

おいしいね

速報！ 令和6年度診療報酬改定

ここに注目！

栄養管理に関わる改定のポイント



監修：宮崎純一先生

群馬県済生会前橋病院 栄養科/公益社団法人 日本栄養士会 医療事業推進委員会 副委員長

令和6年度診療報酬改定が行われ、令和4年度の改定に続き管理栄養士が関わる業務について大きく評価が見直されました。業務を行う上で押さえておくべきポイントについてご紹介します。

令和6年度 診療報酬改定における栄養関連分野のポイント

令和6年度診療報酬改定においては、基本方針として以下の4点が掲げられています。

- I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進
- II ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進
- III 安心・安全で質の高い医療の推進
- IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

このうち、栄養関連の項目は主に基本方針のII、IIIにて評価がなされていますが、ここではそれらの中から特に押さえておくべき項目について紹介します。

- ◆入院医療に関する主な改定項目 ポイント①～⑨
- ◆外来医療に関する主な改定項目 ポイント⑩～⑫
- ◆在宅医療に関する主な改定項目 ポイント⑬・⑭

入院医療に関する主な改定項目

ポイント①

退院後の生活を見据え、入院基本料の施設基準における栄養管理体制の基準を明確化する見直しが行われました。

【I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-②】

②入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方（抜粋）

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、栄養管理体制の基準を明確化する。

第2 具体的な内容（抜粋）

2. 入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。

●改定

別添2 入院基本料等の施設基準等（抜粋）

5 栄養管理体制の基準

(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（標準的な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、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。

今回、入院基本料等について栄養管理体制の基準を明確化するという見直しが行われました。

「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」と改定され、栄養スクリーニングにおいて低栄養リスクありの場合、GLIM基準を活用することが望ましいとされ、活用が難しい場合は、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に依じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えないとありますので、施設ごとでの運用をご検討いただければと思います。

実際、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実務上の留意事項について（通知）」の「入院・外来栄養食事指導料」の項目には、低栄養状態にある患者さんの定義の一つとして、「GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者」と記載されています。同じく、「栄養サポートチーム加算」の項目においても、同加算を算定できる患者さんに関して「栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果を踏まえ、GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者」との記述があります。今次改定の審議過程では「DPCデータ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」との論点も提示されており、今後、共通の基準を用いた低栄養の診断の標準化が進んでいくものと思われます。



ポイント②

地域包括医療病棟入院料が新設され、専任の常勤の管理栄養士の病棟配置を求めるとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算が新設されました。

【Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-①】

①地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

●新設

地域包括医療病棟入院料（1日につき）3,050点

【施設基準】（抜粋）

- (5) 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。
- (7) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。

●新設

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算

（1日につき）

80点

【算定要件】

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき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棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

【施設基準】

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

高齢者の人口増加に伴い、近年は救急搬送される高齢患者さんが増加しており、入院中のADL低下や入院日数の長期化等、様々な問題が指摘されています。

こうした現状を踏まえ、地域において、救急患者さん等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う新たな病棟区分として「地域包括医療病棟入院料」が新設されました。地域包括医療病棟入院料の施設基準には10対1の看護配置に加えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置が求められており、「専任」の管理栄養士を病棟に常勤で配置することも明記されています。

なお、地域包括医療病棟入院料の注加算の一つ、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」は、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（ポイント④参照）」と同等

の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度に算定可能となっています。



ポイント③

入退院支援加算1・2が見直され、退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養・口腔に関する支援内容が求められることになりました。

【Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-⑧】

⑧入退院支援加算1・2の見直しについて

第1 基本的な考え方

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算1及び2について要件を見直す。

第2 具体的な内容（抜粋）

- 3. 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入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する。

●改定

入退院支援加算

【算定要件】（抜粋）

- (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～カ（略）

キ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担

ポイント④

専任の常勤の管理栄養士の病棟配置を要件とするリハビリテーション・栄養・口腔の連携を推進するための体制加算が新設されました。

【Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-①】

①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

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ADL維持向上等体制加算を廃止する。

●新設

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

【対象患者】

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を算定する患者

【算定要件】

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

【施設基準】（抜粋）

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

急性期におけるADLの維持・向上に向けた取り組みや栄養管理、口腔管理に対する評価として「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設されました。これは、急性期一般入院基本料等を算定する病棟での栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりが少ないこと等を踏まえたものだと思います。

本加算において、栄養食事指導を別に算定することは可能となっています。施設基準の項目が多いため、栄養部門のみで算定できる加算ではありませんが、管理栄養士の積極的な栄養介入を期待します。



ポイント⑥

適切な栄養管理を推進する観点から、新たに経腸栄養を開始した場合の管理と支援に関する加算が新設されました。

【Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-⑤】

⑤療養病棟入院基本料の見直し

第1 基本的な考え方（抜粋）

- ⑤中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容（抜粋）

- 7.療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

●新設

経腸栄養管理加算（1日につき）300点

【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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

【施設基準】

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

これまで、急性期では「早期栄養介入管理加算」により48時間以内の経腸栄養や経口栄養の開始が評価されてきましたが、今回、療養病棟における入院中の患者さんに対する適切な経腸栄養管理の評価として「経腸栄養管理加算」が新設されました。この加算が新設された理由として、療養病棟における「NST加算」の届出状況の低さが挙げられます。マンパワーやスタッフの教育体制等の問題により、療養病棟ではチームで栄養管理に取り組むことがなかなか難しいという実態が、調査の結果から分かっています。

このため、今回の「経腸栄養管理加算」の新設は、これまで「NST加算」を算定できていなかった施設にとっては前向きな加算になるかと思えます。

なお、「経腸栄養管理加算」は「NST加算」のほか、「入院栄養食事指導料」「集団栄養食事指導料」との併算定はできないのでご注意ください。



ポイント⑥

入院栄養食事指導料を算定した患者に加え、退院先が他の医療機関や介護保険施設等の患者について、退院先の施設の管理栄養士と連携の上、情報連携した場合も算定可能となりました。

【Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-⑦】

⑦医療と介護における栄養情報連携の推進

第1 基本的な考え方

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 1.栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設する。
- 2.入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

●新設

栄養情報連携料 70点

【対象患者】

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護保険施設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法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

【算定要件】

- (1) 区分番号 B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (3) 区分番号 B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- (4) 区分番号 A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料1に限る。）においては、区分番号 B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

令和2年度に新設された「栄養情報提供加算」では、栄養食事指導に加え退院後の栄養・食事管理に関する情報を示す文書を用い後方施設へ提供した場合が評価されており、ご本人の理解が困難な場合などは栄養食事指導が実施できず、転院・入所先に対して非算定で栄養情報提供書を作成し、情報共有しているケースがありました。

今回新設された「栄養情報連携料」では、入院栄養食事指導料を算定した患者、または入院栄養食事指導料を算定していない患者に対し、転院・入所先の管理栄養士に入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて共有した場合にも算定可能となりました。また、今次の同時改定に伴って、介護報酬においても医科と同様の「退院時栄養情報連携加算」が新設されており、医療から介護だけでなく、介護から医療への情報提供も評価されるようになっていきます。

なお、回復期リハビリテーション病棟の入院料1以外（回復期リハビリテーション病棟の入院料2～5）を算定している場合には、栄養食事指導が包括化されているため、「栄養情報連携料」を算定できませんので、ご注意ください。



ポイント⑦

回復期リハビリテーション病棟入院料1では栄養状態の評価に GLIM 基準を用いることが必須となり、2～5では望ましい要件となりました。

【Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-⑬】

⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

第1 基本的な考え方

より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す

第2 具体的な内容（抜粋）

- 1. 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の評価を見直す。
- 2. 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価に GLIM 基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。

●改定

回復期リハビリテーション病棟入院料

【算定要件】（抜粋）

⑭回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。**その際、栄養状態の評価には、GLIM 基準を用いること。**なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

⑮回復期リハビリテーション病棟入院料2から5を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。**その際、栄養状態の評価には、GLIM 基準を用いること。**

今回、算定要件に GLIM 基準が加わった背景には、入院患者さんの栄養状態に関する大規模データベースの構築があると思われま。回復期リハビリテーション病棟入院料2～5では、GLIM 基準の使用が「望ましい」要件とされましたが、今後、必須となっていく可能性もあるため、その対応に向けた準備を今のうちから進めておくのと良いかもしれません。



ポイント⑧

入院時の食費の基準が見直されました。

【Ⅲ-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応-①】

①入院時の食費の基準の見直し

第1 基本的な考え方

食材料費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

第2 具体的な内容

入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり30円引き上げる。

●改定

食事療養及び生活療養の費用額算定表

第一食事療養

- 1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）
 - （1）（2）以外の食事療養を行う場合 **670円**
 - （2）流動食のみを提供する場合 **605円**

注（略）

- 2 入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき）
 - （1）（2）以外の食事療養を行う場合 **536円**
 - （2）流動食のみを提供する場合 **490円**

注（略）

第二生活療養

- 1 入院時生活療養（Ⅰ）
 - （1）健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき）

イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 **584円**

ロ 流動食のみを提供する場合 **530円**

- 2 入院時生活療養（Ⅱ）
 - （1）食事の提供たる療養（1食につき） **450円**
 - （2）（略）

注（略）

昨今の食材費等の大幅な高騰や、介護保険における一食当たりの自己負担額との差等を踏まえたもので、約30年ぶりの改定となりました。



ポイント⑨

「小児緩和ケア診療加算」の新設に伴って、「緩和ケア診療加算」における「個別栄養食事管理加算」と同様に、「小児個別栄養食事管理加算」が新設されました。

【Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実-③】

③小児緩和ケア診療加算の新設

第1 基本的な考え方

小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する。

●新設

小児個別栄養食事管理加算（1日につき）70点

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

【施設基準】

- （1）緩和ケアを要する15歳未満の小児患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- （2）当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

— 外来医療に関する主な改定項目 —
ポイント⑩

外来・在宅医療を実施している医療機関に勤務する医療関係職種の賃金改善を実施している場合の評価が新設されました。

【Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-①】

①賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容（抜粋）

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

●新設

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）

- 1 初診時 **6点**
- 2 再診時等 **2点**
- 3 訪問診療時
 - イ 同一建物居住者等以外の場合 **28点**
 - ロ イ以外の場合 **7点**

ポイント⑪

生活習慣病管理料の評価及び要件が見直され、検査等を包括する（Ⅰ）と、包括しない（Ⅱ）に区分されるとともに、特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病等の生活習慣病が除外されました。

【Ⅱ-5 外来医療の機能分化・強化等-①】

①生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第1 基本的な考え方

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とともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容（抜粋）

- 1. 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。
 - （1）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の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。あわせて、療養計画書について、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、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。
 - （2）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。
 - （3）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、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。
 - （4）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とともに、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。

2. 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

●新設

生活習慣病管理料（Ⅱ）333点

【算定要件】

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号 A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部第1節医学管理等（区分番号 B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号 B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号 B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号 B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号 B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- (3) 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。
- (4) 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、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

【施設基準】

- (1) 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (2) 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こと。
 - (3) 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、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こと。
 - (4) 生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
3. 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。
4. 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。

従来の「生活習慣病管理料」は要件の見直しとともに点数が引き上げられて「生活習慣病管理料（Ⅰ）」に名称変更となり、併せて、検査等を包括しない「生活習慣病管理料（Ⅱ）」が新設されました。「生活習慣病管理料（Ⅱ）」では外来栄養食事指導等も包括外となっているため算定が可能です。



ポイント12

管理栄養士を含む透析予防診療チームによる慢性腎臓病患者への指導の評価が新設されました

【Ⅲ-5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進-④】

④慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

●新設

慢性腎臓病透析予防指導管理料

- 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点
- 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 250点

【対象患者】

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

【算定要件】

- (1) 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、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認め入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 区分番号 B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。
- (3) 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、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、261点又は218点を算定する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のイに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を3年以上有する者であること。

- (4) (1)のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (6) (1)ア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
- (7) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (8) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (9) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室は区分番号B001「27」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。
- (10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。
- (11) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

糖尿病の患者さんに対する透析予防の取組については、平成24年度から「糖尿病透析予防指導管理料」によって評価されてきましたが、今次改定で「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が新設されたことにより、非糖尿病の慢性腎臓病患者さんへの透析予防の取組に対しても評価されることになりました。

非糖尿病の慢性腎臓病に対する多職種介入効果については、推定糸球体濾過量(eGFR)の低下が糖尿病の患者さんの場合と同様に有意に抑制されること、とくに介入開始後早期に大きな効果を得られること等が報告されています。今回の加算新設は、こうしたエビデンスが背景にあって実現したものと思われます。

「慢性腎臓病透析予防指導管理料」の算定要件は、概ね「糖尿病透析予防指導管理料」に準じていますが、慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士の年数は3年以上となっています。また、施設基準の一つとして腎臓病教室の実施がありますが、「糖尿病透析予防指導管理料」に規定する糖尿病教室の実施に代えても差し支えないとされています(ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限ります)。

厚生労働省「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」の報告によると、新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病性腎症が最多であるものの、近年は高血圧や加齢等により発症する腎硬化症の割合も増加傾向にあるとされています。

また、慢性糸球体腎炎等の割合も依然として高いのが実状です。こうした患者さんが透析導入に至るのを予防する意味で、「慢性腎臓病透析予防指導管理料」の対象となる患者さんは少なくないと考えます。



— 在宅医療に関する主な改定項目 —

ポイント13

介護障害連携加算の実績要件の選択肢の一つとして、訪問栄養食事指導に関する実績が追加されました。

【Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-⑭】

⑭有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

第1 基本的な考え方

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容(抜粋)

2. 介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

ポイント14

訪問栄養食事指導について、在宅療養支援病院には自院での体制整備を求め、在宅療養支援診療所は栄養ケア・ステーションや他の保険医療機関との連携も含めた体制整備が望ましいこととされました。

【Ⅱ-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑩】

⑩在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進

第1 基本的な考え方

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

第2 具体的な内容

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する。

●改定

在宅療養支援診療所

【施設基準】(抜粋)

- (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ～ワ(略)

カ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

(中略)

- (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

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

在宅療養支援病院

【施設基準】(抜粋)

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ～ワ (略)

カ 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

1 在宅療養支援病院の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

(中略)

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

チ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。

※機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。

【経過措置】

令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、第四の一の(1)の力、(2)の力若しくは(3)のロに該当するものとみなす。

特定集中治療室管理料における早期栄養介入管理加算の留意事項が一部変更されました。

第3 関係法令等

(2) 2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(通知)

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

第3節 特定入院料

A301 特定集中治療室管理料

(6)「注5」早期栄養介入管理加算は、重症患者の特定集中治療室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を実施した場合の評価である。なお、当該加算を算定する場合は、同一日にB001の10入院栄養食事指導料を別に算定できないが、他の病棟に転棟後、退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、この限りではない。

従来、早期栄養介入管理加算を算定した場合には、入院栄養食事指導料は別に算定できないこととされており、一連の入院期間中に早期栄養介入管理加算を算定した後、他の病棟に転棟し、別の入院料等を算定する場合においても入院栄養食事指導料は算定不可でした。しかし、本通知において「他の病棟に転棟後、退院後の生活を見据えて必要性が認められる場合は、この限りではない」旨が記載されたことにより、転棟後の入院栄養食事指導料については算定することが可能となりました。



まとめ

今回の改定について

前回令和4年度の改定に引き続き、今回も栄養関連、管理栄養士が関わる改定項目は多いのですが、栄養部門単体で算定できる加算は少ないため、施設での運用、多職種との連携が重要な点かと思えます。

しかしながら、施設基準等の記載内容に「専任」の管理栄養士に関する記述が多く見受けられようになったことの意義は大きく、従来にも増して管理栄養士の病棟配置が重要視されつつある様子が伺えます。

また、医療従事者の賃上げや待遇改善がクローズアップされたことは、今次改定の大きな特徴ですが、その最初の項目であるI-1の中で、入院基本料等の見直しの基本的な考え方に栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化すると一文が入ったこと

は画期的なことだと考えます。賃上げや待遇改善は、人材確保を通じた医療サービスの質的向上に繋がり、最終的に患者さんへ還元されます。医療機関内における管理栄養士の配置拡大は栄養管理体制の充実、ひいては患者さんのQOLに直結することから、栄養部門の教育体制の強化やマネジメント力向上なども検討していく必要があると考えます。

また、入院・外来・在宅など様々な領域において管理栄養士が関わることの有用性を裏付けるエビデンスの構築も大変重要ですので、学会発表や論文等、皆様のご協力をお願いいたします。



日本栄養士会ホームページでは、令和6年度診療報酬改定に関する情報発信を行っております。
(<https://www.dietitian.or.jp/>)

速報! 令和6年度診療報酬改定

ここに注目! 栄養管理に関わる改定のポイント

参考資料: 令和6年度診療報酬改定関係資料(厚生労働省ホームページ)より