
第303回 月例セミナー

「診療報酬・介護報酬改定と栄養の取り組み」

令和7年9月26日(金) 15:00~17:00
日比谷コンベンションホール
主催:一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

三浦 公嗣 氏
(みうら こうじ)
藤田医科大学 特命教授

講師略歴

■略歴

昭和58年に慶應義塾大学医学部を卒業し、同年に厚生省(当時)に入省。平成12年の介護保険制度の施行まで、約3年間にわたり施行準備に携わる。文部科学省高等教育局、農林水産省消費・安全局等を経て、平成26年から28年まで厚生労働省老健局長を務め、平成28年9月から学校法人藤田学園顧問及び藤田医科大学教授。同年10月から慶應義塾大学医学部教授を務め、令和3年10月から令和5年3月まで同特任教授。令和5年4月から藤田医科大学特命教授。また、平成31年から一般社団法人日本健康・栄養システム学会代表理事。

■研究業績等

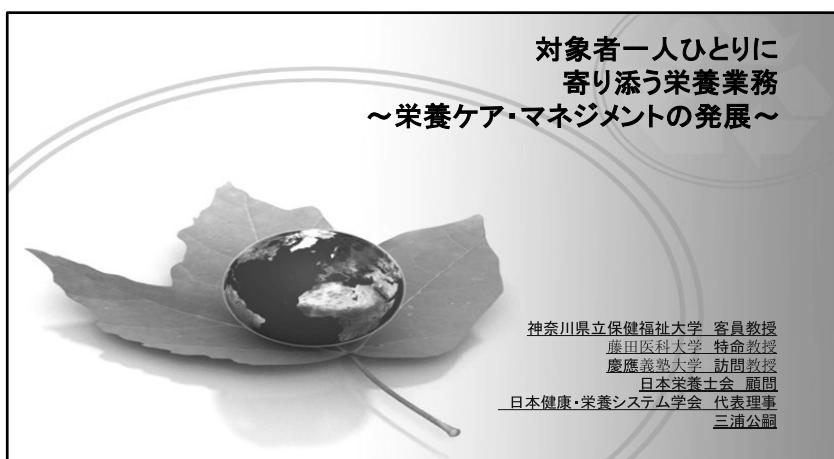
- ・医療・介護を中心とする社会保障制度論、生命科学関係の技術開発支援論等

対象者一人ひとりに寄りそう栄養業務 ～栄養ケア・マネジメントの発展～

今日使用するスライドの一枚目の一番下に日本健康・栄養システム学会という学会の名前が書いてあります。この学会が診療報酬・介護報酬に際して活動をしてきた栄養関係の団体の一つです。

栄養関係のお仕事に直接携わっている方もおられると思います。実は今日は、栄養に留まらず、どのようなプロセスで診療報酬や介護報酬が決まっていくのかという点についてもお話します。それを知ると、介護報酬や診療報酬が最終的に原案という形で中医協などで出てきたものを見て、「これは何だ」と驚くのではなく、あらかじめ「出てくるだろう」と予想していたものが出てくることもあります。

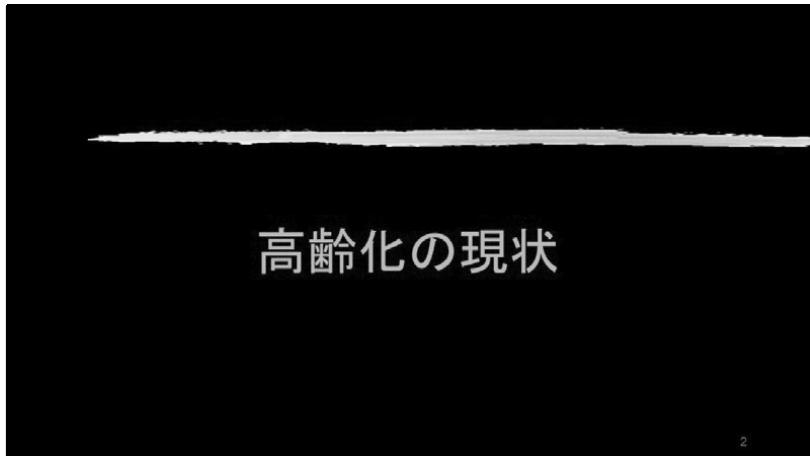
今日は栄養を1つの例に取ってお話しすることになります。(スライド1)



(スライド1)

高齢化の現状

最初に言うまでもなく、このような話が出てきます。(スライド2)



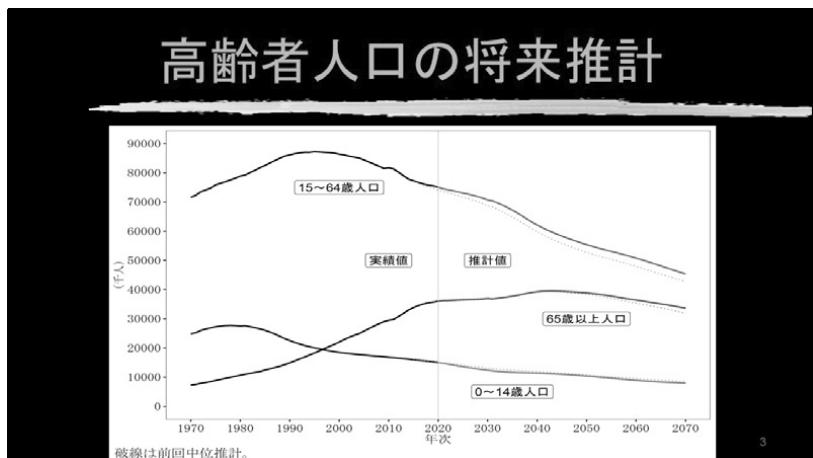
2

振興会通信 Vol.198 December 2025

■高齢者人口の将来推計

結局、診療報酬・介護報酬といつても、経営戦略が非常に重要になります。

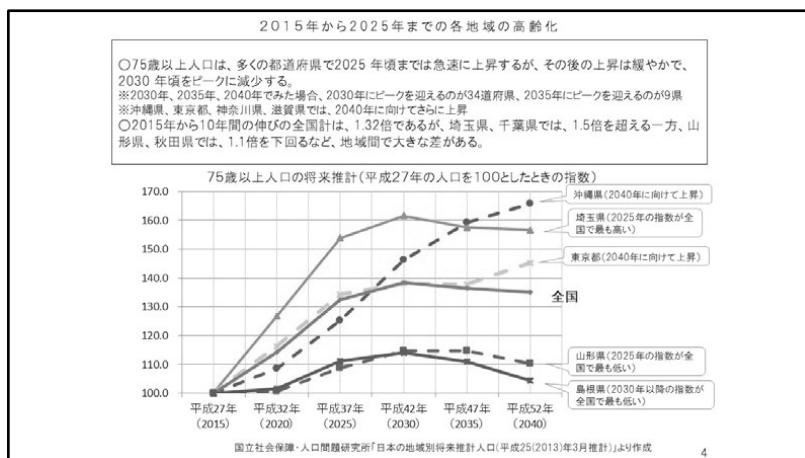
この図は日本全国のものですが、例えばそれぞれの医療施設や会社の周りの動きが重要です。(スライド3)



(スライド3)

■2015年から2025年までの各地域の高齢化

これは平成52年まで書いてあるという丁寧なグラフです。山形県や島根県のようにすでに高齢化がもうほぼピークに達しているという地域もあれば、埼玉県や沖縄県のように、これから高齢化が進む地域もあります。この動向を見極めてそれぞれの固有の戦略を立てていくことが重要になります。(スライド4)



(スライド4)

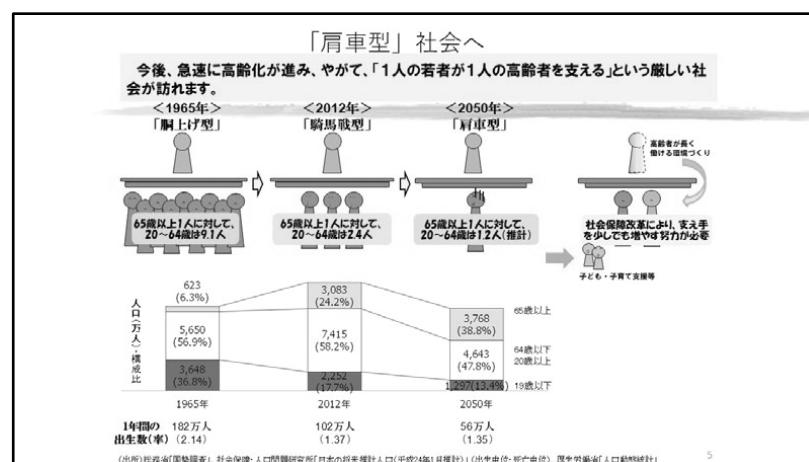
「肩車型」社会へ

厚労省が作った図では、1965年においては高齢者1人に対して約9人が支え、2050年になると1人が1人を支えることになります。つまり「胴上げ型」から「騎馬戦型」を経由して、「肩車型」に変わっていきます。推計ですのでぴったりと同じようにはならないかもしれません、全体の傾向としてはそれほど変わらないだろうと思います。

そうだとしても、ここでの大きな問題は、65歳というのは何かということです。65歳だから高齢者であり、64歳であれば若者なのかということです。

ご案内のとおり、戦後一貫して、健康状態を改善してきたこの国です。例えば個人差はあっても5年前や10年前の65歳と、今の65歳の平均的な健康状態は違うかもしれません。

ですから制度面では65歳で区切るとしても活動できる人々はもっと活動をすることになります。これが、地域あるいは社会を活性化していくための非常に重要なポイントになるだろうと思います。希望すればいつまでも働くことができる社会となることが肩車社会に陥らないようにするための1つの重要な対応ではないかと思います。(スライド5)



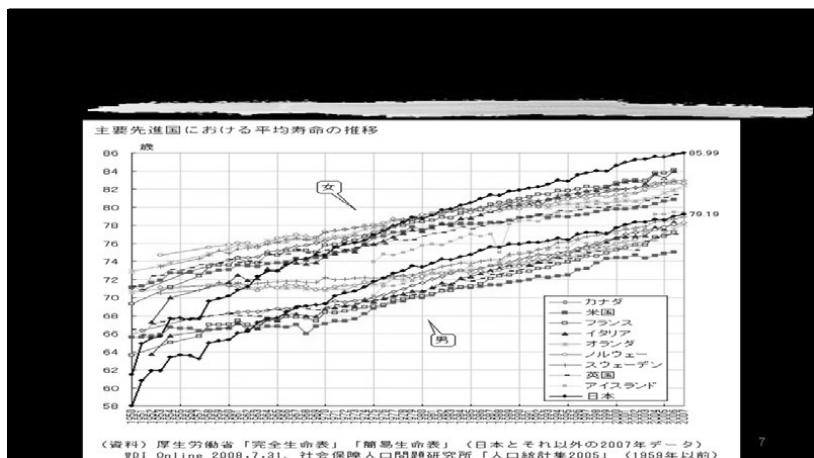
(スライド5)

■ 社会と医療(スライド6)



■ 主要先進国における平均寿命の推移

少し大所高所になりますが、平均寿命の推移を見ると、どこの国も右肩上がりで良くなっています。その中で日本も非常に大きな成果が上がってきたと考えられます。(スライド7)



■ 健康を取り巻く環境変化をどのようにとらえるか

平均寿命や健康寿命の延伸があったとして、これには幾つかの要素があるのではないかといわれています。経済が良くなつたこと、医学・医療の技術が良くなつたこと、それから社会保障が充実してきたこ

とです。これによって健康状態というものが改善してきたとよくいわれます。

ある有名な人口学者が日本も含めて第二次世界大戦後に急速に平均寿命を延ばした国を分析しました。それによると、平均寿命の伸びに最も貢献したものは世界的には経済の成長です。

しかしその論文には「日本を除いて」と書いてあるのです。日本では、医学・医療の技術の進展と、社会保障の充実が相まって非常に有効に作用したとされ、世界の中で例外的な国といわれています。(スライド8)

健康を取り巻く環境変化を どのようにとらえるか

<今まで>

- 健康水準の向上
 - 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

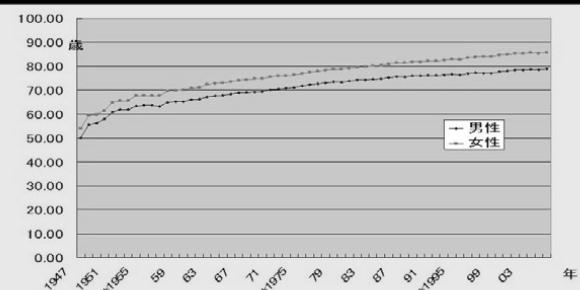
(スライド8)

■ わが国の平均寿命の推移

日本だけの統計のグラフでは、1950年代では男性の平均寿命は50歳代です。それが今では、80歳代までできています。

平均寿命が一番伸びているのは1950年代で、その後、緩やかに右肩上がりが続いている。(スライド9)

わが国の平均寿命の推移



(スライド9)

■ わが国のGDPの推移

一方、日本の経済成長をGDPで見ると、1960年、70年代で上がっています。50年代に急速に健康な人たちがたくさん出てきて、その人たちが戦後の高度経済成長を支えてきたという歴史と検証できます。

国の経済状態が良くなつたから寿命が伸びたというよりも、寿命が伸びて、健康状態が良くなつたことによって、経済が成長できるようになったというシナリオが非常に重要です。

今日は診療報酬の話ですから、医学・医療技術の発展と社会保障の充実について一例を申し上げると、1980年代の前半ぐらいに開発されたばかりのX線CTが保険収載されました。

その時の日本の疾病構造を死因で見ると、がんが1位ですが、2位は脳血管疾患です。当時の脳血管疾患の診断は非常に難しかったのです。脳血管疾患といつても、大きく分ければ、脳梗塞あるいは頭蓋内出血です。簡単に言うと、血が出るか、血が通らなくなるかです。当時の神経内科の教科書には「頭が痛いと言ったら脳出血の可能性が高い」というようなことが書いてありました。

つまり脳出血であるか、脳梗塞であるかを明確に見極めることが当時の技術では非常に難しかったのです。私は初代のCTを見たことがあります、大きな音を立てる大変な機械でした。今もMRIがうるさいといわれますが、あのようなものではありません。道路工事の現場のような音がしていました。撮影後も、とても長い時間をかけて、薄ぼんやりとブラウン管にぼうっと画像が映るのです。全身用ではなく脳の輪切りだけしかできませんでした。

出血か梗塞かで診療方針が違うのは当たり前です。この画像によって血を止めなければいけないのか、血が通るようにしなければいけないのかという診断が明確に付きました。つまり、健康政策上の最大の課題の1つであった脳血管疾患対策として、診療報酬が設定されることにより、疾病構造が大きく変化してきました。それがその論文の一番の論証なのです。

つまり健康な社会をつくるために、診療報酬が裏打ちされてきたことが、日本の平均寿命の延伸に貢献してきたことになります。(スライド10)

わが国のGDPの推移



(スライド10)

世界銀行と日本

世界銀行は、開発途上国のために資金を提供する組織です。

日本が国連に加盟したのが1952年で、その年に世界銀行にも加盟しました。そして次の年に早速お金を借りました。どのようなところに金を借りたのかというと、いわゆる重厚長大産業、あるいはナショナルプロジェクトです。

当時の日本の経済は極めてせい弱でした。しかしそこに働く人たちの健康状態がどんどん良くなってきたことが、いわゆる人口ボーナスとして作用しました。

日本が高度成長を遂げたのは、まさに人口ボーナスをフルに活用したということです。

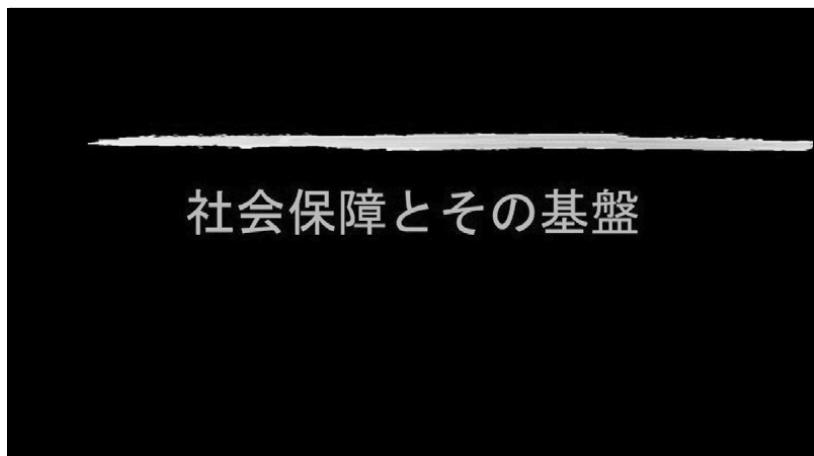
経済が成長する前に、健康な人たちをたくさん作ることができたというところにこの国の強みがあったのです。1966年にはお金をお借りすることはなくなったのですが、返済したのは1990年、バブルの最後の年ぐらいです。そのような状況が日本の国の経済の実態だったと言えるかもしれません。(スライド11)

世界銀行と日本

- 1952年：日本加盟
- 1953年：日本への最初の貸付
- 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

(スライド11)

■ 社会保障とその基盤(スライド12)

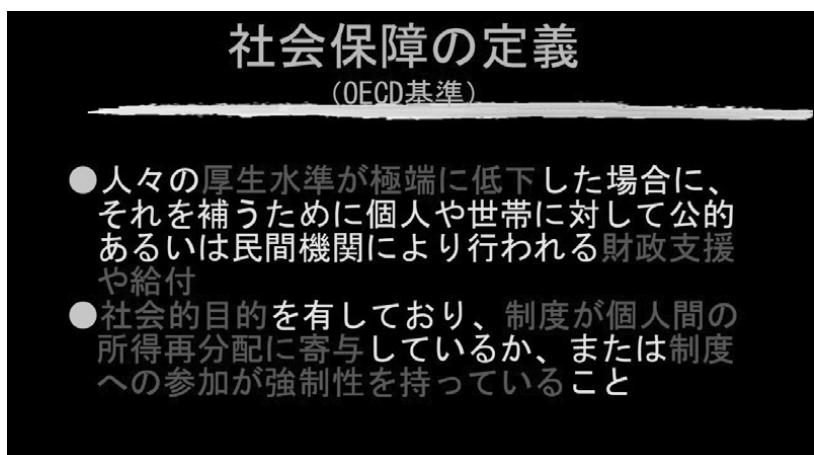


(スライド12)

■ 社会保障の定義(OECD基準)

そもそも社会保障とは、厚生水準が低下した人に対して、公的または民間が財政支援や給付するものと定義されています。

さらに強制力を持って個人間の所得の再分配をします。つまりお金持ちからお金を頂いて、所得が低い人たちなどに振り替えるのが、社会保障だとされています。(スライド13)



(スライド13)

■社会保障分野別分類の定義と支出の例(OECD基準)

社会保障にはたくさんの分野があります。私たちの目に触れる医療、年金、福祉だけだと思いがちですが、例えば公営住宅なども社会保障の1つになるぐらい、社会保障の範囲は非常に広いのです。その中のごく一部が医療や介護で、そこに私たちが関わってきているということです。(スライド14)

社会保障の定義 (OECD基準)

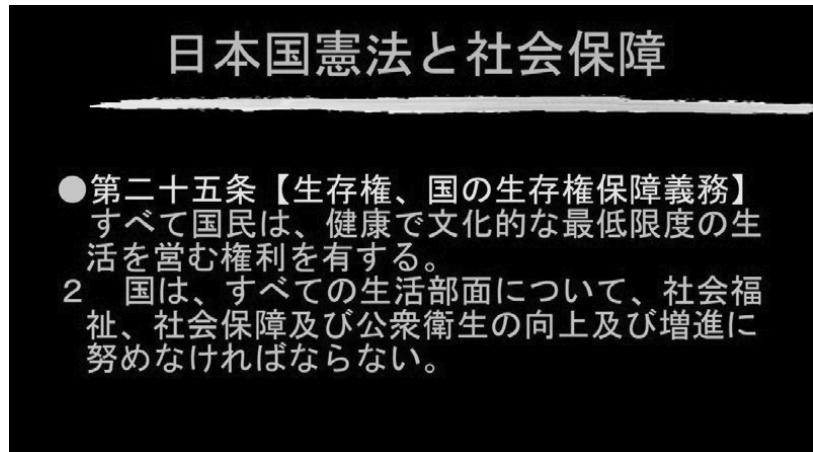
- 人々の厚生水準が極端に低下した場合に、それを補うために個人や世帯に対して公的あるいは民間機関により行われる財政支援や給付
- 社会的目的を有しており、制度が個人間の所得再分配に寄与しているか、または制度への参加が強制性を持っていること

(スライド13)



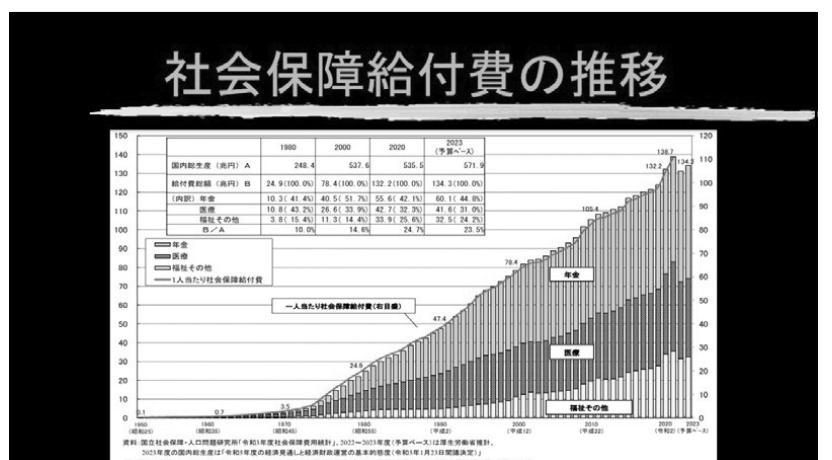
■ 日本国憲法と社会保障

言うまでもなく、憲法には健康で文化的な最低限度の生活を営む権利があるとされます。(スライド15)



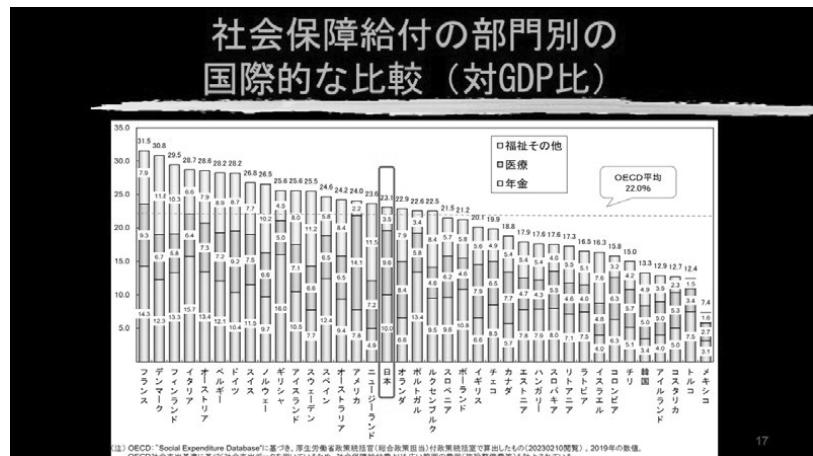
■ 社会保障給付費の推移

医療がおよそ全体の半分、そして年金と福祉です。1970年、前の万博の時では、見えないぐらい少ないのでした。今の万博ではこれです。いかにこの国の社会保障がこの50年で拡大してきたのかが分かります。あらゆる人たちがこの社会保障の恩恵に携わり、一人一人の生活に直接関わってきているからこそ社会保障制度はそう簡単に変えることができません。(スライド16)



■ 社会保障給付の部門別の国際的な比較(対GDP比)

先進国グループであるOECD加盟国中では大体真ん中ぐらいといわれています。いわば中福祉と言つていいのかもしれません。(スライド17)



(スライド17)

OECD加盟国の保健医療支出の状況(2018年)

社会保障、特に保健医療関係の支出ですが、対GDPで考えると日本は6位です。1人当たりの医療費で考えると15番目です。つまり全体としては、結構大きい金額を使っているけれども、1人ずつ見ると、GDPほどではないことが分かります。(スライド18)

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(%)	一人当たり医療費 (\$US)		備考
		個人	家族	
アメリカ合衆国	16.5	1	10,566	1
スイス	12.2	2	7,317	2
ドイツ	11.2	3	5,986	4
フランス	11.2	4	4,965	24
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	6,167	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
スペイン	8.5	19	3,323	21
イタリア	8.8	20	3,426	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
イスラエル	7.5	25	2,760	26
チエコ	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
スロバキア	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
ボーランド	6.3	32	2,056	32
ラトヴィア	5.9	33	1,749	34
メリシコ	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	37	3,992	

【出典】「OECD Health Statistics 2019」

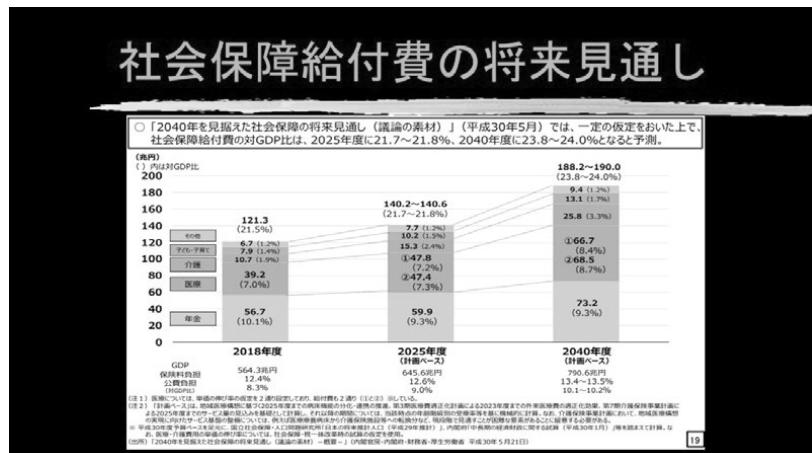
(注1)上記各項目の単位は、OECD加盟国におけるもの

8

(スライド18)

■社会保障給付費の将来見通し

将来もこれからどんどん増えていく可能性があります。だからこそ社会保障をどうするのかという議論が政局にもなります。(スライド19)



(スライド19)

■医療費と介護費

2021年と介護保険が始まった2000年を比べると、2000年では医療費は介護費の10倍近くあったものの、その後、介護費がどんどん差を詰めてきています。特に伸びを見ると、この20年余りの中で、介護費はおよそ3倍伸びています。

昔は介護が必要な高齢者はいわゆる老人病院などに入院していただいていたのですが、その時期が終わり、介護保険の中でサービスを利用できるようになってくるなど、医療はより純粋なものに近いものになってきているとも言えます。

仮に介護保険がなかったら、医療費の増加はもっと大きなものになっていたと思います。(スライド20)

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

(スライド20)

■ 主要国の経済成長と社会保障給付費

各国の国内総生産GDPと日本の動きを見ると、GDPが一番大きいのはアメリカで、中国が2番目です。ドイツに抜かれ、日本は4位で、間もなくインドに抜かれて5位になるといわれています。

1990年と2023年で比較すると、この30年余りで、アメリカはですが、名目GDPが4.6倍になっていて、中国は1990年代では非常にGDPが小さかったこと也有って、44倍に増えています。ドイツも2.8倍になっています。日本は1.3倍しか伸びていません。これでは追い抜かれるのは当たり前と言えば当たり前です。

日本の社会保障費は、総額だけで見ると、この30年余りで2.8倍になっています。つまり、経済全体は1.3倍しか伸びていないのに、2.8倍まで社会保障が大きくなっているのです。

いわばつま先立ちで頑張って、社会保障に金を振り向けていることになります。逆にいえば、経済がせめてドイツ並みの2.8倍に伸びていれば、この2.8倍の社会保障給付費の伸びは、樂々かどうかは分かりませんが、無理なく賄えていたと考えられませんでしょうか。

なぜ日本は1.3倍しか伸びず、ドイツは2.8倍に伸びているのかという素朴な疑問が私には湧きます。「失われた30年」と言われますが、仮に経済が伸びていたら、社会保障でこんなに苦しい思いをしなくても良かったかもしれません。年金ももっともらえたかもしれません。

診療報酬や介護報酬の改定のたびにさまざまな議論が出てくる根っこはもっと根深いところにあります。単に診療報酬、介護報酬を分配すればいいという話ではありません。(スライド21)

主要国の経済成長と 社会保障給付費

	名目国内総生産 (GDP) (兆US\$: IMF調べ)				日本の社会保障給付費 (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 (倍率)	4.6	44.5	2.8	1.3	2.8	2.5	2.7

(スライド21)

高齢化の影響

高齢者が増えていることは、人類にとって未曾有の現象です。介護保険の創設に大きなご貢献をされた井形昭弘先生という偉大な方によれば、「高齢社会は、知恵も知識も経験も豊かな人たちがたくさんいる社会である」ということです。つまり人類が長く夢見てきた長寿社会が実現したのです。

一方で、医療ニーズの潮目は質的にも量的にも変わっていくでしょう。そして慢性期の占める位置が医療の中でも非常に大きくなっています。

そして人生の最終段階においては、人生を全うすることに対して、どのように医療や介護がアプローチできるのかがより重要な位置を占めるようになってきました。(スライド22)

高齢化の影響

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

(スライド22)

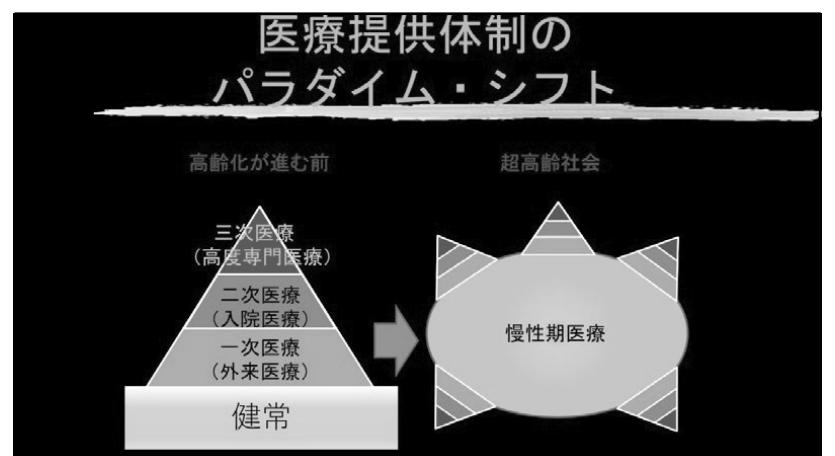
■ 医療体制のパラダイム・シフト

私が大学生の時の病院管理学の授業では、医療は一次医療、二次医療、三次医療、つまり外来、入院、高度専門医療という3つの層に分けられると教わりました。

たくさんの健康な人がいて、そして病気になっても、回復すればもう一度健常な人に戻ってきて、多くの人たちがさらに生産活動に携わることができるという社会を想定していました。

ところが高齢化が進むことによって、慢性期の状態の高齢者人口が非常に増えてきました。しかし一次、二次、三次の構造は、疾病の種類ごとの構造はあるものの、例えばがんであれば、がんが治っても高血圧、高脂血症、あるいは脳血管疾患があれば、医療と縁が切れることはありません。

慢性期医療の位置付けは非常に大きいことは言うまでもありません。パラダイム・シフト後では慢性期医療が大きな位置を占めていることを前提とすることが必要になってきます。(スライド23)



■ 栄養ケア・マネジメントを通じた栄養業務

今日、お帰りになる時に覚えていただきたいキーワードは、「栄養ケア・マネジメント」です。(スライド24)

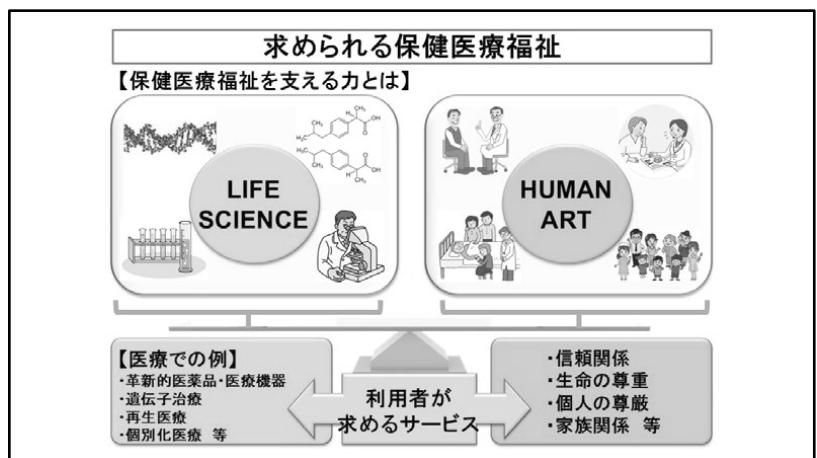
栄養ケア・マネジメント を通じた栄養業務

24

(スライド24)

■求められる保健医療福祉

LIFE SCIENCEとHUMAN ARTがバランス良くあることによって、医療が提供されます。どのような技術があっても、それを使うことができる人間がいなければ提供されず、信頼関係に代表されるような医療者と患者とのつながりが十分にあるからこそ、新しい医療技術が発展していきます。(スライド25)



(スライド25)



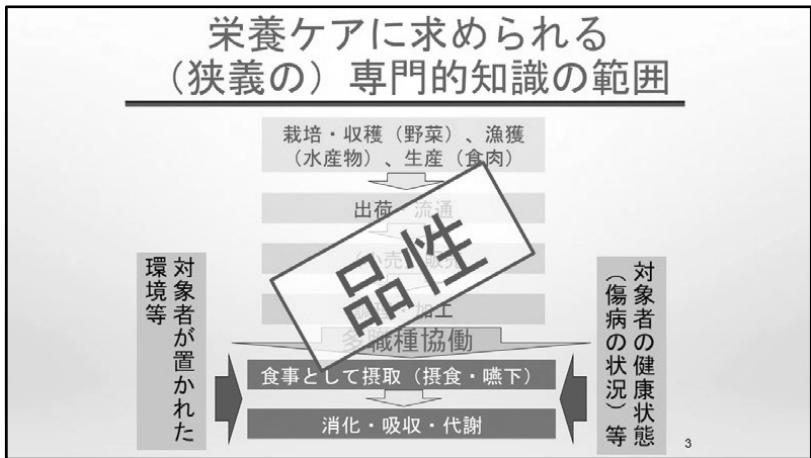
■栄養ケアに求められる(狭義の)専門的知識の範囲

農業、漁業、あるいは畜産にせよ、いわゆる一次産業にはほぼ分類される活動がまずあります。出荷し、流通し、そして小売り販売され、調理され、さらにそれが食事として摂取されますというプロセス全体が、実は栄養ケアにおいては欠かせません。

多職種協働の中で、最終的には、消化・吸収・代謝という道をたどっていきます。

その際に、対象者、栄養を摂取される方が置かれた環境を勘案する必要があるでしょう。また一方で、健康状態について周知していく必要があります。これ全てを全人的に捉えていくプロセスそのものが栄養ケアにおいて重要です。

何が大事かと聞いてみると、「やはり携わる人の品性でしょう」と言っている人がいました。それはともかく、全体をこのようなプロセスの中に、栄養ケアを位置付けた上で、マネジメントするとはどのようなことでしょうか。(スライド26)

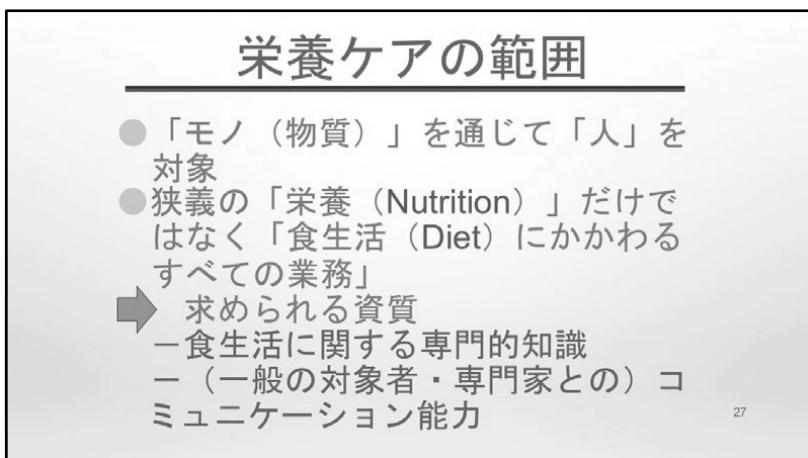


■ 栄養ケアの範囲

栄養ケアの相手は人だということを認識する必要があります。

それから栄養素、Nutritionではなく、Diet、つまり食事そのもの、食生活です。これに関わることからこそ栄養の専門職には品性が重要であるということになるのだと思います。

専門知識も要れば、コミュニケーション能力も要るでしょう。このようなものを持っている人たちが栄養ケアに携わるとその有効性を示せることになります。(スライド27)



■高齢者の低栄養中等度リスク者の出現頻度

驚くようなデータですが、戦後、経済が発展していく中で、食べ過ぎだとか、メタボなどがあり、過栄養になっていると思いきや、1990年代に高齢者で入院している人の4割が低栄養であることが分りました。外来受診している人も1割ぐらいが低栄養でした。さすがに人間ドックに来たという人たちの中には低栄養の人はほとんどいませんでした。(スライド28)

■食べる楽しみ 要介護高齢者の日常生活における関心事(施設で楽しいこと)

一方で、1990年代のデータでは、施設利用者に「何が楽しみですか」と聞いてみると「食事が一番楽しんだ」と言う回答でした。

食事はもちろんその中に含まれる栄養素なりがサイエンスとして大事なことは間違ひありません。しかし皆さんはそれを体のためだからと食べているわけでは必ずしもありません。むしろおいしいから、楽しいからなど、文化、社会とのつながりなどが非常に重要になっています。(スライド29)

食べる楽しみ 要介護高齢者の日常生活における関心事 (施設で楽しいこと)			
	1位	2位	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%

加藤勝吉郎 (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、愛知県報 143. 2-14.

29

(スライド29)

■入院患者のPEMと平均在院日数

低栄養状態の人たちはそうでない人に比べて、臓器や診療科など関係なく平均在院日数が延長します。長い間、病院に居ざるを得ないので。(スライド30)

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）

内容	平均在院日数	
	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 非PEMの2倍
股関節置換術(1996)		
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

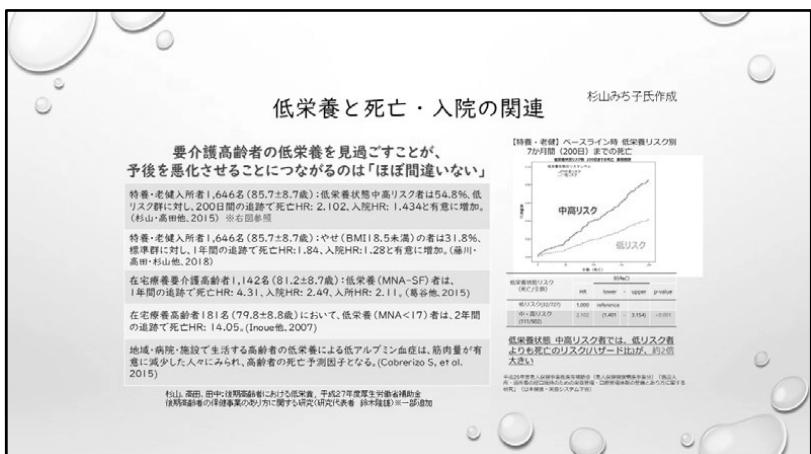
神奈川県立保健福祉大学 杉山みち子名誉教授提供のスライドを改変

(スライド30)

■ 低栄養と死亡・入院の関連

低栄養と死亡や入院期間との関係についてのエビデンスは多数あります。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』のです。

これは何とかしなければいけないということから、日本健康・栄養システム学会の重要なターゲットの1つになりました。(スライド31)



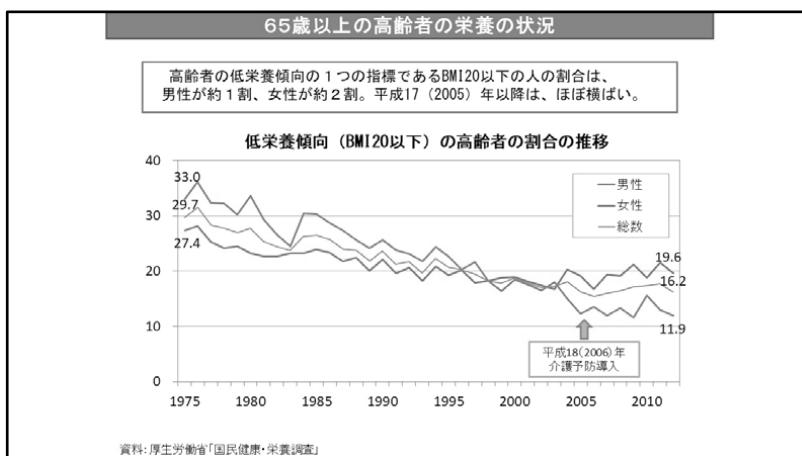
(スライド31)

■ 65歳以上の高齢者の栄養の状況

低栄養状態の人の割合は低下してきつつありましたが、最近はあまり変わりません。

最近はかなり重い病状でも在宅で対応できるようになってきています。かつて入院していたような人

たちが、在宅サービスを利用されるようになっていると言えます。かつて在宅の方の低栄養状態の割合10%とは全く異なる状況であると考えられます。(スライド32)

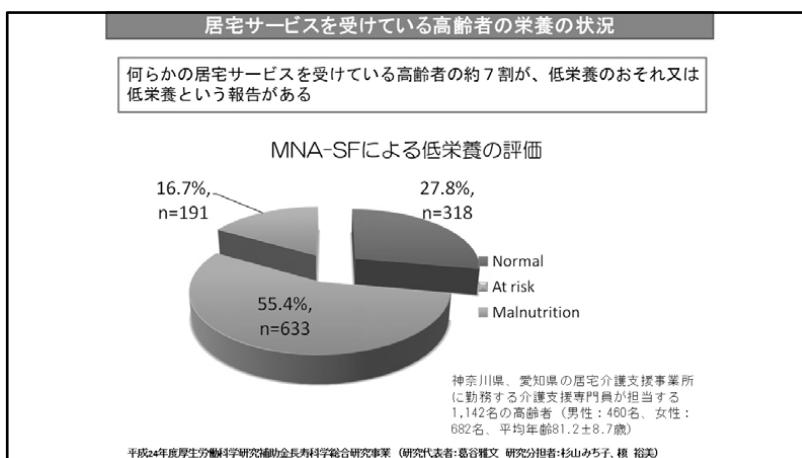


(スライド32)

■居宅サービスを受けている高齢者の栄養の状況

居宅サービスを利用されている方の7割が低栄養状態、あるいはその恐れがある状態であることがわかったのです。90年代では、入院している高齢者の4割が低栄養状態であったのですが、最近の在宅高齢者の低栄養状態はもっと広がっていることが分かってきました。

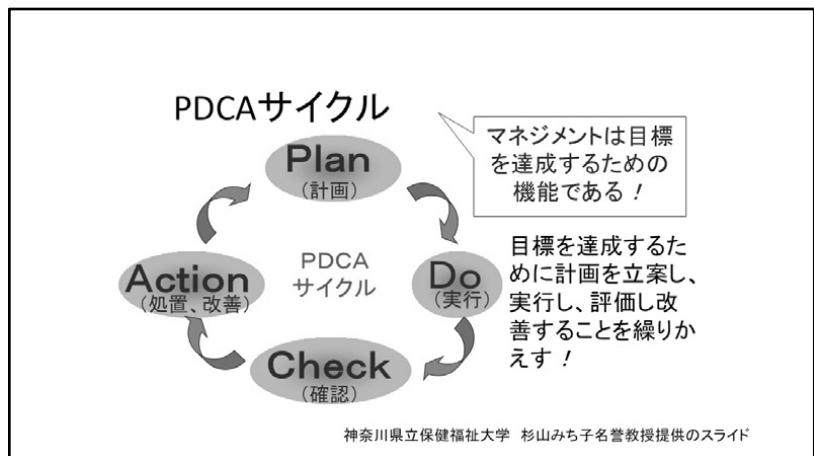
では在宅の低栄養状態の高齢者に対して、どのようなアプローチができるのでしょうか。管理栄養士が訪問するだけではなく、食材や食物もそこに到着していなければ、この問題は解決しません。管理栄養士が「もっと食べなければ駄目」と言ったとしても、冷蔵庫を開けてみると何もないでは効果がありません。その方の口の中に、着実に確実に食べ物を入れてもらうことが特に重要なのです。(スライド33)



(スライド33)

■ PDCAサイクル

PDCAサイクルはよく知られています。栄養ケア・マネジメントはこれを応用したものです。(スライド34)



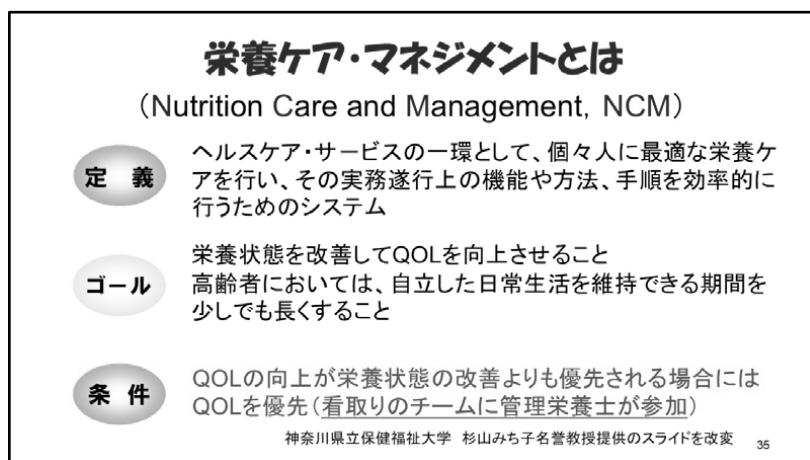
(スライド34)

■ 栄養ケア・マネジメントとは

個々人に最適な栄養ケアを行い、その遂行上の機能、方法、手順を効率的に行うためのシステムです。

高齢者ではQOLの向上を通じて、自立した日常生活の維持を目指します。

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を優先させます。(スライド35)

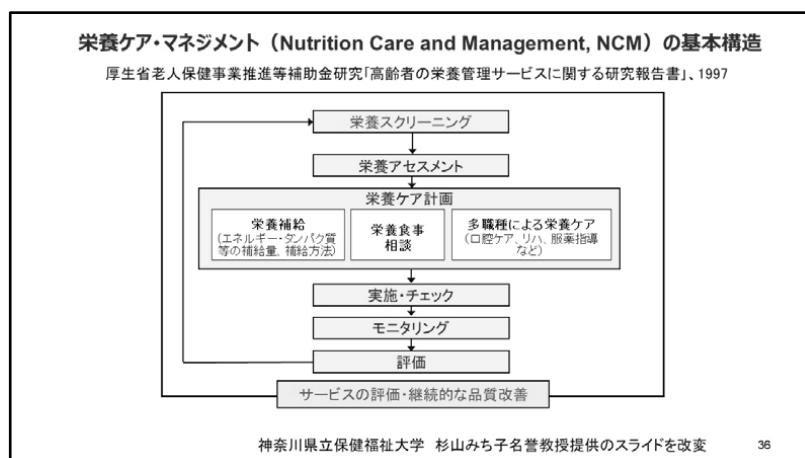


(スライド35)



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

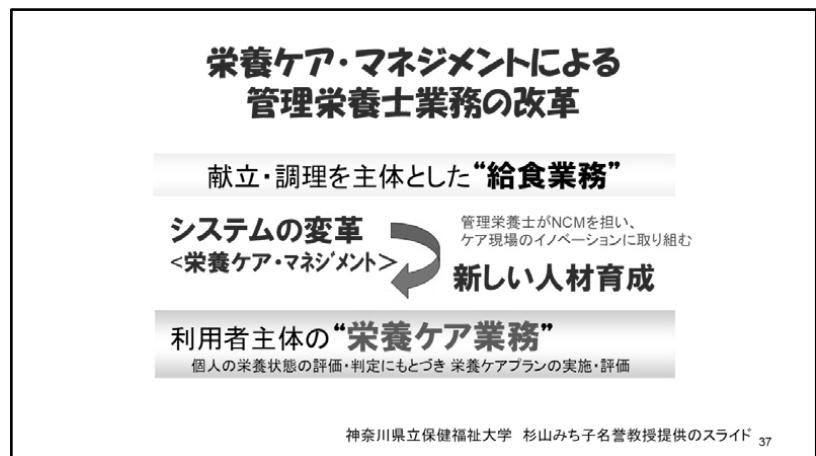
栄養ケア・マネジメントでPDCAサイクルを具体的に回してみると、栄養スクリーニング、アセスメント、プラン作成、実施と進みます。口腔ケア、リハビリテーション、服薬指導など、いろいろな専門家が、多職種協働によってプランを作り、うまく進捗しているかどうかをモニタリングしながら評価をし、さらに改善していくというプロセスです。(スライド36)



(スライド36)

■栄養ケア・マネジメントによる管理栄養士業務の改革

今日は給食関係の業務に携わっている方々もたくさんおられるかもしれません。今までと管理栄養士の仕事の範囲が拡大しています。調理、献立作りなどの給食業務がなくなるわけではないですが、利用者主体の栄養ケア業務が大きくなってきています。一人一人に対して栄養ケア・マネジメントの手法を用いて栄養状態の評価・判定に基づく栄養ケアプランを作るという流れになっています。(スライド37)



(スライド37)

■主な「制度化」への道

栄養ケア・マネジメントの制度化への道を考えていくと、1つの方法は、法律などの固い仕組みに入れることです。

その際、ヒト・モノ・カネ・情報などの資源の確保が要件になります。特にカネについては、補助金、診療報酬・介護報酬などの方法があると思います。

もう1つの要件はその行為を標準化することです。教育・訓練も欠かせません。

医学部の学生が6年生を終わるまでに勉強をしていなければいけない内容を文科省と厚労省が定めた医学教育モデル・コア・カリキュラムには「栄養ケア・マネジメントについて理解している」という項目が令和4年の改定によって書き込まれました。

モデル・コア・カリキュラムに書かれている事項は医師国家試験の出題対象になりますので、これらの医師は栄養ケア・マネジメントを勉強してきていると考えられます。

「栄養ケア・マネジメントを理解している」というところで終わらずに、それを日々の業務として遂行

するところまで持っていくには、診療報酬・介護報酬などによって裏打ちされた体制を組んでいくことが必要です。(スライド38)

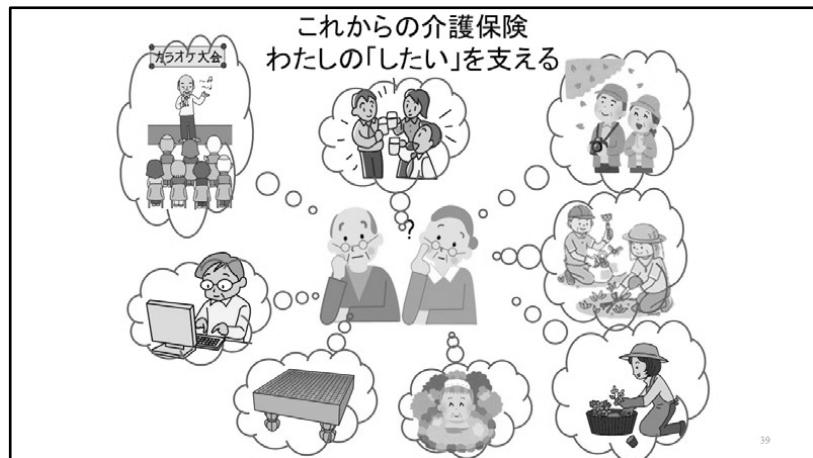
主な「制度化」への道

- 法律（制度論）
- 資源（ヒト・モノ・カネ・情報）の確保
 - －補助金
 - －診療報酬・介護報酬
- 指針・ガイドライン等
- 教育・訓練
 - －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。」

（スライド38）

■ これからの介護保険わたしの「したい」を支える

先ほど申し上げたように、QOLの改善が栄養ケア・マネジメントの第1目標だとすると、介護保険でいうならば、ご本人がしたいことができるような社会を作っていくことが重要です。(スライド39)



（スライド39）

■ 「美味しいものを食べたい」

食べたい物を食べられることも大切です。(スライド40)

「美味しいものを食べたい」



40

(スライド40)

■ 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

こういう物を食べたいという希望がかなうような社会が求められます。(スライド41)

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



41

(スライド41)

■ 診療報酬と介護報酬

診療報酬・介護報酬についてお話しします。(スライド42)

診療報酬と介護報酬

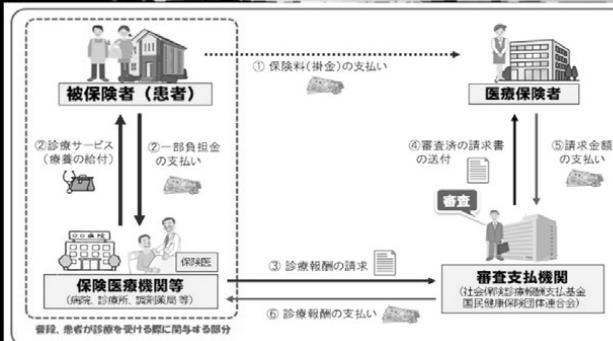
42

(スライド42)

■ 保険診療の流れ

保険診療に関する一連の流れが円滑に動かなければ保険診療はできません。(スライド43)

保険診療の流れ



43

(スライド43)

■ 診療報酬とは

診療に係る報酬は公的な医療保険から支払われます。公的医療保険といっても多種多様です。国民健康保険、組合健保など、さまざまな保険制度があります。それがたった1通りの診療報酬のルールで動いていることが重要です。(スライド44)

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

44

(スライド44)

■ 診療報酬・介護報酬の改定時期

2年に1回、3年に1回それぞれの報酬が改定されます。以前は改定間隔を2年とは言っていませんでした。

一回決まると次の改定まで2年間待たなければいけないと思いがちですが、かつて診療報酬は1年に2回改定したことがあります。介護保険も1年に2回改定しました。介護保険でいうと2005年10月と2006年4月です。

2005年の介護報酬改定では、特養などにおける食事・居住費を原則自己負担にしつつ、所得の低い方に対しては、その負担額を軽減するための補足給付を出すという仕組みを作りました。

食費は特養に入所していなくても必ずかかるので原則自己負担とするという考え方ですが、自己負担ならば、特養が出す食事は食べず、コンビニのおにぎりを毎食1個ずつ食べるという方が出ないか、私たちはとても懸念しました。現場の皆さんの大変なご努力のおかげでそのような事件は起こりませんでした。

その懸念を払拭するために導入されたのが栄養ケア・マネジメントです。

その後の2006年の同時改定はとても大変でした。もちろん同時改定は初めての改定でしたし、社会保険費の適正化を目指して、診療報酬も介護報酬も改定財源を見つけることが困難でした。(スライド45)

診療報酬・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

(スライド45)

診療報酬改定の流れ

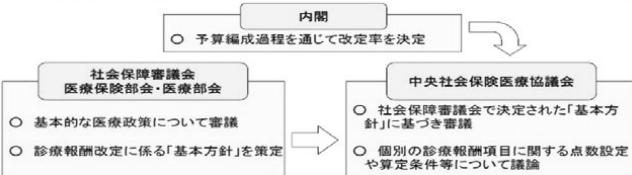
診療報酬改定に際しては、社会保障審議会の部会で基本的な政策について審議し、基本方針を決めます。それに基づいていわゆる中医協で具体的な点数を定めることになっています。

重要なことは内閣が改定率を決定することです。具体的な点数を定める際には改定率によってその高さが左右されます。内閣が決めるということですから最終的には内閣総理大臣が決めることになりますが、そこに至るまでは「予算編成過程を通じて」プロセスが進捗します。

予算編成過程といわれても具体的なイメージが掴めないかもしれません。(スライド46)

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 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を行い実施されるものである。



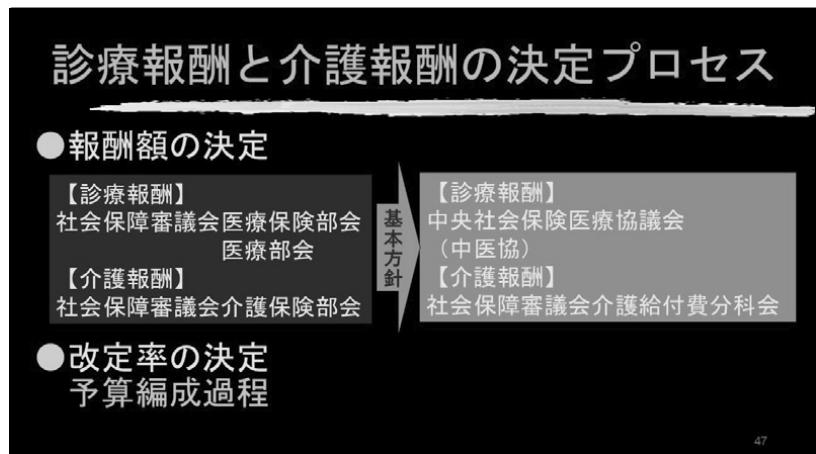
【中央社会保険医療協議会の運営構成】
 参加者は原則委員会より選出された3名の専門的担当者として協議し、公認委員がこの両者を調整する「三者構成」
 (1) 支払側委員(保険者、被保険者の代表) 7名
 (2) 選舉側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表) 7名
 (3) 公認代表 6名(国会同意人事)

46

(スライド46)

【診療報酬と介護報酬の決定プロセス

介護報酬については、社会保障審議会介護保険部会が基本方針を示し、それに基づいて社会保障審議会介護給付分科会で、具体的な単位数を決めていきます。ここでも「改定率は予算編成過程」で決定することとなっています。(スライド47)



予算編成過程

来年度の予算、つまり今年でいうと2026年度の予算は今年つまり2025年5月ぐらいから厚生労働省のみならず全省庁で議論が始まります。その後、6月に「骨太の方針」が示され、7月に財務省が概算要求基準を出し、「こういうことを来年度はやりたい」という内容を盛り込んだ概算要求を各省が8月末までに財務省に提出します。

9～12月に各省からの要求内容を財務省が査定します。そして12月の最後に、予算が確定します。ここまでが予算編成過程といわれるものです。

このプロセスの中で、2026年度の診療報酬の改定率についての議論が始まっています。また、「骨太の方針」の前に、財務省に置かれた財政制度等審議会が「春の建議」というものを作ります。

今年も5月に「春の建議」が示されていますが、約120ページあります。そのうちの約60ページ、つまり約半分に今度の診療報酬改定も含めた社会保障についての意見が書かれています。日本の国の予算全体を財務省が見ているものの、提案のうちの半分が社会保障に割かれているのです。それほど社会保障が、日本の国の予算の中で大きな部分を占めています。

現時点では診療報酬についての中医協での議論はかなり進んでいます。インターネットで「厚生労働省 中医協」で検索すると、非常に大量の資料が公開されていますので、ご覧いただけます。

最終的に診療報酬が定まるのは、毎回改定の直前ですが、それを見て驚くところもないとは言えませんが、全体の方向性はもうこの段階でほぼ目途が付いています。

1月に予算が国会に提出され、審議され、概ね4月前に可決成立し、4月1日から新年度の予算が動き始めます。(スライド48)

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

(スライド48)

改定率決定に向けてのエビデンス

改定率を決定するためのエビデンスは多々あります。診療報酬では医療経済実態調査が行われます。医療機関などの利益率などを明らかにします。その結果が示されるのは改定率が示される直前です。
(スライド49)

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
 - 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）
 - 公表は令和3年11月

49

（スライド49）

介護報酬改定でも、同様に経営実態調査が行われますが、利益率が示されるのは改定率が決まる直前です。（スライド50）

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
 - 令和3年改定では令和元年度決算を調査
 - 公表は令和3年10月

50

（スライド50）

また福祉医療機構、WAMと呼ばれる公的な金融機関も医療機関などの経営状況が把握していて、その内容が出てきます。福祉医療機構からお金を借りている医療機関などの経営状態なので、医療経済実態

調査とは対象が限られます。

一方で、財務省は独自に予算執行状況調査などを行い、診療報酬の状況を調べています。(スライド51)

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
 - 医療・介護・福祉事業所の経営状況
 - 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
 - 予算執行状況調査等
- 財政制度等審議会（財務省）

51

(スライド51)

■ 拡大する栄養業務(令和2年度診療報酬改定から)

栄養関係の診療報酬について説明します。(スライド52)

拡大する栄養業務 (令和2年度診療報酬改定から)

52

(スライド52)

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

日本健康・栄養システム学会では、令和2年度の診療報酬改定に際してICU、集中治療室などに入って48時間以内に経腸・経口で食事を取ることを進めるため、診療報酬上の評価を提案しました。(スライド53)

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

(スライド53)

48時間以内の栄養摂取に取り組む前と後を比較すると、以前は30%しか48時間以内に実施できていなかったのが、以後は倍に伸びました。その結果、死亡率が3分の1になり、ICUの在室日数が2日間減りました。また入院期間も1週間減りました。

このように非常に大きな成果が上がります。(スライド54)

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

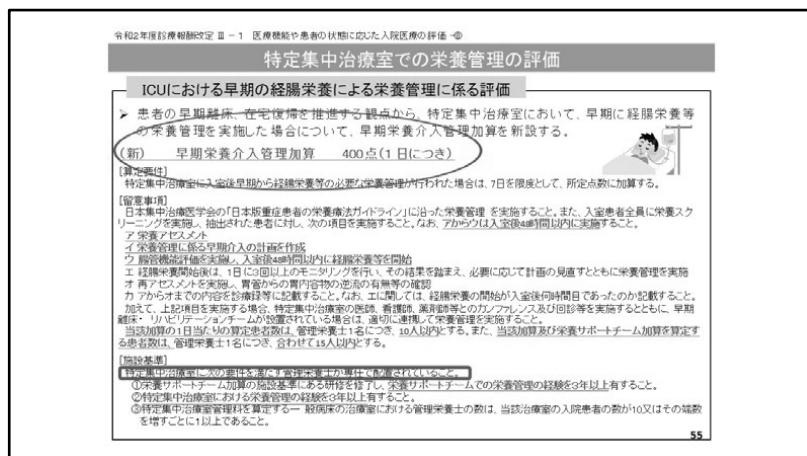
	運用前 2011年 (n=360)	運用後 2017年 (n=295)	有意差 (Wilcoxon順位和 検定)
48時間以内経腸 栄養開始率(%)	30.2	61.5	P<0.01
28日死亡率(%)	20.7	6.7	P<0.02
平均在ICU室日数 (中央値)	7.8±3.5 (6)	5.5±8.8 (3)	P<0.001
平均在院日数 (中央値)	40.6±24.3 (35)	33.1±46.7 (22)	P<0.001

矢野日英樹他. 日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2)

(スライド54)

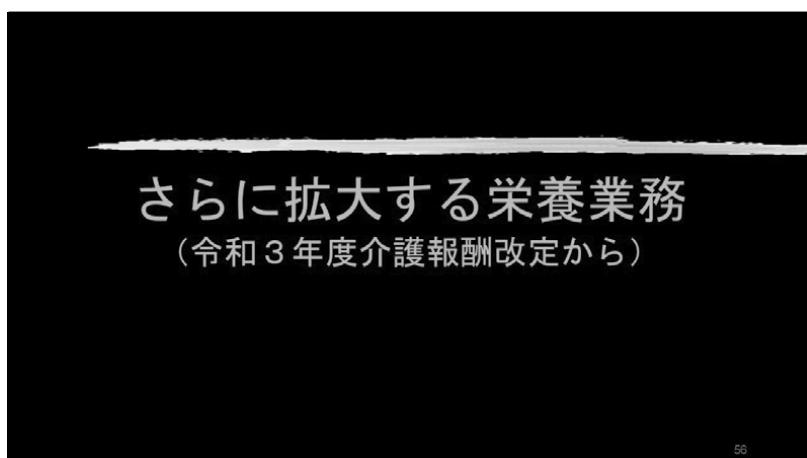
■ 特定集中治療室での栄養管理の評価

学会の提案に対して、1日あたり400点が早期栄養介入管理加算として新設されました。(スライド55)



(スライド55)

■ さらに拡大する栄養業務 (令和3年度介護報酬改定から) (スライド94)



(スライド56)

■ 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

次の年は介護報酬改定の年であり、介護保険施設、認知症のグループホーム、通所系サービス、デイサービス、デイケアでの栄養管理や情報の連携を強化することを提案しました。(スライド57)

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

(スライド57)

特養、老健などの介護保険施設で栄養管理を強化するため、管理栄養士を加配した場合の評価を提案しました。普通は100床に対し、1人の管理栄養士がいればいいことになっているのですが、2人配置した場合に報酬を設定するという提案をしました。(スライド58)

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）

(スライド58)

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)

その結果、栄養マネジメント強化加算が新設され、2人の管理栄養士を配置することができるようになりました。

管理栄養士の手厚い配置によって、誤嚥(ごえん)性肺炎が少なくなるというエビデンスがあり、医療保険にも良い影響が出てきます。(スライド59)

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

（スライド59）

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）

グループホームで栄養管理をする管理栄養士が確保できたら評価することを提案したところ、栄養管理体制加算が新設されました。（スライド60）（スライド61）

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）

（スライド60）

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

（スライド61）

デイサービス・デイケアで管理栄養士が栄養管理を行った場合には評価することを提案したら、栄養アセスメント加算が新設されました。（スライド62）（スライド63）

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）

（スライド62）

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

（スライド63）

情報の連携についての提案については、そのことが明記されるようになりました。（スライド64）
(スライド65)

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）

（スライド64）

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

（スライド65）

【もっと拡大する栄養業務（令和4年度診療報酬改定から）】

その次の年に診療報酬改定がありました。（スライド66）

もっと拡大する栄養業務 (令和4年度診療報酬改定から)

66

（スライド66）

【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、つまり外科手術の前後に栄養管理を強化した場合、報酬上評価することを提案しました。加えて、重症熱傷の人たちに対する栄養管理、早期栄養介入管理加算の対象拡大を提案しました。

それまで早期栄養介入管理加算の算定対象の施設はICUの中でもごく限られたためその拡大を提案しました。いずれの提案も関係学会と連携して出すことができたことは非常に大きい成果でした。

（スライド67）（スライド68）

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)

(スライド67)

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

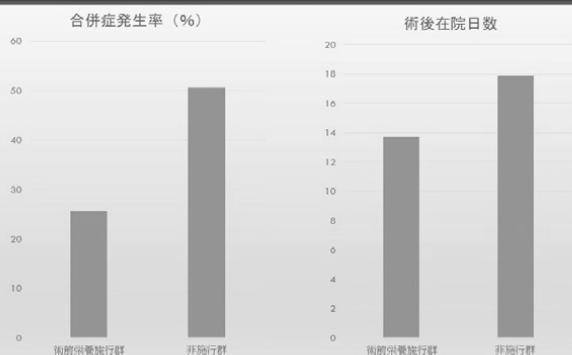
- 周術期患者に対する栄養管理の強化
 - 【提案内容】周術期にある患者に対して、管理栄養士が適切に栄養管理を実施した場合に新たに評価（新規加算の設定）

(スライド68)

■ 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

術前に栄養管理をすると在院日数が短縮できるというエビデンスがあったことが重要です。（スライド69）

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



(スライド69)

■周術期患者に対する栄養管理の強化

その結果、270点の周術期栄養管理実施加算が新設されました。(スライド70)

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）

【対象外】
全身麻酔を要しない手術

【対象者】
別途「周術期」手術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医療区室機関において、手術の直後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号1.0.0.0に掲げるマスク又は気管内挿管による侵襲経路式全般麻酔を伴つ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、責任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。
(2) 周術期栄養管理実施加算は、日本健康栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPEN Guideline: Clinical nutrition in surgery」等を参考し、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前のからの数据を実施すること。
(3) 「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「術前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」、「治療法及び必要に応じて薬理的支援」、「術後の監視」
(3) の実践ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の治療部門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、特保機械病院入院基本料の11.1に規定する**入院栄養管理実施加算**及び**救命救急入院料**の19.9、特定集中治療管理料の注5、バイケアユニット入院管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院管理料の注4及び小児特定集中治療管理料の注4に規定する**早期栄養介入管理加算**は原則に算定できない。

【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研修を有する責任の専門の管理栄養士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趣出を行っている保険医療機関であること。

(スライド70)

重症熱傷に関する提案は、残念ながら実を結びませんでしたが、熱傷学会の先生方には早期栄養介入加算の対象が拡大したことが重要と慰められました。(スライド71) (スライド72)

**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）

(スライド71)

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

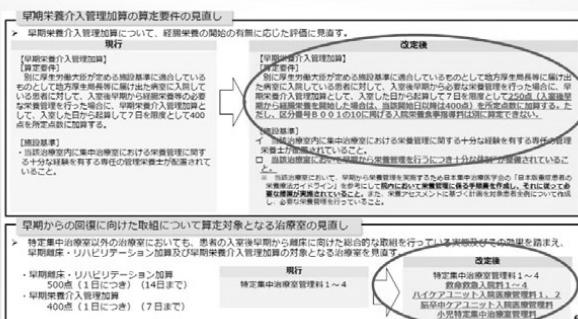
- 【提案内容】特定集中治療室の患者に限定されている早期栄養介入管理加算の対象を、同様の機能を有する治療室の患者に拡大（既存加算の対象拡大）

(スライド72)

早期栄養介入管理加算の対象拡大

それまでは特定集中治療室でしか算定できなかったのですが、小児のICUまでも算定できるようになつたことと、48時間以内に経腸・経口での栄養摂取ができなかつたとしても必要なプロセスを実施した場合は250点を算定できることになりました。(スライド73)

早期栄養介入管理加算の対象拡大



(スライド73)

令和4年度診療報酬改定における栄養関係事項(1)

令和4年度診療報酬改定における栄養関係事項(2)

この時には栄養関係の報酬がたくさん付きました。世の中の流れが「栄養が大切」となったためと考えています。(スライド74) (スライド75)

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

（スライド74）

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
- 外来化学療法に係る栄養管理の充実

（スライド75）

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

報酬が設定されてから対応を考えるというだけではなく、まずは自分で思いついてやってみるということが一番重要です。

それをエビデンスとして確立し、提案に結び付けていくという一連のプロセスを進めることが大切ではないかと考えています。

受け身の診療報酬・介護報酬ではなく、攻めの診療報酬・介護報酬があってもいいのではないかと思っています。（スライド76）

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

(スライド76)

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

特定機能病院についても報酬が設定されました。（スライド77）

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

(スライド77)

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6年度の同時改定についてお話しします。（スライド78）

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)

78

(スライド78)

■ 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

改定に先立って、日本健康・栄養システム学会では2つの研究費を提案し、採択されました。その一つが「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」です。「一体的取組」がキーワードです。

もう一つが「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」です。この2本の研究費に基づいてさまざまな検討を行いました。(スライド79)

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

79

(スライド79)

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

特養、老健施設など千何百施設を対象として一体的取組に関する全国調査を行いました。取り組んでいるところは半数ぐらいにとどまりました。(スライド80)

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

● 施設・事業所実態調査（全国地域別無作為抽出）

— 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

— 一体的計画書を「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

80

(スライド80)

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

しかし取り組んでいる施設ではADLや、IADL、QOLの向上、誤嚥性肺炎の減少など、良いことがたくさんありました。

口から食べることは非常に重要ですが、食べることができるような口腔機能が十分であることが前提であり、栄養が改善することによってリハビリテーションの効果がより出てくることも分かりました。

つまり口腔、栄養、リハビリテーションを一体として行うことの意味は非常に大きいことが分かりました。(スライド81)

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

● 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
- 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

（スライド81）

優れた取り組みをしている施設に対してインタビュー調査も行いました。（スライド82）

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

● インタビュー調査

- 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
- 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
- 一体的取組みの連携・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

（スライド82）

介護報酬などは付いていませんが、それでも良好なアウトカムが得られたことや、何といっても専門職のモチベーションが向上したことを指摘されました。今、人材の確保が厳しい中ですが、このように成果が上がってくると、働いている人たちのモチベーションが上がり、継続して勤務する人たちが出てきて、その結果、チームケアに結び付いたことがインタビュー調査で示されました。（スライド83）

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

● インタビュー調査

- 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
- 一体的取組を連携・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
- 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

(スライド83)

■ 令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

5年度も継続して研究を行いました。(スライド84)

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

(スライド84)

■ 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)

介護報酬と診療報酬で共通の内容もあれば、診療報酬特有、介護報酬特有のものもあります。特に重要な項目が12項目、重要な項目が12項目、合わせて24項目あります。その他、たくさんの提案をしました。(スライド85)

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

月例セミナー (三浦講師)

(スライド85)

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

リハビリテーション、栄養、口腔管理の連携などが、改定の基本方針に定められました。基本方針に栄養関係の内容が位置付けられたのは、おそらく初めてなのではないかと思います。(スライド86)

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**

 - ① 値物高騰・賃金上昇、経済の状況、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
 - ② 全世代型医療費保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスとの連携強化、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
 - ③ 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
 - ④ 社会保険制度の安全性・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な方向性

- (1) 現下の雇用情勢も含めた人材確保、働き方改革等の推進
[主な課題]

 - 〔具体的方針〕
 - 人材確保のための個人情報や職上に利用した取扱
 - 在職者数が減少している場合に力を入れて採用するための雇用環境の改善、タスク・シフトによる効率化
 - シニアフリックタフ・スマッシュ、チーム運営の強化
 - 業務の自動化を進め、ICT の活用推進。その他の量産型労働などの柔軟な勤務制度の実現による効率化
 - 地域の雇用情勢及び就業形態変化を踏まえ、労働時間規制の実効性検証に向けた実証実験の実施
 - 雇用見直し、必要な労働者数を算出するための指標
 - 機械化による労働時間短縮の実現
 - 就業・就対する柔軟性の実現

- (3) 安心・安全で利の高い医療の推進
 (具体的な方針等)

 - 医療機関、医療法人などへ「安心・安全医療実践を訴えた方針」
 - 医療機関の運営に影響を与えるための方針や評価
 - アートカルテによる診断の標準化
 - 重複の多い方針が求められる場合の「適切な」「充実の」「医療費削減と品質確保の」方針
 - 在院期間の短縮化、日帰り手術などの実現、患者の早期回復化、日帰り入院などの実現、患者の早期回復化
 - 薬事の統一化によるカタログ化・標準化による切符化、薬剤、薬剤費削減の実現の目標化
 - 薬事の統一化によるカタログ化・標準化による切符化、地元患者、住民サービスに対する施設化を有する医薬品販売店との連携による販賣促進
 - 医薬品調剤場の規制化と見直しを推進し、薬事の選択評議会や薬事委員会の充実強化

(4) 運営化、適正化を通じた医療保険制度の変性化・構造可能性の向上
 (具体的な方針等)

 - 後払い型保険(「アコム後払い保険制度」、長期医療費の算定原則での取り扱いの見直し等)
 - 費用負担の均等化による「均等負担化」、市民負担の均等化による「均等化」
 - 被扶養者の算定額の見直しによる「被扶養者算定額の見直し」
 - 被扶養者の算定額を見直す考え方や医療費算定額による「被扶養者の算定額の見直し」

(2) あるト2025を目標とした地域包括ケアシステムの深化・推進

- 〔医療行為の実態〕医療行為の実態と医療行為の評価 (付) 医療行為の評価上
〔医療行為の実態〕
①後発薬物群：パラオ後発の使用実態、長期収容品の使用実態(特に外見の見失し等)
②費用対効用価値の算出法の適用
○市場競争価格をもととすれば正確な評価
③医療の進歩による医療費用の効率的適用、適正化の実現
○患者の状況の変化により要される医療経緯に応じて、医療費の評価 (再評)
④外審査の実施の標準化・強化 (再評)
⑤生活習慣病の増加に応じる対応策、効率的な医療管理及び最適化手法の選択推進
⑥医療・厚生年金保険と薬剤販売の実態の統合による医療費用の公正合理的な推進
○薬剤の経済性評価と併せて、始める患者・住民のニーズに応じた機能を有する医療
○医療費削減としての薬剤の持続的推進 (再評)

(スライド86)

■ 栄養管理体制の基準の明確化(入院料通則の改定①)

診療報酬について個別改定項目をまとめた800ページを超える資料について「栄養」をキーワードにして検索すると400か所以上にヒットします。至るところに「栄養」と書いてあるということです。(スライド87)

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組 -②等

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)～(8)

(2) 管理栄養士ははじめとして、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、治療方針評価等）を作成すること。
(3)～(9) (8)

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)～(8)

(2) **管理栄養士ははじめとして、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体制（定期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、治療方針評価等）を作成すること。**
(3)～(9) (8)

イメージ 各医療機関の相談・準備時間に応じて栄養管理手順に位置づける

GLIM基準を適用することが望ましいが、GLIM基準を用いていない場合、各医療機関の相談・準備時間に応じて、必ずGLIM基準に沿って手順を記載している場合は、記載していない場合は、記載しない。

参考）GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準
2018年に世界の医療学会（ISPEP、APEN、ASPIN、PENSA、FELANPE、EHN）が共同で改訂されたGLIM基準を参考

●栄養スクリーニング
●栄養状態評価
●栄養管理手順

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

87

(スライド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

リハビリテーションの「一体的取組」についてまとめたものです。(スライド88)

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 -①

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
・入院後半のリハビリテーションの実施
・病棟専門の評価による早期評価介入

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との連携
・定期的カンファレンスによる情報連携

88

(スライド88)

- 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ
- 地域包括医療病棟② 施設基準等
- 地域包括医療病棟③ 注加算
- 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②
- 療養病棟入院基本料の見直し②

医療と介護における栄養情報連携の推進

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

さまざまな報酬で「一体的取組」や、栄養関係の評価が進みました。(スライド89) (スライド90) (スライド91) (スライド92) (スライド93) (スライド94) (スライド95)

令和6年度診療報酬改定 II-2 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-① 等

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、高齢者の救急搬送患者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟へ入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けていた間に退床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に移ることとなり、在宅復帰が難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以前のある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
- 誤嚥性肺炎患者を抱う病院に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

10対1の看護配置に加えて、療法士（理学療法士・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

包括的に提供

89

(スライド89)

令和6年度診療報酬改定 II-2 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-① 等

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。

(新) 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するものとして地方厚生局長等に届け出た病院を有する保険医療機関において、当該病院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 に属する病院入院料基本料の地域一般入院料 3 の割合により、算定する。

【施設基準】

- （1）当該病院が1日以上運営されていること。
- （2）当該病院が1日以上の運営時間は、看護補助士又は看護補助士が2名以上（市町の立派の看護補助士1名以上2名未満で構成していること）。
- （3）入院患者からのリハビリテーションを行うに必要とされる施設設備（看護補助士1人あたり床幅1.8m以上が望ましい等）。
- （4）当該病院に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び改善の観点に適する方法で評価され得る。
- （5）一般病棟（看護の要件の要達成率用いて評価し、該入院者のうち「A3点以上、A2点以下かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が10%未満（看護の点の場合は）又は15%以上（必ず該入院初日）であるとともに、入院患者のうち入院初日目に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- （6）当該病院の入院患者の平均住院日数が21日以内であること。
- （7）当該病院において、通常患者に占める、延至日以後の入院するものの割合が5%未満であること。
- （8）当該病院において、入院患者のうち、既往歴から該病院の施設設備又は他の施設病院の施設設備で該入院者達が選択料を算定し当該他の施設病院から選択された場合が15分以上であること。
- （9）（地域で急性疾患等の患者に特別的な入院医療及び救急医療を行つて必要な体制を整備していること。
- （10）（次回救急搬送又は救急告示病院であることを、常時、必ず提示し、CT撮影、MRI撮影を行う体制であること等）
- （11）（地域で急性疾患等の患者に特別的な入院医療及び救急医療を行つて必要な体制を整備していること）
- （12）精神疾患専門病院以外の病院であること。（13）虐待充実化割増料及び専門的入院基本料の算出を行つては保険医療機関であること。
- （14）脳血管疾患専門病院又はリハビリテーション科に係る算出を行つては保険医療機関であること。

90

(スライド90)

令和6年度診療報酬改定 II-2 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-① 等

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（看護補助員5名以上）	240点
25対1 看護補助体制加算（看護補助員5名未満）	220点
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）

夜間看護体制加算（看護補助員1名以上）	120点
夜間看護体制加算（看護補助員2名以上）	120点
夜間看護体制加算（看護補助員3名以上）	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) 看護補助充実加算（1日につき）

看護補助体制充実加算（1名以上）	25点
看護補助体制充実加算（2名以上）	15点
看護補助体制充実加算（3名以上）	9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) 看護職員夜間12対1配置加算（1日につき）

看護職員夜間12対1配置加算（1名以上）	110点
看護職員夜間12対1配置加算（2名以上）	105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) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（1日につき） 80点

【算定要件】

- リハビリテーション・栄養・口腔連携加算と同時に個別算定を適切に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。

91

(スライド91)

令和6年度診療報酬改定 II-4 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-②

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。

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1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。

92

(スライド92)

令和6年度診療報酬改定 II-4 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-③

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。

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

93

(スライド93)

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進①

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

対象者等

ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
　　退院料が算定される医療機関、介護老人保健施設、訪問看護ステーション又は居宅介護支援センター等に於ける在宅医療又は居宅介護支援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項第1号に規定する施設（以下「在宅医療施設等」といふ。）の区分番号に於ける患者

算定要件

（1）区分番号0.0 1の1に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事指導について指導を行った内容及び入院中の栄養情報を示す文書を使用して説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管轄看護士等に情報提供し、共有した場合に、入院料に限り算定する。
（2）（1）に該当しない場合にあっては、当該保険医療機関が退院後の在宅医療施設等に貢献又は貢付する患者であつて栄養情報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使用して当該他の保険医療機関等の医師又は管轄看護士等に情報提供し、共有した場合に、入院料に限り算定する。
（3）区分番号0.0 1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B 0.0 1の1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。

＜入院中に栄養食事指導を行った患者＞
在宅医療施設等

＜介護保険施設等に退院する患者＞
在宅医療施設等

94

(スライド94)

令和6年度診療報酬改定 II-8 黄の高い在宅医療・訪問看護の確保②

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

【在宅療養支援診療所】
〔施設基準〕
〔新規〕

改定後

【在宅療養支援診療所】
・当該診療所において、当該診療所の区分番号により、医師が栄養食事の必要性を認めた患者に對して訪問栄養食事指導を行ふことが可能な体制を有していること。

【在宅療養支援病院】
〔施設基準〕
〔新規〕

〔経過措置〕
令和6年3月31日において現在在宅療養支援病院に係る届出を行っている訪問医療機関については、令和7年5月31までの間限り、誤認するものとみなす。

95

(スライド95)

令和6年度介護報酬改定の概要

さらに介護報酬の中でも、この「一体的取組」がハイライトされました。つまり診療報酬・介護報酬共通の重要改定項目に定められました。(スライド96)

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」「質の高い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
 - 質の高い公正に立たぬアマネジメント
 - 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強化
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 医療専門職等による医療ニーズへの対応強化
 - 医療専門職等による医療ニーズへの対応強化
- 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、栄養の一括的取組等
 - 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
- 3. 質の高い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、待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
 - 介護職員の処遇改進
 - 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
- 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
 - 評議の適正化・重複化
 - 報酬の整理・簡素化
- 5. その他
 - 「看護料」規制の見直し
 - 通所介護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（居住料）の見直し
 - 地域区分

(スライド96)

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

栄養関係について記載されています。(スライド97)

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、栄養の一括的取組等
 - リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一括的に推進し、自立支援・重度化防止を効率的に進めることから、介護老人保健施設・介護医療院、介護老人福祉施設等の間で加算について、新たな区分を設ける。
 - 大規模な事業所であるリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が実施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区分の基準統一について見直しを行った。
 - 施設運営管理指導等について、通所サービス利用者に対する栄養食事導入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、施設による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門家による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門家の連携力、介護職員による口腔衛生及び口腔機能の評価の実施及び利用者の両方のもの歯科改善指導及び介護支援専門への連携提供を評価する新たな加算を行った。
 - 介護保険施設から、施設、他の介護保険施設、医療機関等に通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、介護保険施設の入院患者等の栄養管理に関する確認について、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行った。
 - 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量感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運営者は、ユニットケア施設運営者研修を受講するよう求めなければならぬこととする。
 - 在宅療養・在宅療養支度等評価標準及び基準について、介護老人保健施設の在宅療養・在宅療養支度評価等に評価する観点から、指標の改修状況等も踏まえ、見直しを行った。
 - 介護老人保健施設におけるリハビリマシン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・調整した場合に加算を行った。
 - LIFEを活用した質の高い介護
 - 科学的介護強度を加算・自立支援強度加算について、質の高い健診収集・分類を可能とし、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った。
 - ADL経費等加算、歩行支援加算、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、アウトカム評価も充実する観点から見直しを行った。

(スライド97)

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

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

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

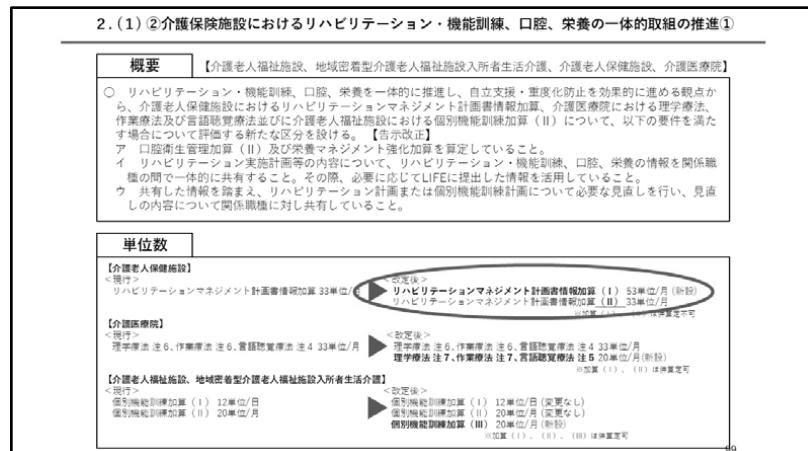
2.(1)⑭ 居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

2.(1)⑳ 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－

介護報酬でも「一体的取組」が多くの事項に定められました。（スライド98）（スライド99）（スライド100）（スライド101）（スライド102）（スライド103）



（スライド98）



（スライド99）

■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

診療報酬でも介護報酬でも、栄養ケア・マネジメントが栄養の取り組みの基本にあるということになります。(スライド104)

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	椎山女学園大学教授 令和3年～現在
田中明	前女子栄養大学教授 平成24～令和3年	
下門顕太郎	前東京医科歯科大学教授 平成20～23年	
故 松田朗	前国立医療・病院管理研究所所長 平成18～19年	
施設研修委員長：	竹田 秀	竹田総合病院会長
NST委員長・試験委員長：	加藤昌彦	椎山女学園大学教授
教務委員長：	堤ちはる	相模女子大学特任教授
大学院部会委員長：	合田敏尚	静岡県立大学名誉教授、客員教授
継続研修委員長：	須永美幸	前聖徳大学特任教授
運営担当：	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 令和4年～現在
	下門顕太郎	前東京医科歯科大学教授 平成29～令和3年
	故 井形昭弘	名古屋学芸大学学長 平成12～28年
事務局長	小山秀夫	(兵庫県立大学名誉教授)

(スライド109)

■報酬提案時に留意していること

提案に際して考えなければいけないのは、ある特殊な施設であるとか、特殊な環境でなければ実施できないという内容にならないように留意しています。どこでもできそうだけれども、少し頑張ってやらなければいけないというものが狙いです。また多くのリソースを投入しなければ実施できないのであれば取り組むことが難しくなり普及しません。在院日数が減るなど効率化に資するものであればもっといいと思います。

体制に関する加算、つまり管理栄養士を何人置いたら報酬が算定できるものよりも、例えば栄養ケア・マネジメントの実施に対する報酬の方がよいと思いますし、その結果を評価するやり方もあります。(スライド105)

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」<「プロセスに対する評価」<「アウトカムに対する評価」

105

(スライド105)

令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

研究事業の成果物としても作成した手引書などは日本健康・栄養システム学会のウェブサイトに載っています。（スライド106）

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
一手引書「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

106
(スライド106)

報酬改定を通じてわかつてきたこと

報酬が設定されても算定されない理由を調べるといいくつかの原因がわかりました。

まず、設定されていることを知らないという施設などが結構多いことです。知らない理由として、管理栄養士がいなければこの領域に関心を持つ人いないことになりかねません。もちろん管理栄養士が見逃している場合もあります。

もう1つは、介護保険の場合は、加算を算定すると一部負担が生じて利用者負担が増えることから、これを嫌がってケアマネジャーが算定させないという例もあるようです。

算定できない理由としては要件を満たさないこともあります。

効果が得られないこともあります。栄養ケア・マネジメントを含めて、管理栄養士を中心とする栄養ケアチームがその能力を発揮するためには、やはり相当の教育・訓練が必要です。（スライド107）

報酬改定を通じてわかつてきたこと

- 報酬が設定されても算定されない
 - 設定されていることを知らない
 - ケアマネジャーの理解が得られない
 - 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
 - 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
 - 担当者の知識・技能が不足している

107

（スライド107）



■ 臨床栄養士の育成

そのような観点から日本健康・栄養システム学会では、臨床栄養師の育成です。（スライド108）



(スライド108)

月例セミナー
(三浦講師)

■ 日本健康・栄養システム学会臨床栄養師研修制度関係者

多くの専門家が関与しています。（スライド109）

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	椎山女学園大学教授	令和3年～現在
田中明	前女子栄養大学教授	平成24～令和3年
下門顕太郎	前東京医科歯科大学教授	平成20～23年
故 松田朗	前国立医療・病院管理研究所所長	平成18～19年
施設研修委員長：	竹田 秀	竹田総合病院会長
NST委員長・試験委員長：	加藤昌彦	椎山女学園大学教授
教務委員長：	堤ちはる	相模女子大学特任教授
大学院部会委員長：	合田敏尚	静岡県立大学名誉教授、客員教授
継続研修委員長：	須永美幸	前聖徳大学特任教授
運営担当：	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 深炳和彦	東京大学医学部附属病院教授	令和4年～現在
下門顕太郎	前東京医科歯科大学教授	平成29～令和3年
故 井形昭弘	名古屋学芸大学学長	平成12～28年
事務局長 小山秀夫	(兵庫県立大学名誉教授)	

(スライド109)

■ 臨床栄養師研修の制度化にあたって

臨床栄養師の養成にあたって重要なポイントは、約900時間の実務的な研修が行われることです。日本の場合、養成校を卒業した段階では全くこのような数字には達しません。(スライド110)

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

(スライド110)

■ 臨床栄養士の定義と備えるべき能力

臨床栄養師の所属

臨床研修施設

大学院と連携した臨床栄養師研修

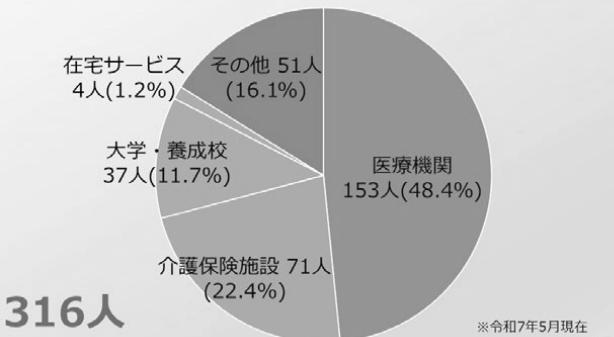
臨床栄養師の養成を通じて優れた能力を持った専門家が多く出てきました。(スライド111) (スライド112) (スライド113) (スライド114)

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

(スライド111)

臨床栄養師の所属



(スライド112)

臨床研修施設

●43都道府県	348施設
●施設種別	
医療機関	291か所
内ICU等含む	43か所
特別養護老人ホーム	36か所
介護老人保健施設	15か所
その他	6か所

(スライド113)

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

大阪総合女子大学大学院、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、椎山女学園大学大学院、天理大学大学院、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

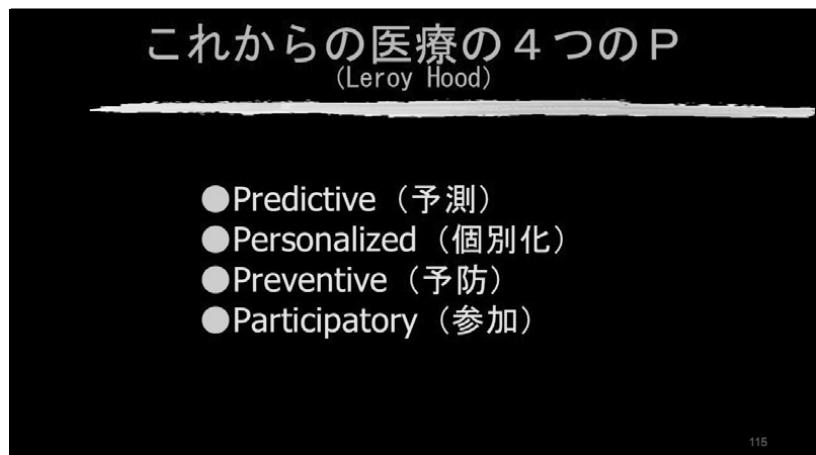
現役学生・学生だった者のメリット

- ・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%

(スライド114)

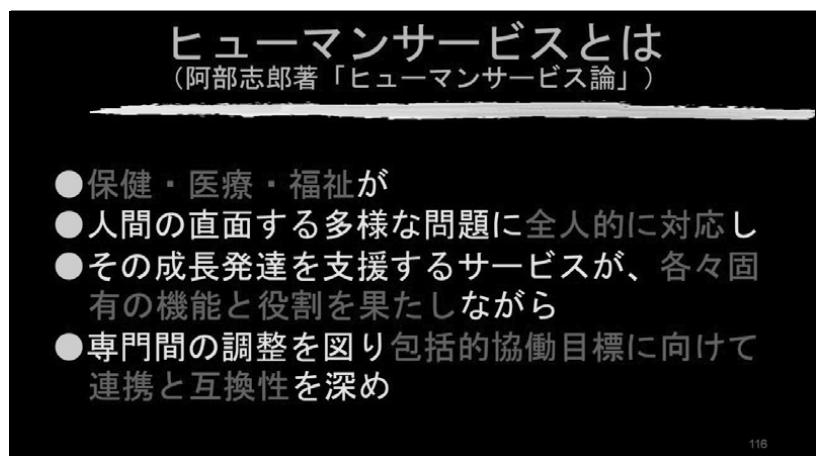
■ これからの医療の4つのP

次世代型の遺伝子解析装置を作った方が、「予測し、個別化し、予防し、参加していくことが重要だ。」と言っています。4つのPがこれからの医療を作っていくのではないでしょか。(スライド115)



■ 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」)

阿部志郎先生は、神奈川県立保健福祉大学の学長を務められた方ですが、「保健・医療・福祉が全人的に対応するということ、職種に関係なく協働の目標を作ること、コミュニティーが重要だ」として、ヒューマンサービスという概念を打ち立てました。(スライド116) (スライド117)



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

117

(スライド117)

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」)

栄養ケア・マネジメントも、ヒューマンサービスの一つです。

5つの要素が挙げられていますが、特にempowermentとして、管理栄養士が頭ごなしに説得するのではなく、ご本人に問題に立ち向かう力をつけてもらうことは重要だと思います。(スライド118)

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 integration
- 支援化 empowerment
- 共同化 community
- 包摂サービス social inclusion
- 文化変容 acculturation

118

(スライド118)

保健医療福祉サービスの特徴

資格制度、非営利組織の役割、科学の社会適用など、保健医療福祉サービスの特徴を理解することも必要ではないでしょうか。(スライド119)

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

119

(スライド119)

保健医療福祉サービスの未来

これからはますます個別化に向かっていくことになると考えられます。(スライド120)

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）
 - 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

120

(スライド120)

人生を豊かにするもの(ロバート・ケネディー)

ロバート・ケネディーとは米国のジョン・F・ケネディー大統領の弟ですが、その方の指摘です。お金では計ることができないもっと重要な目標に向かっていくことを指摘しています。(スライド121)

人生を豊かにするもの

(ロバート・ケネディー)

- 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
- ➡これらのはずれも GNPでは計れない

121

(スライド121)

■ フライトナース10の心得

福島県立医大が運用するドクターへりのためのナースステーションの壁に貼ってあったものです。

「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」という事項に胸を打たれました。

(スライド122)

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. 日常業務をしっかりと
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

122

(スライド122)

以上で終わりです。ありがとうございました。

■《質疑応答》

<質問者>

本日は、分かりやすく、説得力のあるご説明をありがとうございました。私は医療機器メーカーの社員です。2つご質問があります。まず1つは、医療機関でも在宅でも低栄養で、これは問題であるという環境において、最初は48時間以内にICUで診療報酬が付いたことがきっかけになり、栄養はどんどん進められてきていると思います。厚労省も栄養とリハビリ、2024年からは口腔とで三位一体で、医療施設で在宅まで一貫してやってくれという方針も出していると思います。

そうなってきた時に、栄養を管理していく上で、この人に対してどれだけの栄養を与えればいいかです。例えば50歳の男性でも皆、一律ではありません。

最近はICUで、その診療報酬から基礎代謝測定装置が入ってきて、いいことではないかと思っています。そうなってくると、その患者が一般病棟に行き、在宅に行くと、例えば片手でふっと吹けば、簡単に基礎代謝測定ができるような装置です。

要するに栄養はどれくらい必要かという基準が、基礎代謝がキーワードになってくるのでしょうか。そこまでやらなくてもいいとなるのでしょうか。そこをお聞きしたいです。

2つ目は、意見が2つに分かれのですが、栄養、リハビリ、口腔の三位一体というのが今、非常に盛り上がっています。「これは今後、どんどん盛り上がりっていく、金が落ちていくから、この中の何かがビジネスになっていくのではないか」と言う人と、「今がピークで、下火になっていくと思う」と言う人がいます。先生が最後でおっしゃった課題もあるし、厚労省も、診療報酬を付けるのはこの辺りがピークではないかという2つの意見があるのですが、先生のご意見はどちらですか。この2つをお願いしたいです。

<三浦講師>

まず一点目についてですが、正確な議論をするならば、ご指摘のとおりだと思いますが、それができない環境が多いのではないでしょうか。そうであれば次善の策として、他の方法を考えることも現実的な対応と考えます。

一方、乱暴な意見かもしれません、これだけ低栄養の高齢者が多い現実に直面して、食べられる物だったら何でも食べてくださいという対応もあるのではないかと思います。

二点目については、管理栄養士を中心とした栄養管理業務は非常に拡大していることは事実です。診療報酬・介護報酬でたくさんの事項が設定され、算定できる状況が発生していますが、管理栄養士であ

れば誰でも適切に実施できるというわけではなく、つまり相当な知識、技術、経験がないと上滑りしてしまう恐れがあるとも考えられます。いい結果が出てこないのではないかという恐れも持っています。

報酬面で評価が広がることは大事ですが、専門家の資質の向上など、対応しなければいけないことがまだあるというのが私の実感です。

<質問者>

どうもありがとうございました。

<質問者>

歯科医師向けの雑誌を作っている者です。1点だけ伺いたいのですが、今、歯科医院で管理栄養士をやたらと雇うことが流行ってしまっているのですが、そのような先生方に聞くと、「管理栄養士は意外に需要がそれほど供給に追いついていない」というか、余ってしまっているのではないか。だから私たちが雇えるのではないか」とおっしゃいます。実際のところはどうなのですか。

<三浦講師>

20人以上の管理栄養士を雇って積極的に取り組んでいる歯科医療機関もありますが、歯科医師が管理栄養士に対して指示できないなど、課題もあります。

医師側に栄養管理の重要性の認識が一層高まってくれば、歯科医療機関に所属している管理栄養士に対して指示はできますので、活躍するチャンスはあるだろうと思います。

栄養ケア・マネジメントについて、これからは理解している医師が多くなると考えられますので、少し時間はかかるけれども変わってくるかもしれません。

いずれにせよ、制度的な見直しと広報の両方が必要だらうと思います。厚労省医政局の検討会で、在宅医療における栄養の問題が議論されたと理解しています。

<質問者>

ありがとうございました。