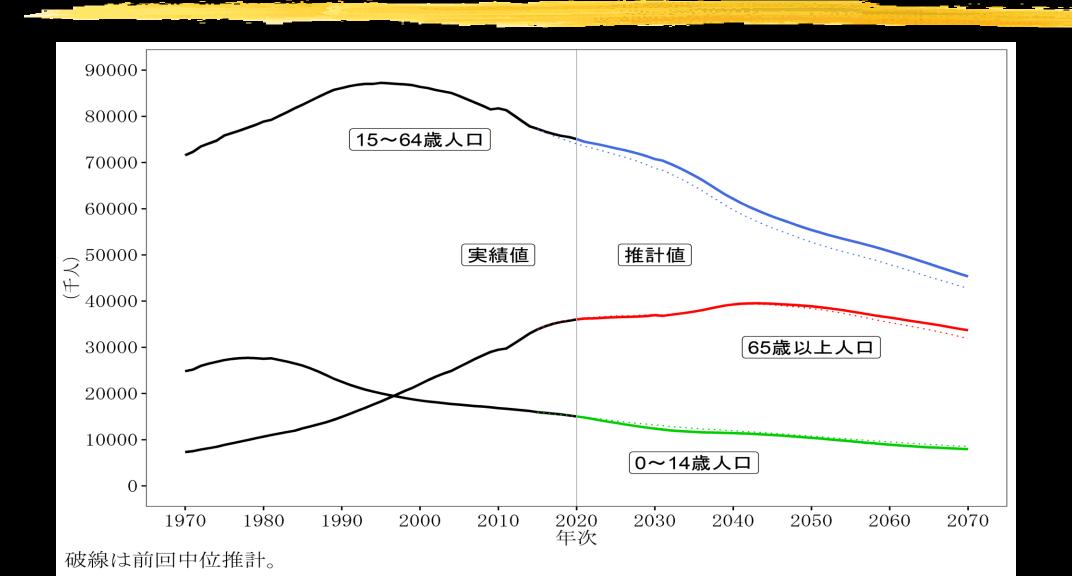




神奈川県立保健福祉大学 客員教授 藤田医科大学 特命教授 慶應義塾大学 訪問教授 日本栄養士会 顧問 日本健康・栄養システム学会 代表理事 三浦公嗣

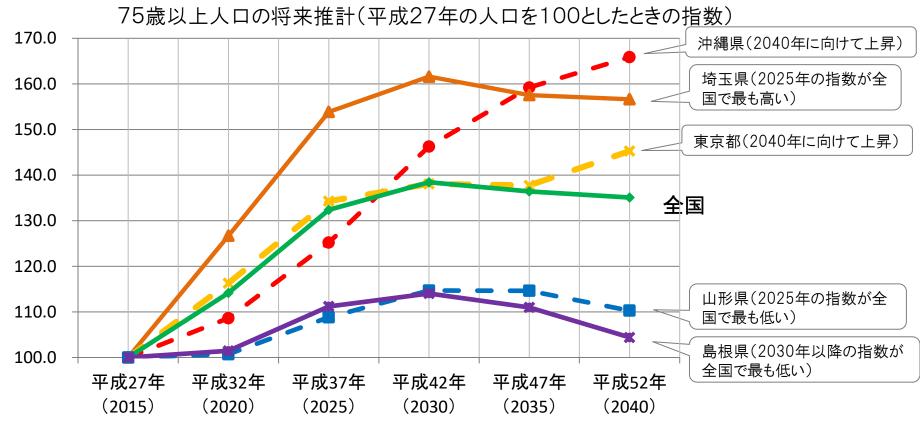
高齢化の現状

高齢者人口の将来推計



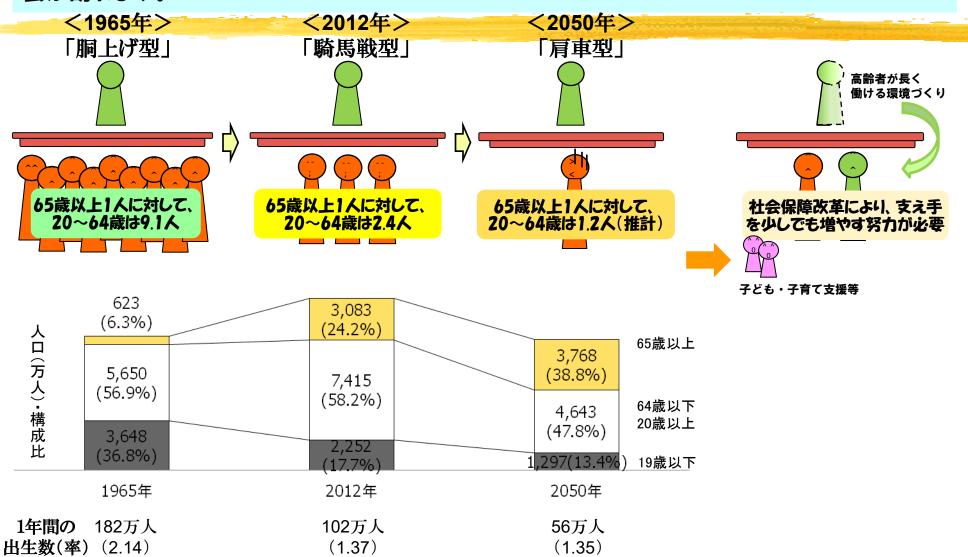
2015年から2025年までの各地域の高齢化

- ○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、 2030 年頃をピークに減少する。
- ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
- ○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



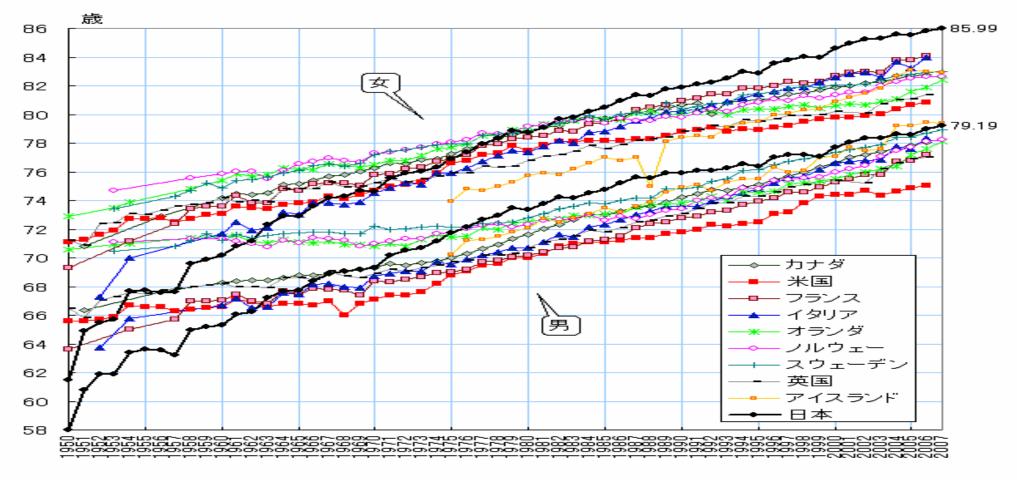
「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



社会と医療

主要先進国における平均寿命の推移

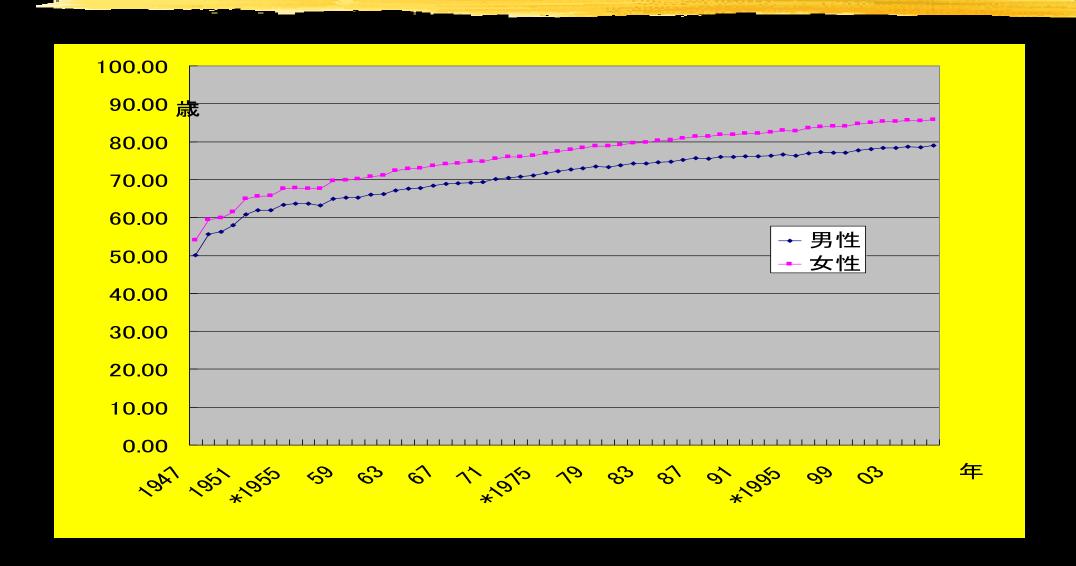


(資料) 厚生労働省「完全生命表」「簡易生命表」(日本とそれ以外の2007年データ) WDI Online 2008.7.31、社会保障人口問題研究所「人口統計集2005」(1959年以前)

健康を取り巻く環境変化を

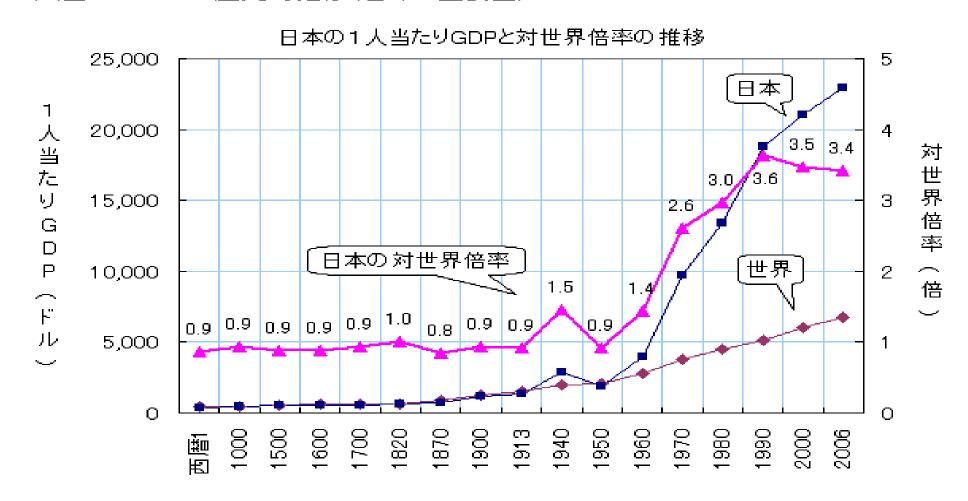
- く今まで>
- ●健康水準の向上
- 一平均寿命 健康寿命等
- ●国民経済の発展と国際化
- -GNP·GDP·可処分所得等
- ●医学・医療技術の進展
- ●社会保障制度の充実と国家財政

わが国の平均寿命の推移



わが国のGDPの推移

1人当たりGDPの歴史的推移(日本と主要国)



世界銀行と日本

- ●1952年:日本加盟
- ●1953年:日本への最初の貸付
- 一代表的な貸付
- 一鉄鋼・自動車・造船
- 一黒部ダム(黒四発電所) 高速道路(東名 名神) 東海道新幹線
- ●1966年:最後の借入
- ●1990年:最後の借款の完済

社会保障とその基盤

社会保障の定義

(OECD基準)

- ●人々の厚生水準が極端に低下した場合に、 それを補うために個人や世帯に対して公的 あるいは民間機関により行われる財政支援 や給付
- ●社会的目的を有しており、制度が個人間の 所得再分配に寄与しているか、または制度 への参加が強制性を持っていること

社会保障分野別分類の定義と支出の例 (OECD基準)

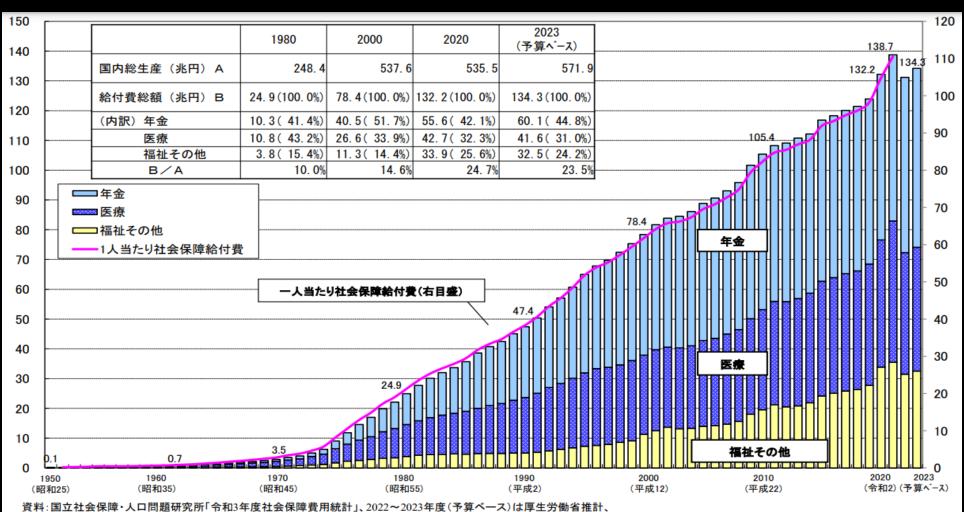
| 分野 | OECD定義 | 日本において含まれる制度 |
|----------------|--|--|
| 高齡 | 退職によって労働市場から引退した人及び決められた年齢に達した人に提供される現金給付が対象。給付の形態は年金及び一時金を含み、早期退職をした人の給付もここに含めるが、雇用政策として早期退職をした場合の給付は「積極的労働市場政策」に計上。高齢者を対象にした在宅及び施設の介護サービスを計上。施設サービスにおいては老人施設の運営に係る費用も計上。 | 厚生年金保険:老齢年金給付、脱退手当金等 国民年金:老齢年金、老齢福祉年金等 介護保険:介護サービス等諸費、 介護予防サービス等諸費 社会福祉:高齢者日常生活支援等推進費 生活保護:介護扶助 |
| 遺族 | 被扶養者である配偶者やその独立前の子どもに対する制度の支 出を計上。 | 厚生年金保険: 遺族年金給付 国民年金: 遺族基礎年金等 |
| 障害、業務災害、 傷病 | 業務災害補償制度下で給付されたすべての給付と障害者福祉の サービス給付、障害年金や療養中の所得保障としての傷病手当 金などを計上。 | 厚生年金保険: 障害年金給付、障害手当金 国民年金: 障害年金、障害基礎年金等 労働者災害補償保険 |
| 保健 | 医療の個人サービス及び予防接種や健康診断等の集団サービス を計上。傷病手当金等の疾病に係る現金給付は「障害、業務災 害、傷病」に計上。 | |
| 家族 | 家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付 (サービス) を計上。 | 児童手当:現金給付、 地域子ども・子育て支援事業費 社会福祉:特別児童扶養手当、児童扶養手当等 雇用保険:育児休業給付、介護休業給付 |
| 積極的 労働市場政策 | 社会的な支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めた りする為の支出を計上。障害を持つ勤労者の雇用促進を含む。 | 雇用保険:職業紹介事業等実施費、 教育訓練給付等 雇用対策:若年者等職業能力開発支援費 |
| 失業 | 失業中の所得を保障する現金給付を計上。なお、年金受給開始 年齢であっても失業を理由に給付されるものを含むが、それが 労働政策の一部であれば「積極的労働市場政策」に含まれる。 | 雇用保険:一般求職者給付金、 高年齢求職者給付金等 雇用対策:高齢者等雇用安定・促進費 |
| 住宅 | 公的住宅や対個人の住宅費用を減らすための給付を計上。 | 生活保護:住宅扶助 住宅:住宅対策諸費 |
| 他の政策分野 | 上記に含まれない社会的給付を計上。具体的には公的扶助給付 や他に分類できない現物給付。 | 生活保護:生活扶助、生業扶助 社会福祉:防災政策費、 臨時福祉給付金等給付事業助成費 |

資料:国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」(2015年) の巻末参考資料をもとに作成。

日本国憲法と社会保障

- ●第二十五条【生存権、国の生存権保障義務】 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生 活を営む権利を有する。
- 2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に 努めなければならない。

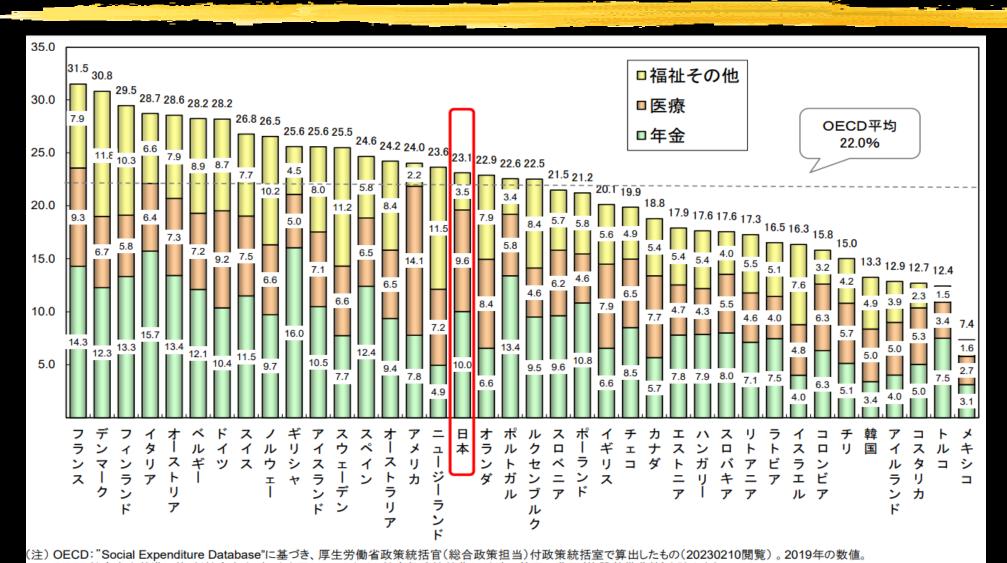
社会保障給付費の推移



資料:国立社会保障・人口問題研究所「令和3年度社会保障費用統計」、2022~2023年度(予算ベース)は厚生労働省推計、 2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和5年1月23日閣議決定)」

(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2021並びに2023年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障給付の部門別の 国際的な比較(対GDP比)



OECD加盟国の保健医療支出の状況(2018年)

| 国名 | 総医療費の 対GDP比(9 | | 一人当たり医 (ドル) | 備考 | |
|----------|------------------|----|----------------|--------------|--|
| | 順位 | | | 7-0-0-10-0-0 | |
| アメリカ合 衆国 | 16.9 | 1 | 10,586 | 1 | |
| スイス | 12.2 | 2 | 7,317 | 2 | |
| ドイッ | 11.2 | 3 | 5,986 | 4 | |
| フ ラ ン ス | 11.2 | 4 | 4,965 | 12 | |
| スウェーデン | 11.0 | 5 | 5,447 | 5 | |
| 日 本 | 10.9 | 6 | 4,766 | 15 | |
| カナダ | 10.7 | 7 | 4,974 | 11 | |
| デンマーク | 10.5 | 8 | 5,299 | 7 | |
| ベルギー | 10.4 | 9 | 4,944 | 13 | |
| オーストリア | 10.3 | 10 | 5,395 | 6 | |
| ノルウェー | 10.2 | 11 | 6,187 | 3 | |
| オランダ | 9.9 | 12 | 5,288 | 8 | |
| イギリス | 9.8 | 13 | 4,070 | 18 | |
| ニュージーランド | 9.3 | 14 | 3,923 | 19 | |
| オーストラリア | 9.3 | 15 | 5,005 | 10 | |
| ポルトガル | 9.1 | 16 | 2,861 | 24 | |
| フィンランド | 9.1 | 17 | 4,236 | 17 | |
| チリ | 8.9 | 18 | 2,182 | 31 | |

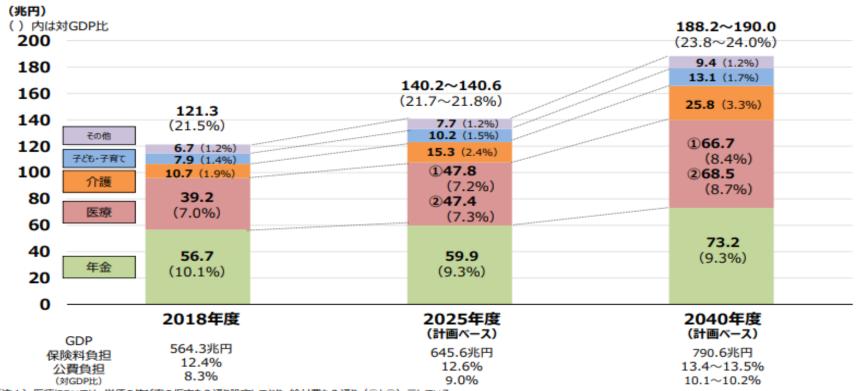
| 国名 | 総医療費の 対GDP比(%) 順位 | | 一人当たり医療(ドル) | 備考 | |
|-----------|-------------------------|----|--|----|--|
| \$ 200 PM | | | | | |
| スペイン | 8.9 | 19 | 3,323 | 21 | |
| イタリア | 8.8 | 20 | 3,428 | 20 | |
| アイスランド | 8.3 | 21 | 4,349 | 16 | |
| 韓国 | 8.1 | 22 | 3,192 | 22 | |
| スロベニア | 7.9 | 23 | 2,859 | 25 | |
| ギリシャ | 7.8 | 24 | 2,238 | 29 | |
| イスラェル | 7.5 | 25 | 2,780 | 26 | |
| チェコ | 7.5 | 26 | 3,033 | 23 | |
| アイルランド | 7.0 | 27 | 4,869 | 14 | |
| リトア ニア | 6.8 | 28 | 2,416 | 27 | |
| スロバキァ | 6.7 | 29 | 2,290 | 28 | |
| ハンガリー | 6.6 | 30 | 2,047 | 33 | |
| エストニア | 6.4 | 31 | 2,231 | 30 | |
| ポーランド | 6.3 | 32 | 2,056 | 32 | |
| ラトヴィア | 5.9 | 33 | 1,749 | 34 | |
| メキシコ | 5.5 | 34 | 1,138 | 36 | |
| ルクセンブルク | 5.4 | 35 | 5,070 | 9 | |
| トルコ | 4.2 | 36 | 1,227 | 35 | |
| OECD平均 | 8.8 | | 3,992 | | |

【出典】「OECD HEALTH Statistics 2019」

(注1)上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

社会保障給付費の将来見通し

○「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(平成30年5月)では、一定の仮定をおいた上で、 社会保障給付費の対GDP比は、2025年度に21.7~21.8%、2040年度に23.8~24.0%となると予測。



- (注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。
- (注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。
- ※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。
- (出所)「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材) 概要 」(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)

医療費と介護費

| | 国民医療費 | 介護総費用額 |
|-------|--------|--------|
| 2000年 | 30.1兆円 | 3.6兆円 |
| 2021年 | 45.0兆円 | 11.0兆円 |
| 伸び | 1. 5倍 | 3.1倍 |

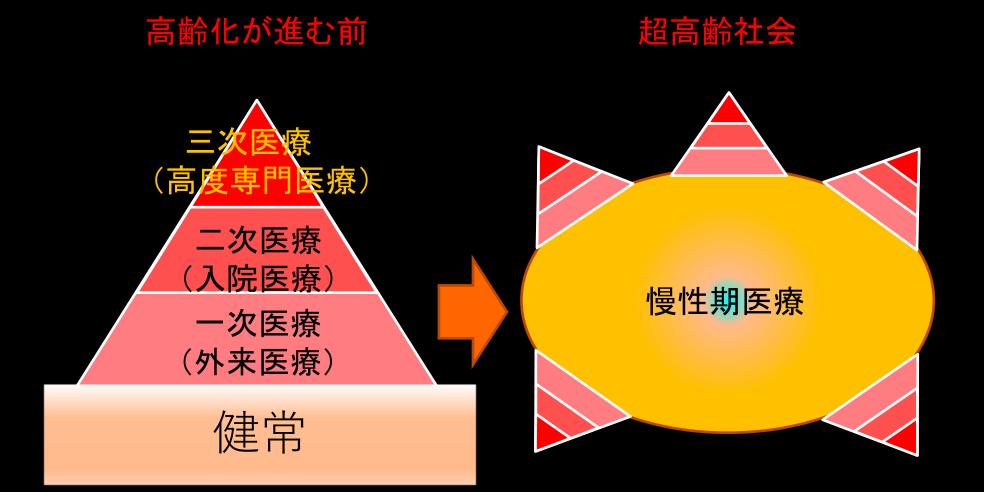
主要国の経済成長と社会保障給付費

| 名 | 目国区 | 内総生 | 産(G | DP) | 日本の | 社会保 | 障給付費 |
|---------------|-------|-------|------|------------|--------|-------|-------|
| (兆US\$:IMF調べ) | | | | (兆円) | | | |
| | ①米 | ②中 | 3独 | 4 日 | 総額 | 医療 | 国庫負担 |
| 1990年 | 5. 9 | 0.4 | 1.6 | 3. 2 | 47. 4 | 18.6 | 13. 5 |
| 2023年 | 27. 4 | 17. 6 | 4. 5 | 4. 2 | 134. 3 | 47. 2 | 36. 9 |
| 伸び | 4. 6 | 44. 5 | 2.8 | 1. 3 | 2.8 | 2. 5 | 2. 7 |
| (倍率) | | | | | | | |

高齢化の影響

- ●人類としては未曾有の現象(夢の実現)
- 一速度
- 一大きな地域差
- ●「潮目が変わった」
- 一疾病構造の変化による医療ニーズの質的
 - 量的シフト
- 一医療の主流は急性期から慢性期へ
- 一人生の最終段階の過ごし方

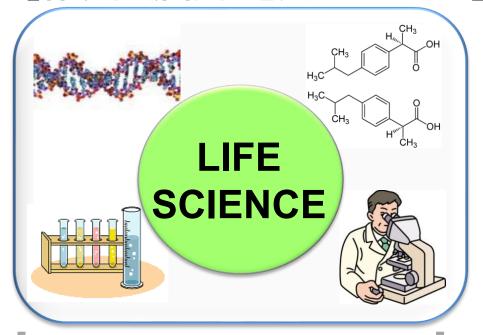
医療提供体制のパラダイム・シフト



栄養ケア・マネジメント を通じた栄養業務

求められる保健医療福祉

【保健医療福祉を支える力とは】





【医療での例】

- •革新的医薬品•医療機器
- •遺伝子治療
- 再生医療
- •個別化医療 等

利用者が

求めるサービス

- •信頼関係
- -生命の尊重
- 個人の尊厳
- *家族関係等

栄養ケアに求められる (狭義の)専門的知識の範囲

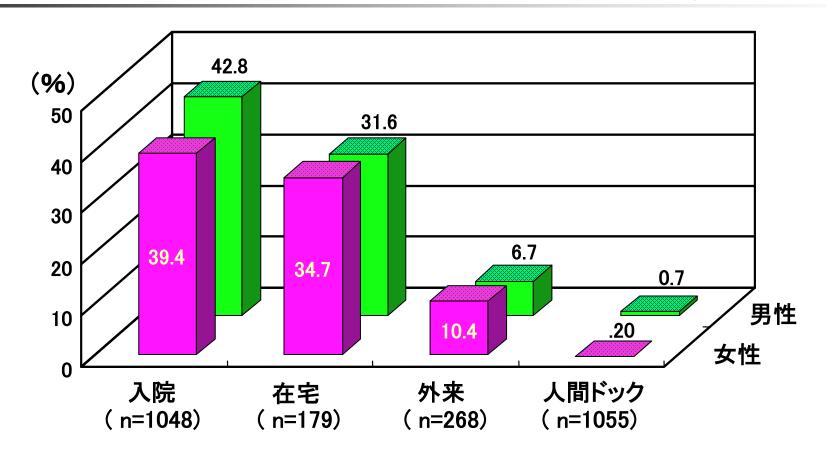


(傷病の状況)等対象者の健康状態

栄養ケアの範囲

- 「モノ(物質)」を通じて「人」を
- ●狭義の「栄養 (Nutrition)」だけで はなく「食生活(Diet)にかかわる すべての業務」
- 求められる資質 一食生活に関する専門的知識
 - 一(一般の対象者・専門家との)コ
 - ミュニケーション能力

高齢者の低栄養 中等度リスク者の出現頻度



食べる楽しみ



| | 1位 | | 2位 | Ī | 3位 | |
|--------------------------|----|--------|------|--------|------|--------|
| 特別養護老人ホーム (9施設 n=773) | 食事 | 44. 8% | 行事参加 | 28. 0% | 家族訪問 | 25. 3% |
| 老人保健施設 (13施設 n=1324) | 食事 | 48. 4% | 家族訪問 | 40.0% | 行事参加 | 35. 2% |
| 老人病院 (9病棟 n=362) | 食事 | 40.0% | 家族訪問 | 39. 4% | テレビ | 28. 3% |
| 療養型病院 (1施設 n=50) | 食事 | 55. 1% | 家族訪問 | 55. 1% | テレビ | 30.0% |

加藤順吉郎 (1998) 福祉施設及び老人病院等における住民利用者 (入所者・入院患者) の意識実態調査分析結果. 愛知医報 1434. 2-14.

入院患者のPEMと平均在院日数 これはすごい!

PEM: Protein energy malnutrition たんぱく質・エネルギー欠乏(症)

| तो छंड | 平均在院日数 | | | |
|---------------|--------|------------|--|--|
| 内容 | 非PEM患者 | PEM患者 | | |
| 大腿骨骨折患者(1983) | 10.0 | 12.0 | | |
| 関節置換術(1987) | 21.5 | 30.1 | | |
| 脳障害児(1995) | 1.8 | 18.0 | | |
| ICU(前)(1996) | 6.3 | 8.1 | | |
| (中) | 3.5 | 9.5 | | |
| (後) | 19.8 | 27.1 | | |
| 脳卒中後のリハ(1996) | 44.9 | 58.9 | | |
| リハ高齢患者 | | 非PEMと5.4日差 | | |
| 股関節置換術(1996) | | 非PEMの2倍 | | |
| 一般(1997) | 4.0 | 6.0 | | |
| 急性腎障害(1999) | 23.5 | 34.8 | | |
| 心臓外科患者 (1999) | 11.6 | 17.9 | | |

神奈川県立保健福祉大学 杉山みち子名誉教授提供のスライドを改変



低栄養と死亡・入院の関連

杉山みち子氏作成

要介護高齢者の低栄養を見過ごすことが、予後を悪化させることにつながるのは「ほぼ間違いない」

特養・老健入所者 I,646名 (85.7±8.7歳): 低栄養状態中高リスク者は54.8%、低リスク群に対し、200日間の追跡で死亡HR: 2.102、入院HR: I.434と有意に増加。 (杉山・高田他、2015) ※右図参照

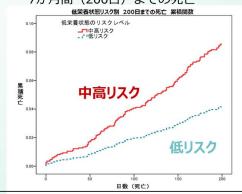
特養・老健入所者 I,646名 (85.7±8.7歳): やせ (BMI I 8.5未満) の者は3 I.8%、標準群に対し、I 年間の追跡で死亡HR: I.84、入院HR: I.28と有意に増加。(藤川・高田・杉山他、2018)

在宅療養要介護高齢者1,142名(81.2±8.7歳):低栄養(MNA-SF)者は、 1年間の追跡で死亡HR: 4.31、入院HR: 2.49、入所HR: 2.11。(葛谷他、2015)

在宅療養高齢者 I 8 I 名 (79.8±8.8歳) において、低栄養 (MNA<17) 者は、2年間の追跡で死亡HR: I 4.05。 (Inoue他、2007)

地域・病院・施設で生活する高齢者の低栄養による低アルブミン血症は、筋肉量が有意に減少した人々にみられ、高齢者の死亡予測因子となる。(Cabrerizo S, et al. 2015)

杉山、高田、田中:後期高齢者における低栄養, 平成27年度厚生労働省補助金 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(研究代表者 鈴木隆雄)※一部追加 【特養・老健】ベースライン時 低栄養リスク別7か月間(200日)までの死亡



| 低栄養状態リスク (死亡/全数) | | | 95 | | | |
|---------------------|---------------------|-------|-----------|---|--------|---------|
| | | HR | lower | - | upper | p-value |
| | 低リスク(32/727) | 1.000 | reference | | | 400 |
| | 中・高リスク (111/902) | 2.102 | (1.401 | - | 3.154) | <0.001 |

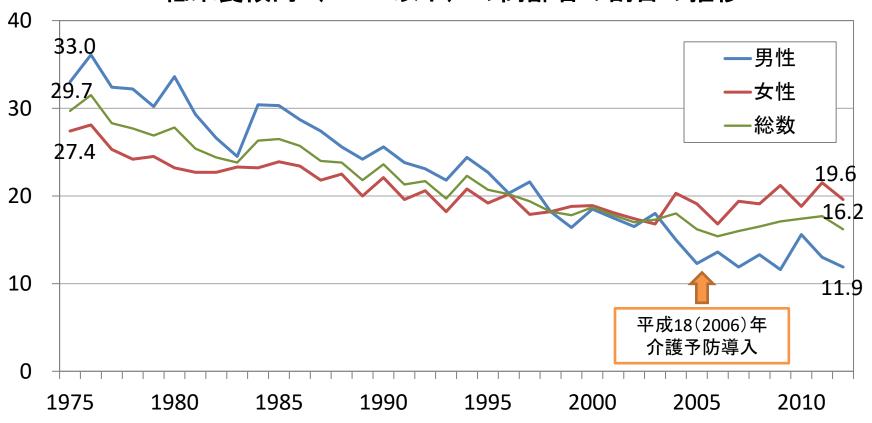
低栄養状態 中高リスク者では、低リスク者よりも死亡のリスク(ハザード比)が、約2倍大きい

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

65歳以上の高齢者の栄養の状況

高齢者の低栄養傾向の1つの指標であるBMI20以下の人の割合は、 男性が約1割、女性が約2割。平成17(2005)年以降は、ほぼ横ばい。

低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の推移

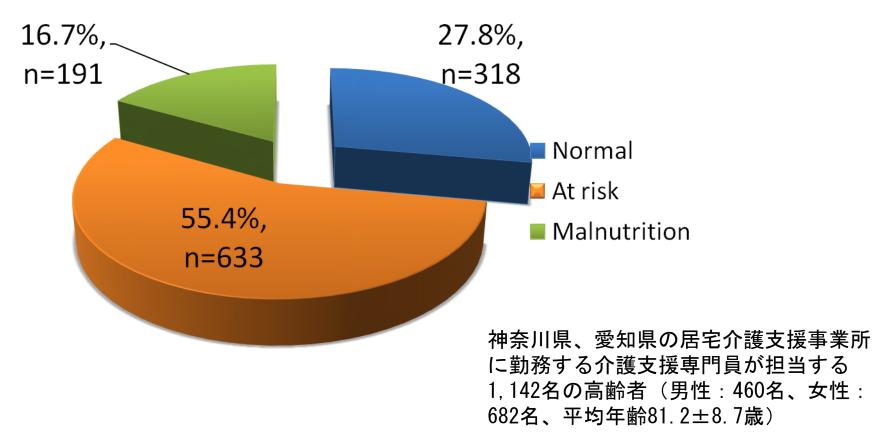


資料:厚生労働省「国民健康・栄養調査」

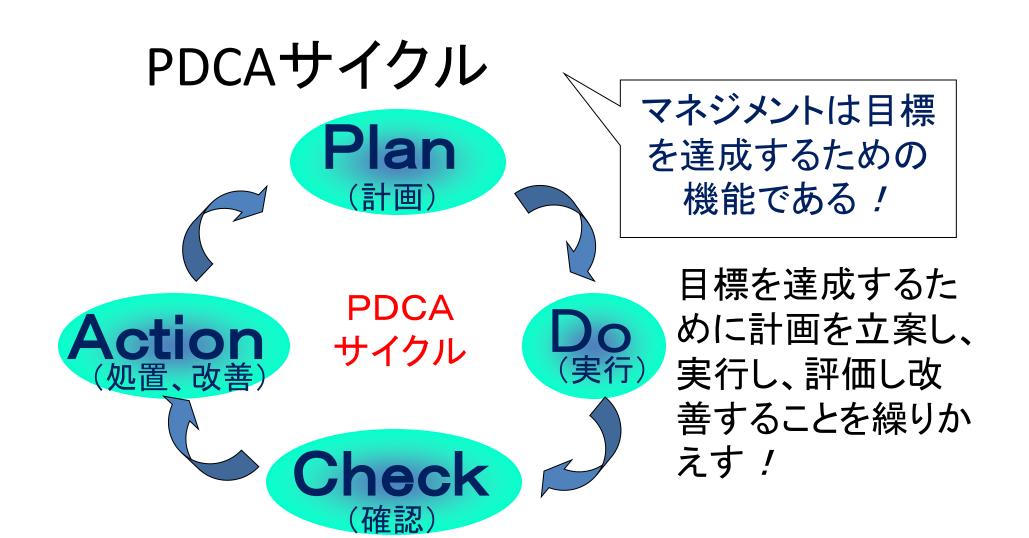
居宅サービスを受けている高齢者の栄養の状況

何らかの居宅サービスを受けている高齢者の約7割が、低栄養のおそれ又は 低栄養という報告がある





平成24年度厚生労働科学研究補助金長寿科学総合研究事業 (研究代表者:葛谷雅文 研究分担者:杉山みち子、榎 裕美)



神奈川県立保健福祉大学 杉山みち子名誉教授提供のスライド

栄養ケア・マネジメントとは

(Nutrition Care and Management, NCM)



ヘルスケア・サービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法、手順を効率的に行うためのシステム



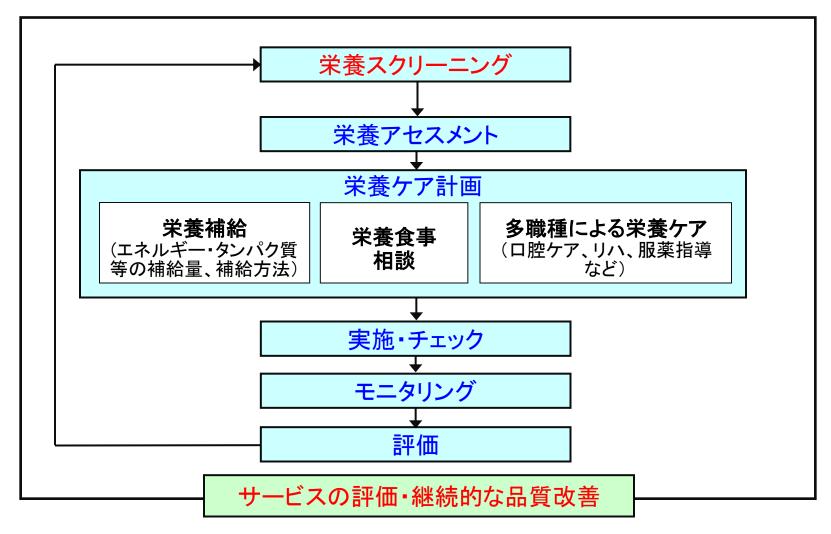
栄養状態を改善してQOLを向上させること 高齢者においては、自立した日常生活を維持できる期間を 少しでも長くすること



QOLの向上が栄養状態の改善よりも優先される場合には QOLを優先(看取りのチームに管理栄養士が参加)

栄養ケア・マネジメント(Nutrition Care and Management, NCM)の基本構造

厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」、1997



栄養ケア・マネジメントによる 管理栄養士業務の改革

献立・調理を主体とした"給食業務"



管理栄養士がNCMを担い、 ケア現場のイノベーションに取り組む

新しい人材育成

利用者主体の"栄養ケア業務"

個人の栄養状態の評価・判定にもとづき 栄養ケアプランの実施・評価

主な「制度化」への道

- ●法律 (制度論)
- ●資源(ヒト・モノ・カネ・情報)の確保
- 一補助金
- 一診療報酬・介護報酬
- ●指針・ガイドライン等
- ●教育・訓練
- ー医学教育モデル・コア・カリキュラム「栄養アセスメント、栄養ケア・マネジメント、栄養サポートチーム、疾患別の栄養療法について理解している。」



「美味しいものを食べたい」





これからの介護保険 介護が必要な状態になっても大丈夫!! わたしの「したい」を支える











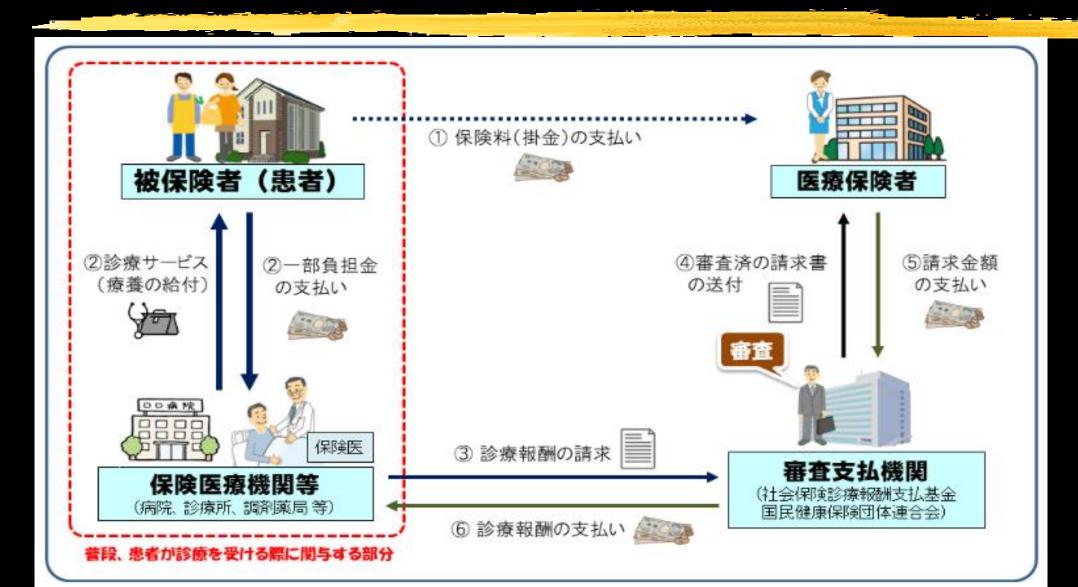






診療報酬と介護報酬

保険診療の流れ



診療報酬とは

●保険医療機関等が行う診療行為やサービスに対する評価として公的医療保険から支払われる報酬

診療報・介護報酬の改定時期

| | 診療報酬 | 介護報酬 | |
|----------------|------|------|------|
| 2024(令和6)年度 | | | 同時改定 |
| 2023(令和5)年度 | | | |
| 2022(令和4)年度 | | | |
| 2021(令和3)年度 | | | |
| 2020(令和2)年度 | | | |
| 2019 (令和元) 年度 | | | |
| 2018 (平成30) 年度 | | | 同時改定 |

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ <u>中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議</u>を行い 実施されるものである。

内閣

予算編成過程を通じて改定率を決定



社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

- 〇 基本的な医療政策について審議
- 〇 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定



中央社会保険医療協議会

- 社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議
- 個別の診療報酬項目に関する点数設定 や算定条件等について議論

【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

フ名

- ① 支払側委員(保険者、被保険者の代表)
- 2) 診療側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表)
- ③ 公益代表

7名 6名(国会同意人事)

診療報酬と介護報酬の決定プロセス

●報酬額の決定

【診療報酬】 社会保障審議会医療保険部会 医療部会

【介護報酬】 社会保障審議会介護保険部会

基本方針

【診療報酬】 中央社会保険医療協議会 (中医協) 【介護報酬】 社会保障審議会介護給付費分科会

●改定率の決定 予算編成過程

予算編成過程

- 5 月 省内での検討
- ●6月 「骨太の方針」(経済財政諮問会議)
- 7月 概算要求基準 (財務省)
- ●8月 予算概算要求(各省)
- 9~12月 財務省における査定
- ●12月 「予算編成の基本方針」(経済財政諮問会議)の閣議決定・予算の確定(閣議)
- 1月 予算の国会提出
- ●2~3月 国会での審議

改定率決定に向けてのエビデンス

- ●医療経済実態調査(診療報酬):病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的
- 一令和4年度改定では、令和3年3月末までに終了する直近の2事業年(度)の2年間(月単位の損益の状況は令和元年、2年、3年のそれぞれ6月)
- 一公表は令和3年11月

改定率決定に向けてのエビデンス

- ●介護事業経営実態調査(介護報酬):各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的
- 一令和3年改定では令和元年度決算を調査
- 一公表は令和3年10月

改定率決定に向けてのエビデンス

- ●福祉医療機構による経営状況報告
- 一医療・介護・福祉事業所の経営状況
- ー毎年度、貸付先の経営状況等について事業報告 に基づく調査を実施
- ●財務省
- 一予算執行状況調査等
- ●財政制度等審議会(財務省)

拡大する栄養業務

(令和2年度診療報酬改定から)

日本健康・栄養システム学会が令和2年度診療報酬改定で提案した事項

- ●集中治療室(ICU)等における重点的な栄養管理に対する診療報酬上の新たな評価(加算の新設)
- -【提案内容】患者入室後、48時間以内の専従管理栄養士による栄養管理(栄養アセスメントに基づく栄養管理計画の作成・実施とその後の頻回なモニタリングによる計画の見直し・実施の繰り返しにより、早期の経腸及び経口栄養法への移行と適切な栄養補給量の確保)体制と取組みに対する評価

日本健康・栄養システム学会が令和2年度診療報酬改定で提案した事項

早期経腸栄養介入の効果

| | 運用前 | 運用後 | 有意差 |
|------------------------------|-----------|-------------|--------------|
| | 2011年 | 2017年 | (Wilcoxon順位和 |
| | (n=360) | (n=295) | 検定) |
| 48 時間以内経腸 栄養開始率(%) | 30.2 | 61.5 | P<0.01 |
| 28日死亡率(%) | 20.7 | 6.7 | P<0.02 |
| 平均在ICU室日数 | 7.8±3.5 | 5.5±8.8 | P<0.001 |
| (中央値) | (6) | (3) | |
| 平均在院日数 | 40.6±24.3 | 33.1 ± 46.7 | P<0.001 |
| (中央値) | (35) | (22) | |

矢野目英樹他、日本健康・栄養システム学会誌.2019.19(2)

特定集中治療室での栄養管理の評価

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

▶ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[留意事項]

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント

- イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成
- ウ 陽管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
- エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直すとともに栄養管理を実施 オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
- カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、エに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。 加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期 離床・ リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

<u>当該加算の1日当たりの算定患者数は、</u>管理栄養士1名につき、<u>10人以内</u>とする。また、<u>当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定す</u>る患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

[施設基準]

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

- ①栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ②特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ③特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

さらに拡大する栄養業務

(令和3年度介護報酬改定から)

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- ●介護保険施設における栄養管理の強化
- ■認知症対応型共同生活介護(認知症グループ ホーム)における栄養管理の強化
- ●通所系サービスにおける栄養管理の強化
- ●介護保険における栄養情報連携の強化

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- ●介護保険施設における栄養管理の強化
- 【提案内容】介護保険施設において、管理 栄養士を2名以上(常勤換算)配置してい る場合に新たに評価(新規加算の設定)

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項(成果)

- ●介護保険施設における栄養管理の強化
- →栄養マネジメント強化加算
- ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置すること

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- ●認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)における栄養管理の強化
- 【提案内容】認知症対応型共同生活介護(認知症 グループホーム)において、管理栄養士が適切に 栄養管理を実施した場合に新たに評価(新規加 算の設定)

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項(成果)

- ●認知症対応型共同生活介護(認知症グルー プホーム)における栄養管理の強化
- ⇒栄養管理体制加算
 - ・管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を 行い栄養改善のための体制づくりを進め ることを新たに評価

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- ●通所系サービスにおける栄養管理の強化
- 【提案内容】通所系サービスの利用者に対し、管理栄養士が適切な栄養管理を実施した場合に新たに評価(新規加算の設定)

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項(成果)

- ●通所系サービスにおける栄養管理の強化
- ⇒栄養アセスメント加算
 - ・通所系サービス等について、管理栄養士 と介護職員等の連携による栄養アセスメ ントの取組を新たに評価

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項

- ●介護保険における栄養情報連携の強化
- 【提案内容】要介護者が介護保険施設間等で移行した際に、低栄養改善や経口維持等のための栄養管理に関する情報を、当該要介護者を担当する管理栄養士間で共有し、継続的な栄養管理のための調整を行った場合に新たに評価(新規加算の設定)

日本健康・栄養システム学会が令和3年度介護報酬改定で提案した事項(成果)

- ●介護保険における栄養情報連携の強化
- ⇒管理栄養士等が居宅療養管理指導を行う際には、 必要に応じて、これらの支援につながる情報を 把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師 に提供するよう努めることを明示
- ⇒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、管理栄養士等が必要に応じて参加す ることを明確化

もっと拡大する栄養業務

(令和4年度診療報酬改定から)

日本健康・栄養システム学会が 令和4年度診療報酬改定で 提案した事項

- 周術期患者に対する栄養管理の強化 (日本外科代謝栄養学会との共同提案)
- ●重症熱傷患者に対する栄養管理の強化 (日本熱傷学会との共同提案)
- ■早期栄養介入管理加算の対象の拡大 (日本集中治療医学会との共同提案)

日本健康・栄養システム学会が令和4年度診療報酬改定で提案した事項

- ●周術期患者に対する栄養管理の強化
- 【提案内容】周術期にある患者に対して、 管理栄養士が適切に栄養管理を実施した 場合に新たに評価(新規加算の設定)

術前栄養療法は術後合併症を減らし在院日数を短縮する



Bin Jie, Zhu-Ming Jiang, Marie T. Nolan, Shai-Nan Zhu,et al. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. Nutrition 28 (2012) 1022–1027.

周術期患者に対する栄養管理の強化

周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点(1手術に1回)

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

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、<u>手術の前後に必要な</u> 栄養管理を行った場合であって、区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合 は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、<u>専任の管理栄養士が医師と連携し、</u>周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、<u>術前・術</u>後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。
- (2)栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline: Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。

「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」

(3) (2) の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する

 専任の常勤の管理栄養十が配置されていること。
- (2)総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

日本健康・栄養システム学会が令和4年度診療報酬改定で提案した事項

- ●重症熱傷患者に対する栄養管理の強化
- 【提案内容】重症熱傷患者に対して、管理栄養士が適切に栄養管理を実施した場合に新たに評価(新規加算の設定)

日本健康・栄養システム学会が令和4年度診療報酬改定で提案した事項

- ●早期栄養介入管理加算の対象の拡大
- 【提案内容】特定集中治療室の患者に限 定されている早期栄養介入管理加算の対 象を、同様の機能を有する治療室の患者 に拡大(既存加算の対象拡大)

早期栄養介入管理加算の対象拡大

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

▶ 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】 [算定要件]

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病室に入院して いる患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要 な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算と して、入室した日から起算して7日を限度として400 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】

7年定要件

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 た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早 期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点(入室後早 期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点)を所定点数に加算する。た だし、区分番号B001の1の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

(施設基準]

- イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理 栄養士が配置されていること。
- □ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が必要備されていること。 と。
- ※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の 栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。
 - ・早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)(14日まで)
 - ・早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)(7日まで)

現行

特定集中治療室管理料1~4

改定後

特定集中治療室管理料1~4 救命救急入院料1~4 リイケアフェット入院医療管理料1、

脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料

令和4年度診療報酬改定における栄養関係事項(1)

- ●早期栄養介入管理加算の見直し
- ●周術期の栄養管理の推進
- ●栄養サポートチーム加算の見直し
- ●病棟における栄養管理体制に対する評価の 新設

令和4年度診療報酬改定における栄養関係事項(2)

- ●褥瘡対策の見直し
- ●情報通信機器等を用いた外来栄養食事指 導の評価の見直し
- ●摂食嚥下支援加算の見直し
- 一外来化学療法に係る栄養管理の充実

栄養ケア・マネジメントが 医療保険・介護保険に 定着するために

- ●医療・介護現場での「思いつき」
- 医療・介護現場での試行
- ●評価(エビデンスとしての確立、LIFEの活用)
- ●提案活動
- フォローアップ
- ●診療報酬・介護報酬への収載

令和4年度診療報酬改定における栄養管理体制に対する評価の新設

- ●管理栄養士が、特定機能病院入院基本料を算定している患者(特別食・がん・摂食嚥下機能低下・低栄養)に対して、栄養スクリーニング、他職種とのカンファレンス等の実施による栄養管理を行った場合の評価を新設
- ●当該患者に対して退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の医療機関等に提供した場合を更に評価
- ●専従の常勤の管理栄養士一人以上が必置

もっともっと拡大する栄養業務

(令和6年度診療報酬・介護報酬改定)

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

- ●リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養 の一体的取組に関する調査研究事業
- ●通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業

- 施設·事業所実態調査(全国地域別無作為抽出)
- 一対象:

特別養護老人ホーム 1,450か所

老人保健施設 1,025か所

通所介護事業所 1,775か所

通所リハビリテーション事業所 1,450か所

ーー体的計画書を「使用している」施設·事業所は特養8.6%, 老健19.3%、通所介護14.8%、通所リハ27.2%と低調

- ●施設・事業所実態調査(全国地域別無作為抽出)
- 「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定 した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」が 「できている」と回答した施設・事業所は特養45.7%、老健67.5%、通所 介護50.2%及び通所リハ59.9%といずれも半数程度
- 一取組ができている施設・事業所では、口腔・栄養関連の専門職の配置、 関連サービスの算定状況、専門的実務の取組み、職種間のコミュニケー ション、栄養・口腔・ADL・IADL・QOL等の改善、誤嚥性肺炎による入院 の低下のいずれにおいても良好

一インタビュー調査

- 一先駆的に一体的取組が行われている等の特養9施設、老健10施設、通所介護8事業所、通所リハ9事業所の職員を対象として、グループ・インタビュー
- 一施設では口腔専門職、事業所においては栄養及び口腔の専門職の配置が 進んでいないが、雇用形態を工夫して、各種サービスを提供
- --体的取組みの連携・強化のためには、各専門職の計画を一体化し共有できる情報システムの整備や介護支援専門員の理解が必要

一インタビュー調査

- 一各専門職の技術の標準化は必須であり、専門職の養成段階での徹底した 多職種連携に特化した教育と卒後教育が必要
- 一一体的取組は、利用者および家族の良好なアウトカムが得られる可能性が示唆され、専門職のモチベーション向上にも寄与
- --体的取組を連携・強化するための課題解決には、ICTの活用等を通じた情報の共有化、各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善活動が必要
- 一先駆的事例集は、本学会のウェブサイトに公表し、研修を実施

令和5年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

- ●リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養 の一体的取組に関する調査研究事業
- ●通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業

令和6年度診療報酬・介護報酬改定における 日本健康・栄養システム学会の提案事項 (2023年7月)

| | 診・介 共通 | 診療 | 介護 | 合計 |
|------|-----------|----|----|----|
| 特に重要 | 5 | 4 | 3 | 12 |
| 重要 | 6 | 1 | 5 | 12 |
| 合計 | 11 | 5 | 8 | 24 |

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進 【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ○医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- ○各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・ シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- ○業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務 環境の改善に向けての取組の評価
- ○地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた 見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- ○多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- ○医療人材及び医療資源の偏在への対応

(3)安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- ○食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- ○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- ○アウトカムにも着目した評価の推進
- ○重点的な対応が求められる分野への適切な評価(小児医療、周産期医療、救急医療等)
- ○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- ○□腔疾患の重症化予防、□腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療 の推進
- ○薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心 から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- ○薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品 供給拠点としての役割の評価を推進
- ○医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の 確保等

(2)ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や 医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- ○生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- ○リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- ○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- ○外来医療の機能分化・強化等
- ○新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- ○質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ○後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- ○費用対効果評価制度の活用
- ○市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- ○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進(再掲)
- ○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価(再掲)
- ○外来医療の機能分化・強化等(再掲)
- ○牛活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 (再掲)
- ○医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 供給拠点としての役割の評価を推進(再掲)

栄養管理体制の基準の明確化(入院料通則の改定①)

栄養管理体制の基準の明確化

▶ 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明 確化する。

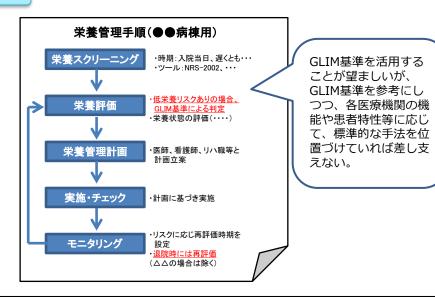
現行

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者 が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理 手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計 画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3)~(9) (略)

イメージ

各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



改定後

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事 者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管 理手順「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、 栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等)を作成すること。 (略) $(3)\sim(9)$

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE: 南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

- ●栄養スクリーニング
 - ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール(例: MUST、NRS-2002、MNA-SFなど)を使用

低栄養リスクあり ●低栄養診断 表現型基準(フェノタイプ基準) 病因基準(エチオロギー基準) 意図しない 食事摂取量減少、 低BMI 疾病負荷/炎症 筋肉量減少 体重減少 消化吸収能低下 それぞれの項目で1つ以上に該当 それぞれの項目で1つ以上に該当 低栄養と判定 重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会(JSPEN) HP「GLIM基準について」を参照

87

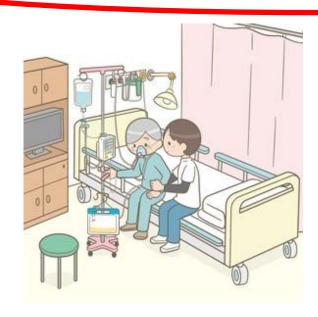
急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

▶ 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき)

120点



より早期からの切れ目のないリハ(離床)・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士 こよる早期評価と介入



多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- ▶ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- ▶ 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、<u>急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院</u>することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- ▶ 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。 (高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- ▶ 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている
- > 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**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。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入 れる体制を整備



一定の医療資源を 投入し、急性期を 速やかに離脱



早期の退院に向け、 リハビリ、栄養管理 等を提供



退院に向けた支援 適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、 在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

<u>(新)</u> 地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050点

[算定要件]

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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料 3 の例により、算定する。



包括的に提供

「施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (3) 入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。(病至6.4m/ 1 人 以上、廊 下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及で栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。 (ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、<u>延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に 該当する割合が16%以上(必要度Iの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)</u>であるとともに、<u>入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該</u> 当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が8割以上**であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、<u>当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満</u>であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、<u>救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該</u> 他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。 (2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算(1日につき) 150点

「算定要件〕

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算(1日につき)

25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 240点 220点 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 50対1看護補助体制加算 200点 75対1看護補助体制加算 160点

「算定要件」

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算(1日につき) 71点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

「施設基準]

夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。

夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が 整備されていること。

看護職員夜間12対1配置加算(1日につき) (新)

看護職員夜間12対1配置加算1 110点/看護職員夜間12対1配置加算2 90点

「算定要件〕

入院した日から起昇して14日を限度として算定する。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(1日につき)

[异疋安件 梅铅其准]

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加昇と同寺の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に 係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

夜間看護補助体制加算(1日につき)

夜間30対1看護補助体制加算 125点 夜間50対1看護補助体制加算 120点 夜間100対1看護補助体制加算 105点

「算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患 者(看護補助加算を算定する患者に限る。)について算定する。

(新) 看護補助体制充実加算(1日につき)

看護補助体制充実加算1 25点 看護補助体制充実加算2 15点 看護補助体制充実加算3 5点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

看護職員夜間16対1配置加算(1日につき) (新)

看護職員夜間16対1配置加算1 70点/看護職員夜間16対1配置加算2 45点

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

▶ 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする。

| 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 □ 身長(*1): ()cm □ 体重: ()kg □ BMI(*1): ()kg/m *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) □ 経口(□ 食事 □ 補助食品), □ 経管(□ 経鼻胃管 □ 胃瘻 □ その他), □ 静脈(□ 末梢 □ 中心) | | | | | |
| 嚥下調整食の必要性: (□ 無 □ 有:(学会分類コード)) | | | | | |
| 栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ):判定 🗆 低栄養非該当 🗆 低栄養(🗆 中等度低栄養、🗆 重度低栄養) | | | | | |
| 該当項目 表現型(口 体重減少、口 低BMI、口 筋肉量減少) 病因(口 食事摂取量減少/消化吸収能低下、口 疾病負荷/炎症) | | | | | |
| ② GLIM基準以外の評価: 🗆 問題なし 🗖 過栄養 🔲 その他 () | | | | | |
| 【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】 | | | | | |
| 必要栄養量 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g | | | | | |
| 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可 | | | | | |

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

- 2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少)と病因(食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症)により判定 ※詳細は、日本栄養治療学会(JSPEN)HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

▶ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する に当たっては、定期的(2週間に一回以上)にFIMの測定を行い、その結果について診療録等に 記載することを要件とする。

療養病棟入院基本料の見直し②

中心静脈栄養に係る評価の見直し

▶ 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

現行

【療養病棟入院料】

[施設基準] (概要)

医療区分3

中心静脈注射を実施している状態

医療区分2(新設)

改定後

【療養病棟入院料】

[施設基準] (概要)

医療区分3

中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、 難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若 しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以 内の場合に実施するものに限る。)

医療区分2

中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、 炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心 静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。)

経腸栄養管理加算の新設

▶ 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

(新) 経腸栄養管理加算(1日につき)

300点

[异定要件]

別に厚生労働大臣か正める他設基準に過ご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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

医療と介護における栄養情報連携の推進

栄養情報連携料の新設

▶ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

(新) 栄養情報連携料

70点

[刘家忠書]

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1 項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設(以下この区分番号において「保険医療機関等」という。)であり、栄養管理計画が策定されている患者

「算定要件」

- (1)区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- (2) (1) に該当しない場合であって、当該保険医療機関を**退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報**を示す文書を用いて**当該他の保険医療機関等の<mark>管理栄養士</mark>に情報提供**し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (3)区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- (4)区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院料1に限る。)においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。





在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

▶ 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件 を見直す。 現行 改定後 【在宅療養支援診療所】 【在宅療養支援診療所】 「施設基準] 「施設基準】 ・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療 (新設) 所以外(公益社団法人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」又は他の保険 医療機関に限る。)の管理栄養士との連進により、医師が栄養 管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うこ とが可能な体制を整備することが呈ましい。 【在宅療養支援病院】 【在宅療養支援病院】 「施設基準] [施設基準] ・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄 (新設) 養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行う ことが可能な体制を有していること。 「経過措置] 令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を 行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間 に限り、該当するものとみなす。

令和6年度介護報酬改定の概要

■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - ▶ 在宅における医療ニーズへの対応強化 ▶ 在宅における医療・介護の連携強化
 - ▶ 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - ▶ 高齢者施設等と医療機関の連携強化

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種 連携やデータの活用等を推進
- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって 安心できる制度を構築
- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、 処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取 組を推進
- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- 「書面掲示」規制の見直し
- 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額 (居住費) の見直し
- 地域区分

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用を推進

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

※各事項は主なもの

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設・介護医療院・ 介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。また、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算につい て、新たな区分を設ける。
- 大規模型事業所であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、**通所リハビリテーション**の事業所規模別の基本報酬について見直しを行う。
- **居宅療養管理指導費**について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。
- **訪問介護等**において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意のもとの歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。
- 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目無く行われるようにする観点から、**介護** 保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に文書等で提供することを評価する新たな加算を設ける。

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

- **通所介護等**における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から見直しを行う。
- ユニットケアの質の向上の観点から、個室ユニット型施設の管理者は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めなければならないこととする。
- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、**介護老人保健施設**の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等 も踏まえ、見直しを行う。
- 介護老人保健施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価する。

LIFEを活用した質の高い介護

- 科学的介護推進体制加算・自立支援促進加算について、質の高い情報収集・分析を可能とし、科学的介護を推進する観点から、LIFEの入力項目の定義の明確化や入力負担の軽減等を行う。
- ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算(介護医療院は褥瘡対策指導管理)について、アウトカム評価を充実する観点から見直しを 行う。

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観 点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】 (诵所リハビリテーションの場合)

リハビリテーションマネジメント加算(イ)

サハビリテーションマネジメント加算(口)

リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設) 同意日の属する月から6月以内 793単位/月、6月超 473単位/月

同意日の属する月から6月以内 560単位/月、6月超 240単位/月

■同意日の属する月から6月以内 593単位/月、6月超 273単位/月

📈 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算

【ハの算足要件】

ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。

イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。

(新設・現行の要件の組み替え)

ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

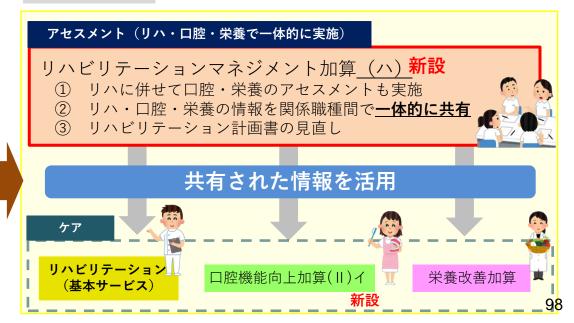
現行

(一体的に実施した場合の評価なし)

口腔 リハビリテーション 栄養 アセスメント (個別に実施) 栄養アセスメント リハビリテーション 口腔機能向上加算 マネジメント加算 加算 ケア 口腔機能向上加算 リハビリテーション 栄養改善加算 (同上) (基本サービス)

改定後

(一体的に実施した場合の評価の新設)



2.(1)②介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進①

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算、介護医療院における理学療法、作業療法及び言語聴覚療法並びに介護老人福祉施設における個別機能訓練加算(Ⅱ)について、以下の要件を満たす場合について評価する新たな区分を設ける。 【告示改正】
 - ア 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
 - イ リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。
 - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画または個別機能訓練計画について必要な見直しを行い、見直 しの内容について関係職種に対し共有していること。

単位数

【介護老人保健施設】

<現行>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/🜗

<改定後>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ) 53単位/月 (新設) _リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) 33単位/月 _____

※加質(1) は併算定不可

【介護医療院】

<現行>

理学療法 注 6、作業療法 注 6、言語聴覚療法 注 4 33単位/月

<改定後>

理学療法 注 6、作業療法 注 6、言語聴覚療法 注 4 33单位/月 **理学療法 注 7、作業療法 注 7、言語聴覚療法 i 2 5 20**单位/月(新設)

※加算(Ⅰ)、(Ⅱ)は併算定可

【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】

<現行>

個別機能訓練加算(I) 12単位/日

個別機能訓練加算(II) 20単位/月

<改定後>

個別機能訓練加算(I) 12単位/日(変更なし)

個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月(変更なし)

個別機能訓練加算 (Ⅲ) 20単位/月(新設)

※加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)は併算定可

2.(1)③ リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る 一体的計画書の見直し

概要

【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、介護医療院】

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進する観点から、リハビリテーション・個別機能 訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に係る一体的計画書について、記載項目の整理するとともに、他の様式におけるLIFE提出項目を踏まえた様式に見直し。

2.(1) 4 居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

○ 居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。 【告示改正】

算定要件等

<現行>

- 二 管理栄養士が行う場合
 - 注1 在宅の利用者であって<u>通院又は通所</u>が困難 なものに対して、(中略)1月に2回を限度 として、所定単位数を算定する。
- ホ 歯科衛生士等が行う場合
 - 注1 在宅の利用者であって<u>通院又は通所</u>が困難 なものに対して、(中略) 1月に4回を限度 として、所定単位数を算定する。

<改定後>

- 二 管理栄養士が行う場合
- 注1 在宅の利用者であって<u>通院</u>が困難なものに 対して、(中略)1月に2回を限度として、 所定単位数を算定する。
- ホ 歯科衛生士等が行う場合
- 注1 在宅の利用者であって<u>通院</u>が困難なものに 対して、(中略)1月に4回を限度として、 所定単位数を算定する。

<現行>

○:算定可

×:算定不可

| | ,, | | |
|------------|-----|------|--|
| 利用者の状況 | 通所可 | 通所不可 | |
| 通院可 | × | × | |
| 通院不可 | × | 0 | |

<改定後>

○:算定可×:算定不可

| 利用者の状況 | 通所可 | 通所不可 |
|--------|-----|------|
| 通院可 | × | × |
| 通院不可 | 0 | 0 |

2. (1) ② 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

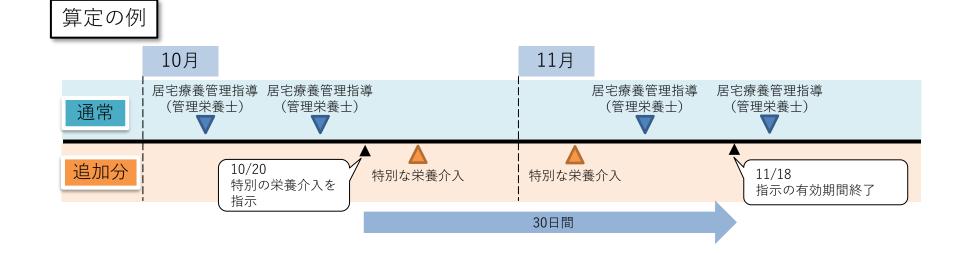
概要

【居宅療養管理指導★】

○ 終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、 時的に頻回な介入が必要と医師が判断 した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする見直しを行う。 【告示改正】

算定要件等

- ○算定要件(追加内容)
 - ・ 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
 - 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行う。
 - ・ 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数(1月に2回)を超えて、2回を限度として行うことができる。



リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等-栄養-

退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

告示改正

■ 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目な く行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報 について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。

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、介護医療院

【単位数】

<現行> なし



<改定後>

退所時栄養情報連携加算

70単位/回(新設)

【算定要件】

- ○対象者
 - ・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は 低栄養状態にあると医師が判断した入所者。
- ○主な算定要件
 - ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、 当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
 - ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

介護保険施設A

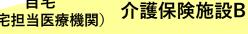




栄養管理に関する情報

※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食 事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を 有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍 食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、 嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃 厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食 及び軟食を除く。)

自宅 (在宅担当医療機関)









医療機関



介護支援専門員

栄養ケア・マネジメントが 医療保険・介護保険に定着するために

- ●医療・介護現場での「思いつき」を出発点
- 医療・介護での試行
- ●評価(エビデンスとしての確立、LIFEの活用)
- 提案活動
- フォローアップ
- ●診療報酬・介護報酬への収載

報酬提案時に留意していること

- 多くの現場(津々浦々)で実践できること (実績があること)
- 一定程度の努力を必要とするが多大な資源を 要さないこと
- 医療の効率化に資すること
- 「体制に対する評価」
 「体制に対する評価」
 る評価」
 (「アウトカムに対する評価」

令和5年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

- ●リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的 取組に関する調査研究事業の成果物
- ー手引書「高齢者の『口から食べる楽しみ』をいつまで も!!!
- ●通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する 調査研究事業の成果物
- 一通所サービス利用要介護高齢者の『高齢者の口から食べる楽しみ』をいつまでも!!」を実現するために[®]

報酬改定を通じてわかってきたこと

- 報酬が設定されても算定されない
- 一設定されていることを知らない
- ーケアマネジャーの理解が得られない
- 一利用者負担が増えるので利用者に断られる
- 報酬が設定されても算定できない
- 一施設・人員等についての算定要件を満たせない
- ●算定されても期待する効果が得られない
- 一担当者の知識・技能が不足している

臨床栄養師の養成

日本健康・栄養システム学会 臨床栄養師研修制度関係者

臨床栄養師研修委員会

委員長: 加藤昌彦 椙山女学園大学教授

> 田中明 前女子栄養大学教授

下門顕太郎 前東京医科歯科大学教授

故 松田朗 前国立医療・病院管理研究所所長 令和3年~現在

平成24~令和3年

平成20~23年

平成18~19年

施設研修委員長:

NST委員長·試験委員長:

教務委員長:

大学院部会委員長:

継続研修委員長:

運営担当:

竹田 秀 竹田綜合病院会長

加藤昌彦 椙山女学園大学教授

相模女子大学特任教授 堤ちはる

合田敏尚 静岡県立大学名誉教授、客員教授

須永美幸 前聖徳大学特任教授

杉山みち子神奈川県立保健福祉大学名誉教授

藤谷朝実 前神奈川県立保健福祉大学教授

認定審査会 委員長 深柄和彦

東京大学医学部附属病院教授

前東京医科歯科大学教授 下門顕太郎

平成29~令和3年

井形昭弘 名古屋学芸大学学長

平成12~28年

令和4年~現在

事務局長 小山秀夫(兵庫県立大学名誉教授)

臨床栄養師研修の制度化にあたって

- ●病棟において個別の栄養管理ができる管理栄養士が必要
- ●卒前、卒後の臨床教育が不十分:新カリキュラムにおいても 臨地実習時間が不足
- ●養成校、栄養関連大学院に医療・介護の栄養専門職(医療職)を育成するという認識がない
- ●米国の登録栄養士の教育制度(インターン研修900時間)を取り入れる
- ●医療・介護の栄養専門職としてのミッションと知識・技術⇒100時間の 座学
- ●現任者の再教育とともに大学院と連携した制度の必要性

臨床栄養師の定義と備えるべき能力

- ●臨床栄養師の定義(臨床栄養師資格認定規則第2条より) 人間栄養学に基づいた臨床栄養の知識、技術およびマネジメント能力を習得し、栄養ケア・マネジメントの質の向上に努めることのできる能力を有している管理栄養士である。
- ●備えるべき6つの能力(臨床栄養師資格認定規則第3条より)
- ①臨床栄養師としての理念、使命感を備える
- ②専門職のチームメンバーとして、連携のとれた業務活動ができる
- ③栄養ケア・マネジメントの業務活動ができる
- ④栄養ケア・マネジメントの業務活動上の問題を明確にし、解決策を提示できる
- ⑤リーダーとなれるマネジメント能力を備える
- ⑥積極的に自己学習できる

臨床栄養師の所属

在宅サービス その他 51人 4人(1.2%) (16.1%)

> 大学·養成校 37人(11.7%)

医療機関 153人(48.4%)

介護保険施設 71人 (22.4%)

316人

臨床研修施設

●43都道府県

348施設

●施設種別

医療機関

内ICU等含む

特別養護老人ホーム

介護老人保健施設

その他

291か所

43か所

36か所

15か所

6か所

大学院と連携した臨床栄養師研修

大学院生の主な所属大学院

大阪樟蔭女子大学大学院、お茶の水女子大学大学院、神奈川県立保健福祉大学大学院、九州栄養福祉大学大学院、京都大学大学院、県立広島大学大学院、静岡県立大学大学院、椙山女学園大学大学院、天使大学大学院、東京医科歯科大学大学院、東京医療保健大学大学院、東京大学大学院、東洋大学大学院、名古屋学芸大学大学院、奈良県立医科大学大学院、奈良女子大学大学院、新潟大学大学院、兵庫県立大学大学院、福岡女子大学大学院、宮城学院女子大学大学院、横浜市立大学大学院

担当教員の実施事項とメリット

- 教員(学会員)が調整申請担当
- 科目(単位、担当教員)を認定講座として相当申請
- ・研修施設との協定体制づくり(あるいは通常のマッチング方式)
- ・学部からの大学院進学者の増大

現役学生・学生だった者のメリット

- ・研修費用の減免
- 論文試験は学位論文の提出可
- ・修士(博士) 学位とともに実務経験取得
- ・文科省、厚生労働省の教員審査に対応可
- ・NST加算要件の取得
- 病院希望者の就職率100%

これからの医療の4つのP (Leroy Hood)

- Predictive (予測)
- Personalized (個別化)
- Preventive (予防)
- Participatory (参加)

ヒューマンサービスとは(阿部志郎著「ヒューマンサービス論」)

- ●保健・医療・福祉が
- ●人間の直面する多様な問題に全人的に対応し
- ●その成長発達を支援するサービスが、各々固 有の機能と役割を果たしながら
- ●専門間の調整を図り包括的協働目標に向けて 連携と互換性を深め

ヒューマンサービスとは(阿部志郎著「ヒューマンサービス論」)

- ●誰をも排除することなく利用者主体のサービスに統合し実践性を孕む理念・方法・システムを構築して
- ●市民参加のコミュニティーを基盤とする人間と人類の幸福を追求する新しい文化の創造を目指すパラダイム

ヒューマンサービスの要素(阿部志郎著「ヒューマンサービス論」)

- ●統合性
- ●支援化
- ●共同化
- ●包摂サービス
- ●文化変容

integration empowerment community social inclusion acculturation

保健医療福祉サービスの特徴

- ●「人」を対象としてLife(生命・人生・生活)に 関与
- ●サービスの品質確保の仕組みが内在(資格制度)
- ●非営利組織が重要な役割
- ●公的な経済活動(憲法・法令に基づく社会制度)
- ●「科学」の社会への適用

保健医療福祉サービスの未来

- ●満足度の高いサービスへの国民の指向
- ●科学技術の進歩 (イノベーション)
- -AI (人工知能)
- -DX (デジタル・トランスフォーメーション)
- ーゲノム医療(遺伝子に応じた治療) 少種類大量処理から個別化へ

人生を豊かにするもの

- ●子どもたちの健康
- ●質の高い教育
- ●子どもたちが楽しんで遊べること
- ●結婚の強い絆
- ●国家に対する貢献
- ●知恵、知識、勇気
- これらのいずれも GNPでは計れない

フライトナース10の心得

- 1. 大きな声で挨拶を
- 2. 笑顔を忘れずに
- 3. 身だしなみをきちんと整えるべし
- 4. 日常業務をしつかりと
- 5. いつも心にホウレンソウ
- 6. 常に謙虚であれ
- 7. すべて行動をもって示すべし
- 8. 皆の見本となるよう心構えを持って
- 9. フライト業務は皆で共有すべし
- 10. 大変なのは承知の上である。大変であることを口にしない