

令和元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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び
医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業

報告書

令和2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31年（令和元年）度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受け、「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」（委員長 中村丁次）に取り組んできた。

平成30年度介護報酬改定では、栄養マネジメント加算に係る常勤管理栄養士の配置要件が緩和され、介護保険施設の常勤管理栄養士が同一敷地内の介護保険施設と兼務することが新たに認められた。また、再入所時栄養連携加算が新設され、介護保険施設と医療施設の管理栄養士同士の連携の推進が図られました。今後、介護保険施設において効果的・効率的な栄養管理を一層推進していくためには、栄養マネジメント加算の要件緩和や再入所時栄養連携加算の新設による影響や課題についての整理が必要であることから、本事業では、栄養マネジメント加算について、平成30年度改定前より認められていた管理栄養士の兼務対象も含めて、兼務の状況、常勤管理栄養士1名当たりの入所者数（担当入所者数）、要件緩和に伴うメリット・デメリット等の実態を把握するとともに、効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントを行う上で必要となる具体的プロセスについて整理した。再入所時栄養連携加算については、対象となる入所者、連携先の医療施設等の実態を把握するとともに、本加算を活用した介護施設の医療施設との栄養連携の具体的メリットや、本加算の活用に係る課題等について整理した。

これらの介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する施設の実態調査、入所者個別調査及び訪問インタビュー調査研究の成果が、利用者の栄養の維持・改善及び「口から食べる楽しみを支援の充実」のための介護保険制度改定に対して寄与することを願っている。

なお、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を支援の充実」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いく予定である。

平成31年度（令和元年度）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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との
栄養連携の推進に関する調査研究事業」

委員長 中村丁次

平成 31 年（令和元年）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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」

委員長 中村丁次 神奈川県立保健福祉大学学長

統括・運営小委員会

- 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院名誉教授
- 田中 和美 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授)
- 榎 裕美 愛知淑徳大学 健康医療科学部教授
- 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授
- 高田 健人 神奈川県立保健福祉大学栄養学科助教
- 高田 和子 国立研究開発法人医療基盤・健康・栄養研究所
栄養・代謝研究部 栄養ガイドライン研究室 室長
- 古明地夕佳 十文学園女子大学准教授
- 荻部 康子 社会福祉法人真善福祉協会 介護老人保健施設 介護老人保健施設
リハパーク舞岡 管理栄養士/臨床栄養師
- 堤 亮介 平成医療福祉グループ栄養部 管理栄養士/臨床栄養師
- 松山紗奈江 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野
- 加藤すみ子 日本栄養士会 福祉事業部企画運営委員長
- 長瀬香織 神奈川県立保健福祉大学栄養学科助教
- 長谷川未帆子 神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科栄養領域
- 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 (オブザーバー)

実態調査分析委員会(横断的施設調査)

- 田中和美 前述
- 杉山みち子 前述
- 長谷川未帆子 前述
- 高田健人 前述
- 古明地夕佳 前述
- 遠又靖丈(オブザーバー) 前述
- 松山紗奈江 前述
- 堤亮介 前述
- 長瀬香織 前述

訪問インタビュー調査委員

- 高田和子 前述
- 小山秀夫 前述
- 杉山みち子 前述
- 苅部康子 前述
- 堤亮介 前述
- 谷中景子 前述
- 加藤すみ子 前述

研究補助

- 浅見桃子 神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻
- 濱田秋平 神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻

研究事務

- 加納亜紀子 神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室

経理担当

- 駒形公大 日本健康・栄養システム学会

目 次

研究概要	1
Ⅰ. 介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する施設実態調査	19
Ⅱ. 介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する施設実態調査：入所者個別調査	81
Ⅲ. 訪問インタビュー調査	161
資料（調査票）	
施設調査票	
個別調査票	

研究概要

本研究の目的は、介護保険施設が効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントを行う上で必要となる具体的プロセスや医療施設との栄養連携の推進の課題を整理し、今後の介護サービスの質的な向上に資することである。本研究は、「Ⅰ.施設実態調査」「入所者個別調査(1年間の後ろ向き調査)」「Ⅲ.訪問インタビュー調査」からなる。

Ⅰ. 施設実態調査

全国の介護保険施設(特養及び老健)を施設の種類、所在する地域ブロック及び床数別について層別化した上でその3割を無作為抽出し、特養1,928施設、老健1,126施設に所属する常勤の管理栄養士を回答者とし、無記名調査用紙による横断調査を行った。特養283施設(回収率14.7%)、老健181施設(同16.1%)の回答から以下の結果を得た(以下の()内は参照する本文の項)。

- ① 低栄養のリスク者(栄養マネジメント加算における栄養スクリーニングによる)が1か月間の入所者数に占める割合の平均は特養では高リスク者9.3%、中リスク者43.0%、老健では高リスク者11.3%、中リスク者39.0%であり、入所者の約2名に1人が中高リスク者であった(ⅠA,B2-2)。
- ② 摂食嚥下障害について、とろみ剤の使用者が1か月間の入所者に占める割合の平均は、特養37.0%、老健22.9%であった。嚥下調整食の利用者は、同様に特養55.0%、老健46.6%であり、少なくとも入所者のおよそ半数であった(ⅠA,B2-2)。
- ③ 栄養マネジメント関連加算を算定している施設の割合は、特養では、栄養マネジメント加算97.1%、療養食加算69.8%、経口維持加算(Ⅰ)43.0%、経口維持加算(Ⅱ)26.0%、経口移行加算9.5%であり、老健では、栄養マネジメント加算97.2%、療養食加算96.7%、経口維持加算(Ⅰ)70.1%、経口維持加算(Ⅱ)48.6%、経口移行加算29.4%であった。平成30年度に新設された再入院時栄養連携加算は特養12.4%、老健35.6%、低栄養リスク改善加算は特養7.7%、老健20.3%であった(ⅠA,B2-6)。これらの加算のうち、以下の⑥の利用者のアウトカムとの関連がみられた加算について、非算定の理由を取り上げてみると、「経口維持加算(Ⅰ)」の非算定の理由は、特養・老健ともに嚥下評価困難、人員不足、業務時間不足、施設長の判断であり、「経口維持加算(Ⅱ)」の非算定の理由は、特養では嚥下評価困難、業務時間不足、人員不足、協力歯科機関がない、老健では人員不足、協力歯科機関がない、業務時間不足であり、「再入院時栄養連携加算」の非算定の理由には、特養・老健ともに対象者がいない、施設側に体制がない、業務時間不足であった(ⅠA,B2-7)。
- ④ 入退所前後の医療機関等との栄養情報連携のうち入所前のサービス提供者から栄養

情報を得ている施設の割合は全施設の特養 88.3%、老健 93.2%、退所後のサービス提供者へ情報提供している施設の割合は全施設の特養 93.2%、老健 81.5%であった。入所前後の情報連携が行われているのは、特養では一般病院 58.3%、老健 52.7%、介護療養型医療施設 29.5%、居宅介護支援事業所 29.0%、特養 22.1%であり、老健では一般病院 51.9%、特養 47.2%、居宅介護支援事業所 44.3%、老健 41.5%、介護療養型医療施設 32.1%であった。さらに、以下の⑥の(イ)のように1年間の施設内での経口維持による看取り数が多い特養では、「再入所時栄養連携加算を算定している」施設の割合が高く (I A3-2)、1 か月間の退所者のうち自宅等住まいへ退所した者の数が多い老健では、「医療施設・施設・事業所間で退所後に管理栄養士が情報提供している」施設の割合が高く、この場合の情報連携を行う医療機関としては地域包括ケア病棟及び有床診療所の割合が高かった (I B3-2)。

⑤ 本務施設の栄養ケア・マネジメントを主に担う常勤管理栄養士のうち他施設兼任者は、特養 10.5%、老健 5.9%であり、通所サービス事業所の兼任者は、特養 30.0%、老健 63.5%であった。非兼任者の本務施設での平均合計勤務時間は、特養 170.3 時間 (最大 231.0 時間)、老健 167.1 時間 (最大 231.0 時間) であるのに対して、兼任者の1 か月間の平均勤務時間合計は、特養の他施設兼任者では 170.2 時間 (最大 200.0 時間) (老健の有効データは得られなかった)、同様に通所サービス事業所兼任者については、特養 174.0 時間 (最大 280.0 時間)、老健 181.2 時間 (最大 230.0 時間) であった (I A,B2-9)。

⑥ 利用者のアウトカムとの関連から見た施設の特徴は、以下の (ア) ~ (エ) のとおりであった(図1)。

(ア) 低栄養の中高リスク者が少ない特養 (中央値以下施設群: 1 か月間の入所者 100 人当たり 53.5 人以下) は多い特養と比べて、「平均要介護度が低い」、「とろみ剤使用者が少ない」、「ミールラウンドに歯科衛生士が参加している」、「施設・事業所間で管理栄養士が文書を用いて情報連携している」とする施設の割合が高かった。同様に中高リスク者が少ない老健 (中央値以下群: 同 100 名当たり 48.7 人以下) は多い老健と比べて、「経腸栄養者・胃瘻・腸瘻者数が低い」、「経口維持加算を算定している」、「多職種によるミールラウンドをしている」、「入退所前後に他の施設・事業所間と施設所属の管理栄養士が栄養情報連携をしている」、「経口維持加算の有無にかかわらずミールラウンドによるモニタリングについて管理栄養士はくできている・よくできている」と考えている」とする施設の割合が高かった (I A,B3-1)。

(イ) 1年間の施設内での経口維持による看取り数が多い特養 (中央値以上施設群: 1年間に 100 人当たり 7.1 人以上) は少ない特養と比べて、「1 か月間の誤嚥性肺炎による入院者数が少ない」、「看取り加算を算定している」、「再入所時栄養連携加算を算定している」、「ミールラウンドに歯科衛生士が参加している」、「中高リスク者の家族との面接・聞き取りについて管理栄養士はくできている・よくできている」と考えている

とする施設の割合が高かった（IA3-2）。

(ウ) 1 か月間の退所者のうち自宅等住まいへ退所した者の数が大きい老健（中央値以上施設群：1 か月間の入所者 100 名当たり 2.9 人以上）は小さい老健と比べて、「入退所前後の訪問指導、情報提供及び在宅復帰・在宅療養支援に関する各加算を算定している」、「口腔衛生関連加算を算定している」、「経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定している」、「ミールラウンドを週 5 日以上実施している」、「ミールラウンドに医師及び言語聴覚士が参加している」、「医療施設・施設・事業所間で退所後に管理栄養士が情報提供している（この場合の情報連携を行う医療機関としては地域包括ケア病棟及び有床診療所）」が回答され、さらに、「退所のために本人・家族に管理栄養士が栄養相談をしている」、「施設管理栄養士が通所サービスを兼任している」、「兼任先の通所サービスが栄養スクリーニング加算を算定している」、「栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち 24 項目について管理栄養士はくできています・よくできています」と考えている（項目の詳細は IA3-1))」とする施設の割合が高かった。また、管理栄養士による退所支援が必要と考えられる入所者の特性は、「低栄養状態」、「摂食嚥下障害」、「嚥下調整食が必要」「脱水の既往」であった（IB3-2）。

(エ) 1 か月間の誤嚥性肺炎による入院者の数が少ない特養及び老健（中央以下群：1 か月間 100 名当たり 0 人（中央値）以下）は多い施設と比べて、特養においては「平均要介護度が高」、「1 年間の経口維持による看取り数が多い」、「多職種によるミールラウンドに医師が参加している」とする施設の割合が高かった。一方、老健においては、「多職種によるミールラウンドに歯科医師が参加している」、「経口維持加算の算定の有無にかかわらず管理栄養士によるミールラウンドを週 5 日以上行っている」、「兼任先の通所サービスで管理栄養士が食事を観察している」とする施設の割合が高かった（IA, B3-3）。

⑦ 常勤管理栄養士を 2 名以上配置している特養(図 2)では、管理栄養士が行う栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち「中高リスク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る」、「中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている」、「アセスメントから把握された課題（問題）についての総合的な判断（栄養診断）をしている」、「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」が管理栄養士はくできています」と考えている施設の割合が高かった。さらに、兼任先の通所サービスにおいて「栄養スクリーニング加算を算定している」、「管理栄養士が自宅を訪問している」、「地域密着型特定施設入所者生活介護で療養食の対応をしている」、「施設広報誌で栄養情報提供をしている」とする施設の割合が高かった（IA-4）。一方、常勤管理栄養士を 2 名以上配置している老健(図 3)では、「経管栄養者のうち胃 瘻・腸瘻者が少ない」、「経口維持加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定している」とする施設の割合が高かった（IB-4）。さらに、管理栄養士が行う栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち「経口維持加算の算定の有無にかかわらずミールラウンドで

食事を観察している」、「アセスメントから把握された課題についての総合的な判断（栄養診断）をしている」、「中高リスク者の担当の関連職種からのモニタリングをしている」、「ミールラウンドによるモニタリングをしている」、「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、多職種で話し合っている」が管理栄養士はくよくよできていると考えている施設の割合が高かった。本務施設の常勤管理栄養士が小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を兼任している施設の割合が高く、また、本務施設の常勤管理栄養士が「ホームページで栄養啓発活動を実施する」という施設の割合が高かった。

さらに、常勤管理栄養士を2名以上配置する特養、老健(図2, 3)ともに、本務施設の常勤管理栄養士一人当たりの定員数が少なく、特養では、本務施設での1か月の平均勤務時間が短く、本務施設と兼任の施設及び通所サービスを加えた平均勤務時間合計も短くなっていた。老健では兼任の通所サービスの本務常勤管理栄養士一人当たりの定員数が多く、本務及び兼任の通所サービスを加えた平均勤務時間合計には差がなかった。

このように常勤管理栄養士を2名以上配置することによって NCM プロセスにおけるサービスの質の向上や兼任するサービス等へのよい影響がみられた。

図1 施設入所者の低栄養、経口維持による看取り、自宅等住まいへの退所、誤嚥性肺炎による入院と利用者特性及びNCM関連プロセス

特養・老健ともに低栄養の中高リスク者2人に1人・摂食嚥下障害およそ半数			
施設種	利用者特性	プロセス	アウトカム
特養	平均要介護度高い 摂食嚥下障害者(とろみ剤使用者) 少ない 経腸栄養・胃瘻・腸瘻者数低い	ミーラウンドに歯科衛生士が参加 施設間情報連携 多職種ミーラウンド・モニタリング(経口維持加算の有無) 経口維持加算(Ⅰ)の算定★ 退所前後施設間情報連携	低栄養リスク者の割合低い
老健		看取り加算の算定 再入所時栄養関連加算の算定 ミーラウンドへの歯科衛生士の参加 栄養ケア・マネジメント(家族面談・聞き取り)★	経口維持の看取り者多い
特養		入所前後の訪問指導 情報提供及び在宅復帰・在宅療養支援 口腔衛生関係加算の算定 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定★ ミーラウンドへの週5日以上実施 ミーラウンドに医師及び言語聴覚士 他施設間情報連携;退 退所のための本人・家族への栄養相談 施設管理栄養士の兼任通所サービス⇒栄養スクリーニング加算★ 栄養ケア・マネジメントのプロセス(24項目)★	自宅等住まいへの退所多い
特養	平均要介護度が高い	多職種ミーラウンドに医師の参加	
老健		多職種ミーラウンドに歯科医師の参加 管理栄養士によるミーラウンド週5日以上 管理栄養士兼任通所サービスでの食事の観察	誤嚥性肺炎による入院少ない

★本務施設常勤管理栄養士2名以上配置(vs1名配置)の特徴

図2 特養 本務施設常勤管理栄養士2名以上 (vs1名) の勤務状況及びNCM等の実施状況

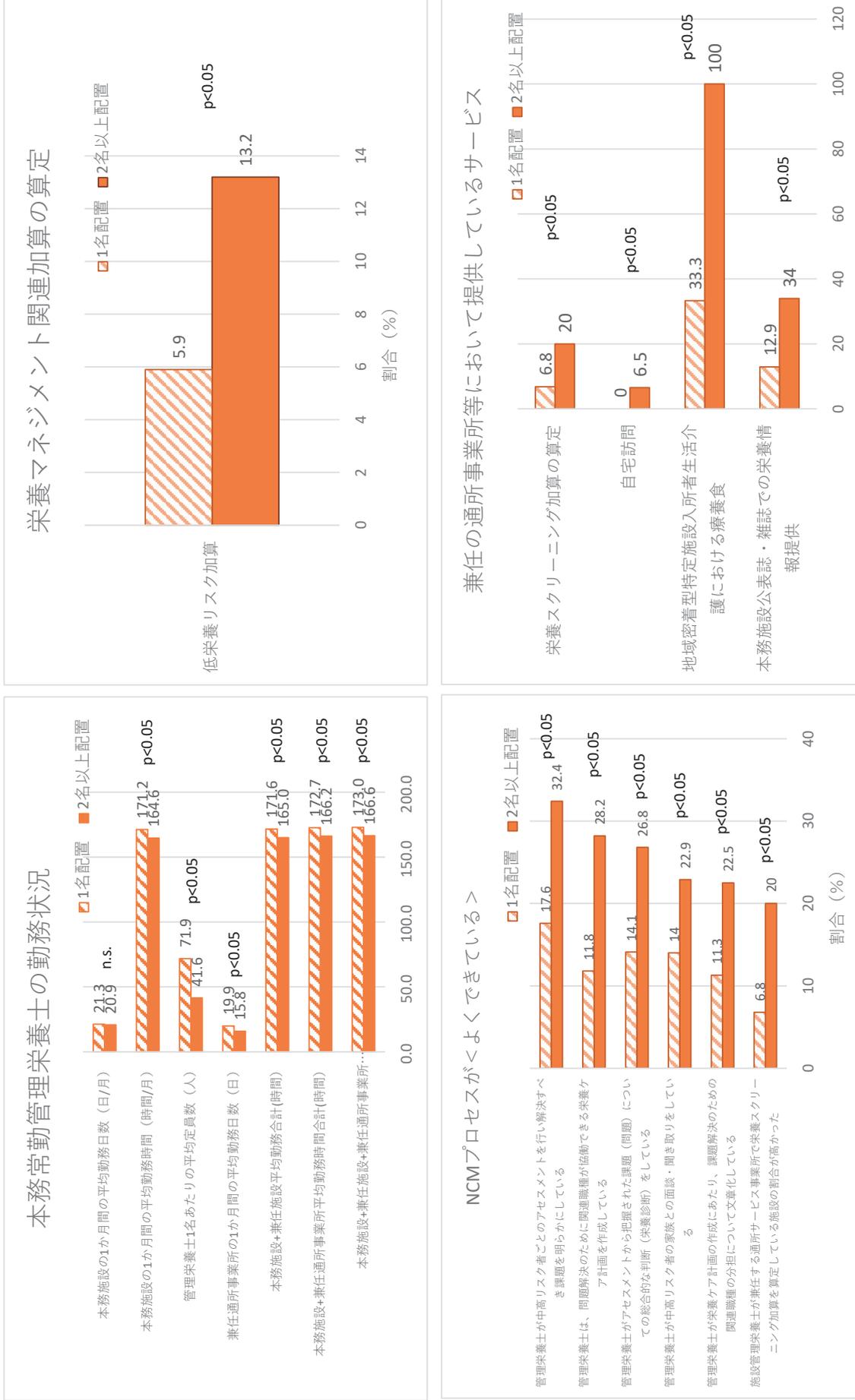


図3 老健 本務施設常勤管理栄養士2名以上 (vs1名) の勤務状況及びNCM等の実施状況



II. 入所者個別調査

I. 施設実態調査に回答し、さらにII. 入所者個別調査に協力すると回答した特養 48 施設（入所定員合計 1,295 名）、老健 22 施設（入所定員合計 3,576 名）に調査票を郵送した。調査票には施設に所属する管理栄養士が 2018 年 7 月 1 日から 2019 年 7 月 31 日までの新規入所者全員の入所時の状況及び 2019 年 12 月末までの状況について記載し、郵送により回収した。特養 27 施設（回収率 56.3%）より新規入所者 511 名、老健 11 施設（回収率 50.0%）より新規入所者 817 名の有効回答があり、以下の結果を得た。

①新規入所者の低栄養状態や摂食・嚥下障害のリスク者の発生状況

A. 特養

新規入所時直近の低栄養状態中リスク 54.8%、高リスク 12.2%と合わせて 6 割以上に低栄養リスクが見られた。摂食・嚥下障害リスクは「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」における嚥下調整食利用者ならびに水分へのとろみ剤の使用者をリスクありと判断し、主食または副食が嚥下調整食である者が 69.8%、水分にとろみ剤を使用している者は 30.1%であった。さらに主食の嚥下調整食分類コード 2-2,2-1（ピューレ・ペースト・ミキサー食）、およびコード 1j, 0t, 0t（ゼリー・ムース状）の者（以下、分類コード 2-2 より重度の者）は嚥下調整食利用者のうち 21.4%であった。

B. 老健

新規入所時の低栄養状態中リスク 44.1%、高リスク 18.5%と合わせて 6 割以上に低栄養リスクが見られ、特に血清アルブミン値 3.0 以下の者が 29.7%と特養（同 16.4%）よりも多く見られた。主食または副食が嚥下調整食である者が 50.2%、水分にとろみ剤を使用している者は 22.8%であった。さらに主食の分類コード 2-2 より重度の者は嚥下調整食利用者のうち 18.6%であった。

②新規入所時直近の低栄養状態リスクについての検討

新規入所時直近の低栄養状態中高リスク群を低リスク群と比較した結果を以下に示す。

A. 特養

1.)新規入所時直近

中高リスク群は「要介護度 4 以上」「入所前の居所が一般病床またはその他の医療施設（地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床、精神病床を含む）」「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上（以下、認知症の重度者）」「嚥下調整食利用者」「とろみ剤使用者」の各項目での割合が高いという特徴がみられた。（ $p<0.05$ ）

2) 追跡期間中（追跡期間の算出については本文Ⅱ-方法-別表参照、）

中高リスク群は「経口維持加算Ⅰの介護報酬が算定されている者」「死亡者」の各項目での割合が高く、「医療機関との情報連携が実施されている者」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。（ $p<0.05$ ）

B. 老健

1.) 新規入所時直近

中高リスク群は「要介護度 4 以上の者」「80 歳以上の者」「医療施設からの入所者」「情報連携が実施されている者」「経口維持加算 I・II、低栄養リスク改善加算、ターミナル加算等の介護報酬が算定されている者」「認知症の重度者」「嚥下調整食利用者」「とろみ剤使用者」の各項目で割合が高く、「入所前後訪問指導加算 I 等の介護報酬が算定されている者」の各項目での割合が低いという特徴がみられた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

中高リスク群は「要介護度の悪化」「経口維持加算 I、経口維持加算 II、低栄養リスク改善加算の介護報酬が算定されている者」「医療機関（特に一般病床）との情報連携が実施されている者」「死亡者」「入院者（そのうち入院先の 9 割以上が一般病床）」の各項目の割合が高く、「在宅復帰」の割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

以上より、特養、老健ともに低栄養状態の中高リスク群は一般病床ならびにその他の医療施設からの入所者の割合が高く、嚥下調整食やミールラウンド（経口維持加算の介護報酬の算定対象）の取り組みによって対応される摂食・嚥下障害リスク者も高い割合であった。同時に、死亡や入院の割合が高い一方で、老健においては在宅復帰の割合は低い傾向にあった。

③入所前の居所についての検討

入所前の居所が在宅の群を在宅以外の群と比較した結果を以下に示す。

A. 特養（在宅以外群は主として老健、一般病床）

1.) 新規入所時直近

在宅群は「要介護度 4 以上の者」「入所前の居所との情報連携が実施されている者」「低栄養状態中高リスク者」「嚥下調整食利用者」「とろみ剤使用者」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

在宅群は「3 か月で 5%以上体重減少」「経口維持加算 I・II、療養食加算の介護報酬が算定されている者」「入院者（そのうち入院先の 8 割以上が一般病床）」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

B. 老健（在宅以外群は主として一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟）

1.) 新規入所時直近

在宅群は「入所前後訪問指導加算 I・II、退所前訪問指導加算等の介護報酬が算定されている者」での割合が高く、「要介護度 4 以上の者」「入所前の居所との情報連携が実施されている者」「経口維持加算 I、低栄養リスク改善加算の介護報酬が算定されている者」「認

知症の重度者」「低栄養状態中高リスク者」「嚥下調整食利用者」「とろみ剤使用者」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

在宅群は「在宅復帰」「退所後の再入所」の各項目での割合が高く、「経口維持加算Ⅰの介護報酬が算定されている者」「医療機関との情報連携が実施されている者」「介護報酬加算を算定しない情報連携が実施されている者」「死亡者」「入院者（そのうち入院先の9割以上が一般病床）」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

以上より、入所前の居所が在宅の群は在宅以外の群よりも心身の状態が比較的良好な者が多い一方、病院等から入所する者については低栄養状態や摂食嚥下障害リスクが高いため、それらに対応した経口維持の取り組みや病院との入所前及び入所期間中の情報連携がより求められると考えられた。また、老健では在宅から入所する者についても退所後に再入所する者がいるため、在宅療養の介護支援専門員等との入退所前後の情報連携をより積極的に行う必要性が示唆された。

④入所前の居所でのサービス担当者と施設管理栄養士による情報連携についての検討

入所前の居所でのサービス担当者と施設管理栄養士による情報連携について、あり群をなし群と比較した結果を以下に示す。

A. 特養

1.)新規入所時直近

入所前の居所との情報連携あり群は「介護保険施設、医療施設からの入所者」「経口維持加算Ⅰ・Ⅱ等の介護報酬が算定されている者」「食事摂取量75%以下の者」「嚥下調整食利用者」「とろみ剤使用者」の各項目での割合が高いという特徴が見られた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

入所前の居所との情報連携あり群は「経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、看取り介護加算等が算定されている者」「医療機関との情報連携が実施されている者」「施設内看取りされた者」の各項目での割合が高いという特徴が見られた。

B. 老健

1.)新規入所時直近

入所前の居所との情報連携あり群は「要介護度4以上」「医療施設からの入所者」「再入所時栄養連携加算、ターミナル加算、退所後訪問指導加算の介護報酬が算定されている者」「認知症の重度者」「義歯の使用者」「分類コード2-2より重度の者」「とろみ剤使用者」「低栄養状態中高リスク者」、「血清アルブミン低値の者」の各項目での割合が高いという特徴が見られた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

入所前の居所との情報連携あり群は「要介護度が改善した者」「医療機関との情報連携が実施されている者」「介護報酬加算を算定しない連携が実施されている者」の各項目での割

合が高く、「経口維持加算Ⅱが算定されている者」「在宅復帰した者」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

以上より、③で見られたように老健や医療施設から入所するものについては在宅からのものよりも入所前、入所期間中ともに情報連携が積極的に実施されており、特に食事摂取量の低下者、摂食・嚥下障害リスク者といった食べることにに関する問題がある場合に高頻度で実施されていると推察された。

⑤入所期間中の医療機関との情報連携の関連

入所期間中の医療機関との情報連携について、あり群をなし群と比較した結果を以下に示す。

A. 特養

1.)新規入所時直近

入所期間中の医療機関との情報連携あり群は「入所前の居所との情報連携が実施されている者」「看取り介護加算、生活機能向上加算の介護報酬が算定されている者」「分類コード2-2より重度の者」の各項目での割合が高く、「低栄養状態中高リスク者」の割合が低いという特徴が見られた。(p<0.05)

2) 追跡期間中

入所期間中の医療機関との情報連携あり群は「看取り介護加算が算定されている者」の割合が高いという特徴が見られた。(p<0.05)

B. 老健

1.)新規入所時直近

入所期間中の医療機関との情報連携あり群は「男性」「80歳代以上の者」「医療機関からの入所者」「入所前後訪問指導加算Ⅰ、退所時情報提供加算等の介護報酬が算定されている者」「低栄養状態中高リスク者」「嚥下調整食利用者」の割合が高く、「経口維持加算Ⅰ・Ⅱ等の介護報酬が算定されている者」の各項目での割合が低いという特徴が見られた。

2) 追跡期間中

入所期間中の医療機関との情報連携あり群は「要介護度が悪化した者」「療養食加算の介護報酬が算定されている者」「在宅復帰者」「退所後に再入所した者」「介護報酬加算を算定しない連携が実施されている者」の割合が高く、「経口維持加算Ⅰの介護報酬が算定されている者」「死亡者」の割合が低いという特徴が見られた。

以上より、③④で見られたように、医療機関からの入所者は入所期間中ともに情報連携が実施されており、特養では看取りの体制、老健では在宅復帰の支援が推進されていることが示唆された。

また、①～⑤の結果より、特に医療機関から入所する者で低栄養状態中高リスク者、摂食・嚥下障害リスクを有する者については入所前及び入所期間中の医療機関との情報連携と経口維持の取り組みが推進されていた。一方で死亡や入院へとつながりやすく予後が悪

い傾向にあることから、一層の情報連携と多職種連携による対応が求められると考えられた。

さらに、在宅から入所するものについては特養においては入院を抑制した施設内の看取り、老健においては在宅復帰をさらに推進するうえで、施設外の管理栄養士や関連職種との情報連携を推進することが重要であると示唆された。

なお、入所前の居所（特に在宅と医療機関の別）、入所時の低栄養状態及び摂食・嚥下障害、入所前の居所との情報連携、入所期間中の医療機関との情報連携について、アウトカムとして入院、施設内の看取り（特養）、在宅復帰（老健）にどのように関連するか、相互の関連と交絡要因を踏まえた多変量解析を日本健康・栄養システム学会による継続研究により実施する方針である。

Ⅲ 訪問インタビュー調査

目的

本研究においては、施設入所者の生活機能の維持をめざすことを共通の目的とし、介護老人福祉施設（以下、特養）においては入院を抑制し経口維持による安寧な看取りを、介護老人保健施設（以下、老健）においては在宅復帰の推進をめざした栄養ケア・マネジメントの効果的、効率的な在り方について、個別の利用者に対して後ろ向きの実態調査が行われているところである。そこで、本「Ⅲ 訪問インタビュー調査」では、「Ⅱ 利用者個別調査」の研究協力施設の担当スタッフを対象として、今後の栄養ケア・マネジメントやその関連加算の体制や取り組みの見直しにあたって体制や手順に関する要望や留意点を把握し、本研究における総括的な考察、提言や研修教材の作成に活用することを目的とした。

方法

1) 対象施設及び対象

本調査では、本研究における「Ⅱ」の調査対象施設として協力が得られ、かつ利用者の栄養ケア・マネジメントへの取り組みが明らかに先駆的に実践されていると考えられた施設を選定し、訪問インタビューを実施した。インタビュー回答者は、特養4施設、老健3施設の計6か所の施設長あるいは施設長が依頼した施設管理者及び栄養ケア・マネジメントを担当する管理栄養士の計12名であった。

調査対象となった特養の概要

	所在地	入所定員	常勤管理栄養士数
特養A	神奈川県	160人	3名
特養B	千葉県	110人 (短期入所10人)	2名
特養C	千葉県	50人	2名
特養D	千葉県	特養2施設 (90人、60人)	2名

調査対象となった老健の概要

	所在地	ベッド数	常勤管理栄養士数
老健A	京都府	100床	5名 (内：老健2名・通所1名)
老健B	神奈川県	100床	1名
老健C	神奈川県	130床	2名

2) インタビューの方法

施設長（あるいは施設長が依頼した施設管理者）及び栄養ケア・マネジメントを担当する常勤管理栄養士に対して依頼状及び説明書、同意書、同意撤回書を郵送し、同意書を回収した。調査への協力は施設管理者及びインタビューに協力する各スタッフの自由な意志に任せられ、同意を得られた回答者には本研究の調査委員会委員である管理栄養士あるいは医師がインタビューを行った。インタビュー回答者は施設常勤管理栄養士であるが、必要に応じて施設長、事務長、その他の管理職からも意見を聴取した。

結果（総括）

質問1) 今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見

○栄養マネジメント加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。

- ・ミールラウンドでは多職種間での事前調節、情報の共有、書類作成、ラウンド後の栄養対応等々、仕事量は莫大であり、全てのニーズに対応できない。
- ・算定関わらず、医療法人内の病院を退院後に新規・再入所するケースについては、入院中の様子を見るミールラウンドに参加している。
- ・要望として、管理栄養士1人配置では無理であるので改善してほしい。加算算定のためのご家族の同意書への署名は3か月ごとでなく、大きな食事の変更がなければ6か月ご

とにしてほしい。

- ・加算を算定すると業務の負担の増加が大きすぎる場合、算定しないようにすることもあ
る。加算で得られる収入が、加算に関連する手続きの手間に見合わない。
- ・栄養を含むすべてのサービスがスタンダードになることが重要であり、どれかができて
いなかったら減額という報酬評価が必要。
- ・様々なサービスで加算の額が違うので、手間を考えると現場は金額の多いものから優先
しがちである。
- 経口移行加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。実施するため
には施設内に栄養ケアチームが組織化されていることが前提である。この加算は、部署
との時間調整が大変であるが、他部署の意識が高まっており意義がある。
- 経口維持加算について：算定はできるが、対象者増加はそのまま管理栄養士の業務量増
大となり、何よりも管理栄養士の配置状況により、対応できる件数が制限されている。
低栄養の高リスク者に週5日のミールラウンドが要件になるので、利用者にかける時間
が足りなくなる。経口維持加算に比べて費用対効果が悪い。必要な加算であるが、点数
をあげるか緩和してほしい。褥瘡マネジメント加算と一緒に算定できないが調整がしに
くいので、褥瘡マネジメント加算との併算定は減算での算定とかにしてほしい。
- 低栄養リスク改善加算について：月300単位に過ぎないのにもかかわらず経口移行加算・
経口維持加算と併算定できないし、褥瘡マネジメント加算とも同様であるため、経口移
行加算・経口維持加算の算定が優先される傾向がある。要望として、算定条件の見直し、
および300単位を倍増してほしい。
- 再入所栄養連携加算について：算定条件が厳しく算定件数はわずかである。未算定の理
由は、栄養指導・カンファレンスの時間に合わせることは難しいため。入院によって食
形態の変化があった者が現行の算定要件であるが、対象者が限定されてしまうので、低
栄養の者についての、医療施設との情報連携が困難になっている。そのため、食事形態
の変更に係わらず医療機関へ出向き栄養の情報を得る加算として頂けると迅速な対応が
できる。また、加算算定に関する書類の簡素化を望む。

質問2) 管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）

- 栄養への取り組みは、加算への対応だけでなく、法人経営の一環として考えている。
- 現在の利用者数からすると、ミールラウンドや1人1人に目を向けることが1人ではで
きないと思う。もっと常勤管理栄養士がいてもよい。
- 1人体制だと、病気・退職等でいない時には対応ができない。
- 厚生労働省の基準でご利用者100人に対し1名という枠がどの老健でも一律でなく、在宅
復帰強化型・超強化型などの頑張っている老健の基準を複数配置にしてもらえないか。他
の法人が管理栄養士2名体制にしない理由は、配置基準であるので基準を見直すことが必

要。

- 本法人経営の基本方針である。従来は、施設の常勤管理栄養士は 100 床に 1 名の配置であったが、栄養マネジメント関連加算が増えてきたので、法人に栄養管理の重要性の認知が高まり、施設の常勤管理栄養士を 50 床に 1 名配置とすることによって、適切な栄養管理が提供できるようにすることを目指すようになった。
- 当法人は、給食直営であり、給食管理・栄養管理の両方に管理栄養士数の多い配置となっていて、複数配置が可能かどうかは、結局、経営者次第ではないか。
- 給食管理と栄養管理の業務は全く内容が違うことを理解し、常勤管理栄養士の複数配置をもとめる。
- 配置基準は施設の給食規模でなく、NCMの取り組み基準に変更する必要がある利用者 150 名に対し管理の管理栄養士 3 名になると、様々な多職種の加算にも介入でき訪問も可能になる。
- 老健から病院に入院する場合、診療報酬同様に介護保険でも医療と同様に栄養情報の提供に関する算定ができるとよい。
- 法人は女性職員に対して出産・育休への対応や、その後の時短勤務などのワークライフバランスを重視し、長期的に働いてもらうための制度を充実させていることも理由のひとつ。
- 医療機関からの栄養情報が頂けると迅速に栄養介入につなげられる。
- 病院から送られてくる情報の質がばらばらであるので統一してほしい。

質問 3) 今後の医療連携についての要望や意見

- 県の脳卒中地域連携で、急性期・慢性期・リハビリテーション・特養などが連携することになっている。連携パスのシート（別紙）があるので、それに記載することで、入退院時の連絡がとれている。退院時カンファレンスなどに参加することもある。
- 県の医療連携のシートを使用している。基本的には、入退院時には病院に出向いている。
- 栄養情報は、診療情報提供書からもらうことが多いが、診療情報提供書が病院ごとで違うので統一してほしい。また、食事摂取量が書かれていないことが多く、実際出されていた食事の情報しかないのは困る。栄養情報の医療機関との連携は相談員を通じて行っている。
- 入所前の情報は、看護師を通じて、あるいはリハビリテーションからの情報に食事形態が入って提供してもらっている。病院側のゴールは、施設に戻るときに入院前の状態までもどすことであるので、相互の情報連携が必要である。
- 病院側の報酬はわからないが、入院時栄養情報連携加算の 400 単位は少ない。

質問 4) 今後の研修についての要望や意見

- 栄養ケアについては、大学で学んだが、嚥下機能低下や看取りなど高齢者について専門的な部分はわからなかったので、研修は重要。
- 研修会・講習会があれば是非参加し、積極的に発表し管理栄養士の必要意義を訴えていきたい。
- 月に1回とか年3回とかで発表や論文作成を目的とした研修会が出来ると、独りよがりにならず多職種に認められる症例発表や論文作成につながると考え要望したい。
- 加算算定に関する研修、特に経口維持加算はもう少し詳しいものが必要である。
- 介護報酬改定の最初だけではなく、Q&A というような形で研修を継続して実施してほしい。
- 介護報酬に関する通知文章をしっかりと読む研修をしてほしい。これによって理解度に差が出る。
- 監査員に対する研修をしてほしい。地方によって多少解釈がちがうので混乱が起きている。

質問5) その他の要望や意見 感想等

- 高級なレストランでは食事の時にシェフなどが、様子を聞きにくるのと同じように、管理栄養士がミールラウンドをして、好みや栄養状態、食事への希望を把握することは当然である。食事は、命をつかさどるもので、人の三大欲求の1つでもある。それを維持するためにも、多職種との連携を含めた管理栄養士の活動は必要である。
- 法人グループ全体として経営上の採算はとれるが、単独の施設は経営上難しい部分がある。
- 常勤管理栄養士の複数配置については、人員基準等を改正して、制度によって支援をしてもらいたい。
- 在宅復帰・在宅療養支援機能に関する評価に対する算定要件には、項目の⑥リハ専門職の配置割合、⑦支援相談員の配置割合がある。管理栄養士の配置割合が追記されると管理栄養士も複数配置に拍車がかかると思う。
- 管理栄養士が考える管理栄養士の体制と、施設管理者が考える管理栄養士の体制に大きなギャップがあることを再認識した。異口同音に「栄養は大切、食事は大切」と言われる一方で、介護保険施設では今もなお一人職種で苦戦を強いられている。
- 施設関係者は、栄養について「知っています」とは答えるが「実践しています」は一部の方々である。

考察

特養4施設、老健3施設における訪問インタビューの結果をまとめると、以下の通りである。

インタビュー対象施設を厳選したため、栄養ケアについて質の高い先駆的実践が行われてきた。その前提となっているのは、法人の経営方針、経営者の栄養ケアに対する積極的姿勢であることが分かった。

ミールラウンドでは、多職種間での事前調節、情報の共有、書類作成、ラウンド後の栄養対応等々、莫大な業務が発生するが、極めて有効な手段であることが確認できた。

介護報酬における栄養ケア関連単位は、平成30年度介護報酬改定で新設されたものが多いが、加算を算定するには、組織内に栄養ケアチームが公式あるいは非公式にでも形成されなければならない。逆の見方をすれば、施設の管理栄養士がケアチームの一員として活動していることが前提条件ということである。

栄養ケアの報酬算定は、算定基準や算定額、各報酬間の関連などで改善の余地があるので、次回報酬改定で適切に是正されることを現場は求めている。

管理栄養士の人員基準は、あくまでも最低基準ではあるが、利用者100人に対し1名配置では業務に著しい困難が伴う。実際に、1人体制だと、病気・退職・休暇等で管理栄養士の不在が長引けば対応できないばかりか、女性職員である管理栄養士は対して出産・育休への対応や、その後の時短勤務などのワークライフバランスを重視し、長期的に働いてもらうためにも複数配置が現場から求められている。利用者50人に一人というような単純に最低基準で職員を増加させる方法もあるが、むしろ、どのようなことを行うにはどの程度の人員が必要なのかという観点から議論してほしい。少なくとも給食が自営の施設では、利用者100人に対し1名配置では栄養ケアはかなり困難であることは明らかである。給食を委託している場合でも、必要な最低限の栄養ケアしか業務時間中に対応することしかできない。その結果、せつかく栄養ケアの加算単位が新設されても算定できないという現状を理解する必要がある。

今回の訪問インタビュー対象施設では、管理栄養士配置の複数化は、前提となっているが、利用者150名に対し管理の管理栄養士3名必要なのか、利用者定員が50人でも複数配置が必要なのかという統計学的エビデンスを求めることは難しい。それは、業務遂行体制や業務量によって左右されるものであるからである。今回の訪問インタビューを含めた研究調査事業全体から類推した場合、利用者100人に対し1名配置では業務に著しい困難が伴っていることだけは明らかである。

今後の医療連携についての要望や意見については、介護保険施設側の管理栄養士が積極的に病院等に働きかけなくてはならない仕組みになっているが、連携する相手である病院側に介護保険施設と有機的に連携するインセンティブが欠如している場合が考えられ、姉妹法人や同一法人で病院も介護保険施設も運営している場合でも、必ずしもスムーズな連携ができていないわけではない。この意味では、地域の脳卒中地域連携等で医療連携のシート等を活用した、地域ごとの連携システムの確立が課題である。

介護保険施設の管理栄養士の研修ニーズは高く、現状では不十分であると認識されていることが明らかとなった。

I. 介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する施設実態調査

目的

平成 30 年度介護報酬改定では、栄養マネジメント加算に係る常勤管理栄養士の配置要件が緩和され、介護保険施設の常勤管理栄養士が同一敷地内の介護保険施設と兼任することが新たに認められた。また、再入所時栄養連携加算が新設され、介護保険施設と医療施設の管理栄養士同士の連携の推進が図られた。今後、介護保険施設において効果的・効率的な栄養管理を一層推進していくためには、新設された再入所時栄養連携加算の影響や課題を整理しつつ、栄養マネジメント加算の要件緩和等について検討することが求められている。

本研究は、全国の介護老人福祉施設（以下「特養」という。）及び介護老人保健施設（以下「老健」という。）の常勤管理栄養士を対象として、医療施設との栄養連携の推進の観点から、効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントを行う上で必要となる具体的プロセス等について横断的な施設実態調査を通じてその課題について整理し、令和 3 年度に予定される介護報酬改定に寄与することを目的とした。具体的には、以下の各点について検討した。

1. 施設種別に低栄養リスク、摂食嚥下障害の現状を把握する。
2. 効果的な栄養ケア・マネジメントの取り組みについて、特養においては経口維持による施設内看取り数、老健においては退所者のうち自宅等への住まいへの退所者数、両者において誤嚥性肺炎による入院者数を主アウトカムとし、低栄養リスクを副アウトカムとした場合に、関連する栄養ケア・マネジメントに関する体制やプロセスについて検討する。
3. 2 の結果から再入所時栄養連携加算の導入に伴う医療施設をはじめとする関係機関間の情報連携について検討する。
4. 上記の 2 及び 3 において検討の対象となった栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）及び関連加算（経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、低栄養高リスク改善加算、再入所時栄養連携加算）の実施状況から生じている課題を把握する。
5. 平成 30 年度介護報酬改定において栄養マネジメント加算の要件緩和として認められた管理栄養士の兼任について、兼任の状況、要件緩和に伴うメリット・デメリット等の実態を把握する。
6. 上記の 1～5 の検討結果を踏まえて、管理栄養士の配置数と栄養ケア・マネジメント関連体制及びその取り組みとの関係について検討する。

方 法

1. 対象施設及び対象

ウェブサイト上に掲載された全国の介護保険施設（特養；7,249 施設、老健；4,096 施設）のうち 30 床未満の施設を除外し、施設の種類、所在する地域ブロック及び床数別について階層化した上でその 3 割を無作為抽出した 3,054 施設（特養 1,928 施設、老健 1,126 施設）に所属する常勤の管理栄養士を無記名の調査票への回答者（以下「研究対象者」という。）とした。

2. 調査方法

対象施設の施設長及び研究対象者に対して依頼・説明書、調査票への記載要綱と無記名の施設調査票（参考資料 1）を郵送した。調査票は、令和元年 9 月 17 日に郵送し、令和元年 7 月 31 日時点での状況の回答を依頼した。調査協力は対象者の自由な意思に任せられ、同封した後納封筒により回収した。あわせて葉書による督促を行った。

3. 調査内容

常勤管理栄養士が施設保管の帳票から調査票に転記する調査項目は、【構造（体制）】【経過】【結果】に関する以下の事項とした。

【構造（体制）】に関する事項：施設の種類、要介護度別入所者数、調査月 1 か月間の新入所者、加算算定しているサービスの種類、給食業務形態（直営・委託の別）、栄養部門の人員構成と勤務内容、管理栄養士配置数（2 名以上配置の有無とその理由を含む。）、管理栄養士の業務時間の配分、管理栄養士の兼任施設の概要と加算算定状況

【経過（栄養関連サービス）】に関する事項：栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算の算定の有無（1 か月の算定件数）、無の場合の理由、経口維持加算を算定している場合の詳細、入退所時の管理栄養士による情報連携（非加算）の有無と内容、管理栄養士の退所支援に対する栄養相談の実施の有無と現状、自宅訪問等の実施の有無と現状、退所支援を要する入所者特性、施設の管理栄養士が関わっているサービスの内容

【結果】に関する事項：1 か月の退所者数、退所者のうち入院した者の数、誤嚥性肺炎による入院・退所者のうち自宅等の住まいへ退所した者の数、経管栄養者数、低栄養リスク（中・高リスク）者数・褥瘡がある者の数、摂食嚥下調整食の利用者数

4. 解析方法

郵送により回収した無記名の調査票からの匿名化されたデータベース（Excel シート）へ

の入力は、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日本ヘルスケアテクノ(株) (東京都千代田区) が行い、その後、データベースはパスワード付き CD に保管された。当該データベースに基づき、神奈川県立保健福祉大学の長谷川、高田が施設種別クロス集計による各構成項目の現状の問題について把握した。さらに、【結果】の各項目は、入所者 100 名当たりの中央値によって 2 区分し結果変数とし、【構造】【経過】の其々の項目を予測変数としたクロス集計を行い、【結果】に関連する【構造】【経過】の構成要因について検討した。

5. 倫理的配慮

本調査は、対象施設に対して無記名の調査票を用いて行う実態調査であり、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委員会による承認を得て行った (保大第 17-30)。

結 果

A. 特養について

1. 回収状況

特養 1,928 施設に送付し、283 施設が回収され基礎集計に供した。以下の結果は欠損値を除外した有効%及び平均±標準偏差で示した。

2. 施設概要

1) 定員数、入所者数、平均要介護度、新入所者数、退所者数、入院者数、栄養補給法

283 施設の定員数は 77.3 ± 32.0 人、入所者数は 74.9 ± 30.3 人、平均要介護度は 4.0 ± 0.4 であった (表 I A-1-1)。2019 年 7 月の 1 か月間の新入所者数は 1.8 ± 1.9 人、退所者数 (死亡除く) 0.8 ± 1.3 人、経管栄養者数 4.8 ± 5.0 人 (経鼻管 1.1 ± 2.9 人、胃瘻・腸瘻 4.5 ± 6.4 人、静脈 0.1 ± 0.4 人) であった。

2) 低栄養、摂食嚥下障害及び褥瘡

2019 年 7 月の 1 か月間の低栄養の高リスク者は 6.9 ± 6.1 人 (入所者の $9.3 \pm 7.7\%$)、中リスク者は 32.0 ± 20.0 人 (入所者の $43.0 \pm 19.7\%$) であり、入所者の約 2 人に 1 人が低栄養の中高リスク者であった (表 I A-1-1)。

摂食嚥下障害者の把握に用いたとろみ剤使用は 26.6 ± 14.1 人 (入所者の $37.0 \pm 15.9\%$)、嚥下調整食の利用者は 40.3 ± 26.7 人 (入所者の $55.0 \pm 27.8\%$) であり、入所者の半数以上に摂食嚥下障害の問題がみられた。

褥瘡を有する者は 2.3 ± 2.7 人 (入所者の $3.0 \pm 3.4\%$) であった。

3) 入院及び誤嚥性肺炎による入院

2019年7月の1か月間の入院者は 1.1 ± 1.7 人(入所者の $1.5 \pm 2.3\%$)、誤嚥性肺炎による入院者は 0.5 ± 1.0 人(入所者の $0.7 \pm 1.4\%$)であった(表IA-1-1)。

4) 施設内看取り、経口維持による施設内看取り

2018年8月1日から2019年7月31日の1年間の死亡者は 16.2 ± 10.0 人、死亡者のうち施設内で看取った者は 9.4 ± 8.8 人、施設内で看取った者のうち概ね最期まで経口摂取(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(以下、経口維持による施設内看取り者という)は 7.0 ± 7.5 人であった(表IA-1-1)。

5) 介護報酬上の加算の算定と管理栄養士の関わり(複数回答可)

介護報酬上の加算のうち算定している施設が多かった加算は、口腔機能向上加算 54.8% 、看取り介護加算(Ⅰ) 53.4% 、個別機能向上加算 47.3% 、看取り介護加算(Ⅱ) 31.4% であり、このうち管理栄養士が関わっている加算は、看取り介護加算(Ⅰ) 65.6% 、看取り介護加算(Ⅱ) 60.7% 、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) 50.0% 、口腔衛生管理体制加算 31.6% 、口腔衛生管理加算 25.4% であった(表IA-1-2)。

6) 栄養マネジメント関連加算の算定状況(複数回答可)

2019年7月の1か月間に栄養マネジメント加算を算定している施設は 97.1% 、療養食加算 69.8% 、経口維持加算(Ⅰ) 43.0% 、経口維持加算(Ⅱ) 26.0% 、経口移行加算 9.5% であり、平成30年度に新設された再入所時栄養連携加算は 12.4% 、低栄養リスク改善加算は 7.7% と算定している施設は未だ少ない(表IA-1-3)。この場合の入所者100人当たりの平均算定件数は、経口維持加算(Ⅰ) 19.7 ± 19.5 件、経口維持加算(Ⅱ) 27.1 ± 23.5 件、経口移行加算 15.0 ± 24.4 件、低栄養リスク改善加算 0.9 ± 1.8 件、再入院栄養改善加算 0.4 ± 0.7 回であった。

7) 栄養マネジメント関連加算が非算定の主な理由(複数回答可)

栄養マネジメント関連加算が非算定の主な理由は、以下のとおりであった(栄養マネジメント加算は 96.1% の施設で算定されていたことから集計から除外した)(表IA-1-4)。

経口維持加算(Ⅰ)の非算定の理由は、嚥下評価困難 43.7% 、人員不足 28.5% 、業務時間不足 27.2% 、施設長の判断 17.7% 、医師の指示が得られない 17.1% であった。

経口維持加算(Ⅱ)の非算定の理由は、嚥下評価困難 36.1% 、業務時間不足 23.9% 、人員不足 21.5% 、協力歯科医療機関がない 18.5% 、施設長の判断 18.0% であった。

経口移行加算の非算定の理由は、対象者がいない 44.8% 、嚥下評価困難 26.2% 、人員不足 16.5% 、業務時間不足 15.3% であった。

低栄養リスク改善加算の非算定の理由は、業務時間不足 30.3% 、食事観察が5回以上困難 26.7% 、対象者がいない 24.3% 、人員不足 19.1% 、施設長の判断 14.3% であった。

再入所時栄養関連加算の非算定の理由は、対象者がいない 30.8%、施設側に体制がない 25.0%、業務時間不足 20.8%であった。

療養食加算の非算定の理由は、対象者がいない 31.3%、施設長の判断 28.9%、業務時間不足 22.9%であった。

8) 経口維持の取り組みの状況（経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定の有無に関わらない。）（複数回答可）

摂食嚥下評価が未実施の施設は 43.0%であり、実施している 169 施設の摂食嚥下評価方法は、水飲みテスト 56.8%、頸部聴診法 37.2%、フードテスト 27.8%であった（表ⅠA-1-5）。

ミールラウンドが未実施の施設は 30.8%であったが、実施している 184 施設におけるミールラウンド実施の頻度は、月 1 日以下 30.4%、週 5 日以上 22.3%、月 2~3 日 17.9%、週 1-2 日 15.8%、週 3-4 日 13.6%であった。これらの施設におけるミールラウンドの主な専門職の参加者は、管理栄養士 96.3%、介護職員 90.4%、看護職 87.8%、介護支援専門員 56.7%、歯科衛生士 26.7%、歯科医師 22.3%であった。

多職種会議（カンファレンス）が未実施の施設は 27.5%であったが、カンファレンスを実施している 195 施設におけるカンファレンスの開催頻度は、月 1 日以下 54.4%、月 2-3 日 31.3%、週 1-2 日 10.8%、週 5 日以上 2.1%、週 3-4 日 1.5%であった。これらの士悦における施設のカンファレンスの主な専門職の参加者は、管理栄養士 97.9%、看護職 97.4%、介護職 96.4%、介護支援専門員 80.3%であった。

なお、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）が算定されている場合に困難なこととしては、管理栄養士の業務量増加 55.1%、管理栄養士の負担増大 39.8%、ミールラウンドに時間を要する 29.7%、カンファレンスに時間を要する 25.4%であった。

また、経口維持加算の算定方式が変更（ミールラウンドの導入）されたことによってよかったこととしては、算定しやすくなった 24.0%、多職種との情報共有 23.0%、他職種の摂食嚥下困難の関心が高まった 20.8%、VF・VE を実施する必要がなくなり迅速介入できるようになった 19.8%、食嚥下の課題の明確化 17.0%であった。

なお、2019 年 7 月の 1 か月間に経口維持加算算定（Ⅰ）・（Ⅱ）算定開始後 6 か月を超えて継続している者は 8.8±15.1 人であった。

9) 栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況

276 施設(有効回答施設)の主たる管理栄養士は常勤 100%、このうち他の介護保険施設を兼任している管理栄養士は 25 人 (10.5%) であり、その兼任している施設は特養 95.2%、老健 4.8%であった（表ⅠA-1-6）。また、これらの兼任している管理栄養士が兼任施設において算定している加算は、栄養マネジメント加算 69.2%、経口維持加算（Ⅰ）20.0%、経口維持加算（Ⅱ）16.0%であった。

通所サービスを兼任している者は30.8%であり、その兼任先の事業所は、通所介護96.2%、通所リハ3.8%であった。通所サービスを兼任している管理栄養士が兼任先で算定している関連加算は栄養スクリーニング加算11.8%であった。

本務施設の主たる管理栄養士については、勤務年数（月換算）平均 117.8 ± 92.8 か月（9年8か月）、本務施設（定員数 77.3 ± 32.0 人）での1か月間の平均勤務日数 21.2 ± 1.9 日、平均勤務時間 169.6 ± 16.1 時間、平均残業時間 6.0 ± 9.7 時間であった（表IA-1-7）。このうち他の施設を兼任する者（25人）の勤務年数（月換算）は、平均 155.5 ± 98.9 か月（12年11か月）、本務施設（定員数 71.7 ± 23.6 人）での1か月間の平均勤務日数 20.6 ± 2.0 日、平均勤務時間 166.1 ± 17.7 時間、平均残業時間 4.4 ± 5.7 時間であり、兼任施設（定員数 32.5 ± 15.8 人）における1か月間の平均勤務日数 15.5 ± 8.1 日、平均勤務時間 16.1 ± 13.5 時間であった。これらの1か月間の平均合計勤務時間は、非兼任者 170.3 ± 16.4 時間、兼任者 170.2 ± 16.1 時間と時間数に差はないものの、最大業務時間は非兼任者231.0時間、兼任者200.0時間であった。

本務施設と通所サービスの兼任者（85人）の勤務年数（月換算）は平均 130.6 ± 100.4 月（10年10か月）、本務施設（定員数 77.5 ± 35.6 人）での1か月の平均合計勤務日数 21.2 ± 1.6 日、平均勤務時間 169.4 ± 13.9 時間、平均残業時間 6.4 ± 10.4 時間、兼任の通所サービス（定員数 31.6 ± 11.5 人）での1か月間の平均勤務日数は 19.0 ± 6.1 日、平均勤務時間 27.2 ± 29.5 時間であった。これらの通所サービス兼任者の平均合計時間は、 174.0 ± 17.3 時間であったが、最大時間は280.0時間であった。

10) 管理栄養士の配置状況

常勤の管理栄養士配置数の平均は 1.3 ± 0.7 人、100床当たりの常勤・非常勤管理栄養士の配置数の平均は 1.9 ± 0.8 人であり、常勤管理栄養士を2名以上配置している施設は25.1%であった（表IA-1-9）。なお、管理栄養士を2名以上配置している主な理由は、施設長の方針や理解が75.4%、事務長の方針や理解が17.4%であった。

11) 入退所前後における医療機関、施設・事業所間の情報連携（複数回答可）

管理栄養士による栄養ケアや食事に関わる施設・事業所間の情報連携について、入所前のサービス提供者から情報提供を得ている施設は全施設の88.3%、退所後のサービス提供者へ情報提供している施設は49.2%と高い割合であった（表IA-1-10）。

このような入退所前後の情報連携が行われている医療機関、施設及び事業所は、一般病院58.3%、老健52.7%、介護療養型医療施設29.5%、居宅介護支援事業所29.0%、特養22.1%であった。

情報連携の方法は文書（書面、FAX、電子ファイル）が88.2%、電話36.1%であった。その相手先の職種は管理栄養士69.3%、介護支援専門員39.3%、看護職員39.3%であった。また、内容は、食事形態98.9%、治療食・療養食82.9%、嗜好・禁忌82.3%、身体計測値

79.0%、既往歴 65.1%、エネルギー摂取量 58.9%、服薬 54.6%、食事姿勢・体位 47.1%、たんぱく質摂取量 40.0%、水分摂取量 39.1%、嚥下機能評価結果 36.8%であった。

管理栄養士による施設・事業所間の情報連携の必要性を感じる入所者の特性は、摂食嚥下障害 96.6%、低栄養状態リスク有 86.7%、経腸栄養法利用者 59.5%、終末期（ターミナル） 58.0%、認知症 54.2%、独居 30.7%であった。

12) 栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況

調査月(2019年7月時)の栄養ケア・マネジメント体制やその状況(以下栄養ケア・マネジメントプロセスという)41項目について、担当の管理栄養士が、「よくできている」「できている」「できていない」を回答した結果は以下のとおりであった(表IA-1-11)。

<できていない>が回答の施設数の10%未満の項目(すなわちよくできている・よくできているが90%以上の項目)は27項目に及んだ。このうち<できていない>が回答施設数の25%以上の項目は次の7項目であった。

- ・管理栄養士は中高リスク者の家族との面談・聞き取りによるモニタリングをしている 63.1%
- ・管理栄養士は中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている 60.2%
- ・管理栄養士は必要に応じて栄養相談について文書化している 32.2%
- ・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 32.2%
- ・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 30.0%
- ・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 27.3%
- ・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、記録している 26.9%

13) 施設の管理栄養士が兼任している通所サービス

施設に所属する管理栄養士が兼任している通所サービスの状況について、有効回答を得た112施設(全施設の39.6%)については、長時間コース 58.0%、短時間コース 11.0%、その両方が 31.0%であり、食事の提供有は 99.1%、おやつ提供有は 94.4%であった(表IA-1-12)。

これらの通所サービス事業所において、栄養スクリーニング加算を算定している事業所は 10.7%であり、その2019年7月の1か月間の算定件数は平均 10.8±17.6件、また、栄養改善加算を算定している事業所は 5.4%であり、その2019年7月の1か月間の算定件数は 1.0±0.8件であった。

栄養改善加算を算定しない理由は、施設長の判断 33.3%、他職種の理解・協力不足 22.1%、

人員不足 20.2%であった。

兼任の管理栄養士が関わっている内容は、食事内容の検討 69.9%、食事形態の調整 68.6%、食事の観察 61.8%、嚥下調整食の提供 55.3%、他の職員からの栄養相談 50.0%、療養食の対応 34.3%、本人・家族からの栄養相談 25.5%、自宅訪問 2.0%であった。

14) 施設の管理栄養士が兼任している居宅サービス（13）の通所サービス以外）及び地域密着型サービス

施設に所属する管理栄養士が兼任している居宅サービス（13）の通所サービス以外）及び地域密着型サービスについて有効回答を得た施設において、管理栄養士が兼任している居宅サービスは、短期入所生活介護（ショートステイ）84.1%であり、地域密着型サービスは、認知症対応型通所介護 10.2%、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）9.9%、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 6.0%、地域密着型特定施設入居者生活介護 3.5%、小規模多機能居宅介護 2.5%、夜間対応型訪問介護 0.0%、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 0.4%、複合型サービス 0.4%であった（表 I A-1-13）。

これらのうち施設管理栄養士の兼任の割合が上位であった次の3つのサービスについて、兼任の管理栄養士が提供しているサービス内容（複数回答可）は、以下の通りであった。

短期入所生活介護の兼任について有効回答のあった42施設においては、食事形態の調整 94.0%、食事内容の検討 84.3%、食事の観察 83.4%、療養食の対応 58.3%、栄養相談 31.1%であった。

認知症対応型通所介護の兼任について有効回答のあった27施設においては、食事形態の調整 86.2%、食事内容の検討 79.3%、食事の観察 44.8%、療養食の対応 31.0%、栄養相談 37.9%であった

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）の兼任について有効回答のあった28施設においては、栄養相談 60.7%、食事内容の検討 57.1%、食事形態の調整 46.4%、食事の観察 25.0%、療養食の対応 25.0%であった。

さらに、施設の常勤管理栄養士が上記の栄養ケア以外に関連していることは、地域高齢者のサロン・コミュニティカフェ・認知症カフェ等の運営・見回り 21.6%、配食サービスによる栄養改善 19.7%、自治体(市区町村)の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談 18.3%、自治体の栄養教室の講師等一般介護予防事業 18.3%、地域広報誌での栄養情報提供 18.3%、地域ケア会議等への参加 13.0%であった。

3. アウトカムとの関連から見た施設の特徴

1) 低栄養リスクとの関連から

1か月間の低栄養の中高リスク者が100人当たり53.5人（中央値）以下の施設を低栄養の中高リスク者が当該中央値より大きい施設と比較し、有意水準5%未満により採択し、低栄養の中高リスク者が少ない施設では以下の特徴が見られた（表 I A-2-1）。

・平均要介護度が重度(4.0~4.9)の施設の割合が低く(中央値以下施設群 48.8% vs 73.6%)、摂食嚥下障害者(入所者 100 人当たりとろみ剤の使用が中央値 35.4 人以下)の少ない施設の割合が高かった(同 61.3% vs 39.3%)。

・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している施設の割合が低かった(同 24.8% vs 40.0%)。

・経口維持加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を算定している場合に困難を感じていることとして、「個別の食事の対応が困難」と回答した施設の割合が低かった(同 8.9% vs 31.0%)。

・施設・事業所間で管理栄養士による栄養ケアや食事に関する情報連携の方法が文書(書面、FAX、電子ファイル)(同 95.8% vs 82.6%)とする施設の割合が高く、記載内容として身体計測(72.2% vs 86.4%)、や水分摂取量(同 30.6% vs 50.6%)を回答した施設の割合が低かった。

さらに、栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況については、兼任通所サービスでの1か月間の平均勤務日数が少なかった(同 18.2±6.5 日 vs 19.9±5.5 日)。

2) 経口維持による看取り数との関連から

過去1年間の施設内での経口維持による看取り数が入所者100人当たり7.1人(中央値)より大きい施設を最後まで経口維持食が支援されている施設とみなし、当該中央値より大きい施設と比較し、有意水準5%未満によって採択し、以下の結果が得られた(表IA-2-2)。

・誤嚥性肺炎による入院者数が少ない施設の割合が高かった(中央値以上施設群 74.6% vs 60.2%)。

・看取り介護加算(同 65.9% vs 42.7%)を算定している施設及び再入所時栄養連携加算(同 16.8% vs 7.1%)を算定している施設の割合が高く、医療機関との管理栄養士による情報連携が推進されていた。

・多職種によるミールランドに歯科衛生士が参加している施設の割合が高かった(同 35.5% vs 19.5%)。

・栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち「管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている」が<できている・よくできている>と回答した施設の割合が高かった(同 47.6% vs 34.1%)。

・一方、「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、個別の食事補給量計画を文章化している」が<できている・よくできている>と回答した施設の割合が低かった(同 29.7% vs 22.3%)。

3) 誤嚥性肺炎による入院数との関連

調査月1か月の入院者のうち誤嚥性肺炎の入院者が100人当たり0人(中央値)以下の施設を誤嚥性肺炎による入院者数が少ない施設とし、当該中央値より大きい施設と比較し、有意水準5%未満により採択し、以下の結果を得た(表IA-2-3)。

- ・平均要介護度が重度（4.0～4.9）の施設の割合が高く（同 69.2% vs 53.7%）、個別機能訓練加算及び口腔衛生管理体制加算を算定している施設の割合が低かった（同 43.2% vs 59.8%、同 52.7% vs 65.9%）。
- ・ミールラウンドに医師が参加している施設の割合が高かった（同 16.1% vs 5.2%）。
- ・施設・事業所間での管理栄養士による栄養ケアや食事に関する情報連携の内容は、食事形態（同 100% vs 96.4%）、食事姿勢・体位（同 52.9% vs 35.3%）と回答した施設の割合が高かった。
- ・施設の管理栄養士が兼任している地域密着型サービスのうち短期入所生活介護（ショートステイ）における兼任管理栄養士による食事の観察（同 88.7% vs 76.4%）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の栄養相談（同 100.0% vs 33.3%）の施設の割合が高かった。

4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴

常勤管理栄養士を2名以上配置している施設は、1名を配置している施設と比較し、有意水準5%未満の採択により以下の結果を得た（表IA-2-4）。

- ・退所前訪問相談援助加算（2名以上配置施設群 8.5% vs 2.8%）、退所後訪問相談援助加算（同 9.9% vs 2.8%）、退所時相談援助加算（同 9.9% vs 2.8%）を算定している施設の割合が高かった。
 - ・低栄養リスク改善加算を算定している施設の割合が高かった（同 13.2% vs 5.9%）。
 - ・栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち＜できる・よくできている＞と回答した割合が以下の5項目で高かった。
 - ・管理栄養士が中高リスク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る（同 32.4% vs 17.6%）
 - ・管理栄養士は、問題解決の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（同 28.2% vs 11.8%）
 - ・管理栄養士がアセスメントから把握された課題（問題）についての総合的な判断（栄養診断）をしている（同 26.8% vs 14.1%）
 - ・管理栄養士が中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている（同 22.9% vs 14.0%）
 - ・管理栄養士が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（同 22.5% vs 11.3%）
 - ・施設管理栄養士が兼任する通所サービス事業所で栄養スクリーニング加算を算定している施設の割合が高かった（同 20.0% vs 6.8%）
 - ・管理栄養士が自宅を訪問している施設の割合が高かった（同 6.5% vs 0.0%）。
- 施設に所属する常勤管理栄養士の兼任先である地域密着型特定施設入所者生活介護の事業所においては、兼任の管理栄養士による療養食の対応（同 100.0% vs 33.4%）、施設広

報誌での栄養情報提供（同 34.0% vs 12.9%）が行われている施設の割合が高かった。

- 施設に所属する常勤管理栄養士が兼任している場合、本務施設における平均定員数が多く（同 95.2±44.7 人 vs 71.5±24.0 人）、本務施設での 1 か月間の平均勤務時間が（同 164.6±18.4 時間 vs 171.2±14.9 時間）短く、兼任施設での 1 か月間の平均勤務時間（管理栄養士 2 名以上配置は 1 施設であり（同 24.0 時間 vs 14.5±14.4 時間）、兼任通所サービス事業所での平均勤務日数（同 15.8±7.6 日 vs 19.9±5.3 日）が短く、同平均勤務時間（同 20.2±14.6 時間 vs 34.6±13.8 時間）は統計的に有意な差異がなく、本務施設及び兼任施設の平均勤務時間合計が短く（同 165.0±18.9 時間 vs 171.6±14.4 時間）、本務施設と兼任通所サービスの平均勤務時間合計（同 166.2±18.5 時間 vs 172.7±15.5 時間）、本務施設・兼任施設及び兼任通所サービスの平均勤務時間合計（同 166.6±19.4 時間 vs 173.0±16.1 時間）はいずれも短かった。

B.老健について

1. 回収状況

老健 1,126 施設に送付し、181 施設が回収され基礎集計に供した。以下の結果は欠損値を除外した有効%及び平均±標準偏差で示した。

2. 施設概要

1) 定員数、入所者数、平均要介護度、新入所者数、退所者数、入院者数、栄養補給法

181 施設の定員数は 90.3±22.1 人、入所者数は 82.8±21.7 人、平均要介護度 3.2±0.3 であった（表 I A-1-1）。

退所支援類型は超強化型 24.0%、在宅強化型 11.7%、加算型 29.2%、基本型 31.0%、その他 4.1%であった。

2019 年 7 月の 1 か月間の新入所者数は 9.0±6.3 人、退所者数（死亡除く）7.1±5.7 人であった。退所者のうち入院した者は 2.8±2.5 人で、そのうち誤嚥性肺炎による者は 0.4±0.9 人であった。

経管栄養者は 4.1±4.5 人（経鼻管 1.0±2.8 人、胃瘻・腸瘻 3.5±3.4 人、経静脈 0.0±0.2 人）であった。

2) 低栄養・摂食嚥下障害及び褥瘡

2019 年 7 月の 1 か月間の低栄養の高リスク者は 8.8±12.8 人（入所者の 11.3±20.5%）、中リスク者 32.5±19.6 人（入所者の 39.0±18.8%）であり、入所者の約 2 人に 1 人が低栄養の中高リスク者であった（表 I A-1-1）。

摂食嚥下障害者の把握に用いたとろみ剤使用者は 19.2±10.8 人（入所者の 22.9±10.8%）、嚥下調整食の利用者は 38.5±25.5 人（入所者の 46.6±27.6%）であり、入所者の半数程度に摂食嚥下障害の問題がみられた。

褥瘡を有する者は 2.4±44.6 人（入所者の 3.1±6.1%）であった。

3) 入院及び誤嚥性肺炎による入院

2019 年 7 月の 1 か月間の入院者は 2.8±2.5 人（入所者の 3.5±3.1%）、誤嚥性肺炎による入院者は 0.4±0.9 人（入所者の 0.5±1.2%）であった（表 I A-1-1）。

4) 施設内看取り、経口維持による施設内看取り

2018 年 8 月 1 日から 2019 年 7 月 31 日までの 1 年間の死亡者は 10.5±9.6 人、死亡者のうち施設内で看取った者は 9.1±9.1 人、経口維持による施設内看取り者は 4.9±6.0 人であった（表 I A-1-1）。

5) 介護報酬上の加算の算定と管理栄養士の関わり（複数回答可）

介護報酬上の加算のうち算定している施設が多かった加算は、短期集中リハビリテーション実施加算 86.7%、退所時情報提供加算 70.7%、退所前連携加算 69.1%、口腔衛生管理体制加算 58.6%、認知症短期集中リハビリテーション実施加算 58.6%、ターミナルケア加算 58.0%、入所前後訪問指導加算（Ⅰ）57.5%、口腔衛生管理加算 33.7%、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）33.1%、入所前後訪問指導加算（Ⅱ）30.9%、在褥瘡マネジメント加算 38.7%、排せつ支援加算 27.1%、在宅復帰支援機能加算 23.2%であった（表 I A-1-2）。

このうち管理栄養士が関わっている加算は、褥瘡マネジメント加算 60.0%、ターミナルケア加算 60.0%、退所時情報提供加算 39.8%、退所前連携加算 32.0%、口腔衛生管理加算 23.0%、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）21.7%、口腔衛生管理体制加算 21.7%であった。

6) 栄養マネジメント関連加算の算定状況（複数回答可）

2019 年 7 月の栄養マネジメント加算の算定施設は 97.2%、療養食加算 96.7%、経口維持加算（Ⅰ）70.1%、経口維持加算（Ⅱ）48.6%、経口移行加算 29.4%であり、平成 30 年度に新設された低栄養リスク改善加算 35.6%、再入院時栄養連携加算 20.3%であった（表 I A-1-3）。この場合の入所者 100 人当たりの平均算定件数は、経口維持加算（Ⅰ）16.6±14.5 件、経口維持加算（Ⅱ）17.3±16.3 件、経口移行加算 6.5±16.5 件、低栄養リスク改善加算 3.1±4.6 件、再入院栄養改善加算 0.1±0.5 回であった。

7) 栄養マネジメント関連加算が非算定の主な理由（複数回答可）

栄養マネジメント関連加算が非算定の主な理由は、以下のとおりであった（栄養マネジメント加算は 97.2%の施設で算定されていたことから除外した）（表 I A-1-4）。

経口維持加算（Ⅰ）の非算定の理由は、人員不足 32.1%、嚥下評価困難 32.1%、業務時間不足 24.5%、施設長の判断 9.4%、他職種との理解・協力不足 9.4%であった。

経口維持加算（Ⅱ）の非算定の理由は、人員不足 26.4%、協力歯科医療機関がない 26.4%、嚥下評価困難 19.8%、業務時間不足 15.4%、対象者がいない 11.0%であった。

経口移行加算の非算定の理由は、対象者がいない 57.6%、人員不足 12.8%、嚥下評価困難 12.8%であった。

低栄養リスク改善加算の非算定の理由は、食事観察が 5 回以上困難 36.0%、業務時間不足 27.2%、対象者がいない 25.4%であった。

再入所時栄養関連加算の非算定の理由は、対象者がいない 37.6%、施設側に体制がない 21.3%、業務時間不足 17.7%、人員不足 17.0%、病院側に体制がない 14.9%であった。

療養食加算の非算定の理由は、人員不足 33.3%、管理栄養士の判断 16.7%、他職種の理解・協力不足 16.7%、業務時間不足 16.7%であった。

8) 経口維持の取り組み（経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定の有無に関わらず）（複数回答可）

摂食嚥下評価が未実施の施設は 19.2%であり、実施している 148 施設の摂食嚥下評価方法は、水飲みテスト 81.1%、頸部聴診法 41.9%、フードテスト 33.1%であった（表 I A-1-5）。

ミールラウンドが未実施の施設は 16.6%であったが、実施している 146 施設における実施頻度は、月 1 日以下 35.6%、月 2-3 日 20.5%、週 1-2 日 17.1%、週 3-4 日 14.4%、週 5 日以上が 12.3%であった。これらの施設のミールラウンドの主な専門職の参加者は管理栄養士 99.3%、看護職 86.9%、介護職 86.2%、言語聴覚士 49.0%、作業療法士 47.6%、理学療法士 46.2%、介護支援専門員 45.5%、医師 40.7%、歯科衛生士 22.1%、歯科医師 11.0%であった。

多職種会議（カンファレンス）が未実施の施設は 14.3%であったが、カンファレンスを実施している 152 施設における開催頻度は、月 1 日以下 53.3%、月 2-3 日 24.7%、週 1-2 日 18.7%、週 3-4 日 3.3%であった。これらの施設のカンファレンスの主な専門職の参加者は、管理栄養士 99.3%、介護職 95.3%、看護職 93.2%、介護支援専門員 74.3%、医師 70.9%、理学療法士 58.1%、作業療法士 50.7%、言語聴覚士 46.6%、歯科衛生士 18.2%、歯科医師 12.2%であった。

なお、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）が算定されている場合に困難なこととしては、管理栄養士の業務量増加 50.8%、管理栄養士の負担増大 30.3%、カンファレンスに時間を要する 25.4%、ミールラウンドに時間を要する 23.0%であった。

また、経口維持加算の算定方式が変更（ミールラウンドの導入）されたことによってよくなったことは、他職種との情報共有 48.6%、算定しやすくなった 38.7%、他職種の摂食・嚥下困難の関心が高まった 34.8%、他職種の協力が得られるようになった 32.0%、VF・VE を実姉する必要がなくなり迅速介入できるようになった 30.4%、摂食・嚥下の課題の明確化 29.3%であった。

なお、2019 年 7 月の 1 か月間に経口維持加算算定（Ⅰ）・（Ⅱ）算定開始後 6 か月を超え

て継続している者は 5.3 ± 8.6 人であった。

9) 栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況

175 施設(有効回答施設)の主体たる管理栄養士は常勤 100%、このうち他の介護保険施設を兼任している者 5.9%であり、その兼任している施設は、老健 57.1%、介護医療院 28.6%、介護料型医療施設 14.3%であった(表 I A-1-6)。また、これらの兼任している管理栄養士が兼任施設において算定している関係加算を算定している割合は、栄養マネジメント加算 66.7%、経口維持加算 (I) 33.3%、経口維持加算 (II) 33.3%であった。

通所サービスを兼任している者は 64.2%であり、その兼任先の事業所は、通所リハ 100%、通所介護 3.4%であった。通所サービスを兼任している管理栄養士が兼任先で関連している加算は栄養スクリーニング加算 18.2%、栄養改善加算 12.5%であった。

主たる管理栄養士については、勤務年数(月換算)平均 110.2 ± 83.3 か月(9年2か月)、本務施設(定員数 90.3 ± 22.2 人)での1か月間の平均勤務日数 21.5 ± 1.4 日、平均勤務時間 168.1 ± 21.7 時間、平均残業時間 6.7 ± 9.9 時間であった(表 I A-1-8)。このうち他の施設を兼任する者(9人)の勤務年数(月換算)平均 111.6 ± 112.6 か月(9年3か月)、本務施設(定員数 84.1 ± 25.0 人)での1か月間の平均勤務日数 21.1 ± 1.4 日、平均勤務時間 172.2 ± 12.4 時間、平均残業時間 5.9 ± 5.3 時間であり、兼任施設(定員数 59.3 ± 30.6 人)における1か月間の平均勤務日数 20.0 ± 1.4 日であった。

通所サービス兼任者(88人)の勤務年数(月換算)は平均 129.1 ± 79.6 月(10年9か月)、本務施設(定員数 90.5 ± 22.8 人)での1か月の平均合計勤務日数 21.4 ± 1.4 日、平均勤務時間 168.1 ± 22.1 時間、平均残業時間 8.8 ± 12.0 時間、兼任の通所サービス(定員数 42.6 ± 19.8 人)での1か月間の平均勤務日数は 20.1 ± 5.0 日、平均勤務時間 19.5 ± 18.5 時間であった。これらの通所サービス兼任者の平均合計時間は、 171.3 ± 21.2 時間であったが、最大時間は 230.0 時間であった。

10) 管理栄養士の配置状況

常勤の管理栄養士配置数の平均は 1.3 ± 0.8 人、100床当たりの常勤・非常勤管理栄養士の配置数の平均は 1.7 ± 0.9 人であり、常勤管理栄養士を2名以上配置している施設は 23.8%であった(表 I A-1-9)。

なお、管理栄養士を2名以上配置している主な理由は、施設長の方針や理解が 38.0%、事務長の方針や理解が 34.1%であった。

11) 入退所前後における医療機関、施設・事業所間の情報連携(複数回答可)

管理栄養士による栄養ケアや食事に関わる施設・事業所間の情報連携について、入所前サービス提供者から情報手提供」を得ている施設の割合は 93.2%であり、退所後のサービス提供者へ情報提供している施設の割合は 81.5%であった(表 I A-1-10)。

このような入退所前後の情報連携が行われている医療機関、施設及び事業所の種類は、一般病院 51.9%、特養 47.2%、居宅介護支援事業所 44.3%、老健 41.5%、介護療養型医療施設 32.1%であった。

情報連携の方法は文書（紙面、FAX、電子ファイル）が 86.4%、電話 28.3%、相手先の担当者の来所 10.6%であった。その相手先の職種は歯科医師 70.2%、介護支援専門員 51.8%、理学療法士 36.0%、看護職員 24.6%、医師 20.2%、管理栄養士 16.7%であった。また、内容は、食事形態 97.8%、治療食・療養食 86.8%、嗜好・禁忌 83.8%、身体計測値 75.7%、エネルギー摂取量 67.6%、既往歴 52.2%、食事姿勢・体位 48.5%、たんぱく質摂取量 43.4%、服薬 39.0%、嚥下機能評価結果 37.5%、エネルギー必要量 37.5%であった。

管理栄養士による施設・事業所間の情報連携の必要性を感じる入所者は、摂食嚥下障害 95.4%、低栄養状態リスク有 90.2%、経腸栄養法利用者 66.5%、認知症 52.0%、終末期（ターミナル） 45.7%、独居 41.0%であった。

12) 栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況

栄養ケア・マネジメントプロセス 41 項目について、担当の管理栄養士がくできていない > を回答した施設の割合が 10%未満（すなわちくできている > < よくできている > が 90%以上）は、以下の 27 項目に及んだ（表 I A-1-11）。このうち「できていない」が回答の施設数が 25%以上の割合の項目は次 6 項目であった。

- ・管理栄養士は中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている 60.3%
- ・管理栄養士は中高リスク者の家族との面談・聞き取りによるモニタリングをしている 58.5%
- ・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 30.5%
- ・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る 30.3%
- ・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る 27.3%、
- ・管理栄養士は栄養ケア計画の作成のあたり、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 25.7%

13) 施設の管理栄養士が兼任している通所サービス（複数回答可）

施設の所属する管理栄養士が兼任している通所サービスの状況について、有効回答を得られた 121 施設については、長時間コース 46.8%、短時間コース 3.7%、その両方が 49.5%であり、食事の提供有は 100.0%、おやつ提供有は 97.5%であった（表 I A-1-12）。

これらの通所サービス事業所において、栄養スクリーニング加算を算定している事業所の割合は 22.4%であり、その 2019 年 7 月の 1 か月間の算定件数は平均 24.9±35.2 件、栄

養改善加算を算定している事業所の割合は 16.5%、7 月 1 か月間の件数は 2.4±3.6 件であった。

栄養改善加算を算定しない理由は、人員不足 28.9%、他職種の理解・協力不足 22.7%、施設長の判断 11.3%、管理栄養士の判断 10.3%であった。

兼任の管理栄養士が関わっている内容は、食事形態の調整 79.8%、食事内容の検討 77.2%、嚥下調整食の提供 74.6%、食事の観察 68.4%、他の職員からの栄養相談 68.4%、療養食の対応 61.4%、本人・家族からの栄養相談 57.0%、自宅訪問 8.8%であった。

14) 施設の管理栄養士が兼任している居宅サービス（13）の通所サービス以外）及び地域密着型サービス

施設に所属する管理栄養士が兼任している居宅サービス（13）の通所サービス以外）及び地域密着型サービスについて有効回答を得た施設において、管理栄養士が兼任している居宅サービスの割合は、短期入所生活介護（ショートステイ）77.9%であり、地域密着型サービスは、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）7.7%、認知症対応型通所介護 1.7%、小規模多機能居宅介護 2.2%、夜間対応型訪問介護 0.6%、グループホーム 7.7%、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 0.6%、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービス 0.0%であった（表 I A-1-13）。

これらのうち施設管理栄養士の兼任の割合が最上位であった短期入所生活介護（ショートステイ）について有効回答のあった 141 事業所において、兼任の管理栄養士による各サービス（複数回答可）の提供されている割合は、食事形態の調整 91.4%、食事内容の検討 89.3%、療養食の対応 87.9%、食事の観察 85.0%、栄養相談 37.1%の割合であった。

さらに、施設の常勤管理栄養士が上記の栄養ケア以外に関連していることは、施設広報誌での栄養情報提供 22.8%、自治体(市区町村)の栄養教室の講師等一般介護予防事業 20.6%、自治体（市(区市町村)の訪問型・通所型による介護予防事業の栄養相談 18.3%〔%の意味が不明〕地域ケア会議への参加 16.2%、地域高齢者のサロン・コミュニティカフェ・認知症カフェの運営・見回り 15.4%、ホームページで栄養啓発活動 5.9%、自治体の訪問型・通所型介護予防事業の栄養相談 2.2%、配食サービスによる栄養改善 0.7%であった。

15) 管理栄養士による退所支援状況

181 施設（有効回答施設）において、退所支援として実施されていることは、栄養相談 37.0%の割合で実施されており、在宅復帰への支援強化のための本人・または家族への栄養相談の実施は退所までに 1 回が 70.1%、2 回が 26.9%、通常の退所のための栄養相談は 1 回が 88.5%、2 回が 9.8%であった（表 I A-1-14）。退所のための栄養相談が未実施となっている施設において、未実施になっている理由の割合は書面で情報提供の実施しているため 68.1%、退所時カンファレンスで実施しているため 33.9%、日常的な家族面会時に実施しているため 12.5%であった。さらに、在宅復帰のための自宅訪問の実施施設は 49.1%

で行われている。これらの実施している 84 施設においてその担当職種の割合は管理栄養士 15.5%、理学療法士 78.8%、介護支援専門員 76.2%、相談員 71.4%であった。実施時期について、退所前の実施が 67.1%、入所後 7 日以内 56.0%、入所前 30 日以内 54.2%、退所後 30 日以内 54.2%であった。自宅訪問が実施されていない 87 施設において自宅訪問が未実施となっている理由の割合は、業務に位置付けられていない 62.5%、実施体制がない 43.7%、人員不足 18.8%、相談員の判断 12.6%であった。

管理栄養士による栄養相談や自宅訪問などの退所支援の必要性を感じる入所者の特性（複数回答可）の割合は、有効回答のあった 163 施設において、摂食嚥下障害がある 82.2%、嚥下調整食が必要である 77.3%、療養食が必要である 71.2%、水分にとろみを使用している 63.2%、自宅での食事の準備が困難 55.8%、自宅で自炊する 49.1%、老々介護である 47.9%、脱水の既往がある 42.3%、日中独居である 41.1%、家族の協力が得られない 39.3%、低栄養状態である 3.6%であった。

3. アウトカムとの関連から見た施設の特徴

1) 低栄養リスクとの関連から

1 か月間の低栄養の中高リスク者が 100 人当たり 48.7 人（中央値）以下の施設を低栄養の中高リスク者が当該中央値より大きい施設と比較し、有意水準 5%未満により採択し、低栄養の中高リスク者が少ない施設では以下の特徴が見られた（表 I A-3-1）。

1 か月間の経腸栄養者が 100 人当たり 3.4 人（中央値）より大きい施設の割合（中央値以上群 36.0% vs 64.5%）、胃瘻・腸瘻者が 100 人当たり 3.2 人（中央値）より大きい施設の割合（同 36.6% vs 59.7%）及び 1 年間の 100 人当たりの施設内看取り者が 8.6 人（中央値）より大きい施設の割合（同 39.2% vs 61.3%）が少なかった。

また、経口維持加算（I）を算定している施設の割合（同 82.1% vs 62.0%）、多職種によるミールラウンドの実施している施設の割合（同 92.2% vs 77.9%）は多かった。

・管理栄養士による、栄養ケアや食事に関わる施設・事業所間の情報連携については、入所前に実施する施設（同 98.7% vs 87.2%）及び入所後に実施する施設（同 88.2% vs 75.3%）の割合が多かった。この場合の情報連携先は（複数回答可）、居宅介護支援事業所（同 52.9% vs 31.8%）、その他の居宅サービス事業所（同 25.5% vs 9.1%）の割合が多かったが、一般病院（同 41.2% vs 65.9%）、介護療養型医療施設（同 21.6% vs 40.9%）の割合は少なかった。なお、提供される情報の内容は、エネルギー摂取量は（75.0% vs 58.1%）、たんぱく質摂取量（同 53.3% vs 33.9%）と回答した施設の割合が多かった。

さらに、栄養ケア・マネジメントを担う常勤管理栄養士は、本務施設での 1 か月間の平均勤務時間（164.6±22.9 時間 vs 171.9±21.5 時間）及び 1 か月間の本務施設と兼任通所サービスの平均勤務時間合計（166.1±23.1 時間 vs 173.6±20.4 時間）が短かった。

2) 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連から

1 か月間の退所者のうち自宅等の住まいへ退所した者の数を入所者 100 人当たりで見ると、中央値 (2.9 人) より大きい施設について、当該中央値より大きい施設と比較し、有意水準 5%未満により採択し、以下の結果を得た (表 I A-3-2)。

退所支援類型から見てみると、超強化型 (中央値以上施設群 45.1% vs 2.4%) 及び在宅強化型 (同 15.9% vs 7.3%) が加算型 (同 26.8% vs 30.5%) 及び基本型 (同 11.0% vs 52.4%) に比べて割合が高かった。

加算の算定状況から見てみると、短期集中リハビリテーション実施加算 (同 95.2% vs 81.8%)、退所時情報提供加算 (同 84.3% vs 61.4%)、退所前連携加算 (同 83.1% vs 59.1%)、認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (同 78.3% vs 42.0%)、入所前後訪問指導加算 (I) (同 69.9% vs 47.7%)、口腔衛生管理体制加算 (同 69.9% vs 52.3%)、口腔衛生管理加算 (同 49.4% vs 21.6%)、入所前後訪問指導加算 (II) (同 39.8% vs 23.9%)、在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II) (同 37.3% vs 3.4%) を算定している施設の割合が高かった。

また、栄養マネジメント関連加算のうち経口維持加算 (I) (同 79.5% vs 63.5%)、経口維持加算 (II) (同 62.7% vs 36.5%) を算定している施設の割合が高かった。

一方、当該算定にあたり困難に感じる事として、歯科医師の協力不足 (同 12.3% vs 26.9%) と回答した施設の割合が低かった。

多職種によるミールラウンド頻度は、週 5 日以上施設の割合が多く (同 12.5% vs 7.0%)、医師の参加が得られている施設の割合が高かった (同 49.3% vs 32.4%)。

多職種会議が未実施となっている施設の割合が低く、その頻度は週 1~2 日以上施設の割合が多く (同 26.3% vs 9.4%)、医師 (同 82.2% vs 61.8%)、言語聴覚士 (同 54.8% vs 38.2%) の参加している施設の割合が高かった。

栄養ケアや食事に関して管理栄養士による施設・事業者間の情報連携については、退所後の情報提供を行う施設の割合が高く (同 86.6% vs 74.4%)、情報連携を行う医療機関として地域包括ケア病棟 (同 34.6% vs 12.8%)、有床診療所 (同 11.5% vs 0.0%) と回答した施設の割合が高かった。また、情報連携の方法としては相手先の担当者が来所する施設の割合 (同 15.9% vs 4.9%)、情報連携する職種としては管理栄養士である施設の割合 (同 79.6% vs 61.5%)、情報の内容としては摂食機能評価結果 (同 47.7% vs 28.6%) とする施設の割合が高かった。

栄養ケア・マネジメントプロセス 41 項目のうち<できる・よくできている>と回答した施設の割合が高かった項目は、以下の 24 項目にも及んでいた。

- ・栄養ケア・マネジメントに関する手順を適切に実施している (同 100% vs 93.1%)
- ・管理栄養士は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る (同 100.0% vs 93.0%)
- ・介護支援専門員あるいは管理栄養士は入所後遅くとも 1 週間以内に関連職種と協働して低栄養状態リスクを把握している (同 100% vs 91.9%)
- ・管理栄養士はミールラウンド (経口維持加算の有無にかかわらず食事時にフロア等で観

- 察している（同 100% vs 91.9%）
- ・介護支援専門員・管理栄養士は施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を説明し同意を得ている（同 100.0% vs 96.5%）
 - ・管理栄養士は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（同 100.0% vs 90.7%）
 - ・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る（同 100.0% vs 95.3%）
 - ・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ている（同 100.0% vs 96.5%）
 - ・管理栄養士はミールラウンドによるモニタリングをしている（同 100.0% vs 93.0%）
 - ・管理栄養士は中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしている（同 98.8% vs 87.2%）
 - ・管理栄養士は中高リスク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る（同 98.8% vs 96.5%）
 - ・「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（同 97.6% vs 88.4%）
 - ・管理栄養士は中高リスク者に観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしている（同 97.6% vs 91.8%）
 - ・管理栄養士は中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている（同 95.2% vs 90.7%）
 - ・管理栄養士は中高リスク者の担当の関連職種からのモニタリングをしている（同 95.1% vs 89.4%）
 - ・管理栄養士は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る（同 92.7% vs 79.1%）
 - ・管理栄養士は多職種に対して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（同 92.7% vs 85.0%）
 - ・管理栄養士は問題の解決の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（同 92.7% vs 91.8%）
 - ・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（同 96.4% vs 90.7%）
 - ・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（同 90.7% vs 73.3%）
 - ・管理栄養士は、栄養ケア・マネジメント実践上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（同 90.4% vs 74.4%）
 - ・栄養ケア・マネジメントの成果として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（同 89.2% vs 65.1%）
 - ・管理栄養士が中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしている頻度（月 1 日以下：同 5.3% vs 19.4%、月 2～3 日：同 21.1% vs 22.2%、週 1～2 日：同 36.8% vs 29.2%、週 3～4 日：同 22.4% vs 23.6%、週 5 日以上：同 14.5% vs 5.6%）

・管理栄養士が中高リスク者に観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしている頻度
(月1日以下：同 4.2% vs 20.5%、月2～3日：同 23.6% vs 26.0%、週1～2日：同 38.9% vs 26.0%、週3～4日：同 22.2% vs 23.3%、週5日以上：同 11.1% vs 4.1%)

本人や家族への退所のための管理栄養士による栄養相談を実施している施設の割合が高く(同 50.6% vs 26.1%)、この場合の栄養相談回数が頻回な事業所の割合が高く(1回：同 57.1% vs 91.3%、2回：同 38.1% vs 8.7%、3回：同 4.8% vs 0.0%)、在宅復帰のための自宅訪問を実施する職種として管理栄養士の施設が高く(25.6% vs 2.7%)、退所支援が必要と考えられる入所者の特性は、低栄養状態(同 88.8% vs 59.5%)、摂食嚥下障害(同 90.0% vs 75.7%)、嚥下調整食の必要者(同 88.8% vs 70.3%)、脱水の既往(同 51.2% vs 33.8%)であった。

通所サービスを兼任している管理栄養士を有する施設の割合が高く(同 75.9% vs 60.2%)、兼任している通所サービスにおいては栄養スクリーニング加算が算定されている事業所の割合が高く(同 32.3% vs 9.8%)、管理栄養士が関わった食事の観察とする施設の割合が高かった(同 78.7% vs 55.1%)。

3) 誤嚥性肺炎による入院者数との関連から

調査月1か月の誤嚥性肺炎による入院者が入所者100人当たり0人(中央値)以下の施設を入院数の少ない施設とし、当該中央値より大きい施設と比較し、以下の結果が得られた(表IA-3-3)。

多職種によるミールラウンドに歯科衛生士が参加している施設の割合が多かった(中央値以下群 28.0% vs 6.1%)、多職種会議の頻度は週1日未満の施設の割合が多かった(同 69.3% vs 51.4%)。

栄養ケア・マネジメントプロセス41項目のうち<できる・よくできている>が多い項目は、次の項目であった。

管理栄養士は、「ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察)」の頻度も高い施設が多い(月1日以下 同 3.8% vs 0.0%、月2～3日 同 1.9% vs 14.3%、週1～2日 同 6.7% vs 5.7%、週3～4日 同 37.1% vs 31.4%、週5日以上 同 50.5% vs 48.6%)

また退所支援では在宅復帰のための自宅訪問実施時期は、誤嚥性肺炎による入院者数が少ない施設において、入所前30日以内(同 61.8% vs 25.0%)、退所後30日以内(同 53.5% vs 31.3%)とする施設の割合が高かった。

誤嚥性肺炎による入院者数が少ない施設において、施設の管理栄養士が兼任している通所サービスで食事の観察をしている施設の割合が高かった(同 74.0% vs 48.1%)。

4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴

常勤管理栄養士を2名以上配置している施設は、1名を配置している施設と比較し、有意

水準 5%未満の採択により以下の結果を得た（表 I A-3-4）。

施設規模としては、定員数 100 床以上の施設の割合が高い（2 名以上配置施設群 64.3% vs 41.9%）。

胃瘻・腸瘻者が 100 人当たり 3.2 人（中央値）より少ない施設の割合（中央値以下施設群 66.7% vs 45.8%）が多かった。及び 100 人当たりの死亡者が 11.9 人（中央値）より少ない施設の割合（同 63.4% vs 45.6%）が多かった。

認知症前期集中リハビリテーション加算を算定している施設の割合が高かった（72.1% vs 54.3%）。

経口維持加算（Ⅰ）を算定している施設（同 88.1% vs 64.4%）、経口維持加算（Ⅱ）を算定している施設（同 76.2% vs 40.0%）、経口移行加算を算定している施設（同 42.9% vs 25.2%）の割合が高かった。

ミールラウンドに言語聴覚士が参加している施設（同 73.7% vs 40.2%）及び多職種会議に言語聴覚士が参加している施設（同 73.7% vs 37.3%）の割合が高かった。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定開始から 6 か月を超えて継続している者の人数が 1 名以上の施設（同 70.0% vs 50.0%）、経口維持加算の算定方式変更によって算定件数が増加している施設（同 41.9% vs 24.6%）、摂食・嚥下の課題が明確化されている施設（同 51.2% vs 22.5%）、食事摂取量増加者が増加している施設（同 20.9% vs 5.8%）、他職種と情報共有されている施設（同 72.1% vs 41.3%）、他職種の協力が得られるようになった施設（同 48.8% vs 26.8%）、管理栄養士のアセスメント能力が向上した施設（同 20.9% vs 7.2%）の割合が高かった。

情報連携の対象となる情報の種類として栄養相談の内容とする施設の割合が高かった（同 27.8% vs 13.0%）。

給食を直営で実施する施設の割合が高かった（同 41.9% vs 20.6%）。

栄養ケア・マネジメントのプロセスのうちくできる・よくできている>と回答した施設の割合が以下の 5 項目で高かった。

- ・管理栄養士はミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察している（同 69.8% vs 44.9%）
- ・管理栄養士はアセスメントから把握された課題についての総合的な判断（栄養診断）をしている（同 32.6% vs 13.2%）
- ・管理栄養士は中高リスク者の担当の関連職種からのモニタリングをしている（同 24.4% vs 15.6%）
- ・管理栄養士はミールラウンドによるモニタリングをしている（同 60.5% vs 35.1%）
- ・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、多職種で話し合っている（同 23.8% vs 10.3%）

であった。

在宅復帰のための自宅訪問を実施する職種が薬剤師（同 5.9% vs 0.0%）、相談員（同 94.1% vs 65.7%）である施設の割合が高かった。

施設に所属する常勤管理栄養士の兼任先の割合は認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（同 18.6% vs 4.3%）及び小規模多機能型居宅介護（同 7.9% vs 0.7%）が多く、また、施設入所者の栄養ケア以外で実施していることとしてホームページで栄養啓発活動（同 12.8% vs 3.1%）が行われている施設の割合が多かった。

さらに、本務施設における常勤管理栄養士 1 人当たりの入所者の平均定員数（同 86.4±21.0 人 vs 46.1±13.4 人）及び兼任通所サービス事業所の平均定員数（同、39.3±15.1 人 vs 54.8±28.6 人）は少なく、また、本務施設の管理栄養士 1 人当たりの本務施設での 1 か月間の平均勤務時間（同 168.3±22.6 vs 167.4±18.8）、同様に本務施設及び通所サービスの平均勤務時間合計（同 170.3±22.0 vs 167.4±18.8）は差がなかった。

考 察

本研究は、施設実態調査の結果をもとに、介護保険施設(特養及び老健)における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントを行う上で必要となる体制や具体的プロセス等に関する課題について、目的に記した 6 つの要点から以下のように考察した。

なお、本研究の回収状況は、督促を 1 回行ったが特養 283 施設（回収率 14.7%）、老健 181 施設（同 16.1%）であった。回収率が著しく低率であったのは、調査票が 11 頁もあり時間的負担感が大きく、実際に業務時間内に対応することが困難なため回答を断念した施設が多かった。回答があった施設では、多忙な管理栄養士が業務時間を大幅に調整し対応したと考えられる。この意味では、専門職としての入所者の栄養改善に関する職務意識の高い管理栄養士の協力が得られたものとも考えることもできる。

1. 施設種別に低栄養リスク、摂食嚥下障害の現状の把握

1) 低栄養の中高リスクの問題

低栄養のリスク者（栄養マネジメント加算における栄養スクリーニングによる）が 1 か月間の入所者数に占める割合の平均は特養では高リスク者 9.3%、中リスク者 43.0%、老健では高リスク者 11.3%、中リスク者 39.0%であり、入所者の約 2 名に 1 人が中高リスク者であった（IA,B2-2）。

2016 年に実施された厚生労働省老人保健事業推進等補助金による介護保険施設の常勤管理栄養士を回答者とした同様の実態調査(以下、2016 年施設調査という)においては、特養では、高リスク者 8.1%、中リスク者 45.4%、老健では、高リスク者 8.7%、中リスク者 44.0%であり（松山、2018）、入所者に対する中高者リスク者の割合は同様であったものの、本調査における低栄養の高リスク者の割合は僅かながら高くなっていた。

介護保険施設（老健及び特養）においては、低栄養の中高リスク者（BMI18.5Kg/m² 未満）は、その後 1 年間の入院及び死亡の発生のリスクが高くなることから（藤川、2018）、低栄養リスクに対応した個別の栄養ケアの質の向上が引き続き求められていた。

日本慢性期医療協会会長の武久洋三は、2010年1月から2016年12月までに慢性期病院16病院の入院患者37,730名の入院時検査における低栄養の高リスク者(血清アルブミン値3.8g/dl未満)の割合は、急性期病院からの入院者が在宅や介護保険施設に比べて多いことを報告している。本研究でも、同様に介護保険施設の入所者の入所前の居場所から持ち込まれた低栄養の中高リスクが入所中も長く継続し、悪化させて入居者の死亡や入院あるいは退所に対しての悪い影響を及ぼすことが危惧される。なお、このことについては、Ⅱの入所者個別調査によって検討された。

平成30年度には介護報酬に再入所時栄養情報連携加算が新設された。しかし、入所時の医療機関との栄養情報の連携体制や取り組みを推進するための、これ以外の介護報酬は設定されていない。また、再入所栄養情報連携加算は、栄養補給方法や食事形態が再入所時に入院前に比べて変更があった者が対象者の要件となっており、低栄養の中高リスク者を対象としたものではない。そのため低栄養のリスクは、入院によって再入所時には、さらに重度化していると考えられる。

なお、これらの新規入所時、あるいは再入所時に危惧される低栄養リスクの問題については、Ⅱの入所者個別調査によって検討された。

2) 摂食嚥下障害の問題

一方、施設入所者の中高リスクには、摂食嚥下障害が主要な要因である()。調査施設における入所者に対する摂食嚥下障害者の割合は、とろみ剤の使用者及び嚥下調整食の利用者の割合として把握したところ、とろみ剤の使用者が1か月間の入所者に占める割合の平均は、特養37.0%、老健22.9%、嚥下調整食の利用者は、同様に特養55.0%、老健46.6%であり、少なくとも入所者のおよそ半数に摂食嚥下障害の問題があると推定された。

2015年の介護保険制度改定によって従来の経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)における摂食嚥下機能低下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が評価されるようになった。その後の2016年施設調査においては、同様にとろみ剤の使用者の割合の平均は、特養26.2%、老健20.7%、嚥下調整食の平均は、特養50.5%、老健55.0%であり、本調査での摂食嚥下障害の問題のある者の割合は、4年前と殆ど変わらなかった。

2. 栄養マネジメント関連加算の問題：算定状況、非算定の理由、実施及びNCMプロセス(自己評価)から

1) 栄養マネジメント加算

栄養マネジメント加算を算定している施設の割合は特養97.1%、老健97.2%と高い算定率であったが、そのプロセスの質の向上を図るための自己評価表として2018年に作成されたNCM構成要素の改正版を用いて、今後の栄養ケア・マネジメントの体制や取り組み上の課題を、以下の5のようにアウトカムとの関連から検討した。

2) 療養食加算

療養食加算を算定している施設の割合は、特養 69.8%、老健 96.7%であり、算定している施設の割合が低い特養の非算定の理由は、対象者がいない場合や施設長の判断ということであった。施設長の判断とは、運営方針として看取りまでの生活の場としての機能を重視していることが背景となっていた。

3) 経口維持加算(I)(II)

経口維持加算 (I) を算定している施設の割合は、特養 43.0%、老健 70.1%であり、経口維持加算 (II) は、同様に特養 26.0%、老健 48.6%であった。また、これらの加算については、2016 年の介護制度改定において多職種によるミールラウンド(食事の観察)やカンファレンスが導入され見直されたことが、多職種の栄養ケアや経口維持に関する意識を高めることになり、これらの加算を算定する取り組みのなかで、当時の介護保険制度改定のスローガンの一つであった「高齢者の食べる楽しみの支援の充実」を目指して、経口維持のためにミールラウンドやカンファレンスを協働して取り組むチームが形成され始めていると推察された。

一方、以下の5.のとおり、これらの経口維持加算の取り組みは、特養・老健ともに入居者のアウトムを向上させるサービスとして示唆されたことから、算定する施設の割合を全国規模で拡大していくことが重要である。

なお、経口維持加算 (I) の非算定の理由は、特養・老健ともに嚥下評価困難、人員不足、業務時間不足、施設長の判断が回答され、「経口維持加算 (II)」の非算定の理由は、特養では嚥下評価困難、業務時間不足、人員不足、協力歯科機関がないであった。一方、老健では人員不足、協力歯科機関がない、業務時不足があげられた。これらの理由のうち経口評価困難については、今後も継続的に座学による研修や短時間であっても臨地実習などの研修が必要とされる。さらに業務不足や人員不足については、常勤管理栄養士の配置数やその効率的な業務の在り方について本研究結果をもとに検討をすすめていく必要がある。

4) 経口移行加算

経口移行加算を算定している施設の割合は、特養 9.5%、老健 29.4%であった。特養、老健ともに経管栄養者の入所者に占める割合は低いことから、非算定の理由は対象者がいないが特養 44.8%、老健 57.6%と高い割合であった。しかし、入所者の重度化が進んでいることから、施設の常勤管理栄養士は、経口移行のための経管栄養法に関する知識・技術、経口移行の手順や連携の体制づくりについての能力は今後も必要とされている。

5) 低栄養リスク加算

2018年に新設された低栄養リスク加算を算定している施設の割合は、特養 7.7%、老健 20.3%であり、未だ算定している施設の割合は低かった。低栄養リスクの非算定の理由は、特養、老健ともに業務時間の不足や食事観察の週 5 回以上が困難であること、次いで対象者がいないがあげられていた。対象者の要件となる低栄養の高リスク者は特養及び老健の入居者の 8%程度にすぎず、さらに経口維持加算や褥瘡マネジメント加算が算定されていない者が算定の要件であることから対象者は極めて少ない。しかも、管理栄養士による食事観察を週 5 日、つまり毎日実施するということで算定要件のハードルはかなり厳しい。平均的入居者数の施設において、8名に満たない低栄養の高リスク者に対して、毎日の昼食時のミールラウンドを実施するとすれば、管理栄養士が毎昼食時には、高リスク者のミールラウンドで終始し、経口維持加算の算定のための多職種によるミールラウンドは殆どできないという状況が生じてくることから、要件の見直しを図ることが必要である。

6) 再入院時栄養連携加算

4)と同様に 2018年に新設された再入院時栄養連携加算を算定している施設の割合は、特養 12.5%、老健 35.6%と未だ低い。しかし、経口維持加算を算定し、「看取り」の件数が多い施設においては、5.2)に記載したとおり本加算の算定されている施設の割合が高かった。本加算の算定については、入所期間に入院した利用者のうち再入所時の栄養補給法や食事形態の変化があって再入所する者が対象であり、施設の管理栄養士が入院している病院に行き、病院の管理栄養士から栄養情報を得るものである。当該加算の算定を推進することが必要であると考えられるが、「再入院時栄養連携加算」の非算定の理由には、特養・老健ともに対象者がいない、施設側に体制がない、業務時間不足があげられており、対象者の要件が狭く、単なる低栄養の中高リスク者には対応できないこと、施設及び医療側の情報連携がスムーズにいくような体制づくり、施設管理栄養士による入院病院訪問のみならず ICT の活用などを含めて、今後の検討が求められた。

3. 医療機関をはじめとする関係機関間の情報連携

退所前後の医療機関等との栄養情報連携のうち入所前のサービス提供者から栄養情報を得ている施設の割合は特養 88.3%、老健 93.2%、退所後のサービス提供者へ情報提供している施設の割合は全施設の特養 93.2%、老健 81.5%といずれも高かった。入所前後の情報連携については、特養では一般病院 58.3%、老健 52.7%、介護療養型医療施設 29.5%、居宅介護支援事業所 29.0%、特養 22.1%であり、老健では一般病院 51.9%、特養 47.2%、居宅介護支援事業所 44.3%、老健 41.5%、介護療養型医療施設 32.1%であった。さらに、以下の5のように1年間の施設内での経口維持による看取り数が多い特養では、「再入所時栄養連携加算を算定している」施設の割合が高く、1か月間の退所者のうち自宅等住まいへ退所した者の数が多い老健では、「医療施設・施設・事業所間で退所後に管理栄養士が情

報提供している」施設の割合が高く、この場合の情報連携を行う医療機関としては地域包括ケア病棟及び有床診療所の割合が高かった。

これらの施設と医療機関との情報連携の体制は、対象者を限定した「再入院時栄養連携加算」における対象者要件の見直しのみならず、入所前や在宅等への退所時に在宅サービスの担当者や診療所等との栄養情報連携の推進をはかり、その体制、手順や内容を含めて円滑に持続し、包括的に推進できる体制や報酬上の検討が必要と考えられた。

4. 施設常勤管理栄養士の兼任等の勤務状況

2018年介護報酬改定において介護保険施設において栄養マネジメント加算に係る常勤管理栄養士の配置要件が緩和され、介護保険施設の常勤管理栄養士が同一敷地内の介護保険施設と兼務することが新たに認められた。本調査結果においては、本務施設の栄養ケア・マネジメントを主に担う常勤管理栄養士のうち他施設兼任者は、特養 10.5%、老健 5.9%とその割合は低かった。しかし、通所サービス事業所の兼任者は、特養 30.0%、老健 63.5%と、その割合は高かった。

このような兼任によって施設の常勤管理栄養士の勤務時間が長くなることが危惧されていたが、非兼任者の本務施設での平均合計勤務時間は、特養 170.3 時間（最大 231.0 時間）、老健 167.1 時間（最大 231.0 時間）であるのに対して、兼任者の 1 か月間の平均勤務時間合計は、特養の他施設兼任者では 170.2 時間（最大 200.0 時間）（老健の有効データは得られなかった）、同様に通所サービス事業所兼任者については、特養 174.0 時間（最大 280.0 時間）、老健 181.2 時間（最大 230.0 時間）であり、その 1 か月間の平均時間は兼任者が非兼任者に比べて比較的長いものの、1 日 8 時間強程度であった。しかし施設によっては、最大時間からは 1 日 10 時間以上となり業務時間の見直しが必要な施設が存在していた。

このような施設常勤管理栄養士の業務時間の問題は、管理栄養士の施設配置数との関係から、以下の 5.において再度検討した。

5. 利用者のアウトカムからみた効果的な NCM の取り組み

効果的な栄養ケア・マネジメントの取り組みについて、副アウトカムを低栄養の中高リスク者数、主アウトカムを特養においては経口維持による施設内看取り数、老健においては退所者のうち自宅等への住まいへの退所者数、両者において誤嚥性肺炎による入院者数を主アウトカムとし、危険率 0.05 未満を採用要件として把握された栄養ケア・マネジメントに関する体制やプロセスに関する結果(研究概要 図1参照のこと)について以下のように考察した。

1) 低栄養リスクとの関連から

低栄養の中高リスク者が少ない特養は、多い施設と比べて、「平均要介護度が低い」

「とろみ剤使用者が少ない」という入居者の特徴に加えて、「ミールラウンドに歯科衛生士が参加している」にみられる口腔ケアの取り組みや「施設・事業所間で管理栄養士が文書を用いて情報連携している」にみられる管理栄養士による栄養情報連携が推進されていると考えられた。

同様に中高リスク者が少ない老健は多い老健と比べて、「経腸栄養者・胃瘻・腸瘻者数が低い」という入居者の特性に加えて、「経口維持加算を算定している」、「多職種によるミールラウンドをしている」などにみられるように経口維持加算の体制や取り組みが推進され、さらに「入退所前後に他の施設・事業所間と施設所属の管理栄養士が栄養情報連携をしている」が推進されていた。NCMプロセスの構成要因のうち「経口維持加算の有無にかかわらずミールラウンドによるモニタリングについて管理栄養士はくできている・よくできている」と考えている」と管理栄養士が自己評価している施設の割合が高く、低栄養の中高リスク者数の割合が低い施設においては、管理栄養士が主になってミールラウンドによる経口維持に強固に取り組んでいっていると推察された。

2) 経口維持による看取り数との関連から(特養)

1 年間の施設内での経口維持による看取り数が多い特養は、少ない施設と比べて、「1 か月間の誤嚥性肺炎による入院者数が少ない」という特徴があり、さらに「看取り加算を算定している」、「再入所時栄養連携加算を算定している」、「ミールラウンドに歯科衛生士が参加している」、「中高リスク者の家族との面接・聞き取りについて管理栄養士はくできている・よくできている」と考えている」とする施設の割合が高かった。

これらの結果は、施設内での看取りを多職種チームによって推進している特養において、ミールラウンドに歯科衛生士を参加させて口腔ケアを提供するとともに、管理栄養士による入院時の情報連携や家族への面談を通じて嗜好の聞き取りを行うなど本人・家族に寄り添って食べることの楽しみの充実の支援に取り組むことが、経口維持による看取り対して効果的であることを示唆している。

3) 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連から(老健)

1 か月間の退所者のうち自宅等住まいへ退所した者の数が大きい老健は、小さい施設と比べて、「入退所前後の訪問指導、情報提供及び在宅復帰・在宅療養支援に関する各加算を算定している」、「口腔衛生関連加算を算定している」、「経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定している」、「ミールラウンドを週 5 日以上実施している」、「ミールラウンドに医師及び言語聴覚士が参加している」、「医療施設・施設・事業所間で退所後に管理栄養士が情報提供している：この場合の情報連携を行う医療機関としては地域包括ケア病棟及び有床診療所」が回答された。さらに、「退所のために本人・家族に管理栄養士が栄養相談をしている」、「施設管理栄養士が通所サービスを兼任している」、「兼任先の通所サービスが栄養スクリーニング加算を算定している」、「栄養ケア・マネジメントのプロセスのうち 24 項目について管理栄養

士は<できていない・よくできていない>と考えている」とする施設の割合が高かった。また、管理栄養士による退所支援が必要と考えられる入所者の特性は、「低栄養状態」、「摂食嚥下障害」、「嚥下調整食が必要」「脱水の既往」であった。

これらの結果からは、老健における入所者の住まい等への退所支援には、退所支援を経営方針として取り組む体制であることはもとより、栄養マネジメント関連加算である経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）を管理栄養士が医師・言語聴覚士と協働して算定し、頻回なミールラウンドができる体制を整備することである。さらに、退所後のサービス担当者や関連の医療機関との情報連携を密接に行うこと、入所者の退所支援のために本人・家族のための栄養相談を実施すること、通所サービスを兼任し、入居者が退所後から兼任先の通所リハビリテーションへと移行した場合には、栄養スクリーニングからはじまる栄養ケア・マネジメントが継続的に行える体制づくりをすること、さらに、栄養ケア・マネジメントのプロセスの項目について管理栄養士が「よくできる」と考えているレベルまでグレードアップするための研修に全国規模で取り組めるように整備することなどが課題としてあげられると考える。

4) 誤嚥性肺炎による入院者数との関連から

1 か月間の誤嚥性肺炎による入院者の数が少ない特養及び老健は夫々の多い施設と比べて、特養においては「平均要介護度が高い」、「1年間の経口維持による看取り数が多い」、「多職種によるミールラウンドに医師が参加している」とする施設の割合が高かった。一方、老健においては、「多職種によるミールラウンドに歯科医師が参加している」、「経口維持加算の算定の有無にかかわらず管理栄養士によるミールラウンドを週5日以上行っている」、「兼任先の通所サービスで管理栄養士が食事を観察している」とする施設の割合が高かった。

これらの結果から、特養及び老健の誤嚥性肺炎による入院については、特養においては経口維持による看取りを推進することになり、また、多職種によるミールラウンドへの医師の参加、老健においては多職種によるミールラウンドへの歯科衛生士の参加による口腔ケアの取り組みや、管理栄養士による週5日以上の頻回なミールラウンドが有効であることが示唆された。

これらのアウトカムと関連した把握された項目については、「経口維持加算の算定」「再入所時栄養連携加算の算定」「管理栄養士及び多職種によるミールラウンド」「口腔ケアの推進」「入所退所、入院・再入所時の医療機関及び関連のサービス担当者との栄養情報連携」「NCMプロセスの構成要因の自己評価レベルのアップ」「兼任通所サービスでによる継続的栄養ケアの取り組み」などは、まさに、管理栄養士による効果的な栄養ケア・マネジメントの取り組みと言えるのではないかと考えられる。

6. 常勤管理栄養士を2名以上配置の特徴（研究概要 図2, 3参照のこと）

常勤の管理栄養士 2 名以上を配置している特養(図 2)では、管理栄養士による NCM プロセスの構成要因のうち「中高リスク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る」、「中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしている」、「アセスメントから把握された課題(問題)についての総合的な判断(栄養診断)をしている」、「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」ができていないとする施設の割合が高く、NCM の各構成項目の実施に関する自己評価レベルは明らかにアップしていた。さらに、兼任先の通所サービスにおいて「栄養スクリーニング加算を算定している」、「管理栄養士が自宅を訪問している」、「地域密着型特定施設入所者生活介護で療養食の対応をしている」、「施設広報誌で栄養情報提供をしている」とする施設の割合が高かったなどの兼任サービスへの伸展がみられた。

一方、常勤管理栄養士を 2 名以上配置している老健(図 3)では、「経口維持加算(I)・(II)を算定している」、管理栄養士による NCM プロセスの構成要因のうち「経口維持加算の算定の有無にかかわらずミールラウンドで食事を観察している」、「アセスメントから把握された課題についての総合的な判断(栄養診断)をしている」、「中高リスク者の担当の関連職種からのモニタリングをしている」、「ミールラウンドによるモニタリングをしている」、「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、多職種で話し合っている」について管理栄養士がよくできていると考えている施設の割合が高く、管理栄養士による自己評価レベルがアップしていた。さらに、本務施設の常勤管理栄養士が小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)を兼任している施設の割合が高く、また、本務の常勤管理栄養士がホームページで栄養啓発活動を実施する施設の割合も高くなり、兼任業務の伸展がみられていた。

この場合、常勤管理栄養士を 2 名以上配置する特養、老健ともに、本務施設の常勤管理栄養士一人当たりの定員数が少なく、特養では、本務施設での 1 か月の平均勤務時間が短く、本務施設と兼任の施設及び通所サービスを加えた平均勤務時間合計も短くなっていた。老健では兼任の通所サービスの本務常勤管理栄養士一人当たりの定員数も少なかったが、本務及び兼任の通所サービスを加えた平均勤務時間合計には差がみられなかった。このように常勤管理栄養士を 2 名以上配置することによって、管理栄養士一人当たりの定員数少なくなり、NCM プロセスにおけるサービスの質の向上や兼任するサービスへの伸展がみられた。

常勤管理栄養士 2 名以上配置による本務施設における栄養ケア・マネジメントや関連加算の取り組みにおける質の向上や、通所及び在宅サービスへの進展は、入所者の最期まで経口維持して看取ることや在宅復帰の推進及び誤嚥性肺炎による入院減少の成果に寄与していると考えられることから、介護保険施設の常勤管理栄養士 2 名以上配置体制の推進を今後検討していくことが必要と考えられる。

参考文献

松山紗奈江、加藤昌彦、榎裕美、宇田淳、高田和子、大原里子、遠又靖丈、荏部康子、堤亮介、小山秀夫、高田健人、藤川亜沙美、長瀬香織、松本奈々、杉山みち子：介護保険施設における経口維持による看取り及び在宅復帰支援のための栄養ケア・マネジメントの関連要因についての横断的研究.日本健康・栄養システム学会雑誌 18 (2) : 2-11, 2018.

藤川亜沙美、高田健人、長瀬香織、松本奈々、榎裕美、高田和子、大原里子、小山秀夫、杉山みち子:介護保険施設入所高齢者における入院、死亡に関わる低栄養とミ-ルラウンドの観察項目との関連. : 日本健康・栄養システム学会 18(2):12-20, 2018.

藤川亜沙美、高田健人、長瀬香織、松本奈々、榎博美、高田和子、大原里子、小山秀夫、杉山みち子:介護保険施設入所高齢者におけるミ-ルラウンド体制と入院、死亡との関連.日本健康・栄養システム学会 18(2):21-29, 2018.

.古明地夕佳、新出まねみ、杉山みち子、臼井正樹、杉森裕樹、小山秀夫。介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの構造・経過が食摂取量、経口移行に及ぼす影響.日本健康・栄養システム学会 12(2). 18-27, 2012.

武久洋三.日本慢性期医療協会 日本慢性期医療協会 平成29年4月13日.東京研修センター. <https://jamcf.jp/pdf/2017/chairman170413.pdf>.

表 I A-1-1. 施設概要

	特養 (n=283)		老健 (n=181)	
	mean	(SD)	mean	(SD)
《入退所者数》				
定員数 (人)	77.3	(32.0)	90.3	(22.2)
入所者数 (人)	74.9	(30.3)	82.8	(21.7)
<平均要介護度>	4.0	(0.4)	3.2	(0.3)
《要介護度別入所者数》				
要介護度1	1.0	(2.5)	9.5	(6.0)
要介護度2	2.9	(3.8)	16.2	(7.1)
要介護度3	16.9	(10.7)	20.5	(7.2)
要介護度4	29.0	(12.6)	21.8	(8.0)
要介護度5	25.3	(12.7)	14.6	(7.4)
その他	0.0	(0.2)	0.1	(0.4)
《要介護度別入所者割合 (%)》				
要介護度1	1.2	(2.9)	11.5	(6.6)
要介護度2	3.7	(3.8)	19.5	(6.8)
要介護度3	22.2	(8.9)	24.8	(5.9)
要介護度4	38.9	(8.5)	26.5	(6.9)
要介護度5	34.0	(10.5)	17.6	(7.6)
その他	0.0	(0.1)	0.1	(0.6)
<入退所者・入院者・栄養補給法入所者数 (人) > (2019年7月1か月間)				
新規入所者	1.8	(1.9)	9.0	(6.3)
退所者 (死亡者除く)	0.8	(1.3)	7.1	(5.7)
入院者	1.1	(1.7)	2.8	(2.5)
入院者のうち誤嚥性肺炎入院者	0.5	(1.0)	0.4	(0.9)
退所者のうち自宅等の住まいへ退所者	0.0	(0.2)	3.6	(4.8)
経管栄養者	4.8	(5.0)	4.1	(4.5)
経管栄養のうち経鼻胃管	1.1	(2.9)	1.0	(2.8)
経管栄養のうち胃瘻・腸瘻	4.5	(6.4)	3.5	(3.4)
経管栄養のうち静脈栄養	0.1	(0.4)	0.0	(0.2)
<低栄養・摂食嚥下障害・褥瘡入所者数 (人) > (2019年7月1か月間)				
低栄養状態の高リスク者	6.9	(6.1)	8.8	(12.8)
低栄養状態の中リスク者	32.0	(20.0)	32.5	(19.6)
とろみ剤の使用者数	26.6	(14.1)	19.2	(10.8)
嚥下調整食の利用者数	40.3	(26.7)	38.5	(25.5)
褥瘡者数	2.3	(2.7)	2.4	(4.6)
<入退所者・入院者・栄養補給法入所者割合 (%) > (2019年7月1か月間)				
新規入所者	2.4	(2.4)	11.3	(8.1)
退所者 (死亡者除く)	1.0	(1.7)	9.1	(7.4)
入院者	1.5	(2.3)	3.5	(3.1)
入院者のうち誤嚥性肺炎入院者数	0.7	(1.4)	0.5	(1.2)
退所者のうち自宅等の住まいへ退所者	0.0	(0.3)	4.7	(6.0)
経管栄養者	6.4	(6.2)	5.2	(5.6)
経管栄養のうち経鼻胃管	1.7	(4.7)	1.2	(3.1)
経管栄養のうち胃瘻・腸瘻	5.9	(6.7)	4.4	(4.4)
経管栄養のうち静脈栄養	0.1	(0.5)	0.0	(0.3)
<低栄養・摂食嚥下障害・褥瘡入所者割合 (%) > (2019年7月1か月間)				
低栄養状態の高リスク者数	9.3	(7.7)	11.3	(20.5)
低栄養状態の中リスク者	43.0	(19.7)	39.0	(18.8)
褥瘡者	3.0	(3.4)	3.1	(6.1)
とろみ剤の使用者数	37.0	(15.9)	22.9	(10.8)
嚥下調整食の利用者数	55.0	(27.8)	46.6	(27.6)
<死亡・施設内看取り・経口維持による施設内看取り入所者数(人) > (2018年8月1日～2019年7月31日の1年間)				
死亡者数	16.2	(10.0)	10.5	(9.6)
施設内看取り者数	9.4	(8.8)	9.1	(9.1)
経口維持による施設内看取り者	7.0	(7.5)	4.9	(6.0)

表 I A-1-2. 介護報酬上の加算の算定と管理栄養士の関わり（特養）（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
生活機能向上連携加算	39	(13.8)				
管理栄養士の関わりあり	4	(10.3)				
個別機能訓練加算	134	(47.3)				
管理栄養士の関わりあり	23	(17.2)				
口腔衛生管理体制加算	155	(54.8)				
管理栄養士の関わりあり	49	(31.6)				
口腔衛生管理加算	59	(20.8)				
管理栄養士の関わりあり	15	(25.4)				
看取り介護加算(Ⅰ)	151	(53.4)				
管理栄養士の関わりあり	99	(65.6)				
看取り介護加算(Ⅱ)	89	(31.4)				
管理栄養士の関わりあり	54	(60.7)				
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	6	(2.1)				
管理栄養士の関わりあり	3	(50.0)				
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	2	(0.7)				
管理栄養士の関わりあり	0	(0.0)				
退所時等相談援助加算	10	(3.5)				
管理栄養士の関わりあり	1	(10.0)				
退所前訪問相談援助加算	12	(4.2)				
管理栄養士の関わりあり	1	(8.3)				
退所後訪問相談援助加算	13	(4.6)				
管理栄養士の関わりあり	1	(7.7)				
退所時相談援助加算	13	(4.6)				
管理栄養士の関わりあり	2	(15.4)				
退所前連携加算	13	(4.6)				
管理栄養士の関わりあり	1	(7.7)				

2. 介護報酬上の加算の算定と管理栄養士の関わり（老健）（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
老健退所支援類型						
超強化型				41	(22.7)	(24.0)
在宅強化型				20	(11.0)	(11.7)
加算型				50	(27.6)	(29.2)
基本型				53	(29.3)	(31.0)
その他型				7	(3.9)	(4.1)
欠損値				10	(5.5)	
短期集中リハビリテーション実施加算				157	(86.7)	
管理栄養士の関わりあり				9	(5.8)	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算				106	(58.6)	
管理栄養士の関わりあり				3	(2.8)	
認知症専門ケア加算				28	(15.5)	
管理栄養士の関わりあり				2	(7.1)	
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)				104	(57.5)	
管理栄養士の関わりあり				9	(8.7)	
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)				56	(30.9)	
管理栄養士の関わりあり				8	(14.3)	
ターミナルケア加算				105	(58.0)	
管理栄養士の関わりあり				63	(60.0)	
試行的退所時指導加算				20	(11.0)	
管理栄養士の関わりあり				3	(15.0)	
在宅復帰支援機能加算				42	(23.2)	
管理栄養士の関わりあり				4	(9.5)	
退所前連携加算				125	(69.1)	
管理栄養士の関わりあり				40	(32.0)	
褥瘡マネジメント加算				70	(38.7)	
管理栄養士の関わりあり				42	(60.0)	
排せつ支援加算				49	(27.1)	
管理栄養士の関わりあり				6	(12.2)	
退所時情報提供加算				128	(70.7)	
管理栄養士の関わりあり				51	(39.8)	
口腔衛生管理体制加算				106	(58.6)	
管理栄養士の関わりあり				23	(21.7)	
口腔衛生管理加算				61	(33.7)	
管理栄養士の関わりあり				14	(23.0)	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)				60	(33.1)	
管理栄養士の関わりあり				13	(21.7)	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)				35	(19.3)	
管理栄養士の関わりあり				8	(22.9)	

表 I A-1-3. 栄養マネジメント関連加算の算定状況（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
< 栄養マネジメントの関連加算算定（あり）の状況 >（2019年7月1か月間）						
栄養マネジメント加算	272	(96.1)	(97.1)	175	(96.7)	(97.2)
経口維持加算(Ⅰ)	119	(42.0)	(43.0)	124	(68.5)	(70.1)
経口維持加算(Ⅱ)	72	(25.4)	(26.0)	86	(47.5)	(48.6)
経口移行加算	26	(9.2)	(9.5)	52	(28.7)	(29.4)
低栄養リスク改善加算	21	(7.4)	(7.7)	63	(34.8)	(35.6)
再入所時栄養連携加算	34	(12.0)	(12.4)	36	(19.9)	(20.3)
療養食加算	192	(67.8)	(69.8)	174	(96.1)	(96.7)
< 入所者100人当たりの平均算定件数 >（2019年7月1か月間）						
	mean	(SD)		mean	(SD)	
経口維持加算(Ⅰ)（件/月）	27.1	(23.5)		16.6	(14.5)	
経口維持加算(Ⅱ)（件/月）	29.8	(25.4)		17.3	(16.3)	
経口移行加算（件/月）	15.0	(24.4)		6.5	(16.5)	
低栄養リスク改善加算（件/月）	0.9	(1.8)		3.1	(4.6)	
再入所時栄養連携加算（回/月）	0.4	(0.7)		0.1	(0.5)	

表 I A-1-4. 栄養マネジメント関連加算が非算定の主な理由（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
経口維持加算 (I) (非加算施設 特養158、老健53) (未算定n=158)				(未算定n=53)		
施設長の判断	28	(17.7)	(19.2)	5	(9.4)	(10.6)
管理栄養士の判断	7	(4.4)	(4.8)	2	(3.8)	(4.3)
人員不足	45	(28.5)	(30.8)	17	(32.1)	(36.2)
算定の手順・方法が不明	11	(7.0)	(7.5)	7	(13.2)	(14.9)
他職種の理解・協力不足	19	(12.0)	(13.0)	5	(9.4)	(10.6)
業務時間不足	43	(27.2)	(29.5)	13	(24.5)	(27.7)
対象者がいない	20	(12.7)	(13.7)	9	(17.0)	(19.1)
嚥下評価困難	69	(43.7)	(47.3)	17	(32.1)	(36.2)
医師の指示が得られない	27	(17.1)	(18.5)	1	(1.9)	(2.1)
その他	10	(6.3)	(6.8)	11	(20.8)	(23.4)
欠損値	12	(7.6)		6	(11.3)	
経口維持加算 (II) (非加算施設 特養205、老健91) (未算定n=205)				(未算定n=91)		
施設長の判断	37	(18.0)	(19.5)	8	(8.8)	(9.3)
管理栄養士の判断	9	(4.4)	(4.7)	4	(4.4)	(4.7)
人員不足	44	(21.5)	(23.2)	24	(26.4)	(27.9)
算定の手順・方法が不明	13	(6.3)	(6.8)	7	(7.7)	(8.1)
他職種の理解・協力不足	23	(11.2)	(12.1)	6	(6.6)	(7.0)
業務時間不足	49	(23.9)	(25.8)	14	(15.4)	(16.3)
対象者がいない	22	(10.7)	(11.6)	10	(11.0)	(11.6)
嚥下評価困難	74	(36.1)	(38.9)	18	(19.8)	(20.9)
医師の指示が得られない	25	(12.2)	(13.2)	2	(2.2)	(2.3)
協力歯科医療機関がない	38	(18.5)	(20.0)	24	(26.4)	(27.9)
その他	17	(8.3)	(8.9)	20	(22.0)	(23.3)
欠損値	15	(7.3)		5	(5.5)	
経口移行加算 (非加算施設 特養248、老健125) (未算定n=248)				(未算定n=125)		
施設長の判断	28	(11.3)	(12.3)	10	(8.0)	(8.8)
管理栄養士の判断	7	(2.8)	(3.1)	2	(1.6)	(1.8)
人員不足	41	(16.5)	(18.1)	16	(12.8)	(14.2)
算定の手順・方法が不明	12	(4.8)	(5.3)	8	(6.4)	(7.1)
他職種の理解・協力不足	25	(10.1)	(11.0)	3	(2.4)	(2.7)
業務時間不足	38	(15.3)	(16.7)	12	(9.6)	(10.6)
対象者がいない	111	(44.8)	(48.9)	72	(57.6)	(63.7)
嚥下評価困難	65	(26.2)	(28.6)	16	(12.8)	(14.2)
医師の指示が得られない	28	(11.3)	(12.3)	4	(3.2)	(3.5)
その他	10	(4.0)	(4.4)	12	(9.6)	(10.6)
欠損値	21	(8.5)		12	(9.6)	
低栄養リスク改善加算 (非加算施設 特養251、老健1) (未算定n=251)				(未算定n=114)		
施設長の判断	36	(14.3)	(15.4)	10	(8.8)	(9.6)
管理栄養士の判断	22	(8.8)	(9.4)	7	(6.1)	(6.7)
人員不足	48	(19.1)	(20.5)	24	(21.1)	(23.1)
算定の手順・方法が不明	32	(12.7)	(13.7)	13	(11.4)	(12.5)
他職種の理解・協力不足	29	(11.6)	(12.4)	6	(5.3)	(5.8)
業務時間不足	76	(30.3)	(32.5)	31	(27.2)	(29.8)
食事観察週5回以上が困難	67	(26.7)	(28.6)	41	(36.0)	(39.4)
対象者がいない	61	(24.3)	(26.1)	29	(25.4)	(27.9)
その他	21	(8.4)	(9.0)	14	(12.3)	(13.5)
欠損値	17	(6.8)		10	(8.8)	
再入所時栄養連携加算 (非加算施設 特養240、老健1) (未算定n=240)				(未算定n=141)		
施設長の判断	30	(12.5)	(13.8)	10	(7.1)	(7.9)
管理栄養士の判断	12	(5.0)	(5.5)	6	(4.3)	(4.7)
人員不足	31	(12.9)	(14.2)	24	(17.0)	(18.9)
算定の手順・方法が不明	23	(9.6)	(10.6)	11	(7.8)	(8.7)
他職種の理解・協力不足	17	(7.1)	(7.8)	2	(1.4)	(1.6)
業務時間不足	50	(20.8)	(22.9)	25	(17.7)	(19.7)
再入院後の加算算定条件が満たせない	30	(12.5)	(13.8)	18	(12.8)	(14.2)
病院側に体制がない	44	(18.3)	(20.2)	21	(14.9)	(16.5)
施設側に体制がない	60	(25.0)	(27.5)	30	(21.3)	(23.6)
対象者がいない	74	(30.8)	(33.9)	53	(37.6)	(41.7)
その他	16	(6.7)	(7.3)	12	(8.5)	(9.4)
欠損値	22	(9.2)		14	(9.9)	
療養食加算 (非加算施設 特養83、老健6) (未算定n=83)				(未算定n=6)		
施設長の判断	24	(28.9)	(18.9)	0	(0.0)	(0.0)
管理栄養士の判断	11	(13.3)	(8.7)	1	(16.7)	(20.0)
人員不足	11	(13.3)	(8.7)	2	(33.3)	(40.0)
算定の手順・方法が不明	4	(4.8)	(3.1)	0	(0.0)	(0.0)
他職種の理解・協力不足	5	(6.0)	(3.9)	1	(16.7)	(20.0)
業務時間不足	19	(22.9)	(15.0)	1	(16.7)	(20.0)
対象者がいない	26	(31.3)	(20.5)	0	(0.0)	(0.0)
医師の指示が得られない	13	(15.7)	(10.2)	0	(0.0)	(0.0)
その他	9	(10.8)	(7.1)	2	(33.3)	(40.0)
欠損値	10	(12.0)		1	(16.7)	

表 I A-1-5. 経口維持の取り組みの状況（経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず）（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
< 摂食・嚥下機能検査 >						
未実施	114	(40.3)		33	(18.2)	
実施あり	169	(59.7)		148	(81.8)	
評価方法（実施あり 特養169、老健148）						
水飲みテスト	96	(56.8)		120	(81.1)	
フードテスト	47	(27.8)		49	(33.1)	
頸部聴診法	63	(37.3)		62	(41.9)	
嚥下内視鏡検査	20	(11.8)		13	(8.8)	
嚥下造影検査	7	(4.1)		8	(5.4)	
咀嚼能力・機能の検査	28	(16.6)		24	(16.2)	
その他	19	(11.2)		18	(12.2)	
≪ ミールラウンド ≫						
実施あり	184	(65.0)	(69.2)	146	(80.7)	(83.4)
未実施	82	(29.0)	(30.8)	29	(16.0)	(16.6)
欠損値	17	(6.0)		6	(3.3)	
実施の頻度（実施あり 特養184、老健146）						
	(実施あり n=184)			(実施あり n=146)		
月1日以下	56	(30.4)		52	(35.6)	
月2～3日	33	(17.9)		30	(20.5)	
週1～2日	29	(15.8)		25	(17.1)	
週3～4日	25	(13.6)		21	(14.4)	
週5日以上	41	(22.3)		18	(12.3)	
主な専門職の参加率（実施あり 特養184、老健146）						
医師	22	(12.0)	(12.0)	59	(40.4)	(40.7)
歯科医師	42	(22.8)	(22.8)	16	(11.0)	(11.0)
管理栄養士	181	(98.4)	(98.4)	144	(98.6)	(99.3)
栄養士	17	(9.2)	(9.2)	6	(4.1)	(4.1)
歯科衛生士	50	(27.2)	(27.2)	32	(21.9)	(22.1)
言語聴覚士	15	(8.2)	(8.2)	71	(48.6)	(49.0)
作業療法士	15	(8.2)	(8.2)	69	(47.3)	(47.6)
理学療法士	31	(16.8)	(16.8)	67	(45.9)	(46.2)
看護職員	165	(89.7)	(89.7)	126	(86.3)	(86.9)
介護職員	169	(91.8)	(91.8)	125	(85.6)	(86.2)
介護支援専門員	106	(57.6)	(57.6)	66	(45.2)	(45.5)
その他	18	(9.8)	(9.8)	4	(2.7)	(2.8)
欠損値	0			1	(0.7)	
≪ 多職種会議(カンファレンス) ≫						
実施あり	195	(68.9)	(72.5)	150	(82.9)	(85.7)
未実施	74	(29.0)	(27.5)	25	(13.8)	(14.3)
欠損値	14	(6.0)		6	(3.3)	
実施の頻度（実施あり 特養195、老健150）						
	(実施あり n=195)			(実施あり n=150)		
月1日以下	106	(54.4)		80	(53.3)	
月2～3日	61	(31.3)		37	(24.7)	
週1～2日	21	(10.8)		28	(18.7)	
週3～4日	3	(1.5)		5	(3.3)	
週5日以上	4	(2.1)		0	(0.0)	
主な専門職の参加率（実施あり 特養195、老健150）						
医師	32	(16.4)	(16.8)	105	(70.0)	(70.9)
歯科医師	39	(20.0)	(20.4)	18	(12.0)	(12.2)
管理栄養士	189	(96.9)	(99.0)	147	(98.0)	(99.3)
栄養士	13	(6.7)	(6.8)	3	(2.0)	(2.0)
歯科衛生士	48	(24.6)	(25.1)	27	(18.0)	(18.2)
言語聴覚士	18	(9.2)	(9.4)	69	(46.0)	(46.6)
作業療法士	13	(6.7)	(6.8)	75	(50.0)	(50.7)
理学療法士	32	(16.4)	(16.8)	86	(57.3)	(58.1)
看護職員	188	(96.4)	(98.4)	138	(92.0)	(93.2)
介護職員	186	(95.4)	(97.4)	141	(94.0)	(95.3)
介護支援専門員	155	(79.5)	(81.2)	110	(73.3)	(74.3)
その他	31	(15.9)	(16.2)	15	(10.0)	(10.1)
欠損値	4	(2.1)		2	(1.3)	

表 I A-1-5. 経口維持の取り組みの状況（経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず）（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<経口維持加算 I・II 算定している場合の困難事項> (複数回答可)						
歯科医師の協力不足	22	(7.8)	(18.6)	23	(12.7)	(18.9)
歯科衛生士または言語聴覚士の協力不足	11	(3.9)	(9.3)	21	(11.6)	(17.2)
他職種の協力不足	17	(6.0)	(14.4)	14	(7.7)	(11.5)
ミーラウンドに時間を要する	35	(12.4)	(29.7)	28	(15.5)	(23.0)
カンファレンスに時間を要する	30	(10.6)	(25.4)	31	(17.1)	(25.4)
管理栄養士の負担増大	47	(16.6)	(39.8)	37	(20.4)	(30.3)
管理栄養士の業務量増加	65	(23.0)	(55.1)	62	(34.3)	(50.8)
管理栄養士の残業増加	11	(3.9)	(9.3)	14	(7.7)	(11.5)
個別の食事対応が困難	24	(8.5)	(20.3)	20	(11.0)	(16.4)
人員不足	16	(5.7)	(13.6)	17	(9.4)	(13.9)
他職種が主となって実施	4	(1.4)	(3.4)	6	(3.3)	(4.9)
その他	11	(3.9)	(9.3)	17	(9.4)	(13.9)
算定なし	86	(30.4)	(42.2)	21	(11.6)	(14.7)
欠損値	79	(27.9)		38	(21.0)	
<経口維持加算の算定方式が変更されてよかったこと> (複数回答可)						
算定件数が増加	42	(14.8)	(14.8)	52	(28.7)	(28.7)
算定しやすくなった	68	(24.0)	(24.0)	70	(38.7)	(38.7)
摂食・嚥下の課題が明確化	48	(17.0)	(17.0)	53	(29.3)	(29.3)
食形態アップ者が増加	5	(1.8)	(1.8)	17	(9.4)	(9.4)
食事摂取量増加者が増加	10	(3.5)	(3.5)	17	(9.4)	(9.4)
他職種との情報共有	65	(23.0)	(23.0)	88	(48.6)	(48.6)
他職種の摂食・嚥下困難の関心が高まった	59	(20.8)	(20.8)	63	(34.8)	(34.8)
他職種の協力が得られるようになった	40	(14.1)	(14.1)	58	(32.0)	(32.0)
管理栄養士のアセスメント能力向上	22	(7.8)	(7.8)	19	(10.5)	(10.5)
VF、VEが不要となり、迅速介入できるようになった	56	(19.8)	(19.8)	55	(30.4)	(30.4)
その他	25	(8.8)	(8.8)	13	(7.2)	(7.2)
<経口維持加算 I・II 算定開始後の 6 か月を超える継続者> (2019年7月1か月間)						
	mean	(SD)		mean	(SD)	
	8.8	(15.1)		5.3	(8.6)	

表 I A-1-6. 栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況（管理栄養士（一人目）の勤務状況）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<勤務形態>						
常勤	276	(97.5)	(100.0)	175	(96.7)	(100.0)
(未回答)	7	(2.5)		6	(3.3)	
≪他の介護保険施設の兼任≫						
なし	251	(88.7)	(90.9)	144	(79.6)	(94.1)
あり	25	(8.8)	(9.1)	9	(5.0)	(5.9)
(未回答)	7	(2.5)		28	(15.5)	
兼任施設の種類の種類						
	(兼任ありn=25)			(兼任ありn=9)		
老健	1	(4.0)	(4.8)	4	(44.4)	(57.1)
特養	20	(80.0)	(95.2)	0	(0.0)	(0.0)
介護医療院	0	(0.0)	(0.0)	2	(22.2)	(28.6)
介護療養型医療施設	0	(0.0)	(0.0)	1	(11.1)	(14.3)
(未回答)	4	(16.0)		2	(22.2)	
兼任施設での算定加算						
	(兼任ありn=25)			(兼任ありn=9)		
栄養マネジメント加算	17	(68.0)		6	(66.7)	
経口維持加算(I)	5	(20.0)		3	(33.3)	
経口維持加算(II)	4	(16.0)		3	(33.3)	
経口移行加算	1	(4.0)		2	(22.2)	
低栄養リスク改善加算	3	(12.0)		1	(11.1)	
再入所時栄養連携加算	2	(8.0)		0	(0.0)	
療養食加算	12	(48.0)		5	(55.6)	
≪兼任通所サービス≫						
なし	191	(67.5)	(69.2)	49	(27.1)	(35.8)
あり	85	(30.0)	(30.8)	88	(48.6)	(64.2)
(未回答)	7	(2.5)		44	(24.3)	
兼任通所サービスの種類の種類						
	(兼任ありn=85)			(兼任ありn=88)		
通所リハ	3	(3.5)	(3.8)	88	(100.0)	
通所介護	75	(88.2)	(96.2)	3	(3.4)	
(未回答)	5	(5.9)				
兼任通所サービスでの算定加算						
	(兼任ありn=85)			(兼任ありn=88)		
栄養スクリーニング加算	4	(4.7)		16	(18.2)	
栄養改善加算	6	(7.1)		11	(12.5)	

表 I A-1-7. 栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士(一人目)の勤務状況 (特養)

全施設	n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	262	117.8 (9年8か月)	100.0 (8年4か月)	(92.8)	2.0	432.0 (36年0か月)
勤務日数 (日/月)	260	21.2	22.0	(1.9)	5.0	26.0
勤務時間 (時間/月)	257	169.6	171.0	(16.1)	64.0	231.0
残業時間 (時間/月)	248	6.0	2.0	(9.7)	0.0	75.0
合計勤務時間						
本務と兼任の合計勤務時間 (時間/月)	257	169.9	171.5	(15.9)	64.0	231.0
本務と通所の合計勤務時間 (時間/月)	257	171.0	172.0	(17.2)	64.0	280.0
本務と兼任と通所の合計勤務時間 (時間/月)	257	171.4	172.5	(17.1)	64.0	280.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	280	77.3	75.0	(32.0)	29.0	320.0
※兼任施設あり(n=25)						
	n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	25	155.5 (12年11か月)	132.0 (11年0か月)	(98.9)	29.0	346.0 (28年10か月)
勤務日数 (日/月)	24	20.6	21.0	(2.0)	14.0	23.0
勤務時間 (時間/月)	24	166.1	168.0	(17.7)	115.0	186.0
残業時間 (時間/月)	22	4.4	2.0	(5.7)	0.0	21.0
兼任施設勤務状況						
兼任勤務日数 (日/月)	13	15.5	20.0	(8.1)	1.0	22.0
兼任勤務時間 (時間/月)	6	16.1	15.0	(13.5)	3.0	37.0
合計勤務時間						
本務と兼任の合計勤務時間 (時間/月)	24	170.2	170.8	(16.1)	119.0	200.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	25	71.7	65.0	(23.6)	50.0	120.0
定員数 (人)	20	32.5	29.0	(15.8)	15.0	80.0
本務と兼任の合計定員数 (人) ※加算有	15	101.9	100.0	(21.5)	70.0	139.0
※兼任施設・通所なし(n=179)						
	n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	169	108.8 (9年0か月)	89.0 (7年5か月)	(87.1)	3.0	432.0 (35年0か月)
勤務日数 (日/月)	166	21.2	22.0	(1.9)	5.0	26.0
勤務時間 (時間/月)	164	170.3	171.8	(16.4)	64.0	231.0
残業時間 (時間/月)	160	6.1	1.4	(9.6)	0.0	66.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	178	78.6	80.0	(31.0)	29.0	300.0
※兼任通所サービスあり(n=85)						
	n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	81	130.6 (10年10か月)	120.0 (10年0か月)	(100.4)	2.0	420.0 (35年0か月)
勤務日数 (日/月)	83	21.2	22.0	(1.6)	13.0	24.0
勤務時間 (時間/月)	82	169.4	170.5	(13.9)	105.6	196.0
残業時間 (時間/月)	77	6.4	3.0	(10.4)	0.0	75.0
兼任通所サービス勤務状況						
通所勤務日数 (日/月)	51	19.0	21.0	(6.1)	1.0	26.0
通所勤務時間 (時間/月)	14	27.2	20.0	(29.5)	3.0	120.0
合計勤務時間						
本務と通所の合計勤務時間 (時間/月)	82	174.0	176.0	(17.3)	136.0	280.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	84	77.5	70.0	(35.6)	45.0	320.0
通所サービス定員数 (人)	77	31.6	30.0	(11.5)	10.0	80.0

表 I A-1-8. 栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士(一人目)の勤務状況 (老健)

全施設	n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	167	110.2	94.0	(83.3)	2.0	329.0
勤務日数 (日/月)	170	21.5	21.8	(1.4)	17.0	25.0
勤務時間 (時間/月)	167	168.1	169.0	(21.7)	31.9	220.0
残業時間 (時間/月)	161	6.7	2.0	(9.9)	0.0	56.0
合計勤務時間						
本務と兼任の合計勤務時間 (時間/月)	-	-	-	-	-	-
本務と通所の合計勤務時間 (時間/月)	167	169.7	171.0	(21.3)	32.0	230.0
本務と兼任と通所の合計勤務時間 (時間/月)	167	169.7	171.0	(21.3)	32.0	230.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	178	90.3	98.0	(22.2)	36.0	152.0
※兼任施設あり (n=9)						
n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大	
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	8	111.6	69.0	(112.6)	13.0	329.0
勤務日数 (日/月)	9	21.1	22.0	(1.4)	19.0	22.5
勤務時間 (時間/月)	9	172.2	176.0	(12.4)	152.0	184.8
残業時間 (時間/月)	8	5.9	5.0	(5.3)	0.0	13.5
兼任施設勤務状況						
兼任勤務日数 (日/月)	4	20	19.5	1.4142	19	22
兼任勤務時間 (時間/月)	-	-	-	-	-	-
合計勤務時間						
本務と兼任の合計勤務時間 (時間/月)	-	-	-	-	-	-
定員数						
本務施設定員数 (人)	9	84.1	95.0	(25.0)	50.0	120.0
兼任施設定員数 (人)	8	59.3	50.0	(30.6)	29.0	100.0
本務と兼任の合計定員数 (人) ※加算有	5	155.2	162.0	(50.7)	79.0	200.0
※兼任施設・通所なし (n=49)						
n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大	
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	47	86.9	60.0	(81.7)	2.0	329.0
勤務日数 (日/月)	48	21.5	21.8	(1.4)	19.0	25.0
勤務時間 (時間/月)	47	167.1	168.0	(16.9)	120.0	220.0
残業時間 (時間/月)	45	4.8	2.0	(7.0)	0.0	30.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	49	89.7	90.0	(23.5)	50.0	152.0
※兼任通所サービスあり (n=88)						
n	平均	中央値	標準偏差	最小	最大	
本務施設勤務状況						
勤務年数 (月換算) (か月)	84	129.1	120.0	(79.6)	3.0	329.0
勤務日数 (日/月)	85	21.4	21.5	(1.4)	18.0	25.0
勤務時間 (時間/月)	84	168.1	170.3	(22.1)	82.0	218.5
残業時間 (時間/月)	82	8.8	3.5	(12.0)	0.0	56.0
兼任通所サービス勤務状況						
通所勤務日数 (日/月)	63	20.1	21.0	(5.0)	0.0	25.0
通所勤務時間 (時間/月)	14	19.5	17.0	(18.5)	1.0	69.0
合計勤務時間						
本務と通所の合計勤務時間 (時間/月)	84	171.3	174.5	(21.2)	82.0	230.0
定員数						
本務施設定員数 (人)	85	90.5	98.0	(22.8)	36.0	150.0
通所サービス定員数 (人)	81	42.6	40.0	(19.8)	20.0	140.0

表 I A-1-9. 管理栄養士の配置状況

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<管理栄養士・栄養士の配置 (人) >	mean	(SD)		mean	(SD)	
管理栄養士 (常勤)	1.3	(0.6)		1.3	(0.8)	
(常勤+非常勤) 入所者100名あたり	1.9	(0.9)		1.7	(0.9)	
<管理栄養士2名以上配置している施設 (%) >						
2名未満	154	(54.4)	(55.8)	121	(66.9)	(68.4)
2名以上	122	(43.1)	(44.2)	56	(30.9)	(31.6)
(未回答)	7	(2.5)		4	(2.2)	
<管理栄養士2名以上配置の理由>(複数回答可)						
施設長の方針や理解	52	(18.4)	(75.4)	19	(10.5)	(52.8)
事務長の方針や理解	12	(4.2)	(17.4)	14	(7.7)	(38.9)
医師の方針や理解	1	(0.4)	(1.4)	4	(2.2)	(11.1)
管理栄養士の方針や理解	13	(4.6)	(18.8)	8	(4.4)	(22.2)
栄養ケア・マネジメント推進のため	30	(10.6)	(43.5)	11	(6.1)	(30.6)
業務効率を高めるため	24	(8.5)	(34.8)	11	(6.1)	(30.6)
残業時間減少のため	14	(4.9)	(20.3)	10	(5.5)	(27.8)
新事業開始のため	10	(3.5)	(14.5)	1	(0.6)	(2.8)
その他	13	(4.6)	(18.8)	8	(4.4)	(22.2)
欠損値	2	(0.7)		7	(3.9)	

表 I A-1-10. 入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携 (複数回答可)

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<入所前のサービス提供者から情報提供>						
得ている	241	(85.2)	(88.3)	165	(91.2)	(93.2)
得ていない	32	(11.3)	(11.7)	12	(6.6)	(6.8)
欠損値	10	(3.5)		4	(2.2)	
<退所後のサービス提供者へ情報提供>						
提供している	116	(41.0)	(49.2)	141	(77.9)	(81.5)
提供していない	120	(42.4)	(50.8)	32	(17.7)	(18.5)
欠損値	47	(16.6)		8	(4.4)	
<情報連携を行う事業所等> (複数回答可)						
居宅介護支援事業所	38	(13.4)	(29.0)	47	(26.0)	(44.3)
その他の居宅サービス事業所	17	(6.0)	(13.0)	18	(9.9)	(17.0)
老健	69	(24.4)	(52.7)	44	(24.3)	(41.5)
特養	29	(10.2)	(22.1)	50	(27.6)	(47.2)
介護医療院	8	(2.8)	(6.1)	9	(5.0)	(8.5)
一般病床	77	(27.2)	(58.3)	55	(30.4)	(51.9)
地域包括ケア病棟	16	(5.7)	(12.2)	24	(13.3)	(22.6)
回復期リハビリ病棟	16	(5.7)	(12.2)	30	(16.6)	(28.3)
介護療養型医療施設	39	(13.8)	(29.5)	34	(18.8)	(32.1)
精神病床	15	(5.3)	(11.5)	13	(7.2)	(12.3)
その他の病床	7	(2.5)	(5.3)	7	(3.9)	(6.6)
有床診療所	1	(0.4)	(0.8)	6	(3.3)	(5.7)
歯科医療機関	5	(1.8)	(3.8)	1	(0.6)	(0.9)
その他	17	(6.0)	(13.0)	12	(6.6)	(11.3)
欠損値	110	(38.9)		64	(35.4)	
<情報連携の方法>						
文書 (紙面、FAX、電子ファイル)	150	(53.0)	(88.2)	114	(63.0)	(86.4)
施設の管理栄養士が相手先へ訪問	17	(6.0)	(10.1)	12	(6.6)	(9.1)
相手先の担当者が施設へ来所	7	(2.5)	(4.1)	14	(7.7)	(10.6)
入所者の自宅等へ訪問	5	(1.8)	(3.0)	7	(3.9)	(5.3)
電話	61	(21.6)	(36.1)	37	(20.4)	(28.0)
その他	10	(3.5)	(5.9)	6	(3.3)	(4.5)
欠損値	73	(25.8)		38	(21.0)	
<情報連携する職種>						
医師	15	(5.3)	(10.0)	23	(12.7)	(20.2)
歯科医師	5	(1.8)	(3.3)	80	(44.2)	(70.2)
管理栄養士	104	(36.7)	(69.3)	19	(10.5)	(16.7)
栄養士	19	(6.7)	(12.7)	3	(1.7)	(2.6)
歯科衛生士	5	(1.8)	(3.3)	12	(6.6)	(10.5)
言語聴覚士	6	(2.1)	(4.0)	15	(8.3)	(13.2)
作業療法士	4	(1.4)	(2.7)	16	(8.8)	(14.0)
理学療法士	6	(2.1)	(4.0)	41	(22.7)	(36.0)
看護職員	59	(20.8)	(39.3)	28	(15.5)	(24.6)
介護支援専門員	59	(20.8)	(39.3)	59	(32.6)	(51.8)
事務職員	7	(2.5)	(4.7)	9	(5.0)	(7.9)
その他	14	(4.9)	(9.3)	10	(5.5)	(8.8)
欠損値	93	(32.9)		56	(30.9)	
<栄養ケアにかかわる情報連携の内容>						
身体測定値	139	(49.1)	(79.0)	103	(56.9)	(75.7)
嚥下機能評価結果	64	(22.6)	(36.8)	51	(28.2)	(37.5)
食事形態	174	(61.5)	(98.9)	133	(73.5)	(97.8)
エネルギー摂取量	103	(36.4)	(58.9)	92	(50.8)	(67.6)
たんぱく質摂取量	70	(24.7)	(40.0)	59	(32.6)	(43.4)
水分摂取量	68	(24.0)	(39.1)	41	(22.7)	(30.1)
エネルギー必要量	55	(19.4)	(31.6)	51	(28.2)	(37.5)
たんぱく質必要量	42	(14.8)	(24.1)	37	(20.4)	(27.2)
水分必要量	31	(11.0)	(17.8)	29	(16.0)	(21.3)
嗜好・禁忌	144	(50.9)	(82.3)	114	(63.0)	(83.8)
治療食・療養食	145	(51.2)	(82.9)	118	(65.2)	(86.8)
食事姿勢・体位	82	(29.0)	(47.1)	66	(36.5)	(48.5)
栄養相談の内容	22	(7.8)	(12.6)	23	(12.7)	(16.9)
既往歴	114	(40.3)	(65.1)	71	(39.2)	(52.2)
服薬	95	(33.6)	(54.6)	53	(29.3)	(39.0)
その他	12	(4.2)	(6.9)	16	(8.8)	(11.8)
欠損値	68	(24.0)		34	(18.8)	
<施設・事業所間の情報連携の必要性について>						
摂食嚥下障害	255	(90.1)	(96.6)	165	(91.2)	(95.4)
低栄養状態リスク有	229	(80.9)	(86.7)	156	(86.2)	(90.2)
認知症	143	(50.5)	(54.2)	90	(49.7)	(52.0)
終末期 (ターミナル)	153	(54.1)	(58.0)	79	(43.6)	(45.7)
経腸栄養法	157	(55.5)	(59.5)	115	(63.5)	(66.5)
独居	81	(28.6)	(30.7)	71	(39.2)	(41.0)
その他	11	(3.9)	(4.2)	14	(7.7)	(8.1)
欠損値	19	(6.7)		8	(4.4)	

表 I A-1-11. 栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
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						
できていない	19	(6.7)	(6.8)	13	(7.2)	(7.3)
できている	220	(77.7)	(79.1)	130	(71.8)	(73.0)
よくできている	39	(13.8)	(14.0)	35	(19.3)	(19.7)
欠損値	5	(1.8)		3	(1.7)	
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がっていますか						
できていない	75	(26.5)	(27.3)	41	(22.7)	(22.9)
できている	165	(58.3)	(60.0)	113	(62.4)	(63.1)
よくできている	35	(12.4)	(12.7)	25	(13.8)	(14.0)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
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						
できていない	42	(14.8)	(15.2)	16	(8.8)	(9.1)
できている	167	(59.0)	(60.3)	111	(61.3)	(63.1)
よくできている	68	(24.0)	(24.5)	49	(27.1)	(27.8)
欠損値	6	(2.1)		5	(2.8)	
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						
できていない	14	(4.9)	(5.1)	3	(1.7)	(1.7)
できている	173	(61.1)	(62.5)	106	(58.6)	(59.6)
よくできている	90	(31.8)	(32.5)	69	(38.1)	(38.8)
欠損値	6	(2.1)		3	(1.7)	
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	15	(5.3)	(5.4)	6	(3.3)	(3.4)
できている	185	(65.4)	(66.5)	105	(58.0)	(58.7)
よくできている	78	(27.6)	(28.1)	68	(37.6)	(38.0)
欠損値	5	(1.8)		2	(1.1)	
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						
できていない	14	(4.9)	(5.1)	7	(3.9)	(3.9)
できている	189	(66.8)	(68.2)	117	(64.6)	(65.4)
よくできている	74	(26.1)	(26.7)	55	(30.4)	(30.7)
欠損値	6	(2.1)		2	(1.1)	
7.管理栄養士は、入所前、入院後の再入所時、退所後のサービス担当者(介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしていますか						
できていない	69	(24.4)	(24.9)	34	(18.8)	(19.0)
できている	160	(56.5)	(57.8)	109	(60.2)	(60.9)
よくできている	48	(17.0)	(17.3)	36	(19.9)	(20.1)
欠損値	6	(2.1)		2	(1.1)	
8.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	23	(8.1)	(8.4)	12	(6.6)	(6.7)
できている	174	(61.5)	(63.3)	113	(62.4)	(63.5)
よくできている	78	(27.6)	(28.4)	53	(29.3)	(29.8)
欠損値	8	(2.8)		3	(1.7)	
9.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	32	(11.3)	(11.6)	20	(11.0)	(11.2)
できている	192	(67.8)	(69.6)	114	(63.0)	(63.7)
よくできている	52	(18.4)	(18.8)	45	(24.9)	(25.1)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
10.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	54	(19.1)	(19.5)	31	(17.1)	(17.3)
できている	159	(56.2)	(57.4)	100	(55.2)	(55.9)
よくできている	64	(22.6)	(23.1)	48	(26.5)	(26.8)
欠損値	6	(2.1)		2	(1.1)	
11.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	25	(8.8)	(9.0)	7	(3.9)	(3.9)
できている	167	(59.0)	(60.1)	96	(53.0)	(53.6)
よくできている	86	(30.4)	(30.9)	76	(42.0)	(42.5)
欠損値	5	(1.8)		2	(1.1)	
12.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	4	(1.4)	(1.4)	3	(1.7)	(1.7)
できている	118	(41.7)	(42.4)	67	(37.0)	(37.4)
よくできている	156	(55.1)	(56.1)	109	(60.2)	(60.9)
欠損値	5	(1.8)		2	(1.1)	
13.管理栄養士は、中高リスク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	12	(4.2)	(4.3)	5	(2.8)	(2.8)
できている	205	(72.4)	(74.3)	119	(65.7)	(66.5)
よくできている	59	(20.8)	(21.4)	55	(30.4)	(30.7)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
14.管理栄養士は、中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしていますか						
できていない	26	(9.2)	(9.4)	14	(7.7)	(7.8)
できている	208	(73.5)	(75.1)	123	(68.0)	(68.7)
よくできている	43	(15.2)	(15.5)	42	(23.2)	(23.5)
欠損値	6	(2.1)		2	(1.1)	

表 I A-1-11. 栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
15.管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしていますか						
できていない	165	(58.3)	(60.2)	108	(59.7)	(60.3)
できている	101	(35.7)	(36.9)	66	(36.5)	(36.9)
よくできている	8	(2.8)	(2.9)	5	(2.8)	(2.8)
欠損値	9	(3.2)		2	(1.1)	
16.管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談をしていますか						
できていない	24	(8.5)	(8.9)	13	(7.2)	(7.3)
できている	202	(71.4)	(74.8)	133	(73.5)	(74.3)
よくできている	44	(15.5)	(16.3)	33	(18.2)	(18.4)
欠損値	13	(4.6)		2	(1.1)	
17.管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察していますか						
できていない	12	(4.2)	(4.4)	8	(4.4)	(4.5)
できている	149	(52.7)	(54.8)	80	(44.2)	(44.7)
よくできている	111	(39.2)	(40.8)	91	(50.3)	(50.8)
欠損値	11	(3.9)		2	(1.1)	
18.管理栄養士は、アセスメントから把握された課題(問題)についての総合的な判断(栄養診断)をしていますか						
できていない	22	(7.8)	(8.0)	12	(6.6)	(6.7)
できている	206	(72.8)	(74.6)	135	(74.6)	(75.4)
よくできている	48	(17.0)	(17.4)	32	(17.7)	(17.9)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
19.管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたり、他職種との連携・連絡調整をしていますか						
できていない	22	(7.8)	(8.0)	7	(3.9)	(3.9)
できている	192	(67.8)	(69.6)	126	(69.6)	(70.4)
よくできている	62	(21.9)	(22.5)	46	(25.4)	(25.7)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
20.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	43	(15.2)	(15.6)	26	(14.4)	(14.6)
できている	160	(56.5)	(58.0)	99	(54.7)	(55.6)
よくできている	73	(25.8)	(26.4)	53	(29.3)	(29.8)
欠損値	7	(2.5)		3	(1.7)	
21.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	89	(31.4)	(32.2)	43	(23.8)	(24.0)
できている	159	(56.2)	(57.6)	103	(56.9)	(57.5)
よくできている	28	(9.9)	(10.1)	33	(18.2)	(18.4)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
22.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	66	(23.3)	(24.1)	46	(25.4)	(25.7)
できている	169	(59.7)	(61.7)	101	(55.8)	(56.4)
よくできている	39	(13.8)	(14.2)	32	(17.7)	(17.9)
欠損値	9	(3.2)		2	(1.1)	
23.管理栄養士は、問題の解決の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	18	(6.4)	(6.5)	15	(8.3)	(8.4)
できている	213	(75.3)	(77.5)	123	(68.0)	(68.7)
よくできている	44	(15.5)	(16.0)	41	(22.7)	(22.9)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
24.管理栄養士は、サービス担当者会議に出席し、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	24	(8.5)	(8.7)	22	(12.2)	(12.3)
できている	167	(59.0)	(60.7)	99	(54.7)	(55.3)
よくできている	84	(29.7)	(30.5)	58	(32.0)	(32.4)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
25.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	(3.2)	(3.3)	4	(2.2)	(2.2)
できている	138	(48.8)	(50.2)	90	(49.7)	(50.3)
よくできている	128	(45.2)	(46.5)	85	(47.0)	(47.5)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
26.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	24	(8.5)	(8.7)	10	(5.5)	(5.6)
できている	202	(71.4)	(73.2)	124	(68.5)	(69.3)
よくできている	50	(17.7)	(18.1)	45	(24.9)	(25.1)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
27.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)にができるように栄養ケア計画に基づいた個別対応した食事の提供…						
できていない	14	(4.9)	(5.1)	15	(8.3)	(8.4)
できている	197	(69.6)	(71.4)	106	(58.6)	(59.2)
よくできている	65	(23.0)	(23.6)	58	(32.0)	(32.4)
欠損値	7	(2.5)		2	(1.1)	
28.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	11	(3.9)	(4.0)	5	(2.8)	(2.8)
できている	187	(66.1)	(68.2)	122	(67.4)	(68.2)
よくできている	76	(26.9)	(27.7)	52	(28.7)	(29.1)
欠損値	9	(3.2)		2	(1.1)	

表 I A-1-11. 栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
29.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	20	(7.1)	(7.4)	4	(2.2)	(2.2)
できている	198	(70.0)	(72.8)	118	(65.2)	(65.9)
よくできている	54	(19.1)	(19.9)	57	(31.5)	(31.8)
欠損値	11	(3.9)		2	(1.1)	
30.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ていますか。						
できていない	8	(2.8)	(2.9)	3	(1.7)	(1.7)
できている	197	(69.6)	(71.6)	110	(60.8)	(61.5)
よくできている	70	(24.7)	(25.5)	66	(36.5)	(36.9)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
31.管理栄養士は、中高リスク者に、観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしていますか						
できていない	23	(8.1)	(8.4)	9	(5.0)	(5.1)
できている	209	(73.9)	(76.3)	129	(71.3)	(72.9)
よくできている	42	(14.8)	(15.3)	39	(21.5)	(22.0)
欠損値	9	(3.2)		4	(2.2)	
32.管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りによるモニタリングをしていますか						
できていない	171	(60.4)	(63.1)	103	(56.9)	(58.5)
できている	89	(31.4)	(32.8)	67	(37.0)	(38.1)
よくできている	11	(3.9)	(4.1)	6	(3.3)	(3.4)
欠損値	12	(4.2)		5	(2.8)	
33.管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談によるモニタリングをしていますか						
できていない	25	(8.8)	(9.2)	13	(7.2)	(7.4)
できている	211	(74.6)	(77.6)	132	(72.9)	(75.0)
よくできている	36	(12.7)	(13.2)	31	(17.1)	(17.6)
欠損値	11	(3.9)		5	(2.8)	
34.管理栄養士は、ミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること）によるモニタリングをしていますか						
できていない	12	(4.2)	(4.5)	6	(3.3)	(3.4)
できている	172	(60.8)	(63.9)	98	(54.1)	(55.4)
よくできている	85	(30.0)	(31.6)	73	(40.3)	(41.2)
欠損値	14	(4.9)		4	(2.2)	
35.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	(1.1)	(1.1)	4	(2.2)	(2.2)
できている	85	(30.0)	(30.9)	47	(26.0)	(26.3)
よくできている	187	(66.1)	(68.0)	128	(70.7)	(71.5)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
36.モニタリングにより把握された問題に随時対応し、必要に応じて計画の修正をしていますか						
できていない	11	(3.9)	(4.0)	3	(1.7)	(1.7)
できている	181	(64.0)	(66.3)	109	(60.2)	(61.6)
よくできている	81	(28.6)	(29.7)	65	(35.9)	(36.7)
欠損値	10	(3.5)		4	(2.2)	
37.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	36	(12.7)	(13.1)	16	(8.8)	(8.9)
できている	173	(61.1)	(62.9)	97	(53.6)	(54.2)
よくできている	66	(23.3)	(24.0)	66	(36.5)	(36.9)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
38.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	17	(6.0)	(6.2)	7	(3.9)	(3.9)
できている	182	(64.3)	(66.2)	96	(53.0)	(53.6)
よくできている	76	(26.9)	(27.6)	76	(42.0)	(42.5)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
39.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	74	(26.1)	(26.9)	35	(19.3)	(19.6)
できている	166	(58.7)	(60.4)	110	(60.8)	(61.5)
よくできている	35	(12.4)	(12.7)	34	(18.8)	(19.0)
欠損値	8	(2.8)		2	(1.1)	
40.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	88	(31.1)	(32.2)	54	(29.8)	(30.3)
できている	162	(57.2)	(59.3)	100	(55.2)	(56.2)
よくできている	23	(8.1)	(8.4)	24	(13.3)	(13.5)
欠損値	10	(3.5)		3	(1.7)	
41.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	82	(29.0)	(30.0)	54	(29.8)	(30.5)
できている	162	(57.2)	(59.3)	99	(54.7)	(55.9)
よくできている	29	(10.2)	(10.6)	24	(13.3)	(13.6)
欠損値	10	(3.5)		4	(2.2)	

表 I A-1-12. 施設の管理栄養士が兼任している通所サービス（複数回答可）

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<兼任通所サービスの有無>						
あり	112	(39.6)		121	(66.9)	
なし						
<通所サービスの概要>						
長時間型コース	58	(20.5)	(58.0)	51	(28.2)	(46.8)
短時間型コース	11	(3.9)	(11.0)	4	(2.2)	(3.7)
両方	31	(11.0)	(31.0)	54	(29.8)	(49.5)
欠損値	12	(4.2)		12	(6.6)	
合計	112	(100.0)		121	(100.0)	
<食事提供>						
あり	110	(99.1)		121	(100.0)	
なし	2	(0.9)		0	(0.0)	
<おやつ提供>						
あり	102	(94.4)		117	(97.5)	
なし	8	(5.6)		4	(2.5)	
<栄養スクリーニング加算> (2019年7月1か月間)						
算定あり	11	(3.9)	(10.7)	26	(14.4)	(22.4)
	mean	(SD)		mean	(SD)	
件数 (件/月)	10.8	(17.6)		24.9	(35.2)	
<栄養改善加算> (2019年7月1か月間)						
算定あり	6	(2.1)	(5.4)	20	(11.0)	(16.5)
	mean	(SD)		mean	(SD)	
件数 (件/月)	1.0	(0.8)		2.4	(3.6)	
<栄養改善加算の未算定の理由>						
施設長の判断	35	(33.3)	(33.3)	11	(10.9)	(11.3)
事務長の判断	6	(5.7)	(5.8)	9	(8.9)	(9.3)
医師の判断	1	(1.0)	(1.0)	1	(1.0)	(1.0)
管理栄養士の判断	9	(8.6)	(8.7)	10	(9.9)	(10.3)
栄養改善加算の算定方法が不明	14	(13.3)	(13.5)	7	(6.9)	(7.2)
他職種の理解・協力不足	23	(21.9)	(22.1)	22	(21.8)	(22.7)
人員不足	21	(20.0)	(20.2)	28	(27.7)	(28.9)
その他	33	(31.4)	(31.7)	46	(45.5)	(47.4)
欠損値	1	(1.0)		4	(4.0)	
<兼務の管理栄養士が関わっている内容>						
食事の観察	63	(56.3)	(61.8)	78	(64.5)	(68.4)
食事形態の調整	70	(62.5)	(68.6)	91	(75.2)	(79.8)
食事内容の検討	72	(64.3)	(69.9)	88	(72.7)	(77.2)
嚥下調整食の提供	57	(50.9)	(55.3)	85	(70.2)	(74.6)
療養食の対応	35	(31.3)	(34.3)	70	(57.9)	(61.4)
本人や家族からの栄養相談	26	(23.2)	(25.5)	65	(53.7)	(57.0)
他の職員からの栄養相談	51	(45.5)	(50.0)	78	(64.5)	(68.4)
自宅訪問	2	(1.8)	(2.0)	10	(8.3)	(8.8)
その他	5	(4.5)	(4.9)	4	(3.3)	(3.5)
なし	3	(2.7)	(2.8)	2	(1.7)	(1.7)
欠損値	10	(8.9)		7	(5.8)	

表 I A-1-13. 施設の管理栄養士が兼任している居宅サービスおよび地域密着型サービス

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<短期入所生活介護 (ショートステイ) >						
兼任なし	45	(15.9)	(15.9)	40	(22.1)	(22.1)
兼任あり	238	(84.1)	(84.1)	141	(77.9)	(77.9)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	196	(69.3)	(83.4)	119	(65.7)	(85.0)
食事形態の調整	221	(78.1)	(94.0)	128	(70.7)	(91.4)
食事内容の検討	198	(70.0)	(84.3)	125	(69.1)	(89.3)
療養食の対応	137	(48.4)	(58.3)	123	(68.0)	(87.9)
栄養相談	73	(25.8)	(31.1)	52	(28.7)	(37.1)
その他	4	(1.4)	(1.7)	1	(0.6)	(0.7)
なし	3	(1.1)	(1.3)	0	(0.0)	(0.0)
欠損値	3	(1.1)		1	(0.6)	
<認知症対応型通所介護>						
兼任なし	254	(89.8)	(89.8)	178	(98.3)	(98.3)
兼任あり	29	(10.2)	(10.2)	3	(1.7)	(1.7)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	13	(4.6)	(44.8)	1	(0.6)	(33.3)
食事形態の調整	25	(8.8)	(86.2)	3	(1.7)	(100.0)
食事内容の検討	23	(8.1)	(79.3)	1	(0.6)	(33.3)
療養食の対応	9	(3.2)	(31.0)	3	(1.7)	(100.0)
栄養相談	11	(3.9)	(37.9)	2	(1.1)	(66.7)
その他	3	(1.1)	(10.3)	0	(0.0)	(0.0)
なし	1	(0.4)	(3.4)	0	(0.0)	(0.0)
<小規模多機能型居宅介護>						
兼任なし	276	(97.5)	(97.5)	177	(97.8)	(97.8)
兼任あり	7	(2.5)	(2.5)	4	(2.2)	(2.2)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	3	(1.1)	(42.9)	2	(1.1)	(50.0)
食事形態の調整	5	(1.8)	(71.4)	3	(1.7)	(75.0)
食事内容の検討	5	(1.8)	(71.4)	4	(2.2)	(100.0)
療養食の対応	4	(1.4)	(57.1)	2	(1.1)	(50.0)
栄養相談	5	(1.8)	(71.4)	3	(1.7)	(75.0)
その他	1	(0.4)	(14.3)	0	(0.0)	(0.0)
<地域密着型特定施設入所者生活介護>						
兼任なし	273	(96.5)	(96.5)	181	(100.0)	(100.0)
兼任あり	10	(3.5)	(3.5)	0	(0.0)	(0.0)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	9	(3.2)	(90.0)	0	(0.0)	(0.0)
食事形態の調整	8	(2.8)	(80.0)	0	(0.0)	(0.0)
食事内容の検討	8	(2.8)	(80.0)	0	(0.0)	(0.0)
療養食の対応	6	(2.1)	(60.0)	0	(0.0)	(0.0)
栄養相談	6	(2.1)	(60.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(0.4)	(10.0)	0	(0.0)	(0.0)
<夜間対応型訪問介護>						
兼任なし	283	(100.0)	(100.0)	180	(99.4)	(99.4)
兼任あり	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.6)	(0.6)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事内容の検討	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.6)	(100.0)
<認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) >						
兼任なし	255	(90.1)	(90.1)	167	(92.3)	(92.3)
兼任あり	28	(9.9)	(9.9)	14	(7.7)	(7.7)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	7	(2.5)	(25.0)	2	(1.1)	(14.3)
食事形態の調整	13	(4.6)	(46.4)	7	(3.9)	(50.0)
食事内容の検討	16	(5.7)	(57.1)	8	(4.4)	(57.1)
療養食の対応	7	(2.5)	(25.0)	6	(3.3)	(42.9)
栄養相談	17	(6.0)	(60.7)	6	(3.3)	(42.9)
その他	4	(1.4)	(14.3)	1	(0.6)	(7.1)
なし	1	(0.4)	(3.6)	0	(0.0)	(0.0)

表 I A-1-13. 施設の管理栄養士が兼任している居宅サービスおよび地域密着型サービス

	特養 (n=283)			老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)	n	(%)	有効(%)
<地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護>						
兼任なし	266	(94.0)	(94.0)	181	(100.0)	(100.0)
兼任あり	17	(6.0)	(6.0)	0	(0.0)	(0.0)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	14	(4.9)	(82.4)	0	(0.0)	(0.0)
食事形態の調整	17	(6.0)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
食事内容の検討	17	(6.0)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
療養食の対応	15	(5.3)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
栄養相談	9	(3.2)	(81.8)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(0.4)	(25.0)	0	(0.0)	(0.0)
<定期巡回・随時対応型訪問介護看護>						
兼任なし	282	(99.6)	(99.6)	180	(99.4)	(99.4)
兼任あり	1	(0.4)	(0.4)	1	(0.6)	(0.6)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事内容の検討	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.6)	(100.0)
なし	1	(0.4)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
<複合型サービス>						
兼任なし	282	(99.6)	(99.6)	181	(100.0)	(100.0)
兼任あり	1	(0.4)	(0.4)	0	(0.0)	(0.0)
サービス利用者に管理栄養士が関わること						
食事の観察	1	(0.4)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
食事形態の調整	1	(0.4)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
食事内容の検討	1	(0.4)	(100.0)	0	(0.0)	(0.0)
<施設の常勤管理栄養士が栄養ケア以外に関連していること>						
地域高齢者のサロン、コミュニティカフェ、認知症カフェ	45	(15.9)	(21.6)	21	(11.6)	(15.4)
配食サービス	41	(14.5)	(19.7)	1	(0.6)	(0.7)
自治体の訪問型・通所型介護予防事業の栄養相談	11	(3.9)	(5.3)	3	(1.7)	(2.2)
自治体の栄養教室の講師等一般介護予防事業	38	(13.4)	(18.3)	28	(15.5)	(20.6)
地域ケア会議	27	(9.5)	(13.0)	22	(12.2)	(16.2)
施設広報誌での栄養情報提供	38	(13.4)	(18.3)	31	(17.1)	(22.8)
ホームページで栄養啓もう活動	12	(4.2)	(5.8)	8	(4.4)	(5.9)
その他	20	(7.1)	(9.6)	12	(6.6)	(8.8)
なし	67	(23.7)	(32.2)	53	(29.3)	(39.0)
欠損値	75	(26.5)		45	(24.9)	

表 I A-1-14. 管理栄養士による退所支援状況（老健のみ）

	老健 (n=181)		
	n	(%)	有効(%)
退所のための栄養相談			
実施している	67	(37.0)	
未実施	114	(63.0)	
在宅復帰の支援強化の退所のための栄養相談の平均回数			
1回	47	(70.1)	
2回	18	(26.9)	
3回	2	(3.0)	
通常の退所のための栄養相談の平均回数			
1回	54	(80.6)	(88.5)
2回	6	(9.0)	(9.8)
3回	1	(1.5)	(1.6)
欠損値	6	(9.0)	
退所のための栄養相談の未実施の理由			
退所時カンファレンスで実施	38	(33.3)	(33.9)
書面で情報提供を実施	77	(67.5)	(68.1)
日常的な家族面会時に実施	14	(12.3)	(12.5)
業務に位置付けられていない	10	(8.8)	(8.9)
必要性がない	8	(7.0)	(7.1)
人員不足	6	(5.3)	(5.4)
その他	22	(19.3)	(19.6)
欠損値	2	(1.8)	
在宅復帰のための自宅訪問			
実施している	84	(46.4)	(49.1)
実施していない	87	(48.1)	(50.9)
欠損値	10	(5.5)	
在宅復帰のための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	1	(1.2)	
看護職員	22	(25.9)	
介護職員	31	(36.5)	
管理栄養士	13	(15.5)	
理学療法士	67	(78.8)	
作業療法士	55	(64.7)	
言語聴覚士	7	(8.3)	
介護支援専門員	64	(76.2)	
相談員	60	(71.4)	
歯科衛生士	0	(0.0)	
その他	0	(0.0)	
自宅訪問を実施する時期			
入所前30日以内	45	(53.6)	(54.2)
入所後7日以内	47	(56.0)	(56.6)
退所前	55	(65.5)	(67.1)
退所後30日以内	47	(56.0)	(57.3)
その他	2	(2.4)	(2.4)
欠損値	2	(2.4)	
自宅訪問の未実施の理由			
業務に位置付けられていない	55	(63.2)	(62.5)
介護支援専門員の判断	9	(10.3)	(10.3)
相談員の判断	11	(12.6)	(12.6)
施設長の判断	5	(5.7)	(5.7)
実施体制がない	38	(43.7)	(43.7)
人員不足	12	(13.8)	(13.8)
その他	12	(13.8)	(13.8)
栄養相談や自宅訪問などの退所支援が必要な入所者の特性			
低栄養状態	120	(66.3)	(73.6)
療養食が必要	116	(64.1)	(71.2)
摂食嚥下障害	134	(74.0)	(82.2)
嚥下調整食が必要	126	(69.6)	(77.3)
水分にとろみ剤を使用	103	(56.9)	(63.2)
脱水の既往	69	(38.1)	(42.3)
自宅で自炊	80	(44.2)	(49.1)
自宅で食事の準備が困難	91	(50.3)	(55.8)
日中独居	67	(37.0)	(41.1)
老々介護	78	(43.1)	(47.9)
家族の協力が得られない	64	(35.4)	(39.3)
その他	5	(2.8)	(3.1)
欠損値	18	(9.9)	

表 I A-2-1. 低栄養リスクとの関連（特養）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
★平均要介護度カテゴリ					
2.0-2.9	5	(4.0)	2	(1.6)	
3.0-3.9	59	(47.2)	31	(24.8)	
4.0-4.9	61	(48.8)	92	(73.6)	<0.001
★とろみ剤の使用者数（入所者100名あたり）					
中央値(35.4)以下	73	(61.3)	48	(39.3)	
中央値(35.4)より大きい	46	(38.7)	74	(60.7)	0.001
介護報酬上の加算の算定					
看取り介護加算(II)					
算定なし	94	(75.2)	75	(60.0)	
算定あり	31	(24.8)	50	(40.0)	0.010
経口維持の取り組みの状況（経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定の有無にかかわらず）（複数回答可）					
<経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定している場合の困難事項>（複数回答可）					
個別の食事対応が困難	4	(8.9)	18	(31.0)	0.007
算定なし	50	(52.6)	29	(33.3)	0.009
入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携（複数回答可）					
<情報連携の方法> (n=69) (n=82)					
文書（紙面、FAX、電子ファイル）	66	(95.7)	68	(82.9)	0.014
<栄養ケアにかかわる情報連携の内容> (n=72) (n=81)					
身体測定値	52	(72.2)	70	(86.4)	0.029
	(n=72)		(n=79)		
水分摂取量	22	(30.6)	40	(50.6)	0.012
栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況					
mean (SD)	mean (SD)				
兼任通所サービス 1か月間の勤務日数（日/月）	18.2 (6.5)	19.9	(5.5)		

※低栄養中+高リスク者数（入所者100名あたり）の施設種別中央値(53.5)

表 I A-2-2. 経口維持による看取り数との関連 (特養)

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
★入院者のうち誤嚥性肺炎入院者数 (入所者100名あたり)					
中央値(0.0)以下	71	(60.2)	91	(74.6)	0.017
中央値(0.0)より大きい	47	(39.8)	31	(25.4)	
介護報酬上の加算の算定					
看取り介護加算(Ⅰ)					
算定なし	75	(57.3)	44	(34.1)	<0.001
算定あり	56	(42.7)	85	(65.9)	
再入所時栄養連携加算					
算定なし	117	(92.9)	104	(83.2)	0.018
算定あり	9	(7.1)	21	(16.8)	
経口維持の取り組みの状況 (経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定の有無にかかわらず) (複数回答可)					
<ミールラウンドの主な専門職の参加率>					
歯科衛生士	16	(19.5)	33	(35.5)	0.019
栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況					
★管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしていますか					
できていない	85	(65.9)	66	(52.4)	0.028
できている・よくできている	44	(34.1)	60	(47.6)	
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る					
できていない	15	(11.5)	26	(20.3)	0.025
できている	86	(66.2)	64	(50.0)	
よくできている	29	(22.3)	38	(29.7)	

※経口維持による施設内看取り者数 (入所者100名あたり) の施設種別中央値(7.1)

表 I A-2-3. 誤嚥性肺炎による入院数との関連 (特養)

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
アウトカム					
★平均要介護度カテゴリ					
2.0-2.9	2	(1.2)	3	(3.7)	
3.0-3.9	50	(29.6)	35	(42.7)	
4.0-4.9	117	(69.2)	44	(53.7)	0.037
介護報酬上の加算の算定					
個別機能訓練加算					
算定なし	96	(56.8)	33	(40.2)	
算定あり	73	(43.2)	49	(59.8)	0.014
経口維持の取り組みの状況 (経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず) (複数回答可)					
<ミールラウンドの主な専門職の参加率>					
医師	18	(16.1)	3	(5.2)	0.041
入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携 (複数回答可)					
<栄養ケアにかかわる情報連携の内容>					
食事形態	105	(100.0)	53	(96.4)	0.049
食事姿勢・体位	55	(52.9)	19	(35.2)	0.034
施設の管理栄養士が兼任している居宅サービスおよび地域密着型サービス					
<短期入所生活介護>					
食事の観察	125	(88.7)	55	(76.4)	0.019
<地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護>					
栄養相談	8	(100.0)	1	(33.3)	0.011

※入院者のうち誤嚥性肺炎入院者数 (入所者100名あたり) 施設種別中央値(0.0)

表 I A-2-4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴（特養）

	1名配置		2名以上配置		p値
	n	(%)	n	(%)	
施設概要					
定員数					
100床未満	176	(83.4)	37	(53.6)	<0.001
100床以上	35	(16.6)	32	(46.4)	
入所者数					
100床未満	181	(87.0)	46	(67.6)	<0.001
100床以上	27	(13.0)	22	(32.4)	
介護報酬上の加算の算定					
退所前訪問相談援助加算					
算定なし	206	(97.2)	65	(91.5)	0.042
算定あり	6	(2.8)	6	(8.5)	
退所後訪問相談援助加算					
算定なし	206	(97.2)	64	(90.1)	0.014
算定あり	6	(2.8)	7	(9.9)	
退所時相談援助加算					
算定なし	206	(97.2)	64	(90.1)	0.014
算定あり	6	(2.8)	7	(9.9)	
栄養マネジメント関連加算の算定状況					
低栄養リスク改善加算					
算定なし	192	(94.1)	59	(86.8)	0.049
算定あり	12	(5.9)	9	(13.2)	
栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況					
管理栄養士は、中高リスク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	9	(4.4)	3	(4.2)	0.031
できている	160	(78.0)	45	(63.4)	
よくできている	36	(17.6)	23	(32.4)	
管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしていますか					
できていない	14	(7.0)	10	(14.3)	0.025
できている	158	(79.0)	44	(62.9)	
よくできている	28	(14.0)	16	(22.9)	
管理栄養士は、アセスメントから把握された課題(問題)についての総合的な判断（栄養診断）をしていますか					
できていない	18	(8.8)	4	(5.6)	0.047
できている	158	(77.1)	48	(67.6)	
よくできている	29	(14.1)	19	(26.8)	
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	57	(28.1)	9	(12.7)	0.007
できている	123	(60.6)	46	(64.8)	
よくできている	23	(11.3)	16	(22.5)	
管理栄養士は、問題の解決の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	12	(5.9)	6	(8.5)	0.003
できている	168	(82.4)	45	(63.4)	
よくできている	24	(11.8)	20	(28.2)	
施設の管理栄養士が兼任している通所サービス（複数回答可）					
<兼務の管理栄養士が関わっている内容>					
自宅訪問	0	(0.0)	2	(6.5)	0.031
施設の管理栄養士が兼任している居宅サービスおよび地域密着型サービス					
<地域密着型特定施設入所者生活介護>					
療養食の対応	2	(33.3)	4	(100.0)	0.035
<施設入所者の栄養ケア以外で実施していること>					
施設広報誌での栄養情報提供	20	(12.9)	18	(34.0)	0.001
なし	59	(38.1)	8	(15.1)	0.002

表 I A-2-4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴（特養）

	1名配置		2名以上配置		p値
	n	(%)	n	(%)	
栄養ケア・マネジメントを担う常勤管理栄養士の状況					
本務施設					
	mean	(SD)	mean	(SD)	
勤務年数（月換算）（か月）	113.9	(92.4)	130.2	(93.6)	0.157
勤務日数（日/月）	21.3	(1.8)	20.9	(2.0)	0.125
勤務時間（時間/月）	171.2	(14.9)	164.6	(18.4)	0.007
残業時間（時間/月）	5.6	(8.9)	7.2	(11.8)	0.572
定員数（人）	71.5	(24.0)	95.2	(44.7)	<0.001
管理栄養士1名あたりの定員数（人）	71.9	(24.0)	41.6	(13.5)	<0.001
兼務施設					
勤務日数（日/月）	15.0	(8.8)	16.8	(7.3)	0.875
勤務時間（時間/月）	14.5	(14.4)	24.0	-	0.380
定員数（人）	28.3	(10.1)	42.3	(22.9)	0.101
本務施設と兼任施設の定員数合計NCM加算あり（人）	100.9	(22.7)	104.8	(20.7)	0.647
通所サービス					
勤務日数（日/月）	19.9	(5.3)	15.8	(7.6)	0.029
勤務時間（時間/月）	31.0	(35.5)	20.2	(14.6)	0.841
定員数（人）	30.4	(10.4)	34.6	(13.8)	0.205
合計勤務時間					
本務施設と兼任施設の勤務時間合計（時間/月）	171.6	(14.4)	165.0	(18.9)	0.007
本務施設と通所サービスの勤務時間合計（時間/月）	172.7	(16.5)	166.2	(18.5)	0.016
本務、兼任、通所の合計勤務時間（時間/月）	173.0	(16.1)	166.6	(19.4)	0.012

表 I A-3-1. 低栄養リスクとの関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
★経管栄養者数（入所者100名あたり）					
中央値(3.4)以下	48	(64.0)	27	(35.5)	<0.001
中央値(3.4)より大きい	27	(36.0)	49	(64.5)	
★経管栄養のうち胃瘻・腸瘻入所者（100名あたり）					
中央値(3.2)以下	45	(63.4)	29	(40.3)	0.006
中央値(3.2)より大きい	26	(36.6)	43	(59.7)	
★施設内看取り者数（入所者100名あたり）					
中央値(8.6)以下	48	(60.8)	29	(38.7)	0.006
中央値(8.6)より大きい	31	(39.2)	46	(61.3)	
栄養マネジメント関連加算の算定状況					
経口維持加算(I)					
算定なし	14	(17.9)	30	(38.0)	0.005
算定あり	64	(82.1)	49	(62.0)	
経口維持の取り組みの状況（経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず）（複数回答可）					
<ミールラウンド有無>					
なし	6	(7.8)	17	(22.1)	0.013
あり	71	(92.2)	60	(77.9)	
入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携（複数回答可）					
<入所前のサービス提供者から情報提供>					
得ている	77	(98.7)	68	(87.2)	0.005
得ていない	1	(1.3)	10	(12.8)	
<退所後のサービス提供者へ情報提供>					
提供している	67	(88.2)	58	(75.3)	0.040
提供していない	9	(11.8)	19	(24.7)	
<情報連携を行う事業所等>（複数回答可）					
	(n=51)		(n=44)		
居宅介護支援事業所	27	(52.9)	14	(31.8)	0.038
その他の居宅サービス事業所	13	(25.5)	4	(9.1)	0.038
一般病床	21	(41.2)	29	(65.9)	0.016
介護療養型医療施設	11	(21.6)	18	(40.9)	0.041
<栄養ケアにかかわる情報連携の内容>					
	(n=60)		(n=62)		
エネルギー摂取量	45	(75.0)	36	(58.1)	0.048
たんぱく質摂取量	32	(53.3)	21	(33.9)	0.030
栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の兼任状況					
	mean	(SD)	mean	(SD)	
本務施設 1か月間の勤務時間（時間/月）	164.6	(22.9)	171.9	(21.5)	
本務施設と兼任通所サービス 1か月間の合計勤務時間（時間/月）	166.1	(23.1)	173.6	(20.4)	

※低栄養中+高リスク者数（入所者100名あたり）施設種別中央値(48.7)

表 I A-3-2. 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬上の加算の算定					
老健退所支援類型					
超強化型	2	(2.4)	37	(45.1)	
在宅強化型	6	(7.3)	13	(15.9)	
加算型	25	(30.5)	22	(26.8)	
基本型	43	(52.4)	9	(11.0)	
その他型	6	(7.3)	1	(1.2)	<0.001
短期集中リハビリテーション実施加算					
算定なし	16	(18.2)	4	(4.8)	
算定あり	72	(81.8)	79	(95.2)	0.007
認知症短期集中リハビリテーション実施加算					
算定なし	51	(58.0)	18	(21.7)	
算定あり	37	(42.0)	65	(78.3)	<0.001
入所前後訪問指導加算(I)					
算定なし	46	(52.3)	25	(30.1)	
算定あり	42	(47.7)	58	(69.9)	0.003
入所前後訪問指導加算(II)					
算定なし	67	(76.1)	50	(60.2)	
算定あり	21	(23.9)	33	(39.8)	0.025
退所前連携加算					
算定なし	36	(40.9)	14	(16.9)	
算定あり	52	(59.1)	69	(83.1)	0.001
退所時情報提供加算					
算定なし	34	(38.6)	13	(15.7)	
算定あり	54	(61.4)	70	(84.3)	0.001
口腔衛生管理体制加算					
算定なし	42	(47.7)	25	(30.1)	
算定あり	46	(52.3)	58	(69.9)	0.018
口腔衛生管理加算					
算定なし	69	(78.4)	42	(50.6)	
算定あり	19	(21.6)	41	(49.4)	<0.001
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)					
算定なし	85	(96.6)	52	(62.7)	
算定あり	3	(3.4)	31	(37.3)	<0.001
栄養マネジメント関連加算の算定状況					
経口維持加算(I)					
算定なし	31	(36.5)	17	(20.5)	
算定あり	54	(63.5)	66	(79.5)	0.022
経口維持加算(II)					
算定なし	54	(63.5)	31	(37.3)	
算定あり	31	(36.5)	52	(62.7)	0.001
経口維持の取り組みの状況（経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず）（複数回答可）					
≪ミールラウンドの頻度≫					
月1日以下	18	(20.9)	31	(38.8)	
月2～3日	21	(24.4)	9	(11.3)	
週1～2日	7	(8.1)	17	(21.3)	
週3～4日	16	(18.6)	4	(5.0)	
週5日以上	6	(7.0)	10	(12.5)	
未実施	18	(20.9)	9	(11.3)	<0.001
<ミールラウンドの主な専門職の参加率>					
医師	22	(32.4)	35	(49.3)	0.042

表 I A-3-2. 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
＜多職種会議(カンファレンス)の頻度＞					
月1日以下	37	(43.0)	39	(48.8)	0.008
月2～3日	22	(25.6)	13	(16.3)	
週1～2日	7	(8.1)	20	(25.0)	
週3～4日	4	(4.7)	1	(1.3)	
未実施	16	(18.6)	7	(8.8)	
＜多職種会議の主な専門職の参加率＞					
医師	42	(61.8)	60	(82.2)	0.007
言語聴覚士	26	(38.2)	40	(54.8)	0.049
介護職員	68	(100.0)	68	(93.2)	0.028
入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携（複数回答可）					
＜退所後のサービス提供者へ情報提供＞					
提供している	61	(74.4)	71	(86.6)	0.049
提供していない	21	(25.6)	11	(13.4)	
＜情報連携を行う事業所等＞(複数回答可)					
地域包括ケア病棟	6	(12.8)	18	(34.6)	0.011
有床診療所	0	(0.0)	6	(11.5)	0.016
＜情報連携の方法＞					
相手先の担当者が施設へ来所	3	(4.9)	10	(15.9)	0.047
＜情報連携する職種＞					
管理栄養士	32	(61.5)	43	(79.6)	0.041
＜栄養ケアにかかわる情報連携の内容＞					
嚥下機能評価結果	18	(28.6)	31	(47.7)	0.026
栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況					
「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	10	(11.6)	2	(2.4)	0.020
できている	64	(74.4)	60	(72.3)	
よくできている	12	(14.0)	21	(25.3)	
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					
できていない	30	(34.9)	9	(10.8)	0.001
できている	48	(55.8)	58	(69.9)	
よくできている	8	(9.3)	16	(19.3)	
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、					
できていない	6	(7.0)	0	(0.0)	0.015
できている	52	(60.5)	44	(53.0)	
よくできている	28	(32.6)	39	(47.0)	
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					
できていない	6	(7.0)	0	(0.0)	0.025
できている	58	(67.4)	53	(63.9)	
よくできている	22	(25.6)	30	(36.1)	
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	8	(9.3)	3	(3.6)	0.025
できている	59	(68.6)	47	(56.6)	
よくできている	19	(22.1)	33	(39.8)	
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					
できていない	12	(14.0)	6	(7.2)	0.008
できている	61	(70.9)	48	(57.8)	
よくできている	13	(15.1)	29	(34.9)	

表 I A-3-2. 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
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か					
できていない	22	(25.6)	8	(9.6)	
できている	51	(59.3)	42	(50.6)	
よくできている	13	(15.1)	33	(39.8)	0.000
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	7	(8.1)	0	(0.0)	
できている	47	(54.7)	42	(50.6)	
よくできている	32	(37.2)	41	(49.4)	0.015
管理栄養士は、中高リスク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	3	(3.5)	1	(1.2)	
できている	64	(74.4)	48	(57.8)	
よくできている	19	(22.1)	34	(41.0)	0.024
管理栄養士は、中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしていますか					
できていない	11	(12.8)	1	(1.2)	
できている	62	(72.1)	55	(66.3)	
よくできている	13	(15.1)	27	(32.5)	0.001
管理栄養士は、中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしているかー頻度					
月1日以下	14	(19.4)	4	(5.3)	
月2～3日	16	(22.2)	16	(21.1)	
週1～2日	21	(29.2)	28	(36.8)	
週3～4日	17	(23.6)	17	(22.4)	
週5日以上	4	(5.6)	11	(14.5)	0.045
管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしていますか					
できていない	8	(9.3)	4	(4.8)	
できている	70	(81.4)	56	(67.5)	
よくできている	8	(9.3)	23	(27.7)	0.006
管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察					
できていない	7	(8.1)	0	(0.0)	
できている	36	(41.9)	39	(47.0)	
よくできている	43	(50.0)	44	(53.0)	0.029
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	18	(20.9)	6	(7.3)	
できている	48	(55.8)	45	(54.9)	
よくできている	20	(23.3)	31	(37.8)	0.015
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	23	(26.7)	16	(19.3)	
できている	55	(64.0)	43	(51.8)	
よくできている	8	(9.3)	24	(28.9)	0.005
管理栄養士は、問題の解決の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	7	(8.1)	6	(7.2)	
できている	66	(76.7)	51	(61.4)	
よくできている	13	(15.1)	26	(31.3)	0.043
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					
できていない	3	(3.5)	0	(0.0)	
できている	49	(57.0)	34	(41.0)	
よくできている	34	(39.5)	49	(59.0)	0.015
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					
できていない	8	(9.3)	0	(0.0)	
できている	64	(74.4)	54	(65.1)	
よくできている	14	(16.3)	29	(34.9)	0.001

表 1 A-3-2. 自宅等の住まいへ退所した者の数との関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
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	4	(4.7)	0	(0.0)	0.016
できている	61	(70.9)	49	(59.0)	
よくできている	21	(24.4)	34	(41.0)	
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ていますか。					
できていない	3	(3.5)	0	(0.0)	0.013
できている	59	(68.6)	44	(53.0)	
よくできている	24	(27.9)	39	(47.0)	
管理栄養士は、中高リスク者に、観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしていますか					
できていない	7	(8.2)	2	(2.4)	0.025
できている	65	(76.5)	55	(67.1)	
よくできている	13	(15.3)	25	(30.5)	
管理栄養士は、中高リスク者に、観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしていますかー頻度					
月1日以下	15	(20.5)	3	(4.2)	0.016
月2～3日	19	(26.0)	17	(23.6)	
週1～2日	19	(26.0)	28	(38.9)	
週3～4日	17	(23.3)	16	(22.2)	
週5日以上	3	(4.1)	8	(11.1)	
管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談によるモニタリングをしていますか					
できていない	9	(10.6)	4	(4.9)	0.012
できている	68	(80.0)	56	(69.1)	
よくできている	8	(9.4)	21	(25.9)	
管理栄養士は、ミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること）によるモニタリングをしていますか					
できていない	6	(7.0)	0	(0.0)	0.031
できている	49	(57.0)	43	(53.1)	
よくできている	31	(36.0)	38	(46.9)	
管理栄養士による退所支援状況					
<退所のための栄養相談>					
実施している	23	(26.1)	42	(50.6)	0.001
実施していない	65	(73.9)	41	(49.4)	
<在宅復帰の支援強化の退所のための栄養相談の平均回数>					
1回	21	(91.3)	24	(57.1)	0.016
2回	2	(8.7)	16	(38.1)	
3回	0	(0.0)	2	(4.8)	
<在宅復帰のための自宅訪問を実施する職種>					
管理栄養士	1	(2.7)	11	(25.6)	0.004
<栄養相談や自宅訪問などの退所支援が必要な入所者の特性>					
低栄養状態	44	(59.5)	71	(88.8)	<0.001
摂食嚥下障害	56	(75.7)	72	(90.0)	0.018
嚥下調整食が必要	52	(70.3)	71	(88.8)	0.004
脱水の既往	25	(33.8)	41	(51.2)	0.029
施設の管理栄養士が兼任している通所サービス（複数回答可）					
<兼任通所の有無>					
兼任通所サービスなし	35	(39.8)	20	(24.1)	0.028
兼任通所サービスあり	53	(60.2)	63	(75.9)	
<栄養スクリーニング加算>（2019年7月1か月間）					
算定なし	46	(90.2)	42	(67.7)	0.004
算定あり	5	(9.8)	20	(32.3)	
<兼務の管理栄養士が関わっている内容>					
食事の観察	27	(55.1)	48	(78.7)	0.008

※退所者のうち自宅等の住まいへ退所者数（入所者100名あたり）施設種別中央値(2.9)

表 I A-3-3. 誤嚥性肺炎による入院者数との関連（老健）

	中央値以下		中央値より大きい		p値
	n	(%)	n	(%)	
経口維持の取り組みの状況（経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定の有無にかかわらず）（複数回答可）					
<ミールラウンドの主な専門職の参加率>					
歯科衛生士	26	(28.0)	2	(6.1)	0.009
<多職種会議の頻度>					
週1日未満	79	(69.3)	19	(51.4)	
週1日以上	35	(30.7)	18	(48.6)	0.047
栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況					
管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察－頻度					
月1日以下	4	(3.8)	0	(0.0)	
月2～3日	2	(1.9)	5	(14.3)	
週1～2日	7	(6.7)	2	(5.7)	
週3～4日	39	(37.1)	11	(31.4)	
週5日以上	53	(50.5)	17	(48.6)	0.046
管理栄養士による退所支援状況					
<訪問を実施する時期>					
入所前30日以内	34	(61.8)	4	(25.0)	0.009
退所後30日以内	35	(63.6)	5	(31.3)	0.022
施設の管理栄養士が兼任している通所サービス（複数回答可）					
<兼務の管理栄養士が関わっている内容>					
食事の観察	54	(74.0)	13	(48.1)	0.015

※入院者のうち誤嚥性肺炎入院者数（入所者100名あたり）施設種別中央値(0.0)

表 I A-3-4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴（老健）

施設概要	1名配置		2名以上配置		p値
	n	(%)	n	(%)	
施設概要					
定員数					
100床未満	79	(58.1)	15	(35.7)	0.011
100床以上	57	(41.9)	27	(64.3)	
入所者数					
100床未満	124	(91.9)	33	(78.6)	0.018
100床以上	11	(8.1)	9	(21.4)	
★経管栄養のうち胃瘻・腸瘻（入所者100名あたり）					
中央値(3.2)以下	54	(45.8)	26	(66.7)	0.024
中央値(3.2)より大きい	64	(54.2)	13	(33.3)	
★死亡者数（入所者100名あたり）					
中央値(11.9)以下	57	(45.6)	26	(63.4)	0.048
中央値(11.9)より大きい	68	(54.4)	15	(36.6)	
介護報酬上の加算の算定					
認知症短期集中リハビリテーション実施加算					
算定なし	63	(45.7)	12	(27.9)	0.039
算定あり	75	(54.3)	31	(72.1)	
栄養マネジメント関連加算の算定状況（複数回答可）					
経口維持加算(I)					
算定なし	48	(35.6)	5	(11.9)	0.003
算定あり	87	(64.4)	37	(88.1)	
経口維持加算(II)					
算定なし	81	(60.0)	10	(23.8)	<0.001
算定あり	54	(40.0)	32	(76.2)	
経口移行加算					
算定なし	101	(74.8)	24	(57.1)	0.028
算定あり	34	(25.2)	18	(42.9)	
経口維持の取り組みの状況（経口維持加算 I・II 算定の有無にかかわらず）（複数回答可）					
<ミールラウンドの主な専門職の参加率>					
言語聴覚士	43	(40.2)	28	(73.7)	<0.001
<多職種会議の主な専門職の参加率>					
言語聴覚士	41	(37.3)	28	(73.7)	<0.001
<経口維持加算 I・II 算定開始後の6か月を超える継続者>					
0名	60	(50.0)	12	(30.0)	0.028
1名以上	60	(50.0)	28	(70.0)	
<経口維持加算の算定方式が変更されてよかったこと>（複数回答可）					
算定件数が増加	34	(24.6)	18	(41.9)	0.029
摂食・嚥下の課題が明確化	31	(22.5)	22	(51.2)	<0.001
食事摂取量増加者が増加	8	(5.8)	9	(20.9)	0.003
他職種との情報共有	57	(41.3)	31	(72.1)	<0.001
他職種の協力が得られるようになった	37	(26.8)	21	(48.8)	0.007
管理栄養士のアセスメント能力向上	10	(7.2)	9	(20.9)	0.011
給食の業務形態					
直営	28	(20.6)	18	(41.9)	0.012
委託	99	(72.8)	21	(48.8)	
一部委託	9	(6.6)	4	(9.3)	
栄養ケア・マネジメントプロセスの実施状況					
管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察					
できていない	6	(4.4)	2	(4.7)	0.013
できている	69	(50.7)	11	(25.6)	
よくできている	61	(44.9)	30	(69.8)	
管理栄養士は、アセスメントから把握された課題(問題)についての総合的な判断(栄養診断)をしていますか					
できていない	10	(7.4)	2	(4.7)	0.015
できている	108	(79.4)	27	(62.8)	
よくできている	18	(13.2)	14	(32.6)	

表 I A-3-4. 常勤管理栄養士を2名以上配置している施設の特徴（老健）

	1名配置		2名以上配置		p値
	n	(%)	n	(%)	
管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談によるモニタリングをしていますか					
できていない	7	(5.2)	6	(14.6)	
できている	107	(79.3)	25	(61.0)	
よくできている	21	(15.6)	10	(24.4)	0.037
管理栄養士は、ミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること）によるモニタリングをしていますか					
できていない	4	(3.0)	2	(4.7)	
できている	83	(61.9)	15	(34.9)	
よくできている	47	(35.1)	26	(60.5)	0.008
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	37	(27.2)	17	(40.5)	
できている	85	(62.5)	15	(35.7)	
よくできている	14	(10.3)	10	(23.8)	0.006
管理栄養士による退所支援状況					
<在宅復帰のための自宅訪問を実施する職種>					
薬剤師	0	(0.0)	1	(5.9)	0.046
相談員	44	(65.7)	16	(94.1)	0.020
<自宅訪問の未実施の理由>					
人員不足	6	(9.4)	6	(26.1)	0.046
施設の管理栄養士が兼任している居宅サービスおよび地域密着型サービス					
<小規模多機能型居宅介護>					
兼任なし	137	(99.3)	40	(93.0)	
兼任あり	1	(0.7)	3	(7.0)	0.015
<認知症対応型共同生活介護（グループホーム）>					
兼任なし	132	(95.7)	35	(81.4)	
兼任あり	6	(4.3)	8	(18.6)	0.002
<施設の常勤管理栄養士が栄養ケア以外に関連していること>					
ホームページで栄養啓発活動	3	(3.1)	5	(12.8)	0.029
栄養ケア・マネジメントを担う常勤管理栄養士の状況					
本務施設	mean	(SD)	mean	(SD)	
勤務年数（月換算）（か月）	108.1	(85.1)	116.8	(78.3)	0.368
勤務日数（日/月）	21.6	(1.4)	21.1	(1.5)	0.033
勤務時間（時間/月）	168.3	(22.6)	167.4	(18.8)	0.379
残業時間（時間/月）	7.2	(10.6)	5.0	(7.3)	0.383
定員数（人）	86.5	(20.9)	102.7	(22.2)	<0.001
管理栄養士1名あたりの定員数（人）	86.4	(21.0)	46.1	(13.4)	<0.001
兼務施設					
勤務日数（日/月）	20.5	(1.7)	21.0	-	0.766
勤務時間（時間/月）	-	-	-	-	-
定員数（人）	62.9	(31.2)	34.0	-	0.510
本務施設と兼任施設の定員数合計NCM加算あり（人）	155.2	(50.7)	-	-	-
通所サービス					
勤務日数（日/月）	20.3	(4.6)	19.2	(5.9)	0.158
勤務時間（時間/月）	20.9	(18.4)	1.5	-	0.172
定員数（人）	39.3	(15.1)	54.8	(28.6)	0.024
合計勤務時間					
本務施設と通所サービスの勤務時間合計（時間/月）	170.3	(22.0)	167.4	(18.8)	0.145

Ⅱ. 介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する施設実態調査：入所者個別調査

目 的

本研究においては、施設入所者の生活機能の維持を目指すことを共通の目的とし、介護保険施設における効果的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する課題を把握するために、介護老人福祉施設（以下、特養）及び介護老人保健施設（以下、老健）の入所者個別調査により以下の6項目を検討した。

1. 新規入所時の基本属性、入所前の居所と情報連携、加算算定、低栄養状態リスク、摂食・嚥下障害リスクについて
2. 新規入所時から最長17か月間のアウトカムイベント（死亡・施設内見取り、入院・誤嚥性肺炎による入院、退所・在宅復帰）の発生状況
3. 1,2は入所時直近の低栄養状態リスクと関連するか
4. 1,2は入所前の居所（在宅と介護保険施設、医療機関等）と関連するか
5. 1,2は入所前の居所と施設管理栄養士による情報連携の有無と関連するか
6. 1,2は入所期間中の医療機関との情報連携の有無と関連するか

方 法

1. 研究対象施設及び研究対象者

当該老人保健事業推進補助金によって実施された「Ⅰ.施設実態調査」に回答し、かつ入所者個別調査への協力の意向を示したうえで、住所及び施設名を記載した特養48施設、老健22施設を研究対象施設とし、施設長及び管理栄養士宛に依頼状、承諾書、撤回書、調査票等一式を送付した。

研究対象施設において2018年7月1日から2019年7月31日までの新規入所者（施設実態調査で回答された入所定員より特養合計1,295名相当、老健合計3,576名相当）を研究対象者とした。

2. 調査方法

研究対象施設の常勤管理栄養士が施設ID・個別IDにより匿名化された調査票に回答した。研究対象者の新規入所時直近の状況（調査票A）及びその後2019年12月31日まで（最長17か月）の追跡期間中の状況（要介護度の変化、介護報酬サービス算定状況（栄養ケア・マネジメント関連の各加算の算定）、死亡、入院、退所等のアウトカムイベント発生年月日に関するデータ）（調査票B）を既存の関連帳票より転記した。具体的な項目は「3.調査内容」に示した。

調査への協力は施設長及び管理栄養士の自由な意思に任され、調査票は承諾書と共に郵送により回収した。

3. 調査内容

施設の既存の関連帳票のデータに基づいて、新規入所時調査票（調査票 A）・イベント調査票（調査票 B）を、調査票の記載要綱に従って転記した。調査票に記載するデータを下記に示した。

新規入所時直近の状況（調査票 A）	
基本属性	性、年齢、要介護度、認知症の有無、認知症高齢者の日常生活自立度、義歯の状態
入所前の居所と情報連携	入所前の居所（在宅、介護保険施設、医療機関等）、入所前の居所と施設管理栄養士による情報連携、連携職種
介護報酬サービスの算定状況	経口移行、経口維持 I・II、低栄養状態リスク改善、再入所時栄養連携、療養食、看取り介護及びターミナル、入所前後訪問指導、退所前訪問指導、退所後訪問指導
低栄養状態リスク	低栄養状態リスク（低・中・高リスク）、身長、体重、BMI、体重減少、血清アルブミン値、褥瘡、食事摂取量、栄養補給法（経口摂取、経腸栄養法、静脈栄養法）
摂食・嚥下障害リスク（食事形態）	食事形態（常食・嚥下調整食）、嚥下調整食分類コード（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会分類 2013）、とろみ剤の使用の有無と濃度、
追跡期間中の状況（調査票 B）	
入所時からの変化	体重（体重変化率）、要介護度
介護報酬サービスの算定状況	経口移行、経口維持 I・II、低栄養状態リスク改善、再入所時栄養連携、療養食
医療機関との情報連携、	医療機関との情報連携の有無
アウトカムイベント	死亡・入院・退所の年月日・場所・理由、経口維持（食事・水分）のできなくなった年月日 ※施設内での死亡を「施設内看取り」、在宅への退所を「在宅復帰」とした。

4. 解析方法

郵送により回収した調査票からのデータベース（Excel シート）への入力を行い、その後、データベースはパスワード付き USB メモリに保管された。当該データベースに基づき、神奈川県立保健福祉大学の高田、濱田、浅見が集計を行った。基本集計後、低栄養状態リスク、入所前の居所、入所前の居所と施設管理栄養士による情報連携（以下、入所前連携）の有無、入所期間中の医療機関との情報連携（以下、医療連携）を予測変数としたクロス集計（ χ^2 検定）により解析した。

また、集計する際の追跡期間の算出方法については次項の別表 1 に示した。

集計にあたって n=3 以下の項目・カテゴリについては個人を特定できないように他の項

目とまとめるか、結果表から除外した。

別表 1. 追跡期間の算出

①追跡期間中に死亡した者	入所日～死亡日
②追跡期間中に退所した者	
A.退所後に死亡	入所日～死亡日
B.退所後に追跡打ち切り	入所日～打ち切り日
C.入院による退所（その後再入所無し）	入所日～入院日
③入院した人	
A.入院後に死亡	入所日～死亡日
B.入院後に打ち切り	入所日～打ち切り日
C.入院後に退所（その後再入所無し）	入所日～退所日
D.入院後イベント無し	入所日～2019/12/31
④イベント無し	入所日～2019/12/31
⑤打ち切り	入所日～打ち切り日

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(保大第 17-32)。

結果・考察

A. 特養について

1. 回収状況

特養 27 施設（回収率 56.3%）より新規入所者 511 名の有効回答を得た。以下の結果は欠損値を除外した有効%及び平均±標準偏差で示した。クロス集計の結果は本文中には有意差の見られた項目を記載し、すべての結果は表Ⅱに示した。

2. 基本集計

1) 新規入所時直近の状況

① 基本属性

要介護度 3 以上 n=476 (97.0%)、女性 n=368 (75.1%)、80 歳代 n=216 (44.4%)、90 歳代以上 n=176 (36.2%)、認知症あり n=433 (88.4%)、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 n=285 (69.5%)、義歯をしている n=274 (57.7%) であった。(表ⅡAB-1)

② 入所前の居所、入所前連携

入所前の居所は在宅 n=241 (49.1%)、老健 n=117 (23.8%)、一般病床 n=57 (11.6%) であった。入所前連携あり n=128 (26.3%)、入所前連携ありのうち相手職種は管理栄養士 n=58 (46.0%) であった。(表ⅡAB-1)

③ 介護報酬サービスの算定（複数回答可）

経口維持加算Ⅰ n=77 (15.1%)、経口維持加算Ⅱ n=57 (11.2%)、療養食加算 n=50 (9.8%)、個別機能訓練加算 n=188 (36.8%)、看取り介護加算 n=13 (2.5%) であった。(表ⅡAB-1)

④ 低栄養状態リスク

低栄養状態中リスク n=265 (54.8%)、高リスク n=59 (12.2%)、BMI18.5kg/m²未満(やせ) n=180 (37.7%)、血清アルブミン値 3.5g/dl 以下 n=179 (57.6%)、3.0g/dl 以下 n=51 (16.4%)、褥瘡あり n=19 (3.9%)、食事摂取量 75%以下 n=88 (18.4%) であった。(表ⅡAB-1)

⑤ 摂食・嚥下障害リスク（食事形態）

主食または副食が嚥下調整食の者 n=305 (69.8%)、主食の嚥下調整食分類コード 2-2,2-1 (ピューレ・ペースト・ミキサー食)、およびコード 1j, 0t, 0t (ゼリー・ムース状)の者(以下、分類コード 2-2 より重度の者) n=59 (21.4%)、水分にとろみ剤を使用している者 n=142 (30.1%) であった。(表ⅡAB-1)

2) 追跡期間中の状況

① 追跡期間

追跡期間は平均 276.4 日(標準偏差 142.9、中央値 270 日)であった。(表ⅡAB-3)

② 入所時からの変化

新規入所月から3か月間に5%以上体重減少のあった者 n=74 (18.0%)、6か月間に10%以上体重減少のあった者 n=116 (32.0%)、要介護度が悪化した者 n=42 (9.6%) であった。(表ⅡAB-2)

③ 入所期間中の介護報酬サービスの算定（複数回答可）

経口維持加算Ⅰ n=104 (20.4%)、経口維持加算Ⅱ n=79 (15.5%)、療養食加算 n=82 (16.0%)、低栄養状態リスク改善加算 n=6 (1.2%)、看取り介護加算 n=33 (6.5%) であった。(表ⅡAB-2)

④ 医療連携

医療連携があった者 n=32 (6.3%)、うち連携先は一般病床 n=26 (81.3%) であった。(表ⅡAB-2)

⑤ アウトカム

a. 入院

入院した者 n=170 (34.5%)、入院までの期間は平均 132 日(標準偏差 116.2、中央値 109 日)、うち入院先は一般病床 n=142 (85.0%)、療養病床 n=19 (11.4%)、入院理由は

誤嚥性肺炎 n=27 (16.1%)、その他の肺炎 n=27 (16.1%)、骨折 n=16 (9.5%)、脳血管疾患 n=13 (7.7%)、であった。2 回以上入院した者 n=54 (11.0%) であった。(表 II AB-2,3)

b. 退所

退所した者 n=127 (25.8%)、退所までの期間は平均 151.9 日 (標準偏差 100.6、中央値 135 日)、退所先は一般病床 n=86 (72.9%)、療養病床 n=12 (10.2%)、在宅 n=5 (4.2%)、退所理由は入院による一時的な退所 n=74 (62.7%)、本人・家族の意向 n=20 (16.9%) であった。(表 II AB-2,3)

c. 経口摂取不可

食事の経口摂取不可となった者 n=33 (6.7%)、水分の経口摂取不可となった者 n=27 (5.5%) だった。(表 II AB-2)

d. 死亡・看取り

死亡した者 n=64 (12.5%)、死亡した者のうち施設内で死亡した者(施設内看取り) n=37 (57.8%)、死亡までの期間は平均 154.3 日 (標準偏差 113.7、中央値 136.5 日)、死亡原因は老衰 n=22 (34.4%)、肺炎 n=10 (15.6%)、心疾患 n=10 (15.6%) であった。(表 II AB-2,3)

3. クロス集計

1) 低栄養状態 (低リスク群 n=160 vs 中高リスク群 n=324)

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

要介護 4 以上 (低リスク群 59.8% vs 中高リスク群 74.3%, p=0.001)、認知症高齢者の日常生活自立度 IV 以上 (低リスク群 14.6% vs 中高リスク群 29.2%, p=0.017) であった。(表 II A-4)

b. 入所前の居所、入所前連携

在宅 (低リスク群 57.2% vs 中高リスク群 44.6%)、一般病床 (低リスク群 5.7% vs 中高リスク群 14.2%)、その他の医療施設 (低リスク群 5.7% vs 中高リスク群 13.0%)、であった (p=0.002)。(表 II A-4)

c. 介護報酬サービスの算定

生活機能向上加算 (低リスク群 14.8% vs 中高リスク群 2.7%, p<0.001) であった。(表 II A-4)

d. 摂食・嚥下障害リスク (食事形態)

主食または副食が嚥下調整食の者 (低リスク群 53.5% vs 中高リスク群 78.0%, p<0.001)、副食の分類コード 2-2 より重度の者 (低リスク群 28.1% vs 中高リスク群 39.3%)、水分にとろみ剤を使用している者 (低リスク群 14.1% vs 中高リスク群 37.8%, p<0.001) であった。(表 II A-4)

② 追跡期間中の状況

医療連携あり（低リスク群 10.0% vs 中高リスク群 4.3%, $p=0.015$ ）、死亡（低リスク群 6.9% vs 中高リスク群 16.0%, $p=0.005$ ）であった。（表ⅡA-4）

2) 入所前の居所（在宅群 $n=241$ vs 在宅以外（主として老健、一般病床）群 $n=250$ ）

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

要介護4以上（在宅群 61.5% vs 在宅以外群 77.6%, $p=0.002$ ）、認知症あり（在宅群 87.9% vs 在宅以外群 89.1%, $p=0.025$ ）であった。（表ⅡA-5）

b. 入所前の居所、入所前連携

入所前連携あり（在宅群 15.0% vs 在宅以外群 37.2%, $p=0.002$ ）、相手職種は管理栄養士（在宅群 21.2% vs 在宅以外群 55.4%, $p=0.001$ ）、その他の職種（在宅群 79.4% vs 在宅以外群 44.6%, $p<0.001$ ）であった。（表ⅡA-5）

c. 低栄養状態リスク

低栄養状態中高リスク（在宅群 61.3% vs 在宅以外群 72.5%, $p=0.009$ ）、血清アルブミン値 3.5mg/dl 以下（在宅群 49.3% vs 在宅以外群 65.4%, $p=0.004$ ）、経腸栄養法（在宅群 0.4% vs 在宅以外群 4.8%, $p=0.002$ ）、食事摂取量 75%以下（在宅群 13.9% vs 在宅以外群 22.6%, $p=0.014$ ）であった。（表ⅡA-5）

d. 摂食・嚥下障害リスク（食事形態）

主食または副食が嚥下調整食の者（在宅群 58.8% vs 在宅以外群 81.3%, $p<0.001$ ）、主食の分類コード 2-2 より重度の者（在宅群 25.9% vs 在宅以外群 18.2%, $p=0.021$ ）、副食の分類コード 1j より重度の者（在宅群 13.5% vs 在宅以外群 2.8%, $p=0.004$ ）、水分にとろみ剤を使用している者（在宅群 25.1% vs 在宅以外群 35.3%, $p=0.016$ ）であった。（表ⅡA-5）

② 追跡期間中の状況

3か月に5%以上の体重減少（在宅群 13.6% vs 在宅以外群 21.9%, $p=0.028$ ）、経口維持加算Ⅰ算定（在宅群 16.6% vs 在宅以外群 25.6%, $p=0.015$ ）、経口維持加算Ⅱ算定（在宅群 12.1% vs 在宅以外群 20.0%, $p=0.017$ ）、療養食加算算定（在宅群 11.7% vs 在宅以外群 21.2%, $p=0.005$ ）、入院（在宅群 29.0% vs 在宅以外群 39.6%, $p=0.014$ ）であった。（表ⅡA-5）

3) 入所前連携（入所前連携あり群 $n=128$ vs なし群 $n=359$ ）

① 入所時直近の状況

a. 入所前の居所

在宅（入所前連携あり群 28.1% vs なし群 56.8%）、介護保険施設（入所前連携あり群 41.4% vs なし群 20.9%）、一般病床・その他の医療施設（入所前連携あり群 28.9% vs なし群 19.2%）であった（ $p<0.001$ ）。（表ⅡA-6）

b. 介護報酬サービスの算定

経口維持加算Ⅰ（入所前連携あり群 31.7% vs なし群 21.2%, $p=0.041$ ）、経口維持加算Ⅱ（入所前連携あり群 29.8% vs なし群 12.5%, $p<0.001$ ）、生活機能向上加算（入所前連携あり群 18.3% vs なし群 0.5%, $p<0.001$ ）であった。（表ⅡA-6）

c. 低栄養状態リスク

食事摂取量 75%以下（入所前連携あり群 31.7% vs なし群 13.5%, $p<0.001$ ）、補助食品等の利用（入所前連携あり群 32.0% vs なし群 16.2%, $p<0.001$ ）、であった。（表ⅡA-6）

d. 摂食・嚥下障害リスク（食事形態）

主食または副食が嚥下調整食の者（入所前連携あり群 77.8% vs なし群 66.6%, $p=0.024$ ）、主食の分類コード 3 より重度の者（入所前連携あり群 43.1% vs なし群 58.3%, $p=0.004$ ）、副食の分類コード 1j より重度の者（入所前連携あり群 1.3% vs なし群 10.4%, $p=0.008$ ）、水分にとろみ剤を使用している者（入所前連携あり群 42.0% vs なし群 26.0%, $p=0.001$ ）であった。（表ⅡA-6）

② 追跡期間中の状況

経口維持加算Ⅰ算定（入所前連携あり群 33.6% vs なし群 17.0%, $p<0.001$ ）、経口維持加算Ⅱ算定（入所前連携あり群 29.7% vs なし群 11.5%, $p<0.001$ ）、療養食加算算定（入所前連携あり群 23.4% vs なし群 14.0%, $p=0.013$ ）、医療連携あり群（入所前連携あり群 16.4% vs なし群 3.1%, $p<0.001$ ）、情報連携先は一般病床（入所前連携あり群 95.2% vs なし群 54.5%, $p=0.005$ ）、施設内看取り（入所前連携あり群 12.5% vs なし群 5.3%, $p=0.007$ ）であった。（表ⅡA-6）

4) 入所期間中の医療連携（医療連携あり群 $n=479$ vs なし群 $n=32$ ）

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

認知症あり（医療連携あり群 83.0% vs なし群 88.7%, $p=0.020$ ）であった。（表ⅡA-7）

b. 入所前の居所、入所前連携

入所前連携あり群（医療連携あり群 65.6% vs なし群 23.5%, $p<0.001$ ）、連携先の職種はその他（医療連携あり群 75.0% vs なし群 50.0%, $p=0.040$ ）であった。（表ⅡA-7）

c. 介護報酬サービスの算定

看取り介護加算（医療連携あり群 23.3% vs なし群 2.1%, $p<0.001$ ）、生活機能向上加算（医療連携あり群 66.7% vs なし群 0.0%, $p<0.001$ ）であった。（表ⅡA-7）

d. 低栄養状態リスク

低栄養状態中高リスク（医療連携あり群 46.7% vs なし群 68.3%, $p=0.015$ ）であった。（表ⅡA-7）

e. 摂食・嚥下障害リスク（食事形態）

主食の嚥下調整食分類コード 2-2 より重度の者（医療連携あり群 50.1% vs なし群 19.4%, $p<0.001$ ）、副食が嚥下調整食（医療連携あり群 71.0% vs なし群 52.8%, $p=0.049$ ）、副食の嚥下調整食分類コード 2-2 より重度の者（医療連携あり群 63.6% vs なし群 33.3%, $p=0.002$ ）であった。（表ⅡA-7）

② 追跡期間中の状況

看取り介護加算算定（医療連携あり群 78.1% vs なし群 1.7%, $p<0.001$ ）、2 回目の入院あり（医療連携あり群 21.9% vs なし群 10.2%, $p=0.041$ ）、食事の経口摂取不可（医療連携あり群 15.6% vs なし群 6.1%, $p=0.037$ ）、水分の経口摂取不可（医療連携あり群 15.6% vs なし群 4.8%, $p=0.009$ ）であった。（表ⅡA-7）

特養の新規入所者 511 名の特徴をまとめると以下の通りであった。

特養では新規入所者の 6 割以上が低栄養状態中高リスクであり、入所前の居所が在宅以外すなわち医療施設の者では在宅の者に比べその割合が高かった。さらに在宅以外の者は入所後の体重減少や入院の割合が高かった。低栄養状態中高リスク者は摂食・嚥下障害のリスクを併せ持つものが多い傾向にあり、入所時早期から経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定した多職種による経口維持の取り組みを進めるとともに、食事形態等に関する入所前連携や医療連携を一層重点的に実施することが重要であると考えられた。

一方在宅からの入所者は医療施設からの入所者と比べ入所前連携、医療連携の実施割合が低かったが、低栄養状態中高リスクと嚥下調整食の利用者はともに 5 割を超えており、入所前には介護支援専門員との情報連携を行うことで、より早期からの重点的な栄養ケアにつながると考えられた。

B. 老健について

1. 回収状況

老健 11 施設（回収率 50.0%）より新規入所者 817 名の有効回答を得た。以下の結果は欠損値を除外した有効%及び平均±標準偏差で示した。クロス集計の結果は本文中には有意差の見られた項目を記載し、すべての結果は表Ⅱに示した。

2. 基本集計

1) 新規入所時直近の状況

① 基本属性

要介護度 3 以上 $n=523$ (65.6%)、女性 $n=506$ (63.2%)、80 歳代 $n=392$ (49.3%)、90 歳代以上 $n=208$ (26.2%)、認知症あり $n=692$ (86.9%)、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 $n=326$ (47.8%)、義歯をしている $n=450$ (64.1%) であった。（表ⅡAB-1）

② 入所前の居所、入所前連携

入所前の居所は在宅 $n=280$ (36.4%)、一般病床 $n=215$ (28.0%)、回復期リハビリテーション病棟 $n=137$ (17.8%) であった。入所前連携あり $n=181$ (22.8%)、うち相手職種は管理栄養士 $n=136$ (78.2%) であった。（表ⅡAB-1）

③ 介護報酬サービスの算定

経口維持加算Ⅰ $n=196$ (24.0%)、経口維持加算Ⅱ $n=166$ (20.3%)、療養食加算 $n=235$ (28.8%)、入所前後訪問相談援助加算Ⅰ $n=153$ (18.7%)、入所前後訪問指導加算Ⅱ $n=108$

(13.2%)、退所時情報提供加算 n=266 (32.6%)、ターミナル加算 n=38 (4.7%) であった。(表ⅡAB-1)

④ 低栄養状態リスク

低栄養状態中リスク n=346 (44.1%)、高リスク n=145 (18.5%)、BMI18.5kg/m²未満(やせ) n=265 (33.5%)、血清アルブミン値 3.5mg/dl 以下 n=357 (64.7%)、3.0mg/dl 以下 n=164 (29.7%)、褥瘡あり n=18 (2.3%)、食事摂取量 75%以下 n=130 (16.9%) であった。(表ⅡAB-1)

⑤ 摂食・嚥下障害リスク (食事形態)

主食または副食が嚥下調整食の者 n=382 (50.2%)、主食の分類コード 2-2 より重度の者 n=63 (18.6%)、水分にとろみ剤を使用している者 n=172 (22.8%) であった。(表ⅡAB-1)

2) 追跡期間中の状況

① 追跡期間

追跡期間は平均 178 日 (標準偏差 129.7、中央値 146 日) であった。(表ⅡAB-3)

② 入所時からの変化

新規入所月から 3 か月間に 5%以上体重減少のあった者 n=116 (20.8%)、6 か月間に 10%以上体重減少のあった者 n=86 (25.1%)、要介護度が悪化した者 n=52 (6.8%) であった。(表ⅡAB-2)

③ 介護報酬サービスの算定

経口維持加算Ⅰ n=221 (27.1%)、経口維持加算Ⅱ n=190 (23.3%)、療養食加算 n=256 (31.3%)、低栄養状態リスク改善加算 n=34 (4.2%)、退所時等支援等加算 n=87 (10.6%)、ターミナル加算 n=21 (2.6%) であった。(表ⅡAB-2)

④ 医療連携

医療連携があった者 n=217 (26.6%)、うち連携先は一般病床 n=83 (38.2%) であった。(表ⅡAB-2)

⑤ アウトカム

a. 入院

入院した者 n=140 (17.5%)、入院までの期間は平均 113.9 日 (標準偏差 110.4、中央値 80 日)、入院先は一般病床 n=119 (89.5%)、うち入院理由は誤嚥性肺炎 n=14 (10.9%)、その他の肺炎 n=9 (7.0%)、脳血管疾患 n=14 (10.9%)、骨折 n=8 (6.2%) であった。2 回以上入院した者 n=17 (2.1%) であった。(表ⅡAB-2,3)

b. 退所

退所した者 n=553 (69.0%)、退所までの期間は平均 126.5 日 (標準偏差 86.2、中央値 105 日)、うち退所先は在宅 n=305 (56.8%)、一般病床 n=131 (24.4%)、退所理由は在宅復帰 n=225 (42.1%)、本人・家族の意向 n=163 (30.5%)、入院による一時的な退所 n=143 (26.7%)、加算を算定しない情報連携の実施 n=195 (43.4%) であった。(表ⅡAB-2,3)

c. 経口摂取不可

食事の経口摂取不可となった者 n=31 (3.9%)、水分の経口摂取不可となった者 n=28 (3.5%) だった。(表ⅡAB-2)

d. 死亡・看取り

死亡した者 n=46 (5.7%)、うち施設内で死亡した者 (施設内看取り) n=40 (88.9%)、死亡までの期間は平均 136.4 日 (標準偏差 103.1、中央値 105 日)、死亡原因は老衰 n=23 (52.3%)、肺炎 n=13 (29.5%)、心疾患 n=5 (11.4%) であった (表ⅡAB-2,3)

3. クロス集計

1) 低栄養状態 (低リスク群 n=293 vs 中高リスク群 n=491)

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

要介護度 4 以上 (低リスク群 45.2% vs 中高リスク群 32.9%, $p<0.001$)、年齢 80 歳代以上 (低リスク群 78.3% vs 中高リスク群 70.0%, $p=0.003$)、認知症あり (低リスク群 85.6% vs 中高リスク群 87.9%, $p=0.003$)、認知症高齢者の日常生活自立度 (低リスク群 40.6% vs 中高リスク群 52.3%, $p=0.045$) であった。(表ⅡB-4)

b. 入所前の居所、入所前連携

在宅 (低リスク群 57.0% vs 中高リスク群 24.7%)、一般病床 (低リスク群 12.7% vs 中高リスク群 36.9%)、その他の医療施設 (低リスク群 26.8% vs 中高リスク群 34.3%) であった ($p<0.001$)。入所前連携あり (低リスク群 16.5% vs 中高リスク群 25.9%, $p=0.002$) であった。(表ⅡB-4)

c. 介護報酬サービスの算定

経口維持加算Ⅰ (低リスク群 21.7% vs 中高リスク群 37.1%, $p<0.001$)、経口維持加算Ⅱ (低リスク群 19.1% vs 中高リスク群 31.4%, $p=0.001$)、ターミナル加算 (低リスク群 1.3% vs 中高リスク群 9.0%, $p<0.001$)、入所前後訪問指導加算Ⅱ (低リスク群 21.7% vs 中高リスク群 13.9%, $p=0.012$)、対処前訪問指導加算 (低リスク群 15.7% vs 中高リスク群 10.1%, $p=0.039$)、対処時情報提供加算 (低リスク群 59.6% vs 中高リスク群 31.7%, $p<0.001$)、口腔衛生管理加算 (低リスク群 9.6 vs 中高リスク群 15.5%, $p=0.037$) であった。(表ⅡB-4)

d. 摂食・嚥下障害リスク (食事形態)

主食または副食が嚥下調整食 (低リスク群 32.3% vs 中高リスク群 61.6%, $p<0.001$)、主食の分類コード 2-2 より重度の者 (低リスク群 9.1% vs 中高リスク群 21.2%, $p=0.002$)、水分のとろみ剤使用 (低リスク群 12.6% vs 中高リスク群 29.1%, $p<0.001$)、とろみ剤の段階濃い (低リスク群 2.8% vs 中高リスク群 14.0%, $p=0.002$) であった。(表ⅡB-4)

② 追跡期間中の状況

要介護度の悪化 (低リスク群 3.6% vs 中高リスク群 8.4%, $p=0.018$)、経口維持加算Ⅰ算定 (低リスク群 18.4% vs 中高リスク群 33.4%, $p<0.001$)、経口維持加算Ⅱ算定 (低リスク群 16.0% vs 中高リスク群 28.9%, $p<0.001$)、低栄養状態リスク改善加算 (低リスク群 0.7% vs 中高リスク群 6.5%, $p<0.001$)、医療連携あり (低リスク群 22.2% vs 中高リスク群 29.9%,

p=0.018)、情報連携先一般病床 (低リスク群 20.0% vs 中高リスク群 44.9%, p=0.009)、入院 (低リスク群 13.0% vs 中高リスク群 20.2%, p=0.010)、入院先一般病床 (低リスク群 76.3% vs 中高リスク群 94.6%, p=0.010)、在宅復帰 (低リスク群 41.6% vs 中高リスク群 21.7%, p<0.001)、食事の経口摂取不可 (低リスク群 1.7% vs 中高リスク群 5.3%, p=0.013)、死亡あり (低リスク群 2.7% vs 中高リスク群 7.7%, p=0.004)、施設内看取り (低リスク群 2.7% vs 中高リスク群 6.5%, p=0.019) であった。(表 II B-4)

2) 入所前の居所 (在宅群 n=280 vs 在宅以外 (主として一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟からの入所) 群 n=489)

①入所時直近の状況

a. 基本属性

要介護度 4 以上 (在宅群 25.8% vs 在宅以外群 48.3%, p<0.001)、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 (在宅群 38.4% vs 在宅以外群 51.1%, p=0.005) であった。(表 II B-5)

b. 入所前連携

入所前連携あり (在宅群 9.0% vs 在宅以外群 32.0%, p<0.001)、相手職種管理栄養士 (在宅群 20.0% vs 在宅以外群 86.1%, p<0.001)、その他 (在宅群 78.3% vs 在宅以外群 13.4%, p<0.001) であった。(表 II B-5)

c. 介護報酬サービスの算定

経口維持加算 I (在宅群 23.6% vs 在宅以外群 36.0%, p=0.001)、低栄養状態リスク改善加算 (在宅群 0.0% vs 在宅以外群 8.6%, p<0.001)、再入所時栄養連携加算 (在宅群 0.0% vs 在宅以外群 1.8%, p=0.035)、入所前後訪問指導加算 I (在宅群 31.3% vs 在宅以外群 21.5%, p=0.007)、入所前後訪問指導加算 II (在宅群 18.5% vs 在宅以外群 11.0%, p=0.010)、退所前訪問指導加算 (在宅群 16.7% vs 在宅以外群 10.5%, p=0.025)、退所後訪問指導加算 (在宅群 6.0% vs 在宅以外群 2.7%, p=0.042)、退所時情報提供加算 (在宅群 57.5% vs 在宅以外群 35.2%, p<0.001)、口腔衛生管理加算 (在宅群 17.2% vs 在宅以外群 10.8%, p=0.023) であった。(表 II B-5)

d. 低栄養状態リスク

低栄養状態中高リスク群 (在宅群 41.7% vs 在宅以外群 74.3%, p<0.001)、BMI18.5 未満 (在宅群 23.2% vs 在宅以外群 39.4%, p<0.001)、血清アルブミン値 3.5mg/dl 以下 (在宅群 47.6% vs 在宅以外群 72.1%, p<0.001)、3.0mg/dl 以下 (在宅群 15.2% vs 在宅以外群 36.3%, p<0.001)、経腸栄養法 (在宅群 1.1% vs 在宅以外群 4.7%, p=0.020)、食事摂取量 75%以下 (在宅群 12.0% vs 在宅以外群 20.0%, p=0.005) であった。(表 II B-5)

e. 摂食・嚥下障害リスク (食事形態)

主食または副食が嚥下調整食 (在宅群 28.3% vs 在宅以外群 61.5%, p<0.001)、主食の分類コード 2-2 より重度の者 (在宅群 11.1% vs 在宅以外群 22.1%, p=0.035)、水分のとりみ剤使用 (在宅群 12.2% vs 在宅以外群 29.0%, p<0.001)、とりみ剤の段階濃い (在宅群 3.0% vs 在宅以外群 14.1%, p=0.001) であった。(表 II B-5)

② 追跡期間中の状況

経口維持加算Ⅰ算定（在宅群 22.1% vs 在宅以外群 31.1%, $p=0.008$ ）、低栄養状態リスク改善加算（在宅群 0.7% vs 在宅以外群 6.3%, $p<0.001$ ）、医療連携あり（在宅群 16.8% vs 在宅以外群 34.6%, $p<0.001$ ）、連携先一般病床（在宅群 4.3% vs 在宅以外群 47.9%, $p<0.001$ ）、入院（在宅群 11.8% vs 在宅以外群 19.6%, $p=0.005$ ）、在宅復帰（在宅群 49.3% vs 在宅以外群 18.1%, $p<0.001$ ）、退所先一般病床（在宅群 12.3% vs 在宅以外群 29.8%, $p<0.001$ ）、退所後に再入所（在宅群 11.4% vs 在宅以外群 6.3%, $p=0.013$ ）加算を算定しない連携の実施（在宅群 37.4% vs 在宅以外群 47.7%, $p=0.031$ ）、死亡（在宅群 3.6% vs 在宅以外群 7.4%, $p=0.033$ ）であった。（表ⅡB-5）

3) 入所前連携（入所前連携あり群 $n=181$ vs なし群 $n=613$ ）

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

要介護度 4 以上（入所前連携あり群 53.4% vs なし群 36.8%, $p=0.002$ ）、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ以上（入所前連携あり群 11.2% vs なし群 7.8%, $p=0.005$ ）、義歯をしている（入所前連携あり群 74.6% vs なし群 61.8%, $p=0.006$ ）であった。（表ⅡB-6）

b. 入所前の居所

入所前の居所は在宅（入所前連携あり群 13.9% vs なし群 43.4%）、一般病床（入所前連携あり群 21.1% vs なし群 30.2%）、その他の医療施設（入所前連携あり群 62.2% vs なし群 22.6%）であった（ $p<0.001$ ）。（表ⅡB-6）

c. 介護報酬サービスの算定

再入所時栄養連携加算（入所前連携あり群 3.7% vs なし群 0.4%, $p=0.001$ ）、ターミナル加算（入所前連携あり群 11.9% vs なし群 4.5%, $p=0.001$ ）、退所後訪問指導加算（入所前連携あり群 6.7% vs なし群 3.0%, $p=0.049$ ）であった。（表ⅡB-6）

d. 低栄養状態リスク

低栄養状態リスク中高リスク群（入所前連携あり群 72.4% vs なし群 59.8%, $p=0.002$ ）、血清アルブミン値 3.5mg/dl 以下（入所前連携あり群 73.4% vs なし群 61.9%, $p=0.014$ ）、3.0mg/dl 以下（入所前連携あり群 38.1% vs なし群 27.1%, $p=0.015$ ）であった。（表ⅡB-6）

e. 摂食・嚥下障害リスク（食事形態）

主食の分類コード 2-2 より重度の者（入所前連携あり群 24.7% vs なし群 17.1%, $p=0.020$ ）、副食の分類コード 1j より重度の者（入所前連携あり群 16.9% vs なし群 2.7%, $p=0.001$ ）、水分のとりみ剤使用（入所前連携あり群 30.5% vs なし群 20.5%, $p=0.006$ ）であった。（表ⅡB-6）

② 追跡期間中の状況

要介護度の悪化（入所前連携あり群 4.6% vs なし群 7.3%）、改善（入所前連携あり群 8.6% vs なし群 1.7%, $p<0.001$ ）、経口維持加算Ⅱ算定（入所前連携あり群 17.7% vs なし群 25.3%, $p=0.034$ ）、再入所時栄養連携加算算定（入所前連携あり群 2.8% vs なし群 0.8%, $p=0.039$ ）、医療連携あり（入所前連携あり群 33.1% vs なし群 25.1%, $p=0.032$ ）、退所（入所前連携あり

り群 62.4% vs なし群 71.1%, $p=0.026$)、在宅復帰 (入所前連携あり群 15.1% vs なし群 33.0%, $p<0.001$)、加算を算定しない連携の実施 (入所前連携あり群 53.7% vs なし群 40.5%, $p=0.030$) であった。(表 II B-6)

4) 追跡期間中の医療連携 (医療連携あり群 $n=217$ vs なし群 $n=600$)

① 入所時直近の状況

a. 基本属性

女性 (医療連携あり群 57.6% vs なし群 65.4%, $p=0.043$)、80 歳代以上 (医療連携あり群 71.0% vs なし群 77.2%, $p=0.043$)、認知症あり (医療連携あり群 82.0% vs なし群 88.8%, $p<0.001$) であった。(表 II B-7)

b. 入所前の居所、入所前連携

入所前の居所は在宅 (医療連携あり群 21.8% vs なし群 42.1%)、一般病床 (医療連携あり群 44.0% vs なし群 21.7%, $p<0.001$) であった。入所前の居所との医療連携あり群 (医療連携あり群 28.0% vs なし群 20.9%, $p=0.032$) であった。(表 II B-7)

c. 介護報酬サービス算定

経口維持加算 I (医療連携あり群 19.8% vs なし群 35.3%, $p<0.001$)、経口維持加算 II (医療連携あり群 18.6% vs なし群 29.2%, $p=0.007$)、ターミナル加算 (医療連携あり群 0.0% vs なし群 8.3%, $p<0.001$)、入所前後訪問指導加算 I (医療連携あり群 43.5% vs なし群 16.7%, $p<0.001$)、入所前後訪問指導加算 II (医療連携あり群 0.6% vs なし群 23.5%, $p<0.001$)、退所後訪問指導加算 (医療連携あり群 9.6% vs なし群 13.4%, $p=0.029$)、退所時情報提供加算 (医療連携あり群 59.9% vs なし群 35.1%, $p<0.001$)、口腔衛生管理加算 (医療連携あり群 1.1% vs なし群 17.5%, $p<0.001$) であった。(表 II B-7)

d. 低栄養状態リスク

低栄養状態中高リスク (医療連携あり群 69.3% vs なし群 60.1%, $p=0.018$)、補助食品等の利用 (医療連携あり群 11.1% vs なし群 17.6%, $p=0.027$) であった。(表 II B-7)

e. 食事形態

主食または副食が嚥下調整食 (医療連携あり群 58.7% vs なし群 47.0%, $p=0.004$)、主食の分類コード 2-2 より重度の者 (医療連携あり群 11.2% vs なし群 22.1%, $p=0.035$)、副食の分類コード 2-2 より重度の者 (医療連携あり群 13.8% vs なし群 32.3%, $p<0.001$) であった。(表 II B-7)

② 追跡期間中の状況

要介護度の悪化 (医療連携あり群 9.7% vs なし群 5.6%)、改善 (医療連携あり群 5.1% vs なし群 2.5%, $p=0.020$)、経口維持加算 I 算定 (医療連携あり群 21.2% vs なし群 30.0%, $p=0.014$)、療養食加算算定 (医療連携あり群 21.2% vs なし群 30.0%, $p=0.014$) であった。(表 II B-7)

老健の新規入所者 817 名の特徴をまとめると以下の通りであった。

老健の新規入所者は低栄養状態中高リスク者が 6 割を超えており、特養と同様に入所前の居所が在宅以外すなわち医療施設の者で在宅の者よりもその割合は高かった。在宅以外の者においても入所前連携、入所期間中の医療連携が実施されているのはいずれも 3 割程度であり、在宅からの入所者と比べて在宅復帰割合は低く、再度入院する割合が高いことから、入所前連携、入所期間中の医療連携を一層充実させる必要性が示唆された。

以上を総括すると、特に医療機関から入所する者で低栄養状態中高リスク者、摂食・嚥下障害リスクを有する者については入所前及び入所期間中の医療機関との情報連携と経口維持の取り組みが推進されていた。一方で死亡や入院へとつながりやすく予後が悪い傾向にあることから、一層の情報連携と多職種連携による対応が求められると考えられた。

また在宅から入所するものについては特養においては入院を抑制した施設内の看取り、老健においては在宅復帰をさらに推進するうえで、施設外の管理栄養士や関連職種との情報連携を推進することが重要であると示唆された。

なお、入所前の居所（特に在宅と医療機関の別）、入所時の低栄養状態及び摂食・嚥下障害、入所前の居所との情報連携、入所期間中の医療機関との情報連携について、アウトカムとして入院、施設内の看取り（特養）、在宅復帰（老健）にどのように関連するか、相互の関連と交絡要因を踏まえた多変量解析を日本健康・栄養システム学会による継続研究により実施する方針である。

表 II AB-1 特養・老健 基本集計（新規入所時直近の状況①）

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
要介護度						
★要介護1, 2を統合	15	(2.9)	(3.0)	268	(32.8)	(33.7)
要介護3	134	(26.2)	(27.3)	200	(24.5)	(25.1)
要介護4	205	(40.1)	(41.8)	200	(24.5)	(25.1)
要介護5	137	(26.8)	(27.9)	123	(15.1)	(15.4)
その他	0	(0.0)	(0.0)	6	(0.7)	(0.8)
(回答なし)	20	(3.9)	-	20	(2.4)	-
性別						
男性	122	(23.9)	(24.9)	294	(36.0)	(36.8)
女性	368	(72.0)	(75.1)	506	(61.9)	(63.2)
(回答なし)	21	(4.1)	-	17	(2.1)	-
年齢区分						
50,60歳代	15	(2.9)	(3.1)	52	(6.4)	(6.5)
70歳代	79	(15.5)	(16.3)	143	(17.5)	(18.0)
80歳代	216	(42.3)	(44.4)	392	(48.0)	(49.3)
90,100歳代	176	(34.4)	(36.2)	208	(25.5)	(26.2)
(回答なし)	25	(4.9)	-	22	(2.7)	-
入所前の居所分類						
在宅	241	(47.2)	(49.1)	280	(34.3)	(36.4)
介護保険施設（特養・老健・介護医療院）	129	(25.2)	(26.3)	16	(2.0)	(2.1)
一般病床	57	(11.2)	(11.6)	215	(26.3)	(28.0)
★その他の医療施設（地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床、精神病床、有床診療所を統合）	51	(10.0)	(10.4)	245	(30.0)	(31.9)
その他	13	(2.5)	(2.6)	13	(1.6)	(1.7)
(回答なし)	20	(3.9)	-	48	(5.9)	-
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携（入所前連携）						
なし	359	(70.3)	(73.7)	613	(75.0)	(77.2)
あり	128	(25.0)	(26.3)	181	(22.2)	(22.8)
(回答なし)	24	(4.7)	-	23	(2.8)	-
入所前連携 相手職種						
	(入所前連携ありn=128)			(入所前連携ありn=181)		
管理栄養士	58	(45.3)	(46.0)	136	(75.1)	(78.2)
その他	68	(53.1)	(54.0)	38	(21.0)	(21.8)
(回答なし)	2	(1.6)	-	7	(3.9)	-

表 II AB-1 特養・老健 基本集計（新規入所時直近の状況②）

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
介護報酬サービス算定（複数回答可）						
経口移行加算	★除外			★除外		
経口維持加算Ⅰ	77	(15.1)		196	(24.0)	
経口維持加算Ⅱ	57	(11.2)		166	(20.3)	
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)		33	(4.0)	
再入所時栄養連携加算	★除外			7	(0.9)	
療養食加算	50	(9.8)		235	(28.8)	
（特養）						
看取り介護加算	13	(2.5)		-	-	
在宅復帰支援機能加算	0	(0.0)		-	-	
退所前訪問相談援助加算	0	(0.0)		-	-	
退所後訪問相談援助加算	0	(0.0)		-	-	
退所時相談援助加算	0	(0.0)		-	-	
退所前連携加算	0	(0.0)		-	-	
生活機能向上加算	20	(3.9)		-	-	
個別機能訓練加算	188	(36.8)		-	-	
その他の加算	40	(7.8)		-	-	
（老健）						
ターミナル加算	-	-		38	(4.7)	
入所前後訪問指導加算Ⅰ	-	-		153	(18.7)	
入所前後訪問指導加算Ⅱ	-	-		108	(13.2)	
退所前訪問指導加算	-	-		78	(9.5)	
退所後訪問指導加算	-	-		24	(2.9)	
退所時情報提供加算	-	-		266	(32.6)	
その他の加算	-	-		0	(0.0)	
認知症						
なし	29	(5.7)	(5.9)	60	(7.3)	(7.5)
あり	433	(84.7)	(88.4)	692	(84.7)	(86.9)
不明	28	(5.5)	(5.7)	44	(5.4)	(5.5)
（回答なし）	21	(4.1)	-	21	(2.6)	-
認知症高齢者の日常生活自立度						
	（認知症ありn=433）			（認知症ありn=692）		
I	24	(5.5)	(5.9)	77	(9.4)	(11.2)
II a	33	(7.6)	(8.0)	112	(13.7)	(16.3)
II b	68	(15.7)	(16.6)	171	(20.9)	(24.8)
III a	130	(30.0)	(31.7)	221	(27.1)	(32.1)
III b	55	(12.7)	(13.4)	49	(6.0)	(7.1)
IV	85	(19.6)	(20.7)	51	(6.2)	(7.4)
M	15	(3.5)	(3.7)	8	(1.0)	(1.2)
（回答なし）	23	(5.3)	-	3	(0.4)	-
義歯の状態						
義歯をしている	274	(53.6)	(57.7)	450	(55.1)	(64.1)
義歯をしていない	201	(39.3)	(42.3)	252	(30.8)	(35.9)
（回答なし）	36	(7.0)	-	115	(14.1)	-

表 II AB-1 特養・老健 基本集計 (新規入所時直近の状況③)

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
低栄養状態のリスクレベル						
低リスク	160	(31.3)	(33.1)	293	(35.9)	(37.4)
中リスク	265	(51.9)	(54.8)	346	(42.4)	(44.1)
高リスク	59	(11.5)	(12.2)	145	(17.7)	(18.5)
(回答なし)	27	(5.3)	-	33	(4.0)	-
低栄養状態のリスクレベル (2区分)						
低リスク	160	(31.3)	(33.1)	293	(35.9)	(37.4)
中・高リスク	324	(63.4)	(66.9)	491	(60.1)	(62.6)
(回答なし)	27	(5.3)	-	33	(4.0)	-
BMIカテゴリ (3区分)						
やせ (18.5kg/m ² 未満)	180	(35.2)	(37.7)	265	(32.4)	(33.5)
標準 (18.5-24.9kg/m ²)	265	(51.9)	(55.4)	463	(56.7)	(58.6)
肥満 (25kg/m ² 以上)	33	(6.5)	(6.9)	62	(7.6)	(7.8)
(回答なし)	33	(6.5)	-	27	(3.3)	-
BMIカテゴリ (2区分)						
やせ (18.5kg/m ² 未満)	180	(35.2)	(37.7)	265	(32.4)	(33.5)
やせ以外 (18.5kg/m ² 以上)	298	(58.3)	(62.3)	525	(64.3)	(66.5)
(回答なし)	33	(6.5)	-	27	(3.3)	-
血清アルブミン値データあり(3.5g/dl以下)						
	(検査結果ありn=327)			(検査結果ありn=556)		
Alb3.5g/dlより大きい	132	(40.4)	(42.4)	195	(35.1)	(35.3)
Alb3.5g/dl以下	179	(54.7)	(57.6)	357	(64.2)	(64.7)
(回答なし)	16	(4.9)	-	4	(0.7)	-
血清アルブミン値データあり(3.0g/dl以下)						
	(検査結果ありn=327)			(検査結果ありn=556)		
Alb3.0g/dlより大きい	260	(79.5)	(83.6)	388	(69.8)	(70.3)
Alb3.0g/dl以下	51	(15.6)	(16.4)	164	(29.5)	(29.7)
(回答なし)	16	(4.9)	-	4	(0.7)	-
褥瘡						
なし	469	(91.8)	(96.1)	757	(92.7)	(97.7)
あり	19	(3.7)	(3.9)	18	(2.2)	(2.3)
(回答なし)	23	(4.5)	-	42	(5.1)	-
栄養補給法						
経口のみ	480	(93.9)	(97.4)	770	(94.2)	(96.6)
★経腸栄養法・静脈栄養法を統合	13	(2.5)	(2.6)	27	(3.3)	(3.4)
(回答なし)	18	(3.5)	-	20	(2.4)	-
食事摂取量 (75%以下)						
	(経腸のみ除くn=508)			(経腸・静脈のみ除くn=795)		
75%より多い	390	(76.8)	(81.6)	638	(78.1)	(83.1)
75%以下	88	(17.3)	(18.4)	130	(15.9)	(16.9)
(回答なし)	30	(5.9)	-	27	(3.3)	-

表 II AB-1 特養・老健 基本集計（新規入所時直近の状況④）

	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外						
食事形態（摂食・嚥下障害リスク）	（経腸のみ除くn=508）			（経腸・静脈のみ除くn=795）		
常食のみ	132	(26.0)	(30.2)	379	(47.7)	(49.8)
嚥下調整食（主食または副食）	305	(60.0)	(69.8)	382	(48.1)	(50.2)
（回答なし）	71	(14.0)	-	34	(4.3)	-
主食	（経腸のみ除くn=508）			（経腸・静脈のみ除くn=795）		
常食	192	(37.8)	(40.8)	416	(52.3)	(54.8)
嚥下調整食	279	(54.9)	(64.7)	343	(43.1)	(45.2)
（回答なし）	37	(7.3)	-	36	(4.5)	-
主食 嚥下調整食学会分類コード	（嚥下調整食n=279）			（嚥下調整食n=343）		
★0j,0t,1jを統合	18	(6.5)	(6.5)	11	(3.2)	(3.3)
2-1	30	(10.8)	(10.9)	35	(10.2)	(10.4)
2-2	11	(3.9)	(4.0)	17	(5.0)	(5.0)
3	87	(31.2)	(31.5)	52	(15.2)	(15.4)
4	130	(46.6)	(47.1)	223	(65.0)	(66.0)
（回答なし）	3	(1.1)	-	5	(1.5)	-
副食	（経腸のみ除くn=508）			（経腸のみ除くn=795）		
常食	221	(43.5)	(46.0)	429	(54.0)	(56.0)
嚥下調整食	259	(51.0)	(54.0)	337	(42.4)	(44.0)
（回答なし）	28	(5.5)	-	29	(3.6)	-
副食 嚥下調整食学会分類コード	（嚥下調整食n=259）			（嚥下調整食n=337）		
★0j,0t,1jを統合	19	(7.3)	(7.4)	39	(11.6)	(11.6)
2-1	34	(13.1)	(13.3)	49	(14.5)	(14.5)
2-2	39	(15.1)	(15.2)	68	(20.2)	(20.2)
3	63	(24.3)	(24.6)	174	(51.6)	(51.6)
4	101	(39.0)	(39.5)	7	(2.1)	(2.1)
（回答なし）	3	(1.2)	-	0	(0.0)	-
その他（補助食品など）						
なし	408	(79.8)	(80.5)	673	(82.4)	(84.1)
あり	99	(19.4)	(19.5)	127	(15.5)	(15.9)
（回答なし）	3	(0.6)	-	17	(2.1)	-
水分のとりみ剤使用	（経腸のみ除くn=508）			（経腸のみ除くn=795）		
なし	329	(64.8)	(69.9)	582	(73.2)	(77.2)
あり	142	(28.0)	(30.1)	172	(21.6)	(22.8)
（回答なし）	37	(7.3)	-	41	(5.2)	-
水分のとりみ剤使用あり段階	（とりみ剤使用有n=142）			（とりみ剤使用ありn=172）		
うすい	66	(46.5)	(48.2)	66	(8.1)	(39.1)
中間	51	(35.9)	(37.2)	83	(10.2)	(49.1)
濃い	20	(14.1)	(14.6)	20	(2.4)	(11.8)
（回答なし）	5	(3.5)	-	3	(0.4)	-

表Ⅱ AB-2 特養・老健 基本集計（追跡期間中の状況①）

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
体重減少（3か月）						
体重減少なし	336	(65.8)	(82.0)	441	(54.0)	(79.2)
5%以上の体重減少/3か月	74	(14.5)	(18.0)	116	(14.2)	(20.8)
（回答なし）	85	(16.6)	-	258	(31.6)	-
体重減少（6か月）						
体重減少なし	246	(48.1)	(68.0)	256	(31.3)	(74.9)
10%以上の体重減少/6か月	116	(22.7)	(32.0)	86	(10.5)	(25.1)
（回答なし）	119	(23.3)	-	470	(57.5)	-
要介護度変化						
改善	22	(4.3)	(5.0)	25	(3.1)	(3.2)
維持	373	(73.0)	(85.4)	693	(84.8)	(90.0)
悪化	42	(8.2)	(9.6)	52	(6.4)	(6.8)
（回答なし）	74	(14.5)	-	47	(5.8)	-
介護報酬サービス算定						
経口移行加算	5	(1.0)		★除外		
経口維持加算Ⅰ	104	(20.4)		221	(27.1)	
経口維持加算Ⅱ	79	(15.5)		190	(23.3)	
療養食加算	82	(16.0)		256	(31.3)	
低栄養リスク改善加算	6	(1.2)		34	(4.2)	
再入所時栄養連携加算	4	(0.8)		10	(1.2)	
（特養）退所時等相談援助加算	0	(0.0)		-	-	
（特養）看取り加算	33	(6.5)		-	-	
（老健）退所時等支援等加算	-	-		87	(10.6)	
（老健）ターミナル加算	-	-		21	(2.6)	
医療機関との情報連携（医療連携）						
なし	479	(93.7)		600	(73.4)	
あり	32	(6.3)		217	(26.6)	
医療連携 連携先						
	(n=32)			(n=217)		
一般病床	26	(81.3)		83	(38.2)	
回復期リハビリテーション病棟	0	(0.0)		17	(7.8)	
★その他の医療施設（療養病床、精神病 床、ホスピス・緩和ケア病棟を統合）	0	(0.0)		6	(2.8)	
その他	6	(18.8)		111	(51.2)	

表 II AB-2 特養・老健 基本集計（追跡期間中の状況②）

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
初回入院						
なし	323	(63.2)	(65.5)	661	(80.9)	(82.5)
あり	170	(33.3)	(34.5)	140	(17.1)	(17.5)
(回答なし)	18	(3.5)	-	16	(2.0)	-
初回入院 入院先	(n=170)			(n=140)		
一般病床	142	(83.5)	(85.0)	119	(85.0)	(89.5)
介護医療院	0	(0.0)	(0.0)	★除外		
★その他の医療施設（回復期リハビリ テーション病棟、療養病床、精神病床、 ホスピス・緩和ケア病棟を統合）	25	(14.7)	(15.0)	13	(9.3)	(9.8)
(回答なし)	3	(1.8)	-	7	(5.0)	-
初回入院 入院理由	(n=170)			(n=140)		
誤嚥性肺炎	27	(15.9)	(16.1)	14	(10.0)	(10.9)
その他の肺炎	27	(15.9)	(16.1)	9	(6.4)	(7.0)
脳血管疾患	13	(7.6)	(7.7)	14	(10.0)	(10.9)
心疾患	11	(6.5)	(6.5)	11	(7.9)	(8.5)
骨折	16	(9.4)	(9.5)	8	(5.7)	(6.2)
消化器疾患	7	(4.1)	(4.2)	12	(8.6)	(9.3)
腎炎	7	(4.1)	(4.2)	0	(0.0)	(0.0)
検査	6	(3.5)	(3.6)	10	(7.1)	(7.8)
悪性新生物	★除外			8	(5.7)	(6.2)
胃ろう、腸ろうの増設	★除外			★除外		
尿路感染症	★除外			★除外		
その他	45	(26.5)	(26.8)	38	(27.1)	(29.5)
(回答なし)	2	(1.2)	-	11	(7.9)	-
2回以上の入院						
なし	439	(85.9)	(89.0)	784	(96.0)	(97.9)
あり	54	(10.6)	(11.0)	17	(2.1)	(2.1)
(回答なし)	18	(3.5)	-	16	(2.0)	-

表 II AB-2 特養・老健 基本集計 (追跡期間中の状況③)

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
初回退所						
なし	365	(71.4)	(74.2)	248	(30.4)	(31.0)
あり	127	(24.9)	(25.8)	553	(67.7)	(69.0)
(回答なし)	19	(3.7)	-	16	(2.0)	-
初回退所 退所先						
	(n=127)			(n=553)		
一般病床	86	(67.7)	(72.9)	131	(23.7)	(24.4)
在宅	5	(3.9)	(4.2)	305	(55.2)	(56.8)
★その他の医療施設 (回復期リハビリ テーション病棟、療養病床、精神病床、 ホスピス・緩和ケア病棟を統合)	16	(12.6)	(13.6)	17	(3.1)	(3.2)
★介護保険施設 (特養、老健、介護医療 院を統合)	6	(4.7)	(5.1)	83	(15.0)	(15.5)
その他	5	(3.9)	(4.2)	★除外		
(回答なし)	9	(7.1)	-	16	(2.9)	-
初回退所 退所理由						
	(n=127)			(n=553)		
在宅復帰	★その他に統合			225	(40.7)	(42.1)
本人・家族の意向	20	(15.7)	(16.9)	163	(29.5)	(30.5)
入院による一時的な退所	74	(58.3)	(62.7)	143	(25.9)	(26.7)
その他	24	(18.9)	(20.3)	4	(0.7)	(0.7)
(回答なし)	9	(7.1)	-	18	(3.3)	-
退所退所時等支援等加算を 算定しない連携の実施						
	(n=127)			(n=553)		
なし	127	(100.0)	(100.0)	254	(45.9)	(56.6)
あり	0	(0.0)	(0.0)	195	(35.3)	(43.4)
(回答なし)	0	(0.0)	-	104	(18.8)	-
食事の経口摂取不可						
なし	459	(89.8)	(93.3)	766	(93.8)	(96.1)
あり	33	(6.5)	(6.7)	31	(3.8)	(3.9)
(回答なし)	19	(3.7)	-	20	(2.4)	-
水分の経口摂取不可						
なし	466	(91.2)	(94.5)	773	(94.6)	(96.5)
あり	27	(5.3)	(5.5)	28	(3.4)	(3.5)
(回答なし)	18	(3.5)	-	16	(2.0)	-

表 II AB-2 特養・老健 基本集計 (追跡期間中の状況④)

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)			老健(n=817)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
死亡						
なし	428	(83.8)	(87.0)	755	(92.4)	(94.3)
あり	64	(12.5)	(13.0)	46	(5.6)	(5.7)
(回答なし)	19	(3.7)	-	16	(2.0)	-
死亡場所	(n=64)			(n=46)		
施設(看取り)	37	(57.8)		40	(87.0)	(88.9)
病院	27	(42.2)		★病院・居宅を統合		
居宅	0	(0.0)		5	(10.9)	(11.1)
(回答なし)	0	(0.0)	-	1	(2.2)	-
死亡原因	(n=64)					
老衰	22	(34.4)		23	(50.0)	(52.3)
肺炎	10	(15.6)		13	(28.3)	(29.5)
悪性新生物	5	(7.8)		★その他に統合		
脳血管疾患	6	(9.4)		★その他に統合		
心疾患	10	(15.6)		★その他に統合		
その他	11	(17.2)		8	(17.4)	(18.2)
(回答なし)	0	(0.0)	-	2	(4.3)	-
死亡以外の追跡打ち切り						
なし	★除外			771	(94.4)	(96.3)
あり	★除外			30	(3.7)	(3.7)
(回答なし)	19	(3.7)	-	16	(2.0)	-

表 II AB-3 特養・老健 基本集計（新規入所時・追跡期間中の状況（平均値、中央値、標準偏差））

★n=3以下の項目・カテゴリは統合又は除外	特養(n=511)				老健(n=817)			
	n	平均	中央値	標準偏差	n	平均	中央値	標準偏差
新規入所時								
年齢（歳）	486	85.9	87.0	(8.0)	795	84.1	85.0	(8.5)
身長（cm）	481	149.2	149.0	(9.4)	798	152.3	151.0	(10.0)
体重（kg）	488	44.1	43.2	(8.6)	791	46.9	45.9	(9.8)
BMI（kg/m ² ）	478	19.8	19.6	(3.4)	790	20.2	19.8	(3.4)
血清アルブミン値（g/dl）	311	3.5	3.5	(0.5)	552	3.3	3.4	(0.5)
食事摂取量（％）	478	87.2	99.0	(21.1)	768	88.6	100.0	(21.2)
主食の摂取量（％）	476	88.5	100.0	(21.0)	765	89.7	100.0	(22.5)
主菜の摂取量（％）	476	87.1	99.0	(21.3)	763	87.7	100.0	(22.5)
副菜の摂取量（％）	407	87.3	100.0	(21.5)	762	87.2	100.0	(23.0)
追跡調査								
体重変化率（%/3か月）	410	-0.7	-1.0	(5.4)	557	-0.7	-0.8	(6.1)
体重変化率（%/6か月）	362	-1.2	-2.0	(7.4)	342	-0.6	-0.4	(6.7)
体重入所月（kg）	476	44.1	43.0	(8.5)	789	47.1	46.0	(9.9)
体重3か月後（kg）	419	43.9	42.8	(8.5)	563	46.2	45.2	(9.3)
体重6か月後（kg）	368	43.6	42.7	(8.1)	344	46.2	45.4	(9.1)
体重12か月後（kg）	159	42.8	41.5	(7.4)	107	46.0	45.5	(8.3)
追跡期間	492	276.4	270.0	(142.9)	804	178.8	146.0	(129.7)
入所から入院までの日数（日）	170	132.1	109.0	(116.2)	135	113.9	80.0	(110.4)
入所から退所までの日数（日）	53	151.9	135.0	(100.6)	457	126.5	105.0	(86.2)
入所から死亡までの日数（日）	64	154.3	136.5	(113.7)	46	136.4	105.0	(103.1)
入所から打ち切りまでの日数（日）	★除外				30	136.1	94.5	(120.2)

表 II A-4 特養 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較①）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				
	中高リスク		低リスク		P値
	n	(%)	n	(%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	1	(0.3)	1	(0.6)	
要介護2	8	(2.5)	5	(3.1)	
要介護3	74	(22.9)	58	(36.5)	
要介護4	132	(40.9)	69	(43.4)	
要介護5	108	(33.4)	26	(16.4)	0.001
性別					
男性	79	(24.5)	40	(25.3)	
女性	244	(75.5)	118	(74.7)	0.838
年齢区分					
50,60歳代	12	(3.7)	2	(1.3)	
70歳代	47	(14.6)	31	(19.9)	
80歳代	149	(46.3)	62	(39.7)	
90,100歳代	114	(35.4)	61	(39.1)	0.148
入所前の居所					
在宅	144	(44.6)	91	(57.2)	
介護老人保健施設	76	(23.5)	40	(25.2)	
特別養護老人ホーム	4	(1.2)	5	(3.1)	
介護医療院	1	(0.3)	2	(1.3)	
一般病床	46	(14.2)	9	(5.7)	
地域包括ケア病棟	2	(0.6)	0	(0.0)	
回復期リハビリテーション病棟	6	(1.9)	5	(3.1)	
療養病床	14	(4.3)	2	(1.3)	
精神病床	20	(6.2)	2	(1.3)	
その他	10	(3.1)	3	(1.9)	0.003
入所前の居所分類					
在宅	144	(44.6)	91	(57.2)	
介護保険施設 （特養・老健・介護医療院）	81	(25.1)	47	(29.6)	
一般病床	46	(14.2)	9	(5.7)	
その他の医療施設	42	(13.0)	9	(5.7)	
その他	10	(3.1)	3	(1.9)	0.002
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携（入所前連携）					
あり	82	(25.6)	45	(28.3)	0.532
入所前連携相手職種					
管理栄養士	38	(46.3)	20	(47.6)	0.893
その他	44	(53.7)	23	(53.5)	0.986

表 II A-4 特養 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較②）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				
	中高リスク		低リスク		P値
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	3	(1.4)	0	(0.0)	0.271
経口維持加算Ⅰ	58	(26.4)	19	(21.6)	0.382
経口維持加算Ⅱ	42	(19.1)	15	(17.0)	0.676
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
再入所時栄養連携加算	0	(0.0)	1	(1.1)	0.113
療養食加算	33	(15.0)	17	(19.3)	0.353
看取り介護加算	9	(4.1)	4	(4.5)	0.858
在宅復帰支援機能加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所後訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所時相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前連携加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
生活機能向上加算	6	(2.7)	13	(14.8)	<0.001
個別機能訓練加算	132	(60.0)	55	(62.5)	0.685
その他の加算	34	(15.5)	6	(6.8)	0.042
認知症					
あり	284	(87.9)	140	(88.6)	0.093
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	18	(6.6)	4	(3.1)	
Ⅱa	20	(7.4)	13	(10.0)	
Ⅱb	42	(15.5)	26	(20.0)	
Ⅲa	80	(29.5)	46	(35.4)	
Ⅲb	32	(11.8)	22	(16.9)	
Ⅳ	65	(24.0)	18	(13.8)	
M	14	(5.2)	1	(0.8)	0.017
義歯の状態					
義歯をしている	169	(54.5)	99	(63.1)	0.078
BMIカテゴリ（2区分）					
やせ（18.5kg/m ² 未満）	170	(54.5)	6	(3.8)	<0.001
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	150	(67.6)	23	(27.7)	<0.001
Alb3.0g/dl以下	48	(21.6)	2	(2.4)	<0.001
褥瘡					
あり	15	(4.6)	3	(1.9)	0.136
栄養補給法					
経口のみ	311	(96.0)	160	(100.0)	
経腸栄養法	13	(4.0)	0	(0.0)	0.010

表 II A-4 特養 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較③）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
食事摂取量					
75%以下	79	(25.3)	8	(5.1)	<0.001
食事形態（摂食・嚥下障害リスク）					
嚥下調整食（主食または副食）	223	(78.0)	77	(53.5)	<0.001
食事形態主食					
常食	95	(31.0)	92	(59.0)	
嚥下調整食	211	(69.0)	64	(41.0)	<0.001
主食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	1	(0.5)	0	(0.0)	
0t	0	(0.0)	1	(1.6)	
1j	15	(7.2)	1	(1.6)	
2-1	26	(12.5)	4	(6.3)	
2-2	6	(2.9)	4	(6.3)	
3	66	(31.7)	19	(29.7)	
4	94	(45.2)	35	(54.7)	0.107
食事形態副食					
常食	127	(40.8)	89	(55.6)	
嚥下調整食	184	(59.2)	71	(44.4)	0.002
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	1	(0.6)	0	(0.0)	
1j	17	(9.4)	1	(1.4)	
2-1	29	(16.0)	4	(5.6)	
2-2	24	(13.3)	15	(21.1)	
3	47	(26.0)	16	(22.5)	
4	63	(34.8)	35	(49.3)	0.015
その他（補助食品など）					
あり	83	(25.9)	16	(10.0)	<0.001
水分のとりみ剤使用					
あり	116	(37.8)	22	(14.1)	<0.001
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	55	(49.1)	9	(42.9)	
中間	41	(36.6)	9	(42.9)	
濃い	16	(14.3)	3	(14.3)	0.849

表II A-4 特養 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較④）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				
	中高リスク		低リスク		P値
	n	(%)	n	(%)	
追跡期間中の状況					
体重減少（3か月）					
5%以上の体重減少/3か月	51	(20.0)	23	(15.4)	0.253
体重減少（6か月）					
10%以上の体重減少/6か月	73	(32.7)	42	(31.3)	0.785
要介護度変化					
改善	12	(4.2)	10	(6.9)	
維持	243	(85.9)	121	(83.4)	
悪化	28	(9.9)	14	(9.7)	0.500
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	4	(1.2)	1	(0.6)	0.533
経口維持加算Ⅰ	80	(24.7)	24	(15.0)	0.015
経口維持加算Ⅱ	60	(18.6)	19	(11.9)	0.061
療養食加算	60	(18.6)	21	(13.1)	0.131
低栄養リスク改善加算	5	(1.5)	1	(0.6)	0.390
再入所時栄養連携加算	3	(0.9)	1	(0.6)	0.731
退所時等相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
看取り介護加算	16	(4.9)	15	(9.4)	0.061
医療機関との情報連携（医療連携）					
あり	14	(4.3)	16	(10.0)	0.015
医療連携 連携先					
一般病床	9	(64.3)	15	(93.8)	
その他	5	(35.7)	1	(6.3)	0.044

表 II A-4 特養 クロス集計 入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較⑤

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
初回入院					
あり	116	(35.8)	52	(32.5)	0.473
初回入院 入院先					
一般病床	93	(80.9)	47	(94.0)	
地域包括ケア病棟	1	(0.9)	1	(2.0)	
療養病床	18	(15.7)	1	(2.0)	
精神病床	3	(2.6)	1	(2.0)	0.080
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	21	(18.3)	5	(9.8)	
その他の肺炎	19	(16.5)	8	(15.7)	
脳血管疾患	7	(6.1)	5	(9.8)	
心疾患	9	(7.8)	2	(3.9)	
悪性新生物	2	(1.7)	0	(0.0)	
消化器疾患	3	(2.6)	4	(7.8)	
骨折	9	(7.8)	7	(13.7)	
検査	5	(4.3)	1	(2.0)	
尿路感染症	4	(3.5)	3	(5.9)	
腎炎	6	(5.2)	1	(2.0)	
その他	30	(26.1)	15	(29.4)	0.472
2回目入院					
あり	41	(12.7)	11	(6.9)	0.053

表 II A-4 特養 クロス集計 入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較⑥

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
初回退所					
あり	89	(27.5)	38	(23.8)	0.382
初回在宅復帰					
あり	0	(0.0)	1	(0.6)	0.154
初回退所 退所先					
在宅	2	(2.4)	3	(8.6)	
介護老人保健施設	2	(2.4)	0	(0.0)	
特別養護老人ホーム	1	(1.2)	1	(2.9)	
介護医療院	2	(2.4)	0	(0.0)	
一般病床	58	(69.9)	28	(80.0)	
療養病床	11	(13.3)	1	(2.9)	
精神病床	3	(3.6)	1	(2.9)	
その他	4	(4.8)	1	(2.9)	0.377
初回退所 退所理由					
在宅復帰	0	(0.0)	1	(2.8)	
本人・家族の意向	15	(18.3)	5	(13.9)	
入院による一時的な退所	51	(62.2)	23	(63.9)	
その他	16	(19.5)	7	(19.4)	0.462
退所後に再入所					
あり	27	(8.5)	8	(5.0)	0.169
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	0	(0.0)	0	(0.0)	-
食事の経口摂取不可					
あり	25	(7.7)	7	(4.4)	0.162
水分の経口摂取不可					
あり	21	(6.5)	5	(3.1)	0.123

表 II A-4 特養 クロス集計 入所時直近の低栄養状態のリスクレベルで比較⑦

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
死亡					
あり	52	(16.0)	11	(6.9)	0.005
肺炎による死亡					
あり	9	(2.8)	1	(0.6)	0.117
死亡場所					
施設	29	(55.8)	7	(63.6)	
病院	23	(44.2)	4	(36.4)	0.632
施設内看取り					
あり	29	(9.0)	7	(4.4)	0.071
死亡原因					
老衰	19	(36.5)	3	(27.3)	
肺炎	9	(17.3)	1	(9.1)	
悪性新生物	4	(7.7)	0	(0.0)	
脳血管疾患	3	(5.8)	3	(27.3)	
心疾患	7	(13.5)	3	(27.3)	
その他	10	(19.2)	1	(9.1)	0.187
死亡以外の打ち切りあり					
あり	1	(0.3)	2	(1.3)	0.214

表 II B-4 老健 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較①）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				
	中高リスク		低リスク		P値
	n	(%)	n	(%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	50	(10.2)	32	(11.0)	
要介護2	90	(18.4)	89	(30.5)	
要介護3	124	(25.4)	73	(25.0)	
要介護4	124	(25.4)	71	(24.3)	
要介護5	97	(19.8)	25	(8.6)	
その他	4	(0.8)	2	(0.7)	<0.001
性別					
男性	177	(36.1)	110	(37.5)	
女性	313	(63.9)	183	(62.5)	0.690
年齢区分					
50,60歳代	20	(4.1)	31	(10.6)	
70歳代	85	(17.5)	57	(19.5)	
80歳代	244	(50.3)	137	(46.8)	
90,100歳代	136	(28.0)	68	(23.2)	0.003
入所前の居所					
在宅	116	(24.7)	162	(57.0)	
介護老人保健施設	8	(1.7)	7	(2.5)	
介護医療院	0	(0.0)	1	(0.4)	
一般病床	173	(36.9)	36	(12.7)	
地域包括ケア病棟	57	(12.2)	22	(7.7)	
回復期リハビリテーション病棟	88	(18.8)	46	(16.2)	
療養病床	12	(2.6)	3	(1.1)	
精神病床	3	(0.6)	5	(1.8)	
有床診療所	1	(0.2)	0	(0.0)	
その他	11	(2.3)	2	(0.7)	<0.001
入所前の居所分類					
在宅	116	(24.7)	162	(57.0)	
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	8	(1.7)	8	(2.8)	
一般病床	173	(36.9)	36	(12.7)	
その他の医療施設	161	(34.3)	76	(26.8)	
その他	11	(2.3)	2	(0.7)	<0.001
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携（入所前連携）					
あり	126	(25.9)	48	(16.5)	0.002
入所前連携相手職種					
管理栄養士	97	(78.9)	34	(70.8)	0.265
その他	23	(19.3)	14	(29.2)	0.166

表 II B-4 老健 クロス集計 (入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較②)

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				
	中高リスク		低リスク		P値
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	1	(0.3)	1	(0.4)	0.708
経口維持加算Ⅰ	144	(37.1)	50	(21.7)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	122	(31.4)	44	(19.1)	0.001
低栄養リスク改善加算	32	(8.2)	1	(0.4)	<0.001
再入所時栄養連携加算	5	(1.3)	2	(0.9)	0.634
療養食加算	147	(37.9)	81	(35.2)	0.506
ターミナル加算	35	(9.0)	3	(1.3)	<0.001
入所前後訪問指導加算Ⅰ	96	(24.7)	56	(24.3)	0.912
入所前後訪問指導加算Ⅱ	54	(13.9)	50	(21.7)	0.012
退所前訪問指導加算	39	(10.1)	36	(15.7)	0.039
退所後訪問指導加算	16	(4.1)	8	(3.5)	0.688
退所時情報提供加算	123	(31.7)	137	(59.6)	<0.001
口腔衛生管理加算	60	(15.5)	22	(9.6)	0.037
その他の加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症					
あり	430	(87.9)	249	(85.6)	0.003
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	42	(9.8)	33	(13.3)	
Ⅱa	60	(14.0)	49	(19.8)	
Ⅱb	102	(23.8)	65	(26.2)	
Ⅲa	143	(33.4)	75	(30.2)	
Ⅲb	36	(8.4)	12	(4.8)	
Ⅳ	39	(9.1)	12	(4.8)	
M	6	(1.4)	2	(0.8)	0.045
義歯の状態					
義歯をしている	278	(65.3)	165	(62.3)	0.425
BMIカテゴリ (2区分)					
やせ (18.5kg/m ² 未満)	261	(53.8)	4	(1.4)	<0.001
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	311	(82.9)	38	(22.5)	<0.001
Alb3.0g/dl以下	159	(42.4)	2	(1.2)	<0.001
褥瘡					
あり	17	(3.6)	1	(0.3)	0.004
栄養補給法					
経口のみ	464	(94.9)	291	(99.3)	
経腸栄養法	24	(4.9)	2	(0.7)	
静脈栄養法	1	(0.2)	0	(0.0)	0.004

表 II B-4 老健 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較③）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
食事摂取量					
75%以下	114	(24.6)	13	(4.5)	<0.001
食事形態（摂食・嚥下障害リスク）					
嚥下調整食（主食または副食）	282	(61.6)	93	(32.3)	<0.001
食事形態主食					
常食	197	(43.3)	211	(73.0)	
嚥下調整食	258	(56.7)	78	(27.0)	<0.001
主食 嚥下調整食学会分類コード					
1j	11	(4.3)	0	(0.0)	
2-1	30	(11.8)	4	(5.2)	
2-2	13	(5.1)	3	(3.9)	
3	47	(18.5)	5	(6.5)	
4	153	(60.2)	65	(84.4)	0.002
食事形態副食					
常食	205	(44.6)	215	(73.9)	
嚥下調整食	255	(55.4)	76	(26.1)	<0.001
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0t	1	(0.4)	0	(0.0)	
1j	17	(6.8)	0	(0.0)	
2-1	18	(7.2)	2	(2.7)	
2-2	32	(12.8)	15	(20.3)	
3	53	(21.2)	14	(18.9)	
4	129	(51.6)	43	(58.1)	0.075
その他（補助食品など）					
あり	98	(20.7)	29	(9.9)	<0.001
水分のとりみ剤使用					
あり	132	(29.1)	36	(12.6)	<0.001
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	42	(32.6)	23	(63.9)	
中間	69	(53.5)	12	(33.3)	
濃い	18	(14.0)	1	(2.8)	0.002

表 II B-4 老健 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較④）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
追跡期間中の状況					
体重減少（3か月）					
5%以上の体重減少/3か月	69	(20.5)	43	(20.4)	0.965
体重減少（6か月）					
10%以上の体重減少/6か月	46	(22.3)	37	(28.5)	0.204
要介護度変化					
改善	12	(2.5)	12	(4.3)	
維持	423	(89.1)	256	(92.1)	
悪化	40	(8.4)	10	(3.6)	0.018
加算算定					
経口移行加算	2	(0.4)	1	(0.3)	0.885
経口維持加算Ⅰ	164	(33.4)	54	(18.4)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	142	(28.9)	47	(16.0)	<0.001
療養食加算	158	(32.2)	91	(31.1)	0.744
低栄養リスク改善加算	32	(6.5)	2	(0.7)	<0.001
再入所時栄養連携加算	8	(1.6)	2	(0.7)	0.253
退所時等支援等加算	53	(10.9)	32	(11.1)	0.916
ターミナル加算	16	(3.3)	5	(1.7)	0.193
医療機関との情報連携（医療連携）					
あり	147	(29.9)	65	(22.2)	0.018
医療連携 連携先					
一般病床	66	(44.9)	13	(20.0)	
回復期リハビリテーション病棟	10	(6.8)	6	(9.2)	
療養病床	1	(0.7)	2	(3.1)	
精神病床	1	(0.7)	0	(0.0)	
ホスピス・緩和ケア病棟	2	(1.4)	0	(0.0)	
その他	67	(45.6)	44	(67.7)	0.009

表 II B-4 老健 クロス集計 (入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較⑤)

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
初回入院					
あり	99	(20.2)	38	(13.0)	0.010
初回入院 入院先					
介護医療院	0	(0.0)	1	(2.6)	
一般病床	87	(94.6)	29	(76.3)	
回復期リハビリ病棟	0	(0.0)	1	(2.6)	
療養病床	2	(2.2)	0	(0.0)	
精神病床	1	(1.1)	5	(13.2)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(1.1)	0	(0.0)	
その他の病床	1	(1.1)	1	(2.6)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(2.6)	0.010
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	10	(11.1)	3	(8.3)	
その他の肺炎	6	(6.7)	3	(8.3)	
脳血管疾患	6	(6.7)	8	(22.2)	
心疾患	8	(8.9)	3	(8.3)	
悪性新生物	6	(6.7)	1	(2.8)	
消化器疾患	11	(12.2)	1	(2.8)	
骨折	4	(4.4)	4	(11.1)	
胃ろう、腸ろうの増設	2	(2.2)	0	(0.0)	
検査	8	(8.9)	2	(5.6)	
尿路感染症	3	(3.3)	0	(0.0)	
その他	26	(28.9)	11	(30.6)	0.213
2回目入院					
あり	14	(2.9)	2	(0.7)	0.038

表 II B-4 老健 クロス集計（入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較⑥）

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
初回退所					
あり	335	(68.2)	205	(70.0)	0.611
初回在宅復帰					
あり	103	(21.7)	122	(41.6)	<0.001
初回退所 退所先					
在宅	147	(46.1)	151	(73.7)	
介護老人保健施設	9	(2.8)	4	(2.0)	
特別養護老人ホーム	52	(16.3)	13	(6.3)	
介護医療院	1	(0.3)	1	(0.5)	
一般病床	100	(31.3)	28	(13.7)	
回復期リハビリテーション病棟	0	(0.0)	1	(0.5)	
療養病床	6	(1.9)	3	(1.5)	
精神病床	2	(0.6)	4	(2.0)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(0.3)	0	(0.0)	
その他	1	(0.3)	0	(0.0)	<0.001
退所理由					
在宅復帰	102	(32.1)	121	(59.3)	
本人・家族の意向	110	(34.6)	45	(22.1)	
入院による一時的な退所	105	(33.0)	35	(17.2)	
その他	1	(0.3)	3	(1.5)	<0.001
退所後に再入所あり					
あり	35	(7.1)	29	(9.9)	0.171
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	123	(48.0)	72	(39.3)	0.070
食事の経口摂取不可					
あり	26	(5.3)	5	(1.7)	0.013
水分の経口摂取不可					
あり	22	(4.5)	6	(2.0)	0.076

表 II B-4 老健 クロス集計 (入所時直近の低栄養状態のリスクレベルでの比較⑦)

	入所時直近の低栄養状態のリスクレベル				P値
	中高リスク		低リスク		
	n	(%)	n	(%)	
死亡					
あり	38	(7.7)	8	(2.7)	0.004
肺炎死亡					
あり	11	(2.2)	2	(0.7)	0.097
死亡場所					
施設	32	(86.5)	8	(100.0)	
病院	4	(10.8)	0	(0.0)	
居宅	1	(2.7)	0	(0.0)	0.544
施設内看取り					
あり	32	(6.5)	8	(2.7)	0.019
死亡原因					
老衰	19	(52.8)	4	(50.0)	
肺炎	11	(30.6)	2	(25.0)	
悪性新生物	2	(5.6)	0	(0.0)	
心疾患	3	(8.3)	2	(25.0)	
その他	1	(2.8)	0	(0.0)	0.673
死亡以外の打ち切りあり					
あり	23	(4.7)	7	(2.4)	0.105

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較①）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	1	(0.4)	1	(0.4)	
要介護2	3	(1.2)	10	(4.2)	
要介護3	52	(20.8)	81	(33.9)	
要介護4	121	(48.4)	83	(34.7)	
要介護5	73	(29.2)	64	(26.8)	0.002
性別					
男性	60	(24.1)	62	(25.8)	
女性	189	(75.9)	178	(74.2)	0.657
年齢区分					
50,60歳代	6	(2.5)	9	(3.8)	
70歳代	40	(16.4)	39	(16.3)	
80歳代	117	(48.0)	98	(40.8)	
90,100歳代	81	(33.2)	94	(39.2)	0.358
入所前の居所					
在宅	0	(0.0)	241	(100.0)	
介護老人保健施設	117	(46.8)	0	(0.0)	
特別養護老人ホーム	9	(3.6)	0	(0.0)	
介護医療院	3	(1.2)	0	(0.0)	
一般病床	57	(22.8)	0	(0.0)	
地域包括ケア病棟	2	(0.8)	0	(0.0)	
回復期リハビリテーション病棟	11	(4.4)	0	(0.0)	
療養病床	16	(6.4)	0	(0.0)	
精神病床	22	(8.8)	0	(0.0)	
その他	13	(5.2)	0	(0.0)	<0.001
入所前の居所分類					
在宅	0	(0.0)	241	(100.0)	
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	129	(51.6)	0	(0.0)	
一般病床	57	(22.8)	0	(0.0)	
その他の医療施設	51	(20.4)	0	(0.0)	
その他	13	(5.2)	0	(0.0)	<0.001
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携（入所前連携）					
あり	92	(37.2)	36	(15.0)	<0.001
入所前連携相手職種					
管理栄養士	51	(55.4)	7	(21.2)	0.001
その他	41	(44.6)	27	(79.4)	<0.001

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較②）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	3	(1.7)	0	(0.0)	0.115
経口維持加算Ⅰ	48	(27.9)	29	(20.6)	0.134
経口維持加算Ⅱ	36	(20.9)	21	(14.9)	0.169
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
再入所時栄養連携加算	1	(0.6)	0	(0.0)	0.364
療養食加算	33	(19.2)	17	(12.1)	0.087
看取り介護加算	8	(4.7)	5	(3.5)	0.626
在宅復帰支援機能加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所後訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所時相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前連携加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
生活機能向上加算	10	(5.8)	0	(7.1)	0.645
個別機能訓練加算	101	(58.7)	86	(61.0)	0.683
その他の加算	22	(12.8)	18	(12.8)	0.995
認知症					
あり	221	(89.1)	211	(87.9)	0.025
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	16	(7.4)	8	(4.1)	
Ⅱ a	17	(7.9)	16	(8.2)	
Ⅱ b	27	(12.6)	41	(21.1)	
Ⅲ a	63	(29.3)	66	(34.0)	
Ⅲ b	36	(16.7)	19	(9.8)	
Ⅳ	48	(22.3)	37	(19.1)	
M	8	(3.7)	7	(3.6)	0.078
義歯の状態					
義歯をしている	138	(56.8)	136	(58.6)	0.686
低栄養状態のリスクレベル					
低リスク	68	(27.5)	91	(38.7)	
中・高リスク	179	(72.5)	144	(61.3)	0.009
BMIカテゴリ（2区分）					
やせ（18.5kg/m ² 未満）	97	(39.6)	83	(35.9)	0.410
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	106	(65.4)	73	(49.3)	0.004
Alb3.0g/dl以下	31	(19.1)	20	(13.5)	0.182
褥瘡					
あり	11	(4.4)	8	(3.4)	0.541
栄養補給法					
経口のみ	238	(95.2)	240	(99.6)	
経腸栄養法	12	(4.8)	1	(0.4)	0.002

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較③）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
食事摂取量					
75%以下	54	(22.6)	33	(13.9)	0.014
食事形態（摂食・嚥下障害リスク）					
嚥下調整食（主食または副食）	174	(81.3)	130	(58.8)	<0.001
食事形態主食					
常食	73	(31.1)	118	(50.4)	
嚥下調整食	162	(68.9)	116	(49.6)	<0.001
主食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.9)	
0t	1	(0.6)	0	(0.0)	
1j	5	(3.1)	11	(9.5)	
2-1	20	(12.6)	10	(8.6)	
2-2	3	(1.9)	8	(6.9)	
3	58	(36.5)	29	(25.0)	
4	72	(45.3)	57	(49.1)	0.021
食事形態副食					
常食	91	(38.4)	129	(53.5)	
嚥下調整食	146	(61.6)	112	(46.5)	0.001
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.9)	
1j	4	(2.8)	14	(12.6)	
2-1	27	(18.8)	7	(6.3)	
2-2	21	(14.6)	18	(16.2)	
3	37	(25.7)	26	(23.4)	
4	55	(38.2)	45	(40.5)	0.004
その他（補助食品など）					
あり	57	(23.2)	41	(17.0)	0.090
水分のとりみ剤使用					
あり	84	(35.3)	58	(25.1)	0.016
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	41	(50.6)	25	(44.6)	
中間	28	(34.6)	23	(41.1)	
濃い	12	(14.8)	8	(14.3)	0.731

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較④）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
追跡期間中の状況					
体重減少（3か月）					
5%以上の体重減少/3か月	46	(21.9)	27	(13.6)	0.028
体重減少（6か月）					
10%以上の体重減少/6か月	64	(35.0)	52	(29.2)	0.241
要介護度変化					
改善	9	(4.2)	13	(5.9)	
維持	190	(88.8)	182	(82.4)	
悪化	15	(7.0)	26	(11.8)	0.154
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	5	(2.0)	0	(0.0)	0.027
経口維持加算Ⅰ	64	(25.6)	40	(16.6)	0.015
経口維持加算Ⅱ	50	(20.0)	29	(12.1)	0.017
療養食加算	53	(21.2)	28	(11.7)	0.005
低栄養リスク改善加算	3	(1.2)	3	(1.2)	0.964
再入所時栄養連携加算	2	(0.8)	2	(0.8)	0.971
退所時等相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
看取り介護加算	17	(6.8)	16	(6.6)	0.943
医療機関との情報連携（医療連携）					
あり	14	(5.6)	18	(7.5)	0.402
医療連携 連携先					
一般病床	12	(85.7)	14	(77.8)	
その他	2	(14.3)	4	(22.2)	0.568

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較⑤）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
初回入院					
あり	99	(39.6)	70	(29.0)	0.014
初回入院 入院先					
一般病床	84	(86.6)	57	(82.6)	
地域包括ケア病棟	1	(1.0)	1	(1.4)	
療養病床	9	(9.3)	10	(14.5)	
精神病床	3	(3.1)	1	(1.4)	0.672
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	16	(16.5)	11	(15.7)	
その他の肺炎	17	(17.5)	10	(14.3)	
脳血管疾患	8	(8.2)	5	(7.1)	
心疾患	6	(6.2)	5	(7.1)	
悪性新生物	1	(1.0)	1	(1.4)	
消化器疾患	3	(3.1)	4	(5.7)	
骨折	7	(7.2)	8	(11.4)	
検査	0	(0.0)	6	(8.6)	
尿路感染症	4	(4.1)	3	(4.3)	
腎炎	6	(6.2)	1	(1.4)	
その他	29	(29.9)	16	(22.9)	0.214
2回目入院					
あり	30	(12.0)	24	(10.0)	0.470

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較⑥）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
初回退所					
あり	72	(28.9)	54	(22.4)	0.099
初回在宅復帰					
あり	1	(0.4)	0	(0.0)	0.327
初回退所 退所先					
在宅	3	(4.4)	2	(4.1)	
介護老人保健施設	2	(2.9)	0	(0.0)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	2	(4.1)	
介護医療院	2	(2.9)	0	(0.0)	
一般病床	49	(72.1)	36	(73.5)	
療養病床	7	(10.3)	5	(10.2)	
精神病床	3	(4.4)	1	(2.0)	
その他	2	(2.9)	3	(6.1)	0.448
初回退所 退所理由					
在宅復帰	1	(1.5)	0	(0.0)	
本人・家族の意向	12	(18.2)	8	(15.7)	
入院による一時的な退所	43	(65.2)	30	(58.8)	
その他	10	(15.2)	13	(25.5)	0.453
退所後に再入所					
あり	20	(8.0)	15	(6.4)	0.483
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	0	(0.0)	0	(0.0)	-
食事の経口摂取不可					
あり	18	(7.2)	15	(6.3)	0.675
水分の経口摂取不可					
あり	15	(6.0)	12	(5.0)	0.620

表 II A-5 特養 クロス集計（入所前の居所での比較⑦）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
死亡					
あり	31	(12.4)	32	(13.3)	0.784
肺炎による死亡					
あり	3	(1.2)	7	(2.9)	0.181
死亡場所					
施設	19	(61.3)	17	(53.1)	
病院	12	(38.7)	15	(46.9)	0.513
施設内看取り					
あり	19	(7.6)	17	(7.1)	0.816
死亡原因					
老衰	15	(48.4)	7	(21.9)	
肺炎	3	(9.7)	7	(21.9)	
悪性新生物	1	(3.2)	4	(12.5)	
脳血管疾患	2	(6.5)	4	(12.5)	
心疾患	3	(9.7)	6	(18.8)	
その他	7	(22.6)	4	(12.5)	0.118
死亡以外の打ち切りあり					
あり	3	(1.2)	0	(0.0)	0.087

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較①)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	0	(0.0)	2	(0.6)	
要介護2	2	(1.6)	11	(3.1)	
要介護3	32	(25.2)	101	(28.2)	
要介護4	65	(51.2)	137	(38.3)	
要介護5	28	(22.0)	107	(29.9)	0.106
性別					
男性	30	(23.4)	91	(25.5)	
女性	98	(76.6)	266	(74.5)	0.645
年齢区分					
50,60歳代	2	(1.6)	13	(3.7)	
70歳代	19	(15.0)	59	(16.7)	
80歳代	50	(39.4)	165	(46.6)	
90,100歳代	56	(44.1)	117	(33.1)	0.124
入所前の居所					
在宅	36	(28.1)	204	(56.8)	
介護老人保健施設	49	(38.3)	68	(18.9)	
特別養護老人ホーム	4	(3.1)	5	(1.4)	
介護医療院	0	(0.0)	2	(0.6)	
一般病床	17	(13.3)	38	(10.6)	
地域包括ケア病棟	2	(1.6)	0	(0.0)	
回復期リハビリテーション病棟	3	(2.3)	8	(2.2)	
療養病床	7	(5.5)	9	(2.5)	
精神病床	8	(6.3)	14	(3.9)	
その他	2	(1.6)	11	(3.1)	<0.001
入所前の居所分類					
在宅	36	(28.1)	204	(56.8)	
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	53	(41.4)	75	(20.9)	
一般病床	17	(13.3)	38	(10.6)	
その他の医療施設	20	(15.6)	31	(8.6)	
その他	2	(1.6)	11	(3.1)	<0.001
入所前連携相手職種					
管理栄養士	58	(46.4)	0	(0.0)	-
その他	68	(54.0)	0	(0.0)	-

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較②)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	2	(1.9)	1	(0.5)	0.218
経口維持加算Ⅰ	33	(31.7)	44	(21.2)	0.041
経口維持加算Ⅱ	31	(29.8)	26	(12.5)	<0.001
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
再入所時栄養連携加算	1	(1.0)	0	(0.0)	0.157
療養食加算	17	(16.3)	33	(15.9)	0.913
看取り介護加算	6	(5.8)	7	(3.4)	0.317
在宅復帰支援機能加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所後訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所時相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前連携加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
生活機能向上加算	19	(18.3)	1	(0.5)	<0.001
個別機能訓練加算	69	(66.3)	117	(56.3)	0.087
その他の加算	11	(10.6)	29	(13.9)	0.402
認知症					
あり	114	(90.5)	314	(87.7)	0.167
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	4	(3.6)	20	(6.8)	
Ⅱa	8	(7.3)	25	(8.5)	
Ⅱb	15	(13.6)	52	(17.6)	
Ⅲa	38	(34.5)	91	(30.8)	
Ⅲb	22	(20.0)	31	(10.5)	
Ⅳ	22	(20.0)	62	(21.0)	
M	1	(0.9)	14	(4.7)	0.079
義歯の状態					
義歯をしている	75	(59.5)	198	(57.2)	0.655
低栄養状態のリスクレベル					
低リスク	45	(35.4)	114	(32.4)	
中・高リスク	82	(64.6)	238	(67.6)	0.532
BMIカテゴリ(2区分)					
やせ(18.5kg/m ² 未満)	45	(35.2)	132	(38.4)	0.521
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	29	(64.4)	148	(56.5)	0.318
Alb3.0g/dl以下	9	(20.0)	41	(15.6)	0.465
褥瘡					
あり	6	(4.7)	13	(3.7)	0.593
栄養補給法					
経口のみ	122	(95.3)	352	(98.1)	
経腸栄養法	6	(4.7)	7	(1.9)	0.099

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較③)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
食事摂取量					
75%以下	39	(31.7)	47	(13.5)	<0.001
食事形態(摂食・嚥下障害リスク)					
嚥下調整食(主食または副食)	91	(77.8)	209	(66.6)	0.024
食事形態主食					
常食	40	(33.3)	151	(43.8)	
嚥下調整食	80	(66.7)	194	(56.2)	0.045
主食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.5)	
0t	1	(1.3)	0	(0.0)	
1j	1	(1.3)	15	(7.8)	
2-1	12	(15.2)	18	(9.4)	
2-2	5	(6.3)	6	(3.1)	
3	15	(19.0)	72	(37.5)	
4	45	(57.0)	80	(41.7)	0.004
食事形態副食					
常食	41	(33.6)	176	(50.0)	
嚥下調整食	81	(66.4)	176	(50.0)	0.002
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.6)	
1j	1	(1.3)	17	(9.8)	
2-1	15	(18.8)	19	(10.9)	
2-2	19	(23.8)	19	(10.9)	
3	17	(21.3)	46	(26.4)	
4	28	(35.0)	72	(41.4)	0.008
その他(補助食品など)					
あり	40	(32.0)	58	(16.2)	<0.001
水分のとろみ剤使用					
あり	50	(42.0)	90	(26.0)	0.001
水分のとろみ剤使用有段階					
うすい	30	(60.0)	35	(41.2)	
中間	15	(30.0)	35	(41.2)	
濃い	5	(10.0)	15	(17.6)	0.099

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較④)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
追跡期間中の状況					
体重減少 (3か月)					
5%以上の体重減少/3か月	26	(22.4)	47	(16.2)	0.141
体重減少 (6か月)					
10%以上の体重減少/6か月	31	(30.7)	85	(33.1)	0.665
要介護度変化					
改善	6	(5.0)	16	(5.1)	
維持	99	(83.2)	269	(86.2)	
悪化	14	(11.8)	27	(8.7)	0.616
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	3	(2.3)	2	(0.6)	0.085
経口維持加算Ⅰ	43	(33.6)	61	(17.0)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	38	(29.7)	41	(11.5)	<0.001
療養食加算	30	(23.4)	50	(14.0)	0.013
低栄養リスク改善加算	1	(0.8)	4	(1.1)	0.748
再入所時栄養連携加算	2	(1.6)	2	(0.6)	0.279
退所時等相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
看取り介護加算	22	(17.2)	11	(3.1)	<0.001
医療機関との情報連携 (医療連携)					
あり	21	(16.4)	11	(3.1)	<0.001
医療連携 連携先					
一般病床	20	(95.2)	6	(54.5)	
その他	1	(4.8)	5	(45.5)	0.005

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較⑤)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回入院					
あり	43	(33.6)	125	(34.8)	0.802
初回入院 入院先					
一般病床	39	(92.9)	101	(82.1)	
地域包括ケア病棟	0	(0.0)	2	(1.6)	
療養病床	2	(4.8)	17	(13.8)	
精神病床	1	(2.4)	3	(2.4)	0.342
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	9	(22.0)	18	(14.4)	
その他の肺炎	6	(14.6)	21	(16.8)	
脳血管疾患	2	(4.9)	11	(8.8)	
心疾患	0	(0.0)	10	(8.0)	
悪性新生物	2	(4.9)	0	(0.0)	
消化器疾患	2	(4.9)	5	(4.0)	
骨折	5	(12.2)	10	(8.0)	
検査	0	(0.0)	6	(4.8)	
尿路感染症	0	(0.0)	7	(5.6)	
腎炎	3	(7.3)	4	(3.2)	
その他	12	(29.3)	33	(26.4)	0.066
2回目入院					
あり	15	(11.7)	39	(10.9)	0.791

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較⑥)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回退所					
あり	27	(21.1)	98	(27.3)	0.168
初回在宅復帰					
あり	0	(0.0)	1	(0.3)	0.549
初回退所 退所先					
在宅	4	(15.4)	1	(1.1)	
介護老人保健施設	0	(0.0)	2	(2.2)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	2	(2.2)	
介護医療院	1	(3.8)	1	(1.1)	
一般病床	20	(76.9)	64	(71.1)	
療養病床	0	(0.0)	12	(13.3)	
精神病床	1	(3.8)	3	(3.3)	
その他	0	(0.0)	5	(5.6)	0.020
初回退所 退所理由					
在宅復帰	0	(0.0)	1	(1.1)	
本人・家族の意向	6	(24.0)	14	(15.4)	
入院による一時的な退所	17	(68.0)	55	(60.4)	
その他	2	(8.0)	21	(23.1)	0.315
退所後に再入所					
あり	10	(7.8)	25	(7.1)	0.779
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	0	(0.0)	0	(0.0)	-
食事の経口摂取不可					
あり	7	(5.5)	25	(7.0)	0.553
水分の経口摂取不可					
あり	5	(3.9)	21	(5.8)	0.401

表 II A-6 特養 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較⑦)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
死亡					
あり	20	(15.6)	42	(11.7)	0.253
肺炎による死亡					
あり	1	(0.8)	9	(2.5)	0.237
死亡場所					
施設	16	(80.0)	19	(45.2)	
病院	4	(20.0)	23	(54.8)	0.010
施設内看取り					
あり	16	(12.5)	19	(5.3)	0.007
死亡原因					
老衰	9	(45.0)	12	(28.6)	
肺炎	1	(5.0)	9	(21.4)	
悪性新生物	2	(10.0)	3	(7.1)	
脳血管疾患	3	(15.0)	3	(7.1)	
心疾患	1	(5.0)	8	(19.0)	
その他	4	(20.0)	7	(16.7)	0.280
死亡以外の打ち切りあり					
あり	1	(0.8)	2	(0.6)	0.781

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較①)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	0	(0.0)	2	(0.4)	
要介護2	0	(0.0)	13	(2.8)	
要介護3	11	(34.4)	123	(26.8)	
要介護4	12	(37.5)	193	(42.0)	
要介護5	9	(28.1)	128	(27.9)	0.768
性別					
男性	5	(15.6)	117	(25.5)	
女性	27	(84.4)	341	(74.5)	0.210
年齢区分					
50,60歳代	1	(3.1)	14	(3.1)	
70歳代	7	(21.9)	72	(15.9)	
80歳代	14	(43.8)	202	(44.5)	
90,100歳代	10	(31.3)	166	(36.6)	0.825
入所前の居所					
在宅	18	(56.3)	223	(48.6)	
介護老人保健施設	7	(21.9)	110	(24.0)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	9	(2.0)	
介護医療院	0	(0.0)	3	(0.7)	
一般病床	3	(9.4)	54	(11.8)	
地域包括ケア病棟	0	(0.0)	2	(0.4)	
回復期リハビリテーション病棟	1	(3.1)	10	(2.2)	
療養病床	1	(3.1)	15	(3.3)	
精神病床	2	(6.3)	20	(4.4)	
その他	0	(0.0)	13	(2.8)	0.972
入所前の居所分類					
在宅	18	(56.3)	223	(48.6)	
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	7	(21.9)	122	(26.6)	
一般病床	3	(9.4)	54	(11.8)	
その他の医療施設	4	(12.5)	47	(10.2)	
その他	0	(0.0)	13	(2.8)	0.771
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携)					
あり	21	(65.6)	107	(23.5)	<0.001
入所前連携相手職種					
管理栄養士	5	(26.3)	53	(50.0)	0.057
その他	15	(75.0)	53	(50.0)	0.040

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較②)

	医療連携				P値
	あり		なし		
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	0	(0.0)	3	(1.1)	0.572
経口維持加算Ⅰ	7	(23.3)	70	(24.6)	0.874
経口維持加算Ⅱ	7	(23.3)	50	(17.6)	0.439
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
再入所時栄養連携加算	0	(0.0)	1	(0.4)	0.745
療養食加算	2	(6.7)	48	(16.9)	0.145
看取り介護加算	7	(23.3)	6	(2.1)	<0.001
在宅復帰支援機能加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所後訪問相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所時相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
退所前連携加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
生活機能向上加算	20	(66.7)	0	(0.0)	<0.001
個別機能訓練加算	22	(73.3)	166	(58.5)	0.114
その他の加算	5	(16.7)	35	(12.3)	0.497
認知症					
あり	26	(83.9)	407	(88.7)	0.020
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	1	(4.0)	23	(6.0)	
Ⅱa	0	(0.0)	33	(8.6)	
Ⅱb	4	(16.0)	64	(16.6)	
Ⅲa	9	(36.0)	121	(31.4)	
Ⅲb	5	(20.0)	50	(13.0)	
Ⅳ	6	(24.0)	79	(20.5)	
M	0	(0.0)	15	(3.9)	0.619
義歯の状態					
義歯をしている	18	(56.3)	256	(57.8)	0.865
低栄養状態のリスクレベル					
低リスク	16	(53.3)	144	(31.7)	
中・高リスク	14	(46.7)	310	(68.3)	0.015
BMIカテゴリ (2区分)					
やせ (18.5kg/m ² 未満)	9	(28.1)	171	(38.3)	0.249
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	4	(44.4)	175	(57.9)	0.419
Alb3.0g/dl以下	1	(11.1)	50	(16.6)	0.664
褥瘡					
あり	0	(0.0)	19	(4.2)	0.247
栄養補給法					
経口のみ	31	(96.9)	449	(97.4)	
経腸栄養法	1	(3.1)	12	(2.6)	0.859

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較③)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
食事摂取量					
75%以下	3	(9.7)	85	(19.0)	0.195
食事形態 (摂食・嚥下障害リスク)					
嚥下調整食 (主食または副食)	23	(82.1)	282	(68.9)	0.141
食事形態主食					
常食	12	(38.7)	180	(40.9)	
嚥下調整食	19	(61.3)	260	(59.1)	0.810
主食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.4)	
0t	1	(5.6)	0	(0.0)	
1j	0	(0.0)	16	(6.2)	
2-1	3	(16.7)	27	(10.5)	
2-2	5	(27.8)	6	(2.3)	
3	4	(22.2)	83	(32.2)	
4	5	(27.8)	125	(48.4)	<0.001
食事形態副食					
常食	9	(29.0)	212	(47.2)	
嚥下調整食	22	(71.0)	237	(52.8)	0.049
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.4)	
1j	0	(0.0)	18	(7.7)	
2-1	5	(22.7)	29	(12.4)	
2-2	9	(40.9)	30	(12.8)	
3	6	(27.3)	57	(24.4)	
4	2	(9.1)	99	(42.3)	0.002
その他 (補助食品など)					
あり	6	(18.8)	93	(19.6)	0.909
水分のとろみ剤使用					
あり	12	(38.7)	130	(29.5)	0.283
水分のとろみ剤使用有段階					
うすい	7	(58.3)	59	(47.2)	
中間	3	(25.0)	48	(38.4)	
濃い	2	(16.7)	18	(14.4)	0.654

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較④)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
追跡期間中の状況					
体重減少 (3か月)					
5%以上の体重減少/3か月	2	(6.9)	72	(18.9)	0.105
体重減少 (6か月)					
10%以上の体重減少/6か月	8	(29.6)	108	(32.2)	0.780
要介護度変化					
改善	1	(3.4)	21	(5.1)	0.166
維持	28	(96.6)	345	(84.6)	
悪化	0	(0.0)	42	(10.3)	
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	0	(0.0)	5	(1.1)	0.554
経口維持加算Ⅰ	9	(28.1)	95	(20.6)	0.313
経口維持加算Ⅱ	9	(28.1)	70	(15.2)	0.054
療養食加算	3	(9.4)	79	(17.2)	0.252
低栄養リスク改善加算	0	(0.0)	6	(1.3)	0.516
再入所時栄養連携加算	0	(0.0)	4	(0.9)	0.597
退所時等相談援助加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
看取り介護加算	25	(78.1)	8	(1.7)	<0.001
医療連携 連携先					
一般病床	26	(81.3)	0	(0.0)	
その他	6	(18.8)	0	(0.0)	-

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑤)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回入院					
あり	14	(43.8)	156	(33.8)	0.254
初回入院 入院先					
一般病床	14	(100.0)	128	(83.7)	
地域包括ケア病棟	0	(0.0)	2	(1.3)	
療養病床	0	(0.0)	19	(12.4)	
精神病床	0	(0.0)	4	(2.6)	0.442
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	3	(21.4)	24	(15.6)	
その他の肺炎	1	(7.1)	26	(16.9)	
脳血管疾患	1	(7.1)	12	(7.8)	
心疾患	0	(0.0)	11	(7.1)	
悪性新生物	0	(0.0)	2	(1.3)	
消化器疾患	1	(7.1)	6	(3.9)	
骨折	2	(14.3)	14	(9.1)	
検査	0	(0.0)	6	(3.9)	
尿路感染症	0	(0.0)	7	(4.5)	
腎炎	0	(0.0)	7	(4.5)	
その他	6	(42.9)	39	(25.3)	0.798
2回目入院					
あり	7	(21.9)	47	(10.2)	0.041

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑥)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回退所					
あり	5	(15.6)	122	(26.5)	0.173
初回在宅復帰					
あり	0	(0.0)	1	(0.2)	0.791
初回退所 退所先					
在宅	0	(0.0)	5	(4.4)	
介護老人保健施設	0	(0.0)	2	(1.8)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	2	(1.8)	
介護医療院	0	(0.0)	2	(1.8)	
一般病床	5	(100.0)	81	(71.7)	
療養病床	0	(0.0)	12	(10.6)	
精神病床	0	(0.0)	4	(3.5)	
その他	0	(0.0)	5	(4.4)	0.963
初回退所 退所理由					
在宅復帰	0	(0.0)	1	(0.9)	
本人・家族の意向	0	(0.0)	20	(17.7)	
入院による一時的な退所	5	(100.0)	69	(61.1)	
その他	0	(0.0)	23	(20.4)	0.376
退所後に再入所					
あり	3	(9.4)	32	(7.0)	0.617
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	0	(0.0)	0	(0.0)	-
食事の経口摂取不可					
あり	5	(15.6)	28	(6.1)	0.037
水分の経口摂取不可					
あり	5	(15.6)	22	(4.8)	0.009

表 II A-7 特養 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑦)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
死亡					
あり	4	(12.5)	60	(13.0)	0.930
肺炎による死亡					
あり	0	(0.0)	10	(2.2)	0.400
死亡場所					
施設	3	(75.0)	34	(56.7)	
病院	1	(25.0)	26	(43.3)	0.472
施設内看取り					
あり	3	(9.4)	34	(7.4)	0.678
死亡原因					
老衰	2	(50.0)	20	(33.3)	
肺炎	0	(0.0)	10	(16.7)	
悪性新生物	1	(25.0)	4	(6.7)	
脳血管疾患	0	(0.0)	6	(10.0)	
心疾患	0	(0.0)	10	(16.7)	
その他	1	(25.0)	10	(16.7)	0.578
死亡以外の打ち切りあり					
あり	0	(0.0)	3	(0.7)	0.647

表II B-5 老健 クロス集計（入所前の居所での比較①）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	44	(9.1)	39	(14.0)	
要介護2	94	(19.3)	86	(30.8)	
要介護3	108	(22.2)	81	(29.0)	
要介護4	144	(29.6)	45	(16.1)	
要介護5	91	(18.7)	27	(9.7)	
その他	5	(1.0)	1	(0.4)	<0.001
性別					
男性	185	(37.8)	95	(33.9)	
女性	304	(62.2)	185	(66.1)	0.279
年齢区分					
50,60歳代	29	(6.0)	21	(7.5)	
70歳代	84	(17.3)	53	(19.0)	
80歳代	252	(52.0)	125	(44.8)	
90,100歳代	120	(24.7)	80	(28.7)	0.283
入所前の居所					
在宅	0	(0.0)	280	(100.0)	
介護老人保健施設	15	(3.1)	0	(0.0)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	
介護医療院	1	(0.2)	0	(0.0)	
一般病床	215	(44.0)	0	(0.0)	
地域包括ケア病棟	82	(16.8)	0	(0.0)	
回復期リハビリテーション病棟	137	(28.0)	0	(0.0)	
療養病床	17	(3.5)	0	(0.0)	
精神病床	8	(1.6)	0	(0.0)	
有床診療所	1	(0.2)	0	(0.0)	
その他	13	(2.7)	0	(0.0)	<0.001
入所前の居所分類					
在宅	0	(0.0)	280	(100.0)	
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	16	(3.3)	0	(0.0)	
一般病床	215	(44.0)	0	(0.0)	
その他の医療施設	245	(50.1)	0	(0.0)	
その他	13	(2.7)	0	(0.0)	<0.001
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携（入所前連携）					
あり	155	(32.0)	25	(9.0)	<0.001
入所前連携相手職種					
管理栄養士	130	(86.1)	5	(20.0)	<0.001
その他	20	(13.4)	18	(78.3)	<0.001

表II B-5 老健 クロス集計（入所前の居所での比較②）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
介護報酬サービス算定（複数回答可）					
経口移行加算	1	(0.3)	1	(0.4)	0.738
経口維持加算Ⅰ	134	(36.0)	55	(23.6)	0.001
経口維持加算Ⅱ	108	(29.0)	53	(22.7)	0.089
低栄養リスク改善加算	32	(8.6)	0	(0.0)	<0.001
再入所時栄養連携加算	7	(1.9)	0	(0.0)	0.035
療養食加算	145	(39.0)	79	(33.9)	0.209
ターミナル加算	26	(7.0)	12	(5.2)	0.364
入所前後訪問指導加算Ⅰ	80	(21.5)	73	(31.3)	0.007
入所前後訪問指導加算Ⅱ	41	(11.0)	43	(18.5)	0.010
退所前訪問指導加算	39	(10.5)	39	(16.7)	0.025
退所後訪問指導加算	10	(2.7)	14	(6.0)	0.042
退所時情報提供加算	131	(35.2)	134	(57.5)	<0.001
口腔衛生管理加算	40	(10.8)	40	(17.2)	0.023
その他の加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症					
あり	423	(87.2)	244	(87.5)	0.014
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅰ	35	(8.3)	41	(16.9)	
Ⅱa	65	(15.4)	44	(18.2)	
Ⅱb	106	(25.1)	64	(26.4)	
Ⅲa	141	(33.4)	63	(26.0)	
Ⅲb	35	(8.3)	11	(4.5)	
Ⅳ	36	(8.5)	15	(6.2)	
M	4	(0.9)	4	(1.7)	0.005
義歯の状態					
義歯をしている	263	(63.8)	166	(63.4)	0.900
低栄養状態のリスクレベル2区分					
低リスク	122	(25.7)	162	(58.3)	
中・高リスク	353	(74.3)	116	(41.7)	<0.001
BMIカテゴリ（2区分）					
やせ（18.5kg/m ² 未満）	190	(39.4)	64	(23.2)	<0.001
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	276	(72.1)	78	(47.6)	<0.001
Alb3.0g/dl以下	139	(36.3)	25	(15.2)	<0.001
褥瘡					
あり	13	(2.8)	4	(1.4)	0.233
栄養補給法					
経口のみ	462	(95.1)	276	(98.9)	
経腸栄養法	23	(4.7)	3	(1.1)	
静脈栄養法	1	(0.2)	0	(0.0)	0.020

表 II B-5 老健 クロス集計（入所前の居所での比較③）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
食事摂取量					
75%以下	92	(20.0)	33	(12.0)	0.005
食事形態（摂食・嚥下障害リスク）					
嚥下調整食（主食または副食）	283	(61.5)	76	(28.3)	<0.001
食事形態主食					
常食	322	(57.7)	94	(46.8)	
嚥下調整食	236	(42.3)	107	(53.2)	0.008
主食 嚥下調整食学会分類コード					
1j	8	(3.5)	3	(2.8)	
2-1	27	(11.7)	8	(7.5)	
2-2	16	(6.9)	1	(0.9)	
3	39	(16.9)	13	(12.1)	
4	141	(61.0)	82	(76.6)	0.035
食事形態副食					
常食	208	(45.2)	209	(76.3)	
嚥下調整食	252	(54.8)	65	(23.7)	<0.001
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0t	1	(0.4)	0	(0.0)	
1j	16	(6.5)	1	(1.5)	
2-1	17	(6.9)	2	(3.1)	
2-2	32	(13.1)	7	(10.8)	
3	47	(19.2)	15	(23.1)	
4	132	(53.9)	40	(61.5)	0.416
その他（補助食品など）					
あり	84	(17.8)	42	(15.1)	0.337
水分のとりみ剤使用					
あり	131	(29.0)	33	(12.2)	<0.001
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	43	(33.6)	23	(69.7)	
中間	67	(52.3)	9	(27.3)	
濃い	18	(14.1)	1	(3.0)	0.001

表 II B-5 老健 クロス集計（入所前の居所での比較④）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
追跡期間中の状況					
体重減少（3か月）					
5%以上の体重減少/3か月	73	(21.1)	35	(19.3)	0.634
体重減少（6か月）					
10%以上の体重減少/6か月	50	(24.4)	29	(25.7)	0.801
要介護度変化					
改善	20	(4.2)	4	(1.5)	
維持	420	(89.2)	248	(92.9)	
悪化	31	(6.6)	15	(5.6)	0.107
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	1	(0.2)	1	(0.4)	0.689
経口維持加算Ⅰ	152	(31.1)	62	(22.1)	0.008
経口維持加算Ⅱ	125	(25.6)	59	(21.1)	0.160
療養食加算	162	(33.1)	85	(30.4)	0.428
低栄養リスク改善加算	31	(6.3)	2	(0.7)	<0.001
再入所時栄養連携加算	8	(1.6)	1	(0.4)	0.113
退所時等支援等加算	47	(9.7)	39	(14.3)	0.056
ターミナル加算	15	(3.1)	6	(2.1)	0.449
医療機関との情報連携（医療連携）					
あり	169	(34.6)	47	(16.8)	<0.001
医療連携 連携先					
一般病床	81	(47.9)	2	(4.3)	
回復期リハビリテーション病棟	15	(8.9)	2	(4.3)	
療養病床	2	(1.2)	1	(2.1)	
精神病床	0	(0.0)	1	(2.1)	
ホスピス・緩和ケア病棟	2	(1.2)	0	(0.0)	
その他	69	(40.8)	41	(87.2)	<0.001

表 II B-5 老健 クロス集計 (入所前の居所での比較⑤)

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
初回入院					
あり	96	(19.6)	33	(11.8)	0.005
初回入院 入院先					
介護医療院	0	(0.0)	1	(3.1)	
一般病床	82	(91.1)	26	(81.3)	
回復期リハビリ病棟	1	(1.1)	0	(0.0)	
療養病床	1	(1.1)	1	(3.1)	
精神病床	4	(4.4)	2	(6.3)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(1.1)	0	(0.0)	
その他の病床	1	(1.1)	1	(3.1)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(3.1)	0.340
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	12	(13.8)	2	(6.5)	
その他の肺炎	6	(6.9)	2	(6.5)	
脳血管疾患	8	(9.2)	5	(16.1)	
心疾患	10	(11.5)	1	(3.2)	
悪性新生物	7	(8.0)	0	(0.0)	
消化器疾患	9	(10.3)	2	(6.5)	
骨折	4	(4.6)	4	(12.9)	
胃ろう、腸ろうの増設	2	(2.3)	0	(0.0)	
検査	6	(6.9)	2	(6.5)	
尿路感染症	2	(2.3)	0	(0.0)	
その他	21	(24.1)	13	(41.9)	0.232
2回目入院					
あり	12	(2.5)	3	(1.1)	0.182

表 II B-5 老健 クロス集計（入所前の居所での比較⑥）

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
初回退所					
あり	333	(68.1)	205	(73.2)	0.136
初回在宅復帰					
あり	86	(18.1)	137	(49.3)	<0.001
初回退所 退所先					
在宅	140	(43.9)	161	(79.3)	
介護老人保健施設	13	(4.1)	1	(0.5)	
特別養護老人ホーム	56	(17.6)	11	(5.4)	
介護医療院	1	(0.3)	1	(0.5)	
一般病床	95	(29.8)	25	(12.3)	
回復期リハビリテーション病棟	1	(0.3)	0	(0.0)	
療養病床	8	(2.5)	1	(0.5)	
精神病床	3	(0.9)	3	(1.5)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(0.3)	0	(0.0)	
その他	1	(0.3)	0	(0.0)	<0.001
初回退所 退所理由					
在宅復帰	86	(27.0)	135	(66.8)	
本人・家族の意向	126	(39.6)	37	(18.3)	
入院による一時的な退所	103	(32.4)	29	(14.4)	
その他	3	(0.9)	1	(0.5)	<0.001
退所後に再入所あり					
あり	31	(6.3)	32	(11.4)	0.013
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	125	(47.7)	68	(37.4)	0.031
食事の経口摂取不可					
あり	23	(4.7)	8	(2.9)	0.213
水分の経口摂取不可					
あり	21	(4.3)	7	(2.5)	0.201

表 II B-5 老健 クロス集計 (入所前の居所での比較⑦)

	入所前の居所				P値
	在宅以外		在宅		
	n	(%)	n	(%)	
死亡					
あり	36	(7.4)	10	(3.6)	0.033
肺炎死亡					
あり	7	(1.4)	6	(2.1)	0.466
死亡場所					
施設	31	(88.6)	9	(90.0)	
病院	3	(8.6)	1	(10.0)	
居宅	1	(2.9)	0	(0.0)	0.858
施設内見取り					
あり	31	(6.4)	9	(3.2)	0.060
死亡原因					
老衰	21	(61.8)	2	(20.0)	
肺炎	7	(20.6)	6	(60.0)	
悪性新生物	2	(5.9)	0	(0.0)	
心疾患	4	(11.8)	1	(10.0)	
その他	0	(0.0)	1	(10.0)	0.031
死亡以外の打ち切りあり					
あり	15	(3.1)	13	(4.6)	0.262

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較①)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	16	(9.0)	67	(10.9)	0.002
要介護2	27	(15.2)	155	(25.3)	
要介護3	40	(22.5)	159	(26.0)	
要介護4	55	(30.9)	143	(23.4)	
要介護5	40	(22.5)	82	(13.4)	
その他	0	(0.0)	6	(1.0)	
性別					
男性	60	(33.1)	228	(37.3)	0.313
女性	121	(66.9)	384	(62.7)	
年齢区分					
50,60歳代	16	(9.0)	36	(5.9)	0.067
70歳代	27	(15.2)	111	(18.2)	
80歳代	78	(43.8)	313	(51.3)	
90,100歳代	57	(32.0)	150	(24.6)	
入所前の居所					
在宅	25	(13.9)	253	(43.4)	<0.001
介護老人保健施設	5	(2.8)	9	(1.5)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	
介護医療院	0	(0.0)	1	(0.2)	
一般病床	38	(21.1)	176	(30.2)	
地域包括ケア病棟	40	(22.2)	42	(7.2)	
回復期リハビリテーション病棟	64	(35.6)	73	(12.5)	
療養病床	8	(4.4)	8	(1.4)	
精神病床	0	(0.0)	8	(1.4)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(0.2)	
その他	0	(0.0)	12	(2.1)	
入所前の居所分類					
在宅	25	(13.9)	253	(43.4)	<0.001
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	5	(2.8)	10	(1.7)	
一般病床	38	(21.1)	176	(30.2)	
その他の医療施設	112	(62.2)	132	(22.6)	
その他	0	(0.0)	12	(2.1)	
その他	0	(0.0)	12	(2.1)	
入所前連携相手職種					
管理栄養士	136	(76.8)	0	(0.0)	-
その他	38	(22.0)	0	(0.0)	-

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較②)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
介護報酬サービス算定 (複数回答可)					
経口移行加算	0	(0.0)	2	(0.4)	0.461
経口維持加算 I	50	(37.3)	143	(28.9)	0.063
経口維持加算 II	30	(22.4)	133	(26.9)	0.288
低栄養リスク改善加算	11	(8.2)	22	(4.5)	0.084
再入所時栄養連携加算	5	(3.7)	2	(0.4)	0.001
療養食加算	46	(34.3)	185	(37.4)	0.506
ターミナル加算	16	(11.9)	22	(4.5)	0.001
入所前後訪問指導加算 I	30	(22.4)	121	(24.5)	0.613
入所前後訪問指導加算 II	17	(12.7)	91	(18.4)	0.119
退所前訪問指導加算	11	(8.2)	67	(13.6)	0.096
退所後訪問指導加算	9	(6.7)	15	(3.0)	0.049
退所時情報提供加算	54	(40.3)	210	(42.5)	0.646
口腔衛生管理加算	18	(13.4)	64	(13.0)	0.884
その他の加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症					
あり	161	(89.4)	525	(86.1)	0.029
認知症高齢者の日常生活自立度					
I	13	(8.1)	64	(12.2)	
II a	25	(15.6)	87	(16.6)	
II b	45	(28.1)	122	(23.3)	
III a	39	(24.4)	180	(34.4)	
III b	20	(12.5)	29	(5.5)	
IV	17	(10.6)	34	(6.5)	
M	1	(0.6)	7	(1.3)	0.005
義歯の状態					
義歯をしている	97	(74.6)	350	(61.8)	0.006
低栄養状態のリスクレベル2区分					
低リスク	48	(27.6)	243	(40.2)	
中・高リスク	126	(72.4)	361	(59.8)	0.002
BMIカテゴリ (2区分)					
やせ (18.5kg/m ² 未満)	69	(38.1)	195	(32.3)	0.149
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	102	(73.4)	253	(61.9)	0.014
Alb3.0g/dl以下	53	(38.1)	111	(27.1)	0.015
褥瘡					
あり	7	(4.1)	11	(1.8)	0.086
栄養補給法					
経口のみ	173	(95.6)	591	(96.9)	
経腸栄養法	7	(3.9)	19	(3.1)	
静脈栄養法	1	(0.6)	0	(0.0)	0.162

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較③)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
食事摂取量					
75%以下	32	(18.5)	97	(16.5)	0.532
食事形態 (摂食・嚥下障害リスク)					
嚥下調整食 (主食または副食)	87	(50.0)	291	(50.1)	0.984
食事形態主食					
常食	92	(53.2)	322	(55.5)	
嚥下調整食	81	(46.8)	258	(44.5)	0.587
主食 嚥下調整食学会分類コード					
1j	7	(9.1)	4	(1.6)	
2-1	9	(11.7)	26	(10.1)	
2-2	3	(3.9)	14	(5.4)	
3	13	(16.9)	38	(14.8)	
4	45	(58.4)	175	(68.1)	0.020
食事形態副食					
常食	104	(59.8)	323	(55.1)	
嚥下調整食	70	(40.2)	263	(44.9)	0.278
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0j	0	(0.0)	1	(0.4)	
1j	11	(16.9)	6	(2.3)	
2-1	5	(7.7)	16	(6.1)	
2-2	3	(4.6)	45	(17.2)	
3	10	(15.4)	58	(22.2)	
4	36	(55.4)	135	(51.7)	<0.001
その他 (補助食品など)					
あり	27	(15.3)	100	(16.7)	0.655
水分のとりみ剤使用					
あり	51	(30.5)	119	(20.5)	0.006
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	18	(36.0)	48	(41.0)	
中間	22	(44.0)	59	(50.4)	
濃い	10	(20.0)	10	(8.5)	0.113

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較④)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
追跡期間中の状況					
体重減少(3か月)					
5%以上の体重減少/3か月	26	(20.5)	89	(20.9)	0.919
体重減少(6か月)					
10%以上の体重減少/6か月	20	(23.5)	65	(25.6)	0.704
要介護度変化					
改善	15	(8.6)	10	(1.7)	
維持	151	(86.8)	536	(91.0)	
悪化	8	(4.6)	43	(7.3)	<0.001
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	0	(0.0)	3	(0.5)	0.346
経口維持加算Ⅰ	54	(29.8)	164	(26.8)	0.415
経口維持加算Ⅱ	32	(17.7)	155	(25.3)	0.034
療養食加算	52	(28.7)	200	(32.6)	0.322
低栄養リスク改善加算	11	(6.1)	23	(3.8)	0.175
再入所時栄養連携加算	5	(2.8)	5	(0.8)	0.039
退所時等支援等加算	16	(8.8)	71	(11.8)	0.267
ターミナル加算	8	(4.4)	13	(2.1)	0.090
医療機関との情報連携(医療連携)					
あり	60	(33.1)	154	(25.1)	0.032
医療連携 連携先					
一般病床	19	(31.7)	64	(41.6)	
回復期リハビリテーション病棟	8	(13.3)	9	(5.8)	
療養病床	2	(3.3)	1	(0.6)	
精神病床	0	(0.0)	1	(0.6)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(1.7)	1	(0.6)	
その他	30	(50.0)	78	(50.6)	0.204

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)で比較⑤)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回入院					
あり	39	(21.5)	101	(16.5)	0.116
初回入院 入院先					
介護医療院	0	(0.0)	1	(1.0)	
一般病床	31	(91.2)	88	(88.9)	
回復期リハビリ病棟	1	(2.9)	0	(0.0)	
療養病床	1	(2.9)	1	(1.0)	
精神病床	1	(2.9)	5	(5.1)	
ホスピス・緩和ケア病棟	0	(0.0)	1	(1.0)	
その他の病床	0	(0.0)	2	(2.0)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(1.0)	0.597
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	3	(9.4)	11	(11.3)	
その他の肺炎	2	(6.3)	7	(7.2)	
脳血管疾患	5	(15.6)	9	(9.3)	
心疾患	4	(12.5)	7	(7.2)	
悪性新生物	4	(12.5)	4	(4.1)	
消化器疾患	5	(15.6)	7	(7.2)	
骨折	0	(0.0)	8	(8.2)	
胃ろう、腸ろうの増設	0	(0.0)	2	(2.1)	
検査	1	(3.1)	9	(9.3)	
尿路感染症	1	(3.1)	2	(2.1)	
その他	7	(21.9)	31	(32.0)	0.301
2回目入院					
あり	5	(2.8)	12	(2.0)	0.511

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較⑥)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回退所					
あり	113	(62.4)	436	(71.1)	0.026
初回在宅復帰					
あり	26	(15.1)	200	(33.0)	<0.001
初回退所 退所先					
在宅	43	(41.3)	260	(60.6)	
介護老人保健施設	4	(3.8)	9	(2.1)	
特別養護老人ホーム	14	(13.5)	52	(12.1)	
介護医療院	0	(0.0)	2	(0.5)	
一般病床	36	(34.6)	95	(22.1)	
回復期リハビリテーション病棟	1	(1.0)	0	(0.0)	
療養病床	5	(4.8)	4	(0.9)	
精神病床	1	(1.0)	5	(1.2)	
ホスピス・緩和ケア病棟	0	(0.0)	1	(0.2)	
その他	0	(0.0)	1	(0.2)	0.004
初回退所 退所理由					
在宅復帰	26	(25.0)	198	(46.4)	
本人・家族の意向	36	(34.6)	125	(29.3)	
入院による一時的な退所	41	(39.4)	102	(23.9)	
その他	1	(1.0)	2	(0.5)	0.001
退所後に再入所あり					
あり	16	(8.8)	49	(8.0)	0.715
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	44	(53.7)	147	(40.5)	0.030
食事の経口摂取不可					
あり	7	(3.9)	24	(3.9)	0.964
水分の経口摂取不可					
あり	4	(2.2)	24	(3.9)	0.274

表 II B-6 老健 クロス集計 (入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携 (入所前連携) で比較⑦)

	入所前連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
死亡					
あり	13	(7.2)	33	(5.4)	0.363
肺炎死亡					
あり	3	(1.7)	10	(1.6)	0.967
死亡場所					
施設	9	(75.0)	31	(93.9)	
病院	3	(25.0)	1	(3.0)	
居宅	0	(0.0)	1	(3.0)	0.064
施設内見取り					
あり	9	(5.0)	31	(5.1)	0.975
死亡原因					
老衰	7	(63.6)	16	(48.5)	
肺炎	3	(27.3)	10	(30.3)	
悪性新生物	0	(0.0)	2	(6.1)	
心疾患	1	(9.1)	4	(12.1)	
その他	0	(0.0)	1	(3.0)	0.835
死亡以外の打ち切りあり					
あり	1	(0.6)	28	(4.6)	0.011

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携(医療連携)で比較①)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
入所時直近の状況					
要介護度					
要介護1	22	(10.1)	63	(10.9)	0.495
要介護2	51	(23.5)	132	(22.8)	
要介護3	50	(23.0)	150	(25.9)	
要介護4	62	(28.6)	138	(23.8)	
要介護5	32	(14.7)	91	(15.7)	
その他	0	(0.0)	6	(1.0)	
性別					
男性	92	(42.4)	202	(34.6)	0.043
女性	125	(57.6)	381	(65.4)	
年齢区分					
50,60歳代	21	(9.7)	31	(5.4)	0.031
70歳代	42	(19.4)	101	(17.5)	
80歳代	110	(50.7)	282	(48.8)	
90,100歳代	44	(20.3)	164	(28.4)	
入所前の居所					
在宅	47	(21.8)	233	(42.1)	<0.001
介護老人保健施設	0	(0.0)	15	(2.7)	
特別養護老人ホーム	0	(0.0)	0	(0.0)	
介護医療院	1	(0.5)	0	(0.0)	
一般病床	95	(44.0)	120	(21.7)	
地域包括ケア病棟	12	(5.6)	70	(12.7)	
回復期リハビリテーション病棟	54	(25.0)	83	(15.0)	
療養病床	4	(1.9)	13	(2.4)	
精神病床	2	(0.9)	6	(1.1)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(0.2)	
その他	1	(0.5)	12	(2.2)	
入所前の居所分類					
在宅	47	(21.8)	233	(42.1)	<0.001
介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	1	(0.5)	15	(2.7)	
一般病床	95	(44.0)	120	(21.7)	
その他の医療施設	72	(33.3)	173	(31.3)	
その他	1	(0.5)	12	(2.2)	
入所前の居所との施設管理栄養士による情報連携(入所前連携)					
あり	60	(28.0)	121	(20.9)	0.032
入所前連携相手職種					
管理栄養士	42	(70.0)	94	(80.3)	0.123
その他	18	(30.0)	20	(17.7)	0.063

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較②)

	医療連携				P値
	あり n	(%)	なし n	(%)	
介護報酬サービス算定 (複数回答可)					
経口移行加算	0	(0.0)	2	(0.4)	0.378
経口維持加算 I	35	(19.8)	161	(35.3)	<0.001
経口維持加算 II	33	(18.6)	133	(29.2)	0.007
低栄養リスク改善加算	13	(7.3)	20	(4.4)	0.133
再入所時栄養連携加算	3	(1.7)	4	(0.9)	0.377
療養食加算	75	(42.4)	160	(35.1)	0.089
ターミナル加算	0	(0.0)	38	(8.3)	<0.001
入所前後訪問指導加算 I	77	(43.5)	76	(16.7)	<0.001
入所前後訪問指導加算 II	1	(0.6)	107	(23.5)	<0.001
退所前訪問指導加算	17	(9.6)	61	(13.4)	0.195
退所後訪問指導加算	2	(1.1)	22	(4.8)	0.029
退所時情報提供加算	106	(59.9)	160	(35.1)	<0.001
口腔衛生管理加算	2	(1.1)	80	(17.5)	<0.001
その他の加算	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症					
あり	178	(82.0)	514	(88.8)	<0.001
認知症高齢者の日常生活自立度					
I	21	(11.9)	56	(10.9)	
II a	27	(15.3)	85	(16.6)	
II b	45	(25.4)	126	(24.6)	
III a	62	(35.0)	159	(31.1)	
III b	11	(6.2)	38	(7.4)	
IV	11	(6.2)	40	(7.8)	
M	0	(0.0)	8	(1.6)	0.620
義歯の状態					
義歯をしている	124	(59.6)	326	(66.0)	0.108
低栄養状態のリスクレベル2区分					
低リスク	65	(30.7)	228	(39.9)	
中・高リスク	147	(69.3)	344	(60.1)	0.018
BMIカテゴリ (2区分)					
やせ (18.5kg/m ² 未満)	67	(31.3)	198	(34.4)	0.417
血清アルブミン値					
Alb3.5g/dl以下	110	(63.2)	247	(65.3)	0.627
Alb3.0g/dl以下	58	(33.3)	106	(28.0)	0.206
褥瘡					
あり	1	(0.5)	17	(3.0)	0.041
栄養補給法					
経口のみ	206	(95.4)	564	(97.1)	
経腸栄養法	10	(4.6)	16	(2.8)	
静脈栄養法	0	(0.0)	1	(0.2)	0.347

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較③)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
食事摂取量					
75%以下	40	(19.6)	90	(16.0)	0.233
食事形態 (摂食・嚥下障害リスク)					
嚥下調整食 (主食または副食)	121	(58.7)	261	(47.0)	0.004
食事形態主食					
常食	94	(46.8)	322	(57.7)	
嚥下調整食	107	(53.2)	236	(42.3)	0.008
主食 嚥下調整食学会分類コード					
1j	3	(2.8)	8	(3.5)	
2-1	8	(7.5)	27	(11.7)	
2-2	1	(0.9)	16	(6.9)	
3	13	(12.1)	39	(16.9)	
4	82	(76.6)	141	(61.0)	0.035
食事形態副食					
常食	105	(51.0)	324	(57.9)	
嚥下調整食	101	(49.0)	236	(42.1)	0.089
副食 嚥下調整食学会分類コード					
0t	0	(0.0)	1	(0.4)	
1j	6	(5.9)	11	(4.8)	
2-1	8	(7.9)	13	(5.7)	
2-2	0	(0.0)	49	(21.4)	
3	21	(20.8)	47	(20.5)	
4	66	(65.3)	108	(47.2)	<0.001
その他 (補助食品など)					
あり	23	(11.1)	104	(17.6)	0.027
水分のとりみ剤使用					
あり	52	(25.2)	120	(21.9)	0.329
水分のとりみ剤使用有段階					
うすい	20	(39.2)	46	(39.0)	
中間	26	(51.0)	57	(48.3)	
濃い	5	(9.8)	15	(12.7)	0.858

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較④)

	医療連携				P値
	あり n	(%)	なし n	(%)	
追跡期間中の状況					
体重減少 (3か月)					
5%以上の体重減少/3か月	24	(16.6)	92	(22.3)	0.141
体重減少 (6か月)					
10%以上の体重減少/6か月	18	(28.1)	68	(24.5)	0.542
要介護度変化					
改善	11	(5.1)	14	(2.5)	
維持	184	(85.2)	509	(91.9)	
悪化	21	(9.7)	31	(5.6)	0.020
介護報酬サービス算定					
経口移行加算	0	(0.0)	3	(0.5)	0.290
経口維持加算Ⅰ	46	(21.2)	175	(30.0)	0.014
経口維持加算Ⅱ	43	(19.8)	147	(25.2)	0.113
療養食加算	90	(41.5)	166	(28.4)	<0.001
低栄養リスク改善加算	12	(5.5)	22	(3.8)	0.271
再入所時栄養連携加算	4	(1.8)	6	(1.0)	0.355
退所時等支援等加算	25	(11.5)	62	(10.8)	0.779
ターミナル加算	0	(0.0)	21	(3.6)	0.005
医療連携 連携先					
一般病床	83	(38.2)	0	(0.0)	
回復期リハビリテーション病棟	17	(7.8)	0	(0.0)	
療養病床	3	(1.4)	0	(0.0)	
精神病床	1	(0.5)	0	(0.0)	
ホスピス・緩和ケア病棟	2	(0.9)	0	(0.0)	
その他	111	(51.2)	0	(0.0)	-

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑤)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回入院					
あり	29	(13.4)	111	(19.0)	0.062
初回入院 入院先					
介護医療院	0	(0.0)	1	(1.0)	
一般病床	24	(85.7)	95	(90.5)	
回復期リハビリ病棟	1	(3.6)	0	(0.0)	
療養病床	1	(3.6)	1	(1.0)	
精神病床	1	(3.6)	5	(4.8)	
ホスピス・緩和ケア病棟	0	(0.0)	1	(1.0)	
その他の病床	1	(3.6)	1	(1.0)	
有床診療所	0	(0.0)	1	(1.0)	0.462
初回入院 入院理由					
誤嚥性肺炎	7	(25.0)	7	(6.9)	
その他の肺炎	1	(3.6)	8	(7.9)	
脳血管疾患	3	(10.7)	11	(10.9)	
心疾患	5	(17.9)	6	(5.9)	
悪性新生物	1	(3.6)	7	(6.9)	
消化器疾患	2	(7.1)	10	(9.9)	
骨折	1	(3.6)	7	(6.9)	
胃ろう、腸ろうの増設	1	(3.6)	1	(1.0)	
検査	1	(3.6)	9	(8.9)	
尿路感染症	0	(0.0)	3	(3.0)	
その他	6	(21.4)	32	(31.7)	0.126
2回目入院					
あり	7	(3.2)	10	(1.7)	0.187

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑥)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
初回退所					
あり	194	(89.4)	359	(61.5)	<0.001
初回在宅復帰					
あり	77	(35.6)	150	(26.4)	<0.001
初回退所 退所先					
在宅	116	(60.1)	189	(54.9)	
介護老人保健施設	3	(1.6)	11	(3.2)	
特別養護老人ホーム	31	(16.1)	36	(10.5)	
介護医療院	1	(0.5)	1	(0.3)	
一般病床	30	(15.5)	101	(29.4)	
回復期リハビリテーション病棟	1	(0.5)	0	(0.0)	
療養病床	8	(4.1)	1	(0.3)	
精神病床	2	(1.0)	4	(1.2)	
ホスピス・緩和ケア病棟	1	(0.5)	0	(0.0)	
その他	0	(0.0)	1	(0.3)	<0.001
初回退所 退所理由					
在宅復帰	77	(40.1)	148	(43.1)	
本人・家族の意向	78	(40.6)	85	(24.8)	
入院による一時的な退所	35	(18.2)	108	(31.5)	
その他	2	(1.0)	2	(0.6)	<0.001
退所後に再入所あり					
あり	31	(14.3)	34	(5.8)	<0.001
退所時等支援等加算を算定しない連携の実施					
あり	113	(64.6)	82	(29.9)	<0.001
食事の経口摂取不可					
あり	3	(1.4)	28	(4.8)	0.028
水分の経口摂取不可					
あり	0	(0.0)	28	(4.8)	0.001

表 II B-7 老健 クロス集計 (入所期間中の医療機関との情報連携 (医療連携) で比較⑦)

	医療連携				P値
	n	あり (%)	n	なし (%)	
死亡					
あり	5	(2.3)	41	(7.0)	0.011
肺炎死亡					
あり	2	(0.9)	11	(1.9)	0.336
死亡場所					
施設	3	(60.0)	37	(92.5)	
病院	1	(20.0)	3	(7.5)	
居宅	1	(20.0)	0	(0.0)	0.010
施設内見取り					
あり	3	(1.4)	37	(6.3)	0.004
死亡原因					
老衰	2	(40.0)	21	(53.8)	
肺炎	2	(40.0)	11	(28.2)	
悪性新生物	0	(0.0)	2	(5.1)	
心疾患	1	(20.0)	4	(10.3)	
その他	0	(0.0)	1	(2.6)	0.890
死亡以外の打ち切りあり					
あり	1	(0.5)	29	(5.0)	0.003

Ⅲ 訪問インタビュー調査

目的

介護保険施設においては、栄養ケア・マネジメントが効果的・効率的に実施できる体制や取り組みのあり方の検討が求められている。本研究においては、施設入所者の生活機能の維持をめざすことを共通の目的とし、介護老人福祉施設（以下、特養）においては入院を抑制し経口維持による安寧な看取りを、介護老人保健施設（以下、老健）においては在宅復帰の推進をめざした栄養ケア・マネジメントの効果的、効率的な在り方について、個別の利用者に対して後ろ向きの実態調査が行われているところである。そこで、本「Ⅲ 訪問インタビュー調査」では、「Ⅱ 利用者個別調査」の研究協力施設の担当スタッフを対象として、今後の栄養ケア・マネジメントやその関連加算の体制や取り組みの見直しにあたって体制や手順に関する要望や留意点を把握し、本研究における総括的な考察、提言や研修教材の作成に活用することを目的とした。

方法

1) 対象施設及び対象

本調査では、本研究における「Ⅱ」の調査対象施設として実際に調査にご協力いただき、かつ利用者の栄養ケア・マネジメントへの取り組みが明らかに先駆的に実践されていると考えられた施設を選定し、訪問インタビューを実施した。インタビュー回答者は、特養4施設、老健3施設の計6か所の施設長あるいは施設長が依頼した施設管理者及び栄養ケア・マネジメントを担当する管理栄養士の計12名であった。

調査対象となった特養の概要

	所在地	入所定員	常勤管理栄養士数
特養A	神奈川県	160人	3名
特養B	千葉県	110人 (短期入所10人)	2名
特養C	千葉県	50人	2名
特養D	千葉県	特養2施設 (90人、60人)	2名

調査対象となった老健の概要

	所在地	ベッド数	常勤管理栄養士数
老健A	京都府	100床	5名 (内：老健2名・通所1名)
老健B	神奈川県	100床	1名
老健C	神奈川県	130床	2名

2) インタビューの方法

施設長（あるいは施設長が依頼した施設管理者）及び栄養ケア・マネジメントを担当する常勤管理栄養士に対して依頼状及び説明書、同意書、同意撤回書を郵送した。インタビュー回答者は施設常勤管理栄養士であるが、必要に応じて施設長、事務長、その他の管理職からも意見を聴取した。調査への協力は施設管理者及びインタビューに協力する各スタッフの自由な意志に任せられ、依頼状等に同封した封筒を用いて同意書を回収した。同意を得られた回答者には、本研究の調査委員会委員である管理栄養士あるいは医師がインタビューガイドに沿って2時間程度のインタビューを行った（訪問見学も含めて4時間程度の滞在）。インタビューを担当した委員は、質問ごとにその概要の作成を行い、委員会に提示し他の委員の意見を募った。

インタビュー・ガイド

【1】挨拶及びインタビューアの自己紹介

【2】目的の説明：

介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究：

個別調査にご協力頂き感謝する。本インタビューは、推薦によって選定された施設長（あるいは施設長に依頼された管理者）及び栄養ケア・マネジメント担当の管理栄養士の方に、今後、栄養ケア・マネジメント及び関連のサービスの制度（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）、医療連携についての体制や手順を検討するにあたっての要望を伺い、本研究の報告書における考察や、スタッフへのコンサルテーションや研修を含め栄養ケア・マネジメント体制や取り組みのあり方について提言や研修教材の作成に活用することを目的としている。

【3】事前の説明と同意の確認

以下のことを説明する。

- ・同意書をすでに頂いているがいつでも撤回し中止することができること
- ・これからインタビューのための説明をしてよいかの確認
- ・インタビューは、録音させて頂き、神奈川県立保健福祉大学においてID番号を付与され匿名化されること
- ・その後、個人情報取り扱いについて遵守することに同意した委託業者が録音から逐語録が作成されること
- ・インタビュー時間は1時間程度であること
- ・インタビューには、個別の対象者や入居者に関する内容は含まれていないこと
- ・万が一、録音内容に個人名が録音された場合には逐語録作成時に削除されること
- ・インタビューの逐語録からはその概要の表が委員によって作成され公表されるが、逐

語録がそのまま研究報告書やホームページに公表されることはないこと。

- ・再度、インタビューをこれから始めてよいかを確認すること

【4】インタビュー・ガイド

- ・はじめに、本研究の目的を説明する。
- ・次の項目の順に問いかける

- ①今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見した調査研究についての感想
- ②管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見
- ③今後の医療連携についての要望や意見
- ④今後の研修についての要望や意見
- ⑤その他の要望や意見、感想等

3) 本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査会の承認を得て行った（保大 17-30）。

結果

1) 特養に関するインタビュー結果（まとめ）

質問1) 今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見

- 栄養関係の介護報酬上の加算は可能な限り算定しているが、業務量が膨大で全てに対応できない。
- 加算を算定すると業務の負担の増加が大きすぎる場合、算定しないようにすることもあ
る。加算で得られる収入が加算に関連する手続きの手間に見合わない。
- 栄養を含むすべてのサービスがスタンダードになることが重要であり、どれかができて
いなかったら減額という報酬評価が必要。
- 様々なサービスで加算の額が違うので、手間を考えると現場は金額の多いものから優先
しがちである。
- 栄養マネジメント加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。
- 経口移行加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。看護師が難色を
示すと実施困難。言語聴覚士が必要であるが配置されていない。書類作成は容易である
が、リスクが高いので家族の意向を確認しながら無理のないよう進める必要があり算定
しにくい場合が多い。

- 経口維持加算について：他部署との時間調整が大変であるが、他部署の意識が高まっております意義がある。書類管理は大変であり、特に監査でプラン内容に変更がなく継続する場合でも毎月家族の同意が必要と指摘され、家族にとっても負担になっている。
- 低栄養リスク改善加算について：低栄養の高リスク者に週5日のミールラウンドが要件になるので、利用者にかかる時間が足りなくなる。経口維持加算に比べて費用対効果が悪い。必要な加算であるが点数をあげるか緩和してほしい。褥瘡マネジメント加算と一緒に算定できないが調整がしにくいので、褥瘡マネジメント加算との併算定は減算での算定とかにしてほしい。
- 再入所時栄養連携加算について：入院によって食形態の変化があった者が現行の算定要件であるが、対象者が限定されてしまうので低栄養の者についての医療施設との情報連携が困難になっている。

質問2) 管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）

- 栄養への取り組みは、加算への対応だけでなく、社会福祉法人として経営の一環として考えている。
- 現在の利用者数からすると、ミールラウンドや一人一人に目を向けることが1人ではできないと思う。もっと常勤管理栄養士がいてもよい。
- 1人体制だと、病気・退職等でいない時には対応ができない。
- 管理栄養士の2人配置によって専門職として対応すべきことに対応できるようにはなかった。
- 思いや手順、事業の継承のためには1人では困難で、少なくとも年代が違う2人が必要。
- 管理栄養士の2人配置によって専門職として対応すべきことに対応できるようにはなかった。
- 本法人経営の基本方針である。従来は、施設の常勤管理栄養士は100床に1名の配置であったが、栄養マネジメント関連加算が増えてきたので法人に栄養管理の重要性の認知が高まり、施設の常勤管理栄養士を50床に1名配置とすることによって適切な栄養管理が提供できるようにすることを目指すようになった。
- 法人として給食は直営を方針としているので、最低でも50床に1名、別に給食にも1名とし、常時複数名の管理栄養士がいるようになった。
- 法人は女性職員に対して出産・育休への対応やその後の時短勤務などのワークライフバランスを重視し、長期的に働いてもらうための制度を充実させていることも理由のひとつ。
- 他職種に栄養の必要性や栄養的な視点でのケアを啓発する刺激になっている。
- 2人いることで、特養だけでなく通所やショートステイなどすべてに対応できている。
- 当初は直営だったので、管理栄養士を採用すれば管理と調理の両方を担当できると思われていた部分もあると思う。

- 少なくとも施設の稼働率には良い効果をだしている。喫食率も高い方だと思う。特に通所では利用者間の情報網は強く、食事おいしいことで利用される方もいる。

質問3) 今後の医療連携についての要望や意見

- 県の脳卒中地域連携で、急性期・慢性期・リハビリテーション・特養などが連携することになっている。連携パスのシート（別紙）があるので、それに記載することで入退院時の連絡がとれている。退院時カンファレンスなどに参加することもある。
- 県の医療連携のシートを使用している。基本的には入退院時には病院に出向いている。
- 栄養情報は診療情報提供書からもらうことが多いが、診療情報提供書が病院ごとで違うので統一してほしい。また、食事摂取量が書かれていないことが多く、実際出されていた食事の情報しかないのは困る。栄養情報の医療機関との連携は相談員を通じて行っている。
- 入所前の情報は、看護師を通じて、あるいはリハビリテーションからの情報に食事形態が入って提供してもらっている。病院側のゴールは施設に戻るときに入院前の状態までもどすことであるので相互の情報連携が必要である。
- 病院側の報酬はわからないが入院時栄養情報連携加算の400単位は少ない。

質問4) 今後の研修についての要望や意見

- 栄養ケアについては大学で学んだが、嚥下機能低下や看取りなど高齢者について専門的な部分はわからなかったので研修は重要。
- 加算算定に関する研修、特に経口維持加算はもう少し詳しいものが必要である。
- 介護報酬改定の最初だけではなく、Q&Aというような形で研修を継続して実施してほしい。
- 介護報酬に関する通知文章をしっかりと読む研修をしてほしい。これによって理解度に差が出る。
- 監査員に対する研修をしてほしい。地方によって多少解釈がちがうので混乱がおきている。

質問5) その他の要望や意見 感想等

- 高級なレストランでは食事の時にシェフなどが様子を聞きにくるのと同じように、管理栄養士がミールラウンドをして好みや栄養状態、食事への希望を把握することは当然である。食事は命をつかさどるもので、人の三大欲求の1つでもある。それを維持するためにも、多職種との連携を含めた管理栄養士の活動は必要である。
- 法人グループ全体として経営上の採算はとれるが、単独の施設は経営上難しい部分がある。
- 常勤管理栄養士の複数配置については人員基準等を改正して制度によって支援をしてもらいたい。

<参考>各施設におけるインタビュー結果

特養A 調査結果

<p>施設概要</p>	<p>神奈川県 入所定員 160 人 常勤管理栄養士配置数 3 名 併設通所介護：定員 20 名</p>
<p>今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見</p>	<p>○経口移行加算：看護師が難色を示すと実施困難。言語聴覚士が必要であるが配置されていない。書類作成は容易であるが、リスクが高いので、家族の意向を確認しながら無理のないよう進める必要があり算定しにくい場合が多い。</p> <p>○経口維持加算：他部署との時間調整が大変であるが、他部署の意識が高まっており意義がある。書類管理は大変であり、特に監査でプラン内容に変更がなく継続する場合でも、毎月家族の同意が必要と指摘され、家族にとっても負担になっている。</p> <p>○低栄養リスク改善加算：低栄養の高リスク者に週5日のミールラウンドが要件になるので、利用者にかかる時間が足りなくなる。経口維持加算に比べて費用対効果が悪い。必要な加算であるが、点数をあげるか緩和してほしい。褥瘡マネジメント加算と一緒に算定できないが調整がしにくいので、褥瘡マネジメント加算との併算定は減算での算定とかにしてほしい。</p> <p>○再入所時栄養連携加算：入院によって食形態の変化があった者が現行の算定要件であるが、対象者が限定されてしまうので、低栄養の者についての、医療施設との情報連携が困難になっている。</p>
<p>管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）</p>	<p>○本法人経営の基本方針である。従来は、施設の常勤管理栄養士は100床に1名の配置であったが、栄養マネジメント関連加算が増えてきたので、法人に栄養管理の重要性の認知が高まり、施設の常勤管理栄養士を50床に1名配置とすることによって、適切な栄養管理が提供できるようにすることを目指すようになった。</p> <p>○法人として給食は直営を方針としているので、給食のフォローにも常勤管理栄養士が入るが、100床に1名の配置では緊急時に対応できないため、最低でも50床に1名、給食にも1名とし、常時複数名の管理栄養士がいるようになった。</p> <p>○法人は女性職員に対して出産・育休への対応や、その後の時短勤務などのワークライフバランスを重視し、長期的に働いてもらうための制度を充実させていることも理由のひとつ。</p>

<p>管理栄養士2名配置のメリット (2名配置されていないデメリット)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士の負担が軽減し、個々の利用者を丁寧に見ることが出来るようになった。 ○緊急のショートステイ、急な体調の悪化の対応など、緊急対応のスピードがアップした。 ○個々の利用者について検討する回数が単純に増えることで栄養の質は上がっている ○担当性になったので、担当以外の利用者の情報がわからないということがある。 ○他部署から相談したいときに各階のケアセンターに管理栄養士がいるので、相談しやすく急な対応が早くできるようになったと言われる。 ○ミールラウンドの回数を増やせたことは大きなメリットである。 ○管理栄養士の能力レベルの基準がずれると栄養ケアの質に問題がおこる。
<p>今後の医療連携についての要望や意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士が病院と直接連絡をとることが現在のところはない。 ○栄養情報は、診療情報提供書からもらうことが多いが、診療情報提供書が病院ごとで違うので統一してほしい。また、食事摂取量が書かれていないことが多く、実際出されていた食事の情報しかないのは困る。栄養情報の医療機関との連携は相談員を通じて行っている。 ○入所前の情報は、看護師を通じて、あるいはリハビリテーションからの情報に食事形態が入って提供してもらっている。病院側のゴールは、施設に戻るときに入院前の状態までもどすことであるので、相互の情報連携が必要である。 ○医療連携については、他の職種を介するのではなく、管理栄養士による栄養情報連携の体制を目指していきたい。
<p>今後の研修についての要望や意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○加算算定に関する研修、特に経口維持加算はもう少し詳しいものが必要である。 ○介護報酬改定の最初だけではなく、Q&A というような形で研修を継続して実施してほしい。 ○介護報酬に関する通知文書をしっかり読む研修をしてほしい。これによって理解度に差が出る。 ○監査員に対する研修をしてほしい。地方によって多少解釈がちがう

	ので混乱がおきている。
その他の要望や意見・感想等	<p>○法人グループ全体として経営上の採算はとれるが、単独の施設は経営上難しい部分がある。</p> <p>○常勤管理栄養士の複数配置については、人員基準等を改正して、制度によって支援をしてもらいたい。</p>

特養B 調査結果

施設概要	<p>千葉県</p> <p>入所定員 110 人＋短期入所 10 人</p> <p>管理栄養士常勤配置数：2 名（うち 1 名は管理者兼務）</p> <p>併設通所介護：1 日 35 名</p>
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス、療養食加算、管理栄養士の配置数)等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見	<p>○栄養関係の介護報酬上の加算は、可能な限り算定しているが、業務量が膨大で、全てに対応できない。</p> <p>○要望や意見は特にない。</p>
管理栄養士の 2 人体制ができた理由や経緯(あるいはできない理由や経緯)	<p>【施設長】</p> <p>○特養が主体であり、収益が確保できていたので、どの職種を採用するかシビアな比較は必要なかった。</p> <p>○管理栄養士の 2 人配置によって専門職として対応すべきことに対応できるようにはなった。前任者の負担としては新人の指導があり、負担は増えているが、他職種をうまく巻き込んでいる。</p> <p>○1 人体制だと、病気・退職等でいない時には対応できない。</p>
今後の医療連携についての要望や意見	<p>【看護師】</p> <p>○利用者が退院時には、できるだけ病院に向いて情報を収集している。</p> <p>【施設長】</p> <p>○以前より看取りなどを含めた対応をしていた病院の医師が、入院中にアルブミン値や体重の低下があっても、この施設に来れば戻る</p>

	からと話している。
今後の研修についての要望や意見	○現状で対応している。
その他の要望や意見・感想等	○特にない。

特養C 調査結果

施設概要	千葉県 入所定員 50 人 管理栄養士常勤配置数：2 名 併設通所介護：1 日 10 名
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス、療養食加算、管理栄養士の配置数) 等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見	○栄養関係の介護報酬上の加算については、可能な限り算定している。 ○要望や意見については、特記するものはない。
管理栄養士の 2 名体制ができた理由や経緯(あるいはできない理由や経緯)	【施設長】 ○特養が主体であり、収益が確保できていたので、どの職種を採用するかシビアな比較は必要なかった ○管理栄養士の 2 人配置によって専門職として対応すべきことに対応できるようにはなった。前任者の負担としては新人の指導があり、負担は増えているが、他職種をうまく巻き込んでいる。 ○1 人体制だと、病気・退職等でいない時には対応ができない。
今後の医療連携についての要望や意見	○県の脳卒中地域連携で、急性期・慢性期・リハビリテーション・特養などが連携することになっている。連携パスのシート(別紙)があるので、それに記載することで、入退院時の連絡がとれている。退院時カンファレンスなどに参加することもある。
今後の研修についての要望や意見	○特記することは特にない。

見	
その他の要望や意見・感想等	○特にない。

特養D 調査結果

施設概要	千葉県 特養2施設 入所定員 90+60 人、ショートステイ 20 人 管理栄養士常勤配置数：2 名 併設通所介護：35 名
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見	<p>【管理栄養士】</p> <p>○管理栄養士は、栄養関連の加算はできるだけ算定して収益を得ていることを説明しているが、経営上は施設全体での収支で検討されている。</p> <p>【常務理事】</p> <p>○加算を算定すると業務の負担の増加が大きすぎる場合、算定しないようにすることもある。加算で得られる収入が、加算に関連する手続きの手間に見合わない。</p> <p>○栄養を含むすべてのサービスがスタンダードになることが重要であり、どれかができていなかったら減額という報酬評価が必要。</p> <p>○様々なサービスで加算の額が違うので、手間を考えると現場は金額の多いものから優先しがちである。</p>
管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）	<p>【常務理事】</p> <p>○施設の増設により利用者の増員を見込んで2人にした。</p> <p>○前任者を評価して、前任者がやりたいことを、きちんとやるには1人では難しかった。管理者としては、すべての職種が、思うことをきちんとできる体制整備が必要。</p> <p>○思いや手順、事業の継承のためには1人では困難で、少なくとも年代が違う2人が必要。</p> <p>○他職種に栄養の必要性や栄養的な視点でのケアを啓発する刺激になっている。</p> <p>○2人いることで、特養だけでなく、通所やショートステイなどすべてに対応できている</p> <p>○栄養への取り組みは、加算への対応だけでなく、社会福祉法人として、経営の一環として考えている</p>

	<p>○当初は直営だったので、管理栄養士を採用すれば、管理と調理の両方を担当できると思われていた部分もあると思う。</p> <p>○少なくとも施設の稼働率には良い効果をだしている。喫食率も高い方だと思う。特に通所では、利用者間の情報網は強く、食事がおいしいことで利用される方もいる。</p> <p>【施設長】</p> <p>○現在の利用者数からすると、ミールラウンドや一人一人に目を向けることが1人ではできないと思う。もっと常勤管理栄養士がいてもよい。</p>
今後の医療連携についての要望や意見	<p>○病院側の報酬はわからないが、入院時栄養情報連携加算の400単位は少ない。</p> <p>○県の医療連携のシートを使用している。基本的には、入退院時には病院に出向いている。</p>
今後の研修についての要望や意見	<p>○新卒で就職し、臨床栄養師研修によって他の病院での研修できたことが勉強になった</p> <p>○栄養ケアについては、大学で学んだが、嚥下機能低下や看取りなど高齢者について専門的な部分はわからなかった。</p> <p>○ケアワーカーの方が卒後の研修などが充実しているように思う。</p>
その他の要望や意見・感想等	<p>【常務理事】</p> <p>○高級なレストランでは食事の時にシェフなどが、様子を聞きにくるのと同じように、管理栄養士がミールラウンドをして、好みや栄養状態、食事への希望を把握することは当然である。食事は、命をつかさどるもので、人の三大欲求の1つでもある。それを維持するためにも、多職種との連携を含めた管理栄養士の活動は必要である。</p>

2) 老健に関するインタビュー結果 (まとめ)

質問1) 今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見

- 栄養マネジメント加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。
- ・ミールラウンドでは多職種間での事前調節、情報の共有、書類作成、ラウンド後の栄養対応等々、仕事量は莫大である。

- ・算定とは関わらず、医療法人内の病院を退院後に新規・再入所するケースについては、入院中の様子を見るミールラウンドに参加している。
- ・要望として、管理栄養士1人配置では無理であるので改善してほしい。加算算定のためのご家族の同意書への署名は3か月ごとでなく、大きな食事の変更がなければ6か月ごとにしてほしい。
- 経口移行加算について：インタビューしたすべてに施設が算定していた。実施するためには施設内に栄養ケアチームが組織化されていることが前提である。
- 経口維持加算について：算定はできるが、対象者増加はそのまま管理栄養士の業務量増大となり、何よりも管理栄養士の配置状況により、対応できる件数が制限されている。要望として、算定条件の見直し及び300単位を倍増してほしい。
- 再入所栄養連携加算について：算定条件が厳しく算定件数はわずかである。未算定の理由は、栄養指導・カンファレンスの時間に合わせることは難しいため。
- 低栄養リスク改善加算について：月300単位に過ぎないにもかかわらず経口移行加算・経口維持加算と併算定できないし、褥瘡マネジメント加算とも同様であるため経口移行加算・経口維持加算の算定が優先される傾向がある。
- 再入所時栄養連携加算について：食事形態の変更に係わらず医療機関へ出向き栄養の情報を得る加算として頂けると迅速な対応ができる。また加算算定に関する書類の簡素化を望む。

質問2) 管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）

- 管理栄養士1人配置でできるのは、経験豊富で極めて優秀な管理栄養士が1人で頑張ってくれているので、それについつい甘えてしまっているのが現状だ。
- 厚生労働省の基準でご利用者100人に対し2名という枠がどの老健でも一律でなく、在宅復帰強化型・超強化型などの頑張っている老健の基準を複数配置にしてもらえないか。他の法人が管理栄養士2名体制にしない理由は、配置基準であるので基準を見直すことが必要。
- 当法人は、給食直営であり、給食管理・栄養管理の両方に管理栄養士数の多い配置となっているが、複数配置が可能かどうかは、結局、経営者次第ではないか。
- 給食管理と栄養管理の業務は全く内容が違うことを理解し常勤管理栄養士の複数配置をもとめる。
- 配置基準は施設の給食規模でなく、栄養ケア・マネジメントの取り組み基準に変更する必要がある。利用者150名に対し管理の管理栄養士3名になると、様々な多職種の加算にも介入でき訪問も可能になる。

質問3) 今後の医療連携についての要望や意見

- 入院するケースには老健からの栄養情報提供書を活用しているので、逆に老健から病院

に入院する場合、診療報酬同様に介護保険でも医療と同様に栄養情報の提供に関する算定ができるとよい。

- 医療機関からの栄養情報が頂けると迅速に栄養介入につなげられる。
- 病院から送られてくる情報の質がばらばらであるので統一してほしい。

質問4) 今後の研修についての要望や意見

- 月に1回とか年3回とかで発表や論文作成を目的とした研修会が出来ると、独りよがりにならず多職種に認められる症例発表や論文作成につながると考え要望したい。
- 日本栄養士会に日本健康・栄養システム学会が協力して開催された厚生労働省の交付金によるモデル研修事業「令和元年度管理栄養士専門分野別人材育成事業 栄養ケア・マネジメント指導者研修 Step1」のような研修会が頻繁に開催されることを希望する。
- 摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士の育成が重要になる。
- 現場の施設栄養士は1～2名の配置が多いため多忙で上記の資格の為の症例発表まで手が回らない。
- 研修会・講習会があれば是非参加し、積極的に発表し管理栄養士の必要意義を訴えていきたい。

質問5) その他の要望や意見 感想等

- 在宅復帰・在宅療養支援機能に関する評価に対する算定要件には、項目の⑥リハ専門職の配置割合、⑦支援相談員の配置割合がある。管理栄養士の配置割合が追記されると管理栄養士も複数配置に拍車がかかると思う。
- 管理栄養士が考える管理栄養士の体制と、施設管理者が考える管理栄養士の体制に大きなギャップがあることを再認識した。異口同音に「栄養は大切、食事は大切」と言われる一方で、介護保険施設では今もなお一人職種で苦戦を強いられている。
- 「知っています」とは答えるが「実践しています」は一部の方々である。
- 仕事に幅を広げるには経験と表現力が必要である。両方を兼ね備えていかなければ施設で必要な職種と認めてもらえないのではと考え四苦八苦している。

<参考>各施設におけるインタビュー結果

老健A 調査結果

施設概要	京都府 入所 100 床 管理栄養士常勤配置数 5 名（老健 2 名・通所 1 名・給食 2 名） 併設通所：250 名
今後の栄養ケア・マネジメント及	○経口移行加算、経口維持加算：栄養ケアチームでの介入がスムーズにできている。

<p>び関連のサービス等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見</p>	<p>○低栄養リスク改善加算：月 300 単位に過ぎないのにもかかわらず経口移行加算・経口維持加算と併算定できないし、褥瘡マネジメント加算とも同様であるため、経口移行加算・経口維持加算の算定が優先される傾向がある。ただし、新規の入所や再入所時だけ算定可能なのでチームの調整が難しい。要望としては、算定条件の見直し、および 300 単位を倍増してほしい。</p> <p>○再入所栄養連携加算：未算定の理由は、栄養指導・カンファレンスの時間に合わせることは難しいため。その理由は、再入所時だけ算定可能であり、期間も限られているのでチームの調整が現実的に困難である。</p> <p>○算定とは関わらず、医療法人内の病院を退院後に新規・再入所するケースについては、入院中の様子を見るミールラウンドに参加している。</p>
<p>管理栄養士の 2 名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）</p>	<p>○当法人は、給食直営であり、給食管理・栄養管理の両方に管理栄養士数の多い配置となっている。入所・退所がほぼ毎日 2～3 名ある超強化型老健であり、入所時からチームとして関わるため、50：1 で担当の常勤管理栄養士を配置している。</p> <p>○当医療法人理事長は高齢者の栄養状態に高い関心があり、医師の多くも高齢の入院患者や老健施設入所者に対し栄養状態の確認や改善に取り組んでいる。このようなことから病院でも老健施設でも、管理栄養士の業務に理解もあり、職員の配置についても積極的であり、管理栄養士の採用、研修などについて積極的である。他の施設はわからないが、やはり経営者の考え方が、大きいのではないかと思う。</p>
<p>今後の医療連携についての要望や意見</p>	<p>○入院するケースには老健からの栄養情報提供書を活用しているので、逆に老健から病院に入院する場合、診療報酬同様に介護保険でも医療と同様に栄養情報の提供に関する算定ができるとよい。</p>
<p>今後の研修についての要望や意見</p>	<p>○教育・研修は大事であるので今後とも積極的に参加したい。</p> <p>○ケアマネジャーと管理栄養士との連携がまだ不十分である。上手くできている施設での取り組み等を参考にできる研修を要望する。</p>

施設概要	<p>神奈川県 100床 完全ユニット型個室運営 管理栄養士常勤配置数1名 併設通所：1か月の利用約110名、一日の利用約30名 在宅復帰超強化型</p>
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）等の体制や取り組み方の検討にあたっての要望や意見	<p>○再入所栄養連携加算：食事形態の変更に係わらず医療機関へ出向き栄養の情報を得る加算として頂けると迅速な対応ができる。また、加算算定に関する書類の簡素化を望む。</p> <p>【施設長】</p> <p>○老健の医師も本来の仕事以外の仕事が多く、管理栄養士も同様である。ミールラウンドでは多職種間での事前調節、情報の共有、書類作成、ラウンド後の栄養対応等々、仕事量は莫大である。管理栄養士の仕事量の定量をしてみたらどうか。</p>
管理栄養士の2名体制ができないう理由や経緯	<p>【事務長】</p> <p>○限られた報酬の中でどう人を配置するのは重要。例えば、セラピストの配置基準は3名であるが、当施設は在宅復帰超強化型なので8名はいないと回転しない。全体のバランスを考えると、管理栄養士の配置基準（100人に1人以上）はクリアできており、（頑張ってくれているおかげで）支障をきたしていないので甘えてしまっているというのが本音。決して栄養を軽んじているわけではなく、国の仕組みがそのようなになっている。つまり、経験豊富で極めて優秀な管理栄養士が1人で頑張ってくれているので、それについて甘えてしまっているのが現状だ。</p> <p>【療養長】</p> <p>○厚生労働省の基準でご利用者100人に対し1名という枠がどの老健でも一律でなく、在宅復帰強化型・超強化型などの頑張っている老健の基準を複数配置にしてもらうなど栄養業界でも厚労省に働きかけたらどうか。</p>
今後の医療連携についての要望	<p>○医療機関からの栄養情報が頂けると迅速に栄養介入につなげられる。</p>

や意見	
今後の研修についての要望や意見	<p>○2020年2月10日、11日に開催された、日本栄養士会に日本健康・栄養システム学会が協力して開催された厚生労働省の交付金によるモデル研修事業「令和元年度管理栄養士専門分野別人材育成事業 栄養ケア・マネジメント指導者研修 Step1」の研修内容は幅広い内容にも関わらず、わかりやすく、今知りたい、知らなければならぬことをご指導いただいた。このような研修会が開催されることを希望する。</p>
その他の要望や意見・感想等	<p>○在宅復帰・在宅療養支援機能に関する評価に対する算定要件には、項目の⑥リハ専門職の配置割合、⑦支援相談員の配置割合がある。管理栄養士の配置割合が追記されると管理栄養士も複数配置に拍車がかかると思う。</p> <p>○訪問委員：管理栄養士が考える管理栄養士の体制と、施設管理者が考える管理栄養士の体制に大きなギャップがあることを再認識した。異口同音に「栄養は大切、食事は大切」と言われる一方で、介護保険施設では今もなお一人職種で苦戦を強いられている。</p>

老健C 調査結果

施設概要	<p>神奈川県：130床 管理栄養士常勤配置数 2名 併設通所：登録者は約180名で一日約50名が利用 その他（適宜記載してください）</p>
今後の栄養ケア・マネジメント及び関連のサービス（経口移行、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、低栄養リスク改善加算、再入所栄養連携加算、療養食加算、管理栄養士の配置数）等の体制や	<p>○栄養マネジメント加算：ご家族の同意の署名は3か月ごとでなく、大きな食事の変更がなければ6か月ごとにしてほしい。老々介護や利用者の子供も40代～60代で仕事が忙しかったりキーパーソンが病気であったりご来所が難しくケースがあるし、郵送業務時間と郵送費が無駄。</p> <p>○低栄養リスク改善加算：経口移行加算や経口維持加算を算定すると算定できない。褥瘡マネジメント加算を算定すると算定できない。</p>

<p>取り組み方の検討にあたっての要望や意見</p>	
<p>管理栄養士の2名体制ができた理由や経緯（あるいはできない理由や経緯）</p>	<p>○他の法人が管理栄養士2名体制にしない理由は配置基準がある。</p> <p>○給食管理と栄養管理の業務は全く内容が違うことを理解し、常勤管理栄養士の複数配置が可能なように制度改正を求める。</p> <p>○配置基準は施設の給食規模でなく、栄養ケア・マネジメントの取り組み基準に変更する必要がある。例えば、①給食管理（委託の場合）の管理栄養士1名、②栄養ケア・マネジメント管理の管理栄養士（50名に対し1名など）③利用者50名に対し管理の管理栄養士1名④利用者100名に対し管理の管理栄養士2名、⑤利用者150名に対し管理の管理栄養士3名になると、様々な多職種の加算にも介入でき訪問も可能になる。</p>
<p>今後の医療連携についての要望や意見</p>	<p>○再入所栄養連携加算と診療報酬改定の栄養情報提供加算を統一してほしい。</p>
<p>今後の研修についての要望や意見</p>	<p>○摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士の育成が重要になる。</p> <p>○現場の施設栄養士は1～2名の配置が多いため多忙で上記の資格の為の症例発表まで手が回らない。</p> <p>○月に1回とか年3回とかで発表や論文作成を目的とした研修会が出来ると、独りよがりにならず多職種に認められる症例発表や論文作成につながると考え要望したい。</p> <p>○そのような研修会・講習会があれば是非参加し、積極的に発表し管理栄養士の必要意義を訴えていきたい。</p>
<p>その他の要望や意見・感想等</p>	<p>○管理栄養士は研修や勉強会に積極的に参加していると感じるが、学んだことを生かしている方は少ない。</p> <p>○「知っています」とは答えるが「実践しています」は一部の方々である。</p> <p>○仕事に幅を広げるには経験と表現力が必要である。両方を兼ね備えていかなければ、施設で必要な職種と認めてもらえないのではと考え、四苦八苦している。</p>

考察

特養4施設、老健3施設で訪問インタビューの結果をまとめると、以下の通りである。インタビュー対象施設を厳選したため、栄養ケアについて質の高い先駆的実践が行われてきた。その前提とならうているのは、法人の経営方針、経営者の栄養ケアに対する積極的姿勢であることが分かった。

ミールラウンドでは、多職種間での事前調節、情報の共有、書類作成、ラウンド後の栄養対応等々、莫大な業務が発生するが、極めて有効な手段であることが確認できた。

介護報酬における栄養ケア関連単位は、平成30年度介護報酬改定で新設されたものが多いが、加算を算定するには、組織内に栄養ケアチームが公式あるいは非公式にでも形成されなければならない。逆の見方をすれば、施設の管理栄養士がケアチームの一員として活動していることが前提条件ということである。

栄養ケアの報酬算定は、算定基準や算定額、各報酬間の関連などで改善の余地があるので、次回報酬改定で適切に是正されることを現場は求めている。

管理栄養士の人員基準は、あくまでも最低基準ではあるが、利用者100人に対し1名配置では業務に著しい困難が伴う。実際に、1人体制だと、病気・退職・休暇等で管理栄養士の不在が長引けば対応ができないばかりか、女性職員である管理栄養士は対して出産・育休への対応や、その後の時短勤務などのワークライフバランスを重視し、長期的に働いてもらうためにも複数配置が現場から求められている。利用者50人に一人というような単純に最低基準で職員を増加させる方法もあるが、むしろ、どのようなことを行うにはどの程度の人員が必要なのかという観点から議論してほしい。少なくとも給食が自営の施設では、利用者100人に対し1名配置では栄養ケアはかなり困難であることは明らかである。給食を委託している場合でも、必要な最低限の栄養ケアしか業務時間中に対応することしかできない。その結果、せっかく栄養ケアの加算単位が新設されても算定できないという現状を理解する必要がある。

今回の訪問インタビュー対象施設では、管理栄養士配置の複数化は、前提となっているが、利用者150名に対し管理の管理栄養士3名必要なのか、利用者定員が50人でも複数配置が必要なのかという統計学的エビデンスを求めることは難しい。それは、業務遂行体制や業務量によって左右されるものであるからである。今回の訪問インタビューを含めてた研究調査事業全体から類推した場合、利用者100人に対し1名配置では業務に著しい困難が伴っていることだけは明らかである。

今後の医療連携についての要望や意見については、介護保険施設側の管理栄養士が積極的に病院等に働きかけなくてはならない仕組みになっているが、連携する相手である病院側に介護保険施設と有機的に連携するインセンティブが欠如している場合が考えられ、姉妹法人や同一法人で病院も介護保険施設も運営している場合でも、必ずしもスムーズな連携ができていないわけではない。この意味では、地域の脳卒中地域連携等で医療連携のシート等

を活用した、地域ごとの連携システムの確立が課題である。

介護保険施設の管理栄養士の研修ニーズは高く、現状では不十分であると認識されていることが明らかとなった。

資 料

- ・施設実態調査 調査票
- ・入所者個別調査 調査票
 - A：新規入所時調査票
 - B：イベント調査票

「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」：施設実態調査

記入日 2019年 月 日

記入者の職名(どちらかに○印):管理栄養士・その他()

1. 2019年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(一つ)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(特養) (定員数 _____ 床) 2) 介護老人保健施設(老健) (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	d. 要介護4	人
		b. 要介護2	人	e. 要介護5	人
		c. 要介護3	人	f. その他	人

※入所者数と要介護度別人数 a~f の合計が一致することを確認して下さい。

(3)2019年7月1か月間の下記の人数をご記入下さい。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) 新規入所者(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 b. 胃瘻・腸瘻 c. 静脈栄養	人	
4) 入院した者のうち誤嚥性肺炎で入院した者	人		8) 低栄養状態の高リスク者	人
5) 退所者(死亡者を除く)のうち自宅等の住まい(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		9) 低栄養状態の中リスク者	人
		10)褥瘡がある者	人	
		11)とろみ剤を使用している者	人	
		12)嚥下調整食の利用者	人	

注:人数はすべて実数でお答え下さい

8), 9) 栄養ケア・マネジメントの手順による低栄養状態のリスク判定の該当者

12)全て又は一部の食品・食事について、一口大、きざみ食や摂食嚥下機能に応じた食事形態で常食以外の利用者

(4)2018年8月1日から2019年7月31日の1年間に死亡した人についてご記入下さい。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概ね最期まで経口摂取(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		

2. 2019年7月現在の施設の介護サービスについて

サービスの種類と加算について、算定しているものは「あり」に○印を付けて下さい。

算定している加算について、管理栄養士が参加・関わっているものは「あり」に○印をつけて下さい。(複数回答可)

※当該月に算定がなかった場合も、施設として算定する体制がある場合は「算定あり」として下さい。

介護老人福祉施設(特養)			介護老人保健施設(老健)		
加算	算定	管理栄養士の参加・関わり	加算・サービス	算定	管理栄養士の参加・関わり
i) 生活機能向上連携加算	あり	あり	(I)超強化型	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> いずれか 1つに○ </div>	/
ii) 個別機能訓練加算	あり	あり	(II)在宅強化型		
iii) 口腔衛生管理体制加算	あり	あり	(III)加算型		
iv) 口腔衛生管理加算	あり	あり	(IV)基本型		
v) 看取り介護加算(I)	あり	あり	(V)その他型		
vi) 看取り介護加算(II)	あり	あり	i) 短期集中 リハビリテーション実施加算	あり	あり
vii) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	あり	あり	ii) 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	あり	あり
viii) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	あり	あり	iii) 認知症専門ケア加算	あり	あり
ix) 退所時等相談援助加算	あり	あり	iv) 入所前後訪問指導加算 I	あり	あり
①退所前訪問相談援助加算	あり	あり	v) 入所前後訪問指導加算 II	あり	あり
②退所後訪問相談援助加算	あり	あり	vi) ターミナルケア加算	あり	あり
③退所時相談援助加算	あり	あり	vi) 試行的退所時指導加算	あり	あり
④退所前連携加算	あり	あり	vii) 在宅復帰支援機能加算	あり	あり
x) 口腔衛生管理加算	あり	あり	viii) 退所前連携加算	あり	あり
			ix) 褥瘡マネジメント加算	あり	あり
			x) 排せつ支援加算	あり	あり
			xi) 退所時情報提供加算	あり	あり
			xii) 口腔衛生管理体制加算	あり	あり
			x iii) 口腔衛生管理加算	あり	あり
			x iv) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 I	あり	あり
			x v) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 II	あり	あり

3. 栄養部門について

(1)施設に所属している管理栄養士・栄養士の人数(※委託等は除いて下さい。0名の場合は0と記入して下さい)

	①常勤	②非常勤・パート		①常勤	②非常勤・パート
a. 管理栄養士			b. 栄養士		
	名	名		名	名

(2)給食の業務形態についてお答え下さい。(いずれかに○印)

1) 直営	2) 委託	3) 一部委託	4) その他()
-------	-------	---------	-----------

(3) 2019年7月1か月間の下記の加算の算定件数を記入して下さい。加算算定をしていない場合には無に○、有の場合には有に○を付け、件数を記入して下さい。0件の場合には0と記入して下さい。

1) 栄養マネジメント加算*1	無	有	件/月	5) 低栄養リスク改善加算*2	無	有	件/月
2) 経口維持加算Ⅰ*2	無	有	件/月	6) 再入所時栄養連携加算*2	無	有	回/月
3) 経口維持加算Ⅱ*2	無	有	件/月	7) 療養食加算*3	無	有	回/月
4) 経口移行加算*1	無	有	件/月				

※当該月に算定がなかった場合も、施設として算定する体制がある場合は「算定あり」とし、件数を0として下さい。

*1：例えば、50人の入所者に対し31日間算定した場合は、 $50 \times 31 = 1,550$ 件として下さい。

*2：例えば、5人の入所者に対し算定した場合は、5件（回）として下さい。

*3：例えば、50人の入所者に対し31日間3食算定した場合は、 $50 \times 31 \times 3 = 4,650$ 回として下さい。

(4) 次の加算を算定していない施設の方のみご回答下さい。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) 栄養マネジメント加算	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 個別の食事対応の困難	c. 人員不足 h. その他(具体的に)
2) 経口維持加算Ⅰ	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 対象者がいない	c. 人員不足 h. 嚥下の評価が困難 i. 医師の指示が得られない j. その他(具体的に)
3) 経口維持加算Ⅱ	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 対象者がいない	c. 人員不足 h. 嚥下の評価が困難 i. 医師の指示が得られない j. 協力歯科医療機関がない k. その他(具体的に)
4) 経口移行加算	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 対象者がいない	c. 人員不足 h. 嚥下の評価が困難 i. 医師の指示が得られない j. その他(具体的に)
5) 低栄養リスク改善加算	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 食事観察週5回以上が困難	c. 人員不足 h. 対象者がいない i. その他(具体的に)
6) 再入所時栄養連携加算	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 再入院後の加算算定の条件が満たせない	c. 人員不足 h. 病院の側に体制がない i. 施設側に体制がない j. 対象者がいない k. その他(具体的に)
7) 療養食加算	a. 施設長の判断 d. 算定の手順・方法がわからない f. 業務時間不足	b. 管理栄養士の判断 e. 他の職種の理解や協力が得られない g. 対象者がいない	c. 人員不足 h. 医師の指示が得られない i. その他(具体的に)

(6)2019年7月31日現在の貴施設の栄養ケア・マネジメントを担当している管理栄養士の人員構成と勤務内容をご記入下さい(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)。

同一敷地内の他の施設を兼任している場合には、その施設種、定員数、7月1か月間に担当した加算の算定件数を記入して下さい。兼任していない場合には、兼任の欄は空欄のままにして下さい。

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。

	管理栄養士 A	管理栄養士 B	管理栄養士 C
本務施設			
a. 勤務形態 (いずれか一つに○印)	i) 常勤 ii) パート等	i) 常勤 ii) パート等	i) 常勤 ii) パート等
b. 職務年数	年 月	年 月	年 月
c. 7月の合計勤務日数	日	日	日
d. 7月の合計勤務時間	時間	時間	時間
e. 7月の合計残業時間	時間	時間	時間
兼任の介護保険施設			
a. 兼任の有無(有の場合 は以下にお答え下さい)	無 有	無 有	無 有
b. 兼任施設の種類の	i) 介護老人保健施設 ii) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) iii) 介護医療院 iv) 介護療養型医療施設	i) 介護老人保健施設 ii) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) iii) 介護医療院 iv) 介護療養型医療施設	i) 介護老人保健施設 ii) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) iii) 介護医療院 iv) 介護療養型医療施設
c. 兼任状況	i) サテライト型施設等(同 一敷地外施設等) ii) 同一敷地内の介護保 険施設(1施設に限る)	i) サテライト型施設等(同 一敷地外施設等) ii) 同一敷地内の介護保 険施設(1施設に限る)	i) サテライト型施設等(同 一敷地外施設等) ii) 同一敷地内の介護保 険施設(1施設に限る)
d. 定員数	名	名	名
e. 関係した加算の算定状 況(該当するものに○印)	i) 栄養マネジメント加算 ii) 経口維持加算 I iii) 経口維持加算 II iv) 経口移行加算 v) 低栄養リスク改善加算 vi) 再入所時栄養連携加算 vii) 療養食加算	i) 栄養マネジメント加算 ii) 経口維持加算 I iii) 経口維持加算 II iv) 経口移行加算 v) 低栄養リスク改善加算 vi) 再入所時栄養連携加算 vii) 療養食加算	i) 栄養マネジメント加算 ii) 経口維持加算 I iii) 経口維持加算 II iv) 経口移行加算 v) 低栄養リスク改善加算 vi) 再入所時栄養連携加算 vii) 療養食加算
f. 7月の合計勤務日数	日	日	日
g. 7月の合計勤務時間	時間	時間	時間
兼任の通所サービス事業所			
a. 兼任の有無(有の場合 は以下にお答え下さい)	無 有	無 有	無 有
b. 兼任施設の種類の	i) 通所リハビリテーション ii) 通所介護	i) 通所リハビリテーション ii) 通所介護	i) 通所リハビリテーション ii) 通所介護
c. 定員数	名	名	名
d. 関係した加算の算定状 況(該当するものに○印)	i) 栄養スクリーニング加算 ii) 栄養改善加算	i) 栄養スクリーニング加算 ii) 栄養改善加算	i) 栄養スクリーニング加算 ii) 栄養改善加算
e. 7月の合計勤務日数	日	日	日
f. 7月の合計勤務時間	時間	時間	時間

(11) 7月の栄養ケア・マネジメント体制とその状況 41項目について、担当している管理栄養士が次の1~3のいずれか1つに○印をご記入下さい。

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にお願いいたします。

注: 頻度(a~eのうち一つ選択)と一人当たりのおおよその時間を回答する質問が一部(No.14~17, 19, 31~34)あります。

注: 担当者が複数いる場合は、全体としての頻度、時間をお答え下さい。

【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、入所前、入院後の再入所時、退所後のサービス担当者（介護支援専門員や管理栄養士等）と情報連携をしていますか	3	2	1
8. 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
9. 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
10. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントを实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】

11. 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
12. 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】

13. 管理栄養士は、中高リスク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
14-1. 管理栄養士は、中高リスク者の観察・面談・聞き取りをしていますか	3	2	1
14-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒ 約 () 分/人			
15-1. 管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りをしていますか	3	2	1
15-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒ 約 () 分/人			
16-1. 管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談をしていますか	3	2	1
16-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒ 約 () 分/人			
17-1. 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)をしていますか	3	2	1
17-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒ 約 () 分/人			
18. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題(問題)についての総合的な判断(栄養診断)をしていますか	3	2	1

【栄養ケア計画作成に関する項目】

19-1. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整(聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整)をしていますか	3	2	1
19-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒約()分/人			
20. 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
21. 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
22. 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
23. 管理栄養士は、問題の解決の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
24. 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
25. 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】

26. 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
27. 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
28. 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
29. 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】

30. 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ていますか。	3	2	1
31-1. 管理栄養士は、中高リスク者に、観察・面談・聞き取りによるモニタリングをしていますか	3	2	1
31-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒約()分/人			
32-1. 管理栄養士は、中高リスク者の家族との面談・聞き取りによるモニタリングをしていますか	3	2	1
32-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒約()分/人			
33-1. 管理栄養士は、中高リスク者の担当の関連職種からの聞き取りや相談によるモニタリングをしていますか	3	2	1
33-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒約()分/人			
34-1. 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)によるモニタリングをしていますか	3	2	1
34-2. 頻度 (a~eのうち一つに○) ⇒ 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 / 一人当たりの時間 ⇒約()分/人			
35. 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
36. モニタリングにより把握された問題に随時対応し、必要に応じて計画の修正をしていますか	3	2	1

【評価についての項目】

37. 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
38. 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
39. 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】

40. 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
41. 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

4. 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下さい。

(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(いずれか一つ)に○印を付けて下さい。

1) 実施している → (2)へ 2) 実施していない → (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(いずれか一つ)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、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(いずれか一つ)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

⇒ 4.(1)で「1)実施している」と回答した方は(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○印を付けて下さい。(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(いずれか一つ)に○印を付けて下さい。

1) 実施している → (6)へ 2) 実施していない → 次ページ.(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) 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()

⇒ 4. (5)で「1)実施している」と回答した方は
次ページ(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○印を付けて下さい。(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) 相談員の判断 | 4) 施設長の判断 |
| 5) 実施体制が無い | 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 | |

5. 兼任の通所サービス事業所についてお答え下さい。

兼任の通所サービス事業所がある場合は以下にお答え下さい。ない場合には回答せず、次ページ設問6にお答え下さい。

(1) 2019年7月31日現在の通所サービス事業所の概要についてご記入下さい(いずれか一つに○)。

- | | | |
|------------|------------|-----------------------|
| 1) 長時間型コース | 2) 短時間型コース | 3) 長時間型コースと短時間型コースの両方 |
|------------|------------|-----------------------|

(2) 通所サービス事業所の食事、おやつについてお答え下さい(それぞれいずれか一つに○)。

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1) 食事: ①提供している ②提供していない | 2) おやつ: ①提供している ②提供していない |
|-------------------------|--------------------------|

(3) 通所サービス事業所において栄養スクリーニング加算、栄養改善加算の算定があれば件数をご記入下さい。算定している場合は、2019年7月1か月間の下記の人数をご記入下さい。

- | |
|--|
| 1) 栄養スクリーニング加算の算定 (a. 有()件・b. 無) |
| 2) 栄養改善加算の算定 (a. 有()件・b. 無) …有 ⇒ (4)へ、 無 ⇒ (5)へ |

(4) 通所サービス事業所にて栄養改善加算を算定している施設の方のみご回答下さい。
通所サービスにおいて外部の管理栄養士の関わりはありますか(いずれか一つに○)。

- | | | |
|------|------|--------------|
| 1)ある | 2)ない | ⇒ 次ページ5.(6)へ |
|------|------|--------------|

(5) 栄養改善加算を算定していない施設の方のみご回答下さい。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() |

(6) 兼任通所サービスがあるすべての方がご回答ください。兼任の通所サービスにおいて管理栄養士(回答者以外に配置されている管理栄養士を含めて)が関わっ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。

(複数回答可)

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) 自宅訪問
9) その他()	10) なし		

6. 施設の管理栄養士が関わっているその他のサービスについてお答え下さい。

(1) 施設の管理栄養士が関わっているその他のサービスで該当する項目に○印を付けて下さい。

兼任しているサービスは有に○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)	有 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	有 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	有 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	有 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	有 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)	有 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	有 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	有 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	有 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) 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) 地域高齢者のサロン、コミュニティ・カフェ、認知症カフェ等の運営・見回り		
2) 配食サービスによる栄養改善	3) 自治体(市区町村)の訪問型や通所型による介護予防事業の栄養相談	
4) 自治体の栄養教室の講師等一般介護予防事業	5) 地域ケア会議等への参加	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

7. 今後の介護報酬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下さい。

--

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認頂き、同封の返信用封筒でご返送下さい。なお集計結果は、報告書としてWebページ (<http://www.j-ncm.com/>) に掲載予定です。

「入所者個別調査」のお願い

今回の調査に加えて「入所者個別調査」を実施致します。

「入所者個別調査」は、施設入所者の生活機能の維持をめざすことを共通の目的とし、介護老人福祉施設（以下、特養）においては入院を抑制し経口維持による安寧な看取りを、介護老人保健施設（以下、老健）においては在宅復帰の推進をめざした栄養ケア・マネジメントの効果的、効率的な在り方について検討することを目的としております。

2018年7月1日から2019年7月31日までの新規入所者について、入所時～2019年12月末までの体重変化、食形態の変化、サービス提供（栄養ケア・マネジメント関連の各加算の算定）、入院、退所、死亡発生の理由、発生日月日等を調査致します。

本施設調査にご協力頂いたうえで、さらに「入所者個別調査」にご協力を頂ける場合は以下にご記入をお願い致します。資料一式をお送りさせていただきます。

令和元年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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」入所者個別調査に、

協力します。 （に✓をつけ、以下をご記入下さい）

施設名 _____

住所（送付先） _____

施設長名 _____

なお、「入所者個別調査」に協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心下さい。

ご協力ありがとうございました。

再度、記入漏れがないことをご確認いただき 2019 年 10 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

令和元年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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」事務局

担当：杉山みち子 高田健人 浅見桃子 濱田秋平

電話：046-828-2662 FAX：046-828-2663 メール：takada-dn2@kuhs.ac.jp

（電話は平日 10 時～17 時）

氏名

切り取り線

切り取り線

A：新規入所者調査票

令和元年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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との
栄養連携の推進に関する調査研究事業」：新規入所時調査票

I. 基本的事項について（新規入所時の近時の状況を記載してください。）

記入日： 年 月 日

施設ID	対象者ID	入所日	年	月	日
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> その他 ()	性	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢 歳
入所前の居所 (いずれか一つ)	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 一般病床 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟 <input type="checkbox"/> 療養病床 <input type="checkbox"/> 精神病床 <input type="checkbox"/> その他の病床 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所前の居所との施設管理 栄養士による情報連携	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（相手職種： <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他（職種名記入： ）				
加算算定 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 経口移行 <input type="checkbox"/> 経口維持Ⅰ <input type="checkbox"/> 経口維持Ⅱ <input type="checkbox"/> 低栄養リスク改善 <input type="checkbox"/> 再入所時栄養連携 <input type="checkbox"/> 療養食 <input type="checkbox"/> （特養）看取り介護 <input type="checkbox"/> （特養）在宅復帰支援機能 <input type="checkbox"/> （特養）退所前訪問相談援助 <input type="checkbox"/> （特養）退所後訪問相談援助 <input type="checkbox"/> （特養）退所時相談援助 <input type="checkbox"/> （特養）退所前連携 <input type="checkbox"/> （特養）生活機能向上 <input type="checkbox"/> （特養）個別機能訓練 <input type="checkbox"/> （老健）ターミナル <input type="checkbox"/> （老健）入所前後訪問指導Ⅰ <input type="checkbox"/> （老健）入所前後訪問指導Ⅱ <input type="checkbox"/> （老健）退所前訪問指導 <input type="checkbox"/> （老健）退所後訪問指導 <input type="checkbox"/> （老健）退所時情報提供 <input type="checkbox"/> （老健）口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> その他 ()				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（認知症の日常生活活動度： <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M） <input type="checkbox"/> 不明				
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 義歯をしている <input type="checkbox"/> 義歯をしていない				

II. 低栄養状態のリスクレベルとその状況・食事について新規入所時（近時）の状況を記載してください。

低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI kg/m ²
3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	(検査日： 年 月 日)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 水分のとりみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 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 **2020年1月20日までに**
B：イベント調査票とともに事務局に同封の返信用レターパックでご返送下さい。

□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

令和元年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効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」事務局

担当：杉山みち子、高田健人、濱田秋平、浅見桃子

電話：046-828-2662 FAX：046-828-2663 Eメール：takada-dn2@kuhs.ac.jp

B: イベント調査票 (A: 新規入所者個別調査と同じIDであることを確認してください)

- 1) 2018年7月1日から2019年7月31日までの新規入所者が対象になります (ショートステイ等を除く)。
2) 2018年7月30日以前に入所した期間があり、1)の期間内に再入所した場合も対象としてください。
3) 入所日まで遡って記入してください。
4) イベントは、入所日から2019年12月31日までに発生したのみを記入してください。

以下の切り取り線入り欄として郵送してください。

Table with columns for dates from 2018年7月 to 2019年7月. Rows include: 体重 (Weight), 要介護度 (Nursing Level), 食事摂取量 (Food Intake), 食事形態 (Food Form), 加算の算定状況 (Calculation Status), 医療機関との情報連携 (Information Linkage), イベント (Events), 死亡 (Death).

※死亡以外の理由で退療・把握が不可能となった場合は把握できた日にも記入してください。
※食事・水分の経口維持は、栄養補給のための経口摂取のみならず、看取り期における薬しよりのための口からの摂取等を含みます。医師の判断等により、最終的にそれらが維持できなくなった日(中止した日)を記入してください。

裏面に続きます→

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
『介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設と
の栄養連携の推進に関する調査研究事業』

2020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】

