



特別対談

令和3年度介護報酬改定で求められる 栄養ケア・マネジメントの 新たなスキル



阿部咲子氏

帝塚山大学 現代生活学部
食物栄養学科 准教授



蓮村友樹久氏

社会福祉法人同胞互助会
愛全診療所 所長

この4月に行われた令和3年度介護報酬改定。
今回、栄養関連の加算については栄養マネジメント加算が
基本単位に包括されるとともに栄養マネジメント強化加算が新設された。
また、通所者に対する栄養アセスメント加算や
口腔・栄養スクリーニング加算が新設された。
さらに栄養マネジメント強化加算と栄養アセスメント加算の算定については
科学的介護情報システム(LIFE)への入力が必要となる。
こうした変化のなか、今、管理栄養士に求められるスキルとは何か？
阿部咲子氏と蓮村友樹久氏に対談いただいた。

単に症状の有無だけでなく
その原因を深く追求する

阿部 今回の改定では、栄養マネジメント加算が基本単位に包括され、栄養ケア・マネジメントに関する取り組みが未実施の場合、1日当たり14単位減算されることになりました。また、栄養マネジメント強化加算が新設され、入所定員が100人の施設であれば、管理栄養士2人の常勤が可能となりました。これをどう評価されますか？

蓮村 東京都昭島市に位置する当診療所は特別養護老人ホーム愛全園内に併設されており、私は常勤医として120人の入所者の診療を担当しています。また、2011年に愛全園NSTをスタートさせ、入所者のQOLとQOD (Quality of Death)のサポートを目標として、管理栄養士が中心となった多職種でのミールラウンドを毎週行っています。現在、当園には管理栄養士2人が常勤しており、栄養マネジメント加算はもちろん、経口維持加算や経口移行加算など、栄養関連の加算はすべて算定し、管理栄養士の人件費に充てていました。今回の改定で栄養マネジメント加算が包括化された

ため、栄養マネジメント強化加算や通所者への栄養アセスメント加算を算定して補う必要があります。当園の場合、入所定員の120人を50で除すると2・4人となりますから、もう1人の管理栄養士を雇用するか、給食担当の栄養士を雇用して、常勤の管理栄養士の負担を軽減するか、検討中です。

阿部 今回の改定では、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目標として、科学的介護情報システム(LIFE)を用いることになりました。このLIFEへの入力が必要要件となっている栄養関連の加算には、先ほどお話しがありました栄養マネジメント強化加算^{※1}と栄養アセスメント加算^{※2}があり、さらに管理栄養士の参画が算定要件として盛り込まれた褥瘡マネジメント加算^{※3}もLIFEへの入力が求められています。

客観的な数値をベースにして、適切に栄養アセスメントを実施することは大切です。しかし、LIFEの4「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)」のイメージにA1b値を入力する項目があります。ただ入力するだけでは意味が

ありません。もしA1bが低いとしたら、浮腫はないか、腎機能や肝機能はどうか、CRPの数値はどうかなど、A1bが低い理由を追求しなければ、適切な栄養ケア・マネジメントの提供につながりません。また、A1bが正常値であったとしても、それは脱水の影響で見かけ上、正常値になっているだけかもしれません。その場合、食欲の有無や体温、ツルゴール、唇や口腔内の渇きの有無などを確認し、脱水かどうか判断することが必要となります。

また、提供している食形態について、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013のコードやとろみの濃度を入力する項目がありますが、こちらも

単に入力するだけでなく、なぜその食形態を提供しているのか、どのような嚥下機能評価を行ってそのコードとなったのか、根拠をもつて説明できなければならぬでしょう。

蓮村 確かに数値を入力するだけでは意味がありません。そもそも、介護のアウトカムとは、その方らしく残りの人生を過ごし、その方が望む最期を迎えられることであり、これを客観的に数値化することは容易ではありません。実際、今回のLIFEの入力項目を見ると、その多くが医療や栄養管理、リハビリテーションに関する項目がほとんどであり、介護そのものを数値化したものはほぼありません。介護保険施設に勤務する専門



はすむら・ゆきひさ©2001年、杏林大学大学院医学研究科卒業。医学博士、産業医、認知症サポーター医。2006年から愛全診療所所長を務める

職は、この点をしっかりと認識し、これをベースに自分たちでいかに介護のアウトカムを数値化するか、試行錯誤していくべきでしょう。

阿部 そうですね。たとえば浮腫や脱水、下痢、便秘などについては、入力項目に有無のチェックしかありません。浮腫1つをとって、その評価は一律ではありませんが、下肢の浮腫が著明であれば心疾患の疑い、まぶたであれば腎機能低下など、その原因はさまざまです。また、浮腫を圧痕して40秒以内に戻れば低A1b血症による浮腫の可能性があり、戻りが40秒以上であれば心疾患や腎疾患の疑いとなります。下痢や便秘にしても、有無だけでなく、 Bristol スケールの評価を多職種で共有し、その原因と対応を検討すべきです。客観的なデータで介護の質を高めるためであれば、単に有無を入力するだけでなく、その原因を追究して経過を追い、記録していくことが必要になると思います。

蓮村 素晴らしいですね。そうしたフィジカルアセスメントの必要性について、多くの医師が忘れていきます。管理栄養士がそこまでフィジカルアセスメントできるので

あれば、施設の介護サービスは大きく変わります。ぜひ、管理栄養士がその取り組みを実践し、介護の領域を変えてほしいと思います。

管理栄養士の質が施設経営に影響する

阿部 栄養アセスメント加算や栄養改善加算、口腔・栄養スクリーニング加算など、今回の改定では通所系サービスの評価に重きが置かれました。これについてどうお考えでしょうか？

蓮村 評価すべきだと思います。通所サービスの利用者のなかには、重症化リスクのある方が珍しくなく、早期栄養介入によってその改善が期待できます。そのため当園では、以前から通所サービス利用者担当の管理栄養士を配置し、栄養ケア・マネジメントを提供してきました。その取り組みに対する評価として、各種加算が新設されたことはありがたいですね。

通所サービス利用者の多くは持病があり、診療所に通院されています。しかし、多くの診療所の医師たちは栄養管理の意識が低く、低栄養のリスクがある方に対し、LDLコレステロール値が高めな



あべ・さきこ◎病院や介護老人保健施設などを経て、2020年より現職。2014年、神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程にて修士(栄養学)、17年、昭和女子大学大学院博士後期課程にて博士(学術)取得。日本臨床栄養代謝学会認定NST専門療法士、日本健康・栄養システム学会認定臨床栄養師、介護支援専門員、栄養経営士

ので卵や肉類の摂取を控えるよう指導している状況です。今回の改定で管理栄養士が通所利用者へ栄養介入しやすくなったわけですから、担当の管理栄養士は、そうした間違った指導がなされている場合、その診療所の担当医とかけあい、通所サービス利用者の命を守るため、立ち上がるべきだと思います。

阿部 私も前任の介護老人保健施設に勤務していた時は、毎月17件の通所サービス利用者の方々へ栄養介入をしていました。90代の通所サービス利用者の方が診療所で減塩指導を受けているので食欲をなくしているという話を聞き、放置しておくようになったのです。蓮村先生のおっしゃるとおり、その

ような場合はその方の主治医と交渉すべきですし、直接交渉が難しい場合、少なくともご家族へお伝えする義務はあるでしょう。

蓮村 前述のフィジカルアセスメントも今、お話しされた通所サービス利用者への栄養介入も管理栄養士の高いスキルが問われることであり、今回の改定で常勤管理栄養士のスキルによって施設サービスの格差が大きくなると感じました。それは施設の経営にも強く影響するでしょう。

阿部 厳密な数値が要求される急性期と異なり、慢性期はアウトカムを数値化することが困難な領域です。しかし、国は科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提

蓮村 そうですね。特別養護老人ホームというと、長期的なスパンでゆっくりと対応していくイメージがありますが、実際は異なります。当園の利用者の平均要介護度は4・3であり、明日亡くなってもおかしくない方が多いです。1週間サイクルでNSTが回診し、情報を全職種にフィードバックし、栄養ケア計画を見直していかなければ間に合いません。今、提供する食事が最期の食事となるかもしれません。食べたいものがあれば、すぐに提供できるように対応しなければ、間に合わない状態です。だからこそ、利用者の情報を効率的に運用できるシステムの構築も不可欠となります。

阿部 栄養ケア・マネジメントの質を高めるため、管理栄養士である私たちがそのシステムを構築す

供の推進へ舵を切りました。3年後の改定では、集積されたLIFEのデータをもとに明確なアウトカムの数値を求められることになるでしょう。それに備えて、介護領域の管理栄養士は、LIFEへの入力だけに終始するのではなく、栄養ケア・マネジメントの質を高め、しっかりと根拠をもった取り組みを実践していくことが必要です。

※1: 栄養マネジメント強化加算(新設) 11単位/日

算定要件
 ・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

※2: 栄養アセスメント加算(新設) 50単位/月

算定要件 ※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
 ・当該事業所の従事者として又は外部(※)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
 ・(通所系サービス)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対応すること
 ・(通所系サービス)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
 ※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や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」。ただし、介護保険施設については、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。

※3: 褥瘡マネジメント加算(I)(新設) 3単位/月
 褥瘡マネジメント加算(II)(新設) 13単位/月

算定要件 ※加算(I)(II)は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定
 〈褥瘡マネジメント加算(I)〉
 ・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、少なくとも三月に一回、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に記録していること
 ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること
 算定要件
 〈褥瘡マネジメント加算(II)〉
 ・褥瘡マネジメント加算(I)に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、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、褥瘡発生のないこと

厚生労働省老健局老人保健課：介護保険最新情報 Vol.931 (令和3年3月12日)より引用一部改変

るため尽力していくべきでしょう。
 蓮村 そのとおりです。今回のLIFEはいわゆる「科学的な介護」を見据えた最初の一步なのだろうと思います。そのため、評価項目も介護領域で働く管理栄養士の誰もが入力可能なレベルに設定した

のでしょう。利用者のQOLとQODに資する栄養ケア・マネジメントをめざすため、現場の管理栄養士が試行錯誤しながらアップデートしていくことが必要でしょう。また、LIFEへの項目入力についてはクラウド型の介護ソフトなどのICT活用により多職種

が同時にどこからでも入力可能とすることで業務を効率化し、入力が各職務の負担にならないようにすることが重要だと思っています。当法人でも現在愛全園NSTで使用の中のNSTシートをLIFEへの入力と連動できるように検討中です。