

表3-2 健康者の栄養と運動の併用に関する文献

著者 (報告 年)	実施 国	目的	対象者 研究 デザイン	評価指標	期間	栄養補給			運動介入			統計手法 (調整変数 も記入)	脱落率、ア ドヒアランス 等	結果	結論	文 献 番 号
						内容	タイプ・ 強度	種目	強度	時間・ 回数	コントロール 群の介 入内容					
Campbell et al. 1995	アメリカ	レジスタンス・トレーニングの2種類のたんぱく質摂取レベルが全身と骨格筋のたんぱく質の合成に影響を及ぼすかを検討する。	ランダム化比較試験 12名(男性8名、女性4名)の健康高齢者、平均年齢66±4歳	①身体組成(体重、水中体重、骨量)、②大腿四頭筋中の筋面積、③筋バイオマーカー、④24時間尿(3メチルヒスチジン、クレアチニン)、⑤ロイシン代謝、⑥窒素排出	12週	内容 たんぱく質摂取量が0.8g/kg/dayと1.0g/kg/day、たんぱく質量が0.5g/kg/dayのラクトオボバネーズリアン食に牛乳ベースの飲料でたんぱく質を添加	タイプ・強度 レジスタンス	種目 上半身(チェストプレス、ブルダウ)と下半身(ニーフック、ニーエクステンション)を8回×3セット	強度 1RMの80%強度	時間・回数 週に3回	コントロール群の介入内容 -	繰り返しのある三元配置分散分析	脱落率、アドヒアランス等 -	体重は変わらず、脂肪量は減少した。たんぱく質は減少(-0.5±0.3kg)、高たんぱく質で増加(+0.3±0.3kg)。大腿四頭筋面積には変化なし。窒素排出は低たんぱく質で負(-4.6±3.4mgN/kg/day)、高たんぱく質で正(13.6±1.0mgN/kg/day)、トレーニングによりロイシン排出は高たんぱく質では主にたんぱく質新生(産出の変化の91%)、高たんぱく質では主に酸化の増加によっていた(産出の変化の72%)。たんぱく質分解は両群も増加し差はない。3メチルヒスチジンはトレーニングにより変化しなかった。	栄養保持と全身及び筋たんぱく質の合成はレジスタンス・トレーニングにより変化し、それはたんぱく質の摂取量により影響を受ける。ROA及びFRDAの2倍のたんぱく質の摂取はトレーニングによる体組成の変化に劇的な違いを示さなかった。	15
Berman S et al. 1998	フランス	クレアチニン補給が筋力を増加させるか、クレアチニン補給がレジスタンス・トレーニングの効果を高めるかを検討する。	ランダム化比較試験 67~80歳の健康高齢者(男女16人ずつ)	①身体組成、②筋力、③クレアチニン排泄	7週	通常の食事(50~60%たんぱく質、20~30%脂肪)にクレアチン摂取(最初の5日間は3g、後は3gを噛かい週に1回)を飲む。プラセボはグルコース	タイプ・強度 最初の5日は1日4回(4時間以上空ける。後、1日は1回)	種目 レッグプレス、ニーエクステンション、チェストプレスとプロレスを8回×3セット、15分のウォームアップと10分のクールダウンを含む1時間	強度 1RMの80%強度	時間・回数 週に3回	繰り返しのある二元配置分散分析	脱落率、アドヒアランス等 クレアチニン摂取は100%実施、トレーニングプロテクトラムの参加率は95.8%	1RMの変化は、介入なしでチェストプレスのみ6.7%増、クレアチニンのみでは増加なし。トレーニングのみではレッグプレス(+10.3%)、チェストプレス(+11.7%)、レッグエクステンション(+17%)、トレーニング+クレアチンではレッグプレス(+17.4%)、チェストプレス(+18.9%)。交互作用はない。12RMにもトレーニングとクレアチンの交互作用はない。角度に依じた力はトレーニングにより変化しなかった。	クレアチニン摂取それ自体では、レジスタンス・トレーニングに追加した場合、身体組成、1RM、12RM、アイソメトリックな持久力をより向上させる効果は認められなかった。	16	

表3-3 研究者の栄養と運動の併用に関する文献

著者 (報告年)	実地国	目的	対象者 特性、人数、性別、年齢、ヘルスインジキヤ、栄養状態(BMI等)	評価指標	期間	栄養補給			運動介入			統計手法 (調整変数も記入)	結果		結論	文献番号
						内容	頻度	種目	強度	時間・回数	コントロール群の介入内容		脱落率、アドヒアランス等	各指標の変化量(平均あるいは期間差(中値あるいは信頼区間も記入))		
de Jong N et al. 2001	オランダ	微量栄養素を多量に含む食品摂取(67~76%、平均年齢78歳、平均BMI 24)と運動が運動中の高齢者のビタミンD、鉄、ホモシステイン(Hcy)濃度、メチルマロン酸濃度(MMA)、神経心理機能に及ぼす影響を検討する。	健康在住高齢者、女性が多数、年齢が67~76歳、平均年齢78歳、平均BMI 24	①神経心理テスト(ブロッグワテスト、反応時間)、②生化学検査(ホモシステイン、鉄、ビタミンB12、葉酸、ビリドキサール5リン酸(PLP))	17週	内容 食物製品(400gのオレインジ、ピーチジュース、400gのりんご、ペリー、ぶどうジュース、200gのりんご、コンポート、200gのりんご、根コンポートのいずれか)と乳製品(400gのバニラオースタード、400gのいちごヨーグルト、400gのバニラ・りんごヨーグルト、300gの果物入りバニラチーズのいずれかを通常の食事に加える	頻度 1日に1回	種目 歩行、かがみ、椅子からの立ち上がり、ポール、ロップ、ウェイット、バンドを使用した筋力、巧緻性、柔軟性、歩行速度、持久力のトレーニング	強度 中強度	時間・回数 45分を週に2回	コントロール群の介入内容	24%がドロップアウト	栄養介入群では、Hcy、MMA、VBの基準値以上あるいは以下の人の割合、平均値に改善がみられた。運動の有無ではHcy、MMA、ビタミンの変化はなかった。運動と栄養介入の交互作用はみられなかった。Hcyの栄養加入効果は $-5 \mu\text{mol/L}$ (95%CI $-6.0$ - $-3.9$ )、MMAは $-0.10 \mu\text{mol/L}$ ( $-0.17$ - $-0.03$ )であった。神経心理的検査についても、運動介入による効果は認められなかった。	栄養素を多く含む食品の摂取によりHcyとMMAの改善は認められたが、適切な量については、さらに検討が必要である。運動介入は血液中のビタミンに追加的な効果をもたなかった。	17	

## 参 考 资 料

## 参考資料

- I.介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の1年後の評価  
調査票

「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」  
 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの事業評価【その1】

記入日 平成18年 月 日

施設ID \_\_\_\_\_ 記入者の職名(どちらかに○印) 管理栄養士・その他( \_\_\_\_\_ )

1. 11月30日現在の施設概要についてご記入下さい。

(1) 施設の種類の該当するものの番号に○印をつけ、定員数をご記入下さい。

① 介護老人福祉施設 a.(定員数 _____ 床)	② 介護老人保健施設 b.(定員数 _____ 床)	③ 介護療養型医療施設 c.(介護療養病床 _____ 床) d.(老人性認知症患者療養病床 _____ 床)
-------------------------------	-------------------------------	---

(2) 11月30日現在の入所(院)者の人数と要介護度別人数の内訳をご記入下さい。

① 11月30日現在の入所者又は入院者人数 人	a.要介護1	人
	b.要介護2	人
	c.要介護3	人
	d.要介護4	人
	e.要介護5	人

(3) 貴施設では、今年度なんらかの第三者評価を受けていますか。

① はい (評価名 _____ )	② 来年度検討中	③ いいえ
-------------------	----------	-------

2. 栄養部門について(11月の状況)についてご記入下さい。

(1) 11月の栄養部門の人員構成をご記入下さい。あわせて、パートタイマーについては、1週間の合計勤務時間もご記入下さい。0人の場合は0とご記入下さい。

\*1週間の合計勤務時間記入方法  
 パート 合計3名 うち1名 1日4時間×週3日勤務=12時間  
 うち2名 1日7時間×週4日勤務×2名=56時間 } 合計 12+56=68時間

		a.常勤	b.パート	c.1週間の 合計勤務時間*
①施設	1)管理栄養士	人	人	時間
	2)栄養士	人	人	時間
	3)調理師	人	人	時間
	4)調理補助	人	人	時間
	5)その他	人	人	時間
②委託	1)管理栄養士	人	人	時間
	2)栄養士	人	人	時間
	3)調理師	人	人	時間
	4)調理補助	人	人	時間
	5)その他	人	人	時間



3. 11月の加算請求状況についてご記入下さい。

(1) 栄養管理加算について請求している項目に○印を付けて下さい。

①管理栄養士加算	②栄養士加算	③ ①②とも請求していない
----------	--------	---------------

(2) 栄養マネジメント加算請求について該当する項目に○印を付けて下さい。

加算請求	
①有 → 設問 3. (4)へ	②無 → 設問 3. (3)へ

(3) 栄養マネジメント加算を請求していない施設の方のみご回答ください。栄養マネジメント加算を請求していない理由について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 施設長の判断	⑦ 人員不足(具体的に )
② 管理栄養士の判断	⑧ その他
③ 管理栄養士の採用困難	具体的に
④ 栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	
⑤ 個別の食事対応の困難	
⑥ 他の職種の理解や協力が得られない	

(4) 経口移行及び経口維持加算について請求している項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 経口移行加算	② 経口維持加算 I	③ 経口維持加算 II	④ 請求していない→設問 3. (7)へ
----------	------------	-------------	----------------------

(5) 加算請求をしている項目について要介護度別に 11 月の請求件数をご記入下さい。0 件の場合は 0 とご記入下さい。

①経口移行加算 ( )件	②経口維持加算 I ( )件	③経口維持加算 II ( )件
--------------	----------------	-----------------

(6) 経口移行および経口維持加算の実施を推進する上での課題等がありましたら、それぞれについてご記入下さい。

①経口移行加算について	②経口維持加算 I について	③経口維持加算 II について

(7) 経口移行及び経口維持加算を請求していない施設の方のみご回答ください。経口移行及び経口維持加算を請求していない理由について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) 経口移行について	① 必要性を感じていない	② 対象者がいない	③ VFによる嚥下の評価が困難
	④ ③以外の嚥下の評価が困難	⑤ 個別の食事対応が出来ない	
	⑥ 医師の指示が得られにくい		
	⑦ 人員不足 (具体的に )		
2) 経口維持 I について	① 必要性を感じていない	② 対象者がいない	③ VFによる嚥下の評価が困難
	④ ③以外の嚥下の評価が困難	⑤ 個別の食事対応が出来ない	
	⑥ 医師の指示が得られにくい		
	⑦ 人員不足 (具体的に )		
3) 経口維持 II について	① 必要性を感じていない	② 対象者がいない	③ VFによる嚥下の評価が困難
	④ ③以外の嚥下の評価が困難	⑤ 個別の食事対応が出来ない	
	⑥ 医師の指示が得られにくい		
	⑦ 人員不足 (具体的に )		
	⑧ その他 (具体的に )		

(8)療養食加算の11月の請求件数(1ヶ月間の総数)についてご記入下さい。0件の場合は0とご記入下さい。

①糖尿病食	件	⑥膵臓病食	件
②腎臓病食(心臓疾患を含む)	件	⑦高脂血症食	件
③肝臓病食	件	⑧痛風食	件
④胃潰瘍食(流動食は除く)	件	⑨検査食	件
⑤貧血食	件		

4. 通所サービスについてご記入下さい。

(1)11月30日現在、併設の通所サービスの種類について該当する項目に○印を付けて下さい。

① 通所リハビリテーション    ② 介護予防通所リハビリテーション    ③ 通所介護    ④ 介護予防通所介護  
⑤ ①～④は併設していない → 下記の『お願い』をお読みください

(2)併設している通所サービスの栄養マネジメント加算または栄養改善加算について、登録と請求の有無について該当する項目に○印を付けて下さい。また、加算請求をしている施設は、11月の加算請求件数をご記入下さい。11月の請求件数が0件の場合は0とご記入下さい。また、担当する管理栄養士の所属について該当する項目に○印を付けてください。

	a. 栄養マネジメント加算	b. 栄養改善加算
①登録の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
②加算請求の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
③11月の請求件数	件	件
④担当の管理栄養士の所属	① 専任(常勤)    ② 専任(非常勤) ③ 兼任(常勤)    ④ 兼任(非常勤) ⑤ その他(                      )	① 専任(常勤)    ② 専任(非常勤) ③ 兼任(常勤)    ④ 兼任(非常勤) ⑤ その他(                      )

(3)通所サービスにおいて栄養マネジメント加算または栄養改善加算の実施をする上で困難と感じていることや課題等がありましたら、それぞれについてご記入下さい。

①栄養ケアマネジメント加算について(要介護1～5)	②栄養改善加算について(要支援1～2)

### 『お願い』

栄養マネジメント加算を請求している施設は、引き続き 設問 5. 以降にご回答をお願いいたします。

栄養マネジメント加算を請求していない施設は、再度、設問 1. より記入漏れがないことをご確認の上、12月 8日までに事務局に同封(みず色)の返信用封筒にてご返送下さい。

ご協力ありがとうございました。

\*以下の調査は栄養ケア・マネジメント担当の管理栄養士の方がご回答下さい。

5. 栄養ケア・マネジメント担当の管理栄養士についてご記入下さい。

栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士の人数をご記入下さい。また、その方々の所属および勤務形態について該当する項目に○印を付け、職務年数をご記入下さい。(紙面が足りない場合には、適宜適当な用紙にご記入下さい。)

注:職務年数には、管理栄養士として、これまでの他の病院や施設での業務年数も合計してください。

①栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士の人数  人	a.所属	b.勤務形態	c.職務年数
	施設・委託	常勤・パート	年
	施設・委託	常勤・パート	年
	施設・委託	常勤・パート	年
	施設・委託	常勤・パート	年
	施設・委託	常勤・パート	年
	施設・委託	常勤・パート	年

6. 11月の加算請求状況について件数をご記入下さい。

11月の栄養ケア・マネジメント加算の請求件数をご記入下さい。また、あわせて、要介護度別の件数もご記入下さい。注:加算対象人数ではなく、11月の「加算請求件数」ですのでご注意ください。

①栄養ケア・マネジメント 加算請求件数  件	内訳	a.要介護1	b.要介護2	c.要介護3	d.要介護4	e.要介護5
		件	件	件	件	件

7. 11月の栄養ケア・マネジメントの多職種協働の状況について、以下の項目を担当した全ての職種を主担当者の主担当者以外の協働職種に分けて番号でご記入下さい。

注:「主担当」とは、担当の項目についての主たる責任者として推進し、連絡及び調整等を行っている1職種をさします。

注:「主担当以外の協働職種」とは、上記の主担当以外の他職種として協働して担当している職種をさします。

①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④看護師 ⑤准看護師 ⑥管理栄養士 ⑦栄養士 ⑧理学療法士 ⑨作業療法士  
⑩言語聴覚士 ⑪社会福祉士 ⑫介護支援専門員 ⑬介護福祉士 ⑭歯科衛生士 ⑮調理師 ⑯その他(具体的に)

項目	a.主担当者	b.主担当者以外の協働職種
(1)栄養スクリーニング		
(2)栄養アセスメント:低リスク <sup>1)</sup>		
(3)栄養アセスメント:中・高リスク <sup>2)</sup>		
(4)栄養ケア計画の作成		
(5)担当者会議またはカンファレンス		
(6)利用者・家族への説明		
(7)栄養ケア計画の実施		
(8)モニタリング		
(9)経口移行、経口維持		

<sup>1)</sup>低リスク: BMI:18.5~29.9、体重減少率:変化なし、血清アルブミン:3.6g/dl以上、食事摂取量:76~100%、経腸・静脈栄養の有無:無、褥瘡の有無:無の全てに該当する者

<sup>2)</sup>中・高リスク: BMI:18.5未満、体重減少率:1か月3%以上・3か月3%以上・6か月3%以上、血清アルブミン:3.5g/dl以下、食事摂取量:75%以下、経腸・静脈栄養の有無:有、褥瘡の有無:有のいずれかに該当する者



8. 11月の栄養ケア・マネジメント体制とその状況について次の1~4のいずれか1つに○印をご記入下さい。

注:「管理栄養士」とは栄養ケア・マネジメントを担当している常勤の管理栄養士です。

注:必ず番号に○印を付けて下さい。数字の間などに○印をつけることのないようお願いいたします。

【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】

	よくできている	できている	今後実施予定	できていない
1. 「食を食べる」を通じて、入所(院)者一人一人の自己実現をめざしていますか	4	3	2	1
2. 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も重要な目標であるという認識が広まっていますか	4	3	2	1
3. 施設長は、医師、管理栄養士、看護師及び介護支援専門員その他の職種が協働して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備していますか	4	3	2	1
4. 各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)をあらかじめ定めていますか	4	3	2	1
5. 栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を適切に実施していますか	4	3	2	1
6. 管理栄養士は、入所(院)者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種の連絡調整を適切に実施していますか	4	3	2	1
7. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントの推進に責任とやりがいを感じていますか	4	3	2	1
8. 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ますか	4	3	2	1
9. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内外の研修や研究会へ積極的に参加していますか	4	3	2	1

【栄養スクリーニングに関する項目】

10. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、入所(院)者の入所(院)後遅くとも1週間以内に、関連職種と協働して低栄養状態のリスクを把握していますか	4	3	2	1
11. 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合は、3ヶ月毎に再スクリーニングを行っていますか	4	3	2	1

【アセスメントに関する項目】

12. 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所(院)者ごとのアセスメントを行い解決すべき課題を明らかにしていますか	4	3	2	1
---	---	---	---	---

【栄養ケア計画作成に関する項目】

13. 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ますか	4	3	2	1
14. 管理栄養士は、必要に応じて栄養相談について文章化をしていますか	4	3	2	1
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、課題解決のための関連職種の分担について文章化していますか	4	3	2	1
16. 管理栄養士は、問題の解決をはかるために関連職種が協働できる栄養ケア計画を作成していますか	4	3	2	1
17. 管理栄養士は、サービス担当者会議(入所(院)者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議)に出席し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させていますか	4	3	2	1
18. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて、栄養ケア計画を入所(院)者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得ていますか	4	3	2	1

【栄養ケア計画の実施についての項目】

19. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて担当者が、栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っていることを確認していますか	4	3	2	1
20. 管理栄養士は、食事の提供にあたり、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者(管理栄養士、栄養士、調理師等)に対して、栄養ケア計画に基づいた個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導を行い、連携をはかっていますか	4	3	2	1

	よくできている	できている	今後実施予定	できていない
21. 栄養ケア計画の実施過程において、問題の把握を行い、問題があれば随時多職種と連携し、問題の解決や計画の修正を行っていますか	4	3	2	1
22. 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ますか	4	3	2	1

【モニタリングに関する項目】

23. 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がある者の場合には、2週間毎等適宜行っていますか	4	3	2	1
24. 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合でも、体重は1ヶ月毎に把握していますか	4	3	2	1
25. 低栄養状態の把握に必要な食事摂取量の低下等の変化などを、日常的にモニタリングし、問題があれば対応をしていますか	4	3	2	1

【評価についての項目】

26. 管理栄養士は、栄養ケア提供の経過記録表を作成していますか	4	3	2	1
27. 栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか	4	3	2	1
28. 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	4	3	2	1

【継続的な品質改善活動についての項目】

29. 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ますか	4	3	2	1
30. 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ますか	4	3	2	1

9. 給食管理についてご記入下さい。

(1)平成17年12月以降、給食の委託に関する変化について該当する項目に○印を付けて下さい。

給食の委託の変化について	① 直営から委託に変化した ② 委託から直営に変化した ③ 変化していない
--------------	---

(2)給食業務を委託している施設のみお答え下さい。平成18年11月現在の、栄養ケア・マネジメントを担当する施設側と委託の給食業務に関する業務分担について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

a.施設側	b.委託側
① 献立 ② 発注 ③ 配膳前検品 ④ 食数・食札変更 ⑤ その他( )	① 献立 ② 発注 ③ 配膳前検品 ④ 食数・食札変更 ⑤ その他( )

(3)現在作成している帳票全てに○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 検査簿 ② 喫食調査結果 ③ 入所(院)等の入退所(院)簿 ④ 食料品消費日計 ⑤ 入所(院)年齢構成表 ⑥ 給与栄養目標量に関する帳票 ⑦ ①～⑥は残っていない→設問9.(5)へ
--

(4) (3)の①～⑥に○がついた場合、帳票を作成している理由について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 都道府県等による行政指導(a.健康増進法のため、b.医療法のため、c.その他具体的に ) ② 栄養部門の判断 ③ 施設長の判断 ④ その他( )
--

(5)管理栄養士が設問9の(3)の給食帳票に関わる業務時間の変化について該当する項目に○印をつけて下さい。

1)給食帳票に関わる業務時間の変化	①増加した ②減少した ③変化なし
2)①②の場合、変化した時間	約 時間/日

10. 栄養ケア・マネジメントについて感じていることについてご記入下さい。

(1) 管理栄養士が栄養ケア・マネジメントによって「よかった」と感じていることに○印をご記入下さい。(複数回答可)

① 利用者・家族がよくなったこと	⑥ 「よかった」と感じていることはない
② 利用者の「食」が重視されたこと	⑦ その他
③ 低栄養状態の把握や改善が行われたこと	具体的に
④ 業務にやりがいを感じられたこと	
⑤ 他の職種との連携ができたこと	

(2) 現在、管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの推進上の課題と感じていることに○印をご記入下さい。(複数回答可)

① 施設長の姿勢や理解	⑫ 人員の配置や不足
② 医師の姿勢や理解	⑬ 時間外業務の増大
③ 介護支援専門員の姿勢や理解	⑭ 管理栄養士の疲労感の増大
④ 管理栄養士の姿勢や理解	⑮ 食事の個別化
⑤ 看護師の姿勢や理解	⑯ コンピューターの導入が未整備
⑥ 介護福祉士の姿勢や理解	⑰ 車椅子や仰臥位の体重計が未整備
⑦ ②～⑥以外の職種の姿勢や理解	⑱ 問題と感じていることはない
(具体的な職種名_____)	⑲ その他
⑧ 委託業者との連携体制	具体的に
⑨ 行政関係者の姿勢や理解	
⑩ 担当者会議の機能	
⑪ 管理栄養士の知識や技術の不足	

(3) 栄養ケア・マネジメントを推進するにあたり、現在、障害や困難と感じていることや質問等がありましたら、具体的にご記入下さい。

\* 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、栄養ケア・マネジメント体制の人員配置などの構造、手順および成果等から良い取り組みをされている施設には、個別の事例調査(過去の栄養改善事例の記録調査)ならびに業務時間調査(3日間の業務時間の記録)へのご協力をお願いさせて頂き、栄養ケア・マネジメントの質の向上や適正な評価の手法のためのマニュアル作成を計画しておりますので、ご協力のご意思の有無をあらかじめお尋ねさせて頂きます。なお、「①協力する」とご返答頂いた施設にご依頼させて頂く場合には、ご説明書をご送付させて頂き、ご承諾のご確認も改めてさせて頂きます。

個別の事例調査	① 協力する	② 協力しない
業務時間調査	① 協力する	② 協力しない

**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12月8日までに事務局に同封(みず色)の返信用封筒でご返送下さい。なお、引き続き【その2】にもご回答下さい。**



「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」  
介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの事業評価【その2】

施設ID \_\_\_\_\_

本調査表は、栄養ケア・マネジメント体制導入後1年の時点での低栄養状態の改善に関するものです。平成18年10月の入所(院)者についてご記入ください。なお、栄養ケア・マネジメント担当の管理栄養士の方がご回答下さいますようお願いいたします。

1. 栄養スクリーニング指標に用いている項目全てに○印を記入して下さい。(複数回答可)

①BMI	②体重減少	③血清アルブミン値	④食事摂取量
⑤経腸・静脈栄養法の有無	⑥褥瘡の有無		
⑦その他( )			

2. 評価において、指標に用いている項目全てに○印を記入してください。(複数回答可)

① 身体状況(発熱の頻度、義歯の不適合など)	② 要介護度	③ 主観的健康感
④ 日常生活動作(ADL、障害老人の日常生活自立度、Barthel Index など)	⑤ 本人及び家族の満足感	
⑥ BMI	⑦ 体重減少	⑧ 血清アルブミン値
⑨ 食事摂取量	⑩ 経腸・静脈栄養法の有無	
⑪ 褥瘡の有無	⑫ その他(具体的に )	

3. 10月30日現在の全入所(院)者の状況について、10月の新規入所者(入院先からの帰設者も含む)と、継続入所(院)者(10月30日現在の在籍者)について、それぞれ的人数をご記入下さい。

①10月全入所(院)者 人	内訳		→ 設問4へ
	a.10月の新規入所(院)者 人	b.継続入所(院)者 人	

□お問合せ先

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

平成18年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

担当: 杉山みち子、原口洋子、天野由紀

電話: 046-828-2662 FAX: 046-828-2663 または 046-828-2809

\*ご回答いただきましたら、再度記入漏れがないことをご確認いただき、  
2月10日までに事務局に同封(ピンク色)の返信用封筒でご返送下さい。



4. 平成 18 年 10 月の入所(院)者の栄養リスクの判定結果を、平成 18 年 10 月の新規入所者(入院先からの帰設者も含む)と、継続入所(院)者(平成 10 月 30 日現在の在籍者)について、それぞれご記入下さい。また、3 ヶ月後(平成 19 年 1 月)の判定結果には、10 月に判定した方々の 3 ヶ月後の判定結果をご記入下さい。従って、11、12、1 月の新規入所者及び入院先からの帰設者は除いてご記入下さい。なお、0 人の場合は 0 を記入してください。(別紙「ご記入にあたってのお願い」の裏面をご参照下さい。)

## (1) BMI

### 【新規入所(院)者について】

1) BMIによる判定を行いましたか。

①はい→下記に判定結果をご記入下さい

②いいえ

① 10 月の人数		② 3 ヶ月後の人数(①の 10 月の各リスク者の 3 ヶ月後です)					
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中・高リスク <sup>2)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人
B. 中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 18.5~29.9

中・高リスク<sup>2)</sup>: 18.5 未満

### 【継続入所(院)者について】

2) BMIによる判定を行いましたか。

①はい→下記に判定結果をご記入下さい

②いいえ

① 10 月の人数		② 3 ヶ月後の人数(①の 10 月の各リスク者の 3 ヶ月後です)					
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中・高リスク <sup>2)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人
B. 中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 18.5~29.9

中・高リスク<sup>2)</sup>: 18.5 未満

## (2) 体重減少率

### 【新規入所(院)者について】

1) 体重減少による判定を行いましたか。

①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

① 10月の人数		② 3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中リスク <sup>2)</sup>	c.高リスク <sup>3)</sup>	d.居宅・他施設への退所	e.入院	f.死亡	g.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人
B.中リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人
C.高リスク <sup>3)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 変化なし

中リスク<sup>2)</sup>: 1か月 3~5%未満、3か月 3~7.5%未満、6か月 3~10%未満

高リスク<sup>3)</sup>: 1か月 5%以上、3か月 7.5%以上、6か月 10%以上

### 【継続入所(院)者について】

2) 体重減少による判定を行いましたか。

①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

① 10月の人数		② 3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中リスク <sup>2)</sup>	c.高リスク <sup>3)</sup>	d.居宅・他施設への退所	e.入院	f.死亡	g.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人
B.中リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人
C.高リスク <sup>3)</sup>	人	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 変化なし

中リスク<sup>2)</sup>: 1か月 3~5%未満、3か月 3~7.5%未満、6か月 3~10%未満

高リスク<sup>3)</sup>: 1か月 5%以上、3か月 7.5%以上、6か月 10%以上

### (3) 血清アルブミン値

#### 【新規入所(院)者について】

1) 血清アルブミン値による判定を行いましたか。 ①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中リスク <sup>2)</sup>	c.高リスク <sup>3)</sup>	d.居宅・他施設 への退所	e.入院	f.死亡	g.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人
B.中リスク <sup>2)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人
C.高リスク <sup>3)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 3.6g/dl 以上

中リスク<sup>2)</sup>: 3.0~3.5g/dl

高リスク<sup>3)</sup>: 3.0g/dl 未満

#### 【継続入所(院)者について】

2) 血清アルブミン値による判定を行いましたか。 ①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中リスク <sup>2)</sup>	c.高リスク <sup>3)</sup>	d.居宅・他施設 への退所	e.入院	f.死亡	g.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人
B.中リスク <sup>2)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人
C.高リスク <sup>3)</sup>	人 →	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 3.6g/dl 以上

中リスク<sup>2)</sup>: 3.0~3.5g/dl

高リスク<sup>3)</sup>: 3.0g/dl 未満

## (4) 食事摂取量

### 【新規入所(院)者について】

1) 食事摂取量による判定を行いましたか。  ①はい→下記に判定結果をご記入下さい  ②いいえ

① 10月の人数		② 3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)					
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中・高リスク <sup>2)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人
B.中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>:良好(76~100%)

中・高リスク<sup>2)</sup>:不良(75%以下)

### 【継続入所(院)者について】

2) 食事摂取量による判定を行いましたか。  ①はい→下記に判定結果をご記入下さい  ②いいえ

① 10月の人数		② 3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)					
		a.低リスク <sup>1)</sup>	b.中・高リスク <sup>2)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A.低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人	人	人	人
B.中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>:良好(76~100%)

中・高リスク<sup>2)</sup>:不良(75%以下)



## (5) 経腸栄養法・静脈栄養法の実施

### 【新規入所(院)者について】

1) 経腸栄養法・静脈栄養法の実施による判定を行いましたか。①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a. 継続実施者	b. 経口移行者 <sup>1)</sup>	c. 経腸・静脈移行者 <sup>2)</sup>	d. 居宅・他施設への退所	e. 入院	f. 死亡	g. 不明
A. 経腸栄養法実施者	人	人	人	人	人	人	人	人
B. 静脈栄養法実施者	人	人	人	人	人	人	人	人

経口栄養法に移行した者<sup>1)</sup>: 一部移行した者も含む

経腸・静脈移行者<sup>2)</sup>: 静脈栄養法から経腸栄養法へ移行した者または、経腸栄養法から静脈栄養法へ移行した者

### 【継続入所(院)者について】

2) 経腸栄養法・静脈栄養法の実施による判定を行いましたか。①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)						
		a. 継続実施者	b. 経口移行者 <sup>1)</sup>	c. 経腸・静脈移行者 <sup>2)</sup>	d. 居宅・他施設への退所	e. 入院	f. 死亡	g. 不明
A. 経腸栄養法実施者	人	人	人	人	人	人	人	人
B. 静脈栄養法実施者	人	人	人	人	人	人	人	人

経口栄養法に移行した者<sup>1)</sup>: 一部移行した者も含む

経腸・静脈移行者<sup>2)</sup>: 静脈栄養法から経腸栄養法へ移行した者または、経腸栄養法から静脈栄養法へ移行した者

## (6) 褥瘡の有無

### 【新規入所(院)者について】

1) 褥瘡の有無による判定を行いましたか。 ①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)					
		a.褥瘡を有する者	b.褥瘡の改善 <sup>1)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A.褥瘡を有する者	人	人	人	人	人	人	

褥瘡の改善<sup>1)</sup>:ステージの改善を含む



### 【継続入所(院)者について】

2) 褥瘡の有無による判定を行いましたか。 ①はい→下記に判定結果をご記入下さい ②いいえ

①10月の人数		②3ヵ月後の人数(①の10月の各リスク者の3ヵ月後です)					
		a.褥瘡を有する者	b.褥瘡の改善 <sup>1)</sup>	c.居宅・他施設への退所	d.入院	e.死亡	f.不明
A.褥瘡を有する者	人	人	人	人	人	人	

褥瘡の改善<sup>1)</sup>:ステージの改善を含む



5. 10月30日(10～11月のうちの1日でも可)に使用した、たんぱく質、エネルギー、水分等を補給するための補助食品等についてご記入下さい。適用の理由については以下の該当項目を番号でご記入下さい。なお、同一商品であれば味等の違いは区分けしないでご記入下さい。(紙面が足りない場合には、適宜適当な用紙にご記入下さい。)

①低栄養状態 ②食欲不振 ③脱水 ④便秘 ⑤摂食嚥下困難 ⑥その他(具体的に)

	a.商品名	b.企業名	c.総人数	d.内容	e.適用の理由 (複数回答可)	f.自己負担の有無
A 濃厚 流動食				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
B タンパク 質・エネ ルギー 補給のた めの補助 食品				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
C. その他				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無

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  
2月10日までに事務局に同封(ピンク色)の返信用封筒でご返送下さい。

## 参考資料

- I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の2年後の評価  
調査票