



調査実施者の調査

実施者ID

調査実施者についてお答えください

1. 性別 ①②いずれかを選んで番号で記入してください

①男性

②女性

2. 管理栄養士としての業務年数

年

3. 当該施設での勤務年数

年

4. 現在の肩書き ①②いずれかを選んで番号で記入してください

①管理職

②役職なし

記入例 月間栄養ケア・マネ実施状況

施設ID

記入者ID

時間調査期間には行われなかった、栄養ケア・マネジメント業務を拾い上げるために、3月1日～3月31日の1か月間の業務の概要をお知らせください。細かな時間は必要ありません。それぞれの栄養ケア・マネジメント業務を行った日にそれぞれの対象者数を記入してください。

		栄養スクリーニング(初回)	栄養アセスメント	栄養ケア計画作成	カンファレンス	利用者・家族への説明	実施上の問題点の把握	再スクリーニング	モニタリング	退所(院)計画	システム評価(行った日に○をつける)
3月1日	木		1	1				1			
2日	金				1	1			8		
3日	土										
4日	日										
5日	月							1			
6日	火		1	1							
7日	水				1	1					
8日	木							1		1	
9日	金								7		
10日	土										
11日	日										
12日	月		1	1				1			
13日	火	1	1		1	1					
14日	水			1							
15日	木		1	1				1			
16日	金				1	1			10		
17日	土										
18日	日										
19日	月							1			
20日	火						1				○
21日	水										
22日	木		1	1				1			
23日	金				1	1					
24日	土										
25日	日										
26日	月							1			
27日	火	1	1								
28日	水			1							
29日	木		1	1				1			
30日	金				1	1					
31日	土										
合計		2	8	8	6	6	1	9	25	1	1

(複数の管理栄養士が回答する場合は、コピーをしてください)

月間栄養ケア・マネ実施状況

施設ID

記入者ID

時間調査期間には行われなかった、栄養ケア・マネジメント業務を拾い上げるために、3月1日～3月31日の1か月間の業務の概要をお知らせください。細かな時間は必要ありません。それぞれの栄養ケア・マネジメント業務を行った日にそれぞれの対象者数を記入してください。

	栄養スクリーニング(初回)	栄養アセスメント	栄養ケア計画作成	カンファレンス	利用者・家族への説明	実施上の問題点の把握	再スクリーニング	モニタリング	退所(院)計画	システム評価(行った日に○をつける)
3月1日	木									
2日	金									
3日	土									
4日	日									
5日	月									
6日	火									
7日	水									
8日	木									
9日	金									
10日	土									
11日	日									
12日	月									
13日	火									
14日	水									
15日	木									
16日	金									
17日	土									
18日	日									
19日	月									
20日	火									
21日	水									
22日	木									
23日	金									
24日	土									
25日	日									
26日	月									
27日	火									
28日	水									
29日	木									
30日	金									
31日	土									
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(複数の管理栄養士が回答する場合は、コピーをしてください)



施設状況調査表

施設ID

記入日

に該当する番号を選択するか、または数値を記入（入力）してください。

I 施設について下記の項目についてお答えください（平成19年3月1日現在）

- ①定員  人
- ②入所（院）者数(3月1日現在)  人
- ③病院おいての入院者の内訳
- 内介護保険病棟  人
- 内医療保険病棟  人
- ④通所サービス利用者数(3月)  人/日
- ⑤平均入所（在院）日数（3月の平均）  日

II 栄養部門について

1. 給食業務の委託状況について番号を選んで記入して下さい

- ①直営
- ②委託（調理部門など一部を委託）
- ③委託（栄養士業務全面委託）

2. 栄養部門の人員構成を記入してください

※ 常勤とは、栄養マネジメント加算や栄養管理体制加算を算定する上での、算定条件であります。下記の注釈をご参照下さい。

※ 施設の非常勤栄養士や施設の調理師と委託のパートタイマー等の場合は、下記の計算式を参照し、正職員換算して人数を記入してください。

		常勤				非常勤	
		正職員		パート等		パート等	
(1)施設	①管理栄養士	8	人	9	人	12	人
	②栄養士	10	人	11	人	13	人
(2)施設	③調理師（員）	14	人	15	人		
(3)委託	①管理栄養士	16	人	17	人		
	②栄養士	18	人	19	人		
	③調理師	20	人	21	人		

注1) 介護保険施設での「常勤」の定義

介護保険施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであり、正職員に限らずパートや派遣でも一定の勤務時間以上であれば「常勤職員」となります。

注2) 正職員換算の計算式

職員の一週間の勤務時間 ÷ 施設が定めている1週間の勤務時間

例) 3人のパート調理師(A,B,C)それぞれの1週間の勤務時間が、A:8時間×3日(24時間)、B:8時間×3日(24時間)、C:4時間×5日(20時間)であり、施設が定めている1週間の勤務時間が32時間の場合  
 $(24+24+20) \div 32 = 2.1人$

施設状況調査表（つづき）

3. 食事提供数を記入してください（3月）

①30日間の平均食数

一般食

介護保険での療養食

医療保険での特別食

経腸栄養のための濃厚流動食

22	食/日
23	食/日
24	食/日
25	食/日
26	食/日

4. コンピュータによるオーダーリングシステムを導入していますか（3月時点）

①導入している

②導入していない

27

5. 4でオーダーリングを導入していない施設は、栄養ケアの管理をパソコンで管理していますか

①既製のソフトで管理している

②オリジナルなソフトによって管理している

③パソコンによる管理はしていない

28

6. 現在申請している加算等の件数を記入してください（3月申請分）

施設

①栄養マネジメント加算

②経口移行加算

③経口維持加算Ⅰ

④経口維持加算Ⅱ

⑤療養食加算

介護予防サービス ①栄養改善加算

②管理栄養士による介護予防居宅療養管理指導

訪問系サービス ①管理栄養士による居宅療養管理指導

通所系サービス ①栄養マネジメント加算

地域支援事業 ①介護予防特定高齢者施策栄養改善プログラムの委託

29	件
30	件
31	件
32	件
33	件
34	件
35	件
36	件
37	件
38	件

7. 下記の帳票類を現在も作成していれば「1」していなければ「0」を記入してください

①採食簿

②喫食調査結果

③入所（院）者等の入退所（院）簿

④食料品消費日計

⑤入所（院）者年齢構成表

⑥加重平均栄養所要量

⑦食品構成表

39
40
41
42
43
44
45

管理栄養士以外の関連職種が、栄養ケア・マネジメントに関連する業務を行った場合、その職種と業務内容を記入してください。（記入は管理栄養士が行なってください）

職種は下記の口枘から選択し、番号を記入ください。業務内容は、管理栄養士業務時間調査の小項目コードと一致する場合は、そのコード番号を記入し、当てはまらない場合は、具体的な内容をご記入ください。細かい時間についての記載は不要です。1枚に収まらない場合は、コピーして記入下さい。

平成19年3月の1か月間の大まかな協働体制が分かれば結構です。

1. 医師	5. 保健師	9. 言語聴覚士	13. 栄養士
2. 歯科医師	6. 歯科衛生士	10. 社会福祉士	14. 調理師（員）
3. 薬剤師	7. 理学療法士	11. ケースワーカー	15. 介護職員
4. 看護師	8. 作業療法士	12. 介護支援専門員	16. その他

1	職種番号	小項目コード	具体的内容
	9	16	嚥下状況を評価して経口移行のための計画策定

（上記口から）

2	職種番号	小項目コード	具体的内容
	1	16	嚥下状況を評価して経口移行のための計画策定
		15	経腸栄養法の指示

（上記口から）

3	職種番号	小項目コード	具体的内容
	4	2	食事喫食率の記録
		18	食事の介助、食事環境の計画・実施

（上記口から）

4	職種番号	小項目コード	具体的内容
	4	18	口腔内のケア

（上記口から）

5	職種番号	小項目コード	具体的内容
	15	1	身長、体重の計測
		18	口腔内のケア

（上記口から）

6	職種番号	小項目コード	具体的内容
	10	37	退所時に、家族と利用者に栄養・食事に関する説明

（上記口から）

施設ID

**管理栄養士以外の関連職種が、栄養ケア・マネジメントに関連する業務を行った場合、その職種と業務内容を記入してください。**（記入は管理栄養士が行なってください）

職種は下記の口枡から選択し、番号を記入ください。業務内容は、管理栄養士業務時間調査の小項目コードと一致する場合は、そのコード番号を記入し、当てはまらない場合は、具体的な内容をご記入ください。細かい時間についての記載は不要です。1枚に収まらない場合は、コピーして記入下さい。

平成19年3月の1か月間の大まかな協働体制が分かれば結構です。

1. 医師	5. 保健師	9. 言語聴覚士	13. 栄養士
2. 歯科医師	6. 歯科衛生士	10. 社会福祉士	14. 調理師（員）
3. 薬剤師	7. 理学療法士	11. ケースワーカー	15. 介護職員
4. 看護師	8. 作業療法士	12. 介護支援専門員	16. その他

1	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）

2	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）

3	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）

4	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）

5	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）

6	職種番号	小項目コード	具体的内容

（上記口枡から）



## 参考資料

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

調査票

「居宅サービス利用者における低栄養状態のおそれのある者の実態に関する調査」

介護支援専門員 ID:	
-------------	--

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

問1. 介護支援専門員としての業務年数について教えてください。

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

問2. 介護支援専門員以外の資格について教えてください。(複数回答可)

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

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

(1) 著しいやせの者 (BMI18.5未満)	→	① していた	② していなかった
(2) 著しい体重減少の者 (6ヶ月間に概ね3%以上の減少)	→	① していた	② していなかった
(3) 血清アルブミン値 3.5g/dl 以下の者	→	① していた	② していなかった
(4) 著しく食事量の少ない者	→	① していた	② していなかった
(5) 経腸栄養法・静脈栄養法の者	→	① していた	② していなかった
(6) 褥瘡のある者	→	① していた	② していなかった
(7) 栄養・食生活の上の問題から低栄養のおそれがあると思われる者 [やせや体重減少などがみられなくてもよく、この場合の問題とは以下の注の事項です。]	→	① していた	② していなかった

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

問4. 栄養ケア・マネジメントに関する研修を受けたことがありますか。

① ある	② ない
------	------

↓ 「①ある」を選択された方は、下記に内容をご記入ください。

(主催)	
(内容)	

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

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

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

## 調査票記入の手引き

記入日 平成 年 月 日

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

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



平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」

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

※記入にあたっては、必ず『記入の手引き』をご参照ください

平成 年 月 日

ID	( )-( )	(1) 性別	1.男 ・ 2.女	(2) 年齢	( )歳
(3) 要介護度(ただし変更申請時は変更前を記載)	1.要支援1 2.要支援2 3.要介護1 4.要介護2 5.要介護3 6.要介護4 7.要介護5				
(4) 居住形態の種類	1.独居 2.日中独居 3.高齢夫婦二人世帯 4.その他				
(5) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (主治医意見書から転記か判定)	1.正常 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2				
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書から転記か判定)	1.正常 2.I 3.II a 4.II b 5.III a 6.IV 7.M				
(7) 主傷病名(生活機能の低下の原因となった疾病) 〔複数回答可〕 (主治医意見書から転記)	1.脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等) 2.心臓病 3.がん(悪性新生物) 4.呼吸器疾患 5.関節疾患(リウマチ等) 6.認知症 7.パーキンソン病 8.糖尿病 9.視覚・聴覚障害 10.骨折 11.高齢による衰弱 12.その他-1 ( ) 13.その他-2 ( ) 14.その他-3 ( ) 15.その他-4 ( )				
(8) 居宅サービスの利用状況 〔複数回答可〕	<p>A. 介護保険 予防給付サービス :</p> 1.介護予防訪問介護 2.介護予防訪問看護 3.介護予防訪問リハビリテーション 4.介護予防居宅療養管理指導 5.介護予防通所介護 6.介護予防通所リハビリテーション 7.介護予防短期入所生活介護 8.介護予防短期入所療養介護 9.介護予防特定施設入居者生活介護 10.その他 ( ) <p>B. 介護保険 介護給付サービス :</p> 1.訪問介護 2.訪問看護 3.訪問リハビリテーション 4.居宅療養管理指導 5.通所介護 6.通所リハビリテーション 7.短期入所生活介護 8.短期入所療養介護 9.特定施設入居者生活介護 10.その他 ( ) <p>C. 栄養ケア・マネジメント関連 :</p> 1.通所サービスでの栄養改善 2.通所サービスでの栄養マネジメント 3.管理栄養士による介護予防居宅療養管理指導 4.管理栄養士による居宅療養管理指導 <p>D. 医療系サービス :</p> 1.訪問診療 2.訪問栄養食事指導 3.外来栄養食事指導 <p>E. その他の市町村や民間サービス :</p> 1.配食サービス 2.市町村による一般高齢者施策(栄養教室、料理教室など)				

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

□お問い合わせ先□

平成19年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業  
「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

担当: 坂本 杜司、染谷 彰、関 博法 〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-3-3 八重洲山川ビル6階 日本介護支援専門員協会内 電話:03-3548-7955 FAX:03-3548-7956	担当: 杉山みち子、遠又靖丈 〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町 1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内 電話:046-828-2662 FAX:046-828-2663
--	--

## 参考資料

- VII. 通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実態調査  
調査票

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業  
「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」  
**通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメントの実態調査**

記入日 平成 年 月 日 施設ID \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

①はい ・ ②いいえ

**裏面に続きます。**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

事務局 〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1

神奈川県立保健福祉大学栄養学科内 栄養ケア・マネジメント研究室

平成19年度厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

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

## 参考資料

- 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  
調査票

## 管理栄養士による居宅療養管理指導に関するアンケート調査（病院長・施設長宛）

記入日 平成 年 月 日 施設名称 \_\_\_\_\_

記入者の職名 病院長・施設長・その他（ ） 記入者ご氏名 \_\_\_\_\_

Q1. 施設の種類について、該当する番号に○をつけて下さい。その他を選ばれる場合は、( )内に具体的な施設の種類をご記入下さい。

① 病院 ② 診療所 ③ その他( )

Q2. 病床数(ベッド数)は、何床ですか。

① 医療保険適応の病床( )床 ② 介護保険適応の病床( )床

Q3. 常勤の医師および管理栄養士の人数は、何人ですか。

① 常勤医師 ( )人 ② 常勤管理栄養士 ( )人 ③ 非常勤管理栄養士 ( )人

Q4. 現在、訪問診療を実施していますか。

① 実施している ② 実施していない

Q5. 現在、介護保険の指定事業所の指定(“みなし指定”を含む)を受けていますか。

① 受けている ② 受けていない

Q6. 現在、介護保険の居宅サービスである「訪問サービス」を実施していますか。

① 実施している（実施しているサービスすべてに○をつけて下さい） 1.訪問介護 2.訪問入浴介護 3.訪問看護 4.訪問リハビリテーション 5.居宅療養管理指導	② 実施していない
--	-----------

Q7. 訪問サービスのための訪問担当職員(非常勤を含む)を置いていますか。

<p>① 置いている (置いている職種すべてに○をつけて下さい)</p> <p>1.事務職 2.医師・歯科医師 3.看護師 4.作業療法士・理学療法士 5.訪問介護員(ヘルパー等) 6.薬剤師 7.管理栄養士 8.歯科衛生士 9. その他( )</p>	<p>② 置いていない</p>
--	-----------------

Q8. 訪問サービスのための独立した部署がありますか (例えば、在宅管理医療部など)。

<p>① ある ・ 名称 ( ) ② ない</p>
---------------------------

.....◎Q6で「5.居宅療養管理指導」を実施している施設のみお答えください.....

Q9. 居宅療養管理指導を行なっている職種すべてに○を付け、平成20年9月の算定人数と件数をお書きください。

	1. 人数/月	2. 件数/月
① 医師又は歯科医師		
② 薬剤師		
③ 管理栄養士		
④ 歯科衛生士等(保健師・看護師・准看護師を含む)		

.....Q9の「③管理栄養士が行う居宅療養管理指導」を選択しなかった施設のみ

Q10.Q11の質問にお答えください.....

Q10. 管理栄養士による居宅療養管理指導の制度をご存じですか。

<p>① 知っている ② 知らない</p>
-----------------------

Q11. 今後、管理栄養士による居宅療養管理指導を実施したいと思いますか。

<p>① 実施したいと思う ・ 実施の予定は (1. あり・ 2. なし)</p>
<p>② 実施したいと思わない ・ 実施の予定は (3. あり・ 4. なし)</p>