

栄養ケア・マネジメント特論 地域包括ケアと栄養課題



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



【2026年6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

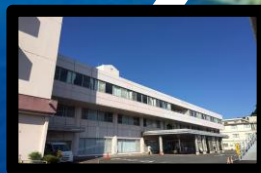
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



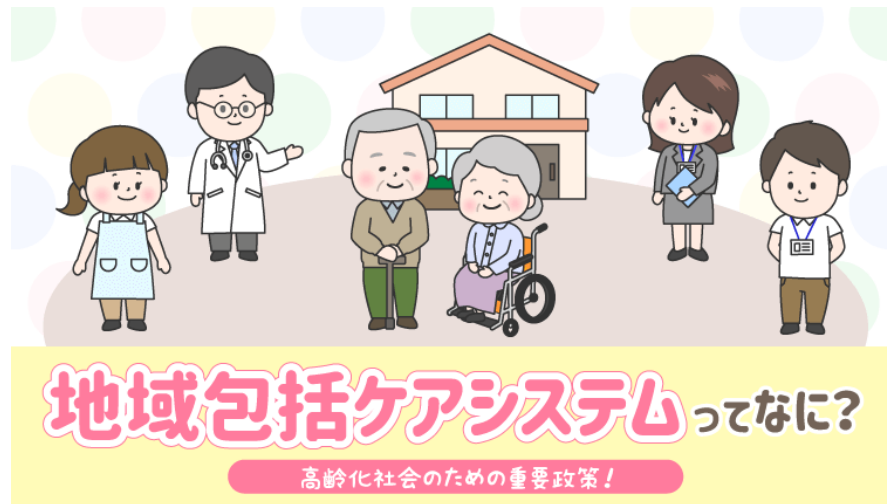
講義目次

- パート1
 - 地域包括ケアシステムとは何か？
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと食事・栄養
- パート3
 - 栄養ケアステーション
- パート4
 - 2024年診療報酬改定と栄養士
- パート5
 - 2026年診療報酬改定と栄養士



後半グループワークと発表

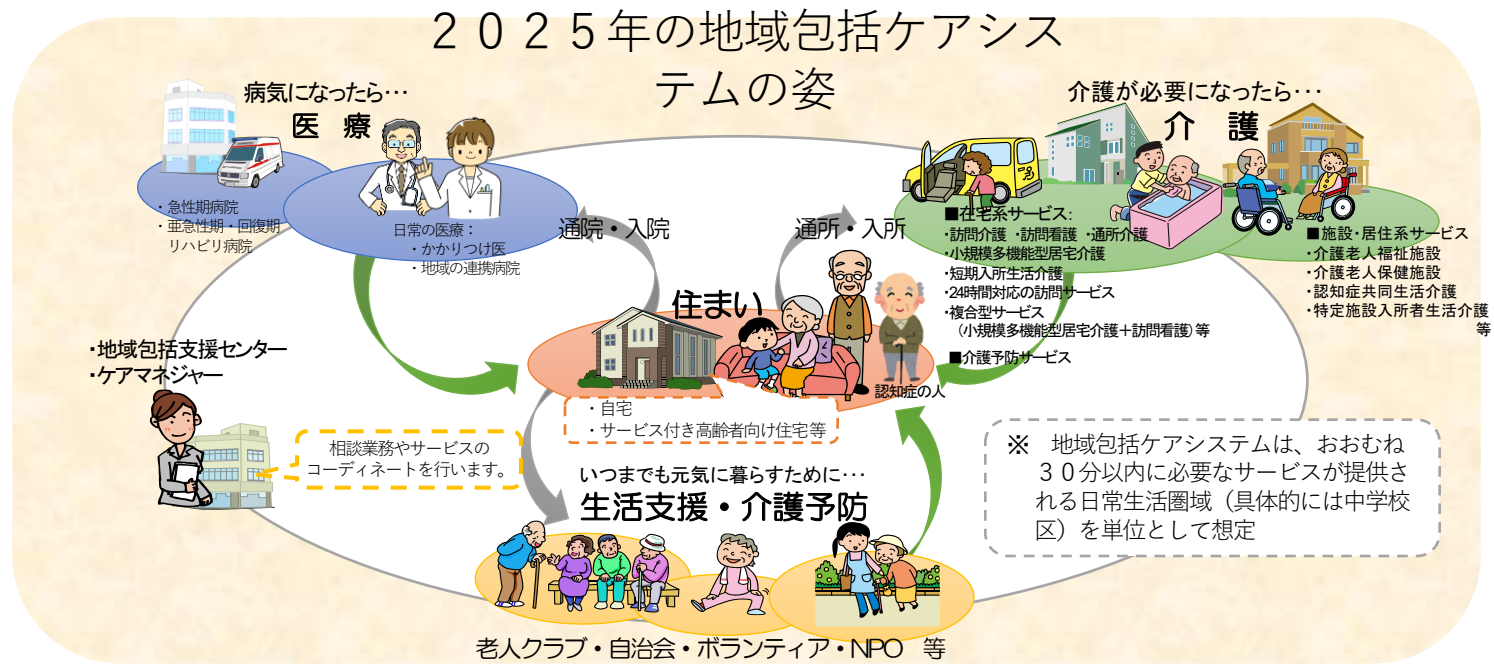
パート1 地域包括ケアシステムと は何か？



地域包括ケアの原点は広島県尾道市の
寝たきり予防から始まった

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



地域包括ケアの原点は1970年代 広島県尾道市 山口昇先生



地域包括ケアは 公立みつぎ総合病院から始まった

- 公立みつぎ総合病院
 - 1970年代に広島県公立みつぎ総合病院を拠点とした尾道市御調町の「地域包括ケア」が起源
- 「地域包括ケア」の最初の提唱者、山口昇先生
 - 同病院の山口昇医師は、1970年当時、脳卒中や心筋梗塞でみつぎ総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰ってから間もなく「寝たきり」となって再入院するケースが多いことに気がついた。
- 御調町の取り組み
 - 1975年から看護や医療を在宅に「出前」するサービスを開始して、寝たきり防止に努めることにした。

公立みつぎ総合病院全景

2013年
(平成25年9月 240床)



1962年

〔昭和42年5月オープン時
40床、45人〕



御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

住宅改修 玄関等の手すり

(平成5年頃) 1993年



(平成24~25年)

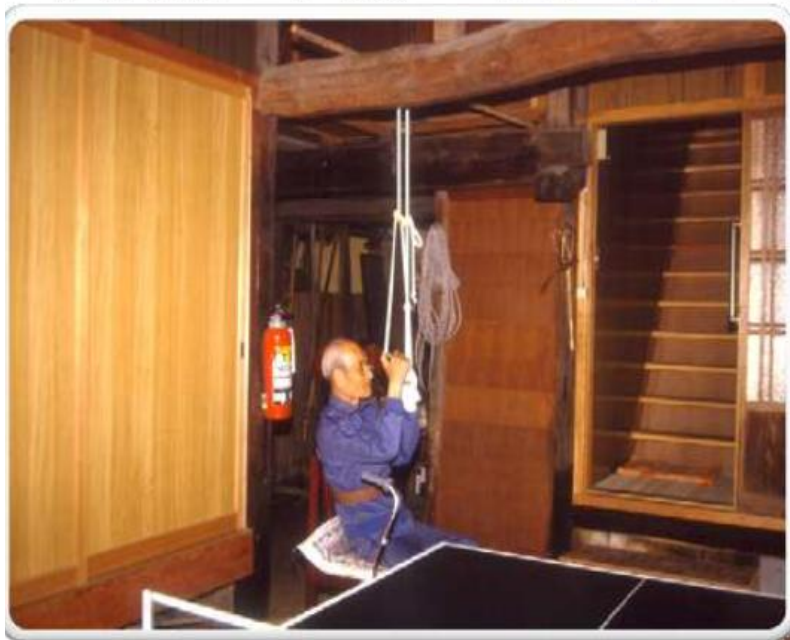
2012年~2013年

納屋に吊るした簡易フーリーで

背中と肩をストレッチ

1984年
(昭和59年頃)

2008年
(平成20年頃)



急性期(外来・一般棟)



公立みつぎ総合病院 における リハビリテーションの状況

回復期リハビリ
テーション病棟



維持期(施設)



保健福祉センター



地域包括支援センター



病棟での退院前カンファレンス



緩和ケア病棟でのカンファレンス



在宅でのカンファレンス



デイサービスのボランティア



緩和ケア病棟でのボランティア



福祉バンク(市町村合併前)



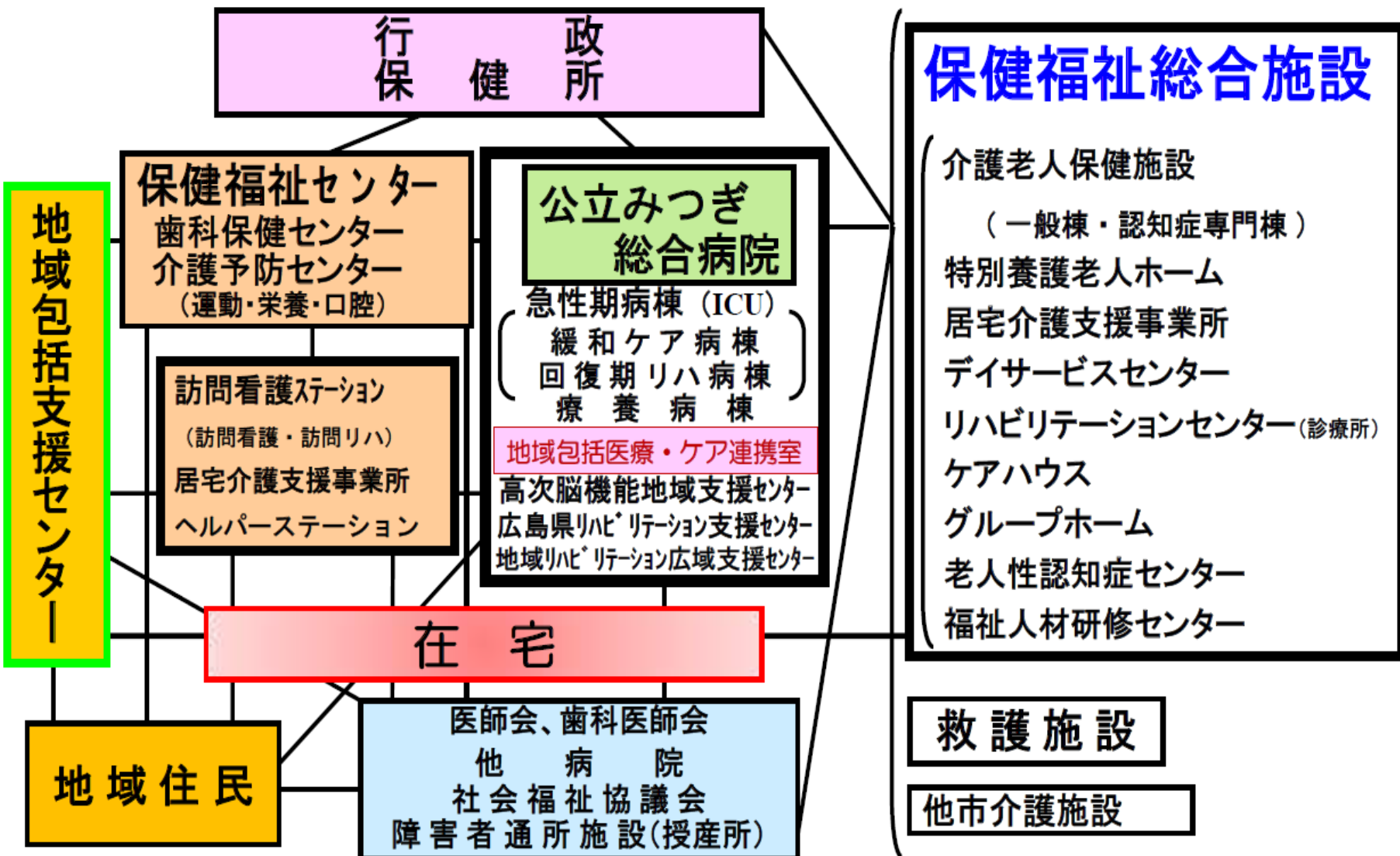
健康づくり座談会 (健康わくわく21)



ナイトパトロール



公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム)



地域包括ケアは病院の 専門職の地域活動から 始まった



専門職の出前サービス

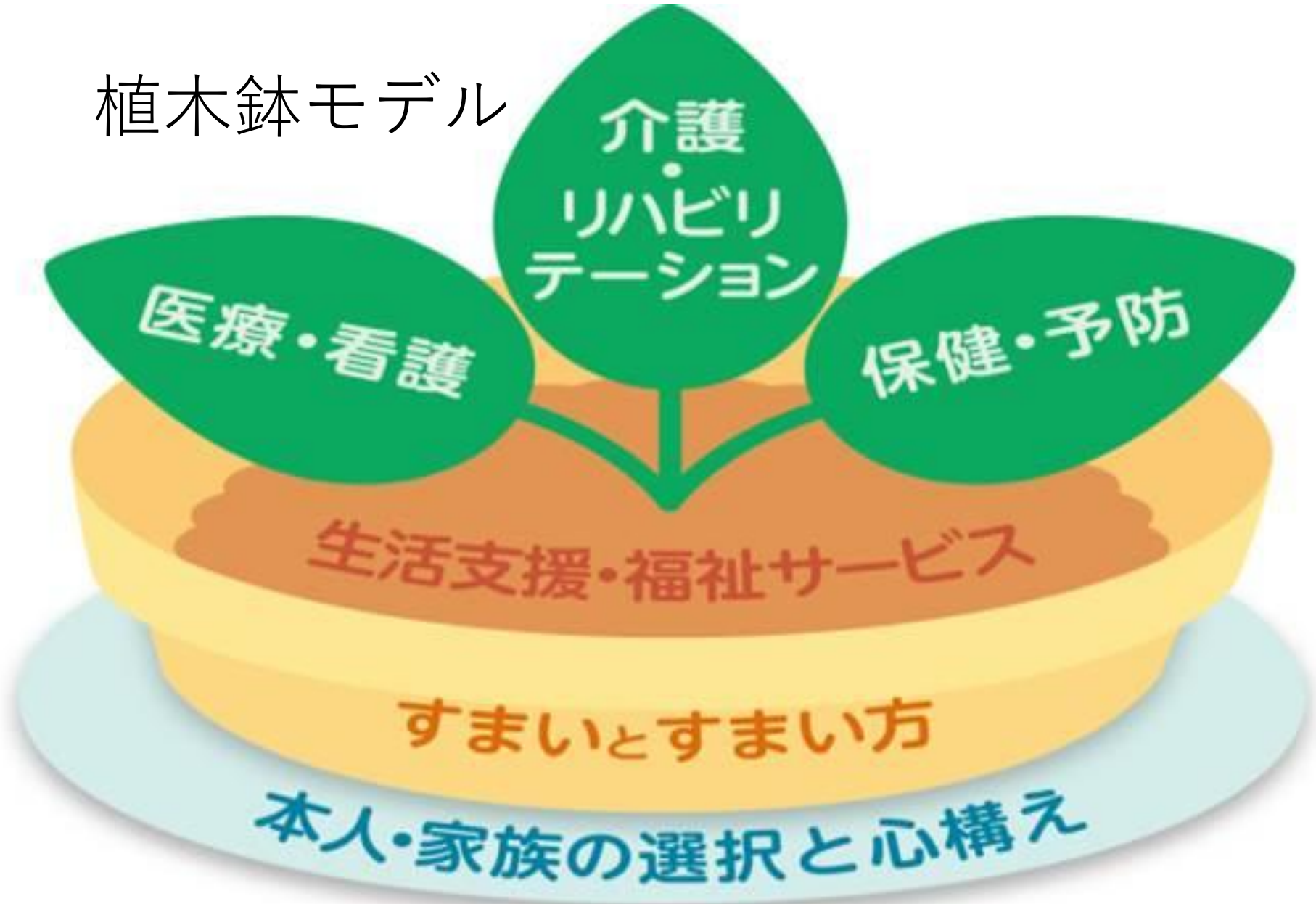
高齢者介護研究会と地域包括ケア

- 「地域包括ケア」が初めて国の文書に登場したのは2003年6月だった。
 - 2000年に介護保険制度が始まって3年後である。
- 「高齢者介護研究会」（座長・堀田力さわか福祉財団理事長）
 - 厚労省老健局長の私的研究会がまとめた報告書「2015年の高齢者介護」
 - 「地域包括ケアシステムの確立」と初めて記載された。
- 「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」

地域包括ケア研究会

- 2008年、厚労省に「地域包括ケア研究会」
（座長・田中滋慶應義塾大学大学院教授）がスタート
- 2009年に研究会は「住宅サービス」を加えた
- 「個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが大切」
- その後、研究会は地域包括ケアシステムの概念を更新していく

植木鉢モデル



地域包括ケア研究会

パート2

地域包括ケアシステムと 食事・栄養



地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

- 地域包括ケアシステムにおける栄養ケアマネジメントの必要性
 - 食生活および栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住みなれたところでその人らしい生活を送ることができること
 - 地域包括ケアシステムに栄養ケアマネジメントを組み込むことが必要
 - 食と栄養が健康の基盤

地域包括ケアシステム
から「栄養」がすっぽ
り抜けている！？

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

2025年の地域包括ケアシステムの姿

栄養が抜けている!



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏域

老人福祉施設に併設する診療所における

地域高齢者の

「食べること」を支援するシステム作り

～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園 東京都昭島市

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

H23年度¹

はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性を感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

(1) 低栄養問題

- ① 高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く (症例1)
- ② 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう (症例2)

(2) 認知症利用者の問題

- ① 食材を見ても料理が作れない食の確保のできない
認知症高齢者 (症例3)

(3) 医療連携問題

- ① 医療連携ができず命を落としてしまう高齢者 (症例4)
- ② 変形な食生活で寝たきりを作ってしまう (症例5)

(4) 難病及び認知症の病態食 (療養食・特別食) 問題

- ① チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症 (症例6)
- ② 人工透析にならないためのチーム連携 (症例7)

(5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない (症例8)

(症例1) 本人も家族も気付かないまま2・3年で 40Kgあった体重が20Kg代になってしまった

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

- ①朝食を高齢者一人で食べている : 息子夫婦が出かけてゆっくり食べる
- ②昼食は一人でちょっと口にするだけ: 作り置き料理には手をつけない
- ③夕食は家族団欒で進む: 朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆高齢になれば食が細くなって当たり前の考えが低栄養を招く
- ◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

(症例2) 十分な食事が無くても、寝かせっきりでも 家族と住める喜びがある

女性 89歳 要介護4 (低栄養) 褥瘡 息子夫婦、孫と同居
身長140cm 介入時体重24kg BMI12.2(3年前40kg・現在26kg)

・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力
で完食



・ 自宅療養の状況



- ・ 朝食と夕食: おにぎりと牛乳のみ
- ・ 昼食: ヘルパーサービスによる
はんぺん入り温かいそば

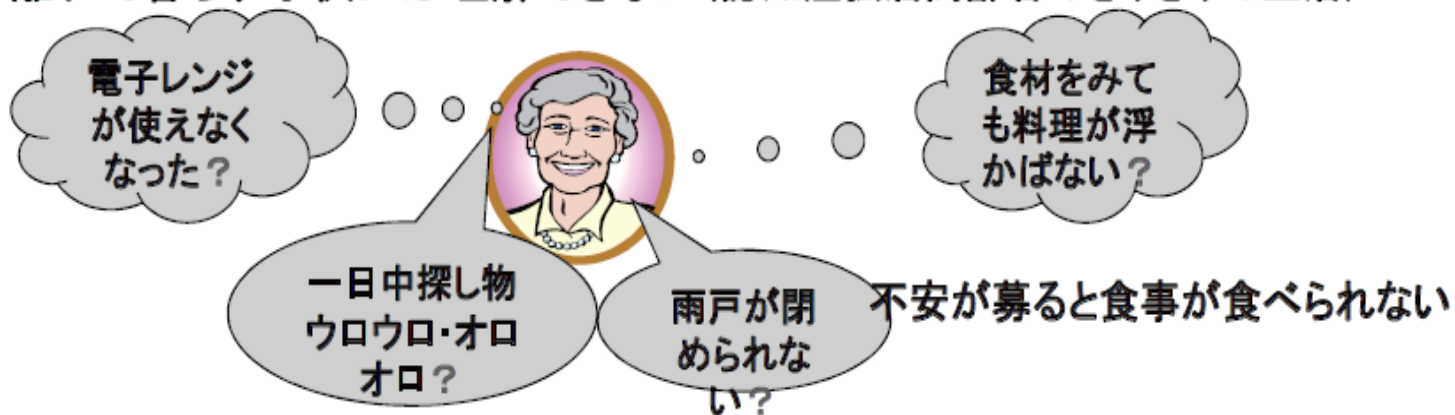
<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、
ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
- ◆ 食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して
家族の意識を変容させることが必要
- ◆ 訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

(症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



- ①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった
- ②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

<栄養ケアマネジメントのヒント>: チームで情報の共有を

- ◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
- ◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)

男性 73歳 要介護3
身長155Cm 体重35Kg
BMI 14.6
妻と娘と同居

- ①21年11月 肺ガンの大手術後の退院時指導で
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューやゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
- ②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
- ③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食・嚥下機能評価医(医師・歯科医師)につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食・嚥下障害へのプロ意識を持とう

(症例5) 偏った食事の継続による低栄養 ～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

- ①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強くと手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや
南瓜煮つけ
かぼちゃ

<日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン
牛乳

夕食のメニュー

カステラパン
牛乳
柔らかい果物の缶詰め



- ②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる
③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること

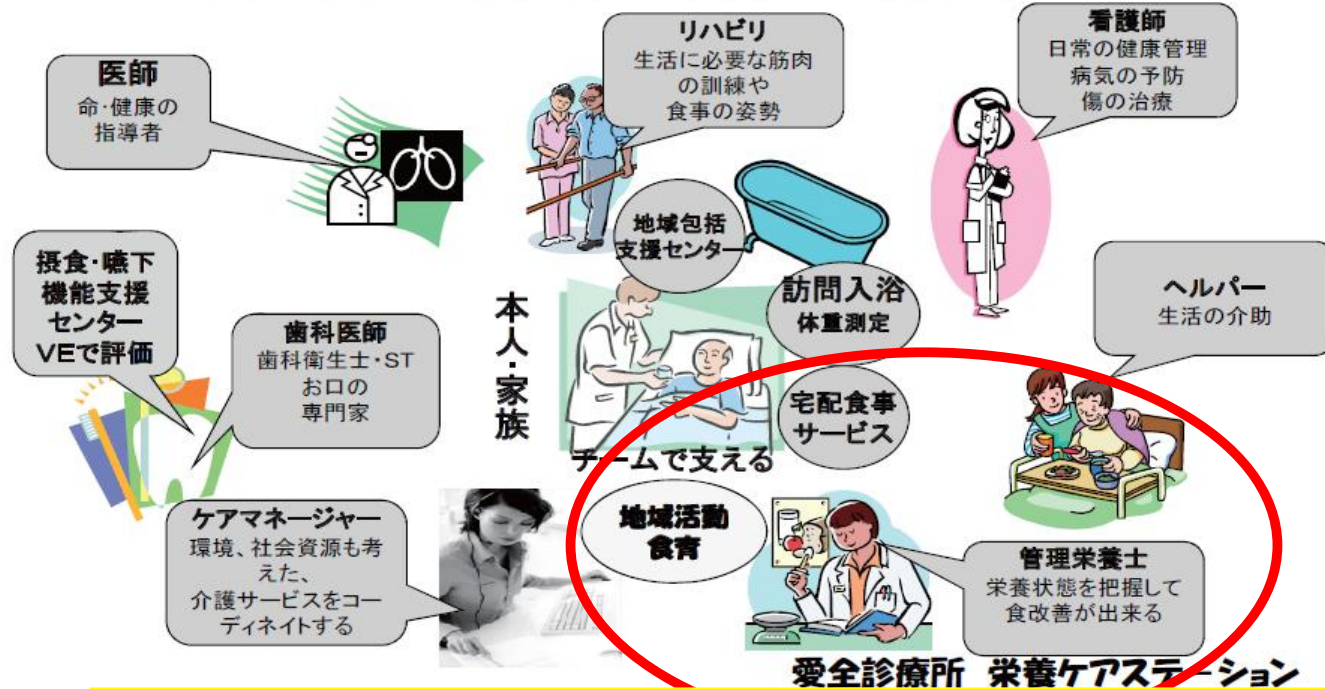
2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

1) 地域高齢者の実態

- ① 地域高齢者の食の課題を知る
- ② 地域高齢者の食環境を知る
- ③ 認知症で独居の地域高齢者を知る
- ④ 義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

まず現場を見ること
栄養アセスメントを
行うこと

地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



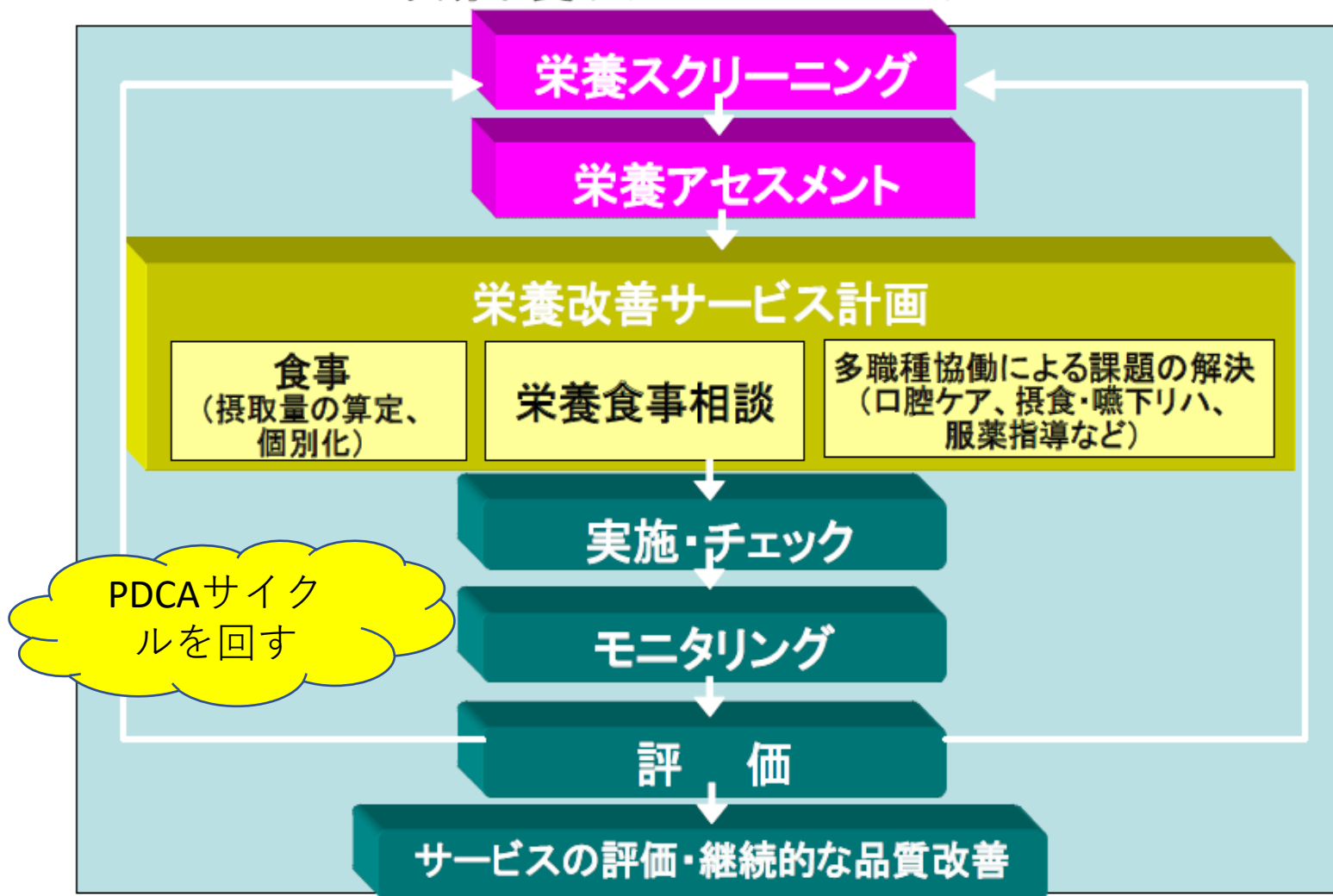
◆チームケア：連携の要ができれば成功する

(全職種に栄養ケアプラン・経過報告書・評価報告書・栄養ケア提案書を届けている)

◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される

栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



簡易栄養状態評価表

MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の
体重減少

移動性

過去3か月の
ストレスと
急性疾患

神経・精神
的問題

BMI

BMIがわからない時は、ふくらはぎの周囲長

スコア12~14

低栄養の
おそれなし

セルフケアのため
の情報提供
(資料1~7)

スコア8~11

低栄養の
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業
参加勧奨

管理栄養士
保健師の
個別相談

配食サービス

スコア0~7

低栄養

管理栄養士、
保健師の
個別相談
(必要な場合は
医療機関へ)

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

[研究参加者]

在宅療養中の高齢者男女62名
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)

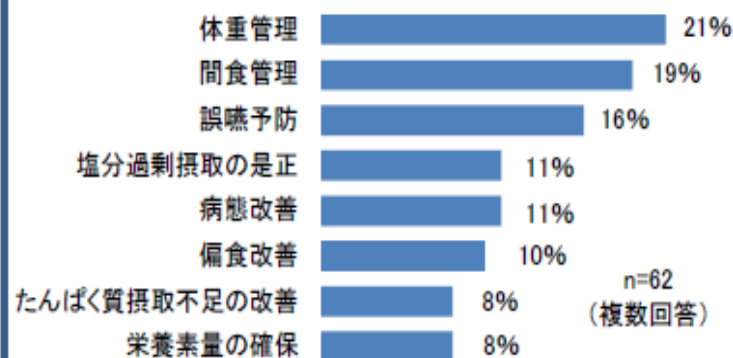


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善

表 継続群の介入時と介入後の比較

	介入前	介入後	P値
体重(kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	0.01
BMI(kg/m ²)	21.2±3.4	21.4±3.2	0.01
栄養状態[NMA®](点)	20.1±4.4	21.1±3.6	0.05
ADL[Barthel Index](点)	52.4±32.7	54.7±32.2	0.01
QOL下位尺度(点)	44.8±7.2	46.7±6.7	0.05

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

パート3

栄養ケアステーション

地域包括ケアシステムに栄養士と
栄養ケア・ステーションを加えよう！

介護



栄養士



通院 通所



訪問介護
・看護



自宅・ケア付き
高齢者住宅

住まい

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

地域包括支援
センター・
ケアマネ
ジャー



相談業務やサービ
スのコーディネート
を行います。

※地域包括ケアシステムは、
人口1万人程度の中学校区
を単位として想定

栄養ケア・ ステーション



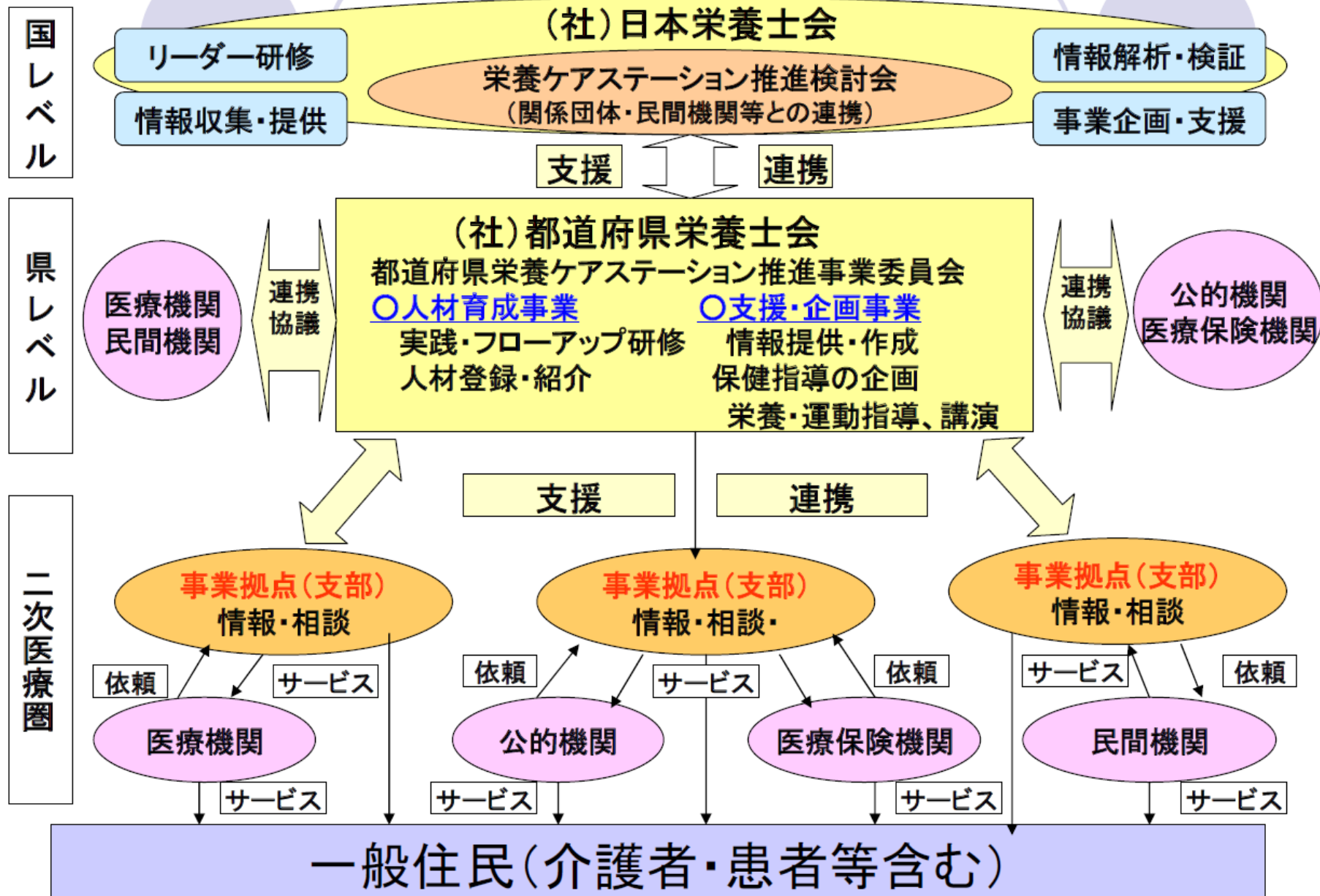
地域包括ケアに
栄養ケアステーション
を位置付けよう！

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。



栄養ケアステーションの位置付けと基本的考え方



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

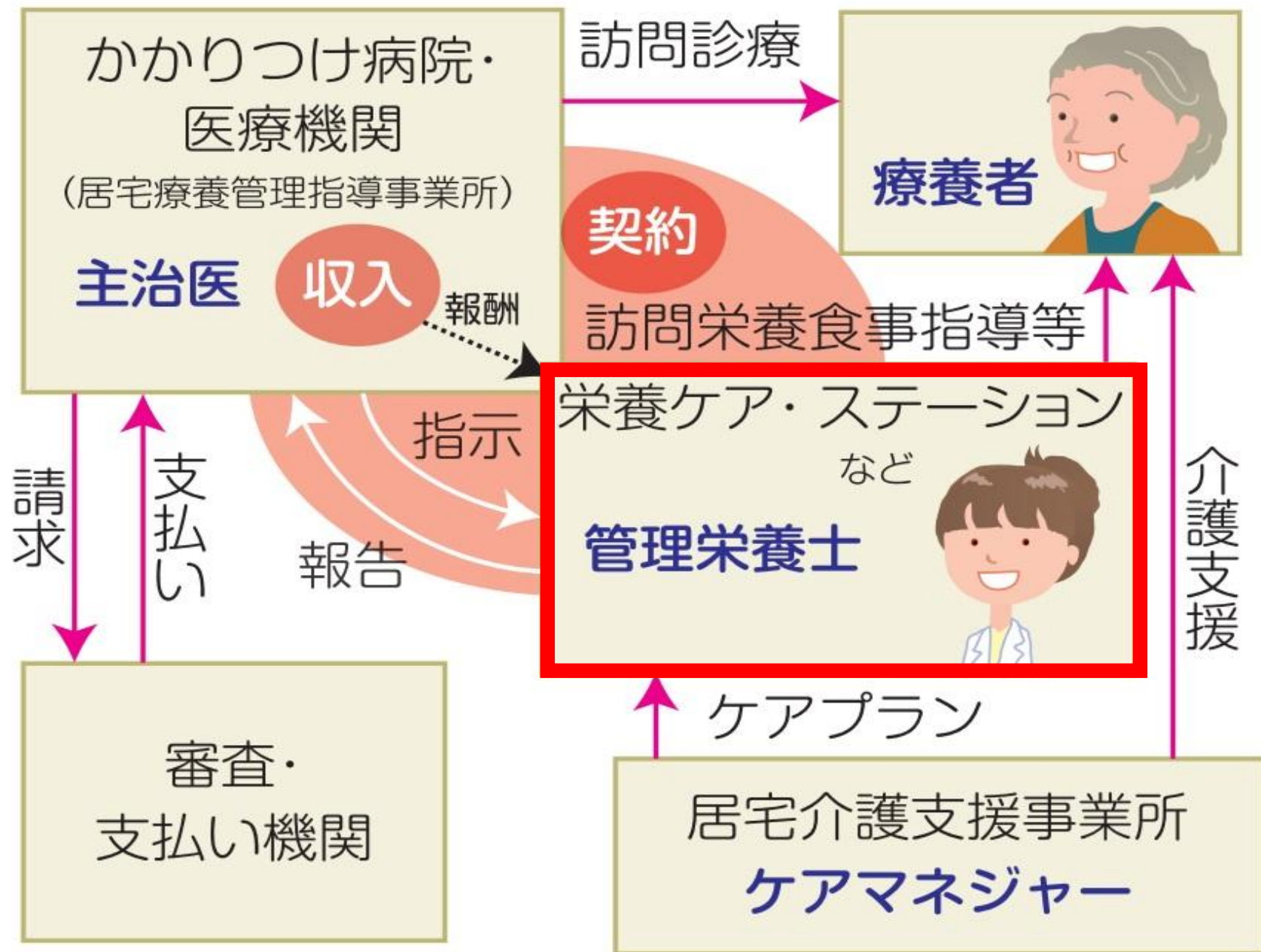
栄養ケアステーション

情報を得て
連携する



Aさん担当
ヘルパーさん

栄養ケア・ステーションの管理栄養士が訪問する場合



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

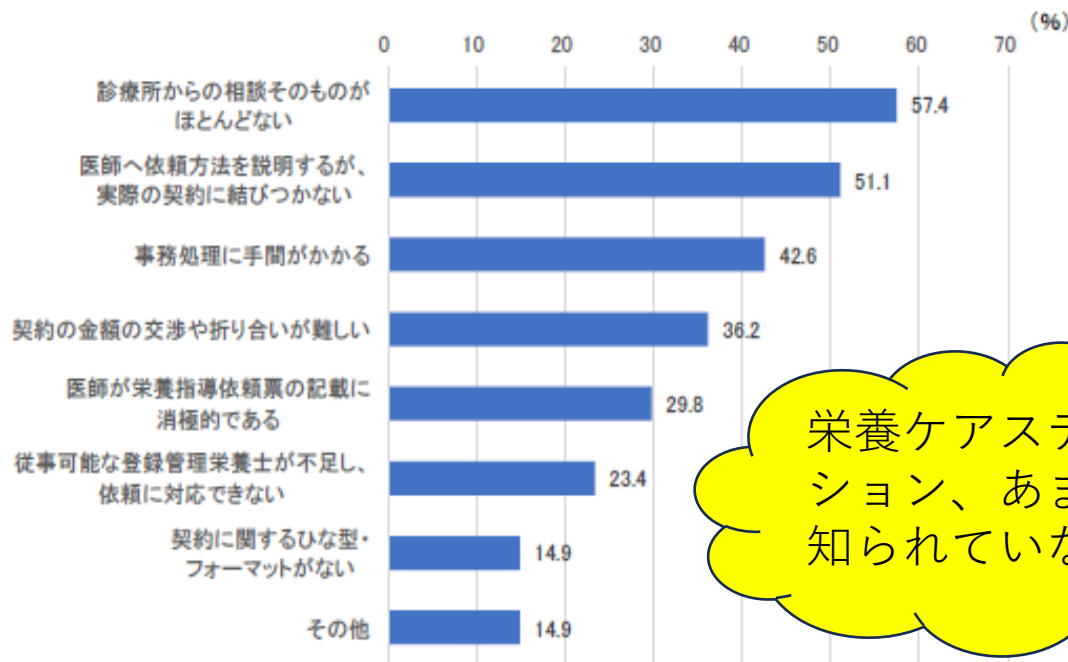
- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、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。

- 診療報酬で連携が評価されている栄養ケア・ステーション(栄養CS)は、47都道府県栄養士会に設置されており、全国で拠点数は110か所、登録管理栄養士数は4,625人(2022年度)である。
- 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績がある都道府県栄養CSは約4割であり、契約締結の課題としては、「診療所からの相談そのものがほとんどない」、「医師へ依頼方法を説明するが、実際の契約に結びつかない」、「事務処理に手間がかかる」の順が多い。

■ 訪問栄養食事指導(診療報酬・介護報酬)に関する診療所との契約実績

実績有り 18 / 47 都道府県栄養CS
(38.3%)

■ 診療所との契約締結における課題 (n=47 都道府県栄養CS)



栄養ケアステーション、あまり知られていない

栄養ケア・ステーション活用の流れ



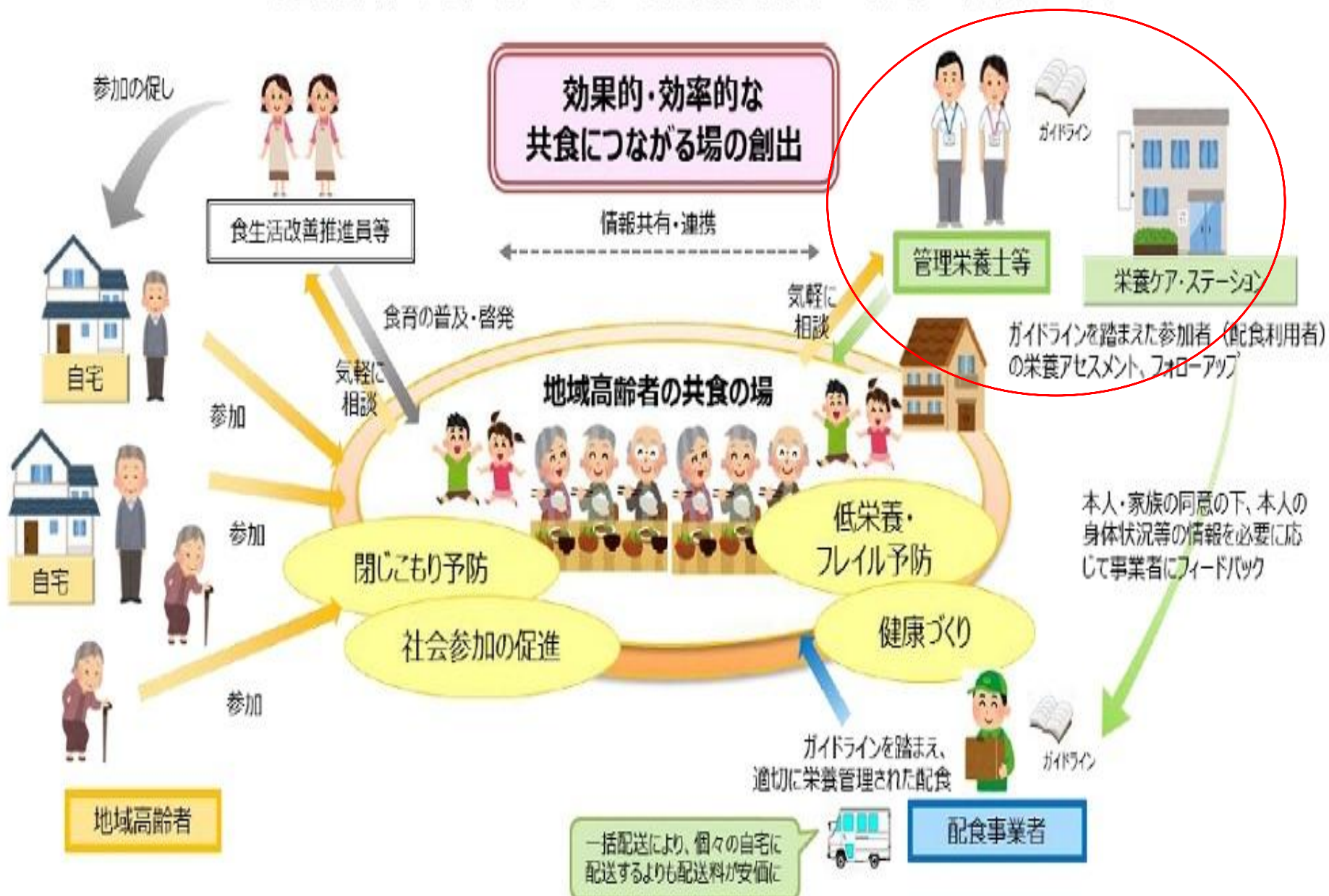
栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーション数
全国535か所、
栄養士4771人
2025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

〈地域高齢者の共食の場における「健康支援型配食サービス」の活用イメージ〉



地域高齢者等の健康な食事のための
管理栄養士・栄養士による配食事業
展開事例集～栄養ケア・ステーション
活用モデル～

栄養の
チカラ、
地域の
カタチ。

Smile on the table!

地域高齢者等の健康な食事のための
管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集
～栄養ケア・ステーション活用モデル～



子ども食堂取材し*



栄養士や調理師、
お菓子づくりが得意な
メンバーたちが大活躍😊

「渡里みんなの食堂 ハーモニー」 #41

子ども食堂
でも活躍！

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

パート4 2024年診療報酬改定と 栄養士



2024年診療報酬改定と生活習慣病



2024年

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
 (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
 (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症

- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 虚血性心疾患
(中略)
- 性染色体異常
(新設)
- (新設)



改定後

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

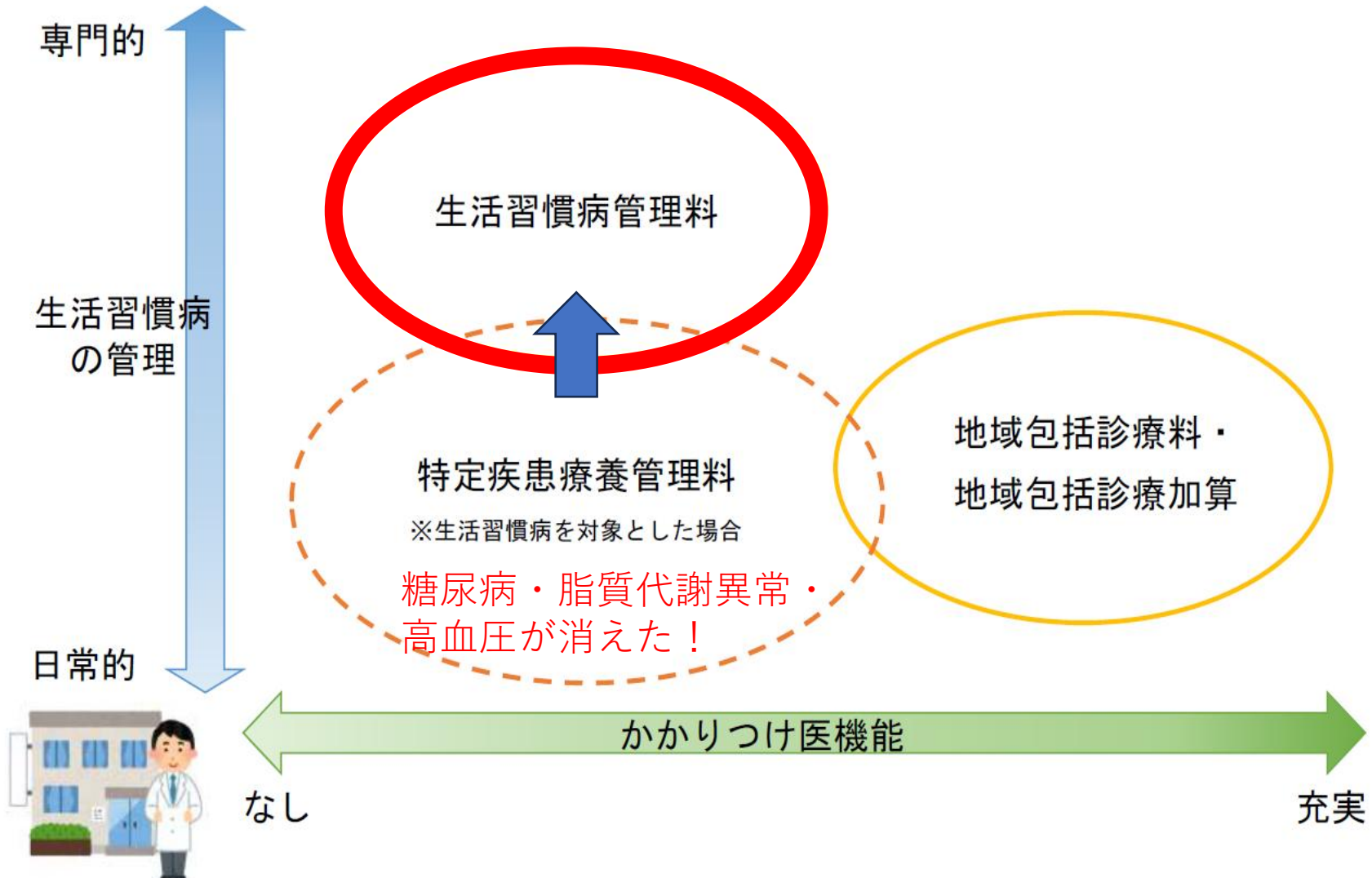
- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- (削除)
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 (家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- (削除)
- 虚血性心疾患
(中略)
- 性染色体異常
- アナフィラキシー
- ギラン・バレー症候群

2024年改定と 特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料
の対象疾患から
糖尿病、脂質異常症、
高血圧が消えた！



200床未満の病院及び診療所における 生活習慣病の管理を中心とした評価



生活習慣病の指導管理に係る主な診療報酬の例

生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

[主な算定要件]

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。

[主な施設基準]

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 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のイメージは以下のとおり。



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨

リフィル処方及び長期処方の活用



生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
 - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行

【生活習慣病管理料】

1 脂質異常症を主病とする場合	570点
2 高血圧症を主病とする場合	620点
3 糖尿病を主病とする場合	720点



改定後

【生活習慣病管理料 (I)】

1 脂質異常症を主病とする場合	610点
2 高血圧症を主病とする場合	660点
3 糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料 (I) の算定要件】 (概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の（略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
- 生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(II)は、算定できない。

従来の療養計画書

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

検査項目

<input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重:現在 (kg) →目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲:現在 (cm) →目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) →目標 (mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	血液検査項目 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 随時 食後()時間) <input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()
--	---

【目標】 食事の状況 運動の状況 たばこ 睡眠の状況 その他の生活

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

食事

食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項 ()

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他 ()

節酒:(減らす(種類・量: 週 回))

間食:(減らす(種類・量: 週 回))

食べ方:(ゆっくり食べる・その他 ())

食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

運動

運動地方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日)

強度(息がはずむが会話が可能) or 脈拍 拍/分 or)

日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)

運動時の注意事項など()

たばこ

非喫煙者である

禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

その他

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

その他 ()

【服薬指導】 処方なし 薬の服用

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定健康診査の受診の有無】 有 無

【特定保健指導の利用の有無】 有 無

【保険者から情報提供の求めに対する協力の同意】 有 無

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入
 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名 _____ 医師氏名 _____ (印)

改定後の療養計画書

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: _____ (男・女) 主病: _____

生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日生(才) 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】 体重:(kg) BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) HbA1c:(%)

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

食事

食事摂取量を適正にする 食塩・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項 ()

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす その他 ()

節酒:(減らす(種類・量: 週 回))

間食:(減らす(種類・量: 週 回))

食べ方:(ゆっくり食べる・その他 ())

食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

運動

運動地方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日)

強度(息がはずむが会話が可能) or 脈拍 拍/分 or)

日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)

運動時の注意事項など()

たばこ

非喫煙者である

禁煙・節煙の有効性 禁煙の実施方法等

その他

仕事 余暇 睡眠の確保(質・量) 減量

家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

その他 ()

【血液検査項目】 (採血日 月 日) 総コレステロール (mg/dl)
血糖(空腹時 随時 食後()時間) 中性脂肪 (mg/dl)
HbA1c: (%) HDLコレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
その他 ()

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 その他 ()

【その他】

栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)

その他 ()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

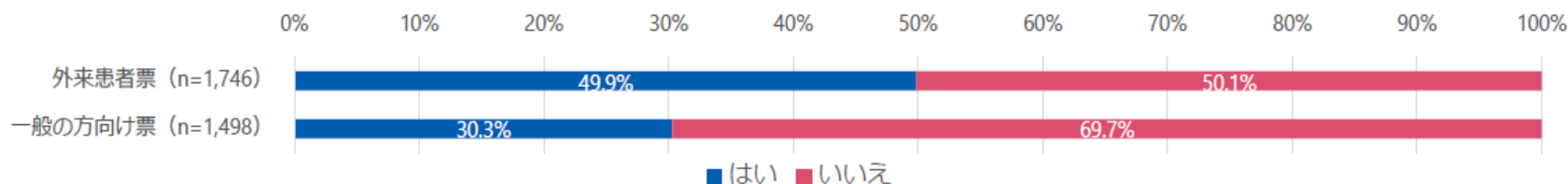
患者署名 _____ 医師氏名 _____



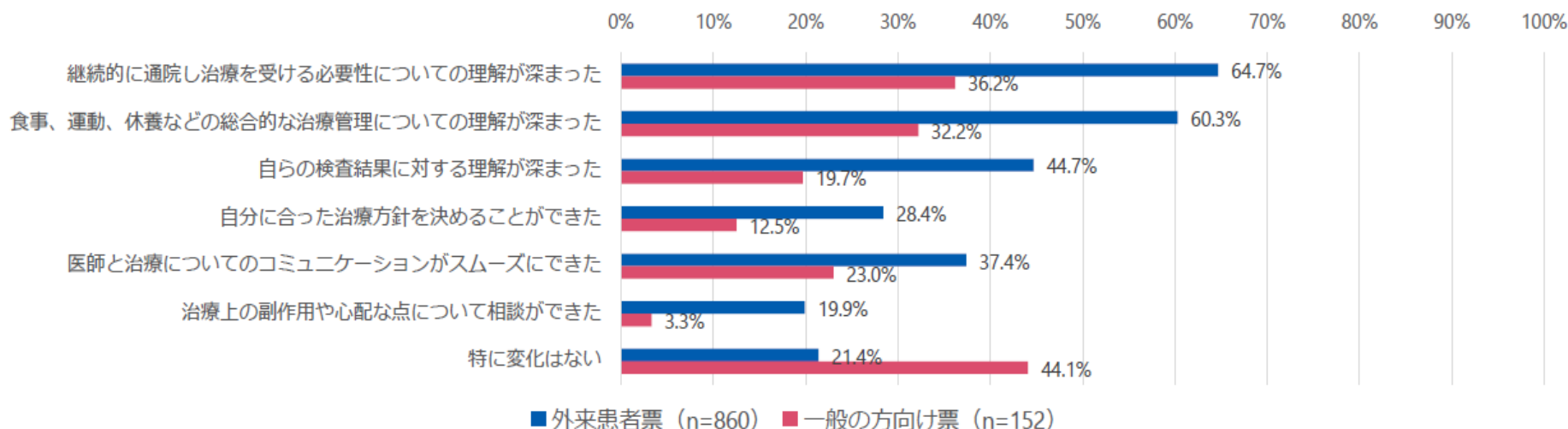
- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、交付を受けたことによる変化を聞いたところ、外来患者票では、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった」が多く、一般の方向け票では、「特に変化はない」「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった」が多かった。

（「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院している場合）

令和6年6月以降から調査日（令和6年11月～1月）時点までに「生活習慣病療養計画書」の交付を受けたか



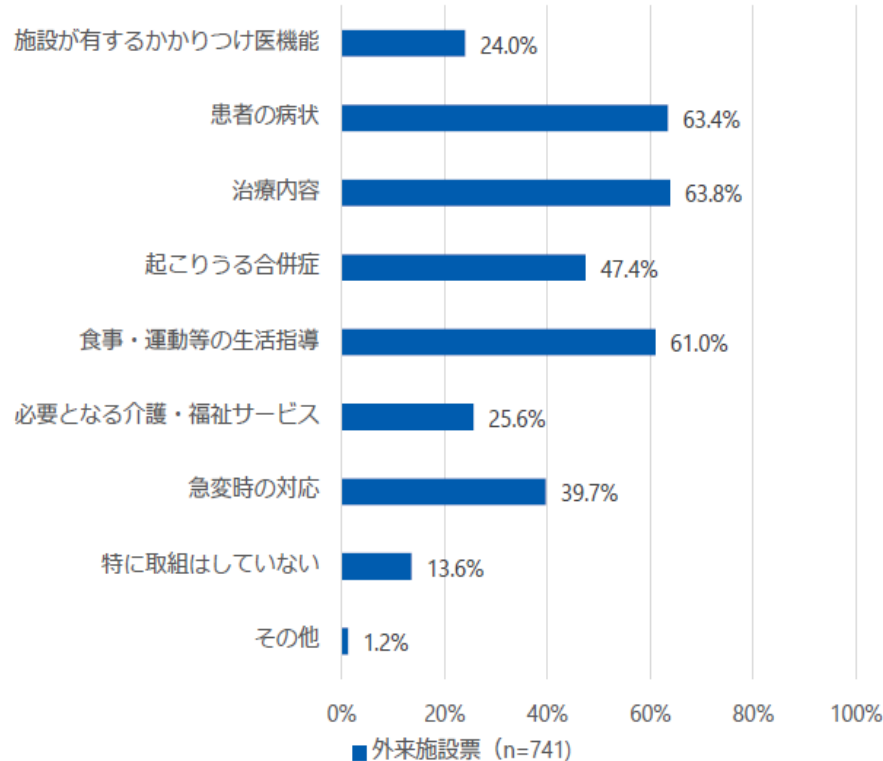
（交付を受けた場合）療養計画書の交付を受けたことによる変化について



- 医療機関に対して、「書面を用いて患者へ説明している内容」について聞いたところ、「治療内容」「患者の病状」「食事・運動等の生活指導」が多かった。
- 患者に対して、「かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか」を聞いたところ、「治療内容」「病状」「起こりうる合併症」が多かった。

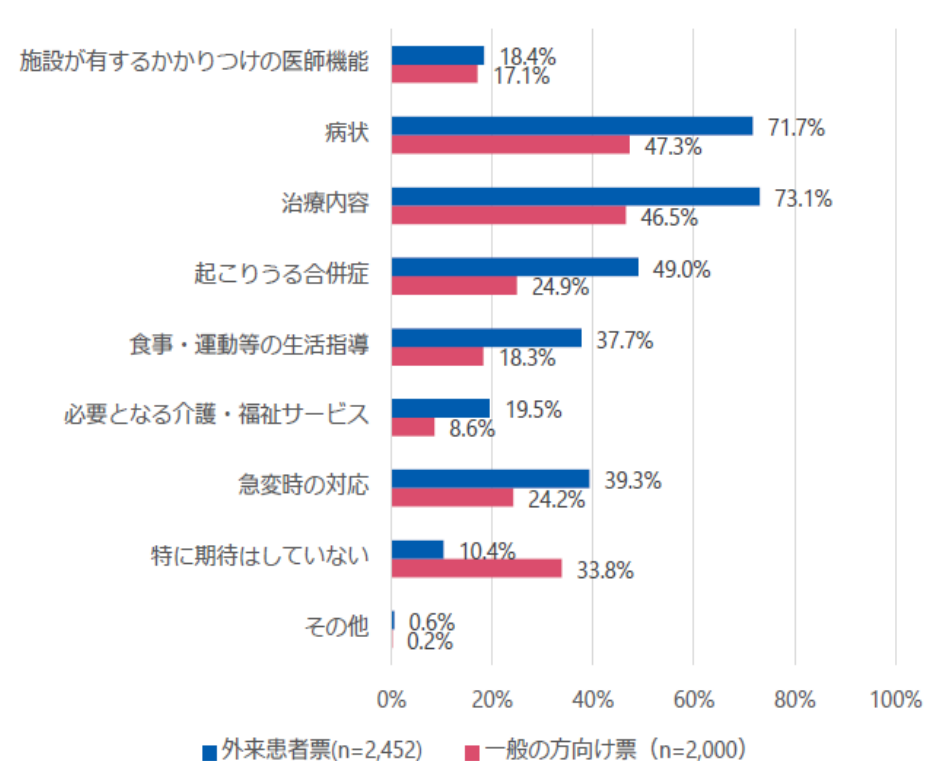
(医療機関対象)

書面を用いて患者へ説明する内容について



(外来患者・一般の方対象)

かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するか



- 高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章 生活習慣の修正 総論(抜粋)

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながることを期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン2019

CQ 3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレード A]

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か

○ 2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動、あるいはその組み合わせによる運動療法は、血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は、ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレード A]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理 6 包括的リスク評価・管理の実際 Step 5 生活習慣の改善
生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあっては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

高齢者の糖尿病治療目標

- 関連学会のガイドラインによれば、高齢者の患者とそれ以外の患者では、治療目標の推奨が異なっている。また、高齢者の患者では、認知機能やADLに応じて、治療目標を変化させていく必要性が指摘されている。

糖尿病診療ガイドライン2024 (日本糖尿病学会)

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023 (日本老年医学会・日本糖尿病学会)

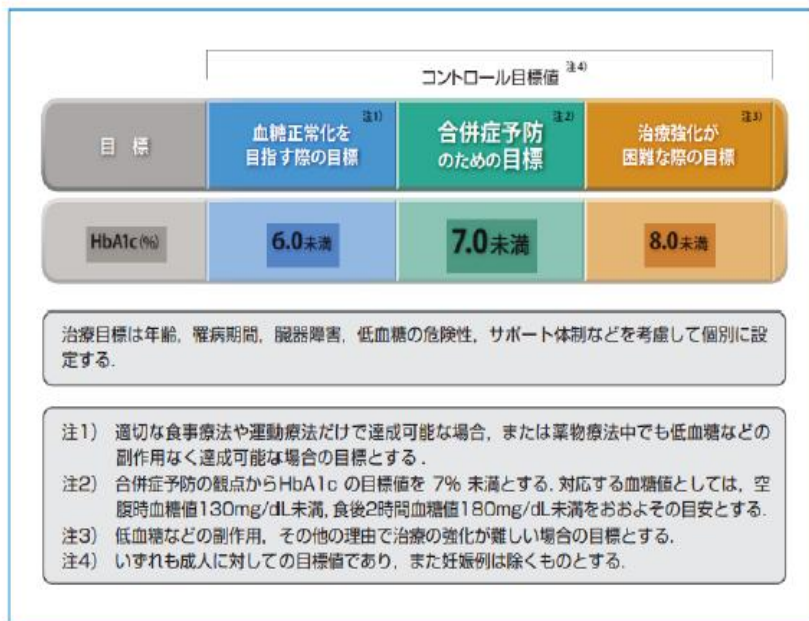


図3 血糖コントロール目標

65歳以上については「19章 高齢者の糖尿病」を参照

(日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2022-2023, 文光堂, p.34, 2022^{*)}より引用)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリ-I		カテゴリ-II	カテゴリ-III
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立	① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

図1 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1: 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(ADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(www.jpn-geriatr-soc.or.jp/)を参照する。インドアライフの状態で、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリ-IIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3: 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値などを勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

生活習慣病における多職種が連携した療養指導等

○ 糖尿病や慢性腎臓病(CKD)の外来診療においては、多職種が連携して必要な療養指導を実施している。

■ 糖尿病センター外来

腎症の重症化予防を目的として透析予防診療チームで介入。血糖管理に加えて、減塩を中心とした血圧管理、適切な体重管理、脂質管理、といった生活習慣改善を指導している。

看護師

- ・生活指導(フットケアなども実施)
- ・自己注射手技の指導

管理栄養士

- ・栄養指導(栄養摂取量の把握と目標設定など)

薬剤師

- ・教育入院後のフォロー、服薬状況の確認
- ・治療薬導入時の服薬指導とフォローアップ
- ・自己注射手技の確認

■ 慢性腎臓病(CKD)外来

医師の診察の待ち時間を利用した療養指導を多職種で実施

-主な指導内容-

- ・教育入院後のフォロー
- ・球形吸着炭や重曹錠、カリウム吸着剤の服薬確認
- ・降圧剤や利尿剤の評価、血圧測定や体重測定
- ・お薬手帳で他科処方の確認、CKDシールの貼付
- ・SGLT2阻害薬の服薬指導
- ・腎臓病教室や腎代替療法指導の希望があるか
- ・栄養指導

【医師】診察



【看護師】生活指導



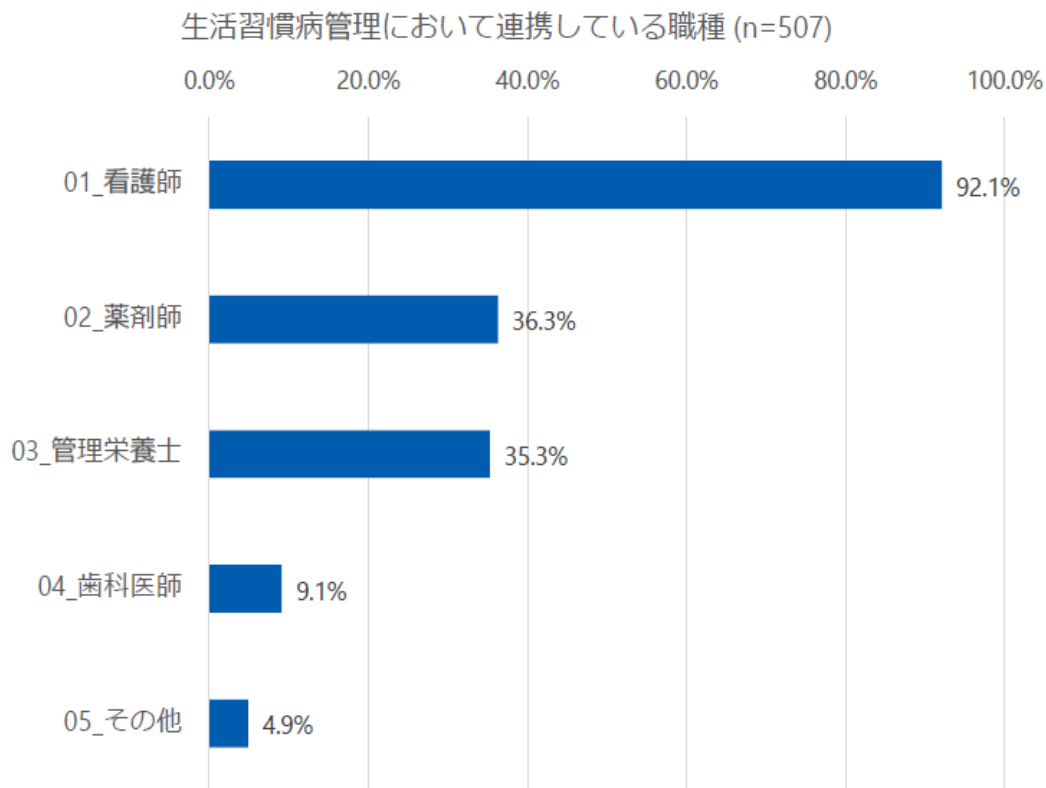
【薬剤師】服薬指導



【管理栄養士】栄養指導



- 生活習慣病管理料を算定する医療機関における、生活習慣に関する総合的な治療管理の実施において、連携している職種は以下のとおり。
- 「看護師」との連携が最も多く、次いで「薬剤師」「管理栄養士」との連携が多かった。



○ 糖尿病患者の約16~17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

■ 対象

- ・ 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名

■ 方法

- ・ 糖尿病罹患機関は主治医が記載
- ・ 歯周病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯周病検査を実施

■ 結果

● 歯周病に関する質問への回答（抜粋）

- ・ 現在歯数（自己申告）：19.8±9.4本
- ・ 過去1年間の歯の喪失既往：
 - 1型：喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型：喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
- ・ 歯肉腫脹の既往：既往あり32.0%、既往なし68.0%
- ・ 歯科の定期健診の頻度：
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1~2回 29.2%、年に3~5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%

● 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係 (Table 4)

- ・ HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
- ・ その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
	<8.0	1.0 (reference)		-		1.0 (reference)	
	>8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-		1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

- 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？ → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
 - ・ 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？ → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
 - ・ 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

- ◆ 糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？
→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
(エビデンスの確実性:高 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
 - ・ 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療(SPT)の間隔

- ◆ 糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くするべきか？
→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年4回よりも短くすることが推奨される。**(エビデンスの確実性:中 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
 - ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

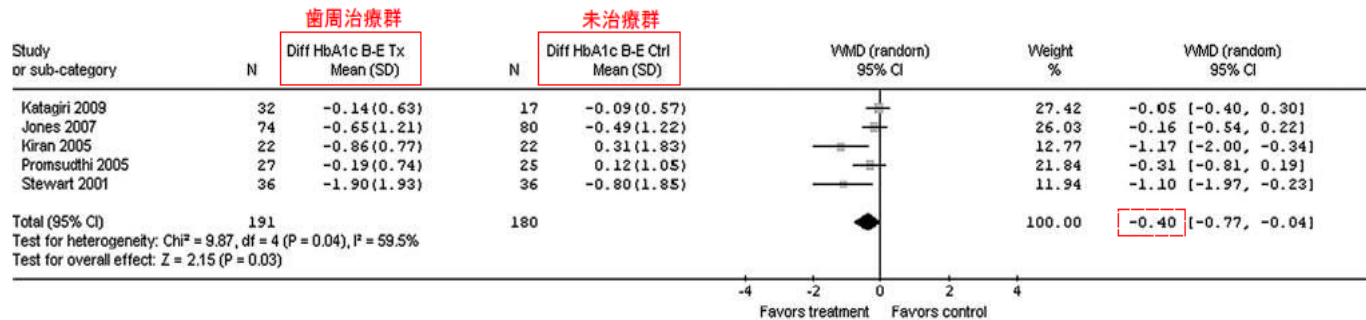
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

- ・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- ・2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考1》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29～0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第2版 2014（日本歯周病学会）

- ・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病患者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考2》
- ・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
- ・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》 出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第6の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c < 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319				1		
22-25	2,153				1.12	1.04-1.22	0.005
25-30	1,244				1.23	1.12-1.34	0.001
> 30	140				1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoked	2,484				1		
Former smoker	1,360				1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012				1.52	1.40-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511				1		
Women	1,345				0.90	0.81-1.00	0.044
Age, yrs							
					1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c ≥ 6.5%の群で歯周病の発症率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考2》 出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

2024年診療報酬改定と 訪問栄養食事指導



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。

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い

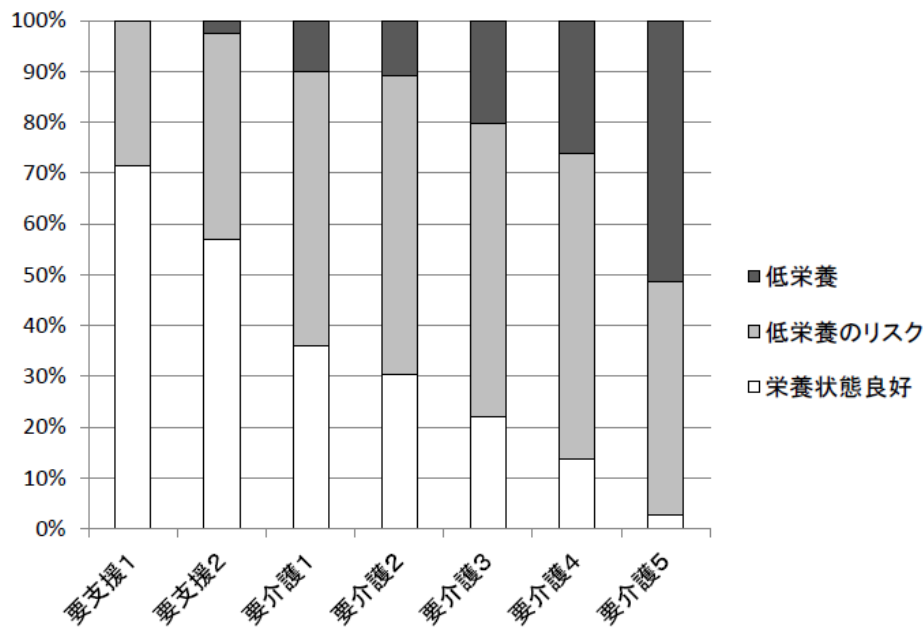


図 要介護度とMNA[®]-SF* 3群との関係

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

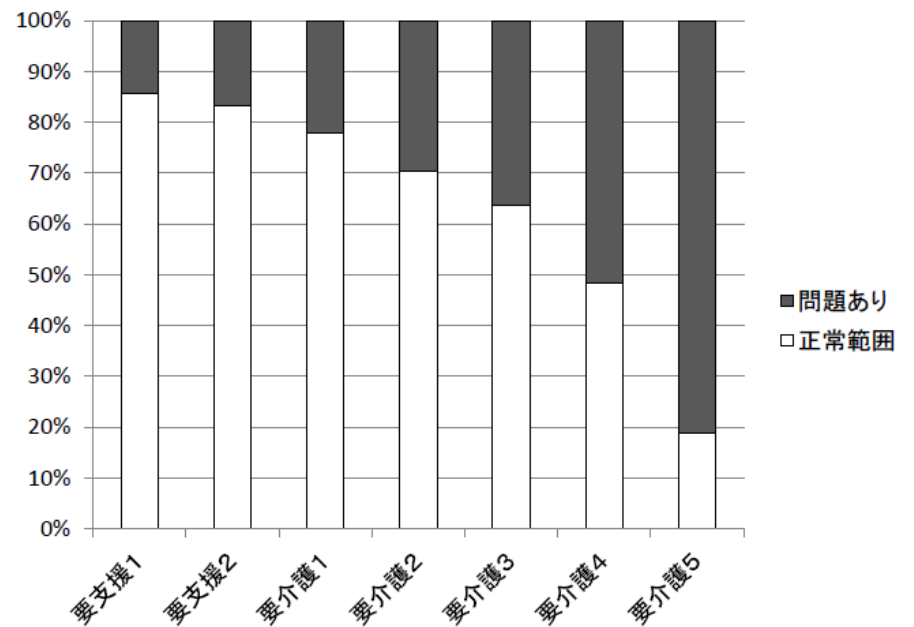


図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

** 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

出典：榎ら;在宅療養要介護高齢者における摂食嚥下障害と栄養障害に関する調査研究The KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) studyより
日本臨床栄養学会雑誌 36(2): 124-130, 2014.

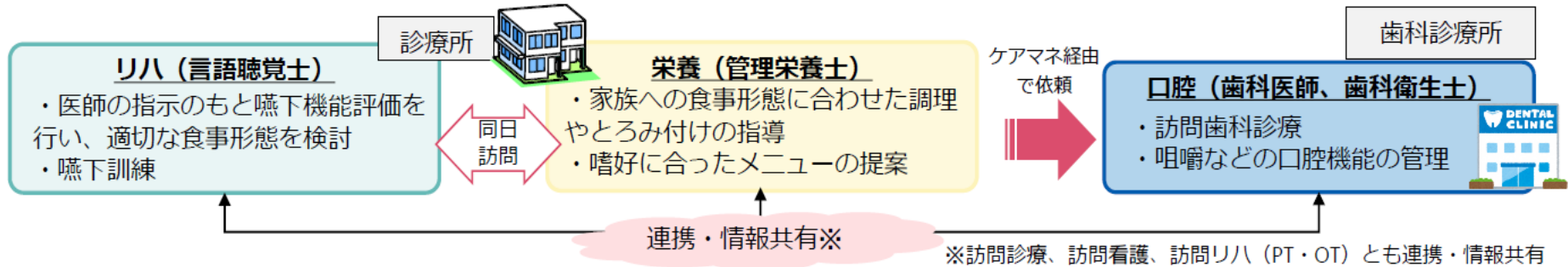
【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（認知症・在宅）

意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

82歳 男性 要介護度3

認知症による摂食・嚥下機能の低下や食事量のムラ・嗜好の偏りに多職種で対応

- ＜主病名＞アルツハイマー型認知症 悪性リンパ腫 脳梗塞後 <ADL> 歩行は要介助、食事と排泄は自立
- ＜経過＞数年前から食事量が減り、むせるようになった。誤嚥性肺炎にて3か月間入院治療。退院後、訪問診療開始。
- ＜嚥下状態＞嚥下障害で特に水分での誤嚥兆候が強い <口腔状態＞口腔内清掃状態不良
- ＜食形態＞介入時：全粥、軟菜食、水分とろみなし（入院時：全粥、ソフト食、水分薄とろみ）



介入時 (学会分類コード4)

水分とろみなし
(むせる)

ハンバーグ
(一口大に切ると「嫌だ」と拒否)



全粥
(唾液で後半は離水する)

状況に合わせて調整

主食：ミキサー粥、粥ゼリー
副菜：市販介護食品の検討
水分：とろみの調整



半年後 (学会分類コード2-1)

水分濃いとろみ

市販介護食
1品



粥ゼリー
(大好きなお餅に見た目を工夫)

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：51kg
＜血液データ＞ Alb 3.1g/dL TP 5.8g/dL
＜摂取栄養量＞ エネルギー：500kcal
たんぱく質：15g

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：**54kg**
＜血液データ＞ Alb **3.7g/dL** TP **6.7g/dL**
＜摂取栄養量＞ エネルギー：**1500kcal**
たんぱく質：**55g**

ある夏の日

そうめんが
食べたい！

診察時でも
STリハビリ時でも
言われ…

そうめんをミキサーにかけ
ゲル化剤で作成
食感ゼリー



そうめんゼリーを作成

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】

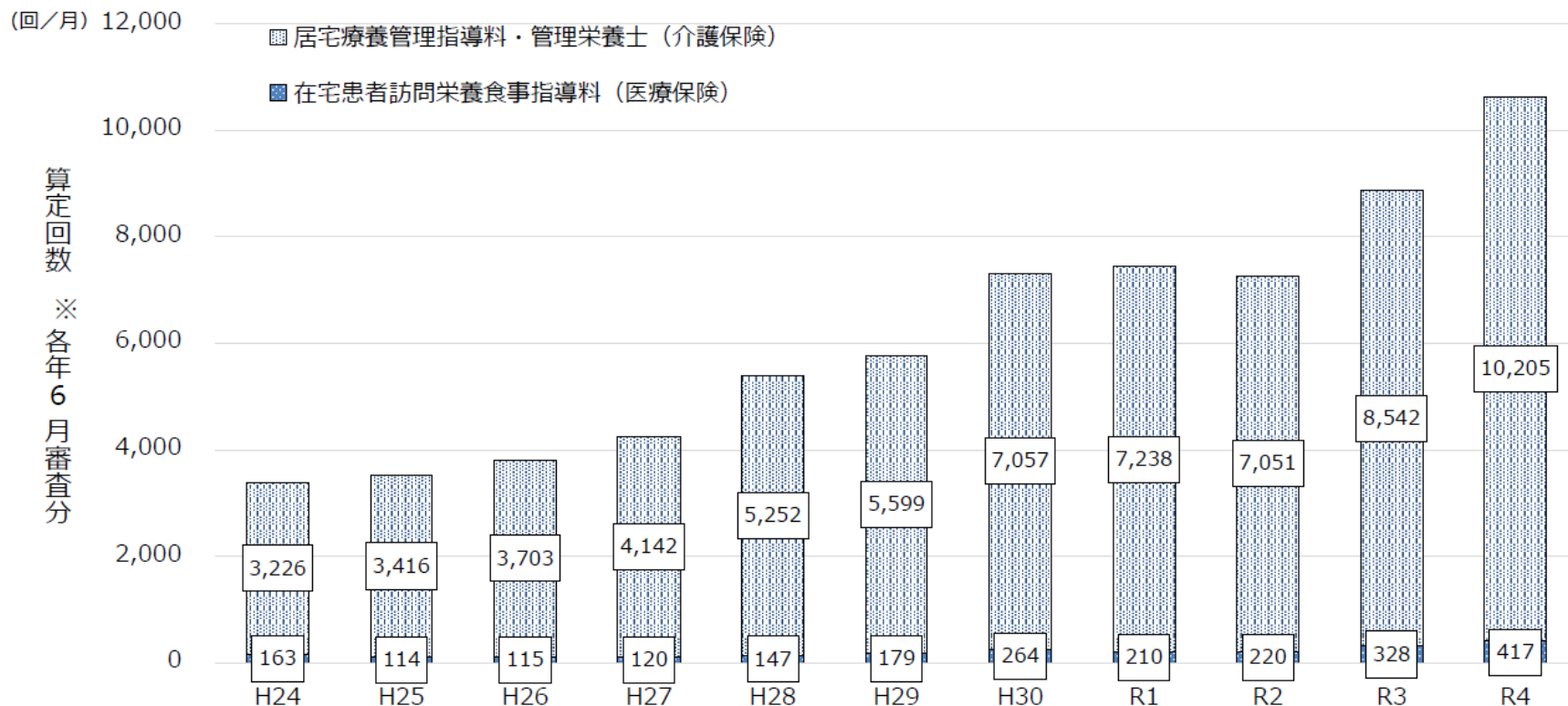
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※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

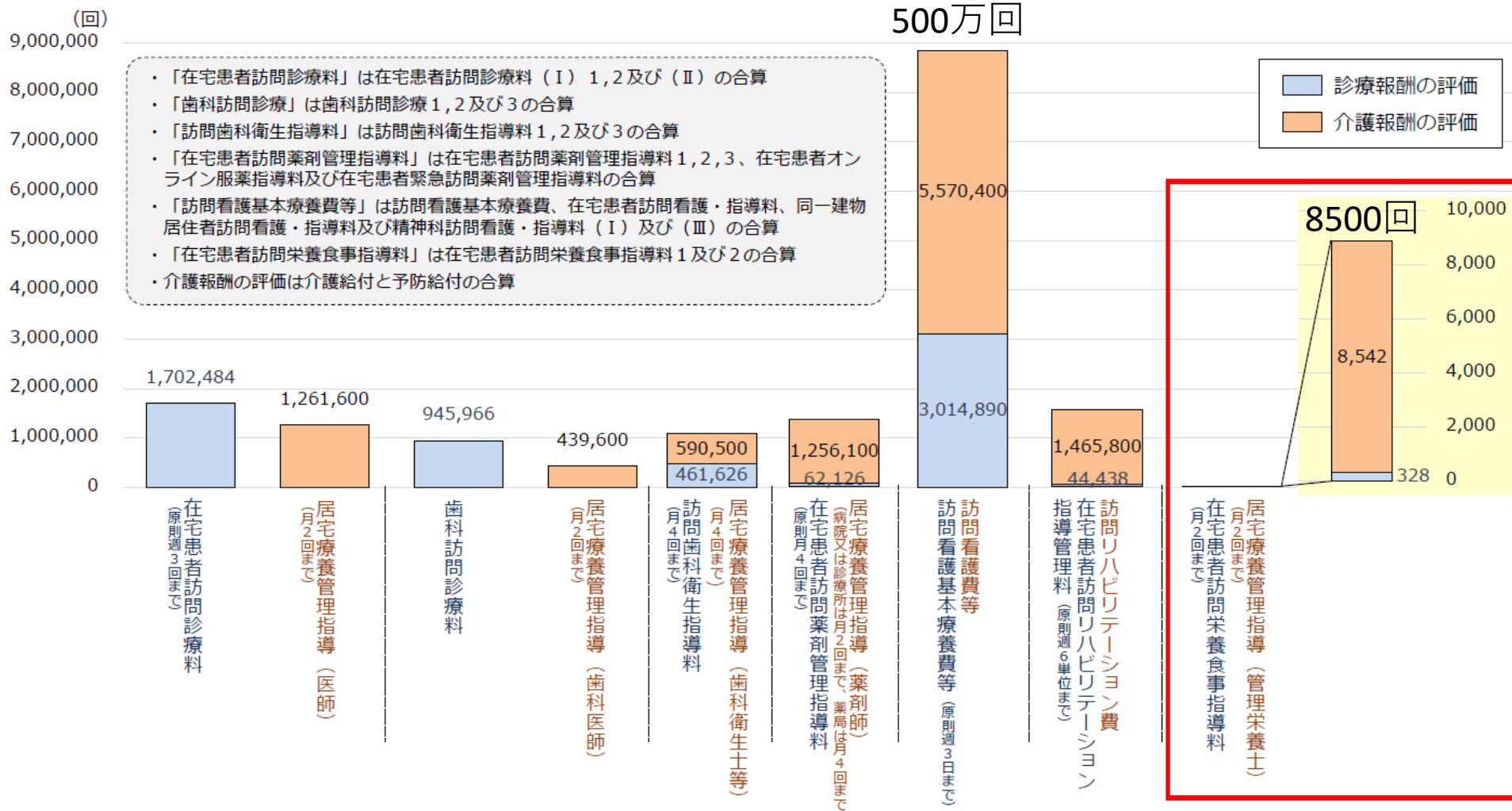
- 訪問栄養食事指導の算定回数は、令和2年は微減したものの、年々増加している。
- ほとんどが介護保険による居宅療養管理指導であり、令和4年(6月審査分)は約1万回／月だった。



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と比較

○ 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

入院外来分科会委員意見

- 診療側の池端委員や支払側の松本委員
 - 「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」を整えていくことが必要。
 - すでに診療報酬上は、クリニックと栄養ケア・ステーションが連携した場合の評価（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でていないか」を確認が必要
- 眞鍋医療課長
 - 栄養ケア・ステーションは全国で110か所設置され、4000名を超える管理栄養士が所属している
 - 地域の在宅医療を行う医療機関や訪問看護ステーションなどとこれまで以上に密接に連携し、「多職種による総合的な在宅医療提供」が進むことに期待。

パート5

2026年診療報酬改定と
栄養士

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (1日につき)

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的に開催**されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

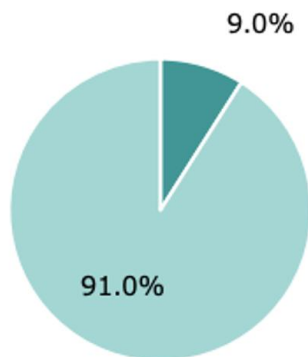
【施設基準】 (概要)

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア **入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

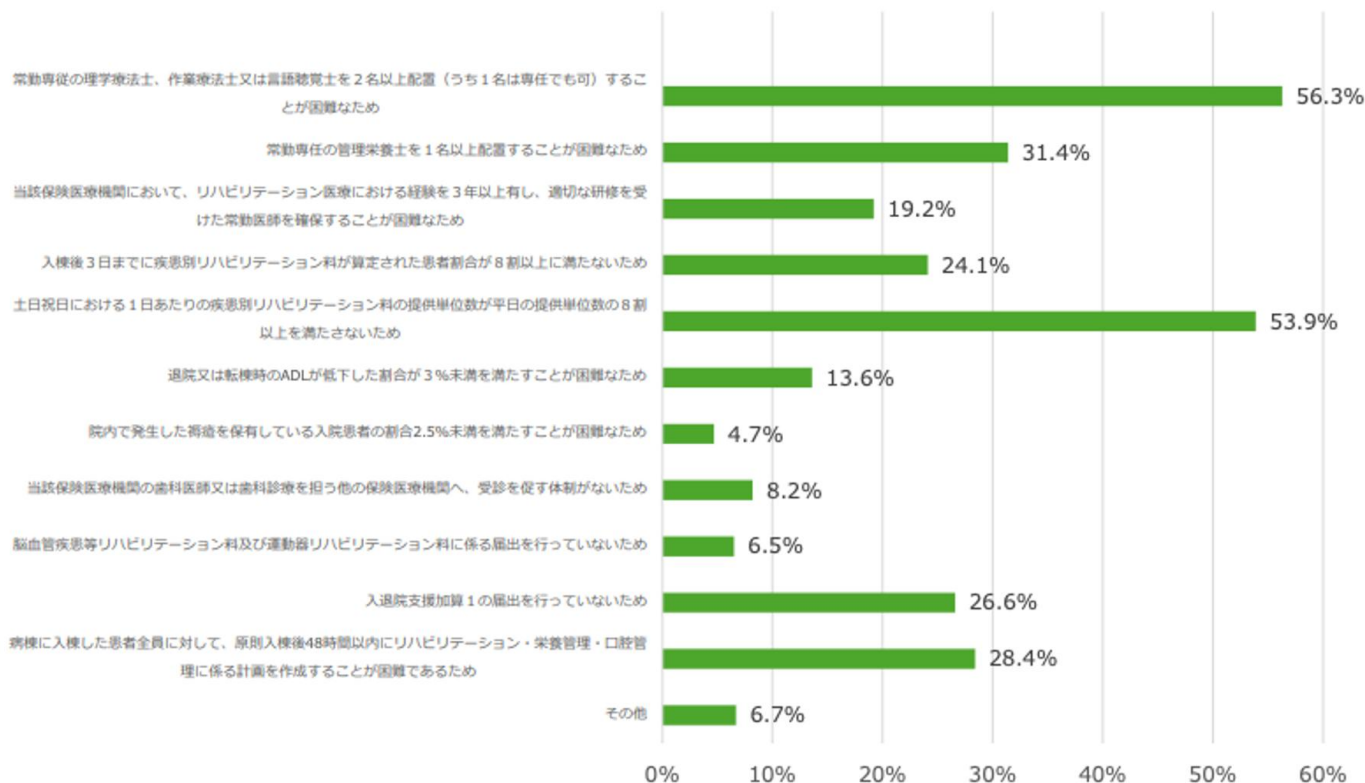
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況 (n=1,065)



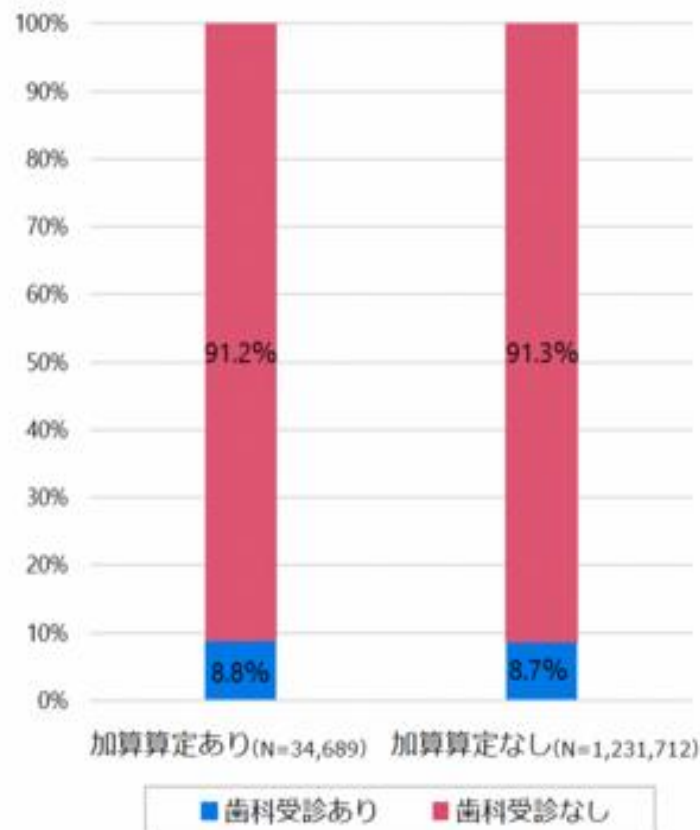
■ 届け出ている
■ 届け出していない

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：(n=924)

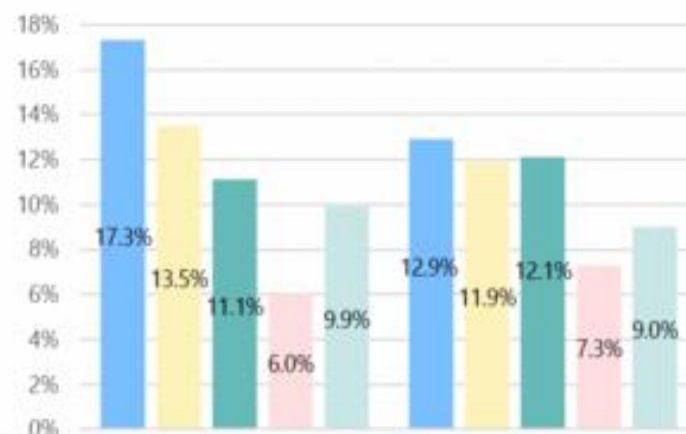


- 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。
各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。



(n数)	加算算定あり	加算算定なし
誤嚥性肺炎	1,135	29,326
大腿骨頸部骨折	889	16,503
大腿骨転子部骨折	713	13,637
うっ血性心不全	766	26,270
細菌性肺炎	433	15,962

算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算2の新設

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について更に評価するとともに、施設基準を緩和した加算2を新設する。
- 加算2に従事する専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算、「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることとする。
- B I の測定に係る研修において、併せて F I M の測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
(1日につき) 120点

【施設基準】

- プロセス・アウトカム評価
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の8割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が3%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。



改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1
(1日につき) 150点
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 2
(1日につき) 90点

【施設基準】

- 加算2のプロセス・アウトカム評価（加算1は不変）
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が5%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算 1	(新) 加算 2	加算 1	(新) 加算 2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		<u>専任の管理栄養士 1名</u> + 病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割以上</u>	8割以上	<u>7割以上</u>	<u>7割以上</u>
ADL低下割合	3%未満	<u>5%未満</u>	3%未満	<u>5%未満</u>	<u>二（要件なし）</u>
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1 心不全再入院予防継続管理料 1 | 1,000点 | (入院中1回に限り算定) |
| 2 心不全再入院予防継続管理料 2 | 6回目まで 700点 7回目以降 225点 | (1年を限度として月に1回・外来で算定) |
| 3 心不全再入院予防継続管理料 3 | 6回目まで 400点 7回目以降 225点 | (1年を限度として月に1回・外来で算定) |

	管理料 1 (入院中)	管理料 2 (外来)	管理料 3 (外来)
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載 		

6月から始まる 心不全再入院予防継続管理料

入院中から退院後まで、多職種で再入院を予防

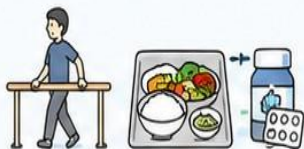
入院中（管理料1）



急性心不全で
入院した患者が対象



多職種で
評価・治療・指導



リハ・栄養・
薬剤管理など

入院中1回 1,000点

退院後の外来（管理料2）



退院後も
外来で継続管理



生活・食事・運動の指導



再入院を予防

月1回・1年まで
6回まで700点
7回目以降 225点

地域で継続（管理料3）



地域の医療機関でも
継続管理



退院後の支援を
つなぐ

月1回・1年まで
6回まで400点
7回目以降 225点



対象：
急性心不全
(急性増悪を含む)



目的：
再入院予防



大切：
医師・看護師・薬剤師・
管理栄養士・理学療法士などの
多職種連携

栄養の連携について



管理栄養士のいない診療所の場合、近隣の医療機関等に栄養指導を依頼することで、評価される。
なお、栄養指導を実施した医療機関は後日診療所に請求を。

現行

【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
 - イ 外来栄養食事指導料 1
 - (1) 初回 (略)
 - (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 200点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 180点
(新設)
 - ロ 外来栄養食事指導料 2
 - (1) 初回 (略)
 - (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 190点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 170点
(新設)



改定後

【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
 - イ 外来栄養食事指導料 1
 - (1) 初回 (略)
 - (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 200点
 - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 180点
 - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 **50点**
 - ロ 外来栄養食事指導料 2
 - (1) 初回 (略)
 - (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 190点
 - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 170点
 - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 **45点**

[算定要件]

管理栄養士が(1)の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、**2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる**。なお、**指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能**である。

2026年

令和8年度 診療報酬改定：リハ・栄養・口腔連携体制加算のポイント解説

令和6年度新設の「リハ・栄養・口腔連携体制加算」は届出率が9.0%と低迷。令和8年度改定で要件を緩和した新区分と病棟拡大で多職種連携の普及を目指します。

加算の2段階再編と要件の緩和

現行相当・厳しい基準



加算1
(150点)

土日祝日のリハ提供量 平日の8割以上



ADL低下割合



早期リハ実施割合 8割以上



要件緩和で導入しやすく



**新設
加算2**
(90点)

要件緩和で導入しやすく

土日祝日のリハ提供量
平日の7割以上



ADL低下割合



早期リハ実施割合 8割以上



+



兼務容認

専従療法士 (例：排尿自立支援加算など)

地域包括ケア病棟への連携加算新設



**新設
連携加算**
(30点)



専任の管理栄養士
配置



リハ経験のある医師
配置



経済的評価：
包括範囲外化

- 入院栄養食事指導料別途算定可能
- 栄養情報連携料別途算定可能

まとめと提言

- 地域包括ケアは病院の専門職の地域活動から始まった
- 地域包括ケアには食事・栄養が欠かせない
- 栄養ケア・ステーションの活動に注目
- **2024年診療報酬改定**では、生活習慣病管理料が注目
診療所と栄養ケア・ステーションの連携が必要
- **2026年診療報酬改定**では、リハ・栄養・口腔
の三位一体がさらに強化された

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

- 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！
 - 地域医療構想、医療DX
 - 働き方改革、かかりつけ医
 - 医師偏在対策、少子化対策など
 - ポスト2040年も予想
 - 医学通信社より、
7月発刊予定
 - 2色刷240頁、2600円



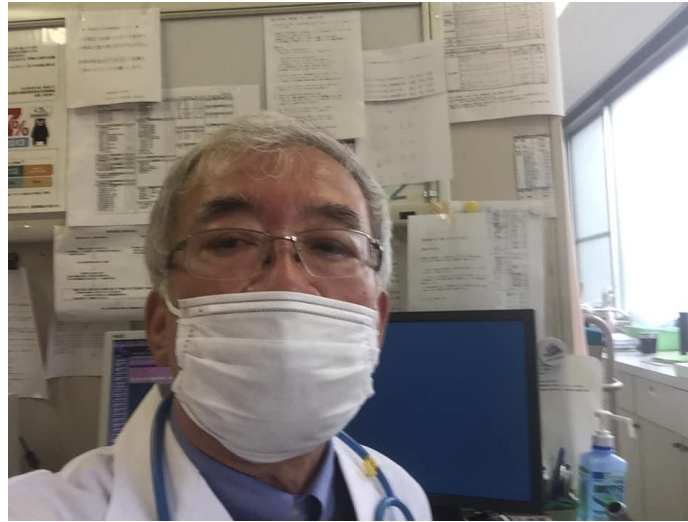
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



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外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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

グループワーク



- ①「栄養士が専門職としてどのように地域に貢献しているか？どのように貢献すべきか？」について意見交換をしよう。
 - 実際に地域貢献している事例について意見交換しよう。
- ②「栄養ケア・ステーション」について意見交換をしよう。
 - 栄養ケア・ステーションの事例やその普及には何が必要かについても意見交換をしよう。
- ③生活習慣病管理料と栄養士の関わりについて意見交換しよう。
- ④リハ、栄養、口腔の三位一体について意見交換しよう。
- グループで意見交換や討議の結果を発表しよう。

グループワークの 発表は20:00から

