

## 補正表

『最新 臨床栄養学 第4版 ー栄養治療の基礎と実際』  
(第4版第1刷：2021年7月30日発行)

本書中に修正・更新箇所等がございました。お手数をおかけし誠に申し訳ございませんが、  
以下をご参照くださいますようお願い申し上げます。

■ 第2章 p.8 表2-2 に以下を追加

表2-2 医療保険における栄養管理業務に係る診療報酬（つづき）（2020年4月現在）

診療報酬		算定のための要件
早期栄養介入管理加算（特定集中治療室での栄養管理の評価）	400点/日	特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。
栄養情報提供加算	50点	別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関または介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設もしくは介護医療院等の医師または管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り所定点数に加算する。
摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）	200点/週1回	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能または嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り所定点数に加算する。
連携充実加算	150点/月1回	当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的および治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として月1回に限り所定点数に加算する。

■ 第3章 p.16-22を次ページ以降に差替え

表 3-5 介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○<b>居宅療養管理指導</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> </ul>	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○地域密着型通所介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○看護小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>○地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）</li> </ul>
	<p>◎居宅介護支援</p>	
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○<b>介護予防居宅療養管理指導</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> </ul>	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> </ul> <p>◎介護予防支援</p>

このほか、居宅介護（介護予防）福祉用具購入、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

資料：厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成30年度，p.19  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf>

受けられ、「居宅介護サービス」「施設サービス」「地域密着型介護サービス」が受けられる。介護報酬の支払いは、個人負担額は基本的に1割であるが（所得額によって2割，3割負担の場合もある）、残りの介護給付部分は、介護保険制度が負担しており、その財源の構成割合は、介護保険料が50%、国の負担額が25%、都道府県の負担額が12.5%、市区町村の負担額が12.5%となっている。ただし、食事代や部屋代などの「ホテルコスト」については、全額自己負担となるが、所得や年金額に応じて負担限度額が定められている。

2

介護保険における栄養に関する算定の基本<sup>1)</sup>

介護サービスは、「居宅サービス」「施設サービス」「地域密着型サービス」の大きく3種類に分類される。栄養管理、食事提供に関係する介護報酬にかかわる算定項目はサービスの種類ごとに異

なる。

「居宅サービス」において、管理栄養士・栄養士は、**居宅療養管理指導**、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション、短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護などにおける栄養管理と食事提供に関与する。

「施設サービス」には、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」「介護医療院」がある（表3-6）。介護医療院とは、2017年度に廃止することが決定した介護療養型医療施設の主な転換先として、新しくできた要介護者向けの介護施設である。移行期間は2024年3月末としている。日常生活の身体介助や生活支援はもちろん、介護療養型医療施設で行われている「日常的な医学管理」「看取りやターミナルケア」といった、医療的ケアを行える施設である。管理栄養士・栄養士は、多職種と連携して入所者の栄養管理と食事提供に関与

表 3-6 施設サービスの特徴

施設の種類の	特徴
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護高齢者のための生活施設 身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設。原則として要介護3以上の者が対象。
介護老人保健施設	在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設 リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設
介護療養型医療施設	長期療養を必要とする要介護者における医療管理下における介護施設（医療提供施設） 医療療養病床と介護療養病床がある
介護医療院	要介護高齢者の長期療養・生活施設（医療法の医療提供施設） (Ⅰ) 介護療養病床相当（重篤な身体疾患あるいは身体合併症を有する認知症高齢者等） (Ⅱ) 老健施設相当以上（容態が比較的安定した者）

する。

認知症高齢者や要介護高齢者が、介護度が重くなくても、住み慣れた地域で暮らすことに焦点を当てた「地域密着型サービス」には、地域密着型、認知症対応型、小規模多機能型、複合サービスなどがあり、運営形態により居宅型、施設型のサービスが受けられる。また、介護予防サービスでもさまざまな支援が受けられる。

## 2-1 居宅サービス

居宅サービスにおいて、管理栄養士・栄養士がかかわる主な算定項目を表3-7に示す。居宅療養管理指導は、居宅で療養生活をしており、通院や通所が困難な利用者に対して必要に応じ、医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師などからサービスを受けることができる。管理栄養士が居宅療養管理指導による訪問栄養食事指導を行う場合は、主治医の指示のもと、利用者を訪問して栄養管理に関する情報提供と指導や助言を30分以上行った場合に、月2回を限度として算定される。管理栄養士が行う居宅療養管理指導は、医師からの依頼、利用者との契約、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケアプラン作成、利用者や家族への説明と同意、栄養ケアの実施、計画の修正の順序で進み、栄養ケアの内容記録のほか、医師および介護支援専門員（ケアマネジャー）への報告が必要となる。医療保険の在宅訪問栄養食事指導でも、ほぼ同様のサービスを受けることができるが、介護保険を利用している場合には介護保険の訪問栄養食事指導が優先される。また、

利用料は介護保険の支給限度額の対象にはならないので、ほかのサービスで介護保険の支給限度額を満額利用していても、訪問限度回数を超えなければ一部の負担金で利用することができる。

通所介護、通所リハビリにおける**栄養改善加算**（200単位/回）は、要支援者で低栄養状態やそのおそれのある利用者に対し、低栄養状態の改善を目的として、管理栄養士が看護師、介護士等と共同して栄養ケアプランを作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連の流れを実施した場合に算定する。3か月の期間を目安に月2回を限度に算定することができる。この加算を実施する施設には、1名以上の管理栄養士の配置が要件となる。

短期入所生活（療養）介護の場合、**療養食加算**（8単位/回）は、管理栄養士・栄養士の管理のもとで、医師の発行する食事箋に基づいた療養食や検査食を提供した場合、1日3回を限度として加算することができる。なお、脂質異常症食の対象となる肥満度は、高度肥満（肥満度+70%以上、BMIが35 kg/m<sup>2</sup>以上）が対象となる。また、心臓病や心疾患に対しては、腎臓病に準じて減塩6g未満で算定できるが、高血圧症に対する減塩食事療法を行う場合は、加算の対象とはならないので注意を要する。

2021年の介護報酬改定において、新たに口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（20単位/回）、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（5単位/回）、栄養アセスメント加算（50単位/月）、栄養管理体制加算（30単位/月）が新設された。利用者ごと

表 3-7 管理栄養士・栄養士にかかわる主な介護報酬（通所・居住系サービス）

加算項目	単 位	算定要件
居宅療養管理指導費（Ⅰ） （管理栄養士が行う場合）	（１）単一建物居住者 1人：544単位/回 （２）単一建物居住者 2～9人：486単位/回 （３）（１）および（２）以外の場合：443単位/回	在宅の利用者であって通院または通所が困難な者に対して、医師が当該利用者に対し厚生労働大臣が定める特別食を提供する必要性を認めた場合または低栄養状態であると医師が判断した場合に、居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供および指導または助言を30分以上行った場合に算定される。月2回を限度として算定される。離島や山中間地域の要支援者・要介護者に対しては、1回につき、特別地域加算（所定単位数の100分の15）、山中間地域における小規模事業加算（所定単位数の100分の10）、山中間地域に居住する者へのサービス提供加算（所定単位数の100分の5）が新設される。
居宅療養管理指導費（Ⅱ） （外部の管理栄養士（医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーション）が行う場合）	（１）単一建物居住者 1人：524単位/回 （２）単一建物居住者 2～9人：466単位/回 （３）（１）および（２）以外の場合：423単位/回	当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会また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。
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位/回	介護サービス事業所の従業者が、利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態および栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算および口腔機能向上加算との併算定不可）。
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位/回	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算および口腔機能向上加算との併算定不可）。
栄養アセスメント加算	50単位/月	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰおよび栄養改善加算との併算定は不可。当該事業所の従業者としてまた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の方が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者また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。
栄養改善加算	200単位/回	低栄養状態にある者またはそのおそれのある者を対象とする。管理栄養士1名以上の配置は、外部の事業所や医療機関、栄養ケア・ステーション等の管理栄養士による実施であっても算定を認める。他職種共同にて利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した個別の栄養ケア計画を作成し、その状態を定期的に記録し栄養管理している。栄養改善サービスの開始から3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定する。低栄養が改善されない場合は引き続き継続することができる。加算対象者は、BMIが18.5未満の者。1～6か月に3%以上の体重の減少が認められる者または基本チェックリストのNo11の「6か月間で2～3kgの体重減少がある」に該当している者。食事摂取量が不良（75%以下）の者。血清アルブミン値が3.5g/dL以下の者。その他低栄養状態にあるまたはその恐れがあると認められた者のいずれかに該当する者である。 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。
栄養管理体制加算	30単位/月	管理栄養士が、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。
療養食加算	8単位/回	短期入所生活者（ショートステイ）を対象とする。管理栄養士・栄養士によって、医師の発行する食事箋に基づき厚生労働大臣が定める治療食が提供されている。1日につき3回を限度とし算定できる。経口移行加算または経口維持加算を算定している場合は算定できない。

資料：厚生労働省「令和3年度介護報酬改定について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html)

日本栄養士会「介護報酬について」

<https://www.dietitian.or.jp/data/nursing-reward/>

表3-8 管理栄養士・栄養士にかかわる主な介護報酬（施設系サービス）

加算項目	単 位	算定要件
栄養マネジメント強化加算	11単位/日	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。 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な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。
経口移行加算	28単位/日	現在経管で食事をとっている入所者を対象とする。医師の指示のもと管理栄養士または栄養士が栄養管理を行っている。他職種共同による経口移行計画を作成している。起算日から180日を超えても医師の指示があれば継続できる。入所者の外泊時は算定できない。経口維持加算との同時算定はできない。
経口維持加算（Ⅰ）	400単位/月	現在経口で食事をとっている入所者のうち、誤嚥があると認定される者を対象とする。医師または歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員などの職種が共同して、食事の観察や介護を行い、入所者ごとに経口による食事を継続できるように経口維持計画書を作成している。医師または歯科医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行っている。経口移行加算を算定している場合は算定できない。起算日から6か月を超えた場合であっても摂食嚥下障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師または歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための特別な栄養管理があれば加算を継続できる。
経口維持加算（Ⅱ）	100単位/月	経口維持加算（Ⅰ）の上乗せ加算。協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合、入所者の食事の観察、会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士のいずれか1名以上が参加した場合に追加で加算される。起算日から6か月を超えた場合であっても摂食嚥下障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師または歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための特別な栄養管理があれば加算を継続できる。
再入所時栄養連携加算	200単位/回	介護老人保健施設に入所していた者が、病院または診療所に入院し、退院後再度当該施設に再入所する場合において、以前とは大きく異なる栄養管理（経管栄養または嚥下調整食の新規導入）が必要となった場合であって、施設の管理栄養士が医療機関での栄養食事指導またはカンファレンスに出席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画を作成した場合1回に限り算定できる。栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定できない。
療養食加算	6単位/回	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設および新設の介護医療院を対象とする。管理栄養士または栄養士によって、医師の発行する食事箋に基づき厚生労働大臣が定める治療食が提供されている場合、1日につき3回を限度として算定できる。経口移行加算または経口維持加算を算定している場合は算定できない。
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位/月	以下の要件を満たすこと。 イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。 ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等ごとの状態について定期的記録していること。 ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位/月	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

資料：厚生労働省「令和3年度介護報酬改定について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html)

日本栄養士会「介護報酬について」

<https://www.dietitian.or.jp/data/nursing-reward/>



の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、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（LIFE<sup>2</sup>）の活用）。

## 2-2 施設サービス

施設サービスにおいて、管理栄養士・栄養士がかかわる主な算定項目を表3-8に示す。2021年の介護報酬改定において、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組をいっそう強化するため、栄養マネジメント強化加算の新設等の見直しが行われた。入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施にあたって、当該情報その他継続的な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（LIFEへのデータ提出）。

### 居宅療養管理指導の対象となる対象食

※厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量およ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、膵臓食、脂質異常食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食および特別な場合の検査食（単なる流動食および軟食を除く。）

※特別食に含まれるもの

心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病および潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食ならびに高度肥満症（肥満度が+40%以上またはBMIが30 kg/m<sup>2</sup>以上）の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食（食塩相当量の総量が6.0g以下のものに限る。）および嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、介護福祉施設サービス、介護保険施設サービス、介護療養施設サービスおよび地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

経口移行加算（28単位/日）は、現在経管で食事をとっている介護保険施設入所者を対象に、再度経口で食事をとってもらえるように、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員などの専門職が共同して入所者ごとに計画を作成し実施する。経口維持加算（Ⅰ）（400単位/月）、経口維持加算（Ⅱ）（100単位/月）は、入所者が認知機能や摂食、嚥下機能の低下により、食事の経口摂食が困難となった場合でも、口で食べる楽しみを得られるように、多職種共同での支援の充実と促進を図ることを目的としており、多職種との共同により算定される。（Ⅰ）は入所者の食事を観察したり、会議を行ったりする等により、継続的な摂食を行えるように経口維持計画を作成し、実施した場合に加算される。（Ⅱ）は（Ⅰ）の上のせ加算ともいわれ、施設が協力歯科医療機関を定めた上で、会議や食事の観察に、医師や歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のうちからいずれか1名以上が加わった場合に追加で加算できる。施設サービスの療養食加算（6単位/回）は、経口移行加算または経口維持加算を算定している場合も同時算定することができる。

再入所時栄養連携加算（200単位/回）は、施設入所者が入院し、病院から施設に再入所した際、入院前と大きく栄養管理が異なった場合において、病院栄養士と連携することにより算定される。

## 2-3 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、中重度の要介護者や認知症となっても無理なく在宅生活を継続するために、「短時間・1日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスを組み合わせる一体的に提供する包括的サービスであり、その運営形態によって居宅・施設サービスの栄養関連算定項目が適用される。

## 3

### 福祉・介護における栄養管理の意義

介護保険の対象となる高齢者の多くにみられる低栄養は、社会的要因、精神的・心理的要因、加齢要因、疾病要因、その他、不適切な食形態や栄

養知識の誤認識などが原因<sup>3)</sup> となって引き起こされ、栄養状態の悪化はQOL（生活の質）を低下させる。

地域社会において、高齢者がいきいきとした生活を営むためには、食環境、心身状態、食べ物の関係を良好に保ち、本人の望む食生活に近づけることでQOLを高め、生きる希望や自己実現を可能にすることが大切である<sup>4)</sup>。豊かな高齢化社会を構築するために、福祉と介護の分野における栄養管理の意義は大きい。

## 4 福祉・介護における管理栄養士の役割

高齢者の栄養管理は、介護予防段階の栄養管理と、介護段階での栄養管理の大きく2つに分けられる。介護予防段階における栄養改善サービスは、日常生活において「食べること」を支援し、低栄養状態の予防や改善を通じて高齢者が「食」を楽しみ、自立した生活を送り、QOLの高い社会の実現を目指すものである。

これに対して、介護段階での栄養管理は、「食べること」に対して何らかの障害があり、栄養状態や心身の機能が低下している高齢者に対して、「口から最後まで食べられる」ことを支援し、QOLの向上と人間性の復権、自己実現の達成を目指すものである。

高齢期になると、筋肉量が減少するサルコペニアや身体の前備能力が低下して健康障害を起こしやすくなるフレイル（虚弱、p.407参照）の状態に陥りやすくなり、これらの状態が進むと要介護状態になる。高齢者の健康維持は、食事の改善だけで目的を達成することはできず、栄養状態の改善に加え、運動機能改善、口腔ケア、日常生活全般の支援などを組み合わせた個別の総合的支援が必要となる。

医療にかかわる管理栄養士・栄養士と、福祉・介護にかかわる者との大きな違いは、医療分野では疾患の治療が業務の主たる目的であるのに対し、福祉・介護分野では「生活の場」における食支援が中心となる点である。管理栄養士・栄養士は、その人がその人らしく生きることができよ

うに、個人あるいは家族の意思を尊重した食生活の改善や栄養食指導等を提案し、長期にわたりより良い生活が営めるように支援することが求められる。

### 4-1 在宅における管理栄養士の役割

介護予防・日常生活総合事業（総合事業）は、市町村が中心となって、地域の実情に合わせた効果的・効率的な介護予防を推進するものである。管理栄養士は在宅高齢者への配食サービスや、高齢者在宅サービスセンター（デイサービス等）などでの食事サービスにかかわる。介護予防事業として自治体などが主催する栄養改善プログラムには、栄養教室や調理実習があり、低栄養を予防し自立と健康管理意識の向上を目的とした支援を行う。要支援者または基本チェックリスト該当者（介護予防・生活支援サービス事業対象者）であれば、さまざまな要介護支援事業を受けることができる。

管理栄養士が行う居宅療養管理指導では病院で行うような詳細な栄養管理を実施することは難しい。在宅では食事以外にも多くの問題があるため、実施できる栄養プランは1つか2つくらいである。利用者やその家族に負担がかからないマネジメント計画を立てるためにも、多職種との連携が求められる。

介護が必要となっても住み慣れた地域で生活を続けることができるように管理栄養士は食の面から利用者を支えていかなければならない。

### 4-2 介護保険施設における管理栄養士の役割

介護保険施設利用者の栄養管理は**栄養ケア・マネジメント（NCM）**により実施されている。介護におけるNCMは、高齢者の栄養や心身・疾病の状態に加え、生活スタイル、食べ物の嗜好、食生活歴など多くの情報を収集し、個人の要望に合わせた栄養管理が求められる。情報の収集方法は、入所時の調査表や入所後の多職種からの情報、および管理栄養士自らが行う**ミールラウンド<sup>5)</sup>**などがある。利用者の「食べたい」という要望を可能な限り実現するためには、歯科との連携が欠かせなくなっている。

介護施設ではさまざまな委員会活動を通してチームケアを実践している。栄養士が関与するものには、給食栄養委員会、褥瘡予防委員会、リスクマネジメント委員会、身体拘束委員会、感染予防委員会、ターミナル委員会などがあり、多職種で情報を共有するために職場内研修会なども開かれている。多職種の業務内容を理解しておくことは、チームケアで活動するために必要である。NCMの栄養ケア計画書は、介護支援専門員が作成する施設サービス計画書（ケアプラン）に連動して作成されることもあるので、より良いマネジメントを行うためには、多職種や利用者およびその家族との信頼関係を築くためのコミュニケーション能力を磨くことも必要である。

近年、管理栄養士・栄養士の専門性を高めるためのツールとして、栄養ケアの標準化と、それによる質の改善を目的とした「栄養ケアプロセス（NCP）」の概念（p.23参照）は、今後、福祉の分野にも広まっていくものと思われる。

介護老人福祉施設入所者の平均介護度は3.94であり、年々重度化する傾向にある<sup>6)</sup>。介護度の高い入所者は、認知障害や摂食・嚥下障害も多く、食事摂取や飲水、口腔ケアなどに見守りや手助けを必要としている。管理栄養士には、高齢者が施設という限られた生活空間でも食を楽しめるように誤嚥や窒息に配慮をしつつ、行事食やイベント食などに工夫を凝らし、最後の一さじまで口から食べることへの支援が求められている。

## 5 栄養ケア・ステーションの役割

栄養ケア・ステーションは、管理栄養士・栄養士が所属する、地域や医療機関に対して、栄養活動の支援を行う拠点である。地域住民をはじめとして、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・栄養士を紹介し、さまざまなサービスを提供している。

### 注

- 1) 日本栄養士会「介護報酬について」<https://www.dietitian.or.jp/data/nursing-reward/>（2021年7月閲覧）

- 2) 2021年4月1日より「通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT）」と「高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）」を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence：LIFE ライフ）」として一体的に運用が開始された。2021年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏づけられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、LIFEを用いた厚生労働省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・ケアの質の向上を図る取り組みを推進することとなった。
- 3) 葛谷雅文「低栄養」大内尉・秋山弘子編著『新老年学（第3版）』東京大学出版会、2010、pp.579-590
- 4) 手嶋登志子『高齢者のQOLを高める食介護論—口から食べるしあわせ』日本医療企画、2006、pp.10-11
- 5) ミールラウンド：「食事時巡回」という意味。食事中の高齢者や患者などの摂食状況を観察するもので、嚥む・飲み込む・自分で食べる能力などの問題、食物摂取や栄養情報に関する全体的な問題について、直接的な情報を手に入れる方法。
- 6) 厚生労働省「平成29年介護サービス施設・事業所調査の概要」2018、p.12