

# 在宅における栄養ケア

～ 栄養士とつながる ～

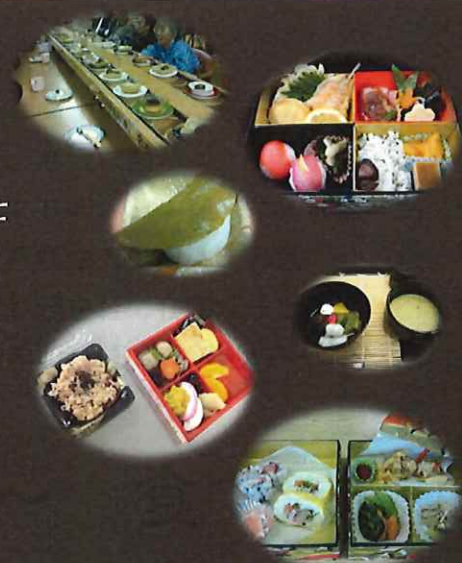
2021. 3. 29

社会福祉法人愛寿会 認定栄養ケア・ステーション紫磨園

管理栄養士／在宅訪問管理栄養士 小浦梓

## 自己紹介

- ・ 三重県伊勢市 出身
- ・ 同志社女子大学 卒業
- ・ 病院、老健に勤務
- ・ 平成25年 日本在宅栄養管理学会 在宅訪問管理栄養士
- ・ 社会福祉法人愛寿会 入職
- ・ 特養勤務を経て在宅サービス部門へ異動
- ・ 2019年4月 認定栄養ケア・ステーション紫磨園 開設

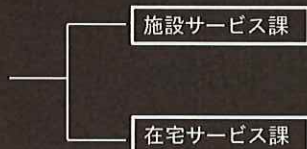


～ 食で恩返し ～

# 事業所紹介



足立区入谷  
(日暮里・舎人ライナー舎人駅から徒歩20分)



施設サービス課 — 特別養護老人ホーム紫磨園

在宅サービス課 — 紫磨園在宅サービスセンター

西綾瀬在宅サービスセンター

あいじゅケアプランセンター

地域包括支援センター新田

地域包括支援センター西綾瀬

認定栄養ケア・ステーション紫磨園



## 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3.1.15)

参考資料2

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

### 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

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

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

### 2. 地域包括ケアシステムの推進

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

- 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
  - ・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充
  - ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ
- 看取りへの対応の充実
  - ・が住み慣れた地域での看取りの推進
  - ・施設等における評価の充実
  - ・老健施設の医療ニーズへの対応強化
- 医療と介護の連携の推進
  - ・長期入院患者の介護医療院での受け入れ推進
- 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
  - ・訪問看護や訪問入浴の充実
  - ・緊急時の夜泊対応の充実
  - ・個室への定員上限の明確化
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
  - ・事務の効率化による過剰報酬の緩和
  - ・医療機関との情報連携強化
  - ・介護予防支援の充実
- 地域の特性に応じたサービスの確保
  - ・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

### 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
  - ・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職との関与の明確化
  - ・リハビリテーションマネジメントの強化
  - ・退院後直後のリハの充実
  - ・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
  - ・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
  - ・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化
- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
  - ・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
  - ・ADL維持等加算の拡充
- 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進
  - ・施設での日常生活支援の評価
  - ・褥瘡マネジメント、併せつ支援の強化

### 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に对应

- 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
  - ・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
  - ・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
  - ・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
  - ・人員配置基準における両立支援への配慮
  - ・ハラスメント対策の強化
- テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
  - ・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
  - ・会議や多職種連携におけるICTの活用
  - ・特養の併設の場合の業務等の緩和
  - ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和
- 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進
  - ・署名・押印の見直し
  - ・電磁的記録による保存等
  - ・運営規程の提示の柔軟化

### 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

- 評価の適正化・重点化
  - ・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し
  - ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
  - ・長期利用の介護予防リハの評価の見直し
  - ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
  - ・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し
  - ・介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止
  - ・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証
- 報酬体系の簡素化
  - ・月額報酬化(療養通所介護)
  - ・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

### 6. その他の事項

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

### 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

#### (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算(1)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITヘータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。
- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。
- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生管理の実施を求める。(※3年の経過措置期間を設ける)
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算は廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める。(※3年の経過措置期間を設ける)。低栄養リスク改善加算を入所者全員への栄養ケアの実施等を評価する加算に見直す。
- 通所系サービス等について、介護職員による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。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する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
- 認知症GHについて、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する。

#### (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
  - ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ(ADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等)をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。
  - ・既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。
  - ・全ての事業所に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認知症、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。(※6月の経過措置期間を設ける)

#### (3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等(アウトカム)を新たに評価する等の見直しを行う。

4

## 本日の内容

- ・ 栄養改善サービスの実施状況から見えてくる課題
- ・ 栄養状態の良し悪しがもたらすもの
- ・ 在宅における栄養ケア体制
- ・ 事例報告
- ・ 令和3年度介護報酬改定



# 在宅における管理栄養士の活動状況

## <CM対象 栄養・食に関するアンケート結果>

食事・栄養の困りごと、不安、疑問がある	96%
活用したいサービス	訪問栄養食事指導 60%
	レシピ提案 56%
	食事中の見守り 46%

(区内居宅介護支援事業所 136か所を対象)

## 管理栄養士による

居宅療養管理指導 0.2% (H29.4審査分)

## 通所リハ・通所介護における

栄養スクリーニング加算 1.1%

栄養改善加算 0.6% (R2社会保障審議会資料)

# 在宅における管理栄養士の活動状況

## <栄養改善加算>

### 2.31 算定状況 (n=820)

	事業所数	割合
算定している	35	4.3%
算定していない	785	95.7%

平均算定件数 (n=35)  
1.3件/月 (定員 722人)

### 2.32 2.31で算定している事業所における管理栄養士の配置形態 (n=35)

	事業所数	割合
当該事業所に配置	34	97.1%
外部の管理栄養士 (法人内介護事業所)	1	2.9%

### 2.33 2.31で算定していない理由 (n=785)

	事業所数	割合
算定要件(管理栄養士の配置)を満たすことが難しい	330	42.0%
算定要件(多職種が共同して栄養ケア計画の作成)を満たすことが難しい	102	13.0%
算定要件(栄養ケア計画の定期的な評価)を満たすことが難しい	58	7.4%
かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない	184	23.4%
必要性を感じていない	69	8.8%
その他*	42	5.4%

\*対象者がいない など

## <栄養スクリーニング加算>

### ▶ 栄養スクリーニング加算

#### 2.34 算定状況 (n=820)

	事業所数	割合
算定している	32	3.9%
近いうちに算定予定	55	6.7%
算定していない	733	89.4%

#### 2.35 2.34で算定していない理由 (n=733)

	事業所数	割合
算定要件を満たすことが難しい	328	44.7%
かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない	244	33.3%
必要性を感じていない	66	9.0%
算定可能なケースが発生していない	80	10.9%
その他*	15	2.0%

\*理路点で対象者がいない、検封中 など

# 在宅高齢者の食・栄養の悩みとその背景

瘦せた  
食欲がおちた  
ムセるようになった  
血糖値が高い  
血圧が高い  
活動量が減った  
家族の意識が薄い  
配食が続かない  
食べるものに偏りがある



## <背景にあるもの>

- ・ 家族力の低下、独居等により適切な食事が食べられない。
- ・ 認知症の進行に伴い、食事作りの能力に欠ける  
(買物、持ち帰り、保管、献立、調理、盛り付け、  
配膳、残物の保管、廃棄、片付け、衛生管理)
- ・ 運動不足による食欲不振
- ・ 栄養に関する誤認識
- ・ 継続的な治療食が提供できていない
- ・ 高齢者食事サロンが不足

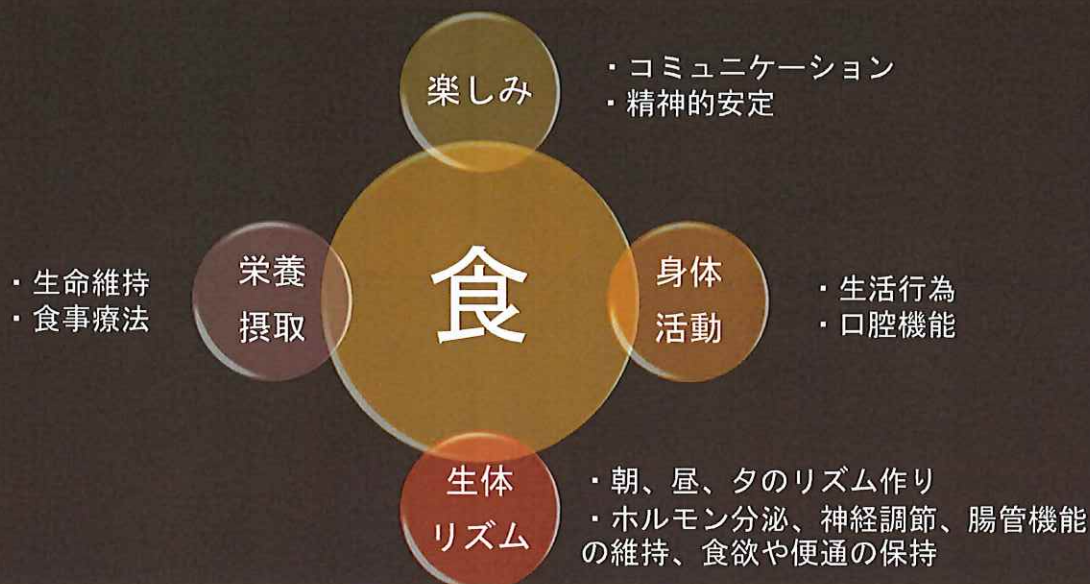
どこに相談していいかわからない。  
病院の管理栄養士しか訪問栄養食事指導ができない。



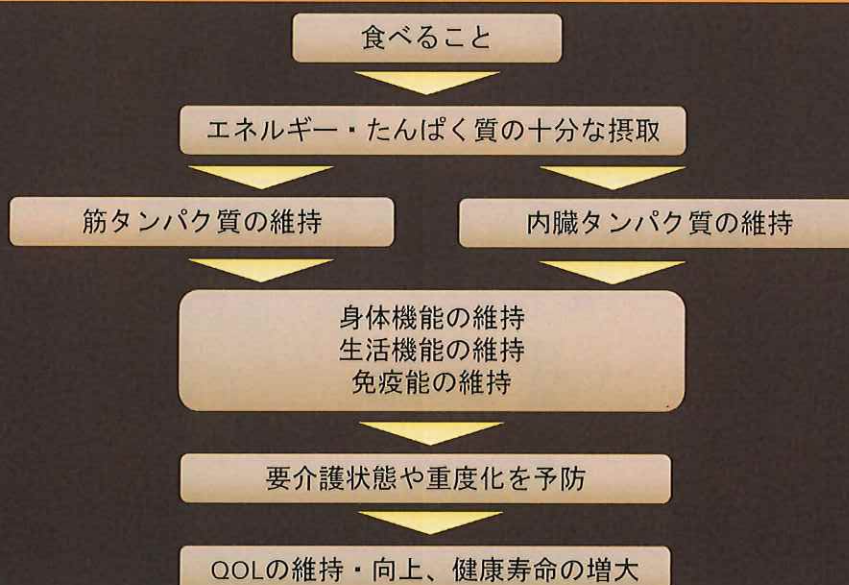
**制度上の課題**

栄養状態の良し悪しがもたらすもの

# 「食べること」の意義

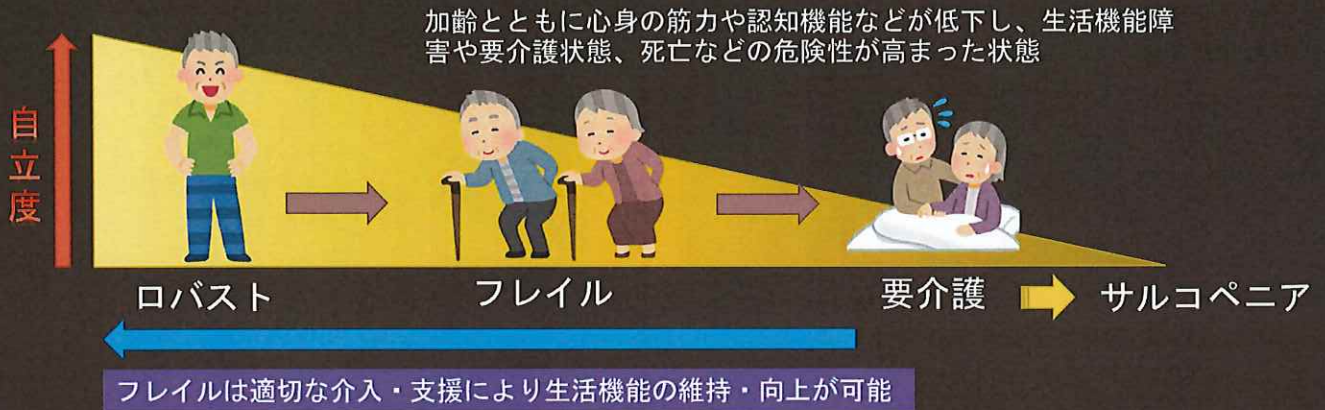


# 高齢者の食べることの意義



(加藤昌彦、一部改変)

# 高齢者の虚弱（フレイル）について



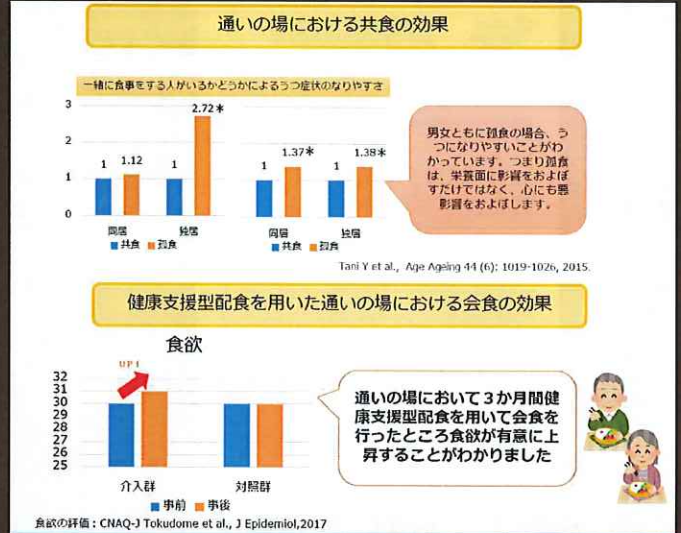
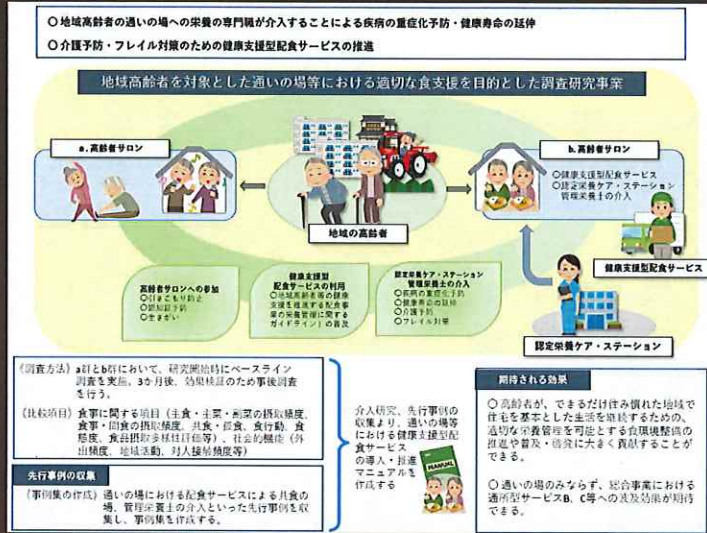
## 機能訓練・口腔リハ・栄養 を三本柱に!!

# 高齢期の虚弱型フローと求められる栄養ケア





# 通いの場における食支援の効果

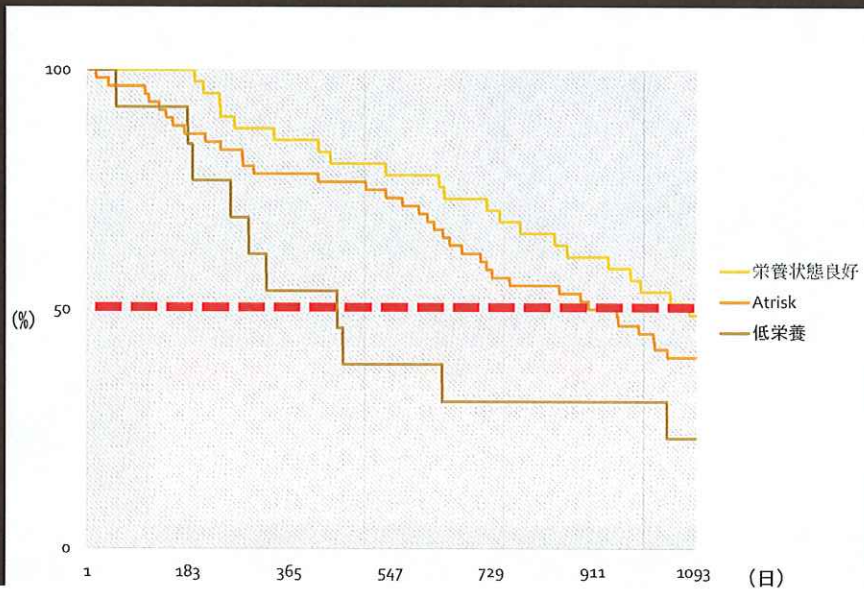


# 栄養管理の概念

在宅で最も必要な栄養管理は低栄養への対処で、低栄養状態は**筋肉減少症（サルコペニア）**を悪化させ、ADLの低下を加速させる。そのため**早期発見、早期介入**が重要である。

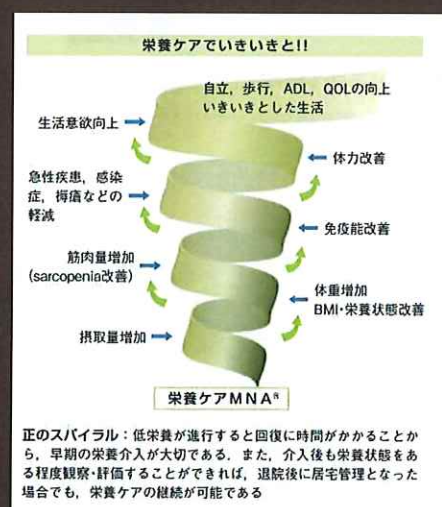
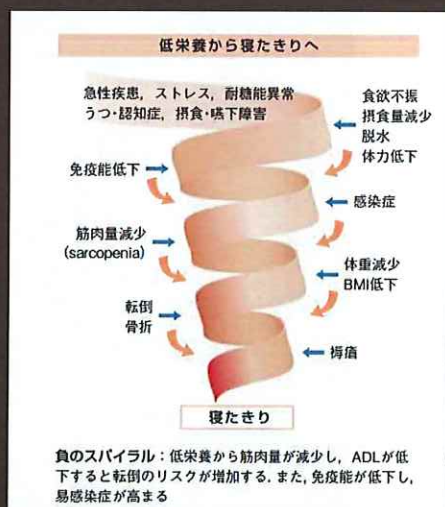


# MNA<sup>®</sup>スコア別累積生存率



2015年～2017年における特別養護老人ホーム紫磨園の累積生存率

# 栄養の「負のスパイラル」と「正のスパイラル」



# 理想とするBMIの範囲

$$\text{BMI (Body Mass Index)} = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

(例) 身長150cm、体重50kgの場合  
 $55 \text{ kg} \div (1.5 \text{ m} \times 1.5 \text{ m}) = 22 \text{ kg/m}^2$

## 年齢ごとの目標とするBMIの範囲

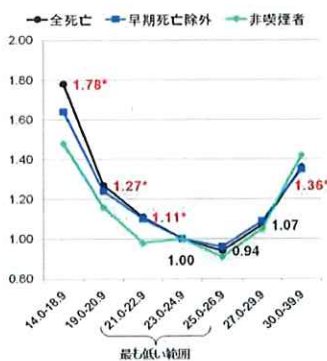
年齢 (歳)	目標とするBMI
18~49	18.5~24.9
50~69	20.0~24.9
70以上	21.5~24.9

高齢者肥満症 診療ガイドライン2018より

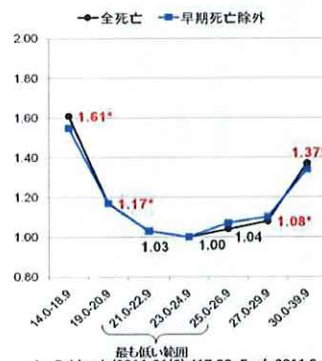
# BMIと生存率

## 全死因

男性16万人(平均11年追跡)



女性19万人(平均13年追跡)



J Epidemiol 2011;21(6):417-30. Epub 2011 Sep 10.

ただし、85歳以上では、BMIが増加しても死亡率の増加はみられなくなる  
 Stevens J, Cai J, Pamuk ER, et al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. N Engl J Med. 1998 Jan 1;338 (1) :1-7.

男女ともに  
 BMI 21.0~26.9  
 の間が最も死亡率が低い

# 高齢期のBMI低下と認知症に関する研究

## □ 高齢男性4181人の8年間追跡研究

BMI変化がなく維持されている状態がもっとも認知症リスクが低い (Power et al. Int Psychogeriatr 2013; 35:467)

## □ Kame project: 日系アメリカ人1836人の追跡研究

過体重と肥満の人で、BMIが急速に減少することが認知症のリスク (Hughes et al. Neurology 2009; 72:1741)

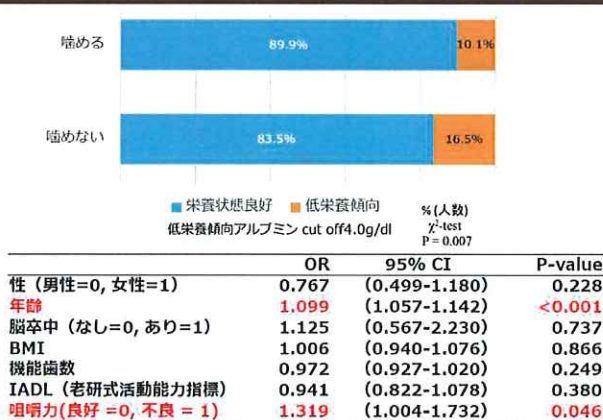
## □ Kungsholmen project: 3年間の追跡研究

BMIの10%以上の減少が認知症のリスク

(Driscoll et al. Obesity 2011; 19:1595)

肥満とやせを評価する指標としてBMIが一般的であるが、高齢者では、加齢に伴う身長の高下、年齢とともに進行する筋肉量減少と脂肪量増加が、BMIでは評価されないなどの問題点が残る。

# 咀嚼の能力と低栄養傾向の関係

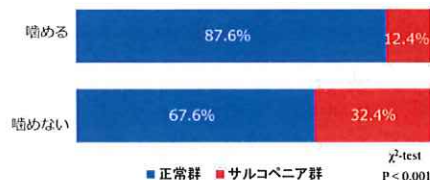


二項ロジスティック回帰分析 (強制投入法)  
従属変数: 低栄養傾向アルブミン cut off 4.0g/dl  
(0:正常群, 1:低栄養傾向群)

本川佳子 他, 日本老年医学会総会 (2017)

地域在住高齢者において咀嚼能力が低いほど低栄養傾向を示す者が多く、年齢、歯数等の因子を調整しても低栄養傾向と咀嚼能力は有意な関連を示す。

# 咀嚼能力とサルコペニアの関係



	OR	95% CI	P-value
年齢	2.37	(1.52-3.70)	<0.001
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (低下するに伴い)	1.33	(1.23-1.45)	<0.001
現在歯数 (本)	1.01	(0.98-1.04)	0.523
咬合力 (N)	1.00	(1.00-1.00)	0.007
咀嚼能力 (良好 = 0, 不良 = 1)	2.18	(1.21-3.93)	0.010

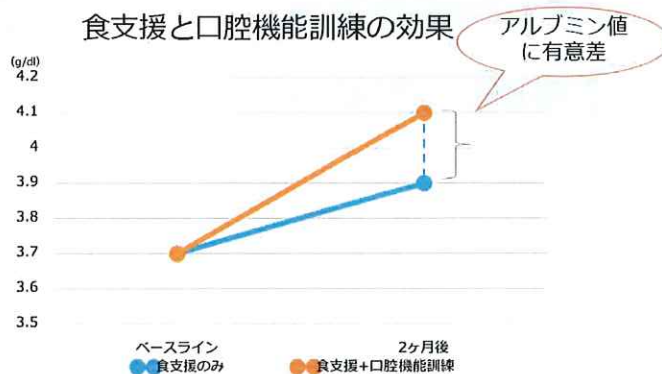
二項ロジスティック回帰分析 (強制投入法)

従属変数: サルコペニア重症度 (0:正常群, 1:サルコペニア群)

Murakami et al., GGI (2015)

地域在住高齢者において咀嚼能力が低いほどサルコペニア有症率が有意に多く、年齢、歯数等の因子を調整してもサルコペニアと咀嚼能力は有意な関連を示す。

# 歯科と栄養の連携によるシナジー効果



新井 他, 老年歯科医学 (2005)

総義歯作成とともに簡単な栄養指導を実施することで、栄養素等摂取量の増加と咀嚼機能の改善に効果的であった  
Suzuki H et al., Clin Nutr. 2017

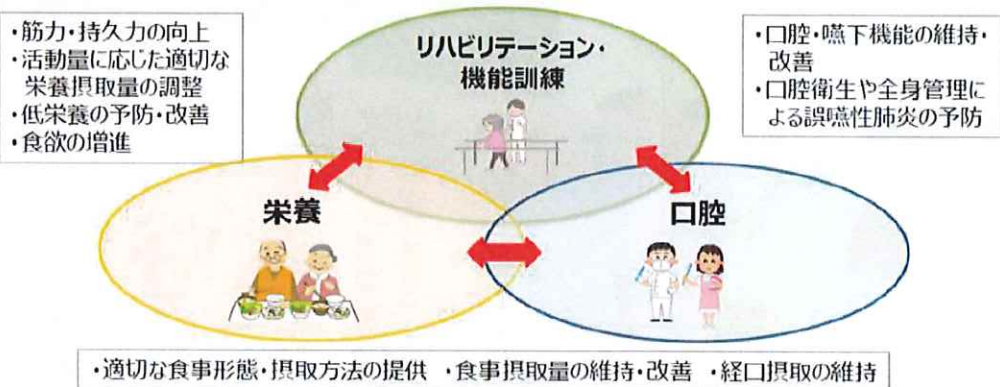
総義歯のみ作成したグループと、総義歯作成+栄養指導を行ったグループでは、栄養指導が加わった群で栄養素等摂取量に有意な向上が認められた  
Bradbury J et al., J Dent Res. 2006.

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審-介護給付費分科会  
第178 (R2.6.25) 資料1

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

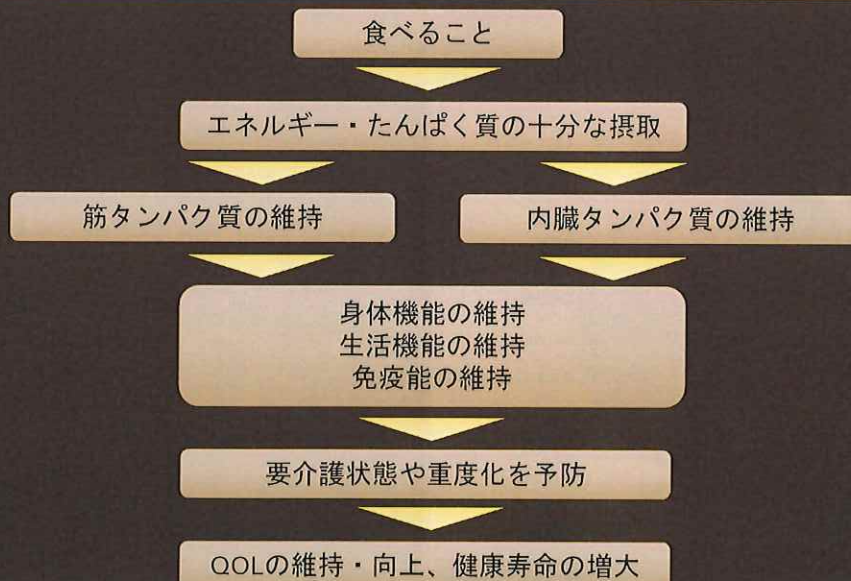
医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

108

## 高齢者の食べることの意義



(加藤昌彦、一部改変)

# リハビリテーション栄養



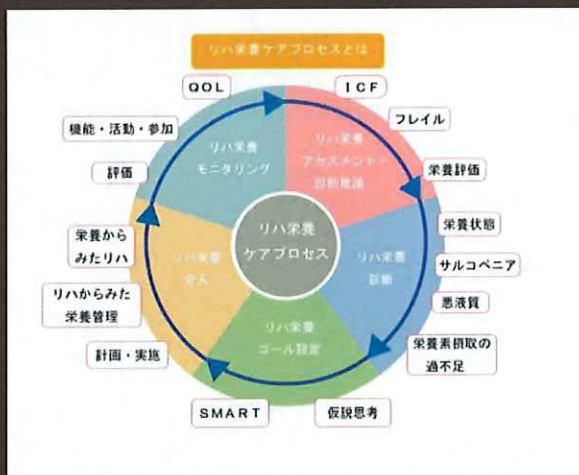
「栄養ケアなくしてリハなし」

山田実「サルコペニアに対する介入の効果」『医学のあゆみ』253(9):813-817,2015

リハビリテーション栄養ポケットガイド 若林秀隆先生監修

# リハ栄養ケアプロセス

「リハの内容を考慮した栄養管理と、栄養状態を考慮したリハを行うこと」



- ◆低栄養と過栄養の有無とその原因
- ◆サルコペニアの有無とその原因
- ◆栄養素摂取の過不足とその原因



## 在宅における栄養ケア体制

- ◆栄養スクリーニング加算
- ◆栄養改善加算
- ◆居宅療養管理指導

## 栄養スクリーニング加算

【実施場所】通所介護事業所

【単位】5単位（6月ごと）

【従事者】指定なし

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供する。



- イ BMI 18.5未満
- ロ 1～6か月間で3%以上の体重減少がある  
もしくは 6か月間で2～3kgの体重減少がある
- ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下
- ニ 食事摂取量が75%以下

- あり → 栄養改善サービス
- なし → 経過観察

# 栄養改善加算（栄養改善サービス）

【実施場所】 通所介護事業所

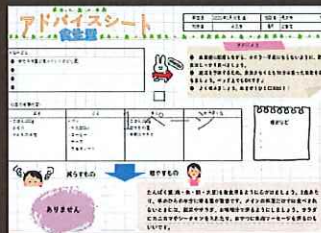
【単位】 150単位（2回／月）

【従事者】 管理栄養士（外部可）

低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善等を目的に、栄養食事相談等の栄養管理を個別的实施する。



- ・ 口腔及び摂食嚥下機能の問題
- ・ 生活機能の低下の問題
- ・ 褥瘡に関する問題
- ・ 食欲の低下の問題
- ・ 閉じこもりの問題
- ・ 認知症の問題
- ・ うつの問題



# 管理栄養士による居宅療養管理指導

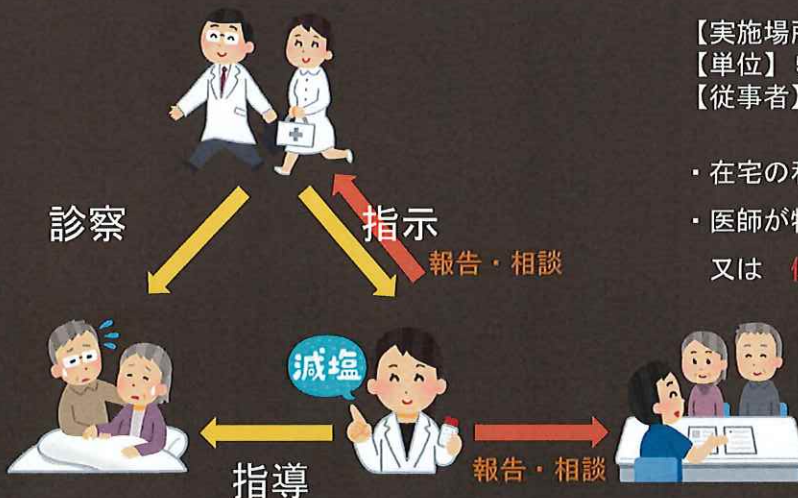
【実施場所】 在宅

【単位】 539単位（2回／月）

【従事者】 医療機関の管理栄養士

- ・ 在宅の利用者であって通院による療養が困難なもの
- ・ 医師が特別食を提供する必要性を認めた場合  
又は **低栄養状態**にあると判断した場合

- 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
- 減塩食
- 嚥下困難者のための流動食
- 高度肥満症
- 経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食



# 事例報告

栄養改善サービスを開始してみた

## 栄養改善加算（栄養改善サービス）

@紫磨園在宅サービスセンター

【対象者】通所介護ご利用者120名

事業所の従事者（主に介護士）による栄養スクリーニングを実施



120名中、19名の方に低栄養リスクがあることが判明。



担当の介護支援専門員に情報提供



あいじゅケアプランセンターが担当する利用者に介入開始

【対象者】89歳 男性

【身体情報】身長150cm 体重37.9kg BMI16.8 下腿周囲長26.0cm

【介護度】2 杖を使用して独歩 【日常生活自立度】Ⅱb

【主疾患】糖尿病（外来通院）

【環境】奥様とマンションで二人暮らし（奥様は介護度5寝たきり）。食事の支度は、遠方から通いの長女様が支援している。  
週に1回通所介護を利用。

【本人家族の希望】在宅での生活を継続したい。体重減少から体力が衰退していることが心配。

### Plan

<長期目標>

目標栄養量：1500kcal タンパク質 50g

目標体重：50kg

<短期目標>

1カ月に1kgの体重増加 下腿周囲長の増加

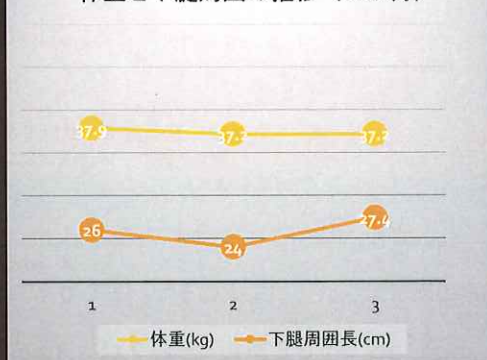
目標栄養量：1日に300kcal 増量



<具体的なアドバイス>

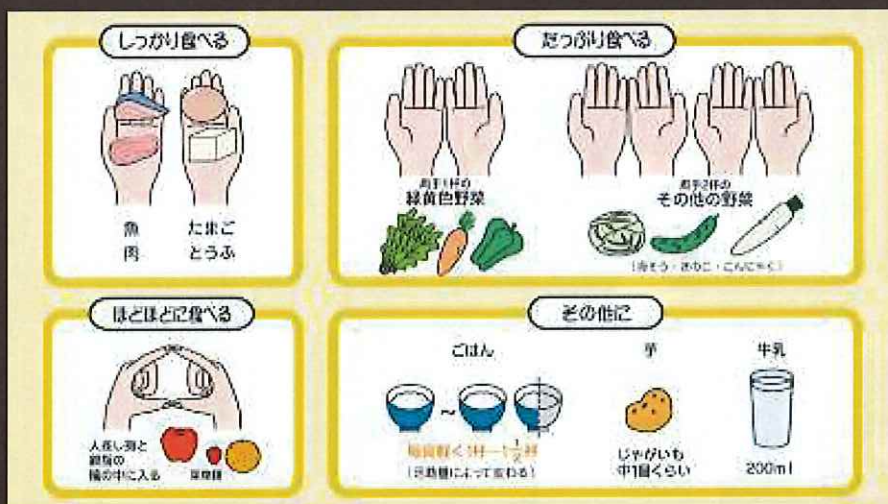
- ①主食の摂取量（100g）はそのままに、たんぱく源の摂取から摂取カロリーを増やす。
- ②朝食に偏りがあるたんぱく源を3食に散らすこと。
- ③電子レンジを使用した作り置きレシピの提案。
- ④副菜の小鉢にたんぱく源を追加すること。

体重と下腿周囲長の推移（3か月）



BMI 18.5未満  
支援継続

## 適量の目安 “手ばかり”





エネルギー：  
180kcal～  
350kcal  
たんぱく質：  
10g～18g

栄養成分表示

身長150cmの方の必要栄養量

(体重)  $1.5m \times 1.5m \times 18.5 \sim 21.5 = 42 \sim 48kg$   
 (エネルギー) 1260kcal～1440kcal ※独歩30kcal/kgで算出  
 (たんぱく質) 42g～48g (63g～72g ※フレイル改善分考慮)



身長150cmの方の現体重維持量

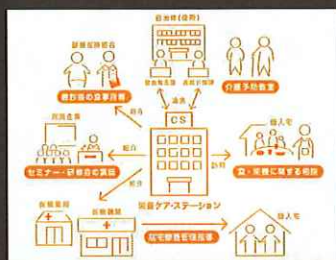
(体重) 37.9kg  
 (エネルギー) 1150kcal ※独歩30kcal/kgで算出  
 (たんぱく質) 37.9g ※フレイル改善分考慮なし

活動量アップで低栄養悪化  
のおそれあり

令和3年度介護報酬改定

# 栄養ケア・ステーションって??

栄養ケア・ステーションは、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する、地域密着型の拠点です。地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介します、用途に応じたさまざまなサービスを提供します。



都道府県栄養士会  
栄養ケア・ステーション

認定栄養CS紫磨園

認定西新井HP栄養CS

## 保険サービス

- ・ 栄養改善サービス
- ・ 居宅療養管理指導



## 保険外サービス

- ・ 食事相談
- ・ 講師
- ・ 地域栄養ケアの整備
- ・ 地域包括支援センターとの協働事業



# 地域のかかいつけ栄養士に♪

## 地域包括支援センター新田 買い物支援

- ・ スーパーが少ない
- ・ スーパーまで遠い
- ・ 重い買い物ができないなど



地域の事業所が協力し  
あって住みやすい街づくりをしよう



栄養CS



comuoon

### <見えてきた課題>

- ・ 賞味期限が見えない
- ・ 賞味期限無視
- ・ 独りじゃ食べきれないから...
- ・ 調理法がわからない...
- ・ 家に送り届けてからその後...
- ・ レジの音が聞こえない

## 生活支援サポーター育成

### 3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化 (その6)

#### 通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。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する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の自宅を訪問する取組を求める。【告示改正】
- 認知症グループホームについて、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する。

#### 通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<現行> 栄養スクリーニング加算 5単位/回 (※6月に1回算定可)	→	<改定後> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回 (新設)
--	---	--

【算定要件】  
 加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。(加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能)  
 ① 当該事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。  
 ② 当該事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

#### 通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

<現行> 栄養改善加算 150単位/回 (※1月に2回を限度)	→	<改定後> 栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設) 栄養改善加算 200単位/回 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える
---------------------------------------	---	---

【算定要件】  
 <栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算との併算定は不可  
 ・当該事業所の従業員として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること  
 ・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応すること  
 ・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること (CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)  
 <栄養改善加算> (追加要件) 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて自宅を訪問することを新たに求める。

#### 認知症グループホーム

栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)
----------------------

【算定要件】  
 ・管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会第199回(R3.1.18)資料1より抜粋

## 2. (3)③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

概要	【居宅療養管理指導★】
○ 管理栄養士による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も参考に、当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士が実施する場合の区分を新たに設定する。【告示改正、通知改正】	

単位数	<現行> なし	⇒	<改定後> 二 管理栄養士が行う場合 (2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ) 当該指定居宅療養管理指導事業以外の 管理栄養士が行った場合 (一)単一建物居住者1人に対して行う場合 (二)単一建物居住者2人から9人以下 に対して行う場合 (三)(一)及び(二)以外の場合
-----	------------	---	---

算定要件等	○ 当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合。 ※ 介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。
-------	---

## 医療機関外の管理栄養士を活用できる

# 栄養情報提供書（栄養サマリー）

# 準備中!!

**栄養情報提供書**

施設名: \_\_\_\_\_ 記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設事務部長: \_\_\_\_\_ 施設電話番号: ( ) \_\_\_\_\_

1. 施設での身体状況監視状況について

項目	測定項目	測定頻度	測定結果	異常時の対応
身長	身長	1回/年	150.0cm (150.0cm)	150.0cm以上160.0cm未満
	BMI	1回/年	20.0	18.5未満
体重	体重	1回/年	50.0kg	45.0kg未満
	BMI	1回/年	20.0	18.5未満
血圧	収縮圧	1回/年	110mmHg	160mmHg以上
	拡張圧	1回/年	70mmHg	100mmHg以上
血糖	空腹血糖	1回/年	90mg/dl	126mg/dl以上
	HbA1c	1回/年	5.5%	6.5%以上

2. 施設での食事管理状況について

調理方法: 調理師 ( ) 調理士 ( ) 調理補助 ( )

調理設備: 調理器具 ( ) 調理器具 ( )

衛生管理: 衛生管理 ( ) 衛生管理 ( )

アレルギー: アレルギー ( ) アレルギー ( )

その他: \_\_\_\_\_

足立区給食研究会 作成 ( 協力 ) : 東京都栄養士会 監修

全施設での提供栄養量や食事形態、発生イベントなどが記載されている。

情報共有することで、疾病の再発予防や誤嚥性肺炎の予防、またQOLに配慮する

**1. 特別養護老人ホーム 紫磨園**

1. 朝食摂取一巡表

食 種	食 材	一口分	標準摂取量	栄養素	エネルギー	たんぱく質	脂 質	糖 質	食 塩 相当 量
肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物	鶏肉の炊き物
	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物	豚肉の炊き物
魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物
	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物	魚の炊き物
野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物
	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物	野菜の炊き物
肉 類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類
	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類	肉類
入 浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴
	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴
その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他
	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他

栄養情報提供書に記載された内容を、視覚的に確認するために用意されたツール。足立区給食研究会や各施設のホームページに掲載することを検討中。

## 住むだけで健康になるまち 足立区



## 最期のときまで家で暮らせるまち足立区