

日本健康・栄養システム学会 「これからの栄養ケア・マネジメント in 札幌～これまでの報酬改定をふり返りつつ～」 7月5日(土曜日) 於天使大学
ご質問に対する講師による回答一覧

NO	質問（原文のまま）	回答
1	基調講演 「先をみる力」をつけるのに必要なことは？ 次の介護報酬改定で見据えていることは？	・基本的には今までの流れを離れて突然に新規の報酬等が出てくることはあまりないと言えます。今まで積み重ねてきたことを現場でどう改善していくかが重要。現場で考えて、これが重要と考えることを成果として出して、役に立っていることを示していくことが大切です。そのような努力が積み重なっていくとトレンドになり、みんながやり始めるとさらによいものになるのではないのでしょうか。 ・現時点で明確に回答することは難しいですが、新たなエビデンスや様々な現場の状況を把握する調査結果等を踏まえて、これから議論していくことになります。 議論するためのデータがなければ、議論の俎上にも上がらないため、大変お手数ですが、施設等に老健事業をはじめとする各種調査依頼があった場合は、ご協力いただきますようお願いいたします。
2	セッション1 貴重な講演有難うございます。診療報酬についてです。栄養情報連携料は医療機関・介護保険施設等ですが、当院からはサ高住や自宅への退院が多くあります、介護報酬では、自宅退院の情報連携は点数がついていますが、診療報酬ではついてきますでしょうか。訪問栄養につながる一歩にもなりそうだと思いますので、進めていきたいと思いました。	・栄養情報連携料も、サ高住や自宅への退院の場合でも、入院中に栄養食事指導を行った上で、在宅での療養を担う病院や診療所の医師又は管理栄養士に情報提供した場合は、算定が可能です。入院中の栄養食事指導の要件はありますが、情報提供の取扱いとしては、介護報酬と同様です。

3	セッション 1 ・退所時栄養情報連携加算について質問があります。急な入院や休日の時に栄養情報提供をおくるのは当日でなければならないのでしょうか？期間や期限が明確ではないので教えてください（食事提供がはじまってしまうので） ・退所時栄養情報連携加算の書類はメールや FAX でも良いのでしょうか？ICT 化なので紙以外の情報提供は可でよろしいのでしょうか？おしえてください（もちろん電話もしていますが休みで管理栄養士がいないときもあります）。	・退所時栄養情報連携加算の情報提供について、期日の定めはありませんが、当該加算は、利用者の継続的な栄養管理の確保等を図るものであり、退所後の栄養管理に必要となる情報を、退所後の医療機関等が確実に活用できるように提供することを求めています。なお、当該加算は、紙での提供に限定していません。
4	セッション 1 ・通所の栄養改善加算の取得がすすまない。ケアマネが必要を感じない（すすめてくれない）。実施例がないので、事例をひろめて取りやすくしてほしい。 ・知識不足かもしれませんが、再入所時栄養連携加算(1 日)、食形態低下⇒特別食（胃ろう、嚥下調整食）なら全て対象ですか。	・ケアマネージャーに栄養ケアの重要性を理解してもらうことが重要。政策的にはケアマネへの啓発資料を作成し周知しているところ。現場では成果を出して利用者の状態改善を示すことが必要。コミュニケーションを取り、サービスの成果をアピールすることが大事。再入所時栄養連携加算を算定する場合、要件を満たす必要があるため、詳細は、001227894.pdfを確認してください。
5	セッション 1 現地点での LIFE のフィードバックでの情報をどのように活用すると良いのか。	・LIFE は現在データを集めている段階であり、皆さんが入力したデータを返して見直す機会が大事。積み重ねが必要で、これで終わりではなく進化している。皆さんが結果を出し、声を上げることで、LIFE がどう役立つかが見えてきます。将来的には個人に合った介護方法を提案できるシステムを目指している。データの正確な入力重要です。
6	セッション 1 化学療法を入院で行う場合の栄	・入院期間が通算される再入院の場合は、1 回の入院中に 2 回限りとなります。

	養指導について、繰り返し入院の栄養指導や相談が必要となる場合がありますが、がんに対する指導とあわせて行うにしても同一病名のため2回までしか算定できないという理解でよろしいでしょうか。もっと算定できるようになると嬉しいです。	
7	セッション1 在支病、在支診の施設基準に訪問栄養食事指導の体制というのが加えられましたが、私の地域の在支病、在支援では栄養訪問指導の実績が見られていません。今後、訪問栄養食事指導の実績ありきとなっていくようになりますか？	・在支病、在支診を掲げているものの、在宅での実績がほとんどない状況は問題と言えます。このままでは在宅支援病院の存在価値が問われる可能性があります。関係者は積極的に取り組むべきと考えます。
8	セッション1 居宅療養管理指導：介入内容によっては足りないし、安定している方には月2回入る必要はないと考えている。実際当院の訪問栄養食事指導は、全体の半数は月1回から2か月に1回です。逆に摂食嚥下障害で経口の練習をしている方は、月2回でお願いしても、家族から各週だと、前に戻って進めないで、毎週来てほしいと頼まれて、病院事務と相談の上、月2回以上は全額自己負担（5,450円/回）をお願いして行っていた。現場の実情と報酬の算定要件が合わないと思うことが多い。また、病院の解釈により外出しの負担してもらいかどうかを決定するのでモヤモヤすることもあります。	・財源に限りがあるため、全てのニーズに応えることは難しいと言えます。成果を示すことで将来的な加算の改定につながる可能性があります。必要性が高い場合は自己負担での上乗せ・横出しも選択肢となります。

	例) 駐車場付き交通費、訪問回数 (一律 2 回/緩和 4 回、先ほどの説明では、繰り返し可能のようでしたが、栄養士会では、4 回とったら、翌月は 2 回と説明がありました。)、時間、内容(買い同行は導入しているが、病院からはよく思われないことも多い)。・病院(医療機関)の算定で、栄養ケアステーションとは別の系列クリニックにある場合、系列クリニックの患者に介入した場合、指示医が別医療機関となり、ⅠではなくⅡで算定しています。・他医療機関から訪問栄養指導は、介護保険の場合はⅡを当院で算定することで、あまり問題はないですが、医療保険を使う連携では、病院との契約より、管理栄養士副業での契約を希望されるため、担当者として対応に悩む。	
9	セッション 1 在宅訪問に行く管理栄養士の数が足りないと言われていますが、北海道栄養士ケアステーションと他の病院職員以外で拡大されることは今後検討される余地はありますか。保険薬局の管理栄養士の活用はいかがでしょうか。	・ 社会保障審議会介護給付費分科会 (第 230 回) において、薬局に勤務する管理栄養士による居宅療養管理指導の評価を検討した結果、現状では難しいとの結論が出ています。
10	セッション 1 食材費の高騰を受けて全体には献立作成にかかる時間にてこずるようになりました。栄養ケア・マネジメントをスムーズに進められるよう日常的にどのような工夫をしたらよいか聞きたいで	日常的な工夫とのことですので、現場の先生からご回答いただきました。 ◎給食管理マネジメント ①食単価に大きな影響を与える食材の値上げをいかに抑えるか→米に掛かる費用が特に影響が強い(安曇野産こしひかり)です。米が価

	す。	格高騰する直前に納入業者を増やし、複数の業者で競争させている最中、市場の米価格高騰が occurred。某業者が早々に納入価格を倍の値段で申し入れがありましたが、他者業者は価格据え置きで納入して頂いておりました。納入業者を増やす時、安定提供が米業者にとって重要であることを確認し、そこを尊重した納入量に調整して取引開始しました。この業者との関係性が大変な時にはお互い様との認識となり、据え置いた金額のまま現在も米を納入して頂いているのではないかと考えています。 ②給食委託会社との連携・協働の強化→昨年度、委託会社より栄養士の人員が不足している為、直営の管理栄養士（臨床業務をしている管理栄養士）に給食業務の一部を担って欲しいと申し入れあり（給食管理は全面委託）。栄養ケア・マネジメントの実装への影響を考え、それは出来ない旨お伝えしました。そのままでは委託会社の運用困難となる為、新しいマネジメント運営（委託会社の困難事例を解消すべく）を提案。内容としては、こちらで栄養士を採用し、管理栄養士資格取得するまで給食委託会社へ出向。当該資格取得後、出向を解き管理栄養士として臨床業務を担う。現在契約書等調整し準備をすすめています。 上記①②の共通点は、困っている事案（米業者、委託会社）に対して、こちらが出来ることは最大限、手を差し伸べる。②については前例がなくても目的達成するために、人事部、総務、病院長、理事長を動かし、委託会社のマネジャー、スーパーバイザー、支配人、支店長を動かす必要がありました。 ◎食材費の高騰 食材料費は実費請求で委託会社と契約しています。目標金額（食材料費）に合わせて食材
--	-----------	--

		を調整することがありません。ですが食材料費は食材費高騰している現在においても食単価は変動ありません（1割どころか数%増加もございません）。これが実現出来ている点は2点あります。一点目は上記にあるとおり、大きく影響のある米価格を据え置きで入れることが出来ていること。二点目は委託会社の努力により、食材廃棄となる（急な入院患者にも対応出来るように多めに調理・準備しても使用されず廃棄）量を3～4割減を実現出来たこと。実費請求にも係わらず食材を無駄に使用しないのは、日常的に互いの困難事案を助け合っている関係性を築いてきた結果だと認識しています。栄養ケア・マネジメントで大切にしていることは、「自分の目で実際に確かめることで、転じて自分の判断で処理をすること」「ある目的を達成するために目標に向かって人々を動かしていくための活動」（栄養ケア・マネジメントの実装2024年度報酬改定版より）がございます。これは給食マネジメントにおいても同様に重要であると実感しています。 工夫は上記の通りとなります。少しでも参考になる事項があれば幸いです。 ・その施設によって管理栄養士の人数も異なりますので、適切な回答は少し難しいですね。献立の調整は主に私と、その下の課長、給食部門の課長補佐（調理師）、委託会社の栄養士と相談しながら決めておりますので、食材高騰による献立変更などもその中で調整しています。ここで質問に出ている栄養ケア・マネジメントとは、おそらく栄養スクリーニングから始めて、栄養アセスメント、栄養管理計画の作成、実施、モニタリングの流れの事（いわゆる入院患者の栄養管理業務）だと思うのですが、これらは献立とは関係なく、医療のシステムとして
--	--	--

		毎日誰がいつ実施するというのが決まって動いているため、滞る事はありません。但し、あくまでもそれなりのマンパワーがあり、例え1人が欠けてもその流れが止まらないようなシステム構築が出来ていての話となります。もし、1人や2人しか管理栄養士が居ない施設で、1人欠けるとシステムが起動しないような体制の場合は難しいかと思います。また、複数の管理栄養士がいれば、先ずは誰か1人くらいが欠けても、栄養ケア・マネジメントの流れが止まらないようなシステムの構築が必要かと思います。管理栄養士のマンパワーが少ない場合は、多職種を巻き込んでも、入院基本料を算定するためには必要な事だと、施設全体に訴えて、システムの構築を進める事を推奨いたします。 ・医療の現場に比べると少人数で運営していることが多いと思うのでその中でのやりくりでご苦労されていることと推察しております。追加でアドバイスするとすれば下記の点かと思います。 ・常に完璧になるように時間をかけられるのが理想ではありますが、得てしてどのような仕事においても時間は有限であり、その決められた時間の中で優先順位を決めて取り組まなければなりません。まずは、業務の洗い出しと時間の設定、そこから業務内容やどこまで時間をかけられるか質の部分を逆算する作業を一度してから業務に取り組むと効率的かつ自分の中で納得した業務にしていけることも多いです。 ・献立に関しては、高騰する食材の見直しはもちろんですが、その中でも価格の変動の少ない
--	--	---

		食材をある程度頻度を高めることも一つの手段かと思います。価格をどの幅で見るとかと思いますが、1日単位より週や月単位くらいであわせることも一つの手段かもしれません。また実際に食材費の高騰は事実上起きています。給食費やかけていい食材費に関して事務長や施設長と一度相談して見直しを行うことも一つの手段かもしれません(給食費の見直しも可能性としては0ではないかと思います)。 ・以前は管理栄養士には管理栄養士の業務しかしないため必要最小の人数を目指す傾向にありました。しかしながら、そうしてしまうと特に小さい事業所では一人欠けた時に加算は落としますし、業務がまわらなくなってしまう。そのため、管理栄養士が1名欠けても栄養ケア・マネジメント業務が滞らないように配置数を見越して設定しています。ただ、その分通常業務において管理栄養士は臨床業務以外に給食管理も厨房業務も場合によっては施設内におけるどの職種がやっても構わない業務を担っていることも少なくありません。雇用する管理栄養士や施設責任者への十分な説明が必須ではありますが、栄養管理の枠を超えて業務を行うことで一人分の配置を管理栄養士で追加でもらうということで、施設全体で栄養ケア・マネジメントの運用をコントロールすることを可能にしています。周りの理解や課題の多い方法ではありますが、参考にさせていただければ幸いです。 ・献立作成については、グループ法人内の施設間で基本献立は同一献立にし、病院・老健・保育園などで展開していく方法を取っています。献立担当の月を分担しています。仕入れ業者の価格のやり取りも統一にしています。値段交渉
--	--	---

		も一括でとしています。栄養ケア・マネジメントは、厨房、病棟、外来の担当を勤務時間で決めて、3つの箇所に管理栄養士がいる体制としています。
1 1	セッション2 訪問栄養食事指導の実践：組織がちがう中で訪問が行える実績の報告がされていました。とても素晴らしいと思いました。一般的には、組織が違っていると訪問に行くことは難しいと思います。このキッカケは何かありましたか。是非、お聞かせください。	・訪問のきっかけは、経営者（訪問診療・往診の経験のある医師）より、“管理栄養士も在宅療養をみるのが大事”という言葉でした。訪問診療、訪問看護との同行訪問から開始しました。在宅支援は、医師・看護師・リハビリ職・介護士と別事業所のスタッフが連携することが特徴です。キーとなるのはケアマネージャーであり、1症例でも繋がりができると依頼があることが多いです。
1 2	セッション2 在宅での家族向け教室の参加者は病院通院者または一般市民の方ですか。参加費（試食）は頂いていますか、無料ですか。時間はどの程度ですか。	・「家族向け介護教室」の参加者の対象は、①当方の介護サービス（通所、ショートステイ、訪問介護、老健等）の利用している介護者、②地域のケアマネージャーに案内し他事業所を利用している方の介護者です。 参加費は、無料です。時間は、60分（講義30分、食事の展示を見てもらい食事形態の説明やとろみのつけ方で30分）です。
1 3	セッション2 教材にある「不要な絶食期間の短縮」は、何を根拠に「不要」を判断するのですか？ 質問ではないですが、夫々の利用者様（高齢者様）に合う食事形態に自信がありません。そういった研修会があると嬉しいです。	・手術が多いため、手術前後の食止めは不要という意味合いです。2012年までは手術前は食止め、術後も2日間くらいは絶食にしていた期間がありましたが、当時の外科部長に提案して、手術前日の夕食まで通常食を摂取し、当日の朝までは飲水も可、術後も早ければ当日夕から、消化器外科術後の患者でも翌日昼から流動食を開始し、なるべく絶食期間を短縮させることにしました。それによって入院期間の短縮につながりました。 ・絶食が必要な疾患（膵炎、イレウス、虚血性腸炎等）はありますが、肺炎の場合は、解熱を確認、口腔ケア、言語聴覚士による嚥下評価を行い、経口栄養を開始していきます。日曜、夜

		間入院の場合は、特に注意してみています。
1 4	セッション2 転職で老健に勤めていましたが、加算が療養食のみで、他の加算をとることができませんでした。新卒だったこともあり知識が浅かったです。転職して再度老健を検討していますが、どう進めていけば良いか不安です。栄養に関する加算の取組をして、どのように行えば良いかアドバイスをいただけますと幸いです。また、「軟菜食」の定義があいまいで、導入が難しかったです。「軟菜食」の導入に向けてどのように行えば良いのかアドバイス頂ければ幸いです。よろしくお願い致します。	・管理栄養士が少人数の職場で加算について、情報をすべて理解することはかなり大変であると推察しております。日本健康・栄養システム学会をはじめ、日本栄養士会でも加算算定についての研修会を行っています。そういった外部の研修を活用することで、自分で考えてまとめる時間を節約できると思うので、活用してみたいかがでしょうか？また加算算定には他職種（看護、介護、リハ、事務、ケアマネなど）の協力が不可欠です。研修で得た知識を踏まえて、ひとつずつ取り組んでいただけたらと思います。 「軟菜食」については固さのイメージが合わせづらいことを推察しております。まずは日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類のコード4（嚥下調整食4）を基準として、具体的に料理の状態や切り方、軟らかさの標準を決めて、厨房内で認識を統一してはいかがでしょうか？国際嚥下食標準化構想（IDDSI）のフォーク押しテストなども参考にしています。
1 5	セッション2 特養で管理栄養士をしています。低栄養の方、リスクが高い方、褥瘡の方など栄養介入をするべき方は一定数いますが、私の施設では補助食品は個人購入ですので、満足に介入できていません。そもそも食事が食べられない方、病状が悪化した方は、病院に入院します。そのような中で、栄養ケアをしていると何のために栄養ケア・マネジメントしているのだろうと疑問に思うことがあります。実際、特養ではどのような栄養ケアをされていますか？補助食品の	・考え方として栄養ケア・マネジメントをしているということは必要栄養量を満たすように食事を提供する必要がある、その食事（給食）が食べられないのであれば、食べていない分の食材費は他の補助食に使うことが適切であると考えています。そのため、給食費としていただいている食材費の中で栄養が足りるように補助食も提供しています。直営の給食施設であるため、常時食材が厨房内にあり、その食材の管理は各施設の管理栄養士が行っています。市販の補助食品をたくさんつけるともちろん食材費で賄えないことも多いかと思いますが、一方で卵や豆腐、牛乳といった食材を活用することでも必要な栄養量を少しでも補うことができるかと思いますが、また、ご飯のお供や調味料

	活用はどのようにされていますか。	(マヨネーズや酢など)を少し足すだけで食べてくれる利用者も少なくありません。委託給食ですと難しいところもあるかもしれませんが、給食で使用する食材の工夫で食材費内でできることも多いと思いますので、出来るところから実践していただけますと幸いです。
16	セッション2 私の勤務する病院の地域は、30~50代の健康課題として、肥満、糖尿病等の生活習慣病等があります。行政と当院で連携し取り組んでおりますが、何か効果のある取り組み方法や連携方法等ありましたら教えて頂きたいです。肥満とメタボ等は近隣の地域においても課題らしいです。	・行政、近隣の施設やクリニック、薬局などと一緒に糖尿病連携の会というものを立ち上げて活動しています。多職種で構成されており、年に数回勉強会や市民公開講座などを行って、患者やその家族との交流も実施しています。 ・長寿県であった頃の地域活動は、地域かかりつけ医師が往診時、脳卒中の予防として減塩活動を地道に長期に行っていたと聞いています。その効果として脳卒中発症が減り、長寿県に繋がったと思われます。 当該地域の健康課題となっている肥満、糖尿病の原因がどこにあるのか(地域特性も勘案した具体的な原因(移動は車が主であり運動量が少ない等))把握し、住み慣れた場所での療養生活に合わせた啓発活動(行政のみならず、老人会等での活動・連携も含む)や、在宅訪問栄養食事指導が出来れば効果的な取組となるのではないのでしょうか。
17	セッション2 食事サービス部門導入してのメリットは	・直営化という意味合いでしょうか？メリットとしては、やはり自施設という意識が高まりますので、より質の高い細やかな対応は可能になります。ただし、業務の効率化を同時に考えないと、厨房の業務の煩雑化になりますので、いかにシステム化するかが課題です。あとは、臨床栄養部門と給食サービス部門のコミュニケーションが重要だと思います。
18	セッション2 老健100床の管理栄養士、栄養マネジメント強化加算で、管理栄養士が1名から2名に増員したが、	・栄養部門は記録作業が多いため事務員の確保が課題。事務員として募集すると管理栄養士の応募があることもある。一方で、管理栄養士を増やす方が業務シェアや産休・育休時の対応

	L I F E、多職種連携、ミールラウンド等業務に追われています。実務的に何かアドバイスを。また、将来的に、栄養事務員の増員について何かあればよいと思います。発注、検品等も併せて業務の負担を感じています。	などで柔軟性が高まるという意見もありました。
19	セッション2 栄養マネジメント強化加算をとっているの、入院時に栄養情報を作成し持たせていますが、それが病院の管理栄養士の手にとちゃんとわたっているのか不安です。実際に情報を見て食事開始に役立っていますか？	・急性期病院では情報を受け取ることが少ないですが、必要に応じて電話で情報を求めることもある。情報は役立っています。
20	セッション2 カルテ記載の日々の具体的内容等のエピソードがあったら教えてください。	・基本的には SOAP 形式にて記載しています。栄養補給計画や投与栄養量(両者のギャップ)。問題点の抽出。それに対する対策(栄養ケア計画)等の基本的な記載は多くの施設と同様と思います。それ以外で特徴的な記載内容は下記の通りです。 入院時栄養評価 ◎口腔状態→一体的取組に繋げる ◎既往歴 ◎入院前生活状況(生活場所、同居者、要介護認定等) ◎ADL(食事,排泄,移動)→CFS(Clinical Frailty Scale) 0～9 点のスコアで、高齢者のフレイル・要介護のリスク評価に繋がります ◎GLIM criteria→一体的取組に繋げる 退院時栄養評価 ◎口腔状態→一体的取組に繋げる ◎GLIM criteria→一体的取組に繋げる 一例ではありますが、上記内容について追記

		頂けますと幸いです。
2 1	セッション2 教育(養成校)からみて、臨床現場が遠ざかっていくように日々感じています(本学だけでしょうか)、臨地実習までに必要な知識も増え、十分な準備ができないまま実習へ送り出すこともあり、実習先にもご負担をおかけしていると思います。就職先も対象化し、臨床が選ばれにくくなっています(就職内定が決まるのが遅い、給料が他業種に比べると微妙など)、実習生を受け入れ、新卒を募集・教育される立場から、養成校との関係や教育に期待、求められることがありましたらご教示ください。	・まだ1養成校だけですが、学生さんと先生と一緒に5名程度、2～3時間、病棟業務と厨房業務を見学してもらう時間を設けています。現場を経験していない助手の先生方も多いため、養成校が企画したのがきっかけです。その後、インターンシップや実習に参加する学生さんもいます。 ・養成校との関係や教育に期待・求めること：養成校、臨床現場それぞれに背景があると思いますので、卒前・卒後教育の在り方や、限られた背景(条件等)で互いに出来ることを話し合う場を設け、インタラクティブにより良い栄養ケア・マネジメントに繋がる方法を語る場が増えて欲しいと思います。 実例：地元の養成校で、特定集中治療室、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅での栄養ケア・マネジメントについて臨時講師として授業しています。また、包括ケアを担う管理栄養士育成を目的に当該養成校と3年間の打合せを経て、新たな臨地実習を開講(2020年より)しています。