

項目コード説明 (つづき)

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
給食栄養補給に関する業務	栄養ケア	食事箋依頼・食事箋指示 (栄養ケア計画に基づいて、医師、看護師等に食事の内容の変更を依頼又は指示した場合)	4 3	
		食事箋チェック・食札準備	4 4	
		チェック(栄養ケア計画に基づいた個別対応が行われ、安全で衛生的な食事の提供ができていることをチェック) 配膳の食事チェックも含む	4 5	
		食事ごとのインシデント・アクシデント対応 (食事の誤配、異物混入等の対応)	4 6	
		給食委託業者との連携(事業所責任者への安全、衛生管理の説明・指導、給食業務担当者への個別対応した食事提供の説明・指導)	4 7	
	情報収集	患者のニーズアセスメント(選択メニューなど情報収集)	4 8	
	計画	献立作成(食品構成の作成、メニューづくり、栄養価計算等) 作成された献立を確認することも含む	4 9	
	在庫管理	購入量の予測・決定、購入相手先の選定、契約、発注	5 0	
		検収、納品	5 1	
		倉出し、棚卸、物品補充指示	5 2	
		帳票整理、帳票類作成及び確認	5 3	
	調理	調理準備、調理、配食、配膳	5 4	
		片付け・洗浄、清掃	5 5	
	問題抽出・評価	集団による調査(残食量・喫食率調査、満足度調査)、食事毎の検食によるチェック(献立通りにできているか)	5 6	
帳票類作成・確認	帳票類(上記以外の帳票類があれば)作成及び確認	5 7		
給食以外の物品管理	必要量決定、発注、納品、検収、在庫管理、帳票類作成及び確認	5 8		
衛生管理	リスクアセスメント	危害分析・改善措置、統計的処理、事故予防の啓発業務等	5 9	
	管理基準の設定	温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	6 0	
	モニタリング	実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認	6 1	
人事労務管理	人員名簿の作成、出勤簿の作成・確認	6 2		
	栄養部門従業員の作業計画管理等	6 3		
	人事・他部門との調整(打ち合わせなど)	6 4		
	計画作成(雇用計画・面接・雇用手続き・人事異動等)	6 5		
	教育・研修(新人研修・〇年次研修、管理者研修などの実施や教育)	6 6		
	業務評価(面接、評価表の作成)	6 7		
	人事関係の問題チェックと改善	6 8		
	文書化・報告書作成等	6 9		

項目コード説明 (つづき)

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
財務管理		情報収集・分析（原価計算等）	70	
		他部門との調整（打ち合わせなど）	71	
		予算策定	72	
		事務処理（伝票処理・経理処理等）	73	
		問題チェックと改善	74	
		文書化・報告書作成等	75	
運営業務		マーケティング、患者ニーズ・施設内ニーズの把握等	76	
		他部門との調整（会議への参加等）	77	
		計画（年間計画・月間計画作成等） （部門の運営計画、個人目標計画等）	78	
		スタッフミーティングの実施、連絡調整等	79	
		問題チェック・結果評価・改善 （委託業務関連、施設設備関連含む）	80	
		文書化・報告書作成等	81	
一般への教育・研究、 公務への参加		一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	82	
		自己学習（文献検索、継続的教育等） （研修会への参加）	83	
その他		強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	84	
		個人的業務停滞時間（コーヒーブレイク、出勤・退出時刻の記録）	85	
		移動時間（栄養部門から病室への移動、居宅訪問の移動など）	86	
		昼休み・休み時間	87	

管理栄養士業務時間調査 手書きシート (8:00~16:00)		調査日	月	日	施設ID	個人ID								
大項目	中項目	小項目	コード	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	小計	
栄養スクリーニング (入院時)	栄養スクリーニング (入院時)	身体計測(体重やその他の計測や算出)	01	○	○	○	○	○	○	○	○	○	8	
		入所 (病)後3日以内の食摂取量の記録と平均摂取量の算出	02	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4
		情報収集 (本人からのヒヤリング)	03	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3
		情報収集 (既存データの書き写し)	04	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	2
		経路・静脈栄養の有無の確認、病歴の有無の確認	05	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		記録・コンピュータ入力等	06	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	07	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		情報収集 (本人からのヒヤリング)	08	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		情報収集 (既存データの書き写し)	09	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		栄養補給に関するアセスメント (材料、処方量、水分補給量の決定、補給法の選択、食形態に関する評価等)	10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		他職種協働 (口腔問題の手チェック、医薬品との相互作用)	11	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
栄養アセスメント	栄養アセスメント	記録・コンピュータ入力等	12	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	13	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		利用者及び家族の意向、解決すべき課題、長期目標と期間、短期目標と期間に関する計画	14	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		栄養補給量、栄養補給法に関する計画	15	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		経口移行のための計画	16	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
栄養ケア計画 (原案)の作成	栄養ケア計画 (原案)の作成	栄養食事相談の計画	17	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		栄養ケア計画	18	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		栄養補給による栄養ケア計画	19	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		記録・コンピュータ入力等	20	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
カンファレンス	カンファレンス	モニタリングの項目及びモニタリング日の計画	21	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	22	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		カンファレンス参加	23	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		カンファレンス参加者や次期担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	24	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
利用者・家族への説明	利用者・家族への説明	カンファレンス記録簿作成	25	○	○	○	○	○	○	○	○			
		栄養ケア計画案の内容を利用者及び家族にわかりやすく説明する	26	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

栄養ケア・マネジメントに関する業務

調査日、施設ID、個人IDを忘れずに記入してください

10分毎に主業務を塗りつぶしてください

同じ時刻に複数の業務を並らさないでください。

二つの業務を同時に行った場合は、重きを置く業務を選んでチェックしてください。

同じ業務を長時間行う場合は、開始時間と終了時間を塗りつぶし、間は傍線でもかまいません。

業務開始から、終了まで全ての列に業務内容がチェックされているか確認してください。

どの大項目にも属さない作業があれば、空欄を使用してください。その際、具体的な業務内容も記入してください。

※通所系訪問等で行った業務は、施設での業務と区別をつけるために●の色を変えて記入するか、「通所」と記述してください

本シート内での業務時間を口律の中に記入してください。

本シート (8:00~16:00) 中の業務時間 (例 8 : 30 16 : 00)

調査実施者の調査

実施者ID

調査実施者についてお答えください

1. 性別 ①②いずれかを選んで番号で記入してください

- ①男性
- ②女性

2. 管理栄養士としての業務年数

年

3. 当該施設での勤務年数

年

4. 現在の肩書き ①②いずれかを選んで番号で記入してください

- ①管理職
- ②役職なし

記入例 月間栄養ケア・マネ実施状況

施設ID

記入者ID

時間調査期間には行われなかった、栄養ケア・マネジメント業務を拾い上げるために、3月1日～3月31日の1か月間の業務の概要をお知らせください。細かな時間は必要ありません。それぞれの栄養ケア・マネジメント業務を行った日にそれぞれの対象者数を記入してください。

		栄養スクリーニング(初回)	栄養アセスメント	栄養ケア計画作成	カンファレンス	利用者・家族への説明	実施上の問題点の把握	再スクリーニング	モニタリング	退所(院)計画	システム評価(行った日に○をつける)
3月1日	木		1	1				1			
2日	金				1	1			8		
3日	土										
4日	日										
5日	月							1			
6日	火		1	1							
7日	水				1	1					
8日	木							1		1	
9日	金								7		
10日	土										
11日	日										
12日	月		1	1				1			
13日	火	1	1		1	1					
14日	水			1							
15日	木		1	1				1			
16日	金				1	1			10		
17日	土										
18日	日										
19日	月							1			
20日	火						1				○
21日	水										
22日	木		1	1				1			
23日	金				1	1					
24日	土										
25日	日										
26日	月							1			
27日	火	1	1								
28日	水			1							
29日	木		1	1				1			
30日	金				1	1					
31日	土										
合 計		2	8	8	6	6	1	9	25	1	1

(複数の管理栄養士が回答する場合は、コピーをしてください)

月間栄養ケア・マネ実施状況

施設ID

記入者ID

時間調査期間には行われなかった、栄養ケア・マネジメント業務を拾い上げるために、3月1日～3月31日の1か月間の業務の概要をお知らせください。細かな時間は必要ありません。それぞれの栄養ケア・マネジメント業務を行った日にそれぞれの対象者数を記入してください。

		栄養スクリーニング(初回)	栄養アセスメント	栄養ケア計画作成	カンファレンス	利用者・家族への説明	実施上の問題点の把握	再スクリーニング	モニタリング	退所(院)計画	システム評価(行った日に○をつける)
3月1日	木										
2日	金										
3日	土										
4日	日										
5日	月										
6日	火										
7日	水										
8日	木										
9日	金										
10日	土										
11日	日										
12日	月										
13日	火										
14日	水										
15日	木										
16日	金										
17日	土										
18日	日										
19日	月										
20日	火										
21日	水										
22日	木										
23日	金										
24日	土										
25日	日										
26日	月										
27日	火										
28日	水										
29日	木										
30日	金										
31日	土										
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(複数の管理栄養士が回答する場合は、コピーをしてください)

施設状況調査表

施設ID

記入日

□に該当する番号を選択するか、または数値を記入（入力）してください。

I 施設について下記の項目についてお答えください（平成19年3月1日現在）

- ①定員 人
- ②入所（院）者数(3月1日現在) 人
- ③病院おいての入院者の内訳
 - 内介護保険病棟 人
 - 内医療保険病棟 人
- ④通所サービス利用者数(3月) 人/日
- ⑤平均入所（在院）日数（3月の平均） 日

II 栄養部門について

1. 給食業務の委託状況について番号を選んで記入して下さい

- ①直営
- ②委託（調理部門など一部を委託）
- ③委託（栄養士業務全面委託）

2. 栄養部門の人員構成を記入してください

※ 常勤とは、栄養マネジメント加算や栄養管理体制加算を算定する上での、算定条件であります。下記の注釈をご参照下さい。

※ 施設の非常勤栄養士や施設の調理師と委託のパートタイマー等の場合は、下記の計算式を参照し、正職員換算して人数を記入してください。

		常勤			
		正職員		パート等	
(1) 施設	①管理栄養士	8	人	9	人
	②栄養士	10	人	11	人

		非常勤
		パート等
		12
		13

		非常勤			
		正職員		パート等	
(2) 施設	③調理師（員）	14	人	15	人
(3) 委託	①管理栄養士	16	人	17	人
	②栄養士	18	人	19	人
	③調理師	20	人	21	人

注1) 介護保険施設での「常勤」の定義

介護保険施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであり、正職員に限らずパートや派遣でも一定の勤務時間以上であれば「常勤職員」となります。

注2) 正職員換算の計算式

職員の一週間の勤務時間 ÷ 施設が定めている1週間の勤務時間

例) 3人のパート調理師(A,B,C)それぞれの1週間の勤務時間が、A:8時間×3日(24時間)、B:8時間×3日(24時間)、C:4時間×5日(20時間)であり、施設が定めている1週間の勤務時間が32時間の場合
 $(24+24+20) \div 32 = 2.1$ 人

施設状況調査表（つづき）

3. 食事提供数を記入してください（3月）

①30日間の平均食数

一般食

介護保険での療養食

医療保険での特別食

経腸栄養のための濃厚流動食

22		食/日
23		食/日
24		食/日
25		食/日
26		食/日

4. コンピュータによるオーダーリングシステムを導入していますか（3月時点）

①導入している

②導入していない

27	
----	--

5. 4でオーダーリングを導入していない施設は、栄養ケアの管理をパソコンで管理していますか

①既製のソフトで管理している

②オリジナルなソフトによって管理している

③パソコンによる管理はしていない

28	
----	--

6. 現在申請している加算等の件数を記入してください（3月申請分）

施設	①栄養マネジメント加算	29		件
	②経口移行加算	30		件
	③経口維持加算Ⅰ	31		件
	④経口維持加算Ⅱ	32		件
	⑤療養食加算	33		件
介護予防サービス	①栄養改善加算	34		件
	②管理栄養士による介護予防居宅療養管理指導	35		件
訪問系サービス	①管理栄養士による居宅療養管理指導	36		件
通所系サービス	①栄養マネジメント加算	37		件
地域支援事業	①介護予防特定高齢者施策栄養改善プログラムの委託	38		件

7. 下記の帳票類を現在も作成していれば「1」していなければ「0」を記入してください

①検食簿	39	
②喫食調査結果	40	
③入所（院）者等の入退所（院）簿	41	
④食料品消費日計	42	
⑤入所（院）者年齢構成表	43	
⑥加重平均栄養所要量	44	
⑦食品構成表	45	

記入例 多職種協働の実態把握

施設ID

管理栄養士以外の関連職種が、栄養ケア・マネジメントに関連する業務を行った場合、その職種と業務内容を記入してください。（記入は管理栄養士が行なってください）

職種は下記の口枳から選択し、番号を記入ください。業務内容は、管理栄養士業務時間調査の小項目コードと一致する場合は、そのコード番号を記入し、当てはまらない場合は、具体的な内容をご記入ください。細かい時間についての記載は不要です。1枚に収まらない場合は、コピーして記入下さい。

平成19年3月の1か月間の大まかな協働体制が分かれば結構です。

1. 医師	5. 保健師	9. 言語聴覚士	13. 栄養士
2. 歯科医師	6. 歯科衛生士	10. 社会福祉士	14. 調理師（員）
3. 薬剤師	7. 理学療法士	11. ケースワーカー	15. 介護職員
4. 看護師	8. 作業療法士	12. 介護支援専門員	16. その他

1 職種番号	小項目コード	具体的内容
9	16	嚥下状況を評価して経口移行のための計画策定

(上記口から)

2 職種番号	小項目コード	具体的内容
1	16	嚥下状況を評価して経口移行のための計画策定
	15	経腸栄養法の指示

(上記口から)

3 職種番号	小項目コード	具体的内容
4	2	食事喫食率の記録
	18	食事の介助、食事環境の計画・実施

(上記口から)

4 職種番号	小項目コード	具体的内容
4	18	口腔内のケア

(上記口から)

5 職種番号	小項目コード	具体的内容
15	1	身長、体重の計測
	18	口腔内のケア

(上記口から)

6 職種番号	小項目コード	具体的内容
10	37	退所時に、家族と利用者に栄養・食事に関する説明

(上記口から)

多職種協働の実態把握

施設ID

管理栄養士以外の関連職種が、栄養ケア・マネジメントに関連する業務を行った場合、その職種と業務内容を記入してください。（記入は管理栄養士が行なってください）

職種は下記の口枘から選択し、番号を記入ください。業務内容は、管理栄養士業務時間調査の小項目コードと一致する場合は、そのコード番号を記入し、当てはまらない場合は、具体的な内容をご記入ください。細かい時間についての記載は不要です。1枚に収まらない場合は、コピーして記入下さい。

平成19年3月の1か月間の大まかな協働体制が分かれば結構です。

1. 医師	5. 保健師	9. 言語聴覚士	13. 栄養士
2. 歯科医師	6. 歯科衛生士	10. 社会福祉士	14. 調理師（員）
3. 薬剤師	7. 理学療法士	11. ケースワーカー	15. 介護職員
4. 看護師	8. 作業療法士	12. 介護支援専門員	16. その他

1

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

2

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

3

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

4

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

5

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

6

職種番号	小項目コード	具体的内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（上記口から）

参考資料

- Ⅲ. 介護保険施設における栄養改善・維持のための栄養ケア・マネジメントの
取り組みに関する検討
調査票一式

平成 19 年 5 月 16 日

介護保険施設
施設長各位

厚生労働省長寿科学総合研究事業
「介護保険制度における栄養ケア・
マネジメント事業評価に関する研究」
主任研究者 杉山みち子

平成 19 年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究
「低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画ならびに栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に
対する栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究」へのご協力をお願い

ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃は大変お世話になっております。

このたびは、平成 18 年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」（主任研究者 杉山みち子）における栄養ケア・マネジメント体制施行 1 年後の実態調査へのご協力を頂きまして誠に感謝しております。

実態調査にご協力をいただきました介護保険施設のうち、個別調査へのご協力のご回答を得、また栄養ケア・マネジメント体制を推進され、栄養改善の成果を挙げている施設に、本依頼状をお送りしております。個別調査は、介護保険施設における低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画書及び栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に対する栄養ケア・マネジメントのあり方を検討し、栄養ケア・マネジメントの手順、内容についてのさらなる質の向上をはかることを目的にしております。

本調査は、施設における栄養ケア・マネジメント業務により作成された帳票の複写及び既存の帳票より転記したフェースシートを、事務局にて収集し分析するものです。

つきましては、是非、貴施設にもご協力を賜りたくお願い申し上げます。本調査の詳細は別紙の計画書にてご案内させていただいております。本調査では、個人名や施設名は全て番号化して処理し、施設や個人の情報をそのままの形で外部に出すことはございません。またご協力いただきましたことにより、ご迷惑をおかけすることは一切ないことをお約束いたします。

なお、平成 18 年度にご協力いただきました研究報告書は、現在、別刷中ですので後日送付申し上げます。ご協力いただいた場合、些少ではございますが複写代含めて謝金をお支払いさせていただきます。ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解いただきまして、皆様のご協力を賜りたく重ねてお願い申し上げます。

平成 18 年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」研究会

主任研究者：杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）

分担研究者：加藤昌彦（椋山女学園大学教授）合田敏尚（静岡県立大学准教授）西村秋生（国立保健医療科学院室長）高田和子（独立行政法人国立健康・栄養研究所上級研究員）太田貞司（神奈川県立保健福祉大学教授）臼井正樹（神奈川県立保健福祉大学准教授）

協力研究者：小山秀夫（静岡県立大学教授）星野和子（医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室長）三橋扶佐子（日本歯科大学助教）多田由紀（東京大学大学院医学系研究科）

□お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町 1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内

平成 18 年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

担当：杉山みち子、遠又靖文

電話：046-828-2662 FAX：046-828-2663

平成 19 年 5 月 16 日

介護保険施設
管理栄養士各位

厚生労働省長寿科学総合研究事業
「介護保険制度における栄養ケア・
マネジメント事業評価に関する研究」
主任研究者 杉山 みち子

平成 19 年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究
「低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画ならびに栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に
対する栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究」へのご協力をお願い

ますますご健勝でお過ごしのことと拝察申し上げます。この度の介護保険制度改正に伴って、平成 17 年 10 月には介護保険施設における栄養ケア・マネジメント体制の導入が行われました。これによって、施設における栄養・食事サービスは、従来の集団給食としての「モノ」のサービスから、利用者個人の「人」へのサービスへと転換し、『食べること』を通じて、一人一人の自己実現を目指し、栄養・食事サービスの実務を国際的水準へ引き上げるシステムが作られることになりました。

本研究では介護保険施設における低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画書及び栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に対する栄養ケア・マネジメントのあり方を検討し、栄養ケア・マネジメントの手順、内容についてのさらなる質の向上をはかることを目的に個別調査の事例を行うことになりました。

介護保険制度の改正に伴う栄養ケア・マネジメントの遂行にかかわる調査や研修に日頃よりご協力いただいている介護保険施設の管理栄養士の皆様には是非とも本調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

調査実施の手順

1. 調査実施者

施設の常勤管理栄養士

2. 調査で行って頂く内容

本調査の主旨としては、栄養ケア・マネジメントの関連帳票を1事例ごとにフェースシートをつけて提出して頂くというものです。

提出をお願いする事例の内容は、下記の「6の①」に示したとおりです。

具体的には、以下に示した手順を行って頂きます。

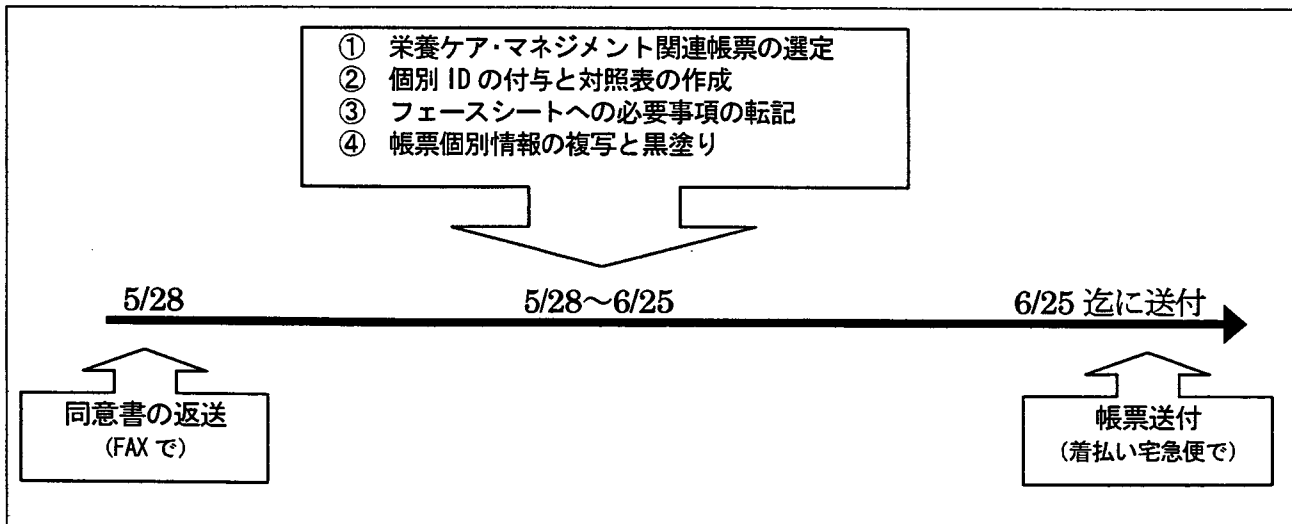
<ul style="list-style-type: none"> ① 栄養ケア・マネジメント関連帳票の選定 ② 個別 ID の付与と対照表の作成 ③ フェースシートへの必要事項の転記 ④ 帳票個別情報の複写及び ID 記入と黒塗り（黒塗り用マジック） 	各常勤管理栄養士
---	----------

3. 調査の日程

2007年6月25日（月）の期間までに必要な帳票一式をご用意ください。

4. 同意書の返送とスケジュール

- ① 同意書（同封）にご記入の上、5月28日（月）までに、下記「10. 問い合わせ先、書類送付先」の宛先まで送付してください。なお、ご承諾いただける場合、施設長、管理栄養士のお名前を記入してください。
- ② 調査のスケジュールは下記のとおりです。調査についてご不明な点がございましたら、問い合わせ先まで、FAX か電話（杉山みち子研究室 遠又靖丈行 FAX:046-828-2663 電話:046-828-2662）にてご連絡ください。担当者が不在の場合がありますので、問い合わせは、できるだけ FAX にてお願いいたします。



5. 調査の内容について

① 栄養ケア・マネジメント関連帳票の選定

本調査の対象となる事例は、平成17年10月から平成18年10月までの1年間に初めて栄養スクリーニングの対象となり、低栄養状態の中・高リスクの判定を受け、新規栄養ケア計画が作成され、その後平成19年1月までの3か月以上のモニタリングを受けたものとします。事例は平成17年10月から平成18年10月の間の出来るだけ新規の入所者から選出してください。また長期間の入院等があり、新たな栄養ケア計画書を作成した時には新規と見なされます。最終モニタリング日は平成19年1月までとします。

既存の栄養ケア・マネジメント帳票一式から、下記Ⅰ、Ⅱの事例を選定し、事例ごとに②～④の作業を行ってください。

Ⅰ. 低栄養状態の事例

『低栄養状態の中・高リスク(下記参照)』と判定され、栄養ケア計画及び3か月以上のモニタリング結果(平成19年1月まで)がある事例のうち、以下の事例を選定してください。

A. 低栄養状態の中・高リスクが低リスクに改善した事例： 20例*

B. 低栄養状態の中・高リスクが維持又は悪化した改善困難事例： 20例*

※ 初めての栄養スクリーニングから3ヶ月後以降(3ヶ月目も含む)に改善がみられ、最終的に改善した事例を上段の「改善した事例」とします。

Ⅱ. 経口移行・経口維持の事例

経口移行・経口維持の事例として、以下の事例を選定してください。

C. 経口移行及び経口維持加算Ⅰを算定した事例： 全ての事例(平成17年10月から平成19年1月まで)

D. 経口維持加算Ⅱの算定事例： 5例*

これらの経口移行及び経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定事例が、上記の低栄養状態の事例に重なっていても構いません。

* 事例数は、20例を目安にできるだけ多くご提供ください。また20例を超えてできる限り多くの事例を頂ければ幸いです。

低栄養状態の中・高リスクとは、以下の①～④のいずれか一つでも該当する場合とします。

1. BMI18.5未満
2. 体重減少率6ヶ月に3%以上
3. 血清アルブミン値3.5g/dl以下
4. 食事摂取量75%以下

※ ご自分の施設で中・高リスクを設定している場合も、この基準に合わせてください。

※ 低リスクは、この中・高リスクの基準に該当しないものとします。

② 個別 ID の付与と対照表の作成

施設管理栄養士の皆様には、それぞれの事例について個別 ID を付与して頂き、ID の対照表を作成して頂きます。対照表は別紙に「施設保管用 ID 対照表」が様式例としてありますが、各施設において作成しても構いません。送付されることのないようにご注意ください。

③ フェースシートへの必要事項の転記

別紙「資料1」参照。様式1「フェースシート」への必要事項の転記。

④ 帳票個別情報の複写及び ID 記入と黒塗り（黒塗り用マジック）

別紙「資料2」参照

6. 栄養ケア・マネジメント帳票一式について

お送り頂く栄養ケア・マネジメント帳票一式は、以下のとおりです。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 栄養スクリーニング書2. 栄養アセスメント書Ⅰ・Ⅱ3. 栄養ケア計画書4. 栄養ケア提供経過記録5. 栄養モニタリング書6. (経口移行・経口維持用帳票を別途、作成している場合はこれを含める) |
|--|

※『低栄養状態の中・高リスクが低リスクに改善した事例：20例』では、改善した後の平成19年1月までに実施した3ヵ月後毎のスクリーニング書、及び栄養アセスメント書Ⅰもお送りください。

7. 送付して頂く帳票類

事例ごとの、フェースシートと上記「7. 栄養ケア・マネジメント帳票一式について」の1～6の帳票について、6月25日までに「着払い宅急便」で送付してください。送付先は「10. 問い合わせ先、書類送付先」までお願いいたします。

8. 謝金について

今回の調査に参加してくださいました管理栄養士各位に、些少ではございますが、個別帳票一式1件あたり作業に関わる謝金として千円（複写代を含む）を後ほどお支払いいたします。お振り込みについては、別途ご連絡申し上げます。

9. 問い合わせ先、書類送付先

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

担当：杉山 みち子(すぎやま みちこ)、遠又 靖丈(とよまた やすたけ)

電話：046-828-2662 FAX：046-828-2663

(2) 本例の新規栄養スクリーニング時の状態を、直近の施設サービス計画書、主治医意見書からご記入ください。H17.10に新規栄養スクリーニングを行った事例は、その時点の状態をご記入ください。

①新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）の要介護度	a.要介護1 b.要介護2 c.要介護3 d.要介護4 e.要介護5 f.要支援1 g.要支援2 h.非該当（自立） i.新規申請中 j.不明
② ①の認定日	(H. 年 月 日)
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） ②の時点の主治医意見書から転記	1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） 9.視覚・聴覚障害 2.心臓病 10.骨折・転倒 3.がん（悪性新生物） 11.高齢による衰弱 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） 12.その他 5.関節疾患（リウマチ等） a. () 6.認知症 b. () 7.パーキンソン病 c. () 8.糖尿病 13.不明
④障害高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(3)-1. 新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）からその後、要介護度等に変更がありましたか。

1.ある →(3)-2.へ	2.ない →以上で終了です
---------------	---------------

(3)-2. (3)-1.で「1.ある」の場合、直近の施設サービス計画書、主治医意見書から記入してください。

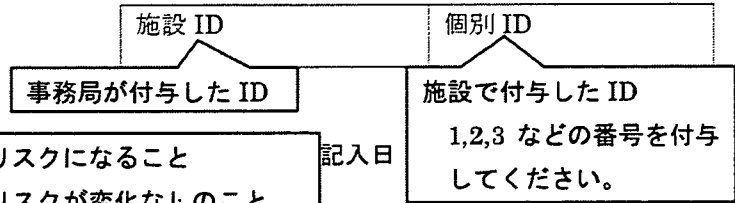
①直近の要介護度	a.要介護1 b.要介護2 c.要介護3 d.要介護4 e.要介護5 f.要支援1 g.要支援2 h.非該当（自立） i.新規申請中 j.不明
② ①の認定日	(H. 年 月 日)
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） ②の時点の主治医意見書から転記	1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） 9.視覚・聴覚障害 2.心臓病 10.骨折・転倒 3.がん（悪性新生物） 11.高齢による衰弱 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） 12.その他 5.関節疾患（リウマチ等） a. () 6.認知症 b. () 7.パーキンソン病 c. () 8.糖尿病 13.不明
④障害高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

ご協力ありがとうございます。記入漏れがないか、見直しをお願いします。
ID ごとに本フェースシートと帳票一式とクリップで留めて、ご提出ください。

平成 19 年度厚生労働省労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」－低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画ならびに栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に対する栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究－

記入例

フェースシート



1. 改善は、中・高リスクが低リスクになること
2. 非改善（維持）は、中・高リスクが変化なしのこと
3. 非改善（悪化）は、中リスクが高リスクになること

(1) 本例

①栄養改善の区分について、 ○をつけてください	1.改善 2.改善困難 (a.維持 b.悪化)
②改善理由もしくは改善困難の理由が考えられますか。	1.はい 2.いいえ (不明) →②-1) 「1.はい」の場合、以下に理由を簡単にご記入ください 嚥下困難があり、摂取量が増大しない。
③経口移行・経口維持加算の算定状況について、1~4 を選択し、a または b. に○をつけてください	1.経口移行 (a.終了 b.継続) 2.経口維持Ⅰ (a.終了 b.継続) 3.経口維持Ⅱ (a.終了 b.継続) 4.未算定 a. 終了=180 日以内で経口移行・経口維持加算の算定が終了した場合 b. 継続=180 日以上継続算定の場合
④新規栄養スクリーニングの初回日をご記入ください	(H. 17 年 10 月 12)
⑤最終モニタリング日 (低リスクに改善した場合には、再スクリーニング日) をご記入ください	(H. 19 年 1 月 20 日)
⑥上記①~⑤の期間中に入院していますか。	1. はい 2. いいえ →⑥-1) 「1.はい」の場合、以下にご記入ください 1 入院期間 a. (H. 18 年 8 月 10 日) ~b. (H.18 年 8 月 17 日) 2.入院理由 (発熱、脱水疑い) 3 入院期間 a.(H. 年 月 日) ~b.(H. 年 月 日) 4.入院理由 ()
⑦本例の現在の状況についてお答えください	1. 退所 (院) 2.本施設に入所 (院) 中 →⑦-1) 「1. 退所 (院)」の場合、その理由を選択してください a.他病院 b.他施設 c.在宅 d.死亡 e.その他 ()

本例新規栄養スクリーニング時に新規栄養スクリーニングを行った

・区分変更申請中の場合は、申請を出す時点の要介護度をご記入ください。
 ・初めて栄養スクリーニングを行った時点で、本例が認定されている要介護度、認定日をご記入ください。

①新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）の要介護度												
② ①の認定日	(H. 17年3月15日)											
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） (②の時点の主治医意見書から転記)	①.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）	②.心臓病	③.がん（悪性新生物）	④.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）	⑤.関節疾患（リウマチ等）	⑥.認知症	⑦.パーキンソン病	⑧.視覚・聴覚障害	⑨.骨折・転倒	⑩.高齢による衰弱	⑪.その他 a. () b. () c. ()	⑫.不明
傷病名の分類が不明な場合は、その他にご記入ください。	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 (③と同じ主治医意見書から転記)	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				

(2)-1. 新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）からその後、要介護度等に変更がありましたか。

1.ある →(3)-2.へ	2.ない →以上で終了です
---------------	---------------

(3)-2. (3)-1.で「1.ある」の場合、直近の施設サービス計画書、主治医意見書から記入してください。

①直近の要介護度	a.要介護1	b.要介護2	c.要介護3	d.要介護4	e.要介護5								
	f.要支援1	g.要支援2	h.非該当（自立）	i.新規申請中	j.不明								
② ①の認定日	(H. 18年3月15日)												
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） (②の時点の主治医意見書から転記)	①.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）	②.心臓病	③.がん（悪性新生物）	④.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）	⑤.関節疾患（リウマチ等）	⑥.認知症	⑦.パーキンソン病	⑧.糖尿病	⑨.視覚・聴覚障害	⑩.骨折・転倒	⑪.高齢による衰弱	⑫.その他 a. () b. () c. ()	⑬.不明
④障害高齢者の日常生活自立度 (③と同じ主治医意見書から転記)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2				
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 (③と同じ主治医意見書から転記)	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M					

ご協力ありがとうございます。記入漏れがないか、見直しをお願いします。
 IDごとに本フェースシートと帳票一式とクリップで留めて、ご提出ください。