

201025024A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの
標準化をめざした総合的研究

～大学－施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～

平成 22 年度
総括・分担研究報告書

2011 年 3 月 31 日

研究代表者 吉池 信男

(公立大学法人 青森県立保健大学)

目 次

I. 総括研究報告

- チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究
～大学－施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～ 1
研究代表者 吉池 信男

II. 分担研究報告

1. 全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及び
その包括的支援体制に関する実態調査 5
研究分担者 杉山 みち子、太田 貞司、梶井 文子、大原 里子、吉池 信男
研究協力者 杉本 知子、古明地 夕佳、高田 健人、三橋 扶佐子、田中 和美、
鈴木 信男、松本 愛、色部 恭子、清水 亮、林 匡子、今井 美之
2. 施設入所高齢者を対象とした栄養学的指標に関わる観察研究
～高齢者の基礎代謝量の推定方法に関する検討～ 111
研究分担者 高田 和子
研究協力者 朴 鍾薫、吉田 明日美
3. 大学と介護保険施設との連携による
栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築 118
研究分担者 吉池 信男、弘津 公子、合田 敏尚、早瀬 仁美
研究協力者 清水 亮、草間 かおる
4. 地域医療における褥瘡管理成功に至る要因・プロセスに関する研究 139
研究分担者 真田 弘美
研究協力者 須釜 淳子、紺家 千津子、仲上 豪二郎、松尾 淳子、稲垣 美佐子、
大江 真琴、西澤 知江、飯坂 真司、貝谷 敏子、内藤 亜由美

チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究 ～大学—施設連携による研究基盤・人材育成システムの構築の試み～

研究代表者 吉池 信男 （青森県立保健大学健康科学部栄養学科）

研究要旨

チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化を図るために重要な課題として、以下の3点を考えた。①ケア・マネジメントチームの中での“食べること”への包括的支援体制〔チームマネジメント〕、②栄養管理の基礎となる摂取量評価と「食事摂取基準」の多様な個人への適用手法〔栄養管理の基盤データ構築〕、③チームの中で協働しながら一定水準以上の栄養管理を遂行し得る管理栄養士の教育〔人材育成〕。これらの課題を解決するための基礎資料やエビデンスを得るために以下の研究を開始した。1) 全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括的支援体制に関する実態調査（量的、質的）及び分析、2) 介護保険施設入所高齢者を対象とした栄養学的指標（特にエネルギー、たんぱく質関連）に関わる観察研究（横断・縦断）、これらの結果を踏まえた3) 数カ所の介護保険施設に対して栄養ケアの質の向上を図るための多職種連携チームマネジメントに関わる「介入」。さらに、初年度の研究として、栄養ケアと関わりの深い褥創管理についてその要因とプロセスについての検討を行った。

その結果、全国の介護保健福祉施設における栄養ケアチームの実態と課題を明らかにするとともに、栄養ケアチームの中核としての役割が期待される管理栄養士の教育内容に関して今後のシステムづくりのための基礎資料を得た。また、高齢者の栄養ケアに際して最も基本となるエネルギー代謝についての新しい知見を得た。さらに、地域医療における褥瘡管理を成功させるための因子を提示した。これらの知見を踏まえ、第2年度には、多職種連携チームマネジメントの質的向上と標準化をめざした研究を進める予定である。

【研究組織】

研究分担者

吉池 信男 （青森県立保健大学）
杉山 みち子 （神奈川県立保健福祉大学）
高田 和子 （国立健康・栄養研究所）
合田 敏尚 （静岡県立大学）
早瀬 仁美 （福岡県立女子大学）
弘津 公子 （山口県立大学）
大原 里子 （東京医科歯科大学）
梶井 文子 （聖路加看護大学）
太田 貞司 （神奈川県立保健福祉大学）
真田 弘美 （東京大学大学院）

A. 研究目的

介護保険施設におけるケア・マネジメントの中で、“食べること”への支援をより積極的かつ効果的に行うことにより、高齢者の疾病の進展・重症化予防のみならず、ADL、QOLの向上につながると期待されている。一方、同施設において栄養ケア・マネジメント加算が導入されてから5年が経過したが、以下の3点が未だ課題として残されている。①ケア・マネジメントチームの中での“食べること”への包括的支援体制〔チームマネジメント〕

ト)、②栄養管理の基礎となる摂取量評価と「食事摂取基準」の多様な個人への適用手法〔栄養管理の基盤データ構築〕、③チームの中で協働しながら一定水準以上の栄養管理を遂行し得る管理栄養士の教育〔人材育成〕。

そこで、1) 全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括的支援体制に関する実態調査(量的、質的)及び分析、2) 介護保険施設入所高齢者を対象とした栄養学的指標(特にエネルギー、たんぱく質関連)に関わる観察研究(横断・縦断)、これらの結果を踏まえて、3) 数カ所の介護保険施設に対して栄養ケアの質の向上を図るための多職種連携チームマネジメントに関わる「介入」を行う。併せて、高齢者の褥瘡ケアに関するアウトカム指標の開発に向けて、栄養管理との関わりも含めて予備的検討を行う。

以上を本課題の3カ年の目的とし、初年度の研究を開始した。

B. 各分担研究の概要

1) 全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括的支援体制に関する実態調査(杉山、太田、大原、梶井)

全国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を図るため、「食べることを支援する」チームによる包括的支援体制に着目し、その実態を把握することによって「食べること」への支援の充実に向けた栄養ケアチームによる取り組みの方策を検討するための基礎データを得ることを目的とした。

初年度は全国の登録名簿から地域別床数別に3割無作為抽出した介護老人福祉施設(以下、特養)1,517施設、介護老人保健施設(以下、老健)941施設の合計2,458施設の介護支援専門員、管理栄養士、看護師、介護職、口腔ケア担当者への郵送によるアンケート調査を実施した。

介護支援専門員579名、管理栄養士614名、看護職567名、介護職573名、口腔ケア担当者461名から回答が得られ、次の事項がわかった。介護保険施設における栄養ケア・マネジメントには、管理栄養士が主たる業務を担い、多職種協働による「食べること」の支援に寄与することが求められてきたが、現在、さらに、高齢者の抱える「食べること」の支援上の困難な課題を解決するためには、多職種間の情報の共有化をはかる「連絡」のレベルからチームが目標を共有化し統合化したチームアプローチをめざす「連携」「統合」のレベルが求められており、今後の多職種連携のマネジメントや研修上の課題としての検討が必要であった。また、介護支援専門員、管理栄養士、看護職、介護職、口腔ケア担当者に共通して、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対応して「食べること」を支援することができる各専門領域での知識・技術の向上が求められていた。

2) 施設入所高齢者を対象とした栄養学的指標に関わる観察研究～高齢者の基礎代謝量の推定方法に関する検討～(高田)

日本人の食事摂取基準では、推定エネルギー必要量算定に、性・年代ごとの基礎代謝基準値と身体活動レベルが用いられている。基礎代謝量は、加齢とともに減少し、その減少の程度は除脂肪量のみでは、説明できないことが指摘されているが、2010年版の日本人の食事摂取基準における基礎代謝基準値は男女とも、50～69歳と70歳以上が同じ値であり、50歳以上では加齢に伴う変化が考慮されていない。

そこで本研究では、60歳以上で介護保険において要支援または要介護と認定され介護施設に通所または入所している自立歩行可能な高齢者と、自立した高齢者を対象に基礎代謝量の実測を行った。また、国内外の推定式を

用いて推定した基礎代謝量と実測した基礎代謝量を比較し、どの推定方法が最も推定精度が良いかを検討した。全対象においては、体重当たりの基礎代謝量は年齢との相関は認められなかった。また、重回帰分析においても年齢は影響する要因として選択されず、身長と体重または性別と除脂肪量が選択された。体重当たりの基礎代謝量は、自立高齢者、通所者、入所者とも基礎代謝基準値に比べて低かった。最も良く基礎代謝量を推定した式は、日本人のデータを基に策定された Ganpule の式であった。自立度別にみても、自立高齢者と入所者では Ganpule の式による推定値の total error が他の推定式に比べて小さく、通所者では Harris Benedict 式、Ganpule の式で同程度の total error であった。

3) 大学と介護保険施設との連携による栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築

(吉池、合田、早淵、弘津)

介護保険施設における栄養ケアの質を向上させるためには、管理栄養士は「栄養」にかかわる知識やスキルに加えて、他職種とのチームによる包括的なケアを実現するための能力を高めていく必要がある。そこで、そのために必要な「コンピテンシー」項目を、管理栄養士の卒前（養成課程4年間の）教育及び大学院等における卒後教育という観点から整理・検討することとした。本年度は2カ所の計4グループにおいて、施設で勤務する管理栄養士を対象としてコンピテンシー項目を抽出するためのグループディスカッションを行い、計304項目を収集した。これらの項目について系統的に分類・整理を行い、41のコンピテンシー項目の提示とそれら相互の位置づけを視覚的に示すマッピングを行った。さらに、これらのコンピテンシー項目に対して、卒前にどのような教育が行われているかを検討するために、日本栄養改善学会が2009年に

作成したモデルコアカリキュラム及び管理栄養士養成課程における実際のカリキュラムとの対比を行った。

その結果、新しいモデルコアカリキュラムにおいては、「保健医療職としての共通コンピテンシー」としての「ミッションの仕組みと理解」「チームにおける役割の理解と多職種協働」「専門職としての倫理」についても、複数の科目によってカバーされていたが、実際の教育課程においては十分ではない領域があることが分かった。

4) 地域医療における褥瘡管理成功に至る要因・プロセスに関する研究(真田)

地域医療における褥瘡の管理を効果的、効率的に実施するための提言を行うための予備調査として、医療者側、患者側の調査を行い、各療養場所での褥瘡管理の現状を医療者側より整理し、また、褥瘡保有患者に対し、施設／在宅で実際に提供されるケアを観察し、「経過良好」に至るポイントを整理した。

医療者側、患者側の調査の結果、地域医療における褥瘡管理成功に至る要因・プロセスに関する次の5点の提言案が抽出された。1. 専門家集団による、定期的なまたは適時的なコンサルテーション・介入の機能、2. ケアマネージャが褥瘡予防の重要性を認識できる多職種連携、3. 栄養管理体制の整備、4. 褥瘡治療における看護師の裁量拡大、5. 急性増悪時の入院施設の確保

地域医療における褥瘡管理成功に至る複数医療機関連携のあり方については、次の4点の提言案が抽出された。1. イニシアチブをとることができる褥瘡の専門家の存在、2. 多職種がベッドサイドに一堂に会した会議、3. 共通認識を持つための褥瘡に関する基礎知識、4. ケアマネージャの基本的な技量の発揮

これらが示す通り、複数職種が複数の場で実質的に連携すること、およびそれを褥瘡医

療の専門的な見地から支援する機関の重要性が示された。それらが実現された際には、現場の医療者が自信を持って根拠に基づいたケアを提供できる土壌が醸成され、ひいては多くの患者の褥瘡管理が成功し、在宅での褥瘡管理基盤の整備につながると考えられた。

C. 結論

全国の介護保健福祉施設における栄養ケアチームの実態と課題を明らかにするとともに、栄養ケアチームの中核としての役割が期待される管理栄養士の教育内容に関して今後のシステムづくりのための基礎資料を得た。また、高齢者の栄養ケアに際して最も基本となるエネルギー代謝についての新しい知見を得た。さらに、地域医療における褥瘡管理を成功させるための因子を提示した。これらの知見を踏まえ、第2年度からは、多職種連携チームマネジメントの質的向上と標準化をめざした研究を進める予定である。

D. 利益相反

なし

E. 健康危険情報

この研究において健康危険情報に該当するものはなかった。

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究報告書

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金

「チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究」

全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及び その包括的支援体制に関する実態調査

研究分担者	杉山みち子	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科)
	太田貞司	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部社会福祉学科)
	梶井文子	(聖路加看護大学看護学部)
	大原里子	(東京医科歯科大学歯学部付属病院歯科総合診療部)
	吉池信男	(青森県立保健大学健康科学部栄養学科)
研究協力者	杉本知子	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科)
	古明地夕佳	(神奈川県立保健福祉大学大学院、厚木保健福祉事務所)
	高田健人	(神奈川県立保健福祉大学大学院)
	三橋扶佐子	(日本歯科大学)
	田中和美	(特別養護老人ホームふれあいの森)
	鈴木信男	(なぎさ和楽荘副施設長)
	松本愛	(なぎさ和楽荘管理栄養士)
	色部恭子	(介護サービス木村整形外科リハビリデイセンター)
	清水亮	(青森県立保健大学健康科学部栄養学科)
	林匡子	(神奈川県立保健福祉大学大学院)
	今井美之	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部社会福祉学科)

要 旨

本研究は、全国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を図るため、「食べることを支援する」チームによる包括的支援体制に着目し、その実態を把握することによって「食べること」への支援の充実に向けた栄養ケアチームによる取り組みの方策を検討するための基礎データを得ることを目的とし、3年間の継続研究の1年目として、全国の登録名簿から地域別床数別に3割無作為抽出した介護老人福祉施設（以下、特養）1,517施設、介護老人保健施設（以下、老健）941施設の合計2,458施設の介護支援専門員、管理栄養士、看護師、介護職、口腔ケア担当者への郵送によるアンケート調査を行い、以下の結果を得た。

1) アンケートの回収状況は、各施設種別職種ともに口腔ケア担当者を除外して25%前後と標本数（介護支援専門員579名、管理栄養士614名、看護職567名、介護職573名、口腔ケア担当者461名）としては十分であったが、口腔ケア担当者については2割を満たしておらず、その結果解釈には配慮が求められた。

2) 施設特性は、特養、老健ともに、定員数、平均要介護度など全国の介護保険施設の標準的な特性を有する施設であった。また、栄養マネジメント加算の取得は回答施設の殆どでおこなわれ、経口移行加算、経口維持Ⅰ、Ⅱの算定施設の割合や常勤管理栄養士の平均配置数も全国平均とほぼ同様であり、特養、老健とも全国の標準的施設として考えることができた。

3) ケア・マネジメントと栄養ケア・マネジメントの連携：介護支援専門員による栄養ケア・マネジメントへの参加とチームアプローチの実態は、以下のとおりであった。

①介護支援専門員の特性：回答した介護支援専門員の「性別」は、＜女性＞が約6.5割、＜男性＞3.5割、「年齢」は＜30代＞が約4割で最も多く、＜40代＞＜50代＞が約2.5割であった。「基礎資

格」は、＜介護福祉士＞が約7割と多く、＜社会福祉士＞＜看護師＞は約1割（老健では看護師の割合が1.9割）、「経験年数」は2年から6年未満で約4割を占め、「当該施設での勤務年数」も2年から6年未満が約2.5割を占め最も多かった。

②平成22年度に創設された「介護支援連携指導料」を算定している施設は1割弱と少なく、その9割以上は（介護支援連携指導のための情報に、栄養・食事に関する内容が含まれている）と回答していたが、今後の推進のための検討が求められた。

③連携の推進状況：サービス担当者会議は全施設の約6割において毎月数回開催され、その主催は、約9割が介護支援専門員であり、9割以上が＜介護職＞＜看護師＞とならび＜管理栄養士＞も出席していた。さらに、その8割は、管理栄養士が毎回＜必ず＞出席していた。利用者の状況に合わせて行われるケース会議（カンファレンス等）には、管理栄養士が＜必ず＞出席すると回答したのは5割弱、さらに、入院先の病院から入院時の情報について課題になる会議には、6割弱の管理栄養士が＜必ず＞出席すると回答していた。その一方で、介護支援専門員が判断した場合という回答も約1.5割あったが、連携、チームケアの推進となるサービス担当者会議、ケース会議・ケア会議（入院情報も含むカンファレンス等）へは高い割合で管理栄養士が出席していた。

④ケア等の場での連携の推進：入所受入時の事前面接に管理栄養士も同席するのは約3割であった（特養30.6%、老健32.7%）。

⑤栄養ケア計画と施設サービス計画書：施設の栄養ケア計画を単独で作成し、施設サービス計画書には取り込んでいないと回答している施設は6割以上であった（特養62.4%、老健59.9%）であった。

⑥栄養ケア計画への介護支援専門員等の関わり：栄養ケア計画の作成に介護支援専門員が関わっていると回答した施設は6割強（特養64.9%、老健65.2%）、本人・家族に対する栄養ケア計画の説明に介護支援専門員も関わっていると回答した介護支援専門員は7割弱（特養67.9%、老健71.4%）であるが、約3割は関わっていないと回答した（特養32.1%、老健28.6%）。食事に関することがある時の説明は、＜管理栄養士と介護支援専門員の両方＞で行っていると約5割が回答し、＜介護支援専門員のみ＞という場合も3.6割と少なくなかったが、管理栄養士のみは1割程度であった。

⑦利用者の個人ケース記録に、管理栄養士も記入することがあると回答した施設は約3.5割（特養31.6%、老健44.0%）であり、その内容は、＜栄養ケア計画に関する内容＞約7割、＜栄養ケア計画以外に関する内容＞約3割であった。また、栄養ケア計画変更時にその内容等を家族へ連絡するのは＜管理栄養士＞約5割、＜介護支援専門員＞4.5割、＜生活相談員＞約2.5割（複数回答）であった。また、栄養ケア計画変更時に関わる職種は、＜管理栄養士＞が約9割、＜看護師＞が約8割、＜介護職＞が約7割であり（複数回答）、家族への説明は＜介護支援専門員＞が5割を上回り、＜看護師＞が約2割、＜管理栄養士＞が5.7割であった（複数回答）。

⑧食事摂取状況の変化についての情報が、どのように介護支援専門員に入るかについては、＜管理栄養士以外の職種＞からが8割弱（77.7%）、＜管理栄養士＞からが6割弱（58.7%）、＜サービス担当者会議・カンファレンス＞からが約5割、＜介護支援専門員が自分で把握している＞4.4割、老健では＜管理栄養士以外の職種からの連絡＞約7割、＜サービス担当者会議・カンファレンス＞から約6割、＜管理栄養士からの連絡＞5.7割、＜介護支援専門員が自分で把握している＞4.7割であった（複数回答）。

⑨管理栄養士以外のどの職種からの連絡かについては、＜介護職（主任等介護リーダー）＞からが91.0%、＜看護師＞からが74.8%、＜生活相談員（支援相談員）＞からが14.5%であった。施設種類

別にみると特養では<介護職（主任等介護リーダー）から>93.0%、<看護師から>71.1%、<生活相談員から>18.8%、老健では<介護職（主任等介護リーダー）から>86.5%、<看護師から>82.7%、<その他から>18.1%であった（複数回答）。

4) 管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する情報連携、チームに関する認識については、以下のとおりであった。

①栄養ケア・マネジメントに携わる管理栄養士の高齢者ケアの経験年数は、全体の1割に相当する1年未満の者を含む3年未満の者と5年以上のベテランの者に大きく2分されていた。初心者研修を受けていない者は3割近くに及び、さらに、管理栄養士を対象とした施設内の定期的研修は8割以上の施設で行われておらず、殆どの施設が外部研修を受けていた。管理栄養士が求める研修内容は摂食嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフなどの困難事例への対応、栄養ケア・マネジメントの基礎、マネジメントに関してであった。

②看護師、介護職等の管理栄養士以外の職種を対象とした施設内研修は管理栄養士を中心として一部看護職、介護職と分担して行われ、栄養ケア・マネジメントに関する多職種への研修は8割以上の施設において実施されていた。

③栄養ケア・マネジメントに関するあるいは食事・栄養に関する会議は看護職、介護職、介護支援専門員、その他（医師）、事務局員の参画を得て1月1回ほどの頻度で定期的で開催され、担当者会議への管理栄養士の参加も9割以上の施設で積極的におこなわれていた。

④管理栄養士と他職種間の対面、口頭による情報連携は9割以上の施設で行われ、また、栄養ケア計画の共有化は担当者会議や文章によって8割以上の施設で行われていた。

⑤管理栄養士は、自施設の栄養ケア・マネジメント体制や業務のうち<栄養ケア・マネジメントには本人の要望が最重要であるという共通認識><管理栄養士による多職種の理解や協力に対する積極的な働きかけ><管理栄養士の施設内外の研修や研究会への積極的参加><摂食・嚥下機能の評価と栄養ケア・マネジメントのチームでの取り組み><認知症の食事中BPSDアセスメントとチームでの食べること支援><管理栄養士による他職種への説明や指導、連携への寄与><管理栄養士による利用者の入所・退所先との栄養ケア・マネジメントに関する情報連携><低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法移行の必要性のある者に対する2週間毎等適宜モニタリング><管理栄養士による入所者の生活機能、身体機能、主観的健康感、満足感等の評価><継続的な品質改善活動>に対しては「実施されていない、あるいはほとんど実施されていない」と3割以上が回答した。

⑥「管理栄養士が考える栄養ケア・マネジメントの推進上の課題」は、<摂食嚥下機能評価やその食事対応、認知症、終末期の栄養ケア・マネジメントに対応するための知識・技術>の取得や、<介護職の姿勢や理解>が4割以上の施設であげられた。

5) 介護職の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識は以下のとおりであった。

①介護職は、高齢者ケアに関わって10年以上のベテランの者で現任施設に10年以上継続勤務する者であった。

②介護職は、高齢者の食事摂取量の把握、食事介助、口腔ケアのみならず、身体状況、（尿量、便秘、下痢等）褥瘡、食欲不振、脱水等）や栄養状態の日常的な問題把握を9割以上の施設において分担し、管理栄養士や看護職との情報交換・情報連携は管理栄養士と9割前後、看護職と8割以上の施設で行われていた。

③介護職は、栄養ケア・マネジメントの基礎や口腔・摂食嚥下障害、認知症、終末期の栄養ケア・マネジメント上の課題把握、そのチームアプローチに関する研修が半数以上の施設において必要とされていた。

④介護職は栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること」は、<低栄養状態の把握や改善が行なわれたこと><管理栄養士をはじめ他の職種との連携が出来たこと><利用者の「食べること」が重視されたこと><利用者・家族がよろこんだこと>が6割前後の施設で回答され、介護職によって栄養ケア・マネジメント体制の導入と実施は高く評価されていると考えられた。

6) 看護職の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識については以下のとおりであった。

①回答した看護師は、看護師年数、当該施設での10年以上の看護師経験があり、さらに主に主任・看護師長の管理者が両施設ともに60%と、ベテラン者であった。

②看護師の栄養ケア・マネジメントに関する意識では、<栄養ケア・マネジメントに関する手順をあらかじめ定めている>、<栄養ケア・マネジメントに関する手順を適切に実施している>は、いずれも両施設種において約85%以上であり、<栄養リスク項目について定期的に評価している>は、「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において約80%以上であった。

③<管理栄養士は、入所者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるように関連職種の連絡調整を適切に実施している><管理栄養士は栄養ケア・マネジメントの推進に責任をもっている>が、いずれも両施設種において90%以上であり、<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な積極的な働きかけを行っている>は「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において80%以上と、看護職は、栄養ケア・マネジメントにおける管理栄養士の活動を高評価している点があると考えた。

④「できない」「あまりできない」が3割を上回る項目は、<摂食・嚥下機能を評価し、チームで栄養ケア・マネジメントに取り組んでいる>、<認知症の食関周辺症状をアセスメントし、チームで食べることを支援している>、<エンド・オブ・ライフにある高齢者に対してチームで食べることを支援している>、<入所者の入所後1週間以内に関連職種が協働して低栄養状態のリスクを把握している>、<入所者の生活機能・身体機能・主観的健康感、栄養ケアに対する満足感の変化について把握している>、「栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、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」、<「食べること」を通じて入所者1人1人の自己実現をめざしている>、「看護師は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内・外の研修会に積極的に参加している」などの項目があげられ、看護師側において栄養ケア・マネジメント内での役割において課題となる項目への自覚が認められた。

⑤看護師が日頃行っている栄養ケア業務は、食事摂取量の把握、栄養・食事に関する身体状態(褥瘡、食欲不振、脱水等)の把握、排泄状態(尿量、便秘、下痢等)の把握と処置、体重の増減の把握、嚥下困難・障害の把握、アルブミン値をはじめ検査データ等の把握、食事介助、経腸栄養法の管理、摂食・口腔機能の把握、口腔ケアであったことから、入所者の食事状況を身体機能や検査データを中心に評価しながら、食事介助や排泄状態を含めて総合的に把握することを行っていた。

⑥看護師は⑤の項目について管理栄養士との情報交換・情報提供を情報連携として一番に行っていた。

⑦看護師が担当している栄養ケア業務内での課題や困難な状況は、約 50%以上が「ある」と回答しており、その内容は、先に挙げた意識においての低評価項目であった、嚥下困難・障害状況の把握、摂食・嚥下リハビリテーションと重複することが認められた。

⑧看護師が管理栄養士と情報交換・情報提供を行っている内容のうち、課題や困難な状況にある内容は、個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品等を含む）本人の食事・栄養ケアのニーズ、家族の食事・栄養ケアのニーズ、栄養必要量（食事摂取量を含む）、栄養アセスメント結果、食事介助の方法であったことから、入所者の嚥下困難・障害の状況の把握と関連のある項目であることが考えられた。

⑨看護師が栄養ケア・マネジメントを実践するうえで必要と思う研修内容は、摂食・嚥下障害高齢者の食事介助、認知症高齢者の食事介助、終末期の栄養ケア等から、摂食・嚥下障害のある高齢者や、認知症や終末期という摂食・嚥下機能の変化の見られる時期にある高齢者への研修の必要性が、同様に確認された。

7) 口腔ケア担当者の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識については、以下のとおりであった。

①回答した口腔ケア担当者の職種は、介護福祉士が 4 割、看護師が 3 割と多く、歯科衛生士は 1 割未満と少なかった。経験年数は 5 年以上が 8 割、3 年以上 5 年未満が 1 割、2 年未満が 1 割であった。

②口腔機能維持管理加算を約半数の施設で算定しているが、口腔機能維持管理加算の算定予定の施設は少なく、今後の算定施設の増加は小さいと考えられるため、その対策が必要であった。

③併設の通所事業所のうち口腔機能向上加算を算定しているのは 3 割未満であり、算定予定の併設の通所事業所は少なく、今後の算定通所事業所の増加は小さいと考えられ、対策が必要であった。

④個人の口腔ケアの必要性の把握をする職種は、介護職、看護職の割合は約 9 割と高く、歯科衛生士、歯科医師は約 2 割～4 割と低かったことから、介護職、看護職を対象とした口腔ケアの必要性の把握方法に関する研修と歯科衛生士、歯科医師による把握の増加が必要と考えられた。

⑤個人の歯科医療の必要性の把握をする職種は、看護職の割合が約 9 割と高いが、歯科医師は 3 割～4 割、歯科衛生士は約 3 割と低かったことから、看護職を対象とした歯科医療の必要性の把握方法に関する研修と歯科衛生士、歯科医師による把握の増加が必要と考えられた。

⑥歯科に通院して診療を受けた入所者の人数は少なく、歯科訪問診療を受けた入所者が多かったが、入所者は通院困難な者が多いためと考えられる。しかし、歯科の専門職による歯科医療の必要性の把握の割合が低いため、歯科の通院と訪問診療のニーズが低く評価されている可能性があった。

⑦歯科衛生士の配置に関して、常勤の歯科衛生士がいる施設の割合は 5～6%と非常に低く、常勤がいる場合であってもほとんどが 1 名である。また、非常勤の歯科衛生士がいる施設の割合も約 10%と非常に低かった。歯科衛生士の業務としての割合は、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導、個人の口腔ケアの必要性の把握、口腔清掃実施が、8 割～9 割と専門性を生かせるものが高かった。

⑧看護師の業務として、誤嚥性肺炎等の感染予防、個人の口腔ケアの必要性の把握が 7 割～8 割と高かった。しかし、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導は看護師の業務としての割合は 5 割未満で、歯科衛生士の約 9 割に比較して低かった。介護職による口腔ケアの主な実施内容は、口腔清掃実施と口腔清掃の声かけ、見守り、確認が 10 割近くと非常に高かった。口腔ケアの実施担当者は介護職が 10 割近く、看護師が 7 割と高く、歯科衛生士が 2 割と低かった。介護職による口腔ケアが安全かつ効率的に行われるためには歯科衛生士、看護師による効果的な口腔清掃方法の指導が重要

であるが、現状では不十分であり、今後充実が必要と考えられた。

⑨口腔ケア担当者の栄養ケア・マネジメントに関する役割として、重要性が高い「味覚の改善」が業務としてあげられた割合は、歯科衛生士が2割、看護師が1割と低いため、今後認識を高める必要があった。

⑩自立した口腔清掃が困難な者、嚥下障害がある者、口腔乾燥のある者、口臭がひどい者は口腔ケアの実施対象者である割合が7割～9割と高い。しかし、発熱しやすい者や栄養ケア・マネジメントの対象である低栄養の者が口腔ケアの対象者である割合は5割未満と低くなっている。口腔ケアには発熱予防効果、低栄養の予防効果があるので、積極的に口腔ケアの実施対象者とすべきである。

⑪支援が必要と判断した入所者に対する平均的な口腔ケアの実施頻度は、1日3回が介護職では7割、看護職では3割、歯科衛生士では1割であった。日常的な口腔ケアは介護職が担当し、看護師と歯科衛生士は入所者の口腔ケアの状況確認と効果的な口腔清掃方法の指導を主として担当することが多かった。

⑫口腔ケアについての研修の実施は、定期的な実施が3割、不定期に実施が5割、実施しないが2割以上である。また、実施していない施設で、今後、実施予定があるのは2割と少なかった。全施設の9割を占める歯科衛生士のいない施設においては、研修がなければ口腔ケアを学ぶ機会が乏しくなることが予想され、定期的な口腔ケアに関する研修の必要性が高い。

⑬研修を担当する職種は、歯科衛生士が4割、歯科医師と看護師が3割であった。研修対象職種は、介護職と看護職は8割～9割と高かったが、管理栄養士は5割であった。管理栄養士が栄養ケア・マネジメントに関連する口腔ケアについての研修の対象職種になることは当然のことであるが、現状では認識されていなかった。

⑭研修の実施内容は口腔ケアの必要性と効果の説明、口腔清掃方法の説明が8～9割と多かったが、口腔ケアの支援が必要な者の把握方法は4割と少なかった。

⑮口腔ケアについての研修を実施しない理由は、「適当な研修担当者がいない」が6割、「時間が取れない」が3割と高く、「必要性が乏しい」や「口腔ケアの知識技能は現状で十分である」は、1割未満と低かった。必要性は認識されているので、歯科からの短時間で効率的な研修の提案により研修が普及する可能性がある。

8) 各専門職の栄養ケア・マネジメントに関するチームアプローチの認識については、以下のとおりであった。

①「ITA 実践評価尺度」の総合得点が高いほど「日々のケアにおいてチームアプローチができてい」と回答者が認識しているとみなされ、特養では 介護支援専門員 95.4>口腔ケア担当者 94.7>介護職 93.8>、看護職 92.2>管理栄養士 91.2 であり、老健では、介護支援専門員 94.7>介護職 93.5・口腔ケア担当者 93.5、>管理栄養士 92.6>看護師 91.9 と管理栄養士は両施設種ともに下位に位置していた。

②「ITA 実践評価尺度」の下位尺度のうち<組織構造の柔軟さ>は、特養では介護支援専門員 38.9>口腔ケア担当者 38.6>看護職>38.1>管理栄養士 37.1、老健では介護支援専門員 38.7>口腔ケア担当者 38.5>介護職 38.7>管理栄養士 37.7、<ケアのプロセスと実践度>は、特養では介護支援専門員 32.7、口腔ケア担当者 32.7>介護職 32.3>看護職 31.9>管理栄養士 28.6、老健では介護職 32.2>介護支援専門員 32.0、口腔ケア 32.0>看護職 31.5>管理栄養士 29.2、<メンバーの凝集性と能力>は、特養では介護支援専門員 23.6>口腔ケア担当者 23.5>介護職 23.0>看護職 22.9>管

理栄養士 22.5、老健では介護支援専門員 23.4>介護職 23.0、口腔ケア担当者 23.0>看護職 22.8>管理栄養士 22.7であり、いずれの尺度においても管理栄養士は最下位に位置していた。

③<組織の柔軟さ>のうち(チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている)(職域に関わらず、リーダーを選択している)、<ケアのプロセスと実践度>のうち(目標の達成度を評価している)、<メンバーの凝集性と能力>のうち(チームの目標に価値を感じている)チームの目標を共通理解している(チームには一体感があると感じている)(チームの理念を認識している)は、「全くそう思わない」「そう思わない」が、いずれの職種にも共通して3割以上回答された。

以上の結果から、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントには、管理栄養士が主たる業務を担い、多職種協働による「食べること」の支援に寄与することが求められてきたが、現在、さらに、高齢者の抱える「食べること」の支援上の困難な課題を解決するためには、多職種間の情報の共有化をはかる「連絡」のレベルからチームが目標を共有化し統合化したチームアプローチをめざす「連携」「統合」のレベルが求められており、今後の多職種連携のマネジメントや研修上の課題としての検討が必要であった。また、介護支援専門員、管理栄養士、看護職、介護職、口腔ケア担当者に共通して、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対応して「食べること」を支援することができる各専門領域での知識・技術の向上が求められていた。

本調査により作成されたデータベースをもとに、今後、さらに、多職種連携を進めるうえでの阻害因子、促進因子を多変量的に解析することによって、栄養ケア・マネジメントチームのなかで構造、プロセスのみならず対象者のQOLや満足感を含めた包括的な「食べること」への支援体制づくりを多職種連携教育・研修を通じて促進されることが期待される。具体的には、次年度に、包括的な「食べること」への支援体制に対する阻害因子、促進因子に対しての訪問インタビュー調査を行いことによって、今後3年間にわたる高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケア・マネジメントのチームによる推進に対しての教育プログラムや教材の作成のための基本情報を提供し、介護を要する高齢者のQOLの向上に寄与するものである

A. 目的

本研究は、全国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を図るため、多職種連携の促進要因や阻害要因となる栄養ケア・マネジメントの構造、プロセスのみならず、「食べることを支援する」チームによる包括的支援体制に着目し、「食べること」への支援の充実に向けた栄養ケアチームによる取り組みの方策を検討するための基礎データを得ることを目的とし、3年間の継続研究の1年目である本年度はアンケートによる実態の把握を行った。

B. 方法

1. 対象者の選定と調査時期

対象施設は、全国の登録名簿から地域別床数別

に3割無作為抽出した介護老人福祉施設(以下、特養)1,517施設、介護老人保健施設(以下、老健)941施設の合計2,458施設の施設長、ならびに回答者である介護支援専門員、管理栄養士、看護師、介護職、口腔ケア担当者への調査協力依頼を郵送によって行い。アンケート調査は平成22年9~10月に実施した。

2. 調査方法と内容

調査は、本分担研究事務局(神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室)において施設名簿と連結可能ID交付したアンケート調査票を依頼状とともに郵送し、協力は対象者の自由意思にまかされた自記式留置調査法によって行われた。調査票は当該分担事務局において収集後、(株)山

手情報処理センターによって連結可能匿名化されたデータ・ベースが作成され、各分担研究者によって担当職種別基本集計がSPSSを用いて行われた。栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」の職種間における得点の差異については、一元配置分散分析を行った後、「組織構造の柔軟さ合計」、「メンバーの凝集性と能力合計」、「合計点」についてはTukey法、「ケアのプロセスと実践度合計」についてはGames-Howell法による多重比較検定を行った。

なお、調査項目は以下の職種共通5項目に職種別に管理栄養士に対する8項目、看護職・介護職に対する4項目、介護支援専門員に対する2項目、口腔ケア担当職種に対する8項目を其々追加した。

1) 共通項目

- (1)施設概要（施設種、法人種、定員数、開所年月日、平均要介護度）
 - (2)栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算算定状況
 - (3)管理栄養士及び関連職種の配置
 - (4)回答職種の基本特性（性別、年齢区分、所属部署、勤務年数）
 - (5)栄養ケア・マネジメント体制に関する「学際的チームアプローチ実践評価尺度」（以下 ITA 実践評価尺度杉本, 2009）
- #### 2) 管理栄養士に対する項目
- (6)栄養ケア・マネジメント体制の事業評価に関する項目
 - (7)委員会・会議に関する項目（開催の頻度、参加職種）
 - (8)情報の共有に関する項目（情報の入手先、他職種との情報共有方法）
 - (9)摂食・嚥下に関わる加算の算定状況と算定が困難な理由
 - (10)研修に関する項目（研修の実施状況、担当職種、参加職種、施設外の研修への参加の有無）
 - (11)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ついて
 - (12)栄養ケア・マネジメントを進めるうえでのチ

ームの必要性を感じる場面について

- (13)業務の効率化について（時間のかかる業務、効率化を図る上で必要なシステム）
- #### 3) 看護師・介護職に対する項目
- (14)当該職種からみた栄養ケア・マネジメントの評価
 - (15)管理栄養士への相談内容
 - (16)栄養ケア・マネジメントに関する当該職種の役割
 - (17)栄養ケア・マネジメントをやっていてよかったと感じること
- #### 4) 介護支援専門員に対する項目
- (18)サービス担当者会議に関する項目
 - (19)栄養ケア計画作成時における管理栄養士や他職種との関わり
- #### 5) 口腔ケア担当職種に対する項目
- (20)口腔機能維持管理加算算定状況
 - (21)併設通所事業所での口腔機能向上加算算定状況
 - (22)口腔ケアおよび歯科治療の必要性を把握する職種
 - (23)歯科への通院者数
 - (24)歯科衛生士の配置
 - (25)口腔ケアにおける他職種の役割
 - (26)口腔ケアの実施頻度
 - (27)口腔ケアの研修に関する項目（開催頻度、担当職種、参加職種、実施内容）
（詳細項目は調査票参照のこと）

3. 倫理的配慮

本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 22-024）。

C. 結果

1. 回収状況

特養 1,517 施設中管理栄養士 392 名（25.8%）、看護師 357 名（23.5%）、介護職 369 名（24.3%）、介護支援専門員 371 名（24.4%）、口腔ケア担当者 284 名（18.7%）、老健 941 施設中管理栄養士 222 名

(23.6%)、看護師 210 名(22.3%)、介護職 204 名(21.7%)、介護支援専門員 208 名(22.1%)、口腔ケア担当者 177 名(18.8%)に施設種不明回答を加えて合計 2,458 施設中管理栄養士 614 名(25.0%)、看護師 567 名(23.1%)、介護職 573 名(23.3%)、介護支援専門員 579 名(23.6%)、口腔ケア担当者 461 名(18.8%)であった(表 C-1)。

2. 施設特性

1) 定員数・平均要介護度・ユニット型

特養は、社会福祉法人 96.6%、定員数は 51~100 名 58.2%、50 名以下 26.2%、101~150 名 13.1%、平均要介護度 3.5~4.0 が 55.9%、4.1~4.5 が 32.9%、3.1~3.5 が 9.6%であり、老健は、社会福祉法人 17.6%、医療法人 71.0%、定員数は 51~100 名 80.4%、101~150 名 11.4%、50 名以下 6.8%、平均要介護度 3.0~3.5 が 57.9%、3.5~4.0 が 24.1%、2.5~3.0 が 14.8%であった。また、ユニットケア型の施設(一部ユニット型)は、特養 12.0%(20.6%)、老健 2.3%(10.7%)、実施していない施設は特養 67.4%、老健 87.0%であった(表 C-2-1)。

2) 栄養ケア・マネジメント関連加算の取得状況

栄養マネジメント加算の算定施設は、特養 93.1%、老健 98.6%、経口移行加算は特養 8.5%、老健 19.3%、経口維持加算Ⅰが特養 4.6%、老健 8.0%、経口維持加算Ⅱが特養 25.6%、老健 36.3%であった(表 C-2-2、C-2-3)。

3) 管理栄養士・栄養士の配置

常勤管理栄養士の配置は特養では 97.4%、平均配置数 1.1 ± 0.4 名、老健では 95.5%であり平均配置数 1.2 ± 0.5 名、常勤栄養士の配置は特養 37.1%、平均配置数 0.5 ± 0.7 名、老健 27.3%、平均配置数 0.4 ± 0.8 名であった(表 C-2-4)。

3. ケア・マネジメントと栄養ケア・マネジメントの連携:介護支援専門員による栄養ケア・マネジメントへの参加とチームアプローチの実態(太田

担当)

「食べることを支援する」チームによる包括的支援体制において介護支援専門員の役割は大きく、介護支援専門員がどのように栄養ケア・マネジメントへ参加し、チームアプローチをしているのかを把握し、チームケアの推進のための支援体制づくりに資する基礎的データとして次の結果を得た。

1) 介護支援専門員の特性

回答した介護支援専門員の「性別」では、<女性>が約 6.5 割と多い(<男性>34.1%、<女性>65.1%)。施設種類別にみると特養<女性>61.9%、<男性>37.6%、老健<女性>70.8%、<男性>27.9%であった(表 C-3-1)。

介護支援専門員の「年齢」は、<30 代>が約 4 割で最も多く、<50 代><40 代>の約 2.5 割と続く(30 代 39.0%、50 代 26.7%、40 代 26.2%)。施設種類別にみると特養<30 代>40.2%、<50 代>25.3%、<40 代>24.5%、老健では<30 代>37.0%、<40 代>29.2%、<50 代>29.2%であった。

介護支援専門員の「基礎資格」は、<介護福祉士>が約 7 割を占め最も多く、<社会福祉士><看護師>は約 1 割である(介護福祉士 69.4%、社会福祉士 11.8%、看護師 10.0%)。施設種類別にみると特養<介護福祉士>75.2%、<社会福祉士>13.1%、<看護師>4.4%、老健<介護福祉士>59.4%、<看護師>19.6%、<社会福祉士>9.6%であった。特養に比べ、老健では看護師の割合が高かった(複数回答)。

介護支援専門員としての「経験年数」は、<2 年~4 年未満>と<4 年~6 年未満>の合計の 2 年から 6 年未満で約 4 割を占めた(<2 年~4 年未満 20.9%>、<4 年~6 年未満 20.9%>、<6 年~8 年未満 14.8%>)、施設種類別にみると特養<2 年~4 年未満>20.6%、<4 年~6 年未満>20.4%、<6 年~8 年未満>13.3%、老健<4 年~6 年未満>21.9%、<2 年~4 年未満>21.5%、<6 年~8 年未満>17.4%であった。

また、「当該施設での勤務年数」も 2 年から 6 年未満が約 2.5 割を占め最も多かった。また 10

年～12年未満も約1割であった（＜2年～4年未満＞14.6%、＜6年～8年未満＞12.5%、＜10年～12年未満＞12.3%、＜4年～6年未満＞11.8%）。施設種類別にみると特養＜2年～4年未満＞13.1%、＜10年～12年未満＞12.8%、＜6年～8年未満＞12.0%、＜8年～10年未満＞12.0%、老健＜2年～4年未満＞17.4%、＜4年～6年未満＞16.0%、＜6年～8年未満＞13.2%、＜10年～12年未満＞11.4%であった。

2) 「介護支援連携指導料」

平成22年に創設された「介護支援連携指導料」を算定している施設は1割弱と少なかった（＜算定している＞7.8%、＜算定していない＞76.1%）。＜算定している＞を施設種類別にみると特養4.7%、老健13.2%であった（表C-3-2）。

「介護支援連携指導料」を＜算定している＞ものうち、約8.5割は（介護支援連携指導のための情報に、栄養・食事に関する内容が含まれている）と回答していた（＜含まれている＞85.1%）。施設種類別にみると特養72.2%、老健93.1%である。その栄養・食事に関する内容として、9割以上が＜摂食・嚥下状況＞＜食形態＞と回答していた（＜摂食・嚥下状況＞（95.0%）＜食形態＞（92.5%））。施設種類別にみると特養＜体重＞＜摂食・嚥下状況＞100.0%、＜食事摂取量＞92.3%、＜食形態＞84.6%、＜栄養ケア内容＞76.9%、老健＜食形態＞96.3%、＜摂食・嚥下状況＞92.6%、＜食事摂取量＞74.1%、＜体重＞70.4%であった（複数回答）。

3) 連携の推進状況について

サービス担当者会議、ケース会議・ケア会議（カンファレンス等）は、連携の推進、チームケア推進の要である。その場に管理栄養士が出席しているかどうかは重要となる。とくに入院時の状況についての情報が取り上げられる会議に管理栄養士が出席しているかが重要となる。これらの会議を通じた連携の推進状況について、以下の結果を得た。

(1) サービス担当者会議

サービス担当者会議の開催頻度は約6割が毎月数回と回答していた（＜月数回＞59.8%、＜2,3か月に一回＞12.3%）。施設種類別にみると特養＜毎月数回＞57.2%、＜6か月に一回＞15.4%、老健＜毎月数回＞64.4%、2,3か月に一回＞21.5%であった（表C-3-3）。

そのサービス担当者会議の主催は、約9割が介護支援専門員と回答していた（89.9%）。施設種類別にみると特養91.6%、老健86.8%であった（複数回答）。

また、サービス担当者会議に出席する職種は、9割以上が＜介護職＞＜看護師＞とならび＜管理栄養士＞も出席すると回答していた（＜介護職＞97.5%、＜看護師＞96.7%、＜管理栄養士＞91.5%）。＜管理栄養士＞はほとんどの施設で出席と回答していた。施設種類別にみると特養＜介護職＞98.2%、＜看護師＞96.6%、＜管理栄養士＞90.3%、＜生活相談員＞83.3%、老健＜看護師＞96.8%、＜介護職＞96.3%、＜管理栄養士＞93.6%、＜理学療法士＞84.0%、＜支援相談員＞79.0%、＜作業療法士＞71.2%、＜医師＞69.4%であった（複数回答）。

管理栄養士の出席状況では、約8割は＜必ず＞出席と回答していた（＜必ず＞81.4%、＜時々＞5.8%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞5.0%、＜管理栄養士が要望した時＞1.0%、＜介護支援専門員が必要と判断した時、管理栄養士が要望した時＞1.3%、＜出席していない＞3.3%）。管理栄養士の出席は定着しているを見てよい（表C-3-4）。

施設種類別にみると特養＜必ず＞78.3%、＜介護支援専門員が＜必要と判断した時＞6.3%、＜時々＞5.7%、＜出席していない＞3.7%、老健＜必ず＞86.8%、＜時々＞5.9%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞2.7%、＜出席していない＞2.7%であった。

(2) ケース会議

状況に合わせたケア方針の調整、見直しを行い、

連携、チームケアの推進を図るために日頃行われるケース会議（カンファレンス等）では、管理栄養士が＜必ず＞出席すると回答したのは5割弱であった（＜必ず＞46.8、＜時々＞20.3、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞15.0、＜管理栄養士が要望した時＞3.0、＜出席していない＞12.3%）（表C-3-5）。日々のケア計画に関するケース会議には7割弱が必ず、あるいは時々、出席すると回答していた。施設種類別にみると特養＜必ず＞46.5%、＜時々＞20.4%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞16.2%、＜出席していない＞10.7%、老健＜必ず＞47.5%、＜時々＞20.1%、＜出席していない＞15.1%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞12.8%であった。

（3）入院情報に関する会議

入院先の病院から入院時の情報について課題になる会議では、施設内での食生活への支援に重要な情報を得ることができるが、その場に5.5割の管理栄養士が＜必ず＞出席すると回答していた（表C-3-6）。その一方で、介護支援専門員が判断した場合という回答も約1.5割あった（＜必ず＞55.5%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞14.0%、＜管理栄養士が要望した時＞3.0%、＜介護支援専門員が必要と判断した時、管理栄養士が要望した時＞1.0%、＜出席していない＞3.3%）。管理栄養士の会議へ出席するかどうかは、介護支援専門員の理解によることもあり得ることを示していた。施設種類別にみると特養＜必ず＞59.9%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞15.4%、＜出席していない＞13.1%、＜時々＞8.4%、老健＜必ず＞54.8%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞11.4%、＜出席していない＞14.2%、＜時々＞8.7%であった。

以上から、連携、チームケアの推進となるサービス担当者会議、ケース会議・ケア会議（入院情報も含むカンファレンス等）へ、かなり高い割合で管理栄養士が出席していると回答していた。

（4）ケア等での連携の推進

次に、実際に連携、チームケアを管理栄養士がどのように行っているかについて以下の結果が得られた。

①入所受入時の事前面接

利用者が施設に入所する際、入所受入時[入所日当日]には生活相談員・介護支援専門員等が事前面接を行っているが、そこに管理栄養士がどのように関わっているかという点から回答を求めた。

その場に、管理栄養士も同席すると約3割が回答していた（29.9%）。施設種類別にみると特養29.9%、老健32.0%であり、3割前後が同席している。また（同席しないが独自に面接する）特養20.1%、老健27.4%であった（表C-3-7）。

②栄養ケア計画と施設サービス計画書

栄養ケア計画が施設サービス計画と、施設の情報システムの中に組み込まれていて、コンピューター画面上で両者の情報の共有化が進んでいる。しかし、施設の栄養ケア計画を単独で作成し、施設サービス計画書には取り込んでいないと回答している施設は5割以上もあった（＜単独＞55.6%）。施設種類別にみると特養56.1%、老健54.8%であった（表C-3-8）。

③栄養ケア計画への介護支援専門員等の関わり

さらに、連携の推進状況を、栄養ケア計画の作成および本人・家族の説明に介護支援専門員等の他の職種が関わっているかについて回答を求めた。

ア. 栄養ケア計画の作成

栄養ケア計画の作成に介護支援専門員が関わっていると回答した施設は6割強であった（＜関わっている＞62.1%）。施設種類別にみると特養61.6%、老健63.0%であった。また、栄養ケア計画の作成に関わっている職種の内訳は、看護師、介護職、医師の順に多かった（＜看護師＞71.9%、＜介護職＞57.1%、＜医師＞42.0%）。施設種類別にみると特養、＜看護師＞73.6%、＜介護職＞59.3%、

<生活相談員>35.2%、<医師>29.5%、老健<看護師>68.9%、<医師>63.9%、<介護職>55.3%、<理学療法士>27.9%、<支援相談員>26.0%、<作業療法士>27.9%、<言語療法士>19.6%であった。

イ. 本人・家族への説明

本人・家族に対する栄養ケア計画の説明に介護支援専門員も関わっていると回答した介護支援専門員は7割弱であるが、約3割は関わっていないと回答していた(<関わっている>67.4%、<関わっていない>30.6%) (表C-3-9)。施設種類別にみると特養65.8%、老健70.3%であった。

加えて、連携の推進状況を、施設ケアプランの変更時に食事に関する内容が含まれていた時には、本人・家族へのその説明に管理栄養士がどのように関わっているかについての回答結果は以下の通りであった。

食事に関することがある時の説明は、<管理栄養士と介護支援専門員の両方>で行っていると約5割が回答し、<介護支援専門員のみ>という場合も少なくはなかった(<管理栄養士と介護支援専門員の両方>50.2%、<介護支援専門員のみ>35.7%、<管理栄養士のみ>10.6%)。施設種類別にみると特養<管理栄養士と介護支援専門員の両方>49.6%、<介護支援専門員のみ>34.7%、<管理栄養士のみ>11.5%、老健<管理栄養士と介護支援専門員の両方>51.1%、<介護支援専門員のみ>37.4%、<管理栄養士のみ>9.1%であった。

さらに、連携の進捗状況を、管理栄養士や、各職種が日常的なケア情報を共有するための施設の個人記録にも記載して、情報共有を行っているかという点から回答を求めた。

個人ケース記録に、管理栄養士も記入することがあると回答した施設は約3.5割である(<記入しない>63.3%、<記入する>34.9%)。施設種類別にみると特養<記入しない>67.6%、<記入する>30.3%、老健<記入しない>55.7%、<記入する>42.9%であった。

管理栄養士が記入することがある場合、その内容が、栄養ケア計画以外のケアのことも記入することがあると回答した施設は、3割弱であった(<栄養ケア計画に関する内容>70.0%、<栄養ケア計画以外に関する内容>26.2%)。施設種類別にみると特養<栄養ケア計画に関する内容>67.6%、<栄養ケア計画以外に関する内容>32.8%、老健<栄養ケア計画に関する内容>77.7%、<栄養ケア計画以外に関する内容>18.1%であった。

ウ. 栄養ケア計画変更時等の説明

連携の進捗状況を、管理栄養士が行う栄養ケア計画の変更時等の他職種の関わりを、変更を誰が家族に連絡しているのか、変更時にどのような職種が関わっているか、さらに、変更の内容に関しては誰が家族に連絡しているかについて回答を求めた。

栄養ケア計画変更時に家族へ連絡するのは<管理栄養士>(54.5%)、<介護支援専門員>(52.6%)<管理栄養士>(54.5%)、<介護支援専門員>(52.6%)であった。管理栄養士が家族への連絡を行っていないことも少なくないが、その場合の管理栄養士の役割が実際にどのようなものであるかが課題である。施設種類別にみると特養<管理栄養士>55.4%、<介護支援専門員>49.3%、<生活相談員>32.4%、<介護職>14.4%、<看護師>11.7%、老健<介護支援専門員>58.0%<管理栄養士>53.0%、<看護師>31.5%、<支援相談員>20.5%、<介護職>17.8%であった(複数回答)(表C-3-10)。

栄養ケア計画変更時に関わる職種は、<管理栄養士>が約9割、<看護師>が約8割、<介護職>が約7割であった(<管理栄養士>91.5%、<看護師>79.4%、<介護職>72.8%、<介護支援専門員>71.1%)。施設種類別にみると特養<管理栄養士>91.6%、<看護師>77.8%、<介護職>74.4%、<介護支援専門員>74.2%、<生活相談員>48.6%、老健<管理栄養士>91.3%、<看護師>82.2%、<介護職>69.9%、<介護支援専門員>65.8%、<支

援相談員>27.9%であった(複数回答)。

栄養ケア計画変更時のその変更内容について家族に誰が連絡しているかを重ね回答を求めると、家族への連絡者は<管理栄養士>(54.5%)、<介護支援専門員>(52.6%)であった。管理栄養士の役割が、変更時の家族への連絡の場合と、具体的なその変更内容を家族に伝える場合とあまり差が見られなかった。その内訳は特養<管理栄養士>55.4%、<介護支援専門員>49.3%、<生活相談員>32.4%、<介護職>14.4%、<看護師>11.7%、老健<介護支援専門員>58.0%<管理栄養士>53.0%、<看護師>31.5%、<支援相談員>20.5%、<介護職>17.8%であった(複数回答)。

一方、食事の形態が変更になった時に家族への説明は誰が行うかについては、説明者は<介護支援専門員>(56.6%)、<看護師>(50.0%)<管理栄養士>46.3%の順であった。管理栄養士が連絡するのは、栄養ケア計画の変更時の連絡よりも低く、その連絡の役割は介護支援専門員等であることが多いことを示唆していた。施設種類別にみると特養<介護支援専門員>57.2%、<介護職>48.0%、<管理栄養士><生活相談員>43.1%、<看護師>38.9%、老健<看護師>69.4%、<介護支援専門員>55.7%、<管理栄養士>52.1%、<介護職>40.6%、<支援相談員>20.5%、であった(複数回答)。

さらに、食事摂取状況の変化についての情報が、どのように介護支援専門員に入るかについて回答を求めると、<管理栄養士以外の職種>からが8割弱(77.6%)、<管理栄養士>からが6割弱(57.0%)であった。管理栄養士からの連絡が過半数を超えているが、その他の職種からの連絡は、さらに上回って行われていた。施設種類別にみると特養<管理栄養士以外の職種からの連絡>83.3%、<管理栄養士からの連絡>56.9%、<サービス担当者会議・カンファレンスから>46.2%、<介護支援専門員が自分で把握している>44.1%、老健<管理栄養士以外の職種からの連絡>67.6%、<サービス担当者会議・カンファレンスから>59.8%、<管理栄養士からの連絡>57.1%、<介護支援専門

員が自分で把握している>52.1%であった(複数回答)。

管理栄養士以外の職種からの連絡という場合は、<介護職(主任等介護リーダー)から>が84.4%、<看護師から>が68.5%、<生活相談員(支援相談員)から>が13.5%であった。施設種類別にみると特養<介護職(主任等介護リーダー)から>86.8%、<看護師から>64.9%、<生活相談員から>17.6%、老健<介護職(主任等介護リーダー)から>79.1%、<看護師から>76.4%、<その他から>11.5%であった(複数回答)。

4. 管理栄養士による栄養ケア・マネジメントとチームアプローチの実態(杉山担当)

1) 管理栄養士の特性

回答した管理栄養士は、女性が殆どであり(特養98.4%、老健94.6%)、年齢は特養30代29.6%、40代23.6%、20代、50代が其々21.2%、老健30代34.1%、20代31.4%、40代18.6%、50代13.2%であった(表C-4-1)。栄養の単独部署に所属する管理栄養士は特養77.4%、老健81.0%であり、看護・介護と合同の部署に所属する管理栄養士は特養10.1%、老健5.6%にすぎなかった。

管理栄養士として高齢者ケアに携わっている年数は特養では10年以上の者が30.2%、5年~10年未満の者25.9%と5年以上の者が過半数であるのに対して、1年未満の者9.3%、1~3年未満の者も18.3%と3割近く、同様に老健でも5~10年未満の者30.9%、10年以上17.5%と半数近いのに対して、1年未満の者10.6%、1~3年の者24.4%と3割以上になっていた。

2) 栄養ケア・マネジメント体制に対する管理栄養士の認識

「栄養ケア・マネジメント体制や業務」に関する管理栄養士の意識32項目のうち、「できていない」「あまりできていない」が3割以上であった項目は、栄養ケア・マネジメント全般に関して14項目のうち<栄養ケア・マネジメントの成果としての

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>特養 36.5%、老健 37.2%、<管理栄養士は多職種に対しての栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるように積極的な働きかけを行っていますか>特養 32.4%、老健 27.1%、<管理栄養士は栄養ケア・マネジメントを実践する上での必要な施設内外の研修や研究会への積極的に参加していますか>特養 24.4%、老健 32.6%、<摂食・嚥下機能を評価し、チームで栄養ケア・マネジメントに取り組んでいますか>特養 46.9%、老健 33.9%、<認知症の食事中のBPSDをセサメントし、チームで食べることを支援していますか>特養 41.5%、老健 32.6%、<管理栄養士は利用者の栄養ケア・マネジメントに関して他職種の理解が深まるように説明や指導をし、連携に寄与していますか>特養 34.7%、老健 30.9%、<管理栄養士は、利用者の入所・退所先の病院、施設、在宅サービス事業所等と栄養ケア・マネジメントに関する情報の連携をしていますか>特養 68.1%、老健 53.8%、モニタリングに関しての3項目のうち<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>特養 30.4%、老健 21.2%、評価に関し手の4項目のうち<管理栄養士は入所者の生活機能、身体機能、主観的健康感、栄養ケアに対する満足感等の変化を評価し、記録していますか>特養 47.2%、43.4%、継続的な品質改善活動に関しての2項目のうち<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>特養 53.0%、老健 45.3%、<栄養ケア・マネジメント体制に関して多職種協働で話し合った内容を記録(文章化)し、継続的な品質改善活動>に努めていますか>特養 45.8%、老健 39.3%であった(表C-4-2-1~C-4-2-4)。

なお、管理栄養士は、栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画の作成、栄養ケア計画の実施に関する項目については実施されていると

認識していた。

3) 栄養ケア・マネジメントや給食に関する委員会や管理栄養士の担当者会議への出席状況

「栄養ケア・マネジメントや給食についての課題を話し合い、継続的な品質改善活動を行う委員会」を<定期的で開催している>は、特養 79.5%、老健 86.4%、<随時開催している>を含めて特養 96.6%、老健 99.5%と殆どの施設で栄養ケア・マネジメントや給食に関する委員会が開催されていた(表C-4-3)。また、「委員会の開催頻度」は<一月当たり1回の開催>が両施設種ともに9割(特養 89.7%、老健 86.8%)近くであり、「委員会の責任者」は<管理栄養士>と回答した施設が両施設種(特養 86.1%、老健 83.3%)とも8割以上であった。また、「委員会への参加職種」は、特養では<介護職>94.8%、<管理栄養士>84.1%、<看護師>82.5%、<介護支援専門員>65.2%、<その他>44.9%、<事務職>19.2%の順であり、老健では<看護師>93.1%、<介護職>89.2%、<管理栄養士>82.9%、<その他>48.4%、<事務職>45.6%、<介護支援専門員>40.6%、<言語聴覚士>22.6%、<理学療法士>21.2%、<作業療法士>21.2%であり、管理栄養士の参加率よりも特養では介護職が、老健では看護師と介護職の参加率が上回っており、その他の殆どは医師の参加であった。

一方、「管理栄養士の担当者会議(ケアカンファレンスへの参加)」は、特養 92.9%、老健 93.7%、担当者会議出席時における質問も特養 95.0%、老健 97.0%で行われており積極的な参加が確認された。

4) 管理栄養士と他職種との情報連携

「利用者の栄養・食事に関する他職種との情報入手や提供の方法」は、<多職種からの聞き取りや口頭での伝言>特養 94.3%、老健 89.2%、<会議やカンファレンス>特養 84.4%、老健 89.6%、<書類の閲覧>特養 73.4%、老健 77.5%、<所内LAN等の共有システム>特養 30.7%、老健 16.7%であり、管