

2025年へのカウントダウン

～診療報酬改定と栄養食事～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

東京都認定
がん診療連携拠点病院



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

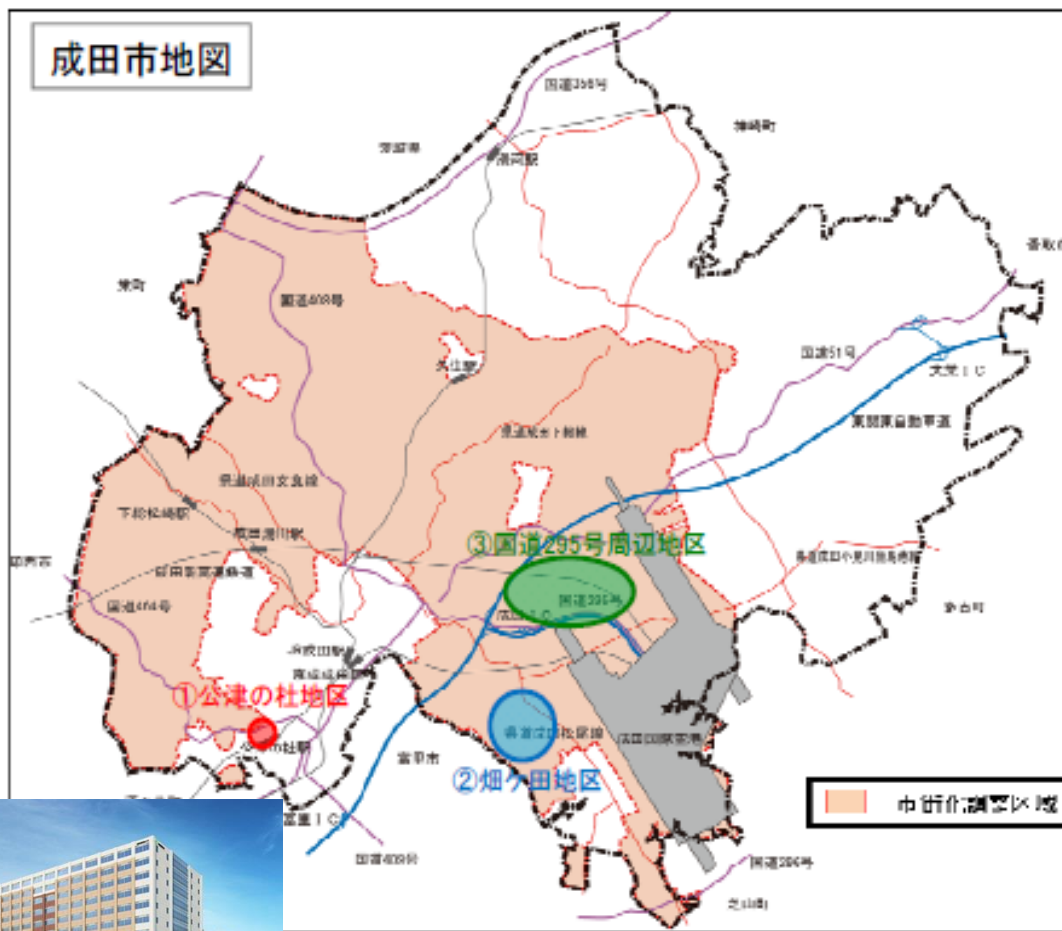


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 診療報酬改定と入院医療
- パート2
 - 診療報酬改定と栄養・食事
- パート3
 - チーム医療と栄養・食事
- パート4
 - 地域包括化システムと栄養・食事



パート1

診療報酬改定と入院医療

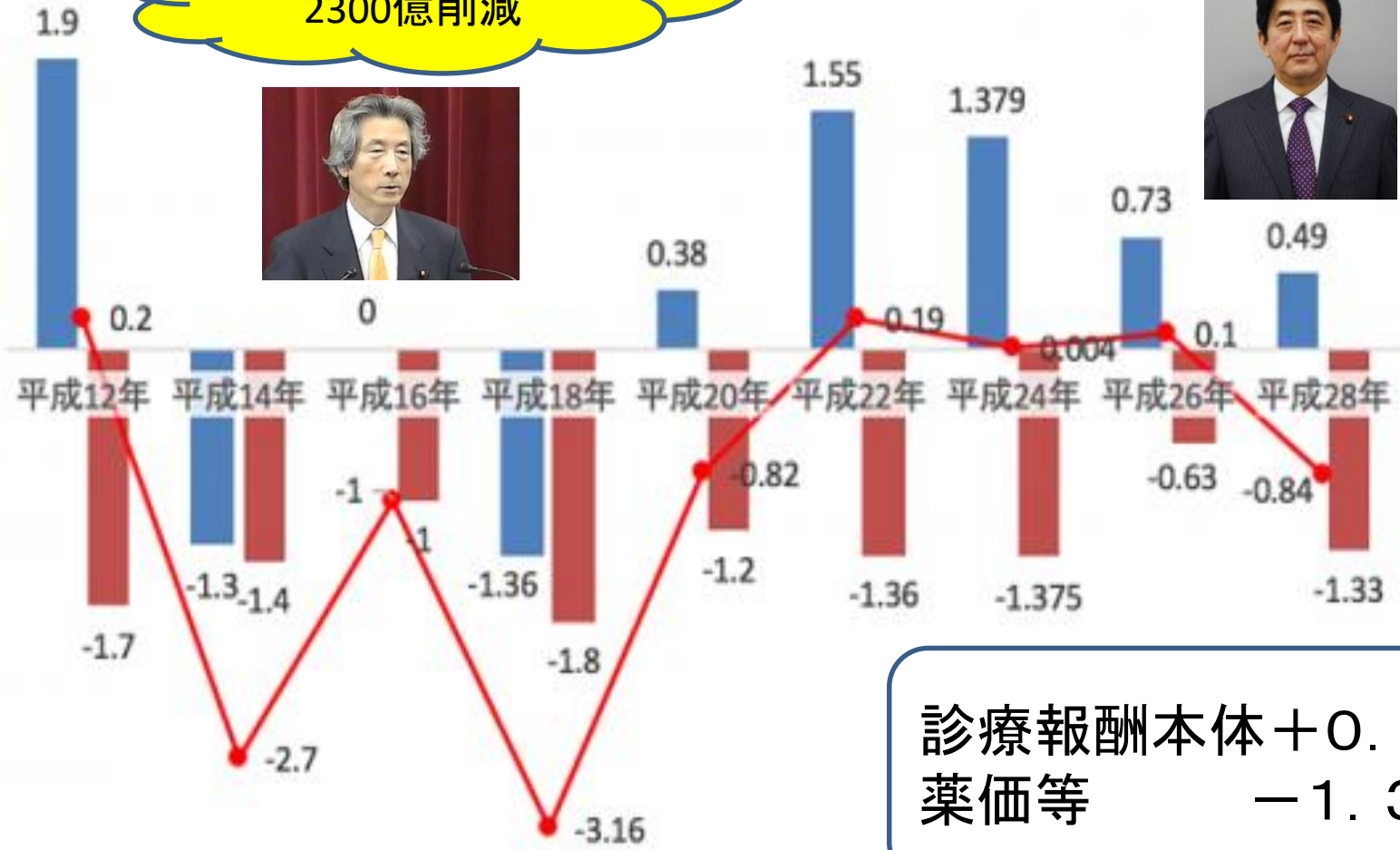
入院医療等調査評価分科会より

診療報酬改定率の推移

■ 本体部分 ■ 薬価など ● 全体改定率

8年ぶりの
マイナス改定

マイナス改定、毎年
2300億削減



診療報酬本体 + 0.49
薬価等 - 1.33

診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の要件の
見直し

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

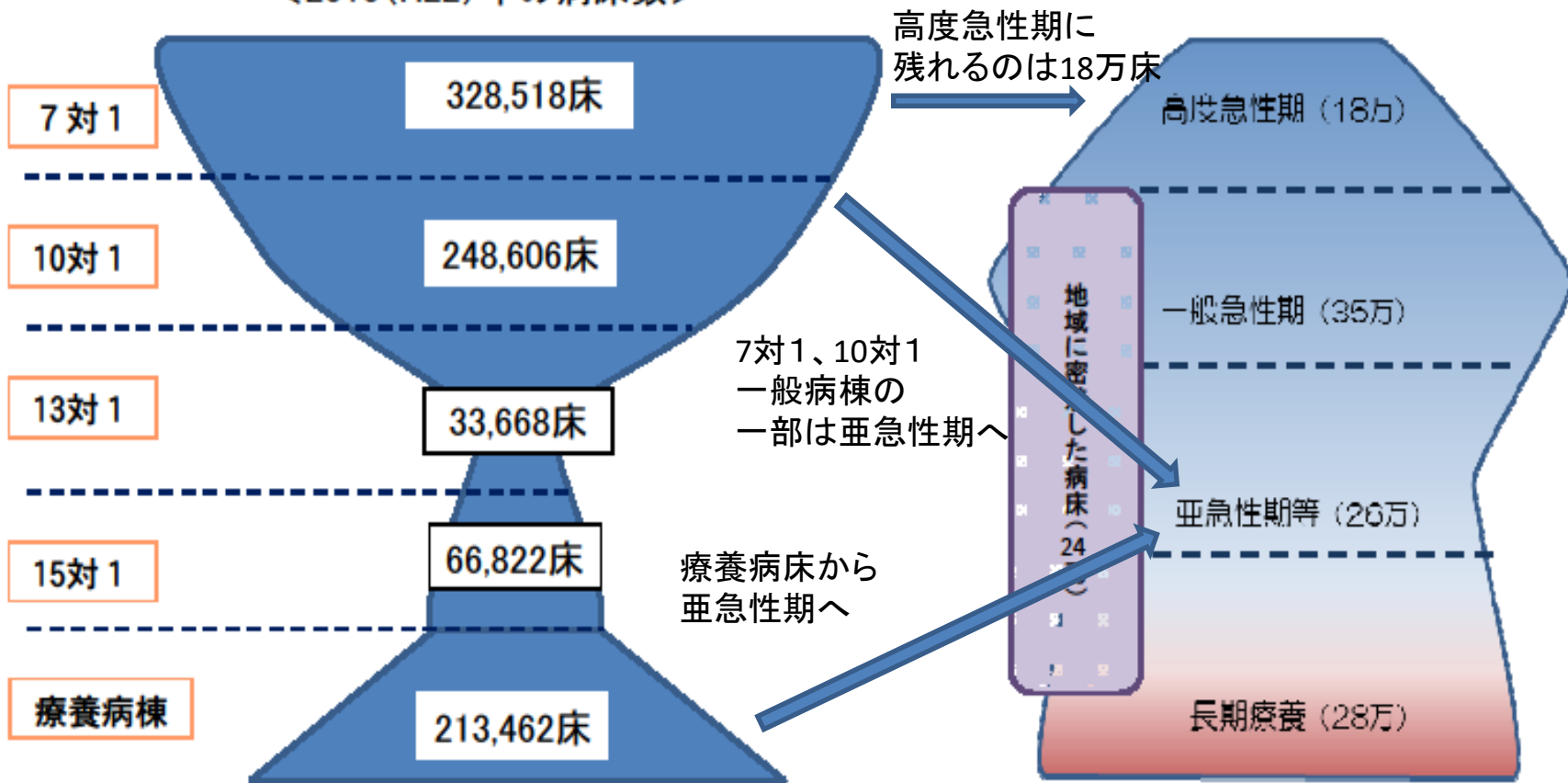
保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

7対1病床の要件見直し

看護師配置

平均在院日数

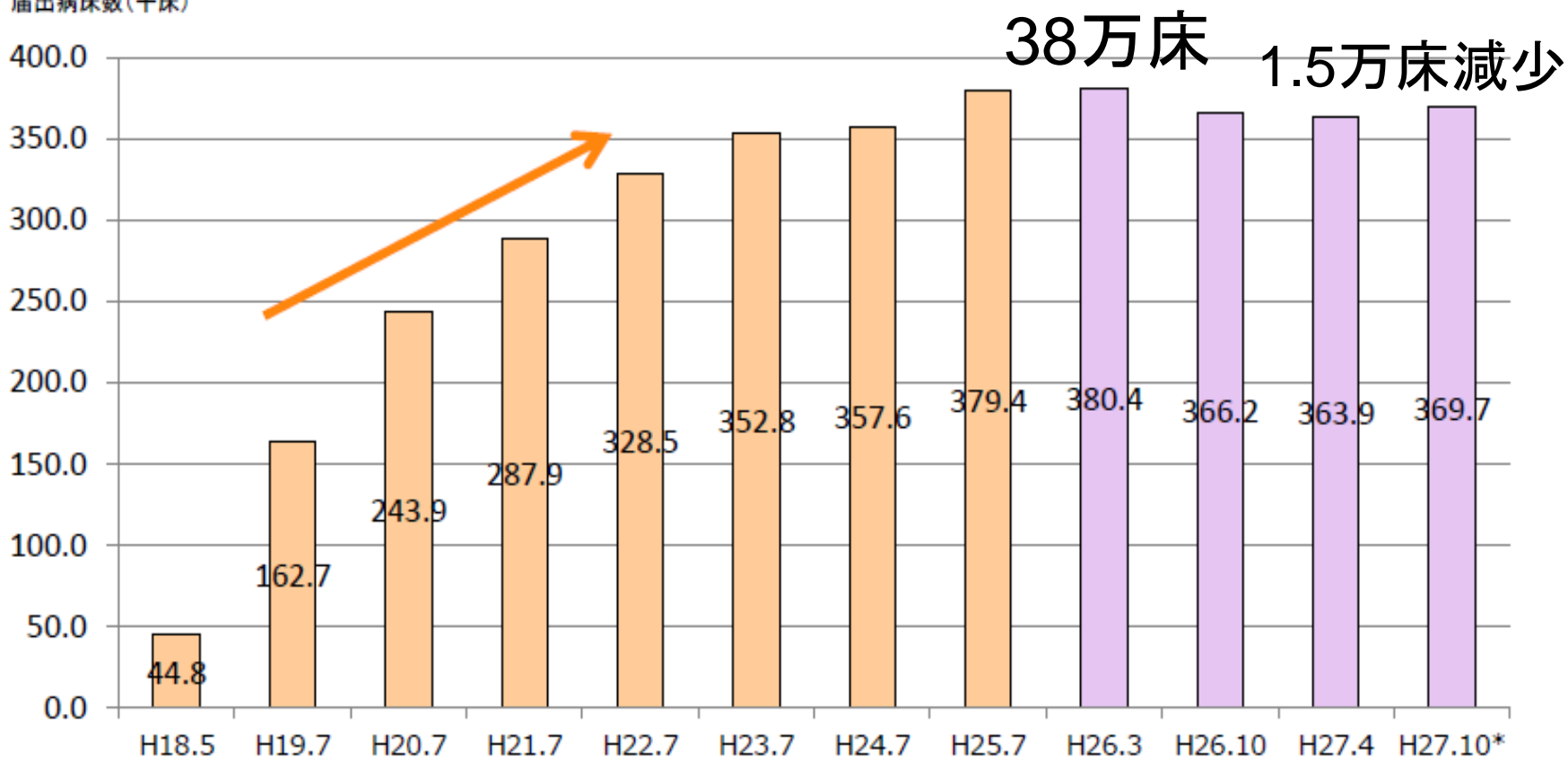
重症度、医療・看護必要度

在宅復帰率

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)



出典：保険局医療課調べ

*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目、B項目の見直し

A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用 追加④ ②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用 追加④ ④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用 追加④ ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

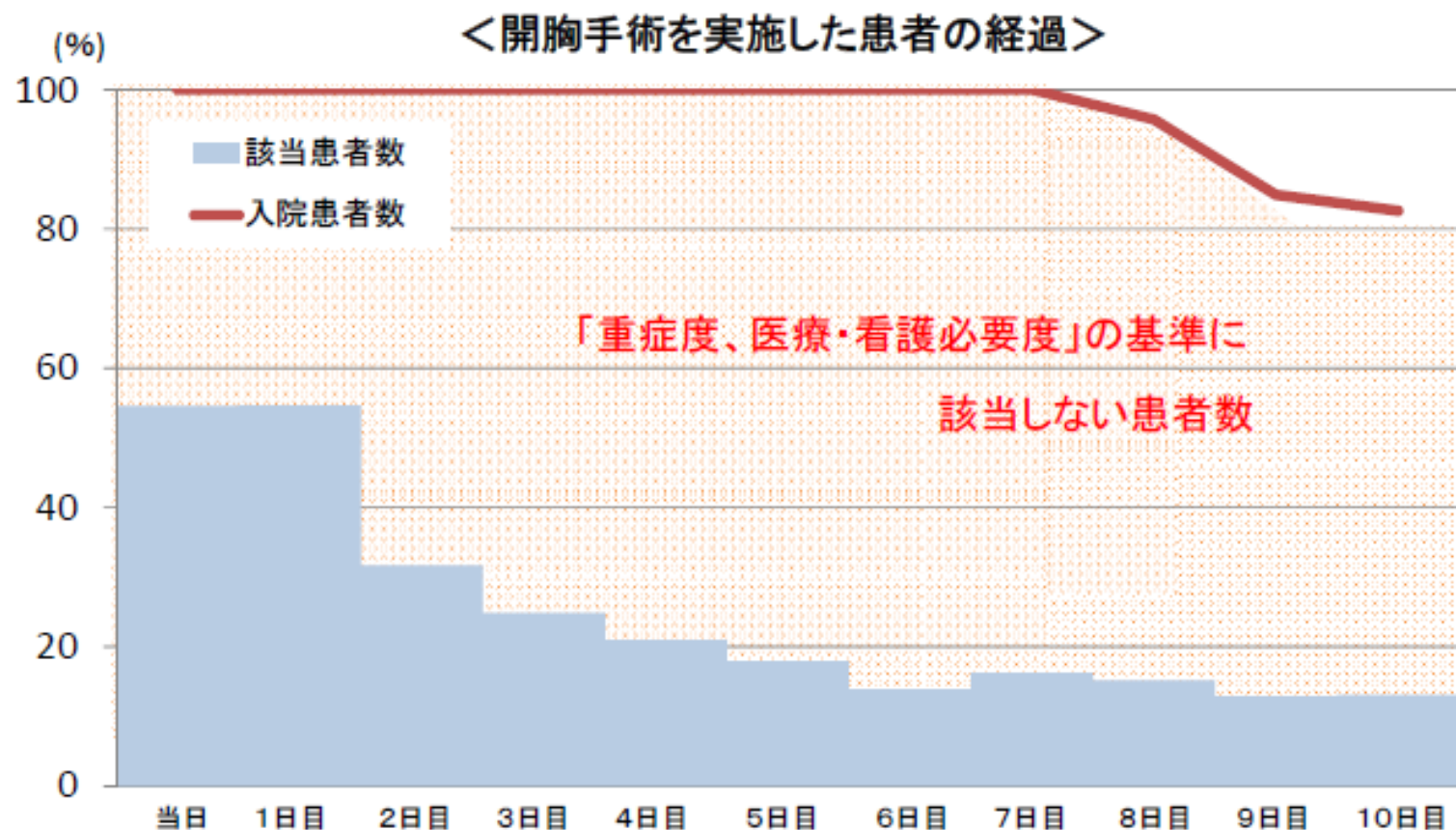
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



早期離床、早期経口摂取の ERASプログラムと重症度、 医療・看護必要度とは 矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

		プログラム	ERAS(イーラス)	従来(非ERAS)
術前	1	入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
	2	腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
	3	絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
	4	前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
術中	5	胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
	6	硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
	7	短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかで持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

術前点滴のかわりに経口補水液



消費者庁許可
個別評価型
病者用食品

経口補水液
Oral Rehydration Solution
オーエスワン®

許可表示

オーエスワンは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。
軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。
感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。

許可表示

オーエスワンは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。
軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。
感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。

許可表示

オーエスワンゼリーは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。そして、かん下困難な場合にも用いることができますが、医師とご相談の上、ご使用下さい。

摂取上の注意

下記の1日当たり目安を参考に、脱水状態に合わせて適宜増減してお飲み下さい。

学童～成人(高齢者を含む)	500～1000g/日
幼児	300～600g/日
乳児	体重1kg当たり 30～50g/日

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

早期経口摂取 (Early Feeding)

術後

術後	11 離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
	12 麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
	13 悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
	14 腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
	15 カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
	16 周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
	17 予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

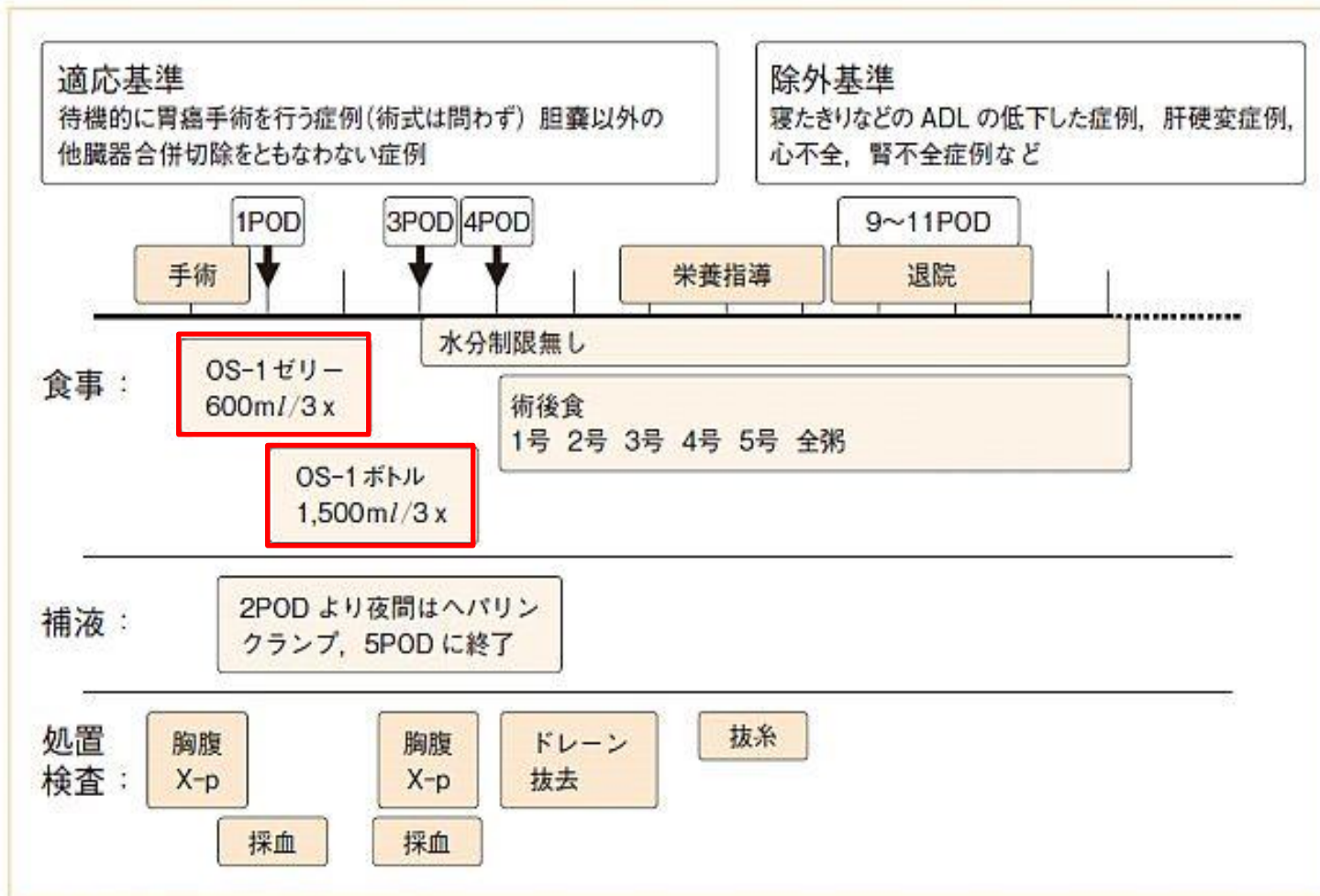


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

臨床栄養:120巻1号 p.42-48



オーエスワンゼリー
内容量:200g



オーエスワンPETボトル
内容量:280ml



オーエスワンPETボトル
内容量:500ml

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

周術期早期回復プログラム "ERAS"

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 産経 産経 産経 平成26年(2014年)2月26日 水曜日 12頁 1冊 4

国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこにいかっても治療レベルは同等で、費用も変わらないと思っている人は多い。ところが病院の實力は千差万別で、同じ手術を受けても、ある病院なら1週間でも経過できることが、ある病院では数カ月かかる。それに伴ってかかる費用も当然大きく異なる。また、長期入院をさせる病院が必ずしも手術の管理を怠っているというわけではなく、実態としてはむしろその逆の場合が多い。同僚間の入院期間短縮に取組んでいる病院を取材した。

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

国際医療福祉大学病院 外科 鈴木裕先生

手術後の早期回復
 手術後1日以内の早期離床(歩行)が実現している
 手術後の痛みが軽減している
 手術後の食事が早く進んでいる
 手術後の入院期間が短縮されている

40歳以上の約半数に「腹形性胆汁酸過剰症」があることが明らかになった。この病気は、胆管に胆汁酸が溜まり、腹痛や嘔吐などの症状を引き起こす。特に高齢者に多く見られる。医師は、この病気を早期に発見し、適切な治療を行うことが大切だと強調している。

国際医療福祉大学病院 外科 鈴木裕先生

手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

谷口英喜 国際医療福祉大学教授

空腹に耐えながら手術を持つ、涙山の管(カテーテル類)の痛みで眠れない――そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授(栄養学・専門は麻酔科学)が、その劇的な回復効果を紹介する。

これまで入院といえはつきの苦痛が患者にあるとした。それは、食べられないこと、動けないこと、寝れないこと、動けないことの三つです。痛み止めは、傷が癒えたと承れて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間椅子が制限され、水も清足に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低い。どうしてか、と患者さんや家族が悩んでいました。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮静剤を多用することが多くありました。鎮痛剤に副作用として呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず、食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が刺激されます。腸管も、食事により常分泌をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し、「サージカルディアベセス(外科的糖尿病)」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

そのため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って肺炎性肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず、食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が刺激されます。腸管も、食事により常分泌をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し、「サージカルディアベセス(外科的糖尿病)」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

BUNGEISUNJUN 2014.6 (181)

A項目について

ERASで
B得点が下がる！

- A項目のみによる評価
 - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
 - A項目かつB項目による基準と併用してはどうか？
- A項目の専門的な治療処置追加
 - A項目の専門的な治療処置の項目に「無菌治療室」の項目の追加

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

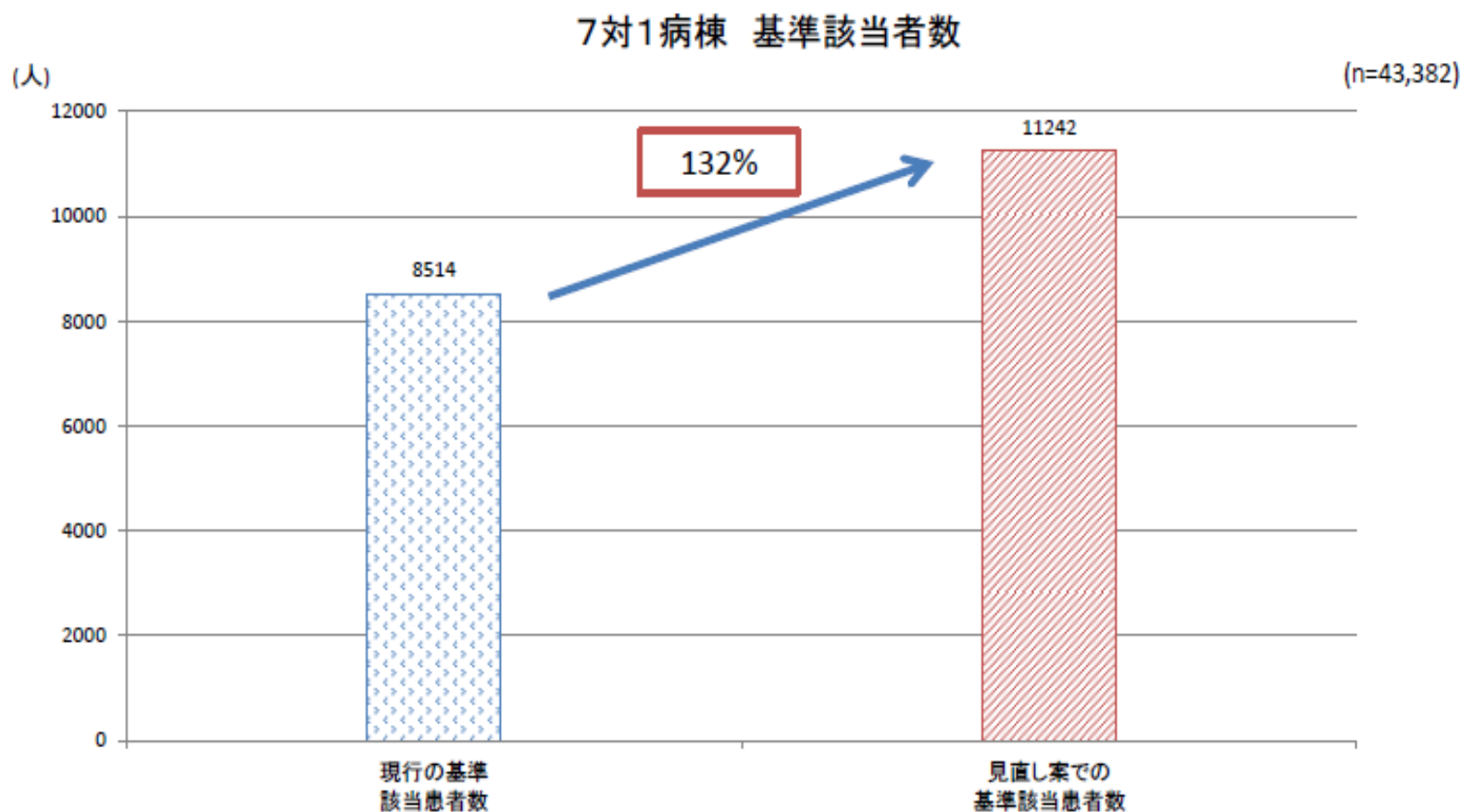
A得点が3点以上の患者

又は

C1得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者

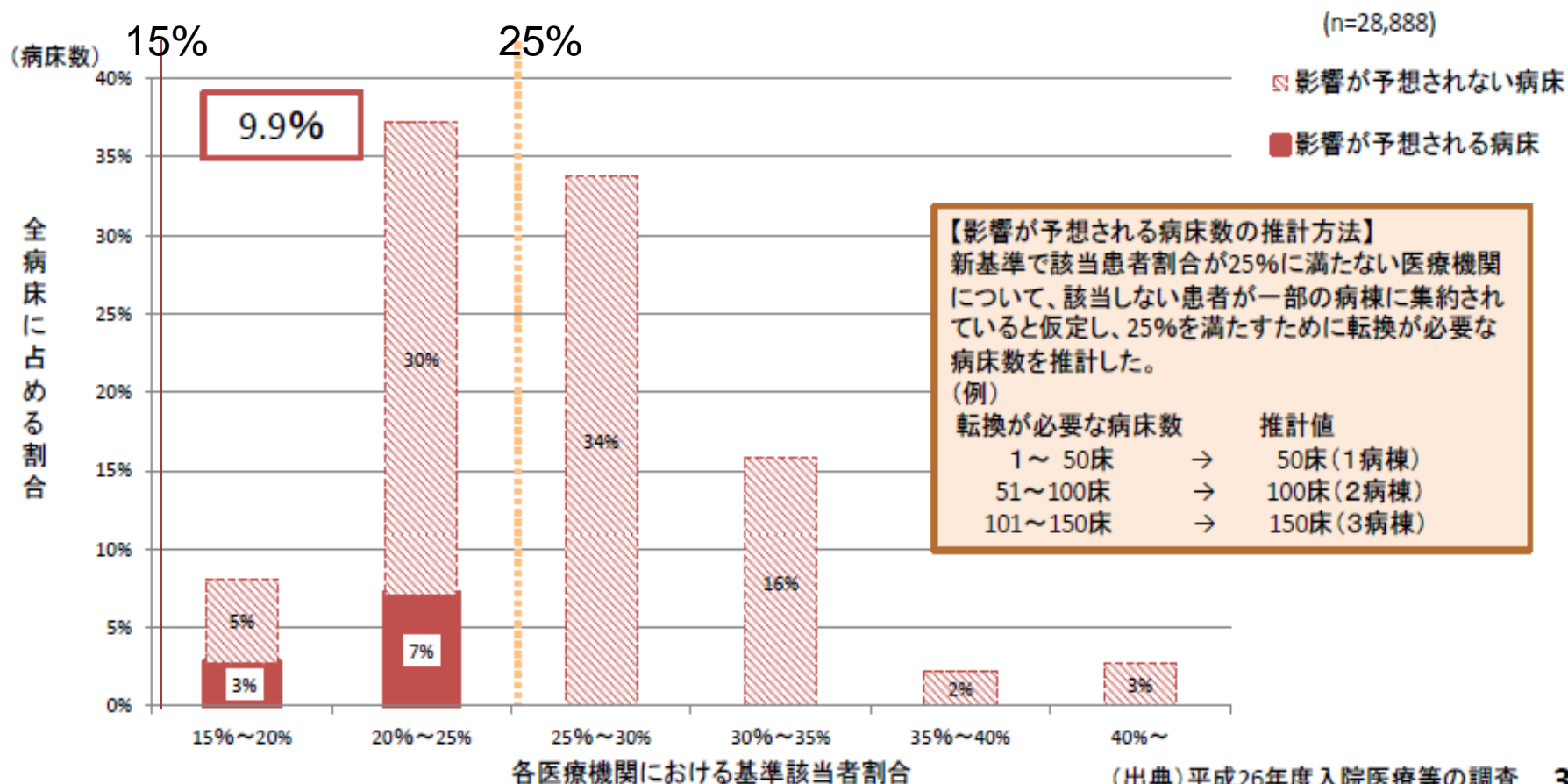
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



パート2

診療報酬改定と栄養・食事



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

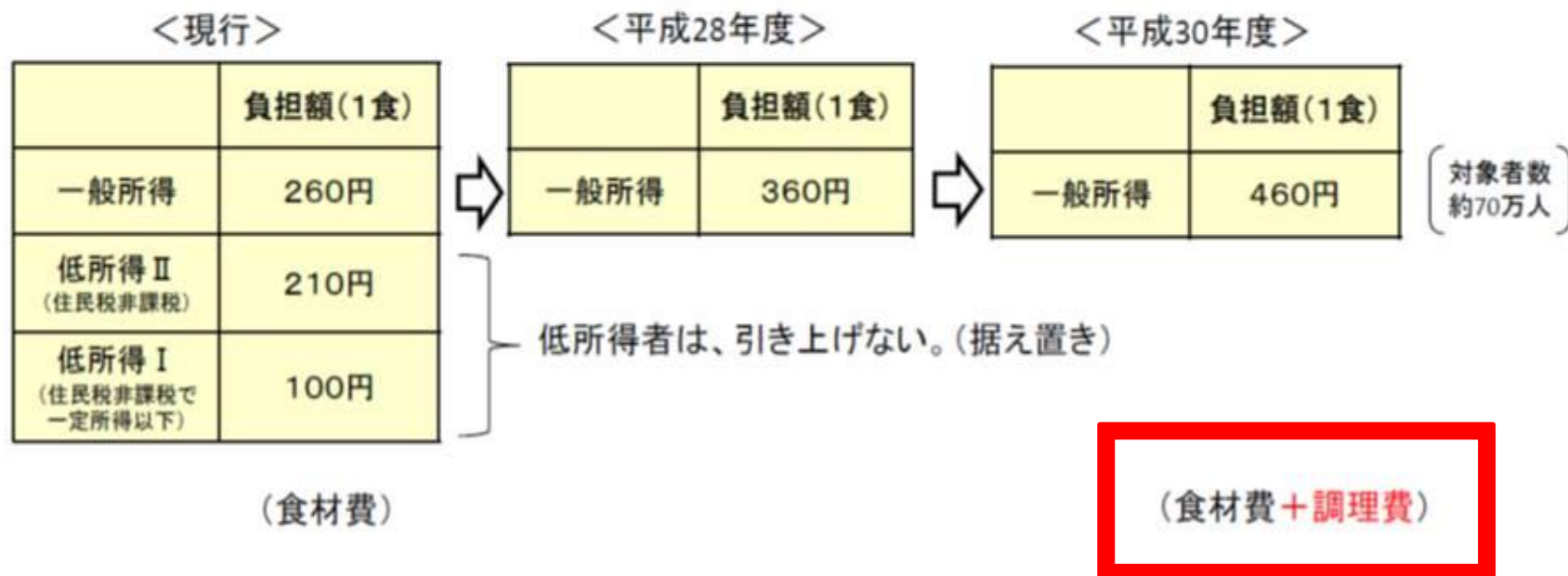
- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。



※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

経腸栄養製品

食品と医薬品の2種類がある

	医薬品（経腸栄養剤）	食品（濃厚流動食）
法規	薬事法	食品衛生法
製造の条件	医薬品製造承認の取得	なし
成分の保証	規格	自主規格
窒素源による組成分類	成分栄養剤、消化態栄養剤の一部、半消化態栄養剤の一部	消化態栄養剤の一部、半消化態栄養剤の一部 天然濃厚流動食
配合できるもの	日本薬局方収載医薬品、日本薬局方外医薬品 食品添加物収載化合物	天然物、食品添加物収載化合物
直接配合できないもの		ビタミンK、マンガン、銅、亜鉛
診療報酬上の取り扱い	医薬品	入院時食事療養費 (病態により特別管理加算も算定可能な場合がある)
保険適用	あり	なし
患者負担入院時	薬剤費に対する法定負担率	食事療法費の一部自己負担
患者負担 外来・在宅	薬剤費に対する法定負担率	全額負担
費用請求	薬価請求	給食費請求
医師の処方	必要	不要
個人購入	不可能	可能
管理	薬剤部	栄養部

食品(濃厚流動食)

医薬品(経腸栄養剤)



入院中の経腸栄養用製品の使用

- 医薬品である経腸栄養用製品との給付額の均衡を図る観点から、例えば食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しをする
- あわせて、特別食加算を算定できる取扱いについても見直す
- 今後食品である経腸栄養用製品の市場実勢価格を把握する仕組みを導入し、入院時食事療養費等の額について市場実勢価格に応じた設定とする仕組みとする。
- 今後の課題として、入院時食事療養費の額について、実際のコスト等を把握した上で、適切な水準を設定する。

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付について

- 胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品については、医薬品として薬価収載されているものと食品とがあるが、どちらを使用するかについては臨床現場での選択に委ねられている。
- 医療保険においては、①医薬品として処方される場合には薬価基準に従って薬剤給付がされるのに対し、②入院時に食品(食事)として提供される場合には入院時食事療養費等が支給され、①と②では給付額が異なっている。
- さらに、②の場合に、特別食の算定要件を満たしているときは特別食加算(76円)を算定することができる。

＜医薬品の場合＞

	薬価 (10mlあたり)	保険給付額 (薬価) (1,800kcalの場合)
製品A	7.10円	1,065円
⋮	⋮	⋮
製品E	8.90円	1,602円

(患者負担分を含む)

＜食品の場合＞

	保険給付額 (入院時食事療養費等)
製品 I	1,920円 / 1日 (640円 / 1食)
⋮	
製品 X	

※入院時食事療養費 I の場合

(患者負担分を含む)

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

○胃瘻患者等に対して食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費の額について見直しを行う

現行		改定後	
【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】		【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】	
第1 食事療養費 1 入院時食事療養費(Ⅰ) (1食につき) 640円		第1 食事療養費 イ 入院時食事療養費(Ⅰ) 1 (1食につき) 640円	ロ 入院時食事療養費(Ⅰ) 2 (1食につき) 575円(新)
注1(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 (新設)		注1イについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注2ロについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。 注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。 注4 略	
2 入院時食事療養費(Ⅱ) (1食につき) 506円		2 入院時食事療養費(Ⅱ) イ 入院時食事療養費(Ⅱ) 1 (1食につき) 506円	ロ 入院時食事療養費(Ⅱ) 2 (1食につき) 455円(新)
注 入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 (新設)		注1イについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注2ロについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。	
第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 (1食につき) 554円		第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 ①食事の提供たる療養費1 (1食につき) 554円	②食事の提供たる療養費2 (1食につき) 500円(新)
(2)略		(2)略	
		入院時食事療養費(Ⅰ)と同趣旨の改正を行う。	
2 入院時生活療養費(Ⅱ)		2 入院時生活療養費(Ⅱ) (変更なし)	

経腸栄養患者のうち市販の流動食を提供している患者に対する食事療養費が減額された
640円⇒575円(-65円)

これらの患者に対する特別食加算も算定できない

経腸栄養用製品に係る給付の
適正化で40億円程度の医療費削減

パート3

チーム医療と栄養・食事



ソーシャル
ワーカー



医師



看護師



臨床
検査技士



NST

栄養サポートチーム

薬剤師



言語聴覚士



歯科医師・歯科衛生士



栄養士



NSTラウンド



栄養に関する診療報酬上の主な評価

入院

○栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)

○入院栄養食事指導料

(125～130点/週1回・入院中2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○集団栄養食事指導料

(80点/月1回)

○摂食障害入院医療管理加算

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる
(200点(30日以内)、100点(31～60日以内))

特別食

(1食当たり76円を食事療養費に加算)

腎臓食

肝臓食

糖尿食

胃潰瘍食

貧血食

膵臓食

脂質異常症食

痛風食

フェニールケトン尿症食

楓糖尿症食

ホモシスチン尿症食

ガラクトース血症食

治療乳

無菌食

小児食物アレルギー食^{注1)}

特別な場合の検査食^{注2)}

注1: 外来及び入院栄養食事指導料に限る。

注2: 単なる流動食及び軟食を除く。

外来

○外来栄養食事指導料

(130点/月1回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○糖尿病透析予防指導管理料

(350点/月1回)

在宅訪問

○在宅患者訪問栄養食事指導料

(450～530点/月2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な在宅で療養を行っている患者**に対して食事計画案などを交付し、**30分以上調理を介して実技を伴う指導**を実施

○在宅患者訪問褥瘡管理指導料

※在宅褥瘡対策チームの一員に管理栄養士が含まれる
(750点/2回まで)

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

[概要]

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した他職種からなるチームが診療することを評価したもの。

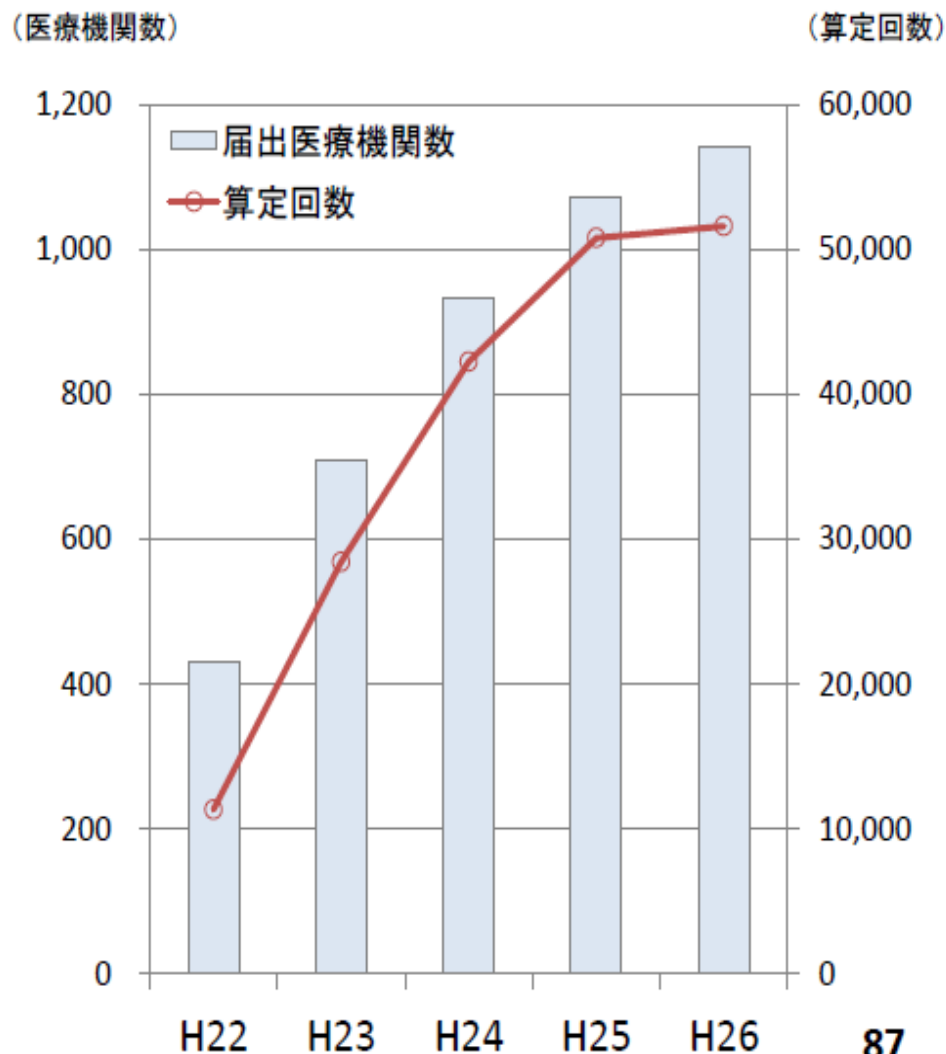
[算定要件]

- ・回診及びカンファレンスの実施
 - ・栄養治療実施計画の作成
 - ・退院時等の指導
 - ・様々なチーム医療の連携
- 等

[施設基準]

- ・専任の配置が必要な職員
医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
- ・配置されることが望ましい職員
歯科医師・歯科衛生士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・言語聴覚士 等

<栄養サポートチーム加算の算定回数・届出医療機関数>



がん患者の食欲低下と栄養食事指導

- がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。
- こうした患者には、症状等に応じたきめ細かな食事の工夫と指導が必要である。

がん化学療法中の入院患者102名のうち、67名(66%)に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等であった。

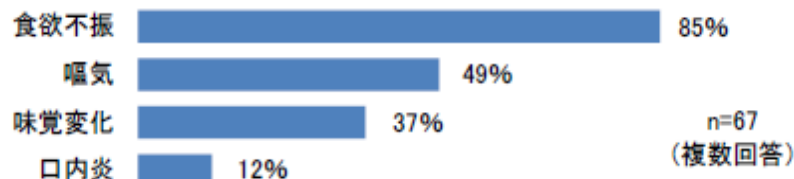


図 食欲低下の理由

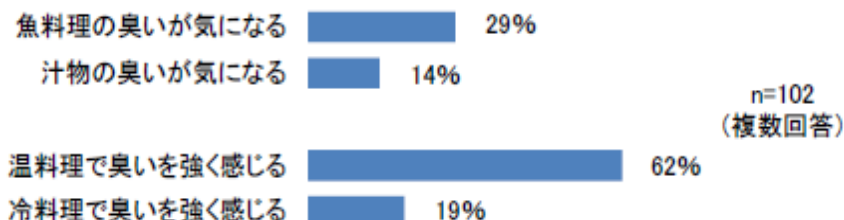


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)
(図は保険局医療課で作成)

表 化学療法中の食事の工夫及び指導の例

悪心・嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。 ・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。 ・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。 ・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。 ・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。 ・ 同じものを続けて食べない。
味覚異常	<ul style="list-style-type: none"> ・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。 ・ 塩、醤油味を苦く感じる場合(や金属のような味がする場合は)、塩、醤油を控え、だし味や味噌味を利用してみる。レモンなどの柑橘類を使用してみる。 ・ 食べ物が全体的に苦く感じる場合は、甘みを強くしてみたり、キャラメルなどで口直しをしてみる。 ・ 甘みを強く感じる場合は、砂糖やみりんは控えて、塩味や醤油味を使用してみる。レモンなどの酸味やスパイスを利用してみる。
口腔粘膜炎 (口内炎)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。 ・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。
食欲不振	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。 ・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。 ・ 主食をパンや麺類にかえてみる。 ・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。 ・ 栄養補助食品を利用する。

(出典: 小林由佳ら. 静脈経腸栄養. 28(2), 627-34, 2013)

きめ細かな個別支援が必要

がん患者への栄養食事指導の効果

- 放射線治療を受けるがん患者への個別の栄養食事指導により、栄養状態やQOLが改善するとされている。

A ランダム化比較試験

【対象者】 放射線治療を受ける消化器がん又は頭頸部がん外来患者60名(平均61.9±14.0歳)

【方法】 対象者を**介入群**(放射線治療開始時から管理栄養士による個別栄養食事指導を定期的実施)又は**対照群**(小冊子による栄養情報の提供等、通常ケアを実施)のいずれかにランダムに割り付け、放射線治療開始後12週間の体重増加量やQOLスコア増加量等を比較

管理栄養士の個別栄養食事指導により、体重管理及びQOLに有益な効果

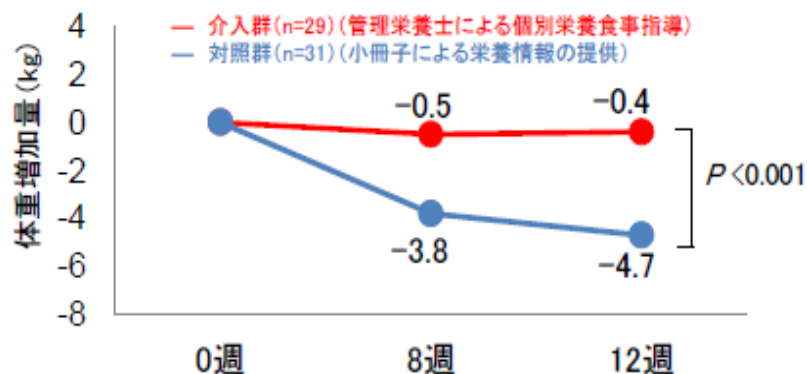


図 体重の変化

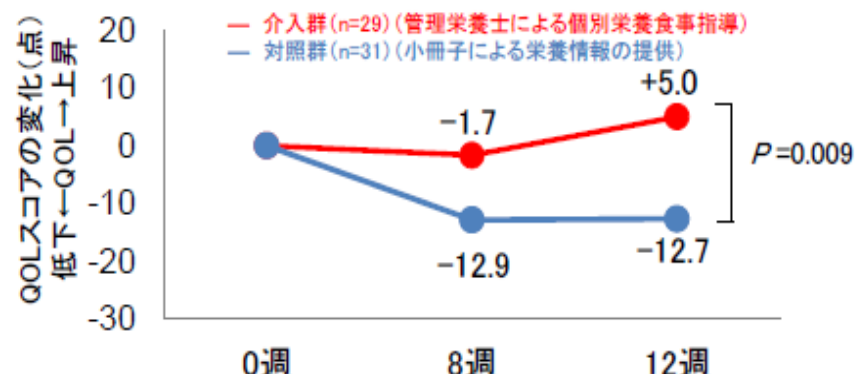


図 QOLスコアの変化

(出典: Isenring EA et al. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.) (図は保険局医療課で作成)

B 文献評価(システマティックレビュー)

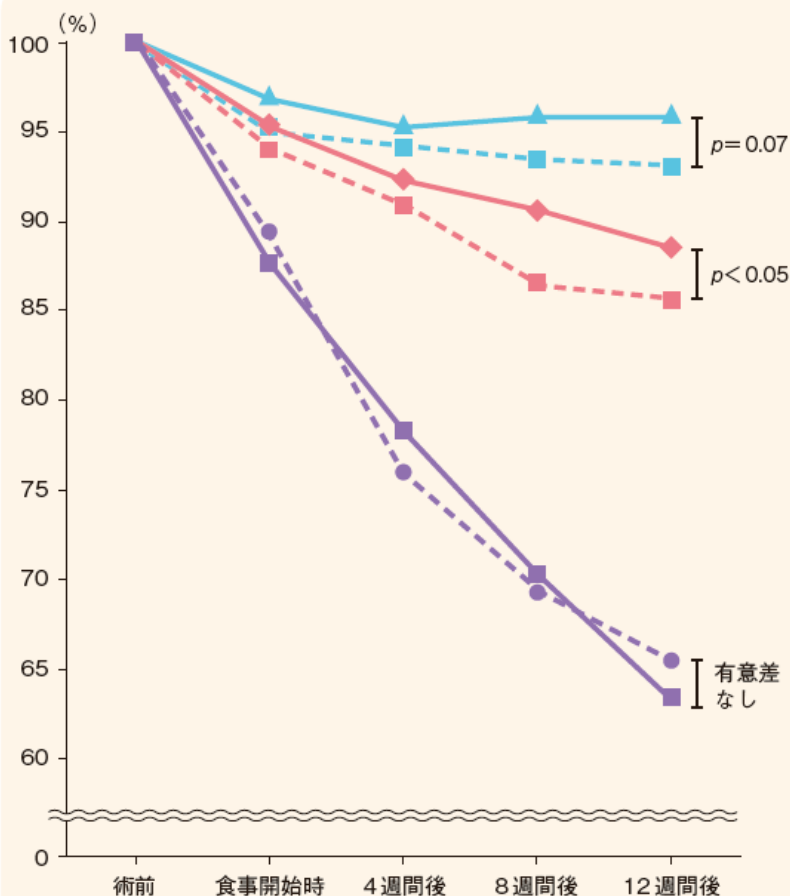
【内容】 放射線治療を受ける頭頸部がん患者に対する栄養的介入が患者の栄養状態やQOL等に与える効果について、Pubmed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials(CENTRAL)、CINAHLを用いて、関連のランダム化比較試験を検索・精査し、データを抽出、評価。

「管理栄養士による個別栄養食事指導は、一般的な栄養アドバイスなどに比べて、放射線治療を受ける頭頸部がん患者の栄養状態、QOL等に有益な効果をもたらす。」

(出典: Langius JA et al. *Clin Nutr* 2013; 32: 671-8.)

胃がん術後のONS実施で体重減少を軽減 支持療法としての栄養ケアの可能性

東京都立多摩総合医療センター



ONS: 経口的栄養補助食品

- ONS介入群 (筋肉)
- 対照群 (筋肉)
- ONS介入群 (体重)
- 対照群 (体重)
- ONS介入群 (体脂肪)
- 対照群 (体脂肪)

検定法: t-test

胃全摘手術症例に対して、食事開始してから12週間、ONS 400kcal/日を目標に投与
ONS介入群 (n=23), 対照群 (n=17)

12週後の時点において、対照群と比べて、ONS介入群において体重減少率に有意差がみられた ($p<0.05$)。

なお、本データは、東京大学と台湾大学の共同研究で実施した結果の一部である。

提供: 畑尾史彦 (東京都立多摩総合医療センター外科)

図1 胃全摘手術後のONSの導入による体重と体組成の変化

ONSとは？

Oral Nutritional Supplements
＝付加的に栄養剤を経口投与すること

周術期、高齢者、急性期疾患などで、
合併症発生率の軽減、活動性の向上などの有用性が報告されており、低栄養の患者様に有用です。



国際医療福祉大学三田病院 (がん診療連携病院)の事例



がん手術の栄養管理

- 癌の部位によっては術前より通過障害が起きている場合がある
- 術前の栄養状態が悪い場合には、術前にインパクト (IMPACT®) などを飲んでもらう
- 術後は経口摂取ができない場合には早期より経腸栄養を開始し、経口摂取へと切り替えていく
- 術後の状態に合わせて食形態を考慮する

食事形態

ミキサー食



とろみ食



きざみ食



一口大食

化学療法 of 栄養管理

- 化学療法開始2週間後より栄養状態の変化が現れる
- 婦人科の場合には短期間治療のため3日目より食欲低下などの症状が現れる
- 口腔粘膜炎の発生
- 味覚障害
- 悪心嘔吐などの消化器症状
- 腸管機能維持ができるような食事の検討

放射線療法の栄養管理

- 放射線療法開始1ヶ月後より栄養状態の変化が現れる
- 熱傷からくる口腔内トラブル
- 唾液分泌低下による咽頭通過障害
- 経口摂取が不可能になる場合が多い
- 早期よりPEG管理をすることが望ましい

食欲不振

- ご飯の臭いが苦手→お粥・麺類・パン
- 量が多い→主食は通常の半分・副菜は1/2量
- おう吐してしまう→消化のよいもの
- 食べたくない→家族の差し入れ食
- 冷たいものを好む
- さっぱりしたものを好む→酸味のある果物やサラダ・酢の物

味覚障害の対応

味覚障害の出現パターン

1.何を食べても苦く感じる



2.醤油の味がわからない



3.甘味がわからない



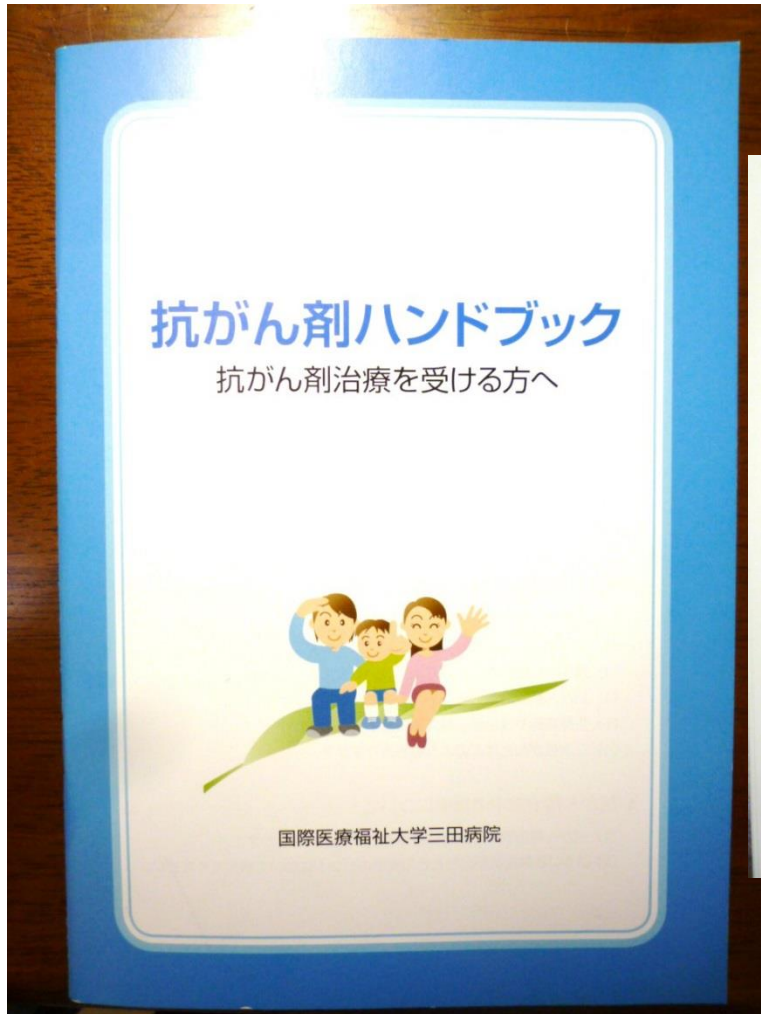
対応策

味付けの工夫(だしのみで調理)

流動物のみ摂取可能

⇒ミキサー食1/2量+栄養補助食品(テルミール等)

抗がん剤ハンドブック作成 (三田病院)



4. 抗がん剤治療中の食事について

(1) 抗がん剤治療中の食事はどうすればよいのですか？

治療中は様々な副作用が生じます。合併症がない限り、食事の制限はありません。食べられるものを少しずつ、体調に合わせて食べるようにしてください。

3度の食事にこだわることなく、少量頻回食にし、間食の時間を有効に利用してください。また、1回の食事の盛り付け量もいつもより減らして、食べきった満足感を得ることも大切です。

自分に合った食べやすく、たんぱく質の豊富な食品を探してください。栄養は腸から吸収されるので、口から食べることはとても大切です。絶食（何も食べないこと）をすると、腸管の機能が低下してしまいます。

(2) いろいろな症状が出たときの食事のヒントについて教えてください。

① 吐き気があるとき

パート4

地域包括ケアシステムと 栄養・食事



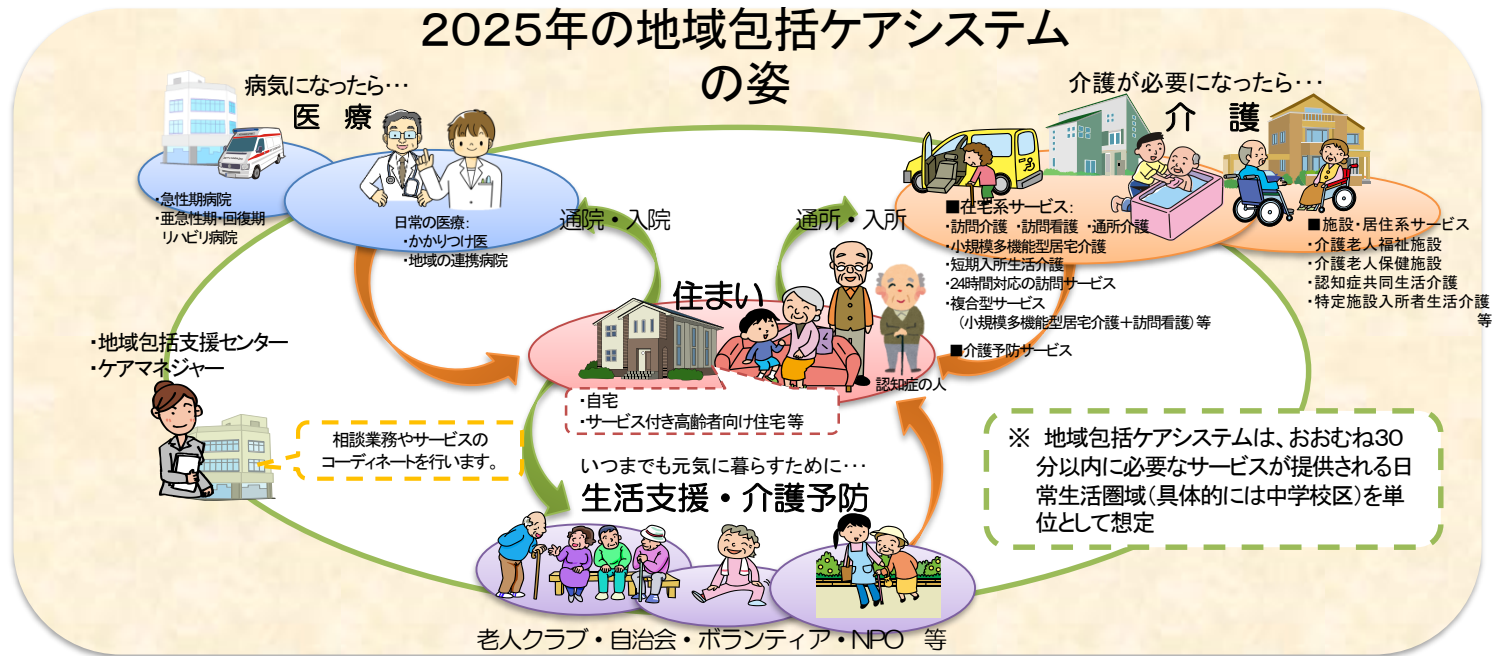
地域包括ケアシステムとは

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

地域で医療・介護・生活支援
のパッケージを届ける

平成25年 地域包括ケアシステム

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



地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

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

地域包括ケアシステム
から「栄養」がすっぽり
抜けている！？

老人福祉施設に併設する診療所における

地域高齢者の

「食べること」を支援するシステム作り

～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園 東京都昭島市

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

H23年度¹

はじめに

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

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

1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

(1) 低栄養問題

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

(2) 認知症利用者の問題

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

(3) 医療連携問題

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

(4) 難病及び認知症の病態食 (療養食・特別食) 問題

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

(5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない (症例8)

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

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

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

<栄養ケアマネジメントのヒント>

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

(症例2) 十分な食事が無くても、寝かせっきりでも 家族と住める喜びがある

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

・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力
で完食



・ 自宅療養の状況



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

<栄養ケアマネジメントのヒント>

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

(症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



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

<栄養ケアマネジメントのヒント>: チームで情報の共有を

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

(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)

男性 73歳 要介護3

身長155Cm 体重35Kg

BMI 14.6

妻と娘と同居

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

<栄養ケアマネジメントのヒント>

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

(症例5) 偏った食事の継続による低栄養

～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

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

朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや
南瓜煮つけ

<日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン
牛乳

夕食のメニュー

カステラパン
牛乳
柔らかい果物の缶詰め



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

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

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

(症例6)難病:共に戦う 身体障害進行を遅らせるため に

男性 57歳 要介護3 妻と同居

弧発性脊椎小脳変性症(20年10月発症)

<全訪問チームで支える難病>

- ①お尻歩き、握力低下、口腔機能低下などある中でさらに病状が悪化するか分からない不安と戦う
- ②いつか造設する胃ろうを受け入れながら、全身状態をベストに保ち進行を遅らせる
- ③介助なしには食べられない食環境で出来ることの食改善

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆医療チーム:栄養剤処方、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理
- ◆リハビリチーム:移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練
- ◆栄養チーム:栄養剤の提案、飲料水の提案、献立の工夫の提案、全効果の評価

(症例7) 認知症高齢者：人工透析にならないように

男性 79歳 要介護1 独居

- ① 動機付けが難しく介護度でサービスが限定される
- ② 命に関わる治療食の重大さが理解できず、医師の言葉を都合の良いように受け取る
- ③ 自覚症状の少ない腎疾患、注意事項を余計なお世話と感じる

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆医療チーム：病気の説明、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理
- ◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練
- ◆栄養・食事チーム：食べ物と体の変化の関係の説明、飲料水の提案、献立の提案、

(ヘルパーと協働) 買い物提案、調理法の提案、全効果の評価、

(症例8) 治療効果をあげるためのより沿った指導 外来栄養指導を受けても効果が現れない

女性 75歳 自立 独居 糖尿病性腎症

- ①効果を期待した現実的な治療食の工夫を求める
- ②医療機関での栄養指導が個人の生活に見合った解釈が出来ていない
(管理栄養士の説明は理解できるが、実際に実施すると迷う)
- ③調理作成(煮物は小鍋一つ、買い物単位での材料の使い方、おいしく出来る減塩食の作り方)になると不安を感じる

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆励ましと励ます効果を表すデータの整理と説明
- ◆透析にならないための運動と食事療法及び身体状況の関係の説明
- ◆栄養・食事チーム:一般のおいしい料理をおいしい減たんぱく、減塩への工夫の
(本人・調理補助・管理栄養士と協働) 仕方を提案し実調理による効果を

2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

1) 地域高齢者の実態

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

まず現場を見ること
体感することの
大切さを知る！

平成24年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金

「居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究班」(委員長小山秀夫)

報告より

- 管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している24医療機関の37名の担当管理栄養士及び調査月1ヶ月間の担当利用者251名について調査を行った
- 利用者は要介護4～5の重度者や男性が半数近く、経口摂取82.5%であった。
- 摂食嚥下障害重度化分類によって、摂食・嚥下に何らかの問題があった利用者が全体の68.4%にのぼった。
- 高齢者用簡易栄養状態評価表(MNA-SF)による低栄養のおそれのある者43.0%、すでに低栄養状態にある者が35.9%であった。両者を合わせて低栄養は78.9%と8割近くにも達した。
- そして利用者や家族のうち食事内容や食事準備、治療食、食事形態等に不安や困っている者が85.4%にも及んでいた。

地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



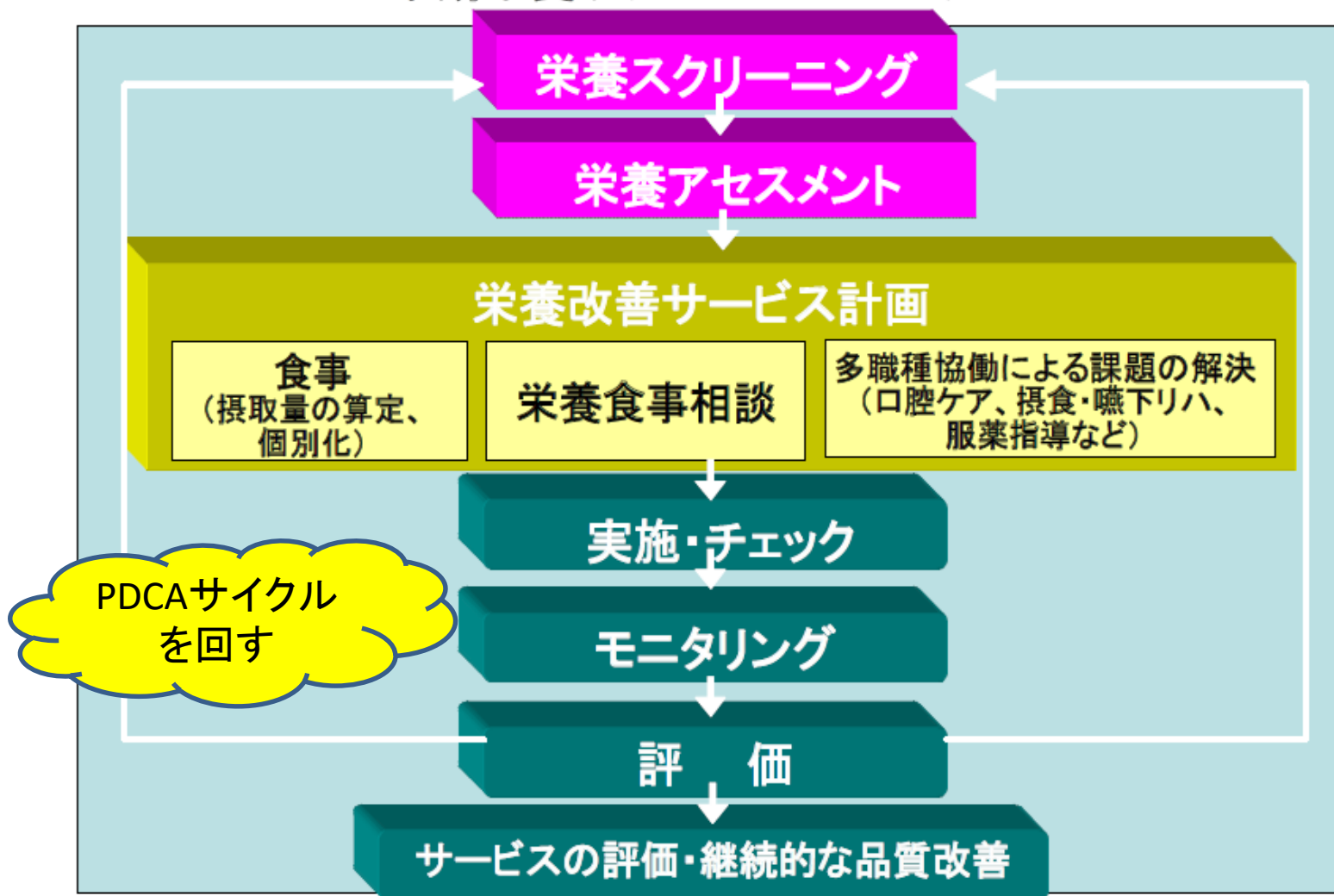
◆チームケア：連携の要ができれば成功する

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

◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される

栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



簡易栄養状態評価表

MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の
体重減少

移動性

過去3か月の
ストレスと
急性疾患

神経・精神
的問題

BMI

BMIがわからない時は、ふくらはぎの周囲長

スコア12～14

低栄養の
おそれなし

セルフケアのため
の情報提供
(資料1～7)

スコア8～11

低栄養の
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業
参加勧奨

管理栄養士
保健師の
個別相談

配食サービス

スコア0～7

低栄養

管理栄養士、
保健師の
個別相談
(必要な場合は
医療機関へ)

低栄養への対応と効果

- 個別栄養食事指導を組み合わせた管理栄養士による栄養的介入により、低栄養のリスクのある患者の体重管理やQOLに有益な効果がみられている。

A ランダム化比較試験

[研究参加者]

低栄養リスク有と判定^{※1}された、中高年COPD外来患者59名(12か月完遂者37名^{※2})。

※1 英国静脈経腸栄養学会の勧告をベースに開発され、妥当性が確認された栄養スクリーニングツールを用いて判定

※2 ベースライン時における、通常体重からの意図しない体重減少量: 平均8.7kg

[方法]

研究参加者をいずれかの群にランダム割り付け

① 介入群(以下の3種類を組み合わせた介入)

- ・栄養強化に関するリーフレットの配布
- ・熟練管理栄養士による個別栄養食事指導
- ・ミルクパウダーによる栄養強化(600kcal/日)

② 対照群(リーフレット配布のみ)

介入
(6か月間)

追跡
(6か月間)

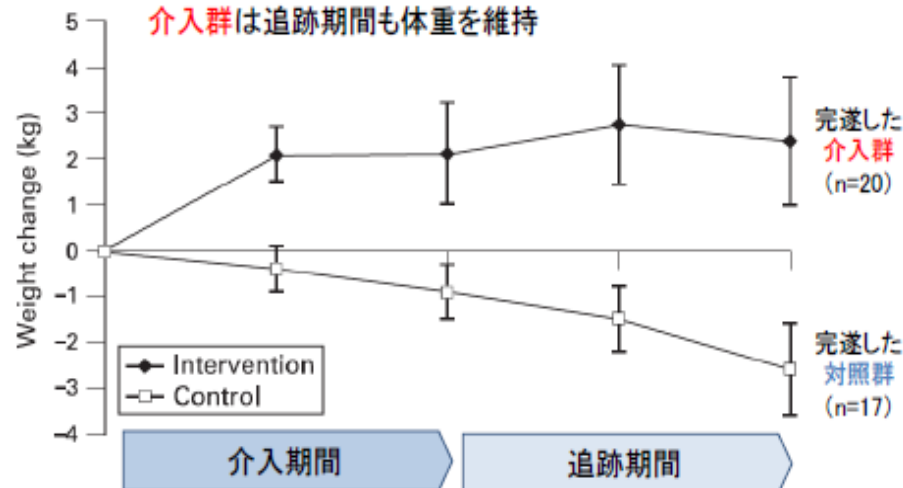
[結果]

(1) エネルギー及びたんぱく質摂取量

介入群 > 対照群 (6か月時点のみ有意)

(2) 体重の変化

介入群は追跡期間も体重を維持



(3) QOLスコア(SF-36)

介入群 > 対照群 (6か月時点、12か月時点とも有意)

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

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

[研究参加者]

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

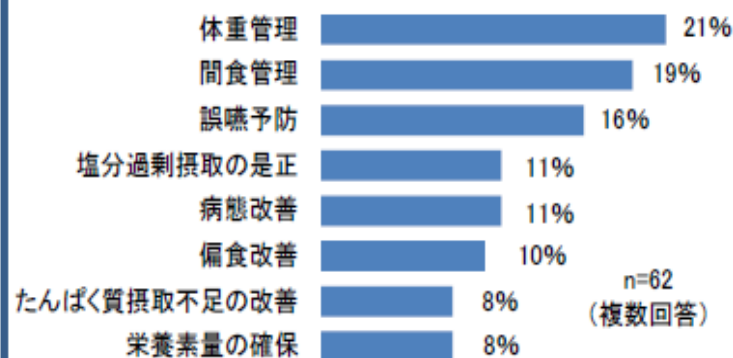


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

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



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善

表 継続群の介入時と介入後の比較

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

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

地域包括ケアシステムに栄養士と
栄養ケア・ステーションを加えよう！

介護



栄養士



通院 通所



訪問介護
・看護



自宅・ケア付き
高齢者住宅

住まい

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

地域包括支援
センター・
ケアマネ
ジャー



相談業務やサービ
スのコーディネート
を行います。

※地域包括ケアシステムは、
人口1万人程度の中学校区
を単位として想定

栄養ケア・ステーション

地域包括ケアにおける栄養ケアステーション活動に期待が高まっている



栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

平成24年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金

「居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究班」(委員長小山秀夫)

提言

- ①管理栄養士の居宅療養管理指導に関する仕組みについて、医療従事者や介護保険事業者に一層の周知徹底が必要である。
- ②主任介護支援専門員および介護支援専門員に対する高齢者の栄養管理教育の一環として、摂食嚥下障害・栄養障害と健康障害（低栄養、誤嚥性肺炎、褥瘡、ADLの悪化、要介護度の悪化）の基礎教育と継続研修の充実が必要である。
- ③介護保険者（市町村）の介護保険担当者に対し、介護予防や重度化予防の観点から地域における栄養管理サービスに対する注意喚起が重要である。
- ④関連通知等の文章の内容について、より分かりやすい文章とし、Q&Aなどで具体的事例紹介や解説（例えば、「通院困難」とはどのような状態か等）が必要である。
- ⑤管理栄養士の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション職員・歯科医師・歯科衛生士との同行訪問について、規制緩和が必要である。

提言

- ⑥管理栄養士の訪問可能回数は、1日に平均4回程度であり、介護報酬上の評価について、利用者の実態に加えて経営実態の詳細な調査が必要である。
- ⑦平成24年4月から任意に開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」の配食事業に必要な応じて高齢者栄養管理に精通した管理栄養士の関与が必要である。
- ⑧管理栄養士には、「在宅ケア推進能力」と「臨床栄養師の能力」向上についての管理栄養士養成課程、国家試験の見直し、初任者研修、継続研修の一連の生涯教育体制の確立が必要である。
- ⑨地域包括支援センターに管理栄養士の配置を義務化する必要がある。
- ⑩地域医療を担当する医師・訪問看護師・主任介護支援専門員および介護支援専門員と管理栄養士の連携強化が重要であることから、今後、管理栄養士を地域ケア会議のメンバーに加える必要がある。

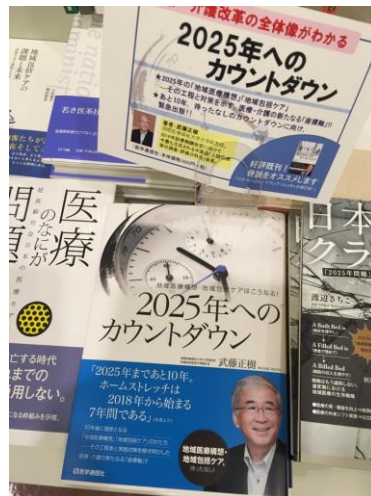
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめと提言

- ・2016年診療報酬改定の一丁目一番地は7対1入院基本料要件見直し
- ・見直しにはERASにより周術期の食事・栄養の見直しが影響を与えた
- ・栄養食事指導の対象範囲が見直され、入院時食事療養費が見直された
- ・地域包括ケアシステムから栄養問題が抜け落ちている！
地域における栄養食事問題に取り組もう！

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp