

基本食事サービス費の廃止に伴う介護報酬の見直し（案）

- 介護保険法等の一部を改正する法律により、従来の基本食事サービス費は廃止することとしているが、栄養管理は引き続き保険給付の対象となる。
- その際、栄養管理の評価を行うに当たっては、管理栄養士等の配置に主眼をおいた現行の評価の在り方を見直し、個々の入所者の栄養状態、健康状態に着目した栄養管理を評価することとする。

1. 栄養管理の現状と課題について

(1) 要介護状態にある高齢者の栄養状態

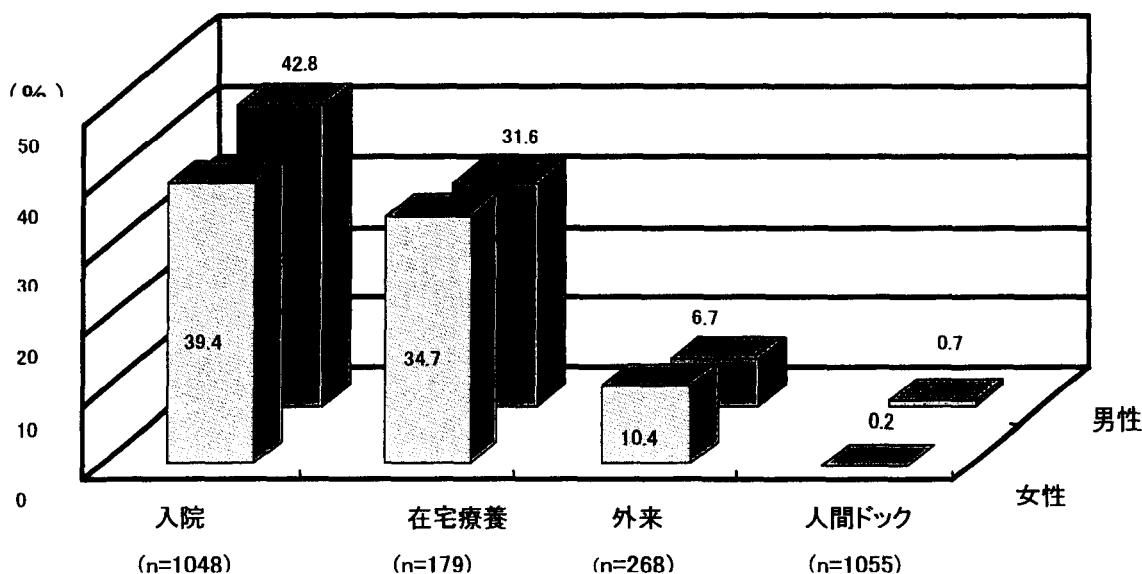
厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」（1996-1999）等によると、要介護状態にある高齢者には、低栄養状態が高い割合で見られることが明らかになっている。

(参考) 高齢者施設における低栄養の状況について

○ 低栄養状態の定義

人が生命を維持し生活活動を営むには、生存するのに重要なたんぱく質と活動するためのエネルギーの補給が生涯にわたって行われなければならないが、このたんぱく質とエネルギーの欠乏した状態がたんぱく質・エネルギー低栄養状態である。

○ 高齢者の低栄養状態の現状



(2) 介護保険施設における栄養管理の現状と課題

- 介護保険施設では、個々の入所者等の栄養状態の把握が不十分なまま、健康な人の必要栄養量の基準を一律に適用した食事が提供されがちであるなど、入所者等の栄養状態を適切にアセスメントし、その状況に応じて多職種協働により栄養ケアに取り組むといった「栄養ケア・マネジメント」が十分に行われてこなかった。

- また、管理栄養士等の業務内容は、給食管理業務（情報収集、計画、在庫管理、調理、文章作成等）が全体の6割を占め、栄養ケア業務（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画の作成等）は3割程度という実態も指摘されている（出典：病棟における栄養ケア・マネジメント業務に関する研究 2003年 杉山ら）。

(参考)介護保険施設における高齢者の栄養の実態

○介護保険施設における低栄養状態のリスク者の出現率 (%)

施設	人数	要介護度					平均
		1	2	3	4	5	
<u>血清アルブミン値 3.5g/dl 以下</u>							
A 療養型病床群	403	63.5	59.4	63.0	77.3	77.8	73.4
B 療養型病床群	303	16.7	38.1	12.5	37.0	33.3	33.3
C 療養型病床	757	27.6	28.2	31.1	16.4	53.3	31.3
D 介護老人保健施設	85	0	11.7	7.6	30.0	22.0	18.8
E 介護老人保健施設	145	12.0	20.5	24.3	30.8	30.8	23.7
G 介護老人福祉施設	353	8.5	7.7	12.2	37.5	44.4	20.1
H 介護老人福祉施設	54	0	0	0	27.3	17.5	18.5
<u>BMI 18.5 未満</u>							
A 療養型病床群	470	42.4	37.8	43.3	41.4	44.4	42.5
B 療養型病床群	303	33.3	61.3	61.3	59.1	76.7	58.3
C 療養型病床群	636	33.3	25.4	27.1	43.4	42.6	34.4
D 介護老人保健施設	85	14.0	23.5	38.5	33.3	33.3	30.5
E 介護老人保健施設	134	21.7	14.6	23.5	29.2	50.0	27.6
G 介護老人福祉施設	299	15.7	13.8	18.2	19.4	30.0	19.4
H 介護老人福祉施設	54	0	0	0		80.5	66.7
I 介護老人福祉施設	130	0		17.2	36.7	54.1	39.2
J 介護老人福祉施設	77	0	0	29.4	20.7	38.5	27.3

協力:日本療養病床協会栄養・食事サービス研究会 神奈川県介護老人保健施設協会
 栄養部会、神奈川県高齢者福祉協議会管理栄養士研修会

○栄養リスク指標の把握状況

○介護療養型医療施設 全国 205 施設 655 褥瘡症例における後ろ向き調査結果(1998年)

	測定していない症例の割合
入所時体重	43 %
定期的体重測定	13 %
身長	54 %
血清アルブミン値	49 %

※ 厚生省 長寿科学総合研究事業—褥瘡治療・看護・介護・介護機器の総合評価ならびに褥瘡予防に関する研究 1998.

○介護保険施設における栄養管理業務の実施率(%)

項目	介護療養型医療施設 ¹⁾ (160施設)	介護老人保健施設 ²⁾ (123施設)	介護老人福祉施設 ³⁾ (135施設)
栄養スクリーニング	70.6	72.4	60.7
体重減少率	54.4	54.0	57.7
血清アルブミン値	65.0	27.0	22.9
BMI	44.4	70.0	54.8
喫食率	64.4	60.0	57.0
栄養アセスメント	71.9	73.6	46.0
栄養ケア計画の作成	45.6	36.8	23.7
ケアカンファレンスへの参加	73.1	36.9	79.2
モニタリング	39.4	57.0	19.2
退院計画と栄養食事指導	1.9	—	0.0

1) 日本療養病床協会栄養・食事サービス研究会(2005年2月)

2) 神奈川県介護老人保健施設協議会栄養部会調査(2004年)

3) 神奈川県高齢者福祉協議会管理栄養士研修会調査(2005年6月)

2. 栄養ケア関連の介護報酬の骨格案について

(1) 介護保険施設における栄養ケア関連の介護報酬骨格案について

- 介護保険施設における栄養管理については、以下の4つの点から介護報酬上評価することとする。

① 栄養管理体制に対する評価

常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置した場合に、評価することとする。

② 栄養ケア・マネジメントに対する評価

以下の要件を満たした場合に評価することとする。

- ① 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 医師、管理栄養士等が共同して、利用者ごとに栄養状態をアセスメントし、栄養ケア計画（仮称）を作成すること。
- ③ 栄養ケア計画（仮称）に基づき、管理栄養士等が栄養管理を行い、その成果を定期的に評価すること。

③ 経口摂取への移行に対する評価

経管により食事を摂取する利用者を経口摂取に移行するために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合に180日（※）を限度として評価することとする。

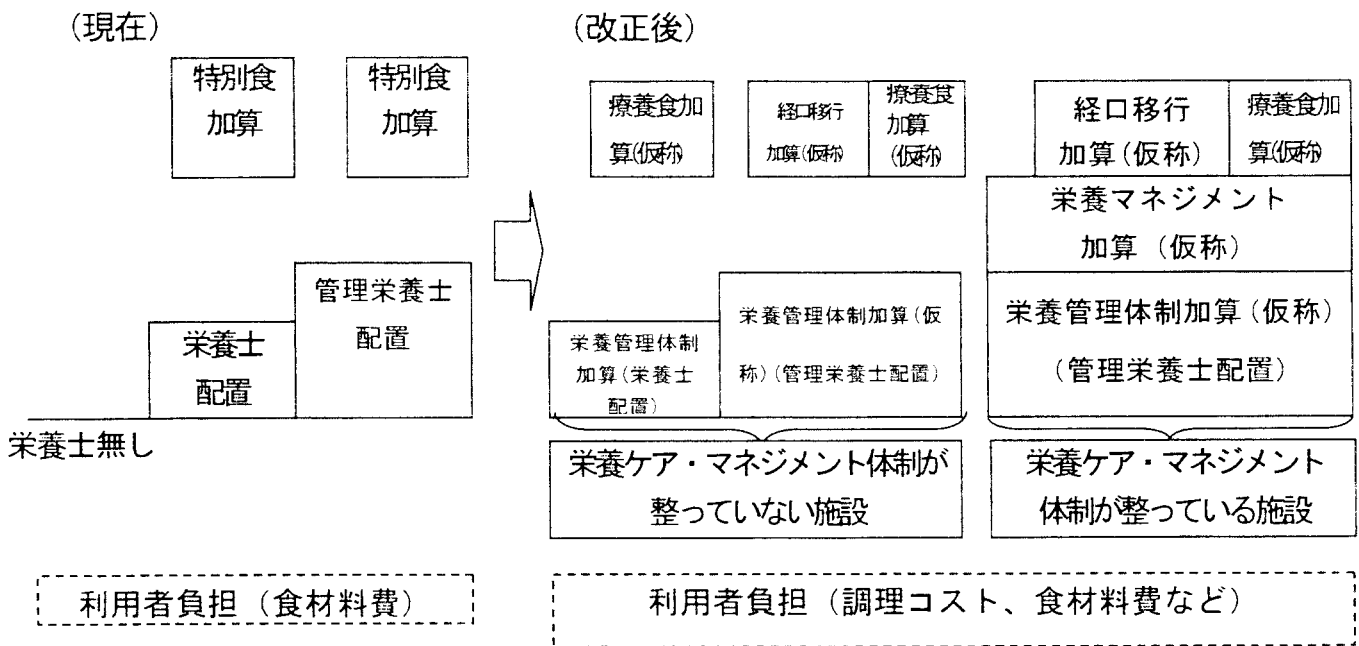
※ ただし、経口摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取に移行するための栄養管理が必要とされるものについては、180日を過ぎても、引き続き算定することができるものとする。

④ 療養食に対する評価

食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、医師の食事せんに基づく腎臓病食等の療養食を提供した場合に評価することとする。

※ 療養食：医師の発行する食事せん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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食

(介護保険施設における栄養ケア関連の報酬イメージ)



(経口摂取への移行に関する評価のイメージ)

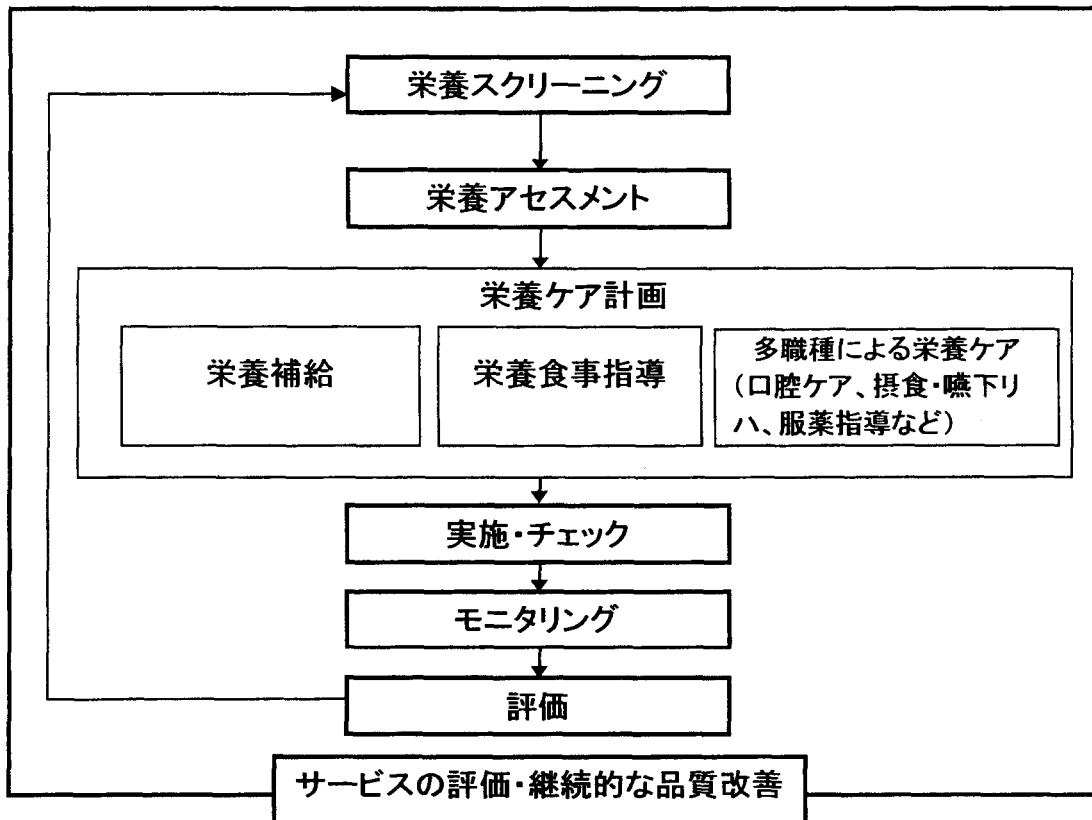
経口摂取への移行に関する 医師の指示がある者	算定可	経口摂取が行われている 場合 →算定可
		経口摂取が行われていない 場合 →算定不可
経口摂取への移行に関する 医師の指示がない者	算定不可	

算定開始

180日

(参考)「栄養ケア・マネジメント」の手順

- ①入所者等に対して、栄養スクリーニングを実施し、低栄養等のリスクのある者を把握する。
- ②スクリーニングにおいて問題ありとされた者について、詳細なアセスメントを実施し、個々の入所者等に最適な栄養ケア計画を策定する。
- ③栄養ケア計画に基づいて、入所者等の個別性に対応した食事の提供や、経腸栄養法あるいは静脈栄養法による栄養補給を行うとともに、栄養食事指導、多職種協働による栄養問題への取組等を行う。
- ④栄養ケア計画に基づき、定期的にモニタリングを行い、一定期間後に栄養状態等について再評価を行う。
- ⑤栄養ケアを効率的・効果的に実施していくために、多職種協働による実施体制を整える。
- ⑥施設全体の総合的な評価を行い、「栄養ケア・マネジメント」の質の改善を継続的に実施する。



(1997 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」より一部改変)

(2) 短期入所生活・療養介護における栄養ケア関連の介護報酬骨格案について

- 短期入所生活・療養介護における栄養管理については、以下の2つの点から介護報酬上評価することとする。

① 栄養管理体制に対する評価

管理栄養士又は栄養士を1名以上配置した場合に、評価することとする。

② 療養食に対する評価

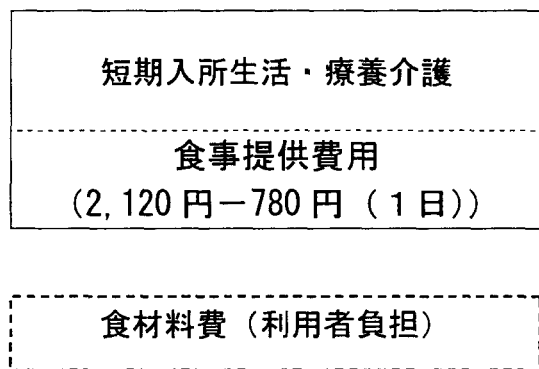
食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、医師の食事せんに基づく腎臓病食等の特別食を提供した場合に評価することとする。

※ 療養食：医師の発行する食事せん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、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食

(短期入所生活・療養介護における栄養ケア関連の報酬イメージ)

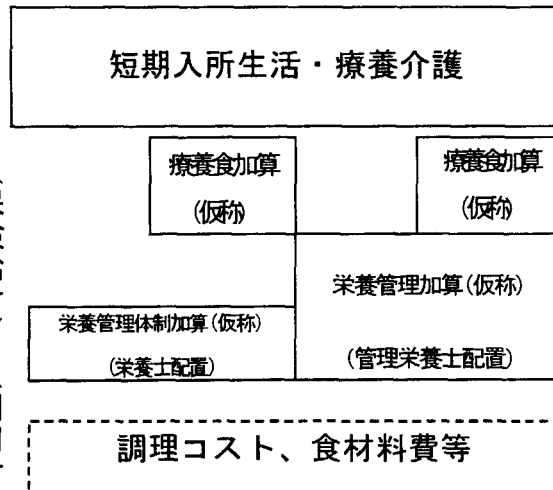
(現行)

- 介護保険施設の本体給付の報酬に以下の額を加えている。



(改定後)

- 食費を保険給付の対象外とした後の本体給付に加え以下の額を加算する。



(保険給付)
(利用者負担)

これまでの主な意見と考え方

(1) 報酬設定

- 栄養管理体制加算は、栄養マネジメント加算と一本化すべきではないか。
- 栄養管理体制加算は、管理栄養士だけでもよいのではないか。
- 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントも重要ではないか。

〈厚生労働省としての考え方〉

- 栄養管理体制加算は、管理栄養士や栄養士の配置という体制を評価するものである一方、栄養マネジメント加算は、多職種協働による個別の栄養ケアを評価するものであり、今回の見直しでは、それぞれ別々の加算としたもの。

※管理栄養士の配置率

特養：73.8%、老健：89.5%、介護療養：86.5%

- 通所サービスにおける栄養ケアの評価については、予防給付のサービス内容の見直しに伴う介護報酬の在り方の検討と併せ、平成18年4月の報酬改定に向け、介護給付費分科会でご議論いただく。

(2) 体制等

- 栄養ケア・マネジメントを行うためには現在の人員配置では不十分ではないか。

〈厚生労働省としての考え方〉

- 栄養ケア関連の介護報酬の見直しと併せ、従来の給食管理業務の在り方の見直し（帳票書類の廃止、簡素化など）を行う。

栄養管理業務における主たる帳票書類の見直しについて（案）

【考え方】

栄養ケア・マネジメントにおいては、個別の高齢者の健康状態に着目した栄養管理が行われるため、必要とされてきた帳票書類のうち、集団としての栄養管理を行う上で必要なものについては、作成不要となる。

必要とされてきた帳票書類	要否*
1 整備しなければならない帳票書類	
・ 検食簿	不要
・ 喫食調査結果	不要
・ 食事せん	要
・ 献立表	要
・ 入所者等の入退所(院)簿	不要
・ 食料品消費日計	不要
2 必要に応じ（少なくとも6月に1回）作成しておくもの	
・ 入所者年齢構成表	不要
・ 加重平均栄養所要量表	不要
・ 食品構成表	不要

《根拠通知：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意点（H12 老企第40号）》

* 不要…栄養ケア・マネジメントを実施する場合に削減可能となる帳票書類
 要 …栄養ケア・マネジメント導入後も引き続き必要な帳票書類

ただし、栄養ケア・マネジメントは未実施であるが、管理栄養士又は栄養士は配置するという事業所については、上記において必要となる帳票書類のほか、栄養管理のための所要の帳票書類を作成しなければ、栄養管理体制加算を算定できないものとする。

(参考)

従来の集団としての栄養管理のための帳票作成の流れ

従来は、主として、集団としての栄養管理を基本としてきたため、入所者の平均的な栄養所要量を算出し、これに基づく栄養管理が行われてきた。

① 入所者の年齢特性を把握(入所者年齢構成表)



② ①に基づき、当該施設において平均的に必要となる栄養所要量を把握(加重平均栄養所要量表)



③ ②により算出された熱量、蛋白質、脂質などを食品群ごとに構成し、食品群ごとの使用量を作成(食品構成表)



④ 食料品の消費を記録し、食品構成表に即した消費がなされているか確認(食料品消費日計)するとともに、喫食調査により施設全体の残滓等を確認(喫食調査結果)

※ 食事せんに基づく献立表の作成、食数の確認等については、集団給食管理においても個別の栄養ケア・マネジメントにおいても必要となることから、その流れの部分については省略している。