

帳票一式の「施設・個別 ID 記入」、「個人情報塗りつぶし作業」説明

各帳票の右上に、施設 ID と個別 ID を記入し、同封の黒マジックで個人情報に該当する部分を塗りつぶしていただきます。

- 利用者の氏名、住所、生年月日、家族の氏名、部屋番号、施設名、職員の氏名は、黒塗りします。
- 年齢、性別、要介護度は塗りつぶさなくても構いません。

栄養スクリーニング書

施設 ID 〇〇〇〇-〇〇 個人 ID 〇〇〇〇-〇〇 記入者氏名 施設名 生年月日 H17 年 5 月 11 日	
氏名	(性別) 男 要介護度 3 全寮制 取組状況は、食形態取組不足

ID 記入

栄養アセスメント書 I

(主治医の意見書が入手できた場合に、面に添付) 栄養アセスメント書 (案) (施設) ID 〇〇〇〇-〇〇 低栄養リスクのレベル	
氏名	(性別) 男 要介護度 8 男 (女) 実居日 H17 年 5 月 11 日 記入者 管理栄養士
BMI 16.5 体重減少率 (8) か月に (19) % (減・増) 血清アルブミン値* (g/dl) (測定日) 3.1 (17年4月30日) 1日の食事摂取量 主食70% 副食70% 栄養補給法 経口摂取 備考	主たる介護者 長男 主たる共食の者 長男 身体的状況、実数状態、食事・栄養補給に関する利用意欲及び家族の意向 本人、家族は本人の身体的状況が安定したら、社会資源を利用した在宅生活を希望している。 主たる介護者・家族(心身の訴えを含む) 身体的状況の悪化と生活の不安を訴えている。家族の在宅介護の可能性と介護者の意向を受け、元気にやりたいと思っている。
食事の提供のための必要事項 実施日 H17 年 5 月 11 日 記入者 相談員 嗜好 甘い物(菓子類)、種類が好物。チーズが嫌い 禁忌 アダラート服用のためグレープフルーツ類 アレルギー なし 特別食の指示 なし 食事摂取行為の自立 食事後半に疲れが見られる時は半介助し、食事中は声かけ、見守りする 形態 全寮 軟食 環境 車椅子に座り、職員による介助を必要とする 特記事項 認知症、水分摂取時に嘔吐、下痢、便秘、水分摂取時に嘔吐、下痢、便秘、水分摂取時に嘔吐、下痢、便秘	

ID 記入

●生年月日は黒塗り  
○年齢はそのまま

●職員の名前も黒塗りします

栄養アセスメント書 II も同様にしてください。

多職種による栄養ケアの計画 実施日 H17 年 5 月 11 日 記入者 管理栄養士	
① 18歳未満(年齢 II 右大板子2mm×3mm) ② 口腔内の状態 ③ 嚥下 ④ 嚥下の不具合 ⑤ 口臭 ⑥ 尿量の低下 ⑦ 口腔が痛く ⑧ むせ ⑨ 脱水症状 ⑩ 嚥下障害(口腔内に飲み込む) ⑪ 嘔吐・嘔吐 ⑫ 下痢(下痢の常用を含む) ※ 特記事項 低栄養状態あり。	⑦ 便秘 ⑧ 浮腫(下肢) ⑨ 脱水(尿下・口腔の乾燥等) ⑩ 嚥下 ⑪ 失禁 ⑫ 栄養不足 ⑬ 脱水状態 ⑭ 14種類の栄養素と薬、投与方法、食品との相互作用 具体的に計画 アダラート1×1(朝) ハルシオン2×1(夕) フェロミア1×1(朝) ラックラス1×1(朝) アロゼン2×2(朝-夕)

栄養ケア計画書

●利用者氏名、職員、施設名

●生年月日、住所

●同意のサイン

ID 記入

利用者氏名: [ ] 氏 生年月日: [ ] 住所: [ ] 栄養ケア計画書 (施設) (案) ID 0000-00 作成者氏名: [ ] 管理栄養士 作成日: 17年5月20日 入居期日: 平成17年5月7日 初診日: 平成17年5月15日 作成(更新)日: 平成 年 月 日	
紹介状区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (その他: )	
利用開始日 食事の摂れなくなるに際しては身体状況が安定したら自宅にて介護したい。	説明と了承日 17年5月17日
栄養ケアのリスク (低・中・高) 低栄養リスク	
実施すべき目標 (二一) 1. 嗜好や食環境の整備に配慮し、食事摂取量の増加と栄養補助食品との組み合わせで、必要栄養量を確保し、低栄養状態の改善を図る。 2. 低栄養状態の改善のために、栄養指導の中で食べ方、食具の選び方など 3. 指導してもらう。	
評価項目 (二一) と期間 食事摂取量安定による低栄養状態の改善を図り、自宅にてお暮らしに安定した生活を営む。	

栄養ケア提供経過記録

●記録中の氏名なども、塗りつぶします。

ID 記入

栄養ケア提供経過記録 (施設) (案) ID 0000-00 利用者氏名: [ ] 氏 作成日: 17年5月20日 作成者氏名: [ ] 管理栄養士				
サービス提供項目	5月20日	6月16日	7月20日	8月22日
栄養補助	食事がまだ十分に摂取されないため、固の餌と栄養補助食品は継続する。	固の餌と栄養補助食品は継続する。	摂取量が軽微確保できた(10割)ため、7月21日から栄養補助食品を私のみにする。	朝・夕食の主食は軟飯になり、摂取量が10割になったため、8月22日から栄養補助食品を止める。不足分として牛乳を器に出す。
栄養食事相談	[ ]の食事に対する知識、意欲の改善が期待される。面会時、[ ]に現在の体重、食事摂取状態の説明する。		食欲もあり、備わっている。	前日

栄養ケア評価表

ID 記入

栄養ケア評価表 (案) ID 0000-00 氏名: [ ]						
3か月後の目標	サービス提供前	3月31日	7月1日	10月1日	12月31日	17年8月22日
	17年3月11日	17年5月25日	17年6月16日	17年7月20日	17年8月22日	17年8月22日
	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量
	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量	摂取量
アウトカム						
生活機能・身体機能	自立摂取	食事後半半介助	介助の回数減	餌の介介助、それ以外自立摂取	自立摂取	100% <input type="checkbox"/>
主観的満足度(意欲)	満足感あり	満足感あり	積極的に発言する	各メニュー参加、手洗習慣!	訂正習慣完成!	90% <input checked="" type="checkbox"/>
食事に対する満足感	美味しく感じる	美味しく感じられない	美味しく感じる	美味しく感じる	美味しく感じる	100% <input type="checkbox"/>
栄養リスク						
体重 (kg)	38.2	35	35.2	35.3	35.2	100% <input type="checkbox"/>

ご協力ありがとうございます。  
 塗り残しはないか、見直しをお願いします。  
 IDごとにフェースシートと帳票一式をクリップで留めて、ご提出ください。

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

参考資料

2. 管理栄養士としての業務年数

IV. 通所サービス事業所における  年 栄養ケア・マネジメントの実態調査

3. 当該施設での勤務年数

調査票

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

平成 19 年 11 月 5 日

通所サービス事業所  
事業所責任者 各位

厚生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」  
主任研究者 杉山みち子

平成 19 年度 厚生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  
「通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実態調査」へのご協力をお願い

ご健勝でお過ごしのことと拝察申し上げます。

平成 18 年 4 月の介護保険制度改正に伴い、通所サービス事業所においては、栄養ケア・マネジメント体制に基づいた個別の栄養・食事サービスが提供されるようになりました。しかし、通所サービス事業所における予防給付栄養改善加算ならびに介護給付栄養マネジメント加算の取得率は全国的に 1% を大きく下まわる状況にあります。本研究会では、通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制施行後の実施状況について、全国規模で課題分析を行い、栄養ケア・マネジメントの体制や業務上の改善すべき課題を明らかとし、質の高いサービスをより効率的に提供するための指針や業務の取り組み方を提示することを目的として、調査をさせて頂くこととなりました。

つきましては、貴事業所を本調査の客体とさせて頂きましたので、是非ともご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。なお、本調査は事業所としての業務調査でありますと同時に、ご協力頂く事業所は ID 番号を付記して匿名化して、量的な集計・解析をさせて頂きますので、貴事業所が回答された内容がそのままの形で外部に出ることはございません。また、調査量は業務のご負担にならないように最小限のものとしてあります。本調査にご協力頂きましたことにより、貴事業所にご迷惑をおかけすることは一切ございませんこととお約束いたします。

また、本調査は栄養ケア・マネジメントの実施の有無に関わらず、関連する事項についての基礎的資料を得るためのものですので、事業所責任者あるいは責任者が指定した担当者、管理栄養士がいらっしゃる場合には、管理栄養士がご回答下さいますようお願いいたします。

ご多用中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頂きまして、より多くの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 19 年度 厚生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」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（相山女学園大学教授）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（国立保健医療科学院 協力研究員）遠又靖丈（神奈川県立保健福祉大学大学院 修士課程）

お問い合わせ先

平成 19 年度 厚生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」事務局  
担当：杉山みち子、遠又靖丈  
〒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  
電話：046-828-2662 FAX：046-828-2663

平成 19 年度厚生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」  
**通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実態調査**

記入日 平成 年 月 日 施設ID \_\_\_\_\_

記入者の職名(いずれかに○印) 管理栄養士・それ以外(具体的に: \_\_\_\_\_)

1. 貴事業所で指定されている通所サービスについて該当する番号すべてに○印をつけて下さい。

① 通所介護	② 通所リハビリテーション	③ 認知症対応型通所介護
④ 介護予防通所介護	⑤ 介護予防通所リハビリテーション	⑥ 介護予防認知症対応型通所介護

2. 平成 19 年 10 月の通所サービス事業所の運営状況について数字をご記入下さい。

(1) 合計稼働日数	(2) 定員数	(3) 利用者延べ人数
_____ 日	_____ 人	_____ 人

3. 下記の職種について通所サービス事業所の従業者数をご記入下さい。0 人の場合は 0 とご記入下さい。

	i 専従		ii 兼務	
	a.常勤	b.非常勤	c.常勤	d.非常勤
(1) 管理栄養士	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人
(2) 栄養士	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人

4-1. 問3において、管理栄養士または栄養士の兼務が「1人以上」と回答された場合、兼務している他の施設の種類の該当する番号すべてに○印をつけて下さい。

① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	② 介護老人保健施設
③ 医療施設	④ その他〔具体的に_____〕

4-2. 兼務している他の施設で、栄養ケア・マネジメントを実施していますか。

①はい      ②いいえ

**裏面に続きます。**

5. 通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントに関連する事項について該当番号に○印をつけて下さい。

(1) 貴事業所において、何らかの方法(体重測定、食事摂取量の把握等)で利用者の栄養状態のアセスメントを行っていますか。	①はい ・ ②いいえ
(2) アセスメントの結果、利用者の栄養状態に問題があった場合、何らかの対策をとっていますか。	①はい ・ ②いいえ ③問題があったことはない
(3) これまでに、地域包括支援センターあるいは介護支援専門員から利用者の栄養ケアについて依頼または相談を受けたことがありますか。	①はい ・ ②いいえ
(4) 利用者の栄養ケアについて、地域包括支援センターあるいは介護支援専門員に相談を持ちかけたことがありますか。	①はい ・ ②いいえ
(5) 利用者あるいはその家族から栄養ケアについて依頼または相談を受けたことがありますか。	①はい ・ ②いいえ

6. 平成19年10月における下記の項目の加算届出及び、平成18年4月～平成19年10月の加算請求件数についてご記入下さい(加算を取得していない場合、請求件数に0と記入して下さい)。

		i 加算届出の有無	ii 請求件数
予防給付	(1) 栄養改善加算	①有 ・ ②無	_____ 件
介護給付	(2) 栄養マネジメント加算	①有 ・ ②無	_____ 件

注: 請求件数は、加算対象人数ではなく、平成18年4月～平成19年10月の「加算請求件数(延べ件数)」ですのでご注意ください。

- \* 今後、本研究班では、栄養ケア・マネジメント等のサービスの充実と発展のために、通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの質の向上や適正な評価手法のためのマニュアル作成を計画しております。  
『通所サービスでの栄養ケア・マネジメントに取り組まれている事業所』には、ぜひマニュアル作成のための調査、「栄養ケア・マネジメント事業評価調査(栄養ケア・マネジメントの実施内容に関するアンケート及び個別の事例調査)」にご協力頂きたいと存じます。(下記のどちらかに○印をご記入下さい)。

「栄養ケア・マネジメント事業評価調査」	①協力する ・ ②協力しない
---------------------	----------------

「①協力する」とご返答頂いた施設には、12月に調査票を別途送付させていただきます

**ご協力ありがとうございました。再度、記入漏れがないことをご確認いただき  
11月30日までに事務局に同封の返信用封筒でご返送下さい。**

事務局 〒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 栄養ケア・マネジメント研究室

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」事務局

担当: 杉山みち子、遠又靖丈 電話: 046-828-2662 FAX: 046-828-2663

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」

通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実態調査

【ご記入にあたってのお願い】

1. ご記入頂く内容は、栄養ケア・マネジメントの実態についてです。事業所責任者あるいは、事業所責任者が指定した者、管理栄養士が配置されている場合には管理栄養士がご回答下さい。
2. ご回答は、設問で設定した期間の状況についてご記入下さい。特に指定がない場合、回答は平成 19 年 10 月現在のことについてご記入下さい
3. ご回答は、該当する選択肢の番号に○をつけるか、回答欄に数値・文字をご記入下さい。また、回答数は質問の指定に従ってください。特に指定がない場合には、1 つだけ選んで下さい。数字を記入する場合で該当することがない場合にも、「0」と必ずご記入下さい。
4. 調査票は、同封の返信用封筒に入れ(切手は不要です)、平成 19 年 11 月 30 日(金)までに、ポストにご投函くださいますよう、お願いします。
5. ご回答頂きました内容につきまして、本調査の目的以外に使用することはありません。また、個別の情報として取り扱うことはありません。
6. ご回答頂きました施設には、結果の概要をお送りさせていただきます。
7. ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせ下さい。

□お問い合わせ先□

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」事務局  
担当: 杉山みち子、遠又靖文

〒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  
電話: 046-828-2662 FAX: 046-828-2663

## 参考資料

V. 居宅サービス利用者に関する栄養ケア・マネジメント事業評価経過報告

調査票



平成 19 年 1 月 吉日

指定居宅介護支援事業所管理者 各位

平成 19 年度厚生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」  
主任研究者 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授）  
協力研究者 木村 隆次（日本介護支援専門員協会会長）

平成 19 年度厚生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」

### 居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する研究 概要とご協力のお願ひ

平成 18 年 4 月から居宅サービス利用者への新しい栄養・食事サービスとして栄養ケア・マネジメントが施行されました。居宅サービス利用の高齢者には低栄養状態のおそれのある者は相当数に及ぶことが考えられていますが、この新たなサービスは現在のところ殆ど利用されていないのが現状です。しかし、低栄養状態の把握を早期に行い栄養ケア・マネジメントによって改善を図ることは自立支援にとって大切なことといえます。

そこで、本調査においては、日本介護支援専門員協会木村隆次会長を協力研究者として、日本介護支援専門員協会会員の皆様から都道府県高齢者人口比率で無作為に選出された指定居宅介護支援事業所所属介護支援専門員の会員約 800 名にご協力を頂き、居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態を全国規模で明らかにすることになりました。

調査の概要説明ならびに調査票などの関連書類一式を同封致しましたのでお読み頂き、何卒本調査へのご協力のご承諾を頂きたくお願い申し上げます。ご協力をご承諾頂ける場合には、同封の同意書（介護支援専門員と同一のもの）にご署名を頂き、日本介護支援専門員協会事務局まで FAX にてお知らせ下さいますようお願い申し上げます。

ご協力の得られた介護支援専門員には、アンケート用紙にご回答頂くとともに、平成 20 年 2 月の契約利用者にご依頼ならびに説明をして頂き、同意の得られた利用者について匿名化した調査票にご記載をお願い申し上げます。調査票には利用者のご氏名、生年月日、住所などの個人的な情報は含まれていません。また、調査票の番号と利用者氏名との対照表は今後 5 年間、指定居宅介護支援事業所において厳重に保管して頂き、その後粉砕処分をお願い申し上げます。そのため、本研究に関わる研究関係者は、ご協力頂いた利用者を特定することが一切できません。また、集計は、集団としておこなわれますので、個々のご協力者が誰かを他者に知られることは全くありません。なお、利用者自身が説明を理解することおよびご承諾の署名ができない場合には、同居または近隣に居住するご家族が代諾者として、調査協力に関するご説明を調査協力介護支援専門員からお伺い頂き、ご協力頂ける場合には同意書に署名をお願い申し上げます。

どうかお忙しいことと拝察申し上げますが、よろしくご協力のことお願い申し上げます。

平成 19 年 1 月吉日

日本介護支援専門員協会  
会員各位

平成 19 年度厚生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」  
主任研究者 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授）  
協力研究者 木村 隆次（日本介護支援専門員協会会長）

平成 19 年度厚生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」

### 居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する研究 概要とご協力をお願い

平成 18 年 4 月から居宅サービス利用者への新しい栄養・食事サービスとして栄養ケア・マネジメントが施行されました。居宅サービス利用の高齢者には低栄養状態のおそれのある者は相当数に及ぶことが考えられていますが、この新たなサービスは現在のところ殆ど利用されていないのが現状です。しかし、低栄養状態の把握を早期に行い栄養ケア・マネジメントによって改善を図ることは自立支援にとって大切なことといえます。

そこで、本調査においては、日本介護支援専門員協会木村隆次会長を協力研究者として、日本介護支援専門員協会会員の皆様から都道府県高齢者人口比率で無作為に選出された指定居宅介護支援事業所所属介護支援専門員の会員約 800 名にご協力を頂き、居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態を全国規模で明らかにすることになりました。

調査の概要説明ならびに調査票などの関連書類一式を同封致しましたのでお読み頂き、何卒本調査へのご協力のご承諾を頂きたくお願い申し上げます。ご協力をご承諾頂ける場合には、同封の同意書にご署名を頂くとともに、ご所属の指定居宅介護支援事務所管理者にも同封依頼状ならびに関連書類一式をお見せ頂き、ご協力のご承諾を得て頂いた場合には、同一の同意書にご署名頂き、日本介護支援専門員協会事務局まで FAX にてご返送下さいませようお願い申し上げます。

ご協力の得られた介護支援専門員には、アンケート用紙にご回答頂くとともに、平成 20 年 2 月の契約利用者にご協力のご依頼ならびに説明をして頂き、同意の得られた利用者については匿名化した調査票にご記載をお願い申し上げます。調査票には利用者のご氏名、生年月日、住所などの個人的な情報は含まれていません。また、調査票の番号と利用者氏名との対照表は今後のお問い合わせ等への対応のため今後 5 年間、指定居宅介護支援事業所において厳重に保管していただき、その後粉砕処分をお願い申し上げます。そのため、本研究関係者は、ご協力頂いた利用者を特定することが一切できません。また、集計は、集団としておこなわれますので、個々のご協力者が誰かを他者に知られることは全くありません。なお、利用者自身が説明を理解することやご承諾の署名ができない場合には、同居または近隣に居住するご家族が代諾者として、調査協力に関するご説明を調査協力介護支援専門員からお伺い頂き、ご協力頂ける場合には同意書に署名をお願い申し上げます。

どうかお忙しいことと拝察申し上げますが、よろしくご協力のことお願い申し上げます。

## 居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する研究

### 調査の概要説明

#### 1. 目的

本研究は、居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態を全国規模で把握することにより、栄養ケア・マネジメントを必要としている利用者規模を明らかにするとともに、その特性を把握し、今後の居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの推進のための課題と解決策を検討し、次回の介護保険制度改正に寄与する。

#### 2. 調査実施者

指定居宅介護支援事業所所属介護支援専門員 800 名(日本介護支援専門員協会が名簿より都道府県高齢者人口比率で無作為抽出)

#### 3. 対象者

##### (1) 居宅介護支援専門員に対するアンケート調査

居宅介護支援専門員が対象です。

##### (2) 居宅サービス利用者に関する調査

平成 20 年 2 月に契約している居宅介護支援専門員が担当した利用者全員のうち、協力に同意した利用者を対象とします。なお、本人が説明を理解できない場合、同意書への意思表示や署名ができない場合には、同居または近隣に居住する家族にインフォームド・コンセントを行い、代諾者とします。

#### 4. 調査内容

##### (1) 居宅介護支援専門員に対するアンケート調査

アンケート調査の内容は、「介護支援専門員としての業務年数」、「介護支援専門員以外の資格」、「低栄養状態のおそれの把握事項について実施状況」、「栄養ケア・マネジメントに関する研修の参加の有無」です。詳細は別紙の調査票をご参照ください。

##### (2) 居宅サービス利用者に関する調査

要介護度、身体状況、利用しているサービス、食事・栄養状態に関する項目について調査票に記入してください。詳細は別紙「調査票記入の手引き」をご参照ください。

#### 5. 調査手順

##### ①居宅介護支援専門員ならびに所属指定居宅介護支援事業所管理者の同意

事務局が送付した依頼状、調査概要の説明を読み、協力する場合には同意書に署名してください。ご協力頂ける場合には、所属する指定居宅介護支援事業所管理者に、同封した依頼状他書類一式をお見せ頂き、ご協力のご許可を頂ける場合には、同意書に署名をして頂いてください。同意書は、

平成 20 年 1 月末までに事務局に F A X で送付してください。

②利用者のインフォームド・コンセントと同意

事務局が送付した利用者用依頼状ならびに神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会「研究に協力いただく方へ」に調査の趣旨、方法、倫理的な配慮について記載してありますので、居宅介護支援専門員から担当の利用者にご説明ください。また、調査票も利用者に見て頂いてください。本人が説明を理解できない場合、同意書への意思表示や署名ができない場合には、同居または近隣に居住する家族にご説明を頂き、代諾者としてください。

③調査票への個別 ID 番号の付与と対照表の作成

居宅介護支援専門員は、協力の同意をされた利用者の調査票に、順次個別 ID 番号を 01, 02, 03・・・の順で付与してください、また、事務局が送付した ID 番号の対照表を今後の問い合わせ等のために作成してください。この対照表は、所属の指定居宅介護支援事業所において 5 年間厳重に保管し粉碎処分してください。事務局へ対照表を送付しないようご注意ください。

④調査票への記載

別紙の「調査票記入の手引き」を参照して下さい、承諾の得られた利用者個別に既存情報からの転記を行ってください。また、必要に応じて本人あるいは代諾者への質問をおこなって記載してください（身長、体重、体重減少、食事摂取状況など）。

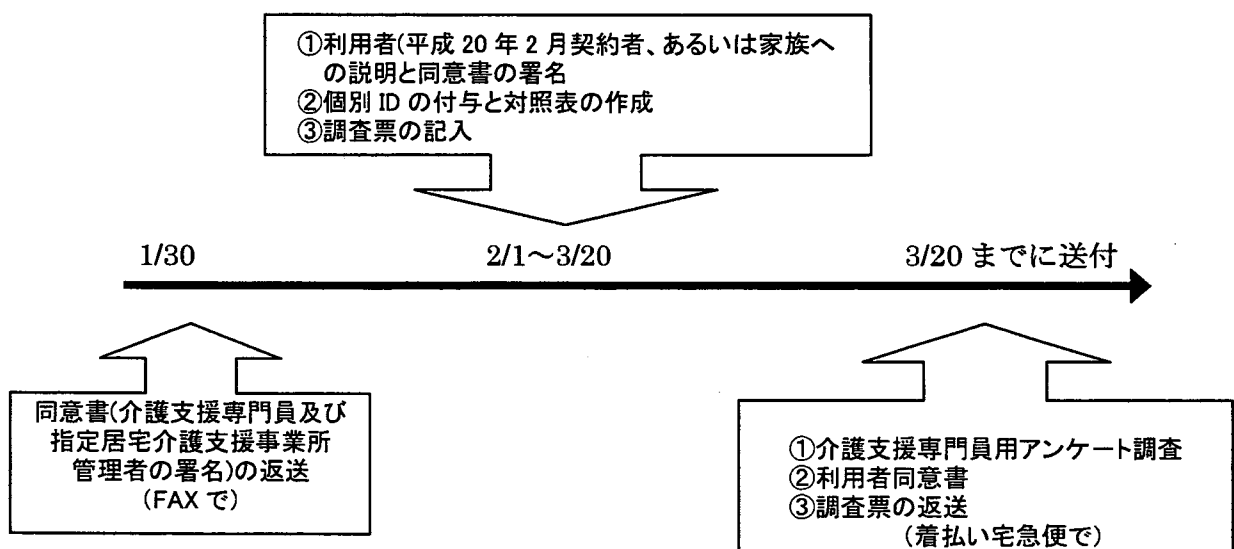
6. 調査の日程

調査協力指定居宅介護支援事業所介護支援専門員、事業所責任者の署名同意書の

事務局 FAX 送付： 平成 20 年 1 月 30 日締め切り

利用者調査の期間： 平成 20 年 2 月 1 日～3 月 20 日

調査票・同意書の郵送送付の締め切り： 平成 20 年 3 月 20 日



利用者の対照表は指定居宅介護支援事業所において厳重に 5 年間保管し、その後粉碎してください。

## 7. 倫理的配慮

本調査は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会の承諾を得て行っております。  
調査票には ID 番号が付与され、集計は集団として行われますので、公表においても個人が特定されることは一切ありません。また、介護支援専門員、利用者、代諾者は、いつでも協力を取り止めることができ、そのための不利益を被ることは一切ありません。詳細は神奈川県立保健福祉大学倫理委員会の「研究にご協力いただく方へ」をお読みください。調査票、同意書は日本介護支援専門員協会内の事務局に5年間厳重に保管され、その後粉碎処分されます。

## 8. 謝品

今回の調査にご協力頂きました居宅介護支援専門員には、些少ではございますが、謝品をお渡しいたします。また、後日、ご協力頂いた居宅介護支援専門員ならびに利用者の皆様に結果の概要をお送りいたします。

## 9. 書類送付先

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-3-3 八重洲山川ビル6階  
日本介護支援専門員協会 事務局 担当：坂本 壮司、染谷 彰、関 博法  
電話：03-3548-7955 FAX：03-3548-7956

## 10. 問い合わせ先

<日本介護支援専門員協会内 事務局>  
〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-3-3 八重洲山川ビル6階  
担当：坂本 壮司、染谷 彰、関 博法  
電話：03-3548-7955 FAX：03-3548-7956

<「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>  
〒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  
担当：杉山 みち子(すぎやま みちこ)、遠又 靖丈(とのおまた やすたけ)  
電話：046-828-2662 FAX：046-828-266

平成 19 年度厚生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」

「居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する調査」

介護支援専門員 ID :

※平成 18 年 4 月の介護保険制度改正によって栄養改善や栄養マネジメントのサービスが導入されました。そこで、低栄養状態のおそれのある者の把握についてお尋ねいたします。

問 1. 介護支援専門員としての業務年数について教えてください。

① 3 年未満	② 3 年～5 年未満	③ 5 年以上
---------	-------------	---------

問 2. 介護支援専門員以外の資格について教えてください。(複数回答可)

① 医師	② 歯科医師	③ 薬剤師	④ 保健師
⑤ 看護師	⑥ 准看護師	⑦ 理学療法士	⑧ 作業療法士
⑨ 社会福祉士	⑩ 介護福祉士	⑪ 歯科衛生士	⑫ あん摩マッサージ 指圧師、はり師、灸師
⑬ 柔道整復師	⑭ 管理栄養士	⑮ 栄養士	⑯ 訪問介護員 1、2 級
⑰ その他 (具体的に _____ )			

問 3. 低栄養状態のおそれの把握事項 (下記 1～7 の通り) について、それぞれ把握しているか教えてください (当該調査期間以前)。

(1) 著しいやせの者 (BMI 18.5 未満)	→	① していた	② していなかった
(2) 著しい体重減少の者 (6 ヶ月間に概ね 3%以上の減少)	→	① していた	② していなかった
(3) 血清アルブミン値 3.5g/dl 以下の者	→	① していた	② していなかった
(4) 著しく食事量の少ない者	→	① していた	② していなかった
(5) 経腸栄養法・静脈栄養法の者	→	① していた	② していなかった
(6) 褥瘡のある者	→	① していた	② していなかった
(7) 栄養・食生活の上の問題から低栄養のおそれがあると思われる者 [やせや体重減少などがみられなくてもよく、この場合の問題とは以下の注の事項です。]	→	① していた	② していなかった

注) 疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓病など)、手術・退院後の低栄養状態・口腔及び摂食・嚥下機能の問題、身体状況(発熱・風邪など)、ライフイベントによる精神的ストレス、生活機能低下(買い物・食事づくり等)、閉じこもり、うつ、認知症など]

問 4. 栄養ケア・マネジメントに関する研修を受けたことがありますか。

① ある	② ない	<input type="text"/>
------	------	----------------------

↓ 「①ある」を選択された方は、下記に内容をご記入ください。

(主催)	<input type="text"/>
(内容)	<input type="text"/>

ご協力ありがとうございました。  
ご記入後は、恐れ入りますが同封封筒にて「利用者用調査票」とともにご返信いただきますようお願いいたします。

(問い合わせ先: 日本介護支援専門員協会 事務局 電話: 03-3548-7955 FAX: 03-3548-7956)

居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する調査

**調査票記入の手引き**

記入日 平成 年 月 日

ID	( )-( ※ ) ※ID 番号は利用者の記載順に 01, 02・・・と順次記載し てください	(1) 性別	①男・②女の どちらかに○印	(2) 年齢	現在の年齢を記載して ください
(3) 要介護度	最新の要介護度に○をつけてください。区分変更申請中の場合には、申請を出す時点の要介護度をご記入ください。				
(4) 居住形態の種類	現在の居住形態に○をつけてください。「2. 日中独居」は、独居ではないが、日中は独居となる場合をいいます。				
(5) 障害高齢者の日常生活 自立度(寝たきり度) (主治医意見書から転記)	最新の日付の主治医意見書から転記してください。ただし、現在の自立度と異なる場合には、介護支援専門員がご判断ください。				
(6) 認知症高齢者の日常生活 自立度 (主治医意見書から転記)	最新の日付の主治医意見書から転記してください。ただし、現在の自立度と異なる場合には、介護支援専門員がご判断ください。				
(7) 主傷病名(生活機能の低下の原因となった疾病) 〔複数回答可〕 (主治医意見書から転記)	最新の日付の主治医意見書から転記してください。ただし、現在の状態と異なる場合には、医師の診断書等から転記してください				
(8) 居宅サービスの利用状況 (複数回答可)	介護保険サービスについては、最新の日付の居宅サービス利用票等の資料から記載してください。医療系サービスやその他の市町村サービスについて不明確な場合は本人・家族への確認をしてください。ただし、(6)のD.医療系サービスの「3.外来栄養食事指導」は病院・診療所において管理栄養士・栄養士による栄養食事指導を受けている場合をいいます。				

(9)-9) 食事介助	<p>最新の食事介助の状況をお答えください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自立は、自分一人で食べることができる場合</li> <li>2. 一部介助は、見守り、励まし、身体的援助により自分で食べることができる場合</li> <li>3. 他の者の全面的な介助が必要な場合</li> </ol>
(10) 低栄養状態のおそれ (10)-1) 身長と体重	<p>可能なかぎり最新の身長と体重を記載してください。また、その情報元についてお答えください。ただし、測定値と本人が申告した場合には、記録が確認できる場合に測定値とし、記録が確認できない場合には自己申告としてください。</p>
(10)-2) 過去 6 ヶ月間程度に概ね 3 % の体重減少	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有は、過去 6 か月程度の体重の減少(概ね 3 % 以上) の場合であり、利用者・家族等から申告のあった「おおよそ」の減少した分の体重を記載してください。</li> <li>2. 無は、過去 6 か月程度の体重の維持(概ね 3 % 未満)</li> <li>3. 不明は体重の変化がよくわからない場合</li> </ol> <p>ただし、3 % とは、50kg の体重であれば、1.5kg 以上を言います。本人・家族が「体重減少してきていると言う場合」には 1 を選択してください。</p>
(10)-3) 血清アルブミン	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実施は、過去 1 年間に個別基本健康診査(老人健診)や血液検査によって血清アルブミン値の測定を実施している場合で、その検査値、測定日がわかれば記載し、測定日がわからない場合には、不明に○をつけてください。</li> <li>2. 未実施は、過去 1 年間に血清アルブミンの測定を実施していない場合です。</li> </ol>
(10)-4) 食事摂取量	<p>良好・不良のいずれかを、利用者・家族の話等から判断してください。</p> <p>良好：過去一週間の大まかな食事の量が、概ね通常どおりであり、体重の維持に適切と考える場合</p> <p>不良：過去一週間の大まかな食事の量が、通常の概ね 2/3 未満であり、体重減少の原因になると考える場合</p>
(10)-5) 栄養補給法 (複数回答可)	<p>栄養法を併用している場合は、全てに○をつけて下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 経腸栄養法の場合には、経鼻・食道瘻・胃瘻・腸瘻の別を記載してください。</li> <li>3. 静脈栄養法は、末梢静脈栄養法(いわゆる点滴)を除外します。</li> </ol>
(10)-6) 褥瘡(床ずれ)	<p>褥瘡(床ずれ)の程度に関わらず、その有無をご回答ください。</p>
(10)-7) 低栄養状態のおそれの理由となる栄養面や食生活上の問題がありますか (複数回答可)	<p>利用者に該当する番号ある場合には全てご回答ください。</p>
(10)-8) 栄養面や食生活上の問題からの低栄養状態のおそれがあると思えますか	<p>介護支援専門員が利用者に「低栄養状態になるおそれが現在あると思う場合」には、お答えください。</p>





平成 19 年 2 月吉日

居宅サービス利用者 各位

平成 19 年度厚生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」

居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する研究  
調査の概要とご協力のお願い

主任研究者 杉山 みち子（神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授）  
協力研究者 木村 隆次（日本介護支援専門員協会会長）

平成 18 年 4 月から居宅サービス利用者への新しい栄養・食事サービスとして栄養ケア・マネジメントが施行されました。居宅サービス利用の高齢者には低栄養状態のおそれのある者は相当数に及ぶことが考えられていますが、この新たなサービスは現在のところ殆ど利用されていないのが現状です。しかし、高齢者の低栄養状態のおそれは早期に改善することが、その後の自立支援や感染症などの誘発の予防にとって大切なことです。また、栄養ケア・マネジメントは高齢者に「食べること」の楽しんで頂くことを支援することでもあります。

そこで、本調査において、日本介護支援専門員協会のご協力を得て、居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態を全国規模で明らかに、適切な取り組みのための検討を行なうことになりました。指定居宅介護支援事業所の承諾を得た調査協力介護支援専門員が、利用者の皆様に本調査の趣旨や内容をご説明させて頂き、ご協力のご承諾を頂ければ、調査票に必要事項を記載させて頂きます。調査票は介護支援専門員から見せて頂いてください。質問項目の殆どは既存の情報から介護支援専門員に書いて頂きますが、身長、体重、食事の摂取状況などについて数分程度お伺いする場合があります。

調査票には、ID 番号が付されて、利用者のご氏名、生年月日、住所などの情報は含まれていません。今後の問い合わせ等に対する調査票の番号とご氏名との対照表は介護支援専門員が所属する指定居宅介護支援事業所に今後 5 年間厳重に保存され、その後粉砕処分されますので、本研究に関わる研究関係者は一切知ることができません。また、集計は、集団としておこなわれますので、個々のご協力者が誰かを他者に知られることは全くありません。

なお、利用者ご本人が説明を理解やご承諾の署名が困難な場合には、同居または近隣に居住するご家族が代諾者として、本状をお読み頂き、調査に関するご説明を介護支援専門員からお伺い頂き、ご承諾の場合には同意書にご署名をお願い申し上げます。また、ご協力頂けない場合にも、何ら支障がないこと、承諾後もいつでも協力をやめることができることを、神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会の「研究に協力いただく方へ」をお読み頂き、ご理解賜りますようお願い致します。どうぞ、よろしくご協力のお願い申し上げます。

（お問い合わせは、調査協力介護支援専門員にお願い致します。介護支援専門員が「日本介護支援専門員協会内事務局」にお問い合わせを行って頂くことになっております。）

平成 19 年度厚生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」  
 居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する調査

※記入にあたっては、必ず『記入の手引き』をご参照ください 平成 年 月 日

ID	( )-( )	(1) 性別	1.男 ・ 2.女	(2) 年齢	( )歳
(3) 要介護度(ただし変更申請時は変更前を記載)	1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5				
(4) 居住形態の種類	1.独居 2.日中独居 3.高齢夫婦二人世帯 4.その他				
(5) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (主治医意見書から転記か判定)	1.正常 2.J 1 3.J 2 4.A 1 5.A 2 6.B 1 7.B 2 8.C 1 9.C 2				
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書から転記か判定)	1.正常 2.I 3.II a 4.II b 5.III a 6.IV 7.M				
(7) 主傷病名(生活機能の低下の原因となった疾病) [複数回答可] (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 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 11.高齢による衰弱 12.その他-1 ( ) 13.その他-2 ( ) 14.その他-3 ( ) 15.その他-4 ( )				
(8) 居宅サービスの利用状況 [複数回答可]	<p><b>A. 介護保険 予防給付サービス :</b>                      1.介護予防訪問介護 2.介護予防訪問看護                      3.介護予防訪問リハビリテーション 4.介護予防居宅療養管理指導                      5.介護予防通所介護 6.介護予防通所リハビリテーション                      7.介護予防短期入所生活介護 8.介護予防短期入所療養介護                      9.介護予防特定施設入居者生活介護                      10.その他 ( )</p> <p><b>B.介護保険 介護給付サービス :</b>                      1.訪問介護 2.訪問看護 3.訪問リハビリテーション                      4.居宅療養管理指導 5.通所介護 6.通所リハビリテーション                      7.短期入所生活介護 8.短期入所療養介護 9.特定施設入居者生活介護                      10.その他 ( )</p> <p><b>C.栄養ケア・マネジメント関連 :</b>                      1.通所サービスでの栄養改善 2.通所サービスでの栄養マネジメント                      3.管理栄養士による介護予防居宅療養管理指導                      4.管理栄養士による居宅療養管理指導</p> <p><b>D.医療系サービス :</b>                      1.訪問診療 2.訪問栄養食事指導 3.外来栄養食事指導</p> <p><b>E.その他の市町村や民間サービス :</b>                      1.配食サービス 2.市町村による一般高齢者施策(栄養教室、料理教室など)</p>				

(9) 食事介助	1.自立    2.一部介助    3.全介助
(10) 低栄養状態のおそれ (10)-1) 身長と体重	_____ cm (1.自己申告・2.測定値・3.主治医意見書から) _____ kg (1.自己申告・2.測定値・3.主治医意見書から)
(10)-2) 過去6ヶ月間程度に概ね3%の体重減少	1.有(約_____ kg)    2.無    3.不明
(10)-3) 血清アルブミン	1.未実施    2.実施: _____ g/dl (測定日:平成____年____月・不明)
(10)-4) 食事摂取量	1.良好    2.不良
(10)-5) 栄養補給法 【複数回答可】	1.口から食べている(経口)    2.経腸栄養法(経鼻・食道瘻・胃瘻・腸瘻) 3.静脈栄養法(中心静脈栄養のみ)
(10)-6) 褥瘡(床ずれ)	1.有    2.無
(10)-7) 低栄養状態のおそれの理由となる栄養面や食生活上の問題がありますか 【複数回答可】	1.疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患など) 2.身体状況(発熱、風邪など) 3.ライフイベントによる精神的ストレスなど 4.閉じこもり 5.認知症 6.手術・退院直後の低栄養状態 7.口腔及び摂食・嚥下機能の問題 8.生活機能低下(買い物、食事づくりが困難などの状態) 9.うつ 10.その他( _____ )
(10)-8) 栄養面や食生活上の問題からの低栄養状態のおそれがあると思いますか	1.有    2.無

□お問い合わせ先□

平成19年度厚生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」事務局

担当: 坂本 壮司、染谷 彰、関 博法 〒103-0027 東京都中央区日本橋3-3-3 八重洲山川ビル6階 日本介護支援専門員協会内 電話:03-3548-7955 FAX:03-3548-7956	担当: 杉山みち子、遠又靖丈 〒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 電話:046-828-2662 FAX:046-828-2663
---	---