

200821011A

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

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者 杉山 みち子

平成 21(2009)年 3月

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

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者 杉山 みち子

平成 21(2009)年 3月

目 次

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

総合研究報告

- I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の3年後の評価……………9
 - II. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態の改善困難事例に関する研究…37
 - III. 介護保険施設認知症入居者の低栄養状態,食関連周辺症状及び栄養ケアに関する研究 ……53
 - IV. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに利用される栄養補助食品に関する研究 ……78
 - V. 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 ……114
 - VI. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する研究 ……128
- (資料)
- 「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」調査票一式 ……143

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
研究代表者 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授

研究要旨

本研究は、介護保険制度改正に伴い、平成17年10月より施行された介護保険施設ならびに平成18年4月より施行された通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの事業評価を行いサービスの質の向上や今後の介護保険制度改正に寄与する根拠を提示することを目的に行うものである。

3年間の継続研究の最終年度である当該研究は、施設サービスについては、I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントに関する3年目の継続的事業評価からその体制や業務上の改善課題を明らかにする。II. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態の改善困難事例の特性を検討した。III. 栄養ケア・マネジメント帳票から認知症における低栄養状態、食関連周辺症状及び栄養ケアの特性を検討した。IV. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに利用される栄養補助食品の実態について検討した。

さらに、居宅サービスについては、V. 介護支援専門員によって把握された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把握の状況を明らかにした。VI. 管理栄養士の居宅療養管理指導における栄養ケア・マネジメント事業推進のための課題に関して検討した。これらの成果は、介護保険制度の改正にあたって寄与する根拠を提示するとともに、今後の介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質の向上、さらには、居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの推進にも寄与するものである。

I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の3年後の評価

介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務に関する実態調査を全国より無作為抽出した2,833施設を対象として、全年度に引き続き3年目の事業評価を調査用紙による郵送留め置き調査により構造(人員配置、多職種協働、給食経営など)、経過(各業務の実施率)、成果(12ヶ月後の栄養リスクの改善状況)に関して行い、以下の事項が明らかになった。

- 1) 栄養ケア・マネジメント体制は、主任担当者を管理栄養士とし、多職種協働の体制が9割以上の施設にこの3年間に整備され定着した。
- 2) 経口移行加算、経口維持加算の取得率は、3年間にわたって1~3割と低く、嚥下の評価のための医療機関との連携ができていないことが主たる理由としてあげられ、嚥下の評価方法の検討や地域における医療連携の推進が求められた。
- 3) 栄養ケア・マネジメントの各手順の実施率は9割以上に増大したが、評価と継続的品質改善活動の実施率は6割程度に留まった。
- 4) 管理栄養士の累積業務時間合計の上位を帳票作成や献立作成が占め、帳票の削減や給食

業務の効率化が求められた。

- 5) 低栄養のリスクは、栄養ケア開始 3, 12 ヶ月後に体重、血清アルブミン値、褥瘡において改善され、栄養ケア・マネジメントは低栄養状態のリスクの改善に有効であった

以上の1)～5)から、介護保険施設における栄養ケア・マネジメント事業は各施設種において管理栄養士を主担当者とした多職種協働がこの3年間に推進されたと評価できたが、今後の介護保険施設における解決すべき課題は、人材資源供給体制の整備、評価と継続的品質改善活動の推進、帳票削減や献立作成等給食業務の効率化、摂食・嚥下障害に対応した効果的な栄養ケア・マネジメントの運営体制の整備が必要であった。

II. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態の改善困難事例に関する研究

本研究は、介護保険施設の栄養ケア・マネジメント関連帳票に3ヵ月以上のモニタリング(平成19年1月まで)記載がある低栄養状態の改善困難者 232名(中高リスク維持または低リスクから中高リスクに移行)および改善者 128名(中高リスクが低リスクに移行)から、低栄養状態の改善が困難な高齢者について、低栄養リスク、身体計測値、臨床検査値、食事摂取量、栄養補給量、栄養関連問題等を改善者と比較してその特性を明らかにし、高齢者特性に合わせた効果的な栄養ケアの手順、内容について検討し、以下の結果を得た。

- 1) 性、年齢階級、年齢分布は改善困難群と改善群の間で有意差はなかった。
- 2) 改善困難群では要介護5、日常生活自立度ランクCの割合が改善群に比べて高かったが、認知症高齢者の日常生活自立度は有意差がなかった。
- 3) 改善困難群では呼吸器疾患、摂食・嚥下障害、経腸栄養法の割合が改善群に比べ有意に高かった。
- 4) 新規栄養スクリーニング時のBMIの平均値は改善困難群 18.2(SD2.9)で改善群 19.8(SD2.9)に比べて有意に低かった。体重減少率、血清アルブミン値の平均値には両群間に有意差はなかった。
- 5) 新規栄養スクリーニング時における低栄養リスク者の割合は、改善困難群ではBMI18.5未満のリスク者、栄養補給法のリスク者が改善群に比べ有意に高く、体重減少率中・高リスク者は有意に低い割合であった。食事摂取量、血清アルブミン値、褥瘡のリスク者の割合は両群間に有意差はなかった。
- 6) 身体計測値は、改善困難群で上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、上腕筋面積が改善群に比べ有意に低かった。下腿周囲長は両群間で有意差はなかった。臨床検査値は、改善困難群ではヘモグロビン値が改善群に比べ有意に低かった。
- 7) 改善困難群では栄養補助食品等の付加、食事介助が改善群に比べ有意に高く、主食量の増量率が有意に低い割合であった。
- 8) 改善困難群は、栄養ケア開始時、1, 3, 6 ヶ月後のBMI、エネルギー摂取量が改善群に比べていずれも有意に低く、たんぱく質摂取量も低い傾向があり、3 ヶ月後では、血清アルブミン値、たんぱく質摂取量が改善群に比べ有意に低く、6 ヶ月後では、たんぱく質摂取量が低い

傾向にあった。

以上の結果から、低栄養状態の改善が困難な者では、要介護度及び障害高齢者の日常生活自立度の重度化による ADL の低下、摂食・嚥下障害、呼吸器疾患等が原因で経口摂取が困難となり、必要量を充足するエネルギー、たんぱく質の摂取量を安定して確保することができないため、低BMIの改善が困難であったり、著名な体重減少が起こると考えられた。また、このような高齢者に対する栄養ケアの内容として、栄養補助食品等の付加や食事介助が行われていたが、結果的にBMIの増加には結びついていなかった。高齢者の特性に合わせた効果的な栄養ケアのありかたについては、今後の継続研究で前向きコホートや介入研究によって更なる検討が必要であると考えられた。

Ⅲ. 介護保険施設認知症入居者の低栄養状態、食関連周辺症状及び栄養ケアに関する研究

介護保険施設における栄養ケア・マネジメント関連帳票 390 件の詳細な栄養ケア記録に基づいて、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb 以下(248 人、以下認知症軽度者)とⅢa 以上(115 人、以下認知症重度者)の(1)低栄養リスクの出現状況 (2)食関連周辺症状の把握と特性 (3)栄養ケア内容と特性 (4)食関連周辺症状別栄養ケア内容の特性を明らかにするために、栄養ケア内容に関する記載を抽出し、カテゴリー化した。認知症軽度者と認知症重度者について、低栄養状態のリスク、食関連周辺症状および栄養ケア内容の特性や関連を比較検討し、以下の結果を得た。

- 1) 低栄養リスクの出現状況は、認知症軽度者では食事摂取量中高リスク者の割合が、認知症重度者に比べ有意に高かった。
- 2) 食関連周辺症状は 363 用語抽出され、[食事の失認][拒食][傾眠][偏食][興奮、妄想、大声、暴言、暴力][詰め込み][手づかみ][早食い][徘徊][丸呑み][異食][盗食][昼夜逆転]の 13 中項目に分類され、[食事の失認][拒食][傾眠][興奮・妄想・大声・暴言・暴力]が認知症重度者の特性であった。
- 3) 栄養ケア内容は 1,940 用語抽出され、[食形態の変更][代替食(嗜好)][間食(食品)][栄養補助食品][経腸栄養・濃厚流動][水分摂取][主食量変更][ソフト、ムース、ゼリー食][おにぎり対応][ハーフ食][声掛け][食事介助][見守り][食事時間の変更][自助具、自助食器][食器・具の変更][小分けで提供][配膳方法の変更][座席・テーブル調整][嚥下困難対応][口腔ケア][義歯の対応]の 22 中項目に分類され、さらに『栄養補給と食事摂取』『食事支援』『食事環境』『口腔・嚥下の機能向上』の 4 大項目に分類された。
- 4) 栄養ケアの特性は、認知症軽度者では[代替食(嗜好)]、認知症重度者では[栄養補助食品][ソフト、ムース、ゼリー食][食事介助][口腔ケア][嚥下困難対応][小分けで提供]であった。
- 5) 食関連周辺症状と栄養ケアの関連は、認知症軽度者では[早食い][興奮・妄想・大声・暴言・暴力]に対して『食事環境』、[拒食]に対して『栄養補給と食事摂取』『食事支援』、認知症重度者では[手づかみ][偏食]に対して『栄養補給と食事摂取』、[徘徊][傾眠][食事の失認][詰め込み][偏食]に対して『食事支援』、[盗食][拒食]に対して『食事環境』、[興奮・妄想・大声・暴言・暴力]に対して『口腔・嚥下機能の向上』が関連していた。

以上の結果から、認知症軽度者と重度者における食事摂取量の低栄養リスクの出現状況、食関連周辺症状、栄養ケア内容は異なり、食関連周辺症状に対する栄養ケア内容にも特性があった。今後は食関連周辺症状のアセスメント項目及び各症状に合った栄養ケア内容が標準化することによって、栄養ケア・マネジメントの継続的品質の向上に寄与すると考えられる。

IV. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに利用される栄養補助食品に関する研究

本研究では、589 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおいて、低栄養状態改善のために使用する濃厚流動食、タンパク質・エネルギー補給のための補助食品等を「栄養補助食品」とし、当該食品の利用実態から今後の課題を明らかにすることを目的として行われたものである。本研究の結果から、以下のことが明らかになった。

- 1) 介護保険施設の栄養補助食品利用率は、「濃厚流動食」約 90%、「タンパク質・エネルギー補給のための補助食品」約 80%、「その他」の食品約 50%であった。
- 2) 平均利用食品種数は施設区分別に、介護療養型病床で「濃厚流動食」平均 4.0 品/施設、「タンパク質・エネルギー補給のための補助食品」平均 3.2 品/施設であり、他の施設種よりも多くの食品種を利用していた。
- 3) 適用目的は、「濃厚流動食」、「タンパク質・エネルギー補給のための補助食品」とともに、「低栄養状態」(約 35%)、「食欲不振」(約 25%)、「摂食・嚥下困難」(約 25%)が上位であり、「その他」の食品では、「脱水」(23.1%)、「摂食・嚥下困難」(22.2%)が上位であった。
- 4) 自己負担の有無は、75%以上の施設が「なし」と回答していた。製品の選択は、安価な製品の選択順位が高くなることが推察された。
- 5) 利用施設数上位の製品の特性は、「濃厚流動食」では微量栄養素を強化していることを強調した製品や味の選択を可能にした製品が多く、「タンパク質・エネルギー補給のための補助食品」においても、味の選択を可能にした製品や褥瘡の栄養管理を目的としたゼリー状食品が多かった。「その他」の食品では、水分補給を目的とした製品や、微量栄養素を強化していることを強調した製品が多かった。微量栄養素摂取、嗜好性への対応は高齢者の栄養補助食品を選択する上で重要視されていることが明らかとなった。
- 6) 個別提供の状況は、「濃厚流動食」88.1%、「タンパク質・エネルギー補給のための補助食品」83.5%、「その他」の食品は 73.0%であった。また、施設入所者全員に対して提供される製品の多くは粉末状の製品であった。
- 7) 特別用途食品の使用率は全施設中 1.7%であり、保健機能食品においても特定保健用食品 3.8%、栄養機能食品 21.3%にすぎず、多くの施設で一般製品が数多く利用されていた。

介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに利用される栄養補助食品の特性は、「個別性」「嗜好への対応性」「微量栄養素の強化」であった。平成 21 年における特別用途食品制度改定により、食品の情報提供が推進されるが、介護保険施設においては多くの一般製品の利用が予測される。より良い製品や利用方法の開発のために、利用者である管理栄養士ならびに製品を提供する企業には、有効性や安全性に関する情報公示、共有化を通じた相互的コミュニケーションの推進が求められる。

V. 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

日本介護支援専門員協会会員名簿に登録された指定居宅介護支援事業所の所属居宅介護支援専門員(以下、介護支援専門員)から都道府県高齢者人口比率で無作為抽出された800名のうち協力同意の得られた77名及び介護支援専門員が平成20年2月に契約している利用者のうちインフォームド・コンセントによって協力同意の得られた利用者569名の回答全てを有効回答として、データベース化し、以下の結果を得た。

- 1) 利用者の約98%が、口から食べている者であり、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの対象者であった。
- 2) 介護支援専門員による低栄養状態の把握基準としての体重は約65%が自己申告や医師の意見書から把握され、測定値に依るは15%程度、不明者が10%以上であった。
- 3) 低栄養状態のリスク者は、BMI18.5未満の者が22.7%、過去6ヶ月間に概ね3%以上の体重減少があった者が11.2%であった。また、食事摂取量が不良な者は18.8%であったが、要介護4、5の者では25%以上で把握され、褥瘡も、全体では7.8%程度であったが、要介護5の者では30.6%と高い割合であった。
- 4) 介護支援専門員によって低栄養状態のおそれがあると思われた者は、全体で37.8%、特に要介護3、4では約40%前後、要介護5では73.5%と高い割合でみられ、要支援者、要介護度の1~3の者では、生活機能の低下、閉じこもり、疾患などを理由としており、これらの原因に対する通所での栄養ケア・マネジメントが求められているのに対して、要介護4、5では、認知症、口腔及び摂食・嚥下機能の低下、疾患がその理由として高頻度であったことから、管理栄養士による居宅療養管理指導による対応が求められた。

以上の結果から、介護支援専門員による低栄養状態の把握を推進できるように把握基準の明確化、低栄養状態のリスク者に対する口腔及び摂食・嚥下、認知症、褥瘡などに対応するための地域栄養ケア・マネジメント体制づくりが介護支援専門員と管理栄養士とが連携して総合的に推進されることが必要であった。

VI. 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進に関する研究

本研究は、管理栄養士による居宅療養管理指導推進のための解決すべき課題を明らかにする目的で、全国の病院および居宅療養診療所に対し、2段階のアンケート調査(一次調査:院長、施設長を対象、二次調査:管理栄養士を対象)を実施した。一次調査の解析対象は、633施設(病院253施設、診療所380施設・平均回収率:10.3%)、二次調査は、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している4病院と5診療所、未実施の施設として28病院と12診療所を解析対象とし、以下の結果を得た。

- 1) 訪問診療は病院の47.8%、診療所の90.8%で実施されていたが、居宅療養管理指導を実施している病院は25.3%、診療所は48.9%のみであった。さらに、居宅療養管理指導の職種別の算定状況は、医師・歯科医師による指導が病院52施設(20.6%)、診療所169施設

(44.5%)に対し、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施している施設は、病院 10 施設 (4.0%)、診療所 8 施設 (2.1%)であった

- 2) 訪問サービスのための訪問担当職員(非常勤も含む)を配置している病院は全体の 45.8%、診療所は 44.8%であり、病院、診療所ともに看護師を雇用している割合が高く、次いで医師・歯科医師、理学療法士・作業療法士と続き、管理栄養士を雇用している病院は全体の 19.3%、診療所は 13.1%であった。
- 3) 病院、診療所ともに、管理栄養士による居宅療養管理指導の実施設および未実施設の 2群間に病床数、医師及び管理栄養士の雇用形態、雇用人数に有意な差は認められなかった。しかし、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導などの居宅介護サービスを実施している病院において、有意に高い割合で管理栄養士による居宅療養管理指導が実施されていた ($p < 0.01$)。
- 4) 管理栄養士による居宅療養管理指導を実施していない施設の院長または施設長に、この制度そのものの認知度を尋ねたところ、認知していると回答した者は病院では全体の 87.4%であったが、診療所においては 59.1%と認知度が低かった。さらに、今後管理栄養士による居宅療養管理指導を実施する意向があるかどうかの設問に対して、病院では全体の 62.9%、診療所では 46.6%が実施の意向があると回答した。
- 5) 管理栄養士による居宅療養管理指導が実施できない、もしくは実施件数が増えない理由については、居宅の利用者を指導できる管理栄養士の確保が難しい、あるいは管理栄養士への依頼方法がわからない、対象となるものがない、利用者(家族)が希望しない、さらに少数意見としては、医師をはじめ他職種および利用者(家族)に制度そのものが認知されていないこと、在宅における栄養ケアの優先度が低いこと、管理栄養士の能力不足が挙げられた。
- 6) 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定要件の今後の必要要件に対しては、現行制度の要件である「厚生労働大臣の認める特別食を必要とする利用者」、「医師が低栄養状態にあると診断した利用者」が必要であることを認めたくえて、それに加え、「栄養相談および調理指導が必要な利用者(または家族)」、「咀嚼・嚥下機能に障害がある利用者」の要件を希望する院長あるいは施設長が5割以上認められ、また、がん末期などのターミナルに直面した利用者も算定要件に望む声が多くみられた。
- 7) 管理栄養士による居宅療養管理指導推進のために必要な具体的情報としては、管理栄養士が居宅で行なう具体的なサービスの情報、指示書の書き方(指示マニュアル)、他職種との連携などのマニュアルを望む回答が多く、少数意見として、居宅における管理栄養士の指導による実際的な効果を明らかにした情報もあった。

以上から、管理栄養士による居宅療養管理指導の実施が極めて低率である原因として、①制度の認知度が低い、②対象者が不在、③管理栄養士の能力不足、④管理栄養士の人数不足、居宅に従事する管理栄養士の所在が不明瞭、⑤介護報酬に関する問題が明らかになった。これらの問題を解決していくことが、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進につながると考える。

介護保険施設における栄養ケア・マネジメント事業は各施設種において管理栄養士を主担当者

とした多職種協働がこの3年間に推進されたと評価できたが、介護保険施設における解決すべき課題は、人材資源供給体制の整備、評価と継続的品質改善活動の推進、帳票削減や献立作成等給食業務の効率化、摂食・嚥下障害に対応した効果的な栄養ケア・マネジメントの運営体制の整備が必要であることが明らかになったことの意義は大きい。一方、居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの推進が緊急の課題であることから、介護支援専門員による利用者の低栄養状態の把握の推進、通所サービス事業所と併設介護保険施設との連携体制と効果的な運営などが求められることが提示で示すことができた。今後は、施設及び居宅サービスの栄養ケア・マネジメントの推進上の課題である「摂食・嚥下障害」や「ターミナル期」の「食えること」の支援に安全で効果的な栄養ケア・マネジメント提供のための根拠や地域医療と連携した事業体制についての根拠を提示するためのニーズ把握ならびにモデル事業を行い、高齢者の食えることを通じた幸福な生活の実現に資する研究の推進が求められる。

分担研究者：

- 加藤昌彦（椋山女学園大学生生活科学部教授）
- 合田敏尚（静岡県立大学食品栄養科学部准教授）
- 西村秋生（国立保健医療科学院研修企画部国際協力室長）（H18.19）
- 川内敦文（高知県健康福祉部医療薬務課課長）（H20）
- 高田和子（独立行政法人国立健康（栄養研究所健康増進研究部健康科学上級研究員）
- 太田貞司（神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科教授）
- 臼井正樹（神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科准教授）

研究協力者：

- 榎裕美（東海学園大学人間健康学部管理栄養学科）
- 江頭文江（地域栄養ケア PEACH 厚木）
- 奥村眞理子（東京ふれあい医療生協梶原診療所 管理栄養士）
- 梶井文子（聖路加看護大学老年看護学准教授）
- 古賀奈保子（医療法人社団いばらき会いばらき診療所）
- 小山秀夫（静岡県立大学経営情報部教授）
- 木村隆次（日本介護支援専門員協会会長）
- 迫和子（社団法人日本栄養士会常務理事）
- 坂本壮司（日本介護支援専門員協会事務局）
- 佐藤悦子（社会福祉法人同胞互助会愛全診療所・居宅療養管理指導）
- 高崎美幸（医療法人財団松園会東葛クリニック病院栄養部臨床栄養課課長代理）
- 多田由紀（東京農業大学助教）
- 田中和美（特別養護老人ホームふれあいの森、神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程）
- 遠又靖文（神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程）
- 中村育子（福岡クリニック在宅部栄養課内全国在宅訪問栄養食事指導研究会事務局）
- 野中博（医療法人社団博腎会野中医院院長）
- 平原佐斗司（東京ふれあい医療生協梶原診療所医師）
- 星野和子（医療法人溪仁会溪仁会統括本部室長）
- 三橋扶佐子（日本歯科大学助教）
- 宮本啓子（静岡県立大学大学院博士課程）
- 高田健人（神奈川県立保健福祉大学）

I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の3年後の評価

I-A 目的

介護保険施設における栄養ケア・マネジメント体制施行3年後のプロセス及びアウトカムに関する実態調査に基づいた課題分析を全国規模で行い、前年度との比較を行うことによって、栄養ケア・マネジメントの体制やその業務上の改善すべき課題を明らかにすることを目的とした。

I-B 方法

1. 対象施設

対象施設は、平成17年度厚生労働省保健事業推進等補助金(老人保健健康推進等事業分)「施設及び居居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」(主任研究者 杉山みち子)において平成17年10月施行の栄養ケア・マネジメント体制導入直後の実態調査を行った施設のうち、本研究の目的及び方法等、調査協力に同意を得られた施設を対象とした。対象施設は、国からの指定を受けている全国の介護保険施設全12,451施設のうち、床数30床未満の施設及び介護療養型施設を除いた全8,189施設を選定し、定床数・地域ブロック別に層別化し3割を抽出した。調査客体は介護老人福祉施設1,517施設、介護老人保健施設941施設を対象とした。なお、前年度の本研究の対象施設から、制度改正により施設数の少なくなった介護療養型施設を除外した。

2. 調査方法

平成20年11～12月に対象施設に調査用紙を郵送し、郵送調査法によって栄養ケア・マネジメント体制と業務状況に関して、「実態調

査-その1」および「実態調査-その2-」の調査用紙を用いた郵送調査を行った。調査項目は、介護保険施設職員と協力者である管理栄養士によるワーキング・グループによって検討し設定した(詳細は調査用紙を参照のこと)。

「実態調査-その1」の調査項目の内容は、①施設概要(施設区分、床数)②栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算の請求状況、③栄養ケア・マネジメントの体制とその状況、④栄養ケア・マネジメントの推進上課題と感じていること、⑤給食管理業務(栄養部門の人員構成、給食管理業務体制、提供食数、食事の種類、献立作成、情報の共有状況、業務効率について)等であり、回答者は原則として常勤管理栄養士とした。

「実態調査-その2-」については、平成19年11月から平成20年11月まで継続して入所している入所者を対象とした。調査項目の内容は、平成19年11月の栄養スクリーニングあるいはモニタリング時の低栄養状態のリスク、この時点で中・高リスクだった者に対する1年後のモニタリング及び低リスク者に対する再栄養スクリーニング等の状況を低栄養状態のリスク別(①BMI、②体重減少率、③血清アルブミン値、④食事摂取量、⑤経腸及び静脈栄養法の有無、⑥褥瘡の有無)に、各該当人数を調査した。調査票は平成20年12月に回収し、集計を行った。

各施設の調査票には施設ID番号を交付して、事務局が収集し、SPSS(Vers.15.0 for Windows)を用いて介護保険施設種別に単純集計を行った。

3. 倫理面への配慮

本研究は、施設の業務調査として行われ、調査票は各施設が加盟する介護保険施設団体が交付した施設のID番号によって、施設毎の集計結果として事務局が収集し、分析した。各施設とID番号の対照表は、事務局によって5年間厳重に保存後、粉碎処分することとし、施設利用者、職員の個人情報には抵触することとはなく、また、利用者には何ら通常業務以外介入が行われることはなかった。本調査は神奈川県立保健福祉大学倫理委員会の承認(承認番号:18-008)を得て実施した。

I-C 結果

1. 回収状況

「実態調査－その1－」及び「実態調査－その2－」の施設別回収状況を表I-C-1に示した。なお、前年度までの平成18、19年度に実施された設問項目については、比較検討のため以下の文章中の()に、その数値を介護老人福祉施設、介護老人保健施設の順に示し

た。

「実態調査－その1－」の介護保険施設別回収数は、介護老人福祉施設 1,517 施設中 446 施設、回収率 29.4%(39.0%、41.4%)、老人保健施設 941 施設中 264 施設、回収率 28.1%(34.8%、35.5%)、全施設の回収率は 2,458 施設中 710 施設、回収率 28.9%(34.9%、35.8%)であり、前年度までよりも低い回収率となった。

一方、「実態調査－その2－」は、「実態調査－その1－」の回答施設のうち、栄養マネジメント加算請求施設を対象としており、その回収率は、介護老人福祉施設 387 施設中 325 施設、回収率 84.0%(69.8%、67.9%)、介護老人保健施設 253 施設中 200 施設、回収率 79.1%(68.1%、64.7%)であり、栄養マネジメント加算を請求している 640 施設中 525 施設、回収率 82.0%(69.9%、66.3%)であった。

表 I-C-1 実態調査その1、その2における回答状況

	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						
	施設数	20年度 (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	施設数	20年度 (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	施設数	20年度 (%)	19年度 (%)	18年度 (%)				
送付施設数	1,517	(100.0)	(100.0)	(100.0)	941	(100.0)	(100.0)	(100.0)	-	-	(100.0)	(100.0)	2,458	(100.0)	(100.0)	(100.0)
調査用紙その1 回答施設数	446	(29.4)	(39.0)	(41.4)	264	(28.1)	(34.8)	(35.5)	-	-	(18.2)	(13.9)	710	(28.9)	(34.9)	(35.8)
調査用紙その2 回答対象施設数 (栄養マネジメント料請求施設)	387	(100.0)	(100.0)	(100.0)	253	(100.0)	(100.0)	(100.0)	-	-	(100.0)	(100.0)	640	(100.0)	(100.0)	(100.0)
調査用紙その2 回答施設数	325	(84.0)	(69.8)	(67.9)	200	(79.1)	(68.1)	(64.7)	-	-	(80.4)	(57.8)	525	(82.0)	(69.9)	(66.3)

2. 栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算の請求状況

(1) 加算の請求状況

改正介護保険制度導入 3 年後の栄養管理体制、栄養マネジメント加算、経口移行加算、及び療養食加算を請求したと回答した施設の割合を施設種別に表 I-C-2 に示した。

栄養管理体制加算については、管理栄養士の栄養管理体制加算は、全施設の 89.3% (91.1%、92.9%) が請求し、栄養士の栄養管理体制加算は全施設の 5.8% (8.0%、6.5%) の施設が請求していた。

また、栄養マネジメント加算を請求している施設は、管理栄養士の栄養管理体制加算を請求している全施設のうち 90.0% (93.3%、95.7%) であった。

経口移行加算を請求している施設は、栄養管理体制加算の請求施設の 10.9% (14.1%、11.7%) であり、平成 18 年 4 月に新設された経口維持加算 I 4.0% (5.4%、4.6%)、経口維持加算 II 24.3% (21.1%、24.5%) であった。これらの加算を請求している施設の平成 19 年 11 月の請求件数は介護老人福祉施設では経口移行加算平均 38.2 件(最小 5 件、最大 120 件)、(平成 19 年度 50.7 件 最小 30 件、最大 300 件)、経口維持加算 I 平均 71.9 件(最小 11 件、最大 210 件)、(275.8 件 最小 30 件、最大 1200 件)、経口維持加算 II 平均 106.8 件(最小 9 件、最大 945 件)、(386.7 件最小 30 件、最大 2,490 件)であった。介護老人保健施設では、経口移行加算平均 40.8 件(最小 5 件、最大 90 件)、164.7 件(最小 30 件、最大 900 件)、経口維持加算 I 平均 62.6 件(最小 11 件、最大 240 件)397.9 件(最小 30 件、最大 1440 件)、経口維持加算 II 平均

130.8 件(最小 9 件、最大 1063 件)272.0 件(最小 30 件、最大 1620 件)であった。

(2) 加算を請求していない理由

改正介護保険制度導入 3 年後の栄養マネジメント加算、経口移行加算を請求していない理由について表 I-C-3、I-C-4 に示した。

栄養マネジメント加算を請求していない 56 施設の理由として、最も多いのは、平成 20 年度調査結果では、「その他」35.7% (25.7%、31.3%)、次いで「管理栄養士の採用困難」28.6% (36.5%、41.1%)、「人員不足」14.3% (6.8%、15.2%) であった。

経口移行を請求していない 445 施設の理由として、「VF による嚥下の評価が困難」55.7% (44.6%、42.3%)、「対象者がいない」40.9% (30.7%、34.0%)、「医師の指示が得られにくい」31.0% (21.4%、19.1%)、「VF 以外の嚥下の評価が困難」28.1% (19.9%、18.7%) であった。経口維持加算 I を請求していない 435 施設の理由は、「VF による嚥下の評価が困難」61.4% (43.6%、43.0%)、「VF 以外の嚥下の評価が困難」30.6% (20.5%、20.5%)、「医師の指示が得られにくい」30.1% (19.1%、16.5%)、「対象者がいない」28.0% (19.8%、20.0%) であった。しかし、VF による評価を要しない経口維持加算 II を請求していない 434 施設の理由に対しても、「VF による嚥下の評価が困難」51.2% (38.4%、39.2%) と最も多く、次いで「VF 以外の嚥下の評価が困難」32.9% (24.7%、25.8%)、「医師の指示が得られにくい」30.4% (21.4%、19.1%)、「対象者がいない」25.1% (21.5%、21.8%) であった。

表 I-C-2 介護保険施設別栄養管理体制、栄養マネジメント、経口移行、経口維持の請求状況 (平成20年11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		
	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)
栄養管理体制加算	386	(86.5)	(87.6)	248	(93.9)	(96.9)	635	(89.3)	(91.1)	635	(89.3)	(91.1)
管理栄養士加算	37	(8.3)	(11.2)	4	(1.5)	(2.8)	41	(5.8)	(8.0)	41	(5.8)	(8.0)
栄養士加算	23	(5.2)	(1.2)	12	(4.5)	(0.3)	35	(4.9)	(0.9)	35	(4.9)	(0.9)
どちらも請求していない	446	(100.0)	(100.0)	264	(100.0)	(100.0)	711	(100.0)	(100.0)	711	(100.0)	(100.0)
合計	386	(100.0)	(100.0)	248	(100.0)	(100.0)	640	(90.0)	(93.3)	640	(90.0)	(93.3)
栄養マネジメント加算 (管理栄養士の栄養管理体制加算申請施設数に対して)	368	(86.8)	(91.5)	253	(95.8)	(96.8)	640	(90.0)	(93.3)	640	(90.0)	(93.3)
有	18	(13.2)	(8.5)	11	(4.2)	(3.2)	70	(10.0)	(6.7)	70	(10.0)	(6.7)
無	386	(100.0)	(100.0)	264	(100.0)	(100.0)	710	(100.0)	(100.0)	710	(100.0)	(100.0)
合計	386	(100.0)	(100.0)	264	(100.0)	(100.0)	710	(100.0)	(100.0)	710	(100.0)	(100.0)
経口移行・経口維持	24	(5.5)	(7.6)	43.0	(16.3)	(22.6)	67	(10.9)	(14.1)	67	(10.9)	(14.1)
経口移行加算	12	(2.7)	(3.2)	14.0	(5.3)	(7.6)	26	(4.0)	(5.4)	26	(4.0)	(5.4)
経口維持加算 I	86	(19.7)	(20.3)	76.0	(28.9)	(30.5)	162	(24.3)	(21.1)	162	(24.3)	(21.1)
経口維持加算 II	331	(75.7)	(67.2)	159.0	(60.5)	(56.0)	490	(68.1)	(57.5)	490	(68.1)	(57.5)
加算請求なし	437	(100.0)	(100.0)	263.0	(100.0)	(100.0)	700	(100.0)	(100.0)	700	(100.0)	(100.0)
合計(回答施設)	437	(100.0)	(100.0)	263.0	(100.0)	(100.0)	700	(100.0)	(100.0)	700	(100.0)	(100.0)

表 I-C-3 栄養マネジメント加算を請求していない理由

	介護老人福祉施設 (56施設)			介護老人保健施設 (11施設)			介護療養型医療施設 (11施設)			全施設 (70施設)		
	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)	20年度 n (%)	19年度 (%)	18年度 (%)
施設長の判断	6	(10.7)	(10.3)	0	(0.0)	(5.0)	6	(8.6)	(9.5)	6	(8.6)	(9.5)
管理栄養士の判断	1	(1.8)	(1.7)	1	(9.1)	(0.0)	2	(2.9)	(2.0)	2	(2.9)	(2.0)
管理栄養士の採用困難	16	(28.6)	(36.8)	2	(18.2)	(40.0)	18	(25.7)	(36.5)	18	(25.7)	(36.5)
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	1	(1.8)	(4.3)	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.4)	(4.7)	1	(1.4)	(4.7)
個別の食事対応の困難	2	(3.6)	(3.4)	0	(0.0)	(5.0)	2	(2.9)	(4.1)	2	(2.9)	(4.1)
他の職種の理解や協力が得られない	3	(5.4)	(4.3)	0	(0.0)	(5.0)	3	(4.3)	(5.4)	3	(4.3)	(5.4)
人員不足	8	(14.3)	(6.8)	3	(27.3)	(5.0)	11	(15.7)	(6.8)	11	(15.7)	(6.8)
その他	20	(35.7)	(29.1)	1	(9.1)	(10.0)	21	(30.0)	(25.7)	21	(30.0)	(25.7)
												(複数回答)

*平成18年度、19年度は子一タのみ示す。

表 I-C-4 経口移行・経口維持加算を請求していない理由(複数回答)

	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						
	20年度		19年度		18年度		20年度		19年度		18年度		20年度		19年度		18年度		20年度		19年度		18年度		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
経口移行																									
VFによる嚥下の評価が困難	182	(61.5)	(46.9)	(43.5)	(41.1)	(40.6)	66	(44.3)	(41.1)	(40.6)	—	—	(39.5)	(35.1)	248	(55.7)	(44.6)	(42.3)							
対象者がいない	98	(33.1)	(28.8)	(30.5)	(37.2)	(40.6)	84	(56.4)	(37.2)	(40.6)	—	—	(20.9)	(40.5)	182	(40.9)	(30.7)	(34.0)							
医師の指示が得られにくい	115	(38.9)	(25.8)	(23.4)	(14.2)	(10.3)	23	(15.4)	(14.2)	(10.3)	—	—	(9.3)	(16.2)	138	(31.0)	(21.4)	(19.1)							
VF以外の嚥下の評価が困難	96	(32.4)	(21.4)	(21.5)	(17.8)	(12.9)	29	(19.5)	(17.8)	(12.9)	—	—	(14.0)	(16.2)	125	(28.1)	(19.9)	(18.7)							
人員不足	61	(20.6)	(8.1)	(8.2)	(18.1)	(9.1)	27	(18.1)	(9.1)	(9.6)	—	—	(20.9)	(2.7)	88	(19.8)	(9.0)	(8.4)							
個別の食事対応が出来ない	29	(9.8)	(4.6)	(5.5)	(11.4)	(5.1)	17	(11.4)	(5.1)	(6.3)	—	—	(2.3)	(0.0)	46	(10.3)	(4.6)	(5.5)							
必要性を感じていない	13	(4.4)	(4.0)	(3.2)	(1.2)	(1.5)	4	(2.7)	(1.2)	(1.5)	—	—	(2.3)	(0.0)	17	(3.8)	(3.1)	(2.6)							
その他	34	(11.5)	(7.3)	(6.8)	(10.7)	(6.3)	16	(10.7)	(6.3)	(8.5)	—	—	(9.3)	(5.4)	50	(11.2)	(7.1)	(7.3)							
経口維持 I																									
VFによる嚥下の評価が困難	176	(60.9)	(46.0)	(45.1)	(41.4)	(40.0)	91	(62.3)	(41.4)	(40.0)	—	—	(32.1)	(34.1)	267	(61.4)	(43.6)	(43.0)							
VF以外の嚥下の評価が困難	96	(33.2)	(22.9)	(23.6)	(17.2)	(14.9)	37	(25.3)	(17.2)	(14.9)	—	—	(14.3)	(18.2)	133	(30.6)	(20.5)	(20.5)							
医師の指示が得られにくい	110	(38.1)	(23.8)	(20.3)	(14.4)	(11.9)	21	(14.4)	(11.9)	(8.6)	—	—	(10.7)	(20.5)	131	(30.1)	(19.1)	(16.5)							
対象者がいない	68	(23.5)	(18.2)	(18.9)	(18.9)	(24.8)	54	(37.0)	(24.8)	(21.3)	—	—	(10.7)	(25.0)	122	(28.0)	(19.8)	(20.0)							
人員不足	59	(20.4)	(8.2)	(7.9)	(34)	(23.3)	34	(23.3)	(7.0)	(6.0)	—	—	(14.3)	(2.3)	93	(21.4)	(8.2)	(7.0)							
個別の食事対応が出来ない	32	(11.1)	(5.4)	(4.4)	(14.4)	(7.3)	21	(14.4)	(7.3)	(7.6)	—	—	(1.8)	(2.3)	53	(12.2)	(5.8)	(5.4)							
必要性を感じていない	12	(4.2)	(3.5)	(3.5)	(1.4)	(1.7)	2	(1.4)	(1.7)	(1.3)	—	—	(3.6)	(0.0)	14	(3.2)	(2.9)	(2.6)							
その他	34	(11.8)	(6.6)	(8.1)	14	(9.6)	14	(9.6)	(3.3)	(8.3)	—	—	(7.1)	(6.8)	48	(11.0)	(5.6)	(8.1)							
経口維持 II																									
VFによる嚥下の評価が困難	153	(53.1)	(42.9)	42.5	(33.3)	(32.8)	69	(47.3)	(33.3)	(32.8)	—	—	(25.9)	(36.1)	222	(51.2)	(38.4)	(39.2)							
VF以外の嚥下の評価が困難	108	(37.5)	(28.0)	(28.0)	(21.5)	(22.0)	35	(24.0)	(22.0)	(22.0)	—	—	(11.1)	(19.4)	143	(32.9)	(24.7)	(25.8)							
医師の指示が得られにくい	110	(38.2)	(27.2)	(28.5)	(13.8)	(9.9)	22	(15.1)	(13.8)	(9.9)	—	—	(7.4)	(16.7)	132	(30.4)	(21.4)	(19.1)							
対象者がいない	62	(21.5)	(19.7)	(20.7)	47	(32.2)	47	(32.2)	(27.2)	(25.9)	—	—	(13.0)	(11.1)	109	(25.1)	(21.5)	(21.8)							
人員不足	63	(21.9)	(11.9)	(10.7)	33	(22.6)	33	(22.6)	(7.7)	(10.8)	—	—	(14.8)	(0.0)	96	(22.1)	(10.7)	(10.2)							
個別の食事対応が出来ない	31	(10.8)	(6.4)	(6.2)	23	(15.8)	23	(15.8)	(7.3)	(9.1)	—	—	(3.7)	(0.0)	54	(12.4)	(6.4)	(6.8)							
必要性を感じていない	11	(3.8)	(4.0)	(4.2)	3	(2.1)	3	(2.1)	(2.4)	(2.2)	—	—	(1.9)	(0.0)	14	(3.2)	(3.3)	(3.4)							
その他	38	(13.2)	(11.0)	(14.7)	23	(15.8)	23	(15.8)	(9.8)	(17.2)	—	—	(9.3)	(5.6)	61	(14.1)	(10.4)	(15.0)							

(複数回答)

3. 栄養ケア・マネジメント体制

(1) 管理栄養士の配置人数

表 I-C-5 に示したように栄養マネジメント加算を請求している施設における常勤管理栄養士の 100 床当たり(療養病床においては全病床を含める)の平均配置数は、介護老人福祉施設 1.7 人、介護老人保健施設 1.4 人、全施設では 1.6 人と、3ヶ年の配置人数はほぼ同様であった。

(2) 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 I-C-6、に示した。介護保険制度改正においては、栄養マネジメント加算の取得によって栄養ケア・マネジメントを行うのであれば、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 2 施設種(平成 19 年度、18 年度においては 3 施設種)に共通して、3 年後も依然として作成されていた帳票は、検査簿約 9 割(8~9 割)、喫食調査結果、入所退所簿及び給与栄養目標約、入所(院)年齢構成表約 5~7 割(5~7 割)、食料品消費日計は 4~5 割であった。

帳票作成の理由は、介護保険 2 施設種とも栄養部門自身の判断によるものが 5~6 割(6~7 割)、都道府県による行政指導によるものが約 5 割(4 割)であり、前年度に比べ、都道府県による行政指導による割合が増加傾向にあった(表 I-C-7)。

給食業務の分担については、施設側では献立 57.9%(54.9%、54.3%)、発注 12.5%(12.5%、11.0%)、配膳前検品 43.1%(43.9%、43.5%)、食数・食札変更 76.0%(75.3%、66.4%)に対して、委託側では献立 58.1%(61.6%、54.1%)、発注 88.7%

(90.7%、81.3%)、配膳前検品 81.4%(82.7%、71.2%)、食数・食札変更 53.6%(55.9%、51.0%)であり、前年度に比べて献立及び食数・食数管理の分担している施設数が増大し、委託側では業務分内容に変化はみられなかった。この業務分担では、施設及び給食設備上には、変化がみられなかった(表 I-C-8、I-C-9)。

(3) 栄養ケア・マネジメント様式例の変更

平成 20 年 8 月 1 日から適用された栄養ケア・マネジメント様式例等の通達内容を知っているかという問いに対し、「知っている」と回答した施設は全施設中 75.9%、「改定された書式に変更した」と回答した施設は全施設中 18.5%であった。また、「改定された書式に変更した」と回答した施設において、栄養ケア業務の時間は軽減されたかという問いに対し、「軽減した」と回答した施設は全施設中 45.9%であり、「軽減した」と回答した施設において、平均 2.0 割(SD1.5)業務時間が軽減したと回答された(表 I-C-10-①②)。

(4) 献立作成について

基本献立作成のサイクル化を実施している施設は、全施設中 38.6%、サイクルの期間は平均 14.6 週(SD17.9)であった。また、作成している献立の食形態は平均 5.6 種(SD5.9)、個別対応は平均 10.7 種(SD13.7)であった(表 I-C-11-①②)。

(5) 情報の共有化について

利用者の情報について他部門とコンピュータによる共有化がどのようにおこなわれているかという問いに対し、施設ケアマネジメントシステム 33.7%、食数管理利用などの一部

5.2%、電子カルテシステム 1.8%、オーダリングシステム 1.1%であった(表 I・C・12)。

(6) 給食業務の効率化のためのシステム

今現在給食業務で最も時間のかかっている業務は、献立作成 50.7%、個別対応 20.7%、調理・配膳 17.1%、給食委託業者との連携 11.8%であった。また、給食業務の効率化を図るうえで、どのようなシステム(体制)があればいいと思うかという問いに対し、食形態の標準化 36.9%、給食担当者の給食業務教育体制 28.7%、献立の標準化 27.5%、真空調理やクックチルの導入 26.3%等であった(表 I・C・13①)。

(7) 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」を合わせた回答率が全施設数に対して 80%を下回った前年度及び前々年度項目のうち、80%以上に向上した項目を抽出した。

『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」80.6%(80.0%、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」83.6%(86.3%、76.6%)であり、前年度に 8 割以上の施設が実施するようになった項目においても継続して 8 割以上の実施ができていた。全

9 項目を 8 割以上の施設が実施していた。

次に、『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」85.8%(86.0%、77.9%)は前年度と同様、8割以上の施設で実施できている。しかし、「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」68.5%(68.7%、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」78.5%(74.2%、63.9%)については、改善がみられるものの 8 割を下回っていた。

『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」87.6%(83.5%、74.5%)に前々年度に比べはるかに改善した。

『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」78.4%(75.4%、66.6%)にまで実施施設が増大したが、やや 8 割を下回っている。

『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」88.5%(88.6%、79.2%)にまで改善し、「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」66.4%(68.1%、52.2%)と実施施設数は前年とほぼ横ばいであり、7割を下回っていた。

最後に、『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」64.9% (61.9%、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」58.1% (56.2%、42.8%)と、その実施施設は増大傾向にあるが、3年後も未だに7割を下回っていた(表I-C-14)。

(8)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I-C-13-②)に示した。2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」51.8% (53.2%、59.5%)、「食事の個別化」45.0% (44.9%、48.3%)、「人員の配置や不足」36.7% (42.8%、42.2%)、「時間外業務の増大」32.8% (41.1%、43.7%)と多く、次いで、「担当者会議の機能」30.1% (23.0%、23.7%)、「管理栄養士の疲労感の増大」29.1% (33.3%、37.1%)「医師の姿勢や理解」27.4% (24.9%、25.4%)、「委託業者との連携体制」22.5% (23.0%、19.6%)、「介護福祉士の姿勢や理解」25.7% (21.3%、20.3%)、「看護師の姿勢や理解」23.5% (19.4%、22.2%)であった。「時間外業務の増大」は、上記に記載した平成18年度、19年度に比べて次第に減少してきていた。その他の項目は殆ど変化していなかった。

