



2018年度診療報酬改定・ 介護報酬改定(栄養関係)について

健康局健康課栄養指導室

2018年度診療報酬・介護報酬改定の内容につきましては、厚生労働省ホームページ掲載資料(告示、通知、事務連絡(Q&A)等)^{*}での御確認をお願いいたします。

^{*} 今後掲載分も含む。

2018(平成30)年度診療報酬改定 (栄養関係)の概要

平成30年度診療報酬改定の概要(主な栄養改定項目)

地域包括ケアシステムを構築するため、日常生活の視点を踏まえ、患者に寄り添ったきめ細かな栄養管理と、関係機関等との栄養連携を推進

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実

II-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

平成30年度診療報酬改定の概要(主な栄養改定項目)

地域包括ケアシステムを構築するため、日常生活の視点を踏まえ、患者に寄り添ったきめ細かな栄養管理と、関係機関等との栄養連携を推進

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実

II-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・**栄養スクリーニング**等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ **専従の看護師が1名以上** 又は
 - ・ **専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上**
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ **専任の看護師が1名以上**
 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て**、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / **4) 栄養状態の評価**
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

関係機関の連携強化に資する退院時共同指導料の見直し・ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

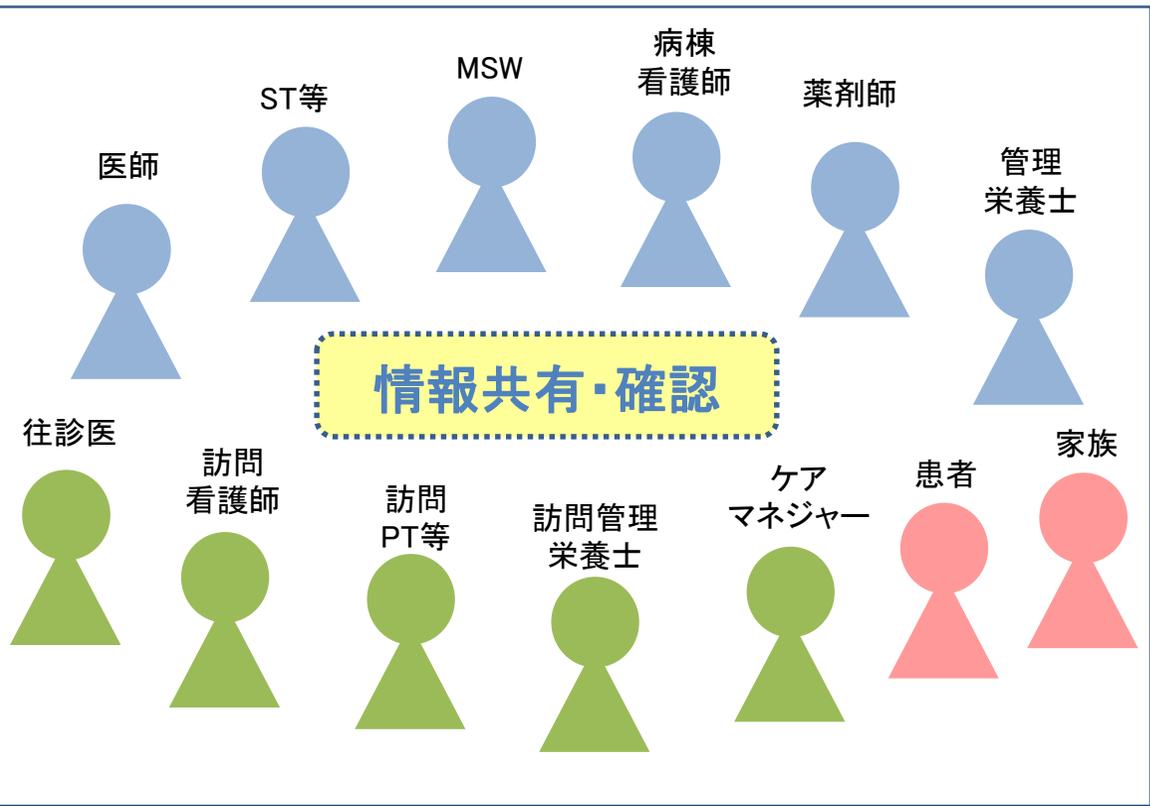
- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現行(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員



改定後(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 <u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</u>	
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等、 <u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士</u>
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 <u>看護師等</u> ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ <u>相談支援専門員</u>

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。



共同指導の内容

- 食事介助方法、ポジショニングの伝達・確認
・写真や図の提示 又は
・リハビリ室やベッドサイドでの実演
- 食事摂取、歩行、移乗動作の様子を見せ、伝達
- 病院と自宅での活動量の違いを考慮した
必要エネルギー量の検討
- 食事形態の確認 等

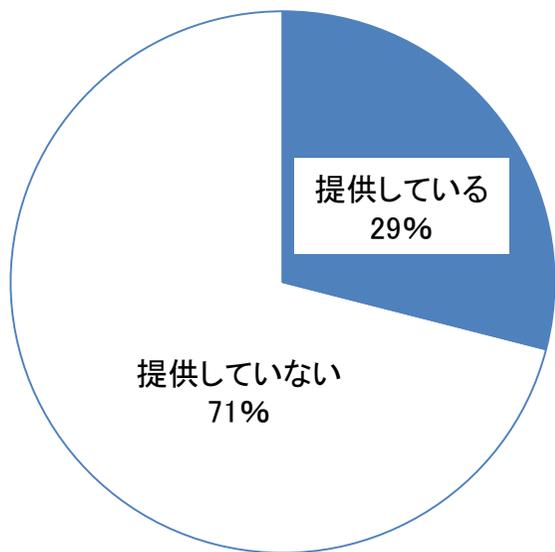
シームレスな栄養管理

低栄養・サルコペニアの阻止

再入院の予防

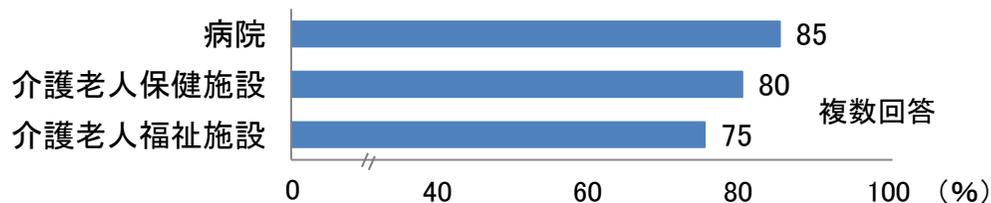
出典: 御子神由紀子. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 31(4), 955-8, 2016
を基に保険局医療課が作成

- 入院中の栄養管理に関する情報文書を主に管理栄養士が作成し、転院先等（医療機関、介護保険施設等）に提供している病院は約3割である。
- 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、低栄養等の患者に関するものである。



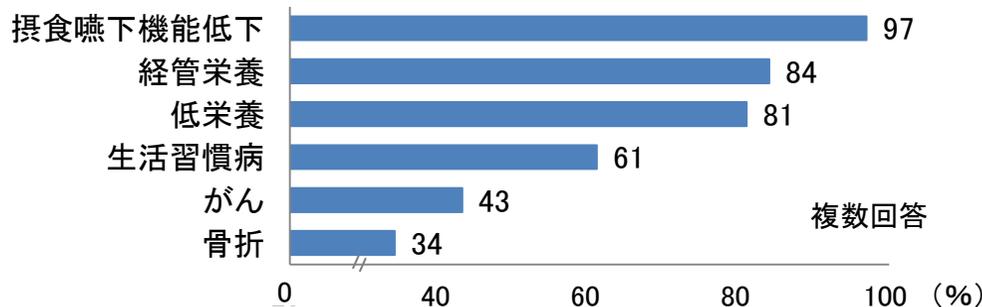
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,808病院

図 入院中の栄養管理に関する情報文書を主に管理栄養士が作成し、転院先等に提供しているか
(栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く)



対象：左図で「提供している」と回答した815病院のうち、本設問に無回答であった120病院を除く695病院

図 入院中の栄養管理に関する情報文書をどこに提供しているか
(栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く)



対象：左図で「提供している」と回答した815病院のうち、本設問に無回答であった124病院を除く691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
(栄養サポートチーム加算に基づく情報提供を除く)

医療栄養情報提供書	
(送付先施設名) _____	
記入日 _____ 年 月 日	
管理栄養士 _____	
所属名 _____	
連絡先 TEL: _____	
_____ 様	
氏名	ふりがな ID _____ 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度	_____
主病名・既往歴	_____
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (歳)
身長	cm (年 月)
体重	kg (年 月)
BMI	_____
歯の状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
経口栄養 (提供食事内容)	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食 (_____ 食)
提供栄養量	エネルギー kcal 主食 割 <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 たんぱく質 g 副食 割 脂質 g 摂 補助食 割 塩分 g 取 (推定摂取量) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 量 エネルギー Kcal () 量 たんぱく質 g
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
禁忌食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 七分粥 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 三分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他 (_____) < 量 > _____ g < とろみ > <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口きざみ (2-3cm幅にカットした形態) ※裏面を参照 <input type="checkbox"/> きざみ [4] (1cm角にきざんだ形態) <input type="checkbox"/> 特細きざみ [4] (0.5cm角にきざんだ形態) <input type="checkbox"/> ミキサー食 [2-1] (適度にダシ汁を加えてミキサーで攪拌した後、とろみ剤を加えて、ポタージュ状の粘度を付けた形態) <input type="checkbox"/> ソフト食 [3] (ミキサーで攪拌した後、ゲル化剤を使用し、ゼリー化した食事形態) < 量 > <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> 1/4量 < とろみ > <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
汁物・水分 [学会分類 2013 (とろみ)]	< 使用食器 > <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロウ <input type="checkbox"/> 吸い飲み < とろみ > <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 段階1 濃いとろみ <input type="checkbox"/> 段階2 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 段階3 濃いとろみ) 特記事項 (_____)
食事に問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし (<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
食事介助の必要性	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明
使用食器・器具の種類	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
《 特記事項 》 _____	
ご不明な事項については、直接ご連絡頂ければ幸いです。よろしくお願致します。	

《 食事形態 》

《 一口きざみ 》



《 きざみ 》 (学会分類2013コード: 4)



《 特細きざみ 》 (学会分類2013コード: 4)



《 ミキサー食 》 (学会分類2013コード: 2-1)


適度にダシ汁を加えてミキサーで攪拌した後、とろみ剤を加えて、はちみつ状の粘度を付けた形態

《 ソフト食 》 (学会分類2013コード: 3)


ミキサーで攪拌した後、ゲル化剤を使用し、ゼリー化した食事形態

《 申し送り記載欄 》
 ①栄養管理、栄養補給方法根拠(栄養量計算、輸液も含む)
 例) なぜその栄養補給方法となったのか

 ②栄養管理介入経緯、経過

 ③栄養管理に当たっての注意点、課題など

ご不明な事項については、直接ご連絡頂ければ幸いです。よろしくお願致します。

図 栄養情報提供書の例(左図:表面、右図:裏面)
 出典:宮崎純一ほか. 日本栄養士会雑誌. 60(6), 327-35, 2017

留意事項【通知】 別紙様式50

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名		
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養評価	栄養管理・栄養指導等の経過						
	栄養管理上の注意点と課題						
	評価日	年 月 日	過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: (kg %)			
	身体計測	体重 kg 測定日(/)	BMI kg/m ²	下腿周囲長 cm・不明	握力 kgf・不明		
	身体所見	食欲低下	無・有・不明 ()	消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明		
		味覚障害	無・有・不明 ()	褥瘡	無・有(部位等)・不明		
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明	その他			
		嚥下障害	無・有	特記事項			
	咀嚼障害	無・有					
	検査・その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし	その他				
1日栄養量	エネルギー	たんぱく質		食塩	水分	その他	
必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg	()g/標準体重kg ()g/現体重kg	g		ml		
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg	()g/標準体重kg ()g/現体重kg	g		ml		
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈		食事回数: 回/日	朝・昼・夕・その他()			
食種	一般食・特別食()・その他()						

栄養管理に関する情報

退院時食事内容	栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈		食事回数:	回/日	朝・昼・夕・その他()		
	食種	一般食・特別食()・その他()						
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()			量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()				g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()				g/食
	副食形態	常菜・軟菜・その他() *)自由記載:例 ペースト						
	嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須)		0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4			
	とろみ調整食品の使用	無・有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)	とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い			
	その他影響する問題点	無・有()						
	禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細()				
禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)								

このほか、以下の様式例についても、嚥下調整食の学会分類コードの記入欄を追加

- ・ 栄養管理計画書(基本診療料の施設基準等通知 別添6の別紙23)
- ・ 栄養サポートチーム加算の「栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書」(留意事項通知 別紙様式5)

退院時 栄養設定 の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合計	kcal	g	g	g	g	ml			
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml				
	経腸栄養 詳細	種類	朝:	昼:		夕:					
		量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml			
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()								
		投与速度	朝:	ml/h	昼:	ml/h	夕:	ml/h			
	静脈栄養 詳細	追加水分	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml			
		種類・量									
	備	投与経路	末梢・中心静脈								

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。

平成30年度診療報酬改定の概要(主な栄養改定項目)

地域包括ケアシステムを構築するため、日常生活の視点を踏まえ、患者に寄り添ったきめ細かな栄養管理と、関係機関等との栄養連携を推進

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実

II-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

- 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
 - ✓ 管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
 - ✓ 当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。
 - ✓ リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

[算定要件]

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

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

(※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、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ものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

[施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

今回改定で追加された栄養状態等の記入欄(別紙様式21(リハビリテーション実施計画書)の例)

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生()歳	計画評価実施日	年	月	日	
リハ担当医	PT	OT	ST				
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、糖尿病等)					
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)							
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺(ステージ・グレード)右: 右手指: 右下肢: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症: 種類) 左: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧: 直立位保持(器具:) <input type="checkbox"/> 歩行し、 <input type="checkbox"/> つまずき、 <input type="checkbox"/> 不可 平行線内歩行(器具:) <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一歩介助、 <input type="checkbox"/> 歩行器 訓練室内歩行(器具:) <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一歩介助、 <input type="checkbox"/> 歩行器						
	自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している/活動」		訓練時能力:「できる/活動」			
ADL・A	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事, <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢, <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 低栄養, <input type="checkbox"/> 低栄養リスク, <input type="checkbox"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可						
活動	※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)						
参加	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事, <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢, <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 低栄養, <input type="checkbox"/> 低栄養リスク, <input type="checkbox"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可 ※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)						
目標	本人の希望 家族の希望						
方針	リハビリテーション終了の目安・時期						
本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	医師者サイン	

留意事項【通知】 別紙様式21群及び23群(一部を除く)

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち、BMI18.5未満(やせ)の患者が、約2割強。

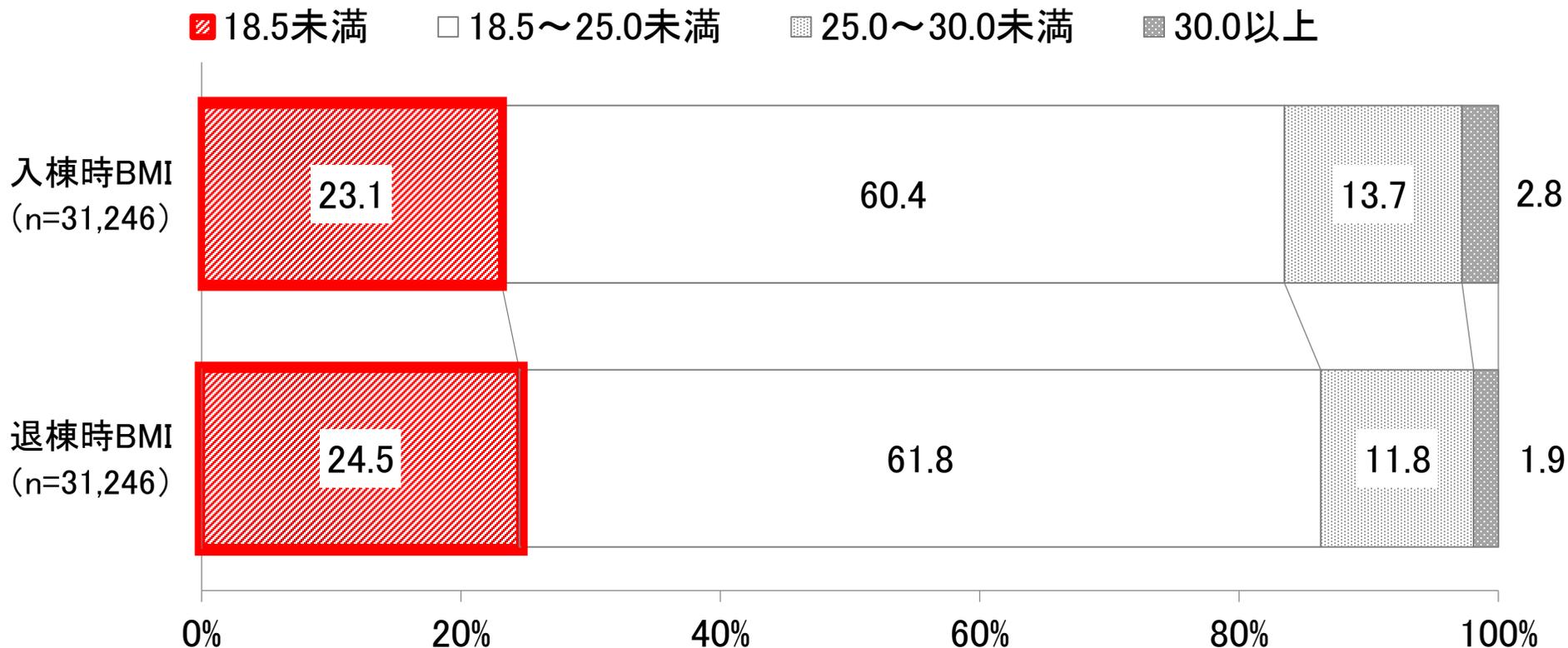


図 回復期リハ病棟患者のBMIの変化(対象:平成28年8~9月の退院患者)

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者では、約65%が何らかの栄養障害を有している。

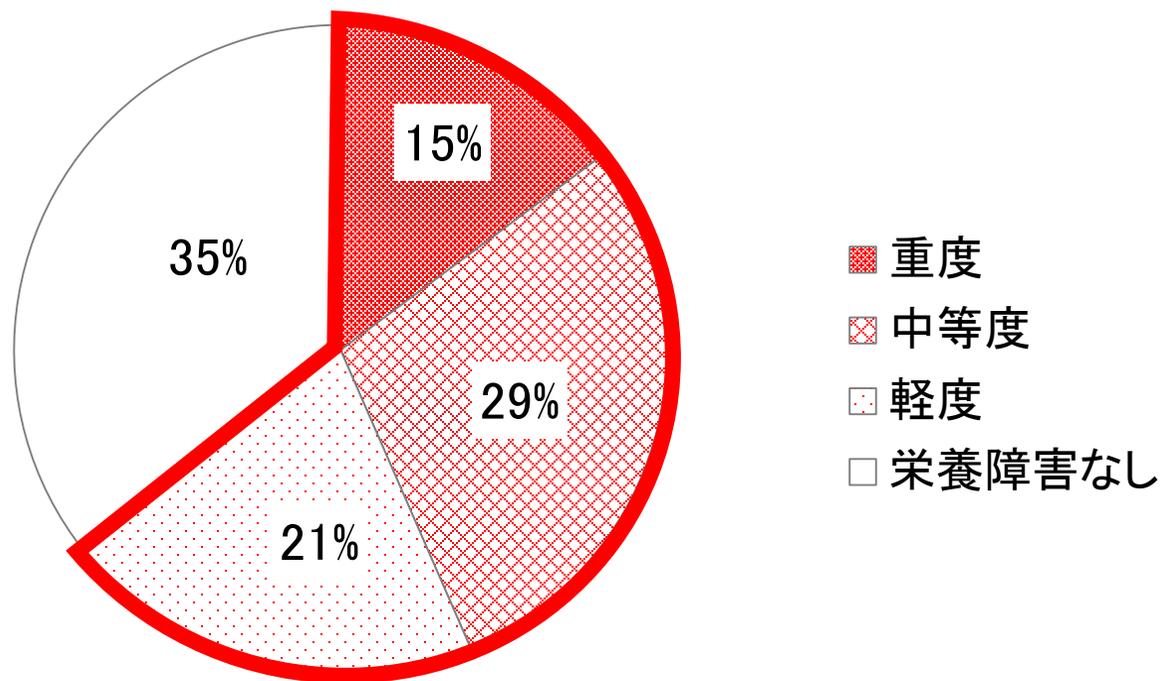


図 回復期リハ病棟(9施設、25病棟)に2012年2月の1か月に退棟した65歳以上の高齢者230名における栄養障害※の割合

※ 栄養障害はGeriatric Nutritional Risk Index(GNRI)で評価。
GNRI=14.89×血清アルブミン値(g/dL)+41.7×体重(kg)/理想体重(kg)
重度(<82)、中等度(82~<92)、軽度(92~<98)、栄養障害なし(≥98)

出典:西岡心大ら. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 30(5), 1145-51, 2015

多職種連携の下に実施

栄養スクリーニング

- 低栄養を回避し、適正なリハビリテーションの負荷量を決定するために全入棟患者に実施。
(栄養スクリーニングツールの例としては、MNA[®]-SF[※]等がある。) ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form

栄養アセスメント

- 身体計測とともに、栄養障害、サルコペニア、摂食嚥下障害の有無、現在の栄養管理は適切か否かを評価。
- 今後の栄養状態の予測を行うとともに、能力改善を目標としたリハを実施できる栄養状態か否かを評価。

栄養プランニング

- リハビリテーションや活動性増加による消費エネルギーやたんぱく質必要量の増加を考慮し、必要栄養量を設定。
- リハビリテーション開始後は、体重の変動を評価して栄養プランを随時修正。

栄養モニタリング

- 生活機能やリハビリテーションの訓練内容の変化によるエネルギー消費量等についてモニタリングを行い、栄養管理とリハビリテーションの内容がADLや活動レベルに効果的かどうかをカンファレンスで評価[※]。

※ 患者に客観的指標である身体計測値と、現在・今後の栄養・リハプランを説明すると、患者自身のモチベーションが向上することも多い。

退院支援

- 退院後の生活、活動量に合わせて栄養設定量を見直し。
- 栄養状態の維持・改善や生活習慣病の予防や改善のための栄養指導を実施。
- 施設や病院へ退院する際は、栄養サマリーによる情報提供を実施。

参考

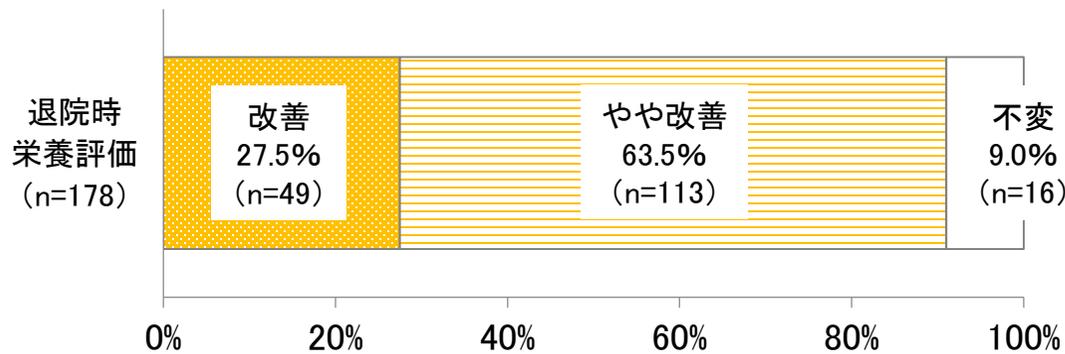
中医協 総-3
29.10.25

リハビリテーション栄養アセスメント表														
診療科			患者番号				保険							
氏名		入院前情報												
生年月日		年		月		日		歳						
入棟時(/):身長 cm/体重 kg/BMI /IBW kg/%IBW /UBW kg/BEE kcal														
担当医		入院年月日: 年 月 日				病名(既往)								
病棟		入棟年月日: 年 月 日				MNA: 点 良好/At risk/低栄養								
病室														
日	体重	BMI	筋肉	体脂肪	骨量	AC	TSF	CC	握力R	握力L	歩行			
サルコペニア簡易診断/原因					リハ短期目標				リハ長期目標					
①	65歳以上			yes	no									
②	歩行 1m/sec未満			yes	no									
握力 男25kg未満 女20kg未満			yes	no										
③	BMI 18.5未満			yes	no	栄養短期目標				栄養長期目標				
CC 30cm未満			yes	no										
サルコペニア有無					有	無								
加齢														
活動														
疾患														
栄養														
ICF評価						嚥下機能初期評価								
機能														
活動														
参加														
個人因子														
環境因子														
日	栄養menu				アセスメント内容							FIM		
					E: × BEE									
					Pro: × BW									
					NPC/N							HDS-R		

図 回復期リハ病棟患者用の栄養アセスメント表の例

出典: 中原さおり. 臨床栄養. 125(4), 491-8, 2014

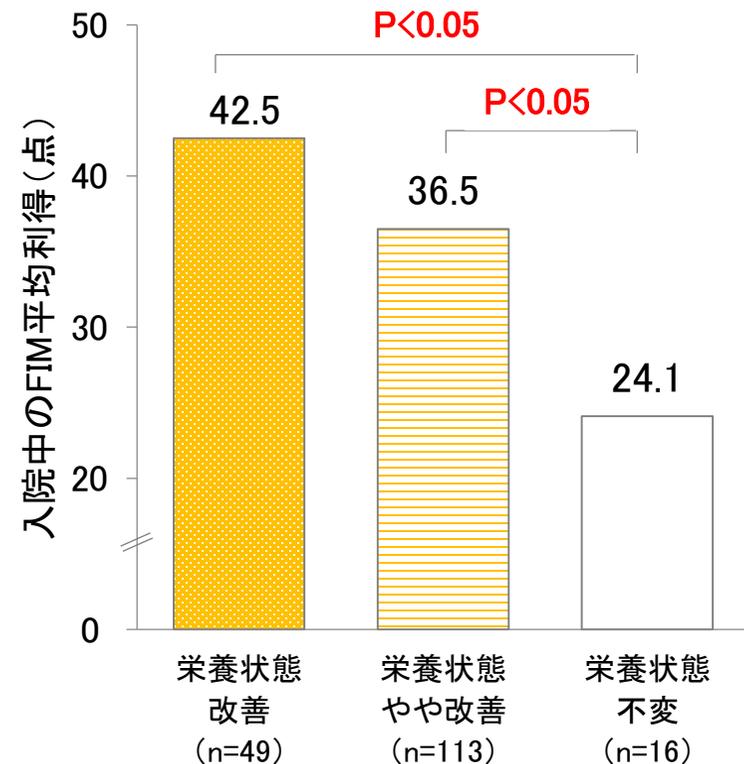
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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

平成30年度診療報酬改定の概要(主な栄養改定項目)

地域包括ケアシステムを構築するため、日常生活の視点を踏まえ、患者に寄り添ったきめ細かな栄養管理と、関係機関等との栄養連携を推進

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実

II-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

緩和ケア診療加算等の要件の見直し

- 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケア チーム (医師2名、看護師1名、薬剤師1名)に管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において3年以上栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に従事した経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

緩和ケア実施計画書(留意事項通知の別紙様式3)に、「栄養障害(なし、軽、中、重)」のチェック欄、「栄養食事管理」の記載欄及び緩和ケア担当管理栄養士の氏名欄を追加

- 化学療法中の入院患者の多くに食欲低下がみられ、食事がつらいと感じている。
- 緩和ケアチームのある病院のうち、管理栄養士がチームに参画しているのは約半数である。

化学療法中の入院患者の約7割に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等が多い。



図 食欲低下(102名中67名)の理由

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)

化学療法中の入院患者の約8割が食事がつらいと感じている。

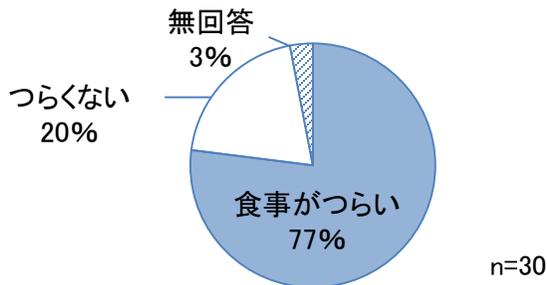


図 化学療法中の食事に対する入院患者の意見

(出典: 曾根敦子ら. 癌と化学療法. 37(11), 2217 - 2220, 2010)

緩和ケアチームのある病院のうち、管理栄養士が緩和ケアチームに参画しているのは約50%である。

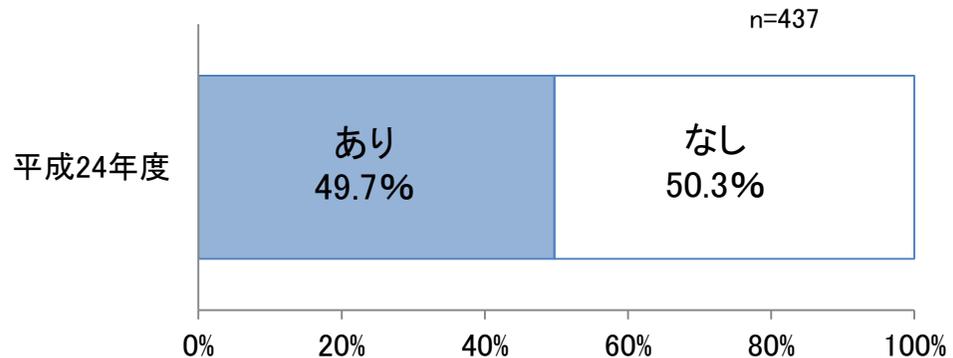
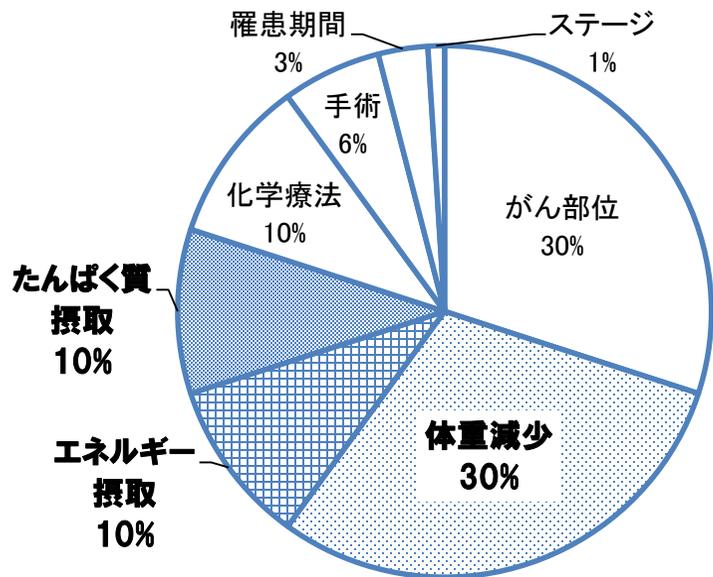


図 緩和ケアチームへの管理栄養士の参画

(出典: 平成24年度 公益社団法人日本栄養士会 医療事業部実態調査)

- がん患者のQOLに対する体重減少や栄養摂取量の影響は、化学療法やステージよりも大きい。
- 緩和ケア対象患者への管理栄養士の介入により、栄養摂取量が改善するとされている。



対象：頭頸部がん及び消化器がんの患者 (n=271) ※
※ ステージ I / II (n=65)、ステージ III / IV (n=206)

図 がん患者のQOLに関する因子

(出典：Ravasco P et al. Support Care Cancer 2004; 12: 246-52.)

がん患者のQOLの関係因子として、体重減少や栄養摂取が50%を占めており、化学療法、手術、罹患期間、ステージよりも割合が大きい。

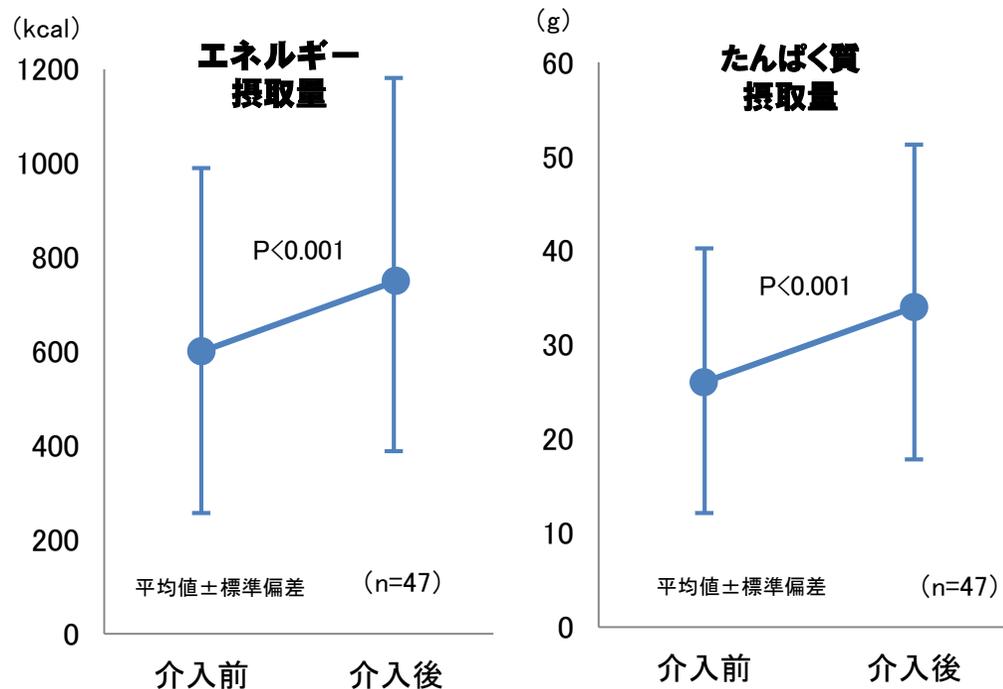


図 管理栄養士が介入した緩和ケア対象患者の経口栄養摂取量の推移

(出典：川口美喜子. 臨床栄養. 124(1), 27-33, 2014)

管理栄養士の介入により、緩和ケア患者の経口栄養摂取量は有意に増加。

平成30年度診療報酬改定の概要(主な栄養改定項目) 2/2

地域包括ケアシステムを構築するため、日常生活の視点を踏まえ、患者に寄り添ったきめ細かな栄養管理と、関係機関等との栄養連携を推進

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

Ⅲ-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

- ② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和
- ⑦ 専従要件の緩和

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和・専従要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

③ 管理栄養士については、在宅患者訪問褥瘡指導管理料は、診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。

現行

以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されている。

- ア 常勤医師
- イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師
- ウ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

改定後

以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されている。

- ア 常勤医師
- イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師
- ウ **管理栄養士**



- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)

(例) 現行(栄養サポートチーム加算)

栄養サポートチーム(医師1名、看護師1名、薬剤師1名、管理栄養士1名)について、いずれか1人は専従であること。

(例) 改定後(栄養サポートチーム加算)

栄養サポートチームのうちいずれか1人は専従であること。**ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。**

2018(平成30)年度介護報酬改定 (栄養関係)の概要

平成30年度介護報酬改定の概要（主な栄養改定項目）

居宅要介護者等の栄養状態の定期的把握、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理、医療機関と介護施設の栄養連携の強化等により、どこに住んでいても必要なサービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

栄養スクリーニング加算の新設

対象：通所系サービス及び居住系サービス（通所介護、通所リハ、特定施設、認知症グループホーム等）

② 低栄養リスクが高い介護施設入所者に対する重点的な栄養管理

低栄養リスク改善加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等）

③ 医療機関と介護施設の栄養に関する連携

再入所時栄養連携加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

平成30年度介護報酬改定の概要（主な栄養改定項目）

居宅要介護者等の栄養状態の定期的把握、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理、医療機関と介護施設の栄養連携の強化等により、どこに住んでいても必要なサービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

栄養スクリーニング加算の新設

対象：通所系サービス及び居住系サービス（通所介護、通所リハ、特定施設、認知症グループホーム等）

② 低栄養リスクが高い介護施設入所者に対する重点的な栄養管理

低栄養リスク改善加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等）

③ 医療機関と介護施設の栄養に関する連携

再入所時栄養連携加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設

栄養スクリーニング加算 5単位/回 (新設)

(主な算定要件)

- 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。

通所介護等の場合
(通所系サービス)



利用者

介護職員等による
栄養スクリーニング

居宅介護支援事業所



介護支援専門員

スクリーニング内容(主なチェック項目)

体格指数(BMI)	18.5未満
1~6か月の体重減少	3%以上
血清アルブミン値	3.5g/dl未満
食事摂取量	75%未満

※把握できない項目は省略可

【居宅介護支援事業の基準改正】

介護支援専門員は、口腔・服薬管理に関する問題等を把握し、専門職種に適宜共有する

特定施設等の場合
(居住系サービス)



利用者

介護職員等による
栄養スクリーニング



介護支援専門員



専門職への相談提言や
栄養改善に向けた
適切なサービスの選択

別紙 1

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等						記入者名：
								作成年月日： 年 月 日
								事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

実施日	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)
身長(cm) ^{※1}	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²) ^{※1} 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)			
血清アルブミン値(g/dl) ^{※2} 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))			

栄養スクリーニング加算の様式例 2/2

血清アルブミン値(g/dl) ^{※2} 3.5g/dl 未満	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
食事摂取量75%以下 ^{※3}	□無 □有 (%)	□無 □有 (%)	□無 □有 (%)	□無 □有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

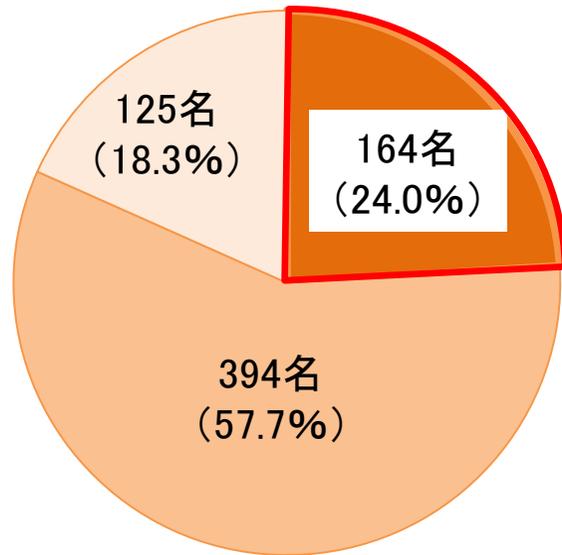
(参考)低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	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か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
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

○ 通所サービス利用者のうち、栄養改善が必要と思われる者は多い。

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

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%

※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

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)

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】

- 栄養改善加算を算定している通所事業所の割合は1.8%、通所サービス利用者に占める栄養改善加算の算定者の割合は3.0%であり、通所施設では栄養改善加算による栄養改善サービスがあまり行われていない状況にある。

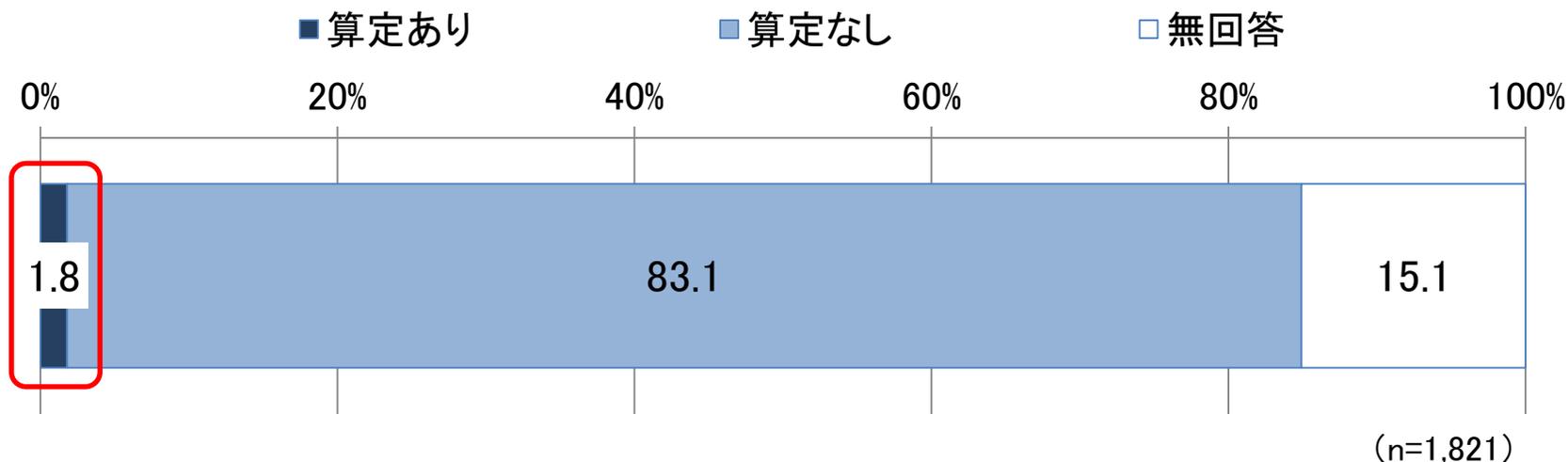


図 栄養改善加算の算定事業所の割合(通所介護)

通所サービス利用者に占める栄養改善加算の算定者の割合(%)

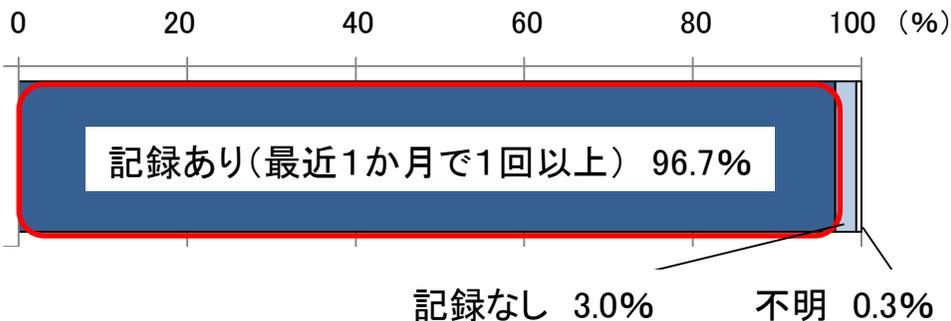
3.0

- 栄養改善加算を算定しない理由として、「栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため」、「必要な専門職が人材不足で配置できないため」を挙げる施設が多く、通所施設利用者に対し、低栄養のリスクアセスメントや栄養改善の取組が適切に行われていない可能性がうかがえる。

表 栄養改善加算を算定しない理由（複数回答）

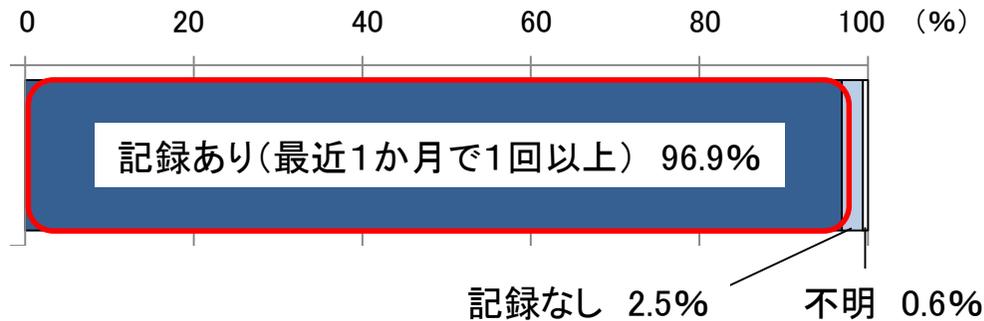
	全体	栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため	必要な専門職が人材不足で配置できないため	利用者が希望しないため	経営上のメリットを感じらないため	その他	無回答
件数	473	154	152	103	27	28	124
%	100	32.6	32.1	21.8	5.7	5.9	26.2

- 低栄養に関する情報として、定期的に体重や食事摂取量を記録している施設の割合はそれぞれ、96.7%、96.9%であった。
- 体重減少率が3%以上の入所者の割合は20.6%、BMI 18.5未満の入所者の割合は20.8%であった。



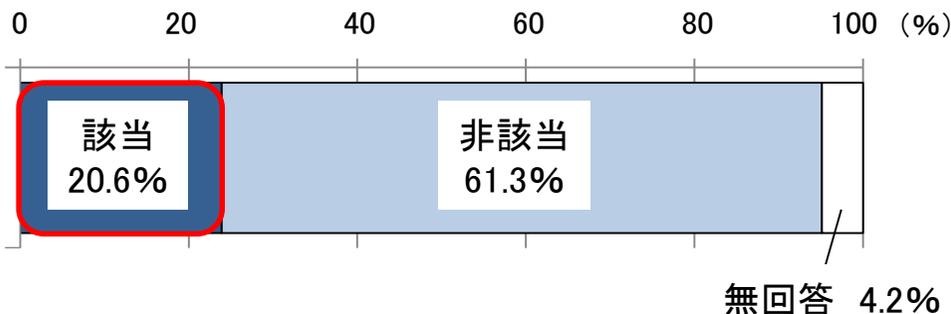
対象:施設調査票に回答のあった1,210施設

図 定期的に体重を記録している施設の割合



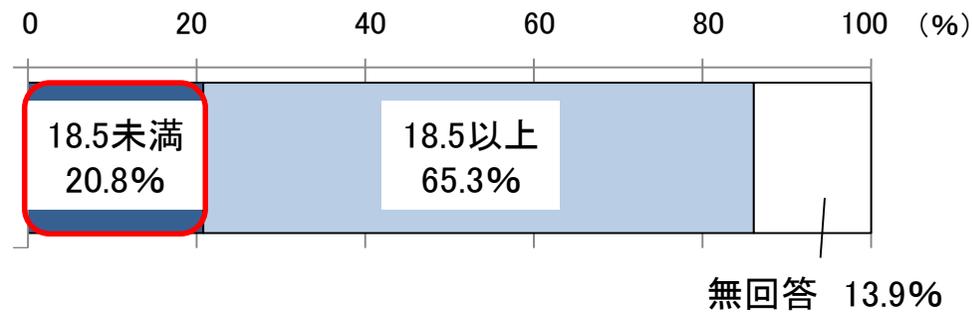
対象:施設調査票に回答のあった1,210施設

図 定期的に食事摂取量を記録している施設の割合



対象:入所者調査票に回答のあった入所者1,275名

図 6か月間の体重減少率3%以上の入所者の割合



対象:入所者調査票に回答のあった入所者1,275名

図 BMIが18.5未満の入所者の割合

出典:平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」(中間集計値)(一般社団法人日本健康・栄養システム学会)

平成30年度介護報酬改定の概要（主な栄養改定項目）

居宅要介護者等の栄養状態の定期的把握、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理、医療機関と介護施設の栄養連携の強化等により、どこに住んでいても必要なサービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

栄養スクリーニング加算の新設

対象：通所系サービス及び居住系サービス（通所介護、通所リハ、特定施設、認知症グループホーム等）

② 低栄養リスクが高い介護施設入所者に対する重点的な栄養管理

低栄養リスク改善加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等）

③ 医療機関と介護施設の栄養に関する連携

再入所時栄養連携加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

② 低栄養リスクが高い介護保険施設入所者に対する重点的な栄養管理

- 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設

低栄養リスク改善加算 300単位／月（新設）

（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

※「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)

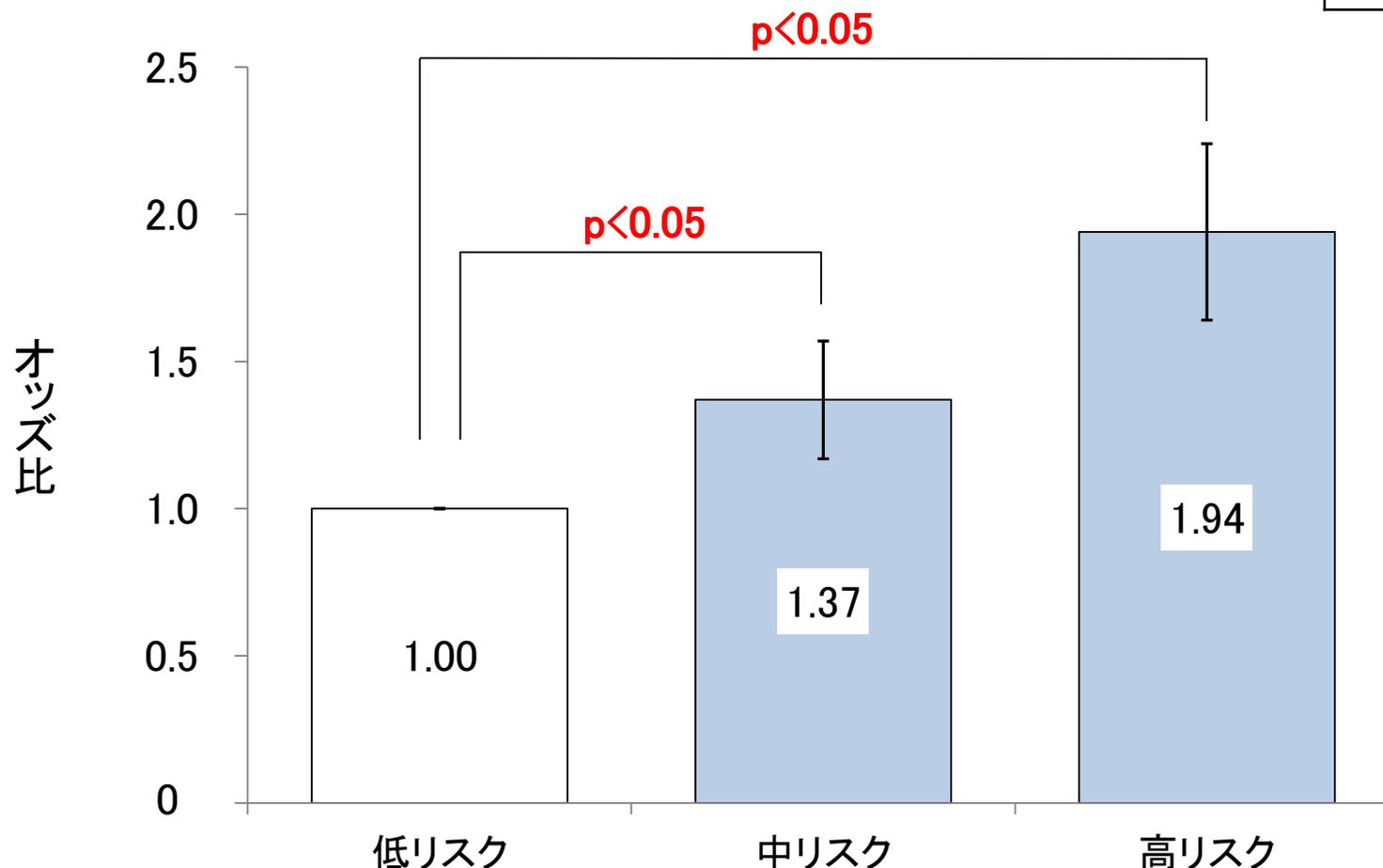


図 低栄養リスクが予後(入院・死亡)に及ぼす影響(低リスクを基準とした場合)

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

平成30年度介護報酬改定の概要（主な栄養改定項目）

居宅要介護者等の栄養状態の定期的把握、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理、医療機関と介護施設の栄養連携の強化等により、どこに住んでいても必要なサービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 通所・居住系サービスにおける栄養改善の取組の推進

栄養スクリーニング加算の新設

対象：通所系サービス及び居住系サービス（通所介護、通所リハ、特定施設、認知症グループホーム等）

② 低栄養リスクが高い介護施設入所者に対する重点的な栄養管理

低栄養リスク改善加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院等）

③ 医療機関と介護施設の栄養に関する連携

再入所時栄養連携加算の新設

対象：施設系サービス（(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

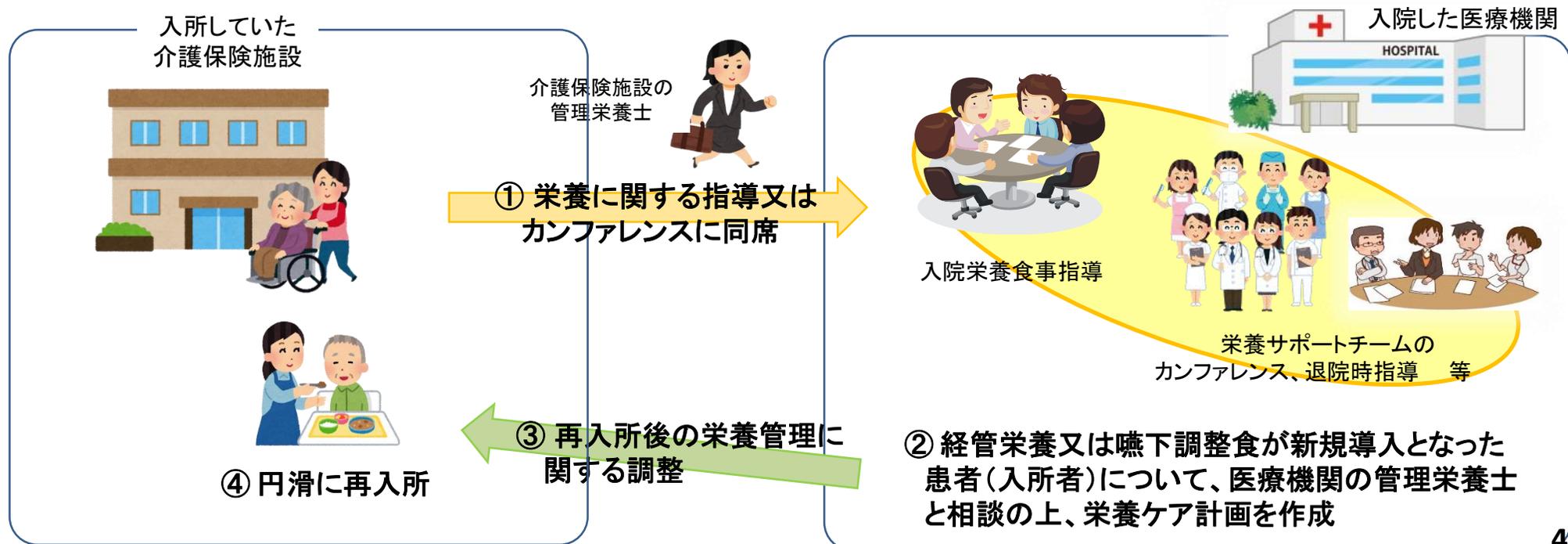
③ 医療機関と介護施設の栄養に関する連携

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設

再入所時栄養連携加算 400単位／回 (新設)

(主な算定要件)

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食が新規導入となった場合であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、再入所後の栄養管理について、当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画を作成し、当該介護保険施設へ再入所となった場合に、1回に限り算定できること。
- 栄養マネジメント加算を算定していること。



- 自施設から医療施設に入院(自宅等に退所後の入院も含む)し、再度自施設に入所した者(以下「再入所者」という。)が1名以上いた施設の割合は97.7%であり、1施設当たりの該当者数は14名(8~25名)*であった。
- 以前の入所時と比べて高度な栄養管理が必要となった再入所者が1名以上いた施設の割合は77.2%であり、再入所者に占める該当者の割合は22.0(3.5~43.7)%*であった。

* 値は中央値及び四分位範囲

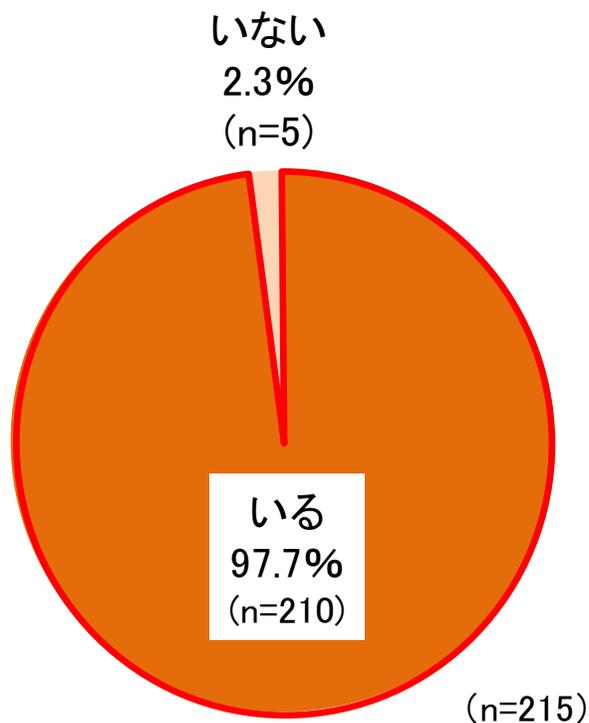


図 医療施設からの再入所者が平成28年度に1名以上いた施設

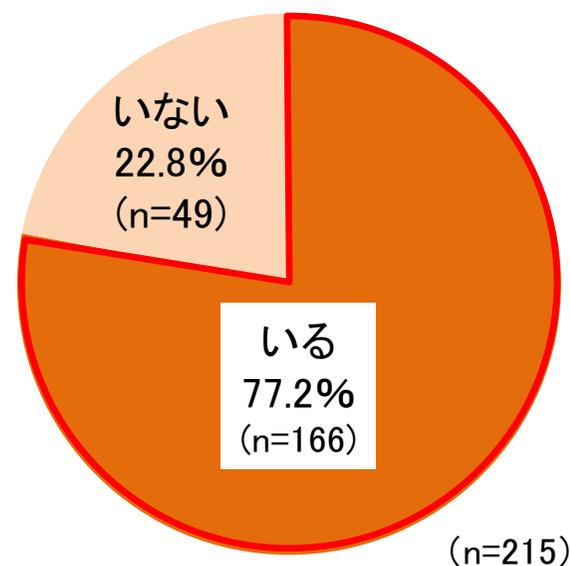


図 医療施設からの再入所者のうち、高度な栄養管理が必要となった者が平成28年度に1名以上いた施設

- 再入所時に必要となった高度な栄養管理としては、「摂食嚥下機能の低下に伴う嚥下調整食の導入」が66.0%、「経口摂取困難による経腸栄養の導入」が46.5%であった。
- 医療施設に入院した元入所者を受け入れることについて、栄養管理面の問題が一因となり、難渋又は断念したことがあると回答した施設の割合は31.6%であった。
- こうした難渋・断念例の主な理由は、「人的余裕がない」が32.4%、「食種への対応が困難」が26.5%であった。

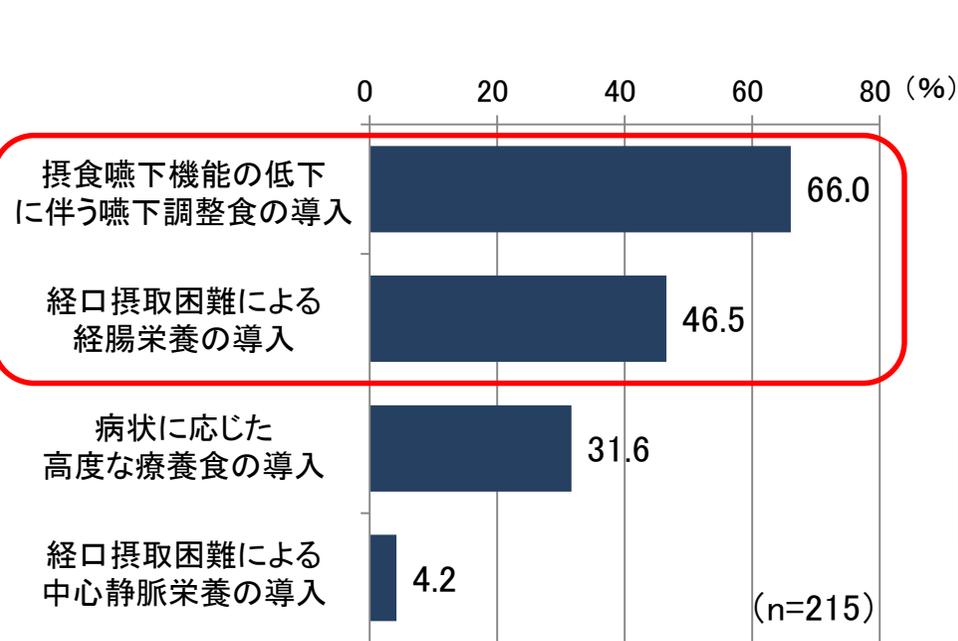


図 再入所時に必要となった高度な栄養管理(複数回答)

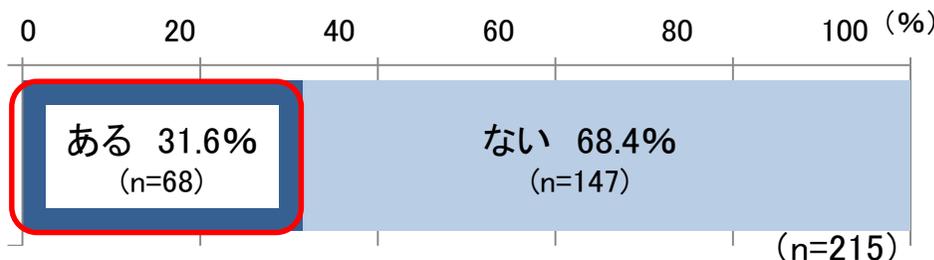


図 栄養管理面の問題が一因となり、自施設への受入れについて難渋又は断念したことはあるか

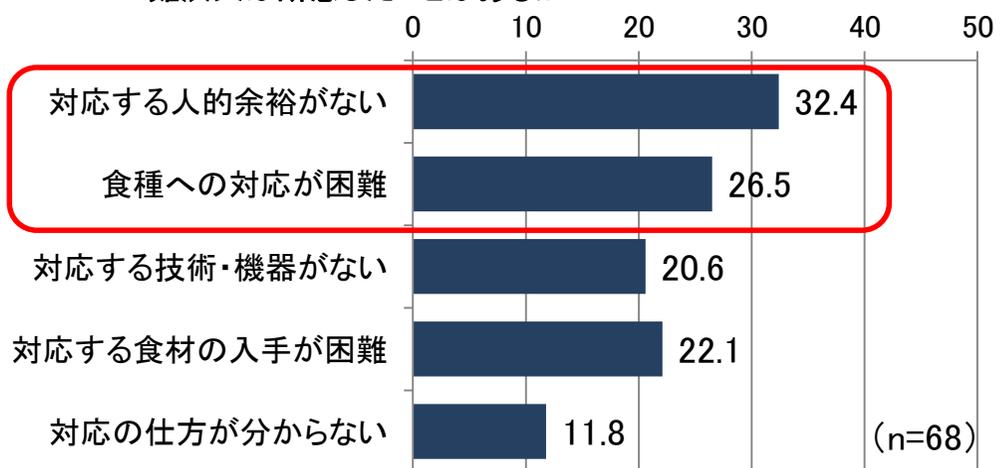


図 自施設への受入れについて難渋又は断念した理由(複数回答)

出典: 介護保険施設における栄養食事情報の連携に係る全国調査(公益社団法人日本栄養士会:平成29年)
 (対象施設:全国の介護老人福祉施設(n=114)及び介護老人保健施設(n=101)の計215施設(平均入所者数79名、管理栄養士平均配置数1.3名))

- 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談を「あまりしない」、「しない」と回答した施設の割合は56.3%であり、相談が必要と「よく思う」、「時々思う」と回答した施設の割合は、85.1%であった。
- 施設の管理栄養士が紹介元の医療施設の管理栄養士に確認・相談したい主な事項は、「入院中の栄養管理経過」が87.4%、「食種・食事形態」が85.2%のほか、「退院時の嚥下調整食」が65.6%、「経腸栄養用製品の選択や使用」が52.5%であった。

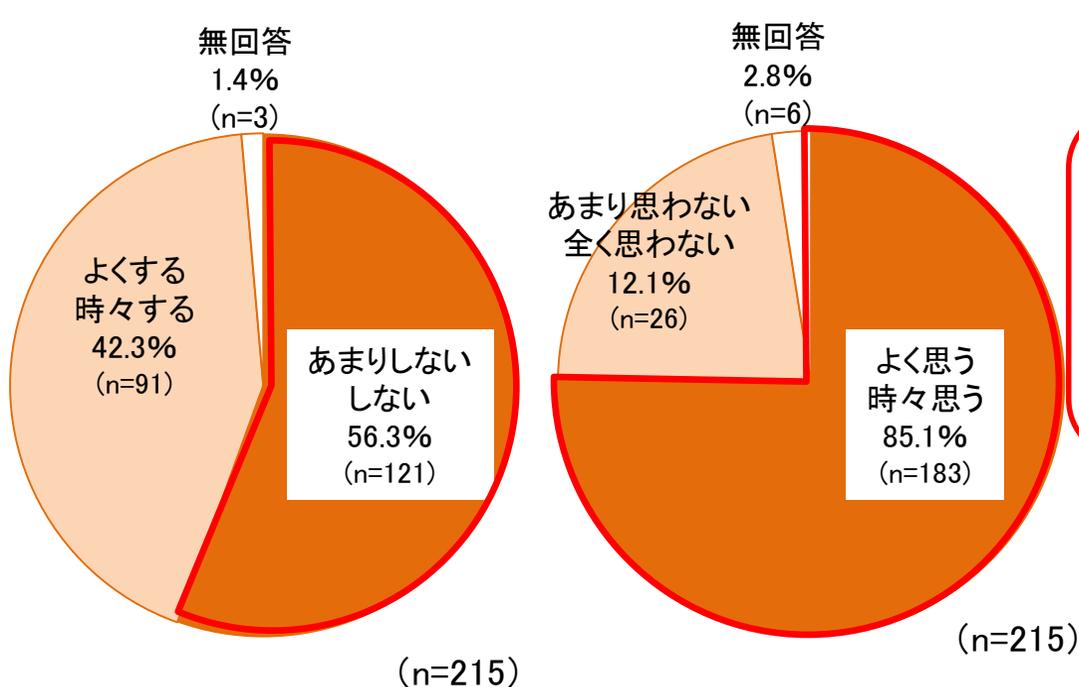


図 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談を行っているか

図 医療施設の管理栄養士と栄養管理に関する相談が必要と思うか

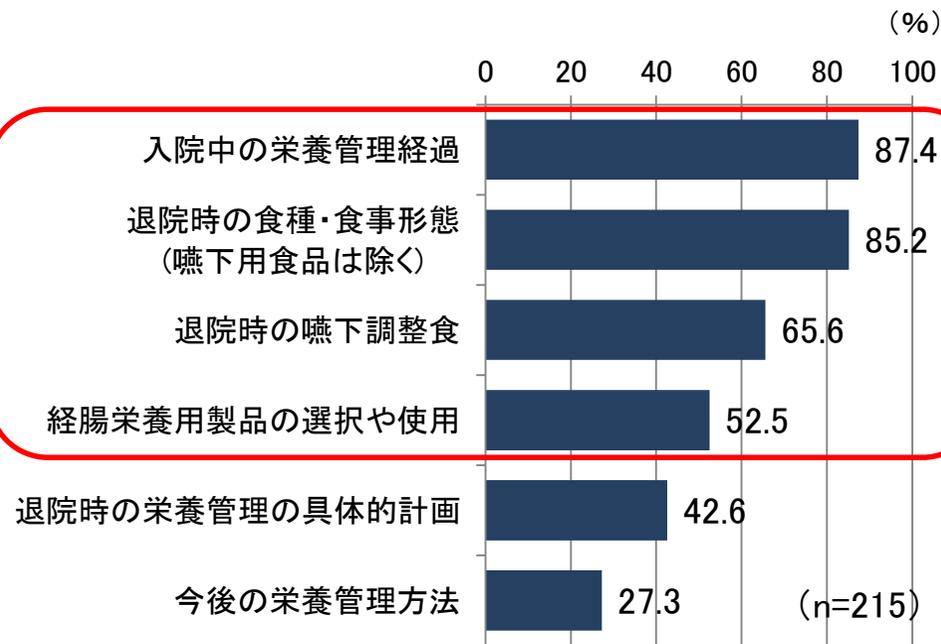


図 施設側の管理栄養士が確認・相談したい事項(複数回答)