

高まる 現状と課題を探る』

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1 今回改定のポイントは
入院栄養管理体制加算と
周術期栄養管理実施加算の新設</p> | <p>厚生労働省 保険局 医療課
課長補佐
増田 利隆 氏</p> | <p>5 厨房栄養士から臨床栄養士へ
報酬体系を熟知して
稼げる管理栄養士を育てる</p> | <p>株式会社リンクアップラボ
代表
酒井麻由美 氏</p> |
| <p>2 2021年度改定は“大改定”
栄養マネジメント強化加算で
体制強化と丁寧な栄養ケアを求める</p> | <p>厚生労働省 老健局 老人保健課
介護予防栄養調整官
日名子まき 氏</p> | <p>6 管理栄養士は栄養サポートに専念
生産性向上で患者数と単価が増加
売上が伸びて人件費を吸収する</p> | <p>社会医療法人近森会 理事長
近森病院 院長
近森 正幸 氏</p> |
| <p>3 管理栄養士の栄養指導で
QOLが向上し
在院日数を短縮できる</p> | <p>公益社団法人日本栄養士会 常任理事
武蔵野赤十字病院 栄養課長
原 純也 氏</p> | <p>7 管理栄養士による居宅訪問で
食生活の課題を把握する</p> | <p>社会医療法人近森会
近森病院 臨床栄養部 部長
宮島 功 氏</p> |
| <p>4 食事効果はすぐに答えが出ない
息の長い効果検証をして
管理栄養士を育ててほしい</p> | <p>女子栄養大学 教授
本田 佳子 氏</p> | <p>社会福祉法人親善福祉協会
介護老人保健施設 リハパーク舞岡
栄養課長
苅部 康子 氏</p> | |

管理栄養士の主戦場は 厨房から病棟に移行

医療介護現場で栄養管理・指導がますます重要視されていることは、診療報酬と介護報酬での栄養関連の評価拡大に反映されているが、その舞台裏でも動きがあった。

厚生労働省の栄養技官は20年前は7名だったが、現在では30名に増員した。保険局医療課では課長補佐に栄養技官が就任し、老健局老人保健課には2021年度介護報酬改定に備えたポストとして介護予防栄養調整官が新設され、栄養技官が専任で就いた。

診療報酬で栄養関連が初めて評価されたのは1978年。慢性疾患指導料の加算として栄養指導料が新設された。点数はわずか5点（1回／2週間）。以降、20点（月1回）、25点、30点、35点、70点と累次の改定で増点が続き、1994年度改定で一気に評価が拡大した。栄養指導料が廃止され、新たに外来栄養食事指導料（100点／回）、入院栄養食事指導料（100点／回）、在宅患者訪問栄養食事指導料（500点／回）が設けられた。

次の転機は2010年度改定で、

栄養サポートチーム加算（200点／週1回）が新設され、チーム医療に管理栄養士が加わる素地ができた。2016年度改定では各報酬の対象疾患が拡大され、2022年度改定ではオンライン診療に初診から点数が付いたことに合わせるように、外来栄養食事指導料に初回から情報通信機器の使用が認められた。早くも新宿駅近くのクリニックの待合スペースには、「管理栄養士によるオンライン栄養指導。保険適用」と書かれた案内が掲示されている。同様に介護報酬でも改定の度に評価が拡大され、2021年度改定では栄養マネジメント強化加算（11単位／日）が新設されるなど栄養関連の大改定が実施された。

この間、大きく変わったのは管理栄養士の立ち位置である。管理栄養士の業務は主に「入院患者の栄養管理」「外来患者の栄養管理」「入院患者の給食の管理」で、従来は入院患者の給食の管理にウエイトが置かれていた。栄養サポートチーム加算が新設されて以降は、チーム医療やカンファレンスに参画するなど必要に応じて病棟を訪問するスタイルに移り変わった。

今求められているのは病棟配置で

『診療・介護報酬改定で評価 管理栄養士業務の

高齢化の進展において世界のトップを走る我が国では、健康寿命の延伸や介護予防が重要な政策となった結果、近年、診療・介護報酬改定において病院や介護施設における低栄養防止、摂食嚥下改善など栄養管理に対する評価が高まり、管理栄養士の配置の強化がなされている。

そこで、Visionと戦略5月号では、『診療・介護報酬改定で評価高まる管理栄養士業務の現状と課題を探る』をテーマに厚生労働省 保険局 医療課、老健局 老人保健課、日本栄養士会、大学（養成施設）、コンサルタント、先進的な病院・介護施設に、これらの政策の背景から管理栄養士の就業や養成、栄養管理の実態について取材し、その内容をとりまとめ報告する。

あり、治療効果を高める栄養管理・栄養指導、医師・看護師の負担軽減などが期待されている。厨房管理栄養士から病棟訪問管理栄養士を経て病棟配置管理栄養士へと進化し、患者の病態に応じた専門性の発揮が必須となった。一方、介護現場では、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に対して「居宅ケアマネの壁が大きく立ちはだかっている」（老健勤務の管理栄養士）という。

どのような壁なのか。事情を聞くと単純な話で、自分の業務量増加を懸念してなのか、管理栄養士が訪問活動を提案すると「必要ない」と拒否する居宅ケアマネが相次ぎ、説得に苦慮しているようだ。公的資料では見えない現場実態があることを踏まえておきたい。

医療と介護で差が大きい 管理栄養士の確保状況

栄養指導の広がりには患者・利用者だけでなく、地域住民に対しても見られるようになった。その代表的な例が日本栄養士会による栄養ケア・ステーション認定制度である。認定されると都道府県栄養士会のネットワークに組み込まれ、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保

険薬局などに登録している管理栄養士・栄養士を紹介される。ステーションを開設する業種には医療法人や薬局などが多く、拠点数は356拠点、登録管理栄養士・栄養士は4973名（2021年4月1日現在）。

こうした動向を受けて、担い手である管理栄養士の争奪戦が起き、人手不足に直面しないのだろうか。

現状で管理栄養士の確保は、病院と介護事業所では結構な格差がある。都内の急性期病院幹部は「求人を出す」と受託給食会社勤務の管理栄養士がたくさん応募してくる。病院に応募してくるのは専門性を発揮したいという動機があるからだ」と話すが、対照的に介護事業者からは「求人を出しても全然応募がない」という声があがる。管理栄養士国家試験の合格者数は毎年約1万人で推移していて、「管理栄養士不足の実態はない」（厚労省）という。

病院と介護事業所の格差について、この介護事業者は「管理栄養士には急性期病院で働くことがキャリアの花形という認識が定着しているの、介護事業所への就職には関心が向かないのだろう」と推察する。

今回改定のポイントは 入院栄養管理体制加算と 周術期栄養管理実施加算の新設

2022年度診療報酬改定では管理栄養士の病棟配置が促進され、栄養管理・栄養指導が強化される流れが敷かれた。管理栄養士の役割は一層重視されていく。栄養管理・栄養指導を巡る状況の変化について、診療報酬改定で栄養関連項目を担当した増田利隆氏に聞いた。

■増田課長補佐のご経歴とこれまでの担当業務を教えてください。

増田 大学院の博士課程で障害者のエネルギー代謝の研究に取り組み、修了後に管理栄養士養成施設の教員に就きました。入省は2008年で



厚生労働省 保険局 医療課
課長補佐

増田 利隆 氏
Masuda Toshitaka

す。健康局総務課生活習慣病対策室において栄養士法、調理師法、健康増進法を担当しました。その後、消費者庁食品表示課に出向し食品表示法の国会審議対応を経て、現職に就きました。

医療課では診療報酬の栄養管理に関する事項を担当し、関係学会や団体の意見も踏まえ中医協の議論に向けた論点整理や資料作成、さらに告示や通知に記載する原案作成に関わっています。

■診療報酬改定では栄養管理や栄養指導業務への評価が拡大していますが、どんな背景があるのでしょうか。

増田 病院での管理栄養士の業務は、これまで食事の提供に重点が置かれていたことがあったのかもしれませんが、長い間、改定内容にあまり変化がなかったのですが、食事提供だけではなく疾病の管理も含めたニーズに合わせて、2016年度診療報酬改定で外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料・在宅患者訪問栄養食事指導料の対象ががん、低栄養、摂食・嚥下障害に拡大されるとともに、増点されたという流れがあります。その後、必要な項目を適切に評価していただってきたと思っています。

■中医協委員の間でも栄養管理の重要性が認識されるようになったのです。

増田 栄養管理には医療提供側の理解だけではなく、患者さんの理解も必要です。入院中は、治療の状況等に応じた適切な食事が提供されますが、入院患者は自宅等に戻ることが前提なので、自宅等でどんな食事を摂らなければならないのかを理解し

ていただかないと、低栄養状態となって再入院にもなりかねません。そのため指導管理が必要だと思っています。

一方、医師は治療に専念するため、に食事を含めた栄養管理は管理栄養士に任せるといった業務分担の流れも、評価が拡大した背景にあると思います。近年は、専門領域は専門職に任せるといった体制が変わってきているのではないのでしょうか。

■2010年に新設された栄養サポーターチーム加算は、栄養関連では大きな改定だったと思います。現在の算定状況や成果についてどのようなご覧になっていますか。

増田 創設当時、病院内の栄養サポーターチームは多くて2チーム組織され、チームがいろいろな病棟を廻ることでチーム以外のスタッフの栄養に関する知識の底上げをするという目的があったと聞いています。それから10数年が経って、栄養の重要性に対する理解が各職種の間で進んだと思います。その流れで評価の対象病棟に広がってきました。

栄養サポーターチーム加算を届け出ている病院数は、2020年7月1日付けで1647施設で、届け出件

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

数は微増が続いています。病院数全体が約8000施設なので、約2割が届け出ている状況です。微増に留まっている要因は、研修を終了した医師、看護師、薬剤師、管理栄養士を集めた週1回程度のカンファレンス開催という要件が、人手不足の中で厳しいのかもしれない。

この加算の創設当時、中医協資料では、医療費が削減されるというものも示されています。また、届け出が増えている実態を見ると、QOL改善や在院日数短縮などの成果も出ているのではないかと思います。今後、仮に医療現場から届け出数をもっと増やすべきだという要望等が出されれば、何が問題なのかを分析して対応を検討することになるだろうと思います。

■2020年度診療報酬改定より「栄養食事指導の効果を高めるために、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を用いて実施した場合の評価を見直す」と示され、情報通信機器を活用した外来栄養指導が可能になりました。実施状況はいかがでしょうか。

増田 栄養食事指導の点数は初回と

2回目以降に分かれていて、外来栄養食事指導料1（管理栄養士を直接雇用している場合）の2回目以降はオンラインで可能という体系でした。

情報通信機器等を用いた場合の算定件数は2020年に1110件で、まだ微々たる件数です。算定の課題を確認したところ、初回の算定がなかなか取れないことや、情報通信機器の導入費用などが挙げられました。とくに初回を取れないことが大きな課題でしたが、オンライン診療見直しに合わせる形で体系を組み直し、今回の改定で指導料1・指導料2とも初回からオンライン使用で算定できるように変更されました。コロナ禍という状況も踏まえれば、4月以降は初回の算定が増える可能性があります。

■2022年度改定において、栄養関連の項目としてどのようなことが特徴に挙げられるでしょうか。

増田 特定機能病院を対象に入院栄養管理体制加算を新設しました。病棟に専従の管理栄養士を1名以上配置した体制を評価する加算です。病棟配置への評価は関係団体などから長年切望されてきました。配置が可能な病院が算定できるので、最初は

算定が少ないかもしれませんが画期的な加算と言えるでしょう。

それから周術期栄養管理実施加算が新設されました。施設基準は総合入院体制加算または急性期充実体制加算を届け出ていることで、全身麻酔を伴う手術を受ける患者さんに対して術前・術後の栄養管理を実施した場合の評価です。通常、管理栄養士が関わるのは、低栄養になった場合や状態が悪化した場合等ですが、手術というイベントで体力等が落ち込むことが分かっているので、術前からの栄養管理を実施することによって落ち込みを少なくし、予後を良くする取り組みへの評価がポイントです。

早期栄養介入管理加算の要件も緩和されました。今までは入室後48時間以内に経腸栄養等を開始した場合に400点が算定できましたが、2段階に分けて、48時間以内に経腸栄養を開始する取り組みを行った場合に250点、開始した場合には400点が算定できます。早期からの栄養管理の開始する取り組みを実施していくことがポイントです。

■管理栄養士養成校の学生数や国家試験の合格動向はどう変化していますか。

増田 養成校の学生数は微増している

と聞いています。管理栄養士の国家試験の合格者数は年間約1万人で、4年ごとに法・制度の改正等に速やかに対応するため試験内容を見直しています。2000年に実施した栄養士法の改正で、管理栄養士と栄養士の定義が明確化され、管理栄養士の業務が現場で実践され、その実績等により診療報酬が付いたという段階を踏んできました。

■病院で管理栄養士の採用はどんな状況でしょうか。

増田 病院で働きたいと希望する学生が多いと聞いています。以前は病院で管理栄養士の募集は少なかったのですが、委託給食会社などに就職する学生が多かったのですが、今後は病院での募集が増えるのではないかと予想しています。

■2024年同時改定への方向性についてお聞かせください。

増田 今回の改定に対する検証を行った上で、次回改定では入院を充実させるのか、在宅を充実させるのか、介護との棲み分けをどうするかなど総合的な観点から検討を進めることになるでしょう。

2021年度改定は“大改定” 栄養マネジメント強化加算で 体制強化と丁寧な栄養ケアを求める

21年度改定の柱のひとつは「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」。栄養関連では栄養マネジメント強化加算が新設され、管理栄養士の比例配置やミールラウンドなど丁寧な栄養ケアが求められた。老人保健課初の専任栄養系技官である日名子氏に改定のポイントを聞いた。

■日名子調整官のご経歴をお聞かせ
いただけますか。

日名子 2011年に健康局総務課生活習慣病対策室主査として入省し、健康局栄養指導室で係長として、国民健康・栄養調査や食事摂取基準の改定、管理栄養士国家試験等の業



厚生労働省 老健局 老人保健課
介護予防栄養調整官

日名子まき 氏

Hinago Maki

務を担当しました。その間、併任業務として、15年介護報酬改定を担当しました。その後、母子保健分野や農林水産省で食育を担当し、19年に老人保健課に着任しました。介護予防栄養調整官は、老人保健課として初の栄養系技官の専任ポストです。

■介護保険制度における栄養関連の評価の変遷と背景について教えてください。

日名子 介護報酬の流れで一番大きかったのは05年10月に介護保険施設で食費が保険給付の対象外となった

ことに伴い、基本食事サービス費が廃止され、個々の入所者の栄養状態や健康状態に応じた栄養管理を評価する栄養マネジメント加算や栄養管理栄養加算、経口移行加算、療養食加算が新設されたことです。介護報酬において栄養ケア・マネジメントへの評価がスタートした改定と言えるでしょう。

その後、09年度改定では、栄養士の配置が進んできたことなどを踏まえ栄養管理体制加算が廃止され、栄養マネジメント加算は12単位から14単位へと見直されました。12年度と15年度の改定では、口から食べる楽しみの支援の充実を図るため、経口移行加算や経口維持加算などの見直しが行われました。

18年度改定は、診療報酬との同時改定ということもあり、病院と介護保険施設の管理栄養士の連携を評価する再入所時栄養連携加算や低栄養リスクの高い人に対する低栄養リスク改善加算が新設されました。

このように、施設サービスについては、改定の度に、栄養に関する評価は充実されてきました。一方で、通所サービス等では、06年度改定で、低栄養状態にある者等への栄養改善サービスへの評価が加算として新設

され、その後、大きな見直しは行われず、18年度改定で、栄養改善加算について外部の管理栄養士との連携を認める要件緩和や栄養スクリーニング加算の新設が行われました。

■介護報酬改定はどのように行われてきたのでしょうか。

日名子 調査研究事業等によるエビデンスや加算の算定実績等を踏まえ介護給付費分科会において議論されます。介護給付費分科会では、関係団体の意見を伺う機会があります。21年度改定の議論の際は、初めて日本栄養士会もその機会を得ました。これまでの栄養関連の介護報酬改定は、研究者によるエビデンスと現場の管理栄養士・栄養士による実績の上に、成り立っているとも言えると思います。

■21年度介護報酬改定における栄養関連の特徴を挙げていただけますか。

日名子 今回の改定の大きなメッセージの一つとして「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」が示されました。

施設サービスでは、栄養マネジメント加算は算定率が約9割となったことも踏まえ廃止され、栄養ケア・

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

マネジメントが基本サービスとして行われることになりました。これに伴い、人員基準に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、全ての施設に対し、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に実施することが、3年間の経過措置を経て求められます。これは大きなポイントです。

さらに、管理栄養士の体制強化とミールラウンド等の丁寧な栄養ケアを評価する栄養マネジメント強化加算が新設されました。栄養マネジメント加算は入所者が50人でも200人でも常勤管理栄養士を1人以上配置することが要件でしたが、栄養マネジメント強化加算では、管理栄養士を常勤換算して入所者50人に対し1人以上配置するなど比例配置が要件となり、体制の強化が評価されることになりました。管理栄養士の比例配置への評価は、病院や他の福祉施設等でもなく、介護保険施設が初めてなので、大きな改定だったと思います。また、体制強化とともに、低栄養のリスクが高い入所者への週3回以上のミールラウンドや退所時の栄養情報連携、LIFE（科学的介護情報システム）の活用なども要件となっております。

り、入所者に寄り添った丁寧な栄養ケアが求められています。

■通所系サービスの改定はいかがでしょうか。

日名子 通所系サービスは、施設系サービスと比べると、あまり見直しが行われておらず、算定率も低かったのですが、今回の改定では比較的大きな見直しを行いました。口腔機能低下や低栄養のおそれがある利用者を早期に確認し、必要なサービスにつなげる観点から、18年度改定で新設された栄養スクリーニング加算について、低栄養と口腔機能低下を一体的に介護職員等がスクリーニングすることで取り組みの強化を図るとともに、管理栄養士が多職種と連携して行う栄養アセスメントの取り組みが新たに評価されることになりました。栄養改善加算については、管理栄養士が必要に応じて利用者の居室を訪問する取り組みを求め、評価の充実が図られました。

さらに、認知症グループホームについては、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が初めて評価されました。

■栄養に関する評価が充実した一方、管理栄養士の確保に課題は生じないでしょうか。

日名子 もちろん、新たに管理栄養士を雇用する場合は、人件費がかかることにはなりますが、体制が強化されれば、栄養マネジメント強化加算（11単位／日）の算定に加えて、経口移行加算や経口維持加算の取り組みもできるようになったり、多職種連携による効果が強化されたり、入所者の満足度が高まることなども期待できるかもしれません。施設の経営者の方々には、ぜひ大きな視点で、管理栄養士の体制強化を評価していただきたいです。また、採用についても難しいのではないかと思います。また、採用に懸念があると思いますが、管理栄養士は、毎年約1万人が免許を取得し、累計では約25万人の免許取得者がいますので、お近くの栄養士会や管理栄養士養成施設（大学等）に相談いただく方法もあると思います。新卒の管理栄養士の求人を出す場合、介護保険施設の求人は4月採用なのに直前の2月や3月になることも多く、すでに学生の就職が決まった後だという話をよく聞きます。介護報酬改定の年は、難しい部分もあるかと思いますが、ぜひ計画的に取り組

んでいただきたいと思います。

■21年介護報酬改定を踏まえ、介護保険施設の管理栄養士には何が求められていますか。

日名子 入所者ごとの状態に合わせた栄養ケア・マネジメントが基本サービスとして行われることとなった上で、栄養マネジメント強化加算として、管理栄養士の体制強化やミールラウンド等の丁寧な栄養ケアが評価されることになりました。また、看取りへの対応や褥瘡ケアに係る加算等の要件に、関与する専門職として管理栄養士が明記されました。これは、これまで以上に管理栄養士が入所者とのコミュニケーションを図り、入所者に寄り添った栄養ケア・マネジメントを行うこと、そして、多職種の中で管理栄養士の専門性を十分に発揮することが求められています。

■24年度改定に向けて栄養関連では何が重点項目になる見通しですか。

日名子 栄養関連では21年度改定が05年に栄養ケア・マネジメントが導入されて以来の大改定でした。まずは、今回の改定内容の進捗をしっかりと把握しながら、必要な見直しを検討することになるかと思っています。

管理栄養士の栄養指導で QOLが向上し 在院日数を短縮できる

管理栄養士・栄養士の質向上と地位向上に取り組む日本栄養士会は、栄養関連学会と連携して診療・介護報酬改定に対する提言を行ってきた。その成果は2021年度介護報酬改定と2022年度診療報酬改定に現れた。医療介護現場での栄養指導強化に取り組む原純也氏に状況を聞いた。

■日本栄養士会が重点的に取り組んでいる活動は何でしょうか。

原 日本栄養士会の会員は約5万人で、9割程度が管理栄養士です。管理栄養士の職域は、医療、学校健康教育、勤労者支援、研究教育、公衆衛生、地域活動、福祉の7つにわた

り、勤務先は、病院、学校、委託給食会社、研究所、大学、食品メーカー、自治体、保健所、介護施設、保育所、障害者施設、さらにフリーランスと幅広いのです。このうち、日本栄養士会には病院勤務の管理栄養士およそ2万人が加入しています。

日本栄養士会は公益社団法人です。そのうち管理栄養士・栄養士の質の担保に関する研修事業や、管理栄養士・栄養士の地位向上として政策に関する要望書を厚生労働省や関連す



公益社団法人日本栄養士会 常任理事
武蔵野赤十字病院 栄養課長

原 純也 氏

Hara Junya

る団体などに提出しています。

■診療報酬改定では1994年から、介護報酬改定では創設時から栄養管理の評価が始まり、改定ごとに評価対象が拡大しています。診療・介護報酬改定での栄養関連の評価についてどのようにご覧になっていますか。

原 全ての活動がいつべんに評価されるとは思っていません。大きく変わったのは2016年度診療報酬改定からです。それまでは外来と入院の栄養食事指導料が15分・130点でしたが、単位制ではないので、指導時間が15分でも30分でも60分でも130点でした。それが30分・260点に変更されたことが、一番の大きな評価だったと思います。

その前にも2010年に創設された栄養サポートチーム加算によって、チーム医療の中で栄養士が少しの目を見られるようになりまし。栄養士が病棟に配置され、栄養管理のインシアティブを取ることに關して少しずつ評価される流れができたのです。

背景としては、超高齢社会になって複数の疾患を持つ患者さんが増え、例えば糖尿病の方が胃がんの手術を

受けた場合、術前術後の血糖コントロールも考慮した栄養管理が必要であり、そのようなケースに特に管理栄養士の知識が必要になってきたことなどが挙げられると思います。

さらに、従来は医師が病棟で食事の指示を看護師に出していましたが、複雑に絡み合う病態に合わせた指示への理解や食事をオーダーすることは困難になってきました。管理栄養士が配置されれば、直接医師に食事内容を提案できるので、医師や看護師の負担を軽減できるようになります。

■必ずしも医師が栄養に精通しているとは限らないので、管理栄養士の専門知識が認識されれば、日本栄養士会が取り組む管理栄養士の地位向上にもつながるのではないのでしょうか。

原 4年制大学を卒業した管理栄養士は4年間栄養学を中心に学んでいるので、高度な専門知識を身に付けています。管理栄養士という専門職の活用は、患者さんのQOL向上につながると思います。

当院の場合、私が入職した10年前は、管理栄養士は6人しかいませんでした。現在は常勤で13人勤務しています。一般に管理栄養士が自分たちの人件費を診療報酬で稼ぐことは

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

難しいのですが、当院では管理栄養士の必要性が認知され、病棟に入ることを基本にしています。チーム医療を行う時には必ず管理栄養士に声がかかり、医師からも信頼されているので、ありがたいと思っています。

管理栄養士が病棟の最前線で働いていれば、管理栄養士の役割が見えるので、チーム医療に不可欠な専門職として認識されていくのではないのでしょうか。

■診療・介護報酬における管理栄養士の評価が拡大している流れについてはいかがでしょうか。

原 21年度介護報酬改定で、老人保健施設への管理栄養士の配置が栄養マネジメント加算から基本報酬の要件に変更され、生活の場でも栄養管理が必要であることが明確に示されました。22年度診療報酬改定では、特定機能病院ですが、管理栄養士が入院患者への栄養スクリーニングや栄養状態の評価、栄養計画を策定した時の入院栄養管理体制加算が新設されました。

日本栄養士会では私を含めて6名の医療職の執行部を中心に、診療報酬改定に際してエビデンスによる

様々な情報に基づき診療報酬改定要望書内容を検討し、介護報酬と診療報酬の評価につなげていきました。さらに21年度介護報酬改定では、介護給付費分科会の職能団体意見公述において日本栄養士会の中村丁次会長がプレゼンテーションし、栄養管理の必要性を説明しました。

今までの介護現場には「食べていけばいい」という風潮がありました。QOLを改善するには栄養管理を徹底させることが必要であることが介護報酬に反映されたと理解しています。

■慢性期病院からは「急性期病院の栄養管理がしっかりしていれば、もっと良い状態で患者を引き受けられる」という意見がかなり以前から強く出ていますね。

原 まさにその通りで、ひとつの病院で栄養管理が完結することは不可能です。急性期病院で完結できない栄養管理をどうつないでいくか。シームレスにしていけることが重要であると思います。胃がんの手術を受けて退院した人はすぐには普通の食事を摂れないので、管理栄養士がどうつなぐかが重要です。

2020年度の診療報酬改定で入

院栄養食事指導を実施した患者に対し、退院後の栄養食事管理について栄養情報提供加算が付きました。これはシームレスな栄養指導を行ってほしいという国からのメッセージであると受け止めています。

■24年同時改定へ向けての要望に関する構想はありますか？

原 介護報酬では再入所時栄養連携加算が設けられていますが、あくまで自施設に戻ってくる場合かつ摂食嚥下機能低下があり、嚥下調整食までの食形態へ落ちたことまたは経腸栄養法による栄養管理になった場合のみという規定があります。管理栄養士同士が連携したシームレスな栄養管理を進めるために、退所者が他の施設に入所する場合にも要件を緩和していただければ、どの施設に再入所した場合でも、スムーズに正しい栄養及び食事提供され、食事や栄養管理で難渋するケースも少なくなると思います。

それから入院栄養管理体制加算の適用対象を特定機能病院以外にも拡大も目指していかねばならないと思っています。特定機能病院以外の病院でも同様の患者さんはたくさんいますので、管理栄養士の仕事

は同じように病棟で栄養管理をすることになります。特定機能病院以外にも評価されるための働きかけは、日本栄養士会の重要な課題ではないかと思っています。最低でも一般急性期病院は対象に加えて、慢性期病院も病棟配置を推進するような改定が望まれますし、回復期リハビリテーション病棟では、管理栄養士は専任配置となっているため、同条件で専従とする必要性も考えられます。

さらに、がん病態栄養専門管理栄養士の栄養指導が評価されましたが、腎臓病や糖尿病、摂食嚥下機能低下に係る専門管理栄養士が活躍できるような評価が必要であると考えます。

■医療介護経営者へのメッセージをお願いします。

原 入院及び外来・在宅での栄養管理・栄養指導を管理栄養士が中心にしっかりと行い、食べることの幸せを実感することでQOLが向上し、在院日数も短縮できます。さらに管理栄養士の増員について人件費増を懸念する見方もありますが、増員すれば医師と看護師の残業代を削減でき、たくさんの方の効果や病院への貢献ができると思います。

食事効果はすぐに答えが出ない 息の長い効果検証をして 管理栄養士を育ててほしい

管理栄養士国家試験の合格者数で全国1位(2021年は232名)の女子栄養大学。同大学の本田佳子教授は、かつて虎の門病院栄養部長として病棟での栄養管理・指導を実践し、診療報酬に病棟配置が反映される道筋をつくった。診療・介護報酬で栄養関連の評価が拡大する状況について意義と課題を聞いた。

■本田先生は女子栄養大学の教授就任前は、虎の門病院に栄養部長として勤務されていたのです。

本田 虎の門病院には27年勤めて、18年前に本学に着任しました。今改めて管理栄養士の病棟配置を要件とする加算がかなり新設されました。



女子栄養大学
教授

本田 佳子 氏
Honda Keiko

が、虎の門病院では私が退職した18年前から遡って10年前に病棟配置を行っていました。その意味で、すでに行われていた理想的な医療からエビデンスを得て、今回の改定に至ったと認識しています。長い間、全国の病院で実践されてきた管理栄養士本来の働き方に向かうことが示され、よかったと受け止めています。

私が虎の門病院に就職した1978年に慢性疾患指導管理料の加算に栄養指導料が付いたのですが、わずか5点でした。当時は、カルテを

見るのは医師のみで、コメディカルが見るものではないという時代でした。そういう時代から栄養指導に取り組んできました。

■先生の研究室は「医療栄養学研究室」ですが、担当学科や教育方針を教えてください。

本田 担当学科は管理栄養士を養成する実践栄養学科で、本学の母体となる学科です。本学と他の大学との違いは「理論と実践の往還」で、4年生には実践の場で教育し、食のプロとしての準備を行っています。

私が本学に着任した時に、他の研究室には臨床栄養管理研究室とか臨床食事療法研究室とか「臨床」が必ず名称に付いていましたが、私は「栄養学はベッドで寝ている傷病者だけを対象にしたものではない」と申し上げて、臨床を付けず「医療栄養学」を標榜した名称の研究室にいたしました。成人病が生活習慣病に名称変更された時期で、これからは床に臥した状態の対処だけに限定するものではないことを内外に説明し、納得していただいたのです。

■日本の栄養学は、大正時代に佐伯矩博士(内務省栄養研究所初代所

長)が七分つき米を推奨し、女子栄養大学創設者の香川綾先生が胚芽米を推奨した頃から本格的な研究の流れができたと理解しています。どんな変遷を経てきたのですか。

本田 当初は胚芽米論争が続き、終戦後に国民の栄養状態を改善するために、各国からの食料援助を受ける際のエビデンスが必要という理由で、国立栄養研究所が公衆衛生院から独立しました。ここから国民栄養調査が始まりました。その後、学校給食法が制定されたのです。

病院での栄養管理は、1958年に基準給食制度が導入され、基準看護、基準寝具の3つが診療報酬に点数化されました。給食とは、同一の食事内容を一括して同じ時間に供給することです。診療報酬に導入された基準給食加算は、1994年に入院時食事療養費に変更されました。変更の裏側には、給食ではなく個人への対応というメッセージがあります。

これが大きな改定となって、診療報酬に外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料が新設されました。15年ぐらいい前からはチーム医療に食事指導が組み込まれ、指導と管理、そして

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

評価を行い、適切な食事を摂ることが求められています。

■栄養指導の流れを諸外国と比較した場合、何か違いがあるのでしょうか。

本田 アメリカの医療提供体制はチーム医療で、看護師や理学療法士などに裁量権が与えられています。一方、日本では大病院よりも、医師会を構成している中小病院のほうが政治的な面も含めて力を持っていて、医療提供体制は医師主導型です。この実態が、栄養学の流れを変える時に難しい問題になってきます。

しかし今回の診療報酬改定は、管理栄養士に決定権を与えました。大きな変化です。

■管理栄養士に決定権を与えた背景は何だとお考えですか。

本田 この流れができたのは、チーム医療の在り方が変わってきたからです。30年ぐらい前から「チーム医療」「チーム医療」と言われてきました。医師主導型のチーム医療でした。ところが、この間にコメディカルが力をつけました。4年制

の看護大学や看護学部が創設されて看護師が力をつけ、薬剤師は病院内の薬局から院外処方によりファーマ

シーの原点に戻ったような立場に移行して、やはり力をつけました。栄養士もチーム医療の中で力をつけてきました。

この流れに合わせるように教育体制も変わり、大学院に進む看護師が増え、薬学部は6年制になりました。栄養士は管理栄養士資格が創設され、管理栄養士の養成校も増えて、大学院も設置されました。

もう一点、給食産業が非常に力をつけてきて、安心安全で満足度の高い給食を供給する力を持ちつつあることも挙げられると思います。病院の経営状態を安定化するにあたって、本来の医療の附帯部分をなるべくアウトソーシングして、病院で雇用している職員を本来の医療に近づけ、効率的な体制をつくるのが青写真に描かれているのだと思います。食事作りではなく、食事の効果検証と食事を対象者の口に運ぶ調整役として管理栄養士を置くという青写真が描かれたのではないのでしょうか。

■診療報酬でも介護報酬でも栄養管理などの評価が年々拡大しています。この傾向をどのようにご覧になっていますか。

本田 今回の診療報酬改定を拝見すると、関連学会がいろいろなデータを提出しています。根拠のないものに診療報酬の算定はできないので、時期的にはちょうどよかったのではないかと思います。業務を求められなくても、実践できる人がいなければ機能しません。さらにデータの収集にも時間がかかったという印象を持ちました。

■関連学会のデータ収集には、それだけの時間が必要だったということも言えるのでしょうか。

本田 ひとつは、データを集めるテクニックを持った管理栄養士が臨床の場にいたかどうかですね。日常業務に追われるとデータ収集どころではありません。私は虎の門病院在籍時、適時適温の食事提供への新たな報酬算定の際に、段ボール箱で数箱分のデータを提供しました。報酬の対象疾患を拡大する時にも凄量のデータが必要ですが、大学教育を通じて、データを収集して第三者に理解できる表現力を身につけた管理栄養士が出てきたのだと思います。

■今回の診療報酬改定の評価はいかがですか。

本田 管理栄養士の評価がかなり網羅されています。ただ、腎臓病病態栄養専門管理栄養士などの専門資格や研修の実施というような細かい要件が設けられていて、関連学会との関係が強いという印象を持ちました。

確かに評価の対象となる項目は増えましたが、専従が要件になっているなど結構厳しい内容です。経営者は算定項目を増やすために管理栄養士を雇用すると思いますが、3年間で定着できるかどうかの期間です。雇用する価値があれば、その後も継続して雇用するでしょうし、算定につながらなければ雇用を継続しないかもしれません。

■病院や施設の経営者へのご助言をお願いします。

本田 管理栄養士が他の職種と共同作業ができる環境をつくってほしいですね。栄養食事療法は薬と違って、効果は出にくく、一定の時間が必要であると認識いただきたい。しかし、食事は家族や面会者へのメッセージ性が強いので波及効果の広がりが大きいのです。「あの病院に行ったら元気になった」と食事の効果が伝承されるのです。息の長い効果検証をしてほしいと思います。

厨房栄養士から臨床栄養士へ 報酬体系を熟知して 稼げる管理栄養士を育てる

診療・介護報酬における栄養関連の評価拡大を契機に、管理栄養士の職域を厨房から病棟や訪問へのシフトが急務である。管理栄養士が報酬体系を熟知することも必須となった。病院・介護施設の経営コンサルタントとして“稼げる管理栄養士”を育成している酒井麻由美氏に栄養アセスメントでの稼ぎ方を聞いた。

■診療・介護報酬改定での栄養関連の評価拡大についてどのようにご覧になっていますか。

酒井 支える人が減っていく中で、重症化予防という視点が介護報酬に入り、今回は診療報酬にも入りました。重症化予防を本気で考えて、栄養に



株式会社リンクアップラボ
代表

酒井麻由美 氏

Sakai Mayumi

で、重症化を予防し、回復を早めるにはリハビリも大事だが、まずは栄養であるという根本的な次元に辿り着いたのではないのでしょうか。

それから疾病構造の変化が栄養関連の評価の背景に挙げられるでしょう。2025年から2040年にかけて、がん、虚血性心疾患、脳梗塞の治療件数は増加せず、骨折の入院患者数・手術件数の大幅な増加が見込まれています。第8次医療計画の資料にも多くの地域で骨折患者が増えることが記載されています。骨折を引き起こしている要因のひとつは骨粗しょう症ですが、その原因は栄養バランスの問題や低栄養であるとのこと。治りを早くしたり、早期退院を実現したり、退院したら悪化しないように予防することの根本は栄養なのだと思っています。

■2021年度介護報酬改定と2022年度診療報酬改定における栄養管理関連の改定内容や介護施設、病院のあるべき対応について、コンサルタントの立場からご意見をお願いします。

酒井 2018年度介護報酬改定で、老健と特養に再入所時栄養連携加算が新設されました。施設から病

院に入院し、退院して施設に戻る場合、施設の管理栄養士は病院の管理栄養士から情報入手することが要件です。ただ、病院側に報酬が設定されていなかったため、2020年度診療報酬改定で入院栄養食事指導料に栄養情報提供加算（50点）が設定されました。回復につながる栄養面の情報を施設側に提供しなさいという趣旨です。

2022年改定で注目すべき点は、もともと治療の段階で低栄養状態を作り出している面もあるとのことから、栄養管理の伴った医療を推進し、在院日数の短縮化を図るために、ICUのみに設定されていた早期栄養介入管理加算は対象の治療室を拡大し、周術期栄養管理加算が新設されたことです。さらに大きかったのは入退院支援加算の算定要件に退院困難な要因として「入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること」が盛り込まれたことです。施設と病院の栄養管理の連携も仕組みは2020年までに設定されましたが、老老世帯や独居世帯で低栄養になる人が在宅でさらに増えていくことを想定して、栄養面の改善を踏まえた退院支援プランを作成する仕組みを作りました。

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

在宅分野では2020年度改定で外来栄養食事指導料が新設され、指導料1は2回目から電話による指導が認められ、さらに、指導料2として外部の管理栄養士との連携が認められました。今回の改定では、指導料1・2のいずれにおいても初回から電話による指導が認められました。

低栄養は栄養食事指導の対象です。そこで、私は顧問先に対して、低栄養の患者は退院計画の一つとして退院後の電話等による栄養指導を組み込み、退院前に電話栄養指導の日時を決めていただくようお願いしています。外来栄養指導料について、算定要件に「栄養食事指導の実施に際して、原則として患者本人に対して実施する必要があるが、治療に対する理解が困難な小児又は知的障害を有する患者等にあつては、患者の家族等により実施した場合でも算定できる」と記載されています。

さらに、令和4年3月31日の疑義解釈に「入院中の患者が退院した後、初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合、情報通信機器等を用いて実施することは可能」とも記載されています。時間をかけて訪問しなくてよいのです。

■介護施設の栄養アセスメントの状況はいかがでしょうか。

酒井 老健の場合、入所者のアセスメントで手一杯で、とても通所にまで関わる余裕がないのです。国が通所での栄養アセスメントを進めたいことは理解できますが、限られた通所回数と通所時間の中で実施するという非効率さと、求められている内容が今の報酬ではコストが見合いません。理想と現実の乖離が大きいのです。

病院も同様に通所の栄養アセスメントはもの凄く手間がかかりすぎて、コストパフォーマンスが悪すぎます。私は顧問先の病院に対して「まずは入院栄養食事指導やNST・入所のマネジメント加算や経口維持加算への取り組みを優先に」と提案しました。

■改定後の指導先等での取り組みと加算算定への対応はいかがでしょう。また、これらの改革の結果、管理栄養士の意識の変化や病院・施設・地域での評価と役割はどのように変わりましたか。

酒井 どの施設の管理栄養士にも加算算定に対する意識の高い方と低い方がいて、その差が大きいのです。

「厨房栄養士」から抜けられない管理栄養士も多いように思います。これだけ国が医療も介護も栄養にかかると報酬を強化して管理栄養士の活躍を期待している中で、そのことを分かってやすく現場に伝え、意識改革に取り組みながら、しっかりと算定を進めていく方針です。

意識改革を進めるには病院としての方針を示すことと、先進的な取り組みをしている病院の事例を勉強したり、視察訪問することです。栄養アセスメント体制を強化するには管理栄養士の増員も必要ですが、どの病院も管理栄養士を増やすことには反対していません。

■2024年度同時改定において栄養管理関連の方向性や期待について、先生のお考えを聞かせていただけますか。

酒井 栄養についてはまだまだ評価が拡大するのではないのでしょうか。先ほど申し上げた通所については現行のままでしょうが、訪問栄養指導などの評価を上げて低栄養の改善を進めようとするのではないかと思います。

■本誌読者である病院・介護障害施設で勤務する管理栄養士や経営者へのメッセージをお願いします。

酒井 稼げる管理栄養士になるには、まずは厨房から独立すること。これがひとつです。それから診療報酬と介護報酬を把握できていない管理栄養士も多いため、稼ぐためにはどういう取り組みが医療介護で評価されているのか各報酬の栄養に関する項目を熟知することです。居宅療養管理指導に報酬が付くことを知らない管理栄養士もたくさんいます。

次に、食事をしていない患者・利用者をなくすことです。栄養指導料よりも回数でみると食事療養費のほうが収入に対する影響は大きく、1日3食で1920円（640円×3）が付きます。多くの入院料で薬剤は含まないので、食事ができるようにすれば、点滴薬剤のコストが減り食事療養費の収入が増加します。また居宅療養管理指導には医師の指示が必要で、看護師の協力も欠かせないので、管理栄養士による訪問指導にどんなメリットがあるのかを明示したプログラムを作成すべきです。「毎月訪問して何をやるの？」という疑問も出されるので、継続性のあるプログラムを作成する必要があります。

管理栄養士は栄養サポートに専念 生産性向上で患者数と単価が増加 売上が伸びて人件費を吸収する

制度を先取りする経営で知られる近森病院（高知市）は、栄養サポートチーム（以下、NST）加算が新設される7年前の2003年に栄養サポートチームを発足させた。栄養サポート業務の体制やアウトカム創出の秘訣について、近森正幸氏と宮島功氏に聞いた。

■社会医療法人近森会の概要についてご説明いただけますか。

近森 近森会グループは3病院からなり、救命救急センター、地域医療支援病院である近森病院は、総合心療センター60床を含む512床で、高度急性期から急性期医療を担って

います。脳卒中、脊損のリハビリを行う近森リハビリテーション病院

180床、整形外科のリハビリを行う近森オルソリハビリテーション病院100床と密接な連携を図り、重症の患者を早く治し、たとえ障害が残っても可能な限りリハビリを行



社会医療法人近森会
近森病院 臨床栄養部 部長

宮島 功 氏

Miyajima Isao



社会医療法人近森会 理事長
近森病院 院長

近森 正幸 氏

Chikamori Masayuki

い、地域に帰っていただいています。3病院では全ての病棟に管理栄養士を配属させ、必要な患者すべてに栄養サポートを行っています。

■近森病院では、2003年にNSTが誕生し、2008年には全病棟で管理栄養士の配置体制を整えたと伺っています。NST整備の経緯を振り返っていただけますか。

近森 1999年5月に給食業務を完全業務委託し、病院管理栄養士を臨床栄養業務に専念させる体制を取りました。2002年、米国で栄養学を学んだ宮澤靖管理栄養士を招聘し、2003年から近森病院のNSTが発足しました。2003年の総合心療センターのNSTの立ち上げは、精神科においては全国初となります。最初は管理栄養士が4、5名で夜中の10～11時までがんばってくれましたが、栄養サポートのアウトカムは出ませんでした。

2005年の夏、入院患者の半数に栄養サポートが必要であり、業務量が膨大にもかかわらずスタッフ数が少ないことに気づき、2006年から管理栄養士の増員を図って病棟常駐を進め、2008年に管理栄養士の1病棟1名体制の病棟常駐型

NSTが始まりました。2010年からNST加算の算定を開始し、2020年にはICU病棟の早期栄養介入管理加算、2022年から早期栄養介入管理加算の集中治療病棟の拡大が行われています。

■現在の栄養サポート体制はどのようにに編成していますか。

宮島 急性期病棟452床に22名の管理栄養士を配置しています。急性期病棟では侵襲による栄養状態の急激な悪化が生じるため、侵襲の強い集中治療病棟では業務量も多く、4病棟79床に6名の管理栄養士を配属しています。4月からの診療報酬改定により適正人員の確保を検討しています。また、一般病棟35～40床には1名の管理栄養士と、統括するリーダー管理栄養士を2～3病棟に1名配属しています。

総合心療センターやリハ病院では、障害が栄養状態を悪化させますが、急性期病棟に比べ業務量は少ないため、2病棟に1名の管理栄養士を配属しています。

■NSTの特徴は何でしょうか。

宮島 全科型NSTは、少数の重症低栄養患者に対するNSTカンファ

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

レンスで行っています。管理栄養士が病棟に常駐して全入院患者に介入し、入院患者の半数以上に栄養士の視点で診て、栄養学的に判断し、医師の指示を受けながら栄養サポートを行っています。必要な患者全てに栄養サポートを行い、絶食を減らし食事を増やすことで輸液と抗生剤を削減し、ペイする収益内容を維持しています。同時に、栄養状態の改善と合併症の防止によって、在宅復帰を促進しアウトカムを出していることが最大の特徴と言えます。

さらに情報共有では、同一場所、同一時間に医師をはじめ多職種が集まって擦り合わせを行う効率の悪い方式を取っていません。管理栄養士が患者個々の栄養サポートに必要な病態全てを考えて得られる暗黙知の結論である形式知（減塩食、食塩6グラム）で、一言、二言の情報交換や電子カルテへの記載により、効率的で質の高い情報共有を行っています。

■管理栄養士の教育体制について教えてください。

近森 新人の管理栄養士や研修生に対しては、ICU病棟のNSTカンファレンスを教育カンファレンスに変えし、「理事長の栄養サポートメ

モ」に基づき、私が1年間週2回2〜3時間かけて1症例の病態を詳細に検討することで、管理栄養士に患者の栄養学的な診方を教えています。

さらに中堅の管理栄養士が臨床現場で栄養サポートの一環として、屋根瓦方式で栄養評価と栄養サポートのルーチン業務を新人に叩き込んでいます。

■なぜ多くの病院が栄養管理・指導を近森病院のようにできていないのでしょうか？

近森 院長の視点の違いが大きいと思います。多くの先生方の視点は「医療や病院は複雑系」という暗黙知であり、全能の神、医師が全てを判断し、指示を出さないといけないという考えに凝り固まっています。

私の視点は「業務」という形式知であり、病院の医療も業務まで落とし込めば「業務の連なり」にすぎず、ベルトコンベアと同じなので、製造業の理論が応用できます。

業務からみれば医師は診断、治療の専門家ですが、薬剤や栄養、リハビリ、医療機器、転院調整など、それぞれの専門医以外はまったくの素人といえます。

医師は診断、治療、手術というコ

ア業務に絞り込み、それ以外は多職種に全面的にタスクシフトするほうが、遥かに楽であり、栄養サポートは病棟に常駐する管理栄養士に「お願いね」と任せればよいと言えます。

■業務分担のポイントは何でしょう。

近森 ルーチン業務は、主に医師以外の医療専門職が行う業務で、標準化することで膨大な業務を安全、確実に行うことができます。非ルーチン業務は常にPLAN DO SEEを繰り返す、主に医師（一部看護師）が行う高度な少数の業務で、診断や治療、看護判断といったプロフェッショナル業務を指します。

医師はコア業務であるプロフェッショナル業務のみ行えばよく、多職種の医療専門職は業務を標準化しルーチン業務を行えばよいし、患者を診ることで専門性は高まります。

■人件費増を懸念して、管理栄養士の増員をためらう例が散見されます。どう転換すればよいでしょうか。

近森 必要な業務全てを行い、アウトカムを出すためには、スタッフ数を増やすしかありません。発想を転換して、医師、看護師ばかりでなく管理栄養士の業務もコア業務に絞り込

むことで、質と労働生産性が上がり、患者数と単価が増え、売上も上がり人件費アップ分の原資になります。

当院では、2003年に4〜5名で栄養サポートを始めた当時の収支は真つ赤でしたが、22名の管理栄養士を病棟常駐させることでアウトカムが出て、毎年4000〜6000万円の利益が出ています。これに診療報酬改定で早期栄養介入管理加算などが加われば、さらに純益が増えることになります。

■栄養関連の評価拡大に伴い、管理栄養士の役割はどう変わっていますか。

宮島 病院管理栄養士の役割が、給食業務から患者に対する栄養サポート業務に大きく変わっていくなかで、大学教育や卒後研修はいまだに旧態依然とした体制が続いています。管理栄養士の役割が変わりつつあることを踏まえ、臨床栄養教育の充実を図っていただきたいと考えています。とくに病名、数字——例えば高血圧、減塩食、食塩6グラム——という教え方ではなく、患者の病態に応じた栄養サポート教育が必要です。今後の管理栄養士にとって、解剖や生理、病態の把握や理解がきわめて大事になります。

管理栄養士による居宅訪問で 食生活の課題を把握する

2021年度介護報酬改定で栄養マネジメント強化加算が新設され、管理栄養士の複数配置が認められた。その実現に向けて奮闘した苅部康子氏は、管理栄養士として34年間、現場での栄養管理・指導に従事してきた。訪問活動を含めて管理栄養士のあり方を聞いた。



社会福祉法人親善福祉協会
介護老人保健施設 リハパーク舞岡
栄養課長

苅部 康子 氏
Karibe Yasuko

老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所を運営しています。

リハパーク舞岡は2010年に開設され、入所定員100名、通所定員45名。入所者の平均介護度は3.2で、平均年齢は87才です。当初から在宅復帰に力を入れてきて、超強化型を取得しています。

■リハパーク舞岡では、早くから栄養管理の取り組みをされてきたと伺っています。どんな経緯で取り組んできたのですか。

苅部 開設当初から「口から食べる楽しみ」の支援を充実させるため多職種が連携して、栄養ケア・マネジメント加算、療養食加算、経口移行加算を算定していました。ただ、私は経口移行を実施した経験がなかったため、ケアマネジャー、看護師、理学療法士とともに法人内の特別養護老人ホーム恒春ノ郷で一連の流れを学びました。その成果として経口移行加算を算定できるようになり、経管栄養から完全経口摂取に移行して在宅復帰した方もいます。

しかし、いかにせん管理栄養士が1人では栄養サポート業務を回しきれ

ません。残業時間も多く燃え尽きてしまいます。配置人数を2名に増やすには人件費が壁になっていたので、制度を変えるしかありません。私が委員として参加していた日本健康・栄養システム学会で行われた研究の結果も一つの要因となり、2021年度介護報酬改定で栄養マネジメント強化加算が新設され、リハパーク舞岡では2人体制に移行しました。現在算定している加算は、栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅱ、療養食加算、再入所時栄養連携加算、経口移行加算。通所では栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定しています。

■課題は何でしょうか。

苅部 通所利用時間には分からないご自宅での食の課題を抽出しなければなりません。例えば介護福祉士が通所利用者に朝食の有無を確認すると「食べてきた」と答えても、ご飯にふりかけをかけただけの食事というケースもあります。せめて玉子を付けてほしい食事内容です。通所利用者を見ると、1日2食、主食中心、同じ食材が継続などの傾向があり、摂取栄養量が必要栄養量を下回る場面もあります。

■苅部課長のご経歴と、社会福祉法人親善福祉協会、介護老人保健施設リハパーク舞岡の概要について教えてください。

苅部 佐伯栄養学校管理栄養士特例科を卒業し、医療機関、福祉施設を経て2010年に当法人に入職しま

した。この間に神奈川県立保健福祉大学実践教育センター栄養ケア・マネジメント課程を修了、放送大学教養部の生活と福祉コース（学士）を卒業しました。

親善福祉協会の沿革は1863年（文久3年）にさかのぼります。横浜居留地に親善国際総合病院の前身となる「THE YOKOHAMA PUBLIC HOSPITAL」が設立され、今で言う地域包括ケアシステムを実践していました。現在は病院のほかに、クリニック、介護

『診療・介護報酬改定で評価高まる

管理栄養士業務の現状と課題を探る』

そうしたチェックと指導を行うには管理栄養士がご自宅を訪問して、食事の実態を把握することが不可欠ですが、居宅のケアマネジャーの賛同が必要です。栄養マネジメントの必要性を理解していただいて、連携を強化していきたいと思っています。さらに地域の開業医や訪問看護ステーションに管理栄養士の存在を把握していただくことも、訪問栄養指導を進めていく上で重要な課題です。

■近年の介護報酬改定における栄養関連の評価拡大について、どのようにご覧になっていますか。

河部 2005年度介護報酬改定で栄養ケア・マネジメント加算が新設されて以降、要介護高齢者に対する低栄養状態の維持・改革に向けて「ご利用者の尊厳と自己実現に向けた食べること」の重要性が謳われてきました。栄養関連の研究では①要介護高齢者の低栄養は死亡や入院との関連がある②施設高齢者に対する多職種での食事の観察やカンファレンスによる経口維持の取り組みが入院率を減少させる——などが報告され、介護報酬改定でも提示されました。

2021年度改定では、改定の5つの柱に「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」が求められ、施設系サービス、通所系サービス、認知症グループホームのそれぞれで栄養関連の項目が充実し、栄養関連の大改革と言われました。管理栄養士の業務は拡大していますが、目的にブレはありません。私たち管理栄養士は要介護高齢者に対する低栄養状態の維持・改善に向けて「ご利用者の尊厳と自己実現に向けた食べること」を支え続けるのだと思います。

■リハパーク舞岡はどんな方針で居宅訪問活動に取り組んでいるのでしょうか。

河部 リハパーク舞岡の訪問栄養士活動を整理した資料は厚生労働省の作成資料にも取り上げられました。管理栄養士は通所スペースで、食事摂取量、水分補給、摂食嚥下機能、ツルゴール反応、浮腫、握力、服薬などをアセスメントします。サビサ担当者会議にも出席して、直近の体重計測結果、直近の食事提供の様子、食事の傾向などを報告して、家族のニーズと他の職種の支援内容を聞き取ります。訪問後は必ず居宅事業所の責任者に報告して記録に残しています。さらに栄養スクリーニン

グを行い、6カ月間の体重の変化、摂取栄養量などを評価しています。

■訪問活動の成果事例を挙げていただけますか。

河部 自宅で冷蔵庫に食事を取りに行く時に、冷蔵庫の前で何度も転倒してしまう方がいました。その方は脳卒中の後遺症で杖を使用していて、理学療法士とともに訪問して動作を確認したら、冷蔵庫の扉や引き出しを開けようとする時にバランスを崩して転倒していたことが分かりました。管理栄養士と理学療法士が調理の動線を修正することで、転倒を防止することができました。

■介護報酬で栄養関連の評価が高まっていることで、管理栄養士の地域での役割はどのように変わっていますか。

河部 2021年度改定によって、施設入所者に対する栄養ケア・マネジメントがよりにくいになり、さらに通所やグループホームを含む地域に管理栄養士による栄養支援が拡大していると認識しています。言い換えれば、施設で実施している栄養ケア・マ

ネジメントの実績が地域に拡大し、地域でも管理栄養士の栄養支援が当たり前になれば、地域在住の要介護高齢者の低栄養状態が改善し、死亡や入院率など入所の先行研究のアウトカムを得られるのではないかと考えます。今回の介護報酬改定で、介護施設の管理栄養士は今まで以上に丁寧な取り組みを開始しました。一年経過し、私は「Dietary and nutritional suggestions（食事と栄養に関する提案）」を強く意識し実践しています。

■2024年度同時改定に向けた要望はありますか。

河部 リハ・栄養・口腔の三位一体の計画書について、医療と介護の一体型計画書で連携できるとよいと考えています。



ミールラウンド時に活用している「咽喉マイク」。食事中、利用者の喉元に装着することで、視覚的に分かりづらい嚥下音を確認することができる。誤嚥防止にも有用だ。