

令和4年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

各論②

在宅ケアにおける管理栄養士の役割

日本在宅栄養管理学会 理事長

前田 佳予子

略歴

(一社)日本在宅栄養管理学会理事長、武庫川女子大学食物栄養科学部食物栄養学科教授(管理栄養士)

目標

超高齢社会を迎え、医療に求められる機能と役割は大きく変わる中、地域包括ケアシステムの構築が急がれ、在宅医療のニーズが高まっている。高齢者が住み慣れた地域で最期までその人らしく暮らすためには適切な食・栄養支援は欠かせない。その支援の一つに在宅訪問栄養食事指導がある。令和2年度の診療報酬、令和3年度の介護報酬の改定は、管理栄養士に期待される内容の改定であった。在宅ケアにおける管理栄養士の役割について理解していただくことが目標である。

Keyword

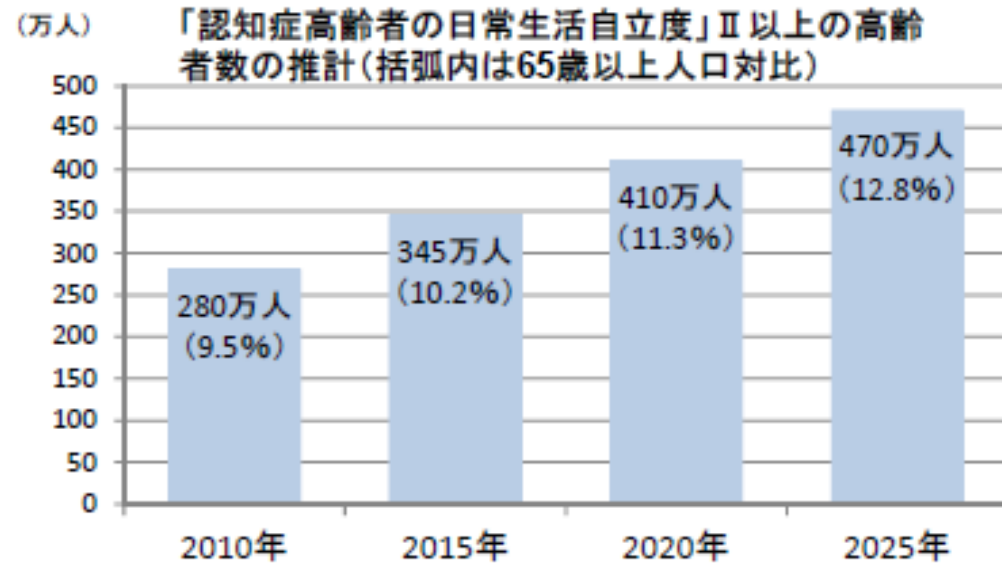
在宅患者訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導、自立支援・重度化防止、栄養ケア・マネジメント、栄養ケア・ステーション

内容

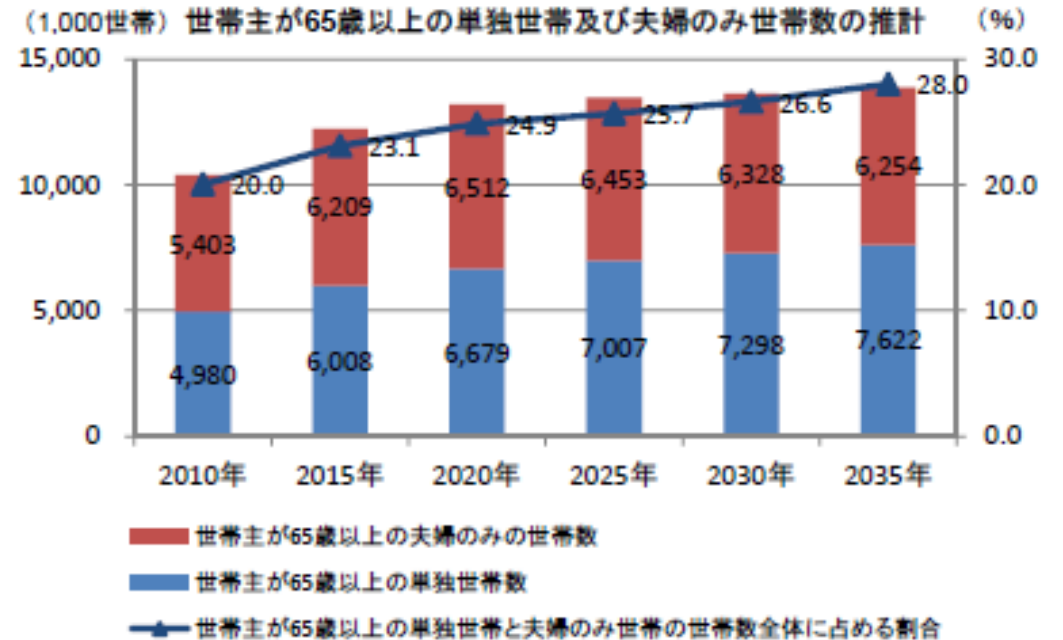
1. 在宅ケアを必要とする患者の動向
2. 在宅療養者の栄養状態の現状
3. 令和2年度診療報酬改定の概要
4. 在宅患者訪問栄養食事指導と居宅療養管理指導
5. 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携
6. 在宅ケアにつなぐ栄養ケア・ステーション

今後の高齢者人口の見通しについて

65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

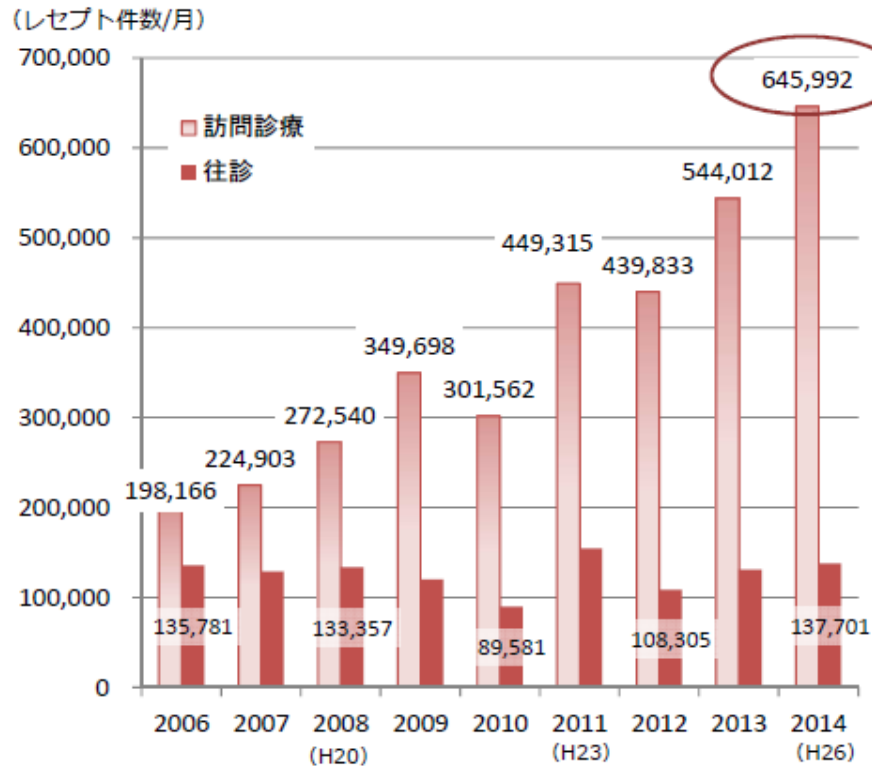
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

(レセプト件/月、%)

	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	192,807 (29.8%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	382,204 (59.2%)

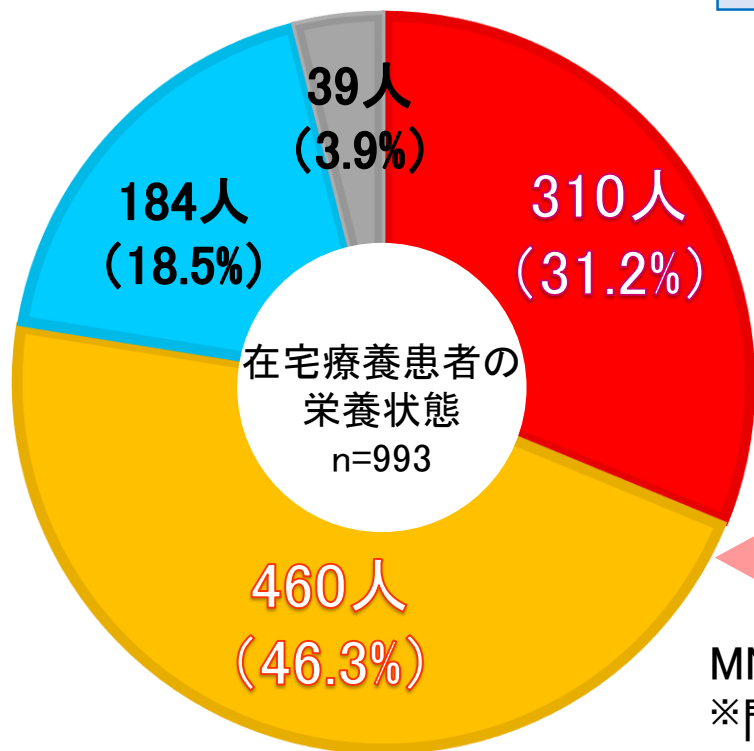
出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

在宅療養患者の栄養状態

対象

在宅で診療または訪問対応した65歳以上の在宅療養患者
993人(男性384人、女性609人)
在宅療養者・・・自宅で「訪問診療」、「訪問歯科」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「訪問栄養指導」、「訪問薬剤指導」を受けている者

- 低栄養(0~7点)
- 低栄養のおそれ(8~11点)
- 良好(12~14点)
- 欠損値



在宅療養患者の栄養状態

低栄養

+

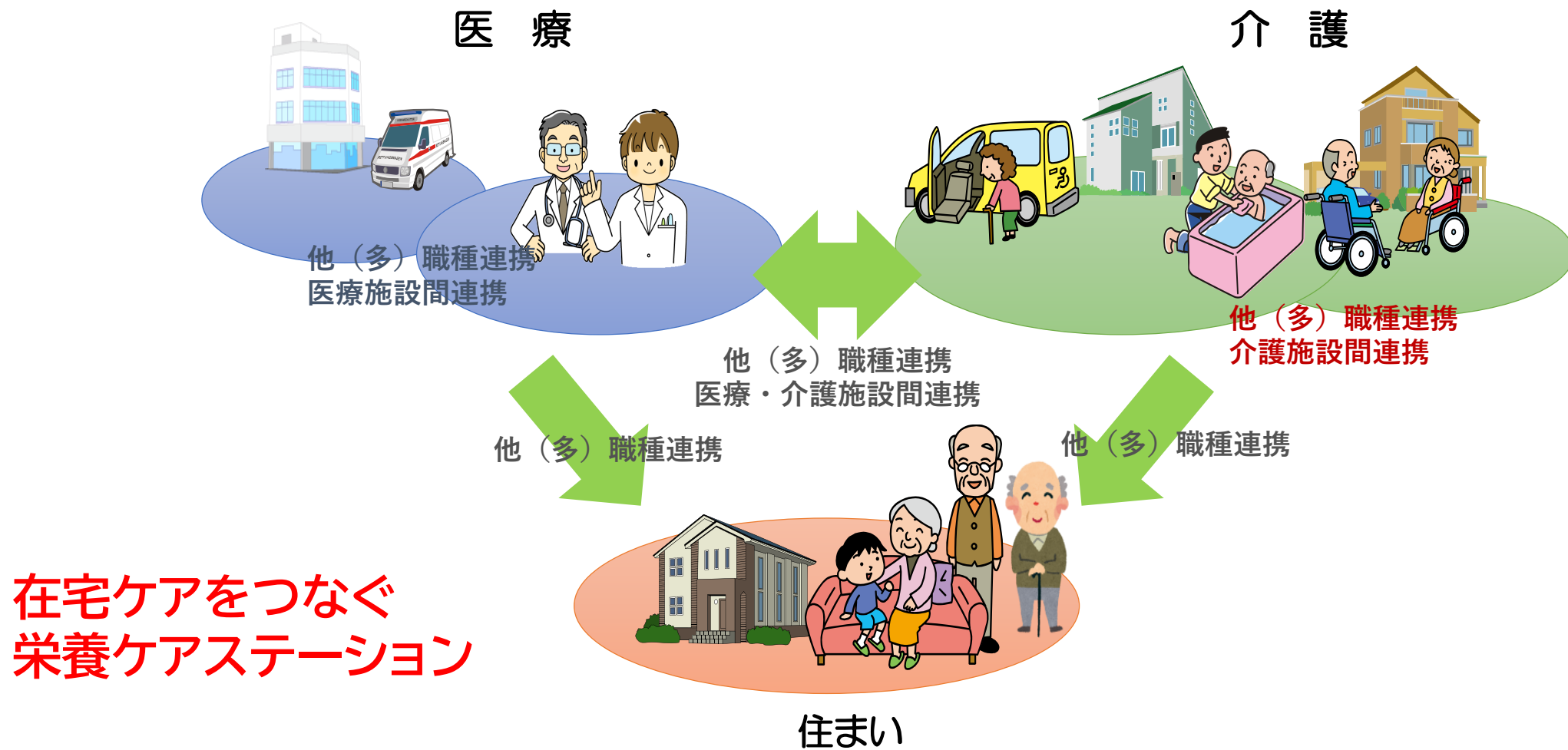
低栄養のおそれ

77.5%

MNA-SF(簡易栄養状態評価表)※

※問診票を主体とする簡便なスクリーニング法

地域包括ケアの鍵となるのが栄養・食事



退院

そなえる

退院後、在宅医療期訪問栄養食事指導実施前に看護サマリーは必ず読む



つなぐ

・どのような生活を送るか
在宅担当者と共有し、役割分担(退院時カンファレンス)



ととのえる

生活の中に医療がアレンジできるか。その人の暮らしを全体的にみる



入院

あわせる

担当者と情報共有(入院後7日以内)

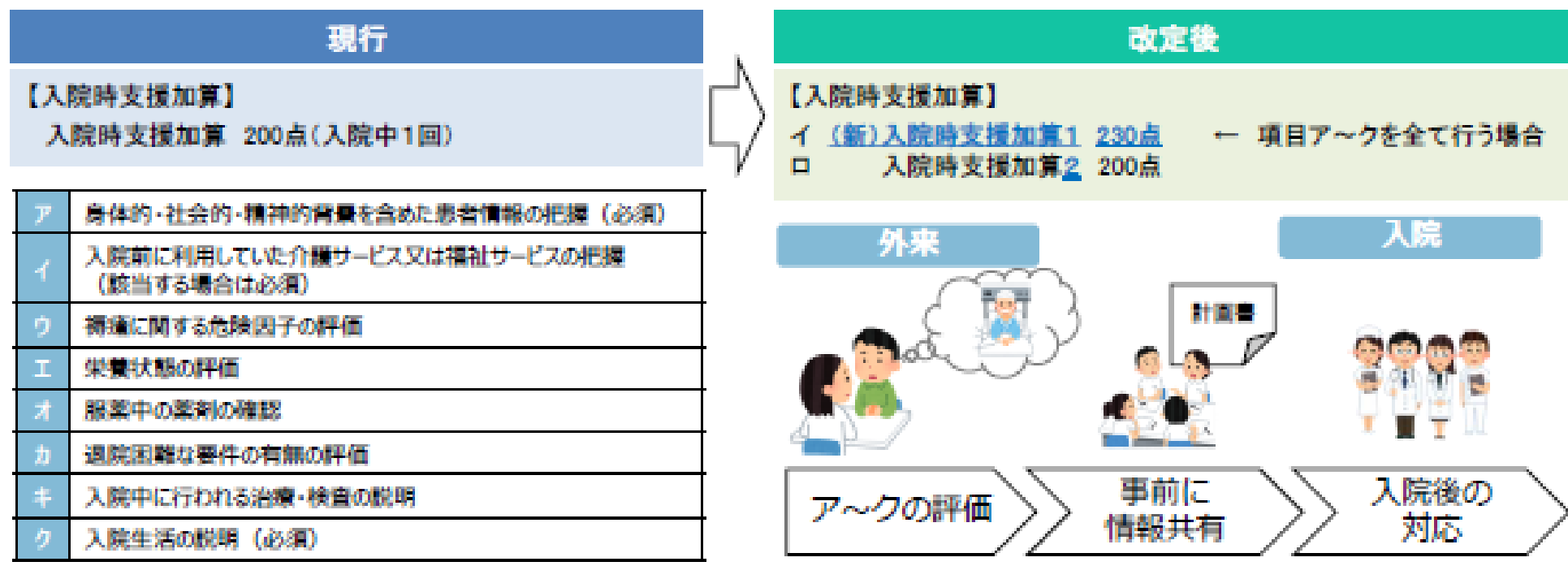
ケアマネジャー、訪問看護、かかりつけ医、施設、患者・家族(具体的な生活情報の把握)

入退院支援のイメージ

入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。



総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

- 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、**初回カンファレンス時に算定できる**。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

- ア 重度の末梢循環不全のもの
- イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- ウ 強度の下痢が続く状態であるもの
- エ 極度の皮膚脆弱であるもの
- オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供¹する。



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等

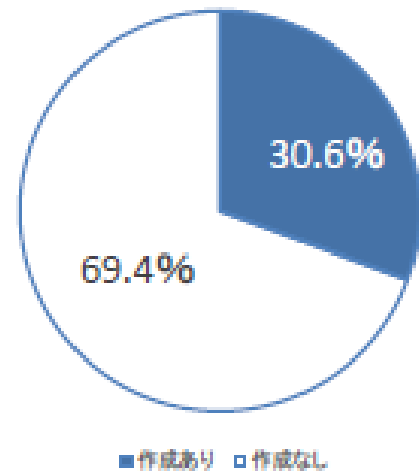


在宅担当医療機関等

転院先等への栄養管理の情報提供

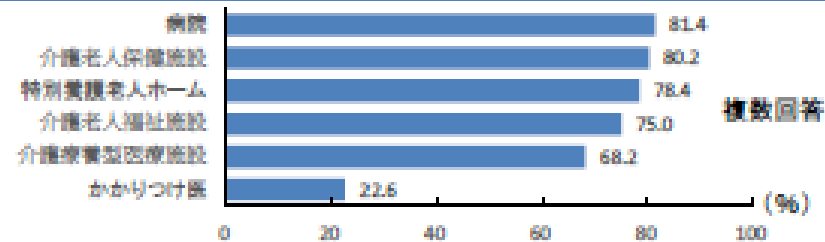
中医協 総-2
元. 11. 8

- 退院・転院むけ、栄養情報提供書を作成している病院は約3割である。
- 栄養情報提供書の提供先は、病院、介護老人保健施設等が約8割であるが、かかりつけ医は、約2割であった。
- 転院先等への栄養管理の情報提供として多いのは、摂食嚥下機能低下、経管栄養等の患者の栄養管理に関するものである。



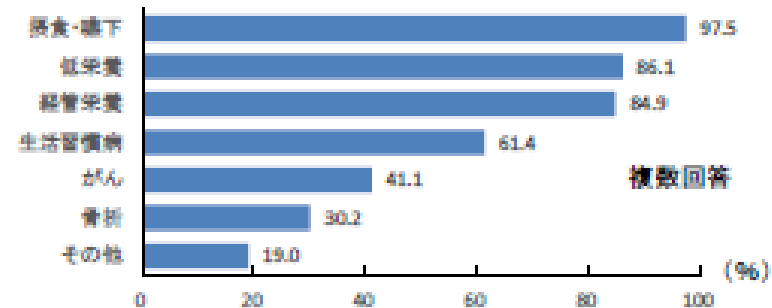
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,903病院

図 退院・転院にむけ、栄養情報提供書を作成しているか



対象：左図で「作成している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった57病院を除く830病院

図 栄養情報提供書をどこに提供しているか



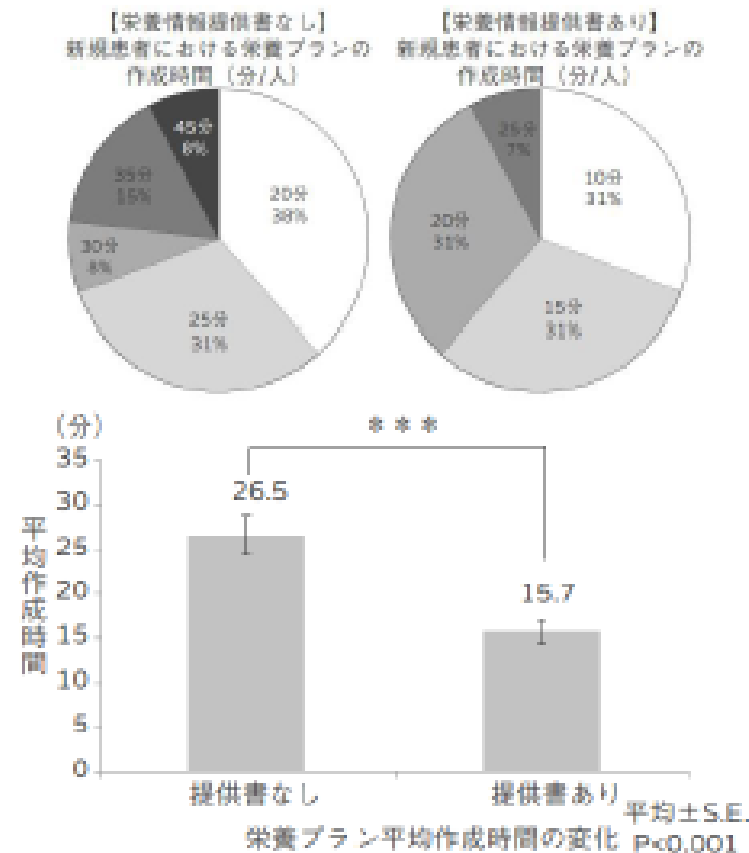
対象：左図で「提供している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった56病院を除く831病院

図 どのような患者の栄養情報を転院先等に提供しているか

栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協 総-2
元. 11. 8

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。



出典:宮崎ら、日本栄養士会雑誌60(6)、327-335(2017)

表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1~6か月以内	有意差 (転帰直後 vs 1~6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典:田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

在宅訪問栄養食事指導とは

在宅訪問栄養食事指導は、**医療保険**または**介護保険**を用いて、在宅患者宅を訪問して栄養改善を目指すサービス
医療保険は「在宅患者訪問栄養食事指導」という名称で、在宅で療養を行っており、通院困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める者に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して、具体的な献立などによって栄養管理に係る指導を行った場合に患者1人につき月2回(1回30分以上)に限り所定点数を算定できる。

これまでの医療保険は、当該医療機関の管理栄養士でないと、在宅訪問栄養食事指導料を算定できなかった。

令和2年度の改定で、当該医療機関※以外の管理栄養士も算定できるように変更された。

医療保険
医療機関の主治医の指示

主治医が指示する主な項目は以下の通り

- ・熱量、熱量構成
- ・たんぱく質量
- ・脂質量

主治医の指示

●主治医の指示書(例)

項目	指示
エネルギー	<input type="checkbox"/> 総量
たんぱく質	<input type="checkbox"/> 総量
脂質	<input type="checkbox"/> 総量
糖質	<input type="checkbox"/> 総量
食物繊維	<input type="checkbox"/> 総量
水分	<input type="checkbox"/> 総量
その他	

※他の医療機関および栄養ケア・ステーション(日本栄養士会又は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)の管理栄養士

栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- ▶ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点

改定後			
【外来栄養食事指導料】			
イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回		260点
	(2) 2回目以降		200点
ロ 外来栄養食事指導料2	(1) 初回		250点
	(2) 2回目以降		190点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】			
1 在宅患者訪問栄養食事指導料1			
イ 単一建物診療患者が1人の場合			530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合			480点
ハイ及びロ以外の場合			440点
2 在宅患者訪問栄養食事指導料2			
イ 単一建物診療患者が1人の場合			510点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合			460点
ハイ及びロ以外の場合			420点
【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】			
診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。			



労働条件通知書・雇用契約書（例）

雇用身分	<input type="checkbox"/> 非常勤管理栄養士(認定在宅訪問管理栄養士・在宅栄養専門管理栄養士)
雇用期間	西暦 年 月 日から
就業場所	<input type="checkbox"/> 甲との契約のもと指定された派遣対象者宅等（ ）
就業内容	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
就業時間 および休憩時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から午後 時 分まで【週 時間 分】 <input type="checkbox"/> 1回の指導につき 時間 分【月 回】 <input type="checkbox"/> 休憩時間【 <input type="checkbox"/> 有（ 分）/ <input type="checkbox"/> 無】
所定時間外労働	1. 所定外労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 休日労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】
休日	週休 日【月 日まで】
賃金	1. 基本給【 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給（ 円）】 2. 諸手当【 通勤手当 円、_____手当 円 】 3. 時間外労働に対する割増率【 <input type="checkbox"/> 法定通り _____】 4. 賃金締切日【 日】、支払日【 日】、銀行口座振替【同意・拒否】
退職に関する事項	1. 定年制【 <input type="checkbox"/> 有（ 歳）/ <input type="checkbox"/> 無 】 2. 自己都合退職【 退職する 日以上前までに届けること 】 3. 解雇事由および手続き【 _____】
保険関係	<input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> その他
更新の有無	<input type="checkbox"/> 自動的に更新する <input type="checkbox"/> 更新する場合があります <input type="checkbox"/> 契約の更新はしない
更新の判断 (いずれかの判断)	1. 契約満了時点の業務量 2. 本人の職務能力、態度 3. 就労成績、健康状態 4. 従事している業務の進捗状況 期間満了までの30日前までには更新の手続きを完了する
特約事項	1. 法令を遵守するとともに、誠実に自己の職務を遂行する。 2. 乙は業務上知り得た利用者に関する全ての情報を秘密に保持し、業務に関係する限定された従業員以外の第三者に開示又は漏洩しない。退職後もまた同様とする。 3. 本契約に規定されていない事柄は、甲乙協議の上、定めるものとする。

労働条件通知書・雇用契約書様式

_____（以下「甲」という）と管理栄養士 _____（以下「乙」という）は
以下の条件に基づき雇用契約（以下「本契約」という）を締結する。

雇用身分	<input type="checkbox"/> 非常勤管理栄養士(認定在宅訪問管理栄養士・在宅栄養専門管理栄養士)
雇用期間	西暦 年 月 日から
就業場所	<input type="checkbox"/> 甲との契約のもと指定された派遣対象者宅等（ ）
就業内容	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
就業時間 および休憩時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から午後 時 分まで【週 時間 分】 <input type="checkbox"/> 1回の指導につき 時間 分【月 回】 <input type="checkbox"/> 休憩時間【 <input type="checkbox"/> 有（ 分）/ <input type="checkbox"/> 無】
所定時間外労働	1. 所定外労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 休日労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】
休日	週休 日【月 日まで】
賃金	1. 基本給【 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給（ 円）】 2. 諸手当【 通勤手当 円、_____手当 円 】 3. 時間外労働に対する割増率【 <input type="checkbox"/> 法定通り _____】 4. 賃金締切日【 日】、支払日【 日】、銀行口座振替【同意・拒否】
退職に関する事項	1. 定年制【 <input type="checkbox"/> 有（ 歳）/ <input type="checkbox"/> 無 】 2. 自己都合退職【 退職する 日以上前までに届けること 】 3. 解雇事由および手続き【 _____】
保険関係	<input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> その他
更新の有無	<input type="checkbox"/> 自動的に更新する <input type="checkbox"/> 更新する場合があります <input type="checkbox"/> 契約の更新はしない
更新の判断 (いずれかの判断)	1. 契約満了時点の業務量 2. 本人の職務能力、態度 3. 就労成績、健康状態 4. 従事している業務の進捗状況 期間満了までの30日前までには更新の手続きを完了する
特約事項	1. 法令を遵守するとともに、誠実に自己の職務を遂行する。 2. 乙は業務上知り得た利用者に関する全ての情報を秘密に保持し、業務に関係する限定された従業員以外の第三者に開示又は漏洩しない。退職後もまた同様とする。 3. 本契約に規定されていない事柄は、甲乙協議の上、定めるものとする。

※以上の合意を証するため本契約書を2通作成し、甲乙両当事者記名捺印の上、各々1通を保有する。

西暦 年 月 日

甲 住所：
氏名：_____（印）

乙 住所：
氏名：_____（印）

- 外来栄養食事指導の算定回数は、無床診療所において、年々微増している。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数においても、無床診療所での算定件数は少ないが、近年、微増している。

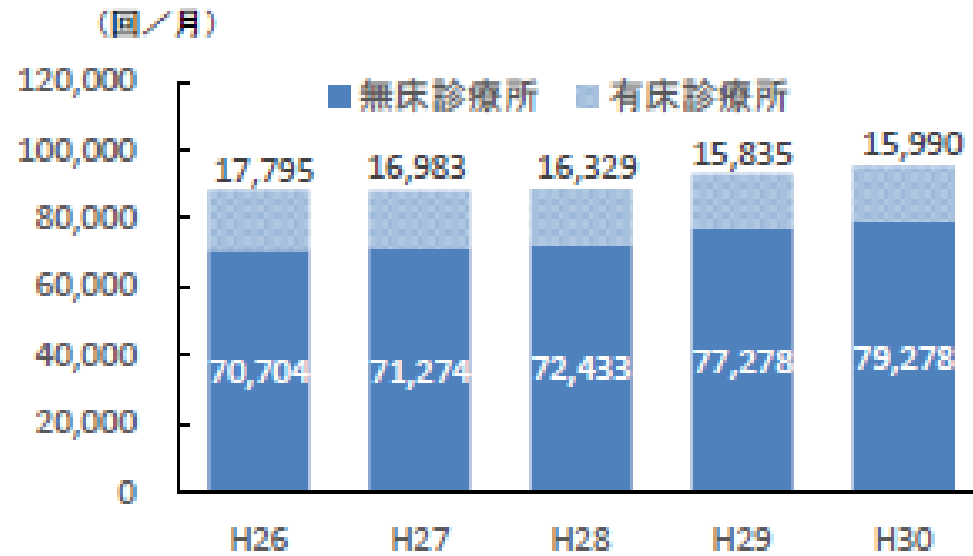


図 診療所における外来栄養食事指導の算定回数の推移

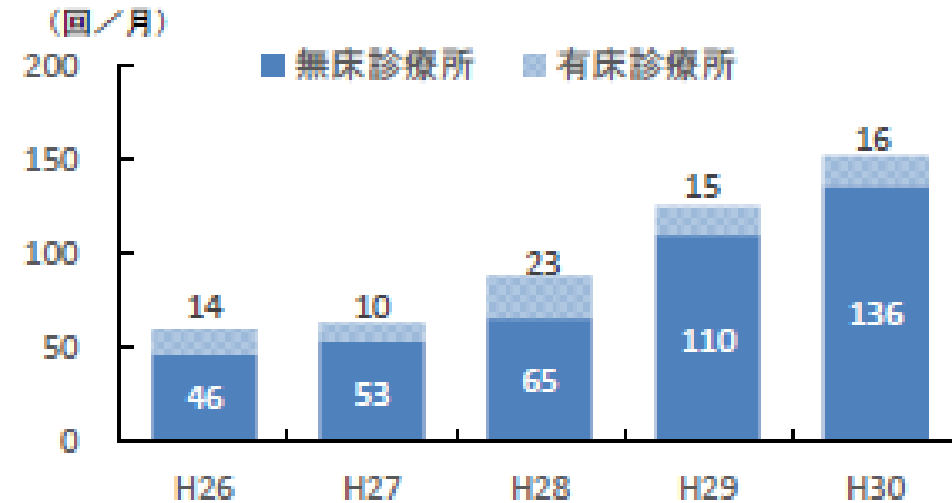


図 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導の算定回数の推移

介護保険は「**居宅療養管理指導**」という名称である。

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする。または、低栄養状態にあると医師が判断した利用者に対して、居宅または居住系施設を訪問し、栄養管理に関する情報提供および栄養食事相談または助言を行った場合に、月2回(1回30分以上)を限度に算定する。

介護保険はケアマネジャーが中心となってサービス担当者会議を開催する。

介護保険の場合

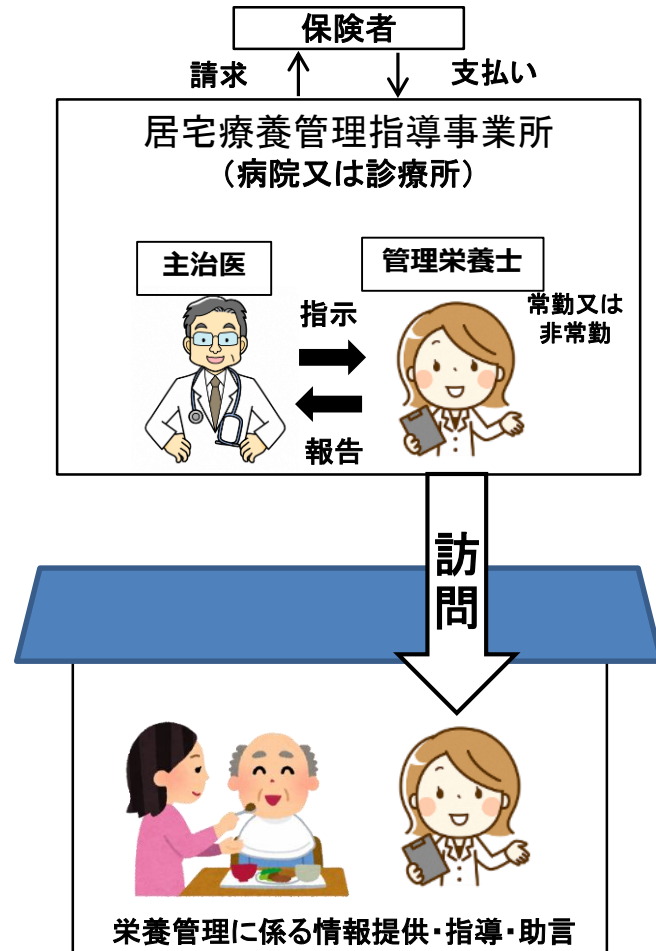
主治医の指示書

主治医は栄養ケア計画の作成に共同し、その計画に基づいて指示等を行うこととされています。医療保険の場合と異なり、指示する項目は特に決められていません。

管理栄養士による居宅療養管理指導

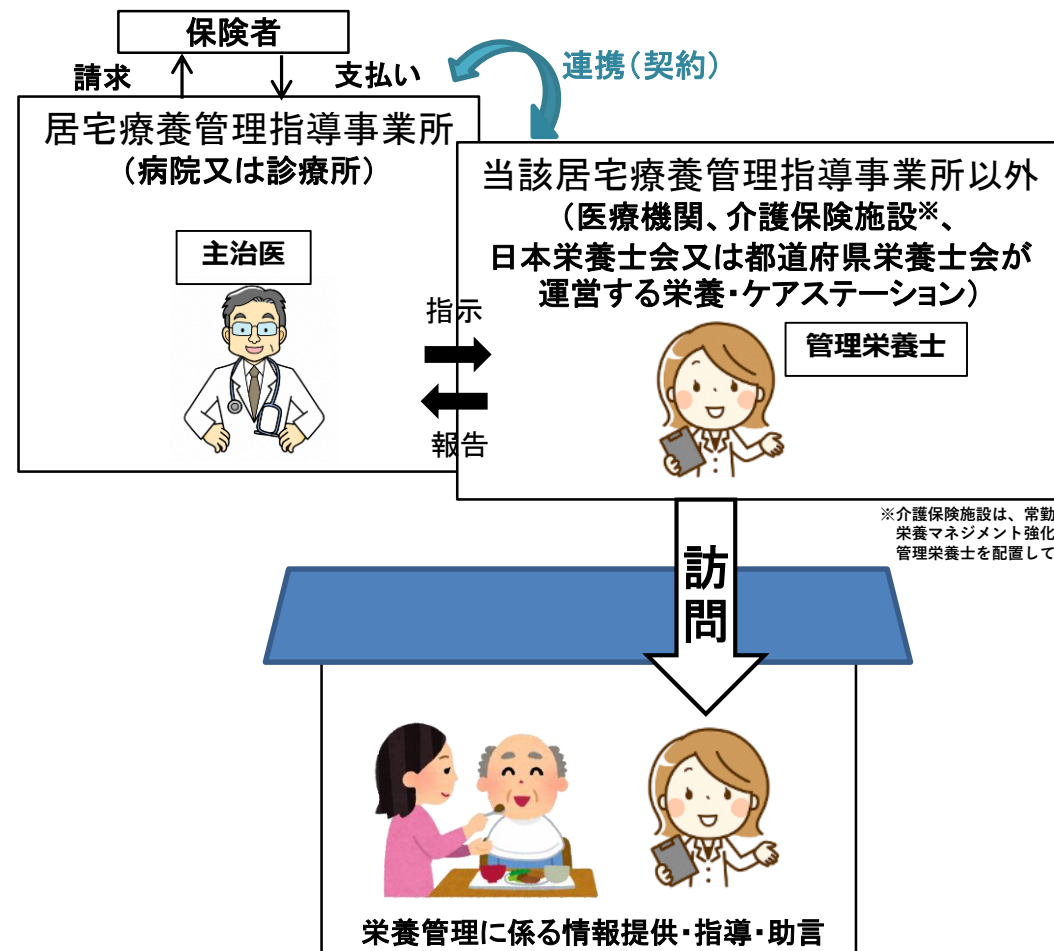
居宅療養管理指導費(Ⅰ) (443~544単位)

居宅療養管理指導事業所の
管理栄養士が行う場合



居宅療養管理指導費(Ⅱ) (423~524単位)

当該居宅療養管理指導事業所以外の
管理栄養士が行う場合



※介護保険施設は、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。

なお、他の指定居宅療養管理指導事業所との連携により管理栄養士を確保し、居宅療養管理指導を実施する場合、主治医が認めた場合は、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所が算定することも可能

訪問栄養食事指導の種類(2021年 令和3年度)

要介護認定		あり			なし		
適用保険		介護保険			医療保険		
		居宅療養管理指導(1単位 = 10円)			在宅患者訪問栄養食事指導(1点 = 10円)		
算定額		単一建物居住者			単一建物居住者		
		①1人	②2~9人	③10人以上	①1人	②2~9人	③10人以上
	I	544単位	486単位	443単位	530点	480点	440点
	II	524単位	466単位	423単位	510点	460点	420点
実施機関		居宅療養管理指導事業所			医療機関		
	I	指定居宅療養管理指導事業所に所属する常勤または非常勤			かかりつけ医と同一の医療機関に所属する常勤または非常勤		
	II	栄養ケアステーション(日本栄養士会・都道府県栄養士会)			他の医療機関		
		他の医療機関					
	I 以外の介護保険施設						
	(介護保険施設サービスの人員基準を超えて管理栄養士を置いている又は常勤の栄養士を1名以上置いている場合)						
医師の指示事項		栄養ケア計画に基づいた指示			患者毎に適正なものとし、熱量・熱量構成・タンパク質・脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の啓太などにかかる情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示		

実施内容	・関連職種と共同で栄養ケア計画を作成し、交付	・食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した食事指導箋を交付
	・栄養管理に係る情報提供書及び指導又は助言を30分以上行う	・食事指導箋に基づき、食事の用意や摂食に関する具体的な指導を30分以上行う
	・栄養ケアマネジメントの手順に沿って栄養状態のモニタリングと定期的評価、計画の見直しを行う	
対象	通院または通所が困難な利用者と、医師が厚労労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合に対象となる	通院が困難な患者であって、別に医師が定める特別食を提供する必要性を認めた場合に対象となる。
	指導対象は患者又は家族など	
対象食	腎臓食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別場合の検査食、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食、高度肥満症食(肥満度が40%以上、又はBMIが30以上)、高血圧に関する減塩食(食塩6g未満)	
	経管栄養のための流動食、嚥下困難者(そのため摂食不良となった者も含む)のための流動食、低栄養状態に対する食事	フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステイン尿症食、ガラクトース血症食、尿素サイクル以上症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食治療乳、無菌食、がん、摂食嚥下機能低下、低栄養
給付限度	月2回	

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エントの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養・食事の強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

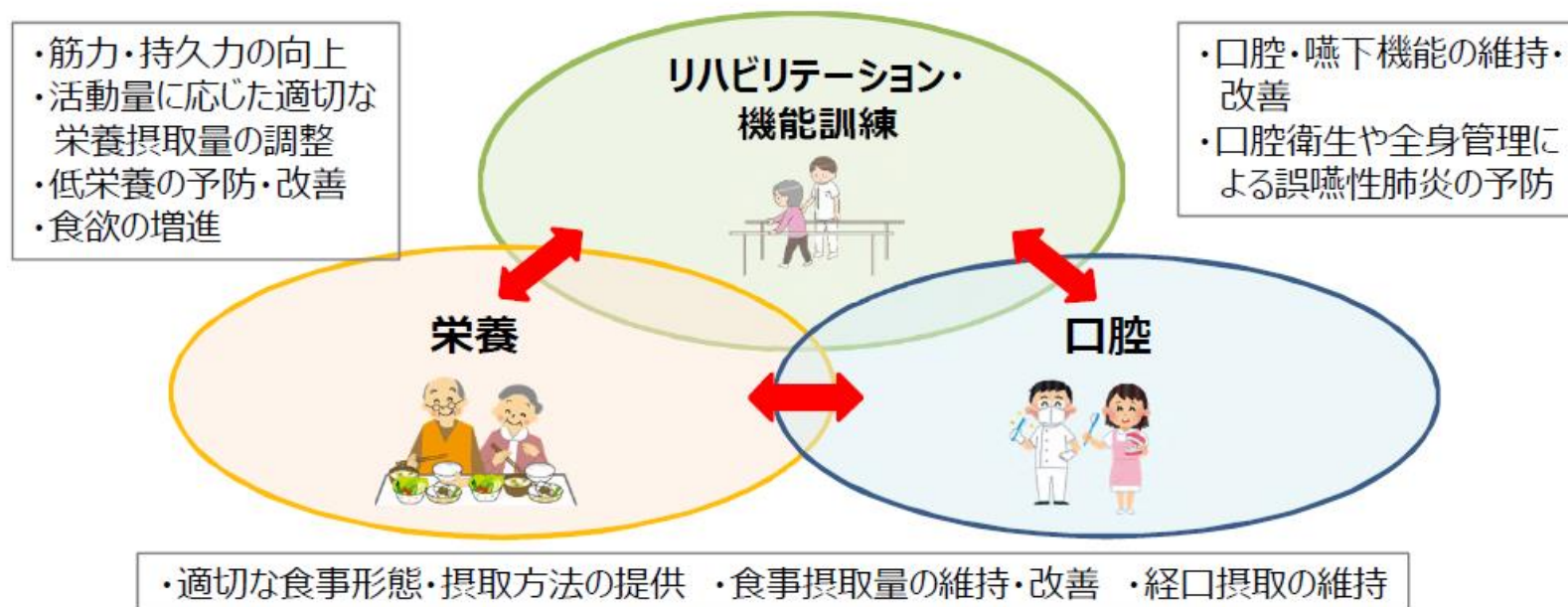
6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

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。

3.(1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

【訪問リハビリテーション★、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★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、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★、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、介護医療院】

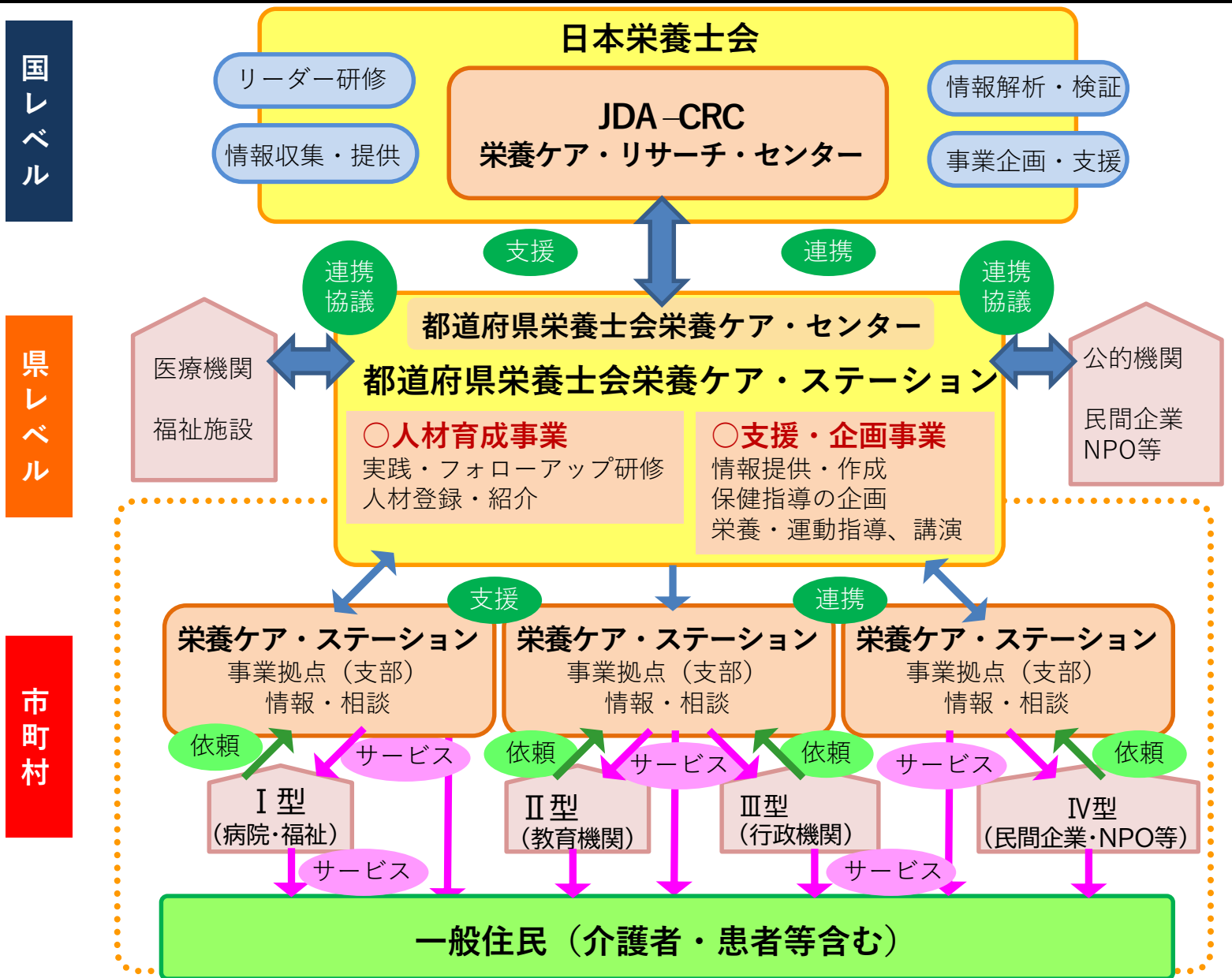
概要

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する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、リハビリテーション専門職、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。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

【日本栄養士会・都道府県栄養士会の役割】



認定栄養ケア・ステーションの設置

341拠点、4,318名 2020.12.5 現在

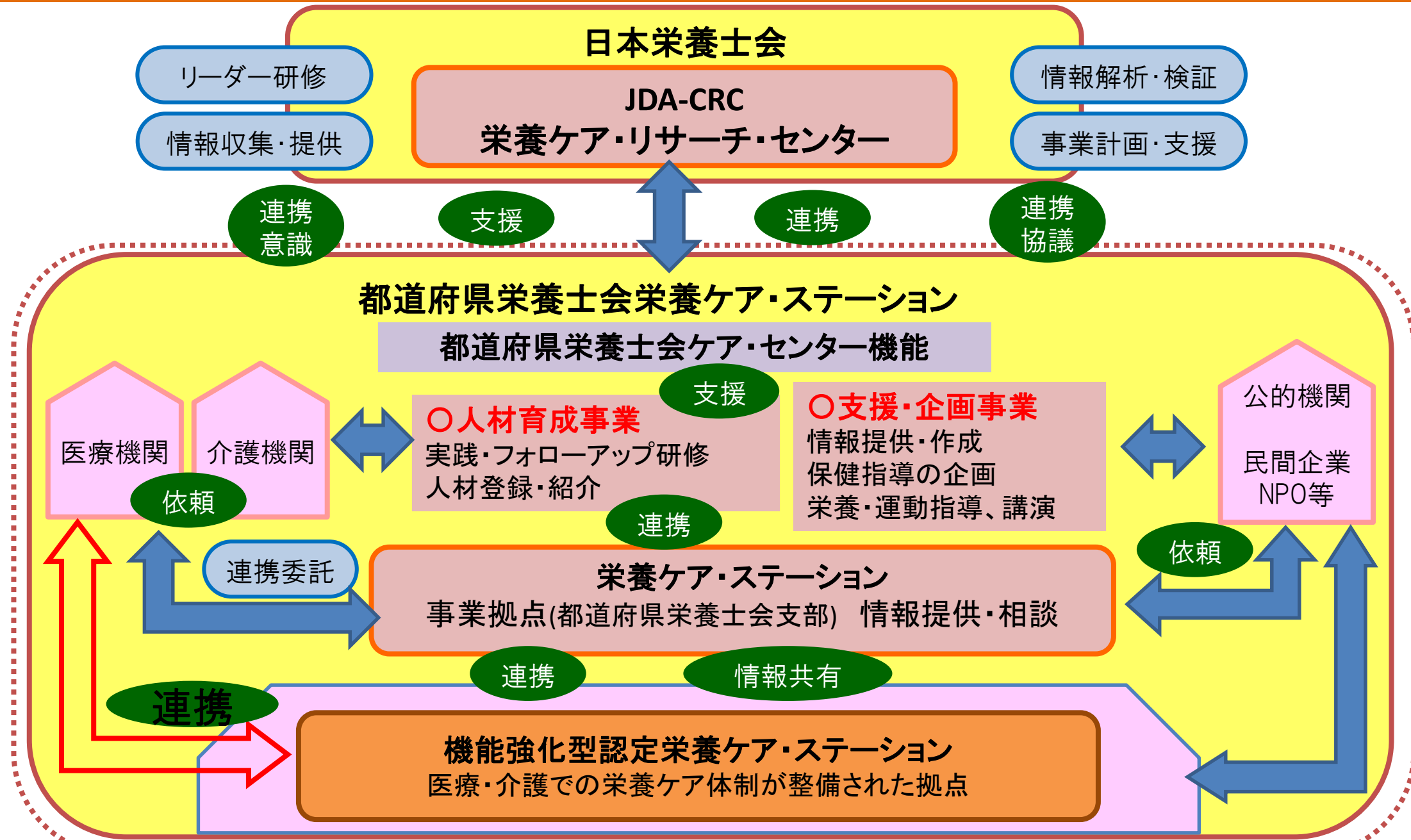


日本栄養士会・都道府県栄養士会と認定栄養ケア・ステーションの関係

国レベル

県レベル

市町村



各施設・事業所における栄養関連加算(令和3年度介護報酬改定後)

※加算の対象

赤字改定事項及び栄養ケア・ステーションから算定可		
<p>介護保険施設</p> <p>※基本サービスに包括化 ・栄養マネジメント加算</p>		<p>栄養マネジメント強化加算 11単位/日 ※入所者全員 LIFE活用 (要件)</p> <p>低栄養リスク改善加算 ※入所時に低栄養リスク高い者</p> <p>経口移行加算 ※経口摂取困難者 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 原則6月要件緩和</p> <p>再入所時栄養連携加算 200単位/日 ICT活用 ※入院中に大きく栄養管理を変更した者</p> <p>療養食加算 ※療養食が必要な者</p>
<p>通所介護 通所リハビリテーション 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 (介護予防通所リハビリテーション 介護予防認知症対応型通所介護) 看護小規模多機能型居宅介護</p>	<p>口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20単位/回 (6月に1回) ※利用者全員 (Ⅱ) 5単位/回</p> <p>栄養アセスメント加算 50単位/月 ※利用者全員 LIFE活用 (要件)</p> <p>栄養改善加算 200単位/回 現行要件+必要に応じ訪問 ※低栄養状態又はおそれのある者</p>	<p>併算不可</p> <p>居宅療養管理指導 ※通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者</p>
<p>小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護 地域密着型特定施設入所者生活介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症共同生活介護 介護予防特定施設入所者生活介護)</p>	<p>口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回 (6月に1回) ※利用者全員</p> <p><認知症GH> 栄養管理体制加算 30単位/月 ※管理栄養士から助言等を受ける事業所</p>	<p>外部との連携</p>

多職種連携の症例

年齢・性別 101歳 女性 次女家族と同居(201X年4月～同年12月)

主病名:慢性心不全、慢性腎不全、高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病

医師の指示:嚥下障害のための栄養食事指導

介護度:要介護1

認知度:認知機能は年相応

身体状況:身長140cm?、体重40kg、下腿周囲長26.5cm(浮腫み有)

MNA-SF:5点 低栄養

介入職種・施設:訪問診療、訪問看護、ケアマネジャー、管理栄養士、

通所介護施設

介助時の 娘さんより 聞き取り	・ 日中はソファでウトウトしている。
	・ 言葉は少なくなり、声も小さくなっている。
	・ 食事は1日2回、2～3時間かかっている。
	・ 食事の飲み込みが悪く、とろみ剤は使っている。
	・ 全介助で食べている。
	・ 食事量は5割程度で、メイバランスも使っている。
	・ 水分はゼラチンを使いゼリーにされている。
	・ ご飯はレトルトのやわらかいご飯を使っている。
・ 総義歯は入れない方が食べやすい様子。	

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
NT-PRO BNP	1971	15578	6742	4188	4211	4027	6785
HbA1c (NGSP)	6.4			8.3	8.9	9.6	12.1
eGFR	17.1	17.6	23.9	23.4	25.8	24.1	15.9

食事はコード2、目指せ、食事時間は60分

やわらかごはん → スベラカーゼ粥

お茶ゼリー → お茶ゼリー＋粉飴

野菜類 → 電気圧力鍋＋コーヒーフレッシュ

あいーと・UDF(ユニバーサルデザイン)の嚥下食を使って、
介護者はレスパイト

オリゴ糖で自然排便を目指す

食事で食べ足りないときは栄養剤





たま米出聖堂の期間限定商品です



薬が減ったら…

姿勢が自分で保持できる
覚醒時間が長くなる

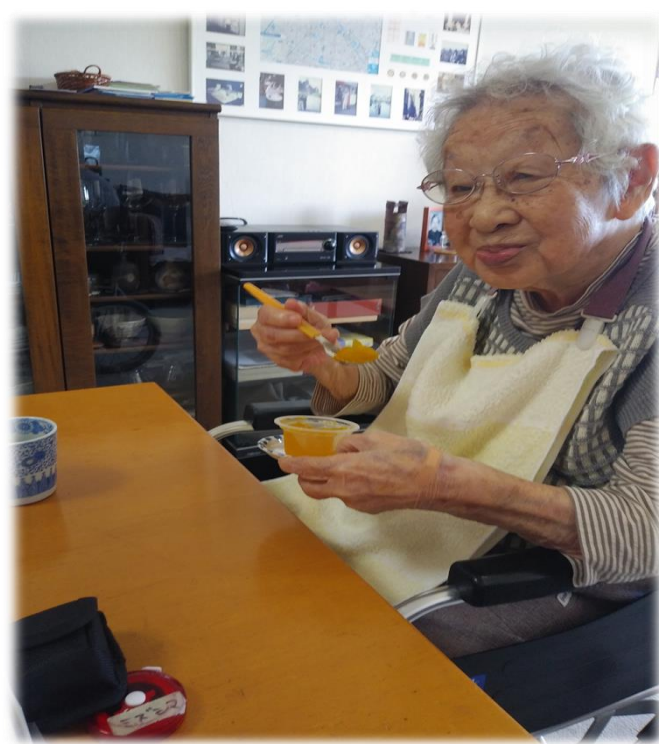
食事量が増える
食事時間が短くなる

- ・体重40kg  体重43kg
- ・4月からデイサービス中止  10月からデイサービス再開
- ・外にお出かけして食事ができた。
- ・カフェでケーキを食べる

	4月	7月	9月	11月
NO.1	タナトリル 降圧剤	サムスカ 心不全・利尿薬	サムスカ	サムスカ
NO.2	ダイアート ループ系利尿薬	ダイアート	ダイアート	ダイアート
NO.3	ネシーナ D-PP4阻害薬	ネシーナ	ネシーナ	ネシーナ
NO.4	タケルダ アスピリン+潰瘍予防	タケルダ	タケルダ	タケルダ
NO.5	メバロチン 脂質異常	マグミット	マグミット	マグミット
NO.6	フェブリク 痛風	ハイドロサイトジェントル 銀	ハイドロサイトジェントル銀	浣腸液
NO.7	マグミット 便秘薬			
NO.8	アズノール軟膏 皮膚のただれ・傷			
NO.9	ハイドロサイトジェントル銀 創の保護剤			
NO.10	カロナール 鎮痛解熱剤			



介入前の101歳の嚥下障害で低栄養の高齢女性



嚥下障害と低栄養を改善した高齢女性102歳