

2. 入院（その7）について

入院(その7)

入退院支援・栄養管理体制

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、「入院（その7）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、入院（その7）、テーマといたしましては、入退院支援、栄養管理体制につきまして、中医協資料「総-2」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

説明

1. 入退院支援について

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

入退院支援のうち以下の論点については、それぞれの中医協総会にて議論

- ・ 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等における、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携: 令和5年10月20日中医協総会(個別事項(その3))
- ・ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援: 令和5年11月10日中医協総会(入院(その3))
- ・ 重症新生児に対する退院支援: 令和5年12月1日中医協総会(個別事項(その9))

2

スライド2につきまして、こちらに本日の目次をお示ししてございます。

下に枠囲み、点線で枠囲みをしてございますけれども、これまでの議論の中では、個別テーマの中で入退院支援につきまして既にご議論いただいた内容がございますが、

本日は入退院支援という、入院に係る横断的な内容といたしまして、ご説明をさせていただくものでございます。

中医協 総-1
5. 7. 20

入退院支援に係る診療報酬の主な変遷

【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

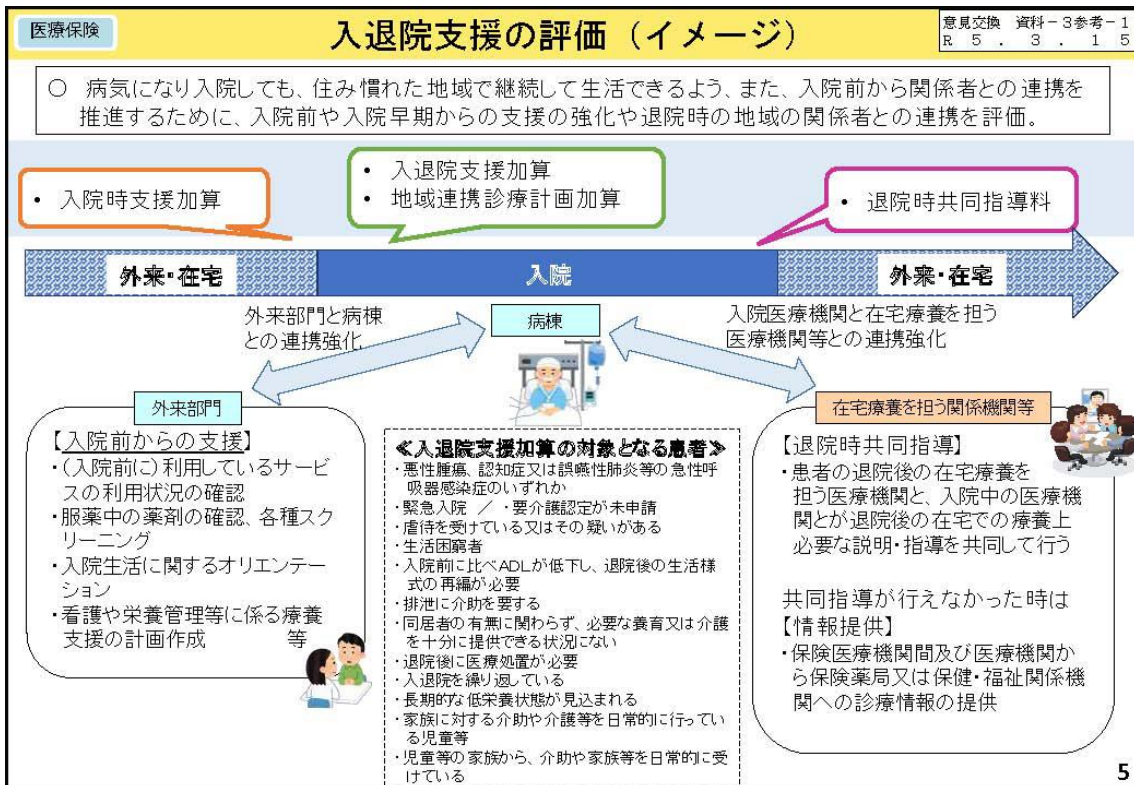
3

スライド3、そして、4、5、6、7というところがございますけれども、

これは入退院支援の概要、そしてまた報酬の変遷、そして届出の状況などをお示ししているものがございます。

次に、8ページ目まで進ませていただきます。

入退院支援加算 1・2 の概要		中医協 総-1 5. 1 2. 6
A 2 4 6 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 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、生活困難者であること 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	入退院支援加算 2 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 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
退院困難な要因	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
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



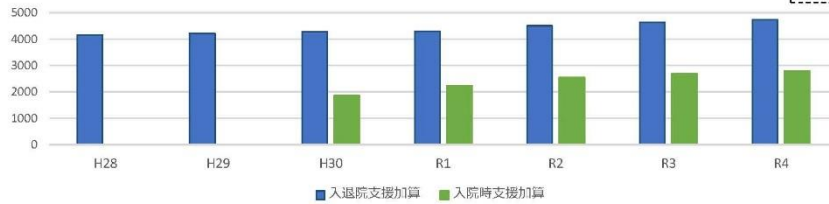
入退院支援加算の届出・算定状況

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)

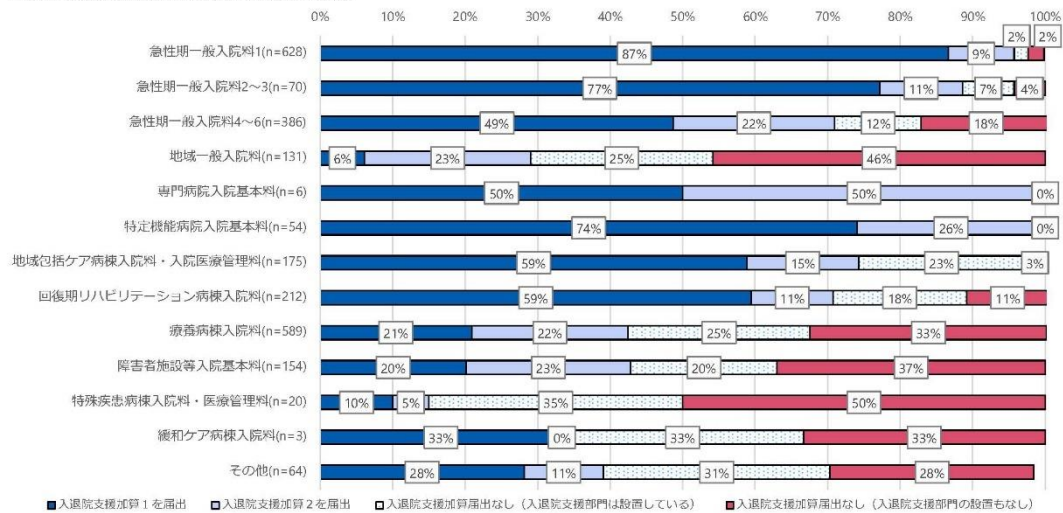
6

入退院支援加算1・2の届出状況

診調組 入-1
5. 6. 8

- 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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

7

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」

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 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(胃腸等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

8

こちらはスライド8からスライド10でございますけれども、

これも過去にお示したものでございますけれども、

入院料別に対象者の退院困難な要因ですとか、

入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）

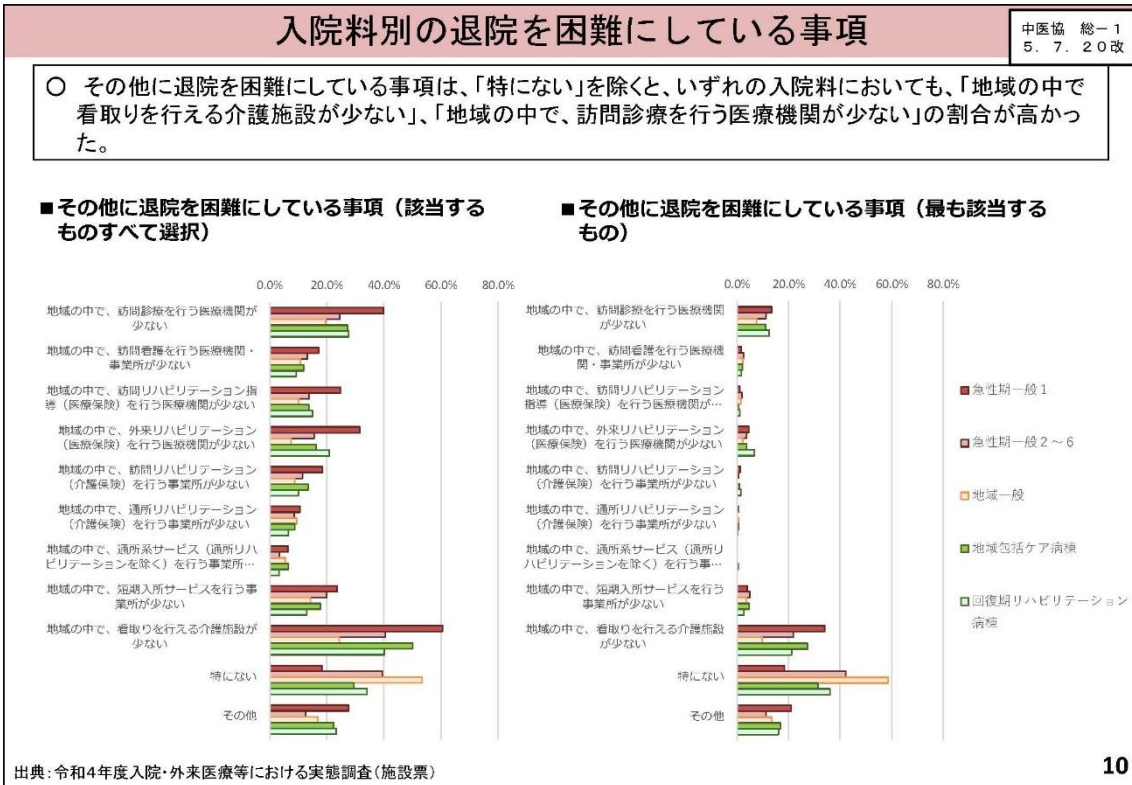


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

9

あるいは、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項、
そして退院を困難にしている事項

ということをもとめているところがございます。



例えば、10 ページでございますけれども、

退院困難にしている理由といたしまして、

例えば、その地域の中で看取りを行える施設が少ない、介護施設が少ないといった理由なども挙げられているところでございました。

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

Ⅱ. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

13-2. 入退院支援について

- ・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないかとの指摘があった。
- ・ 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも非常に重要。これらの項目の実施率は、必須項目に比べれば低いとはいえ、全体としては、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかとの指摘があった。

11

次に、スライド 11 から 13 でございます。

これは分科会や同時改定に向けた意見交換会における主な意見をご紹介しますのでございます。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総-4
5. 6. 14改

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①

(1)医療・介護・障害サービスの連携

1)今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

- あるべき連携の姿とは、必要な情報の一方的な提供や閲覧だけでなく、相互のコミュニケーションを深め、現状、課題、目標、計画などを共有しながら、患者／利用者、家族とも同じ方向に向かい、より質の高い医療・介護の実現につなげること。
- 各職種・各施設がそれぞれの機能を十分に発揮し、ある程度マルチタスクでお互いにカバーしあい業務をまわさなければ、限られた医療・介護資源で増加する需要をまかなえない。その上で、過不足なくサービスが提供されるよう連携が必要。
- 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていける必要がある。
- 資料にある「医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、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」という記載のとおりであるが、特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか。

2)医療・介護DX

- ITの活用は情報の正確性、迅速性、網羅性の向上に大いに貢献するものであり、様式や項目の統一化は必須。
- DXの目的は業務や費用負担軽減のためでもあり、現場の負担が増大し支障を来すようでは本末転倒。また、DXの推進が目的ではなく、サービスの質の向上や最適化・効率化のツールとしてDXを活用することが重要。
- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。

12

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総-4
5. 6. 14改

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、情報伝達の場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。
- 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。

13

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

2-2-1. 退院時における介護支援専門員等との情報共有について

2-2-2. 入退院支援における連携機関について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

14

次に、スライド 14 からでございますけれども、

入退院支援における関係機関との連携の強化についてでございます。

まず、2-1 といたしまして、退院時における介護支援専門員等との情報共有についてでございます。

在宅医療・介護連携推進事業

意見交換 資料-3参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。

<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援 ○在宅医療・介護連携推進のための技術的支援 ○在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
○地域医療構想・医療計画との整合

15

15 ページ目には、「在宅医療・介護連携推進事業」の概要をお示ししてございます。

これは老健局の事業でございますけど、介護保険法に基づく老健局の事業でございますけれども、こういった市町村による事業がありますということをお示ししてございまして、



16 ページ目には、在宅医療と介護の連携のイメージという図をお示ししてごさいます。

先ほどの「在宅」の中でお示しをいたしました4つの項目がここにも取り上げられてございまして、

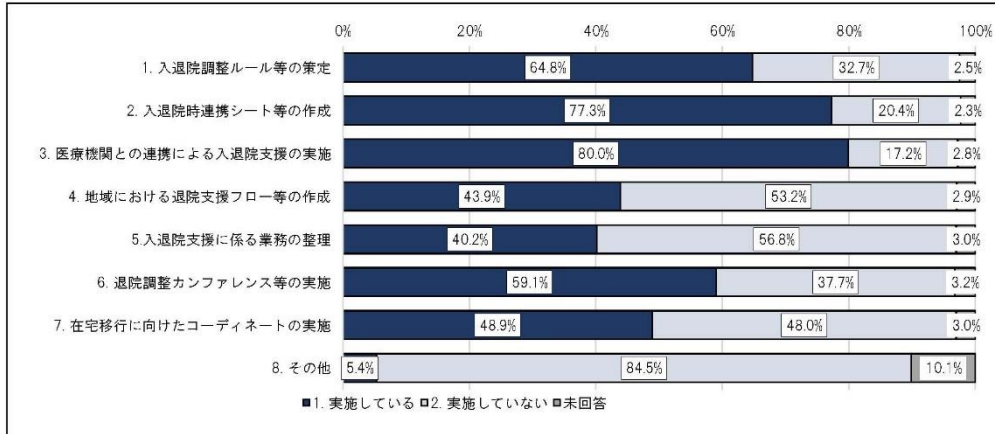
- ・ 日常の療養支援
- ・ 入退院支援
- ・ 急変時の対応
- ・ 看取り

こういった4つのテーマが重要であるというふうにされているところございす。

入退院支援の実施状況 (n = 1,324)

4つの場面を意識した取組のうち、「入退院支援」に“取り組んでいる”または“今後取り組む予定である”と回答した市町村において、実施している取組みとして最も多いものは、「医療機関との連携による入退院支援の実施」であり、次いで「入退院時連携シート等の作成」、「入退院調整ルール等の作成」であった。

○ 「入退院支援」の実施状況



出典：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査(令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研)

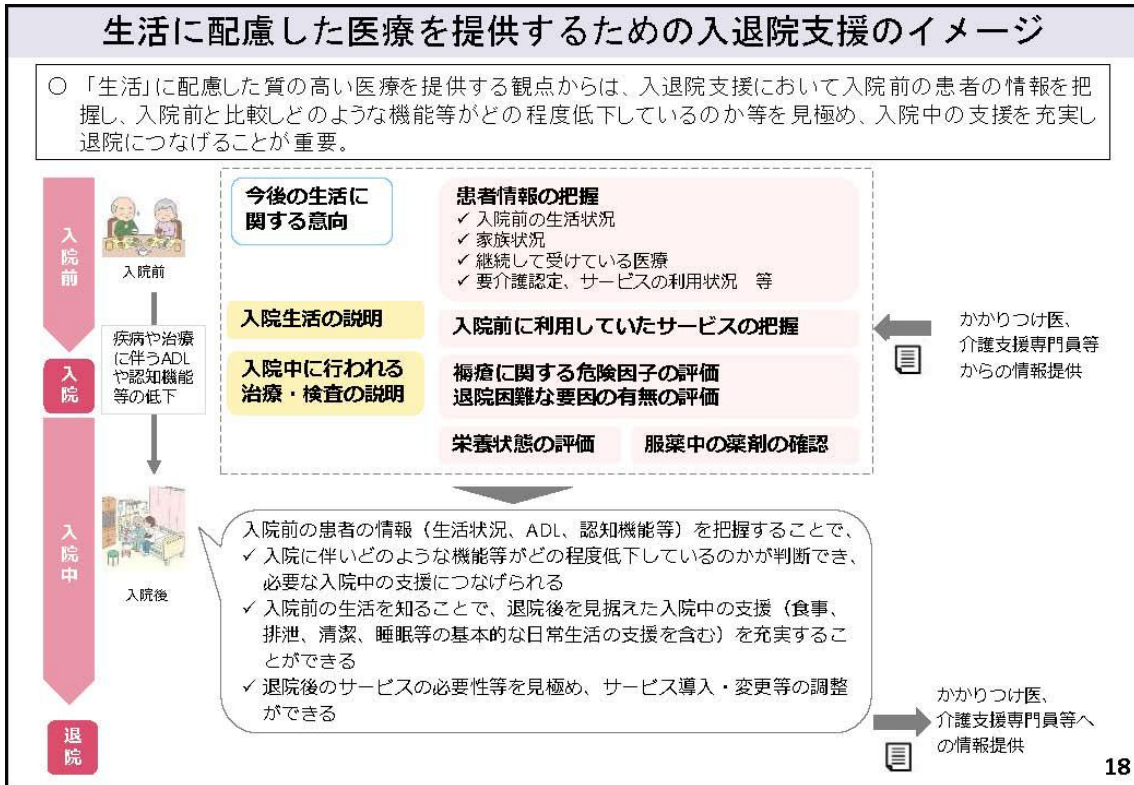
17

17 ページ目が、入退院支援の実施状況ということでございます。

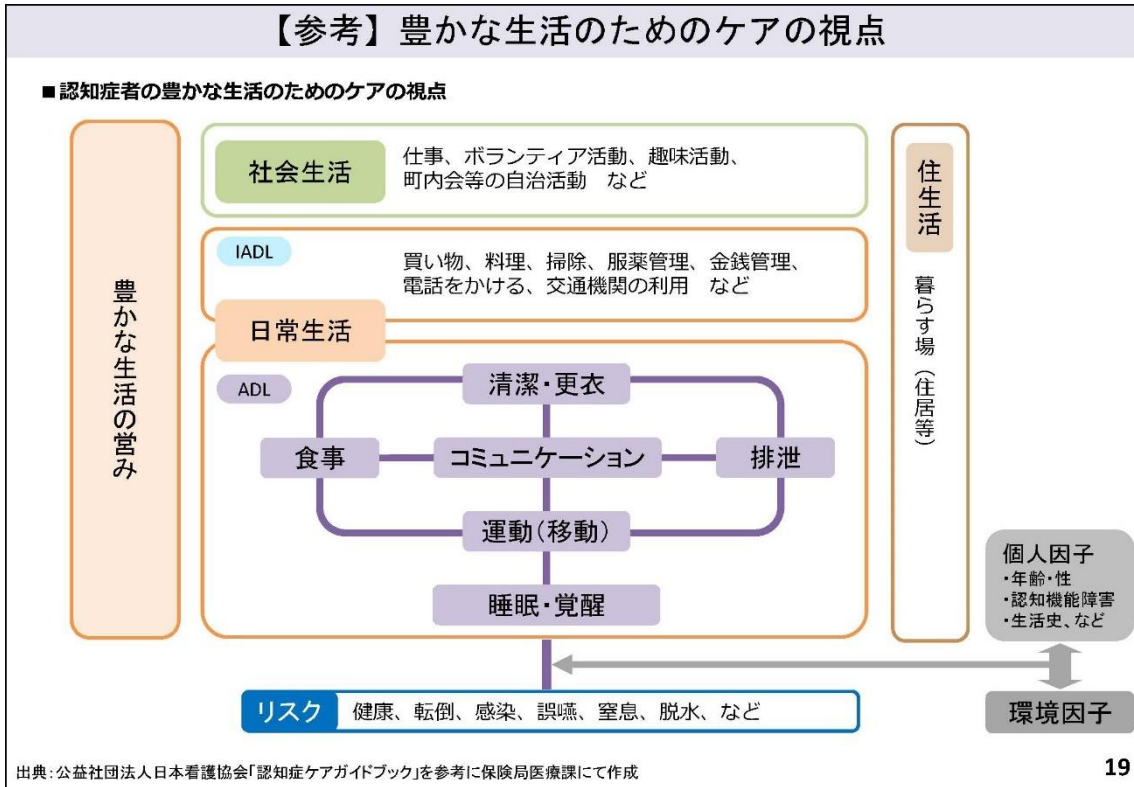
こちらはアンケート結果ということでございますけれども、こちら4つの場面を意識した取組のうち、入退院支援に取り組んでいる、または今後、取り組む予定であると回答した市町村におきまして、

実施している取組として最も多いものが医療機関との連携によります入退院時の実施でありましたということでございます。

ほかにも、「入退院時連携シート等の作成」「入退院調整ルール等の作成」ということもされているところでございます。



スライド 18 から 19 ページは、「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」をまとめたものでございます。



スライド 20 以降でございます。

介護保険	2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化	意見交換 資料-3参考-1 頁 5 . 3 . 1 5
概要	【居宅介護支援】	令和3年度報酬改定
<p>○ 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】</p>		
単位数		
<p><現行> なし <改定後> 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)</p>		
算定要件等		
<ul style="list-style-type: none"> ・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 		

20

20、21、22、23 でございますが、こちら、入退院にあたりまして、

医療機関と、それから介護支援専門員等との情報連携に関しまして、

現在あります、さまざまな報酬の項目およびその様式、
こういったものをお示しするものでございます。

介護保険 入院時情報提供書の標準様式 意見交換 資料-3 参考-1 R 5 . 3 . 1 5

○ 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。

Form 1: 入院時情報提供書 (Standard form for admission information provision). The form is divided into several sections: 1. 氏名・性別・生年月日 (Name, Gender, Date of Birth), 2. 住所 (Address), 3. 連絡先 (Contact Information), 4. 既往歴 (Past History), 5. 家族構成 (Family Structure), 6. 生活歴 (Life History), 7. 趣味・嗜好 (Hobbies and Interests), 8. ADL (Activities of Daily Living), 9. 精神面 (Mental Health), 10. その他 (Others).

Form 2: 詳細な生活歴・趣味・嗜好・ADL・精神面に関する情報提供書 (Detailed form for life history, hobbies, ADL, and mental health). This form provides a more granular breakdown of the information in Form 1, with checkboxes for various activities and conditions.

医療保険 診療情報提供料 (I) の概要 意見交換 資料-3 参考-1 R 5 . 3 . 1 5

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

① 別の保険医療機関に紹介した場合
別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。

② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合
診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。

③ 保険薬局に提供する場合
在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。

④ 精神障害者施設等に提供する場合
精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。

⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合
介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。

⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合
認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

⑦ 義務教育諸学校に提供する場合
障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に算定する。

診療情報提供料 (I) 250点
(患者1人につき月1回に限り)

入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」に配慮した質の高い医療を、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り、「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

24

次に、入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報共有につきましては、同時改定意見交換会におきましても、さまざまご意見をいただいております。

こちらはDXの観点からも様式や項目の統一が必要といったご指摘をいただいておりますことから、

24 ページ、25 ページでございますけれども、こちらは調査研究事業として行われているものもご紹介しております、

それぞれ様式の見直しについても、さまざまな検討が進められているということでございます。

【参考】入院時における介護支援専門員等から医療機関への情報提供の様式見直し

■入院時における介護支援専門員等から医療機関への「入院時情報提供書」の標準様式に関する見直し（案）

現在の様式の項目※

1. **利用者(患者)基本情報**
患者氏名等、住環境、入院時の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険の自己負担割合、障害などの認定、年金などの種類
2. **家族構成／連絡先**
世帯構成、主介護者氏名、キーパーソン
3. **本人／家族の意向**
本人の趣味・興味・関心領域等、本人の生活歴、入院前の本人の生活に関する意向、入院前の家族の生活に対する意向
4. **入院前の介護サービスの利用状況**
入院前の介護サービスの利用状況
5. **今後の在宅生活の展望(ケアマネジャーとしての意見)**
在宅生活に必要な要件、退院後の世帯状況、世帯に対する配慮、退院後の主介護者、介護力、家族や同居者等による虐待の疑い、特記事項
6. **カンファレンス等(ケアマネジャーからの希望)**
「院内の多職種カンファレンス」への参加、「退院前カンファレンス」への参加、「退院前訪問指導」を実施する場合の動向
7. **身体・生活機能の状況／療養生活上の課題**
麻痺の状況、褥瘡の有無、ADL、食事内容、口腔、排泄、睡眠の状態、喫煙、コミュニケーション能力、精神面における療養上の問題、疾患歴、入院歴、入院前に実施している医療処置
8. **お薬**
内服薬、薬剤管理、服薬状況、特記事項
9. **かかりつけ医**

※「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について」(平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知)において「入院時情報連携加算の様式例」として示しているもの

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. **利用者(患者)基本情報**
患者氏名等、入院時の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険の自己負担割合、障害手帳の有無、年金などの種類
2. **家族構成／連絡先**
世帯構成、主介護者氏名、意思決定支援者(代諾者)
3. **意思疎通**
視力、聴力、眼鏡、補聴器、意思疎通
4. **口腔・栄養**
5. **お薬**
内服薬、薬剤管理、服薬状況、薬剤アレルギー、特記事項
6. **かかりつけ医**
7. **人生の最終段階における医療・ケアに関する情報**
8. **入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題**
麻痺の状況、褥瘡の有無、褥瘡等への対応、移乗、移動、移動(屋外)、移動(屋内)、食事、排泄、入院前のADL/IADL、ADL/IADLに関する直近2週間以内の変化、認知機能の状況、過去半年間における入院
9. **入院前の生活における介護／医療の状況、本人の関心等**
介護／医療の状況・本人の関心等(介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等)
10. **今後の在宅生活の展望(ケアマネジャーとしての意見)**
住環境、在宅生活に必要な要件、世帯に対する配慮、退院後の支援者、退院後の主介護者、家族や同居者等による虐待の疑い、特記事項
11. **カンファレンス等(ケアマネジャーからの希望)**
「退院前カンファレンス」への参加、「退院前訪問指導」を実施する場合の同行

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

2-2-1. 退院時における介護支援専門員等との情報共有について

2-2-2. 入退院支援における連携機関について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

26

スライド26が「2-2-2」といたしまして、

「入退院支援における連携機関について」でございます。

入院料別の入院患者の特徴				中医協 総-1 5. 7. 20		
○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。						
		急性期一般入院料			地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
		急性期1	急性期2・3	急性期4～6		
平均在院日数		11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	35.5%	45.6%	82.7%
	緊急（救急車等）	34.4%	37.2%	30.2%	19.4%	9.2%
	緊急（外来初再診後）	27.4%	27.8%	34.4%	34.9%	8.1%
入棟前の場所	他院（有床診含む）	4%	5%	8%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	3%	27%	24%
	その他	84%	86%	89%	54%	11%
入院中の手術の実施		43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%
入院の理由						
<small>出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票） その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）</small>						

27 ページにつきましては、これは、

入院料別の入院患者さんの特徴ということをお示ししてございます。

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

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値	
急性期一般病棟を有する医療機関	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	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	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。

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

次、28 ページでございますが、こちらは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内訳について、お示しをしております。

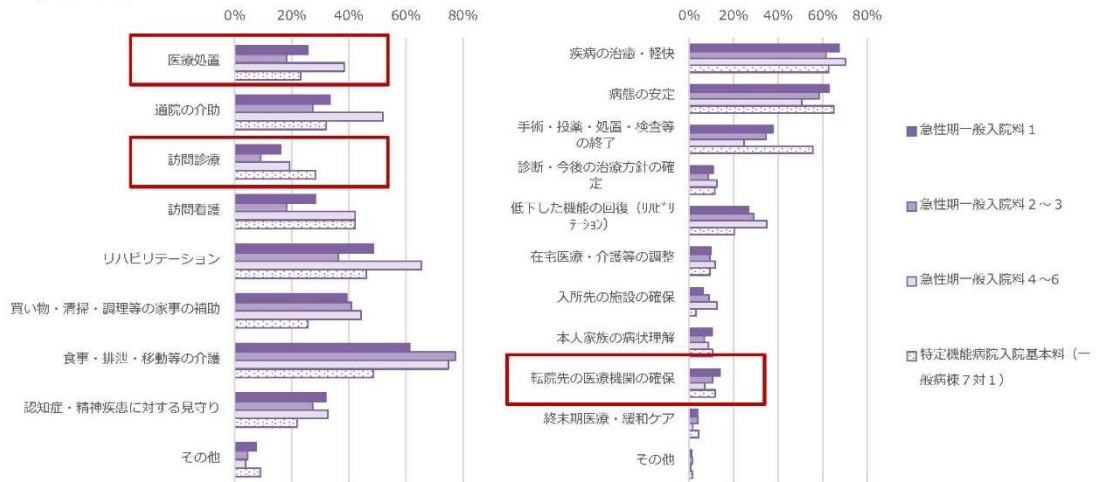
入院料別に大きな差はないところでございますけれども、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所としての連携が多いということでございました。

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）



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

29

次に、スライド 29 でございます。

急性期病棟における退院後に必要な支援をお示ししてございます。

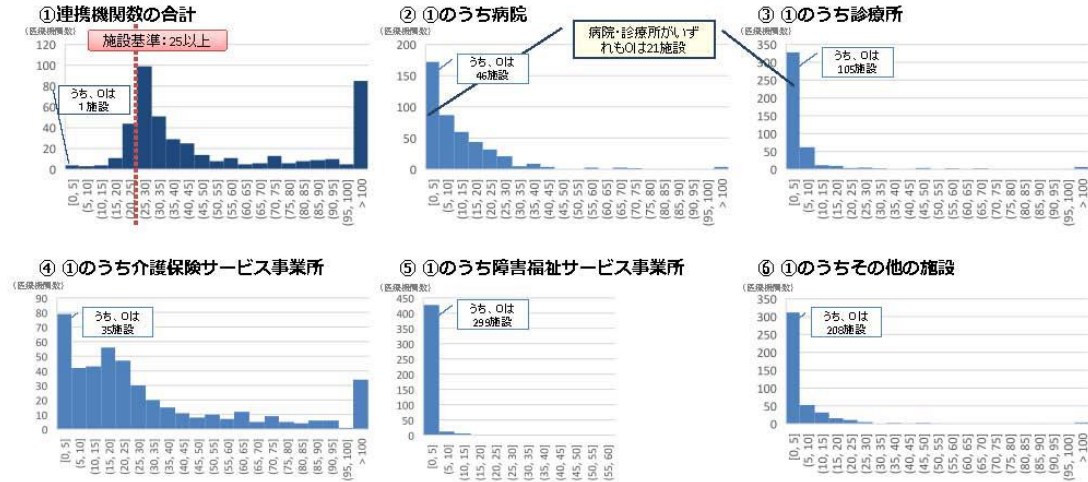
対応後に必要な支援につきまして、約 2 割の患者さんでは医療処置や訪問診療が必要とされている。

また、退院に向けた目標・課題といたしましては、約 1 割の患者さんでは転院先の医療機関の確保といったものが挙げられていたところがございます。

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)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

30

次に、スライド 30 でございます。

こちらは加算届出施設における連携機関の内訳をお示ししてございます。

急性期一般病棟入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出ている医療機関でありましても、連携する病院・診療所はいずれもないといった施設もあったところでございます。

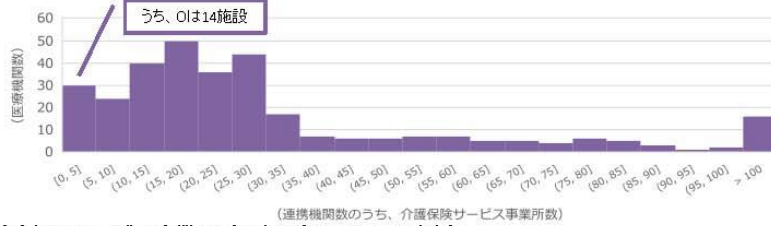
入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

中医協 総-2
5. 11. 15

- 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)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

入退院支援の推進

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	改定後
<p>【入退院支援加算1】</p> <p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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 	<p>【入退院支援加算1】</p> <p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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	改定後
<p>【入退院支援加算1及び2】</p> <p>【算定要件】</p> <p>退院困難な要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>【入退院支援加算1及び2】</p> <p>【算定要件】</p> <p>退院困難な要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 入退院を繰り返ししていること サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

ページ進みまして、32 でございますけれども、

こちらは令和4年度の診療報酬改定における入退院支援の見直しの概要をお示ししてございます。

連携機関との面会ということにつきましては、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能なる機器を用いること。

ICTを用いた面会ということでございますけれども、これも可能としたところでございます。

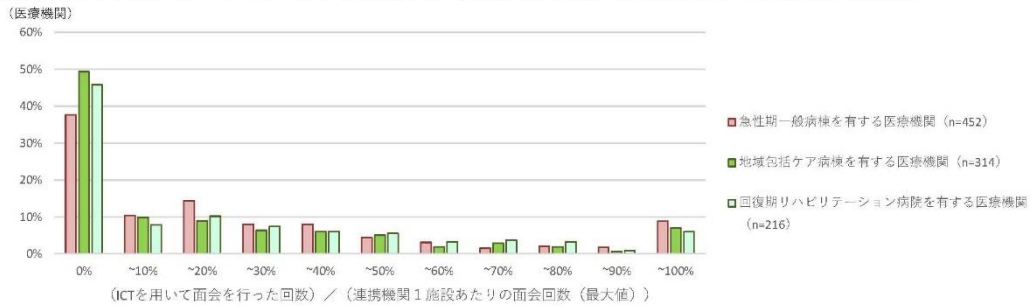
入退院支援加算1届出医療機関における連携機関との面会回数 中医協 総-1
5.7.20

- 入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数の最大値は、入院料別に大きな差はない。
- 連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうちICTを用いた面会回数の割合をみると、0%の医療機関が約4~5割であるが、9割以上の医療機関も一定程度ある。

■入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値) (令和3年11月1日~令和4年10月31日)

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
急性期一般病棟を有する医療機関 (n=455)	10	6	18	5	17.0
地域包括ケア病棟を有する医療機関 (n=316)	10	6	23.3	6	19.3
回復期リハビリテーション病院を有する医療機関 (n=218)	9	5	20	3	16.1

■入退院支援加算1届出医療機関における、連携機関1施設あたりの面会回数(最大値)のうち、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を行った回数の割合の分布



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

33

そして、33は、こちらは連携機関の中でICTを用いた面会の実施状況ということをお示ししております。

コロナ診療の実態に関するヒアリング②

 中医協 総-2
5. 3. 1 改

■ 入院医療に関するヒアリング結果

<一般病棟における医療・体制>

- ✓ 入院患者が高齢化する一方で、入院後に中等症、重症になる患者の割合は低下。
- ✓ 病床が一定程度稼働している際の看護職員の配置としては、約半数の施設がコロナ以前の配置（7:1等）で対応し、約半数がコロナ以前よりも多い配置（4:1～5:1など）で対応。看護師が通常よりも多く必要となる主な理由は以下のとおり。
 - ① 患者の高齢化により、食事など日常の介助、徘徊の防止の業務が増大していること
 - ② 看護補助者や清掃業者が病棟に入れないことにより、消毒や清掃、下膳などの業務を看護師が代替していること
 - ※ 看護配置が通常程度の施設においても、①のため、介護福祉士、理学療法士、MSW等をコロナ病棟の業務に専任化させているケースがある。
 - ※ かつて②に該当した施設で、研修実施により看護補助者をコロナ病棟で勤務可とした結果、看護師の負担が軽減されたケースがあった。
 - ※ このほか、院内の動線分離のためコロナ患者に対する画像検査等を夜間に実施することにより夜間帯の看護職員が多く必要となった結果、手厚い配置（4:1）を行っているケースがあった。
- ✓ 多くの施設では専用病棟を設けている。また、コロナ患者を担当する看護師は、当該勤務帯においてはコロナ患者以外は担当しないこととしている場合がある。勤務間インターバルは、コロナ患者以外を担当する場合と同等程度。
- ✓ 陽性者の転院調整について、自治体の調整が入らなければ、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある。

<ICU等における医療・体制>

- ✓ 重症患者のうちECMOを使用する患者や腹臥位療法を行う患者の割合は低下。
- ✓ ECMOを用いない患者においては、通常のICUの人員配置と変わらないか、外回り要員として全体で1人増加する程度。
- ✓ ECMOを使用する患者においては、通常の倍程度の人員で対応している場合がある。

<感染対策>

- ✓ PPE交換の手間は慣れにより軽減されているが、業務効率の低下や、常時装着によるストレス・体力の消耗は依然としてある。
- ✓ ガウンの省略や病室単位でのゾーニングは、ほとんどの施設で行われていない。

■ まとめ

- 外来医療においては、発熱外来の設備整備や発生届の簡略化により、一部の業務が効率化している。一方で、空間分離又は時間分離など必要な感染対策は継続しており、そのための人員の確保やPPEの使用を行っている。
- 入院医療においても、重症化率低下や経験の蓄積、看護補助者による介入によりコロナ発生当初より業務・人員配置の効率化がされている。一方で、院内クラスターへの防止のため必要な感染対策は継続しており、また、入院患者の高齢化に伴い、介護・リハビリや退院支援に関する業務が増大している。

34

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

35

それでは次、35 ページ以降でございます。

「入退院支援における生活に配慮した支援の強化について」というテーマでございます。

病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 各種計画作成は主に各専門職種が実施し、スクリーニングや定期的な評価は各専門職種又は看護職員が主に実施するとともに、複数の職種が関与していた。

■各取組の実施割合及び関与している職種 (急性期一般入院科1 n=3,030)

	実施率	上段:関与している職種 下段:主に実施している職種									
		医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	
1 NST等の専門チームでのカンファレンス	88.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	76.0%	13.3%	45.3%	96.8%	14.6%	
2 1以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.5%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	40.4%	9.4%	
3 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%	
4 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	96.4%	1.2%	
5 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.3%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%	
6 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%	
7 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.3%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	19.1%	
8 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%	
9 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	91.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%	
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	95.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.2%	
11 口腔管理に関する計画の作成	49.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.3%	
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%	
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.5%	54.7%	84.3%	4.7%	
14 経腸栄養剤の種類の変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.3%	24.0%	2.7%	2.0%	12.8%	83.3%	1.9%	
15 退院前の居宅への訪問指導	38.3%	3.7%	0.0%	63.6%	0.0%	26.8%	4.2%	0.0%	0.2%	0.0%	
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	35.3%	65.0%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%	

出典:令和5年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

スライド36は、病棟における多職種連携の取組状況ということをお示しして
 ございます。

各種の計画策定につきましては、主に各専門職種が実施し、
 スクリーニングや定期的な評価は各専門職または看護職員が主に実施すると
 ともに、

複数の職種が関与して取り組んでいるということをお示しする結果となってい
 るかというふうに承知をしております。

多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援に関する主な評価

○ 多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援については、支援が必要な者に関するスクリーニングとしては、入院基本料の施設基準で求める「褥瘡対策」や「栄養管理」等があり、スクリーニングの結果支援が必要な者に対する重点的な支援については、様々な加算で評価している。

	支援が必要な者に関するスクリーニング	支援が必要な者に対する重点的な支援
褥瘡	・入院基本料の施設基準(褥瘡対策)	・褥瘡ハイリスク患者ケア加算 等
栄養	・入院基本料の施設基準(栄養管理)	・入院栄養食事指導料 ・栄養サポートチーム加算 等
A D L		・疾患別リハビリテーション料 等
認知機能	・認知症ケア加算 ・せん妄ハイリスク患者ケア加算	・認知症ケア加算
口腔		・周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) ・周術期等専門的口腔衛生処置 等
摂食・嚥下状態		・摂食機能療法 ・摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法の注3)
排泄		・排尿自立支援加算

37



37 ページは、多職種の連携によりまして取り組まれている入院中の療養支援に関する主な評価をまとめたものでございます。

中医協 総-4
5・12・1

リハビリテーションに係る医療介護連携の評価（イメージ）

○ 医療保険から介護保険への移行時に、医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を情報提供することは評価されているが、それ以外のリハビリテーション実施計画書を提供することは情報連携に係る診療報酬の要件となっていない。

**保険
医療機関**

医療保険から介護保険への移行時の評価

診療情報提供料（I）：診療情報提供書を添え患者の紹介を行った場合に算定

リハビリテーション計画提供料1：医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を使用して、訪問・通所リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画書を文書により提供した場合に算定


※ 診療情報提供料（I）とリハビリテーション計画提供料1は併算不可

退院時の情報連携・提供の評価


退院時リハビリテーション指導料：
退院に際し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定

退院時共同指導料2：地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な指導を共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に算定

患者・家族




**通所リハ・訪問リハ事業所
（医療機関・老健・介護医療院）**



事業所医師の指示に基づき
リハビリテーションを提供
（訪問リハ・通所リハ）

在宅医療等の在宅療養を提供

**在宅療養
担当医療機関**



38

スライド 38 から 41 ページでございますけれども、

こちらはリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に関する医療と介護の連携のイメージや、

それぞれの評価、どのようなものがあるかということをおまとめしてございます。

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症、脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症、血栓回収療法を施行。意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善、左片麻痺・摂食嚥下障害があり、ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施。 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり、介護申請して自宅退院。左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション、訪問看護、通所介護を利用予定となった。

連携のポイント① 診療情報を提供

診療情報提供書
・現病歴・既往歴
・治療経過・内服薬
・医学管理上の留意点
・入院中のイベントなど

連携のポイント② 医療と介護共通のリハビリテーション実施計画書を作成

リハビリ実施計画書
・現在の身体機能・動作能力
・訓練の目標・方針
・入院中の訓練内容
・訓練上の留意点・禁忌
・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに介護スタッフも参加

退院前カンファレンス
・入院経過の詳細
・本人・家族の思い
・退院後ケアプラン
・現状の課題 等

介護保険 訪問リハビリテーション

Survey
健康状態の把握・生活機能の評価
・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
・課題：左片麻痺、摂食嚥下障害、歩行障害、ADL障害
・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

Plan
訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺、摂食嚥下障害、歩行障害、ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練、歩行訓練、排泄訓練、環境調整

Do

Check
6か月後：娘の見守りのもと、杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

Act
体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行

アウトカム評価
Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

39

栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）
令和5年11月27日 資料5

イメージ

一次入所 経口から食事摂取

二次入所 栄養ケア計画に基づき、一次入所時とは異なる二次入所において必要となる栄養管理を実施

論点⑤ 施設移動 入院 自宅退所

論点⑥ 介護報酬 「再入所時栄養連携加算」

診療報酬 「栄養情報提供加算」

※「栄養情報提供加算」の対象と算定要件
【対象】栄養食事指導の対象となる患者

【算定要件】
栄養指導に加え、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するとともに、これを他の医療機関等の医師又は管理栄養士に提供

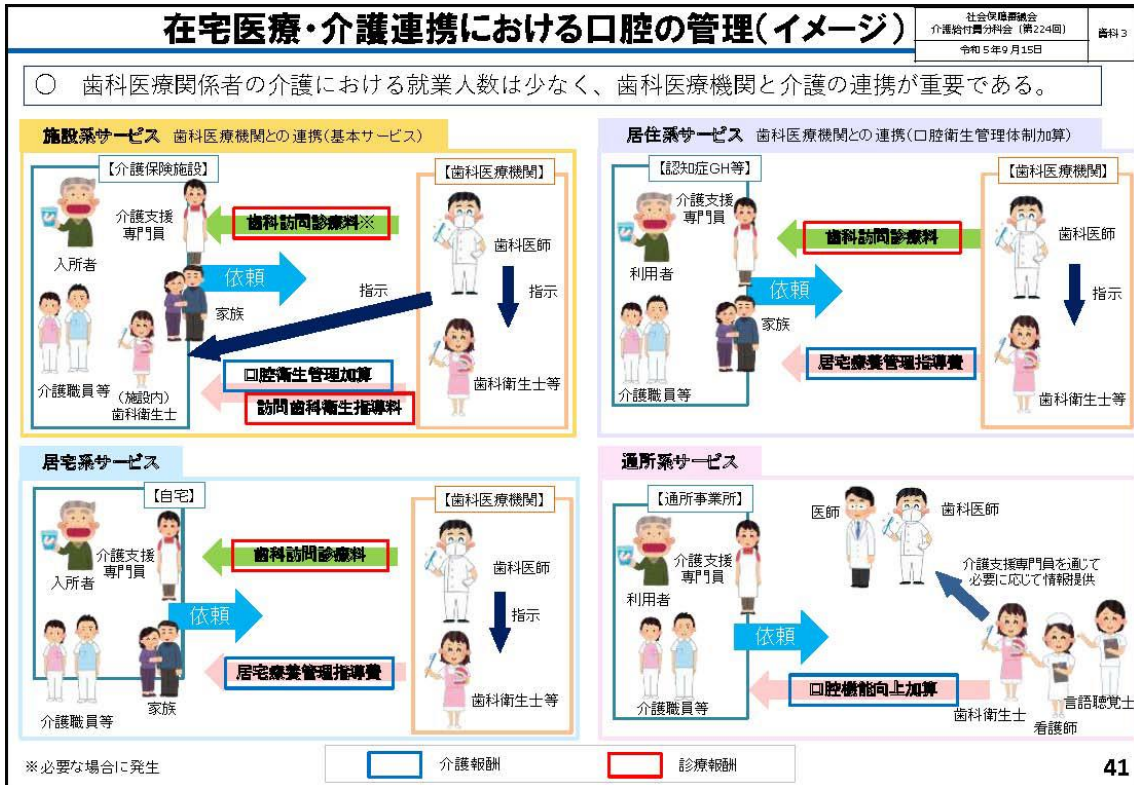
介護報酬 「再入所時栄養連携加算」

※「再入所時栄養連携加算」の対象と算定要件
【対象】経管栄養又は嚥下調整食を新規導入した者

【算定要件】
栄養に関する指導又はカンファレンスに出席し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成
※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可

介護保険施設Aの管理栄養士 医療機関の管理栄養士

40



次、スライド42でございます。

口腔衛生管理の有効性				社会保健審議会 介護給付審分科会（第224回） 令和5年9月15日	資料3		
<p>○ 全国30以上の介護保険施設入所者の縦断調査の結果、現在歯数が多い者ほど肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けている者の方が、肺炎の発症が少ないという結果であった。</p> <p>○ 常食を摂取していた256名について、その後1年間に5%以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。</p>							
1年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析			1年間の5%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析（常食摂取者）				
(n=504)	PRR	95%信頼区間	P-value	(n=256)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.010	0.971-1.051	0.609	年齢	1.03	1.00 - 1.06	0.024
性別(男性)	1.509	0.794-2.866	0.209	性別(女性)	0.93	0.58 - 1.48	0.748
Berthel Index	0.988	0.973-1.003	0.116	体重(kg)ベースライン	1.02	1.00 - 1.04	0.045
Body mass index	0.954	0.862-1.056	0.363	Berthel Index	1.00	0.99 - 1.01	0.945
Clinical dementia rating				Clinical Dementia Rating			
0, 0.5	Reference			0, 0.5	Reference		
1	0.879	0.202-2.381	0.560	1	2.49	0.93 - 6.67	0.068
2	0.879	0.135-1.863	0.303	2	3.21	1.26 - 8.19	0.015
3	0.879	0.188-1.963	0.405	3	2.92	1.08 - 7.88	0.034
糖尿病の既往	0.449	0.147-1.372	0.160	機能歯数	0.99	0.97 - 1.01	0.160
現在歯数	1.042	1.009-1.076	0.013	定期的歯科管理	0.48	0.24 - 0.95	0.036
口腔衛生管理サービスあり	0.388	0.217-0.694	0.001	肺炎の既往	3.72	2.34 - 5.92	< 0.001
PRR = Adjusted prevalence rate ratio				脳血管疾患の既往	1.10	0.73 - 1.65	0.649
				糖尿病の既往	1.07	0.65 - 1.74	0.796
				うつ病の既往	0.02	0.03 - 1.31	0.093
出典:令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」一般社団法人 日本老年歯科医学会						42	

こちらは口腔衛生管理の有効性に関するデータでございます。

口腔衛生管理を受けている方のほうが肺炎の発症が少ないという結果も示されていること。

入退院支援加算 1・2 で求める支援のプロセス

- 入退院支援加算では、「誰が」、「いつまでに」、「何を」すべきかのプロセスは規定されている。また、入退院支援計画の計画策定や退院支援計画を実施するにあたり開催するカンファレンスでは、関係職種との連携や必要に応じた関係職種の参加が求められている。
- 退院支援計画に含む必要がある内容として明記されているのは「退院に係る問題点、課題等」等となり、具体的に記載すべき視点は明記されていない。

○ 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添 1 医科診療報酬点数料に関する事項
第 1 章 基本診療料 > 第 2 部 入院料等 > 第 2 節 入院基本料等加算

A246 入退院支援加算

- (1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養と生活を継続できるように、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するものである。（略）
- (2) 入退院支援加算 1 にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
- ア～セ（略）
- (3) 退院困難な要因を有する患者について、入退院支援加算 1 の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあっては原則として 7 日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあっては原則として 14 日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話しを行うとともに、**関係職種と連携し、入院後 7 日以内に退院支援計画の作成に着手する**。また、入退院支援加算 2 を算定する場合においても、できるだけ早期に患者及び家族と話しを行うとともに、入院後 7 日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (4) ここでいう**退院支援計画の内容**は、以下の内容を含むものとする。
- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日 イ 退院困難な要因
- ウ 退院に関する患者以外の相談者 エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）
- オ 退院に係る問題点、課題等 カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービス担当者名
- (5) **退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算 1 にあっては、入院後 7 日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、入退院支援加算 2 にあっては、できるだけ早期に病棟の看護師及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。**
- (6) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。
- (7) 入退院支援加算 1 については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

43

スライド 43 でございます。

入退院支援加算 1・2 で求める支援のプロセスにつきまして留意事項通知を抜粋してございます。

誰がいつまでに何をすべきというプロセス自体は規定されておりますけれども、

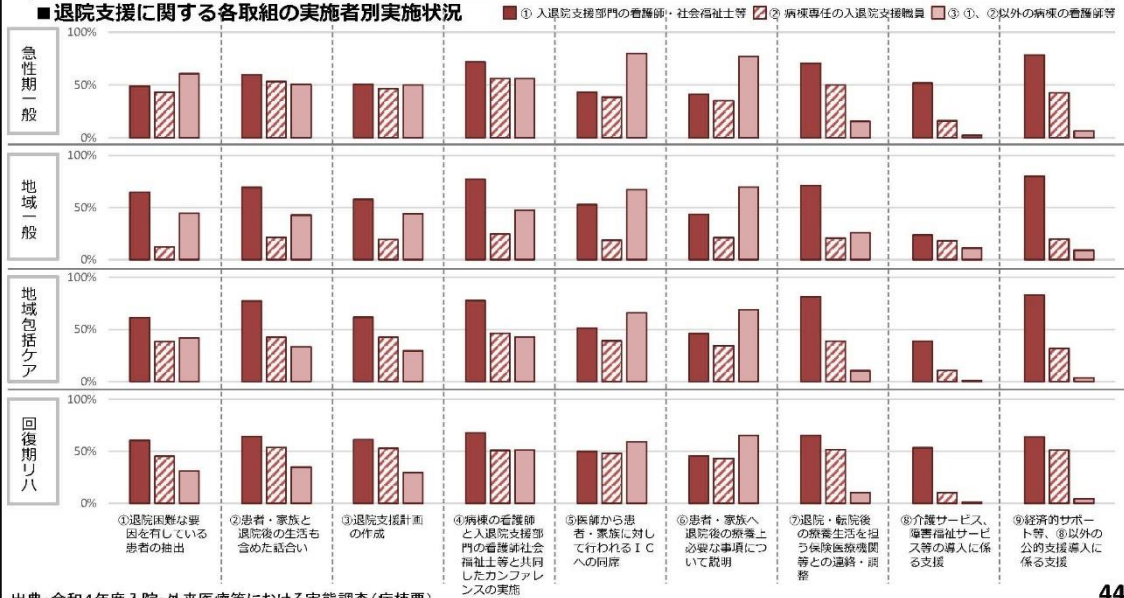
退院支援計画に含むべき「具体的な視点」ということが明記されていないといったところも指摘されているところでございます。

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

診調組 入-1
5 6 8

○ 退院支援に関する各取組のうち、「医師から行われるICへの同席」、「患者・家族への退院後の療養上必要な事項の説明」は病棟の看護師等が実施していることが多く、「退院・転院先との連絡調整」、「介護サービス等の導入に係る支援」、「経済的サポート等、公的支援導入に係る支援」は入退院支援部門の看護師・社会福祉士等が実施していることが多かった。

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

45

次、45以降ページでございますけれども、入院前からの支援の強化でございます。

入院時支援加算の概要

中医協 総-1
5. 7. 20

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

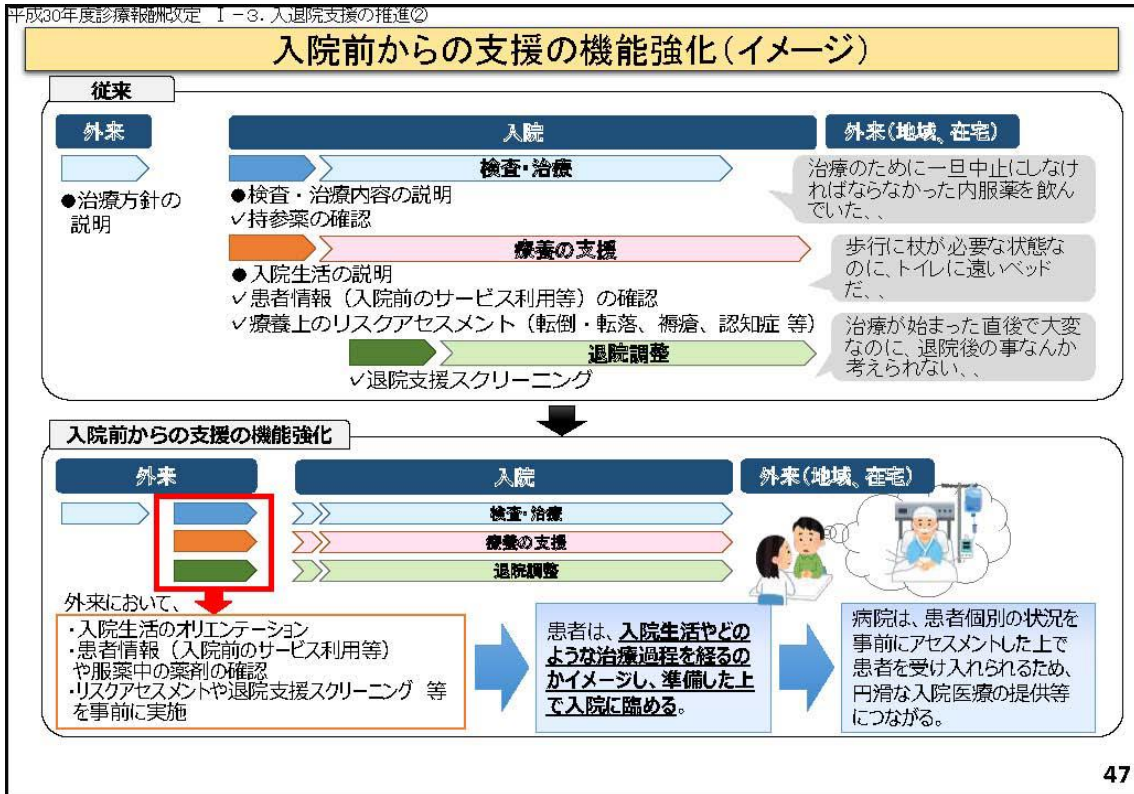
46

46 ページに入院時支援加算ということで、こちらの加算の概要をお示ししてございます。

こちら、算定対象といたしまして自宅等から入院する予定入院患者さんであること。

そして、②としましては、入退院支援加算を算定する患者であることといった要件が課されているところでございます。

平成30年度診療報酬改定 I-8. 入院支援の推進②



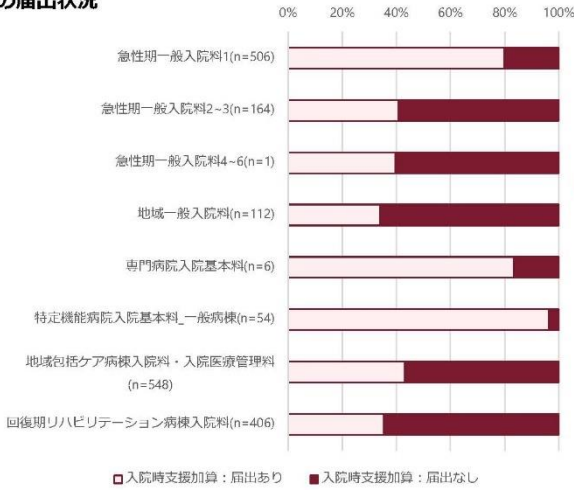
47

次、47 ページは、こちらはその支援のイメージということ。

入院時支援加算の届出状況

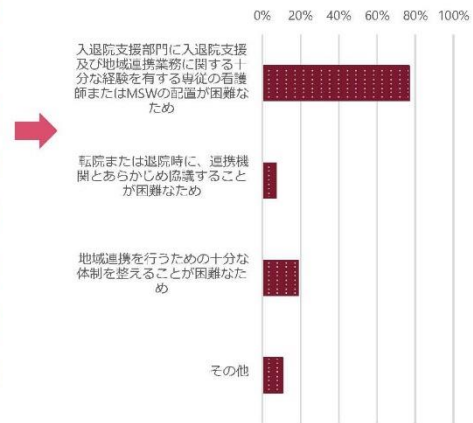
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■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



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

48

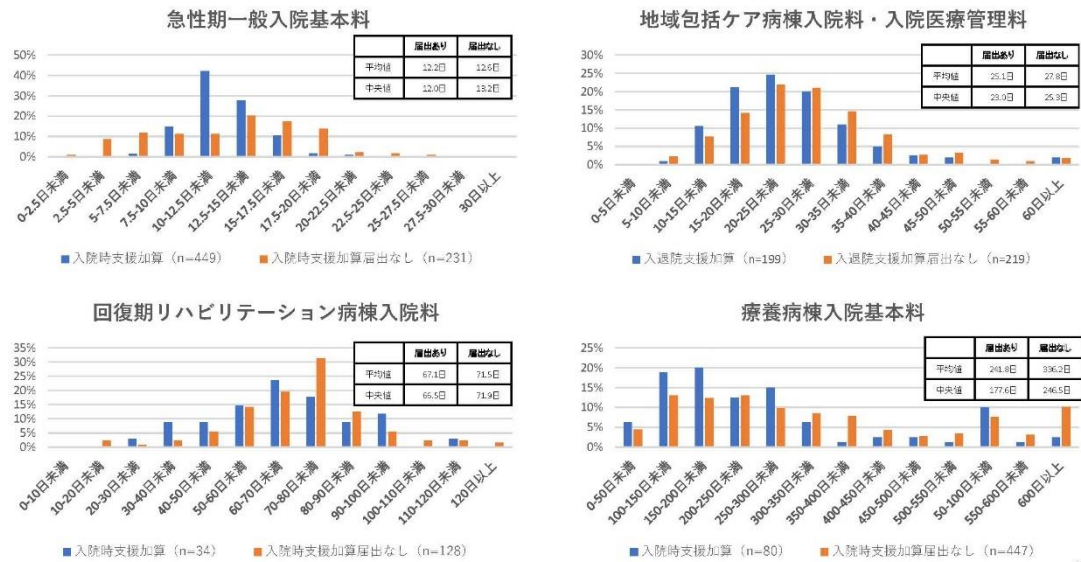
それから、48 ページ目がこの加算の届出状況でございます。

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 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。

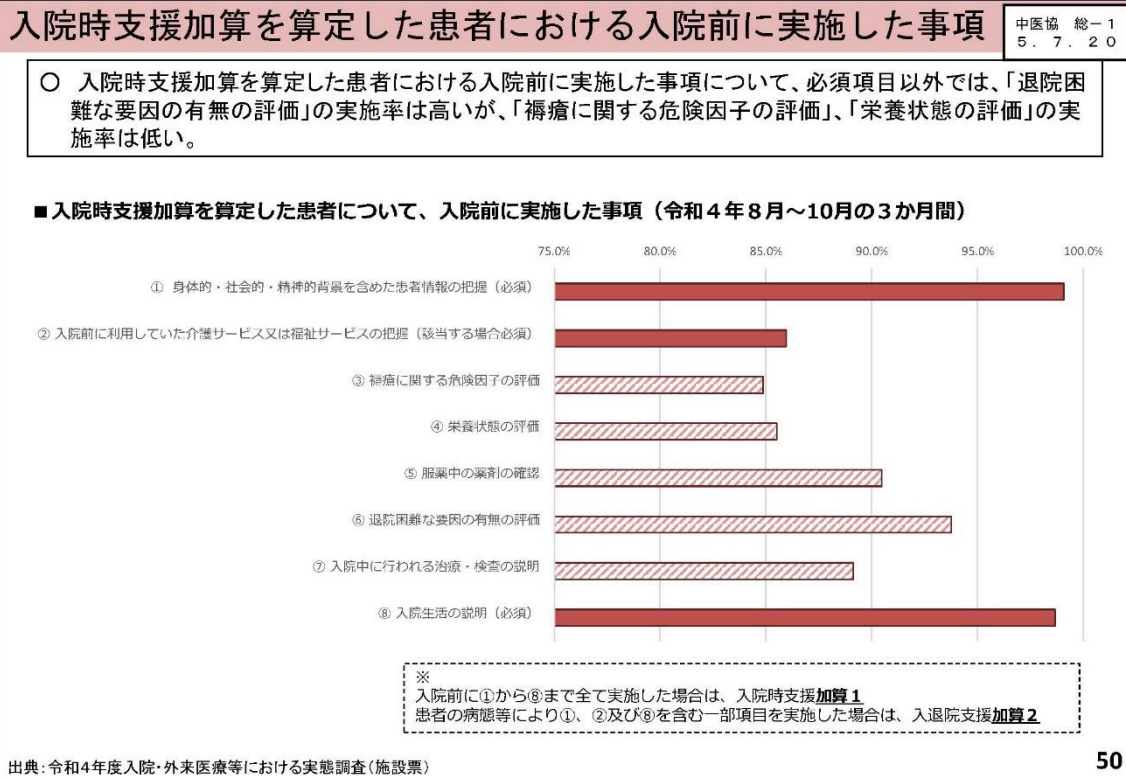
■ 入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数



49

49 ページ目は、入院時支援加算の届出別の平均在院日数の分布をお示ししてごさいます。

いずれの入院料におきましても入院時支援加算を届出ている施設では平均在院日数が短くなっていることを示してごさいます。



スライド 50 は、入院時の支援加算を算定した患者さんにおける入院前に実施した事項をお示ししてございます。

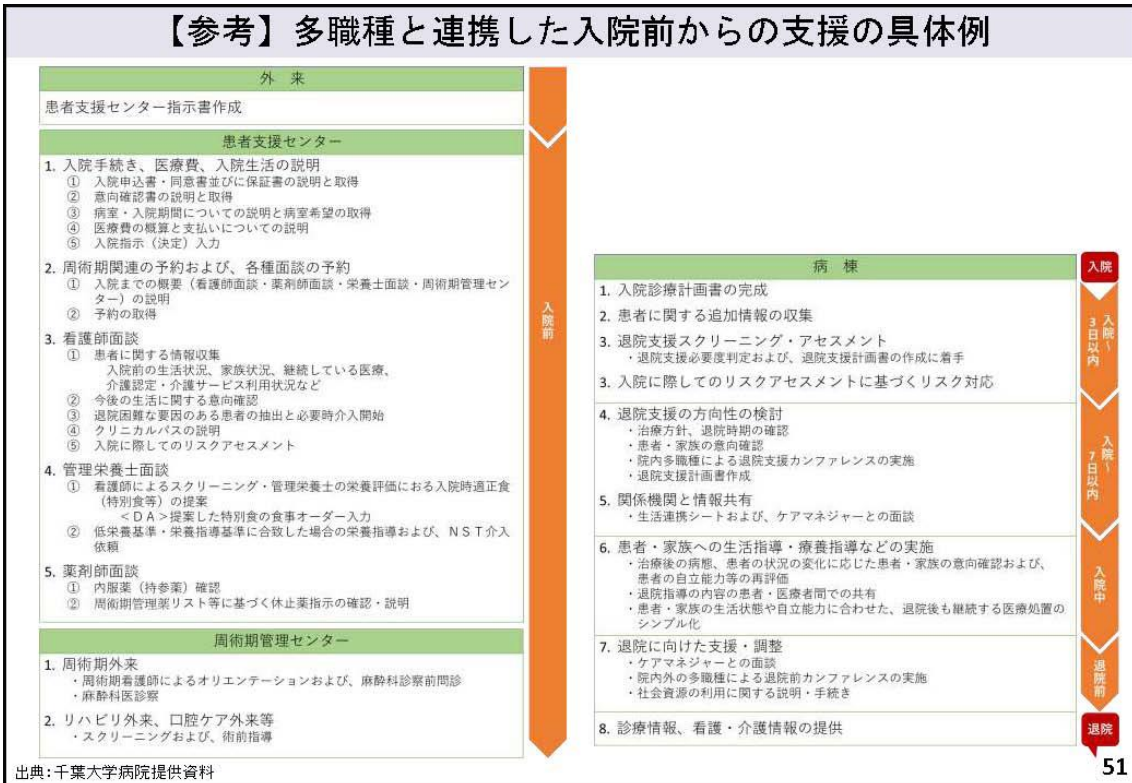
他の項目に比べまして、

「褥瘡に関する危険因子の評価」や

「栄養状態の評価」

を入院前に実施している割合が低くなっているということでした。

【参考】多職種と連携した入院前からの支援の具体例



【参考】入院基本料等の施設基準等の通則で求める褥瘡対策の基準

- 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2 入院基本料等の施設基準等
- 第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 4 褥瘡対策の基準
- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
 - (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、**別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い**、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
 - (4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
 - (5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
 - (6) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。
 - (7) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
 - (8) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

【参考】褥瘡対策に関する診療計画書

<p style="text-align: center;">褥瘡対策に関する診療計画書 (1)</p> <p>病名: _____ 科: _____ 病室: _____ 患者氏名: _____ 年齢: _____</p> <p>褥瘡の発生 1. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、両足背、その他)) 2. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、その他))</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>褥瘡の発生</th> <th>褥瘡の発生</th> <th>褥瘡の発生</th> <th>褥瘡の発生</th> </tr> <tr> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> </tr> <tr> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> </tr> <tr> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> </tr> <tr> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> </tr> <tr> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> <td>褥瘡の発生</td> </tr> </table>	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	<p style="text-align: center;">褥瘡対策に関する診療計画書 (2)</p> <p>病名: _____ 科: _____ 病室: _____ 患者氏名: _____ 年齢: _____</p> <p><褥瘡の発生に関する事項> □ 予防の必要無し</p> <p>褥瘡の発生 1. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、両足背、その他)) 2. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、その他))</p> <p><褥瘡の発生に関する事項> □ 予防の必要無し □ 褥瘡管理計画書の作成</p> <p>褥瘡の発生 1. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、両足背、その他)) 2. 発生 (丸印) (褥瘡部、坐骨部、両臀部、両膝部、両肘部、両手背、その他))</p>
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						
褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生	褥瘡の発生																						

【参考】入院基本料等の施設基準等の通則で求める栄養管理体制の基準

○ 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2 入院基本料等の施設基準等

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3) **入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し**、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

栄養管理計画書

病名: _____ 科: _____ 病室: _____ 患者氏名: _____ 年齢: _____

入院時栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

栄養状態の評価と課題		栄養管理計画	
栄養状態の評価と課題	栄養管理計画	栄養状態の評価と課題	栄養管理計画
栄養状態の評価と課題	栄養管理計画	栄養状態の評価と課題	栄養管理計画
栄養状態の評価と課題	栄養管理計画	栄養状態の評価と課題	栄養管理計画
栄養状態の評価と課題	栄養管理計画	栄養状態の評価と課題	栄養管理計画

栄養管理計画の作成と実施

栄養管理計画の作成と実施

栄養管理計画の作成と実施

栄養管理計画の作成と実施

1. 入退院支援について

1-1. 入退院支援の現状等について

1-2. 入退院支援における関係機関との連携の強化について

1-3. 入退院支援における生活に配慮した支援の強化について

1-4. 入院前からの支援の強化について

1-5. 退院直後の継続支援について

2. 栄養管理体制について

55

それでは、次に進ませていただきまして、

スライド 55 以降でございますけれども、「退院直後の継続支援について」でございます。

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。

56

56 から 57 でございますけれども、こちらは、

慢性心不全の患者さんに求められる疾病管理ということ为例としてお示ししてございますが、

ガイドラインでお示しされている内容をまとめてございます。

退院後早期に症状をモニタリングすると。

そういったことや教育を強化することなどによりまして、再入院の回避やQOLの改善に有効、それが有効だったということが示されてございます。

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。	Ila	C	C1	VI
節酒を考慮する。	Ila	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**

推奨内容	具体的な推奨・実施方法	推奨内容	具体的な推奨・実施方法
心不全に関する知識		アドヒアランス	
症状、原因、経過、病の理解（薬物療法以外の治療法）、病状の悪化の兆候、病状悪化のリスク、病状悪化の予防、病状悪化の対応	理解を促すヘルプシートやリーフレットを作成し、患者向けに活用し、理解を促す。病状悪化のリスク、病状悪化の予防、病状悪化の対応を説明する。	心不全の病状や病状悪化の兆候を考慮し、教育支援を行う。	
セルフモニタリング		禁煙	
患者自身の病状をモニタリングを実施することの重要性、重篤な心不全症状のリスクを認識し、病状悪化の兆候を認識し、病状悪化を予防する。	患者がセルフモニタリングを実施することの重要性、重篤な心不全症状のリスクを認識し、病状悪化の兆候を認識し、病状悪化を予防する。	禁煙の重要性	「禁煙ガイドライン」の準拠した教育を行う。
薬物の服用		禁煙支援	
薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性	薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性、薬物の服用の重要性	禁煙支援の重要性	禁煙支援の重要性
退院後の対応		生活	
退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性	退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性、退院後の対応の重要性	生活の重要性	生活の重要性
退院に関するアドヒアランス		節酒	
退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性	退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性、退院に関するアドヒアランスの重要性	節酒の重要性	節酒の重要性
退院後のセルフケア		減塩	
退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性	退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性、退院後のセルフケアの重要性	減塩の重要性	減塩の重要性

出典：*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
 出典：**急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

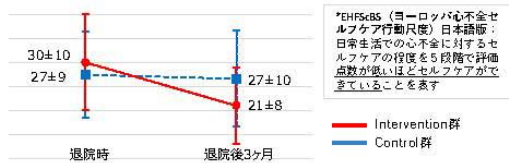
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 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)



【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2023年JCS/JHS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、療養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



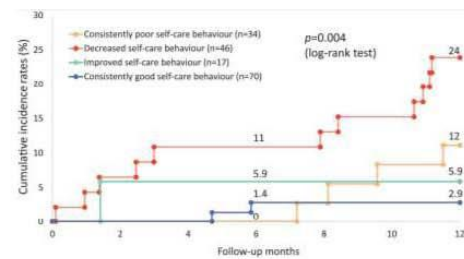
【対象患者】

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

■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

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)

58

スライド 58 は、

慢性心不全の患者さんに対しまして、
ガイドラインに基づきます退院直後の集中的な療養支援を行いますと、

セルフケア行動が有意に改善することや、
セルフケア行動が維持されると再入院率が低くなる

といったデータをお示ししてございます。

在宅療養指導料の概要

B001・13 在宅療養指導料 170点

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

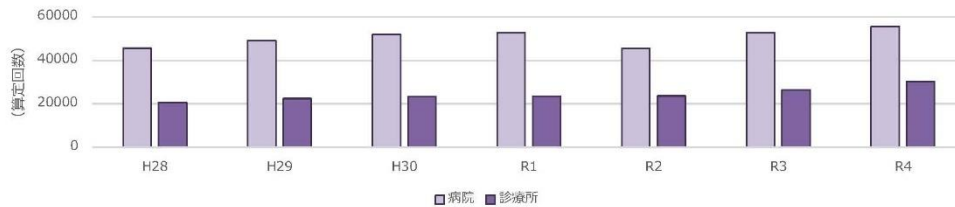
【対象患者】

- 在宅療養指導管理料を算定している患者
- 入院中の患者以外の患者であつて、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者

【算定要件】

- 初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
- 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであつて、患者において行った場合には算定できない。
- 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

■在宅療養指導料の算定回数の推移



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

59

スライド 59 でございます。

在宅療養指導に関する評価であります在宅療養指導料の概要、

そしてまた、その算定回数をお示ししてございます。

入退院支援に係る課題①

(入退院支援の現状等について)

- 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、入退院支援加算による評価を実施するとともに、入院時支援加算等により、外来部門と病棟との連携強化を推進している。
- 入院料別に入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
 - 入退院支援加算の届出施設は徐々に増加している。入院料別では、急性期一般入院料1等での届出が多く、地域一般入院料や療養病棟入院料等では3割以上が届け出ていない。
 - 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院」、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「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い。
 - 退院支援を困難にしている事項は、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い。

(入退院支援における関係機関との連携の強化について)

- 在宅医療・介護連携推進事業等を通じ、各地域において入退院調整ルールの策定等は一定程度取り組まれてきている。
- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するためには、①入院前の患者の情報(生活状況、ADL、認知機能等)を把握し、②疾病や治療等に伴い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、③入院中であっても退院後を見据えた支援(食事、排泄、清潔、睡眠等の基本的な日常生活の支援を含む)を充実し退院につなげることが求められる。
- 入院前の情報のうち生活歴・趣味、ADL等について、介護支援専門員が「入院時情報提供書」により情報提供した場合等に、介護報酬等で評価している。同様に、退院時に患者の病状、経過や介護サービスを利用する上での留意点等について、医療機関から介護支援専門員に対し「診療情報提供書」により情報提供した場合に、診療報酬で評価している。
- 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・項目については、将来的な医療DX・介護DXも見据え、情報提供項目・様式について統一化していくことも必要との指摘を受け、調査研究事業において検討が行われている。
- 入院料別に入退院患者の特徴は異なっているが、施設基準で求める連携機関の施設数等は入院料別に大きな差はない。
- 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」が必要とされていた。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。
- 連携機関の内訳を見ると、急性期一般入院料を有し入退院支援加算1を届け出る医療機関であっても、連携する病院・診療所がいくつもない施設が一定数あった。
- 令和4年度診療報酬改定において、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関との面会は、対面だけでなくリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション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方法も可能となった。
- 新型コロナウイルス感染症患者の対応においても、転院調整について、受入先の確保・調整に通常よりも多くの時間を要する場合がある等、退院支援が課題となった。

60

それでは、入退院支援に係る論点でございます。

入退院支援に係る課題②

(入退院支援における生活に配慮した支援の強化について)

- 病棟において、患者に対し様々な観点から行われている各種スクリーニング・定期的な評価、計画の策定、計画に基づく支援等は、医師や看護職員だけでなく多くの職種が連携して取り組んでいる。
- スクリーニング等の結果より重点的な支援が必要になった場合の支援については、既に様々な加算等により評価している。また、リハビリテーションや栄養管理、口腔管理等に関する情報について、退院時に医療から介護へ情報提供することも別に評価している。
- 入退院支援加算では、「誰が」、「いつまでに」、「何を」すべきかのプロセスは規定されている。また、入退院支援計画の計画策定や退院支援計画を実施するにあたり開催するカンファレンスでは、関係職種との連携や必要に応じた関係職種の参加が求められている。一方で、退院支援計画に含む必要がある内容として明記されているのは「退院に係る問題点、課題等」等となっており、具体的に記載すべき視点は明記されていない。
- 退院支援において、患者・家族へ退院後の療養上の必要な事項についての説明は、病棟の看護師等が実施していることが多かった。

(入院前からの支援の強化について)

- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施した事項は、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」の実施率は低かった。
- 入院時支援加算の届出有りの方が、いずれの入院料においても平均在院日数が短かった。
- 入院時支援加算算定患者に対して入院前に実施する項目のうち、必須項目以外の褥瘡に関する危険因子の評価、栄養状態の評価、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価、入院中に行われる治療・検査の説明という項目は、いずれも重要であり、これらの項目の実施率は、いずれも85%以上という状況であり、質の高い入院医療を推進するための入退院支援を行うためにも、全て必須項目としてもよいのではないかといった指摘がある。

(退院直後の継続支援について)

- 慢性心不全患者の疾病管理として、退院後早期に症状のモニタリング、アドヒアランスの評価及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されている。また、ガイドラインにおいて、家族・介護者に対する具体的な教育・支援内容が示されている。
- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後の1か月間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。また、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。
- 医師の指示に基づき看護師が在宅療養に必要な指導を個別に行った場合に在宅療養指導料が算定できるが、当該指導料の対象に心不全患者は含まれない。

61

課題につきましては、61 でございますけれども、

入退院支援についての論点

【論点】

(入退院支援における関係機関との連携の強化について)

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供の際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

(入退院支援における生活に配慮した支援の強化について)

- 入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下しているの等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

(入院前からの支援の強化について)

- いずれの入院料においても入院時支援加算届出有りの医療機関の方が平均在院日数が短い実態を踏まえ、入院前からの支援をより充実・推進するため、入院時支援加算1と2の評価について、どのように考えるか。

(退院直後の継続支援について)

- 慢性心不全患者に対して、退院後1か月間の集中的な療養支援を行うことによりセルフケア行動が改善し再入院の回避に有効であることが示されていること等から、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ことについて、どのように考えるか。

62

62 ページの論点として、括弧を4つまとめてございます。

「入退院支援における関係機関との連携の強化について」ということでございます。

ここでは、入院時と退院時に医療機関とケアマネージャーさん等との間で情報提供の際の様式を見直すことについて、あるいは、こちらは介護サービス事業所との連携だけではなくて転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることから、介護サービス事業所でなくて病院・診療所との連携を強化する。こういったことを論点として掲げさせていただいてございます。

2つ目の括弧は「入退院支援における生活に配慮した支援の強化」というものでございます。

これは機能の低下の状況等を見極めて、退院支援計画の内容にリハ・栄養・口腔を含む生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

3つ目の「入院前からの支援の強化」でございますけれども、在院日数が短いという結果もございますので、その入院前から、より支援を充実・推進するために、この評価についてどのように考えるか。

最後の「退院直後の継続支援について」ということでございますけれども、退院後の集中的な療養支援で良い結果が出ているということから、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者というものを追加しまして、ガイドラインに基づく支援を評価することについて、どのように考えるか。

というふうに論点とさせていただきます。

説明**2. 栄養管理体制について**

1. 入退院支援について
- 2. 栄養管理体制について**

63

それでは、2つ目の項目、栄養管理でございます。

63 ページ目以降でございますけれども、

栄養管理体制に係る中医協総会等における主な意見

<令和5年12月1日 中医協総会 個別事項（その10）リハビリテーション・栄養・口腔>

- 入院患者の栄養管理は基本中の基本。特に、入院時のスクリーニングにより、特別な栄養管理が必要と医学的に判断された患者等に対しては、非常に重要。
- リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組は非常に重要。特に、急性期で早期にリハビリテーションや栄養管理を開始し、患者の状態を悪化させない取組が必要。
- 医療機関における栄養管理体制は、入院料基本料等の通則に位置づけられており、基本診療料として既に評価されている。栄養管理が不十分な病院が存在するのであれば、厳しい対応が必要。
- 病棟に管理栄養士が配置されているにもかかわらず、「栄養情報提供書の作成」や「ミールラウンド」などは、取組が十分とは言えない状況もある。まずは病棟での役割をしっかりと果たすべき。
- 医療機関と介護保険施設の栄養情報連携も重要。必要とされる患者の場合に、医療機関の管理栄養士と介護保険施設の管理栄養士の連携が進むような取組を検討してはどうか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPCデータ（様式1）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。
- 病棟における管理栄養士の業務について、
 - 入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
 - 栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえ、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべきとの指摘があった。
- 他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。
- 栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせで推進されるよう検討すべきとの指摘があった。

64

こちらは、日付としましては12月1日に、リハビリテーション・栄養・口腔についてご議論いただいたところでございますが、

今回は全ての入院料に係る横断的事項として、議題とさせていただいてごさいます。

64 ページは総会等における主な意見。

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷										
	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	令和4年	
入院での評価	入院栄養食事指導料							栄養情報提供加算		
	栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料への要件化						
	栄養サポートチーム加算 ※(H24,R2,R4)対象拡大									
	摂食障害入院医療管理加算									
	回復期リハビリ病棟入院料における栄養管理の充実 ※(H25)入院料1・努力義務 ※(R2)入院料1・必須・1以外:努力義務									
	(入退院支援加算)入院時支援加算/退院時共同指導料 ※管理栄養士追加									
	(緩和ケア診療加算)個別栄養食事管理加算									
	(摂食機能療法)摂食嚥下支援加算								(摂食機能療法)摂食嚥下機能回復体勢加算	
	早期栄養介入管理加算 ※(R4)対象拡大								周術期栄養管理実施加算	
									入院栄養管理体制加算 (特定機能病院)	
主に入院以外での評価	外来栄養食事指導料							※(R2)特種通院機器の活用 ※(R4)化学療法での評価		
	在宅患者訪問栄養食事指導料							※(R2)外部管理栄養士の評価 ※(R2)外部管理栄養士の評価		
	糖尿病透析予防指導管理料									
	在宅患者訪問褥瘡管理指導料									
								(外来腫瘍化学療法診療料)連携充実加算		
栄養食事指導		チーム医療		高度な栄養管理						

65 ページ目、66 ページ目が、栄養管理に関する評価の主な変遷と概要でございます。

		急性期	回復期	慢性期
		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		
入院料		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		
	加算	（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、病態・栄養状態の評価、退院時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、3：400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、在宅での療養上必要な説明及び指協を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価	
（摂食嚥下療法）摂食嚥下機能回復体制加算 （1：210点、2：190点、3：120点/週1回） 専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価				
摂食障害入院医療管理加算 （30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日） 摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価				
栄養サポートチーム加算 （200点/週1回） 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価		栄養サポートチーム加算【再掲】		
入院栄養管理体制加算 （270点/入院初日・退院時） 特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価		（緩和ケア診療加算）個別栄養食事管理加算 （70点/日） 緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価		
早期栄養介入管理加算 （250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日） 特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価				
周術期栄養管理実施加算 （270点/1手術1回） 全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価				
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療養の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価				

栄養に関する評価、着実に増えてきているということがお示しできてるかというふうに思います。

医療機関における栄養管理体制について

診調組 入-3
5. 9. 6

○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

67

67 ページでございますけれども、こちらは入院基本料の通則として位置づけられております栄養管理体制の基準でございます。

①から⑦までございますけれども、

- ①は、医療機関に常勤の管理栄養士1名以上を配置すること。
- ②は、多職種が共同して栄養管理を行う体制を整備するなど。
- ③が入院時に患者の栄養状態を医師・看護師・管理栄養士を共同して確認することなどが示されているところでございます。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

読者組 入-9
5 . 9 . 6

- 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。

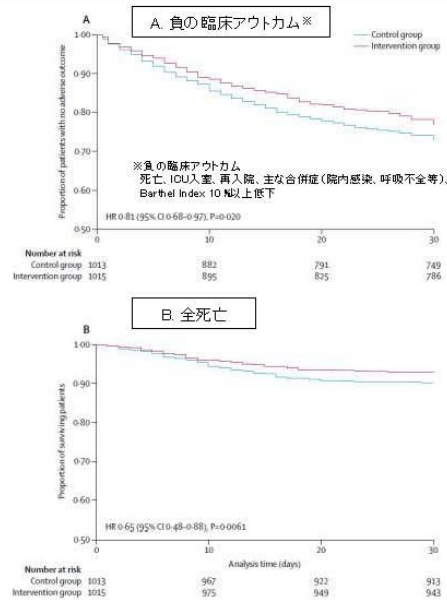
【対象・方法】

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

出典: Schuetz P, et al. Lancet 393 : 2312—2321, 2019.



68

スライド 68、69 でございます。

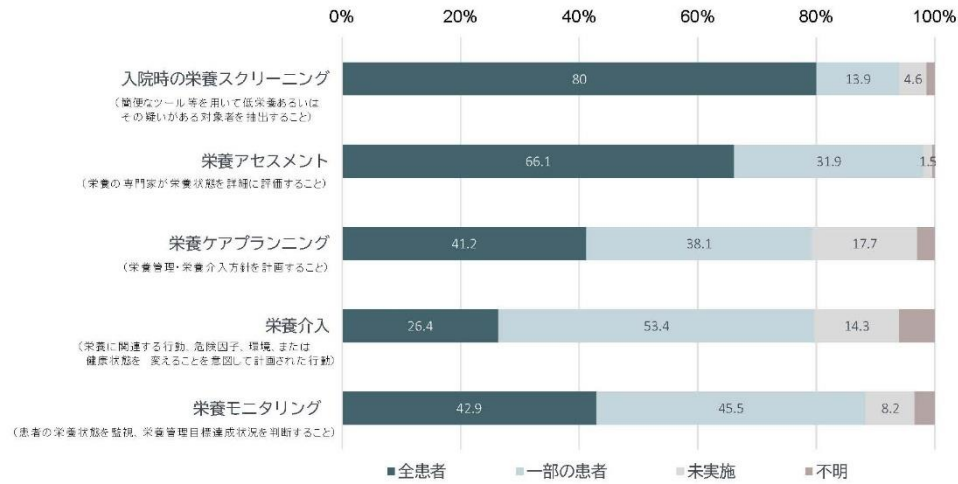
こちらは入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果が報告されている一方で、

入院患者の栄養管理体制に関する状況

中医協 総-4
5. 12. 1

- 入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割。
- 栄養ケアプランニングや栄養介入、栄養モニタリングを未実施と回答した病院が、一定数存在した。

■ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施対象 n=905



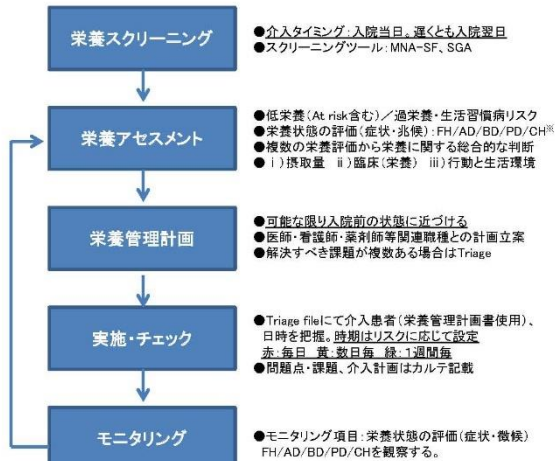
出典: 前田ら, 急性期病院の管理栄養士を対象とした入院患者の栄養管理に関するアンケート調査, 日本栄養・食理学療法学会シンポジウム資料(2023年9月) 69

入院時の栄養スクリーニングは全患者に実施していると回答した病院が8割であったということをお示ししてございます。

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

出典: 社会医療法人財団慈恵会相澤病院提供資料を基に医療課にて作成

■ 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

70

70 ページであります。

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

というものを示しております。

診調組 入-3
5 . 9 . 6

低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

○ ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition

○ 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

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

<20kg/m ² 70歳未満	アジア <18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上	<20kg/m ² 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

出典: 外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

71

スライド 71、72 でございます。

これは低栄養の世界的診断基準であるGLIM基準と

DPCデータ（様式1）における栄養関連項目

診調組 入-3
5. 9. 6

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

■ 患者プロフィール

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

■ 要介護情報

➢ 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

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

➢ 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

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

➢ 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

72

DPCデータで把握可能な栄養関連項目について、お示ししているものでございます。

栄養管理体制に係る課題と論点

(栄養管理体制について)

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

【論点】

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

73

73 ページに、こちらに課題と論点をまとめさせていただいてございます。

論点といたしまして、

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

とさせていただいております。事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、どうもありがとうございました。

質 疑

入退院支援・栄養管理体制について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いたします。長島委員、お願いたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。最初に、62 ページの入退院支援の論点についてコメントします。

（入退院支援における関係機関との連携の強化について）

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

まず、「入退院支援における関係機関との連携の強化について」です。

介護支援専門員によるケアマネジメントにあたっては、医療の情報や医師の意見等を適切に生かしていただくことが必要です。

また今後、医療DXが進化し、より効率的に情報提供が行えるようにするためには、情報提供で用いられる様式や項目は、医療現場の実態も踏まえながら、現場の負担が増えないように工夫しつつ、統一化することを検討すべきと考えます。

2つ目の丸については、34 ページにあるように、コロナ禍において急性期病棟からの転院調整に苦労したことなども踏まえれば、急性期病棟において病院・診療所との連携をあらかじめ整えておく必要性は理解できると思います。

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）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

29

ただ、29 ページにもあるとおり、急性期病棟において転院先の医療機関の確保が課題となったケースは1割程度であり、一律に要件を強化することは必ずしも適切ではなく、こういった実態を踏まえつつ議論することが必要です。

なお、33 ページでは、連携医療機関との面会においてICTの活用が低調であることが示されておりますので、今後、ICTがさらに活用されるためには、環境整備や好事例の紹介など何らかの支援も必要ではないでしょうか。

次に、「入退院支援における生活に配慮した支援の強化について」です。

（入退院支援における生活に配慮した支援の強化について）

- 入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下している等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

退院支援計画に記載する内容に、生活の視点を含めることは意義のある取組であると思います。

多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援に関する主な評価		
<p>○ 多職種連携により取り組まれている入院中の療養支援については、支援が必要な者に関するスクリーニングとしては、入院基本料の施設基準で求める「褥瘡対策」や「栄養管理」等があり、スクリーニングの結果支援が必要な者に対する重点的な支援については、様々な加算で評価している。</p>		
	支援が必要な者に関するスクリーニング	支援が必要な者に対する重点的な支援
褥瘡	・入院基本料の施設基準(褥瘡対策)	・褥瘡ハイリスク患者ケア加算 等
栄養	・入院基本料の施設基準(栄養管理)	・入院栄養食事指導料 ・栄養サポートチーム加算 等
A D L		・疾患別リハビリテーション料 等
認知機能	・認知症ケア加算 ・せん妄ハイリスク患者ケア加算	・認知症ケア加算
口腔		・周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) ・周術期等専門的口腔衛生処置 等
摂食・嚥下状態		・摂食機能療法 ・摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法の注3)
排泄		・排尿自立支援加算

37

その一方で、37 ページにまとめられているとおり、重点的な支援が必要な患者さんに対する指導・管理等は、別の加算で評価されておりますため、

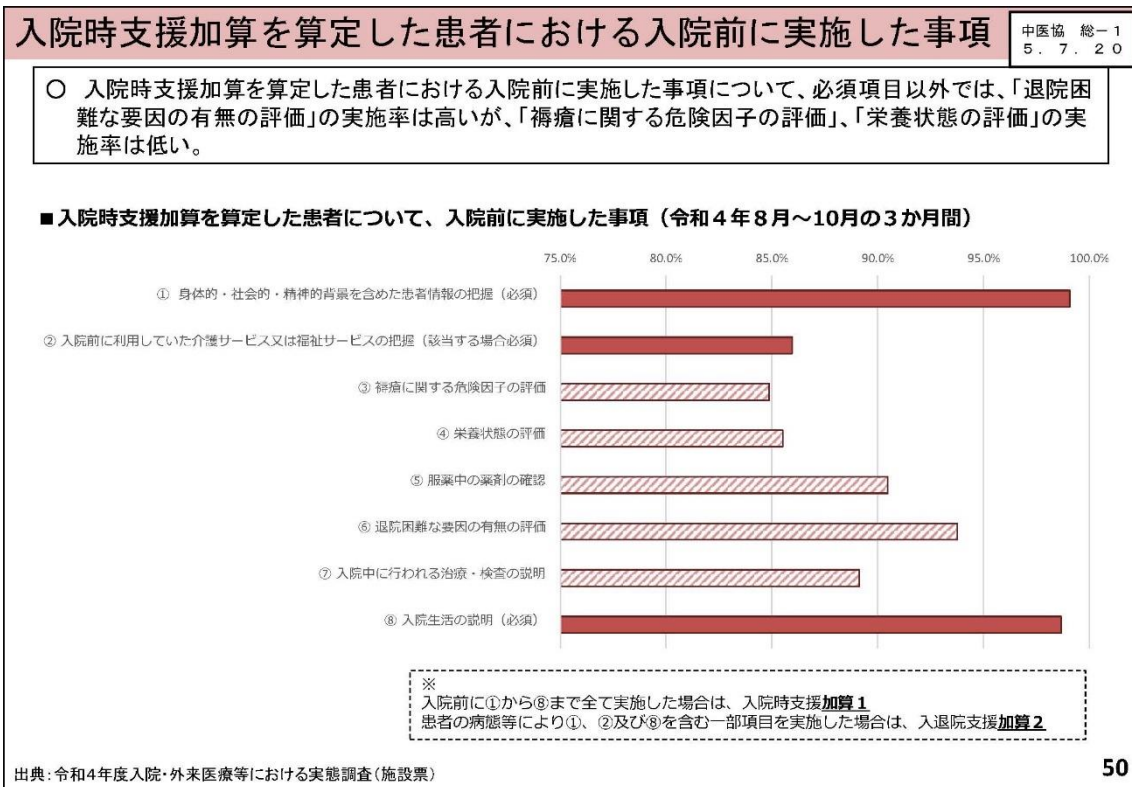
入退院支援加算で求める記載内容については一律に記載内容を増やすのではなく、そうした重点的な指導内容と重複しないように、急性期の医療機関は高度・専門的な医療を提供することに効率化、集中できるよう整合性を図るべきだと思います。

また、この後の 74 ページの論点で提案されている退院後の生活も見据えた栄養管理体制のあり方も含めて、全体としての絵姿も考えながら検討を進めるべきだと考えます。

「入院前からの支援の強化について」です。

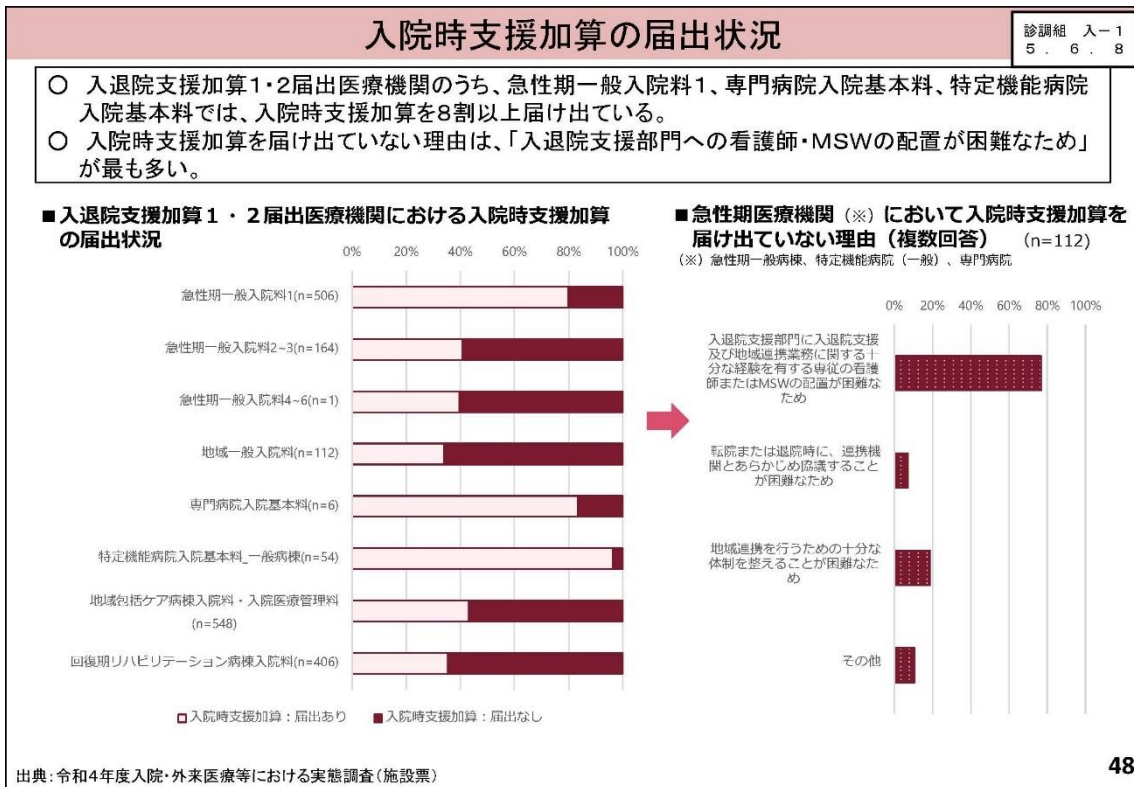
(入院前からの支援の強化について)
 ○ いずれの入院料においても入院時支援加算届出有りの医療機関の方が平均在院日数が短い実態を踏まえ、入院前からの支援をより充実・推進するため、入院時支援加算1と2の評価について、どのように考えるか。

50 ページでは、入院時支援加算を算定する際に実施すべき項目の実施率が示されています。



加算1は全てを実施し、加算2では、①②⑧が必須とされていますが、必須とされている項目以外であっても、85%程度、実施されていることが示されています。

この結果をどう見るかですが、現在は必須でない「褥瘡に関する危険因子の評価」や「栄養状態の評価」といった項目を必須化して、既に加算を算定している医療機関に対して、さらなる取組を求めるという考え方もあります。



しかし、48 ページで、そもそも入院時支援加算を届出することができない医療機関があることが示されております。

現状、出ている効果を踏まえれば、しっかりとした底上げを行っていく段階であり、こうした医療機関を入院時支援加算を算定できるように、どのようにしていくのかの観点から対応することのほうが、項目の必須化よりも重要ではないかと考えます。

加えて、質の高い入退院支援をより一層促進するという意味では、加算1をより評価することも考えられるのではないかと思います。

「退院直後の継続支援について」です。

慢性心不全の患者さんに対して、退院後1カ月間の集中的な療養支援を行うことが有効であることは論を俟たないと考えます。

(退院直後の継続支援について)

- 慢性心不全者に対して、退院後1か月の集中的な療養支援を行うことによりセルフケア行動が改善し再入院の回避に有効であることが示されていること等から、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ことについて、どのように考えるか。

実際に慢性心不全の患者さんの経過では、入退院を繰り返すことが多く、どのように再入院率を減少させるのかといった視点で多くの介入がなされている実態があります。

総論として、適切な介入が求められていることは理解しますが、実際はかなり専門性の高い支援や標準化された支援を実施しないと効果が見られないこともあるかと思しますので、そういった実態も踏まえつつ、必要な患者さんについて検討していくことは必要と思います。

次に、73 ページの栄養管理体制の論点についてコメントいたします。

【論点】

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

73

退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を推進することの重要性は理解するところです。

ただ、それを入院基本料の施設基準としても求めるということであれば、入院料の診療報酬上の評価をさらに引き上げるべきではないかと考えます。

また、現行の施設基準でも、例えば、67 ページの⑥にあるように、「栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること」が求められていますので、こうした取組に加え、さらに、どの程度のことを求めるのかといったことを、先ほど述べました入退院支援加算等における栄養状態の評価との関係、すなわち、基本料で求められている取組と加算で求められる取組が重複しないかどうかといった点も整理しながら検討すべきだと思います。

医療機関における栄養管理体制について	
○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。	診調組 入-3 5 . 9 . 6
【栄養管理体制の基準（施設基準）】	
<ul style="list-style-type: none"> ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。 ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。 ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。 ④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。 ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。 ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。 ⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。 	
	67

加えて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図ると言いますが、入院料によって患者さんの状態や在院日数などが異なるため、医療機関の状況に応じた検討が必要だと考えます。

さらに、今回、GLIM基準の活用を検討するということであれば、その前提として、現場においてGLIM基準がどの程度普及しているのかを示すデータがあれば示していただきたいと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。最後の点、GLIM基準ですけど、事務局、何か情報をお持ちでしょうか。お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。手元には今、そのデータがございませんので、また用意をさせていただきます、可能な範囲でお示ししたいと思います。

(入退院支援における生活に配慮した支援の強化について)

- 入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下しているの等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

したがって、論点「入退院支援における生活に配慮した支援の強化」につきまして、そこに記載されている入退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることは、ぜひとも進めていただきたいと思っております。

これまでも発言してまいりましたが、歯科がある病院が少ない中で、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進めていくためには、病院と地域の歯科診療所との連携が重要であると考えておりますので、ぜひとも、推進していただくよう要望いたします。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい、松本委員、失礼しました。はい。池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。1点だけ、ちょっと質問をさせていただきたいと思えます。

入退院支援の論点、62ページの論点の中で、病院とケアマネージャーの連携ツールの見直しということがあるかと思えます。

(入退院支援における関係機関との連携の強化について)

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

これについて、もちろん反対ではないんですが、24 ページに示されている新しい標準様式の案ということですが、これはそれぞれの地域、あるいは病院間で既に行われている連携様式があると思います。

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
<p>1. 患者の症状、経過等</p> <p>(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) <u>病状等の説明内容と理解・希望</u> (4) 日常生活の自立度等について / (5) <u>口腔・栄養に関する情報</u> (6) 服薬に関する情報 / (7) <u>療養上の工夫点</u> / (8) 入院期間</p> <p>2. 退院後のサービスの必要性</p> <p>3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等</p> <p>(1) <u>ADLに関する入院中の変化</u> / (2) <u>自助具の使用</u> (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針 (4) 留意が必要な事項とその対処方針</p> <p>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</p> <p>(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</p> <p>5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報</p>	24

それについて、ただ、項目を、こういう項目を足してほしいという標準様式として見直してというのは非常に有効だと思いますけども、

これを画一化して、これしか使ってはいけないというふうにすると、ちょっと現場と齟齬が生じるのではないかと思いますけども、この様式の扱い方をどのように考えてらっしゃるか、ちょっと事務局にお伺いしたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ただいまご質問のありました 24 ページの様式についてですが、事務局いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。24 ページ、25 ページに係るお尋ねでございます。

まず 24 ページでございますが、先ほど説明、省かせていただきましたけれども、こちらは令和 5 年度の、いわゆる老健局が行っている老健事業の調査研究事業でございます。

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
<p>1. 利用者(患者)基本情報 患者氏名等、入院時の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、介護保険の自己負担割合、障害手帳の有無、年金などの種類</p> <p>2. 家族構成／連絡先 世帯構成、主介護者氏名、意思決定支援者(代諾者)</p> <p>3. 意思疎通 視力、聴力、眼鏡、補聴器、意思疎通</p> <p>4. 口腔・栄養</p> <p>5. お薬 内服薬、薬剤管理、服薬状況、薬剤アレルギー、特記事項</p> <p>6. かかりつけ医</p> <p>7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報</p> <p>8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題 麻痺の状況、褥瘡の有無、<u>褥瘡等への対応</u>、移乗、移動、移動(屋外)、移動(屋内)、食事、排泄、<u>入院前のADL/IADL、ADL/IADLに関する直近2週間以内の変化</u>、認知機能の状況、<u>過去半年間における入院</u></p> <p>9. 入院前の生活における介護／医療の状況、本人の関心等 介護／医療の状況・本人の関心等(介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等)</p> <p>10. 今後の在宅生活の展望(ケアマネジャーとしての意見) 住環境、在宅生活に必要な要件、世帯に対する配慮、退院後の支援者、退院後の主介護者、家族や同居者等による虐待の疑い、特記事項</p> <p>11. カンファレンス等(ケアマネジャーからの希望) 「退院前カンファレンス」への参加、「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</p>	

また、25 ページでございますとおり、下の注にございます、こちらは様式「例」ということでお示しをしているものでございます。

※「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について」(平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知)において「入院時情報連携加算の様式例」として示しているもの

われわれとしては現場の取組というものは多様であるということも承知しております、あくまで「例」と。

ただ、その中でもやはり標準的なものをきちんとお示しすることが大事だというふうなことで、今、検討が進められているものというふうに承知をしてございます。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。入退院支援加算のところに関して1点だけ意見を述べさせていただきます。

（入退院支援における関係機関との連携の強化について）

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

1つ目の連携の強化についての論点の2つ目で、病院・診療所との連携を強化していくということに関しては異論はございません。

ただ、これは病院・診療所の連携を強化するような形で要件を見直す場合に、前回の改定で施設数が20から25に増えたということがございます。

病院・診療所を加えて、さらに数を増やすというような形になりますと、これは25になった段階でも都市部ですと、多くの事業所がありまして、なんとでもこれ、連携ができるんですが、地方のほうですと、もう20とか25、そもそも施設がないという医療機関の、結構、悲痛の声を聞いております。

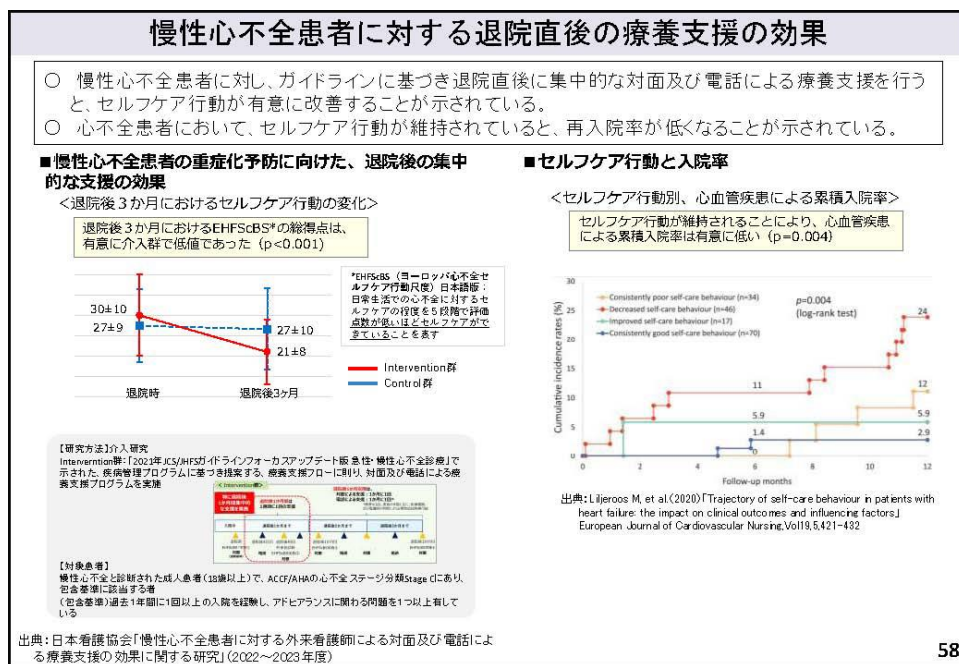
ですので、そういう意味で病院・診療所との連携を強化していくことはいいんですが、その際の施設数の要件に関しましては、ぜひ慎重にご検討いただけたらというふうに思います。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。それでは森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。58 ページの慢性心不全患者の退院直後の療養支援なんです。



○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、まず 62 ページの論点に沿って入退院支援についてコメントいたします。

（入退院支援における関係機関との連携の強化について）

- 医療において「生活」に配慮した質の高い医療を提供するため、また、将来的な医療DXによる電子的な情報連携も見据え、入院時と退院時に医療機関と介護支援専門員等との間で情報提供する際の様式を見直すことについて、どのように考えるか。
- 急性期病棟からの退院支援においては、介護サービス事業所等との連携だけでなく、転院調整も含めた病院・診療所との連携も求められることを踏まえ、急性期病棟を有する医療機関における入退院支援について、介護サービス事業所だけでなく病院・診療所との連携を強化してはどうか。

まず 1 つ目の関係機関との連携の強化についてでございますが、入退院時における介護との情報共有のために様式を見直し、医療と介護で整合性のある内容にしていくことは非常に重要なことだと考えます。

さらに、医療DXの進展や業務の効率化を推進する観点からも、できるだけ全国共通のフォーマットに統一していくことも必要です。

急性期病棟について、資料の 30 ページを見てみますと、入退院支援加算 1 に求められる 25 施設以上との連携の要件を満たしていない医療機関が存在しております。

これ自体、今、太田委員からもご発言がありましたけども、質の高い入退院支援を推進するという加算の趣旨を踏まえ、急性期病棟を有する医療機関では連携は強化すべきだと考えます。

また、急性期の医療機関においても介護サービス事業所との連携は必要です。連携施設数の要件を単純に緩和するということは避けるべきと考えております。



次の項目であります「生活に配慮した支援の強化」については、論点に示されている方向で異論はございません。

(入退院支援における生活に配慮した支援の強化について)
 ○ 入院前の患者の情報を把握し、入院前と比較して疾病や治療に伴いどのような機能等がどの程度低下しているの等を見極め、入院中の日常的な支援を充実することで患者の生活を可能な限り途切れさせずに退院できるよう、入退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた生活の視点を含めることについて、どのように考えるか。

続きまして、「入院前からの支援の強化について」でございますが、

(入院前からの支援の強化について)
 ○ いずれの入院料においても入院時支援加算届出有りの医療機関の方が平均在院日数が短い実態を踏まえ、入院前からの支援をより充実・推進するため、入院時支援加算1と2の評価について、どのように考えるか。

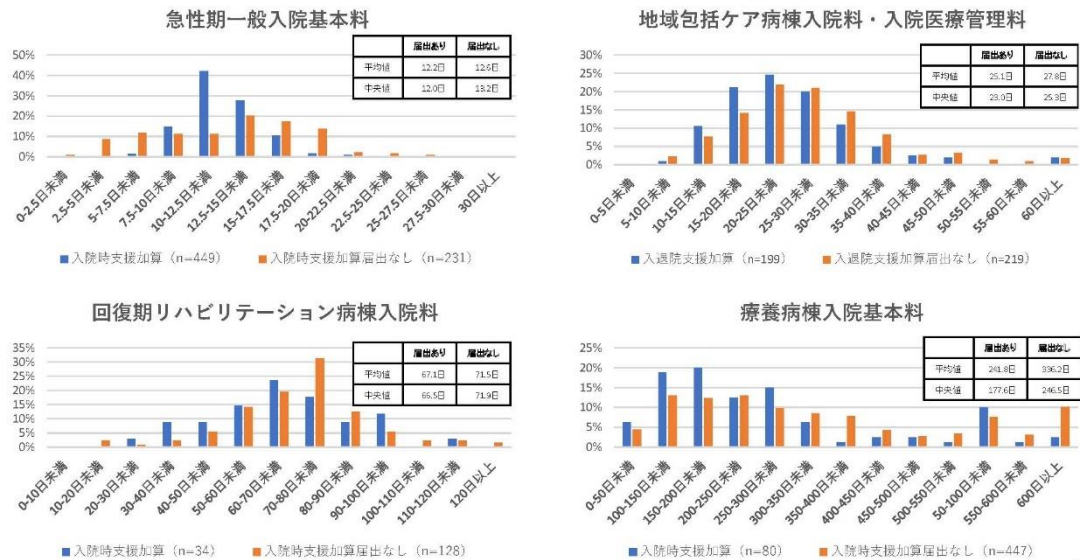
資料の49ページを見てみますと、いずれの入院料でも、加算ありの施設で平均在院日数が短いことや、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施率を高める必要性を踏まえ、入院時支援加算1と2を一本化することもありうるのではないかと考えます。

入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 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



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

49

次に、退院直後の継続支援についてでございますが、

(退院直後の継続支援について)

○ 慢性心不全患者に対して、退院後1か月間の集中的な療養支援を行うことによりセルフケア行動が改善し再入院の回避に有効であることが示されていること等から、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ことについて、どのように考えるか。

資料の 56 ページのガイドライン。さらには、58 ページに示されたエビデンス等を踏まえすと、

在宅療養指導料の対象に慢性心不全を含めることも想定されますが、真に効果がある対象者や対象期間に限定すべきと考えております。

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
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。**

56

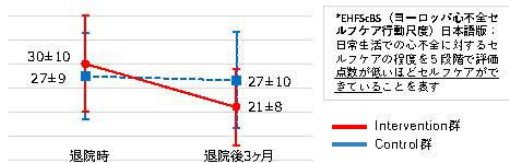
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 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)



【研究方法】介入研究

Intervention群：「2021年JCS/JHS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】

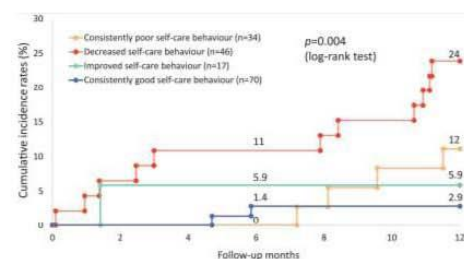
慢性心不全と診断された成人患者(18歳以上)で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Dにあり、包含基準に該当する者(包含基準)過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

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)

■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

58

【論点】

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

73

次に、73 ページでございます栄養管理体制の論点についてでございますが、入院基本料等の通則において、退院時の栄養状態の確認を追加すべきと考えます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。そのほか、いかがでしょうか。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

ありがとうございます。生活に配慮した支援を強化するという事で、入院前の患者の生活状況を共有したり、退院に向けてリハビリを行ったり、退院後の食事栄養指導を行うなど、切れ目のない支援を行うために連携を行っていくという視点は大変重要だと思います。こうした連携が日々の取組として当たり前になっていくようなことを目指して、今回の改定では着実な前進につながるようにしていっていただきたいと思います。

また、入退院におきましては、患者自身の意識を高めていく必要があると思っておりますので、どのようなことが強化されるのか、全体像をわかりやすく進めていくことも必要ではないかと考えておりますので、今後ともよろしく申し上げます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。続きまして、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。先ほど松本委員から、入院時支援加算1・2の一本化というようなことも考えられるのではないかとのご指摘がございましたが、

私が先ほど申し上げたとおり、そもそも入院時支援加算を届け出ることができない医療機関があるということ踏まえると、

まずはしっかりと底上げを行っていくということのほうが、より重要だというふうに考えておりますので、当然、一本化はすべきではないというふうに考えます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。そのほか、ご意見が、ご質問がないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。