

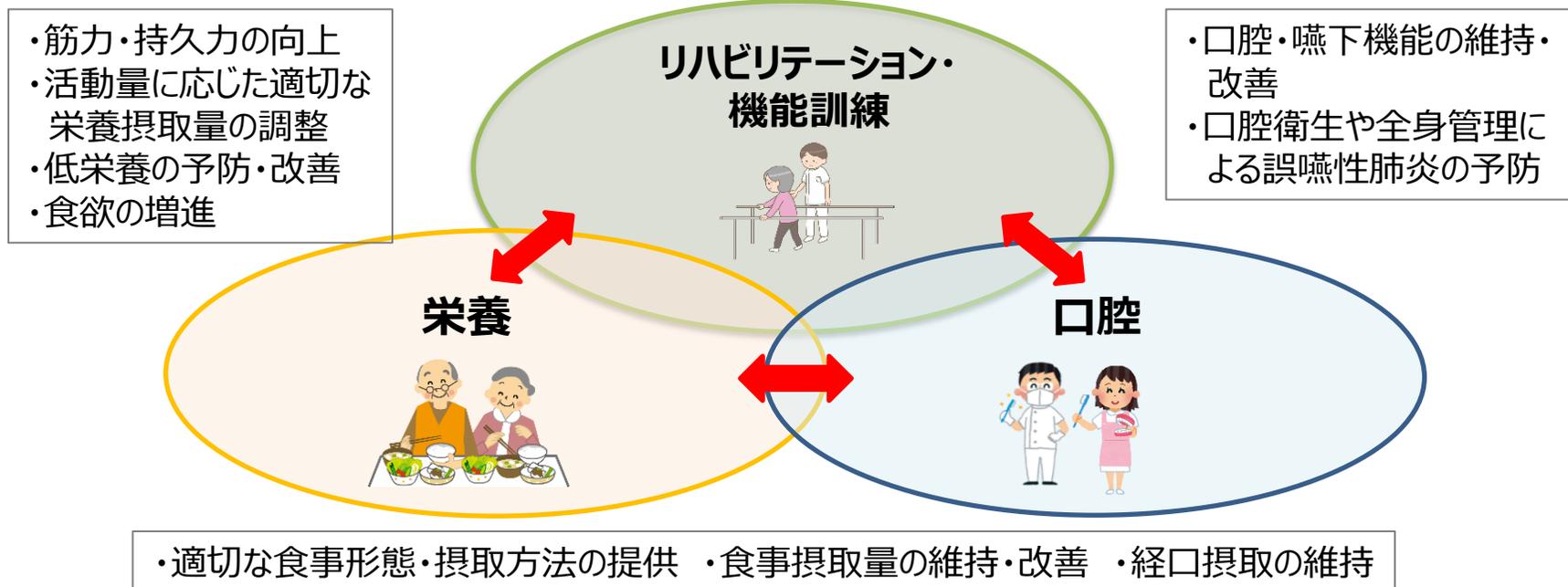
# リハビリテーション・口腔・栄養

## 参考資料

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

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。

# 【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（施設）

多職種によるミールラウンドで評価を行い、職員間の日常的なコミュニケーションで速やかに課題を解決

<施設> 介護老人保健施設（在宅復帰超強化型） <入所定員> 100床

<職員数> 理学療法士(PT) 6人、作業療法士(OT) 5人、管理栄養士(RD) 2人、歯科衛生士(DH) ※協力歯科医療機関から訪問

## 多職種によるミールラウンド

- ・ 摂食嚥下機能が低下している入所者に対して、月1回、全職種によるミールラウンドを開催（開催日は、歯科衛生士の訪問日に合わせて設定）
- ・ 多職種で評価を行い、各専門職の視点で支援に関する情報を共有



## 日常的なコミュニケーション

- ・ 食事の時間は、普段から管理栄養士やリハ職が食堂を巡回するようにしており、入所者の食事の様子を定期的に観察
- ・ 気になる点があれば、「軒下会議」と称する廊下などでの打合せで、解決策をすぐに検討
- ・ 食事の場に専門職がいることで、介護職員等も気軽に相談できる



### <気づきと対応例>

- 食べ物を口に溜め込んでいる⇒多職種で相談し、OTが食具の選定、RDが副食へのあんかけ対応、介護職が小分け配膳。
- 口が痛いと食事を残す⇒RDからDHに相談。DHが義歯の下の炎症に気づく。歯科医師から処方された薬を塗布。

# 【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（通所）

86歳 女性 要介護4

通所サービスでの多職種による対応に加え、居宅訪問を通じて在宅サービスとも連携

<主病名> 脊髄小脳変性症、パーキンソン症候群 <ADL> 食事はセッティングにより一部介助、その他ほぼ全介助

<経過> 数年前からむせが出現し、誤嚥性肺炎と廃用によるADL低下で3か月間入院治療。退院後1日2～4回の訪問介護利用。

<嚥下状態> 嚥下障害（主に咽頭機能障害）で特に水分での誤嚥がリスク高い <口腔状態> 舌運動能力低下、口腔内清掃状態不良

<食事形態> 介入時：軟飯、軟菜一口大、水分濃いとろみ（入院時の食事形態を維持）

<通所リハ> 週3回、1回5～6時間

通所リハ

歯科衛生士から口腔内のトラブル（舌を噛んでいるなど）を相談

## 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- ・身体機能、座位姿勢、食事動作、嚥下機能の評価を実施
- ・頸部ストレッチ、基本動作練習を実施
- ・適切な食事形態・座位姿勢を提案
- ・**歯科衛生士からの相談により**発声練習だけでなく口腔へのかわり（口腔体操など）を追加

## 管理栄養士

- ・嚥下状態を言語聴覚士と共有し、**食事形態を調整**
- ・栄養状態の評価とモニタリング

## 歯科衛生士

- ・来所時に口腔内状態や口腔機能について確認
- ・家族への歯磨き方法指導

ヘルパーが訪問してる時間帯にSTと管理栄養士により**居宅訪問**

居宅

家族、ヘルパー、ケアマネ、訪問看護、訪問リハ（PT）との連携・情報共有

管理栄養士

ヘルパー

- ・食事形態に合わせた調理やとろみの付け方、姿勢の伝達
- ・ポイントをまとめた資料を提示

# 【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（認知症・在宅）

82歳 男性 要介護度3

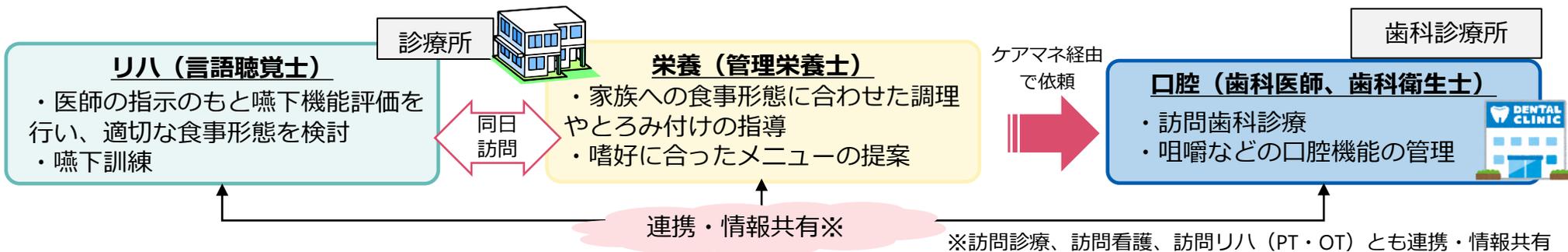
認知症による摂食・嚥下機能の低下や食事量のムラ・嗜好の偏りに多職種で対応

＜主病名＞アルツハイマー型認知症 悪性リンパ腫 脳梗塞後 <ADL> 歩行は要介助、食事と排泄は自立

＜経過＞数年前から食事量が減り、むせるようになった。誤嚥性肺炎にて3か月間入院治療。退院後、訪問診療開始。

＜嚥下状態＞嚥下障害で特に水分での誤嚥兆候が強い <口腔状態＞口腔内清掃状態不良

＜食形態＞介入時：全粥、軟菜食、水分とろみなし（入院時：全粥、ソフト食、水分薄とろみ）



**介入時**  
(学会分類コード4)

水分とろみなし  
(むせる)

ハンバーグ  
(一口大に切ると「嫌だ」と拒否)



全粥  
(唾液で後半は離水する)

状況に合わせて調整

主食：ミキサー粥、粥ゼリー  
副菜：市販介護食品の検討  
水分：とろみの調整

**半年後**  
(学会分類コード2-1)

水分濃いとろみ

市販介護食  
1品



粥ゼリー  
(大好きなお餅に見た目を工夫)

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：51kg  
＜血液データ＞ Alb 3.1g/dL TP 5.8g/dL  
＜摂取栄養量＞ エネルギー：500kcal  
たんぱく質：15g

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：**54kg**  
＜血液データ＞ Alb **3.7g/dL** TP **6.7g/dL**  
＜摂取栄養量＞ エネルギー：**1500kcal**  
たんぱく質：**55g**

ある夏の日

そうめんが  
食べたい！

診察時でも  
STリハビリ時でも  
言われ…

そうめんをミキサーにかけ  
ゲル化剤で作成  
食感はずゼリー



そうめんゼリーを作成

# 【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（経口摂取への移行・在宅）

90歳 女性 要介護度 5

## 経口摂取への移行をめざし、在宅において多職種が連携

＜主病名＞脳梗塞後後遺症　＜主訴＞食べられるようになりたい

＜経過＞誤嚥性肺炎にて入院、経管栄養にて自宅退院

＜栄養の状態＞経鼻経管栄養（エネルギー1200kcal）にて栄養管理中

＜口腔の状態＞歯の欠損があるが、義歯は使用していない

＜嚥下の状態＞経口摂取なし、誤嚥あり

### 訪問リハビリテーション

#### 言語聴覚士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・食形態の検討
- ・高次脳機能に対する訓練の実施

#### 医師

- ・基礎疾患の医学管理
- ・栄養量の指示

#### 診療所



#### 管理栄養士

- ・食形態に応じた栄養管理の実施
- ・栄養量に応じたメニューの提案

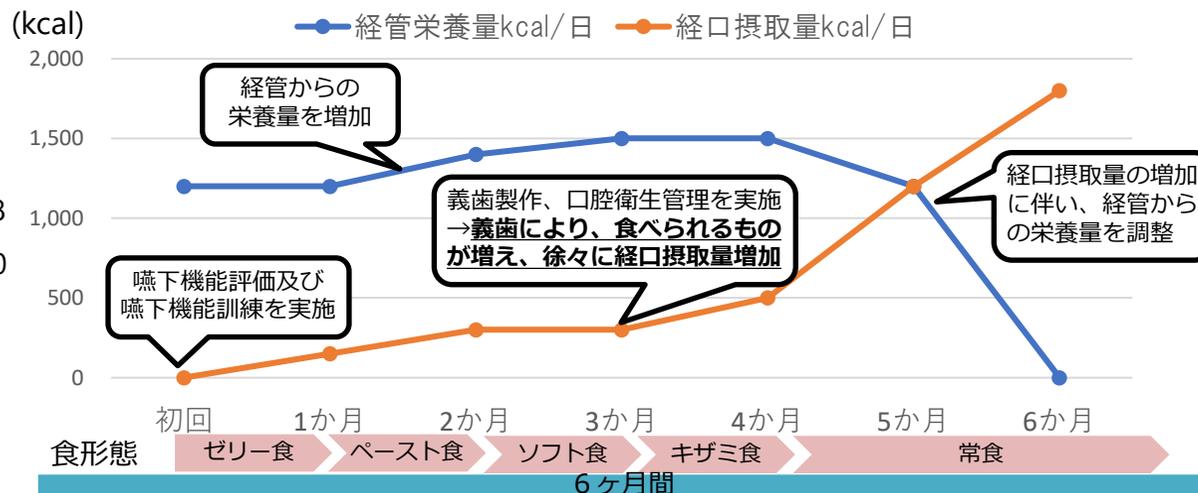
#### 連携・情報共有

※SNS、患者宅に置いた連絡ノート、診療情報提供書等を活用

#### 歯科診療所

#### 歯科医師、歯科衛生士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・義歯の製作、調整
- ・食形態の検討
- ・口腔の衛生管理の実施・指導



経管からの栄養量を増加

嚥下機能評価及び嚥下機能訓練を実施

義歯製作、口腔衛生管理を実施  
→義歯により、食べられるものが増え、徐々に経口摂取量増加

経口摂取量の増加に伴い、経管からの栄養量を調整



体重 (kg) : 28  
BMI : 13.9  
ADL (BI※) : 20  
アルブミン値 (g/dL) : 3.4



体重 (kg) : 37.1  
BMI : 18.9  
ADL (BI※) : 45  
アルブミン値 (g/dL) : 4.1

- ・完全経口摂取に移行
- ・低栄養の改善

※: Barthel Index

# 【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

## 医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

連携のポイント①  
診療情報を提供



### 診療情報提供書

- ・現病歴・既往歴
- ・治療経過・内服薬
- ・医学管理上の留意点
- ・入院中のイベントなど

連携のポイント② 医療と介護共通の  
リハビリテーション実施計画書を作成



### リハビリ実施計画書

- ・現在の身体機能・動作能力
- ・訓練の目標・方針
- ・入院中の訓練内容
- ・訓練上の留意点・禁忌
- ・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに  
介護スタッフも参加



### 退院前カンファレンス

- ・入院経過の詳細
- ・本人・家族の思い
- ・退院後ケアプラン
- ・現状の課題 等

## 介護保険 訪問リハビリテーション

Survey

### 健康状態の把握・生活機能の評価

- ・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- ・課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

### 背景因子(環境・個人)

- ・本人の希望：普通のご飯を食べたい
- ・家族の希望：トイレで排泄してほしい
- ・夫と娘との3人暮らし
- ・家族は非常に熱心で協力的

Plan

### 訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

Do



歩行訓練



嚥下訓練



トイレでの排泄訓練

Check

6か月後：娘の見守りのもと，杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった  
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

### アウトカム評価

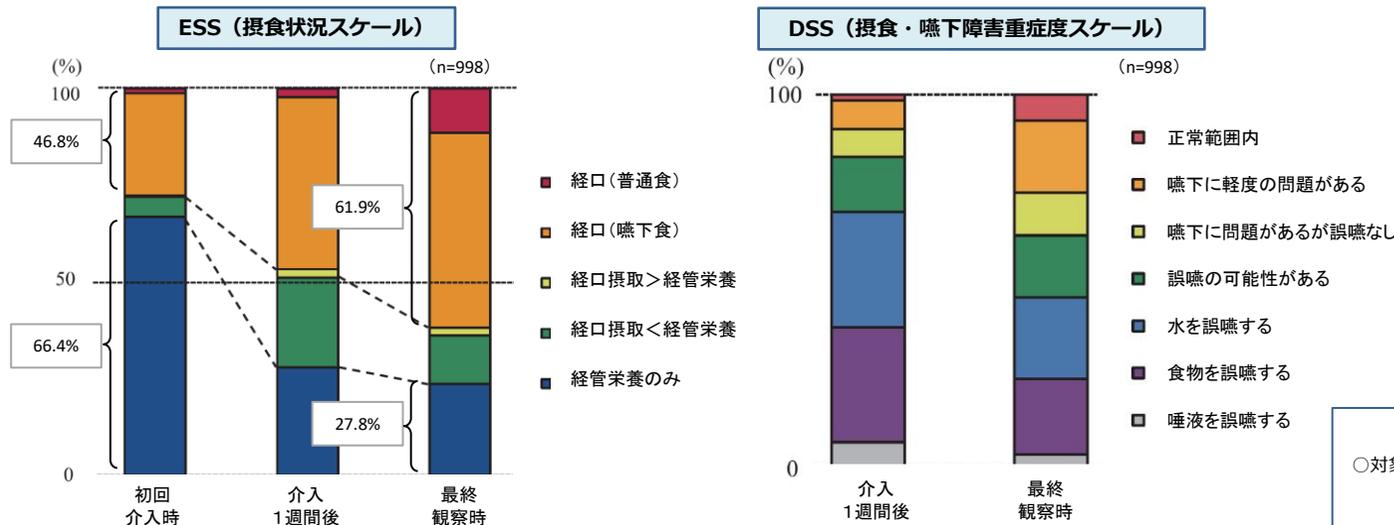
Barthel Index：15点⇒45点に改善  
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

Act

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行

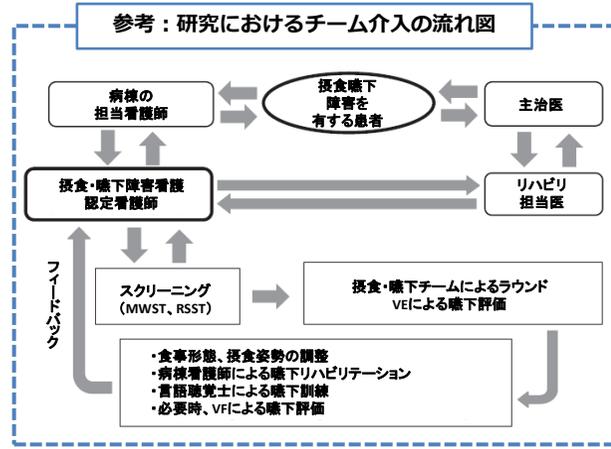
○ 医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

## ■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



・経口で摂取可能な患者の割合が増加  
 ・ESSスコア改善43.0%、不変54.6%、悪化2.4%

・摂食・嚥下障害の重症度が低い患者の割合が増加 (p<0.001)



**<研究の概要>**

○対象: 摂食・嚥下障害を有する患者998名  
 【性別】 男性638名、女性360名 【年齢】 平均74歳  
 【主傷病】 脳卒中46.0%、その他の脳疾患15.9%、呼吸器疾患7.8% 等

○最終観察時までの日数: 平均24日 (1~337日)

○介入内容: 嚥下リハビリテーションの実施10.1%、言語聴覚士による摂食訓練の実施14.9%、上記両方の実施14.9%  
 認定看護師によるフォローのみ33.9%

## 【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

職種	計画・評価等	嚥下評価	嚥下訓練	口腔ケア	患者・家族への指導	その他	
医師、歯科医師	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案 ○リハビリ方針の決定 ○摂食姿勢、介助方法、食具、食事形態の検討	○嚥下内視鏡検査 ○嚥下造影	○実施内容の評価	○歯科診療	○摂食時の注意点、口腔ケア、嚥下訓練の方法等の指導		
摂食・嚥下障害看護認定看護師		○嚥下機能の観察・評価 ○反復唾液嚥下テスト(RSST) ○改訂水のみテスト(MWST) ○食物テスト	○リハビリ計画の立案 ○嚥下訓練の実施 ○実施内容の評価	○口腔状態の評価 ○口腔ケア		○病棟看護師への指導 ○外来看護師や在宅における関係者との連携	
言語聴覚士							
理学療法士、作業療法士							○食事形態等の工夫の対応
管理栄養士							○嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の抽出、処方提案 ○服用薬の剤形や服用方法等の提案
薬剤師							
歯科衛生士						○口腔ケア	

【出典】(上図) Jpn J Rehabil Sci 2015;6: 50-55をもとに保険局医療課にて作成 (下表) Jpn J Rehabil Sci 2015;6: 50-55、耳鼻58:261-267,2012、日摂食嚥下リハ会誌14(3):219-228,2010、奥村.第2回日本老年病薬学会学術大会をもとに保険局医療課にて作成

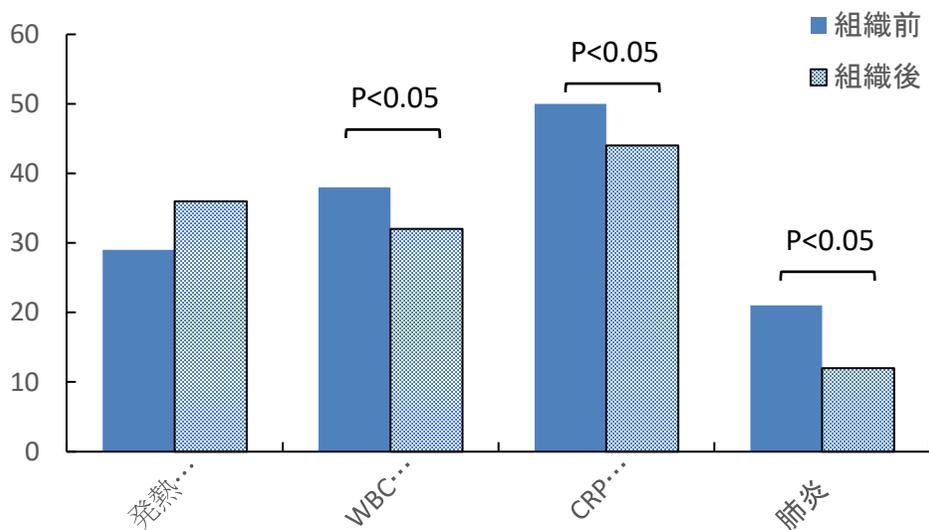
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

### 【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。

医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前 (n=132、平均年齢70.0±12.2歳) とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後 (n=173、平均年齢70.1±11.5歳) として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※ : WBC : White blood cell、CRP : C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

	ハザード比	95%信頼区間	P値
入院時NIHSS※ (1ポイント増加毎)	1.11	1.08 - 1.14	<0.0001
嚥下チームの介入	0.39	0.18 - 0.81	0.01

※ : National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

# 栄養サポートチーム加算の推移

## 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

### 【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

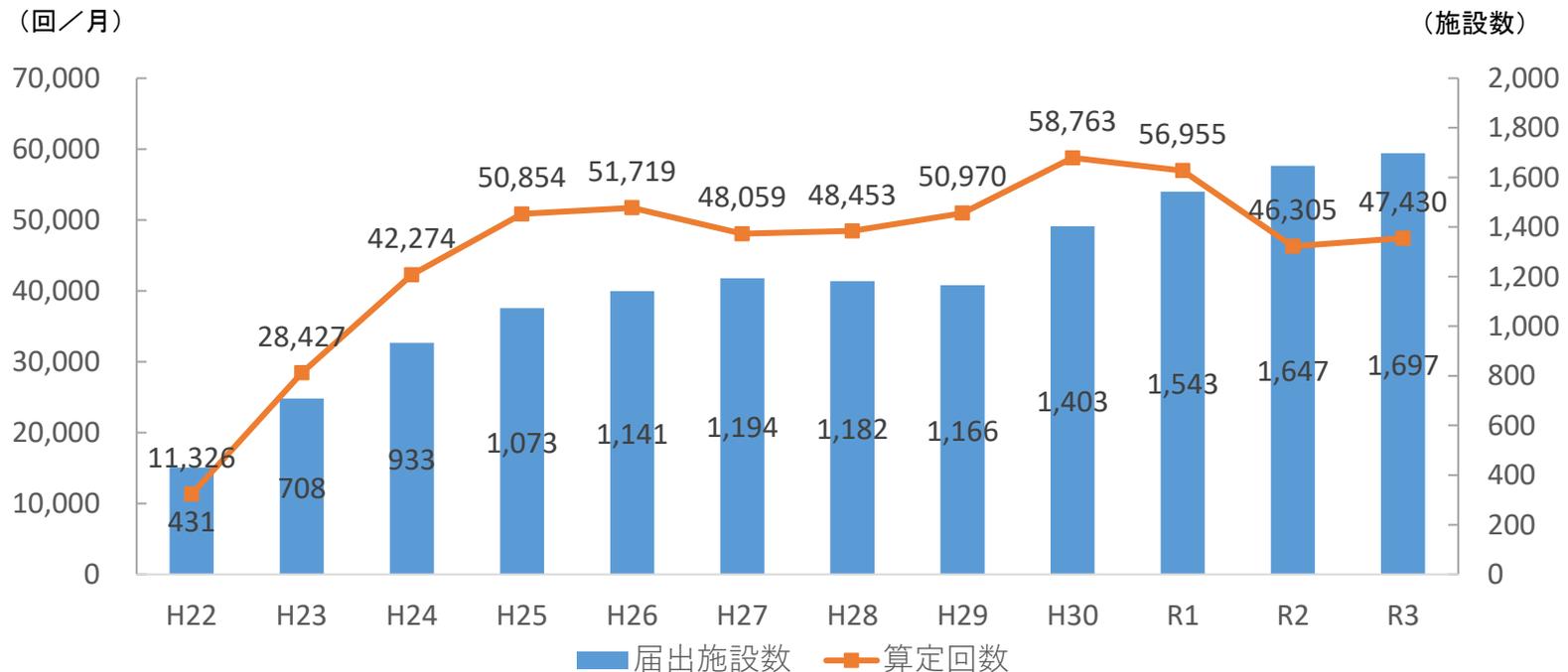


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

①24時間ベッドサイドで全身状態(栄養状態、皮膚の状態、臥床時間、活動性など)の観察・評価を行います。褥瘡がしやすい人には、▽オムツや寝具の選択▽肌の乾燥を防ぐための保湿▽皮膚への負担を軽減する身体の動かし方などについて、具体的なアドバイスをしながら、実際のケアを実施。

②褥瘡がある場合は、これらの予防ケアに加えて、薬剤やドレッシング材(傷を保護するために覆うもの)などを用いて適切な処置・ケアを実施。

看護師



医師



褥瘡(床ずれ)の評価、治療方針の決定および治療を実施

リハ職等



- ①身体の特定の部分に圧迫を受けないよう、寝具の選定や見直しを実施。
- ②褥瘡(床ずれ)の治癒促進や予防をするため、福祉用具を用いて、治療・指導・援助。
- ③圧迫が少なくなるよう(除圧)に、自力での体位変換の練習や、除圧姿勢の指導の実施。
- ④除圧のためのベッドやマット、車椅子など用具の調整を実施。

患者



薬剤師



- ①褥瘡の病態を観察し、治療に使用する外用薬やドレッシング材(創傷被覆剤)について、その特性を活かした選定・使用法を提言・指導します。さらに、薬剤の効果を評価。
- ②褥瘡周囲の皮膚のたるみなどによる、きずのゆがみは薬剤の効果が現れにくいいため、原因を改善して治療期間の短縮。
- ③外用薬に限らず、褥瘡の発症に関係する内服薬の影響を把握し、副作用を防止。

管理栄養士



- ①患者さんの必要な栄養量を算出したうえで、実際の摂取栄養量・不足栄養素・栄養状態の評価をして、栄養補給方法を計画立案。
- ②患者さんの嗜好への対応、使用する食品や調理法の決定、栄養補助食品の選択、食事形態(普通食・きざみ食・とろみ食など)の提言、テクスチャー(口当たり・歯ごたえ・舌触りなど)の提言、水分管理の評価、経腸栄養剤における選別の提言などを実施。

予防・早期発見



適切な褥瘡管理



褥瘡の改善・治癒

# 誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

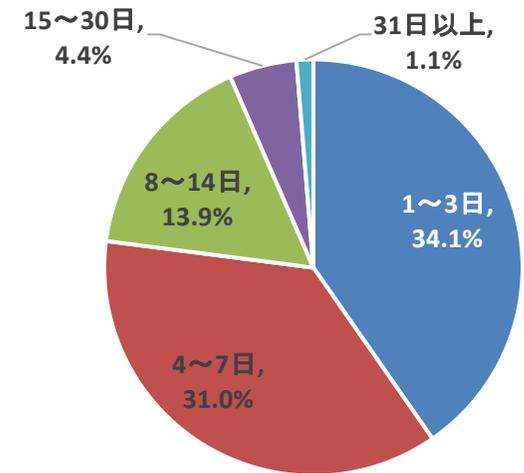


図 禁食から食事が開始された時期  
(n = 72,315)

# リハビリテーション実施計画書（医療）

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書				
患者氏名	性別 (男・女)   年齢 (歳)	計画開始年月日 (年 月 日)	発症日・手術日 (年 月 日)	
担当病名	治療内容	リハ開始日 (年 月 日)		
併存疾患・合併症	安静度・リスク	薬品・特記事項		
心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載				
<input type="checkbox"/> 呼吸器障害 ( JCS・GCS ) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 脱酸素療法 ( ) L/min   <input type="checkbox"/> 気切   <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器障害 <input type="checkbox"/> EF ( ) %   <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症   <input type="checkbox"/> 脂質異常症   <input type="checkbox"/> 糖尿病   <input type="checkbox"/> 虚脱 <input type="checkbox"/> 肥満   <input type="checkbox"/> 高尿酸血症   <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病   <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症   <input type="checkbox"/> 陈旧性心筋梗塞   <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ( ) <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ( ) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ( ) <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 麻痺   <input type="checkbox"/> 不随意運動   <input type="checkbox"/> 運動失調   <input type="checkbox"/> パーキンソン病 ) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ( ) <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 ( <input type="checkbox"/> 視覚   <input type="checkbox"/> 視覚   <input type="checkbox"/> 嗅覚   <input type="checkbox"/> 聴覚   <input type="checkbox"/> 深部覚 ) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ( <input type="checkbox"/> 構音   <input type="checkbox"/> 失語   <input type="checkbox"/> 吃音   <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 嚥下機能障害 ( ) <input type="checkbox"/> 排泄行動障害 ( <input type="checkbox"/> 記憶   <input type="checkbox"/> 注意   <input type="checkbox"/> 失行   <input type="checkbox"/> 失認   <input type="checkbox"/> 遂行 ) <input type="checkbox"/> 歩行障害 ( ) <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ( ) <input type="checkbox"/> 痛覚 ( ) <input type="checkbox"/> 痒痛 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
基本動作				
<input type="checkbox"/> 寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 一部介助   <input type="checkbox"/> 介助   <input type="checkbox"/> 非実施 )   <input type="checkbox"/> 座位保持 ( <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 一部介助   <input type="checkbox"/> 介助   <input type="checkbox"/> 非実施 ) <input type="checkbox"/> 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 一部介助   <input type="checkbox"/> 介助   <input type="checkbox"/> 非実施 )   <input type="checkbox"/> 立位保持 ( <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 一部介助   <input type="checkbox"/> 介助   <input type="checkbox"/> 非実施 ) <input type="checkbox"/> 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 一部介助   <input type="checkbox"/> 介助   <input type="checkbox"/> 非実施 )   <input type="checkbox"/> その他 ( )				
日常生活活動(動作) (実行状況) ※印またはFIMのいずれか必ず記載				
運動	項目	得点	開始時→現在	
	セルフケア	食事	FIM BI	10-5-0 → 10-5-0
		整容		5-0 → 5-0
		着脱・入浴		5-0 → 5-0
		更衣(上半身)		10-5-0 → 10-5-0
		更衣(下半身)		10-5-0 → 10-5-0
		トイレ		10-5-0 → 10-5-0
	排泄	排泄コントロール		10-5-0 → 10-5-0
		排泄コントロール		10-5-0 → 10-5-0
		ベッド、椅子、車椅子		15-10 → 15-10
	移乗	トイレ		5-0 → 5-0
		浴槽・シャワー		5-0 → 5-0
		歩行 (杖・柵具)		15-10 → 15-10
	移動	車椅子		5-0 → 5-0
		階段		10-5-0 → 10-5-0
小計 (FIM 13-91, BI 0-100)				
認知	コミュニケーション			
	理解			
	表出			
	社会的交流			
	社会認識			
小計 (FIM 9-28)				
合計 (FIM 19-126)				
栄養 ※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				
基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長 (*1): ( ) cm   <input type="checkbox"/> 体重: ( ) kg   <input type="checkbox"/> BMI (*1): ( ) kg/m <sup>2</sup> 栄養補給方法 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口: ( <input type="checkbox"/> 食卓   <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 )   <input type="checkbox"/> 胃ろう 嚥下機能の必要性: ( <input type="checkbox"/> 無   <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード ) ) 栄養状態の評価: <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 ( ) [上記で問題なし以外に該当した場合に記載] 必要栄養量 熱量: ( ) kcal   タンパク質量: ( ) g 摂取栄養量 (経口・経管・経静脈栄養の合計 *1+2) 熱量: ( ) kcal   タンパク質量: ( ) g *1: 身長測定が困難な場合は算略可 *2: 入院履歴等で不明な場合は総摂取栄養量でも可				
社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ				
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等   <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳   <input type="checkbox"/> 精神障害者   <input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳   <input type="checkbox"/> その他(他病等) <input type="checkbox"/> 申請中   <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 ( <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2 )   <input type="checkbox"/> 申請済手帳   <input type="checkbox"/> 申請済手帳   <input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳   <input type="checkbox"/> その他(他病等) 日産 (ヶ月)   日産 (終了時)   <input type="checkbox"/> 予定入院期間 ( )   <input type="checkbox"/> 退院先 ( ) <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要				
治療方針(リハビリテーション実施方針)		治療内容(リハビリテーション実施内容)		
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____		説明を受けた人: 本人、家族 ( ) 説明日: 年 月 日 署名 _____		

心身機能・構造

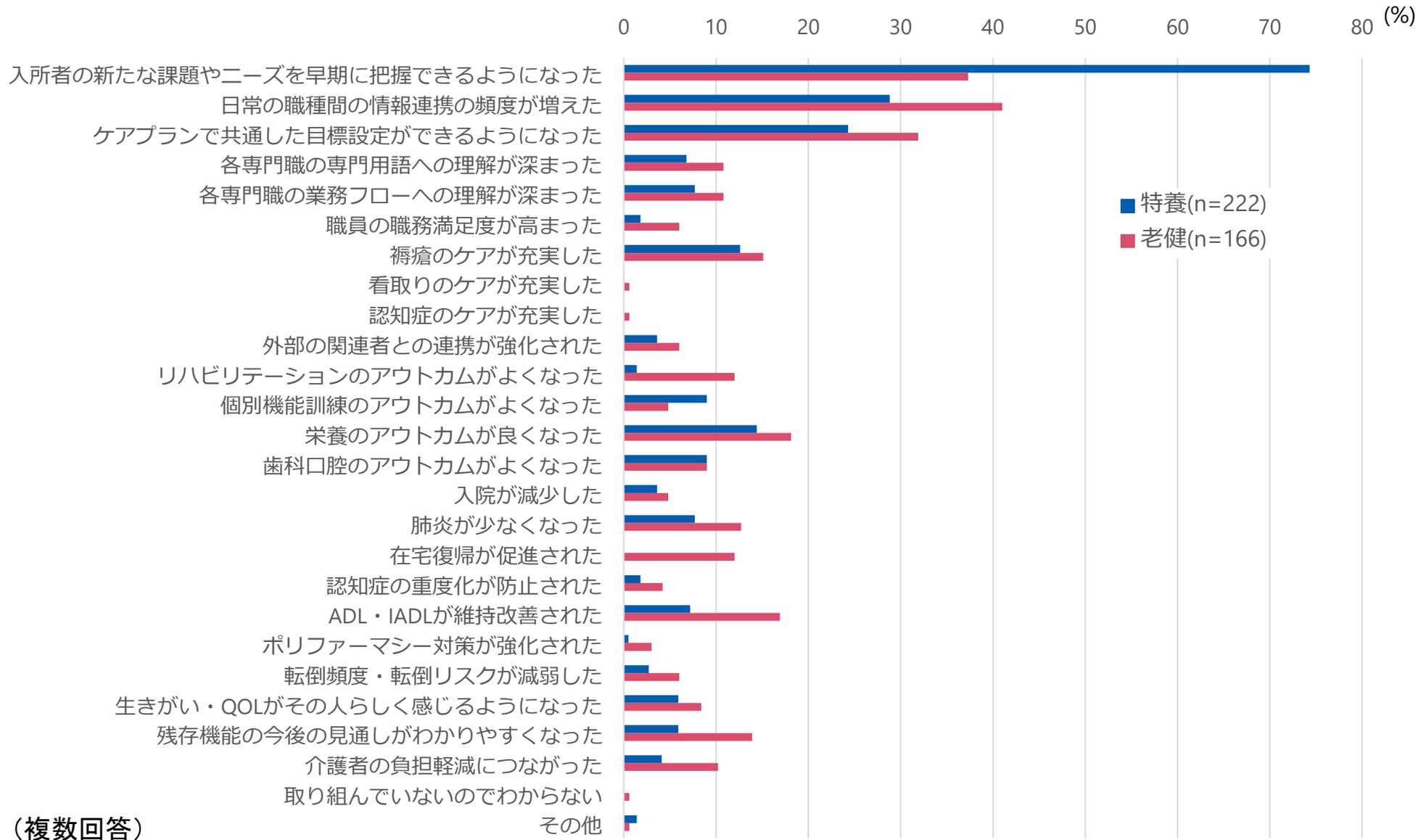
基本動作

栄養

社会保障サービスの申請状況



# 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（介護保険施設）



(複数回答)

# 通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進

- 介護保険における通所系サービス等において、口腔機能低下や低栄養のおそれがある利用者を早期に確認し、必要なサービスにつなげる観点から、介護職員等による口腔と栄養に関する一体的なスクリーニングを評価

## <口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）> 20単位/回 ※6月に1回



スクリーニング内容(主なチェック項目)		
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	
	入れ歯を使っている	
	むせやすい	
栄養	身長・体重	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

チェックした全員の情報を文書で提供



介護支援専門員



専門職への相談提言や適切なサービスの選択

## <対象サービス>

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★  
(★：介護予防についても同様の措置を講ずる場合)

# 地域支援事業（地域支援事業交付金・重層的支援体制整備事業交付金）

令和5年度当初予算案 1,933億円（1,928億円） ※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。



咲かそう、地域包括ケアの花！

## 2 事業費・財源構成

### 事業費

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

#### 【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業  
「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」  
※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能
- ② 包括的支援事業・任意事業  
「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」

### 財源構成

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業  
1号保険料、2号保険料と公費で構成  
(介護給付費の構成と同じ)
- ② 包括的支援事業・任意事業  
1号保険料と公費で構成  
(2号は負担せず、公費で賄う)

	①	②
国	25%	38.5%
都道府県	12.5%	19.25%
市町村	12.5%	19.25%
1号保険料	23%	23%
2号保険料	27%	-

## 3 実施主体・事業内容等

### 実施主体

市町村

### 事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

### ① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

#### ア 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、  
介護予防ケアマネジメント

#### イ 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、  
一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

### ② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

#### ア 地域包括支援センターの運営

介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、  
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、  
地域ケア会議の開催

### ③ 任意事業

地域の実情に応じて必要な取組を実施。

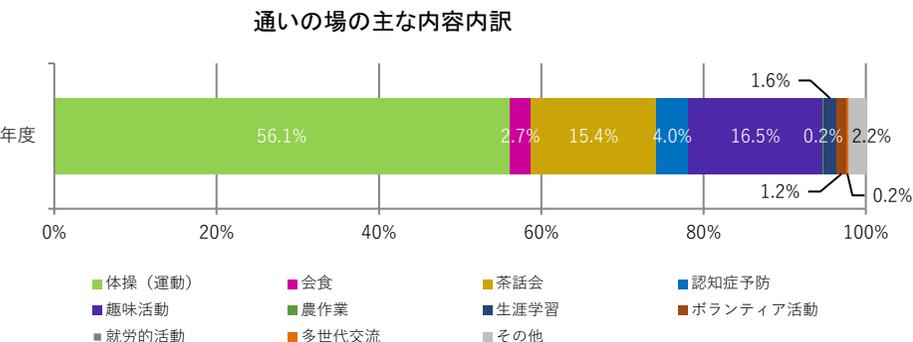
介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

# 住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※( )内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



（介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査）

（参考）事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
  - ・ 地域介護予防活動支援事業
  - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%  
1号保険料：23%、2号保険料：27%

# 短期集中予防サービス（サービスC）について

## 地域支援事業実施要綱（抜粋）

### （イ）訪問型サービス

④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）

#### （b）サービス内容

特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせる実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

### （ウ）通所型サービス

④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「通所型サービスC」という。）

#### （b）サービス内容

個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、短期集中予防サービスである。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとするにより、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであること。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場等への参加に結びつくよう配慮すること。また、当該事業は、効果的な取り組みができると判断される場合には、訪問型サービスCと組み合わせる実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

# 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進

## 地域ケア会議への参画等



自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

## 訪問・通所介護職員等への助言



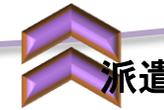
介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進



## 住民運営の通いの場への支援



介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援



地域包括支援センター



医療機関・  
介護サービス事業所等

連携

リハビリテーションに関連する専門職等



企画調整を  
連携し実施

郡市区等医師会等  
関係団体

市役所  
市町村

# 市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

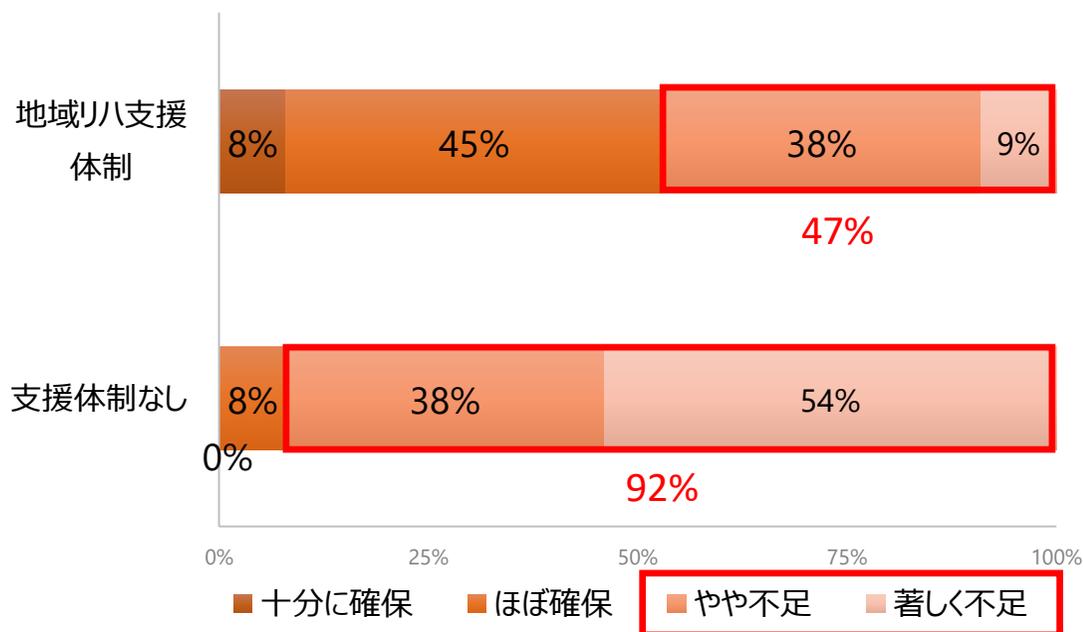
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

## 地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

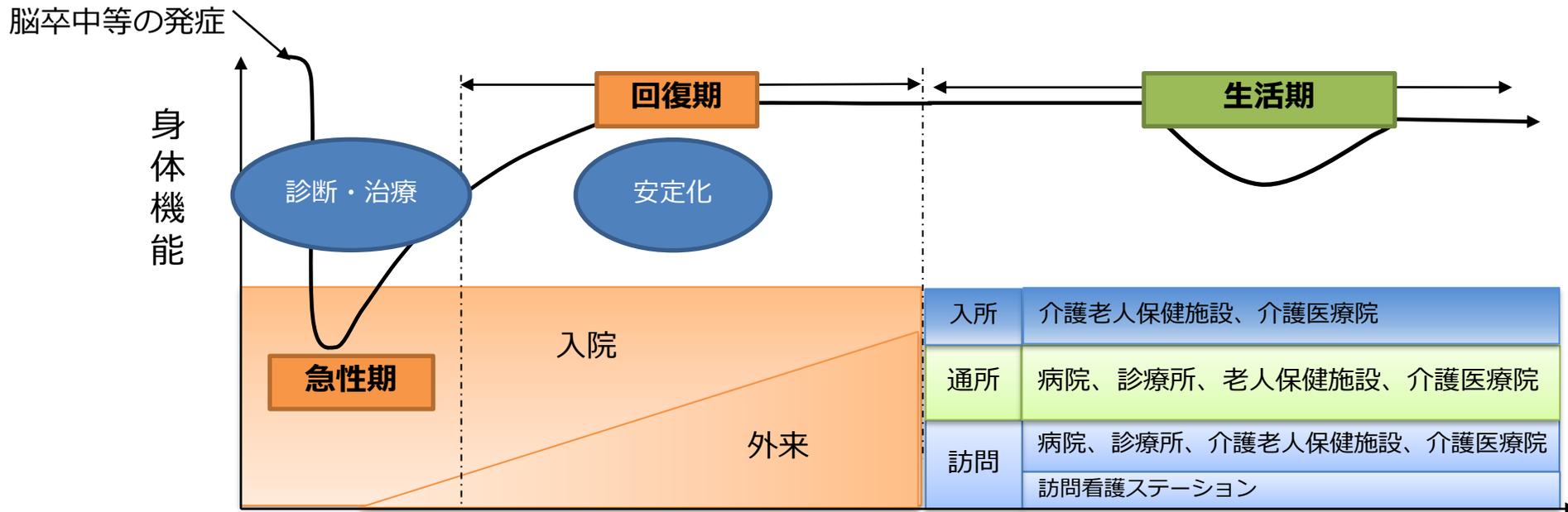
## 総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

# リハビリテーションの役割分担（イメージ）



	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

## 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

### 維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。（平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする）

### 医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

（新） リハビリテーション計画提供料1 275点

（新） 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

### 診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

# 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進①

## (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	平成30年度介護報酬改定以前	見直しの内容(注)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共用が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共用が認められる。

注 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションに限る。

# 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進②

## (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

#### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

#### 介護保険 通所リハビリテーション

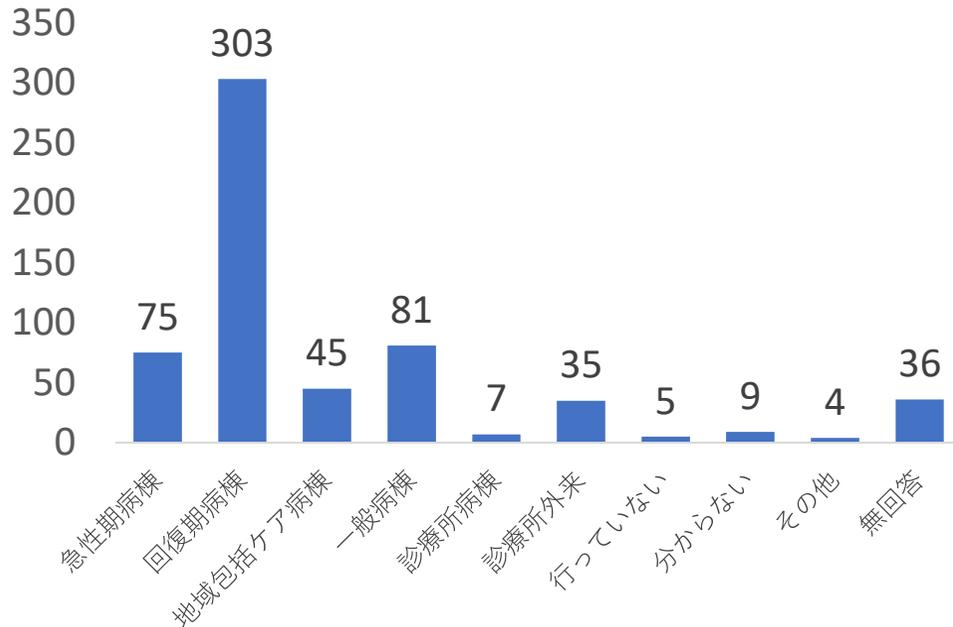
リハビリテーションマネジメント加算  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

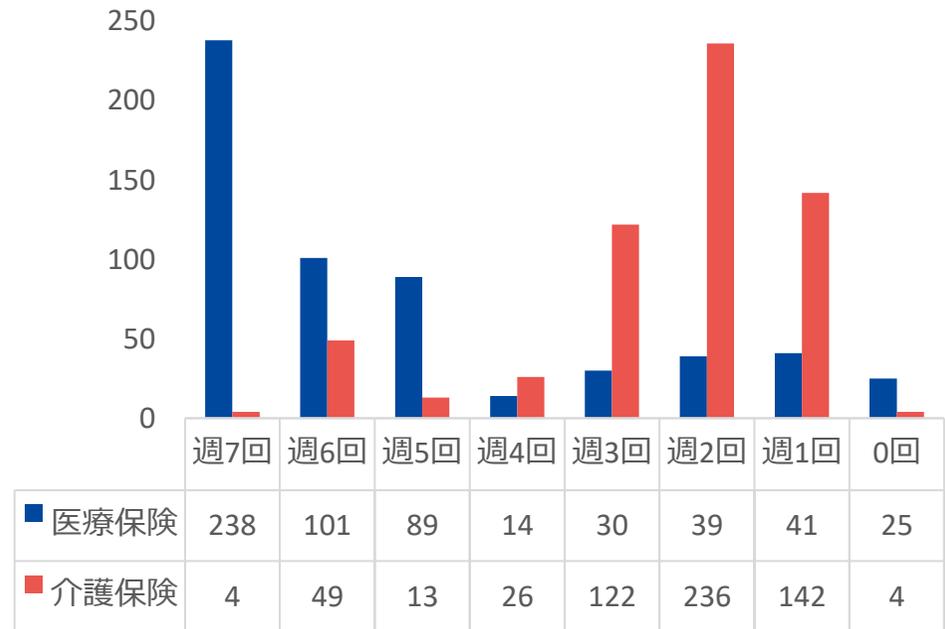
# 疾患別リハビリテーションから 介護保険におけるリハビリテーションへの移行について

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへの移行についての調査において、最後に疾患別リハビリを提供されていた場所は回復期リハビリテーション病棟が最多であった。
- 疾患別リハビリテーションの方が介護保険におけるリハビリテーションより提供頻度が多かった。

最後に疾患別リハビリテーション（診療報酬）を  
提供されていた場所



リハビリテーションの頻度  
(平均週回数, n=600)

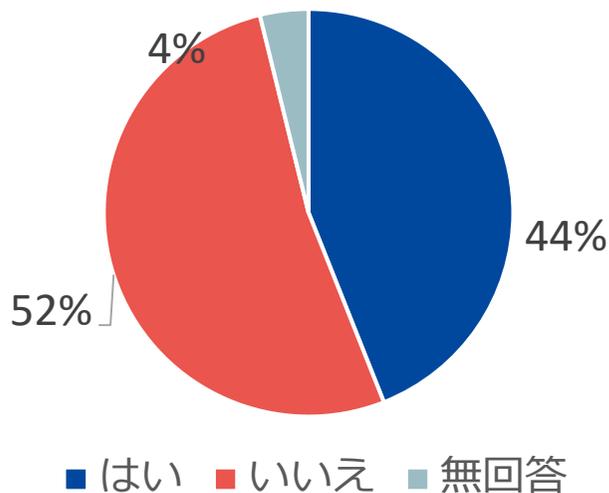


(対象) 疾患別リハビリテーション治療が終了3月以内に、介護保険の訪問リハ・通所リハ・老健のリハを利用中の要介護者  
 (方法) リハビリテーションマネジメントの提供状況に対するアンケート調査 期間：2020年10月～2021年1月  
 (回収率) 600部/1370部 (回収率43.9%)

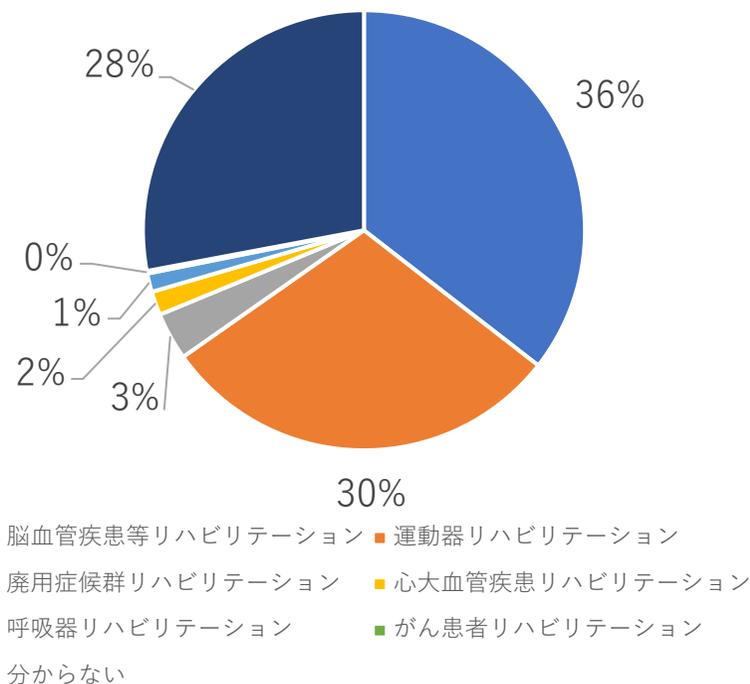
# 疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか

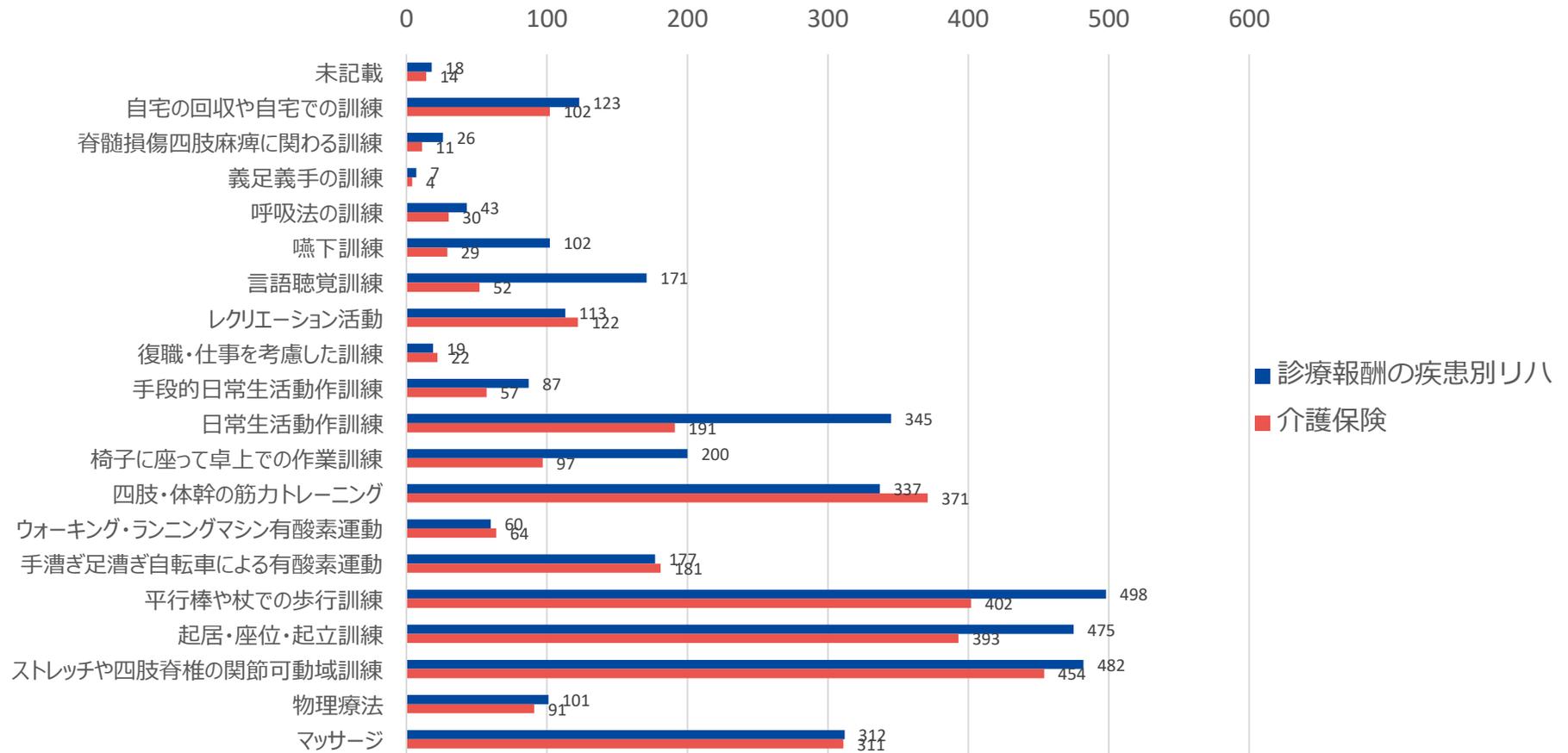
		はい	いいえ	p-value*
		215	181	<b>&lt;0.001</b>
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	54.3%	45.7%	
	いいえ	26.8%	73.2%	

\*Fisherの正確検定

# 疾患別リハビリテーションと 介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションと比べ、介護保険におけるリハビリテーションでは、レクリエーション活動、四肢・体幹の筋力トレーニングが多く、嚥下訓練、言語聴覚訓練、ADL訓練、卓上での作業訓練、歩行訓練、起居・座位・起立訓練が少なかった。

疾患別リハビリテーション（診療報酬）と介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較



# リハビリに関わる医師の定期的診察によるADL変化について

○ 回復期リハ病棟の退院後の、リハ専門職によるリハビリを受けていない患者に対し、リハに関わる医師による定期的診察がない場合と比較した場合に有意にADLが改善していた。

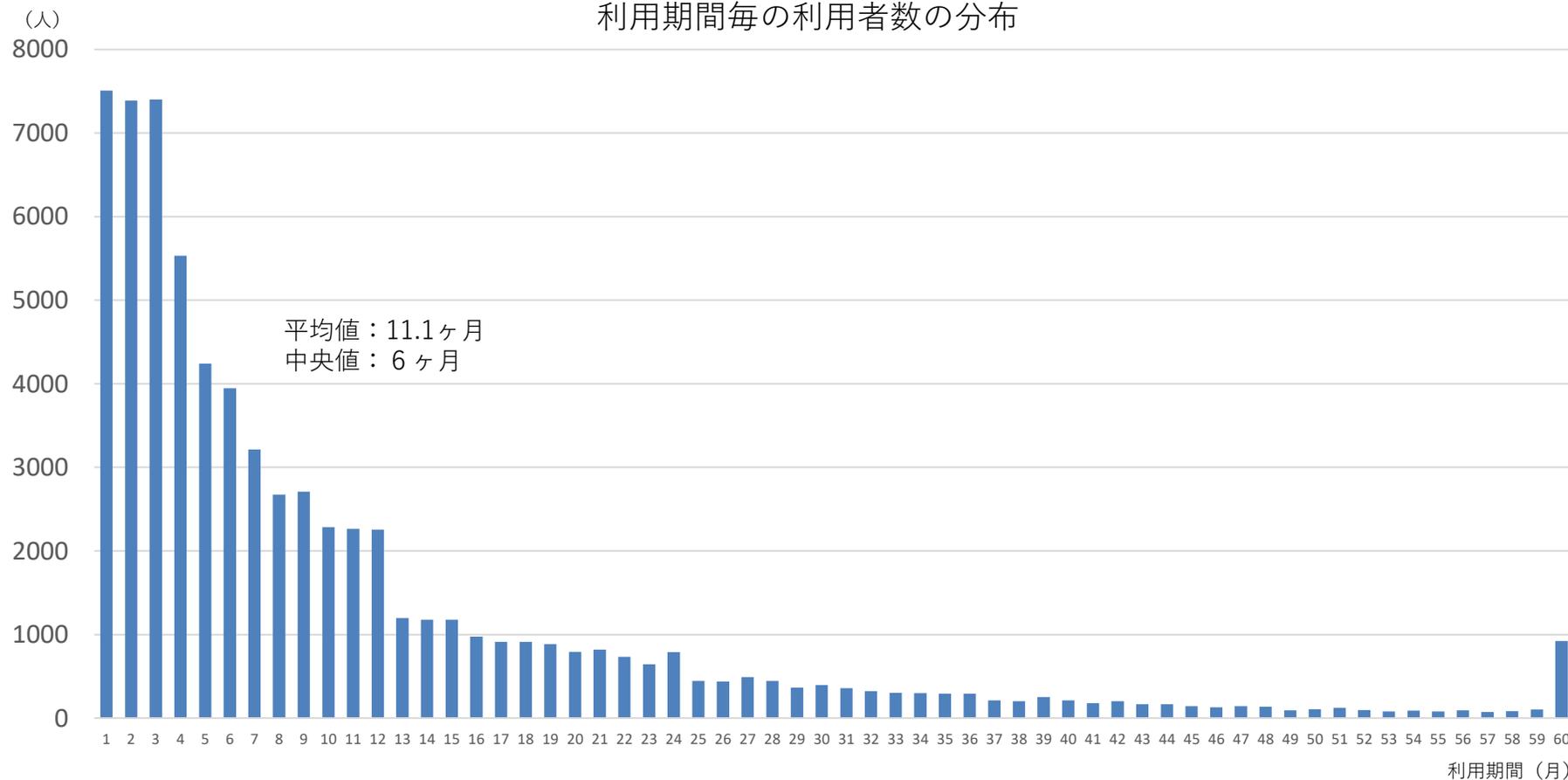
n	リハビリテーションに関わる 医師診察あり 33	リハビリテーションに関わる 医師診察なし 132	P
年齢	76.1 ± 14.5	75.2 ± 14.8	0.754
女性 (%)	23 (70)	70 (53)	0.116
原因疾患 (%)			0.142
脳血管疾患	12 (36)	69 (52)	
整形外科	15 (46)	51 (39)	
廃用症候群	6 (18)	12 (9.1)	
FIM合計利得	3.4 ± 11.1	-0.44 ± 7.1	0.017
FIM運動利得	2.8 ± 9.6	-0.4 ± 6.5	0.024
FIM認知利得	0.6 ± 1.7	0 ± 1.3	0.023

平均 ± 標準偏差またはN (%)

- リハビリテーションに関わる医師 内科疾患等を診る医師（主治医やかかりつけ医）とは別に、リハビリテーションの指示・計画を立て定期的に評価し、見直すような医師
- 調査方法 回復期リハ病棟を有する日本リハ病院施設協会会員施設に令和2年8月1日～8月31日および、令和3年8月1日～8月31日に回復期リハ病棟を退棟した患者の情報等についてEメールによる調査票配布により実施、回収を実施。

○ 介護予防訪問リハビリテーションの利用開始から終了までの期間の平均値は11.1ヶ月、中央値は6ヶ月であった。

介護予防訪問リハビリテーションにおける  
利用期間毎の利用者数の分布



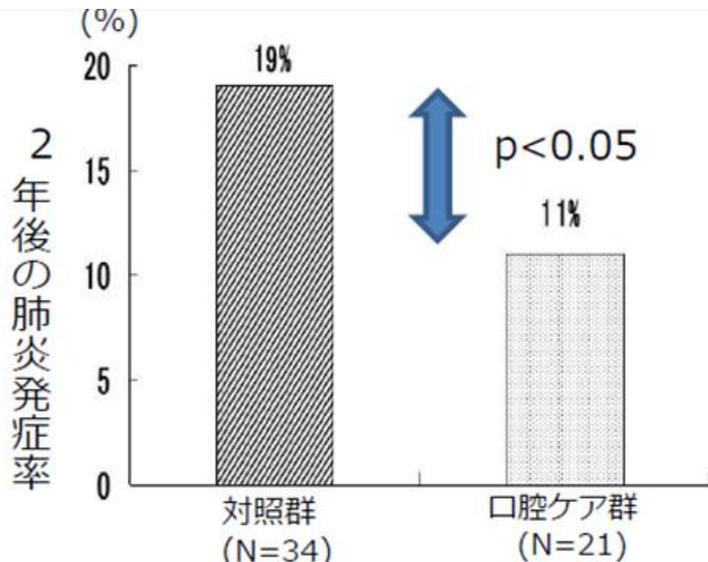
※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。  
 ※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

# 口腔管理等による効果

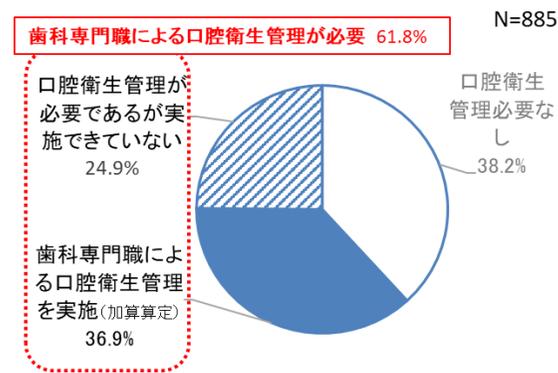
- 要介護者に対する歯科医師又は歯科衛生士による口腔の管理により、肺炎の発症率が下がることが示されている。
- 口腔衛生管理が必要であるが口腔衛生管理が行われていない者は、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクが、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた者と比較して高い。

## 要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



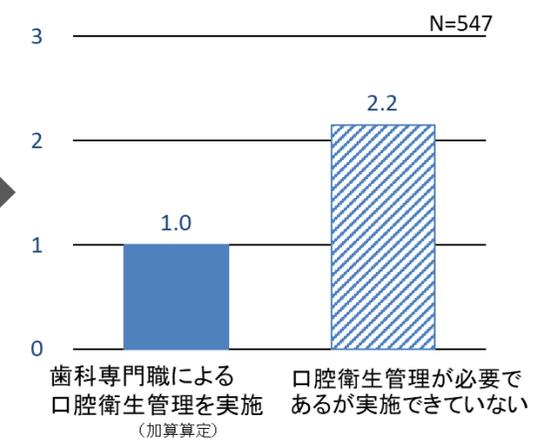
## 体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

入所者の口腔衛生管理の必要性と提供状況



※ 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: Yoneyama et al. :Lancet,1999

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

# 薬剤による口腔内の環境への影響

○ 薬剤の中には、唾液分泌を抑制する薬剤や、歯肉炎、顎骨壊死の原因となる薬剤がある。

## 口腔内に影響を及ぼす代表的な薬剤

口腔内環境への影響	薬効分類等	一般名
唾液分泌抑制 (口腔乾燥、衛生状態の悪化、 摂食嚥下の困難さ増大等) 	鎮痙剤、吸入薬(末梢性抗コリン薬)	アトロピン、臭化ブチルスコポラミン、チオトロピウム
	パーキンソン病治療薬(中枢性抗コリン薬)	トリヘキシフェニジル
	抗うつ薬(三環系抗うつ薬、定型抗精神薬)	イミプラミン、アミトリプチン
	抗アレルギー薬(第1世代抗ヒスタミン薬)	クロルフェニラミン、ジフェンヒドラミン
	利尿薬	フロセミド
薬物性歯肉増殖症 (口腔内の炎症、衛生状態の悪化等) 	抗てんかん薬(ヒダントイン系薬)	フェニトイン
	降圧剤(カルシウムチャネル拮抗薬)	ニフェジピン
	免疫抑制剤(カルシニューリン阻害薬)	シクロスポリン
顎骨壊死 (疼痛、感染症リスクの増加等) 	ビスホスホネート系薬剤 (骨吸収抑制剤、骨粗鬆症治療剤等)	ゾレドロン酸水和物、パミドロン酸二ナトリウム アレンドロン酸ナトリウム水和物、リセドロン酸ナトリウム水 和物、エチドロン酸二ナトリウム

出典: 薬剤と口腔機能 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 12:330-336,2020

口腔乾燥症の病態と治療 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 7:136-141,2915

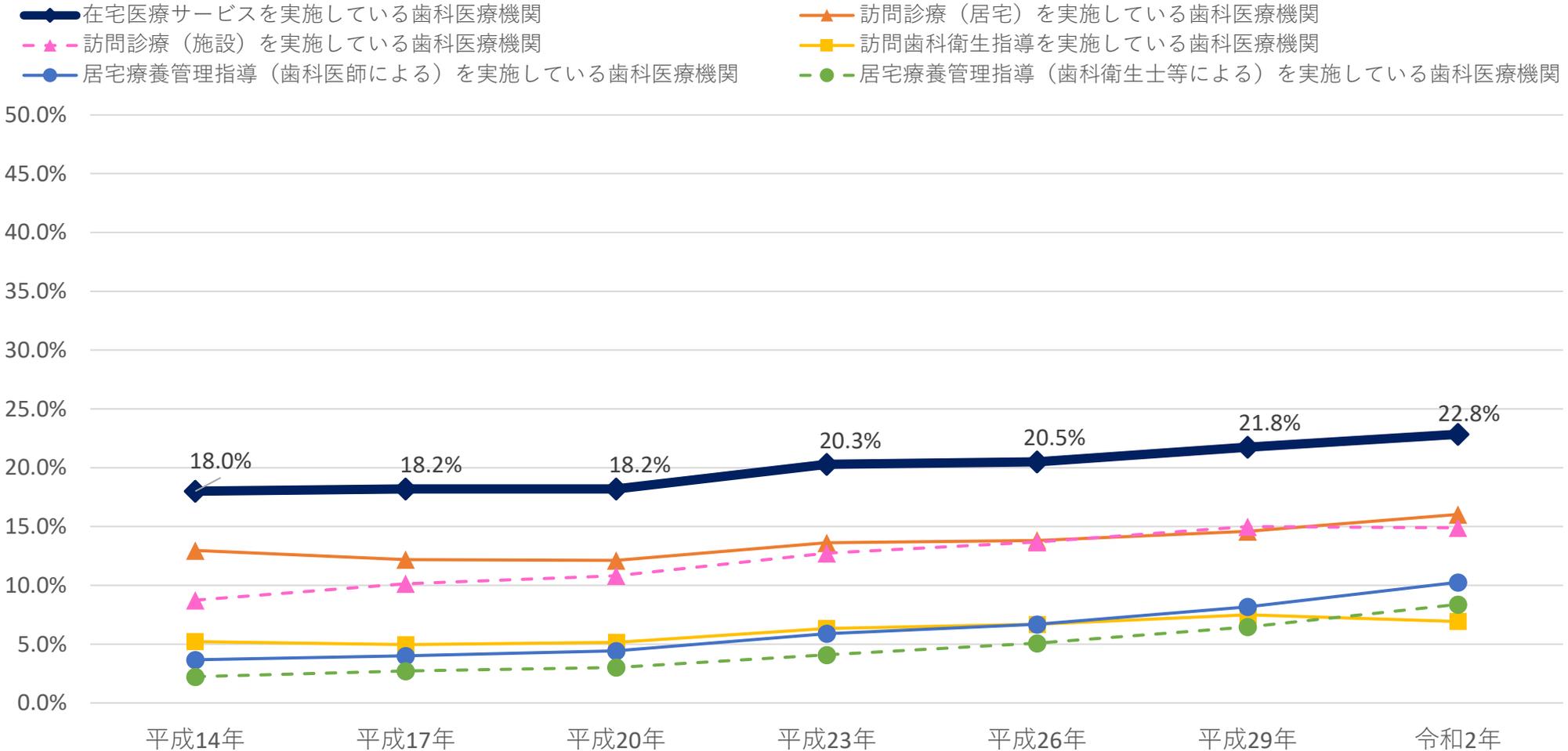
歯周治療のガイドライン2022

顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023(日本口腔外科学会、日本骨粗鬆症学会、日本病院薬剤師会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本骨代謝学会)

口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和2年3月日本歯科医学会) より作製

# 在宅医療サービスを実施している歯科医療機関の割合

○ 在宅医療サービス(訪問診療(居宅)、訪問診療(施設)、訪問歯科衛生指導、居宅療養管理指導(歯科医師)、居宅療養管理指導(歯科衛生士等)のいずれか)を実施する歯科医療機関の割合は、令和2年では歯科医療機関全体の約2割である。



出典：医療施設調査

※各調査年9月に、実施件数が1以上の歯科医療機関の割合

※令和2年の在宅医療サービスを実施している歯科医療機関の割合、訪問診療(施設)を実施している歯科医療機関の割合は、特別集計。

# 在宅における歯科医師による指導管理の実施状況

- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)の算定回数は、緩やかに増加している。

## 歯科疾患在宅療養管理料

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 340点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 230点
- 3 1及び2以外の場合 200点

歯科医師が、歯科訪問診療を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、患者またはその家族等の同意を得て患者の歯科疾患の状況及び合わせて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定する。

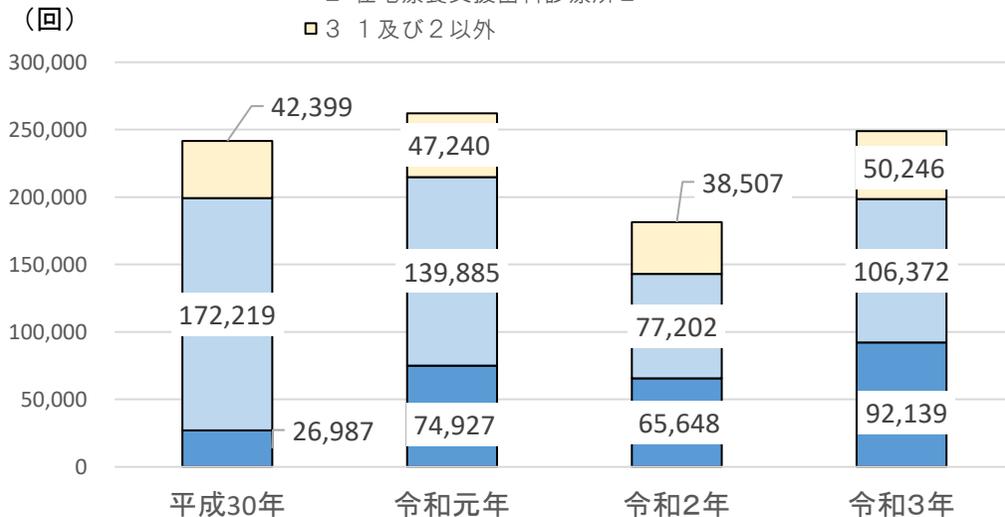
## 居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)

- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 516単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 486単位/回
- 3 1及び2以外の場合 440単位/回

在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、歯科医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供並びに利用者またはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

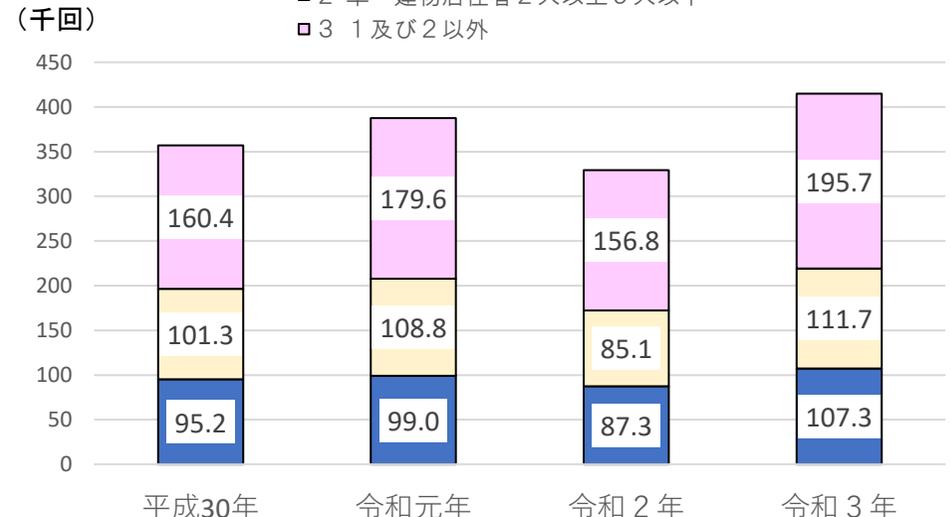
歯科疾患在宅療養管理料 算定回数

- 1 在宅療養支援歯科診療所1
- 2 在宅療養支援歯科診療所2
- 3 1及び2以外



居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合) 算定回数

- 1 単一建物居住者1人
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下
- 3 1及び2以外



# 在宅における歯科衛生士による指導管理の実施状況

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)の算定回数は、緩やかに増加している。

## 訪問歯科衛生指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点
- 3 1及び2以外の場合 300点

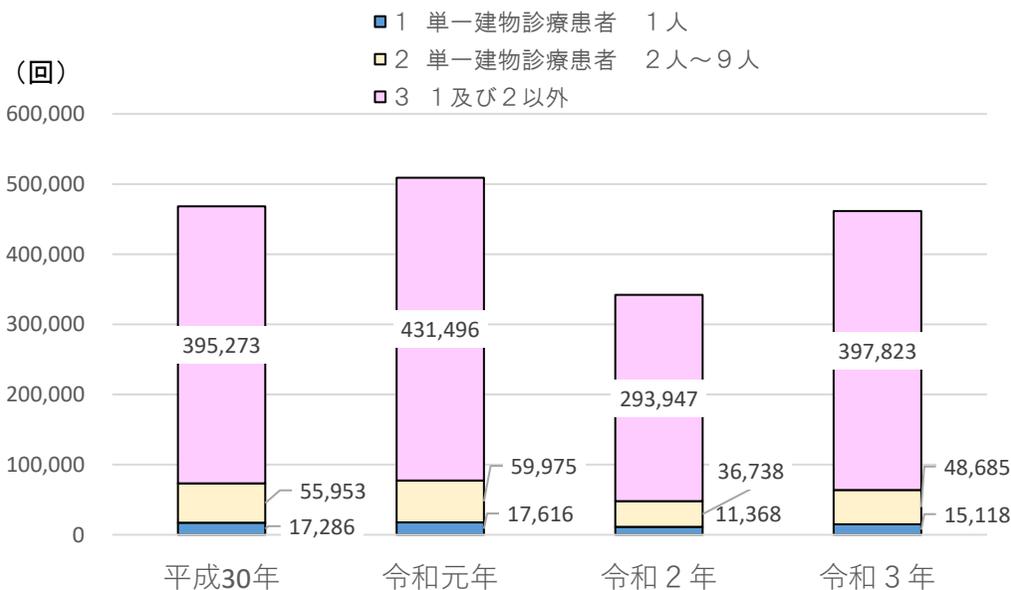
歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む。)、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

## 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

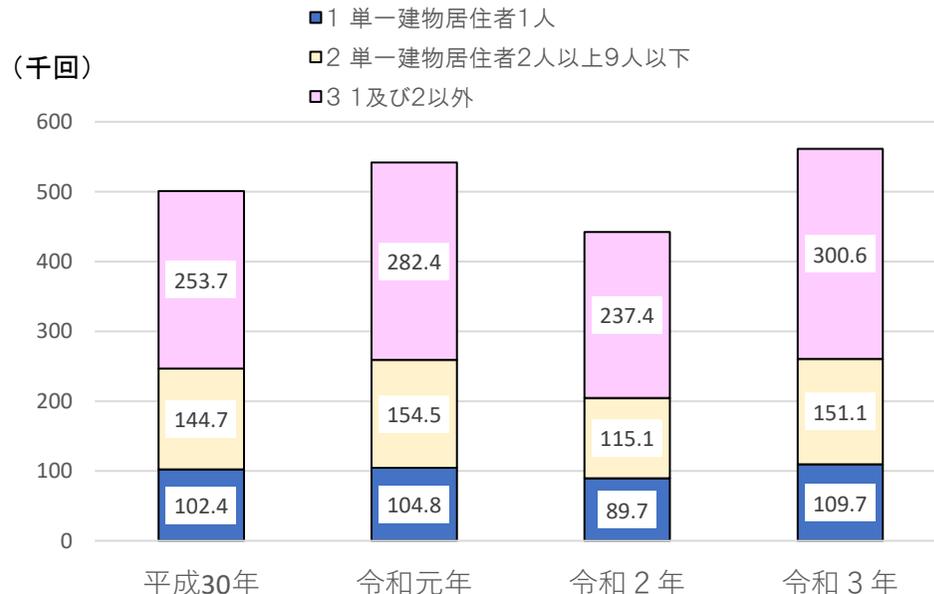
- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 361単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 325単位/回
- 3 1及び2以外の場合 294単位/回

在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。

訪問歯科衛生指導料 算定回数

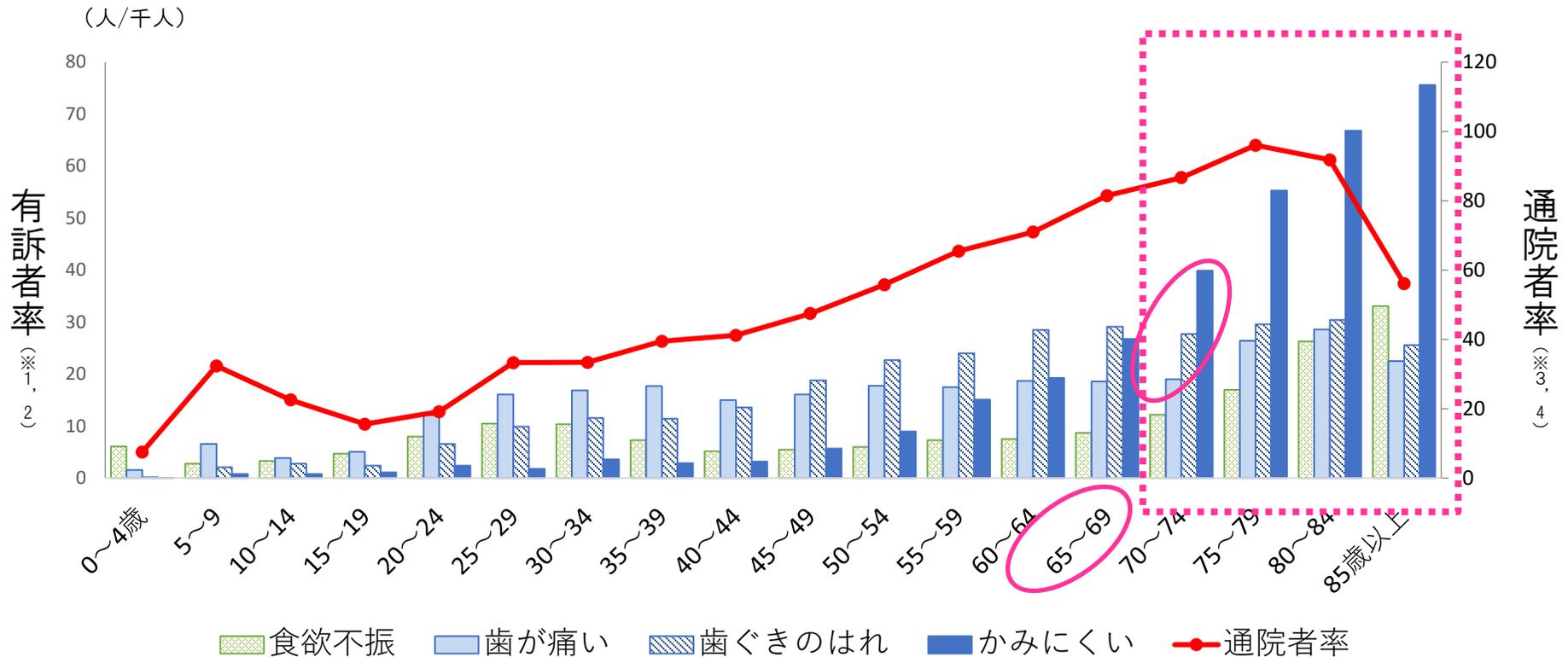


居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合) 算定回数



# 歯科疾患に関する有訴者率と通院者率

○ 歯の病気による通院者率は70歳から減少するが、「かみにくい」と自覚している者(有訴者率)は年齢とともに増加している。



※1: 有訴者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけが等で自覚症状のある者をいう。

※2: 有訴者率とは、人口千人に対する有訴者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる有訴者数には、入院者は含まない。

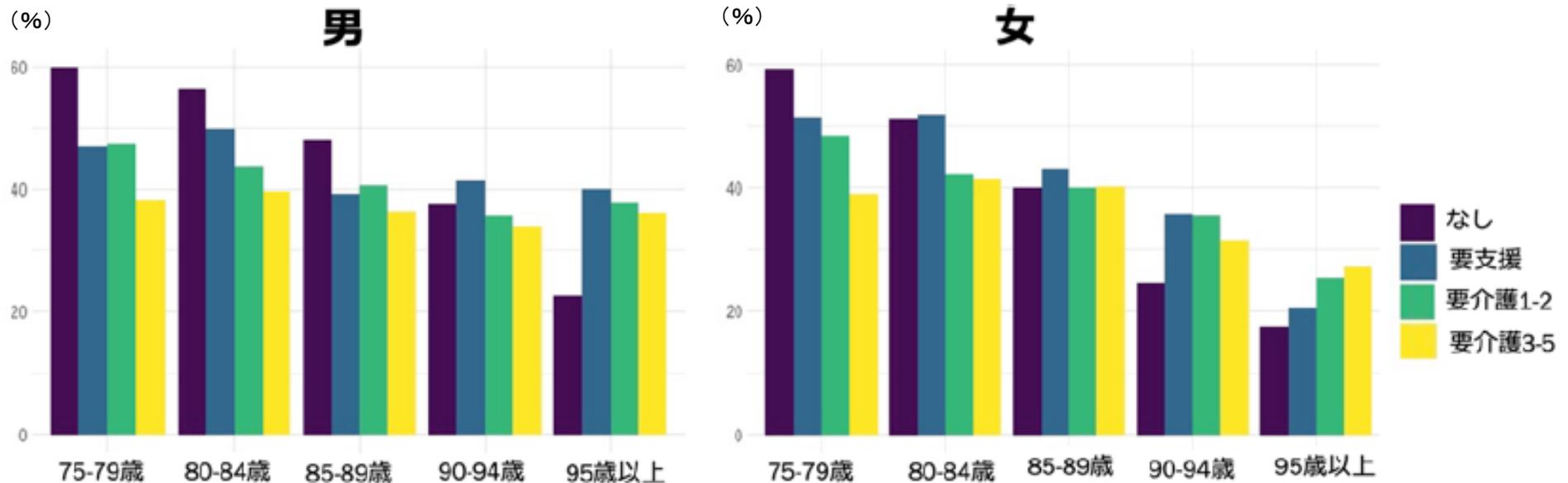
※3: 通院者とは、世帯員(入院者除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所に通院している者をいう(訪問診療を含む)。

※4: 通院者率とは、人口千人に対する通院者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる通院者には、入院者は含まない。

# 後期高齢者の歯科受診の状況（要介護度別）

○ 年齢があがるにつれ、要支援・要介護認定を受けていない者の歯科受診の割合が低くなっている。

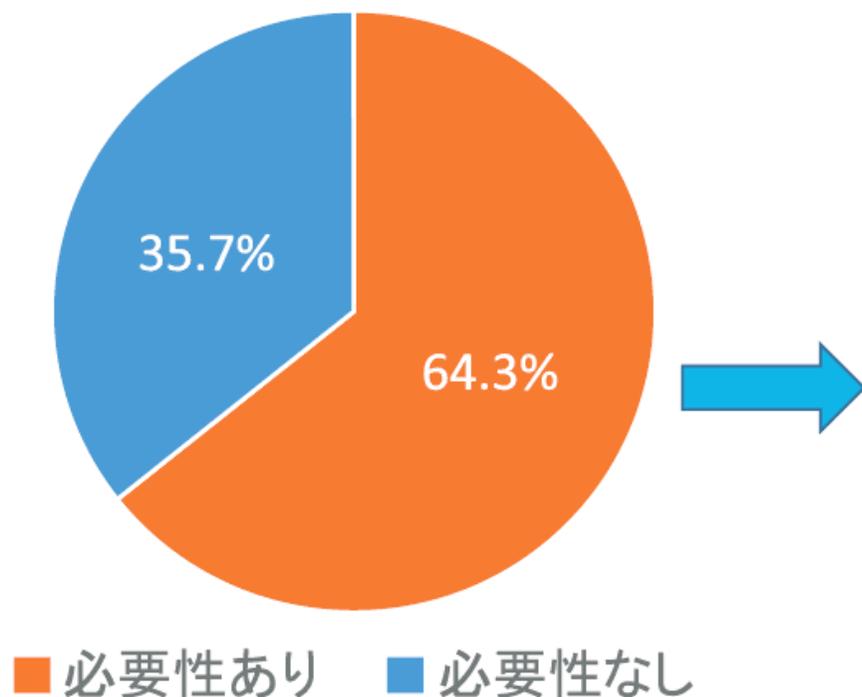
## <年齢・要介護度別の歯科受診割合>



n = 27,141

- 対象：A市の75歳以上の全住民（国民健康保険又は後期高齢者医療保険に加入している住民）
- 期間：2014年4月～2019年3月の医療介護連結レセプトデータベース（医療、歯科医療、薬剤、介護のレセプトを突合）

- 要介護高齢者 (N=290, 平均年齢86.9 ± 6.6歳) の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



歯科治療が必要な  
64.3%のうち  
実際に歯科治療を  
受けた要介護者は  
**2.4%**である。

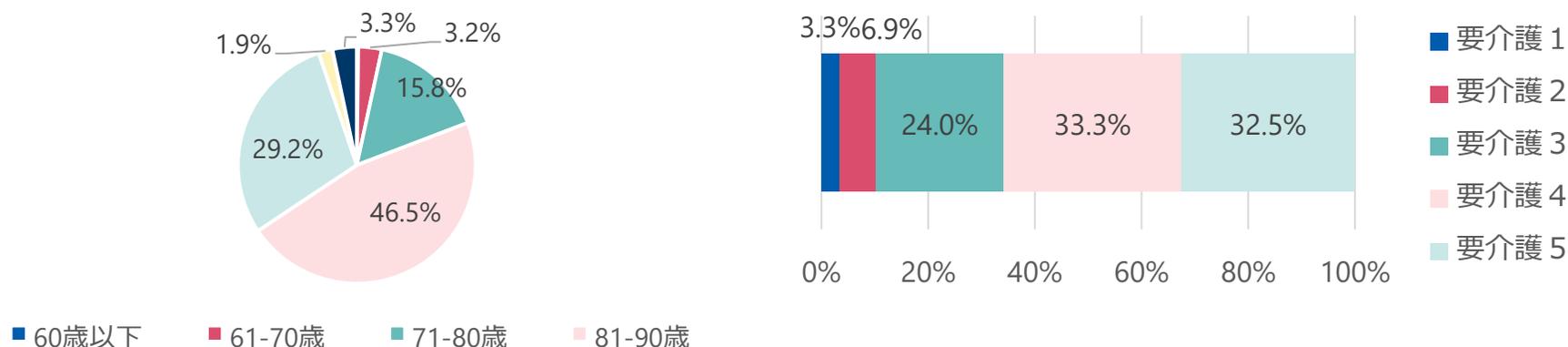
※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者: 特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

# 介護保険施設における歯科医療管理

○ 介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%に過ぎず、入所後1度も歯科受診の経験がない者が約3割を占めていた。

介護保険施設37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。  
(調査期間令和元年10月～令和2年2月)



歯科の受診状況	n	%
定期的を受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

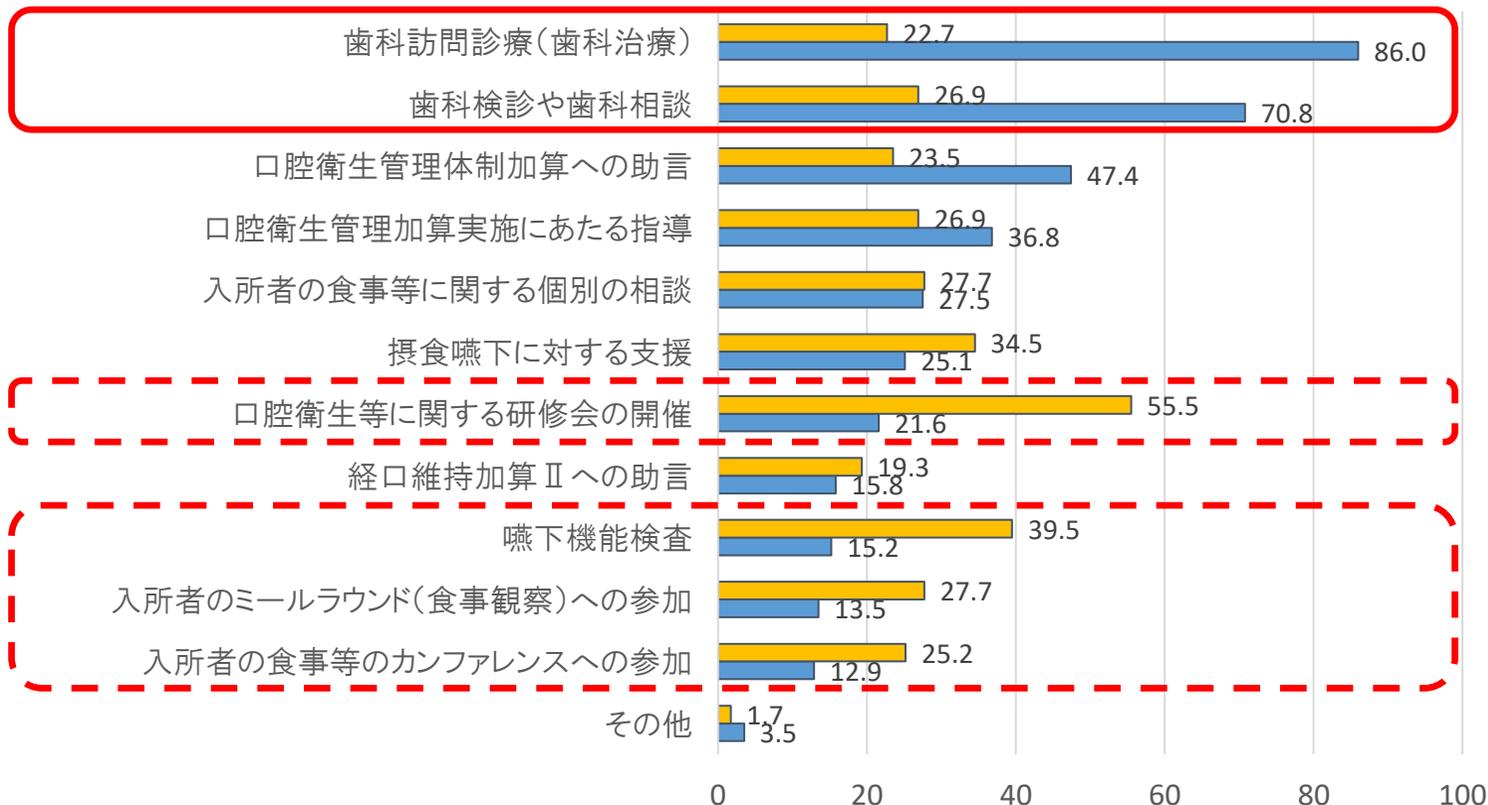
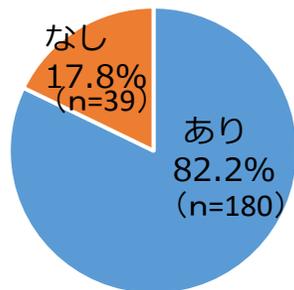
# 協力歯科医療機関が実施している内容、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容

- 協力歯科医療機関を定めている介護保険施設は82.2%であった。
- 協力歯科医療機関が実施している内容として、歯科訪問診療、歯科検診や歯科相談が多かった。
- 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生管等に関する研修会や、摂食嚥下に関する内容が多かった。

## 協力歯科医療機関の有無

## 協力歯科医療機関が実施している内容・実施してもらいたい内容(複数回答)

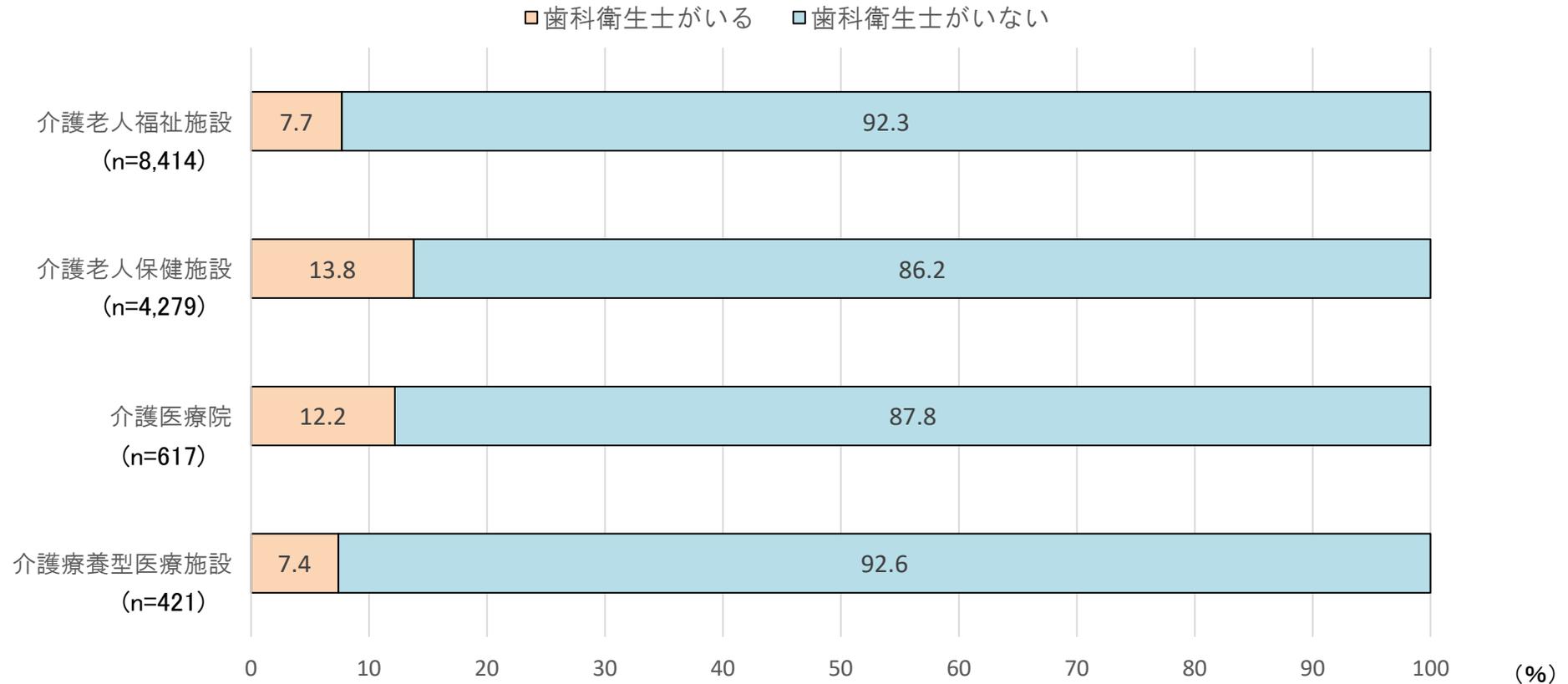
■ 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容(n=119)  
 ■ 協力歯科医療機関が実施している内容(n=171)



※介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果

# 歯科衛生士がいる介護保険施設の割合

○ 歯科衛生士が常勤または非常勤でいる介護保険施設の割合は、介護老人福祉施設が7.7%、介護老人保健施設が13.8%、介護医療院が12.2%、介護療養型医療施設7.4%となっている。

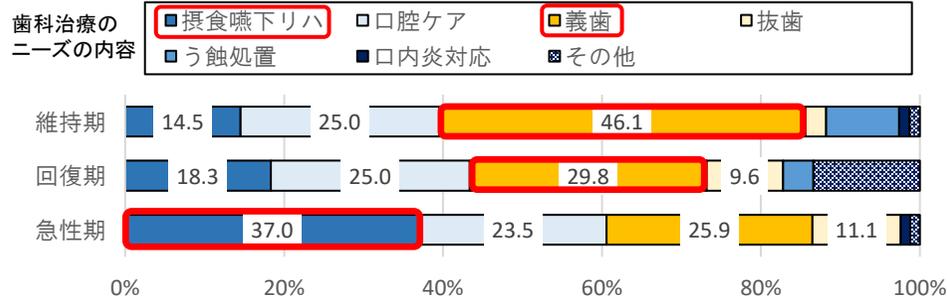


# 医療・介護における口腔管理の課題

- 口腔の状態は全身の疾患の影響等により変化するため、例えば脳卒中患者では、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多いなど、歯科治療のニーズも変化する。
- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- 入院により歯科治療や口腔管理が中断し、口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが指摘されている。

## 歯科治療のニーズ(急性期、回復期、維持期)

- 脳卒中患者で食事の問題のある高齢者に対する歯科治療のニーズとして、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多い。

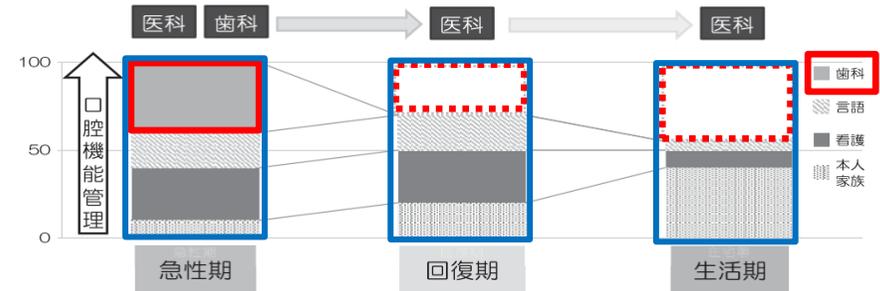


脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020  
図「病気による歯科的ニーズの違い」を元に作図

出典:脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020

## 脳卒中患者における口腔管理の課題

- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- また、回復期や生活期においては、口腔機能管理の提供量は減少する。



地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019  
図 脳卒中患者における口腔機能管理の問題を元に作図

出典:地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019

## 在宅歯科医療の課題

### 在宅歯科医療に関する現状と課題

- 在宅歯科医療に関して、**医科歯科連携の推進、歯科医療と介護との連携の推進及び歯科医療機関間(歯科診療所間、病院歯科と歯科診療所)における連携の強化**が課題である。
- **入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多く、退院後に「痛くて食べられない」等の訴えがでて初めて、家族やかかりつけ医からかかりつけ歯科医に連絡が入り、治療を再開するケースが多い。**
- **要支援・要介護高齢者の口腔内の状況は良好とはいえないことが多く、潜在的な歯科医療や口腔ケア等のニーズがあると考えられるが、患者からの訴えがない場合はそのニーズを把握することが難しいため、介護支援専門員等も含めた要支援・要介護高齢者に関わる他職種との連携が必要である。**

出典:在宅歯科医療の充実に向けた議論の整理(在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会報告書、令和元年6月10日)

# 歯科医療機関と介護支援専門員の連携

- 利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
- 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
- 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に取得すべき情報を伝えていないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

## 調査の概要

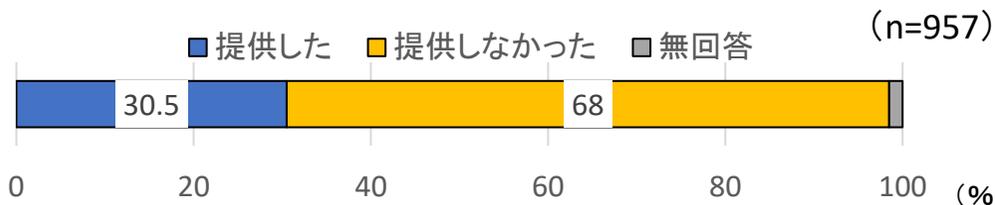
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名

回収結果：回収数1,087(回収率54.4%)、有効回答数957(有効回答率47.9%)

調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

## 口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



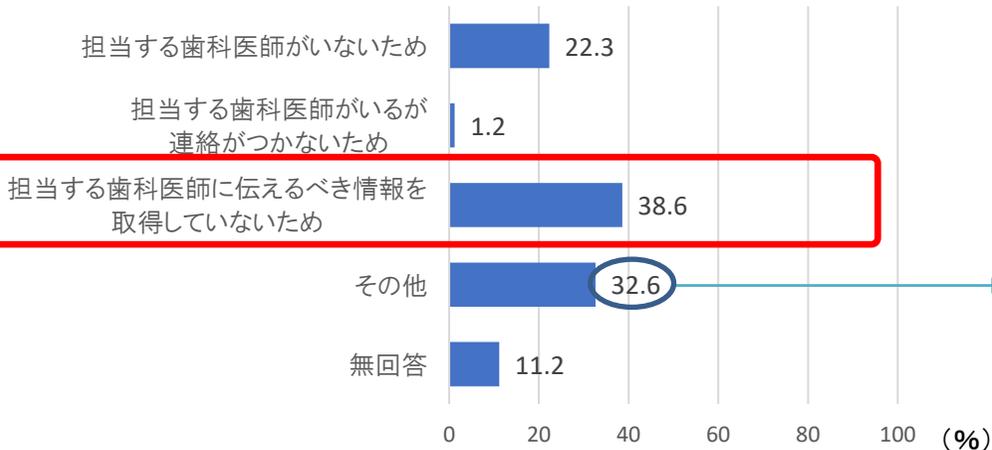
## 歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



## 介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由(複数回答)

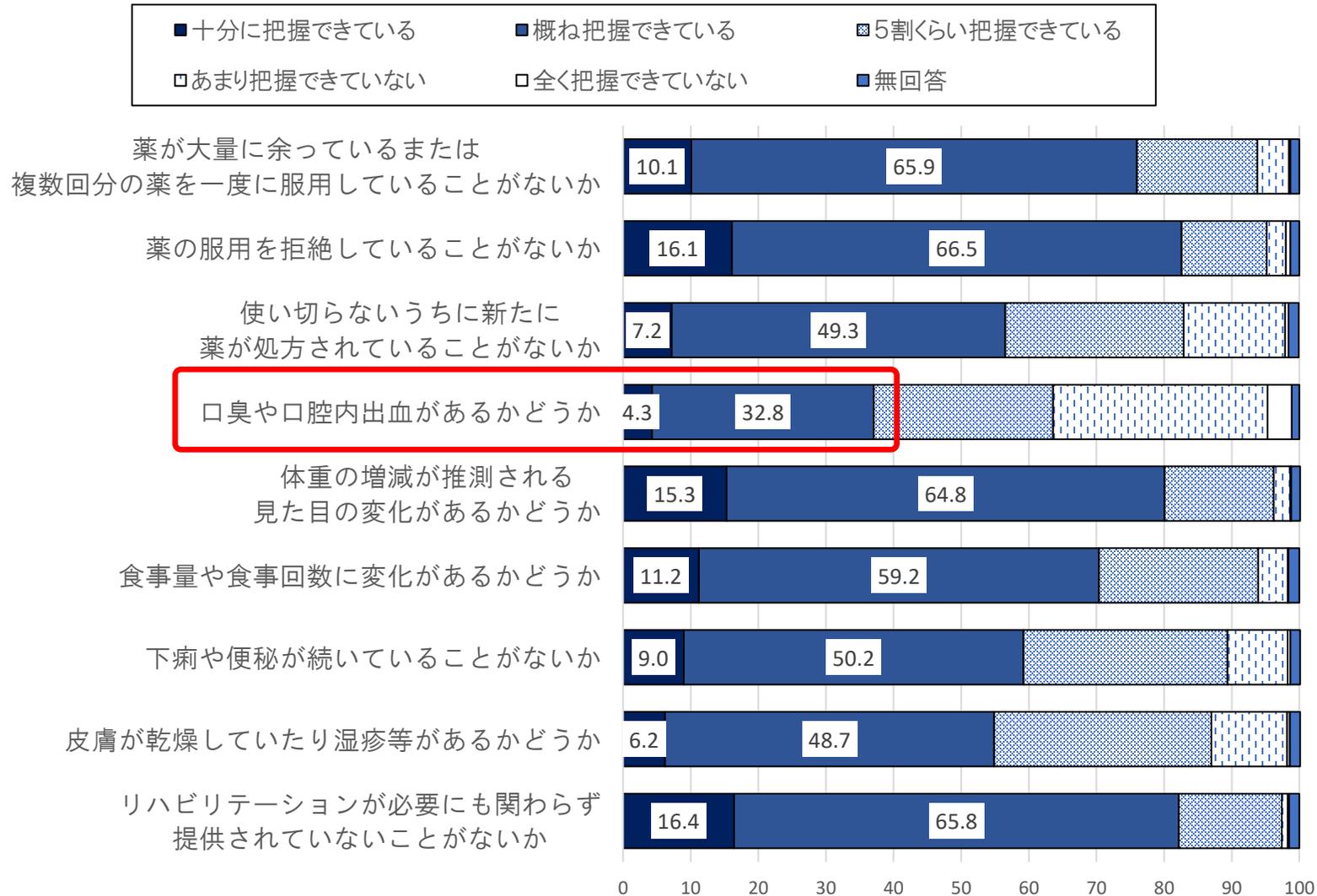
(n=651)



その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

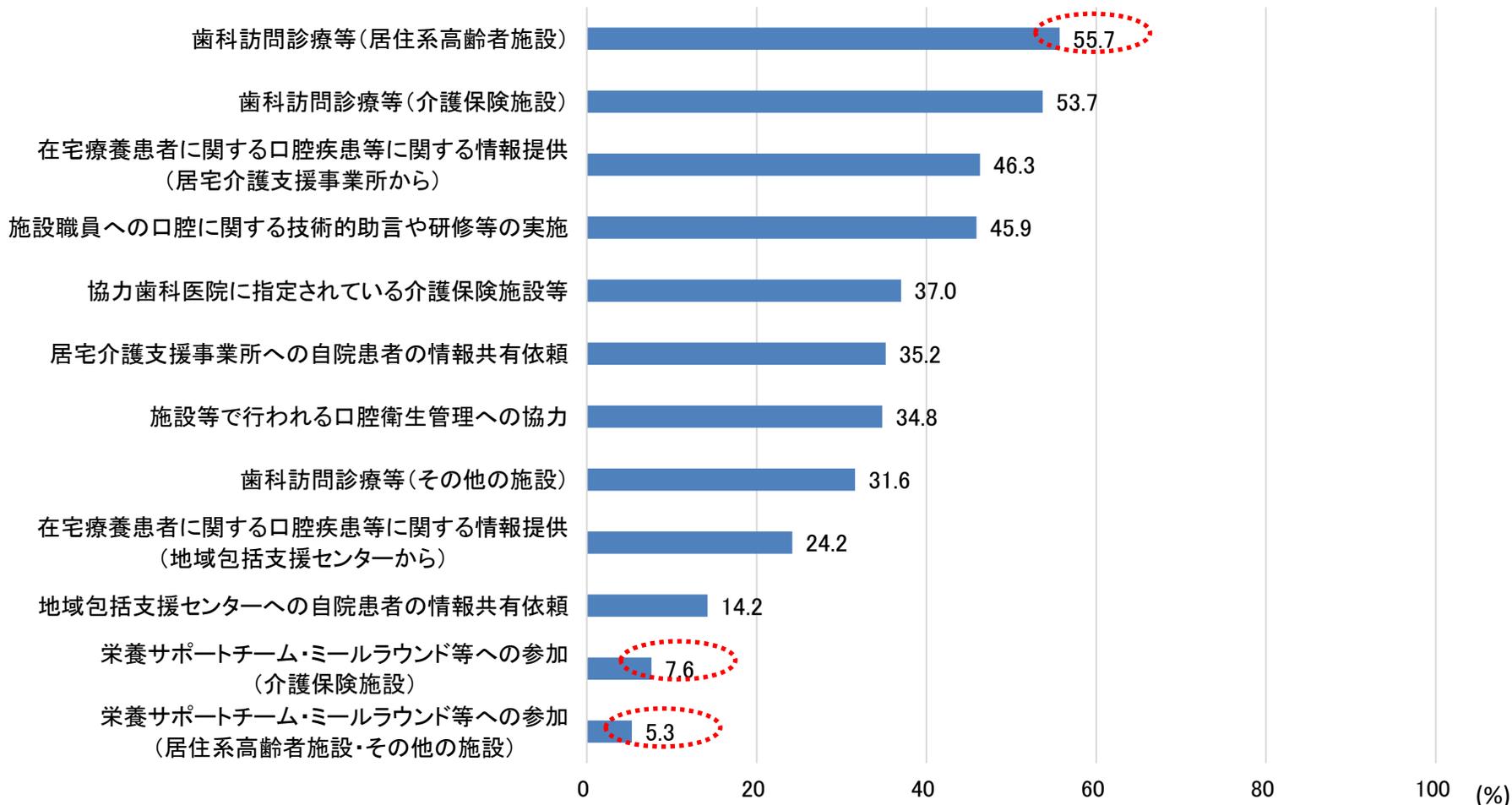
# 介護支援専門員による利用者の状況の把握

○ 介護支援専門員が、利用者の状況をどの程度把握しているかについて、「口腔や口腔内出血があるかどうか」を「十分に把握できている」「概ね把握できている」と回答した者の割合は約37%であり、最も低かった。



# 在宅療養支援歯科診療所と介護保険施設等との連携内容

- 在宅療養支援歯科診療所と介護保険施設等との連携内容では、居住系高齢者施設の歯科訪問診療等が最も多く、55.7%であった。
- 一方、栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加は10%未満に留まっていた。



調査対象:在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出(N=1,081)

# 食事観察等に歯科医師・歯科衛生士が関与した場合の評価

- 診療報酬において、栄養サポートチーム等と連携した場合の加算が設けられているが、その算定回数は緩やかに増加している。
- 介護報酬において、多職種が共同して、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための加算が設けられているが、その算定回数は緩やかに増加している。

## 栄養サポートチーム等連携加算1

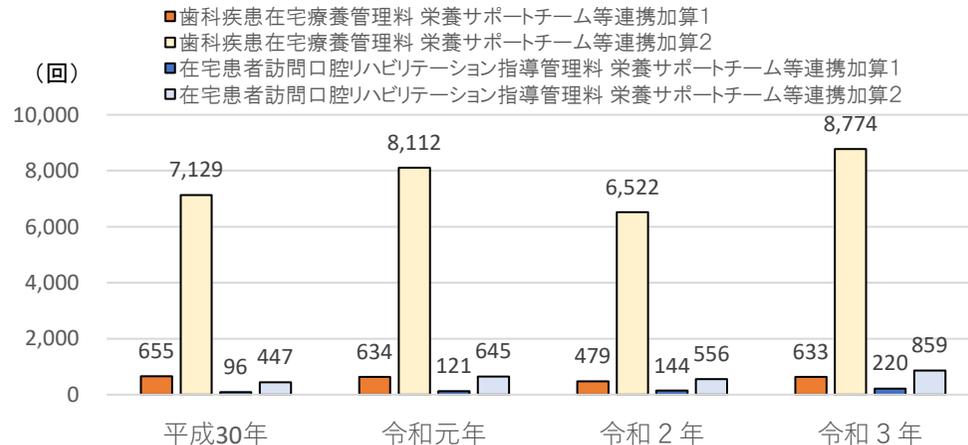
他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

## 栄養サポートチーム等連携加算2

介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。  
 ※ いずれも歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算)

算定回数

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
歯科疾患在宅療養管理料	241,605	262,052	181,357	248,757
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	11,612	16,071	12,440	18,331



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

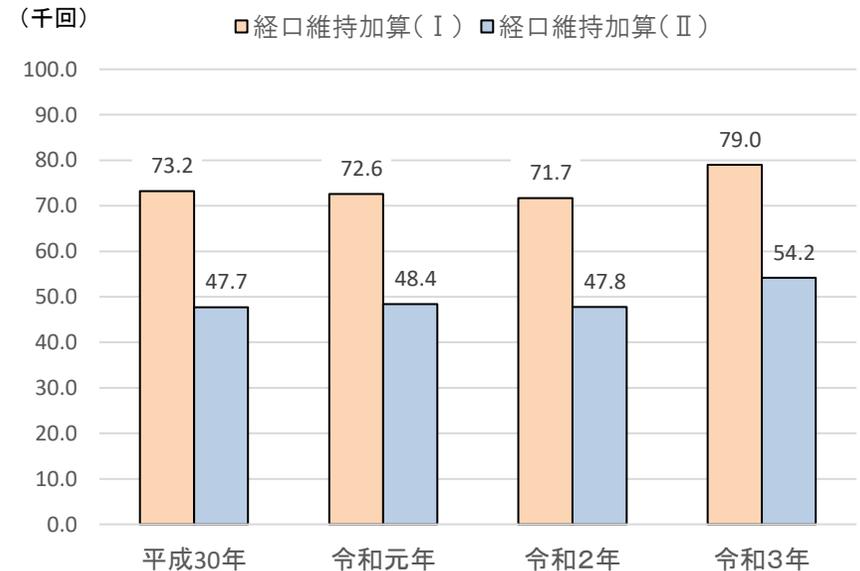
## 経口維持加算(Ⅰ)

医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、栄養管理を実施。

## 経口維持加算(Ⅱ)

協力歯科医療機関を定めている施設が、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わり栄養管理を実施。

算定回数

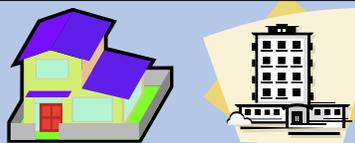


出典：介護給付費等実態統計(各年6月審査分)

# 在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い

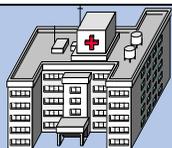
- 歯科訪問診療料: 訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- 個々の診療にかかる診療報酬: 外来診療と同様に出来高で算定

## 居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療の提供

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】 (100分の80相当)	【253点】 (100分の70相当)	【111点】 (100分の60相当)

※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても

歯科訪問診療1又は2の算定が可能

※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

患者の状況に応じて



○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬、

・う蝕治療 ・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算

・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴(一部除外あり)の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

# 介護報酬における口腔衛生関連サービス

- 歯科医療機関が算定
- 介護施設・事業所が算定
- R3改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス

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  
 介護医療院  
 地域密着型介護老人福祉施設

※基本サービス費に包括化  
 ・口腔衛生管理体制加算

併算不可	口腔衛生管理加算 (I) ※該当者のみ	
	口腔衛生管理加算 (II) ※該当者のみ	LIFE

サービス内容:入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 (H30:回数緩和:月4回以上⇒月2回以上)  
 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応 (H30:要件追加)  
 サービス担当者:歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

居宅・介護予防サービス

訪問サービス  
 (介護予防含む)

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)  
 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)  
 地域密着型特定施設入居者生活介護

併算不可

通所サービス  
 (介護予防含む)

## <居宅療養管理指導費>

サービス内容:  
 (歯科医師)  
 介護支援専門員に対するケアプラン作成等に  
 必要な情報提供や利用者等に対する居宅  
 サービスを利用する上での留意点、介護方  
 法等についての指導及び助言等

(歯科衛生士)  
 口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂  
 食・嚥下訓練に関する実地指導等

サービス担当者:  
 歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛  
 生士

口腔機能向上加算 (I) ※該当者のみ	
口腔機能向上加算 (II) ※該当者のみ	LIFE

サービス内容:口腔清掃の指導もしくは実施、  
 又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施  
 サービス担当者: 歯科衛生士、看護師、言  
 語聴覚士

## <口腔衛生管理体制加算>

(H30新設)  
 内容:日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言/指導  
 (個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)  
 サービス担当者: 歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 口腔及び栄養
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 口腔又は栄養

サービス内容: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・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

サービス担当者:介護職員

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、看護小規模多機能型居宅介護、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

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. **栄養**

# 入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	<b>41.9%</b>
低栄養**		18.0%	10.6%	<b>25.7%</b>

\* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価  
 \*\* GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名  
 (40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

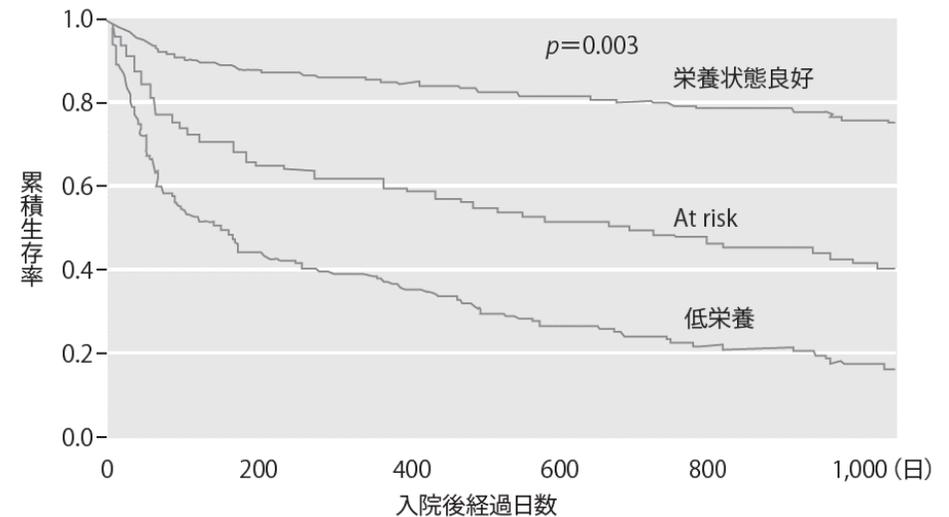
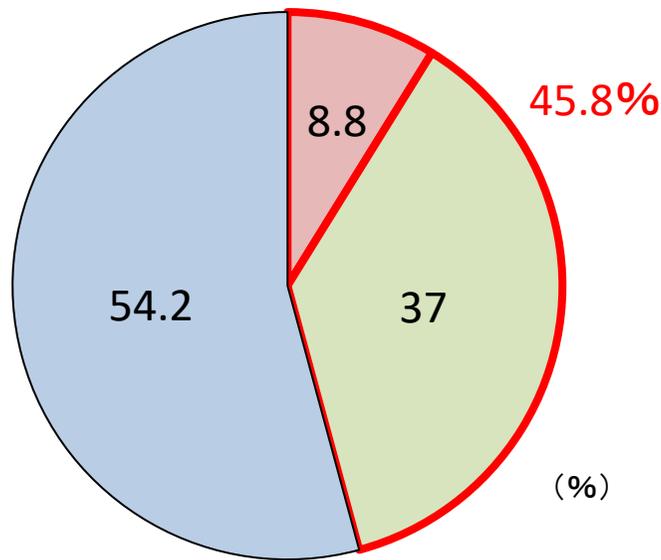


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)  
 入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021  
 (文献1) Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

○ 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

■ 高リスク ■ 中リスク □ 低リスク



※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)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)

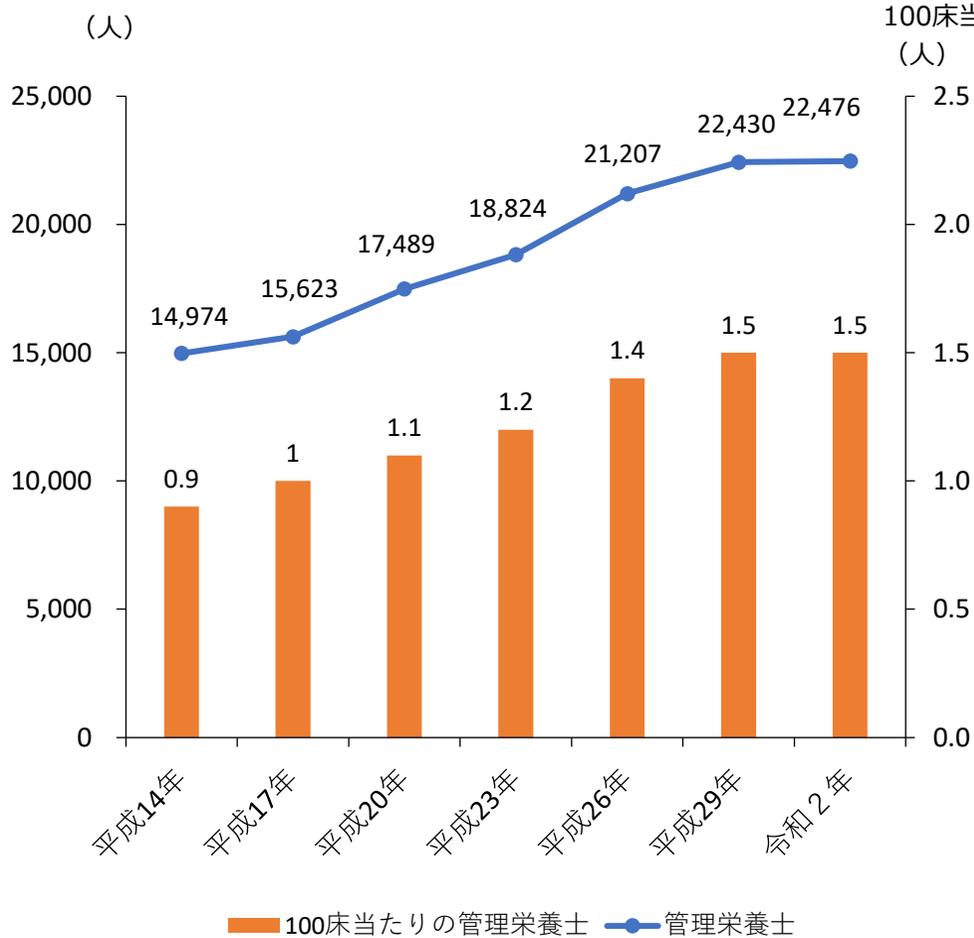
(参考)低栄養リスクの分類について※

	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)

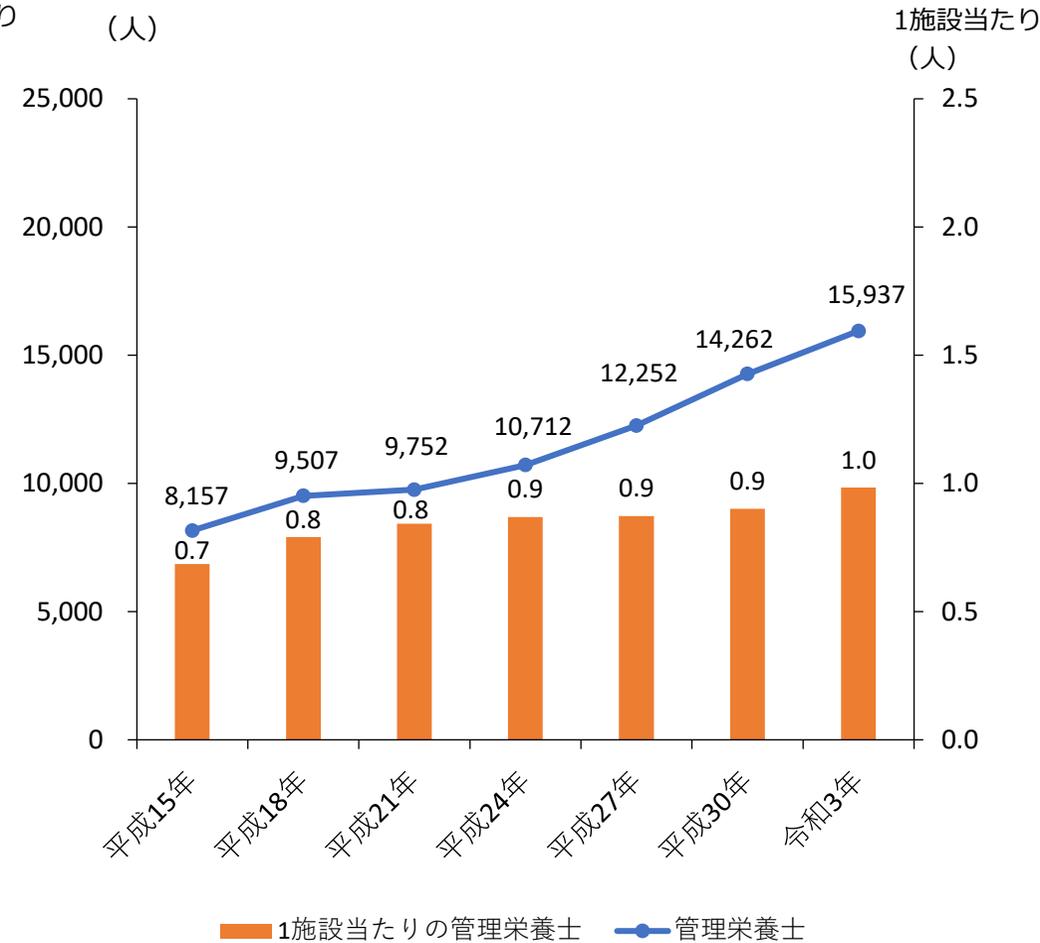
# 病院及び介護保険施設における管理栄養士の配置状況の推移

## 病院



※常勤換算（各年10月1日時点）  
出典：医療施設静態調査

## 介護保険施設



※常勤換算（各年10月1日時点）  
出典：介護サービス施設・事業所調査

# 病院及び介護保険施設における管理栄養士の業務の現状

## 病院

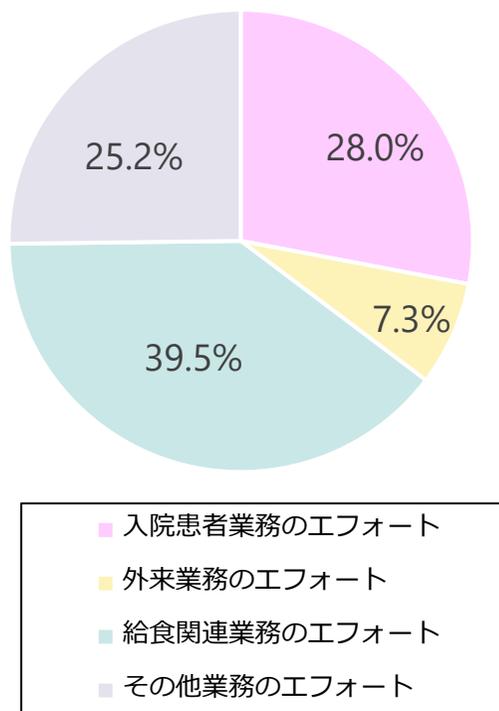


図 病院管理栄養士の業務内容別割合

出典：2020年度政策事業全国病院部門実態調査  
(業務量調査) 報告書 ( (公社) 日本栄養士会)

## 介護保険施設

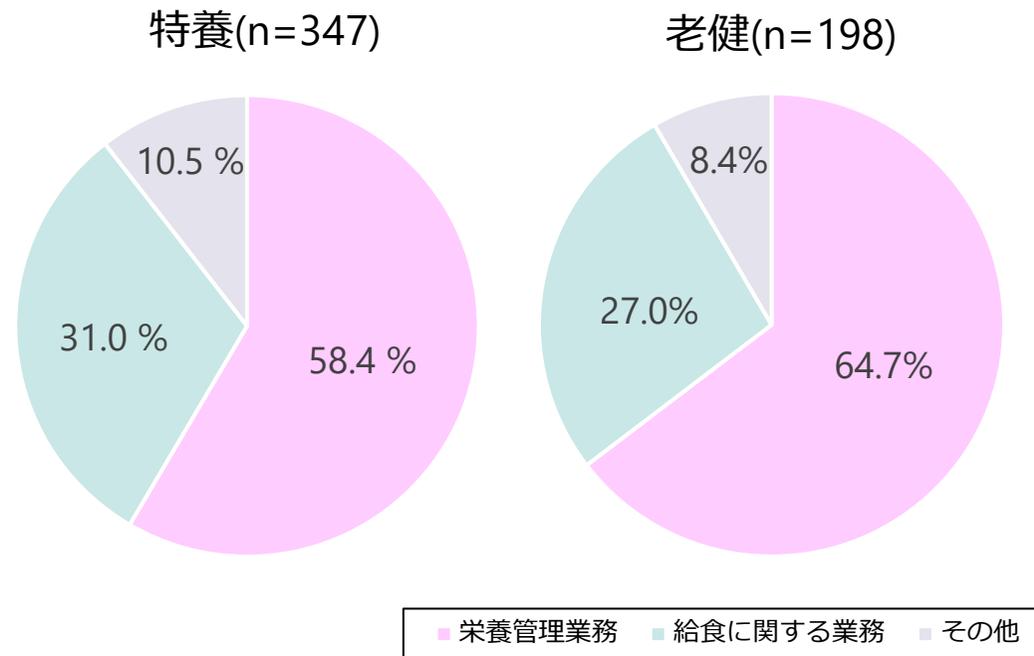


図 介護保険施設における管理栄養士の業務時間割合

出典：令和3年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設等における  
栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書  
(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

\* 「栄養管理業務」とは、栄養ケア・マネジメントに関する全ての業務で「給食に関する業務」、「その他」以外。  
\* 「給食管理に関する業務」とは、献立作成、食事箋・食札の管理、残食調査・食事満足度調査・検食、給食に関する契約・発注、委託会社との給食業務関連の調整、配膳・下膳・配食、衛生管理業務、調理準備・調理作業・食器や調理器具の洗浄と片付け・厨房の掃除等。

# 栄養管理に関する情報提供の効果について

- 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。

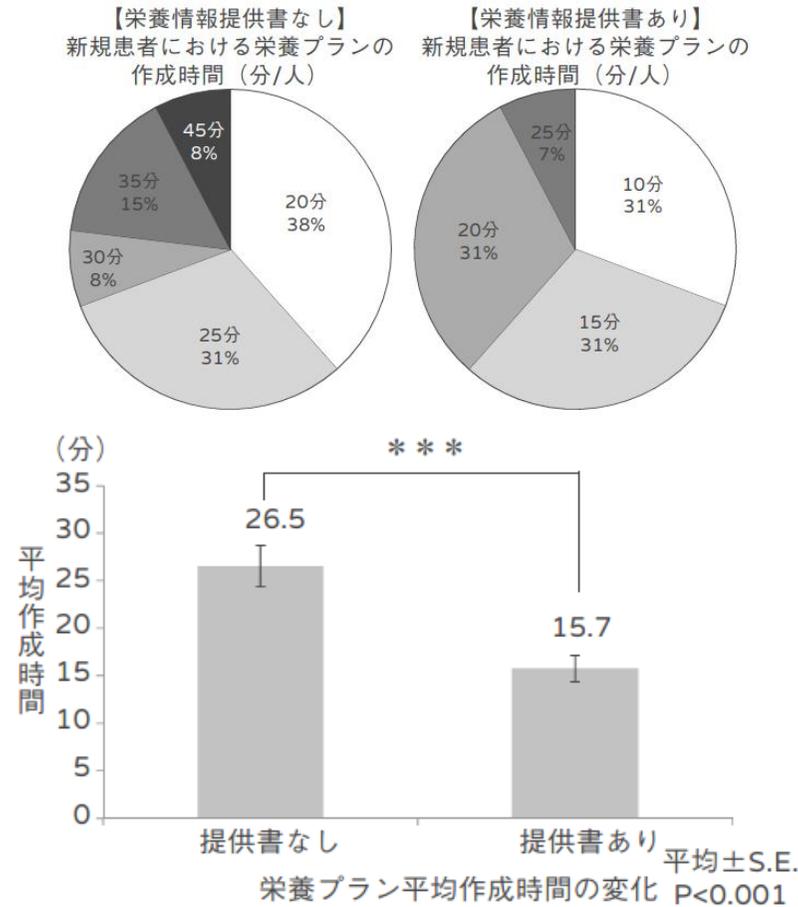


表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

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)

# 医療施設からの再入所の状況①

- 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

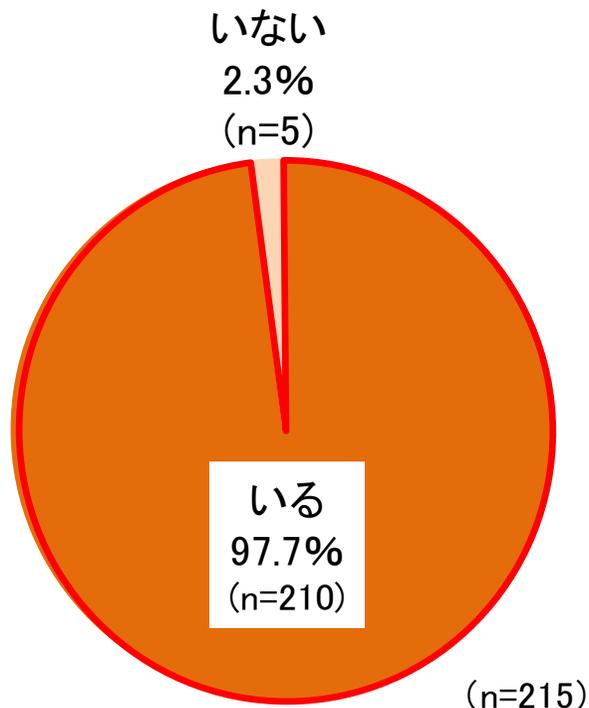


図 医療施設からの再入所者が平成28年度に1名以上いた施設

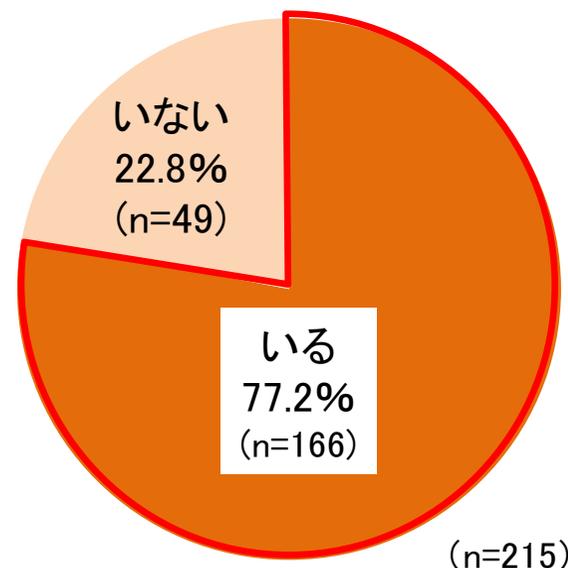


図 医療施設からの再入所者のうち、高度な栄養管理が必要となった者が平成28年度に1名以上いた施設

# 医療施設からの再入所の状況②

- 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。

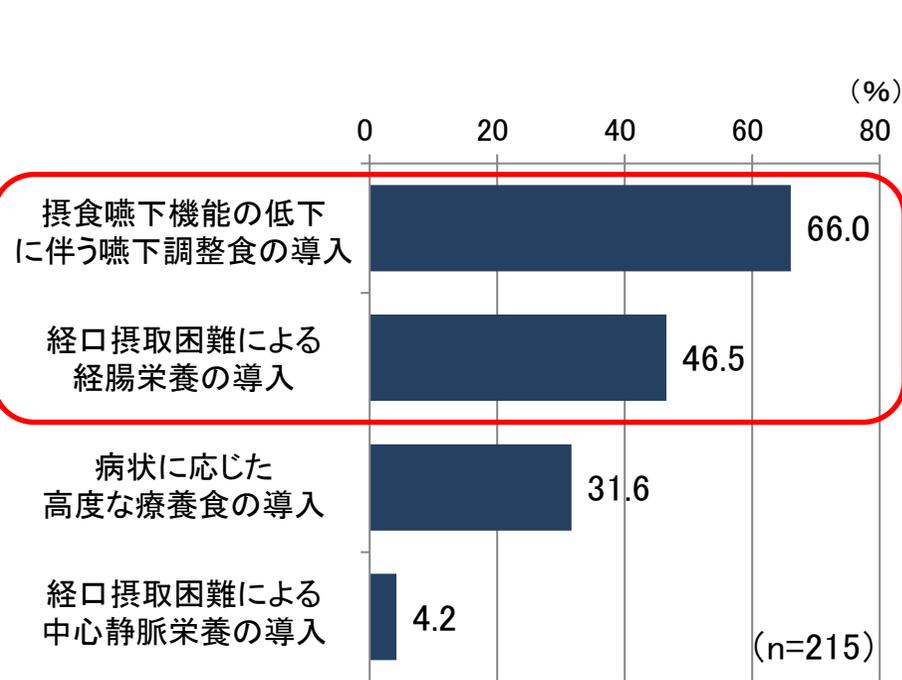


図 再入所時に必要となった高度な栄養管理(複数回答)

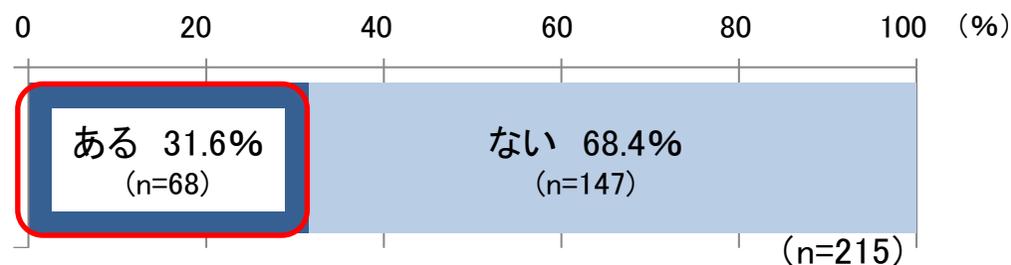


図 栄養管理面の問題が一因となり、自施設への受入れについて難渋又は断念したことはあるか

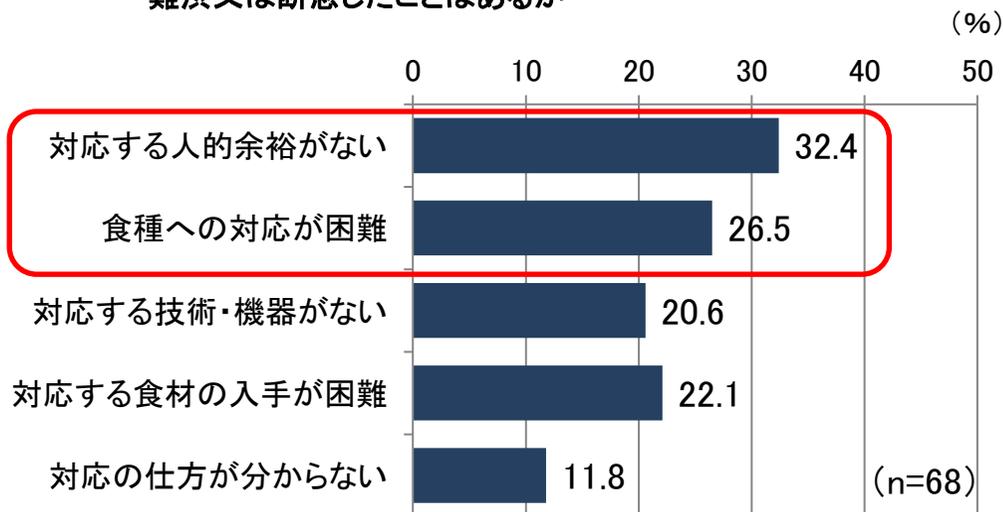


図 自施設への受入れについて難渋又は断念した理由(複数回答)

# 在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い

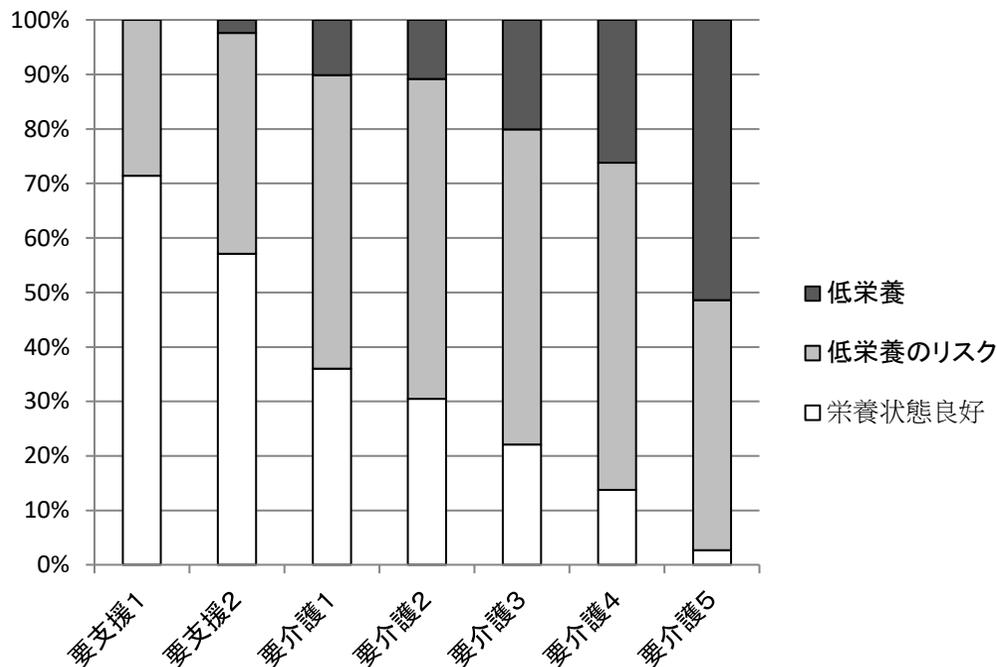


図 要介護度とMNA<sup>®</sup>-SF\* 3群との関係

\* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

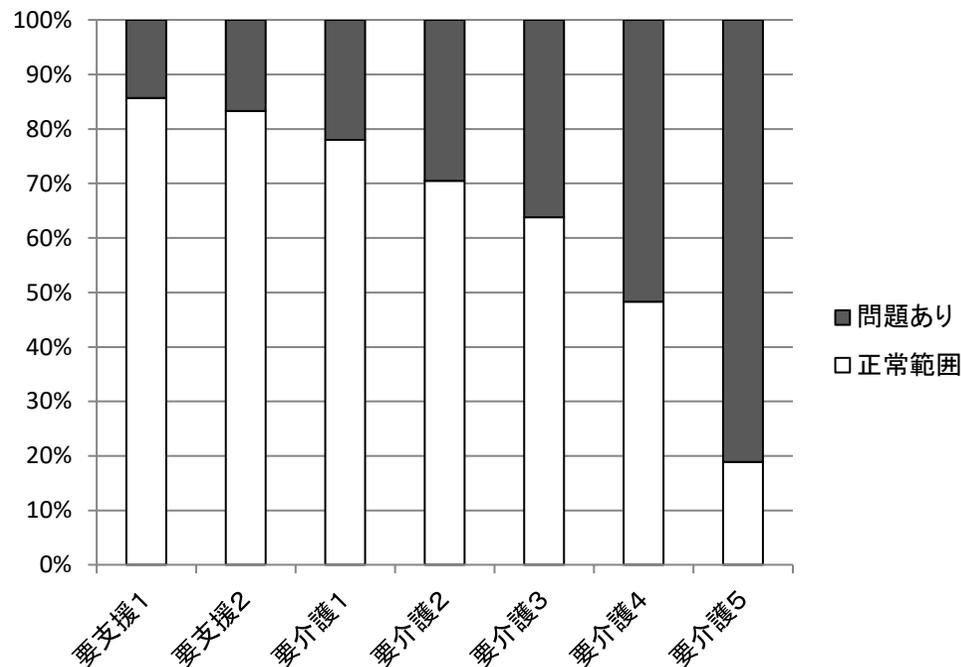


図 要介護度とDSS\*\* (正常範囲とそれ以外) との関係

\*\* 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

# 管理栄養士の従事者数及び栄養指導の状況

中医協 総-4  
元. 11.27

- 一般診療所の常勤換算管理栄養士数は、一般診療所の施設数と比較して、少ない状況である。
- 他方、糖尿病に関心が高い診療所等においては、管理栄養士の雇用率が75%~78%と高く、栄養指導の実施状況が高い。



図 平成29年度の病院、診療所における管理栄養士常勤換算従事者数

出典：平成29年度医療施設調査（10月1日時点）

## 【対象等】

糖尿病に関心が高い全国123の大学病院、1,155の一般病院、448の診療所・開業医家に対して、アンケート調査を実施。

表 調査対象医療機関における管理栄養士を雇用している施設の割合

	1982年	1992年	2002年
大学病院	100%	100%	100%
一般病院	100%	100%	100%
診療所・開業医家	75%	78%	78%

表 調査対象医療機関における栄養指導の実施状況

	個人指導	集団指導
大学病院	91%	87%
一般病院	94%	84%
診療所・開業医家	84%	54%

# 在宅での栄養食事指導の実施状況について

第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

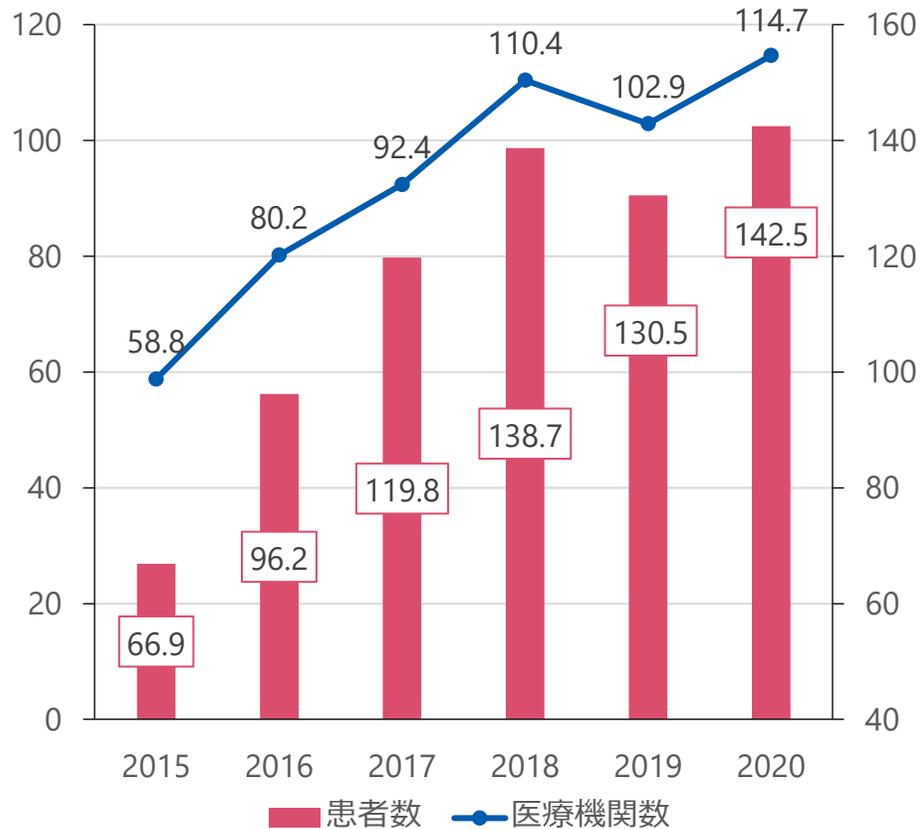
資料

令和4年7月28日

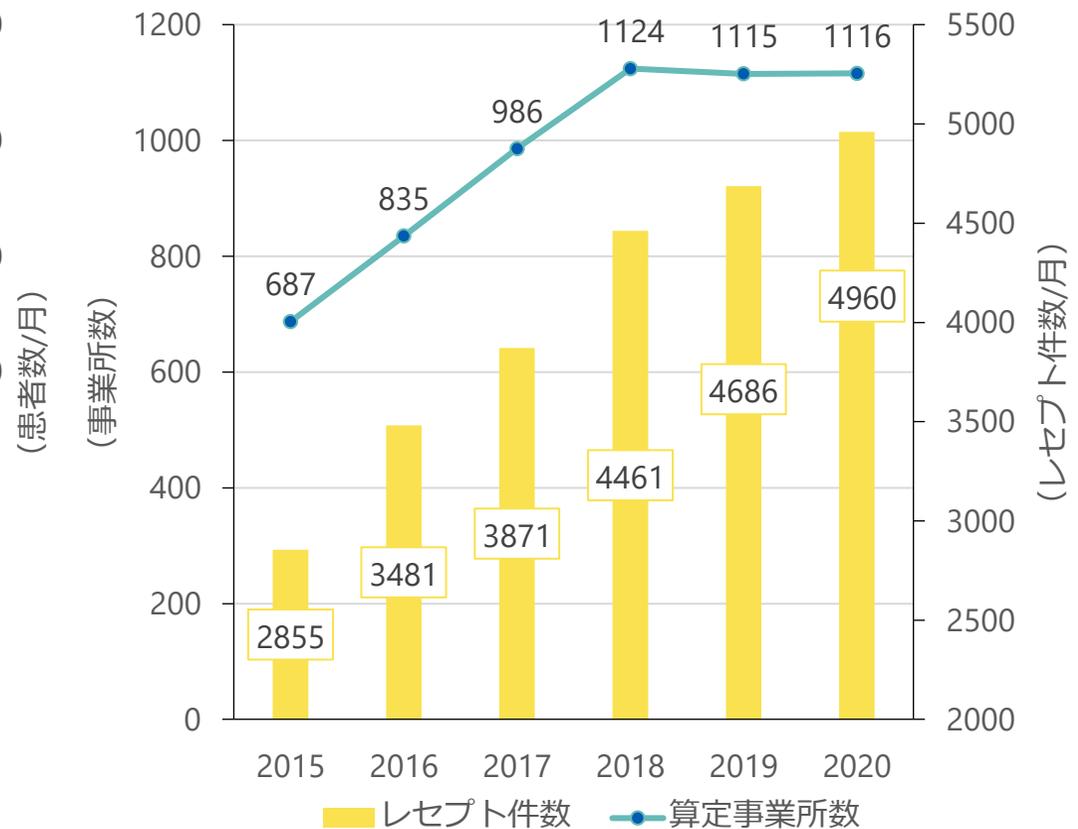
(一部改変)

- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数は、増加している。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は横ばいであるが、レセプト件数は年々増加している。
- 在宅での栄養食事指導の対象となっている患者は、要介護認定を受けている患者がほとんどである。

## 在宅患者訪問栄養食事指導



## 管理栄養士による居宅療養管理指導



【出典】国保データベース（KDB）（2015～2020年度診療分）  
 算定項目：在宅患者訪問栄養食事指導料  
 ※医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした事業所数  
 ※月当たりの平均患者数  
 ※京都府を除く

【出典】介護DB 任意集計（2015～2020年度分）  
 サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ  
 ※事業所数：サービス算定をした事業所数  
 ※レセプト件数：サービスのレセプト件数/月（年度のサービスのレセプト件数を12で除した値）  
 ※県外の事業所による算定は除く

# 診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



入院料

急性期

回復期

慢性期

## 栄養管理体制（通則）

- ・ 常勤管理栄養士1名以上を配置 ・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成 ・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載  
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

チーム医療

### （入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点、2：200点/退院時1回）

入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

### 退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）

患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

### （摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点、3：120点/週1回）

専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

### 摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日）

摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

### 栄養サポートチーム加算（200点/週1回）

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

### 栄養サポートチーム加算【再掲】

### 入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）

特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

### （緩和ケア診療加算）

### 個別栄養食事管理加算（70点/日）

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の上場や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

加算

高度な栄養管理

### 早期栄養介入管理加算

（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）  
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

### 周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）

全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

### 入院栄養食事指導料（初回1：260点、2：250点、2回目1：200点、2：190点/週1回・入院中2回） 栄養情報提供加算（50点/入院中1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、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し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。  
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

### 集団栄養食事指導料（80点/月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

# 診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院以外）



## <外来>

### 糖尿病透析予防指導管理料（350点／月1回）

糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合を評価

### （外来腫瘍化学療法診療料）連携充実加算（150点／月1回）

医師又は医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発言状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合を評価  
※療養に必要な栄養指導を実施する場合は、管理栄養士との連携を図る

### 外来栄養食事指導料

#### イ 外来栄養食事指導料1

保険医療機関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実施

- (1) 初回  
① 対面で行った場合 260点  
② 情報通機器等を用いた場合 235点  
(2) 2回目以降  
① 対面で行った場合 200点  
② 情報通機器等を用いた場合 180点

#### ロ 外来栄養食事指導料2

当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- (1) 初回  
① 対面で行った場合 250点  
② 情報通機器等を用いた場合 225点  
(2) 2回目以降  
① 対面で行った場合 190点  
② 情報通機器等を用いた場合 170点

- ・ 管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価（初回の月は月2回、その他の月は月1回）
- ・ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、月2回以上の指導（時間不問）を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイ(2)①の点数を算定
- ・ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導（時間不問）を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定

### 集団栄養食事指導料（80点／月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価



## <在宅>

### 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（750点／初回カンファレンスから6月以内、患者1人につき3回限り）

在宅で療養を行っており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、保険医、管理栄養士及び看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合を評価

### 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

保険医療機関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実施

- イ 単一建物診療患者が1人の場合 530点  
ロ " 2～9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

当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- イ 単一建物診療患者が1人の場合 510点  
ロ " 2～9人の場合 460点  
ハ イ及びロ以外の場合 420点

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき、食事計画案等を交付するとともに、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合を評価

チーム医療

栄養食事指導

# 介護報酬における栄養関連の加算等について

対象者

軽度

重度

## 施設 サービス

介護老人福祉施設  
(地域密着型を含む)  
介護老人保健施設  
介護医療院

### 栄養ケア・マネジメント(基本サービス) ※未実施の場合、14単位/日減算(令和6年3月31日まで経過措置)

- ・人員基準: 栄養士又は管理栄養士を1以上配置
- ・運営基準: 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(管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたもの)

### 栄養マネジメント強化加算 (11単位/日)

- ・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し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア(週3回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等)を行うとともに、LIFEを活用した場合に算定

### 経口維持加算(Ⅰ,Ⅱ) (Ⅰ:400単位/月、Ⅱ:100単位/月)

- ・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定

### 経口移行加算 (28単位/日)

- ・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

### 再入所時栄養連携加算 (200単位/回)

- ・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が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い、再入所となった場合に算定 (ICT活用可)

### 療養食加算 ・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

### 栄養アセスメント加算 (50単位/月)

- ・管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメントを実施し、利用者等への相談に応じるとともに、LIFEを活用した場合に算定

### 栄養改善加算(200単位/回(月2回まで))

- ・低栄養状態の者に対し、栄養改善等を目的として個別に(必要に応じて居室を訪問し)栄養管理を行った場合に算定

### 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ,Ⅱ) (Ⅰ:20単位/6か月、Ⅱ:5単位/6か月)

- ・介護職員等でも実施可能な口腔及び栄養状態のスクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

### 【認知症GH】 栄養管理体制加算 (30単位/月)

- ・管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を月1回以上行った場合に算定

### 総合事業:サービスC

管理栄養士による通所型・訪問型の短期集中予防サービス

## 居宅療養 管理指導 (Ⅰ,Ⅱ)

(Ⅰ:443~544単位/回、  
Ⅱ:423~524単位/回)  
(月2回まで)

・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に対し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に算定

・Ⅱは、外部の管理栄養士と連携して実施する場合

## 通所 サービス

通所介護  
通所リハ 等

## 地域密着型 サービス

小多機、  
認知症GH 等

## 在宅