


過疎地の医療・介護を どう支えるか

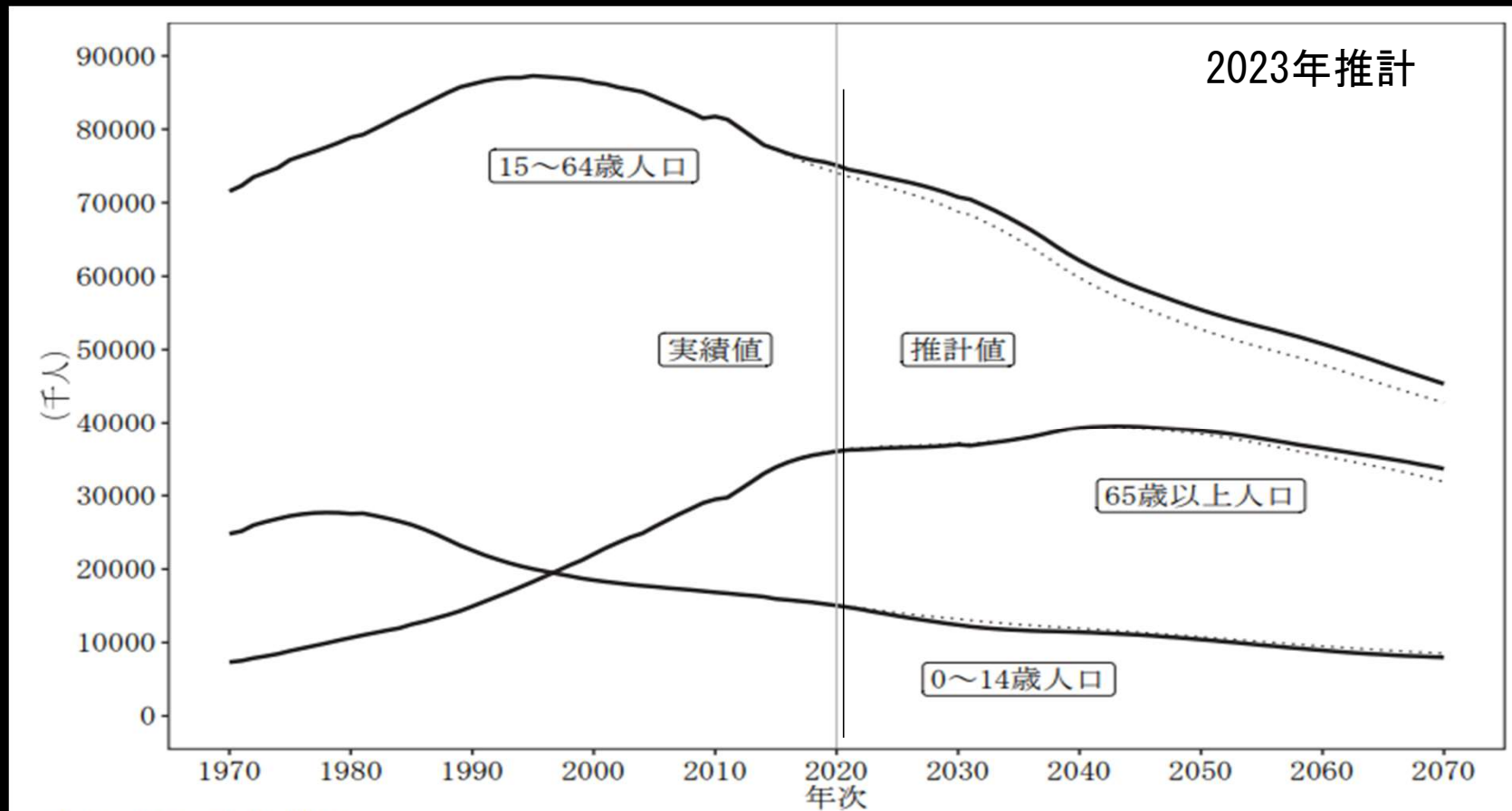


藤田医科大学特命教授
慶應義塾大学訪問教授
日本健康・栄養システム学会 代表理事
三浦公嗣



医療・介護を取り巻く 環境の変化

高齢者人口の将来推計



破線は前回中位推計。

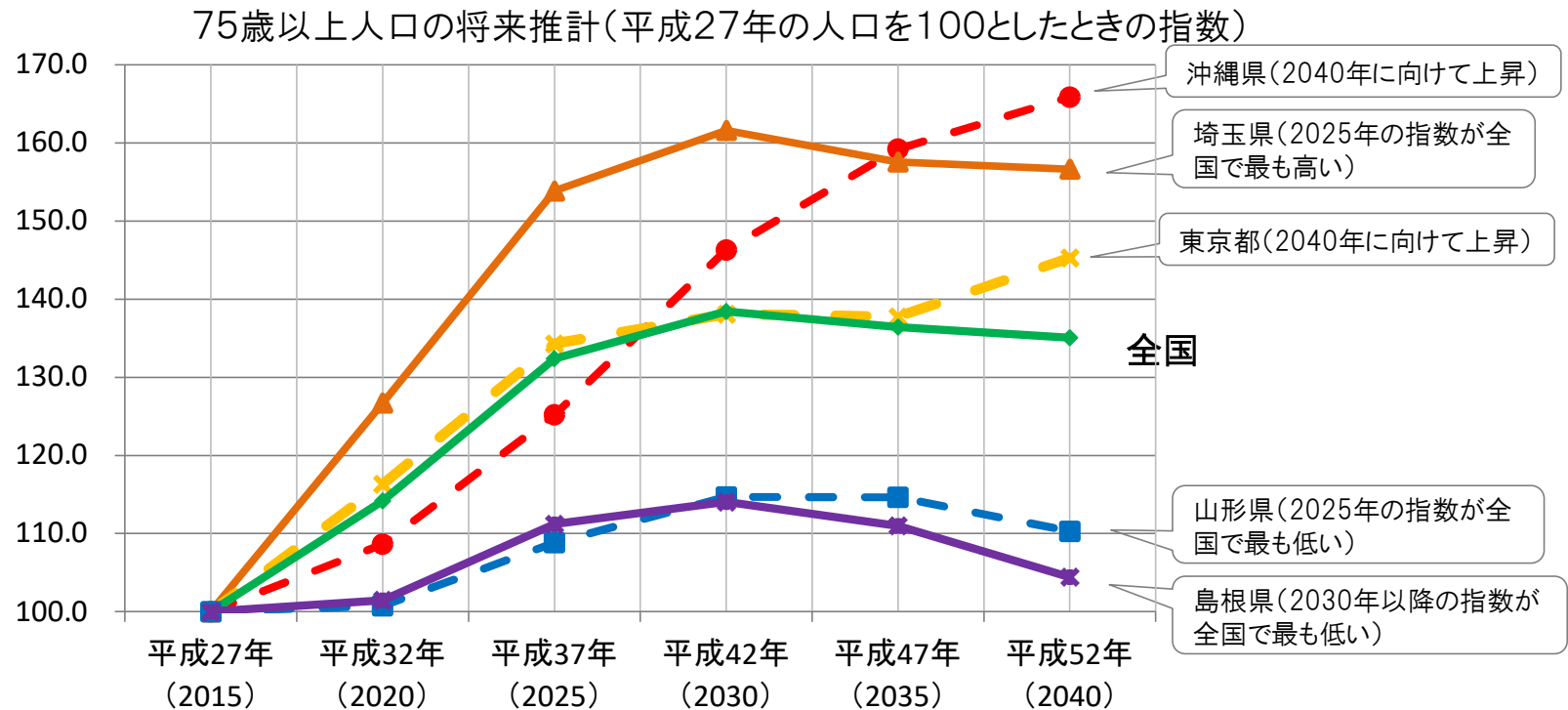
2015年から2025年までの各地域の高齢化

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



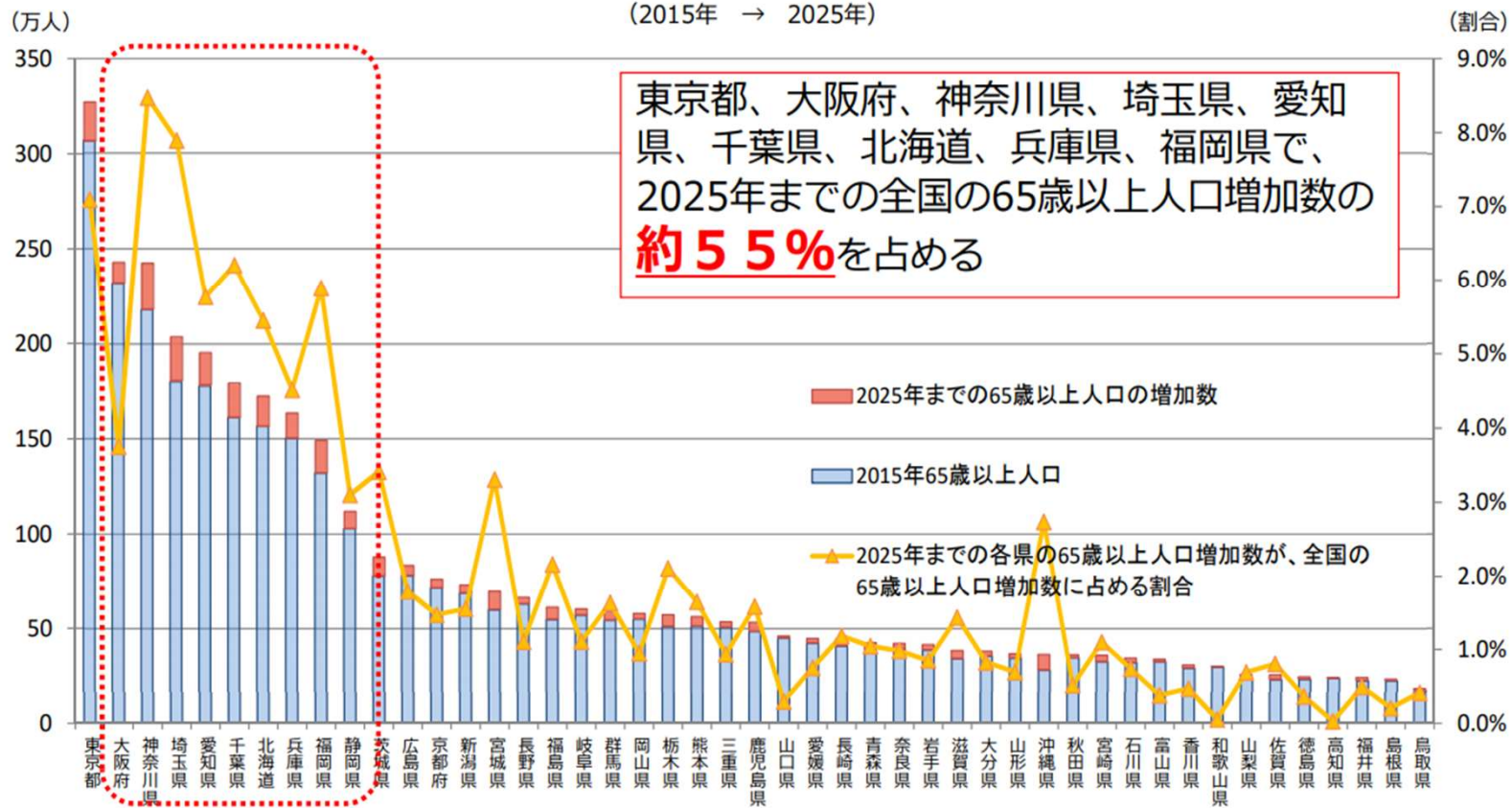
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

高齢者数増加の地域差について

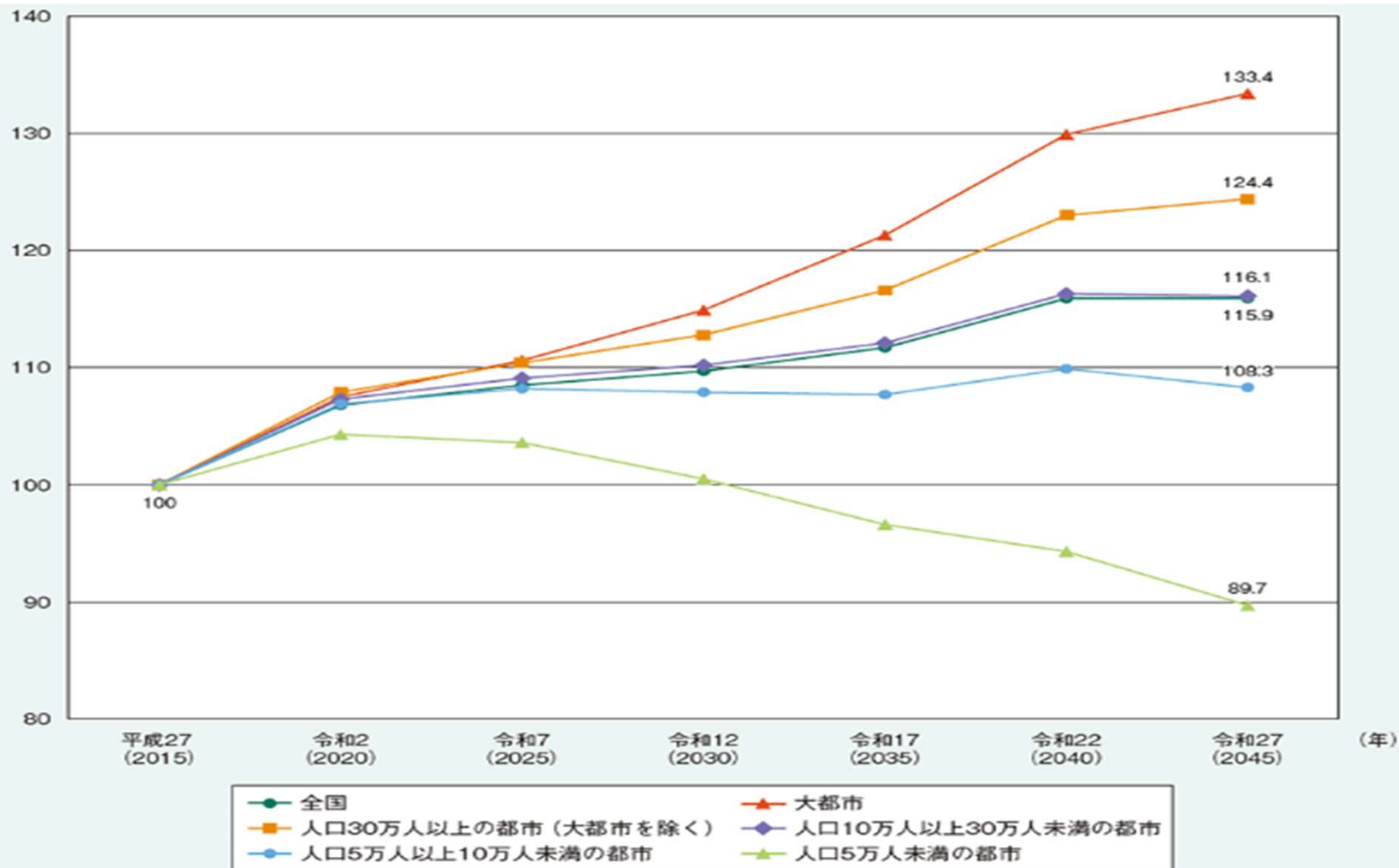
中医協 総 - 4 - 2
31.3.27 (改)

○ 高齢化の進展には地域差があり、今後、首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加することが予想される。

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
(2015年 → 2025年)



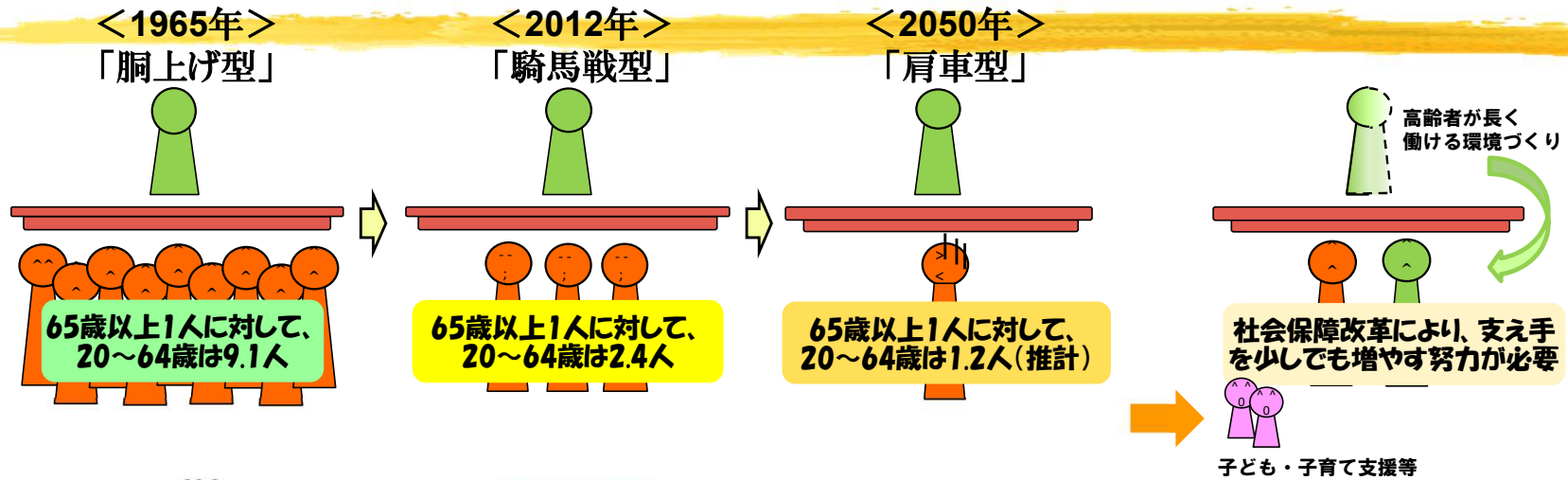
都市規模別にみた65歳以上人口指数



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」をもとに作成
(注1) 各カテゴリーごとに総計を求め、2015年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。
(注2) 「大都市」は、東京都区部及び政令指定都市を指す。
(注3) 福島県のデータは含まれていない。

「肩車型」社会へ

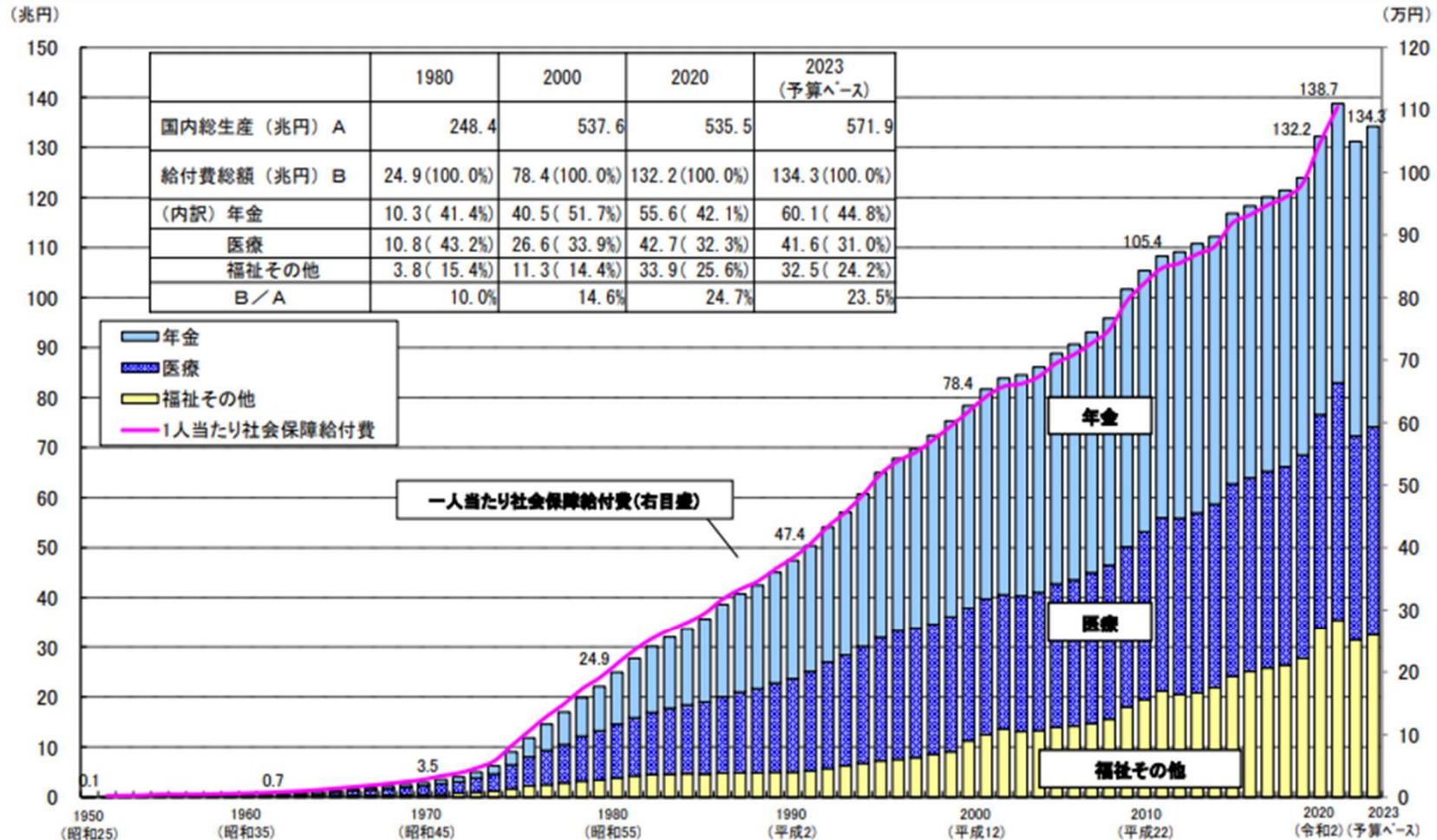
今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



人口(万人)・構成比	1965年	2012年	2050年
65歳以上	623 (6.3%)	3,083 (24.2%)	3,768 (38.8%)
64歳以下 20歳以上	5,650 (56.9%)	7,415 (58.2%)	4,643 (47.8%)
19歳以下	3,648 (36.8%)	2,252 (17.7%)	1,297 (13.4%)
1年間の出生数(率)	182万人 (2.14)	102万人 (1.37)	56万人 (1.35)

(出所) 総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、(出生中位・死亡中位)、厚生労働省「人口動態統計」

社会保障給付費の推移

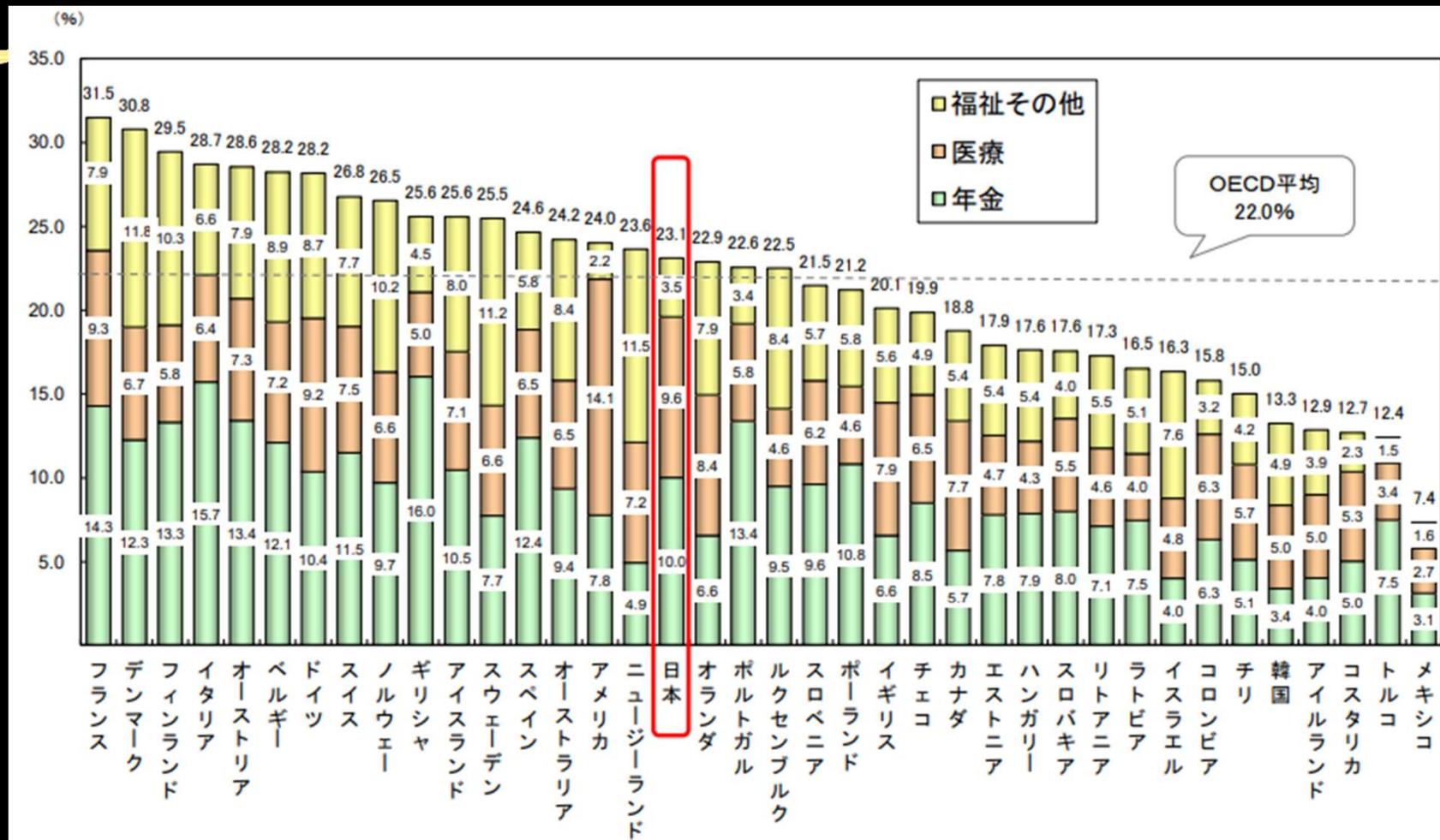


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和3年度社会保障費用統計」、2022~2023年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和5年1月23日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2021並びに2023年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障給付の部門別の国際的な比較 (対GDP比)



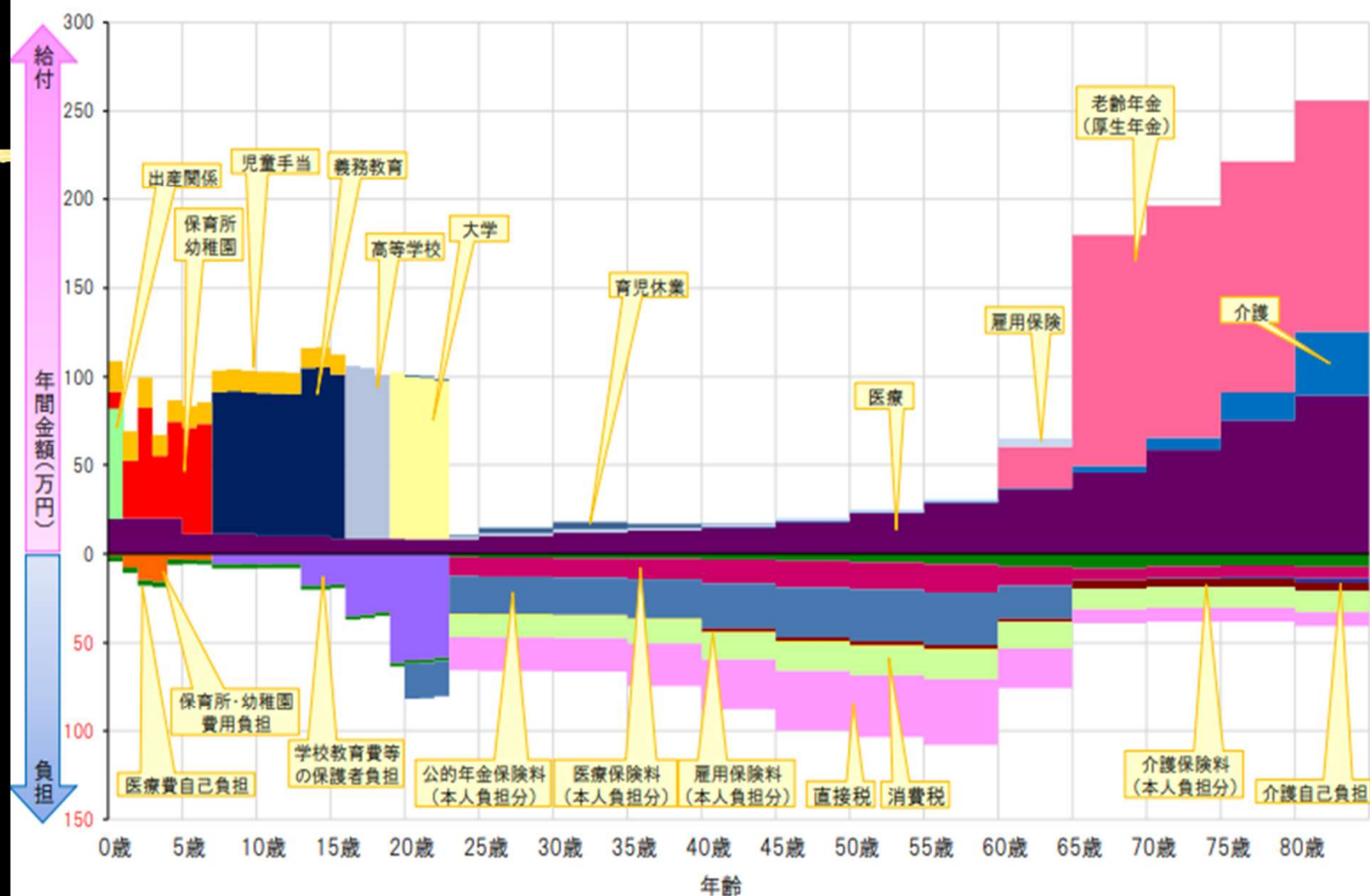
(注) OECD: "Social Expenditure Database"に基づき、厚生労働省政策統括官(総合政策担当)付政策統括室で算出したもの(20230210閲覧)。2019年の数値。
OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(施設整備費等)も計上されている。

OECD加盟国の医療費の状況 (2019年)

国名	総医療費の 対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.8	1	10,949	1	
ドイツ	11.7	2	6,518	4	
スイス	11.3	3	7,138	2	
フランス	11.1	4	5,274	12	
日本	11.0	5	4,692	15	
スウェーデン	10.9	6	5,552	7	
カナダ	10.8	7	5,370	11	
ベルギー	10.7	8	5,458	9	
ノルウェー	10.5	9	6,745	3	
オーストリア	10.4	10	5,705	6	
オランダ	10.2	11	5,739	5	
イギリス	10.2	12	4,500	18	
デンマーク	10.0	13	5,478	8	
ポルトガル	9.5	14	3,347	24	
オーストラリア	9.4	15	4,919	14	
チリ	9.3	16	2,292	30	
フィンランド	9.2	17	4,559	16	
スペイン	9.1	18	3,600	21	
ニュージーランド	9.1	19	4,212	19	

国名	総医療費の 対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
		順位		順位	
イタリア	8.7	20	3,653	20	
アイスランド	8.6	21	4,541	17	
スロベニア	8.5	22	3,304	25	
韓国	8.2	23	3,406	23	
ギリシャ	7.8	24	2,319	29	
チェコ	7.8	25	3,418	22	
コロンビア	7.7	26	1,276	36	
イスラエル	7.5	27	2,903	26	
コスタリカ	7.3	28	1,600	35	
リトアニア	7.0	29	2,727	27	
スロバキア	7.0	30	2,189	32	
エストニア	6.7	31	2,507	28	
アイルランド	6.7	32	5,083	13	
ラトヴィア	6.6	33	2,039	34	
ポーランド	6.5	34	2,289	31	
ハンガリー	6.4	35	2,170	33	
メキシコ	5.4	36	1,133	38	
ルクセンブルク	5.4	37	5,415	10	
トルコ	4.3	38	1,267	37	
OECD平均	8.8		4,087		

ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ

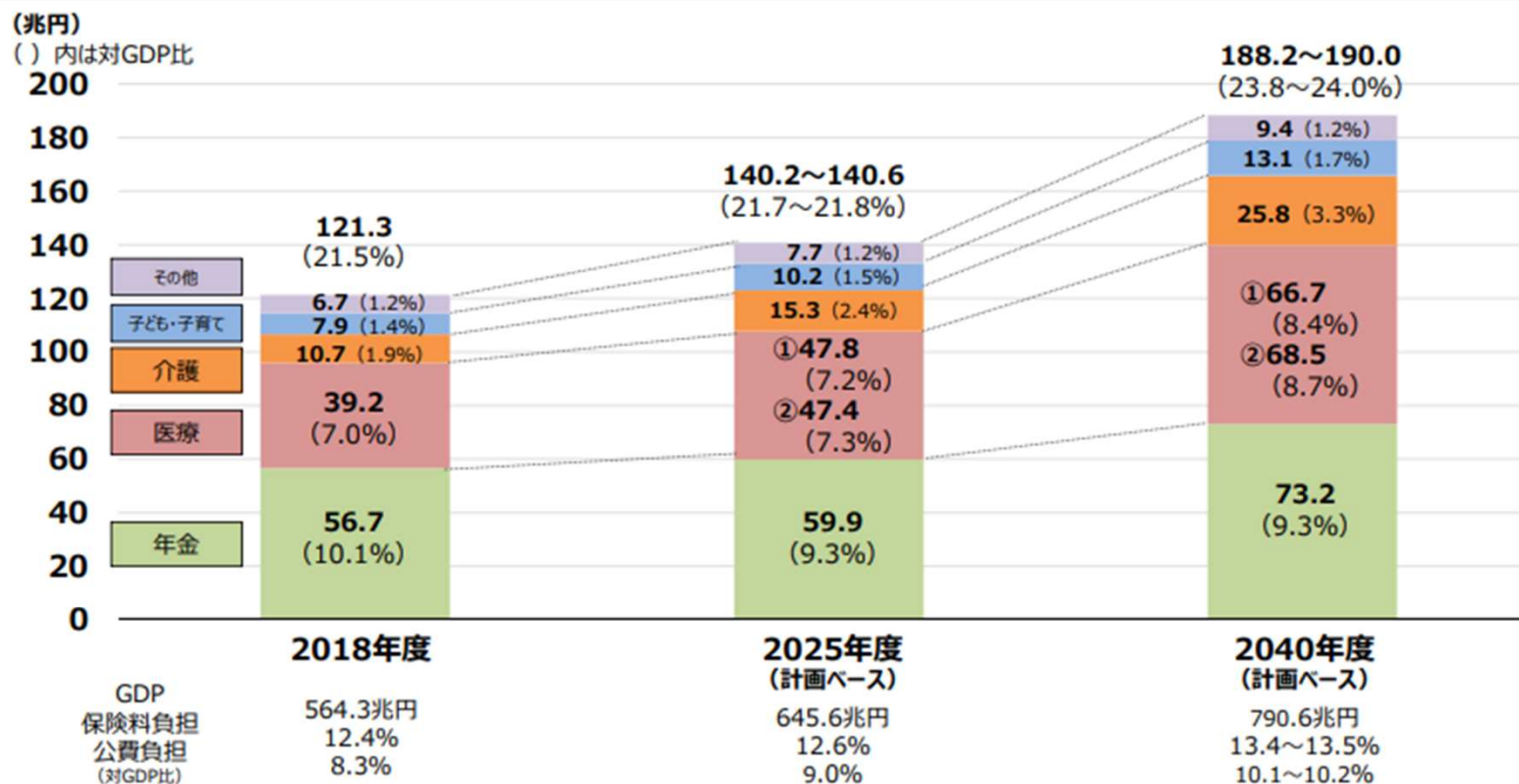


資料出所:各種統計を基に、厚生労働省において推計。

(注) 令和2年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

社会保障給付費の将来見通し

○「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（平成30年5月）では、一定の仮定をおいた上で、社会保障給付費の対GDP比は、2025年度に21.7～21.8%、2040年度に23.8～24.0%となると予測。



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

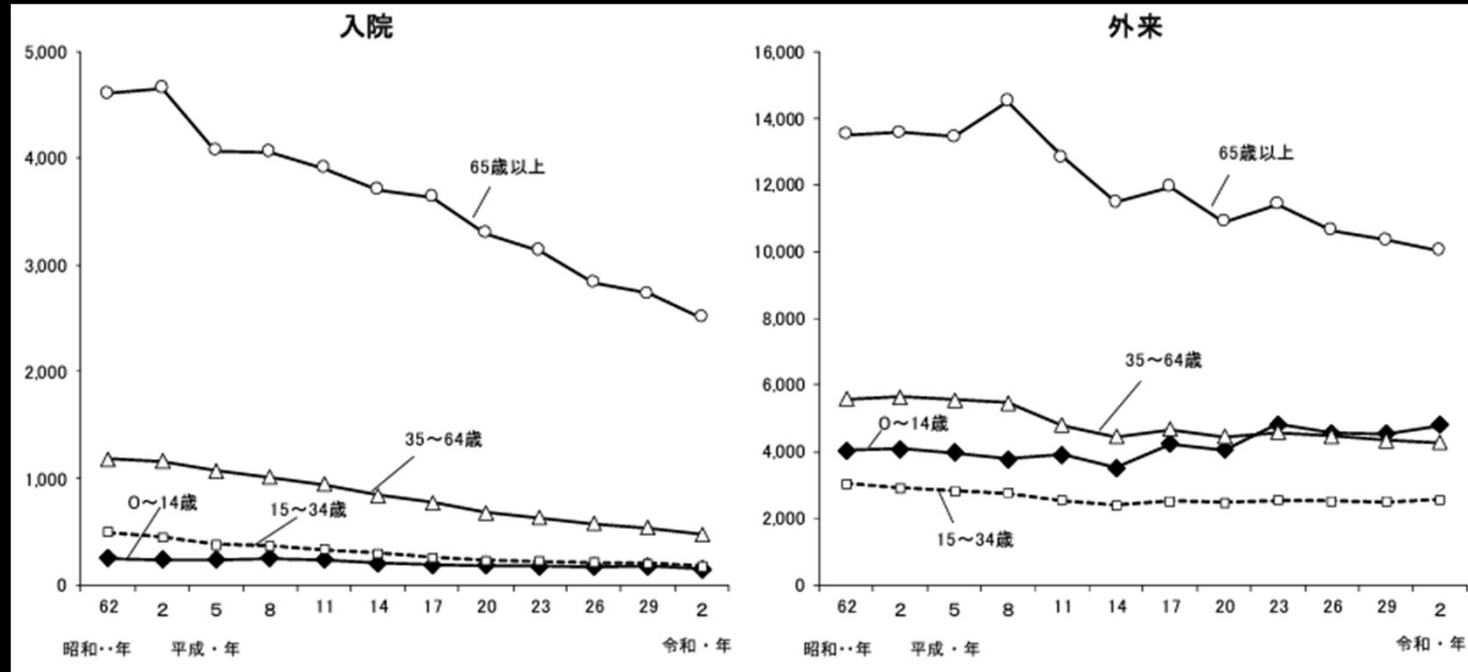
※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。

(出所)「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

医療費と介護費

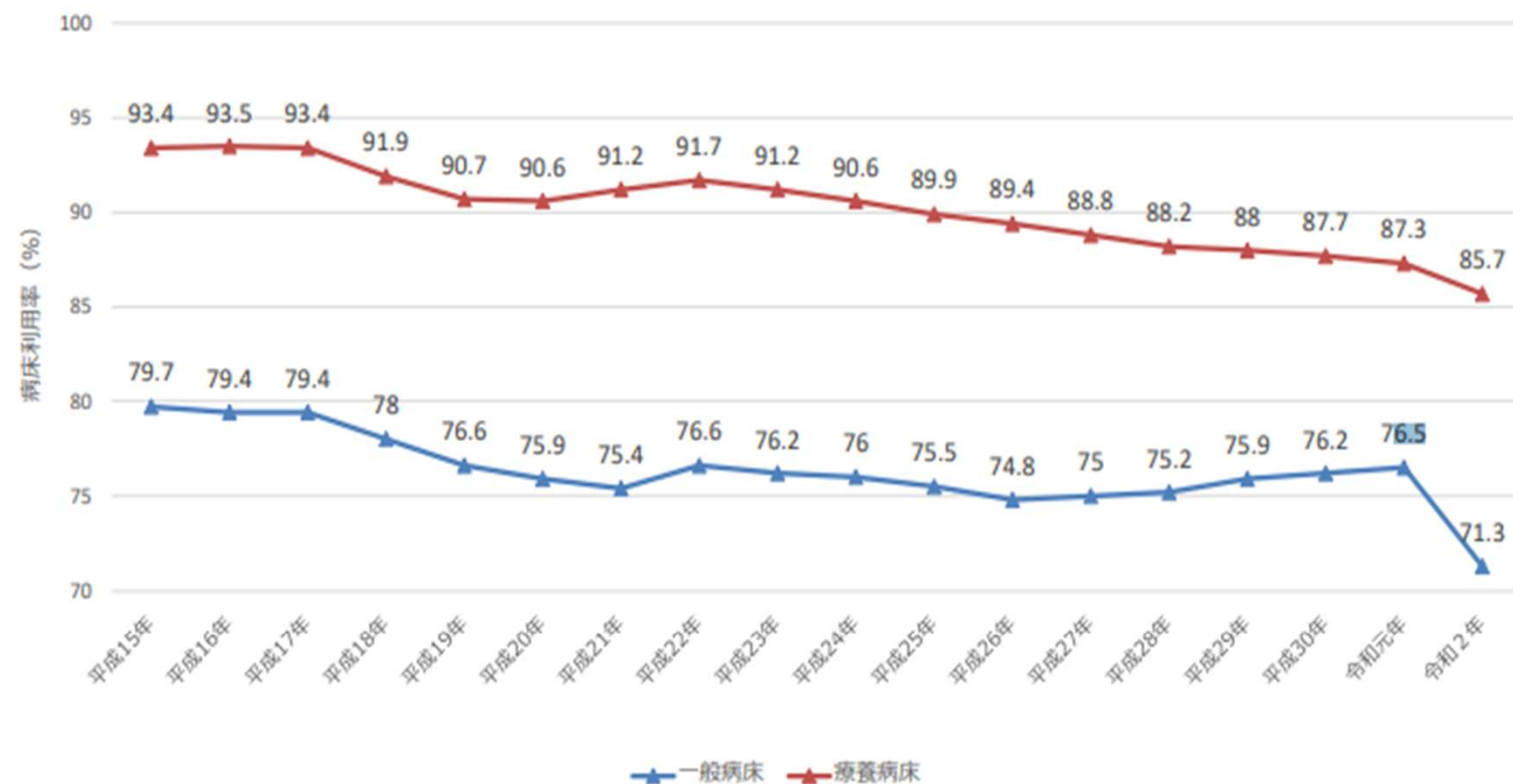
	国民医療費	介護総費用額
2000年	30.1兆円	3.6兆円
2019年	44.4兆円	10.5兆円
伸び	1.5倍	2.9倍

年齢階級別に見た受療率 (人口10万対) の年次推移



病床利用率の推移

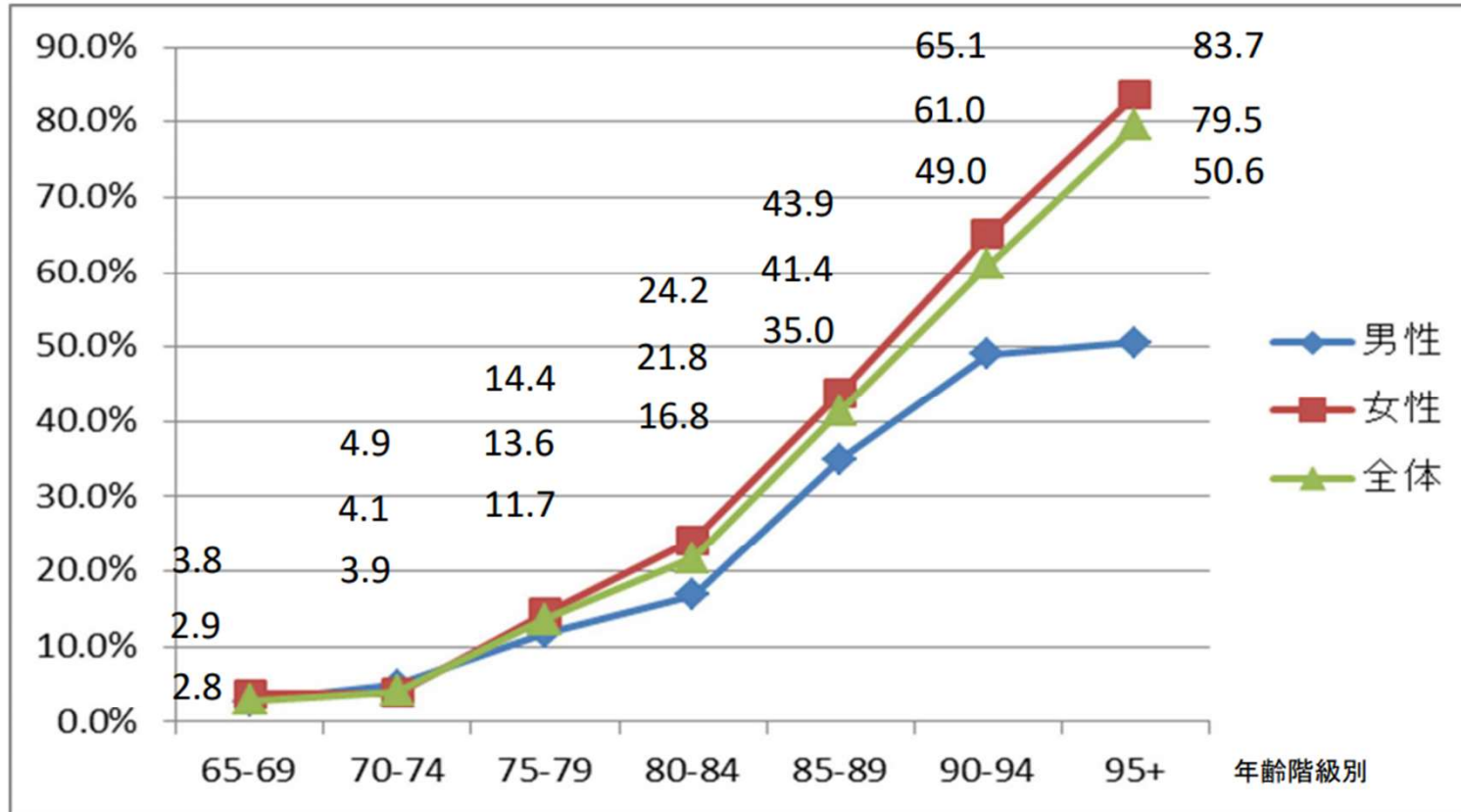
- 病床利用率について、令和元年まで、一般病床は上昇傾向にあり、療養病床は低下傾向にあった。一方、令和2年についてはいずれも大幅に低下しているが、これは新型コロナウイルス感染症の影響によるものと考えられる。



(出典) 病院報告

65歳以上の認知症有病率

- 65歳以上では、高齢になるほど認知症の有病率が増加。



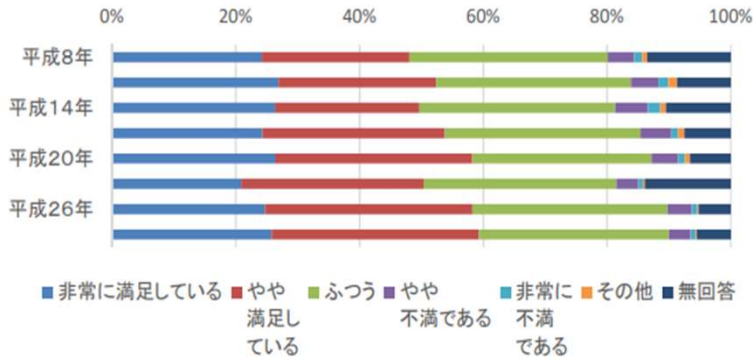
厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

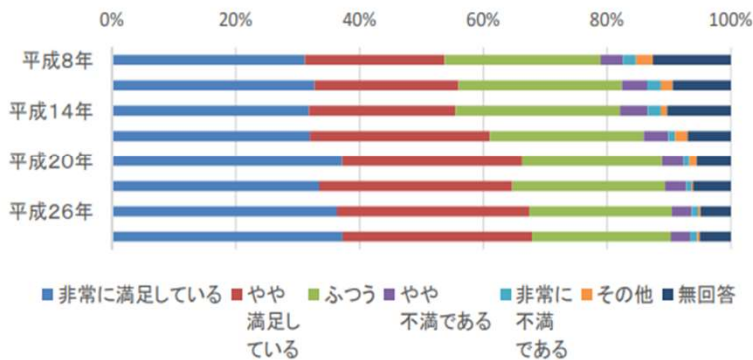
わが国の医療の状況に対する満足度について

- 受療行動調査において、わが国の病院に対する全体的な満足度は、「非常に満足している」「やや満足している」が、外来患者で約5～6割、入院患者で約6割を占めており、経年的に増加傾向。
- 他の調査においても、わが国の医療に対する満足度は、概ね上昇傾向。

・ 病院に対する全体的な満足度(外来患者)

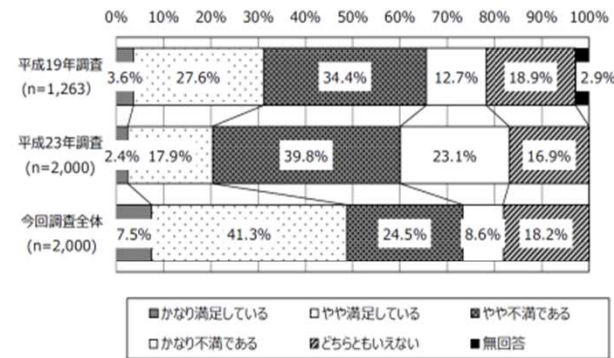


・ 病院に対する全体的な満足度(入院患者)



出典：平成29年度受療行動調査

図表 54 わが国の医療の状況に対する満足度 (n=2,000人)



出典：医療・医療保険制度に関する国民意識調査(健康保険組合連合会)

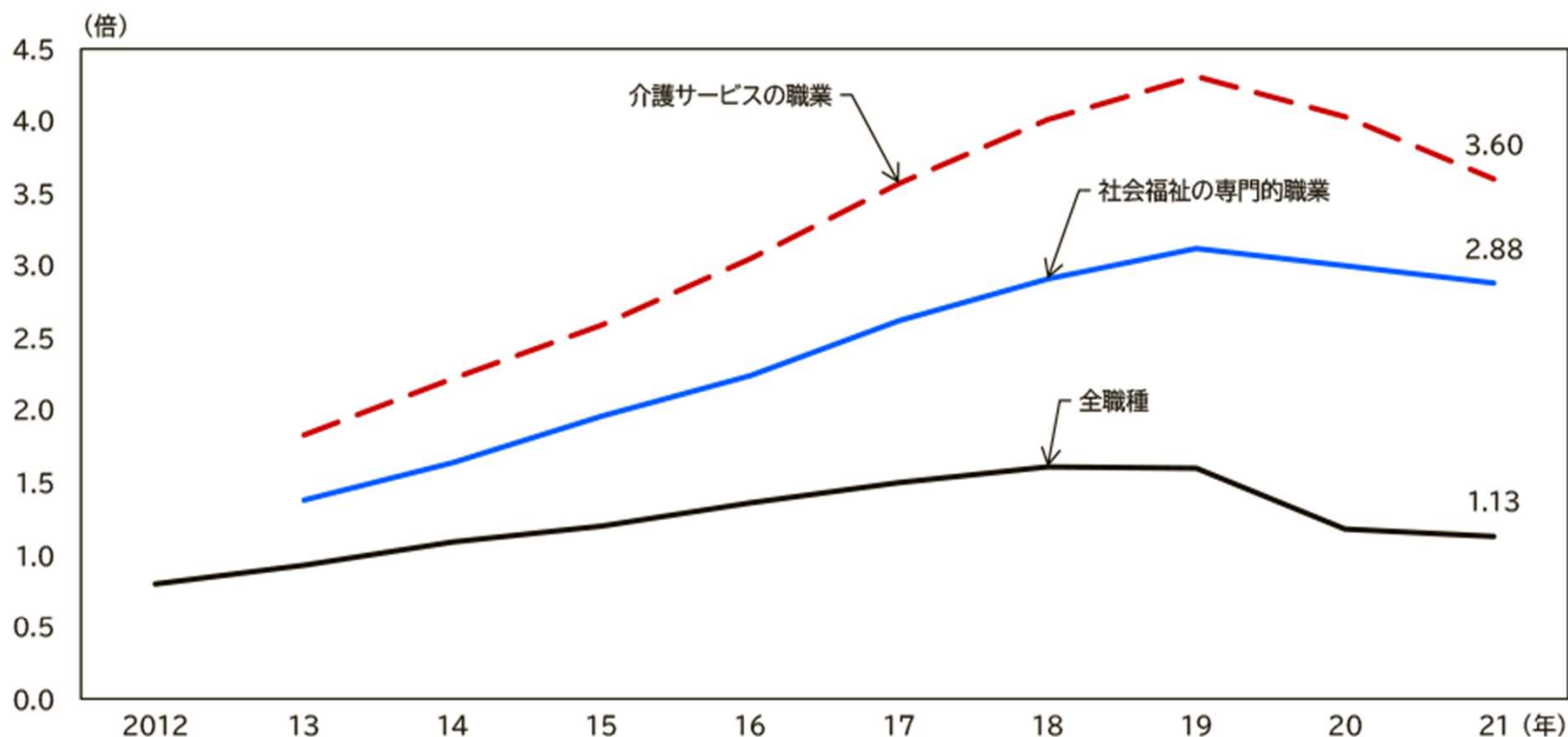


出典：第6回日本の医療に関する意識調査(日医総研ワーキングペーパー)

第2-(1)-5図

介護・福祉分野の有効求人倍率の推移

○ 介護サービス職や保育士等を含む社会福祉の職種の有効求人倍率は、全職種を大きく上回って推移している。



資料出所 厚生労働省「職業安定業務統計」をもとに厚生労働省政策統括官付政策統括室にて作成

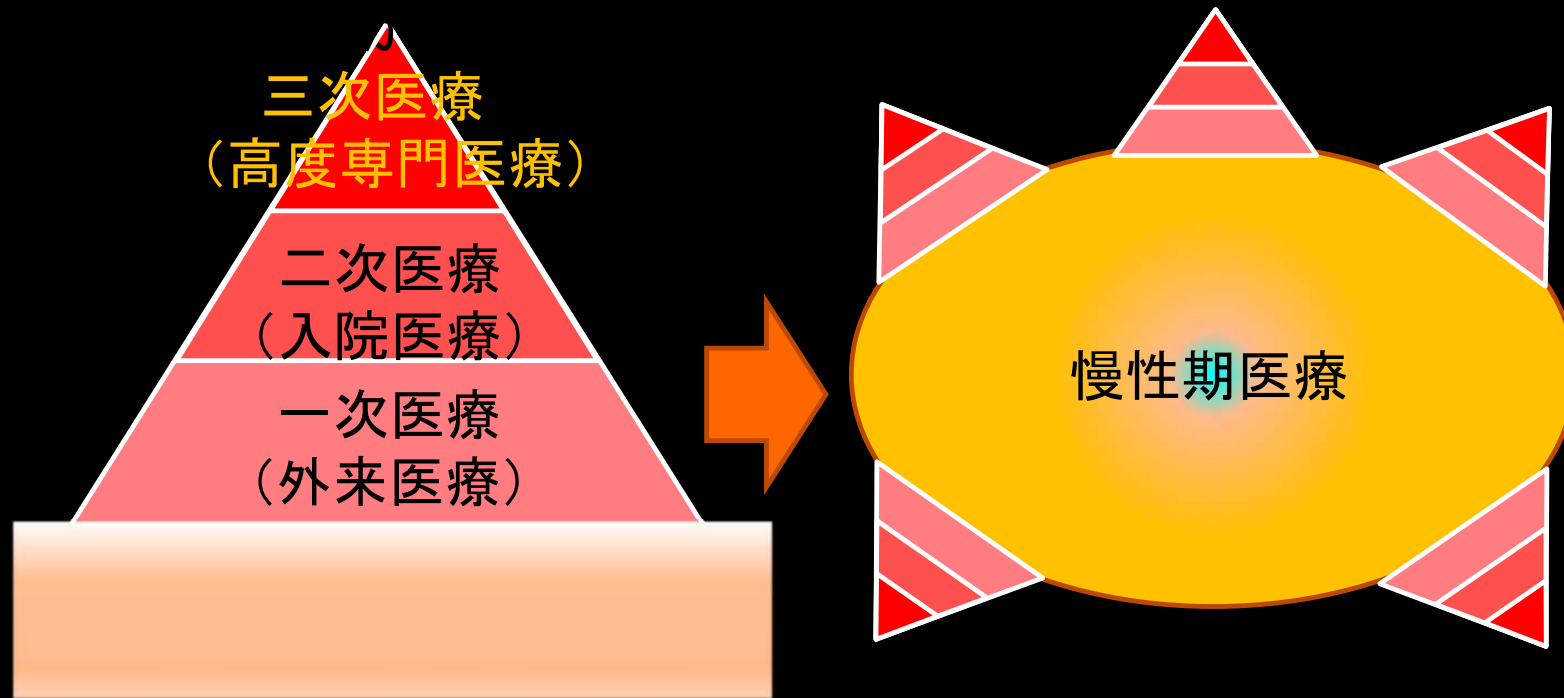
(注) 1) 実数を掲載している。

2) 「介護サービスの職業」は、介護サービス員、ホームヘルパーなどを指す。

3) 「社会福祉の専門的職業」は、ケースワーカー、介護支援専門員、スクールソーシャルワーカー、保育士、心理カウンセラー（社会福祉施設など）を指す。

4) 「介護サービスの職業」「社会福祉の専門的職業」の有効求人倍率は2013年以降の実績が公表されている。

医療提供体制の パラダイム・シフト





診療報酬と介護報酬

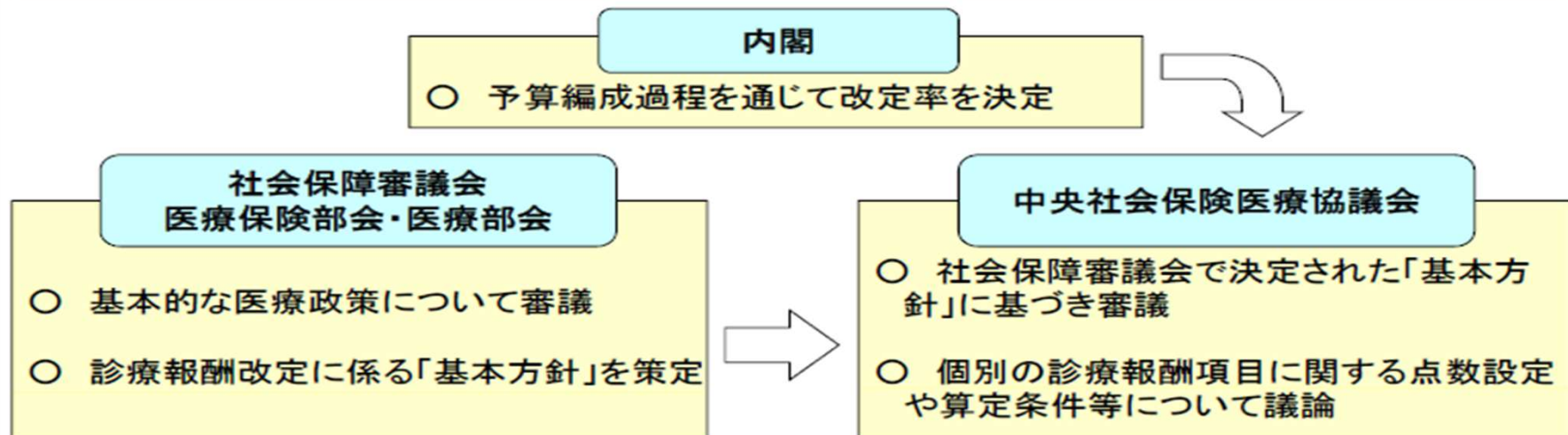
診療報酬・介護報酬の改定時期

	診療報酬	介護報酬	
2024（令和6）年度	○	○	同時改定
2023（令和5）年度			
2022（令和4）年度	○		
2021（令和3）年度		○	
2020（令和2）年度	○		
2019（令和元）年度			
2018（平成30）年度	○	○	同時改定

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員(保険者、被保険者の代表) 7名
- ② 診療側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表) 7名
- ③ 公益代表 6名(国会同意人事)

診療報酬と介護報酬の決定プロセス

●報酬額の決定

【診療報酬】

社会保障審議会医療保険部会
医療部会

【介護報酬】

社会保障審議会介護保険部会

基本方針

【診療報酬】

中央社会保険医療協議会
(中医協)

【介護報酬】

社会保障審議会介護給付費分科会

●改定率の決定 予算編成過程

予算編成過程

- 5月 省内での検討
- 6月 「骨太の方針」 (経済財政諮問会議)
- 7月 概算要求基準 (財務省)
- 8月 予算概算要求 (各省)
- 9～12月 財務省における査定
- 12月 「予算編成の基本方針」 (経済財政諮問会議) の閣議決定・予算の確定 (閣議)
- 1月 予算の国会提出
- 2～3月 国会での審議

経済財政運営と改革の基本方針 2023

●次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等 報酬の同時改定

- 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う

経済財政運営と改革の基本方針 2023

●次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定

- 「令和6年度予算編成に向けた考え方」（注：本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。）を踏まえつつ

経済財政運営と改革の基本方針 2023

- 次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定
- 一持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、（以上に掲げた）医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う

令和6年度概算要求基準

●経済・財政一体改革を着実に推進。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることはあってはならない。

(1) 年金・医療等

—前年度当初予算額に高齢化等に伴ういわゆる自然増（5,200億円）を加算した範囲内で要求

(2) 地方交付税交付金等

(3) 義務的経費

—前年度当初予算額の範囲内で要求

令和6年度概算要求基準

- (4) その他の経費（裁量的経費）
 - 前年度当初予算額の90%（「要望基礎額」）の範囲内で要求

令和6年度概算要求基準

(5) 重要政策推進枠

一 構造的賃上げの実現、官民連携による投資の拡大、少子化・こども政策の抜本強化を含めた新しい資本主義の加速や防衛力の抜本的強化を始めとした我が国を取り巻く環境変化など、重要政策課題に対応するため、「重要政策推進枠」を措置

令和6年度概算要求基準

(5) 重要政策推進枠（続き）

- 一 前年度当初予算におけるその他の経費に相当する額と要望基礎額の差額に100分の300を乗じた額及び義務的経費が前年度当初予算額を下回る場合にあっては、当該差額に100分の300を乗じた額の合計額の範囲内で要望

令和6年度概算要求基準

(5) 重要政策推進枠（続き）

- 一 前年度当初予算におけるその他の経費に相当する額と要望基礎額の差額に100分の300を乗じた額及び義務的経費が前年度当初予算額を下回る場合にあっては、当該差額に100分の300を乗じた額の合計額の範囲内で要望

令和6年度概算要求基準

● 予算編成過程における検討事項

- 物価高騰対策等を含めた重要政策については、適切に要求・要望
- 「こども・子育て支援加速プラン」の内容の具体化の取扱いについては予算編成過程において検討

令和6年度概算要求の基本的考え方 (厚生労働省資料から)

令和6年度 厚生労働省予算概算要求のフレーム



注1 他府省所管予算に係る増加額+400億円を含む。

注2 消費税率引上げとあわせ行う社会保障の充実及び「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」については、消費税込、地方消費税並びに重点化及び効率化の動向を踏まえ、予算編成過程において検討する。
また、過去の年金国庫負担繰り延べの返済などについても予算編成過程で検討する。

注3 物価高騰対策等を含めた重要な政策については、必要に応じて、「重要政策推進枠」や事項のみの要求も含め、適切に要求・要望を行い、予算編成過程において検討する。

注4 「こども未来戦略方針」で示された「こども・子育て支援加速化プラン」の内容の具体化の取扱いについては、予算編成過程において検討する。

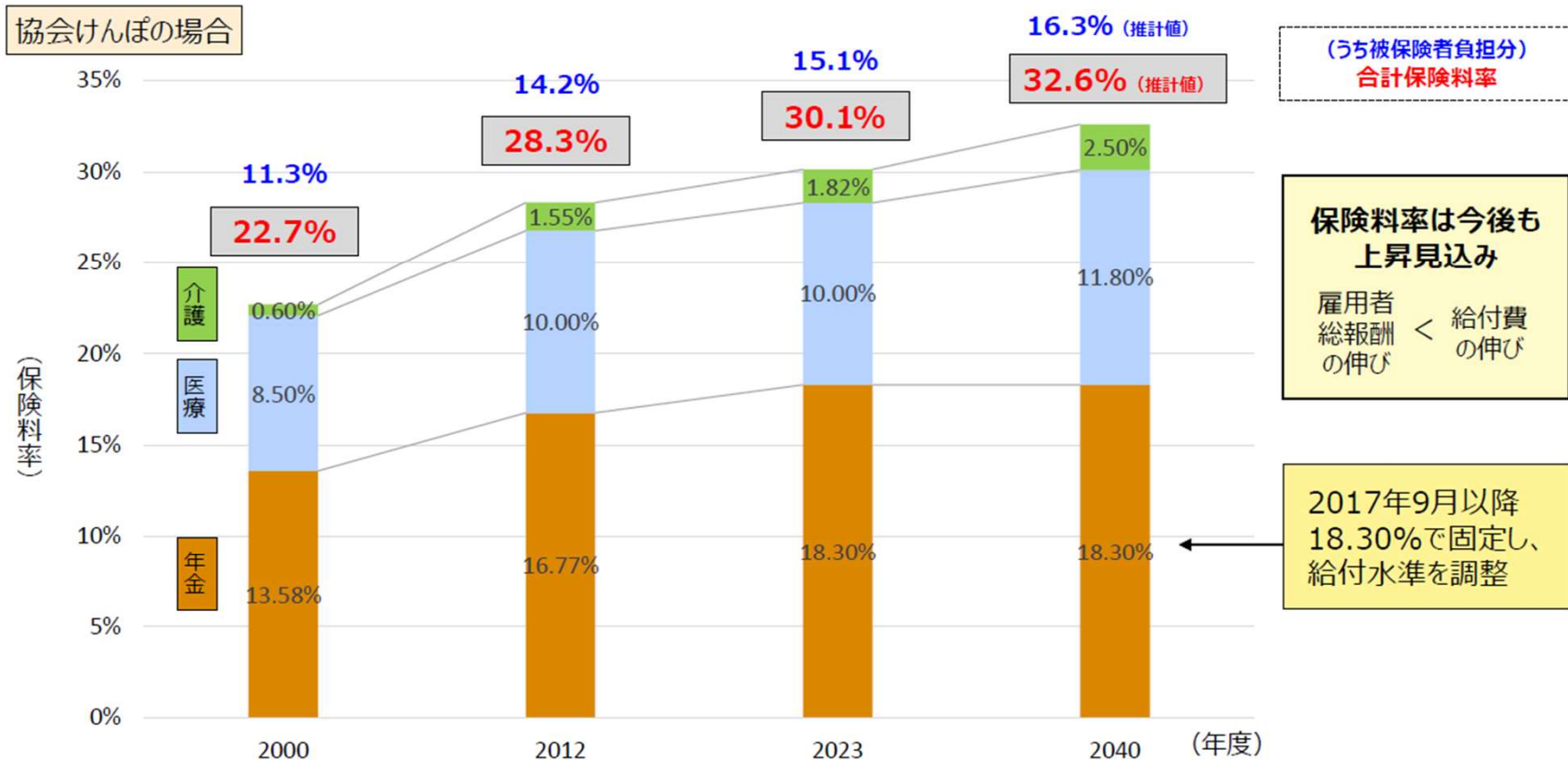


財務省の考え方

財政制度等審議会（令和5年9月27日開催）
の資料から

現役世代が負担する社会保険料負担

- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の3割を超える水準であり、今後も継続的に上昇する見込み
- **医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと**、足元の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、**中期的にも保険制度が持続できないおそれ**



(注) 2040年度の保険料率については、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(平成30年5月21日)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(=保険料総額が少ない)数値を用いている。

公定価格の適正化 – 2024年度報酬改定における主な課題

医療

□ 近年の物価上昇率を上回る単価増への対応

（診療所の1受診当たりの医療費：年+4.3%(過去3年)
（病院の入院1日当たりの医療費：年+3.5%(過去3年)）

←医療経済実態調査の結果を見た上で、適正な単価を設定

□ コロナ補助金等による内部留保の積み上がり

←賃上げ原資等として活用する方策の検討

介護

□ 構造的な人手不足の下で経済成長を大きく上回るペースで増加する需要への対応

←職場環境の改善・生産性の向上が不可欠

- ・関係者の意識改革（内閣総理大臣表彰等）
- ・ICTの活用、人員配置基準の柔軟化等
- ・経営の協働化・大規模化

医療・介護共通

□ 事業者の収入増（全体として年+2～3%）が現場の賃上げに確実につながる好循環の実現

- ・ 処遇改善の実績に応じた配分（処遇改善加算の仕組みの活用など）

* 2022年10月の臨時報酬改定で創設された処遇改善加算（約9割の事業所が取得）の下で、介護職員については予算額（+3%）を大きく上回る賃上げ（+5.8%）、同加算の直接の対象でない他の職員についても賃上げ（+3.6%～5.1%）が実施されている。

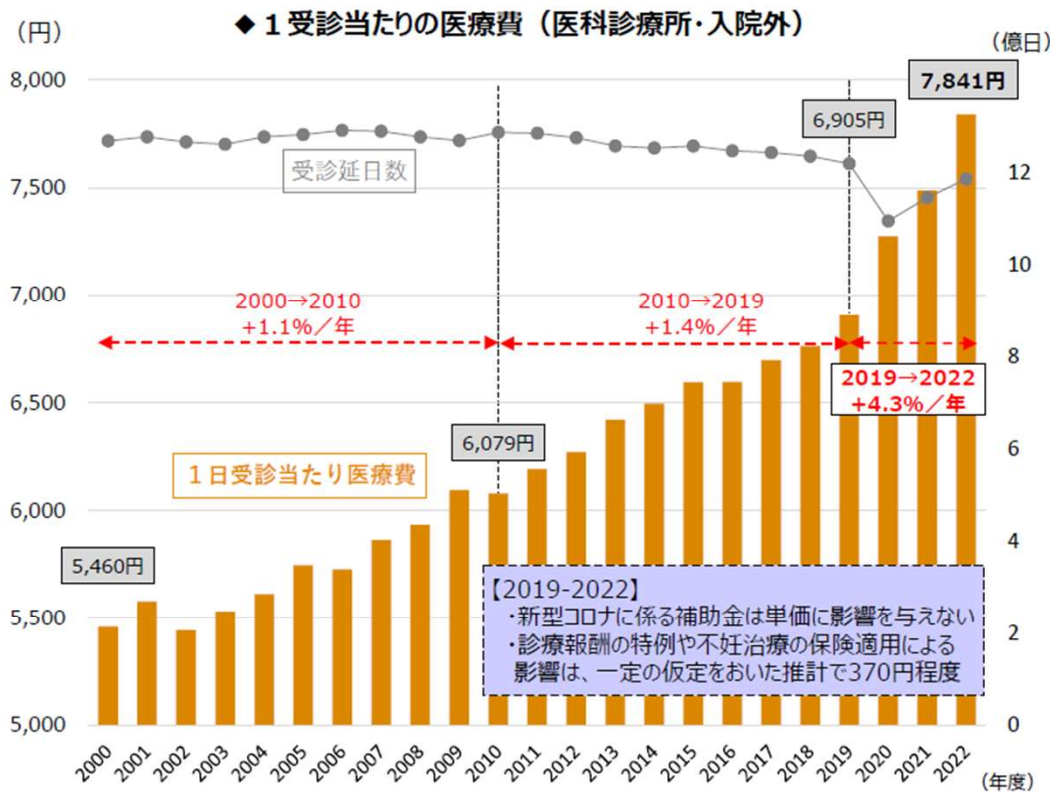
- ・ その前提として、費用負担・配分の見える化の強化（経営情報データベースの充実、職種別給与・人数の見える化）

□ 経済政策（構造的賃上げ・投資促進の取組み）との整合性

- ・ 現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環の実現のため、配分のメリハリ付けを通じた国民負担増（現役世代の保険料負担増等）の最大限の抑制（国民への還元）
- ・ 必要な医療・介護を提供しつつ、医療・介護の給付の伸びと国民所得（総報酬）の伸びを同水準にして、保険料率の上昇傾向に歯止めをかけることを目指す

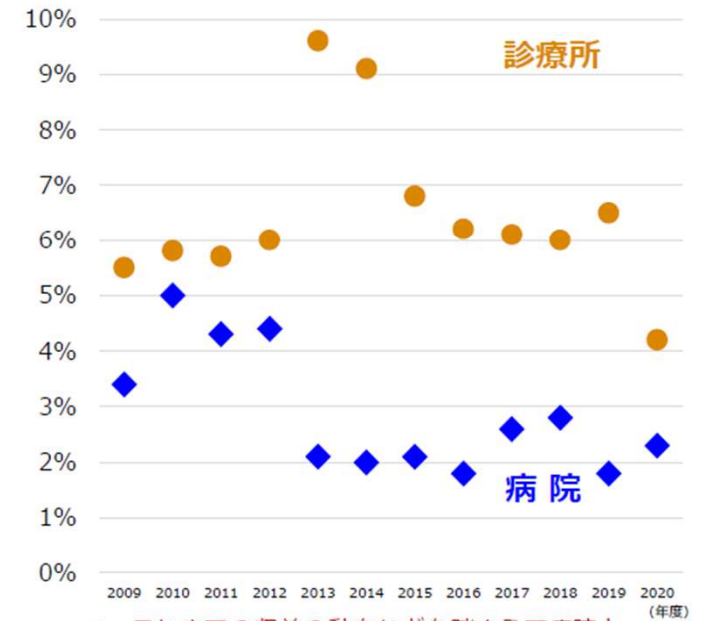
診療所における1受診当たりの医療費の推移

- 医療の高度化等により、医科診療所（入院外）における1受診当たりの医療費は、ほぼ一貫して増加。特に、2019年度から2022年度にかけて、+4.3%/年と近年の物価上昇率を超えた水準で急増。
- 診療所の収益率は構造的に病院より高く、報酬単価や分配の在り方などの見直しが必要。



（注1）1受診当たりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
（注2）年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。
（出所）厚生労働省「医療費の動向調査」


◆ 一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）



⇒ これまでの収益の動向なども踏まえて病院と診療所間の配分見直しを行うべきであるが、そのような観点からの配分の在り方の見直しがなされていない可能性

（注1）上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回間での比較は困難。

（注2）補助金を含んだ収益率。
（出所）厚生労働省「医療経済実態調査」



栄養ケア・マネジメントを 通じた栄養業務



拡大する栄養業務

(令和2年度診療報酬改定から)

入院患者のPEMと平均在院日数

これはすごい！

PEM : Protein energy malnutrition たんぱく質・エネルギー欠乏 (症)

内容	平均在院日数	
	非PEM患者	PEM患者
大腿骨骨折患者(1983)	10.0	12.0
関節置換術(1987)	21.5	30.1
脳障害児(1995)	1.8	18.0
ICU (前)(1996)	6.3	8.1
(中)	3.5	9.5
(後)	19.8	27.1
脳卒中後のリハ(1996)	44.9	58.9
リハ高齢患者		非PEMと5.4日差
股関節置換術(1996)		非PEMの2倍
一般(1997)	4.0	6.0
急性腎障害(1999)	23.5	34.8
心臓外科患者 (1999)	11.6	17.9

神奈川県立保健福祉大学 杉山みち子名誉教授提供のスライドを改変

日本健康・栄養システム学会が 令和2年度診療報酬改定で提案した事項

早期経腸栄養介入の効果

	運用前 2011年 (n=360)	運用後 2017年 (n=295)	有意差 (Wilcoxon順位和 検定)
48時間以内経腸 栄養開始率(%)	30.2	61.5	P<0.01
28日死亡率(%)	20.7	6.7	P<0.02
平均在ICU室日数 (中央値)	7.8±3.5 (6)	5.5±8.8 (3)	P<0.001
平均在院日数 (中央値)	40.6±24.3 (35)	33.1±46.7 (22)	P<0.001

矢野目英樹他、日本健康・栄養システム学会誌.2019.19(2)

日本健康・栄養システム学会が 令和2年度診療報酬改定で提案した事項

●集中治療室（ICU）等における重点的な栄養管理 に対する診療報酬上の新たな評価（加算の新 設）

⇒早期栄養介入管理加算の新設：400点（1日につき）

- ・患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合



拡大する栄養業務

(令和3年度介護報酬改定から)

低栄養と死亡・入院の関連

**要介護高齢者の低栄養を見過ごすことが、
予後を悪化させることにつながるのは「ほぼ間違いない」**

特養・老健入所者1,646名(85.7±8.7歳):低栄養状態中高リスク者は54.8%、低リスク群に対し、200日間の追跡で死亡HR: 2.102、入院HR: 1.434と有意に増加。(杉山・高田他、2015) ※右図参照

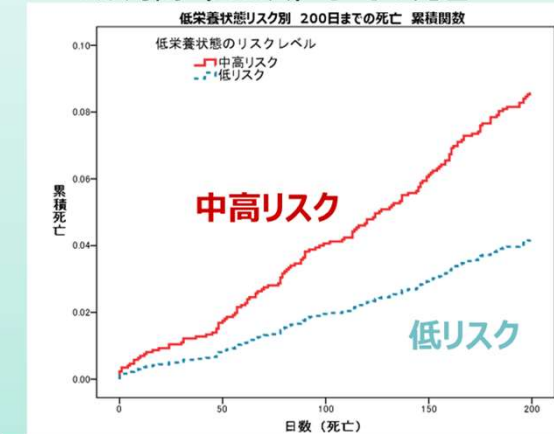
特養・老健入所者1,646名(85.7±8.7歳):やせ(BMI18.5未満)の者は31.8%、標準群に対し、1年間の追跡で死亡HR:1.84、入院HR:1.28と有意に増加。(藤川・高田・杉山他、2018)

在宅療養要介護高齢者1,142名(81.2±8.7歳):低栄養(MNA-SF)者は、1年間の追跡で死亡HR: 4.31、入院HR: 2.49、入所HR: 2.11。(葛谷他、2015)

在宅療養高齢者181名(79.8±8.8歳)において、低栄養(MNA<17)者は、2年間の追跡で死亡HR: 14.05。(Inoue他、2007)

地域・病院・施設で生活する高齢者の低栄養による低アルブミン血症は、筋肉量が有意に減少した人々にみられ、高齢者の死亡予測因子となる。(Cabrerizo S, et al. 2015)

【特養・老健】ベースライン時 低栄養リスク別 7か月間(200日)までの死亡



低栄養状態リスク (死亡/全数)	HR	95%CI			p-value
		lower	-	upper	
低リスク(32/727)	1.000	reference			
中・高リスク (111/902)	2.102	(1.401	-	3.154)	<0.001

低栄養状態 中高リスク者では、低リスク者よりも死亡のリスク(ハザード比)が、約2倍大きい

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

日本健康・栄養システム学会が 令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- 介護保険施設における栄養管理の強化
- 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）における栄養管理の強化
- 通所系サービスにおける栄養管理の強化
- 介護保険における栄養情報連携の強化

日本健康・栄養システム学会が 令和3年度介護報酬改定で提案した事項

● 介護保険施設における栄養管理の強化

⇒ 栄養マネジメント強化加算

- ・ 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること

日本健康・栄養システム学会が 令和3年度介護報酬改定で提案した事項

● 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）における栄養管理の強化

⇒ 栄養管理体制加算

- ・ 管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価

日本健康・栄養システム学会が 令和3年度介護報酬改定で提案した事項

●通所系サービスにおける栄養管理の強化

⇒栄養アセスメント加算

- ・通所系サービス等について、管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価

日本健康・栄養システム学会が 令和3年度介護報酬改定で提案した事項

● 介護保険における栄養情報連携の強化

- ⇒ 管理栄養士等が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、これらの支援につながる情報を把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師に提供するよう努めることを明示
- ⇒ 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、管理栄養士等が必要に応じて参加することを明確化



拡大する栄養業務

(令和4年度診療報酬改定)

日本健康・栄養システム学会が 令和4年度診療報酬改定で提案した事項

- 周術期患者に対する栄養管理の強化
（日本外科代謝栄養学会との共同提案）
- 重症熱傷患者に対する栄養管理の強化
（日本熱傷学会との共同提案）
- 早期栄養介入管理加算の対象の拡大
（日本集中治療医学会との共同提案）

周術期患者に対する栄養管理の強化

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点 (1手術に1回)

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2)の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (2) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

早期栄養介入管理加算の対象拡大

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- ▶ 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- ・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制[※]が整備されていること。

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- ▶ 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- ・早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- ・早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料 1～4



改定後


特定集中治療室管理料 1～4
救命救急入院料 1～4
ハイケアユニット入院医療管理料 1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

栄養ケア・マネジメントが 医療保険・介護保険に定着するために

- 医療・介護現場での「思いつき」
- 医療・介護での試行
- 評価（エビデンスとしての確立、LIFEの活用）
- 提案活動
- フォローアップ
- 診療報酬・介護報酬への収載

報酬提案時に留意していること

- 多くの現場（津々浦々）で実践できること
（実績があること）
- 一定程度の努力を必要とするが多大な資源を要さないこと
- 医療の効率化に資すること
- 体制に対する評価 < プロセスに対する評価 < アウトカムに対する評価



リハビリテーション・機能訓練、口 腔、栄養の一体的取組

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業
- 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業

令和5年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業
- 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業

令和6年度同時改定に向けた 意見交換会（中医協）

- 令和5年3月15日開催（第1回）
- 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
- リハビリテーション・口腔・栄養
- 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

経済財政運営と改革の基本方針2023 (骨太の方針2023) 令和5年6月16日閣議決定

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

- 「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。」