

令和2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)

認知症対応型共同生活介護における栄養管理の
あり方に関する調査研究調査研究事業

報告書

令和3年3月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

わが国における認知症高齢者のための支援拠点として重要な役割を担っている認知症対応型共同生活介護(以下「認知症グループホーム」という。)は全国で約1万3千か所を数え、入居者数は約19万人とされており、認知症を持つ高齢者の増加に伴い、将来的にも大きな期待が寄せられている。

一方、認知症を持つ高齢者は、認知症の進行とともに嚥下障害や生活機能の低下が起りやすくなり、その結果として低栄養のリスクが高まることが報告されている。日本健康・栄養システム学会は、平成29年度老人保健健康増進等事業において、『認知症対応型共同生活介護入居者の栄養管理に関する実態把握』を行ったところ、入居者の約5人に1人が低栄養であり、低栄養者の2割以上に摂食嚥下機能の低下に対応した食事調整が行われていたことを報告した。また、認知症による食事での失認、傾眠、拒食・偏食が利用者の2割程度にみられることが明らかになり、平成30年度介護報酬改定においては認知症グループホームにおいて介護職等が入居者の低栄養リスクを把握し介護支援専門員等に情報提供を評価する栄養スクリーニング加算が新設された。しかし、認知症グループホームにおける管理栄養士による栄養管理としては、通院困難な重度者を対象とした管理栄養士による居宅療養管理指導による対応しかないという制度上の制約がある。

そこで、本事業では、平成30年度介護報酬改定における栄養スクリーニング加算導入後の認知症グループホームにおける栄養状態、摂食嚥下対応の実態及び当該加算の算定の有無の理由、算定されている場合の情報連携や栄養改善の取り組みに関する実態調査を実施した。さらに、事業所管理者や職員に対する栄養管理の現状についてのインタビュー調査結果も踏まえ、認知症グループホーム利用者の低栄養改善を図るための栄養管理体制について検討を行った結果について令和2年9月に速報した。令和3年度介護報酬改定においては、認知症グループホームにおいて低栄養のリスクとともに口腔の健康状態問題の問題を確認する栄養・口腔スクリーニング加算が新設され、また、管理栄養士と連携した栄養管理体制が推進されるよう栄養管理体制加算が新設されることになった。そこで、本事業の一環として、認知症グループにおけるこれらの栄養管理の実務のための手引き・教材を作成したので、大いにご活用頂けることを願っている。

今後は、認知症グループホームにおける栄養管理体制づくりが一層強化され、入居者の低栄養の改善のみならず「食べる楽しみ」のさらなる充実が図られることを期待するものである。

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
代表理事 三浦 公嗣

令和2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）
「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」

○統括・運営委員会

委員長

杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学 教授

委員

小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 特任教授
遠又 靖丈 神奈川県立保健福祉大学 准教授
田中 和美 神奈川県立保健福祉大学 教授
高田 和子 東京農業大学 教授
加藤 昌彦 椛山女学園大学 教授
宇田 淳 滋慶医療科学大学院 教授
榎 裕美 愛知淑徳大学 教授
大原 里子 大原歯科医院 歯科医師
古明地 夕佳 十文字学園女子大学 准教授
野地 有子 千葉大学大学院 教授
堤 亮介 平成医療福祉グループ 管理栄養士
高田 健人 神奈川県立保健福祉大学 助教
長瀬 香織 神奈川県立保健福祉大学 助教
和田 涼子 東京家政大学 教授
荻部 康子 介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長 管理栄養士
西宮 弘之 曽我病院栄養科科长 管理栄養士
谷中 景子 千春会病院 栄養科統括主任 管理栄養士
浅見 桃子 神奈川県立保険福祉大学院 博士後期課程

協力委員

河崎 茂子 公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長

○事業所実態調査小委員会

委員長

遠又 靖丈 前述

委員

田中 和美 前述
高田 健人 前述
浅見 桃子 前述
小山 秀夫 前述

杉山 みち子 前赴

○インタビュー調査小委員会

委員長

田中 和美 前赴

委員

小山 秀夫 前赴

宇田 淳 前赴

榎 裕美 前赴

大原 里子 前赴

古明地 夕佳 前赴

高田 和子 前赴

谷中 景子 前赴

西宮 弘之 前赴

長瀬 香織 前赴

「認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）における栄養管理の実務のための手引き」

資料提供：田中 和美 前赴

堤 亮介 前赴

苅部 康子 前赴

谷中 景子 前赴

協力： 大原 里子 前赴

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. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する事業所実態調査.....	4
II. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する 事業所訪問インタビュー.....	20
「認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）における 栄養管理の実務のための手引き」.....	74
資料（調査票一式）	123

研究概要

認知症グループホーム（以下、認知症 GH）利用者の栄養状態の把握や適切な栄養改善サービスの提供のために、平成 30 年度より栄養スクリーニング加算が新設され、認知症 GH における福祉職等による低栄養リスク者のスクリーニングの実施が給付サービスの対象となった。しかし、その後の認知症 GH 利用者に対する栄養管理の実態については研究報告がなく、十分な栄養ケアの取り組みが行われているかは明らかでない。

本研究においては、全国の認知症 GH1,366 か所（有効回答 35.4%）のスタッフ（管理者が 80.1%）を対象として、栄養スクリーニング加算導入後の栄養管理サービスの実態に関する質問紙調査（横断研究）を実施した。さらに、横断研究の協力者のうちにインタビュー調査への協力が得られ、管理栄養士による協力がある（あるいはその必要性がある）と回答した 17 県 33 か所の認知症 GH の管理者や職員を対象として、栄養管理の現状についてのインタビュー調査を実施し、これらの結果も踏まえ、認知症 GH において低栄養改善を図るための栄養管理体制について以下の結果を得た。

1. 対象となった認知症 GH(1,366 箇所)の事業主体は、営利法人 37.0%、社会福祉法人 26.1%、医療法人 17.2%、その他 14.5%であり、利用者の要介護度の分布は、要介護 4 が 16.5%、要介護 5 が 11.4%、同様に認知症高齢者の日常生活自立度の分布は、Ⅲ a・Ⅲb が 45.5%、Ⅳが 14.9%、M が 2.9%であった。これらの要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度は、利用者の加齢に伴い今後一層重度化することから、低栄養や摂食嚥下障害のリスクに適切に対応し経口維持に取り組むことにより「食べる楽しみ」の充実をはかる体制づくりが一層求められることがわかった。
2. 栄養スクリーニング加算の算定が最近 6 か月以内に 1 人以上いた事業所は 9.3%と少なく、算定している事業所の 87.3%は全員の利用者に算定されていたものの、算定なしが 87.8%と殆どであった。また、管理栄養士・栄養士の専任・兼任を合わせたユニット当たりの平均人数は 0.05 名と極めて低かった。これらのことから、認知症 GH における低栄養リスク者の栄養スクリーニングによる把握やその後の管理栄養士が連携した栄養管理体制づくりは殆ど行われていないと考えられた。
3. 2 のように栄養管理体制がない現状において、エネルギー量について個別対応した食事が提供されている事業所の割合は 70.8%で、たんぱく質、炭水化物、脂質、糖質等、塩分等の栄養素の制限について個別対応した食事の提供は 41.5%の事業所で行われているに過ぎなかった。また、認知症 GH の管理者や介護職等における利用者の食事提供や栄養管理に関する不安は 66.3%と高い割合で回答され、その不安の内容は、摂食嚥下障害に関する問題（嚥下 62.1%、誤嚥・窒息 48.4%、食事形態の適正 45.6%）や食欲不振 45.9%、肥満 40.9%、認知症に特有の食事時の傾眠、失認、偏食等の行動心

理症状 37.9%、やせ 29.4%などであり、認知症 GH における栄養管理においては、低栄養リスク者を確認する栄養スクリーニングとともに、摂食嚥下の問題のスクリーニングが行われる必要がある。また、個別の食事時の特性を適切に把握するために、連携する管理栄養士や介護職等によるミールランドの導入が必要であると考えられた。

4. 認知症 GH においては、低栄養のリスク者のスクリーニングや管理栄養士が連携した栄養管理体制が未だ整備されていないものの、サービス担当者会議において、体重の情報の共有（全員分の体重が共有されていた事業所が 60.0%）がある程度行われていた。しかし、低体重のリスク者についての情報の共有は「全くない」と「わからない」を合わせて 47.9%と半数近い事業所に及んでいた。このことは、体重の記録がとられていても、BMI を算出して低体重のリスク者を把握するまでには至っていない事業所が多いことを意味していると考えられた。
5. 認知症 GH 利用者における食事の問題への対応については、ケアプランの作成の際に食事の問題への対応が議論された事業所の割合は 63.0%、実際のケアプランに食事の問題への対応が盛り込まれた事業所は、そのうち 93.3%と高い割合でみられたことから、認知症 GH における利用者の食事の問題への関心は高いことが推察された。また、食事の問題への対応は、介護福祉士が 80.3%の事業所で行っていたが、管理栄養士・栄養士が対応している事業所の割合は 22.2%と低く、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士等の摂食嚥下の専門職による対応が行われている事業所は、さらに低い割合であった。一方、食事の問題への対応がケアプランに盛り込まれなかった理由としては、相談できる専門職がないことや優先度が高い問題ではないことがあげられていた。
6. 食事・栄養の問題がある利用者に対して、管理栄養士の助言や支援が必要と回答した割合は 47.7%であり半数以下であった。これは、管理栄養士による栄養管理体制が未だないためと考えられ、食事・栄養の問題に管理栄養士はどのように対応するのか、また、その効果についても明確に提示(見える化)していくことが必要であった。
7. 栄養スクリーニング加算を算定している事業所においては、「要介護4以上」の利用者の割合が50%以上の割合が 15.9%(vs 非算定事業所の 8.3%、以下 () 内は非算定事業所における割合)と高く、「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上 (ⅢとⅣ)」の利用者が 50%以上という回答の割合も 77.1%(vs 65.8%)と高く、栄養スクリーニング加算を算定している認知症 GH の利用者においては、要介護度が重度化している者が多い傾向があった。そのため、利用者の栄養・食事(最近 1 か月間)については、同様に「利用者ごとに栄養状態を考慮した量(エネルギー量)の食事の提供(毎食)している」と回答した割合は 81.7% (vs 69.5%)、 「体重の情報が共有されていた利用者が全員分」と回答した割合が 76.2%(vs 59.1%)と高かった。同様に「低体重者(BMI18.5 未満)であるかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」と回答した

割合が 49.2%(vs13.7%)、「咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」54.8%(vs 32.6%)及び「食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」58.7%(vs 40.8%)であり、サービス担当者会議での食事の問題の共有化が良好であった。また、栄養スクリーニング加算を算定している事業所の食事の問題への対応については、「ケアプランの作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいた」という割合は 72.6%(vs 59.9%)と高かった。また、食事・栄養に問題がある利用者に対して、「管理栄養士による助言や支援が必要」と回答した割合が 61.3%(vs 46.1%)と高かった。これらのことは、栄養スクリーニング加算の算定している事業所においては、担当者会議において情報を共有化して低栄養に対応しようとしている意識が高まってきており、管理栄養士が連携して、助言や指導をすることが一層求められていると考えられた。

8. インタビュー調査からは、管理栄養士の関わりがない認知症 GH の管理者や職員においては、入居者の体調変化等による食事摂取量の低下や体重減少に不安があり、一方、併設事業所の管理栄養士が関わっている認知症 GH においては、管理栄養士が利用者のミールラウンド(食事の観察)や食事形態の提案、低体重や療養食に関する相談等を管理者・介護職等に対しておこなっており、このような事業所の管理者には利用者の食事や栄養に関する不安がみられなかった。なお、管理栄養士との連携ができている事業所の 4 割以上の連携先は併設事業所以外の管理栄養士であった。
9. 認知症 GH において、入居者への個別の栄養ケアは重要視されており、職員の不安感の解消のためには、栄養スクリーニングに加えて摂食嚥下障害のリスク者を把握し、管理栄養士の連携により継続的に関われる栄養管理体制づくりの推進が求められていた。

なお、以上の成果を踏まえて「認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）における栄養管理の実務のための手引き及び教材」を認知症 GH の介護職等、利用者を担当する介護支援専門員及び連携する管理栄養士を対象として作成した。

本研究事業によるこれらの成果は、令和 3 年度介護報酬改定の検討に際して速報として提供され、認知症 GH を含めた通所系サービスにおける利用者の低栄養リスクのスクリーニングに加えて口腔スクリーニングを評価する口腔・栄養スクリーニング加算及び管理栄養士が連携し、日常的な栄養ケアに関わる介護職への技術的助言や指導を行うことを評価する栄養管理体制加算の新設に貢献することができた。また、今後、当該研究成果から作成された手引きや教材が栄養管理体制の進展や実務の啓発に寄与するものと期待される。さらに、認知症 GH における効果的な栄養管理体制のあり方やその効果を検証し、認知症 GH の日常的なケアの質の向上に寄与していくことが求められる。

I. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する事業所実態調査

目 的

わが国の認知症高齢者のための介護保険サービスである認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）では、現在のところ全国1万3千か所で19.1万人が入居しているとされ、将来的には25万人の利用が想定されている。認知症高齢者は認知機能低下の進行とともに嚥下障害や生活機能の低下が生じやすくなり、低栄養状態となるリスクも高いことが報告されている。日本健康・栄養システム学会が実施した『認知症対応型共同生活介護入所者の栄養管理に関する実態把握』の調査結果では、認知症グループホーム利用者のうち20%が低体重（BMI18.5未満）であることが分かった（文献1）。

認知症グループホーム利用者の栄養状態の把握や適切な栄養改善サービスの提供のために、平成30年度より栄養スクリーニング加算が給付サービスの対象となった。しかし、栄養スクリーニング加算導入後の認知症グループホーム利用者に対する栄養管理の実態については研究報告がなく、十分な栄養ケアの取り組みが行われているかは明らかでない。本研究では、認知症グループホームのスタッフを対象として栄養スクリーニング加算導入後の栄養管理サービスの実態に関する質問紙調査（横断研究）を実施した。

方 法

1. 調査対象

2017年に『認知症対応型共同生活介護入所者の栄養管理に関する実態把握』の調査対象となった全国の認知症グループホーム3,932施設を対象とした。同調査対象は、2017年時点に厚生労働省介護サービス情報公表システム（<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>）に登録されていたグループホーム全国13,028施設から3割の無作為抽出で選定された。

2. 調査方法

対象となった認知症グループホームに、自記式質問紙を郵送し、認知症グループホームの管理者（あるいは管理者が依頼した職員）に記入日時点の施設の状況について回答を求めた。回収は郵送によって行った。

自記式質問紙の内容は巻末の別添資料の調査票の通りである。

3. 統計解析

神奈川県立保健福祉大学栄養学科内において、集計を行い、度数分布表を作成した。

4. 倫理配慮

本調査は、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した（番号：保大第7-20-2）。なお、認知症グループホームの施設特性に関する情報に限られ、認知症グループホーム利用者の個人情報に関する調査は含まなかった。

結 果

1. 回収状況（図1）

3,932 施設のうち、閉所などで 70 施設に質問紙を送付できなかった。そのため、質問紙回答の対象になる郵送実施数は 3,862 施設となった。最終的に 1,368 施設から回収され、有効な調査票は 1,366 件（有効回答の割合：35.4%）であった。

1)事業所概要（表1）

1,366事業所における回答記入者の86.1%は管理者であり、事業主体は、営利法人37.0%が最も多く、次いで社会福祉法人26.1%、医療法人17.2%、NPO法人5.1%、その他14.5%であった。同一法人で同じ市町村にある施設・事業所は、介護保険施設55.7%、居宅療養介護支援事業所47.9%、病院または診療所18.4%であった。ユニット数は、2ユニット61.5%、1ユニット33.8%、3ユニット以上4.7%であった。

要介護4以上の利用者の割合が50%未満の事業所が91.0%と大半であり、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上（ⅢとⅣ）の利用者の割合が50%以上の事業所が9.0%であった。グループホームのスタッフのうち専任・兼任を合わせた実人数が、看護師、准看護師が0人の事業所が43.3%であった。一方、管理栄養士・栄養士が0人の事業所92.6%、1人以上の事業所が7.4%と1割に満たなかった。

2）利用者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度（表2）

事業所当たりの入居者の要介護度別平均%は、要介護3の者26.5%、要介護2の者25.4%、要介護1以下20.1%、要介護4の者16.5%、要介護5の者11.4%であり、要介護1以下や2の軽度の者が一定の割合いる一方で、要介護度3以上の者が半数以上の割合をであった。

3）専門職数(表2)

ユニット当たりの専門職の専任・兼任合わせた平均人数は、介護福祉士4.2人、看護師・准看護師0.5人、管理栄養士・栄養士0.05名であり、看護師・准看護師は1人に満たず、管理栄養士・栄養士の平均人数は殆ど0名であった。

4）利用者の栄養・食事について(表3)

利用者の栄養・食事（記入日までの最低1か月間の状況）については、以下のとおりであった。「利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事の提供(毎食)を提供していた」70.8%、「食事の個別対応:栄養素の調整（タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限）を行った利用者がいた(毎食分調整が1人以上)」41.5%であった。一方、「利用者の食事提供・栄養管理に関する不安があった」は66.3%と高い割合で回答され、その内容は、回答割合の多い順に嚥下62.1%、誤嚥・窒息48.2%、食事形態の適正45.6%などの摂食嚥下障害に関する内容が多く、次いで、肥満40.9%、食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状37.9%、咀嚼35.9%、糖尿病や腎臓病の食事療法33.4%、やせ29.4%、その他2.2%であった。

5) サービス担当者会議での情報共有(表4)

サービス担当者会議での情報共有（最近 6 か月間）については、各項目の回答の割合が多い順に以下のとおりであった。「体重の情報が共有されていた利用者」は、全員分 60.6%、一部の利用者の分 31.6%、全くなかった 6.1%、わからない 1.7%、「低体重者（BMI18.5 未満）であるかどうかの判断が共有されていた利用者」は、全くいなかった 35.1%、一部の利用者の分 29.5%、わからない 18.4%、全員分 17.0%であった。また、「咀嚼または嚥下の問題があるかどうか判断が共有されていた利用者」は、一部の利用者の分 58.0%、全員分 35.0%、全くいなかった 6.0%、わからない 1.0%であり、「食摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者」は、一部の利用者 47.6%、全員分 42.9%、全くいなかった 8.4%、わからない 1.1%であった。

6) 食事の問題への対応（表5）

食事の問題への対応については、ケアプラン作成の際に「低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいた」と回答した割合は 61.3%であり、そのうち、「実際のケアプランに盛り込まれた利用者がいた」と回答した割合は 93.3%と高く、「その対応に関わっていた職種(複数回答)」は、介護福祉士 80.3%、看護師 68.3%、医師 67.9%、管理栄養士(栄養士を含む)22.2%、歯科医師 15.8%、歯科衛生士 11.5%、言語聴覚士 2.5%、その他 7.3%であり、食事の問題への対応に関わる主な職種は介護福祉士であり、管理栄養士・栄養士の割合は 2 割程度、口腔・嚥下関係職種は管理栄養士・栄養士よりも低い割合であった。

ケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応が議論されていたにもかかわらず、「実際にケアプランに盛り込まれた利用者がいなかった理由(複数回答)」として、相談できる専門職がない 32.0%、優先度が高い問題ではない 32.0%、その他 28.0%、介護報酬を算定できるサービスがない 14.0%、効果や意義がありそうな対応が思いつかなかった 14.0%、手間がかかる 2.0%であった。

食事・栄養の問題がある利用者に対して、「管理栄養士による助言や支援が必要か」について、はい 47.7%、いいえ 31.5%、わからない 20.9%であった。

7) 栄養スクリーニング加算（表6）

栄養スクリーニング加算を算定した利用者が 1 人以上いたか（最近 6 か月間）については、算定あり 9.3%、算定なし 87.8%、わからない 2.9%であった。また、加算が算定された利用者について、全員分 87.3%、一部の利用者 12.7%、わからない 0%であった

8) 栄養スクリーニング加算の算定状況別の集計結果(表7~9)

栄養スクリーニング加算の算定有無別に集計した結果について、表7～表9に示した（最大で1,314施設を集計に含む）。栄養スクリーニング加算を算定ありの施設(vs.算定なしの施設)において、危険率 5%未満の有意な差が見られた項目は以下のとおりであった。

・事業所の概要(表7)

栄養スクリーニング加算の算定ありの施設(vs.算定なしの施設)においては、事業主体が医療法人の割合が39.0% (vs15.4%)と比較的多く、営利法人の割合が20.3% (vs38.6%)が比較的少なかった。同一法人で同じ市町村にある施設・事業所(複数回答)が、病院または診療所38.1%(vs 16.8%)、介護保険施設66.7% (vs 55.1%)、居宅療養介護支援事業所65.9%(vs 47.1%)という回答の割合がいずれも高かった。

・利用者の要介護度(表7)

同様に「要介護4以上」の利用者の割合が50%以上の割合が15.9%(vs 8.3%)と高く、「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上(ⅢとⅣ)」の利用者が50%以上という回答の割合も77.1%(vs 65.8%)と高かった。

・利用者の栄養・食事について(表7)

利用者の栄養・食事(最近1か月間)については、同様に「利用者ごとに栄養状態を考慮した量(エネルギー量)の食事の提供(毎食)している」と回答した割合は81.7% (vs69.5%)と高かった。

・サービス担当者会議での情報共有(表8)

栄養スクリーニング加算の算定ありの施設(vs 算定なしの施設)においては、「体重の情報が共有されていた利用者が全員分」と回答した割合が76.2%(vs59.1%)と高く、同様に「低体重者(BMI18.5未満)であるかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」と回答した割合が49.2%(vs13.7%)、「咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」54.8%(vs 32.6%)、「食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者が全員分」58.7%(vs 40.8%)であり、サービス担当者会議での情報共有が良好であった。

食事の問題への対応については、「ケアプランの作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいた」という割合は72.6%(vs 59.9%)と高かった。また、食事・栄養に問題がある利用者に対して、「管理栄養士による助言や支援が必要」と回答した割合が61.3%(vs 46.1%)と高かった。

これらのサービス担当者会議での情報共有について、栄養スクリーニング加算の算定なし、一部算定及び全員算定の別においても、「体重の情報が共有されていた利用者」は全員算定78.2%、一部算定62.5%、算定なし59.1%、「低体重者(BMI18.5未満)であるかの判断が共有されていた利用者」は全員算定53.6%、一部算定18.8%、算定なし13.7%、「咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者」は全員算定56.4%、一部算定43.8%、算定なし32.6%、「食事摂取量がすくないかどうかの判断が共有されていた利用者」は全員算定60.9%、一部算定43.9%、算定なし40.8%とこれらの項目が情報共有された割合は、全員算定、一部算定、算定なしの順で割合が高くなっていった。

考 察

1. 回収状況

有効回答の割合は35.4%と、当初想定した30%を上回る回収を得ることができた。しかし、6割以上は回収できなかったことを考えると、栄養管理について関心が高い施設からの回収頻度が全国の真の実態に比して高い可能性（関心がない事業所からは相対的に回答を得られなかった割合が高かった可能性）は否定できない。よって全国の実態よりも栄養管理の実施状況が良好であると過大評価してしまう選択バイアスの可能性が高いことに留意すべきである。

2. 要介護度からみた回答施設の代表性

全国の認知症グループホーム（短期利用以外）の利用者における要介護度別の割合について、厚生労働省の介護給付費等実態統計（令和2年6月審査分：月報第2表）では、要介護4が17.0%、要介護5が11.7%（合計28.7%）と報告されている。一方、本調査の回答施設では要介護4が16.5%、要介護5が11.4%（表2）であり、同等であった。そのため、本調査の回答施設が「特に重度の要介護度の利用者の割合が高い（または低い）施設に偏っている」といった偏りは考えにくい。

3. 利用者の食事提供・栄養管理に関する不安

利用者の食事提供・栄養管理に関する不安が「あった」と回答した施設が66.3%と半数以上に及んだ。その内訳としては、「やせ」が29.4%で、肥満（40.9%）よりも少なかった。栄養スクリーニング加算は低栄養状態に焦点をおいたサービスであるが、今後は認知症グループホームのニーズの明確化が求められるかもしれない。

4. 栄養スクリーニング加算の算定状況

「栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いた」の割合は、9.3%であった（表6）。他の全国調査においては、2018年度の算定状況が8.4%（2ユニットの認知症グループホーム）、2019年度の算定状況が12.6%と報告されており、これらと概ね一致する結果であった（文献2、文献3）。しかし、いずれにしても大部分の施設が算定していないという低調な算定状況であることが明らかとなった。

しかし、厚生労働省の報告によれば、平成30年度における日本全国の認知症グループホームの中で栄養スクリーニング加算の加算請求があった割合は2.1%と報告されており（文献4）、本調査の「栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いた」の割合（9.3%）よりも低い。厚生労働省の上記の報告は2年前の実績値であるため単純比較はできないが、本調査に回答した施設は、全国平均よりも栄養管理の実施状況が良好である施設に偏っている可能性が高く、栄養管理に関する結果については過大評価である可能性が高いことに留意する必要がある。

5. 栄養スクリーニング加算の算定状況別にみた実態

栄養スクリーニング加算を算定していた施設では、サービス担当者会議での情報共有が良好であり（表8）、「利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事の提供していた」（表7）や「ケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいた」（表8）といった栄養関連の取り組みが充実していた。しかし、栄養スクリーニング加算を全員分算定していると回答した施設でも、サービス担当者会議で低体重者（BMI18.5未満）であるかどうかの判断に関して約半数が全員分共有されていなかったと回答しており、加算取得ありの事業所で情報活用が適切になされていたとは言い難い結果であった（表9）。栄養スクリーニング加算により適切な栄養管理が推進されるようになるのかについては、今後さらなる研究が求められる。

結 論

栄養スクリーニング加算を算定していた施設では、相対的に栄養管理に関する取り組みが充実していたものの、加算算定については低調で改善の余地があることが明らかとなった。

参考文献

- 1) 日本健康・栄養システム学会. 平成 29 年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応型共同生活介護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
https://j-ncm.com/ourresearch/h29_rouken/
- 2) 福祉医療機構. 2018 年度 認知症高齢者グループホームの経営状況について
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/200327_No018.pdf
- 3) 日本認知症グループホーム協会. 令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業 報告書
https://www.ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2020/04/R10408_R1Research.pdf
- 4) 厚生労働省. 第 185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13472.html

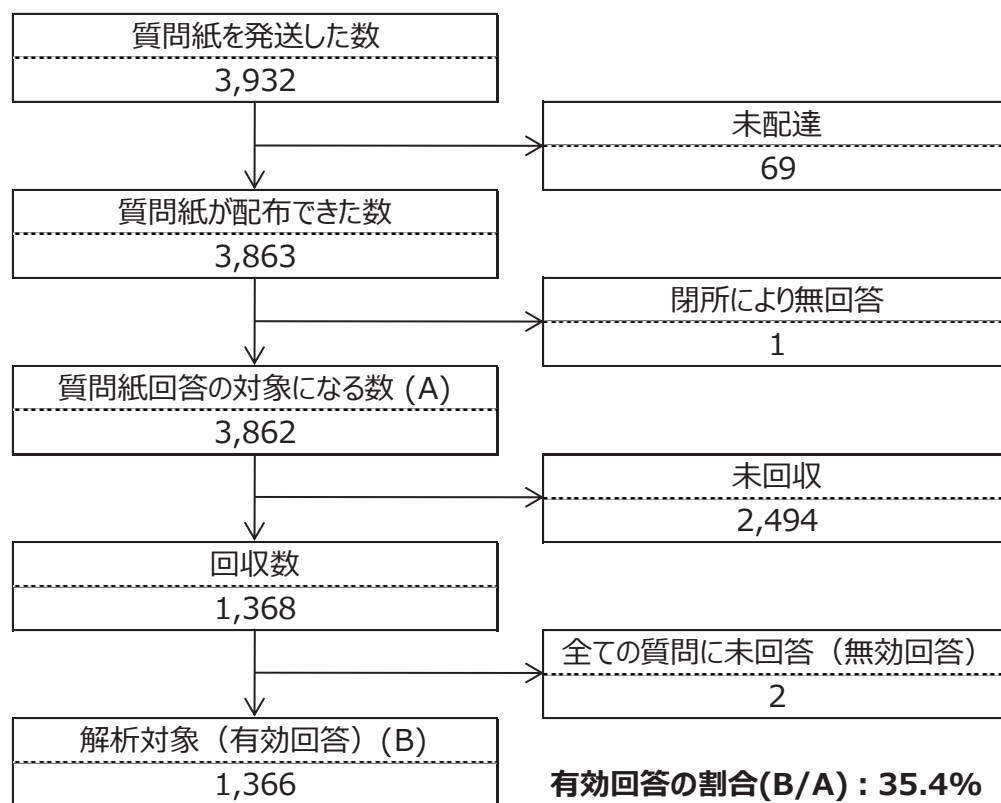


図1 解析対象のフロー図

表 1 基本集計：回答施設の概要（記入日時点の状況）

	n	(%)	(有効%)
記入者			
管理者	1166	(85.4)	(86.1)
管理者以外の職員	188	(13.8)	(13.9)
欠損	12	(0.9)	
事業主体			
社会福祉法人	354	(25.9)	(26.1)
医療法人	233	(17.1)	(17.2)
営利法人	501	(36.7)	(37.0)
NPO法人	69	(5.1)	(5.1)
その他	197	(14.4)	(14.5)
欠損	12	(0.9)	
同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所（複数回答）			
病院または診療所	252	(18.4)	
介護保険施設	761	(55.7)	
居宅介護支援事業所	654	(47.9)	
ユニット数（ユニット）			
1ユニット	462	(33.8)	(33.8)
2ユニット	839	(61.4)	(61.5)
3ユニット以上	64	(4.7)	(4.7)
欠損	1	(0.1)	
「要介護4以上」の利用者の割合			
50%未満	1227	(89.8)	(91.0)
50%以上	122	(8.9)	(9.0)
欠損	17	(1.2)	
「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上（ⅢとⅣ）」の利用者の割合			
50%未満	369	(27.0)	(33.5)
50%以上	732	(53.6)	(66.5)
集計から除外（合計数が要介護度別の合計と不一致）	265	(19.4)	
看護師・准看護師			
0人	524	(38.4)	(43.4)
1人以上	683	(50.0)	(56.6)
欠損	159	(11.6)	
管理栄養士・栄養士			
0人	1016	(74.4)	(92.6)
1人以上	81	(5.9)	(7.4)
欠損	269	(19.7)	

表2 基本集計：回答施設の概要（記入日時点の状況）

	平均	(SD)
要介護度別の内訳(%)		
要介護 1 以下	20.1	(15.1)
要介護 2	25.4	(13.5)
要介護 3	26.5	(14.0)
要介護 4	16.5	(11.9)
要介護 5	11.4	(11.4)
認知症高齢者の日常生活自立度別の内訳(%)		
I 以下	3.9	(11.0)
II a - II b	33.1	(21.6)
III a - III b	45.5	(21.1)
IV	14.5	(15.4)
M	2.9	(7.1)
専門職数（人/ユニット）		
介護福祉士	4.2	(1.9)
看護師・准看護師	0.5	(0.7)
管理栄養士・栄養士	0.05	(0.21)

表3 基本集計：利用者の栄養・食事について（記入日までの最近1か月間の状況）

	n	(%)	(有効%)
利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事の提供（毎食）			
提供していた	956	(70.0)	(70.8)
提供しなかった（提供量は個人ごとに設定していなかった）	329	(24.1)	(24.4)
わからない	66	(4.8)	(4.9)
欠損	15	(1.1)	
食事の個別対応：栄養素の調整（タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限）を行った利用者			
いた（毎食分調整が1人以上）	560	(41.0)	(41.5)
いなかった	774	(56.7)	(57.4)
わからない	14	(1.0)	(1.0)
欠損	18	(1.3)	
利用者の食事提供・栄養管理に関する不安			
あった	858	(62.8)	(66.3)
なかった	411	(30.1)	(31.8)
わからない	25	(1.8)	(1.9)
欠損	72	(5.3)	
入居者の食事提供・栄養管理に関する不安（複数回答）			
やせ	252	(29.4)	分母n=858
肥満	351	(40.9)	
糖尿病や腎臓病の食事療法	287	(33.4)	
食欲不振	394	(45.9)	
食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状	325	(37.9)	
誤嚥・窒息	415	(48.4)	
食事形態の適正	391	(45.6)	
咀嚼	308	(35.9)	
嚥下	533	(62.1)	
その他	19	(2.2)	

表4 基本集計：サービス担当者会議での情報共有

	n	(%)	(有効%)
体重の情報が共有されていた利用者			
全員分	817	(59.8)	(60.6)
一部の利用者の分	426	(31.2)	(31.6)
全くいなかった	82	(6.0)	(6.1)
わからない	23	(1.7)	(1.7)
欠損	18	(1.3)	
低体重者（BMI18.5未満）であるかどうかの判断が共有されていた利用者			
全員分	228	(16.7)	(17.0)
一部の利用者の分	395	(28.9)	(29.5)
全くいなかった	470	(34.4)	(35.1)
わからない	247	(18.1)	(18.4)
欠損	26	(1.9)	
咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者			
全員分	473	(34.6)	(35.0)
一部の利用者の分	784	(57.4)	(58.0)
全くいなかった	81	(5.9)	(6.0)
わからない	14	(1.0)	(1.0)
欠損	14	(1.0)	
食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者			
全員分	580	(42.5)	(42.9)
一部の利用者の分	644	(47.1)	(47.6)
全くいなかった	114	(8.3)	(8.4)
わからない	15	(1.1)	(1.1)
欠損	13	(1.0)	

表5 基本集計：食事の問題への対応

	n	(%)	(有効%)
ケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいたか			
いた ◎	827	(60.5)	(61.3)
いなかった	508	(37.2)	(37.6)
わからない	15	(1.1)	(1.1)
欠損	16	(1.2)	
◎のうち、実際にケアプランに盛り込まれた利用者がいたか 分母n=827			
いた ☆	766	(92.6)	(93.3)
いなかった ★	50	(6.0)	(6.1)
わからない	5	(0.6)	(0.6)
欠損	6	(0.7)	
☆の対応として関わっていた職種（複数回答） ☆分母n=762 (※☆の766事業所のうち、介護福祉士～その他までのいずれにも該当しなかった4事業所は欠損とみなした)			
介護福祉士（ホームヘルパー2級相当は含まない）	615	(80.3)	
医師	520	(67.9)	
看護師（准看護師を含む）	523	(68.3)	
管理栄養士（栄養士を含む）	170	(22.2)	
歯科医師	121	(15.8)	
歯科衛生士	88	(11.5)	
言語聴覚士	19	(2.5)	
その他	56	(7.3)	
★「いなかった」の理由（複数回答） ★分母n=50			
相談できる専門職がない	16	(32.0)	
介護報酬を算定できるサービスがない	7	(14.0)	
効果や意義がありそうな対応が思いつかなかった	7	(14.0)	
手間がかかる	1	(2.0)	
優先度が高い問題ではない	16	(32.0)	
その他	14	(28.0)	
食事・栄養に問題がある利用者に対して、管理栄養士による助言や支援が必要ですか？			
はい	642	(47.0)	(47.7)
いいえ	424	(31.0)	(31.5)
わからない	281	(20.6)	(20.9)
欠損	19	(1.4)	

表6 基本集計：栄養スクリーニング加算（記入日までの最近6か月間）

	n	(%)	(有効%)
栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いたか			
いた	126	(9.2)	(9.3)
いなかった	1188	(87.0)	(87.8)
わからない	39	(2.9)	(2.9)
欠損	13	(1.0)	
加算が算定された利用者			
全員分	110	(87.3)	分母n=126
一部の利用者の分	16	(12.7)	
わからない	0	(0.0)	

表7 栄養スクリーニング加算算定有無別の基本集計①

	栄養スクリーニング加算				p値*
	算定なし		算定あり		
	n	(%)	n	(%)	
記入者					
管理者	1015	(86.2%)	106	(85.5%)	0.835
管理者以外の職員	163	(13.8%)	18	(14.5%)	
合計	1178	(100%)	124	(100%)	
グループホームの概要（記入日時点の状況）					
事業主体					
社会福祉法人	309	(26.2%)	31	(25.2%)	<0.001
医療法人	182	(15.4%)	48	(39.0%)	
営利法人	456	(38.6%)	25	(20.3%)	
NPO法人	67	(5.7%)	1	(0.8%)	
その他	166	(14.1%)	18	(14.6%)	
合計	1180	(100%)	123	(100%)	
同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所（複数回答）					
病院または診療所	200	(16.8%)	48	(38.1%)	<0.001
介護保険施設	655	(55.1%)	84	(66.7%)	0.013
居宅介護支援事業所	560	(47.1%)	83	(65.9%)	<0.001
合計	1188	(100%)	126	(100%)	
ユニット数（ユニット）					
1ユニット	411	(34.6%)	38	(30.2%)	0.155
2ユニット	725	(61.0%)	78	(61.9%)	
3ユニット以上	52	(4.4%)	10	(7.9%)	
合計	1188	(100%)	126	(100%)	
「要介護4以上」の利用者の割合					
50%未満	1077	(91.7%)	106	(84.1%)	0.005
50%以上	97	(8.3%)	20	(15.9%)	
合計	1174	(100%)	126	(100%)	
「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上（ⅢとⅣ）」の利用者の割合					
50%未満	328	(34.2%)	25	(22.9%)	0.017
50%以上	630	(65.8%)	84	(77.1%)	
合計	958	(100%)	109	(100%)	
看護師・准看護師					
0人	455	(43.3%)	49	(43.8%)	0.933
1人以上	595	(56.7%)	63	(56.3%)	
合計	1050	(100%)	112	(100%)	
管理栄養士・栄養士					
0人	891	(92.7%)	91	(91.9%)	0.773
1人以上	70	(7.3%)	8	(8.1%)	
合計	961	(100%)	99	(100%)	
利用者の栄養・食事について（記入日までの最近1か月間の状況）					
利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事の提供（毎食）					
提供していた	816	(69.5%)	103	(81.7%)	0.010
提供しなかった（提供量は個人ごとに設定していなかった）	301	(25.6%)	17	(13.5%)	
わからない	57	(4.9%)	6	(4.8%)	
合計	1174	(100%)	126	(100%)	
食事の個別対応：栄養素の調整（タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれか制限）を行った利用者					
いた（毎食分調整が1人以上）	476	(40.6%)	60	(47.6%)	0.202
いなかった	686	(58.5%)	64	(50.8%)	
わからない	10	(0.9%)	2	(1.6%)	
合計	1172	(100%)	126	(100%)	
利用者の食事提供・栄養管理に関する不安					
あった	750	(66.3%)	85	(72.0%)	0.353
なかった	359	(31.7%)	30	(25.4%)	
わからない	22	(1.9%)	3	(2.5%)	
合計	1131	(100%)	118	(100%)	

*χ²検定

表8 栄養スクリーニング加算算定有無別の基本集計②

	算定あり		算定なし		p値*
	n	(%)	n	(%)	
サービス担当者会議での情報共有					
体重の情報が共有されていた利用者					
全員分	693	(59.1%)	96	(76.2%)	0.002
一部の利用者の分	386	(32.9%)	25	(19.8%)	
全くいなかった	75	(6.4%)	3	(2.4%)	
わからない	19	(1.6%)	2	(1.6%)	
合計	1173	(100%)	126	(100%)	
低体重者（BMI18.5未満）であるかどうかの判断が共有されていた利用者					
全員分	160	(13.7%)	62	(49.2%)	<0.001
一部の利用者の分	352	(30.2%)	33	(26.2%)	
全くいなかった	434	(37.3%)	24	(19.0%)	
わからない	219	(18.8%)	7	(5.6%)	
合計	1165	(100%)	126	(100%)	
咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者					
全員分	383	(32.6%)	69	(54.8%)	<0.001
一部の利用者の分	710	(60.4%)	47	(37.3%)	
全くいなかった	72	(6.1%)	9	(7.1%)	
わからない	11	(0.9%)	1	(0.8%)	
合計	1176	(100%)	126	(100%)	
食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者					
全員分	480	(40.8%)	74	(58.7%)	0.002
一部の利用者の分	582	(49.4%)	43	(34.1%)	
全くいなかった	103	(8.8%)	8	(6.3%)	
わからない	12	(1.0%)	1	(0.8%)	
合計	1177	(100%)	126	(100%)	
食事の問題への対応					
ケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者がいたか					
いた	704	(59.9%)	90	(72.6%)	0.016
いなかった	459	(39.0%)	34	(27.4%)	
わからない	13	(1.1%)	0	(0.0%)	
合計	1176	(100%)	124	(100%)	
食事・栄養に問題がある利用者に対して、管理栄養士による助言や支援が必要ですか？					
はい	541	(46.1%)	76	(61.3%)	0.002
いいえ	385	(32.8%)	24	(19.4%)	
わからない	247	(21.1%)	24	(19.4%)	
合計	1173	(100%)	124	(100%)	

* χ^2 検定

表9 栄養スクリーニング加算状況別の基本集計：サービス担当者会議での情報共有

	栄養スクリーニング加算						p値*
	算定なし		一部算定		全員算定		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
体重の情報が共有されていた利用者							
全員分	693	(59.1%)	10	(62.5%)	86	(78.2%)	0.010
一部の利用者の分	386	(32.9%)	5	(31.3%)	20	(18.2%)	
全くいなかった	75	(6.4%)	1	(6.3%)	2	(1.8%)	
わからない	19	(1.6%)	0	(0.0%)	2	(1.8%)	
合計	1173	(100%)	16	(100%)	110	(100%)	
低体重者（BMI18.5未満）であるかどうかの判断が共有されていた利用者							
全員分	160	(13.7%)	3	(18.8%)	59	(53.6%)	<0.001
一部の利用者の分	352	(30.2%)	6	(37.5%)	27	(24.5%)	
全くいなかった	434	(37.3%)	6	(37.5%)	18	(16.4%)	
わからない	219	(18.8%)	1	(6.3%)	6	(5.5%)	
合計	1165	(100%)	16	(100%)	110	(100%)	
咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者							
全員分	383	(32.6%)	7	(43.8%)	62	(56.4%)	<0.001
一部の利用者の分	710	(60.4%)	7	(43.8%)	40	(36.4%)	
全くいなかった	72	(6.1%)	2	(12.5%)	7	(6.4%)	
わからない	11	(0.9%)	0	(0.0%)	1	(0.9%)	
合計	1176	(100%)	16	(100%)	110	(100%)	
食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者							
全員分	480	(40.8%)	7	(43.8%)	67	(60.9%)	0.008
一部の利用者の分	582	(49.4%)	7	(43.8%)	36	(32.7%)	
全くいなかった	103	(8.8%)	2	(12.5%)	6	(5.5%)	
わからない	12	(1.0%)	0	(0.0%)	1	(0.9%)	
合計	1177	(100%)	16	(100%)	110	(100%)	

*χ²検定

II. 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する 事業所訪問インタビュー

目的

認知症グループホーム事業所における栄養スクリーニング算定に関わる実際の取り組み状況や、管理栄養士の関わりに関する具体的な状況やその問題点、さらに、今後の栄養管理の必要性やそのあり方についての論点整理を行うことを目的とした。

方法

1. 対象

Iの事業所実態調査から、協力の意思のあった事業所のうち、管理栄養士の雇用や関り（かつ必要性がある）と回答した事業所、および当該事業の委員から推薦のあった事業所全77か所を協力事業所とし、管理者、スタッフ及び関係する管理栄養士をインタビュー対象者とした。

2. インタビュー方法

インタビューア（研究代表者及び分担研究者）10名に対する調査説明会をWEBにより開催後（令和2年7月1日）、各インタビューアがインタビュー・ガイドを用いて、WEB会議システム(ZOOM)もしくは電話によるインタビュー調査を実施し、インタビュー内容の概要表を作成し、具体的な栄養ケアの体制や取り組みのあり方、あるいは解決すべき問題について把握した。

インタビューアは、小委員長の田中和美他当該事業の委員10名であった。

インタビュー・ガイドの内容は①認知症グループホームの概要②栄養スクリーニング加算の算定をしている場合の手順や内容③管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容④管理栄養士の必要性を感じる時⑤管理栄養士が関わるとしたらどのような取り組みをしてほしいか⑥その他の意見や要望であった。

3. 研究倫理審査

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（令和2年6月23日、保大7-20-8）。

4. 結果

インタビューの集計結果は、資料：インタビュー結果（I～VI、その他）、インタビュー調査概要表に示した。

【実施事業所と管理栄養士の所属】

インタビュー実施33事業所のうち、27事業所（81.8%）において管理栄養士の関りがあった。関わりがあった管理栄養士の所属は、併設施設4事業所（14.8%）、事業所外施設12事業所（44.4%）、不明11事業所（40.7%）であった。

【栄養スクリーニング加算取得状況と管理栄養士の関り】

栄養スクリーニング加算算定有は、15 事業所（45.5%）で行われており、加算の判断は主に「ケアマネジャー」「スタッフ」が行い、そのうち 12 事業所（80.0%）が管理栄養士に繋がられており、その内、9 事業所が管理栄養士の訪問を受けていた。

【管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容】

管理栄養士による栄養ケアは、23 事業所（69.7%）で行なわれ。頻度は月 1 回(39.1%)が一番多かった。栄養ケアの内容は、食事形態や献立作成等の「食事」に関すること(34.8%)、低体重等の「栄養状態」および嚥下など「機能」に関すること(30.4%)、「体重管理」「必要に応じて」(21.7%)であった（複数回答）。

【管理栄養士の必要性を感じる時】

管理栄養士の必要性は、「ミールラウンド時」16 施設（48.5%）、「病院や老健からの入所時」11 施設（33.3%）、「食事形態の相談」7 施設（21.2%）であった（複数回答）。

【管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み】

病院や老健等から管理栄養士が訪問において、どのような場面で関わってもらいたいのか、の質問に対する回答では、「関りがある&関わってほしい」内容として、「嚥下障害」「食事療法」20 施設（60.6%）、「低体重（低 BMI）」19 施設（57.6%）、「体重減少」「ミールラウンド」18 施設（54.5%）、「拒食」15 施設（45.5%）、「BPSD による食事の障害」「褥瘡」12 施設（36.4%）であった。

【その他の意見や要望】

口腔に関する取り組みは、30 施設（90.1%）と多くの施設で行われており、その内 24 施設（80%）が歯科医師・歯科衛生士の口腔の専門職と関わっていた。

【まとめ】

・インタビュー実施事業所は、いずれの管理者・スタッフ・管理栄養士等も、入居者にとって食事・栄養は安定した入居生活に重要であると認識されていた。ただし、インタビュー事業所は、管理栄養士の雇用や関わり（かつ必要性がある）と回答した事業所、および当該事業の委員から推薦のあった事業所であるため、一般の認知症グループホームに比べて選択によるバイアスを考慮する必要がある。

・インタビューの回答者は、31 施設が施設長（管理者）、もしくはケアマネジャーであり、管理栄養士 2 名（うち 1 施設は施設長同席）と看護師 2 名（うち 1 施設は施設長同席）、が回答していた。

管理栄養士の関りがない認知症グループホームの管理者は、入居者の体調変化等による食事摂取量の低下や体重減少に対して不安があり、一方、定期的に関わりがあるグループホームの管理者は、ミールラウンド及び食事形態の提案、低体重や療養食に関する相談等を

実施していた。

施設長（管理者）等が管理栄養士に今後希望することは、主にミールラウンド及び食事形態の提案、低体重や療養食に関する相談や献立内容等であり、一方、管理栄養士が今後施設に希望することは、栄養相談や献立作成を行うために、入居者の食事の嗜好や健康状態の情報の共有等であった。

- ・栄養スクリーニング加算算定の判定は、主に「ケアマネジャー」・「スタッフ」が行っており、管理栄養士の訪問等が多く見られる一方、事務的な手間が多い割に加算額が低いため、加算の取得に躊躇する事業所も多数存在した。

- ・栄養スクリーニング加算算定と栄養ケアを積極的に行っている事業所のうち、4割以上が事業所併設施設外の管理栄養士と連携していることから、事業所外の管理栄養士と適切な連携を図ることにより、栄養ケアが実施できることが期待できる。

- ・一部の事業所では、現在の業務に手一杯の状態であり、積極的な栄養ケアに対する職員の負担も懸念していた。しかし、入居者の健康状態や嚥下機能等が変化した際は、現在の配置職員では不安感が大きく、専門的かつ適切に対応してもらいたいと希望していたことから、管理栄養士による支援は、献立作成や一時的な栄養相談等にとどまらず、「ミールラウンド」等も含めた、包括的かつ継続的な栄養・食事の支援が必要であると考えられた。

- ・認知症グループホームにおける栄養ケアは、管理者、管理栄養士ともに入居者に重要であると認識されており、職員の不安感を解消するためには、管理栄養士が定期的かつ継続的に関わる必要があると考えられた。管理栄養士には月1回程度の関りを希望しており、ミールラウンドや、嚥下状態等の食べる機能に関すること、食事療法や入退院等の健康状態が変化した際に継続した栄養ケアを行うために、管理栄養士と認知症グループホームの協同した体制構築が早急に求められている。

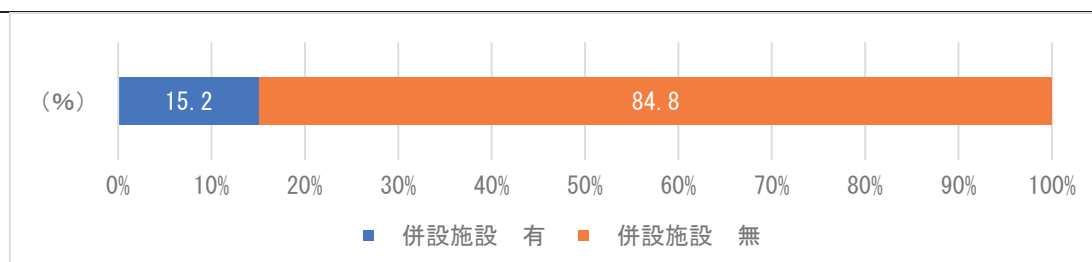
【資料：インタビュー結果】

I. 事業所概要

都道府県名	北海道、埼玉県、茨城県、静岡県、岐阜県、 愛知県、京都府、奈良県、島根県、岡山県、 山口県、愛媛県、福岡県、佐賀県、熊本県、 長崎県、鹿児島県
平均利用者数	15人
入居者の平均要介護度	2.9
関わっている管理栄養士の平均人数	1.2人

併設施設の有無

	総数=33	(%)
併設施設 有	5	15.2
併設施設 無	28	84.8

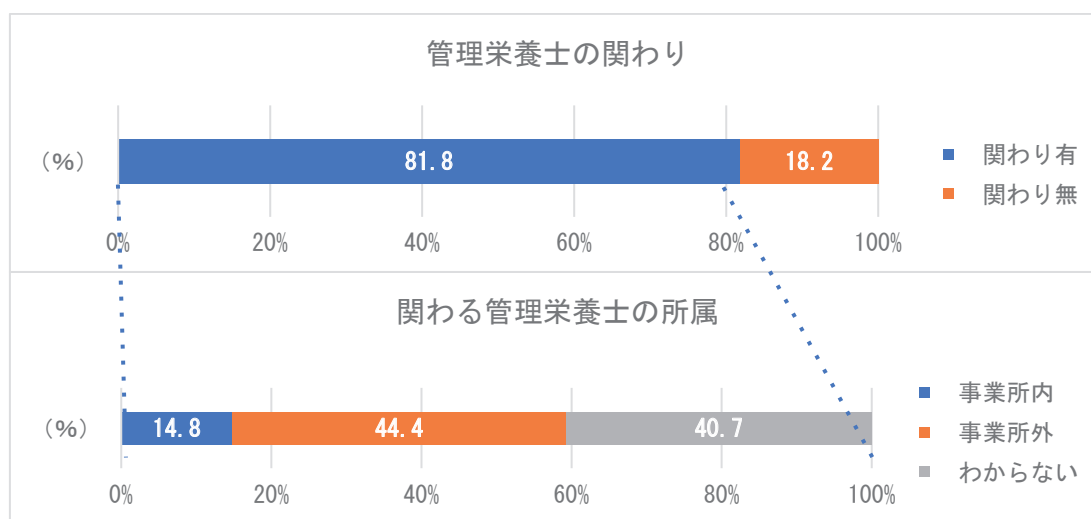


管理栄養士(栄養士)の関わり

	総数=33	(%)
関わり有	27	81.8
関わり無	6	18.2

関わる管理栄養士の所属

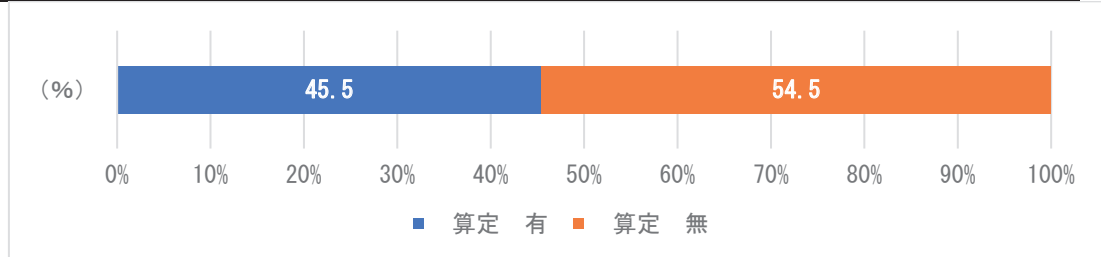
	総数=27	(%)
事業所内	4	14.8
事業所外	12	44.4
わからない	11	40.7



Ⅱ. 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容

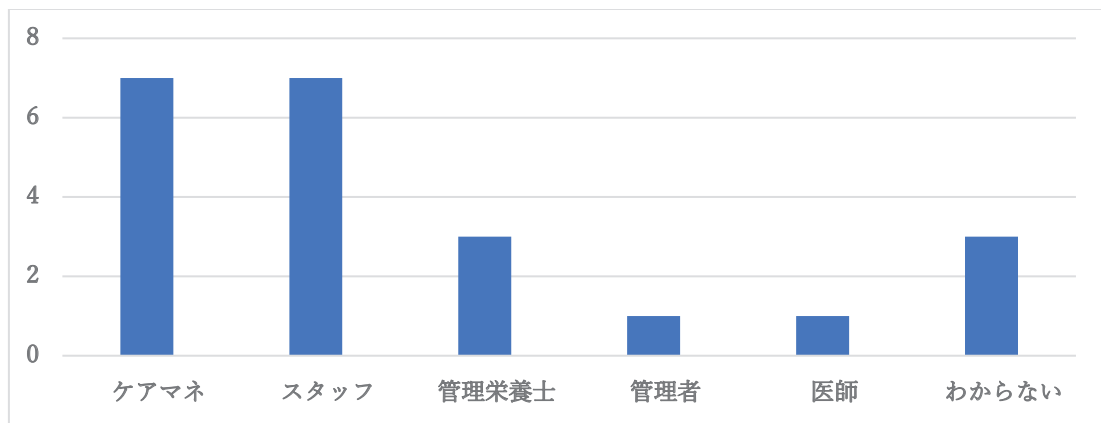
栄養スクリーニング加算の算定状況

	総数=33	(%)
算定 有	15	45.5
算定 無	18	54.5



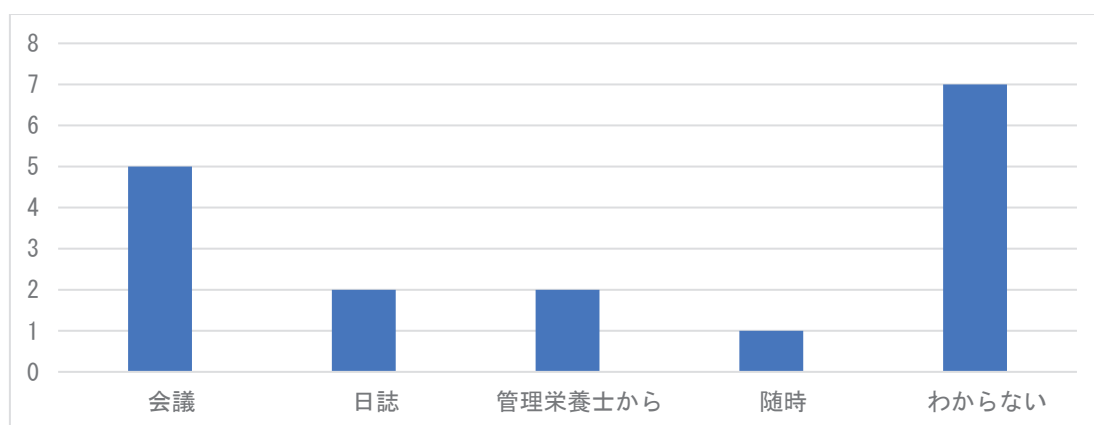
栄養スクリーニング加算の算定判断（複数回答）

	総数=15
ケアマネ	7
スタッフ	7
管理栄養士	3
管理者	1
医師	1
わからない	3



スタッフへの周知方法（複数回答）

	総数=15	(%)
会議	5	33.3
日誌	2	13.3
管理栄養士から	2	13.3
随時	1	6.7
わからない	7	46.7

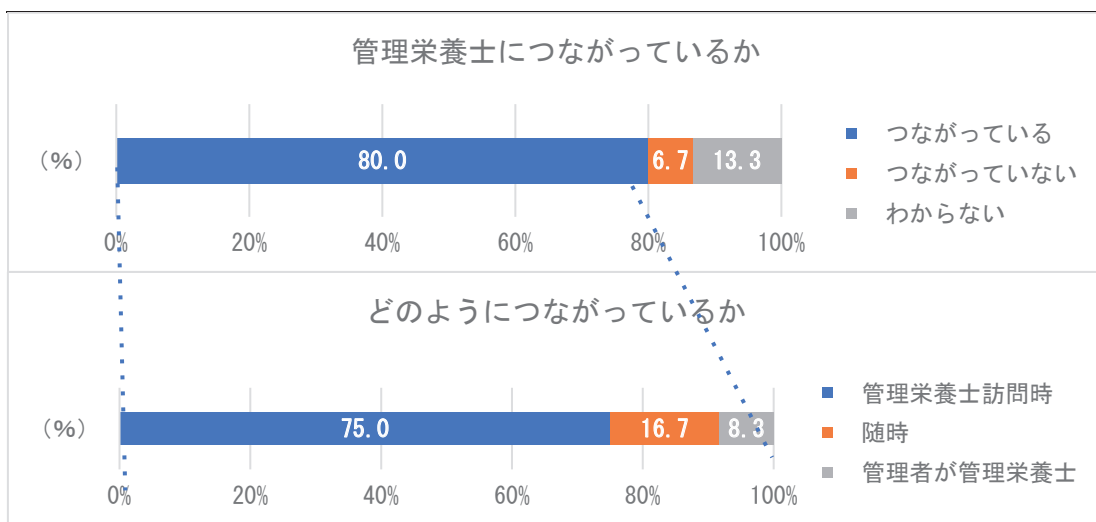


加算の算定をした場合、管理栄養士につながっているか

	総数=15	(%)
つながっている	12	80.0
つながっていない	1	6.7
わからない	2	13.3

つながった場合、どのようにつながっているか

	総数=12	(%)
管理栄養士訪問時	9	75.0
随時	2	16.7
管理者が管理栄養士	1	8.3



加算の算定をしていない理由

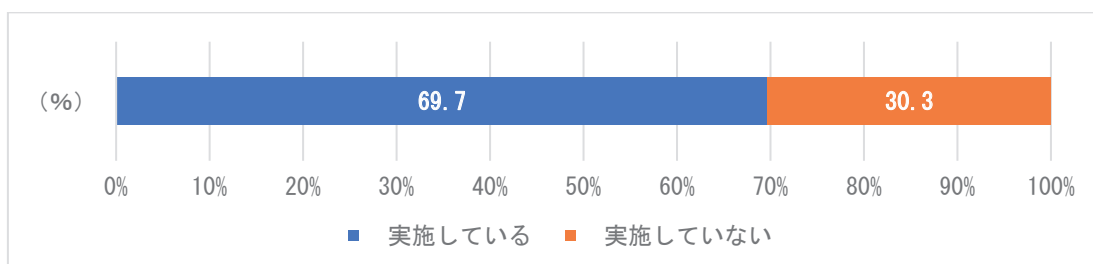
- ・施設管理者自体は、要件がよくわからず、加算を取得したことはない。
- ・制度ができた時に施設内で検討したが、書類づくりなどの作業が増えることに比べ、加算を取ったことによる現状より良いケアができるとは考えられなかったため、導入していない。
- ・加算について検討したことはない。
- ・加算が始まった時から法人内の議論ですぐに開始した。現在7名が算定中。
- ・制度ができた時には検討したが、担当できる者がいない。また、書類作成などの作業量が課題。
- ・法人の考え。
- ・利用者の負担が増える。
- ・評価を行うなどハードルが高い。
- ・書類などの作成に手間がかかる。金額が見合わない。
- ・加算についてよくわからない。

- ・ 制度ができた時には検討したが、担当できる者がいなかった。
- ・ 加算をとる必要性を感じない。書類の作成の方が大変である。
- ・ 書類の記入などに手間がかかる割に加算の点数が低いと思うから。毎月取れるなら書類を付けたい。

Ⅲ. 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容

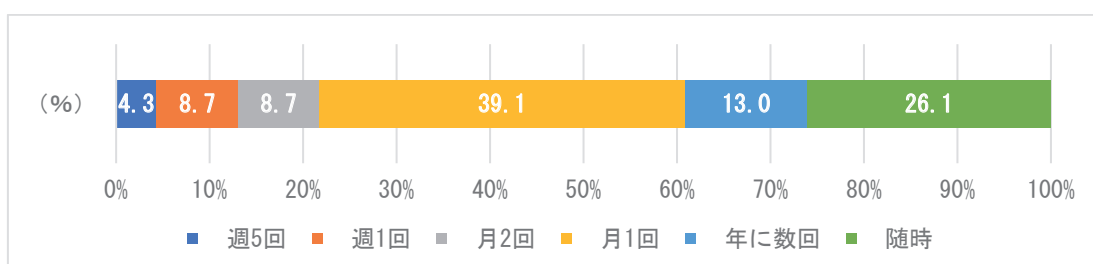
栄養ケアの実施状況

	総数=33	(%)
実施している	23	69.7
実施していない	10	30.3



管理栄養士が栄養ケアに取り組む頻度はどの程度か

	総数=23	(%)
週5回	1	4.3
週1回	2	8.7
月2回	2	8.7
月1回	9	39.1
年に数回	3	13.0
随時	6	26.1



栄養ケアを実施するタイミング（複数回答）

	総数=23	(%)
食事形態	8	34.8
献立作成時	7	30.4
低体重	7	30.4
嚥下	7	30.4
体重管理	5	21.7
必要に応じて	5	21.7
褥瘡ケア	4	17.4
食事量低下	4	17.4
医師の依頼	2	8.7
栄養剤の種類	2	8.7
その他	7	30.4
わからない	4	17.4

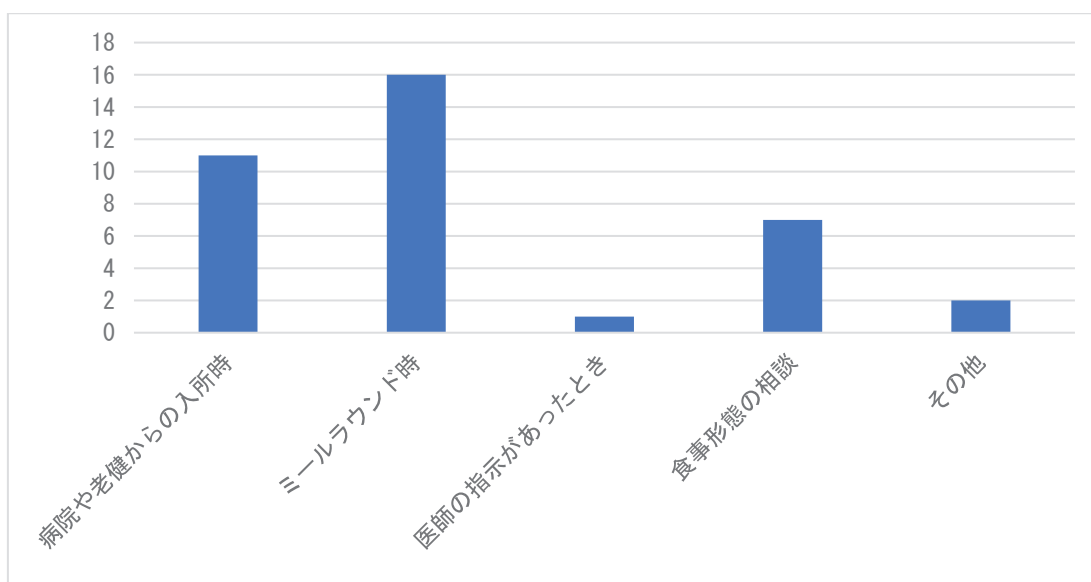
その他の詳細

- ・ミールラウンド
- ・入退院時
- ・糖尿病食
- ・イベント食
- ・身体機能低下
- ・食中毒の時期の対応

IV. 管理栄養士の必要性を感じるとき

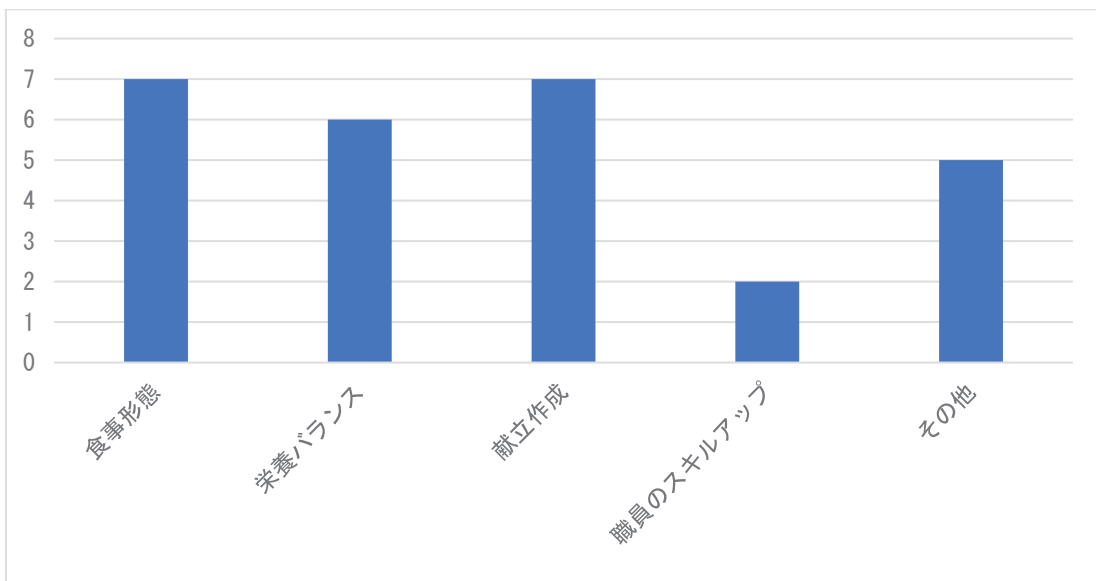
管理栄養士の必要性を感じる場面（複数回答）

	総数=23	(%)
病院や老健からの入所時	11	33.3
ミールラウンド時	16	48.5
医師の指示があったとき	1	3.0
食事形態の相談	7	21.2
その他	2	6.1



どのような栄養・食事に関する情報が欲しいか（複数回答）

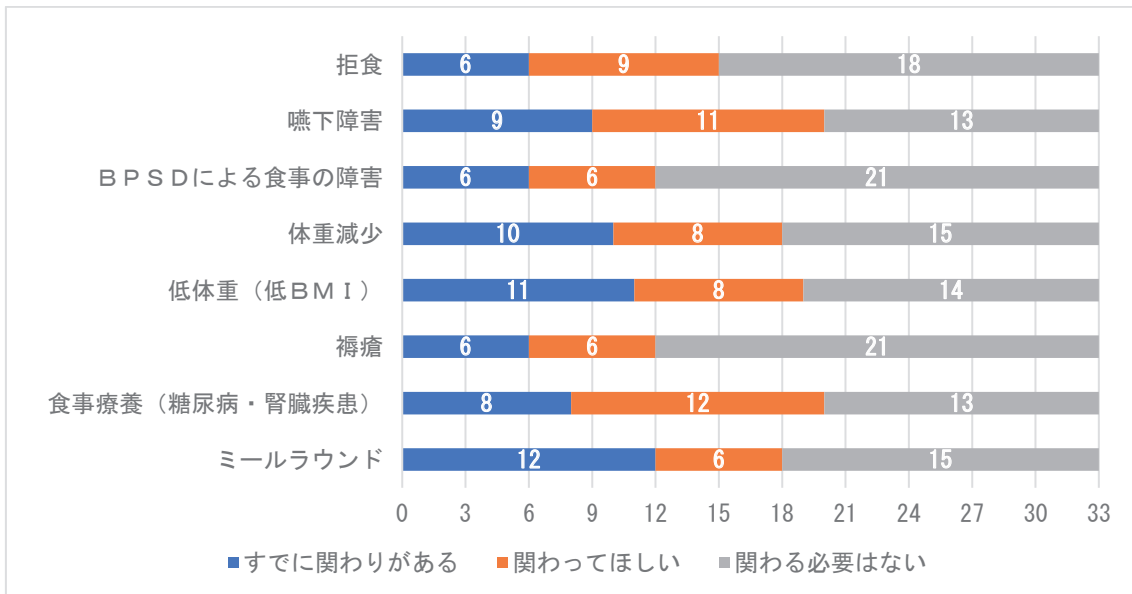
	総数=18	(%)
食事形態	7	38.9
栄養バランス	6	33.3
献立作成	7	38.9
職員のスキルアップ	2	11.1
その他	5	27.8



V. 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み

病院や老健等から管理栄養士が訪問してもらえるならどのような場面で関わってほしいか（複数回答）（総数=33）

	すでに 関わりがある	関わって ほしい	関わる 必要はない	関わりがある & 関わってほ しい (%)
拒食	6	9	18	45.5
嚥下障害	9	11	13	60.6
BPSDによる 食事の障害	6	6	21	36.4
体重減少	10	8	15	54.5
低体重（低BMI）	11	8	14	57.6
褥瘡	6	6	21	36.4
食事療養 （糖尿病・腎臓疾患）	8	12	13	60.6
ミールラウンド	12	6	15	54.5



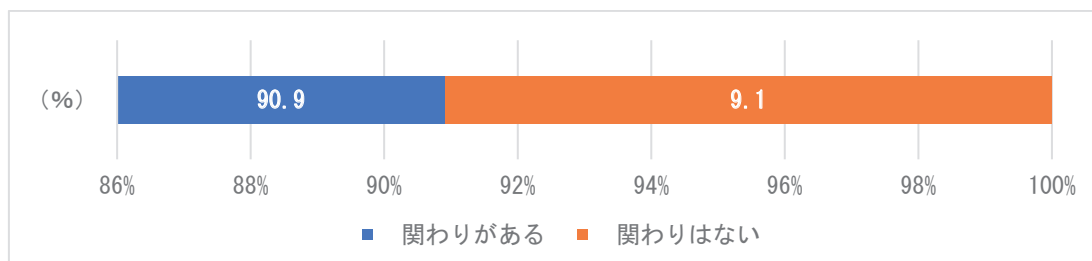
その他で関わってほしい場面（複数回答）

	回答数
献立作成時	3
カロリー管理	2
食事形態	2
調理法・調理技術	3
血液検査結果が悪い	6
イベント食	1
むくみ	1
偏食	1
貧血管理	1
便秘	1

VI. その他の意見や要望

歯科、口腔ケアの関わりがあるか

	総数=33	(%)
関わりがある	30	90.9
関わりはない	3	9.1



歯科、口腔ケアは誰がおこなっているのか（複数回答）

	総数=33
管理栄養士が対応	2
歯科医師・歯科衛生士が対応	24
その他職員が対応	13
関わりはない	3

その他 意見・要望等

栄養関連加算について

- ・個人的には加算はとっていきたいと思う。加算により給料が上がるなどあれば職員のモチベーションにもつながる。しかし法人の考えがある。
- ・具体的には、管理栄養士の指示のもと3食栄養管理された食事が10日/月提供されている場合は加算がとれる。要件は管理栄養士に相談していることと実施献立の保存。などがあればよいと思う。
- ・スクリーニング加算はすぐには出来ない、GH に対しては栄養改善加算へ繋げる低栄養のハードルが高く、スクリーニングしても引っかけられない、GH の基準を緩和して早期から栄養介入が出来るよう要望したい、そうすれば加算率も上がり、虚弱高齢者の底上げが出来る。

今後関わってほしい場面

- ・ PT については加算があるが、OT や ST の加算もあるとよい。
- ・ メニューを作ってほしい。
- ・ 栄養士が施設を巡回して栄養指導するシステムがあればよいと思う。
- ・ 嗜好調査を充実してほしい。
- ・ 水戸市では高齢者に対して市の無料検診が実施されているが、A1 b の項目が入っていない、スクリーニング項目に A1 b が入っているのであれば、行政側に A1 b の項目を必須にするよう、国から指導してもらいたい。現在は自費で追加している。
- ・ 給食の選択メニューの導入。

その他

- ・ 医師、看護師が2週間に一度、訪問診療でくるので、低栄養などは相談している。
- ・ 歯科衛生士から歯科医師につなげる体制がある。
- ・ 資格は無いが歯科衛生経験ある介護職いるため、管理栄養士と共同して口腔ケア行いたい。
- ・ 少量高カロリーの食事についての助言。
- ・ 国の制度がどんどん作られればよいと思う。
- ・ 100歳以上、入居期間も長い入居者が多く看取りまで行う。食事は一番の楽しみであるので、個人の好みや必要な栄養がとれるようにしたい。好みを聞いて、かつ丼やお好み焼き、巻きずしなどを提供している。管理栄養士と必要に応じてすぐに相談ができる体制のため、入院しても誤嚥性肺炎にならない。
- ・ 栄養というより、食べられるものを食べる、という考えであるので栄養価計算なども行ってはいない。
- ・ 調理場と部屋を隔てず、料理の匂いがすることで食欲がわくような、環境づくりを行っている。
- ・ 食介助の方法（姿勢や角度など）が重要。
- ・ 食べ残しの多いメニューがある。ピカタ、うどん等。
- ・ 給食の選択メニューの導入。

インタビュー調査の概要票

1	事業所の概要	所在地 山口県 利用者数 9名 施設番号 B15 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2	栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。月1回来所するグループの食事業部から派遣されている管理栄養士に伝える。
3	管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士は、グループの食事業部から派遣されている。 ○低体重、嚥下に関することなどを相談している。
4	管理栄養士の必要性を感じる時	○入所時とミールラウンド時
5	管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6	その他の意見や要望	特になし

(インタビュー委員 榎 裕美)

1	事業所の概要	所在地 山口県 利用者数 18名 施設番号 B16 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2	栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。月1回来所するグループの食事業部から派遣されている管理栄養士に伝える。
3	管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士は、グループの食事業部から派遣されている。 ○食形態、褥瘡に関すること、糖尿病などの治療食などを相談している。
4	管理栄養士の必要性を感じる時	○入所時とミールラウンド時
5	管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6	その他の意見や要望	特になし

(インタビュー委員 榎 裕美)

1	事業所の概要	所在地 山口県 施設番号 B17 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)	利用者数 16 名
2	栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。月 1 回来所するグループの食事業部から派遣されている管理栄養士に伝える。	
3	管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士は、グループの食事業部から派遣されている。 ○食形態 (ミキサー食、きざみ食含む)、褥瘡に関すること、糖尿病などの治療食などを相談している。	
4	管理栄養士の必要性を感じる時	○入所時とミールラウンド時	
5	管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし	
6	その他の意見や要望	特になし	

(インタビュー委員 榎 裕美)

1 事業所の概要	所在地 愛媛県 利用者数 18 名 施設番号 B18 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば訪問診療の医師とケアマネで書類を作成する。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○ミールラウンド時
4 管理栄養士の必要性を感じる時	○必要性を感じていない
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6 その他の意見や要望	○食事は、外注しており、ソフト食、ミキサー食も対応できている。

(インタビュー委員 榎 裕美)

1 事業所の概要	所在地 鹿児島県 利用者数 9名 施設番号 B19 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。法人内の管理栄養士に伝える。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士は、同じ敷地内の特養におり、都度相談できる体制である (毎日でも可能、電話・訪問可)。 ○低体重、嚥下に関すること、体重管理、食事形態の相談 ○褥瘡へのケア、看取り ○献立のバランス (食品群別の摂取量、主食の量) ○栄養剤の種類
4 管理栄養士の必要性を感じる時	○入所時とミールラウンド時
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6 その他の意見や要望	○特別食は提供していない。理由は、施設の食事は、家庭食と考えているからである。

(インタビュー委員 榎 裕美)

1	事業所の概要	所在地 鹿児島県 利用者数 18 名 施設番号 B20 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2	栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。法人内の管理栄養士に伝える。
3	管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士は、同じ法人内(特養)におり、都度相談できる体制である(毎日でも可能、電話・訪問可)。 ○低体重、嚥下に関すること、体重管理、食事形態の相談 ○褥瘡へのケア、看取り ○献立のバランス(食品群別の摂取量、主食の量) ○栄養剤の種類
4	管理栄養士の必要性を感じるとき	○入所時とミールラウンド時 ○慢性疾患を罹患している入所者の治療食
5	管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6	その他の意見や要望	特になし

(インタビュー委員 榎 裕美)

1 事業所の概要	所在地 東京都 利用者数 18名 施設番号 A10974 インタビューした職種 (管理者 介護支援専門員) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○法人本部に管理栄養士がおり、必要に応じて相談するほか、通常時は月に1回の法人会議の際には顔を合わせる(現在、休止中) ○献立は法人本部の管理栄養士が作成するが、作るのはGHのスタッフと利用者
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○常食の献立をもとに、GHで調理をしているので、とろみの具合、刻みの大きさなどはスタッフが対応しており、細かく相談したい ○現在、生野菜でなく冷凍野菜の使用が多くなっており、カリウム低下が気になる
6 その他の意見や要望	○PTについては加算があるが、OTやSTの加算もあるとよい

(インタビュー委員 高田和子)

1 事業所の概要	所在地 福岡県 利用者数 18名 施設番号 A12741 インタビューした職種 (看護師) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○必要に応じて病院の管理栄養士に相談にしているが、だいたい週に1回30分
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○必要性を感じるのではないが、もし施設内に管理栄養士がいたら、もっと細かく献立調整(食べやすさ、価格等を含め)ができると思う。現状は2週間のサイクルメニューとなっている。 ○細かくかかわってもらえれば、骨折予防など予防的な食事対応もできるかもしれない ○普段のスタッフでなく、管理栄養士が話かけることで、別のことが聞き出せたり、利用者が納得したりするかもしれない
6 その他の意見や要望	○制度ができた時に施設内で検討したが、書類づくりなどの作業が増えることに比べ、加算を取ったことによる現状より良いケアができるとは考えられなかったため、導入していない。

(インタビュー委員 高田和子)

1 事業所の概要	所在地 岩手県 利用者数 9名 施設番号 A20098 インタビューした職種 (管理者 介護福祉士) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○同一法人内の老健に管理栄養士がおり、GHで作成した献立を1月に1週間分確認してもらい、アドバイスを受けている
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○1名、偏食がひどく、水分摂取も充分でなく、やせてしまっている利用者はいる。水分もとれず、時々、点滴を受けている。
6 その他の意見や要望	特になし。

(インタビュー委員 高田和子)

1 事業所の概要	所在地 島根県 利用者数 18名 (+短期入所1名) 施設番号 A20547 インタビューした職種 (管理者 介護支援専門員) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○年に1~2回、併設の老健の管理栄養士に必要なに応じて相談、または診療所、総合病院で必要なに応じて相談 ○個人的に栄養の配慮が必要な場合、以前では糖尿病食、高血圧食。 ○インタビューの前日に、食道裂抗ヘルニアが見つかった方がおり、7月30日に栄養士に相談予定 ○食中毒の時期には、予防のために実施できることについて相談する。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○以前、インフルエンザの隔離のために居室での食事にしたところ、食べ方をまねる相手がおらず、食べなかった例はあるがスタッフが気づいて対応した。 ○咽頭がんで食べられず20kgまで減った方がいたが、基本的には家族の意向に従った対応をしている ○血液検査を定期的にしており、結果が悪い時には栄養士に相談することもある
6 その他の意見や要望	特になし。

(インタビュー委員 高田和子)

1 事業所の概要	所在地 佐賀県 利用者数 9名 施設番号 A20674 インタビューした職種 (管理者 介護支援専門員) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○加算が始まった時から法人内の議論ですぐに開始した。現在7名が算定中。 ○全スタッフ+管理栄養士で判断し、常に情報が共有されている。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○同一法人の隣接病院の管理栄養士が定期的に来ている ○管理栄養士が週に1回はミールラウンドをしている。 ○管理栄養士は、ミールラウンド時に利用者と話をし、スタッフとも情報共有をしている ○献立は管理栄養士が作成し、病院で調理をしている。GHでは、ごはん、みそ汁程度の簡単な調理のみ
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○現状で、食べている様子から、食形態や食器の種類についてアドバイスを受けたことはある ○褥瘡で管理栄養士に相談したことはある
6 その他の意見や要望	

(インタビュー委員 高田和子)

1 事業所の概要	所在地 宮城県 利用者数 27 名 施設番号 C10393 インタビューした職種 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○スクリーニング加算の算定はケアマネージャーが判断している。 ○スタッフへの周知は会議や打ち合わせで情報共有している。 ○管理者が管理栄養士であるためつながっている。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○食事量が減った時に個人に合わせた対応をしてもらう。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院や老健からの入所時、ミールラウンドの時。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○拒食、やせ、肥満、糖尿病、BPSD による食事の障害、咀嚼、嚥下障害、褥瘡
6 その他の意見や要望	○口腔は訪問歯科が関わっている。

(インタビュー委員 田中和美)

1 事業所の概要	所在地 岐阜県 利用者数 18 名 施設番号 C11506 インタビューした職種 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○必要な際、関連の病院の管理栄養士に随時連絡して関わってもらっている。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○関連の病院栄養士に年に数回関わってもらっている。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○拒食、嚥下障害、BPSD による食事の障害、体重減少、食事療養等に関わってもらいたい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○入退院の際の体調の不安定な時に関わってもらいたい。
6 その他の意見や要望	○管理栄養士には訪問もしてもらいたい。

(インタビュー委員 田中和美)

1 事業所の概要	所在地 島根県 利用者数 18 名 施設番号 C12208 インタビューした職種 (管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○加算の判断は管理者およびケアマネが行っている。 ○スタッフへの周知は、判定会議の際に共有している。 ○加算の判定の後は、管理栄養士にはつながっていない。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○取組の回数は年 3 回程度である。 ○食形態が変化したときや食べる量が低下したときに関わってもらっている。
4 管理栄養士の必要性を感じる時	○ミールラウンドの際に必要性を感じる。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○拒食、嚥下障害、体重減少、やせ、ミールラウンド
6 その他の意見や要望	○訪問歯科も関わりがあり、噛み合わせ等の相談に対応してもらっている。

(インタビュー委員 田中和美)

1 事業所の概要	所在地 鹿児島県 利用者数 18 名 施設番号 C13098 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。月 1 回来所する管理栄養士に伝える。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○法人内の整形外科の管理栄養士に定期的に月に 1 回、昼食時に来てもらい相談している。 ○体重減少や食事が摂れていない時に補助食品ついてなどを相談することがある。身体機能が低下した時に相談している。 ○体重減少、嚥下、食事量低下、身体機能低下時に対応している。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○糖尿病や腎臓病などの疾患があるとき。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○嚥下が悪い人やの糖尿病や腎臓病などの疾患に対応した献立を相談したい。 ○食欲のないときのアドバイスがほしい。
6 その他の意見や要望	○体重減少や食事が摂れていない、補助食品、嚥下についてなどを相談することがある。

(インタビュー委員 田中和美)

1 事業所の概要	<p>(法人本部に対するインタビュー)</p> <p>都道府県 京都府 利用者数 法人計 369 名 (33 事業所)</p> <p>施設番号 F1-33</p> <p>グループホーム事業所は 33 か所、各 6 事業が滋賀県内と京都府内京都市外、残りは京都市内に展開、9 人の利用者を 1 ユニットとして、3 ユニット 4 か所、2 ユニット 23 か所、1 ユニット 6 か所である。いずれも小規模多機能事業や訪問看護ステーション等の介護保険事業所との併設事業所である。</p> <p>インタビューした職種</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本部介護部門主席部長 ・グループホーム事業(統括)課長 ・グループホーム事業(統括)課長 ・係長(言語聴覚士) <p><input type="checkbox"/>栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/>の場合は以下の②に記載)</p> <p><input type="checkbox"/>管理栄養士(栄養士)の関わり有<input checked="" type="checkbox"/>の場合は以下の③に記載)</p>
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	<p>算定なし。全てのグループホームで請求することは可能であるが、全て請求していない。理由は、各ケアマネジャーへの連絡、調整、利用差への説明など請求の手間と 6 か月に 1 度の 5 単位 (50 円) 算定は、全く経済的に釣り合わないために、算定しないことを決めている。</p>
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	<p>2020 年 3 月末まで管理栄養士が巡回配置されていたので、管理栄養士の必要性は、十分理解している。管理栄養士が配置されていた時には、最低月 1 回以上各グループホームを巡回し、利用者とともに食事し、献立や嗜好などを利用者とは話し合いを行っていた。献立についての専門的意見、キザミ食などの食材の取扱い等についても職員アドバイスしてくれていた。</p> <p>なお離職後現在まで不補充であり、その理由は、人件費の捻出が経営的に困難である。各グループホーム部門の経営状況は近年悪化し、法定外の人員を確保することができなくなりつつある。ただし、介護報酬による収益で人件費が賄えるなら採用意欲はある。</p>
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	<p>利用者の体重の変化に限らず健康状態全般については、最大の関心事であるので、各グループホームで最大限観察している。何か問題が発生する予兆等があれば、まず、主治医、あるいはグループホームに訪問する機会がある訪問看護ステーションの看護師と連絡を取りあっているため、対応できている。咀嚼嚥下について必要があれば課所属の言語聴覚士が直ちに対応している。現在まで、大きな問題はない。特に、各主治医は、栄養への関心が高く、適切な指示を受け、速やかに対応している。栄養に関する問題発生はないと考えている。</p>
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	<p>食事の提供形態については各グループホームで利用者と相談し、調理した食事を摂取している。共通献立はない。給食外注も考えていない。何しろグループホームは利用者さんととことん話し合い、生活を組み立てる場であるので、利用者さん本位の介護サービスを提供している。</p>
6 その他の意見や要望	<p>課所属言語聴覚士から</p> <p>グループホーム利用の咀嚼嚥下について、対応している。以前は、管理栄養士とも相談していたが、現在はいいない。咀嚼嚥下については、既存の各アセスメント表から、独自のモノを考案して統一しているが、これまで、データーを取りまとめて学会発表などは行っていないが、今後、意欲はある。</p>

(インタビュー委員 小山 秀夫)

1 事業所の概要	所在地 岡山県 利用者数 18 名 施設番号 B10 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○連携先診療所の主治医、看護師、栄養士のコントロール下にあり、現在日常的には必要性を感じていない。 ○治療食[糖尿病]は、レトルト食で対応しているが、インターネットなどを活用して、施設内でできる簡単な調理方法の相談ができればしたい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○イベント食の食事内容の確認
6 その他の意見や要望	特になし。

(インタビュー委員 宇田 淳)

1 事業所の概要	所在地 岡山県 利用者数 18 名 施設番号 B12 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○通院 (診療所) 時にアルブミン値が低いときなど医師より指示がある時。 ○現在、食事も外注。外注先が腎臓疾患などの食事に対応できない時、実際には、塩分量が調整できない場合、味噌汁なら、水を足しているそうです。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし
6 その他の意見や要望	○インターネットを活用し、基本的な栄養知識の習得や簡単な調理方法を紹介してほしい。また、気軽に相談できる窓口が欲しい。

(インタビュー委員 宇田 淳)

1 事業所の概要	所在地 山口県 利用者数 18 名 施設番号 B14 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○栄養スクリーニング加算の算定の判断は事業所スタッフが判断し、スタッフ会議周知している。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○入所者 1 名は、月一回 30 分、入所者 1 名には、月二回各 30 分、定期的確認 ○当該施設管理栄養士の判断および併設診療所の指示 ○糖尿病食、食形態など工夫による献立、摂取量管理、ミールラウンジ、イベントの食事メニューなど
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし。
6 その他の意見や要望	特になし。

(インタビュー委員 宇田 淳)

1 事業所の概要	所在地 京都府 利用者数 18名 施設番号 C11877 インタビューした職種 (管理者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○同一法人の病院管理栄養士に、1週間分の献立相談を行っている。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○便秘予防・解消のための食事について知りたいとき。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○糖尿病や腎臓病などの疾患がある方、低栄養など、今後高齢化が進めば献立や相談などに関わってほしい。
6 その他の意見や要望	○個人的には加算はとっていききたいと思うが法人の考えがある。 ○管理栄養士の指示のもと3食栄養管理された食事が10日/月提供されている場合は加算がとれる、等の制度があればよい。 ○栄養士が施設を巡回して栄養指導するシステムがあればよいと思う。

(インタビュー委員 古明地 夕佳)

①事業所の概要	所在地 岐阜県 利用者数 18名 施設番号 C11542 インタビューした職種(管理者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○糖尿病や腎臓病などの疾患がある方、体重減少があった場合など、食事について相談したい。 ○嚥下機能にあった食事についてのアドバイス ○郷土料理や減塩テクニックなどを盛り込んだ献立作成。
6 その他の意見や要望	○同法人グループホームの一つに管理栄養士を雇用したが業務が栄養管理ではないとの理由ですぐに退職した。管理栄養士の立ち位置を明確にすることが必要と思う。

(インタビュー委員 古明地 夕佳)

1 事業所の概要	所在地 愛媛県 利用者数 9名 施設番号 C12471 インタビューした職種 (管理者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○同一法人病院所属の管理栄養士が、職員が作成した献立指導やイベント支援(献立作成、セッティング、調理)、嚥下食の調理指導、職員への研修講師を実施している。 ○病院から入所された利用者が、病院でどんな食事をとっていたかなどの食情報の提供をしてもらっている。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	特になし。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○味付けや映える料理を教えてほしい。 ○糖尿病や腎臓病などの疾患に対応した献立を教えてほしい。 ○嚥下機能に応じたトロミ剤の紹介や使い方、献立、食事調整の方法。
6 その他の意見や要望	○体重減少や低栄養の方に高エネルギーモース食や亜鉛強化食品の紹介をしてもらっている。

(インタビュー委員 古明地 夕佳)

1 事業所の概要	所在地 奈良県 利用者数 7名 施設番号 C12118 インタビューした職種 () <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○ケア会議に月2回出席している。その時に食事について相談している。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院や老健から入所したとき。食事で注意することを教えてもらっている。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○糖尿病や腎臓病など医学的管理が必要な利用者の食事に関して相談できるとよい。
6 その他の意見や要望	○嚥下障害のある方の食形態について相談している。

(インタビュー委員 古明地 夕佳)

1 事業所の概要	所在地 佐賀県 利用者数 9名 施設番号 C12788 インタビューした職種 (管理者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○便秘の人に食物繊維、褥瘡予防に亜鉛、などを多く含む栄養補助食品を選択するとき。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	特になし。
6 その他の意見や要望	○食事療法が必要な方などは受け入れていない。

(インタビュー委員 古明地 夕佳)

1 事業所の概要	所在地 茨城県 利用者数 18 名 施設番号 A10581 インタビューした職種 (施設長・介護責任者・管理栄養士) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士の週 5 日間の出勤日に、調理を行う中での空き時間に栄養ケア実施
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院・老健からの情報提供書で対応が必要な場合 ○実際に行っているが、ミールラウンド時 ○食事摂取量が少ない使用者へ、医師からエンシェアが処方されるが、重くて管理が大変であり、味の好みに合わせられないが、管理栄養士から紹介される食品扱いの濃厚流動塔の補食だとサンプルでお試しが出来利用者の好みに合うものをセレクト出来る、また、食材なので業者が納品してもらえるので、薬局から運ぶ手間が無い ○咀嚼や嚥下の悪い利用者様に介護士ではミキサーにかけるだけの食事しか作れないが、管理栄養士だとソフト食を調整してくれるため、利用者の食事摂取量がアップする
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○低栄養・嚥下障害・BPSD・食事療養の食事 ○褥瘡予防の為管理栄養士が亜鉛や蛋白を強化し褥瘡予防対策を実施している。そのためか褥瘡発生は無い。
6 その他の意見や要望	○歯科医が月に 1 回訪問診療に入っている ○スクリーニング加算はすぐには出来ない、GH に対しては栄養改善加算へ繋げる低栄養のハードルが高く、スクリーニングしても引っかけられない、GH の基準を緩和して早期から栄養介入が出来るよう要望したい、そうすれば加算率も上がり、虚弱高齢者の底上げが出来る。 ○水戸市では高齢者に対して市の無料検診が実施されているが、A1b の項目が入っていない、スクリーニング項目に A1b が入っているのであれば、行政側に A1b の項目を必須にするよう、国から指導してもらいたい。現在は自費で追加している。

(インタビュー委員 西宮 弘之)

1 事業所の概要	所在地 福岡県 利用者数 9 名 施設番号 A12604 インタビューした職種 (介護責任者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	<input type="radio"/> 現在は実施していない <input type="radio"/> 今後施設として実施を検討中
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	<input type="radio"/> 現在は実施していないが週 2 回程度を検討中 <input type="radio"/> 食事介助の際に実施予定 <input type="radio"/> 健康診断結果を参考にケア必要な利用者の把握
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	<input type="radio"/> ミーラウンドの際 <input type="radio"/> 健康診断で Alb、血糖値の結果が悪い時の献立内容について助言が欲しい
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	<input type="radio"/> BPSD・糖尿病・腎臓病などの利用者の栄養ケアにかかわってもらいたい。 <input type="radio"/> 現在の利用者にはいないが低栄養や嚥下障害に対してもかかわってもらいたい <input type="radio"/> ミーラウンドにはかかわりが欲しい
6 その他の意見や要望	<input type="radio"/> 契約の歯科医の診療があるので、管理栄養士と協働してもらいたい。 <input type="radio"/> 資格はないが歯科衛生の経験職員がいるので、管理栄養士と協働してもらいたい。

(インタビュー委員 西宮 弘之)

1 事業所の概要	所在地 静岡県 利用者数 17 名 施設番号 A20370 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○食事に問題がある利用者がある際に栄養ケア取り組む ○対象利用者がある際に系列施設の管理栄養士がその都度介入
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院・老健からの入所時 ○ミールラウンド時
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○嚥下障害・低栄養・褥瘡の体操利用者がいる場合はかかわってもらいたい ○食事療養は看護師がいるのでかかわりなくてもよい ○ミールラウンドはかかわってもらいたい
6 その他の意見や要望	○月 1 回歯科医師が来るので、管理栄養士の関わりは無くても良い ○少量高カロリーの食事についての助言 ○イベント食の相談・提案 ○付加食品の必要性のチェック、食事代に収まる場合は食事として、収まらない場合は家族へ提案

(インタビュー委員 西宮 弘之)

1 事業所の概要	所在地 北海道 利用者数 18 名 施設番号 B1 インタビューした職種 (管理者の介護福祉士と看護師) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○他施設からの入所時 ○高齢者に向けた食事・楽しい食事・サイクルメニューをチェックしてほしい ○ST がいるのでミールラウンドの必要性は感じない。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○低栄養・褥瘡・食事療養の対象利用者にはかかわってもらいたい。 ○嚥サイクルメニューをチェックしてほしい。 ○メニュー管理・カロリー管理にかかわってもらいたい。 ○摂食・嚥下にはST がかかわっている。 ○BPSD・貧血には看護がかかわっている。
6 その他の意見や要望	○メニューを作ってもらいたい

(インタビュー委員 西宮 弘之)

1 事業所の概要	所在地 北海道 利用者数 27 名 施設番号 B2 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○カロリーコントロール、脂質や塩分の制限が必要と医師の指示がある場合の食事。 ○入居者に適した食形態 調理法 栄養の評価
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○退院後に嚥下機能が低下していることが多いので、安全に食べられる食事について知りたい。 ○介護職では気が付かない食事の問題の把握や具体的な改善方法を指導してほしい。 ○献立を介護職員が立てているが、エネルギー量、栄養素の量が適切か管理栄養士に評価してほしい。
6 その他の意見や要望	○週 1 回歯科衛生士によるケア ○1～3 か月ごとに歯科医師による健診

(インタビュー委員 大原 里子)

1 事業所の概要	所在地 埼玉県 利用者数 18 名 施設番号 B5 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院や老健からの入所時は機能が落ちていることが多く、適切な食形態を知りたい。 ○介護スタッフが月に数回利用者と調理を行うのでその献立のエネルギー量等の栄養の量を知りたい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○利用者個別の栄養バランス。献立のアドバイス。 ○体重が増えすぎる利用者の食事に関する相談。 ○食形態、調理法、食べやすいもののアドバイス。
6 その他の意見や要望	○週 1 回歯科衛生士によるケア ○1～3 か月ごとに歯科医師による健診

(インタビュー委員 大原 里子)

1 事業所の概要	所在地 静岡県 利用者数 18 名 施設番号 B6 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	算定ないため記入なし。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○食事は自立していて、摂食嚥下等も特に問題はない利用者が多いので必要性は特に感じていない。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○特にない。
6 その他の意見や要望	○日常の口腔ケアはスタッフがを行い、スタッフが口腔に問題を感じた時に歯科医師や歯科衛生士に相談している。

(インタビュー委員 大原 里子)

1 事業所の概要	所在地 奈良県 利用者数 18 名 施設番号 B7 インタビューした職種 (管理栄養士) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○栄養スクリーニング加算の算定の判断は管理栄養士が行う。 ○該当者があれば書類を作成する。月 1 回来所する管理栄養士に伝える。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士が問題を把握し、スタッフに必要な事項を直接指示している。 ○スタッフが問題に気付いた時は管理栄養士に相談している。 ○問題が生じた時に管理栄養士が栄養ケアを随時行っている。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○病院や老健からの入所時。 ○ミールラウンド時。 ○好き嫌い、アレルギー、食事量、適切な食形態等、食事に問題を生じた際の原因の究明と改善方法を知りたいとき。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○男性スタッフの調理能力が低いため、調理法が書いてあっても細かいところが分からないので、男性スタッフが利用者と一緒に調理する際の、調理技術の指導。
6 その他の意見や要望	○給食の選択メニューの導入が望ましいと思う。 ○食べ残しの多いメニューがある (ピカタ、うどん等) ので、改善方法を指導してほしい。 ○嗜好調査を充実してほしい。 ○歯科衛生士がスタッフに口腔ケアの技術指導を行っている。

(インタビュー委員 大原 里子)

1 事業所の概要	所在地 京都府 利用者数 18 名 施設番号 B21 インタビューした職種 (責任者) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○退院後の食事内容の留意点(食事形態、療養食の必要性)について相談をしている。 ○同法人内では、病院退院時・老健退所時に栄養情報提供書を作成し、送付している。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○体重減少、食事摂取量の低下したとき。 特に食事は摂取できているが、体重減少しているケースに介入してもらいたい。 ○介護職が行った、食事変更や食事形態の変更が適正かどうかを栄養の視点から評価してほしい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○言語聴覚士と連携し、食事形態の調整を行ってほしい。 ○食事環境の整備としてミールラウンドを行ってもらい、介護職と違った視点から見てほしい。 ○食事療養では、食事以外でも水分、間食の内容や量のアドバイスももらいたい。
6 その他の意見や要望	○歯科医師・歯科衛生士との連携もお願いしたい。 ○自助食器や自助具の選択にも関与してほしい。

(インタビュー委員 谷中 景子)

1 事業所の概要	所在地 愛知県 利用者数 18 名 施設番号 C11736 インタビューした職種 (施設長) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○該当者があれば書類を作成する。月 1 回来所する管理栄養士に伝える。同一法人の整形外科病院に管理栄養士に繋いでいる。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○法人内の整形外科の管理栄養士に定期的に月に 1 回、昼食時にミールラウンドをしてもらう際に相談している。 ○体重減少や食事が摂れていない時に補助食品ついてなどを相談することがある。身体機能が低下した時に相談している。 ○体重減少、嚥下、食事量低下、身体機能低下時に対応している。
4 管理栄養士の必要性を感じる時	○施設内の献立作成に関わってほしい。 ○身体機能低下、体重減少、食欲がない場合に関わってほしい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○拒食が続くときに相談したい。 ○食欲のないときのアドバイスがほしい。 ○食環境整備についても助言がほしい。 ○糖尿病・腎臓疾患についても、献立作成等で相談したい。
6 その他の意見や要望	○月 1 回、訪問歯科診療を受けており、義歯のケア、口腔ケア、自歯のケア、フッ素を塗るなどを行っている。

(インタビュー委員 長瀬 香織)

1 事業所の概要	所在地 長崎県 利用者数 18 名 施設番号 C12869 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○施設内に管理栄養士1名、栄養士2名いるが、介護職やケアマネジャーとして勤務しており、必要に応じて栄養の専門性を発揮している状況である。 ○嚥下機能が悪い者、食形態について相談している。施設内で介護職やケアマネジャーとして、利用者の状況を常に分かるようにしているので、その都度対応してもらっている。
4 管理栄養士の必要性を感じる時	○看取り期の利用者は、口から食べられなくなった方を自然に看取っている。その際にどんな食べ物を口から摂って欲しいか、何を勧められるかを相談したい (胃瘻などにはしたくないため)。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○拒食、嚥下障害、環境整備、糖尿病等について、関わってもらいたい。 ○体重減少、低体重については、現在も付き2回、関わって頂いているが、今後も継続していきたい。 ○ミールラウンドについて、介護職やケアマネジャーをしながら、必要があれば栄養の専門性を活かして関わってもらっている。今後も継続したい。
6 その他の意見や要望	○口腔ケア、義歯のケア、虫歯の早期治療については、歯科衛生士が実施しているので、特になし。

(インタビュー委員 長瀬 香織)

1 事業所の概要	所在地 熊本県 利用者数 9名 施設番号 C12928 インタビューした職種 (施設長) <input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算の算定有 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の②に記載) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(栄養士)の関わり有 <input checked="" type="checkbox"/> の場合は以下の③に記載)
2 栄養スクリーニング加算の算定の手順や内容	○算定ないため記入なし。
3 管理栄養士による栄養ケアの取り組みの手順や内容	○管理栄養士による栄養ケアの取り組みはそれほど無い。介護職や看護師が取り組んでいる。医療やその他については医師に相談している。
4 管理栄養士の必要性を感じるとき	○食形態や嚥下、とろみの確認、低体重者への対応について相談したい。 ○嚥下障害、適切な食形態などをみてほしい。 ○看取りの時の食事を管理栄養士に相談できるとよい。
5 管理栄養士が関わるとしたら、してほしい取り組み	○拒食や体重減少、BPSD等は医師に相談している。 ○献立作成には関わってもらいたい。 ○ミールラウンドについては、介護職や看護師が行っているが、できれば関わってもらいたい。
6 その他の意見や要望	○特になし。

(インタビュー委員 長瀬 香織)

認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）における 栄養管理の実務のための手引き

日本健康・栄養システム学会

令和2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）『認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究調査研究事業』

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

1. はじめに

認知症対応型共同生活介護（以下、認知症 GH）において、利用高齢者の「食べる楽しみの支援」の充実を目指して、低栄養に陥っている高齢者をできるだけ早く確認し、管理栄養士と連携して、その助言や指導を得て介護職等が適切な栄養ケアを提供できる栄養管理体制の導入は、認知症高齢者の自立支援のみならず自己実現に寄与するものです。

本手引書は、この度の「令和2年度老人保健事業推進等補助金 認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究事業」をはじめとして、これまで一般社団法人 日本健康・栄養システム学会によって取り組まれてきた認知症高齢者や認知症 GH 利用者における栄養管理に関する研究成果をふまえて作成されました。本手引書においては、令和3年度介護報酬改定によって、令和3年4月に新設される認知症 GH 等への口腔・栄養スクリーニング（口腔・栄養スクリーニング加算）及び栄養管理（栄養管理体制加算）の具体的な実務のあり方について解説させて頂いております。本書が認知症 GH の管理者や介護職等、利用者の担当介護支援専門員等、そしてこれらの関係者と連携して利用者の栄養ケアについて助言・指導をする管理栄養士のための栄養管理の実務の手引として、また、研修のための教材としてご活用頂けることを期待しております（以下の（ ）内には、最後に添付した教材の図表番号を記載しています）。

2. 認知症 GH 利用高齢者における低栄養の状況や摂食嚥下の問題

認知症 GH の利用高齢者（2,183名）を対象とした全国規模の実態調査において、低栄養のスクリーニング項目の一つであるやせ（BMI18.5 kg/m²未満）は23.2%と5人に一人みられ、要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度が重度化するほど、このような低栄養の者が占める割合が高くなり、要介護度5の

者の44.1%、また、認知症高齢者の日常生活自立度Mの者の40.0%にまで及んでいました(①)。一方、認知症GHの高齢者(3,534名)のうち、きざみ食や嚥下調整食が提供されている者は30.0%と3人に一人、とろみ剤を利用している者は15.8%と6人に一人の高い割合でみられました(②)。しかし、認知症GHに平成30年度4月から新設された低栄養のリスクを有する利用者を確認するための栄養スクリーニング加算の算定率2.5%程度と低く、その理由には実施が困難であることがあげられていました(③)。

一方、管理栄養士・栄養士との関わりがある事業所は、257事業所のうち39.3%にすぎませんでした(④)。しかし、管理栄養士・栄養士との関わりがある事業所は、関わりのない事業所と比べて、介護職等に食事準備や食事提供に関する困りごとや不安(嚥めない・飲み込めない者への対応、栄養が足りているか分からない、献立のバリエーションが少ない、自身の調理技術が不足、食材の選び方が分からない)があると回答した事業所の割合は低く、利用者の栄養や食べることに問題(嚥下機能の低下、便秘、看取りの栄養管理)があると回答した事業所の割合も低くなっていました(⑤)。

以上のことから、認知症GHの利用者のうち低栄養や摂食嚥下機能に<リスク有>のものを確認し、このような利用者に適切な栄養ケア等の対応を行い、食べる楽しみの充実を支援していくことが求められています。

3. 認知症高齢者の低栄養は、なぜ問題なのか？

低栄養は、高齢者のフレイルサイクルに位置付けられており、筋力の低下や日常の生活活動(ADL)の低下を引き起こします(⑥)。また、介護保険施設に入所している高齢者においては、低栄養のスクリーニングによって確認された<リスク有>の中等度リスクの者は、<リスク無>の低リスクの者に比べて死亡率や入院率を増大させていました(⑦)。そこで、認知症GHの介護職等は、利用者のうち低栄養の<リスク有>の者を確認して、連携している管理栄養士に適切な個別の栄養ケアについての助言や指導をしてもらうことが必要になります。

4. 口腔・栄養スクリーニングの実務について

平成30年度の介護報酬改定においては、認知症GH等の通所・居住系サービスにおける低栄養の者を確認できるように、介護職等による栄養スクリーニ

ングが初めて導入されました（栄養スクリーニング加算）。この度の令和3年度の介護報酬改定においては、認知症 GH 利用者に対するこの低栄養のスクリーニングは、介護職等が実施可能な口腔の健康状態のスクリーニング（以下、口腔スクリーニング）と一体的に、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されることになりました（⑧⑨、口腔・栄養スクリーニング加算、添付の厚生労働省局長通知及び様式参照のこと）。当該口腔・栄養スクリーニングは、入居高齢者の利用開始時及び利用中 6 ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報が利用者を担当する介護支援専門員に提供されるものです。実際のスクリーニングの実務は以下のようになります。

①認知症 GH の介護職等は利用者全員について、それぞれ次に掲げるイ及びロの各項目についてリスクの有無を確認した情報を介護支援専門員に対して情報提供をします。その際、認知症 GH の管理職等は、スクリーニング表（参考資料）を用いて、＜リスク有＞利用者がある場合や栄養ケアに係る助言・指導が必要な場合等は、介護支援専門員に対し、栄養改善サービスの提供や管理栄養士との連携等の検討を依頼することができます。

イ.口腔スクリーニング

- a. 硬いものを避け、やわらかい者ばかりを中心に食べる
- b. 入れ歯を使っている
- c. むせやすい

なお、口腔スクリーニングの項目については、次を参考にしてください。

○「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

○「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯は少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

○飲み込み力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。また、嚥下後に口腔内に食渣が目立つ場合は、むせがなくても嚥下機能低下が疑われます。口腔を清潔に保つことは誤嚥性肺炎予防

だけでなく、美味しく食べるためにも重要です。

ロ.栄養スクリーニング

- a. BMI (kg/m²) が 18.5 未満である
- b. 1~6 か月間で 3 %以上の体重減少
または、6 か月間で 2~3kg 以上の体重減少
- c. 血清アルブミン値 (g/dl) 3.5 g /dl 未満
- d. 食事摂取量が不良 (75%以下)

★：通知上の詳細は、平成 18 年 6 月 9 日の老発第 609001 号厚生労働省老健局局長通知 「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリスト No1 1 「6 か月間で 2~3kg 以上の体重減少がありましたか」の項目が「1.はい」に該当する者。

当該加算算定についてのその他要件の詳細については、以下の令和 3 年度介護報酬改定の通知をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

なお、栄養スクリーニングを担当する介護職等のために、各項目について以下のように解説致しました。

○BMI (Body mass index、ボディ・マス・インデックス)

BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) は、身長に対する体格の指標で、体脂肪量と相関します。BMI18.5kg/m²未満はやせと判定されます。

体重は、利用時にその後は 1 か月に 1 回は定期的に測定することが望ましいと言えます。体重は朝の排尿後に測定してください。着衣の場合には、衣類の重量を約 1kg として差し引きます。

身長は、身長計がない場合には、巻き尺を壁に貼って代用することができます。＜背筋をピンと伸ばして＞と声かけてください。身長が立位で測定できない場合には、仰臥位で測定をすることができます。もし既存の記録があれば転記してください。

○体重減少率

体重は、全身のエネルギー貯蔵状態を反映し、体重減少は、エネルギー状態やたんぱく質代謝が負のバランスの時、つまり身体に食べ物から入る量よりも消失される量が多い場合におこります。

体重減少率 (%) = (1, 3 あるいは 6 か月前の体重 - 現在の体重) ÷ (1,

3. あるいは6か月前の体重) × 100

体重減少率が5～8%では、免疫機能、呼吸機能、体温調整機能の低下や筋肉の低下が見られると言われています。ここでは、高齢者の低栄養の改善を早期に行えるように、1～6か月間で3%以上の体重減少がある場合、あるいは6か月間で2-3kg以上の体重減少がある場合に低栄養の<リスク有>と判断しています。

○食事摂取量が不良(75%以下)

利用者の食事摂取量は、スクリーニングの日の毎回の食事の喫食率(主食:ごはん・麺・パン等のエネルギー源、主菜:肉、魚、豆腐等のたんぱく質源)の平均として可能であれば記録しましょう。これは朝昼夕によっても食事摂取の割合にはムラがあるからです。また、日によっても食事摂取の割合にむらがある場合には、できれば3日あるいは1週間位の喫食率の平均をとります。不良(75%以下、良好は喫食率>75%)であった日には、その理由(きらい、噛めない、飲み込みにくい、量が多い、食事時に眠っている、食欲がない等)を、先のスクリーニング表に書いておきます。

5. 栄養管理体制における実務について

認知症 GH 利用高齢者の低栄養に管理栄養士が介護職等と連携して対応ができるように、令和3年度介護報酬改定においては、栄養管理体制加算が新設されました(⑩及び資料参照)。当該実務については、以下の解説と7.の事例をご参照ください。なお、口腔・栄養スクリーニング加算と栄養管理体制加算は、併算定が可能ですので、認知症 GH において介護職等が定期的なスクリーニングを行いつつ、管理栄養士との連携体制を構築しておくことが重要です。

① 認知症 GH は、以下の要件を満たす管理栄養士との連携体制を確保する。

- ・外部(他の介護事業所(栄養管理体制加算の対象事業所に限る)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士をおいているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る)の管理栄養士
- ・公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士

② ①の管理栄養士は、認知症 GH の介護職等に「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行います。その内容は、当該事業所における利用者の低栄養

状態の評価方法、栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法、食形態の調整及び調理方法その他の当該事業所における日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項などです（⑪）。なお、これは、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントを行うものではありませんが、事前情報として低栄養リスク者の栄養スクリーニングのデータや当該当者の近時の献立、食事や生活の状況について介護職等から情報提供をしてもらうことが必要です。また、食事時の観察（ミールラウンド）は、介護職等と一緒にいき問題を共有化したうえで助言や指導を行うことが求められます。

③ 管理栄養士は、②の「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたっては、以下の事項を記録します（⑫、以下 7.の事例 A,B 参照のこと）

- イ. 当該事業所における利用者の栄養ケアを推進するための課題
- ロ. 当該事業所における目標
- ハ. 具体的方法
- ニ. 留意事項
- ホ. その他必要と思われる事項

なお、管理栄養士は上記により確認された低栄養の個別の問題の解決方法について認知症 GH の介護職に助言・指導するとともに、利用者や介護職に分かってもらえるよう、低栄養やその栄養ケアの要点のポスターの掲示や管理栄養士の実演による説明などに取り組める体制や、管理栄養士が食事時にミールラウンド等を実施しアセスメントできる体制づくりが求められています（以下の 7 参照のこと）。

6. 認知症高齢者に対するミールラウンドと栄養ケア

認知症高齢者には特徴的なさまざまな食事中の行動がみられます（⑬）。このうち認知症高齢者の食事中に観察される徴候・症状である「食事の失認」、「傾眠」、「興奮・大声・暴言・暴力」、「妄想」、「拒食」、「偏食」、「徘徊・多動」、「早食い・詰め込み・丸のみ」、「失行（手づかみ食べ）」、「異食」、「盗食」の 11 項目は、ほぼ日常的に出現し、なかでも、傾眠が一番多く出現し、以下失認、拒食、興奮の順に 30% 以上の高頻度に見られることが報告されています（⑭）。また、このような認知症高齢者の食事中の徴候・症状は、自立摂食の困難等、摂食行動に影響し、介護者の負担を増し、食事量や体重の減少によ

る低栄養状態を引き起こす原因となります。そこで、管理栄養士と介護職等が連携して食事時の徴候・症状にあわせた栄養ケアを行うことにより食事時の徴候・症状の軽減や食事量の増大ができることが介入研究によっても報告されています。(15)。

最期までその人らしく「食べること」を支援するために、これらの認知症高齢者の食事時の徴候・症状に対応する栄養ケアの取り組み方について解説しました。

1. 食事時の徴候・症状と有効な栄養ケア

認知症高齢者の食事時の徴候・症状別栄養ケア一覧を示しました(表1)。

これらの徴候・症状の評価は、利用者別にミールラウンドによって観察・記録します。特定の担当者が継続して観察することにより、多忙な介護現場で、食事時の利用者の変化に気づきやすくなります。さらに情報共有が多職種で円滑に行えるよう、記録が共有できるように保管しておくことが求められます。さらに、食事摂取量や体重が変化しているかどうかを、先のモニタリング表で把握します。例えば「傾眠」とだけ書かないで、「食事の後半に眠り込む」等と具体的に記録します。当該問題を解決するためには、食事時間を変更する、食事の後半は介助する、食事量は半分で提供する等といった具体的な助言・指導が可能になります(17)。

2. 食事時の徴候・症状別栄養ケアのポイント

以下は、実際に栄養ケアを行う際に留意することです。

表 1 認知症高齢者の食事中の徴候・症状別別栄養ケア一覧

認知症高齢者の食事 中の徴候・症状	概念	観察の要点	対応する栄養・食事ケアの例	分類	
食事の失認	食事の認識ができない	食事であることがわからない	「食事ですよ」と声をかける。	声掛け	
		食事を混ぜあわせる	声掛けをしながら一皿ずつ順番に提供する	声掛け	食事介助
		食器や食べ物で遊んでいる	食事時間を知らせる	声掛け	
		食器の位置や食品と食器の位置関係がわからない	食器の色を変更する（○色から○色へ）	食器・食具の変更	
		箸やスプーンの使い方がわからない	スプーンや箸を直接手にもたせ、最初の一口を食べてもらう（介助して食べてもらう）	食事介助	
		食べたことを忘れる			
傾眠	食事時に寝ている	食事時にウトウトしている	覚醒を促すため声掛けする	声掛け	
		食事時に意識の混濁がみられる	覚醒を促すためにボディータッチする	ボディータッチ	
		食事時に閉眼している	声掛けして覚醒状態を確認し、自力摂取を促す	声掛け	
			覚醒状態を確認し、食事介助する	食事介助	
			食事時の姿勢を保持する	食事の周辺環境の整備	
			薬剤について確認し、副作用の可能性を報告する	投与薬剤の確認・報告	
			食事の時間を覚醒時に変更する	食事時間の変更	
興奮・大声・暴言・暴力	食事時に興奮、大声をあげる、暴言・暴力をふるう	特になし	興奮状態をなだめるために声掛けする	声掛け	
			傾聴する	傾聴	
			落ち着いた時間に食事を提供する	食事時間の変更	
			静かな別室など落ち着く食事環境を提供する	座席・テーブルの調整	
妄想	食事に関して現実にはありえないことをいう	特になし	食事が安全であることを伝える	声掛け	
			食事や食器を取り換える	食器・食具の変更	
			好みのものを提供する	代替え食（嗜好対応）	
拒食	食事を拒否する	食事を拒否する	お気に入りのものを置いたり、本人の食器を用いたり、本人の落ち着く環境を提供する	食事の周辺環境の整備	
		水分を拒否する	好みのものを提供する	代替え食（嗜好対応）	
		食事介助を拒否する	食事の匂いにより食欲を刺激する（ご飯の炊けるにおいや味噌汁、コーヒー等）	香りによる食欲の刺激	
偏食	偏った食べ方をする	偏食がある	食事を促すため声掛けする	声掛け	
		一品食い 決まったものしか食べない			
徘徊・多動	食事の時間に動きまわる	食事中に歩き回る	席に着くよう声掛けする	声掛け	
		食事中に立ち上がる			

早食い・詰め込み・丸呑み	早食いする・食べ物を口に詰め込む、十分に咀嚼せず飲み込む	早くたべてしまう 飲み込む前に次々に食べ物を口にいらしてしまう 十分に咀嚼せず呑み込む	ゆっくり食べるよう声掛けする	声掛け	
			器を小分けにして提供する	小分けで提供	
			一品ずつ提供する	小分けで提供	配膳方法の変更
			スプーンを小さくするなど食具を変更する	食器・食具の変更	
			食べやすい食形態に変更する	食形態の変更	
			誤嚥や窒息の危険がある食品を除去する (サラダ菜、パセリ、しその葉、海苔)	危険物の除去	
失行(手づかみ食べ)	運動機能が損なわれていないにも関わらず、適切な食器・食具が使用できない	手づかみ食べをする 食器具が適切に使えない	手づかみしないよう声掛けする	声掛け	
			主食を食べやすい大きさのおにぎり等にする	食形態の変更	
			こぼれないよう安定した食器を使用する	食器・食具の変更	
			食器具の使い方を説明する	声掛け	
異食	食品でないものを口にに入れる		異食しないよう見守る	見守り	
			食べられない飾りなどを提供しない(パ ラン、銀カップ、調味料入れ等)	危険物の除去	
			みかんやバナナなどの果物は皮を剥いて提供する	危険物の除去	
盗食	他人の食事を盗って食べる		席の間隔をあける	座席・テーブルの調整	
			盗食しないよう見守る	見守り	
			盗食しないよう声掛けする	声掛け	
			個別の席で食事を提供する	座席・テーブルの調整	

【傾眠】認知症の進行とともに、夜間の不眠や日中のうたた寝が増加する傾向にある。原因としては身体機能の衰え、食事環境などが考えられるが、疲労も一つの要因となることがある。脳血管性認知症、アルツハイマー認知症ともに見られます。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・その日の体調や時間帯と関連することが多いため、聞き取り、記録から適切に把握し、食事への影響を評価します。

【食事時の失認、失行】視知覚機能が損なわれていないのにもかかわらず、対象物を食事として理解することができなくなる。空間における物と物との位置関係が理解できなくなり、日常使用しているものを触っても判断できない。アルツハイマーに多く見られます(18)。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・食事に視線が向かない、介助しないと食べられない、食器具が認識できない等は食事時の観察、他職種の介助状態の聞き取り等から把握し、食事量等の変化を評価します。

【拒食、偏食、妄想】認知症高齢者では、しばしば食欲の低下がみられ、精神的な原因で食事を拒否するいわゆる拒食の場合もあります。一時的あるいは周期的に拒食になっている場合もあります。脳血管性認知症、アルツハイマー、ピック病等に見られます(⑱、⑳)。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・食べられなかった量より、食べられた量を中心に把握し、評価するようにします。

【興奮・大声・暴力・暴言】興奮・大声・暴言等は、自分の行うことを止められるなど、人との関係の中や環境で引き起こされることが多くみられます。特定の状況で出現することもあれば、急に出現することもあります。脳血管性認知症では感情失禁等が見られることがあり、アルツハイマー等でも見られます(㉑)。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・興奮等は決まった時間や状況(夕刻、便秘等)で現れることが多いため、本人の落ち着いた時間帯、状況を把握し、食事量、嚥下状態への影響を評価します。

【盗食】自分の食事ではなく、他の利用者の食事に手を出したり食べてしまう等である。食形態が違う場合は誤嚥・窒息の危険性もある。本人は盗む感覚でなく、空間認識等の障害のためであることもあります。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・見守り、食事の配膳の順番、他利用者トラブル回避のための単独座席の配慮等を評価します。

【徘徊、多動】徘徊は、歩き回る行動であるが、何らかの理由が存在することが多い。摂食行動への影響としては、歩き回りたいという衝動が強いために、食べることに對して集中を欠くようになります(㉒)。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・食事時の観察から多動、立ち上がり、徘徊の回数を把握し、食事量の変化や影響について評価します。

【早食い・詰め込み・丸のみ】認知症高齢者の中には、口に食事を運ぶ速度と嚥下がうまくかみ合わないこともしばしば見られます。早食い・詰め込み・丸のみは、誤嚥・窒息等の事故につながる危険性が高いため、スプーンのサイズを小さくする、小分けで提供するなどの工夫が必要になります。

・アセスメント・モニタリングの要点・・・ミールラウンド等で本人の嚥下状態に合った食形態であること、食事に要した時間、誤嚥等の危険性が無いこと等を評価します。

7. 認知症 GH において管理栄養士が連携した栄養管理の実際

認知症 GH の併設の病院や介護保険施設の管理栄養士が介護職と連携した栄養管理体制に関する助言、指導の実際については以下をご参考にしてください。

1. 嚥下障害及び低栄養のリスクが確認された事例 A を含めた事業所の栄養管理体制への対応事例 A

○Aさんは、介護老人福祉施設（特養）が併設されている認知症 GH の利用者で、(84 歳、女性)、要介護度 3，認知症高齢者の日常生活自立度 II b でした（表 2,⑳）。

○口腔・栄養スクリーニングを実施したところ、「むせること」が頻回になってきていました。低栄養のリスクは、BMI 18.5kg/m² 以下（現 17.9Kg/m²）、体重減少が 6 か月間で 2～3kg みられていました。介護職は当該利用者の健康・栄養状態に不安を感じ担当の介護支援専門員の情報提供を行い、連携している管理栄養士による助言・指導を依頼しました（表 2）。

○担当の介護支援専門員は、栄養管理体制について担当の管理栄養士に情報提供をおこない当該利用者を含めた当該事業所の事業所への栄養管理体制についての助言・指導を依頼しました（表 3）。

○併設の介護老人福祉施設の管理栄養士は、翌日、介護職とともに当該利用者の食事時の観察（ミールラウンド）を実施しました。その結果、何度も飲み込んでいるが口腔内の残渣がなかなか減らず、お茶をのむときにはむせていること、食べ残しが主食、主菜にみられたほか、食べこぼしも全食事量の 1-2 割程度あることがわかりました。また、当該利用者は、「食事でむせるのがつらい」と訴え、途中で食事が嫌になると話されていました。「好きなものは？」と質問すると、「甘いもの」ということでした。飲み物のとろみ剤がだまのようになっており、飲み物で頻回にむせており、その濃度が適切ではありませんでした。食事のうちそばろ状のひき肉や、きざみ食という食形態が不適當であり、むせの原因となっていました（㉑）。

さらに、管理栄養士は、他の利用者についても低栄養のリスクの確認をし、Bさんは食欲がないため食事摂取量が 70%程度のことが多いこと、Cさんは、こ

の6カ月間に2kgの体重減少があるため低栄養のリスクが確認されました。また、これらの2名の利用者においても、飲み物に用いたとろみ剤がだま様になっていることを把握しました。また、介護職の方から、食事前の摂食嚥下ための準備体操が大切だと聞いたが、どのようにやったらいいかわからないと相談を受けました。

○管理栄養士による介護職への助言・指導

・当該利用者に望ましい提供栄養量を算定し（エネルギー1,500kcal/日、たんぱく質54g/日、水分1,200ml）、この提供栄養量を満たしているか献立のチェックを行い、修正点を以下のように助言しました。

・Aさんには、頸部後屈がみられたので、ティルト式の車いすに変更してもらいました。

・きざみ食は嚥下しにくい食形態であり誤嚥のリスクを高めることを説明し、きざみ食を嚥下しやすいソフト食に変更し、上記の献立の食材をどのようにソフト食化したらよいかを助言し、介助時には交互嚥下に注意してもらうようにしました(25)。

・飲み物へのとろみ剤の使い方については、事業所全体の課題の解決として中間レベルの濃度のとろみ剤の利用の方法を実演するとともに各介護職が同様に実施できるように、フローのキッチンにポスター掲示しました(26)。

・嚥下体操を食事前のレクレーションとして管理栄養士が最初実施し、その後DVDを用いて介護職に継続して日替わりで実施してもらいました(27)。

・3、6か月後に管理栄養士がAさんのモニタリングし、食事量は全量の8-9割が維持され、体重も43.2kgから45.1kgまで増大しました。日によって体調や覚醒状況にばらつきがあり、むせることがあるものの、食事時は介護職による交互嚥下（硬さやまとまりやすさの違う形状を交互に食べることによって、口の中や咽頭の残留などをなくす方法）に注意してもらうことで口腔内の残渣は軽減できました。また、時間を決めて食事の後半から介助をすることで食事摂取量が維持できるようになりました(23)。

・Bさんは毎回の食事摂取が3か月以降9割を超えるようになりました。また、Cさんは6か月後には体重減少がみられなくなりました。

また、利用者の飲み物にとろみ剤のだま様が確認されなくなり、介護職によりDVDによる食事前の嚥下体操も継続されていました。

2. 認知症 GH からの入院・退院後に管理栄養士による居宅療養管理指導を実施した事例 B と事業所の栄養管理体制への対応 (28)

病院併設の認知症 GH 利用者、88 歳、女性、要介護度 3、認知症高齢者の日常生活自立度 II b、誤嚥性肺炎で 14 日間入院となりました。

退院後、認知症 GH における口腔・栄養スクリーニングにて「低栄養リスク有」と確認され(表 4)、摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供が必要となり、併設病院の管理栄養士による居宅療養管理指導および事業所の栄養管理体制に関する助言・指導が行われた事例です。

その結果、認知症 GH の介護職等によって事例 B に対して適切な食事提供が日常的にできるようになり、摂取エネルギーは退院時の 980kcal から 1600kcal に、摂取たんぱく質は退院時の 40g/日から 60g/日にまでに改善し、体重は退院時の 42.8kg から 44.8kg にまで増大しました(28、表 4)。

B さんの食事摂取量の改善に向けて、摂食嚥下機能に合った食事形態や食事時の認知症の兆候・症状を考慮した適切な食事提供の方法について検討するために、管理栄養士は、居宅療養管理指導時に、認知症 GH の介護職等と一緒に食事時の観察(ミールラウンド)をしてその食事記録を共有しました。この場合の観察項目として、「よく食べるもの」「ほとんど食べないもの」「ムセ込みのあるもの」「ため込みがあるもの」をモニタリングし、これらの結果に基づいて、担当の介護支援専門員への居宅療養管理指導の報告(表 5)及び認知症 GH に対する栄養ケアに関わる技術的助言及び指導の報告(表 6)を行いました。居宅療養管理指導は 6 か月間で終了し、その後は、認知症 GH における栄養管理体制として、1 か月に 1 回程度の管理栄養士による訪問を行い介護職等に助言・指導を継続することになりました。

3. 栄養管理体制の充実のために管理栄養士が実施した例

認知症 GH と連携している管理栄養士は、介護職等が<低栄養のリスク有>の利用者の栄養問題の把握の方法を見える化したり、介護職等ができる日常的な栄養ケアに関する情報提供を行い、分かって頂くことが必要です(29,30)。

たとえば、認知症 GH の献立のチェックを行い、認知症 GH の利用者や介護職等に献立の評価と改善点について、介護職等と双方向的な意見交換を行いながら一緒に考えていく啓発活動に取り組み、提供した食事の写真から評価するアプリ等も積極的に活用して展開していくこととなります(31,32,33)。

○「今日の食事の献立を書いてみましょう」(31)

朝食、昼食、夕食毎に「主食」「主菜」「副菜」「その他(牛乳・乳製品や果物)」を記入します。この表を用いるとバランスのよい献立が仕上がります。まず、主食はパン、ご飯、麺などの穀類から選びます。次に、おかずのうち主菜を考えます。肉、魚、卵、豆腐などのたんぱく質から選び、次に調理法を考えます。次に副菜は、緑黄色野菜、淡色野菜、きのこ類、海藻類を用います。副菜は2品を目安に、一品は温かい料理(煮物、炒めもの、汁物等)ともう一品は冷料理(浸し、サラダ、酢の物など)を組み合わせます。その他には牛乳やヨーグルトなどの乳製品と果物を取り入れてください。献立作成でぜひ取り入れて頂きたいことが、季節の食材を活用です。食材や四季折々の行事食から「現在の季節」を感じとって頂くことは、認知症の支援において重要です。

献立例

	主食	主菜	副菜	その他
朝	パン	目玉焼き	ツナサラダ 野菜スープ	牛乳
昼	素 麺	かき揚げ	冷奴 酢の物	
夕	ゆかりご飯	煮 魚	きんぴらごぼう 小松菜のおひたし 豚 汁	
間食				バナナ

○1日に何をどれだけ食べればよいでしょうか(32)

1日の中で、主食は、ご飯は茶碗に軽く3膳(パンなら1食に食パン1枚、麺は1/2玉~1玉)、主菜となるたんぱく質は、肉は薄切り肉2~3枚(50~70g)、鮭の切り身1切れ、卵1個、豆腐1/4丁、納豆ミニパック1ケなど毎食1品は取り入れます。副菜には、野菜、きのこ、海藻を含めて300g~400gを目安にしてください。芋類はじゃが芋であれば1個(100g)、果物はバナナ1本などを目安にしてください。低栄養予防のため主菜となる肉、魚、卵、大豆・大豆製品を意識していろいろな食材で調理しましょう。

○多様な食品を取り入れましょう(33)

食事のバランスを確認するために「さあにぎやか(に) いただく!」をご紹介します。いろいろな食品をまんべんなく食べることで、栄養状態を良好に保つことができます。さ→魚、あ→油、に→肉、ぎ→牛乳・乳製品、や→野菜、か→海藻(きのこも含みます)、い→芋、た→卵、だ→大豆・大豆製品、く→くだものを示します。いろいろな食品を使用し献立が作成できたのか、チェック表を活用するのもよいでしょう。低栄養予防には10の食材のうち毎日7点以上を献立に反映させましょう。

○低栄養対策 おいしくしっかりたべましょう (34)。

主菜となるたんぱく質の量について目安を示します。日本人の食事摂取基準(2020年版)では65歳以上の高齢者では男性60g、女性50gが必要とされています。男性の場合たんぱく質は1食20g必要となります。献立が ざるうどんだけではたんぱく質は5.2gしか含まれておらず栄養が不足します。納豆や卵をトッピングすると、たんぱく質は21.8gに増量できます。

このように難しい調理を行わなくとも、栄養価を高めることが可能になります。ぜひ、管理栄養士にご相談ください。

○低栄養対策! 中食をしっかり食べましょう!! (35)

中食を提供する際の工夫です。「中食(なかしょく)」とは、外食と家庭料理の中間にあり、惣菜や弁当などを買って帰り、家で食べることです。中食でも可能な限りバランスの摂れた食材の選定に注意をしてください。ここでも、たんぱく質を例に出すと、食パンだけより、鶏肉や卵、野菜が具材となっているサンドウィッチ、牛乳1本200mlを加えるとたんぱく質は29.6gになります。中食は弁当や惣菜が中心となり栄養バランスが気になるところです。認知症GHの介護職等は、管理栄養士と一緒に低栄養予防に取り組みましょう。

○管理栄養士が支援するその他の例 (36)

買い物ゲームでは限られた費用の中で栄養バランスを考えます。

○アプリを活用し効率化

認知症高齢者の栄養のバランスを確認したい場合は、栄養計算のアプリの活用もしてみましょう。

8. おわりに

高齢者は認知症の有無に限らず、疾患が多く合併症が起こりやすく、重度認知症高齢者では肺炎、尿路感染症などの感染症、義歯不適合、口内炎、便秘・

下痢、薬の副作用、脱水、電解質異常などが起こりやすくなります。レビー小体型認知症では中期以降、アルツハイマー病は重度から嚥下困難が始まるなど、認知症でも原因疾患により特徴があります。栄養ケアを行う場合は、摂食量で一喜一憂したり体重だけで評価したりせず、管理栄養士と介護職とが連携して普段の様子や時間帯によって変わる行動等や ADL などの情報を多く入手し、どのような栄養ケアが最適か総合的に全人的に判断していく必要があります。さらに認知症のステージにおいて判断することも重要です。現在では、食べさせることを栄養補給の目的とせず、本人の好みにあわせて、食べやすいものを食べられるだけ食べて、本人の楽しみを目標とする Comfort feeding only (CFO) *が提唱されています。認知症の栄養ケアは、低栄養状態の改善のみならず、全人的にその人らしい生活を送って頂き、その人の自己実現を支援していくことが重要と言えます。

*CFO：認知症高齢者の栄養補給は、食べさせることを目的とするのではなく、本人の楽しみを目的とする考え方（Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ ,et al . Comfort Feeding Only:A Proposal to Bring Clarity to Decision - Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. J Am Geriatr Soc. 11 Mar 2010; 58 (3) : 580-584)

表2 事例A 口腔・栄養スクリーニング

ふりがな	〇〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	12年	〇月	〇日生まれ	84歳
氏名	〇〇〇〇〇	要介護度・病名・ 特記事項等	要介護度3、 認知症高齢者の日 常生活活動度 II b	記入者名 〇〇〇〇			
				作成年月日: 令和3年〇月〇日			
				事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	スクリーニング項目		前回 (利用開始時) 結果 (令和2年9月20日)	今回結果 (令和3年3月19日)			
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	入れ歯を使っている		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	むせやすい		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	特記事項 (歯科医師等への連携の必要性)		食事は100%食べている	お茶を飲むとよくむせて心配			
栄養	身長 (cm) ※1		155.3 (cm)	155.3 (cm)			
	体重 (kg)		45.1 (kg)	43.2 (kg)			
	BMI (kg/ m ²) ※1 18.5 未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (18.7kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (17.9kg/ m ²)			
	直近1~6か月間における 3%以上の体重減少※2		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2.0kg/ 6 か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/ 6か月)			
	直近6か月間における 2~3kg以上の体重減少※2		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/ 6か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/ 6か月)			
	血清アルブミン値 (g/dl) ※3 3.5g/dl 未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))			
	食事摂取量 75%以下※3		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (100%)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (75.0%)			
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)			食事中に「むせる」ため体重減 少。食形態等を見てはい。				

介護支援専門員 ●●殿

本認知症 GH 事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「リスク有」でしたので、
〇〇施設の管理栄養士の助言指導をお願い致します。 〇年〇月〇日 〇〇認知症 GH 事業所
管理者 〇〇〇〇

〇〇施設 管理栄養士 殿

〇〇認知症 GH から管理栄養士の助言・指導の依頼がありましたのでお願い致します。

〇年〇月〇日 〇〇介護支援専門員 〇〇〇 〇〇〇

表3 事例A 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告

認知症GH名：認知GH〇〇事業所

訪問日時：〇月〇日

指導管理栄養士名：〇〇〇〇

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>

〇事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項
とろみ剤のつけ方がばらばら	とろみ剤の使用方法の統一	ポスターを掲示してやり方を統一する	学会分類2013のとろみの段階に合わせる
食事前の嚥下体操未実施	毎食前に嚥下体操を実施する	嚥下体操を実施するためにDVDをもちいたやり方を導入する	

〇低栄養リスク該当者

対象	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他
Aさん	高リスク	・食事摂取量を安定させる ・体重を増やす	・車いすを変更して姿勢安定を目指す ・食事形態を変更する ・交互嚥下を意識して介助する	改善見られない場合、居宅療養管理指導による介入も検討必要
Bさん	中リスク	食事摂取量を安定させる	好き嫌いは多いが、ご飯は好まれるようなので、ご飯を今より少し多めに盛り付けてみる	
Cさん	中リスク	体重減少率高い	明らかに異常な体重減少をしているので、体重を再測定してみる	体重計が正しいか確認必要か

<その他>

次回、〇月〇日に訪問予定

表4 事例B 口腔・栄養スクリーニング

ふりがな	〇〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	8年	6月	<input type="checkbox"/> 日生まれ	88歳	
氏名	〇〇〇 〇〇	要介護度・病名・特記事項等	要介護度3 認知症高齢者の日常生活活動度 IIb 脳梗塞、アルツハイマー型認知症、急性胃炎・誤嚥性肺炎による入院			記入者名〇〇 〇〇 :		
						作成年月日:令和3年〇月〇日		
						事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
						事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
スクリーニング項目			前回(退院後利用再開始時)結果(令和2年9月10日)			今回結果(居宅療養管理指導6か月後(令和3年3月10日))		
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	入れ歯を使っている		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	むせやすい		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	特記事項(歯科医師等への連携の必要性)		摂食嚥下グレード7 嚥下食					
栄養	身長(cm)※ ¹		158(cm)			158(cm)		
	体重(kg)		42.8(kg)			44.8(kg)		
	BMI(kg/m ²)※ ¹ 18.5未満		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(17.1kg/m ²)			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(17.9kg/m ²)		
	直近1~6か月間における3%以上の体重減少※ ²		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(2.0kg/か月)			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)		
	直近6か月間における2~3kg以上の体重減少※ ²		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(2.0kg/6か月)			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)		
	血清アルブミン値(g/dl)※ ³ 3.5g/dl未満		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2.4g/dl))			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl))		
	食事摂取量 75%以下※ ³		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(50%以下、主食20%、副食30%)			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(100%)		
特記事項(医師、管理栄養士等への連携の必要性等)		認知症GHでは嚥下障害対応の食形態の調整ができない						

介護支援専門員 ●● 殿

本認知症GH事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「リスク有」でしたので〇〇施設の管理栄養士の助言指導をお願い致します。〇年〇月〇日 〇〇認知症GH事業所 管理者 〇

〇〇施設 管理栄養士 殿

〇〇認知症GHから管理栄養士の助言・指導の依頼がありましたのでお願い致します。

〇年〇月〇日 〇〇介護支援専門員 〇〇〇 〇〇

表5 事例B 管理栄養士からの介護支援専門員への報告（居宅療養管理指導）

ふりがな	〇〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	8年	6月	〇日生まれ	88歳	
氏名	〇〇〇 〇〇	要介護度・病名・特記事項等	要介護度3 認知症高齢者の日常生活活動度Ⅱb 脳梗塞,アルツハイマー型認知症 急性胃炎・誤嚥性肺炎による入院			記入者名〇〇 〇〇 : 作成:令和3年〇月〇日 事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

項目	内容						
利用者の栄養ケアを推進するための課題	<p>低栄養状態の確認</p> <p>居宅療養管理指導介入時 低栄養リスク:中リスク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体重 42.8kg (BMI17.1Kg/m2、) ・血清アルブミン値 2.4g/dl ・食事摂取量 主食 20%、副食 30% <p>摂食・嚥下機能評価:摂食嚥下グレードは7(嚥下食で3食とも経口摂取)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では嚥下食の提供は難しい 						
栄養ケアに関する課題(食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等)と対応方法:	<p>課題:摂食・嚥下機能に適正な食事形態の把握、食事摂取量の改善</p> <p>⇒食事(料理)を4区分でモニタリング<よく食べるもの><ほとんど食べないもの><むせ込みのあるもの><ため込みがあるもの></p>						
当該事業所における目標	<p>上記の4区別の分析は、介護職、管理栄養士(居宅療養管理指導時)による食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録で行い、摂食・嚥下機能、認知症状を考慮した食事提供を行っていく</p>						
食形態の調整及び調理方法	<p>食事拒否のある献立や食材:可能な範囲で代替献立の提案、栄養補助食品の活用</p> <p>摂食・嚥下機能合わせた食事形態:調理方法の確認や調整を介護職とともに検討</p>						
その他の日常的な栄養ケアの実施にあたり必要な事項:	<ul style="list-style-type: none"> ・食事を前にして食べ始めない場合の対応 ・食事に集中できない場合の対応 ・食事拒否のある場合の対応 						
目標	<p>食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録から<よく食べるもの><ほとんど食べないもの><むせ込みのあるもの><ため込みがあるもの>の献立、食材リストを介護職と共有し、日常的に食事摂取量の維持・改善を図っていく。また、栄養状態の評価として、食事摂取量および体重の変化も明確にする。</p>						
具体的方法	<p>○食事時の観察(ミールラウンド)、食事記録より 食事(料理)リストを作成</p> <table border="1"> <tr> <td>よく食べるもの(好んで)</td> <td> <p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)</p> </td> </tr> <tr> <td>ほとんど食べないもの</td> <td> <p>【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p> </td> </tr> <tr> <td>ムせ込むもの、ため込むもの</td> <td>特になし</td> </tr> </table> <p><ほとんど食べないもの>献立の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・代替献立:カレーライス⇒ごはん・肉じゃが、魚フライ⇒塩焼・煮魚 ・代替献立が難しい時:おやつに栄養補助食品を活用するよう提案 <p>○食事を前にして食べ始めない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・はし、スプーンの使い方を思い出してもらえようように使ってみせる ・食事に集中できるように一品ずつ提供(ごはん→煮物→ごはん) ・拒否のある食べ物は無理に食事介助せずに詰込みや誤嚥リスクを予防する 	よく食べるもの(好んで)	<p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)</p>	ほとんど食べないもの	<p>【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p>	ムせ込むもの、ため込むもの	特になし
よく食べるもの(好んで)	<p>【主食】軟飯</p> <p>【主菜】煮魚、肉団子、肉じゃが</p> <p>【副菜】煮物(かぼちゃ、里芋、大根)、野菜炒め、サラダ、酢の物、汁物(みそ汁、スープ)</p>						
ほとんど食べないもの	<p>【主食】カレーライス(ごはんとルウの区別が不可)、めん類(うどん・そうめんの具のみ食べる)</p> <p>【主菜】魚(さけ、あじ)のフライ</p> <p>【副菜】お浸し</p>						
ムせ込むもの、ため込むもの	特になし						

留意事項	特になし。
その他	特になし

初回

介護支援専門員 ●●殿

〇〇認知症 GH 事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「低栄養リスク有」であることが確認されましたので、以上の方法により助言指導を6か月間させて頂くことをご報告申し上げます。令和3年〇年〇月〇日 〇〇施設 管理栄養士 〇〇〇

6か月後

介護支援専門員 ●●殿

〇〇認知症 GH 事業所の利用者 B 様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「低栄養リスク有」であることが確認されましたので、以上の方法により助言指導を6か月間させて頂いた結果、食事のむせはほとんどみられなくなり、食事摂取量の改善、体重増加しています。

〇年〇月〇日 〇〇施設 管理栄養士 〇〇〇〇

表 6 事例 B 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告

認知症 GH 名：〇〇事業所

訪問日時：〇年〇月〇日

指導管理栄養士名：〇〇〇〇

＜栄養ケアに係る技術的助言及び指導＞

○事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項
利用者の食事リストの作成	摂食嚥下や低栄養リスクに対応するための献立、食材料の選択ができるようになること	介護職等は、利用者の食事観察を管理栄養士と一緒にミールラウンドし、利用者ごとに＜よく食べるもの＞＜ほとんど食べないもの＞＜むせ込みのあるもの＞＜ため込みがあるもの＞の献立、食材リストを作成する	

○低栄養リスク者 B さん（他に低栄養リスク者は確認されなかった）

対象	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他
B さん	中リスク	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取量を増大する ・体重を増やす ・誤嚥性肺炎の予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○代替献立 <ul style="list-style-type: none"> ・カレーライス→ごはん 肉じゃが ・魚フライ→塩焼 ○代替献立の対応が難しい時 <ul style="list-style-type: none"> ・おやつ時間帯に栄養補助食品の活用 ○食事介助の工夫○ <ul style="list-style-type: none"> ・箸・スプーンの使い方を思い出してもらおう介助 ・1品ずつの提供 ごはん（茶碗 1/2） →煮物→ごはん（茶碗 1/2） ○誤嚥性肺炎の予防 拒否のある食べ物は無理に介助しない ○体重の維持・増加＞ 月 1 回の体重測定 	<p>入退院後の管理栄養士の居宅療養管理指導を 6 カ月継続して介護職による栄養ケアを開始。当該管理栄養士が連携を継続し 1 カ月 1 回の訪問による助言指導の実施</p> <p>また、訪問日に体重を測定を実施すること</p>

認知症対応型共同生活介護（認知症 GH）
における栄養管理の実務のための手引き
（教材）

認知症対応型共同生活介護(認知症GH) における栄養管理の実務のための手引き (教材)

令和2年度老人保健事業推進等補助金 認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究事業

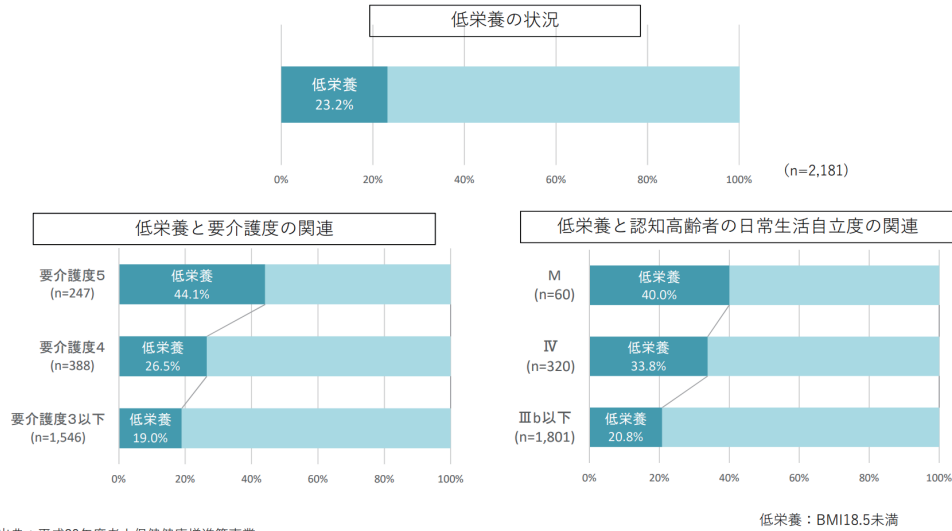
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

教材提供: 田中和美(神奈川県立保健福祉大学教授)、高田健人(同助教)、 堤亮介(平成医療福祉グループ栄養課長)、谷中景子(千春会病院 栄養科統括主任)、苅部康子(介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長)

認知症対応型共同生活介護高齢者における 低栄養の状況や摂食嚥下の問題

① 認知症対応型共同生活介護利用高齢者の低栄養の状況

- 認知症GH利用高齢者のうち、低栄養（BMI18.5未満）の者は2割強。
- 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合が高い



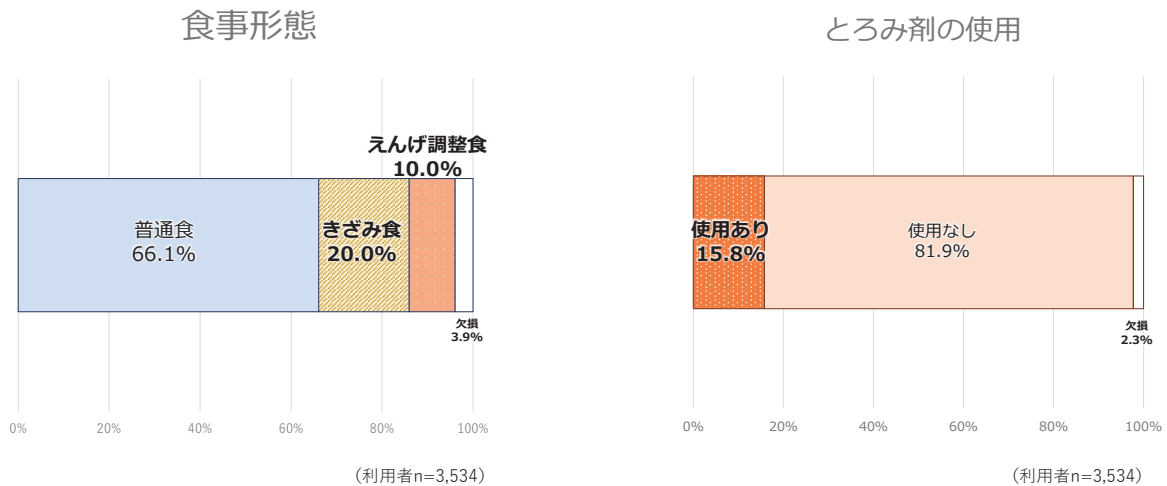
出典：平成29年度老人保健健康増進等事業

「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）の再解析

125

令和2年11月5日(木) 第191回社会保障審議会介護給付費分科会

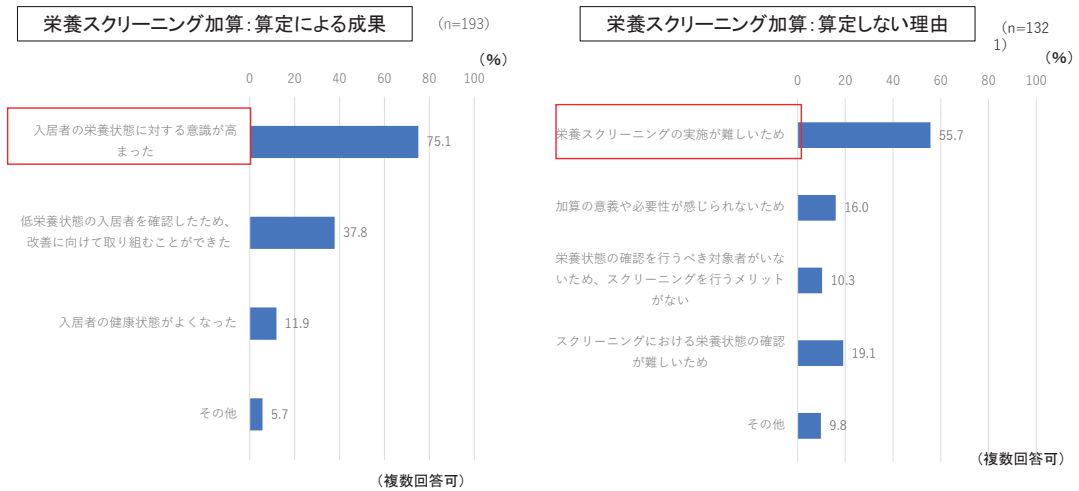
② 認知症グループホーム入所者の摂食・嚥下機能リスク



出展：平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

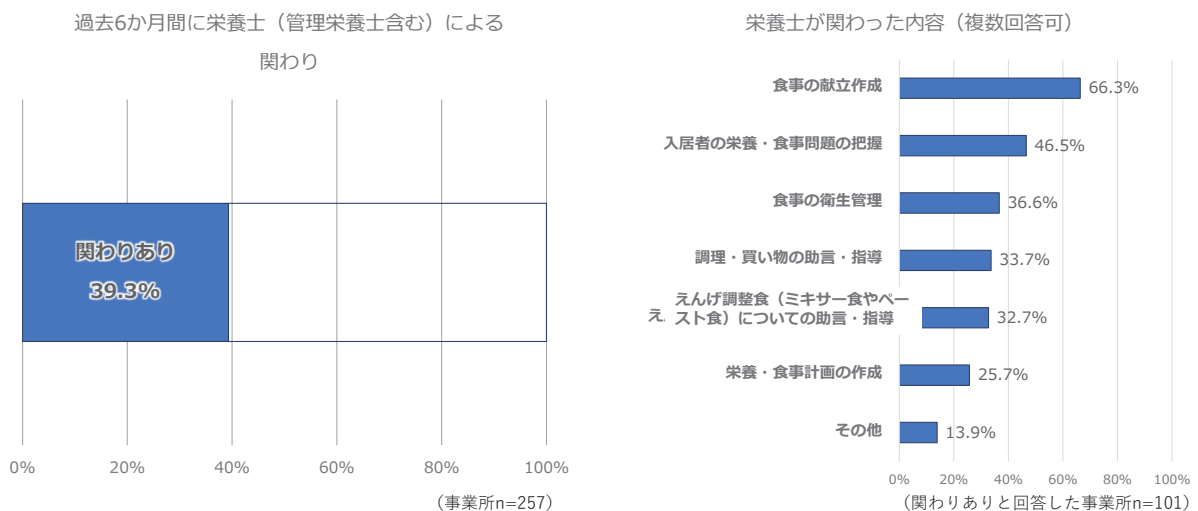
③ 栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（認知症GH）

- 認知症GHにおいて、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「入居者の栄養状態に対する意識が高まった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「栄養スクリーニングの実施が難しいため」が最多。



出典:令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業」
(公益社団法人日本認知症グループホーム協会)

④ 認知症グループホームにおける栄養士・管理栄養士の関わり

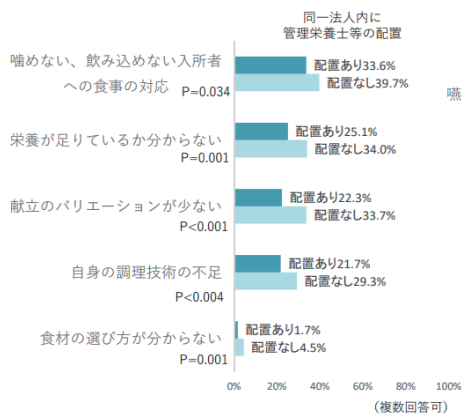


出展：令和2年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

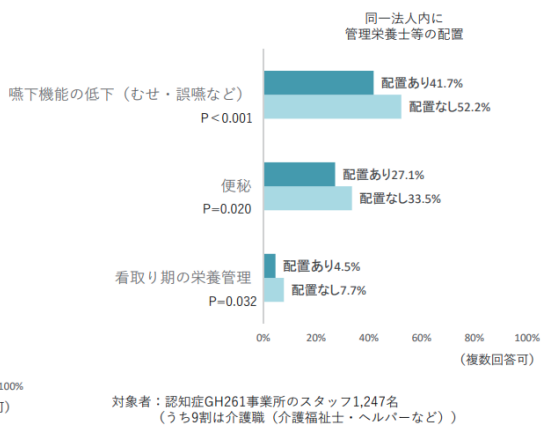
⑤ 認知症対応型共同生活介護におけるスタッフの困りごと・不安

○認知症GHにおいて、同一法人内に管理栄養士・栄養士の配置があると、入居者の食事の準備や食事提供に関するスタッフの困りごとや不安、入居者の栄養や食べることの問題に関する困りごとが少ない。

入居者の食事の準備や食事提供に関する困りごとや不安



入居者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下含む）

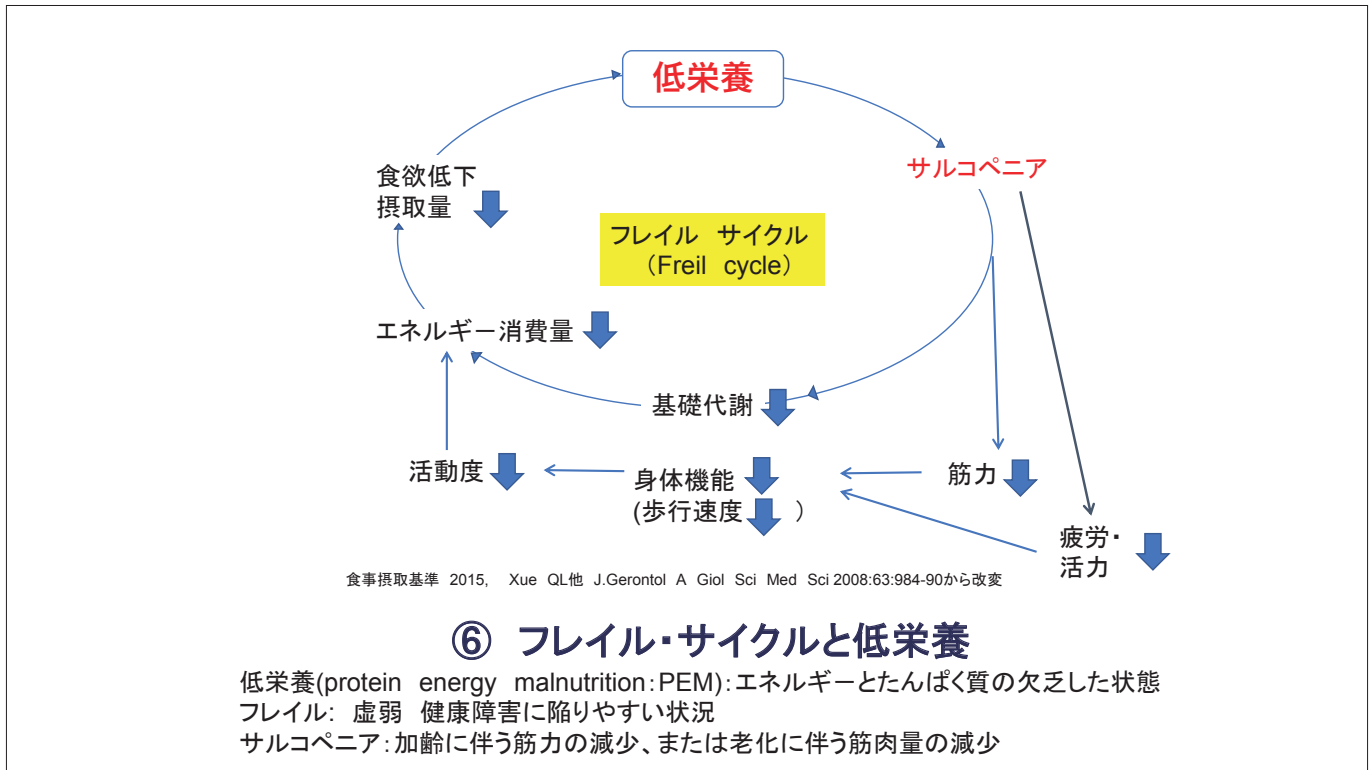


出典：平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）追加解析

127

令和2年11月5日(木) 第191回社会保障審議会介護給付費分科会

認知症高齢者の低栄養は、 なぜ問題なのか？



⑦ 低栄養と死亡・入院の関連

要介護高齢者の低栄養を見過ごすことが、予後を悪化させることにつながるの「ほぼ間違いない」

特養・老健入所者1,646名(85.7±8.7歳):低栄養状態中高リスク者は54.8%、低リスク群に対し、200日間の追跡で死亡HR: 2.102、入院HR: 1.434と有意に増加。(杉山・高田他、2015) ※右図参照

特養・老健入所者1,646名(85.7±8.7歳):やせ(BMI18.5未満)の者は31.8%、標準群に対し、1年間の追跡で死亡HR:1.84、入院HR:1.28と有意に増加。(藤川・高田・杉山他、2018)

在宅療養要介護高齢者1,142名(81.2±8.7歳):低栄養(MNA-SF)者は、1年間の追跡で死亡HR: 4.31、入院HR: 2.49、入所HR: 2.11。(葛谷他、2015)

在宅療養高齢者181名(79.8±8.8歳)において、低栄養(MNA<17)者は、2年間の追跡で死亡HR: 14.05。(Inoue他、2007)

地域・病院・施設で生活する高齢者の低栄養による低アルブミン血症は、筋肉量が有意に減少した人々にみられ、高齢者の死亡予測因子となる。(Cabrerizo S, et al. 2015)

杉山、高田、田中:後期高齢者における低栄養、平成27年度厚生労働省補助金 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(研究代表者 鈴木隆雄) ※一部追加

【特養・老健】ベースライン時 低栄養リスク別 7か月間(200日)までの死亡

低栄養状態リスク (死亡/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
低リスク(32/172)	1.000	reference		
中・高リスク (111/902)	2.102	(1.401)	- 3.154)	<0.001

低栄養状態 中高リスク者では、低リスク者よりも死亡のリスク(ハザード比)が、**約2倍大きい**

平成26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)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

口腔・栄養スクリーニングの実務について

⑧令和3年度介護報酬改定 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

概要	【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】						
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】 ○ 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】 						
単位数							
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><現行></td> <td style="text-align: center;"><改定後></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算 5単位/回</td> <td>⇒ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位/回（新設）（※6月に1回を限度） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位/回（新設）（※6月に1回を限度）</td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算 150単位/回</td> <td>⇒ 口腔機能向上加算（Ⅰ）150単位/回（現行の口腔機能向上加算と同様） 口腔機能向上加算（Ⅱ）160単位/回（新設）（※原則3月以内、月2回を限度） （※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可）</td> </tr> </table>	<現行>	<改定後>	栄養スクリーニング加算 5単位/回	⇒ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位/回（新設）（※6月に1回を限度） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位/回（新設）（※6月に1回を限度）	口腔機能向上加算 150単位/回	⇒ 口腔機能向上加算（Ⅰ）150単位/回（現行の口腔機能向上加算と同様） 口腔機能向上加算（Ⅱ）160単位/回（新設）（※原則3月以内、月2回を限度） （※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可）
<現行>	<改定後>						
栄養スクリーニング加算 5単位/回	⇒ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位/回（新設）（※6月に1回を限度） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位/回（新設）（※6月に1回を限度）						
口腔機能向上加算 150単位/回	⇒ 口腔機能向上加算（Ⅰ）150単位/回（現行の口腔機能向上加算と同様） 口腔機能向上加算（Ⅱ）160単位/回（新設）（※原則3月以内、月2回を限度） （※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可）						
算定要件等							
	<p><口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可） <p><口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能） <p><口腔機能向上加算（Ⅱ）></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること 						

12

⑨ 口腔・栄養スクリーニング

イ. 口腔のスクリーニング	ロ. 低栄養のスクリーニング
a. 硬いものを避け、やわらかい者ばかりを中心に食べている	a. BMIが18.5未満
b.入れ歯を使っている	b. 直近1~6か月間で3%以上の体重減少 または直近「6か月間で2~3kg以上の体重減少」
c.むせやすい	c. 血清アルブミン値 3.5g/dl未満
	d. 食事摂取量が不良（75%以下）

認知症GHの介護職等は、次のことを行う。

- ・入居高齢者の利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行う。
- ・上記イ及びロの各項目について<リスク有>かを確認する。
- ・<リスク有>と確認した情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供する。

「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議(令和3年3月9日)別冊資料
(介護報酬改定)より抜粋」

栄養管理体制における実務について

⑩ 令和3年度介護報酬改定 認知症グループホームにおける栄養改善の推進

【認知症対応型共同生活介護★】

概要

- 認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士が介護職員等へ利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることを評価する加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行> なし	⇒	<改定後> 栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)
------------	---	----------------------------------

算定要件等

- 管理栄養士（外部※との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと
※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

15

⑪管理栄養士による「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」の内容

- ① 利用者の低栄養状態の評価方法
(体重、BMI、食事摂取食事摂取状況等)
- ② 栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法
- ③ 食形態の調整及び調理方法その他の当該事業所における日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項など

令和3年度介護報酬改通知：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

⑫ 管理栄養士による「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」における記録事項

- イ. 当該事業所における利用者の栄養ケアを推進するための課題
- ロ. 当該事業所における目標
- ハ. 具体的方法
- ニ. 留意事項
- ホ. その他必要と思われる事項
(具体的の記録については、事例参照のこと)

令和3年度介護報酬改通知：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

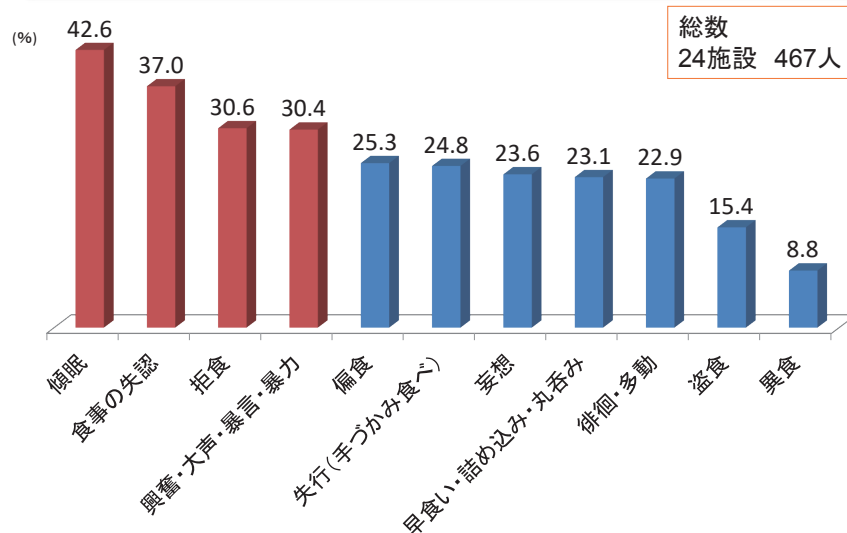
認知症高齢者に対するミールラウンドと栄養ケア

⑬ 認知症高齢者にみられる特徴的な摂食行動の例

- 食べたことを忘れて食事の要求をする
- 食べ方が分からない、箸やスプーンなどの使い方が分からない
- 食事摂取量や水分摂取量が少ない、食べる内容にムラがある
- 咀嚼・嚥下がスムーズにできない、誤嚥する
- 口の中を食べ物でいっぱいにする
- 食べ物と異物の区別ができない
- 他人の食事に手を伸ばす
- 食べるのに長時間を要する、集中できない
- 口渇を訴えない
- 拒食する
- 食事の嗜好が極端に変化する
- 食事中に席を立ち、動き回る

⑭ 認知症高齢者の食事時の徴候・症状の出現頻度

食事の失認、傾眠、拒食、興奮は30%以上の出現頻度であった



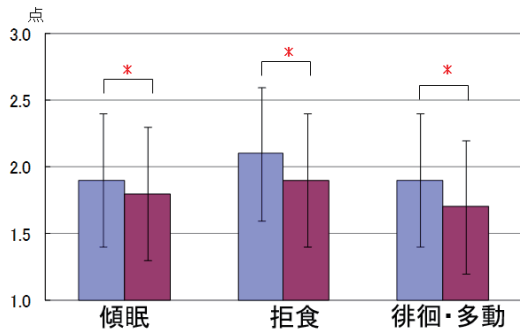
田中和美、高田健人、東野定律、杉山みち子、介護保険施設認知症高齢者における食事時の徴候・症状と栄養ケアに関する研究。日本健康・栄養システム学会誌。2011;11:7-22.

図 1

⑮ 認知症高齢者に対する栄養ケアの有効性

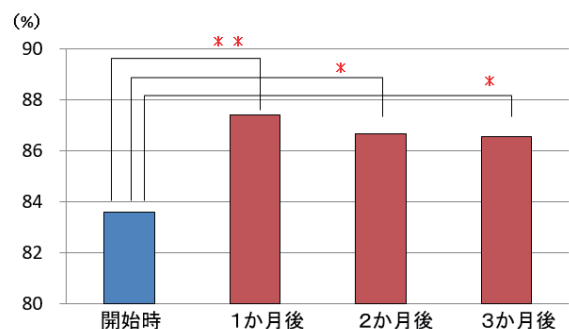
認知症高齢者の食事時の徴候・症状(傾眠、拒食、徘徊・多動)等に対して、管理栄養士が食事の観察等を通じて、適切な栄養ケアを実施することで、食事時の徴候・症状の発生頻度が低減し、食事が改善した。

認知症高齢者の食事時の徴候・症状の頻度の軽減



開始時 ■ * : P < 0.05 介入対象者 (N = 108)
 ウィルコクソンの符号付き順位と検定 (有意水準補正)
 3か月後 ■

認知症高齢者の食事摂取量 (%) の変化



* : P < 0.05 * * : P < 0.001 介入対象者 (N = 108)
 食事摂取量: ウィルコクソンの符号付き順位と検定 (有意水準補正)

田中他. 介護保険施設における認知症高齢者の食事時の徴候・症状に対する栄養ケアの有効性. 日本健康・栄養システム学会誌, 2013; 13(2): 14-22

⑯ 認知症高齢者の栄養食事支援のポイント

栄養食事支援の流れ

- ケア記録や介護職等からの情報を得るとともに、ミールラウンド等を行い、食事量や食事に影響を与えている食事時の徴候・症状を分かりやすく具体的に記録する
- 食事摂取量や体重が変化しているかどうかを把握する
- 担当者会議に参加し、ケアプランに記載し、継続して記録する。

(例)

- 食事の後半に眠り込む (傾眠)
- 白いご飯が認識しにくい (失認)
- 食事の後半に全部混ぜる (失認)
- 近くの皿しか食べない (失認)
- 肉が残ることが多い (拒食、偏食)
- みそ汁に毒が入っている (妄想)
- 隣の人の食事に手を出す (盗食)
- 食事時何度も立ち上がる (徘徊、多動)

⑰ 食事時の徴候・症状…傾眠

- 認知症の進行とともに、夜間の不眠や日中のうたた寝が増加する傾向にある。原因としては身体機能の衰え、食事環境などが考えられるが、疲労も一つの要因となることがある。
- 脳血管性認知症、アルツハイマー認知症ともに見られる。
- 栄養食事支援の要点**…その日の体調や時間帯と関連することが多いため、聞き取り、記録から適切に把握し、食事への影響を評価する。



観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・ 食事時にうたとしている	覚醒を促すため声かけする
・ 食事時に意識の混濁がみられる	覚醒を促すためのポディータッチ
・ 食事時に閉眼している	声かけて覚醒状態を確認し自力摂取を促す。または食事介助する。
	食事時間を覚醒時に変更する
	薬剤の確認し副作用の可能性を報告する

- ◆ **傾眠の栄養ケア内容**…
- ◆ 配膳時間の変更
 - ◆ 食事中の声かけ・ポディータッチ
 - ◆ 覚醒状態を確認
 - ◆ 食事介助
 - ◆ 食事量増大効果→栄養補助食品・濃厚流動食
 - ◆ 食形態の見直し
 - ◆ 投与薬剤の確認

平成21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)施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究(委員長 井形昭弘)「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美より

⑱ 食事時の徴候・症状…食事時の失認

- 視知覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象物を食事として理解することができなくなる。空間における物と物との位置関係が理解できなくなり、日常使用しているものを触っても判断できない。主にアルツハイマーに見られる。
- **栄養食事支援の要点**…食事に視線が向かない、介助しないと食べられない、食器具が認識できない等は食事時の観察、他職種の介助状態の聞き取り等から把握し、食事量等の変化を評価する。

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・ 食事であることが分からない	「食事ですよ」と声かけをする
・ 食事を混ぜ合わせる	声かけをしながら一皿ずつ順番に提供する
	スプーンや箸を直接持たせて最初の一口を食べてもらう(介助して食べてもらう)
・ 食器や食品で遊ぶ	食事時間を知らせる
・ 食べたことを忘れる	食器の色を変更する
・ 食器の位置や食品との位置関係が分からない	

- ◆ **食事の失認の栄養ケア内容**
- ◆ 色の付いた食器
 - ◆ 始まりの声かけ
 - ◆ スプーンや箸の手渡し
 - ◆ 一皿ずつの提供
 - ◆ 食事介助
 - ◆ 献立の説明
 - ◆ 食事の特徴付け(ランチョンマット、食札等)等

平成21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)施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究(委員長 井形昭弘)「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美より

⑱ 食事時の徴候・症状…拒食

- 認知症高齢者では、しばしば食欲の低下がみられ、精神的な原因で食事を拒否するいわゆる拒食の場合もある。また、必ずしも食事を拒否しているとは限らないこともある。
- 脳血管性認知症、アルツハイマーでも見られる。
- **栄養食事支援の要点**…**食べられなかった量より、食べられた量を中心に把握**し、評価する。

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
<ul style="list-style-type: none"> • 食事を拒否する • 水分を拒否する 	<ul style="list-style-type: none"> • お気に入りのものを置いたり、本人専用の食器を用いたり、落ち着く環境を提供する
<ul style="list-style-type: none"> • 食事介助を拒否する 	<ul style="list-style-type: none"> • 嗜好に応じたものを提供する • 時間を変えたり、食事の匂いにより食欲を刺激する

平成21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)施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究(委員長 井形昭弘)「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美)より

⑳ 食事時の徴候・症状…偏食

- 認知症における偏食は、病状の進行とともに食事の嗜好の変化が起こりやすくなるため、決まった食品ばかり食べたり、反対に決まった食品を拒否する等が見られる事も多い。
- **栄養食事支援の要点** 特定の献立の残菜量や訴えを把握し、食事量を評価する。また、長期的な体重変化や体調も考慮する。

◆ 偏食の栄養ケア内容…

- ◆ 食器の変更
- ◆ なじみのある食器への変更(湯のみ、茶碗等)
- ◆ 味を言葉で説明する
- ◆ エネルギーの確保を優先 等



②① 食事時の徴候・症状…興奮・大声・暴言・暴力

- 興奮・大声・暴言等は、自分の行うことを止められるなど、人との関係の中や環境で引き起こされることが多い。特定の状況で出現することもある。急に出現することもある。
アルツハイマーに多く見られる
- **栄養食事支援の要点**…興奮等は決まった時間や状況(夕刻、便秘等)で現れることが多いため、本人の落ち着いた時間帯、状況を把握し、食事量、嚥下状態への影響を評価する

観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・ 食事時に興奮・大声をあげる	興奮状態をなだめるよう声かけをして落ち着いて食事ができるようにする
・ 介助者等に暴言・暴力をふるう	本人の訴えを傾聴する
	落ち着いている時間帯に食事を提供する
	静かな別室等、落ち着く環境を提供する

平成21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)施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究(委員長 井形昭弘)「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美より

②② 食事時の徴候・症状…徘徊・多動

- 徘徊は、歩き回る行動であるが、何らかの理由が存在することが多い。摂食行動への影響としては、歩き回りたいという衝動が強いために食べることに集中を欠く。
- **栄養食事支援の要点**…食事時の観察から多動、立ち上がり、徘徊の回数を把握し、食事量の変化や影響について評価する。

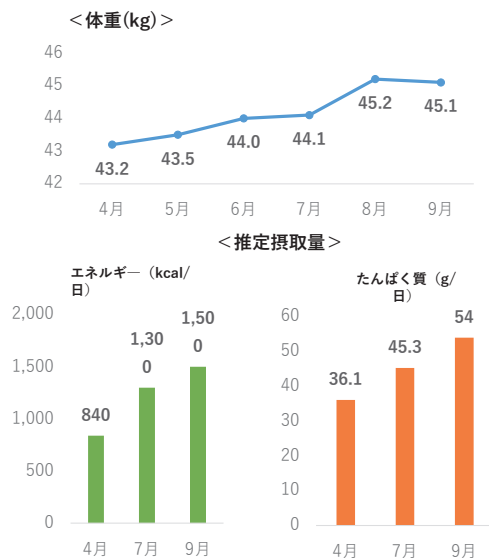
観察の要点	対応する栄養・食事ケアの内容例
・ 食事時に席を離れて歩く	本人が落ち着いて食事できる環境を作る
・ 食事時に席から立ち上がろうとする	やさしく声かけして席まで誘導し、自分の席で食べていただく
・ 食事時に落ち着かない様子である	本人の決まった食器等を使用する

平成21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)施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究(委員長 井形昭弘)「認知症を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント(食生活支援を含む)班」研究班長杉山みち子、副班長田中和美より

認知症GHにおいて管理栄養士が 連携した栄養管理の実際

⑳ 認知症GHにおいて併設に介護保険施設の管理栄養士が連携した栄養管理の事例A

○ 認知症GHの利用者が提供されているきざみ食によって「むせること」が頻回になり、体重が減少してきた。このことに不安を感じた管理者より管理栄養士に相談があった。管理栄養士がミールラウンドをしたところ食形態の不適合が発覚し、食形態の変更やその対応を管理者に提案・説明し、3、6カ月目には食事摂取量が増加し、体重増加がみられた。



対象者：84歳女性/要介護度3/認知症（日常生活自立度Ⅱb）

スクリーニング：BMI17.9kg/m²・摂食嚥下リスク(+)

アセスメント：

- ミールラウンド
 - 何度も飲み込んでいるが口腔内の残渣がなかなか減らず、お茶を飲むときにむせている
 - 食べ残しだけでなく、食べこぼしも1~2割程度ありそう
- 管理栄養士による聞き取り
 - むせるのがつらく、途中で食事が嫌になってしまうと話される
 - 甘いものが好き

栄養診断：

- P（問題）：低体重
- E（原因）：食形態の不適合による経口摂取量不足
- S（兆候・症状）：BMI17.9、食事時のむせ

栄養ケア計画：

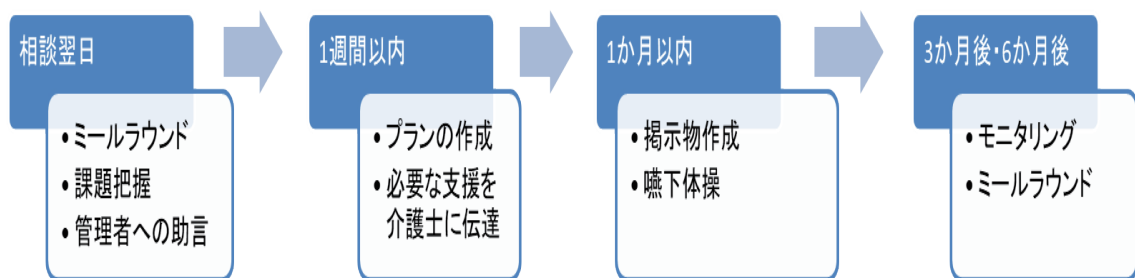
- 提供栄養量 エネルギー1,500kcal/日、たんぱく質54g/日、水分1,200ml/日
- 食事形態をきざみ食→学会分類コード3のソフト食に変更
- 飲み物も中間のとりみをつける
- 本人と相談し、食事の前に嚥下体操を実施する

平成医療福祉グループ

30

②④ 認知症GH: 栄養管理体制の流れ(例)

特養と併設の認知症GHの管理者より、最近、食事時にむせてしまうAさんががだんだん体重減少していたが、スクリーニングによって、低栄養の中リスクだったと、介護支援専門員を通じて特養の管理栄養士に相談があった。当該管理栄養士は、以下の栄養管理体制の手順によって対応した。



平成医療福祉グループ 31

②⑤ 認知症GH: 管理栄養士によるミールラウンドによる課題把握と助言内容

○ミールラウンド実施



○把握された課題と解決のための管理者への助言内容

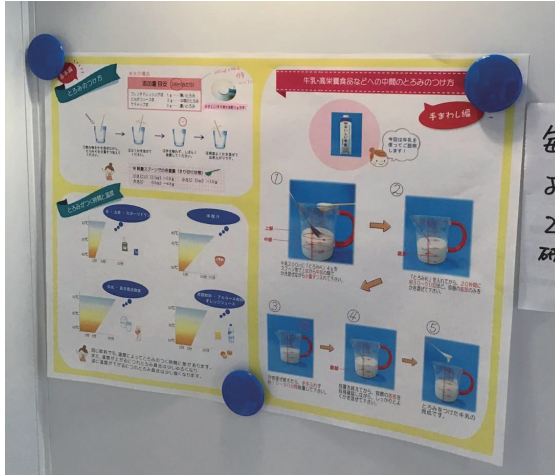
- ・ 頸部後屈あり ⇒ ティルト式の車いすに変更
- ・ 嚥下機能低下に伴い、口腔内に食残が多量にみられる
⇒ 食形態変更 (嚥下しにくいきざみ食からソフト食へ・介助時は交互嚥下に注意)
- ・ お茶を飲むとムセ込み頻回 ⇒ 中間のとりみ
- ・ 食事後半は疲労により自力摂取が難しい ⇒ 時間を決めて食事介助

平成医療福祉グループ 32

②6 認知症GH:管理栄養士によるポスター掲示と介護職員への説明

○とろみのつけ方

管理者に提案し承諾を得て、キッチンにトロミのつけ方についてのポスターを掲示し介護職員に具体的の実演説明（見える化）



平成医療福祉グループ

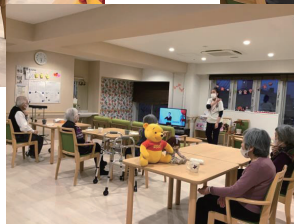
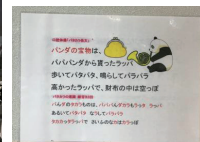
33

②7 認知症GHにおける栄養管理体制:嚥下体操(DVDの活用)

○嚥下体操(管理栄養士による)

毎食前に10-15分時間を設定。

身体全体を動かすためにDVDを見ながら「うめぼし体操」を毎回実施。その後介護職員により嚥下体操が日替わりで行われる。

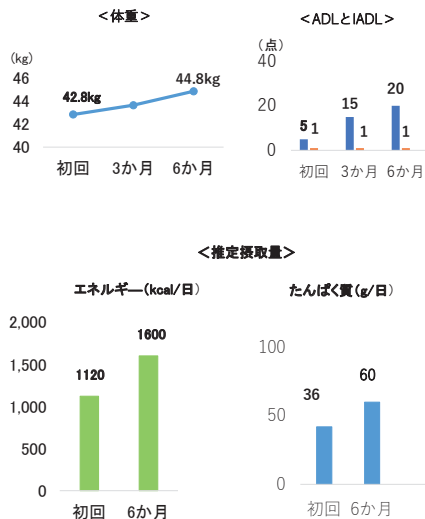


平成医療福祉グループ

34

⑳ 認知症グループホームから併設病院への入院・退院後に 管理栄養士による居宅療養管理指導および栄養ケア助言・指導を介護職に行った事例B

○本事例は、認知症グループホーム入所中、急性胃炎、誤嚥性肺炎により入院、14病日で退院、食事摂取量75%以下、低栄養状態、継続した栄養ケアが必要、認知症グループホームに訪問（居宅療養管理指導）、摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供ができるようアドバイス、食事摂取量の改善、体重増加を図ることができた



千春会病院

対象者: 88歳 女性/要介護度3/認知症高齢者(日常生活自立度Ⅱb)
認知症グループホーム入所/訪問診療/訪問看護

スクリーニング: 食事摂取量75%以下 低栄養
(BMI17.1kg/m² Alb2.4g/dl 摂食・嚥下リスク(+))

アセスメント:

- 退院前カンファレンス: 家族からの聞き取り:
 - 認知症グループホームでは何でも食べていた
 - 嚥下食や水分のとりみが必要なのか
 - 退院後に食事をしっかりと食べるようになってほしい
- 退院時: 認知症グループホーム管理者、介護職より聞き取り
 - 嚥下食は市販の介護食でしか準備できない
 - 普通の食事に戻してあげたい
- 管理栄養士による認知症グループホーム訪問
 - 認知症グループホームでも嚥下食の摂取量は少ない状況
 - 水分(汁物・お茶)はとろみ付きでもよく飲んでいる

栄養診断:

- P(問題): 経口摂取量の不足
- E(原因): 十分なエネルギーを摂取する能力不足
- S(症状・兆候): 食事拒否

栄養ケア計画:

必要栄養量 エネルギー1400kcal/日 たんぱく質50g/日 水分1500ml/日

- 管理栄養士が月2回、認知症グループホームに訪問(居宅療養管理指導)を行い、食事摂取量が少ない原因を食事記録の確認、訪問時のミールランドで分析し、改善を図っていく
- 摂食・嚥下機能と認知症状を考慮した食事提供ができるよう認知症グループホームにアドバイスを行っていく

㉑ 管理栄養士が利用者に適した 食事やおやつを提案します

- ・ 利用者の状態にあった食事
- ・ 弱い力でかめる食事
- ・ 少ない量でもカロリーやたんぱく質をしっかりとれる食事
- ・ カロリーやたんぱく質を手軽に補えるおやつ



苅部康子(介護老人保健施設 リハビリパーク舞岡栄養課長)

36

⑩低栄養のリスクが把握された利用者に対しては、管理栄養士は以下のよう
なアセスメントを行うことができます

病歴	現病歴・既往歴・手術や入院の有無
体重	現体重・通常体重・体重減少・体重増加
食事の内容	食事の回数、摂取栄養量(主食の摂取量、副食の摂取量)、水分摂取量、嗜好
食事の準備	調理担当者。買い物(坂道や階段の状況、重い物の運搬が困難、商店が少ない、買い物の経験が不足)、食事の準備(体力や気力の低下で食事の支度が困難、調理経験不足、食品の衛生管理が困難)
食事の留意事項	食事療法の必要性、食物アレルギー、服薬
口腔・嚥下	食事時の摂食・嚥下状況(小さくして食べる、飲み込みに問題)
食欲・食事の満足度	いつから食事の満足度や食欲が低下したのか 何か身体や生活の変化があったのか 聞き取り例：「食欲の最もある状態を5、ない状態を1とすると、利用者の現在の状態はどの位ですか？」
食事に対する意識	利用者・家族・食事準備担当者等の食や栄養に対する知識・調理・食べることへの認識などの主観的な事項。 聞き取り例：「お食事を作ったり、ちゃんと栄養をとらなければいけないという気持ちはありますか？」 食事づくりができるか、食事づくりの意欲があるか、食事づくりを支援する人がいるか、栄養等を考えて食べているか、食事の準備をしているかなども確認しながら聞き取る。
介護サービス	他の介護サービス等の有無をチェックする。現在利用されている、訪問介護等による食事介助、配食サービスなど調理支援の状況、本人の意向を確認する。

参考：栄養改善マニュアル（改訂版）平成21年3月「介護予防マニュアル」分担研究班（班長 杉山 みち子）より

⑪認知症GHの今日の食事の献立を書いてみましょう 管理栄養士が助言します

		主食	主菜	副菜	その他
食事時間	食事	ごはん パン そば・うどん など	焼魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
	(7 : 00) 朝				
	(12 : 00) 昼				
	(18 : 00) 夕				
	間食				

③②一日に何をどれだけ食べればよいか

野菜や海藻、きのこなど
1日4～5皿
ビタミンやミネラル多く
含み、体の調子を整えます。

副菜

主菜
肉や魚、卵、大豆製品(豆腐または納豆など) 毎日、
毎食1品。
主にタンパク質を多く含み、
体を構成するものになります。

主食
ごはんやパン、麺など、毎食1品。
一日のエネルギーの基本となる
もので炭水化物を多く含みます。

汁物
味噌汁など
1日に2碗

果物 **乳製品**
1日1回 果物(缶詰、ジュースなどもOK)、
乳製品(牛乳、チーズ、ヨーグルトなど)

39

③③多様な食品を摂りましょう



「さあにぎやか(に)いただく」

主食にプラス

・日付を入れ、その日食べた食品に○をつけましょう。
・いろいろな食品を食べることが健康長寿の秘訣です。1日7点が目標です。

日付	さ:魚	あ:油	に:肉	ぎ:牛乳	や:野菜	か:海藻	い:芋	た:卵	た:大豆	く:果物	○の数
1日目			○	○	○			○			4
2日目		○	○	○	○			○		○	6
3日目	○	○		○	○	○		○		○	7
4日目											
5日目											
6日目											
7日目											

「さあ、にぎやかにいただく」は、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取の多様性スコアを構成する10の食品群の頭文字をとったもので、ロコモチャレンジ!推進協議会が考案した合言葉です。

これら10品目のうち、7品目以上をバランスよく摂取している方は4年後にも高い身体機能を維持できると言われています。

苅部康子(介護老人保健施設 リハパーク舞岡栄養課長)

40

③④低栄養対策 おいしくしっかり食べましょう



ざるうどん
ゆで200g
たんぱく質合計 約5.2g



納豆卸しうどん (納豆80gと卵1ケ)
たんぱく質合計 約21.8g

たんぱく質は1食20gが目安です。たんぱく質は一度の食事に偏らず、毎回の食事から一定の量を摂ることが大切です。



サケ1切れ80g
たんぱく質17.9g



いわし1尾100g
たんぱく質15.8g



まぐろ赤身5.6切れ100g
たんぱく質26.4g



豚肉ロース70g
たんぱく質12.8g

苅部康子(介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長)

③⑤低栄養対策 中食しっかり食べましょう

「中食(なかしょく)」とは、外食と家庭での料理の中間にあり、惣菜や弁当などを買って帰り、家で食べることです。



食パン60g(6枚切り1枚)
158kcal たんぱく質5.7g



たまごとハムと野菜のサンドイッチ
飲み物 牛乳200ml
477kcal たんぱく質29.6g



コンビニ食材から賢くたんぱく質を摂りましょう!



卵1ケ
たんぱく質6.2g



牛乳1杯200ml
たんぱく質6.6g



鶏もも唐揚げ100g
たんぱく質17.3g



絹ごし豆腐100g
たんぱく質4.9g

42

③⑥管理栄養士が支援する例



買い物支援



限られた費用(500円)で**栄養のバランス**を考えて**買い物ゲーム**をします。新聞の折り込みチラシを用いた買い物支援も手軽に行えます。

町部康子 (介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長)

43

③⑦アプリを活用し効率化

主な健康管理アプリの特徴

サービス名	あすけん	カロママ	カロミル	FINC
記録できる主な項目(無料)	食事・体重・体脂肪・歩数・運動・睡眠時間・お通じ・調子・日記	食事・体重・体脂肪・歩数・運動・睡眠満足度・気分・メモ	食事・体重・体脂肪・歩数・運動	食事・体重・歩数・運動・睡眠・生理
特徴	AI栄養士が健康度を採点しアドバイス。食材やレシピも提案	タイムライン形式でAI管理栄養士とやりとりし、アドバイスをもらえる	食事写真の画像解析が高精度。栄養素を円形のレーダーチャートで表示	AIトレーナーがアドバイス。獲得したポイントで買い物ができる
料金	基本は無料。プレミアムサービスは月額480円	無料	基本は無料。血糖値の記録は月額240円	基本は無料。有料サービスは月額480円

出典：

2021年(令和3年)1月11日(月曜日)読売新聞12版 10頁

44

44

③⑧ 認知症高齢者の栄養食事支援の体制の確立

- 認知症高齢者の食事は生活の質に直結する
- ミールラウンド等を通じてよく観察し、「食べること」を阻害する、食事時の徴候・症状を把握する。
- 日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行う体制を作り、栄養管理体制加算 30単位／月を積極的に取得し、認知症高齢者の栄養食事支援を行いましょう。

資 料(調査票)

「認知症グループホームにおける栄養管理の実態に関する調査」

※グループホーム（認知症対応型共同生活介護）の管理者（ホーム長）または担当職員が記入してください。

I. 概要

問1 記入日を数字で記載してください。

2020年（ ）月（ ）日

問2 記入者はどなたですか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 管理者 2. 管理者以外の職員

II. 貴グループホームの概要（記入日時点の状況）

問1 事業主体について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 営利法人 4. NPO法人 5. その他

問2 同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 病院または診療所 2. 介護保険施設 3. 居宅介護支援事業所

問3 ユニット数を、数字で記入してください（認知症対応型共同生活介護の分のみ）。

ユニット数：（ ）ユニット

問4 グループホームの利用者数を要介護度別に数字で記入してください（いない場合は0人と記入）。

要支援1（ ）人 要支援2（ ）人 要介護1（ ）人 要介護2（ ）人
要介護3（ ）人 要介護4（ ）人 要介護5（ ）人

問5 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数を数字で記入してください（いない場合は0人と記入）。

自立（ ）人 I（ ）人 IIa（ ）人 IIb（ ）人
IIIa（ ）人 IIIb（ ）人 IV（ ）人 M（ ）人 不明（ ）人

問6 グループホームのスタッフのうち、下記の資格を持つ人数を数字で記入してください。
(専任・兼任を合わせた実人数。いない場合は空欄ではなく0人と記入してください)。

介護福祉士^a () 人 看護師^b () 人 管理栄養士^c () 人

a. 介護職員初任者研修修了者(ホームヘルパー2級相当)は含まない b. 准看護師を含む c. 栄養士を含む

Ⅲ. 利用者の栄養・食事について(※記入日までの最近1か月間の状況をお答えください)

問1 利用者ごとに栄養状態を考慮した量(エネルギー量)の食事が、毎食提供されておりましたか？
あてはまる番号1つに○をつけてください。なお行事食は除いて考えてください。

1. 提供していた(提供量は個人ごとに設定するように考慮した)
2. 提供しなかった(提供量は個人ごとに設定していなかった) 3. わからない

問2 食事の個別対応として、栄養素の調整(タンパク質・炭水化物・脂質・塩分のいずれかの制限)を行った利用者がいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. いた(毎食分調整が1人以上) 2. いなかった 3. わからない

問3-i 利用者の食事提供・栄養管理に関して不安はありましたか？(あてはまるものすべてに○)

1. あった 2. なかった 3. わからない



ii それほどのようなものでしたか？あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. やせ 2. 肥満 3. 糖尿病や腎臓病などの食事療法
4. 食欲不振 5. 食事時の失認・偏食・傾眠などの行動心理症状
6. 誤嚥・窒息 7. 食事形態の適正 8. 咀嚼
9. 嚥下 10. その他

Ⅳ. サービス担当者会議での情報共有について(※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください)

問1 体重の情報が共有されていた利用者*は次のどれですか？(あてはまる番号1つに○)

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. 全くいなかった 4. わからない

問2 低体重者(BMI18.5未満)であるかどうかの判断が共有されていた利用者*は次のどれですか？

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. 全くいなかった 4. わからない

問3 咀嚼または嚥下の問題があるかどうかの判断が共有されていた利用者*は次のどれですか？

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. 全くいなかった 4. わからない

問4 食事摂取量が少ないかどうかの判断が共有されていた利用者*は次のどれですか？

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. 全くいなかった 4. わからない

* 議題に挙がらなくても情報を把握できる状態であれば共有したとみなす。資料や口頭など手段は問わない。

V. 食事の問題への対応について（※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください）

問1- i グループホーム利用者のケアプラン作成の際に低栄養などの食事の問題への対応について議論されていた利用者はいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. いた 2. いなかった 3. わからない

ii そのうち、実際にケアプランに盛り込まれた利用者はいましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. いた 2. いなかった 3. わからない

iii 低栄養改善のための対応には、どの専門職が関わっていましたか？あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 介護福祉士^a 2. 医師 3. 看護師^b 4. 管理栄養士^c
5. 歯科医師 6. 歯科衛生士 7. 言語聴覚士 8. その他

a. 介護職員初任者研修修了者（ホームヘルパー2級相当）は含まない b. 准看護師を含む c. 栄養士を含む

iv 「2. いなかった」の理由について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 相談できる専門職がないから 2. 介護報酬を算定できるサービスがないから
3. 効果や意義がありそうな対応が思いつかなかったから 4. 手間がかかるから
5. 優先度が高い問題ではないから
6. その他（具体的に: _____)

問2 食事・栄養に問題がある利用者に対して、管理栄養士による助言や支援が必要ですか？あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. はい 2. いいえ 3. わからない

VI. 栄養スクリーニング加算について（※記入日までの最近6か月間の状況をお答えください）

問1 栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いましたか？

あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. いた 2. いなかった 3. わからない

ii 加算が算定された利用者について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 全員分 2. 一部の利用者の分 3. わからない

質問は以上です。ご回答ありがとうございました。

記入もれがないか、いま一度ご確認の上、同封の封筒でご返送ください。なお集計結果は、Webページ（<http://www.j-ncm.com/>）に掲載予定です。

栄養管理を行うにあたって必要だと考えることがあれば下記に記載してください。

自由記載：

「インタビュー調査」のお願い

調査にご協力いただいた事業所の中から、特に先進的な取り組みをされている一部の事業所（モデル事業所）を選出し、WEBや電話によるインタビューで改めて取り組みをお聞きすることで、グループホームにおける栄養管理のあり方を提示したいと思っております。インタビューの時間は45分程度を予定しております。今後予定している「インタビュー調査」への協力いただける場合には、下記にご記入ください。なお調査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、ご安心ください。

ご担当者の姓名（カタカナ）：

お電話番号：

電話を受けるのに都合の良い時間： _____ 曜日 _____ 時頃

メールアドレス：

□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

「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」事務局

担当：遠又靖丈・高田健人・長瀬香織・浅見桃子・加納亜紀子

メールアドレス：ncmgh2020survey@gmail.com

令和2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）
『認知症対応型共同生活介護における栄養管理の在り方に関する調査研究調査研究事業』

2021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】