

健康の社会的決定要因（SDH/SDoH）の概念を踏まえた
シームレスな循環器疾患ケアの推進に向けた政策レビュー

研究分担者 近藤 尚己（京都大学大学院医学研究科社会疫学分野）
研究協力者 櫻井 広子（京都大学大学院医学研究科社会疫学分野，済生会岩泉病院，一般
社団法人 医局につぼん）
結城 由恵（西淀病院）
鈴木 新（西淀病院）
大中 湖月（西淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室）
前田 元也（西淀病院）
野口 愛（千北診療所）
岩瀬 翔（新島村国民健康保険式根島診療所）
杉山 賢明（医療法人社団やまと やまと在宅診療所一関，一般社団法人みんなの健康らば，東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野）
近藤 克則（千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター 研究所
老年学・社会科学研究センター）

研究要旨

【目的】健康の社会的決定要因(SDH・SDoH)の重要性の認識が広がり、医療機関における SDH への対応方策が各国で検討されている。日本における SDH を踏まえた診療を促す制度改革の可能性を探るために、政策レビューを行った。

【方法】診療所、病院、在宅ケア、社会疫学研究に携わる 10 名により現行の診療報酬制度のスクリーニングを行い、レビューする制度を決定した。「加算要件に含まれている SDH の要素」「SDH の評価と方法」「加算を算定している対象機関の割合」「加算点数」等の情報を抽出した。それぞれの施策について「SDH に関する課題」「改善提案」を作成し検討した。また、SDH に関する先駆的な臨床活動の事例収集を行った。

【結果】8 件の施策をレビューした。加算要件に含まれる SDH 要素の有無については、「①明確に含まれる」が 2 件（「入退院支援加算」「こころの連携指導料」等）、「②解釈すれば含まれる」が 7 件、「③全く含まれない」が 1 件（特定疾患療養管理料）であった。「①明確に含まれる」施策はいずれも令和 4 年に制定されたものであった。課題として、既に SDH 要素が含まれている施策も、その評価が必須の要件となっていないこと、地域支援者との連携が求められていないこと、継続評価がないことなどが指摘された。

【結語】SDH への対応を促す施策は少ないが、明確に SDH が意識されている施策も見出された。施策改定の方角性として、1) SDH 評価項目の明確化、2) SDH 評価のタイミング、3) 連携候補となる機関へのインセンティブが考えられた。先駆的に取り組む団体・自治体活動を参考にし、その活動の均てん化に向けた施策の検討も重要である。

A. 研究目的

健康の社会的決定要因(SDH)とは、人々の健康に影響を与える社会背景の総称であり、一般に所得、教育、就業、生活環境、社会環境などが含まれる(尾島, 2013)。世界保健機構(WHO)は 2008 年に健康の社会的決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health: CSDH)から報告書を発表し、各国で健康格差を数量的に評価し、多様な機関や専門職同士の連携を推進すること、そのような連携により人々の生活環境を整えていくことを推奨している(Commission on Social Determinants of Health 2008)。

日本においては、循環器疾患は依然として死因の上位を占めており、今後の高齢化に伴い心不全患者のさらなる増加が懸念されることから、二次予防だけでなく、一次予防の重要性が再認識されている(Shimokawa ほか 2015)。これまで、心不全を含む循環器疾患の予防として血圧・血糖の適性コントロールや食事、運動、喫煙、飲酒といった個人の健康習慣に対するエビデンスが蓄積されてきた。近年では、SDH の要素である社会的孤立(Leigh-Hunt ほか 2017)や低い社会経済的地位が心血管疾患のリスクを高めることがわかってきており、ガイドラインへも記載されるようになってきた(Heidenreich ほか 2022)。日本でも、今後さらに増加する心不全患者を含む慢性疾患患者への一次予防、さらには三次予防への対応は急性期病院から地域へという動きが高まっている。

社会的孤立や社会経済的地位などの SDH 課題に対応するための主に医療機関を起点とした取り組みとして、社会的処方があり、英国では全国的に展開されている(NHS イングランド)。日本でも、自主的な活動が広がってきており、厚生労働省によるモデル事業も 2021 年度より実施されるなど、有益な実装法について

の模索が始まっている。社会的処方の第一段階である、医療機関での患者の把握と紹介に関しては、単一の医師会でのアンケート調査ではあるが医師の 65%が「何らかの支援の窓口に繋げる必要を感じた患者がいる」と回答している。一方、「地域の社会資源に紹介したことがある」と回答したのは 24%に留まっている(一般社団法人とまちづくり研究所 2020)。

このように、医療現場での SDH への認識の重要性が高まってはいるが、先進的に取り組んでいる医療機関は一部に留まっている。日本の医療介護制度の大部分は診療報酬制度により制御されていることから、同制度の改定により、SDH を踏まえた診療を促すことが可能となる。ところが、現在運用されている診療報酬制度の中に、どの程度 SDH を踏まえた診療の普及と質向上を促すものが含まれているかは明らかになっていない。

そこで本研究では、現行の診療報酬制度の中で SDH 要素を含んでいる・含みうるものがどの程度あるかをレビューし、その結果を分析すること、そして先駆的な活動事例を収集・分析することで、今後どのような施策改定を行うことで SDH を踏まえた効果的な診療の普及と均てん化を推進し得るかを検討・提案した。

B. 研究方法

研究会の開催

研究分担者が呼びかけ人となり、研究者、病院・診療所・在宅での勤務経験のある臨床家(医師、看護師)を含む研究会メンバーを募り、計 3 回の研究会を実施した。

第一回研究会(近藤尚、近藤克、櫻井、結城、鈴木、大中、前田)にて、候補となり得る施策のスクリーニングを行った。スクリーニング候補となる施策は網羅的ではなく、研究会参加者の経験や知識を踏まえて提案されたものと

した。

第二回までに、研究担当者それぞれに担当の施策を割り振った。担当した施策について共通のレビューシートを用いてデータ抽出した。抽出したデータは、「制度名」「診療場面の分類(入院・外来・在宅)」「加算要件」「加算要件に含まれているSDHの要素」「SDHの評価と方法」「加算を算定している対象機関の割合」の項目について調べ、「SDHに関する課題」「改善提案」であった。

また、日本の各地域で行われているSDHや社会的処方に関連する先進的な取り組みについてレビューを実施した。(岩瀬)

第二回の研究会(近藤尚、櫻井、岩瀬、結城、野口、大中、前田)ではそれぞれが持ち寄ったレビューシートと、概要を表にまとめ各施策の現状把握と検討を行った。更なる検討のため、レビューシートに該当となった制度の「導入年と変遷の経緯」、「加算点数」、「制度評価結果」としてSDHの要素が「①明確に含まれる、②解釈すれば含まれる、③全く含まれない」の3項目を追記することで合意を得た。

第三回(近藤尚、櫻井、岩瀬、結城、杉山、野口、大中、前田)では、第二回同様にレビューシートと概要をまとめた表を参考に、各施策の改善提案について議論を行い、その後は電子メール等での議論を行い結論を得た。

(倫理面への配慮)

本研究は人を対象にせず、既に公開されているデータ・文献をもとに行ったため、倫理審査は実施していない。

C. 研究結果

今回のレビュー対象となった施策は8つであった。対象となった施策は、「入退院支援加算」「退院前訪問指導料」「退院時共同指導料」「退

院後訪問指導料」「総合機能評価加算」「特定疾患療養管理料」「介護支援等連携指導料」「こころの連携指導料」である。各施策について概要を表1にまとめる。

診療場面の分類としては、入院に関する施策が6件、外来が2件であった。在宅に関する施策は今回含まれなかった。

加算要件に含まれるSDH要素の有無については、制度評価結果として「①明確に含まれる」が2件、「②解釈すれば含まれる」が7件、「③全く含まれない」が1件であった。SDH要素が明確に含まれると判断した「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」はいずれも令和4年に改定または導入された施策であった。一方、「③全く含まれない」に該当した特定疾患療養管理料は1992年に前身である特定疾患指導料が新設されて以来、大きな制度変更はなされていない。

加算要件に含まれるSDH要素は、「経済困窮」「孤立」「住環境」が「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」で共通していた。入退院支援加算では上記以外にも、「虐待」「ヤングケアラー」などの項目も含まれていた。他、6件の施策の加算要件内にはSDHを意識した項目は見つけられなかった。

加算を得るためのSDHの評価と方法に関して、「入退院支援加算」と「こころの連携指導料」のいずれにおいても、複数の加算要件の一つとしてSDH要素が含まれるため、SDH要素の評価は必須とはなっていなかった。「入退院支援加算」は14個ある「退院困難な要因」のいずれかに該当し要件を満たせば算定でき、「こころの連携指導料」も加算要件である精神状態の評価において、医療者が用いるスクリーニングツールによってはSDHの要素を検討していなくても加算が取れる状況となっている。

加算要件に施設内の医師の講習受講が必要

なもの「総合機能評価加算」「こころの連携指導料」の2件であった。

各加算の普及状況について

データが利用可能なものについて加算を算定している対象機関の割合のデータを得た。入退院支援加算は急性期一般入院において算定率が90%を超えていた(厚生労働省 2021)が、地域包括ケア病棟(75%)や回復期リハビリテーション病棟への入院(68%)では低下していた。令和2年の改正で入退院支援加算に含まれるようになった総合機能評価加算は、24~30%程度の算定率であった(松田 2018; 厚生労働省 2022)。他、退院時共同指導料は50%程度の算定率(厚生労働省 2018)であったが、介護支援等連携指導料(35.9%)(式 2016)、特定疾患療養管理料(33.3%)(前田 2021)、退院前訪問指導料(10~20%)(厚生労働省 2018)、退院後訪問指導料(10%未満)(厚生労働省 2018)と利用している医療機関は限られていた。こころの連携指導料は令和4年に導入されたため、現時点での算定率は不明であった。

現行の施策に関するSDHへの課題と対応

現時点でSDH要素が含まれている施策も、その評価が必須の要件となっておらず、課題抽出に力点がつかれ、地域支援者との連携やその後の継続評価が実際には行われにくい。そのため、行わずとも加算を得られる可能性がある。例えば、入退院支援加算は急性期病院側での加算は取れても、退院後の支援に関わる在宅、外来部門や地域包括支援センターなどはない。このことから、協力機関へのインセンティブも付与する、といった改定案が議論された。

解釈によってはSDH要素を含み得る現行施策に関しては、「(ADLや認知機能など)評価を行って支援につなげる」内容が多く、その内

容にSDH項目を明記することが提案として上がった。研究会の議論の中で、SDH要素の中でもすでに「入退院支援加算」や「こころの連携指導料」に取り入れられている「経済状況」「社会的孤立」の把握と支援を他の施策に盛り込んでいくことが提案として挙げられた。

SDHに関する先進事例

検討会では、SDHに対応する先進的な取り組みとして「おた高齢者見守りネットワーク(みま〜も)」「暮らしの保健室」「コミュニティナース・コミュニティドクター」事業が提示された。いずれも現状では既存の医療介護制度とは独立して行われている事業であり、地域資源と住民をつなげる役割をボトムアップで実践している活動であった。その一方で、全国に広がりを見せているこれらの活動の運営母体や資金調達は各主催者に委ねられており、暮らしの保健室の文献レビューでは67%の団体が「運営資金の調達」を課題と捉えている報告もあり(久保田 他 2018)これらの民間活動団体への活動支援や新たな活動への参加を促す制度的措置の余地が示唆された。

D. 考察

本研究では、SDHや社会的処方踏まえた診療に向けた医療・介護機関へのインセンティブを実装し得る現行の8施策について検討を行い、既にSDH要素が含まれている施策は2件であった。

研究会での議論から、改善提案を3つにまとめる。1) SDH評価項目の明確化、2) SDH評価のタイミング、3) 関連機関へのインセンティブの検討である。

1) SDH評価項目の明確化

レビューを行った施策の中で、「②解釈すれ

ば SDH 要素を含む」、「③全く含まれない」と判断した 6 施策に関しては、医療機関側でスクリーニングまたは評価する SDH 要素を明確化して加算要件に追記することが改善提案としてなされた。現在の加算要件内にも“患者の心身の状態(介護支援等連携指導料)”、“患者の病状、患家の家屋構造、介護力(退院前訪問指導料)”といった文言は含まれているため、評価すべき要素を明確化することで課題を見える化できる可能性がある。一方、課題解決に繋がられない状態での SDH 要素の評価は患者側にも侵襲的であり、医師側にとってもバーンアウトなどのリスクを高める可能性があるため(Kung ほか 2019)、「SDH 評価後」の連携先やセーフティネットを同時に整備していくことが重要である。そこで本研究では、具体的支援策につなげやすい「経済状況」と、COVID-19 でより問題視された「社会的孤立」についての評価を行うことを提案した。プライマリケアにおいて、社会的孤立に関して質問されることに不快感はないと答えた患者は 93%にもものぼるという調査報告もあり(Tung ほか 2021)スクリーニングとしても取り入れやすい。

2) SDH 要素の評価のタイミング

今回評価した施策は入院に関わるものが多かった。その中で、入院中に評価した SDH 要素が、地域連携を行った結果、どのように支援に繋がったのかが不明瞭であるという議論がなされた。入院中に SDH 評価を行って終わりではなく、その後の支援プロセスや結果を見える化していくためには、外来や訪問看護などを含む在宅医療の従事者、地域包括ケアにかかわる機関や専門職側にも SDH 視点での評価や支援に協力してもらう必要がある。現在「入退院支援加算」の一部として組み込まれている「総合評価機能加算」に関しては、医師側の講習受講

が必須となっているものの、加算点数も 50 点と低く、入退院支援加算で行う評価と重複する部分が多い。入院時だけではなく外来や在宅の場でも SDH 要素を把握することが医療機関にとってインセンティブになるよう、評価の場を多様化する視点も必要である。

先進的な取り組みとしては、医師間の診療情報提供書内に SDH 要素を含める地域もある(一般社団法人 人とまちづくり研究所 2020)。その点では、令和 4 年から施行された「こころの連携指導料」は、医師側の講習受講が必須ではあるものの、外来通院時の SDH 要素評価を推奨しており先駆的であると言える。

3) 関連機関へのインセンティブ

2) ですでに述べたように、現行では入院時以外に SDH 評価を行ったとしても、訪問看護や在宅診療といった介護福祉連携の職種、さらに先述した先進的な民間団体の SDH に関する地域活動への加算(運営資金支援)は少ない。多職種のカンファレンスに参加した際に、病院以外もメリットがあるような制度設計を議論していくことが望ましい。

本研究の限界として、短期間で行われた議論をもとに施策の洗い出しを行っており、SDH 要素が含まれている・含みうる施策が漏れている可能性は否定できない。一方で、関係者は病院、診療所、在宅に関わる分野からそれぞれ参加しており、現行の施策が本研究で提案した内容から大きく乖離しているとは考えにくい。

E. 結論

経済困窮や孤立といった SDH 要素を意識した内容の施策がここ数年で改定・新設されている一方で、その数は少なく、内容についても介護福祉分野と協働した地域連携や、SDH 要素のスクリーニングをどう行うかについての

課題があることがわかった。今回レビューを行った施策の中には、解釈によっては加算要件に SDH を含みうるものも散見され、患者に対し、制度の棲み分けも検討しながら、どの SDH 要素を外来・入院・在宅のタイミングで把握していくべきかの議論を継続していくべきである。また、スクリーニングや施設間の連携を推奨するにあたっては、加算要件内の必須研修の裾野拡大や関係機関の負担に応じたインセンティブの設定も勘案することを推奨する。

これらの施策改定の影響は必ずしも期待通りとはならず、地域活動や介護予防施策等を不適切に医療化する可能性も指摘されている(西 2020)ことから、施策導入後の継続評価と改善が必須である。

【参考文献】

- Commission on Social Determinants of Health. 2008. 「Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health : Final Report of the Commission on Social Determinants of Health」. *Comblent Le Fossé En Une Génération : Instaurer l'équité En Santé En Agissant Sur Les Déterminants Sociaux de La Santé : Rapport Final de La Commission Des Déterminants Sociaux de La Santé*, 247.
- Heidenreich, Paul A., Biykem Bozkurt, David Aguilar, Larry A. Allen, Joni J. Byun, Monica M. Colvin, Anita Deswal, ほか. 2022. 「2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines」. *Circulation* 145 (18): e895–1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
- Kung, Alina, Telly Cheung, Margae Knox, Rachel Willard-Grace, Jodi Halpern, J. Nwando Olayiwola と Laura Gottlieb. 2019. 「Capacity to Address Social Needs Affects Primary Care Clinician Burnout」. *The Annals of Family Medicine* 17 (6): 487–94. <https://doi.org/10.1370/afm.2470>.
- Leigh-Hunt, N., D. Bagguley, K. Bash, V. Turner, S. Turnbull, N. Valtorta と W. Caan. 2017. 「An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness」. *Public Health* 152 (11月): 157–71. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.
- NHS イングランド » 社会的処方. 日付なし. 参照 2023年5月9日. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>.
- Shimokawa, Hiroaki, Masanobu Miura, Kotaro Nochioka と Yasuhiko Sakata. 2015. 「Heart Failure as a General Pandemic in Asia」. *European Journal of Heart Failure* 17 (9): 884–92. <https://doi.org/10.1002/ejhf.319>.
- Tung, Elizabeth L., Emilia H. De Marchis, Laura M. Gottlieb, Stacy Tessler Lindau と Matthew S. Pantell. 2021. 「Patient Experiences with Screening and Assistance for Social Isolation in Primary Care Settings」. *Journal of General Internal Medicine* 36 (7): 1951–57. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06484-9>.
- 一般社団法人 人とまちづくり研究所. 2020. 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業」. 日付なし. 参照 2023年4月12日. <https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/pdf03.pdf>.

尾島 et, al, 健康の社会的決定要因に関する研究. 2013. 参照 2023年4月29日.

http://sdh.umin.jp/houkoku/2013_bw.pdf.

久保田 千代美, 碓田 智子. 2018. 地域での生活継続を支援する「暮らしの保健室」の役割と活動に関する調査研究. 都市在宅学 103号: 108-113

https://www.jstage.jst.go.jp/article/uhs/2018/103/2018_108/_pdf/-char/ja.

厚生労働省. 2018. 平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進. 参照 2023年5月3日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000561559.pdf>.

厚生労働省. 2021. 中医協 総-2 3.8.25資料.) 000963385.pdf (mhlw.go.jp) 参照 2023年5月3日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000963385.pdf>.

厚生労働省. 2022. 「第7回NDBオープンデータ, 入院基本料 性年齢別算定回数」.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html.

式恵美子. 2016. "地域連携室の活動に関する研究—退院調整に焦点をあてて—." 国際医療福祉大学審査学位論文(博士).

前田. 2021. 日医総研リサーチ・レポート

No.115, p13-15. 参照 2023年5月3日.

<https://www.jmari.med.or.jp/download/RR115.pdf>.

西 智弘. 2020. 「社会的処方」～まちづくりの視点から～. 日本医事新報 No. 5042 p12-13. 参照 2023年5月9日. https://mol-medicalonline-jp.kyoto-u.idm.oclc.org/library/journal/download?GoodsID=af9mdcla/2020/005042/005&name=0012-0013j&UserID=54.66.17.246&base=jamas_pdf

松田 晋哉, 藤本 賢治, 藤野 善久, 2019. 医療・介護のビッグデータ分析 在宅医療・介護連携の質の評価のための研究, 社会保険旬報(1343-5728)2742号 Page18-21

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
 分担研究報告書

表1. レビューを行った施策

制度名	分類	導入年（改訂）	加算点数	SDH 要素 の有無*1	含まれる SDH 要素	改善提案
入退院支援加算	入院	2008(2022)	700(一般病棟)/1300(療養病棟)	○	経済困窮、住環境、虐待、ヤングケアラー	施設要件の連携先に福祉分野も含める 多職種カンファレンス内容の充実
総合機能評価加算	入院	2008(2020)	50	△	N/A	スクリーニングでの SDH 要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化
退院前訪問指導料	入院	1990(2018)	580	△	N/A	療養管理上で必要な SDH 要素の検討と加算要件への明記（孤立、住環境、経済状態、家族状況など）(以下、*2 として表記)
退院時共同指導料	入院	2006(2018)	400	△	N/A	(*2)
退院後訪問指導料	入院	2018	580	△	N/A	(*2)
介護支援等連携指導料	入院	2010	400	△	患者の心身の状態	(*2)
特定疾患療養管理料	外来	1958(1992)	225(診療所)/147(100床未満)/87(100床以上)	×	N/A	社会的課題（社会的孤立・経済的困窮）に介入し、地域や社会資源につなげることを評価した加算をつける
こころの連携指導料	外来	2022	350(紹介側)/500(精神科)	○	社会的孤立、経済困窮、住環境	スクリーニング項目内での SDH 要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化

*1 ○：既に SDH 要素が加算要件内に含まれている △：解釈によって SDH の要素を含みうる
 ×：SDH 要素を含まない

資料

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビュー
データ収集結果（8 施策から抽出した情報一覧）

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 A246 入退院支援加算 1、2	分類（複数可） 入院	担当者名
----------------------------	----------------------	------

現状把握

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や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

○加算要件：施設基準・算定要件あり

<施設基準> ①「連携機関」が 25 か所以上、それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面（ビデオ通話可）し情報共有の実施 ②介護支援専門員との連携実績（介護支援専門員等指導料算定回数実績） ③入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を各病棟に専任で配置。

<算定要件> ①介護原則として入院後 3 日以内（入退院支援加算 2 にあっては入院後 7 日以内）に退院困難な要因を有している患者を抽出し早期に面談 ②入院後 7 日以内に多職種カンファレンスを実施し退院支援計画書の作成に着手する。

○加算要件に含まれている SDH の要素： 退院困難な要因下線の部分
経済困窮・孤立・住環境・その他（虐待、患者の生活様式の再編）

OSDH の評価と方法：以下のスクリーニングから算定要件②を実施し支援に繋げる。

退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
- 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
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない こと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 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

○加算点数

- ・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 1300 点

○履歴

制度導入年

改訂年とその内容

- H20 年（2008 年）後期高齢者退院調整加算退院調整加算⇒H22 廃止
- H22 年（2010 年）急性期病棟等退院調整加算・慢性期病棟等退院調整加算⇒H24 廃止
- H24 年（2012 年）退院調整加算【新】⇒H28 廃止
- H28 年（2016 年）退院支援加算【新】
- H30 年（2018 年）入退院支援加算 変更（入院時支援加算 新設）
- R2 年（2020 年）（入院時加算 1、2 変更）
- R4 年（2022 年）●人員配置要件緩和
- 入退院支援加算 1

- [算定要件] イ 一般病棟入院基本料等の場合 600⇒700 点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1200⇒1,300 点

[施設基準]・「連携機関」の数が 25 以上であること。

- ・それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し 情報の共有等を行っていること

- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算 1 及び 2 の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算 1 及び 2 の対象患者にシ及びスを追加

○制度評価結果

入退院支援部門を設置し、連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

Ⅲ－１－① | 入退院支援の推進 | 2022 年度 診療報酬 データベース (shinryo-hoshu.com) 中医協資料

- ・ 3 段階評価 (①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない)
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：

入退院支援加算 1 又は 2 の届け出：急性期一般入院料 1 (454 機関) の 91%、特定機能病院入院基本料 (48 機関) 100%、地域包括ケア病棟入院料 (471 機関) の 75%、回復期リハビリテーション病棟入院料 (341 機関) の 68%

入退院支援加算の算定状況は増加している。

(中医協 総-2 3.8.25 資料.) [000963385.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/content/000963385.pdf) P93~

分析・評価

OSDH に関する課題：

- ・ SDH の要素となる課題を抽出していたとしても地域支援者へ繋がっていない

加算算定が増加し、平均在院日数の短縮が促進されている。その要因としては、DPC も関連していることも考えられる。その結果、療養先を選定することに注力し、患者・家族の意向も踏まえた支援や、SDH の要素となる課題を抽出しても繋げるに至らず、退院後に問題が発覚し、結果として病院が丸投げしている状況となっている状況も考えられる。

- ・ 十分な退院支援・調整を実施するための時間確保困難

退院困難な要因の該当は「緊急入院」「ADL の低下」が多く、SDH の要素となる項目の該当は少ない (調査の回答は 1 択のみ)。病院側は明確な困難要因に偏りがちであり、SDH の要素となる項目については、患者・家族と面談を十分に確保できないことも一因であるが、スクリーニングを実施する側はその項目の意味するところを理解しておく必要がある。Ⅲ－１－① | 入退院支援の推進 | 2022 年度 診療報酬 データベース (shinryo-hoshu.com) 中医協資料 P51.53

○改善提案：

- ・ 福祉分野へ連携を誘導する：病院からの連携先【25 カ所】に福祉関連の施設も含める。
施設要件①に地域包括支援センター、障がい者基幹センター、社協等も含める

- ・ カンファレンス内容充実、相互理解と関係構築

算定要件②の多職種カンファレンスに、訪問看護、ケアマネ、地域包括相談員⇒包括へ確認や障がい者支援相談員等がスーパーバイズの立場での参加を要件にする。しかし多職種カンファレンスは各病棟で実施されるため、地域側のマンパワーが追いつかない。そのため、病院と地域で週 1～数回のカンファレンスを実施を要件してはどうか。また、在宅医療・介護連携支援事業のコーディネーター※もカンファレンスに参加することも要件にしてはどうか (第 8 期医療計画において、この推進事業が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、実態把握を進めるようである)

⇒制度が複雑である地域連携を担う退院支援看護師は、在宅等を経験していることが望ましいが、実際は病院内の中堅リーダー以上の夜勤ができない看護師が配置されていることが散見される。

※コーディネーターは、介護保険の包括的支援事業4事業のうちの1つであり、地域ケア会議や地域の居場所作りをする生活支援コーディネーターとも地域課題を共有しているので、SDHのスクリーニングアセスメントは可能であり、繋げることもできる。その際のインセンティブは委託料のアップくらいか。事業タスクには「切れ目のない連携体制の構築・入退院の場面」に該当する。

- インセンティブの課題について

訪問看護は、生活困窮へ直接的な支援はしないが、社会的孤立に関しては精神訪問看護等で支援はある
また、医療保険と介護保険の両方からインセンティブ付与が可能である。加えて社会資源も熟知しているので、必要な資源に繋げる機能も果たせる。

上記の多職種カンファレンスへの参加は、訪問看護ステーション連絡会等で手分けをすれば、各病棟への参加も不可能ではないと考える。訪問看護は、日本訪問看護ステーション財団や日本看護協会から下部組織的な地域毎に連絡会等もあるため)

- 在宅療養スクリーニング：外来や診療所からのスクリーニングで地域支援に繋げる

現在は「入院時支援加算」として予定入院患者を外来から支援する加算の算定要件として「退院困難な要」のスクリーニングを実施しているが、あくまでも「入院」である。在院日数短縮される中での支援には限界があるため、外来通院時からのスクリーニングと支援にシフトチェンジができないか。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 B007 退院前訪問指導料 580点	分類（複数可） 入院	担当者名
---------------------------	---------------	------

現状把握**○加算要件：施設基準なし**

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (4) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（家族の介護力）
具体的な言及なし

○SDHの評価と方法：

具体的記載なし

○加算点数

580点（1回の入院につき1回退院時算定。ただし、入院後早期（14日以内）に訪問指導を行った場合、最終目的としての再度訪問指導を行う場合は2回算定可能）

○履歴

制度導入年

平成2年（1990年）新設

改訂年とその内容

平成18年（2006年）点数改定 410点

平成24年（2012年）点数改定 555点 退院当日の訪問指導についても算定可能

平成30年（2018年）点数改定 580点 保健師・看護師でも算定可

○制度評価結果

- 3段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：退院前訪問指導料は1～2割程度の施設で算定
PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

○OSDHに関する課題：SDHの要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、IADLの動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

具体的な必須アセスメント項目を挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
B005 退院時共同指導料2 400点	入院	

現状把握**○加算要件：施設基準なし**

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の三に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。（以後省略）
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。
- (4) 退院時共同指導料1（以後省略）
- (5) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料2の「注4」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。
- (6) （省略）
- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。
- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当

該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

- (10) (9)における共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。
- (12) 退院時共同指導料2の「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式50を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。
- (13) (8)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (14) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- (15) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（家族の介護力）
具体的な言及なし

○OSDHの評価と方法：
具体的記載なし

○加算点数

○履歴

制度導入年 平成18年（2006年）

改訂年とその内容

平成18年 退院時共同指導加算 290点 寝たきり老人退院時共同指導 600点

平成20年 退院時共同指導料2 300点

平成28年 退院時共同指導料2 400点

平成30年 特別な関係との連携でも算定可能になった。

多機関共同指導加算として2,000点

退院時共同指導の共同する職種が拡大

ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能

○制度評価結果

- ・ 3段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○加算を算定している対象機関の割合：退院時共同指導料は急性期一般入院料1や特定機能病院で半数以上は算定されている。

PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

○SDHに関する課題：SDHの要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、IADLの動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

具体的な必須アセスメント項目を挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 B007-2 退院後訪問指導料 580点	分類（複数可） 入院	担当者名
--------------------------------	---------------	------

現状把握

○加算要件：

通知

- (1) 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。
- (2) 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
- (3) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (4) 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (5) 「注2」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (6) （省略）
- (7) 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「C013」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。
- (8) 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

施設基準

第11の6 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第8に掲げる状態の患者」又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（ ）
具体的な言及はない

OSDHの評価と方法：

具体的な記載なし

○加算点数 580点

○履歴

制度導入年 平成 28 年 (2016 年)

改定年とその内容

○制度評価結果

- ・ 3 段階評価 (①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない)
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案)

○加算を算定している対象機関の割合：退院後訪問指導料を算定した施設は 1 割に満たなかった。
PowerPoint プレゼンテーション (mhlw.go.jp) P 2 0

分析・評価

OSDH に関する課題：SDH の要素をふまえて療養上の支援を検討することを意識づける必要がある。ADL、IADL の動作および生活動線の評価に偏るのではないかと考える。

○改善提案：

必須アセスメント項目を具体的に挙げる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 総合機能評価加算	分類（複数可） 入院	担当者名
-----------------	---------------	------

現状把握**○加算要件：**

入退院支援加算要件内に記載された関連部分を抜粋

8 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入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

(23) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者又は65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で、当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。

(24) 「注8」に規定する総合機能評価加算は、患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。

(25) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意すること。

(26) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

○加算要件に含まれているSDHの要素： 経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（ ）
加算要件内には明記されていない。

○SDHの評価と方法：

高齢者の総合的な機能評価の実施において、関係学会の一つである日本老年医学会などでは複数のチェックリストやスクリーニングツールをHP上に掲載しているが、明確な評価方法の指定はない。

また評価は既定の講習会受講を算定要件としている。

○加算点数

要件を満たした場合には、入退院支援加算+50点

○履歴

制度導入年 2020年

改定年とその内容

平成 20 年 後期高齢者医療制度制定の際に、後期高齢者総合評価加算

平成 22 年 総合評価加算に名称変更

令和 2 年の診療報酬改訂にて入退院支援加算の項目に組み込まれた。

○制度評価結果

- ・ 3段階評価 （ ②解釈すれば含まれる ）
- ・ ②解釈されれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案)

特定のスクリーニングツールや項目についての指定はない状況となっている。2019 年のレセプトデータ調査でも、地域差はあるが、普及率は高いとは言えない。

○加算を算定している対象機関の割合：

西日本を対象にレセプトデータを調べた研究では、前身である総合評価加算の算定は 24%(4.4~38.6)であった(松田, 2019)

ナショナルデータベースによると、入退院支援加算 1 が 300 万回算定されているにもかかわらず、総合機能評価加算は 90 万回しか算定されておらず、利用は 3 割。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html

分析・評価

OSDH に関する課題：

総合評価加算をとっている医療機関であれば、退院支援の一環として家族状況や経済状況の把握はなされている可能性が高いが、加算にあたっての必須項目とはなっていない。

評価にあたり、講習会受講が必要となっている。

○改善提案：

スクリーニングする項目に経済状況や家族状況、社会的支援の有無について把握することを明記してはどうか。講習会受講の簡易化し、講習会内で SDH についても学べるようにする。

参考文献：

松田 晋哉, 藤本 賢治, 藤野 善久, 2019. 医療・介護のビッグデータ分析 在宅医療・介護連携の質の評価のための研究, 社会保険旬報(1343-5728)2742 号 Page18-21

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
介護支援等連携指導料（B005-1-2）	入院	

現状把握**○加算要件：**

- (1) 入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に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（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) (略)
- (4) 初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
- (5) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。
- (6) ～ (8) (略)

○加算要件に含まれている SDH の要素：「患者の心身の状態等」（経済困窮・孤立・住環境・近隣環境などの具体的な言及はない）

○SDH の評価と方法：評価と方法について具体的な言及はなし

○加算点数 400 点

○履歴

制度導入年 2010 年（当初の名称は介護支援連携指導料）

改定年とその内容

2020 年改定 ビデオ通話を介した指導も可となる

2018 年改定 「介護支援連携指導料」が「介護支援等連携指導料」に変更。点数も 300 点から 400 点に変更。退院後に「介護サービス」導入が必要と思われる方が対象だったが、そこに「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」が必要な方にも対象が拡大された。

○加算を算定している対象機関の割合：35.9%（*1）

*1：式（2015）における 2012 年のアンケート調査に回答した 81 病院での割合

file:///C:/Users/kik16/Downloads/32206AS274.pdf

○制度評価結果

・ 3段階評価 （ ②解釈すれば含まれる ）

・ 改善提案

社会的処方促すために「経済困窮」や「孤立」という具体的な文言を入れる。

分析・評価

OSDHに関する課題：「患者の心身の状況等の総合的な評価」を踏まえて支援に繋げるというのが加算の趣旨であり、SDHの要素を含めることは可能と思われるが、具体的な言及はないためSDHの要素に立ち入らない医療機関も出てくるとと思われる。

○改善提案：社会的処方促すために「経済困窮」や「孤立」という具体的な文言を入れる。

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名	分類（複数可）	担当者名
B000 特定疾患療養管理料	外来	

現状把握

糖尿病や高血圧性疾患に代表される生活習慣病等の慢性疾患について、地域のプライマリケア機能を担うかかりつけ医師による計画的な療養上の管理を評価したものです。治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定可能です。診療所、100床未満病院、200床未満病院で点数が異なり、医療機関の規模が小さくなるほど高い点数が設定されています。

200床以上の病院では算定できない。

○加算要件：**医療機関の規模と定める疾患のみで、他の加算要件はなし**

厚生労働大臣が定める疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂結晶
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 不整脈
- 心不全
- 脳血管障害
- 一過性脳虚血発作及び関連症候群
- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
- 詳細不明の慢性気管支炎
- その他の慢性閉塞性肺疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 喘息発作重積状態
- 気管支拡張症
- 胃潰瘍
- 十二指腸潰瘍
- 胃炎及び十二指腸炎
- 肝疾患（経過が慢性なものに限る）
- 慢性ウイルス肝炎
- アルコール性慢性膵炎
- その他の慢性膵炎
- 思春期早発症
- 性染色体異常

- (1) 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したも

のであり、許可病床数が 200 床以上の病院においては算定できない。

- (2) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。
- (3) 第 1 回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A 0 0 0」初診料（「注 5」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して 1 か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1 か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注 1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) 区分番号「A 0 0 0」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して 1 か月を経過した日が翌々月の 1 日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注 1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、2 以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (8) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。
- (9) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあつては算定できない。
- (10) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (11) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成 27 年総務省告示第 35 号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。
- (12) 「注 5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

○加算要件に含まれている SDH の要素：

具体的な SDH 的要素の記載はなし

治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理

OSDH の評価と方法：

なし

○加算点数

- 1 診療所の場合 225 点
- 2 許可病床数が 100 床未満の病院の場合 147 点
- 3 許可病床数が 100 床以上 200 床未満の病院の場合 87 点

○履歴

制度導入年、改定年とその内容

1958 年「慢性疾患指導料」。1992 年「特定疾患指導料」が新設。これが現在の「特定疾患療養管理料」でかかりつけ医の指導管理への評価としてスタート。

○制度評価結果

不明

- ・ 3 段階評価 （ ①SDH 項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）

○加算を算定している対象機関の割合

13^15 P13～15 参照。

診療所再診料算定回数に対する特定疾患療養算定回数の割合は 2020 年度は 33.3%。月 2200 万回。厚生労働省「社会診療医療行為別統計」から作成。加算要件が病床数以外にはないので、非常に算定しやすい。

分析・評価

OSDH に関する課題：

現在外来にて主に服薬指導、運動指導、栄養指導を行うことで算定されているが SDH 的要素の記載はない。服薬、運動、栄養等の療養上の管理の「等」の部分に SDH 的視点が入れられないか。

○改善提案：

SDH 的視点。

安定した療養管理していく上では住環境の評価整備、経済状況の把握介入、生活を援助してくれる人とのつながり（家族も含めて）の把握介入が必要ではないか。

そこを評価し、介入した場合は特定疾患療養管理料に加算を提案する。

【経済的困窮の場合】

- ① スクリーニングをおこなう
- ② 窓口負担の軽減につなげる （生活保護、無料低額診療事業、障がい手帳など）

【社会的孤立】

- ① 患者の社会的課題をスクリーニングする
- ② 地域（市民団体、NPO 法人、企業など）につなげる
- ③ 社会的処方をおこなった後も継続してかかわっていく

SDH を踏まえたシームレスな医療制度構築に向けた研究会：制度レビューシート

制度名 こころの連携指導料	分類（複数可） 外来	担当者名
------------------	---------------	------

現状把握

○加算要件：

こころの連携指導料(I)

- (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、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又は K-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (3) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。
- (4) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (5) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、別に算定できない。
- (6) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2) 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。

こころの連携指導料(II)

- (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、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（III）の費用は、別に算定できない。
- (5) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

適切な研修について：

- ・ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
- ・ 厚生労働大臣 指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する「自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）」
- ・ 日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース
- ・ 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

○加算要件に含まれている SDH の要素：経済困窮・孤立・住環境・近隣環境・その他（医療者により生活上の課題と認識されたもの）

○SDH の評価の方法：スクリーニングツールの一つである SADPersons スケールには配偶者の有無、社会的援助の有無、慢性疾患の有無、喪失体験の有無などの項目が含まれているが、その他には SDH に特化した項目は含まれていない。当該患者の生活上の課題については項目について明確に記載されていない。

加算を算定している対象機関の割合：令和 4 年度に新設の制度でありデータなし。

○加算点数

I（かかりつけ医側）：350 点

II（紹介受けた側）：500 点

○履歴

制度導入年 令和 4 年

改定年とその内容

○制度評価結果：令和 4 年度から新設された制度。算定には紹介側の研修受講歴が必要である。適切な研修に関しては、まだ開催回数が 1、2 回のものもあり、又、一回の研修の参加者が数十名単位であることから認知や普及には時間がかかる可能性がある。加算要件には“地域社会からの孤立等”の文章記載があるが、診療録に記載する具体的な内容について言及はない。スクリーニングに必要なツールは SDH 要素を含むもの（SADPersons スケール）と、そうでないものが混ざっている。

分析・評価

○制度評価結果

- ・ 3段階評価 （ ①SDH項目が明確 ②解釈すれば含まれる ③全く含まれない ）
- ・ ②解釈すれば含まれる、③全く含まれない場合の改善提案

○SDHに関する課題：

患者の生活課題の記載が加算要件となっているため、幅広いSDH項目が該当しうるが、診療録に記載すべき内容が項目化・明確化されていない。スクリーニングツールには、SDH項目が入るものと入らないものがあるため、医療機関によって患者の生活課題を把握する範囲には差が出る可能性がある。

○改善提案：

診療録に記載する生活上の課題の大枠の作成、もしくはスクリーニングの一環として確認すべきSDH項目（経済困窮、孤立など）を明記してはどうか。

研修会の受講が必須であり、かかりつけ医への普及には時間がかかる可能性があるためオンラインなどでの受講回数を増やす・該当講習会を増やすなどの対応が望まれるかもしれない。

一部の医療機関でやられている実質的な SDH に対応する医療行為（社会的処方など）の取組のうち、診療報酬に結び付いていない取り組み

担当者名

事例考察の要素は下記の通り

- 活動の概要
- SDH の要素
- SDH の評価と方法
- 制度評価（普及率・診療報酬に結びつかない原因考察）
- SDH に関する課題
- 改善提案

<事例① おおた高齢者見守りネットワーク（みま～も）>

- 活動の概要 <http://mima-mo.net/>

急速に高齢化が進んでいく大都市部において、地域包括支援センターが介護保険制度の枠組みの中だけで一つ一つの相談に「もぐらたたき」的に対応しているだけでは、高齢者が安心して暮らせる地域などでできていかない。今こそ、個別対応に追われるだけの状況を打開して、地域住民と地域で働く医療・保健・福祉専門職がつながり合い、高齢者を支え合うシステムづくり、まちづくりに着手しよう。

大田区地域包括支援センター入新井の職員を中心に、12 名の福祉専門職と地元の老舗百貨店であるダイシン百貨店の社員 3 名で平成 20 年 4 月に団体の前身となる「大田北高齢者見守りネットワークをつくる会」を立ち上げた。

活動は多岐にわたり、関係機関と高齢者をつなぐための「地域づくりセミナー」、高齢者の安心を担保し関係者の支援を迅速にする「SOSみま～もキーホルダー登録システム」、高齢者等が気軽に集まれて楽しめる「みま～もレストラン（みま～もステーション）」などの取り組みがある。

- SDH の要素

これら中で、医療機関・保険制度に関わる可能性のある取り組みは、「地域づくりセミナー」及び「まちづくりが元気！おおた登録事業」と考える。

「地域づくりセミナー」は、参加者がサービスの対象者及び予備軍となる 70-80 歳代の高齢者で 7 割を締め、地域全体での見守りの重要性や「気づき」の視点について学ぶことを目的としている。登壇者に医療機関（牧田総合病院や地元の薬局・福祉道具店）が多く選出され、参加者は「セミナー登壇者はこの地域の専門家であり、私に何かあっても、この人たちが支えてくれる」という感覚が醸成され、地域の医療機関・福祉機関を実際に必要とする前から身近に感じられるという点で孤立対策の要素が大きいと考える。

「まちづくりが元気！おおた登録事業」とは、元気なうちから住民が介護事業所・施設など専門機関と直接つながるツールとして開始された。事業内容は 3 点あり、①登録した企業・事業所が「ま

ちづくりに向け、自分たちにできることは何か」を話し合い、地域へのメッセージとしてステッカーに記入し、地域住民の目の届く所に掲示する。②地域の高齢者に役立つ情報をまとめた「フリーペーパーみま〜も」を加盟店で発行し配布する。③専門機関同士の交流・連携の目的で、年2回程度、登録機関の情報交換会を開催する。

①は「お食事と一緒に地域の情報をお持ちいたします！」（配食サービス）や「趣味を共有してみませんか？ちょっとしたスペースあります！」（デザイナーズ）など、住民がサービス利用者になる前から地域資源を認知し繋がることができ、近隣環境や住環境の改善、また経済困窮者においてもステッカーを見ることで頼りやすい環境を築けている。さらに、③を通して医療・福祉機関と地域資源となる様々な団体が顔の見える関係となり、退院支援や孤立支援の際に必要な社会的処方先をストックすることができる。

○SDHの評価と方法

上記のSDH要素を客観的かつ経年的に評価する方法は、筆者の調査した範囲では確認できなかった。「地域づくりセミナー」は年12回開催され、「まちづくりが元気！おた登録事業」では掲載可能な協賛団体だけで大田区内に59団体ある（2019年）。実際にどのような効果が見られたかは、ケース報告に留まっていると考える。

○制度評価（普及率・診療報酬に結びつかない原因考察）

おた高齢者見守りネットワーク（以下、みま〜も）は、多種多様な地域資源同士を有機的に繋げ、医療介護サービスを必要とする前から地域住民が地域資源を認知し繋がるという点で重要な意味を持ち拡大してきた。現在は大田区に限らず、11の地域でみま〜ものシステムが取り入れられ、「高齢者見守りキーホルダー」に限ると59の自治体で導入されている。

一方で「地域資源同士が有機的に繋がる」という中立的立場を持つ任意団体みま〜もの構造的特徴から、診療報酬を算定する医療機関と強く結びつくことが難しいという問題がある。みま〜もは地域の中でプラットフォームとして機能し、医療機関も地域の小売店も大企業の営業所も対等に参加することが重要であり、医療機関に紐付いた診療報酬の要素が強くなると均衡が保てない可能性が考えられる。

○改善提案

みま〜もそのもののシステムに診療報酬・算定基準を設定せず、結果として患者のケアトランジションが潤滑になる点や、情報提供を福祉・民間・行政間で行う点に加算を設定することで、医療機関が地域に参加するモチベーションに繋がると考える。

また、個人の疾患に基づいた診療報酬制度そのものを脱却し、住民が健康なうちに医療・福祉専門職と対話を重ね繋がる行為にわずかでも診療報酬を算定できれば、住民と繋がる方法を求め地域に出ていく医療機関も増えるだろう。

<事例② 暮らしの保健室>

○活動の概要 <https://kuraho.jp/>

筆者が経験した、医師・医療機関主導型の暮らしの保健室をベースに紹介する。

①神奈川県川崎市（一般社団法人プラスケア）

②福井県福井市（オレンジホームケアクリニック）

○SDHの要素

○SDHの評価と方法

○制度評価（SDH要素・診療報酬に結びつかない原因考察）

○SDHに関する課題

○改善提案

<事例③ コミュニティナース・コミュニティドクター>

○活動の概要 <https://community-nurse.jp/>

○SDHの要素

○SDHの評価と方法

○制度評価（SDH要素・診療報酬に結びつかない原因考察）

○SDHに関する課題

○改善提案

<事例④ ほっちのロッジ>

<https://hotch-l.com/>

<事例⑤ ヨリドコ小野路宿>

<https://machida-hospital.com/facility/yoridoko>