

#### (4) 栄養ケア・マネジメント体制に伴う給食業務の実態

給食関連の帳票の作成状況を表7-1に示した。この度の介護保険制度改正においては、栄養マネジメント加算をとれば給食関連の帳票を削減してもよいことになった。しかしながら介護保険3施設種に共通して、依然として作成されていた帳票は、検査簿8～9割(8～9割)、喫食調査結果、入所退所簿及び給与栄養目標、年齢構成表5～7割(5～7割)、食料品消費日計は4～5割(4～5割)の施設において作成されていた。表7-2に示した帳票作成の理由は、介護保険3施設種に共通して栄養部門自身の判断によるものが7割(7割)、都道府県による行政指導によるものが約4割(3割)であった。

一方、給食業務体制が栄養ケア・マネジメント体制の導入前後に変化したかどうかを表7-3に示した。3施設種ともに委託・直営の区分は給食業務である献立、発注、検品、食数食札管理、その他の業務における施設側及び委託側での業務実施率及び給食設備上には、変化がみられなかった。

#### (5) 栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施状況

栄養ケア・マネジメントの理念、プロセスの実施状況は通知文書に基づいて30項目への回答状況から把握した。栄養ケア・マネジメントのプロセスの各項目について、「よくできている」「できている」を合わせた回答率を表8に示した。全施設数に対して80%を下回る項目は、『栄養ケア・マネジメント全般に関する項目(9項目)』においては「栄養ケア・マネジメントの成果として栄養ケア計画に設定された本人の要望が最重要な目標である」という認識が広まっ

ているか」74.1%、「管理栄養士は多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるよう積極的な働きかけを行っているか」76.6%であった。

『栄養ケア計画作成に関する項目(6項目)』においては、「管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量(エネルギー、たんぱく質、水分等)を算出し個別の食事補給計画を文章化している」77.9%、「管理栄養士は必要に応じて栄養相談について文章化している」52.8%、「管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、課題解決のために関連職種の分担について文章化している」63.9%であった。

『栄養ケア計画の実施についての項目(4項目)』においては、「管理栄養士は食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握をしている」74.5%であった。『モニタリングに関する項目(3項目)』においては、「モニタリングは、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性のある場合には、2週間毎等適宜行っている」66.6%であった。

『評価についての項目(3項目)』においては、「管理栄養士は、栄養ケア経過記録表を作成しているか」79.2%、「管理栄養士は入所(院)者の生活機能、身体機能、主観的健康感、栄養ケアに対する満足度等の変化を評価し、記録していますか」52.2%であった。『継続的な品質改善活動に関する項目(2項目)』においては、「栄養ケア・マネジメント体制に基づくサービスを総合的に評価し、その構造、手順および成果等の課題について多職種で話し合っている」49.4%、「栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題に対して、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めている」42.8%であった。

表7-1 給食関連の帳票の作成状況（平成18年11月）

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
検食簿	459	(85.6)	254	(79.4)	43	(95.6)	756	(83.9)
喫食調査結果	343	(64.0)	188	(58.8)	33	(73.3)	564	(62.6)
入所(院)等の入退所(院)	297	(55.4)	204	(63.8)	32	(71.1)	533	(59.2)
食料品消費日計	218	(40.7)	129	(40.3)	31	(68.9)	378	(42.0)
入所(院)年齢構成表	312	(58.2)	140	(43.8)	34	(75.6)	486	(53.9)
給与栄養目標量に関する帳票	397	(74.1)	205	(64.1)	39	(86.7)	641	(71.1)
上記帳票はない	7	(1.3)	10	(3.1)	0	(0.0)	17	(1.9)

(複数回答)

表7-2 給食関連の帳票の作成理由（平成18年11月）

	介護老人福祉施設 (529施設)		介護老人保健施設 (310施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (884施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
都道府県等による行政指導	231	(43.7)	113	(36.5)	33	(73.3)	377	(42.6)
健康増進法のため	65	(12.3)	30	(9.7)	6	(13.3)	101	(11.4)
医療法のため	6	(1.1)	7	(2.3)	19	(42.2)	32	(3.6)
その他	40	(7.6)	14	(4.5)	1	(2.2)	55	(6.2)
栄養部門の判断	354	(66.9)	241	(77.7)	15	(33.3)	610	(69.0)
施設長の判断	85	(16.1)	43	(13.9)	2	(4.4)	130	(14.7)
その他	41	(7.8)	27	(8.7)	7	(15.6)	75	(8.5)

(複数回答)

表7-3-1 給食管理体制の変化

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
体制の現状								
委託	356	(66.4)	195	(60.9)	33	(73.3)	584	(64.8)
直営	180	(33.6)	125	(39.1)	12	(26.7)	317	(35.2)
業務委託の変化								
直営から委託に変化した	19	(3.5)	4	(1.3)	1	(2.2)	24	(2.7)
委託から直営に変化した	3	(0.6)	2	(0.6)	0	(0.0)	5	(0.6)
変化していない	497	(92.7)	313	(97.8)	43	(95.6)	853	(94.7)
無回答	17	(3.2)	1	(0.3)	1	(2.2)	19	(2.1)

表7-3-2 給食業務の業務分担

	介護老人福祉施設 (356施設)		介護老人保健施設 (195施設)		介護療養型医療施設 (33施設)		全施設 (584施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
施設側								
① 献立	180	(50.6)	125	(64.1)	12	(36.4)	317	(54.3)
② 発注	40	(11.2)	22	(11.3)	2	(6.1)	64	(11.0)
③ 配膳前検品	132	(37.1)	111	(56.9)	11	(33.3)	254	(43.5)
④ 食数・食札変更	212	(59.6)	163	(83.6)	13	(39.4)	388	(66.4)
⑤ その他	23	(6.5)	16	(8.2)	4	(12.1)	43	(7.4)
委託側								
① 献立	139	(39.0)	154	(79.0)	23	(69.7)	316	(54.1)
② 発注	229	(64.3)	220	(112.8)	26	(78.8)	475	(81.3)
③ 配膳前検品	208	(58.4)	182	(93.3)	26	(78.8)	416	(71.2)
④ 食数・食札変更	130	(36.5)	146	(74.9)	22	(66.7)	298	(51.0)
⑤ その他	31	(8.7)	15	(7.7)	2	(6.1)	48	(8.2)

表8 栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施に関する自己評価(よくできている+でている)

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】								
1. 「食べること」を通じて、入所(院)者一人一人の自己実現をめざしているか	454	(84.7)	294	(91.9)	42	(93.3)	790	(87.7)
2. 栄養ケア・マネジメントの成果として栄養ケア計画に設定された本人の要望が重要な目標であるという認識が広まっているか	398	(74.3)	232	(72.5)	38	(84.4)	668	(74.1)
3. 施設長は、医師、管理栄養士、看護師及び介護支援専門員その他の職種が協働して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備しているか	432	(80.6)	275	(85.9)	35	(77.8)	742	(82.4)
4. 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)をあらかじめ定めているか	453	(84.5)	296	(92.5)	43	(95.6)	792	(87.9)
5. 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)を適切に実施しているか	442	(82.5)	291	(90.9)	43	(95.6)	776	(86.1)
6. 管理栄養士は、入所(院)者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種の連絡調整を適切に実施しているか	456	(85.1)	275	(85.9)	39	(86.7)	770	(85.5)
7. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントの推進に責任とやりがいを感じているか	456	(85.1)	284	(88.8)	41	(91.1)	781	(86.7)
8. 管理栄養士は、多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるよう積極的な働きかけを行っているか	412	(76.9)	238	(74.4)	40	(88.9)	690	(76.6)
9. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内外の研修や研究会へ積極的に参加しているか	464	(86.6)	273	(85.3)	39	(86.7)	776	(86.1)
【栄養スクリーニングに関する項目】								
10. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、入所(院)者の入所(院)後遅くとも1週間以内に、関連職種と協働して低栄養状態のリスクを把握しているか	438	(81.7)	293	(91.6)	39	(86.7)	770	(85.5)
11. 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合は、3ヶ月毎に再スクリーニングを行っている【アセスメントに関する項目】	488	(91.0)	306	(95.6)	44	(97.8)	838	(93.0)
12. 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所(院)者ごとのアセスメントを行い解決すべき課題を明らかにしているか	496	(92.5)	306	(95.6)	44	(97.8)	846	(93.9)
【栄養ケア計画作成に関する項目】								
13. 管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量(エネルギー、たんぱく質、水分等)を算出し個別の食事補給計画を文章化しているか	410	(76.5)	255	(79.7)	37	(82.2)	702	(77.9)
14. 管理栄養士は、必要に応じて栄養相談について文章化しているか	256	(47.8)	187	(58.4)	33	(73.3)	476	(52.8)
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、課題解決のための関連職種の分担について文章化しているか	327	(61.0)	221	(69.1)	28	(62.2)	576	(63.9)
16. 管理栄養士は、問題の解決をはかるために関連職種が協働できる栄養ケア計画を作成しているか	464	(86.6)	276	(86.3)	40	(88.9)	780	(86.6)
17. 管理栄養士は、サービス担当者会議(入所(院)者に対する施設サービスの提供に当たる担当者会議)に出席し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させているか	472	(88.1)	291	(90.9)	39	(86.7)	802	(89.0)
18. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて、栄養ケア計画を入所(院)者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得ているか	513	(95.7)	313	(97.8)	45	(100.0)	871	(96.7)
【栄養ケア計画の実施に関する項目】								
19. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて担当者が、栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っていることを確認しているか	445	(83.0)	276	(86.3)	36	(80.0)	757	(84.0)

表8 栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施に関する自己評価(よくできている+できている) (つづき)

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
管理栄養士は、食事の提供にあたり、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者(管理栄養士、栄養士、調理師等)に対して、栄養ケア計画に基づいた個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導を行い、連携をはかっているか	478	(89.2)	293	(91.6)	42	(93.3)	813	(90.2)
栄養ケア計画の実施過程において、問題があれば随時多職種と連携し、問題の解決や計画の修正を行っているか	475	(88.6)	300	(93.8)	43	(95.6)	818	(90.8)
管理栄養士は、食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握をしているか 【モニタリングに関する項目】	381	(71.1)	249	(77.8)	41	(91.1)	671	(74.5)
モニタリングは、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行っているか	334	(62.3)	233	(72.8)	33	(73.3)	600	(66.6)
栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合でも、体重は1ヶ月毎に把握しているか	506	(94.4)	311	(97.2)	42	(93.3)	859	(95.3)
低栄養状態の把握に必要な食事摂取量の低下等の変化などを、日常的にモニタリングし、問題があれば対応をしているか 【評価についての項目】	497	(92.7)	298	(93.1)	40	(88.9)	835	(92.7)
管理栄養士は、栄養ケア提供の経過記録表を作成しているか	424	(79.1)	253	(79.1)	37	(82.2)	714	(79.2)
栄養リスクの項目について、定期的に評価しているか	441	(82.3)	284	(88.8)	38	(84.4)	763	(84.7)
管理栄養士は、入所(院)者の生活機能・身体機能、主観的健康感、栄養ケアに対する満足度等の変化を評価し、記録しているか 【継続的な品質改善活動についての項目】	278	(51.9)	167	(52.2)	25	(55.6)	470	(52.2)
栄養ケア・マネジメント体制に基づきサービスを総合的に評価し、その構造、手順および成果等の課題について多職種で話し合っているか	259	(48.3)	161	(50.3)	25	(55.6)	445	(49.4)
栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題に対して、多職種協働で解決のための計画書を作成	235	(43.8)	132	(41.3)	19	(42.2)	386	(42.8)

(6) 管理栄養士が感じている栄養ケア・マネジメントの推進上の課題

各施設における管理栄養士が感じている栄養ケア・マネジメントの推進上の課題について表9-1に示した。3施設種に共通して、管理栄養士が感じている栄養ケア・マネジメントの推進上の課題は「管理栄養士の知識や技術の不足」58.9%、「食事の個別化」51.7%、「人員の配置や不足」46.7%(49.2%)、「時間外業務の増大」44.7%(58.2%)、「管理栄養士の疲労感の増大」37.2%と多く、次いで「医師の姿勢や理解」24.1%、「担当者会議の機能」23.5%、「コンピューターの導入が未整備」23.2%、「看護師の姿勢や理解」21.5%であった。

(7) 管理栄養士が栄養ケア・マネジメントによって「よかった」と感じていること

管理栄養士が、この度の栄養ケア・マネジメントの導入に対して「よかった」と感じていることを表9-2に示した。管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの導入に対して「よかった」と感じていることは、3施設種に共通して「低栄養状態の把握や改善が行われたこと」が83.1%(73.9%)、「『食べること』が重視されたこと」68.8%(57.6%)、「他の職種と連携ができたこと」66.5%(55.8%)、「業務にやりがいを感じられたこと」42.3%(37.8%)、「利用者・家族がよろこんだこと」32.5%(21.4%)であり、()内の1年前の実施直後の割合よりもいずれも増大していた。

表9-1 各施設における管理栄養士が感じている栄養ケア・マネジメントの推進上の課題

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
施設長の姿勢や理解	77	(14.4)	59	(18.4)	7	(15.6)	143	(15.9)
医師の姿勢や理解	136	(25.4)	65	(20.3)	16	(35.6)	217	(24.1)
介護支援専門員の姿勢や理解	72	(13.4)	31	(9.7)	1	(2.2)	104	(11.5)
管理栄養士の姿勢や理解	58	(10.8)	30	(9.4)	1	(2.2)	89	(9.9)
看護師の姿勢や理解	119	(22.2)	61	(19.1)	14	(31.1)	194	(21.5)
介護福祉士の姿勢や理解	109	(20.3)	62	(19.4)	5	(11.1)	176	(19.5)
上記以外の職種の姿勢や理解	25	(4.7)	19	(5.9)	2	(4.4)	46	(5.1)
委託業者との連携体制	105	(19.6)	88	(27.5)	12	(26.7)	205	(22.8)
行政関係者の姿勢や理解	72	(13.4)	54	(16.9)	5	(11.1)	131	(14.5)
担当者会議の機能	127	(23.7)	77	(24.1)	8	(17.8)	212	(23.5)
管理栄養士の知識や技術の不足	319	(59.5)	189	(59.1)	23	(51.1)	531	(58.9)
人員の配置や不足	226	(42.2)	171	(53.4)	24	(53.3)	421	(46.7)
時間外業務の増大	234	(43.7)	147	(45.9)	22	(48.9)	403	(44.7)
管理栄養士の疲労感の増大	199	(37.1)	118	(36.9)	18	(40.0)	335	(37.2)
食事の個別化	259	(48.3)	184	(57.5)	23	(51.1)	466	(51.7)
コンピューターの導入が未整備	119	(22.2)	80	(25.0)	10	(22.2)	209	(23.2)
車椅子や仰臥位の体重計が未整備	46	(8.6)	31	(9.7)	7	(15.6)	84	(9.3)
問題と感じていることはない	4	(0.7)	3	(0.9)	0	(0.0)	7	(0.8)
その他	69	(12.9)	41	(12.8)	4	(8.9)	114	(12.7)

(複数回答)

表9-2 管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの導入に対して「よかった」と感じていること

	介護老人福祉施設 (536施設)		介護老人保健施設 (320施設)		介護療養型医療施設 (45施設)		全施設 (901施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
利用者・家族がよくなったこと	156	(29.1)	113	(35.3)	24	(53.3)	293	(32.5)
利用者の「食べること」が重視されたこと	363	(67.7)	226	(70.6)	31	(68.9)	620	(68.8)
低栄養状態の把握や改善が行われたこと	442	(82.5)	271	(84.7)	36	(80.0)	749	(83.1)
業務にやりがいを感じられたこと	205	(38.2)	151	(47.2)	25	(55.6)	381	(42.3)
他の職種との連携ができたこと	350	(65.3)	216	(67.5)	33	(73.3)	599	(66.5)
「よかった」と感じていることはない	10	(1.9)	5	(1.6)	2	(4.4)	17	(1.9)
その他	44	(8.2)	26	(8.1)	2	(4.4)	72	(8.0)

(複数回答)

## 5. 栄養スクリーニング及び3か月後の評価

### (1) 実施状況

各施設における栄養スクリーニングの各指標の実施率について表 10-1 に示した。介護老人福祉施設では BMI97.8%、体重減少率 97.3%、食事摂取量 95.3%、褥瘡の有無 94.5%、経腸・静脈栄養法の有無 88.5%、血清アルブミン 53.3%、介護老人保健施設では食事摂取量 99.0%、BMI98.1%、褥瘡の有無 94.2%、体重減少率 91.3%、経腸・静脈栄養法の有無 84.1%、血清アルブミン 58.9%、介護療養型医療施設では BMI、経腸・静脈栄養法の有無、褥瘡の

有無はいずれも 100%、食事摂取量 96.2%、血清アルブミン 96.2%、体重減少率 88.5%であった。

一方、アウトカム評価の指標について表 10-2 に示した。アウトカム評価指標には栄養スクリーニング時と同じ指標が多く用いられたが、全施設において、身体状況(発熱の頻度など)は約 7 割、主観的健康感は約 5 割と比較的多く、それ以外の要介護度、主観的健康感、日常生活動作、本人及び家族の満足感は 5 割を下回る実施率であった。

表10-1 栄養スクリーニング項目の実施率

	介護老人福祉施設 (364施設)		介護老人保健施設 (207施設)		介護療養型医療施設 (26施設)		全施設 (597施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
①BMI	356	(97.8)	203	(98.1)	26	(100.0)	585	(98.0)
②体重減少	354	(97.3)	189	(91.3)	23	(88.5)	566	(94.8)
③血清アルブミン値	194	(53.3)	122	(58.9)	25	(96.2)	341	(57.1)
④食事摂取量	347	(95.3)	205	(99.0)	25	(96.2)	577	(96.6)
⑤経腸・静脈栄養法の有無	322	(88.5)	174	(84.1)	26	(100.0)	522	(87.4)
⑥褥瘡の有無	344	(94.5)	195	(94.2)	26	(100.0)	565	(94.6)
⑦その他	20	(5.5)	9	(4.3)	2	(7.7)	31	(5.2)

(複数回答)

表10-2 評価における指標項目

	介護老人福祉施設 (364施設)		介護老人保健施設 (207施設)		介護療養型医療施設 (26施設)		全施設 (597施設)	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
① 身体状況 (発熱の頻度、義歯の不適合など)	254	(69.8)	153	(73.9)	21	(80.8)	428	(71.7)
② 要介護度	146	(40.1)	87	(42.0)	11	(42.3)	244	(40.9)
③ 主観的健康感	182	(50.0)	104	(50.2)	14	(53.8)	300	(50.3)
④ 日常生活動作	161	(44.2)	114	(55.1)	15	(57.7)	290	(48.6)
⑤ 本人及び家族の満足感	163	(44.8)	103	(49.8)	10	(38.5)	276	(46.2)
⑥ BMI	336	(92.3)	201	(97.1)	25	(96.2)	562	(94.1)
⑦ 体重減少	351	(96.4)	191	(92.3)	25	(96.2)	567	(95.0)
⑧ 血清アルブミン値	184	(50.5)	107	(51.7)	22	(84.6)	313	(52.4)
⑨ 食事摂取量	345	(94.8)	206	(99.5)	26	(100.0)	577	(96.6)
⑩ 経腸・静脈栄養法の有無	282	(77.5)	162	(78.3)	22	(84.6)	466	(78.1)
⑪ 褥瘡の有無	339	(93.1)	194	(93.7)	25	(96.2)	558	(93.5)
⑫ その他	40	(11.0)	15	(7.2)	2	(7.7)	57	(9.5)

(複数回答)

表11 栄養スクリーニングリスク者及び再栄養スクリーニング(モニタリングを含める)の実施状況

栄養リスク指標	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		全施設		
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
BMI	栄養スクリーニング	17,934	(100.0)	12,826	(100.0)	1,435	(100.0)	32,195	(100.0)
	再栄養スクリーニング	16,627	(92.7)	10,931	(85.2)	1,300	(90.6)	28,858	(89.6)
体重減少率	栄養スクリーニング	17,100	(100.0)	11,806	(100.0)	1,465	(100.0)	30,371	(100.0)
	再栄養スクリーニング	15,924	(93.1)	10,068	(85.3)	1,288	(87.9)	27,280	(89.8)
血清アルブミン	栄養スクリーニング	5,753	(100.0)	3,545	(100.0)	1,006	(100.0)	10,304	(100.0)
	再栄養スクリーニング	3,598	(62.5)	2,647	(74.7)	790	(78.5)	7,035	(68.3)
食事摂取量	栄養スクリーニング	16,791	(100.0)	12,620	(100.0)	1,125	(100.0)	30,536	(100.0)
	再栄養スクリーニング	13,152	(78.3)	10,807	(85.6)	1,018	(90.5)	24,977	(81.8)

栄養スクリーニング：平成18年10月

再栄養スクリーニング(モニタリング)：平成19年1月

## (2) 低栄養状態の中・高リスク者の出現率

平成17年10月における、栄養スクリーニング指標別の低栄養状態の中・高リスク者の出現状況を表12に示した。

新規入所者においては、全施設では、BMIの中・高リスク者2,5763人中869人、出現率37.0%(38.4%)、体重減少率の中リスク者1,895人中332人、出現率17.5%(16.2%)、高リスク者134人、出現率7.1%(5.8%)であった。血清アルブミン値の中リスク者822人中265人、出現率32.2%(32.6%)、高リスク者109人、出現率13.3%(6.7%)であり、食事摂取量75%以下の中・高リスク者2,175人中363人、出現率16.7%(15.0%)であった。

継続入所者においては、全施設では、BMIの中・高リスク者39,532人中13,799人、出現率34.9%、体重減少率の中リスク者は37,059人中5,779人、出現率15.6%、高リスク者1876人、出現率5.1%であった。血清アルブミン値中リスク者15,836人中5,405人、出現率34.1%、高リスク者878人、出現率5.5%であり、食事摂取量75%以下の中・高リスク者は36,393人中5,078人で出現率14.0%であった。

## (3) 低栄養状態のリスク別の3か月後の改善状況

## ①中・高リスク者の改善状況

平成18年10月の栄養スクリーニング実施

者に対する3か月後のモニタリング結果の申告から、BMI、体重減少率、血清アルブミン、食事摂取量のリスク別の改善状況を新規入所者と継続者に区分し、表13-1-1から表13-4-2に示した。

新規入所者においては、全施設では、BMIの中・高リスクから低リスクへの改善者は20.7%(20.5%)、体重減少率の中リスクから低リスクへの改善者は56.4%(63.0%)、高リスクから低リスクへの改善者は48.7%(56.5%)、高リスクから中リスクへの改善者は13.2%(17.2%)であった。血清アルブミンの中リスクから低リスクへの改善者は24.6%(21.6%)、高リスクから低リスクへの改善者は2.7%(5.6%)、高リスクから中リスクへの改善者は15.1%(28.9%)であり、食事摂取量の中・高リスクから低リスクへの改善者は48.3%(44.1%)であった。

継続入所者においては、全施設では、BMIの中・高リスクから低リスクへの改善者は15.6%、体重減少率の中リスクから低リスクへの改善者は56.4%、高リスクから低リスクへの改善者は54.7%、高リスクから中リスクへの改善者は16.7%であった。血清アルブミンの中リスクから低リスクへの改善者は24.0%、高リスクから低リスクへの改善者は18.2%、高リスクから中リスクへの改善者は26.6%であり、食事摂取量の中・高リスクから低リスクへの改善者は34.3%であつ

た。

## ②低リスク者の維持状況

新規入所者における、全施設でのBMIの低リスク者は、3か月後も93.8%(95.4%)が低リスクを維持し、6.2%(4.6%)が中・高リスクに陥った。体重減少率の低リスク者は、3か月後も91.3%(91.1%)が低リスクを維持し、7.3%(6.8%)が中リスクへ、1.4%(2.1%)が高リスクへ陥った。血清アルブミンの低リスク者は、95.1%(88.8%)が低リスク者を維持し、4.9%(10.2%)が中リスクへ、0%(1.0%)が高リスクへ陥り、食事摂取量の低リスク者は、97.3%(97.1%)が3か月後も低リスクを維持し、2.7%(2.9%)が高リスクへ移行した。

一方、継続入所者においては、全施設でのBMIの低リスク者は、3か月後も95.8%が低リスクを維持し、4.2%が中・高リスクに陥った。体重減少率の低リスク者は、3か月後も91.5%が低リスクを維持し、6.6%が中リスクへ、1.9%が高リスクへ移行した。血清アルブミンの低リスク者は、91.5%が低リスクを維持し、8.2%が中リスクへ、0.3%が高リスクへ移行し、食事摂取量の低リスク者は、97.3%が3か月後も低リスクを維持し、2.7%が高リスクへ移行した

それゆえ、介護療養型医療施設の体重減少率と血清アルブミンを除いた、介護保険3施設種におけるBMI、体重減少率、食事摂取量及び血清アルブミンの各指標において低リスクを3か月後も維持した者は9割以上であった。

## ③経口移行及び褥瘡改善の状況

経腸栄養法、静脈栄養法、褥瘡の改善状況について表13-5-1から表13-5-3に示した。

全施設(597施設)における経腸栄養法者は、

新規入所者174名、継続入所者3,045名、静脈栄養法者は新規入所者6名、継続入所者66名であった。3か月後に経腸栄養法から経口栄養法へ移行できた者の割合は、介護老人福祉施設では3.3%(3.2%)、介護老人保健施設では8.1%(5.8%)、介護療養型医療施設では5.9%(7.8%)、全施設では5.7%(5.1%)であった。静脈栄養法から経口栄養法へ移行できた者の割合は、介護老人福祉施設では0%(7.1%)、介護老人保健施設では0%(0%)、介護療養型医療施設では33.3%(4.5%)、全施設では16.7%(5.2%)であった。

継続入所者において3か月後に経腸栄養法から経口栄養法へ移行できた者の割合は、介護老人福祉施設では3.2%、介護老人保健施設では8.4%、介護療養型医療施設では4.0%、全施設では4.3%であった。静脈栄養法から経口栄養法へ移行できた者の割合は、介護老人福祉施設では9.1%、介護老人保健施設では77.8%、介護療養型医療施設では52.2%、全施設では48.5%であった。

一方、全施設(597施設)において褥瘡を有する者は新規入所者79名、継続入所者1,077名であった。そのうち新規入所者で3か月後に改善がみられた者は、介護老人福祉施設では28.0%(60.7%)、介護老人保健施設では55.6%(75.1%)、介護療養型医療施設では88.9%(58.0%)、全施設では42.6%(63.7%)であった。継続入所者の褥瘡を有する者のうち、3か月後に改善がみられた者は、介護老人福祉施設では40.3%、介護老人保健施設では52.2%、介護療養型医療施設では37.1%、全施設では43.7%であった。



表12 栄養スクリーニングによる低栄養状態の中・高リスクの出現状況(平成18年10月)

	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		全施設		
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
<b>BMI</b>									
新規	低リスク	443	(63.3)	961	(65.4)	77	(42.5)	1,481	(63.0)
	中・高リスク	257	(36.7)	508	(34.6)	104	(57.5)	869	(37.0)
	全体	700	(100.0)	1,469	(100.0)	181	(100.0)	2,350	(100.0)
継続	低リスク	14,746	(63.9)	9,984	(69.6)	1,023	(48.4)	25,753	(65.1)
	中・高リスク	8,316	(36.1)	4,371	(30.4)	1,092	(51.6)	13,779	(34.9)
	全体	23,062	(100.0)	14,355	(100.0)	2,115	(100.0)	39,532	(100.0)
合計	低リスク	23,062	(29.8)	14,355	(30.3)	2,115	(28.4)	39,532	(29.9)
	中・高リスク	54,440	(70.2)	33,081	(69.7)	5,322	(71.6)	92,843	(70.1)
	全体	77,502	(100.0)	47,436	(100.0)	7,437	(100.0)	132,375	(100.0)
<b>体重減少率</b>									
新規	低リスク	431	(77.1)	912	(77.0)	86	(57.0)	1,429	(75.4)
	中リスク	89	(15.9)	197	(16.6)	46	(30.5)	332	(17.5)
	高リスク	39	(7.0)	76	(6.4)	19	(12.6)	134	(7.1)
	全体	559	(100.0)	1,185	(100.0)	151	(100.0)	1,895	(100.0)
継続	低リスク	17,239	(78.2)	10,931	(82.2)	1,234	(71.7)	29,404	(79.3)
	中リスク	3,570	(16.2)	1,914	(14.4)	295	(17.1)	5,779	(15.6)
	高リスク	1,237	(5.6)	447	(3.4)	192	(11.2)	1,876	(5.1)
	全体	22,046	(100.0)	13,292	(100.0)	1,721	(100.0)	37,059	(100.0)
合計	低リスク	4,807	(7.3)	2,361	(6.4)	487	(8.4)	7,655	(7.1)
	中リスク	28,090	(42.7)	16,100	(43.6)	2,400	(41.6)	46,590	(42.9)
	高リスク	32,897	(50.0)	18,461	(50.0)	2,887	(50.0)	54,245	(50.0)
	全体	65,794	(100.0)	36,922	(100.0)	5,774	(100.0)	108,490	(100.0)
<b>血清アルブミン</b>									
新規	低リスク	95	(63.8)	301	(59.4)	52	(31.3)	448	(54.5)
	中リスク	41	(27.5)	173	(34.1)	51	(30.7)	265	(32.2)
	高リスク	13	(8.7)	33	(6.5)	63	(38.0)	109	(13.3)
	全体	149	(100.0)	507	(100.0)	166	(100.0)	822	(100.0)
継続	低リスク	6,183	(60.4)	2,880	(66.8)	490	(38.1)	9,553	(60.3)
	中リスク	3,553	(34.7)	1,205	(27.9)	647	(50.4)	5,405	(34.1)
	高リスク	503	(4.9)	227	(5.3)	148	(11.5)	878	(5.5)
	全体	10,239	(100.0)	4,312	(100.0)	1,285	(100.0)	15,836	(100.0)
合計	低リスク	4,056	(10.8)	1,432	(9.7)	795	(13.1)	6,283	(10.7)
	中リスク	14,798	(39.2)	5,971	(40.3)	2,228	(36.9)	22,997	(39.3)
	高リスク	18,854	(50.0)	7,403	(50.0)	3,023	(50.0)	29,280	(50.0)
	全体	37,708	(100.0)	14,806	(100.0)	6,046	(100.0)	58,560	(100.0)
<b>食事摂取量</b>									
新規	低リスク	432	(84.0)	1,289	(83.8)	95	(75.4)	1,816	(83.3)
	中・高リスク	82	(16.0)	250	(16.2)	31	(24.6)	363	(16.7)
	全体	514	(100.0)	1,539	(100.0)	126	(100.0)	2,179	(100.0)
継続	低リスク	17,700	(85.3)	11,991	(88.4)	1,624	(78.2)	31,315	(86.0)
	中・高リスク	3,047	(14.7)	1,579	(11.6)	452	(21.8)	5,078	(14.0)
	全体	20,747	(100.0)	13,570	(100.0)	2,076	(100.0)	36,393	(100.0)
合計	低リスク	20,747	(31.8)	13,570	(32.1)	2,076	(31.1)	36,393	(31.9)
	中・高リスク	44,541	(68.2)	28,719	(67.9)	4,604	(68.9)	77,864	(68.1)
	全体	65,288	(100.0)	42,289	(100.0)	6,680	(100.0)	114,257	(100.0)

\* 低リスク: BMI18.5~29.9, 中・高リスク: BMI18.5未満

\* 低リスク: 体重変化なし, 中リスク: 体重減少1ヶ月3~5%未満, 体重減少3ヶ月3~7.5%未満, 体重減少6ヶ月3~10%未満, 高リスク: 体重減少1ヶ月5%以上, 体重減少3ヶ月7.5%以上, 体重減少6ヶ月10%以上

\* 低リスク: 血清アルブミン3.6g/dl以上, 中リスク: 血清アルブミン3.0~3.5g/dl, 高リスク: 血清アルブミン3.0g/dl未満

\* 低リスク: 良好(喫食量76~100%), 中・高リスク: 不良(喫食量75%以下)

表13-1-1 新規入所者のBMIのリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中・高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設						
低リスク	254	(92.7)	20	(7.3)	274	(100.0)
中・高リスク	36	(22.0)	128	(78.0)	164	(100.0)
介護老人保健施設						
低リスク	607	(94.4)	36	(5.6)	643	(100.0)
中・高リスク	65	(20.8)	248	(79.2)	313	(100.0)
介護療養型医療施設						
低リスク	49	(92.5)	4	(7.5)	53	(100.0)
中・高リスク	7	(15.6)	38	(84.4)	45	(100.0)
全施設						
低リスク	910	(93.8)	60	(6.2)	970	(100.0)
中・高リスク	108	(20.7)	414	(79.3)	522	(100.0)

表13-1-2 継続入所者のBMIのリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中・高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設						
低リスク	10476	(95.7)	474	(4.3)	10950	(100.0)
中・高リスク	812	(14.6)	4740	(85.4)	5552	(100.0)
介護老人保健施設						
低リスク	7025	(95.9)	302	(4.1)	7327	(100.0)
中・高リスク	541	(18.1)	2447	(81.9)	2988	(100.0)
介護療養型医療施設						
低リスク	713	(95.7)	32	(4.3)	745	(100.0)
中・高リスク	70	(11.6)	532	(88.4)	602	(100.0)
全施設						
低リスク	18214	(95.8)	808	(4.2)	19022	(100.0)
中・高リスク	1423	(15.6)	7719	(84.4)	9142	(100.0)

表13-2-1 新規入所者の体重減少率のリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中リスク		高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設								
低リスク	276	(90.2)	25	(8.2)	5	(1.6)	306	(100.0)
中リスク	24	(46.2)	21	(40.4)	7	(13.5)	52	(100.0)
高リスク	9	(36.0)	5	(20.0)	11	(44.0)	25	(100.0)
介護老人保健施設								
低リスク	585	(92.0)	42	(6.6)	9	(1.4)	636	(100.0)
中リスク	73	(60.3)	44	(36.4)	4	(3.3)	121	(100.0)
高リスク	26	(57.8)	5	(11.1)	14	(31.1)	45	(100.0)
介護療養型医療施設								
低リスク	45	(90.0)	5	(10.0)	0	0.0	50	(100.0)
中リスク	4	(66.7)	1	(16.7)	1	(16.7)	6	(100.0)
高リスク	2	(33.3)	0	0.0	4	(66.7)	6	(100.0)
全施設								
低リスク	906	(91.3)	72	(7.3)	14	(1.4)	992	(100.0)
中リスク	101	(56.4)	66	(36.9)	12	(6.7)	179	(100.0)
高リスク	37	(48.7)	10	(13.2)	29	(38.2)	76	(100.0)

表13-2-2 継続入所者の体重減少率のリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中リスク		高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設								
低リスク	11833	(90.5)	933	(7.1)	309	(2.4)	13075	(100.0)
中リスク	1407	(56.1)	986	(39.3)	116	(4.6)	2509	(100.0)
高リスク	340	(50.7)	117	(17.5)	213	(31.8)	670	(100.0)
介護老人保健施設								
低リスク	7644	(94.1)	394	(4.9)	83	(1.0)	8121	(100.0)
中リスク	689	(57.8)	480	(40.3)	23	(1.9)	1192	(100.0)
高リスク	181	(65.3)	39	(14.1)	57	(20.6)	277	(100.0)
介護療養型医療施設								
低リスク	831	(83.3)	144	(14.4)	23	(2.3)	998	(100.0)
中リスク	113	(53.1)	84	(39.4)	16	(7.5)	213	(100.0)
高リスク	7	(38.9)	5	(27.8)	6	(33.3)	18	(100.0)
全施設								
低リスク	20308	(91.5)	1471	(6.6)	415	(1.9)	22194	(100.0)
中リスク	2209	(56.4)	1550	(39.6)	155	(4.0)	3914	(100.0)
高リスク	528	(54.7)	161	(16.7)	276	(28.6)	965	(100.0)

表13-3-1 新規入所者の血清アルブミンのリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中リスク		高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設								
低リスク	48	(96.0)	2	(4.0)	0	(0.0)	50	(100.0)
中リスク	1	(5.9)	14	(82.4)	2	(11.8)	17	(100.0)
高リスク	1	(11.1)	4	(44.4)	4	(44.4)	9	(100.0)
介護老人保健施設								
低リスク	140	(96.6)	5	(3.4)	0	(0.0)	145	(100.0)
中リスク	28	(33.7)	51	(61.4)	4	(4.8)	83	(100.0)
高リスク	0	(0.0)	5	(50.0)	5	(50.0)	10	(100.0)
介護療養型医療施設								
低リスク	25	(86.2)	4	(13.8)	0	(0.0)	29	(100.0)
中リスク	2	(7.7)	24	(92.3)	0	(0.0)	26	(100.0)
高リスク	1	(1.9)	2	(3.7)	51	(94.4)	54	(100.0)
全施設								
低リスク	213	(95.1)	11	(4.9)	0	(0.0)	224	(100.0)
中リスク	31	(24.6)	89	(70.6)	6	(4.8)	126	(100.0)
高リスク	2	(2.7)	11	(15.1)	60	(82.2)	73	(100.0)

表13-3-2 継続入所者の血清アルブミンのリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中リスク		高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設								
低リスク	2701	(91.4)	243	(8.2)	12	(0.4)	2956	(100.0)
中リスク	380	(25.9)	1032	(70.3)	55	(3.7)	1467	(100.0)
高リスク	49	(20.9)	56	(23.8)	130	(55.3)	235	(100.0)
介護老人保健施設								
低リスク	1726	(94.8)	93	(5.1)	2	(0.1)	1821	(100.0)
中リスク	169	(25.3)	480	(71.9)	19	(2.8)	668	(100.0)
高リスク	32	(27.1)	41	(34.7)	45	(38.1)	118	(100.0)
介護療養型医療施設								
低リスク	241	(74.4)	80	(24.7)	3	(0.9)	324	(100.0)
中リスク	68	(15.7)	339	(78.5)	25	(5.8)	432	(100.0)
高リスク	1	(1.0)	23	(23.5)	74	(75.5)	98	(100.0)
全施設								
低リスク	4668	(91.5)	416	(8.2)	17	(0.3)	5101	(100.0)
中リスク	617	(24.0)	1851	(72.1)	99	(3.9)	2567	(100.0)
高リスク	82	(18.2)	120	(26.6)	249	(55.2)	451	(100.0)

表13-4-1 新規入所者の食事摂取量のリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中・高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設						
低リスク	373	(97.4)	10	(2.6)	383	(100.0)
中・高リスク	21	(43.8)	27	(56.3)	48	(100.0)
介護老人保健施設						
低リスク	920	(97.3)	26	(2.7)	946	(100.0)
中・高リスク	87	(52.4)	79	(47.6)	166	(100.0)
介護療養型医療施設						
低リスク	58	(98.3)	1	(1.7)	59	(100.0)
中・高リスク	3	(18.8)	13	(81.3)	16	(100.0)
全施設						
低リスク	1351	(97.3)	37	(2.7)	1388	(100.0)
中・高リスク	111	(48.3)	119	(51.7)	230	(100.0)

表13-4-2 継続入所者の食事摂取量のリスク別の3か月後の改善状況

栄養スクリーニング時(10月)	低リスク		中・高リスク		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
介護老人福祉施設						
低リスク	13486	(96.9)	426	(3.1)	13912	(100.0)
中・高リスク	630	(32.9)	1285	(67.1)	1915	(100.0)
介護老人保健施設						
低リスク	8777	(98.1)	173	(1.9)	8950	(100.0)
中・高リスク	431	(40.2)	641	(59.8)	1072	(100.0)
介護療養型医療施設						
低リスク	841	(94.3)	51	(5.7)	892	(100.0)
中・高リスク	38	(17.8)	175	(82.2)	213	(100.0)
全施設						
低リスク	23104	(97.3)	650	(2.7)	23754	(100.0)
中・高リスク	1099	(34.3)	2101	(65.7)	3200	(100.0)

表13-5-1 経腸栄養法の実施者における3か月後の状況

	経口移行者		継続実施者		静脈移行者		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
新規入所者								
介護老人福祉施設	2	(3.3)	57	(93.4)	2	(3.3)	61	(100.0)
介護老人保健施設	5	(8.1)	55	(88.7)	2	(3.2)	62	(100.0)
介護療養型医療施設	3	(5.9)	48	(94.1)	0	(0.0)	51	(100.0)
全施設	10	(5.7)	160	(92.0)	4	(2.3)	174	(100.0)
継続入所者								
介護老人福祉施設	61	(3.2)	1,803	(95.5)	24	(1.3)	1,888	(100.0)
介護老人保健施設	47	(8.4)	508	(90.7)	5	(0.9)	560	(100.0)
介護療養型医療施設	24	(4.0)	563	(94.3)	10	(1.7)	597	(100.0)
全施設	132	(4.3)	2,874	(94.4)	39	(1.3)	3,045	(100.0)

表13-5-2 静脈栄養法の実施者における3か月後の状況

	経口移行者		継続実施者		経腸移行者		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
新規入所者								
介護老人福祉施設	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(100.0)
介護老人保健施設	0	(0.0)	3	(100.0)	0	(0.0)	3	(100.0)
介護療養型医療施設	1	(33.3)	0	(0.0)	2	(66.7)	3	(100.0)
全施設	1	(16.7)	3	(50.0)	2	(33.3)	6	(100.0)
継続入所者								
介護老人福祉施設	1	(9.1)	7	(63.6)	3	(27.3)	11	(100.0)
介護老人保健施設	7	(77.8)	2	(22.2)	0	(0.0)	9	(100.0)
介護療養型医療施設	24	(52.2)	11	(23.9)	11	(23.9)	46	(100.0)
全施設	32	(48.5)	20	(30.3)	14	(21.2)	66	(100.0)

表13-5-3 褥瘡を有する者における3か月後の状況

	あり		なし		合計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
新規入所者						
介護老人福祉施設	7	(28.0)	18	(72.0)	25	(100.0)
介護老人保健施設	25	(55.6)	20	(44.4)	45	(100.0)
介護療養型医療施設	8	(88.9)	1	(11.1)	9	(100.0)
全施設	40	(50.6)	39	(49.4)	79	(100.0)
継続入所者						
介護老人福祉施設	260	(40.3)	385	(59.7)	645	(100.0)
介護老人保健施設	175	(52.2)	160	(47.8)	335	(100.0)
介護療養型医療施設	36	(37.1)	61	(62.9)	97	(100.0)
全施設	471	(43.7)	606	(56.3)	1,077	(100.0)

## I-D. 考察

### 1. 栄養ケア・マネジメント関連の介護報酬請求上の課題

#### (1) 栄養管理体制加算、栄養マネジメント請求上のための課題

介護保険施設における、管理栄養士の栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算は、前年同様 3 施設種とも 9 割以上が請求し、高い割合を維持していた。しかし、栄養マネジメント加算を請求していない全 112 施設における請求していない理由として、「管理栄養士の採用困難」や「人材不足」を挙げた施設は 4 割以上であり、一部の地域においては人材資源の供給体制の整備が求められていた。

#### (2) 経口移行・経口維持加算請求に関する課題

一方、介護保険制度改正にあたっては、経管栄養法の利用者に対しては、できるだけ経口栄養法への移行をはかり、さらに現在は口から食べている高齢者であっても高度の嚥下障害が認められる場合は、できる限り長期にわたり自らの口から食事を食べ続けられるよう支援することが経口移行加算及び経口維持加算として奨励された。

しかし、経口移行加算は、介護老人福祉施設の約 0.5 割、介護老人保健施設の約 2 割、介護療養型医療施設の約 3 割の施設が請求し、前年度に比べてわずかな増大傾向がみられものの依然として低い割合であった。さらに、平成 18 年 4 月から導入された経口維持加算 I は介護老人福祉施設及び介護老人保健施設においては 1 割を下回り、介護療養型医療施設においても約 1.3 割であった。導入のため

の基準を緩和した経口維持加算 II も、介護老人福祉施設では約 2 割、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設では約 3 割であり、経口移行・経口維持の加算を請求していない施設は、介護老人福祉施設の約 7 割、介護老人保健施設の約 5 割、介護療養型医療施設の 4 割に及んでいた。

これらの経口移行・経口維持加算を請求していない理由としては、経口移行加算については「VF(嚥下ビデオレントゲン造影)による嚥下の評価が困難であること」「VF 以外の嚥下障害の評価が困難であること」「医師の指示が得られないこと」「対象者がいないこと」が主たる理由として挙げられており、経口維持・経口移行を推進するためには、医療連携を推進する介護保険報酬のあり方、あるいは嚥下の評価基準に関する検討が求められる。

一方、VF、VE による嚥下評価を必要としない経口維持加算 II の請求していない理由として、「VF による嚥下の評価が困難」をあげる施設が 4 割に及んだことは、管理栄養士が経口維持加算 II を理解してないと推察され、通知文書の正しい理解と、経口維持を栄養ケア・マネジメントの一環として行うことの重要性の認識が求められていた。

療養食の請求は、糖尿病食 9 割以上、腎臓病食 7 割以上、貧血食 3 割以上、胃潰瘍食、高脂血症食が 2 割以上の施設において請求されており、前年度に比べ 2 割程度増大している傾向がみられた。低栄養状態の中・高リスクに陥っている高齢者に対しては、栄養ケア計画のもとにこれらの食事療法に配慮しながら、十分に「食べることを支援するとともに、制限食による食欲の低下を招かないようにした栄養ケア計画作成の要点等についても、本研究の

個別の栄養ケア・マネジメント関連帳票を収集しての調査において検討していくことが求められる。

### (3) 通所サービス事業所における栄養改善加算、栄養マネジメント加算請求に関する課題

介護保険施設併設通所サービス事業所総数に対する栄養改善加算及び栄養マネジメント加算の登録施設の割合は 3 割を下回り、請求施設の割合は 1 割を下回っていた。平成 18 年 11 月の介護給付費実態調査(平成 18 年度各月サービス提供分)においてもこれらの加算の請求率は 1% を下回るとされている。その理由は、神奈川県調査においては、これらの加算請求の障害と推定される要因は「人材不足」「経営上のメリットが低い」「対象者の把握が困難」「利用者・家族の理解が低い」などが上位となっている。一方、平成 18 年度老人保健事業推進等補助金研究「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」において介護保険施設併設通所サービス事業所において積極的にこれらの加算請求を推進している施設常勤管理栄養士を対象とした事例調査においては、地域包括支援センター及び介護支援専門員による低栄養状態のおそれのある者の把握が全員に行われていないために、現在の通所サービス利用者に対して栄養スクリーニングを行い、地域包括支援センター及び介護支援専門員への奨励を行っていた。

居宅サービス利用者に対する低栄養状態のおそれのある者の把握は、地域包括支援センターや介護支援専門員によるケアマネジメントに位置づけられ、「BMI が標準を大きく下回る者」「体重の減少が認められる者」「栄養面や食生活上に問題があるもの」など低栄養状

態にある者、またはそのおそれのある者であり、担当者が栄養面や食生活上の問題から低栄養状態のおそれがあると判断した場合には、本サービスが導入できるようになっており、低栄養状態をできるだけ早期に把握できる基準となっている。

先行研究からは、居宅サービスを利用する要介護認定者には低栄養状態の者が施設サービス利用者と同様に 3 割を上回る高頻度で存在することが推定されるので、地域包括支援センター及び介護支援専門員に対する低栄養状態の把握のための栄養スクリーニング(様式)の理解と推進のための啓発が求められる。また、本調査においては、介護保険施設の常勤管理栄養士が併設の通所サービス事業所を兼任して配置される割合が高いことから、介護保険施設の常勤管理栄養士の業務の効率化をはかるとともに、配置数の増大に向けての業務改善活動を展開し、介護保険施設は施設サービスと居宅サービスの連携体制を整備していくことが求められる。なお、本研究は継続して次年度に、居宅サービス利用者における低栄養状態の出現率を、地域包括支援センター及び介護支援専門員を対象とした調査により把握するとともに、通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント業務の評価を行う。



## 2. 栄養ケア・マネジメントの構造に関する課題について

常勤管理栄養士の配置数は、3施設種のいずれにおいても、前年度に比較して大きな変化は認められなかった。一方、栄養ケア・マネジメントの各構成要素の業務(「担当者会議」を除いて)は管理栄養士が主担当者としての役割を担い、さらに、施設配置されている殆ど全ての職種が協働者として参画していることも明らかになった。本研究においては、現在、管理栄養士の業務時間調査によって、その詳細な業務内容やその時間についても把握するとともに、個別の栄養ケア・マネジメント帳票を収集し栄養改善効果を上げる多職種協働の具体的な取り組みについてさらに調査研究しているところである。

経口移行加算は、主担当者として最も多く回答されたのは管理栄養士であったものの、その割合は全施設の2~3割程度であった。しかし、管理栄養士自身が経口移行に対して効果的な取り組み方に関する理解を深め、積極的な取り組みを行うことが出来るようになれば、栄養ケア・マネジメントの一環として経口移行・経口維持における主たる担当者として位置付けられ、その実施率も高まるものと考えられる。

一方、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの効率的な推進にあたっては、給食業務の効率化が求められる。そこで、介護保険制度改正においては、栄養マネジメント加算を請求している場合には、給食関連帳票の削減が行われることになった。しかし、本調査においては、前年度と同様に、これらの帳票作成を依然として行っている施設が多く、給食業務内容や委託との業務担当等についても、導入直後の調査結果と同様に殆ど変化が認められなかった。なお、これらの帳票作成の理由と

して3施設種ともに「栄養部門の判断」というものが前年度同様約7割を占めており、管理栄養士自身によって栄養ケア・マネジメントの品質管理に対する正しい理解が行われることが求められていた。また、都道府県による行政指導によるものは前年度に比べて約1割多くなり約4割を占めていた。

しかし、今後、栄養ケア・マネジメントの効果的な展開をはかるために、効率的な給食経営管理体制や業務のあり方についても検討していくことが求められる。これは、管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する課題として、「食事の個別化」「人員の配置や不足」「時間外業務の増大」「管理栄養士の疲労感の増大」が主要な項目として多くの施設であげられたことから、管理栄養士業務の効率化が大きな課題であることは明らかであり、本研究によって現在実施中の業務時間調査成果に基づいた業務の効率化のための課題及び適正な人員配置の検証が求められる。

さらに、環境整備の課題として、管理栄養士が感じている栄養ケア・マネジメントの推進上の課題に「コンピューターの導入」があげられていた。栄養ケア・マネジメントにおいては、管理栄養士による関連帳票の管理、モニタリングや評価結果の集計や分析のために、コンピューターが日常的に適時活用できるように整備されることが必要である。

## 3. 栄養ケア・マネジメントのプロセスに関する課題について

栄養ケア・マネジメントの理念、プロセスの実施状況については通知文書に基づいて作成した30項目の設問の回答状況から把握した。栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施状況は、「理念の徹底」、「体制の整備」など栄養ケ

ア・マネジメント全般に関わる項目、「栄養スクリーニング」「栄養アセスメント」「栄養ケア計画の作成」「栄養ケア計画の実施」についての項目においては平均して8～9割を超える施設において実施されており、極めて良好な実施状況であると考えられた。前年度調査においても実施された、＜理念に基づいた栄養ケア・マネジメントの推進＞＜手順の適切な実施、関連職種との連絡調整＞＜利用者中心の目標設定＞などの4項目に対してはいずれも実施できている施設が2割以上増大し、前年度に比べて栄養ケア・マネジメント業務の手順が実施されてきていることが明らかになった。さらに、栄養ケア・マネジメントのプロセスの推進に対する管理栄養士自身の業務満足感についても、「低栄養状態の把握や改善が行われたこと」「『食を食べること』が重視されたこと」「他の職種と連携ができたこと」「業務にやりがいを感じられたこと」「利用者・家族がよるこんだこと」などの回答が、前年度に比べていずれも増大していた。

しかし、＜多職種に対する栄養ケア・マネジメントに関する啓発や情報提供＞、＜個別の栄養相談計画の作成＞＜実施上のインシデント・アクシデントの記録と対応＞＜高リスク者への2週間毎のモニタリング＞などの実施割合は7割前後であった。「管理栄養士は入所(院)者の生活機能、身体機能、主観的健康感、栄養ケアに対する満足度等の変化を評価し、記録していますか」5割程度であり今後取り組みが推進されるべき事項であった。さらに、継続的な品質改善活動に関する項目である、「栄養ケア・マネジメント体制に基づくサービスを総合的に評価し、その構造、手順および成果等の課題について多職種で話し合っている」「栄養ケア・マネジメント体制に関する改善

すべき課題に対して、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めている」等の評価と継続的な品質改善活動に関する項目は5割を下回った。

このように栄養指標以外のアウトカム指標に対する評価が行われていないことは、身体状況、要介護度、主観的健康感、日常生活動作、本人及び家族の満足感などのアウトカム評価の指標を実施している施設が半数程度であったことから再確認することができた。次年度の本研究においては、アウトカム評価の具体的指標とその評価の方法を栄養ケア・マネジメントに関する業務マニュアルとして提示したい。

#### 4. 栄養ケア・マネジメントの成果について

栄養スクリーニング成果は、中・高リスク者の出現率が、BMI及び血清アルブミン値によって評価・判定した場合には3～4割前後、体重減少率及び食事摂取量によって評価・判定した場合には、1.5～2割程度であり、その指標によって異なっていた。これは、低栄養状態には、マラスムス型、クワシオコル型、クワシオコル・マラスムス型の3つの区分があること、また、低栄養状態の発生要因は、食事摂取量の減少によるものと呼吸器、消化器疾患、代謝性疾患、がん等によるものの2つのタイプがあるためと考えられる。一方、3か月後にはBMIが18.5以上に改善された者は2割、体重減少率の中リスク、高リスクともに低リスクに改善された者が5～6割であった。また、血清アルブミン値が中リスクから低リスクに改善された者は2割以上、高リスクから低リスクに改善された者は0.3割(0.5割)であった。食事摂取量は5割(4割)程度が改善し、経腸・静脈栄養法からの経口移行は1割以上(0.5割)、褥瘡の改善は4

割(6割)程度に認められた。また、低栄養状態の低リスクにある者のうち、3か月後も9割前後の者が体重減少率や血清アルブミン値が低リスクを維持していた。これら低栄養状態の改善率・維持率は、血清アルブミン値の高リスクから低リスクへの改善、経腸栄養から経口移行への改善率が比較的高く、食事摂取量及び褥瘡の改善割合が幾分低下したことを除けば、前年度の調査結果と同様であった。

本調査の栄養改善に関する成果については施設による申告数に対する信頼性、比較対照がない等の信頼性の問題があるが、少なくとも低栄養状態の中・高リスク者における栄養スクリーニング3か月後の栄養改善が、新規入所者及び継続入所者ともに前年度同様の高い割合でみられた。また、低栄養状態の低リスクを維持していた者の割合は、全年度同様に9割前後であることが明らかとなった。

現在、次年度に向けての継続研究として、高齢者特性及び栄養ケア計画が栄養改善に及ぼす影響について、入所(院)者個別のデータを収集し、栄養ケア・マネジメントにおける効果的な体制や業務のあり方についてさらに詳細に検証するために、本調査成果から栄養ケア・マネジメントのプロセス、成果において比較的良好である施設より、協力施設として、低栄養状態の改善した事例及び困難事例における栄養ケア・マネジメント帳票一式の収集を行っているところである。

## I-E. 結論

介護保険制度改正によって平成17年10月に施設導入された栄養ケア・マネジメント業務の1年後の評価に関する実態調査結果からは、栄養ケア・マネジメントのプロセスの各段階の

実施率は前年度に比べて向上し、3か月後の低栄養状態の改善は、新規入所者においても継続入所者においても前年度同様に行われていた。栄養指標以外のアウトカム評価及び評価に基づいた継続的な品質改善活動の推進が今後の課題として提示され、業務マニュアルによる具体的な手法の提示が求められた。

一方、栄養ケア・マネジメントの一環として行われる経口移行、経口維持及び併設の通所サービス事業所における新予防給付や介護給付による栄養ケア・マネジメント体制の整備及び運営は、施設における管理栄養士の配置やその業務の効率化を推進しつつ取り組むべき課題であった。さらに、栄養ケア・マネジメント業務において改善すべき課題として、「人員の配置や不足」「時間外業務の増大」「管理栄養士の疲労感の増大」などが明らかになったので、次年度に向けての継続研究として、本調査成果に基づいて栄養ケア・マネジメントのプロセス及び栄養改善成果の良好である施設を協力施設として、業務時間調査を行い、業務の効率化のための業務改善の方法及び適正な人員配置の検証を行っているところである。さらに、低栄養状態の改善した事例及び困難事例における栄養ケア・マネジメント帳票一式の収集を行い、栄養改善に有効な栄養ケア・マネジメントの具体的な取り組み方及び評価、継続的な業務改善のあり方を提示することによって、栄養ケア・マネジメントの質の向上と適正な制度のあり方に寄与することができる。

## I-F. 研究発表

なし

## I-G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. 引用文献

- 1) 杉山みち子,主任研究者. 厚生労働省  
老人保健事業推進等補助金「施設及び  
居宅高齢者に対する栄養・食事サー  
ビスのマネジメントに関する研究会」平成  
16 年度報告書－要介護者における低  
栄養状態を改善するために－.2005.
- 2) 杉山みち子. 改正介護保険制度と「栄  
養ケア・マネジメント改革」.保健医療科  
学. 2006;55.32-41
- 3) 杉山みち子,主任研究者. 厚生労働省  
老人保健事業推進等補助金「施設及び  
居宅高齢者に対する栄養・食事サー  
ビスのマネジメントに関する研究会」平成  
17 年度報告書－介護保険施設におけ  
る栄養ケア・マネジメントの実態把握  
－.2006.

## 6. 謝辞

本調査にご協力頂きました全国老人保健施  
設協会、全国老人福祉協議会、日本療養  
病床協会及び協力施設の関連者の皆様に  
深謝致します。