

事づくりが困難)が要支援1の者の52.9%、要支援2の者の37.8%、疾患(脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患など)が要支援1の者の23.5%、要支援2の者の45.9%、閉じこもりが要支援者の23.5%、要支援2の者の35.1%の者の低栄養状態のおそれの理由となる主要な問題であった。また、要介護度1~3の者では、生活機能低下が要介護1の者の46.7%、要介護2の者の39.8%、要介護3の者の30.4%、認知症が要介護1の者の37.8%、要介護2の者の36.1%、要介護3の者の50.6%、疾患が要介護1の者の37.8%、要介護2の者の39.8%、要介護3の者の34.2%、閉じこもりが

要介護1の者の27.8%、要介護2の者の19.2%、要介護3の者の20.2%の主要な理由となっていた。一方、要介護4,5の者では、疾患が要介護4の者の53.8%、要介護5の者の53.8%、認知症が要介護4の者の51.9%、要介護5の者の64.2%、次いで、口腔及び摂食・嚥下機能の低下が要介護4の者の41.0%、要介護5の者の45.2%の者に、身体状況(発熱、風邪)が要介護4の者の25.6%、要介護5の者の31.0%に低栄養状態のおそれの主要な理由として挙げられた(表V-C-8)。

表V-C-1 対象となった介護支援専門員の特性

	人数	%
介護支援専門員としての業務年数		
3年未満	21	26.9%
3年~5年未満	21	26.9%
5年以上	36	46.2%
合計	78	100.0%
資格		
薬剤師	3	3.8%
保健師	1	1.3%
看護師	25	32.1%
准看護師	6	7.7%
社会福祉士	11	14.1%
介護福祉士	29	37.2%
歯科衛生士	4	5.1%
あん摩マッサージ指圧師、はり師、灸師	1	1.3%
管理栄養士	1	1.3%
訪問介護員1、2級	13	16.7%
その他	5	6.4%
合計	78	100.0%
アセスメント		
著しいやせの者 (BMI18.5未満)	56	71.8%
著しい体重減少の者	49	62.8%
血清アルブミン値3.5g/dl以下の者	25	32.1%
著しく食事量の少ない者	67	85.9%
経腸栄養法・静脈栄養法の者	55	70.5%
褥瘡のある者	67	85.9%
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	66	84.6%
合計	78	100.0%
栄養ケア・マネジメントに関する研修の受講		
あり	10	12.8%
なし	68	87.2%
合計	78	100.0%

表V-C-2 対象となった利用者の特性(性、居住形態、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度)

性別	要介護度							不明	合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
男性	2 (8.7%)	7 (13.0%)	29 (21.2%)	54 (40.0%)	37 (32.2%)	19 (38.5%)	22 (44.9%)	0 (0.0%)	170 (29.9%)
女性	21 (91.3%)	47 (87.0%)	107 (78.1%)	80 (59.3%)	78 (67.8%)	33 (63.5%)	27 (55.1%)	4 (100.0%)	397 (69.8%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)
居住形態の種類									
独居	10 (43.5%)	25 (46.3%)	34 (24.8%)	19 (14.1%)	17 (14.8%)	6 (11.5%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	112 (19.7%)
日中独居	3 (13.0%)	10 (18.5%)	19 (13.9%)	21 (15.6%)	7 (6.1%)	5 (9.6%)	3 (6.1%)	0 (0.0%)	68 (12.0%)
高齢夫婦二世帯	2 (8.7%)	7 (13.0%)	27 (19.7%)	36 (26.7%)	26 (22.6%)	14 (26.9%)	15 (30.6%)	0 (0.0%)	127 (22.3%)
その他	8 (34.8%)	10 (18.5%)	57 (41.6%)	58 (43.0%)	62 (53.9%)	27 (51.9%)	28 (57.1%)	3 (75.0%)	253 (44.5%)
不明	0 (0.0%)	2 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	3 (2.6%)	0 (0.0%)	2 (4.1%)	1 (25.0%)	9 (1.6%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)
障害高齢者の日常生活自立度									
正常	0 (0.0%)	3 (5.6%)	2 (1.5%)	3 (2.2%)	2 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (1.8%)
J1	5 (21.7%)	4 (7.4%)	7 (5.1%)	4 (3.0%)	2 (1.7%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	23 (4.0%)
J2	10 (43.5%)	16 (29.6%)	30 (21.9%)	11 (8.1%)	9 (7.8%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	78 (13.7%)
A1	5 (21.7%)	15 (27.8%)	39 (28.5%)	50 (37.0%)	21 (18.3%)	5 (9.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	135 (23.7%)
A2	3 (13.0%)	15 (27.8%)	40 (29.2%)	48 (35.6%)	34 (29.6%)	2 (3.8%)	3 (6.1%)	1 (25.0%)	146 (25.7%)
B1	0 (0.0%)	1 (1.9%)	6 (4.4%)	8 (5.9%)	29 (25.2%)	13 (25.0%)	3 (6.1%)	0 (0.0%)	60 (10.5%)
B2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (2.2%)	6 (4.4%)	10 (8.7%)	20 (38.5%)	11 (22.4%)	0 (0.0%)	50 (8.8%)
C1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	5 (9.6%)	7 (14.3%)	0 (0.0%)	14 (2.5%)
C2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	2 (1.7%)	4 (7.7%)	25 (51.0%)	0 (0.0%)	32 (5.6%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (6.6%)	4 (3.0%)	5 (4.3%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	21 (3.7%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)
認知症高齢者の日常生活自立度									
正常	10 (43.5%)	30 (55.6%)	22 (16.1%)	28 (20.7%)	16 (13.9%)	6 (11.5%)	1 (2.0%)	1 (25.0%)	114 (20.0%)
I	6 (26.1%)	18 (33.3%)	32 (23.4%)	26 (19.3%)	23 (20.0%)	7 (13.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	112 (19.7%)
IIa	3 (13.0%)	2 (3.7%)	30 (21.9%)	19 (14.1%)	14 (12.2%)	8 (15.4%)	3 (6.1%)	1 (25.0%)	80 (14.1%)
IIb	4 (17.4%)	1 (1.9%)	28 (20.4%)	38 (28.1%)	24 (20.9%)	10 (19.2%)	10 (20.4%)	0 (0.0%)	115 (20.2%)
IIIa	0 (0.0%)	3 (5.6%)	16 (11.7%)	17 (12.6%)	24 (20.9%)	13 (25.0%)	16 (32.7%)	0 (0.0%)	89 (15.6%)
IV	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)	8 (7.0%)	5 (9.6%)	13 (26.5%)	0 (0.0%)	30 (5.3%)
M	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.5%)	1 (0.9%)	2 (3.8%)	5 (10.2%)	0 (0.0%)	10 (1.8%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (5.1%)	3 (2.2%)	5 (4.3%)	1 (1.9%)	1 (2.0%)	2 (50.0%)	19 (3.3%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)

表 V-C-3 利用者の特性(主傷病名)

主傷病名(生活機能の低下の原因となった疾病)	要介護程度										不明	合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護5	不明	合計		
1.脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	3 (13.0%)	9 (16.7%)	30 (21.9%)	45 (33.3%)	41 (35.7%)	22 (42.3%)	23 (46.9%)	1 (25.0%)	174 (30.6%)	174 (30.6%)	1 (25.0%)	174 (30.6%)
2.心臓病	5 (21.7%)	8 (14.8%)	24 (17.5%)	15 (11.1%)	11 (9.6%)	8 (15.4%)	9 (18.4%)	0 (0.0%)	80 (14.1%)	80 (14.1%)	0 (0.0%)	80 (14.1%)
3.がん(悪性新生物)	1 (4.3%)	2 (3.7%)	12 (8.8%)	9 (6.7%)	3 (2.6%)	5 (9.6%)	3 (6.1%)	0 (0.0%)	35 (6.2%)	35 (6.2%)	0 (0.0%)	35 (6.2%)
4.呼吸器疾患	2 (8.7%)	6 (11.1%)	11 (8.0%)	10 (7.4%)	10 (8.7%)	7 (13.5%)	7 (14.3%)	0 (0.0%)	53 (9.3%)	53 (9.3%)	0 (0.0%)	53 (9.3%)
5.関節疾患(リウマチ等)	2 (8.7%)	17 (31.5%)	25 (18.2%)	25 (18.5%)	16 (13.9%)	5 (9.6%)	2 (4.1%)	0 (0.0%)	92 (16.2%)	92 (16.2%)	0 (0.0%)	92 (16.2%)
6.認知症	3 (13.0%)	5 (9.3%)	45 (32.8%)	42 (31.1%)	46 (40.0%)	23 (44.2%)	22 (44.9%)	2 (50.0%)	188 (33.0%)	188 (33.0%)	2 (50.0%)	188 (33.0%)
7.パーキンソン病	0 (0.0%)	1 (1.9%)	7 (5.1%)	9 (6.7%)	4 (3.5%)	4 (7.7%)	5 (10.2%)	-1 (-25.0%)	29 (5.1%)	29 (5.1%)	-1 (-25.0%)	29 (5.1%)
8.糖尿病	4 (17.4%)	11 (20.4%)	14 (10.2%)	13 (9.6%)	16 (13.9%)	8 (15.4%)	8 (16.3%)	0 (0.0%)	74 (13.0%)	74 (13.0%)	0 (0.0%)	74 (13.0%)
9.視覚・聴覚障害	2 (8.7%)	4 (7.4%)	9 (6.6%)	5 (3.7%)	8 (7.0%)	3 (5.8%)	2 (4.1%)	0 (0.0%)	33 (5.8%)	33 (5.8%)	0 (0.0%)	33 (5.8%)
10.骨折	4 (17.4%)	11 (20.4%)	20 (14.6%)	16 (11.9%)	20 (17.4%)	10 (19.2%)	6 (12.2%)	0 (0.0%)	87 (15.3%)	87 (15.3%)	0 (0.0%)	87 (15.3%)
11.高齢による衰弱	0 (0.0%)	2 (3.7%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)	6 (5.2%)	6 (11.5%)	5 (10.2%)	0 (0.0%)	23 (4.0%)	23 (4.0%)	0 (0.0%)	23 (4.0%)
12.その他-1	14 (60.9%)	19 (35.2%)	55 (40.1%)	67 (49.6%)	46 (40.0%)	14 (26.9%)	13 (26.5%)	2 (50.0%)	230 (40.4%)	230 (40.4%)	2 (50.0%)	230 (40.4%)
13.その他-2	5 (21.7%)	8 (14.8%)	21 (15.3%)	19 (14.1%)	16 (13.9%)	4 (7.7%)	5 (10.2%)	1 (25.0%)	79 (13.9%)	79 (13.9%)	1 (25.0%)	79 (13.9%)
14.その他-3	1 (4.3%)	4 (7.4%)	9 (6.6%)	6 (4.4%)	9 (7.8%)	3 (5.8%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	33 (5.8%)	33 (5.8%)	0 (0.0%)	33 (5.8%)
15.その他-4	0 (0.0%)	1 (1.9%)	2 (1.5%)	4 (3.0%)	3 (2.6%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (1.9%)	11 (1.9%)	0 (0.0%)	11 (1.9%)
原因無し	1 (4.3%)	1 (1.9%)	5 (3.6%)	3 (2.2%)	3 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	14 (2.5%)	14 (2.5%)	0 (0.0%)	14 (2.5%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)	569 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)

表V-C-4 利用しているサービス

	要介護度					不明	合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3		
A. 予防給付サービス							
1.介護予防訪問介護	5 (21.7%)	16 (29.6%)				3 (75.0%)	24 (4.2%)
2.介護予防訪問看護	0 (0.0%)	1 (1.9%)				2 (50.0%)	3 (0.5%)
4.介護予防居宅療養管理指導	0 (0.0%)	0 (0.0%)				2 (50.0%)	2 (0.4%)
5.介護予防通所介護	8 (34.8%)	13 (24.1%)				1 (25.0%)	22 (3.9%)
6.介護予防通所リハビリテーション	2 (8.7%)	9 (16.7%)				2 (50.0%)	13 (2.3%)
7.介護予防短期入所生活介護	0 (0.0%)	0 (0.0%)				1 (25.0%)	1 (0.2%)
10.その他	0 (0.0%)	1 (1.9%)				0 (0.0%)	1 (0.2%)
該当無し	9 (21.0%)	21 (38.9%)				4 (100.0%)	517 (90.9%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)				4 (100.0%)	569 (100.0%)
B. 介護給付サービス							
1.訪問介護	61 (44.5%)	47 (34.8%)	44 (38.3%)	19 (36.5%)	26 (53.1%)	10 (250.0%)	207 (36.4%)
2.訪問看護	19 (13.9%)	18 (13.3%)	18 (15.7%)	16 (30.8%)	26 (53.1%)	2 (50.0%)	99 (17.4%)
3.訪問リハビリテーション	1 (0.7%)	4 (3.0%)	3 (2.6%)	3 (5.8%)	3 (6.1%)	1 (25.0%)	15 (2.6%)
4.居宅療養管理指導	0 (0.0%)	7 (5.2%)	8 (7.0%)	5 (9.6%)	14 (28.6%)	1 (25.0%)	35 (6.2%)
5.通所介護	71 (51.8%)	61 (45.2%)	48 (41.7%)	18 (34.6%)	13 (26.5%)	9 (225.0%)	220 (38.7%)
6.通所リハビリテーション	33 (24.1%)	36 (26.7%)	31 (27.0%)	12 (23.1%)	11 (22.4%)	5 (125.0%)	128 (22.5%)
7.短期入所生活介護	9 (6.6%)	15 (11.1%)	21 (18.3%)	15 (28.8%)	18 (36.7%)	2 (50.0%)	80 (14.1%)
8.短期入所療養介護	1 (0.7%)	3 (2.2%)	9 (7.8%)	4 (7.7%)	2 (4.1%)	0 (0.0%)	19 (3.3%)
10.その他	10 (7.3%)	32 (23.7%)	39 (33.9%)	22 (42.3%)	25 (51.0%)	5 (125.0%)	133 (23.4%)
合計	138 (99.3%)	132 (97.8%)	114 (99.1%)	50 (96.2%)	48 (98.0%)	24 (600.0%)	504 (88.6%)

表V-C-5 食事介助

	要介護度					不明	合計	
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3			
食事介助								
自立	22 (95.7%)	53 (98.1%)	124 (93.4%)	85 (91.9%)	26 (73.9%)	10 (20.4%)	451 (79.3%)	
一部介助	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (5.8%)	9 (6.7%)	23 (20.0%)	14 (28.6%)	1 (25.0%)	77 (13.5%)
全介助	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	4 (3.5%)	4 (7.7%)	0 (0.0%)	26 (4.6%)
不明	1 (4.3%)	1 (1.9%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	3 (2.8%)	0 (0.0%)	8 (1.6%)	15 (2.6%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	569 (100.0%)	

表 V-C-6 介護支援専門員による身長・体重の把握状況

	要介護度						不明	合計	
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4			要介護5
身長									
自己申告	7 (30.4%)	11 (20.4%)	39 (28.5%)	37 (27.4%)	32 (27.8%)	8 (15.4%)	11 (22.4%)	1 (25.0%)	146 (25.7%)
測定値	3 (13.0%)	5 (9.3%)	16 (11.7%)	14 (10.4%)	11 (9.6%)	7 (13.5%)	2 (4.1%)	0 (0.0%)	58 (10.2%)
主治医意見書から	10 (43.5%)	27 (50.0%)	54 (39.4%)	52 (38.5%)	52 (45.2%)	26 (50.0%)	19 (38.8%)	2 (50.0%)	242 (42.5%)
不明	2 (8.7%)	9 (16.7%)	20 (14.6%)	17 (12.6%)	9 (7.8%)	5 (9.6%)	9 (18.4%)	1 (25.0%)	72 (12.7%)
値なし	1 (4.3%)	2 (3.7%)	8 (5.8%)	15 (11.1%)	11 (9.6%)	6 (11.5%)	8 (16.3%)	0 (0.0%)	51 (9.0%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)
体重									
自己申告	5 (21.7%)	12 (22.2%)	40 (29.2%)	33 (24.4%)	32 (27.8%)	8 (15.4%)	11 (22.4%)	0 (0.0%)	141 (24.8%)
測定値	5 (21.7%)	6 (11.1%)	23 (16.8%)	23 (17.0%)	16 (13.9%)	9 (17.3%)	4 (8.2%)	1 (25.0%)	87 (15.3%)
主治医意見書から	8 (34.8%)	27 (50.0%)	51 (37.2%)	48 (35.6%)	48 (41.7%)	24 (46.2%)	18 (36.7%)	2 (50.0%)	226 (39.7%)
不明	4 (17.4%)	8 (14.8%)	18 (13.1%)	18 (13.3%)	11 (9.6%)	5 (9.6%)	9 (18.4%)	1 (25.0%)	74 (13.0%)
値なし	1 (4.3%)	1 (1.9%)	5 (3.6%)	13 (9.6%)	8 (7.0%)	6 (11.5%)	7 (14.3%)	0 (0.0%)	41 (7.2%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)

表V-C-7 介護支援専門員による低栄養状態の把握状況

	要介護度						合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	
BMI18.5							
18.5未満	6 (26.1%)	10 (18.5%)	33 (24.1%)	26 (19.3%)	22 (19.1%)	12 (23.1%)	18 (36.7%)
18.5以上	16 (69.6%)	42 (77.8%)	96 (70.1%)	94 (69.6%)	82 (71.3%)	34 (65.4%)	23 (46.9%)
不明	1 (4.3%)	2 (3.7%)	8 (5.8%)	15 (11.1%)	11 (9.6%)	6 (11.5%)	8 (16.3%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)
過去6ヶ月間程度に概ね3%の体重減少							
あり	3 (13.0%)	4 (7.4%)	14 (10.2%)	15 (11.1%)	15 (13.0%)	4 (7.7%)	9 (18.4%)
なし	16 (69.6%)	41 (75.9%)	110 (80.3%)	106 (78.5%)	83 (72.2%)	37 (71.2%)	22 (44.9%)
不明	3 (13.0%)	8 (14.8%)	12 (8.8%)	13 (9.6%)	15 (13.0%)	9 (17.3%)	16 (32.7%)
未記入	1 (4.3%)	1 (1.9%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	2 (1.7%)	2 (3.8%)	2 (4.1%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)
血清アルブミン値							
実施	3 (13.0%)	7 (13.0%)	31 (22.6%)	23 (17.0%)	29 (25.2%)	11 (21.2%)	18 (36.7%)
未実施	15 (65.2%)	42 (77.8%)	98 (71.5%)	93 (68.9%)	71 (61.7%)	33 (63.5%)	23 (46.9%)
不明	2 (8.7%)	3 (5.6%)	2 (1.5%)	11 (8.1%)	8 (7.0%)	4 (7.7%)	3 (6.1%)
未記入	3 (13.0%)	2 (3.7%)	6 (4.4%)	8 (5.9%)	7 (6.1%)	4 (7.7%)	5 (10.2%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)
食事摂取量							
良好	20 (87.0%)	44 (81.5%)	115 (83.9%)	113 (83.7%)	89 (77.4%)	39 (75.0%)	34 (69.4%)
不良	3 (13.0%)	10 (18.5%)	21 (15.3%)	21 (15.6%)	24 (20.9%)	13 (25.0%)	14 (28.6%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	2 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)
栄養補給							
口から食べている(経口)	23 (100.0%)	54 (100.0%)	136 (99.3%)	135 (100.0%)	113 (98.3%)	52 (100.0%)	40 (81.6%)
経腸栄養法 (経鼻・空置導・胃導・腸導)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.7%)	0 (0.0%)	8 (16.3%)
静脈栄養法 (中心静脈栄養のみ)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)
褥瘡(床ずれ)							
あり	1 (4.3%)	1 (1.9%)	3 (2.2%)	6 (4.4%)	10 (8.7%)	9 (17.3%)	15 (30.6%)
なし	22 (95.7%)	53 (98.1%)	133 (97.1%)	127 (94.1%)	105 (91.3%)	42 (80.8%)	34 (69.4%)
未記入	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	2 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)

表 V-C-8 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

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りますか	要介護度					合計			
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3				
あり	8 (34.8%)	19 (35.2%)	51 (37.2%)	34 (25.2%)	42 (36.5%)	24 (46.2%)	36 (73.5%)	1 (25.0%)	215 (37.8%)
なし	15 (65.2%)	35 (64.8%)	85 (62.8%)	100 (74.1%)	73 (63.5%)	28 (53.8%)	13 (26.5%)	3 (75.0%)	352 (61.9%)
未記入	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)
合計	23 (100.0%)	54 (100.0%)	137 (100.0%)	135 (100.0%)	115 (100.0%)	52 (100.0%)	49 (100.0%)	4 (100.0%)	569 (100.0%)
低栄養状態のおそれの理由									
1. 疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患など)	4 (17.4%)	17 (31.5%)	34 (24.8%)	33 (24.4%)	27 (23.5%)	21 (40.4%)	27 (55.1%)	1 (25.0%)	164 (28.8%)
2. 身体状況(発熱、風邪など)	2 (8.7%)	10 (18.5%)	23 (16.8%)	12 (8.9%)	14 (12.2%)	10 (19.2%)	13 (26.5%)	0 (0.0%)	84 (14.8%)
3. ライフイベントによる精神的ストレスなど	3 (13.0%)	4 (7.4%)	7 (5.1%)	6 (4.4%)	5 (4.3%)	2 (3.8%)	1 (2.0%)	1 (25.0%)	29 (5.1%)
4. 閉じこもり	4 (17.4%)	13 (24.1%)	25 (18.2%)	16 (11.9%)	16 (13.9%)	7 (13.5%)	4 (8.2%)	1 (25.0%)	86 (15.1%)
5. 認知症	3 (13.0%)	3 (5.6%)	34 (24.8%)	30 (22.2%)	40 (34.8%)	20 (38.5%)	20 (40.8%)	0 (0.0%)	150 (26.4%)
6. 手術・退院直後の低栄養状態	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	2 (1.7%)	3 (5.8%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	8 (1.4%)
7. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題	1 (4.3%)	6 (11.1%)	4 (2.9%)	8 (5.9%)	9 (7.8%)	16 (30.8%)	19 (38.8%)	1 (25.0%)	64 (11.2%)
8. 生活機能低下(買い物、食事づくりが困難などの状態)	9 (39.1%)	14 (25.9%)	42 (30.7%)	33 (24.4%)	24 (20.9%)	7 (13.5%)	3 (6.1%)	0 (0.0%)	132 (23.2%)
9. うつ	2 (8.7%)	7 (13.0%)	16 (11.7%)	10 (7.4%)	10 (8.7%)	4 (7.7%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	50 (8.8%)
10. その他	4 (17.4%)	2 (3.7%)	7 (5.1%)	15 (11.1%)	9 (7.8%)	7 (13.5%)	4 (8.2%)	0 (0.0%)	48 (8.4%)
合計	17 (73.9%)	37 (68.5%)	90 (65.7%)	83 (61.5%)	79 (68.7%)	39 (75.0%)	42 (85.7%)	1 (25.0%)	388 (68.2%)

V-D. 考察

調査票の回収数を高めるために、介護支援専門員協会の会員メールを通じて再度の依頼を行ったが回収数は増大しなかった。協力の得られた介護支援専門員は栄養・食事課題の分析や栄養ケア関連サービスへの理解や関心の高い者と考えられ、このような介護支援専門員による利用者の低栄養状態の把握率は、通常よりも高まると考えられる。

一方、データ化された利用者の要介護度別の性別、疾患、サービス利用などの特性は厚生労働省の介護実態調査の結果にほぼ相当していた。また、利用者の殆どが、経腸・静脈栄養法による栄養補給を行う者ではなく、「口から食べている」者であったことは、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの対応の対象者となる者であった。

これらの利用者において、BMI18.5未満の者2割程度、過去6ヶ月間に概ね3%以上の体重減少があった者は1割程度であったが、これは、体重の7割近くが自己申告や医師の意見書から把握され、測定値に依る把握が15%程度しか実施されていないこと、不明者が1割以上であったこと、また、国の介護予防事業の継続的評価研究事業において、予防給付栄養改善サービス利用者となった要支援者7,013名のうち、基本チェックリストにおける「6ヶ月間に2~3kgの体重減少」に該当した者は15.7%、「BMI18.5未満」に該当した者10.8%、その両方に該当した者5.1%、そのいずれかに該当した者31.6%であったことを考慮すると、本調査結果は、利用者のBMI18.5未満の者や体重減少のある者の実際の出現率よりもかなり低い割合で把握されていることが考えられる。

食事摂取量が不良な者は、全体で18.8%、

特に要介護4,5の者では3割近く把握されており、また、褥瘡も、全体の8%程度、要介護5の者の30.6%と高い割合となっていた。これらの低栄養状態を把握するための課題である食事摂取量の不良や褥瘡は、介護支援専門員が低栄養状態のおそれの把握事項として用いている者の多い項目でもあった。

さらに、介護支援専門員が低栄養状態のおそれがあるとされると思った者は、全体で37.8%、要介護3,4では約40%、要介護5では73.5%と極めて高い割合であった。要支援者、要介護度の1~3の者では、低栄養状態のおそれがあると思った原因が、生活機能の低下、閉じこもり、疾患などであり、これらの原因に対応した介護予防通所介護事業あるいは介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善サービスでの対応が求められていた。一方、要介護4,5の者における低栄養状態のおそれがあると思った原因には、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に挙げられており、口腔及び摂食・嚥下、認知症、褥瘡などに対応した管理栄養士による居宅療養管理指導の推進が求められていた(VI参照のこと)。

本研究成果から、介護支援専門員が担当する居宅サービス利用者において、低栄養状態にある者あるいはそのおそれのあると介護支援専門員が思っている者は高い割合で存在することが明らかになった。しかも、それらの利用者の殆どが口から食べることのできる者であることから、居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの推進は、今後の介護保険制度における栄養ケア・マネジメントの重要な課題である。一方、介護支援専門員の低栄養状態にある者あるいはそのおそれのある者を把握するための基準の明確化、栄養ケア・マネジメン

トへの理解を深めるため研修や管理栄養士とのパートナーシップの形成等が今後求められる。

なお、本研究結果に対応して、平成21年度の介護保険制度改正では、要支援者及び要介護者における低栄養状態の把握基準の明確化が行われた。また、平成20年度厚生労働省老人保健健康増進事業「介護予防における「栄養改善」の推進に関する総合的研究」では、介護支援専門員対象にした介護予防栄養改善サービス(栄養改善加算)に関するDVDやeラーニングなどの情報媒体の作成が行われたので、それぞれの報告書を参照されたい。

V-E. 結論

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%、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。

V-F 研究発表

なし

V-G 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録、その他なし

V-H 参考文献

杉山みち子、遠又靖丈.IV.栄養改善.厚生

労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究(継続的評価分析支援事業)」(主任研究者 辻一郎,2008).p53-62.

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

分担研究者 加藤昌彦 椋山女学園大学 教授

研究協力者 榎 裕美 東海学園大学 准教授

研究要旨

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た。アンケートの結果、居宅療養管理指導を実施している施設は病院25.3%、診療所48.9%と少なく、そのうち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%）とさらに少なかった。本研究結果より、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ことが示され、その原因として、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浮かび上がり、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。

VI - A 研究目的

平成18年4月の介護保険制度改正に伴い、居宅療養管理指導に管理栄養士による栄養ケア・マネジメント体制が導入された。すなわち、通院による療養が困難で居宅療養を行う要介護認定者または要支援者に対して特別食を提供する必要性が認められる者、および医師が低栄養状態にあると判断した者が、管理栄養士による居宅療養管理指導の対象として位置づけられた。さらに、平成20年4月には後期高齢者医療制度において、後期高齢者に対する退院時栄養食事指導加算が新設され、医療と連携した居宅介護サービス、なかでも栄養ケア・マネジメントの一環として管理栄養士による居宅療養管理指導が推し進められる環境が整備されようとしている。

しかしながら、現在、介護保険の居宅サ

ービス利用者は、全国に約195万7千人、そのうち居宅療養管理指導の利用者総数は約23万2千人と決して少なくないにもかかわらず、管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者は、およそ1万8千人と極めて少ない。

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に、解決すべき課題を明らかにする目的で、介護現場における管理栄養士による居宅療養管理指導のニーズや実施体制等の現状を把握することとし、全国規模のアンケートを実施した。

VI - B.方法

1. 対象施設抽出方法

本研究では、2段階のアンケート調査（一次調査および二次調査）を行った。

一次調査の母集団は独立行政法人 福祉

医療機関の名簿に登録された全国の病院、診療所の院長あるいは施設長とした。はじめに全国すべての病院 8,826 病院から、精神病床、感染症病床、結核病床のみをもつ 1,085 病院を除外し、一般病床および療養病床をもつ 7,741 病院を選定した。さらに、それらの病院を病床数別（0~199 床、200~299 床、300~399 床、400~499 床、500 床以上）、地域ブロック別（北海道・東北、関東、甲信越・北陸、東海・近畿、四国・中国、九州・沖縄）に層別化して、3 割にあたる 2579 病院を無作為に抽出した（表 VI-B-1）。診療所においては、全国診療所総数 10,630 施設から在宅療養支援診療所（以下、診療所）を選定し、地域ブロック別（北海道・東北、関東、甲信越・北陸、東海・近畿、四国・中国、九州・沖縄）に層別化して無作為に 3 割にあたる 3,543 施設を抽出した（表 VI-B-2）。

抽出方法は、Microsoft 社 Excel にて病床数（病院のみ）・地域ブロックごとに分類した名簿を作成し、0~1 までの乱数をふり（RAND 関数）、数の大小で順位づけをして上位より 3 割を抽出した。

二次調査は、一次調査で得られた情報を基に、管理栄養士による居宅療養管理指導加算の算定実績があるすべての病院（10 病院）、診療所（8 施設）および対照として算定実績のない病院（54 病院）ならびに診療所（28 施設）を無作為に抽出し、アンケート対象者は管理栄養士とした。対照施設の数、一次調査において管理栄養士による居宅療養管理指導を実施していると回答のあった施設の 4 倍程度を目安とした。

2. アンケート実施方法、調査時期および調査内容

本研究の研究説明書、同意書、アンケート調査票を郵送により対象施設に依頼し、郵送による回収を行った。アンケートは、自記入方式による調査であり、調査は一次調査を平成 20 年 11 月、二次調査は平成 20 年 12 月に実施した。前述のごとく、アンケートの対象者は、一次調査は院長または施設長、二次調査では管理栄養士とした。

調査内容は、一次調査においては、医師・管理栄養士の雇用人数、訪問診療および介護保険の居宅サービス実施状況、今後の推進のための要件および必要な情報等の 14 項目（資料 V-1）で、二次調査は、介護保険および医療保険の訪問栄養指導の算定状況、居宅を担当する管理栄養士の雇用形態、今後の推進のための要件および必要な情報等の 10 項目とした（資料 V-2）。

3. 倫理面の配慮

本研究は、椛山女学園大学生生活科学部倫理委員会の承認を得た。

対象者（施設）には、事前に本研究参加への同意を文書で得ることとし、解析ならびに公表の際は個人（施設）が特定できない形で行い、個人（施設）のプライバシー保護に努めた。提供する個人情報、すべて個人情報管理者が責任をもって連結可能匿名化し、個人情報管理者は、コンピューターを用いて個人識別情報を管理し、その外部記憶装置に保存して厳重に管理した。

VI - C. 研究結果

1. 一次調査

アンケート対象として抽出した 2579 病

院および3543診療所のうち、253病院(回収率9.8%)と380診療所(回収率10.7%)から回答が得られ、これらを解析対象施設(以下、一次対象施設)とした。一次対象施設の特性を表VI-C-1に示した。

アンケートの結果、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病院(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、10病院(4.0%)、8診療所(2.1%)であった(表VI-C-2)。また、管理栄養士による居宅療養管理指導は、医師・歯科医師、薬剤師、歯科衛生士による1か月あたりの算定人数あるいは算定件数に比べて、極めて低い算定数であった。

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。

次に病院、診療所それぞれに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と未実施の施設の特性、医療職員の雇用人数および居宅サービスの実施状況の違いについて検討した(表VI-C-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施設および未実施施設の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($p<0.01$)。

一方、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。

また、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、との意見が多かった。また、対象となるものがいない、利用者(家族)が希望しない、といった意見、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(図VI-C-1)。

今後、管理栄養士による居宅療養管理指導を推進していく糸口として、現行制度を含めて他の算定要件の必要性を問う設問に対しては、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だけで、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割以上認められた（図VI-C-2）。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。

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（図VI-C-3）、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との意見もあった。

2. 二次調査

アンケート調査票は、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している18施設（10病院、8診療所）、対照施設として算定していない82施設（54病院、28診療所）に郵送し、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している18施設のうち4病院（回収率40.0%）、5診療所（回収率62.5%）から回答を得た。一方、対照施設として抽出した54病院および28診療所のうち、28病院（回収率51.9%）と12診療所（回収率42.9%）から回答が得られ、これらを二次調査の解析対象施設（以下、二次対象施設）とした。

二次対象施設のうち管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している9施設の特性を表VI-C-6に示した。管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している施設では、医療保険である在宅訪問栄養食事指導の実施割合が高く、管理栄養士に対する居宅療

養管理指導の指示は、ほとんどが自院の医師から出ており、居宅療養管理指導の契機となる相談者は医師、介護支援専門員であった。管理栄養士による居宅療養管理指導の実施システムに関する質問では、管理栄養士が所属する医療機関の栄養部門として実施している施設が半数以上であった。

また、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管理栄養士に対し、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を問う設問に対しては、全体の53.8%が、「どちらでもない」もしくは「実施したくない」と回答しており、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施していない理由として、「医師からの指示がでない」、「居宅で指導を行なうための時間のやりくりが難しい」との意見が挙げられた（図VI-C-4）。

さらに、すべての二次対象施設に対して、一次調査と同じ設問である管理栄養士による居宅療養管理指導を推進していく糸口として、現行制度の算定要件に加え、それ以外の算定要件の必要性を問う設問に対しては、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」および「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」の要件を希望する管理栄養士が5割以上認められた（図VI-C-5）。さらに、管理栄養士による居宅療養管理指導推進のための必要な情報・事項としては、居宅療養管理指導実践マニュアル（制度および運用編、他職種との連携編、実務編）を必要とする意見が7割以上あり、その他管理栄養士の知識、技能の向上が必要との

意見も5割以上を示した(図VI-C-6)。少数意見として、他職種との連携強化、他職種および利用者への栄養指導の重要性についての啓蒙が必要との意見が出された。

VI-D. 考察

今回の調査において、注目すべき点は一次調査で院長、施設長に宛てたアンケートの回収率が、およそ10%と極めて低かったことである。今回のアンケート回収率が低かった要因は複数あると思われるが、少なくとも管理栄養士による居宅療養管理指導に対する院長、施設長の認知度の低さ、あるいは関心の低さが如実に示された。

本研究の目的は、管理栄養士による居宅療養管理指導の実施率が低い原因を探求し、推進するための課題を明確にすることにあった。その大前提となる管理栄養士による居宅療養管理指導の実施率は、今回の検討においても4%と低い値であることが再確認された。しかも、実施率4%という一次調査は、アンケート回収率が約10%と極めて低率であったこと、すなわち実施していない施設は、アンケートに回答していない可能性が高いことを考えると、この値にはバイアスがかかっており、実際の実施率はさらに低いことが予想される。

したがって、今回の調査からは管理栄養士による居宅療養管理指導の実施率が低い要因の第一に、院長あるいは施設長の管理栄養士による居宅療養管理指導に対する関心の低さと制度そのものの認知度が低いことが挙げられる。その結果が、約50%の病院と約90%の診療所が訪問診療を実施しているのに対し、居宅療養管理指導全体の実施率はその半数と低く、なかでも管理栄

養士による居宅療養管理指導の実施率は約4%と極めて低い数字として表れたといえる。さらに、管理栄養士による居宅療養管理指導が実施されている施設の多くは、同時に訪問診療、訪問看護あるいは訪問リハビリテーション、管理栄養士以外の職種による居宅療養管理指導を実施していることから、居宅介護サービスに関連する介護保険制度を熟知している施設では管理栄養士による居宅療養管理指導が実施される可能性が高い。

一方、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と実施していない施設を比較すると、病床数、常勤医師数および病床数に対する常勤管理栄養士数には有意な差が認められず、必ずしも常勤管理栄養士の数が少ないことが、管理栄養士による居宅療養管理指導の実施率を低くしているとはいえなかった。しかし、二次調査における管理栄養士へのアンケートでは、管理栄養士が居宅で指導を行なうための時間の確保が難しいことが、管理栄養士による居宅療養管理指導を行なうことの大きな障害となっていると訴えており、調査結果の間に乖離がみられ、さらに、訪問担当の管理栄養士が雇用され配置されていることが管理栄養士による居宅療養管理指導の実施率を高めるために大きく貢献している可能性も示唆されていることから、管理栄養士のマンパワー(数)と配置の問題は慎重に考えていく必要がある。(表VI-C-3)。

一方、未実施の施設に対して、今後管理栄養士による居宅療養管理指導を実施していきたいかとの問いに対しては、半数近くの院長、施設長が実施する意向がないと回答し、その理由は次の4つに集約された。

①対象者がいない、利用者（および家族）の希望がない、あるいは在宅においては訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護のサービスが優先される。②管理栄養士の居宅での具体的な業務が分からない、管理栄養士の指導能力に期待できない。③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の情報がない。④管理栄養士の確保が困難、または依頼方法が分からない、である。

同様に、2次調査によって管理栄養士に対し、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施していない理由を尋ねたところ、医師からの指示が出ないことを理由に挙げたものが約半数で、次いで、時間のやりくりが難しい、管理栄養士の人数が足りないといったマンパワーの問題が多く挙げられた。さらに、現在管理栄養士による居宅療養管理指導を行っている施設も含め、実施あるいは継続していくうえでの問題点を尋ねたところ、1回の報酬が低額である、1か月の算定回数に制限がある、管理栄養士みずから保険請求できないことからレセプト事務が煩雑になるといった介護報酬に関する問題点が挙げられた。

以上の解析結果から、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を整理すると、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、が浮かび上がり、これらの問題を解決していくことが、本研究の目的である管理栄養士による居宅療養管理指導の推進につながる。

最後に、これらの課題の解決のために、管理栄養士による居宅療養管理指導の推進

モデルとして各職種の役割および連携について提言する（図VI-C-7）。

① 制度の認知度が低い

→行政が中心となり、各関連職種および利用者（および家族）に居宅療養管理指導制度そのものを積極的に啓蒙する。

→関連職種の養成教育機関での教育、あるいは卒後教育において、介護保険制度の基本情報を正確に教育する。

② 対象者が不在である

→居宅における高齢者の栄養状態を把握するシステムの構築。すなわち、医療・介護・地域社会の間における連携、各職種間の連携により、対象者を積極的に把握できるようなシステムを構築する。

→管理栄養士以外の関連職種に対しては、利用者の栄養状態が把握でき、少なくとも対象者を見落とさないための最低限の栄養学的知識を習得させる。

→管理栄養士から、医師をはじめ各関連職種、利用者（および家族）に居宅における栄養ケア・マネジメントの重要性、有用性を啓蒙する。

③ 管理栄養士の能力不足

→管理栄養士自身が、栄養に関する専門知識、技術の修得およびその向上に努める。

→居宅における栄養ケア・マネジメントの有用性のエビデンスを集積し、学会発表や論文発表を通して公表する。

→行政が主導して関連学会や研究事業において管理栄養士による居宅療養管理指導実践マニュアル（制度および運用編、他職種との連携編、実務編など）の作成を促し、

それらを利用した知識や技能の修得も速効性のある有効手段となる。

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

→介護現場における管理栄養士の配置規定を見直し、その中で管理栄養士の定数増員を図る。

→栄養士会、地域包括支援センターが中心となり、栄養ケアステーションの活用や管理栄養士の所在マップを作成するなどして居宅に従事することができる管理栄養士の所在を明確にする。

⑤ 介護報酬に関する問題

→算定要件に咀嚼・嚥下障害のある利用者、および、がん末期などのターミナル期の利用者などを加え、対象者を広げる。

→しかし、対象者の算定要件や介護報酬については、管理栄養士が居宅療養管理指導の実績を積み上げ、成果を示したうえで検討されるものであることを管理栄養士自身は十分認識しなければならない

VI - E. 結論

管理栄養士による居宅療養管理指導は、介護現場においては未だ認知度が低く、算定率が低迷していた。今後、この制度を推進していくために、今回明らかとなった問題点の解決に取り組む必要がある。

その一環として、現在ある資源を用いて、居宅における栄養ケア・マネジメントを推進するための居宅療養管理指導推進モデル事業を展開し、その効果を検証する予定である。

VI - F. 健康危険情報

なし

VI - G 研究発表

1. 和文原著

なし

2. 学会発表

- 榎裕美、加藤昌彦、葛谷雅文、杉山みち子：管理栄養士による居宅療養管理指導実施に関する全国実態調査報告 第26回 日本老年医学会総会 2009年6月18-20日 横浜（予定）

表VI-B-1 アンケート対象病院

	病床数					合計
	0~199床	200~299床	300~399床	400~499床	500床~	
北海道・東北	266 (799)	40 (121)	20 (61)	11 (34)	15 (44)	352 (1,059)
関東	458 (1,375)	59 (177)	4 (123)	25 (75)	34 (102)	617 (1,852)
甲信越・北陸	133 (399)	19 (58)	14 (41)	6 (19)	8 (25)	180 (542)
東海・近畿	438 (1,313)	62 (187)	54 (161)	23 (69)	35 (104)	612 (1,834)
四国・中国	281 (844)	25 (75)	22 (65)	9 (26)	13 (38)	350 (1,048)
九州・沖縄	380 (1,141)	45 (136)	22 (66)	7 (22)	14 (41)	468 (1,406)
合計	1956 (5,871)	251 (754)	172 (517)	81 (245)	118 (354)	2579 (7,741)

※ 3割抽出後施設数(抽出前施設数)と表す。

表VI-B-2 アンケート対象在宅療養支援診療所

3割抽出後 (抽出前)	
北海道・東北	243 (728)
関東	889 (2,667)
甲信越・北陸	171 (514)
東海・近畿	1,170 (3,511)
四国・中国	473 (1,420)
九州・沖縄	597 (1,790)
合計	3,543 (10,630)

表VI-C-1 一次調査対象施設の特性

	病院 (n=253)	診療所 (n=380)
医療保険適用病床数 (床)	190.0±215.9	2.8±6.2
介護保険適用病床数 (床)	19.7±72.7	0.6±3.4
総病床数 (床)	209.7±218.8	3.4±7.4
常勤医師 (人)	23.7±58.1	1.4±1.6
常勤管理栄養士 (人)	2.6±2.9	0.2±0.5
非常勤管理栄養士 (人)	0.3±0.7	0.2±0.6

平均±標準偏差

表VI-C-2 居宅療養管理指導料の職種別・算定状況 (平成20年9月実績)

	実施施設数	算定人数/月	算定件数/月
医師・歯科医師	病院 (n=52)	21.9±24.3	29.9±35.8
	診療所 (n=169)	38.9±95.7	55.6±107.5
薬剤師	病院 (n=9)	9.0±10.2	13.1±16.3
	診療所 (n=7)	25.6±40.8	59.2±81.7
管理栄養士	病院 (n=10)	2.5±2.6	2.4±2.7
	診療所 (n=8)	7.3±10.2	9.4±11.7
歯科衛生士等	病院 (n=8)	17.8±24.9	38.0±42.7
	診療所 (n=11)	13.8±23.6	35.5±50.0

表VI-C-3 管理栄養士による居宅療養管理指導実施、
未実施施設の施設特性およびその他居宅サービスの実施状況の比較

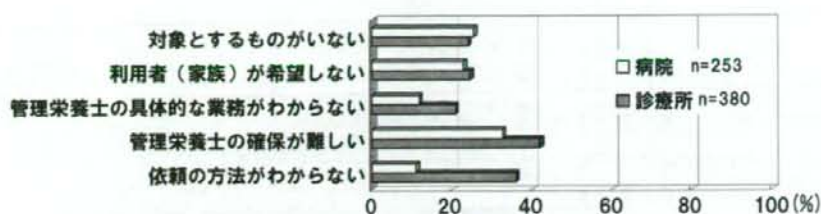
	病院(n=253)			診療所(n=380)			
	管理栄養士による 居宅療養管理指導 実施施設 (n=10)	管理栄養士による 居宅療養管理指導 未実施施設 (n=243)	p-value	管理栄養士による 居宅療養管理指導 実施施設 (n=8)	管理栄養士による 居宅療養管理指導 未実施施設 (n=372)	p-value	
	mean±SD, n	mean±SD, n		mean±SD, n	mean±SD, n		
医療保険適用病床 [§]	183.5±138.4	190.3±218.7	0.578	0	2.9±6.2	0.160	
介護保険適用病床 [§]	12.6±20.7	20.0±74.1	0.775	0	0.6±3.4	0.490	
総病床数 [§]	196.1±136.6	210.3±221.8	0.628	0	3.5±7.4	0.150	
病床数別 [*]							
0-99	3	97		8	372		
100-199	3	69		0	0		
200-299	1	25	0.403	0	0		
300-399	2	12		0	0		
400+	1	40		0	5		
常勤医師(人) [§]	16.6±18.3	24.0±59.0	0.300	2.3±2.8	1.4±1.5	0.311	
常勤管理栄養士(人) [§]	4.0±3.6	2.5±2.9	0.062	0.8±0.8	0.2±0.3	0.001	
常勤管理栄養士(人/総病床数) [§]	0.16±0.01	0.16±0.02	0.673	†	0.04±0.05		
訪問診療 [*]	実施	9	112	0.008	8	336	1.000
	未実施	1	131		†	35	
訪問看護 [*]	実施	8	80	0.004	8	88	0.404
	未実施	2	163		5	284	
訪問リハビリテーション [*]	実施	10	77	<0.001	2	46	0.267
	未実施	0	166		6	326	
居宅療養管理指導 [*]	実施	9	55	<0.001	8	178	0.003
	未実施	1	188		0	194	
訪問専用の部署 [*]	あり	5	60	0.085	1	33	0.537
	なし	5	181		7	333	
訪問担当の管理栄養士の雇用 [*]	雇用	8	14	<0.001	8	14	<0.001
	未雇用	1	92		0	146	

X2-test: *, Mann-Whitney U-test: †

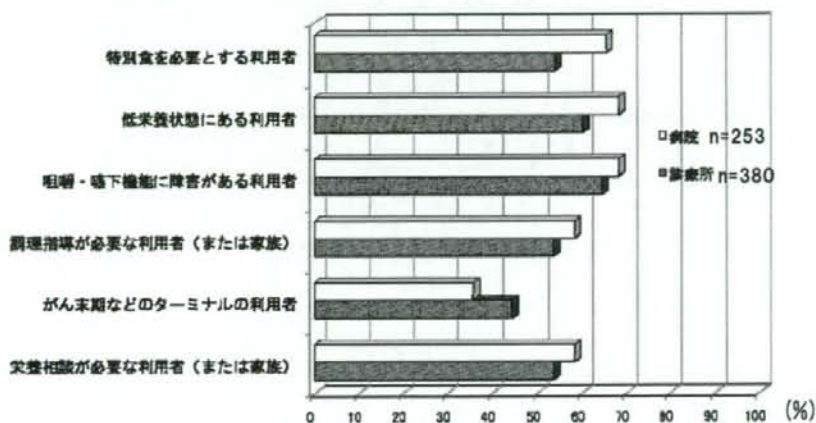
†: 病床数が0のため計算不可

表VI-C-6 二次対象施設・管理栄養士による居宅療養管理指導実施施設の特性 (n=9)

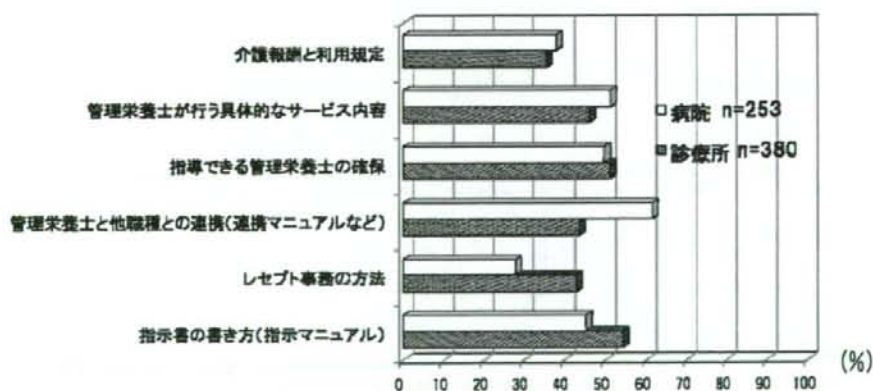
	n
在宅訪問栄養食事指導	6
実施	6
未実施	1
実施システム	5
所属する医療機関の栄養部門として居宅療養管理指導を行うシステム	5
所属する医療機関で在宅医療部門から居宅療養管理指導を行うシステム	1
フリーまたはグループで医療機関と契約して居宅療養管理指導を行うシステム	1
その他のシステム	2
居宅療養管理指導の指示者	7
自院の医師	7
自院・他院の両方	2
居宅療養管理指導の契機となる相談者	4
医師	4
看護師	1
利用者・家族	1
介護支援専門員	3



図VI-C-1 管理栄養士による居宅療養管理指導が実施できない、実施件数が増えない理由について (複数回答)



図VI-C-2 2 管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者の算定要件への要望について (複数回答)



図VI-C-3 3 管理栄養士による居宅療養管理指導推進のための必要な情報について (複数回答)