

平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

『介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントの
あり方に関する調査研究事業』

報告書

平成 29 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

ご 挨拶

日本健康・栄養システム学会は平成28年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受け、「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」（委員長 杉山みち子）に取り組んで参りました。

平成 27 年度 4 月介護保険制度改定の柱の一つであった口腔・栄養管理において「高齢者の口から食べる楽しみの支援の充実」を図るため、施設における現行の経口維持加算のスクリーニング手法の評価区分が廃止され、多職種による食事の観察（ミールラウンド）やカンファレンス等の取り組みのプロセス及び咀嚼機能等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援が評価され、さらに、療養食加算との併算を可能となりました。本研究は、この平成 27 年度改定を踏まえて、介護保険施設入所高齢者のアウトカムの評価指標として「入院」や「在宅復帰」に効果的な重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方を検討することを目的としました。

介護保険施設への栄養ケア・マネジメント制度の導入は、平成 17 年 10 月の介護保険施設の食料の全額自己負担化に伴い、介護保険分野における低栄養問題の存在や高齢者の個別栄養ケアに社会的重要性の認識醸成に著しく貢献しました。平成 18 年 4 月には、摂食嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」の支援に対応した経口移行加算及び経口維持加算が導入されましたが、医療機関と連携した評価を要するこれらの加算取得は推進されないままであったことから、その体制や取り組みが見直され、当該学会は、介護保険施設入所者の栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すために、平成 25 年度老人保健推進等補助金事業によって、施設入所者 1,646 名を対象として、ミールラウンド（食事時のチームによる観察）によって、摂食嚥下困難、姿勢及び認知症の徴候・症状、脱水・溢水の徴候・症状に関する問題の把握ができる栄養アセスメント・モニタリング表（試案）を作成し、実用化が可能であることを確認し、平成 26 年度にはその検証を行い平成 27 年 4 月改定の根拠として供しました。

本研究においては、平成 30 年度の介護保険報酬改定に向けて、栄養ケア現場の管理栄養士や臨床栄養師の協力を得て、介護老人福祉施設（特養）の「入院」や介護老人保健施設（老健）の「在宅復帰」には、栄養ケア・マネジメントを基盤としたミールラウンドによる経口維持の取り組みを重点的に行うことが効果的であり、そのためには入所者 80 名あたり 2 名以上の管理栄養士配置が求められることの根拠と提示することができました。今後も日本健康・栄養システム学会が育成した臨床栄養師と協働して、施設入所高齢者のみならず在宅高齢者の「口から食べる楽しみの支援の充実」のため栄養ケア・マネジメントの推進に貢献できるよう研究・教育活動に取り組んで参ります。

平成 28 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」

委員長 杉山みち子

平成 28 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントの
あり方に関する調査研究事業」

委員長 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教授（大学院兼任）

統括・運営委員会

- 小山秀夫 兵庫県立大学大学院 経営研究科医療マネジメント専攻教授
- 杉山みち子 前述（委員長、分析小委員長）
- 加藤昌彦 梶山女学園大学 生活科学部教授（先行事例調査小委員長）
- 榎裕美 愛知淑徳大学 健康医療科学部教授
- 宇田淳 滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科教授
- 高田和子 国立研究開発法人 医薬基盤 健康・栄養研究所
栄養ケア・マネジメント研究室 室長
- 高田健人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教
- 大原里子 東京医科歯科大学大学院 歯科医療行動科学分野非常勤講師
- 遠又靖丈 東北大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学分野講師
- 長瀬香織 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科助教
- 荏部康子 社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡栄養課
- 堤亮介 平成医療福祉グループ 栄養部企画業務課
社会福祉法人 兵庫福祉会 介護老人福祉施設 ヴィラ桜ヶ丘
- 松山紗奈江 神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程
医療法人花咲会 介護老人保健施設 レストア横浜 栄養科
- 藤川亜沙美 神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程

調査実施・分析委員会

- 杉山みち子 前述
- 高田健人 前述（分析責任者・報告書作成担当）
- 遠又靖丈 前述（分析指導担当）
- 松山紗奈江 前述（分析担当）
- 藤川亜沙美 前述（分析・報告書作成担当）
- 長瀬香織 前述（報告書作成担当）

事例調査委員会

- 加藤昌彦 前述
- 榎裕美 前述

事例調査への協力

入谷卓也	医療法人社団	千春会	介護老人保健施設	春風	マネージャー
田中正也	医療法人社団	千春会	千春会病院	管理部企画室主任	
谷中景子	医療法人社団	千春会	千春会病院	栄養科統括主任	
蓮村友樹久	同胞互助会	愛全診療所	所長	医師	
丸山和代	同胞互助会	特別養護老人ホーム	愛全園	施設長	
中島千鹿子	同胞互助会	特別養護老人ホーム	栄養課課長	管理栄養士	
中野もも	同胞互助会	特別養護老人ホーム	愛全園	栄養課	管理栄養士
佐藤悦子	同胞互助会	愛全診療所	居宅療養管理指導		

訪問への協力

荻部康子	社会福祉法人親善福祉協会	介護老人保健施設	リハパーク舞岡	栄養課	
長瀬香織	神奈川県立保健福祉大学	保健福祉学部	栄養学科	助教	

オブザーバー

小池創一	自治医科大学地域医療センター（地域医療政策部門）教授				
	附属病院	企画経営部長	病院長補佐		
武久洋三	日本慢性期医療協会会長				
深柄和彦	東京大学医学部附属病院手術部	准教授			
中島啓	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授（大学院兼任）				
	埼玉医科大学総合医療センター	客員教授			
西村秋生	だるまさんクリニック	院長			

調査協力 全国老人福祉施設協議会（施設調査の協力依頼）

経理担当 駒形公大（日本健康・栄養システム学会事務局）

目 次

研究概要	1
I. 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（施設調査）	21
II. 経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取り組みに 関する研究（個別調査）	111
III. 施設の取り組み事例	143
IV. 医療からの検討	149
資料（調査票一式）	
施設調査票（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）	
個別調査票（経口維持体制の強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取組み）	
イベント調査票	

研究概要

本研究は、平成 30 年度の介護保険制度改定における栄養管理に係わる見直しに対応するために、Ⅰ.介護保険施設における栄養ケア・マネジメント（以下 NCM）の事業評価（施設調査）、Ⅱ.経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取り組みに関する研究（個別調査）Ⅲ.施設の取り組み事例、Ⅳ.医療からの検討を踏まえて検討すべき課題の整理を行った。Ⅰ.施設調査では特養 570 施設、老健 196 施設について無記名調査票による横断的調査、Ⅱ.個別調査では特養 21 施設から 1,727 名、老健 19 施設から 1,640 名、合計 40 施設から 3,367 名についての 1 年間の後ろ向きコホート調査、さらに、Ⅲ施設の取り組み事例は特養及び老健の先進的な栄養ケア・マネジメントの取り組みの訪問によるヒアリング調査、Ⅳは、医療関係者による主に医療的側面から短期的、長期的な検討が行われた。

この研究概要は、Ⅰ、Ⅱの結果から特養・老健における「重点的な栄養ケア・マネジメント」を提供するための体制として、常勤管理栄養士の複数名配置に着目し、そのアウトカムと施設の体制および業務内容について比較検討し主な成果についてまとめた。

1. 【特養】常勤管理栄養士 2 名以上配置による入院の抑制（個別調査）

特養において、常勤管理栄養士が 2 名以上配置されている施設では、性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数（80 名以上・未満）で多変量調整した COX 比例ハザード分析による入院のハザード比は 0.797（95%信頼区間 0.645-0.986）であり、入院が有意に抑制された（図 1）。

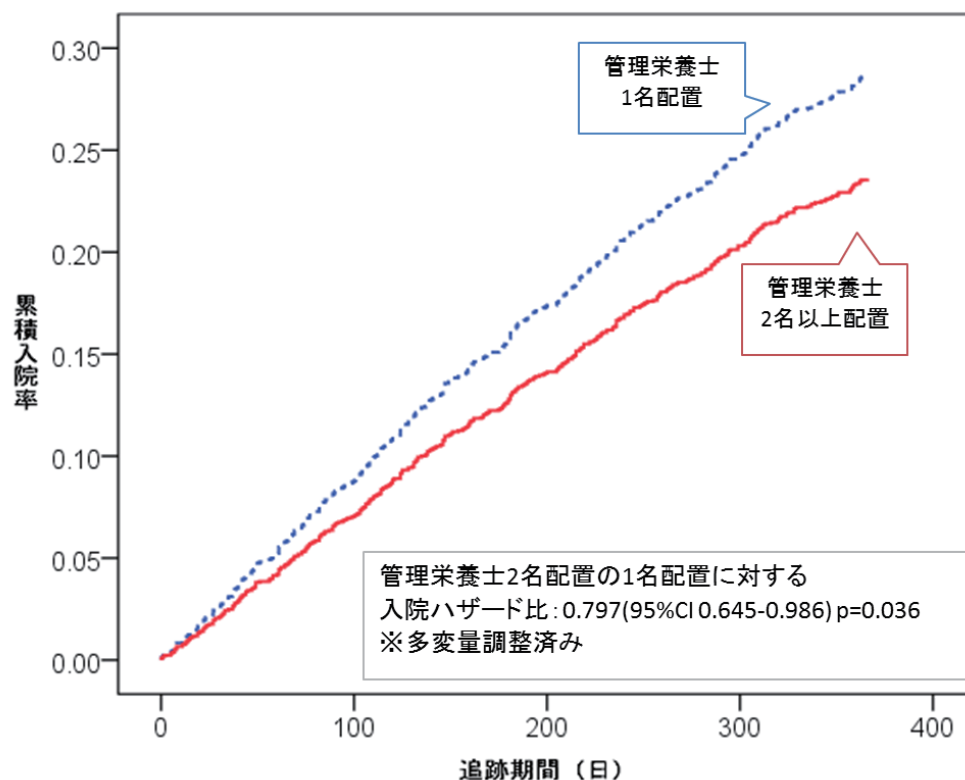


図1 特養 1年間の累積入院率 Kaplan-Meier グラフ

管理栄養士2名以上配置施設vs 1名配置施設 COX比例ハザード分析（個別調査）

（調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数）

2. 【老健】常勤管理栄養士2名以上配置による在宅復帰の推進（個別調査）

老健において、常勤管理栄養士が2名以上配置されている施設では、性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数（80名以上・未満）で多変量調整したCOX比例ハザード分析による在宅復帰のハザード比は2.179（95%信頼区間1.777-2.672）であり、在宅復帰が有意に増加した（図2）。

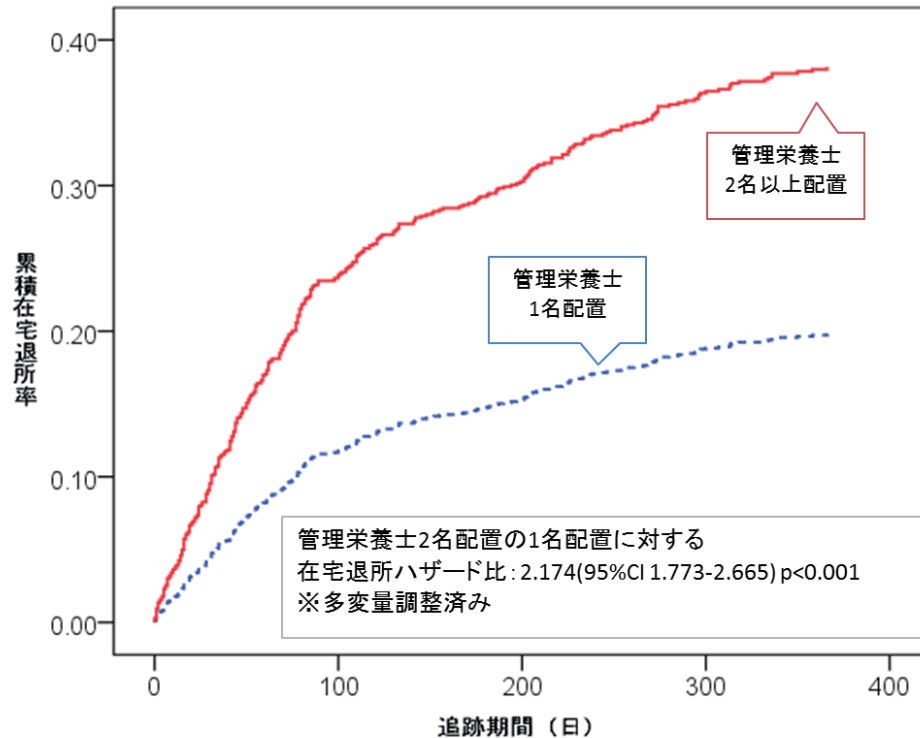


図2 老健 1年間の累積在宅退所率 Kaplan-Meier グラフ

管理栄養士2名以上配置施設 vs 1名配置施設 COX比例ハザード分析（個別調査）

（調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数）

3. 【特養・老健】栄養マネジメント加算算定件数（施設調査）

入所者 80 名以上の特養における栄養マネジメント加算算定件数は、管理栄養士 2 名以上配置施設で平均 3,016.5 (SD 1,048.6) 件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 2,561.3 (SD 1,004.0) 件／月であった ($p=0.028$) (図 3)。入所者 80 名以上の老健における栄養マネジメント加算算定件数は、管理栄養士 2 名以上配置施設で平均 3,074.5 (SD 826.5) 件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 2,750.0 (SD 586.5) 件／月であった ($p=0.047$) (図 4)。

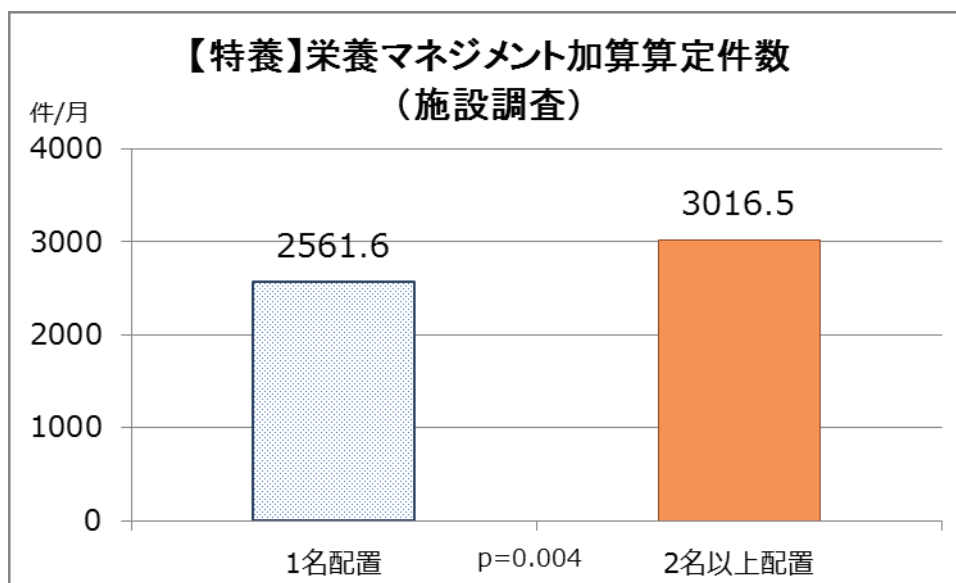


図 3 特養（入所者 80 名以上）1 か月あたりの栄養マネジメント加算算定件数（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 t 検定）（施設調査）

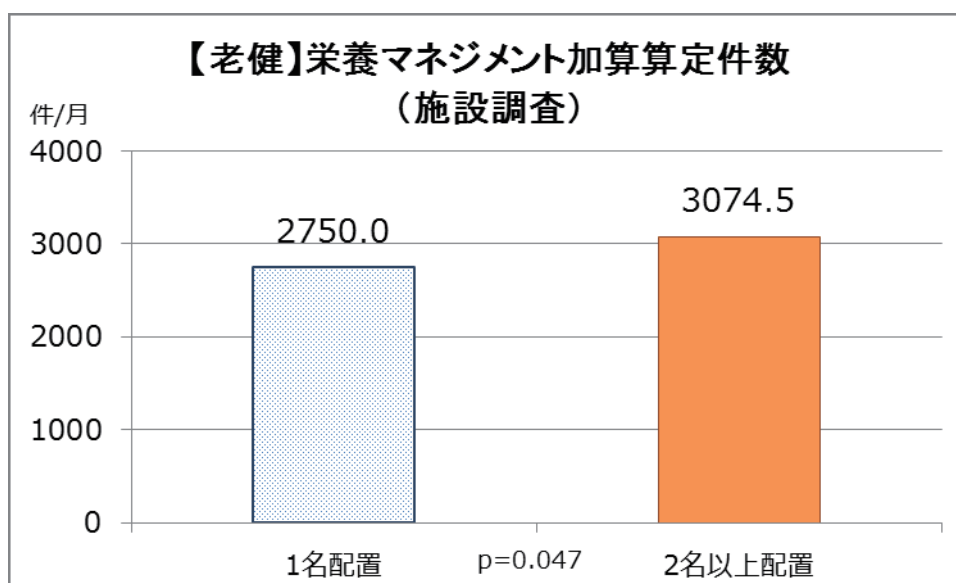


図 4 老健（入所者 80 名以上）1 か月あたりの栄養マネジメント加算算定件数（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 t 検定）（施設調査）

4. 【特養・老健】経口維持加算の算定（施設調査・個別調査）

入所者数 80 名以上の特養において経口維持加算（Ⅰ）を算定している施設の割合は常勤管理栄養士 2 名以上配置施設で 63.2%（36／57 施設）であるのに対し 1 名配置施設では 36.9%（58／157 施設）であった（ $p=0.001$ ）。経口維持加算（Ⅱ）を算定している施設は 2 名以上配置施設で 38.6%（22／57 施設）であるのに対し 1 名配置施設では 22.9%（36／157 施設）であった（ $p=0.036$ ）（図 5）。また、経口維持加算（Ⅰ）の算定件数は 2 名以上配置施設で平均 23.1（SD 31.1）件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 11.2（SD 20.2）件／月（ $p=0.009$ ）、経口維持加算（Ⅱ）の算定件数は 2 名以上配置施設で平均 17.3（SD 30.1）件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 6.9（SD 16.9）件／月（ $p=0.016$ ）であった（図 6）。

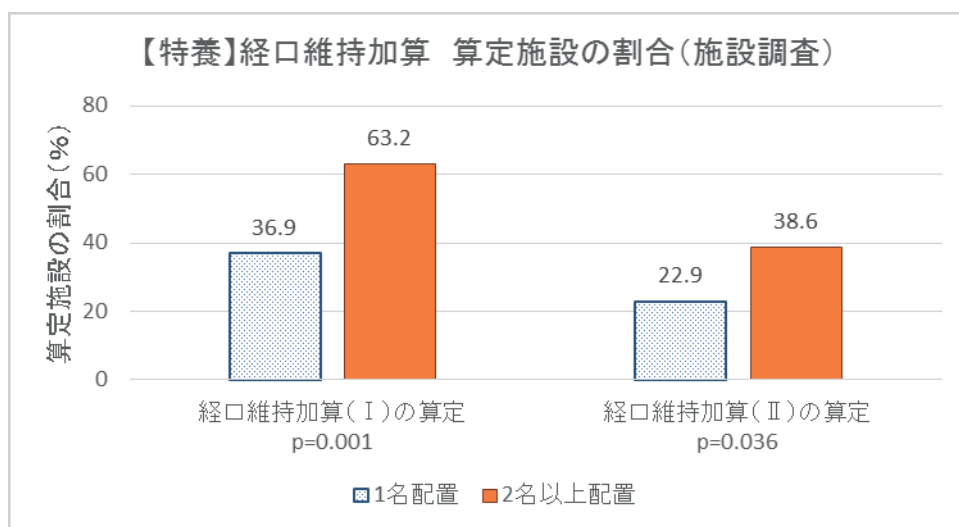


図 5 特養（入所者 80 名以上）経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合
管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設（ χ^2 検定）（施設調査）

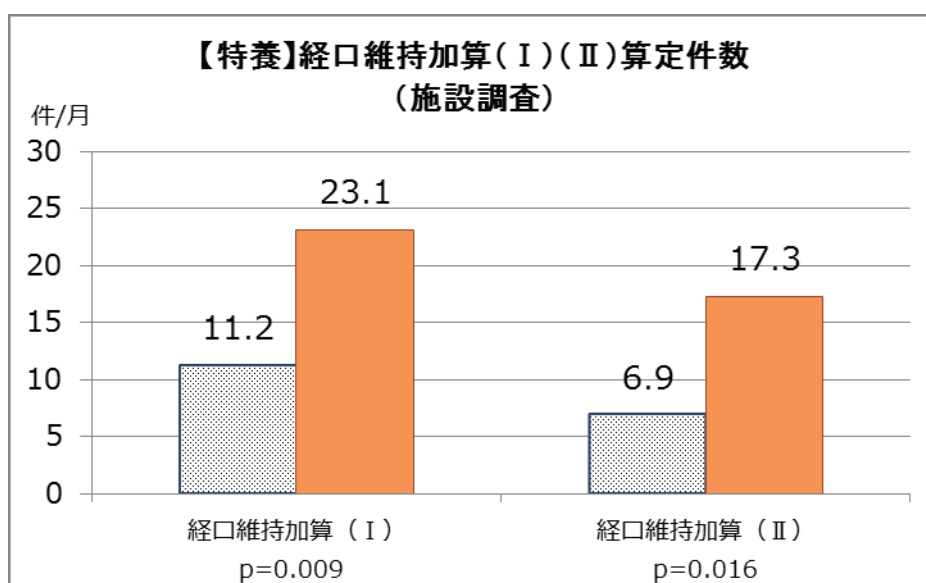


図 6 特養（入所者 80 名以上）経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定件数
管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設（t 検定）（施設調査）

入所者数 80 名以上の老健において経口維持加算（Ⅱ）を算定している施設は 2 名以上配置施設で 59.4%（19／32 施設）であるのに対し 1 名配置施設では 42.2%（38／90 施設）であった（ $p=0.104$ ）（図 7）。また、経口維持加算（Ⅰ）の算定件数は 2 名以上配置施設で平均 17.5（SD 16.1）件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 14.5（SD 16.3）件／月（ $p=0.363$ ）、経口維持加算（Ⅱ）の算定件数は 2 名以上配置施設で平均 15.4（SD 17.0）件／月であるのに対し、1 名配置施設では平均 8.1（SD 14.0）件／月（ $p=0.034$ ）であった（図 8）。

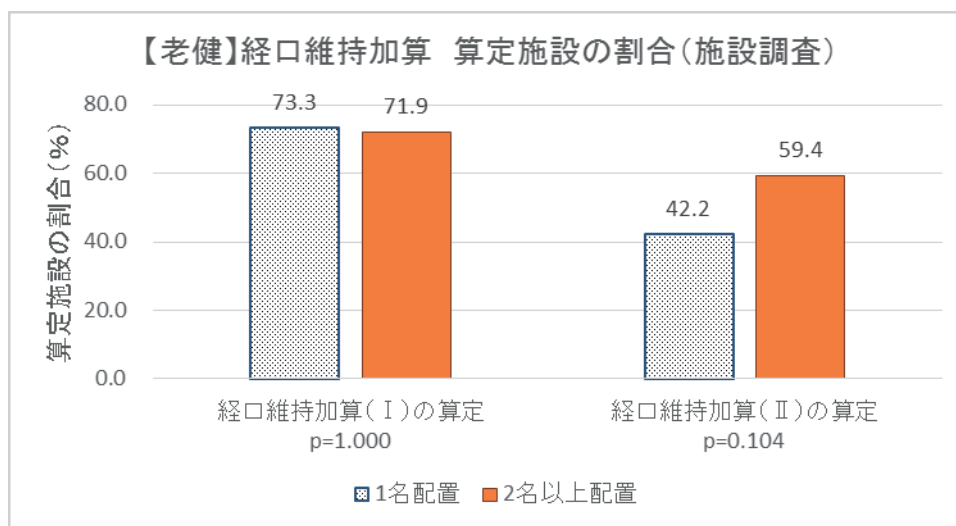


図 7 老健（入所者 80 名以上）経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合
管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設（ χ^2 検定）（施設調査）

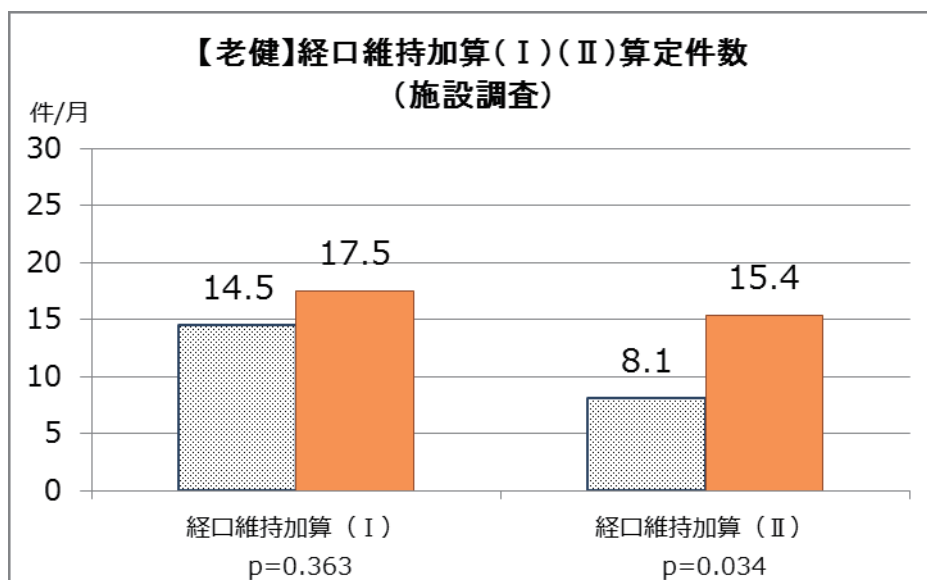


図 8 老健（入所者 80 名以上）経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定件数
管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設（t 検定）（施設調査）

また、個別調査より、入所者 80 名以上の特養における経口維持加算（Ⅰ）を算定している入所者の割合は常勤管理栄養士 2 名以上配置施設で 50.6%（319／631 名）であるのに対し 1 名配置施設では 26.0%（75／288 名）であった（ $p<0.001$ ）。経口維持加算（Ⅱ）を算定している入所者の割合は 2 名以上配置施設で 37.6%（237／631 名）であるのに対し 1 名配置施設では 26.0%（75／288 名）であった（ $p=0.001$ ）（図 9）。

入所者 80 名以上の老健における経口維持加算（Ⅰ）を算定している入所者の割合は常勤管理栄養士 2 名以上配置施設で 35.3%（185／524 名）であるのに対し 1 名配置施設では 20.4%（171／837 名）であった（ $p<0.001$ ）。経口維持加算（Ⅱ）を算定している入所者の割合は 2 名以上配置施設で 32.8%（172／524 名）であるのに対し 1 名配置施設では 15.4%（129／837 名）であった（ $p<0.001$ ）（図 10）。

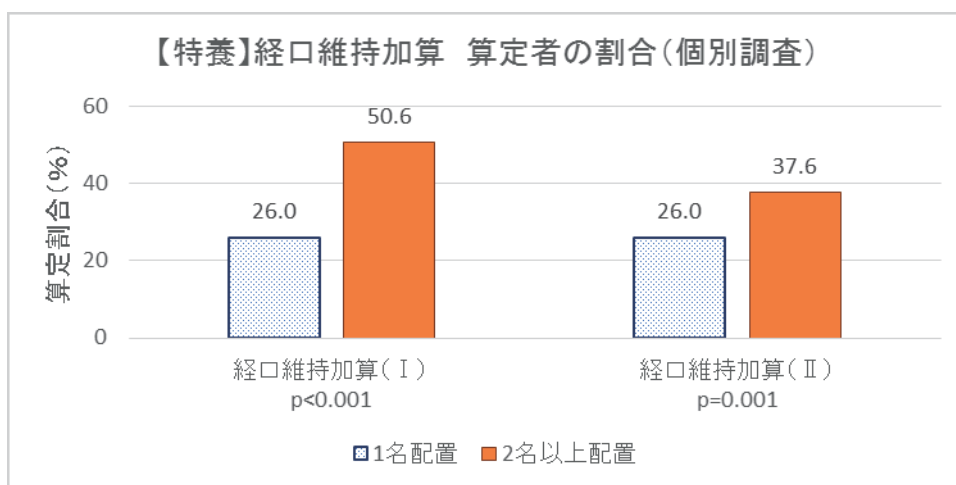


図 9 特養（入所者 80 名以上）経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合
管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設（ χ^2 検定）（個別調査）

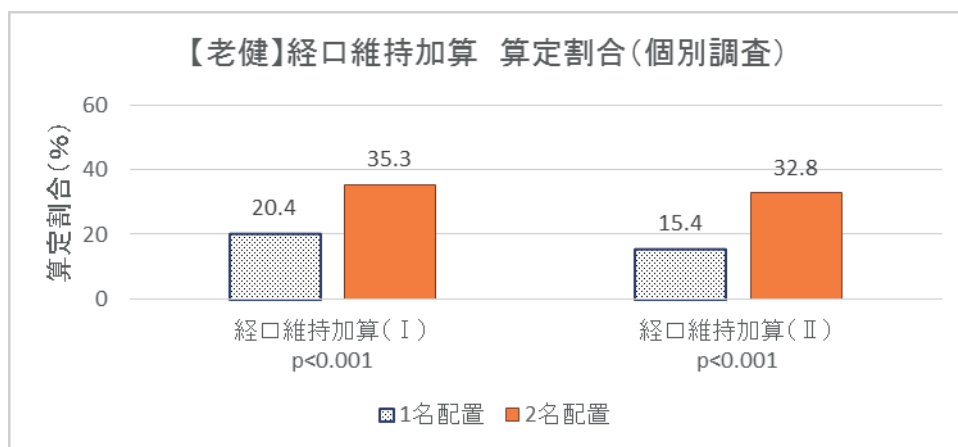


図 10 老健（入所者 80 名以上）管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設
経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合（ χ^2 検定）（個別調査）

5. 【特養】経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）による入院の抑制（個別調査）

特養において、経口維持加算（Ⅰ）算定者では、性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で多変量調整した COX 比例ハザード分析による入院のハザード比は 0.589（95%信頼区間 0.465-0.745, $p<0.001$ ）（図 11）、経口維持加算（Ⅱ）算定者では多変量調整した COX 比例ハザード分析による入院ハザード比は 0.441（95%信頼区間 0.329-0.591, $p<0.001$ ）であり、入院率が有意に抑制された（図 12）。

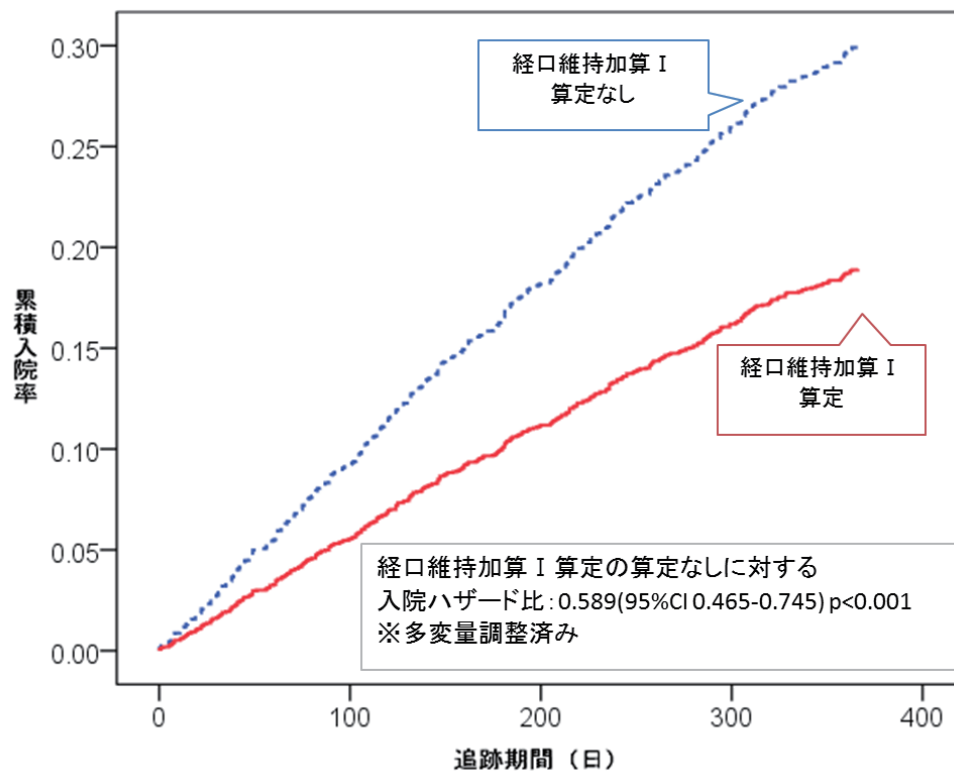


図11 特養 1年間の累積入院率 Kaplan-Meier グラフ

経口維持加算（Ⅰ）算定者 vs 非算定者 COX比例ハザード分析（個別調査）

（調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数）

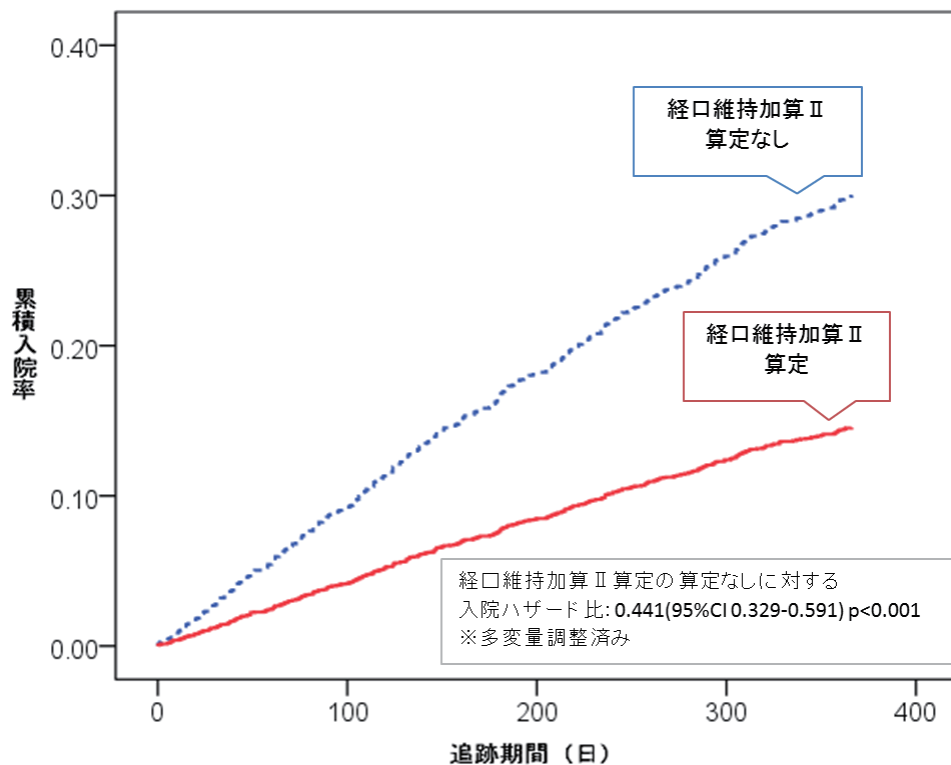


図12 特養 1年間の累積入院率 Kaplan-Meier グラフ

経口維持加算（Ⅱ）算定者 vs 非算定者 COX比例ハザード分析（個別調査）

（調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数）

6. 【特養・老健】経口維持のためのミールラウンド・カンファレンス（施設調査）

ミールラウンドの参加職種は、「管理栄養士」が特養 196 施設（95.6%）、老健 128 施設（97.0%）と極めて高く、そのほか「看護職員」が特養 190 施設（92.7%）、老健 124 施設（93.9%）、「介護職員」が特養 193 施設（94.1%）、老健 121 施設（91.7%）も高い割合を示していた（図 13~16）。老健では経口維持のためのカンファレンスにおいて「歯科衛生士」が管理栄養士 1 名配置施設に比べ 2 名以上配置施設で高い割合で参加していた（図 16）。

「経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと」として、特養では「VF・VE が必要なくなり、迅速に介入できる」（1 名配置施設 25.9% vs 2 名以上配置施設 50.0%, $p=0.026$ ）（図 17）、老健では「他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった」（1 名配置施設 53.0% vs 2 名以上配置施設 82.6%, $p=0.014$ ）が管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった（図 18）。

一方、「経口維持加算の算定について困難を感じる」として、特養では「個別の食事対応が困難」（1 名配置施設 24.1% vs 2 名以上配置施設 5.6%, $p=0.024$ ）（図 19）、老健では「人員不足」（1 名配置施設 28.8% vs 2 名以上配置施設 4.3%, $p=0.019$ ）が 1 名配置施設で有意に高かった（図 20）。

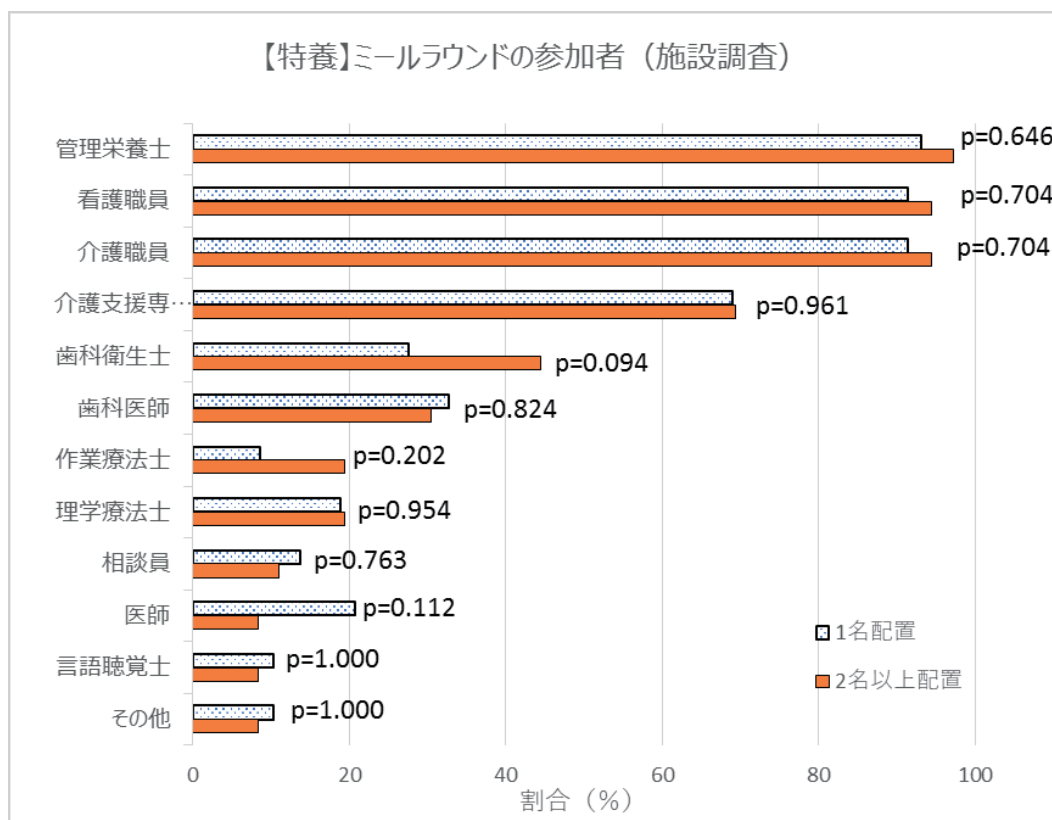


図 13 特養 ミールラウンド参加職種
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

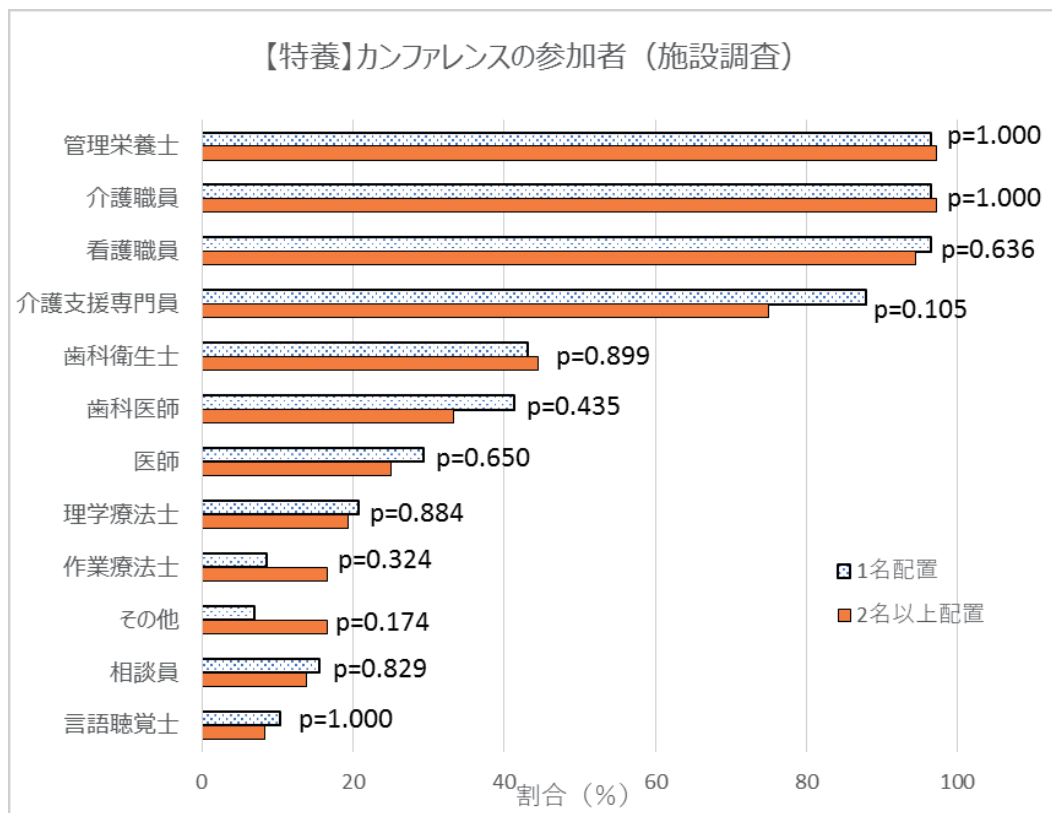


図 14 特養 カンファレンス参加職種
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

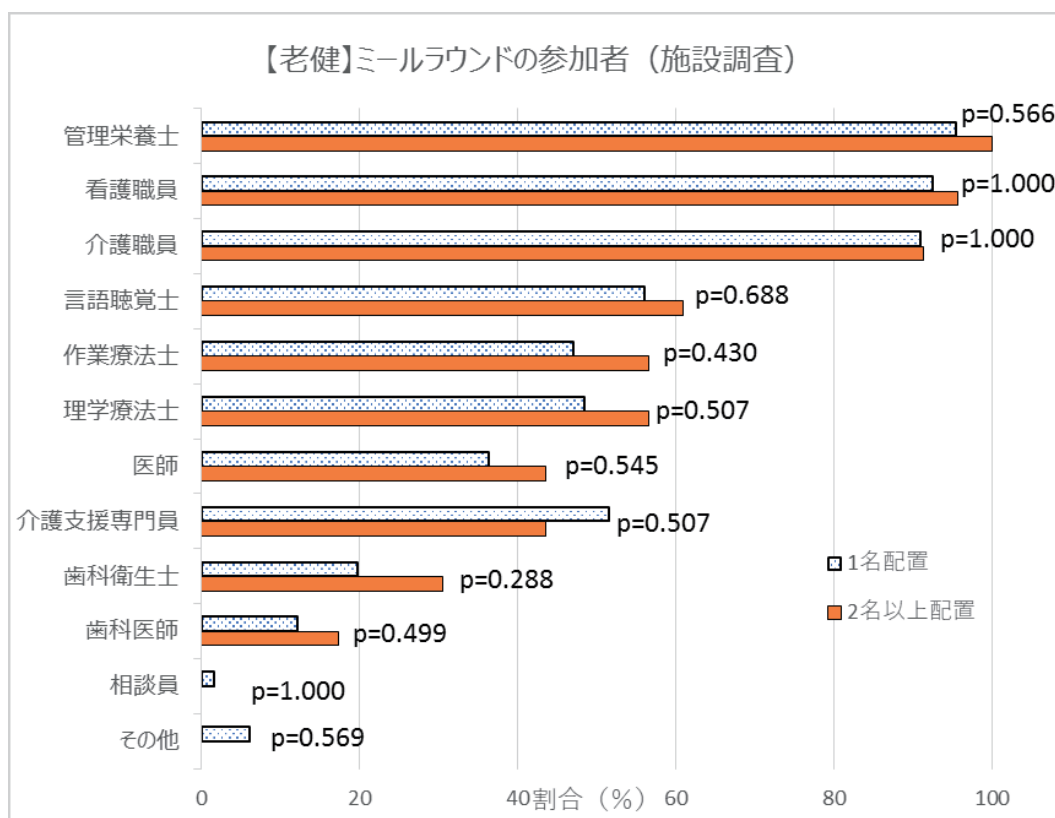


図 15 老健 ミールラウンド参加職種
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

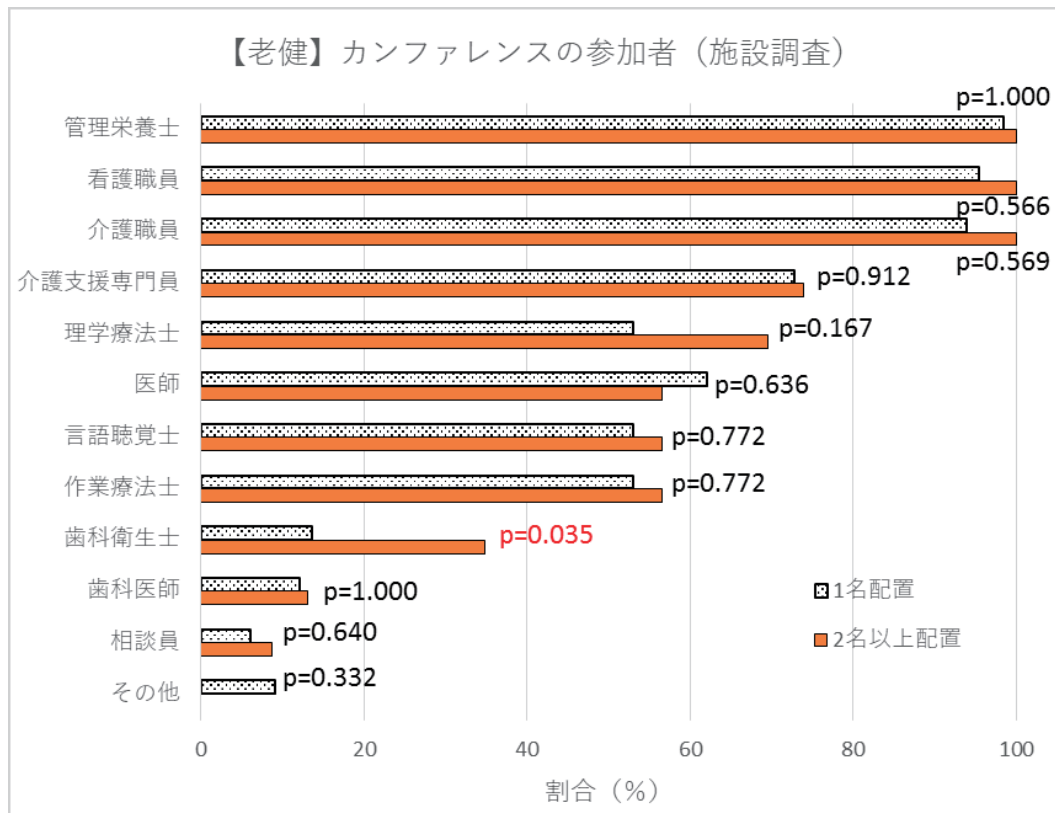


図 16 老健 カンファレンス参加職種
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

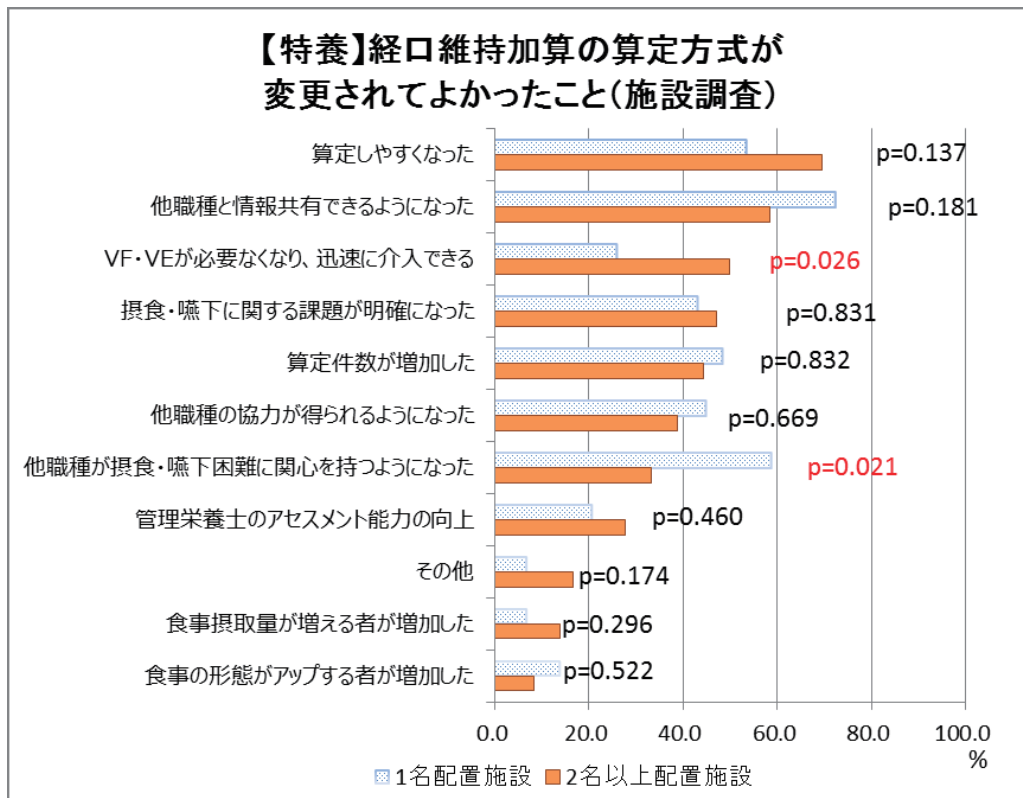


図 17 特養 経口維持加算の算定方式が変更されてよかったこと
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

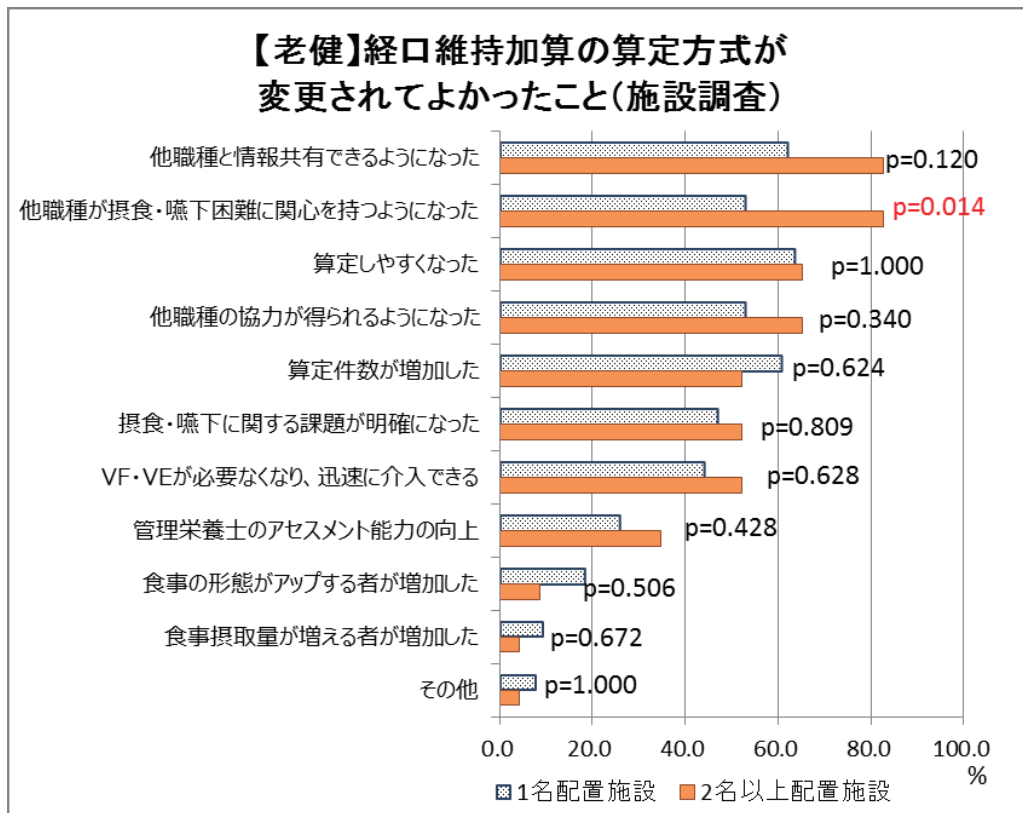


図 18 老健 経口維持加算の算定方式が変更されてよかったこと
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

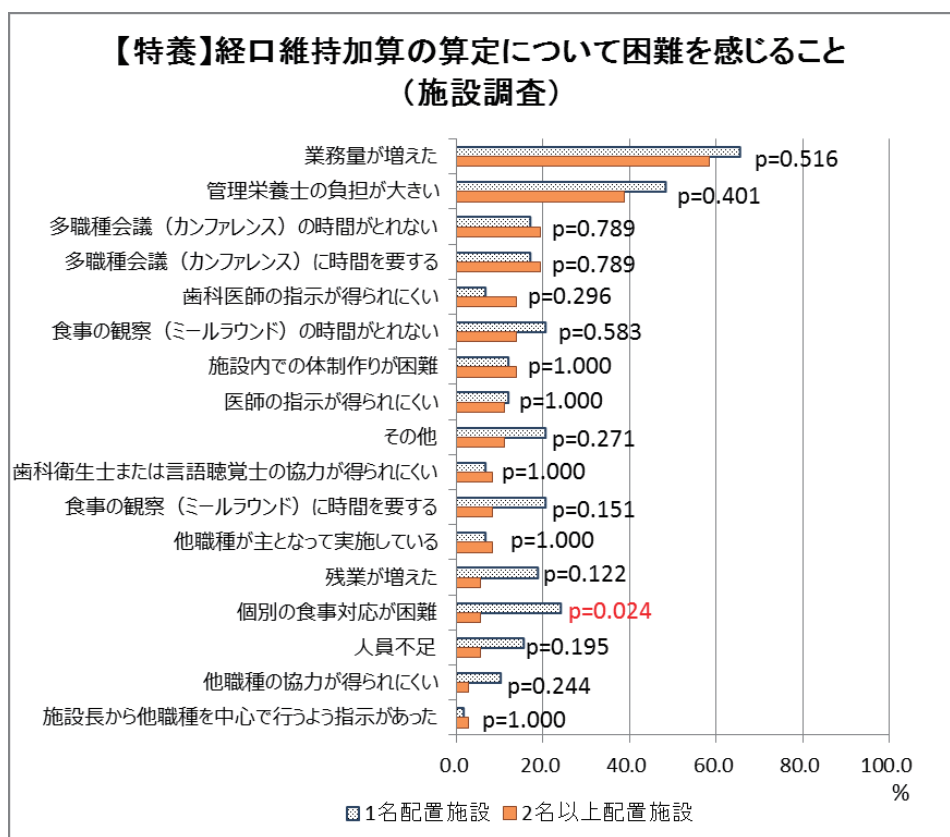


図 19 特養 経口維持加算の算定について困難を感じる事
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

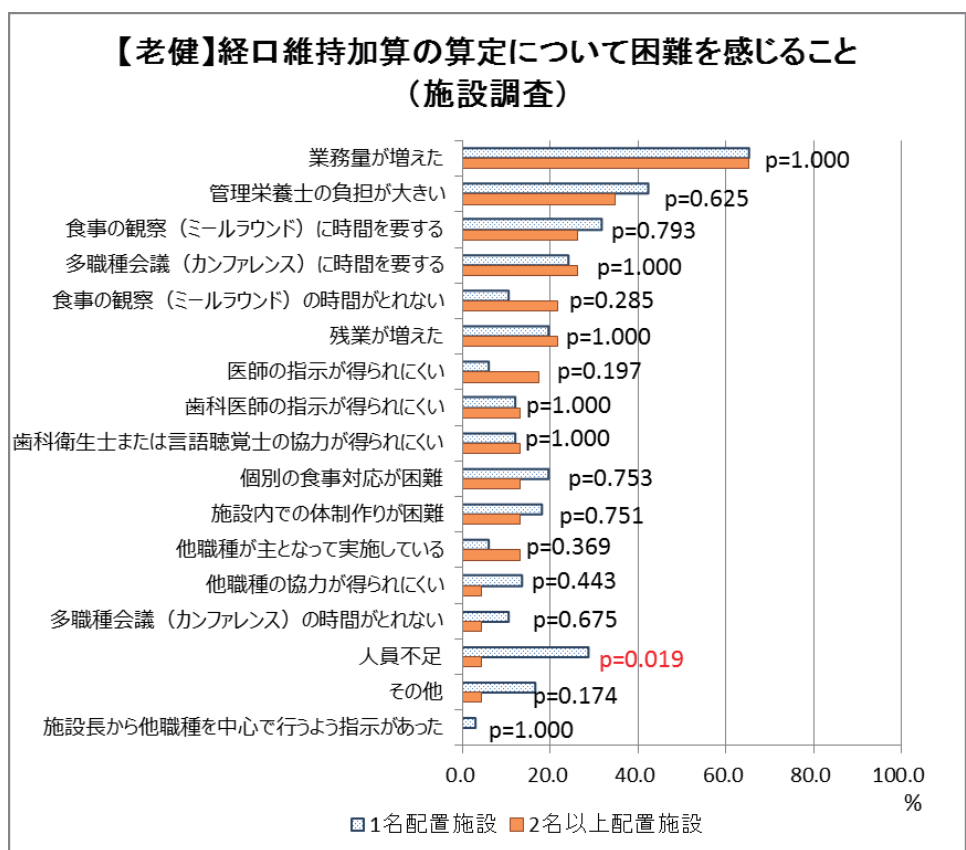


図 20 老健 経口維持加算の算定について困難を感じる事
(1 名配置施設 vs 2 名以上配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

7. 【特養】終末期の栄養ケア・マネジメント（施設調査）

入所者 80 名以上の特養において、終末期における栄養補給方法についての多職種カンファレンスを実施していると回答した施設の割合は、常勤管理栄養士 2 名以上配置施設で 80.7%（46/57 施設）であるのに対し 1 名配置施設では 63.6%（98/157 施設）であった（ $p=0.020$ ）（図 21）。

また、入所者 80 名以上の特養における終末期の栄養ケア・マネジメントについての回答は「少しでも食べられること目標にした（2 名以上配置 86.0% vs 1 名配置施設 66.9% $p=0.006$ ）」、「食事提供に関して、他職種と意見は一致した（2 名以上配置 73.7% vs 1 名配置施設 58.0% $p=0.039$ ）」、「家族の満足感は得られた（2 名以上配置 38.6% vs 1 名配置施設 20.4% $p=0.012$ ）」、「毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した（2 名以上配置 26.3% vs 1 名配置施設 12.1% $p=0.019$ ）」、「その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があった（2 名以上配置 10.5% vs 1 名配置施設 1.9% $p=0.012$ ）」、「終末期の約束食事箋のようなものがあった（2 名以上配置 7.0% vs 1 名配置施設 0.6% $p=0.019$ ）」で 2 名以上配置施設が有意に高い割合であった（図 22）。

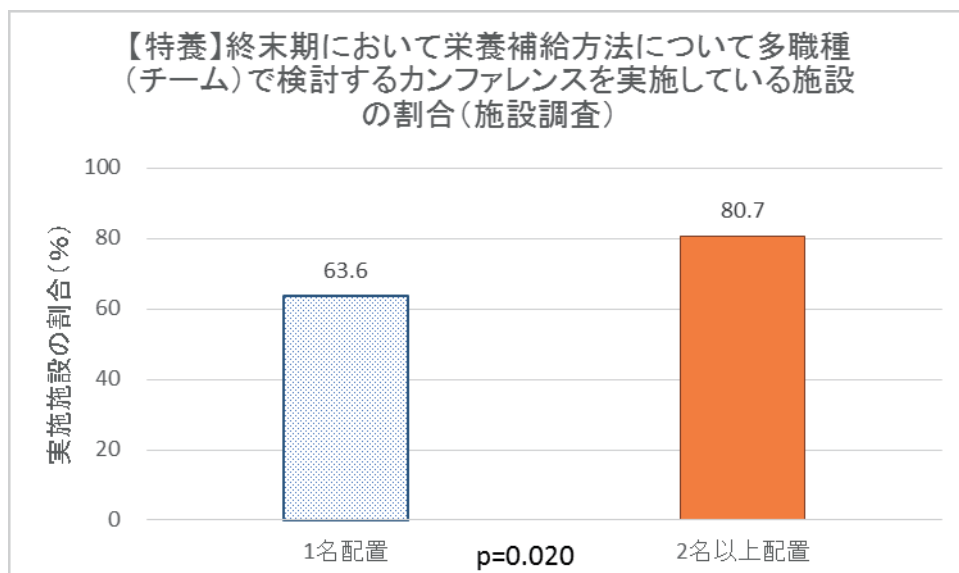


図 21 特養（入所者 80 名以上）終末期における栄養補給方法についての多職種カンファレンスの実施割合（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

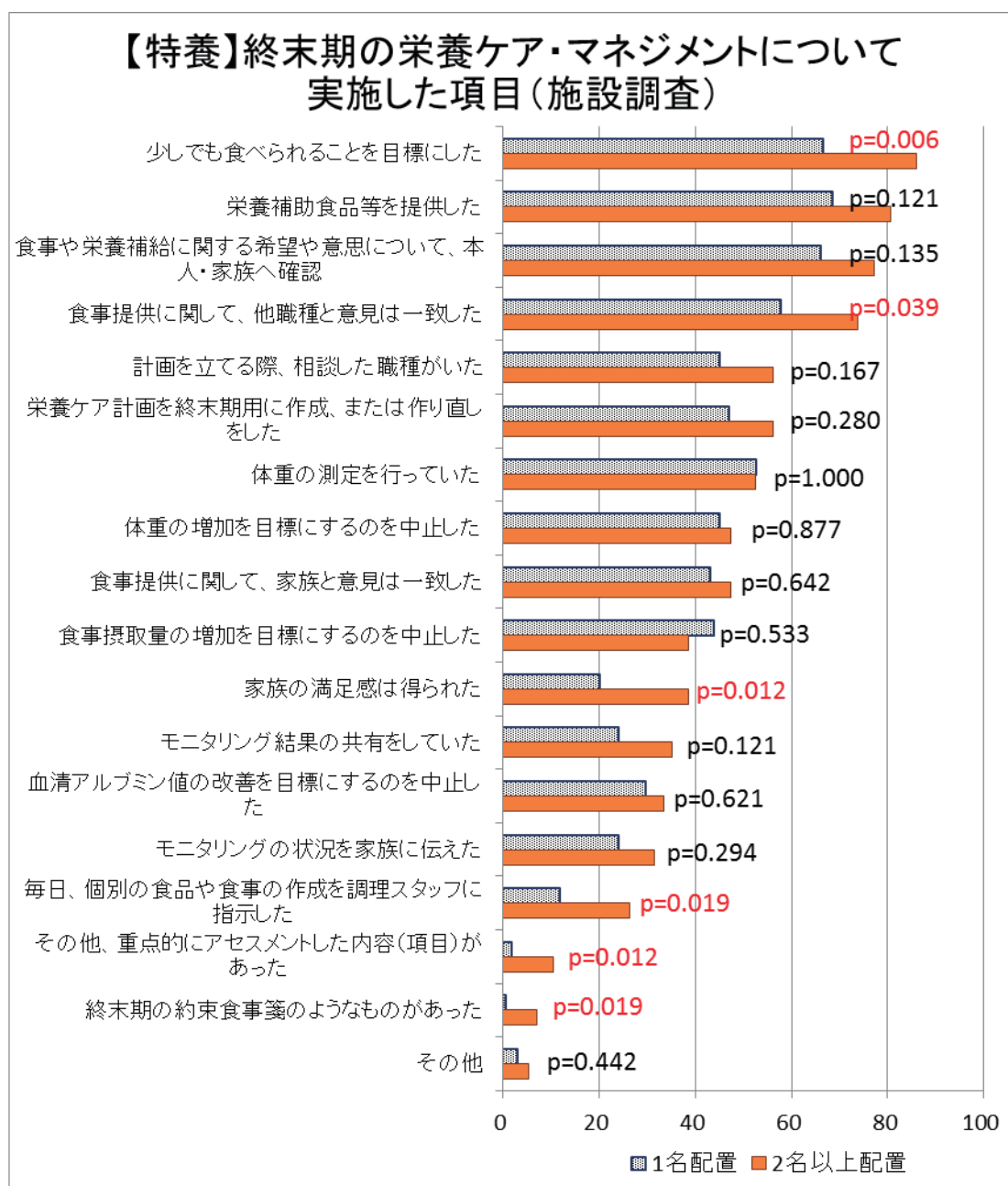


図 22 特養（入所者 80 名以上） 終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

8. 【特養・老健】在宅サービス・地域ケア部門における栄養ケア・マネジメント（施設調査）

入所者 80 名以上の特養において通所サービスを併設している施設の割合は、常勤管理栄養士 2 名以上配置施設 70.4% (38/57 施設) に対し 1 名配置施設 56.2% (86/157 施設) であった ($p=0.077$) (図 23)。入所者 80 名以上の老健において通所サービスを併設している施設の割合は、常勤管理栄養士 2 名以上配置施設 87.5% (28/32 施設) に対し 1 名配置施設 67.8% (61/90 施設) ($p=0.037$)、そのうち、栄養改善加算を算定している老健は常勤管理栄養士 2 名以上配置施設 25.0% (7/28 施設) に対し 1 名配置施設 8.2% (5/61 施設) であった ($p=0.041$) (図 24)。

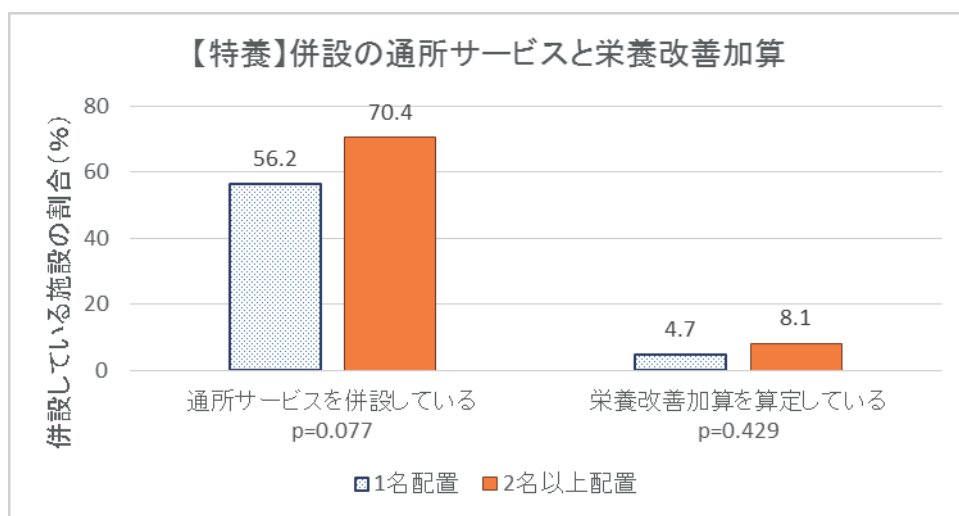


図 23 特養（入所者 80 名以上）併設の通所サービスと栄養改善加算の算定（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

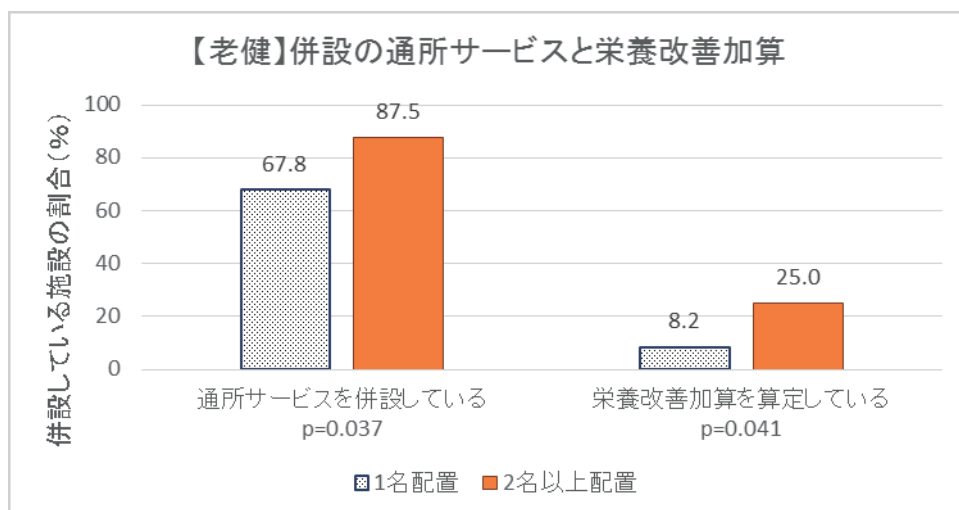


図 24 老健（入所者 80 名以上）併設の通所サービスと栄養改善加算の算定（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

また、他の在宅サービスについては、特養では「小規模多機能型居宅介護（2名以上配置施設 14.0% vs 1名配置施設 2.5% $p=0.003$ ）」、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（2名以上配置施設 24.6% vs 1名配置施設 8.9% $p=0.003$ ）」で2名以上配置施設が有意に高い割合であった（図 25）。

さらに、入所者 80 名以上の特養において、施設入所者への栄養ケア以外で実施していることとして、「コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り（2名以上配置施設 17.5% vs 1名配置施設 7.6% $p=0.035$ ）」、「配食サービスによる栄養改善（2名以上配置施設 29.8% vs 1名配置施設 12.1% $p=0.002$ ）」、「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談（2名以上配置施設 7.0% vs 1名配置施設 0.6% $p=0.019$ ）」、「地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加（2名以上配置施設 8.8% vs 1名配置施設 1.9% $p=0.033$ ）」、「ホームページで栄養の啓もう活動（2名以上配置施設 10.5% vs 1名配置施設 2.5% $p=0.024$ ）」が高い割合で実施され（図 26）、入所者 80 名以上の老健においては、「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談（2名以上配置施設 12.5% vs 1名配置施設 2.2% $p=0.040$ ）」、「その他（2名以上配置施設 15.6% vs 1名配置施設 3.3% $p=0.029$ ）」が高い割合で実施されていた（図 27）。

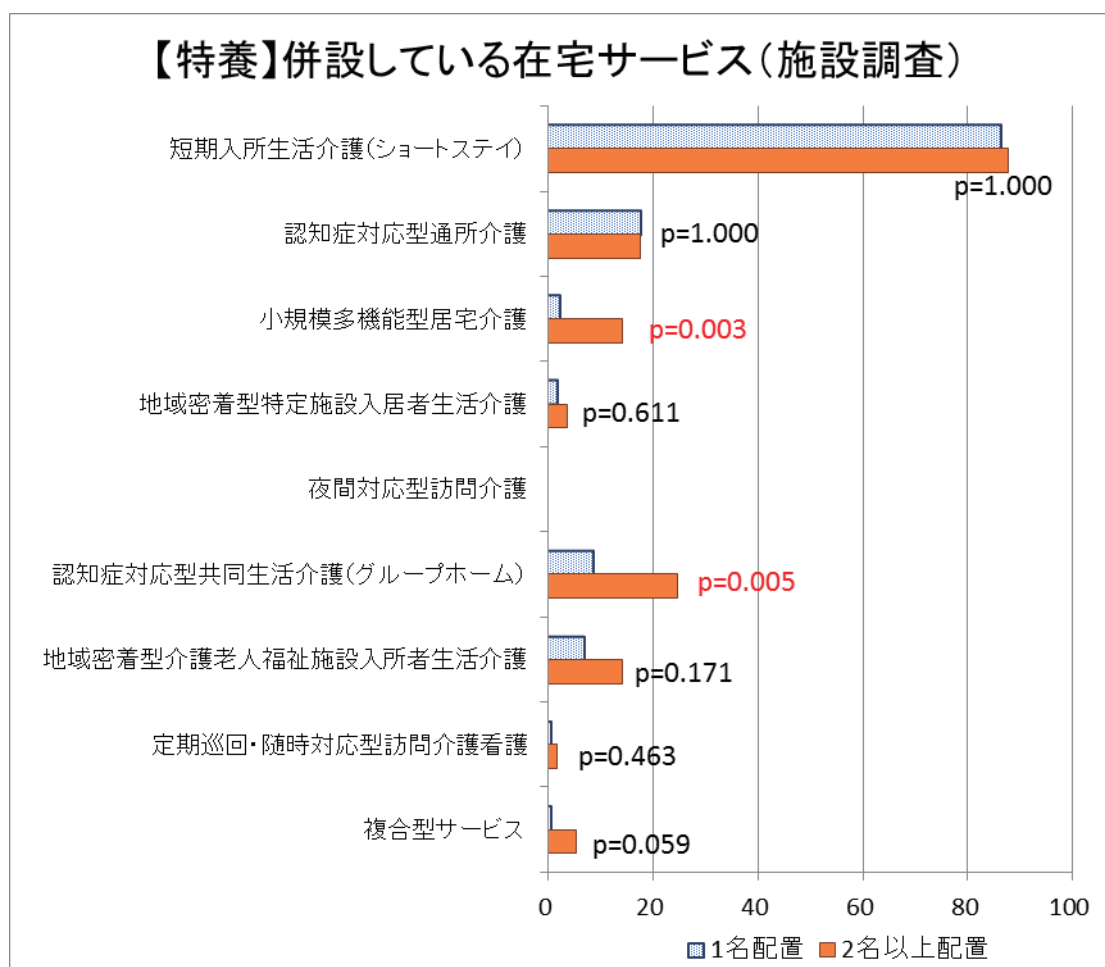


図 25 特養（入所者 80 名以上）併設している在宅サービス
（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

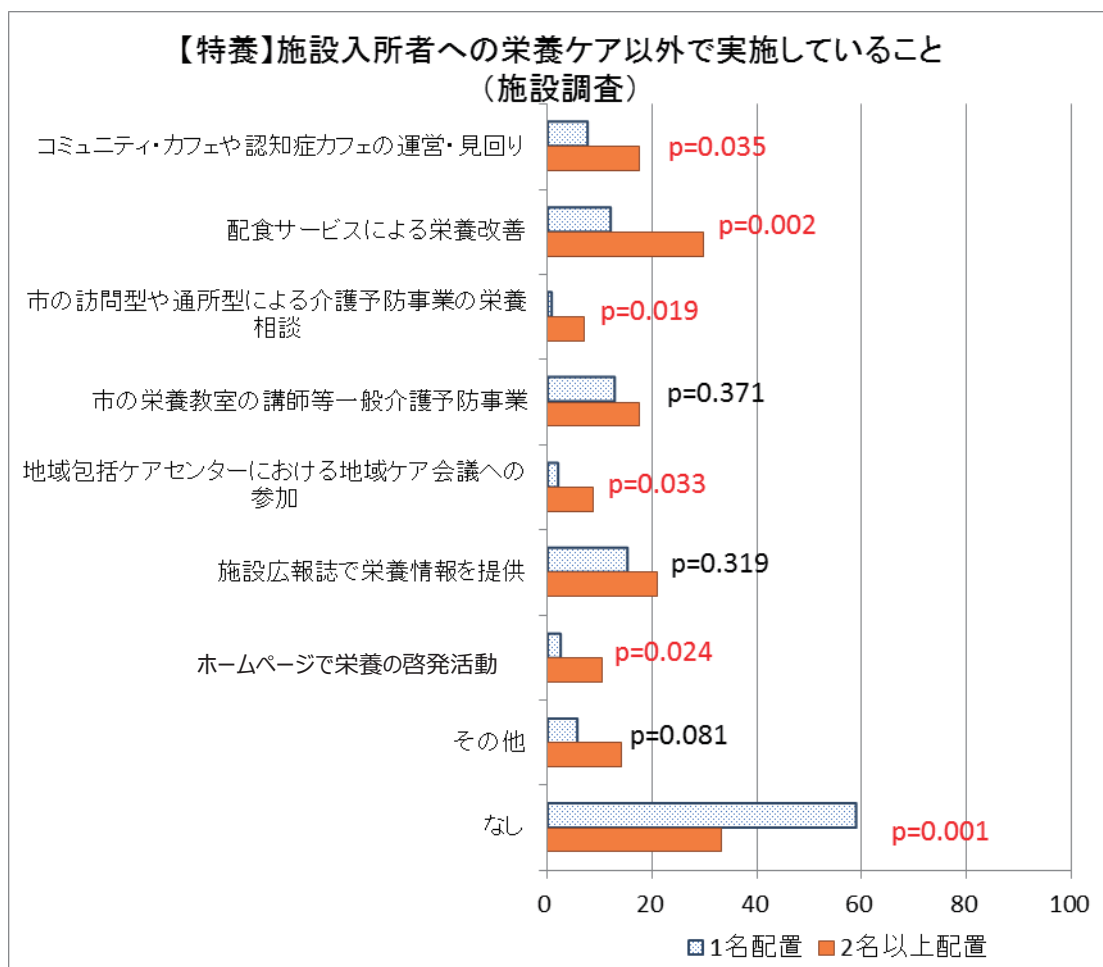


図 26 特養（入所者 80 名以上）施設入所者への栄養ケア以外で実施していること
(管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

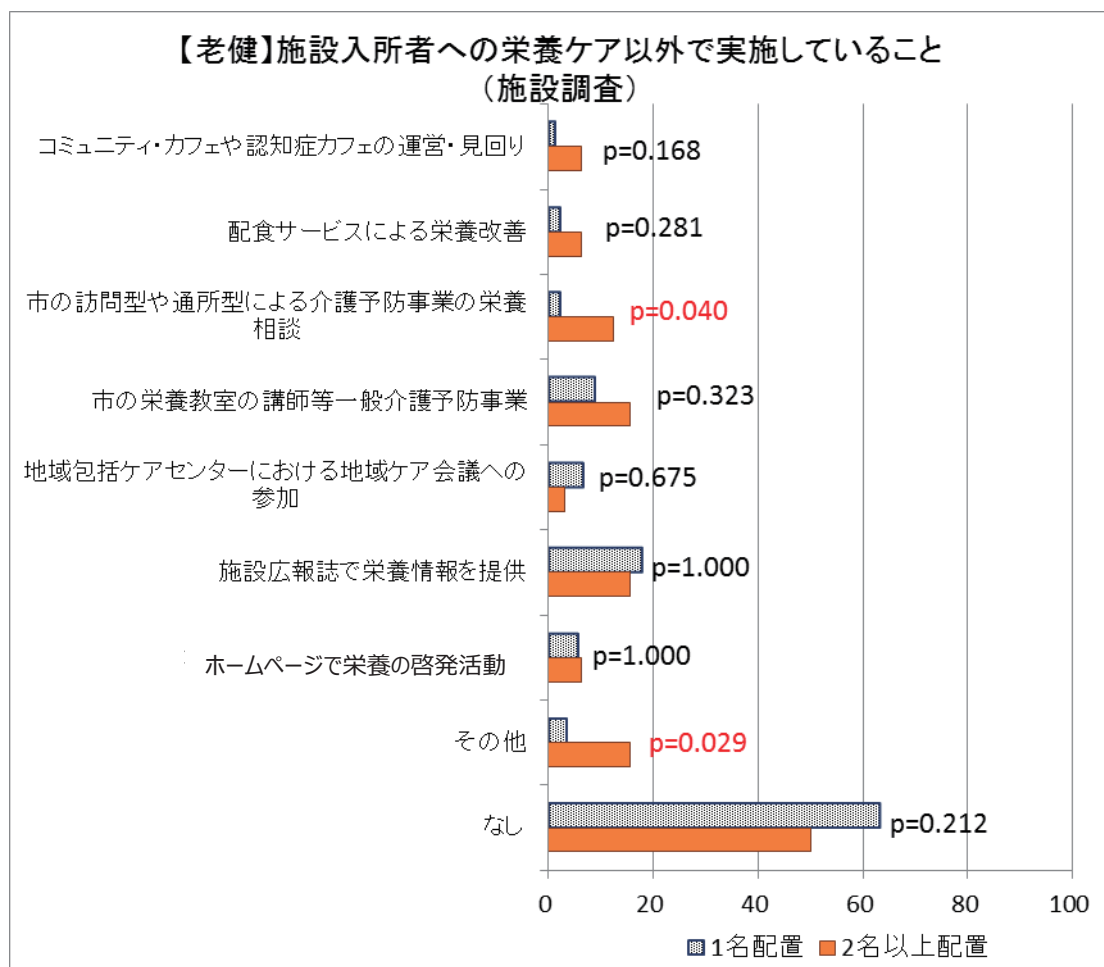


図 27 老健（入所者 80 名以上）施設入所者への栄養ケア以外で実施していること
(管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定) (施設調査)

9. 【老健】在宅復帰支援体制（施設調査・個別調査）

入所者 80 名以上の老健において、在宅強化型施設は勤管理栄養士 2 名以上配置施設 25.0%（8／32 施設）に対し 1 名配置施設 10.3%（8／90 施設）であった（ $p=0.071$ ）。また、入所者 80 名以上の老健において、「本人や家族への退所のための栄養相談」を実施していると回答した割合は、常勤管理栄養士 2 名以上配置施設 46.9%（15／32 施設）に対し 1 名配置施設 28.7%（25／90 施設）であった（ $p=0.081$ ）（図 28）。さらに、退所後訪問栄養指導加算を算定している人数の割合は、常勤管理栄養士 2 名以上配置施設 5.0%（26／524 人）に対し 1 名配置施設 0.2%（2／837 施設）であった（ $p<0.001$ ）（図 29）。

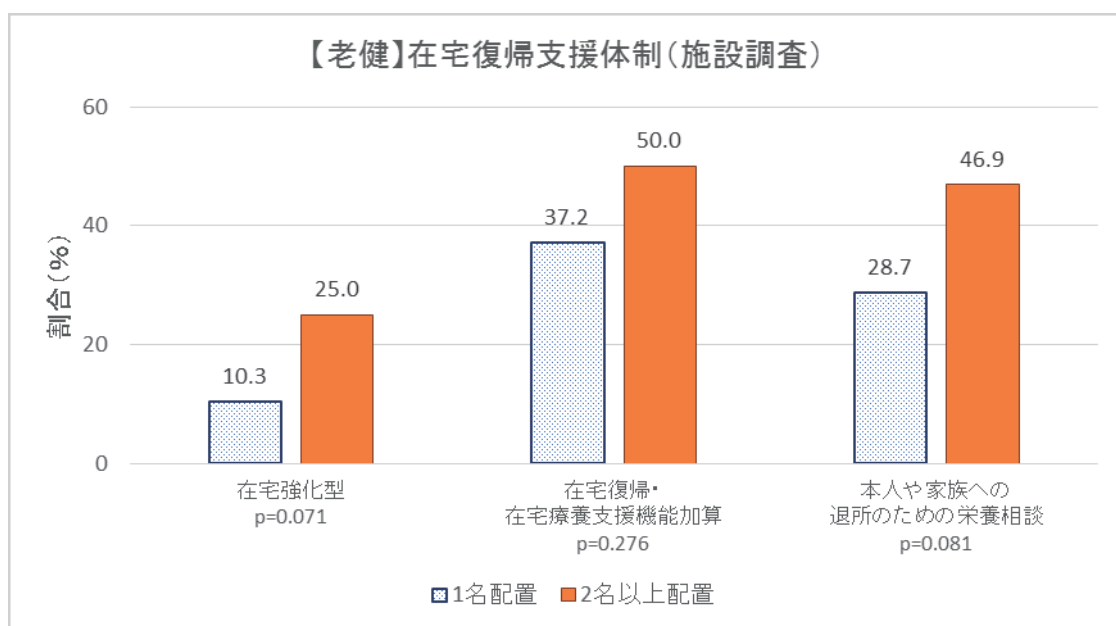


図 28 老健（入所者 80 名以上）在宅復帰支援体制
（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（施設調査）

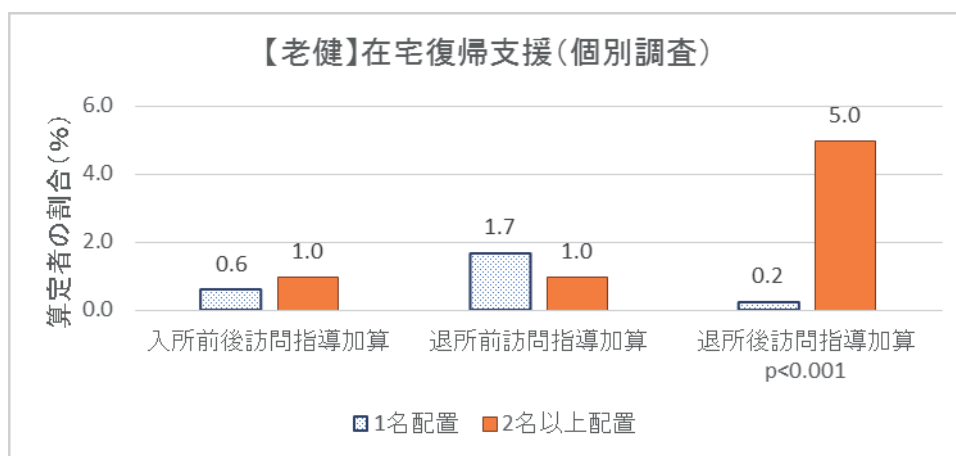


図 29 老健（入所者 80 名以上）在宅復帰支援関連加算の算定者
（管理栄養士 2 名以上配置施設 vs 1 名配置施設 χ^2 検定）（個別調査）

10. 【特養・老健】管理栄養士配置数と栄養ケア・マネジメントの手順項目（施設調査）

管理栄養士 2 名以上配置を結果変数、栄養ケア・マネジメントの手順 30 項目を予測変数とし、施設種、入所者数、平均介護度で多変量調整したロジスティック回帰分析を行った。

手順 30 項目について、「食べることを通じて、入所（院）者一人一人の自己実現をめざしている」（できている：オッズ比 2.328, $p=0.130$ 、よくできている：オッズ比 3.888, $p=0.021$ ）、「施設長は、多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る」（できている：オッズ比 1.272, $p=0.501$ 、よくできている：オッズ比 2.209, $p=0.034$ ）、「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る」（できている：オッズ比 2.761, $p=0.063$ 、よくできている：オッズ比 3.121, $p=0.043$ ）、「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る」（できている：オッズ比 1.870, $p=0.077$ 、よくできている：オッズ比 2.608, $p=0.013$ ）がよくできているほど管理栄養士 2 名以上配置は推進されていた（図 30）。

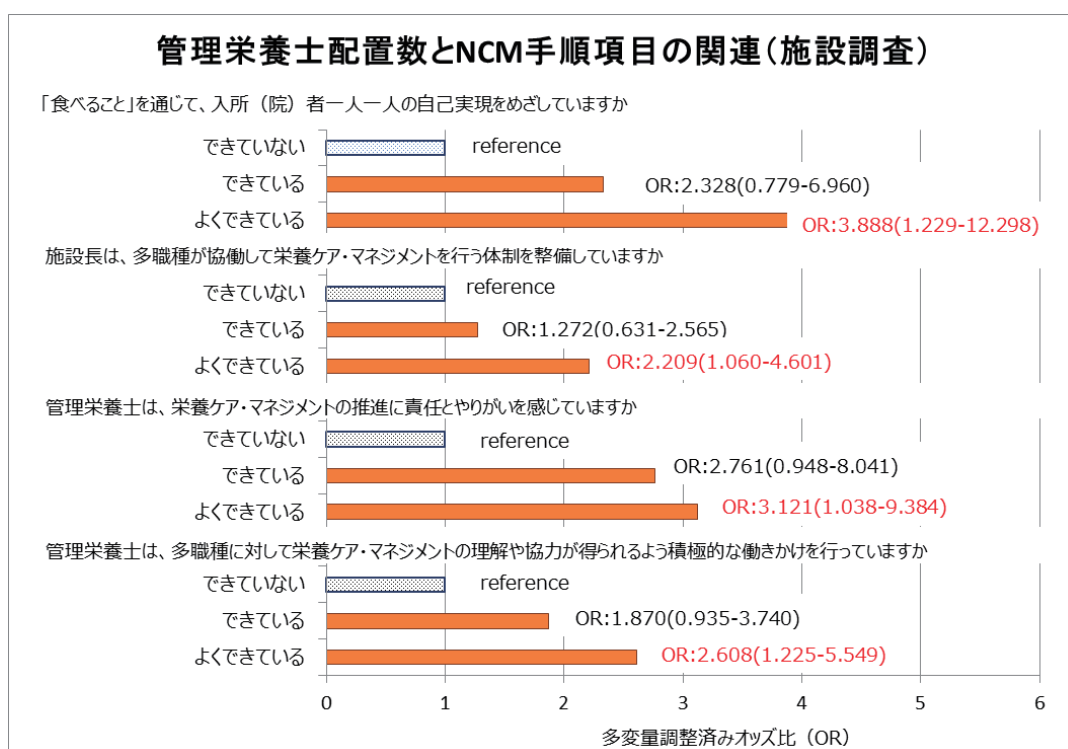


図 30 特養・老健 管理栄養士配置数と NCM 手順項目の観点

（管理栄養士 2 名以上配置を結果変数とした多変量調整ロジスティック回帰分析
調整変数：施設種、入所者数、平均要介護度）（施設調査）

以上の結果から、介護保険施設（特養・老健）における「重点的な栄養ケア・マネジメント」を提供するための体制として、常勤管理栄養士が入所者 80 名あたり 2 名以上配置されている施設では、多職種連携が推進されていることによる経口維持加算の算定や終末期の栄養ケアへの対応がなされ、このことはⅢの訪問調査から具体的な取り組みとして確認された。さらに、通所および在宅・地域ケア部門における人的資源の確保が充実し、その結果として特養では入院が抑制、老健では在宅復帰が促進され、施設として求められる機能が十分に発揮されていると考えられた。さらに、Ⅳの医療から、特養における成果は、介護保険施設と連携する慢性期療養病床や一般病院においても適用されると考えられる。

I. 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（施設調査）

目 的

本研究は、平成 30 年度の介護保険制度改正のために、平成 27 年度の改正のテーマであった「高齢者の口から食べる楽しみの支援の充実」に貢献できる栄養ケア・マネジメント（以下 NCM）の体制と取り組みに関する重点的な報酬上の評価のあり方について、全国規模の介護保険施設（介護老人福祉施設：以下特養、介護老人保健施設：以下老健）を対象とした横断的な実態調査からの根拠を提示することを目的とした。

特養においては、終末期における口から食べる楽しみを支援して（経口維持）の看取りのために、老健においては、在宅復帰に向けての経口維持の継続的支援のための NCM における体制（管理栄養士配置数）と取り組みについての重点化のため、以下について検討した。

- ① 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、看取り介護加算及びターミナルケア加算、老健における在宅復帰支援のための関連加算取得状況、体制、取り組みの現状と課題
- ② ①の加算算定によるメリット、デメリットや加算算定を困難にしている要因
- ③ 地域包括ケアシステムの栄養・食事サービスの要となる施設管理栄養士による併設事業所や介護予防・日常生活総合支援事業等の関わりの現状と課題
- ④ 入所者 80 名以上で管理栄養士 1 名配置と 2 名以上配置とで比較した栄養ケア・マネジメントに関する現状
- ⑤ 死亡（施設内看取り）、入院、在宅復帰（老健）、最期まで経口摂取を維持したまま看取った者の件数等のアウトカムや①の経口維持等の加算算定、管理栄養士の配置数に関連する NCM 体制や取り組みに関する要因

方 法

1. 対象施設と対象者

特養、老健の全国 11,345 施設（特養；7,249 施設、老健；4,096 施設 平成 26 年介護サービス施設・事業所調査）のうち定員数 30 床未満を除外し、ホームページ上に掲載された登録名簿に基づいて施設種、地域ブロック、床数別に階層化し 3 割無作為抽出した 3,054 施設（特養 1,928 施設、老健 1,126 施設）の施設長及び管理栄養士に依頼状を送付し、回答対象者は管理栄養士とした。

2. 調査方法

郵送により留め置いた無記名の調査票を用いて、対象施設の管理栄養士が平成 28 年 7 月 31 日時点での状況について、以下の 3) 調査内容について回答するもので、調査への協力は対象者の自由な意志に任され、同封した後納封筒により回収した。

3. 調査内容

調査項目は、【構造】、【経過】、【結果】に分類し、以下の通りであった。

【構造】に関する項目は、施設種、要介護度別入所者数、同一法人内のサテライト型施設の有無、栄養部門の人員構成、給食管理体制（直営・委託）、管理栄養士2名以上の配置の有無とその理由、食事の形態調整をしている者の数、とろみ調整食品を使用している者の数、摂食嚥下調整食用語の使用状況、入退所時の情報連携の有無、加算算定の有無（件/月、無の場合にはその理由）（栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、療養食加算（種類）、看取り介護加算及びターミナルケア加算（管理栄養士の参加状況を含める））、低栄養状態のリスクレベル別人数、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の取り組み状況、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士の配置や協力状況、老健における在宅復帰支援の取り組み状況、通所サービス事業所の有無（有の場合は栄養改善加算の算定（件/月）、無の場合にはその理由）と管理栄養士兼任の有無、併設のサテライト型施設、地域密着型サービス、短期入所等の有無（有の場合は、管理栄養士のNCM他業務上の関わりの有無）、管理栄養士の介護予防・日常生活支援総合事業や地域ケア会議等の参加状況とした。

【経過】に関する項目は、平成17年度10月厚生労働省老人保健課長通知に基づくNCMの手順8領域30項目（平成18年度調査と同様の項目）、業務時間に占めるNCM・給食管理、その他の業務時間割合（自己申告）、老健に対しては、退所者支援のための栄養相談実施の有無・頻度・時期、自宅訪問の有無（有の場合には同行者、訪問時期）、退所支援入所者特性とした。

【結果】に関する項目は、1ヶ月間（平成28年7月）の新入所者数（再入所を含む）、退所者（死亡者を除く）、入院者数、入院者のうち誤嚥性肺炎での入院者数、経管栄養の者の数、褥瘡がある者の数、老健においては在宅復帰者数、1年間（平成27年8月1日から平成28年7月31日）の死亡者（施設内看取り）数、最期まで経口摂取（プリン・アイス等や水分補給等を含む）を維持したまま看取った者の数とした。

4. 調査実施と回収状況

平成28年8月23日に調査対象施設の施設長及び管理栄養士の連名の封筒に、依頼状、調査票への記載要領、無記名の施設調査票、「今後の個別栄養ケア・マネジメント調査へのご協力をお願い」状、特養については全国老人福祉施設協議会の協力依頼の添え状とともに郵送した。

1ヶ月後に特養516施設（26.0%）、老健177施設（15.0%）合計693施設（22.0%）から回収され、各施設種ともに当初予定した1割以上が回収された。その後、11月上旬に督促のための葉書の特養1,830施設、老健1,081施設 計2,911施設（住所不明及び住所の記載された調査協力書が返送された施設を除外）に郵送し、11月末までに特養54

施設、老健 19 施設から追加回収され、特養 570 施設（29.0%）、老健 196 施設（17.0%）の全 766 施設（25.0%）を分析対象とした。

5. 解析

郵送により回収した調査票からの連結不可能匿名化されたデータベース（Excel シート）への入力、日本健康・栄養システム学会が個人情報保護管理の規定に基づいて委託契約をした（株）ヘルスケアテクノが行い、その後、データベースはパスワード付き CD に保管され、委員長の神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室（杉山みち子）に書留送付された。当該データベースに基づき、基礎集計、施設種別クロス集計による各構成要因の実施状況について検討した。入所者 80 名当たり管理栄養士 1 名配置と 2 名以上配置を比較し、入所者 80 名当たり管理栄養士 2 名以上配置とした場合に重点的に行われる業務内容をクロス集計によって分析した。

【結果】の項目のうち1年間（平成27年8月1日から平成28年7月31日まで）の「死亡者（施設内看取り）」「最期まで経口摂取を維持したまま看取った者」、1ヶ月間（平成28年7月）の「入院者」、老健においては「在宅復帰者」の人数を結果変数とし、それぞれの分布から中央値を用いて2分位とした。また、【構造】の項目のうち、「管理栄養士2名以上配置の有無」「経口維持加算（Ⅰ）算定の有無」「経口維持加算（Ⅱ）算定の有無」「看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の有無」「最期まで経口摂取を維持しての看取りの実施体制の有無」を予測変数、「施設種」「入所者数」「平均介護度」を調整変数として多変量調整したロジスティック回帰分析を行い、結果変数に関連する要因について検討した。

さらに、【構造】の項目「管理栄養士2名以上配置の有無」「経口維持加算（Ⅰ）算定の有無」「経口維持加算（Ⅱ）算定の有無」「看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の有無」「最期まで経口摂取を維持しての看取り実施体制の有無」を結果変数とし、

【経過】の項目のうち「NCMの手順8領域30項目」の各項目を<できていない>、<できている>、<よくできている>の3区分したものを予測変数とし、「施設種」「入所者数」「平均介護度」を調整変数として多変量調整したロジスティック回帰分析を行い、経口維持や終末期の加算体制や取り組み、あるいは管理栄養士の配置体制に関連する NCMのプロセスについて検討した。分析には、SPSS (ver.23.0 for Windows) を用いた。

6. 倫理的配慮

当該調査は、無記名の調査票に施設の実態調査であり、襲侵性がなく個人情報も含まない。神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査による承認を得て行った。

結 果 [図表は当該本文の最後に添付]

1. 施設入所者数による区分

特養 570 施設、老健 196 施設、全 766 施設の平均入所者数は、特養では平均定員数 75.1 名に対し 73.6 名、老健では平均定員数 91.9 名に対し 83.2 名、全体平均定員数 79.4 名に対し 76.0 名であった（表 I-1）。さらに、特養入所者の中央値は 70 名、老健入所者の中央値は 85 名、全入所者の中央値は 76 名であり、これらの分布から、入所者数を 80 名以上と 80 名未満に区分して集計した。

2. 入所者の特性

要介護度別入所者数、新入所者（再入所を含む）、退所者（死亡者を除く）、入院者、入院した者のうち誤嚥性肺炎で入院した者、在宅復帰者、経管栄養の者、褥瘡がある者、死亡者（施設内看取り）、食事の形態調整をしている者、とろみ調整食品を使用している者、低栄養状態のリスクレベル別等の人数及びパーセンテージは表 I-2 の通りであった。

3. 管理栄養士の配置と特性

管理栄養士の勤務形態は、「常勤」が特養 532 名（99.8%）、老健 191 名（100.0%）であった。配置数は、「一名配置」が特養 456 施設（80.0%）、老健 155 施設（79.1%）、「二名配置」が特養 97 施設（17.0%）、老健 35 施設（17.9%）、「三名以上配置」が特養 17 施設（3.0%）、老健 6 施設（3.1%）であった（表 I-3）。

入所者 80 名以上の施設に勤務する管理栄養士の配置数は、「一名配置」が特養 157 施設（73.4%）、老健 90 施設（73.8%）、「二名配置」が特養 47 施設（22.0%）、老健 27 施設（22.1%）、「三名以上配置」が特養 10 施設（4.7%）、老健 5 施設（4.1%）、すなわち、入所者 80 名以上に管理栄養士を 2 名以上配置している施設は、特養 26.7%、老健 26.2% であり、4 分の 1 以上の施設であった。管理栄養士の特性としては、「第 20 回以降の管理栄養士国家試験合格者」、すなわち、新カリキュラムによって栄養ケア・マネジメントを履修している者が特養 73 名（36.7%）、老健 52 名（45.6%）、「介護支援専門員の資格取得者」が特養 57 名（27.4%）、老健 13 名（10.7%）であった。また、「在宅訪問栄養相談の経験あり」が特養 23 名（11.1%）、老健 13 名（10.7%）であった（表 I-4）。

4. 基本集計から

1) 栄養マネジメント加算

栄養マネジメント加算は、特養 535 施設（94.0%）、老健 195 施設（99.5%）、で算定されていた。栄養マネジメント加算を算定していない施設は、36 施設（4.6%）であり、算定できない理由としては、「管理栄養士の採用困難」13 施設（37.1%）、「施設長の判断」8 施設（22.9%）等が挙げられていた。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は「1 人」が特養 455 施設（84.3%）、老健 161 施設（83.0%）、次いで「2 人」

が特養 70 施設 (13.0%)、老健 30 施設 (15.5%) であった (表 I-3)。

栄養マネジメント加算の平均算定件数は、1 ヶ月間で特養 2173.4(SD 803.7)件、老健 2491.6(SD745.7)件であった。これらの管理栄養士の栄養ケア・マネジメントの経験平均年数は特養 8.0(SD4.7)年、老健 7.3(SD4.9)年であった。また、1 日の業務時間を 100%とした場合の業務割合では、「栄養ケア・マネジメント」が特養 37.1(SD18.5)%、老健 43.9(SD18.9)%、「給食管理」が特養 30.0(SD20.0)%、老健 27.4(SD18.3)%であった (表 I-2)。

入所者 80 名以上で管理栄養士が 2 名以上配置されていない理由には、「施設長の姿勢や理解」が特養 66 施設 (42.0%)、老健 32 施設 (35.6%)、「事務長の姿勢や理解」が特養 25 施設 (15.9%)、老健 41 施設 (45.6%) と多数を占め、管理者に因るところが大きかった。一方、入所者 80 名以上で管理栄養士が 2 名以上配置されている理由として、「施設長の姿勢や理解」が特養 31 施設 (54.4%)、老健 9 施設 (28.1%)、「事務長の姿勢や理解」が特養 15 施設 (26.3%)、老健 10 施設 (31.3%)、「栄養ケア・マネジメントの推進のため」が特養 26 施設 (45.6%)、老健 15 施設 (46.9%)、「業務効率を高めるため」が特養 21 施設 (36.8%)、老健 11 施設 (34.4%) であり、多くの施設で栄養ケア・マネジメントの推進を図ることを理由に、管理栄養士が 2 名以上配置されていた (表 I-4)。

2) 経口移行加算

経口移行加算は、特養 27 施設 (4.7%)、老健 32 施設 (16.3%) で算定されていた (表 I-3)。1 ヶ月間の平均算定件数は、特養 17.8±29.4 件、老健 15.1±16.0 件であった (表 I-2)。経口移行加算を算定していない理由として、「嚥下の評価が困難」が特養 164 施設 (44.4%)、老健 25 施設 (39.1%)、「対象者がいない」も特養 136 施設 (35.5%)、老健 38 施設 (55.1%) で回答されていた (表 I-3)。

入所者 80 名以上の施設においては、特養 15 施設 (7.0%)、老健 20 施設 (16.4%) で算定され、また、入所者 80 名未満の施設では、特養 11 施設 (3.0%)、老健 12 施設 (16.9%) で算定されていた。特養においては、入所者 80 名以上の施設では、入所者 80 名未満の施設に比べて、経口移行加算の算定割合は高かったが、老健ではほぼ同じ割合の算定であった (表 I-4)。

3) 経口維持加算 (I) (II) : ミールラウンド体制と取り組み

経口維持加算 (I) は、特養 205 施設 (36.0%)、老健 132 施設 (67.3%) で算定され、経口維持加算 (II) は、特養 120 施設 (21.1%)、老健 86 施設 (43.9%) で算定されていた (表 I-3)。

1 ヶ月間の平均算定件数は、経口維持加算 (I) で特養 24.1(SD21.5)件、老健 18.8(SD14.9)件であり、経口維持加算 (II) で特養 25.9(SD23.3)件、老健 19.9(SD17.5)件であった (表 I-2)。

入所者 80 名以上の施設においては、経口維持加算（Ⅰ）が特養 94 施設（43.9%）、老健 89 施設（73.0%）で算定され、経口維持加算（Ⅱ）が特養 58 施設（27.1%）、老健 57 施設（46.7%）で算定されていた。経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定するにあたって行われていた摂食・嚥下機能検査の内容として、「水飲みテスト」が特養 57 施設（60.6%）、老健 75 施設（84.3%）、「頸部聴診法」が特養 36 施設（38.3%）、老健 39 施設（43.8%）、「咀嚼能力・機能の検査」が特養 21 施設（22.3%）、老健 23 施設（25.8%）、「その他」が特養 31 施設（33.3%）、老健 23 施設（25.8%）であり、「嚥下内視鏡検査」は特養 14 施設（14.9%）、老健 2 施設（2.2%）、「嚥下造影検査」は特養 1 施設（1.1%）、老健 5 施設（5.6%）にすぎなかった。経口維持加算の算定に関わっている協力病院や歯科医院の口腔専門職は、「歯科医師」が特養 72 施設（79.1%）、老健 48 施設（55.8%）、「歯科衛生士」が特養 58 施設（63.7%）、老健 33 施設（39.3%）、「言語聴覚士」が特養 14 施設（16.1%）、老健 31 施設（36.5%）と、経口維持加算（Ⅱ）を算定している施設の割合を上回る協力体制が整備されていた（表Ⅰ-4）。

管理栄養士単独でのミールラウンドが「週に 5 日以上」行われている特養は 81 施設（40.1%）、老健 52 施設（40.6%）であり、「週に 3～4 日」では、特養 73 施設（36.1%）、老健 47 施設（36.7%）であった。一方、多職種によるミールラウンドは、「月に 1 日以下」が特養 54 施設（26.7%）、老健 37 施設（28.2%）と最も多かった（表Ⅰ-3）。

入所者 80 名以上の施設においても、管理栄養士単独でのミールラウンドが「週に 5 日以上」行われている特養が 37 施設（39.8%）、老健 33 施設（38.4%）であり、「週に 3～4 日」では、特養 36 施設（38.7%）、老健 34 施設（39.5%）と、合わせて 80%近い施設において、管理栄養士単独によるミールラウンドが日常的に行われていた。一方、多職種によるミールラウンドは、「月に 1 日以下」が特養 27 施設（29.0%）、老健 26 施設（29.5%）であり、全体の結果と変わりはない。なお、入所者 80 名未満の施設においてもほぼ同様の結果であった（表Ⅰ-4）。

ミールラウンドの参加者は、「管理栄養士」が特養 196 施設（95.6%）、老健 128 施設（97.0%）と極めて高く、そのほか「看護職員」が特養 190 施設（92.7%）、老健 124 施設（93.9%）、「介護職員」が特養 193 施設（94.1%）、老健 121 施設（91.7%）と高い割合を示していた。特養では他に「介護支援専門員」が 150 施設（73.2%）、「相談員」が 27 施設（13.2%）と福祉職の参加が多く、「歯科衛生士」66 施設（32.2%）や「歯科医師」58 施設（28.3%）のミールラウンド参加も多かった。老健では、「医師」が 56 施設（42.4%）、「言語聴覚士」が 73 施設（55.3%）、「作業療法士」が 64 施設（48.5%）、「理学療法士」が 70 施設（53.0%）と、医師やリハビリテーション専門職の参加が多かった。カンファレンス参加者の構成もほぼ同様の傾向がみられた。カンファレンスの頻度は、「月に 1 日以下」が特養 111 施設（55.5%）、老健 53 施設（40.5%）、「月に 2～3 日」が特養 61 施設（30.5%）、老健 37 施設（28.2%）であった（表Ⅰ-3）。入所者 80 名以上及び 80 名未満に区分した場合の結果もこれとほぼ同様であった（表Ⅰ-4）。

経口維持加算の算定方式が変更されて良かったこと、すなわちメリットとして、「算定しやすくなった」が特養 115 施設 (56.1%)、老健 80 施設 (60.6%)、「他職種と情報共有できるようになった」が特養 130 施設 (63.4%)、老健 91 施設 (68.9%) と特養・老健ともに過半数以上によって回答されていた。さらに、老健では「他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった」が 81 施設 (61.4%)、「他職種の協力が得られるようになった」が 80 施設 (60.6%) と回答が多かった (表 I-3)。

一方、経口維持加算の算定について困難と感じていることは、「業務量が増えた」が特養 122 施設 (59.5%)、老健 90 施設 (68.2%) と 6 割を上回り、また、「管理栄養士の負担が大きい」が特養 75 施設 (36.6%)、老健 56 施設 (42.4%) と多く回答されていた。

経口維持加算 (I) を算定していない理由として、「嚥下の評価が困難」が特養 150 施設 (41.7%)、老健 19 施設 (32.2%) と多く挙げられ、さらに特養では「医師の指示が得られにくい」も 109 施設 (30.1%) と高かった。経口維持加算 (II) を算定していない理由も同様に、「嚥下の評価が困難」が特養 145 施設 (39.6%)、老健 19 施設 (29.7%) で挙げられた。次いで特養では、「医師の指示が得られにくい」が 110 施設 (29.9%)、老健では、「人員不足」が 21 施設 (32.3%)、「他職種の協力が得られにくい」が 18 施設 (28.1%) であった (表 I-3)。

入所者 80 名以上及び 80 名未満に区分した場合にも、ミールラウンド及びカンファレンスの参加者や経口維持加算の算定方式が変更されて良かったこととして挙げられた項目はほぼ同様の割合であった。経口維持加算の算定について困難と感じていることは、「管理栄養士の負担が大きい」が入所者 80 名以上の特養で 42 施設 (44.7%)、入所者 80 名未満の特養で 31 施設 (28.4%) であり、入所者が多いほど困難と感じている割合が多かった。老健においては、入所者数によって「管理栄養士の負担が大きい」という回答に差はみられなかった (表 I-4)。

経口維持加算 (I) (II) を算定していない理由も入所者 80 名以上及び 80 名未満によって異なることはなく、全体での結果とほぼ同様であった (表 I-4)。

4) 看取り介護加算／ターミナルケア加算の取り組み

調査月 1 ヶ月間に施設内で看取った者のうち、看取り介護加算及びターミナルケア加算の算定が行われていたのは、特養 207 施設 (37.4%)、老健 61 施設 (31.4%) であった (表 I-3)。平均算定人数は、特養 1.5(SD1.4)名、老健 1.7(SD2.1)名であり、1 年間の死亡者 (施設内看取り) の数は、特養 8.8(SD8.2)名、老健 7.3(SD7.5)名であった (表 I-2)。

入所者 80 名以上の特養では、看取り介護加算は調査月に 95 施設 (45.2%) で算定され、110 施設 (52.4%) で看取りの取り組みが行われていた。入所高齢者の終末期を判断する状況として、「嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき」が 130 施設 (60.7%)、「日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき」が 128 施設 (59.8%)、「体

重減少率が増加してきた場合」が 86 施設 (40.2%) で回答されていた (表 I-4)。

また、入所者 80 名以上の老健では、ターミナルケア加算が調査月に 43 施設 (35.2%) で算定され、60 施設 (50.0%) でターミナルケアが行われていた。終末期の判断は、「積極的な治療的医療を行わない状況になったとき」が 70 施設 (57.4%)、「日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき」が 66 施設 (54.1%)、「上記以外の病態の変化があった場合」が 49 施設 (40.2%) であった (表 I-4)。

終末期の栄養補給方法は、特養 366 施設 (66.2%)、老健 106 施設 (56.1%) において、多職種 (チーム) で検討するカンファレンスが行われていた。管理栄養士が終末期の栄養ケア・マネジメントとして実施したことは、「食事や栄養補給に関する希望や意思について、本人・家族へ確認」が特養 367 施設 (64.4%)、老健 118 施設 (60.2%)、「少しでも食べられることを目標にした」が特養 394 施設 (69.1%)、老健 125 施設 (63.8%)、「栄養補助食品等を提供した」が特養 357 施設 (62.6%)、老健 115 施設 (58.7%)、「食事提供に関して、他職種と意見は一致した」が特養 311 施設 (54.6%)、老健 105 施設 (53.6%) であり、「栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直した」も特養 242 施設 (42.5%)、老健 83 施設 (42.3%) と 4 割以上の施設で回答されていた (表 I-3)。

入所者 80 名以上の特養 144 施設 (68.2%)、老健 62 施設 (53.4%) も同様の割合で多職種による検討が行われていたが、入所者 80 名未満の特養においては、120 施設 (35.6%) と多職種による検討が行われる割合が少なかった (表 I-4)。

5) 老健における在宅復帰支援の取り組み

老健全体の在宅強化型施設は 37 施設 (20.6%)、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定している施設は 67 施設 (38.5%)、1 ヶ月平均 1.4(SD0.5)件であった (表 I-2,3)。

入所前後訪問指導加算は 63 施設 (35.6%) で算定され、1 ヶ月平均 1.9(SD2.2)件であったが、管理栄養士の参加は 4 施設 (6.5%) であった。また、在宅復帰支援のために、リハビリテーション専門職を主体として多職種で在宅訪問を行い、退所支援をするための退所前訪問指導加算は 84 施設 (47.5%) で算定され、1 ヶ月平均 2.3(SD3.0)件、そのうち管理栄養士の参加は 8 施設 (9.5%)、退所後訪問指導加算は 44 施設 (24.9%) で算定され、1 ヶ月平均 2.0(SD2.2)件であったが、そのうち管理栄養士の参加は 4 施設 (9.3%) と各種加算算定による取り組みに管理栄養士の参加が少ない現状があった (表 I-2,3)。

しかし、加算算定にはならない管理栄養士による退所支援への関わりについては、「本人や家族への退所のための栄養相談を実施している」が 71 施設 (37.2%)、「在宅復帰支援を強化する場合の栄養相談実施回数 (1 回)」が 52 施設 (77.6%)、「通常の退所支援の場合の栄養相談の実施回数 (1 回)」が 60 施設 (90.9%) であった。また、退所のための栄養相談を実施していない理由として、「書面による情報提供を実施しているため」が 81 施設 (67.5%)、「退所時カンファレンスにおいて実施しているため」が 32 施設 (26.7%) であった (表 I-3)。

また、加算算定の有無にかかわらず「在宅復帰のための自宅訪問」は 86 施設 (46.0%) で実施され、その職種は「相談員」が 76 施設 (88.4%)、「理学療法士」が 75 施設 (87.2%)、「介護支援専門員」が 65 施設 (75.6%)、「作業療法士」が 52 施設 (60.5%) であり、「管理栄養士」が自宅訪問しているのは 12 施設 (14.0%) にすぎなかった。自宅訪問を実施する時期は「入所前 30 日以内」が 32 施設 (37.2%)、「入所後 7 日以内」が 35 施設 (40.7%)、「退所前」が 72 施設 (83.7%)、「退所後 30 日以内」が 33 施設 (38.4%) であった。

管理栄養士が自宅訪問を実施していない理由として、「実施体制がないため」が 54 施設 (53.5%) と最も多く、次に「業務に位置付けられていないため」が 44 施設 (43.6%) であった。退所支援が必要と考えられる入所者の特性は、「摂食・嚥下障害がある」が 147 名 (75.0%)、「低栄養状態である」が 126 名 (64.3%)、「療養食が必要である」が 126 名 (64.3%)、「嚥下調整食が必要である」が 120 名 (61.2%) であった (表 I-3)。

なお、80 名以上の老健における在宅復帰強化型は 16 施設 (14.5%)、在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定が 44 施設 (40.7%)、入所前後訪問指導加算算定が 38 施設 (34.9%)、退所前訪問指導加算算定が 54 施設 (49.1%)、退所後訪問指導加算算定が 28 施設 (25.5%) で行われていたが、それぞれ管理栄養士の参加はほとんど行われていなかった (表 I-4)。

6) 在宅高齢者へのサービス

○通所サービス

通所サービスは、特養 345 施設 (62.4%)、老健 146 施設 (74.5%) で併設され、そのうち、栄養改善加算の算定は、特養 16 施設 (4.7%)、老健 18 施設 (12.5%) で行われていた。併設の通所サービスにおいて、特養 11 施設 (73.3%)、老健 15 施設 (88.2%) で管理栄養士が兼任されており、通所サービス利用者に対して「食事の観察 (ミールラウンド)」が特養 194 施設 (56.2%)、老健 92 施設 (63.0%)、「食形態の検討」が特養 238 施設 (69.0%)、老健 120 施設 (82.2%)、「食事内容の検討」が特養 218 施設 (63.2%)、老健 106 施設 (72.6%)、「嚥下調整食の提供」が特養 200 施設 (58.0%)、老健 98 施設 (67.1%) において行われていた。他に老健では「療養食の提供」93 施設 (63.7%) や「他の職員からの栄養相談」86 施設 (58.9%) が多かった。栄養改善加算を請求していない理由として、特養では「施設長の判断」91 施設 (28.0%)、「人員不足」74 施設 (22.8%) が挙げられ、老健では「人員不足」が 38 施設 (30.2%) と多かった (表 I-3)。

入所者 80 名以上・80 名未満においても同様の結果がみられ、入所者数にかかわらず、およそ 7 割の特養・老健で通所サービスが併設され、そのうち 7 割の管理栄養士が兼任となっていた (表 I-4)。

○短期入所生活介護（ショートステイ）

ショートステイは、特養 514 施設（90.2%）、老健 151 施設（77.0%）で併設され、管理栄養士が関わっていることとして、「食事の観察（ミールラウンド）」が特養 432 施設（84.0%）、老健 123 施設（81.5%）、「食事の形態の調整」が特養 476 施設（92.6%）、老健 144 施設（95.4%）、「食事内容の検討」が特養 433 施設（84.2%）、老健 135 施設（89.4%）と多く挙げられ、他に老健では「療養食の対応」が 138 施設（91.4%）と多かった（表 I-3）。なお、入所者 80 名以上・80 名未満においてもほぼ同様の結果がみられた（表 I-4）。

○認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護を併設している施設は、特養 93 施設（16.3%）、老健 15 施設（7.7%）であった。管理栄養士が関わっていることとして、「食事の観察（ミールラウンド）」が特養 48 施設（51.6%）、老健 10 施設（66.7%）、「食事の形態の調整」が特養 66 施設（71.0%）、老健 13 施設（86.7%）、「食事内容の検討」が特養 62 施設（66.7%）、老健 13 施設（86.7%）と多く挙げられ、他に老健では「療養食の対応」や「栄養相談」が多く行われていた（表 I-3）。なお、入所者 80 名以上・80 名未満においてもほぼ同様の結果がみられた（表 I-4）。

○小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護を併設している施設は、特養 28 施設（4.9%）、老健 6 施設（3.1%）であった。管理栄養士が関わっていることとして、「食事の観察（ミールラウンド）」が特養 8 施設（28.6%）、老健 2 施設（33.3%）、「食事の形態の調整」が特養 13 施設（46.4%）、老健 3 施設（50.0%）、「食事内容の検討」が特養 13 施設（46.4%）、老健 5 施設（83.3%）と多く挙げられた（表 I-3）。なお、入所者 80 名以上・80 名未満においてもほぼ同様の結果がみられた（表 I-4）。

○地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護を併設している施設は、特養 11 施設（1.9%）、老健 0 施設であった。併設施設では、「食事の観察（ミールラウンド）」、「食事の形態の調整」、「食事内容の検討」、「療養食の対応」等が行われていた（表 I-3）。

○夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護を併設する特養・老健は本調査対象施設にはなかった（表 I-3）。

○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を併設している施設は、特養 69 施設（12.1%）、老健 16 施設（8.2%）であった。併設施設では、「食事の形態の調整」、「食事内容の検討」、「栄養相談」等が行われていた（表 I-3）。

○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を併設している施設は、特養 49 施設（8.6%）、老健 2 施設（1.0%）であった。併設施設では、「食事の観察（ミールラウンド）」、「食事の形態の調整」、「食事内容の検討」、「療養食の対応」等が行われていた（表 I-3）。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を併設している施設は、特養 2 施設（0.4%）、老健 1 施設（1.0%）であった（表 I-3）。

○複合型サービス

複合型サービスを併設している施設は、特養 6 施設（1.1%）、老健 1 施設（0.5%）であった（表 I-3）。

○介護予防・生活支援総合事業等、地域の高齢者へのサービスの提供

施設入所者への栄養ケア以外で実施していることとして、「配食サービスによる栄養改善」が特養 84 施設（14.7%）、老健 7 施設（3.6%）、「市の栄養教室の講師等一般介護予防事業」が特養 68 施設（11.9%）、老健 19 施設（9.7%）、「施設広報誌で栄養情報を提供」が特養 79 施設（13.9%）、老健 40 施設（20.4%）が回答した。しかし、「なし」という回答が、特養 322 施設（56.5%）、老健 116 施設（59.2%）と最も多かった（表 I-3）。

入所者 80 名以上の特養では、「配食サービスによる栄養改善」を 36 施設（16.8%）、「施設広報誌で栄養情報を提供」を 36 施設（16.8%）、「市の栄養教室の講師等一般介護予防事業」を 30 施設（14.0%）、「コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り」を 22 施設（10.3%）で実施し、入所者 80 名未満の特養が「コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り」を行っている 13 施設（3.7%）の割合よりも多かった。

また、入所者 80 名以上の老健では、「施設広報誌で栄養情報を提供」を 21 施設（17.2%）、「市の栄養教室の講師等一般介護予防事業」を 13 施設（10.7%）で実施していたが、入所者 80 名未満の老健の方が「施設広報誌で栄養情報を提供」を 18 施設（25.4%）と行っている割合は多かった（表 I-4）。

7) 栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施状況

平成 17 年度 10 月厚生労働省老人保健課長通知に基づく NCM の手順 8 領域 30 項目（平成 18 年度調査と同様の項目）において、特養・老健ともに 8～9 割以上が「よくできている」、「できている」と回答した。しかし、「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」に「できていない」と回答した施設は、特養 156 施設（29.2%）、老健 56 施設（28.9%）、「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」に「できていない」と回答した施設は、特養 165 施設（30.8%）、老健 56 施設（28.9%）と他の項目に比べ「できていない」という回答が多かった（表 I-3）。

管理栄養士が栄養ケア・マネジメントによって「よかった」と感じていることとして、「利用者の「食べること」が重視されたこと」が特養 333 施設（58.4%）、老健 127 施設（64.8%）、「他の職種との連携ができたこと」が特養 330 施設（57.9%）、老健 130 施設（66.3%）、「利用者・家族がよろこんだこと」が特養 246 施設（43.2%）、老健 97 施設（49.5%）で回答されていた。

一方、推進上の課題としては、「管理栄養士の知識や技術の不足」が特養 288 施設（50.5%）、老健 107 施設（54.6%）、「人員の配置や不足」が特養 181 施設（31.8%）、老健 78 施設（39.8%）で回答された（表 I-3）。

入所者 80 名以上の施設では、「人員の配置や不足」が特養 81 施設（37.9%）、老健 51 施設（41.8%）であり、入所者 80 名未満の施設では、特養 98 施設（27.9%）、老健 25 施設（35.2%）と入所者 80 名以上の施設では、より多くの管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの取り組みには「人員の配置や不足」が現状の課題であると感じていることが明らかとなった（表 I-4）。

5. 入所高齢者 80 名以上に対して管理栄養士 2 名以上配置と 1 名配置の比較

入所者 80 名当たり管理栄養士が 2 名以上配置されると NCM のプロセスやアウトカムによい結果が出るという仮説のもと、施設種ごとに入所者 80 名以上の施設で管理栄養士 2 名以上配置と 1 名配置を比較した結果を以下に示した。

1) 死亡（施設内看取り）、最期まで経口摂取を維持したまま看取った者、退所者について

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、1 ヶ月間の「死亡者」が 18.4(SD9.4)人 vs 23.3(SD11.6)人（ $p=0.002$ ）、「死亡者（施設内看取り）」が 10.8(SD9.3)人 vs 14.8(SD11.4)人（ $p=0.011$ ）、「最期まで経口摂取を維持したまま看取った者」が 7.3(SD7.2)人 vs 11.4(SD10.0)人（ $p=0.006$ ）と管理栄養士 2 名以上配置では有意に多かった。また、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、1 ヶ月間の「退所者（死亡者を除く）」が 5.3(SD3.9)人

vs 9.2(SD8.5)人 ($p=0.018$)、「在宅復帰者」が 1.9(SD2.5)人 vs 4.3(SD6.1)人 ($p=0.046$)と管理栄養士 2 名以上配置で有意に多かった (表 I-5)。

2) 栄養マネジメント加算算定について

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数 (1 名配置 vs 2 名以上配置) では、栄養マネジメント加算の 1 ヶ月間の平均算定件数は、2,561.6(SD1,004.0)件 vs 3,016.5(SD1,048.6)件 ($p=0.004$) と 2 名以上配置で増大していた。また、老健では 2,750(SD586.5)件 vs 3,074.5(SD239.4)件 ($p=0.047$) と増大した (表 I-5)。

3) 経口維持加算 (I) (II) 算定について (算定困難な理由も含めて)

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数 (1 名配置 vs 2 名以上配置) では、経口維持加算 (I) が 58 施設 (36.9%) vs 36 施設 (63.2%、 $p=0.001$)、経口維持加算 (II) が 36 施設 (22.9%) vs 22 施設 (38.6%、 $p=0.036$) と算定割合が管理栄養士 2 名以上配置では 1 名配置に比べて 1.7 倍と有意に高かった。また、1 ヶ月当たりの経口維持加算 (I) の平均算定件数は、特養で 11.2(SD20.2)件 vs 23.1(SD31.1)件 ($p=0.009$) と管理栄養士 2 名以上配置では 2 倍以上の件数が算定され、また、経口維持加算 (II) の平均算定件数は、老健で 8.1(SD14.0)件 vs 15.4(SD17.0)件 ($p=0.034$) と管理栄養士 2 名以上配置で 1.9 倍も増大した (表 I-5)。栄養ケア・マネジメントや経口維持加算の殆どの取り組みと個々の食事調整に全てに管理栄養士はかかわっている。

また、「経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと」として、「他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった」が 34 施設 (58.6%) vs 12 施設 (33.3%、 $p=0.021$) と管理栄養士 1 名配置で有意に高く、「VF・VE が必要なくなり、迅速に介入できる」が 15 施設 (25.9%) vs 18 施設 (50.0%、 $p=0.026$) と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった。「経口維持加算の算定について困難を感じていること」として、「個別の食事対応ができない」が 14 施設 (24.1%) vs 2 施設 (5.6%、 $p=0.024$) と管理栄養士 1 名配置で有意に高かった (表 I-6)。

一方、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数 (1 名配置 vs 2 名以上配置) では、管理栄養士の配置数によって経口維持加算 (I) (II) の算定割合に差異はなかった。しかし、「歯科衛生士」が 9 施設 (13.6%) vs 8 施設 (34.8%、 $p=0.035$) とカンファレンスへの参加割合が管理栄養士 2 名以上配置で有意に高く、「経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと」として、「他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった」が 35 施設 (53.0%) vs 19 施設 (82.6%、 $p=0.014$) と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった。「経口維持加算の算定について困難を感じていること」として、「人員不足」が 19 施設 (28.8%) vs 1 施設 (4.3%、 $p=0.019$) と管理栄養士 1 名配置で有意に高かった (表 I-7)。

4) 終末期の NCM について

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「終末期における栄養補給方法についての多職種（チーム）で検討するカンファレンスを実施している」が 98 施設（63.6%）vs 46 施設（80.7%、 $p=0.020$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった。また、「終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目」のうち、「少しでも食べられることを目標にした」が 105 施設（66.9%）vs 49 施設（86.0%、 $p=0.006$ ）、「毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した」が 19 施設（12.1%）vs 15 施設（26.3%、 $p=0.019$ ）、「終末期の約束食事箋のようなものがあつた」が 1 施設（0.6%）vs 4 施設（7.0%、 $p=0.019$ ）、「その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があつた」が 3 施設（1.9%）vs 6 施設（10.5%、 $p=0.012$ ）、「家族の満足感は得られた」が 32 施設（20.4%）vs 22 施設（38.6%、 $p=0.012$ ）、「食事提供に関して、他職種と意見は一致した」が 91 施設（58.0%）vs 42 施設（73.7%、 $p=0.039$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった（表 I-6）。なお、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）で、終末期の NCM について統計学的な有意な差がついた項目は無かった（表 I-7）。

5) 退所復帰支援

老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、在宅強化型が 8 施設（10.3%）vs 8 施設（25.0%、 $p=0.071$ ）、在宅復帰・在宅療養支援機能加算が 29 施設（37.2%）vs 15 施設（50.0%、 $p=0.276$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で算定割合が多い傾向にあつたが有意差はなかった。「本人や家族への退所のための栄養相談」を「実施している」が 25 施設（28.7%）vs 15 施設（46.9%、 $p=0.081$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で高い傾向を示した。「自宅訪問を実施していない理由」では、「業務に位置付けられていないため」が 15 施設（33.3%）vs 12 施設（85.7%、 $p=0.001$ ）と有意に高かった（表 I-7）。

6) 栄養ケア・マネジメント体制とその状況について

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、管理栄養士の NCM の経験年数が 8.0(SD4.6)年 vs 9.6(SD6.5)年（ $p<0.001$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に長かった（表 I-5）。また、「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」で「よくできている」が 30 施設（19.9%）vs 21 施設（36.8%、 $p=0.026$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高く、「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」で「よくできている」が 30 施設（19.9%）vs 17 施設（29.8%、 $p=0.050$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で高い傾向を示した（表 I-6）。

一方、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「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」で「よくできている」が 30 施設（33.7%）vs 19 施設（59.4%、 $p=0.029$ ）、「栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか」で「よくできている」が 26 施設（29.2%）vs 19 施設（59.4%、 $p=0.005$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高く、他 4 項目でも有意差がみられた。管理栄養士が栄養ケア・マネジメントによって「よかった」と感じていることとして、「他の職種との連携ができたこと」が 56 施設（62.2%）vs 27 施設（84.4%、 $p=0.027$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった。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としては、「管理栄養士の知識や技術の不足」が 56 施設（62.2%）vs 13 施設（40.6%、 $p=0.040$ ）と管理栄養士 1 名配置で有意に高いのに対し、「問題と感じていることはない」は 0 施設 vs 3 施設（9.4%、 $p=0.017$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった（表 I-7）。

7) 地域の栄養・食事サービスへの施設管理栄養士のかかわり

○通所サービス

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「併設の通所サービスで利用者に管理栄養士が関わっていること」として、「他の職員からの栄養相談」が 37 施設（43.0%）vs 24 施設（63.2%、 $p=0.051$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で高い傾向にあった（表 I-6）。一方、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「通所サービス併設あり」が 61 施設（67.8%）vs 28 施設（87.5%、 $p=0.037$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高く、さらに、「栄養改善加算を算定している」割合が 5 施設（8.2%）vs 7 施設（25.9%、 $p=0.041$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった（表 I-7）。

○その他の併設しているサービスについて

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「小規模多機能型居宅介護」が 4 施設（2.5%）vs 8 施設（14.0%、 $p=0.003$ ）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」が 14 施設（8.9%）vs 14 施設（24.6%、 $p=0.005$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に併設施設を有する割合が多かった（表 I-6）。老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「併設のサービスに関する業務割合」が $1.1 \pm 2.8\%$ vs $3.7 \pm 6.7\%$ （ $p=0.041$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に多い割合を示した（表 I-5）。

○施設入所者への栄養ケア以外で実施していることについて

特養の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「施設入所者への栄養ケア以外で実施していること」のうち「コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り」が 12 施設（7.6%）vs 10 施設（17.5%、 $p=0.043$ ）、「配食サービスによる栄養改善」が 19 施設（12.1%）vs 17 施設（29.8%、 $p=0.004$ ）、「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談」が 1 施設（0.6%）vs 4 施設（7.0%、 $p=0.019$ ）、「地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加」が 3 施設（1.9%）vs 5 施設（8.8%、 $p=0.033$ ）、「ホームページで栄養の啓もう活動」が 4 施設（2.5%）vs 6 施設（10.5%、 $p=0.024$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で実施割合が有意に高かった（表 I-6）。

一方、老健の入所者 80 名以上に対する管理栄養士配置数（1 名配置 vs 2 名以上配置）では、「施設入所者への栄養ケア以外で実施していること」のうち、「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談」が 2 施設（2.2%）vs 4 施設（12.5%、 $p=0.040$ ）と管理栄養士 2 名以上配置で有意に高かった（表 I-7）。

6. 多変量調整したロジスティック回帰分析による関連要因

1) 死亡（施設内看取り）、入院、在宅復帰、最期まで経口摂取を維持したまま看取った者の、在宅復帰（老健）と経口維持等の加算取得や管理栄養士 2 名以上配置との関連

1 年間の＜死亡者（施設内看取り）＞数には、＜看取り介護加算及びターミナルケア加算＞の算定有無が関連し、算定有は無に対して施設での死亡の増加要因として関連した（オッズ比 2.721、 $p<0.001$ ）（表 I-8）。また、1 ヶ月間の＜入院者＞数には、＜最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施＞有は無に対して抑制要因（オッズ比 0.632、 $p<0.010$ ）として関連していた（表 I-9）。

1 年間の＜最期まで経口摂取を維持したまま看取った者＞の数には、＜経口維持加算（Ⅰ）＞の算定有は無に対して（オッズ比 1.418、 $p=0.033$ ）、＜経口維持加算（Ⅱ）＞の算定有は無に対して（オッズ比 1.754、 $p=0.002$ ）、＜看取り介護加算及びターミナルケア加算＞の有は無に対して（オッズ比 3.447、 $p<0.001$ ）増加要因として関連していた（表 I-10）。

老健における 1 ヶ月間の＜在宅復帰者＞数は、＜経口維持加算（Ⅰ）あるいは（Ⅱ）＞の算定有は無に対して（Ⅰ）：オッズ比 2.532、 $p=0.009$ 、（Ⅱ）：オッズ比 1.740、 $p=0.075$ ）で増加要因として関連していた。また、＜管理栄養士 2 名以上の配置施設＞は 1 名配置に対して、在宅復帰の増加要因（オッズ比 2.793、 $p=0.009$ ）として関連していた（表 I-11）。

2) 管理栄養士 2 名以上配置や経口維持等の加算取得と NCM プロセスの要因との関連

1) の結果変数に関連した＜管理栄養士 2 名以上配置＞＜経口維持加算（Ⅰ）＞＜経口維持加算（Ⅱ）＞＜看取り介護加算及びターミナルケア加算＞の算定、＜最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施＞に関連する NCM プロセスの要因について検討した。

＜管理栄養士 2 名以上配置＞には、「食べることを通じて、入所（院）者一人一人の自己実現をめざしている」[できている：オッズ比 2.328、 $p=0.130$ 、よくできている：オッズ比 3.888、 $p=0.021$]、「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る」[できている：オッズ比 2.761、 $p=0.063$ 、よくできている：オッズ比 3.121、 $p=0.043$]、「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る」[できている：オッズ比 1.870、 $p=0.077$ 、よくできている：オッズ比 2.608、 $p=0.013$] が関連していた（表 I-12）。

＜経口維持加算（Ⅰ）＞には、「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る」[できている：オッズ比 1.678、 $p=0.258$ 、よくできている：オッズ比 2.949、 $p=0.022$]、「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る」[できている：オッズ比 2.259、 $p=0.034$ 、よくできている：オッズ比 5.618、 $p<0.001$]、「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る」[できている：オッズ比 1.304、 $p=0.302$ 、よくできている：オッズ比 3.332、 $p<0.001$]、「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る」[できている：オッズ比 1.369、 $p=0.150$ 、よくできている：オッズ比 2.394、 $p=0.001$]、「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る」[できている：オッズ比 1.726、 $p=0.094$ 、よくできている：オッズ比 2.216、 $p=0.018$]、「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る」[できている：オッズ比 1.197、 $p=0.325$ 、よくできている：オッズ比 2.182、 $p=0.005$]、「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る」[できている：オッズ比 1.031、 $p=0.864$ 、よくできている：オッズ比 2.354、 $p=0.002$] が関連していた（表 I-13）。

＜経口維持加算（Ⅱ）＞には、「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重要な目標であるという認識が広まっている」[できている：オッズ比 1.442、 $p=0.170$ 、よくできている：オッズ比 2.071、 $p=0.024$]、「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る」[できている：オッズ比 2.383、 $p=0.167$ 、よくできている：オッズ比 3.592、 $p=0.045$]、「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る」[できている：オッズ比 4.323、 $p=0.017$ 、よくできている：オッズ比 9.431、 $p<0.001$]、「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る」[できている：オッズ比 1.302、 $p=0.378$ 、よくできている：オッズ比 2.723、 $p=0.002$]、「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る」[できている：オッズ比 1.167、 $p=0.453$ 、よくできている：オッズ比 1.993、 $p=0.015$]、「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る」[できている：オッズ比 1.078、 $p=0.753$ 、よくできている：オッズ比 1.913、 $p=0.023$]、「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る」[できている：オッズ比 1.535、 $p=0.297$ 、よくできている：オッズ比 3.187、 $p=0.008$]、「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る」[できている：オッズ比 2.114、 $p=0.131$ 、よくできている：オッズ比 3.242、 $p=0.023$]、「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る」[できている：オッズ比 1.524、 $p=0.041$ 、よくできている：オッズ比 2.940、 $p<0.001$]、「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る」[できている：オッズ比 1.580、 $p=0.026$ 、よくできている：オッズ比 2.723、 $p=0.001$] が関連していた（表 I-14）。

＜看取り介護加算及びターミナルケア加算＞には、「食べることを通じて、入所（院）者一人一人の自己実現をめざしている」[できている：オッズ比 1.698、 $p=0.192$ 、よくできている：オッズ比 2.332、 $p=0.055$] が関連傾向であった（表 I-15）。

＜最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施＞には、「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る」[できている：オッズ比 1.819、 $p=0.005$ 、よくできている：オッズ比 2.417、 $p=0.002$]、「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る」[できている：オッズ比 2.243、 $p=0.017$ 、よくできている：オッズ比 2.981、 $p=0.004$]、「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る」[できている：オッズ比 2.132、 $p=0.026$ 、よくできている：オッズ比 2.736、 $p=0.008$]、「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役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師）に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、連携をはかっている」[できている：オッズ比 1.965、 $p=0.058$ 、よくできている：オッズ比 2.658、 $p=0.011$] が関連していた（表 I-16）。

考 察

1. 全国の実態を反映しているか

本調査は、全国の介護保険施設名簿（30 床以上の特養・老健）から施設種別地域ブロック別 3 割の無作為抽出による無記名調査票の郵送による横断的な施設実態調査を行い、特養 570 施設（29.0%）、老健 196 施設（17.0%）の全 766 施設（25.0%）を有効な分析対象とすることができたので、予定していたサンプルサイズを確保することができた。介護保険施設の管理栄養士による自由な意志での回答であることから、回答した管理栄養士は栄養ケア・マネジメントや経口維持に対しての意識が高いと考えられるので、一定のサンプルバイスを含んでいる。しかし、入所者の施設種別の平均年齢、要介護度別人数、栄養補給方法、食事形態の調整者の割合、とろみ調整食品利用者の割合等もこれまでの施設実態調査との相違は殆どなかった。

2. 栄養マネジメント加算、経口維持加算の取り組みのメリット及びデメリット

栄養マネジメント加算を算定していない施設は 36 施設（4.6%）あり、算定できない理由として、「管理栄養士の採用困難」13 施設（37.1%）、「施設長の判断」8 施設（22.9%）等が挙げられた。本調査は無記名調査のため、栄養マネジメント加算を算定していない施設の地域を把握することはできないが、今後、このような地域については、管理栄養士の採用支援や施設管理者への啓発が求められる。

経口維持加算（Ⅰ）の算定は特養 36.0%、老健 67.3%で算定され、口腔摂食嚥下の専門職である歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかが加わった場合に算定される経口維持加算（Ⅱ）も、特養 21.1%、老健 43.9%と高い割合でその取り組みが実施されていた。摂食嚥下機能の評価は、水飲みテストや頸部聴診法が主たる方法に位置づけられていた。また、管理栄養士を含めた多職種によるミールラウンドは、月に 1 日であるのに対して、管理栄養士単独でのミールラウンドは、週に 5 日以上あるいは週 3～4 日が 8 割以上の施設によって日常的に行われていた。しかし、この対象者数を本調査では質問していない。いずれにしても、9 割以上の施設において、その主な専門職は管理栄養士であり、そして、看護職、介護職の 3 職種であった。

平成 26 年度の当該事業のデータの 2 次分析においても、特養におけるミールラウンドが毎日のように高頻度で行われることは、入所者の入院の低減要因であることが明らかになっている、それゆえ、管理栄養士には、毎日あるいは最低でも週に 3 回以上は食事時の解決すべき課題を把握できるミールラウンドを実施することが求められる。そのためには、主たる担当者である管理栄養士の配置は、入所者 80 名以上では 2 名以上の体制が必要と考えられる。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定方法が変更され、取り組みのプロセスが報酬評価されたメリットとして、本調査の回答者である管理栄養士が他職種との情報共有、他職種が摂食嚥下困難に関心をもつようになった、協力を得られるようになったと経口維持の取り

組みに対して多職種協働の推進がされたことがメリットとして回答された。一方では、経口維持加算に関わる取り組みによる業務量の増大や管理栄養士の負担が大きいという回答が多いことへの対応が求められた。

なお、経口移行加算を算定している施設は少なく、その理由は、嚥下の評価が困難、そして、対象者、すなわち経管栄養の利用者がいないことが主たる理由であり、経管栄養管理を要する者の受け入れが行われてないことが原因と考えられる。

3. 看取り介護加算／ターミナルケア加算の取り組み

看取り介護加算及びターミナルケア加算の算定は、3割以上の施設で行われていた。実際の1ヶ月の施設での看取りの人数は、加算算定人数よりも多かった。入所高齢者の終末期の判断には、嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき、日常的な食事摂取量が一定量以下になったとき、体重減少率が増大してきたなどが回答され、管理栄養士が、終末期にあたって、日常のミールラウンドによる観察からの課題や食事量や体重のモニタリング表に基づいて多職種や家族に説明することが重要になってきている。

また、管理栄養士は、終末期に本人・家族とのコミュニケーション、少しでも食べられることを目標にした支援や栄養ケア計画を見直し、終末期用として作成・修正する等、重要な役割を担っていると考えられた。

4. 老健における在宅復帰支援の取り組み

在宅強化型施設は2割、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定施設は4割程度であり、在宅復帰支援のための入所前後、退所前及び退所後の訪問指導加算や、それ以外の在宅訪問等に参加している管理栄養士は1割にも満たなかった。しかし、退所支援が必要な入所者の特性には、摂食・嚥下障害や低栄養、療養食や嚥下調整食の利用があげられ、これらの経口維持や低栄養改善の課題は、在宅復帰支援において重要であることはよく認識されていると考えられた。従って、管理栄養士によって退所のための栄養相談、退所のためのサマリーへの情報提供、居宅の介護支援専門員へのコンサルテーションなどにはそれぞれ3割程度の施設において取り組まれていたと言える。また、管理栄養士が在宅訪問を行っていない理由として、実施体制がないことや、業務に位置づけられていないなど体制の課題が挙げられた。今後、老健入所高齢者の在宅復帰をより強化していくためには、在宅での個別の生活習慣や環境に対応して、高齢者が口から食べることを楽しんで在宅生活を継続できる退所栄養ケア計画の作成とその継続性が確保されることが必要であり、管理栄養士の在宅復帰支援への参加を強化していくことが求められた。

5. 在宅高齢者への栄養・食事サービス

特養及び老健に併設している通所サービス、短期入所施設（ショートステイ）、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、施設密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において、管理栄養士は、食事の観察（ミールラウンド）、食事の形態調整、食事内容の検討、療養食、栄養相談等を行っていた。これらはいずれも管理栄養士に対する介護報酬上の評価はない。介護保険施設の管理栄養士は、施設のみならず併設事業所において在宅高齢者の栄養ケア・マネジメントや経口維持に対応し、地域包括ケアシステムの推進に寄与していた。今後、このような在宅高齢者に対しての栄養ケア・マネジメントの必要性は益々増大していくことは明らかである。それゆえ、これらの併設事業所の利用者の栄養改善や経口摂取の維持のためにも、介護保険施設の管理栄養士の適切な人数配置が推進されることが求められる。

6. 基盤となる栄養ケア・マネジメントの取り組み

NCM の手順 8 領域 30 項目（平成 18 年度調査と同様の項目）において、特養・老健ともに 8～9 割以上が「よくできている」、「できている」と回答した。しかし、PDCA サイクルにより継続的品質改善活動の取り組みの項目である「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」、「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」において「できていない」と回答した施設は 3 割以上と他の項目に比べて多く、今後、管理栄養士にはサービスの評価と継続的な品質改善活動に焦点をあてた研修や啓発活動を求められた。

さらに、栄養ケア・マネジメントの推進上の課題としては、「管理栄養士の知識や技術の不足」や「人員の配置や不足」が回答された。管理栄養士は、ミールラウンドによる経口維持を重視した栄養ケア・マネジメントを推進すればするほど、そして、地域包括ケアシステムの栄養・食事サービスの要として機能しようとすればするほど「知識や技術の不足」を認識することが専門職としての研鑽の意欲へと繋がるものと考えられる。一方では、「人員の配置や不足」は解決すべき深刻な課題と考えられる。

7. 入所高齢者 80 名以上に対して管理栄養士の 2 名以上（1 名配置に比較して）

によって実施される業務と成果

以上の考察から、今後の栄養ケア・マネジメントにおいては、ミールラウンドによる食事観察、多職種による問題解決プロセスを重点化すべきことが示唆された。また、栄養ケア・マネジメントの重点化をはかるためには、管理栄養士の配置を適切に行っていくことが求められた。

そこで、入所者 80 名当たり管理栄養士が 2 名以上配置されると NCM のプロセスやアウトカムにより結果が出るという仮説のもと、施設種ごとに入所者 80 名以上で管理栄養士 1 名配置と 2 名以上配置で比較したところ、入所者 80 名以上で管理栄養士 2 名以上配置施設においては、死亡者（施設内看取り）数、最期まで経口摂取を維持したまま看取った者の数、老健の 1 ヶ月間の退所者数（死亡者を除く）、在宅復帰者数が多くなっており、施設における看取りや在宅復帰が推進されると考えられた。あるいは、施設における看取りや在宅復帰が推進されている施設においては、低栄養の改善と経口維持を重視した栄養ケア・マネジメントを推進するために管理栄養士が 2 名以上配置されているという言い方もできるかもしれない。

また、入所者 80 名以上に対して管理栄養士が 2 名以上配置された施設においては、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の取り組みの主たる職種は管理栄養士となって、その件数も 2 倍近く増大し、摂食嚥下機能の低下した高齢者に対する経口維持の支援が行われていた。また、管理栄養士が 2 名以上配置された施設では、終末期における栄養ケア・マネジメントが充実し、さらに、老健における本人や家族への退所のための栄養相談を重点化して取り組んでいると考えられた。しかし、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定が困難な理由として人員配置の不足を、入所者 80 名以上で管理栄養士 1 名配置の施設で挙げられており、体制上の解決が求められた。

また、栄養ケア・マネジメントは、より経験年数の多い管理栄養士が担当し、また、関連職種の連絡調整、必要な施設内外の研修や研究会へ積極的に参加し、栄養ケア・マネジメントにおける PDCA サイクルのモニタリングや栄養リスクの評価等がよく実践できていると回答する者が多く、栄養ケア・マネジメントの質が確保されていると考えられた。さらに、施設併設の通所サービス事業所における栄養改善加算が算定されている施設もより多くなり、「コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り」、「配食サービスによる栄養改善」、「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談」、「地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加」、「ホームページで栄養の啓発活動」等、施設管理栄養士が地域包括ケアシステムの推進に寄与する取り組みがより一層行われるようになると考えられた。

8. 多変量調整したロジスティック回帰分析による関連要因

<死亡（施設内看取り）>には、看取り介護加算及びターミナルケア加算の算定が、<入院>には、最期までの経口摂取を維持したままの看取りの実施が、<最期まで経口摂取を維持したままの看取り>には、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、看取り介護加算及びターミナルケア加算が、<在宅復帰（老健）>には、経口維持加算（Ⅰ）の算定有や管理栄養士 2 名以上の配置体制が関連していた。さらに、これらの加算や管理栄養士の 2 名以上の配置体制や取り組みには、その基盤となる栄養ケア・マネジメントのプロセスに管理栄養士が責任とやりがいを感じていることや多職種協働に対する働きかけや栄養ケ

ア計画への関連職種の分担の文章化がよくできていることと関連し、特に経口維持加算（Ⅱ）の算定には、NCM のサービス評価と継続的品質改善活動の実施ができていたことが関連していた。これらの結果から、施設内看取りや在宅復帰を推進するためには、ミールラウンドによる経口維持や看取りのための栄養ケア・マネジメントの取り組みを重点化することが必要であり、そのためには、管理栄養士の 2 名配置の体制づくりを行うとともに、NCM の PDCA サイクルのうちモニタリングの部分強化し、サービス評価と継続的品質改善活動に取り組むのできる管理栄養士の質の担保も求められると考えられた。

なお、本施設実態調査結果については、『Ⅱ．経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取り組みに関する研究（個別調査）』の後ろ向きコホートの調査結果とあわせての検討を行い研究概要に記載した。

結 論

介護保険施設入所高齢者の摂食嚥下機能の低下に対応して、ミールラウンドを重視した経口維持の取り組み（経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ））は、特養においては最期まで経口摂取を維持したままの看取りの数や老健においては在宅復帰支援数の増加に関連していることが示唆された。また、入所者 80 名以上管理栄養士 2 名以上配置の体制において、経口維持加算の算定が推進されるとともに、最期まで経口摂取を維持したままの看取りの数や、老健における在宅復帰支援数も多くなっていた。さらに、管理栄養士は、様々な併設事業所を利用する在宅高齢者を対象としたミールラウンド、食形態の調整や食事内容の検討にも取り組み、地域包括ケアシステムの推進にも寄与していた。しかし、経口維持加算の取得に伴う業務量の増大や人材資源の不足が課題であった。

表 I-1-a ヒストグラム（特養）

	定員数 n=570	入所者数 n=565
度数	570	565
平均値	75.1	73.6
中央値	70	70
標準偏差	27.3	26.5
最小値	30	28
最大値	300	314
パーセンタイル		
5%	50	48
10%	50	49
15%	50	50
20%	50	50
25%	50	50
30%	54	53
35%	60	58
40%	61	60
45%	70	69
50%	70	70
55%	80	76
60%	80	79
65%	80	80
70%	80	80
75%	90	85
80%	100	93
85%	100	100
90%	104	103
95%	120	118

(H28.7.31時点)

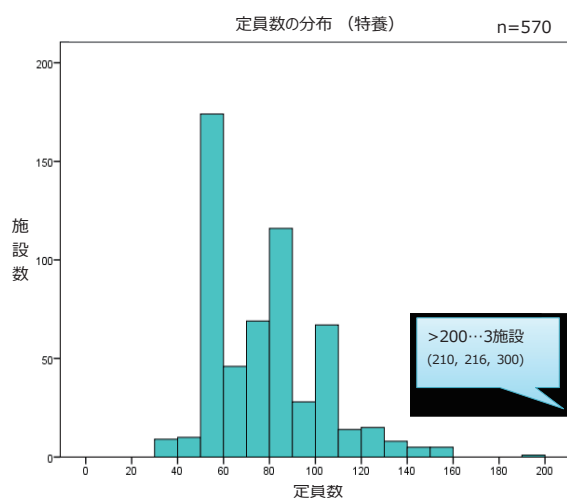


図 I-1-a 定員数の分布（特養）

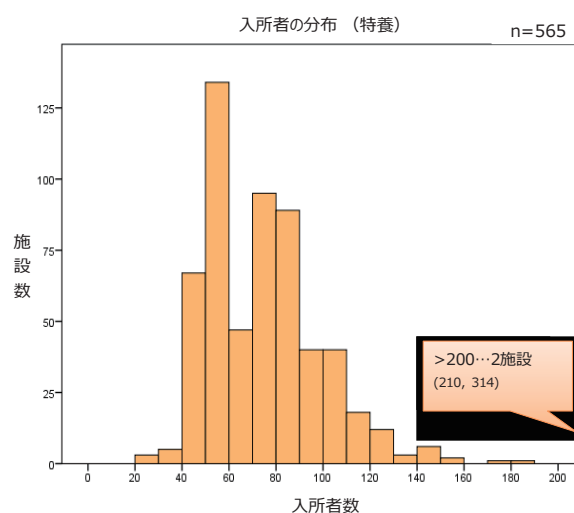


図 I-1-b 入所者数の分布（特養）

表 I-1-b ヒストグラム（老健）

	定員数 n=196	入所者数 n=193
度数	196	193
平均値	91.9	83.2
中央値	100	85
標準偏差	23.1	22.6
最小値	40	16
最大値	152	149
パーセンタイル	5%	42
	10%	55
	15%	70
	20%	76
	25%	80
	30%	80
	35%	88
	40%	91
	45%	98
	50%	100
	55%	100
	60%	100
	65%	100
	70%	100
	75%	100
	80%	100
	85%	100
	90%	109
	95%	150

(H28.7.31時点)

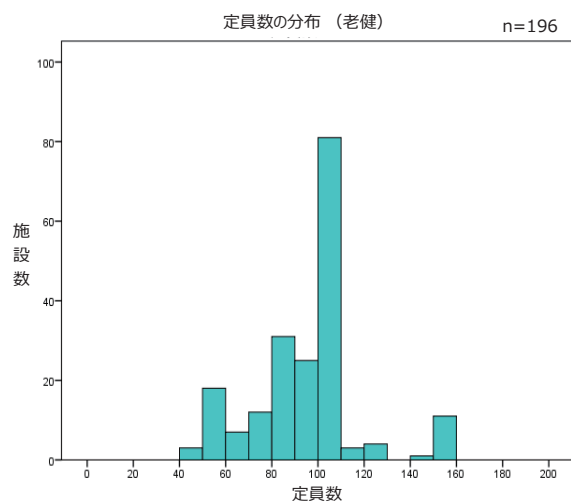


図 I-1-c 定員数の分布（老健）

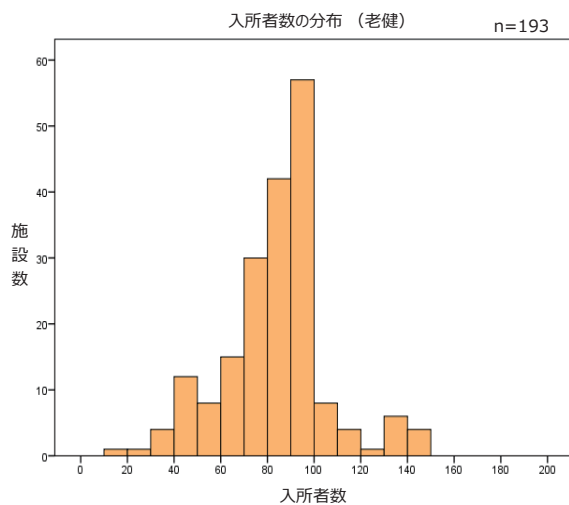


図 I-1-d 入所者数の分布（老健）

表 I-1-c ヒストグラム（全体）

	定員数 n=766	入所者数 n=758
度数	766	758
平均値	79.4	76.0
中央値	80	76
標準偏差	27.3	25.9
最小値	30	16
最大値	300	314
パーセンタイル		
5%	50	47
10%	50	49
15%	50	50
20%	50	50
25%	54	53
30%	60	58
35%	70	65
40%	70	70
45%	76	72
50%	80	76
55%	80	79
60%	80	80
65%	90	83
70%	97	87
75%	100	91
80%	100	95
85%	100	99
90%	105	102
95%	126	120

(H28.7.31時点)

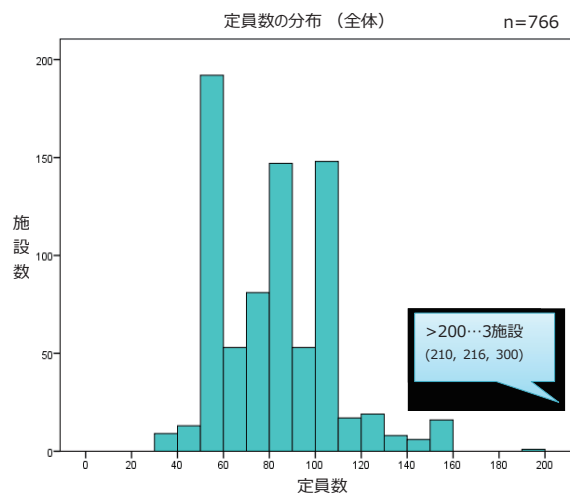


図 I-1-e 定員数の分布（全体）

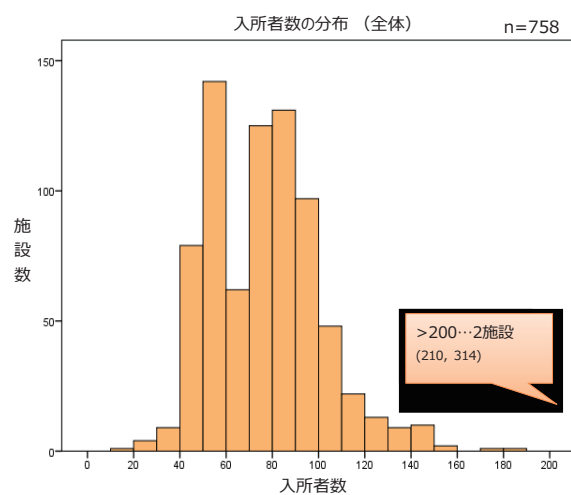


図 I-1-f 入所者数の分布（全体）

表 I-2 基本集計 [mean, SD] (施設調査) (1)

	特養 n=570			老健 n=196			全体 n=766		
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)
定員数(床)	570	75.1	(27.3)	196	91.8	(23.1)	766	79.4	(27.3)
7月の入所者数(人)	565	73.6	(26.5)	193	83.2	(22.6)	758	76.0	(25.9)
入所者の要介護度内訳									
要介護1(%)	564	1.9	(2.8)	188	11.2	(6.2)	752	4.3	(5.6)
要介護2(%)	564	5.7	(4.6)	188	19.1	(6.5)	752	9.0	(7.7)
要介護3(%)	564	21.6	(8.2)	188	24.5	(6.4)	752	22.3	(7.9)
要介護4(%)	564	36.3	(7.8)	188	26.5	(6.7)	752	33.9	(8.7)
要介護5(%)	564	34.4	(10.4)	188	18.5	(8.0)	752	30.4	(12.0)
その他(%)	564	0.1	(0.8)	188	0.2	(1.0)	752	0.1	(0.8)
要介護1(人)	564	1.5	(2.3)	188	9.4	(5.7)	752	3.5	(4.9)
要介護2(人)	564	4.4	(4.3)	188	15.9	(6.7)	752	7.3	(7.1)
要介護3(人)	564	16.1	(8.8)	188	20.5	(7.7)	752	17.2	(8.7)
要介護4(人)	564	26.5	(10.5)	188	22.1	(8.1)	752	25.4	(10.1)
要介護5(人)	564	24.8	(10.7)	188	15.2	(7.5)	752	22.4	(10.8)
その他(人)	564	0.1	(0.6)	188	0.2	(1.2)	752	0.1	(0.8)
7月1ヶ月間の人数									
新入所者(再入所を含む)(人/月)	568	1.5	(1.5)	196	7.5	(6.4)	764	3.0	(4.3)
退所者(死亡者を除く)(人/月)	568	0.6	(1.2)	196	5.9	(5.4)	764	2.0	(3.7)
入院者(人/月)	568	0.7	(1.4)	196	2.8	(2.5)	764	1.2	(2.0)
入院者のうち誤嚥性肺炎での入院者(人/月)	568	0.4	(0.9)	196	0.4	(0.8)	764	0.4	(0.9)
在宅復帰者(人/月)	568	0.0	(0.2)	196	2.7	(3.7)	764	0.7	(2.2)
経管栄養の者(人/月)	568	5.6	(5.5)	196	4.7	(5.4)	764	5.4	(5.5)
経鼻胃管(人/月)	568	1.0	(2.7)	196	1.2	(3.3)	764	1.1	(2.9)
胃瘻・腸瘻(人/月)	568	4.5	(4.4)	196	3.5	(3.8)	764	4.3	(4.3)
静脈栄養(人/月)	568	0.0	(0.5)	196	0.0	(0.3)	764	0.0	(0.5)
褥瘡がある者(人/月)	568	1.9	(2.5)	196	1.8	(2.1)	764	1.9	(2.4)
H27.8.1～H28.7.31の1年間の死亡・看取り									
死亡者(年/月)	558	14.9	(8.9)	191	9.1	(8.2)	749	13.4	(9.1)
死亡者(施設内看取り)(年/月)	559	8.8	(8.2)	195	7.3	(7.5)	754	8.4	(8.1)
最期まで経口摂取を維持したまま看取った者(年/月)	553	6.0	(6.6)	190	3.5	(5.3)	743	5.4	(6.4)
施設内看取り割合(%)	532	54.7	(33.8)	161	76.0	(34.1)	693	59.7	(35.0)
施設内経口維持看取り割合(%)	528	38.5	(31.8)	157	40.3	(35.9)	685	38.9	(32.7)
管理栄養士について									
職務年数(年)	514	9.3	(7.4)	191	7.7	(6.1)	705	8.9	(7.1)
7月の合計勤務日数(日/月)	497	20.8	(2.0)	179	20.6	(2.7)	676	20.7	(2.2)
7月の合計勤務時間(時間/月)	486	166.9	(25.2)	177	163.5	(26.0)	663	166.0	(25.5)
配置数									
管理栄養士配置数(人)	570	1.2	(0.5)	196	1.2	(0.5)	766	1.2	(0.5)
栄養士配置数(人)	570	0.3	(0.6)	196	0.2	(0.6)	766	0.3	(0.6)
食形態調整・とろみ調整食品の使用									
食事の形態調整をしている人(人)	561	50.5	(21.8)	191	55.0	(19.9)	752	51.6	(21.4)
とろみ調整食品を使用している人(人)	555	26.2	(16.4)	188	20.7	(12.8)	743	24.8	(15.7)
低栄養リスク者内訳									
低リスク割合(%)	519	46.6	(20.3)	186	50.6	(20.1)	705	47.6	(20.3)
中リスク割合(%)	519	44.1	(17.2)	186	41.3	(17.0)	705	43.4	(17.2)
高リスク割合(%)	519	9.3	(8.7)	186	8.1	(7.7)	705	9.0	(8.5)
低リスク(人)	527	34.3	(20.2)	187	40.9	(19.6)	714	36.0	(20.3)
中リスク(人)	522	32.4	(18.1)	189	35.0	(18.2)	711	33.1	(18.1)
高リスク(人)	522	6.4	(6.1)	189	6.8	(6.8)	711	6.5	(6.3)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-2 基本集計 [mean, SD] (施設調査) (2)

	特養 n=570			老健 n=196			全体 n=766		
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)
加算の算定件数									
栄養マネジメント加算 (件/月)	529	2173.4	(803.7)	194	2491.6	(745.7)	723	2258.8	(800.6)
経口移行加算 (件/月)	28	17.8	(29.4)	32	15.1	(16.0)	60	16.4	(23.1)
経口維持加算 (Ⅰ) (件/月)	204	24.1	(21.5)	132	18.8	(14.9)	336	22.0	(19.4)
経口維持加算 (Ⅱ) (件/月)	120	25.9	(23.3)	86	19.9	(17.5)	206	23.4	(21.3)
経口維持加算算定に関わる口腔専門職									
歯科医師 施設常勤 (人)	205	0.0	(0.1)	132	0.0	(0.1)	337	0.0	(0.1)
歯科医師 非常勤 (人)	205	0.5	(0.6)	132	0.2	(0.4)	337	0.4	(0.6)
歯科衛生士 施設常勤 (人)	205	0.1	(0.3)	132	0.1	(0.3)	337	0.1	(0.3)
歯科衛生士 非常勤 (人)	205	0.5	(0.9)	132	0.3	(0.8)	337	0.4	(0.8)
言語聴覚士 施設常勤 (人)	205	0.0	(0.1)	132	0.4	(0.7)	337	0.2	(0.5)
言語聴覚士 非常勤 (人)	205	0.1	(0.3)	132	0.2	(0.4)	337	0.1	(0.4)
経口維持加算の継続									
算定開始からすでに6ヶ月を超えて継続している者 (人)	202	19.0	(19.9)	132	11.1	(12.9)	334	15.8	(17.9)
7月中に経口維持加算算定開始から6ヶ月目を迎えた者 (人)	195	5.0	(12.4)	131	2.0	(5.1)	326	3.8	(10.2)
そのうち算定を継続している者 (人)	195	5.3	(12.6)	130	1.7	(4.6)	325	3.9	(10.3)
療養食加算算定件数									
糖尿病食 (件/月)	569	124.9	(211.0)	196	382.6	(370.3)	765	191.0	(284.2)
腎臓病食 (心臓疾患を含む) (件/月)	569	75.0	(146.6)	196	353.8	(470.2)	765	146.5	(295.4)
肝臓病食 (件/月)	569	2.7	(17.9)	196	13.7	(42.9)	765	5.5	(27.1)
胃潰瘍食 (流動食は除く) (件/月)	569	2.5	(16.1)	196	9.9	(24.9)	765	4.4	(19.0)
算食 (件/月)	569	16.2	(60.3)	196	47.7	(119.6)	765	24.2	(80.9)
脾臓病食 (件/月)	569	2.2	(13.3)	196	5.2	(19.9)	765	3.0	(15.3)
脂質異常症食 (件/月)	569	18.1	(72.0)	196	49.2	(138.3)	765	26.1	(94.5)
痛風食 (件/月)	569	0.2	(2.2)	196	2.2	(13.9)	765	0.7	(7.3)
検査食 (件/月)	569	0.2	(3.9)	196	0.0	(0.0)	765	0.1	(3.4)
看取り介護・ターミナルケア									
加算の算定人数 (人)	197	1.5	(1.4)	60	1.7	(2.1)	257	1.5	(1.6)
ケア実施人数 (人)	215	4.9	(9.8)	82	3.5	(4.0)	297	4.5	(8.6)
在宅復帰支援関連加算算定件数									
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	-	-	-	174	1.4	(0.5)	174	1.4	(0.5)
入所前後訪問指導加算 (件/月)	-	-	-	53	1.9	(2.2)	53	1.9	(2.2)
退所前訪問指導加算 (件/月)	-	-	-	73	2.3	(3.0)	73	2.3	(3.0)
退所後訪問指導加算 (件/月)	-	-	-	38	2.0	(2.2)	38	2.0	(2.2)
本人や家族への退所のための栄養相談件数 (件/月)	-	-	-	54	2.7	(5.6)	54	2.7	(5.6)
退所サマリー等への栄養ケア情報の提供件数 (件/月)	-	-	-	90	4.2	(5.8)	90	4.2	(5.8)
居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション件数 (件/月)	-	-	-	41	3.8	(5.2)	41	3.8	(5.2)
併設通所サービス									
栄養改善加算の算定件数 (件/月)	15	7.7	(21.6)	17	4.0	(7.2)	32	5.7	(15.5)
管理栄養士の経験年数									
栄養ケア・マネジメントの経験年数 (年)	522	8.0	(4.7)	193	7.3	(4.9)	715	7.8	(4.8)
病院における栄養管理の経験年数 (年)	411	2.8	(5.2)	161	3.4	(5.0)	572	3.0	(5.1)
7月1ヶ月間の業務割合									
栄養ケア・マネジメント (%)	563	37.1	(18.5)	195	43.9	(18.9)	758	38.8	(18.9)
給食管理 (%)	563	30.3	(20.0)	195	27.4	(18.3)	758	29.6	(19.6)
委員会活動 (%)	563	5.1	(5.7)	195	5.5	(5.5)	758	5.2	(5.6)
会議 (施設内) (%)	563	7.4	(6.2)	195	9.7	(7.4)	758	8.0	(6.6)
会議 (施設外) (%)	563	1.1	(3.1)	195	0.8	(2.2)	758	1.0	(2.9)
研修 (%)	563	2.2	(3.3)	195	2.5	(3.5)	758	2.3	(3.4)
併設のサービスに関する業務 (%)	563	3.4	(6.5)	195	2.4	(5.8)	758	3.1	(6.3)
関連施設に関する業務 (%)	563	2.6	(6.4)	195	1.4	(4.1)	758	2.3	(5.9)
施設外の業務 (%)	563	1.1	(4.3)	195	0.4	(1.7)	758	1.0	(3.8)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（1）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
記入者						
管理栄養士	514	(92.8)	183	(98.4)	697	(94.2)
栄養士	22	(4.0)	2	(1.1)	24	(3.2)
その他	18	(3.2)	1	(0.5)	19	(2.6)
施設種別						
介護老人福祉施設	570	(100.0)	—	—	570	(74.4)
介護老人保健施設	—	—	196	(100.0)	196	(25.6)
管理栄養士勤務形態						
常勤	532	(99.8)	191	(100.0)	723	(99.9)
パート	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.1)
管理栄養士配置数						
1人	456	(80.0)	155	(79.1)	611	(79.8)
2人	97	(17.0)	35	(17.9)	132	(17.2)
3人以上	17	(3.0)	6	(3.1)	23	(3.0)
栄養士配置数						
0人	437	(76.7)	167	(85.2)	604	(78.9)
1人	100	(17.5)	22	(11.2)	122	(15.9)
2人	22	(3.9)	3	(1.5)	25	(3.3)
3人以上	11	(1.9)	4	(2.0)	15	(2.0)
給食の業務形態						
直営	232	(40.8)	54	(27.6)	286	(37.4)
委託	336	(59.2)	142	(72.4)	478	(62.6)
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されていない理由						
施設長の姿勢や理解	182	(39.9)	49	(31.6)	231	(37.8)
事務長の姿勢や理解	54	(11.8)	60	(38.7)	114	(18.7)
医師の姿勢や理解	4	(0.9)	10	(6.5)	14	(2.3)
管理栄養士の姿勢や理解	42	(9.2)	14	(9.0)	56	(9.2)
その他	253	(55.5)	76	(49.0)	329	(53.8)
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されている理由						
施設長の姿勢や理解	66	(57.9)	12	(29.3)	78	(50.3)
事務長の姿勢や理解	24	(21.1)	12	(29.3)	36	(23.2)
医師の姿勢や理解	4	(3.5)	3	(7.3)	7	(4.5)
管理栄養士の姿勢や理解	27	(23.7)	4	(9.8)	31	(20.0)
栄養ケア・マネジメントの推進のため	51	(44.7)	19	(46.3)	70	(45.2)
業務効率を高めるため	49	(43.0)	14	(34.1)	63	(40.6)
残業時間減少のため	13	(11.4)	6	(14.6)	19	(12.3)
新事業開始のため	8	(7.0)	2	(4.9)	10	(6.5)
その他	35	(30.7)	12	(29.3)	47	(30.3)
学会分類の使用について						
食事提供での食事形態に使用	151	(27.1)	66	(35.1)	217	(29.1)
食事提供でのとろみ濃度に使用	191	(35.2)	82	(43.6)	273	(37.3)
情報提供での食事形態に使用	98	(18.5)	54	(28.9)	152	(21.2)
情報提供でのとろみ濃度に使用	115	(22.2)	58	(31.0)	173	(24.5)

n: 欠損は項目ごとを除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（2）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
入退所時に管理栄養士は情報連携に関わっているか						
関わっている	500	(88.5)	186	(95.9)	686	(90.4)
栄養マネジメント加算の算定						
算定している	535	(94.0)	195	(99.5)	730	(95.4)
栄養マネジメント加算を算定していない理由						
施設長の判断	8	(23.5)	0	(0.0)	8	(22.9)
管理栄養士の判断	1	(2.9)	0	(0.0)	1	(2.9)
管理栄養士の採用困難	12	(35.3)	1	(100.0)	13	(37.1)
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	1	(2.9)	0	(0.0)	1	(2.9)
個別の食事対応の困難	2	(5.9)	0	(0.0)	2	(5.7)
他の職種の理解や協力が得られない	1	(2.9)	0	(0.0)	1	(2.9)
人員不足	4	(11.8)	0	(0.0)	4	(11.4)
その他	13	(38.2)	1	(100.0)	14	(40.0)
経口移行・経口維持加算の算定						
経口移行加算	27	(4.7)	32	(16.3)	59	(7.7)
経口維持加算（Ⅰ）	205	(36.0)	132	(67.3)	337	(44.0)
経口維持加算（Ⅱ）	120	(21.1)	86	(43.9)	206	(26.9)
いずれも算定していない	360	(63.2)	59	(30.1)	419	(54.7)
実施している摂食・嚥下機能検査						
水飲みテスト	136	(66.3)	114	(86.4)	250	(74.2)
頸部聴診法	70	(34.1)	62	(47.0)	132	(39.2)
嚥下内視鏡検査	25	(12.2)	4	(3.0)	29	(8.6)
嚥下造影検査	6	(2.9)	7	(5.3)	13	(3.9)
咀嚼能力・機能の検査	44	(21.5)	34	(25.8)	78	(23.1)
反復唾液嚥下テスト(RSST)	8	(3.9)	13	(9.8)	21	(6.2)
その他	62	(30.2)	37	(28.0)	99	(29.4)
経口維持加算算定に関わる職種						
歯科医師 常勤 1 人	2	(1.0)	2	(1.5)	4	(1.2)
非常勤 1 人	83	(40.5)	22	(16.7)	105	(31.2)
非常勤 2 人	5	(2.4)	1	(0.8)	6	(1.8)
非常勤 3 人	2	(1.0)	0	(0.0)	2	(0.6)
非常勤 4 人	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.3)
歯科衛生士 常勤 1 人	17	(8.3)	8	(6.1)	25	(7.4)
常勤 2 人	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(0.3)
非常勤 1 人	44	(21.5)	19	(14.4)	63	(18.7)
非常勤 2 人	11	(5.4)	6	(4.5)	17	(5.0)
非常勤 2.5 人	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.3)
非常勤 3 人	10	(4.9)	1	(0.8)	11	(3.3)
非常勤 5 人	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.3)
非常勤 6 人	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(0.3)
言語聴覚士 常勤 1 人	3	(1.5)	40	(30.3)	43	(12.8)
常勤 2 人	0	(0.0)	6	(4.5)	6	(1.8)
常勤 3 人	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(0.3)
常勤 4 人	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(0.3)
非常勤 1 人	18	(8.8)	28	(21.2)	46	(13.6)
非常勤 2 人	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.3)
協力病院や歯科医院の口腔専門職						
歯科医師	160	(79.6)	75	(58.6)	235	(71.4)
歯科衛生士	120	(60.0)	51	(40.8)	171	(52.6)
言語聴覚士	24	(12.3)	47	(36.7)	71	(22.0)

n:欠損は項目ごとを除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（3）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
管理栄養士単独でのミールラウンド						
月に1日以下	7	(3.5)	5	(3.9)	12	(3.6)
月に2～3日	11	(5.4)	6	(4.7)	17	(5.2)
週に1～2日	30	(14.9)	18	(14.1)	48	(14.5)
週に3～4日	73	(36.1)	47	(36.7)	120	(36.4)
週に5日以上	81	(40.1)	52	(40.6)	133	(40.3)
多職種によるミールラウンド						
月に1日以下	54	(26.7)	37	(28.2)	91	(27.3)
月に2～3日	51	(25.2)	29	(22.1)	80	(24.0)
週に1～2日	36	(17.8)	33	(25.2)	69	(20.7)
週に3～4日	22	(10.9)	17	(13.0)	39	(11.7)
週に5日以上	39	(19.3)	15	(11.5)	54	(16.2)
ミールラウンドの参加者						
医師	31	(15.1)	56	(42.4)	87	(25.8)
歯科医師	58	(28.3)	20	(15.2)	78	(23.1)
管理栄養士	196	(95.6)	128	(97.0)	324	(96.1)
歯科衛生士	66	(32.2)	31	(23.5)	97	(28.8)
言語聴覚士	18	(8.8)	73	(55.3)	91	(27.0)
作業療法士	19	(9.3)	64	(48.5)	83	(24.6)
理学療法士	29	(14.1)	70	(53.0)	99	(29.4)
看護職員	190	(92.7)	124	(93.9)	314	(93.2)
介護職員	193	(94.1)	121	(91.7)	314	(93.2)
介護支援専門員	150	(73.2)	69	(52.3)	219	(65.0)
相談員	27	(13.2)	2	(1.5)	29	(8.6)
その他	19	(9.3)	5	(3.8)	24	(7.1)
カンファレンスの参加者						
医師	61	(29.8)	89	(67.4)	150	(44.5)
歯科医師	75	(36.6)	18	(13.6)	93	(27.6)
管理栄養士	198	(96.6)	131	(99.2)	329	(97.6)
歯科衛生士	78	(38.0)	27	(20.5)	105	(31.2)
言語聴覚士	19	(9.3)	68	(51.5)	87	(25.8)
作業療法士	20	(9.8)	69	(52.3)	89	(26.4)
理学療法士	30	(14.6)	83	(62.9)	113	(33.5)
看護職員	197	(96.1)	127	(96.2)	324	(96.1)
介護職員	197	(96.1)	125	(94.7)	322	(95.5)
介護支援専門員	171	(83.4)	98	(74.2)	269	(79.8)
相談員	34	(16.6)	10	(7.6)	44	(13.1)
その他	21	(10.2)	8	(6.1)	29	(8.6)
カンファレンスの頻度						
月に1日以下	111	(55.5)	53	(40.5)	164	(49.5)
月に2～3日	61	(30.5)	37	(28.2)	98	(29.6)
週に1～2日	20	(10.0)	30	(22.9)	50	(15.1)
週に3～4日	7	(3.5)	10	(7.6)	17	(5.1)
週に5日以上	1	(0.5)	1	(0.8)	2	(0.6)

n: 欠損は項目ごとを除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（4）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと						
算定件数が増加した	98	(47.8)	75	(56.8)	173	(51.3)
算定しやすくなった	115	(56.1)	80	(60.6)	195	(57.9)
摂食・嚥下に関する課題が明確になった	94	(45.9)	63	(47.7)	157	(46.6)
食事の形態がアップする者が増加した	17	(8.3)	16	(12.1)	33	(9.8)
食事摂取量が増える者が増加した	13	(6.3)	11	(8.3)	24	(7.1)
他職種と情報共有できるようになった	130	(63.4)	91	(68.9)	221	(65.6)
他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった	98	(47.8)	81	(61.4)	179	(53.1)
他職種の協力が得られるようになった	92	(44.9)	80	(60.6)	172	(51.0)
VF・VEが必要なくなり、迅速に介入できる	81	(39.5)	60	(45.5)	141	(41.8)
管理栄養士のアセスメント能力の向上	45	(22.0)	38	(28.8)	83	(24.6)
その他	17	(8.3)	6	(4.5)	23	(6.8)
経口維持加算の算定について困難を感じていること						
医師の指示が得られにくい	22	(10.7)	11	(8.3)	33	(9.8)
歯科医師の指示が得られにくい	27	(13.2)	13	(9.8)	40	(11.9)
歯科衛生士または言語聴覚士の協力が得られにくい	28	(13.7)	14	(10.6)	42	(12.5)
他職種の協力が得られにくい	14	(6.8)	13	(9.8)	27	(8.0)
食事の観察（ミールラウンド）の時間がとれない	31	(15.1)	19	(14.4)	50	(14.8)
食事の観察（ミールラウンド）に時間を要する	37	(18.0)	38	(28.8)	75	(22.3)
多職種会議（カンファレンス）の時間がとれない	33	(16.1)	12	(9.1)	45	(13.4)
多職種会議（カンファレンス）に時間を要する	51	(24.9)	32	(24.2)	83	(24.6)
管理栄養士の負担が大きい	75	(36.6)	56	(42.4)	131	(38.9)
業務量が増えた	122	(59.5)	90	(68.2)	212	(62.9)
残業が増えた	27	(13.2)	25	(18.9)	52	(15.4)
個別の食事対応の困難	32	(15.6)	21	(15.9)	53	(15.7)
人員不足	22	(10.7)	30	(22.7)	52	(15.4)
施設内での体制作りが困難	20	(9.8)	19	(14.4)	39	(11.6)
他職種が主となって実施している	12	(5.9)	9	(6.8)	21	(6.2)
施設長から他職種を中心で行うよう指示があった	4	(2.0)	3	(2.3)	7	(2.1)
その他	27	(13.2)	16	(12.1)	43	(12.8)
経口移行加算を請求していない理由						
必要性を感じていない	10	(2.8)	4	(6.8)	14	(3.3)
対象者がいない	136	(35.5)	38	(55.1)	174	(38.5)
嚥下の評価が困難	164	(44.4)	25	(39.1)	189	(43.6)
個別の食事対応が出来ない	24	(6.6)	3	(5.0)	27	(6.4)
医師の指示が得られにくい	112	(30.4)	12	(19.7)	124	(28.8)
他職種の協力が得られにくい	70	(19.3)	14	(22.6)	84	(19.8)
算定方法がわからない	39	(10.8)	1	(1.7)	40	(9.5)
人員不足	67	(18.5)	11	(18.3)	78	(18.5)
その他	47	(12.9)	7	(11.5)	54	(12.7)
経口維持加算（Ⅰ）を請求していない理由						
必要性を感じていない	8	(2.2)	5	(8.3)	13	(3.1)
対象者がいない	38	(10.6)	13	(21.7)	51	(12.1)
嚥下の評価が困難	150	(41.7)	19	(32.2)	169	(40.3)
個別の食事対応が出来ない	25	(6.9)	2	(3.4)	27	(6.4)
医師の指示が得られにくい	109	(30.1)	10	(16.9)	119	(28.3)
他職種の協力が得られにくい	83	(23.1)	11	(18.6)	94	(22.4)
算定方法がわからない	41	(11.4)	3	(5.1)	44	(10.5)
人員不足	90	(25.0)	20	(33.3)	110	(26.2)
その他	67	(18.5)	16	(26.2)	83	(19.6)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（5）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
経口維持加算（Ⅱ）を請求していない理由						
必要性を感じていない	7	(1.9)	5	(7.7)	12	(2.8)
対象者がいない	37	(10.1)	11	(16.9)	48	(11.1)
嚥下の評価が困難	145	(39.6)	19	(29.7)	164	(38.1)
個別の食事対応が出来ない	25	(6.8)	3	(4.7)	28	(6.5)
医師の指示が得られない	110	(29.9)	9	(14.1)	119	(27.5)
他職種の協力が得られない	82	(22.4)	18	(28.1)	100	(23.3)
算定方法がわからない	40	(10.9)	2	(3.1)	42	(9.8)
人員不足	83	(22.7)	21	(32.3)	104	(24.1)
その他	60	(16.3)	14	(21.2)	74	(17.1)
看取り介護加算及びターミナルケア加算						
算定している	207	(37.4)	61	(31.4)	268	(35.9)
看取り介護及びターミナルケア						
実施している	223	(40.1)	84	(43.5)	307	(41.0)
終末期を判断する状況						
日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき	313	(54.9)	103	(52.6)	416	(54.3)
嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき	316	(55.4)	83	(42.3)	399	(52.1)
体重減少率が増加してきた場合	204	(35.8)	48	(24.5)	252	(32.9)
体重増加が期待できなくなった場合	69	(12.1)	10	(5.1)	79	(10.3)
上記以外の病態の変化があった場合	226	(39.6)	85	(43.4)	311	(40.6)
積極的な治療的医療を行わない状況になったとき	393	(68.9)	122	(62.2)	515	(67.2)
その他	83	(14.6)	17	(8.7)	100	(13.1)
終末期において栄養補給方法について多職種（チーム）で検討するカンファレンス						
実施している	366	(66.2)	106	(56.1)	472	(63.6)
終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目						
体重の測定を行っていた	257	(45.1)	72	(36.7)	329	(43.0)
体重の増加を目標にするのを中止した	223	(39.1)	90	(45.9)	313	(40.9)
血清アルブミン値の改善を目標にするのを中止した	148	(26.0)	67	(34.2)	215	(28.1)
食事や栄養補給に関する希望や意思について、本人・家族へ確認	367	(64.4)	118	(60.2)	485	(63.3)
食事摂取量の増加を目標にするのを中止した	231	(40.5)	85	(43.4)	316	(41.3)
少しでも食べられることを目標にした	394	(69.1)	125	(63.8)	519	(67.8)
栄養補助食品等を提供した	357	(62.6)	115	(58.7)	472	(61.6)
毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した	84	(14.7)	28	(14.3)	112	(14.6)
終末期の約束食事箋のようなものがあった	12	(2.1)	4	(2.0)	16	(2.1)
その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があった	24	(4.2)	3	(1.5)	27	(3.5)
計画を立てる際、相談した職種がいた	241	(42.3)	70	(35.7)	311	(40.6)
栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした	242	(42.5)	83	(42.3)	325	(42.4)
モニタリング結果の共有をしていた	135	(23.7)	43	(21.9)	178	(23.2)
モニタリングの状況を家族に伝えた	133	(23.3)	35	(17.9)	168	(21.9)
家族の満足感は得られた	137	(24.0)	39	(19.9)	176	(23.0)
食事提供に関して、家族と意見は一致した	247	(43.3)	82	(41.8)	329	(43.0)
食事提供に関して、他職種と意見は一致した	311	(54.6)	105	(53.6)	416	(54.3)
その他	24	(4.2)	13	(6.6)	37	(4.8)
老健・在宅復帰支援						
在宅強化型	—	—	37	(20.6)	—	—
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	—	—	67	(38.5)	—	—
入所前後訪問指導加算	—	—	63	(35.6)	—	—
管理栄養士の参加	—	—	4	(6.5)	—	—
退所前後訪問指導加算	—	—	84	(47.5)	—	—
管理栄養士の参加	—	—	8	(9.5)	—	—
退所後訪問指導加算	—	—	44	(24.9)	—	—
管理栄養士の参加	—	—	4	(9.3)	—	—
本人や家族への退所のための栄養相談	—	—	59	(34.9)	—	—
退所サマリー等への栄養ケア情報の提供	—	—	103	(60.9)	—	—
居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション	—	—	47	(29.7)	—	—

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（6）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
通所サービス						
併設している	345	(62.4)	146	(74.5)	491	(65.6)
栄養改善加算の取得	16	(4.7)	18	(12.5)	34	(7.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	194	(56.2)	92	(63.0)	286	(58.2)
食形態の検討	238	(69.0)	120	(82.2)	358	(72.9)
食事内容の検討	218	(63.2)	106	(72.6)	324	(66.0)
嚥下調整食の提供	200	(58.0)	98	(67.1)	298	(60.7)
療養食の提供	115	(33.3)	93	(63.7)	208	(42.4)
本人や家族からの栄養相談	77	(22.3)	67	(45.9)	144	(29.3)
他の職員からの栄養相談	161	(46.7)	86	(58.9)	247	(50.3)
その他	11	(3.2)	14	(9.6)	25	(5.1)
なし	36	(10.4)	9	(6.2)	45	(9.2)
通所サービスにおける管理栄養士の兼任						
あり	11	(73.3)	15	(88.2)	26	(81.3)
栄養改善加算を請求していない理由						
施設長の判断	91	(28.0)	16	(12.7)	107	(23.7)
事務長の判断	15	(4.6)	18	(14.3)	33	(7.3)
医師の判断	3	(0.9)	6	(4.8)	9	(2.0)
管理栄養士の判断	32	(9.8)	14	(11.1)	46	(10.2)
栄養改善加算の請求（算定）方法がわからない	44	(13.5)	16	(12.7)	60	(13.3)
他の職員の理解や協力が得られない	30	(9.2)	16	(12.7)	46	(10.2)
人員不足	74	(22.8)	38	(30.2)	112	(24.8)
その他	112	(34.5)	43	(34.1)	155	(34.4)
短期入所生活介護（ショートステイ）						
併設している	514	(90.2)	151	(77.0)	665	(86.8)
合計	570	(100.0)	196	(100.0)	766	(100.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	432	(84.0)	123	(81.5)	555	(83.5)
食事の形態の調整	476	(92.6)	144	(95.4)	620	(93.2)
食事内容の検討	433	(84.2)	135	(89.4)	568	(85.4)
療養食の対応	282	(54.9)	138	(91.4)	420	(63.2)
栄養相談	162	(31.5)	63	(41.7)	225	(33.8)
その他	9	(1.8)	3	(2.0)	12	(1.8)
なし	8	(1.6)	0	(0.0)	8	(1.2)
認知症対応型通所介護						
併設している	93	(16.3)	15	(7.7)	108	(14.1)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	48	(51.6)	10	(66.7)	58	(53.7)
食事の形態の調整	66	(71.0)	13	(86.7)	79	(73.1)
食事内容の検討	62	(66.7)	13	(86.7)	75	(69.4)
療養食の対応	37	(39.8)	10	(66.7)	47	(43.5)
栄養相談	19	(20.4)	8	(53.3)	27	(25.0)
その他	1	(1.1)	1	(6.7)	2	(1.9)
なし	8	(8.6)	0	(0.0)	8	(7.4)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（7）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
小規模多機能型居宅介護						
併設している	28	(4.9)	6	(3.1)	34	(4.4)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	8	(28.6)	2	(33.3)	10	(29.4)
食事の形態の調整	13	(46.4)	3	(50.0)	16	(47.1)
食事内容の検討	13	(46.4)	5	(83.3)	18	(52.9)
療養食の対応	8	(28.6)	2	(33.3)	10	(29.4)
栄養相談	9	(32.1)	2	(33.3)	11	(32.4)
その他	1	(3.6)	1	(16.7)	2	(5.9)
なし	7	(25.0)	1	(16.7)	8	(23.5)
地域密着型特定施設入居者生活介護						
併設している	11	(1.9)	0	(0.0)	11	(1.4)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	7	(63.6)	0	(0.0)	7	(63.6)
食事の形態の調整	9	(81.8)	0	(0.0)	9	(81.8)
食事内容の検討	8	(72.7)	0	(0.0)	8	(72.7)
療養食の対応	7	(63.6)	0	(0.0)	7	(63.6)
栄養相談	5	(45.5)	0	(0.0)	5	(45.5)
その他	1	(9.1)	0	(0.0)	1	(9.1)
なし	1	(9.1)	0	(0.0)	1	(9.1)
夜間対応型訪問介護						
併設している	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）						
併設している	69	(12.1)	16	(8.2)	85	(11.1)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	8	(11.6)	4	(25.0)	12	(14.1)
食事の形態の調整	27	(39.1)	5	(31.3)	32	(37.6)
食事内容の検討	29	(42.0)	10	(62.5)	39	(45.9)
療養食の対応	13	(18.8)	4	(25.0)	17	(20.0)
栄養相談	29	(42.0)	7	(43.8)	36	(42.4)
その他	11	(15.9)	6	(37.5)	17	(20.0)
なし	14	(20.3)	0	(0.0)	14	(16.5)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
併設している	49	(8.6)	2	(1.0)	51	(6.7)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	46	(93.9)	2	(100.0)	48	(94.1)
食事の形態の調整	46	(93.9)	2	(100.0)	48	(94.1)
食事内容の検討	47	(95.9)	2	(100.0)	49	(96.1)
療養食の対応	39	(79.6)	2	(100.0)	41	(80.4)
栄養相談	23	(46.9)	1	(50.0)	24	(47.1)
その他	3	(6.1)	0	(0.0)	3	(5.9)
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
併設している	2	(0.4)	2	(1.0)	4	(0.5)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
食事の形態の調整	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
食事内容の検討	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(25.0)
療養食の対応	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
栄養相談	1	(50.0)	1	(50.0)	2	(50.0)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	1	(50.0)	0	(0.0)	1	(25.0)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（8）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
複合型サービス						
併設している	6	(1.1)	1	(0.5)	7	(0.9)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること						
食事の観察（ミールラウンド）	3	(50.0)	1	(100.0)	4	(57.1)
食事の形態の調整	5	(83.3)	1	(100.0)	6	(85.7)
食事内容の検討	3	(50.0)	1	(100.0)	4	(57.1)
療養食の対応	5	(83.3)	0	(0.0)	5	(71.4)
栄養相談	3	(50.0)	1	(100.0)	4	(57.1)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
施設入所者への栄養ケア以外で実施していること						
コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り	35	(6.1)	4	(2.0)	39	(5.1)
配食サービスによる栄養改善	84	(14.7)	7	(3.6)	91	(11.9)
市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	21	(3.7)	8	(4.1)	29	(3.8)
市の栄養教室の講師等一般介護予防事業	68	(11.9)	19	(9.7)	87	(11.4)
地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加	15	(2.6)	10	(5.1)	25	(3.3)
施設広報誌で栄養情報を提供	79	(13.9)	40	(20.4)	119	(15.5)
ホームページで栄養の啓もう活動	16	(2.8)	9	(4.6)	25	(3.3)
その他	46	(8.1)	14	(7.1)	60	(7.8)
なし	322	(56.5)	116	(59.2)	438	(57.2)
栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士人数						
0人	4	(0.7)	0	(0.0)	4	(0.5)
1人	455	(84.3)	161	(83.0)	616	(83.9)
2人	70	(13.0)	30	(15.5)	100	(13.6)
3人	9	(1.7)	2	(1.0)	11	(1.5)
4人	2	(0.4)	0	(0.0)	2	(0.3)
6人	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.1)
管理栄養士について						
施設配置	534	(100.0)	194	(100.0)	728	(100.0)
常勤	528	(99.8)	193	(100.0)	721	(99.9)
パート	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.1)
居宅療養管理指導の経験あり	8	(1.5)	6	(3.1)	14	(1.9)
在宅訪問栄養相談（居宅療養管理指導を除く）の経験あり	43	(8.1)	21	(10.8)	64	(8.8)
第20回以降の管理栄養士国家試験合格者	193	(38.1)	82	(45.6)	275	(40.1)
臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）資格者	25	(4.7)	16	(8.2)	41	(5.6)
栄養サポートチーム加算要件資格者	10	(1.9)	8	(4.1)	18	(2.5)
在宅訪問管理栄養士（日本栄養士会）資格者	15	(2.8)	13	(6.7)	28	(3.9)
介護支援専門員の資格者	124	(23.2)	28	(14.4)	152	(20.9)
神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの課程修了生	18	(3.4)	8	(4.1)	26	(3.6)
大学院修士号以上の学位取得者	9	(1.7)	4	(2.1)	13	(1.8)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（9）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】						
「食べること」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						
できていない	25	(4.7)	11	(5.7)	36	(4.9)
できている	426	(79.5)	154	(79.4)	580	(79.5)
よくできている	85	(15.9)	29	(14.9)	114	(15.6)
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 本人の要望が最重要な目標であるという認識が広がっていますか						
できていない	80	(15.0)	34	(17.6)	114	(15.7)
できている	376	(70.4)	137	(71.0)	513	(70.6)
よくできている	78	(14.6)	22	(11.4)	100	(13.8)
施設長は、多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						
できていない	54	(10.1)	19	(9.8)	73	(10.0)
できている	341	(63.7)	119	(61.7)	460	(63.2)
よくできている	140	(26.2)	55	(28.5)	195	(26.8)
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						
できていない	16	(3.0)	6	(3.1)	22	(3.0)
できている	359	(67.2)	96	(49.5)	455	(62.5)
よくできている	159	(29.8)	92	(47.4)	251	(34.5)
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						
できていない	25	(4.7)	3	(1.5)	28	(3.8)
できている	370	(69.2)	116	(59.8)	486	(66.7)
よくできている	140	(26.2)	75	(38.7)	215	(29.5)
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						
できていない	22	(4.1)	2	(1.0)	24	(3.3)
できている	390	(72.8)	126	(64.9)	516	(70.7)
よくできている	124	(23.1)	66	(34.0)	190	(26.0)
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						
できていない	37	(6.9)	11	(5.7)	48	(6.6)
できている	369	(68.8)	126	(64.9)	495	(67.8)
よくできている	130	(24.3)	57	(29.4)	187	(25.6)
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						
できていない	67	(12.5)	19	(9.8)	86	(11.8)
できている	364	(67.9)	130	(67.0)	494	(67.7)
よくできている	105	(19.6)	45	(23.2)	150	(20.5)
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						
できていない	105	(19.6)	27	(13.9)	132	(18.1)
できている	329	(61.4)	116	(59.8)	445	(61.0)
よくできている	102	(19.0)	51	(26.3)	153	(21.0)
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						
できていない	49	(9.1)	9	(4.6)	58	(7.9)
できている	313	(58.4)	99	(51.0)	412	(56.4)
よくできている	174	(32.5)	86	(44.3)	260	(35.6)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（10）

		特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
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	できていない	6	(1.1)	2	(1.0)	8	(1.1)
	できている	243	(45.3)	62	(32.0)	305	(41.8)
	よくできている	287	(53.5)	130	(67.0)	417	(57.1)
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	できていない	7	(1.3)	2	(1.0)	9	(1.2)
	できている	396	(73.9)	126	(64.9)	522	(71.5)
	よくできている	133	(24.8)	66	(34.0)	199	(27.3)
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、 個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか	できていない	68	(12.7)	19	(9.8)	87	(11.9)
	できている	330	(61.7)	108	(55.7)	438	(60.1)
	よくできている	137	(25.6)	67	(34.5)	204	(28.0)
管理栄養士は、必要に応じて栄養相談について文章化していますか	できていない	169	(31.6)	42	(21.6)	211	(28.9)
	できている	311	(58.1)	117	(60.3)	428	(58.7)
	よくできている	55	(10.3)	35	(18.0)	90	(12.3)
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	できていない	90	(16.9)	39	(20.1)	129	(17.7)
	できている	352	(65.9)	116	(59.8)	468	(64.3)
	よくできている	92	(17.2)	39	(20.1)	131	(18.0)
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	できていない	21	(3.9)	21	(10.8)	42	(5.8)
	できている	424	(79.3)	130	(67.0)	554	(76.0)
	よくできている	90	(16.8)	43	(22.2)	133	(18.2)
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	できていない	36	(6.7)	14	(7.3)	50	(6.9)
	できている	330	(61.6)	104	(53.9)	434	(59.5)
	よくできている	170	(31.7)	75	(38.9)	245	(33.6)
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	できていない	9	(1.7)	6	(3.1)	15	(2.1)
	できている	302	(56.3)	86	(44.6)	388	(53.2)
	よくできている	225	(42.0)	101	(52.3)	326	(44.7)
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	できていない	34	(6.3)	5	(2.6)	39	(5.3)
	できている	399	(74.4)	141	(72.7)	540	(74.0)
	よくできている	103	(19.2)	48	(24.7)	151	(20.7)
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）に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	できていない	23	(4.3)	14	(7.2)	37	(5.1)
	できている	393	(73.5)	126	(64.9)	519	(71.2)
	よくできている	119	(22.2)	54	(27.8)	173	(23.7)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（11）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
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						
できていない	9	(1.7)	3	(1.5)	12	(1.6)
できている	384	(71.6)	117	(60.3)	501	(68.6)
よくできている	143	(26.7)	74	(38.1)	217	(29.7)
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						
できていない	34	(6.4)	10	(5.2)	44	(6.1)
できている	397	(74.5)	117	(60.3)	514	(70.7)
よくできている	102	(19.1)	67	(34.5)	169	(23.2)
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						
できていない	52	(9.7)	15	(7.7)	67	(9.2)
できている	328	(61.3)	97	(50.0)	425	(58.3)
よくできている	155	(29.0)	82	(42.3)	237	(32.5)
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						
できていない	3	(0.6)	2	(1.0)	5	(0.7)
できている	228	(42.5)	54	(27.8)	282	(38.6)
よくできている	305	(56.9)	138	(71.1)	443	(60.7)
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						
できていない	8	(1.5)			8	(1.1)
できている	343	(64.0)	95	(49.0)	438	(60.0)
よくできている	185	(34.5)	99	(51.0)	284	(38.9)
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						
できていない	71	(13.2)	14	(7.2)	85	(11.6)
できている	331	(61.8)	104	(53.6)	435	(59.6)
よくできている	134	(25.0)	76	(39.2)	210	(28.8)
栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか						
できていない	19	(3.6)	7	(3.6)	26	(3.6)
できている	380	(71.0)	116	(59.8)	496	(68.0)
よくできている	136	(25.4)	71	(36.6)	207	(28.4)
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						
できていない	121	(22.7)	31	(16.1)	152	(20.9)
できている	360	(67.4)	136	(70.5)	496	(68.2)
よくできている	53	(9.9)	26	(13.5)	79	(10.9)
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						
できていない	156	(29.2)	56	(28.9)	212	(29.1)
できている	319	(59.6)	119	(61.3)	438	(60.1)
よくできている	60	(11.2)	19	(9.8)	79	(10.8)
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						
できていない	165	(30.8)	56	(28.9)	221	(30.3)
できている	309	(57.6)	118	(60.8)	427	(58.5)
よくできている	62	(11.6)	20	(10.3)	82	(11.2)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-3 基本集計（施設調査）（１２）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
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						
利用者・家族がよろこんだこと	246	(43.2)	97	(49.5)	343	(44.8)
利用者の「食べること」が重視された	333	(58.4)	127	(64.8)	460	(60.1)
低栄養状態の把握や改善が行われたこと	403	(70.7)	149	(76.0)	552	(72.1)
業務にやりがいを感じられたこと	140	(24.6)	66	(33.7)	206	(26.9)
他の職種との連携ができたこと	330	(57.9)	130	(66.3)	460	(60.1)
「よかった」と感じていることはない	20	(3.5)	6	(3.1)	26	(3.4)
その他	16	(2.8)	8	(4.1)	24	(3.1)
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						
施設長の姿勢や理解	65	(11.4)	33	(16.8)	98	(12.8)
医師の姿勢や理解	77	(13.5)	29	(14.8)	106	(13.8)
介護支援専門員の姿勢や理解	49	(8.6)	20	(10.2)	69	(9.0)
管理栄養士の姿勢や理解	45	(7.9)	11	(5.6)	56	(7.3)
看護師の姿勢や理解	101	(17.7)	40	(20.4)	141	(18.4)
介護福祉士の姿勢や理解	110	(19.3)	40	(20.4)	150	(19.6)
上記以外の職種の姿勢や理解	16	(2.8)	17	(8.7)	33	(4.3)
委託業者との連携体制	115	(20.2)	46	(23.5)	161	(21.0)
行政関係者の姿勢や理解	37	(6.5)	10	(5.1)	47	(6.1)
担当者会議の機能	83	(14.6)	19	(9.7)	102	(13.3)
管理栄養士の知識や技術の不足	288	(50.5)	107	(54.6)	395	(51.6)
人員の配置や不足	181	(31.8)	78	(39.8)	259	(33.8)
時間外業務の増大	115	(20.2)	46	(23.5)	161	(21.0)
管理栄養士の疲労感の増大	116	(20.4)	40	(20.4)	156	(20.4)
食事の個別化	194	(34.0)	72	(36.7)	266	(34.7)
コンピューターの導入が未整備	44	(7.7)	25	(12.8)	69	(9.0)
車椅子や仰臥位の体重計が未整備	24	(4.2)	14	(7.1)	38	(5.0)
問題と感じていることはない	25	(4.4)	4	(2.0)	29	(3.8)
その他	57	(10.0)	26	(13.3)	83	(10.8)
本人や家族への退所のための栄養相談						
実施している	—	—	71	(37.2)	—	—
在宅復帰支援を強化する場合の栄養相談の実施回数						
1回	—	—	52	(77.6)	—	—
2回	—	—	12	(17.9)	—	—
3回	—	—	3	(4.5)	—	—
通常の退所支援の場合の栄養相談の実施回数						
1回	—	—	60	(90.9)	—	—
2回	—	—	5	(7.6)	—	—
3回	—	—	1	(1.5)	—	—
退所のための栄養相談を実施していない理由						
退所時カンファレンスにおいて実施しているため	—	—	32	(26.7)	—	—
書面による情報提供を実施しているため	—	—	81	(67.5)	—	—
日常的な家族との面会時に実施しているため	—	—	24	(20.0)	—	—
業務に位置付けられていないため	—	—	19	(15.8)	—	—
必要性がないため	—	—	13	(10.8)	—	—
人員不足	—	—	4	(3.3)	—	—
その他	—	—	13	(10.8)	—	—

n:欠損は項目ごとに除く

表 I -3 基本集計（施設調査）（13）

	特養 n=570		老健 n=196		全体 n=766	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
在宅復帰のための自宅訪問						
実施している	—	—	86	(46.0)	—	—
自宅訪問を実施する職種						
医師	—	—	0	(0.0)	—	—
歯科医師	—	—	0	(0.0)	—	—
薬剤師	—	—	0	(0.0)	—	—
看護職員	—	—	21	(24.4)	—	—
介護職員	—	—	38	(44.2)	—	—
管理栄養士	—	—	12	(14.0)	—	—
理学療法士	—	—	75	(87.2)	—	—
作業療法士	—	—	52	(60.5)	—	—
言語聴覚士	—	—	6	(7.0)	—	—
介護支援専門員	—	—	65	(75.6)	—	—
介護支援相談員	—	—	76	(88.4)	—	—
歯科衛生士	—	—	1	(1.2)	—	—
その他	—	—	2	(2.3)	—	—
自宅訪問を実施する時期						
入所前30日以内	—	—	32	(37.2)	—	—
入所後7日以内	—	—	35	(40.7)	—	—
退所前	—	—	72	(83.7)	—	—
退所後30日以内	—	—	33	(38.4)	—	—
その他	—	—	3	(3.5)	—	—
自宅訪問を実施していない理由						
業務に位置付けられていないため	—	—	44	(43.6)	—	—
介護支援専門員の判断	—	—	12	(11.9)	—	—
支援相談員の判断	—	—	10	(9.9)	—	—
施設長の判断	—	—	7	(6.9)	—	—
実施体制がないため	—	—	54	(53.5)	—	—
人員不足	—	—	12	(11.9)	—	—
その他	—	—	9	(8.9)	—	—
退所支援が必要と考えられる入所者の特性						
低栄養状態である	—	—	126	(64.3)	—	—
療養食が必要である	—	—	126	(64.3)	—	—
摂食・嚥下障害がある	—	—	147	(75.0)	—	—
嚥下調整食が必要である	—	—	120	(61.2)	—	—
水分にとろみ剤を使用している	—	—	96	(49.0)	—	—
脱水の既往がある	—	—	69	(35.2)	—	—
自宅で自炊する	—	—	85	(43.4)	—	—
自宅での食事の準備が困難	—	—	97	(49.5)	—	—
日中独居である	—	—	65	(33.2)	—	—
老老介護である	—	—	74	(37.8)	—	—
家族の協力が得られない	—	—	63	(32.1)	—	—
その他	—	—	6	(3.1)	—	—

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（1）

	特養				老健			
	入所者80名以上 n=214		入所者80名未満 n=351		入所者80名以上 n=122		入所者80名未満 n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
記入者								
管理栄養士	199	(94.8)	310	(91.4)	114	(99.1)	66	(97.1)
栄養士	3	(1.4)	19	(5.6)	1	(0.9)	1	(1.5)
その他	8	(3.8)	10	(2.9)	0	(0.0)	1	(1.5)
管理栄養士配置数								
1名	157	(73.4)	294	(83.8)	90	(73.8)	62	(87.3)
2名	47	(22.0)	50	(14.2)	27	(22.1)	8	(11.3)
3名以上	10	(4.7)	7	(2.0)	5	(4.1)	1	(1.4)
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されていない理由								
施設長の姿勢や理解	66	(42.0)	112	(38.1)	32	(35.6)	16	(25.8)
事務長の姿勢や理解	25	(15.9)	27	(9.2)	41	(45.6)	19	(30.6)
医師の姿勢や理解	2	(1.3)	2	(0.7)	6	(6.7)	4	(6.5)
管理栄養士の姿勢や理解	20	(12.7)	21	(7.1)	12	(13.3)	2	(3.2)
その他	83	(52.9)	168	(57.1)	38	(42.2)	37	(59.7)
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されている理由								
施設長の姿勢や理解	31	(54.4)	35	(61.4)	9	(28.1)	3	(33.3)
事務長の姿勢や理解	15	(26.3)	9	(15.8)	10	(31.3)	2	(22.2)
医師の姿勢や理解	2	(3.5)	2	(3.5)	2	(6.3)	1	(11.1)
管理栄養士の姿勢や理解	17	(29.8)	10	(17.5)	3	(9.4)	1	(11.1)
栄養ケア・マネジメントの推進のため	26	(45.6)	25	(43.9)	15	(46.9)	4	(44.4)
業務効率を高めるため	21	(36.8)	28	(49.1)	11	(34.4)	3	(33.3)
残業時間減少のため	7	(12.3)	6	(10.5)	5	(15.6)	1	(11.1)
新事業開始のため	2	(3.5)	6	(10.5)	2	(6.3)	-	-
その他	19	(33.3)	16	(28.1)	7	(21.9)	5	(55.6)
学会分類の使用について								
食事提供での食事形態に使用	67	(31.9)	82	(23.9)	42	(35.6)	22	(32.8)
食事提供でのとろみ濃度に使用	76	(38.0)	113	(33.4)	55	(47.0)	25	(36.8)
情報提供での食事形態に使用	38	(19.1)	58	(17.7)	29	(24.6)	23	(34.8)
情報提供でのとろみ濃度に使用	43	(22.6)	71	(21.9)	33	(28.4)	23	(33.8)
入退所時に管理栄養士は情報連携に関わっているか								
関わっている	190	(90.0)	306	(87.7)	116	(95.1)	67	(97.1)
栄養マネジメント加算の算定								
算定している	206	(96.7)	324	(92.3)	122	(100.0)	70	(98.6)
栄養マネジメント加算を算定していない理由								
施設長の判断	2	(28.6)	6	(22.2)	0	(0.0)	0	(0.0)
管理栄養士の判断	0	(0.0)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
管理栄養士の採用困難	3	(42.9)	9	(33.3)	0	(0.0)	1	(100.0)
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	0	(0.0)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
個別の食事対応の困難	1	(14.3)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
他の職種の理解や協力が得られない	0	(0.0)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
人員不足	1	(14.3)	3	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他	3	(42.9)	10	(37.0)	0	(0.0)	1	(100.0)
経口移行・維持加算の算定								
経口移行加算	15	(7.0)	11	(3.1)	20	(16.4)	12	(16.9)
経口維持加算（Ⅰ）	94	(43.9)	109	(31.1)	89	(73.0)	42	(59.2)
経口維持加算（Ⅱ）	58	(27.1)	62	(17.7)	57	(46.7)	28	(39.4)
いずれも算定していない	116	(54.2)	241	(68.7)	29	(23.8)	28	(39.4)
実施している摂食・嚥下機能検査								
水飲みテスト	57	(60.6)	78	(71.6)	75	(84.3)	38	(90.5)
頸部聴診法	36	(38.3)	34	(31.2)	39	(43.8)	22	(52.4)
嚥下内視鏡検査	14	(14.9)	10	(9.2)	2	(2.2)	2	(4.8)
嚥下造影検査	1	(1.1)	5	(4.6)	5	(5.6)	2	(4.8)
咀嚼能力・機能の検査	21	(22.3)	23	(21.1)	23	(25.8)	11	(26.2)
反復唾液嚥下テスト(RSST)	4	(4.3)	3	(2.8)	10	(11.2)	3	(7.1)
その他	31	(33.0)	30	(27.5)	23	(25.8)	14	(33.3)

n:欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（2）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
協力病院や歯科医院の口腔専門職								
歯科医師	72	(79.1)	86	(79.6)	48	(55.8)	26	(63.4)
歯科衛生士	58	(63.7)	61	(57.0)	33	(39.3)	17	(42.5)
言語聴覚士	14	(16.1)	10	(9.4)	31	(36.5)	15	(35.7)
管理栄養士単独でのミールラウンド								
月に1日以下	5	(5.4)	2	(1.9)	2	(2.3)	3	(7.3)
月に2～3日	4	(4.3)	7	(6.5)	2	(2.3)	4	(9.8)
週に1～2日	11	(11.8)	19	(17.8)	15	(17.4)	3	(7.3)
週に3～4日	36	(38.7)	36	(33.6)	34	(39.5)	13	(31.7)
週に5日以上	37	(39.8)	43	(40.2)	33	(38.4)	18	(43.9)
多職種によるミールラウンド								
月に1日以下	27	(29.0)	26	(24.3)	26	(29.5)	11	(26.2)
月に2～3日	22	(23.7)	29	(27.1)	17	(19.3)	12	(28.6)
週に1～2日	15	(16.1)	20	(18.7)	22	(25.0)	11	(26.2)
週に3～4日	12	(12.9)	10	(9.3)	11	(12.5)	6	(14.3)
週に5日以上	17	(18.3)	22	(20.6)	12	(13.6)	2	(4.8)
ミールラウンドの参加者								
医師	15	(16.0)	15	(13.8)	34	(38.2)	21	(50.0)
歯科医師	30	(31.9)	28	(25.7)	12	(13.5)	8	(19.0)
管理栄養士	89	(94.7)	105	(96.3)	86	(96.6)	41	(97.6)
歯科衛生士	32	(34.0)	34	(31.2)	20	(22.5)	10	(23.8)
言語聴覚士	9	(9.6)	9	(8.3)	51	(57.3)	21	(50.0)
作業療法士	12	(12.8)	7	(6.4)	44	(49.4)	19	(45.2)
理学療法士	18	(19.1)	10	(9.2)	45	(50.6)	25	(59.5)
看護職員	87	(92.6)	101	(92.7)	83	(93.3)	40	(95.2)
介護職員	87	(92.6)	104	(95.4)	81	(91.0)	39	(92.9)
介護支援専門員	65	(69.1)	84	(77.1)	44	(49.4)	24	(57.1)
相談員	12	(12.8)	15	(13.8)	1	(1.1)	0	(0.0)
その他	9	(9.6)	10	(9.2)	4	(4.5)	1	(2.4)
カンファレンスの参加者								
医師	26	(27.7)	34	(31.2)	54	(60.7)	34	(81.0)
歯科医師	36	(38.3)	38	(34.9)	11	(12.4)	7	(16.7)
管理栄養士	91	(96.8)	105	(96.3)	88	(98.9)	42	(100.0)
歯科衛生士	41	(43.6)	37	(33.9)	17	(19.1)	10	(23.8)
言語聴覚士	9	(9.6)	10	(9.2)	48	(53.9)	19	(45.2)
作業療法士	11	(11.7)	9	(8.3)	48	(53.9)	20	(47.6)
理学療法士	19	(20.2)	10	(9.2)	51	(57.3)	31	(73.8)
看護職員	90	(95.7)	105	(96.3)	86	(96.6)	40	(95.2)
介護職員	91	(96.8)	104	(95.4)	85	(95.5)	39	(92.9)
介護支援専門員	78	(83.0)	92	(84.4)	65	(73.0)	32	(76.2)
相談員	14	(14.9)	20	(18.3)	6	(6.7)	3	(7.1)
その他	10	(10.6)	11	(10.1)	6	(6.7)	2	(4.8)
カンファレンスの頻度								
月に1日以下	47	(51.6)	63	(58.9)	35	(39.8)	18	(42.9)
月に2～3日	29	(31.9)	31	(29.0)	24	(27.3)	13	(31.0)
週に1～2日	9	(9.9)	11	(10.3)	21	(23.9)	9	(21.4)
週に3～4日	5	(5.5)	2	(1.9)	7	(8.0)	2	(4.8)
週に5日以上	1	(1.1)	0	(0.0)	1	(1.1)	0	(0.0)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（3）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと								
算定件数が増加した	44	(46.8)	52	(47.7)	52	(58.4)	23	(54.8)
算定しやすくなった	56	(59.6)	58	(53.2)	57	(64.0)	23	(54.8)
摂食・嚥下に関する課題が明確になった	42	(44.7)	51	(46.8)	43	(48.3)	19	(45.2)
食事の形態がアップする者が増加した	11	(11.7)	6	(5.5)	14	(15.7)	2	(4.8)
食事摂取量が増える者が増加した	9	(9.6)	4	(3.7)	7	(7.9)	4	(9.5)
他職種と情報共有できるようになった	63	(67.0)	67	(61.5)	60	(67.4)	30	(71.4)
他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった	46	(48.9)	51	(46.8)	54	(60.7)	26	(61.9)
他職種の協力が得られるようになった	40	(42.6)	52	(47.7)	50	(56.2)	29	(69.0)
VF・VEが必要なくなり、迅速に介入できる	33	(35.1)	48	(44.0)	41	(46.1)	19	(45.2)
管理栄養士のアセスメント能力の向上	22	(23.4)	23	(21.1)	25	(28.1)	12	(28.6)
その他	10	(10.6)	7	(6.4)	6	(6.7)	0	(0.0)
経口維持加算の算定について困難を感じていること								
医師の指示が得られにくい	11	(11.7)	11	(10.1)	8	(9.0)	3	(7.1)
歯科医師の指示が得られにくい	9	(9.6)	18	(16.5)	11	(12.4)	2	(4.8)
歯科衛生士または言語聴覚士の協力が得られにくい	7	(7.4)	20	(18.3)	11	(12.4)	3	(7.1)
他職種の協力が得られにくい	7	(7.4)	7	(6.4)	10	(11.2)	3	(7.1)
食事の観察（ミールラウンド）の時間がとれない	17	(18.1)	14	(12.8)	12	(13.5)	7	(16.7)
食事の観察（ミールラウンド）に時間を要する	15	(16.0)	22	(20.2)	27	(30.3)	11	(26.2)
多職種会議（カンファレンス）の時間がとれない	17	(18.1)	16	(14.7)	8	(9.0)	4	(9.5)
多職種会議（カンファレンス）に時間を要する	17	(18.1)	33	(30.3)	22	(24.7)	10	(23.8)
管理栄養士の負担が大きい	42	(44.7)	31	(28.4)	36	(40.4)	19	(45.2)
業務量が増えた	59	(62.8)	62	(56.9)	58	(65.2)	31	(73.8)
残業が増えた	13	(13.8)	13	(11.9)	18	(20.2)	7	(16.7)
個別の食事対応の困難	16	(17.0)	16	(14.7)	16	(18.0)	5	(11.9)
人員不足	11	(11.7)	11	(10.1)	20	(22.5)	9	(21.4)
施設内での体制作りが困難	12	(12.8)	8	(7.3)	15	(16.9)	4	(9.5)
他職種が主となって実施している	7	(7.4)	5	(4.6)	7	(7.9)	2	(4.8)
施設長から他職種を中心で行うよう指示があった	2	(2.1)	2	(1.8)	2	(2.2)	1	(2.4)
その他	16	(17.0)	11	(10.1)	12	(13.5)	4	(9.5)
経口移行加算を請求していない理由								
必要性を感じていない	4	(3.4)	6	(2.5)	1	(3.4)	3	(10.7)
対象者がいない	43	(34.7)	91	(35.7)	17	(48.6)	21	(65.6)
嚥下の評価が困難	58	(48.3)	103	(41.9)	16	(48.5)	9	(31.0)
個別の食事対応が出来ない	8	(6.8)	15	(6.2)	3	(10.0)	0	(0.0)
医師の指示が得られにくい	41	(34.2)	70	(28.5)	5	(16.1)	6	(21.4)
他職種の協力が得られにくい	14	(12.0)	56	(23.0)	9	(29.0)	4	(13.8)
算定方法がわからない	16	(13.8)	23	(9.5)	0	(0.0)	1	(3.6)
人員不足	25	(21.6)	41	(16.9)	6	(20.7)	5	(17.2)
その他	12	(10.3)	35	(14.3)	2	(6.5)	4	(14.3)
経口維持加算（Ⅰ）を請求していない理由								
必要性を感じていない	2	(1.7)	6	(2.5)	3	(10.0)	2	(7.1)
対象者がいない	7	(6.0)	30	(12.4)	5	(16.7)	8	(28.6)
嚥下の評価が困難	53	(45.7)	94	(39.0)	13	(44.8)	6	(21.4)
個別の食事対応が出来ない	8	(6.9)	16	(6.6)	1	(3.4)	1	(3.6)
医師の指示が得られにくい	41	(34.7)	67	(27.8)	4	(13.8)	5	(17.9)
他職種の協力が得られにくい	24	(20.7)	59	(24.5)	6	(20.7)	4	(14.3)
算定方法がわからない	19	(16.4)	22	(9.1)	1	(3.4)	2	(7.1)
人員不足	36	(31.0)	53	(22.0)	10	(33.3)	10	(35.7)
その他	22	(18.8)	45	(18.6)	7	(22.6)	8	(28.6)
経口維持加算（Ⅱ）を請求していない理由								
必要性を感じていない	2	(1.7)	5	(2.1)	3	(8.8)	2	(6.9)
対象者がいない	6	(5.0)	30	(12.4)	4	(11.8)	7	(24.1)
嚥下の評価が困難	54	(45.0)	88	(36.4)	12	(36.4)	7	(24.1)
個別の食事対応が出来ない	9	(7.5)	15	(6.2)	2	(6.1)	1	(3.4)
医師の指示が得られにくい	40	(32.8)	69	(28.5)	3	(9.1)	5	(17.2)
他職種の協力が得られにくい	22	(18.3)	60	(24.8)	11	(33.3)	6	(20.7)
算定方法がわからない	19	(15.8)	21	(8.7)	0	(0.0)	2	(6.9)
人員不足	34	(28.3)	48	(19.8)	11	(32.4)	10	(34.5)
その他	20	(16.5)	40	(16.5)	5	(14.3)	8	(27.6)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（4）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
看取り介護加算及びターミナルケア加算								
算定している	95	(45.2)	110	(32.5)	43	(35.2)	17	(24.3)
看取り介護及びターミナルケア								
実施している	110	(52.4)	110	(32.2)	60	(50.0)	22	(31.4)
終末期を判断する状況								
日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき	128	(59.8)	184	(52.4)	66	(54.1)	36	(50.7)
嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき	130	(60.7)	183	(52.1)	45	(36.9)	37	(52.1)
体重減少率が増加してきた場合	86	(40.2)	118	(33.6)	31	(25.4)	16	(22.5)
体重増加が期待できなくなった場合	30	(14.0)	39	(11.1)	5	(4.1)	5	(7.0)
上記以外の病態の変化があった場合	90	(42.1)	134	(38.2)	49	(40.2)	36	(50.7)
積極的な治療的医療を行わない状況になったとき	150	(70.1)	238	(67.8)	70	(57.4)	50	(70.4)
その他	37	(17.3)	45	(12.8)	10	(8.2)	6	(8.5)
終末期において栄養補給方法について多職種（チーム）で検討するカンファレンス								
実施している	144	(68.2)	120	(35.6)	62	(53.4)	42	(60.0)
終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目								
体重の測定を行っていた	113	(52.8)	139	(39.6)	51	(41.8)	20	(28.2)
体重の増加を目標にするのを中止した	98	(45.8)	124	(35.3)	59	(48.4)	30	(42.3)
血清アルブミン値の改善を目標にするのを中止した	66	(30.8)	80	(22.8)	46	(37.7)	20	(28.2)
食事や栄養補給に関する希望や意思について、本人・家族へ確認	148	(69.2)	215	(61.3)	66	(54.1)	49	(69.0)
食事摂取量の増加を目標にするのを中止した	91	(42.5)	138	(39.3)	57	(46.7)	27	(38.0)
少しでも食べられることを目標にした	154	(72.0)	235	(67.0)	72	(59.0)	50	(70.4)
栄養補助食品等を提供した	154	(72.0)	200	(57.0)	70	(57.4)	42	(59.2)
毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した	34	(15.9)	50	(14.2)	14	(11.5)	13	(18.3)
終末期の約束食事箋のようなものがあった	5	(2.3)	7	(2.0)	4	(3.3)	0	(0.0)
その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があった	9	(4.2)	15	(4.3)	2	(1.6)	1	(1.4)
計画を立てる際、相談した職種がいた	103	(48.1)	136	(38.7)	46	(37.7)	21	(29.6)
栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした	106	(49.5)	132	(37.6)	51	(41.8)	30	(42.3)
モニタリング結果の共有をしていた	58	(27.1)	76	(21.7)	26	(21.3)	15	(21.1)
モニタリングの状況を家族に伝えた	56	(26.2)	75	(21.4)	19	(15.6)	15	(21.1)
家族の満足感は得られた	54	(25.2)	82	(23.4)	22	(18.0)	16	(22.5)
食事提供に関して、家族と意見は一致した	95	(44.4)	151	(43.0)	49	(40.2)	31	(43.7)
食事提供に関して、他職種と意見は一致した	133	(62.1)	177	(50.4)	67	(54.9)	35	(49.3)
その他	8	(3.7)	16	(4.6)	7	(5.7)	6	(8.5)
老健・在宅復帰支援								
在宅強化型	—	—	—	—	16	(14.5)	20	(29.4)
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	—	—	—	—	44	(40.7)	23	(35.4)
入所前後訪問指導加算	—	—	—	—	38	(34.9)	25	(37.9)
管理栄養士の参加	—	—	—	—	1	(2.6)	3	(12.5)
退所前訪問指導加算	—	—	—	—	54	(49.1)	30	(44.8)
管理栄養士の参加	—	—	—	—	4	(7.5)	3	(10.0)
退所後訪問指導加算	—	—	—	—	28	(25.5)	15	(23.1)
管理栄養士の参加	—	—	—	—	3	(11.1)	0	(0.0)
本人や家族への退所のための栄養相談	—	—	—	—	34	(32.7)	25	(39.7)
退所サマリー等への栄養ケア情報の提供	—	—	—	—	59	(57.3)	44	(68.8)
居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション	—	—	—	—	24	(25.0)	23	(38.3)
通所サービス								
併設している	124	(59.9)	217	(63.6)	89	(73.0)	54	(76.1)
栄養改善加算の取得	7	(5.7)	9	(4.2)	12	(13.6)	6	(11.3)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	71	(57.3)	121	(55.8)	52	(58.4)	37	(68.5)
食形態の検討	79	(63.7)	156	(71.9)	74	(83.1)	43	(79.6)
食事内容の検討	78	(62.9)	137	(63.1)	63	(70.8)	40	(74.1)
嚥下調整食の提供	77	(62.1)	121	(55.8)	61	(68.5)	35	(64.8)
療養食の提供	47	(37.9)	68	(31.3)	57	(64.0)	35	(64.8)
本人や家族からの栄養相談	31	(25.0)	45	(20.7)	40	(44.9)	25	(46.3)
他の職員からの栄養相談	61	(49.2)	97	(44.7)	51	(57.3)	32	(59.3)
その他	4	(3.2)	7	(3.2)	8	(9.0)	5	(9.3)
なし	12	(9.7)	23	(10.6)	5	(5.6)	4	(7.4)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（5）

	特養		老健	
	入所者80名以上 n=214	入所者80名未満 n=351	入所者80名以上 n=122	入所者80名未満 n=71
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
通所サービスにおける管理栄養士の兼任				
あり	5 (71.4)	6 (75.0)	10 (83.3)	5 (100.0)
栄養改善加算を請求していない理由				
施設長の判断	32 (27.6)	58 (28.3)	9 (11.8)	5 (10.6)
事務長の判断	8 (6.9)	7 (3.4)	11 (14.5)	7 (14.9)
医師の判断	0 (0.0)	3 (1.5)	4 (5.3)	2 (4.3)
管理栄養士の判断	13 (11.2)	19 (9.3)	10 (13.2)	4 (8.5)
栄養改善加算の請求（算定）方法がわからない	17 (14.7)	27 (13.2)	11 (14.5)	5 (10.6)
他の職員の理解や協力が得られない	15 (12.9)	15 (7.3)	9 (11.8)	7 (14.9)
人員不足	32 (27.6)	41 (20.0)	29 (38.2)	8 (17.0)
その他	43 (37.1)	68 (33.2)	22 (28.9)	21 (44.7)
短期入所生活介護（ショートステイ）				
併設している	186 (86.9)	323 (92.0)	94 (77.0)	55 (77.5)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること				
食事の観察（ミールラウンド）	151 (81.2)	277 (85.8)	73 (77.7)	48 (87.3)
食事の形態の調整	165 (88.7)	306 (94.7)	90 (95.7)	52 (94.5)
食事内容の検討	151 (81.2)	278 (86.1)	86 (91.5)	47 (85.5)
療養食の対応	100 (53.8)	179 (55.4)	84 (89.4)	52 (94.5)
栄養相談	52 (28.0)	108 (33.4)	37 (39.4)	24 (43.6)
その他	4 (2.2)	5 (1.5)	2 (2.1)	1 (1.8)
なし	3 (1.6)	5 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
認知症対応型通所介護				
併設している	38 (17.8)	53 (15.1)	10 (8.2)	5 (7.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること				
食事の観察（ミールラウンド）	18 (47.4)	29 (54.7)	8 (80.0)	2 (40.0)
食事の形態の調整	24 (63.2)	40 (75.5)	9 (90.0)	4 (80.0)
食事内容の検討	21 (55.3)	40 (75.5)	9 (90.0)	4 (80.0)
療養食の対応	16 (42.1)	20 (37.7)	7 (70.0)	3 (60.0)
栄養相談	5 (13.2)	14 (26.4)	8 (80.0)	0 (0.0)
その他	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (10.0)	0 (0.0)
なし	3 (7.9)	5 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
小規模多機能型居宅介護				
併設している	12 (5.6)	16 (4.6)	3 (2.5)	3 (4.2)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること				
食事の観察（ミールラウンド）	4 (33.3)	4 (25.0)	0 (0.0)	1 (33.3)
食事の形態の調整	8 (66.7)	5 (31.3)	1 (33.3)	1 (33.3)
食事内容の検討	6 (50.0)	7 (43.8)	2 (66.7)	2 (66.7)
療養食の対応	6 (50.0)	2 (12.5)	3 (100.0)	1 (33.3)
栄養相談	3 (25.0)	6 (37.5)	1 (33.3)	0 (0.0)
その他	0 (0.0)	1 (6.3)	2 (66.7)	0 (0.0)
なし	3 (25.0)	4 (25.0)	1 (33.3)	1 (33.3)
地域密着型特定施設入居者生活介護				
併設している	5 (2.3)	6 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること				
食事の観察（ミールラウンド）	2 (40.0)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
食事の形態の調整	3 (60.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
食事内容の検討	2 (40.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
療養食の対応	3 (60.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
栄養相談	1 (20.0)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
なし	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
夜間対応型訪問介護				
併設している	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（6）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）								
併設している	28	(13.1)	40	(11.4)	9	(7.4)	7	(9.9)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	4	(14.3)	4	(10.0)	1	(11.1)	3	(42.9)
食事の形態の調整	14	(50.0)	12	(30.0)	2	(22.2)	3	(42.9)
食事内容の検討	14	(50.0)	14	(35.0)	5	(55.6)	5	(71.4)
療養食の対応	7	(25.0)	6	(15.0)	2	(22.2)	2	(28.6)
栄養相談	13	(46.4)	16	(40.0)	5	(55.6)	2	(28.6)
その他	6	(21.4)	5	(12.5)	4	(44.4)	2	(28.6)
なし	4	(14.3)	10	(25.0)				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								
併設している	19	(8.9)	30	(8.5)	2	(1.6)	0	(0.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	17	(89.5)	29	(96.7)	2	(100.0)	0	(0.0)
食事の形態の調整	17	(89.5)	29	(96.7)	2	(100.0)	0	(0.0)
食事内容の検討	18	(94.7)	29	(96.7)	2	(100.0)	0	(0.0)
療養食の対応	15	(78.9)	24	(80.0)	2	(100.0)	0	(0.0)
栄養相談	9	(47.4)	14	(46.7)	1	(50.0)	0	(0.0)
その他	1	(5.3)	2	(6.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
併設している	2	(0.9)	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(1.4)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
食事の形態の調整	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
食事内容の検討	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(100.0)
療養食の対応	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
栄養相談	1	(50.0)	0	(0.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
複合型サービス								
併設している	4	(1.9)	2	(0.6)	1	(0.8)	0	(0.0)
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	2	(50.0)	1	(50.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
食事の形態の調整	3	(75.0)	2	(100.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
食事内容の検討	1	(25.0)	2	(100.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
療養食の対応	3	(75.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
栄養相談	2	(50.0)	1	(50.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
施設入所者への栄養ケア以外で実施していること								
コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り	22	(10.3)	13	(3.7)	3	(2.5)	1	(1.4)
配食サービスによる栄養改善	36	(16.8)	48	(13.7)	4	(3.3)	3	(4.2)
市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	5	(2.3)	16	(4.6)	6	(4.9)	2	(2.8)
市の栄養教室の講師等一般介護予防事業	30	(14.0)	37	(10.5)	13	(10.7)	6	(8.5)
地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加	8	(3.7)	7	(2.0)	7	(5.7)	3	(4.2)
施設広報誌で栄養情報を提供	36	(16.8)	42	(12.0)	21	(17.2)	18	(25.4)
ホームページで栄養の啓もう活動	10	(4.7)	5	(1.4)	7	(5.7)	2	(2.8)
その他	17	(7.9)	29	(8.3)	8	(6.6)	6	(8.5)
なし	111	(51.9)	208	(59.3)	73	(59.8)	41	(57.7)
管理栄養士について								
施設配置	207	(100.0)	322	(100.0)	121	(100.0)	70	(100.0)
常勤	207	(100.0)	316	(99.7)	121	(100.0)	69	(100.0)
パート	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
居宅療養管理指導の経験あり	4	(1.9)	4	(1.3)	2	(1.7)	4	(5.7)
在宅訪問栄養相談（居宅療養管理指導を除く）の経験あり	23	(11.1)	20	(6.2)	13	(10.7)	7	(10.0)
第20回以降の管理栄養士国家試験合格者	73	(36.7)	119	(39.4)	52	(45.6)	30	(46.9)
臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）資格者	12	(5.8)	13	(4.0)	13	(10.7)	3	(4.3)
栄養サポートチーム加算要件資格者	6	(2.9)	4	(1.2)	2	(1.7)	6	(8.6)
在宅訪問管理栄養士（日本栄養士会）資格者	5	(2.4)	10	(3.1)	11	(9.2)	2	(2.9)
介護支援専門員の資格者	57	(27.4)	65	(20.2)	13	(10.7)	14	(20.0)
神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの課程修了生	12	(5.8)	5	(1.6)	7	(5.8)	1	(1.4)
大学院修士号以上の学位取得者	4	(1.9)	5	(1.6)	4	(3.3)	0	(0.0)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（7）

		特養		老健	
		入所者80名以上		入所者80名未満	
		n=214	n=351	n=122	n=71
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】					
「食べること」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					
	できていない	14 (6.7)	11 (3.4)	5 (4.1)	5 (7.1)
	できている	156 (75.0)	265 (82.0)	97 (80.2)	56 (80.0)
	よくできている	38 (18.3)	47 (14.6)	19 (15.7)	9 (12.9)
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重要な目標であるという認識が広まっていますか					
	できていない	29 (13.9)	50 (15.6)	22 (18.2)	11 (15.9)
	できている	143 (68.8)	230 (71.7)	82 (67.8)	54 (78.3)
	よくできている	36 (17.3)	41 (12.8)	17 (14.0)	4 (5.8)
施設長は、多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					
	できていない	12 (5.8)	41 (12.7)	14 (11.7)	4 (5.7)
	できている	139 (66.8)	199 (61.8)	72 (60.0)	47 (67.1)
	よくできている	57 (27.4)	82 (25.5)	34 (28.3)	19 (27.1)
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					
	できていない	4 (1.9)	11 (3.4)	4 (3.3)	2 (2.9)
	できている	140 (68.0)	215 (66.6)	57 (47.1)	38 (54.3)
	よくできている	62 (30.1)	97 (30.0)	60 (49.6)	30 (42.9)
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					
	できていない	7 (3.4)	18 (5.6)	2 (1.7)	1 (1.4)
	できている	144 (69.6)	222 (68.7)	73 (60.3)	42 (60.0)
	よくできている	56 (27.1)	83 (25.7)	46 (38.0)	27 (38.6)
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					
	できていない	5 (2.4)	16 (5.0)	1 (0.8)	1 (1.4)
	できている	152 (73.1)	236 (73.1)	77 (63.6)	48 (68.6)
	よくできている	51 (24.5)	71 (22.0)	43 (35.5)	21 (30.0)
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					
	できていない	12 (5.8)	24 (7.4)	6 (5.0)	4 (5.7)
	できている	144 (69.2)	222 (68.7)	78 (64.5)	47 (67.1)
	よくできている	52 (25.0)	77 (23.8)	37 (30.6)	19 (27.1)
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					
	できていない	23 (11.1)	43 (13.3)	12 (9.9)	7 (10.0)
	できている	140 (67.3)	221 (68.4)	81 (66.9)	47 (67.1)
	よくできている	45 (21.6)	59 (18.3)	28 (23.1)	16 (22.9)
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					
	できていない	36 (17.3)	66 (20.4)	15 (12.4)	12 (17.1)
	できている	125 (60.1)	203 (62.8)	71 (58.7)	45 (64.3)
	よくできている	47 (22.6)	54 (16.7)	35 (28.9)	13 (18.6)
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					
	できていない	20 (9.6)	28 (8.7)	7 (5.8)	1 (1.4)
	できている	121 (58.2)	190 (58.8)	57 (47.1)	42 (60.0)
	よくできている	67 (32.2)	105 (32.5)	57 (47.1)	27 (38.6)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（8）

		特養		老健	
		入所者80名以上	入所者80名未満	入所者80名以上	入所者80名未満
		n=214	n=351	n=122	n=71
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
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					
	できていない	2 (1.0)	4 (1.2)	2 (1.7)	0 (0.0)
	できている	94 (45.2)	148 (45.8)	39 (32.2)	23 (32.9)
	よくできている	112 (53.8)	171 (52.9)	80 (66.1)	47 (67.1)
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					
	できていない	5 (2.4)	2 (0.6)	1 (0.8)	1 (1.4)
	できている	150 (72.1)	242 (74.9)	77 (63.6)	48 (68.6)
	よくできている	53 (25.5)	79 (24.5)	43 (35.5)	21 (30.0)
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか					
	できていない	26 (12.6)	42 (13.0)	13 (10.7)	6 (8.6)
	できている	129 (62.3)	197 (61.0)	63 (52.1)	43 (61.4)
	よくできている	52 (25.1)	84 (26.0)	45 (37.2)	21 (30.0)
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					
	できていない	56 (27.1)	110 (34.1)	26 (21.5)	14 (20.0)
	できている	127 (61.4)	182 (56.3)	73 (60.3)	44 (62.9)
	よくできている	24 (11.6)	31 (9.6)	22 (18.2)	12 (17.1)
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					
	できていない	26 (12.6)	63 (19.6)	26 (21.5)	13 (18.6)
	できている	152 (73.4)	196 (60.9)	73 (60.3)	41 (58.6)
	よくできている	29 (14.0)	63 (19.6)	22 (18.2)	16 (22.9)
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					
	できていない	6 (2.9)	15 (4.6)	13 (10.7)	8 (11.4)
	できている	167 (80.7)	253 (78.3)	85 (70.2)	43 (61.4)
	よくできている	34 (16.4)	55 (17.0)	23 (19.0)	19 (27.1)
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					
	できていない	11 (5.3)	24 (7.4)	7 (5.8)	6 (8.7)
	できている	128 (61.5)	201 (62.2)	66 (54.5)	38 (55.1)
	よくできている	69 (33.2)	98 (30.3)	48 (39.7)	25 (36.2)
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					
	できていない	5 (2.4)	4 (1.2)	3 (2.5)	3 (4.3)
	できている	109 (52.4)	190 (58.8)	55 (45.5)	30 (43.5)
	よくできている	94 (45.2)	129 (39.9)	63 (52.1)	36 (52.2)
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					
	できていない	11 (5.3)	23 (7.1)	2 (1.7)	3 (4.3)
	できている	161 (77.4)	233 (72.1)	88 (72.7)	53 (75.7)
	よくできている	36 (17.3)	67 (20.7)	31 (25.6)	14 (20.0)
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）に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					
	できていない	11 (5.3)	11 (3.4)	12 (9.9)	2 (2.9)
	できている	143 (69.1)	246 (76.2)	76 (62.8)	50 (71.4)
	よくできている	53 (25.6)	66 (20.4)	33 (27.3)	18 (25.7)

n:欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（9）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
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								
できていない	3	(1.4)	6	(1.9)	2	(1.7)	1	(1.4)
できている	150	(72.1)	229	(70.9)	75	(62.0)	41	(58.6)
よくできている	55	(26.4)	88	(27.2)	44	(36.4)	28	(40.0)
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								
できていない	12	(5.8)	22	(6.9)	4	(3.3)	6	(8.6)
できている	152	(73.4)	240	(74.8)	75	(62.0)	41	(58.6)
よくできている	43	(20.8)	59	(18.4)	42	(34.7)	23	(32.9)
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								
できていない	17	(8.2)	33	(10.2)	12	(9.9)	3	(4.3)
できている	129	(62.0)	197	(61.2)	60	(49.6)	36	(51.4)
よくできている	62	(29.8)	92	(28.6)	49	(40.5)	31	(44.3)
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								
できていない	1	(0.5)	2	(0.6)	1	(0.8)	1	(1.4)
できている	81	(38.9)	145	(44.9)	36	(29.8)	18	(25.7)
よくできている	126	(60.6)	176	(54.5)	84	(69.4)	51	(72.9)
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								
できていない	2	(1.0)	6	(1.9)	0	(0.0)	0	(0.0)
できている	132	(63.5)	206	(63.8)	59	(48.8)	36	(51.4)
よくできている	74	(35.6)	111	(34.4)	62	(51.2)	34	(48.6)
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								
できていない	28	(13.5)	42	(13.0)	9	(7.4)	5	(7.1)
できている	130	(62.5)	197	(61.0)	63	(52.1)	40	(57.1)
よくできている	50	(24.0)	84	(26.0)	49	(40.5)	25	(35.7)
栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか								
できていない	7	(3.4)	12	(3.7)	3	(2.5)	4	(5.7)
できている	150	(72.1)	225	(69.9)	73	(60.3)	42	(60.0)
よくできている	51	(24.5)	85	(26.4)	45	(37.2)	24	(34.3)
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								
できていない	52	(25.0)	66	(20.6)	22	(18.2)	9	(13.0)
できている	134	(64.4)	224	(69.8)	84	(69.4)	50	(72.5)
よくできている	22	(10.6)	31	(9.7)	15	(12.4)	10	(14.5)
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								
できていない	59	(28.5)	95	(29.4)	40	(33.1)	15	(21.4)
できている	121	(58.5)	195	(60.4)	70	(57.9)	49	(70.0)
よくできている	27	(13.0)	33	(10.2)	11	(9.1)	6	(8.6)
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								
できていない	58	(27.9)	105	(32.5)	35	(28.9)	20	(28.6)
できている	120	(57.7)	186	(57.6)	74	(61.2)	44	(62.9)
よくできている	30	(14.4)	32	(9.9)	12	(9.9)	6	(8.6)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（10）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
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								
利用者・家族がよくなったこと	89	(41.6)	153	(43.6)	63	(51.6)	32	(45.1)
利用者の「食べること」が重視された	136	(63.6)	194	(55.3)	75	(61.5)	50	(70.4)
低栄養状態の把握や改善が行われたこと	154	(72.0)	247	(70.4)	93	(76.2)	53	(74.6)
業務にやりがいを感じられたこと	52	(24.3)	88	(25.1)	46	(37.7)	20	(28.2)
他の職種との連携ができたこと	123	(57.5)	206	(58.7)	83	(68.0)	46	(64.8)
「よかった」と感じていることはない	10	(4.7)	10	(2.8)	4	(3.3)	1	(1.4)
その他	11	(5.1)	5	(1.4)	5	(4.1)	3	(4.2)
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								
施設長の姿勢や理解	21	(9.8)	44	(12.5)	24	(19.7)	8	(11.3)
医師の姿勢や理解	33	(15.4)	44	(12.5)	19	(15.6)	10	(14.1)
介護支援専門員の姿勢や理解	16	(7.5)	32	(9.1)	14	(11.5)	5	(7.0)
管理栄養士の姿勢や理解	18	(8.4)	27	(7.7)	6	(4.9)	4	(5.6)
看護師の姿勢や理解	44	(20.6)	55	(15.7)	27	(22.1)	12	(16.9)
介護福祉士の姿勢や理解	46	(21.5)	63	(17.9)	24	(19.7)	15	(21.1)
上記以外の職種の姿勢や理解	9	(4.2)	7	(2.0)	12	(9.8)	5	(7.0)
委託業者との連携体制	40	(18.7)	74	(21.1)	27	(22.1)	17	(23.9)
行政関係者の姿勢や理解	18	(8.4)	19	(5.4)	7	(5.7)	2	(2.8)
担当者会議の機能	36	(16.8)	46	(13.1)	13	(10.7)	6	(8.5)
管理栄養士の知識や技術の不足	99	(46.3)	186	(53.0)	69	(56.6)	37	(52.1)
人員の配置や不足	81	(37.9)	98	(27.9)	51	(41.8)	25	(35.2)
時間外業務の増大	54	(25.2)	59	(16.8)	30	(24.6)	15	(21.1)
管理栄養士の疲労感の増大	55	(25.7)	59	(16.8)	24	(19.7)	16	(22.5)
食事の個別化	81	(37.9)	112	(31.9)	45	(36.9)	26	(36.6)
コンピューターの導入が未整備	20	(9.3)	23	(6.6)	16	(13.1)	9	(12.7)
車椅子や仰臥位の体重計が未整備	8	(3.7)	15	(4.3)	11	(9.0)	3	(4.2)
問題と感じていることはない	8	(3.7)	17	(4.8)	3	(2.5)	1	(1.4)
その他	25	(11.7)	31	(8.8)	17	(13.9)	9	(12.7)
本人や家族への退所のための栄養相談								
実施している	—	—	—	—	40	(33.6)	30	(43.5)
在宅復帰支援を強化する場合の栄養相談の実施回数								
1回	—	—	—	—	29	(78.4)	22	(75.9)
2回	—	—	—	—	5	(13.5)	7	(24.1)
3回	—	—	—	—	3	(8.1)	0	(0.0)
通常の退所支援の場合の栄養相談の実施回数								
1回	—	—	—	—	35	(97.2)	24	(82.8)
2回	—	—	—	—	0	(0.0)	5	(17.2)
3回	—	—	—	—	1	(2.8)	0	(0.0)
退所のための栄養相談を実施していない理由								
退所時カンファレンスにおいて実施しているため	—	—	—	—	21	(26.6)	11	(28.2)
書面による情報提供を実施しているため	—	—	—	—	52	(65.8)	27	(69.2)
日常的な家族との面会時に実施しているため	—	—	—	—	14	(17.7)	8	(20.5)
業務に位置付けられていないため	—	—	—	—	14	(17.7)	5	(12.8)
必要性がないため	—	—	—	—	9	(11.4)	4	(10.3)
人員不足	—	—	—	—	4	(5.1)	0	(0.0)
その他	—	—	—	—	9	(11.4)	4	(10.3)

n: 欠損は項目ごとに除く

表 I-4 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計（施設調査）（11）

	特養				老健			
	入所者80名以上		入所者80名未満		入所者80名以上		入所者80名未満	
	n=214		n=351		n=122		n=71	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
在宅復帰のための自宅訪問								
実施している	—	—	—	—	58	(49.6)	28	(41.8)
自宅訪問を実施する職種								
医師	—	—	—	—	0	(0.0)	0	(0.0)
歯科医師	—	—	—	—	0	(0.0)	0	(0.0)
薬剤師	—	—	—	—	0	(0.0)	0	(0.0)
看護職員	—	—	—	—	15	(25.9)	6	(21.4)
介護職員	—	—	—	—	27	(46.6)	11	(39.3)
管理栄養士	—	—	—	—	8	(13.8)	4	(14.3)
理学療法士	—	—	—	—	50	(86.2)	25	(89.3)
作業療法士	—	—	—	—	40	(69.0)	12	(42.9)
言語聴覚士	—	—	—	—	6	(10.3)	0	(0.0)
介護支援専門員	—	—	—	—	44	(75.9)	21	(75.0)
介護支援相談員	—	—	—	—	51	(87.9)	25	(89.3)
歯科衛生士	—	—	—	—	0	(0.0)	1	(3.6)
その他	—	—	—	—	1	(1.7)	1	(3.6)
自宅訪問を実施する時期								
入所前30日以内	—	—	—	—	23	(39.7)	9	(32.1)
入所後7日以内	—	—	—	—	22	(37.9)	13	(46.4)
退所前	—	—	—	—	47	(81.0)	25	(89.3)
退所後30日以内	—	—	—	—	24	(41.4)	9	(32.1)
その他	—	—	—	—	2	(3.4)	1	(3.6)
自宅訪問を実施していない理由								
業務に位置付けられていないため	—	—	—	—	27	(45.8)	16	(41.0)
介護支援専門員の判断	—	—	—	—	8	(13.6)	4	(10.3)
支援相談員の判断	—	—	—	—	6	(10.2)	4	(10.3)
施設長の判断	—	—	—	—	1	(1.7)	5	(12.8)
実施体制がないため	—	—	—	—	33	(55.9)	20	(51.3)
人員不足	—	—	—	—	6	(10.2)	6	(15.4)
その他	—	—	—	—	5	(8.5)	3	(7.7)
退所支援が必要と考えられる入所者の特性								
低栄養状態である	—	—	—	—	78	(63.9)	46	(64.8)
療養食が必要である	—	—	—	—	81	(66.4)	43	(60.6)
摂食・嚥下障害がある	—	—	—	—	89	(73.0)	56	(78.9)
嚥下調整食が必要である	—	—	—	—	74	(60.7)	44	(62.0)
水分にとろみ剤を使用している	—	—	—	—	56	(45.9)	38	(53.5)
脱水の既往がある	—	—	—	—	41	(33.6)	27	(38.0)
自宅で自炊する	—	—	—	—	52	(42.6)	32	(45.1)
自宅での食事の準備が困難	—	—	—	—	59	(48.4)	36	(50.7)
日中独居である	—	—	—	—	42	(34.4)	21	(29.6)
老老介護である	—	—	—	—	45	(36.9)	27	(38.0)
家族の協力が得られない	—	—	—	—	36	(29.5)	25	(35.2)

n:欠損は項目ごとに除く

表 I-5 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計 [mean, SD] (特養 - 1)

特養	入所者80人以上							入所者80人未満						
	1名配置 n=157			2名以上配置 n=57			P値	1名配置 n=294			2名以上配置 n=57			P値
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)		n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	
定員数 (床)	157	97.6	18.3	57	110.2	37.8	0.019	294	58.7	12.2	57	62.8	12.6	0.022
7月の入所者数 (人)	157	95.7	16.6	57	107.3	37.8	0.029	294	57.5	11.6	57	61.8	12.1	0.013
入所者の要介護度内訳														
要介護1 (%)	156	2.0	3.2	56	2.6	2.7	0.207	294	1.9	2.7	57	1.5	2.7	0.289
要介護2 (%)	156	6.5	4.6	56	6.6	4.4	0.897	294	5.2	4.6	57	5.4	4.1	0.800
要介護3 (%)	156	23.4	7.4	56	22.6	6.6	0.455	294	20.1	8.4	57	23.5	9.8	0.006
要介護4 (%)	156	35.5	7.5	56	35.5	7.2	0.980	294	37.1	8.3	57	35.2	6.4	0.053
要介護5 (%)	156	32.5	10.1	56	32.6	8.6	0.946	294	35.7	10.5	57	34.4	11.1	0.428
その他 (%)	156	0.1	1.2	56	0.1	0.8	0.990	294	0.1	0.5	57	0.0	0.0	0.338
要介護1 (人)	156	1.9	2.8	56	3.0	3.2	0.030	294	1.1	1.7	57	1.0	1.9	0.579
要介護2 (人)	156	6.1	4.3	56	7.8	7.7	0.141	294	3.0	2.8	57	3.4	2.9	0.310
要介護3 (人)	156	22.2	7.9	56	24.3	11.0	0.204	294	11.6	5.5	57	14.6	6.6	0.000
要介護4 (人)	156	33.9	9.4	56	37.9	12.8	0.034	294	21.3	6.3	57	22.0	6.7	0.456
要介護5 (人)	156	31.0	10.8	56	34.7	14.4	0.045	294	20.4	6.8	57	21.0	6.9	0.569
その他 (人)	156	0.1	1.0	56	0.1	0.7	0.990	294	0.0	0.3	57	0.0	0.0	0.367
7月1ヶ月間の人数														
新入所者 (再入所を含む) (人/月)	157	1.7	1.4	57	2.5	2.1	0.013	294	1.2	1.3	57	1.3	1.0	0.639
退所者 (死亡者を除く) (人/月)	157	0.8	1.1	57	0.5	1.1	0.199	294	0.5	1.2	57	0.9	1.7	0.150
入院者 (人/月)	157	0.8	1.4	57	0.9	2.3	0.557	294	0.6	1.2	57	0.6	1.1	0.786
入院者のうち誤嚥性肺炎での入院者 (人/月)	157	0.5	1.0	57	0.6	1.0	0.545	294	0.4	0.9	57	0.3	0.7	0.515
在宅復帰者 (人/月)	157	0.1	0.2	57	0.1	0.2	0.961	294	0.0	0.2	57	0.0	0.1	0.773
経管栄養の者 (人/月)	157	6.6	6.1	57	6.5	8.1	0.953	294	5.0	4.5	57	5.0	4.8	0.988
経鼻胃管 (人/月)	157	1.1	2.7	57	1.2	3.8	0.884	294	1.0	2.6	57	0.8	1.7	0.524
胃瘻・腸瘻 (人/月)	157	5.4	5.2	57	5.7	5.3	0.747	294	3.9	3.6	57	4.2	4.2	0.565
静脈栄養 (人/月)	157	0.0	0.4	57	0.0	0.0	0.419	294	0.1	0.7	57	0.0	0.3	0.807
褥瘡がある者 (人/月)	157	2.4	3.2	57	2.7	2.9	0.594	294	1.5	1.9	57	1.6	2.3	0.617
H27.8.1~H28.7.31の1年間の死亡・看取り														
死亡者 (年/月)	156	18.4	9.4	56	23.3	11.6	0.002	286	11.9	6.1	57	11.9	7.9	0.934
死亡者 (施設内看取り) (年/月)	155	10.8	9.3	56	14.8	11.4	0.011	289	6.9	6.1	56	6.9	6.1	0.991
最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (年/月)	151	7.3	7.2	55	11.4	10.0	0.006	288	4.7	5.0	56	4.2	4.7	0.487
施設内看取り割合 (%)	149	53.7	32.8	54	58.9	30.9	0.310	273	54.3	35.4	52	53.5	30.9	0.873
施設内経口維持看取り割合 (%)	146	36.9	29.9	53	45.3	30.7	0.084	273	38.0	32.5	52	36.4	32.8	0.745
管理栄養士について														
職務年数 (年)	146	9.8	8.5	52	11.1	7.5	0.336	261	8.4	6.6	51	11.0	8.0	0.032
7月の合計勤務日数 (日/月)	140	20.5	2.0	53	20.4	3.2	0.776	250	21.0	1.2	50	20.9	3.2	0.863
7月の合計勤務時間 (時間/月)	136	165.4	20.4	52	166.9	29.0	0.705	245	167.7	23.7	49	164.8	37.6	0.482
配置数														
栄養士配置数 (人)	157	0.3	0.5	57	0.5	0.9	0.021	294	0.3	0.5	57	0.5	0.9	0.040
食形態調整・とろみ調整食品の使用														
食事の形態調整をしている人 (人)	151	65.9	17.7	57	73.7	32.7	0.090	291	40.4	12.2	57	38.1	13.8	0.193
とろみ調整食品を使用している人 (人)	151	34.5	18.3	56	38.0	23.3	0.270	288	20.4	10.3	56	21.0	10.4	0.706
低栄養リスク者内訳														
低リスク割合 (%)	142	46.4	20.0	55	46.5	17.8	0.978	263	46.2	20.9	54	49.3	20.5	0.323
中リスク割合 (%)	142	45.9	17.9	55	44.3	15.0	0.575	263	43.6	17.5	54	41.7	15.2	0.450
高リスク割合 (%)	142	7.7	6.8	55	9.2	7.4	0.199	263	10.2	9.7	54	9.0	9.0	0.436
低リスク (人)	144	44.7	21.8	55	50.1	26.4	0.138	268	26.3	13.5	55	31.3	15.3	0.015
中リスク (人)	143	43.5	19.0	55	47.5	23.2	0.204	264	24.8	11.6	55	24.7	9.8	0.950
高リスク (人)	144	7.4	6.8	55	9.3	7.3	0.079	264	5.6	5.3	54	5.2	5.0	0.636

n: 欠損は項目ごとに除く t 検定 ($p < 0.05$)

表 I-5 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計 [mean, SD] (特養 - 2)

特養	入所者80人以上							入所者80人未満						
	1名配置			2名以上配置				1名配置			2名以上配置			
	n=157			n=57				n=294			n=57			
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	P値	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	P値
加算の算定件数														
栄養マネジメント加算（件/月）	157	2561.6	(1004.0)	57	3016.5	(1048.6)	0.004	294	1578.5	(642.0)	57	1778.2	(529.1)	0.028
経口移行加算（件/月）	157	1.4	(9.1)	57	2.0	(13.4)	0.696	294	0.2	(3.6)	57	0.6	(3.9)	0.435
経口維持加算（Ⅰ）（件/月）	157	11.2	(20.2)	57	23.1	(31.1)	0.009	293	4.9	(9.9)	57	6.3	(9.8)	0.342
経口維持加算（Ⅱ）（件/月）	157	6.9	(16.9)	57	17.3	(30.1)	0.016	294	2.7	(7.8)	57	4.4	(8.6)	0.158
経口維持加算算定に関わる口腔専門職														
歯科医師 施設常勤（人）	58	0.0	0.0	36	0.0	0.0	－	87	0.0	0.2	22	0.0	0.0	0.477
歯科医師 非常勤（人）	58	0.7	0.8	36	0.4	0.6	0.056	87	0.5	0.5	22	0.5	0.5	0.893
歯科衛生士 施設常勤（人）	58	0.0	0.2	36	0.1	0.4	0.105	87	0.1	0.3	22	0.1	0.4	0.422
歯科衛生士 非常勤（人）	58	0.6	1.0	36	0.5	0.8	0.406	87	0.5	0.9	22	0.5	0.6	0.998
言語聴覚士 施設常勤（人）	58	0.0	0.0	36	0.0	0.2	0.324	87	0.0	0.1	22	0.0	0.2	0.476
言語聴覚士 非常勤（人）	58	0.1	0.3	36	0.1	0.3	0.890	87	0.1	0.3	22	0.1	0.5	0.362
経口維持加算の継続														
算定開始からすでに6ヶ月を超えて継続している者（人）	58	23.6	22.4	35	31.6	29.3	0.169	85	12.7	10.4	22	11.5	7.6	0.610
7月中に経口維持加算算定開始から6ヶ月目を迎えた者（人）	57	4.8	10.6	31	10.3	22.9	0.214	85	3.4	8.3	20	4.3	7.2	0.672
そのうち算定を継続している者（人）	57	4.8	10.6	31	10.9	22.9	0.166	85	4.0	8.8	20	4.2	7.2	0.938
療養食加算算定件数														
糖尿病食（件/月）	157	163.3	303.1	57	189.3	275.0	0.570	294	92.5	130.8	57	119.2	122.6	0.155
腎臓病食（心臓疾患を含む）（件/月）	157	81.7	162.6	57	126.3	191.6	0.093	294	59.8	130.0	57	78.4	98.6	0.307
肝臓病食（件/月）	157	3.0	23.2	57	5.0	26.1	0.591	294	1.6	8.9	57	4.4	25.2	0.413
胃潰瘍食（流動食は除く）（件/月）	157	1.2	6.9	57	7.1	28.1	0.123	294	1.0	6.5	57	7.5	36.8	0.187
貧血食（件/月）	157	23.4	89.3	57	19.3	58.9	0.751	294	10.3	36.4	57	22.2	62.0	0.164
脾臓病食（件/月）	157	3.4	15.7	57	7.1	27.5	0.342	294	0.6	5.7	57	1.1	8.2	0.610
脂質異常症食（件/月）	157	20.2	84.4	57	22.1	80.5	0.884	294	11.9	47.6	57	37.4	113.4	0.100
痛風食（件/月）	157	0.6	4.3	57	0.0	0.0	0.083	294	0.0	0.0	57	0.0	0.0	－
検査食（件/月）	157	0.0	0.0	57	0.0	0.0	－	294	0.3	5.4	57	0.0	0.0	0.660
看取り介護・ターミナルケア														
加算の算定人数（人）	59	1.5	1.3	29	1.9	2.4	0.310	91	1.3	1.0	16	1.5	0.9	0.439
ケア実施人数（人）	73	5.5	10.6	32	8.8	17.9	0.333	87	3.4	4.1	20	3.4	3.1	0.974
併設通所サービス														
栄養改善加算の算定件数（件/月）	3	29.3	48.2	3	5.0	6.1	0.475	9	1.3	1.3	0	0.0	0.0	－
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														
栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士人数（人）	152	1.0	0.1	57	1.9	0.7	0.000	269	1.0	0.1	57	1.7	0.6	0.000
管理栄養士の経験年数														
栄養ケア・マネジメントの経験年数（年）	147	8.0	4.6	53	9.6	6.5	0.047	263	7.6	4.4	54	8.0	4.7	0.561
病院における栄養管理の経験年数（年）	118	2.8	5.6	46	5.3	7.9	0.055	204	2.2	3.8	39	3.7	5.6	0.117
7月1ヶ月間の業務割合														
栄養ケア・マネジメント（％）	157	39.7	19.3	56	38.7	18.1	0.741	288	35.2	18.4	57	36.7	16.3	0.552
給食管理（％）	157	27.5	18.6	56	29.5	20.4	0.489	288	30.7	20.1	57	37.7	21.1	0.017
委員会活動（％）	157	5.3	5.7	56	5.4	4.8	0.910	288	5.0	6.0	57	4.6	4.9	0.639
会議（施設内）（％）	157	7.7	6.6	56	7.8	5.9	0.942	288	7.3	6.1	57	6.9	5.6	0.656
会議（施設外）（％）	157	1.3	3.8	56	1.2	3.2	0.937	288	1.1	2.8	57	0.5	1.6	0.038
研修（％）	157	2.0	2.8	56	2.9	4.1	0.138	288	2.3	3.4	57	1.6	3.2	0.181
併設のサービスに関する業務（％）	157	3.3	7.2	56	3.5	6.1	0.887	288	3.3	5.8	57	4.3	8.1	0.343
関連施設に関する業務（％）	157	1.7	5.2	56	3.3	8.0	0.185	288	2.8	6.3	57	3.8	7.5	0.377
施設外の業務（％）	157	1.2	4.7	56	1.5	3.9	0.634	288	1.0	3.5	57	1.3	6.8	0.639

n: 欠損は項目ごとに除く t 検定 ($p < 0.05$)

表 I-5 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計 [mean, SD] (老健 - 1)

老健	入所者80人以上							入所者80人未満						
	1名配置 n=90			2名以上配置 n=32				1名配置 n=62			2名以上配置 n=9			
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	P値	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	P値
定員数 (床)	90	101.4	11.7	32	115.0	22.1	0.002	62	67.7	15.2	9	82.1	7.1	0.000
7月の入所者数 (人)	90	93.7	12.5	32	102.5	20.2	0.025	62	59.6	14.9	9	72.9	4.6	0.000
入所者の要介護度内訳														
要介護1 (%)	88	11.5	5.7	32	10.6	6.2	0.438	60	10.9	7.2	8	12.2	3.5	0.637
要介護2 (%)	88	19.6	5.6	32	18.8	7.1	0.554	60	18.6	7.7	8	18.6	4.8	0.995
要介護3 (%)	88	24.7	6.4	32	24.6	4.4	0.897	60	24.3	7.5	8	24.2	5.8	0.980
要介護4 (%)	88	26.7	5.7	32	27.1	6.5	0.735	60	26.2	8.3	8	25.7	5.4	0.880
要介護5 (%)	88	17.3	7.1	32	18.6	7.6	0.380	60	20.1	9.5	8	19.0	5.7	0.759
その他 (%)	88	0.3	1.3	32	0.4	1.1	0.674	60	0.0	0.0	8	0.3	0.9	0.351
要介護1 (人)	88	10.7	5.4	32	11.0	6.9	0.835	60	6.8	4.8	8	8.8	2.3	0.252
要介護2 (人)	88	18.2	5.8	32	19.0	7.0	0.535	60	11.1	5.3	8	13.6	3.9	0.193
要介護3 (人)	88	23.0	6.5	32	25.2	7.1	0.111	60	14.7	6.5	8	17.6	4.7	0.224
要介護4 (人)	88	25.0	6.4	32	27.8	8.4	0.089	60	15.4	5.6	8	18.6	3.8	0.124
要介護5 (人)	88	16.2	7.4	32	19.1	8.5	0.075	60	11.9	6.1	8	13.8	4.2	0.399
その他 (人)	88	0.3	1.6	32	0.4	1.4	0.654	60	0.0	0.0	8	0.3	0.7	0.351
7月1ヶ月間の人数														
新入所者 (再入所を含む) (人/月)	90	6.8	4.5	32	11.4	10.1	0.019	62	6.4	5.9	9	8.3	5.4	0.360
退所者 (死亡者を除く) (人/月)	90	5.3	3.9	32	9.2	8.5	0.018	62	5.3	5.0	9	5.6	4.3	0.902
入院者 (人/月)	90	2.7	2.3	32	3.9	3.6	0.075	62	2.3	2.1	9	3.1	2.6	0.289
入院者のうち誤嚥性肺炎での入院者 (人/月)	90	0.3	0.7	32	0.5	0.8	0.164	62	0.3	0.8	9	0.8	0.8	0.125
在宅復帰者 (人/月)	90	1.9	2.5	32	4.3	6.1	0.046	62	3.1	3.7	9	1.4	1.3	0.017
経管栄養の者 (人/月)	90	5.2	5.6	32	5.1	6.6	0.943	62	4.1	4.7	9	3.2	3.0	0.596
経鼻胃管 (人/月)	90	1.0	2.7	32	1.8	5.8	0.508	62	1.0	2.5	9	1.6	2.2	0.543
胃瘻・腸瘻 (人/月)	90	4.1	4.1	32	3.2	3.9	0.263	62	3.1	3.3	9	1.7	1.7	0.224
静脈栄養 (人/月)	90	0.0	0.3	32	0.1	0.7	0.355	62	0.0	0.0	9	0.0	0.0	-
褥瘡がある者 (人/月)	90	2.2	2.1	32	2.3	3.2	0.768	62	1.2	1.5	9	0.7	0.9	0.270
H27.8.1~H28.7.31の1年間の死亡・看取り														
死亡者 (年/月)	88	10.2	8.6	30	8.3	8.2	0.311	62	8.5	7.7	8	5.4	8.3	0.297
死亡者 (施設内看取り) (年/月)	90	8.3	8.1	32	7.3	7.7	0.536	62	5.9	6.7	8	5.1	6.6	0.754
最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (年/月)	85	4.2	6.7	32	2.9	3.5	0.272	62	2.6	3.3	8	4.0	4.9	0.472
施設内看取り割合 (%)	75	75.7	33.9	26	83.3	33.3	0.324	53	73.4	35.0	4	57.8	41.9	0.398
施設内経口維持看取り割合 (%)	71	39.6	36.1	26	40.8	37.8	0.884	53	38.5	35.9	4	53.3	15.3	0.420
管理栄養士について														
職務年数 (年)	87	7.0	5.7	32	8.4	6.2	0.245	60	8.3	6.8	9	7.4	4.5	0.683
7月の合計勤務日数 (日/月)	81	20.7	2.1	31	20.7	1.0	0.949	57	20.9	1.4	8	16.1	9.4	0.195
7月の合計勤務時間 (時間/月)	79	162.7	23.5	31	163.1	13.0	0.924	57	169.5	18.6	8	128.3	75.0	0.165
配置数														
栄養士配置数 (人)	90	0.2	0.4	32	0.3	0.9	0.324	62	0.1	0.5	9	0.3	0.5	0.301
食形態調整・とろみ調整食品の使用														
食事の形態調整をしている人 (人)	88	61.0	18.5	32	68.4	18.4	0.057	60	39.4	13.0	8	48.0	11.9	0.079
とろみ調整食品を使用している人 (人)	86	22.2	12.9	30	24.6	15.6	0.406	60	17.0	10.6	9	16.4	8.5	0.878
低栄養リスク者内訳														
低リスク割合 (%)	83	49.1	18.7	30	42.1	18.7	0.081	61	54.8	21.5	9	55.6	16.2	0.916
中リスク割合 (%)	83	42.5	15.2	30	48.2	16.0	0.082	61	37.2	18.7	9	41.5	14.7	0.509
高リスク割合 (%)	83	8.4	7.7	30	9.7	7.8	0.447	61	8.0	7.9	9	2.9	3.9	0.006
低リスク (人)	84	46.3	20.2	30	42.9	22.2	0.441	61	32.1	14.8	9	40.1	12.0	0.124
中リスク (人)	86	40.1	16.4	30	48.3	18.3	0.023	61	22.8	13.1	9	30.0	11.0	0.124
高リスク (人)	86	7.8	7.3	30	9.8	7.9	0.201	61	4.9	4.9	9	2.1	2.8	0.104

n: 欠損は項目ごとに除く t 検定 ($p < 0.05$)

表 I-5 入所者 80 名以上・80 名未満区分集計 [mean, SD] (老健 - 2)

老健	入所者80人以上							入所者80人未満						
	1名配置 n=90			2名以上配置 n=32			P値	1名配置 n=62			2名以上配置 n=9			P値
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)		n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	
加算の算定件数														
栄養マネジメント加算（件/月）	90	2750.0	(586.5)	32	3074.5	(826.5)	0.047	62	1787.1	(551.2)	9	2169.1	(239.4)	0.001
経口移行加算（件/月）	90	2.4	(9.1)	32	2.1	(7.6)	0.865	62	2.9	(8.6)	9	2.3	(6.3)	0.850
経口維持加算（Ⅰ）（件/月）	90	14.5	(16.3)	32	17.5	(16.1)	0.363	62	8.2	(11.9)	9	10.3	(13.5)	0.620
経口維持加算（Ⅱ）（件/月）	90	8.1	(14.0)	32	15.4	(17.0)	0.034	62	6.7	(15.7)	9	8.0	(14.3)	0.817
経口維持加算算定に関わる口腔専門職														
歯科医師 施設常勤（人）	66	0.0	0.0	23	0.0	0.2	0.328	34	0.0	0.0	8	0.1	0.4	0.351
歯科医師 非常勤（人）	66	0.2	0.4	23	0.1	0.3	0.357	34	0.3	0.5	8	0.1	0.4	0.393
歯科衛生士 施設常勤（人）	66	0.0	0.2	23	0.2	0.5	0.235	34	0.1	0.2	8	0.1	0.4	0.525
歯科衛生士 非常勤（人）	66	0.3	0.6	23	0.2	0.5	0.703	34	0.4	1.1	8	0.1	0.4	0.444
言語聴覚士 施設常勤（人）	66	0.4	0.6	23	0.8	1.1	0.099	34	0.2	0.5	8	0.5	0.5	0.188
言語聴覚士 非常勤（人）	66	0.2	0.4	23	0.1	0.3	0.163	34	0.3	0.5	8	0.1	0.4	0.205
経口維持加算の継続														
算定開始からすでに6ヶ月を超えて継続している者（人）	66	12.1	14.4	23	13.4	11.8	0.689	34	8.3	9.5	8	8.4	15.9	0.985
7月中に経口維持加算算定開始から6ヶ月目を迎えた者（人）	65	2.0	5.7	23	2.8	5.5	0.588	34	1.6	3.9	8	0.9	1.1	0.614
そのうち算定を継続している者（人）	64	1.7	5.3	23	2.7	5.5	0.452	34	1.4	3.2	8	0.6	1.2	0.498
療養食加算算定件数														
糖尿病食（件/月）	90	423.9	328.4	32	508.2	629.7	0.340	62	278.9	227.6	9	293.6	154.9	0.852
腎臓病食（心臓疾患を含む）（件/月）	90	332.7	398.0	32	480.9	839.5	0.191	62	328.3	307.3	9	264.4	250.0	0.554
肝臓病食（件/月）	90	19.3	58.0	32	13.9	31.3	0.616	62	7.4	19.0	9	0.0	0.0	0.003
胃潰瘍食（流動食は除く）（件/月）	90	8.0	22.5	32	13.0	32.2	0.334	62	10.5	24.6	9	10.3	21.9	0.988
貧血食（件/月）	90	39.4	83.5	32	134.6	222.5	0.024	62	22.2	72.6	9	13.7	31.4	0.730
脾臓病食（件/月）	90	5.2	22.4	32	6.2	16.7	0.820	62	3.5	15.0	9	14.6	33.6	0.358
脂質異常症食（件/月）	90	47.3	102.1	32	98.2	272.2	0.309	62	33.9	80.1	9	13.0	29.2	0.442
痛風食（件/月）	90	2.8	15.2	32	4.8	22.4	0.559	62	0.5	3.9	9	0.0	0.0	0.706
検査食（件/月）	90	0.0	0.0	32	0.0	0.0	-	62	0.0	0.0	9	0.0	0.0	-
看取り介護・ターミナルケア														
加算の算定人数（人）	32	1.5	1.3	11	2.7	4.1	0.363	16	1.3	0.9	0	0.0	0.0	-
ケア実施人数（人）	41	4.2	5.0	17	3.6	2.9	0.687	19	2.0	1.9	3	4.0	4.4	0.512
在宅復帰支援関連加算算定件数														
入所前後訪問指導加算（件/月）	22	2.0	2.6	9	2.1	2.3	0.949	17	1.6	1.8	5	1.6	0.5	0.954
退所前訪問指導加算（件/月）	30	1.8	1.4	15	2.5	2.3	0.213	24	2.8	4.6	3	2.0	1.7	0.786
退所後訪問指導加算（件/月）	14	2.0	1.9	9	1.7	1.1	0.644	12	2.1	3.2	2	1.5	0.7	0.808
本人や家族への退所のための栄養相談件数（件/月）	23	1.7	1.2	9	1.4	0.9	0.608	18	5.1	9.3	4	1.3	0.5	0.433
退所サマリー等への栄養ケア情報の提供件数（件/月）	36	2.5	2.0	15	5.8	6.3	0.069	35	5.3	7.8	4	3.5	2.1	0.659
居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション件数（件/月）	15	3.1	4.2	7	4.6	6.9	0.531	17	4.4	5.8	2	2.0	1.4	0.575
併設通所サービス														
栄養改善加算の算定件数（件/月）	5	1.4	0.9	7	3.9	3.6	0.174	4	8.5	14.3	1	0.0		0.000
栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士人数														
栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士人数（人）	89	1.0	0.1	32	2.0	0.9	0.000	61	1.0	0.0	9	1.6	0.5	0.013
管理栄養士の経験年数														
栄養ケア・マネジメントの経験年数（年）	89	7.6	5.1	31	7.0	3.7	0.560	61	7.1	5.4	9	7.3	3.8	0.915
病院における栄養管理の経験年数（年）	73	3.1	4.4	29	3.3	5.8	0.816	48	4.0	5.5	8	2.4	5.6	0.451
7月1ヶ月間の業務割合														
栄養ケア・マネジメント（％）	90	44.1	19.5	32	43.8	17.8	0.946	61	44.8	18.1	9	36.1	22.9	0.196
給食管理（％）	90	26.3	18.7	32	25.5	14.7	0.826	61	27.4	19.1	9	39.6	16.7	0.076
委員会活動（％）	90	5.6	5.6	32	5.3	5.3	0.770	61	5.7	5.7	9	4.9	4.2	0.710
会議（施設内）（％）	90	11.1	8.9	32	8.5	5.8	0.130	61	8.5	5.7	9	8.6	2.2	0.988
会議（施設外）（％）	90	0.7	1.6	32	0.9	2.3	0.496	61	1.2	2.8	9	0.6	1.7	0.529
研修（％）	90	2.1	2.9	32	2.2	3.4	0.879	61	3.0	4.2	9	3.9	4.0	0.543
併設のサービスに関する業務（％）	90	1.1	2.8	32	3.7	6.7	0.041	61	3.8	8.1	9	2.2	3.6	0.560
関連施設に関する業務（％）	90	0.9	3.6	32	1.7	4.1	0.305	61	2.0	4.9	9	1.7	3.5	0.844
施設外の業務（％）	90	0.5	2.0	32	0.0	0.0	0.015	61	0.6	1.9	9	0.0	0.0	0.367

n: 欠損は項目ごとを除く t 検定 ($p < 0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（1）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=157		n=57				n=294		n=57			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
記入者												
管理栄養士	142	(92.8)	57	(100.0)	-	-	257	(90.2)	53	(98.1)	0.124	
栄養士	3	(2.0)	0	(0.0)	-	-	19	(6.7)	0	(0.0)	-	-
その他	8	(5.2)	0	(0.0)	-	-	9	(3.2)	1	(1.9)	-	-
管理栄養士配置数												
1名	157	(100.0)	0	(0.0)	0.000		294	(100.0)	0	(0.0)	0.000	
2名	0	(0.0)	47	(82.5)			0	(0.0)	50	(87.7)		
3名以上	0	(0.0)	10	(17.5)			0	(0.0)	7	(12.3)		
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されていない理由												
施設長の姿勢や理解	66	(42.0)	-	-	-	-	112	(38.1)	-	-	-	-
事務長の姿勢や理解	25	(15.9)	-	-	-	-	27	(9.2)	-	-	-	-
医師の姿勢や理解	2	(1.3)	-	-	-	-	2	(0.7)	-	-	-	-
管理栄養士の姿勢や理解	20	(12.7)	-	-	-	-	21	(7.1)	-	-	-	-
その他	83	(52.9)	-	-	-	-	168	(57.1)	-	-	-	-
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されている理由												
施設長の姿勢や理解	-	-	31	(54.4)	-	-	-	-	35	(61.4)	-	-
事務長の姿勢や理解	-	-	15	(26.3)	-	-	-	-	9	(15.8)	-	-
医師の姿勢や理解	-	-	2	(3.5)	-	-	-	-	2	(3.5)	-	-
管理栄養士の姿勢や理解	-	-	17	(29.8)	-	-	-	-	10	(17.5)	-	-
栄養ケア・マネジメントの推進のため	-	-	26	(45.6)	-	-	-	-	25	(43.9)	-	-
業務効率を高めるため	-	-	21	(36.8)	-	-	-	-	28	(49.1)	-	-
残業時間減少のため	-	-	7	(12.3)	-	-	-	-	6	(10.5)	-	-
新事業開始のため	-	-	2	(3.5)	-	-	-	-	6	(10.5)	-	-
その他	-	-	19	(33.3)	-	-	-	-	16	(28.1)	-	-
学会分類の使用について												
食事提供での食事形態に使用	50	(32.7)	17	(29.8)	0.693	0.742	71	(24.7)	11	(19.6)	0.413	
食事提供でのとろみ濃度に使用	52	(35.1)	24	(46.2)	0.159	0.185	93	(32.9)	20	(36.4)	0.614	
情報提供での食事形態に使用	26	(18.2)	12	(21.4)	0.600	0.689	48	(17.4)	10	(19.6)	0.703	
情報提供でのとろみ濃度に使用	29	(20.9)	14	(27.5)	0.336	0.335	59	(21.5)	12	(24.0)	0.698	
入退所時に管理栄養士は情報連携に関わっているか												
関わっている	137	(89.0)	53	(93.0)	0.386	0.450	257	(88.0)	49	(86.0)	0.667	
栄養マネジメント加算の算定												
算定している	149	(95.5)	57	(100.0)	0.104	0.193	267	(90.8)	57	(100.0)	0.017	0.012
栄養マネジメント加算を算定していない理由												
施設長の判断	2	(28.6)	0	(0.0)	-	-	6	(22.2)	0	(0.0)	-	-
管理栄養士の判断	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(3.7)	0	(0.0)	-	-
管理栄養士の採用困難	3	(42.9)	0	(0.0)	-	-	9	(33.3)	0	(0.0)	-	-
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(3.7)	0	(0.0)	-	-
個別の食事対応の困難	1	(14.3)	0	(0.0)	-	-	1	(3.7)	0	(0.0)	-	-
他の職種の理解や協力が得られない	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(3.7)	0	(0.0)	-	-
人員不足	1	(14.3)	0	(0.0)	-	-	3	(11.1)	0	(0.0)	-	-
その他	3	(42.9)	0	(0.0)	-	-	10	(37.0)	0	(0.0)	-	-

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（2）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値 χ^2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値 χ^2	P値fisher
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
経口移行・維持加算の算定												
経口移行加算	8	(5.1)	7	(12.3)	0.069	0.125	7	(2.4)	4	(7.0)	0.066	0.085
経口維持加算（Ⅰ）	58	(36.9)	36	(63.2)	0.001	0.001	87	(29.6)	22	(38.6)	0.179	
経口維持加算（Ⅱ）	36	(22.9)	22	(38.6)	0.023	0.036	46	(15.6)	16	(28.1)	0.024	
いずれも算定していない	97	(61.8)	19	(33.3)	0.000	0.000	206	(70.1)	35	(61.4)	0.197	
実施している摂食・嚥下機能検査												
水飲みテスト	35	(60.3)	22	(61.1)	0.941	1.000	63	(72.4)	15	(68.2)	0.694	
頸部聴診法	22	(37.9)	14	(38.9)	0.926	1.000	28	(32.2)	6	(27.3)	0.657	
嚥下内視鏡検査	10	(17.2)	4	(11.1)	0.417	0.555	5	(5.7)	5	(22.7)	0.014	0.027
嚥下造影検査	0	(0.0)	1	(2.8)	0.202	0.383	3	(3.4)	2	(9.1)	0.258	0.265
咀嚼能力・機能の検査	11	(19.0)	10	(27.8)	0.319	0.324	16	(18.4)	7	(31.8)	0.168	0.240
反復唾液嚥下テスト(RSST)	3	(5.2)	1	(2.8)	0.576	1.000	3	(3.4)	0	(0.0)	0.377	1.000
その他	20	(34.5)	11	(30.6)	0.694	0.822	27	(31.0)	3	(13.6)	0.103	
協力病院や歯科医院の口腔専門職												
歯科医師	45	(78.9)	27	(79.4)	0.958	1.000	69	(80.2)	17	(77.3)	0.758	0.771
歯科衛生士	36	(63.2)	22	(64.7)	0.882	1.000	50	(58.8)	11	(50.0)	0.456	
言語聴覚士	9	(16.4)	5	(15.6)	0.928	1.000	7	(8.2)	3	(14.3)	0.396	0.411
管理栄養士単独でのミールラウンド												
月に1日以下	4	(7.0)	1	(2.8)	0.750		2	(2.4)	0	(0.0)	0.556	
月に2～3日	2	(3.5)	2	(5.6)			6	(7.1)	1	(4.5)		
週に1～2日	6	(10.5)	5	(13.9)			17	(20.0)	2	(9.1)		
週に3～4日	24	(42.1)	12	(33.3)			26	(30.6)	10	(45.5)		
週に5日以上	21	(36.8)	16	(44.4)			34	(40.0)	9	(40.9)		
多職種によるミールラウンド												
月に1日以下	17	(29.8)	10	(27.8)	0.700		21	(24.7)	5	(22.7)	0.999	
月に2～3日	13	(22.8)	9	(25.0)			23	(27.1)	6	(27.3)		
週に1～2日	7	(12.3)	8	(22.2)			16	(18.8)	4	(18.2)		
週に3～4日	8	(14.0)	4	(11.1)			8	(9.4)	2	(9.1)		
週に5日以上	12	(21.1)	5	(13.9)			17	(20.0)	5	(22.7)		
ミールラウンドの参加者												
医師	12	(20.7)	3	(8.3)	0.112	0.151	13	(14.9)	2	(9.1)	0.477	0.731
歯科医師	19	(32.8)	11	(30.6)	0.824	1.000	21	(24.1)	7	(31.8)	0.461	
管理栄養士	54	(93.1)	35	(97.2)	0.387	0.646	84	(96.6)	21	(95.5)	0.807	1.000
歯科衛生士	16	(27.6)	16	(44.4)	0.094	0.119	23	(26.4)	11	(50.0)	0.033	
言語聴覚士	6	(10.3)	3	(8.3)	0.747	1.000	6	(6.9)	3	(13.6)	0.305	0.382
作業療法士	5	(8.6)	7	(19.4)	0.126	0.202	5	(5.7)	2	(9.1)	0.568	0.627
理学療法士	11	(19.0)	7	(19.4)	0.954	1.000	7	(8.0)	3	(13.6)	0.417	0.419
看護職員	53	(91.4)	34	(94.4)	0.582	0.704	80	(92.0)	21	(95.5)	0.574	1.000
介護職員	53	(91.4)	34	(94.4)	0.582	0.704	82	(94.3)	22	(100.0)	0.250	0.581
介護支援専門員	40	(69.0)	25	(69.4)	0.961	1.000	69	(79.3)	15	(68.2)	0.267	
相談員	8	(13.8)	4	(11.1)	0.705	0.763	11	(12.6)	4	(18.2)	0.501	0.498
その他	6	(10.3)	3	(8.3)	0.747	1.000	7	(8.0)	3	(13.6)	0.417	0.419

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（3）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=157		n=57				n=294		n=57			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
カンファレンスの参加者												
医師	17	(29.3)	9	(25.0)	0.650	0.813	24	(27.6)	10	(45.5)	0.106	
歯科医師	24	(41.4)	12	(33.3)	0.435	0.515	27	(31.0)	11	(50.0)	0.095	
管理栄養士	56	(96.6)	35	(97.2)	0.857	1.000	83	(95.4)	22	(100.0)	0.306	0.581
歯科衛生士	25	(43.1)	16	(44.4)	0.899	1.000	27	(31.0)	10	(45.5)	0.202	
言語聴覚士	6	(10.3)	3	(8.3)	0.747	1.000	7	(8.0)	3	(13.6)	0.417	0.419
作業療法士	5	(8.6)	6	(16.7)	0.238	0.324	6	(6.9)	3	(13.6)	0.305	0.382
理学療法士	12	(20.7)	7	(19.4)	0.884	1.000	7	(8.0)	3	(13.6)	0.417	0.419
看護職員	56	(96.6)	34	(94.4)	0.623	0.636	83	(95.4)	22	(100.0)	0.306	0.581
介護職員	56	(96.6)	35	(97.2)	0.857	1.000	83	(95.4)	21	(95.5)	0.992	1.000
介護支援専門員	51	(87.9)	27	(75.0)	0.105	0.157	76	(87.4)	16	(72.7)	0.091	0.106
相談員	9	(15.5)	5	(13.9)	0.829	1.000	17	(19.5)	3	(13.6)	0.523	0.759
その他	4	(6.9)	6	(16.7)	0.135	0.174	11	(12.6)	0	(0.0)	0.079	0.116
カンファレンスの頻度												
月に1日以下	29	(50.0)	18	(54.5)	0.822		51	(60.0)	12	(54.5)	0.761	
月に2～3日	19	(32.8)	10	(30.3)			23	(27.1)	8	(36.4)		
週に1～2日	5	(8.6)	4	(12.1)			9	(10.6)	2	(9.1)		
週に3～4日	4	(6.9)	1	(3.0)			2	(2.4)	0	(0.0)		
週に5日以上	1	(1.7)	0	(0.0)			0	(0.0)	0	(0.0)		
経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと												
算定件数が増加した	28	(48.3)	16	(44.4)	0.717	0.832	39	(44.8)	13	(59.1)	0.231	
算定しやすくなった	31	(53.4)	25	(69.4)	0.124	0.137	44	(50.6)	14	(63.6)	0.273	
摂食・嚥下に関する課題が明確になった	25	(43.1)	17	(47.2)	0.696	0.831	39	(44.8)	12	(54.5)	0.414	
食事の形態がアップする者が増加した	8	(13.8)	3	(8.3)	0.423	0.522	5	(5.7)	1	(4.5)	0.825	1.000
食事摂取量が増える者が増加した	4	(6.9)	5	(13.9)	0.263	0.296	2	(2.3)	2	(9.1)	0.130	0.181
他職種と情報共有できるようになった	42	(72.4)	21	(58.3)	0.158	0.181	51	(58.6)	16	(72.7)	0.225	
他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった	34	(58.6)	12	(33.3)	0.017	0.021	39	(44.8)	12	(54.5)	0.414	
他職種の協力が得られるようになった	26	(44.8)	14	(38.9)	0.571	0.669	38	(43.7)	14	(63.6)	0.094	
VF・VEが必要なくなり、迅速に介入できる	15	(25.9)	18	(50.0)	0.017	0.026	36	(41.4)	12	(54.5)	0.266	
管理栄養士のアセスメント能力の向上	12	(20.7)	10	(27.8)	0.430	0.460	18	(20.7)	5	(22.7)	0.834	0.778
その他	4	(6.9)	6	(16.7)	0.135	0.174	7	(8.0)	0	(0.0)	0.169	0.341

n:欠損は項目ごとに除く χ²検定 (p<0.05)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（4）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=157		n=57				n=294		n=57			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
経口維持加算の算定について困難を感じていること												
医師の指示が得られにくい	7	(12.1)	4	(11.1)	0.888	1.000	9	(10.3)	2	(9.1)	0.862	1.000
歯科医師の指示が得られにくい	4	(6.9)	5	(13.9)	0.263	0.296	13	(14.9)	5	(22.7)	0.380	0.356
歯科衛生士または言語聴覚士の協力が得られにくい	4	(6.9)	3	(8.3)	0.796	1.000	18	(20.7)	2	(9.1)	0.209	0.354
他職種の協力が得られにくい	6	(10.3)	1	(2.8)	0.174	0.244	7	(8.0)	0	(0.0)	0.169	0.341
食事の観察（ミールラウンド）の時間がとれない	12	(20.7)	5	(13.9)	0.405	0.583	12	(13.8)	2	(9.1)	0.556	0.731
食事の観察（ミールラウンド）に時間を要する	12	(20.7)	3	(8.3)	0.112	0.151	19	(21.8)	3	(13.6)	0.392	0.555
多職種会議（カンファレンス）の時間がとれない	10	(17.2)	7	(19.4)	0.787	0.789	13	(14.9)	3	(13.6)	0.877	1.000
多職種会議（カンファレンス）に時間を要する	10	(17.2)	7	(19.4)	0.787	0.789	28	(32.2)	5	(22.7)	0.388	
管理栄養士の負担が大きい	28	(48.3)	14	(38.9)	0.374	0.401	28	(32.2)	3	(13.6)	0.085	
業務量が増えた	38	(65.5)	21	(58.3)	0.484	0.516	49	(56.3)	13	(59.1)	0.815	
残業が増えた	11	(19.0)	2	(5.6)	0.067	0.122	13	(14.9)	0	(0.0)	0.053	0.067
個別の食事対応の困難	14	(24.1)	2	(5.6)	0.020	0.024	14	(16.1)	2	(9.1)	0.407	0.518
人員不足	9	(15.5)	2	(5.6)	0.144	0.195	8	(9.2)	3	(13.6)	0.537	0.691
施設内での体制作りが困難	7	(12.1)	5	(13.9)	0.797	1.000	5	(5.7)	3	(13.6)	0.205	0.201
他職種が主となって実施している	4	(6.9)	3	(8.3)	0.796	1.000	5	(5.7)	0	(0.0)	0.250	0.581
施設長から他職種を中心で行うよう指示があった	1	(1.7)	1	(2.8)	0.731	1.000	2	(2.3)	0	(0.0)	0.473	1.000
その他	12	(20.7)	4	(11.1)	0.230	0.271	9	(10.3)	2	(9.1)	0.862	1.000
経口移行加算を請求していない理由												
必要性を感じていない	4	(4.1)	0	(0.0)	0.368	1.000	4	(1.9)	2	(5.6)	0.198	0.219
対象者がいない	37	(35.6)	6	(30.0)	0.631	0.799	81	(36.8)	10	(28.6)	0.344	
嚥下の評価が困難	46	(46.9)	12	(54.5)	0.519	0.638	90	(42.9)	13	(36.1)	0.448	
個別の食事対応が出来ない	4	(4.1)	4	(19.0)	0.014	0.033	14	(6.8)	1	(2.8)	0.359	0.705
医師の指示が得られにくい	33	(33.3)	8	(38.1)	0.676	0.801	59	(28.1)	11	(30.6)	0.762	
他職種の協力が得られにくい	12	(12.2)	2	(10.5)	0.833	1.000	48	(23.1)	8	(22.9)	0.977	
算定方法がわからない	12	(12.4)	4	(21.1)	0.316	0.296	19	(9.2)	4	(11.4)	0.681	0.754
人員不足	22	(22.7)	3	(15.8)	0.504	0.761	36	(17.3)	5	(14.3)	0.659	
その他	8	(8.2)	4	(21.1)	0.094	0.108	26	(12.4)	9	(25.7)	0.038	
経口維持加算（Ⅰ）を請求していない理由												
必要性を感じていない	2	(2.1)	0	(0.0)	0.528	1.000	6	(2.9)	0	(0.0)	0.307	0.597
対象者がいない	7	(7.2)	0	(0.0)	0.227	0.597	25	(12.1)	5	(14.3)	0.722	0.781
嚥下の評価が困難	41	(42.3)	12	(63.2)	0.095	0.131	82	(39.8)	12	(34.3)	0.536	
個別の食事対応が出来ない	6	(6.2)	2	(10.5)	0.495	0.616	16	(7.8)	0	(0.0)	0.088	0.138
医師の指示が得られにくい	33	(33.7)	8	(40.0)	0.588	0.613	57	(27.7)	10	(28.6)	0.912	
他職種の協力が得られにくい	20	(20.6)	4	(21.1)	0.966	1.000	52	(25.2)	7	(20.0)	0.505	
算定方法がわからない	14	(14.4)	5	(26.3)	0.201	0.305	18	(8.7)	4	(11.4)	0.609	0.537
人員不足	31	(32.0)	5	(26.3)	0.627	0.788	45	(21.8)	8	(22.9)	0.894	
その他	17	(17.5)	5	(25.0)	0.436	0.529	36	(17.4)	9	(25.7)	0.242	

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（5）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値 χ^2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値 χ^2	P値fisher
	n=157	n=57	n=157	n=57			n=294	n=57	n=294	n=57		
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
経口維持加算（Ⅱ）を請求していない理由												
必要性を感じていない	2	(2.0)	0	(0.0)	0.511	1.000	5	(2.4)	0	(0.0)	0.353	1.000
対象者がいない	6	(6.1)	0	(0.0)	0.247	0.589	26	(12.6)	4	(11.4)	0.851	1.000
嚥下の評価が困難	42	(42.4)	12	(57.1)	0.218	0.237	78	(37.7)	10	(28.6)	0.300	
個別の食事対応が出来ない	7	(7.1)	2	(9.5)	0.698	0.656	15	(7.2)	0	(0.0)	0.100	0.137
医師の指示が得られない	33	(33.0)	7	(31.8)	0.915	1.000	60	(29.0)	9	(25.7)	0.692	
他職種の協力が得られない	18	(18.2)	4	(19.0)	0.926	1.000	54	(26.1)	6	(17.1)	0.257	
算定方法がわからない	14	(14.1)	5	(23.8)	0.270	0.323	17	(8.2)	4	(11.4)	0.532	0.519
人員不足	28	(28.3)	6	(28.6)	0.979	1.000	40	(19.3)	8	(22.9)	0.628	
その他	15	(15.2)	5	(22.7)	0.387	0.360	31	(14.9)	9	(25.7)	0.111	
看取り介護加算及びターミナルケア加算												
算定している	66	(42.9)	29	(51.8)	0.250	0.275	94	(33.1)	16	(29.6)	0.618	
看取り介護及びターミナルケア												
実施している	77	(49.7)	33	(60.0)	0.188	0.211	90	(31.5)	20	(35.7)	0.534	
終末期を判断する状況												
日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき	94	(59.9)	34	(59.6)	0.976	1.000	153	(52.0)	31	(54.4)	0.746	
嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき	92	(58.6)	38	(66.7)	0.285	0.343	151	(51.4)	32	(56.1)	0.509	
体重減少率が増加してきた場合	60	(38.2)	26	(45.6)	0.329	0.347	98	(33.3)	20	(35.1)	0.797	
体重増加が期待できなくなった場合	21	(13.4)	9	(15.8)	0.653	0.660	33	(11.2)	6	(10.5)	0.878	
上記以外の病態の変化があった場合	64	(40.8)	26	(45.6)	0.525	0.535	118	(40.1)	16	(28.1)	0.086	
積極的な治療的医療を行わない状況になったとき	109	(69.4)	41	(71.9)	0.724	0.866	198	(67.3)	40	(70.2)	0.676	
その他	23	(14.6)	14	(24.6)	0.090	0.103	39	(13.3)	6	(10.5)	0.571	
終末期において栄養補給方法について多職種（チーム）で検討するカンファレンス												
実施している	98	(63.6)	46	(80.7)	0.018	0.020	99	(35.1)	21	(38.2)	0.663	
終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目												
体重の測定を行っていた	83	(52.9)	30	(52.6)	0.976	1.000	116	(39.5)	23	(40.4)	0.899	
体重の増加を目標にするのを中止した	71	(45.2)	27	(47.4)	0.781	0.877	106	(36.1)	18	(31.6)	0.518	
血清アルブミン値の改善を目標にするのを中止した	47	(29.9)	19	(33.3)	0.634	0.621	69	(23.5)	11	(19.3)	0.492	
食事や栄養補給に関する希望や意思について、本人・家族へ確認	104	(66.2)	44	(77.2)	0.125	0.135	175	(59.5)	40	(70.2)	0.131	
食事摂取量の増加を目標にするのを中止した	69	(43.9)	22	(38.6)	0.484	0.533	116	(39.5)	22	(38.6)	0.903	
少しでも食べられることを目標にした	105	(66.9)	49	(86.0)	0.006	0.006	194	(66.0)	41	(71.9)	0.383	
栄養補助食品等を提供した	108	(68.8)	46	(80.7)	0.086	0.121	168	(57.1)	32	(56.1)	0.889	
毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した	19	(12.1)	15	(26.3)	0.012	0.019	40	(13.6)	10	(17.5)	0.436	
終末期の約束食事箋のようなものがあった	1	(0.6)	4	(7.0)	0.006	0.019	5	(1.7)	2	(3.5)	0.372	0.318
その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があった	3	(1.9)	6	(10.5)	0.006	0.012	14	(4.8)	1	(1.8)	0.304	0.481
計画を立てる際、相談した職種がいた	71	(45.2)	32	(56.1)	0.158	0.167	115	(39.1)	21	(36.8)	0.747	
栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした	74	(47.1)	32	(56.1)	0.244	0.280	113	(38.4)	19	(33.3)	0.467	
モニタリング結果の共有をしていた	38	(24.2)	20	(35.1)	0.113	0.121	58	(19.7)	18	(31.6)	0.047	
モニタリングの状況を家族に伝えた	38	(24.2)	18	(31.6)	0.278	0.294	62	(21.1)	13	(22.8)	0.772	
家族の満足感は得られた	32	(20.4)	22	(38.6)	0.007	0.012	67	(22.8)	15	(26.3)	0.565	
食事提供に関して、家族と意見は一致した	68	(43.3)	27	(47.4)	0.598	0.642	125	(42.5)	26	(45.6)	0.666	
食事提供に関して、他職種と意見は一致した	91	(58.0)	42	(73.7)	0.036	0.039	149	(50.7)	28	(49.1)	0.830	
その他	5	(3.2)	3	(5.3)	0.479	0.442	14	(4.8)	2	(3.5)	0.678	1.000

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（6）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=157		n=57				n=294		n=57			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
通所サービス												
併設している	86	(56.2)	38	(70.4)	0.068	0.077	183	(63.8)	34	(63.0)	0.911	
栄養改善加算の取得	4	(4.7)	3	(8.1)	0.448	0.429	9	(5.0)	0	(0.0)	0.191	0.361
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	48	(55.8)	23	(60.5)	0.625	0.696	99	(54.1)	22	(64.7)	0.253	
食形態の検討	56	(65.1)	23	(60.5)	0.624	0.687	132	(72.1)	24	(70.6)	0.854	
食事内容の検討	53	(61.6)	25	(65.8)	0.658	0.692	114	(62.3)	23	(67.6)	0.552	
嚥下調整食の提供	51	(59.3)	26	(68.4)	0.335	0.423	103	(56.3)	18	(52.9)	0.719	
療養食の提供	29	(33.7)	18	(47.4)	0.149	0.164	54	(29.5)	14	(41.2)	0.178	
本人や家族からの栄養相談	21	(24.4)	10	(26.3)	0.822	0.825	35	(19.1)	10	(29.4)	0.174	
他の職員からの栄養相談	37	(43.0)	24	(63.2)	0.039	0.051	81	(44.3)	16	(47.1)	0.763	
その他	2	(2.3)	2	(5.3)	0.393	0.585	5	(2.7)	2	(5.9)	0.340	0.302
なし	8	(9.3)	4	(10.5)	0.832	1.000	21	(11.5)	2	(5.9)	0.331	0.543
通所サービスにおける管理栄養士の兼任												
あり	3	(75.0)	2	(66.7)	0.809	1.000	6	(75.0)	0	(0.0)	-	-
栄養改善加算を請求していない理由												
施設長の判断	23	(28.0)	9	(26.5)			54	(31.4)	4	(12.1)	0.024	
事務長の判断	5	(6.1)	3	(8.8)	0.598	0.691	6	(3.5)	1	(3.0)	0.894	1.000
医師の判断	0	(0.0)	0	(0.0)	-		3	(1.7)	0	(0.0)	0.445	1.000
管理栄養士の判断	9	(11.0)	4	(11.8)	0.902	1.000	16	(9.3)	3	(9.1)	0.969	1.000
栄養改善加算の請求（算定）方法がわからない	12	(14.6)	5	(14.7)	0.992	1.000	25	(14.5)	2	(6.1)	0.187	0.264
他の職員の理解や協力が得られない	11	(13.4)	4	(11.8)	0.810	1.000	11	(6.4)	4	(12.1)	0.247	0.271
人員不足	26	(31.7)	6	(17.6)	0.123	0.171	35	(20.3)	6	(18.2)	0.776	
その他	28	(34.1)	15	(44.1)	0.311	0.399	53	(30.8)	15	(45.5)	0.102	
短期入所生活介護（ショートステイ）												
併設している	136	(86.6)	50	(87.7)	0.834	1.000	268	(91.2)	55	(96.5)	0.174	0.282
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	112	(82.4)	39	(78.0)	0.501	0.529	231	(86.2)	46	(83.6)	0.621	
食事の形態の調整	123	(90.4)	42	(84.0)	0.218	0.294	253	(94.4)	53	(96.4)	0.553	0.747
食事内容の検討	113	(83.1)	38	(76.0)	0.273	0.294	229	(85.4)	49	(89.1)	0.477	
療養食の対応	72	(52.9)	28	(56.0)	0.711	0.742	146	(54.5)	33	(60.0)	0.453	
栄養相談	34	(25.0)	18	(36.0)	0.138	0.145	89	(33.2)	19	(34.5)	0.848	
その他	4	(2.9)	0	(0.0)	0.220	0.575	5	(1.9)	0	(0.0)	0.307	0.593
なし	1	(0.7)	2	(4.0)	0.117	0.176	3	(1.1)	2	(3.6)	0.168	0.202
認知症対応型通所介護												
併設している	28	(17.8)	10	(17.5)	0.961	1.000	41	(13.9)	12	(21.1)	0.170	
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	12	(42.9)	6	(60.0)	0.351	0.468	25	(61.0)	4	(33.3)	0.091	
食事の形態の調整	17	(60.7)	7	(70.0)	0.601	0.715	31	(75.6)	9	(75.0)	0.966	1.000
食事内容の検討	15	(53.6)	6	(60.0)	0.726	1.000	31	(75.6)	9	(75.0)	0.966	1.000
療養食の対応	10	(35.7)	6	(60.0)	0.182	0.267	14	(34.1)	6	(50.0)	0.319	0.335
栄養相談	3	(10.7)	2	(20.0)	0.456	0.592	13	(31.7)	1	(8.3)	0.106	0.148
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(2.4)	0	(0.0)	0.585	1.000
なし	2	(7.1)	1	(10.0)	0.774	1.000	3	(7.3)	2	(16.7)	0.330	0.315

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（7）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
小規模多機能型居宅介護												
併設している	4	(2.5)	8	(14.0)	0.001	0.003	12	(4.1)	4	(7.0)	0.331	0.307
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	4	(50.0)	0.083	0.208	3	(25.0)	1	(25.0)	1.000	1.000
食事の形態の調整	2	(50.0)	6	(75.0)	0.386	0.547	4	(33.3)	1	(25.0)	0.755	1.000
食事内容の検討	1	(25.0)	5	(62.5)	0.221	0.545	5	(41.7)	2	(50.0)	0.771	1.000
療養食の対応	1	(25.0)	5	(62.5)	0.221	0.545	1	(8.3)	1	(25.0)	0.383	0.450
栄養相談	0	(0.0)	3	(37.5)	0.157	0.491	5	(41.7)	1	(25.0)	0.551	1.000
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(8.3)	0	(0.0)	0.551	1.000
なし	2	(50.0)	1	(12.5)	0.157	0.236	3	(25.0)	1	(25.0)	1.000	1.000
地域密着型特定施設入居者生活介護												
併設している	3	(1.9)	2	(3.5)	0.494	0.611	3	(1.0)	3	(5.3)	0.024	0.057
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	1	(33.3)	1	(50.0)	0.709	1.000	2	(66.7)	3	(100.0)	0.273	1.000
食事の形態の調整	2	(66.7)	1	(50.0)	0.709	1.000	3	(100.0)	3	(100.0)	-	
食事内容の検討	1	(33.3)	1	(50.0)	0.709	1.000	3	(100.0)	3	(100.0)	-	
療養食の対応	2	(66.7)	1	(50.0)	0.709	1.000	2	(66.7)	2	(66.7)	1.000	1.000
栄養相談	0	(0.0)	1	(50.0)	0.171	0.400	1	(33.3)	3	(100.0)	0.083	0.400
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	1	(33.3)	0.273	1.000
なし	0	(0.0)	1	(50.0)	0.171	0.400	0	(0.0)	0	(0.0)	-	
夜間対応型訪問介護												
併設している	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）												
併設している	14	(8.9)	14	(24.6)	0.003	0.005	29	(9.9)	11	(19.3)	0.040	
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	2	(14.3)	2	(14.3)	1.000	1.000	3	(10.3)	1	(9.1)	0.906	1.000
食事の形態の調整	7	(50.0)	7	(50.0)	1.000	1.000	7	(24.1)	5	(45.5)	0.189	0.254
食事内容の検討	7	(50.0)	7	(50.0)	1.000	1.000	11	(37.9)	3	(27.3)	0.528	0.715
療養食の対応	4	(28.6)	3	(21.4)	0.663	1.000	2	(6.9)	4	(36.4)	0.020	0.039
栄養相談	5	(35.7)	8	(57.1)	0.256	0.449	12	(41.4)	4	(36.4)	0.772	1.000
その他	2	(14.3)	4	(28.6)	0.357	0.648	3	(10.3)	2	(18.2)	0.503	0.603
なし	3	(21.4)	1	(7.1)	0.280	0.596	8	(27.6)	2	(18.2)	0.540	0.696
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護												
併設している	11	(7.0)	8	(14.0)	0.110	0.171	22	(7.5)	8	(14.0)	0.105	0.120
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	9	(81.8)	8	(100.0)	0.202	0.485	21	(95.5)	8	(100.0)	0.540	1.000
食事の形態の調整	9	(81.8)	8	(100.0)	0.202	0.485	21	(95.5)	8	(100.0)	0.540	1.000
食事内容の検討	10	(90.9)	8	(100.0)	0.381	1.000	21	(95.5)	8	(100.0)	0.540	1.000
療養食の対応	8	(72.7)	7	(87.5)	0.435	0.603	16	(72.7)	8	(100.0)	0.099	0.155
栄養相談	4	(36.4)	5	(62.5)	0.260	0.370	10	(45.5)	4	(50.0)	0.825	1.000
その他	1	(9.1)	0	(0.0)	0.381	1.000	2	(9.1)	0	(0.0)	0.377	1.000
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-

n: 欠損は項目ごとに除く χ²検定 (p<0.05)

表 I-6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（8）

特養	入所者80名以上				入所者80名未満							
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護												
併設している	1	(0.6)	1	(1.8)	0.453	0.463	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事の形態の調整	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事内容の検討	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
療養食の対応	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
栄養相談	1	(100.0)	0	(0.0)	0.157	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
なし	0	(0.0)	1	(100.0)	0.157	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
複合型サービス												
併設している	1	(0.6)	3	(5.3)	0.027	0.059	2	(0.7)	0	(0.0)	0.532	1.000
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	2	(66.7)	0.248	1.000	1	(50.0)	0	(0.0)	-	-
食事の形態の調整	1	(100.0)	2	(66.7)	0.505	1.000	2	(100.0)	0	(0.0)	-	-
食事内容の検討	0	(0.0)	1	(33.3)	0.505	1.000	2	(100.0)	0	(0.0)	-	-
療養食の対応	1	(100.0)	2	(66.7)	0.505	1.000	2	(100.0)	0	(0.0)	-	-
栄養相談	0	(0.0)	2	(66.7)	0.248	1.000	1	(50.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
施設入所者への栄養ケア以外で実施していること												
コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り	12	(7.6)	10	(17.5)	0.035	0.043	9	(3.1)	4	(7.0)	0.148	0.239
配食サービスによる栄養改善	19	(12.1)	17	(29.8)	0.002	0.004	35	(11.9)	13	(22.8)	0.028	
市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	1	(0.6)	4	(7.0)	0.006	0.019	11	(3.7)	5	(8.8)	0.096	0.154
市の栄養教室の講師等一般介護予防事業	20	(12.7)	10	(17.5)	0.371	0.379	27	(9.2)	10	(17.5)	0.060	
地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加	3	(1.9)	5	(8.8)	0.019	0.033	5	(1.7)	2	(3.5)	0.372	0.318
施設広報誌で栄養情報を提供	24	(15.3)	12	(21.1)	0.319	0.310	35	(11.9)	7	(12.3)	0.936	
ホームページで栄養の啓もう活動	4	(2.5)	6	(10.5)	0.015	0.024	4	(1.4)	1	(1.8)	0.818	0.590
その他	9	(5.7)	8	(14.0)	0.047	0.081	23	(7.8)	6	(10.5)	0.497	0.442
なし	92	(58.6)	19	(33.3)	0.001	0.001	180	(61.2)	28	(49.1)	0.089	
管理栄養士について												
施設配置	151	(100.0)	56	(100.0)	-	-	265	(100.0)	57	(100.0)	-	-
常勤	151	(100.0)	56	(100.0)	-	-	261	(100.0)	55	(98.2)	0.031	0.177
パート	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	1	(1.8)	-	-
居宅療養管理指導の経験あり	1	(0.7)	3	(5.3)	0.031	0.064	3	(1.1)	1	(1.8)	0.694	0.540
在宅訪問栄養相談（居宅療養管理指導を除く）の経験あり	13	(8.6)	10	(17.5)	0.067	0.083	17	(6.4)	3	(5.4)	0.766	1.000
第20回以降の管理栄養士国家試験合格者	50	(34.5)	23	(42.6)	0.291	0.323	100	(40.0)	19	(36.5)	0.642	
臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）資格者	9	(6.0)	3	(5.3)	0.847	1.000	10	(3.8)	3	(5.4)	0.585	0.707
栄養サポートチーム加算要件資格者	4	(2.6)	2	(3.5)	0.741	0.667	4	(1.5)	0	(0.0)	0.355	1.000
在宅訪問管理栄養士（日本栄養士会）資格者	3	(2.0)	2	(3.5)	0.523	0.616	8	(3.0)	2	(3.6)	0.829	0.688
介護支援専門員の資格者	41	(27.2)	16	(28.1)	0.895	1.000	48	(18.1)	17	(30.4)	0.038	
神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの課程修了生	9	(6.0)	3	(5.3)	0.839	1.000	5	(1.9)	0	(0.0)	0.300	0.591
大学院修士号以上の学位取得者	2	(1.3)	2	(3.5)	0.310	0.304	4	(1.5)	1	(1.8)	0.879	1.000

n: 欠損は項目ごとに除く χ²検定 (p<0.05)

表 I -6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（9）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置			二名以上配置			一名配置			二名以上配置		
	n=157		n	n=57			n=294		n	n=57		
	n	(%)	n	(%)	P値χ ²	P値fisher	n	(%)	n	(%)	P値χ ²	P値fisher
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】												
「食べること」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												
できていない	12	(7.9)	2	(3.5)	0.164		11	(4.1)	0	(0.0)	0.007	
できている	114	(75.5)	42	(73.7)			222	(83.5)	43	(75.4)		
よくできている	25	(16.6)	13	(22.8)			33	(12.4)	14	(24.6)		
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重要な目標であるという認識が広まっていますか												
できていない	23	(15.2)	6	(10.5)	0.999		45	(17.0)	5	(8.8)	0.070	
できている	100	(66.2)	43	(75.4)			188	(71.2)	42	(73.7)		
よくできている	28	(18.5)	8	(14.0)			31	(11.7)	10	(17.5)		
施設長は、多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												
できていない	7	(4.6)	5	(8.8)	0.745		37	(14.0)	4	(7.0)	0.035	
できている	105	(69.5)	34	(59.6)			166	(62.6)	33	(57.9)		
よくできている	39	(25.8)	18	(31.6)			62	(23.4)	20	(35.1)		
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												
できていない	1	(0.7)	3	(5.3)	0.417		10	(3.8)	1	(1.8)	0.671	
できている	107	(71.8)	33	(57.9)			174	(65.4)	41	(71.9)		
よくできている	41	(27.5)	21	(36.8)			82	(30.8)	15	(26.3)		
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												
できていない	6	(4.0)	1	(1.8)	0.166		15	(5.6)	3	(5.3)	0.661	
できている	107	(71.3)	37	(64.9)			184	(69.2)	38	(66.7)		
よくできている	37	(24.7)	19	(33.3)			67	(25.2)	16	(28.1)		
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												
できていない	3	(2.0)	2	(3.5)	0.026		15	(5.6)	1	(1.8)	0.358	
できている	118	(78.1)	34	(59.6)			194	(72.9)	42	(73.7)		
よくできている	30	(19.9)	21	(36.8)			57	(21.4)	14	(24.6)		
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												
できていない	10	(6.6)	2	(3.5)	0.578		22	(8.3)	2	(3.5)	0.518	
できている	104	(68.9)	40	(70.2)			181	(68.0)	41	(71.9)		
よくできている	37	(24.5)	15	(26.3)			63	(23.7)	14	(24.6)		
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												
できていない	19	(12.6)	4	(7.0)	0.624		39	(14.7)	4	(7.0)	0.017	
できている	99	(65.6)	41	(71.9)			184	(69.2)	37	(64.9)		
よくできている	33	(21.9)	12	(21.1)			43	(16.2)	16	(28.1)		
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												
できていない	30	(19.9)	6	(10.5)	0.050		53	(19.9)	13	(22.8)	0.825	
できている	91	(60.3)	34	(59.6)			169	(63.5)	34	(59.6)		
よくできている	30	(19.9)	17	(29.8)			44	(16.5)	10	(17.5)		
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												
できていない	14	(9.3)	6	(10.5)	0.729		22	(8.3)	6	(10.5)	0.856	
できている	90	(59.6)	31	(54.4)			159	(59.8)	31	(54.4)		
よくできている	47	(31.1)	20	(35.1)			85	(32.0)	20	(35.1)		

n:欠損は項目ごとに除く マンホイットニー U 検定 ($p<0.05$)

表 I -6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（１０）

特養	入所者80名以上					入所者80名未満				
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置	P値χ ²
	n=157	n=57	n=157	n=57			n=294	n=57	n=294	n=57
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)
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										
	できていない	2 (1.3)	0 (0.0)	0.863			4 (1.5)	0 (0.0)	0.598	
	できている	68 (45.0)	26 (45.6)				119 (44.7)	29 (50.9)		
	よくできている	81 (53.6)	31 (54.4)				143 (53.8)	28 (49.1)		
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										
	できていない	5 (3.3)	0 (0.0)	0.872			2 (0.8)	0 (0.0)	0.035	
	できている	106 (70.2)	44 (77.2)				205 (77.1)	37 (64.9)		
	よくできている	40 (26.5)	13 (22.8)				59 (22.2)	20 (35.1)		
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか										
	できていない	21 (13.9)	5 (8.9)	0.853			36 (13.5)	6 (10.5)	0.728	
	できている	91 (60.3)	38 (67.9)				161 (60.5)	36 (63.2)		
	よくできている	39 (25.8)	13 (23.2)				69 (25.9)	15 (26.3)		
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										
	できていない	45 (29.8)	11 (19.6)	0.136			90 (33.8)	20 (35.1)	0.745	
	できている	90 (59.6)	37 (66.1)				153 (57.5)	29 (50.9)		
	よくできている	16 (10.6)	8 (14.3)				23 (8.6)	8 (14.0)		
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との分担について文章化していますか										
	できていない	23 (15.3)	3 (5.3)	0.213			53 (20.0)	10 (17.5)	0.641	
	できている	106 (70.7)	46 (80.7)				161 (60.8)	35 (61.4)		
	よくできている	21 (14.0)	8 (14.0)				51 (19.2)	12 (21.1)		
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										
	できていない	6 (4.0)	0 (0.0)	0.221			12 (4.5)	3 (5.3)	0.181	
	できている	122 (80.8)	45 (80.4)				213 (80.1)	40 (70.2)		
	よくできている	23 (15.2)	11 (19.6)				41 (15.4)	14 (24.6)		
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										
	できていない	8 (5.3)	3 (5.3)	0.743			20 (7.5)	4 (7.0)	0.974	
	できている	94 (62.3)	34 (59.6)				165 (62.0)	36 (63.2)		
	よくできている	49 (32.5)	20 (35.1)				81 (30.5)	17 (29.8)		
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										
	できていない	3 (2.0)	2 (3.5)	0.571			3 (1.1)	1 (1.8)	0.373	
	できている	82 (54.3)	27 (47.4)				160 (60.2)	30 (52.6)		
	よくできている	66 (43.7)	28 (49.1)				103 (38.7)	26 (45.6)		
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										
	できていない	7 (4.6)	4 (7.0)	0.800			19 (7.1)	4 (7.0)	0.335	
	できている	118 (78.1)	43 (75.4)				195 (73.3)	38 (66.7)		
	よくできている	26 (17.2)	10 (17.5)				52 (19.5)	15 (26.3)		
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）に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										
	できていない	10 (6.7)	1 (1.8)	0.753			9 (3.4)	2 (3.5)	0.449	
	できている	101 (67.3)	42 (73.7)				205 (77.1)	41 (71.9)		
	よくできている	39 (26.0)	14 (24.6)				52 (19.5)	14 (24.6)		

n: 欠損は項目ごとに除く マンホイットニー U 検定 ($p < 0.05$)

表 I -6 【特養】入所者数 80 名以上・未滿と管理栄養士一名・二名以上配置（１１）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=157		n=57				n=294		n=57			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
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												
	できていない	1	(0.7)	2	(3.5)	0.507		5	(1.9)	1	(1.8)	0.872
	できている	109	(72.2)	41	(71.9)			189	(71.1)	40	(70.2)	
	よくできている	41	(27.2)	14	(24.6)			72	(27.1)	16	(28.1)	
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												
	できていない	11	(7.3)	1	(1.8)	0.719		20	(7.5)	2	(3.6)	0.300
	できている	107	(71.3)	45	(78.9)			198	(74.7)	42	(75.0)	
	よくできている	32	(21.3)	11	(19.3)			47	(17.7)	12	(21.4)	
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												
	できていない	16	(10.6)	1	(1.8)	0.956		28	(10.5)	5	(8.9)	0.913
	できている	87	(57.6)	42	(73.7)			161	(60.5)	36	(64.3)	
	よくできている	48	(31.8)	14	(24.6)			77	(28.9)	15	(26.8)	
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												
	できていない	1	(0.7)	0	(0.0)	0.855		1	(0.4)	1	(1.8)	0.694
	できている	59	(39.1)	22	(38.6)			119	(44.7)	26	(45.6)	
	よくできている	91	(60.3)	35	(61.4)			146	(54.9)	30	(52.6)	
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												
	できていない	2	(1.3)	0	(0.0)	0.980		6	(2.3)	0	(0.0)	0.356
	できている	95	(62.9)	37	(64.9)			171	(64.3)	35	(61.4)	
	よくできている	54	(35.8)	20	(35.1)			89	(33.5)	22	(38.6)	
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												
	できていない	20	(13.2)	8	(14.0)	0.591		34	(12.8)	8	(14.0)	0.557
	できている	93	(61.6)	37	(64.9)			161	(60.5)	36	(63.2)	
	よくできている	38	(25.2)	12	(21.1)			71	(26.7)	13	(22.8)	
栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか												
	できていない	4	(2.6)	3	(5.3)	0.785		12	(4.5)	0	(0.0)	0.861
	できている	110	(72.8)	40	(70.2)			182	(68.7)	43	(75.4)	
	よくできている	37	(24.5)	14	(24.6)			71	(26.8)	14	(24.6)	
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												
	できていない	35	(23.2)	17	(29.8)	0.133		56	(21.1)	10	(17.9)	0.280
	できている	97	(64.2)	37	(64.9)			186	(70.2)	38	(67.9)	
	よくできている	19	(12.6)	3	(5.3)			23	(8.7)	8	(14.3)	
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												
	できていない	40	(26.7)	19	(33.3)	0.296		82	(30.8)	13	(22.8)	0.221
	できている	89	(59.3)	32	(56.1)			158	(59.4)	37	(64.9)	
	よくできている	21	(14.0)	6	(10.5)			26	(9.8)	7	(12.3)	
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												
	できていない	41	(27.2)	17	(29.8)	0.439		89	(33.5)	16	(28.1)	0.267
	できている	86	(57.0)	34	(59.6)			153	(57.5)	33	(57.9)	
	よくできている	24	(15.9)	6	(10.5)			24	(9.0)	8	(14.0)	

n: 欠損は項目ごとに除く マンホイットニー U 検定 ($p < 0.05$)

表 I -6 【特養】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（12）

特養	入所者80名以上						入所者80名未満						
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	
	n=157		n=57				n=294		n=57				
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)			
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													
	利用者・家族がよこんだこと	65	(41.4)	24	(42.1)			123	(41.8)	30	(52.6)	0.133	
	利用者の「食べること」が重視された	96	(61.1)	40	(70.2)	0.225		155	(52.7)	39	(68.4)	0.029	
	低栄養状態の把握や改善が行われたこと	113	(72.0)	41	(71.9)	0.995		201	(68.4)	46	(80.7)	0.062	
	業務にやりがいを感じられたこと	37	(23.6)	15	(26.3)	0.679		70	(23.8)	18	(31.6)	0.215	
	他の職種との連携ができたこと	84	(53.5)	39	(68.4)	0.051		166	(56.5)	40	(70.2)	0.054	
	「よかった」と感じていることはない	8	(5.1)	2	(3.5)	0.627		9	(3.1)	1	(1.8)	0.587	1.000
	その他	5	(3.2)	6	(10.5)	0.032		4	(1.4)	1	(1.8)	0.818	0.590
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													
	施設長の姿勢や理解	15	(9.6)	6	(10.5)	0.833		38	(12.9)	6	(10.5)	0.617	
	医師の姿勢や理解	24	(15.3)	9	(15.8)	0.928		34	(11.6)	10	(17.5)	0.212	
	介護支援専門員の姿勢や理解	12	(7.6)	4	(7.0)	0.878		26	(8.8)	6	(10.5)	0.686	
	管理栄養士の姿勢や理解	13	(8.3)	5	(8.8)	0.909		22	(7.5)	5	(8.8)	0.738	0.785
	看護師の姿勢や理解	36	(22.9)	8	(14.0)	0.155		45	(15.3)	10	(17.5)	0.671	
	介護福祉士の姿勢や理解	35	(22.3)	11	(19.3)	0.637		57	(19.4)	6	(10.5)	0.111	
	上記以外の職種の姿勢や理解	7	(4.5)	2	(3.5)	0.760		6	(2.0)	1	(1.8)	0.887	1.000
	委託業者との連携体制	30	(19.1)	10	(17.5)	0.795		64	(21.8)	10	(17.5)	0.474	
	行政関係者の姿勢や理解	11	(7.0)	7	(12.3)	0.219		19	(6.5)	0	(0.0)	0.048	0.053
	担当者会議の機能	24	(15.3)	12	(21.1)	0.319		38	(12.9)	8	(14.0)	0.820	
	管理栄養士の知識や技術の不足	73	(46.5)	26	(45.6)	0.909		152	(51.7)	34	(59.6)	0.271	
	人員の配置や不足	60	(38.2)	21	(36.8)	0.855		86	(29.3)	12	(21.1)	0.207	
	時間外業務の増大	35	(22.3)	19	(33.3)	0.100		51	(17.3)	8	(14.0)	0.541	
	管理栄養士の疲労感の増大	35	(22.3)	20	(35.1)	0.058		53	(18.0)	6	(10.5)	0.166	
	食事の個別化	56	(35.7)	25	(43.9)	0.275		95	(32.3)	17	(29.8)	0.712	
	コンピューターの導入が未整備	12	(7.6)	8	(14.0)	0.156		17	(5.8)	6	(10.5)	0.185	0.236
	車椅子や仰臥位の体重計が未整備	7	(4.5)	1	(1.8)	0.357		13	(4.4)	2	(3.5)	0.755	1.000
	問題と感じていることはない	6	(3.8)	2	(3.5)	0.915		13	(4.4)	4	(7.0)	0.403	0.495
	その他	18	(11.5)	7	(12.3)	0.870		27	(9.2)	4	(7.0)	0.598	

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（1）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=90	n=32	n=62	n=9								
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
記入者												
管理栄養士	83	(98.8)	31	(100.0)	0.542	1.000	57	(96.6)	9	(100.0)	0.855	
栄養士	1	(1.2)	0	(0.0)			1	(1.7)	0	(0.0)		
その他	0	(0.0)	0	(0.0)			1	(1.7)	0	(0.0)		
管理栄養士配置数												
1名	90	(100.0)	0	(0.0)	0.000		62	(100.0)	0	(0.0)	0.000	
2名	0	(0.0)	27	(84.4)			0	(0.0)	8	(88.9)		
3名以上	0	(0.0)	5	(15.6)			0	(0.0)	1	(11.1)		
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されていない理由												
施設長の姿勢や理解	32	(35.6)	0	(0.0)	-	-	16	(25.8)	0	(0.0)	-	-
事務長の姿勢や理解	41	(45.6)	0	(0.0)	-	-	19	(30.6)	0	(0.0)	-	-
医師の姿勢や理解	6	(6.7)	0	(0.0)	-	-	4	(6.5)	0	(0.0)	-	-
管理栄養士の姿勢や理解	12	(13.3)	0	(0.0)	-	-	2	(3.2)	0	(0.0)	-	-
その他	38	(42.2)	0	(0.0)	-	-	37	(59.7)	0	(0.0)	-	-
施設所属の管理栄養士が2名以上配置されている理由												
施設長の姿勢や理解	0	(0.0)	9	(28.1)	-	-	0	(0.0)	3	(33.3)	-	-
事務長の姿勢や理解	0	(0.0)	10	(31.3)	-	-	0	(0.0)	2	(22.2)	-	-
医師の姿勢や理解	0	(0.0)	2	(6.3)	-	-	0	(0.0)	1	(11.1)	-	-
管理栄養士の姿勢や理解	0	(0.0)	3	(9.4)	-	-	0	(0.0)	1	(11.1)	-	-
栄養ケア・マネジメントの推進のため	0	(0.0)	15	(46.9)	-	-	0	(0.0)	4	(44.4)	-	-
業務効率を高めるため	0	(0.0)	11	(34.4)	-	-	0	(0.0)	3	(33.3)	-	-
残業時間減少のため	0	(0.0)	5	(15.6)	-	-	0	(0.0)	1	(11.1)	-	-
新事業開始のため	0	(0.0)	2	(6.3)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	7	(21.9)	-	-	0	(0.0)	5	(55.6)	-	-
学会分類の使用について												
食事提供での食事形態に使用	35	(40.7)	7	(21.9)	0.058	0.083	22	(37.9)	0	(0.0)	0.024	0.025
食事提供でのとろみ濃度に使用	42	(48.8)	13	(41.9)	0.509	0.536	23	(39.0)	2	(22.2)	0.331	0.468
情報提供での食事形態に使用	23	(26.7)	6	(18.8)	0.370	0.474	23	(40.4)	0	(0.0)	0.018	0.022
情報提供でのとろみ濃度に使用	25	(29.4)	8	(25.8)	0.703	0.818	22	(37.3)	1	(11.1)	0.122	0.153
入退所時に管理栄養士は情報連携に関わっているか												
関わっている	85	(94.4)	31	(96.9)	0.585	1.000	58	(96.7)	9	(100.0)	0.578	1.000
栄養マネジメント加算の算定												
算定している	90	(100.0)	32	(100.0)	-	-	61	(98.4)	9	(100.0)	0.701	1.000
栄養マネジメント加算を算定していない理由												
施設長の判断	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
管理栄養士の判断	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
管理栄養士の採用困難	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-
栄養ケア・マネジメントの方法がわからない	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
個別の食事対応の困難	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
他の職種の理解や協力が得られない	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
人員不足	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-
経口移行・維持加算の算定												
経口移行加算	15	(16.7)	5	(15.6)	0.891	1.000	10	(16.1)	2	(22.2)	0.649	0.643
経口維持加算（Ⅰ）	66	(73.3)	23	(71.9)	0.873	1.000	34	(54.8)	8	(88.9)	0.052	0.073
経口維持加算（Ⅱ）	38	(42.2)	19	(59.4)	0.095	0.104	23	(37.1)	5	(55.6)	0.290	0.304
いずれも算定していない	22	(24.4)	7	(21.9)	0.769	1.000	27	(43.5)	1	(11.1)	0.063	0.078

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（2）

老健	入所者80名以上					入所者80名未満						
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
実施している摂食・嚥下機能検査												
水飲みテスト	54	(81.8)	21	(91.3)	0.282	0.506	31	(91.2)	7	(87.5)	0.750	1.000
頸部聴診法	28	(42.4)	11	(47.8)	0.653	0.808	17	(50.0)	5	(62.5)	0.524	0.700
嚥下内視鏡検査	2	(3.0)	0	(0.0)	0.398	1.000	2	(5.9)	0	(0.0)	0.482	1.000
嚥下造影検査	4	(6.1)	1	(4.3)	0.759	1.000	2	(5.9)	0	(0.0)	0.482	1.000
咀嚼能力・機能の検査	17	(25.8)	6	(26.1)	0.975	1.000	10	(29.4)	1	(12.5)	0.328	0.657
反復唾液嚥下テスト(RSST)	5	(7.6)	5	(21.7)	0.064	0.117	3	(8.8)	0	(0.0)	0.383	1.000
その他	17	(25.8)	6	(26.1)	0.975	1.000	11	(32.4)	3	(37.5)	0.781	1.000
協力病院や歯科医院の口腔専門職												
歯科医師	35	(55.6)	13	(56.5)	0.936	1.000	22	(66.7)	4	(50.0)	0.380	0.434
歯科衛生士	26	(42.6)	7	(30.4)	0.308	0.331	13	(40.6)	4	(50.0)	0.631	0.702
言語聴覚士	25	(40.3)	6	(26.1)	0.226	0.312	11	(32.4)	4	(50.0)	0.349	0.425
管理栄養士単独でのミールラウンド												
月に1日以下	1	(1.6)	1	(4.3)	0.876		3	(8.8)	0	(0.0)	0.282	
月に2～3日	1	(1.6)	1	(4.3)			2	(5.9)	2	(28.6)		
週に1～2日	11	(17.5)	4	(17.4)			2	(5.9)	1	(14.3)		
週に3～4日	25	(39.7)	9	(39.1)			12	(35.3)	1	(14.3)		
週に5日以上	25	(39.7)	8	(34.8)			15	(44.1)	3	(42.9)		
多職種によるミールラウンド												
月に1日以下	19	(28.8)	7	(31.8)	0.718		9	(26.5)	2	(25.0)	0.941	
月に2～3日	12	(18.2)	5	(22.7)			9	(26.5)	3	(37.5)		
週に1～2日	16	(24.2)	6	(27.3)			9	(26.5)	2	(25.0)		
週に3～4日	8	(12.1)	3	(13.6)			5	(14.7)	1	(12.5)		
週に5日以上	11	(16.7)	1	(4.5)			2	(5.9)	0	(0.0)		
ミールラウンドの参加者												
医師	24	(36.4)	10	(43.5)	0.545	0.621	15	(44.1)	6	(75.0)	0.116	0.238
歯科医師	8	(12.1)	4	(17.4)	0.524	0.499	7	(20.6)	1	(12.5)	0.600	1.000
管理栄養士	63	(95.5)	23	(100.0)	0.298	0.566	33	(97.1)	8	(100.0)	0.623	1.000
歯科衛生士	13	(19.7)	7	(30.4)	0.288	0.384	8	(23.5)	2	(25.0)	0.930	1.000
言語聴覚士	37	(56.1)	14	(60.9)	0.688	0.808	16	(47.1)	5	(62.5)	0.432	0.697
作業療法士	31	(47.0)	13	(56.5)	0.430	0.475	17	(50.0)	2	(25.0)	0.201	0.258
理学療法士	32	(48.5)	13	(56.5)	0.507	0.629	23	(67.6)	2	(25.0)	0.027	0.045
看護職員	61	(92.4)	22	(95.7)	0.595	1.000	32	(94.1)	8	(100.0)	0.482	1.000
介護職員	60	(90.9)	21	(91.3)	0.954	1.000	32	(94.1)	7	(87.5)	0.513	0.479
介護支援専門員	34	(51.5)	10	(43.5)	0.507	0.629	18	(52.9)	6	(75.0)	0.257	0.431
相談員	1	(1.5)	0	(0.0)	0.553	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	—	—
その他	4	(6.1)	0	(0.0)	0.227	0.569	1	(2.9)	0	(0.0)	0.623	1.000
カンファレンスの参加者												
医師	41	(62.1)	13	(56.5)	0.636	0.631	27	(79.4)	7	(87.5)	0.600	1.000
歯科医師	8	(12.1)	3	(13.0)	0.908	1.000	6	(17.6)	1	(12.5)	0.725	1.000
管理栄養士	65	(98.5)	23	(100.0)	0.553	1.000	34	(100.0)	8	(100.0)	—	—
歯科衛生士	9	(13.6)	8	(34.8)	0.026	0.035	9	(26.5)	1	(12.5)	0.404	0.655
言語聴覚士	35	(53.0)	13	(56.5)	0.772	0.812	14	(41.2)	5	(62.5)	0.276	0.433
作業療法士	35	(53.0)	13	(56.5)	0.772	0.812	19	(55.9)	1	(12.5)	0.027	0.047
理学療法士	35	(53.0)	16	(69.6)	0.167	0.223	27	(79.4)	4	(50.0)	0.089	0.174
看護職員	63	(95.5)	23	(100.0)	0.298	0.566	32	(94.1)	8	(100.0)	0.482	1.000
介護職員	62	(93.9)	23	(100.0)	0.227	0.569	32	(94.1)	7	(87.5)	0.513	0.479
介護支援専門員	48	(72.7)	17	(73.9)	0.912	1.000	25	(73.5)	7	(87.5)	0.404	0.655
相談員	4	(6.1)	2	(8.7)	0.664	0.646	3	(8.8)	0	(0.0)	0.383	1.000
その他	6	(9.1)	0	(0.0)	0.134	0.332	1	(2.9)	1	(12.5)	0.253	0.348

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（3）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=90		n=32				n=62		n=9			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
カンファレンスの頻度												
月に1日以下	27	(41.5)	8	(34.8)	0.801		13	(38.2)	5	(62.5)	0.606	
月に2～3日	18	(27.7)	6	(26.1)	-	-	11	(32.4)	2	(25.0)	-	-
週に1～2日	15	(23.1)	6	(26.1)	-	-	8	(23.5)	1	(12.5)	-	-
週に3～4日	4	(6.2)	3	(13.0)	-	-	2	(5.9)	0	(0.0)	-	-
週に5日以上	1	(1.5)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
経口維持加算の算定方式が変更され良かったこと												
算定件数が増加した	40	(60.6)	12	(52.2)	0.480	0.624	19	(55.9)	4	(50.0)	0.764	1.000
算定しやすくなった	42	(63.6)	15	(65.2)	0.892	1.000	19	(55.9)	4	(50.0)	0.764	1.000
摂食・嚥下に関する課題が明確になった	31	(47.0)	12	(52.2)	0.667	0.809	16	(47.1)	3	(37.5)	0.625	0.709
食事の形態がアップする者が増加した	12	(18.2)	2	(8.7)	0.282	0.506	2	(5.9)	0	(0.0)	0.482	1.000
食事摂取量が増える者が増加した	6	(9.1)	1	(4.3)	0.467	0.672	4	(11.8)	0	(0.0)	0.308	0.572
他職種と情報共有できるようになった	41	(62.1)	19	(82.6)	0.071	0.120	25	(73.5)	5	(62.5)	0.534	0.668
他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった	35	(53.0)	19	(82.6)	0.012	0.014	20	(58.8)	6	(75.0)	0.397	0.688
他職種の協力が得られるようになった	35	(53.0)	15	(65.2)	0.310	0.340	24	(70.6)	5	(62.5)	0.656	0.686
VF・VEが必要なくなり、迅速に介入できる	29	(43.9)	12	(52.2)	0.495	0.628	17	(50.0)	2	(25.0)	0.201	0.258
管理栄養士のアセスメント能力の向上	17	(25.8)	8	(34.8)	0.407	0.428	11	(32.4)	1	(12.5)	0.263	0.402
その他	5	(7.6)	1	(4.3)	0.595	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
経口維持加算の算定について困難を感じていること												
医師の指示が得られにくい	4	(6.1)	4	(17.4)	0.102	0.197	3	(8.8)	0	(0.0)	0.383	1.000
歯科医師の指示が得られにくい	8	(12.1)	3	(13.0)	0.908	1.000	2	(5.9)	0	(0.0)	0.482	1.000
歯科衛生士または言語聴覚士の協力が得られにくい	8	(12.1)	3	(13.0)	0.908	1.000	3	(8.8)	0	(0.0)	0.383	1.000
他職種の協力が得られにくい	9	(13.6)	1	(4.3)	0.224	0.443	2	(5.9)	1	(12.5)	0.513	0.479
食事の観察（ミールラウンド）の時間がとれない	7	(10.6)	5	(21.7)	0.178	0.285	6	(17.6)	1	(12.5)	0.725	1.000
食事の観察（ミールラウンド）に時間を要する	21	(31.8)	6	(26.1)	0.607	0.793	10	(29.4)	1	(12.5)	0.328	0.657
多職種会議（カンファレンス）の時間がとれない	7	(10.6)	1	(4.3)	0.366	0.675	4	(11.8)	0	(0.0)	0.308	0.572
多職種会議（カンファレンス）に時間を要する	16	(24.2)	6	(26.1)	0.860	1.000	8	(23.5)	2	(25.0)	0.930	1.000
管理栄養士の負担が大きい	28	(42.4)	8	(34.8)	0.520	0.625	17	(50.0)	2	(25.0)	0.201	0.258
業務量が増えた	43	(65.2)	15	(65.2)	0.995	1.000	25	(73.5)	6	(75.0)	0.932	1.000
残業が増えた	13	(19.7)	5	(21.7)	0.834	1.000	7	(20.6)	0	(0.0)	0.160	0.312
個別の食事対応の困難	13	(19.7)	3	(13.0)	0.474	0.753	4	(11.8)	1	(12.5)	0.954	1.000
人員不足	19	(28.8)	1	(4.3)	0.016	0.019	8	(23.5)	1	(12.5)	0.494	0.662
施設内での体制作りが困難	12	(18.2)	3	(13.0)	0.571	0.751	4	(11.8)	0	(0.0)	0.308	0.572
他職種が主となって実施している	4	(6.1)	3	(13.0)	0.284	0.369	2	(5.9)	0	(0.0)	0.482	1.000
施設長から他職種を中心で行うよう指示があった	2	(3.0)	0	(0.0)	0.398	1.000	1	(2.9)	0	(0.0)	0.623	1.000
その他	11	(16.7)	1	(4.3)	0.136	0.174	2	(5.9)	2	(25.0)	0.097	0.158
経口移行加算を請求していない理由												
必要性を感じていない	0	(0.0)	1	(4.3)	0.071	0.241	3	(11.1)	0	(0.0)	0.724	1.000
対象者がいない	15	(53.6)	2	(28.6)	0.237	0.402	18	(62.1)	3	(100.0)	0.188	0.534
嚥下の評価が困難	14	(53.8)	2	(28.6)	0.235	0.398	8	(28.6)	1	(100.0)	0.129	0.310
個別の食事対応が出来ない	3	(13.0)	0	(0.0)	0.314	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
医師の指示が得られにくい	4	(16.7)	1	(4.3)	0.880	1.000	6	(22.2)	0	(0.0)	0.595	1.000
他職種の協力が得られにくい	8	(33.3)	1	(4.3)	0.329	0.639	4	(14.3)	0	(0.0)	0.684	1.000
算定方法がわからない	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	1	(3.7)	0	(0.0)	0.845	1.000
人員不足	5	(22.7)	1	(4.3)	0.631	1.000	5	(17.9)	0	(0.0)	0.642	1.000
その他	2	(8.3)	0	(0.0)	0.430	1.000	4	(14.8)	0	(0.0)	0.678	1.000

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（4）

老健	入所者80名以上				入所者80名未満			
	一名配置		二名以上配置		一名配置		二名以上配置	
	n=90	n=32	n=90	n=32	n=62	n=9	n=62	n=9
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
経口維持加算（Ⅰ）を請求していない理由								
必要性を感じていない	2 (8.7)	1 (14.3)	0.666	1.000	2 (7.4)	0 (0.0)	0.778	1.000
対象者がいない	3 (13.6)	2 (25.0)	0.460	0.589	8 (29.6)	0 (0.0)	0.520	1.000
嚥下の評価が困難	10 (45.5)	3 (42.9)	0.904	1.000	6 (22.2)	0 (0.0)	0.595	1.000
個別の食事対応が出来ない	1 (4.5)	0 (0.0)	0.566	1.000	1 (3.7)	0 (0.0)	0.845	1.000
医師の指示が得られない	2 (9.1)	2 (28.6)	0.193	0.238	5 (18.5)	0 (0.0)	0.635	1.000
他職種の協力が得られない	5 (22.7)	1 (14.3)	0.631	1.000	4 (14.8)	0 (0.0)	0.678	1.000
算定方法がわからない	1 (4.5)	0 (0.0)	0.566	1.000	2 (7.4)	0 (0.0)	0.778	1.000
人員不足	7 (31.8)	3 (37.5)	0.770	1.000	9 (33.3)	1 (100.0)	0.172	0.357
その他	6 (26.1)	1 (12.5)	0.429	0.642	7 (25.9)	1 (100.0)	0.107	0.286
経口維持加算（Ⅱ）を請求していない理由								
必要性を感じていない	2 (7.4)	1 (14.3)	0.567	0.511	2 (7.1)	0 (0.0)	0.782	1.000
対象者がいない	3 (11.5)	1 (12.5)	0.941	1.000	7 (25.0)	0 (0.0)	0.566	1.000
嚥下の評価が困難	10 (38.5)	2 (28.6)	0.629	1.000	7 (25.0)	0 (0.0)	0.566	1.000
個別の食事対応が出来ない	2 (7.7)	0 (0.0)	0.449	1.000	1 (3.6)	0 (0.0)	0.847	1.000
医師の指示が得られない	2 (7.7)	1 (14.3)	0.590	0.523	5 (17.9)	0 (0.0)	0.642	1.000
他職種の協力が得られない	7 (26.9)	4 (57.1)	0.132	0.186	6 (21.4)	0 (0.0)	0.603	1.000
算定方法がわからない	0 (0.0)	0 (0.0)	—	—	2 (7.1)	0 (0.0)	0.782	1.000
人員不足	9 (34.6)	2 (25.0)	0.611	1.000	9 (32.1)	1 (100.0)	0.161	0.345
その他	4 (14.8)	1 (12.5)	0.869	1.000	7 (25.0)	1 (100.0)	0.099	0.276
看取り介護加算及びターミナルケア加算								
算定している	32 (35.6)	11 (34.4)	0.904	1.000	17 (27.9)	0 (0.0)	0.069	0.101
看取り介護及びターミナルケア								
実施している	43 (48.9)	17 (53.1)	0.680	0.837	19 (31.1)	3 (33.3)	0.895	1.000
終末期を判断する状況								
日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき	46 (51.1)	20 (62.5)	0.267	0.306	32 (51.6)	4 (44.4)	0.688	0.735
嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき	29 (32.2)	16 (50.0)	0.073	0.089	36 (58.1)	1 (11.1)	0.008	0.011
体重減少率が増加してきた場合	25 (27.8)	6 (18.8)	0.314	0.355	16 (25.8)	0 (0.0)	0.083	0.193
体重増加が期待できなくなった場合	3 (3.3)	2 (6.3)	0.475	0.606	4 (6.5)	1 (11.1)	0.610	0.503
上記以外の病態の変化があった場合	34 (37.8)	15 (46.9)	0.367	0.405	29 (46.8)	7 (77.8)	0.082	0.151
積極的な治療的医療を行わない状況になったとき	49 (54.4)	21 (65.6)	0.272	0.304	43 (69.4)	7 (77.8)	0.605	0.716
その他	10 (11.1)	0 (0.0)	0.049	0.062	6 (9.7)	0 (0.0)	0.329	1.000
終末期において栄養補給方法について多職種（チーム）で検討するカンファレンス								
実施している	42 (48.8)	20 (66.7)	0.092	0.136	39 (63.9)	3 (33.3)	0.080	0.142
終末期の栄養ケア・マネジメントについて実施した項目								
体重の測定を行っていた	35 (38.9)	16 (50.0)	0.274	0.302	18 (29.0)	2 (22.2)	0.671	1.000
体重の増加を目標にするのを中止した	45 (50.0)	14 (43.8)	0.543	0.681	29 (46.8)	1 (11.1)	0.043	0.069
血清アルブミン値の改善を目標にするのを中止した	32 (35.6)	14 (43.8)	0.411	0.524	19 (30.6)	1 (11.1)	0.223	0.429
食事や栄養補給に関する希望や意思について、本人・家族へ確認	45 (50.0)	21 (65.6)	0.128	0.151	45 (72.6)	4 (44.4)	0.088	0.124
食事摂取量の増加を目標にするのを中止した	42 (46.7)	15 (46.9)	0.984	1.000	26 (41.9)	1 (11.1)	0.075	0.139
少しでも食べられることを目標にした	50 (55.6)	22 (68.8)	0.192	0.215	45 (72.6)	5 (55.6)	0.296	0.435
栄養補助食品等を提供した	51 (56.7)	19 (59.4)	0.790	0.838	40 (64.5)	2 (22.2)	0.016	0.027
毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した	11 (12.2)	3 (9.4)	0.664	1.000	12 (19.4)	1 (11.1)	0.550	1.000
終末期の約束食事箋のようなものがあった	4 (4.4)	0 (0.0)	0.225	0.572	0 (0.0)	0 (0.0)	—	—
その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があった	2 (2.2)	0 (0.0)	0.395	1.000	1 (1.6)	0 (0.0)	0.701	1.000
計画を立てる際、相談した職種がいた	32 (35.6)	14 (43.8)	0.411	0.524	21 (33.9)	0 (0.0)	0.037	0.050
栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした	37 (41.1)	14 (43.8)	0.795	0.837	30 (48.4)	0 (0.0)	0.006	0.008
モニタリング結果の共有をしていた	16 (17.8)	10 (31.3)	0.110	0.133	15 (24.2)	0 (0.0)	0.097	0.189
モニタリングの状況を家族に伝えた	14 (15.6)	5 (15.6)	0.993	1.000	15 (24.2)	0 (0.0)	0.097	0.189
家族の満足感は得られた	16 (17.8)	6 (18.8)	0.902	1.000	15 (24.2)	1 (11.1)	0.380	0.673
食事提供に関して、家族と意見は一致した	39 (43.3)	10 (31.3)	0.231	0.295	30 (48.4)	1 (11.1)	0.035	0.068
食事提供に関して、他職種と意見は一致した	45 (50.0)	22 (68.8)	0.067	0.097	33 (53.2)	2 (22.2)	0.082	0.151
その他	6 (6.7)	1 (3.1)	0.459	0.675	6 (9.7)	0 (0.0)	0.329	1.000

n:欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（5）

老健	入所者80名以上				入所者80名未満			
	一名配置		二名以上配置		一名配置		二名以上配置	
	n=90	n=32			n=62	n=9		
	n (%)	n (%)	P値 χ^2	P値fisher	n (%)	n (%)	P値 χ^2	P値fisher
老健・在宅復帰支援								
在宅強化型	8 (10.3)	8 (25.0)	0.046	0.071	18 (30.5)	2 (22.2)	0.611	1.000
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	29 (37.2)	15 (50.0)	0.225	0.276	19 (33.3)	4 (50.0)	0.356	0.439
入所前後訪問指導加算	26 (33.3)	12 (38.7)	0.595	0.658	19 (32.8)	6 (75.0)	0.021	0.046
管理栄養士の参加	1 (3.8)	0 (0.0)	0.491	1.000	1 (5.6)	2 (33.3)	0.075	0.143
退所前訪問指導加算	37 (46.3)	17 (56.7)	0.330	0.394	26 (44.8)	4 (44.4)	0.983	1.000
管理栄養士の参加	3 (8.1)	1 (6.3)	0.814	1.000	2 (7.7)	1 (25.0)	0.283	0.360
退所後訪問指導加算	18 (22.8)	10 (32.3)	0.305	0.336	13 (22.8)	2 (25.0)	0.890	1.000
管理栄養士の参加	1 (5.6)	2 (22.2)	0.194	0.250	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
本人や家族への退所のための栄養相談	24 (30.8)	10 (38.5)	0.469	0.479	20 (36.4)	5 (62.5)	0.158	0.247
退所サマリー等への栄養ケア情報の提供	42 (55.3)	17 (63.0)	0.487	0.508	38 (67.9)	6 (75.0)	0.683	1.000
居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション	16 (22.9)	8 (30.8)	0.426	0.437	20 (37.7)	3 (42.9)	0.793	1.000
通所サービス								
併設している	61 (67.8)	28 (87.5)	0.031	0.037	48 (77.4)	6 (66.7)	0.480	0.439
栄養改善加算の取得	5 (8.2)	7 (25.9)	0.025	0.041	5 (10.6)	1 (16.7)	0.661	0.532
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	33 (54.1)	19 (67.9)	-	-	33 (68.8)	4 (66.7)	0.917	1.000
食形態の検討	51 (83.6)	23 (82.1)	0.864	1.000	37 (77.1)	6 (100.0)	0.189	0.327
食事内容の検討	43 (70.5)	20 (71.4)	0.928	1.000	34 (70.8)	6 (100.0)	0.124	0.321
嚥下調整食の提供	41 (67.2)	20 (71.4)	0.691	0.808	31 (64.6)	4 (66.7)	0.920	1.000
療養食の提供	39 (63.9)	18 (64.3)	0.974	1.000	31 (64.6)	4 (66.7)	0.920	1.000
本人や家族からの栄養相談	25 (41.0)	15 (53.6)	0.268	0.359	24 (50.0)	1 (16.7)	0.123	0.200
他の職員からの栄養相談	35 (57.4)	16 (57.1)	0.983	1.000	28 (58.3)	4 (66.7)	0.695	1.000
その他	6 (9.8)	2 (7.1)	0.680	1.000	4 (8.3)	1 (16.7)	0.507	0.459
なし	4 (6.6)	1 (3.6)	0.570	1.000	4 (8.3)	0 (0.0)	0.462	1.000
通所サービスにおける管理栄養士の兼任								
あり	5 (100.0)	5 (71.4)	0.190	0.470	5 (100.0)	0 (0.0)	-	-
栄養改善加算を請求していない理由								
施設長の判断	6 (10.7)	3 (15.0)	0.611	0.691	4 (9.5)	1 (20.0)	0.473	0.445
事務長の判断	9 (16.1)	2 (10.0)	0.508	0.717	6 (14.3)	1 (20.0)	0.734	0.571
医師の判断	2 (3.6)	2 (10.0)	0.269	0.282	2 (4.8)	0 (0.0)	0.618	1.000
管理栄養士の判断	8 (14.3)	2 (10.0)	0.626	1.000	3 (7.1)	1 (20.0)	0.330	0.372
栄養改善加算の請求（算定）方法がわからない	9 (16.1)	2 (10.0)	0.508	0.717	5 (11.9)	0 (0.0)	0.414	1.000
他の職員の理解や協力が得られない	7 (12.5)	2 (10.0)	0.766	1.000	7 (16.7)	0 (0.0)	0.322	1.000
人員不足	22 (39.3)	7 (35.0)	0.735	0.794	8 (19.0)	0 (0.0)	0.284	0.571
その他	19 (33.9)	3 (15.0)	0.109	0.153	20 (47.6)	1 (20.0)	0.240	0.362
短期入所生活介護（ショートステイ）								
併設している	69 (76.7)	25 (78.1)	0.866	1.000	48 (77.4)	7 (77.8)	0.981	1.000
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること								
食事の観察（ミールラウンド）	52 (75.4)	21 (84.0)	0.374	0.576	43 (89.6)	5 (71.4)	0.178	0.214
食事の形態の調整	66 (95.7)	24 (96.0)	0.941	1.000	46 (95.8)	6 (85.7)	0.271	0.341
食事内容の検討	63 (91.3)	23 (92.0)	0.915	1.000	41 (85.4)	6 (85.7)	0.983	1.000
療養食の対応	60 (87.0)	24 (96.0)	0.209	0.280	45 (93.8)	7 (100.0)	0.496	1.000
栄養相談	26 (37.7)	11 (44.0)	0.580	0.637	24 (50.0)	0 (0.0)	0.013	0.015
その他	1 (1.4)	1 (4.0)	0.449	0.463	1 (2.1)	0 (0.0)	0.700	1.000
なし	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（6）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=90		n=32				n=62		n=9			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
認知症対応型通所介護												
併設している	8	(8.9)	2	(6.3)	0.640	1.000	3	(4.8)	2	(22.2)	0.057	0.117
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	6	(75.0)	2	(100.0)	0.429	1.000	1	(33.3)	1	(50.0)	0.709	1.000
食事の形態の調整	7	(87.5)	2	(100.0)	0.598	1.000	3	(100.0)	1	(50.0)	0.171	0.400
食事内容の検討	7	(87.5)	2	(100.0)	0.598	1.000	2	(66.7)	2	(100.0)	0.361	1.000
療養食の対応	6	(75.0)	1	(50.0)	0.490	1.000	2	(66.7)	1	(50.0)	0.709	1.000
栄養相談	6	(75.0)	2	(100.0)	0.429	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
その他	1	(12.5)	0	(0.0)	0.598	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
小規模多機能型居宅介護												
併設している	1	(1.1)	2	(6.3)	0.107	0.168	2	(3.2)	1	(11.1)	0.272	0.338
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	1	(50.0)	0	(0.0)	0.386	1.000
食事の形態の調整	0	(0.0)	1	(50.0)	0.386	1.000	1	(50.0)	0	(0.0)	0.386	1.000
食事内容の検討	1	(100.0)	1	(50.0)	0.386	1.000	1	(50.0)	1	(100.0)	0.386	1.000
療養食の対応	1	(100.0)	2	(100.0)			1	(50.0)	0	(0.0)	0.386	1.000
栄養相談	1	(100.0)	0	(0.0)	0.083	0.333	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
その他	1	(100.0)	1	(50.0)	0.386	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
なし	0	(0.0)	1	(50.0)	0.386	1.000	1	(50.0)	0	(0.0)	0.386	1.000
地域密着型特定施設入居者生活介護												
併設している	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
夜間対応型訪問介護												
併設している	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）												
併設している	6	(6.7)	3	(9.4)	0.615	0.696	6	(9.7)	1	(11.1)	0.893	1.000
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	1	(33.3)	0.134	0.333	3	(50.0)	0	(0.0)	0.350	1.000
食事の形態の調整	1	(16.7)	1	(33.3)	0.571	1.000	3	(50.0)	0	(0.0)	0.350	1.000
食事内容の検討	2	(33.3)	3	(100.0)	0.058	0.167	4	(66.7)	1	(100.0)	0.495	1.000
療養食の対応	1	(16.7)	1	(33.3)	0.571	1.000	2	(33.3)	0	(0.0)	0.495	1.000
栄養相談	3	(50.0)	2	(66.7)	0.635	1.000	2	(33.3)	0	(0.0)	0.495	1.000
その他	3	(50.0)	1	(33.3)	0.635	1.000	2	(33.3)	0	(0.0)	0.495	1.000
なし												
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護												
併設している	1	(1.1)	1	(3.1)	0.441	0.457	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	1	(100.0)	1	(100.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
食事の形態の調整	1	(100.0)	1	(100.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
食事内容の検討	1	(100.0)	1	(100.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
療養食の対応	1	(100.0)	1	(100.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
栄養相談	1	(100.0)	0	(0.0)	0.157	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p<0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（7）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=90		n=32				n=62		n=9			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護												
併設している	1	(1.1)	0	(0.0)	0.549	1.000	0	(0.0)	1	(11.1)	0.008	0.127
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事の形態の調整	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事内容の検討	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	1	(100.0)	-	-
療養食の対応	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
栄養相談	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
複合型サービス												
併設している	1	(1.1)	0	(0.0)	0.549	1.000	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
併設施設で利用者に管理栄養士が関わっていること												
食事の観察（ミールラウンド）	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事の形態の調整	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
食事内容の検討	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
療養食の対応	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
栄養相談	1	(100.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
なし	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
施設入所者への栄養ケア以外で実施していること												
コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り	1	(1.1)	2	(6.3)	0.107	0.168	1	(1.6)	0	(0.0)	0.701	1.000
配食サービスによる栄養改善	2	(2.2)	2	(6.3)	0.272	0.281	1	(1.6)	2	(22.2)	0.004	0.041
市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	2	(2.2)	4	(12.5)	0.021	0.040	2	(3.2)	0	(0.0)	0.585	1.000
市の栄養教室の講師等一般介護予防事業	8	(8.9)	5	(15.6)	0.289	0.323	5	(8.1)	1	(11.1)	0.759	0.571
地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加	6	(6.7)	1	(3.1)	0.459	0.675	3	(4.8)	0	(0.0)	0.500	1.000
施設広報誌で栄養情報を提供	16	(17.8)	5	(15.6)	0.782	1.000	18	(29.0)	0	(0.0)	0.061	0.100
ホームページで栄養の啓もう活動	5	(5.6)	2	(6.3)	0.885	1.000	1	(1.6)	1	(11.1)	0.108	0.239
その他	3	(3.3)	5	(15.6)	0.016	0.029	6	(9.7)	0	(0.0)	0.329	1.000
なし	57	(63.3)	16	(50.0)	0.186	0.212	35	(56.5)	6	(66.7)	0.562	0.724
管理栄養士について												
施設配置	89	(100.0)	32	(100.0)	-	-	61	(100.0)	9	(100.0)	-	-
常勤	89	(100.0)	32	(100.0)	-	-	61	(100.0)	9	(100.0)	-	-
パート	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
居宅療養管理指導の経験あり	1	(1.1)	1	(3.1)	0.446	0.461	4	(6.6)	0	(0.0)	0.429	1.000
在宅訪問栄養相談（居宅療養管理指導を除く）の経験あり	7	(7.9)	6	(18.8)	0.088	0.103	6	(9.8)	1	(11.1)	0.905	1.000
第20回以降の管理栄養士国家試験合格者	36	(42.4)	16	(55.2)	0.231	0.282	26	(46.4)	4	(50.0)	0.850	1.000
臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）資格者	10	(11.2)	3	(9.4)	0.771	1.000	3	(4.9)	0	(0.0)	0.496	1.000
栄養サポートチーム加算要件資格者	1	(1.1)	1	(3.1)	0.446	0.461	5	(8.2)	1	(11.1)	0.771	0.577
在宅訪問管理栄養士（日本栄養士会）資格者	8	(9.0)	3	(9.7)	0.909	1.000	1	(1.6)	1	(11.1)	0.111	0.242
介護支援専門員の資格者	8	(9.0)	5	(15.6)	0.298	0.325	14	(23.0)	0	(0.0)	0.108	0.188
神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの課程修了生	6	(6.7)	1	(3.1)	0.452	0.674	1	(1.6)	0	(0.0)	0.699	1.000
大学院修士号以上の学位取得者	4	(4.5)	0	(0.0)	0.223	0.572	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-

n: 欠損は項目ごとに除く χ^2 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（8）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=90	n=32	n=62	n=9								
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】												
「食べること」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												
	できていない	3	(3.4)	2	(6.3)	0.426		5	(8.2)	0	(0.0)	0.045
	できている	71	(79.8)	26	(81.3)			50	(82.0)	6	(66.7)	
	よくできている	15	(16.9)	4	(12.5)			6	(9.8)	3	(33.3)	
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 本人の要望が最重要な目標であるという認識が広まっていますか												
	できていない	16	(18.0)	6	(18.8)	0.809		10	(16.7)	1	(11.1)	0.488
	できている	60	(67.4)	22	(68.8)			47	(78.3)	7	(77.8)	
	よくできている	13	(14.6)	4	(12.5)			3	(5.0)	1	(11.1)	
施設長は、多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												
	できていない	12	(13.6)	2	(6.3)	0.054		4	(6.6)	0	(0.0)	0.038
	できている	55	(62.5)	17	(53.1)			43	(70.5)	4	(44.4)	
	よくできている	21	(23.9)	13	(40.6)			14	(23.0)	5	(55.6)	
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												
	できていない	3	(3.4)	1	(3.1)	0.044		2	(3.3)	0	(0.0)	0.117
	できている	47	(52.8)	10	(31.3)			35	(57.4)	3	(33.3)	
	よくできている	39	(43.8)	21	(65.6)			24	(39.3)	6	(66.7)	
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												
	できていない	2	(2.2)	0	(0.0)	0.034		1	(1.6)	0	(0.0)	0.666
	できている	58	(65.2)	15	(46.9)			37	(60.7)	5	(55.6)	
	よくできている	29	(32.6)	17	(53.1)			23	(37.7)	4	(44.4)	
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												
	できていない	1	(1.1)	0	(0.0)	0.109		1	(1.6)	0	(0.0)	0.073
	できている	60	(67.4)	17	(53.1)			44	(72.1)	4	(44.4)	
	よくできている	28	(31.5)	15	(46.9)			16	(26.2)	5	(55.6)	
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												
	できていない	6	(6.7)	0	(0.0)	0.174		4	(6.6)	0	(0.0)	0.502
	できている	58	(65.2)	20	(62.5)			41	(67.2)	6	(66.7)	
	よくできている	25	(28.1)	12	(37.5)			16	(26.2)	3	(33.3)	
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												
	できていない	9	(10.1)	3	(9.4)	0.774		7	(11.5)	0	(0.0)	0.070
	できている	60	(67.4)	21	(65.6)			42	(68.9)	5	(55.6)	
	よくできている	20	(22.5)	8	(25.0)			12	(19.7)	4	(44.4)	
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												
	できていない	10	(11.2)	5	(15.6)	0.458		10	(16.4)	2	(22.2)	0.942
	できている	52	(58.4)	19	(59.4)			40	(65.6)	5	(55.6)	
	よくできている	27	(30.3)	8	(25.0)			11	(18.0)	2	(22.2)	
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												
	できていない	6	(6.7)	1	(3.1)	0.097		1	(1.6)	0	(0.0)	0.253
	できている	45	(50.6)	12	(37.5)			38	(62.3)	4	(44.4)	
	よくできている	38	(42.7)	19	(59.4)			22	(36.1)	5	(55.6)	

n: 欠損は項目ごとに除く マンホイットニー U 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（9）

老健		入所者80名以上				入所者80名未満							
		一名配置		二名以上配置		一名配置		二名以上配置					
		n=90	n=32			n=62	n=9						
		n	(%)	n	(%)	P値χ2	P値fisher	n	(%)	n	(%)	P値χ2	P値fisher
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													
	できていない	1	(1.1)	1	(3.1)	0.475		0	(0.0)	0	(0.0)	0.470	
	できている	31	(34.8)	8	(25.0)			21	(34.4)	2	(22.2)		
	よくできている	57	(64.0)	23	(71.9)			40	(65.6)	7	(77.8)		
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													
	できていない	1	(1.1)	0	(0.0)	0.109		1	(1.6)	0	(0.0)	0.648	
	できている	60	(67.4)	17	(53.1)			41	(67.2)	7	(77.8)		
	よくできている	28	(31.5)	15	(46.9)			19	(31.1)	2	(22.2)		
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか													
	できていない	8	(9.0)	5	(15.6)	0.480		6	(9.8)	0	(0.0)	0.561	
	できている	51	(57.3)	12	(37.5)			37	(60.7)	6	(66.7)		
	よくできている	30	(33.7)	15	(46.9)			18	(29.5)	3	(33.3)		
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													
	できていない	22	(24.7)	4	(12.5)	0.487		11	(18.0)	3	(33.3)	0.307	
	できている	50	(56.2)	23	(71.9)			39	(63.9)	5	(55.6)		
	よくできている	17	(19.1)	5	(15.6)			11	(18.0)	1	(11.1)		
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													
	できていない	22	(24.7)	4	(12.5)	0.182		11	(18.0)	2	(22.2)	0.439	
	できている	52	(58.4)	21	(65.6)			35	(57.4)	6	(66.7)		
	よくできている	15	(16.9)	7	(21.9)			15	(24.6)	1	(11.1)		
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													
	できていない	8	(9.0)	5	(15.6)	0.843		7	(11.5)	1	(11.1)	0.792	
	できている	65	(73.0)	20	(62.5)			37	(60.7)	6	(66.7)		
	よくできている	16	(18.0)	7	(21.9)			17	(27.9)	2	(22.2)		
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													
	できていない	3	(3.4)	4	(12.5)	0.979		6	(10.0)	0	(0.0)	0.415	
	できている	52	(58.4)	14	(43.8)			33	(55.0)	5	(55.6)		
	よくできている	34	(38.2)	14	(43.8)			21	(35.0)	4	(44.4)		
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													
	できていない	2	(2.2)	1	(3.1)	0.375		2	(3.3)	1	(11.1)	1.000	
	できている	43	(48.3)	12	(37.5)			27	(45.0)	3	(33.3)		
	よくできている	44	(49.4)	19	(59.4)			31	(51.7)	5	(55.6)		
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													
	できていない	2	(2.2)	0	(0.0)	0.019		2	(3.3)	1	(11.1)	0.805	
	できている	69	(77.5)	19	(59.4)			47	(77.0)	6	(66.7)		
	よくできている	18	(20.2)	13	(40.6)			12	(19.7)	2	(22.2)		
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）に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													
	できていない	5	(5.6)	7	(21.9)	0.291		2	(3.3)	0	(0.0)	0.503	
	できている	60	(67.4)	16	(50.0)			44	(72.1)	6	(66.7)		
	よくできている	24	(27.0)	9	(28.1)			15	(24.6)	3	(33.3)		

n: 欠損は項目ごとに除く マンホイットニー U 検定 ($p < 0.05$)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（10）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=90	n=32	n=62	n=9								
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
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												
	できていない	2	(2.2)	0	(0.0)	0.018		0	(0.0)	1	(11.1)	0.133
	できている	60	(67.4)	15	(46.9)			35	(57.4)	6	(66.7)	
	よくできている	27	(30.3)	17	(53.1)			26	(42.6)	2	(22.2)	
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												
	できていない	2	(2.2)	2	(6.3)	0.361		6	(9.8)	0	(0.0)	0.301
	できている	59	(66.3)	16	(50.0)			36	(59.0)	5	(55.6)	
	よくできている	28	(31.5)	14	(43.8)			19	(31.1)	4	(44.4)	
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												
	できていない	9	(10.1)	3	(9.4)	0.029		3	(4.9)	0	(0.0)	0.409
	できている	50	(56.2)	10	(31.3)			32	(52.5)	4	(44.4)	
	よくできている	30	(33.7)	19	(59.4)			26	(42.6)	5	(55.6)	
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												
	できていない	1	(1.1)	0	(0.0)	0.206		1	(1.6)	0	(0.0)	0.247
	できている	29	(32.6)	7	(21.9)			17	(27.9)	1	(11.1)	
	よくできている	59	(66.3)	25	(78.1)			43	(70.5)	8	(88.9)	
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												
	できていない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.139		0	(0.0)	0	(0.0)	0.656
	できている	47	(52.8)	12	(37.5)			32	(52.5)	4	(44.4)	
	よくできている	42	(47.2)	20	(62.5)			29	(47.5)	5	(55.6)	
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												
	できていない	6	(6.7)	3	(9.4)	0.544		5	(8.2)	0	(0.0)	0.617
	できている	49	(55.1)	14	(43.8)			33	(54.1)	7	(77.8)	
	よくできている	34	(38.2)	15	(46.9)			23	(37.7)	2	(22.2)	
栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか												
	できていない	2	(2.2)	1	(3.1)	0.005		4	(6.6)	0	(0.0)	0.855
	できている	61	(68.5)	12	(37.5)			36	(59.0)	6	(66.7)	
	よくできている	26	(29.2)	19	(59.4)			21	(34.4)	3	(33.3)	
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												
	できていない	14	(15.7)	8	(25.0)	0.640		8	(13.3)	1	(11.1)	0.928
	できている	65	(73.0)	19	(59.4)			43	(71.7)	7	(77.8)	
	よくできている	10	(11.2)	5	(15.6)			9	(15.0)	1	(11.1)	
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												
	できていない	31	(34.8)	9	(28.1)	0.544		14	(23.0)	1	(11.1)	0.432
	できている	50	(56.2)	20	(62.5)			42	(68.9)	7	(77.8)	
	よくできている	8	(9.0)	3	(9.4)			5	(8.2)	1	(11.1)	
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												
	できていない	28	(31.5)	7	(21.9)	0.281		19	(31.1)	1	(11.1)	0.249
	できている	53	(59.6)	21	(65.6)			37	(60.7)	7	(77.8)	
	よくできている	8	(9.0)	4	(12.5)			5	(8.2)	1	(11.1)	

n: 欠損は項目ごとを除く マンホイットニーU検定 (p<0.05)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（11）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ ²	P値fisher
	n=90	n=32	n=90	n=32			n=62	n=9	n=62	n=9		
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
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												
利用者・家族がよること	50	(55.6)	13	(40.6)	0.147	0.157	30	(48.4)	2	(22.2)	0.140	0.171
利用者の「食べること」が重視された	54	(60.0)	21	(65.6)	0.574	0.674	43	(69.4)	7	(77.8)	0.605	0.716
低栄養状態の把握や改善が行われたこと	66	(73.3)	27	(84.4)	0.208	0.237	48	(77.4)	5	(55.6)	0.159	0.218
業務にやりがいを感じられたこと	34	(37.8)	12	(37.5)	0.978	1.000	19	(30.6)	1	(11.1)	0.223	0.429
他の職種との連携ができたこと	56	(62.2)	27	(84.4)	0.021	0.027	39	(62.9)	7	(77.8)	0.383	0.478
「よかった」と感じていることはない	4	(4.4)	0	(0.0)	0.225	0.572	1	(1.6)	0	(0.0)	0.701	1.000
その他	2	(2.2)	3	(9.4)	0.080	0.112	3	(4.8)	0	(0.0)	0.500	1.000
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												
施設長の姿勢や理解	19	(21.1)	5	(15.6)	0.503	0.610	7	(11.3)	1	(11.1)	0.987	1.000
医師の姿勢や理解	16	(17.8)	3	(9.4)	0.260	0.395	9	(14.5)	1	(11.1)	0.784	1.000
介護支援専門員の姿勢や理解	11	(12.2)	3	(9.4)	0.664	1.000	5	(8.1)	0	(0.0)	0.377	1.000
管理栄養士の姿勢や理解	4	(4.4)	2	(6.3)	0.685	0.652	3	(4.8)	1	(11.1)	0.446	0.426
看護師の姿勢や理解	23	(25.6)	4	(12.5)	0.127	0.145	11	(17.7)	1	(11.1)	0.620	1.000
介護福祉士の姿勢や理解	18	(20.0)	6	(18.8)	0.879	1.000	14	(22.6)	1	(11.1)	0.431	0.673
上記以外の職種の姿勢や理解	10	(11.1)	2	(6.3)	0.428	0.730	3	(4.8)	2	(22.2)	0.057	0.117
委託業者との連携体制	21	(23.3)	6	(18.8)	0.592	0.805	16	(25.8)	1	(11.1)	0.334	0.677
行政関係者の姿勢や理解	6	(6.7)	1	(3.1)	0.459	0.675	2	(3.2)	0	(0.0)	0.585	1.000
担当者会議の機能	11	(12.2)	2	(6.3)	0.347	0.510	5	(8.1)	1	(11.1)	0.759	0.571
管理栄養士の知識や技術の不足	56	(62.2)	13	(40.6)	0.034	0.040	30	(48.4)	7	(77.8)	0.099	0.155
人員の配置や不足	42	(46.7)	9	(28.1)	0.068	0.095	22	(35.5)	3	(33.3)	0.900	1.000
時間外業務の増大	26	(28.9)	4	(12.5)	0.064	0.093	15	(24.2)	0	(0.0)	0.097	0.189
管理栄養士の疲労感の増大	20	(22.2)	4	(12.5)	0.235	0.305	15	(24.2)	1	(11.1)	0.380	0.673
食事の個別化	33	(36.7)	12	(37.5)	0.933	1.000	23	(37.1)	3	(33.3)	0.827	1.000
コンピューターの導入が未整備	13	(14.4)	3	(9.4)	0.466	0.557	8	(12.9)	1	(11.1)	0.880	1.000
車椅子や仰臥位の体重計が未整備	9	(10.0)	2	(6.3)	0.525	0.726	2	(3.2)	1	(11.1)	0.272	0.338
問題と感じていることはない	0	(0.0)	3	(9.4)	0.003	0.017	1	(1.6)	0	(0.0)	0.701	1.000
その他	13	(14.4)	4	(12.5)	0.785	1.000	9	(14.5)	0	(0.0)	0.221	0.591
本人や家族への退所のための栄養相談												
実施している	25	(28.7)	15	(46.9)	0.063	0.081	26	(43.3)	4	(44.4)	0.950	1.000
在宅復帰支援を強化する場合の栄養相談の実施回数												
1回	18	(78.3)	11	(78.6)	0.420		19	(76.0)	3	(75.0)	0.965	1.000
2回	4	(17.4)	1	(7.1)	-	-	6	(24.0)	1	(25.0)	-	-
3回	1	(4.3)	2	(14.3)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
通常の退所支援の場合の栄養相談の実施回数												
1回	24	(100.0)	11	(91.7)	0.151	0.333	20	(80.0)	4	(100.0)	0.326	1.000
2回	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-	5	(20.0)	0	(0.0)	-	-
3回	0	(0.0)	1	(8.3)	-	-	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
退所のための栄養相談を実施していない理由												
退所時カンファレンスにおいて実施しているため	17	(27.4)	4	(23.5)	0.748	1.000	10	(29.4)	1	(20.0)	0.662	1.000
書面による情報提供を実施しているため	42	(67.7)	10	(58.8)	0.492	0.568	23	(67.6)	4	(80.0)	0.576	1.000
日常的な家族との面会時に実施しているため	10	(16.1)	4	(23.5)	0.479	0.486	8	(23.5)	0	(0.0)	0.224	0.563
業務に位置付けられていないため	10	(16.1)	4	(23.5)	0.479	0.486	4	(11.8)	1	(20.0)	0.607	0.517
必要性がないため	6	(9.7)	3	(17.6)	0.360	0.396	3	(8.8)	1	(20.0)	0.442	0.436
人員不足	2	(3.2)	2	(11.8)	0.155	0.201	0	(0.0)	0	(0.0)	-	-
その他	9	(14.5)	0	(0.0)	0.095	0.193	3	(8.8)	1	(20.0)	0.442	0.436

n: 欠損は項目ごとに除く χ²検定 (p<0.05)

表 I-7 【老健】入所者数 80 名以上・未満と管理栄養士一名・二名以上配置（12）

老健	入所者80名以上						入所者80名未満					
	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher	一名配置		二名以上配置		P値χ2	P値fisher
	n=90		n=32				n=62		n=9			
	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)		
在宅復帰のための自宅訪問												
実施している	41	(47.7)	17	(54.8)	0.494	0.535	24	(41.4)	4	(44.4)	0.862	1.000
自宅訪問を実施する職種												
医師	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
看護職員	10	(24.4)	5	(29.4)	0.691	0.747	4	(16.7)	2	(50.0)	0.133	0.191
介護職員	20	(48.8)	7	(41.2)	0.597	0.773	10	(41.7)	1	(25.0)	0.527	1.000
管理栄養士	4	(9.8)	4	(23.5)	0.166	0.216	4	(16.7)	0	(0.0)	0.378	1.000
理学療法士	34	(82.9)	16	(94.1)	0.261	0.415	21	(87.5)	4	(100.0)	0.454	1.000
作業療法士	27	(65.9)	13	(76.5)	0.426	0.540	11	(45.8)	1	(25.0)	0.436	0.613
言語聴覚士	3	(7.3)	3	(17.6)	0.240	0.345	0	(0.0)	0	(0.0)	－	－
介護支援専門員	33	(80.5)	11	(64.7)	0.201	0.311	17	(70.8)	4	(100.0)	0.212	0.545
介護支援相談員	34	(82.9)	17	(100.0)	0.069	0.093	21	(87.5)	4	(100.0)	0.454	1.000
歯科衛生士							1	(4.2)	0	(0.0)	0.678	1.000
その他	1	(2.4)	0	(0.0)	0.516	1.000	1	(4.2)	0	(0.0)	0.678	1.000
自宅訪問を実施する時期												
入所前30日以内	14	(34.1)	9	(52.9)	0.183	0.242	6	(25.0)	3	(75.0)	0.047	0.084
入所後7日以内	16	(39.0)	6	(35.3)	0.790	1.000	12	(50.0)	1	(25.0)	0.353	0.600
退所前	33	(80.5)	14	(82.4)	0.869	1.000	21	(87.5)	4	(100.0)	0.454	1.000
退所後30日以内	16	(39.0)	8	(47.1)	0.572	0.770	7	(29.2)	2	(50.0)	0.409	0.574
その他	2	(4.9)	0	(0.0)	0.354	1.000	1	(4.2)	0	(0.0)	0.678	1.000
自宅訪問を実施していない理由												
業務に位置付けられていないため	15	(33.3)	12	(85.7)	0.001	0.001	13	(38.2)	3	(60.0)	0.356	0.631
介護支援専門員の判断	7	(15.6)	1	(7.1)	0.422	0.666	3	(8.8)	1	(20.0)	0.442	0.436
支援相談員の判断	5	(11.1)	1	(7.1)	0.668	1.000	3	(8.8)	1	(20.0)	0.442	0.436
施設長の判断	1	(2.2)	0	(0.0)	0.574	1.000	5	(14.7)	0	(0.0)	0.358	1.000
実施体制がないため	27	(60.0)	6	(42.9)	0.259	0.358	18	(52.9)	2	(40.0)	0.589	0.661
人員不足	4	(8.9)	2	(14.3)	0.560	0.620	4	(11.8)	2	(40.0)	0.102	0.161
その他	4	(8.9)	1	(7.1)	0.838	1.000	3	(8.8)	0	(0.0)	0.489	1.000
退所支援が必要と考えられる入所者の特性												
低栄養状態である	58	(64.4)	20	(62.5)	0.844	0.834	38	(61.3)	8	(88.9)	0.105	0.146
療養食が必要である	58	(64.4)	23	(71.9)	0.445	0.518	40	(64.5)	3	(33.3)	0.074	0.141
摂食・嚥下障害がある	65	(72.2)	24	(75.0)	0.761	0.821	49	(79.0)	7	(77.8)	0.931	1.000
嚥下調整食が必要である	52	(57.8)	22	(68.8)	0.275	0.300	38	(61.3)	6	(66.7)	0.756	1.000
水分にとろみ剤を使用している	43	(47.8)	13	(40.6)	0.486	0.540	35	(56.5)	3	(33.3)	0.194	0.287
脱水の既往がある	31	(34.4)	10	(31.3)	0.742	0.829	22	(35.5)	5	(55.6)	0.246	0.286
自宅で自炊する	35	(38.9)	17	(53.1)	0.162	0.212	31	(50.0)	1	(11.1)	0.028	0.035
自宅での食事の準備が困難	45	(50.0)	14	(43.8)	0.543	0.681	32	(51.6)	4	(44.4)	0.688	0.735
日中独居である	31	(34.4)	11	(34.4)	0.994	1.000	20	(32.3)	1	(11.1)	0.194	0.264
老老介護である	35	(38.9)	10	(31.3)	0.442	0.525	25	(40.3)	2	(22.2)	0.296	0.467
家族の協力が得られない	29	(32.2)	7	(21.9)	0.270	0.368	24	(38.7)	1	(11.1)	0.105	0.146

n:欠損は項目ごとに除く χ²検定 (p<0.05)

表 I-8-a 死亡（施設内看取り）と管理栄養士配置数の関連

結果変数：死亡者（施設内看取り）（0≤13人/年、1>13人/年）	オッズ比（95%CI）	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	1.015（0.675 - 1.525）	0.943
*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-8-b 死亡（施設内看取り）と経口維持加算（Ⅰ）算定の関連

結果変数：死亡者（施設内看取り）（0≤13人/年、1>13人/年）	オッズ比（95%CI）	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅰ）算定*2	1.185（0.841 - 1.672）	0.332
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-8-c 死亡（施設内看取り）と経口維持加算（Ⅱ）算定の関連

結果変数：死亡者（施設内看取り）（0≤13人/年、1>13人/年）	オッズ比（95%CI）	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅱ）算定*2	1.214（0.831 - 1.775）	0.317
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-8-d 死亡（施設内看取り）と看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の関連

結果変数：死亡者（施設内看取り）（0≤13人/年、1>13人/年）	オッズ比（95%CI）	p値
予測変数		
看取り介護加算及びターミナルケア加算算定*2	2.721（1.923 - 3.849）	<0.001
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-8-e 死亡（施設内看取り）と最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施の関連

結果変数：死亡者（施設内看取り）（0≤13人/年、1>13人/年）	オッズ比（95%CI）	p値
予測変数		
最期まで経口摂取を維持しての看取り実施*3	2.856（1.957 - 4.168）	<0.001
*3 あり：実施有 なし：実施無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-9-a 入院と管理栄養士配置数の関連

結果変数：入院者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数 管理栄養士2名以上配置*1	0.861 (0.571 - 1.296)	0.472
*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-9-b 入院と経口維持加算（Ⅰ）算定の関連

結果変数：入院者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数 経口維持加算（Ⅰ）算定*2	1.352 (0.968 - 1.889)	0.077
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-9-c 入院と経口維持加算（Ⅱ）算定の関連

結果変数：入院者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数 経口維持加算（Ⅱ）算定*2	1.264 (0.857 - 1.812)	0.250
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-9-d 入院と看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の関連

結果変数：入院者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数 看取り介護加算及びターミナルケア加算算定*2	0.760 (0.540 - 1.071)	0.117
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-9-e 入院と最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施の関連

結果変数：入院者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数 最期まで経口摂取を維持しての看取り実施*3	0.632 (0.445 - 0.898)	0.010
*3 あり：実施有 なし：実施無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-10-a 最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施と管理栄養士配置数の関連

結果変数：最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (0≤3人/年、1>3人/年)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	0.894 (0.611 - 1.308)	0.563
*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-10-b 最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施と経口維持加算（Ⅰ）算定の関連

結果変数：最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (0≤3人/年、1>3人/年)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅰ）算定*2	1.418 (1.028 - 1.956)	0.033
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-10-c 最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施と経口維持加算（Ⅱ）算定の関連

結果変数：最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (0≤3人/年、1>3人/年)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅱ）算定*2	1.754 (1.225 - 2.514)	0.002
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-10-d 最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施と
看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の関連

結果変数：最期まで経口摂取を維持したまま看取った者 (0≤3人/年、1>3人/年)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
看取り介護加算及びターミナルケア加算算定*2	3.477 (2.489 - 4.856)	<0.001
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：施設種、入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-11-a 在宅復帰と管理栄養士配置数の関連

結果変数：在宅復帰者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	2.793 (1.291 - 6.040)	0.009
*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置 調整変数：入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-11-b 在宅復帰と経口維持加算（Ⅰ）算定の関連

結果変数：在宅復帰者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅰ）算定*2	2.532 (1.262 - 5.079)	0.009
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-11-c 在宅復帰と経口維持加算（Ⅱ）算定の関連

結果変数：在宅復帰者 (0=0人/月、1>1人/月)	オッズ比 (95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算（Ⅱ）算定*2	1.740 (0.945 - 3.204)	0.075
*2 あり：算定有 なし：算定無 調整変数：入所者数、平均介護度		
ロジスティック回帰分析		

表 I-12 管理栄養士配置数と NCM 手順項目の関連

結果変数：管理栄養士2名以上配置 (1名配置：0、2名以上配置：1)		オッズ比 (95%CI)		p値
予測変数：NCMの手順8領域30項目のうち関連した8項目*1				
「食えること」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				
できている	2.328	(0.779 - 6.960)	0.130	
よくできている	3.888	(1.229 - 12.298)	0.021	
施設長は、多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				
できている	1.272	(0.631 - 2.565)	0.501	
よくできている	2.209	(1.060 - 4.601)	0.034	
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				
できている	1.399	(0.458 - 4.271)	0.556	
よくできている	2.116	(0.678 - 6.602)	0.197	
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				
できている	1.329	(0.375 - 4.716)	0.660	
よくできている	2.446	(0.674 - 8.880)	0.174	
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				
できている	2.761	(0.948 - 8.041)	0.063	
よくできている	3.121	(1.038 - 9.384)	0.043	
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				
できている	1.870	(0.935 - 3.740)	0.077	
よくできている	2.608	(1.225 - 5.549)	0.013	
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				
できている	2.140	(0.793 - 5.772)	0.133	
よくできている	2.584	(0.917 - 7.276)	0.072	
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				
できている	1.921	(0.889 - 4.149)	0.097	
よくできている	2.028	(0.913 - 4.504)	0.082	

*1 1：できていない 2：できている 3：よくできている

(ロジスティック回帰分析)

調整変数（共通）：施設種、入所者数、平均介護度

表 I-13 経口維持加算（Ⅰ）算定と NCM 手順項目の関連

結果変数：経口維持加算（Ⅰ）算定（算定無：0、算定有：1）	オッズ比（95%CI）		p値
予測変数：NCMの手順8領域30項目のうち関連した14項目*1			
「食べること」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	できている	0.884（0.426 - 1.834）	0.741
	よくできている	2.170（0.963 - 4.890）	0.062
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がっていますか	できている	1.182（0.762 - 1.833）	0.445
	よくできている	1.825（1.025 - 3.250）	0.041
施設長は、多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	できている	0.993（0.578 - 1.708）	0.980
	よくできている	1.946（1.081 - 3.504）	0.026
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	できている	1.678（0.684 - 4.119）	0.258
	よくできている	2.949（1.173 - 7.413）	0.022
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	できている	1.098（0.432 - 2.793）	0.844
	よくできている	2.149（0.819 - 5.642）	0.120
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	できている	2.259（1.062 - 4.804）	0.034
	よくできている	5.618（2.541 - 12.424）	<0.001
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	できている	1.304（0.788 - 2.159）	0.302
	よくできている	3.332（1.854 - 5.988）	<0.001
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	できている	1.369（0.892 - 2.099）	0.150
	よくできている	2.394（1.431 - 4.004）	0.001
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	できている	1.726（0.912 - 3.265）	0.094
	よくできている	2.216（1.147 - 4.281）	0.018
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか	できている	0.986（0.602 - 1.613）	0.954
	よくできている	1.653（0.965 - 2.830）	0.067
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	できている	1.197（0.837 - 1.710）	0.325
	よくできている	2.182（1.273 - 3.740）	0.005
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	できている	1.249（0.614 - 2.539）	0.540
	よくできている	2.328（0.999 - 4.624）	0.050
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	できている	0.914（0.644 - 1.297）	0.613
	よくできている	1.929（1.103 - 3.374）	0.021
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	できている	1.031（0.728 - 1.460）	0.864
	よくできている	2.354（1.353 - 4.094）	0.002

*1 1：できていない 2：できている 3：よくできている

(ロジスティック回帰分析)

調整変数（共通）：施設種、入所者数、平均介護度

表 I-14 経口維持加算（Ⅱ）算定と NCM 手順項目の関連

結果変数：経口維持加算（Ⅱ）算定（算定無：0、算定有：1）	オッズ比（95%CI）		p値
予測変数：NCMの手順8領域30項目のうち関連した13項目*1			
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重要な目標であるという認識が広がっていますか			
できている	1.442	(0.860 - 2.350)	0.170
よくできている	2.071	(1.100 - 3.899)	0.024
施設長は、多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			
できている	1.334	(0.706 - 2.559)	0.368
よくできている	2.641	(1.341 - 5.200)	0.005
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			
できている	2.383	(0.695 - 8.176)	0.167
よくできている	3.592	(1.030 - 12.525)	0.045
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			
できている	4.323	(1.298 - 14.395)	0.017
よくできている	9.431	(2.780 - 31.991)	<0.001
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			
できている	1.302	(0.725 - 2.338)	0.378
よくできている	2.723	(1.430 - 5.186)	0.002
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			
できている	1.242	(0.606 - 2.545)	0.554
よくできている	1.903	(0.915 - 3.956)	0.085
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			
できている	1.167	(0.780 - 1.747)	0.453
よくできている	1.993	(1.143 - 3.475)	0.015
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			
できている	1.078	(0.674 - 1.724)	0.753
よくできている	1.913	(1.094 - 3.348)	0.023
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			
できている	1.535	(0.686 - 3.433)	0.297
よくできている	3.187	(1.351 - 7.522)	0.008
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			
できている	2.114	(0.800 - 5.588)	0.131
よくできている	3.242	(1.178 - 8.924)	0.023
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			
できている	1.221	(0.559 - 2.669)	0.617
よくできている	2.091	(0.920 - 4.752)	0.078
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			
できている	1.524	(1.018 - 2.282)	0.041
よくできている	2.940	(1.639 - 5.272)	<0.001
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			
できている	1.580	(1.058 - 2.362)	0.026
よくできている	2.723	(1.532 - 4.841)	0.001

*1 1：できていない 2：できている 3：よくできている

(ロジスティック回帰分析)

調整変数（共通）：施設種、入所者数、平均介護度

表 I-15 看取り介護加算及びターミナルケア加算算定と NCM 手順項目の関連

結果変数：看取り介護加算及びターミナルケア加算の算定 (算定無：0、算定有：1)		オッズ比（95%CI）		p値
予測変数：NCMの手順8領域30項目のうち関連した3項目*1				
「食えること」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				
できている	1.698	(0.767 - 3.759)	0.192	
よくできている	2.332	(0.983 - 5.531)	0.055	
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				
できている	1.830	(0.838 - 3.999)	0.130	
よくできている	2.028	(0.876 - 4.694)	0.099	
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				
できている	0.961	(0.675 - 1.368)	0.826	
よくできている	1.665	(0.972 - 2.851)	0.063	
*1 1：できていない 2：できている 3：よくできている				(ロジスティック回帰分析)
調整変数（共通）：施設種、入所者数、平均介護度				

表 I-16 最期まで経口摂取を維持したままの看取り実施と NCM 手順項目の関連

結果変数：最期まで経口摂取を維持したままの看取りの実施 (実施無：0、実施有：1)	オッズ比（95%CI)		p値
予測変数：NCMの手順8領域30項目のうち関連した7項目*1			
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	できている	1.342（0.742 - 2.425)	0.331
	よくできている	1.701（0.911 - 3.174)	0.095
管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか	できている	1.154（0.700 - 1.904)	0.574
	よくできている	1.652（0.944 - 2.893)	0.079
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	できている	1.819（1.197 - 2.764)	0.005
	よくできている	2.417（1.399 - 4.176)	0.002
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	できている	2.243（1.155 - 4.358)	0.017
	よくできている	2.981（1.411 - 6.300)	0.004
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	できている	2.132（1.093 - 4.160)	0.026
	よくできている	2.736（1.301 - 5.755)	0.008
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）に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	できている	1.965（0.978 - 3.948)	0.058
	よくできている	2.658（1.249 - 5.659)	0.011
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	できている	1.071（0.715 - 1.605)	0.740
	よくできている	1.788（0.930 - 3.440)	0.082
*1 1：できていない 2：できている 3：よくできている 調整変数（共通）：施設種、入所者数、平均介護度 (ロジスティック回帰分析)			

Ⅱ．経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取り組みに関する研究（個別調査）

目 的

平成 30 年度の介護保険制度改正に向け、平成 27 年度の改正のテーマであった「高齢者の口から食べる楽しみの支援の充実」に貢献できる経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取り組みについて、全国規模の介護保険施設入所高齢者の後ろ向きコホート調査からその根拠を提示することを目的とした。具体的には、介護老人福祉施設（特養）においては、終末期における口から食べる楽しさを支援のための経口維持による看取りのために、介護老人保健施設（老健）においては、在宅復帰に向けての経口維持の継続的支援のため、栄養ケア・マネジメントを体制（管理栄養士配置数等）と取り組みの重点化のために以下を検証することにした。

- ①介護保険施設入所者の個別の低栄養状態や摂食・嚥下障害リスクに対応するための経口維持体制を強化した栄養ケア・マネジメントが提供されている入所高齢者の特性
- ②経口維持を強化した栄養ケア・マネジメント体制として管理栄養士の複数配置と入所高齢者の特性および経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、看取り介護（ターミナルケア）加算、在宅復帰強化のための関連加算（老健）の算定状況の関連
- ③管理栄養士配置数、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定有無と、施設での死亡、入院、在宅への退所の関連

方 法

1. 対象施設への協力依頼

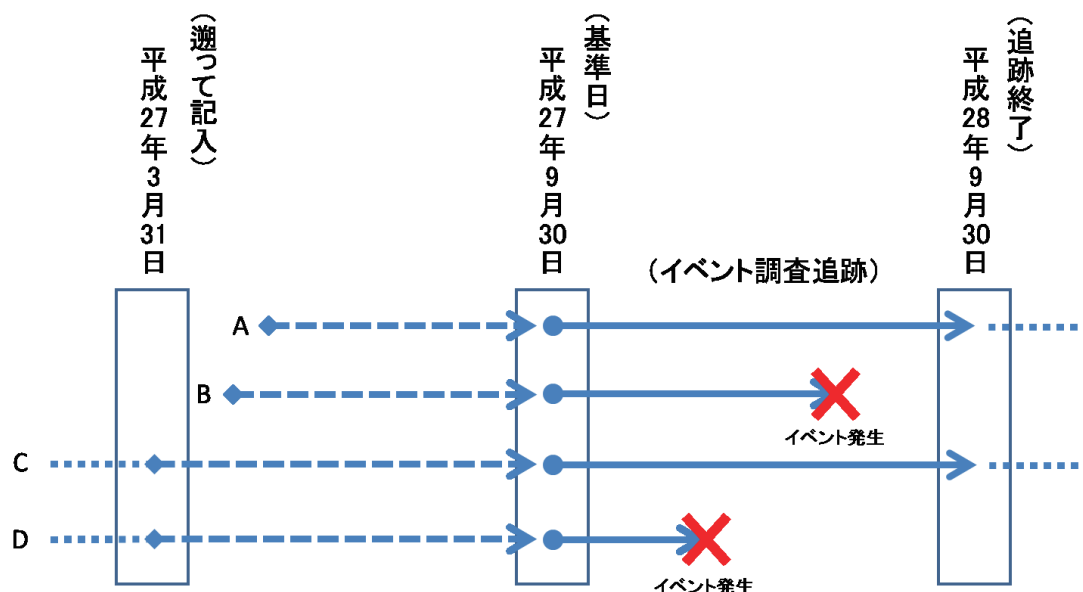
平成 25 年及び 26 年度に日本健康・栄養システム学会が実施した老人保健健康増進等事業の 35 協力施設とⅠの施設調査回収時の今後の協力の回答のあった施設を加えて（特養 95 施設、老健 37 施設の合計 132 施設の施設長及び管理栄養士に協力を依頼した。

2. 調査方法

協力同意施設の管理栄養士は、平成 27 年 9 月 30 日(基準日)時点での施設入所者全員の状況を既存の記録から個別調査票に転記した。ただし、イベント非発生者（イベント調査票において平成 28 年 9 月 30 日までにイベントが発生しなかった者）については、低栄養状態のリスクレベルや摂食・嚥下障害レベルを平成 28 年（※今年度）9 月 30 日時あるいはその近時の記録からも転記した。

イベント調査票は下図の通り、管理栄養士によるサービスの提供及び加算の算定状況については基準日から最大 6 か月前（平成 27 年 3 月 31 日）まで遡って記入し、平成 27 年 9 月 30 日から平成 28 年 9 月 30 日の期間に発生したイベント（施設での死亡、入院、退所、経口摂取の中止）を既存記録から転記した。

イベント調査 調査期間



- ・平成27年9月30日を基準日とし、全入所者を対象とする。
- ・平成27年3月31日から9月30日の期間に入所した人(A,B)は入所日まで遡る。
- ・平成27年3月31日以前に入所した人(C,D)は平成27年3月31日まで遡る。
- ・平成27年9月30日から平成28年9月30日までに発生したイベント(B,D)を記録する。
- ・平成28年9月30日までにイベントが発生しなかった人(A,C)は、その時点で追跡を打ち切る。

3. 調査内容

既存の記録からの転記内容（詳細は調査票参照のこと）は以下の通りであった。

- 個別調査票については、基準日（近似）の性、年齢、要介護度、加算算定状況（経口移行、経口維持（Ⅰ）（Ⅱ）、療養食、看取り介護及びターミナルケア、入所前後訪問指導、退所前訪問指導、退所後訪問指導）、疾患名、認知症の日常生活活動度、摂食・嚥下のグレート評価、義歯の状態、摂食方法、食べる姿勢、低栄養状態のリスクレベル（身長、体重、BMI（Body Mass Index）、体重減少の有無、血清アルブミン値、褥瘡の有無、栄養補給法、食事摂取量）、食事形態、とろみ剤使用の有無、実施した摂食・嚥下機能検査、ミールラウンドへの参加職種、カンファレンスへの参加職種、食事の観察項目（厚生労働省通知による経口維持計画の様式例より）。
- イベント調査票の調査項目は、要介護度、管理栄養士によるサービス提供および加算算定状況（経口移行、経口維持（Ⅰ）（Ⅱ）、療養食加算、看取り介護加算及びターミナルケア加算）、管理栄養士による看取り介護、入所前後訪問指導、退所前後訪問指導、退所支援のための個別栄養相談、退所支援への助言、死亡、入院、退所、経口維持（食事、水分）摂取の中止等の項目。

4. 調査実施と回収状況

平成28年9月29日に対象施設の施設長及び管理栄養士の連名封筒により協力依頼状と研究概要、調査票等の説明書等を送り、同意の返信のあった特養23施設（定員数合計

1,961名)、老健 19 施設(定員数合計 1,878 名)を対象とした。これらの協力同意施設から介護保険施設入所高齢者、特養 21 施設、1,727 名、老健 19 施設、1,640 名、合計 40 施設、3,367 名の調査票が回収され、当初目的とした調査票数を分析に供することができた。

5. 解析

郵送により回収した調査票からの連結不可能匿名化されたデータベース(Excel シート)への入力、日本健康・栄養システム学会が個人情報保護管理の規定に基づいて委託契約をした(株)ヘルスケアテクノが行い、その後、当該データベースに基づき、基礎集計(*欠損値は項目ごとに除外し有効回答にて集計)、管理栄養士の配置数による基本特性等のクロス集計と平均値の比較による関連の分析、平成 27 年 9 月から平成 28 年 9 月 30 日までに発生したイベント(施設における死亡、入院、在宅への退所)の発生を結果変数、管理栄養士配置数、経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定を予測変数とし、性、年齢、要介護度、低栄養リスク、摂食嚥下能力グレード評価、入所者数によって多変量調整した COX 比例ハザードモデルによって解析し、当該研究目的である①②③が検証され、その結果を委員により討議検討した。

6. 研究倫理

神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

【基礎集計】

1. 基準日(平成 27 年 9 月 30 日)における対象者の基本特性

基準日(平成 27 年 9 月 30 日)における対象者の基本特性として、女性は特養 79.4%、老健 72.0%、平均年齢は特養 86.3(SD8.0)歳、老健 84.9(SD8.9)歳、85 歳以上が特養 63.4%、老健 56.8%、要介護度 3 以上のものは特養 89.3%、老健 67.6%であった(表Ⅱ-1, 2)。認知症を有する者は特養 98.0%、老健 84.8%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上のものは特養 75.0%、老健 51.7%であった。摂食・嚥下グレード評価は中等症である Gr.6 以下が特養 27.7%、老健 10.5%、義歯を使用しているものは特養 56.2%、老健 65.0%、食事において部分または全面介助を要するものは特養 37.6%、老健 19.1%、食事の姿勢は拳上を要するものが特養 21.6%、老健 7.4%であった(表Ⅱ-3)。低栄養状態リスクが中・高リスクのものが特養 65.6%、老健 52.7%であり、BMI18.5kg/m²未満が特養 34.9%、老健 33.0%、3%以上の体重減少有が特養 22.7%、老健 11.2%、血清アルブミン値の記録があるもののうち 3.5g/dl 以下が特養 53.3%、老健 50.7%であった。主食が嚥下調整食のものが特養 69.3%、老健 46.7%、副食が嚥下調整食のものが特養 68.7%、老健 41.6%、水分にとろみ剤を使用しているものが特養 37.3%、老健 22.9%であった(表Ⅱ-3)。

経口移行加算算定者は特養 0.8%、老健 0.2%、経口維持加算(Ⅰ)算定者は特養 34.3%、老健 25.1%、経口維持加算(Ⅱ)算定者は特養 25.0%、老健 20.2%、療養食加算算定者

は特養 25.5%、老健 39.2%、看取り介護加算算定者は特養 0.3%、ターミナルケア加算算定者は老健 0.7%であった。老健において、入所前後訪問指導加算算定者は 1.6%、退所前訪問指導加算算定者は 2.6%、退所後訪問指導加算算定者は 1.8%であった（表Ⅱ-4）。

表Ⅱ-1 基準日（平成 27 年 9 月 30 日）における対象者の基本特性 1

	特養 n=1,727		老健 n=1,640		全体 n=3,367	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
要介護度						
要介護1	42	(2.4)	189	(11.6)	231	(6.9)
要介護2	141	(8.2)	335	(20.5)	476	(14.2)
要介護3	336	(19.5)	397	(24.3)	733	(21.9)
要介護4	555	(32.2)	436	(26.7)	991	(29.5)
要介護5	648	(37.6)	269	(16.5)	917	(27.3)
その他	1	(0.1)	5	(0.3)	6	(0.2)
性別						
男性	353	(20.6)	457	(28.0)	810	(24.2)
女性	1364	(79.4)	1176	(72.0)	2540	(75.8)
年齢区分						
65歳未満	28	(1.6)	46	(2.8)	74	(2.2)
65-74歳	108	(6.3)	142	(8.7)	250	(7.4)
75-79歳	172	(10.0)	189	(11.5)	361	(10.7)
80-84歳	322	(18.7)	330	(20.1)	652	(19.4)
85-89歳	464	(27.0)	401	(24.5)	865	(25.8)
90-94歳	376	(21.8)	350	(21.4)	726	(21.6)
95-99歳	204	(11.9)	142	(8.7)	346	(10.3)
100歳以上	47	(2.7)	38	(2.3)	85	(2.5)
認知症						
あり	1679	(98.0)	1378	(84.8)	3057	(91.6)
認知症の日常生活活動度						
I	77	(4.6)	158	(12.1)	235	(7.9)
II	8	(0.5)	13	(1.0)	21	(0.7)
II a	87	(5.2)	222	(17.0)	309	(10.4)
II b	247	(14.7)	237	(18.2)	484	(16.2)
III	26	(1.6)	14	(1.1)	40	(1.3)
III a	486	(29.0)	390	(29.9)	876	(29.4)
III b	225	(13.4)	113	(8.7)	338	(11.3)
IV	429	(25.6)	127	(9.7)	556	(18.7)
M	90	(5.4)	30	(2.3)	120	(4.0)

表Ⅱ-2 基準日（平成 27 年 9 月 30 日）における対象者の基本特性 2

	特養 n=1,727			老健 n=1,640			合計 n=3,367		
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD
年齢(歳)	1721	86.3	(8.0)	1638	84.9	(8.9)	3359	85.6	(8.5)
身長(cm)	1724	147.9	(9.2)	1634	149.9	(9.7)	3358	148.9	(9.5)
体重(kg)	1724	43.7	(8.4)	1637	45.3	(9.4)	3361	44.5	(8.9)
BMI(kg/m ²)	1724	20.0	(3.5)	1637	20.1	(3.4)	3361	20.1	(3.4)
血清アルブミン値(g/dl)	1199	3.5	(0.4)	946	3.5	(0.5)	2145	3.5	(0.4)
食事摂取量(全体)(%)	1434	89.9	(17.4)	1504	92.5	(13.4)	2938	91.3	(15.5)
食事摂取量(主食)(%)	1646	90.8	(17.6)	1584	94.3	(13.7)	3230	92.5	(15.9)
食事摂取量(主菜)(%)	1639	87.8	(19.5)	1584	91.3	(15.7)	3223	89.5	(17.8)
食事摂取量(副菜)(%)	1396	88.3	(19.7)	1550	90.5	(16.4)	2946	89.4	(18.1)

表Ⅱ-3 基準日（平成27年9月30日）における対象者の基本特性3

	特養 n=1,727		老健 n=1,640		全体 n=3,367	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
摂食・嚥下能力のグレード評価						
Gr.1	134	(7.8)	54	(3.3)	188	(5.6)
Gr.2 重症	3	(0.2)	6	(0.4)	9	(0.3)
Gr.3	3	(0.2)	2	(0.1)	5	(0.1)
Gr.4	34	(2.0)	16	(1.0)	50	(1.5)
Gr.5 中等症	29	(1.7)	3	(0.2)	32	(1.0)
Gr.6	272	(15.8)	89	(5.5)	361	(10.8)
Gr.7	405	(23.5)	307	(18.8)	712	(21.2)
Gr.8 軽症	315	(18.3)	264	(16.2)	579	(17.3)
Gr.9	253	(14.7)	168	(10.3)	421	(12.5)
Gr.10	275	(16.0)	724	(44.3)	999	(29.8)
義歯の状態						
義歯あり	965	(56.2)	1029	(65.0)	1994	(60.4)
摂食方法						
自力摂取（はし／スプーン）	865	(53.0)	1239	(77.5)	2104	(65.1)
自力摂取（自助具使用）	152	(9.3)	54	(3.4)	206	(6.4)
部分介助・全面介助	614	(37.6)	306	(19.1)	920	(28.5)
食べる姿勢						
座位	1292	(78.4)	1499	(92.6)	2791	(85.5)
60～90°拳上	274	(16.6)	71	(4.4)	345	(10.6)
30～45°拳上	76	(4.6)	39	(2.4)	115	(3.5)
0～15°拳上	6	(0.4)	9	(0.6)	15	(0.5)
低栄養状態のリスクレベル						
低リスク	585	(34.4)	772	(47.3)	1357	(40.7)
中リスク	951	(55.8)	726	(44.5)	1677	(50.3)
高リスク	167	(9.8)	133	(8.2)	300	(9.0)
BMI18.5kg/m2未満						
あり	601	(34.9)	540	(33.0)	1141	(33.9)
3%以上の体重減少						
あり	389	(22.7)	182	(11.2)	571	(17.1)
血清アルブミン値の記録						
あり	1199	(70.1)	946	(58.6)	2145	(64.5)
血清アルブミン値3.5g/dl以下＊記録があるもの						
あり	639	(53.3)	480	(50.7)	1119	(52.2)
褥瘡						
あり	34	(2.0)	38	(2.3)	72	(2.2)
経腸栄養法						
あり	152	(8.8)	147	(9.0)	299	(8.9)
静脈栄養法						
あり	0	(0.0)	2	(0.1)	2	(0.1)

表Ⅱ-4 基準日（平成27年9月30日）における対象者の基本特性 4

		特養 n=1,727		老健 n=1,640		全体 n=3,367	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事形態 主食	常食	484	(30.7)	834	(53.3)	1318	(41.9)
	嚥下調整食	1092	(69.3)	732	(46.7)	1824	(58.1)
	0j	11	(1.0)	0	(0.0)	11	(0.6)
	0t	4	(0.4)	1	(0.1)	5	(0.3)
	1j	158	(14.5)	85	(11.6)	244	(13.4)
	2-1	100	(9.2)	36	(4.9)	136	(7.5)
	2-2	32	(2.9)	28	(3.8)	60	(3.3)
	3	250	(22.9)	77	(10.5)	327	(17.9)
	4	536	(49.1)	498	(68.0)	1034	(56.7)
食事形態 副食	常食	498	(31.3)	911	(58.4)	1409	(44.7)
	嚥下調整食	1091	(68.7)	650	(41.6)	1741	(55.3)
	0j	11	(1.0)	0	(0.0)	11	(0.6)
	0t	16	(1.5)	0	(0.0)	16	(0.9)
	1j	61	(5.6)	56	(8.6)	117	(6.7)
	2-1	233	(21.4)	78	(12.0)	311	(17.9)
	2-2	174	(15.9)	41	(6.3)	215	(12.3)
	3	302	(27.7)	180	(27.7)	482	(27.7)
	4	291	(26.7)	282	(43.4)	573	(32.9)
水分のとりみ剤使用							
あり		531	(37.3)	353	(22.9)	884	(29.8)
とりみ剤段階							
うすい		218	(41.1)	136	(38.5)	354	(40.0)
中間		226	(42.6)	139	(39.4)	365	(41.3)
濃い		76	(14.3)	55	(15.6)	131	(14.8)
不明		11	(2.1)	23	(6.5)	34	(3.8)
各種加算の算定							
経口移行加算		13	(0.8)	4	(0.2)	17	(0.5)
経口維持加算（Ⅰ）		593	(34.3)	412	(25.1)	1005	(29.8)
経口維持加算（Ⅱ）		432	(25.0)	331	(20.2)	763	(22.7)
療養食加算		441	(25.5)	643	(39.2)	1084	(32.2)
看取り介護加算/ターミナルケア加算		6	(0.3)	11	(0.7)	17	(0.5)
入所前後訪問指導加算		—	—	27	(1.6)	27	(0.8)
退所前訪問指導加算		—	—	42	(2.6)	42	(1.2)
退所後訪問指導加算		—	—	29	(1.8)	29	(0.9)

2. 経口維持加算（Ⅰ）算定者における取り組みの状況

【嚥下機能評価方法】

経口維持加算（Ⅰ）算定者（特養 n=593、老健 n=421）における嚥下機能評価方法は、特養では水飲みテスト 55.0%、頸部聴診法 39.5%、咀嚼能力・機能検査 25.1%、老健では水飲みテスト 66.5%、咀嚼能力・機能検査 16.7%、頸部聴診法 15.5%であった（表Ⅱ-5）。

【ミールラウンド参加職種】

ミールラウンド参加職種は、特養では管理栄養士 98.5%、介護職員 97.8%、看護職員 95.8%、介護支援専門員 93.1%、医師 56.8%、理学療法士 52.6%であり、老健では管理栄養士 97.1%、看護職員 91.7%、介護職員 89.3%、理学療法士 59.7%、作業療法士 49.3%、歯科衛生士 48.3%であった（表Ⅱ-5）。

【カンファレンス参加職種】

経口維持のための多職種カンファレンス参加職種は、特養では管理栄養士 98.3%、看護職員 98.1%、介護職員 95.6%、介護支援専門員 94.8%、歯科医師 75.7%、歯科衛生士 69.5%であり、老健では管理栄養士 96.4%、介護職員 95.4%、看護職員 91.0%、理学療法士 69.7%、介護支援専門員 59.7%、作業療法士 51.5%であった（表Ⅱ-5）。

【食事の観察項目】

厚生労働省通知による経口維持計画の様式例の項目で該当したものは、特養では「嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）」52.3%、「上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である」52.1%、「食事をしながら、寝てしまう」37.9%、「食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない」34.6%、「上下の奥歯や義歯が咬み合っていない」34.4%であった。

老健では「嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）」51.5%、「上下の奥歯や義歯が咬み合っていない」39.6%、「食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる」38.6%、「上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である」38.3%、「口腔内の衛生状態が悪い」34.7%、「食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない」31.1%であった（表Ⅱ-6）。

表Ⅱ-5 基準日（平成 27 年 9 月 30 日）における経口維持加算（Ⅰ）算定者の

摂食・嚥下能力検査とミールランド・カンファレンス参加職種

経口維持加算Ⅰ算定者	特養 n=593		老健 n=412		全体 n=1,005	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
摂食・嚥下能力検査						
水飲みテスト	326	(55.0)	274	(66.5)	600	(59.7)
頸部聴診法	234	(39.5)	64	(15.5)	298	(29.7)
嚥下内視鏡検査	57	(9.6)	9	(2.2)	66	(6.6)
嚥下造影検査	0	(0.0)	2	(0.5)	2	(0.2)
咀嚼能力・機能の検査	149	(25.1)	69	(16.7)	218	(21.7)
その他	166	(28.0)	188	(45.6)	354	(35.2)
ミールランドの参加者						
医師	337	(56.8)	142	(34.5)	479	(47.7)
歯科医師	280	(47.2)	72	(17.5)	352	(35.0)
管理栄養士	584	(98.5)	400	(97.1)	984	(97.9)
歯科衛生士	244	(41.1)	199	(48.3)	443	(44.1)
言語聴覚士	76	(12.8)	176	(42.7)	252	(25.1)
作業療法士	174	(29.3)	203	(49.3)	377	(37.5)
理学療法士	312	(52.6)	246	(59.7)	558	(55.5)
看護職員	568	(95.8)	378	(91.7)	946	(94.1)
介護職員	580	(97.8)	368	(89.3)	948	(94.3)
介護支援専門員	552	(93.1)	117	(28.4)	669	(66.6)
その他	111	(18.7)	59	(14.3)	170	(16.9)
カンファレンスの参加者						
医師	378	(63.7)	191	(46.4)	569	(56.6)
歯科医師	449	(75.7)	26	(6.3)	475	(47.3)
管理栄養士	583	(98.3)	397	(96.4)	980	(97.5)
歯科衛生士	412	(69.5)	165	(40.0)	577	(57.4)
言語聴覚士	75	(12.6)	174	(42.2)	249	(24.8)
作業療法士	202	(34.1)	212	(51.5)	414	(41.2)
理学療法士	312	(52.6)	287	(69.7)	599	(59.6)
看護職員	582	(98.1)	375	(91.0)	957	(95.2)
介護職員	567	(95.6)	393	(95.4)	960	(95.5)
介護支援専門員	562	(94.8)	246	(59.7)	808	(80.4)
その他	141	(23.8)	62	(15.0)	203	(20.2)

表Ⅱ-6 基準日（平成27年9月30日）における経口維持加算（Ⅰ）算定者の食事の観察項目

経口維持加算Ⅰ算定者	特養 n=593		老健 n=412		全体 n=1,005	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事の観察項目						
上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	309	(52.1)	158	(38.3)	467	(46.5)
頸部が後屈しがちである	111	(18.7)	65	(15.8)	176	(17.5)
食事を楽しみにしていない	69	(11.6)	48	(11.7)	117	(11.6)
食事をしながら、寝てしまう	225	(37.9)	78	(18.9)	303	(30.1)
食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	205	(34.6)	128	(31.1)	333	(33.1)
食事又はその介助を拒否する	117	(19.7)	54	(13.1)	171	(17.0)
食事に時間がかかり、疲労する	162	(27.3)	115	(27.9)	277	(27.6)
次から次へと食べ物を口に運ぶ	107	(18.0)	91	(22.1)	198	(19.7)
口腔内が乾燥している	84	(14.2)	98	(23.8)	182	(18.1)
口腔内の衛生状態が悪い	103	(17.4)	143	(34.7)	246	(24.5)
噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	310	(52.3)	212	(51.5)	522	(51.9)
上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	204	(34.4)	163	(39.6)	367	(36.5)
口から食物や唾液がこぼれる	91	(15.3)	94	(22.8)	185	(18.4)
口腔内に食物残渣が目立つ	194	(32.7)	105	(25.5)	299	(29.8)
食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	163	(27.5)	159	(38.6)	322	(32.0)
食事中や食後に濁った声になる	165	(27.8)	92	(22.3)	257	(25.6)
一口あたり何度も嚥下する	80	(13.5)	76	(18.4)	156	(15.5)
固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	72	(12.1)	78	(18.9)	150	(14.9)
頻繁にむせたり、せきこんだりする	169	(28.5)	108	(26.2)	277	(27.6)
食事中や食後に濁った声に変わる	73	(12.3)	71	(17.2)	144	(14.3)
食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	68	(11.5)	65	(15.8)	133	(13.2)
観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	18	(3.0)	10	(2.4)	28	(2.8)
食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	115	(19.4)	68	(16.5)	183	(18.2)

3. 経口維持加算（Ⅱ）算定者における取り組みの状況

【嚥下機能評価方法】

経口維持加算（Ⅱ）算定者（特養 n=430、老健 n=331）における嚥下機能評価方法は、特養では水飲みテスト 61.4%、頸部聴診法 43.0%、咀嚼能力・機能検査 27.2%、老健では水飲みテスト 61.9%、頸部聴診法 19.3%、咀嚼能力・機能検査 11.2%であった（表Ⅱ-7）。

【ミールラウンド参加職種】

ミールラウンド参加職種は、特養では管理栄養士 99.1%、介護職員 99.1%、看護職員 99.1%、介護支援専門員 99.1%、医師 65.8%、歯科医師 64.7%、歯科衛生士 56.7%、言語聴覚士 17.7%であり、老健では管理栄養士 97.3%、看護職員 90.9%、介護職員 89.3%、歯科衛生士 60.1%、言語聴覚士 53.2%、歯科医師 21.8%であった（表Ⅱ-7）。

【カンファレンス参加職種】

経口維持のための多職種カンファレンス参加職種は、特養では管理栄養士 98.8%、介護職員 98.8%、介護支援専門員 98.8%、看護職員 98.6%、歯科医師 85.6%、歯科衛生士 78.4%、言語聴覚士 17.4%であり、老健では管理栄養士 96.7%、介護職員 95.5%、看護職員 89.7%、

理学療法士 68.3%、介護支援専門員 63.1%、言語聴覚士 52.6%、歯科衛生士 49.8%、歯科医師 7.9%であった（表Ⅱ-7）。

【食事の観察項目】

厚生労働省通知による経口維持計画の様式例の項目で該当したものは、特養では「上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である」56.3%、「嚙むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）」53.0%、「食事をしながら、寝てしまう」39.8%、「口腔内に食物残渣が目立つ」35.8%、「頻繁にむせたり、せきこんだりする」35.6%であり、老健では「嚙むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）」50.5%、「食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる」42.0%、「口腔内の衛生状態が悪い」39.9%、「上下の奥歯や義歯が咬み合っていない」38.4%、「上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である」37.8%、「食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない」32.0%であった（表Ⅱ-8）。

表Ⅱ-7 基準日（平成27年9月30日）における経口維持加算（Ⅱ）算定者の

摂食・嚥下能力検査とミールランド・カンファレンス参加職種

経口維持加算Ⅱ算定者	特養 n=430		老健 n=331		全体 n=761	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
摂食・嚥下能力検査						
水飲みテスト	264	(61.4)	205	(61.9)	469	(61.6)
頸部聴診法	185	(43.0)	64	(19.3)	249	(32.7)
嚥下内視鏡検査	52	(12.1)	4	(1.2)	56	(7.4)
嚥下造影検査	0	(0.0)	2	(0.6)	2	(0.3)
咀嚼能力・機能の検査	117	(27.2)	37	(11.2)	154	(20.2)
その他	117	(27.2)	180	(54.4)	297	(39.0)
ミールランドの参加者						
医師	283	(65.8)	107	(32.3)	390	(51.2)
歯科医師	278	(64.7)	72	(21.8)	350	(46.0)
管理栄養士	426	(99.1)	322	(97.3)	748	(98.3)
歯科衛生士	244	(56.7)	199	(60.1)	443	(58.2)
言語聴覚士	76	(17.7)	176	(53.2)	252	(33.1)
作業療法士	93	(21.6)	157	(47.4)	250	(32.9)
理学療法士	191	(44.4)	186	(56.2)	377	(49.5)
看護職員	426	(99.1)	301	(90.9)	727	(95.5)
介護職員	426	(99.1)	290	(87.6)	716	(94.1)
介護支援専門員	426	(99.1)	100	(30.2)	526	(69.1)
その他	111	(25.8)	59	(17.8)	170	(22.3)
カンファレンスの参加者						
医師	284	(66.0)	129	(39.0)	413	(54.3)
歯科医師	368	(85.6)	26	(7.9)	394	(51.8)
管理栄養士	425	(98.8)	320	(96.7)	745	(97.9)
歯科衛生士	337	(78.4)	165	(49.8)	502	(66.0)
言語聴覚士	75	(17.4)	174	(52.6)	249	(32.7)
作業療法士	93	(21.6)	165	(49.8)	258	(33.9)
理学療法士	191	(44.4)	226	(68.3)	417	(54.8)
看護職員	424	(98.6)	297	(89.7)	721	(94.7)
介護職員	425	(98.8)	316	(95.5)	741	(97.4)
介護支援専門員	425	(98.8)	209	(63.1)	634	(83.3)
その他	114	(26.5)	62	(18.7)	176	(23.1)

表Ⅱ-8 基準日（平成27年9月30日）における経口維持加算（Ⅱ）算定者の食事の観察項目

経口維持加算Ⅱ算定者	特養 n=430		老健 n=331		全体 n=761	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事の観察項目						
上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	242	(56.3)	125	(37.8)	367	(48.2)
頸部が後屈しがちである	77	(17.9)	50	(15.1)	127	(16.7)
食事を楽しみにしていない	58	(13.5)	33	(10.0)	91	(12.0)
食事をしながら、寝てしまう	171	(39.8)	65	(19.6)	236	(31.0)
食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	148	(34.4)	106	(32.0)	254	(33.4)
食事又はその介助を拒否する	106	(24.7)	44	(13.3)	150	(19.7)
食事に時間がかかり、疲労する	105	(24.4)	91	(27.5)	196	(25.8)
次から次へと食べ物を口に運ぶ	77	(17.9)	69	(20.8)	146	(19.2)
口腔内が乾燥している	71	(16.5)	96	(29.0)	167	(21.9)
口腔内の衛生状態が悪い	85	(19.8)	132	(39.9)	217	(28.5)
嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	228	(53.0)	167	(50.5)	395	(51.9)
上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	122	(28.4)	127	(38.4)	249	(32.7)
口から食物や唾液がこぼれる	51	(11.9)	80	(24.2)	131	(17.2)
口腔内に食物残渣が目立つ	154	(35.8)	94	(28.4)	248	(32.6)
食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	133	(30.9)	139	(42.0)	272	(35.7)
食事中や食後に濁った声になる	121	(28.1)	84	(25.4)	205	(26.9)
一口あたり何度も嚥下する	73	(17.0)	65	(19.6)	138	(18.1)
固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	48	(11.2)	67	(20.2)	115	(15.1)
頻繁にむせたり、せきこんだりする	153	(35.6)	84	(25.4)	237	(31.1)
食事中や食後に濁った声に変わる	67	(15.6)	64	(19.3)	131	(17.2)
食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	61	(14.2)	53	(16.0)	114	(15.0)
観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	15	(3.5)	9	(2.7)	24	(3.2)
食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	92	(21.4)	50	(15.1)	142	(18.7)

4. 死亡・入院・在宅退所イベント

追跡期間中（平成27年9月30日から平成28年9月30日）に施設で死亡したものは特養 8.3%、老健 7.5%、入院したものは特養 25.7%、老健 13.5%、在宅へ退所したものは特養 0.4%、老健 25.4%であった（表Ⅱ-9）。

表Ⅱ-9 追跡期間中（平成27年9月30日～平成28年9月30日）の死亡、入院、退所、在宅への退所

	特養 n=1,727		老健 n=1,640		合計 n=3,367	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
施設で死亡	144	(8.3)	123	(7.5)	267	(7.9)
入院	443	(25.7)	221	(13.5)	664	(19.7)
退所	18	(1.0)	612	(37.3)	630	(18.7)
在宅へ退所	7	(0.4)	417	(25.4)	424	(12.6)

【管理栄養士 1 名配置と 2 名以上配置の比較】

I の施設調査と同様に、施設種別に入所者 80 名以上と未満の施設に層別化し、重点的な栄養ケア・マネジメントを提供する体制として管理栄養士 1 名配置施設と 2 名以上配置施設の入所者に関する基本特性や取り組み内容および死亡・入院・在宅退所イベントの発生状況について比較した。

なお、個別調査対象施設のうち管理栄養士が 2 名以上配置されている施設は特養 21 施設中 8 施設で対象者 n=839、老健 19 施設中 6 施設で対象者 n=600 であった。

また、個別調査対象施設のうち入所者が 80 名以上の施設は 21 施設中 8 施設で対象者 n=919、老健 19 施設中 14 施設で対象者 n=1,361 であった（表Ⅱ-10）。

表Ⅱ-10 特養・老健 入所者数（80 名未満／80 名以上）、

常勤管理栄養士配置数（1 名配置／2 名以上配置）別の対象者数内訳

	入所者数				合計	
	80名未満 (13施設)		80名以上 (8施設)		(21施設)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
特養						
管理栄養士配置数						
1名配置（13施設）	600	(74.3)	288	(31.3)	888	(51.4)
2名以上配置（8施設）	208	(25.7)	631	(68.7)	839	(48.6)
合計	808	(100.0)	919	(100.0)	1727	(100.0)
	入所者数				合計	
	80名未満 (5施設)		80名以上 (14施設)		(19施設)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
老健						
管理栄養士配置数						
1名配置（13施設）	203	(72.8)	837	(61.5)	1040	(63.4)
2名以上配置（6施設）	76	(27.2)	524	(38.5)	600	(36.6)
合計	279	(100.0)	1361	(100.0)	1640	(100.0)

以下は、入所者 80 名以上の特養（8 施設 n=919）、老健（14 施設 n=1,361）の結果について述べる。

1. 基準日（平成 27 年 9 月 30 日）における対象者の基本特性の比較

特養の管理栄養士 2 名以上配置施設の 1 名配置に対する特徴として、男性の割合が有意に高く（1 名配置 15.7% vs 2 名以上配置 21.3% p=0.045）、平均年齢が有意に低かった（1 名配置 87.2(SD7.0)歳 vs 2 名以上配置 85.8(SD8.4)歳 p=0.043）（表Ⅱ-11, 12）。低栄養状態リスクとして 3%以上の体重減少があるものの割合が有意に高く（1 名配置 11.1% vs 2 名以上配置 24.7% p<0.001）、血清アルブミン値 3.5g/dl 以下のものの割合が有意に低かった（1 名配置 66.0% vs 2 名以上配置 43.3% p<0.001）。食事形態は副食で嚥下調整食のものの割合が有意に高く（1 名配置 72.5% vs 2 名以上配置 83.2% p<0.001）、水分にとろみ剤を使用しているものの割合は有意に低かった（1 名配置 47.1% vs 2 名以上配置 33.8% p=0.001）（表Ⅱ-13）。

各種加算の算定者の割合は、経口維持加算（Ⅰ）（1名配置 26.0% vs 2名以上配置 50.6% $p<0.001$ ）、経口維持加算（Ⅱ）（1名配置 26.0% vs 2名以上配置 37.6% $p=0.001$ ）、療養食加算（1名配置 16.0% vs 2名以上配置 41.4% $p<0.001$ ）が有意に高かった（表Ⅱ-14）。

1名配置施設の特養において経口維持加算（Ⅰ）を算定している75名はすべて同一の施設入所者であった（表Ⅱ-15, 16）。2名以上配置施設における食事の観察項目は「噛むことが困難（葉・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）」（50.3%）、「上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難」（33.0%）、「食事をしながら寝てしまう」（26.1%）が多く見られた（表Ⅱ-16）。

表Ⅱ-11 特養入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1名配置／2名以上配置）基本特性クロス集計 1

特養入所者80名以上	1名配置（3施設） n=288		2名以上配置（5施設） n=631		p値	χ ² 検定
	n	(%)	n	(%)		
要介護度						
要介護1	2	(0.7)	22	(3.5)	0.150 *マンホイットニーU検定	
要介護2	13	(4.5)	62	(9.8)		
要介護3	50	(17.4)	103	(16.3)		
要介護4	105	(36.6)	186	(29.5)		
要介護5	117	(40.8)	258	(40.9)		
性						
男性	45	(15.7)	133	(21.3)	0.045	
女性	242	(84.3)	490	(78.7)		
年齢区分						
65歳未満	0	(0.0)	12	(1.9)	0.029 *マンホイットニーU検定	
65-74歳	12	(4.2)	50	(7.9)		
75-79歳	27	(9.5)	67	(10.6)		
80-84歳	56	(19.6)	115	(18.2)		
85-89歳	75	(26.3)	181	(28.7)		
90-94歳	75	(26.3)	110	(17.4)		
95-99歳	33	(11.6)	78	(12.4)		
100歳以上	7	(2.5)	18	(2.9)		
認知症						
あり	275	(97.2)	620	(98.4)	0.150	
認知症の日常生活活動度						
I	15	(5.5)	24	(3.9)	0.966 *マンホイットニーU検定	
II	3	(1.1)	0	(0.0)		
II a	15	(5.5)	28	(4.5)		
II b	23	(8.4)	102	(16.5)		
III	11	(4.0)	2	(0.3)		
III a	91	(33.1)	181	(29.3)		
III b	21	(7.6)	100	(16.2)		
IV	87	(31.6)	141	(22.9)		
M	9	(3.3)	39	(6.3)		

表Ⅱ-12 特養入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性平均値の比較

特養入所者80名以上	1名配置 (3施設) n=288			2名以上配置 (5施設) n=631			マンホイットニー U検定 p値
	n	mean	SD	n	mean	SD	
年齢(歳)	285	87.2	(7.0)	631	85.8	(8.4)	0.043
身長(cm)	288	146.7	(8.1)	631	148.1	(9.7)	0.112
体重(kg)	288	42.9	(8.0)	631	44.6	(8.5)	0.005
BMI(kg/m ²)	288	19.9	(3.4)	631	20.3	(3.4)	0.059
血清アルブミン値(g/dl)	188	3.4	(0.4)	552	3.6	(0.4)	0.000
食事摂取量(全体)(%)	283	95.3	(10.7)	400	85.6	(23.4)	0.000
食事摂取量(主食)(%)	283	96.4	(10.3)	612	87.1	(21.4)	0.000
食事摂取量(主菜)(%)	283	94.0	(13.7)	607	84.2	(22.3)	0.000
食事摂取量(副菜)(%)	283	94.5	(13.3)	427	83.8	(24.1)	0.000

表Ⅱ-13 特養入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性クロス集計 2

特養入所者80名以上	1名配置 (3施設) n=288		2名以上配置 (5施設) n=631		p値	χ ² 検定
	n	(%)	n	(%)		
摂食・嚥下能力のグレード評価						
Gr.1	43	(14.9)	36	(5.7)		0.531
Gr.3	0	(0.0)	1	(0.2)		*マンホイットニーU検定
Gr.4	4	(1.4)	25	(4.0)		
Gr.5	2	(0.7)	21	(3.3)		
Gr.6	41	(14.2)	107	(17.0)		
Gr.7	45	(15.6)	150	(23.8)		
Gr.8	72	(25.0)	141	(22.3)		
Gr.9	56	(19.4)	102	(16.2)		
Gr.10	25	(8.7)	48	(7.6)		
義歯の状態						
義歯あり	162	(56.6)	339	(53.7)		0.411
摂食方法						
自力摂取 (はし／スプーン)	103	(41.7)	364	(58.7)		0.014
自力摂取 (自助具使用)	60	(24.3)	27	(4.4)		*マンホイットニーU検定
部分介助・全面介助	84	(34.0)	229	(36.9)		
食べる姿勢						
座位	207	(83.5)	503	(80.4)		0.297
60～90°挙上	29	(11.7)	89	(14.2)		*マンホイットニーU検定
30～45°挙上	11	(4.4)	30	(4.8)		
0～15°挙上	1	(0.4)	4	(0.6)		
低栄養状態のリスクレベル						
低リスク	98	(34.0)	235	(37.4)		0.086
中リスク	151	(52.4)	340	(54.1)		*マンホイットニーU検定
高リスク	39	(13.5)	53	(8.4)		
BMI18.5kg/2m未満						
あり	101	(35.1)	195	(30.9)		0.210
3%以上の体重減少						
あり	32	(11.1)	156	(24.7)		0.000
血清アルブミン値						
あり	188	(65.7)	552	(87.9)		0.000
血清アルブミン値3.5g/dl以下※値があるもの						
あり	124	(66.0)	239	(43.3)		0.000
褥瘡						
あり	7	(2.4)	10	(1.6)		0.381
経腸栄養法						
あり	44	(15.3)	43	(6.8)		0.000
静脈栄養法						
あり	0	(0.0)	0	(0.0)	-	

表Ⅱ-14 特養入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性クロス集計 3

特養入所者80名以上		1 名配置（3施設） n=288		2名以上配置（5施設） n=631		p値	χ ² 検定
		n	(%)	n	(%)		
食事形態 主食							
	常食	60	(24.7)	112	(18.9)		0.059
	嚥下調整食	183	(75.3)	481	(81.1)		
	0j	0	(0.0)	9	(1.9)		0.098
	0t	0	(0.0)	4	(0.8)	*マンホイットニーU検定	
	1j	31	(14.8)	57	(11.9)		
	2-1	21	(10.0)	33	(6.9)		
	2-2	28	(13.3)	0	(0.0)		
	3	26	(12.4)	198	(41.2)		
	4	104	(49.5)	180	(37.4)		
食事形態 副食							
	常食	67	(27.5)	102	(16.8)		0.000
	嚥下調整食	177	(72.5)	504	(83.2)		
	0j	0	(0.0)	9	(1.8)		0.000
	0t	0	(0.0)	16	(3.2)	*マンホイットニーU検定	
	1j	7	(3.5)	8	(1.6)		
	2-1	53	(26.2)	82	(16.3)		
	2-2	50	(24.8)	59	(11.7)		
	3	82	(40.6)	129	(25.6)		
	4	10	(5.0)	200	(39.8)		
水分のとりみ剤使用							
	あり	113	(47.1)	156	(33.8)		0.001
とりみ剤段階							
	うすい	63	(55.3)	52	(35.1)		0.089
	中間	35	(30.7)	73	(49.3)		
	濃い	16	(14.0)	23	(15.5)		
各種加算の算定							
	経口移行加算	5	(1.7)	4	(0.6)		0.116
	経口維持加算（Ⅰ）	75	(26.0)	319	(50.6)		0.000
	経口維持加算（Ⅱ）	75	(26.0)	237	(37.6)		0.001
	療養食加算	46	(16.0)	261	(41.4)		0.000
	看取り介護加算/ターミナルケア加算	2	(0.7)	2	(0.3)		0.420
	入所前後訪問指導加算	0	(0.0)	0	(0.0)		
	退所前訪問指導加算	0	(0.0)	0	(0.0)		
	退所後訪問指導加算	0	(0.0)	0	(0.0)		

表Ⅱ-15 特養入所者 80 名以上 経口維持加算（Ⅰ）算定者

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）摂食・嚥下機能検査、

ミールラウンド参加職種クロス集計

特養入所者80名以上	1 名配置（3施設）		2名以上配置（5施設）		p値	χ2検定
	n=75		n=391			
	n	(%)	n	(%)		
経口維持加算Ⅰ算定者						
嚥下機能検査						
水飲みテスト	75	(100.0)	144	(45.1)		0.000
頸部聴診法	75	(100.0)	110	(34.5)		0.000
嚥下内視鏡検査	0	(0.0)	52	(16.3)		0.000
嚥下造影検査	0	(0.0)	0	(0.0)	-	
咀嚼能力・機能の検査	0	(0.0)	109	(34.2)		0.000
嚥下機能検査その他	0	(0.0)	147	(46.1)		0.000
ミールラウンドの参加者						
医師	75	(100.0)	214	(67.1)		0.000
歯科医師	75	(100.0)	146	(45.8)		0.000
管理栄養士	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
歯科衛生士	0	(0.0)	144	(45.1)		0.000
言語聴覚士	75	(100.0)	1	(0.3)		0.000
作業療法士	0	(0.0)	174	(54.5)		0.000
理学療法士	75	(100.0)	174	(54.5)		0.000
看護職員	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
介護職員	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
介護支援専門員	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
その他	0	(0.0)	75	(23.5)		0.000
カンファレンスの参加者						
医師	75	(100.0)	214	(67.1)		0.000
歯科医師	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
管理栄養士	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
歯科衛生士	0	(0.0)	312	(97.8)		0.000
言語聴覚士	75	(100.0)	0	(0.0)		0.000
作業療法士	0	(0.0)	174	(54.5)		0.000
理学療法士	75	(100.0)	174	(54.5)		0.000
看護職員	75	(100.0)	317	(99.4)		0.492
介護職員	75	(100.0)	318	(99.7)		0.627
介護支援専門員	75	(100.0)	316	(99.1)		0.399
その他	0	(0.0)	105	(32.9)		0.000

※1 名配置施設の特養において経口維持加算（Ⅰ）を算定している 75 名はすべて同一の施設入所者

表Ⅱ-16 特養入所者 80 名以上 経口維持加算（Ⅰ）算定者
常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）食事の観察項目クロス集計

特養入所者80名以上	1 名配置（3施設）		2名以上配置（5施設）		p値	χ ² 検定
	n=75		n=391			
	n	(%)	n	(%)		
食事の観察項目						
上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	75	(100.0)	105	(33.0)		0.000
頸部が後屈しがちである	20	(26.7)	43	(13.5)		0.005
食事を楽しみにしていない	13	(17.3)	21	(6.6)		0.011
食事をしながら、寝てしまう	43	(57.3)	83	(26.1)		0.000
食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	23	(30.7)	65	(20.4)		0.056
食事又はその介助を拒否する	3	(4.0)	48	(15.1)		0.010
食事に時間がかかり、疲労する	0	(0.0)	57	(17.9)		0.000
次から次へと食べ物を口に運ぶ	12	(16.0)	42	(13.2)		0.534
口腔内が乾燥している	9	(12.0)	13	(4.1)		0.007
口腔内の衛生状態が悪い	18	(24.0)	15	(4.7)		0.000
噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	10	(13.3)	160	(50.3)		0.000
固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	15	(20.0)	77	(24.2)		0.438
上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	0	(0.0)	13	(4.1)		0.016
口から食物や唾液がこぼれる	28	(37.3)	75	(23.6)		0.047
口腔内に食物残渣が目立つ	17	(22.7)	53	(16.7)		0.222
食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	14	(18.7)	55	(17.3)		0.779
食事中や食後に濁った声になる	3	(4.0)	23	(7.2)		0.528
一口あたり何度も嚥下する	2	(2.7)	22	(6.9)		0.165
頻繁にむせたり、せきこんだりする	32	(42.7)	66	(20.8)		0.000
食事中や食後に濁った声に変わる	4	(5.3)	13	(4.1)		0.795
食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	6	(8.0)	22	(6.9)		0.743
観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	0	(0.0)	3	(0.9)		0.398
食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	20	(26.7)	28	(8.8)		0.000

※1 名配置施設の特養において経口維持加算（Ⅰ）を算定している 75 名はすべて同一の施設入所者

老健の管理栄養士 2 名以上配置施設の 1 名配置施設に対する特徴として、要介護度が有意に高く（要介護 3 以上 1 名配置 64.9% vs 2 名以上配置 71.8%）、男性の割合が有意に低く（1 名配置 30.6% vs 23.9% $p=0.007$ ）、平均年齢が有意に高く（1 名配置 84.1(SD9.0) 歳 vs 2 名以上配置 86.0(SD8.1) 歳 $p<0.001$ ）、認知症を有する割合が有意に高かった（1 名配置 83.8% vs 2 名以上配置 86.4% $p=0.041$ ）（表Ⅱ-17, 19）。低栄養状態高リスク者の割合が有意に高く（1 名配置 5.2% vs 2 名以上配置 10.6% $p=0.009$ ）、3%以上の体重減少があるものの割合が有意に高く（1 名配置 9.9% vs 2 名以上配置 13.8% $p=0.027$ ）、血清アルブミン値 3.5g/dl 以下のものの割合が有意に高かった（1 名配置 45.3% vs 2 名以上配置 57.7% $p<0.001$ ）。食事形態は主食で嚥下調整食のものの割合が有意に高かった（1 名配置 45.7% vs 2 名以上配置 53.7% $p=0.005$ ）（表Ⅱ-18）。

各種加算の算定者の割合は、経口維持加算（Ⅰ）（1 名配置 20.4% vs 2 名以上配置 35.3% $p<0.001$ ）、経口維持加算（Ⅱ）（1 名配置 15.4% vs 2 名以上配置 32.8% $p<0.001$ ）、療養食加算（1 名配置 37.3% vs 2 名以上配置 43.7% $p=0.018$ ）、退所後訪問指導加算（1 名配置 0.2% vs 2 名以上配置 5.0% $p<0.001$ ）が有意に高かった（表Ⅱ-18）。

経口維持加算（Ⅰ）算定者への嚥下機能検査は、2 名以上配置施設では水飲みテスト（1 名配置 50.3% vs 2 名以上配置 77.3% $p<0.001$ ）、頸部聴診法（1 名配置 9.4% vs 2 名以上配置 20.5% $p=0.003$ ）が多かった。ミールラウンド参加職種は 2 名以上配置施設では歯科医師（1 名配置 15.2% vs 2 名以上配置 24.9% $p<0.023$ ）、言語聴覚士（1 名配置 22.2% vs 2 名以上配置 58.9% $p<0.001$ ）、作業療法士（1 名配置 44.4% vs 2 名以上配置 65.9% $p<0.001$ ）、介護職員（1 名配置 81.3% vs 2 名以上配置 95.1% $p<0.001$ ）が多く、1 名配置施設では医師（1 名配置 56.7% vs 2 名以上配置 14.1% $p<0.001$ ）、理学療法士（1 名配置 76.6% vs 2 名以上配置 41.1% $p<0.001$ ）、介護支援専門員（1 名配置 40.4% vs 2 名以上配置 15.7% $p<0.001$ ）が多かった。カンファレンス参加職種は 2 名以上配置施設では歯科衛生士（1 名配置 29.8% vs 2 名以上配置 51.4% $p<0.001$ ）、言語聴覚士（1 名配置 21.6% vs 2 名以上配置 58.9% $p<0.001$ ）、作業療法士（1 名配置 44.4% vs 2 名以上配置 65.9% $p<0.001$ ）が多く、1 名配置施設では医師（1 名配置 63.7% vs 2 名以上配置 20.5% $p<0.001$ ）、歯科医師（1 名配置 15.2% vs 2 名以上配置 0% $p<0.001$ ）、介護支援専門員（1 名配置 71.9% vs 2 名以上配置 40.5% $p<0.001$ ）が多かった（表Ⅱ-20）。

食事の観察項目については、2 名以上配置施設では「口腔内に残差が目立つ」（1 名配置 29.3% vs 2 名以上配置 55.5% $p<0.001$ ）、「食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない」（1 名配置 29.3% vs 2 名以上配置 35.2% $p=0.003$ ）、「口腔内が乾燥している」（1 名配置 21.1% vs 2 名以上配置 34.6% $p=0.005$ ）、「食事中や食後に濁った声になる」（1 名配置 9.6% vs 2 名以上配置 31.9% $p<0.001$ ）等が多く見られた（表Ⅱ-21）。

表Ⅱ-17 老健入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性クロス集計 1

老健入所者80名以上	1 名配置（9施設） n=837		2名以上配置（5施設） n=524		p値 χ^2 検定
	n	(%)	n	(%)	
要介護度					
要介護1	120	(14.5)	34	(6.5)	0.001
要介護2	168	(20.2)	111	(21.3)	*マンホイットニー-U検定
要介護3	211	(25.4)	129	(24.7)	
要介護4	202	(24.3)	152	(29.1)	
要介護5	126	(15.2)	94	(18.0)	
その他	3	(0.4)	2	(0.4)	
性					
男性	254	(30.6)	125	(23.9)	0.007
女性	576	(69.4)	399	(76.1)	
年齢区分					
65歳未満	25	(3.0)	9	(1.7)	0.001
65-74歳	95	(11.4)	26	(5.0)	*マンホイットニー-U検定
75-79歳	99	(11.9)	69	(13.2)	
80-84歳	180	(21.6)	101	(19.3)	
85-89歳	195	(23.4)	135	(25.8)	
90-94歳	150	(18.0)	128	(24.4)	
95-99歳	71	(8.5)	44	(8.4)	
100歳以上	20	(2.4)	12	(2.3)	
認知症					
あり	692	(83.8)	450	(86.4)	0.041
認知症の日常生活活動度					
I	51	(7.8)	52	(12.6)	0.080 *マンホイットニー-U検定
II	10	(1.5)	3	(0.7)	
II a	122	(18.6)	63	(15.2)	
II b	98	(15.0)	96	(23.2)	
III	12	(1.8)	2	(0.5)	
III a	227	(34.7)	114	(27.5)	
III b	53	(8.1)	37	(8.9)	
IV	62	(9.5)	42	(10.1)	
M	20	(3.1)	5	(1.2)	
摂食・嚥下能力のグレード評価					
Gr.1	31	(3.7)	18	(3.5)	0.194 *マンホイットニー-U検定
Gr.2	1	(0.1)	0	(0.0)	
Gr.3	1	(0.1)	0	(0.0)	
Gr.4	6	(0.7)	8	(1.5)	
Gr.5	1	(0.1)	1	(0.2)	
Gr.6	57	(6.8)	16	(3.1)	
Gr.7	134	(16.1)	145	(27.8)	
Gr.8	148	(17.7)	71	(13.6)	
Gr.9	89	(10.7)	40	(7.7)	
Gr.10	366	(43.9)	222	(42.6)	
義歯の状態					
義歯あり	502	(63.8)	340	(65.1)	0.618
摂食方法					
自力摂取（はし／スプーン）	659	(80.1)	381	(75.4)	0.050 *マンホイットニー-U検定
自力摂取（自助具使用）	28	(3.4)	22	(4.4)	
部分介助・全面介助	136	(16.5)	102	(20.2)	
食べる姿勢					
座位	775	(93.6)	475	(92.4)	0.373 *マンホイットニー-U検定
60～90°挙上	35	(4.2)	19	(3.7)	
30～45°挙上	14	(1.7)	17	(3.3)	
0～15°挙上	4	(0.5)	3	(0.6)	

表Ⅱ-18 老健入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性クロス集計 2

老健入所者80名以上		1 名配置（9施設）		2名以上配置（5施設）		p値	χ2検定
		n=837		n=524			
		n	(%)	n	(%)		
低栄養状態のリスクレベル							
	低リスク	417	(50.1)	234	(45.0)	0.009	
	中リスク	373	(44.8)	231	(44.4)	*マンホイットニー-U検定	
	高リスク	43	(5.2)	55	(10.6)		
BMI18.5kg/2m未満							
	あり	280	(33.5)	164	(31.4)	0.428	
3%以上の体重減少							
	あり	82	(9.9)	72	(13.8)	0.027	
血清アルブミン値							
	あり	470	(57.3)	378	(73.0)	0.000	
血清アルブミン値3.5g/dl以下※値があるもの							
	あり	213	(45.3)	218	(57.7)	0.000	
褥瘡							
	あり	9	(1.1)	18	(3.4)	0.003	
経腸栄養法							
	あり	38	(4.5)	21	(4.0)	0.639	
静脈栄養法							
	あり	0	(0.0)	2	(0.4)	0.074	
食事形態 主食							
	常食	433	(54.3)	232	(46.3)	0.005	
	嚥下調整食	365	(45.7)	269	(53.7)		
	0t	1	(0.3)	0	(0.0)	0.020	
	1j	33	(9.0)	44	(16.5)	*マンホイットニー-U検定	
	2-1	22	(6.0)	4	(1.5)		
	2-2	2	(0.5)	7	(2.6)		
	3	36	(9.8)	36	(13.5)		
	4	274	(74.5)	175	(65.8)		
食事形態 副食							
	常食	449	(56.4)	262	(52.4)	0.158	
	嚥下調整食	347	(43.6)	238	(47.6)		
	1j	12	(3.5)	32	(13.8)	0.000	
	2-1	42	(12.3)	33	(14.2)	*マンホイットニー-U検定	
	2-2	7	(2.0)	18	(7.8)		
	3	68	(19.9)	97	(41.8)		
	4	213	(62.3)	52	(22.4)		
水分のとりみ剤使用							
	あり	180	(23.0)	113	(22.7)		
とりみ剤段階							
	うすい	83	(46.1)	38	(38.8)	0.069	
	中間	66	(36.7)	51	(52.0)	*マンホイットニー-U検定	
	濃い	31	(17.2)	9	(9.2)		
各種加算の算定							
	経口移行加算	0	(0.0)	1	(0.2)	0.206	
	経口維持加算（Ⅰ）	171	(20.4)	185	(35.3)	0.000	
	経口維持加算（Ⅱ）	129	(15.4)	172	(32.8)	0.000	
	療養食加算	312	(37.3)	229	(43.7)	0.018	
	看取り介護加算/ターミナルケア加算	5	(0.6)	6	(1.1)	0.272	
	入所前後訪問指導加算	5	(0.6)	5	(1.0)	0.453	
	退所前訪問指導加算	14	(1.7)	5	(1.0)	0.272	
	退所後訪問指導加算	2	(0.2)	26	(5.0)	0.000	

表Ⅱ-19 老健入所者 80 名以上

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）基本特性平均値の比較

老健入所者80名以上	1名配置 (9施設)n=837			2名以上配置 (5施設)n=524			マンホイットニー U検定 p値
	n	mean	SD	n	mean	SD	
年齢(歳)	835	84.1	(9.0)	524	86.0	(8.1)	0.001
身長(cm)	833	150.6	(9.8)	522	148.4	(9.2)	0.000
体重(kg)	836	45.5	(9.2)	522	45.0	(9.3)	0.202
BMI(kg/m ²)	836	20.0	(3.2)	522	20.3	(3.6)	0.108
血清アルブミン値(g/dl)	470	3.6	(0.4)	378	3.4	(0.5)	0.000
食事摂取量(全体)(%)	726	94.2	(10.9)	511	92.0	(14.0)	0.025
食事摂取量(主食)(%)	806	96.1	(10.6)	511	93.5	(14.3)	0.034
食事摂取量(主菜)(%)	808	93.4	(13.1)	510	90.0	(16.8)	0.002
食事摂取量(副菜)(%)	777	91.6	(15.1)	509	90.4	(16.1)	0.349

表Ⅱ-20 老健入所者 80 名以上 経口維持加算（Ⅰ）算定者

常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）摂食・嚥下機能検査、

ミールラウンド・カンファレンス参加職種クロス集計

老健入所者80名以上	1名配置 (9施設) n=171		2名以上配置 (5施設) n=185		p値	χ ² 検定
	n	(%)	n	(%)		
経口維持加算Ⅰ算定者						
嚥下機能検査						
水飲みテスト	86	(50.3)	143	(77.3)	0.000	
頸部聴診法	16	(9.4)	38	(20.5)	0.003	
嚥下内視鏡検査	3	(1.8)	1	(0.5)	0.278	
嚥下造影検査	1	(0.6)	0	(0.0)	0.298	
咀嚼能力・機能の検査	48	(28.1)	10	(5.4)	0.000	
嚥下機能検査その他	88	(51.5)	81	(43.8)	0.147	
ミールラウンドの参加者						
医師	97	(56.7)	26	(14.1)	0.000	
歯科医師	26	(15.2)	46	(24.9)	0.023	
管理栄養士	166	(97.1)	180	(97.3)	0.900	
歯科衛生士	88	(51.5)	92	(49.7)	0.744	
言語聴覚士	38	(22.2)	109	(58.9)	0.000	
作業療法士	76	(44.4)	122	(65.9)	0.000	
理学療法士	131	(76.6)	76	(41.1)	0.000	
看護職員	161	(94.2)	173	(93.5)	0.803	
介護職員	139	(81.3)	176	(95.1)	0.000	
介護支援専門員	69	(40.4)	29	(15.7)	0.000	
その他	40	(23.4)	0	(0.0)	0.000	
カンファレンスの参加者						
医師	109	(63.7)	38	(20.5)	0.000	
歯科医師	26	(15.2)	0	(0.0)	0.000	
管理栄養士	165	(96.5)	179	(96.8)	0.890	
歯科衛生士	51	(29.8)	95	(51.4)	0.000	
言語聴覚士	37	(21.6)	109	(58.9)	0.000	
作業療法士	76	(44.4)	122	(65.9)	0.000	
理学療法士	119	(69.6)	122	(65.9)	0.463	
看護職員	162	(94.7)	169	(91.4)	0.212	
介護職員	165	(96.5)	176	(95.1)	0.525	
介護支援専門員	123	(71.9)	75	(40.5)	0.000	
その他	18	(10.5)	23	(12.4)	0.574	

表Ⅱ-21 老健入所者 80 名以上 経口維持加算（Ⅰ）算定者
常勤管理栄養士配置数別（1 名配置／2 名以上配置）食事の観察項目クロス集計

老健入所者80名以上	1 名配置（9施設）		2名以上配置（5施設）		p値	χ ² 検定
	n=171		n=185			
	n	(%)	n	(%)		
食事の観察項目						
上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	71	(42.5)	74	(40.7)		0.725
頸部が後屈しがちである	37	(22.2)	22	(12.1)		0.029
食事を楽しみにしていない	28	(16.8)	11	(6.0)		0.000
食事をしながら、寝てしまう	27	(16.2)	43	(23.6)		0.081
食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	49	(29.3)	64	(35.2)		0.003
食事又はその介助を拒否する	27	(16.2)	22	(12.1)		0.273
食事に時間がかかり、疲労する	52	(31.1)	52	(28.6)		0.601
次から次へと食べ物を口に運ぶ	38	(22.8)	39	(21.4)		0.765
口腔内が乾燥している	35	(21.1)	63	(34.6)		0.005
口腔内の衛生状態が悪い	54	(32.3)	74	(40.9)		0.098
嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	92	(55.1)	103	(56.6)		0.596
固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	88	(52.7)	58	(31.9)		0.000
上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	44	(26.3)	41	(22.8)		0.010
口から食物や唾液がこぼれる	57	(34.1)	36	(19.9)		0.011
口腔内に食物残渣が目立つ	49	(29.3)	101	(55.5)		0.000
食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	33	(19.8)	56	(30.8)		0.000
食事中や食後に濁った声になる	16	(9.6)	58	(31.9)		0.000
一口あたり何度も嚥下する	29	(17.4)	44	(24.2)		0.178
頻繁にむせたり、せきこんだりする	59	(35.3)	44	(24.3)		0.036
食事中や食後に濁った声に変わる	13	(7.8)	53	(29.1)		0.000
食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	20	(12.0)	41	(22.5)		0.022
観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	3	(1.8)	7	(3.8)		0.434
食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	26	(15.7)	33	(18.1)		0.517

2. 施設での死亡、入院、在宅への退所イベントの比較（COX 比例ハザード分析）

特養においては追跡期間中（平成 27 年 9 月 30 日から平成 28 年 9 月 30 日）の施設での死亡および入院、老健においては施設での死亡、入院、在宅への退所を結果変数とし、管理栄養士 1 名配置に対する 2 名以上配置、経口維持加算（Ⅰ）非算定に対する算定、経口維持加算（Ⅱ）非算定に対する算定のハザード比を COX 比例ハザード分析によって算出した。調整変数として、性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード評価、低栄養リスク、入所者数を投入した。

特養においては、管理栄養士 2 名以上配置の 1 名配置に対する入院ハザード比は 0.797 (95%信頼区間 0.645-0.986, p=0.036)であり、入院が有意に抑制された(表Ⅱ-22, 図Ⅱ-1)。経口維持加算（Ⅰ）算定の非算定に対する施設での死亡ハザード比は 1.544 (95%信頼区間 1.071-2.226, p=0.036)であり、施設での死亡が有意に高かった（表Ⅱ-23, 図Ⅱ-2）。一方、経口維持加算（Ⅰ）算定の非算定に対する入院ハザード比は 0.589 (95%信頼区間

0.465-0.745, $p<0.001$)であり、入院が有意に抑制された(表Ⅱ-23, 図Ⅱ-2)。同様に、経口維持加算(Ⅱ)算定の非算定に対する施設での死亡ハザード比は2.232(95%信頼区間1.540-3.234, $p<0.001$)であり、施設での死亡が有意に増加し、経口維持加算(Ⅱ)算定の非算定に対する入院ハザード比は0.441(95%信頼区間0.329-0.591, $p<0.001$)であり、入院が有意に減少した(表Ⅱ-24, 図Ⅱ-3)。

表Ⅱ-22 特養 COX 比例ハザード分析

(結果変数：施設での死亡、入院 予測変数：管理栄養士配置数)

特養：管理栄養士配置数

施設での死亡と管理栄養士配置数の関連 [COX比例ハザード分析]

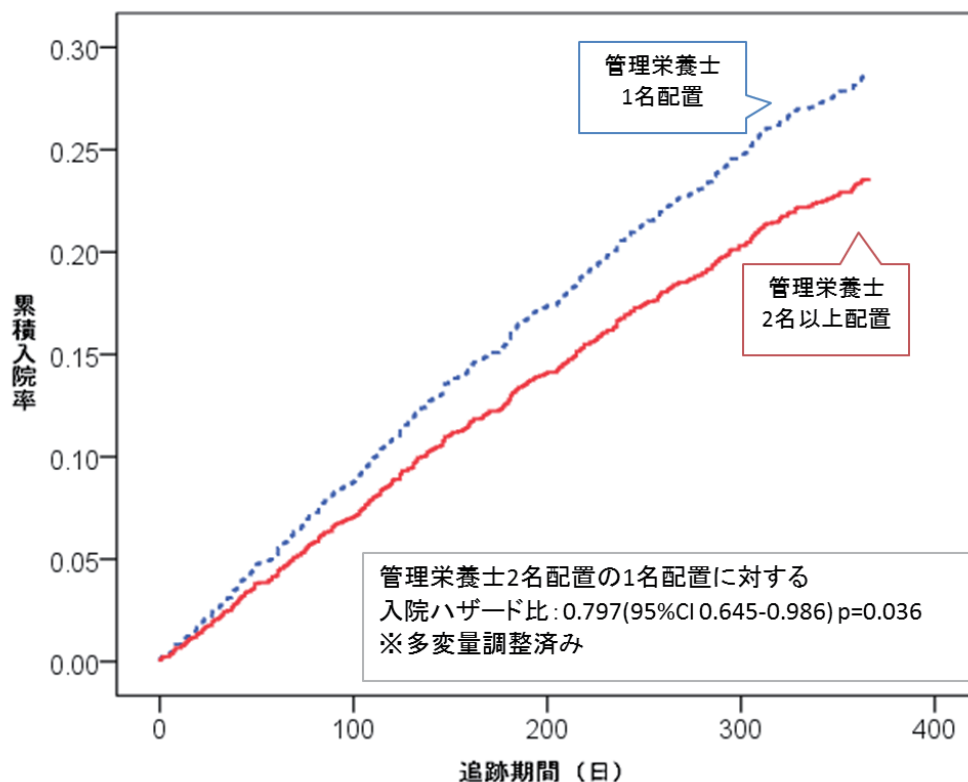
結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	1.210(0.845-1.732)	0.298

入院と管理栄養士配置数の関連 [COX比例ハザード分析]

結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	0.797(0.645-0.986)	0.036

*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置

調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数



図Ⅱ-1 特養 管理栄養士配置数と入院率 (COX 比例ハザード分析 Kaplan-Meier)

(調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)

表Ⅱ-23 特養 COX 比例ハザード分析

(結果変数：施設での死亡、入院 予測変数：経口維持加算Ⅰの算定)

特養：経口維持加算Ⅰ

施設での死亡と経口維持加算Ⅰの関連 [COX比例ハザード分析]

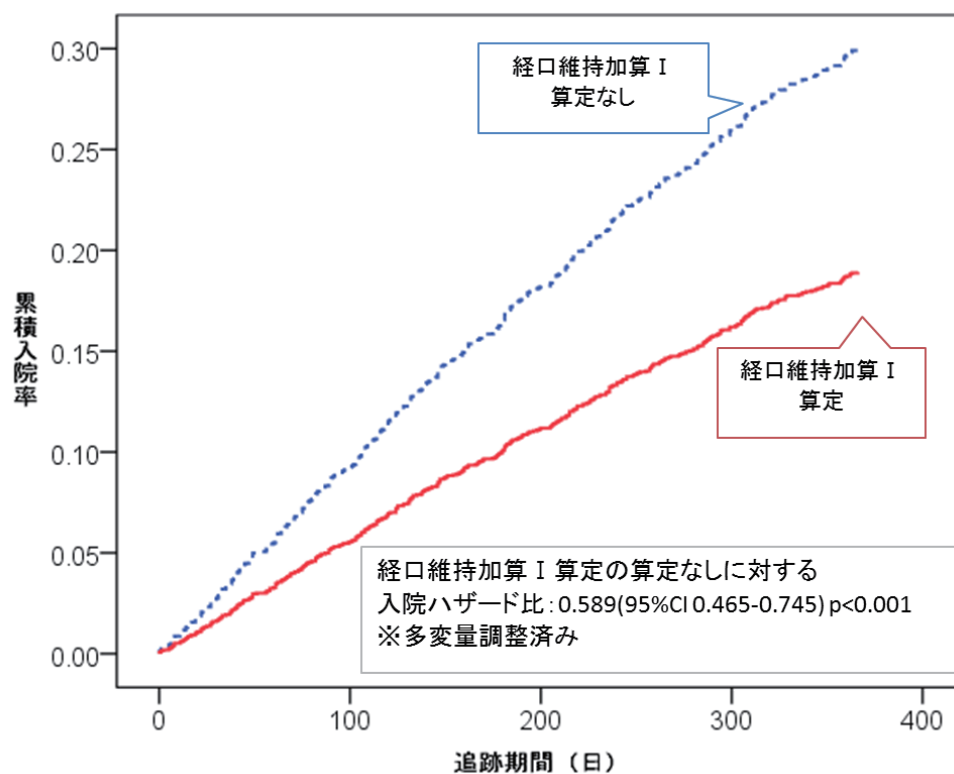
結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅰの算定*2	1.544(1.071-2.226)	0.020

入院と経口維持加算Ⅰの関連 [COX比例ハザード分析]

結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅰの算定*2	0.589(0.465-0.745)	<0.001

*2 あり：算定あり なし：算定なし

調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数



図Ⅱ-2 特養 経口維持加算 (Ⅰ) と入院率 (COX 比例ハザード分析 Kaplan-Meier)

(調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)

表Ⅱ-24 特養 COX 比例ハザード分析

(結果変数：施設での死亡、入院 予測変数：経口維持加算Ⅱの算定)

特養：経口維持加算Ⅱ

施設での死亡と経口維持加算Ⅱの関連 [COX比例ハザード分析]

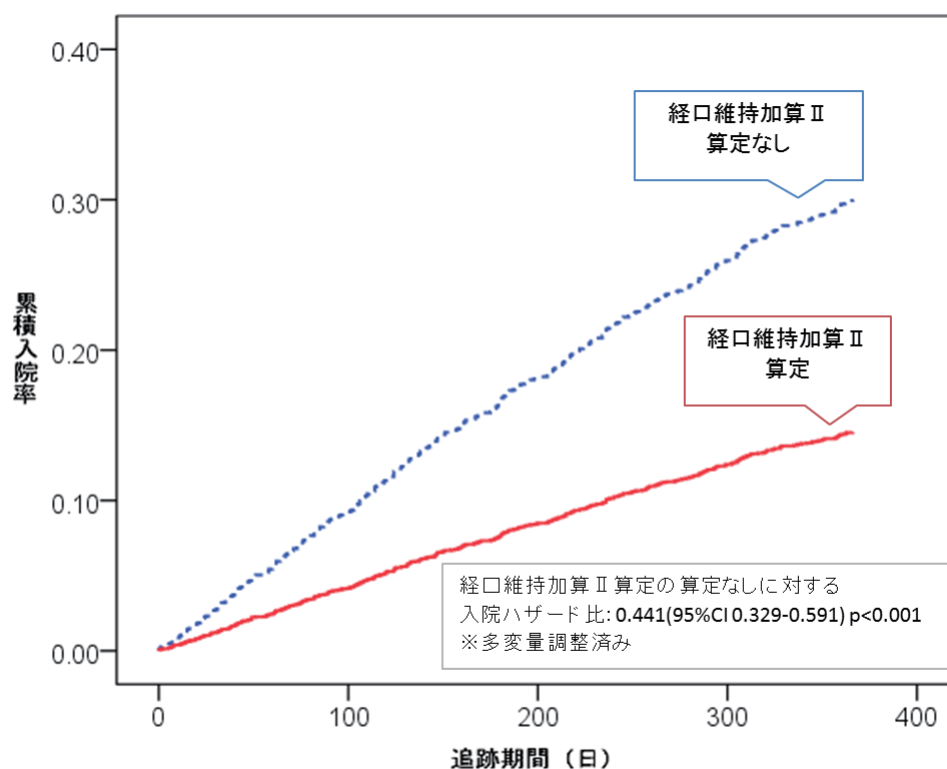
結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅱの算定*2	2.232(1.540-3.234)	<0.001

入院と経口維持加算Ⅱの関連 [COX比例ハザード分析]

結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅱの算定*2	0.441(0.329-0.591)	<0.001

*2 あり：算定あり なし：算定なし

調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数



図Ⅱ-3 特養 経口維持加算（Ⅱ）と入院率（COX 比例ハザード分析 Kaplan-Meier）

(調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)

老健においては、管理栄養士2名以上配置の1名配置に対する在宅への退所ハザード比は2.174(95%信頼区間 1.773-2.665, $p<0.001$)であり、在宅への退所が有意に増加した(表Ⅱ-25, 図Ⅱ-4)。

表Ⅱ-25 老健 COX 比例ハザード分析

(結果変数：施設での死亡、入院、在宅への退所 予測変数：管理栄養士配置数)

老健：管理栄養士配置数

施設での死亡と管理栄養士配置数の関連 [COX比例ハザード分析]

結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	0.764(0.516-1.129)	0.177

入院と管理栄養士配置数の関連 [COX比例ハザード分析]

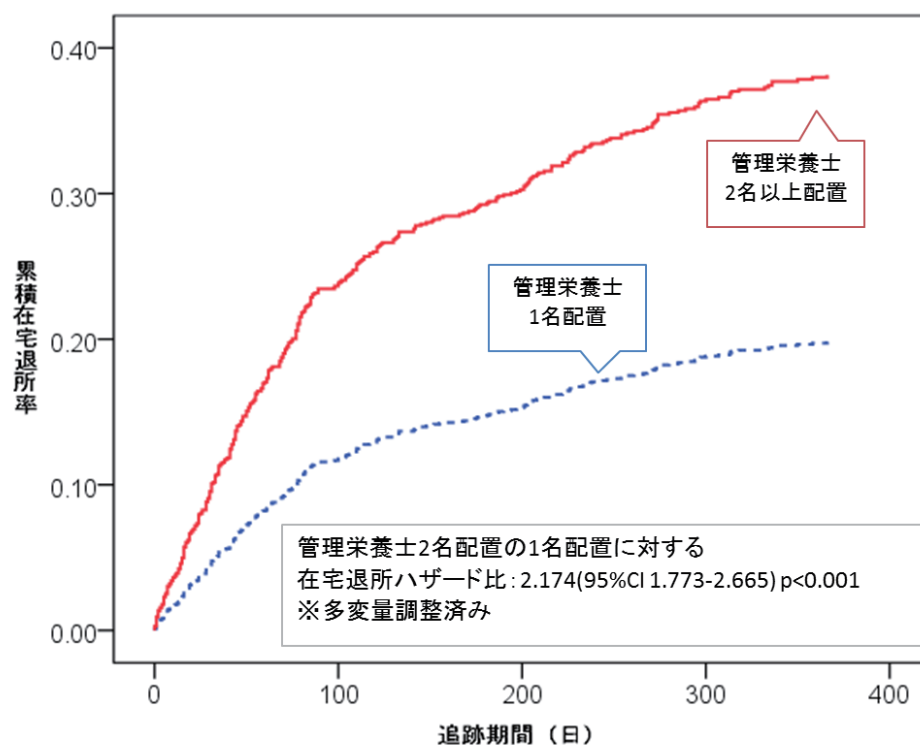
結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	1.157(0.865-1.546)	0.325

在宅への退所と管理栄養士配置数の関連 [COX比例ハザード分析]

結果変数：在宅への退所	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
管理栄養士2名以上配置*1	2.174(1.773-2.665)	<0.001

*1 あり：2名以上配置 なし：1名配置

調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数



図Ⅱ-4 老健 管理栄養士配置数と在宅退所率 (COX 比例ハザード分析 Kaplan-Meier)

(調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定による施設での死亡、入院、在宅への退所は有意な関連が見られなかったが、経口維持加算（Ⅱ）算定者では非算定者と比べて在宅復帰のハザード比に有意差はないものの低くなる傾向が見られた（表Ⅱ-26, 27, 図Ⅱ-6）。

表Ⅱ-26 老健 COX 比例ハザード分析

（結果変数：施設での死亡、入院、在宅への退所 予測変数：経口維持加算Ⅰの算定）

老健：経口維持加算Ⅰ

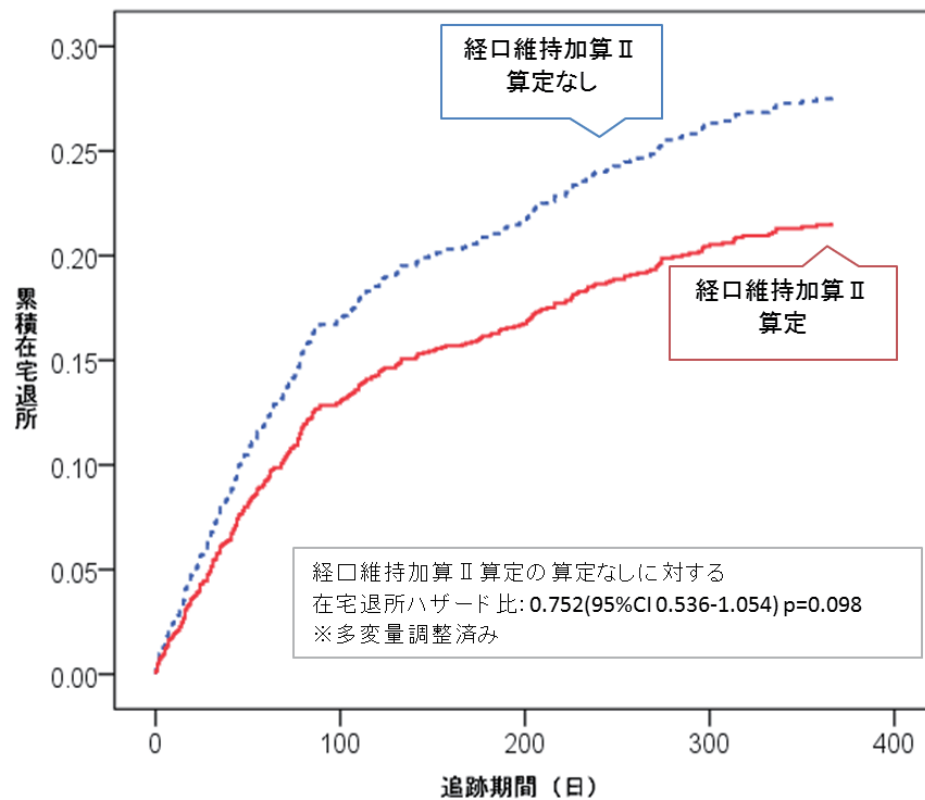
施設での死亡と経口維持加算Ⅰの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅰの算定*2	1.079(0.726-1.604)	0.707
入院と経口維持加算Ⅰの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅰの算定*2	1.219(0.885-1.679)	0.226
在宅への退所と経口維持加算Ⅰの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：在宅への退所	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅰの算定*2	1.014(0.756-1.362)	0.924
*2 あり：算定あり なし：算定なし		
調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数		

表Ⅱ-27 老健 COX 比例ハザード分析

（結果変数：施設での死亡、入院、在宅への退所 予測変数：経口維持加算Ⅱの算定）

老健：経口維持加算Ⅱ

施設での死亡と経口維持加算Ⅱの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：施設での死亡	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅱの算定*2	0.986(0.654-1.487)	0.948
入院と経口維持加算Ⅱの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：入院	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅱの算定*2	1.138(0.806-1.609)	0.462
在宅への退所と経口維持加算Ⅱの関連 [COX比例ハザード分析]		
結果変数：在宅への退所	ハザード比(95%CI)	p値
予測変数		
経口維持加算Ⅱの算定*2	0.752(0.536-1.054)	0.098
*2 あり：算定あり なし：算定なし		
調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数		



図Ⅱ-6 老健 経口維持加算（Ⅱ）と在宅退所率（COX 比例ハザード分析 Kaplan-Meier）
（調整変数：性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数）

考 察

1. 協力施設および対象者の抽出

本調査は平成 25 年及び 26 年度に日本健康・栄養システム学会が実施した老人保健健康増進等事業の協力施設とⅠの施設調査回収時の今後の協力に回答のあった施設に対して協力を依頼し、同意の得られた施設の全入所者を対象としたものである。既存の帳票について過去にさかのぼって調査票へ転記する作業量と業務負担を考えると、協力施設の管理栄養士は栄養ケア・マネジメントおよび経口維持の取り組み等に対する強い関心や理解を持っていると考えられることから、一定程度のサンプリングバイアスが働いていると考えられる。しかし、対象者の性別、年齢分布については過去に行った老人保健事業による実態調査と概ね相違はない。また、平成 27 年度の介護保険制度改定において重点評価された経口維持の取り組み、特養における安寧な看取り、老健における在宅復帰支援強化等に対応した栄養ケア・マネジメントを全国的に推進していくうえで、先進的な施設における取り組みの効果や課題を分析することは意義がある。したがって、本調査の結果が全国の介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメント推進のための基礎資料として活用されることが望まれる。

2. 基本集計：対象者の基本特性

要介護度 3 以上が特養（n=1,727）では 89.3%、老健（n=1,640）では 67.6%、認知症を有するものが特養 98%、老健 84.8%と重点的なケアが必要なものが多くを占めていた。藤島らの摂食・嚥下能力のグレード評価は中等症である Gr.6 以下が特養 27.7%、老健 10.5%、軽症である Gr.9 以下を含めると特養で 84.2%、老健で 55.8%のもので摂食・嚥下能力に応じた対応が必要であった。低栄養状態の中・高リスク者は特養 65.6%、老健 52.7%、嚥下調整食が提供されているものが特養 6 割以上、老健 4 割以上、水分にとろみをつけているものが特養 37.3%、老健 22.9%であった。これらから、特養・老健入所高齢者のほとんど栄養や嚥下機能障害に対応した食事のケアが必要であると考えられる。

しかし経口維持加算（Ⅰ）を算定しているものは特養 34.3%、老健 25.1%であり、いずれも摂食・嚥下の対応が必要な対象者すべてには対応できておらず、より重度なものから優先的に加算を算定していると推察されるが、より積極的に加算算定を推進することが求められる。

3. 基本集計：経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定者における取り組みの状況

経口維持加算（Ⅰ）算定者へのミールラウンドおよびカンファレンスに参加する職種は特養では管理栄養士、介護職員、看護職員、介護支援専門員がⅠの施設調査の結果と同様に 9 割以上であり、中心的な役割を担っていると考えられる。経口維持加算（Ⅱ）の算定要件である歯科医師、歯科衛生士の参加もミールラウンドに 4 割以上、カンファレンスには約 7 割が参加しており、多職種連携によって食べる楽しみを維持する取り組みが推進されていた。一方、老健では管理栄養士、介護職員、看護職員が 9 割以上であり、特養同様に中心的な役割を担っていると考えられる。また、ミールラウンドおよび

カンファレンスにおける歯科医師のかかわりは少なく、歯科衛生士や言語聴覚士のかかわりが多く見られた。また、理学療法士や作業療法士も多くかかわり、幅広い職種で食事の問題に対応していると推察された。

経口維持加算（Ⅱ）算定者については（Ⅰ）と同様に管理栄養士、介護職員、看護職員、介護支援専門員がほぼすべてのケースに対応しており、特養では歯科医師と歯科衛生士が、老健では歯科衛生士と言語聴覚士がミールラウンドとカンファレンスにおいて広くかかわっていた。

厚生労働省通知による経口維持計画の様式例の食事の観察項目では、特養では「嚥むことが困難」、「座位保持が困難」が半数以上該当しており、「食事をしながら寝てしまう」、「食べ始められない、食事に集中できない」といった認知機能に係る項目も 3 割以上で該当していた。老健では「嚥むことが困難」が特養同様に半数以上該当し、「上下の奥歯がかみ合っていない」「口腔内の衛生状態が悪い」といった歯科・口腔の問題や、「座位保持が困難」「食べ始められない、食事に集中できない」といった姿勢や認知機能に係る項目でも 3 割以上が該当していた。以上より、食事の観察項目に対してはかみ合わせや口腔衛生、嚥下能力低下などの問題に適切に対応するとともに、特に特養においては認知症に関連した徴候・症状への対応、食事中の声掛けや見守り、座位姿勢保持のためのいすやテーブルの調整など、食事の場面において多職種による幅広い対応が求められると考えられた。

4. 管理栄養士配置数による比較：対象者の基本特性

『Ⅰ. 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（施設調査）』を受けて、重点的な栄養ケア・マネジメントの実施体制として常勤管理栄養士の 2 名以上配置による対象者特性および経口維持加算等による関わり状況、施設での死亡、入院、在宅への退所アウトカムの関連について個別データから検証した。

入所者 80 名以上の特養では 2 名以上配置施設（n=631）で 1 名配置施設（n=288）に比べ男性の割合がやや高く、年齢層もやや若い傾向が見られたが、老健では 2 名以上配置施設（n=524）で 1 名配置施設（n=837）と比べ女性の割合がやや高く、年齢層もやや高い傾向が見られた。過去の実態調査からも全国的に女性のほうが男性に比べ高齢であったことから、年齢層の差は男女比によるものと考えられる。また、特養では摂食・嚥下能力グレードの分布に 1 名配置と 2 名以上配置で差はないものの、食事をはしやスプーンで自力摂取しているもの、食事形態を調整しているものの割合が 2 名以上配置施設で高く、一方で水分にとろみ剤を使用しているものは 1 名配置施設で多かった。管理栄養士が 2 名以上配置されていることで、より適切な食事形態の調整が可能であり、食事の自力摂取が維持されていると考えられる。

一方、老健では 2 名以上配置施設では 1 名配置施設に比べ要介護度が高く、認知症を有するものの割合も高いことから、より重度な対象者を受け入れていると考えられる。

5. 管理栄養士配置数による比較：経口維持加算等の算定

特養、老健ともに、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）および療養食加算の算定割合は2名以上配置施設で高かった。特養において、2名以上配置施設では50.6%の対象者が経口維持加算（Ⅰ）を算定しているが、1名配置施設では26%に過ぎず、経口維持加算（Ⅱ）についても2名以上配置施設で37.6%に対して1名配置施設では26%とその対応件数に大きく差があった。老健も同様に、経口維持加算（Ⅰ）の算定者は2名以上配置施設35.3%に対して1名配置施設では20.4%と差がみられた。管理栄養士の複数配置は高齢者の食べる楽しみを支援する取り組みとして平成27年度に導入された経口維持加算の算定推進に大きく寄与するものと考えられる。

また、退所後訪問指導加算は2名以上配置施設で5%に対し、1名配置施設では0.2%であり、全体の算定数が少ないものの、管理栄養士2名以上配置によって在宅復帰のための支援に結びついていると考えられる。

6. 管理栄養士配置数による比較：経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定者における取組の状況

入所者80名以上の特養における1名配置施設の経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定者75名はすべて同一の施設入所者であり、ミールラウンド、カンファレンスの参加職種は全算定者に対応していた。したがって、2名以上配置施設との単純な比較は困難であった。2名以上配置施設では歯科衛生士の参加が高い割合でみられた。一方、老健において、2名以上配置施設では歯科医師、介護職員、言語聴覚士、作業療法士がミールラウンドに高い割合で参加し、歯科衛生士、言語聴覚士、作業療法士がカンファレンスに高い割合で参加していた。1名配置施設では医師、理学療法士、介護支援専門員がミールラウンドに高い割合で参加していた。経口維持加算算定者については入所者の特性や施設の機能に応じて配置されている専門職種が連携した経口維持の取り組みが推進されており、各専門性からみた個別の支援が提供されていると考えられる。

食事の観察項目については特養、老健ともに項目ごとに1名配置施設と2名以上配置施設で差があり、入所者の特性のみならず、担当している専門職によって評価する視点が異なることも要因であると推察される。いずれにしても、多職種連携による経口維持の取り組みは管理栄養士を適切に配置し、より一層推進されることが期待される。

7. 管理栄養士配置数による比較：施設での死亡、入院、在宅への退所イベント発生状況【特養における入院リスクの抑制】

多変量調整済みCOX比例ハザード分析より、特養における管理栄養士2名以上配置は1名配置に比べて入院のハザード比0.797と有意に抑制した。また、経口維持加算（Ⅰ）の算定は非算定に比べて入院のハザード比0.589、経口維持加算（Ⅱ）の算定は非算定に比べて入院のハザード比0.441といずれも有意に抑制した。特養では安寧な看取りと最期まで経口維持による食べる楽しみを維持するための取り組みが推進されている。管理栄養士2名以上配置は経口維持加算の算定を促進することが本結果で明らかとなってお

り、さらにそれが入院リスクを抑制し、結果として施設における死亡（看取り）の増加につながっていることが示唆された。

【老健における在宅への退所の促進】

多変量調整済み COX 比例ハザード分析より、老健における管理栄養士 2 名以上配置は 1 名配置に比べ在宅への退所のハザード比 2.174 と有意に促進した。 Kaplan-Meier グラフから、管理栄養士 2 名以上配置は追跡開始から約 100 日までの累積在宅復帰率増加に大きく寄与しており、この結果から、入所者 80 名以上に対し常勤管理栄養士 2 名以上の配置による栄養ケア・マネジメントの推進によって 3 か月間での在宅復帰を目指すリハビリ施設としての老健の機能が十分に発揮されることが示唆された。一方、経口維持加算（Ⅰ）の算定は在宅への退所率には関連がなく、経口維持加算（Ⅱ）の算定者は非算定者に比べて在宅への退所率が低い傾向がみられた。在宅復帰のためには安全な食事摂取をはじめとした課題に適切に対応し、退所後も継続的に支援する必要があることから、経口維持加算（Ⅱ）を算定している重度な入所者において、在宅復帰は困難な状況にあると考えられる。しかし、経口維持加算（Ⅱ）算定者においても 1 年後には累積在宅退所率が 2 割であり、摂食・嚥下困難を有する人でも多職種による支援によって在宅復帰は十分可能であることが示された。

結 論

介護保険施設入所高齢者の後ろ向きコホート調査により、平成 27 年改定において導入された高齢者の食べる楽しみを支援する経口維持の取り組みの推進に向けた、重点的な栄養ケア・マネジメントの体制とその効果について検証した。

本調査の対象となった特養・老健入所高齢者のほとんどが摂食嚥下機能障害や低栄養状態リスク、認知症等に対応した何らかの食事のケアが必要であると考えられたが、経口維持加算（Ⅰ）を算定しているものは全体で 3 割程度であり、必要とするすべての対象者には対応できていないことから、より積極的に加算算定を推進することが求められた。

経口維持加算算定を推進するためには多職種連携が重要であるが、同時にミールラウンドとカンファレンスにおいて中心的な役割を担う管理栄養士の十分な配置と効果的な栄養ケア・マネジメントの推進が必要不可欠である。特に、入所者 80 名以上の施設においては、管理栄養士を 2 名以上配置することで個別の問題に対応したより適切な食事のケアが可能となり、1 名配置施設に比べて経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）が高い割合で算定されることが明らかとなった。さらに、特養においては管理栄養士の 2 名以上の配置によって対象者の入院が抑制されることで施設における終末期の食べる楽しみを維持した看取りに結びつき、老健においては在宅復帰が促進されることが示された。

この結果は平成 30 年度介護保険制度改正に向け、Ⅰの施設調査とともに介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントを提供するための体制として、管理栄養士の適正な配置の根拠を示すものである。

Ⅲ. 施設の取り組み事例

介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業として、先進的に栄養ケア・マネジメントを実施している 2 施設を訪問し、施設見学およびヒアリング調査を行った。

本研究では 2 つの施設を訪問した結果、栄養ケア・マネジメントの実践を調査し、それぞれの施設でマンパワーに合わせた取り組みがなされていることが確認できた。

介護老人保健施設「春風」においては、在宅復帰率を高めるために、積極的にミールラウンドを行い、栄養改善に努めていた。また、特別養護老人ホーム「愛全園」では、施設での看取りを積極的に行い、最後まで口から食べることに注力し、ミールラウンドは死を迎える直前まで行われていた。両施設の共通点としては、多職種との連携は勿論であるが、家族への情報提供を積極的に行い、信頼関係を築いている点であった。各施設の取り組みは、以下の通りである。

介護老人保健施設 春風

1. 訪問日時 平成 28 年 12 月 23 日（金）13:00～17:00
2. 場所 〒617-0837 京都府長岡京市久貝 1-6-23 TEL：075-953-6301

3. 栄養ケア・マネジメントの取り組み

1) 介護老人保健施設の概要

定員100名全室個室、在宅強化型であり、ショートステイの定員20名、デイケアの定員200名、予防型・介護型・認知症型を合わせている。在宅復帰強化型老健としての実績は（27年度）、稼働率94.3%、回転率35.1%、平均在所日数86.6日、在宅復帰率67.1%、平均介護度3.3である。入所者数は年間延べ336名で、毎月約28名が新入所者である。その内訳は在宅からの新規入所が34%、再入所が60%、医療機関からの新規・再入所が50%程度である。退所者数は年間延べ352名、月平均29.3名、67%が在宅へ、25%が医療機関への入院、その他は老健・特養への入所という状況である。

2) 栄養科について

・栄養科の体制・業務：直営方式である。管理栄養士7名、調理師6名、調理補助3名、食器洗浄10名で、合計26名である。11月の実績では1日の提供食数は施設内で424食、施設外・配食で約300食、合計1日723食で、月間では延べ21000食以上となる。管理栄養士7名のうち、責任者である副主任1名が、各種会議、リーダーミーティングおよび業務管理等全体的な管理業務を担当している。老健入所担当は、2名配置（50：1）としている。

・業務内容：栄養ケア・マネジメント、経口維持加算、サービス担当者会議等、他職種との連携を中心に業務を行っている。その他はデイクア、ショートステイを担当し、栄養改善加算、昼食時にミールラウンド要員として管理栄養士1名を配置している。直営の給食管理業務には、管理栄養士3名程度配置している。嚥下食の調理は1年目の管理栄養士が担当者となり、今後在宅での訪問栄養指導において家族や利用者に嚥下食の調理指導に向けての教育効果を狙っている。

・栄養ケア・マネジメントの実際：栄養ケア・マネジメントの開始までの流れは、入所日に、管理栄養士が、入所者・家族から栄養・食事に関する聞き取りを直接行う。その後、栄養ケア計画書の作成を行い、提供する食事内容の決定には、「食事形態の選択基準（写真つき）」を施設全体で共有し活用している。これを用いて家族や利用者に自宅や前施設での食事内容や食形態と比較し、適正な食事内容と食形態を入所当日から提供し、食事量低下による低栄養予防を目指している。入所1週間以内には、サービス担当者会議を開催し、多職種協働によるケアプランの作成を行っている。

・入所時の低栄養状態のリスク判定：入所時に、低栄養状態のリスク判定を行い、この段階で中リスク・高リスクになった者は自動的に栄養ケアチームの介入対象となり、多職種による経口維持および経口移行のアプローチが入る流れになっている。

・ミールラウンド：中・高リスク者には管理栄養士によるミールラウンドをほぼ毎日行う。それ以外に栄養ケアチームが週1回ミールラウンドを行い、経口維持や経口移行加算につなげる取り組みを行っている（チーム：医師・管理栄養士・言語聴覚士・理学療法士・看護師・歯科衛生士・ケアマネージャー、介護士）。このチームでのミールラウンドは1時間程度であり、約30名をラウンドし、実際の食事状況の観察、嚥下評価、食事形態・量の検討を効率良く行っている。

・低栄養リスクの改善について：入所日の評価で中リスクとなった者に対して、退所時には、中リスクから低リスクへの改善を目標に重点的な栄養ケアを行なっている。28年度は、中リスクから低リスクへという改善率を50%という目標を掲げた。始めた当初は改善率が10%程度だったが、11月現在では50%まで上がっている。

3) 在宅復帰強化の取り組みと管理栄養士の関わり

・在宅復帰に向けたカンファレンス（週1回）：1回で約20名を対象とし、ケアの方向性の確認、退所に向けた取り組みを必ず多職種（3,4職種以上）で情報共有を行っている。カンファレンスでは、栄養ケア・マネジメントの担当者が必ず常駐し、利用者の状態をよく把握した者が発表する形式としている。

・在宅サービスの担当者会議（適宜）：退所先の在宅地域の担当者、家族および医療機関の医師との情報共有、入所中の状況、退所後のサービス状況、地域での在宅の生活についてのカンファレンスを行う。

・家族と管理栄養士の関わり：管理栄養士がご家族に会う機会がないことから、家族の来所時に食事・栄養に関して管理栄養士が積極的にコミュニケーションをとるために、受付スタッフの協力のもと、週5～6組のご家族と管理栄養士が直接話せる機会を作り、情報提供を行っている。

・管理栄養士による在宅訪問の取り組み：退所前に理学療法士や相談員に同行する取り組みを昨年の10月から開始した（栄養と関係ない場合もある）。管理栄養士も在宅に出かけ、利用者の自宅を観察する取り組みは現在10件程度になっている。対象は嚥下食調整食の対応が必要であるもの、家族が在宅での食事に不安を抱えている家庭、食事の不安を相談員に話した者等である。

・地域連携について：栄養情報提供書の作成、退所時情報提供書の作成。

・デイケアとの関わり：デイケアでは、体重の増減が気になるもの、糖尿病が悪化してきた方等への簡単な食事のアドバイスをするためにミールラウンドを行っている。

・ショートステイとの関わり：ショートステイもかなり高い稼働率で動いており、管理栄養士が関わることは難しい。介護サービスを受けている方にはこの地域では医師会が発行している在宅療養手帳が配布されており、この手帳の中に管理栄養士のコメントを記載している。

・栄養関連加算算定実績（平成27年度）：栄養マネジメント加算月平均2,523件、経口維持加算270件、月平均が23件、目標は40件を目指している。今後課題となる栄養改善加算はデイケアの方を対象にしているがまだ少ない現状である。低栄養状態のリスクがある方でも加算の算定までには至らず、ミールラウンドで終わっているのが現状である。

4) 今後の管理栄養士としての課題：

- ・在宅復帰支援の強化に積極的に取り組み、老健からの訪問栄養指導の件数の増加を目指したい。退所後の栄養ケア継続のために訪問栄養食事指導との連携を図っていきたい。
- ・管理栄養士のスキルアップとして、対象者のニーズに合った栄養ケア・マネジメントの実践と結果を出せる管理栄養士を目指したい。
- ・低栄養の改善や利用者の満足度、ADLの向上等の効果を明らかにし、学会発表、論文として成果発表ができる管理栄養士を目指していきたい。

社会福祉法人 同胞互助会 特別養護老人ホーム 愛全園

1. 訪問日時 平成 29 年 3 月 17 日（金）15：00～18：00

2. 場所 〒196-0014 東京都昭島市田中町 2-25-3 TEL：042-541-3100

3. 栄養ケア・マネジメントの取り組み

1) 施設の概要

愛全園は入所定員：110 名、入所者年齢：平均 84.7 歳、要介護度：平均 4.1、従来型特別養護老人ホーム。特養愛全園の他、同法人敷地内に養護老人ホーム偕生園、昭島市高齢者在宅サービスセンター、訪問介護事業、ヘルパーほほえみ、訪問給食事業 ふれあい食事サービス、昭島市地域包括支援センター、愛全診療所の関連施設がある。

診療所の医師が NST を推進し、医療提供と生活支援が融合した看取りまでのプロセスに多職種協働で取り組んでいる。NST の医師により管理栄養士（臨床栄養師・取得者）は、医療サービスと生活支援（食事提供）の両方を解説できる専門職として信頼を得ている。

2) 栄養課について

- ・食事の提供数：愛全園入所者 110 名（他、ショートステイ 20 名）、特別養護老人ホーム偕生園 140 名、配食 60～70 食、通所 50 食（認知症 22 名、介護予防 10 名、一般 30 名）で、1 回で 400 食調理している。同胞互助会の直営センター方式で運営している。
- ・管理栄養士は、課長を含め 4 名である。
- ・栄養士は、献立作成者 2 名、主に調理を行う栄養士 4 名が所属している。
- ・施設の管理栄養士は 2 名で、業務内容は、栄養ケア、経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定、療養食加算算定、NST の運営、サービス担当者会議への参加、各種委員会や施設行事への参加、入居時や看取り時の栄養アセスメント、栄養ケアの説明を行っている。
- ・食事形態は、普通食、一口大食、凍結含浸食、手作り流動食、濃厚流動食の 5 種類である。その他、看取り対応食、行事食、パワーライス食（低栄養状態を改善するための食事）、愛全園ケーキ（胃瘻による栄養摂取の入居者が対象となるケーキ）を提供している。
- ・栄養ケア計画は 3 ヶ月ごとに作成し、同意を得て実施している。
- ・全利用者の入居時からの体重計測表を作成し、体重の増減があればその都度原因を探り、家族に説明する。
- ・療養食加算は 40 名/月（36.4%）程度である。
- ・ケース会議は 1 人の入居者に対し 1 年に 1 回、多職種に加え家族も入れて実施している。

3) ミールラウンド及び NST のラウンドについて

- ・ミールラウンドの取り組み：管理栄養士は毎日行っている。ミールラウンド及び多職種会議の担当職種は、管理栄養士、介護職、相談員、医師、看護師、機能訓練指導員、外部スタッフとして歯科衛生士が参加する。管理栄養士はフロア毎に担当制となっている

ため、各フロアで同時に多職種による実際の食事摂取状況の観察、嚥下評価、食事形態・量の検討を効率良く行っている。

- ・VE（嚥下内視鏡検査）もミールラウンドの位置付けとしている。調理師もラウンドに参加している。
- ・前回の介護報酬改定前は、嚥下内視鏡検査により経口維持加算Ⅰを40件/月強算定していた。介護報酬改定後、経口維持加算Ⅰ・Ⅱを約90件/月（81.8%）算定している。
- ・管理栄養士は、入居者の食事形態の調整を担当している。
- ・亡くなるまでミールラウンドで介入をしている。
- ・NSTの参加職種は、管理栄養士、医師、看護師、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、施設長、外部スタッフとして歯科衛生士、薬剤師が参加する。毎週水曜日、11時から1時間程度、一回3～4人ほどの利用者の居室を一時間かけてラウンドする。対象者の経過観察、介入を要する者や、新入居者、褥瘡、看取り対応中の方が中心となる。入居者は、一年に一回以上は必ずNSTラウンドの対象となる。新規入居者は2週間以内にNSTによるラウンドを実施している。
- ・介入対象者は、管理栄養士が中心となり、多職種との相談によって決められ、主に低栄養の高リスク者と食べられていない者に行っている。
- ・管理栄養士は、入居者の体重を長期的に記録し、体重変化の特徴を確認していた。管理栄養士の栄養介入により体重の改善が図られた報告があった。
- ・NST活動は問題点の把握から解決までが一度に行える仕組みで、今後の食事や栄養ケアについて軌道修正した方がよい点を、多職種で議論し即日実行している。利用者の栄養状態の把握や栄養投与方針の決定を行うことが目的で、管理栄養士がマネジメントを行っている。

4) 経口摂取による栄養管理での管理栄養士の役割

- ・管理栄養士は、十分な栄養が経口より摂取できない方に対し、点滴、経鼻栄養、胃瘻などの選択を入居者、家族、施設スタッフ、医療者と検討している。管理栄養士は、医師とともに口から食べられなくなった入居者に胃瘻のメリットとデメリットを伝えている。管理栄養士は胃瘻による経管栄養の適切な栄養管理を実施し、栄養状態を良好に維持し、経口摂取訓練が可能な方は少量でも口から食べることを支援している。

5) 食事形態の構築

- ・凍結含浸食をはじめとする、食事形態の構築により、摂食・嚥下機能が低下している方が安全に食べられる支援を行っている。さらに、認知機能の低下が認められる入居者においても嚥食意欲の向上があり、低栄養状態が改善するように働きかけている。

6) 看取りにおける管理栄養士の役割

- ・平成 26 年度の看取りは 41 名で施設看取り率 95.3% (全国の特養施設での看取り率 59%) で、看取り率が高い。
- ・管理栄養士は体重減少の推移等を家族に説明している。また、看取り時期に入ったことを医師が説明する機会に管理栄養士は積極的に同席し、家族に情報提供を行っている。
- ・利用者の希望するメニューを、口腔や嚥下機能に合わせて提供する。
- ・問題点として、せっかく提供した献立を、介護士の判断で食べさせなかったということがある。最後まで、管理栄養士がチェックをする必要があると考える。
- ・利用者が、食べられた時（味わうだけでも）、写真を撮り家族に提供するなど、思い出づくりを大切にしている。
- ・食欲がなくなっても、好きな物および思い出深い物は食べたいという気持ちがあり、利用者の食べたい物を提供している。それがきっかけとなり食欲が上がる場合もある。利用者の食べたい物の情報は管理栄養士や介護職員、相談員等が収集している。
- ・よい看取りの評価は難しいが、家族も巻き込むことが出来るとよいと考える。それには入所時、看取りのムンテラなどは大切であると考え、多職種協働で支援ができたときは、デスカンファレンスで良い意見がでる。
- ・施設では介護職員等に看取り研修を行い、看取りに関しての知識や理解を深め、施設全体で取り組んでいる。

7) 今後の課題

- ・今後課題となる栄養改善加算はデイサービスの方を対象にしているがまだ介入の数が少ない現状である。また、ショートステイ利用者、配食サービスを提供している在宅高齢者への栄養介入、同一法人内の居宅療養管理指導栄養ケアステーション愛全園との連携が課題となっている。

IV. 医療からの検討

本研究成果を踏まえて平成30年度介護報酬改定と同時に行われる診療報酬改定における対応について検討することを目的とした。

検討会議は、平成 29 年 2 月 12 日（日）14:00～17:00 及び平成 29 年 3 月 19 日（日）14:00～19:00 の 2 回にわたり東京大学医学部附属病院／中央診療棟 2／7 階小会議室において開催された。委員会はオブザーバーの深柄和彦（東京大学医学部附属病院 手術部 准教授）、小池創一（自治医科大学地域医療学センター教授）、西村秋生（だるまさんクリニック 院長）、中島啓（神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授（臨床栄養疫学）、埼玉医大総合医療センター客員教授）を加えて、榎裕美（愛知淑徳大学教授）、高田和子（国立健康・栄養研究所室長）、小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）、杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）、高田健人（神奈川県立保健福祉大学助教）により構成された（3 月 19 日には、レクチャー：武久洋三（日本慢性期医療協会会長））。欠席者は加藤昌彦（相山女学園大学教授）であった。 討議された内容は、以下のとおりであった。

1. キーワードについて

平成30年度の医療・介護報酬の改定のみならず、今後の診療報酬及び介護報酬改定に対応した長期的な栄養政策とその実践のあり方について検討を行っていくことの必要性、そのキーワードとして次の事項があげられた。

- 1) 全人的対応（「地域生活ケア」の主軸に）：一人一人を全人的にみるヒューマンサービスの実践であること。地域生活ケアの地域包括ケアの武器は「栄養」「食べること」
 - ・疾患モデルではない生活モデル：生活モデルでみる、栄養素ではなく食事でみる
 - ・多職種協働：パーソナルセンター（利用者中心）の多職種協働（管理栄養士のためではない）
 - ・高い科学性：サイエンティフィックな哲学であるべき。同時にフィージビリティ（実行可能性）とサステナビリティ（持続可能性）は重要。10年間程度の継続性を。引用論文必要。
 - ・実行可能性と持続可能性：診療報酬や介護報酬に反映したときにデータのみに基づくのではなく、現場にフィードバックできるものであること
- 2) 活動分野：ヘルスケア活動の全般、活動分野としては教育、研究、公衆衛生活動、診療を包括
- 3) 栄養ケアとして利用者：Institutional Care（施設ケア）とCommunity Care（在宅ケア）。つまり、地域の高齢者から子どもまで全ての人々が対象
- 4) Key Performance Index：QOL、医学関連（医学的状況）、栄養学関連指標についての数値目標の作成
- 5) ロードマップ（工程表）工程表で:時系列にムーブメントを動かしていくこと

2. 討論の要点

1. のキーワードをめぐり討議された要点は以下のとおりであった。

1) 病院・施設の課題

○病院の在院日数は先進諸国に比べて長い。高齢者は禁食によりひどいホスピタル・マルニュートリションに陥って療養施設や介護保険施設に退院する（日本慢性期医療協会 武久洋三会長によれば、急性期の病院から受け入れた14,000名の患者のうち25%が電解質異常・低Na血症、25%脱水、40%栄養失調という）⇒日慢協の会員1,000病院について、4月以降早急に入院時患者調査をしてはどうか。うち半数位は調査協力してくれるのではないか。

○ホスピタル・マルニュートリションについて

・急性期病院の禁食の問題に対して禁食実施率、禁食期間に関する病院調査（食費請求率からも算出できるのでは、禁食期間の輸液等の栄養補給ルート等も問題）をしてはどうか

・患者の食べる気力がないこと

・入院時からのうつ状態に対応していない

・病院給食がおいしくない

⇒食欲がないときこそ、好きなものを食べたい（フードコート等の対応もよいのでは）

⇒ベッドで寝させていると起きられなくなり、食欲もない。

⇒日中ベッドにいない。できるだけ起こして夜だけ寝かせる。

・早く食事を出せば誤嚥のリスクがあるが、姿勢などをみていない

⇒入院時から姿勢等をみる。オペ前嚥下訓練や呼吸訓練

⇒口腔ケアで肺炎罹患率を下げる

⇒オペ前食事訓練？

・土日入院（看護が手薄、来週月曜日からとなると絶食期間が3～4日になる）

⇒週末○○加算

・臥床すると起きられなくなる

⇒ベッドに寝かさない。できるだけ起こしている。

⇒入院前後、退所前後での継続性の仕組みをどうつくるか

かかりつけ医師、かかりつけ管理栄養士という仕組みもあるかもしれない

○アウトカム評価について

⇒アウトカム評価にすべきではないか

現行のプロセス評価への報酬をアウトカム評価にして報酬をつけたときの問題は、改善する人たちだけを受け入れることになり、放置される人がどんどん増えること。

⇒急性期では入院をきっかけに食べられなくなり、栄養不良が進行することがないようにすることはできるかもしれないが、慢性期では難しい。急性期のNSTの点数を倍にして、退院するときに脱水（溢水も問題）や低栄養があると点数あげないというのはいいか。

⇒アウトカム評価は、マルコム・ボルドリッジ賞（米国国家経営品質賞）にならい病院賞、病院退院賞等のいかたちで推進してはどうか（企業からの資金を得る方法もあり）

⇒入院患者の栄養状態に多職種が関心をもっている病院アワードをつくるのはどうか

○介護保険施設での平成26, 28年度老人保健事業推進等補助金の調査成果の診療報酬への導入について [杉山・高田健人が資料により説明；当該本文最後に添付]

介護保険施設に平成27年度介護報酬改定で栄養ケア・マネジメントの体制にのせた経口維持のための多職種によるミールラウンド、カンファレンスのプロセスが評価されるようになった。このミールラウンドにより把握される「嚥下咀嚼の問題項目」は「低栄養」のリスク増加要因になること、管理栄養士の2名体制は「入院」のリスク低減要因であること、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）は改定前及び改定後も「入院」のリスク低減要因であること、「管理栄養士によるミールラウンド実施頻度が毎日」「口腔 関連職（歯科衛生士・言語聴覚士）の協働体制」は「死亡」「入院」のリスク低減要因であること（28年度事業については分析中）、なお、療養食加算は「死亡」「入院」のリスクを軽減していなかったことが解説され、次の意見があった。

⇒分析へのコメント：何万院の入院を回避できるのか（アトリビュータブル・リスク）

管理栄養士の業務のエフォートと経験年数等を示すこと、

⇒入院時ミールラウンドを重視したチームによる取り組みに関するという診療報酬改定はできないのか（現況のNSTでは経口維持には対応できていない）

⇒慢性期のモデルとしては特養がよい

⇒報酬のフレームワーク、算定要件が必要

⇒病棟に管理栄養士がいるようにすることは重要

2) コミュニティーの課題

管理栄養士による居宅療養管理指導について

- ・管理栄養士による居宅療養管理指導は進まない
 - ⇒介護保険施設からの入所前後訪問指導でチームで口腔・嚥下・栄養チームの訪問指導できないのか？
 - ⇒食べるところだけみてきてもだめ
 - ⇒居宅療養管理指導を推進するには、老健から、訪問看護ステーションから、薬局からいけるように緩和する
 - ⇒そうした場合にはほんとうにやる管理栄養士はいるのかが問題
 - ⇒管理栄養士は全人的な栄養食事指導ができること

地域全体について

- ・うつ（食べるものでうつになることも、うつで食べられないことも）
- ・高齢、一人暮らし、家族や近隣の人たちとの関わりがない、低所得、認知症がトリガー
 - ⇒入院によって顕在化（地域から病院に捨てるようなもの）
 - ⇒病院から在宅への復帰が困難な場合が多い
- ・食事をきちんと家で食べる習慣の欠如
- ・介護予防はアウトリーチで失敗した。健診での把握や、機能訓練では無理だった
 - ⇒アウトリーチの仕組みをしっかりとつくるのが大切
- ・栄養問題以前に在宅に閉じこもっている高齢者をどう引出してくるのか、どう把握するのかの仕組みづくりが必要（例 クロネコヤマトによるアセスメント、お祭りや食べもので引き出す等インフォーマルサービスが需要）
- ・ソーシャルモデルで徹底的に行うこと
- ・栄養も問題は管理栄養士だけでは解決できない
- ・民生委員は人口にに応じているわけではない（食の心配よりも葬式や緊急搬送などしっかり対応している人は多忙）
- ・安全・安心に暮らせるコミュニティであるかが問題
- ・多くの地域で保健師も社会福祉協議会も機能していない状況ではないか
- ・地域に大勢いる潜在的管理栄養士の活用が必要

3) 教育・研修について

専門家教育、食育、食生活改善委員等の住民教育

- 地域住民が地域のハイリスク者を把握する研修と仕組みづくり（例 認知症サポーターや子どもの虐待対策の助産師・保健師による訪問、しかし専門職が全部やるとパンクする）
 - ⇒ダイエットサポーター、食生活改善サポーター、食生活支援サポーター等の名称で仕組みをつくる

4) 栄養政策研究について

国立の健康・栄養研究所も組織改編されるので、栄養政策に取り組むソーシャルポリシー・アドミニストレーションを創設して、栄養の研究と政策を直結させる。例えば、小さくは栄養マネジメント加算も研究成果が報酬にまでなった。

5) 慢性期医療における栄養の課題

第2回目は、日本慢性期医療協会 武久洋三会長のレクチャーから議論を展開し、慢性期病院の新入院患者37,729名の入院時検査から血清アルブミン値3.8g/dl未満が59.6%、低Na血漿が29.6%みられることが報告された。これらの患者の入院期間は延長することから、一般病院における高齢患者への禁食期間が長いほど低栄養や脱水が発生しやすくなり、早期の栄養管理の実践が求められていること、急性期、慢性期、在宅の高齢患者には慢性期の栄養管理の必要性があり、医療モデルと生活モデルとの融合が求められることが提言された。

それゆえ、本研究において介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの重点化した取り組みとして位置付けられたミールラウンドを重視した経口維持の取り組みは、一般病院、回復期、慢性期、さらには在宅においても有益であるとされた。そのためには、病棟に管理栄養士がいる体制づくりが必要であり、さらに、病院や施設における栄養管理の質の担保のためには、例えば、病院における感染症対策チームや褥瘡対策チームのように栄養管理の効果はあがっているのか、何が問題でどのように解決すべきかという病棟別の栄養管理を総合的にチェックできる体制づくりも求められるのではないかという意見であった。

今後は、急性期、回復期及び慢性期病院の栄養管理の有益性に関する既存資料の検討を行いながら、施設（病院）及び在宅での栄養をめぐる課題のリストアップを行い、平成30年度医療報酬改定、その後の報酬改定に向けての短期、長期のロードマップと担当について検討を継続して行うことが求められた。

検討会資料（報告書Ⅳ） 介護保険施設入所高齢者の 栄養ケア・マネジメントの効果的なあり方 について 平成28年2月2日 東京大学医学部付属病院

日本健康・栄養システム学会

平成26年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進分）
「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」施設入所・退所者の
経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」
（委員長 杉山みち子）データより再分析

平成28年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進分）
「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方」
（委員長 杉山みち子）データより

分析担当 高田健人 木嶋亜沙美 松山紗奈江（神奈川県立保健福祉大学）
総括 杉山みち子

目的

介護保険施設入所高齢者において、以下を検証し、栄養ケア・マネジメントに効果的なあり方について検討することを目的とした。

- ① 「低栄養」は「死亡」「入院」のリスク増加要因か
- ② 経口維持加算Ⅰ、Ⅱ（旧）は「入院」のリスク低減要因か
- ③ ミールラウンドによる経口維持加算Ⅰ、Ⅱ（改定後（歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかが参加した場合）は「入院」のリスク低減要因か
- ④ 経口維持のための「ミールラウンドの項目」は低栄養の「低栄養」のリスク増加要因か
- ⑤ 管理栄養士の常勤2名体制、口腔嚥下関連職種協力の、頻回なミールラウンドは「死亡」「入院」のリスク低減要因か

方法

対象施設及び対象者

平成25年度：介護保険施設入所高齢者、特養22施設 1,021名・老健13施設 625名、合計1,646名。

平成28年度：介護保険施設入所高齢者、特養21施設：1,727名、老健：1,640名、合計：3,367名）2月5日データベース入力完了のため、解析結果は一部のみ

調査方法

対象施設の管理栄養士（臨床栄養師含む）に調査票を郵送し、調査項目への記入を依頼、郵送法にて回収を行った。

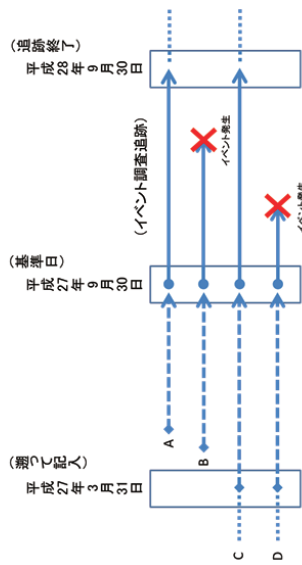
特養：介護老人福祉施設 老健：介護老人保健施設

方法 平成26年度



方法 平成28年度

イベント調査 調査期間

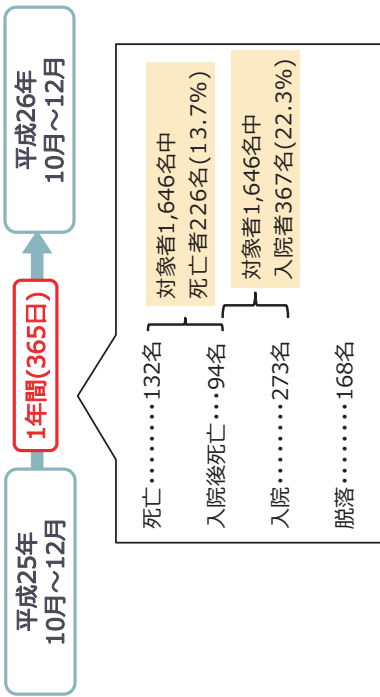


- ・平成27年9月30日を基準日とし、全入所者を対象とする。
- ・平成27年3月31日から9月30日の期間に入所した人(A・B)は入所日まで追跡する。
- ・平成27年3月31日以前に入所した人(C・D)は平成27年3月31日まで追跡する。
- ・平成27年9月30日から平成28年9月30日までに発生したイベント(B・D)を記録する。
- ・平成28年9月30日までにイベントが発生しなかった人(A・C)は、その時点で追跡を打ち切る。

結果 基礎集計(平成27年度)

《 性別 》	n=1,646	《 要介護度 》	n=1,646
男性	394 (23.9)	要介護1	104 (6.3)
女性	1,252 (76.1)	要介護2	235 (14.3)
《 年齢 》	n=1,646	要介護3	389 (23.6)
65歳未満	35 (2.1)	要介護4	452 (27.5)
65-74歳	143 (8.7)	要介護5	466 (28.3)
75-80歳	162 (9.8)	《 BMI 》	n=1,646
81-85歳	305 (18.5)	BMI<18.5kg/m ²	524 (31.8)
86-90歳	413 (25.1)	BMI≥18.5kg/m ²	1,122 (68.2)
90-94歳	357 (21.7)		
95-99歳	185 (11.2)		
100歳以上	46 (2.8)		
平均年齢 85.7±8.7歳			

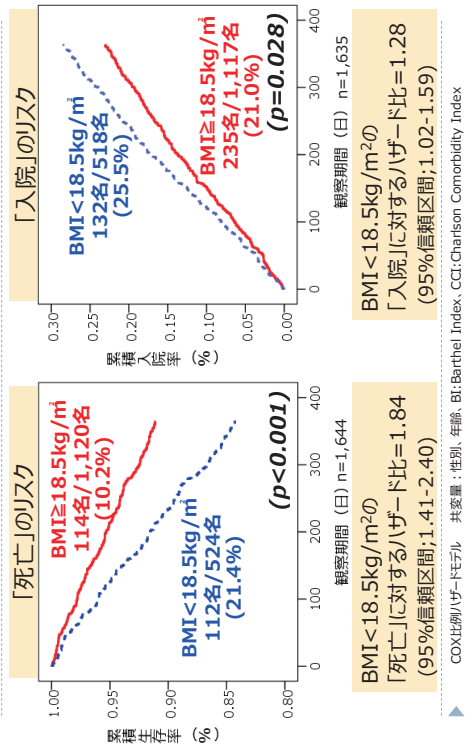
結果 「死亡」・「入院」の発生割合



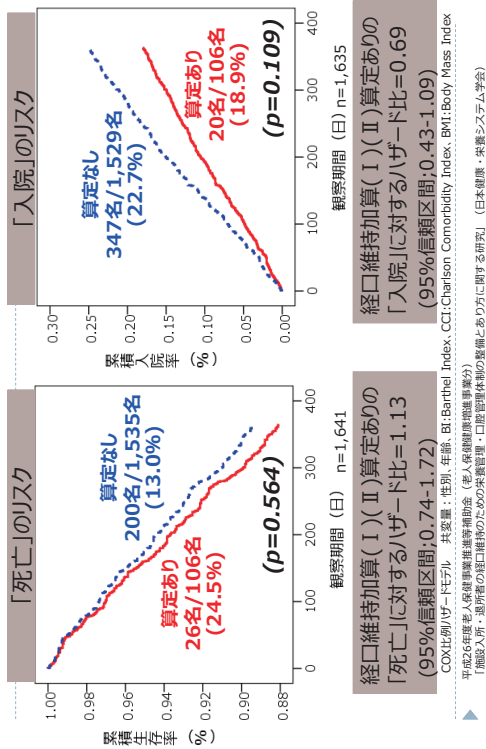
結果 「死亡」・「入院」の原因

「死亡」の原因	n=226	「入院」の原因	n=367
老衰	81 (35.8)	肺炎 (誤嚥性肺炎を含む)	103 (28.1)
肺炎 (誤嚥性肺炎を含む)	44 (19.5)	心疾患	29 (7.9)
心疾患	29 (12.8)	骨折	22 (6.0)
悪性腫瘍	13 (5.8)	悪性腫瘍	16 (4.4)
多臓器不全	8 (3.5)	脳梗塞	14 (3.8)
腎疾患	7 (3.1)	尿路感染	12 (3.3)
脳梗塞	5 (2.2)	食思不振	12 (3.3)
廃用症候群	5 (2.2)	その他の感染症	10 (2.7)
呼吸器疾患	2 (0.9)	腎疾患	9 (2.5)
食思不振	2 (0.9)	呼吸器疾患	6 (1.6)
肝疾患	1 (0.4)	肝疾患	6 (1.6)
消化性潰瘍	1 (0.4)	消化性潰瘍	6 (1.6)
脳出血	1 (0.4)	脱水	3 (0.8)
その他	7 (3.1)	糖尿病	2 (0.5)
不明	20 (8.8)	脳出血	2 (0.5)
		うつ病	1 (0.3)
		その他	100 (27.2)
		不明	14 (3.8)

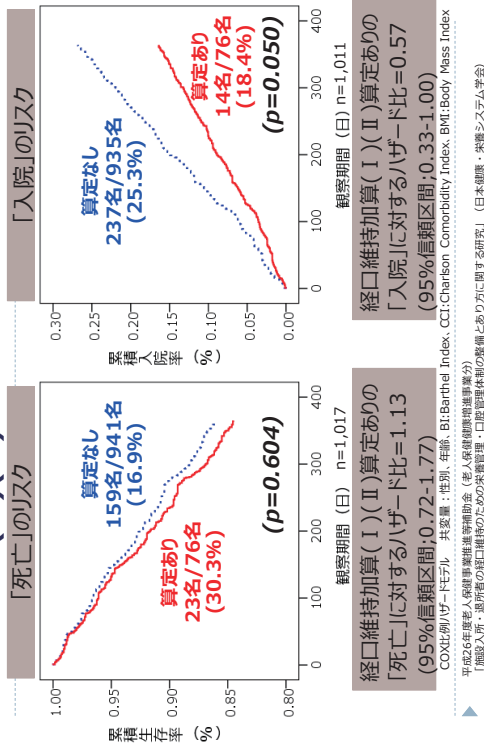
「低栄養」(BMI<18.5kg/m²)と「死亡」・「入院」リスク



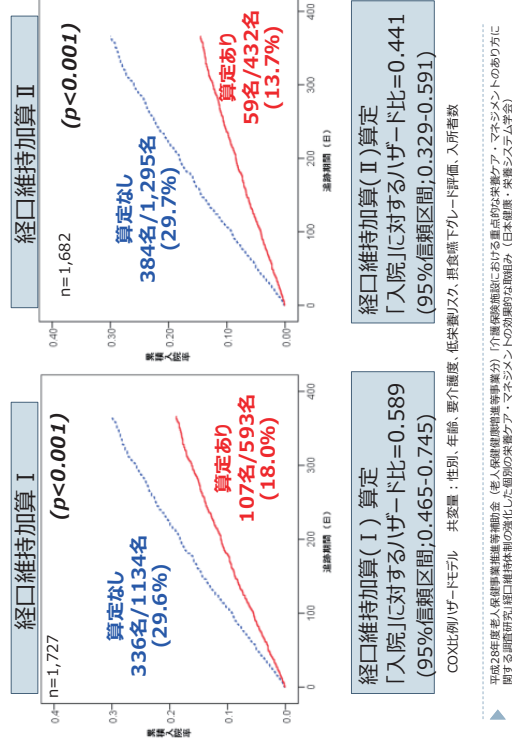
経口維持加算 (I,IIいずれかの算定あり) (特養・老健)



経口維持加算(I)(II)いずれかの算定あり (特養)



経口維持加算と入院リスク (特養) ※H28データ

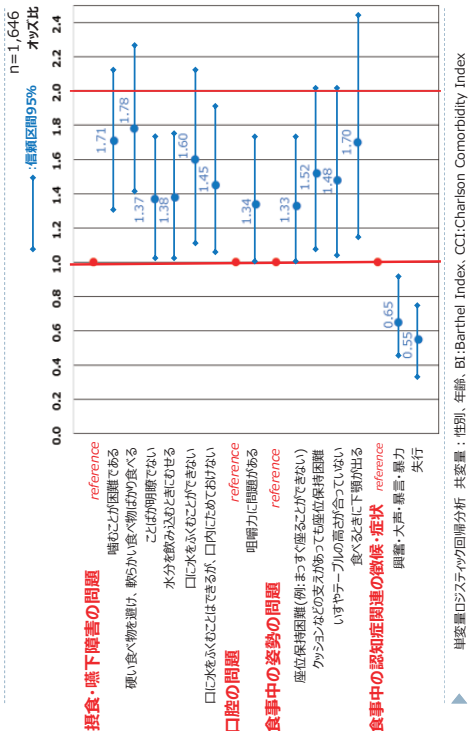


「ミールラウンド関連項目」 横断調査時点の食事中に観察された諸問題の徴候・症状(35項目)

摂食・嚥下障害の問題(観察5項目)	口腔の問題(大原5項目)
噛むことが困難である	口腔乾燥がある
硬い食べ物を選び、軟らかい食べ物ばかり食べる	開口に問題がある
口から食べ物こぼれる	うがいに問題がある
ことが困難でない	咀嚼力に問題がある
食べ物をつまみでも飲み込まずに嚥んでいる	口奥や口の中に問題がある
食事中や食後に嚥下しに変わる	
食べるのが遅くなる	食事中の姿勢の問題(吉田5・4項目)
口から食べ物口に入らずにたんにむせたり、せきこんだりする	座位保持困難
水分や食べ物飲み込む時にむせたり、せきこんだりする	クッションなどの支えがあっても座位保持困難
水分や食べ物飲み込んだ後にむせたり、せきこんだりする	いつやテーブルの高さが合っていない
水分を飲み込むとむせたり	食べるときに下顎が出る
ご飯を飲み込むとむせたり	食事中の認知症関連の徴候・症状(田中5・11項目)
口で水を飲むことができない	仰臥
口で水を飲むことができるが、口内にためておけない	食事の失認
	咀嚼・大声・暴言・暴力
	拒食
	偏食
	失行
	妄想
	早食い・詰め込み・おどろ
	徘徊・多動
	盗食
	磨食

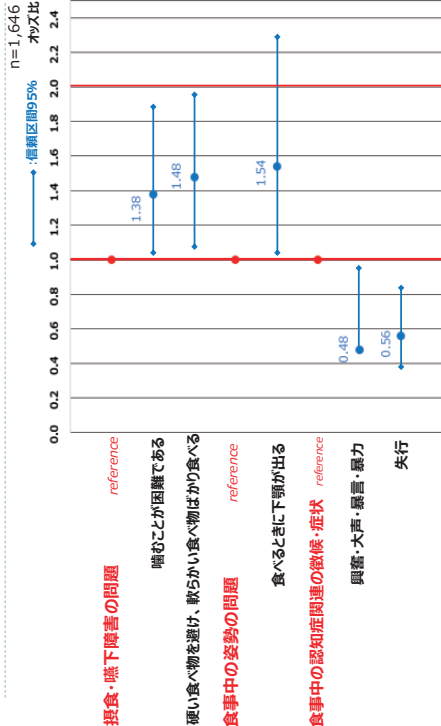
これらの徴候・症状は、平成25年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「認知症高齢者の居宅生活支援に関する調査研究」の一環として高齢者の「食べる」と「食生活」の改善に向けた取り組みに関する研究調査に基づいて、多岐岐の委員により整理された項目である。

「ミールラウンドの項目」と「低栄養」のリスク



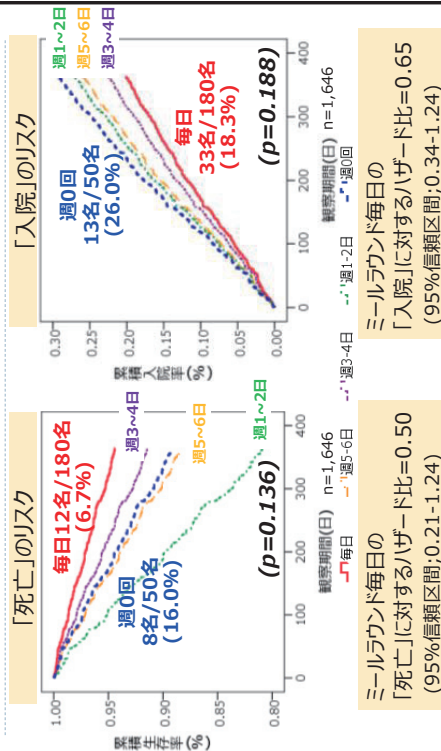
▶ 単変量ロジスティック回帰分析 共変量：性別、年齢、BMI; Barthel Index, CCI; Charlson Comorbidity Index

「ミールラウンド関連項目」は「低栄養」のリスク



▶ 多変量ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法)
共変量：性別、年齢、BMI; Barthel Index, CCI; Charlson Comorbidity Index

「ミールラウンド実施頻度」と「死亡」・「入院」のリスク

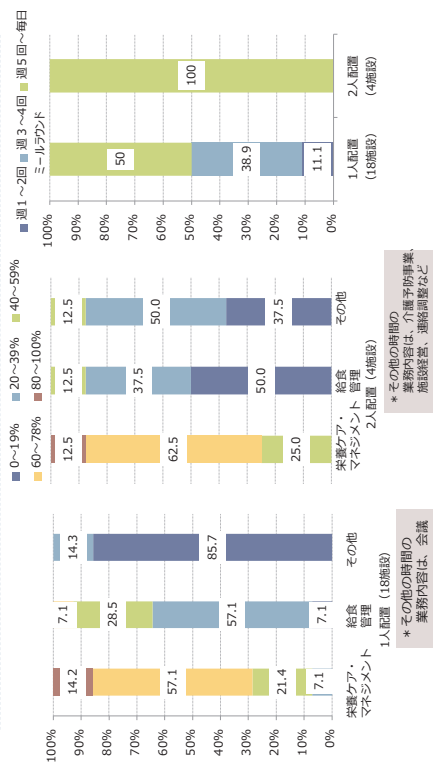


ミールラウンド毎日の「死亡」に対するハザード比=0.50
(95%信頼区間;0.21-1.24)

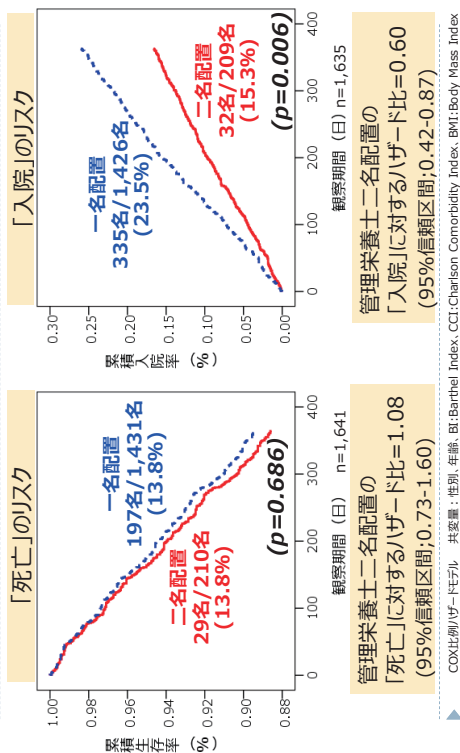
ミールラウンド毎日の「入院」に対するハザード比=0.65
(95%信頼区間;0.34-1.24)

▶ COX比例ハザードモデル 共変量：性別、年齢、BMI; Barthel Index, CCI; Charlson Comorbidity Index, BMI; Body Mass Index

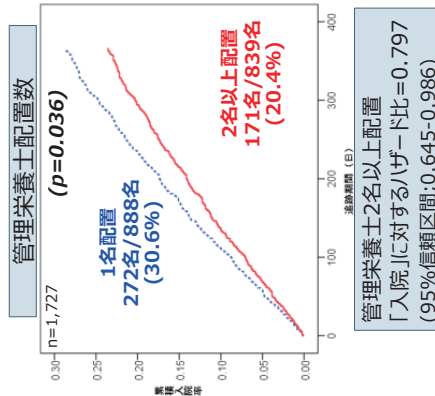
管理栄養士2人配置と業務時間割合、ミールラウンドの頻度



「管理栄養士の配置人数」と「死亡」・「入院」リスク



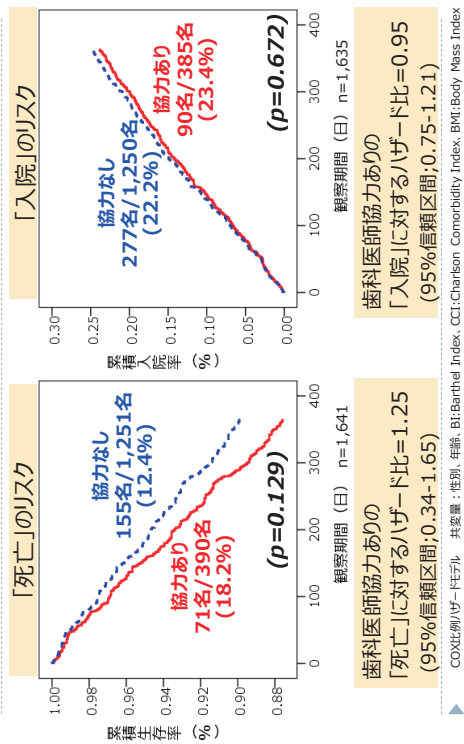
管理栄養士2名配置と入院リスク (特養) ※H28データ



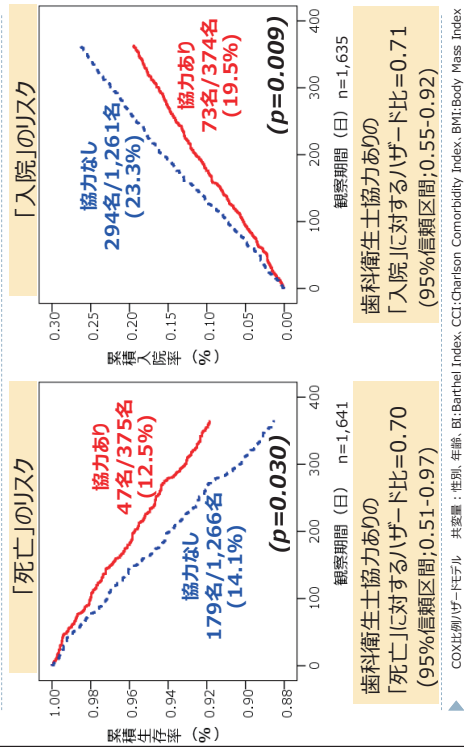
介護保険施設 (入所者80名以上) における2名配置の特性 (平成28年施設調査より)

- 80名以上：336施設 (1名配置247 vs 2名配置89)
- 80名未満：422施設 (1名配置356 vs 2名配置66)
- アットカム：「在宅への退所数」、「1年間の看取り人数」、「経口を維持した見取り人数」が多い傾向 (それぞれ $p=0.074$, $p=0.068$, $p=0.055$)。
- 経口維持加算 (Ⅰ) (Ⅱ) ともに算定率が有意に高く、1名配置では (Ⅰ) (Ⅱ) いずれも算定していない率が高い。
- 施設入所者への栄養ケア以外に「ミニ・カフェ」や認知症カフェの運営・見回り」「配食サービスによる栄養改善」「市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談」を実施し割合が有意に高い。
- 管理栄養士は、「居宅療養管理指導の経験あり」「在宅訪問栄養相談 (居宅療養管理指導を除く) の経験あり」の割合が有意に高い。
- 食事形態調整の割合が有意に多い。
- 中リスク者、高リスク者の割合が有意に多い (1人配置では把握できていないのでは?)
- 栄養マネジメント加算の算定件数が有意に多い。

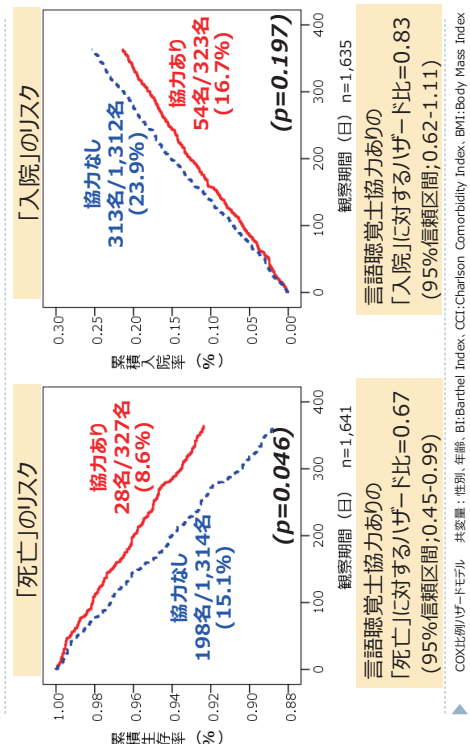
「歯科医師の協働体制」は「死亡」・「入院」のリスク低減要因か



「歯科衛生士の協働体制」は「死亡」・「入院」のリスク



結果 仮説③「言語聴覚士の協働体制」は「死亡」・「入院」のリスク



結果のまとめ

- 「低栄養」は「死亡」・「入院」のリスク増加要因である
- 経口維持加算は改定前及びミールラウンドが導入された改定後も「入院」のリスク低減要因である
- 「ミールラウンド項目」は「低栄養」のリスク増加要因になる
- 管理栄養士の2名体制は「入院」のリスク低減要因でありこれにより、経口維持加算の算定率、ミールラウンド頻度は多くなる
- 「管理栄養士によるミールラウンド実施頻度」「口腔関連職(歯科衛生士・言語聴覚士)の協働体制」は「死亡」・「入院」のリスク低減要因であり、また、「摂食・嚥下機能評価体制」は「入院」のリスク低減要因である

病院の摂食嚥下機能の低下した高齢患者への経口維持の取り組みの診療報酬上の評価は？

- 介護保険施設における平成17年10月の栄養マネジメント加算の平成18年4月 病院に栄養管理実加算（平成24年入院基本料として包括化）が導入された
- 栄養サポートチーム加算は、平成22年一般病床に、平成24年療養病床に導入された
- 平成27年には病院の入院及び外来栄養食事指導の対象にがん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者が加わった。

そこで、

- 平成27年度改定された経口維持加算のミールラウンドによる取り組みを病院に導入することができるか？



調 査 票 一 式

**「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」
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**

記入日 平成 28 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. 7 月 31 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(ショートステイ等を除く本入所)をご記入下さい。

1) 介護老人福祉施設 (定員数 _____ 床)	2) 介護老人保健施設 (定員数 _____ 床)
---------------------------	---------------------------

(2)入所者数と要介護度の内訳をご記入下さい。(区分変更申請および申請中のものは 7 月 31 日現在の要介護度)

1)入所者数(ショートステイ等を除く本入所者) 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
	f. その他	人

(3)7 月 1 か月間の下記の人数をご記入ください。0 人の場合は 0 とご記入下さい。(ショートステイ等を除く本入所)

1) 新入所者(再入所を含む)	人	6) 経管栄養の者(併用を含む)	人	
2) 退所者(死亡者を除く)	人	7) 経管栄養の者のうち...		
3) 退所者(死亡者を除く)のうち入院した者	人		a. 経鼻胃管	人
4) 入院した者のうち誤嚥性肺炎で入院した者	人		b. 胃瘻・腸瘻	人
5) 退所者(死亡者を除く)のうち在宅(自宅、グループホーム、有料・軽費・養護老人ホーム、高齢者住宅等を含む)へ退所した者	人		c. 静脈栄養	人
		8) 褥瘡がある者		人

(4)平成 27 年 8 月 1 日から平成 28 年 7 月 31 日の 1 年間に死亡した人についてご記入ください。0 人の場合は 0 とご記入下さい。(ショートステイ等を除く本入所)

1) 死亡した人	人	3) 施設内で看取った人のうち最期まで経口摂取(プリン・アイス等や水分補給等を含む)を維持したまま看取った人	人
2) 死亡した人のうち、施設内で看取った人 (看取り加算・ターミナル加算の有無を問わない)	人		

(5)同一法人内にサテライト型施設がある場合、または本体施設が介護老人福祉施設であって、地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合は、すべて記入してください。(※6 施設以上の場合には、適宜適当な用紙にご記入下さい。)

1) サテライト型施設の種類、 (本体施設が介護老人福祉施設の場合の)地域密着型介護老人福祉施設の併設 (いずれかに○印)	2) 定員数	3) 貴施設管理 栄養士の兼務	4) 栄養マネジメント加算の算定
1. a.介護老人保健施設 b. 介護老人福祉施設 c. 地域密着型介護老人福祉施設	床	a.有 ・ b.無	a.有 ・ b.無
2. a.介護老人保健施設 b. 介護老人福祉施設 c. 地域密着型介護老人福祉施設	床	a.有 ・ b.無	a.有 ・ b.無
3. a.介護老人保健施設 b. 介護老人福祉施設 c. 地域密着型介護老人福祉施設	床	a.有 ・ b.無	a.有 ・ b.無
4. a.介護老人保健施設 b. 介護老人福祉施設 c. 地域密着型介護老人福祉施設	床	a.有 ・ b.無	a.有 ・ b.無
5. a.介護老人保健施設 b. 介護老人福祉施設 c. 地域密着型介護老人福祉施設	床	a.有 ・ b.無	a.有 ・ b.無

2. 栄養部門についてご記入下さい。

(1) 7月31日現在の栄養部門の人員構成をご記入下さい。(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: 職務年数は、当該施設での年数をご記入下さい。

注: 勤務時間は、日勤(当直は除く)の時間とし、残業(見做し含む)時間を含めてご記入下さい。

		a. 勤務形態 (いずれかに○印)		b. 職務年数	c. 7月の 合計勤務日数	d. 7月の 合計勤務時間
施設所属 (委託給食会 社等は除く)	1. 管理栄養士 A	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間
	2. 管理栄養士 B	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間
	3. 管理栄養士 C	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間
	4. 栄養士 A	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間
	5. 栄養士 B	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間
	6. 栄養士 C	i) 常勤	ii) パート等	年 か月	日	時間

(2) 給食の業務形態についてお答えください。(いずれかに○印)

1) 直営	2) 委託
-------	-------

(3) 施設所属の管理栄養士が2名以上配置されていない場合、その理由について○印を付けて下さい(複数回答可)。

1) 施設長の姿勢や理解	2) 事務長の姿勢や理解	3) 医師の姿勢や理解	4) 管理栄養士の姿勢や理解
5) その他()			

(4) 施設所属の管理栄養士が2名以上配置されている場合、その理由について○印を付けて下さい(複数回答可)。

1) 施設長の姿勢や理解	2) 事務長の姿勢や理解	3) 医師の姿勢や理解	4) 管理栄養士の姿勢や理解
5) 栄養ケア・マネジメントの推進のため			
6) 業務効率を高めるため			
7) 残業時間減少のため			
8) 新事業開始のため			
9) その他()			

(5) 7月31日現在、食事の形態調整の対応(全て又は一部の食品・食事について、一口大にカットする、きざみ食にするなど、摂食嚥下機能に対応するための食事形態の調整。いわゆる常食以外。)をしている人数をご記入下さい。

1) 食事の形態調整をしている ()人 (ショートステイ、通所を除く本入所者)
--

(6) 7月31日現在、水分や食事の提供時に、とろみ調整食品を使用している人数をご記入下さい。

1) とろみ調整食品を使用している ()人 (ショートステイ、通所を除く本入所者)
--

(7) 食事形態やとろみの濃度調整の基準・参考に、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会分類 2013 を使用していますか。

該当する項目に○印を付けて下さい。

1) <u>通常の食事提供において</u> (a, b それぞれについて、1, 2, どちらかに○印)	
a. 食事の形態: 1. 使用している 2. 使用していない	b. とろみ濃度: 1. 使用している 2. 使用していない
2) <u>他施設や在宅関係者への情報提供時において</u> (a, b それぞれについて、1, 2, どちらかに○印)	
a. 食事の形態: 1. 使用している 2. 使用していない	b. とろみ濃度: 1. 使用している 2. 使用していない

(8) 利用者の入退所時に、管理栄養士は栄養ケアや食事に関する情報連携に関わっていますか。(いずれかに○印)

1) はい	2) いいえ
-------	--------

3. 7月の加算算定状況についてご記入下さい。

(1) 7月1か月間の栄養マネジメント加算について該当する項目に○印を付け、算定件数をご記入下さい。

(※例えば、50人の入所者に対し31日間算定した場合は、 $50 \times 31 = 1,550$ 件としてください。)

1) 有 () 件 → 設問3. (3)へ	2) 無 → 設問3. (2)へ
------------------------	------------------

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

(3) 7月31日現在の入所者の低栄養状態のリスクレベル別の人数をご記入下さい。(ショートステイ、通所を除く本入所)

1) 低リスク()人	2) 中リスク()人	3) 高リスク()人
-------------	-------------	-------------

(4) 7月1か月間の経口移行及び経口維持加算について算定している項目に○印を付け、算定件数をご記入下さい。

1) 経口移行加算 () 件	2) 経口維持加算Ⅰ () 件 → 設問3. (5)へ
3) 経口維持加算Ⅱ () 件 → 設問3. (5)へ	4) いずれも算定していない → 設問3. (16)へ

(5) 経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定している場合、実施している摂食・嚥下機能検査に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) 水飲みテスト	2) 頸部聴診法	3) 嚥下内視鏡検査	4) 嚥下造影検査	5) 咀嚼能力・機能の検査
6) その他 ()				

(6) 経口維持加算算定にかかわる歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士についてご記入下さい。

1) 歯科医師	a. 施設常勤: () 人	b. 非常勤: () 人
2) 歯科衛生士	a. 施設常勤: () 人	b. 非常勤: () 人
3) 言語聴覚士	a. 施設常勤: () 人	b. 非常勤: () 人

(7) 経口維持加算算定にかかわる協力病院や協力歯科医院の歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士についてご記入下さい。

1) 歯科医師	a. いる	b. いない
2) 歯科衛生士	a. いる	b. いない
3) 言語聴覚士	a. いる	b. いない

(8) 食事の観察(ミールラウンド)について、該当する項目に○印を付けて下さい。

1) 管理栄養士単独でのミールラウンド:
a. 1か月に1日以下 b. 1か月に2～3日 c. 1週間に1～2日 d. 週に3～4日 e. 週に5日以上
2) 多職種によるミールラウンド:
a. 1か月に1日以下 b. 1か月に2～3日 c. 1週間に1～2日 d. 週に3～4日 e. 週に5日以上

(9)多職種による食事の観察(ミールラウンド)の参加者について、該当する職種に○印を付けて下さい。(複数回答可)

- | | | | | | |
|----------|---------|----------|-------------|------------|----------|
| 1) 医師 | 2) 歯科医師 | 3) 管理栄養士 | 4) 歯科衛生士 | 5) 言語聴覚士 | 6) 作業療法士 |
| 7) 理学療法士 | 8) 看護職員 | 9) 介護職員 | 10) 介護支援専門員 | 11) その他() | |

(10)経口維持加算算定に係る多職種会議(カンファレンス)の参加者について、該当する職種に○印を付けて下さい。
(複数回答可)

- | | | | | | |
|----------|---------|----------|-------------|------------|----------|
| 1) 医師 | 2) 歯科医師 | 3) 管理栄養士 | 4) 歯科衛生士 | 5) 言語聴覚士 | 6) 作業療法士 |
| 7) 理学療法士 | 8) 看護職員 | 9) 介護職員 | 10) 介護支援専門員 | 11) その他() | |

(11)経口維持加算算定に係る多職種会議(カンファレンス)の頻度について、該当する項目に○印を付けて下さい。

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| a. 1か月に1日以下 | b. 1か月に2～3日 | c. 1週間に1～2日 | d. 週に3～4日 | e. 週に5日以上 |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|

(12)7月31日現在、経口維持加算算定開始からすでに6か月を超えて継続している者の人数をご記入下さい。0人の場合は0とご記入下さい。

1) ()人

(13)7月1か月間(7月1日～31日)の期間中に、経口維持加算算定開始から6か月目を迎えた者についてご記入下さい。
0人の場合は0とご記入下さい。

- | | |
|--|------|
| 1) 7月1日～31日の期間中に経口維持加算算定開始から6か月目を迎えた者の人数 | ()人 |
| 2) 1)のうち、経口維持加算の算定を継続している者の人数 | ()人 |

(14)平成27年度から経口維持加算の算定方式が変更され、良かったことはありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1) 算定件数が増加した | 7) 他職種が摂食・嚥下困難に関心を持つようになった |
| 2) 算定しやすくなった | 8) 他職種の協力が得られるようになった |
| 3) 摂食・嚥下に関する課題が明確になった | 9) VF・VEが必要なくなり、迅速に介入できる |
| 4) 食事の形態がアップする者が増加した | 10) 管理栄養士のアセスメント能力の向上 |
| 5) 食事摂取量が増える者が増加した | 11) その他 () |
| 6) 他職種と情報共有できるようになった | |

(15)経口維持加算の算定について、困難を感じていることはありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。
(複数回答可)

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1) 医師の指示が得られにくい | 10) 業務量が増えた |
| 2) 歯科医師の指示が得られにくい | 11) 残業が増えた |
| 3) 歯科衛生士または言語聴覚士の協力が得られにくい | 12) 個別の食事対応が困難 |
| 4) 他職種の協力が得られにくい | 13) 人員不足 |
| 5) 食事の観察(ミールラウンド)の時間がとれない | 14) 施設内での体制作りが困難 |
| 6) 食事の観察(ミールラウンド)に時間を要する | 15) 他職種が主となって実施している |
| 7) 多職種会議(カンファレンス)の時間がとれない | 16) 施設長から他職種を中心で行うよう指示があった |
| 8) 多職種会議(カンファレンス)に時間を要する | 17) その他 () |
| 9) 管理栄養士の負担が大きい | |

⇒設問3. (17)へ

(16) 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	a. 必要性を感じていない d. 個別の食事対応が出来ない f. 他職種の協力が得られにくい h. 人員不足(具体的に i. その他(具体的に	b. 対象者がいない e. 医師の指示が得られにくい g. 算定方法が分からない 	c. 嚥下の評価が困難
2) 経口維持Ⅰについて	a. 必要性を感じていない d. 個別の食事対応が出来ない f. 他職種の協力が得られにくい h. 人員不足(具体的に i. その他(具体的に	b. 対象者がいない e. 医師の指示が得られにくい g. 算定方法が分からない 	c. 嚥下の評価が困難
3) 経口維持Ⅱについて	a. 必要性を感じていない d. 個別の食事対応が出来ない f. 他職種の協力が得られにくい h. 人員不足(具体的に i. その他(具体的に	b. 対象者がいない e. 医師の指示が得られにくい g. 算定方法が分からない 	c. 嚥下の評価が困難

(17) 7月1か月間の療養食加算の請求件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。

(※例えば、3人の入所者に対し31日間算定した場合は、 $3 \times 31 = 93$ 件としてください。)

1) 糖尿病食	件	6) 脾臓病食	件
2) 腎臓病食(心臓疾患を含む)	件	7) 脂質異常症食	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		

(18) 看取り介護加算及びターミナルケア加算算定の有無のいずれかに○印を付けてください。算定有の場合は、7月1か月間に施設内で看取った人のうち、看取り介護加算及びターミナルケア加算を算定した人数をご記入下さい。

1) 看取り介護加算及びターミナルケア加算の算定	a. 無 ・ b. 有 ()人
--------------------------	------------------

(19) 7月31日現在、本人または家族の同意のもと、終末期のケアプランを作成し、看取り介護及びターミナルケアを実施している人数をご記入下さい。

1) 看取り介護及びターミナルケアの実施	a. 無 ・ b. 有 ()人
----------------------	------------------

(20) 入所者の終末期を判断するのはどのような状況からですか。該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) 日常的な食事摂取量が一定の量以下になったとき 2) 嚥下困難・障害が頻回に見られるようになったとき 3) 体重減少率が増加してきた場合 7) その他	4) 体重増加が期待できなくなった場合 5) 1)～4)以外の病態の変化があった場合 6) 積極的な治療的医療を行わない状況になったとき
--	--

(21) 終末期において最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について多職種(チーム)で検討する定期的なカンファレンス(会議)がありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) ある 2) ない

(22) 終末期の栄養ケア・マネジメントについて、実施した項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) 体重の測定を行っていた	9) その他、重点的にアセスメントした内容(項目)があった
2) 体重の増加を目標にするのを中止した	10) 計画を立てる際、相談した職種がいた
3) 血清アルブミン値の改善を目標にするのを中止した	11) 栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした
4) 食事や栄養補給に関する希望や意思について、 本人・家族へ確認	12) モニタリング結果の共有をしていた
4) 食事摂取量の増加を目標にするのを中止した	13) モニタリングの状況を家族に伝えた
5) 少しでも食べられることを目標にした	14) 家族の満足感は得られた
6) 栄養補助食品等を提供した	15) 食事提供に関して、家族と意見は一致した
7) 毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに 指示した	16) 食事提供に関して、他職種と意見は一致した
8) 終末期の約束食事箋のようなものがあった	17) その他 ()

(23) 介護老人保健施設にお聞きします。在宅復帰支援について、7月1か月間の加算算定状況についてご記入下さい。

1) 在宅強化型 a. 無 ・ b. 有	2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 a. 無 ・ b. 有
3) 入所前後訪問指導加算 a. 無 ・ b. 有 () 件 有の場合:管理栄養士の参加 i). 無 ・ ii). 有	
4) 退所前訪問指導加算 a. 無 ・ b. 有 () 件 有の場合:管理栄養士の参加 i). 無 ・ ii). 有	
5) 退所後訪問指導加算 a. 無 ・ b. 有 () 件 有の場合:管理栄養士の参加 i). 無 ・ ii). 有	
その他、加算の有無に関わらず退所時の管理栄養士による支援	
6) 本人や家族への退所のための栄養相談 a. 無 ・ b. 有 () 件	
7) 退所サマリー等への栄養ケア情報の提供 a. 無 ・ b. 有 () 件	
8) 居宅介護支援専門員等への食事や栄養情報の提供やコンサルテーション a. 無 ・ b. 有 () 件	

4. 施設入所以外の利用者について、管理栄養士(回答者以外に配置されている管理栄養士を含めて)が関与している業務についてご記入下さい。

(1) 併設の通所サービスがありますか。ある場合、栄養改善加算の取得があれば件数をご記入ください。

1) ある → 栄養改善加算の取得 (a. 有 () 件 ・ b. 無) → 設問4. (2)へ
2) ない → 設問4. (5)へ

(2) 併設の通所サービスにおいて実施していることはありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) 食事の観察(ミールラウンド)	2) 食形態の検討	3) 食事内容の検討	4) 嚥下調整食の提供
5) 療養食の提供	6) 本人や家族からの栄養相談	7) 他の職員からの栄養相談	
8) その他 ()	9) なし		

(3) 栄養改善加算を請求している施設の方のみご回答ください。通所サービスにおいて管理栄養士の兼任はありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) ある⇒設問4.(5)へ	2) ない⇒設問4.(4)へ
----------------	----------------

(4) 栄養改善加算を請求していない施設の方のみご回答ください。 栄養改善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	2) 事務長の判断	3) 医師の判断	4) 管理栄養士の判断
5) 栄養改善加算の請求(算定)方法がわからない			
6) 他の職種の理解や協力が得られない			
7) 人員不足(具体的に			
)8) その他()			

(5) 併設しているサービスについて、該当する項目に○印を付けて下さい。

併設しているサービスに○印	サービス利用者に対して管理栄養士が関わっていることに○印(複数回答可)
1) 短期入所生活介護(ショートステイ)	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
2) 認知症対応型通所介護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
3) 小規模多機能型居宅介護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
4) 地域密着型特定施設入居者生活介護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
5) 夜間対応型訪問介護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
6) 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし
9) 複合型サービス	a. 食事の観察(ミールラウンド) b. 食事の形態の調整 c. 食事内容の検討 d. 療養食の対応 e. 栄養相談 f. その他() g. なし

(6) 施設入所者への栄養ケア以外で実施していることはありますか。該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) コミュニティ・カフェや認知症カフェの運営・見回り	2) 配食サービスによる栄養改善
3) 市の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	4) 市の栄養教室の講師等一般介護予防事業
5) 地域包括ケアセンターにおける地域ケア会議への参加	6) 施設広報誌で栄養情報を提供
7) ホームページで栄養の啓もう活動	8) その他()
9) なし	

5. 今後の制度改定や研修に望むことやご意見などがあればご記入ください。

--

『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6. 以降にご回答をお願い致します。 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、平成 28 年 8 月末までに事務局に同封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。

6. 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、その方々についてご記入下さい。

注：c. 栄養ケア・マネジメント経験年数には、個別の栄養ケア・マネジメントや栄養管理に係る管理栄養士として、これまでの他の病院や施設で働いた年数も合計してください。（紙面が足りない場合には、欄外や適宜適当な用紙にご記入下さい。）

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

	管理栄養士 A	管理栄養士 B	管理栄養士 C
a. 所属	i)施設 ii)委託	i)施設 ii)委託	i)施設 ii)委託
b. 勤務形態	i)常勤 ii)パート	i)常勤 ii)パート	i)常勤 ii)パート
c. 栄養ケア・マネジメントの経験年数	年 か月	年 か月	年 か月
d. 病院における栄養管理の経験年数（※給食委託会社での勤務等、給食管理業務のみの従事は含まない）	年 か月	年 か月	年 か月
e. 居宅療養管理指導の経験の有無	無 有	無 有	無 有
f. 在宅訪問栄養相談（居宅療養管理指導を除く）の経験の有無	無 有	無 有	無 有
g. 第20回以降の管理栄養士国家試験合格の有無	無 有	無 有	無 有
h. 臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会認定）の有無	無 有	無 有	無 有
i. 栄養サポートチーム加算要件の有無 （日本静脈経腸栄養学会・日本病態栄養学会等の認定）	無 有	無 有	無 有
j. 在宅訪問管理栄養士（日本栄養士会）の有無	無 有	無 有	無 有
k. 介護支援専門員の資格の有無	無 有	無 有	無 有
l. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センターの課程修了の有無	無 有	無 有	無 有
m. 大学院修士号以上の学位の有無	無 有	無 有	無 有

7. 7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1～3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	できていない
1. 「食べること」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	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重要な目標であるという認識が広まっていますか	3	2	1
3. 施設長は、多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	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	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	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	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	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	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	3	2	1
【栄養スクリーニングに関する項目】	よくできている	できている	できていない

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	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	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	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、個別の栄養補給量を算出し、個別の食事補給計画を文章化していますか	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	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	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	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	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	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	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）に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	3	2	1
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	3	2	1

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

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

9. 7月1か月間の業務時間(残業を含む)に占める栄養ケア・マネジメント・給食管理、その他の業務時間について、全体を100とした場合のおよその配分をご記入下さい。(自己申告)

1) 栄養ケア・マネジメント	/100	2) 給食管理	/100
その他の業務		↓自由記述	
3) 委員会活動	/100	10)	/100
4) 会議(施設内)	/100	11)	/100
5) 会議(施設外)	/100	12)	/100
6) 研修	/100	13)	/100
7) 併設のサービスに関する業務	/100	14)	/100
8) 関連施設に関する業務	/100	15)	/100
9) 施設外の業務	/100	合計で100になるよう配分してください	

10. 介護老人保健施設の方にお聞きします。退所支援についてご記入ください。

(1) 本人や家族への退所のための栄養相談を実施していますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) 実施している → 設問10.(2)へ	2) 実施していない → 設問10.(4)へ
-----------------------	------------------------

(2) 在宅復帰への支援を強化する場合、本人や家族への退所のための栄養相談は、退所までの間に平均何回実施しますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) 1回	2) 2回	3) 3回	4) 4回	5) 5回以上
-------	-------	-------	-------	---------

(3) 通常の退所支援の場合、本人や家族への退所のための栄養相談は、退所までの間に平均何回実施しますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

1) 1回	2) 2回	3) 3回	4) 4回	5) 5回以上
-------	-------	-------	-------	---------

⇒設問10.(5)へ

(4) 本人や家族への退所のための栄養相談を実施していない場合、その理由について該当する項目に○印を付けてください。(複数回答可)

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1) 退院時カンファレンスにおいて実施しているため | 2) 書面による情報提供を実施しているため |
| 3) 日常的な家族との面会時に実施しているため | 4) 業務に位置付けられていないため |
| 5) 必要性が無いため | |
| 6) 人員不足(具体的に | 7) その他(具体的に |

(5) 在宅復帰のための自宅訪問(グループホーム、有料・軽費・養護老人ホーム・高齢者住宅等を含む)を実施していますか。該当する項目に○印を付けて下さい。

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1) 実施している → 設問10.(6)へ | 2) 実施していない → 設問10.(8)へ |
|-----------------------|------------------------|

(6) 自宅訪問(グループホーム、有料・軽費・養護老人ホーム・高齢者住宅等を含む)を実施する職種について、該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

- | | | | | | | |
|----------|----------|-------------|-------------|-----------|----------|----------|
| 1) 医師 | 2) 歯科医師 | 3) 薬剤師 | 4) 看護職員 | 5) 介護職員 | 6) 管理栄養士 | 7) 理学療法士 |
| 8) 作業療法士 | 9) 言語聴覚士 | 10) 介護支援専門員 | 11) 介護支援相談員 | 12) 歯科衛生士 | | |
| 13) その他(| | | | | |) |

(7) 自宅訪問(グループホーム、有料・軽費・養護老人ホーム・高齢者住宅等を含む)を実施する時期について、該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

- | | | |
|---------------|--------------|--------|
| 1) 入所前 30 日以内 | 2) 入所後 7 日以内 | 3) 退所前 |
| 4) 退所後 30 日以内 | 5) その他(|) |
- ⇒設問10.(9)へ

(8) 自宅訪問(グループホーム、有料・軽費・養護老人ホーム・高齢者住宅等を含む)を実施していない場合、その理由で該当する項目に○印を付けてください。(複数回答可)

- | | | | |
|--------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1) 業務に位置付けられていないため | 2) 介護支援専門員の判断 | 3) 支援相談員の判断 | 4) 施設長の判断 |
| 5) 実施体制が無いため | 6) 人員不足(具体的に | 7) その他(具体的に |) |

(9) 栄養相談や自宅訪問などの退所支援が必要と考えられる入所者の特性について、該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1) 低栄養状態である | 6) 脱水の既往がある |
| 2) 療養食が必要である | 7) 自宅で自炊する |
| 3) 摂食・嚥下障害がある | 8) 自宅での食事の準備が困難 |
| 4) 嚥下調整食が必要である | 9) 日中独居である |
| 5) 水分にとろみ剤を使用している | 10) 老々介護である |
| | 11) 家族の協力が得られない |
| (12) その他 | |

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平成 28 年 8 月末までに事務局に同封の返信用封筒でご返送下さい。

□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 28 年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究」事務局

担当: 杉山みち子

電話: 046-828-2662 FAX: 046-828-2663

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」
経口維持体制を強化した個別の栄養ケア・マネジメントの効果的な取組み

I. 基本的事項について。（平成 27 年（※昨年）9 月 30 日の近時の状況を記入してください。）

記入日：平成 28 年 月 日

施設 ID			対象者 ID																																
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ その他（ ）			性	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳																												
加算取得	☐ 経口移行 ☐ 経口維持Ⅰ ☐ 経口維持Ⅱ ☐ 療養食 ☐ 看取り介護及びターミナルケア ☐ 入所前後訪問指導 ☐ 退所前訪問指導 ☐ 退所後訪問指導																																		
疾患名(複数回答)																																			
認知症	☐ 無 ☐ 有（認知症高齢者の日常生活自立度： ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲ ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M ） ☐ 不明																																		
摂食・嚥下能力のグレード評価	■ 該当するグレードにチェックして下さい <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Ⅰ 重 症</td> <td rowspan="3">経口不可</td> <td>☐ Gr.1</td> <td>嚥下困難または不能</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.2</td> <td>基礎的嚥下訓練のみ可能</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.3</td> <td>厳密な条件下の摂食訓練が可能</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Ⅱ 中 等 症</td> <td rowspan="3">経口と 補助栄養</td> <td>☐ Gr.4</td> <td>楽しみとしての摂食が可能</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.5</td> <td>一部（1～2 食）経口摂取</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.6</td> <td>3 食経口摂取プラス補助栄養</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Ⅲ 軽 症</td> <td rowspan="3">経口のみ</td> <td>☐ Gr.7</td> <td>嚥下調整食で、3 食とも経口摂取</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.8</td> <td>特別嚥下しにくい食品（パサつくもの、堅いもの、水など）を除き、3 食経口摂取</td> </tr> <tr> <td>☐ Gr.9</td> <td>普通食の経口摂取可能 ただし、臨床的観察（ムセなど）と指導（姿勢など）が必要</td> </tr> <tr> <td>Ⅳ 正 常</td> <td></td> <td>☐ Gr.10</td> <td>正常の摂食・嚥下能力</td> </tr> </table>							Ⅰ 重 症	経口不可	☐ Gr.1	嚥下困難または不能	☐ Gr.2	基礎的嚥下訓練のみ可能	☐ Gr.3	厳密な条件下の摂食訓練が可能	Ⅱ 中 等 症	経口と 補助栄養	☐ Gr.4	楽しみとしての摂食が可能	☐ Gr.5	一部（1～2 食）経口摂取	☐ Gr.6	3 食経口摂取プラス補助栄養	Ⅲ 軽 症	経口のみ	☐ Gr.7	嚥下調整食で、3 食とも経口摂取	☐ Gr.8	特別嚥下しにくい食品（パサつくもの、堅いもの、水など）を除き、3 食経口摂取	☐ Gr.9	普通食の経口摂取可能 ただし、臨床的観察（ムセなど）と指導（姿勢など）が必要	Ⅳ 正 常		☐ Gr.10	正常の摂食・嚥下能力
Ⅰ 重 症	経口不可	☐ Gr.1	嚥下困難または不能																																
		☐ Gr.2	基礎的嚥下訓練のみ可能																																
		☐ Gr.3	厳密な条件下の摂食訓練が可能																																
Ⅱ 中 等 症	経口と 補助栄養	☐ Gr.4	楽しみとしての摂食が可能																																
		☐ Gr.5	一部（1～2 食）経口摂取																																
		☐ Gr.6	3 食経口摂取プラス補助栄養																																
Ⅲ 軽 症	経口のみ	☐ Gr.7	嚥下調整食で、3 食とも経口摂取																																
		☐ Gr.8	特別嚥下しにくい食品（パサつくもの、堅いもの、水など）を除き、3 食経口摂取																																
		☐ Gr.9	普通食の経口摂取可能 ただし、臨床的観察（ムセなど）と指導（姿勢など）が必要																																
Ⅳ 正 常		☐ Gr.10	正常の摂食・嚥下能力																																
義歯の状態	☐ 義歯をしている ☐ 義歯をしていない																																		
摂食方法	☐ 自力摂取（はし／スプーン） ☐ 自力摂取（自助具使用） ☐ 部分介助・全面介助																																		
食べる姿勢	☐ 座位 ☐ 60～90° 挙上 ☐ 30～45° 挙上 ☐ 0～15° 挙上																																		

次ページへ続きます。

Ⅱ. 低栄養状態のリスクレベルとその状況・食事について。
(平成27年(昨年)9月30日の近時の状況を記入してください。)

低栄養状態のリスクレベル □低 □中 □高	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI kg/m ²
3%以上の体重減少 □無 □有 (kg/ ヶ月)	血清アルブミン値 (g/dl) □無 □有 ((g/dl))		
褥瘡 □無 □有	栄養補給法 □経腸栄養法 □静脈栄養法		
食事摂取量 () (%) ・主食の摂取量 () (%) ・主菜の摂取量 () (%) ・副菜の摂取量 () (%) ・その他(補助食品など) ()	食事形態(日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013 食事早見表を用いて記載のこと) 主食: □常食 □嚥下調整食 (□Oj □Ot □1j □2-1 □2-2 □3 □4) 副食: □常食 □嚥下調整食 (□Oj □Ot □1j □2-1 □2-2 □3 □4) 水分のとりみ剤使用: □無 □有(段階 □うすい □中間 □濃い)		

Ⅲ. 摂食・嚥下障害リスクについて。(平成27年(昨年)9月30日の近時の状況を記入してください。)
以下は、経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定している場合にその記録から転記してください。

Ⅲ-1 実施している摂食・嚥下機能検査にチェックをしてください。(複数回答有)

☐水飲みテスト ☐頸部聴診法 ☐嚥下内視鏡検査 ☐嚥下造影検査 ☐咀嚼能力・機能の検査
☐その他 ()

Ⅲ-2. 多職種による食事の観察(ミールラウンド)の参加者について、該当する職種にチェックをしてください。
(複数回答可)

☐医師 ☐歯科医師 ☐管理栄養士 ☐歯科衛生士 ☐言語聴覚士 ☐作業療法士 ☐理学療法士 ☐看護職員
☐介護職員 ☐介護支援専門員 ☐その他 ()

Ⅲ-3. 経口維持加算算定に係る多職種会議(カンファレンス)の参加者について、
該当する職種にチェックをしてください。(複数回答可)

☐医師 ☐歯科医師 ☐管理栄養士 ☐歯科衛生士 ☐言語聴覚士 ☐作業療法士 ☐理学療法士 ☐看護職員
☐介護職員 ☐介護支援専門員 ☐その他 ()

Ⅲ-4. 次の経口維持加算の様式例のうち記録にある項目についてチェックをしてください。
なお、その他に施設独自にアセスメントしている項目については記入は不要です。

① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

次ページへ続きます。

⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
㉒ 観察時から直近 1 ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

次ページへ続きます。

Ⅳ. イベント非発生者の 1 年後の状態について。

(平成 28 年(※今年) 9 月 30 日の近時の状況を記入してください。)

摂食・嚥下能力のグレード評価	■ 該当するグレードにチェックして下さい		
	Ⅰ 重 症	経口不可	☐ Gr.1 嚥下困難または不能
			☐ Gr.2 基礎的嚥下訓練のみ可能
			☐ Gr.3 厳密な条件下の摂食訓練が可能
	Ⅱ 中 等 症	経口と 補助栄養	☐ Gr.4 楽しみとしての摂食が可能
			☐ Gr.5 一部(1~2 食) 経口摂取
			☐ Gr.6 3 食経口摂取プラス補助栄養
	Ⅲ 軽 症	経口のみ	☐ Gr.7 嚥下調整食で、3 食とも経口摂取
			☐ Gr.8 特別嚥下しにくい食品(バサつくもの、堅いもの、水など)を除き、3 食経口摂取
			☐ Gr.9 普通食の経口摂取可能 ただし、臨床的観察(ムセなど)と指導(姿勢など)が必要
Ⅳ 正 常		☐ Gr.10 正常の摂食・嚥下能力	

低栄養状態のリスクレベル	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI kg/m ²
3%以上の体重減少	☐ 無 ☐ 有 (kg/ ヶ月)	血清アルブミン値 (g/dl) ☐ 無 ☐ 有 (g/dl))		
褥瘡	☐ 無 ☐ 有	栄養補給法 ☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法		
食事摂取量 () (%) ・主食の摂取量 () (%) ・主菜の摂取量 () (%) ・副菜の摂取量 () (%) ・その他(補助食品など) ()	食事形態(日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013 食事早見表を用いて記載のこと) 主食: ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0j ☐ 0t ☐ 1j ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4) 副食: ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0j ☐ 0t ☐ 1j ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4) 水分のとりみ剤使用: ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ うすい ☐ 中間 ☐ 濃い)			

特記事項

--

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、**平成 28 年 10 月 31 日(月)**までに事務局に同封の返信用封筒でご返送下さい。

□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 28 年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」事務局

担当: 杉山みち子

電話: 046-828-2662 FAX: 046-828-2663 sugiyama-m@kuhs.ac.jp

平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康推進等事業分）

『介護保険施設における重点的な

栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業』

2017 年 3 月発行

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 3-1-1 TJ ビル 3 階

Tel : 03-5829-08590 Fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com

【不許複製】