

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)

『リハビリテーションを行う通所事業所における
栄養管理のあり方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30年度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）の交付を受け、「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」に取り組んで参りました。

回復期医療においては、管理栄養士がリハ計画の作成段階から参画し、栄養管理を実施した場合に9割の患者において低栄養が改善し、低栄養の改善者では有意な日常生活活動（ADL）の改善が認められたとの報告があります（Nishioka S, 2016）。平成30年4月の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料1に管理栄養士のリハビリテーション実施計画等への参加等、栄養管理に係わる取り組みが要件化されました。また、介護報酬改定では通所系サービスでの自立支援や生活支援を目的に、通所リハビリテーションにおいてはリハビリテーションマネジメント加算、通所介護においては個別機能評価加算によって、サービスの質の向上が図られ、ADLや手段的日常生活動作（IADL）が定期的に評価されています。一方、低栄養改善のための管理栄養士による栄養相談（栄養改善加算、介護予防を含めて）の実施は低迷し、認知機能の低下や摂食・嚥下機能の低下に伴う多職種による食事時の観察（ミールラウンド）や在宅での食生活状況の把握も殆どされていません。平成30年4月から、栄養改善加算の推進のため、外部管理栄養士による算定が認められ、介護職等が利用者の低栄養をスクリーニングし、栄養状態に係わる情報を介護支援専門員と文書で共有することが評価されました（栄養スクリーニング加算）。しかし、通所系サービス利用高齢者（介護予防を含めて）における低栄養や摂食・嚥下障害の発生頻度や管理栄養士の関わりの実態は把握されていませんでした。

本研究においては、平成30年度に通所サービス事業所において、在宅高齢者の低栄養や摂食・嚥下障害の発生状況やその対応の実態を把握し、今後の在宅での食べることの支援を多職種によって推進する体制や取り組みについての検討された問題解決のために、総合的栄養ケア・マネジメントを介入研究によってモデル的試行を行い、次期の介護保険制度の見直しに資することを目的としました。

今後も日本健康・栄養システム学会が育成した臨床栄養師と協働して、施設入所高齢者のみならず在宅高齢者の「口から食べる楽しみの支援の充実」のため栄養ケア・マネジメントの推進に貢献できるよう研究・教育活動に取り組んで参ります。

令和元年度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）
「リハビリテーションを行う通所介護事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」

委員長 杉山みち子

令和元年度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）
「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」

○委員長 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科教授(大学院兼任)

統括・運営委員会（○は統括・運営委員長）

- 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 名誉教授
杉山みち子 前述（委員長、調査実施・分析小委員会小委員長）
井上 崇 医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院
介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理
宇田 淳 滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科 教授
榎 裕美 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
(訪問インタビュー調査小委員会小委員長)
- 大原 里子 大原歯科医院
加藤 昌彦 椋山女学園大学 生活科学部 教授／医師
苅部 康子 社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課
管理栄養士／臨床栄養師
笹田 哲 神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科教授
高田 和子 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康・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
高田 健人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科 助教
田中 和美 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科 教授
谷中 景子 医療法人社団 千春会 千春会病院 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
長瀬 香織 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科 助教／臨床栄養師
中村 春基 一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
野地 有子 千葉大学 看護学研究科 看護実践研究指導センター ケア開発研究部 教授
光山 誠 医療法人敬英会 社会福祉法人敬英福祉会 理事長
横内 俊弘 医療法人 健康会 リハビリテーション部門統括科長
介護老人保健施設 アイリス
- オブザーバー 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／
臨床栄養師

顧問

- 齊藤 正身 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長 霞ヶ関南病院
星野 和子 社会福祉法人 溪仁会 手稲溪仁会 デイサービスつむぎ 管理栄養士

訪問インタビュー調査小委員会（○は小委員長）

○榎 裕美 前述
高田 和子 前述
田中 和美 前述
小山 秀夫 前述
苅部 康子 前述
堤 亮介 前述
長瀬 香織 前述
谷中 景子 前述

調査実施・分析小委員会（○は小委員長）

○杉山みち子 前述
浅見 桃子 神奈川県立保健福祉大学大学院
高田 健人 前述
田中 和美 前述
長瀬 香織 前述
堤 亮介 前述
濱田 秋平 神奈川県立保健福祉大学大学院
遠又 靖丈 前述 オブザーバー

帳票試案作成

苅部 康子 前述
堤 亮介 前述
田中 和美 前述

研究補助

浅見 桃子 前述
濱田 秋平 前述

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・栄養システム学会事務局

目 次

研究概要	1
I. 通所リハビリテーション事業所における総合的栄養ケア・マネジメントに関する介入 研究	10
II. 訪問インタビュー調査	29

資料

総合的栄養ケア・マネジメント手順書 調査票等一式

- ・フェイスシート 記載例
- ・スクリーニング票 記載例
- ・栄養ケア・マネジメント(経口維持を含む)実務の展開 (NCM 展開票:アセスメント-
実施終了まで) 説明書
- ・同記載例
- ・食事内容の記録 記載例
- ・栄養ケア計画書 説明書
- ・栄養ケア計画書 記載例
- ・経口維持計画 記載例
- ・(参考) 摂食嚥下リスクへの対応

研究概要

平成 30 年度老人保健健康増進等事業において、通所系サービスを利用している高齢者の自立支援や生活支援に寄与するため、低栄養や摂食嚥下機能低下に対応する栄養管理（栄養ケア・マネジメント、以下「NCM」という。）のあり方を検討するため、これまで栄養管理に関する実態が把握されていなかった通所サービス事業所（通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）及び通所介護事業所（以下「通所介護」という。）について、全国規模でこれらのサービスの利用者に関する個別調査を行った。その結果、低栄養（BMI18.5kg/m²未満）の利用者の割合が高い（利用者のうちの 20%以上を占める）事業所の特徴として、通所リハでは「栄養スクリーニング加算が非算定」「リハビリテーションマネジメント加算が非算定」、通所介護では「個別機能訓練加算が非算定」が見られることが明らかとなった。また低栄養の関連要因として、摂食嚥下機能低下、ADL・IADL の低下、独居が有意に関連していた。

これらの結果を踏まえて、平成 30 年度から継続して実施される本研究では、サービス計画と強固な連携体制のもとで、通所リハではリハビリテーションマネジメント（リハビリテーションマネジメント加算の対象）、通所介護では個別機能訓練（個別機能訓練加算の対象）の提供を前提に、通所サービスにおける新たな栄養改善モデルの構築に資することを目的として、在宅訪問や経口維持の活動を含めた「総合的栄養ケア・マネジメント」（以下「総合的 NCM」という。）の体制について検討し、その取り組みの手順を文書化し、試行した。また、総合的 NCM の実施可能性や効果についてヒストリカルコントロールを用いた多施設共同介入研究によって検証を行い、以下の成果を得た。

なお、本研究は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て実施された（保大第 17-25）。

I 通所リハビリテーション事業所における総合的栄養ケア・マネジメントに関する介入研究

1. 総合的 NCM 手順の作成

本研究における介入の開始に先立ち、本研究で使用する「総合的栄養ケア・マネジメント解説書一式」を作成した。その内容は以下の通りである。

(ア) 栄養ケア・マネジメント

各研究協力事業所の調査開始月 1 か月間の全利用者に対して本研究への協力に関する説明を行い、同意を受けた者（以下「研究対象者」という。）に対して、1) スクリーニングの実施、2) 低栄養リスク者及び摂食嚥下に問題がある者に対して NCM 展開票（アセスメントシート）に基づいてアセスメント（栄養ケアプロセスの活用）、3) 総合的な判定（栄養診断）、4) 栄養ケア計画試案の作成、会議（リハビリテーションマネジメント会議、サービス担当者会議等）による協議と本人・家族への説明と同意を経て栄養ケア計画を決定

し実施するものとし、さらに、5) モニタリング (3 か月後) による計画の修正、6) 実施から 6 か月後に評価を実施するものとした。これにより、利用者全体の栄養状態や身体状況を踏まえて問題の抽出と評価を行い、その解決に向けて栄養ケアを行うことが期待された。

(イ) 在宅訪問

上記の (ア) 及び下記の (ウ) と (エ) として行われるアセスメント、その後の相談及び支援を実施するため、各研究協力事業所において研究を担当する者 (以下「研究担当者」という。) 等が研究協力者宅を訪問する際に当該事業所に所属する管理栄養士 (以下「研究担当管理栄養士」という。) が必要に応じて同行することとした。このような在宅訪問に際して、研究対象者を担当する介護支援専門員への連絡や介護支援専門員による協力も得て実施されるものとした。これにより、対象者の在宅における食事状況をより明確に把握できることが期待された。

(ウ) 経口維持 (I)

摂食嚥下障害のリスクを有する研究対象者に対して、介護報酬における経口維持加算算定の要件と同様の手順で実施するものとした。これにより、研究対象者の摂食嚥下に関する問題の詳細を評価し、その対応を多職種間で共有できると期待された。

(エ) 経口維持 (II)

(ウ) の取り組みにおいて、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれかの専門職が参加して実施されるものとした。これにより、研究対象者の摂食嚥下に関する問題の詳細をより専門的視点から評価し、その対応を多職種間で共有できると期待された。

2. 総合的 NCM のプロセスの実施

多施設共同介入研究とし、総合的 NCM による介入を受けた研究対象者を介入群 (通所リハ 23 事業所 168 名、通所介護 9 事業所 67 名) とし、介入期間は 6 か月間とした。

研究対象者に対してスクリーニングを実施し、低栄養リスク者及び摂食嚥下に問題がある者に対して、「総合的栄養ケア・マネジメント解説書一式」に基づき NCM 展開票 (アセスメントシート) を用いてアセスメント (栄養ケアプロセスの活用)、総合的な判定 (栄養診断)、栄養ケア計画試案の作成、会議 (リハビリテーションマネジメント会議、サービス担当者会議等) による協議と本人・家族への説明と同意を経て栄養ケア計画を決定し実施され、さらに、モニタリング (3 か月後) による計画の修正、6 か月後に評価が実施された。アセスメントやその後の相談、支援において、必要に応じて研究担当者等の在宅訪問に研究担当管理栄養士が同行した。

また、摂食嚥下に問題がある者に対して、研究担当管理栄養士及び研究担当者の 2 種以上の専門職が参加し、経口維持計画書 (加算算定様式例を調査用に一部改訂したもの) を用いたミールラウンド (食事時の観察)、カンファレンス (フロア等での簡便な協議)、経

口維持計画試案作成が行われ、栄養ケア計画に添付され、NCMにおける会議で栄養ケア計画試案とともに協議のうえ実施された。

介入群の特性について、男性の割合が通所リハ 44.6%、通所介護 29.9%、平均年齢が通所リハ 83.2±8.0歳、通所介護 84.3±8.2歳、独居の割合が通所リハ 17.3%、通所介護 23.9%、BMI 18.5 kg/m²未満の割合が通所リハ 88.7%、通所介護 92.5%であった。

3. 傾向スコアマッチングによるアウトカム評価（ベースライン特性の一致）

総合的 NCM の効果評価を行うために、総合的 NCM が行われていなかった平成 30 年度の利用者個別調査データ（通所リハ 23 事業所 1,410 名、通所介護 23 事業所 780 名）を比較対象（以下、非介入群）として、介入群と非介入群のベースライン特性（サービス開始前の状態）の比較を行った。なお交絡の可能性を考慮し、傾向スコアマッチングによるベースライン特性の一致を試みた。

A. 通所リハについて

介入群 168 名、非介入群 1,410 名の基本特性は、要介護度区分（要介護 1：介入群 32.1% vs 非介入群 22.3%、 $p=0.05$ ）、認知症高齢者の日常生活自立度（自立：介入群 4.2% vs 非介入群 25.5%、 $p=0.03$ ）、BMI（18.5 kg/m²未満：介入群 88.7% vs 非介入群 11.3%、 $p<0.01$ ）、IADL（介入群平均 10.9±8.6 点 vs 非介入群平均 10.6±10.0 点、 $p=0.04$ ）、食事提供（あり：介入群 100% vs 非介入群 76.4%、 $p<0.01$ ）、食事形態（嚥下調整食：介入群 5.4% vs 非介入群 15.5%、 $p<0.01$ ）、管理栄養士との関わり（あり：介入群 100% vs 非介入群 42.6%、 $p<0.01$ ）、リハビリテーションマネジメント加算算定（I 算定あり：介入群 81.5% vs 非介入群 67.7%、 $p<0.01$ ）、栄養改善加算算定（算定あり：介入群 8.9% vs 非介入群 1.0%、 $p<0.01$ ）の項目で有意に異なっており、介入群の方が嚥下調整食を食べている者の割合が少なく、栄養改善加算を算定している者の割合が多かった。そのため、非介入群 1,410 名の中から、介入群 168 名を集団として基本特性を一致させるために傾向スコアマッチング（介入群 1：非介入群 3 の比率でマッチング）を行った。その結果、要介護度区分（要介護 1：介入群 32.1% vs 非介入群 27.4%、 $p=0.07$ ）、認知症高齢者の日常生活自立度（自立：介入群 4.2% vs 非介入群 18.8%、 $p=0.07$ ）において、介入群と非介入群との群間差はみられなくなった。

B. 通所介護について

介入群 67 名、非介入群 780 名の基本特性は、認知症高齢者の日常生活自立度（自立：介入群 3.0% vs 非介入群 21.5%、 $p<0.01$ ）、BMI（18.5 kg/m²未満：介入群 92.5% vs 非介入群 13.7%、 $p<0.01$ ）、自宅等では自分で食事を作っている（概ね週 1 回以上）（はい：介入群 29.9% vs 非介入群 15.8%、 $p<0.01$ ）、管理栄養士との関わり（あり：介入群 100% vs 非介入群 27.9%、 $p<0.01$ ）、個別機能訓練加算算定（I 算定あり：介入群 71.6% vs 非介入群

10.4%、 $p<0.01$)、栄養改善加算算定(あり:介入群3.0% vs 非介入群0.4%、 $p=0.02$)の項目で有意に異なっており、介入群の方が、自宅等では自分で食事を作っている者、個別機能訓練加算及び栄養改善加算を算定している者の割合が多かった。そのため、非介入群780名の中から、介入群67名を集団として基本特性を一致させるために傾向スコアマッチング(介入群1:非介入群3の比率でマッチング)を行った。その結果、認知症高齢者の日常生活自立度(自立:介入群3.0% vs 非介入群18.4%、 $p=0.07$)、自宅等では自分で食事を作っている(概ね週1回以上)(はい:介入群29.9% vs 非介入群18.9%、 $p=0.10$)、栄養改善加算算定(あり:介入群3.0% vs 非介入群1.0%、 $p=0.43$)において、介入群と非介入群との群間差はみられなくなった。

4. 管理栄養士との関わりの内容

総合的 NCM について実施された内容が、通常ケア時(非介入群)と比べて、具体的に何の項目でどの程度異なっていたのかを検討した。その結果、管理栄養士との関わりの内容(複数回答可)について、通所リハ及び通所介護のいずれにおいても、介入群では栄養相談(通所リハ:介入群31.0% vs 非介入群6.9%、 $p<0.01$ 、通所介護:介入群79.1% vs 非介入群3.5%、 $p<0.01$)、食事の個別調整(通所リハ:介入群60.7% vs 非介入群9.9%、 $p<0.01$ 、通所介護:介入群94.0% vs 非介入群5.5%、 $p<0.01$)、自宅訪問(通所リハ:介入群32.7% vs 非介入群0.6%、 $p<0.01$ 、通所介護:介入群14.9% vs 非介入群0.5%、 $p<0.01$)といった項目が非介入群より有意に多く実施されていた。その他、介入群における管理栄養士との関わり内容として、対象者の意欲向上のための取り組み、摂食嚥下への対応等が挙げられた。

以上のように、傾向スコアマッチングによってベースライン特性の群間差を調整することができ、総合的 NCM の効果評価をより適切に行うためのデータ整備を行うことができた。

なお、今後は当該研究のデータベースを用い、以下の解析を日本健康・栄養システム学会として実施する予定である。

- (ア) アウトカム指標(ADL、IADL、要介護度等)の追跡データを整備し、6か月間の変化をアウトカム変数、基本属性や提供されたサービス要因等を予測変数とし、クロス集計、単変量および多変量ロジスティック解析、Cox 比例ハザード分析等により関連要因を検討する。
- (イ) (ア)のアウトカムについて、6か月後の変化を非介入群と比較し、クロス集計、単変量および多変量ロジスティック解析により介入の効果について検証する。
- (ウ) 栄養ケア計画の記載内容等をカテゴリ化し、個人特性、栄養診断、管理栄養士及び他職種による提供サービス内容、居宅訪問の有無等の複合的な要因についてパターン分析を行い、(ア)(イ)の結果と合わせて通所事業所における効果的な栄養ケアについて検討する。

II 訪問インタビュー調査

目的

本研究では、介護保険制度における今後の総合的な NCM の制度化にあたっての体制や手順づくりを進めるため介入研究を進めてきたが、通所事業所の現場での定性的情報収集や課題、要望や留意点を収集するため、通所事業所に対して訪問インタビュー調査を行った。

方法

1) 対象施設及び対象

当該介入研究の協力事業所のうち介入件数あるいは訪問件数の多い事業所から本研究の調査委員会委員の推薦を得、協力が得られた通所介護及び通所リハビリテーション事業所各3か所、全6か所の主たる協力担当者である事業所リーダー、「I」の研究担当管理栄養士等をインタビュー対象とした。

2) 調査方法

事業所管理者宛に承諾書・同意書、同意撤回書を郵送し、承諾書（管理者）及び同意書を回収した。調査への協力は各自の自由な意志に任され、インタビューは管理栄養士資格を有する委員が担当した。

結果

今回協力が得られた介入研究協力事業所のうち、介入件数あるいは訪問件数の多い事業所から調査委員会を選定した通所介護事業所4か所と通所リハビリテーション事業所3か所にインタビューを実施した。7事業所の概要は次の通りであった。

調査対象となった通所介護事業所の概要

	所在地	定員	常勤管理栄養士数
通所介護 A	神奈川県	20 人 (併設特養 160 人)	3 名
通所介護 B	千葉県	15 人 (併設特養：110 人ほか)	2 名
通所介護 C	千葉県	10 人 (併設特養：50 人)	2 名
通所介護 D	千葉県	35 人 (併設特養：2 施設 150 人ほか)	2 名

調査対象となった通所リハビリテーション事業所の概要

	所在地	定員	常勤管理栄養士数
通所リハA	京都府	250人 (併設老健 100床)	5名
通所リハB	神奈川県	30人 (併設老健 100床)	1名
通所リハC	神奈川県	60人 (併設老健 130床)	2名

○介入の状況について

通所介護及び通所リハビリテーション事業所における NCM は介護保険施設と比較するとはるかに手薄である。それは、入所利用者よりも通所利用者の方が NCM のニーズが高いからである。介護保険施設（老健及び特養）入所利用者の約 2 人に 1 人が低栄養中高リスク者（BMI18.5Kg/m²未満）であり、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は介護保険度上の大きな課題である。さらに、食事にとろみ剤を使用者が平均して特養 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ている。これら入所利用者に対して、通所利用者は、栄養中高リスク者（BMI18.5Kg/m²未満）も摂食嚥下障害者も少なく、比較的して栄養状態は問題がないように考えがちである。しかし、通所利用者は 2 時間以上か 8 時間程度滞在し昼食を摂取しているものの、それ以外の食生活などを把握することはまれであり、管理栄養士の関与も希薄であるため通所利用者にどのようなニーズがあるのかも明らかにされてこなかった。僅かに介護保険上の居宅療養管理による管理栄養士の訪問や医療保険上の訪問栄養で在宅要介護者の栄養実態が解明されているに過ぎない。

○介入者の選択について

介入研究は、まず介入者をどのように選択するかである。教科書的には、BMIが BMI18.5Kg/m²未満、摂食機能低下などのリスクがある対象ということになる。低栄養リスク者では、食物や食事の入手、食事の準備、食事は誰と食べているのか、食事や栄養の理解、家族の介護力、家族の調理技術、実際にどのようなメニューなのか、一日何回食事を摂っているのか、どれくらい食べられているのか（推定摂取栄養量）など、通所利用時では把握しきれない情報の収集が必要になる。摂食嚥下リスク者では自宅における具体的なプランが立案できないことがあるので、自宅でのどのような食事形態か、水分はどのように補給しているかなど自宅での様子を把握する必要がある。また、食支援の漏れている課題を探るためや、通所利用時だけでは低栄養の原因がわかり難い場合には対象者としてリストアップされる。

○介入にあたっての合意と協力について

介入候補者がいても、介入する場合は、まず本人がある程度コミュニケーションがとれるか、あるいは家族の協力が得られた場合のみ可能となる。その上で通所事業所内で聞き取りが行われたり、場合によっては話し合いで管理栄養士からコンサルテーションされる。ただし、その結果、管理栄養士の訪問が必要となった場合は本人・家族の了解に加えて介護支援専門員や相談員あるいは看護職員に説明し了承を得る必要があり、介護支援専門員か相談員あるいは理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士と同行訪問の必要性を確認し、訪問計画を立案する必要がある。

○介入を進めるための事業所の要件について

通所利用者への訪問までを視野に入れた「総合的 NCM」を進めるためには、まず知識も体験値も高い管理栄養士が不可欠であるが、それと同程度にコミュニケーション能力が求められている場合が多い。利用者・家族、職場、地域の他の専門職との良好な人間関係は重要である。職場内で何らかの栄養ケアチーム的な機能が必要な場合も少なくない。また、施設長や事業所のマネジメント階層からの支持も大切である。これらのことから管理栄養士の上司がいない卒後 3 年未満の管理栄養士が「総合的 NCM」体制を構築することはまれと考えられる。

○介入することによる気づきについて

- ・ 家族背景が理解でき配慮して介入できた、昼食時に訪問し食べこぼしの量の多さに気づき、提供エネルギーを設定する際に役立てた。ヘルパーの食事支援の関わりが、利用者の状態に合っているかを確認でき、訪問当日は食具の変更を提案し食べこぼしように調整した。食事の聞き取りから口腔内に問題を抱えていることが発覚し歯科受診・経口維持計画につなげた。
- ・ 冷蔵庫内や台所の様子から嗜好・ヘルパーや家族の介入状況がわかり、通所では残さないうで食べるように声掛けや残食チェックした。
- ・ 管理栄養士が少し支援（工夫）をただけで、体力が維持できる一方で、少しの介入もしなければ徐々に ADL が低下することが予測できた。
- ・ 摂食嚥下外来の評価が地域にフィードバックされておらず、居宅事業所の介護支援専門員、当施設の相談員とともに、管理栄養士が他の事業所、ご家族へ食事形態の統一を働きかけたケースがあった。
- ・ 本人及び家族のニーズを聞いたところ、本人は「楽しく皆と話をしたい」、家族は「1 食でも栄養的に良いものを食べてほしい」とのことであった。

○介入による効果について

- ・ 介入することによって通常の食習慣を把握できる。通常は 1 日 2 食であったり家族がいても調理済み総菜や既製品が中心な場合などの実情が把握できる。自宅での食事は米飯にふりかけだけという場合もある。自宅での食事は摂取タンパク質が少なくない。また、通所時以外の日常運動量が把握できないし活動量と摂取量に関しても注意が払われていない場合がある。

- ・今回の事例ではあるが、1日2食の方、必要エネルギー量が充足する理由を理解して意欲的にリハビリテーションを実践し摂取エネルギー量が500kcal増加した。また、別の事例では、通所利用時はほぼ臥床傾向の方が食事が摂れることで1日30分程度の臥床で済んだことによりリハビリテーション実施の時間が確保できた。
 - ・効果とまでは言えないが、介護スタッフと管理栄養士間で在宅での食事関連の問題点を抽出する方法の一つとなった。
 - ・管理栄養士が介入することによって外出することにつながり、自分で考えて惣菜を選択することは注意機能の維持、認知機能の維持にもつながったのではないかと考える。
- 連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）施設体制（管理栄養士の配置等）について
- ・管理栄養士単独で在宅訪問を行うのはハードルが高いと感じている。リハビリテーションスタッフ、歯科衛生士との共同計画ができれば、ケアマネジャーを通して介入することができるのではないかと（居宅療養管理指導では、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションとの連携が比較的うまくいくケースが多い）。
 - ・個別機能訓練（通所介護）との関係については、カンファレンスに参加したところ、話し合っていることが食事の内容も多く、食事の内容で介入できることが多かった。
 - ・リハビリテーションにおいて握力の検査値が既にモニタリングされているので、関係させていけると良かったと考える。
 - ・要支援の人はリハビリテーションマネジメントにより毎月評価しているので、連携はとれると感じた。たんぱく質の摂取量が増えたとかあれば、もっとリハビリテーションの内容も変わった。リハビリテーションマネジメントに管理栄養士が記載する欄があると良い。
 - ・委託事業者が夕食の弁当を作ってくれており、希望者（13名）は通所からの帰宅時に、夕食用の弁当を持って帰っている。独居、日中独居で朝食を食べていない対象（3名）は、通所時に朝食を提供している（おにぎり程度）。
- 今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修について
- ・経口維持の対応は神奈川県立保健福祉大学での実践教育センターの研修が役に立った。施設の栄養管理とは違うので栄養相談の方法を学べる研修が事前にあると助かる。
 - ・経営的に採算があうような介護報酬上の評価がされるとよい。あるいは管理栄養士の配置体制を整備してもらえると取り組める。
 - ・新規利用者の面談に介護スタッフ、リハビリテーションスタッフとの同行訪問できるシステムができれば継続的な訪問介入ができる。
 - ・臨地実習生を見ていると大学での実習が少ない感じがする。また、新人や近隣の他施設の管理栄養士でも、高齢者向けの教室で話ができる人、経営的な視点が持てる人が少ない。卒後教育の充実は急務。栄養科の収支を理解していないで、業務はできない。
 - ・栄養教室としては通所の利用者対象に、月に1回の栄養の話をしている。

- ・「通所利用者に対して管理栄養士が行う経口維持支援・ミールラウンド」「管理栄養士による通所利用者の自宅訪問」など通所サービスの総合的なNCMの体制が制度となることを強く希望する。

○管理栄養士の配置に関する体制について

- ・通所施設に管理栄養士を配置しないと今回のような介入は難しいと思う。本務施設の配置からの支援のレベルを超えていると感じた。ミールラウンドが片手間になるので食事の評価も難しい。特養のほうがどうしてもアプローチしないといけない方も多いため、毎日いないデイサービスの利用者にピンポイントで対応することは難しい。
- ・管理栄養士が配置されていない状況での研究だったため時間をとり厳しかった。しかし、問題の発見や介入の方向性に気が付くことができた。

I. 通所リハビリテーション事業所における総合的栄養ケア・マネジメントに関する介入研究

1. 目的

回復期の医療においては、管理栄養士がリハ計画の作成段階から参画し、栄養管理を実施した場合に 9 割の患者において低栄養が改善し、低栄養の改善者では有意な ADL の改善が認められたと報告がある (Nishioka S, 2016)。そこで、平成 30 年度老人保健事業において、通所系サービス利用高齢者における自立支援や生活支援に寄与する低栄養、摂食嚥下機能低下に対応する栄養管理 (栄養ケア・マネジメント、以下「NCM」という。) のあり方を検討するため、これまで栄養管理に関する実態が把握されていない通所サービス事業所 (通所リハビリテーション事業所 (「通所リハ」という。)) 及び通所介護事業所 (以下「通所介護」という。)) について、全国規模の事業所調査 (通所リハ 740 事業所、通所介護 683 事業所)、利用者 (通所リハ 1,410 名、通所介護 780 名) を対象とした後ろ向き調査を行った。

その結果、以下の結果が得られた。

- ① 低栄養 (BMI18.5kg/m²未満) の者の割合が 1 日の利用者の 20%以上の事業所は通所リハ 24.6%、通所介護 25.0%であった。一方、摂食嚥下機能低下の問題のある者の割合が 1 日の利用者の 20%以上の事業所は通所リハ 10.1%、通所介護 11.2%であった。
- ② 低栄養 (BMI18.5kg/m²未満) の利用者が 20%以上の事業所の特徴として、通所リハでは「栄養スクリーニング加算非算定」「リハビリテーションマネジメント加算非算定」、通所介護では「個別機能訓練加算非算定」があげられた。
- ③ 低栄養 (BMI18.5kg/m²未満) は、通所リハ利用者では 6 か月後のバーサルインデックス不良維持・悪化 (55 点以下) のリスクと関連し、通所介護利用者では 6 か月後の IADL 得点不良維持・悪化 (5 点以下) および要介護度重度化のリスクと関連していた。
- ④ 低栄養 (BMI18.5kg/m²未満) は、通所リハ及び通所介護利用者ともに、「とろみ剤を使用している」「きざみ食/軟菜食、嚥下調整食を食べている」等にみられる摂食嚥下機能低下の問題があることが関連要因であった。また、通所リハ利用者では「バーサルインデックス 55 点以下」「IADL7 点以下」「自分で買い物へ出かけていない (概ね週 1 回以上)」「自宅等では食事を自分で作っていない (概ね週 1 回以上)」等にみられる ADL・IADL の低下が関連し、通所介護では「独居」が有意に関連していた。
- ⑤ 低栄養 (BMI18.5kg/m²未満) の利用者に見られる特徴的なパターンを主成分分析で分類したところ (因子負荷量の絶対値 0.5 以上の項目より)、通所リハと通所介護で概ね共通した関連要因として、第 1 主成分では「要介護度が重度」「ADL が低下している」「とろみ剤や摂食嚥下調整食、食事中のむせ込みなどの摂食嚥下の問題」「食事介助」といった身体的要因が抽出され、第 2 主成分では「同居家族あり」「自分で買い物に出かけている」「自宅等では食事を自分で作っている」「自宅等では一緒に食事を食べる人がいる」といった生活要因が抽出された。

平成 30 年度に継続して実施される当該研究事業は、これらの結果を踏まえて、介入研究によって、サービス計画と強固な連携体制のもとで、通所リハではリハビリテーションマネジメント（リハビリテーションマネジメント加算の対象）、通所介護では個別機能訓練（個別機能訓練加算の対象）の提供を前提に、通所サービスにおける新たな栄養改善モデルの構築に資することを目的として、在宅訪問や経口維持の活動を含めた「総合的栄養ケア・マネジメント」（以下「総合的 NCM」という。）の体制について検討し、その取り組みの手順を文書化し、試行した。また、総合的 NCM の実施可能性や効果についてヒストリカルコントロールを用いた多施設共同介入研究によって検証することを通じて、通所サービスにおける新たな栄養改善モデルの構築に資することを目的とした。

2. 方法

1) 研究デザイン

多施設共同介入研究とし、総合的 NCM による介入を実施した事業所利用者を介入群とし、平成 30 年度の利用者個別調査データをヒストリカルコントロール（非介入群）として比較した。

2) 対象事業所及び対象者

①介入群

平成 30 年度当該研究事業の利用者個別調査協力事業所及び委員から推薦された事業所全 75 事業所（通所リハ 25 事業所、通所介護 50 事業所、調査月の全利用者それぞれ 1,500 名程度）の事業所管理者に対して事前に研究協力に関する問い合わせを電話、FAX、E メール等により行い、協力の可否を確認した。協力可と回答された事業所の管理者宛に、「総合的 NCM 解説書一式」：調査票一式、研究対象候補者への依頼資料一式、事業所への研究協力依頼資料一式、総合的 NCM 手順書一式（参考資料 1）、調査票記載要綱一式（参考資料 2）、研究関連資料一式を送付した。事業所管理者からの研究協力事業所承諾書の返信をもって、「研究協力事業所」として登録した。

②非介入群（マッチングなし）

総合的 NCM の効果評価を行うために、総合的 NCM が行われていなかった平成 30 年度の利用者個別調査データ（通所リハ 23 事業所 1,410 名、通所介護 23 事業所 780 名）を比較対象（以下「②非介入群（マッチングなし）」とする。）とし、介入群と非介入群のベースライン特性（サービス開始前の状態）の比較を行った。

③非介入群（マッチングあり）

当該利用者個別調査データについて、交絡の可能性を考慮し、傾向スコアマッチングによるベースライン特性の一致を試みた。

傾向スコアマッチングの際、共変量として、「性別」、「年齢」、「要支援要介護度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「独居・同居」、「BMI」、「ADL（バーサルインデックス）」、「IADL」、「食事提供」、「食事形態」、「とろみ剤の使用」、「食事の際に奥歯で（義歯でも可）噛みしめている」、「食事中にむせたり咳き込んだりすることがある」、「自宅等では一緒に食事を食べる人がいる（概ね週1回以上）」、「自分で買い物へ出かけている」、「自宅等では食事を自分で作っている」、「栄養改善加算算定有無」に加え、通所リハでは「リハビリテーションマネジメント加算」を用いてロジスティック回帰分析を行い、傾向スコアを算出した。

算出した傾向スコアをもとに、非復元抽出により介入群：非介入群＝1対3の最近傍マッチングを行った（以下「③非介入群（マッチングあり）」とする。）。

統計解析にはEZR ver. 1.41及びSPSS Statistics ver. 25を用いた。

3) 介入手順

(1) 事業所リーダー、研究担当管理栄養士、研究担当者の実施事項

研究協力事業所の管理者には「事業所リーダー」を選出してもらい、事業所リーダーには、研究協力事業所または当該併施設等に所属し本調査を担当する管理栄養士（以下「研究担当管理栄養士」という）と研究協力を依頼する専門職等（以下「研究担当者」）の指名を依頼した。これらの研究協力者は、説明書による説明を受け自由な意思による協力承諾を得るようにした。

(2) 研究対象者の選定（スクリーニング）

協力事業所には、調査開始月1か月間の全利用者に対してスクリーニングを実施し、「研究対象者の候補者」の選定を依頼した。利用者本人・家族に対して利用者・家族への研究実施の公示と協力依頼はオプトアウトによって行った。

スクリーニングは、低栄養及び摂食嚥下障害のリスク者を選定するために、調査月直近の既存データに基づいて行われた。低栄養のリスク者は、「BMI18.5kg/m²未満」あるいは「6か月間における体重減少が2～3%以上」のいずれかに該当したものとした（身長が正確に測定できない場合は、従来の栄養マネジメント加算等のスクリーニングと同様に既存の記録を用いた。また、直近の体重の記録がない場合には測定を実施してもらった）。摂食嚥下障害のリスク者は、「食形態が嚥下調整食」「とろみ剤の利用」「奥歯で噛みしめられない」「食事中にむせたり、咳き込んだりすることがある」のいずれかに一つでも該当した者とした。

低栄養および摂食嚥下障害リスク者を「研究対象者の候補者」とし、対応表に記載してもらった。事業所リーダーから指名された研究担当者が研究対象者の候補者への説明書を用いて説明し、同意書に署名を得たものを「研究対象者」とした。

(3) 書類の送付と回収

研究協力事業所の管理者宛てに希望があった場合には上記資料のデータにパスワードをかけて CD-R に入れて同封し、ベースライン時（介入開始前）に記入された調査票一式（氏名欄を削除）の複写を研究代表者（杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学）宛の調査票返信用封筒により回収した（令和元年 12 月 20 日まで）。介入 6 か月後を介入終了とした。なお、スクリーニングシートは「研究対象者」とならなかったものについては回収しなかった。

(4) 介入内容

「総合的 NCM」は、通所事業所におけるサービス計画と強固な連携体制のもとで、通所リハではリハビリテーションマネジメント（リハビリテーションマネジメント加算）、通所介護では個別機能訓練（個別機能訓練加算）の提供を前提に、居宅訪問や経口維持のための活動を含め実施された。

研究担当管理栄養士は、研究担当者と協力して総合的 NCM 手順書およびフロー図に従って総合的 NCM を展開し、調査票一式へ記入することにより介入が実施されることになる。

スクリーニングにより低栄養リスク及び摂食嚥下障害のリスクがある者を研究対象者とし、

（ア）は研究対象者全員に必須で実施、以下の（イ）～（エ）は研究協力事業所が任意に選択し実施することとした。

(ア) 栄養ケア・マネジメント

各研究協力事業所の調査開始月 1 か月間の全利用者に対して本研究への協力に関する説明を行い、同意を受けた者（以下「研究対象者」という。）に対して、1) スクリーニングの実施、2) 低栄養リスク者及び摂食嚥下に問題がある者に対して NCM 展開票（アセスメントシート）に基づいてアセスメント（栄養ケアプロセスの活用）、3) 総合的な判定（栄養診断）、4) 栄養ケア計画試案の作成、会議（リハビリテーションマネジメント会議、サービス担当者会議等）による協議と本人・家族への説明と同意を経て栄養ケア計画を決定し実施するものとし、さらに、5) モニタリング（3 か月後）による計画の修正、6) 実施から 6 か月後に評価を実施するものとした。これにより、利用者全体の栄養状態や身体状況を踏まえて問題の抽出と評価を行い、その解決に向けて栄養ケアを行うことが期待された。

(イ) 在宅訪問

上記の（ア）及び下記の（ウ）と（エ）として行われるアセスメント、その後の相談及び支援を実施するため、各研究協力事業所において研究を担当する者（以下「研究担当者」という。）等が研究協力者宅を訪問する際に当該事業所に所属する管理栄養士（以下「研究担当管理栄養士」という。）が必要に応じて同行することとした。このような在宅訪問に際して、研究対象者を担当する介護支援専門員への連絡や介護支援専門員による協力も得て実施されるものとした。これにより、対象者の在宅における食事状況をより明確に把握で

きることが期待された。

(ウ) 経口維持(I)

摂食嚥下障害のリスクを有する研究対象者に対して、介護報酬における経口維持加算算定の要件と同様の手順で実施するものとした。これにより、研究対象者の摂食嚥下に関する問題の詳細を評価し、その対応を多職種間で共有できると期待された。

(エ) 経口維持(II)

(ウ)の取り組みにおいて、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれかの専門職が参加して実施されるものとした。これにより、研究対象者の摂食嚥下に関する問題の詳細をより専門的視点から評価し、その対応を多職種間で共有できると期待された。

(5) 調査内容(収集データ)

研究担当管理栄養士は、研究担当者と協力し調査票一式を、総合的 NCM 手順書調査票記載要項一式に従って記載した。内容は以下のものとした。

スクリーニングシート	
基本属性	性別、年齢、サービス利用開始年月日、疾病など、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度
低栄養リスク	身長、体重、BMI、体重減少率、低栄養リスク判定
摂食嚥下リスク	食形態が嚥下調整食、とろみ剤の利用、奥歯で噛みしめられない、食事にむせたり、咳きこんだりすることがある
その他	スクリーニング所要時間
NCM 展開表 (アセスメントシート)	
基本属性	①スクリーニング結果、②独居・同居、③日常生活自立度、④認知症高齢者の日常生活自立度、⑤要介護度
ADL	⑥ ADL (点)、⑦IADL (点)
希望・意欲	⑧本人の希望、⑨家族の希望、⑩興味・関心、⑪本人の意欲
食事について	⑫本人の食欲、⑬本人が食べることを楽しんでいる、⑭食事の準備の状況、⑮通所以外で1日1回以上は誰かと食事をするか、⑯低栄養リスクの状況、⑰現在(自宅)の栄養補給の状況(栄養補給法、推定摂取エネルギー、推定摂取たんぱく質、推定水分補給量)、⑱必要栄養量の算定(必要エネルギー、必要たんぱく質、必要水分補給量)、⑲栄養量の不足(エネルギー量、たんぱく質、水分補給量)、⑳食事形態(嚥下調整食の有無と形態、とろみ剤の有無と形態)、㉑食嗜好、㉒食事の留意事項の有無
その他	㉓他のサービスの使用の有無、㉔多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)、㉕低栄養リスクの原因と推察される問題、㉖低

	栄養リスクの原因と推察される問題の根拠、㉗通所サービス中止の月日と理由
食事内容の記録(通所・在宅)	
一日の食事内容	朝、昼、夕、間食の時間と内容（主食、主菜、副菜、その他）、食事内容の問題点
栄養ケア計画書	
意向と課題	利用者及び家族の意向、解決すべき課題（ニーズ）
目標	長期目標と期間、必要栄養量、短期目標（期間、栄養ケアの具体的な内容、頻度、訪問の必要性）
栄養ケア提供経過記録	サービス内容
経口維持計画書	
基本属性	性別、年齢、経口摂取の状況、摂食・嚥下機能検査の実施と実施日、検査結果や観察等を通して把握した課題の所在
経口による継続的な食事の接種のための支援の観点	食事の観察を通して気づいた点、多職種会議における議論の概要
経口による食事摂取のための計画	計画内容

（6）介入期間・モニタリング及び評価時期

研究対象者への介入期間は 6 か月間とした。研究担当管理栄養士及び研究担当者によって、ベースライン時（介入開始前）、3 か月後、6 か月後（介入終了後）の時点において ID 付与された調査票一式に記入され、ベースライン時（複写）及び 6 か月後（原本）が返信用封筒により研究代表者宛に送付された。

3. 解析方法

回収した調査票一式から匿名化されたデータベース（Excel シート）への入力、研究事務局が行い、その後、匿名化されたデータベースはパスワード付き CD-R に保管され、研究代表者の杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室）宛に書留送付された。当該データベースは、研究分担者で同大学助教の高田健人の大学 PC 個人フォルダに分譲された。さらにセキュリティ付き USB メモリにコピーした当該データベースを用いて高田健人ならびに研究分担者で同大学大学院生の浅見桃子、堤亮介により分析を行った。

4. 研究期間

研究倫理審査承認日から令和2年3月（その後は日本健康・栄養システム学会により継続する）までとした。

5. 研究倫理

本研究は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て実施された（保大第17-25）。

6. 結果

本研究に協力が得られた事業所数は通所リハ23事業所、通所介護9事業所であった。そのうち、介入研究対象者数は通所リハ168名、通所介護67名であった（令和2年3月末時点）。

A. 通所リハについて

調査対象となった利用者は、①介入群168名、②非介入群（マッチングなし）1,410名、③非介入群（マッチングあり）504名であった。

1) 基本属性（表1-A）

男性が①介入群44.6%、②非介入群（マッチングなし）40.1%（ $p=0.33$ ）、③非介入群（マッチングあり）41.5%（ $p=0.47$ ）、80歳以上が①介入群73.2%、②非介入群（マッチングなし）64.1%（ $p=0.17$ ）、③非介入群（マッチングあり）70.6%（ $p=0.64$ ）であった。

要介護1が①介入群32.1%、②非介入群（マッチングなし）22.3%（ $p=0.05$ ）、③非介入群（マッチングあり）27.4%（ $p=0.07$ ）、認知症高齢者の日常生活自立度Iが①介入群11.9%、②非介入群（マッチングなし）24.5%（ $p=0.03$ ）、③非介入群（マッチングあり）25.8%（ $p=0.07$ ）、独居が①介入群17.3%、②非介入群（マッチングなし）19.6%（ $p=0.31$ ）、③非介入群（マッチングあり）15.9%（ $p=0.74$ ）であった。

BMIが 18.5 kg/m^2 未満の者が①介入群88.7%、②非介入群（マッチングなし）11.3%（ $p<0.01$ ）、③非介入群（マッチングあり）18.5%（ $p<0.01$ ）、ADL（バーサルインデックス）が①介入群で平均 81.0 ± 20.4 点、②非介入群（マッチングなし）で平均 78.9 ± 21.3 点（ $p=0.77$ ）、③非介入群（マッチングあり）で平均 79.5 ± 20.0 点（ $p=0.59$ ）、IADLが①介入群で平均 10.9 ± 8.6 点、②非介入群（マッチングなし）で平均 10.6 ± 10.0 点（ $p=0.04$ ）、③非介入群（マッチングあり）で平均 8.6 ± 7.7 点（ $p=0.03$ ）であった。

2) 食事状況（表2-A）

食事提供ありは①介入群100%、②非介入群（マッチングなし）76.4%（ $p<0.01$ ）、③非介入群（マッチングあり）100%であった。

食事形態は嚥下調整食が①介入群 5.4%、②非介入群（マッチングなし）15.5% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）13.3% ($p<0.01$)、とろみ剤の使用ありが①介入群 13.1%、②非介入群（マッチングなし）8.8% ($p=0.08$)、③非介入群（マッチングあり）8.7% ($p=0.10$)であった。

食事の際に奥歯で（義歯でも可）噛みしめていない者が①介入群 13.2%、②非介入群（マッチングなし）9.6% ($p=0.22$)、③非介入群（マッチングあり）8.3% ($p=0.13$)、食事中にむせたり咳き込んだりすることがある者が①介入群 19.2%、②非介入群（マッチングなし）18.2% ($p=0.76$)、③非介入群（マッチングあり）19.3% ($p=0.97$)であった。

自宅等では一緒に食事を食べる人がいる（概ね週 1 回以上）者が①介入群 78.6%、②非介入群（マッチングなし）79.2% ($p=0.68$)、③非介入群（マッチングあり）81.7% ($p=0.82$)、自分で買い物へ出かけている（概ね週 1 回以上）者が①介入群 31.0%、②非介入群（マッチングなし）21.3% ($p=0.39$)、③非介入群（マッチングあり）14.3% ($p<0.01$)、自宅等では食事を自分で作っている（概ね週 1 回以上）者が①介入群 37.5%、②非介入群（マッチングなし）25.7% ($p=0.38$)、③非介入群（マッチングあり）21.6% ($p<0.01$)であった。

また、①介入群のうち、経口維持計画書を作成している者は 8.3%であった。

3) 管理栄養士の関わり（表 3-A）

管理栄養士との関わりは①介入群 100%、②非介入群（マッチングなし）42.6%、③非介入群（マッチングあり）60.5% ($p<0.01$)であった。関わりの内容（複数回答可）は栄養相談が①介入群 31.0%、②非介入群（マッチングなし）6.4% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）6.9% ($p<0.01$)、食事の観察（見守り）が①介入群 44.6%、②非介入群（マッチングなし）23.4% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）31.9% ($p<0.01$)、食事の個別調整（栄養強化）が①介入群 60.7%、②非介入群（マッチングなし）5.9% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）9.9% ($p<0.01$)、自宅訪問が①介入群 32.7%、②非介入群（マッチングなし）0.4% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）0.6% ($p<0.01$)、その他が①介入群 26.8%、②非介入群（マッチングなし）10.5% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）17.5% ($p=0.01$)であった。

また、①介入群のうち、その他の内容は対象者の意欲向上 6.0%、摂食嚥下 4.8%、疾患対応 2.4%、水分・補助食品 2.4%、サービス利用 1.8%、食事環境 1.8%、予防・改善 1.8%、身体測定 0.6%、情報連携 0.6%、精神（睡眠、不安軽減）0.6%であった。

4) 加算の算定状況（表 3-A）

リハビリテーションマネジメント加算算定なしが①介入群 10.1%、②非介入群（マッチングなし）7.7% ($p=0.28$)、③非介入群（マッチングあり）0.0% ($p<0.01$)、I の算定ありが①介入群 81.5%、②非介入群（マッチングなし）67.7% ($p<0.01$)、③非介入群（マッチングあり）76.2% ($p<0.01$)、II の算定ありが①介入群 0.6%、②非介入群（マッチングなし）

0.4% (p=0.68)、③非介入群 (マッチングあり) 0.8% (p=0.87)、Ⅲの算定ありが①介入群 7.1%、②非介入群 (マッチングなし) 23.3% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 21.0% (p<0.01)、Ⅳの算定ありが①介入群 0.6%、②非介入群 (マッチングなし) 1.1% (p=0.64)、③非介入群 (マッチングなし) 2.0% (p=0.27)であった。

栄養改善加算の算定ありは①介入群8.9%、②非介入群 (マッチングなし) 1.0% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 1.4% (p<0.01)であった。

以上より、介入群 168 名、非介入群 1,410 名の基本特性は、要介護度区分 (p=0.05)、認知症高齢者の日常生活自立度 (p=0.03)、BMI (p<0.01)、IADL (p=0.04)、食事提供 (p<0.01)、食事形態 (p<0.01)、管理栄養士との関わり (p<0.01)、リハビリテーションマネジメント加算算定 (p<0.01)、栄養改善加算算定 (p<0.01)の項目で有意に異なっており、介入群の方が嚥下調整食を食べている者 (介入群 5.4% vs 非介入群 15.5%) が少なく、栄養改善加算を算定している者 (介入群 8.9% vs 非介入群 1.0%) が多かったが、傾向スコアマッチングを行った結果、要介護度区分 (p=0.07)、認知症高齢者の日常生活自立度 (p=0.07)において、介入群と非介入群との群間差はみられなくなった。

B. 通所介護について

調査対象となった利用者は、①介入群 67 名、②非介入群 (マッチングなし) 780 名、非介入群 (マッチングあり) 201 名であった。

1) 基本属性 (表 1-B)

男性が①介入群 29.9%、②非介入群 (マッチングなし) 29.5% (p=0.63)、③非介入群 (マッチングあり) 26.4% (p=0.91)、80 歳以上が①介入群 79.1%、②非介入群 (マッチングなし) 74.5% (p=0.63)、③非介入群 (マッチングあり) 70.7% (p=0.37)であった。

要介護 1 が①介入群 23.9%、②非介入群 (マッチングなし) 28.7% (p=0.80)、③非介入群 (マッチングあり) 29.4% (p=0.68)、認知症高齢者の日常生活自立度 I が①介入群 29.9%、②非介入群 (マッチングなし) 20.6% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 23.4% (p=0.07)、独居が①介入群 23.9%、②非介入群 (マッチングなし) 28.2% (p=0.50)、③非介入群 (マッチングあり) 28.9% (p=0.47)であった。

BMI が 18.5 kg/m²未満の者が①介入群 92.5%、③非介入群 (マッチングなし) 13.7% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 11.9% (p<0.01)、ADL (バーサルインデックス) が①介入群で平均 80.9±14.6 点、②非介入群 (マッチングなし) で平均 74.5±26.2 点 (p=0.94)、③非介入群 (マッチングあり) で平均 79.2±22.9 点 (p=0.95)、IADL が①介入群で平均 7.0±7.3 点、②非介入群 (マッチングなし) で平均 7.5±6.6 点 (p=0.61)、③非介入群 (マッチングあり) で平均 8.5±7.4 点 (p=0.49)であった。

2) 食事状況 (表 2-B)

食事提供ありは①介入群 100%、②非介入群 (マッチングなし) 96.4% (p=0.14)、③非介入群 (マッチングあり) 96.5% (p=0.12) であった。

食事形態は嚥下調整食が①介入群 9.0%、②非介入群 (マッチングなし) 16.7% (p=0.07)、③非介入群 (マッチングあり) 13.4% (p=0.27)、とろみ剤の使用ありが①介入群 1.5%、②非介入群 (マッチングなし) 7.9% (p=0.06)、③非介入群 (マッチングあり) 5.7% (p=0.16) であった。

食事の際に奥歯で (義歯でも可) 噛みしめていない者が①介入群 10.4%、②非介入群 (マッチングなし) 10.7% (p=0.90)、③非介入群 (マッチングあり) 7.1% (p=0.11)、食事中にむせたり咳き込んだりすることがある者が①介入群 14.9%、②非介入群 (マッチングなし) 11.5% (p=0.40)、③非介入群 (マッチングあり) 8.3% (p=0.12) であった。

自宅等では一緒に食事を食べる人がいる (概ね週 1 回以上) 者が①介入群 71.6%、②非介入群 (マッチングなし) 70.0% (p=0.40)、③非介入群 (マッチングあり) 69.2% (p=0.36)、自分で買い物へ出かけている (概ね週 1 回以上) 者が①介入群 22.4%、②非介入群 (マッチングなし) 16.9% (p=0.44)、③非介入群 (マッチングあり) 20.9% (p=0.70)、自宅等では食事を自分で作っている (概ね週 1 回以上) 者が①介入群 29.9%、②非介入群 (マッチングなし) 15.8% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 18.9% (p=0.10) であった。

また、①介入群のうち、経口維持計画書を作成している者は 10.4% であった。

3) 管理栄養士の関わり (表 3-B)

管理栄養士との関わりは①介入群 100%、②非介入群 (マッチングなし) 27.9% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 31.8% (p<0.01) であった。関わりの内容 (複数回答可) は栄養相談が①介入群 79.1%、②非介入群 (マッチングなし) 2.1% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 3.5% (p<0.01)、食事の観察 (見守り) が①介入群 20.9%、②非介入群 (マッチングなし) 24.1% (p=0.55)、③非介入群 (マッチングあり) 25.9% (p=0.51)、食事の個別調整 (栄養強化) が①介入群 94.0%、②非介入群 (マッチングなし) 4.7% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 5.5% (p<0.01)、自宅訪問が①介入群 14.9%、②非介入群 (マッチングなし) 0.1% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 0.5% (p<0.01)、その他が①介入群 79.1%、②非介入群 (マッチングなし) 0.0% (p<0.01)、③非介入群 (マッチングあり) 0.0% (p<0.01) であった。

また、①介入群のうち、その他の内容は対象者の意欲向上 11.9%、摂食嚥下 9.0%、水分・補助食品 9.0%、疾患対応 4.5%、サービス利用 3.0%、情報連携 3.0%、食事環境 1.5%、予防・改善 1.5%、身体測定 1.5%、精神 (睡眠、不安軽減) 1.5% であった。

4) 加算の算定状況 (表 3-B)

個別機能訓練加算算定なしが①介入群 26.9%、②非介入群 (マッチングなし) 46.9%

($p < 0.01$)、③非介入群(マッチングあり) 45.8% ($p < 0.01$)、I の算定ありが①介入群 71.6%、②非介入群(マッチングなし) 10.4% ($p < 0.01$)、③非介入群(マッチングあり) 10.0% ($p < 0.01$)、II の算定ありが①介入群 1.5%、②非介入群 (マッチングなし) 21.9% ($p < 0.01$)、③非介入群 (マッチングあり) 20.9% ($p < 0.01$)、I・II 両方の算定ありが①介入群 0.0%、②非介入群 (マッチングなし) 20.8% ($p < 0.01$)、③非介入群 (マッチングあり) 23.4% ($p < 0.01$) であった。

栄養改善加算の算定ありは①介入群 3.0%、②非介入群(マッチングなし) 0.4% ($p = 0.02$)、③非介入群 (マッチングあり) 1.0% ($p = 0.43$) であった。

以上より、①介入群 67 名、②非介入群 780 名の基本特性は、認知症高齢者の日常生活自立度 ($p < 0.01$)、BMI ($p < 0.01$)、自宅等では自分で食事を作っている(概ね週 1 回以上) ($p < 0.01$)、管理栄養士との関わり ($p < 0.01$)、個別機能訓練加算算定 ($p < 0.01$)、栄養改善加算算定 ($p = 0.02$) の項目で有意に異なっており、介入群の方が自宅等では自分で食事を作っている者(介入群 29.9% vs 非介入群 15.8%)、個別機能訓練加算を算定している者(介入群 73.1% vs 非介入群 53.1%)、栄養改善加算を算定している者 (介入群 3.0% vs 非介入群 0.4%) が多かったが、傾向スコアマッチングを行った結果、認知症高齢者の日常生活自立度 ($p = 0.07$)、自宅等では自分で食事を作っている(概ね週 1 回以上) ($p = 0.10$)、栄養改善加算算定 ($p = 0.43$) において、介入群と非介入群との群間差はみられなくなった。

7. 今後の解析

以上のように、傾向スコアマッチングによってベースライン特性の群間差を調整することができ、総合的 NCM の効果評価をより適切に行うためのデータ整備を行うことができた。

なお、今後は当該研究のデータベースを用い、以下の解析を日本健康・栄養システム学会として実施する予定である。

- (ア) アウトカム指標 (ADL、IADL、要介護度等) の追跡データを整備し、6 か月間の変化をアウトカム変数、基本属性や提供されたサービス要因等を予測変数とし、クロス集計、単変量および多変量ロジスティック解析、Cox 比例ハザード分析等により関連要因を検討する。
- (イ) (ア) のアウトカムについて、6 か月後の変化を非介入群と比較し、クロス集計、単変量および多変量ロジスティック解析により介入の効果について検証する。
- (ウ) 栄養ケア計画の記載内容等をカテゴリ化し、個人特性、栄養診断、管理栄養士及び他職種による提供サービス内容、居宅訪問の有無等の複合的な要因についてパターン分析を行い、(ア) (イ) の結果と合わせて通所事業所における効果的な栄養ケアについて検討する。

	マッチングなし				マッチングあり				p値
	①介入群(n=168)		②非介入群(n=1,410)		①介入群(n=168)		③非介入群(n=504)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別									
男性	75	(44.6)	566	(40.1)	75	(44.6)	209	(41.5)	0.47
女性	93	(55.4)	824	(58.4)	93	(55.4)	295	(58.5)	
回答なし	0	(0.0)	20	(1.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
年齢階級									
65歳未満	3	(1.8)	61	(4.3)	3	(1.8)	16	(3.2)	0.64
65-69歳	7	(4.2)	76	(5.4)	7	(4.2)	28	(5.6)	
70-79歳	35	(20.8)	369	(26.2)	35	(20.8)	104	(20.6)	
80-89歳	89	(53.0)	643	(45.6)	89	(53.0)	240	(47.6)	
90歳以上	34	(20.2)	261	(18.5)	34	(20.2)	116	(23.0)	
回答なし	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
	83.2	8.0	81.3	(9.3)	83.2	8.0	82.6	9.0	
要介護度区分									
要支援1	15	(8.9)	99	(7.0)	15	(8.9)	20	(4.0)	0.07
要支援2	17	(10.1)	198	(14.0)	17	(10.1)	44	(8.7)	
要介護1	54	(32.1)	314	(22.3)	54	(32.1)	138	(27.4)	
要介護2	34	(20.2)	364	(25.8)	34	(20.2)	149	(29.6)	
要介護3	30	(17.9)	230	(16.3)	30	(17.9)	98	(19.4)	
要介護4	11	(6.5)	141	(10.0)	11	(6.5)	38	(7.5)	
要介護5	7	(4.2)	64	(4.5)	7	(4.2)	17	(3.4)	
総合事業対象者	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
認知症高齢者の日常生活自立度									
自立	7	(4.2)	360	(25.5)	7	(4.2)	95	(18.8)	0.07
I	20	(11.9)	346	(24.5)	20	(11.9)	130	(25.8)	
IIa	15	(8.9)	273	(19.4)	15	(8.9)	102	(20.2)	
IIb	10	(6.0)	227	(16.1)	10	(6.0)	94	(18.7)	
IIIa	3	(1.8)	87	(6.2)	3	(1.8)	36	(7.1)	
IIIb	0	(0.0)	39	(2.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	
IV	1	(0.6)	27	(1.9)	1	(0.6)	9	(1.8)	
M	1	(0.6)	2	(0.1)	1	(0.6)	0	(0.0)	
回答なし	111	(66.1)	49	(3.5)	111	(66.1)	38	(7.5)	

表1-A② 基本属性(通所リハ)

マッチングなし

マッチングあり

	①介入群(n=168)			②非介入群(n=1,410)			③非介入群(n=504)			(χ ² 検定) p値	
	n	(%)	(%)	n	(%)	(%)	n	(%)	(%)		
同居・同居(複数回答)											
同居	29	(17.3)	(19.6)	276	(19.6)	0.31	29	(17.3)	80	(15.9)	0.74
同居なし	133	(79.2)	(72.1)	1016	(72.1)		133	(79.2)	397	(78.8)	
回答なし	6	(3.6)	(8.4)	118	(8.4)		6	(3.6)	27	(5.4)	
	mean	SD	SD	mean	SD		mean	SD	mean	SD	
BMI	20.4	3.8	4.1	23.0	4.1	<0.01	20.4	3.8	22.2	3.9	<0.01
18.5kg/m ² 以上	19	(11.3)	(80.2)	1131	(80.2)		19	(11.3)	397	(81.5)	
18.5kg/m ² 未満 (欠損値)	149	(88.7)	(11.3)	160	(11.3)		149	(88.7)	90	(18.5)	
0	0	(0.0)	(8.4)	119	(8.4)		0	(0.0)	0	(0.0)	
ADL(バーサルインデックス)	mean	SD	SD	mean	SD		mean	SD	mean	SD	
0, 5点	1	(0.6)	(1.1)	15	(1.1)	0.77	1	(0.6)	3	(0.6)	0.59
10, 15点	1	(0.6)	(1.3)	18	(1.3)		1	(0.6)	4	(0.8)	
20, 25点	2	(1.2)	(1.3)	19	(1.3)		2	(1.2)	12	(2.4)	
30, 35点	3	(1.8)	(2.1)	29	(2.1)		3	(1.8)	4	(0.8)	
40, 45点	7	(4.2)	(3.5)	49	(3.5)		7	(4.2)	21	(4.2)	
50, 55点	6	(3.6)	(4.8)	67	(4.8)		6	(3.6)	22	(4.4)	
60, 65点	11	(6.5)	(7.2)	101	(7.2)		11	(6.5)	35	(6.9)	
70, 75点	13	(7.7)	(10.0)	141	(10.0)		13	(7.7)	46	(9.1)	
80, 85点	29	(17.3)	(23.3)	328	(23.3)		29	(17.3)	132	(26.2)	
90, 95点	55	(32.7)	(26.7)	377	(26.7)		55	(32.7)	136	(27.0)	
100点 (欠損値)	25	(14.9)	(14.8)	209	(14.8)		25	(14.9)	67	(13.3)	
15	15	(8.9)	(4.0)	57	(4.0)		15	(8.9)	22	(4.4)	
mean	mean	SD	SD	mean	SD		mean	SD	mean	SD	
81.0	20.4	21.3	78.9	21.3	81.0	20.4	81.0	20.4	79.5	20.0	
IADL	17	(10.1)	(11.1)	156	(11.1)	0.04	17	(10.1)	52	(10.3)	0.03
0点	61	(36.3)	(33.8)	477	(33.8)		61	(36.3)	235	(46.6)	
1-9点	45	(26.8)	(19.6)	277	(19.6)		45	(26.8)	115	(22.8)	
10-19点	27	(16.1)	(9.6)	136	(9.6)		27	(16.1)	43	(8.5)	
20-29点	2	(1.2)	(4.0)	56	(4.0)		2	(1.2)	5	(1.0)	
30-39点	0	(0.0)	(0.9)	13	(0.9)		0	(0.0)	0	(0.0)	
40-45点 (欠損値)	16	(9.5)	(20.9)	295	(20.9)		16	(9.5)	54	(10.7)	
mean	mean	SD	SD	mean	SD		mean	SD	mean	SD	
10.9	8.6	10.6	10.0	8.6	10.9	8.6	10.9	8.6	8.6	7.7	

表1-B① 基本属性(通所介護)	マッチングなし				マッチングあり				χ^2 検定) p値
	①介入群(n=67)		②非介入群(n=780)		①介入群(n=67)		②非介入群(n=201)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別									
男性	20	(29.9)	230	(29.5)	20	(29.9)	53	(26.4)	0.91
女性	47	(70.1)	472	(60.5)	47	(70.1)	129	(64.2)	
回答なし	0	(0.0)	72	(9.2)	0	(0.0)	19	(9.5)	
年齢階級									
65歳未満	2	(3.0)	29	(3.7)	2	(3.0)	6	(3.0)	0.37
65-69歳	3	(4.5)	24	(3.1)	3	(4.5)	6	(3.0)	
70-79歳	8	(11.9)	145	(18.6)	8	(11.9)	46	(22.9)	
80-89歳	34	(50.7)	397	(50.9)	34	(50.7)	98	(48.8)	
90歳以上	19	(28.4)	184	(23.6)	19	(28.4)	44	(21.9)	
回答なし	1	(1.5)	1	(0.1)	1	(1.5)	1	(0.5)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
	84.3	8.2	83.3	8.6	84.3	8.2	82.9	7.9	
要介護区分									
要支援1	3	(4.5)	40	(5.1)	3	(4.5)	12	(6.0)	0.68
要支援2	10	(14.9)	80	(10.3)	10	(14.9)	17	(8.5)	
要介護1	16	(23.9)	224	(28.7)	16	(23.9)	59	(29.4)	
要介護2	19	(28.4)	219	(28.1)	19	(28.4)	58	(28.9)	
要介護3	10	(14.9)	112	(14.4)	10	(14.9)	31	(15.4)	
要介護4	4	(6.0)	71	(9.1)	4	(6.0)	15	(7.5)	
要介護5	4	(6.0)	26	(3.3)	4	(6.0)	5	(2.5)	
総合事業対象者	1	(1.5)	8	(1.0)	1	(1.5)	4	(2.0)	
認知症高齢者の日常生活自立度									
自立	2	(3.0)	168	(21.5)	2	(3.0)	37	(18.4)	0.07
I	20	(29.9)	161	(20.6)	20	(29.9)	47	(23.4)	
Ila	7	(10.4)	90	(11.5)	7	(10.4)	23	(11.4)	
Ilb	5	(7.5)	126	(16.2)	5	(7.5)	29	(14.4)	
Illa	5	(7.5)	74	(9.5)	5	(7.5)	23	(11.4)	
IIb	0	(0.0)	24	(3.1)	0	(0.0)	6	(3.0)	
IV	1	(1.5)	18	(2.3)	1	(1.5)	6	(3.0)	
M	0	(0.0)	17	(2.2)	0	(0.0)	3	(1.5)	
回答なし	27	(40.3)	102	(13.1)	27	(40.3)	27	(13.4)	

表1-B② 基本属性(通所介護)	マッチングなし				マッチングあり				(χ ² 検定) p値
	①介入群(n=67)		②非介入群(n=780)		①介入群(n=67)		②非介入群(n=201)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
独居・同居	16	(23.9)	220	(28.2)	16	(23.9)	58	(28.9)	0.47
同居	49	(73.1)	551	(70.6)	49	(73.1)	140	(69.7)	
回答なし	2	(3.0)	9	(1.2)	2	(3.0)	3	(1.5)	
BMI	5	(7.5)	445	(57.1)	5	(7.5)	131	(65.2)	<0.01
18.5kg/m ² 以上	62	(92.5)	107	(13.7)	62	(92.5)	24	(11.9)	
18.5kg/m ² 未満 (次損値)	0	(0.0)	228	(29.2)	0	(0.0)	46	(22.9)	
	mean		mean		mean		mean		
	20.3	4.3	22.0	4.1	20.3	4.3	21.9	3.8	
	SD		SD		SD		SD		
ADL(バーサルインデックス)	0	(0.0)	18	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.0)	0.95
0, 5点	0	(0.0)	6	(0.8)	0	(0.0)	1	(0.5)	
10, 15点	0	(0.0)	5	(0.6)	0	(0.0)	3	(1.5)	
20, 25点	0	(0.0)	12	(1.5)	0	(0.0)	2	(1.0)	
30, 35点	0	(0.0)	15	(1.9)	0	(0.0)	2	(1.0)	
40, 45点	1	(1.5)	29	(3.7)	1	(1.5)	7	(3.5)	
50, 55点	1	(1.5)	36	(4.6)	1	(1.5)	11	(5.5)	
60, 65点	1	(1.5)	40	(5.1)	1	(1.5)	12	(6.0)	
70, 75点	3	(4.5)	73	(9.4)	3	(4.5)	21	(10.4)	
80, 85点	4	(6.0)	98	(12.6)	4	(6.0)	22	(10.9)	
90, 95点	1	(1.5)	78	(10.0)	1	(1.5)	29	(14.4)	
100点	56	(83.6)	390	(50.0)	56	(83.6)	89	(44.3)	
(次損値)	mean		mean		mean		mean		
	80.9	14.6	74.5	26.2	80.9	14.6	79.2	22.9	
	SD		SD		SD		SD		
IADL	3	(4.5)	5	(0.6)	3	(4.5)	1	(0.5)	0.49
0点	15	(22.4)	67	(8.6)	15	(22.4)	24	(11.9)	
1-9点	4	(6.0)	19	(2.4)	4	(6.0)	8	(4.0)	
10-19点	2	(3.0)	7	(0.9)	2	(3.0)	4	(2.0)	
20-29点	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
30-39点	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
40-45点	43	(64.2)	0	(0.0)	43	(64.2)	164	(81.6)	
(次損値)	mean		mean		mean		mean		
	7.0	7.3	7.5	6.6	7.0	7.3	8.5	7.4	
	SD		SD		SD		SD		

食事提供(通所時)	マッチングなし				マッチングあり				p値
	①介入群(n=168)		②非介入群(n=1,410)		①介入群(n=168)		②非介入群(n=504)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
あり	168	(100.0)	1077	(76.4)	168	(100.0)	504	(100.0)	-
なし	0	(0.0)	325	(23.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
回答なし	0	(0.0)	8	(0.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	
食事形態									
普通食	159	(94.6)	842	(59.7)	159	(94.6)	437	(86.7)	<0.01
嚥下調整食	9	(5.4)	219	(15.5)	9	(5.4)	67	(13.3)	
その他(経管)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
わからない	0	(0.0)	349	(24.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	
とろみ剤の使用※									
あり	22	(13.1)	95	(8.8)	22	(13.1)	44	(8.7)	0.10
なし	146	(86.9)	981	(91.2)	146	(86.9)	460	(91.3)	
食事の際に奥歯で(齧歯でも可)噛みしめている※									
はい・わからない	145	(86.8)	972	(90.4)	145	(86.8)	461	(91.7)	0.13
いいえ	22	(13.2)	103	(9.6)	22	(13.2)	42	(8.3)	
食事中にむせたり咳き込みだけすることがある※									
はい	32	(19.2)	195	(18.2)	32	(19.2)	97	(19.3)	0.97
いいえ・わからない	135	(80.8)	879	(81.8)	135	(80.8)	406	(80.7)	
自宅等では一緒に食事を食べる人がいる(概ね週1回以上)									
はい	132	(78.6)	1117	(79.2)	132	(78.6)	412	(81.7)	0.82
いいえ・わからない	31	(18.5)	290	(20.6)	31	(18.5)	91	(18.1)	
回答なし	5	(3.0)	3	(0.2)	5	(3.0)	1	(0.2)	
自分で買い物へ出かけている(概ね週1回以上)									
はい	52	(31.0)	301	(21.3)	52	(31.0)	72	(14.3)	<0.01
いいえ・わからない	116	(69.0)	1106	(78.4)	116	(69.0)	432	(85.7)	
回答なし	0	(0.0)	3	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	
自宅等では食事を自分で作っている(概ね週1回以上)									
はい	63	(37.5)	363	(25.7)	63	(37.5)	109	(21.6)	<0.01
いいえ・わからない	105	(62.5)	1045	(74.1)	105	(62.5)	395	(78.4)	
回答なし	0	(0.0)	2	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	

※()内は有効%

	マッチングなし				マッチングあり				(χ ² 検定) p値
	①介入群(n=67)		②非介入群(n=780)		①介入群(n=67)		③非介入群(n=201)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
食事提供(通所時)									
あり	67	(100.0)	752	(96.4)	67	(100.0)	194	(96.5)	0.12
なし	0	(0.0)	24	(3.1)	0	(0.0)	7	(3.5)	
回答なし	0	(0.0)	4	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	
食事形態									
普通食	61	(91.0)	611	(78.3)	61	(91.0)	163	(81.1)	0.27
嚥下調整食	6	(9.0)	130	(16.7)	6	(9.0)	27	(13.4)	
その他(経管)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	0	
わからない	0	(0.0)	39	(5.0)	0	(0.0)	4	(2.0)	
とろみ剤の使用※									
あり	1	(1.5)	59	(7.9)	1	(1.5)	11	(5.7)	0.16
なし	66	(98.5)	692	(92.1)	66	(98.5)	182	(94.3)	
食事の際に奥歯で(嚥下でも可)噛みしめている※									
はい・わからない	60	(89.6)	627	(89.3)	60	(89.6)	171	(92.9)	0.11
いいえ	7	(10.4)	75	(10.7)	7	(10.4)	13	(7.1)	
食事中にむせたり嘔き込んだりすることがある※									
はい	10	(14.9)	86	(11.5)	10	(14.9)	16	(8.3)	0.12
いいえ・わからない	57	(85.1)	665	(88.5)	57	(85.1)	177	(91.7)	
自宅等では一緒に食事を食べる人がいる(概ね週1回以上)									
はい	48	(71.6)	546	(70.0)	48	(71.6)	139	(69.2)	0.36
いいえ・わからない	19	(28.4)	213	(27.3)	19	(28.4)	56	(27.9)	
回答なし	0	(0.0)	21	(2.7)	0	(0.0)	6	(3.0)	
自分で買い物へ出かけている(概ね週1回以上)									
はい	15	(22.4)	132	(16.9)	15	(22.4)	42	(20.9)	0.70
いいえ・わからない	52	(77.6)	643	(82.4)	52	(77.6)	157	(78.1)	
回答なし	0	(0.0)	5	(0.6)	0	(0.0)	2	(1.0)	
自宅等では食事を自分で作っている(概ね週1回以上)									
はい	20	(29.9)	123	(15.8)	20	(29.9)	38	(18.9)	0.10
いいえ・わからない	47	(70.1)	635	(81.4)	47	(70.1)	159	(79.1)	
回答なし	0	(0.0)	22	(2.8)	0	(0.0)	4	(2.0)	

※()内は有効%

表3-A 管理栄養士の関わり、加算状況(遍所/ハ)	マッチングなし				マッチングあり				(χ ² 検定) p値
	①介入群(n=168)		②非介入群(n=1,410)		①介入群(n=168)		③非介入群(n=504)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
管理栄養士の関わり									
関わりあり	168	(100.0)	600	(42.6)	168	(100.0)	305	(60.5)	<0.01
関わりなし	0	(0.0)	809	(57.4)	0	(0.0)	199	(39.5)	
(欠損値)	0	(0.0)	1	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	
管理栄養士の関わり内容(複数回答可)									
栄養相談	52	(31.0)	90	(6.4)	52	(31.0)	35	(6.9)	<0.01
食事の観察(見守り)	75	(44.6)	330	(23.4)	75	(44.6)	161	(31.9)	<0.01
食事の個別調整(栄養強化)	102	(60.7)	83	(5.9)	102	(60.7)	50	(9.9)	<0.01
自宅訪問	55	(32.7)	6	(0.4)	55	(32.7)	3	(0.6)	<0.01
その他	45	(26.8)	148	(10.5)	45	(26.8)	88	(17.5)	0.01
※その他の内容(介入群について)									
意欲向上	10	(6.0)			10	(6.0)			
摂食嚥下	8	(4.8)			8	(4.8)			
疾患対応	4	(2.4)			4	(2.4)			
水分・補助食品	4	(2.4)			4	(2.4)			
サービズ利用	3	(1.8)			3	(1.8)			
食事環境	3	(1.8)			3	(1.8)			
予防・改善	3	(1.8)			3	(1.8)			
身体測定	1	(0.6)			1	(0.6)			
情報連携	1	(0.6)			1	(0.6)			
精神(睡眠、不安軽減)	1	(0.6)			1	(0.6)			
リハビリテーション/マネジメント加算(I~IV複数回答者あり)									
算定なし	17	(10.1)	109	(7.7)	17	(10.1)	0	(0.0)	<0.01
I	137	(81.5)	954	(67.7)	137	(81.5)	384	(76.2)	<0.01
II	1	(0.6)	6	(0.4)	1	(0.6)	4	(0.8)	0.87
III	12	(7.1)	328	(23.3)	12	(7.1)	106	(21.0)	<0.01
IV	1	(0.6)	15	(1.1)	1	(0.6)	10	(2.0)	0.27
栄養改善加算									
算定あり	15	(8.9)	14	(1.0)	15	(8.9)	7	(1.4)	<0.01
算定なし	153	(91.1)	1354	(96.0)	153	(91.1)	497	(98.6)	
(欠損値)	0	(0.0)	42	(3.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	

表3-B 管理栄養士の関わり、加算定状況(通所介護)

	マッチングなし			マッチングあり			p値	(χ ² 検定)	③非介入群(n=201)			p値	(χ ² 検定)	
	①介入群(n=67)			②非介入群(n=780)					①介入群(n=67)					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			n	(%)	n			(%)
管理栄養士との関わり														
関わりあり	67	(100.0)	218	(27.9)	67	(100.0)	<0.01		64	(31.8)	<0.01			
関わりなし	0	(0.0)	553	(70.9)	0	(0.0)			136	(67.7)				
(次損値)	0	(0.0)	9	(1.2)	0	(0.0)			1	(0.5)				
⇒管理栄養士の関わり内容(複数回答可)														
栄養相談	53	(79.1)	16	(2.1)	53	(79.1)	<0.01		7	(3.5)	<0.01			
食事の観察(見守り)	14	(20.9)	188	(24.1)	14	(20.9)	0.55		52	(25.9)	0.51			
食事の個別調整(栄養強化)	63	(94.0)	37	(4.7)	63	(94.0)	<0.01		11	(5.5)	<0.01			
自宇訪問	10	(14.9)	1	(0.1)	10	(14.9)	<0.01		1	(0.5)	<0.01			
その他	53	(79.1)	0	(0.0)	53	(79.1)	<0.01		0	(0.0)	<0.01			
※その他の内容(介入群について)														
意欲向上	6	(11.9)			6	(11.9)								
摂食嚥下	5	(9.0)			5	(9.0)								
水分・補助食品	5	(9.0)			5	(9.0)								
疾患対応	2	(4.5)			2	(4.5)								
サービス利用	2	(3.0)			2	(3.0)								
情報連携	2	(3.0)			2	(3.0)								
食事環境	1	(1.5)			1	(1.5)								
予防・改善	1	(1.5)			1	(1.5)								
身体測定	1	(1.5)			1	(1.5)								
精神(睡眠、不安軽減)	1	(1.5)			1	(1.5)								
個別機能訓練加算														
算定なし	18	(26.9)	366	(46.9)	18	(26.9)	<0.01		92	(45.8)	<0.01			
I	48	(71.6)	81	(10.4)	48	(71.6)	<0.01		20	(10.0)	<0.01			
II	1	(1.5)	171	(21.9)	1	(1.5)	<0.01		42	(20.9)	<0.01			
I・II両方	0	(0.0)	162	(20.8)	0	(0.0)	<0.01		47	(23.4)	<0.01			
栄養改善加算														
算定あり	2	(3.0)	3	(0.4)	2	(3.0)	0.02		2	(1.0)	0.43			
算定なし	65	(97.0)	769	(98.6)	65	(97.0)			198	(98.5)				
(次損値)	0	(0.0)	8	(1.0)	0	(0.0)			1	(0.5)				

II 訪問インタビュー調査

目的

本研究では、介護保険制度における今後の総合的な栄養ケア・マネジメント（以下「NCM」という。）の制度化にあたっての体制や手順づくりを進めるため介入研究を進めてきたが、通所事業所の現場での定性的情報収集や課題、要望や留意点を収集するため、通所事業所に対して訪問インタビュー調査を行った。

方法

1) 対象施設及び対象

当該介入研究の協力事業所のうち介入件数あるいは訪問件数の多い事業所から本研究の調査委員会委員の推薦を得、協力が得られた通所介護及び通所リハビリテーション事業所各3か所、全6か所の主たる協力担当者である事業所リーダー、「I」の研究担当管理栄養士等をインタビュー対象とした。

2) 調査方法

事業所管理者宛に管理者、事業所リーダー、研究担当管理栄養士、協力スタッフへの依頼状及び説明書（インタビュー・ガイドを含む）、承諾書・同意書、同意撤回書を郵送した。調査への協力は各自の自由な意志に任され、同封筒により承諾書（管理者）及び同意書を回収した。インタビューは管理栄養士資格を有する委員が担当し、インタビュー・ガイドに沿って1時間程度実施され、インタビュー・ガイドの質問ごとにまとめられた。

なお、本研究では「総合的 NCM」モデル介入調査が行われているところであり、インタビューでは、通所リハビリテーション事業所についてはリハビリテーションマネジメント（加算項目）、通所介護については個別機能訓練（加算項目）の提供を前提に在宅訪問や経口維持のための「総合的 NCM」の体制や取り組みの導入、展開を踏まえた。

インタビュー・ガイド

【1】挨拶及びインタビューアーの自己紹介

【2】目的の説明：

通所リハビリテーションではリハビリテーションマネジメント（リハビリテーションマネジメント加算）、通所介護では個別機能訓練（個別機能訓練加算）の提供を前提に、在宅訪問や経口維持のための活動を含めた「総合的 NCM」の体制や取り組みの導入、展開をモデル研究事業として試行に協力を頂いており、感謝する。そこで、本調査は、介入研究を担当している協力事業所から選定された事業所のスタッフに、今後の総合的な NCM の制度化にあたっての体制や手順づくりにあたってのご要望や留意点を伺い、総合的 NCM 体制（スタッフへのコンサルテーションや研修を含める）の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させて頂く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を作成すること
- ・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
- ・インタビューの逐語録から、録音時に呼び合った名前などの個人情報は全て削除すること
- ・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初めてよいかを確認すること

【4】インタビュー

- ・はじめに、インタビュー調査の目的を説明する。
- ・次の項目の順に問いかける。

①介入研究についての感想

介入した利用者はどのような人たちか

通所からの訪問が必要と感じられたか、それはなぜか

訪問してみて気づいたこと

②介入がリハビリテーションや本人の意欲の向上にどのように影響したと感じているか。

③今後の通所事業所からの総合的 NCM の体制について

リハビリテーションマネジメントとの関係（通所リハビリテーション）について

個別訓練機能との関係（通所介護）について

摂食嚥下や口腔機能の向上の取り組みとの関係について

④管理栄養士の配置に関する体制について

⑤今後の総合的 NCM 体制や取り組み方あるいは研修についての要望や意見

⑥その他の感想や意見

3) 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 17-53）。

結果

今回協力が得られた事業所は、通所介護事業所4か所と通所リハビリテーション事業所3か所であった。7事業所の概要は以下の通りである。

調査対象となった通所介護事業所の概要

	所在地	定員	常勤管理栄養士数
通所介護 A	神奈川県	20 人 (併設特養 160 人)	3 名
通所介護 B	千葉県	15 人 (併設特養：110 人ほか)	2 名
通所介護 C	千葉県	10 人 (併設特養：50 人)	2 名
通所介護 D	千葉県	35 人 (併設特養：2 施設 150 人ほか)	2 名

調査対象となった通所リハビリテーション事業所の概要

	所在地	定員	常勤管理栄養士数
通所リハ A	京都府	250 人 (併設老健 100 床)	5 名
通所リハ B	神奈川県	30 人 (併設老健 100 床)	1 名
通所リハ C	神奈川県	60 人 (併設老健 130 床)	2 名

1) 通所介護事業所に関するインタビュー結果

通所介護 A 調査結果

事業所概要	神奈川県 通所介護 定員 20 人 併設特養 160 人 管理栄養士常勤配置数 3 名
介入者の特性	○介入者の特性は、独居、朝昼は自分で用意して、夜は家族の支援があることも多かった。 ○独居でもヘルパーをいれていない人も多く、自分でしなくてはならない人が多かった。聞き取りは出来るしっかりした方たちであった。 ○既製品を食べている方が多く作っている人は少なかった。

	夜だけ作っていて翌日は残りを食べているという方もいた。
訪問の必要性	○訪問は必要と感じた。聞いていて本当にそうか疑問に感じることも多かった。実際に見てみないとわからないと感じた。食事の準備の部分に本当はもっと介入できると良かった。
訪問時の気づき	○管理栄養士が訪問に行けなかった最大の原因はデイサービスの相談員と予定を合わせるのが難しいことだった。リハビリテーションは帰りの送迎に乗って行っている。家屋調査が中心だが、テーブルの上とか冷蔵庫に食事が置いてあることもあり、そういう状況を管理栄養士には伝えてくれていた。訪問は来てくれると助かると言われたが、食事の時間に行けないので、なかなか管理栄養士が入りにくかった。 【訪問者からのコメント】 ○話していて印象的だった。食事の時に来るイメージが強く、そうでない時間で来ることが全体的になかった様子。だからこそ相談員との予定が合わず、リハビリテーションのように送迎の後とか時間の調整が難しかったとのこと。実際はリハビリテーションの話からも食事の準備の部分でも気が付けたことがあったこともあったので、もっと方法があったかもしれない。
介入効果（リハビリテーションや意欲等）	○運動不足はあまり感じていない人が多く、外出している方が多かった。惣菜とか買いに行ったり、買い物にいったりするひが多かった。特に買い物の際に食材を考えて選ぶようになったという利用者が多かった。 ○管理栄養士が介入することによって外出することにつながり、自分で考えて惣菜を選択することは注意機能の維持、認知機能の維持にもつながったのではないかと考える。 ○たんぱく質の食品をとっていない人が多かったので、そこに対して助言をしたらそれをしてくれるようになった（ゆで卵）。プラス一個運動。今の生活に何かうまく足せるような提案の仕方が有効だと強く感じた。また3食食べることをまずはクリアすること、たんぱく質の摂取が少ない人が

	<p>多かったので介入が重要だと感じた。</p>
<p>連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）、施設体制（管理栄養士の配置等）</p>	<p>○個別訓練機能（通所介護）との関係については、カンファレンスに参加したところ、話し合っていることが食事の内容も多く、食事の内容で介入できることが多かった。家で食べないという利用者もあったので助言もできたと思う。</p> <p>○リハビリテーションにおいて握力の検査値が既にモニタリングされているので、関係させていけると良かったと思う。</p> <p>○要支援の人はリハビリテーションマネジメントにより毎月評価しているので、連携はとれると感じた。たんぱく質の摂取量が増えたとかあれば、もっとリハビリテーションの内容もかわった。リハビリテーションマネジメントに管理栄養士が記載する欄があると良い。</p> <p>○支援の内容はより精度が高まるようには思うが、加算として利用者の大きな費用負担にならないようにしたい。</p> <p>○摂食嚥下や口腔機能の向上の取り組みとの関係について、経口維持的な取り組みは行えなかったが、対象とは別にむせが多い方には介入した。食形態を見直し、家で出来る食事の助言をしてあげることによって食事摂取量が上がった方がいた。家で継続できるかが悩むところが多い（本人の同意が得られなかったため今回は研究の対象から除外した）。</p> <p>○口腔機能の向上の取り組みは看護師が中心に支援をしている。</p> <p>○管理栄養士の配置に関する体制について 配置しないと今回のような介入は難しいと思う。本務施設の配置からの支援のレベルを超えていると感じた。ミールラウンドが片手間になるので食事の評価も難しい。特養のほうがどうしてもアプローチしないといけない方も多いので、毎日いないデイサービスの利用者にピンポイントで対応するのは難しい。リハビリテーションのように営業時間のみいれるような配置基準でもいい（監査上、東京は認められないらしいが横浜は大丈夫）。ただし、採算がとれるかというところかなり難しいように思う。</p>
<p>今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含</p>	<p>○計画もエクセルでデータ化できるようにしてほしい。</p> <p>○経口維持の対応は神奈川県立保健福祉大学での実践教育セ</p>

めて	<p>ンターの研修が役に立った。施設の栄養管理とは違うので栄養相談の方法を学べる研修が事前にあると助かる。</p> <p>○経営的に採算があうような介護報酬上の評価がされるとよい。あるいは、管理栄養士の配置体制を整備してもらえと取り組める。</p>
その他	<p>○管理栄養士が配置されていない状況での研究だった時間をとり厳しかった。しかし、問題の発見や介入の方向性に気が付くことができた。</p>

通所介護 B 調査結果

事業所概要	<p>千葉県 定員 15 人</p> <p>併設特養：110 人＋短期入所 10 人 管理栄養士常勤配置数：2 名（うち 1 名は管理者兼務）</p> <p>その他：看護師 2 名、理学療法士 1 名が通所を担当</p>
介入者の特性	<p>○5 名のうち家族同居 3 名、独居 3 名</p> <p>○本人がある程度コミュニケーションがとれる、あるいは家族の協力が得られた者</p>
訪問の必要性	<p>○胃切除、インスリン治療中、片麻痺で嚥下困難、やせなど、看護師が必要性を感じた対象</p>
訪問時の気づき	<p>○実際の訪問はしておらず、対象者には介入期間中、通所利用時に食事に関する話をし、送迎時に家族と話をした。</p>
介入効果（リハビリテーションや意欲等）	<p>○ミキサー食の指示が医師から出ていたが、本人がミキサー食を嫌がっており、通所時に試したところ、少量のお粥等は食べることが可能であった。状況を説明して、食形態変更について医師の指示をいただきたい旨の手紙を家族宛に渡した。医師の承諾のもとに食形態の変更ができ、食事量が増えた。</p> <p>○家族が病院の管理栄養士には相談できなかったが、この事業により施設の管理栄養士への相談ができたと言われた。</p> <p>【看護師】</p>

	<p>○普段はゆっくり食事の話をする事ができないが、この事業のために話をきくことができ、食欲低下の理由などが把握できた。</p> <p>○家でどのように食事をしているか、困っている点などの話を聞くことができ、課題を介護支援専門員や管理栄養士と共有できた。</p>
<p>連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）、施設体制（管理栄養士の配置等）</p>	<p>○介護職が食事の介護をしているが、看護師、管理栄養士が適宜、把握するようにしている。</p> <p>○必要に応じて看護師が口腔ケアなどもしているが、本人に口腔内清掃を誘った時に「いくらかかるか」と聞かれたことがあり、追加の介助がしにくいときがあった。物品費をいただいております、その中で対応した。</p> <p>○利用時間が長く（7～8時間）、各専門職種が連携しているので、生活全般をみることができる。</p> <p>○利用者もリハビリテーションの時間を待ち遠しく思っており、利用を続けることで、意欲も上がっている。</p> <p>【施設長】</p> <p>○24時間のケアをする介護職と利用者のケアの計画を考える各専門職の連携は非常に良い。そのことが基本的な体力向上になっており、この各職種の風土は前理事長の赤ひげ医師的な考えからも来ているかもしれない。</p> <p>○各専門職がそろって生活全般をみれることは、施設としてはアピール点になっている。</p> <p>【介護福祉士、看護師】</p> <p>○現場で必要性を感じるサービスがあっても、特に他事業所の介護支援専門員が担当だとそこに挙げてケアプランを変更するには時間がかかる。介護支援専門員は背景が様々なので、通所施設の看護師、理学療法士、管理栄養士の視点でのケアプランをうまく組み入れられるとよい。</p> <p>○利用時間が長いので専門的な視点で生活面を把握できる。利用者が帰宅後にわざわざ、「便ができました」と電話してくるほど信頼感が得られる。</p>
<p>今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含む</p>	<p>○臨地実習生を見ていると、大学での実習が少ない感じがする。また、新人や近隣の他施設の管理栄養士でも、高齢者</p>

<p>めて</p>	<p>向けの教室で話ができる人、経営的な視点が持てる人が少ない。卒後教育の充実は急務。栄養科の収支を理解しないで、業務はできない。</p> <p>○高齢者施設に勤務する管理栄養士が法律を十分に知らない。稟議書の書き方もわからない。</p> <p>【社会福祉士】</p> <p>○同一事業者内で地域包括支援センターやヘルパーなどがあるので、通所利用中に専門職種が気づいたことがあると、介護支援専門員に電話をしたり、実際に来てもらって、家での注意や他のサービス利用の相談ができるのはメリットである。</p> <p>【社会福祉士】</p> <p>○併設している小規模多機能の場合は、通所で利用した方をヘルパーが送っていくときに夕食を持っていき、配膳してくることまでできる。理想的には、小規模多機能のように連続的に通所時と家のことをケアできることが有効かもしれない。</p> <p>【施設長】</p> <p>○経営的な視点がないと管理栄養士が委託会社との交渉ができない。委託費を読みながら委託内容の交渉が必要。</p>
<p>その他</p>	<p>【社会福祉士】</p> <p>○ある程度の年齢以上の方であれば予防的に通所を利用してもらいたい。</p> <p>【施設長】</p> <p>○通所介護での栄養ケアが広まらない理由として、施設長が現場に任せる気持ち持つことが大切。</p>

通所介護C 調査結果

<p>事業所概要</p>	<p>千葉県 定員 10 人 併設特養：50 人 管理栄養士常勤配置数 2 名</p>
<p>介入者の特性</p>	<p>○低栄養の高リスク者5名のうち2名は体調を崩して通所を休んでおり、残りの3名の訪問を実施。</p> <p>○1人は寝たきりの対象者（家まで入った）で、あとの2名は</p>

	<p>ミキサー食（玄関にて話）。</p> <p>○介護支援専門員が訪問について説明し、介護支援専門員か相談員と一緒に訪問した。</p>
訪問の必要性	<p>○地域包括の判断で対象者を抽出した。</p> <p>○この2年くらい、特養に重点を置くようになったので、通所の定員が1日に35名から10名に減少した。そのため、利用者が重症の人（寝たきり、胃瘻、看取りなど）か軽い人になり、訪問の必要性が低下してきている。</p>
訪問時の気づき	<p>○訪問することで、施設での様子を伝えることができた。医療機関での血液検査結果をみることができた。</p> <p>○食事の時間、朝食の量（お茶碗の大きさの確認など）、普段はごはんにふりかけ等をかけて食べていることなど、本人から聞くだけではわからない詳しい状況を知ることができた。</p>
介入効果（リハビリテーションや意欲等）	<p>○昼食での食欲のない理由などがわかり、プランを変えることができた。</p>
連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）、施設体制（管理栄養士の配置等）	<p>○週に2回、歯科医師と歯科衛生士が来ており、口腔機能の維持加算などもとっている。</p>
今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含めて	<p>○担当管理栄養士の本務施設の給食が直営になって忙しいこと、もう1名の管理栄養士が産休にはいることもあり、時間的な余裕がなくなっており、訪問がしにくくなっている。</p> <p>○他施設の管理栄養士をみると、頑張り屋が多く、1人でこなそうとしているが、周りの他職種との協働が大切。</p> <p>○数字によって報告するようになってきた。本務施設常勤管理栄養士が1人の時でも、加算等で稼いだ額を示し、もう1人いたら、これだけできて、これだけの収益になると数字で説明をしてきた。</p> <p>○本務施設に常勤管理栄養士1人配置であると、新任時にはマイナスからのスタートになり、そこから築き上げていく</p>

	<p>必要がでてくる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新人や臨地実習生はコンピューターの技術や臨床栄養の知識はある。 ○新人や臨地実習生は利用者とは話ができて、他職種とのコミュニケーションはうまくない。新人が着任した時には、しばらくは他の職種と話をしてもらおうようにしている。そのことが、その後の仕事で情報収集につながる。 ○新人は臨機応変に対応できない。例えば、発熱で飯が食べられない時にそのままになっている。水分補給やお粥に一時的に変更するような対応ができないために、低栄養の低リスクだった人が中リスクをこして高リスクになり、結果的にプランの変更など作業が増える。初期の見極めが必要。 ○新人は、献立メニューのバリエーションや盛り付けなど食の経験不足が目立つ。 <p>【施設長】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○栄養改善加算や体制加算に対応しているが、食を支える栄養としての重要性はある。 ○経営面からみると、まだ費用を捻出できる部分はあると思っている。食事代の検討、形態の見直しによるコスト削減、厨房の効率化などが課題。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○介護支援専門員は、ケアプラン作成が報酬で評価されている。管理栄養士の栄養ケア計画の作成は、少なくとも3か月に1回の作成はしているし、高リスクになれば2週間に1度作成している。プラン作成の手当てがあると、頑張りに応じたモチベーションにはなる。 <p>【施設長】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○最低賃金の増加があるため、基準加算がそれに見合っていないと経営としては苦しい。これまで、最低賃金ぎりぎり雇用していたが、近隣の施設と人材の取り合いになってきており賃金を上げざるを得ない。 ○介護職員の処遇改善加算があることで経営が成り立っているので、これがなくなると確実に赤字になる。介護報酬である程度確保できる金額は必要。 <p>【施設長】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○世間に向けては特養のイメージを変えるアピールが必要。

	何年待っても入れない、ミキサー食などのまずそうな食事などのイメージが強い。施設も増えてきているので待機者がいない施設もあるし、特養が明るくて普通の住まいであること、食事も普通であることを伝えていきたい。
--	---

通所介護D 調査結果

事業所特性	千葉県 定員 35 人 施設特性：特養 2 施設で 90+60 人、ショートステイ 20 人 管理栄養士常勤配置数：2 名
介入者の特性	○BMI が 18.5kg/m ² 以下、摂食機能低下などのリスクがある対象、嚥下や咀嚼の問題が多い。
訪問の必要性	○訪問には行っておらず、継続的な関わりのみ
訪問時の気づき	○本人及び家族のニーズを聞いたところ、本人は「楽しく皆と話をしたい」、家族は「1 食でも栄養的に良いものを食べてほしい」とのことであった。 ○普段は介護支援専門員が必要を感じた時にのみ家族との連絡や連携をとっている（ミキサー食や腎疾患への対応など）が、この事業により家族からの要望を聞くことができた。
連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）、施設体制（管理栄養士の配置等）	○委託事業者が夕食の弁当を作ってくれており、希望者（13 名）は通所からの帰宅時に、夕食用の弁当を持って帰っている。 ○独居、日中独居で朝食を食べていない対象（3 名）は、通所時に朝食を提供している（おにぎり程度）。 【相談員】 ○口腔ケアについて加算は取っていないが、普段は介護職が対応している。細かいケアが必要な場合は看護師が対応している。 ○特養には週に 1 回、歯科医と歯科衛生士が行っている。 【施設長】 ○すべての取り組みがフル回転して行っている感じであり、

	<p>毎日、多職種での連携はとれている。</p> <p>【相談員】</p> <p>○独居の方の朝食や夕食の対応など、通所時の食事の回数に限られるができるだけ対応している。嚥下機能の落ちた方だと家での食事は食べられないが、通所での食事は完食される方もいる。</p> <p>【相談員】</p> <p>○介護支援専門員との連携のシートやプランのシートに栄養の欄があり、必ずそこに記載があるために通所でも食事に対する配慮はしている。</p> <p>【相談員】</p> <p>○本人や家族の希望として少しでも元気になってほしいという時に運動機能改善はすぐにイメージできるが、栄養の役割は思いつかないことも多いと思う。</p> <p>【相談員】</p> <p>○結局は介護支援専門員がもっと栄養の意義を理解することが栄養をプランに導入することにつながる。</p>
<p>今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含めて</p>	<p>○栄養教室としては通所の利用者対象に、月に 1 回の栄養の話をしている。</p> <p>○以前に、運動・歯科・栄養の組み合わせでの事業の際には、褥瘡への対応などを行うことができた。</p> <p>○口から食べる、好きな物やおいしい物を食べることを大切にしている。結局、嫌いな物は食べない。</p> <p>○ミキサー食で増粘剤で形をつけた食事は食べなかった利用者が、寒天を使用する工夫をしたところ、全量食べるようになった。料理の味もわかるようになった。</p>
<p>その他</p>	<p>【常務理事】</p> <p>○利用者は、食事は「うまい」、「安い」ものを食べるのが当たり前であり、家族のニーズと本人のニーズ、栄養ケアは必ずしも一致しない。</p>

2) 通所リハビリテーション事業所に関するインタビュー結果

通所リハビリテーションA 調査結果

事業所概要	京都府 定員 250 人 併設老健：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）
介入者の特性	○低栄養・体重減少ありの利用者に在宅での食事内容・摂取量の聞き取りを行い、下記の者を訪問した。 ・認知機能の面から、聞き取りが不十分であり家族を交えた食事摂取についての訪問の必要があった者 ・日常独居で、通所利用時は食事の摂取できているが、通所以外の在宅でどのようなものを摂取しているかの実際を確認することが必要であった者
訪問の必要性	○通所の利用時は食事摂取できているが、在宅での食事の様子摂取量を家族にも確認できることも重要である。
訪問時の気づき	○通所時には、利用時間に限られるため、栄養・食事についての確認を個別に行うことは難しい。訪問機会を設けることで、生活環境を見ると、本人・家族からの相談にも提案しやすい。
介入効果（リハビリテーションや意欲等）	○効果とまでは、言えないが、介護スタッフと管理栄養士間で在宅での食事関連の問題点を抽出する方法の一つとなった。
連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係）、施設体制（管理栄養士の配置等）	○管理栄養士単独で在宅訪問行うのはハードルが高いと感じている。リハビリテーションスタッフ、歯科衛生士との共同計画ができれば、ケアマネジャーを通して介入することができるのではないかと。(居宅療養管理指導では、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションとの連携が比較的うまくいくケースが多い)
今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含めて	○新規利用者の面談に、介護スタッフ、リハビリテーションスタッフとの同行訪問できるシステムができれば、継続的な訪問介入ができる。

通所リハビリテーションB 調査結果

事業所概要	<p>神奈川県 1か月の利用約110人、一日の利用約30人 定員40人 併設老健：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 在宅復帰超強化型</p>
介入者の特性	<p>○介入者の特性は、同年代の夫婦（老々介護）、娘夫婦と同居の方で、住まいは買い物が困難な地域になる。</p>
訪問の必要性	<p>回答なし</p>
訪問時の気づき	<p>【低栄養リスク】 ○食事の回数が1日2食の場合もあり、自分では食べていると思っ ていても必要栄養量に満たないこと、食の偏りもみられた。 ○管理栄養士が少し支援（工夫）をただけで、体力が維持できている 方、また一方で少しの介入もしなければ徐々にADLが低下することが 予測できた。</p> <p>【摂食嚥下リスク】 ○摂食嚥下機能の評価の適切な食事形態と、自宅で提供されている 食事形態に差がみられた。 ○摂食嚥下外来の評価が、地域にフィードバックされておらず、居 宅事業所の介護支援専門員、当施設の相談員とともに、管理栄養士 が他の事業所、ご家族へ食事形態の統一を働きかけたケースがあっ た。</p>
介入効果（リハビリテーションや意欲等）	<p>○1日2食の方、必要エネルギー量が充足する理由を理解して、意欲 的にリハビリテーションを実践して頂いた（摂取エネルギー量が 500kcal増加した）。 ○通所利用時はほぼ臥床傾向の方が、食事が摂れることで1日30分 程度の臥床で済んだ。リハビリテーション実施の時間が確保でき た。</p>
連携のあり方（リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能	<p>【リハビリテーション課長】 ○日々の活動量やリハビリテーションを実施するための運動強度を 決定するために栄養は基盤になるので、見過ごされ</p>

<p>等との関係)、施設体制 (管理栄養士の配置等)</p>	<p>がちな食事・栄養を摂取する行為は生活を支える上で、本当に重要な課題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士にはご利用者様へ関心を持って、成功例・失敗例を含めた様々な情報にアンテナを張り、目に見えにくい分、管理が困難な在宅生活に対し、今後もフットワークを軽くして自らアクションを起こして頂けることが望ましい。 ○施設と併設の場合、栄養や食で何かあれば管理栄養士に問い合わせできるが、単体の通所では、管理栄養士を配置している事業所は少ない。地域は食の課題が多くある。 ○平成 30 年度に栄養スクリーニング加算が新設されたが、この加算算定が拡大することが望ましい。
<p>今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含めて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○「通所利用者に対し、管理栄養士が行う経口維持支援・ミールラウンド」「管理栄養士による通所利用者の自宅訪問」など通所サービスの総合的な NCM の体制が制度となることを強く希望する。 ○通所登録利用者何名かに対する管理栄養士の配置基準が必要。 ○リハビリテーションマネジメント加算Ⅲを算定している場合は、管理栄養士が栄養プランを作成するようにしてほしい。 ○リハビリテーション会議に管理栄養士が同席していないと算定できないなど、算定要件になることを希望する。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○通所支援は、特に居宅介護支援事業所の介護支援専門員の理解や協力が得られないと進まないことがわかった。 ○通所の担当者会議では、発言力の強い方の意見が反映されがちで、エンパワメントの視点が弱くなってしまうケースがあった。地域においても多職種協働が重要であることもわかった。

通所リハビリテーションC 調査結果

<p>事業所概要</p>	<p>神奈川県 登録者約 180 人で一日約 50 人が利用 定員 60 人 併設老健：130 床 管理栄養士常勤配置数 2 名</p>
--------------	--

介入者の特性	<ul style="list-style-type: none"> ○老々介護 ○生活保護世帯 ○地域特性として坂がある ○車椅子、サークル歩行器使用
訪問の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅生活での食形態・食事摂取量・食事内容の確認によって栄養問題を抽出し、通所利用時の食事のアドバイスができる。
訪問時の気づき	<ul style="list-style-type: none"> ○家族背景が理解でき配慮して介入できた。 ○ヘルパーの食事支援の関わりが、利用者の状態に合っているかを確認でき、訪問当日は食具の変更を提案し食べこぼさないように調整した。 ○食事の聞き取りから口腔内に問題を抱えていることが発覚し歯科受診・経口維持計画につなげた。 ○昼食時に訪問し食べこぼしの量の多さに気づき、提供エネルギーを設定する際に役立てた。 ○冷蔵庫内や台所の様子から嗜好・ヘルパーや家族の介入状況がわかり、通所では残さないで食べるように声掛けや残食チェックした。 ○将来の認知機能が予測できた。(通所では頑張っている)
介入効果 (リハビリテーションや意欲等)	<ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーションの様子から「体を動かすことがない状態」や「予想以上に身体機能の回復をしている」などがわかり栄養量の設定に役立った。
連携のあり方 (リハビリテーション、特別機能訓練、摂食嚥下・口腔機能等との関係)、施設体制 (管理栄養士の配置等)	<ul style="list-style-type: none"> ○経口維持加算 (Ⅱ) には歯科衛生士など必須ですが、リハビリテーション・歯科から取れる加算や褥瘡などの加算には管理栄養士は必須条件になっていないため、十分に連携が出来ていない。
今後の総合的 NCM の体制や取り組み方、研修を含めて	<ul style="list-style-type: none"> ○本人の状態 (身体・病態) に合った食事を提供 (提案) し、食べ、排泄するまでが、管理栄養士の総合的な NCM と考える。 ○口腔内・咀嚼力・嚥下能力の理解、嘔吐・誤嚥性肺炎予防やリハビリテーションへの理解が深まる研修が必要である。

資料

**通所リハビリテーション事業所における総合的栄養ケア・マネジメントに関する
介入研究
総合的栄養ケア・マネジメント手順書**

【本研究の目的】

本研究は、介護サービス計画と強固な連携体制のもとで、通所リハビリテーションではリハビリテーションマネジメント（介護報酬上、リハビリテーションマネジメント加算で評価）、通所介護では個別機能訓練（同じく個別機能訓練加算で評価）の提供を前提として、居宅訪問と組み合わせた通所サービスでの総合的栄養ケア・マネジメントの体制や取り組みの導入、展開を試行し、その効果を検証し、もって経口維持のための活動を含めた通所サービスにおける新たな栄養改善モデルの構築に資することを目的としています。

【本研究における定義】

- ・事業所リーダー：本研究にご協力頂ける通所事業所で、調査等の研究の調整・進捗管理を担当する通所事業所のスタッフ
- ・研究担当者：事業所内で調査等の研究を直接担当する通所事業所のスタッフ（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、相談員、その他の関係者）
- ・研究担当管理栄養士：通所事業所が併設する医療施設・入所施設等に所属し、本研究における栄養管理を担当する管理栄養士
- ・研究対象者：スクリーニングにより低栄養や摂食嚥下障害のリスクがあると判断された通所サービス利用者（研究対象者の候補者）のうち、研究への協力の同意が得られた方
- ・説明担当者：研究対象者の候補者・家族及び当該研究対象者を担当する介護支援専門員への調査協力の説明と同意を得ることを担当する研究担当者

【通所事業所における実施手順について】

本研究にご協力頂ける事業所においては、その管理者あるいは管理者に指名された事業所リーダーは、以下の手順に従って調査等を実施してください。

I. 事業所内での研究実施体制の整備

I-1 通所事業所のスタッフから研究担当者に就任することについての承諾を得る。

I-1-1 事業所リーダーは、併設施設等と相談の上、研究担当管理栄養士を指名してください。併設施設等の長や管理栄養士に対する説明の際には、同封の「事業所管理者への依頼・説明書」、「事業所スタッフへの説明書」を用いてください。

I-1-2 事業所リーダーは、調査等に直接携わる研究担当者の候補者を決め、その候

補者に対して以下の「研究担当者に対して説明承諾をお願いする内容」、「事業所スタッフへの説明書」を用いて説明し、それぞれの候補者の自由な意思に基づいて「事業所スタッフの承諾書」に署名をしてもらってください。

研究担当者に説明承諾をお願いする内容（概要）

本研究の概要及び実施方法について以下の各点について説明し、理解を得たことについて承諾してもらってください。

- ・ 研究対象者の候補者を選出するために研究担当管理栄養士または研究担当者は通所サービス利用者に対するスクリーニングを実施すること。
- ・ 事業所の相談員は、「研究対象者の候補者への説明書」を用いて研究対象者の候補者（候補者が説明に関する理解が困難であり、同意を得ることが困難な場合は家族）に説明し、候補者・家族の自由な意思に基づいて「参加同意書」に同意を得ること。
- ・ 研究担当管理栄養士は、研究対象者のサービス計画書やリハビリテーション・マネジメント加算及び個別機能訓練加算等に関する資料から既存情報を閲覧し、「フェイスシート」、「スクリーニングシート」、「栄養ケア・マネジメント展開票（以下「NCM展開票」という。）」、「食事内容の記録」、「栄養ケア計画書」、「経口維持計画書」を作成すること。
- ・ 研究担当管理栄養士は、リハビリテーション会議や個別機能訓練に関する会議およびサービス担当者会議に出席すること。
- ・ 研究担当管理栄養士は、研究担当者の居宅訪問に同行すること。
- ・ 相談員（または他の研究担当者）は、研究対象候補者の担当介護支援専門員に当該調査についての「説明書」を用いて説明を行い、「承諾書」に承諾を得ること。
- ・ 研究担当管理栄養士が、相談員（または他の研究担当者）を介して研究対象者の担当介護支援専門員に栄養・食事に関する情報連携や助言を行うこと。
- ・ 研究担当管理栄養士は、研究対象者の通所利用時や居宅訪問時に、研究対象者や家族への面談、相談、支援あるいは食事時の観察を行うこと。
- ・ 摂食嚥下障害のリスクがある研究対象者には、研究担当管理栄養士が研究担当者等（これを「経口維持Ⅰ」とし、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が参加する場合は「経口維持Ⅱ」となる。）と一緒にミールラウンド（食事時の観察）およびカンファレンスを行い、「経口維持計画書」を作成すること。

I-2 研究協力に関する開示を行う。

I-2-1 事業所リーダーは、「利用者・家族への研究実施のお知らせとご協力のお願い（オプトアウト掲示用）」に貴事業所が本研究に協力していることや本研究の目的や内容が記載されていますので、事業所の受付やフロアなど利用者に見える場所にこれを掲示（オプトアウト）してください。

I-2-2 事業所リーダーは、研究担当者等を通じて、掲示と同じ内容の研究対象者の候補者への「利用者・家族への研究実施のお知らせとご協力のお願い（オプトアウト配布用）」を研究実施月の利用者全員に個別にお渡しし、内容の説明を行ってください。

I-2-3 利用者本人の理解が困難な場合には、送迎時等に家族にお渡しください。研究担当者は、「研究対象候補者への説明書」、「利用者・家族への研究実施のお知らせとご協力のお願い（オプトアウト配布用）」を渡した利用者の名を「オプトアウト記録表」※任意の事業所名簿でも可）に記入して名簿を作成し、事業所リーダーは、これを保管しておいてください（名簿は回収しません）。

II 総合的な栄養ケア・マネジメントの展開

研究担当管理栄養士及び研究担当者は、研究対象者（スクリーニングで低栄養及び摂食嚥下障害のリスクに該当し、協力同意を得られた方）全員に対し、「NCM 展開票（アセスメントシート）等」を用いて介入（介護保険施設における栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）の手順に準ずる。）を実施してください。なお栄養アセスメント・モニタリングや栄養ケア計画の実施（相談、支援等）については、居宅訪問を組み合わせる実施してください。さらに、摂食嚥下障害のリスクがある方に対しては、「経口維持計画書」を用いて介入（介護保険施設の経口維持加算ⅠまたはⅡの手順に準ずる。）を実施してください。

なお、NCM 展開票の調査票一式の必要資料の入った CD を用いることができます。

II-1 利用者全員を対象にスクリーニングを実施する。

II-1-1 スクリーニングの実施

スクリーニングは、通所利用者の中から低栄養及び摂食嚥下障害のリスクのある方を研究対象者の候補者として選定するプロセスです。

II-1-1-1 事業所リーダーは、スクリーニングを実施する担当者を研究担当管理栄養士または研究担当者の中から選出してください（事業所内で複数名を指名しても結構です）。

II-1-1-2 スクリーニング担当者は、研究実施月の全利用者について、「スクリーニ

ングシート」に記入してください。直近1か月内の既存データからの転記で構いませんが、体重の既存データがない場合には実測してください。

Ⅱ-1-1-3 スクリーニング担当者は、以下の（ア）または（イ）に該当することを条件として研究対象者の候補者を選定してください。

（ア）低栄養リスク者は「①BMI18.5 kg/m²未満」あるいは「②6か月間における体重減少が2～3%以上」の利用者です。体重減少率については、スクリーニングシートの裏面早見表も参照してください。

（イ）摂食嚥下障害リスク者は、「食形態が嚥下調整食」「とろみ剤の利用」「奥歯で噛みしめられない」「食事中にむせたり、咳き込んだりすることがある」のいずれか一つでも該当する利用者です。

Ⅱ-1-1-4 スクリーニング担当者は、この研究対象者の候補者の名前を対応表に記入し、研究対象者の候補者のスクリーニングシートを添付して、事業所リーダーに渡してください。

Ⅱ-1-2 研究対象者の候補者への説明と同意

Ⅱ-1-2-1 事業所リーダーは、研究担当者の中から説明担当者を選出してください。

Ⅱ-1-2-2 説明担当者は、「研究対象者の候補者への説明書」を用いて研究対象者の候補者（候補者の理解が困難な場合は家族）へ説明し、「研究参加同意書」に署名と日付の記載を得てください。

Ⅱ-1-3 担当介護支援専門員への説明と協力同意

Ⅱ-1-3-1 事業所リーダーは、研究対象者を担当する介護支援専門員への説明を行い、協力同意を得る説明担当者を決めてください。

Ⅱ-1-3-2

説明担当者は、研究対象者を担当する介護支援専門員及び当該介護支援専門員が所属する事業所管理者に対して、P.2の「研究担当者に説明承諾をお願いする内容」、「事業所スタッフへの説明書」を用いて説明を行い、「事業所スタッフの承諾書」に協力同意の署名を得てください。

Ⅱ-2 研究参加の同意が得られた研究対象者についてのアセスメントを実施する。

Ⅱ-2-1 既存情報の収集

研究担当管理栄養士は研究対象者への面談やアセスメントの前に、以下の帳票等を参照して既存情報の収集を行ってください。必要事項は、「NCM展開票（アセスメントシート）」に転記してください。転記にあたっては、「NCM展開票（アセスメントシート）説明書」、「NCM展開票（アセスメントシート）記載例」を参照してください。

[参照する既存帳票]

- ・サービス計画書
- ・興味・関心チェックシート
- ・リハビリテーション計画書
- ・リハビリテーション会議録
- ・リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票
- ・生活行為向上リハビリテーション実施計画等
- ・体重、食事摂取量（喫食割合）、食事形態の推移に関する記録
- ・その他利用者に関する資料

II-2-2 アセスメントの実施

II-2-2-1 研究担当管理栄養士は、注1) から注5) に記載した手順を参照の上、全ての研究対象者についてミールラウンド及び居宅訪問を実施し、上記の既存情報、スクリーニングの結果（低栄養リスク、摂食嚥下リスクについてスクリーニング票から転記）、独居・同居、日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、要介護度、ADL 合計点、IADL 合計点、研究対象者・家族の希望（したい又はできるようになりたい生活）、食事の準備状況、興味や関心、研究対象者の意欲、研究対象者の食欲、研究対象者が食べることを楽しんでいるか、通所サービス以外で1日1回以上は誰かと一緒に食事をするか、身体状況（体重、BMI、体重減少、通常体重・目標体重）、現在（自宅）の栄養補給の状況、必要栄養量、栄養量の不足（それぞれエネルギー、たんぱく質、水分）、食事形態、食嗜好（好きな食べ物、飲み物）、食事時の留意事項の有無（療養食の指示、禁忌、アレルギーなど）、他のサービスの使用の有無（訪問介護、配食サービスなど）、多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）、低栄養リスクの原因と推察される問題、低栄養リスクの原因と推察される問題の根拠、通所サービス中止の月日と理由（入院、施設入所、疾患や障害の重症化、死亡、利用拒否、改善のため終了など）について、「NCM 展開票」に必要事項を記入してください。記入にあたっては「NCM 展開票（アセスメントシート）説明書」、「NCM 展開票（アセスメントシート）記載例」を参照してください。

II-2-2-2 研究担当管理栄養士は、研究対象者の低栄養リスクと関連した身体状況や低栄養リスクを引き起こしている問題等について、「NCM 展開票（アセスメントシート）説明書」の栄養診断の各項目の説明書に沿って既存資料から検討してください。研究対象者の低栄養を引き起こしている問題として選定した項目に、その理由や現状を記入してください。この場合、以下（ア）～（ウ）の観点から必要事項を「NCM 展開票（アセスメントシート）」に記入してください。

- （ア）低栄養のリスクを引き起こしている問題（原因）と考えられること
- （イ）問題（原因）のうち栄養ケア計画によって問題解決できること
- （ウ）問題解決のための栄養ケア計画試案を想定して、食事内容・食事準備や生活におい

て研究対象者・家族等が許容し実施可能で持続可能なこと

Ⅱ-2-2-3 研究担当管理栄養士は、不明なことや確認したいこと、最近の嗜好、食欲、心身の状況については研究担当者に問い合わせや相談を行い、さらに「NCM 展開票（アセスメントシート）」の記載内容を修正・加筆してください。

Ⅱ-2-2-4 摂食嚥下障害のリスクのある研究対象者については、研究担当管理栄養士は研究担当者等と協力して、上記まで手順に加えて、下記の注4）または注5）にある手順（経口維持Ⅰと経口維持Ⅱの手順が異なることに留意してください。）を実施してください。

注1）通所サービスの場合のアセスメントを実施する場合の手順

（1）事業所リーダーは、研究担当管理栄養士が研究対象者あるいは家族の通所時に面談によるアセスメントを実施する日程、場所、所要時間等について調整してください。

（2）研究担当管理栄養士は、研究対象者あるいは家族に面談し、「NCM 展開票（アセスメントシート）」に記載したアセスメントのポイントについて具体的に把握してください。

（3）研究担当管理栄養士は、研究担当管理栄養士が単独で実施するミールラウンド（通所での食事時の観察）を、注2）に記載した手順を参照して実施してください。

（4）研究担当管理栄養士は、ミールラウンド時を含めて通所サービスの場合での面談を通じて現状や新たな問題について把握し、アセスメント結果について具体的に「NCM 展開票（アセスメントシート）」に記載をしてください。

（5）通所サービスの場合での面談のアセスメントの結果は、総合的評価や栄養ケア計画試案（研究対象者・家族の具体的な実施内容を含めて）に反映させて作成ください。

注2）研究担当管理栄養士が単独で実施するミールラウンド

摂食嚥下障害のリスクの有無に関わらず、全ての研究対象者を対象として、アセスメント結果の見直しの取り組みの一環として、経口維持計画書の裏面の「摂食嚥下リスクへの対応一覧」などを参考にして一週間に1回を目安に定期的実施してください。食事量（喫食量）や食事時の行動、楽しく食べているか、食欲、食べる意欲、嗜好なども声かけをしながら（面談に移行してもよい。）問題の把握を行い、「NCM 展開票（アセスメントシート）」の記載内容を修正・加筆してください。

研究担当管理栄養士は、フロアー担当の研究担当者に対してアセスメント結果についての情報を提供して、その内容の確認や新たな情報の提供を受けてください。

注3）居宅訪問

（1）事業所リーダーは、研究担当管理栄養士が調査スタッフの在宅訪問に同行できるように日程等を調整してください。

（2）事業所リーダーは、研究担当管理栄養士が居宅訪問を実施することについて、相談員を介して介護支援専門員に情報提供してください。

(3) 研究担当管理栄養士は、居宅での習慣的な 1 日の食事の内容、食べるタイミング、そのおよその摂取量（エネルギー、たんぱく質、水分の摂取量）、研究対象者及び家族の献立作成、準備（調理）、買い物などの現状の問題、研究対象者や家族の誤った信念や態度、知識や実施能力の問題、在宅内の食生活環境、地域の買い物の距離などの問題等を具体的に把握し、食事準備のための台所、食卓、食べ物の保管等の現状を観察してください。

(4) 研究担当管理栄養士は、居宅でのミールラウンドを含めて居宅訪問によるアセスメントを通じて得られた(3)の結果から、居宅訪問によって把握された新たな問題、その理由や現状について「NCM 展開票 (アセスメントシート)」の記載内容を修正・加筆してください。

(5) 研究担当管理栄養士は、(4)の居宅訪問によるアセスメント結果は、総合的評価や栄養ケア計画試案（研究対象者・家族の具体的な実施内容を含めて）に反映させてください。

注4) 摂食嚥下障害のリスクのある研究対象者についての追加的アセスメント（経口維持 I の場合）

(1) 事業所リーダーは、研究担当管理栄養士と研究担当者の 2 名以上の専門職から食事時の観察をするメンバー（以下、「ミールラウンドメンバー」という。）を選出してください。

(2) 研究担当管理栄養士は、ミールラウンドを行う機会として、通所サービスで提供される食事の場又は居宅訪問時のいずれが適切であるかについて専門職による検討結果を踏まえて決めてください。

(3) ミールラウンドメンバーは、食事時の観察を行う日程調整をしてください。

(4) ミールラウンドメンバーは、経口維持の取り組みに関して主治の医師又は歯科医師から指示を受けてください。

(5) ミールラウンドメンバーは、協力して介護保険施設の経口維持加算の手順と同様に、簡便な摂食嚥下機能評価を実施してください。

(6) ミールラウンドメンバーは、予め経口維持計画書に目を通しておいてください。

(7) ミールラウンドメンバーは、ミールラウンドを実施し、「経口維持計画書」の「食事の観察を通じて気づいたこと」に記入してください。

(8) ミールラウンドメンバーは、ミールラウンド後に、当該研究対象者を担当するスタッフ等によるカンファレンス（フロア等における意見交換や相談等の簡単なものでよい。）を実施してください。

(9) 研究担当管理栄養士は、カンファレンスの結果及び研究対象者や家族への具体的実施内容等を、「経口維持計画試案」及び「NCM 展開票 (アセスメントシート)」の総合的な評価に記載してください。

注5) 摂食嚥下障害のリスクのある研究対象者についての追加的アセスメント（経口維持Ⅱの場合）

（1）経口維持加算Ⅱの算定要件は、経口維持加算Ⅰの参加メンバーに歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかの専門職が含まれている場合です。

（2）事業所リーダーは、歯科診療等を依頼している歯科医師、歯科衛生士、関係する言語聴覚士に「事業所スタッフへの説明書」を用いて説明し、「事業所スタッフの承諾書」に協力の承諾を得てください。

（3）ミールラウンド時に歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかの専門職と一緒に参加できない場合には、診察やアセスメントによる助言を得てください。

（4）他の手順は注4）（経口維持加算Ⅰの場合）と同様の手順で実施してください。

Ⅱ-3 総合的な判定（栄養診断）を行う。

Ⅱ-3-1 研究担当管理栄養士は、NCM 展開票（アセスメントシート）のアセスメントから把握された該当する問題とその理由や具体的な現状についての記載を完成させてください。

Ⅱ-3-2 研究担当管理栄養士は、前項の全てのアセスメント結果から低栄養リスクや摂食嚥下障害リスクに対応した研究対象者の栄養・食事に上の解決すべき問題についての総合的な判断結果やその理由（根拠）について、総合的な判定（栄養診断）を「NCM 展開票（アセスメントシート）」に記載してください。問題として記載する内容は、栄養ケア計画（経口維持計画を含む。）の実施によって解決できるものとしてください。

Ⅱ-4 栄養ケア計画試案を作成する。

Ⅱ-4-1 研究担当管理栄養士は、総合的な判定に基づいて、栄養・食事の問題を解決するための栄養ケア計画試案（摂食嚥下障害に対応した経口維持計画や研究対象者・家族による具体的な実施内容を含む。）を作成し、「栄養ケア計画書」に記載してください。誰が、いつ、どこで、なにを、いつまでにどうするのか、できるだけ具体的に記載してください。

Ⅱ-4-2 研究担当管理栄養士は、栄養ケア計画試案を、研究対象者・家族や研究担当者が理解できるようにわかりやすく記載してください。

Ⅱ-4-3 研究担当管理栄養士は、栄養ケア計画試案には、研究対象者・家族による自己努力内容や介護支援専門等の関連職種による支援内容についても盛り込むようにしてください。

Ⅱ-4-4 栄養ケア計画試案は、実施可能であり、かつ持続性がある内容としてください。

Ⅱ-5 リハビリテーション会議等を活用してカンファレンスで協議する。

Ⅱ-5-1 研究担当管理栄養士は、リハビリテーション会議等のカンファレンスに参加し、栄養ケア計画試案について、アセスメント結果、総合的な判断、栄養ケア計画試案の方針と内容を説明してください。

Ⅱ-5-2 研究担当管理栄養士は、協議内容に基づいて栄養ケア計画試案を修正し栄養ケア計画としてください。

Ⅱ-6 研究対象者・家族への栄養ケア計画の説明と同意

Ⅱ-6-1 事業所リーダーは、栄養ケア計画について、研究対象者又はその家族に説明し、同意を得てください。

Ⅱ-6-2 事業所リーダーは、研究対象者・家族の同意を得られた調査票一式の複写の上部の氏名欄を切り離れたうえで、事務局に返信用封筒を用いてお送りください。

Ⅱ-7 担当介護支援専門員へ情報提供する。

Ⅱ-7-1 研究担当管理栄養士は、相談員を通じて、協力同意が得られている担当介護支援専門員に対して、アセスメント結果、総合的な判断、栄養ケア計画について記載した個別の「NCM 展開票（アセスメントシート）」、「栄養ケア計画書」を用いて情報提供を行い、計画の実施についての承諾を得てください。

Ⅱ-7-2 研究担当管理栄養士は、担当介護支援専門員に対して必要な支援や配慮してもらいたいことがあれば伝えてください。

Ⅱ-8 栄養ケア計画（経口維持計画を含む）を実施する。

Ⅱ-8-1 研究担当管理栄養士は、研究対象者あるいは家族への通所サービス利用時あるいは居宅訪問による栄養相談や支援、他職種へのコンサルテーションを行い、栄養ケア計画を実施してください。

Ⅱ-8-2 研究担当者は栄養ケア計画にある支援内容を管理栄養士と協力して実施してください。

Ⅱ-8-3 研究担当管理栄養士は、研究担当者に栄養ケア計画の要点を説明し声掛けや支援を実施してもらってください。

Ⅱ-8-4 研究担当管理栄養士及び研究担当者は、計画実施上の課題や障害について随時協議し、研究担当管理栄養士は必要に応じて計画の修正を図り、又は実施を中止してください。

II-8-5 実施中の計画の修正は、必要に応じてリハビリテーション会議等のカンファレンスにおいて、研究対象者・家族の同意を得て行い、修正後の計画を実施してください。

注6) 経口維持計画の実施について

(1) ミールラウンドメンバーは、「経口維持計画書」に記載された経口維持計画を実施してください。

(2) ミールラウンドメンバーは、経口維持計画書のモニタリングとして1か月ごとにミールラウンドとカンファレンスを行ってください。アセスメント結果や計画に修正がある場合には、計画の修正を行い、研究対象者・家族への同意を得て継続してください。

(3) 終了は開始から6か月後の令和2年2月になります。第3回目のモニタリングを行い終了としてください。

(4) 研究担当管理栄養士は、記載した経口維持計画書は全て切り取り線で切り取り、ID番号のみとして事務局に送付してください。

II-9 モニタリングを実施し必要に応じて栄養ケア計画を修正（計画開始から3か月後）する。

II-9-1 研究担当管理栄養士は、体重は1か月毎に、食事量の割合（喫食率）は定期的に把握してください。体重の測定は研究担当者に依頼しても構いません。研究対象者・家族や支援者による実施状況は1か月毎に把握してください。

II-9-2 研究担当管理栄養士は、研究担当者と協力して、モニタリング（再アセスメント）を計画開始後3か月目、6か月目に「NCM 展開票（アセスメントシート）」を用いて行い、記載をしてください。

II-9-3 研究担当管理栄養士は、必要に応じてリハビリテーション会議等での協議を経て栄養ケア計画の修正を行い、研究対象者・家族に説明し同意を得て実施してください。

II-10 評価する。

II-10-1 研究担当管理栄養士は、計画開始後6か月後の令和2年2月に「NCM 展開票（アセスメントシート）」にアウトカムの項目を記載して完成させてください。

II-10-2 事業所リーダーは、研究対象者の「スクリーニングシート」、「NCM 展開票（アセスメントシート）」、「栄養ケア計画書」、「経口維持計画書」を、上部の氏名欄を切り離れた上で、事務局に返信用封筒を用いてお送りください。

II-10-3 事業所リーダーは、研究対象者候補者一覧表、同意書一式を事業所内の鍵のかかる場所に保管し、令和3年3月に粉碎処分してください。

□研究に関するお問合せ先□

令和元年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業
研究班」事務局（担当：杉山みち子・高田健人）

〒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

TEL：046-828-2663, 046-828-2813／FAX：046-828-2663／Eメール：takada-dn2@kuhs.ac.jp

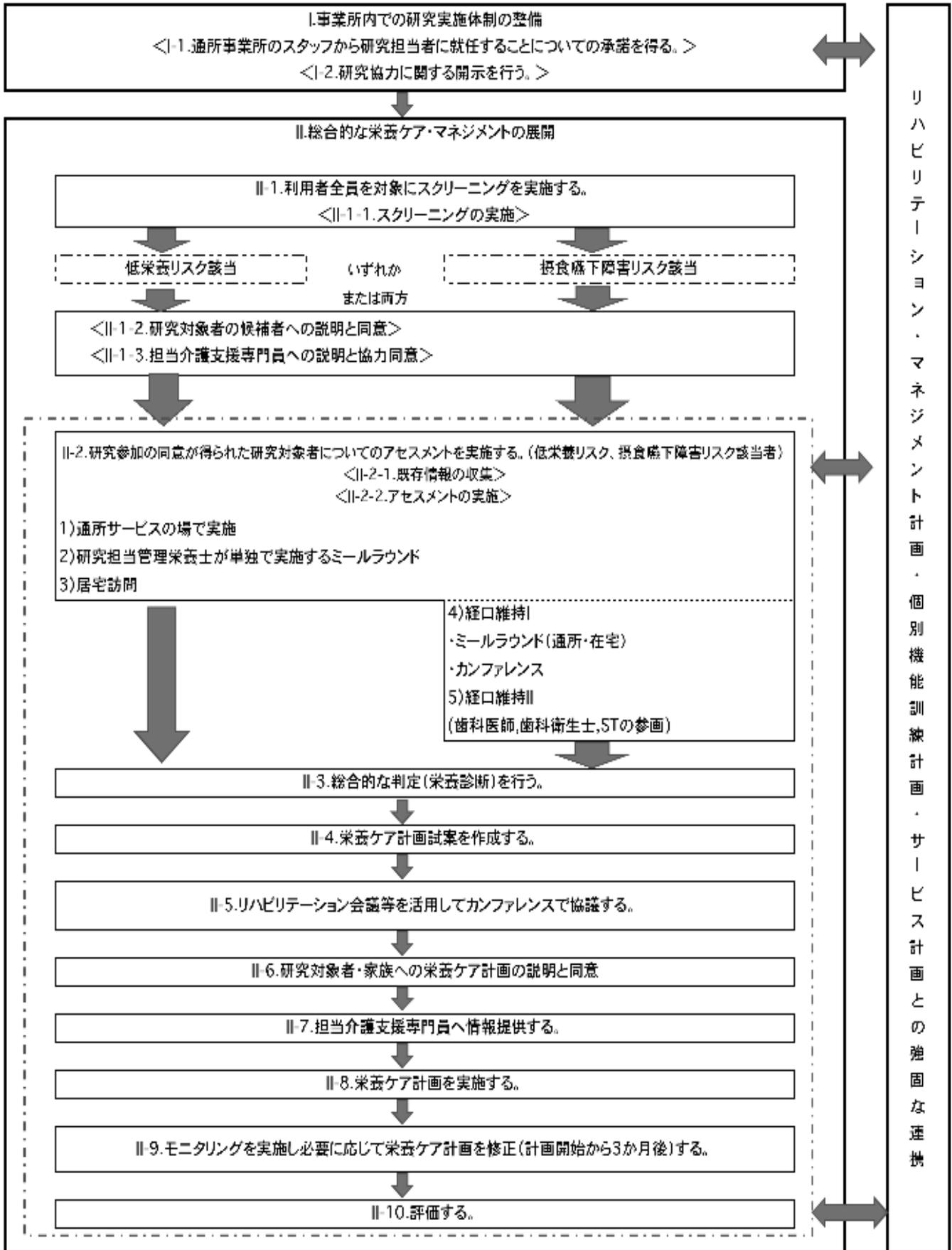
□研究倫理に関するお問い合わせ先□

神奈川県立保健福祉大学 事務局企画課

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1

TEL：046-828-2530／FAX：046-828-2501／Eメール：kenkyuurinri@kuhs.ac.jp

総合的栄養ケア・マネジメント手順フロー図



※◇内は調査上の手順です。

事業所ID：

フェイスシート（例）

令和元年●月時点での事業所概要をお答えください。

①事業所種別	<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護	
②事業所主体	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他	
③定員数	(20) 名/日	
④平均利用者数	(18) 名/日	
⑤関係する管理栄養士の人数	(1) 名 (所属：●●●●)	
※併施設等々の管理栄養士であって、当該事業の協力を依頼された者		
⑥食事提供	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑦加算取得状況	通所リハ	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション・マネジメント加算Ⅰ
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション・マネジメント加算Ⅱ
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション・マネジメント加算Ⅲ
		<input type="checkbox"/> リハビリテーション・マネジメント加算Ⅳ
	通所介護	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ
		<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅱ
<input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算 () 件/月		
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算 () 件/月		
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 () 件/月		
⑧貴事業所で実施する総合的 栄養ケア・マネジメントの内 容（現時点での予定）	<input checked="" type="checkbox"/> （ア）通所の栄養ケア・マネジメント（必須） <input checked="" type="checkbox"/> （イ）居宅訪問 <input checked="" type="checkbox"/> （ウ）経口維持Ⅰ <input type="checkbox"/> （エ）経口維持Ⅱ	

1か月の利用者数（実人数）に応じて、調査票、説明書等の必要部数をお送り致します。

スクリーニングシート：利用者数＋若干

その他の調査票（アセスメント・栄養ケア計画等）、説明書等：利用者数の半数程度

万が一不足があった場合には、貴事業所にてコピーまたはCD-Rのデータより印刷してお使いください。

スクリーニング (通所・居宅) (記入様式例)

ID	0001	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	82 歳	サービス利用開始年月日	R1年 8 月 4 日	
疾病など	脳出血(10年前) 高血圧	要介護度			支援 1・2・介護 1・2・3・4・5	記入職種 いずれかに ○	研究担当管理栄養士 <u>研究担当者</u> (職種：介護支援専門員)
		認知症高齢者の日常生活自立度			I・IIa・IIb・ <u>IIIa</u> ・IIIb・IV・M		

	実施日	利用 6 か月前	調査日		2回目	3回目	
		H31年 3月 15日	R1年 9 月 5 日		R1年 12 月 12 日	R2年 3 月 10 日	
低栄養リスク	身長 (cm)	160 (cm)		/		/	
	体重 (kg)	50 (kg)	46.6 (kg)	47.0 (kg)	48.5 (kg)		
	①BMI (kg/m ²)	/		18.2 (kg/m ²)	18.4 (kg/m ²)	18.9 (kg/m ²)	
	②6 か月間における 体重減少	/		-6.8 (%)	/		4.1 (%)
	①18.5kg/m ² 未満、②-2～3%以上 上記、いずれかの該当	/		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
摂食嚥下リスク	食形態が嚥下調整食 (ミキサー、ペースト、ムース食)	/		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	とろみ剤の利用	/		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	奥歯で噛みしめられない	/		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食事中にむせたり、咳き込んだりすることがある	/		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	スクリーニング所要時間	5 (分)	10 (分)	5 (分)	3 (分)		

経口維持加算 I II へ

一つでも該当すれば総合的 N C M へ

※BMI = 体重 ÷ (身長 (m) × 身長 (m)) 例: 45kg ÷ (1.58 × 1.58) = 18.0

※体重減少率 = (6か月前の体重 - 現体重) ÷ (6か月前の体重) × 100 (%)

例: 6 か月前が48kgで現在45kgの場合

(48 - 45) ÷ 48 × 100 = 6.3% ⇒ 6か月に2～3%の体重減少に相当

栄養ケア・マネジメント(経口維持を含む) 実務の展開 (NCM展開票: アセスメント~実施終了まで) 説明書

項目	記載内容
アセスメント実施日	アセスメントを実施した日にちを記載してください。
① スクリーニングの結果	スクリーニングの結果を記載してください。
② 独居・同居	現在、グループホーム、高齢者専用住宅等に入居している場合は同居を選択してください。同居中の家族等が入院等で不在の場合は独居を選択してください。
③ 日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2・不明 のいずれかを選択してください。
④ 認知症高齢者日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・Mのいずれかを選択してください。
⑤ 要介護度	栄養ケアの評価指標です。直近の要介護度を転記します。要介護度が調査期間中に変更になった場合には、変更後の要介護度をモニタリング欄に記載して、(変更月日)を記載してください。区分変更中は非該当を選択してください。
⑥ ADL (点)	栄養ケアの結果評価指標です。リハビリテーション計画書にある活動 (ADL) の合計点を記載してください。3か月間のモニタリング毎に変更がないかを確認してください。
⑦ IADL (点)	栄養ケアの評価指標です。直近のリハビリテーション計画書にある活動 (IADL) の合計点を記載してください。3か月間のモニタリング毎に変更がないか確認してください。
⑧ 本人の希望	本人のしたいこと又はできるようにになりたいこと等の生活の希望について、リハビリテーション計画書から転記し面談して確認します。本人のしたいこと、できるようにになりたい生活や興味・関心の実現をめざして取り組みます。
⑨ 家族の希望	家族が本人にしてほしい生活内容、家族が支援できることの内容等について、リハビリテーション計画書から転記し面談して確認します。本人のしたいこと、できるようにになりたい生活や興味・関心の実現をめざして取り組みます。
⑩ 興味・関心	興味・関心チェックシートから生活行為の内容を転記し、「している」「してみたい」「興味がある」の別も記載します。その後、面談で確認します。本人が「してみたい」「興味があること」が「していること」に、「していること」や「興味があること」が持続できるように取り組みます。
⑪ 本人の意欲☑	本人の生活(食生活、食べることを含めて) に対する意欲について1.全くない、2.ややない、3.ふつう、4.ややある、5.大いにあるを面談して確認してください(面談時に感じたおおよそのレベルでよいです)。本人の生活(食生活、食べること) に対する意欲を引き出すようにします。
⑫ 本人の食欲	本人の食欲について1.全くない、2.ややない、3.ふつう、4.ややある、5.大いにあるで、通所や在宅での状況を福祉職等の関係職種からの情報、本人や家族への面談、ミールラウンドを通じておおよそのレベルを記載してください。
⑬ 本人が食べることを楽しんでいる	本人が食べることを楽しんでいるかを1.全く楽しんでいない、2.やや楽しんでいない、3.ふつう、4.やや楽しんでいる、5.とても楽しんでいるについて、管理栄養士や関連の職種による観察、本人や家族への面談を通じておおよそのレベルを記載してください。
⑭ 食事の準備の状況	本人が買い物をしている場合は「本人が買い物をしている」を選択してください。本人が食事の支度をしている場合は「自分で食事の支度をしている」を選択してください。買い物の環境については、坂道が多い、住宅街、山間部など地域の特性があれば記載してください。
⑮ 通所以外で1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	通所以外で1日に1回以上は、誰かと一緒に食事を摂る場合は「はい」を選択し、誰と食事をしているか記載してください。摂っていない場合は「いいえ」を選択してください(敬老クラブの仲間と食事を摂る、友人と外食する場合は「はい」になります)。
⑯ 低栄養リスクの状況	
1.体重(kg)	体重は全身のエネルギー貯蔵状態を反映します。アセスメント月の体重を記載してください。
2.BMI(kg/m ²)	体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m)) で求めた数字を記載してください。
3.体重減少(○kg/○月)	体重減少率は、通常の体重 - 現在の体重 ÷ 通常の体重 × 100で求めます。
4.通常体重・目標体重(kg)	通常の体重や、目標とする体重を記載します。
その他	

⑰ 現在(自宅)の栄養補給の状況	
栄養補給法	経口、経腸、静脈のいずれかを選択してください(複数回答可)。
推定摂取エネルギー(kcal/日)	通所利用時だけでなく、自宅等での食事も含め、一日の食事の回数や食事の内容や量を聞き取ります。配食サービスやヘルパーが調理する内容や、配食弁当は食べられているか、食べ残しが多いのか、購入している食品はどのようなものか、店屋物などの利用があればその内容を別紙「食事内容の記録」等を用いて記載し、推定摂取エネルギーを求めて記載してください。
推定摂取たんぱく質(g/日)	通所利用時だけでなく、自宅等での食事も含め、一日の食事の回数や食事の内容や量を聞き取ります。配食サービスやヘルパーが調理する内容や、配食弁当は食べられているか、食べ残しが多いのか、購入している食品はどのようなものか、店屋物などの利用があればその内容を別紙「食事内容の記録」等を用いて記載し、推定摂取たんぱく質量を求めて記載してください。
推定水分補給量(ml/日)	通所利用時だけでなく、自宅等での食事も含め、一日の水分補給の回数や水分補給の内容や量を聞き取り推定水分補給量を求めて記載してください。
⑱ 必要栄養量の算定	
必要エネルギー(kcal/日)	a)Harris - Benedictの式 基礎エネルギー消費量(BEE:kcal/日)×活動係数×低栄養状態改善のための係数(1.1~2.0) 男性[66.47+13.75W+5.0H-6.76A] 女性[655.1+9.56W+1.85H-4.68A] W:現体重(kg) H:身長(cm) A:年齢(年) エネルギー算出における活動係数の目安:仰臥状態にある場合を1.0、生活活動が自立している場合には1.1~1.3 b)通常体重(6か月間ほど体重減少の少ない状態)×35kcal
必要たんぱく質(g/日)	1.2~2.0g/日×標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)
必要水分補給量(ml/日)	a)25~30ml/日×現体重 b)1ml×摂取エネルギー量(kcal) c)尿排泄量(ml/日)+500ml ※食事が十分摂取できている場合には食事に含まれる水分を約1ℓとし、残りを飲料水とする。
⑲ 栄養量の不足	
エネルギー量(kcal/日)	必要エネルギーから推定摂取エネルギーを引き、不足のエネルギー量を記載します。
たんぱく質(g/日)	必要たんぱく質から推定摂取たんぱく質を引き、不足のたんぱく質量を記載します。
水分補給量(ml/日)	必要水分補給量から推定水分補給量を引き、不足の水分補給量を記載します。
⑳ 食事形態	嚥下調整食の有無と、現在の嚥下調整食を嚥下調整食分類2013(0-j・0-t・1-j・2-1・2-2・3・4)を用いて記載してください。また、とろみ剤の使用有無と、嚥下調整食分類2013(薄いとろみ・中間とろみ・濃いとろみ)を用いて記載してください。
㉑ 食嗜好	本人の食の嗜好は栄養ケア計画を作成する上での重要なポイントです。好きな食べ物や飲み物、食欲や元気のでの食べ物や飲み物などを具体的に記載してください。
㉒ 食事の留意事項の有無(療養食の指示、禁忌、アレルギーなど)	食事の留意事項が有る場合は「あり」を選択してください。療養食の指示は糖尿病などの指示とその内容について、禁忌・アレルギーは、たんぱく質やエネルギー源となる食品の嗜好、禁忌となる食品の確認や食物アレルギーの有無を確認し記載してください。
㉓ 他のサービスの使用の有無(訪問介護、配食サービスなど)	他の介護サービス等の有無を確認し有る場合は、サービスの種類や回数を記載してください。
㉔多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)	
該当する項目にチェックをする	低栄養状態に関連した問題や原因を探るために①~⑨について多職種からの情報や問診及び観察によって該当する項目をチェックしてください。
㉕低栄養リスクの原因と推察される問題(次頁参照のこと)	
該当する項目の数字を記載する(シートの下記一覧参照)	低栄養リスクの原因と推察される問題に該当する項目を記載してください。また、次ページの低栄養のリスクの原因と推察される問題を参照し、その問題の具体的な現状を記載してください。
㉖低栄養リスクの原因と推察される問題の根拠	
(P) 問題/栄養診断	「低栄養リスクの原因と推察される問題」の項目を絞り込み、低栄養リスクの原因と推察される問題の根拠を記載してください。
(E) 要因	栄養アセスメントの過程で集約された病態生理学的、心理社会的、状況的、環境的な問題を記載してください。
(S) 症状/徴候	主観的・客観的な症状/徴候を栄養アセスメントの過程で集約し問題の所在、問題の数値化、その重症度を詳述し記載してください。
㉗通所サービス中止の月日と理由	
1.月日	中止となった日付を記載してください。
2.理由	中止となった理由を記載してください。

★㊸について、以下の低栄養リスクの原因と推察される栄養・食生活上の問題について既存情報、面談（通所及び訪問）、観察（ミールラウンドを含めて）によるアセスメントを通じて検討していきます。以下の栄養・食生活上の問題は、高齢者の栄養ケア・マネジメントに活用できるように、栄養診断（米国栄養士会）を参照して作成したものです。アセスメントから把握されていく問題（栄養ケアによって解決できる問題）を選んでください。

㊸低栄養リスクの原因と推察される問題	
①エネルギー消費の亢進	発熱、炎症、感染症、疾患（パーキンソン病、アルツハイマー病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、心疾患等）が理由として考えられます。該当することがあれば選択し、その現状（例えば、発熱であれば●日前から●度により外来診受診等）や栄養指導（●診療所にて●年以降定期的に受けており、最近では管理栄養士から●●を食べないように指導されている等）の状況をわかる範囲で記載してください。
②エネルギー摂取不足	エネルギー摂取不足が問題であれば選択してください。食事摂取量不足、エネルギー食品の摂取不足、たんぱく質性食品の摂取不足、不適切な食物、食品群、栄養素補給習慣、食物摂取拒否や食物摂取の無関心、食事準備・買い物能力不足、食欲を低下させる飲酒や服薬、食物へのアクセス不足、摂食嚥下障害、認知症や認知機能の低下、精神的障害（うつ等）等の理由を具体的に記載してください。現状については、朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握し、現在の1日のエネルギー摂取量をおおよそ推算してみてください。1日の付加エネルギー量をどのような食品、献立、購入、食事準備の方法で補填できるのかを想定しながら記載してください。
③たんぱく質摂取不足	たんぱく質食品の摂取不足が問題であれば選択してください。摂食嚥下障害、自己摂取能力不足、食物の準備や買い物の能力不足、経済的制約、知識不足 摂取制限の長期的遵守、心理的要因（うつ等、文化的・宗教的制約等）等の理由を具体的に記載してください。現状については、肉・魚・卵・豆腐など主菜となるたんぱく質や牛乳・乳製品、牛乳・乳製品を用いた菓子については習慣的に朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握し、現在の1日のたんぱく質摂取量をおおよそ推算してみてください。1日の付加たんぱく質量をどのような食品、献立、購入を含めた食事準備の方法で補填ができるのかを想定しながら記載してください。また、本人が好きなたんぱく質性食品や、献立、調理方法についても記載してください。
④炭水化物摂取不足	炭水化物食品の摂取不足が問題であれば選択してください。摂食嚥下障害、自己摂取能力不足、食事の準備や買い物の能力不足、経済的制約、知識不足 摂取制限の長期的遵守、心理的要因（うつ等、文化的・宗教的制約等）等の理由は具体的に記載してください。現状については、主食（ごはん、パン、麺等）や炭水化物食品（菓子パンやもち菓子等）は、習慣的に朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握してください。方法、食がすすむ漬物、佃煮、ふりかけなどの種類についても記載してください。
⑤水分摂取不足	水分摂取不足は必ず検討し、問題であれば選択してください。1日の摂取水分量が不十分、気温変化に伴う水分必要量の増加、運動量の増加や体液の激しい損失、リハビリテーション量の増加、発熱による不感蒸泄の増大、口渇感の低下、口渇感を低下させる服薬、摂食嚥下障害、水分の自己摂取が困難であったり不可能、水分制限、食事摂取量不足、心理的うつ、認知機能低下や認知症などの理由を具体的に記載してください。現状については、お茶などの飲み物、みそ汁、スープ、麺の汁物等について、1日にいつ、何を（具体的に）、どの位の量摂取しているかを把握し、おおよその水分摂取量の確認をしてください。また、あわせて排尿量や回数などについても確認して現状を記載してください。
⑥アルコール過剰摂取	アルコール過剰摂取は、食欲低下や食事量の低下の原因となりますが、一方では、食欲を引き出したり、食事が楽しい理由にもなります。必ず飲酒の種類、量、回数、頻度、摂取のタイミング等について把握して記載してください。問題と考えられる場合は選択してください。
⑦栄養素摂取のインバランス	栄養補助食品や機能性食品の多量摂取が、食欲低下、下痢、便秘、嘔吐等を引き起こすことがあるため、確認をしてください。問題であれば選択して、これらの食品の種類、量、摂取頻度、摂取のタイミング等の現状を記載してください。
⑧食物や水分の供給の制約	家族やケア提供者による食物や水分の制約、買い物や交通による制約、献立作成、購入、調理技術の不足、知識不足、経済的制約、地域サービスへの参加や利用の制約、本人や家族の高齢だからという認識による食物や水分に対する制約が低栄養リスクの理由である場合には、選択して、その理由や、誰のどのような現状なのかを具体的に記載してください。

⑨不適切な食物選択	不適切な食物選択については、本人や家族の食物選択に関する知識不足や誤った思い込み、長期的習慣、禁忌等の理由を検討し、問題であれば選択してください。その理由や現状を具体的に記載してください。
⑩摂食障害	摂食嚥下障害のリスク者については選択し、ミールラウンド結果を記載してください（資料4-Fの経口維持計画書から記載）。歯科の受診や口腔ケアの実施等について確認をしてください。摂食の現状について、現在の食事形態が適応しているか、食事形態に対応した食物の購入・調理を含めた食事準備の現状も具体的に記載してください。
⑪嚥下障害	摂食嚥下障害のリスク者については選択し、ミールラウンド結果を記載してください（資料4-Fの経口維持計画書から記載）。この場合には、歯科の受診や言語聴覚士による評価を受けているかについて確認をしてください。観察された嚥下の現状を具体的に記載してください。現在の食事形態やその形態が適応しているか、形態のレベルのUPやDOWNの検討、食事形態に対応した食物の購入・調理を含めた食事準備の現状も具体的に記載してください。
⑫胃腸機能異常	腹部膨満、食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢、便秘、逆流、ガス等、胃腸症状（吸収不良、消化不良、閉塞、便秘、クローン病、炎症性腸炎、癌、過敏性大腸炎、感染症、ダンピング症候群など）、外科的処置等について既存情報や利用者の訴えについて具体的に記載してください。受診状況の現状や栄養指導をうけているか、うけている場合にはその内容についても記載してください。胃腸機能異常の対応について本人・家族が食事や生活にどのように対応しているのか、現状を記載してください。
⑬栄養素代謝異常	ビタミン・ミネラル欠乏の兆候（舌炎、口角炎、口腔障害等）糖尿病、下垂体障害、腎不全、肝不全等について既存情報や利用者からの情報を把握してください。受診状況の現状や栄養指導をうけているか、うけている場合にはその内容についても記載してください。栄養素代謝異常の対応について本人・家族が食事や生活にどのように対応しているのか、現状を記載してください。
⑭身体活動不足	食欲や意欲を低下させているような身体活動不足の問題があれば選択してください。1日や1週間のうちの在宅または外での身体活動、生活活動について、問題の現状がわかるように具体的に記載してください。
⑮身体活動過多	食欲低下に過度の身体活動やリハビリテーションが関連していることがあります。エネルギーの消費量が摂取量以上になる状況がある、慢性疲労を起こしている等の問題があれば選択してください。1日や1週間のうちの在宅または外での身体活動、リハビリテーションの実施等による身体活動の過多について、現状を具体的に記載してください。
⑯自発的摂食困難	食具を握ることができる、頭や首を維持・コントロールできる、口まで手を動かせる、肘や手首を曲げられる、背をまっすぐにして座れる等の状況や、補助食器の入手状況、認知能力、自己摂取する気持ちがなかったり回避している等の情報を把握し、自発的摂食困難が問題であれば選択してください。その理由や、どのような状況にあるのか、どのような対応をしているのか等を具体的に記載してください。
⑰認知能力の低下や認知症	認知機能の低下や認知症による食欲低下等、食事に関わる問題行動（失行、食事の徘徊、集中力欠如、偏食、拒食等）があれば選択してください。
⑱うつや意欲低下	うつや意欲低下による食欲低下や、それによる食事準備（買い物、献立作成等）の困難等、食事に関わる問題があれば選択してください。どのような現状にあるのかを具体的に記載してください。
⑲薬剤	食欲低下を招く服薬（抗うつ剤、睡眠薬、利尿剤、解熱鎮痛剤、高尿酸血症治療剤、可溶性非イオン型鉄剤、低血圧治療剤、Ca拮抗剤、甲状腺ホルモン剤等）の服薬状況について問題があれば選択してください。具体的な医薬品について記載してください。
⑳食物等の入手困難(買い物、献立作成、食事準備等)	本人・家族の食物の入手困難（買い物、献立作成、食事準備）が問題であれば選択し、その理由とどのような現状にあるのかを具体的に記載してください。現状については、本人あるいは家族の買い物、献立作成、食事準備等の問題や、配食サービス、冷凍食品、缶詰、レトルト食品等の活用、食事形態の対応、食事療法等どのような現状にあるのかを具体的に記載してください。また、実施上あるいは今後実施した場合の困難なところや不安なところについても具体的に記載してください。
㉑食物・栄養に関連した知識不足	本人・家族の低栄養や摂食嚥下障害や対応する食事内容や食べ物等の入手（買い物、献立作成、食事準備等）に関する知識について不足があれば選択して、その現状について具体的に記載してください。
㉒食物・栄養に関連した誤った信念・態度	本人・家族あるいは関連職種の高齢者の低栄養やその対応に関しての重要性に対する認識、あるいは「高齢だから痩せていたり、食べる量が少ないのはふつう」といった誤った認識、食事やその入手方法を受容して「やってみよう」という態度(意欲や熱意)について問題があれば選択してください。誰の問題かを記載したうえで、その理由やどのような認識や態度であるのかの現状について具体的に記載してください。
㉓安全でない食物摂取	在宅での食品の保存や食事準備に関わる衛生や安全性に問題があれば選択して、その理由や現状を記載してください。また、訪問によって食事準備の動線や食品の保存状況等の現状を把握し、具体的に記載してください。

栄養ケア・マネジメント(経口維持を含む) 実務の展開 (NCM展開票: アセスメント~実施終了まで)

ID : 0001

(☑通所、☑居宅訪問、□経口維持 I ☑経口維持 II)

項目	1回目 (栄養ケア導入開始月)	2回目 (3か月後)	3回目 (6か月後)
アセスメント実施日	R1年 9月 10 日	R1年 12月 15 日	R2年 3月 13 日
① スクリーニングの結果	☑低栄養リスク ☑摂食嚥下リスク (該当すれば 経口維持計画書参照)	☑低栄養リスク ☑摂食嚥下リスク (該当すれば 経口維持計画書参照)	☑低栄養リスク ☑摂食嚥下リスク (該当すれば 経口維持計画書参照)
② 独居・同居	独居・同居	独居・同居	独居・同居
③ 日常生活自立度	J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2・不明	J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2・不明	J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2・不明
④ 認知症高齢者日常生活自立度	I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M
⑤ 要介護度	非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
⑥ ADL (点)	BI 55点	BI 55点	BI 60点
⑦ IADL (点)	17 点	22 点	25 点
⑧ 本人の希望	妻が入院中です。退院するまで一人暮らし ができるように体力を維持したい。	食欲が出てきて、体力が回復してきた。こ のまま維持できていれば、妻を少しでも助 けてあげたい。	妻が自宅で療養しているので、自分のこと は自分でできるように維持したい。
⑨ 家族の希望	私が退院するまで、体力を維持して欲し い。	体力を維持して欲しい。	体力を維持して欲しい。
⑩ 興味・関心			
内容: 読書	している・してみたい・興味がある	している・してみたい・興味がある	している・してみたい・興味がある
内容: 買い物への参加	している・してみたい・興味がある	している・してみたい・興味がある	している・してみたい・興味がある
⑪ 本人の意欲(健康感、生活機能、身体機能な ど) (1.全くない、2.ややない、3.ふつう、 4.ややある、5.大いにあり)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑫ 本人の食欲 (1.全くない、2.ややない、3.ふ つう、4.ややある、5.大いにあり)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑬ 本人が食べることを楽しんでいる (1.全く 楽しんでいない、2.やや楽しんでいない、 3.ふつう、4.やや楽しんでいる、5.とても 楽しんでいる)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑭ 食事の準備の状況	☑本人が買い物している ☑自分で食事の支度をしている ☑地域特性(コンビニまで200m)	☑本人が買い物している ☑自分で食事の支度をしている ☑地域特性(コンビニまで200m)	☑本人が買い物している ☑自分で食事の支度をしている ☑地域特性(コンビニまで200m)
⑮ 通所以外で1日に1回以上は、誰 かと一緒に食事をしますか	□はい (誰と:) ☑いいえ	□はい (誰と:) ☑いいえ	☑はい (誰と: 妻) □いいえ
⑯ 低栄養リスクの状況			
1.体重(kg)	46.6kg	47.0kg	48.5kg
2.BMI(kg/m ²)	18.2kg/m ²	18.4kg/m ²	18.9kg/m ²
3.体重減少(〇kg/〇月)	-3.4kg/6か月	0.4kg/3か月	1.9kg/6か月
4.通常体重・目標体重(kg)	50kg		
その他			体重増加は浮腫によるものではない
⑰ 現在(自宅)の栄養補給の状況			
栄養補給法	☑経口 □経腸 □静脈	☑経口 □経腸 □静脈	☑経口 □経腸 □静脈
推定摂取エネルギー(kcal/日)	690kcal/日	1,300kcal/日	1,600kcal/日
推定摂取たんぱく質(g/日)	18g/日	50g/日	58g/日
推定水分補給量(ml/日)	1,000ml/日	1,200ml/日	1,300ml/日

⑮	必要栄養量の算定			
	必要エネルギー(kcal/日)	1,630kcal/日	1,630kcal/日	1,630kcal/日
	必要たんぱく質(g/日)	67g/日	67g/日	67g/日
	必要水分補給量(ml/日)	1,400ml/日	1,400ml/日	1,400ml/日
⑯	栄養量の不足			
	エネルギー量(kcal/日)	-940kcal/日	-330kcal/日	-30kcal/日
	たんぱく質(g/日)	-49g/日	-17g/日	-9g/日
	水分補給量(ml/日)	-400ml/日	-200ml/日	-100ml/日
⑰	食事形態			
	嚥下調整食の有無と形態	なし・0-j・0-t・1-j 2-1・2-2・3・4	なし・0-j・0-t・1-j 2-1・2-2・3・4	なし・0-j・0-t・1-j 2-1・2-2・3・4
	とろみ剤の有無と形態	なし・薄い・中間・濃い	なし・薄い・中間・濃い	なし・薄い・中間・濃い
⑱	食嗜好 (好きな食べ物、飲み物)	ビールが好き	ビールが好き	ビールが好き
⑳	食事の留意事項の有無(療養食の指示、禁忌、アレルギーなど)	<input checked="" type="checkbox"/> あり(減塩食、食事は自立) <input type="checkbox"/> 経口維持計画書参照 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(減塩食、食事は自立) <input type="checkbox"/> 経口維持計画書参照 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(減塩食、食事は自立) <input type="checkbox"/> 経口維持計画書参照 <input type="checkbox"/> なし
㉑	他の加算・サービス等の使用 以下から番号・記号を選択	① ⑦ ⑬ ④ ① (民間)	① ⑦ ⑬ ④ ① (民間)	① ⑦ ⑬ ④ ① (民間)
①リハマネ加算Ⅰ、②リハマネ加算Ⅱ、③リハマネ加算Ⅲ、④リハマネ加算Ⅳ、⑤個別機能訓練加算Ⅰ、⑥個別機能訓練加算Ⅱ、⑦短期集中リハ加算、⑧認知症短期集中リハ加算、⑨入浴介助加算、⑩栄養改善加算、⑪生活行為向上リハ実施加算、⑫栄養スクリーニング加算、⑬口腔機能向上加算、⑭生活機能向上連携加算、⑮その他(自由記載) ⑯訪問介護、⑰訪問看護、⑱訪問リハビリテーション、⑲居宅療養管理指導(職種名も記載)、⑳他の通所介護、㉑他の通所リハ、㉒短期入所生活介護、㉓短期入所療養介護、㉔配食サービス(公的・民間)、㉕その他(自由記載)				
㉖多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)				
具体的な関連問題(該当する項目にチェックをする)	<input type="checkbox"/> ①褥瘡 <input type="checkbox"/> ②嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ③下痢 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ④便秘 <input type="checkbox"/> ⑤浮腫 <input type="checkbox"/> ⑥脱水 <input type="checkbox"/> ⑦感染・発熱 <input type="checkbox"/> ⑧その他()	<input type="checkbox"/> ①褥瘡 <input type="checkbox"/> ②嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ③下痢 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ④便秘 <input type="checkbox"/> ⑤浮腫 <input type="checkbox"/> ⑥脱水 <input type="checkbox"/> ⑦感染・発熱 <input type="checkbox"/> ⑧その他()	<input type="checkbox"/> ①褥瘡 <input type="checkbox"/> ②嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ③下痢 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ④便秘 <input type="checkbox"/> ⑤浮腫 <input type="checkbox"/> ⑥脱水 <input type="checkbox"/> ⑦感染・発熱 <input type="checkbox"/> ⑧その他()	<input type="checkbox"/> ①褥瘡 <input type="checkbox"/> ②嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ③下痢 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ④便秘 <input type="checkbox"/> ⑤浮腫 <input type="checkbox"/> ⑥脱水 <input type="checkbox"/> ⑦感染・発熱 <input type="checkbox"/> ⑧その他()
㉗低栄養リスクの原因と推察される問題				
該当する下記一覧の数字を記載	②、③、④、⑤、⑦、⑨、⑩、⑪、⑫、⑭	②、③、④、⑩、⑪、⑫、⑭	⑩、⑪、⑫	
具体的な現状	妻の入院により調理困難のため、朝食欠食が続いた。妻が用意したレトルト食品や缶詰は放置されている。食事はコンビニのカップめんやそば、うどん、菓子中心であり、必要栄養量が大きく不足し、体重減少をきたす。通所の食事中に食事姿勢が悪く食事に集中していない時にむせこむ。	妻の退院の目処がたったことに伴い、本人に活気が出てきている。適正な食事形態での食事にかわり、摂取栄養量も増加してきており、体重は維持出来てきた。妻の介助に強い意欲があるため、そこを中心に支援を考える必要がある。	安定して必要栄養量を摂取できるようになってきており、体重も増加傾向。リハビリによる体力強化により摂食嚥下のリスクも改善してきている。引き続き、妻の介護を継続することを目標に自分の体調管理のために食事をしっかり摂れるように支援していく。	
㉘低栄養リスクの原因と推察される問題の根拠				
(P) 問題/栄養診断	②エネルギー摂取量不足の状態	②エネルギー摂取量不足の状態	特になし	
(E) 要因	食欲不振や易疲労感の心理的要因による	エネルギー摂取にかかわる食物・栄養に関連した知識不足	特になし	
(S) 症状/徴候	食事摂取量が目標エネルギー量の58%で不足、体重は6か月間で3.4kg減少している	食事摂取量は、目標エネルギー量の81%で不足を認める	特になし	
㉙通所サービス中止の月日と理由				
1.月日	月 日	月 日	月 日	
2.理由(中止の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> 必須)	—	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 疾患や障害の重症化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用拒否 <input type="checkbox"/> 改善のため終了 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 疾患や障害の重症化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用拒否 <input type="checkbox"/> 改善のため終了 <input type="checkbox"/> その他()	
【低栄養リスクの原因と推察される問題一覧】				
①エネルギー消費の亢進 ②エネルギー摂取不足 ③たんぱく質摂取不足 ④炭水化物摂取不足 ⑤水分摂取不足 ⑥アルコール過剰摂取 ⑦栄養素摂取のインバランス ⑧食物や水分の供給の制約 ⑨不適切な食物選択 ⑩摂食障害 ⑪嚥下障害 ⑫胃腸機能異常 ⑬栄養素代謝異常 ⑭身体活動不足 ⑮身体活動過多 ⑯自発的摂取困難 ⑰認知能力の低下や認知症 ⑱うつや意欲低下 ⑲薬剤 ⑳食物等の入手困難(買い物、献立作成、食事準備等) ㉑食物・栄養に関連した知識不足 ㉒食物・栄養に関連した誤った信念・態度 ㉓安全でない食物摂取				

食事内容の記録（通所・居宅）（様式例）

食事は主に、いつ、どんなものを食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？）

（調査日 ●年●月●日）

	主食	主菜	副菜	その他
食事時間 （例 食事）	ごはん・パン そば・うどん など	魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ、お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
（ : ） 朝	欠食	欠食	欠食	
(11:00) 昼	菓子パン1個			お茶
(18:00) 夕	ご飯80g	豚カツ半量	キャベツ10g	
(15:00) 間食				せんべい

食事内容の問題点

摂取栄養量が必要栄養量を下回っている。

主介護者(妻) の入院による生活意欲が低下している。

エネルギー不足、たんぱく質不足

食形態の不適合

栄養ケア計画書（通所・居宅） 説明書

項目	内容
①利用者及び家族の意向	<p>本人のしたいこと又はできるようになりたいこと等の生活の希望について、リハビリテーション計画書から転記し面談して確認します。本人のしたいこと、できるようになりたい生活や興味・関心の実現をめざして取り組みます。</p> <p>家族が本人にしてほしい生活内容、家族が支援できることの内容等について、リハビリテーション計画書から転記し面談して確認します。本人のしたいこと、できるようになりたい生活や興味・関心の実現をめざして取り組みます。</p>
②解決すべき課題（ニーズ）	低栄養リスクの原因と推察される問題を記載してください。
③長期目標と期間	短期目標（3か月後）の目標設定を先に行ってください。その積み上げが6か月後と考えると、3か月後の目標と同様の考え方で最終の評価になる6か月後の目標を設定してください。
④必要栄養量	算出した必要エネルギー量、必要たんぱく質量、必要水分補給量を記載してください。（アセスメントシート⑱）。
⑤短期目標と期間	<p>①目標は、まず次のモニタリングを行う3か月後を記載します。次に暫定的に6か月後の目標をスモール・ステップで記載します。3か月後のモニタリングによって達成されている場合は、次に6か月後の目標を確認し、これを達成できる目標に修正していきます。目標は、できるだけ具体的に、定量的評価ができるように設定します（達成される変化は何か、どの程度の変化を期待するのか、いつまでに変化が起こるのか、そのために人や物等、何が必要か）。</p> <p>②「こうあってほしい」「こうなるようにしたい」という、実現できるかどうかわからない期待ではなく、「目標」は、具体的で実現可能かつ持続できるものです。目標と現実のギャップが、解決すべき「問題」となります。</p> <p>③最終的目標や短期目標が問題の大きさの順と、実行可能な順から検討され、実行可能で優先的に解決すべき問題を確認します。優先順位を考える場合は、利用者が生活していく上で、最も困ること、そして達成できることを最優先的とします。例えば、食事摂取量よりも心の問題の解決が最優先になる場合もあります。</p> <p>④それぞれの目標を達成するために必要な期間を記入します。</p>
⑥栄養ケアの具体的な内容	今後3か月間における管理栄養士や他職種による支援内容を、『栄養補・食事』『栄養食事相談』『多職種による課題の解決など』の3つの柱で、誰が（本人、家族、担当職種）、いつ、どこで、誰に、何を、どの位、どのようにするのか（頻度（1日に何回、月に何回等の回数、食事であれば、毎食など、その時間や期間（サービスを提供する時間など））をできるだけ具体的に記載します。そのための訪問の必要性（訪問予定日、時間、参加職種）も記載してください。また、下記のように本人や家族が実施する内容も含めて、そのことがわかるように、記載してください。
⑦栄養ケア提供経過記録	栄養ケアの具体的な内容を実施した経過や具体的な状況について記載してください。また、新たに把握された問題や対応についても記載してください。

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (例)

ID: 0001		初回作成日	令和元年 9月 10日		
		作成(変更)日:	年	月	日
利用者及び家族の意向	本人: 妻が入院中です。退院するまで一人暮らしができるように体力を維持したい。 家族: 私が退院するまで、体力を維持して欲しい。				
解決すべき課題(ニーズ)	低栄養状態のリスク(低・ 中 ・高) #1. 摂取栄養量が必要栄養量を下回っている。 #2. 体重は6か月間で3.4kg減少している。 #3. 主介護者(妻)の入院による生活意欲が低下している。				
長期目標と期間	#1. 必要栄養量(必要エネルギー量を1630kcal、たんぱく質67g)を確保し体力が維持できる。 #2. 6か月後に体重が3.0kg増加できる。 #3. 体力を取り戻し、以前と同じように在宅で過ごすことができる。				
必要栄養量	エネルギー	たんぱく質	水分		
	1630	67	1400	kcal/日	g/日 ml/日

短期目標	期間	栄養ケアの具体的内容	実施者	頻度	訪問の必要性
① 栄養補給・食事	3か月	#1.1日3回食事を摂る	本人	毎朝	あり
		#2.摂取エネルギー量を増やす	本人	週3回	
			本人	毎日	
② 栄養食事相談	3か月	#1.食事の回数や量、注意したい栄養素について理解できる	本人	月1回	あり
			本人		
			管理栄養士	1日1回	
③ 多職種解決による課題の	3か月	#1.活動量の増加を確認する	管理栄養士	月1回	なし
	3か月	#2.インフォーマルサービスを活用する	本人	適宜	なし
特記事項	・摂食嚥下のリスク有、別途経口維持計画作成				

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目
8 9	朝食はなんとか摂取ができるようになってきている様子。しかしながら、まだ適切な食事形態での食事摂取ができていないため、引き続き調理の指導支援が必要。
9 7	自身で食べやすい食事形態が少しずつわかってきた様子。活気も戻ってきており、摂取栄養量も増えているため、リハビリの活動量の見直しを検討する。

経口維持計画(例)

ID: 0001	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 82 歳	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	協力歯科医療機関名 (●●● 歯科)
摂食・嚥下機能検査の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他()			検査実施日 ●年 ●月 ●日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点

※当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回以上実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日: ●年 ●月 ●日 食事の観察の参加者: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員			
①上半身が左右や前後に傾く傾向がある	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
②頭部が後屈しがちである	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
③食事を楽しみにしていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
④食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑤食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑥次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑦食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑧食事に時間がかかり、疲労する	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑨食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑩口腔内が乾燥している。口腔内の衛生状態が悪い。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑪固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑫上下の奥歯や義歯がかみ合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑬口から食物や唾液がこぼれる	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑭口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑮食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑯一口あたり何度も嚥下する	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑰食事中や食後に濁った声に変わる	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑱頻繁にむせたり、せきこんだりする	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑲観察時から直近1か月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
多職種会議における議論の概要 会議実施日: ●年 ●月 ●日 会議参加者: <input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持	<input checked="" type="checkbox"/> 変更
	②食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持	<input checked="" type="checkbox"/> 変更
	③食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持	<input type="checkbox"/> 変更
	④口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持	<input checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
総合的栄養ケア・マネジメント	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持(I)	管理栄養士 作業療法士 介護支援専門員	●●●● ●●●● ●●●●	・食形態の変更を検討する。 ・食事時の座位の修正を行う。 ・食事に集中するため、食事時のテレビ視聴をやめてもらう。
経口維持(II)	歯科医師、歯科衛生士	●●●●	・入れ歯の調整及び口腔ケアを実施。
食事形態の種類・とろみの程度 ※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やその他嚥下調整食分類等を参照のこと <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 checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)			

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日	●年 ●月 ●日
初回(変更)日	●年 ●月 ●日
入所(院)者又は家族の意向 妻が入院中のため、退院するまで体力を維持したい。	
解決すべき課題や目標、目標期間	
経口による食事の摂取のための対応	経口維持(I)* 経口維持(II)*
	食形態を嚥下調整食4から3に変更。食事中はテレビを消して食事に集中してもらう。座位の保持のため、クッションを使用する。

(参考) 摂食嚥下リスクへの対応一覧

食事の観察を通じて気が付いたこと	対応
① 上半身が左右や前後に傾く傾向がある	リハビリテーション専門職による対応 シーティング開始 しっかり床に足がつくように調整する 膝は90度になるようにする(車椅子でもフィットレストではなく、床に足がつくようにする)
② 頸部が後屈しがちである	リハビリテーション専門職による対応 リクライニング位の選択、枕での調整、全介助摂食による調整等
③ 食事を楽しみにしていない	好きな食べ物や献立の提供、楽しい雰囲気をつくる、声かけなど
④ 食事をしながら、寝てしまう	覚醒を促すための声かけ、ボディータッチ、食事時の姿勢の維持、薬剤の内容や服薬時間の確認、食事の時間を覚醒時にする等
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	「食事ですよ」と声をかけする、声かけしながら一皿ずつ順番に手提供する スプーンを直接手にもたせ、最初の一口を食べてもらう、介助する、多動や興奮の場合には席につくように声かけする。
⑥ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	食事の観察をおこない、カトラリーの変更(一口量を小さく)、窒息の危険より米飯から全粥に変更、器をもって流し込んでしまうため別の器に小分けにして提供をおこなった。
⑦ 食事又はその介助を拒否する	ご家族と検討し、普段の食べる環境と違わないか確認する。提供方法や声掛けに対するケア方法を統一する。視空間認知障害が考えられたことから、情報量を少なくするためにワンプレートや弁当箱に盛り付ける、一皿ずつ提供する。
⑧ 食事に時間がかかり、疲労する	口腔残渣を確認する。全職種による摂食・嚥下の評価を行う。長時間口腔内に溜め込みが見られる場合もある。歯科受診(口腔ケア)を行い、口腔内の残渣が多い場合はムース食へ見直しを行うことや水分・汁物のとろみを調整するなど、食形態の見直しを図る
⑨ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	拒食: 食事の観察をおこない、コップ(見た目)や提供温度、食席の変更を行う。視空間認知障害が見られる場合は情報量を少なくするためにワンプレートや弁当箱に盛り付け、情報量を少なくするなどの検討をする等、カトラリーを適切なものに変更する。
⑩ 口腔内が乾燥している。口腔内の衛生状態が悪い。	口腔粘膜の保湿の必要がある。適切な口腔ケアの提供し、かかりつけ歯科医や協力歯科医療機関等に相談する。
⑪ 固いものを避け、柔らかいものばかり食べる	食べる様子を観察し、摂食量の評価をおこなう。どのような食品や献立が避けられているかも確認する。歯が痛いかどうか聞き取る、麻痺側の口腔残渣を確認する。義歯や口腔の状況も観察し、歯科受診や口腔ケアをすすめる。食形態の見直しを図る。水分、汁物にとろみ剤を使用する。
⑫ 上下の奥歯や義歯がかみ合っていない	歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する。食事形態やエネルギー、たんぱく質、水分の摂取を見直す。
⑬ 口から食物や唾液がこぼれる	
⑭ 口腔内に食物残渣が目立つ	
⑮ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	
⑯ 一口あたり何度も嚥下する	
⑰ 食事中や食後に濁った声に変わる	食物残渣の確認を行う。歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する 口腔ケアの検討 食事形態及びエネルギー、たんぱく質、水分の摂取量を見直す
⑱ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	
⑲ 観察時から直近一ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	

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）

『リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する
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】

