

第3章 栄養管理

栄養管理は、いわゆる Plan（計画）－Do（実施）－Check（検証）－Action（改善）のマネジメントサイクル（PDCA サイクル）により実施すると効率的であり、介護保険施設における栄養管理も、この PDCA サイクルに入所者の健康・栄養状態を把握する「栄養アセスメント」を加えた栄養マネジメントが導入されている。

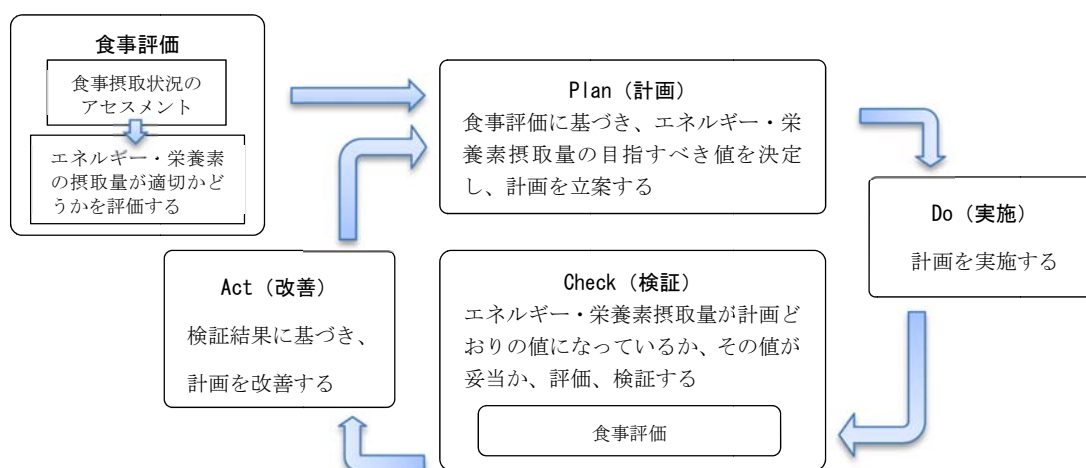


図 食事摂取基準の活用と PDCA サイクル（日本人の食事摂取基準 2015 年版 I 総論図 5）

第1 栄養ケア・マネジメント

栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいい、施設長の管理のもと、管理栄養士を中心としたサービスを提供する。

その実務等については、以下のとおりである。

1 関係者の役割

- (1) 施設長は、管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備する。
- (2) 施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- (3) 管理栄養士は、入所者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関係職種との連絡調整を行う。

- (4) 施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質管理に努める。

2 栄養ケア・マネジメントの実務

(1) 入所時における栄養スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所者の入所後遅くとも1週間以内に、関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握する（以下、「栄養スクリーニング」という）。栄養スクリーニングは、リスクの高い入所者を早期に把握することで、集中的かつ効率的な栄養ケアが提供できる。

【リスク項目】 BMI、体重減少率、血清アルブミン値、
食事摂取量、栄養補給法（経腸・静脈栄養）、褥瘡

【低栄養状態のリスク判断】

基本的には、下記のすべての項目が低リスクに該当する場合は「低リスク」、1つでも高リスクに該当する者があれば「高リスク」に、それ以外は「中リスク」と判断する。ただし、入所者の個々の状態に応じて判断する場合もあるが、その場合は根拠を明確にしておく必要がある。

リスク分類	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か月に3～5%未満 3ヶ月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
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			褥瘡あり

(2) 栄養アセスメントの実施

栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎に低栄養リスクの程度や栄養に関する関連要因等について、関係職種から適宜情報を得ながら、解決すべき課題を把握する。栄養アセスメントを十分に行うことで、入所者に適した具体的な栄養ケア計画が作成できる。

【栄養アセスメント内容の例】

本人や家族の意欲：栄養・食事に係るニーズ、改善への意欲、健康感等

身体状況等：体重減少（皮脂厚等含む）、皮膚の状況、褥瘡、下痢、便秘、浮腫、脱水、口腔内機能、生活機能、認知機能、服薬状況 等

食生活状況等：食欲、食事の満足感、摂取量、療養食、食事形態、嗜好、アレルギー、禁忌食品、食習慣、生活習慣 等

【栄養アセスメント項目と把握方法、留意点】

アセスメント項目		把握方法、留意点等
本人の意欲		本人の意思が確認できれば、食や身体に関する希望を聞き取る 入所時は本心がわかりにくいこともあるので、家族等を通じて確認する
身体計測等	身長	身長計での計測が困難な場合は、以下の推測方法がある。 <ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上：ベッドで横臥位のまま、体をできるだけ伸ばし、平行なボードを頭の上と足の裏にあてメジャーにて測定 ・膝高を用いた推定：宮澤による膝高法 男性 (cm) 64.02+ (膝高×2.12) - (年齢×0.07) 女性 (cm) 77.88+ (膝高×1.77) - (年齢×0.10) ・デミスパンによる身長の推測 男性 (cm) (1.40×デミスパン (cm)) +57.8 (cm) 女性 (cm) (1.35×デミスパン (cm)) +60.1 (cm) ※デミスパン：腕を広げて、胸骨切痕から片方の手の中指までの長さ
	体重 BMI (kg/m ²)	可能な限り、同じ条件下で体重測定する ⇒時間帯、車いすや着衣の重量、枕等がのったままでないか等 浮腫、腹水、胸水の存在や脱水、利尿剤の使用等は体重測定に影響を与える 通常の体重やこれまでの体重の変動についても把握する
	体重減少率	体重減少率 (%) = (通常体重 (kg) - 現在の体重 (kg)) ÷ 通常体重 (kg) 浮腫や下痢、発熱、脱水また利尿剤を服用している場合は、体重が大きく変化するため、栄養状態を反映しない場合あり ※ただし、体重の変化が大きいため体重管理は重要となる
	血清アルブミン値	栄養状態だけでなく、代謝状態、特に炎症や感染症に影響される ⇒炎症や感染症などの代謝亢進等時は急速に全身の消耗が進み、体内に貯蔵した栄養素をもとに回復しようとする ※脱水症では、逆に増加するので、留意のこと
食生活状況等	食事摂取量	食事摂取量の的確な把握のために、食事提供量を明確にしておく 主食と副食を別々に把握する 食べこぼし等にも留意する
	栄養補給法	経口、経腸、経静脈など ⇒経口摂取の可能性も検討
	栄養補助食品等の併用	摂取可能な量の把握及び栄養補助食品の併用の必要性の確認
	療養食の有無	医師より指示を受け提供する
	食行動等	食事の自立度の把握、特異な食習慣等の有無
多職種で関連する栄養ケアの必要性の有無		他職種の情報提供等により把握する ⇒褥瘡、口腔及び摂食・嚥下、嘔気・嘔吐、下痢、便秘、脱水、浮腫、感染・発熱、経腸・静脈栄養、生活機能の低下、とじこもり、うつ、認知機能の低下、医薬品等

(医歯薬出版株式会社：「臨床栄養別冊 ワンステップ栄養アセスメント 基礎編」より参照)

(3) 栄養ケア計画の作成

栄養アセスメントに基づいて、入所者毎に栄養ケア計画を立案する。

ア 栄養の課題は1つとは限らないので、緊急性や実現可能性等により優先順位をつけ、目標を設定する。

※最優先すべきは、入所者が生活するうえで最も困ることの改善

イ 目標の設定にあたっては、期待ではなく、業務上実現可能であるかを考慮し、定量的な評価ができる内容にする。

ウ その目標を達成するためのケア内容を検討する。

管理栄養士はサービス担当者会議において、作成した栄養ケア計画原案を報告し、関連職種と協議し、課題や目標、評価期間等を確認し、計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させる。

【栄養ケア計画の内容例】

- ・ 栄養補給に関する事項
補給方法（経口、経腸、経静脈）、
補給内容（食事のみ、補助食品の追加、経腸栄養剤の内容等）
エネルギー・たんぱく質・水分の補給量等、
療養食の適用、食事の形態等食事に提供に関する事項等
- ・ 栄養食事相談に関する事項
改善が必要な行動
食形態の適応状態の確認
有効な教材等の検討
声かけの方法（誰が、どういう場面で…等）
- ・ 課題解決のための関連職種の分担等
担当者、ケアの頻度、ケアの留意事項、時間帯等

(4) 栄養ケアの実施

サービスを担当する関係職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。主なケア経過については経過記録等に記録するが、その内容は、栄養補給や内容の変更、摂取状況、また課題解決に向けた関連職種のケア状況等とする。

なお、関連職種は、実施上の問題等、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更の必要性を確認した場合は、対応する関連職種へ報告するとともに、計画の変更を行う。

(5) 栄養食事相談

栄養ケア計画に基づいて栄養食事相談を実施する。栄養食事相談によって、適切な食事の摂取ができたり、疾病の療養につながったり、また、嗜好等のニーズを聞き出すことによって、食べる意欲の向上が期待できる。

ただ、栄養食事相談は対象者とのコミュニケーションがとれていなければ実施困難であるため、管理栄養士は、日ごろから入所者に積極的に声かけしておくことも大切である。

なお、栄養食事相談を実施した場合には、適宜その内容を記録、保管する。

(6) モニタリング・評価

モニタリングは、栄養ケア計画に基づいた栄養ケアサービスを提供し、実施上の問題点がなかったのかを評価していくものであり、入所者の拒否、栄養補給法の不適正等の問題について、目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量により確認する。問題があった場合は、直ちに計画を修正する。

さらに、計画で設定した目標期間において、設定した目標の達成度を、担当する関連職種が共同し、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断し、適宜記録する。

管理栄養士は、他職種の記録した入所者状況に加え、直接入所者の状況を把握できるよう、居室や食堂等へ足を運ぶなど、入所者や担当の介護職員と積極的に関わるよう努める。

なお、モニタリングの期間については、低栄養状態のリスクに応じて設定し、体重はリスクにかかわらず毎月測定し、記録する。

(7) 再栄養スクリーニング及び栄養ケア計画の見直し

管理栄養士と介護支援専門員は連携し、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを定期的（概ね3ヶ月毎）に実施し、栄養ケア計画の見直しをする。計画内容に変更の必要があれば、変更案を作成し、サービス担当者会議等で再度協議の上、計画の変更を行う。

3 栄養管理の継続的な品質改善

入所者の栄養状態の定期的なモニタリングを実施し、構造（structure）、経過（process）、成果（outcome）のそれぞれの評価を行い、これらの評価結果に基づき、実施体制や栄養管理手順の見直しを行うなど、常に継続的なサービスの質の改善を行う。

【構造上の評価】

栄養ケア計画を実施する上で、組織体制や人員配置、実施者の意欲等に問題がなかったかの評価を行う。

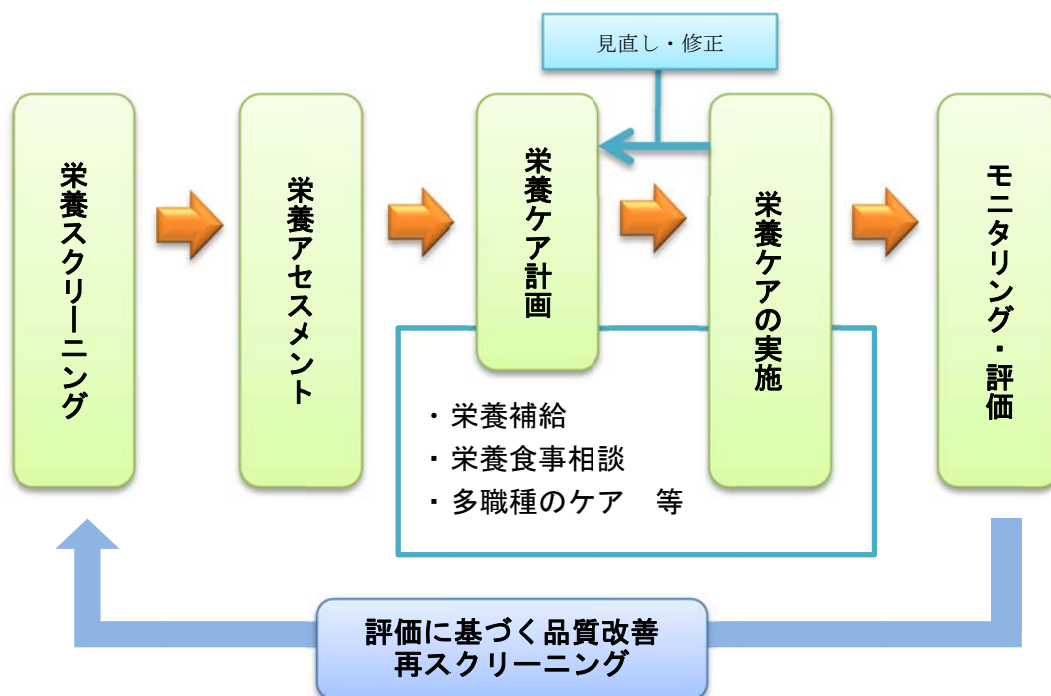
【経過評価】

栄養ケア計画どおりにサービスが提供できたか、内容や実施方法は適切だったか等の評価を行う。

【成果評価】

計画に沿って栄養ケアを行った結果、入所者の栄養状態や身体状況が目標とした成果が得られたか、入所者満足度も含め評価を行う。

【栄養ケア・マネジメントの流れ】



第2 給食管理

介護保険施設では、入所者毎の栄養状態を定期的に把握し、個々の入所者の栄養状態に応じた栄養管理を行うよう努めるため、個人対応が基本であるが、個別の献立作成や調理は実務上困難であるため、基本となる献立作成や食材発注、調理業務等、入所者を「集団」ととらえた給食管理業務が必要となる。

個別の栄養管理は、この基本献立を展開し、対応することが多い。

1 食事の方針

(1) 一般食

一般食とは療養食以外の食事で、その形態により常食・軟食・流動食等に区別する。

ア 常食

おおむね普通の社会生活を営むことができる程度の入所者を対象とする食事や食事形態のことで、米飯又は軟飯とこれに相当する副食が用いられる。ただし、入所者は高齢者であり、程度に差はあるものの咀嚼・嚥下機能の低下がみられるため、硬すぎたり、飲み込みにくい食事内容は好ましくない。

イ 軟食

軟食には、全粥食、7分粥食、5分粥食、3分粥食、嚥下困難食、ソフト食等がある。例えば、3分粥食とは、重湯7：全粥3の割合の主食と消化器系統に機械的刺激が少なくかつ消化吸收の容易な副食との組み合わせとなる。また、ソフト食とは、やわらかいがしっかりと形があり、口への取り込み、食塊形成、移送、嚥下がしやすい食事のことである。

粥食はエネルギーをはじめ栄養量が低くなりやすいので、副食や栄養補助食品等を追加するなど栄養的な配慮が必要となる。

ウ 流動食

流動食とは流動体のもので構成され、残渣あるいは不消化物、刺激性調味料を含まず、かつ機械的刺激がないものでなければならず、特に病状、食欲、消化状態、嗜好などを考慮した食事をその都度、献立、調理する必要がある。

(2) 療養食

療養食とは、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する治療食をいうが、これらは適宜入所者の病状等を考慮して提供されなければならない。

なお、加算が認められているものは、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食である。

2 栄養基準量の設定

(1) 個人の栄養目標量（エネルギー・たんぱく質）の設定

入所者の栄養目標量は、性、年齢、体位、栄養及び身体状況、疾患の状況などによって個々に適正量が設定されるべきものである。入所者毎の栄養アセスメントにて、必要な情報を適切に把握する。

把握した入所者の状況のうち、年齢、性別、体位、身体活動状況（寝たきり等）、療養食提供の必要性を勘案し、推定エネルギー必要量やたんぱく質の推定平均必要量を算定する。

【栄養量の算出例】

➤ 推定エネルギー必要量

基礎代謝量×活動係数×障害係数

※基礎代謝量 ⇒ 国立健康・栄養研究所の式

男性 $(0.0481 \times \text{体重kg} + 0.0234 \times \text{身長cm} - 0.0138 \times \text{年齢} - 0.4235) \times 1000 / 4.186$

女性 $(0.0481 \times \text{体重kg} + 0.0234 \times \text{身長cm} - 0.0138 \times \text{年齢} - 0.9708) \times 1000 / 4.186$

活動係数		障害係数	
寝たきり（覚醒）	1.1	感染症 軽症	1.2
ベッド上安静	1.2	中等度	1.4
トイレ歩行程度	1.3～1.4	重症	1.8
		癌	1.10～1.30

➤ 簡易式エネルギー必要量

通常体重（6ヶ月間ほど体重減のない状態）×30kcal

※あくまで簡易的なものなので、提供後は体重管理など留意すること。

- たんぱく質 ⇒日本人の食事摂取基準（2015年版）参照
- 推定平均必要量（健康な高齢者の場合）
推定平均必要量算定の参照値（0.85g／体重（kg）／日）×参照体重

- 推奨量（健康な高齢者の場合）
推定平均必要量（g／日）×推奨量算定係数（1.25）
※介護保険施設の高齢者は、低栄養状態にあり、負の窒素出納を示す人が少なくない。身体活動量が低下すると骨格筋のたんぱく質代謝が低下し、たんぱく質推定平均必要量は大きくなる。さらに、エネルギー摂取量が低い場合にもたんぱく質推定平均必要量は大きくなるので、施設の高齢者については、たんぱく質補給量を考慮する必要がある。

- 耐用上限量
特に設定されていないが、たんぱく質エネルギー比率が20%エネルギーを超えた場合に、健康障害につながる可能性があるなど、安全性は確認できないとされているので、留意すること。

窒素平衡（Nバランス）を計測し、負になっていないか確認する。
(たんぱく質（又はアミノ酸）量g／6.25) - (尿中尿素窒素排泄量g×5/4)

エネルギーとたんぱく質の目標量が決定したら、脂肪その他の栄養素は日本人の食事摂取基準2015年版を参考にその目標量を決定する。

（2）対象集団の栄養目標量の設定

ア 一般食の食事の種類（エネルギー量）の設定

個人の推定エネルギー必要量の分布を確認し、すべての入所者が許容範囲になるように対象集団の目標エネルギー量を設定する。

一般食を適応する患者の性別、年齢に幅広く対応できるよう、食形態を含め複数の食種を設定し、食種ごとに栄養素（たんぱく質、脂質、ビタミンA、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）の目標量を設定する。

なお、施設入所高齢者は、低栄養予防の観点から、推定平均必要量を下回らないようにする。

イ 療養食の食事の種類の設定

施設の特徴に応じた疾病別の約束食事せん、又は、エネルギー、たんぱく質、脂質等を中心とした栄養成分別の約束食事せんを作成する。

約束食事せんを作成する際には、その疾患に関連する治療ガイドライン（糖尿病、高血圧、脂質異常症等）の栄養管理指針を参考にする。

入所者に関連する治療ガイドライン（糖尿病、高血圧、脂質異常症等）に特に栄養管理指針がない栄養素については、一般食と同様に「日本人の食事摂取基準（2015年版）」を適切に用いる。

参考 「日本人の食事摂取基準（2015年版）」
「日本人の食事摂取基準活用検討会報告書」
（平成26年7月「日本人の食事摂取基準」活用検討会作成）等

※日本人の食事摂取基準は5年毎に改訂されるので、常に最新のものを確認し、用いるようにすること。

3 食事提供の実際

（1）食品構成表の作成

給与栄養目標量を満たすために、どのような食品をどれだけ食べればよいか、食品群に分けてその種類と量を示したものを食品構成といい、献立作成時の具体的目標となる。

- ア 動物性たんぱく質比から動物性食品（魚介類、肉類、乳類、卵類）の使用量を定める。総たんぱく質量から動物性たんぱく質量を差し引いたものが、植物性たんぱく質量になり、主に穀類と豆類で摂取する。
- イ 穀類エネルギー比から穀類の使用量を定める。
- ウ 野菜類、いも類、果実類は、ビタミン、ミネラルを考慮して定める。
- エ 藻類、種実類は、実績に基づいて定める。
- オ 不足するエネルギー量（総エネルギーと、動物性食品・穀類・豆類・野菜類・いも類・果実類・藻類・種実類からのエネルギー量の差）を油脂類、砂糖で補う。

（2）献立作成

給与栄養目標量に基づき、具体的な献立作成を行う。作成にあたっては、一定期間（1週間、10日、1か月）を単位に予定献立を作成し、その際、使用食

品の平均が栄養基準と食品構成表の食品群別数量に一致するよう留意する。

入所者の状況を考量しながら、朝食・昼食・夕食の配分率を決める。間食が必要な場合は、間食も考慮して配分を行う。

献立の作成には、入所者の嗜好並びに喫食状況を把握しておくことが必要であり、さらに献立に変化をつけるため、多種類の食品の選定、また入所者への食事サービスを考慮して、選択メニューや個別対応、行事食などを行い、常に入所者の嗜好をできるだけ満足させるよう努めなければならない。

また、食材料費や施設設備、給食従事者の人数、作業手順も考慮に入れる。

(3) 献立に沿った調理の実施

献立に基づいて調理を行い、調理技術についても絶えずその向上に努める必要がある。また、毎食ごとに予定人員と実施人員を比較して、増減の差が10%以内であれば、予定献立を実施献立とみなして差支えないが、10%以上の時は純摂取量を求め、予定献立の数量を訂正して実施献立とする。

なお、調理は衛生的に行い、調理中の衛生管理にも留意する。

(4) 食品群別摂取量の算出

一般食の実施献立において訂正があった場合には、1日の使用食品日計表を訂正し、1人1日当たりの食品群別摂取量を求める。

(5) 栄養基準量及び食品構成と実施献立との比較検討

給与栄養量が栄養基準量を満たしているか比較検討する。

また、食品構成と使用食品日計表から1人1日当たり食品群別摂取量を比較検討する。比較して、著しく摂取できない栄養量及び食品、並びに過剰に摂取している栄養量及び食品がある場合は、献立内容や食品構成を見直す必要がある。

4 食事内容の評価

給食管理が円滑に実施されたか、提供した食事の量や形態・形状、温度、嗜好などが入所者に適していたか、入所者の状況から給与栄養目標量が妥当であった等を総合的に評価する。さらに、評価から給食管理における課題を明らかにし、献立内容、提供方法の見直し等、課題に対する具体的な改善策を講じる。

なお、個々の入所者についての評価も、食事時間での観察や食事摂取量、身体状況また居室訪問による聞き取り等により適宜実施する。

(1) 検食

品質管理を各職種の見地から評価できるよう施設長をはじめ介護職等いろいろな職種及び管理栄養士・栄養士により検食を行う。検食を行った者は検食簿に意見等を記録の上、施設長に提出する。この記録に基づき、管理栄養・栄養士はよりよい食事提供ができるよう業務内容の向上に努める。

なお、介護報酬にて、栄養マネジメント加算を実施している施設においては、検食簿の作成は省略できるものとなっているが、その場合、食事内容を客観的に評価するため、給食関係の会議等で、食事内容についての意見を集約するよう努める。

また、安全管理の面では、提供前に味やにおい等、異変がないことの確認は必要である。

(2) 食事摂取量の把握・推定摂取量の計算

ケース記録やベッドサイド等で直接喫食状況を確認するなどの方法で、入所者が実際に摂取した食事量等を把握する。

把握した食事摂取量から推定摂取量を算出する。給与栄養目標量との大幅なずれがないかを確認し、必要ならば献立内容、提供栄養量、形態を見直す。

また、栄養ケアマネジメントのモニタリングや献立作成の参考にする。

(3) 給食の品質管理としての評価

食品の安全性、また衛生面などの評価として、加熱調理食品の中心温度等を記録する。基準に満たない場合は即座に対応し改善を図ること。

(4) 各種調査（嗜好調査、残食調査）

入所者の嗜好を考慮して一層適切な栄養管理を行うためには、入所者の嗜好調査、残食調査等により食事内容を検討し、また配膳に当たっては、適時適温に努め、できるだけ残食を少なくするようにする。

ア 嗜好調査は必要に応じて実施し、その結果は栄養管理委員会等で報告し、給食の改善に反映させる。

イ 残食調査は、実施献立表と残食調査結果とを比較検討して献立作成の資料として役立てる。

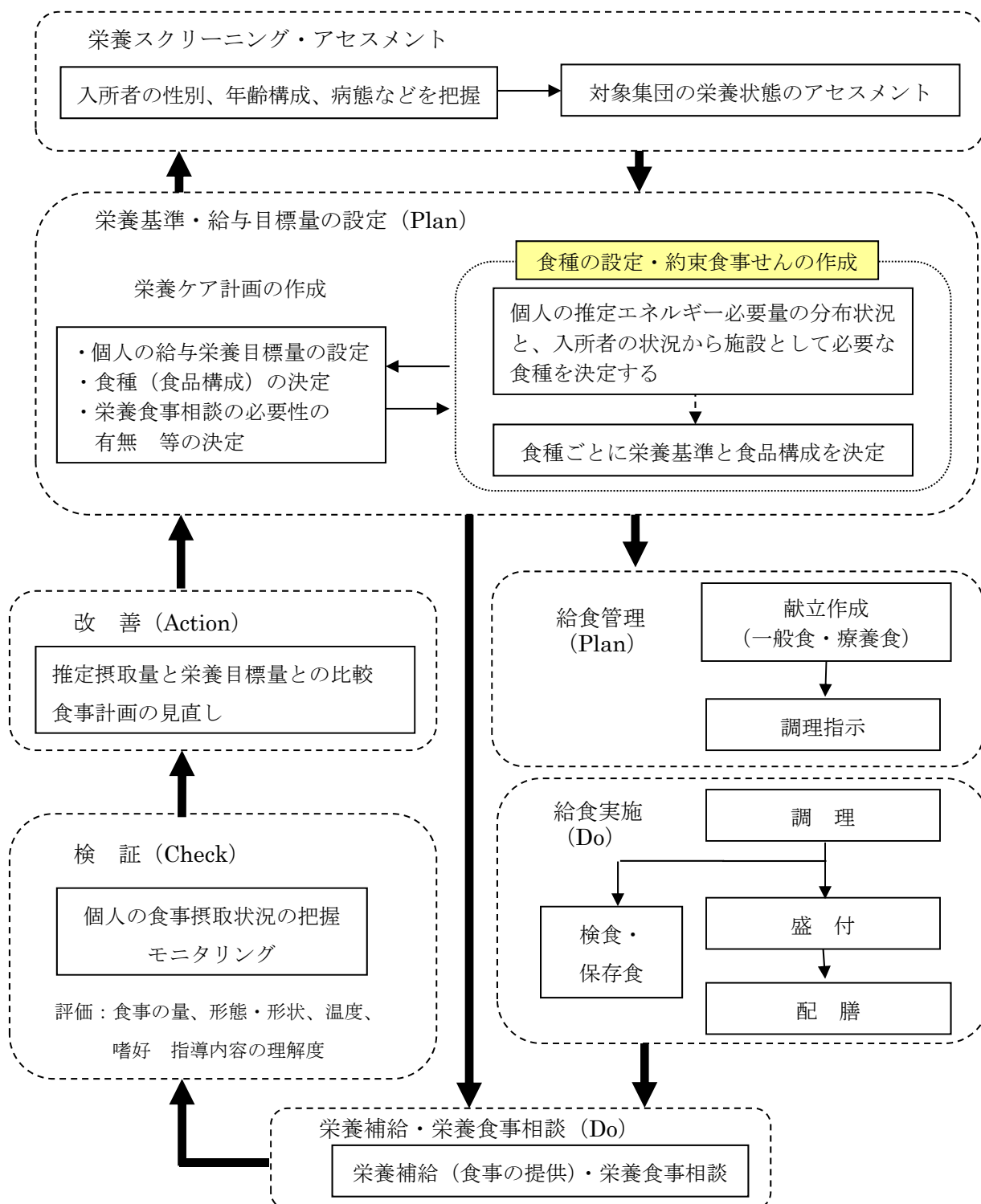
(5) サービス評価

食事は入所者の楽しみの一つであり、生活の質の向上にも健康を管理するためにも重要なことである。そこで、各施設に応じた評価項目を検討し、サービ

スを一定水準に保ち、さらに施設独自の工夫やサービスを提供することが大切である。自己評価は多職種により討議した上で、意見を集約する。

これは、望ましい方向性を見出すためにも大切なことである。

栄養管理業務の流れを図に示すと以下のようになる。



第3 栄養管理関連の介護報酬基準等

介護保険施設が届出等で実施する各種加算のうち、栄養関連の加算については以下のものがあり、それぞれに基準が示されているので、算定要件等を十分に確認しながら、適切な請求がなされるよう留意し、栄養管理業務を運営する。

なお、これらの加算に関する基準通知等については、第6章に示す。

1 栄養マネジメント加算（14単位／日）

厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定介護保険施設の管理栄養士が、入所者ごとの栄養状態を把握し、医師・管理栄養士等多職種共同で摂食・嚥下機能や食形態にも考慮した栄養ケア計画を作成し、それに基づきモニタリングや評価等を含めた栄養管理を継続的に行っている場合に算定できる。

自己点検シート（厚生労働省作成）

- ・常勤管理栄養士が配置されている（1名以上）
- ・医師、管理栄養士等多職種共同で栄養ケア計画が作成されている
- ・入所者又は家族に栄養ケア計画の内容を説明し、同意を得ている
- ・計画に基づく栄養管理及び栄養状態を定期的に記録している
- ・計画の進捗状況を定期的に評価し、見直している
- ・栄養状態の把握（体重測定等）を定期的に行っている
- ・栄養スクリーニングを実施している（3月毎）

2 療養食加算（18単位／日）

示された基準すべてに適合するとして都道府県知事に届け出た指定介護保険施設において、厚生労働大臣が定めた療養食を提供した場合に算定できる。

自己点検シート（厚生労働省作成）

- ・管理栄養士又は栄養士により食事提供の管理がなされている
- ・入所者の状況により適切な栄養量及び内容の食事を提供している
- ・疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき、次表の療養食を提供している
- ・療養食の献立を作成している

【厚生労働大臣が定める療養食（利用者等告示・四十七）】

療養食名	留意事項等
糖尿病食	—
腎臓病食	—
肝臓病食	肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆のう炎による閉塞性黄疸の場合を含む。）
胃潰瘍食 （流動食は除く）	次の場合は含まれる ・十二指腸潰瘍 ・侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合 ・クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食
貧血食	血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること
膵臓病食	—
脂質異常症食	次のいずれかに該当する場合 ・空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者 ・ " HDL-コレステロール値が40mg/dl未満 ・ " 血清中性脂肪値が150mg/dl以上
痛風食	—
特別な場合の 検査食	・潜血食 ・大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済み食品を使用した場合
上記にはないが、療養食加算が認められる食事療法	
心臓疾患等に 対する減塩食療法	「腎臓病食」に準じて取り扱うことができるとし、1日総量6.0g未満の減塩食
高度肥満症に 対する食事療法	「脂質異常症食」に準じて取り扱うことができるとし、肥満度が+70%以上またはBMIが35以上に該当する者への食事療法

3 経口移行加算（28単位／日）

厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護保険施設において、次のことを実施している場合に算定できる。

- ① 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経管により食事を摂取している入所者に対し、経口移行計画を作成している。
- ② この計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護師による支援が行われている。

この加算は、当該計画を作成した日から180日以内の期間に限り算定でき、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。

なお、180日を経過した場合でも、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、引き続き経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とする医師の指示があれば、それ以降も算定できる。

自己点検シート（厚生労働省作成）

- ・経口による食事摂取のための栄養管理が必要と医師の指示を受けている
- ・誤嚥性肺炎防止のためのチェックを行っている
- ・医師、管理栄養士等多職種協働で経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している
- ・計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ている
- ・計画に基づく栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行っている
- ・計画作成日から起算して180日以内である
- ・栄養マネジメント加算を算定している
- ・180日を超える場合は医師の指示を受けている
- ・180日を超えて算定する場合は定期的な医師の指示を受けている（2週間毎）
- ・必要に応じ、主治の歯科医師への情報提供をしている

4 経口維持加算 I（400単位／月）・II（100単位／月）

厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護保険施設において、次のことを実施している場合に算定できる。

- ① 対象となる入所者は、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められること。
- ② その入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している。
- ③ その計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行っている。

本計画が作成された日の属する月から起算して6ヶ月以内の期間に限り、当該加算（I）が算定される。ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

さらに、当該加算（I）を算定し、かつ協力歯科医療機関を定めている指定介

護保険施設が入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1ヶ月につき、当該加算（Ⅱ）を算定する。

なお、当該加算が経口維持計画を作成した日の属する月から起算して6月を超えた場合であっても、対象となる入所者が摂食機能障害を有し、誤嚥が認められれば、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できる。

また、歯科医師が指示を行う場合は、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限られるので留意する。

自己点検シート（厚生労働省作成）

【経口維持加算Ⅰ】

- ・現に経口により食事を摂取する者であって摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者であるとして、特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師からの指示を受けている
- ・月1回以上、医師又は歯科医師の指示に基づき、関係者が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行っている
- ・誤嚥等が発生した場合の管理体制を整備している
- ・食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮がある
- ・医師、歯科医師等多職種協働で入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している
- ・計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ている
- ・計画に基づき栄養管理が実施されている
- ・計画作成日から起算して6月以内である
- ・6月を超える場合の医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意を得ている
- ・6月を超えて算定する場合の定期的な医師又は歯科医師の指示を受けている（2週間毎）
- ・栄養マネジメント加算を算定している

※療養食加算との併算定が可能。

自己点検シート（厚生労働省作成）

【経口維持加算Ⅱ】

- ・ 協力医療機関を定めている
- ・ 経口維持加算Ⅰを算定している
- ・ 現に経口により食事を摂取する者であって摂食機能障害を有し、水飲みテストや頸部聴診法等により誤嚥が認められる者であるから、特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師からの指示を受けている
- ・ 月1回以上、医師又は歯科医師の指示に基づき、関係者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行っている
- ・ 上記会議に、医師、歯科医師、歯科衛生士、又は言語聴覚士が参加している
- ・ 誤嚥等が発生した場合の管理体制を整備している
- ・ 食形態の配慮等誤嚥防止のための適切な配慮がある
- ・ 医師、歯科医師等多職種協働で入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している
- ・ 計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ている
- ・ 計画に基づく栄養管理が実施されている
- ・ 計画作成日から起算して6月以内である
- ・ 6月を超える場合は医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意を得ている
- ・ 6月を超えて算定する場合は定期的な医師の指示を受けている（1月毎）
- ・ 栄養マネジメント加算を算定している

※療養食加算との併算定が可能

* 経口栄養の意義

栄養輸液剤や経腸栄養剤等の内容は日々研究開発が進み、その内容は充実してきており、経口摂取のみでは不足してしまう方へも、それらを利用することで、確実な栄養補給が可能となるため、静脈栄養や経腸栄養は必要なものである。

しかし、口から食べるという行為には体への栄養補給だけでなく、

- ①胃腸で栄養が吸収されるため、胃腸の粘膜の萎縮を防ぎ、胃腸の免疫が高まり、感染症を防止する。
- ②唾液の分泌を促して、口腔内の衛生を保つ。
- ③食べる楽しみを感じられる。

など、多くの意義があるので、経腸栄養法等へ移行となる場合は、施設内及び家族（本人）で十分に協議してほしい。