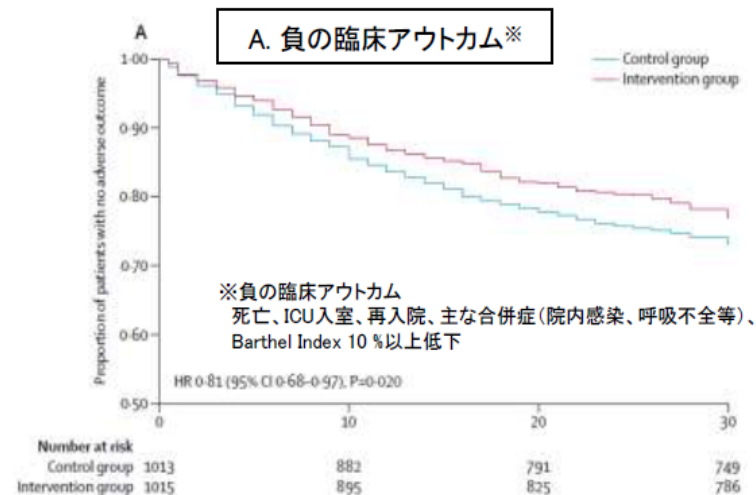
【対象・方法】

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

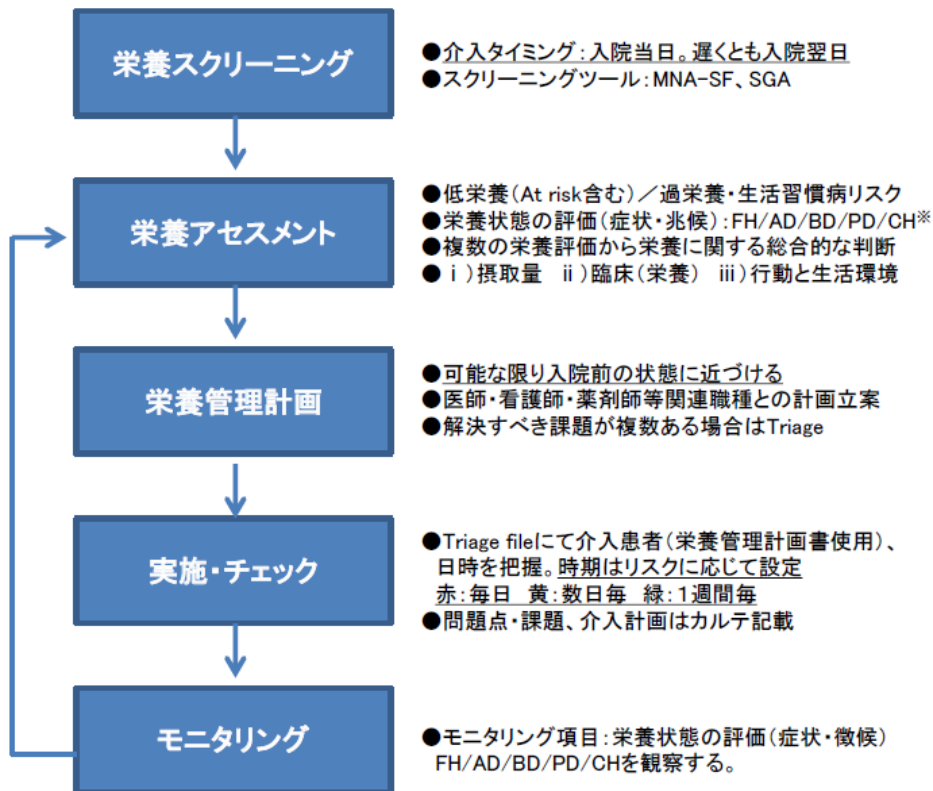
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、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

- 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/m² 70歳未満 アジア <18.5kg/m² 70歳未満
<22kg/m² 70歳以上 <20kg/m² 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

地域における栄養連携



栄養ケアステーション

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



Aさん

3 指示書を送付

4 居宅管理栄養指導入ります

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



Aさん担当
ケアマネ

管理栄養士です。Aさん状況を教えてください

栄養ケアステーション

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



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】

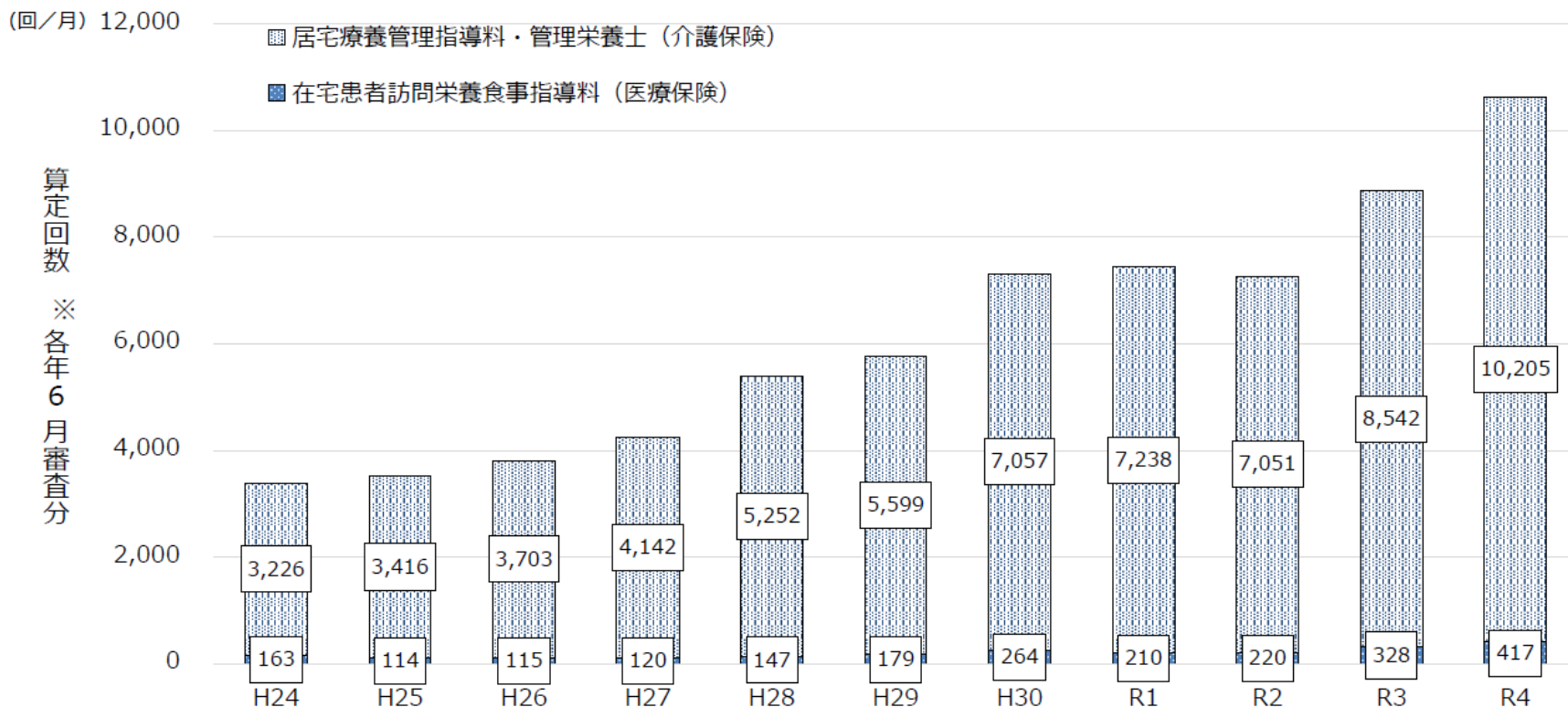
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※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

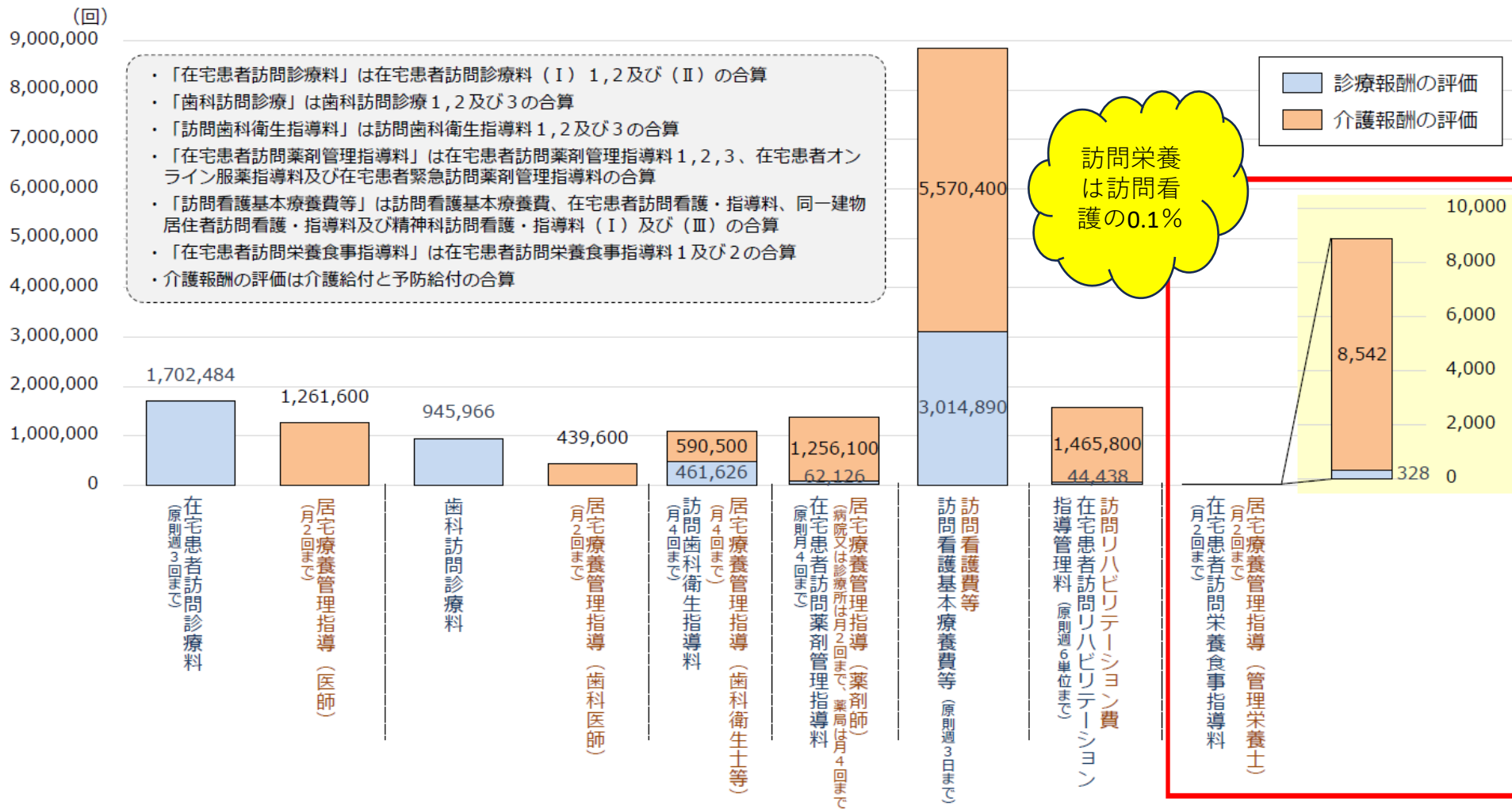
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回／月だった。



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²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」

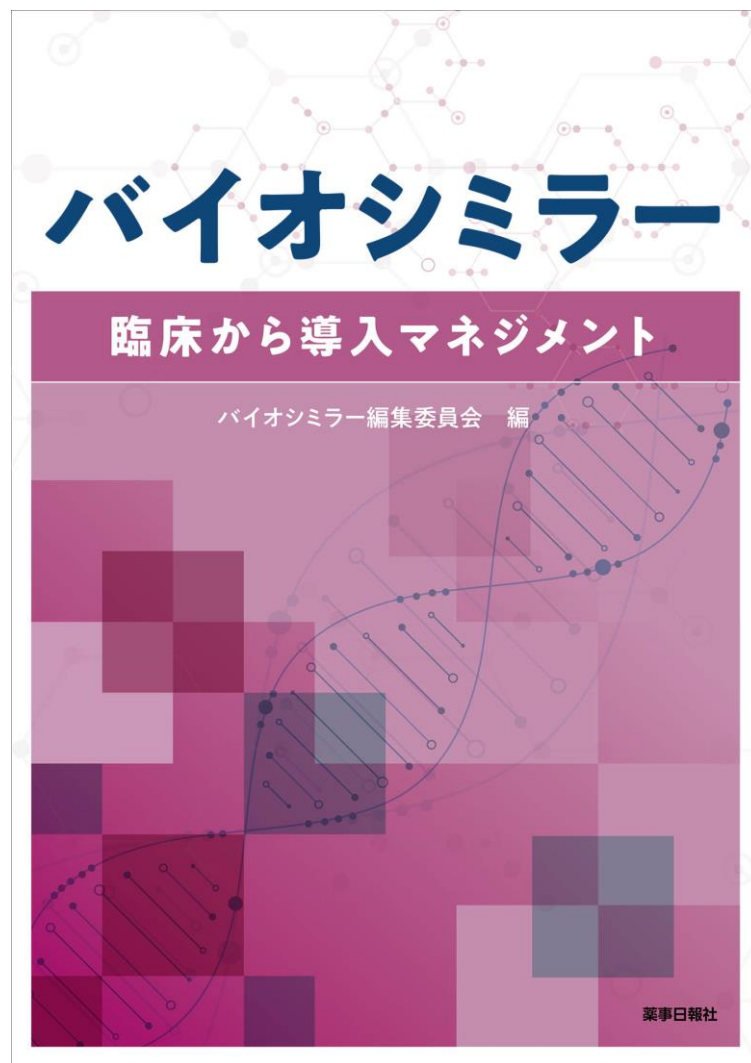
在宅療養支援診療所及び 在宅療養支援病院における 訪問栄養食事指導の推進

当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しく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**」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

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

