

第1章 リハ栄養

① リハ栄養の概念・定義・展望

①リハ栄養の概念・定義・展望

- ①はじめに
- ②リハ栄養の概念
- ③リハ栄養の定義
- ④リハ栄養の現状
- ⑤リハ栄養研究の現状
- ⑥リハ栄養の展望
- ⑦リハ栄養の診療報酬の展望
- ⑧おわりに

ポイント

- リハビリを要する高齢者の多くに低栄養やサルコペニアを認めるため「機能/活動/参加」を最大限高めるにはリハビリ+栄養管理が大切
- リハビリ栄養とはICFによる全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養摂取の評価,診断,ゴール設定を行った上で、障がい者やフレイル高齢者の状態を改善し、QOLを最大限高める「リハビリから見た栄養管理」や「栄養から見たリハビリ」
- 今後はリハビリ栄養診療ガイドラインを完成させて研修会を行うことや、リハビリ栄養の実践が診療報酬に含まれることでより質の高いリハビリ栄養を実践できるようにしたい

①はじめに

- 2010年「PT・OT・STのためのリハビリテーション栄養－栄養ケアがリハを変える－」（医歯薬出版株式会社）

リハと栄養は~~バラバラ~~

- 当初の定義：栄養状態も含めて国際生活機能分類で評価を行った上で、障害者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるように栄養管理を行うこと→2017年に見直しあり

②リハ栄養の概念

- 当初：スポーツ栄養のリハ版。障がい者や高齢者のパフォーマンスを最大限発揮できる栄養管理を行うこと。
- 高齢者の約50%に低栄養やサルコペニアを認める。低栄養やサルコペニアは四肢体幹の筋力低下、摂食嚥下障害、呼吸障害たADL制限、参加制約の一因。
- リハだけではなく適切な栄養管理が必要である。「栄養ケアなくしてリハなし」「栄養はリハのバイタルサイン」
- リハと同時に栄養強化療法を行うことで、よりADLを高めることができる。

②リハ栄養の概念

- リハ栄養 ≠ 栄養リハ
- **リハ栄養：rehabilitation nutrition. 日本初の造語→世界へ発信**
- 栄養リハ：nutritional rehabilitation. 栄養改善とほぼ同義
途上国の小児の栄養改善プログラムで使われる言葉
栄養リハの概念には栄養障害以外の障害者が含まれていない

③リハ栄養の定義

- 2017年『国際生活機能分類(ICF)による全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養摂取の過不足の有無と原因の評価,診断,ゴール設定を行った上で、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・栄養素摂取・フレイルを改善し、機能・活動・参加・QOLを最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたりハ」である』西岡心大、永野彩乃、若林秀隆

従来は『栄養状態も含めて国際生活機能分類で評価を行った上で、障害者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるような栄養管理を行うこと』

③リハ栄養の定義

- 従来との定義の違い

①リハ栄養の診断,ゴール設定というステップを明記

②ADLに障害のある者だけでなくフレイル高齢者を対象

③「リハからみた栄養管理」だけでなく「栄養からみたリハ」を追加

④リハ栄養の現状

- 2011年 日本リハ栄養研究会が設立
- 2016年12月末 会員5220人
- 2017年 日本リハビリテーション栄養学会

- 自分の病院・施設にリハ栄養チームがあると、個人としてのリハ栄養実践も行いやすく、2職種2人以上で構成されるリハ栄養チームをつくることが望ましい

⑤リハ栄養研究の現状

医学中央雑誌、Google Scholarともに検索ヒット数は増加。

2021年現在、Google Scholarで「rehabilitation nutrition」を検索した時のヒット数は…**3780件**

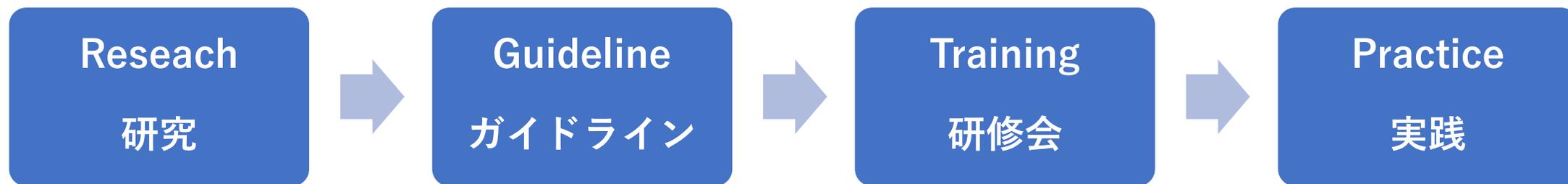


図2 医学中央雑誌での「リハビリテーション栄養」の検索ヒット数推移 (2017年12月13日検索)



図3 Google Scholarでの“rehabilitation nutrition”の検索ヒット数推移 (2017年12月13日検索)

⑥リハ栄養の展望



←リハビリテーション学会誌2020年
P3.リハビリテーション栄養診療ガイドライン2018

⑦リハ栄養の診療報酬の展望

- NSTの加算の算定要件に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の参加が含まれることが「望ましい」
- 「施設：栄養に係る所定の研修を修了した常勤の〇〇」
医師、薬剤師、看護師、管理栄養士の4職種



令和3年度介護報酬改定
栄養に関する改定の概要

令和3年度介護報酬改定の概要

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。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

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

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○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 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エント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通減制の緩和 ・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)

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・介護現場の革新に対応

○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兼務等の緩和 ・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 ・運営規程の掲示の柔軟化

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 ・退院退所直後のリハの充実
・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の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

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

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
・長期間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

・基本報酬の見直し



3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その1)

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- 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。【告示改正】
 - ・ 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。【告示改正】
 - ・ 全ての事業者には、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。【省令改正】 R3.1.13 諮問・答申済

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設)

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)

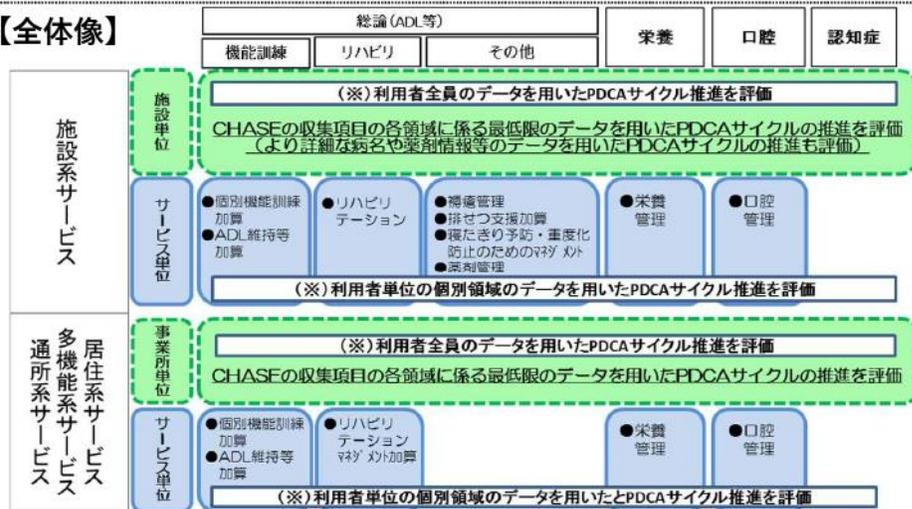
<通所系・多機能系・居住系サービス>

科学的介護推進体制加算 40単位/月 (新設)

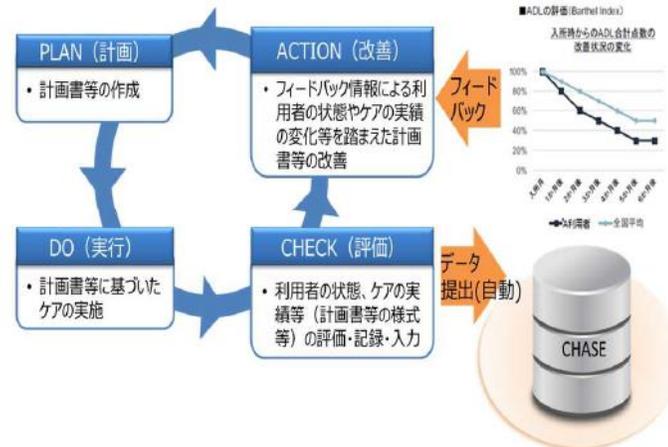
(算定要件)

- イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



【PDCAサイクルの推進 (イメージ)】



(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。
科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ)

介護保険施設入所者の栄養状態

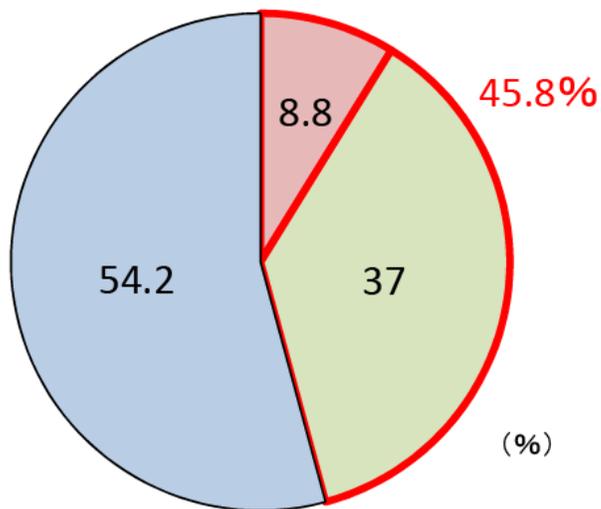
社保審-介護給付費分科会

第178 (R2.6.25) 資料1

3. (1)⑮

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■ 高リスク ■ 中リスク ■ 低リスク



※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)の入所者35,314名

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

(参考)低栄養リスクの分類について※

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3~5%未満 3ヶ月 →3~7.5%未満 6ヶ月 →3~10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)



栄養ケア・マネジメント体制の強化と在宅復帰率・入院率

社保審-介護給付費分科会

第191 (R2.11.5)

資料2

○栄養ケア・マネジメント体制を強化し、管理栄養士を2名以上配置している介護老人保健施設（入所者80人以上）では在宅復帰が有意に推進され、管理栄養士を2名以上配置している介護老人福祉施設（入所者80人以上）では入院が有意に抑制されていた。

3. (1) ⑮

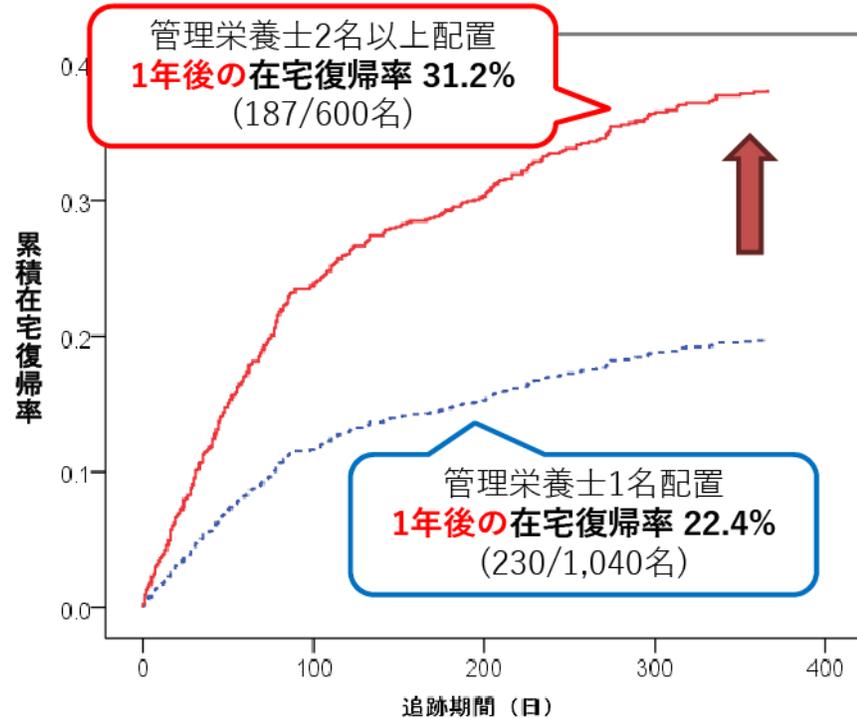


図 介護老人保健施設（入所者80人以上）における累積在宅復帰率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比2.174 (95%信頼区間 1.773-2.665, P<0.001) COX比例ハザード分析
(性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整)

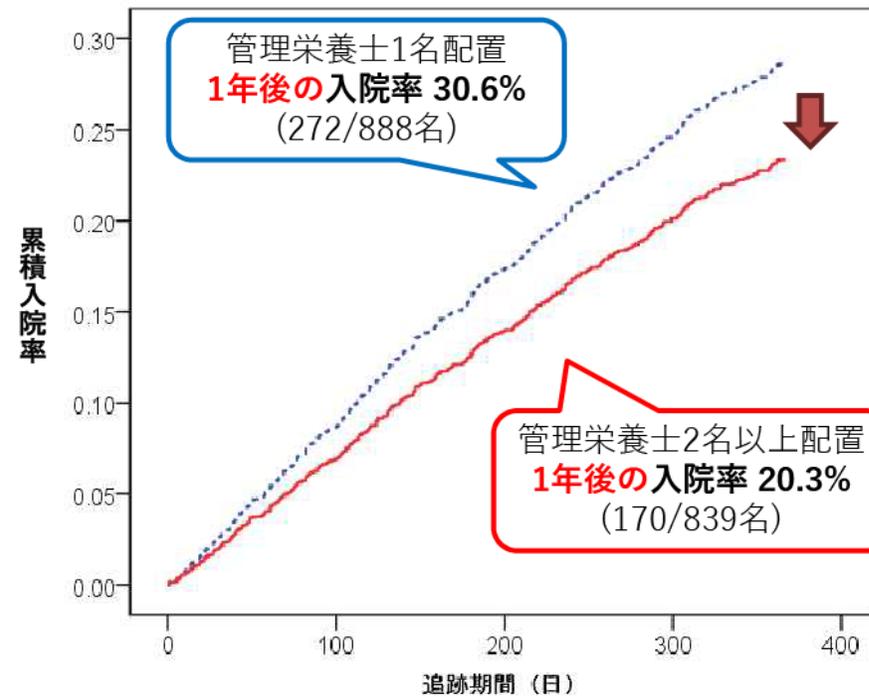


図 介護老人福祉施設（入所者80人以上）における累積入院率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比0.789 (95%信頼区間0.638-0.976) COX比例ハザード分析
(性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整)

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）



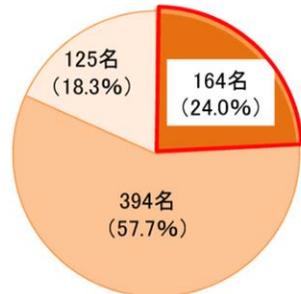
通所サービス利用者の栄養状態

社保審-介護給付費分科会
第178 (R2.6.25) 資料1

3. (1)⑱

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA®-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

BMI
■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 ■ 25.0以上



※対象者：全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA®-SFによる栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

38.7%

※対象者：秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

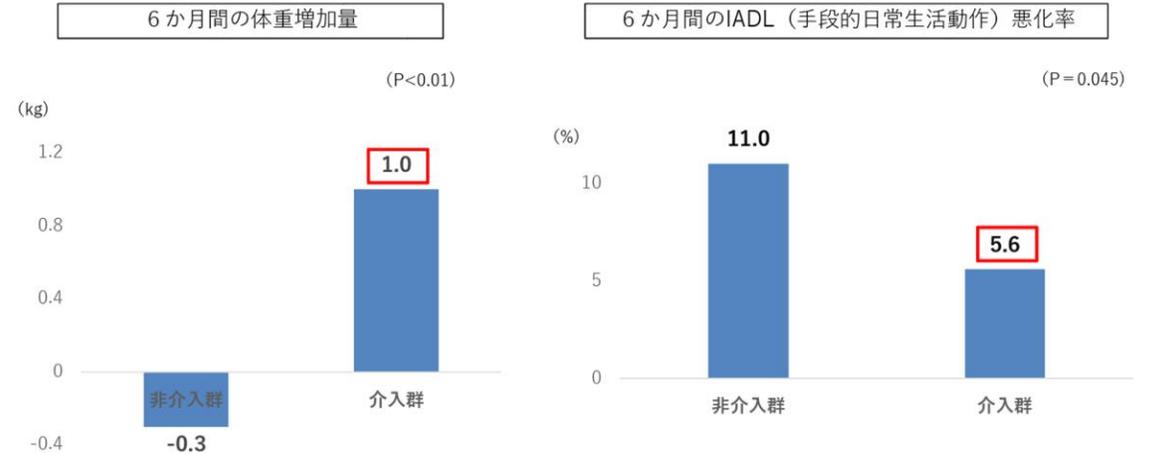
出典：平成25年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

社保審-介護給付費分科会
第191 (R2.11.5) 資料2

3. (1)⑱

○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。



対象者：全国の通所サービス利用高齢者
研究デザイン：傾向スコアマッチングによる準実験的研究
介入群：低栄養リスク改善等を目的に、協力事業所等の管理栄養士が栄養ケア・マネジメント（通所あるいは在宅訪問による展開）を実施。161人で介入前後6か月間のデータを取得
非介入群：平成30年度老人保健健康増進等事業において6か月間のデータを取得できた者のうち、介入群の対象者より個人特性が類似した者を選出する目的で、傾向スコアマッチングによって介入群の3倍である483人を抽出

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

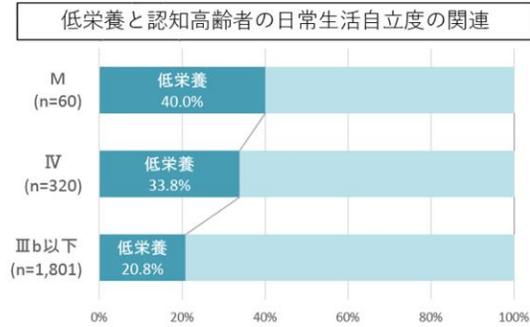
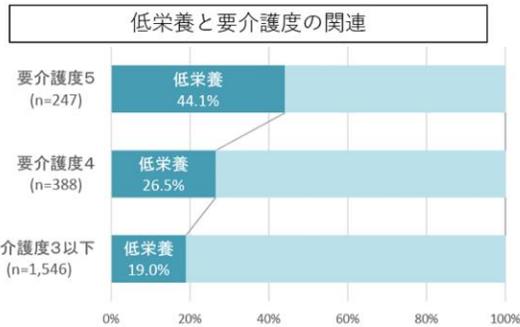
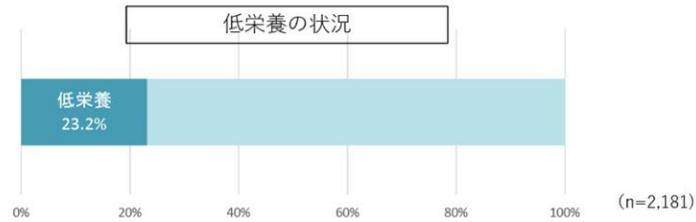
リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（一般社団法人日本健康・栄養学会）

認知症対応型共同生活介護利用高齢者の低栄養の状況

社保審-介護給付費分科会
第191 (R2.11.5) 資料:

- 認知症GH利用高齢者のうち、低栄養（BMI18.5未満）の者は2割強。
- 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合が高い

3. (1)⑱



低栄養：BMI18.5未満

出典：平成29年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）の再解析

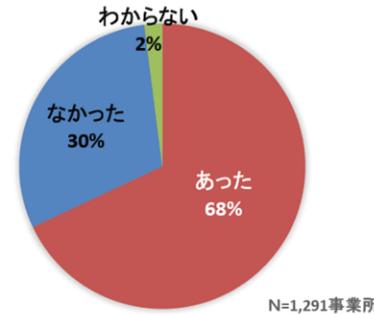
認知症対応型共同生活介護における管理栄養士・栄養士の関わり

社保審-介護給付費分科会
第191 (R2.11.5) 資料:

- 利用者の食事提供・栄養管理に関して「不安あり」と回答した事業所が約7割。
- 認知症GHにおいて管理栄養士・栄養士の関わりがあった事業所は約4割であり、管理栄養士・栄養士の所属としては同一法人の他施設が約6割。

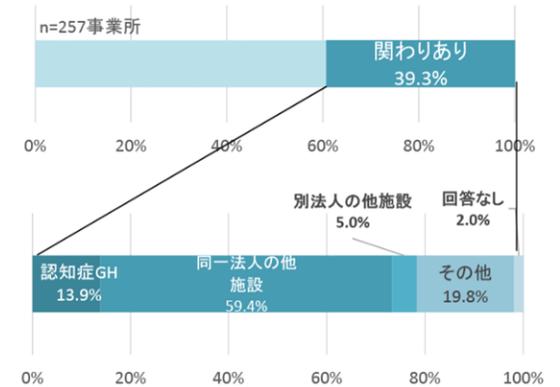
3. (1)⑲

利用者の食事提供・栄養管理に関する不安



出典：令和2年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

認知症GHにおける管理栄養士・栄養士の関わりと所属



対象事業所：全国の認知症GH事業所
管理栄養士・栄養士の関わり：認知症GHにおいて過去6か月間に管理栄養士・栄養士による関わりがあったと回答

出典：平成29年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

⑧おわりに

- 低栄養やサルコペニアの障がい者、高齢者の機能・生活・参加・QOLを最大限に高めるにはリハ栄養の考え方と実践は欠かせない。
- フレイル高齢者の障害予防や健康寿命延伸にも、リハ栄養の考え方と実践は有用である。より多くの医療者にリハ栄養を実践してほしい。