

栄養ケア・マネジメント特論 地域包括ケアと栄養課題

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

衣笠病院グループ

- 衣笠病院（198床）10対1病床、回復期リハ、地域包括ケア病棟、ホスピス
- 老健（衣笠ろうけん）
- 特養（衣笠ホーム）
- 在宅クリニック
- 健診センター
- ケアセンターなど



プロテスタント系病院

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

講義目次



- パート 1
 - 地域包括ケアシステムとは何か？
- パート 2
 - 横須賀・三浦の地域医療構想を考える
- パート 3
 - 地域包括ケアシステムと栄養・食事
- パート 4
 - 2021年介護報酬改定と口腔・栄養

後半グループワークと発表（4グループ）

グループワーク



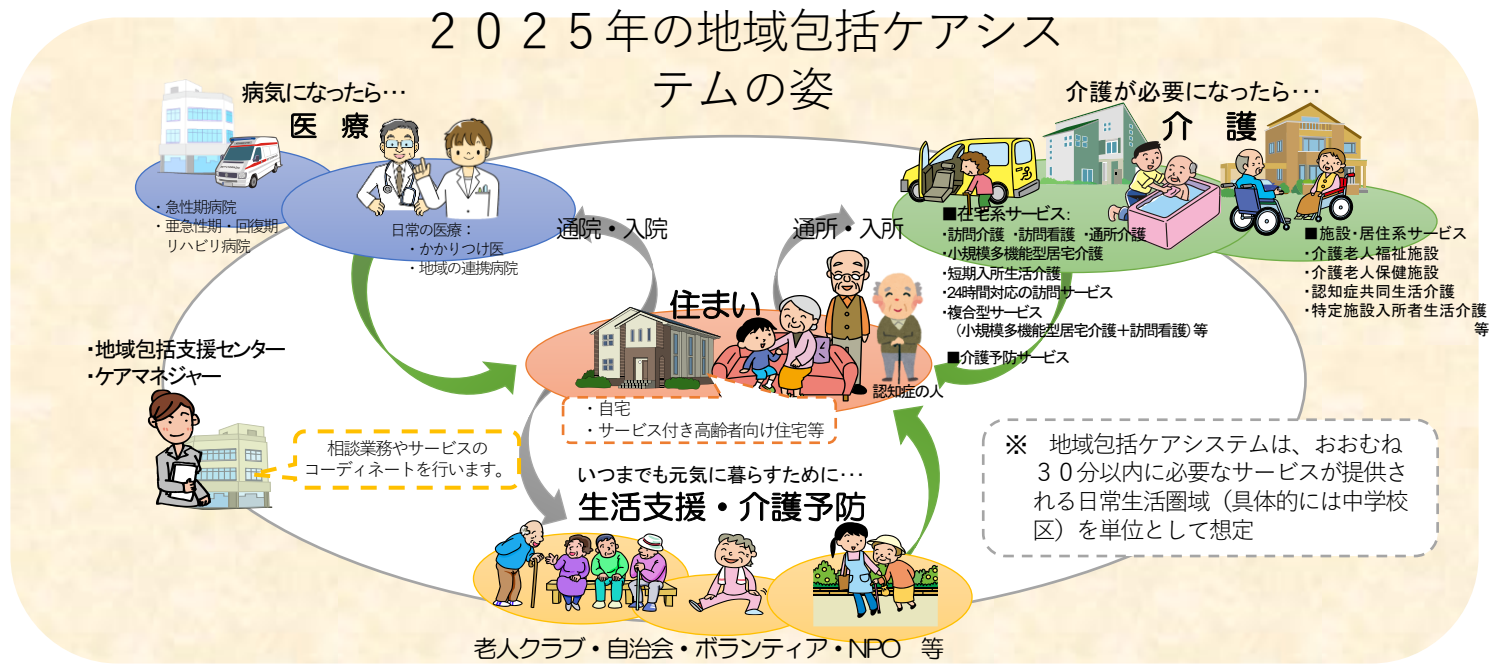
- ①「栄養士が専門職としてどのように地域に貢献しているか？どのように貢献すべきか？」について意見交換をしよう。
 - 実際に地域貢献している事例について意見交換しよう。
- ②「栄養ケア・ステーション」について意見交換をしよう。
 - 栄養ケア・ステーションの事例やその普及には何が必要かについても意見交換をしよう。
- ③「栄養士と他職種との連携」について意見交換をしよう。
 - 実際に他職種と連携している事例について意見交換しよう。
- 4つのグループに分かれ、意見交換や討議の結果を発表しよう。

パート1 地域包括ケアシステムと は何か？

地域包括ケアの原点は広島県尾道市の
寝たきり予防から始まった

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。



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

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



地域包括ケアの原点は広島県尾道市 山口昇先生



公立みつぎ総合病院全景

2013年
(平成25年9月 240床)



1962年

〔昭和42年5月オープン時
40床、45人〕



御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

住宅改修 玄関等の手すり

(平成5年頃) 1993年



(平成24~25年)

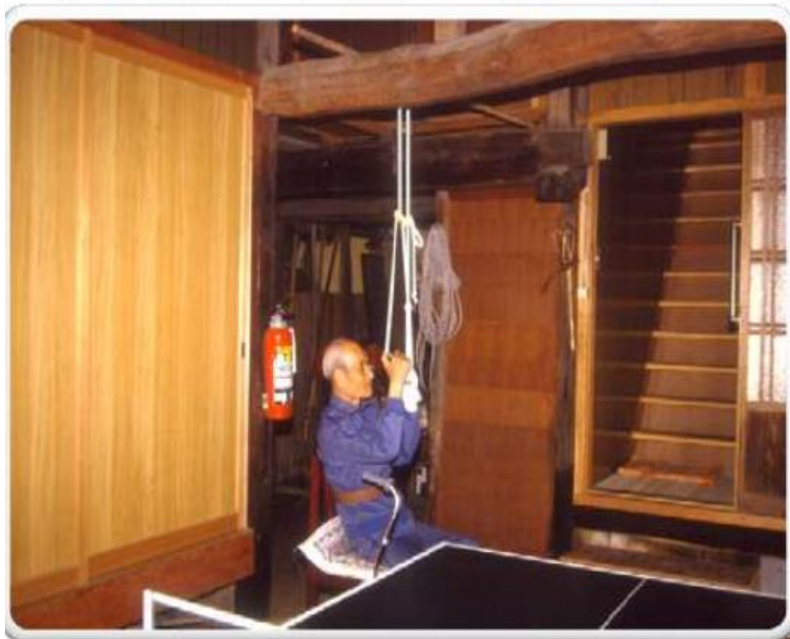
2012年~2013年

納屋に吊るした簡易フーリーで

背中と肩をストレッチ

1984年
(昭和59年頃)

2008年
(平成20年頃)



急性期(外来・一般棟)



公立みつぎ総合病院 における リハビリテーションの状況

回復期リハビリ
テーション病棟



維持期(施設)





保健福祉センター

地域包括支援センター



病棟での退院前カンファレンス



緩和ケア病棟でのカンファレンス



医師

臨床
心理士

訪問
看護師

歯科衛生士

相談員

療法士

緩和ケア病棟
看護師

家族

福祉
用具業者

ケアマネ



在宅でのカンファレンス



デイサービスのボランティア



緩和ケア病棟でのボランティア



福祉バンク(市町村合併前)



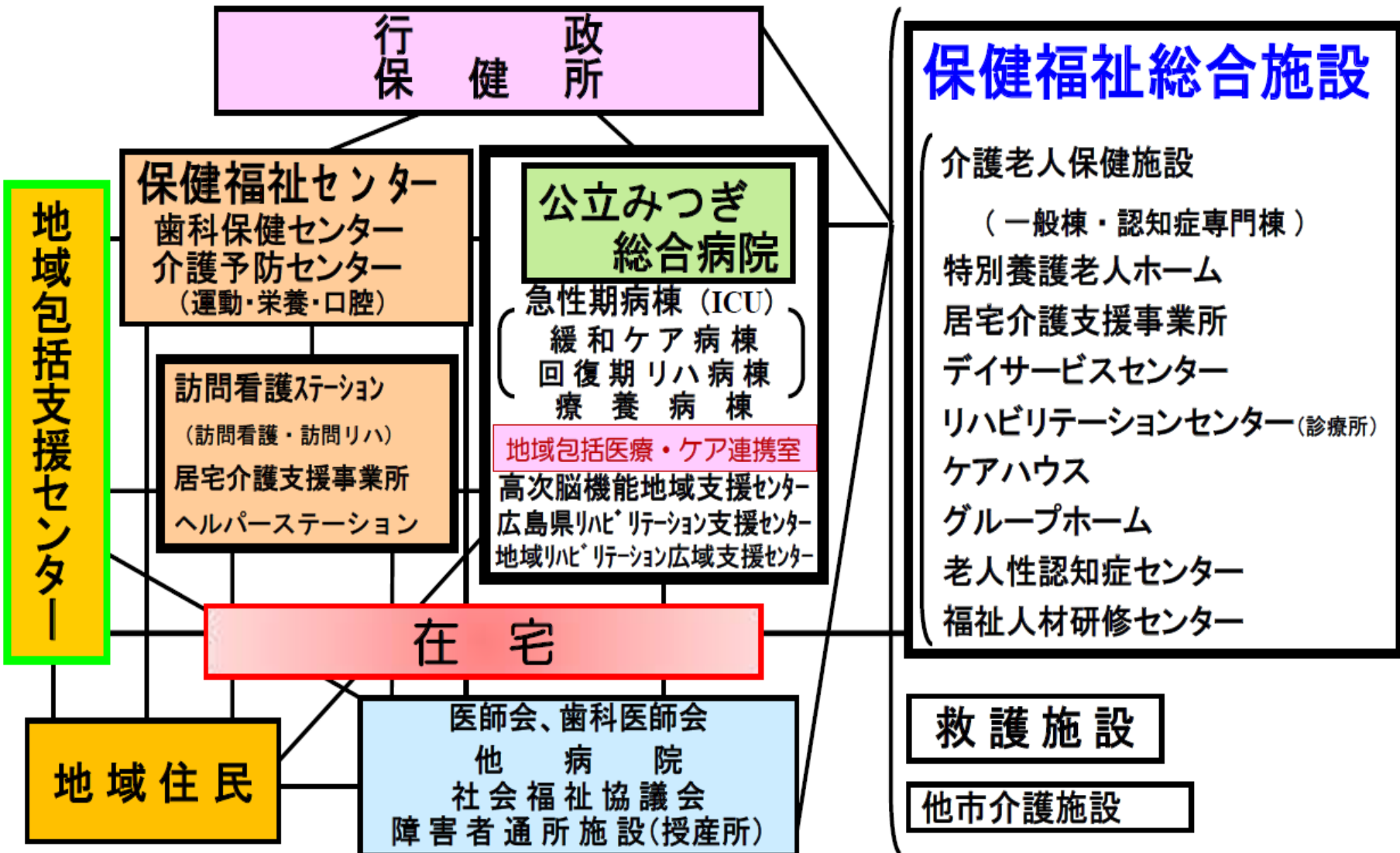
健康づくり座談会 (健康わくわく21)



ナイトパトロール



公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム)



地域包括ケアは病院の 専門職の地域活動から 始まった



専門職の出前サービス

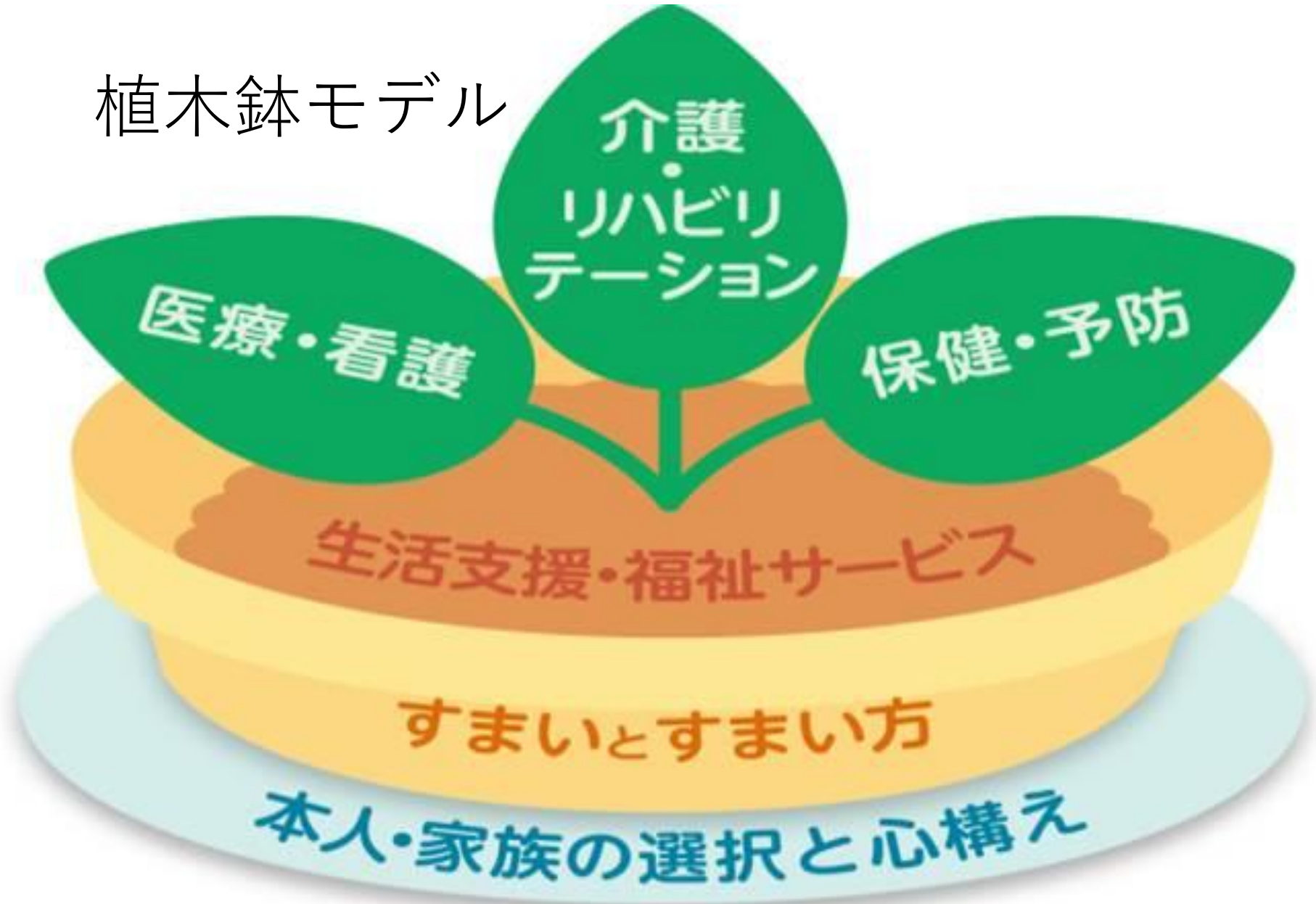
高齢者介護研究会と地域包括ケア

- 「地域包括ケア」が初めて国の文書に登場したのは2003年6月だった。
 - 2000年に介護保険制度が始まって3年後である。
- 「高齢者介護研究会」（座長・堀田力さわか福祉財団理事長）
 - 厚労省老健局長の私的研究会がまとめた報告書「2015年の高齢者介護」
 - 「地域包括ケアシステムの確立」と初めて記載された。
- 「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」

地域包括ケア研究会

- 2008年、厚労省に「地域包括ケア研究会」
（座長・田中滋慶應義塾大学大学院教授）がスタート
- 2009年に研究会は「住宅サービス」を加えた
- 「個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが大切」
- その後、研究会は地域包括ケアシステムの概念を更新していく

植木鉢モデル



地域包括ケア研究会

地域医療介護 総合確保法と地域包括ケア



地域包括ケア
システムの
法制化

2014年

地域医療介護総合確保法 (2014年)

- **第二条** この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想
と地域包括
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

地域医療介護総合確保法 可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」
地域密着型サービスについて意見を述べた

An aerial photograph of a coastal region. The foreground shows a large, deep blue bay or inlet. The middle ground features a mix of green, forested hills and a more developed, urban area with buildings and roads. In the background, there are more green hills and a prominent, conical mountain peak on the left side. The overall scene is bright and clear, suggesting a sunny day.

パート2
横須賀・三浦の地域医療構想を考える

地域医療介護 総合確保法と地域医療構想



地域包括ケアにも
密接に関係する
「地域医療構想」と
は？

2014年

地域医療構想とは？

地域医療構想は、将来人口推計をもとに**2025年**に必要な病床数（病床の必要量）を、4つの**医療機能**ごとに推計した上で、**地域**の**医療**関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な**医療**提供体制を実現する取組みです。

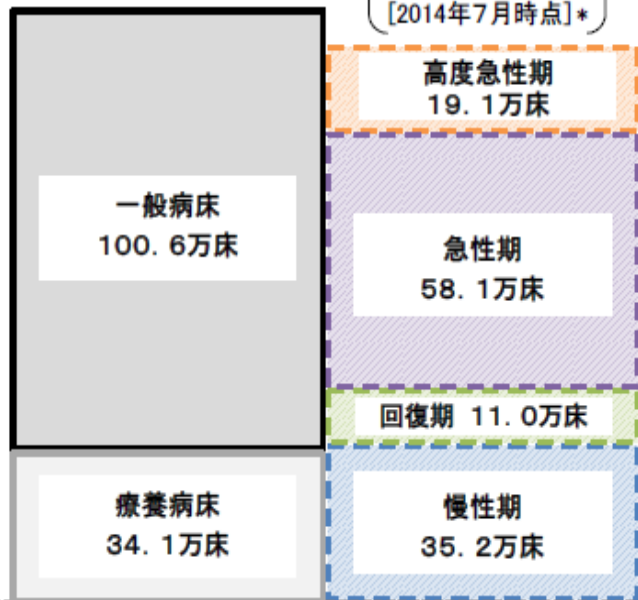
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

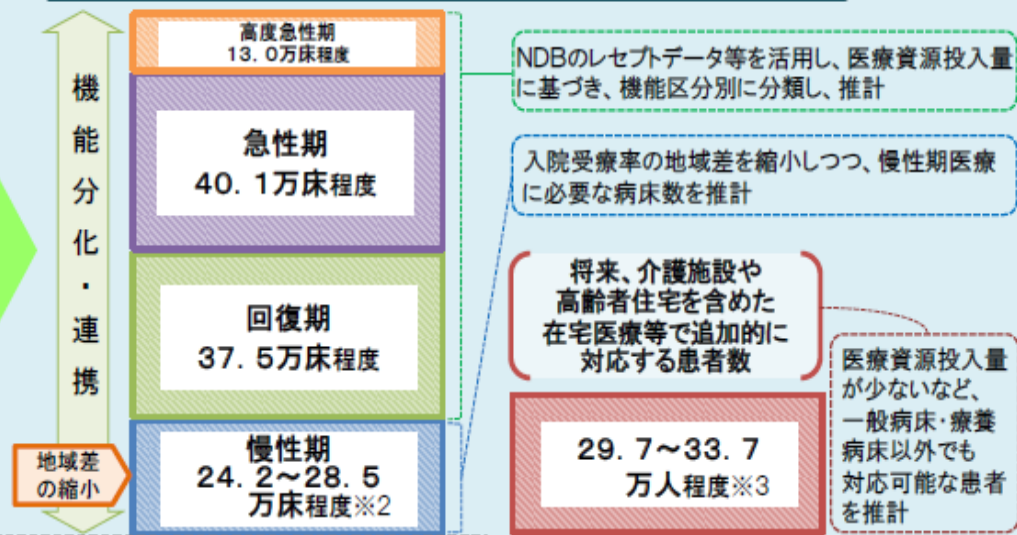
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

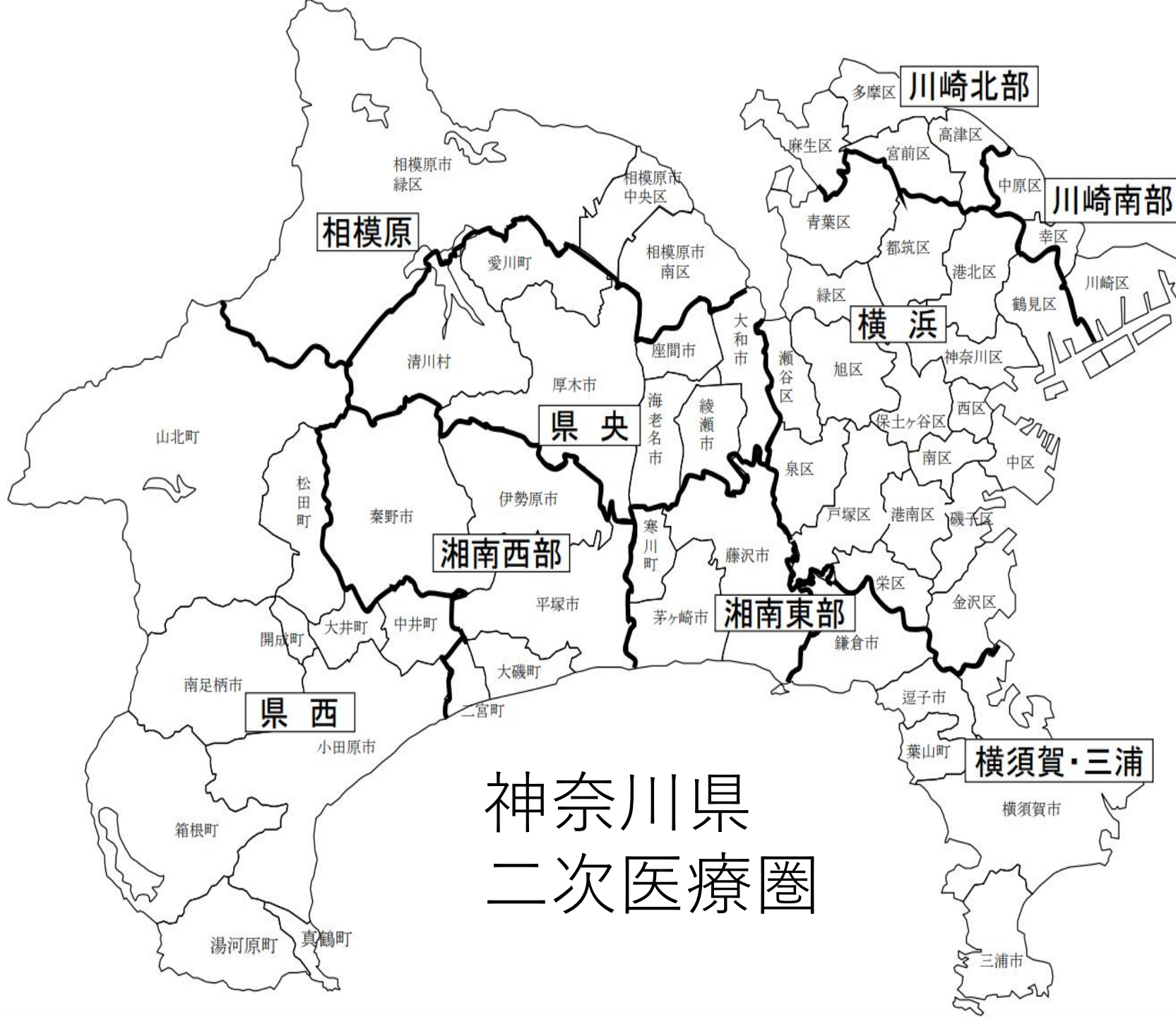


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

「よこすか・みうらの地域医療構想を考える」2016年7月15日（横須賀共済病院）





神奈川県 二次医療圏

横須賀・三浦の人口推移

(1)人口の将来推計

図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の推移

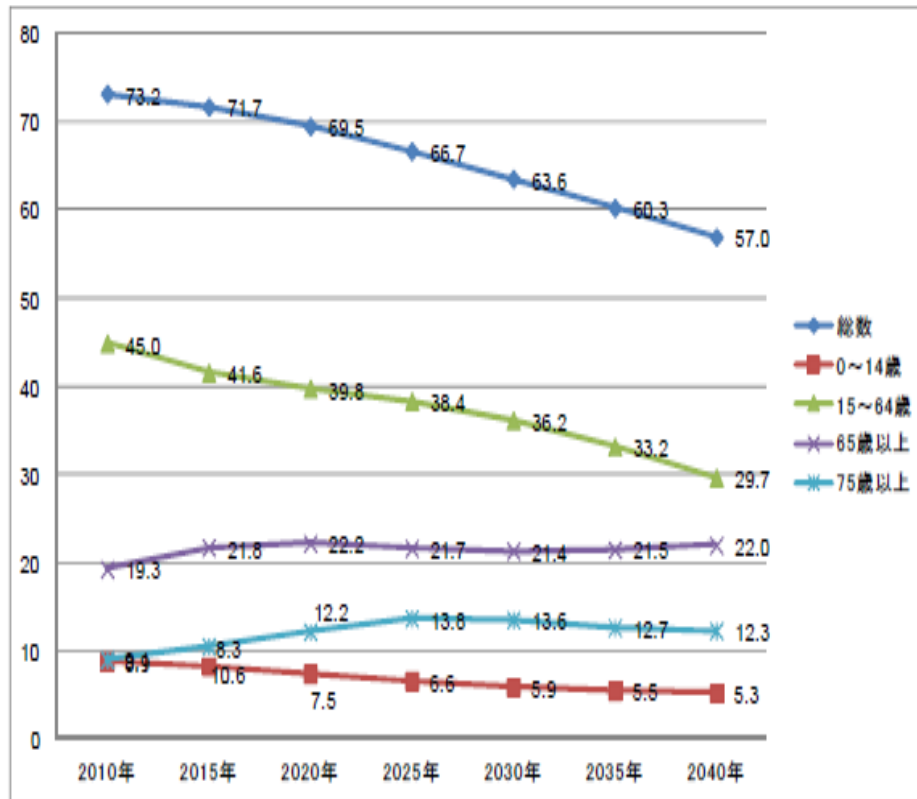
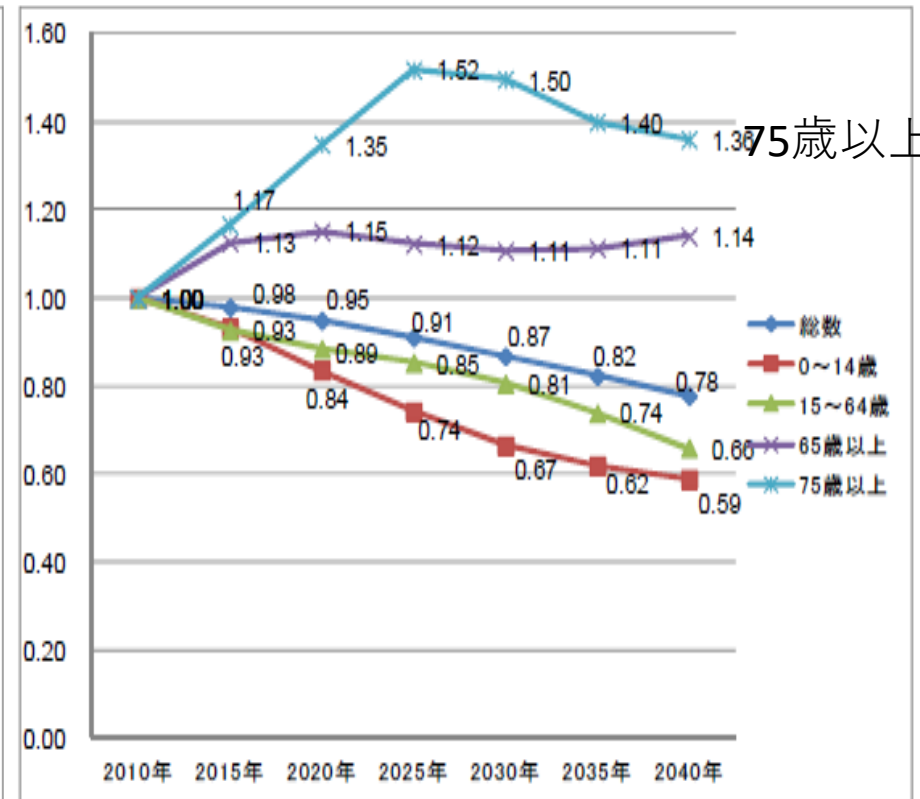


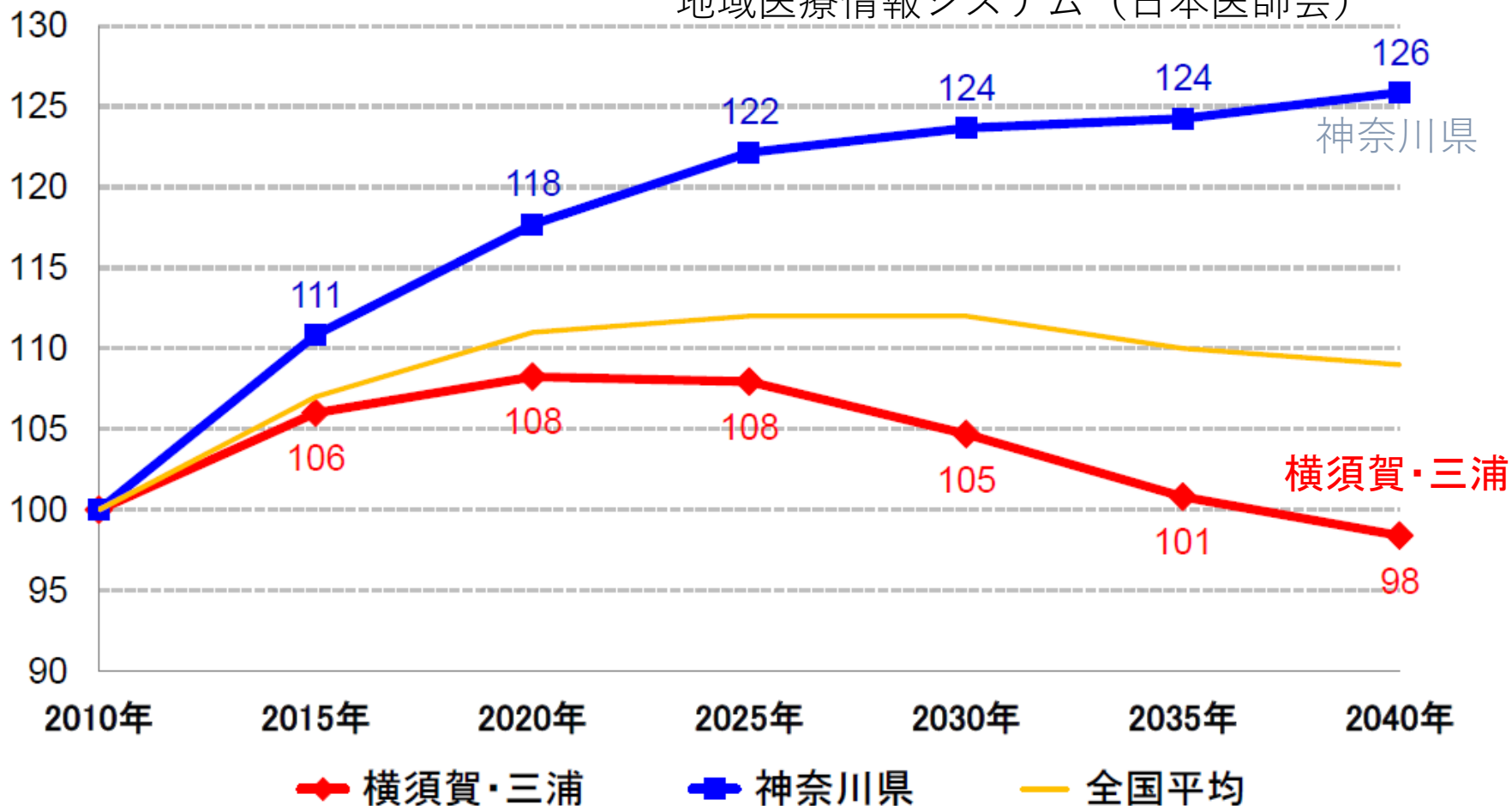
図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)



<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25年3月推計)

医療需要予測指数 (2010年=100)

地域医療情報システム (日本医師会)



全国平均	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要予測指数	107	111	112	112	110	109

D P C 対象病院の分布

D P C 対象病院とは・・・

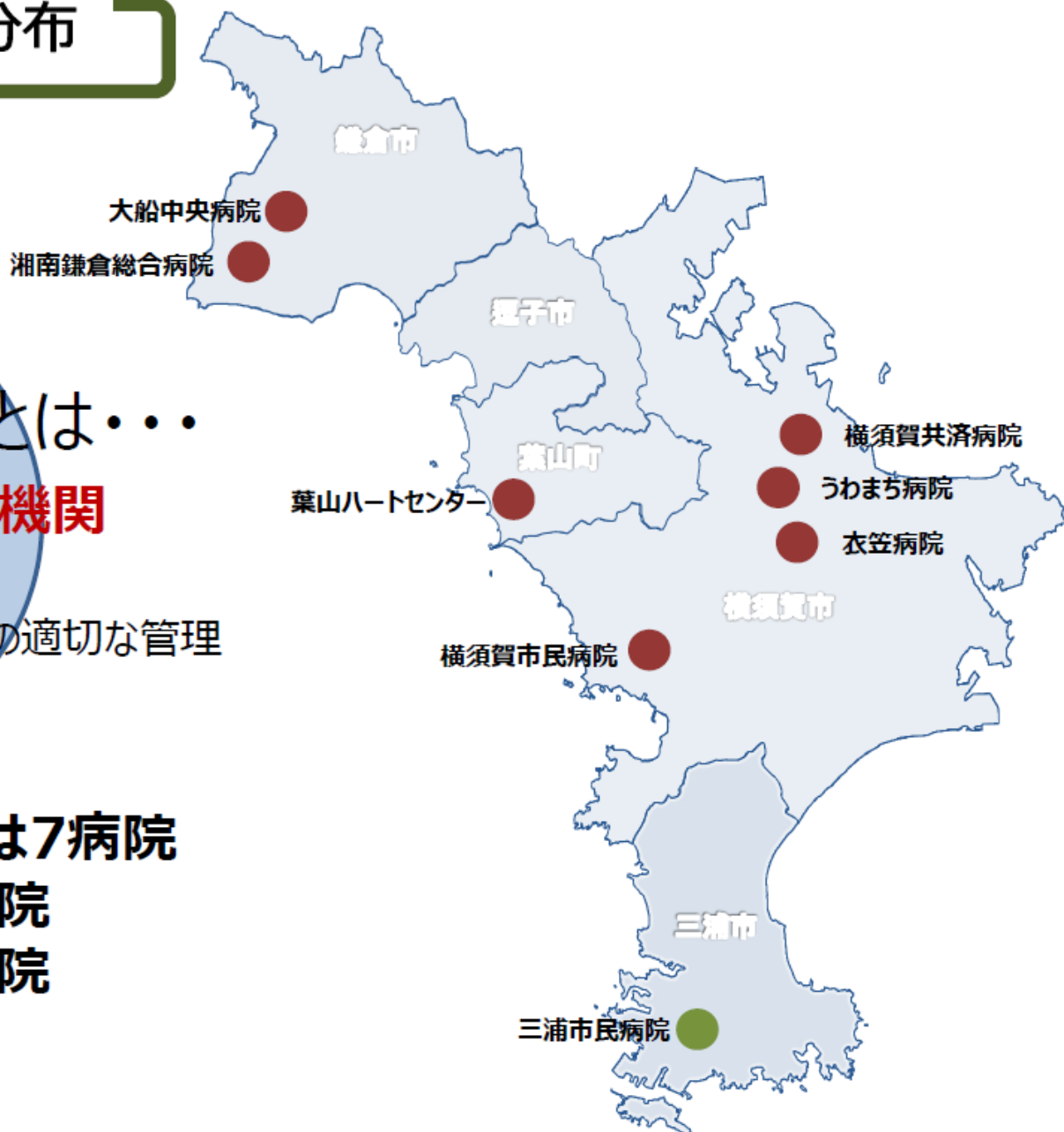
急性期医療を担う医療機関

- ・ 看護師の人員配置
- ・ D P C 調査へ参加・診療録の適切な管理

横須賀・三浦医療圏では7病院

D P C 対象病院：7病院

D P C 準備病院：1病院





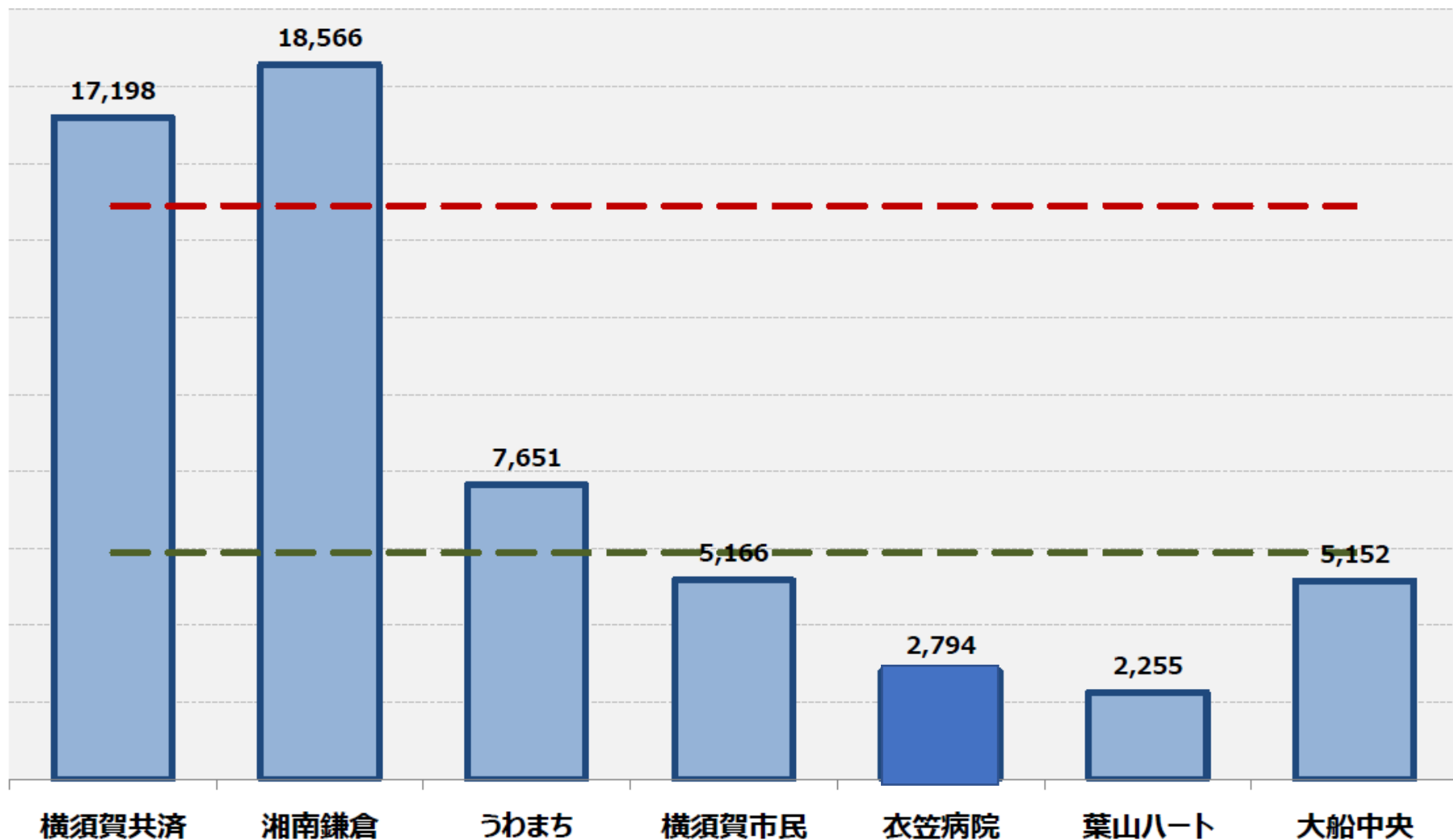
入院患者数

平成26年度実績

[HTTP://WWW.MHLW.GOJP/STF/SHINGI2/0000104146.HTML](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104146.html)

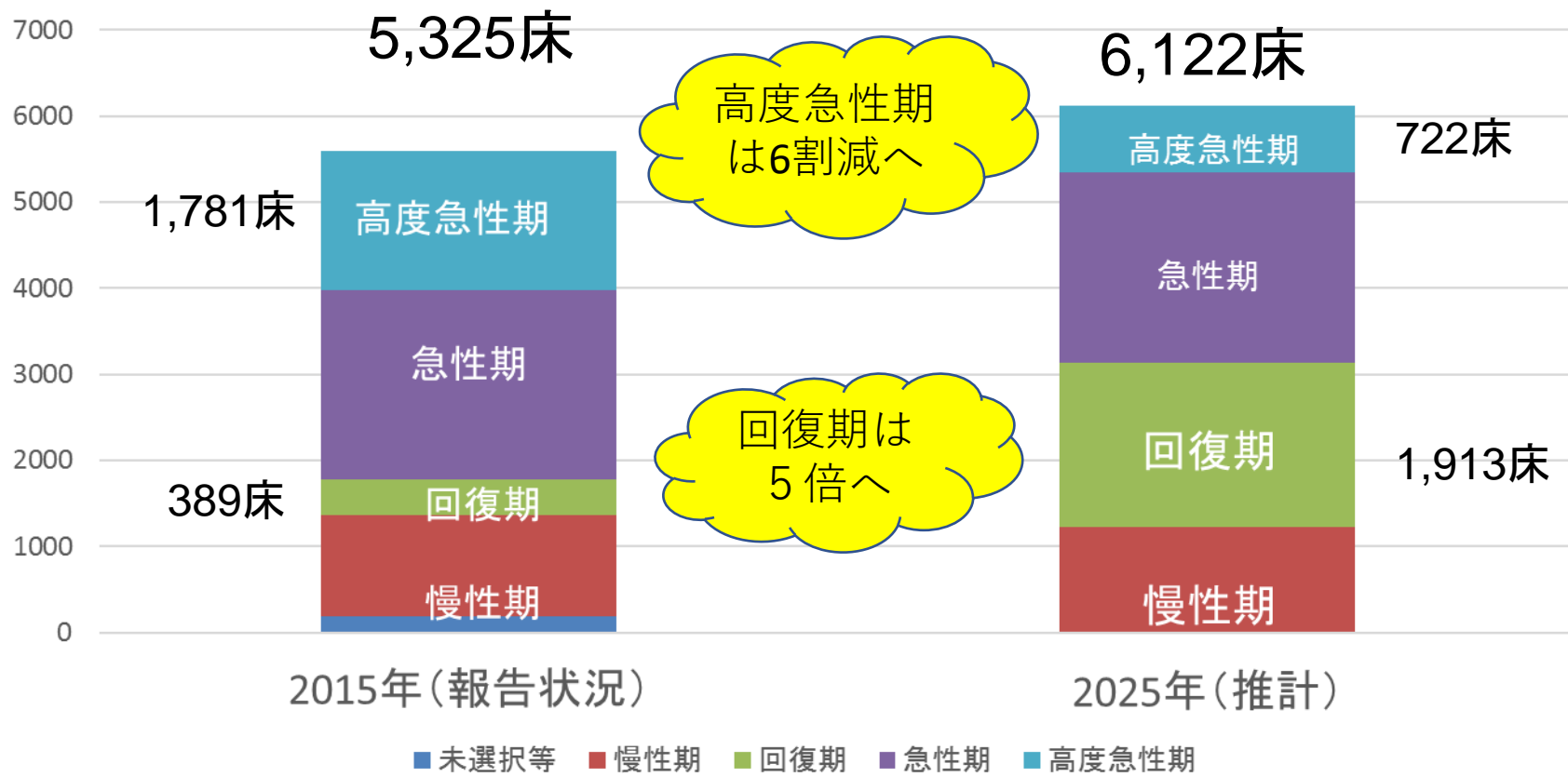
病院情報局

■ 症例数 ■ 大学病院平均値 ■ 全病院の平均値



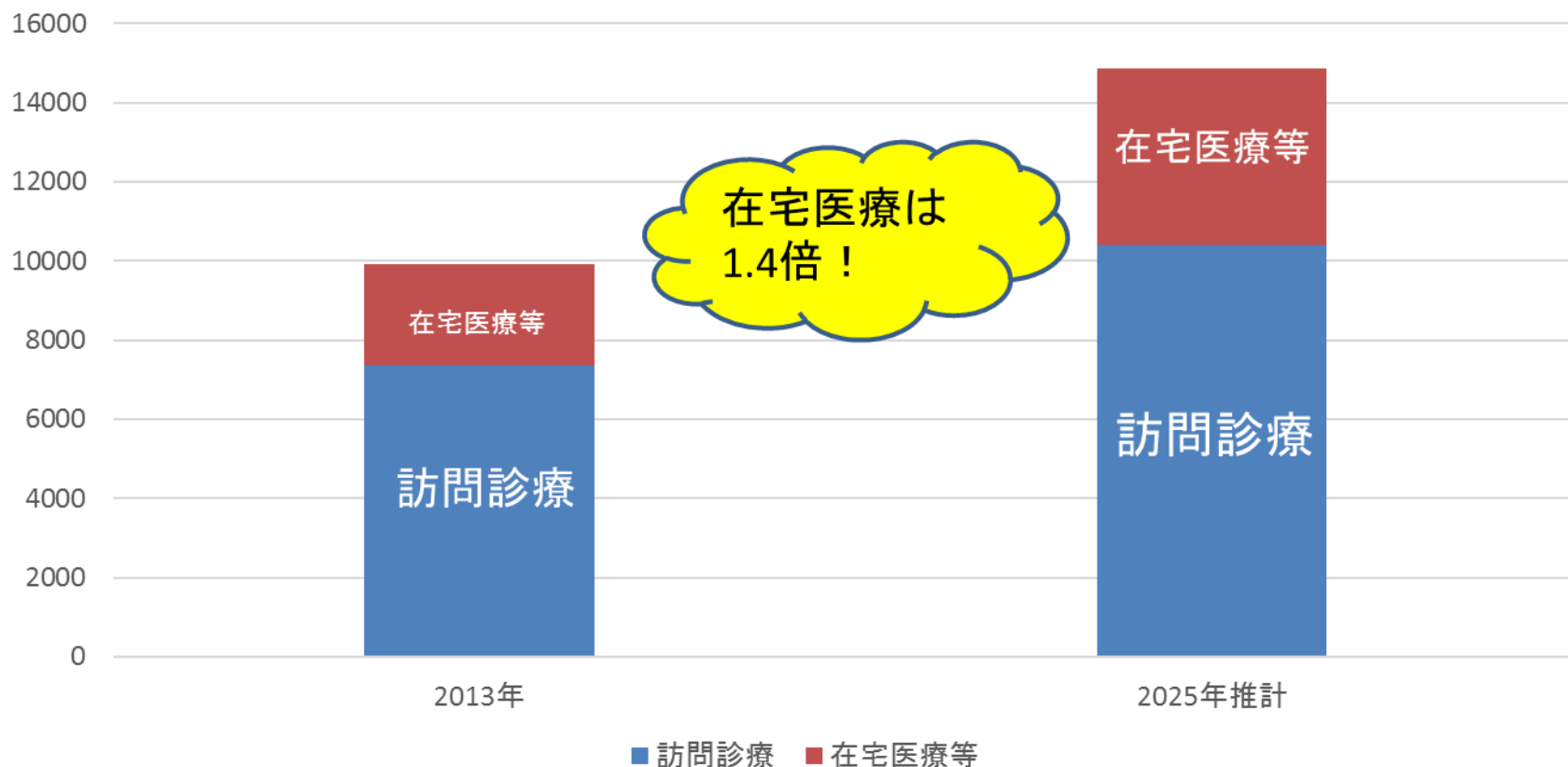
横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

病床機能報告（厚労省）
グラフタイトル



横須賀・三浦 在宅医療等の必要量

グラフタイトル



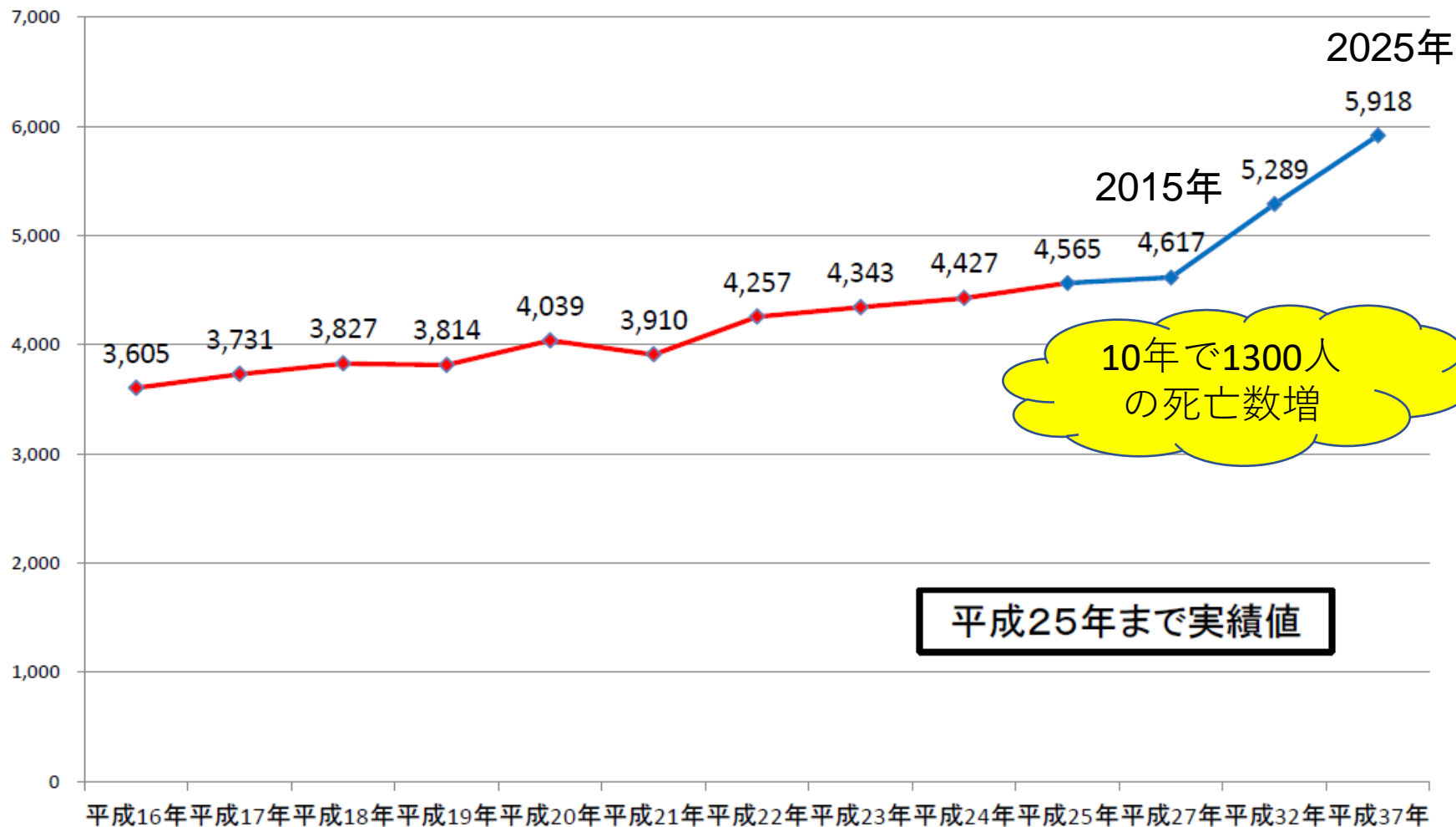
在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている

横須賀・三浦の 地域包括ケアを考える



7月15日横須賀共済病院

横須賀市の死亡数の推計

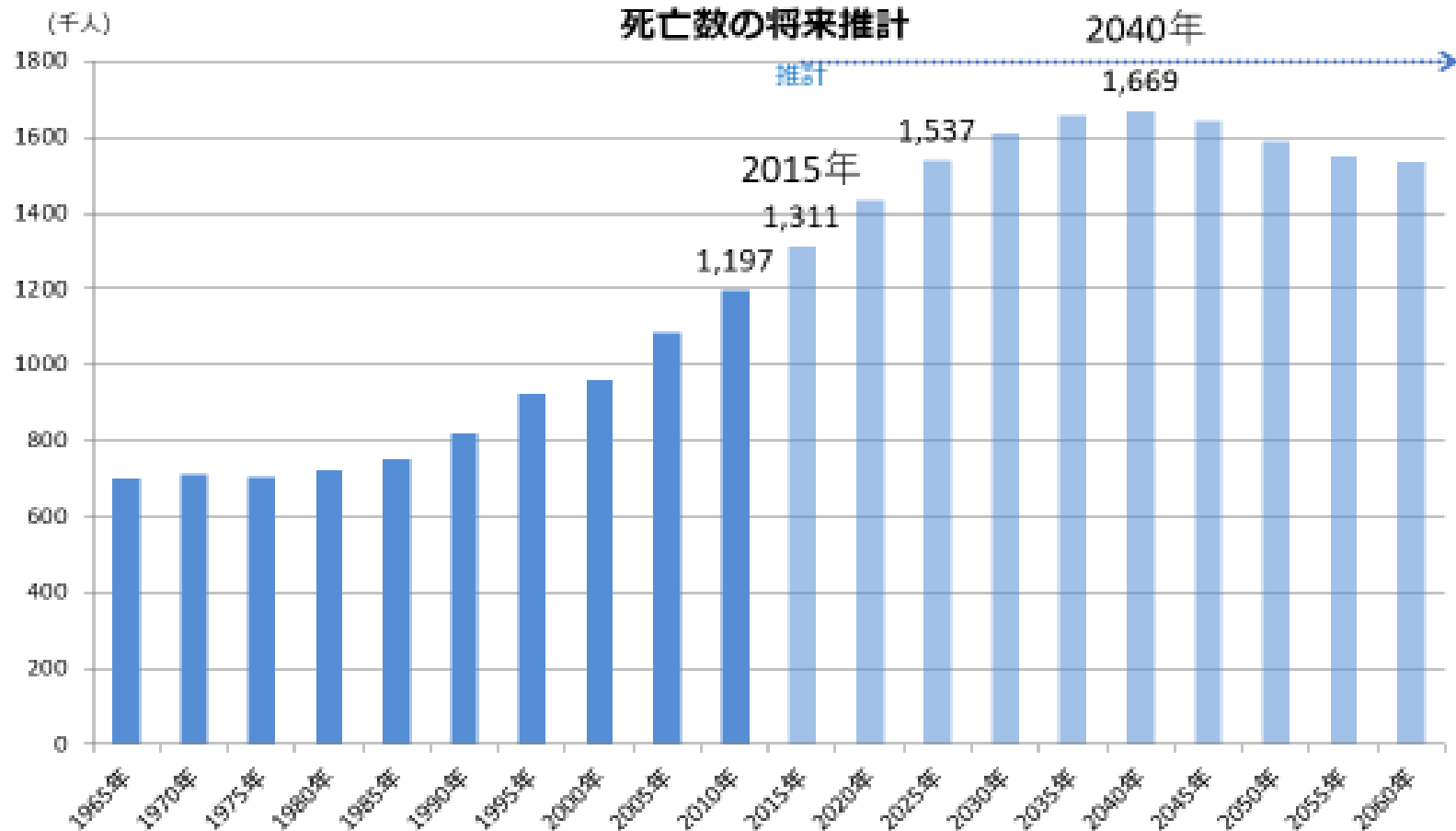


資料:横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口(平成26年5月推計)」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

2040年総死亡数のピーク

中国協 総-2参考
28.12.14より

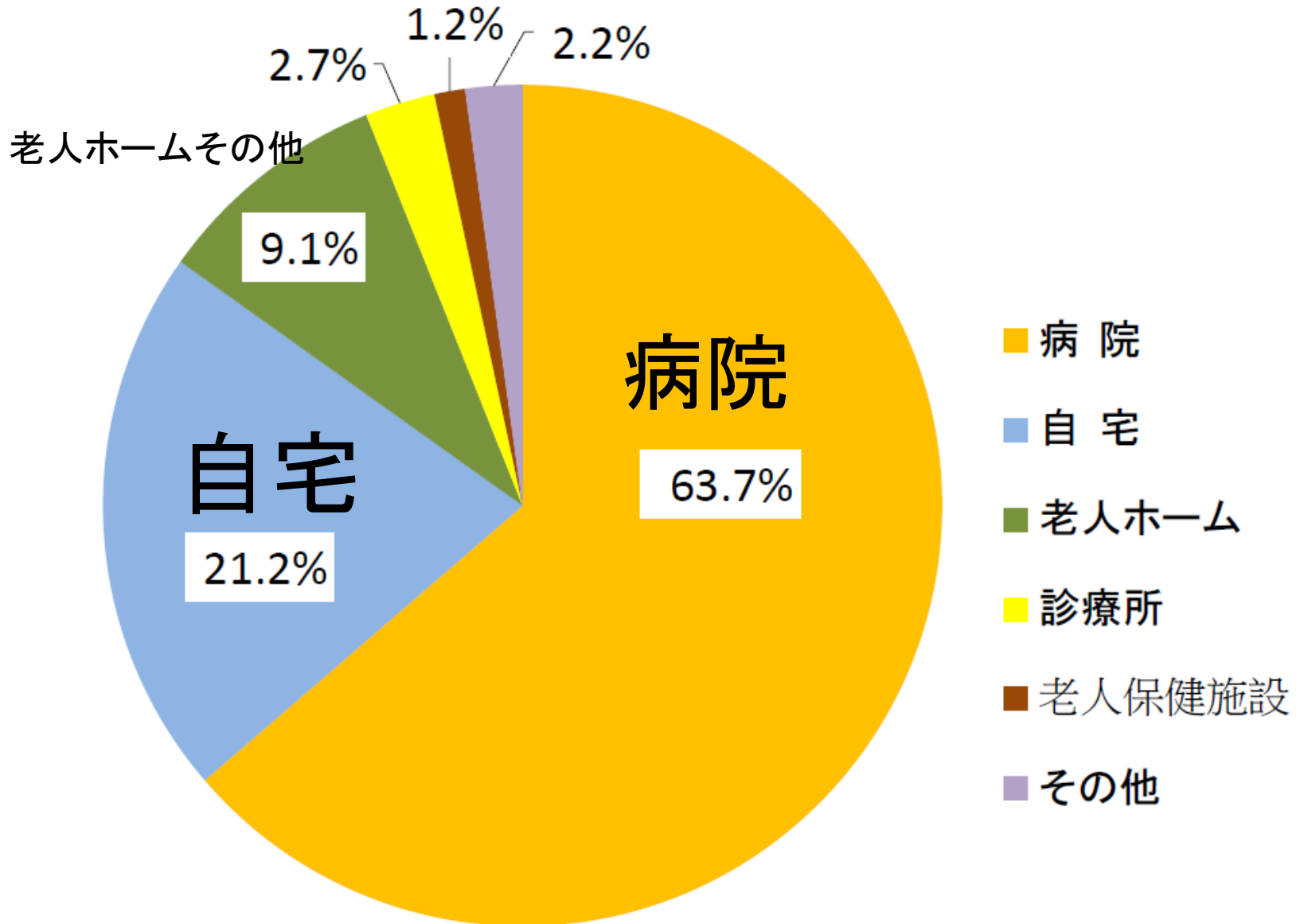
- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



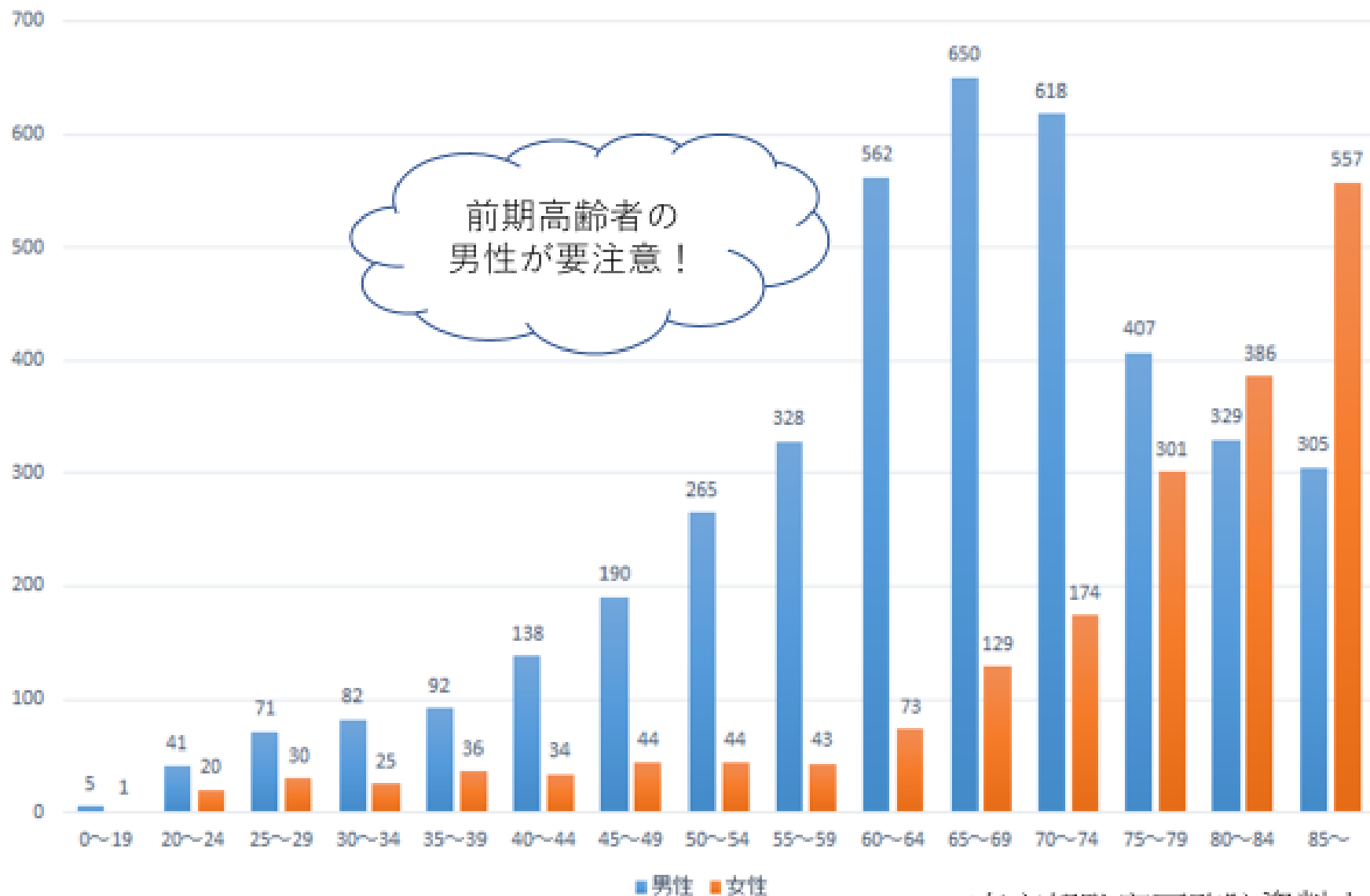
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2013年

横須賀市の死亡場所の構成比（平成25年）



一人暮らしで1人で亡くなった方の数



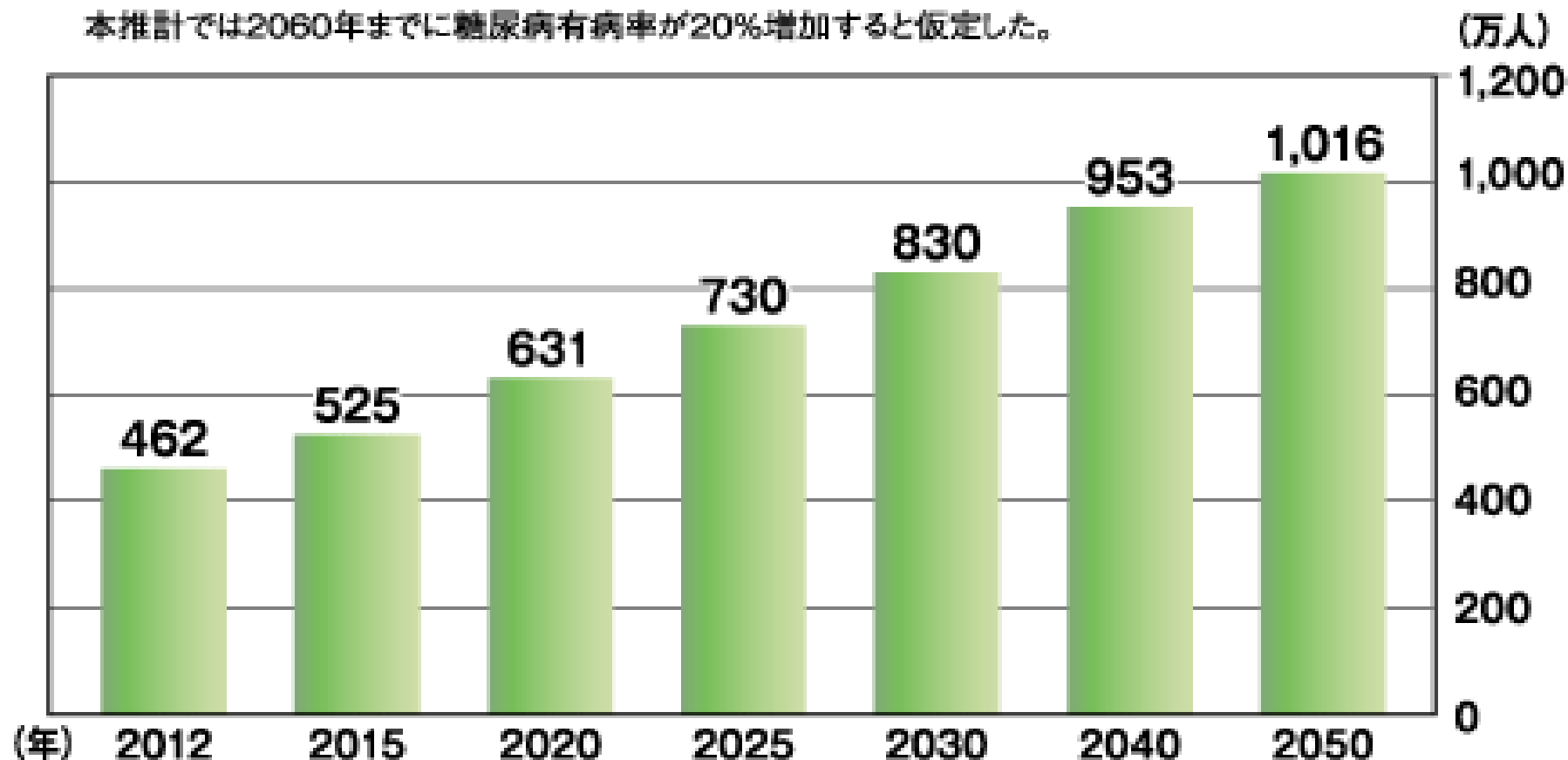
東京都監察医務院資料より

認知症を有する人の将来推計

長期にわたり認知症の有病率調査を行っている「福岡県久山町研究」データに基づいた、認知症有病率が、糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合の推移。

※生活習慣病(糖尿病)の有病率は、認知症の有病率に影響することがわかっている。

本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

(2104年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授)より作図

横須賀市の在宅医療の取り組み

- 市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成
- 医療と介護の関係職種の多職種連携のための会議設置や研修実施
- 関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催
- 在宅医療を推進するための拠点づくり
- 病院から退院する際の退院調整ルールづくりなど

横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



パート 3

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 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！？

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。

2025年の地域包括ケアシステムの姿

栄養が抜けている！



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏域

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

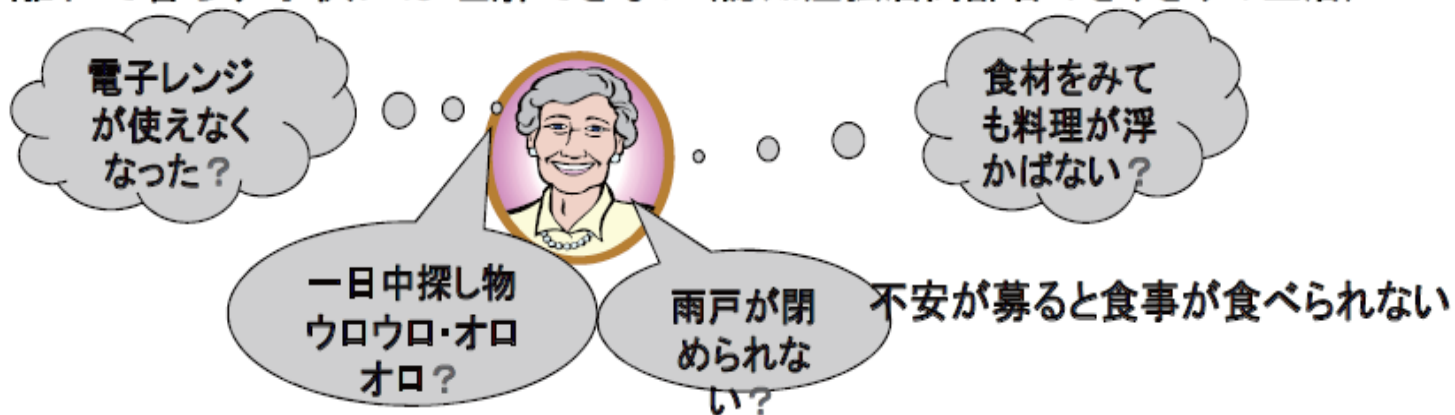
<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 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

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
と
栄養アセスメント
を行うこと

地域連携の推進連携:管理栄養士が介入すればできる



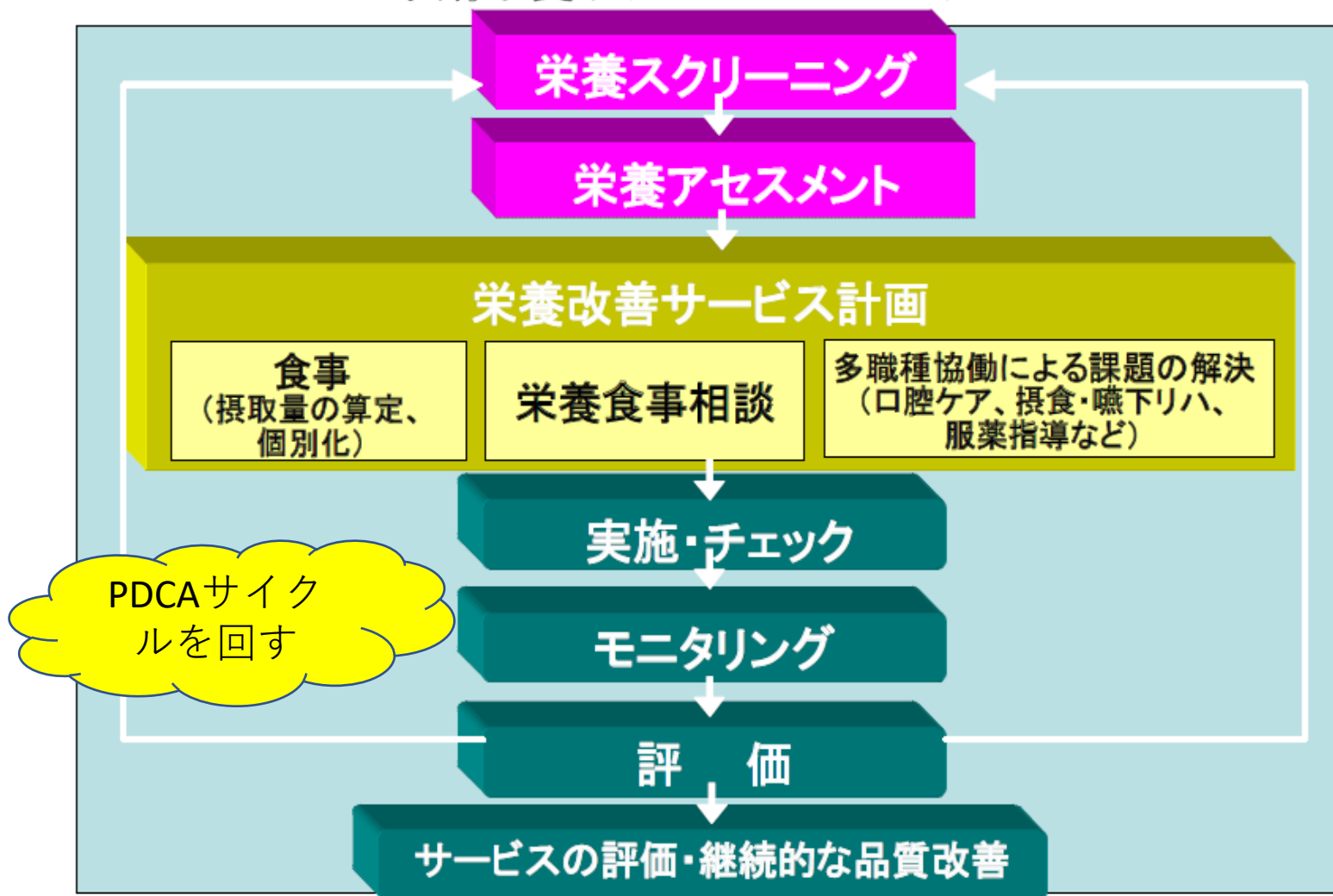
◆チームケア:連携の要ができれば成功する

(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)

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)

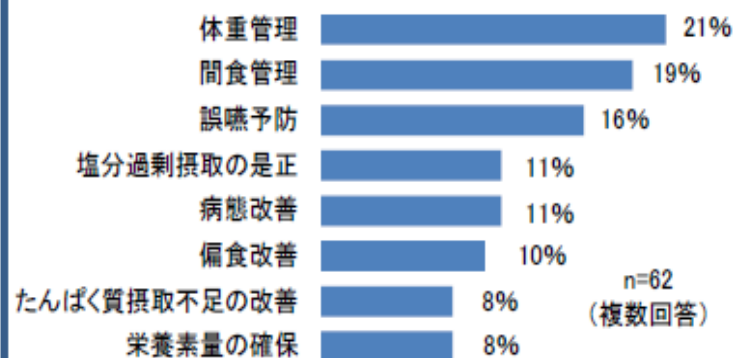


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

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



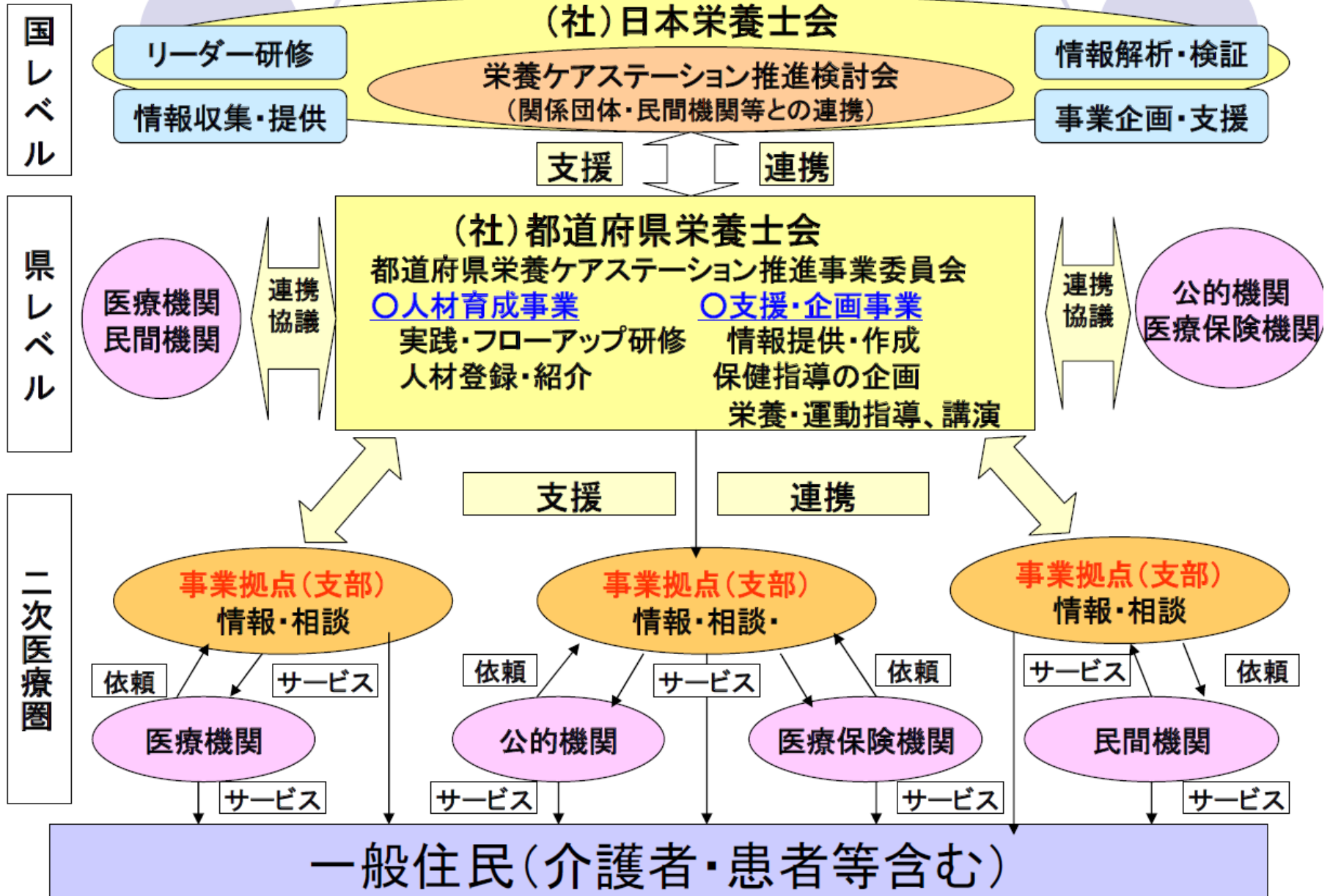
相談業務やサービ
スのコーディネート
を行います。

※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・ステーションとは？

- **栄養ケア・ステーション**は食・**栄養**の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する、地域密着型の拠点のこと。
- 地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介、用途に応じたさまざまなサービスを提供する。

栄養ケアステーションの位置付けと基本的考え方



訪問診療から訪問栄養管理指導実施

歯科・看護師・デイ

1 往診に管理栄養士を同行し、患者さんに紹介

こんにちは
管理栄養士です

2 管理栄養士さんに入ってもらいましょう

管理栄養士に
在宅に行っ
てもらおうと。

医師



Aさん

3 指示書を送付

4 居宅管理栄養指導入ります



Aさん担当
ケアマネ

Pre-Nutrition (プレ・ニュートリション) から請求

管理栄養士

ケアプランを立てて
訪問開始
月2回まで算定できる



栄養ケアステーション

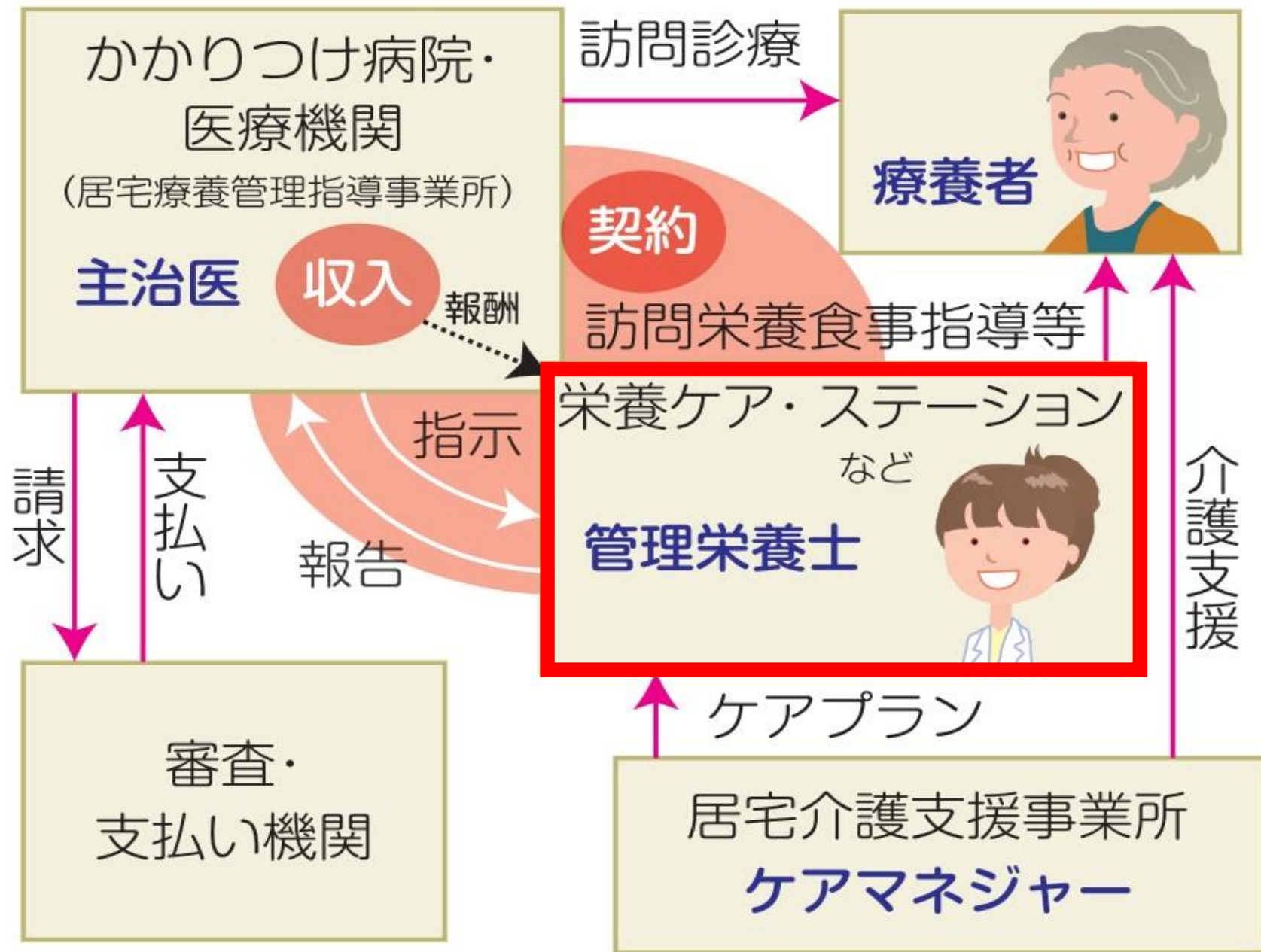
管理栄養士です。Aさん状況を教えてください

情報を得て
連携する



Aさん担当
ヘルパーさん

栄養ケア・ステーションの管理栄養士が訪問する場合



2018年介護報酬改定 栄養改善加算の要件緩和等

算定要件等

ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

ウ 低栄養リスク改善加算

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

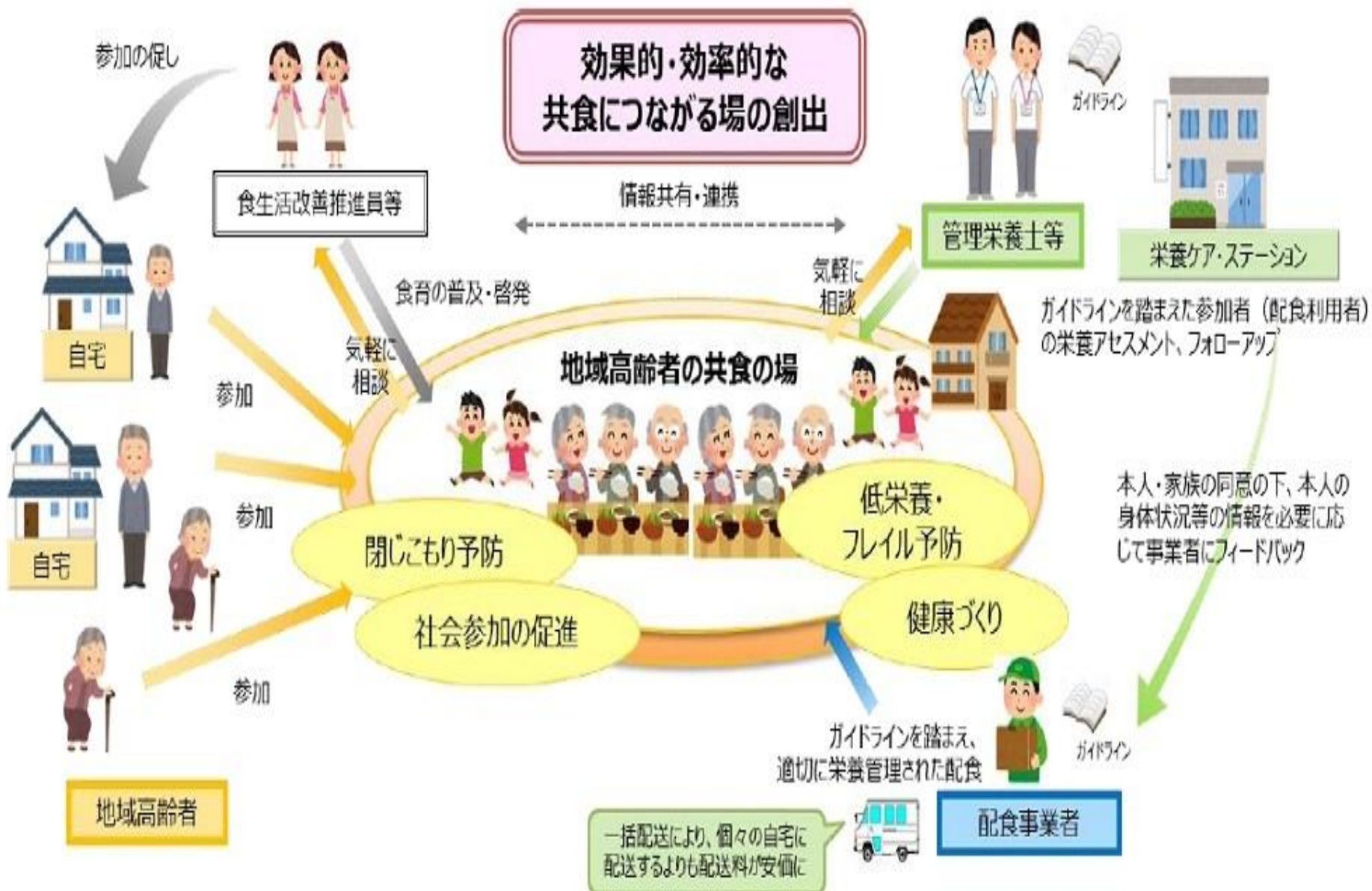
栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーション数
全国356か所、
栄養士4973人
2021年4月



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

〈地域高齢者の共食の場における「健康支援型配食サービス」の活用イメージ〉



地域高齢者等の健康な食事のための
管理栄養士・栄養士による配食事業
展開事例集～栄養ケア・ステーション
活用モデル～

栄養の
チカラ、
地域の
カタチ。

Smile on the table!

地域高齢者等の健康な食事のための
管理栄養士・栄養士による配食事業展開事例集
～栄養ケア・ステーション活用モデル～



認定栄養ケア・ステーション 薬局内の栄養ケアステーション



認定栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会の登録商標である栄養ケア・ステーションとしての適格性を有する拠点を認定したものの

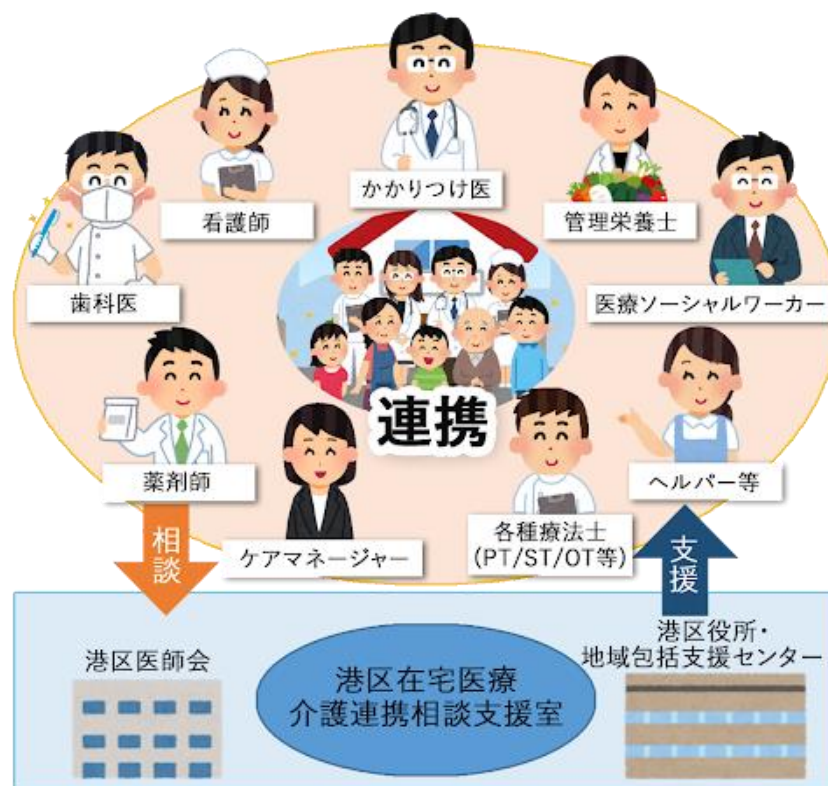
横浜市保土ヶ谷

パート4 2021年介護報酬改定

栄養士と他職種との連携

介護サービスの種類と多職種連携

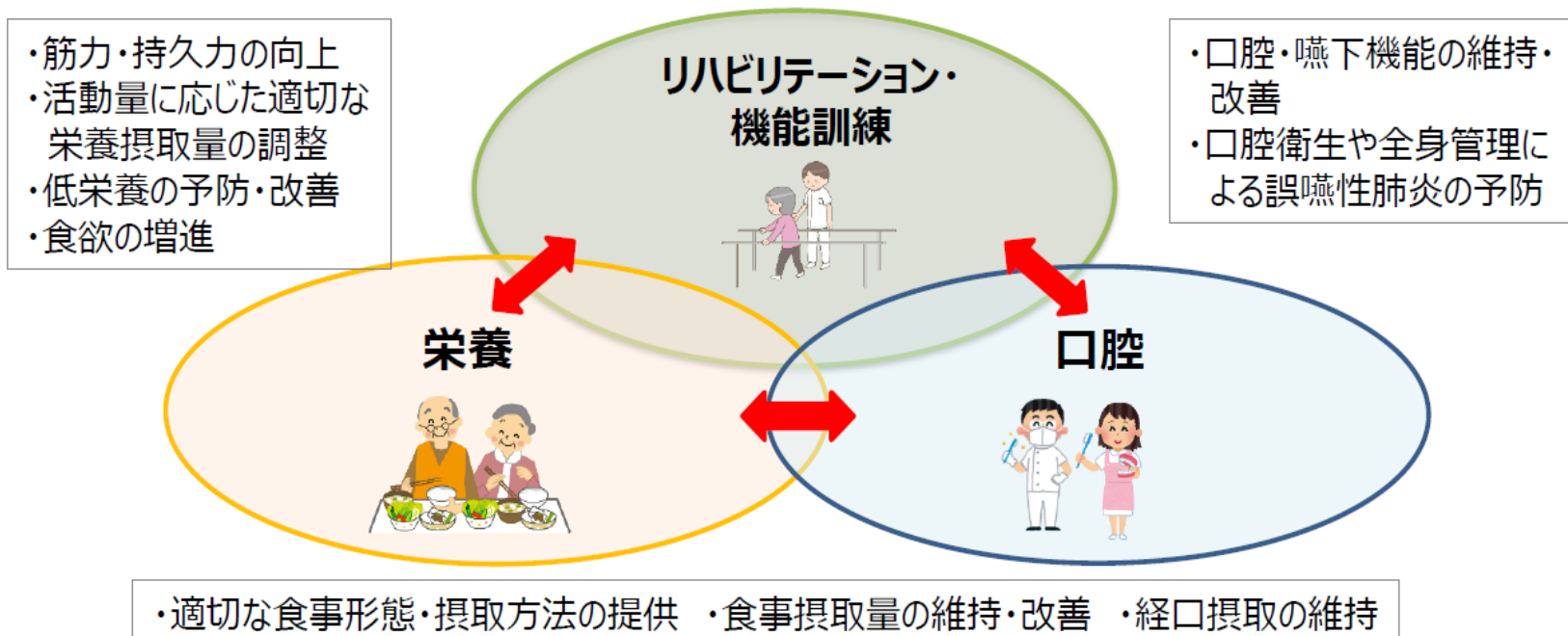
- ①居宅介護サービス
 - 訪問サービス
 - 通所サービス
 - 短期入所サービス
- ②施設サービス
 - 特養
 - 老健
 - 介護医療院
- ③地域密着型サービス
 - 定期巡回随時対応
 - 看多機



自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

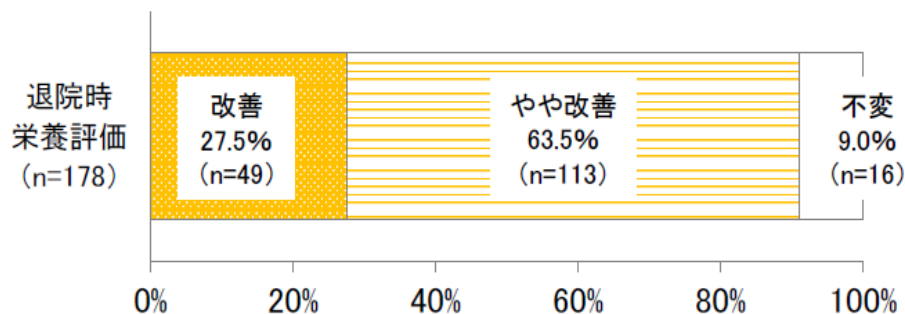


- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

中医協 総-3
29.10.25

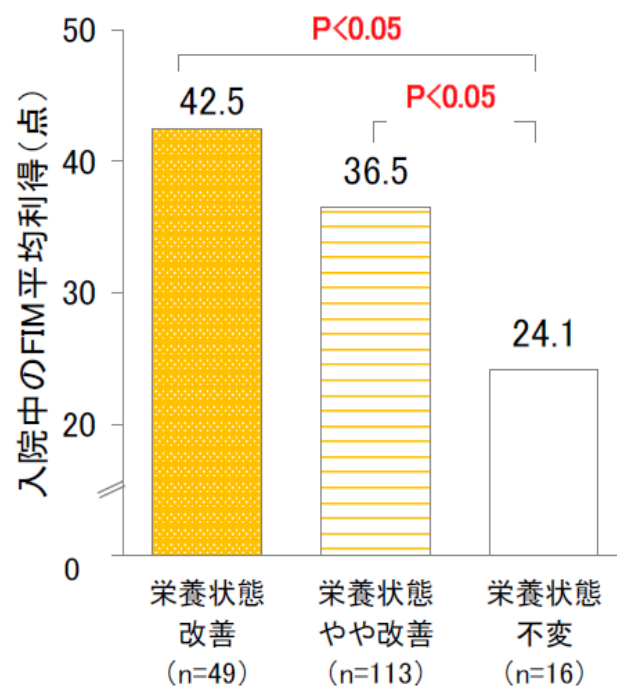
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF※を用いて評価。
(退院時) 改善:12-14点、やや改善:8-11点、不変:0-7点
※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
低栄養:0-7点、低栄養リスクあり:8-11点、栄養状態良好:12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA®-SF:0-7点)で入院し、
加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

出典: Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM: FIM総得点

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計: 126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

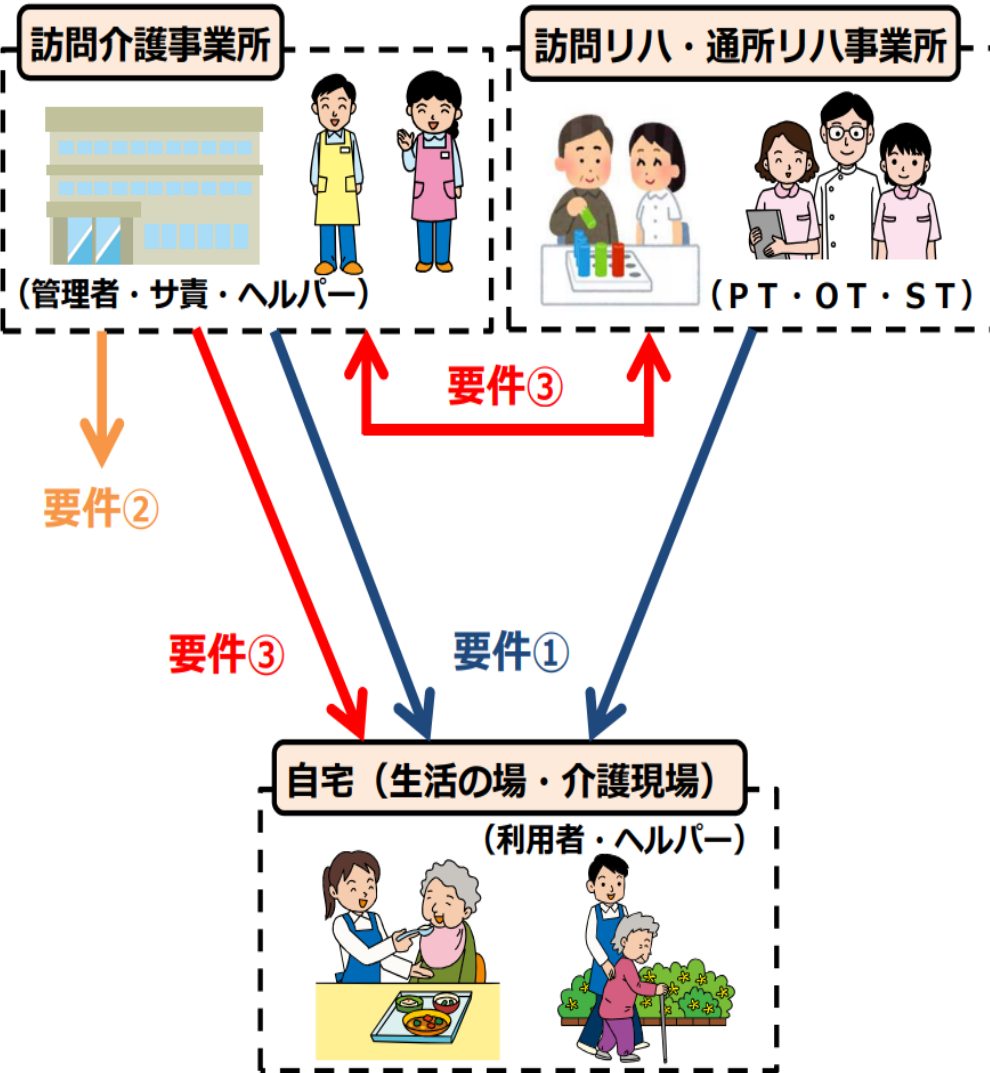
運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

2021年介護報酬改定

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、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する

生活機能向上連携 加算のICT活用評価

生活機能向上連携加算



(要件①)

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

(要件②)

- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- (例) 達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

(要件③)

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等へ報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数（ア）

<現行>

生活機能向上連携加算 200単位/月

<改定後>

⇒ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位/月（**新設**）（※3月に1回を限度）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位/月（現行と同じ）

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

算定要件等（ア）

<生活機能向上連携加算（Ⅰ）>（**新設**）

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

<生活機能向上連携加算（Ⅱ）>（現行と同じ）

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

ICT活用した動画
等による利用者の
状態把握

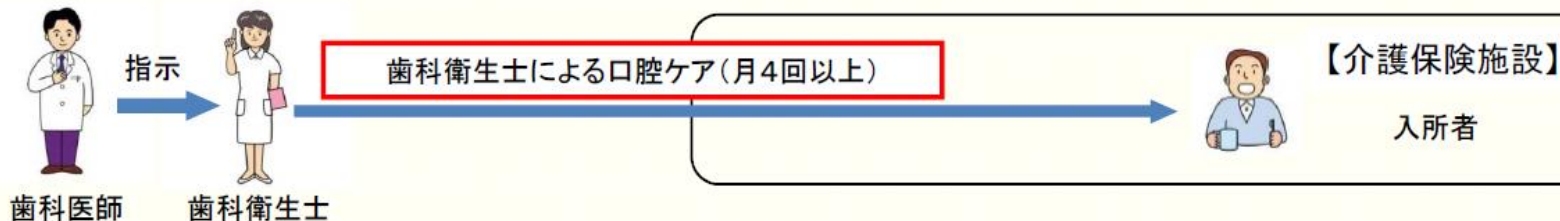
施設系サービスにおける 口腔・栄養関連加算の 基本サービス化



口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理加算】110単位/月

- 口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者又は入院患者に対する口腔ケアを月4回以上行っていること。



算定基準告示

口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合に、1月につき所定点数を加算する。ただし、この場合において、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

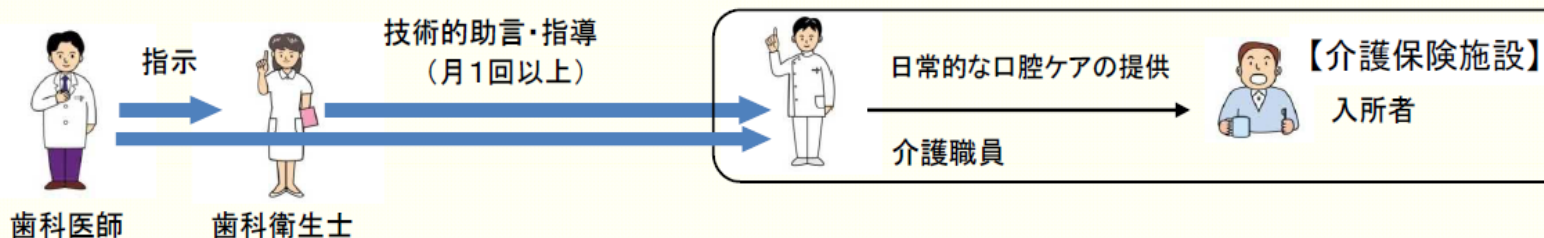
留意事項通知

- ①口腔機能維持管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能維持管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施した場合において、当該利用者ごとに算定するものである。
- ②当該施設が口腔機能維持管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。また、別紙様式1を参考として入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔機能維持管理に関する実施記録」という。)を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること。
- ③歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔機能維持管理に関する実施記録に記入すること。また、当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を的確に行うこと。
- ④本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、算定できない。

口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理体制加算】30単位/月

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月一回以上行っていること。



算定基準告示

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する(施設名称)において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

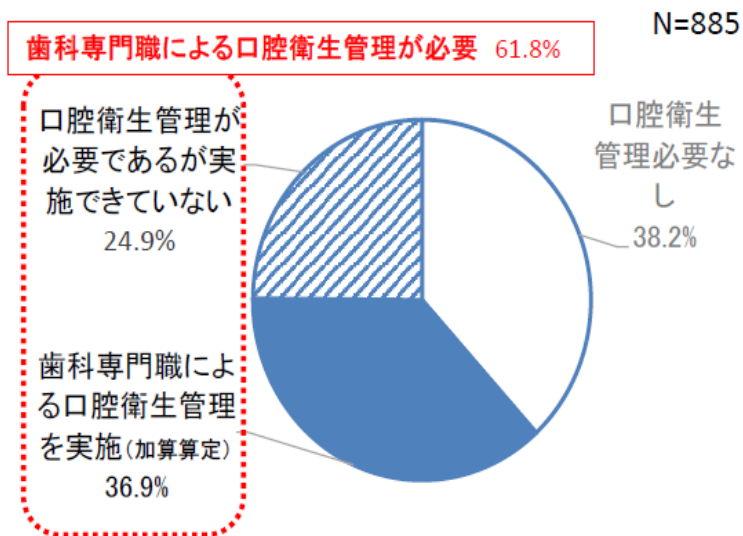
留意事項通知

- ①「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ②「入所者の口腔衛生管理計画」には、以下の事項を記載すること。
 - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
 - ロ 当該施設における目標
 - ハ 具体的方策
 - ニ 留意事項
 - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
 - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
 - ト その他必要と思われる事項
- ③医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔衛生管理に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

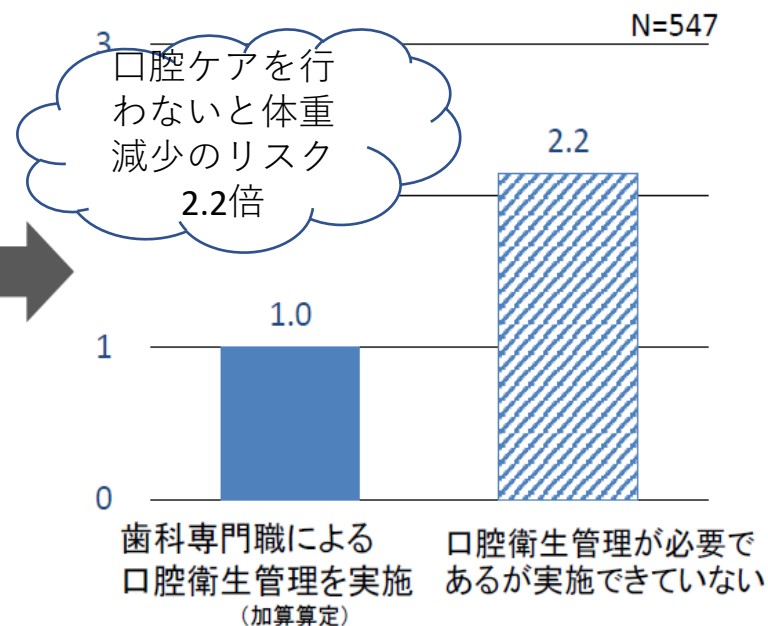
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、
歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

入所者の口腔衛生管理の必要性和提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



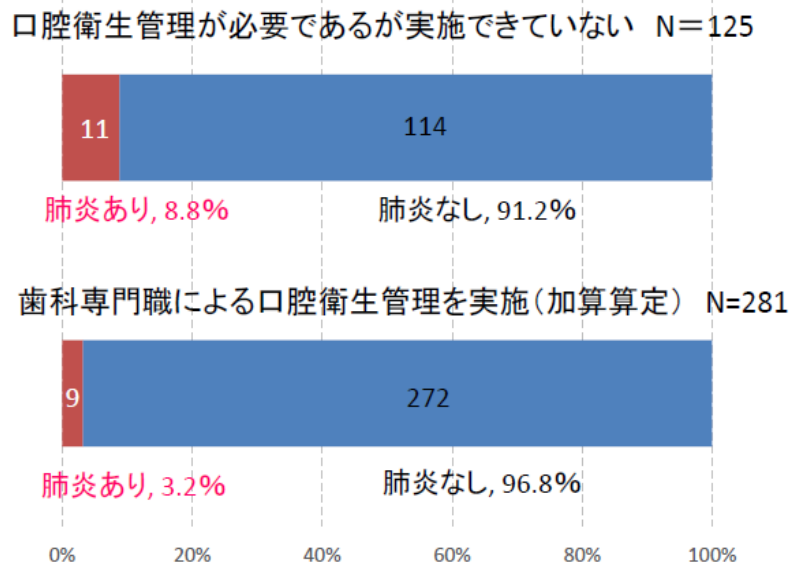
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

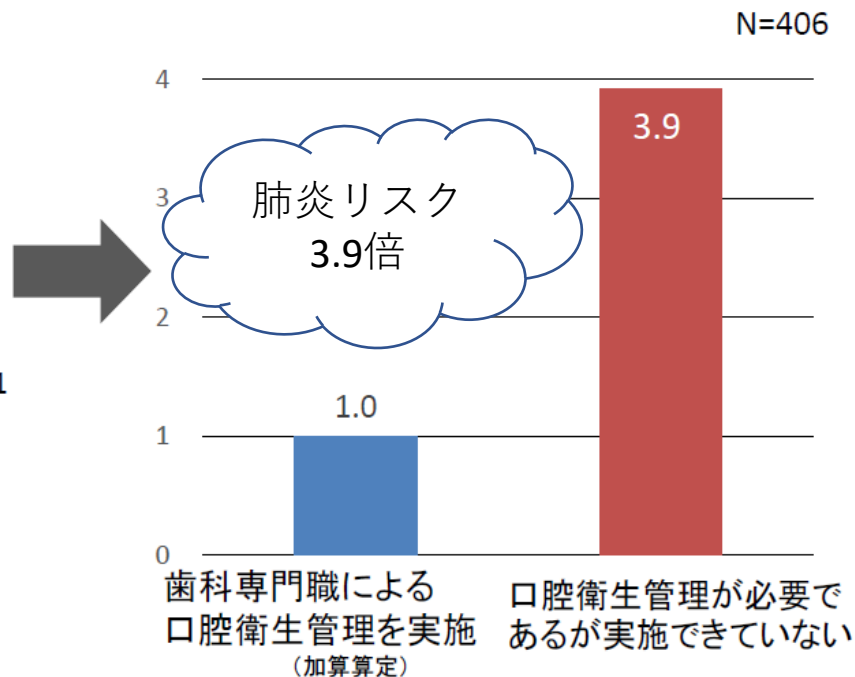
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算の基本サービス化

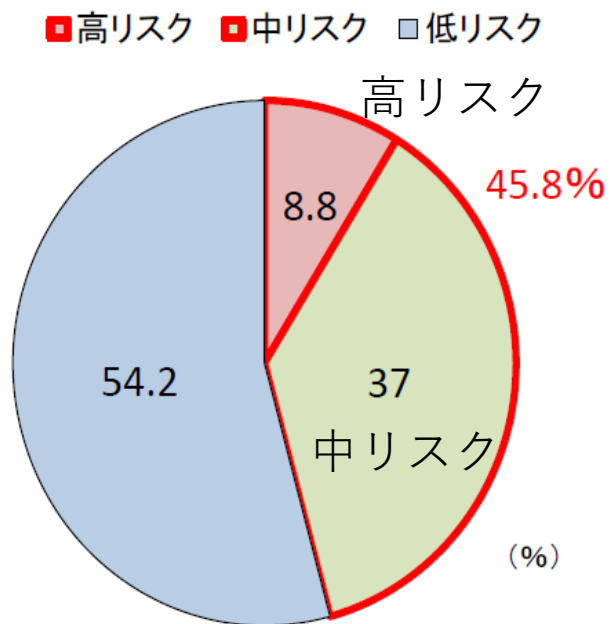
- 施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして行うこととする。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。
- その際、3年の経過措置期間を設けることとする。

施設サービスにおける 栄養マネジメント充実



介護保険施設入所者の栄養状態

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数



(参考)低栄養リスクの分類について*

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3~5%未満 3ヶ月 →3~7.5%未満 6ヶ月 →3~10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※対象者: 全国464施設(老健・特養)の入所者35,314名

出典:令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関連

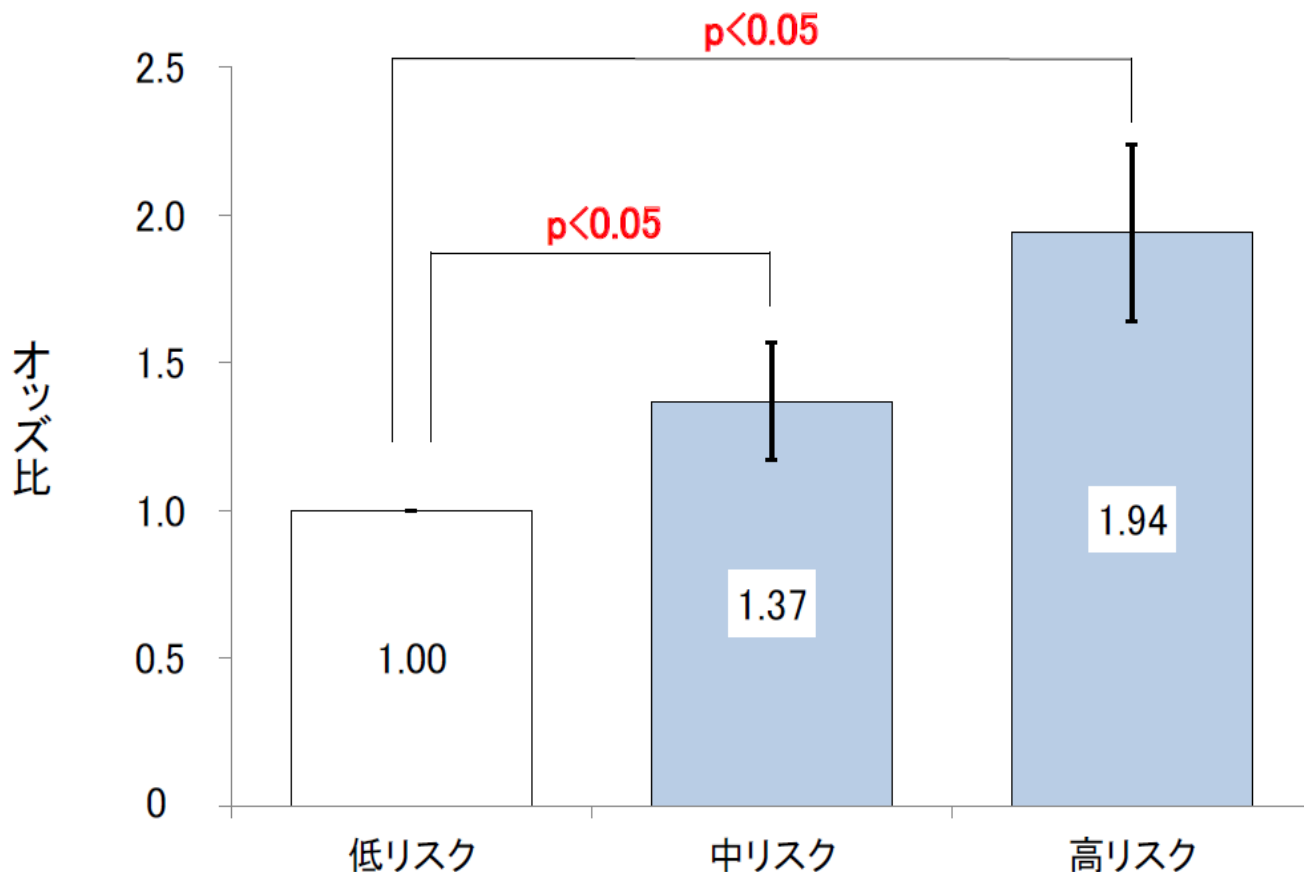


図 低栄養リスクが予後(入院・死亡)に及ぼす影響(低リスクを基準とした場合)

対象施設: 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設(141施設)

値: オッズ比及び95%信頼区間

対象人数: 9,812人

平均追跡期間: 392日間

調整因子: 性、年齢階級、BMI、日常生活自立度、要介護度

栄養マネジメント加算の概要

栄養マネジメント加算

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、
地域密着型介護老人福祉施設：14単位/日

【概要】

- 常勤の管理栄養士を1名以上配置し、入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、入所者ごとの栄養ケア計画を作成し、計画に従い栄養管理を行い、入所者の栄養状態を定期的に記録するとともに、定期的に評価し必要に応じて計画を見直している場合に算定

【実施手順】

- ① 施設入所時に低栄養状態のリスクを把握(栄養スクリーニング)
- ② 解決すべき課題を把握(栄養アセスメント)
- ③ 多職種が共同して栄養ケア計画を作成し、入所者本人又はその家族に同意確認
- ④ 栄養ケア計画に基づき栄養管理を実施し、栄養ケア計画を適宜修正
- ⑤ 栄養状態に応じて定期的に栄養状態をモニタリング

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～



➤ 栄養マネジメント加算

1.39 算定状況 (n=1,070)

	施設数	割合
算定している	903	84.4%
算定していない	167	15.6%

1.40 1.39 で算定している施設の管理栄養士の配置形態 (n=903)

	施設数	割合
当該施設に常勤で配置	858	95.0%
同一敷地内の介護保険施設との兼務（双方で栄養マネジメント加算を算定）	45	5.0%

施設系サービスにおける栄養マネジメント加算の基本サービス化

- 施設系サービスにおける栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うこととする。
- このため、現行の栄養士に加えて、管理栄養士の配置を位置付ける（栄養士又は管理栄養士の配置を求める）とともに、入所者ごとの状態に応じた栄養管理を計画的に行うことを求める。
- 栄養ケア・マネジメントが実施されていない場合は、基本報酬を減算する。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 低栄養リスクが高い者のみを対象とする低栄養リスク改善加算について、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や栄養ケアに係る体制の充実を評価する加算に見直す。
- その際、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを要件の一つとする

3. (1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。【省令改正、告示改正】

単位数

<現行>		<改定後>	
栄養マネジメント加算	14単位/日	⇒	廃止
			栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 (新設) (3年の経過措置期間を設ける)
なし		⇒	栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)
低栄養リスク改善加算	300単位/月	⇒	廃止
経口維持加算	400単位/月	⇒	変更なし

基準・算定要件等

<運営基準（省令）>

- (現行) 栄養士を1以上配置 → (改定後) 栄養士又は管理栄養士を1以上配置。
- 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。(3年の経過措置期間を設ける)

<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
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

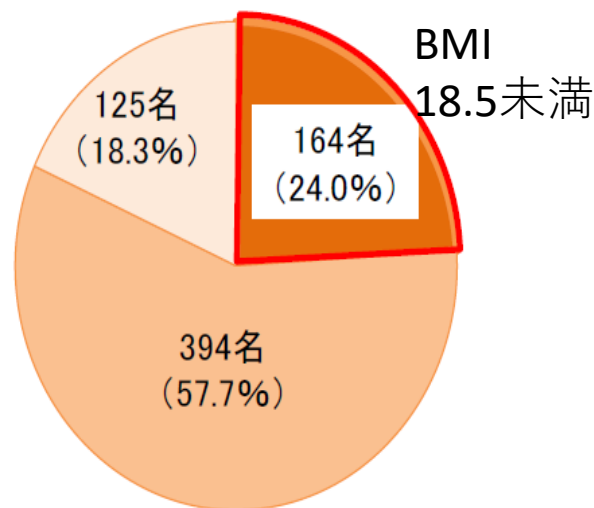
<経口維持加算>

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

通所サービス利用者の栄養状態

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA[®]-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

BMI
■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 ■ 25.0以上



※対象者：全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA [®] -SFによる栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

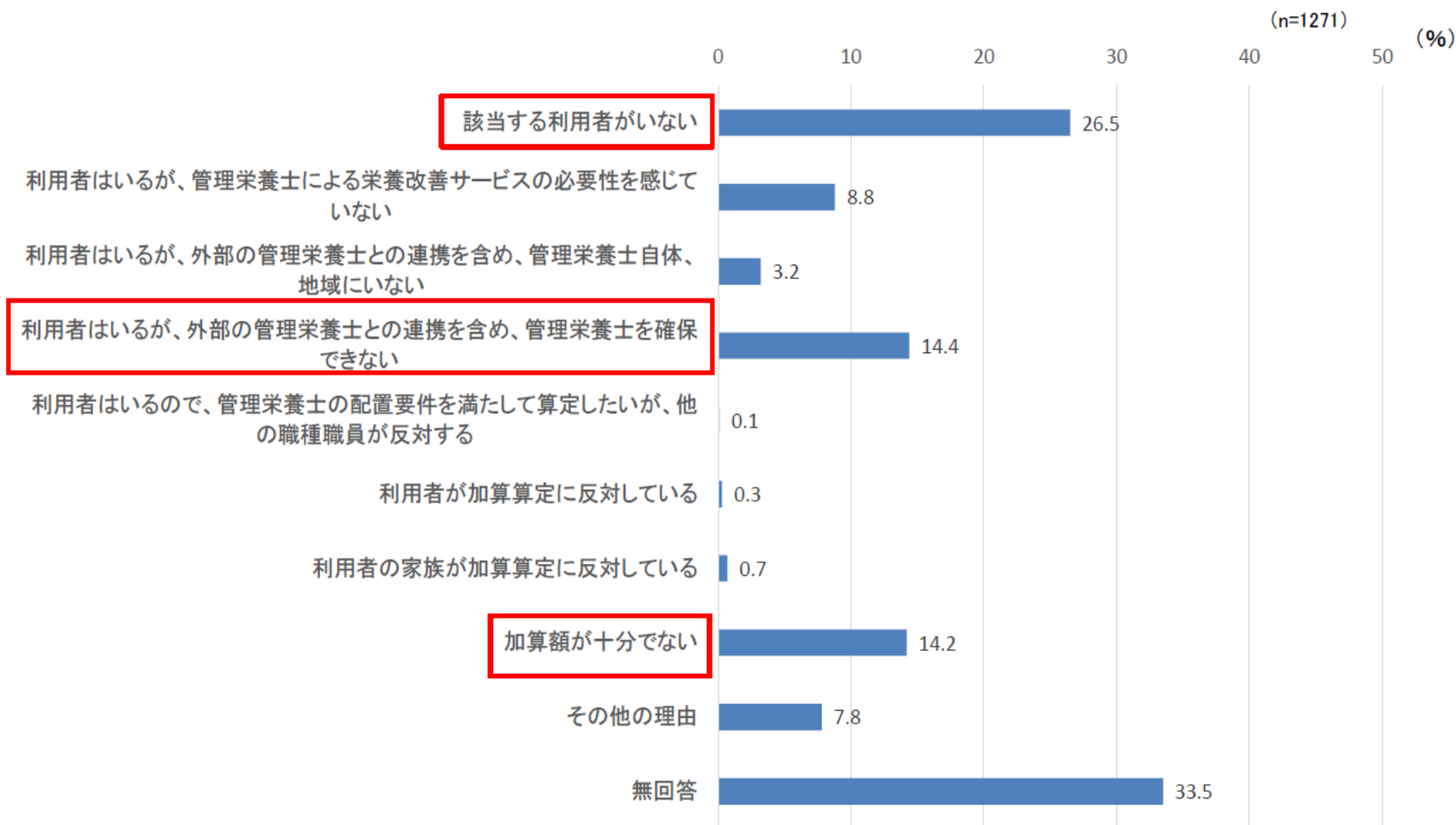
38.7% (括弧内合計)

※対象者：秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

出典：平成25年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

栄養改善加算:算定していない理由(通所介護)

○ 通所介護事業所における栄養改善加算を算定していない理由としては、「該当する利用者がいない」が最多。次いで、「利用者はあるが、外部の管理栄養士との連携を含め、管理栄養士を確保できない」、「加算額が十分ではない」。



出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業

「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

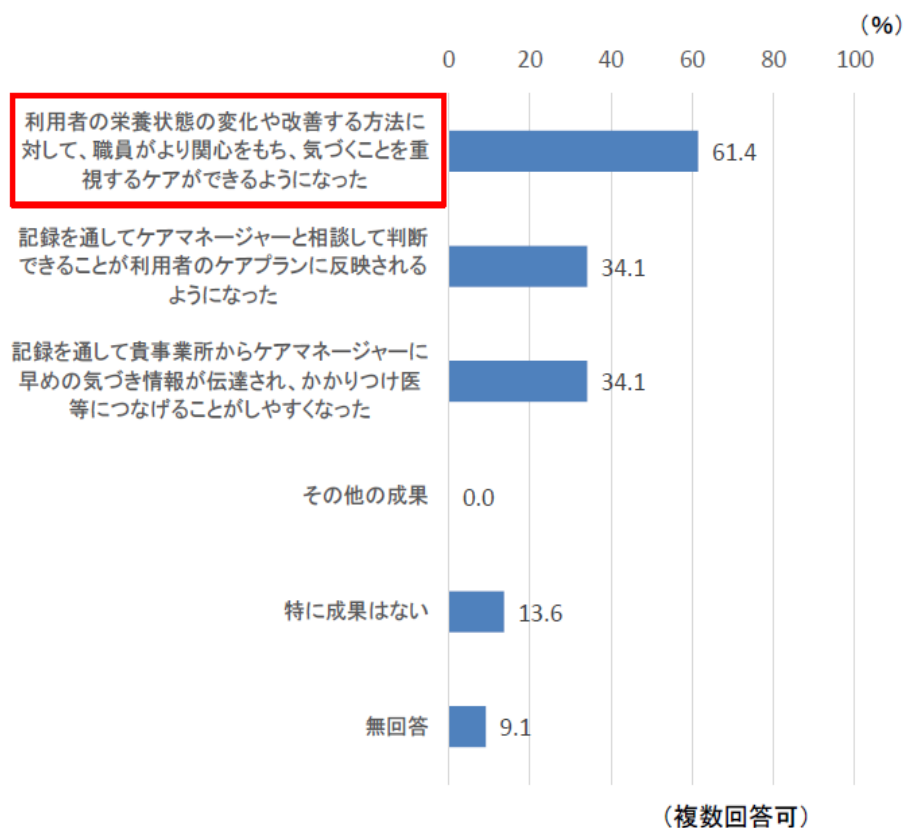
(複数回答可)

栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（通所介護）

- 通所介護事業所において、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「利用者の栄養状態の変化や改善する方法に対して、職員がより関心をもち、気づくことを重視するケアができるようになった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「利用者の栄養状態について6ヶ月ごとの確認を行う」体制が構築できないから」、「加算算定に必要な記録文書の作成が職員の負担となるから」が多く挙げられた。

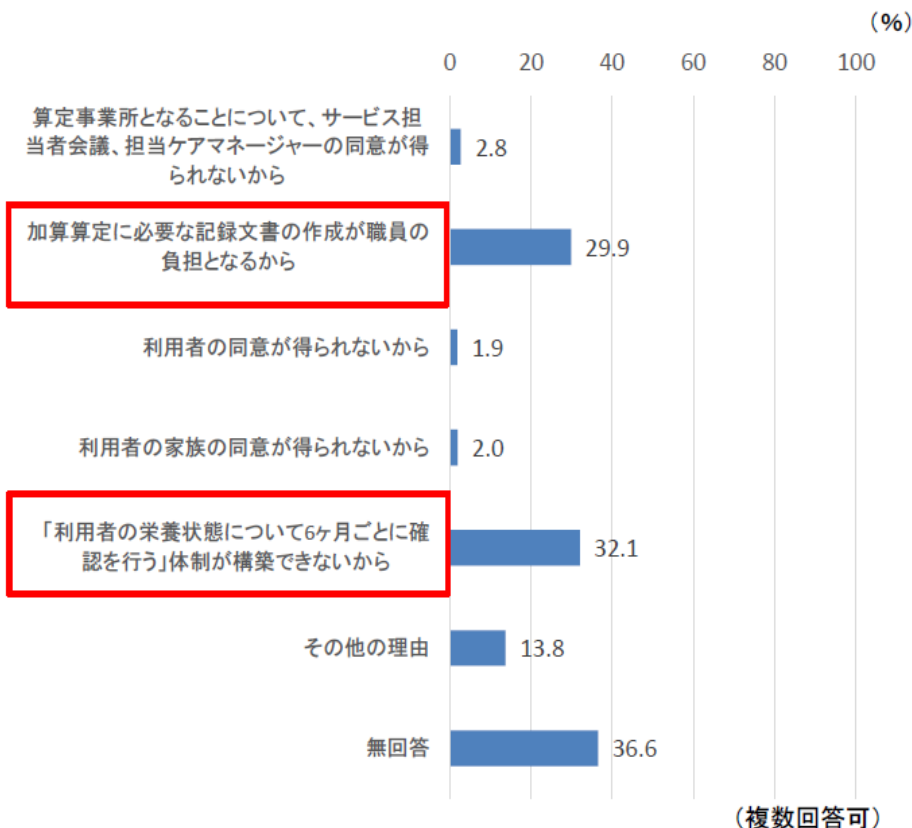
栄養スクリーニング加算：算定による成果

(n=44)



栄養スクリーニング加算：算定しない理由

(n=1228)



出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

通所系サービスの栄養ケアマネジメンツの充実

- 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評価する新たな「栄養アセスメント加算」を創設する。
- その際、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを要件の一つとする。
- 栄養改善加算について、栄養改善が必要な者に適切な栄養管理を行う観点から、事業所の管理栄養士が必要に応じて居宅を訪問しての栄養改善サービスの取組を行うことを求めるとともに、評価の充実を図る。
- 管理栄養士については、外部（他の介護事業所、医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）との連携による配置を可能とする。

3.(1)⑱ 通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 通所系サービス等について、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、見直しを行う。【告示改正、通知改正】

単位数

※ 通所系サービスに加え看護小規模多機能型居宅介護も対象とする

<現行>
なし

<改定後>

⇒ 栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設)

栄養改善加算 150単位/回

⇒ 栄養改善加算 200単位/回 (※原則3月以内、月2回を限度)

算定要件等

<栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(1)及び栄養改善加算との併算定は不可

- 当該事業所の従業者として又は外部(※)との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
- 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること
- 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

<栄養改善加算>

- 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。

3. (1)⑰ 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】

- 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】
- 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

<現行>	<改定後>
栄養スクリーニング加算 5単位/回	⇒ 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20単位/回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) 5単位/回 (新設) (※6月に1回を限度)
口腔機能向上加算 150単位/回	⇒ 口腔機能向上加算 (Ⅰ) 150単位/回 (現行の口腔機能向上加算と同様) 口腔機能向上加算 (Ⅱ) 160単位/回 (新設) (※原則3月以内、月2回を限度) (※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可)

算定要件等

<口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) >

- 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)

<口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) >

- 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算 (Ⅰ) を算定できない場合にのみ算定可能)

<口腔機能向上加算 (Ⅱ) >

- 口腔機能向上加算 (Ⅰ) の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

今日のまとめ

- ・ 地域包括ケアは病院の専門職の地域活動から始まった
- ・ 地域包括ケアにおける栄養課題に注目
- ・ 栄養ケア・ステーションの活動に注目
- ・ 2021年介護報酬改定で施設系サービスで栄養マネジメント加算がの基本サービス
- ・ 通所サービスで栄養マネジメントの充実

2040年～医療 & 介護のデッドライン



団塊世代“大死亡時代”の航海図

D E A D L I N E

2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——

医学通信社



• 団塊世代“大死亡時代”の航海図

• 「団塊の世代の大死亡時代が刻々と迫っている。筆者もその一員である団塊世代700万人が大量死亡するピークの2040年まであと20年」

• 2019年11月27日 刊行

• 医学通信社

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp

グループワーク



- ①「栄養士が専門職としてどのように地域に貢献しているか？どのように貢献すべきか？」について意見交換をしよう。
 - 実際に地域貢献している事例について意見交換しよう。
- ②「栄養ケア・ステーション」について意見交換をしよう。
 - 栄養ケア・ステーションの事例やその普及には何が必要かについても意見交換をしよう。
- ③「栄養士と他職種との連携」について意見交換をしよう。
 - 実際に他職種と連携している事例について意見交換しよう。
- 4つのグループに分かれ、意見交換や討議の結果を発表しよう。

グループワークの
発表は11：30から

