

200821011B

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 18年度～平成 20 年度 総合研究報告書

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 18年度～平成 20 年度 総合研究報告書

研究代表者 杉山 みち子

平成 21(2009)年 3月

## 目 次

### 総合研究報告

#### 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

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年間の評価 .....	11
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 .....	51
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 .....	61
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 .....	92
V. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務時間の実態と課題 .....	128
VI. 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 .....	149
VII. 通所サービス事業所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 .....	163
VIII. 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 .....	180
IX. 高齢者の低栄養状態改善のための栄養ケアに関するエビデンス .....	192
(資 料)	
平成18～20年度年度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 .....	213

## 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年間の評価

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 か月後では、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. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務時間の実態と課題

栄養ケア・マネジメントの効率的な運営のための管理栄養士業務のあり方を明らかにするために、自己記入式のコンピューター・プログラムとして作成した業務時間調査法(平成18年度作成)を用いて、Iの対象施設から栄養ケア・マネジメントの手順の30項目において、すべての項目について「よくできている」「できている」と回答し(平成18年度結果より)、協力の得られた介護保険施設134施設(介護老人福祉施設(特養)81施設、介護老人保健施設(老健)49施設)において栄養ケア・マネジメントを担当する管理栄養士を対象として、平成18年度当該研究において検証を行った調査用紙及び業務時間調査のコンピューター・プログラムをCD-RWによって配布し、平成19年3月1日(木)～3月31日(土)間の業務時間調査を実施し、以下の結論を得た。

- 1) 1人一日当たりの平均栄養ケア・マネジメント業務時間数は、特養と老健において1人一日当たりの平均栄養ケア・マネジメント業務時間数と給食業務、運営業務との間に正の相関関係が認められ、給食業務(特に献立作成)及び運営業務(特に連絡・調整、会議)の時間外業務時間の増大にもつながっていると考えられ、その業務時間の効率化を図ることが求められた。
- 2) 給食委託体制と栄養ケア・マネジメント業務の大項目の割合は、両施設群とも直営と委託間では栄養ケアの統計的な差異はみられなく、委託体制をとることによって、栄養ケア業務の時間拡大がはかられていなかった。また、管理栄養士1人一日当たりの業務時間数に関しても両施設群とも直営と委託間では、統計的な差異はみられなく、時間外業務の削減にはつながっていないと考えられた。
- 3) 栄養ケア業務においては、業務時間累積%に寄与する上位20項目に掲げた中で、書類の作成に11～12%、60～70分/日が費やされていることから、コンピューター化の推進や書式の見直し、手順を見直すことが必要と思われる。削減可能な帳票類を削減している施設はなかったことから、業務量に対する割合も高いことから、削減もしくはより簡素化する必要があると思われる。

## VI. 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必要があると必要であった。

## Ⅶ. 通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実施状況

通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの推進のための要件を、次年度研究によって明らかにするための予備調査を行った。栄養ケア・マネジメント関連加算の請求状況、管理栄養士・栄養士の配置状況、加算に結び付かないアセスメントや相談などの実施状況について調査した。全国指定通所サービス事業所 28,509 の 5%の回収数の確保をみこみ 5,669 事業所を事業所区分、都道府県別に層化無作為抽出を行い、郵送による簡便なアンケート調査を行い以下の結果を得た。

- 1) 栄養改善加算、栄養マネジメント加算の届出は約 2 割、栄養改善加算は、「請求数なし」が約 8 割で最も多く、「請求数 1～5 件」が約 1 割であった。栄養マネジメント加算も、「請求数なし」が約 7 割、「請求数 1～5 件」が約 1 割であった。
- 2) 管理栄養士の合計配置人数は、0 人が 1,871 事業所中 55.9%であり、次いで 1 人が 40.0%で多かった。また、約 3 割の事業所では、施設等の兼務常勤であった。
- 3) 通所サービス事業所で業務を担当している管理栄養士の兼務先としては、『通所介護』では老人福祉施設 67.0%、『通所リハ』では老人保健施設 65.7%、医療施設 32.7%であり、兼務施設での栄養ケア・マネジメントを実施していたのは 46.6%と約 5 割であった。
- 4) 通所サービス事業所における栄養・食事に関するアセスメント・相談等について、管理栄養士が「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る」と回答した者は 82.7%、「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る」と回答した者は 58.4%、

「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る」と回答した者は 40.2%、「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る」と回答した者は 52.7%であった。また、「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る」と回答した者は 55.5%であった。このように栄養改善加算や栄養マネジメント加算を取得していないものの、施設の管理栄養士が低栄養状態の把握や利用者・家族との相談、何らかの対策を行っていることが明らかになった。

なお、本アンケート用紙の最後において、今後の調査研究への協力事業所を募っていることから、これらの事業所を対象に継続して調査研究を行い、栄養ケア・マネジメント体制導入のための改善すべき課題ををさらに詳細に明らかとすることができる。これにより、地域高齢者についての低栄養状態の早期発見及び重度化予防に寄与することが期待される。

## Ⅶ. 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 ( $p < 0.01$ )。
- 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。

## IX. 高齢者の低栄養状態改善のための栄養ケアに関するエビデンス

先行研究から高齢者の低栄養状態の改善に関するエビデンスの収集を行いエビデンス・テーブルを作成した。

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ることができた。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「食べること」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、高齢者の食べ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業務課課長）（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）
- 白井正樹（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）
- 奥村真理子（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）
- 遠又靖丈（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（医療法人社団博賢会野中医院院長）
- 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年間の評価

### 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」(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。調査対象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、平成18,19年度は介護療養型医療施設368施設を対象とし、平成20年度は、介護保険制度改正により施設数が少なくなったため、介護療養型医療施設を除外した。

#### 2. 調査方法

平成18,19,20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栄養部門概要 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・マネジメントのプロセス状況や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(平成20年度)、情報の共有状況(平成20年度)、業務効率(平成20年度)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18,19年度は10月の入所者について、平成20年度は、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18,19年度は平成19年10月の、平成20年度は平成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を起点として、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3(平成18,19年度)、1年後(平成20年度)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 18, 19 年度は翌年 2 月に、平成 20 年度は平成 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 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1に示した。なお、平成 18, 19 年度に実施された設問項目

については、平成 20 年度との比較検討のため以下の文章中の( )に、その数値を介平成 19 年度、平成 18 年度の順に示した。

「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、平成 20 年度は前年度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、療養食加算の請求状況

### (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Ⅰ加算4.0% (5.4%、4.6%)、経口維持Ⅱ加算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Ⅱ加算平均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Ⅱ加算平均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。

療養食加算は、全施設のうち請求施設の多い順に、全施設では糖尿病食96.2(94.5%)、腎臓病食71.6(72.8%)、貧血食36.0(33.5%)、高脂血症食29.3(26.3%)、胃潰瘍食27.6(25.0%)の順であった。

### (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3、表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を請求していない理由も、「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2 介護保険施設別栄養管理体制、栄養マネジメントの請求状況

	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			
	20年度 n (%)	19年度 n (%)	18年度 n (%)	20年度 n (%)	19年度 n (%)	18年度 n (%)	20年度 n (%)	19年度 n (%)	18年度 n (%)	20年度 n (%)	19年度 n (%)	18年度 n (%)	
栄養管理体制加算													
管理栄養士加算	386 (86.5)	(87.6)	(90.1)	248 (93.9)	(96.9)	(97.6)	-	-	(92.5)	(96.1)	635 (89.3)	(91.1)	(92.9)
栄養士加算	37 (8.3)	(11.2)	(9.1)	4 (1.5)	(2.8)	(2.1)	-	-	(6.0)	(3.9)	41 (5.8)	(8.0)	(6.5)
どちらも請求していない	23 (5.2)	(1.2)	(0.8)	12 (4.5)	(0.3)	(0.3)	-	-	(1.5)	(0.0)	35 (4.9)	(0.9)	(0.6)
合計	446 (100.0)	(100.0)	(100.0)	264 (100.0)	(100.0)	(100.0)	-	-	(100.0)	(100.0)	711 (100.0)	(100.0)	(100.0)
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)													
有	368 (86.8)	(91.5)	(94.7)	253 (95.8)	(96.8)	(98.2)	-	-	(90.3)	(91.8)	640 (90.0)	(93.3)	(95.7)
無	18 (13.2)	(8.5)	(5.3)	11 (4.2)	(3.2)	(1.8)	-	-	(9.7)	(8.2)	70 (10.0)	(6.7)	(4.3)
合計	386 (100.0)	(100.0)	(100.0)	264 (100.0)	(100.0)	(100.0)	-	-	(100.0)	(100.0)	710 (100.0)	(100.0)	(100.0)
経口移行・経口維持													
経口移行加算	24 (5.5)	(7.6)	(6.7)	43.0 (16.3)	(22.6)	(18.9)	-	-	(35.8)	(27.5)	67 (10.9)	(14.1)	(11.7)
経口維持加算Ⅰ	12 (2.7)	(3.2)	(3.3)	14.0 (5.3)	(7.6)	(5.7)	-	-	(16.4)	(13.7)	26 (4.0)	(5.4)	(4.6)
経口維持加算Ⅱ	86 (19.7)	(20.3)	(20.9)	76.0 (28.9)	(24.8)	(30.5)	-	-	(19.4)	(29.4)	162 (24.3)	(21.1)	(24.5)
加算請求なし	331 (75.7)	(67.2)	(71.3)	159.0 (60.5)	(58.0)	(53.6)	-	-	(44.8)	(43.1)	490 (68.1)	(57.5)	(64.1)
合計(回答施設)	437 (100.0)	(100.0)	(100.0)	263.0 (100.0)	(100.0)	(100.0)	-	-	(100.0)	(100.0)	700 (100.0)	(100.0)	(100.0)
療養食(複数回答)													
糖尿病食	318 (94.6)	(92.1)		292 (98.0)	(97.1)		53 (96.4)	(95.7)			663 (96.2)	(94.5)	
腎臓病食	202 (60.1)	(62.9)		242 (81.2)	(82.9)		49 (89.1)	(82.6)			493 (71.6)	(72.8)	
肝臓病食	51 (15.2)	(13.1)		60 (20.1)	(20.0)		20 (36.4)	(37.0)			131 (19.0)	(17.6)	
胃潰瘍食	67 (19.9)	(17.4)		103 (34.6)	(31.0)		20 (36.4)	(45.7)			190 (27.6)	(25.0)	
貧血食	113 (33.6)	(30.0)		120 (40.3)	(36.8)		15 (27.3)	(39.1)			248 (36.0)	(33.5)	
膵臓病食	31 (9.2)	(8.2)		28 (9.4)	(11.3)		4 (7.3)	(23.9)			63 (9.1)	(10.5)	
高脂血症食	92 (27.4)	(24.8)		96 (32.2)	(27.4)		14 (25.5)	(30.4)			202 (29.3)	(26.3)	
療風食	8 (2.4)	(3.0)		13 (4.4)	(4.2)		4 (7.3)	(4.3)			25 (3.6)	(3.6)	
検査食	0 (0.0)	(0.0)		1 (0.3)	(0.3)		2 (3.6)	(2.2)			3 (0.4)	(0.3)	
合計(回答施設)	336 (100.0)	(100.0)		298 (100.0)	(100.0)		55 (100.0)	(100.0)			689 (100.0)	(100.0)	



表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		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	(%)
施設長の判断	6	(10.7)	(10.3)	(18.5)	0	(0.0)	(5.0)	(14.3)	-	-	(9.1)	(16.7)	6	(8.6)	(9.5)	(17.9)
管理栄養士の判断	1	(1.8)	(1.7)	(4.3)	1	(9.1)	(0.0)	(0.0)	-	-	(9.1)	(0.0)	2	(2.9)	(2.0)	(3.6)
管理栄養士の採用困難	16	(28.6)	(36.8)	(44.6)	2	(18.2)	(40.0)	(35.7)	-	-	(27.3)	(0.0)	18	(25.7)	(36.5)	(41.1)
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	1	(1.8)	(4.3)	(1.1)	0	(0.0)	(0.0)	(0.0)	-	-	(18.2)	(16.7)	1	(1.4)	(4.7)	(1.8)
個別の食事対応の困難	2	(3.6)	(3.4)	(5.4)	0	(0.0)	(5.0)	(0.0)	-	-	(9.1)	(0.0)	2	(2.9)	(4.1)	(4.5)
他の職種との理解や協力が得られない	3	(5.4)	(4.3)	(5.4)	0	(0.0)	(5.0)	(0.0)	-	-	(18.2)	(16.7)	3	(4.3)	(5.4)	(5.4)
人員不足	8	(14.3)	(6.8)	(16.3)	3	(27.3)	(5.0)	(7.1)	-	-	(9.1)	(16.7)	11	(15.7)	(6.8)	(15.2)
その他	20	(35.7)	(29.1)	(28.3)	1	(9.1)	(10.0)	(57.1)	-	-	(18.2)	(16.7)	21	(30.0)	(25.7)	(31.3)

\*平成18年度、19年度はデータのみ示す。

(複数回答)

表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		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	(%)
<b>経口移行</b>																
VFによる嚥下の評価が困難	182	(61.5)	(46.9)	(43.5)	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)	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)	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)	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)	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)	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)	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)	16	(10.7)	(6.3)	(8.5)	-	-	(9.3)	(5.4)	50	(11.2)	(7.1)	(7.3)
<b>経口維持 I</b>																
VFによる嚥下の評価が困難	176	(60.9)	(46.0)	(45.1)	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)	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)	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)	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)	(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)	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)	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)	(3.3)	(8.3)	-	-	(7.1)	(6.8)	48	(11.0)	(5.6)	(8.1)
<b>経口維持 II</b>																
VFによる嚥下の評価が困難	153	(53.1)	(42.9)	(42.5)	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)	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)	(23.5)	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)	(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)	(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)	(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)	(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)	(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 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・マネジメントにおける多職種協働

栄養ケア・マネジメントは、常勤の管理栄養士を連絡・調整役として配置した上で、多職種協働で取り組むことが求められている。多職種協働での栄養ケア・マネジメントの取り組みの実態をみるために、栄養ケア・マネジメントの各構成要素及び経口移行に関する主担当及び協働職種に関する回答を得た。

各施設における管理栄養士の栄養ケア・マネジメント項目の担当状況を表6-1に示した。介護老人福祉施設及び介護老人保健施設においては、「担当者会議(カンファレンス)への参加」(以下「担当者会議」)「利用者・家族への説明」を除いた栄養ケア・マネジメントの各構成要素の主担当者として、他の職種と比較して最も高い割合で回答を得たのが管理栄養士であった。

主担当者として管理栄養士を回答した施設は3施設種全体では、「栄養スクリーニング」90.0%(87.0%)、「栄養アセスメント(低リスク)」93.9%(91.0%)、「栄養アセスメント(高リスク)」95.2%(93.9%)、「栄養ケア計画の作成」96.9%(95.7%)、「栄養ケア計画の実施」77.7%(77.4%)、「モニタリング」90.9%(91.9%)と前年度と同様であった。

各施設における管理栄養士以外の職種の栄養ケア・マネジメント項目の担当状況を表6-2から表6-5に示した。

協働職種については、前年度と同様に介護老人福祉施設では、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、理学療法士が全般に関わっていることが明らかになった。また、「栄養ケア計画の実施」には、介護老人福祉施設では栄養士が116.6(16.0%)、調理師が46.8(48.1%)、介護老人保健施設においても栄養士18.8(17.8%)、調理師41.4(41.9%)で協働職種として関わっていた。

#### (3) 経口移行における多職種協働

経口移行における主担当者の状況を表6-6に示した。主担当者として1割以上の回答を得た職種は、介護老人福祉施設では管理栄養士21.1%(22.2%)、看護師13.9%(12.9%)であったが、介護老人保健施設では、言語聴覚士28.9%(24.4%)管理栄養士26.4%(30.6%)、医師12.3%(11.3%)、看護師10.7%(12.8%)であった。介護療養型医療施設では、管理栄養士25.0%(17.8%)であったが、医師3.8%(22.2%)、看護師5.8%(17.8%)、言語聴覚士28.9%(24.4%)は1割を下回った。次に、経口移行の協働職種の割合を表6-7に示した。協働職種として1割以上の回答を得た職種は、介護老人福祉施設では介護福祉士29.4%(28.2%)、看護師24.6%(27.1%)、介護支援専門員18.1%(20.0%)、医師20.0%(19.6%)、准看護師15.5%(13.4%)、調理師10.5%(11.0%)、介護老人保健施設では管理栄養士29.6%(31.9%)、看護師42.7%(45.3%)、介護福祉士32.7%(38.8%)、医師32.4%(34.7%)、准看護師24.9%(26.3%)、介護支援専門員13.6%



