

令和3年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

『介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する
調査研究事業』
報告書

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

令和4（2022）年3月

ご挨拶

一般社団法人日本健康・栄養システム学会は令和3年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受け、「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」（委員長 杉山みち子）に取り組んできました。

令和3年度介護報酬改定においては、『栄養マネジメント加算』が全国の9割を超える施設で算定されるようになったことから、同加算の要件は施設運営基準に包括され（『栄養マネジメント加算』の廃止）、栄養ケア・マネジメント（NCM）を実施していない場合は減算の対象となるとともに、『栄養マネジメント強化加算』の新設によって管理栄養士の体制強化や丁寧な栄養ケアの実施等が評価されることとなった。当該加算の算定要件は、1. 管理栄養士を常勤換算方式で入所者50人に対して1人以上（ただし、常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して1人以上）という比例配置をすること、2. 低栄養状態のリスクが高い入所者（中高リスク者）に対して管理栄養士による食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行うことや退所時の栄養食事相談や栄養情報連携等の丁寧な栄養ケアを行うこと、3. 低栄養状態の低リスク者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応すること、4. 科学的介護情報システム（LIFE）への入所者個別の栄養情報のデータの提供とフィードバック）の活用等とされた。そこで、『栄養マネジメント強化加算』の算定施設における体制や取組みにおける実態や課題について、算定していない施設における課題も含めて調査することとなった。

これらの介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントの推進のために、施設実態調査、管理栄養士の業務時間調査及びインタビュー調査を行い、これらから把握された課題や要望に対応して、『令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの手引き(初版)』を作成したので、広く活用いただけることを期待している。また、本学会としては本事業終了後に当該手引きによる全国研修（WEB）を予定している。

本調査研究事業の成果が、利用者の栄養の維持・改善及びエンド・オブ・ライフに至るまでの「口から食べる楽しみを支援の充実」のための効果的な栄養ケア・マネジメントに寄与することを願っている。

なお、本学会としては、学会として育成した臨床栄養師とともに、施設入所高齢者のみならず在宅高齢者の「口から食べる楽しみの支援の充実」のため栄養ケア・マネジメントの推進に貢献できるよう、今後も研究・教育活動に取り組んでいくこととしている。

令和4年3月

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3年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）
「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

検討委員会

- 榎 裕美 愛知淑徳大学 教授(学会理事)：
インタビュー調査責任者・手引き作成
- 大原里子 大原歯科医院
- 岡本節子 十文字学園女子大学 准教授：業務時間調査
- 加藤すみ子 日本栄養士会理事
- 苅部康子 介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課 課長：
インタビュー調査・手引き作成
- 古明地夕佳 十文字学園女子大学 准教授：業務時間調査責任者
- 小山秀夫 兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授(学会事務局長)
- 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学 名誉教授（学会専務理事）
- 高田健人 十文字学園女子大学 講師：施設実態調査責任者
- 田中和美 神奈川県立保健福祉大学 教授(学会理事)：
インタビュー調査・手引書作成
- 谷中景子 医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科 統括主任：
インタビュー調査・手引書作成
- 堤亮介 平成医療福祉グループ 栄養管理部 課長：
手引書作成責任者
- 遠又靖丈 神奈川県立保健福祉大学 准教授：疫学・統計
- 長瀬香織 文教大学 講師：業務時間調査
- 長谷川未帆子 大和市役所 健康づくり推進課 管理栄養士：
施設実態調査・手引書編集
- 三浦公嗣 学校法人藤田学園 顧問、藤田医科大学 教授（学会理事長）
○委員長（ ）：学会役員

手引書作成協力

木下福子 特別養護老人ホーム グリーンヒル 副施設長

研究事務補助

萩原奈緒 日本健康・栄養システム学会

事務局

駒形公大 日本健康・栄養システム学会

目 次

研究概要	2
I. 介護老人福祉施設・介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメントの 取り組み－2021年度施設実態調査－	
はじめに	19
方 法	21
結 果	23
考 察	31
結 論	42
文 献	44
表一式	49
II. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの業務に関する研究 －業務時間調査－	
はじめに	65
方 法	66
結 果	67
考 察	79
結 論	84
文 献	86
図表一式	88
III. 介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する研究 －インタビュー調査－	
はじめに	103
方 法	103
結 果	104
考 察	105
結 論	109
文 献	110
表一式	112

IV 手引書の作成	121
-----------	-----

資料 調査票

施設実態調査	124
業務時間調査	131

『令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き(初版)』	139
--	-----

令和3年度老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態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

本研究は、令和3年度介護報酬改定後の介護保険施設における『栄養マネジメント強化加算』等に対応した現行の栄養ケア・マネジメント（以下、NCM）における課題の整理を目的とし、Ⅰ．施設実態調査、Ⅱ．管理栄養士の業務時間調査、Ⅲ．インタビュー調査を行い、把握された課題に対応してⅣ．NCM実務のための手引きを作成した。

Ⅰ．施設実態調査

全国の特養・老健から3割を無作為抽出した3,054施設の常勤管理栄養士を対象者として、無記名の自記式調査票（全84項目）を郵送し、556施設から回収された（回収率18.2%、母集団の4.9%）。栄養マネジメント強化加算は回答施設の40%以上で算定され、算定施設は入所者数が少ない小規模な施設が多いものの、加算算定を理由とした管理栄養士の新規採用も進んでいると推察された。一方、①『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』の具体的な実務（統一されたケア計画様式の使用など）、②施設間連携、特に施設入所前の医療機関との連携、③管理栄養士がミールラウンドや利用者・家族との面談等に専念するための業務のICT化やマニュアル化（LIFEの活用を含む）が必要とされた。また、当該加算算定が通所サービスや認知症グループホームでの栄養管理を推進し地域の在宅高齢者への展開が期待された。そのため、令和3年度介護報酬改定に対応したNCM実務のための手引きの必要性が明らかになった。

Ⅱ．業務時間調査

Ⅰの協力施設等の常勤管理栄養士を対象に3日間10分間ワークサンプリングによる自記式業務時間調査を行い、51施設（有効回答率23.1%）の管理栄養士72人のデータを分析した。①特養・老健の業務時間の上位を『NCMに関する業務』が占め、『給食に関する業務』は上位の2割程度と、管理栄養士の業務は従来の給食からNCMへと大きく転換していた。「栄養マネジメント強化加算」の算定によって、ミールラウンド、栄養ケア計画の作成、情報収集やカンファレンスの業務時間が上位を占め、給食に関する業務は、50分程度短縮していた。なお給食形態が直営であるか委託であるかということは、特養においてミールラウンド等の時間に影響していた。管理職はマネジメントが上位に位置し、多岐にわたる業務を短時間で行っていた。いずれの分析においても全業務項目数の2割程度が全業務時間の8割程度を占めていた。

Ⅲ．インタビュー調査

特養・老健各10施設の管理栄養士を対象として、別途作成したインタビューガイドに基づいたグループインタビューをオンラインにより行い、栄養マネジメント強化加算が経営的及び実務的に評価され、頻回なミールラウンドにより多職種連携が強化されていることが確認された。さらに、実務のための手引きの作成と研修が求められていることが明らかになった。

Ⅳ．手引きの作成

Ⅰ～Ⅲで明らかになった課題解決のために「令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き（初版）」を作成した。日本健康・栄養システム学会によって、今後、当該手引きを用いた全国研修が行われる。

研究概要

本事業は、令和3年度介護保険改定後の介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントに関わる多岐にわたる業務内容の実態を把握し、課題の整理することを目的とし、介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに関するⅠ.施設実態調査、Ⅱ.業務時間調査及びⅢ.インタビュー調査を行い、さらに、これらの調査結果から把握された課題の解決に活用できる『令和3年度介護保険改定対応:介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き(初版)』の作成を、栄養ケア・マネジメントの実務の円滑な推進に寄与するために行った。

Ⅰ. 介護老人福祉施設・介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメントの取り組み—2021年度施設実態調査—

本研究は、令和3年度介護報酬改定から6か月後の介護老人福祉施設(以下、特養)及び介護老人保健施設(以下、老健)における、栄養ケア・マネジメントの体制や実務における課題を把握することを目的にした。全国の特養・老健のうち地域ブロック、床数別に階層化し3割無作為抽出し、3,054施設(特養1,928施設、老健1,126施設)の常勤管理栄養士を対象者として、無記名の自記式調査票の郵送による横断的調査を実施し、特養356件、老健200件の全556件が回収された(回収率18.2%)。次の1～3のように課題の整理を行い、その課題解決のための対応について検討した。

1. 介護保険施設(特養及び老健)における栄養ケア・マネジメントの体制や取り組み

特養及び老健における介護報酬改定から6か月後の栄養ケア・マネジメントの体制や取り組みの実態が明らかとなった。回収数は母集団である特養、老健の4.9%にであった。回答施設には栄養ケア・マネジメントに関する調査への関心が高く、介護報酬改定を踏まえた栄養関連加算の算定や管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの体制強化、プロセス実施を先進的に実施している施設が多く含まれたと考えられる。日本健康・栄養システム学会が平成28年度及び令和元年度に老人保健事業推進費等補助金の交付を受けて実施された全国実態調査の結果とも比較して検討を行った。

(1) 入所者100名当たりの低栄養状態中高リスク者数

低栄養状態の中高リスク(調査時)が入所者100名当たり特養平均57.1(SD19.3)人、老健平均56.3(SD19.1)人であり、平成28年度調査の特養平均53.4人、老健平均49.4人、令和元年の調査

の特養平均51.8人、老健平均48.4人と同様に高い割合だった。この要因として、新規入所時、すなわち入所前の時点ですでに低栄養リスクを有している高齢者が一定数いることがあげられ、施設入所者の低栄養の問題については医療と介護が強力的に連携し、入所時から早期に対応することが不可欠である。

(2) 在宅への退所、誤嚥性肺炎による入院、経口維持の看取り

過去6か月間の入所者100人当たりの人数は、在宅への退所が特養平均0.2(SD1.1)、老健平均24.4(SD29.1)人($p<0.001^*$)、誤嚥性肺炎による入院が特養平均3.3(SD3.9)人、老健平均2.4(SD3.3)人($p=0.009^*$)、経口摂取を維持した看取りが特養平均6.1(SD5.8)人、老健平均4.0(SD4.6)人($p<0.001^*$)であった。なお過去の調査結果と比較すると、令和元年度調査では入所者100人当たりの在宅への退所は老健4.7人/月であり、今回とは調査期間が異なるので今回の調査結果を1か月あたりにすると4.1人となり今回がやや下回る。同じく誤嚥性肺炎による入院は令和元年度調査では特養0.7人/月、老健0.5人/月であり、今回の結果を1か月あたりにすると特養0.6人、老健0.4人ほぼ同等、経口摂取を維持した看取りは令和元年度調査では9.4人/月であり、今回の結果を1か月あたりにすると特養1.0人、老健0.7人で今回が下回った。(*特養と老健の比較, マンホイットニーU検定)

(3) 管理栄養士の配置と新規採用

『栄養マネジメント強化加算』の算定の要件は入所者50名につき管理栄養士を常勤換算で1名以上配置すること(常勤栄養士を配置し給食管理を実施している場合は入所者70名につき1名以上)である。本調査では特養の26.7%、老健の31.5%が常勤管理栄養士を2名以上配置、入所者100人当たりでは特養の48.6%、老健の39.5%が常勤管理栄養士を2名以上配置していた。さらに特養の9.6%、老健の15.5%が当該加算算定を理由に新規に常勤管理栄養士を採用していた。これに基づけば全国の施設では約1,300名の管理栄養士が新規に採用されたと推算されるが、対象施設の回答バイアスを考慮すれば実際にはこの人数よりも少ないと考えられる。『栄養マネジメント強化加算』が管理栄養士の雇用に対して一定の影響があり、今後もこの影響は続くことが予測される。新規に採用される管理栄養士に対しては、栄養ケア・マネジメントの質の向上の観点から研修の機会が提供される必要がある。

(4) 栄養マネジメント強化加算の算定状況

『栄養マネジメント強化加算』を算定している施設は特養、老健ともに4割以上であった。前述のとおり当該加算算定を理由に常勤管理栄養士を新規に採用した施設は特養9.6%、老健15.5%であり、人員要件については既に満たしていた施設が多いと考えられる一方、非算定の施設においては管理栄養士の新規採用が課題となっている。また、LIFEへの情報提供体制は提供に伴う事務作業の増加が加算算定施設においても困難事項として最も多く挙げられており、効率的な電子システムの導入とシステムの習熟が必要であったと考えられる。

(5) 再入所時栄養連携加算の算定状況

『再入所時栄養連携加算』を算定している施設は特養14.9%、老健33.0%であったが、調査月1か月間の算定件数の平均はともに0件であり、実際には殆ど算定されていなかった。算定要件は「施設の入所時には経口により食事を摂取していた入所者が、医療機関に入院し、入院中に経管栄養、嚥下調整食の新規導入となり、退院後すぐに施設へ再入所すること」とあるが、非算定の理由にも挙げられている通り、対象となる再入所者がいないことが最大の理由である。しかし、実際に経管栄養や嚥下調整食が新規導入された要介護高齢者においては退院後直ちに切れ目のない栄養管理を実施することは重要である。令和3年度介護報酬改定によりテレビ電話装置等のICT機器の活用が認められ、施設と医療機関の双方の設備体制が整うことが条件ではあるが医療機関を訪問するという業務上の負担は緩和された。しかし、当該加算の算定を推進し、効果を上げるためには、さらに再入所者の範囲を限定しない要件改定が必要であると考えられる。

(6) その他の栄養関連加算算定状況

経口維持加算Ⅰ算定ありが特養42.7%、老健61.0%($p<0.001$)、経口維持加算Ⅱ算定ありが特養27.8%、老健47.0%($p<0.001$)と、経口維持加算Ⅰ・Ⅱの算定割合は令和元年度の調査結果とほぼ同じであり、また1か月間の算定件数(本文参照のこと)もほぼ同程度であった。令和元年度の調査結果では非算定の主な理由として人員不足、業務時間不足、嚥下評価困難があげられていたが、このうち人員不足と業務時間不足については栄養マネジメント強化加算の算定が広がることで、管理栄養士の増員とミールラウンドの実施につながることを期待される。栄養ケア・マネジメントの体制の強化によって、これまで経口維持加算を算定できていなかった施設が算定できるようになること、これまで経口維持加算を算定していた施設もさらに多くの対象者にミールラウンドを実施し算定件数を伸ばすことが、より多くの施設入所

者の「最期まで食べる楽しみを支援する」ことに寄与すると考えられる。（†特養と老健の比較, χ^2 検定）

（7）『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』によってよくなったと感じること

令和3年介護報酬改定における主要なテーマであった『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』によってよくなったと感じることとして、「日常の職種間の情報連携に頻度が増えたこと」、「利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになったこと」が挙げられており、専門職による円滑な連携へとつながっていた。一方、これらの専門職による各種計画書について一体的に記入できる様式の導入については、後述の栄養ケア・マネジメントのプロセス「栄養ケア計画は、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のサービス内容が統一された書式（帳票）の中に記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）」を実施したと回答した施設が約4割にとどまっており、具体的な実務への反映には時間を要していると考えられ、今後も啓発研修や具体的な取組みの収集事例の公表が必要とされた。

（8）給食業務形態、管理栄養士の業務時間割合、の関連書類の記入・管理方法

特養では給食業務が『直営』の施設が約4割であり、老健と比べても高い割合であった（特養41.3%、老健27.0%（ $p<0.001$ †））。また管理栄養士の自己評価による業務時間割合は、特養では老健と比べて給食に関する業務の割合が高かった。（「栄養管理業務」が特養平均58.4(SD19.5)%、老健平均64.7(SD19.4)%（ $p<0.001$ *）、「給食管理業務」が特養平均31.0(SD17.5)%、老健平均27.0(SD17.2)%（ $p=0.005$ *））。すなわち特養では施設の管理栄養士が相対的に給食管理業務にエフォートを割いていることが示唆される。給食管理業務は単純に削減すればよいというものではないが、栄養マネジメント強化加算の算定要件では「常勤栄養士を配置し給食管理を実施している場合は入所者70名につき1名以上」としているように、管理栄養士が十分な時間をかけてミールラウンドを実施するためには給食管理業務を担う必要な人員配置と業務の効率化が求められる。

また、「栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理に市販のソフトを使用している」施設が多く、特養で老健と比べて高い割合であった（特養54.8%、老健45.5%（ $p=0.030$ †））。一方、「印刷した様式に手書きで記入・管理している施設」は老健で特養と比べて高い割合で

あった（特養3.9%、老健14.5%($p<0.001$ †)）。栄養管理業務の業務時間が老健で高い割合であったが、このような書類管理業務は効率化すべきであると考えられる。

（*特養と老健の比較, マンホイットニーU検定, †特養と老健の比較, χ^2 検定）

（9）栄養ケア・マネジメントの体制と実施状況について

栄養ケア・マネジメントの体制と実施状況について実施したと回答した割合が低い項目には、「LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用」（特養10.1%、老健15.0%）、「栄養ケア計画を栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式(帳票)の中に記録」が特養40.2%、老健34.0%、「1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めた」が特養39.9%、老健48.5%であった。いずれも令和3年度介護報酬改定を受けての取組みが必要なものであった。また、専門資格のための施設外の研修会への参加、低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取り、栄養ケア・マネジメントの質の向上を目的とした多職種カンファレンスが低い割合であった。令和3年度介護報酬改定以降のこれらの広範な課題に対応するため、栄養ケア・マネジメントの新たなマニュアル(手引き)の作成と研修の機会が必要とされた。

2. 栄養マネジメント強化加算の算定施設における課題について

栄養マネジメント強化加算の算定は、特養、老健ともに40%以上の施設で行われていた。令和3年10月介護給付費等実態統計により、全国の当該加算の算定率が特養約23.2%、老健約25.3%であったことから、回答施設は栄養ケア・マネジメントに関する調査への関心が高く、全体として介護報酬改定を踏まえた栄養関連加算の算定や管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの体制強化、プロセス実施を先進的に実施している施設が多いと考えられる。したがって、回答バイアスには留意する必要があるものの、栄養マネジメント強化加算『算定あり』施設と『算定無し』施設の群間比較においては、統計的に有意な差をもって『算定あり』施設の特性を明らかにするために十分な回答数であった。

（1）定員数、入所者数、管理栄養士の複数配置と新規採用

栄養マネジメント強化加算『算定あり』は『算定無し』と比べて平均定員数および入所者数が少なかった（入所定員数が特養で『算定あり』平均68.2(SD21.8)床、『算定無し』平均79.4(SD26.6)床($P<0.001$ *)、老健で『算定あり』平均85.1(SD24.7)床、『算定無し』平均

94.8(23.9)床($p=0.010^*$)、入所者数が特養で『算定あり』平均65.8(SD20.8)人、『算定無し』平均75.9(24.8)人($p<0.001^*$)、老健で平均『算定あり』74.5(SD22.4)人、『算定無し』平均84.0(24.4)人($p=0.009^*$)であった。これは、比較的小規模な施設では管理栄養士は1人配置によって当該要件は満たしやすいためであると考えられる。令和2年度の厚生労働省特別集計によると定員100人以上の特養、老健においても管理栄養士を2名以上配置している施設は17%程度とされ、大規模な施設において算定要件を満たす管理栄養士の複数配置を今後進めていくことが求められる。また、加算算定を理由に新規に管理栄養士を採用した施設が特養、老健ともに『算定あり』では『算定無し』よりも多く、特に老健では『算定あり』の31.9%が常勤管理栄養士を新規採用していた(特養で『算定あり』15.7%、『算定無し』5.2%($p<0.001^\dagger$)、老健で『算定あり』31.9%、『算定無し』2.0%($p<0.001^\dagger$))。

栄養マネジメント強化加算は11単位/日で、入所者100名に対して算定すれば1か月で33万円程度の加算収入となる。管理栄養士の複数配置によるプロセス(他の栄養関連加算算定や併設サービスへの波及を含む)やアウトカムにおける効果と合わせて総合的に評価することで、管理栄養士の新規採用にもつながると考えられる。(*『算定あり』と『算定無し』の比較, マンホイットニーU検定, †『算定あり』と『算定無し』の比較, χ^2 検定)

(2) 在宅への退所

老健の在宅への退所は『算定あり』で多く、令和3年4月1日～9月30日の6か月間で入所者100名当たり平均28.3(SD24.5)人であった(『算定無し』平均20.8(SD32.3)人 ($p=0.001^*$))。これは従来から積極的に在宅復帰の支援に取り組んでいた施設が当該加算の算定に速やかに対応できたと考えられる。老健では在宅復帰率向上のための多職種連携によるかかわりが一層求められている。今後は、当該加算の算定により在宅復帰支援のプロセスやアウトカムに寄与することを根拠として示すことが必要と考えられる。(*『算定あり』と『算定無し』の比較, マンホイットニーU検定)

(3) 給食業務形態、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法、管理栄養士の業務時間割合

特養では給食業務形態が「直営」の割合が『算定あり』で52.6%と高いにもかかわらず(『算定無し』31.1% ($p=0.001^\dagger$))、栄養管理業務時間の割合も大きかった(『算定あり』平均60.9(SD20.3)%、『算定無し』平均56.9(SD19.0)% ($p=0.044^*$))。その理由として、算定要件の

「常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して管理栄養士1人以上配置」を踏まえ、栄養士との適切な業務分担が行えていることと、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法が「市販のソフト」となっていることが関連していると推察される。老健に比べ全体的に小規模な施設の多い特養では、栄養マネジメント強化加算算定において、管理栄養士と栄養士との適切な業務分担と業務の効率化について検討することが重要である。また、老健では直営の割合は『算定あり』と『算定無し』と差がなかったが、『算定あり』施設では直営給食業務の主担当は栄養士が高い割合で担っており、管理栄養士の給食管理業務の割合は有意に低かった（『算定あり』平均23.8 (SD16.7)%、『算定無し』平均30.2 (SD17.4)% (p=0.015*)）。特養では「直営」であれば栄養士などの給食管理業務を担うスタッフの配置と業務のICT化、老健においても栄養士を適正に配置して業務を効率化することで、給食の質を落とさずに管理栄養士が栄養管理業務に専念でき、栄養マネジメント強化加算の算定に必要な頻回なミーラウンドを実施できる体制が整備されると考えられる。（*『算定あり』と『算定無し』の比較, マンホイットニーU検定、†『算定あり』と『算定無し』の比較, χ^2 検定）

（４）栄養関連加算算定状況

特養・老健ともに、栄養マネジメント強化加算『算定あり』施設では経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、再入所時栄養連携加算の算定割合が高かった（経口維持加算Ⅰ：特養で『算定あり』57.7%、『算定無し』35.3% (p<0.001†)、老健で『算定あり』81.1%、『算定無し』46.5% (p<0.001†)、経口維持加算Ⅱ：特養で『算定あり』36.4%、『算定無し』24.1% (p=0.015†)、老健で『算定あり』64.0%、『算定無し』34.3% (p<0.001†)、再入所時栄養連携加算：特養で『算定あり』26.1%、『算定無し』8.3% (p<0.001†)、老健で『算定あり』48.9%、『算定無し』22.2% (p<0.001†))。老健では経口移行加算の算定割合も高かった（『算定あり』46.6%、『算定無し』27.3% (p=0.006†)）。これら栄養関連加算算定においては多職種連携によるミーラウンドや入所時の施設間情報連携が求められ、栄養マネジメント強化加算の算定とあわせて、これらの加算の算定の推進が行われる必要がある。（†『算定あり』と『算定無し』の比較, χ^2 検定）

（５）『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』

栄養マネジメント強化加算『算定あり』と『算定無し』で有意な差がみられた項目はなかったが、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」は『算定あり』で高い傾向があった。今

後、さらに多職種連携の強化が推進される仕組みや啓発のあり方を検討していく必要があると考えられる。

(6) 栄養ケア・マネジメントのプロセス

栄養マネジメント強化加算『算定あり』では「低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取り」（老健で『算定あり』75.8%、『算定無し』58.6% ($p=0.012$ †)、「週3回以上のミールラウンド」（特養で『算定あり』94.1%、『算定無し』81.2% ($p<0.001$ †)、老健で『算定あり』97.8%、『算定無し』82.8% ($p=0.001$ †)、「栄養相談内容の文章による記録」（老健で『算定あり』81.3%、『算定無し』66.7% ($p=0.022$ †)、「サービス担当者会議における栄養ケア計画の話し合い」（老健で『算定あり』92.3%、『算定無し』81.8% ($p=0.033$ †)、「栄養ケア・マネジメントの総合的な評価と質の向上のための多職種による話し合い」（老健で『算定あり』74.4%、『算定無し』52.5% ($p=0.002$ †)、「LIFEへの情報提供と業務改善への活用の実施」（特養で『算定あり』16.2%、『算定無し』6.4% ($p=0.004$ †)、老健で『算定あり』21.6%、『算定無し』10.3% ($p=0.035$ †)の業務の割合が『算定無し』と比べていずれも高く、個別の栄養管ケア業務とサービスの評価に関する業務が実施できていた。先行研究より、当該加算の算定要件でもある「ミールラウンドの実施」は低栄養リスク者の割合を低くし、「低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取りができています」施設は経口維持による看取りが促進されることが報告されており、効果的な栄養ケア・マネジメントのプロセスの実施は誤嚥性肺炎による入院、在宅への退所、経口を維持した看取りといったアウトカムに寄与することが期待されることから、その効果について今後も継続して検証される必要がある。（†『算定あり』と『算定無し』の比較、 χ^2 検定）

3. 通所サービスや認知症グループホーム(以下、認知症GH)の栄養管理

特養、老健の管理栄養士が併設または地域の通所サービス事業所（以下、通所）にかかわりのあった割合は、特養31.5%（回答施設に対する%、以下同様）、老健52.5%、認知症GHへのかかわりがあった特養6.5%、老健4.0%であり、認知症GHへ管理栄養士がかかわっている施設は特養と老健合わせても10%に満たなかった。当該調査結果は全国の通所介護、通所リハビリテーション及び認知症GHの特性を代表するサンプルによるものとはいえないものの、栄養関連の取り組みを先進的に行っている施設が回答している点を踏まえ、今後の課題について以下のとおりであった。

(1) 通所への管理栄養士の関わり

通所に管理栄養士が関わっていると回答した施設のうち、約9割は施設と通所の職員を兼務していたが、地域の他の事業所へ外部の管理栄養士として関わっていると回答した施設の管理栄養士も2割程度あり、全国の半数以上を占めると考えられる単独型の通所介護をカバーするためには、地域における施設間連携により施設管理栄養士の関わりが推進されることが期待される。また、通所に関わっている施設管理栄養士の約8割は令和3年度介護報酬改定の以前からかかわっており、改定により新たにかかわるようになった施設は改定から6か月の時点で10%程度に過ぎない。また、通所における栄養関連加算を算定している特養は2割程度、老健は5割程度であり、管理栄養士が関わってはいるものの加算算定には至っていない施設が多くあった。栄養改善加算を算定していない理由として「業務時間不足」、「管理栄養士の人員不足」が多く挙げられ、今後、通所への管理栄養士の関わりを増やすためには施設の人員体制の強化が必要であると考えられる。管理栄養士が通所に関わっている施設の約半数が栄養マネジメント強化加算を算定しており、算定している施設では通所の栄養関連加算の算定割合が有意に高いことから、施設の体制強化は居宅サービスへの展開を促すことにつながると推察される。

また、栄養改善加算の算定施設は特養13.4%、老健30.5%と少ないもののそのうち7割以上で居宅訪問が実施されていたことから、今後、施設の管理栄養士が在宅要介護高齢者に対しても栄養ケア・マネジメントを推進していくことが大いに期待される。

(2) 認知症GHへの管理栄養士のかかわり

認知症GHに管理栄養士が関わっている施設のうち6割が地域の他の認知症GHへ外部の管理栄養士として連携していた。また、約8割が令和3年度介護報酬改定の以前から関わっていた。介護保険施設の管理栄養士が認知症GHで一定の役割を果たしており、令和3年度介護報酬改定で栄養管理体制加算として評価されたことは今後さらにその取り組みを広げるうえで重要であると考えられた。施設の管理栄養士には地域における栄養ケア・マネジメントの連携推進が期待されており、同一法人のみならず外部との連携をさらに推進する施策が求められる。また、認知症GHに関わっている管理栄養士が所属する施設の半数以上が栄養マネジメント強化加算を算定しており、算定している施設では認知症GHの栄養関連加算の算定割合が有意に高いことから、令和3年度介護報酬改定による介護保険施設の体制強化は地域密着型サービスへの展開を促進するものと推察される。

認知症GHで管理栄養士が関わっている内容として、「食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導」、「栄養相談」、「認知症の栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）」が挙げられていた。今後、栄養管理体制加算等の一層の強化により在宅認知症高齢者への栄養ケア・マネジメントによる対応が求められると考えられた。

以上のように令和3年の介護報酬改定から6か月後の特養、老健における『栄養マネジメント強化加算』を算定している施設の特長や課題が明らかになり、その対応について検討することができた。結論としては、基本的には当該加算の算定要件を満たしやすい入所人数の少ない施設から算定が進んでいると考えられ、管理栄養士の新規採用も加算算定を契機として少しずつではあるが広がりつつあった。また、加算算定施設では経口維持加算等の栄養関連加算の算定率も高く、個別の栄養管理やサービス評価に関する栄養ケア・マネジメントの実務上のプロセスも良好であり、このような『栄養マネジメント強化加算』によるミールラウンドを重視した丁寧な栄養ケア・マネジメントの実務が、入所者のアウトカム（誤嚥性肺炎による入院、在宅への退所、経口を維持した看取り）の改善につながることを今後期待される。

一方、当該加算の新設による効果を確実に全国へ波及させるためには、①多職種連携の推進、特に『リハビリテーション・口腔・栄養の連携強化』を実務面に落とし込むこと、②施設間連携、特に施設入所前の医療機関との連携を再入所に限らず推進すること、③管理栄養士がミールラウンドや利用者・家族との面談等の対人業務に専念するための周辺業務のICT化やマニュアル化による継続的な業務改善に取り組むこと（LIFEの活用を含む）が必要と考えられた。一方、施設における『栄養マネジメント強化加算』の算定は、今後、施設の常勤管理栄養士の兼任による通所サービスの栄養関連加算によるサービスや認知症GHの栄養管理を実現し、地域の在宅高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの展開に寄与するものと期待された。

そのためには、新規に採用される管理栄養士を対象とした基本的な栄養ケア・マネジメントの実務に関する研修、教育の機会を広く提供するとともに、経験を積んだ管理栄養士においては多面的な課題に対応できる人材育成、ICT等を活用した給食管理を含めた業務全体の効率化、施設内外の様々な関連職種との連絡調整、LIFE情報提供とフィードバックによる継続的な品質改善活動などの広範な課題に対応し、マネジメントを重視した実務の研修のためのマニュアル（手引き）の作成が求められた。さらに、今後も推進される栄養ケア・マネジメントの実務上の課題をその費用対効果やアウトカムの評価を含めて継続的に検証していく必

要があると考えられた。

II. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの業務に関する研究

－業務時間調査から－

当該研究は、令和3年度介護報酬改定の6か月後の介護保険施設（特養及び老健）の栄養ケア・マネジメントを担う常勤の管理栄養士の業務時間調査から、現行の業務内容とその量的な課題について整理することを目的とした。

上記Iの施設実態調査への協力施設のうち当該業務時間調査に協力が得られた114施設及び日本健康・栄養システム学会が認定した臨床栄養師がいる全介護保険施設106施設の合計220施設の栄養ケア・マネジメントを担当する常勤の管理栄養士を対象とした。業務時間調査は、研究代表者他により作成された平成19年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」において作成された自記式業務時間調査（小項目、中項目、大項目の業務から構成したExcelを用いた調査票、参考1, 2参照）について、平成27年度介護報酬改定によって経口維持加算に導入されたミールラウンド・カンファレンス、令和30年度介護報酬改定により新設された再入院時栄養連携加算及び令和3年度介護報酬改定による栄養マネジメント強化加算他に伴う業務項目を加えて改訂し、3日間10分間のワークサンプリングによって行った、有効回答施設は51施設（有効回答率23.1%、特養34施設・管理栄養士44人、老健17施設・管理栄養士27人）合計72人のデータを分析し、各業務項目別に管理栄養士一人一日当たりの平均業務時間、各項目別業務時間の全業務時間に対するパーセント及びその累積パーセントから、以下の課題が明らかになった。

1. 特養・老健の管理栄養士業務の栄養ケア・マネジメントへの転換

管理栄養士の主要な業務時間に関しては、『特養』『老健』ともに累積業務時間における上位10項目の1, 2位がともに「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」（『特養』54.5分/日/人、『老健』59.6分/日/人、以下同様の順番）、「ミールラウンド」（49.0分/日/人、47.5分/日/人）であり、この2項目の合計業務時間が、特養では23.7%、老健では22.8%と全業務時間の4分の1近くを占め、その平均業務時間が『特養』『老健』において同等であり、どちらも栄養ケア・マネジメントに関する記録やミールラウンドに業務の重点をおいていることが明らかになった。特養・老健とも

に上記の2つの業務に加えて、「栄養ケア計画の作成等」(25.8分/日/人、40.2分/日/人)、「カンファレンスへの参加」(23.7分/日/人、32.6分/日/人)、「情報収集(本人等の聞き取りや既存データから)」(21.4分/日/人、34.9分/日/人)、「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」(22.3分/日/人、7.8±17.3分/日/人。)が老健では上位10項目に含まれ、これらの「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が上位項目の半数以上を占め、特養が全業務時間の48.3%、老健が50.5%と同様に半分程度であった。それゆえ、介護保険施設の管理栄養士の業務は、平成19年度の業務調査で主要な業務として把握された「献立作成」等の「給食に関する業務」から、この15年間で「栄養ケア・マネジメントに関する業務」に質的に量的にも重点を大きく転換したとすることができた。

2. 「給食に関する業務」は上位項目による業務時間の2割前後

大項目「給食に関する業務」のうち、上位10項目に含まれる業務は、「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(特養43.7分/日/人、老健16.5分/日/人、以下同様の順番)、「調理準備・調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」(42.0分/日/人、32.8分/日/人)、「食事箋依頼、チェック、食札準備」(18.0分/日/人、28.0分/日/人)であり、特養では「委託会社との調整」(10.8分/日/人)、老健では「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(16.5分/日/人)が加わり、特養及び老健ともに「給食に関する業務」の5項目が上位10項目の半分の数を占めたが、これらの「給食に関する業務」が全業務時間に占める割合は、特養では26.2%、老健では16.5%であり、特養での「給食に関する業務」は、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が全業務時間に占める割合48.5%に対して半分程度、老健では50.5%に対して3割程度も少ないが、管理栄養士は「給食に関する業務」のPDCAサイクルを回して食事の個別化を図ることによって、栄養ケア・マネジメントの機能を効果的に発揮していると考えられた。

3. 専門的業務以外の「スタッフミーティング・申し送り・連絡調整」について

特養及び老健において、栄養ケア・マネジメント、給食管理及び衛生管理に関する管理栄養士の専門業務以外の「その他」の「上記以外のスタッフミーティング・申し送り・連絡調査」が上位項目であったことは、介護保険施設においては、管理栄養士が組織の一員としての業務に比較的多くの時間を費やしていることが推察された。このことについては、各施設において、具体的な業務内容を確認して見直してみることも必要と考えられる。

4. 特養と老健の特性

全業務時間は、老健が 30 分程度長く（特養 437.5±64.6 分/日/人、老健 470.0±41.5 分/日/人（ $p=0.009$ ）、以下同様の順番）、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」は、（254.1±98.7 分/日/人、318.5±89.9 分/日/人（ $p=0.004$ ）と『老健』が 60 分程度長く、全業務時間に対する割合は、特養 58.0%、老健 67.8%と 1 割程度の相違があった。これは、老健の管理栄養士が「LIFE への栄養関連データの提供(入力)」「栄養スクリーニングの情報収集」や通所サービスや認知症 GH に関わる業務等に時間を費やしていることや、夫々の機能的な特性の違いが関連していると考えられた。

5. 給食形態の直営による課題と対応

特養においては、全業務時間は、『直営』425.0±36.0 分/日/人、『委託』442.2±50 分/日/人と同様であり、また各大項目の業務時間にも『直営』及び『委託』による統計的に有意な差異はみられなかった。一方、『直営』では業務時間の上位に「献立作成・購入先の選定、契約、発注」、「調理・配膳・片付け・他の給食業務」の「給食に関する業務」が占めるに対して、『委託』では「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「ミールラウンド」の「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が占めて、給食形態が管理栄養士の業務内容に影響していることが明らかになった。また、特養においては、『直営』は『委託』よりも「給食に関わる業務」の「購入先の選定、契約、発注」の業務時間が 20 分程度多く（33.6±35.1 分/日/人、9.9±14.7 分/日/人（ $p=0.005$ ）、「ミールラウンド」が 15 分/日/人以上少なかった（37.2 分/日/人、53.4 分/日/人）。

今後、特養の給食『直営』施設においては、常勤管理栄養士の確保を行うとともに、給食を担当する管理栄養士や栄養士が協力して給食業務の効率化を図り、生活の場や食べることの楽しみを重視した看取りまでの身体状況や嗜好に適時に対応して個別化した食事の提供を重視しながら、「ミールラウンド」「情報収集」や「カンファレンス」等に十分な業務時間の配分をするための方策を検討する必要がある。しかし、特養の『直営』の施設において、栄養マネジメント強化加算、経口移行加算、経口維持加算(I)(II)及び再入院時栄養連携加算が『委託』に比べてより多くの施設で算定されていることや常勤勤務している管理栄養士の栄養ケア・マネジメントの経験年数が 10 年以上の者の割合が多かったことから、特養の機能の特性に対応した効果的な栄養ケア・マネジメントが推進されている可能性があると考えられた。

そこで、今後、I の施設実態調査における栄養ケア・マネジメントの【経過】や【結果】に

関する項目と当該業務時間とを紐づけて、業務時間と【経過】や【結果】との関連を検証することが必要とされた。

老健においては、『直営』の業務時間の最上位に「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「LIFE への栄養関連データの提供（入力）」、「ミールラウンド」が、『委託』でも「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」、「栄養ケア計画の作成」といずれの給食形態においても、栄養ケア・マネジメントに関する業務が上位を占め、栄養ケア・マネジメントが管理栄養士の主要な業務であった。また、全業務時間には差異はみられないが、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の時間は、『委託』が『直営』に比べて 30 分程度有意に長かったことから（334.7±95.5 分/日/人、304.3±75.4 分/日/人（ $p=0.011$ ））、栄養ケア・マネジメントがより重点的に行われていると考えられ、『直営』の各施設において、管理栄養士の増員及び業務の効率化について引き続き検討されることが求められていた。

6. 栄養マネジメント強化加算の算定における業務の現状

令和 3 年度介護報酬改定によって、介護保険施設に新設された栄養マネジメント強化加算の算定によって、管理栄養士はその要件となる業務を重点的に行うことによる現行の業務時間について検討した。特養、老健の施設種を共変量として実入所者数に加えて共分散分析による有意差の検定を行った。

栄養マネジメント強化加算算定が『あり』の場合には、全業務時間 442.5±46.7 分/日/人であり、算定が『なし』の場合の 461.0±75.8 分/日/人（ $p=0.04$ ）に比べて 20 分程度短く、これは、「給食に関する業務」が 50 分程度と大幅に短いことによるものと考えられた（『あり』97.4±89.8 分 vs 『なし』144.5±102.7 分（ $p=0.016$ ））。業務時間の上位も、「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「ミールラウンド」が占め、また「栄養ケア計画の作成」、「栄養アセスメントのための情報収集等」、「カンファレンスへの参加」、「LIFE への栄養関連データの提供（入力）」など、上位項目の大部分を「栄養ケア・マネジメントに関する業務」のうち栄養マネジメント強化加算の要件であるミールラウンド、多職種連携の強化が求められる「栄養ケア計画の作成」の情報収集やカンファレンスの業務が占めていた。これは、算定『なし』では最上位が「献立作成、購入先の選定、契約、発注」、その後には「調理準備、調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」、「食事箋依頼・チェック、食札準備」、「委託会社との調整」、「残食調査、満足度調査、検食」などの「給食に関する業務」が上位項目を占めた

のとは大きく異なり、栄養マネジメント強化加算算定によって一層強化された業務内容が業務時間の構造に鮮明に反映されていた。

一方、栄養ケア・マネジメントの効果をさらにあげるために、上位項目であるミールラウンドや多職種協働による栄養ケア計画の作成などの業務時間の配分をさらに強化していくことができるか、また、併設の通所サービスや認知症 GH へと栄養ケア・マネジメントを展開できるかが今後の課題であった。

7. 管理職の業務について

介護保険施設への管理栄養士の複数配置によって、今後は管理栄養士の管理業務の適切なあり方が求められていくことから、現状の課題について整理した。

管理職は栄養ケア・マネジメントの業務の経験年数が 10 年以上の者が 8 割程度を占め、全業務時間の 80%程度を占める小項目の数が多いことが特徴であった（管理職が 16 項目、非管理職が 12 項目）。また、管理職は、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」のうち情報収集に関する項目に業務時間を費やしていた。「給食に関する業務」は、管理職は非管理職に比べて大幅に少ないものの、上位の業務時間の小項目には、非管理職と同様の項目が含まれていた。上位項目に「人事労務管理（出勤簿確認、作業計画管理、雇用計画等）」や「自己学習（文献検索、研修会等への参加）」が把握され、管理職としての人事労務管理や業務改善につなげる自己学習に時間を費やしていた。さらに、「小項目を同時 10 分以上実施し、区分できない」業務時間が上位項目に 2 項目も含まれたことから、管理職は、複数の業務を同時に実施していることが特徴的であった。さらに、「通所サービスや認知症グループホーム」への業務展開にも時間をわずかながら費やしていた。

このように管理職は、広範囲な業務に携わりながらも、栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携、業務のマネジメントや通所サービスや認知症 GH への栄養管理体制の推進などに前向きに取り組んでいた。このような介護保険施設において多様な業務を行っている管理者を支援できる情報の提供や研修等の啓発活動、さらには、今後の介護保険改正が検討されていくことが求められていた。

以上 1～6 の当該調査から把握された課題については、効果的な業務内容や時間の配分について、I の実態調査の【経過】及び【結果】の回答項目と結びつけて、今後解析をすすめて検証することが必要である。

また、当該事業において使用された介護保険施設の常勤の管理栄養士を対象とした業務時

間調査は、管理栄養士による自記式記載が可能であり、いずれの分析結果においても、全項目の20%前後の業務項目が全業務時間の8割前後を占め妥当な結果と考えられたことから、個別の介護保険施設において、栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士が、当該業務時間分析の方法を用いて業務の質や量を自己評価し、継続的な品質改善活動に取り組むことができると考えられた。

Ⅲ. 介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業

—インタビュー調査—

令和3年介護報酬改定により新設された栄養マネジメント強化加算による管理栄養士の配置等の栄養ケア・マネジメントの体制および取組み、併設の通所サービスや認知症グループホームにおける管理栄養士の関わり、看取りにおける管理栄養士の役割等について、インタビュー調査の実施により、具体的な状況やその問題点を把握し、今後の栄養ケア・マネジメントの推進や質の向上についての課題の整理を行うことを目的とした。対象施設は、Ⅱの施設実態調査の協力施設のうち当該研究に協力同意が得られた特別養護老人ホーム（以下、特養）5施設、老人保健施設（以下、老健）5施設の全10施設の常勤の管理栄養士とし、インタビューガイドを用いたグループインタビューをZOOM会議システムを用いて行い、逐語録から概要票を作成し、以下の課題が明らかになった。

1. 栄養マネジメント強化加算の算定は、施設の経営側および実務を担う管理栄養士から高く評価され、管理栄養士の人員基準の追加は、利用者の栄養ケアサービス向上に寄与していた。
2. 多職種によるミールラウンドは、多職種間に強い連携が生まれ、利用者への効果的な栄養ケアにつながっていた。
3. LIFEによるフィードバックには多くの期待が高まっている一方で、入力様式等の設計の見直しを求める声も寄せられた。
4. 再入所時栄養連携加算は、施設と病院との効果的な連携の方法を確立していく必要性が示された。
5. 通所サービスでは、加算算定に向けて、管理栄養士の人員確保と介護支援専門員との連携がキーとなる可能性が示された。
6. 認知症グループホームにおける栄養管理体制加算に関しては、管理栄養士による勉強会の開催は、施設長をはじめとする職員の意識付けとなっていた。

7. Quality of Death(QOD)を高めるうえで管理栄養士は大きな役割を担い、多職種との連携により穏やかな看取りに寄与していた。
8. 介護保険サービスにおける管理栄養士の人材確保や育成は緊急に対応する課題であった。
9. 令和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントに対応した新たなマニュアル(手引き)が求められていた。

IV. 手引書の作成

上記Ⅰ～Ⅲの研究結果から、令和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントに対応した新たなマニュアル(手引き)が求められていたことから、既存の介護保険サービスにおける既存の『介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き第3版』(栄養ケア・マネジメントに実装、日本ヘルスケア(株)、東京、令和4年3月)をもとに3回にわたる検討会議の討議を経て、上記3つの研究から整理された課題を踏まえて、委員長及び小委員長、調査責任者及び実務家の委員である荻部、堤、谷中、長谷川の各委員によるWEBでの打ち合わせを2回程度及びメールでの編集作業を30回以上重ねて作成された『令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き(初版)』試案を委員の最終検討を経て完成版とし、報告書の最後に掲載した。

手引きの内容は以下のとおりとした。

1. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント手順書の作成のために(作成のためのフォーマット及び作成事例付)、
2. 栄養マネジメント強化加算の算定のためのポイント(管理栄養士の増員、リハビリテーションと連携したエネルギー・バランス、ミールラウンド、看取り、多職種連携の強化、業務時間調査からの業務の効率化、評価とフィードバック、先進的取組施設の事例付)、
3. 病院・居宅との管理栄養士間の連携「管管連携」、
4. 人材確保、
5. 人材育成、
6. 取組みの事例、
7. 通所サービスへの展開のために(利用者・家族及び事業所職員への啓発活動、在宅の食事内容・食習慣の課題把握の方法、栄養改善加算・栄養アセスメント加算について、介護支援専門員等との連携のために、取組みの事例)、
8. 認知症グループホーム：取組みのための体制づくり(手順と事例)

当該手引きは、報告書の一環として、日本健康・栄養システム学会ホームページに公表される。また、学会によって、事業終了後に当該手引きを用いた啓発研修(WEB)が行われる。

I. 介護老人福祉施設・介護老人保健施設における

栄養ケア・マネジメントの取り組み —2021年度施設実態調査—

はじめに

介護保険施設（以下、施設）における栄養ケア・マネジメントは、平成17年10月に介護報酬に『栄養マネジメント加算』が新設¹⁾されて以来、数回の介護報酬改定を経て、今日まで着実に推進されてきた。平成27年度介護報酬改定では『口から食べる楽しみの支援の充実』をスローガンに、栄養ケア・マネジメントを土台とした多職種連携によって摂食・嚥下困難、口腔機能低下、認知症等を原因とする食事の問題に対応した食事の観察（ミールラウンド）とカンファレンスによる多職種協働による経口維持の取り組みとして『経口維持加算Ⅰ・Ⅱ』が新たに評価された²⁾。さらに、平成30年度介護報酬改定では、施設入所中に医療機関へ入院した利用者が再入所する際に、施設管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して栄養ケア計画を作成することが『再入所時栄養連携加算』として新たに評価された³⁾。そして、令和3年の介護報酬改定では『栄養マネジメント加算』が全国の9割を超える施設で算定されるようになったことから、施設運営基準に包括され（『栄養マネジメント加算』の廃止）、栄養ケア・マネジメントを実施していない場合は減算の対象となるとともに、『栄養マネジメント強化加算』の新設によって管理栄養士の体制強化や丁寧な栄養ケアの実施等が評価された⁴⁾。

この間、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下、特養）では所謂『終の棲家』として要介護者重度者の看取りのためのケアの充実⁵⁾、介護老人保健施設（以下、老健）では入所者の在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点およびリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設としての機能強化が図られ、多職種連携の一層の推進が求められてきた⁶⁾。令和3年の介護報酬改定では『自立支援・重度化防止の取組の推進』が主要なテーマの1つとなり、その一環として『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』が示された⁷⁾。さらに『介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進』において『科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE）』の活用が『栄養マネジメント強化加算』を含む多職種連携の推進に関わる各加算の算定要件に組み込まれた⁷⁾。このような経過のなかで、特養と老健の栄養ケア・マネジメントの体制や取組みにおいても、夫々の特性が明確になり、把握される課題も異なっていると考えられる。

一方、令和3年度介護報酬改定において新設された『栄養マネジメント強化加算』の算定要件は、1. 管理栄養士を常勤換算方式で入所者50人に対して1人以上（ただし、常勤栄養士を1

人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して1人以上) という比例配置をすること、2. 低栄養状態のリスクが高い入所者(中高リスク者)に対して管理栄養士による食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行うことや退所時の栄養食事相談や栄養情報連携等の丁寧な栄養ケアを行うこと、3. 低栄養状態の低リスク者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応すること、4.科学的介護情報システム(LIFE)への入所者個別の栄養情報のデータの提供とフィードバック)の活用等とされた⁷⁾。すなわち、栄養ケア・マネジメントの『構造 structure』である人員配置とともに、『経過 process』であるサービスの内容や手順において質の強化が図られた。そこで、「栄養マネジメント強化加算」の算定施設における体制や取組みの近々の課題を整理し対応することが必要とされている。

さらに、令和3年度介護報酬改定において、通所サービスに口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算が新設され、栄養改善加算においては、管理栄養士による「必要に応じた居宅訪問の実施」ができるようになった。また、認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム、以下、認知症GH)は「認知症高齢者が家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするサービス」として設置されている⁸⁾。しかし、管理栄養士の配置は義務付けられておらず、入居者の食事の準備や食事提供において介護職員等が困りごとや不安を抱えていることが明らかとなり、さらにそれらの困りごとは同一法人の介護保険施設(以下、施設)や医療機関に管理栄養士が所属していることで軽減されることが示唆された⁹⁾。これを受け、令和3年4月の介護報酬改定において認知症GHに栄養管理体制加算が新設され、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が評価されることとなった⁷⁾。

このような背景から、本研究は令和3年度の介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントの推進と質の向上に寄与するために、改定6か月後の全国の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム、以下、特養)および介護老人保健施設(以下、老健)を対象とした実態調査により、1. 介護保険施設(特養及び老健)の施設種別の栄養ケア・マネジメントの体制や取組みの現状を明らかにすること、2. 『栄養マネジメント強化加算』算定の有無による比較から「算定あり」施設の特性を明らかにすること、3. 介護保険施設併設の通所サービスや認知症グループホームの栄養管理の課題を整理することを目的とした。

方 法

1. 対象および調査票回収方法

当該研究事業においては、令和元年度に日本健康・栄養システム学会が実施した「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」¹⁰⁾と同様に、全国11,345施設（特養；7,249施設、老健；4,096施設、平成26年介護サービス施設・事業所調査¹¹⁾）のうち30床未満を除外し、ホームページ上に掲載された登録名簿に基づいて施設種、地域ブロック階層化し3割無作為抽出した3,054施設（特養1,928施設、老健1,126施設）を対象に、ID化された調査票を依頼・説明書、記入要綱、返信用後納封筒とともに2021（令和3）年9月27日に郵送した。調査票の記入者は対象施設の常勤管理栄養士とし、協力は施設長や管理栄養士の自由な意思に任され、協力承諾した場合には、同年9月30日時点における「3.調査項目」の事項について調査票を記入した。調査票は同封した返信用後納封筒によって研究事務局（十文字学園女子大学人間生活学部食物栄養学科）により回収した。回収した調査票のデータベースへの入力には日本ヘルスケアテクノ（株）へ依頼した。

2. サンプルサイズ

母比率の区間推定より、誤差3%、信頼度95%、母比率50%とし、サンプルサイズN=1,068とした。これは母集団のおよそ1割に相当し、既存の調査から回収率30%が期待されることから、母集団から3割層化無作為に抽出した。

3. 調査項目

当該データベースより以下の項目について解析を行った。

（1）施設特性および入所者特性

施設種（特養・老健）、定員数、入所者数、入所者100名当たりの人数（要介護度3以上、低栄養状態中高リスク、過去6か月間の在宅への退所・入院・誤嚥性肺炎による入院・施設内での死亡・経口維持の看取り）

（2）栄養ケア・マネジメントの構造要因

管理栄養士・栄養士の配置人数（常勤・非常勤）、栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用した管理栄養士・栄養士の人数（常勤・非常勤）、給食業務形態（直営・委託）、栄養マネジメント強化加算算定施設の前年度平均入所者数および人員配置要件

(3) 栄養ケア・マネジメントの経過要因

栄養関連加算の算定状況（栄養マネジメント強化加算、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、再入所時栄養連携加算、療養食加算）、加算非算定理由（栄養マネジメント強化加算、再入所時栄養連携加算）、栄養マネジメント強化加算算定における困難に感じること（7項目）、栄養マネジメント強化加算算定でよかったこと（15項目）、管理栄養士の業務時間割合（栄養管理業務、給食管理業務、その他の業務）、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法、『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』によってよかったこと（8項目）、栄養ケア・マネジメント経過20項目（内容は表1参照）の実施状況

4.用語の定義

(1) 低栄養状態中高リスク

平成17年9月厚生労働省老健局老人保健課長通知¹²⁾に基づく「低栄養リスクの判定」による中・高リスク者とした。

(2) 誤嚥性肺炎による入院

入院者のうち、誤嚥性肺炎が原因で入院した者とした。

(3) 経口維持の看取り

施設での看取りにおいて、食事や本人の好きなもの・食べやすいものなどを可能な限り最期まで（概ね亡くなる1か月前まで）口から食べることを維持できたケースとし、水分補給のみのケースは除いた。

(4) 在宅への退所

施設から自宅、その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等へ退所した者とした¹³⁾。

(5) 栄養関連加算

栄養ケア・マネジメントに関連する6種の加算（栄養マネジメント強化加算、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱ、再入所時栄養連携加算、療養食加算）の総称とした。

(6) 栄養ケア・マネジメントのプロセス

平成17年9月厚生労働省老人保健課長通知に基づく栄養ケア・マネジメントのストラクチャー（構造）やプロセス（経過）に関する構成要素8領域41項目¹⁴⁾を整理した20項目であり、「実施した」「実施しなかった」の2段階で評価した。

5. 解析方法

当該データベースに基づき 1. 施設種別、2. 栄養マネジメント強化加算の算定の有無別、3. 通所サービス及び認知症GHのデータについて基本集計(連続尺度:平均値、標準偏差(SD)、名義尺度:度数、パーセント)を行った。さらに、施設種(特養・老健)を説明変数としたクロス集計(連続尺度:マンホイットニーU検定、名義尺度: χ^2 検定)を行った。統計解析にはIBM SPSS Statisticsを用い、有意水準は5%とした。

6.倫理的配慮

本研究は十文字学園女子大学研究倫理審査委員会の承認を令和3年9月24日に得た(承認番号2021-020)。

結 果

令和3年10月20日までに、特養143件、老健83件の全226件が回収された(回収率7.4%)。その後、葉書による督促を行い、11月20日までに最終的に特養356件、老健200件の全556件が最終的に回収され、以下の1～3に分析の結果を示した(回収率18.2%)。

1. 介護保険施設(特養及び老健)における栄養ケア・マネジメントの体制や取組み 基本集計・クロス集計(施設種間の有意差)

結果を表1-1,1-2に示し、主な結果について以下に記載する。また、特養と老健の比較で有意差のあった項目はp値を示した。

(1) 施設特性および入所者特性

入所定員は特養平均75.1(SD25.6)床、老健平均89.7(SD24.4)床($p<0.001$)、入所者数は特養平均72.0(SD24.1)人、老健平均79.1(SD23.6)人($p<0.001$)であった。入所者100人当たりの人数は要介護度3以上が特養平均96.1(SD5.8)人、老健67.0(SD12.0)人($p<0.001$)、低栄養状態中高リスクが特養平均57.1(SD19.3)人、老健平均56.3(SD19.1)人であった。

過去6か月間の入所者100人当たりの人数は在宅への退所が老健平均24.4(SD29.1)人($p<0.001$)、誤嚥性肺炎による入院が特養平均3.3(SD3.9)人、老健平均2.4(SD3.3)人($p=0.009$)、経口摂取を維持した看取りが特養平均6.1(SD5.8)人、老健平均4.0(SD4.6)人($p<0.001$)であった。

(2) 栄養ケア・マネジメントの構造要因

a. 管理栄養士の配置

常勤管理栄養士の配置人数は特養平均1.3(SD0.7)人、老健平均1.4(SD0.6)人、常勤管理栄養士2名以上配置は特養26.7%、老健31.5%、入所者100人当たり常勤管理栄養士2名以上は特養48.6%、老健39.5%($p=0.039$)、栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用した常勤管理栄養士がいる施設は特養9.6%、老健15.5%($p=0.036$)であった。

b. 給食業務形態

『直営』が特養41.3%、老健27.0%($p=0.001$)、『委託』が特養47.5%、老健64.0%($p<0.001$)であった。

(3) 栄養ケア・マネジメントの経過要因

a. 栄養関連加算算定状況(調査月の『算定あり』の割合と1か月の算定件数)

栄養マネジメント強化加算算定ありが特養43.0%、老健45.5%、算定件数は特養平均1442.8(SD958.3)件、老健平均1925.3(SD1018.6)件($p<0.001$)、経口維持加算Ⅰ算定ありが特養42.7%老健61.0%($p<0.001$)、算定件数は特養平均18.5(SD20.0)件、老健平均15.8(SD17.7)件、経口維持加算Ⅱ算定ありが特養27.8%、老健47.0%($p<0.001$)、算定件数は特養平均18.2(SD22.7)件、老健平均16.5(SD18.7)件、再入所時栄養連携加算算定ありが特養14.9%、老健33.0%($p<0.001$)、算定件数は特養平均0.0(SD0.1)件、老健平均0.2(SD1.4)件であった。

b. 加算非算定理由(非算定施設のみそれぞれ複数回答で特養、老健あわせて上位3項目)

栄養マネジメント強化加算非算定の理由は、「管理栄養士の人員基準を満たさない」が特養59.9%、老健76.8%($p=0.004$)、「施設のLIFE情報提供体制が整っていない」が特養30.2%、老健29.3%、「施設長の判断」が特養20.3%、老健10.1%($p=0.027$)であった。

再入所時栄養連携加算非算定の理由は、「加算の対象となる再入所者がいない」が特養32.3%、老健26.6%、「業務時間不足」が特養16.7%、老健18.5%、「施設長の判断」が特養17.0%、老健10.5%であった。

c. 栄養マネジメント強化加算算定における困難に感じる事、算定してよかったこと

(算定施設のみ複数回答で特養、老健あわせて上位3項目)

困難に感じることは、「LIFEに伴う管理栄養士の事務作業の増加」が特養56.2%、老健64.8%、「低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンド」が特養37.9%、老健41.3%、「管理栄養士の知識・技術が不足」が特養30.7%、老健26.4%であった。

よかったことは、「ミールラウンドを丁寧に実施できるようになった」が特養38.6%、老健45.7%、「他職種との連携が強化された」が特養26.1%、老健25.3%、「栄養アセスメントを適切に実施できるようになった」が特養27.5%、老健19.8%であった。

d. 『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』によってよくなったと
感じる事(複数回答で特養、老健あわせて上位3項目)

令和3年度介護報酬改定で『栄養、口腔、リハビリテーションの連携の強化』が要点として示され、改定以前よりもよくなったと感じることは、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」が特養39.6%、老健46.5%、「利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになった」が特養26.1%、老健28.0%、「共通した目標設定ができるようになった」が特養17.1%、老健17.0%であった。

e. 栄養関連書類の記入・管理方法

「市販のソフト(表計算ソフトや文書作成ソフト以外)」が特養54.8%、老健45.5%($p=0.030$)、「表計算ソフトや文書作成ソフト」が特養33.1%、老健33.5%、「印刷した様式に手書き」が特養3.9%、老健14.5%($p<0.001$)であった。

f. 管理栄養士の業務時間割合

管理栄養士(回答者)の業務時間割合は「栄養管理業務」が特養平均58.4(SD19.5)%、老健平均64.7(SD19.4)% ($p<0.001$)、「給食管理業務」が特養平均31.0(SD17.5)%、老健平均27.0(SD17.2)% ($p=0.005$)であった。

g. 栄養ケア・マネジメントのプロセス(特養、老健合わせて下位3項目)

栄養ケア・マネジメントプロセス20項目の実施状況のうち、『実施した』と回答した割合が低い項目は、「20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用」が特養10.1%、老健15.0%、「14. 栄養ケア計画を栄養・口腔・リハビリテー

ションのサービス内容が統一された書式(帳票)の中に記録」が特養40.2%、老健34.0%、「1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めた」が特養39.9%、老健48.5%であった。

2. 『栄養マネジメント強化加算』算定施設の特性

結果を表1-3,1-4に示し、栄養マネジメント強化加算『算定あり』と『算定無し』を比較して有意な差があった項目を以下に記載した。

(1) 施設特性および入所者特性

入所定員数が特養で『算定あり』平均68.2(SD21.8)床 vs 『算定無し』平均79.4(SD26.6)床 ($p<0.001$)、老健で『算定あり』平均85.1(SD24.7)床 vs 『算定無し』平均94.8(23.9)床($p=0.010$)、入所者数が特養で『算定あり』平均65.8(SD20.8)人 vs 『算定無し』平均75.9(24.8)人($p<0.001$)、老健で『算定あり』平均74.5(SD22.4)人 vs 『算定無し』平均84.0(24.4)人($p=0.009$)であった。

入所者100名当たりの在宅への退所が老健で『算定あり』平均28.3(24.5)人 vs 『算定無し』平均20.8(SD32.3)人($p=0.001$)であった。

(2) 栄養ケア・マネジメントの構造要因

a. 管理栄養士の配置

常勤管理栄養士配置数が特養で『算定あり』平均1.4(0.6)人 vs 『算定無し』平均1.2(0.8)人 ($p<0.001$)、老健で『算定あり』平均1.6(0.6)人 vs 『算定無し』平均1.2(0.5)人($p<0.001$)、常勤管理栄養士2名以上配置は特養で『算定あり』40.5% vs 『算定無し』16.7% ($P<0.001$)、老健で『算定あり』56.0% vs 『算定無し』11.1% ($P<0.001$)、入所者100名当たり常勤管理栄養士2名以上配置は特養で『算定あり』72.5% vs 『算定無し』31.8% ($P<0.001$)、老健で『算定あり』70.3% vs 『算定無し』13.1% ($P<0.001$)であった。栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用した常勤管理栄養士がいる施設は特養で『算定あり』15.7% vs 『算定無し』5.2% ($p<0.001$)、老健で『算定あり』31.9% vs 『算定無し』2.0% ($p<0.001$)であった。

b. 給食業務形態

『直営』が特養で『算定あり』52.6% vs 『算定無し』31.1% ($p<0.001$)であった。

(3) 栄養ケア・マネジメントの経過要因

a. 栄養関連加算算定状況(調査月の算定ありの割合)

経口移行加算が老健で『算定あり』46.6% vs 『算定無し』27.3%($p=0.006$)、経口維持加算Ⅰが特養で『算定あり』57.7% vs 『算定無し』35.3%($p<0.001$)、老健で『算定あり』81.1% vs 『算定無し』46.5%($P<0.001$)、経口維持加算Ⅱが特養で『算定あり』36.4% vs 『算定無し』24.1%($P=0.015$)、老健で『算定あり』64.0% vs 『算定無し』34.3%($p<0.001$)、再入所時栄養連携加算が特養で『算定あり』26.1% vs 『算定無し』8.3%($P<0.001$)、老健で『算定あり』48.9% vs 『算定無し』22.2%($p<0.001$)であった。

b. 加算非算定理由

再入所時栄養連携加算非算定の理由は、「加算の対象となる再入所者がいない」が特養で『算定あり』23.5% vs 『算定無し』38.1%($p=0.013$)、「業務時間不足」が特養で『算定あり』10.8% vs 『算定無し』19.9%($p=0.049$)、「施設長の判断」が特養で『算定あり』9.8% vs 『算定無し』20.5%($p=0.021$)、「病院側に栄養情報連携体制がない」が老健で『算定あり』8.9% vs 『算定無し』24.7%($p=0.031$)、「管理栄養士の人員不足」が特養で『算定あり』2.0% vs 『算定無し』15.3%($p<0.001$)、「算定の手順・方法がわからない」が特養で『算定あり』5.9% vs 『算定無し』18.2%($p=0.004$)であった。

c. 栄養ケア・マネジメント関連の書類の記入・管理方法

「市販のソフト(表計算ソフトや文書作成ソフト以外)」が特養で『算定あり』65.7% vs 『算定無し』50.8%($p=0.007$)、「表計算ソフトや文書作成ソフト」が特養で『算定あり』26.4% vs 『算定無し』40.3%($p=0.009$)、「印刷した様式に手書き」が老健で『算定あり』9.3% vs 『算定無し』20.6%($p=0.034$)であった。

d. 管理栄養士の業務時間割合

管理栄養士(回答者)の業務時間割合は「栄養管理業務」が特養で『算定あり』平均60.9(SD20.3)% vs 『算定無し』平均56.9(SD19.0)% ($p=0.044$)、「給食管理業務」が老健で『算定あり』平均23.8(SD16.7)% vs 『算定無し』平均30.2(SD17.4)% ($p=0.015$)であった。

e. 栄養ケア・マネジメントのプロセス(「実施あり」の割合)

「5. 中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取り」が老健で『算定あり』75.8% vs 『算定無し』58.6%($p=0.012$)、「6. ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)を週に3回以上」が特養で『算定あり』94.1% vs 『算定無し』81.2%($p<0.001$)、老健で『算定あり』97.8% vs 82.8%($p=0.001$)、「11. 栄養相談の内容を文章として記録」が老健で『算定あり』81.3% vs 『算定無し』66.7%($p=0.022$)、「13. サービス担当者会議で、栄養ケア計画の話し合い」が老健で『算定あり』92.3% vs 『算定無し』81.8%($p=0.033$)、「18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合い」が老健で『算定あり』74.4% vs 『算定無し』52.5%($p=0.002$)、「19. LIFEに栄養関連項目を提供」が特養で『算定あり』86.1% vs 『算定無し』40.7%($p<0.001$)、老健で『算定あり』92.3% vs 『算定無し』42.9%($p<0.001$)、「20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用」が特養で『算定あり』16.2% vs 『算定無し』6.4%($p=0.004$)、老健で『算定あり』21.6% vs 『算定無し』10.3%($p=0.035$)であった。

3. 通所サービスや認知症グループホームの栄養管理

併設施設の管理栄養士による通所へのかかわりがあった施設は、特養112施設(回答施設の31.5%)、老健105施設(回答施設の52.5%)、認知症GHへのかかわりがあった特養23施設(回答施設の6.5%)、老健8施設(回答施設の4.0%)であった。

結果を表1-5a,1-5b,1-6a,1-6bに示し、主な結果について以下に記載する。また、特養と老健の比較で有意差のあった項目はp値を示す。

(1) 基本集計・クロス集計(施設種間の有意差)

a. 施設特性

i. 通所

通所へのかかわりのあった施設における入所定員は特養平均74.5(SD25.0)床、老健平均87.8(SD25.5)床($p<0.001$)、入所者数は特養平均71.6(SD23.5)人、老健平均76.7(SD23.6)人であった。

所属施設において栄養マネジメント強化加算を算定している施設は特養45.5%、老健52.4%であった。

ii. 認知症GH

認知症GHへのかかわりのあった施設における入所定員は特養平均71.1(SD22.9)床、老健平均91.9(SD9.2)床($p=0.008$)、入所者数は特養平均68.3(SD20.7)人、老健平均83.5(SD9.9)人($p=0.034$)であった。

所属施設において栄養マネジメント強化加算を算定している施設は特養52.2%、老健50.0%であった。

b. 通所・認知症GHへの関わり

i. 通所

通所職員を兼務している施設は特養88.4%、老健89.5%、通所に外部の管理栄養士として連携している施設は特養20.5%、老健15.2%、令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた施設は特養83.9%、老健85.7%であった。

ii. 認知症GH

認知症GH職員を兼務している施設は特養43.5%、老健37.5%、認知症GHに外部の管理栄養士として連携している施設は特養65.2%、老健62.5%、令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた施設は特養87.0%、老健75.0%であった。

c. 栄養関連加算算定状況(調査月の『算定あり』の割合と1か月の算定件数)

i. 通所

通所サービスにおいて口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定している施設は特養17.9%、老健31.4%($p=0.024$)、特養平均13.3(SD24.2)vs 老健平均21.4(SD25.6)件、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定している施設は特養15.2%、老健48.6%($p=0.005$)、特養平均14.5(SD22.6)件、老健平均22.9(SD41.0)件、栄養アセスメント加算を算定している施設は特養19.6%、老健48.6%($p<0.001$)、特養平均5.1(SD10.4)件、老健平均29.0(SD64.0)件、栄養改善加算を算定している施設は特養13.4%、老健48.6%($p=0.005$)、特養平均1.1(SD2.2)件、老健平均15.3(SD49.8)件であった。栄養改善加算算定施設において居宅訪問を実施している施設は特養80%で平均0.8(SD2.1)件、老健71.9%で平均0.2(SD0.5)件であった。

ii. 認知症GH

認知症GHにおいて口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定している施設は特養21.7%で平均3.5(SD6.9)件、老健37.5%で平均2.5(SD6.3)件、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定している施設は特養8.7%で平均0.0(SD0.0)件、老健37.5%で平均0.0(SD0.0)件、栄養管理体制加算を算定している施設は特養43.5%で平均31.6(SD72.1)件、老健62.5%で平均6.8(SD8.0)件、認知症GH利用者への居宅療養管理指導を算定している施設は特養0.0%で平均0.0(SD0.0)件、老健25.0%で平均0.0(SD0.0)件であった。

d. 通所の栄養改善加算を算定していない理由（特養・老健合わせて上位5項目）

「業務時間不足」特養48.3%、老健40.0%、「管理栄養士の人員不足」特養34.5%、老健45.7%、「利用者の居宅訪問が困難」特養29.9%、老健21.4%、「施設長の判断」特養26.4%、老健8.6%($p=0.004$)、「利用者の栄養状態の把握が困難」特養24.1%、老健11.4%($p=0.041$)であった。

e. 通所の栄養改善加算の居宅訪問で実施している内容（特養・老健合わせて上位5項目）

「食事内容の把握」特養16.7%、老健13.0%、「食事の準備状況の把握」特養16.7%、老健4.3%、「本人・介護者の食事に関する知識や技術の把握」特養8.3%、老健8.7%、「食形態の検討」特養8.3%、老健8.7%、「食事内容の検討」特養8.3%、老健8.7%、「本人や家族からの栄養相談」特養16.7%、老健4.3%であった。

f. 認知症GHで管理栄養士がかかわっていること（特養・老健合わせて上位5項目）

「食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導」特養60.9%、老健75.0%、「栄養相談」特養52.2%、老健25.0%、「認知症の栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）」特養43.5%、老健25.0%、「食事献立の作成」特養26.1%、老健50.0%、「調理の衛生管理の助言」特養43.5%、老健0.0%($p=0.023$)、「食事形態の調整」特養30.4%、老健37.5%であった。

（2）併設施設における栄養マネジメント強化加算算定の有無による比較

結果を表1-7a,1-7b, 1-8a,1-8bに示し、栄養マネジメント強化加算『算定あり』と『算定無し』を比較して有意な差があった項目を以下に記載する。

a. 通所

i. 通所への関わり

外部の管理栄養士としてかかわっている施設が特養で『算定あり』29.4% vs 『算定無し』10.7%($p=0.009$)であった。

ii. 栄養関連加算算定

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ算定ありが特養で『算定あり』29.8% vs 『算定無し』11.8%($P=0.027$)、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ算定ありが特養で『算定あり』26.1% vs 『算定無し』9.6%($p=0.032$)、老健で『算定あり』45.1% vs 『算定無し』23.8%($p=0.033$)、栄養アセスメント加算算定ありが特養で『算定あり』31.9% vs 『算定無し』13.7%($p=0.031$)、老健で『算定あり』70.4% vs 『算定無し』29.5%($p<0.001$)、栄養改善加算算定ありが特養で『算定あり』23.4% vs 『算定無し』7.8%($p=0.033$)、老健で『算定あり』46.3% vs 『算定無し』15.9%($p=0.001$)であった。

b. 認知症GH

i. 栄養関連加算算定

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ算定ありが特養で『算定あり』41.7% vs 『算定無し』0.0%($p=0.027$)、栄養管理体制加算算定ありが特養で『算定あり』66.7% vs 『算定無し』22.2%($P=0.044$)であった。

考 察

1. 介護保険施設(特養及び老健)における栄養ケア・マネジメントの体制や取組み

1. の結果より、特養及び老健における介護報酬改定から6か月後栄養ケア・マネジメントの体制や取組みの実態が明らかとなった。回収数は想定したサンプルサイズには満たなかったが、母集団である特養、老健の4.9%に当たる。回答した施設の1施設当たりの入所定員、入所者数は全国平均(令和2年10月の介護サービス施設・事業所調査¹⁵⁾で特養定員69.3床、入所者66.6人、老健定員86.9床、入所者76.9人)よりやや大きい、これは入所定員30床未満の施設を対象から除外したためと考えられる。要介護3以上の割合は全国平均(令和3年9月の介護給付費実態統計¹⁶⁾で特養95.9%、老健68.7%)と比較して同等であり、全国の特養、老健を代表する集団であると考えられる。ただし回答施設は栄養ケア・マネジメントに関する調査への関心が高く、介護報酬改定を踏まえた栄養関連加算の算定や管理栄養士による栄養ケア・

マネジメントの体制強化、プロセス実施を先進的に実施している施設が多く含まれると考えられ、回答バイアスを考慮する必要がある。また本研究は全国の実態を横断的に把握することを主な目的としており、因果関係について言及するには不十分であるといえる。

そのうえで以下の考察については、平成28年¹⁷⁾、令和元年¹⁰⁾に実施された全国実態調査の結果とも比較して検討を行う。

(1) 入所者100名当たりの低栄養状態中高リスク者数

平成28年の調査結果¹⁷⁾は特養平均53.4人、老健平均49.4人、2019（令和元）年の調査結果¹⁰⁾は特養平均51.8人、老健平均48.4人であり、いずれも高い割合のまま維持されている。この要因として、新規入所時、すなわち入所前の時点ですでに低栄養リスクを有している高齢者が一定数いることがあげられる。先行研究¹⁰⁾では、特養における新規入所者の67.0%、老健における新規入所者の62.6%が低栄養状態中高リスクであり、特に一般病床およびその他の医療施設からの入所者は在宅からの入所者と比べて高い割合であった。またYoshimuraら¹⁸⁾によると、回復期リハビリテーション病棟入院患者のサルコペニア有症率は約53%であるとされ、BMI18.5未満の患者は入棟時21.6%から退棟時23.0%と増加することが報告されている。医療機関入院中の栄養管理については令和2年度診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準で管理栄養士の専任配置の強化、特定集中治療室における栄養管理の評価（早期栄養介入管理加算）が新設された¹⁹⁾。さらに退院先への栄養情報の提供に関する評価（栄養情報提供加算）の新設¹⁹⁾、平成30年介護報酬においても再入所時栄養連携加算により該当する入所者について栄養情報連携の実施が推進されている²⁰⁾（なお後述するが、再入所時栄養連携加算は加算の対象となるものが限られておりほとんど算定されていない）。施設入所者の低栄養の問題については医療と介護が強力に連携し、入所時から早期に対応することが不可欠であると考えられる。

(2) 在宅への退所、誤嚥性肺炎による入院、経口維持の看取り

過去の調査結果と比較すると、令和元年度調査では入所者100人当たりの在宅への退所は老健4.7人／月であり、今回とは調査期間が異なるので今回の調査結果を1か月あたりにすると4.1人となり今回がやや下回る。同じく誤嚥性肺炎による入院は令和元年度調査では特養0.7人／月、老健0.5人／月であり、今回の結果を1か月あたりにすると特養0.6人、老健0.4人ほぼ同等、経口摂取を維持した看取りは令和元年度調査では9.4人／月であり、今回の結果を1

か月あたりにすると特養1.0人、老健0.7人で今回が下回った¹⁰⁾。一方で標準偏差が平均値と比較しても大きく、施設間でばらつきが大きいと考えられることから単純な比較は難しい。

長谷川ら²⁰⁾はこのようなアウトカムへの栄養ケア・マネジメントの影響として、ミールラウンドをはじめとした多職種連携による経口維持の取り組みを上げており、さらに常勤管理栄養士の適切な人員配置について言及している。老健の在宅復帰率および特養の入院率に対しては、2017（平成28）年に日本健康・栄養システム学会が実施した調査で入所者80名以上の施設において管理栄養士の2名以上配置により有意に良化することが示され¹⁷⁾、第191回介護給付費分科会において示された当該データが令和3年介護報酬改定で栄養マネジメント強化加算新設の根拠の一つとなった²²⁾。また、看取りについては令和3年介護報酬改定で『看取り介護加算（特養）』および『ターミナルケア加算（老健）』の算定要件において関与する専門職に管理栄養士が明記された⁷⁾。これらの加算算定に対する評価については今後さらなる検証が必要であるが、当面は栄養ケア・マネジメントの構造及びプロセスについて全国的に更なる質の向上を図り、多職種連携による取り組みを強化していくことが求められる。

（3）管理栄養士の配置と新規採用

『栄養マネジメント強化加算』は入所者50名につき管理栄養士を常勤換算で1名以上配置すること（常勤栄養士を配置し給食管理を実施している場合は入所者70名につき1名以上）が算定要件となっており⁷⁾、本調査では特養の26.7%、老健の31.5%が常勤管理栄養士を2名以上配置、入所者100人当たりでは特養の48.6%、老健の39.5%が常勤管理栄養士を2名以上配置していた。さらに特養の9.6%、老健の15.5%が当該加算算定を理由に新規に常勤管理栄養士を採用していた。これを単純に全国の施設に当てはめれば約1,300名の管理栄養士が新規に採用されたことになるが、対象施設の回答バイアスを考慮すれば実際にはこれよりもやや少ないと考えるのが妥当である。しかしそれでも『栄養マネジメント強化加算』が管理栄養士の雇用に対して一定の影響があることが推察され、厚生労働省のデータ²²⁾によると入所者100名以上の特養および老健で管理栄養士を2名以上配置している施設は2017（平成30）年の時点で全体の2割に満たないことから、今後もその影響は続くと期待される。また、管理栄養士の新規採用は老健で特養と比べて高い割合であったが、老健では在宅復帰率が介護報酬の基本報酬において評価対象となることから、管理栄養士の増員による効果が期待されていると推察される。今後新規に採用される管理栄養士に対して栄養ケア・マネジメントの質の向上の観点からスキルアップのための研修の機会が提供される必要があると考えられる。

（４）栄養マネジメント強化加算の算定状況

『栄養マネジメント強化加算』を算定している施設は特養、老健ともに4割以上であった。当該加算の算定要件は、1. 管理栄養士を常勤換算方式で入所者50人に対して1人以上（ただし、常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して1人以上）という比例配置をすること、2. 低栄養状態のリスクが高い入所者（中高リスク者）に対して管理栄養士による食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行うことや退所時の栄養食事相談や栄養情報連携等の丁寧な栄養ケアを行うこと、3. 低栄養状態の低リスク者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応すること、4. 科学的介護情報システム（LIFE）への入所者個別の栄養情報のデータの提供とフィードバック）の活用等である⁷⁾。前述のとおり当該加算算定を理由に常勤管理栄養士を新規に採用した施設は特養9.6%、老健15.5%であり、人員要件については既に満たしていた施設が多いと考えられる一方、非算定の施設においては管理栄養士の新規採用が課題となっている。また、LIFE情報提供体制は提供に伴う事務作業の増加が加算算定施設においても困難事項として最も多く挙げられており、効率的な電子システムの導入とシステムへの習熟が必要である。一方、特養では「施設長の判断」が老健と比べて高い割合となっており、特養の施設特性として入所者の人生に寄り添い、最期まで安寧な生活を送るための「食べる楽しみの支援の充実」に向けた栄養ケア・マネジメント体制強化の意義について、施設全体で共有できるよう働きかけることが求められる。当該加算の算定は丁寧なミールラウンドや他職種との連携強化など栄養ケア・マネジメントプロセスの質の向上に資することが本結果からも示されており、体制整備の困難を乗り越え効果的な栄養ケア・マネジメントの推進を引き続き後押ししていくことが求められる。

（５）再入所時栄養連携加算の算定状況

『再入所時栄養連携加算』を算定していると回答した施設は特養14.9%、老健33.0%であったが、調査月1か月間の算定件数の平均はともに0件であり、実際にはほとんど算定されていなかった。算定要件は「施設の入所時には経口により食事を摂取していた入所者が、医療機関に入院し、入院中に経管栄養、嚥下調整食の新規導入となり、退院後すぐに施設へ再入所すること」であり²⁰⁾、非算定の理由にも挙げられている通り、対象となる再入所者がいないことが最大の理由である。しかし、実際に経管栄養や嚥下調整食が新規導入された要介護高齢者においては退院後も切れ目のない栄養管理を実施することは重要である。令和3年度介護報

酬改定によりテレビ電話装置等のICT機器の活用が認められ⁷⁾、施設と医療機関の双方の設備体制が整うことが条件ではあるが医療機関を訪問するという実務的な負担は緩和された。当該加算についてはさらに踏み込んで、再入所者に限定しない要件改定が必要であると考えられる。

(6) その他の栄養関連加算算定状況

『経口維持加算Ⅰ・Ⅱ』の算定割合は2019（令和元）年度の調査結果とほぼ同じであり、また1か月間の算定件数もほぼ同程度であった¹⁰⁾。2019（令和元）年度の調査結果では非算定の主な理由として人員不足、業務時間不足、嚥下評価困難があげられていたが¹⁰⁾、このうち人員不足と業務時間不足については栄養マネジメント強化加算の算定が広がることで、管理栄養士の増員とミールラウンドの実施につながることを期待される。栄養ケア・マネジメントの体制強化によってこれまで算定できていなかった施設が算定できるようになること、これまで算定していた施設はさらに多くの対象者にミールラウンドを実施し算定件数を伸ばすことが、より多くの施設入所者の「最期まで食べる楽しみを支援する」ことに寄与すると考えられる。

(7) 『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』によってよくなったと感じること

令和3年介護報酬改定における主要なテーマであった『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』⁷⁾によってよくなったと感じることとして、「日常の職種間の情報連携に頻度が増えたこと」、「利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになったこと」が挙げられており、専門職による円滑な連携へとつながっていた。一方、これらの専門職による各種計画書について一体的に記入できる様式の導入については、後述の栄養ケア・マネジメントのプロセス「14. 栄養ケア計画は、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のサービス内容が統一された書式（帳票）の中に記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）」で実施したと回答した施設が約4割にとどまっており、具体的な実務への反映には時間を要すると考えられた。

(8) 給食業務形態、管理栄養士の業務時間割合、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法

特養では給食業務が直営の施設が約4割であり、老健と比べても高い割合であった。また管理栄養士の業務時間割合をみると、特養では老健と比べて給食に関する業務の割合が高く、二人目の業務時間では栄養管理業務を上回っていた。すなわち特養では施設の管理栄養士が相対的に給食管理業務にエフォートを割いていることが示唆される。

給食管理業務は単純に削減すればよいというものではないが、栄養マネジメント強化加算の算定要件では「常勤栄養士を配置し給食管理を実施している場合は入所者70名につき1名以上」としているように⁷⁾、管理栄養士が十分な時間をかけてミールラウンドを実施するためには給食管理業務を担う必要な人員配置と業務の効率化が求められる。

また、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理に市販のソフトを使用している施設が多く、特養で老健と比べて高い割合であった。一方、印刷した様式に手書きで記入・管理している施設は老健で特養と比べて高い割合であった。栄養管理業務の業務時間が老健で高い割合であったが、このような書類管理業務は効率化すべきであると考えられる。

(9) 栄養ケア・マネジメントの体制とその実施状況について

実施したと回答した割合が低い項目は、LIFEに関する業務とリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のケア計画の統一書式への記録であり、2021（令和3）年の介護報酬改定を受けて今後推進が必要なものであった。また、栄養ケア・マネジメントに関しては業務手順のマニュアル化、専門資格のための施設外の研修会への参加、低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取り、栄養ケア・マネジメントの質の向上を目的とした多職種カンファレンスが低い割合であった。

介護保険制度に栄養ケア・マネジメントが導入されて以来、入所者の要介護度の重度化、摂食・嚥下困難、口腔の問題、認知症、看取りへの対応等、栄養ケア・マネジメントの業務は常にアップデートが進められてきたことから、広範な課題に対応するため、栄養ケア・マネジメントの新たなマニュアル作成と研修の機会が必要である。

2. 栄養マネジメント強化加算の算定施設における課題について

2. の調査結果より、特養及び老健における栄養マネジメント強化加算算定施設の特徴が明らかとなった。

全国の特養、老健における「栄養マネジメント強化加算」の算定率は令和4年3月時点でまだ公表されていないが、介護給付費等実態統計による令和3年4月調査分²³⁾の「栄養マネジメ

ント加算」総算定件数が特養14,946.6千件、老健9807.0千件であるのに対し、令和3年10月調査分²⁴⁾の「栄養マネジメント強化加算」総算定件数が特養3464.7千件、老健2480.5千件であり、割合にして特養約23.2%、老健約25.3%であった。「栄養マネジメント加算」が9割以上の施設で算定されていたことを踏まえると、大まかではあるが本調査時点の全国の「栄養マネジメント強化加算」算定率は20～25%程度と推察される。本調査では特養、老健ともに40%以上であったことを鑑みると、回答施設は栄養ケア・マネジメントに関する調査への関心が高く、介護報酬改定を踏まえた栄養関連加算の算定や管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの体制強化、プロセス実施を先進的に実施している施設が多く含まれると考えられる。したがって、回答バイアスには留意する必要があるものの、栄養マネジメント強化加算『算定あり』施設と『算定無し』施設の群間比較においては、統計的に有意な差をもって『算定あり』施設の特性を明らかにするために十分な回答数であった。

(1) 定員数、入所者数、管理栄養士の複数配置と新規採用

栄養マネジメント強化加算『算定あり』は『算定無し』と比べて平均定員数および入所者数が少なかった。これは栄養マネジメント強化加算の算定要件が、管理栄養士を常勤換算方式で入所者50人に対して1人以上（ただし、常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して1人以上）であること⁷⁾が理由としてあげられる。すなわち、比較的小規模な施設では管理栄養士は1人配置されていればよいのでこの要件は満たしやすい。厚生労働省の特別集計²²⁾によると定員100人以上の特養、老健においても管理栄養士を2名以上配置している施設は17%程度とされ、大規模な施設において算定要件を満たす管理栄養士の複数配置を進めていくことが今後求められる。

その点において、管理栄養士を2名以上配置している施設は特養、老健ともに『算定あり』では『算定無し』よりも多く、加算算定を理由に新規に管理栄養士を採用した施設が特養、老健ともに『算定あり』では『算定無し』よりも多く、特に老健では『算定あり』の31.9%が常勤管理栄養士を新規採用していた。施設が管理栄養士を新規に採用するためには、栄養ケア・マネジメントのプロセスやアウトカムとともに加算等による施設収入と人件費の面もポジティブな評価が求められる。栄養マネジメント強化加算は11単位/日で、入所者100名に対して算定すれば1か月で33万円程度の加算収入となる。単純にこれだけを見て評価することはできないだろうが、管理栄養士が複数配置されることで生み出されるプロセス（他の栄養関連加算算定や併設サービスへの波及を含む）やアウトカムにおける効果と合わせて総合的に

評価することで、管理栄養士の新規採用にもつながると考えられる。

（２）在宅への退所

老健の在宅への退所は『算定あり』で多く、2021年4月1日～9月30日の6か月間で入所者100名当たり平均28.3人であった。これは当該加算算定によって増加した成果というよりは、もともと積極的に在宅復帰の支援に取り組んでいた施設が当該加算の算定に速やかに対応できたと考えるのが妥当である。

老健では2018（平成30）年度³⁾・2021（令和3）年度⁴⁾介護報酬改定において在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価の見直しが進み、従来の在宅復帰率やベッド回転率に加え、入・退所前後の訪問指導、居宅サービスの実施割合、リハビリテーション専門職や支援相談員の配置割合、経管栄養の実施割合等が評価されることとなった。すなわち、老健では在宅復帰率向上のための多職種連携によるかかわりが一層求められている。栄養マネジメント強化加算は管理栄養士の人員配置とともに、低栄養状態中高リスク者への週3回以上のミールラウンドの実施や退所時の栄養相談が算定要件として求められ⁷⁾、老健の多職種連携において管理栄養士が果たす役割がこれまで以上に重要となる。今後は、当該加算の算定により在宅復帰支援のプロセスやアウトカムに寄与することを根拠として示すことが重要と考えられる。

（３）給食業務形態、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法、管理栄養士の業務時間割合

特養では給食業務形態が直営の割合が『算定あり』で高いにもかかわらず、栄養管理業務時間の割合も大きいのは、算定要件の「常勤栄養士を1人以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は入所者70人に対して管理栄養士1人以上配置⁷⁾」を踏まえ、栄養士との適切な業務分担が行えている影響と、栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理方法が「市販のソフト」となっていることが関連していると推察される。老健に比べ全体的に小規模な施設の多い特養では、栄養士との適切な業務分担と業務の効率化は加算算定において重要である。また、老健では直営の割合は『算定あり』と『算定無し』と差がなかったが、『算定あり』施設では直営給食業務の主担当は栄養士が高い割合で担っており、管理栄養士の給食管理業務の割合は有意に低かった。

市川ら²⁵⁾は、老健を対象とした調査より、労働生産性と適切な栄養管理業務の推進の観点から給食管理における課題が「人的資源の確保、栄養・食事管理のIT化（システム連携）」

にあるとし、「医療施設と比べて電子カルテ（介護ソフト）普及率とオーダー連携率が低いこと、栄養管理や献立作成ソフトウェアの活用が表計算ソフトの補完にとどまり、いずれも業務の効率化に直結していないこと」を問題としている。また、直営では委託と比較して施設側の常勤管理栄養士の配置数、常勤調理師数、常勤＋非常勤調理師の合計が有意に多く、食材料費は有意に高いとしながらも、食事の質については両者に有意な差は認められないとしている。

ここから、比較的直営の割合が高い特養では直営であれば栄養士などの給食管理業務を担うスタッフの配置と業務のICT化、老健においても栄養士を適正に配置して業務を効率化することで、給食の質を落とさずに管理栄養士が栄養管理業務に専念でき、栄養マネジメント強化加算の算定に必要な頻回なミールラウンドを実施できるようになると考えられる。

（４）栄養関連加算算定状況

特養・老健ともに、栄養マネジメント強化加算『算定あり』施設では経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、再入所時栄養連携加算の算定割合が高く、老健では経口移行加算の算定割合も高かった。これら栄養関連加算算定においては多職種連携によるミールラウンドや入所時の施設間情報連携が求められることから、より質の高い栄養ケア・マネジメント業務が行われていると考えられる。なお再入所時栄養連携加算は加算の対象となる再入所者がおらず、実際の算定件数は0件の施設が多い。これについては算定の対象となる要件の見直しが必要と考えられるが、『算定あり』では『算定無し』と比べて特に特養ではいずれの項目も割合が低く、栄養マネジメント強化加算による体制強化は施設と医療機関との連携においても実施の促進が期待される。

（５）『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』

これについては栄養マネジメント強化加算『算定あり』と『算定無し』で有意な差がみられた項目はなかったが、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」は『算定あり』で高い傾向もあり、もともと高かった多職種連携の頻度がさらに推進されていると推察された。

（６）栄養ケア・マネジメントプロセス

『算定あり』は低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取り（老健）、週3回以上のミールラウンド（特養・老健）、栄養相談内容の文章による記録（老健）、サービス担当者会

議における栄養ケア計画の話し合い（老健）、栄養ケア・マネジメントの総合的な評価と質の向上のための多職種による話し合い（老健）、LIFEへの情報提供と業務改善への活用（特養・老健）の実施割合が『算定無し』と比べていずれも高く、個別の栄養管理に関する業務とサービスの評価に関する業務が実施できていた。

長谷川ら²⁴⁾によると、2019（令和元）年の全国実態調査による分析から、「ミールラウンドの実施」は低栄養リスク者の割合を低くし、「低栄養状態中高リスク者の家族との面談・聞き取りができています」施設は経口維持による看取りが促進され、効果的な栄養ケア・マネジメントのプロセス実施はアウトカムに寄与することを明らかにしている。これらの栄養ケア・マネジメントプロセスをより質の高いものにするうえで栄養マネジメント強化加算の算定が有用であれば、今後はアウトカムへの好影響も期待される。

3. 通所サービスや認知症グループホームの栄養管理

1. の施設のうち管理栄養士が併設または地域の通所にかかわりのある特養は3割、老健は5割であった。

厚生労働省の集計データ²⁶⁾によると平成26年調査時点で特養の52.2%（約3,600事業所）が通所介護を併設している。ただし、介護サービス施設・事業所調査（令和2年10月分²⁷⁾によると通所介護の事業所数は全国で24,000事業所を超え、その半数の設置主体が営利法人であり、特養などが併設していない単独型と考えられる。同じく通所リハ8,349事業所については44.2%（3,690事業所）の設置主体が老健であり、老健全体の約9割が通所リハを併設していることになる。

一方、認知症GHへ管理栄養士がかかわっている施設は特養と老健合わせても10%に満たない31施設に過ぎなかった。認知症GHは全国で約14,000事業所が開設され、その半数は営利法人が設置主体である²⁶⁾。社会福祉法人と医療法人はそれぞれ2割程度の計5,000事業所程度であるが、平成29年度に日本健康・栄養システム学会が実施した認知症GHの実態調査²⁸⁾によると、設置主体が社会福祉法人、医療法人の認知症GHのうち7割以上で同一法人に常勤栄養士が勤務していた。

したがって、本調査結果は全国の通所介護、通所リハ、認知症GHの特性を代表するサンプルとはいえないものの、約9割の施設が常勤管理栄養士を雇用して栄養ケア・マネジメントを展開している特養、老健は居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供拠点として重要な位置を占める。もともと通所における栄養ケア・マネジメント関連サービスは低調で

あり、認知症GHにおける栄養管理体制加算も令和3年度介護報酬改定で新規に導入されたのであって、改定後に初めて実施された本調査に回答したのが関連の取り組みを先進的に行っている施設である点を踏まえ、その実態を把握し、今後の課題について検討することは意義深いと考えられる。

(1) 通所への管理栄養士のかかわり

通所に管理栄養士が関わっていると回答した施設のうち、約9割は施設と通所の職員を兼務していたが、地域の他の事業所へ外部の管理栄養士として関わっていると回答した施設の管理栄養士も2割程度あり、全国の半数以上を占めると考えられる単独型の通所介護をカバーするため、地域における施設間連携の推進が期待される。また、通所にかかわっている施設管理栄養士の約8割は令和3年度介護報酬改定の以前からかかわっており、改定により新たにかかわるようになった施設は改定から6か月の時点で10%程度に過ぎない。また、通所における栄養関連加算を算定している特養は2割程度、老健は5割程度であり、かかわってはいるものの加算算定には至っていない施設が多くあった。栄養改善加算を算定していない理由として業務時間不足、管理栄養士の人員不足が多く挙げられているように、この度の改定により通所への管理栄養士のかかわりを増やすためには施設の人員体制強化が必要であると考えられる。管理栄養士が通所に関わっている施設の約半数が栄養マネジメント強化加算を算定しており、算定している施設では通所の栄養関連加算の算定割合が有意に高いことから、施設の体制強化は居宅サービスへの展開を促すことにつながると推察される。

また、栄養改善加算の算定施設は特養13.4%、老健30.5%と少ないもののそのうち7割以上で居宅訪問が実施されていた。令和元年度に日本健康・栄養システム学会が実施した研究²⁸⁾より、通所における居宅訪問を含む栄養ケア・マネジメントの実施は体重増加およびIADLの悪化防止に寄与することが示唆され、その結果を受けて令和3年度介護報酬改定で通所の栄養改善加算では必要に応じて居宅訪問することが可能となった⁷⁾。これにより施設の管理栄養士が初めて制度として居宅訪問することができるようになり、わが国において栄養ケア・マネジメントを推進してきた施設の管理栄養士が地域でその力を発揮する機運が高まることが期待される。

(2) 認知症GHへのかかわり

認知症GHに管理栄養士がかかわっている施設のうち6割が外部の管理栄養士として連携し

ていた。また、約8割が令和3年度介護報酬改定の以前からかわっていた。令和3年度の介護報酬改定以前は栄養スクリーニング加算が算定できたが、事業所ベースの算定率は2.5%²⁹⁾とされ、ほとんど活用されていない状況であった。一方、令和2年度に日本健康・栄養システム学会が実施した実態調査³⁰⁾から、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事業所は6割に上り、そのうち9割以上が実際にケアプランに盛り込まれていた。さらにそこへ実際に管理栄養士・栄養士がかかわっていたのは2割程度であった。調査への回答事業所が栄養ケア・マネジメントへの関心が比較的高いことを考慮しても、管理栄養士が認知症GHで一定の役割を果たしており、令和3年度介護報酬改定で栄養管理体制加算として評価されたことは今後さらにその取り組みを広げるうえで重要であると考えられた。施設の管理栄養士には地域における栄養ケア・マネジメントの連携推進が期待されており、同一法人のみならず外部との連携をさらに推進する施策が求められる。また、管理栄養士が認知症GHにかかわっている施設の半数以上が栄養マネジメント強化加算を算定しており、算定している施設では認知症GHの栄養関連加算の算定割合が有意に高いことから、通所と同じく施設の体制強化は地域密着型サービスへの展開を促すことにつながると推察される。

認知症GHで管理栄養士がかかわっている内容として、「食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導」、「栄養相談」、「認知症の栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）」が挙げられていた。平成29年度に日本健康・栄養システム学会が実施した認知症GHの実態調査³¹⁾によると、スタッフが感じている入居者の食事提供・栄養管理の不安として「誤嚥・窒息」、「食欲不振」、「食事時の傾眠、失認、偏食などの行動心理症状」、「食事形態の調整」が上位に挙げられており、それらのニーズに対応した栄養食事管理の専門的なケアや助言が実施されていた。認知症高齢者が家庭的な環境における自立した日常生活を営むことを支援する認知症GHであるが、要介護度3以上の利用者が半数以上を占め、低栄養や摂食嚥下困難への対応は避けられないことから、栄養管理体制加算等による栄養ケア・マネジメントのさらなる推進が求められると考えられた。

結 論

本研究によって、令和3年度の介護報酬改定から6か月後の特養、老健における『栄養マネジメント強化加算』を算定している施設の特性が明らかとなった。

1. 栄養マネジメント強化加算算定は、基本的には算定要件を満たしやすい入所人数の少な

い施設から算定が進んでいると考えられるが、2名以上配置のための管理栄養士の新規採用も加算算定を契機として少しずつではあるが広がりつつあると推察された。また、加算算定施設では経口維持加算等の栄養関連加算の算定率も高く、個別の栄養管理やサービス評価に関する栄養ケア・マネジメントの業務プロセスも良好であり、管理栄養士の体制整備はこれまでの介護報酬改定における効果的な栄養ケア・マネジメントのさらなる推進に寄与すると示唆された。今後これを全国の特養、老健へ広げるためには、ICTを活用した給食管理を含めた業務全体の効率化や、新たに採用される管理栄養士の教育体制と適切な業務分担等のマネジメントを推進し、さらにその費用対効果やアウトカムの評価を含めて成果を示すことが重要であると考えられた。

2. 令和3年度介護報酬改定から6か月後の特養、老健においては、低栄養への対応は依然として課題となっているが、『栄養マネジメント強化加算』による栄養ケア・マネジメントの体制強化とミールラウンドを重視した丁寧な栄養ケアの推進は、入所者のアウトカム（誤嚥性肺炎による入院、在宅への退所、経口を維持した看取り）の改善につながるものが今後期待される。しかし、確実にその効果を全国へ波及させるためには、①多職種連携の推進、特に『リハビリテーション・口腔・栄養の連携強化』を実務面に落とし込むこと、②施設間連携、特に施設入所前の医療機関との連携を再入所に限らず推進すること、③管理栄養士がミールラウンドや利用者・家族との面談等の対人業務に専念するための周辺業務のICT化やマニュアル化による継続的な業務改善に取り組むこと（LIFEの活用を含む）が必要と考えられた。したがって、新規に採用される管理栄養士を対象とした基本的な栄養ケア・マネジメント実務に関する研修、教育の参加機会を広く提供するとともに、経験を積んだ管理栄養士においては栄養ケア・マネジメントの多面的な課題に対応するための人材育成、ICT等を活用した業務改善、施設内外の様々な関連職種との連絡調整、LIFE情報提供とフィードバックによる継続的な品質改善活動といったマネジメントを重視した実務的な研修が求められる。

3. 『栄養マネジメント強化加算』を算定している施設においては、基本的には算定要件を満たしやすい入所人数の少ない施設から算定が進んでいると考えられるが、2名以上配置のための管理栄養士の新規採用も加算算定を契機として少しずつではあるが広がりつつあると推察された。また、加算算定施設では経口維持加算等の栄養関連加算の算定率も高く、個別の

栄養管理やサービス評価に関する栄養ケア・マネジメント業務のプロセスも良好であり、管理栄養士の体制整備はこれまでの介護報酬改定における効果的な栄養ケア・マネジメントのさらなる推進に寄与することが示唆された。今後これを全国の特養、老健へ広げるためには、ICTを活用した給食管理を含めた業務全体の効率化や、新たに採用される管理栄養士の教育体制と適切な業務分担等のマネジメントを推進し、さらにその費用対効果やアウトカムの評価を含めて成果を示す必要があると考えられた。

4. 特養、老健の管理栄養士による通所及び認知症GHへのかかわりの実態が明らかとなった対象施設の管理栄養士の通所へのかかわりはほとんどが兼務であり、単独型の通所をカバーするためには地域における連携体制を構築することが求められた。施設における「栄養マネジメント強化加算」の算定は通所兼任のための人員配置にも寄与し、通所の栄養関連加算によるサービスを推進する効果があるとし唆された。一方、認知症GHへのかかわりも「栄養マネジメント強化加算」の算定が寄与しており、地域における特養、老健の管理栄養士の役割がさらに広がることが期待される。現在はまだごく一部の管理栄養士による先進的な取り組みであるが、サービス特性に応じた具体的なニーズに対して広く管理栄養士がかかわることのできるよう体制整備と地域連携の事例を共有することが求められると考えられた。

文 献

- 1) 杉山みち子. 改正介護保険制度と栄養ケア・マネジメントに関する研究. 栄養学雑誌. 2007: 65(2) : 55-66.
- 2) 厚生労働省. 平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (平成 27 年 1 月 9 日). 2015 :
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000070815.pdf (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)
- 3) 厚生労働省. 平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (平成 29 年 12 月 18 日). 2018 :
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000188369.pdf (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)

4) 厚生労働省. 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料(令和2年12月23日). 2020:

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000709008.pdf> (閲覧日:2022年3月22日)

5) 新出まなみ, 杉山みち子, 梶井文子, 葛谷雅文. 介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための栄養ケア・マネジメント(第1報). 日本健康・栄養システム学会誌. 2015:15(2):4-11.

6) 公益社団法人全国老人保健施設協会. 平成30年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業報告書. 2019: http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2019/04/H30report_roken_mokuteki_arikata-1.pdf (閲覧日:2022年3月22日)

7) 厚生労働省. 令和3年度介護報酬改定の主な事項について(第199回社会保障審議会介護給付費分科会(Web会議)資料). 2021:

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000727135.pdf> (閲覧日:2022年3月22日)

8) 厚生労働省. 認知症対応型共同生活介護(参考資料). 社保審-介護給付費分科会第179回(令和2年7月8日)2020

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000647295.pdf> (閲覧日:2022年3月22日)

9) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 平成29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事業報告書. 2018

https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2018/10/H29mhlw_Repo20180406.pdf (閲覧日:2022年3月22日)

10) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 令和元年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業報告書. 2020:

https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2020/05/20200522ncm_%E6%96%BD%E8%A8%AD%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf (閲覧日:2022年3月22日)

11) 厚生労働省. 平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況 2015:

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/dl/kekka-gaiyou.pdf> (閲覧日:

2022年3月22日)

12) 厚生労働省. 「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日厚生労働省老健局老人保健課長通知老老発第0907002号). 2006.

13) 厚生労働省. 介護老人保健施設(参考資料). 社保審-介護給付費分科会 第144回(平成29年8月4日)参考資料2. 2017:

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174012.pdf (閲覧日: 2022年3月22日)

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

15) 厚生労働省. 令和2年介護サービス施設・事業所調査. 2021.

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/dl/kekka-gaiyou_1.pdf (閲覧日: 2022年3月22日)

16) 厚生労働省. 令和3年度介護給付費等実態統計. 2022

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=23070909&tclass1=000001123536&tclass2=000001160826&stat_infid=000032166915&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0 (閲覧日: 2022年3月22日)

17) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 平成28年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業報告書. 2017:

https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2018/10/H28mhlw_Repo20170405.pdf (閲覧日: 2022年3月22日)

18) Yoshihiro Yoshimura et al. Prevalence of sarcopenia and its association with activities of daily living and dysphagia in convalescent rehabilitation ward inpatients. Clin Nutr. 2018 Dec;37(6 Pt A):2022-2028.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987469/>

19) 厚生労働省. 令和2年度診療報酬改定について(個別改定項目について)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf> (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)

20) 厚生労働省健康局健康課栄養指導室. 2018 年度診療報酬改定・介護報酬改定(栄養関係)について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000340975.pdf> (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)

21) 長谷川未帆子, 高田健人, 長瀬香織, 浅見桃子, 濱田秋平, 遠又靖丈, 田中和美, 苅部康子, 堤亮介, 谷中景子, 加藤すみ子, 松山紗奈江, 古明地夕佳, 榎裕美, 高田和子, 加藤昌彦, 小山秀夫, 杉山みち子, 三浦公嗣. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントのあり方と「低栄養リスク」「誤嚥性肺炎による入院」「経口維持の看取り」「在宅復帰」との関連 2019 年度全国施設横断調査から. 日本健康・栄養システム学会誌. 2021 : 20(2) : 10-22.

22) 厚生労働省. 自立支援・重度化防止の推進 (第 191 回社会保障審議会介護給付費分科会 (Web 会議) 資料) . 2020:

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000691249.pdf> (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)

23) 厚生労働省. 介護給付費等実態統計 (2021 年 4 月調査分)

<https://www.e-stat.go.jp/stat->

[search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=12040604&tclass1=000001123536&tclass2=000001144553&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=12040604&tclass1=000001123536&tclass2=000001144553&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0)

24) 厚生労働省. 介護給付費等実態統計 (2021 年 10 月調査分)

<https://www.e-stat.go.jp/stat->

[search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=24101210&tclass1=000001123536&tclass2=000001160826&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=24101210&tclass1=000001123536&tclass2=000001160826&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0)

25) 令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (循環器・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 特定給食施設 (介護老人保健施設等) における適切な栄養管理業務の運営に関する研究

<https://ichikawa-hls-research-grant19-21.com/wp->

[content/uploads/2021/08/2020%E5%B9%B4%E5%BA%A6-%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%A6%82%E8%A6%81%E7%89%88.pdf](https://ichikawa-hls-research-grant19-21.com/wp-content/uploads/2021/08/2020%E5%B9%B4%E5%BA%A6-%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%A6%82%E8%A6%81%E7%89%88.pdf) (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)

26) 厚生労働省. 平成27年度介護報酬改定に向けて (介護福祉施設サービスについて) 社保

審 - 介護給付費分科会 第104回（平成26年7月23日）.2014

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan)

Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051840.pdf（閲覧日：2022年3月22日）

27) 厚生労働省. 令和2年介護サービス施設・事業所調査. 2022.

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/dl/kekka-gaiyou_1.pdf（閲覧日：2022年3月22日）

28) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 令和元年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（補足資料）. 2020:

<https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2020/10/2020hosoku.pdf>

29) 厚生労働省. 令和2年度介護給付費等実態統計（2020年4月調査分）. 2020

[https://www.e-stat.go.jp/stat-](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=12040604&tclass1=000001123536&tclass2=000001144553&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0)

[search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=12040604&tclass1=000001123536&tclass2=000001144553&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=12040604&tclass1=000001123536&tclass2=000001144553&result_back=1&result_page=1&tclass3val=0)（閲覧日：2022年3月22日）

30) 一般社団法人日本健康・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報告書. 2021:

<https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2021/04/R2houkokusho.pdf>（閲覧日：2022年3月22日）

表1-1 基本集計

	特養(n=356)				老健(n=200)				P値 ⁴⁾ 太字<0.05
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差	
①施設特性									
入所定員(床)	356	75.1	70.0	(25.6)	200	89.7	95.0	(24.4)	<0.001
入所者数(人)	356	72.0	70.0	(24.1)	200	79.1	80.0	(23.6)	<0.001
②入所者特性									
入所者100名当たり人数(人)									
要介護3以上 ¹⁾	356	96.1	97.9	(5.8)	200	67.0	68.1	(12.0)	<0.001
低栄養状態中高リスク ¹⁾	354	57.1	59.7	(19.3)	199	56.3	57.4	(19.1)	0.533
退所した人のうち、在宅へ退所 ²⁾	349	0.2	0.0	(1.1)	196	24.4	16.7	(29.1)	<0.001
入院 ²⁾ (入院先で死亡も含む)	354	17.0	14.4	(12.4)	195	18.8	16.7	(11.9)	0.033
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入 施設内で死亡 ²⁾	348	3.3	2.0	(3.9)	191	2.4	1.4	(3.3)	0.009
施設内で死亡した人数のうち、亡くな る1か月前の時点で経口摂取(プリン アイス等を含む)していた後に看取った ²⁾	353	7.2	6.3	(6.1)	196	5.5	4.1	(5.5)	0.001
施設内で死亡した人数のうち、亡くな る1か月前の時点で経口摂取(プリン アイス等を含む)していた後に看取った ²⁾	348	6.1	5.0	(5.8)	193	4.0	2.4	(4.6)	<0.001
③NCM構造要因									
管理栄養士・栄養士配置員数(人)									
常勤管理栄養士	356	1.3	1.0	(0.7)	200	1.4	1.0	(0.6)	0.233
非常勤・パート管理栄養士	356	0.1	0.0	(0.6)	200	0.2	0.0	(0.4)	0.001
常勤栄養士	356	0.3	0.0	(0.7)	200	0.2	0.0	(0.6)	0.001
非常勤・パート栄養士	356	0.0	0.0	(0.3)	200	0.0	0.0	(0.0)	0.017
栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用(人)									
常勤管理栄養士	356	0.1	0.0	(0.3)	200	0.2	0.0	(0.4)	0.036
非常勤・パート管理栄養士	356	0.0	0.0	(0.1)	200	0.1	0.0	(0.3)	0.001
常勤栄養士	356	0.0	0.0	(0.1)	200	0.0	0.0	(0.1)	0.229
非常勤・パート栄養士	356	0.0	0.0	(0.1)	200	0.0	0.0	(0.0)	0.454
栄養マネジメント強化加算_令和2年度 平均入所者数(人)	133	64.0	50.0	(63.3)	77	88.2	79.1	(103.1)	<0.001
④NCM経過要因									
加算算定件数(件)									
栄養マネジメント強化加算 ³⁾	148	1442.8	1500.0	(958.3)	85	1925.3	2125.0	(1018.6)	<0.001
経口移行加算 ³⁾	49	11.7	0.0	(34.5)	67	6.7	0.0	(19.7)	0.774
経口維持加算Ⅰ ³⁾	149	18.5	12.0	(20.0)	113	15.8	10.0	(17.7)	0.256
経口維持加算Ⅱ ³⁾	95	18.2	10.0	(22.7)	90	16.5	11.0	(18.7)	0.735
再入所時栄養連携加算 ³⁾	53	0.0	0.0	(0.1)	65	0.2	0.0	(1.4)	0.153
療養食加算 ³⁾	239	798.6	540.0	(934.7)	181	1865.6	1626.0	(1487.3)	<0.001
管理栄養士A(回答者)業務時間割合(%)									
栄養管理業務	347	58.4	60.0	(19.5)	198	64.7	70.0	(19.4)	<0.001
給食に関する業務	347	31.0	30.0	(17.5)	198	27.0	25.0	(17.2)	0.005
その他	347	10.5	10.0	(11.8)	198	8.4	5.0	(10.7)	0.021
管理栄養士B(二人目)業務時間割合(%)									
栄養管理業務	110	44.0	43.5	(30.6)	87	57.1	60.0	(28.1)	0.003
給食に関する業務	110	46.6	40.0	(32.4)	87	34.3	30.0	(26.5)	0.011
その他	110	9.4	1.0	(16.4)	87	8.6	0.0	(15.0)	0.860
管理栄養士C(三人目)業務時間割合(%)									
栄養管理業務	15	42.3	40.0	(34.3)	18	47.2	50.0	(34.8)	0.663
給食に関する業務	15	47.0	40.0	(34.3)	18	40.0	35.0	(37.6)	0.478
その他	15	10.7	0.0	(21.1)	18	10.0	0.0	(24.0)	0.590

1) 2021年9月30日時の人数

2) 2021年4月1日～9月30日の6か月間の人数

3) 2021年9月1か月間(30日間)の算定件数(※算定ありで0件を含む)

4) マンホイットニーU検定

表1-2 基本集計

	特養(n=356)			老健(n=200)			P値 ¹⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	
③NCM構造要因							
常勤管理栄養士2名以上	95	(26.7)	-	63	(31.5)	-	0.227
入所者100人当たり常勤管理栄養士2名以上	173	(48.6)	-	79	(39.5)	-	0.039
栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用あり							
常勤管理栄養士	34	(9.6)	-	31	(15.5)	-	0.036
非常勤・パート管理栄養士	8	(2.2)	-	17	(8.5)	-	0.001
常勤栄養士	6	(1.7)	-	1	(0.5)	-	0.229
非常勤・パート栄養士	1	(0.3)	-	0	(0.0)	-	0.453
給食業務形態							
直営	147	(41.3)	(41.8)	54	(27.0)	(27.3)	0.001
委託	169	(47.5)	(48.0)	128	(64.0)	(64.6)	<0.001
一部委託	36	(10.1)	(10.2)	16	(8.0)	(8.1)	0.409
直営給食_主担当	(直営n=147)			(直営n=54)			
管理栄養士	119	(81.0)	(87.5)	40	(20.0)	(80.0)	0.198
栄養マネジメント強化加算_人員配置							
(算定n=153)			(算定n=91)				
入所者50人につき管理栄養士1人以上	98	(64.1)	(71.0)	60	(65.9)	(75.0)	0.525
給食管理)入所者70人につき管理栄養士1人以上	40	(26.1)	(29.0)	20	(22.0)	(25.0)	
(欠損)	15	(9.8)	-	11	(12.1)	-	
④NCM経過要因							
NCM関連加算 ²⁾							
栄養マネジメント強化加算	153	(43.0)	(44.3)	91	(45.5)	(47.9)	0.431
経口移行加算	49	(13.8)	(14.8)	68	(34.0)	(35.8)	<0.001
経口維持加算 I	152	(42.7)	(44.8)	122	(61.0)	(63.2)	<0.001
経口維持加算 II	99	(27.8)	(29.4)	94	(47.0)	(48.7)	<0.001
再入所時栄養連携加算	53	(14.9)	(15.8)	66	(33.0)	(34.7)	<0.001
療養食加算	247	(69.4)	(71.2)	192	(96.0)	(99.0)	<0.001
栄養マネジメント強化加算を算定していない理由(複数回答)							
(非算定n=192)			(非算定n=99)				
管理栄養士の人員基準を満たさない	115	(59.9)	-	76	(76.8)	-	0.004
施設のLIFE情報提供体制が整っていない	58	(30.2)	-	29	(29.3)	-	0.872
施設長の判断	39	(20.3)	-	10	(10.1)	-	0.027
業務時間不足	30	(15.6)	-	14	(14.1)	-	0.738
低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難	25	(13.0)	-	10	(10.1)	-	0.468
単位数が低い	8	(4.2)	-	6	(6.1)	-	0.474
算定の手順・方法がわからない	10	(5.2)	-	2	(2.0)	-	0.195
管理栄養士の判断	4	(2.1)	-	4	(4.0)	-	0.333
他職種の理解や協力が得られない	6	(3.1)	-	2	(2.0)	-	0.585
退所時の栄養連携が困難	3	(1.6)	-	2	(2.0)	-	0.776
個別の食事対応が困難	2	(1.0)	-	1	(1.0)	-	0.980
その他	23	(12.0)	-	3	(3.0)	-	0.011
再入所時栄養連携加算を算定していない理由(複数回答)							
(非算定n=282)			(非算定n=124)				
加算の対象となる再入所者がいない	91	(32.3)	-	33	(26.6)	-	0.254
業務時間不足	47	(16.7)	-	23	(18.5)	-	0.644
施設長の判断	48	(17.0)	-	13	(10.5)	-	0.090
病院側に栄養情報連携体制がない	35	(12.4)	-	23	(18.5)	-	0.104
管理栄養士の人員不足	31	(11.0)	-	23	(18.5)	-	0.039
算定の手順・方法がわからない	38	(13.5)	-	9	(7.3)	-	0.071
テレビ電話装置を活用できない	16	(5.7)	-	14	(11.3)	-	0.046
他職種の理解や協力が得られない	13	(4.6)	-	6	(4.8)	-	0.920
管理栄養士の判断	10	(3.5)	-	8	(6.5)	-	0.190
単位数が低い	13	(4.6)	-	5	(4.0)	-	0.795
その他	15	(5.3)	-	12	(9.7)	-	0.105

1) χ^2 検定

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定(※算定ありで0件を含む)

表1-2 基本集計

	特養(n=356)			老健(n=200)			P値 ¹⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	
④NCM経過要因							
栄養マネジメント強化加算困難を感じる(複数回答)	(算定n=153)			(算定n=91)			
LIFEに伴う管理栄養士の事務作業の増加	86	(56.2)	-	59	(64.8)	-	0.185
低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンド	58	(37.9)	-	38	(41.3)	-	0.598
管理栄養士の知識・技術が不足	47	(30.7)	-	24	(26.4)	-	0.470
施設内の他職種との連携が取れない	18	(11.8)	-	1	(1.1)	-	0.003
管理栄養士間(回答者自信と同施設の者)の知識・技術に差がある	5	(3.3)	-	10	(11.0)	-	0.015
管理栄養士間(回答者自身と同施設の者)の連携が取れない	4	(2.6)	-	2	(2.2)	-	0.839
その他	21	(13.7)	-	10	(10.9)	-	0.515
栄養マネジメント強化加算_よかったこと(複数回答)	(算定n=153)			(算定n=91)			
ミールラウンドを丁寧に実施できるようになった	59	(38.6)	-	42	(45.7)	-	0.275
他職種との連携が強化された	40	(26.1)	-	23	(25.3)	-	0.881
栄養アセスメントを適切に実施できるようになった	42	(27.5)	-	18	(19.8)	-	0.178
食事の個別対応を適切に実施できるようになった	34	(22.2)	-	20	(22.0)	-	0.965
管理栄養士が増員された	18	(11.8)	-	29	(31.9)	-	<0.001
他職種の栄養ケアに関する関心が高まった	22	(14.4)	-	13	(14.3)	-	0.984
栄養ケア計画を適切に作成できるようになった	21	(13.7)	-	10	(11.0)	-	0.535
管理栄養士の知識・技術が向上した	22	(14.4)	-	7	(7.7)	-	0.119
管理栄養士の職務満足感が高まった	16	(10.5)	-	9	(9.9)	-	0.888
管理栄養士が余裕をもって業務にあたるようになった	14	(9.2)	-	8	(8.8)	-	0.925
他施設・医療機関に入院する際の情報連携が推進された	9	(5.9)	-	11	(12.1)	-	0.087
管理栄養士の業務が効率化された	11	(7.2)	-	6	(6.6)	-	0.860
退所時の食事に関する相談支援が推進された	2	(1.3)	-	14	(15.4)	-	<0.001
利用者や家族に喜ばれた	3	(2.0)	-	6	(6.6)	-	0.063
その他	13	(8.5)	-	5	(5.4)	-	0.374
『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』_よかったこと(複数回答)							
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	141	(39.6)	-	93	(46.5)	-	0.114
利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになった	93	(26.1)	-	56	(28.0)	-	0.632
共通した目標設定ができるようになった	61	(17.1)	-	34	(17.0)	-	0.968
褥瘡や看取りへの対応につながった	38	(10.7)	-	20	(10.0)	-	0.803
歯科医師や外部の関係者との連携が強化された	40	(11.2)	-	15	(7.5)	-	0.157
各専門用語への理解が深まった	17	(4.8)	-	7	(3.5)	-	0.478
アウトカム(入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等)への効果があった	4	(1.1)	-	10	(5.0)	-	0.005
その他	46	(12.9)	-	27	(13.5)	-	0.846
栄養ケア・マネジメント関連書類の記入・管理							
市販のソフト(表計算ソフトや文書作成ソフト以外)を使用している	195	(54.8)	(57.2)	91	(45.5)	(47.4)	0.030
表計算ソフトや文書作成ソフトに入力・管理している	118	(33.1)	(34.6)	67	(33.5)	(34.9)	0.946
印刷した様式に手書きで記入・管理している	14	(3.9)	(4.1)	29	(14.5)	(15.1)	<0.001
その他	14	(3.9)	(4.1)	5	(2.5)	(2.6)	0.369
(欠損)	15	(4.2)	-	8	(4.0)	-	

1) χ^2 検定

表1-2 基本集計

	特養(n=356)			老健(n=200)			P値 ¹⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	
④NCM経過要因							
栄養ケア・マネジメント体制とその状況(実施した)							
NCM全般に関する項目							
1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	142	(39.9)	-	97	(48.5)	-	0.063
2. 管理栄養士は、利用者の入所時か退所時に、サービス担当者(入所前、再入所前、退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	270	(75.8)	-	169	(84.5)	-	0.022
3. 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	175	(49.2)	-	79	(39.5)	-	0.027
4. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の観察・面談・聞き取りをしましたか	342	(96.1)	-	199	(99.5)	-	0.031
5. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取りをしましたか	182	(51.1)	-	133	(66.5)	-	0.001
6. 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)を週に3回以上しましたか	305	(85.7)	-	181	(90.5)	-	0.135
7. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断(栄養診断)を実施しましたか(対象期間に行ったアセスメント分の全て)	321	(90.2)	-	186	(93.0)	-	0.346
8. 栄養ケア計画を作成した全利用者にモニタリングを行って、計画の修正が必要かどうか確認しましたか	341	(95.8)	-	197	(98.5)	-	0.143
9. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整(聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整)をしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	339	(95.2)	-	198	(99.0)	-	0.080
10. 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	291	(81.7)	-	180	(90.0)	-	0.014
11. 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	260	(73.0)	-	147	(73.5)	-	0.989
12. 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	251	(70.5)	-	150	(75.0)	-	0.300
13. 管理栄養士は、サービス担当者会議(施設サービス提供のための)で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	309	(86.8)	-	170	(85.0)	-	0.450
14. 栄養ケア計画は、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のサービス内容が統一された書式(帳票)の中に記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	143	(40.2)	-	68	(34.0)	-	0.134
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	319	(89.6)	-	181	(90.5)	-	0.883
16. 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	292	(82.0)	-	182	(91.0)	-	0.006
17. 管理栄養士は、入所者の主観的健康感やQOLの変化を評価しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	263	(73.9)	-	166	(83.0)	-	0.032
18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いしましたか(栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等)	204	(57.3)	-	122	(61.0)	-	0.402
19. LIFEに栄養関連項目を提供しましたか	211	(59.3)	-	131	(65.5)	-	0.160
20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	36	(10.1)	-	30	(15.0)	-	0.083

1) χ^2 検定

表1-3 栄養マネジメント強化加算算定

有無による平均値比較

施設種別、平均値の比較 (栄養マネジメント強化加算)	特養						P値 ⁴⁾ 太字<0.05
	栄養マネジメント強化加算						
	算定あり(n=153)			算定無し(n=192)			
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
①施設特性							
入所定員(床)	153	68.2	(21.8)	192	79.4	(26.6)	<0.001
入所者数(人)	153	65.8	(20.8)	192	75.9	(24.8)	<0.001
②入所者特性							
入所者100名当たり人数(人)							
要介護3以上 ¹⁾	153	96.5	(4.8)	192	95.9	(5.7)	0.141
低栄養状態中高リスク ¹⁾	153	57.2	(19.2)	190	57.0	(19.6)	0.938
退所 ²⁾ (死亡退所を含む)	152	13.3	(5.4)	189	14.5	(6.1)	0.060
退所した人のうち、在宅へ退所 ²⁾	151	0.3	(1.7)	188	0.1	(0.3)	0.061
入院 ²⁾ (入院先で死亡も含む)	152	17.8	(13.0)	191	16.4	(11.7)	0.428
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院 ²⁾	150	3.6	(4.2)	188	3.0	(3.6)	0.364
施設内で死亡 ²⁾	152	6.7	(5.8)	191	7.6	(6.4)	0.224
施設内で死亡した人数のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取(プリン・アイス等を含む)していた後に看取った ²⁾	150	5.5	(5.5)	188	6.5	(6.1)	0.172
③NCM構造要因							
管理栄養士・栄養士配置員数(人)							
常勤管理栄養士	153	1.4	(0.6)	192	1.2	(0.8)	<0.001
非常勤・パート管理栄養士	153	0.1	(0.3)	192	0.1	(0.7)	0.001
常勤栄養士	153	0.5	(0.7)	192	0.3	(0.7)	<0.001
非常勤・パート栄養士	153	0.0	(0.1)	192	0.1	(0.3)	0.490
栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用(人)							
常勤管理栄養士	153	0.2	(0.4)	192	0.1	(0.2)	0.001
非常勤・パート管理栄養士	153	0.1	(0.2)	192	0.0	(0.1)	0.013
常勤栄養士	153	0.0	(0.1)	192	0.0	(0.1)	0.779
非常勤・パート栄養士	153	0.0	(0.0)	192	0.0	(0.1)	0.372
栄養マネジメント強化加算_令和2年度平均入所者数	133	64.0	(63.3)	-	-	-	-
④NCM経過要因							
加算算定件数(件)							
栄養マネジメント強化加算 ³⁾	148	1442.8	(958.3)	-	-	-	-
経口移行加算 ³⁾	26	9.3	(23.6)	22	13.7	(45.1)	0.827
経口維持加算Ⅰ ³⁾	79	16.6	(19.9)	67	20.9	(20.0)	0.075
経口維持加算Ⅱ ³⁾	49	15.6	(22.9)	44	21.8	(22.5)	0.059
再入所時栄養連携加算 ³⁾	36	0.0	(0.2)	16	0.0	(0.0)	0.505
療養食加算 ³⁾	105	720.8	(931.3)	127	869.9	(945.3)	0.069
管理栄養士A(回答者)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	149	60.9	(20.3)	188	56.9	(19.0)	0.044
給食に関する業務	149	28.9	(18.6)	188	31.9	(16.6)	0.060
その他	149	10.2	(11.7)	188	11.1	(12.1)	0.445
管理栄養士B(二人目)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	73	47.6	(31.0)	35	36.4	(29.7)	0.081
給食に関する業務	73	43.5	(31.4)	35	52.6	(35.0)	0.163
その他	73	8.9	(14.1)	35	11.0	(20.9)	0.902
管理栄養士C(三人目)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	11	50.0	(35.6)	4	21.3	(21.7)	0.168
給食に関する業務	11	40.0	(32.9)	4	66.3	(35.0)	0.169
その他	11	10.0	(20.9)	4	12.5	(25.0)	0.658

1) 2021年9月30日時の人数

2) 2021年4月1日~9月30日の6か月間の人数

3) 2021年9月1か月間(30日間)の算定件数(※算定ありで0件を含む)

4) マンホイットニーU検定

表1-3 栄養マネジメント強化加算算定

有無による平均値比較

施設種別、平均値の比較 (栄養マネジメント強化加算)	老健						P値 ⁴⁾ 太字<0.05
	栄養マネジメント強化加算						
	算定あり(n=91)			算定無し(n=99)			
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
①施設特性							
入所定員(床)	91	85.1	(24.7)	99	94.8	(23.9)	0.010
入所者数(人)	91	74.5	(22.4)	99	84.0	(24.4)	0.009
②入所者特性							
入所者100名当たり人数(人)							
要介護3以上 ¹⁾	91	68.2	(12.1)	99	66.2	(12.1)	0.197
低栄養状態中高リスク ¹⁾	90	56.2	(19.5)	99	56.7	(19.2)	0.802
退所 ²⁾ (死亡退所を含む)	89	64.0	(30.5)	97	53.9	(40.9)	0.001
退所した人のうち、在宅へ退所 ²⁾	89	28.3	(24.5)	97	20.8	(32.3)	0.001
入院 ²⁾ (入院先で死亡も含む)	89	19.1	(12.8)	97	18.5	(11.0)	0.905
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院 ²⁾	84	2.6	(3.2)	97	2.1	(2.8)	0.408
施設内で死亡 ²⁾	89	6.0	(5.8)	97	5.0	(5.1)	0.243
施設内で死亡した人数のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取(プリン・アイス等を含む)していた後に看取った ²⁾	85	4.2	(4.5)	98	3.6	(4.5)	0.351
③NCM構造要因							
管理栄養士・栄養士配置員数(人)							
常勤管理栄養士	91	1.6	(0.6)	99	1.2	(0.5)	<0.001
非常勤・パート管理栄養士	91	0.3	(0.5)	99	0.1	(0.3)	0.001
常勤栄養士	91	0.2	(0.7)	99	0.2	(0.6)	0.664
非常勤・パート栄養士	91	0.0	(0.0)	99	0.0	(0.0)	1.000
栄養マネジメント強化加算算定を理由に新規に採用							
常勤管理栄養士	91	0.3	(0.5)	99	0.0	(0.1)	<0.001
非常勤・パート管理栄養士	91	0.2	(0.4)	99	0.0	(0.1)	<0.001
常勤栄養士	91	0.0	(0.1)	99	0.0	(0.0)	0.297
非常勤・パート栄養士	91	0.0	(0.0)	99	0.0	(0.0)	1.000
栄養マネジメント強化加算_令和2年度平均入所者数	77	88.2	(103.1)	-	-	-	-
④NCM経過要因							
加算算定件数(件)							
栄養マネジメント強化加算 ³⁾	85	1925.3	(1018.6)	-	-	-	-
経口移行加算 ³⁾	41	6.5	(22.5)	26	7.0	(14.7)	0.013
経口維持加算Ⅰ ³⁾	68	14.4	(17.4)	43	18.2	(18.4)	0.115
経口維持加算Ⅱ ³⁾	54	15.0	(18.1)	33	19.1	(20.2)	0.224
再入所時栄養連携加算 ³⁾	43	0.3	(1.7)	21	0.1	(0.2)	0.720
療養食加算 ³⁾	85	1939.6	(1501.5)	90	1824.1	(1515.0)	0.559
管理栄養士A(回答者)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	91	68.0	(19.1)	98	61.8	(19.4)	0.061
給食に関する業務	91	23.8	(16.7)	98	30.2	(17.4)	0.015
その他	91	8.3	(11.5)	98	8.0	(9.3)	0.549
管理栄養士B(二人目)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	69	59.2	(27.7)	17	45.8	(26.8)	0.077
給食に関する業務	69	32.2	(25.6)	17	44.8	(28.2)	0.094
その他	69	8.6	(15.7)	17	9.4	(12.8)	0.251
管理栄養士C(三人目)業務時間割合(%)							
栄養管理業務	15	48.7	(32.5)	3	40.0	(52.9)	0.590
給食に関する業務	15	37.3	(36.7)	3	53.3	(47.3)	0.586
その他	15	10.7	(26.3)	3	6.7	(5.8)	0.201

1) 2021年9月30日時の人数

2) 2021年4月1日~9月30日の6か月間の人数

3) 2021年9月1か月間(30日間)の算定件数(※)

4) マンホイットニーU検定

表1-4 栄養マネジメント強化加算算定
有無による割合の比較

施設種別、クロス集計(栄養マネジメント強化加算)	特養 栄養マネジメント強化加算				P値 ¹⁾ 太字<0.05
	算定あり(n=153)		算定無し(n=192)		
	n	(%)	n	(%)	
③NCM構造要因					
常勤管理栄養士配置					
常勤管理栄養士2名以上	62	(40.5)	32	(16.7)	<0.001
入所者100人当たり常勤管理栄養士2名以上	111	(72.5)	61	(31.8)	<0.001
新規の管理栄養士・栄養士					
常勤管理栄養士	24	(15.7)	10	(5.2)	0.001
非常勤・パート管理栄養士	7	(4.6)	1	(0.5)	0.013
常勤栄養士	3	(2.0)	3	(1.6)	0.779
非常勤・パート栄養士	0	(0.0)	1	(0.5)	0.371
給食業務形態_直営					
直営	80	(52.6)	59	(31.1)	<0.001
(直営主担当)					
栄養士	11	(15.5)	6	(10.3)	0.390
管理栄養士	60	(84.5)	52	(89.7)	
④NCM経過要因					
NCM関連加算 ²⁾					
経口移行加算	26	(19.1)	22	(11.5)	0.053
経口維持加算Ⅰ	82	(57.7)	67	(35.3)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	51	(36.4)	46	(24.1)	0.015
再入所時栄養連携加算	36	(26.1)	16	(8.3)	<0.001
療養食加算	106	(72.1)	131	(68.2)	0.440
再入所時栄養連携加算を算定していない理由(複数回答)					
加算の対象となる再入所者がいない	24	(23.5)	67	(38.1)	0.013
業務時間不足	11	(10.8)	35	(19.9)	0.049
施設長の判断	10	(9.8)	36	(20.5)	0.021
病院側に栄養情報連携体制がない	11	(10.8)	24	(13.6)	0.490
管理栄養士の人員不足	2	(2.0)	27	(15.3)	<0.001
算定の手順・方法がわからない	6	(5.9)	32	(18.2)	0.004
テレビ電話装置を活用できない	5	(4.9)	11	(6.3)	0.642
管理栄養士の判断	3	(2.9)	7	(4.0)	0.655
他職種の理解や協力が得られない	4	(3.9)	8	(4.5)	0.805
単位数が低い	2	(2.0)	11	(6.3)	0.103
その他	5	(4.9)	10	(5.7)	0.781
『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』_よかったこと(複数回答)					
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	70	(45.8)	69	(35.9)	0.065
利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになった	42	(27.5)	50	(26.0)	0.769
共通した目標設定ができるようになった	21	(13.7)	39	(20.3)	0.109
褥瘡や看取りへの対応につながった	22	(14.4)	16	(8.3)	0.075
歯科医師や外部の関係者との連携が強化された	16	(10.5)	24	(12.5)	0.556
各専門用語への理解が深まった	10	(6.5)	7	(3.6)	0.218
アウトカム(入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等)への効果があった	2	(1.3)	2	(1.0)	0.819
その他	20	(13.1)	24	(12.5)	0.874
関連書類の記入・管理					
印刷した様式に手書きで記入・管理している	6	(4.3)	8	(4.2)	0.965
表計算ソフトや文書作成ソフトに入力・管理している	37	(26.4)	77	(40.3)	0.009
市販のソフト(表計算ソフトや文書作成ソフト以外)を使用している	92	(65.7)	97	(50.8)	0.007
その他	5	(3.6)	9	(4.7)	0.610

1) χ^2 検定

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定
(※算定ありで0件を含む)

表1-4 栄養マネジメント強化加算算定
有無による割合の比較

施設種別、クロス集計(栄養マネジメント強化加算)	特養 栄養マネジメント強化加算				P値 ¹⁾ 太字<0.05
	算定あり(n=153)		算定無し(n=192)		
	n	(%)	n	(%)	
④NCM経過要因					
栄養ケア・マネジメント体制とその状況(実施した)					
1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	54	(35.8)	81	(42.6)	0.198
2. 管理栄養士は、利用者の入所時か退所時に、サービス担当者(入所前、再入所前、退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	114	(75.0)	146	(76.4)	0.757
3. 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	82	(53.9)	84	(44.0)	0.066
4. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の観察・面談・聞き取りをしましたか	148	(97.4)	183	(95.8)	0.436
5. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取りをしましたか	78	(51.3)	101	(52.9)	0.773
6. 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)を週に3回以上しましたか	143	(94.1)	155	(81.2)	<0.001
7. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断(栄養診断)を実施しましたか(対象期間に行ったアセスメント分の全て)	140	(92.1)	171	(89.5)	0.415
8. 栄養ケア計画を作成した全利用者にモニタリングを行って、計画の修正が必要かどうか確認しましたか	148	(97.4)	182	(95.3)	0.316
9. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整(聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整)をしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	148	(98.0)	180	(96.8)	0.483
10. 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	128	(84.2)	153	(80.1)	0.326
11. 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	107	(70.4)	143	(74.9)	0.354
12. 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	111	(73.0)	131	(68.6)	0.370
13. 管理栄養士は、サービス担当者会議(施設サービス提供のための)で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	134	(88.2)	164	(85.9)	0.532
14. 栄養ケア計画は、栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式(帳票)の中に記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	61	(40.7)	77	(40.3)	0.948
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	135	(88.8)	174	(91.1)	0.482
16. 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	129	(84.9)	153	(80.1)	0.252
17. 管理栄養士は、入所者の主観的健康感やQOLの変化を評価しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	118	(78.1)	137	(72.9)	0.264
18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いましたか(栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等)	95	(62.9)	101	(53.2)	0.070
19. LIFEに栄養関連項目を提供しましたか	130	(86.1)	77	(40.7)	<0.001
20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	24	(16.2)	12	(6.4)	0.004

1) χ^2 検定

表1-4 栄養マネジメント強化加算算定
有無による割合の比較

施設種別、クロス集計(栄養マネジメント強化加算)	老健 栄養マネジメント強化加算				P値 ¹⁾ 太字<0.05
	算定あり(n=91)		算定無し(n=99)		
	n	(%)	n	(%)	
③NCM構造要因					
常勤管理栄養士配置					
常勤管理栄養士2名以上	51	(56.0)	11	(11.1)	<0.001
入所者100人当たり常勤管理栄養士2名以上	64	(70.3)	13	(13.1)	<0.001
新規の管理栄養士・栄養士					
常勤管理栄養士	29	(31.9)	2	(2.0)	<0.001
非常勤・パート管理栄養士	15	(16.5)	1	(1.0)	<0.001
常勤栄養士	1	(1.1)	0	(0.0)	0.296
非常勤・パート栄養士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
給食業務形態_直営					
直営	26	(28.6)	26	(26.8)	0.787
(直営主担当)					
栄養士	9	(36.0)	1	(4.2)	0.006
管理栄養士	16	(64.0)	23	(95.8)	
④NCM経過要因					
NCM関連加算 ²⁾					
経口移行加算	41	(46.6)	27	(27.3)	0.006
経口維持加算Ⅰ	73	(81.1)	46	(46.5)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	57	(64.0)	34	(34.3)	<0.001
再入所時栄養連携加算	43	(48.9)	22	(22.2)	<0.001
療養食加算	89	(97.8)	97	(100.0)	0.142
再入所時栄養連携加算を算定していない理由(複数回答)					
加算の対象となる再入所者がいない	12	(26.7)	20	(26.0)	0.933
業務時間不足	9	(20.0)	14	(18.2)	0.804
施設長の判断	4	(8.9)	9	(11.7)	0.629
病院側に栄養情報連携体制がない	4	(8.9)	19	(24.7)	0.031
管理栄養士の人員不足	5	(11.1)	18	(23.4)	0.095
算定の手順・方法がわからない	3	(6.7)	6	(7.8)	0.819
テレビ電話装置を活用できない	7	(15.6)	7	(9.1)	0.280
管理栄養士の判断	3	(6.7)	5	(6.5)	0.970
他職種の理解や協力が得られない	2	(4.4)	4	(5.2)	0.853
単位数が低い	1	(2.2)	4	(5.2)	0.424
その他	5	(11.1)	6	(7.8)	0.537
『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』よ					
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	49	(53.8)	42	(42.4)	0.115
利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになった	27	(29.7)	26	(26.3)	0.601
共通した目標設定ができるようになった	17	(18.7)	13	(13.1)	0.295
褥瘡や看取りへの対応につながった	10	(11.0)	9	(9.1)	0.663
歯科医師や外部の関係者との連携が強化された	9	(9.9)	5	(5.1)	0.202
各専門用語への理解が深まった	2	(2.2)	4	(4.0)	0.468
アウトカム(入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等)への効果があった	5	(5.5)	4	(4.0)	0.637
その他	11	(12.1)	15	(15.2)	0.539
関連書類の記入・管理					
印刷した様式に手書きで記入・管理している	8	(9.3)	20	(20.6)	0.034
表計算ソフトや文書作成ソフトに入力・管理している	32	(37.2)	34	(35.1)	0.762
市販のソフト(表計算ソフトや文書作成ソフト以外)を使用している	42	(48.8)	42	(43.3)	0.453
その他	4	(4.7)	1	(1.0)	0.134

1) χ^2 検定

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定
(※算定ありで0件を含む)

表1-4 栄養マネジメント強化加算算定
有無による割合の比較

施設種別、クロス集計(栄養マネジメント強化加算)	老健				P値 ¹⁾ 太字<0.05
	栄養マネジメント強化加算				
	算定あり(n=91)		算定無し(n=99)		
n	(%)	n	(%)		
④NCM経過要因					
栄養ケア・マネジメント体制とその状況(実施した)					
1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	47	(51.6)	42	(42.4)	0.203
2. 管理栄養士は、利用者の入所時か退所時に、サービス担当者(入所前、再入所前、退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	77	(84.6)	82	(82.8)	0.739
3. 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	38	(42.2)	36	(36.4)	0.410
4. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の観察・面談・聞き取りをしましたか	91	(100.0)	98	(99.0)	0.336
5. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取りをしましたか	69	(75.8)	58	(58.6)	0.012
6. 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)を週に3回以上しましたか	89	(97.8)	82	(82.8)	0.001
7. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断(栄養診断)を実施しましたか(対象期間に行ったアセスメント分の全て)	84	(92.3)	93	(93.9)	0.656
8. 栄養ケア計画を作成した全利用者にモニタリングを行って、計画の修正が必要かどうか確認しましたか	91	(100.0)	97	(98.0)	0.173
9. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整(聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整)をしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	91	(100.0)	98	(100.0)	-
10. 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	80	(87.9)	91	(91.9)	0.358
11. 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	74	(81.3)	66	(66.7)	0.022
12. 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	66	(72.5)	76	(76.8)	0.502
13. 管理栄養士は、サービス担当者会議(施設サービス提供のための)で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	84	(92.3)	81	(81.8)	0.033
14. 栄養ケア計画は、栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式(帳票)の中に記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	37	(40.7)	27	(27.6)	0.057
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	85	(93.4)	88	(88.9)	0.276
16. 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	86	(94.5)	89	(89.9)	0.239
17. 管理栄養士は、入所者の主観的健康感やQOLの変化を評価しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	76	(83.5)	84	(84.8)	0.801
18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いましたか(栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等)	67	(74.4)	52	(52.5)	0.002
19. LIFEに栄養関連項目を提供しましたか	84	(92.3)	42	(42.9)	<0.001
20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	19	(21.6)	10	(10.3)	0.035

1) χ^2 検定

表1-5a 通所への関わり

	特養(n=112)			老健(n=105)			P値 ³⁾
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	太字<0.05
所属施設入所定員(床)	112	74.5	(25.0)	105	87.8	(25.5)	<0.001
所属施設入所者数(人)	112	71.6	(23.5)	105	76.7	(23.6)	0.073
通所サービス事業所への関わり							
兼務あり 兼務している事業所数	82	1.2	(0.6)	81	1.0	(0.3)	0.027
連携あり 連携している事業所数	22	1.0	(0.4)	15	1.1	(0.4)	0.482
加算算定件数(件)							
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ¹⁾	18	13.3	(24.2)	31	21.4	(25.6)	0.145
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ¹⁾	17	14.5	(22.6)	32	22.9	(41.0)	0.356
栄養アセスメント加算 ²⁾	22	5.1	(10.4)	47	29.0	(64.0)	0.277
栄養改善加算 ²⁾	15	1.1	(2.2)	31	15.3	(49.8)	0.669
栄養改善加算による居宅訪問 ²⁾	12	0.8	(2.1)	22	0.2	(0.5)	0.704

表1-5b 認知症GHへのかかわり

	特養(n=23)			老健(n=8)			P値 ³⁾
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	太字<0.05
所属施設入所定員(床)	23	71.1	(22.9)	8	91.9	(9.2)	0.008
所属施設入所者数(人)	23	68.3	(20.7)	8	83.5	(9.9)	0.034
認知症グループホームへの関わり							
兼務あり 兼務している事業所数	10	0.8	(0.4)	3	0.7	(0.6)	0.644
連携あり 連携している事業所数	14	1.0	(0.0)	5	1.4	(0.9)	0.094
加算算定件数(件)							
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ ¹⁾	13	3.5	(6.9)	8	2.5	(6.3)	0.263
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ ¹⁾	22	0.0	(0.0)	7	0.0	(0.0)	1.000
栄養管理体制加算 ²⁾	13	31.6	(72.1)	8	6.8	(8.0)	0.077
管理栄養士の居宅療養管理指導 ²⁾	2	0.0	(0.0)	3	0.0	(0.0)	-

1) 2021年4月1日から6か月間の算定件数(※算定ありで0件を含む)

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定件数(※算定ありで0件を含む)

3) マンホイットニーのU検定

表1-6a 通所への関わり

	特養(n=112)			老健(n=105)			P値 ³⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	
所属施設 栄養マネジメント強化加算							
算定あり ¹⁾	51	(45.5)	(47.7)	55	(52.4)	(54.5)	0.327
通所サービスへのかかわり							
職員を兼務している	99	(88.4)	-	94	(89.5)	-	0.791
外部の管理栄養士として連携している	23	(20.5)	-	16	(15.2)	-	0.295
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていたか							
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた	94	(83.9)	(91.3)	90	(85.7)	(89.1)	0.605
以前は関わっていなかった(介護報酬改定を受けて関わるようになった)	9	(8.0)	(8.7)	11	(10.5)	(73.3)	
通所におけるNCM関連加算算定あり							
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ¹⁾	20	(17.9)	(19.6)	33	(31.4)	(34.0)	0.024
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ¹⁾	17	(15.2)	(16.7)	51	(48.6)	(50.0)	0.005
栄養アセスメント加算 ²⁾	22	(19.6)	(21.6)	51	(48.6)	(50.0)	<0.001
栄養改善加算 ²⁾	15	(13.4)	(14.7)	32	(30.5)	(31.4)	0.005
	(栄養改善加算算定n=15)			(栄養改善加算算定n=32)			
栄養改善加算による居宅訪問 ²⁾	12	(80.0)	-	23	(71.9)	(74.2)	0.665
栄養改善加算を算定していない理由(複数回答)	(栄養改善加算非算定n=87)			(栄養改善加算非算定n=70)			
業務時間不足	42	(48.3)	-	28	(40.0)	-	0.300
管理栄養士の人員不足	30	(34.5)	-	32	(45.7)	-	0.152
利用者の居宅訪問が困難	26	(29.9)	-	15	(21.4)	-	0.231
施設長の判断	23	(26.4)	-	6	(8.6)	-	0.004
利用者の栄養状態の把握が困難	21	(24.1)	-	8	(11.4)	-	0.041
利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況について定期的な評価が困難	16	(18.4)	-	9	(12.9)	-	0.346
加算の対象となる利用者がいない	9	(10.3)	-	14	(20.0)	-	0.089
他職種の理解や協力が得られない	6	(6.9)	-	6	(8.6)	-	0.695
単位数が低い	9	(10.3)	-	3	(4.3)	-	0.156
管理栄養士の判断	6	(6.9)	-	3	(4.3)	-	0.484
算定の手順・方法がわからない	3	(3.4)	-	4	(5.7)	-	0.494
その他	3	(3.4)	-	6	(8.6)	-	0.170
栄養改善加算の居宅訪問で実施している内容(複数回答)	(訪問ありn=12)			(訪問ありn=23)			
食事内容の把握	2	(16.7)	-	3	(13.0)	-	0.771
食事の準備状況の把握	2	(16.7)	-	1	(4.3)	-	0.217
本人・介護者の食事に関する知識や技術の把握	1	(8.3)	-	2	(8.7)	-	0.971
食形態の検討	1	(8.3)	-	2	(8.7)	-	0.971
食事内容の検討	1	(8.3)	-	2	(8.7)	-	0.971
本人や家族からの栄養相談	2	(16.7)	-	1	(4.3)	-	0.217
食事の観察	1	(8.3)	-	1	(4.3)	-	0.630
介護支援専門員からの栄養相談	1	(8.3)	-	1	(4.3)	-	0.630
嚥下調整食の調理指導	0	(0.0)	-	1	(4.3)	-	0.464
ヘルパーへの助言	0	(0.0)	-	1	(4.3)	-	0.464
療養食の調理指導	0	(0.0)	-	0	(0.0)	-	-
その他	1	(8.3)	-	1	(4.3)	-	0.630

1) 2021年4月1日から6か月間の算定(※算定ありで0件を含む)

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定(※算定ありで0件を含む)

3) χ^2 検定

表1-6a 通所への関わり

	特養(n=112)			老健(n=105)			P値 ³⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	

表1-6b 認知症GHへのかかわり

	特養(n=23)			老健(n=8)			P値 ³⁾ 太字<0.05
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)	
所属施設 栄養マネジメント強化加算 算定あり ¹⁾	12	(52.2)	(57.1)	4	(50.0)	(57.1)	1.000
認知症グループホームへのかかわり							
職員を兼務している	10	(43.5)	-	3	(37.5)	-	0.768
外部の管理栄養士として連携している	15	(65.2)	-	5	(62.5)	-	0.872
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた							
関わっていた	20	(87.0)	-	6	(75.0)	-	0.428
以前は関わっていなかった(介護報酬改定を受けて関わるようになった)	3	(13.0)	-	2	(25.0)	-	
認知症GHにおけるNCM関連加算算定あり							
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ¹⁾	5	(21.7)	-	3	(37.5)	-	0.380
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ¹⁾	2	(8.7)	(9.1)	3	(37.5)	-	0.065
栄養管理体制加算 ²⁾	10	(43.5)	-	5	(62.5)	-	0.354
管理栄養士の居宅療養管理指導 ²⁾	0	(0.0)	-	7	(87.5)	-	0.085
当該グループホームで管理栄養士がかかわっていること(複数回答)							
食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導	14	(60.9)	-	6	(75.0)	-	0.472
栄養相談	12	(52.2)	-	2	(25.0)	-	0.183
認知症の栄養ケアに関する課題(食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等)	10	(43.5)	-	2	(25.0)	-	0.355
食事献立の作成	6	(26.1)	-	4	(50.0)	-	0.213
調理の衛生管理の助言	10	(43.5)	-	0	(0.0)	-	0.023
食事形態の調整	7	(30.4)	-	3	(37.5)	-	0.713
とろみ剤使用の指導	7	(30.4)	-	2	(25.0)	-	0.771
食事内容の検討	6	(26.1)	-	3	(37.5)	-	0.540
低栄養状態の評価方法に関する助言・指導	6	(26.1)	-	2	(25.0)	-	0.952
介護職等からの栄養ケアに関する情報収集	7	(30.4)	-	1	(12.5)	-	0.318
食事の観察(ミールラウンド)	7	(30.4)	-	1	(12.5)	-	0.318
療養食の調整	6	(26.1)	-	2	(25.0)	-	0.952
口腔・栄養スクリーニングの実施	4	(17.4)	-	0	(0.0)	-	0.206
その他の助言・指導	1	(4.3)	-	1	(12.5)	-	0.419
栄養アセスメントの実施	1	(4.3)	-	0	(0.0)	-	0.549
栄養ケア計画の作成	0	(0.0)	-	0	(0.0)	-	-
その他	2	(8.7)	-	0	(0.0)	-	0.389

1) 2021年4月1日から6か月間の算定(※算定ありで0件を含む)

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定(※算定ありで0件を含む)

3) χ^2 検定

表1-7a 通所へのかかわり 栄養マネジメント強化加算算定有無による比較

	特養										老健																		
	栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算													
	算定あり(n=51)	算定無し(n=56)	P値 ³⁾	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	P値 ³⁾	算定あり(n=55)	算定無し(n=46)	P値 ³⁾	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	P値 ³⁾									
入所定員(床)	51	70.1	(22.2)	56	75.6	(24.3)	0.253	55	83.8	(23.5)	46	93.5	(27.4)	0.113	51	70.1	(22.2)	56	75.6	(24.3)	0.253	55	83.8	(23.5)	46	93.5	(27.4)	0.113	
入所者数(人)	51	67.7	(20.4)	56	72.1	(22.9)	0.543	55	73.0	(20.6)	46	81.7	(26.7)	0.189	51	67.7	(20.4)	56	72.1	(22.9)	0.543	55	73.0	(20.6)	46	81.7	(26.7)	0.189	
通所サービス事業所への関わり	34	1.3	(0.6)	44	1.1	(0.5)	0.065	44	1.0	(0.2)	35	1.1	(0.4)	0.421	34	1.3	(0.6)	44	1.1	(0.5)	0.065	44	1.0	(0.2)	35	1.1	(0.4)	0.421	
兼務あり兼務している事業所数	14	1.1	(0.3)	6	0.8	(0.4)	0.133	7	1.0	(0.0)	6	1.3	(0.5)	0.111	14	1.1	(0.3)	6	0.8	(0.4)	0.133	7	1.0	(0.0)	6	1.3	(0.5)	0.111	
連携あり連携している事業所数																													
加算算定件数(件)																													
口腔栄養スクリーニング加算 I ¹⁾	13	9.3	(17.2)	5	23.6	(37.5)	0.557	19	20.2	(26.6)	12	23.2	(25.0)	0.689	13	9.3	(17.2)	5	23.6	(37.5)	0.557	19	20.2	(26.6)	12	23.2	(25.0)	0.689	
口腔栄養スクリーニング加算 II ¹⁾	12	14.3	(24.3)	5	15.0	(20.6)	0.853	23	26.8	(47.1)	9	13.0	(16.3)	0.842	12	14.3	(24.3)	5	15.0	(20.6)	0.853	23	26.8	(47.1)	9	13.0	(16.3)	0.842	
栄養アセスメント加算 ²⁾	15	3.7	(8.6)	7	8.0	(13.7)	0.597	36	24.8	(41.5)	11	42.8	(112.0)	0.555	15	3.7	(8.6)	7	8.0	(13.7)	0.597	36	24.8	(41.5)	11	42.8	(112.0)	0.555	
栄養改善加算 ²⁾	11	0.3	(0.5)	4	0.0	(0.0)	0.259	24	0.3	(0.4)	7	0.3	(0.5)	0.852	11	0.3	(0.5)	4	0.0	(0.0)	0.259	24	0.3	(0.4)	7	0.3	(0.5)	0.852	
栄養改善加算による居宅訪問 ²⁾	8	0.9	(2.5)	4	0.5	(1.0)	0.695	18	0.2	(0.5)	4	0.3	(0.5)	0.521	8	0.9	(2.5)	4	0.5	(1.0)	0.695	18	0.2	(0.5)	4	0.3	(0.5)	0.521	

表1-7b 認知症GHへのかかわり 栄養マネジメント強化加算算定有無による比較

	特養										老健																		
	栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算					栄養マネジメント強化加算													
	算定あり(n=12)	算定無し(n=9)	P値 ³⁾	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	P値 ³⁾	算定あり(n=4)	算定無し(n=3)	P値 ³⁾	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	P値 ³⁾									
認知症グループホームへの関わり	3	0.7	(0.6)	5	1.0	(0.0)	0.197	1	1.0	-	2	0.5	(0.7)	0.480	3	0.7	(0.6)	5	1.0	(0.0)	0.197	1	1.0	-	2	0.5	(0.7)	0.480	
兼務あり兼務している事業所数	8	1.0	(0.0)	5	1.0	(0.0)	1.000	3	1.0	(0.0)	1	1.0	-	1.000	8	1.0	(0.0)	5	1.0	(0.0)	1.000	3	1.0	(0.0)	1	1.0	-	1.000	
連携あり連携している事業所数																													
加算算定件数(件)																													
口腔栄養スクリーニング加算 I ¹⁾	5	9.0	(9.0)	-	-	-	-	2	1.0	(1.4)	1	0.0	-	0.480	5	9.0	(9.0)	-	-	-	-	2	1.0	(1.4)	1	0.0	-	0.480	
口腔栄養スクリーニング加算 II ¹⁾	2	0.0	(0.0)	-	-	-	-	2	0.0	(0.0)	1	0.0	-	1.000	2	0.0	(0.0)	-	-	-	-	2	0.0	(0.0)	1	0.0	-	1.000	
栄養管理体制制加算 ²⁾	8	44.6	(91.3)	2	22.5	(6.4)	0.224	4	6.8	(8.6)	1	9.0	-	0.709	8	44.6	(91.3)	2	22.5	(6.4)	0.224	4	6.8	(8.6)	1	9.0	-	0.709	
管理栄養士の居宅療養管理指導 ²⁾	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	

1) 2021年4月1日から6か月間の算定件数

2) 2021年9月1日1か月間(30日間)の算定件数

3) マンホットユニットU検定

表1-8a 通所へのかかわり 栄養マネジメント強化加算算定の有無による比較

	特養				老健			
	算定あり(n=51)	算定無し(n=56)	P値 ³⁾	太字<0.05	算定あり(n=55)	算定無し(n=46)	P値 ³⁾	太字<0.05
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
通所へのかかわり								
通所の職員を兼務している	41 (80.4)	54 (96.4)	0.880		49 (89.1)	43 (93.5)	0.184	
外部の管理栄養士として連携している	15 (29.4)	6 (10.7)	0.009		7 (12.7)	7 (15.2)	0.899	
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた	44 (93.6)	46 (90.2)	0.537		45 (83.3)	42 (95.5)	0.059	
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた 以前は関わっていなかった(介護報酬改定を受けて関 わるようになった)	3 (6.4)	5 (9.8)			9 (16.7)	2 (4.5)		
通所NCM関連加算算定								
口腔・栄養スクリーニング加算 I ¹⁾	14 (29.8)	6 (11.8)	0.027		20 (38.5)	13 (31.0)	0.448	
口腔・栄養スクリーニング加算 II ¹⁾	12 (26.1)	5 (9.6)	0.032		23 (45.1)	10 (23.8)	0.033	
栄養アセスメント加算 ²⁾	15 (31.9)	7 (13.7)	0.031		38 (70.4)	13 (29.5)	<0.001	
栄養改善加算 ²⁾	11 (23.4)	4 (7.8)	0.033		25 (46.3)	7 (15.9)	0.001	
	(栄養改善加算算定)				(栄養改善加算算定)			
栄養改善加算による居宅訪問 ²⁾	8 (72.7)	4 (100.0)	0.243		18 (75.0)	5 (71.4)	0.849	
栄養改善加算を算定していない理由(複数回答)								
施設長の判断	7 (19.4)	14 (29.8)	0.283		3 (10.3)	2 (5.4)	0.452	
管理栄養士の判断	1 (2.8)	5 (10.6)	0.171		2 (6.9)	1 (2.7)	0.417	
他職種の理解や協力が得られない	4 (11.1)	1 (2.1)	0.088		3 (10.3)	2 (5.4)	0.452	
算定の手順・方法がわからない	0 (0.0)	3 (6.4)	0.123		2 (6.9)	2 (5.4)	0.801	
管理栄養士の人員不足	8 (22.2)	19 (40.4)	0.079		10 (34.5)	20 (54.1)	0.113	
業務時間不足	15 (41.7)	25 (53.2)	0.298		13 (44.8)	13 (35.1)	0.424	
利用者の栄養状態の把握が困難	11 (30.6)	10 (21.3)	0.335		4 (13.8)	4 (10.8)	0.713	
利用者の居宅訪問が困難	9 (25.0)	17 (36.2)	0.277		6 (20.7)	9 (24.3)	0.727	
利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況について定期的 な評価が困難	7 (19.4)	9 (19.1)	0.973		3 (10.3)	6 (16.2)	0.490	
加算の対象となる利用者がいない	6 (16.7)	3 (6.4)	0.135		6 (20.7)	7 (18.9)	0.858	
単位数が低い	3 (8.3)	6 (12.8)	0.520		0 (0.0)	3 (8.1)	0.117	
その他	1 (2.8)	2 (4.3)	0.721		4 (13.8)	2 (5.4)	0.239	
栄養改善加算の居宅訪問で実施している内容(複数回答)(訪問あり)					(訪問あり)			
食事の観察	1 (12.5)	0 (0.0)	0.460		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
食事内容の把握	1 (12.5)	1 (25.0)	0.584		2 (11.1)	1 (20.0)	0.602	
食事の準備状況の把握	1 (12.5)	1 (25.0)	0.584		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
本人・介護者の食事に関する知識や技術の把握	1 (12.5)	0 (0.0)	0.460		1 (5.6)	1 (20.0)	0.311	
食形態の検討	1 (12.5)	0 (0.0)	0.460		2 (11.1)	0 (0.0)	0.435	
食事内容の検討	1 (12.5)	0 (0.0)	0.460		1 (5.6)	1 (20.0)	0.311	
嚥下調整食の調理指導	0 (0.0)	0 (0.0)	-		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
療養食の調理指導	0 (0.0)	0 (0.0)	-		0 (0.0)	0 (0.0)	-	
本人や家族からの栄養相談	1 (12.5)	1 (25.0)	0.584		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
介護支援専門員からの栄養相談	0 (0.0)	1 (25.0)	0.140		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
ヘルパーへの助言	0 (0.0)	0 (0.0)			1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	
その他	1 (12.5)	0 (0.0)	0.460		1 (5.6)	0 (0.0)	0.590	

1)2021年4月1日から6か月間の算定(※算定ありで0件を含む)

2)2021年9月1か月間の算定(※算定ありで0件を含む)

3)χ²検定

表1-8b 認知症GHへのかかわり 栄養マネジメント強化加算算定有無による比較

	特養				老健				
	算定あり(n=12)	n (%)	算定無し(n=9)	P値 ³⁾ 太字<0.05	算定あり(n=4)	n (%)	算定無し(n=3)	P値 ³⁾ 太字<0.05	
認知症グループホームへのかかわり	3	(25.0)	5	(55.6)	1	(25.0)	2	(66.7)	0.593
職員を兼務している	9	(75.0)	5	(55.6)	3	(75.0)	1	(33.3)	0.296
外部の管理栄養士として連携している	10	(83.3)	8	(88.9)	3	(75.0)	2	(66.7)	0.809
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた	2	(16.7)	1	(11.1)	1	(25.0)	1	(33.3)	
令和3年度介護報酬改定以前から関わっていた 以前は関わっていなかった(介護報酬改定を受けて関 わるようになった)	12	(100.0)	9	(100.0)	4	(100.0)	3	(100.0)	-
認知症グループホームは所属施設と同一法人	5	(41.7)	0	(0.0)	2	(50.0)	1	(33.3)	0.659
同一法人	2	(18.2)	0	(0.0)	2	(50.0)	1	(33.3)	0.659
認知症グループホーム関連加算算定	8	(66.7)	2	(22.2)	4	(100.0)	1	(33.3)	0.053
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ¹⁾	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(25.0)	0	(0.0)	0.350
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ¹⁾	3	(25.0)	1	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
栄養管理体制加算 ²⁾	4	(33.3)	2	(22.2)	2	(50.0)	0	(0.0)	0.147
管理栄養士の居宅療養管理指導 ²⁾	7	(58.3)	3	(33.3)	1	(25.0)	1	(33.3)	0.809
当該グループホームで管理栄養士がかかわっていること(複数回答)	7	(58.3)	6	(66.7)	4	(100.0)	2	(66.7)	0.212
口腔・栄養スクリーニングの実施	1	(8.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
低栄養状態の評価方法に関する助言・指導	4	(33.3)	3	(33.3)	0	(0.0)	1	(33.3)	0.212
認知症の栄養ケアに関する課題(食事での傾眠、拒食、 徘徊、多動等)	3	(25.0)	2	(22.2)	2	(50.0)	2	(66.7)	0.659
食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導	5	(41.7)	4	(44.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他の助言・指導	5	(41.7)	1	(11.1)	1	(25.0)	0	(0.0)	0.350
介護職等からの栄養ケアに関する情報収集	3	(25.0)	3	(33.3)	2	(50.0)	0	(0.0)	0.147
食事献立の作成	4	(33.3)	3	(33.3)	2	(50.0)	1	(33.3)	0.659
調理の衛生管理の助言	5	(41.7)	2	(22.2)	1	(25.0)	0	(0.0)	0.350
療養食の調整	4	(33.3)	3	(33.3)	2	(50.0)	1	(33.3)	0.659
食事形態の調整	5	(41.7)	2	(22.2)	1	(25.0)	0	(0.0)	0.350
とろみ剤使用の指導	4	(33.3)	2	(22.2)	2	(50.0)	1	(33.3)	0.659
食事内容の検討	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
栄養アセスメントの実施	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
栄養ケア計画の作成	4	(33.3)	8	(88.9)	1	(25.0)	0	(0.0)	0.350
栄養相談	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	0	(0.0)	1	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	-

1) 2021年4月1日から6か月間の算定件数(※算定ありで0件を含む)

2) 2021年9月1か月間(30日間)の算定件数(※算定ありで0件を含む)

3) χ^2 検定

II. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの業務に関する研究

―業務時間調査―

はじめに

令和 3 年度介護報酬改定において、介護保険施設の入所者ごとの状態に応じた栄養ケア・マネジメント(栄養マネジメント加算)が基本サービスに包括化されるとともに、栄養ケア・マネジメントの強化が図られ、入所者数に応じた管理栄養士の配置数を要件とした「栄養ケア・マネジメント強化加算」が新設された¹⁻⁴⁾。この算定要件として、常勤管理栄養士を入所者数 50 床で除した数以上配置すること(給食管理を行っている場合には 70 床で除した数)、低栄養の高リスク者に対するミールラウンド週 3 回以上を行うこと、退所時の栄養相談・栄養情報連携等の丁寧な栄養ケア、科学的介護情報システム(LIFE)への栄養情報の提出とフィードバックの活用が、新たに栄養ケア・マネジメントにおける業務となった¹⁻³⁾。

一方、平成 17 年 10 月に介護保険施設に栄養ケア・マネジメントが栄養マネジメント加算の新設によって導入され³⁻⁵⁾、その後の平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」⁶⁾において、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム、以下、特養)及び介護老人保健施設、以下、老健)の常勤の管理栄養士を対象にした業務時間調査が行われ、両施設種ともに「献立作成」が業務時間累積度数(%)において、全業務中 1 位という高い割合を示し、「調理準備・調理・配食・配膳」「食事箋チェック・食札準備」等の「給食に関する業務」が主要な業務であった。その後、当該調査まで介護保険施設において栄養ケア・マネジメントを担う常勤の管理栄養士の業務時間調査は行われていない。

この度の令和 3 年度介護報酬改定は、この 15 年間余りに介護保険施設における栄養ケア・マネジメントが管理栄養士によって推進され定着した成果としてとらえることができる³⁾。

そこで、当該研究は、令和 3 年度介護報酬改定の 6 か月後の介護保険施設の栄養ケア・マネジメントを担う常勤の管理栄養士の業務時間調査を、前回⁶⁾と同様の方法を用いて行い、次の 1~4 についての課題を整理することを目的とした。

1. 特養及び老健における業務時間
2. 給食形態(直営・委託)における業務時間
3. 栄養マネジメント強化加算算定における業務時間
4. 『管理職』の管理栄養士における業務時間

方 法

1. 対象施設および対象者

本調査事業のⅠ.の施設実態調査の協力施設のうち当該業務時間調査に協力が得られた 114 施設及び日本健康・栄養システム学会が認定した臨床栄養師がいる全介護保険施設 106 施設の合計 220 施設の栄養ケア・マネジメントを担当する常勤の全管理栄養士を対象とした。

2. 調査方法

対象施設の施設長及び常勤管理栄養士に対して、郵送およびメールにより、依頼状、研究同意書、記入方法、調査票等一式を送付した。臨床栄養師がいる施設には実態調査票も送付した。その後、メールあるいは FAX により協力同意を得た施設の管理栄養士を協力対象者とした。

業務時間調査は、先の研究事業⁶⁾において作成された介護保険施設の管理栄養士を対象としてコード化された業務項目（小項目、中項目、大項目）について、平成 27 年度介護報酬改定における経口維持加算の見直しに伴うミールラウンド・カンファレンスの導入^{3, 7)}、令和 30 年度介護保険改定において新設の再入院時栄養連携加算⁸⁾及び上記の令和 3 年度介護保険改定の栄養マネジメント強化加算の要件^{1,3)}に伴う業務内容に加えて改訂した自記式の業務時間調査票(参考 1, 2)を用いた²⁾。調査日は、調査月の特別なイベントのない 3 日間（連続日でなくても可）、入力時間単位は 10 分とした。10 分間に複数の業務を行った場合には主業務を優先的に回答してもらった。入力された Excel シート（参考 2）をメールにより回収した。なお、当該シートへのコンピュータによる入力が困難な場合には、記載した調査用紙を回収し入力した。

3. 調査内容

調査内容は、①管理栄養士(回答者)に関する項目（性、年齢階級、栄養ケア・マネジメントの経験年数、管理栄養士としての業務年数、当該施設での勤務年数、管理職の有無）、②業務項目（大項目 6，中項目 9、コード化した小項目全 63 項目、参考 1 参照）、③Ⅰの施設実態調査から対象施設の給食業務形態、栄養関連加算算定の有無。

4. データ解析

回収した調査票のデータベースへの入力は日本ヘルスケアテクノ（株）に依頼した。業務

時間項目別の管理栄養士一人一日あたりの業務時間の平均値、標準偏差（SD）、中央値、1日の全業務時間に対する業務時間パーセント（%）及び累積パーセント（%）を算出した。これらの算出については、1.『特養』・『老健』別、2.給食形態の『直営』・『委託』別、3.栄養マネジメント強化加算算定の『あり』・『なし』別、4.『管理職』・『非管理職』別に行った。また、各1日の業務時間に対する累積%については、パレート図を作成した。なお、小項目全63項目のうち、業務時間の累積度数分布の作成にあたっては、コード58：強制的業務停滞時間、コード60：個人的業務停滞時間、コード61：移動時間、コード62 昼休み・休み時間、コード63：その他の5項目は除外した58項目を用い、また、類似の業務内容である小項目を統合して、「ミールラウンド（コード6、7）」、「栄養ケア計画の作成等（コード11、12、14）」、「カンファレンスへの参加（コード16、18）」、「献立作成、購入先の選定、契約、発注（コード43、38）」、「調理準備・調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務（コード44、50）」、「献立作成、購入先の選定、契約、発注（コード43、48）」とした（参考1，図表参照）。

検定には、Mann-Whitney の U 検定、上記の1，2は、実入所者数を、3，4は施設種（特養・老健）及び実入所者数を共変数とした共分散分析を行った。統計解析には IBM SPSS Statistics を用い、有意水準は5%とした。

5. 研究期間

令和3年7月～令和4年3月

6. 倫理的配慮

十文字学園女子大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号2021-020、令和3年9月24日）。

結 果

1. 特養及び老健における業務時間

（1）対象施設および管理栄養士の属性

回収施設は61施設（回収率27.7%）、有効回答施設は51施設（有効回答率23.1%）であり、『特養』34施設の管理栄養士44人、『老健』17施設の管理栄養士27人であった。

『特養』及び『老健』の施設属性は表1に示した。平均床数は、『特養』76.6±27.3床、『老

健』99.7±25.4床であった。給食の業務形態については、直営が『特養』7施設(20.6%)、『老健』3施設(17.6%)、委託が『特養』24施設(70.6%)、『老健』13施設(76.5%)、一部委託が『特養』3施設(8.8%)、『老健』1施設(5.9%)であり、『特養』、『老健』ともに7割以上の施設が給食業務を委託していた。常勤管理栄養士の平均人数は、『特養』1.4±0.6人、『老健』2.0±1.5人であり、配置数1名が『特養』24施設(70.6%)、『老健』9施設(52.9%)と一番多く、2名が『特養』8施設(23.5%)、『老健』4施設(23.5%)、3名が『特養』2施設(5.9%)、『老健』2施設(11.8%)、4名以上が『特養』なし、『老健』は5名が1施設(5.9%)、6名が1施設(5.9%)であった。栄養マネジメント強化加算算定ありは、『特養』16施設(47.1%)、『老健』11施設(64.7%)と、老健において2割程度多かった(表1)。

『特養』及び『老健』において、経口移行加算、経口維持加算(I)(II)及び療養食加算の各算定有はいずれも『老健』がより高い割合であった(順次、『特養』29.4%、50.0%、41.2%、67.6%、『老健』32.3%、64.7%、58.8%、94.1%)。再入所時連携加算算定の有は、『特養』29.4%、『老健』23.5%と同様の割合であった(表1)。

管理栄養士の属性は表2に示した。栄養ケア・マネジメント経験年数10年以上の者は、『特養』15人(34.1%)、『老健』10人(37.0%)とともに3割以上の者が10年以上の経験を有していた。管理職は、特養14人(31.8%)、老健9人(33.3%)と同様の割合であった。

(2) 累積業務時間における上位の業務内容について

『特養』及び『老健』において、管理栄養士一人一日あたりの平均業務時間(分)の多い小項目の順に並べて全業務時間を100%とした累積度数分布(%)を作成した(図1-1)。なお、以下のように()には統合化した小項目のコード番号を最初に記し、以降の記載は省いた。

『特養』及び『老健』のいずれにおいても、上位10項目(全58項目中17.2%)が、全業務時間の『特養』では74.4%を、老健では73.4%を占めた(図1-1)。

『特養』及び『老健』における最上位の2項目は、いずれも大項目の「栄養ケア・マネジメントに関する業務」であり、「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(『特養』54.5分/日/人、『老健』59.6分/日/人)、「ミールラウンド(コード6、7)」(特養:49.0分/日/人、老健47.5分/日/人)であり、この最上位の2項目の合計業務時間が、全業務時間の特養では23.7%、老健では22.8%と4分の1近くを占めた(図1-1,表3-1)。その他の上位10項目を占める大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」は、「栄養ケア計画の作

成等（コード 11、12、14）」が『特養』では 6 位（25.8 分/日/人）、『老健』では 3 位（40.2 分/日/人）、「カンファレンスへの参加（コード 16、18）」が、『特養』では 7 位（23.7 分/日/人）、老健では 6 位（32.6 分/日/人）、「情報収集（本人等の聞き取りや既存データから）」が、『特養』では 8 位（21.4 分/日/人）、『老健』では 4 位（34.9 分/日/人）であった。「LIFE への栄養関連データの提供(入力)」が、『老健』では 9 位（22.3 分/日/人）、『特養』では上位 10 項目には含まれなかった（45 位、7.8±17.3 分/日/人）。これらに上記の上位 2 項目を加えて、上位 10 項目における「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目に対して、全業務時間に占める割合が『特養』では 48.3%、『老健』では 50.5%と約半分の業務時間が費やされていた。

一方、大項目「給食に関する業務」のうち、上位 10 項目に含まれる業務は、「献立作成、購入先の選定、契約、発注（コード 43、38）」が『特養』で 3 位（43.7 分/日/人）、『老健』で 10 位（16.5 分/日/人）、「調理準備・調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務(コード 44、50)」が『特養』で 4 位（42.0 分/日/人）、『老健』で 5 位（32.8 分/日/人）、「食事箋依頼、チェック、食札準備（コード 45）」が『特養』で 9 位（18.0 分/日/人）、『老健』で 7 位（28.0 分/日/人）であり、『特養』では「委託会社との調整」が 10 位（10.8 分/日/人）、『老健』では「献立作成、購入先の選定、契約、発注（コード 43、48）」が 10 位（16.5 分/日/人）であり、『特養』及び『老健』ともに「給食に関する業務」項目が上位 10 項目の半分の 5 項目を占めたが、これらの「給食に関する業務」が全業務時間に占める割合は、『特養』では 26.2%、『老健』では 16.5%であり、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が全業務時間に占める割合 48.5%に対して半分程度、老健では 50.5%に対して 3 割程度と『特養』に比べて少なかった。

なお、大項目「その他」の「上記以外のスタッフミーティング・申し送り・連絡調整」は、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」、「給食に関する業務」「食品衛生に関する業務」「研修」及び「人事労務管理」以外の業務として設定されたものであるが、『特養』では 5 位（36.6±23.3 分）、『老健』では 7 位（32.2±24.0 分）と上位項目に位置づいていた。

（3）小項目について

全小項目のうち『特養』と『老健』における平均業務時間に統計的な有意差がみられた項目は以下のとおりであった（表 3-1）。

大項目の「栄養ケア・マネジメントに関する業務」のうち「栄養スクリーニングの情報収集」が『特養』16.5±18.3 分、『老健』27.4±22.8 分（ $p=0.038$ ）であり、大項目の「給食に関する業務」のうち「その他の給食に関するその他の業務」が『特養』28.4±34.3 分/日/人、『老

健』16.1±31.9分/日/人 ($p=0.032$)、「購入先の選定、契約、発注」が『特養』16.4±24.2分、『老健』3.7±8.1分 ($p=0.005$)、また、大項目「通所・認知症グループホームに関する栄養ケア」のうち「通所サービスにおける栄養アセスメント加算に関する業務」が『特養』0.0±0.0分/日/人、7.4±13.5分/日/人 ($p<0.001$)、「認知症グループホームの栄養管理に関する業務」が、特養0.0±0.0分/日/人、老健4.7±9.5分/日/人 ($p=0.004$)、大項目の「再入院や退所時の計画の作成と説明」のうち「退所時栄養ケア計画の作成」は『特養』0.0±0.0分/日/人、『老健』2.7±7.0分/日/人 ($p=0.012$)であった。このように、『特養』においては「給食に関する業務」に『老健』に比べて時間が費やされ、一方、『老健』においては入所退所時の対応や通所サービスや認知症グループホームなどの栄養管理の業務時間が短いものを行われていた。

(4) 全業務時間及び大・中項目について

全業務時間は、『特養』437.5±64.6分/日/人、『老健』470.0±41.5分/日/人 ($p=0.009$)であり、『老健』が『特養』に比べて30分程度長かった(表3-1)。

6つの大項目のうち、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」は、『特養』254.1±98.7分/日/人、『老健』318.5±89.9分/日/人 ($p=0.004$)と『老健』が『特養』に比べて60分程度長く、全業務時間に対する割合は、『特養』58.0%、『老健』67.8%と1割程度の相違があった。なお、その他の大項目には有意差はみられなかった(表3-1)。

一方、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」を構成する9つの中項目のうち、「再入院や退所時の計画の作成と説明」が『特養』0.5±2.1分/日/人、『老健』4.2±45.2分/日/人 ($p=0.002$)、「通所・認知小グループホームに関する栄養ケア」が『特養』12.8±35.6分、『老健』18.6±22.8分 ($p=0.036$)であり、これらの中項目については『老健』が『特養』に比べて業務時間が費やされていた(表3-1)。

2. 給食形態(直営・委託)による業務時間

(1) 対象施設および管理栄養士の属性

給食形態別に特養の『直営』7施設の管理栄養士12人、『委託』27施設の管理栄養士32人、及び老健の『直営』3施設の管理栄養士5人、『委託』14施設の管理栄養士22人のデータを当該分析に供した。なお、給食形態が一部委託の施設は、当該分析に際して除外した。

特養及び老健における給食形態別の施設特性は表1に示した。入所定員は、特養の『直営』86.6±22.2床、『委託』74.0±28.2床、老健の『直営』100.0±0.0床、『委託』99.6±28.2床であ

った。常勤管理栄養士の平均人数は、特養の『直営』1.7±1.0人、『委託』1.3±0.4人、老健の『直営』3.0±2.6人、『委託』1.8±1.2人であり、常勤管理栄養士の配置数1名が特養の『直営』4施設(57.1%)、『委託』20施設(74.1%)、老健の『直営』1施設(33.3%)、『委託』8施設(57.1%)あった。栄養マネジメント強化加算の算定している施設の割合は、特養の『直営』(71.4%)は『委託』(40.7%)に比べて多かったが、老健では『直営』(66.7%)、『委託』(64.3%)とも同様の割合であった。

経口移行加算、経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)及び再入所時栄養連携加算の算定している施設は、特養及び老健において、いずれの加算も『直営』が『委託』に比べて多かった(順次、特養の『直営』:42.9%、71.4%、57.1%、42.9%、『委託』:29.6%、48.1%、40.7%、29.6%、老健の『直営』:66.7%、100.0%、66.7%、33.3%、『委託』:35.7%、64.3%、57.1%、28.6%)。療養食加算の算定している施設は、特養においては、『直営』71.4%、『老健』70.3%と同様であり、老健において、『直営』66.7%、『老健』100.0%であった。

管理栄養士の栄養ケア・マネジメント経験年数10年以上の者は、特養の『直営』5人(41.7%)、『委託』10人(31.3%)、老健の『直営』0人、『委託』10人(45.5%)であり、特養の『直営』、老健の『委託』において経験年数の長い管理栄養士の割合が比較的多かった(表2)。

(2) 累積業務時間における上位の業務内容について

特養における『直営』では業務時間数が多い上位9項目(全58項目中15.5%)で79.9%、『委託』では上位13項目(全58項目中22.4%)で79.2%を占めた。一方、老健における『直営』では同様に上位10項目(全58項目中17.2%)で83.0%、『委託』では上位12項目(全58項目中20.7%)で78.5%といずれも上位の2割前後の業務項目によって全業務時間の8割前後を占めた(図3-2 a.b)。

特養においては、『直営』での最上位の2項目は、いずれも「給食に関する業務」であり、1位「献立作成・購入先の選定、契約、発注」(69.2分/日/人)と2位「調理・配膳・片付け・他の給食業務」(48.1分/日/人)であり、この2項目の業務時間が、全業務時間の27.6%を占めていた(表3-2a)。しかし、その後には大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(41.9分/日/人)、「ミールラウンド」(37.2分/日/人)、「カンファレンスの参加」(31.4分/日/人)、「栄養アセスメントのための情報収集等」(28.3分/日/人)、「栄養ケア計画の作成」(25.6分/日/人)の小項目が占め、これらに全業務時間の38.3%が費やされていた(表3-2a)。また、4位が栄養ケア・マネジメント、給

食、食品衛生のいずれにも属さない「その他」の「スタッフミーティング、申し送り他」(40.6分/日/人)であり、10位が「人事労務管理」(17.5分/日/人)であった。

一方、特養において、『委託』での上位2項目は、いずれも大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」であり、1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(59.2分/日/人)、2位「ミールラウンド」(53.4分/日/人)であり、この2項目の業務時間が、全業務時間の25.5%を占めていた。さらに、大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目が6位「栄養ケア計画の作成」(25.8分/日/人)、7位「カンファレンスの参加」(20.8分/日/人)、9位「栄養アセスメントのための情報収集等」(18.8分/日/人)、12位が大項目「通所・認知症グループホームに関する栄養ケア」の「それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務」(9.2分/日/人)、13位「LIFEへの栄養関連データの提供」(9.1分/日/人)と上位を占め、これらに全業務時間の26.7%と4分の1程度の業務時間が費やされ、上位2項目と合わせて「栄養ケア・マネジメントに関する業務」に52.4%を費やしていた。また、上記のように特養における「ミールラウンド」には、『委託』が平均20分程度多く費やしていた(表3-2a)。

一方、特養における『委託』での上位3位以降には、大項目「給食に関する業務」の小項目が3位「調理、配食、配膳、片付け等他の給食業務」(39.8分/日/人)、5位「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(34.2分/日/人)、「調理、配食、配膳、片付け等他の給食業務」(39.8分/日/人)、8位「食事箋依頼、満足度調査、検食準備」(19.9分/日/分)、10位「委託会社との調整」(14.9分/日/分)、11位「残食調査・満足度調査」(10.2分/日/人)がみられ、これらに全業務時間の26.9%と4分の1程度の業務時間が費やされていた。

また、特養の『委託』においても、『直営』と同様に4位に栄養ケア・マネジメント、給食、食品衛生のいずれにも属さない「その他」の「スタッフミーティング、申し送り他」(35.1分/日/人)に業務時間が費やされていた。

老健においては、『直営』での上位3項目は、いずれも大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」で、1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(64.0分/日/人)、2位「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」(54.7分/日/人)、3位「ミールラウンド」(53.3分/日/人)であり、これらの3項目の業務時間が全業務時間の35.2%と3割以上を占めた(表3-2b)。さらに、6位「栄養ケア計画の作成」(40.0分/日/人)、8位「カンファレンスへの参加」(26.7分/日/人)、9位「栄養アセスメントのための情報収集」(22.7分/日/人)の小項目を加えて、これらに全業務時間の53.4%と半分以上が費やされていた。

一方、大項目「給食に関する業務」の「調理・配食・配膳・片付け等」が4位(46.7分

/日/人)、5位「食事箋依頼・チェック・食札洗浄」(42.7分/日/人)、7位「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(34.7分/日/人)であり、これらに全業務時間の25.3%と約4分程度が費やされていた(表3-2b)。

老健においては、「委託」での上位の1から4位は「栄養ケア・マネジメントに関する業務」で、1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(54.1分/日/人)、2位「ミールラウンド」(46.2分/日/人)、3位「栄養ケア計画の作成」(38.7分/日/人)、4位「栄養アセスメントのための情報収集等」(38.4分/日/人)であり、これらの4つの項目に全業務時間の38.5%と4割近くが費やされ、次いで6位「カンファレンスへの参加」(34.1分/日/人)、そして10位「LIFEへの栄養情報の多提供」(13.0分/日/人)によって(合計10.8%)、全業務時間の49.3%と半分程度が費やされていた(表3-2b)。また、大項目「給食に関する業務」として、7位以降の「調理、配食、配膳、片付け等他の給食業務」(31.1分/日/人)、「食事箋依頼・チェック・食札洗浄」(25.9分/日/人)、「委託会社との調整」(18.1分/日/人)、「献立作成・購入先の確定、契約、発注」(13.0分/日/人)、「残食調査、満足度調査、検食」(10.8分/日/人)の5項目に全業務時間の29.4%と3割近くが費やされていた。

栄養ケア・マネジメント、給食、食品衛生以外の「その他」の「スタッフミーティング、申し送り他」は、特養の『直営』及び『委託』での4位(夫々40.6分/日/人、53.1分/日/人)、老健の『委託』での13位(21.3分/日/人)、『直営』での5位(35.4分/日/人)に共通してみられた。

(3) 小項目について

特養における(2)以外の小項目の業務時間については、「給食に関する業務」の「購入先の選定、契約、発注」が『直営』 33.6 ± 35.1 分/日/人、『委託』 9.9 ± 14.7 分/日/人($p=0.005$)で『直営』において、「残食調査、満足度調査、検食」が『直営』 0.6 ± 1.9 分/日/人、『委託』 10.2 ± 17.2 分/日/人($p=0.025$)で『委託』において『直営』に比べて多くの業務時間を費やしていた(表3-2a)。老健においては、「購入先の選定、契約、発注」、『直営』 9.3 ± 13.6 分/日/人、『委託』 2.5 ± 6.0 分/日/人($p=0.034$)で『直営』において『委託』に比べて有意に業務時間を費やしていた(表3-2b)。

(4) 全業務時間及び中・大項目について

全業務時間は、特養では『直営』 425.0 ± 36.0 分、『委託』 442.2 ± 50.0 分であった。特養にお

ける給食形態別の各大項目の業務時間には有意な差異はみられなかった(表3-2a)。一方、老健における「栄養ケア・マネジメントに関する業務」は、『直営』334.7±95.5分/日/人、『委託』304.3±75.4分/日/人(p=0.011)であり、『直営』が『委託』に比べて平均30分程度有意に多くの業務時間を費やしていたが、他の大項目には有意な差はみられなかった(表3-2b)

「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の中項目の業務時間は、「栄養スクリーニング(入所・再入所)」は、特養において『直営』11.4±9.8分、『委託』25.1±20.9分(p=0.011)であり、『委託』が『直営』に比べて有意に多かった。なお、他の中項目には有意な差はみられなかった(表3-2a)一方、老健における中項目の業務時間は、「再入院や退所時の計画の作成」が『直営』14.7±10.9分、『委託』1.7±4.4分(p=0.001)、「サービス評価と継続的な品質改善活動」が『直営』60.7±64.9分、『委託』17.5±24.4分(p=0.043)であり、『直営』は『委託』に比べて有意に時間を費やしていた(表3-2b)

3. 栄養マネジメント強化加算の算定による業務時間

(1) 対象施設および管理栄養士の属性

栄養マネジメント強化加算算定の『あり』27施設の管理栄養士43人、『なし』24施設の管理栄養士28人のデータを分析に供した。

栄養マネジメント強化加算算定の『あり』及び『なし』別の施設属性は表1に示した。施設種については、『あり』の特養16施設(59.3%)、老健11施設(59.3%)、『なし』の特養18施設(75.0%)、老健6施設(25.0%)であった。

平均床数(定員)は、『あり』83.4±26.1床、『なし』85.3±31.7床、平均実入所者数は、『あり』76.3±23.0人、『なし』77.8±32.8人であった。平均常勤管理栄養士数は、『あり』1.9±1.27人、『なし』1.2±0.4人であり、配置数1名が『あり』13施設(48.1%)、『なし』20施設(83.3%)、2名が『あり』8施設(29.6%)、『なし』4施設(16.7%)、3名が『あり』4施設(14.8%)、『なし』0施設、4名以上が『あり』2施設(7.4%)、『なし』0施設であった。『なし』の施設では3名以上の施設はなかった(表3-2b)。

給食業務の委託が、『あり』19施設(70.4%)、『なし』18施設(75%)であった。

経口維持加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱおよび再入院時栄養連携加算は、いずれも栄養マネジメント強化加算算定の『あり』が『なし』に比べて算定している施設の割合が高かった。療養食加算の算定の割合は、栄養マネジメント強化加算算定の『あり』、『なし』ともに8割が算定していた(表1)。

管理栄養士の栄養ケア・マネジメント経験年数は、『あり』では、10年以上が17人(39.5%)と最も多く、次いで1-3年未満8人(18.6%)、3-5年未満・5-10年未満および1年未満がそれぞれ6人(14%)であった(表2)、『なし』では、3-5年未満が9人(32.1%)で最も多く、次いで10年以上が8人(28.6%)、5-10年未満が7人(25%)、1年未満および1-3年未満がそれぞれ2人(7.1%)であり、『あり』において経験年数の長い管理栄養士の割合が高かった。

管理職は、『あり』15人(34.9%)、『なし』8人(28.6%)であった(表2)

(2) 累積業務時間における上位の業務内容について

『あり』及び『なし』において、管理栄養士一人一日当たりの業務時間数が上位の13項目(全49項目中27%)が、全業務時間の『あり』では80.4%を、『なし』では81.0%と、全業務時間の8割を占めた(図1-3)。

『あり』においては、最上位の2項目が、いずれも大項目の「栄養ケア・マネジメントに関する業務」であり、1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(61.5分/日/人)、2位「ミールラウンド(管理栄養士単独、多職種協働)」(50分/日/人)であり、この2項目が全業務時間の25.2%と4分の1近くを占めた(表3-3)。さらに、5位「栄養ケア計画の作成」(29.2分/日/人)、6位「栄養アセスメントのための情報収集等」(29.1分/日/人)、7位「カンファレンスへの参加」(28.8分/日/人)、10位「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」17.4分/日/人)、12位「他職種に対するコンサルテーション」(8.1分/日/人)、13位「栄養スクリーニングのための情報収集」と大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の8つの小項目が占め、これらに最上位の2項目を加えて、「栄養ケア・マネジメントに関する」上位の項目は全業務時間の48.8%と半分程度であった。

大項目の「給食に関する業務」は3位の「調理準備、調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」(36.3分/日/人)と8位「献立作成・購入先の選定・契約・発注」(22.4分/日/人)、9位「食事 依頼、チェック・食札準備」(21.2分/日/人)、11位「委託会社との調整」(10.5分/日/人)であり、これらの4項目は全業務時間の25.9%と3割程度であった。

『なし』においては、最上位の1位が大項目「給食に関する業務」の「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(50.2分/日/人)であったが、2位以降が「栄養ケア・マネジメントに関する業務」であり、2位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(48.7分/日/人)、3位「ミールラウンド(管理栄養士単独、多職種協働)」(46.1分/日/人)、6位「栄養ケア

計画の作成」(34.4分/日/人)、7位「カンファレンスへの参加」(24.5分/日/人)、9位「栄養アセスメントのための情報収集」(22.6分/日/人)、12位「それ以外の通所・在宅」(9.4分/日/人)、13位「他職種に対するコンサルテーション」(8.8分/日/人)の7項目で、全業務時間の38.3%と約4割程度であった。「給食に関する業務」は、先の1位の小項目に加えて、4位「調理準備、調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」(42分/日/人)、8位「食事箋依頼・チェック、食札準備」(22.7分/日/人)、10位「委託会社との調整」(15.6分/日/人)、11位「残食調査、満足度調査、検食」(12.4分/日/人)の5項目であり、全業務時間の36.1%と、3～4割程度であった。

すなわち、栄養マネジメント強化加算算定の『あり』においては、栄養マネジメント強化加算の要件である「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目が上位に位置し、管理栄養士の業務時間が費やされていることが明らかに確認された。

(3) 小項目について

栄養マネジメント強化加算算定の『あり』と『なし』で、実入所者数、施設種を調整変数とした共分散分析によって、有意差が認められた小項目は、「入所前の居所からの情報収集」が『あり』 5.0 ± 2.3 分/日/人、『なし』 3.7 ± 1.0 分/日/人 ($p=0.018$)、「献立作成」が『あり』 11.1 ± 25.3 分/日/人、『なし』 38.3 ± 54.4 分/日/人 ($p=0.014$)、「残食調査、満足度調査、検食」が『あり』 5.0 ± 8.6 分/日/人、『なし』 12.4 ± 19.8 分/日/人 ($p=0.025$)であり、『あり』においては『なし』に比べて、大項目「給食に関する業務」の小項目の業務時間が有意に短く、また、入所前の情報収集には時間が費やされていた(表3-3)。

(4) 全業務時間と大・中項目について

全業務時間は、『あり』 442.5 ± 46.7 分/日/人、『なし』 461.0 ± 75.8 分/日/人(共分散分析 $p=0.04$)であり、『なし』が『あり』に比べて20分程度長かった(表3-3)。

6つの大項目のうち、「給食に関する業務」は、『あり』 97.4 ± 89.8 分/日/人、『なし』 144.5 ± 102.7 分/日/人(Mann-WhitneyのU検定 $p=0.016$)であり、『あり』において平均30分程度短かったが、その他の大項目には有意差はみられなかった。また、大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」を構成する9つの中項目にも有意差が認められた項目はなかった(表3)。

4. 『管理職』の管理栄養士における業務時間

(1) 管理栄養士の属性

管理栄養士の『管理職』23人、『非管理職』48人の属性を表1に示した。

年齢階層は、『管理職』では40代が8人(34.8%)と最も多く、次いで30代が6人(26.1%)、50代が4人(17.4%)、60代以上が3人(13.0%)、20代が2人(8.7人)であった。『非管理職』では、30代・40代がそれぞれ15人(31.3%)で約6割を占めており、次いで20代が11人(22.9%)であった。

栄養ケア・マネジメント経験年数は、『管理職』では、10年以上が18人(78.3%)と約8割であった。『非管理職』では、3-5年未満が13人(27.1%)で最も多く、次いで5-10年未満・3-5年未満がそれぞれ10人(20.8%)、1年未満が8人(16.7%)、10年以上は7人(14.6%)であった(表2)。

当該施設での勤務年数は、『管理職』では、10年以上が15人(65.2%)と最も多く、次いで5-10年未満が5人(21.7%)であった。『非管理職』では、1年未満が13人(27.1%)と最も多く、次いで1-3年未満が12人(25.0%)、3-5年未満が10人(20.8%)で、10年以上は5人(10.4%)であった。

(2) 累積業務時間における上位の業務内容について

『管理職』では、上位16項目(全49項目中32.7%)が、全業務時間の81.5%を、『非管理職』では上位12項目(全49項目中24.5%)が全業務時間の81.5%と、いずれも全業務時間の8割を占めた(図1-4)。

『管理職』においては、大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目が1位「ミールラウンド(管理栄養士単独、多職種協働)」(46.1分/日/人)、次いで3位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(39.4分/日/人)、4位「(栄養アセスメントのための情報収集)」(38.4分/日/人)、5位「栄養ケア計画の作成(経口維持加算計画、記録・コンピュータ入力含む)」(30.7分/日/人)、6位「カンファレンスへの参加」(28.0分/日/人)、次いで、9位「LIFEへの栄養関連データの提供」(19.3分/日/人)、14位「栄養ケア計画の小項目を同時に10分以上実施」(10.4分/日/人)、15位「栄養スクリーニングの小項目を同時に10分以上実施」(8.1分/日/人)、第16位「他職種に対するコンサルテーション」(8.1分/日/人)であり、14位及び15位の小項目のように同時に2つの小項目を10分以上実施している小項目がみられた(表3-4)。以上の「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が、全業務時間の51.1%と半分程度であった。

『管理職』における「給食に関する業務」の上位の項目は、7位「調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」(21.6分/日/人)、8位「献立作成・購入先の選定・契約、発注」(20.9分/日/人)、「委託会社との調整」(16.5分/日/人)、11位「食事箋依頼・チェック・食札準備」(13.6分/日/人)であり、これらの上位の「給食に関する業務」が全業務時間の16.2%と2割を下回っていた。さらに、『管理職』の特性として、栄養ケア・マネジメント、給食、食品性のいずれにも属さない大項目「その他」の小項目が2位「スタッフミーティング・申し送り、連絡調整」(41.0分/日/人)であり、大項目「人事労務管理」の小項目が12位「栄養部門の作業計画管理、雇用計画(人事労務管理)」(11.3分/日/人)、「研修」の小項目が13位「自己学習(論文検索、研修会等への参加)」(10.7分/日/人)にみられた。

『非管理職』においては、大項目「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目が1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」(64.4分/日/人)、2位「ミールランド(管理栄養士単独、多職種協働)」(49.6分/日/人)であり、6位「栄養ケア計画の作成」(31.5分/日/人)、7位「カンファレンスへの参加」(26.7分/日/人)、9位「栄養アセスメントのための情報の収集」(20.8分/日/人)、11位「LIFEへの栄養情報データの提供」が上位項目としてみられ、これらの「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の小項目は、全業務時間の45.1%で半分を下回った。一方、大項目「給食に関する業務」の小項目が3位「調理準備、調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」(46.7分/日/人)、4位「献立作成、購入先の選定、契約、発注」(39.4分/日/人)、8位「食事箋依頼・チェック、食札準備」(25.7分/日/人)、10位「委託会社との調整」(10.6分/日/人)、12位「残食調査、満足度調査、検食」(9.7分/日/人)であり、大項目「給食に関する業務」のこれらの小項目が全業務時間の29.2%と3割程度であった(表3)。なお、『管理職』と同様に大項目「その他」の「スタッフミーティング・申し送り等」(32.0分/日/人)が5位にみられた。

(3) 小項目について

『管理職』と『非管理職』で、施設種と実入所者数を調整変数とした共分散分析によって有意差が認められた項目は、「入所前の居所からの情報収集」が『管理職』 3.6 ± 1.0 分/日/人、『非管理職』 4.9 ± 2.3 分/日/人 ($p=0.001$)、「(栄養スクリーニング)上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合」が『管理職』 8.1 ± 15.6 分/日/人、『非管理職』 1.7 ± 5.9 分/日/人 ($p=0.009$)、「(栄養アセスメント・モニタリング)情報収集」が『管理職』 29.0 ± 20.7 分/日/人、『非管理職』 16.7 ± 19.6 分/日/人 ($p=0.026$)、「(栄養アセスメント・モニタリング)記録・コ

ンピュータ入力等」が『管理職』18.8±21.0分/日/人、『非管理職』35.1±29.9分/日/人、(p=0.016)、「(栄養アセスメント・モニタリング)上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合」が『管理職』9.4±15.8分/日/人、『非管理職』4.2±12.6分/日/人 (p=0.021)、「経口維持加算のための計画の作成」が『管理職』8.6±16.7分/日/人、『非管理職』3.0±8.5分/日/人 (p=0.047)、「(栄養ケア計画の作成) 上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合」が『管理職』10.4±18.3分/日/人、『非管理職』1.5±5.3分/日/人 (p=0.000)、「自己学習(文献検索、研修会等への参加)」が『管理職』10.7±23.3分/日/人、『非管理職』1.9±6.0分/日/人 (p=0.024)であった(表3)。

このように『管理職』は、情報収取、経口維持計画、マネジメントに関する業務に『非管理職』に比べてより時間を費やしているが、10分前後の間に同時に複数の業務を実施していた。

(4) 全業務時間及び大・中項目について

全業務時間は、『管理職』447.0±71.7分、『非管理職』451.1±54.5分でMann-WhitneyのU検定により有意な差はなかったが、大項目及び中項目において同検定あるいは共分散分析によって有意差のみられた項目については、以下のとおりであった。

「給食に関する業務」は、『管理職』78.3±64.0分/日/人、『非管理職』134.1±105.5分/日/人で(Mann-WhitneyのU検定:p=0.035、共分散分析:p=0.043)であり、『非管理職』が『管理職』に比較して有意に業務時間が多かった(表3-4)。「人事労務管理」は、『管理職』11.3±30.4分/日/人、『非管理職』1.3±4.0分/日/人(Mann-WhitneyのU検定:p=0.003)であり、『管理職』が『非管理職』に比較して有意に業務時間が多かったが、他の大項目には有意な差はみられなかった。

「栄養ケア・マネジメントに関する業務」を構成する中項目の業務時間は、「通所・認知症グループホームに関する栄養ケア」は、『管理職』20.3±21.8分/日/人、『非管理職』12.5±35.4分/日/人(Mann-WhitneyのU検定:p=0.009)であり、『管理職』が『非管理職』に比較して有意に業務時間が多かった(表3-4)。

考 察

当該研究は、介護報酬改定から6ヶ月後の栄養ケア・マネジメントの実務において対応すべき課題について、特養及び老健の施設種、給食形態(直営・委託)、栄養マネジメント強化加算の算定、管理職について、常勤の管理栄養士の業務時間分析の結果から次のように課題を整

理した。

1. 特養・老健の施設種の機能による課題

介護報酬改定から6ヶ月後の特養及び老健の施設種別の管理栄養士1人一日あたりの業務時間から、次の課題が把握された。

『特養』及び『老健』いずれも1施設あたり常勤管理栄養士1名配置の施設の割合が多いものの、特養1.4人、老健2.0人と1施設あたりの平均常勤管理栄養士数は平成19年の管理栄養士の業務時間調査²⁾では、1施設あたりの常勤管理栄養士の平均人数は、特養1.1人、老健1.0人であり、平成19年の管理栄養士の業務時間調査²⁾においては特養1.1人、老健1.0人であったのに対して、管理栄養士の配置数は増大していた。『老健』では17施設中11施設で栄養マネジメント強化加算算定がされ、算定の要件となる業務に業務時間が費されていることが期待された。しかし、特養では50床以上100床未満の施設での常勤管理栄養士1名配置の施設が多く、栄養マネジメント強化加算算定や他の栄養関連加算の算定によって収益を増大させるために、常勤の管理栄養士の配置数を今後も増大させていくことが求められた。

管理栄養士の主要な業務時間に関しては、『特養』『老健』ともに累積業務時間における上位10項目の1, 2位がともに「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」や「ミールラウンド(管理栄養士単独・他職種協働)」であり、その平均業務時間が『特養』『老健』において同等であり、どちらも栄養ケア・マネジメントに関する記録やミールラウンドに業務の重点をおいていることが明らかになった。

特養・老健ともに上記の2つの業務に加えて、「栄養ケア計画の作成等」「カンファレンスへの参加」「情報収集(本人等への聞き取りや既存データから)」が、老健ではこれらの業務に「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」が追加されて上位項目の半数以上を「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が占め、全業務時間の特養が48.3%、老健50.5%と同様に半分程度であったことから、介護保険施設の管理栄養士の業務は、平成19年度の業務調査で主要な業務として把握された「献立作成」等の「給食に関する業務」から、この15年間で「栄養ケア・マネジメントに関する業務」にその重点を大きく転換したとすることができた。

一方、『特養』『老健』ともに「給食に関する業務」のうち「献立作成、購入先の選定・契約、発注」「調理準備・調理、配食・配膳・片付け・他の給食業務」「箋依頼、チェック、食札準備」は上位項目に位置付けられ、管理栄養士は「給食に関する業務」のPDCAサイクルを回しな

がら、食事の個別化を図って、栄養ケア・マネジメントに関する業務を重視して取り組んでいる現状が明らかになった。

『特養』『老健』において、栄養ケア・マネジメント、給食管理及び衛生管理に関する業務の範疇にない「その他」の「上記以外のスタッフミーティング・申し送り・連絡調査」が上位項目であったことは、介護保険施設においては、管理栄養士が専門的業務以外の組織の一員としての業務内容に比較的時間を費やしてことが推察された。このことについては、各施設において、具体的な業務内容を確認して見直してみることも必要とされる。

全業務時間及び「栄養ケア・マネジメントに関する業務」は、『老健』が『特養』に比べて30分程度長くなっていたが、これは、『老健』の管理栄養士が「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」「栄養スクリーニングの情報収集」や通所や認知症グループホームに関わる業務等に時間を費やしていることが関連していると考えられた。

『特養』では所謂『終の棲家』として要介護者重度者の看取りのためのケアの充実^{9,10)}、『老健』では入所者の在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点およびリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設としての機能強化が図られ、多職種連携の一層の推進が求められてきた¹⁻⁴⁾。令和3年の介護報酬改定では『自立支援・重度化防止の取組の推進』が主要なテーマの1つとなり、その一環として『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化』が示された。さらに『介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進』において『科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE）』の活用が『栄養マネジメント強化加算』を含む多職種連携の推進に関わる各加算の算定要件に組み込まれた¹⁻⁴⁾。このような経過なので、特養と老健の栄養ケア・マネジメントの体制や取組みにおいても、夫々の特性が明確になり、把握される課題も異なっていると考えられる。

当該研究の結果からは、『特養』『老健』における管理栄養士の業務については、全業務の20%弱の項目が全業務時間の8割弱に相当していた。長谷川¹¹⁾、木島¹²⁾が栄養ケア・マネジメントのプロセス要因として、入院率の減少等のアウトカムに効果があると報告している「ミールラウンド」や多職種連携の強化が推定される「カンファレンス」「情報収集」「栄養ケア計画の作成」等が上位項目に位置づいたことから、全業務の上位を占めた業務内容を点検して効率的に推進することによって、更なる質の向上が図られて、効果を上げることができると考えられた。

2. 給食形態（直営・委託）による課題と対応

1の特養及び施設において、給食形態（直営・委託）は、管理栄養士の業務内容やその時間にどのように影響しているかを業務時間調査の結果から検討した。

特養においては、『直営』と『委託』による全業務時間及び大項目別の業務時間に統計的に有意な差異はみられなかった。一方、老健においては、同様に全業務時間には差異はみられないが、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」の時間は、『委託』が『直営』に比べて30分程度有意に多く、栄養ケア・マネジメントがより重点的に行われていると考えられた。このことは、特養においては、『直営』の上位の1・2位が「献立作成・購入先の選定、契約、発注」、「調理・配膳・片付け・他の給食業務」と「給食に関する業務」が占めるに対して、『委託』では「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」と栄養ケア・マネジメントに関する業務が最上位を占めていることから裏付けられており、特養においては、給食形態が管理栄養士の業務時間の内容に影響していることが明らかになった。また、特養においては、「給食に関わる業務」の「購入先の選定、契約、発注」の業務時間が『直営』は『委託』よりも有意に多く、「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」は、『直営』は『委託』に比べて15分/日/人以上少なかった。しかし、特養の『直営』の施設において栄養マネジメント強化加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、及び再入院時栄養連携加算が、『委託』に比べてより多くの施設で算定されていることや常勤勤務している管理栄養士の栄養ケア・マネジメントの経験年数が10年以上の者に割合が多かったことから、栄養ケア・マネジメントと給食に関する2つの業務についてのPDCAサイクルをまわして効果的な栄養ケア・マネジメントが推進されている可能性があると考えられた。そこで、今後、Ⅰの施設実態調査の【経過】や【結果】の項目と当該業務時間とを紐づけて、業務時間と【経過】や【結果】との関連を検証することが必要とされた。

しかし、特養の【直営】施設において、常勤管理栄養士の確保を行い、できる限り給食業務の効率化を図って、生活の場や食べることの楽しみを重視して、看取りまでの栄養ケア・マネジメント、特に、エンド・オブ・ライフでの身体状況や嗜好を適時に反映した適切な食事の提供を重視して、「ミールラウンド」や「情報収集」「カンファレンス」等に業務時間を費やすることについては、継続して今後の検討課題と言える。

老健においては、『直営』の業務時間の1位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、2位「LIFEへの栄養関連データの提供（入力）」、3位「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」であり、『委託』の業務時間の1位も「栄養ケア・マネジメントの

記録、コンピュータ入力等」、2位「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」、3位「栄養ケア計画の作成」と『直営』、『委託』のいずれの給食形態においても、栄養ケア・マネジメントに関する業務が上位を占め、栄養ケア・マネジメントが管理栄養士の業務の軸となっていた。しかし、『直営』の場合は、業務外労働が多くなるケースがあると推察されることから、管理栄養士の増員及び業務の効率化は各施設において引き続き検討されることが求められていた。

3. 栄養マネジメント強化加算の算定における業務の現状

令和3年度介護報酬改定によって、介護保険施設に新設された栄養マネジメント強化加算の算定によって、管理栄養士はその要件となる業務を重点的にこなすことによる業務時間の配分を検討してみた。特養、老健の施設種を共変量として実入所者数に加えて共分散分析による有意差の検定を行った。

全業務時間については、栄養マネジメント強化加算算定が『あり』442.5±46.7分/日/人、『なし』461.0±75.8分/日/人（共分散分析 $p=0.04$ ）であり、『あり』が20分程度短く、これは、「給食に関する業務」が、『あり』97.4±89.8分と『なし』144.5±102.7分（Mann-WhitneyのU検定、 $p=0.016$ ）に比べて50分程度と大幅に短いことによるものと考えられる。

業務時間累積度数分布の上位項目も、『あり』の1、2位が「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」「ミールラウンド(管理栄養士単独、多職種協働)」であり、また「栄養ケア計画の作成」「栄養アセスメントのための情報収集等」「カンファレンスへの参加」「LIFEへの栄養関連データの提供(入力)」など、その大部分を「栄養ケア・マネジメントに関する業務」、しかも栄養マネジメント強化加算の要件であるミールラウンド、多職種連携の強化が求められる「栄養ケア計画の作成」の情報収集やカンファレンスの業務が占めていた。一方、算定『なし』では1位が「献立作成、購入先の選定、契約、発注」、その後には「調理準備、調理・配食・配膳・片付け・他の給食業務」「食事箋依頼・チェック、食札準備」「委託会社との調整」「残食調査、満足度調査、検食」などの「給食に関する業務」が上位項目を占め、栄養マネジメント強化加算算定によって一層強化された業務内容が業務時間の構造に鮮明に反映されていた。

一方、栄養ケア・マネジメントの効果をさらにあげるための、上位項目であるミールラウンドや多職種協働による栄養ケア計画の作成などについて業務時間の配分をさらに強化していくことができるか、また、併設の通所や認知症グループホームへと栄養ケア・マネジメン

トを展開できるかが今後の課題である。

4. 管理職の業務について

介護保険施設の管理栄養士の複数配置によって、今後は管理栄養士の管理職業務の適切なあり方が求められていくことから、現状の課題について整理した。

『管理職』は栄養ケア・マネジメントの業務の経験年数が10年以上の者が8割程度を占め、『非管理職』と比較し、全業務時間の80%程度を占める小項目の数が多いことが特徴であった（『管理職』16項目、『非管理職』12項目）。また、『管理職』は、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」のうち情報収集に関する項目に業務時間を費やしていた。「給食に関する業務」は、『管理職』は『非管理職』に比べて大幅に少ないものの、上位の業務時間の小項目には、『非管理職』と同様の項目が含まれていた。上位項目に「人事労務管理（出勤簿確認、作業計画管理、雇用計画等）」や「自己学習（文献検索、研修会等への参加）」が把握され。

『管理職』としての人事労務管理や業務改善につなげる自己学習に時間を費やしていた。さらに、「小項目を同時10分以上実施し、区分できない」業務時間が上位項目に2項目も含まれたことから、『管理職』は、複数の業務を同時に実施していることが特徴的であった。さらに、「通所サービスや認知症グループホーム」への業務展開にも時間をわずかながら費やしていた。

このように『管理職』は、広範囲な業務に携わりながらも、栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携、業務のマネジメント及び通所サービスや認知症グループホームへの栄養管理体制の推進などに前向きに取り組んでいることが明らかになった。このような介護保険施設において多様な業務を行っている管理者を支援できる情報の提供や研修等の啓発活動、さらには、今後の介護保険改正が検討されていくことが求められていた。

結 論

当該研究は、令和3年度介護報酬改定の6か月後の特養及び老健の栄養ケア・マネジメントを担う常勤の管理栄養士の業務時間調査の結果から次のように課題を整理した。

1. 特養及び老健いずれも常勤管理栄養士1名配置の施設の割合は多いものの、1施設あたりの平均常勤管理栄養士数は特養1.4人、老健2.0人となっていた。
2. 特養及び老健の常勤管理栄養士の一日一人当たりの業務時間において、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」が最上位の業務として位置づけられ、15年程度前に介護保険施

設の管理栄養士の業務時間の上位を「給食に関する業務」が占めた時代からは大きく転換していた。

3. 特養及び老健の常勤管理栄養士の一日一人当たりの業務時間の上位の項目には、「給食に関する業務」が含まれ、管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する業務に重点をおきながらも、給食サービスの PDCA も同時に回して、この両輪により個別の「食べる楽しみの充実」を図っていた。
4. 特養においては、「栄養ケア・マネジメントに関する業務」に、給食形態の『委託』が『直営』に比べて 30 分程度有意に多く費やされ、『直営』において、「給食に関わる業務」の「購入先の選定、契約、発注」の業務時間が『委託』よりも有意に多く、「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」は 15 分/日/人以上少なかった。『直営』では業務時間の上位の 1・2 位が「献立作成・購入先の選定、契約、発注」、「調理・配膳・片付け・他の給食業務」と「給食に関する業務」であったのに対して、『委託』では「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」と栄養ケア・マネジメントに関する業務が最上位を占め、給食形態が管理栄養士の業務内容に大きく影響していた。しかし、『直営』の施設には、栄養ケア・マネジメントの経験年数が 10 年以上の管理栄養士が多く、また、栄養マネジメント強化加算をはじめ栄養関連加算の算定をしている施設が多かったことから、栄養ケア・マネジメントと給食に関する 2 つの業務の PDCA サイクルを適切にまわして栄養ケア・マネジメントが適切に推進されている可能性が考えられた。
5. 老健においては、給食形態の『直営』の業務時間の 1 位「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、2 位「LIFE への栄養関連データの提供（入力）」、3 位「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」であった。『委託』の業務時間の 1 位も「栄養ケア・マネジメントの記録、コンピュータ入力等」、2 位「ミールラウンド（管理栄養士単独・多職種協働）」、3 位「栄養ケア計画の作成」といずれも、栄養ケア・マネジメントに関する業務が上位を占め、給食形態に関わらず業務の主軸となっていた。しかし、『直営』の場合は、業務外労働が多くなるケースがあると推察されることから、管理栄養士の増員及び業務の効率化については、各施設において引き続き検討されることが求められる。
6. 栄養マネジメント強化加算の算定の有無にかかわらず、栄養ケア・マネジメントの記録・コンピュータ入力、ミールラウンドが業務時間の上位項目として重視されていたが、当

該加算を算定している場合には、「栄養ケア計画の作成」「栄養アセスメントのための情報収集等」「カンファレンスへの参加」「LIFE への栄養関連データの提供(入力)」など当該加算の算定の要件となる業務項目や多職種連携の強化に繋がる項目が上位を占め、業務時間が費やされており、栄養マネジメント強化加算の算定の要件に鮮明の反映されていた。

7. 『管理職』は、広範囲な業務に携わりながらも、栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携、業務のマネジメントや通所サービスや認知症グループホームへの栄養管理体制の推進などに前向きに取り組んでいることが明らかであり、このような管理者を支援できるような情報提供や研修等の啓発活動、さらには、今後の介護保険改正が検討されていくことが求められた。
8. 上記の 1-7 の課題については、効果的な業務内容や時間の配分について、I の実態調査の【経過】【結果】の回答項目と結びつけて、今後解析をすすめて検証することが必要である。
9. 介護保険施設の常勤の管理栄養士を対象とした当該業務時間調査は、管理栄養士による自記式記載が可能であり、いずれの分析結果においても、全項目の 20%前後の業務項目が全業務時間の 8 割前後を占めていたことから、今後も各介護保険施設において、養ケア・マネジメントを担う管理栄養士の業務時間分析に活用することが可能であり、継続的な品質改善活動に寄与することができる。

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (令和 2 年 12 月 23 日). 2020 :
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000709008.pdf> (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)
- 2) 日名子まき:『令和3年度介護報酬改定』(栄養関連)の背景と管理栄養士・栄養士への期待. 日本栄養士会雑誌.2021:64:366-367.
- 3) 杉山みち子編著.栄養ケア・マネジメントの実装.ヘルスケアテクノ(株).東京 208 頁.2022.
- 4) 厚生労働省 : 栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/09/tp0907-1.html> (閲覧日 : 2022 年3月22日)

- 5) 杉山みち子. 改正介護保険制度と栄養ケア・マネジメントに関する研究. 栄養学雑誌. 2007 : 65(2) : 55-66.
- 6) 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書 (研究代表者 杉山みち子),平成 21 年 3 月
- 7) 厚生労働省. 平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (平成 27 年 1 月 9 日). 2015 :
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000070815.pdf (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)
- 8) 厚生労働省. 平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告. 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (平成 29 年 12 月 18 日). 2018 :
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000188369.pdf (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)
- 9) 厚生労働省 : 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>(平成 30 年 3 月) (閲覧日 : 2022 年 3 月 22 日)
- 10) 新出まなみ, 杉山みち子, 梶井文子, 葛谷雅文. 介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための栄養ケア・マネジメント (第 1 報). 日本健康・栄養システム学会誌. 2015 : 15(2) : 4-11.
- 11) 長谷川未帆子, 高田健人, 長瀬香織, 浅見桃子, 濱田秋平ほか : 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントのあり方と「低栄養リスク」「誤嚥性肺炎による入院」「経口維持の看取り」「在宅復帰」との関連 2019年度全国施設横断調査から. 日本健康・栄養システム学会誌.2021:20:10-22.
- 12) 藤川亜沙美, 高田健人, 長瀬香織, 松本奈々, 榎裕美, 高田和子, 大原里子, 小山秀夫, 杉山みち子. 介護保険施設入所高齢者における入院、死亡に関わる低栄養とミールラウンドの観察項目との関連. 日本健康・栄養システム学会誌. 2018 : 18(2) : 12-20.

参考1. 栄養ケア・マネジメント（管理栄養士）業務時間コード

No.1

大項目	中項目	小項目	コード
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング（入所、再入所）	入所前の居所（病院・施設・在宅等）からの情報収集（連絡・訪問を含めて）	1
		情報収集（体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記）	2
		記録・コンピュータ入力等	3
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集（本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから）	5
		ミールラウンド（管理栄養士単独）	6
		ミールラウンド（多職種協働）	7
		回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8
		記録・コンピュータ入力等	9
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成（リハ・口腔等との連携した作成を含む）	11
		経口維持加算のための計画の作成	12
		多職種との連絡調整	13
		記録・コンピュータ入力等	14
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	16
		カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17
		記録・コンピュータ入力等	18
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明（家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む）	19
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務（リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	20
		看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務（特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	21
		栄養食事相談の実施	22
		他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告（申し送りを含める）・相談等	23
		栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24
		その他（ ）	25
		再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携（病院訪問、連絡、計画作成等の全業務）
	退所先に関する情報収集	27	
	在宅訪問によるアセスメント	28	
	退所時栄養ケア計画の作成	29	
	介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	
	本人・家族への説明や相談	31	
	その他（ ）	32	
	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成（アウトカム評価の実施も含む）	33
		施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告（アウトカム評価の報告も含む）	34
		LIFEへの栄養関連データの提供（入力）	35
		LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36
		その他（ ）	37
	通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38
		通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39
		通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40
		認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41
		それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42

給食に関する業務	献立作成	43
	調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44
	食事箋依頼・チェック、食札準備	45
	残食調査、満足度調査、検食	46
	委託会社との調整	47
	購入先の選定、契約、発注	48
	インシデント・アクシデント対応	49
	その他（ ）	50
衛生業務に関する	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51
	温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	52
	実施（細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等）・帳票作成及び確認	53
研修	一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	54
	施設内での現任訓練（OJT等）	55
	自己学習（文献検索、研修会等への参加）	56
人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57
その他	強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	58
	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59
	個人的業務停滞時間（コーヒーブレイク、出勤・退出時刻の記録）	60
	移動時間（居宅訪問の移動を含む）	61
	昼休み・休み時間	62
	その他	63

参考2 業務時間調査票（入力シート、依頼時の入力説明用）

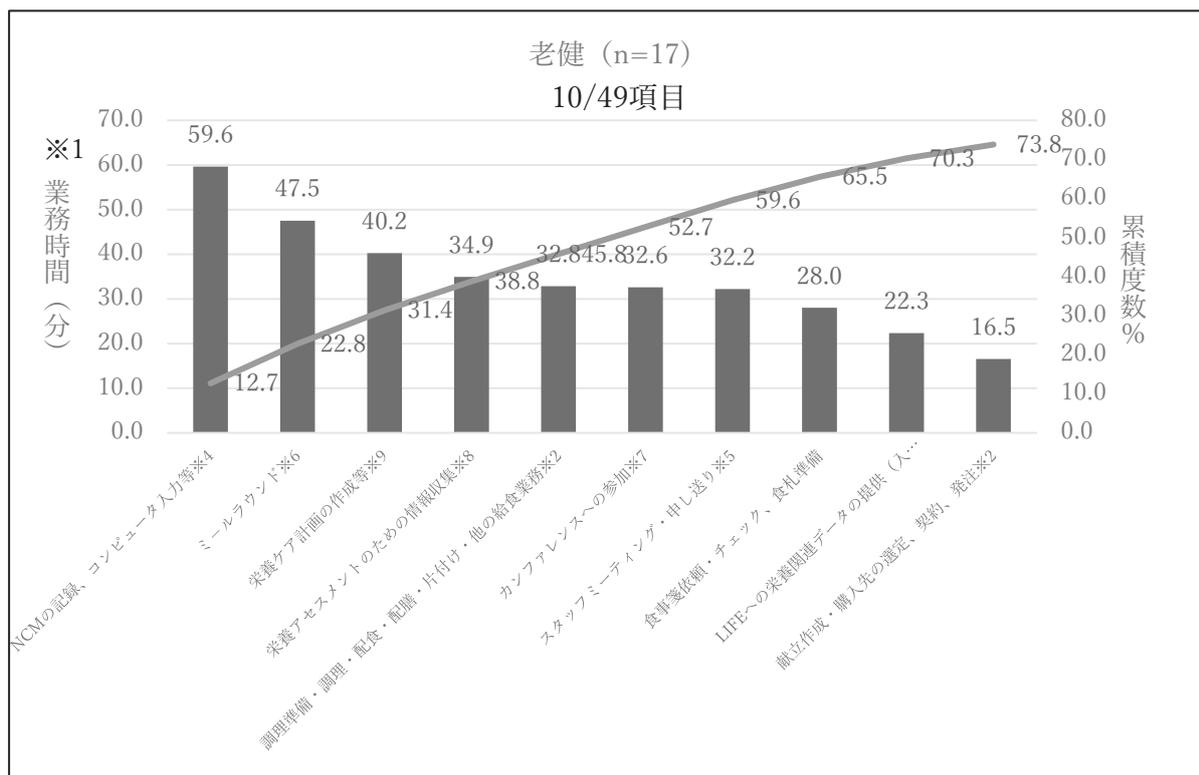
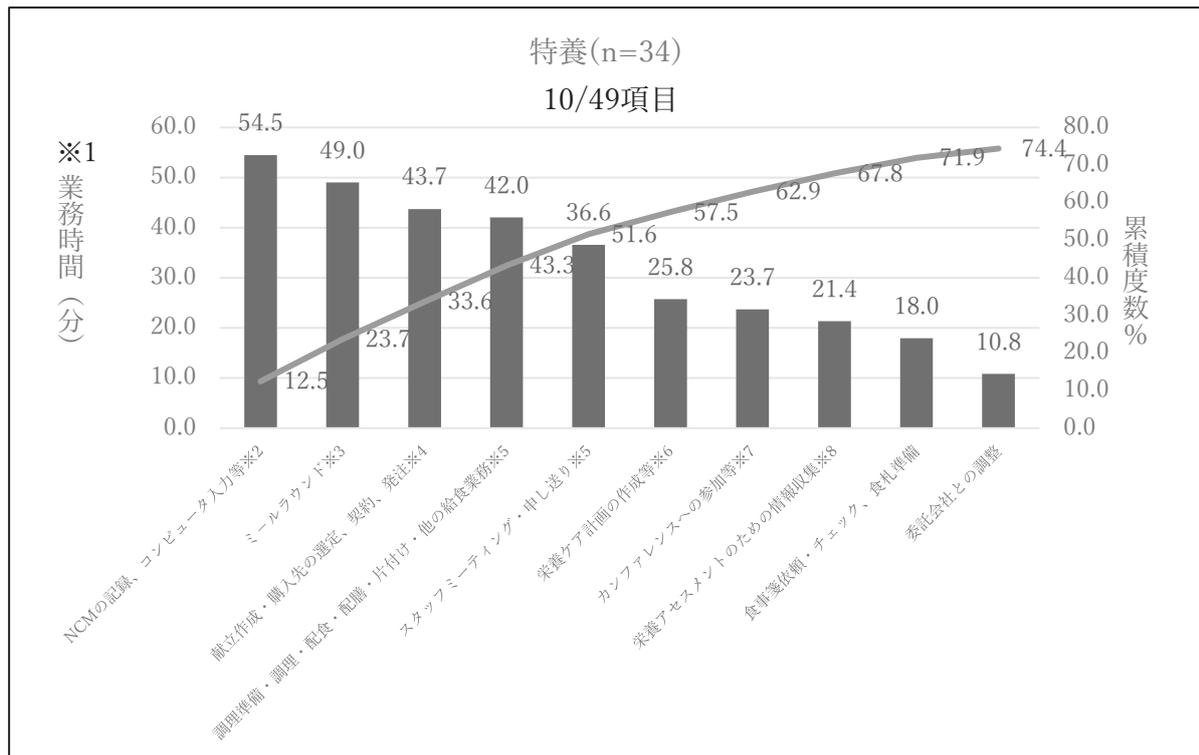
大項目	中項目	小項目	コード	30	9:00	30	10:00	30	11:00	30	12:00	30	13:00	30	14:00	30	15:00	30	16:00	30	17:00	30	18:00	30	小計
業務開始から、終了まで全ての列に業務内容がチェックされているか確認してください。最下段の全てのセルに「1」または「9」が自動入力されていることを確認してください。 (入力箇所は緑になります) ※例えば、「0」になっている場合は、その時間帯が空欄という事です。休憩も含め、全ての業務時間を項目で振り分けてください。 ※また、「2」以上になっている場合は、業務が重なっていることをあらわします。一つの業務を同時に考えて考えられる場合は、重きを置く業務を選択してください。		創立作成	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		食器洗剤類・チェック、食料準備	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		残高調査、満足度調査、検査	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		委託会社との調整	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		購入先の選定、契約、発注	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	インシデント・アクシデント対応		47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
業務開始から、終了まで全ての列に業務内容がチェックされているか確認してください。最下段の全てのセルに「1」または「9」が自動入力されていることを確認してください。 (入力箇所は緑になります) ※例えば、「0」になっている場合は、その時間帯が空欄という事です。休憩も含め、全ての業務時間を項目で振り分けてください。 ※また、「2」以上になっている場合は、業務が重なっていることをあらわします。一つの業務を同時に考えて考えられる場合は、重きを置く業務を選択してください。		その他（ ）		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		危害分析・改善計画・統計的処理・事故予防の高業務等	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		実施（清掃検査、保存管理、施設設備管理の点検等）・構築作成及び確認	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
研修		施設内での現任研修（OJT等）	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		自己学習（文献検索、研修会等への参加）	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新卒		出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		強制的業務学習時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		上記以外のスタッフミーティング・連絡調整	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他		個人的業務学習時間（コーヒープレイク、出勤・退出時刻の記録）	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		移動時間（空欄を使用してください。具体的な業務内容も記入してください）		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		昼休み・休憩		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0</																			

表1. 対象施設の特性

	特養		老健		特養		老健		栄養マネジメント強化加算	
	特養	老健	直営(n=7)	委託(n=23)	直営(n=3)	委託(n=14)	算定あり(n=27)	算定なし(n=24)		
施設種(数(%))	34	0	7	23	0	0	16 (59.3)	18 (75.0)		
定員数(床数±SD)	76.6±27.3	99.7±25.4	86.6±22.2	74.0±28.2	100.0±0.0	99.6±28.2	83.4±26.1	85.3±31.7		
入所者数(人±SD)	71.5±29.1	88.1±21.7	85.7±22.2	67.8±29.8	85.0±8.5	88.7±23.8	76.3±23.0	77.8±32.8		
給食形態(人数(%))										
直営	7 (20.6)	3 (17.6)	-	-	-	-	7 (25.9)	3 (12.5)		
委託	24 (70.6)	13 (76.5)	-	-	-	-	19 (70.4)	18 (75.0)		
一部委託	3 (8.8)	1 (5.9)	-	-	-	-	1 (3.7)	3 (12.5)		
常勤管理栄養士数(人±SD)	1.4±0.6	2.0±1.5	1.7±1.0	1.3±0.4	3.0±2.6	1.8±1.2	1.9±1.27	1.2±0.4		
1名(人(%))	24 (70.6)	9 (52.9)	4 (57.1)	20 (74.1)	1 (33.3)	8 (57.1)	13 (48.1)	20 (83.3)		
2名	8 (23.5)	4 (23.5)	1 (14.3)	7 (25.9)	1 (33.3)	3 (21.4)	8 (29.6)	4 (16.7)		
3名	2 (5.9)	2 (11.8)	2 (28.6)	0 (0)	0 (0)	2 (14.3)	4 (14.8)	0 (0)		
4名	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
5名	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7.1)	1 (7.1)	0 (0)		
6名	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	1 (7.1)	0 (0)		
栄養関連加算算定状況「有」(件(%))										
栄養マネジメント強化加算	16 (47.1)	11 (64.7)	5 (71.4)	11 (40.7)	2 (66.7)	9 (64.3)	-	-		
経口移行加算 I	10 (29.4)	6 (32.3)	3 (42.9)	8 (29.6)	2 (66.7)	5 (35.7)	15 (55.6)	3 (12.5)		
経口維持加算 I	17 (50.0)	11 (64.7)	5 (71.4)	13 (48.1)	3 (100.0)	9 (64.3)	21 (77.8)	9 (37.5)		
経口維持加算 II	14 (41.2)	10 (58.8)	4 (57.1)	11 (40.7)	3 (66.7)	8 (57.1)	18 (66.7)	8 (33.3)		
再入所時栄養連携加算	10 (29.4)	4 (23.5)	3 (42.9)	8 (29.6)	1 (33.3)	4 (28.6)	14 (51.9)	2 (8.3)		
療養食加算	23 (67.6)	16 (94.1)	5 (71.4)	19 (70.3)	2 (66.7)	14 (100.0)	22 (81.5)	19 (79.2)		

表2. 管理栄養士(回答者)の属性

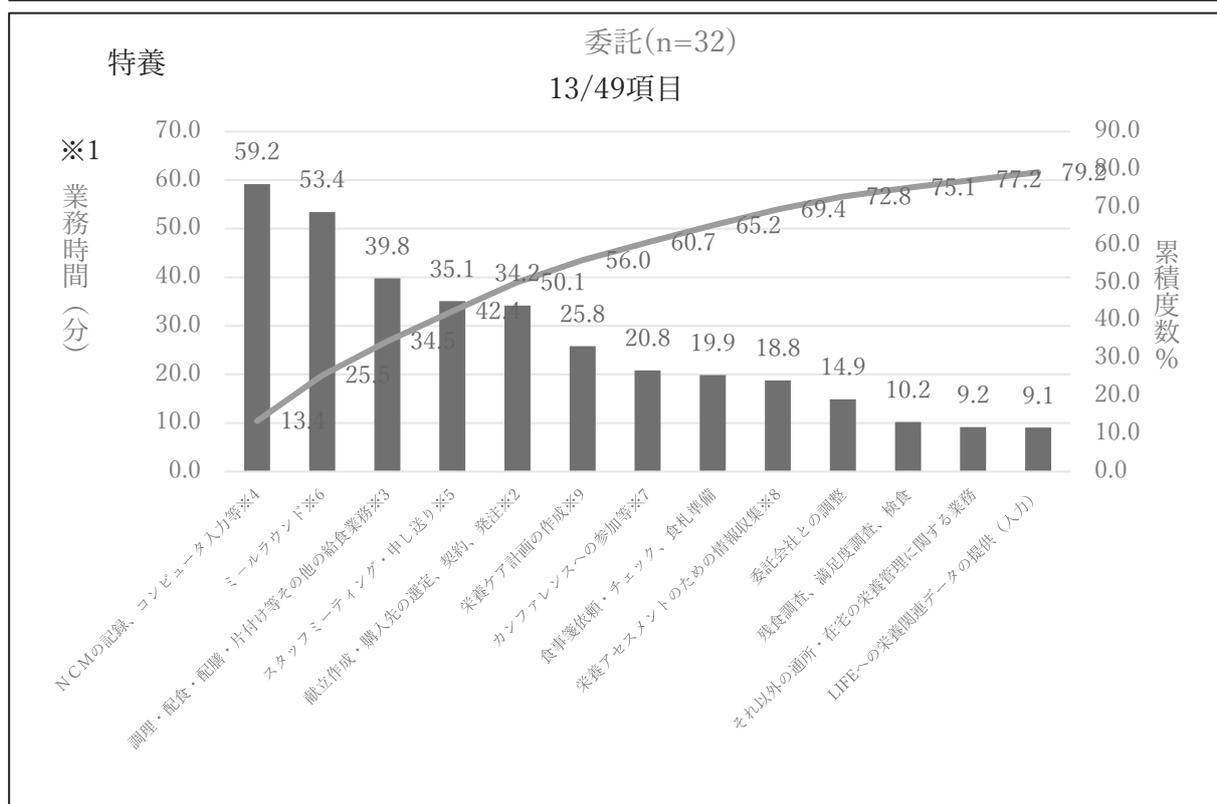
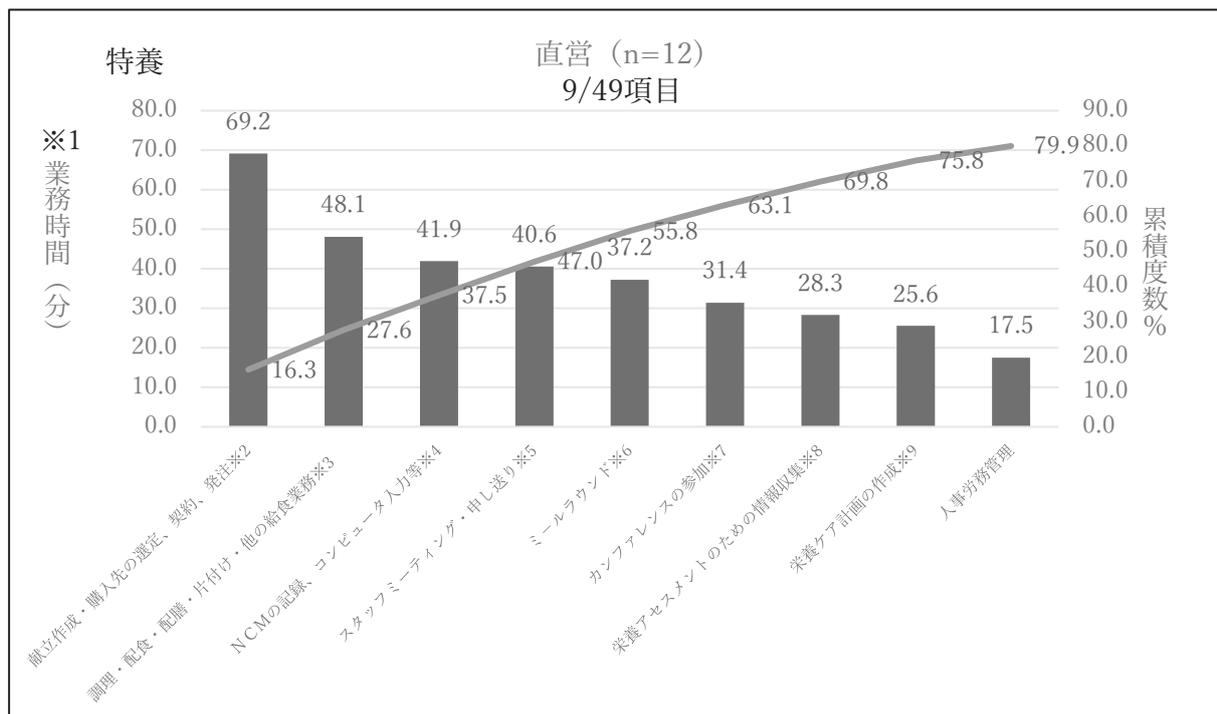
	特養			老健			特養			老健			栄養マネジメント強化加算			役職	
	直営	委託	直営	直営	委託	直営	委託	直営	委託	直営	委託	直営	委託	算定あり	算定なし	管理職	非管理職
人数(人)	44	27	12	32	5	22	43	28	23	48							
性別 (人(%))																	
男性	1 (2.3)	1 (3.7)	0 (0)	1 (3.1)	1 (20.0)	1 (4.5)	2 (4.7)	1 (3.6)	1 (4.3)	2 (4.2)							
女性	43 (97.7)	21 (77.8)	12 (100.0)	31 (96.9)	4 (80.0)	21 (95.5)	41 (95.3)	27 (96.4)	22 (95.7)	46 (95.8)							
年齢階層 (人(%))																	
20代	6 (13.6)	7 (25.9)	3 (25.0)	3 (9.4)	4 (80.0)	3 (13.6)	9 (20.9)	4 (14.3)	2 (8.7)	11 (22.9)							
30代	13 (29.5)	8 (29.6)	3 (25.0)	10 (31.3)	1 (20.0)	7 (31.8)	13 (30.2)	8 (28.6)	6 (26.1)	15 (31.3)							
40代	14 (31.8)	9 (33.3)	5 (41.7)	9 (28.1)	0 (0)	9 (40.9)	14 (32.6)	9 (32.1)	8 (34.8)	15 (31.3)							
50代	6 (13.6)	2 (7.4)	1 (8.3)	5 (15.6)	0 (0)	2 (9.1)	4 (9.3)	4 (14.3)	4 (17.4)	4 (8.3)							
60代	4 (9.1)	1 (3.7)	0 (0)	4 (12.5)	0 (0)	1 (4.5)	2 (4.7)	3 (10.7)	2 (8.7)	3 (6.3)							
70歳以上	1 (2.3)	0 (0)	0 (0)	1 (3.1)	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)	0 (0)	1 (4.3)	0 (0)							
栄養ケア・マネジメント経験年数 (人 (%))																	
1年未満	4 (9.1)	4 (14.8)	0 (0)	4 (12.5)	1 (20.0)	3 (13.6)	6 (14.0)	2 (7.1)	0 (0)	8 (16.7)							
1-3年未満	7 (15.9)	3 (11.1)	4 (33.3)	3 (9.4)	2 (40.0)	1 (4.5)	8 (18.6)	2 (7.1)	0 (0)	10 (20.8)							
3-5年未満	10 (22.7)	5 (18.5)	2 (16.7)	8 (25.0)	1 (20.0)	4 (18.2)	6 (14.0)	9 (32.1)	2 (8.7)	13 (27.1)							
5-10年未満	8 (18.2)	5 (18.5)	1 (8.3)	7 (21.9)	1 (20.0)	4 (18.2)	6 (14.0)	7 (25.0)	3 (13.0)	10 (20.8)							
10年以上	15 (34.1)	10 (37.0)	5 (41.7)	10 (31.3)	0 (0)	10 (45.5)	17 (39.5)	8 (28.6)	18 (78.3)	7 (14.6)							
管理栄養士としての業務年数 (人 (%))																	
1年未満	3 (6.8)	4 (14.8)	0 (0)	3 (9.4)	1 (20.0)	3 (13.6)	5 (11.6)	2 (7.1)	0 (0)	7 (14.6)							
1-3年未満	4 (9.1)	0 (0)	2 (16.7)	2 (6.3)	0 (0)	0 (0)	3 (7.0)	1 (3.6)	0 (0)	4 (8.3)							
3-5年未満	6 (13.6)	4 (14.8)	4 (33.3)	2 (6.3)	2 (40.0)	2 (9.1)	7 (16.3)	3 (10.7)	1 (4.3)	9 (18.8)							
5-10年未満	8 (18.2)	6 (22.2)	0 (0)	8 (25.0)	2 (40.0)	4 (18.2)	8 (18.6)	6 (21.4)	3 (13.0)	11 (22.9)							
10年以上	23 (52.3)	13 (48.1)	6 (50.0)	17 (53.1)	0 (0)	13 (59.1)	20 (46.5)	16 (57.1)	19 (82.6)	17 (35.4)							
当該施設での勤務年数 (人 (%))																	
1年未満	5 (11.4)	8 (29.6)	0 (0)	5 (15.6)	1 (20.0)	7 (31.8)	9 (20.9)	4 (14.3)	0 (0)	13 (27.1)							
1-3年未満	9 (20.5)	4 (14.8)	3 (25.0)	6 (18.8)	3 (60.0)	1 (4.5)	8 (18.6)	5 (17.9)	1 (4.3)	12 (25.0)							
3-5年未満	10 (22.7)	2 (7.4)	3 (25.0)	7 (21.9)	1 (20.0)	1 (4.5)	5 (11.6)	7 (25.0)	2 (8.7)	10 (20.8)							
5-10年未満	6 (13.6)	7 (25.9)	2 (16.7)	4 (12.5)	0 (0)	7 (31.8)	8 (18.6)	5 (17.9)	5 (21.7)	8 (16.7)							
10年以上	14 (31.8)	6 (22.2)	4 (33.3)	10 (31.3)	0 (0)	6 (27.3)	13 (30.2)	7 (25.0)	15 (65.2)	5 (10.4)							
役職 (人 (%))																	
管理職	14 (31.8)	9 (33.3)	6 (50.0)	8 (25.0)	1 (20.0)	8 (36.4)	15 (34.9)	8 (28.6)	23 (100.0)	0 (0)							
役職なし	30 (68.2)	18 (66.7)	6 (50.0)	24 (75.0)	4 (80.0)	14 (63.6)	28 (65.1)	20 (71.4)	0 (0)	48 (100)							



※1 項目58,60,61,62,63昼休み・業務停滞時間、移動時間を除く
 ※2 項目43, 48を含む
 ※3 項目44, 50を含む
 ※4 項目3, 9, 24を含む
 ※5 栄養ケア・マネジメント、給食、衛生、研修、人事労務管理業務以外

※6 管理栄養士単独、多職種協働を含む
 ※7 記録・コンピュータ入力を含む
 ※8 栄養アセスメント・モニタリング業務を含む
 ※9 項目11, 12, 14含む
 ※10 紹介・報告(申し送り含む)・相談を含む

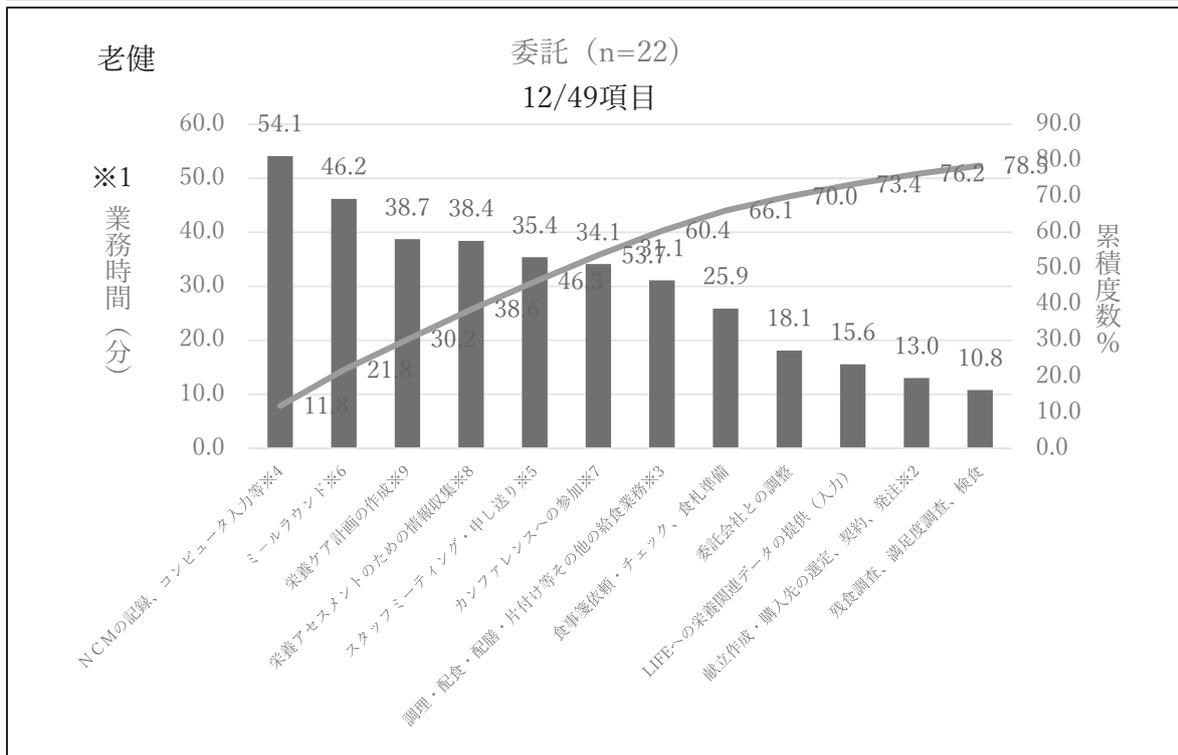
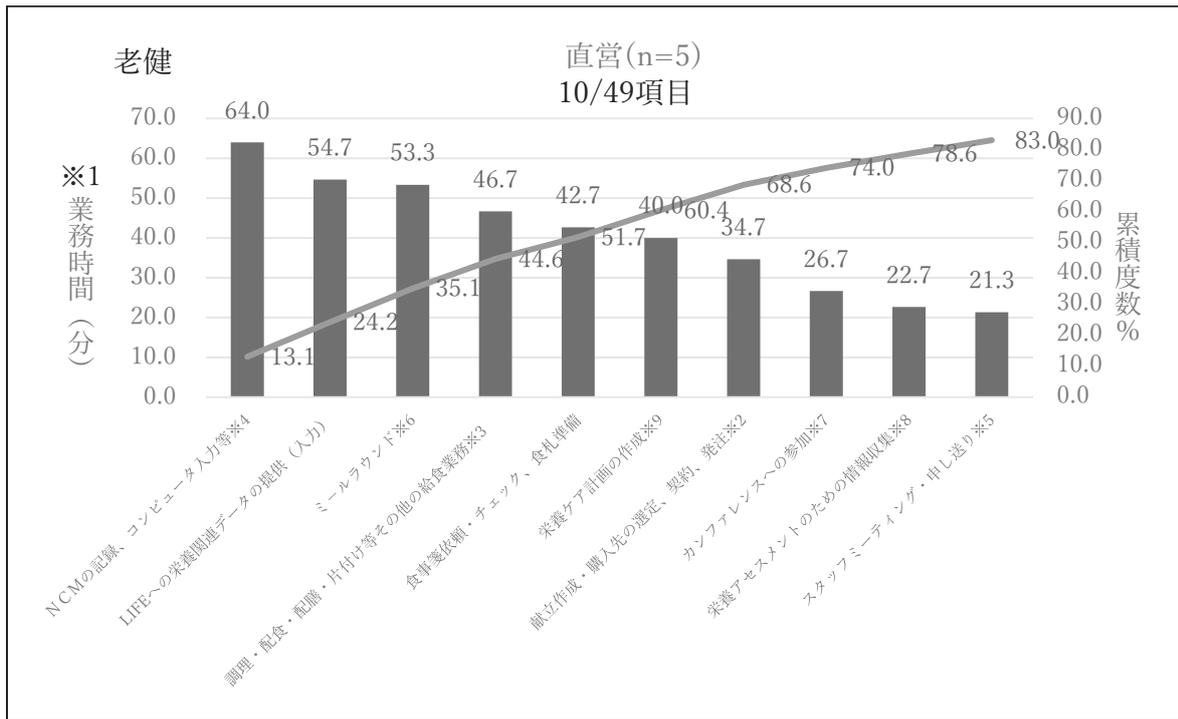
図1-1 特養・老健における管理栄養士の平均業務時間(分/人/日)と累積度数分布(%)



※1 項目58,60,61,62,63 昼休み・業務停滞時間、移動時間を除外
 ※2 項目43,48を含む
 ※3 項目44,50を含む
 ※4 項目3,9,24を含む
 ※5 栄養ケア・マネジメント、給食、衛生、研修、人事労務管理業務以外

※6 管理栄養士単独、多職種協働を含む
 ※7 記録・コンピュータ入力を含む
 ※8 栄養アセスメント・モニタリング業務を含む
 ※9 項目11,12,14を含む
 ※10 紹介・報告(申し送り含む)・相談を含む

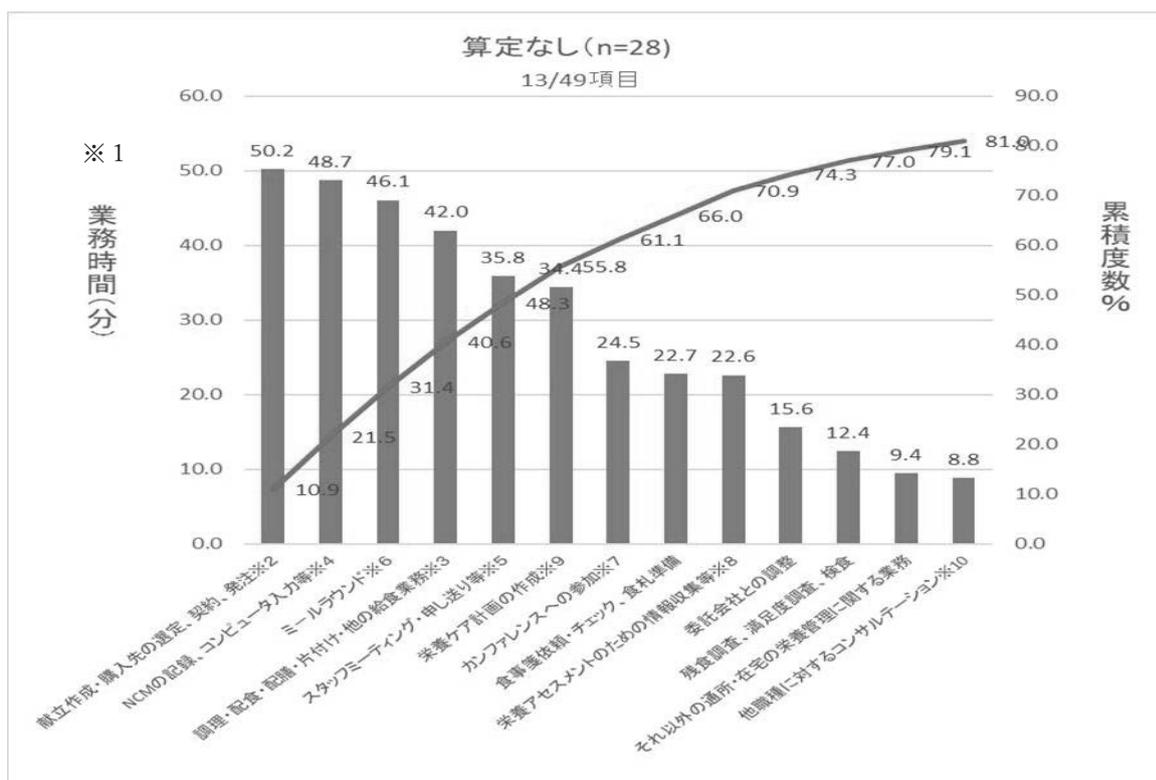
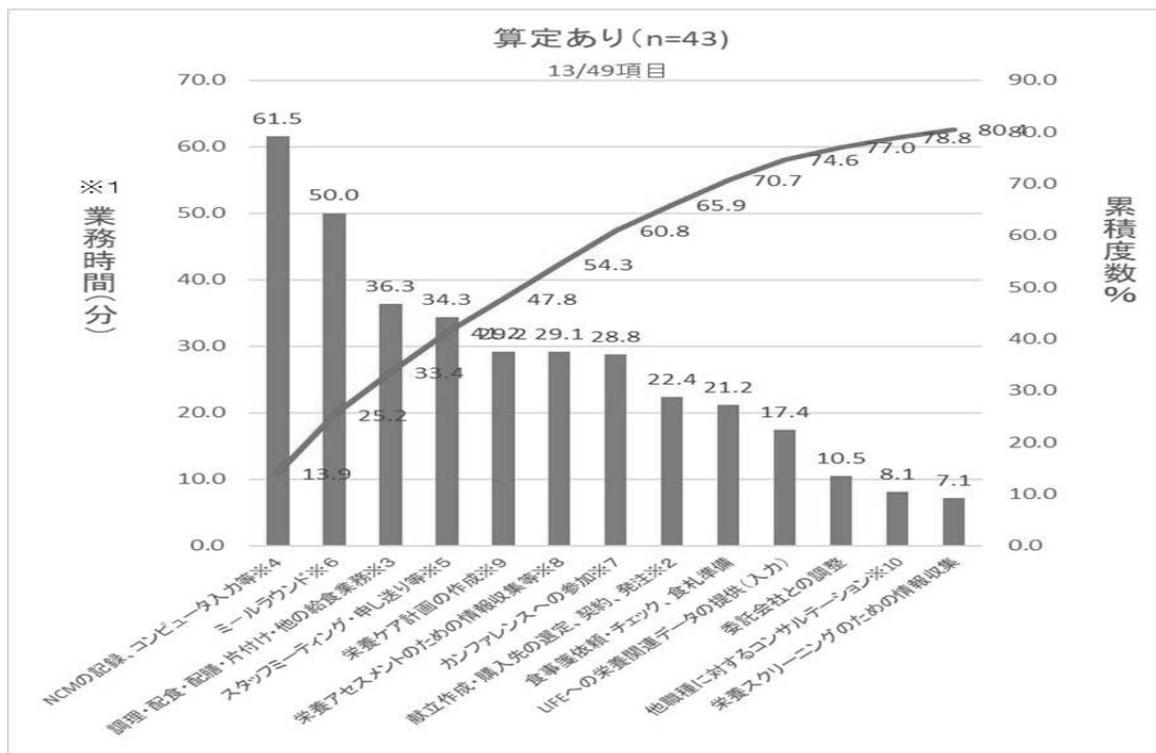
図 1-2a 給食形態（直営・委託）老健における管理栄養士の平均業務時間（分/人/日）と累積度数分布



※1 項目58,60,61,62,63 昼休み・業務停滞時間、移動時間を除外
 ※2 項目43、48を含む
 ※3 項目44、50を含む
 ※4 項目3、9、24を含む
 ※5 栄養ケア・マネジメント、給食、衛生、研修、人事労務管理業務以外

※6 管理栄養士単独、多職種協働を含む
 ※7 記録・コンピュータ入力を含む
 ※8 栄養アセスメント・モニタリング業務を含む
 ※9 項目11、12、14含む
 ※10 紹介・報告(申し送り含む)・相談を含む

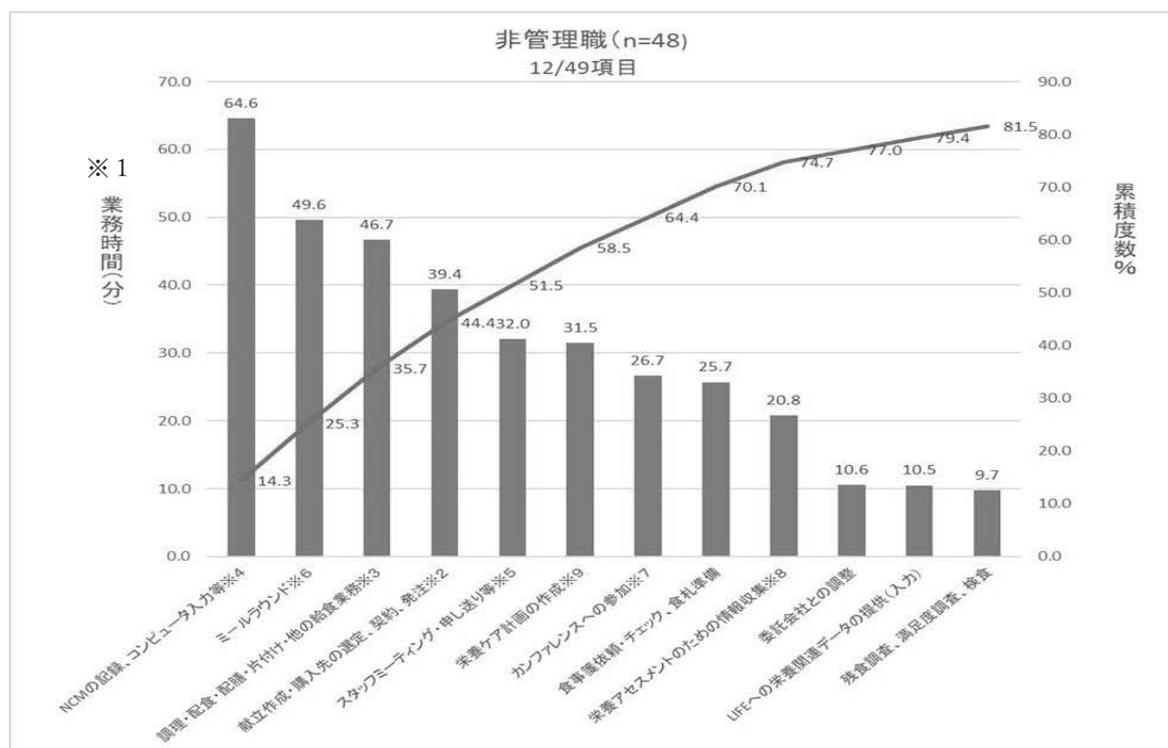
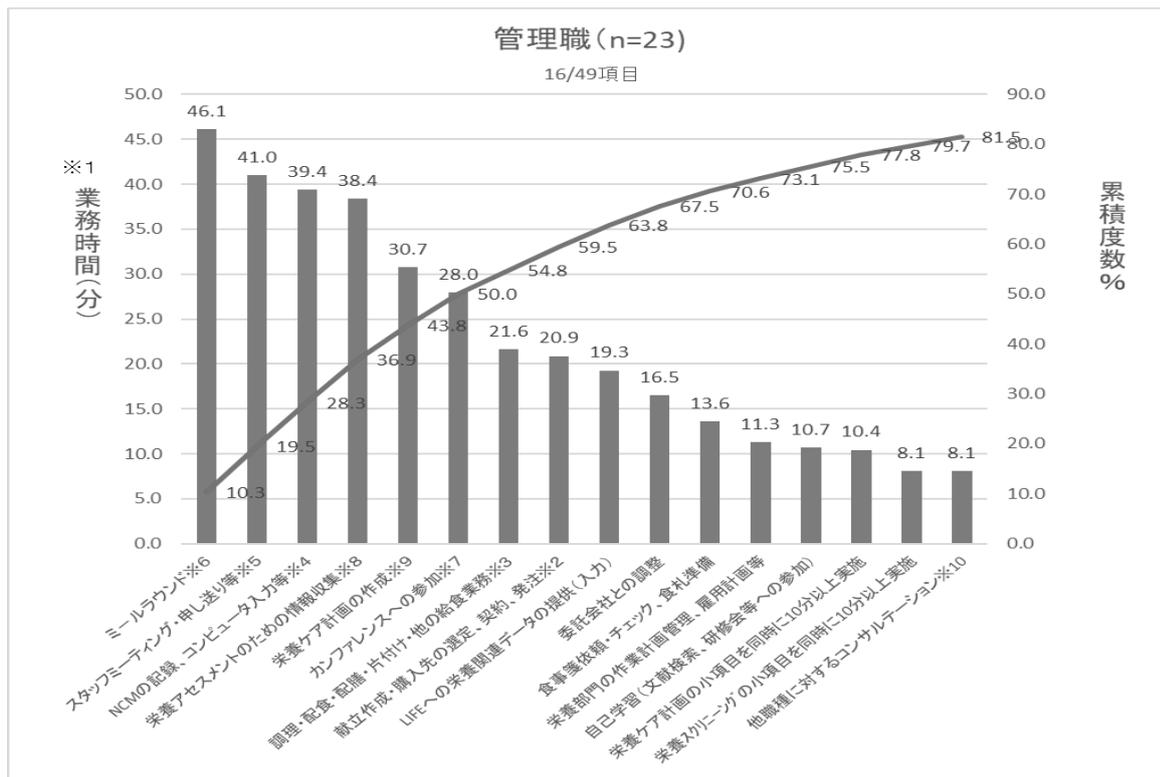
図 1—2b 給食形態（直営・委託）老健における管理栄養士の平均業務時間（分/人/日）と累積度数分布



※1 項目58,60,61,62,63昼休み・業務停滞時間、移動時間を除く
 ※2 項目43, 48を含む
 ※3 項目44, 50を含む
 ※4 項目3, 9, 24を含む
 ※5 栄養ケア・マネジメント、給食、衛生、研修、人事労務管理業務以外

※6 管理栄養士単独、多職種協働を含む
 ※7 記録・コンピュータ入力を含む
 ※8 栄養アセスメント・モニタリング業務を含む
 ※9 項目11, 12, 14含む
 ※10 紹介・報告(申し送り含む)・相談を含む

図 1-3 栄養マネジメント強化加算算定の有無と管理栄養士の平均業務時間(分/人/日)と累積度数分布



- ※1 項目58,60,61,62,63昼休み・業務停滞時間、移動時間を除外
- ※2 項目43、48を含む
- ※3 項目44、50を含む
- ※4 項目3、9、24を含む
- ※5 栄養ケア・マネジメント、給食、衛生、研修、人事労務管理業務以外
- ※6 管理栄養士単独、多職種協働を含む
- ※7 記録・コンピュータ入力を含む
- ※8 栄養ケア計画・モニタリング業務を含む
- ※9 項目11、12、14含む
- ※10 紹介・報告(申し送り含む)・相談を含む

図1-4 管理職・非管理職別 管理栄養士の平均業務時間(分/人/日)と累積度数分布

表3-1. 特養・老健別小項目・中項目・小項目の業務時間

大項目	中項目	小項目	コード	特養(n=44)				老健(n=27)				有意差(p) ^{※1}	有意差(p) ^{※2}	
				時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%	時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%			
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング(入所、再入所)	入所前の居所(病院・施設・在宅等)からの情報収集	1	4.2	1.8	3.3	1.0	4.9	2.3	3.3	3.3	1.1	0.119	0.408
		情報収集(体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記)	2	6.4	9.7	3.3	1.5	8.3	12.9	3.3	1.8	0.995	0.501	
		記録・コンピュータ入力等	3	7.1	11.2	3.3	1.6	9.4	14.2	6.7	2.0	0.499	0.667	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	3.6	10.8	0.0	0.8	4.0	10.0	0.0	0.8	0.72	0.866	
		小計		21.4	19.8	13.3	4.9	26.5	21.1	26.7	5.6	0.366	0.426	
	栄養アセスメント・モニタリング	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集(本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから)	5	16.5	18.3	13.3	3.8	27.4	22.8	23.3	5.8	0.038*	0.076
			ミールラウンド(管理栄養士単独)	6	40.3	24.1	36.7	9.2	36.7	18.2	36.7	7.8	0.749	0.437
			ミールラウンド(多職種協働)	7	8.7	12.1	1.7	2.0	10.9	13.9	0.0	2.3	0.731	0.159
			回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8	5.5	2.1	0.0	1.2	4.7	8.0	0.0	1.0	0.008*	0.002*
			記録・コンピュータ入力等	9	31.4	27.2	23.3	7.2	27.2	30.2	13.3	5.8	0.382	0.536
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10	4.8	10.7	0.0	1.1	7.5	17.9	0.0	1.6	0.698	0.149
		小計		107.3	51.7	98.4	24.5	114.3	42.9	110	24.3	0.403	0.492	
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成(リハ・口腔等との連携した作成を含む)	11	12.2	14.8	10.0	2.8	26.2	43.1	16.7	5.6	0.128	0.085
			経口維持加算のための計画の作成	12	4.9	13.0	0.0	1.1	4.6	10.2	0.0	1.0	0.656	0.968
			多職種との連絡調整	13	6.6	9.8	0.0	1.5	3.3	6.7	0.0	0.7	0.101	0.303
			記録・コンピュータ入力等	14	8.6	14.7	0.0	2.0	9.5	14.6	0.0	2.0	0.916	0.726
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15	3.2	8.8	0.0	0.7	6.3	15.8	0.0	1.3	0.314	0.121
		小計		35.5	34.0	26.7	8.1	49.9	46.1	36.7	10.6	0.158	0.101	
	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンスへの参加	16	17.0	18.9	13.3	3.9	23.8	22.9	20.0	5.1	0.090	0.251
			カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17	3.3	7.8	0.0	0.8	1.5	4.1	0.0	0.3	0.477	0.188
			記録・コンピュータ入力等	18	6.7	9.8	0.0	1.5	8.8	11.0	3.3	1.9	0.321	0.383
		小計		27.0	24.5	21.7	6.2	34.1	27.3	33.3	7.2	0.210	0.351	
	利用者・家族への説明	利用者・家族への説明(家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む)	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明	19	4.5	1.1	0.0	1.0	3.7	8.7	0.0	0.8	0.866	0.627
			家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む		4.5	10.6	0.0	1.0	3.7	8.7	0.0	0.8	0.866	0.627
	栄養ケアの実施	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務(リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行った場合)	20	2.0	6.3	0.0	0.5	4.6	14.6	0.0	1.0	0.355	0.316
			看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務	21	2.0	6.1	0.0	0.5	0.6	2.3	0.0	0.1	0.296	0.456
			栄養食事相談の実施	22	2.3	6.8	0.0	0.5	3.0	6.2	0.0	0.6	0.528	0.958
			他職種に対するコンサルテーション:紹介・報告(申し送りを含める)・相談等	23	7.2	12.2	0.0	1.6	10.4	15.5	3.3	2.2	0.436	0.252
			栄養ケア提供経路記録・コンピュータ入力	24	15.9	25.9	0.0	3.6	23.1	31.6	13.3	4.9	0.099	0.266
			その他	25	2.6	13.6	0.0	0.6	0.6	3.2	0.0	0.1	0.408	0.717
				小計		31.9	34.4	43.4	7.3	42.2	88.7	40.0	9.0	0.429
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携(病院訪問、連絡、計画作成等の全業務)	26	0.1	0.5	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.725	0.303
			退所先に関する情報収集	27	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.202	0.221
			在宅訪問によるアセスメント	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000
			退所時栄養ケア計画の作成	29	0.1	0.5	0.0	0.0	2.7	7.1	0.0	0.6	0.016*	0.012*
			介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	2.0	0.0	0.1	0.069	0.103
			本人・家族への説明や相談	31	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.433	0.434
			その他	32	0.2	1.5	0.0	0.1	0.7	2.7	0.0	0.2	0.300	0.233
		小計		0.5	2.1	0.0	0.1	4.2	8.0	0.0	0.9	0.008*	0.002*	
	サービス評価と継続的な品質改善活動	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成(アウトカム評価の実施も含む)	33	1.9	5.1	0.0	0.4	1.1	5.8	0.0	0.2	0.200	0.618
			施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告(アウトカム評価の報告も含む)	34	0.5	1.7	0.0	0.1	0.7	2.3	0.0	0.2	0.531	0.397
			LIFEへの栄養関連データの提供(入力)	35	7.8	17.3	0.0	1.8	22.3	39.0	3.3	4.8	0.038*	0.034*
			LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36	0.1	0.5	0.0	0.0	0.7	2.8	0.0	0.2	0.284	0.176
			その他	37	3.0	11.8	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.169	0.312
		小計		13.2	20.4	0.0	3.0	24.9	40.0	6.7	5.3	0.218	0.083	
	通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38	2.3	14.1	0.0	0.5	2.6	10.4	0.0	0.6	0.304	0.937
			通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	13.7	0.0	1.6	<0.001	<0.001
通所サービスの栄養改善加算に関する業務			40	3.3	10.5	0.0	0.8	1.5	6.0	0.0	0.3	0.567	0.227	
認知症グループホームの栄養管理に関する業務			41	0.5	3.5	0.0	0.1	4.7	9.7	0.0	1.0	0.007*	0.004*	
それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務			42	6.7	32.8	0.0	1.5	2.5	7.6	0.0	0.5	0.511	0.792	
	小計		12.8	36.0	0.0	2.9	18.6	23.3	0.0	4.0	0.037*	0.302		
	大項目計		254.1	99.8	250.0	58.1	318.5	91.6	296.7	67.8	0.009*	0.004*		
給食に関する業務	給食に関する業務	献立作成	43	27.3	46.1	0.0	6.3	12.8	30.8	0.0	2.7	0.065	0.254	
		調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44	13.6	25.7	0.0	3.1	16.8	28.4	0.0	3.6	0.890	0.570	
		食事提供依頼・チェック、食料準備	45	18.0	21.6	11.7	4.1	28.0	34.5	13.0	6.0	0.479	0.053	
		残食調査、満足度調査、検査	46	7.6	15.3	0.0	1.7	8.5	13.2	0.0	1.8	0.489	0.993	
		委託会社との調整	47	10.8	12.1	10.0	2.5	15.2	23.1	3.3	3.2	0.794	0.339	
		購入先の選定、契約、発注	48	16.4	24.2	8.3	3.7	3.7	8.1	0.0	0.8	0.008*	0.005*	
		インシデント・アクシデント対応	49	2.3	4.8	0.0	0.5	1.2	4.5	0.0	0.3	0.192	0.631	
	その他	50	28.4	34.3	20.0	6.5	16.0	31.9	3.3	3.4	0.032*	0.378		
	大項目計		124.4	104.0	98.4	28.4	102.3	85.0	86.7	21.8	0.417	0.602		
衛生業務に関する	衛生に関する業務	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51	1.1	4.5	0.0	0.3	0.4	1.4	0.0	0.1	0.768	0.538	
		温度、保管期間、標準作業マニュアル作成等	52	0.2	0.7	0.0	0.0	0.2	1.3	0.0	0.1	0.892	0.695	
		実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認	53	3.5	6.5	0.0	0.8	2.1	7.3	0.0	0.4	0.154	0.420	
	大項目計		4.8	9.6	0.0	1.1	2.7	8.5	0.0	0.6	0.217	0.421		
研修	研修	一般・地域への啓発・啓蒙(講義の実施や資料作成等)	54	2.7	7.4	0.0	0.6	2.2	7.7	0.0	0.5	0.743	0.769	
		施設内での現任訓練(OJT等)	55	4.4	9.4	0.0	1.0	4.7	10.6	0.0	1.0	0.944	0.959	
		自己学習(文献検索、研修会等への参加)	56	4.9	16.1	0.0	1.1	4.6	11.9	0.0	1.0	0.930	0.749	
	大項目計		12.0	18.8	0.0	2.7	11.5	17.8	0.0	2.4	0.903	0.685		
管 理 務 事	人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57	5.7	22.4	0.0	1.3	2.7	5.8	0.0	0.6	0.923	0.211	
		大項目計		5.7	22.4	0.0	1.3	2.7	5.8	0.0	0.6	0.923	0.211	
その他	その他	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59	36.6	23.3	38.3	8.4	32.2	24.0	30.0	6.9	0.373	0.046*	
		大項目計		36.6	23.3	38.3	8.4	32.2	46.1	30.0	6.9	0.373	0.046*	
	1人1日の平均業務時間数(分)		437.5	64.6	445.0	100.0	470.0	46.1	457.0	100.0	0.053	0.009*		

※コード58.60.61.62を除く
 ※1Mann-WhitneyのU検定 * <0.05
 ※2共分散分析 共変量:実入所者数、施設種 * <0.05

表3-2a. 特養・給食形態別小項目・中項目・大項目の業務時間

大項目	中項目	小項目	コード	特養(n=44)								有意差(p) ^{※1}	有意差(p) ^{※2}	
				直営(n=12)				委託(n=32)						
				時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%	時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%			
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング(入所、再入所)	入所前の居所(病院・施設・在宅等)からの情報収集	1	5.3	2.6	3.3	1.2	3.8	1.1	3.3	0.8	0.118	0.023*	
		情報収集(体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記)	2	3.1	5.2	0.0	0.7	7.7	10.8	3.3	1.7	0.138	0.136	
		記録・コンピュータ入力等	3	1.1	2.2	0.0	0.3	9.4	12.4	5.0	2.1	0.014*	0.013*	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	1.9	4.6	0.0	0.5	4.3	12.4	0.0	1.0	0.866	0.316	
		小計		11.4	10.2	8.3	2.7	25.1	21.3	18.3	5.7	0.028*	0.011*	
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集(本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから)	ミールラウンド(管理栄養士単独)	6	31.4	13.1	30.0	7.4	43.6	26.5	40.0	9.9	0.161	0.183
			ミールラウンド(多職種協働)	7	5.8	9.2	0.0	1.4	9.8	13.0	3.3	2.2	0.427	0.502
			回診・検査・褥瘡ケア等の同行による情報収集	8	8.6	1.0	0.0	2.0	4.3	2.4	0.0	1.0	0.928	0.680
			記録・コンピュータ入力等	9	28.3	30.9	20.0	6.7	32.6	26.1	26.7	7.4	0.541	0.799
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10	9.7	14.1	0.0	2.3	3.0	8.7	0.0	0.7	0.161	0.063
		小計		102.5	45.9	105.0	24.1	109.1	54.3	98.4	24.7	0.866	0.846	
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成(リハ・口腔等との連携した作成を含む)	経口維持加算のための計画の作成	12	8.6	14.5	14.5	2.0	3.5	12.4	0.0	0.8	0.328	0.246
			多職種との連絡調整	13	3.1	5.4	0.0	0.7	7.9	10.8	5.0	1.8	0.186	0.247
			記録・コンピュータ入力等	14	2.8	5.3	0.0	0.7	10.8	16.5	0.0	2.4	0.267	0.112
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15	3.6	8.7	0.0	0.8	3.0	8.9	0.0	0.7	0.948	0.919
			小計		32.2	24.3	31.7	7.6	36.8	37.2	26.7	8.3	1.000	0.709
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17	6.9	11.8	0.0	1.6	2.0	5.3	0.0	0.4	0.302	0.083
			記録・コンピュータ入力等	18	8.6	12.3	0.0	2.0	5.9	8.8	0.0	1.3	0.687	0.505
			小計		38.3	27.5	30.0	9.0	22.8	22.3	16.7	5.2	0.063	0.078
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明(家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む)		19	3.6	7.0	0.0	0.8	4.9	11.7	0.0	1.1	0.886	0.837
			小計		3.6	7.0	0.0	0.8	4.9	11.7	0.0	1.1	0.886	0.837
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務(リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行った場合)	看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務	21	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	7.1	0.0	0.6	0.278	0.262
			栄養食事相談の実施	22	0.8	1.5	0.0	0.2	2.8	7.9	0.0	0.6	0.907	0.168
			他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告(申し送りを含める)・相談等	23	5.0	7.3	1.7	1.2	8.0	13.6	0.0	1.8	0.928	0.692
			栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24	12.5	17.4	5.0	2.9	17.2	28.6	0.0	3.9	0.765	0.581
その他			25	1.4	3.3	0.0	0.3	3.0	15.9	0.0	0.7	0.612	0.957	
小計				19.7	40.0	30.0	4.6	36.5	71.6	53.3	8.2	0.354	0.275	
再入院時情報連携(病院訪問、連絡、計画作成等の全業務)			26	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.886	0.852	
再入院や退所時の計画の作成と説明	退所先に関する情報収集	在宅訪問によるアセスメント	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000		
		退所時栄養ケア計画の作成	29	0.3	1.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.687	0.100	
		介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000	
		本人・家族への説明や相談	31	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.886	0.496	
		その他	32	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.8	0.0	0.1	0.886	0.852	
		小計		0.3	1.0	0.0	0.1	0.5	2.4	0.0	0.1	0.928	0.680	
		サービス評価と継続的な品質改善活動	33	1.1	3.8	0.0	0.3	2.2	5.5	0.0	0.5	0.706	0.463	
サービス評価と継続的な品質改善活動	LIFEへの栄養関連データの提供(入力)	LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.886	0.756	
		その他	37	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	13.7	0.0	0.9	0.649	0.391	
		小計		5.6	11.4	0.0	1.3	16.0	22.4	6.7	3.6	0.124	0.089	
		通所サービスの口栄・栄養スクリーニング加算に関する業務	38	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	16.5	0.0	0.7	0.765	0.481	
通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	通所サービスの栄養改善加算に関する業務	39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000		
		認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	4.1	0.0	0.2	0.886	0.756	
		それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42	0.0	0.0	0.0	0.0	9.2	38.4	0.0	2.1	0.541	0.64	
		小計		6.4	15.7	0.0	1.5	15.2	41.1	0.0	3.4	0.594	0.628	
大項目計		220.0	86.5	230.0	51.8	266.9	102.7	265	60.4	0.234	0.202			
給食に関する業務	給食に関する業務	献立作成	43	35.6	46.2	0.0	8.4	24.3	46.4	0.0	5.5	0.805	0.314	
		調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44	15.6	23.2	8.3	3.7	12.9	26.9	0.0	2.9	0.412	0.537	
		食事箋依頼・チェック、食札準備	45	12.8	9.9	11.7	3.0	19.9	24.5	11.7	4.5	0.745	0.837	
		残食調査、満足度調査、検査	46	0.6	1.9	0.0	0.1	10.2	17.2	1.7	2.3	0.025*	0.035*	
		委託会社との調整	47	0.0	0.0	0.0	0.0	14.9	11.9	13.3	3.4	<0.001	<0.001	
		購入先の選定、契約、発注	48	33.6	35.1	20.0	7.9	9.9	14.7	0.0	2.2	0.023*	0.005*	
		インシデント・アクシデント対応	49	4.2	7.1	0.0	1.0	1.6	3.4	0.0	0.4	0.290	0.032	
その他	50	32.5	33.3	18.3	7.6	26.9	35.1	20.0	6.1	0.458	0.398			
	大項目計		134.7	114.8	91.7	31.7	120.5	101.4	98.4	27.3	0.765	0.383		
衛生に関する業務	衛生に関する業務	危険分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51	1.7	4.1	0.0	0.4	0.9	4.7	0.0	0.2	0.612	0.520	
		温度・保管期間・標準作業等マニュアル作成等	52	0.3	1.0	0.0	0.1	0.1	0.6	0.0	0.0	0.805	0.399	
		実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認	53	4.7	6.1	3.3	1.1	3.0	6.7	0.0	0.7	0.245	0.385	
	大項目計		6.7	7.9	6.7	1.6	4.1	10.1	0.0	0.9	0.118	0.336		
研修	研修	一般・地域への啓蒙・啓蒙(講義の実施や資料作成等)	54	2.8	7.1	0.0	0.7	2.6	7.6	0.0	0.6	0.845	0.981	
		施設内での現任訓練(OJT等)	55	2.8	6.5	0.0	0.7	5.0	10.3	0.0	1.1	0.594	0.397	
		自己学習(文献検索、研修会等への参加)	56	0.0	0.0	0.0	0.0	6.8	18.7	0.0	1.5	0.214	0.118	
	大項目計		5.6	10.3	0.0	1.3	14.4	20.8	3.3	3.3	0.118	0.073		
管 理 人 務 事	人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57	17.5	41.6	0.0	4.1	1.3	3.1	0.0	0.3	0.112	0.078	
		大項目計		17.5	41.6	0.0	4.1	1.3	3.1	0.0	0.3	0.112	0.078	
他	その他	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59	40.6	18.4	41.7	9.5	35.1	25.0	33.3	7.9	0.458	0.765	
		大項目計		40.6	18.4	41.7	9.5	35.1	25	33.3	7.9	0.458	0.765	
	1人1日の平均業務時間数(分)		425.0	46.6	428.5	100.0	442.2	70.3	448.5	100.0	0.397	0.646		

※コード58.60.61.62.63除く

※1Mann-WhitneyのU検定 * <0.05

※2共分散分析 共変量:実入所者数、施設種* <0.05

表3-2b. 老健・給食形態別小項目・中項目・大項目の業務時間

大項目	中項目	小項目	コード	老健(n=27)								有意差(p) ^{※1}	有意差(p) ^{※2}	
				直営(n=5)				委託(n=22)						
				時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%	時間(分)	標準偏差	中央値(分)	%			
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング(入所、再入所)	入所前の居所(病院・施設・在宅等)からの情報収集	1	4.7	1.8	3.3	1.0	5.0	2.4	3.3	1.1	0.976	0.070	
		情報収集(体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記)	2	5.3	6.1	3.3	1.1	8.9	14.0	1.7	1.9	0.928	0.684	
		記録・コンピュータ入力等	3	4.0	5.5	0.0	0.8	10.6	15.3	6.7	2.3	0.447	0.519	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	8.7	14.5	0.0	1.8	2.9	8.9	0.0	0.6	0.447	0.035*	
		小計		22.7	11.4	26.7	4.6	27.4	22.9	21.7	5.9	0.976	0.571	
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集(本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから)	5	12.0	8.0	10.0	2.4	30.9	23.7	31.7	6.6	0.129	0.447	
		ミールラウンド(管理栄養士単独)	6	36.7	7.5	36.7	7.5	36.7	20.0	35.0	7.9	0.880	0.003*	
		ミールラウンド(多職種協働)	7	16.7	12.5	23.3	3.4	9.5	14.1	0.0	2.0	0.186	0.007	
		回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8	2.0	12.2	20.0	0.4	1.8	4.5	0.0	0.4	0.013*	0.948	
		記録・コンピュータ入力等	9	22.7	15.5	23.3	4.6	28.2	32.8	13.3	6.1	0.694	0.219	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10	10.7	13.2	3.3	2.2	6.8	19.0	0.0	1.5	0.186	<0.001	
		小計		100.7	7.9	96.7	20.5	117.4	47	125.0	25.2	0.377	0.925	
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成(リハ・口腔等との連携した作成を含む)	11	22.7	20.9	33.3	4.6	27.0	47.0	13.3	5.8	0.786	0.930	
		経口維持加算のための計画の作成	12	10.0	15.5	3.3	2.0	3.3	8.6	0.0	0.7	0.165	0.651	
		多職種との連絡調整	13	0.7	1.5	0.0	0.1	3.9	7.3	0.0	0.8	0.564	0.505	
		記録・コンピュータ入力等	14	7.3	16.4	0.0	1.5	10.0	14.5	0.0	2.1	0.524	0.752	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15	13.3	18.4	0.0	2.7	4.7	15.1	0.0	1.0	0.447	0.004*	
		小計		54.0	19.6	43.3	11.0	48.9	50.5	33.3	10.5	0.314	0.268	
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	16	18.0	10.4	20.0	3.7	25.2	24.9	21.7	5.4	0.650	0.855	
		カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	4.5	0.0	0.4	0.564	0.946	
		記録・コンピュータ入力等	18	8.7	12.4	0.0	1.8	8.8	11.0	5.0	1.9	0.739	0.184	
		小計		26.7	19.0	23.3	5.4	35.8	29	33.3	7.7	0.786	0.699	
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明(家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む)	19	0.0	0.0	0.0	0.0	4.5	9.5	0.0	1.0	0.232	0.037*	
		小計		0.0	0.0	0.0	0.0	4.5	9.5	0.0	1.0	0.232	0.037*	
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務(リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行った場合)	20	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	16.0	0.0	1.2	0.377	0.537	
		看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務	21	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	2.5	0.0	0.2	0.786	0.409	
		栄養食事相談の実施	22	1.3	3.0	0.0	0.3	3.3	6.7	0.0	0.7	0.786	0.718	
		他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告(申し送りを含める)・相談等	23	8.0	9.0	6.7	1.6	10.9	16.7	0.0	2.3	0.694	0.975	
		栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24	37.3	54.3	16.7	7.6	19.8	24.8	10.0	4.3	0.485	0.564	
		その他	25	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	3.6	0.0	0.2	0.880	0.830	
		小計		108.0	117.7	83.3	9.5	73.0	82.8	36.7	15.7	0.524	0.618	
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携(病院訪問、連絡、計画作成等の全業務)	26	0.7	1.5	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.524	0.965	
		退所先に関する情報収集	27	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	0.0	0.0	0.880	0.830	
		在宅訪問によるアセスメント	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000	
		退所時栄養ケア計画の作成	29	14.0	11.4	20.0	2.9	0.2	0.7	0.0	0.0	0.005*	0.757	
		介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	2.2	0.0	0.1	0.786	0.572	
		本人・家族への説明や相談	31	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000	
		その他	32	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	2.9	0.0	0.2	0.786	0.244	
		小計		14.7	12.2	20.0	3.0	1.8	4.5	0.0	0.4	0.013*	0.948	
	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成(アウトカム評価の実施も含む)	33	6.0	13.4	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.524	0.733	
		施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告(アウトカム評価の報告も含む)	34	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	2.6	0.0	0.2	0.650	0.874	
		LIFEへの栄養関連データの提供(入力)	35	54.7	75.2	33.3	11.2	15.0	22.3	0.0	3.2	0.146	0.363	
		LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	3.1	0.0	0.2	0.786	0.659	
		その他	37	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	1.000	
			小計		60.7	72.6	36.7	12.4	16.8	24.6	3.3	3.6	0.113	0.366
通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38	1.3	3.0	0.0	0.3	2.9	11.5	0.0	0.6	0.786	0.277		
	通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39	3.3	7.5	0.0	0.7	8.3	14.8	0.0	1.8	0.694	0.049*		
	通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	6.6	0.0	0.4	0.786	0.675		
	認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41	4.0	8.9	0.0	0.8	4.8	10.1	0.0	1.0	0.928	0.084		
	それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	8.4	0.0	0.6	0.564	0.338		
	小計		8.7	19.4	0.0	1.8	20.9	23.9	8.4	4.5	0.257	0.349		
	大項目計		334.7	106.7	336.7	68.3	314.8	90.3	296.7	67.6	0.832	0.128		
給食に関する業務	給食に関する業務	献立作成	43	25.3	56.6	0.0	5.2	10.0	22.7	0.0	2.1	1.000	0.696	
		調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44	32.0	31.1	40.0	6.5	13.3	27.3	0.0	2.9	0.208	0.297	
		食事箋依頼・チェック、食札準備	45	42.7	34.8	46.7	8.7	24.7	34.3	11.7	5.3	0.208	0.726	
		残食調査、満足度調査、検査	46	0.7	1.5	0.0	0.1	10.3	14.1	3.3	2.2	0.146	0.496	
		委託会社との調整	47	6.0	13.4	0.0	1.2	17.3	24.5	11.7	3.7	0.284	0.317	
		購入先の選定、契約、発注	48	9.3	13.6	0.0	1.9	2.4	6	0.0	0.5	0.447	0.074	
		インシデント・アクシデント対応	49	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	5	0.0	0.3	0.564	0.463	
		その他	50	14.7	14.1	6.7	3.0	16.4	35	0.0	3.5	0.208	0.068	
			大項目計		130.7	121.2	93.3	26.7	95.9	76.9	78.4	20.6	0.606	0.653
		衛生に関する業務	衛生に関する業務	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	1.6	0.0	0.1	0.786
温度・保管期間・標準作業等マニュアル作成等	52			0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.4	0.0	0.1	0.880	0.931	
実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認	53			0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	8	0.0	0.6	0.564	0.723	
	大項目計		0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	9.4	0.0	0.7	0.377	0.817		
研修	研修	一般・地域への啓発・啓蒙(講義の実施や資料作成等)	54	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	8.5	0.0	0.6	0.65	0.863	
		施設内での現任研修(OJT等)	55	1.3	3.0	0.0	0.3	5.5	11.6	0.0	1.2	0.739	0.804	
		自己学習(文献検索、研修会等への参加)	56	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	13	0.0	1.2	0.447	0.785	
	大項目計		1.3	3.0	0.0	0.3	13.8	18.9	1.7	3.0	0.208	0.912		
管営人事務	人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57	2.0	4.5	0.0	0.4	2.9	6.2	0.0	0.6	0.928	0.222	
	大項目計		2.0	4.5	0.0	0.4	2.9	6.2	0.0	0.6	0.928	0.222		
その他	その他	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59	21.3	16.4	20.0	4.4	34.7	25.0	30.0	7.5	0.314	0.065	
		大項目計		21.3	16.4	20.0	4.4	34.7	25.0	30.0	7.5	0.314	0.065	
	1人1日の平均業務時間数(分)		490.0	28.1	483.0	100.0	465.4	48.7	451.5	100.0	0.086	0.271		

※コード58.60.61.62.63除く

※1Mann-WhitneyのU検定 * <0.05

※2共分散分析 共変量:実入所者数、施設種* <0.05

表3-3. 栄養マネジメント強化加算算定の有無別 小項目・中項目・大項目の業務時間

大項目	中項目	小項目	コード	栄養マネジメント強化加算								有意差(p) ^{*1}	有意差(p) ^{*2}
				算定あり(n=43)				算定なし(n=28)					
				時間(分)	%	標準偏差	中央値	時間(分)	%	標準偏差	中央値		
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング(入所、再入所)	入所前の居所(病院・施設・在宅等)からの情報収集	1	5.0	1.1	2.3	3.3	3.7	0.8	1.0	3.3	0.011*	0.018*
		情報収集(体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記)	2	7.1	1.6	11.5	3.3	7.1	1.5	10.4	3.3	0.776	0.844
		記録・コンピュータ入力等	3	7.1	1.6	12.0	3.3	9.3	2.0	13.1	3.3	0.522	0.349
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	4.1	0.9	11.8	0.0	3.2	0.7	8.1	0.0	0.786	0.748
		小計		23.3	5.3	21.2	16.7	23.3	5.1	19.3	15.0	0.714	0.773
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集(本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから)	5	22.9	5.2	19.6	20.0	17.3	3.7	22.1	10.0	0.122	0.574
		ミールラウンド(管理栄養士単独)	6	39.0	8.8	20.7	36.7	38.8	8.4	24.1	38.3	0.925	0.818
		ミールラウンド(多職種協働)	7	11.0	2.5	14.1	3.3	7.3	1.6	10.3	0.0	0.405	0.290
		回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8	5.4	1.2	12.1	0.0	4.8	1.0	8.0	0.0	0.869	0.728
		記録・コンピュータ入力等	9	32.6	7.4	31.5	20.0	25.6	5.6	22.2	20.0	0.528	0.224
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10	6.2	1.4	15.1	0.0	5.4	1.2	11.9	0.0	0.759	0.991
		小計		117.1	26.4	48.6	113.3	99.0	21.5	46.8	90.0	0.106	0.162
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成(リハ・口腔等との連携した作成を含む)	11	14.9	3.4	16.9	10.0	21.5	4.7	42.2	10.0	0.933	0.124
		経口維持加算のための計画の作成	12	5.9	1.3	13.8	0.0	3.1	0.7	8.4	0.0	0.216	0.311
		多職種との連絡調整	13	5.0	1.1	9.0	0.0	5.8	1.3	8.8	0.0	0.827	0.972
		記録・コンピュータ入力等	14	8.4	1.9	14.0	0.0	9.8	2.1	15.6	0.0	0.675	0.653
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15	4.6	1.0	13.8	0.0	4.0	0.9	8.4	0.0	0.431	0.891
		小計		38.8	8.8	35.7	30.0	44.3	9.6	44.9	40.0	0.548	0.304
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	16	20.7	4.7	22.1	16.7	18.0	3.9	18.4	15.0	0.613	0.856
		カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17	2.9	0.7	7.6	0.0	2.1	0.5	4.8	0.0	0.734	0.398
		記録・コンピュータ入力等	18	8.1	1.8	11.1	0.0	6.5	1.4	8.9	0.0	0.778	0.703
		小計		31.7	7.2	26.4	26.7	26.7	5.8	24.7	18.3	0.354	0.606
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明(家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む)	19	4.0	0.9	10.3	0.0	4.5	1.0	9.3	0.0	0.710	0.915
		小計		4.0	0.9	10.3	0.0	4.5	1.0	9.3	0.0	0.710	0.915
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務(リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行った場合)	20	1.9	0.4	5.8	0.0	4.5	1.0	14.7	0.0	0.787	0.171
		看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務	21	1.9	0.4	6.2	0.0	0.7	0.2	2.3	0.0	0.632	0.179
		栄養食事相談の実施	22	2.3	0.5	5.2	0.0	2.9	0.6	8.2	0.0	0.866	0.648
		他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告(申し送りを含める)・相談等	23	8.1	1.8	11.6	0.0	8.8	1.9	16.3	0.0	0.668	0.625
		栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24	21.8	4.9	31.7	10.0	13.8	3.0	21.5	5.0	0.272	0.371
		その他	25	0.8	0.2	3.1	0.0	3.5	0.7	17.0	0.0	0.968	0.400
			小計		36.9	8.3	35.7	26.7	34.2	7.4	44.6	18.3	0.363
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携(病院訪問、連絡、計画作成等の全業務)	26	0.1	0.0	0.5	0.0	0.1	0.0	0.6	0.0	0.758	0.654
		退所先に関する情報収集	27	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.420	0.641
		在宅訪問によるアセスメント	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	-
		退所時栄養ケア計画の作成	29	1.8	0.4	5.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.04*	0.309
		介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	0.2	0.1	1.5	0.0	0.1	0.0	0.6	0.0	0.774	0.938
		本人・家族への説明や相談	31	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.420	0.294
その他		32	0.5	0.1	2.1	0.0	0.4	0.1	1.9	0.0	0.826	0.940	
	小計		2.7	0.6	6.6	0.0	0.6	0.1	2.6	0.0	0.110	0.378	
サービス評価と継続的ケア	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成(アウカム評価の実施も含む)	33	1.7	0.4	6.0	0.0	1.4	0.3	4.3	0.0	0.891	0.701	
	施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告(アウカム評価と継続的ケア評価の報告も含む)	34	0.8	0.2	2.3	0.0	0.2	0.1	1.3	0.0	0.237	0.325	
	LIFEへの栄養関連データの提供(入力)	35	17.4	3.9	32.8	0.0	7.0	1.5	18.1	0.0	0.024*	0.326	
	LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36	0.5	0.1	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.156	0.391	
	その他	37	0.9	0.2	6.1	0.0	3.2	0.7	12.8	0.0	0.328	0.497	
	小計		21.4	4.8	34.0	6.7	11.9	2.6	20.7	0.0	0.198	0.370	
通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38	2.3	0.5	14.2	0.0	2.5	0.5	10.2	0.0	0.340	0.936	
	通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39	4.0	0.9	10.9	0.0	1.0	0.2	5.0	0.0	0.155	0.605	
	通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40	2.9	0.6	9.6	0.0	2.3	0.5	8.3	0.0	0.577	0.592	
	認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41	3.5	0.8	8.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.026*	0.126	
	それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42	2.2	0.5	7.5	0.0	9.4	2.0	40.8	0.0	0.957	0.326	
		小計		15.0	3.4	23.5	0.0	15.1	3.3	41.8	0.0	0.402	0.807
	大項目 計		290.9	65.7	94.3	290.0	259.6	56.3	109.9	260.0	0.129	0.557	
給食に関する業務	献立作成	43	11.1	2.5	25.3	0.0	38.3	8.3	54.4	5.0	0.009*	0.014*	
	調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44	14.1	3.2	27.2	0.0	16.0	3.5	26.1	0.0	0.285	0.667	
	食事準備依頼・チェック、食札準備	45	21.2	4.8	29.8	10.0	22.7	4.9	23.9	16.7	0.222	0.483	
	残食調査、満足度調査、検査	46	5.0	1.1	8.6	0.0	12.4	2.7	19.8	0.0	0.322	0.025*	
	委託会社との調整	47	10.5	2.4	17.1	0.0	15.6	3.4	16.9	13.3	0.090	0.116	
	購入先の選定、契約、発注	48	11.3	2.6	23.0	0.0	11.9	2.6	16.5	0.000	0.525	0.525	
	インシデント・アクシデント対応	49	2.1	0.5	5.3	0.0	1.5	0.3	3.6	0.0	0.847	0.457	
	その他	50	22.2	5.0	32.9	10.0	26.1	5.7	35.5	18.3	0.452	0.933	
		大項目 計		97.4	22.0	89.8	76.7	144.5	31.3	102.7	108.3	0.016*	0.068
	衛生に関する業務	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51	1.2	0.3	4.6	0.0	0.4	0.1	1.4	0.0	0.714	0.246
温度、保管期間、標準作業マニュアル作成等		52	0.2	0.0	0.7	0.0	0.2	0.1	1.3	0.0	0.853	0.632	
実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認		53	2.7	0.6	6.1	0.0	3.3	0.7	7.9	0.0	0.826	0.881	
	大項目 計		4.0	0.9	9.4	0.0	3.9	0.9	9.0	0.0	0.948	0.762	
研修	一般・地域への啓発・啓蒙(講義の実施や資料作成等)	54	1.6	0.4	6.3	0.0	3.8	0.8	8.9	0.0	0.263	0.246	
	施設内での現任訓練(OJT等)	55	4.2	0.9	10.1	0.0	5.0	1.1	9.5	0.0	0.352	0.705	
	自己学習(文献検索、研修会等への参加)	56	7.0	1.6	18.0	0.0	1.4	0.3	5.3	0.0	0.148	0.099	
	大項目 計		12.8	2.9	21.5	0.0	10.2	2.2	12.2	3.3	0.706	0.530	
務人管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57	3.0	0.7	6.5	0.0	6.9	1.5	27.6	0.0	0.872	0.475	
		大項目 計		3.0	0.7	6.5	0.0	6.9	1.5	27.6	0.0	0.872	0.475
その他	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59	34.3	7.8	24.1	33.3	35.8	7.8	23.0	30.0	0.737	0.986	
		大項目 計		34.3	7.8	24.1	33.3	35.8	7.8	23.0	30.0	0.737	0.986
	1人1日の平均業務時間数(分)		442.5	100.0	46.7	447.0	461.0	100.0	75.8	465.0	0.251	0.04*	

※コード58.60.61.62.63除く

※1Mann-WhitneyのU検定 * <0.05

※2共分散分析 共変量:実入所者数、施設種* <0.05

表3-4. 管理職・非管理職別 小項目・中項目・大項目の業務時間

大項目	中項目	小項目	コード	管理職 (n=23)				役職なし (n=48)				有意差 (p) ^{※1}	有意差 (p) ^{※2}	
				時間(分)	%	標準偏差	中央値	時間(分)	%	標準偏差	中央値			
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング(入所、再入所)	入所前の居所(病院・施設・在宅等)からの情報収集	1	3.6	0.8	1.0	3.3	4.9	1.1	2.3	3.3	0.015*	0.001*	
		情報収集(体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記)	2	4.2	0.9	5.6	0.0	8.5	1.9	12.6	3.3	0.280	0.112	
		記録・コンピュータ入力等	3	4.5	1.0	6.8	0.0	9.7	2.1	14.1	3.3	0.169	0.045*	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	8.1	1.8	15.6	0.0	1.7	0.4	5.9	0.0	0.019*	0.009*	
		小計		20.4	4.6	17.7	13.3	24.7	5.5	21.5	16.7	0.474	0.287	
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集(本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから)	ミールラウンド(管理栄養士単独)	5	29.0	6.5	20.7	23.3	16.7	3.7	19.6	8.3	0.005*	0.026*
			ミールラウンド(多職種協働)	6	37.0	8.3	20.2	40.0	39.9	8.8	22.9	36.7	0.956	0.501
			回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	7	9.1	2.0	13.5	0.0	9.7	2.2	12.5	3.3	0.635	0.591
			記録・コンピュータ入力等	8	7.5	1.7	15.2	0.0	4.0	0.9	7.5	0.0	0.553	0.237
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	9	18.8	4.2	21.0	10.0	35.1	7.8	29.9	26.7	0.016*	0.016*
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10	9.4	2.1	15.8	0.0	4.2	0.9	12.6	0.0	0.104	0.021*
		小計		110.9	24.8	43.5	116.7	109.5	24.3	50.9	100.0	0.749	0.814	
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成(リハ・口腔等との連携した作成を含む)	経口維持加算のための計画の作成	11	12.2	2.7	11.5	12.2	20.1	4.4	34.9	10.0	0.768	0.207
			多職種との連絡調整	12	8.6	1.9	16.7	8.6	3.0	0.7	8.5	0.0	0.199	0.047*
			記録・コンピュータ入力等	13	4.1	0.9	6.7	4.1	6.0	1.3	9.7	0.0	0.590	0.637
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	14	10.0	2.2	16.7	10.0	8.5	1.9	13.6	0.0	0.853	0.587
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15	10.4	2.3	18.3	0.0	1.5	0.3	5.3	0.0	0.003*	0.000*
		小計		45.2	10.1	40.3	33.3	39.0	8.6	39.1	36.7	0.584	0.383	
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	16	22.2	5.0	26.2	22.2	18.4	4.1	17.5	16.7	0.809	0.539
			記録・コンピュータ入力等	17	4.5	1.0	9.5	0.0	1.7	0.4	4.6	0.0	0.209	0.138
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	18	5.8	1.3	9.1	5.8	8.3	1.8	10.8	1.7	0.339	0.368
		小計		32.5	7.3	29.2	23.3	28.4	6.3	24.0	25.0	0.675	0.610	
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明(家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む)	説明	19	4.1	0.9	8.8	0.0	4.3	1.0	10.4	0.0	0.642	0.799
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	20	4.1	0.9	8.8	0.0	4.3	1.0	10.4	0.0	0.642	0.799
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務(リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行なった場合)	看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務	21	1.9	0.4	4.9	0.0	1.3	0.3	5.1	0.0	0.395	0.410
			栄養食事相談の実施	22	3.6	0.8	8.6	0.0	2.0	0.4	5.2	0.0	0.133	0.515
			他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告(申し送りを含める)・相談等	23	8.1	1.8	8.5	6.7	8.5	1.9	15.5	0.0	0.226	0.918
			栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24	16.1	3.6	29.8	6.7	19.9	4.4	27.7	10.0	0.579	0.673
			その他	25	0.3	0.1	1.4	0.0	2.6	0.6	13.2	0.0	0.515	0.605
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	26	34.8	7.8	33.8	26.7	36.3	8.1	41.8	20.0	0.657	0.931
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	27	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.7	0.0	0.324	0.719
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携(病院訪問、連絡、計画作成等の全業務)	退所先に関する情報収集	27	0.1	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.149	0.129
			在宅訪問によるアセスメント	28	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.000	-
			退所時栄養ケア計画の作成	29	1.0	0.2	4.2	0.0	1.1	0.2	4.7	0.0	0.980	0.893
			介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30	0.4	0.1	2.1	0.0	0.1	0.0	0.5	0.0	0.577	0.193
			本人・家族への説明や相談	31	0.1	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.149	0.145
			その他	32	0.4	0.1	2.1	0.0	0.4	0.1	2.0	0.0	0.972	0.808
		小計		2.2	0.5	5.6	0.0	1.7	0.4	5.6	0.0	0.747	0.479	
	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成(アウトカム評価の実施も含む)	施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告(アウトカム評価の報告も含む)	33	2.6	0.6	6.0	0.0	1.1	0.2	5.0	0.0	0.147	0.226
			LIFEからの栄養関連データの提供(入力)	34	0.7	0.2	2.5	0.0	0.5	0.1	1.7	0.0	0.909	0.439
			LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	35	19.3	4.3	41.8	0.0	10.5	2.3	18.6	0.0	0.938	0.159
			その他	36	0.3	0.1	1.4	0.0	0.3	0.1	2.0	0.0	0.972	0.822
上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合			37	1.7	0.4	8.3	0.0	1.9	0.4	9.8	0.0	0.972	0.866	
上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合			38	24.6	5.5	42.1	6.7	14.3	3.2	21.2	0.0	0.428	0.101	
通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39	2.6	0.6	11.1	0.0	2.3	0.5	13.5	0.0	0.719	0.941	
		通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40	4.1	0.9	9.7	0.0	2.2	0.5	8.9	0.0	0.176	0.195	
		認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41	4.3	1.0	12.3	0.0	1.8	0.4	7.1	0.0	0.144	0.458	
		それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42	3.3	0.7	8.2	0.0	1.5	0.3	6.1	0.0	0.161	0.099	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	43	5.9	1.3	12.8	0.0	4.7	1.0	30.8	0.0	0.008*	0.575	
	小計		20.3	4.5	21.8	13.3	12.5	2.8	35.4	0.0	0.009*	0.185		
	大項目 計		294.9	66.0	102.6	293.3	270.8	60.0	100.6	275.0	0.396	0.170		
給食に関する業務	献立作成	調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	43	12.0	2.7	28.7	0.0	26.5	5.9	45.7	0.0	0.086	0.225	
		食事箋依頼・チェック、食料準備	44	8.0	1.8	14.1	0.0	18.1	4.0	30.4	0.0	0.372	0.148	
		残食調査、満足度調査、検査	45	13.6	3.0	16.6	10.0	25.7	5.7	30.7	13.3	0.120	0.174	
		委託会社との調整	46	4.2	0.9	8.8	0.0	9.7	2.2	16.3	1.7	0.070	0.066	
		購入先の選定、契約、発注	47	16.5	3.7	24.1	10.0	10.6	2.3	12.3	6.7	0.482	0.162	
		インシデント・アクシデント対応	48	8.8	2.0	13.7	0.0	12.8	2.8	23.2	0.0	0.989	0.231	
		その他	49	1.4	0.3	3.5	0.0	2.1	0.5	5.2	0.0	0.853	0.866	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	50	13.6	3.0	23.4	3.3	28.5	6.3	37.0	20.0	0.046*	0.200	
			小計		78.3	17.5	64.0	63.3	134.1	29.7	105.5	101.7	0.035*	0.043*
			大項目 計		78.3	17.5	64.0	63.3	134.1	29.7	105.5	101.7	0.035*	0.043*
衛生に務める	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	温度、保管期間、標準作業マニュアル作成等	51	0.3	0.1	1.4	0.0	1.1	0.2	4.4	0.0	0.394	0.474	
		実施(細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等)・帳票作成及び確認	52	0.3	0.1	1.4	0.0	0.1	0.0	0.7	0.0	0.944	0.518	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	53	3.8	0.8	8.1	0.0	2.6	0.6	6.1	0.0	0.393	0.483	
	小計		4.4	1.0	9.3	0.0	3.8	0.8	9.2	0.0	0.522	0.764		
研修	一般・地域への啓発・啓蒙(講義の実施や資料作成等)	施設内での現任訓練(OJT等)	54	3.6	0.8	8.5	0.0	1.9	0.4	6.9	0.0	0.137	0.401	
		自己学習(文献検索、研修会等への参加)	55	2.9	0.6	5.8	0.0	5.3	1.2	11.2	0.0	0.546	0.246	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	56	10.7	2.4	23.3	0.0	1.9	0.4	6.0	0.0	0.049*	0.024*	
	小計		17.2	3.9	23.1	10.0	9.2	2.0	15.1	0.0	0.078	0.131		
務人管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	57	11.3	2.5	30.4	0.0	1.3	0.3	4.0	0.0	0.003*	0.083	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	58	11.3	2.5	30.4	0.0	1.3	0.3	4.0	0.0	0.003*	0.083	
その他	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	59	41.0	9.2	23.5	40.0	32.0	7.1	23.2	25.0	0.128	0.619	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	60	41.0	9.2	23.5	40.0	32.0	7.1	23.2	25.0	0.128	0.619	
	小計		82.0	18.4	47.0	80.0	64.0	14.2	48.2	50.0	0.256	0.128		
	大項目 計		447.0	100.0	71.7	447.0	451.1	100.0	54.5	451.5	0.854	0.871		

※コード58.60.61.62.63除く

※1Mann-WhitneyのU検定

* <0.05

※2共分散分析 共変量:実入所者数、施設種

* <0.05

Ⅲ. 介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する研究

—インタビュー調査—

はじめに

介護保険施設における栄養ケア・マネジメント（Nutrition Care and Management：栄養ケア・マネジメント）は、平成17年10月、基本食事サービス費の廃止に伴い、栄養マネジメント加算として導入された¹⁾。個々の入所者の栄養状態や健康状態に応じた栄養ケア・マネジメントが評価されるという管理栄養士にとって大きな変化であった。そして、約15年の時が過ぎ、令和3年4月の介護報酬改定は、施設の人員基準に管理栄養士が追記され、管理栄養士にとっては大改革の改定となった²⁾。さらに、通所サービスや認知症グループホームにおいても、新たに栄養関係の加算が新設された。また、介護保険施設等における看取り介護加算（ターミナルケア加算）には、関与する専門職として管理栄養士が明記された。さらに、自立支援・重症化防止の取り組みの推進として、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence：以下LIFE）を用いた「情報を提出し、当該情報およびフィードバック情報を活用する」制度が開始され、介護保険サービスにおいて根拠ある介護を展開しようとするもので、これも大きな変革となった³⁾。

本研究では、令和3年介護報酬改定により新設された栄養マネジメント強化加算による管理栄養士の配置等の栄養ケア・マネジメントの体制および取組み、併設の通所サービスや認知症グループホームにおける管理栄養士の関わり、看取りにおける管理栄養士の役割等について、インタビュー調査の実施により、具体的な状況やその問題点、今後の栄養ケア・マネジメントの推進や質の向上についての課題の整理を行うことを目的とした。

方 法

1. 対象施設および対象者

対象施設は、「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」において、施設実態調査に協力が得られた556施設（特別養護老人ホーム356施設・老人保健施設200施設）と業務時間調査に協力が得られた51施設（特別養護老人ホーム34施設・老人保健施設17施設）で、インタビュー調査の実施について令和3年12月31日までに協力同意が得られた良好な栄養ケア・マネジメントの取組みが為されている特別養護老人ホーム（以下、特養）5施設、老人保健施設（以下、老健）5施設の全10施設およびその常勤の

管理栄養士とした。

なお、本研究は、愛知淑徳大学健康医療科学部倫理委員会の承認を得て実施した（令和3年11月25日健学教通 第2021-7号）。施設長および管理栄養士には、個別に研究協力の意思を確認し、両者ともに同意が得られたものをインタビュー対象施設とした。

2. インタビューの方法

インタビューガイドを用いたグループインタビューをインターネットに繋がったパソコン、スマートフォンあるいはタブレットを利用し、ZOOM 会議システムを用いて行った。インタビューは、主インタビューと副インタビューの2名で行った。対象者に対し、倫理的配慮に関する事前の説明と同意の確認後に、主インタビューは、インタビューガイドに沿ったインタビューを実施し、録音を行った。インタビューの終了後、録音した電子媒体をパスワード付の電子ファイルとし、個人情報保護管理規定に基づいて逐語録から概要票を作成した。

3. インタビューの内容

インタビューガイドの内容は、新設された栄養マネジメント強化加算の算定に至る準備状況、管理栄養士の業務分担、栄養マネジメント強化加算の算定要件への取り組みについて、さらに、通所サービス、認知症グループホーム、看取りにおける管理栄養士の関わりであり、これらの内容についてインタビューを行った。また、栄養マネジメント強化加算の算定のために、管理栄養士を増員した施設が多いことから人材育成に関しても聴取した。

結 果

インタビューの調査対象となった特養5施設および老健5施設の管理栄養士の雇用数を含めた施設概要、算定している栄養ケアに関する加算等についての特性を表1に示した。特養2については、令和4年度から管理栄養士を増員し、栄養ケア・マネジメント強化加算算定に向け準備中の施設である。その他の9施設においては、栄養ケア・マネジメント強化加算を算定していた。

インタビューの逐語録をもとに、特養5施設および老健5施設の概要表を作成した。栄養ケア・マネジメント強化加算の算定に関するインタビューの結果は、表2-1と表2-2に、再入所時連携加算、通所サービス、認知症グループホーム栄養管理体制加算および看取り加算に関しては、表3-1と表3-2に示した。さらに、施設内での人材育成・教育システム

およびその他の項目を表4-1と表4-2に示した。その他には、栄養ケア・マネジメント強化加算算定に対する意見・要望、人材確保に向けての意見・要望等をまとめた。

考 察

本研究は、インタビュー調査により、具体的な栄養ケア・マネジメントの状況および現状の課題、今後の栄養ケア・マネジメントの体制や取組みの課題についての整理を行うことを目的として実施した。

1. 栄養マネジメント強化加算の体制や取組み

(1) 体制づくりについて

栄養マネジメント強化加算の算定に向けて、施設全体での収益が減収することを理由とし、主に施設長等の経営側の判断により、当該加算の算定に向けた管理栄養士の増員および体制づくりを進められていた。一方で、特養の管理栄養士からは、『栄養マネジメント加算が基本サービスに包括化されたことは、実績として目立たない』との意見もあった。しかしながら、この施設においても、令和4年度からは栄養マネジメント強化加算の算定が決まっており、インタビュー調査を実施した10施設においては、概ね、この加算の新設について、施設の経営的収益に寄与することが評価されていた。

栄養マネジメント強化加算の算定要件として、常勤の管理栄養士を50床に1名（常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合は、入所者70名に対して1名以上）を配置するために、管理栄養士の人材確保と雇用のための体制づくりが求められていた。この算定要件に対しては、日本健康・栄養システム学会が実施した平成28年度老人保健増進等事業による介護保険施設の実態調査⁴⁾から、管理栄養士の配置数が2名以上の施設においては、低栄養状態が改善する割合が高く、さらに在宅復帰率が高く、入院のリスクが低いことを明らかにした研究が根拠となっていた。調査対象の一部の施設では、管理栄養士配置の要件は、介護報酬改定前から既に満たされていたが、これまで管理栄養士が1名配置であった施設では、緊急的に新たな管理栄養士を募集し、採用人事を進め、さらに雇用後の業務分担について、各施設が熟考しながら手探り状態で実施していた。この度、新たに管理栄養士の複数配置となった老健の管理栄養士からは、『管理栄養士が2人になったので、余裕をもって業務に取り組むことができる、また嗜好調査など後回しになっていた業務も実施できるようになった』との意見があり、確実に利用者の栄養ケア・マネジメントの向上に寄与

していることがわかった。

(2) ミールラウンドについて

令和3年度介護報酬改定では、多職種による食事の観察（以下、ミールラウンド）についての要件が明確になり、低栄養の高リスクの者（中高リスク者が対象となる）に対し週3回のミールラウンドが求められるようになった。さらに、低栄養リスクの低いものに対しても、食事の際の変化を把握することが加えられた。長谷川らの介護施設を対象とした研究において、ミールラウンドをはじめとした多職種による取り組みは、利用者の良好なアウトカムをもたらすことを明らかにしている⁵⁾。また、西田の報告においても、多職種で行う週3回以上のミールラウンドについて、管理栄養士単独で実施するよりも多職種での実施・評価により、正確な情報を反映することができ効果的な栄養管理が実現できると述べている⁶⁾。

インタビューの対象となった多くの施設において、管理栄養士を含めた多職種でミールラウンドの実施時間、その方法や記録の記載法について、より効率的な方法について創意工夫し実施していることが伺えた。一方、今回の算定要件で示されたミールラウンドでの栄養状態の観察や食事の調整について、既に日常の業務として実施してきた施設も多く、これまでの取り組みが評価されたことに、ミールラウンドの重要性をさらに確信し、モチベーションが一層高められていた。総じて、入所高齢者に対しての頻回なミールラウンドの実施は、他職種との情報連携や協働する機会や時間をより多くしていた。今回の介護報酬改定では、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化」が大きなメッセージであったが、管理栄養士による頻回なミールラウンドが、多職種連携の強化を推し進め、これが最終的には利用者の栄養状態の維持・向上につながることは明らかである。

(3) LIFEへのデータの提供

LIFEを用いた厚生労働省へデータ提出は、PDCAサイクルを回しながら質の高い介護サービスの推進を目指すものであり、将来的には「介護の世界にも根拠に基づくケアを提供する」という大きなアウトカムに向かっている。具体的には、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングの項目に、管理栄養士が多職種と連携して栄養ケア計画を作成するスキルが科学的介護の推進の基盤とすることが求められている⁷⁾。

多職種で担当する栄養に関する項目を入力することにより、科学的介護推進体制加算として加算が上乘せされる。データの収集については、導入から未だ9か月程度の現時点では、多

くの施設では困難を極めている様子が感じ取られた。老健の1施設においては、LIFEの入力作業のみを行うIT作業を専門とする専用の事務職員を雇用していたが、その他の施設では、管理栄養士を含めた多職種で分担、事務職と分担、一部、市販のソフトを用いて記録を残す方式、管理栄養士だけで入力等様々であった。また、『時間外業務をしないと入力作業が間に合わない』との声も多く上がっていた。この点においては、LIFEの設計にも工夫の余地が残されていることが推察された。一方で、老健の管理栄養士は、『LIFEの導入によって、多職種が栄養ケアにおけるクリティカル・シンキングの重要性を認識したことは明らかである、LIFEの導入によって多職種の意識が変わった』と述べていた。なお、すべての施設が、LIFEによるその後のフィードバックに多くの期待を寄せていた。

今回のインタビューにおいては、栄養マネジメント強化加算に対し、低栄養のリスク判定に関すること、LIFEの様式に関すること等の要望・意見があった。一方で、この加算の新設に対し管理栄養士から高い評価が聴かれた。

2. 再入所時栄養連携加算について

再入所時栄養連携加算については、老健では、『病院の管理栄養士との連携が難しいことから、この加算の算定に至っていない』との意見が多かった。また、再入所に限らず新規利用者の栄養および食に関する情報が乏しく、摂食・嚥下機能の情報共有の必要性を強く訴えた施設もあった。

摂食・嚥下機能については、Suominenらの施設高齢者2114名を対象とした研究において、摂食嚥下障害がある者は、ない者に比べ約3倍低栄養を引き起こすリスクが高いことを報告しており⁸⁾、摂食・嚥下障害者への早期の介入は栄養状態を改善させる可能性が示唆され、施設と病院との効果的な連携の方法を確立していく必要性が示された。なお、特養の管理栄養士からも病院との連携の方法について言及する意見があった。

3. 通所サービスについて

通所サービスにおいては、在宅の高齢者が対象となる。Cereda Eらが実施したメタアナリシス⁹⁾では、様々な臨床の場での高齢者の栄養評価結果を示し、在宅サービスを受けている高齢者の低栄養および低栄養リスク者の割合の平均は、それぞれ8.7%、47.5%であったと報告している。また、Onderらのヨーロッパ圏11か国で実施された在宅療養高齢者2,755名を対象とした後ろ向きコホート研究¹⁰⁾において、全体の14.3%が咀嚼に関する問題を抱えおり、

1年後死亡率は、咀嚼問題のある群が有意に高いことを明らかにしている。

このように栄養状態が低下し、食べることの問題を抱える在宅からの通所サービス利用者に対し、栄養アセスメント加算と口腔・栄養スクリーニング加算が新設された。新設された2つの加算を算定している施設が多くある一方で、管理栄養士の人員不足、管理栄養士を通所に1名配置して連携することが難しいという施設がみられた。また、新設された2つの加算や栄養改善加算を算定できる体制であるが、居宅の介護支援専門員との連携が難しく算定に至らないとの意見も多くあった。

4. 認知症グループホームについて

令和3年度介護報酬改定によって、認知症グループホームにおける栄養管理体制加算は、管理栄養士が日常的な栄養ケアに関わる介護職員等への技術的助言や指導を行うことにより算定が可能となった。浦田は、助言および指導の内容について、利用者の低栄養状態の評価方法、食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等への対応方法、食形態の調整および調理方法を挙げている¹¹⁾。特養の1施設の管理栄養士は、『グループホームの管理職および介護職等に、高齢者の低栄養が問題であることや管理栄養士がどのように対応するのかを知ってもらうことが必要であったので、月1回のペースで段階的に勉強会から開催し、勉強会は管理者および職員の意識付けになった』と述べている。一方、居宅療養管理指導サービスにより栄養ケアを行っている施設も認められた。認知症グループホームにおける栄養管理体制加算については、推進が期待される加算である。

5. 看取りについて

看取り介護加算への取り組みは、令和3年の改定により、関与する専門職として管理栄養士を明記することが示された。終末期の栄養ケア・マネジメントとQuality of Death (QOD)については、システマティックレビューにおいて、がん・非がん、いずれも栄養介入を前提に終末期の栄養管理法（経管栄養、輸液、経口摂取）選択のための本人・家族の意思決定の支援が重要であり、病態や進行度に応じて、栄養の差し控えも含めた現実的な目標を援助者と本人・家族で共有することがQODの向上につながるということが報告されている¹²⁾。緩和ケアにおいては栄養相談が、本人・家族のQOLを向上させる^{13),14)}、管理栄養士が中心となって栄養の差し控えも含めた現実的な目標を個別に定めて、かつ定期的に見直し、それらを患者・家族と共有することが、穏やかな看取りにつながるという報告もある^{15),16)}。いずれもコミュニケ

ーションスキルが必要とされるが、食に関する不快を最小限にし、最大限に食を楽しむようにすることはQODを高めるうえで栄養専門職の大きな役割である。本インタビューにおいても、看取りを多職種により実施している施設では、管理栄養士としての専門性を活かしたケアが行われており、誤嚥のリスクを踏まえながらも、本人が人生の最期まで経口摂取を望むのであれば、多職種で密に連携を図りながら、管理栄養士は頻回に観察・問題把握と即時の対応をしながら見守り寄り添っていた。

6. 人材育成について

栄養マネジメント強化加算算定の要件として、施設の人員基準に管理栄養士が追記されたことから、管理栄養士を増員した施設では、急遽、新任の管理栄養士に教育を行い、業務分担などの体制を整える必要があった。多くの施設において、教育プログラムを明文化しておらず、今回の栄養マネジメント強化加算算定により、改めて各施設において、栄養ケア・マネジメントの手順書や教育プログラムを作成しておく必要があるとされていた。そのために、令和3年度介護報酬改定に対応した介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントのマニュアルを望む声が多く聴かれた。

一方、管理栄養士養成施設に向けて、『介護サービスの管理栄養士の使命や栄養ケア・マネジメント業務の面白さを伝えてほしい』等が多くの管理栄養士の要望であった。管理栄養士養成施設の学生らに向けての、高齢者の福祉分野における教育不足、情報提供不足は否めず、介護報酬改定での栄養ケア・マネジメント部分が大きく変革していく中で、管理栄養士の養成施設がどのように対応し、介護保険施設の管理栄養士と連携して人材育成を推進していくかは今後の課題と考えられる。

結 論

10施設を対象としたインタビュー調査の実施により、以下のことが明らかとなった。

- ・栄養マネジメント強化加算の算定は、施設の経営側および実務を担う管理栄養士から高く評価され、管理栄養士の人員基準の追加は、利用者の栄養ケアサービス向上に寄与していた。
- ・多職種によるミールラウンドは、多職種間に強い連携が生まれ、利用者への効果的な栄養ケアにつながっていた。
- ・LIFEによるフィードバックには多くの期待が高まっている一方で、入力様式等の設計の見直しを求める声も寄せられた。

- ・再入所時栄養連携加算は、施設と病院との効果的な連携の方法を確立していく必要性が示された。
- ・通所サービスでは、加算算定に向けて、管理栄養士の人員確保と介護支援専門員との連携がキーとなる可能性が示された。
- ・認知症グループホームにおける栄養管理体制加算に関しては、管理栄養士による勉強会の開催は、施設長をはじめとする職員の意識付けとなっていた。
- ・QODを高めるうえで管理栄養士は大きな役割を担い、多職種との連携により穏やかな看取りに寄与していた。
- ・介護保険サービスにおける管理栄養士の人材確保や育成は緊急に対応する課題であった。
- ・令和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントに対応した新たなマニュアル(手引き)が求められていた。

文 献

- 1) 厚生労働省：栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/09/tp0907-1.html>
- 2) 厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html
- 3) 折茂賢一郎：介護保険施設における医療・ケアと今後の展望—ほかの介護施設との相違から考える— *Geriatric Medicine*. 2021;59:1077-1084.
- 4) 日本健康・栄養システム学会：平成28年度介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業報告書
- 5) 長谷川未帆子、高田健人、長瀬香織、浅見桃子、濱田秋平ほか：介護保険施設における栄養ケア・マネジメントのあり方と「低栄養リスク」「誤嚥性肺炎による入院」「経口維持の看取り」「在宅復帰」との関連 2019年度全国施設横断調査から。日本健康・栄養システム学会誌.2021;20:10-22.
- 6) 西田有里:介護報酬改定でみる介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメント.臨床栄養.2022;140:174-180.
- 7) 日名子まき:『令和3年度介護報酬改定』(栄養関連)の背景と管理栄養士・栄養士への期待.日本栄養士会雑誌.2021;64:366-367.
- 8) Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, et al.:Malnutrition and

associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr*, 59:578-83 (2005)

9) Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clin Nutr*. 2016 : 35:1282-1290.

10) Onder G, Liperoti R, Soldato M, Cipriani MC, Bernabei R, et al:Chewing problems and mortality in older adults in home care: results from the Aged in Home Care study. *J Am Geriatr Soc*,2007 : 55:1961-1966.

11) 浦田ちひろ：認知症グループホームにおける栄養ケア・マネジメント。
臨床栄養,2022:140:188-19.

12) 厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 重点的な在宅栄養ケアに関する研究 ―効果的な介入方法の検証―平成30年度 総括・分担研究報告書（研究代表者 榎裕美 分担研究者 前田恵子）

13) Prevost V, Grach.: Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. *Eur J Cancer Care (Engl)*.2012:21:581-590.

14) 表内千夏, 佐藤孝枝, 関口明美, ほか. 合同カンファレンスを契機に在宅療養へ移行できた終末期患者の1例 多職種カンファレンスに関する考察. *癌と化学療法*2005;32 (Suppl.I)15-17.

15) Fuhrman MP, Galvin TA, Ireton-Jones CS, Thorpe J: Practice paper of the American Dietetic Association: Home care--opportunities for food and nutrition professionals. *J Am Diet Assoc*.2009 : 109:1092-1100.

16) Vogelzang JL.: Quality end-of-life care: where does nutrition fit? *Home Healthc Nurse*2001 : 19:110-112.

表1 インタビュー対象施設の概要

	入所定員 (床)	給食業務	常勤管理 栄養士 (人)	常勤栄養 士(人)	非常勤管 理栄養士 (人)	栄養マネ ジメント強 化加算	経口移行 加算	経口維持 加算 I	経口維持 加算 II	再入所時 栄養連携 加算	療養食加 算
特養1	110	委託	2		1	○	○	○	○	○	○
特養2	74	直営	1			準備中	○	○	○	○	○
特養3	80	直営	3			○		○		○	○
特養4	100	直営	3	1		○		○	○		○
特養5	80	委託	2			○					
老健1	100	直営	2			○	○	○	○	○	○
老健2	110	委託	2			○					
老健3	100	直営	6			○		○	○		○
老健4	100	委託	1		1	○			○		○
老健5	142	委託	3			○	○	○	○		○

○は算定していることを示す

表 2-1 栄養ケア・マネジメント強化加算算定に関して（特別養護老人ホーム）

		栄養マネジメント強化加算について	
		管理栄養士の人員配置（業務分担）	
	加算算定に向けての施設または管理栄養士としての考え方	管理栄養士の人員配置（業務分担）	低栄養の中、高リスクに対し週3回のミールラウンド/低栄養リスク低に対してでも対応
特養1	<p>施設長：栄養マネジメント加算が基本料に組み入れられたことを高く評価する。栄養ケア・マネジメントが利用者にとって効果があるものとするため、人材育成、多職種協働の育成に強く力点を置くこととなる。</p> <p>栄養マネジメント強化加算の算定を推進するための体制づくり等は、施設長の指示で行われ、介護職、事務職等に、諸会議等で栄養マネジメント強化加算の内容を説明し、仕組みを作成した。ミールラウンドの結果をどのような仕組みで各専門職に発信し、また介護職の相談を受けるために、管理栄養士が諸会議（栄養委員会、給食会議、NCOM会議）に参加するという体制づくりをした。</p>	<p>管理栄養士の配置数と採用については、定員120床の介護保険施設であるので、50人の利用者に対して1人の管理栄養士の配置とすると、0.4人の不足となり、令和3年8月に非常勤管理栄養士を採用した。</p>	<p>・算定にあたっては、ミールラウンドを現在は週1回行っているが、週3回以上の実施は難しい。</p>
特養2	<p>管理栄養士のモチベーションの観点から栄養ケア・マネジメント加算が基本サービスに包括化されたことで実績としては目立たない。</p> <p>・栄養強化加算を算定していない限り、管理栄養士としての業務が加算として表れていないのが残念である。</p>	<p>・令和4年4月から管理栄養士を増員し、当該加算の算定を開始することを計画している。</p>	<p>・これまでも低栄養の高いリスク者に対しての週3回以上のミールラウンドは実施していたが、低栄養のリスクに関わらず全員にミールラウンドを週3回以上実施するようになった。</p>
特養3	<p>令和3年6月から算定を開始した。収益が増えたことは施設側から評価されている。</p>	<p>・栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士が1名から3名になったことで、より詳細に個別の栄養ケアを実施できるようになった。</p> <p>・管理栄養士3名での入所者の観察等が行えるようになり、より細やかな栄養ケアの提供や早期の介入が可能になった。栄養ケアによる早期の介入によって、口から食べる楽しみや低栄養の改善につながっていると感している。</p> <p>・管理栄養士11名で80名を担っていたところを、【多床室の50名】【ユニット型の20名】【ユニット型の10名】と業務分担した。</p>	<p>・算定にあたっては、ミールラウンドを現在は週1回行っているが、週3回以上の実施は難しい。</p>
特養4	<p>管理栄養士の管理体制は、当該施設が開所した5年前からである。栄養マネジメント強化加算の算定要件としては24人の配置となり、残りの0.6人に関しては子イサービスショートステイ部分に報酬がないサービスではあるが栄養ケア・マネジメントを提供しようということでも0.6の配置計画にしている。</p> <p>・この0.6人に関しては厨房業務が直営であることから、給食の発注や献立の調整の一部を担当している。</p>	<p>・特養100床に20床のショートステイがあり、管理栄養士は常勤で3名いる。3名の管理栄養士間の連携は、申し送りノートを使用し、情報の引き継ぎをしている。相談は直接集まった時に行っている。</p> <p>・業務分担は、役割のない管理栄養士が入所者40名、副主任の1名が20名と本部業務、もう1名の副主任が40名の栄養ケア・マネジメントを担当している。40名を担当している副主任は栄養士の厨房統括をしており、役割のない管理栄養士は発注業務などの給食管理を担当している。20名を担当している副主任は新卒で当該施設5年目、40名を担当している副主任は栄養管理経験10年、役割のない管理栄養士は3年間の委託会社経験はあるが栄養管理の経験がない者である。</p>	<p>・これまでも低栄養の高いリスク者に対しての週3回以上のミールラウンドは実施していたが、低栄養のリスクに関わらず全員にミールラウンドを週3回以上実施するようになった。</p> <p>・ミールラウンドについては、記録は施設の支援経過記録に入力している。何か変更が生じた場合には、同様に支援経過記録に入力している。</p> <p>・ミールラウンドの方法は、入所者が50人位でも一緒に座れる大ホールで行うので、食事時に全員を回っている。そのなかで、気になる方や食事変更し食べ方を確認したい方、重点的に観察したい方を優先的に行うようにしている。その他、短時間で観察する方もいる。経営栄養の方は、部屋を回って、顔色や表情をみている。</p>
特養5	<p>これまでは特養80床と地域密着型特養29床の2施設に常勤管理栄養士を配置していたが、栄養マネジメント加算の算定にあたり、地域密着型特養29床については、常勤管理栄養士の配置を廃止し、特養80床に移動させ2名配置（経歴年数26年と10年とし、50床を1名が移動した1名が残りの30床と地域密着型特養を兼務する体制にした）。</p> <p>・50名に1名は厳しい施設があり、本施設として雇用している常勤管理栄養士2名を、よりスケールメリットの大きい80床に配置して算定する方針を4月からとっている。</p> <p>・管理栄養士の人員費のうち1名については、地域密着型特養から支出していたが、当該施設から2名の人員費を支出する形になっているので、加算算定に応じた人員費分の収入があるかは施設間であるが、スケールメリットを考えると、法人全体として収入は増えている（施設長）。</p>	<p>・加算の算定後の業務については、今までも栄養ケア・マネジメントを実施していたことに加え、新たに低栄養の高いリスク者への週3回のミールラウンドとその記録が加わった。</p> <p>・今までも特定期間には作成・実施し、週3回のミールラウンドの実施体制を整備した。</p> <p>・2人の管理栄養士の業務分担は、週3回のミールラウンドは勤務に合わせ担当し、行けない場合には、介護職にお願いしている。もう一人の管理栄養士は、当該施設にいるときには、給食管理を担当している。週3回のミールラウンドの記録、LIFEへの記録と、エネルギーとたんぱく質の必要量を計算して、実際の摂取量をLIFEに入力する中で高リスク者の人数も多くその対応に忙しい。</p>	<p>・算定にあたっては、ミールラウンドを現在は週1回行っているが、週3回以上の実施は難しい。</p>

栄養マネジメント強化加算について	
	リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化
科学的介護情報システム：LIFEの収集・活用	
特養1	<ul style="list-style-type: none"> ・全利用者の個別データの誤差の確認、精度のチェックをするために、全利用者のLIFE個別科学的NCMデータを作成して一元化した。 ・多職種協働がチェックする摂食嚥下の問題の項目については、ミールラウンド時に利用者の実際の把握、観察記録として共有できるようなLIFE送信入力業務に係る現状一覧表を作成して、LIFEへのデータ送信のための入力業務に活用している。 ・主観的表現の項目は、曖昧な表現となっており、3人の管理栄養士が共通認識で確認できるように当該施設の基準を設定し、データのぶれがないように取り組むようにした。 ・LIFEの項目には、水分量の項目が入っていないのが気になるが、今後は必要ではないか。
特養2	
特養3	<ul style="list-style-type: none"> ・LIFEに報告する要件が3か月に1回は必ず全員分となっているので、期限内にLIFE用データを入力しなければならぬ。この入力時期が、個別に違うので適切に把握し報告に漏れないように月初めと15日前後の2回のモニタリングのデータの全員分を入力し、LIFEに翌月10日まで提出している。 ・食事摂取記録は東経システムの福祉用端末を用いてiPadから入力している（iPadは管理栄養士3人に1つ）。iPadの導入は、タイミングよく算定開始時からだったのでよかった。システム自体がLIFEと連動しているため、入力した情報が、LIFEに提出できるようになっている。
特養4	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの加算への対応よりLIFEへの対応に時間取られて各現場大変だったという印象である。 ・フィードバックはこれからの期待している。 ・LIFEをベースに、電子カルテのLIFEにない項目との連携が悪かったり、アセスメントシートの中でもLIFEにない項目に関しては他の部署との連携も全然取れてないこともあった。LIFEが電子カルテに影響していると強く認識した。
特養5	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の栄養ケア・マネジメントの入力システムを使い、スクリーニング、アセスメントを月に1回実施し、LIFEにデータ提出している。この入力は管理栄養士が行っている。 ・LIFEへのデータ提供がまだ初年度で、これが本当に活用できるのか3年後、次の報酬改定のために、具体的にフィードバックされた中で、形として見えてくれば、より軸足が栄養ケアに移ってくる。 ・データをどのように活用していくかがポイントである。もしくは活用したものを現場としてどう使ったかということについての調査研究の結果があるとうよ。 ・LIFEのホームページでは、具体的にどう使われて、どういう成果や変化があったのかの見える化はまだされていないので期待している(施設長)。
	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の介護支援専門員との連携は密にできている。いつも情報連携ができる環境にある。 ・家族への説明は、入所部で担当した。介護支援専門員、入所部長及び課長とで調整し、文書として発送していた。 ・看護師等との連携も既にこれまでも密であったので、当該加算の算定にあたり変わったことはない。問題があったときはすぐに提示して、解決に向けて多職種で取り組んできた。毎日、何らかのやりとりがある。
	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養マネジメント強化加算の算定前から多職種との連携はできていたが、最近では、昼食時に管理栄養士が来てくれると言われて、お互いによく相談しあえる環境ができてよかったと言われている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士にも積極的に協力してもらい、歯科衛生士が月2回口腔ケアをしている。 ・養歯をつくる必要があれば、歯科診療に繋がってもらっている。養歯によって、ミキサー食からおかゆに食形態をアップできると、栄養改善にもつながっていく。 ・高齢者が飲めなくなったり、食べなくなったり、排泄できなくなれば、看取りの準備に繋がるということで、嘱託医の先生にも情報提供して、適切なご指示をいただくようにしている。このような業務活動を通じて、歯科医、嘱託医が協力的で、医療の支援のもとで、栄養ケア・マネジメントを推進できているので、低栄養の中で高リスク者の割合が少くない可能性が高い。なお、経口維持加算Ⅰ、Ⅱは算定していなかったが、この体制での経口維持の実務で算定できることは知らなかった(施設長)。

表 2-2 栄養ケア・マネジメン強化加算算定に関して（老人保健施設）

栄養マネジメント強化加算について		
加算算定に向けての施設または管理栄養士としての考え方	栄養マネジメント強化加算（業務分相） 管理栄養士の人員配置（業務分相）	
老健1	<p>・法人は、算定できる加算は全て算定するという方針である。介護報酬が改定する前の1月から、これだけ改定するのなら、算定しなくてはならないということ、4月1日からは算定できるように動いた。</p>	<p>・栄養マネジメント強化加算を4月1日から算定するにあたり、常勤管理栄養士を採用した。栄養マネジメント強化加算の手順は、以前からの栄養ケア・マネジメンと大きくは変わらない。</p>
老健2	<p>・常勤の管理栄養士は1名から2名に増えた。 ・12の完全個別ユニットのうち11が入所して1つがショートステイである。このうち5つのユニットを新任の管理栄養士が担当し、残りの6つを当方が担当している。ユニットを分けることができたので、入所者の詳細にみることでできるようになった。また、2人の管理栄養士で情報共有に努めている。</p>	<p>・ミールラウンドは週3回、中・高リスクの方に行うが高リスク、低リスクかかわらず、満遍なくミールラウンドをしている。特に気になる方は、前もって把握しておいて、よ、観察をしている。 ・ユニットが個別になっているので、1回にラウンドできる数が多くはなく、朝に3ユニット、昼に3ユニット回り、必要に応じて、朝と昼と同じユニットを回って、じっくり観察するようにしている。 ・ミールラウンドの記録は、1週間、朝、昼、おやつ時の観察記録をエクセル表に入力している。これは、1か月毎に1日から31日までを、ユニットごとの区分けをし、朝ラウンドしたユニットにチェック、昼に行ったユニットもチェックを付けて、1週間で3回、満遍なく回れるようにしている。記録は、昨年導入された介護システムを用いて入力して保管している。 ・頻回なミールラウンドによって、職員との関わりも密になったが、入所者が、また管理栄養士がきてくれるというところで、介護員には言えないようなことも言ってくれる。入所者の意見を大事にして、食事や食事以外についても、介護員と情報共有ができ、個別の生活を支えるための食事についての食事に感じている。</p>
老健3	<p>・栄養マネジメント強化加算算定前から常勤管理栄養士の6名体制であった。令和3年4月からは、施設定員100床、ショート20名)及び併設通所(利用者100名/日)を合わせて、常勤管理栄養士6名が配置されている</p>	<p>・ミールラウンド週3回は、記録をどう残していくかということを中心として体制づくりをした。 ・管理栄養士が共通で用いるミールラウンドの記録票(資料)を作成した。 ・ミールラウンド時の気づきや観察を手書きの記録として残し、それを管理栄養士間、多職種間で共有し栄養ケアチームとして機能できるようにした。</p>
老健4	<p>・管理栄養士一人体制であったが、事務管理者が栄養マネジメント強化加算を算定して、複数の管理栄養士を配置し、通所サービスでの栄養アセスメント加算、栄養改善加算をも算定していくことが、地域に栄養ケア・マネジメンを繋げていくという観点から大切であるという考えに至った。</p>	<p>・ミールラウンドは毎日実施し、現在の摂食嚥下機能と提供している食事形態に問題がないか、食事介助も必要時実施している。 ・栄養マネジメント強化加算導入により、管理栄養士が複数配置となり、入所者を満遍なく観察できるようになった。 ・食事ごとに観察項目も異なるため、昼食だけでなく、おやつ、朝食、夕食などで観察し、ユニットに向う回数が増えた。高齢者の体調の変化を他の職種と同じタイミングで観察情報を得て共有することができるようになった</p>
老健5	<p>・平成3年3月に今3年度介護報酬改定の概要を確認し、栄養マネジメント加算が廃止されるということで、もし、栄養マネジメント強化加算を算定しなければ、年間平均130床で計算した場合、約650万円の損失が出るということが分かった。新設された栄養マネジメント強化加算を算定するにあたっては、管理栄養士の配置基準等も満たす必要があり、0.8人の増員が必要ということが分かった。経営陣の話し合いが行われ、管理栄養士が増員されることとなった。</p>	<p>・週3回以上のミールラウンドは、これまでも実施していたことで、困難ではなない。栄養マネジメント強化加算がこれまでの取り組みを評価してくれたとい感じている。食事介助によるミールラウンドを通じて、他職種とのコミュニケーションが取りやすく、すぐに問題解決されている。ケース記録については、変化がない場合には一括で記録し、変わっている場合に人力する形なので負担はない。</p>

栄養マネジメント強化加算について	
科学的介護情報システム：LIFEの収集・活用	リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化
老健1	<ul style="list-style-type: none"> ・LIFEのデータ入力、入所の栄養強化マネジメント加算については、1年の猶予があったので、まず、取り漏れがないことが大事であるが、通所も並行してやっており、通所は猶予がなかった。 ・先に通所サービスの栄養関連加算の算定に取組み、通所から算定できるように準備を入所の方は紙ベースでデータだけ収集する形を進めた。 ・入所者のLIFEへの入力が入力が終わったのは去年の12月だった。その間にずっと通所サービスのLIFE入力もやっていたので、やっと12月に全部入力が終了した。なお、この場合のデータ送信は事務職が担当した。
老健2	<ul style="list-style-type: none"> ・LIFEへの登録作業には時間が掛かっている。今、画面上のスクリーニングやアセスメント等のデータは管理栄養士が入力し、LIFEへの登録は事務職員がしている。その事務職員が行っている登録時間が1、2時間かかっている。そのうち、事務職員から、管理栄養士に登録の事務も回ってくるそう。 ・登録の1、2時間の時間の捻出をどうしようかということでも模索中である。 ・LIFEに入力したデータが必ずフィードバックされて、業務に役に立つというのであれば、また違ってくるが、そこが分からない状況なので、事務側としては、栄養情報は管理栄養士が登録してほしいということになっている。
老健3	<ul style="list-style-type: none"> ・LIFEへの入力は当該記録票から入力してもらうが、入力、施設全体でIT作業が専門の事務系人材を新たに1名雇用して対応している。 ・科学的介護推進に関する評価を、服薬、ADL、栄養、口腔、栄養、認知症という項目を一つの書式で多職種が記入できるようにしている。 ・管理栄養士は、身長・体重・低栄養リスク・栄養管理方法・食事形態・食事摂取量・必要栄養量等を記入している。 ・栄養摂取量下記入シートも作成し、プロセス(スクリーニング・アセスメント・モニタリング)や低栄養のリスクレベル、体重減少にも記入できるようにした。この記録票は、利用者個別にも提供できる。
老健4	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が記録し、事務職が入力している。 ・栄養マネジメント強化加算が分量が多く、<ほのほ>という介護ソフト使っているが、徐々にLIFEの入力も順調になり、時間外業務も減ってきた。 ・1人が1人分の業務を負担すべきであるが、人材育成が課題になっている。
老健5	<ul style="list-style-type: none"> ・現在使用している介護ソフト、福祉の森(フューチャー)にこのようなケース記録を残しやすいものであった。そのため、新たな栄養マネジメント強化加算におけるメールワンドの実施に関しては、そんなに苦にはならないと考えられたが、LIFEのデータ提出に関しては、かなり大きな課題となった。 ・管理栄養士2人体制で入力している。毎月、データ入力が必要で、月末と翌月の10日まではデータ提出が必要になり、月末に一回入力し、残りの不足部分は翌月10日までに入力するように頑張っているところだ。
	<ul style="list-style-type: none"> ・言語聴覚士とは、よく食事時のミールラウンドを一緒に行き、毎日、顔を合わせると、「調子悪かった、よくむせているよね等」、常に情報交換している。 ・昨年からは歯科衛生士が常勤となり、連絡が密になっている。歯の問題のある方が多いので歯科衛生士や言語聴覚士と密に連絡を取っている。もちろん、看護師や介護士とも頻繁に入所者の話をしている。 ・リハビリテーション職種とは、かなりよい関係を築いている。言語聴覚士と一番接しているが、理学療法士、作業療法士ともよく情報交換をしている。お互いの意見を交換して、よりよい計画が作成されている。 ・リハビリテーション、栄養、口腔の三位一体の計画書の様式例になっていたが、リハビリテーションと栄養はこの様式例を用い、口腔の歯科衛生士が配置されたのは8月からであったので、別途の計画書を用いている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・改定前から、1日1回10分程度の各フロアでの申し送りには、管理栄養士が参加していた。介護職の人数が少なく、この申し送り時間は、改定後も変わらないが、上記の記録を残すことでチームの情報交換ができるようになった。 ・計画書が一体化したことにより、介護支援専門員が、最終的に利用者の同意をもらうのがスムーズになった(栄養ケア部分のみで同意をもらうことはなくなった)。
	<ul style="list-style-type: none"> ・算定により、多職種連携の強化され、エネルギーの摂取・消費に関して、リハビリテーション職との連携がより強くなった。 ・リハビリテーション職とは、リハビリテーションによる消費エネルギー量が、必要エネルギー量に届合っているかについて意見交換する機会が増えた。データによって見える化されることによって、栄養ケア・マネジメントに対する他職種の理解が深まってきた。 ・介護職からの情報提供も多くなった。多職種が栄養ケアにおけるクリティカルシンキングの重要性を認識したことは明らかである。これは、LIFEの導入によって多職種の意識が変わったためと考えている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスという形式ではなく、日常的な立ち話しのみで解決されていると職種を超えて職員全体にある。多職種間はお互いさまで、こちらも聞きやすい環境づくりをしておけば、お互い聞いてみようかという気持ちになり、常に他者が聞きやすい自分で行っているように心がけている。

表 3-1 再入所時連携加算、通所サービス、認知症グループホーム栄養管理体制作加算および看取り加算に関する（特別養護老人ホーム）

再入所時栄養連携加算について	通所サービス	認知症グループホーム 栄養管理体制作加算	看取り加算
<p>特養1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用には、明らかに栄養改善が必要な低栄養リスクのある対象者が発生している。デイサービスの職員にもそのことが認識されている。しかし、居宅の介護支援専門員を通じて、栄養改善加算の算定までには至ることができていない。利用者は、食事と身体状況、低栄養状態といふ栄養リスクまで意識していない状況があり、栄養改善等の算定にまつながらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症グループホーム(入所者9名)が車で1、2分のところに併設であり、栄養管理体制作加算を算定するようにした。 ・具体的には、毎月1回、勉強会の計画を作成し、認知症GHの管理職及び介護職員に、40分～1時間弱程度、食事を外した時間に栄養のレクチャーをしている。 ・内容は低栄養とは＜なげ低栄養になるのか＞＜低栄養にならないために＞＜基本と書かれたところから初めて、＜夏バテ予防＞＜脱水予防＞＜嘔下障害にならないための飲み込みのよい食事＞などとしてきた。 ・入所者の個別対応の部分は、＜食事を食べない場合は＞＜おなかかか質低下等によりコンサルテーションしている。 ・このような栄養管理体制作加算の取り組みは、管理者や職員の意識付けになった。認知症GHは、今までは何も栄養管理がないう状況だったから、今後、さらに連携を密にしていきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年に、人の人生の終わりを介護保険施設で看取ることに加算の算定できるようになった。これを機に、介護職、看護師、管理栄養士の姿勢や意識が変り変わった。 ・施設での看取りを得意とされたご家族に向けて、医師も「生命の維持をする食事、どのように指示すればいいか」と種案が始まった。 ・ミールラウンドは、週3回以上ということではなく、看取りの場合には、毎日のように、出勤時に訪問し、声掛けして、生命の維持を確認し、その後1日、5、6回は脈を取り(スキミングも兼ねる)、声掛けをし、表情を観察し、食事時には介護職に＜食事止む＞＜食事形態＞＜水分提供＞についてアドバイスをしている。 ・管理栄養士の訪問回数は、限りなく頻回になる。平成3年の1月から12月まで、施設で、このようにして看取った者は22名であった。
<p>特養2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養改善加算は算定していたが、現在は算定していない。 ・算定しない理由は、居宅の介護支援専門員により加算算定に至らなかったということである。他の栄養関連加算も算定していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・併設の通所サービスの栄養管理においては、現在は管理栄養士の関与がないため、今後は、管理栄養士の業務分担を見直して、通所サービスにも関わってほしいと思っている。 ・新設された栄養アセスメント加算は、利用者全員に算定することになり、この要件を満たすのが難しいと考える。 ・通所サービスでは、口腔・栄養スクリーニング加算を看護師が算定している。栄養改善加算により在宅訪問できれば良いが現状は、施設内業務で手一杯である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り加算において、経管栄養により看取る入所者を除外し、口から食べられる入所者の栄養ケア計画として、食事を最期まで口から食べ続けて頂くために、本人の食べることに対しての要望がある限り、個別に最期まで丁寧に対応をしている。 ・主治医と相談しながら看護と連携して最期まで食べさせることを支援する取り組みをしている。 ・個別調理の食料の買い物、準備にも業務時間をかなりかけていることから、看取りの栄養ケアに対する加算があってもよいのではないかと感じている。
<p>特養3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該施設の併設の通所サービスにおいては、口腔・栄養スクリーニング加算は利用者全員に算定されている。 ・アセスメント加算と栄養改善加算に関しては、グループ内でも、栄養アセスメント加算と栄養改善加算に関しては、算定していない施設がまだある。 ・通所サービスの栄養関連の加算の算定は、各事業所に任せている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症グループホームは、開かれる範囲で関わっている。グループホーム側も、施設の管理栄養士に関わってもらえ、管理栄養士の意見や提案が活用できていることが多いので喜ばれている。 ・加算が算定されているも、管理栄養士が関わっている回数が月に1回何時間にも及び、もう少し加算点数が増えれば、丁寧に開かれる回数が増え、さらに管理栄養士が計画書を作成する余力があれば、より良い支援につながっていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対しては、食べられるものを食べられる分だけ安全に食べていただくことが主になる。家族の意向をまず重視していて、多職種連携により対応している。給食が運営であることから、好きなもので食べられそうなものを少量で出すようにしている。家族にも看取りのケアに参加してもらう体制をつくっている。
<p>特養4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・併設の通所サービスは、定員25名、週に6日、登録実人数は75名で、7～10名程が低栄養の中高リスク者かと考えられる。 ・給食の提供はしているもので、管理栄養士が全く関わっていないが、栄養ケアには至っていない。 ・事業所の職員が、体重を確認して、体重が減ってきた、褥瘡があるなど相談を受けたときには、対応はしている。 ・令和3年10月から口腔・栄養スクリーニング加算を算定しているの、施設の管理栄養士に相談があったら、介護支援専門員に栄養情報を提供する程度である。 ・栄養アセスメント加算や栄養改善加算の算定については今後の課題である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・去年から、看取り介護加算を算定し、本格的に始めている。従来は、病院内入院させる方針としていたが、長期間の利用している方の看取りができるのは、とても良いことだと思う。できるだけ食べられなくないとしても、最期まで食事まで関わられるように工夫していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・去年から、看取り介護加算を算定し、本格的に始めている。従来は、病院内入院させる方針としていたが、長期間の利用している方の看取りができるのは、とても良いことだと思う。できるだけ食べられなくないとしても、最期まで食事まで関わられるように工夫していきたい。
<p>特養5</p>			

表3-1-2 再入所時連携加算、通所サービス、認知症グループホーム栄養管理体制加算および看取り加算に関する（老人保健施設）

	再入所時栄養連携加算について	通所サービス	認知症グループホーム 栄養管理体制加算	看取り加算
老健1		<ul style="list-style-type: none"> ・併設の通所サービスには、利用者が100人程度である。100人を1カ月で見るとは厳しく、3カ月ほどかけて通所の評価を行い、6月または7月から、全員終わったときに栄養アセスメント加算を算定し始めた。 ・加算を算定するため、土曜日や祝日の出勤し、通所の利用者も評価し算定に結びつけている。 ・通所では、口腔・栄養スクリーニング加算も算定している。管理栄養士の把握した利用者との確認を行っている。 ・口腔・栄養スクリーニング加算については、管理栄養士からの情報、評価をもとに事務加算が算定している（調査票では108件/6か月）。 ・栄養アセスメント加算にあたっての記載様式は特にないが、栄養改善加算の方のアセスメント・モニタリング表を使っている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・医師からターミナルケアとの指示で、以前から食べているものを中心に、リスク回避しつつ最後まで経口摂取ができるように食事を調整している。 ・家族の希望により経口摂取を続けてほしいという点であれば、食べられなくても、少ない量や可能な食べ物を提供できるように調整している。 ・去年は1年間では10人ほどの看取りに対応した。
老健2	<ul style="list-style-type: none"> ・再入所時栄養連携加算は、病院との「管連携」だが、今は、この算定は難しい。 ・同一法人の病院の管理栄養士の方には、入院中や退院時の栄養情報について電話で情報共有しているが、再入院時栄養連携加算の算定までには至っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健併設の通所サービスにおいては今年度から口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定していること思っており、令和3年度から準備を始めていた。しかし、管理栄養士の人員が足りず、準備できていない。 ・栄養改善加算では必要な場合に在宅訪問できるとしたが、現在は中断している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食べられなくなると口腔ケアしかできないのではないかと思うが、そこに至るまでには、少し元気で、もう少し何か好きなものが食べられるとある。そういうときこそ多職種チームの総合的な力が働いて、カンパランスも頻回になる。あらためて集まるのではなく、立ち話で意見交換が頻回になる。管理栄養士は、最期まで何か食べたいものや飲みたいものなどを、自由に差し入れる等の対応している。 	
老健3	<ul style="list-style-type: none"> ・再入所時栄養連携加算については、コロナ渦であったので、病院への訪問ができないうちが理由も続いている。 ・以前は、病院の管理栄養士が退院が近くなった人に対して、その施設の管理栄養士に、様子を見に来てもらおう等行っていたが、現在は電話でのやり取り程度になっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養管理体制加算は算定していない。 ・栄養アセスメント加算は、低リスクであっても、中リスクになる可能性がある。ある人に対して、リハビリと歯科衛生士と、一緒に診ることができている。 ・新規の利用者から、栄養アセスメント加算の算定を始めた。 ・栄養改善加算は、今回、管理栄養士による訪問ができようになったことから、初回訪問をしたい。この場合、管理栄養士が直接訪問する前に、チャイアの責任者が自宅訪問をした際に栄養士を連れてきてくれたい。その折に、管理栄養士さんとも一緒に連れてきてほしいという意向を伺い取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同一法人の病院の管理栄養士が居宅栄養管理指導により対応している。しかし、利用者負担となるために、居宅の介護支援専門員の承諾を得られないことがよくある。 ・病院の管理栄養士が居宅栄養管理指導により認知症グループホームを訪問すると、他の入居者にも問題がみられないか見てくるようにしている。 	
老健4	<ul style="list-style-type: none"> ・再入所時栄養連携加算は該当者が少ないが、一方では再入所に限らず、新規利用者の入所前の栄養や食に関する情報が乏しい。病院からの栄養計画書等の情報も求めなければもらえない。特に摂食嚥下機能に関するリスクに対応した新規入所者の管連携の強化が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士による栄養改善加算の依頼は栄養状態が悪くなってからの相談が多かったが、栄養アセスメント加算を算定することによって、早くに介入すれば低栄養状態は悪化しないと考える。 ・栄養アセスメント加算算定後、通所の利用者から相談が多くなり、これでは、管理栄養士1人が通所配置にならないと対応できないという状況である。 ・管理栄養士は、必要な栄養量を通所で提供し、食事を適切に調整し、自宅での食量や食品群を確認している。また、本人、家族に体重や栄養状態を伝え、飲み込みの状態も確認している。 ・通所利用者全員に早く栄養ケア・マネジメントが行われるように報酬化がされてほしい。 ・10月から栄養アセスメント加算を行い、栄養改善加算を復活させているが、10月からは1件もまだ訪問には行っていないが、体制はできてい 		
老健5		<ul style="list-style-type: none"> ・通所サービスや認知症グループホームでは、口腔・栄養スクリーニング加算を算定し、以前は通所サービスでの栄養改善加算やカンファレンスを実施し、12名程度に栄養改善加算を算定していた。産休・育休による欠員解消後に3人の管理栄養士で栄養管理に取組みたい。 		

表 4—1 人材育成・教育システムおよびその他（特別養護老人ホーム）

	人材育成・教育システム	その他(算定要件への要望・意見など)	その他(人材確保に関する要望・意見など)
特養1	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケア・マネジメントを学修していない管理栄養士がいることから、人材をどのように確保して、どのように教育していくが非常に大きな問題である。 ・施設ごとに管理栄養士の人材育成プログラムが必要である。 ・プランクのある管理栄養士に、施設の教育プログラムを用いて教育すれば、教育される側はもちろん、教育する側の実務能力の質も高まる。 ・施設の管理栄養士には、地域の休職中の管理栄養士の人材を掘り起こして、再教育していくことが求められていると認識している。 		
特養2	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの経験が管理栄養士には必要だと感じている。熊本県の管理栄養士養成校が少ないため(2校のみ)、新卒の栄養士を採用していく期間が長く、ほぼ自施設で育成していくしかないのが現状である。 		
特養3		<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養のリスク判定において、経管栄養の方のリスクなるが、経管栄養で安定している方が多いので、ぜひ見直しをしていただきたい。 ・今回の改定で示された様式から追加になっているが、嚥下調整食の学会分類コードは一つしか記録するところがない為、主食と副食をそれぞれ分けて入力できる様式にしてほしい。 ・血清アルブミン値に関して、検査時がスクリーニングの月に該当するかの問題がある。LIFEのデータ入力要件は実務に合ったものとして、アセスメント・モニタリングでも扱ったほうがよいのではないか。実務的には、年に1〜2回測定するアルブミン値よりも、毎日の食事摂取量、嚥下の有無、毎月の体重変動の方が栄養状態の指標になっていることが多い。 	
特養4	<p>管理栄養士の業務に関しては、基本的にはマニュアルを作っている。これには、加算一つ一つについて、管理栄養士をこのように配置、支援の方法、加算を算定する手順、監査のための書類の用意などがまとめられている。また、ミーリングのときに、どのような視点に気を付けて観察するのか、医師による回診のときはどういった準備をしたらよいかなども作成している。エリア担当者の本部職員が、人材育成に一役を担い、法人内の250名ほどの管理栄養士に対し、人材育成や長期的に働きやすい職場を組織的に行っていく仕組みづくりに力を入れているかなければならない。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・特養の管理栄養士の応募が少ない。管理栄養士の養成校の教員から就職の話を聞いたときに、まずは病院か、初めに給食の会社に就職して現場を覚えてほうがよいと指導しているそうだが、今でも特養は何か良いのでしょうか。と聞かれるときもある。特養で栄養ケア・マネジメントはとても重要で、ここでも学べる機会が多くある。養成校の先生方には、学生に正確に特養の良さやその意義を伝えてほしい。
特養5			<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度採用に向けたことで、地元の大学に表敬訪問し、就職担当の管理栄養士養成学科の先生にお会いした。今、管理栄養士の募集は少ないので、書かれた。

表 4-1-2 人材育成・教育システムおよびその他（老人保健施設）

	人材育成・教育システム	その他（算定要件への要望・意見など）	その他（人材確保に関する要望・意見など）
老健1	<p>・新入りが細かい業務までを覚えるのは大変であり、管理栄養士の業務の概要を理解してもらおうことを目指して指導している。しかし、利用者の課題や課題解決を自分一人で考えて判断できるようになるには1年では厳しい。</p>	<p>・今回の栄養マネジメント強化加算は、介護保険施設に常勤管理栄養士の人数を増やすことができたことは、大きな変革であった。給食サービスに従事していた管理栄養士が管理栄養士が低栄養の中高リスク者にミールラウンドを通3回以上実施できるようになった。</p> <p>・一方で、当施設のように、栄養ケア・マネジメントも実施していた施設においては増収し、管理栄養士が増員するということになり、それならば、併設の通所サービスにまで推進して、加算を算定しなくてはならないという状況になり業務量が増えた。</p>	<p>・管理栄養士の業務は、特養でも、もはや調理ではないということを学生にも分かってもらえれば、管理栄養士としての建り甲斐のある領域と認識してもらえらると思う。栄養ケア・マネジメントが始まった平成17年から15年以上経過しましたが、特養の管理栄養士による栄養ケア・マネジメントは楽しいと思えるようになった。このことを学生には発信していきたい。</p> <p>・地域内の大学の管理栄養士の養成をしている学科の先生方にもご協力・ご支援を頂いている。管理栄養士の養成を毎年受け入れ、学部や大学院学生の演習指導や先生方の研究にも全面的に協力してきた。また、学部や大学院の卒業生が管理栄養士として多数勤務してくれている。これらは、法人の管理栄養士の実務の質の向上にも繋がっている。</p> <p>・地域の養成大学との関連性は、栄養士の管理栄養士のサービスの質の向上や人材の確保のために非常に大切だと考えている。</p>
老健2			<p>・管理栄養士の業務は、病院や栄養サポートチームにあがれてしまうところがある。老健において、管理栄養士の栄養ケア・マネジメントが個別利用者にも施設や通所の全体に対しても成果を出していることや、利用者や入所者と接する時間が多いので楽しいということを伝えていかなければならない。</p>
老健3		<p>・通所や在宅訪問においては、居宅の介護支援専門員との連携ができていないと先にすすめないことが深刻な課題である。</p>	<p>・新卒者は、病院や栄養サポートチームにあがれてしまうところがある。老健において、管理栄養士の栄養ケア・マネジメントが個別利用者にも施設や通所の全体に対しても成果を出していることや、利用者や入所者と接する時間が多いので楽しいということを伝えていかなければならない。</p>
老健4	<p>・管理栄養士の求人については、求職者は病院と比較して介護保険施設の栄養管理は簡単と思っているような感触を受ける。しかし、実際には栄養ケアを取り組むためには、栄養アシスタントの技術、他職種とのコミュニケーション能力、給食経営管理の知識が必要になり、決して簡単ではない。このようなイメージを脱却して、介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントにしっかりと取り組める管理栄養士の育成をどうするのか、そのためのマニュアルができればと心強い。</p> <p>・新人の管理栄養士には、調整食の学会分類の理解を深められるよう研修が必要である。</p>	<p>・複数配置になってよかったことは、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種が食べることに支障に強い意識を持ち、施設計画書への記載にも栄養に関する要望がでてきたこと。 ・LIFEのフードバックに対応して、算定根拠を他の職種と再度検討し、他職種が今まで以上に協力していること。 ・ミールラウンドにより情報収集が力を入れるようになり、現プランと乖離が発生したときには早い段階で見直しができるようになったこと ・ショートステイの方にも介入する時間が持てるようになり、利用者を通じて、通所事業所に情報を提供するなど地域貢献ができるようになったこと。 ・退所時の栄養情報報告書が丁寧に記載することができるようになり、家族からの確認や自宅での食生活の課題について質問を受けるようになったこと。 ・急な家族への対応や持ち帰りのリーフレットや在宅の食事内容を把握するための喫食量がわかる料理カードによるコンサルテーションも可能になったこと。 ・Twitterでの広報活動ができ、新型コロナウイルス感染症防止のため面会もできない家族が、栄養士のTwitterを楽しみにしてくれていること。 ・今後は、LIFEのフードバックがさらに食べることの支援に繋がると思う。 	<p>・養成施設大学において、今後の人材の確保と育成に向けて、介護サービスの管理栄養士の使命や栄養ケア・マネジメント業務の面白さを伝えてほしい。</p>
老健5	<p>・管理者として新任の管理栄養士や大学からの実習生の教育等代しい。管理栄養士の栄養ケア・マネジメントの業務マニュアルを作成していないので、これは、作成する必要がある。新任の管理栄養士や実習生には必ずマニュアルがほしいと言われている。</p>		

IV. 手引書の作成

I～Ⅲの研究結果から、和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントに対応した新たなマニュアル(手引き)の作成が求められていたことから、既存の介護保険サービスにおける既存の『介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き第3版』(栄養ケア・マネジメントに実装,日本ヘルスケア(株)、東京、令和4年3月)をもとに3回にわたる検討会議の討議を経て、上記3つの研究から整理された課題を踏まえて、委員長及び小委員長、調査責任者及び実務家の委員である苅部、堤、谷中、長谷川の各委員によるWEBでの打ち合わせを2回程度及びメールでの30回以上の編集作業を重ねて作成された『令和3年度介護報酬改定対応:介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き(初版)』試案を委員の最終検討を経て完成版とし、報告書の最後に掲載した。

手引きの内容は以下のとおりとした。

1. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント手順書の作成のために(作成のためのフォーマット及び作成事例付)、
2. 栄養マネジメント強化加算の算定のためのポイント(管理栄養士の増員、リハビリテーションと連携したエネルギー・バランス、ミールラウンド、看取り、多職種連携の強化、業務時間調査からの業務の効率化、評価とフィードバック、先進的取組施設の事例付)、
3. 病院・居宅との管理栄養士間の連携「管管連携」、
4. 人材確保、
5. 人材育成、
6. 取組みの事例、
7. 通所サービスへの展開のために(利用者・家族及び事業所職員への啓発活動、在宅の食事内容・食習慣の課題把握の方法、栄養改善加算・栄養アセスメント加算について、介護支援専門員等との連携のために、取組みの事例)、
8. 認知症グループホーム:取組みのための体制づくり(手順と事例)

当該手引きは、報告書の一環として、日本健康・栄養システム学会 web サイトに公表する。また、学会によって事業終了後に当該手引きを用いた啓発研修(WEB)を行われる。

資料 調査票

ID : 00000

令和3年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」：施設実態調査

本調査は、令和3年度介護報酬改定にて新設された栄養ケア・マネジメントに関連する新たな加算に関わる体制や取り組みの実態と課題を把握・整理し、効果的・効率的な栄養ケア・マネジメントの推進に資することを目的に、厚生労働省の研究事業に基づいて実施されるものです。ご協力のほどよろしくお願い致します。

記入日 2021年 月 日

回答前にご確認ください。

- 貴施設に勤務する常勤管理栄養士がご回答ください。常勤管理栄養士がいない場合は、本調査票は破棄してください。回答者（常勤管理栄養士）は必要に応じて他職種等へご確認の上、ご回答ください。
- 各設問において指定がない場合は、2021年9月30日時点の状況についてご記入下さい。
- 数値を記入する項目について、0の場合は空白とせず必ず0を記入してください。人数について記入する項目はショートステイ等を除く本入所者の人数をお答えください。

1. 回答者（常勤管理栄養士）が勤務する施設の概要についてお答えください。

(1) 入所定員と入所実人数および内訳をご記入下さい。（ショートステイ等を除く本入所者）

1) 入所定員	() 床	2) 入所実人数	() 人
---------	-------	----------	-------

※入所者実人数と以下の内訳の合計が一致することを確認してご回答下さい。

3) 要介護度	要介護度区分変更申請中のものは2021年9月30日現在の要介護度					
内訳	a. 要介護1	b. 要介護2	c. 要介護3	d. 要介護4	e. 要介護5	f. その他
	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人
4) 低栄養リスク	a. 低リスク	b. 中リスク	c. 高リスク	栄養ケア・マネジメントの手順による低栄養状態のリスク判定		
	() 人	() 人	() 人			
5) 栄養補給法	a. 経口のみ	b. 経鼻胃管、胃・腸ろう、静脈栄養*1	*1 経鼻胃管、胃・腸ろう、静脈栄養は、経口摂取と併用している場合も含まれます			
	() 人	() 人				
6) 食事形態	a. 常食	b. 常食以外*2	c. 経口摂取なし	*2 常食以外は主食、副食のいずれかまたは両方で、摂食嚥下機能低下に対応した一口大、きざみ、ペースト、ムース食等の食事形態を提供しているものです		
	() 人	() 人	() 人			

(2) 2021年4月1日から2021年9月30日の6か月間の死亡・入院・退所についてご記入下さい。（ショートステイ等を除く本入所者）※一人の方が上記期間中に入退所を繰り返したり、複数回入院した場合にも、一人と数えてください。

1) 退所した人数（死亡退所を含む）	() 人
2) 退所した人のうち、在宅へ退所した人数	() 人
3) 入院した人数（入院先で死亡も含む）	() 人
4) 入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	() 人
5) 施設内で死亡した人数	() 人
6) 施設内で死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数*	() 人

*施設での看取りにおいて、食事や本人の好きなもの・食べやすいものなどを可能な限り最期まで（概ね亡くなる1か月前まで）口から食べることを維持できたケース。水分補給のみのケースは除いてください。

2. 回答者（常勤管理栄養士）が勤務する施設の栄養部門についてお答えください。

(1) 施設に勤務している管理栄養士の人数（常勤換算ではなく実人数を記入してください。委託の職員は除いて下さい。休職中の人は除いてください。0名の場合は0と記入して下さい）

	1) 常勤	2) 非常勤・パート		1) 常勤	2) 非常勤・パート
A. 管理栄養士	人	人	Aの管理栄養士のうち、栄養マネジメント強化加算の算定を理由に新規に採用した人数	人	人
B. 栄養士	人	人	Bの栄養士のうち、栄養マネジメント強化加算の算定を理由に新規に採用した人数	人	人

(2) 給食の業務形態についてお答え下さい。（いずれかに○印）

1) 直営 [主担当 (いずれかに○ : a 管理栄養士・b 栄養士)]	2) 委託	3) 一部委託
--------------------------------------	-------	---------

(3) 以下の加算について、2021年9月1か月間の加算算定についてお答えください。なお、当該月に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0として下さい。

加算項目	無	有	件/月	算定方法
1) 栄養マネジメント強化加算			件/月	1日単位で算定します。例えば、50人の入所者に対し30日間算定した場合は、 $50 \times 30 = 1,500$ 件となります。
2) 経口移行加算			件/月	
3) 経口維持加算Ⅰ			件/月	1月または1回単位で算定します。例えば、5人の入所者に対し算定した場合は、5件となります。
4) 経口維持加算Ⅱ			件/月	
5) 再入所時栄養連携加算			件/月	
6) 療養食加算			件/月	1食単位で算定します。例えば、20人の入所者に対し30日間3食算定した場合は、 $20 \times 30 \times 3 = 1,800$ 件となります。

(4) 次の加算を算定していない施設の方のみご回答下さい。算定していない理由について、該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

1) 栄養マネジメント強化加算	(a) 施設長の判断 (b) 管理栄養士の判断 (c) 他職種の理解や協力が得られない (d) 算定の手順・方法がわからない (e) 管理栄養士の人員基準を満たさない (f) 業務時間不足 (g) 低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難 (h) 個別の食事対応が困難 (i) 施設のLIFE情報提供体制が整っていない (j) 単位数が低い (k) 退所時の栄養連携が困難 (l) その他（具体的に：_____）
2) 再入所時栄養連携加算	(a) 施設長の判断 (b) 管理栄養士の判断 (c) 他職種の理解や協力が得られない (d) 算定の手順・方法がわからない (e) 管理栄養士の人員不足 (f) 業務時間不足 (g) 病院側に栄養情報連携体制がない (h) テレビ電話装置を活用できない (i) 加算の対象となる再入所者がいない (j) 単位数が低い (k) その他（具体的に：_____）

(5) 栄養マネジメント強化加算を算定している施設の方のみご回答ください。加算算定要件の人数配置のうち、要件を満たしているほうに○印をつけてください。（いずれかに○印）

1) 入所者50人につき管理栄養士1人以上
2) 給食管理を行っている常勤栄養士1人以上を配置しており、入所者70人につき管理栄養士1人以上

(6) 栄養マネジメント強化加算を算定している施設の方のみご回答ください。加算算定要件に関わる令和2年4月1日～令和3年3月31日の1年間の平均入所者数をご記入ください。（ショートステイ等を除く本入所者）

人

(7) 栄養マネジメント強化加算を算定している施設の方のみご回答ください。加算算定において困難を感じることに
ついて該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

- (a) 管理栄養士（回答者自身）の知識・技術が不足
 (b) 管理栄養士間（回答者自身と同施設の者）の知識・技術に差がある
 (c) 管理栄養士間（回答者自身と同施設の者）の連携が取れない (d) 施設内の他職種との連携が取れない
 (e) 低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンド (f) LIFEに伴う管理栄養士の事務作業の増加
 (g) その他（具体的に： _____)

(8) 栄養マネジメント強化加算を算定している施設の方のみご回答下さい。加算を算定してよかったことについて
該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

- (a) 管理栄養士が増員された (b) 管理栄養士が余裕をもって業務にあたるできるようになった
 (c) 管理栄養士の知識・技術が向上した (d) ミールラウンドを丁寧に実施できるようになった
 (e) 栄養アセスメントを適切に実施できるようになった (f) 栄養ケア計画を適切に作成できるようになった
 (g) 食事の個別対応を適切に実施できるようになった (h) 管理栄養士の業務が効率化された
 (i) 他施設・医療機関に入院する際の情報連携が推進された (j) 退所後の食事に関する相談支援が推進された
 (k) 他職種との連携が強化された (l) 他職種の栄養ケアに関する関心が高まった (m) 利用者や家族に喜ばれた
 (n) 管理栄養士の職務満足感が高まった (o) その他（具体的に： _____)

(9) 令和3年度介護報酬改定では「栄養、口腔、リハビリテーションの連携の強化」が要点として示されました。こ
れを受け、改定以前よりもよくなったと感じることについて該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

- (a) 利用者の新たな課題やニーズに早期に発見できるようになった (b) 日常の職種間の情報連携の頻度が増えた
 (c) 共通した目標設定ができるようになった (d) 各専門用語への理解が深まった
 (e) 褥瘡や看取りへの対応につながった (f) 歯科医師や外部の関連者との連携が強化された
 (g) アウトカム（入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等）への効果があった
 (h) その他（具体的に： _____)

(10) 栄養ケア・マネジメントの実施にあたり、関連書類を主にどのような方法で記入・管理していますか。（いづれ
かに○印）

- (a) 印刷した様式に手書きで記入・管理している (b) 表計算ソフト*や文書作成ソフト*に入力・管理している
 (c) 市販のソフト（表計算ソフトや文書作成ソフト以外）を使用している (d) その他（具体的に： _____)

*表計算ソフト、文書作成ソフト：Excel や Word およびその他メーカーの互換ソフトが該当します。

(11) 2021年4～9月の栄養ケア・マネジメント体制とその状況について、aかbのいずれかに○印をご記入下さい。

注：必ず1つの記号だけに○印を付けて下さい。記号の間などに○印をつけることのないようお願い致します。
各項目において、一部でも「した」場合には a に○をつけてください。

【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】	した	しなかった
1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	a	b
2. 管理栄養士は、利用者の入所時か退所時に、サービス担当者（入所前、再入所前、退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等）と情報連携をしましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
3. 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	a	b

【アセスメント・モニタリングに関する項目】	した	しなかった
4. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の観察・面談・聞き取りをしましたか	a	b
5. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取りをしましたか	a	b

6. 管理栄養士は、ミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること）を週に3回以上しましたか	a	b
7. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断（栄養診断）を実施しましたか（対象期間に行ったアセスメント分の全て）	a	b
8. 栄養ケア計画を作成した全利用者にモニタリングを行って、計画の修正が必要かどうか確認しましたか	a	b

【栄養ケア計画に関する項目】

9. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整（聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整）をしましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
10. 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
11. 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
12. 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
13. 管理栄養士は、サービス担当者会議（施設サービス提供のための）で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
14. 栄養ケア計画は、栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式（帳票）の中に記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	a	b

【評価についての項目】

16. 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
17. 管理栄養士は、入所者の主観的健康感やQOLの変化を評価しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b

【継続的な品質改善活動についての項目】

18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いましたか（栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等）	a	b
19. LIFEに栄養関連項目を提供しましたか	a	b
20. LIFEからフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	a	b

(12) .2021年9月中（1か月間）の施設所属の管理栄養士（2人目以降はそれぞれ常勤・非常勤いずれかに○をつけてください）の業務割合（%）をご記入ください。管理栄養士が複数いる場合は常勤を優先して3人まで、業務割合をご記入ください。委託の管理栄養士は含めないでください。

※各管理栄養士において下記の1)～3)の計が100%となるように、ご記入ください。概算値で結構です。

管理栄養士 A (回答者)	1) 栄養管理業務	2) 給食に関する業務	3) その他	1)～3)の合計
	() %	() %	() %	100%
管理栄養士 B (a. 常勤・b 非常勤)	1) 栄養管理業務	2) 給食に関する業務	3) その他	1)～3)の合計
	() %	() %	() %	100%
管理栄養士 C (a. 常勤・b 非常勤)	1) 栄養管理業務	2) 給食に関する業務	3) その他	1)～3)の合計
	() %	() %	() %	100%

「1) 栄養管理業務」には、栄養ケア・マネジメントに関する全ての業務で「2) 給食に関する業務」「3) その他」以外のものと、お考え下さい。なお、食事介助、サービス担当者会議等の栄養管理に関する事項を含むカンファレンスは、こちらに含めてください。

「2) 給食に関する業務」は、献立作成、食事箋・食札の管理、残食調査・食事満足度調査・検食、給食に関する契約・発注、委託会社との給食業務関連の調整、配膳・下膳・配食、衛生管理業務、調理準備・調理作業・食器や調理器具の洗浄と片付け・厨房の掃除等が該当します。

「3) その他」は、送迎業務、食事介助を除く介護業務、労務管理、居宅訪問の移動時間、研修・訓練等が該当します。なお休憩時間は、含めないでください（休憩時間は、1～3のいずれにも含めず、実働時間だけで合計100%となるよう計算してください）

3. 通所サービス事業所への関わりについてお答えください。

(1) 回答者は通所サービス事業所の職員を兼務していますか。

- (a) 兼務している（事業所数 ___ 箇所） (b) 兼務していない

(2) 回答者は通所サービス事業所に外部の管理栄養士として連携していますか。

- (a) 外部の管理栄養士として連携している（事業所数 ___ 箇所） (b) 連携していない

(1)と(2)のいずれか、または両方で(a)と回答した場合、以下(3)~(6)についてお答え下さい。複数の事業所において兼務あるいは連携している場合は、主に関わっている1事業所についてご回答ください。(1)と(2)でいずれも(b)と回答した場合には以下(3)~(6)には回答せず、設問4 (P.6)にお答え下さい。

(3)当該通所サービス事業所には、令和3年度介護報酬改定以前から関わっていましたか。

- (a) 介護報酬改定の以前から関わっていた
(b) 介護報酬改定以前は関わっていなかった（介護報酬改定を受けて関わるようになった）

(4) 当該通所サービス事業所において算定している加算についてご記入下さい。算定している場合は次の期間における件数をご記入ください。なお、当該期間中に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0として下さい。

○2021年4~9月の6か月間

(a)口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	無	有	件/6か月	利用者1人につき6か月に1回算定可能です。期間中に算定した合計件数を記入してください。
(b)口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	無	有	件/6か月	

○2021年9月1か月間

(c)栄養アセスメント加算	無	有	件/月	利用者1人につき1か月単位で算定可能です。
(d-1)栄養改善加算	無	有	件/月	利用者1人につき1か月に2回を限度に算定可能です。1人に対して2回算定した場合は2件と数えてください。
(d-2) 栄養改善加算算定のうち、居宅訪問を行った件数	無	有	件/月	利用者1人において月2回の算定でいずれも自宅訪問を行った場合は2件と数えてください。

(5) 当該通所サービス事業所にて栄養改善加算を算定していない場合のみご回答下さい。

栄養改善加算を請求していない理由について該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

- (a) 施設長の判断 (b) 管理栄養士の判断 (c) 他職種の理解や協力が得られない
(d) 算定の手順・方法がわからない (e) 管理栄養士の人員不足 (f) 業務時間不足
(g) 利用者の栄養状態の把握が困難 (h) 利用者の居宅訪問が困難
(i)利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況について定期的な評価が困難 (j) 加算の対象となる利用者がいない
(k) 単位数が低い (l) その他（具体的に： _____)

(6) 当該通所サービス事業所にて栄養改善加算を算定し、居宅訪問を実施している方のみご回答下さい。

居宅訪問において実施している内容について、該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）。

- (a) 食事の観察 (b) 食事内容の把握 (c) 食事準備状況の把握
(d) 本人・介護者の食事に関する知識や技術の把握 (e) 食形態の検討 (f) 食事内容の検討
(g) 嚥下調整食の調理指導 (h) 療養食の調理指導 (i) 本人や家族からの栄養相談
(j) 介護支援専門員からの栄養相談 (k) ヘルパーへの助言 (l) その他（具体的に： _____)

4. 認知症グループホームへの関わりについてお答えください。

(1) 回答者は認知症グループホームの職員を兼務していますか。

(a) 兼務している（事業所数____箇所） (b) 兼務していない

(2) 回答者は認知症グループホームに外部の管理栄養士として連携していますか。

(a) 外部の管理栄養士として連携している（事業所数____箇所） (b) 連携していない

(1)と(2)のいずれか、または両方で(a)と回答した場合、以下(3)~(6)についてお答え下さい。複数の事業所において兼務あるいは連携している場合は、主に関わっている1事業所についてご回答ください。(1)と(2)でいずれも(b)と回答した場合には以下(3)~(6)には回答せず、設問5 (P.7)にお答え下さい。(3)当該認知症グループホームには、令和3年度介護報酬改定以前から関わっていましたか。

(a) 介護報酬改定の以前から関わっていた
(b) 介護報酬改定以前は関わっていなかった（介護報酬改定を受けて関わるようになった）

(4) 当該認知症グループホームの法人（いずれかに○印）

(a) 回答者の所属介護保険施設と同一法人 (b) 他の法人

(5) 当該認知症グループホームにおいて算定している加算についてご記入下さい。算定している場合は次の期間における件数をご記入ください。なお、当該期間中に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0として下さい。

○2021年4~9月の6か月間

(a) 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	無	有	件/月	利用者1名につき6か月に一回算定可能です。期間中に算定した合計件数を記入してください。
(b) 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	無	有	件/月	

○2021年9月1か月間

(c) 栄養管理体制加算	無	有	件/月	利用者1名につき1か月単位で算定可能です。
(d) 管理栄養士の居宅療養管理指導	無	有	件/月	当該認知症グループホームの利用者に対し、回答施設の管理栄養士が依頼を受けて実施した件数をお答えください。1か月間で一人の利用者に2回実施した場合は2件としてください。

(6) 当該認知症グループホームにおいて回答者が関わって実施していることはありますか。該当する項目に○印を付けて下さい（複数回答可）

(a) 口腔・栄養スクリーニングの実施 (b) 低栄養状態の評価方法に関する助言・指導
(c) 認知症の栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法に関する助言・指導
(d) 食形態の調整及び調理方法に関する助言・指導 (e) その他の助言・指導（具体的に：_____）
(f) 介護職等からの栄養ケアに関する情報収集 (g) 食事献立の作成 (h) 調理の衛生管理の助言
(i) 食事の観察（ミールラウンド） (j) 療養食の調整 (k) 食事形態の調整 (l) とりみ剤使用の指導
(m) 食事内容の検討 (n) 栄養アセスメントの実施 (o) 栄養ケア計画の作成 (p) 栄養相談
(q) その他（具体的に：_____）

5. 以下についてご意見があればご自由にご記入下さい。

栄養に関する介護報酬改定について

研修会について（テーマや実施方法（オンラインなど）について）

その他（ご自由に）

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認ください、同封の返信用封筒でご返送頂ければ幸いです。なお集計結果は、報告書としてWebページ（<http://www.j-ncm.com/>）に掲載予定です（URLは依頼状にも記載されております）。

「業務時間調査」のお願い

今回の調査に加えて「業務時間調査」を実施致します。「業務時間調査」は、栄養ケア・マネジメントの効率的な取り組み方を検討し、その結果を当該研究事業において作成される栄養ケア・マネジメントの手引書に活用することを目的としております。本施設調査にご協力頂いたうえで、さらに「業務時間調査」にご協力を頂ける場合は以下にご記入をお願い致します。資料一式をお送りさせていただきます。

令和3年老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

業務時間調査に、

協力します。 （に✓をつけ、以下をご記入下さい）

施設名 _____

住所（送付先） _____

E-mailアドレス（ない場合は記載不要） _____

管理栄養士名 _____

ご記入頂いた施設名、住所、E-mailアドレス、管理栄養士名の情報は、業務時間調査への協力依頼以外の目的には使用せず、また、研究実施責任者の下で厳重に保管・管理します。「業務時間調査」に協力しない場合は空欄で結構です。なお、協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心下さい。

ご協力ありがとうございました。

再度、記入漏れがないことをご確認いただき 2021 年 10 月末までに事務局に同封の返信用封筒でご返送下さい。

□お問合せ先□

〒352-8510

令和3年老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」事務局

担当：高田 健人 / 電話：048-260-7624 / メール：k-takada@jumonji-u.ac.jp, ncm.rouken2021@gmail.com

「栄養ケア・マネジメントの業務時間調査」を開始するにあたっての説明

1. 調査実施者

- ① 施設の常勤管理栄養士
- ② 常勤管理栄養士が 2 名以上いる場合は、全員のご協力をお願いします。

2. 調査内容

回答者に関する調査 管理栄養士業務時間調査(3 日間)	各常勤管理栄養士
--------------------------------	----------

3. 時間調査記入入力用のエクセルシートには、次のシートがあります。

① 回答者に関する調査	③ パソコン入力例
② 項目コード説明	④ パソコン入力シート

※手書き入力例と手書き入力シートは郵送にてお送りしておりますので、そちらをご利用ください。

調査にあたっては、以下の1)～11)をよくお読みいただいてからはじめてください。調査の説明動画(15 分程度)の URL を入力用の調査票をメール添付でお送りするときにお知らせしますので、ご利用ください。

- 1) この「開始にあたっての説明」をよく読んでください。
- 2) エクセルシートに付されたNo.が施設の ID 番号です。データ入力や記載するシートには指定の場所に施設 ID を入力(記載)してください。
- 3) 複数の常勤管理栄養士が回答する場合には、エクセルシートを複写して各自が入力(記載)してください。
- 4) 記入者の管理栄養士各位の ID 番号は、01,02,03 と連番で各施設で付けてください。各回答者は、「①回答者に関する調査」のシートに施設 ID と個人 ID を入力(記載)してください。以下の入力(記載)シートも同様です。
- 5) 調査日は、2021 年の当該シートを送付してからの 1 か月間を調査月として、特別なイベントのない「平日の 3 日間」を選んでください。3 日間連続していなくてもかまいません。複数の管理栄養士が調査する場合、全員が同じ日程でなくてもかまいません。

- 6) 「②項目コード説明」のシートは、業務内容が大項目、中項目、小項目に分けられ、小項目にコードがついています。このうち使用する小項目と使用しない小項目を調査前に必ず把握しておいてください。これにより入力がスムーズにできます。利用するコードを把握しておく、入力が15分ほどですが、把握しておかないと1時間かかる場合もあります。
- 7) 「手書き入力例」をよく確認してください。8:00～18:30まで10分毎の記載ができます。各シートには、1日の業務の開始時間と終了時間を8:30から17:00というように記入してください。この時間外になる場合には、シートを複写追加して時間を記載して、わかるように説明を入れてください。
- 8) 業務中には、「手書き入力シート」を複写し10分ずつの単位で、業務した項目欄を塗りつぶしてください。その際、蛍光ペン以外の複写してもわかる筆記用具を用いてご記入ください。二つの業務を同時に行った場合は、重きを置く業務を選んでチェックしてください。また、1分単位で業務をした場合は、四捨五入して10分単位としてチェックしてください。例えば、15分の業務をした場合は四捨五入して20分に、13分業務をした場合は四捨五入して10分として記入してください。
- 9) 時間調査後、「④パソコン入力シート」に、「③パソコン入力例」を参考にデータを入力してください。パソコンに入力できない場合には、手書き入力シートを同封の返信用封筒により送っていただいても結構ですが、出来るだけ施設において入力をお願い致します。
- 10) 3日間の調査が終了し、その他の調査用紙の入力が終わりましたら、回答者分のエクセルファイルをすべて添付ファイルにして、以下の送付先メール宛（E-mail: ncm.rouken2021@gmail.com）に返送してください。データは念のため、各施設にてバックアップを保存してください。
- 11) 調査にご協力下さいました管理栄養士の皆様には、本研究による報告書と手引書を後日お送りさせていただきます。

【問い合わせ先、送付先】

古明地 夕佳 十文字学園女子大学 〒352-8510 埼玉県新座市菅沢 2-1-28

TEL:048-260-7727/FAX:048-478-9367/E-mail:ncm.rouken2021@gmail.com

杉山 みち子 日本健康・栄養システム学会 TEL:045-321-6355

※担当者が不在の場合がありますので、問い合わせは、できるだけFAXかE-mailにてお願いいたします。

回答者に関する調査

回答者である管理栄養士に関する調査です。 該当するものに☑してください。

施設ID

個人ID

① 性	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
② 年齢階層	<input type="checkbox"/> 20代	<input type="checkbox"/> 30代	<input type="checkbox"/> 40代
	<input type="checkbox"/> 50代	<input type="checkbox"/> 60代	<input type="checkbox"/> 70歳以上
③ 栄養ケア・マネジメントの経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満	<input type="checkbox"/> 1-3年未満	<input type="checkbox"/> 3-5年未満
	<input type="checkbox"/> 5-10年未満	<input type="checkbox"/> 10年以上	
④ 管理栄養士としての業務年数	<input type="checkbox"/> 1年未満	<input type="checkbox"/> 1-3年未満	<input type="checkbox"/> 3-5年未満
	<input type="checkbox"/> 5-10年未満	<input type="checkbox"/> 10年以上	
⑤ 当該施設での勤務年数	<input type="checkbox"/> 1年未満	<input type="checkbox"/> 1-3年未満	<input type="checkbox"/> 3-5年未満
	<input type="checkbox"/> 5-10年未満	<input type="checkbox"/> 10年以上	
⑥ 肩書	<input type="checkbox"/> 管理職	<input type="checkbox"/> 役職なし	

栄養ケア・マネジメント（管理栄養士）業務時間コード

No.1

大項目	中項目	小項目	コード
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング（入所、再入所）	入所前の居所（病院・施設・在宅等）からの情報収集（連絡・訪問を含めて）	1
		情報収集（体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記）	2
		記録・コンピュータ入力等	3
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4
	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集（本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから）	5
		ミールラウンド（管理栄養士単独）	6
		ミールラウンド（多職種協働）	7
		回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8
		記録・コンピュータ入力等	9
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成（リハ・口腔等との連携した作成を含む）	11
		経口維持加算のための計画の作成	12
		多職種との連絡調整	13
		記録・コンピュータ入力等	14
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15
	カンファレンス	カンファレンスへの参加	16
		カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17
		記録・コンピュータ入力等	18
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明（家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む）	19
	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務（リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	20
		看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務（特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	21
		栄養食事相談の実施	22
		他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告（申し送りを含める）・相談等	23
		栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24
		その他（ ）	25
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院時情報連携（病院訪問、連絡、計画作成等の全業務）	26
		退所先に関する情報収集	27
		在宅訪問によるアセスメント	28
		退所時栄養ケア計画の作成	29
		介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30
		本人・家族への説明や相談	31
		その他（ ）	32
	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成（アウトカム評価の実施も含む）	33
		施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告（アウトカム評価の報告も含む）	34
		LIFEへの栄養関連データの提供（入力）	35
		LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36
		その他（ ）	37
	通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38
		通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39
		通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40
		認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41
		それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42

給食に関する業務	献立作成	43
	調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44
	食事箋依頼・チェック、食札準備	45
	残食調査、満足度調査、検食	46
	委託会社との調整	47
	購入先の選定、契約、発注	48
	インシデント・アクシデント対応	49
	その他（ ）	50
衛生業務に関する	危害分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51
	温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	52
	実施（細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等）・帳票作成及び確認	53
研修	一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	54
	施設内での現任訓練（OJT等）	55
	自己学習（文献検索、研修会等への参加）	56
人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57
その他	強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	58
	上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59
	個人的業務停滞時間（コーヒープレイク、出勤・退出時刻の記録）	60
	移動時間（居宅訪問の移動を含む）	61
	昼休み・休み時間	62
	その他	63

大項目	中項目	小項目	コード	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	30	小計	
衛生 業務に 関する		機立作成	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		調理準備・調理・配膳・片付け等	42	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
		食事箋依頼・チェック、食料準備	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
		残食調査、満足度調査、検食	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
		委託会社との調整	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
研修		購入先の選定、契約、発注	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
		インシテント・アクシテント対応	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		その他（ ）	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		危害分析・改善措置・無許的処理・事故予防の啓発業務等	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等、 実施（細則検査、保存食管理、施設設備管理の点検等）・献立 作成及び確認	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務		一般、地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		施設内での場内訓練（OJT等）	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		自己学習（文献検索、研修会等への参加）	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計 画・面談等	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュー タ等の待ち時間）	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他		上記以外のスタッフミーティング・連絡調整	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		個人的業務停滞時間（コピー・ブレイク、出勤・退出時 刻の記録）	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		移動時間	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		昼休み・休 息	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		（0）となつている時間帯は、入力 漏れです。その時間帯に何の業務を 行っていたか短い出し、該当する小 項目欄に「1」を入力してください	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10分毎に施設内での業務は「1」、通所系訪問等での業務の場合は「9」

重複しています！どちらかを選択して下さい。

※業務開始から、終了まで全ての列に業務内容がチェックされているか確認してください。最下段の全てのセルに「1」または「9」が自動入力されていることを確認してください。（入力箇所は線になります）

※例えば、「0」になっている場合は、その時間帯が空欄ということですが、休憩も含め、全ての業務時間を項目で振り分けてください。

※また、「2」以上になっている場合は、業務が重なっていることをあらわします。二つの業務を同時にこなしている場合は、重きを置く業務を選択してください。

「0」となっている時間帯は、入力漏れです。その時間帯に何の業務を行っていたか短い出し、該当する小項目欄に「1」を入力してください

「2」以上になっている場合は、重複して入力されています。重きを置く業務を選び、その他は削除してください。

自動的に数字が入ります。ここが、全番「1」になっていれば、重複したり、入力漏れていないことがわかります。必ず確認してください。

ここには入力しないで下さい。自動計算になります。ここが、TRUEならば、本シートの合計と、本シートの業務時間が合致します。違っていたらFALSEと出るので、確認してください。

本シート中の業務時間 8 : 30 ~ 17 : 30
本シート内での業務時間を口径の中に入力してください。（例 9 : 00 18 : 00）

調査日
施設ID
個人ID

FALSE

54

令和3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）
「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける
栄養ケア・マネジメントの実務の手引き（初版）

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

令和4（2022）年3月

目次

1. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント手順書の作成のために (フォーマット付) …… (4) 142	
1. 1 なぜ、手順書を作成するのか? …… (4) 142	
1. 2 手順書の作成にあたって …… (4) 142	
1. 3 手順書の作成のためのフォーマットについて …… (5) 143	
1. 4 介護老人保健施設(栄養マネジメント強化加算算定)の手順書の例 … (15) 153	
2. 栄養マネジメント強化加算の算定のためのポイント(先進的取組施設の事例付) …… (19) 157	
2. 1 管理栄養士増員のための提言と書類作成 …… (19) 157	
2. 2 体重の変動に対応したエネルギー・バランスの考え方 …… (21) 159	
2. 3 ミールラウンドの実際 …… (24) 162	
2. 4 看取りのための対応 …… (29) 167	
2. 5 多職種連携の強化 …… (36) 174	
2. 6 業務時間調査からの業務の効率化について …… (38) 176	
2. 7 評価とフィードバック …… (42) 180	
3. 病院・居宅との管理栄養士間の連携「管管連携」 …… (47) 185	
4. 人材確保 …… (49) 187	
5. 人材育成 …… (51) 189	
6. 取組みの事例 …… (53) 191	
7. 通所サービスへの展開のために …… (56) 194	
7. 1 利用者・家族及び事業所職員への啓発活動 …… (56) 194	
7. 2 在宅の食事内容・食習慣の課題把握の方法 …… (67) 205	
7. 3 栄養改善加算・栄養アセスメント加算について …… (74) 212	
7. 4 介護支援専門員等との連携のために …… (80) 218	
7. 5 取組みの事例 …… (82) 220	
8. 認知症グループホーム：取組みのための体制づくり、手順と事例 …… (85) 223	

委員名簿

はじめに

本手引きは、令和3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）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」（日本健康・栄養システム学会・代表理事 三浦公嗣、以下「令和3年度調査研究事業」という）における施設の実態調査、業務時間調査及びインタビュー調査から整理された課題に対応するために作成されました。介護保険施設の栄養ケア・マネジメントの推進に際して直面している課題から、本手引きの目次を構成し、これらの課題解決のための考え方やその方法及び先進的な取り組みをしている施設の事例について解説を致しました。

介護保険施設等の管理栄養士等に、令和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントの実務の推進とその質の向上に、本手引書を活用して頂けることを願っております。また、今後、日本健康・栄養システム学会において、ホームページに掲載するとともに、学会主催の研修会を開催させていただきます。

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

令和3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）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」研究委員会

1. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント手順書の作成のために

(フォーマット付)

POINT

栄養ケア・マネジメントの質の確保と向上のためには、自施設等の栄養ケア・マネジメントの理念、体制、そして実務の手順を明確に記載した手順書を作成しておくことが必要です。手順書は、管理者や関連職種とも共有化します。また、サービス評価や継続的品質改善活動は、手順書に記載された現状の体制や実際の手順上の問題を明確にして、問題解決を図ります。そして、新人の人材育成にも手順書を活用しましょう。

1. 1 なぜ、手順書を作成するのか？

令和 3 年度介護報酬改定においては、介護保険施設で行われていた栄養マネジメント加算が施設基準に組み込まれ、新設された「栄養マネジメント強化加算」によって、栄養ケアに関わる体制（管理栄養士の配置）の充実や食事の観察（ミールラウンド）等による丁寧な栄養ケアの実践が求められています。

当該加算の算定の有無にかかわらず、栄養ケア・マネジメントの体制を充実させ、栄養ケア・マネジメントの質の向上をはかるためには、PDCA サイクルによる実務のマネジメントが必須になります。この実務のマネジメントを行には、体制や実務の手順を明確にした手順書が作成されていることが必要です。サービスの評価と継続的品質改善活動は、手順書に記載されている現状の問題を把握し、問題解決を図ることになります。サービス評価と継続的品質改善活動によって、現状の手順書は見直され、修正や加筆が行われることになります。

しかし、「令和 3 年度調査研究事業」における施設実態調査の結果からは、栄養ケア・マネジメントの業務手順を文書で定めていると回答した施設は、特養・老健ともに半数に至りませんでした。

一方、栄養ケア・マネジメントの実務を複数の管理栄養士が担う場合には、施設の手順書を用いて、それぞれの管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの実務の質を確保することが必要です。新人の管理栄養士は、各施設の栄養ケア・マネジメントの体制や実務の基本については、手順書を通じて理解することができます。さらに、経験のある管理栄養士の日々の実務を見て、考え方や判断の根拠について学び、指導・助言を得て、自らが実務を担えるようになっていきます。

1. 2 手順書の作成にあたって

各施設の管理栄養士による栄養ケア・マネジメントの手順書の作成を容易にするために、フォーマットを用いて作成できるようにしました。このフォーマットは、栄養マネ

ジメント強化加算を算定の有無にかかわらずに活用することができます。栄養マネジメント強化加算についての算定要件に対応したポイントは以下のとおりですので、栄養マネジメント強化加算を算定している場合には、手順書に挿入してください。

【栄養マネジメント強化加算 算定要件】

1. 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70）で除して得た数以上配置すること。
2. 低栄養状態のリスクが高い入所者（低栄養状態リスクが中・高リスク）に対し、
 - ①医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週 3 回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。
 - ②入所者が退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。
3. 低栄養状態のリスクが低い入所者（低栄養状態リスクが低リスク）にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。
4. 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養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。（L I F E へのデータ提出とフィードバックの活用）

1. 3 手順書の作成のためのフォーマットについて

以下が手順書作成のためのフォーマットです。このフォーマットを用いて、あなたの施設の特性や実務の手順を加筆して作成していきます。1. 4には、手順書の事例がありますのでご参照ください。

.....
介護保険施設<あなたの施設の名称>における栄養ケア・マネジメントの手順書

栄養科

管理栄養士 ○○○○、○○○・

(1) 理念

はじめに、あなたの施設における栄養ケア・マネジメントの理念を書きましょう。

理念は、貴施設における栄養ケア・マネジメントの実務の基盤になります。栄養ケア計画の目標の設定や実務における判断の基準（プリンシプル）になります。例のように施設の理念を記載したうえで、それに則した栄養部門の理念を示すことが適切です。

(例) 施設の理念：いつまでも楽しいひと時を

栄養部の理念：食事を通して豊かな生活を

(2) 施設概要

次は、施設概要を書きましょう。

施設名称：介護保健施設 ○○○○

所在地：

管理者：

入所者定員：○名（内訳：本入所○名、ショートステイ○名）

併設通所定員：○名（登録者数○名）

フローア別人数：○階○名（従来型）、○階○名（ユニット型）

栄養管理部門組織：人数：管理栄養士○名、その他職種○名、責任者：○○（役職 ○○）、連絡先：TEL○○○、FAX○○○

給食管理部門：委託：委託会社名、責任者氏名、連絡先、委託内容：、職員数：常勤○名、非常勤○名、管理栄養士：常勤○名、非常勤○名、調理師・調理員：常勤○名、非常勤○名、調理補助：常勤○名、非常勤○名

(3) 栄養管理体制

栄養ケア・マネジメントの実施：有・無

加算算定：栄養マネジメント強化加算、療養食加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ・Ⅱ）、再入所時栄養連携加算、その他（ ）

電子カルテ：有（電子カルテの名称）・無

管理栄養士 A：氏名、担当フロア（担当利用者数）、担当ケアマネの氏名

管理栄養士 B：氏名、担当フロア（担当利用者数）、担当ケアマネの氏名

<栄養管理に関わる日付・期間>

仮プランの期間設定：1 か月

スクリーニングの頻度：3 か月に 1 回（入所時は入所後 1 週間以内に実施）

アセスメント：本プラン作成までに行う。カンファレンスの前後で行うことが望ましい。

本プランの期間設定：3 か月

モニタリング：低リスク 3 か月毎、中リスク 1 か月毎、高リスク 2 週間毎

回診日：毎週○曜日

カンファレンス：毎週○曜日○時～、会議室

ミールラウンド：毎日

給食委員会：毎月第○○曜日、会議室

○○委員会：毎月第○○曜日、会議室

栄養関連加算の算定一覧提出日、提出先：月初 5 日まで、経理まで

<提供可能な食事の情報>

栄養量：普通量 1700kcal、1400kcal、2000kcal

食事形態

主食：米飯、軟飯、全粥、ペースト粥

副食：○種類（常菜、軟菜、ソフト食、ペースト食）

療養食：心臓病食、腎臓病食、糖尿病食

※詳細は食事せん規約参照

提供可能な栄養補助食品（企業名）

（例）○○高エネルギーゼリー（企業名）

経管栄養剤（企業名）

（例）ラクフィア 1.0（○○（株））、ラクフィア 1.5（○○株）

（4）連携体制について

施設内：主要な連携職種の氏名、職名、役職、連絡先

例：施設責任者、医師、看護師、介護部責任者、ケアマネ、リハビリ、歯科等

施設外の主要な連携組織（病院、介護支援センター等の名称、担当者氏名、役職、連絡先など）備考が必要であれば付記

（5）栄養ケア・マネジメントの実務について

栄養ケア・マネジメントの実務においては、入所者の状況やサービス提供時の経過情報など、多くの情報収集が必要です。入所時の栄養スクリーニング・栄養アセスメント・モニタリングを速やかに行い、栄養ケア計画の作成し、栄養ケアの実践につなげます。

手順のフロー図（1. 4参照のこと）を作成して、担当者等も記載してください。

<栄養スクリーニング>

入所者の栄養スクリーニングには、基本情報に加え、血液検査の結果や食事摂取量、身体機能の状態等について、医師、看護師、介護職、リハビリテーション・機能訓練、口腔等の複数部門の専門職が作成・管理している次のような情報が必要となります。

栄養スクリーニングの項目別に管理栄養士が担当する部分、他職種が担当する計測等、あるいは転記する既存記録の名称などを記載しておきます。

- ・基本情報：要介護度、病名・既往歴、本人・家族の意向、家族構成とキーパーソン等
- ・低栄養状態のリスク判定基準：身長、体重、BMI、体重減少率、血清アルブミン値の有無、褥瘡の有無、栄養補給法、食事摂取量、栄養補給の状況等
- ・介護支援専門員、医療機関等の医師・看護師・管理栄養士等からの入所前情報、入所

時の施設医師の所見、本人・家族からの聞き取りも栄養ケアにつながります。

資料 1.3-1 の栄養スクリーニングに活用する情報の記入例をご参照ください。

<栄養アセスメント>

栄養スクリーニングの次に、栄養アセスメントを行い、低栄養状態リスクが中・高リスクの原因を分析し、解決すべき栄養課題を明確にし、栄養ケア計画を作成していきます。

・食生活状況等について：栄養補給の状況、摂取栄養量、必要栄養量（エネルギー・たんぱく質）、嚥下調整食の必要性、食事の形態（コード）、とろみの濃度、食事の留意事項、本人の意欲、食欲・食事の満足度、食事に関する意識

・多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）：口腔関係、褥瘡、生活機能関係、消化器関係、水分関係、代謝関係等

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリングの記入欄一体となっています。

資料 1.3-2 の栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリングの記入例をご参照ください。

なお、下記の（参考）は、実際のアセスメント時に活用している情報収集、観察のポイント一覧です。このポイント一覧をもとにアセスメントを行いながらメモをし、その後、資料 1.3-2 のように帳票に記載するとよいでしょう。

（参考）食生活、摂食・嚥下機能に関するアセスメントのポイント（千春会より）

● 食生活の把握	● 食の問題を見つける視点	● 摂食・嚥下機能の把握	● 食べる力が低下しているサイン
・食事回数	・食事量の比較	・食べるスピードが遅くなり、食べる量が減っている	・食べるスピードが遅くなり、食べる量が減っている
・食事内容	（主食・副食・補食）	・せきの力が弱い	・せきの力が弱い
・間食や飲酒	・味付けの比較	・口の中に食べ物をため込んでいる	・口の中に食べ物をため込んでいる
・嗜好や偏食	（塩分、好みの味、苦手な味）	・よくむせる	・よくむせる
・食生活環境（同居者、食品の買い物担当、調理者）		・液体にむせやすい	・液体にむせやすい
・口腔内の状況（義歯・口腔環境）		・うがいがうまくできない	・うがいがうまくできない
・食欲の変化	・体重の変化	・口からよくごぼす	・口からよくごぼす
・基礎疾患（食事制限）	・排便の状況	・痰がからみやすい	・痰がからみやすい
		・声がかすれる	・声がかすれる



<ミールラウンドについて（栄養アセスメントの一環として）>

ミールラウンドによって、摂食・嚥下機能の低下による問題や認知機能の低下による兆候や症状、身体状況や生活機能による食事摂取状況、食環境の問題がないかについて確認します。記録としても具体的に記載することが大事です。

ミールラウンドについては、2. 3 を参照して、あなたの施設において必要な事項を手順書に転記し、これを加筆・修正してください。

<栄養ケア計画書の作成（原案から完成版へ）>

栄養アセスメントに基づき、入所日に栄養ケア計画書（原案）を作成し、入所者および家族に栄養ケア計画の内容について説明し、同意を得ます。

入所後、ミールラウンドを適切に実施し（栄養マネジメント強化加算算定の要件は低栄養の高リスク者には週3回以上）、多職種でのカンファレンス実施後、2週間以内に完成版の栄養ケア計画書（資料 1.3-3）について入所者および家族に説明し、同意を得ます。その後、栄養ケア計画書を修正した場合には、同様に入所者及び家族に説明し、同意を得ることが必要です。

<栄養ケアの実施・チェックとその経過記録>

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングは、低栄養状態のリスクごとに実施する頻度が異なります。モニタリングの結果により栄養ケア計画を見直すタイミングとなります。

- ・低リスク…モニタリング期間3か月毎
- ・中リスク…モニタリング期間1か月毎
- ・高リスク…モニタリング期間2週間毎など必要に応じて行う

栄養ケアの実施・チェックとして、食事摂取量、食事内容の変更、栄養食事相談の実施内容等の経過記録が重要となります。

ミールラウンドの結果が記録された資料 2.3-2 のミールラウンドの記録（記入例：千春会）を活用し、他職種との情報共有することも可能となります。

体重の変動に対応したエネルギー・バランスの考え方、ミールラウンドの実際、多職種連携の強化については、**2. 2**以降に解説しましたので、必要な事項を転記してください。

<退所時の対応>

低栄養状態の中・高リスク者が退所し、在宅復帰となる場合には、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行います。また、医療機関・施設に入所（院）する場合には、入所中の栄養管理に関する情報提供を行います。

栄養情報提供書の記入項目例は、疾患名・既往歴、身長・体重・BMI、栄養管理方法、必要栄養量、栄養補給内容、食事内容（食種・食事形態・嚥下調整食コード）、食事摂取量、食物アレルギー等です。なお、資料 1.3-4 の栄養情報提供書の記入例をご参照ください。

<サービス評価と継続的な品質改善活動>

LIFE（科学的介護情報システム：Long-term care Information system For Evidence）に提供する栄養情報の入力手順（入力時期、入力担当者等）を記載してください。入所6か月及び12か月毎に、LIFEからの入所者のフィードバックデータを栄養ケア計画の経過とともに本人及び家族に説明します。詳細は**2. 7**を参照して、この手順を記載

してください。

また、同様に **2. 6** 及び **2. 7** を参照して、新規入所者の 3 か月後・6 か月後の低栄養リスクの改善・維持・悪化の割合や、食事摂取量や調整食レベルの改善状況、ADL、IADL、入院率や在宅退所率などとの関係など、サービス評価をどのように行うのか、また、手順書に記載された体制や実務において「できているところ」「できていないところ」についても振りかえりを行うことを記載してください。栄養ケア・マネジメントの体制や実務上の改善すべき課題や、そのための継続的な改善計画を作成すること、当該計画の多職種への説明や討論をいつ行うかなどの、取組み方について記載してください。

なお、手順書には、あなたの施設での事例を記載した帳票類を資料として挿入しましょう。

.....

資料 1.3-1 栄養スクリーニングに活用する情報（記入例：千春会）

基本情報					
〇 〇 〇 〇様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	80 歳	要介護 2	管理栄養士〇〇	〇年 〇月 〇日
病名・既往歴 ・自宅での転倒により、腰椎圧迫骨折で入院 ・入院中に誤嚥性肺炎を発症					
特記事項等 浮腫（+） 上下総義歯あるが不安定					
入所者 家族の意向 ・形のあるものを食べたい ・家での生活に戻りたい				家族構成とキーパーソン 本人一長女 ・独居 ・近くに住む長女が介護	
低栄養状態のリスク（状況）					
身長	143	cm	体重	57.0	kg
BMI	27.9		kg/m ²		
3%以上の体重減少率	kg/1 ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（		kg/1 ヶ月）	
3%以上の体重減少率	kg/3 ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（		kg/3 ヶ月）	
3%以上の体重減少率	kg/6 ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（		kg/6 ヶ月）	
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（3.0g/dl）		褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	
栄養補給法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法				
栄養補給の状況	食事摂取量（割合）	全体	主食	主菜	副菜
		50%	50%	50%	50%
	その他（補助食品等）	特記事項			
	50 %	入院中の食事：粥ミキサー、ムース食、ゼリー（栄養補助食品）			
嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有：食事形態（コード） <input checked="" type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input checked="" type="checkbox"/> 1j <input checked="" type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
経腸栄養					
静脈栄養					
低栄養状態リスクレベル					
<input type="checkbox"/> 低リスク		<input checked="" type="checkbox"/> 中リスク		<input type="checkbox"/> 高リスク	

資料 1.3-2 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（記入例：千春会）

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	〇〇年 〇月 〇日	年齢	80 歳
氏名	〇〇〇〇様	要介護度	要介護2	病名・特記事項等	腰椎圧迫骨折 誤嚥性肺炎	記入者名	管理栄養士 〇〇
利用者	本人より：家の生活に慣れた 形のあるものを食べたい	作成年月日	3年 4月 1日	家族構成とキーパーソン（支援者）	本人 1人 長女 1人 孫 1人 近所に住む長女が介護		
(以下は、入所（入院）者の方の状態に於て作成。）							
実施日（記入者名）	3年4月1日（管理栄養士〇〇）	3年4月1日（管理栄養士〇〇）	3年4月7日（管理栄養士〇〇）	3年5月1日（管理栄養士〇〇）			
プロセス	スクリーニング	アセスメント	モニタリング	モニタリング			
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高			
身長	143 cm	143 cm	143 cm	143 cm			
体重 / BMI	57.0kg / 27.9kg/m ²	57.0kg / 27.9kg/m ²	57.0kg / 27.9kg/m ²	55.5kg / 27.1kg/m ²			
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()			
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()			
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()			
血清アルブミン値	□無 □有(3.0 g/dl)	□無 □有(3.0 g/dl)	□無 □有()	□無 □有()			
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有			
経口のみのみ	□経口のみのみ □一部経口	□経口のみのみ □一部経口	□経口のみのみ □一部経口	□経口のみのみ □一部経口			
栄養補給法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法			
その他							
食事摂取量（割合）	50%	50%	70%	100%			
主食の摂取量（割合）	主食 50%	主食 50%	主食 70%	主食 100%			
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 50% 副菜 50%	主菜 50% 副菜 50%	主菜 70% 副菜 70%	主菜 100% 副菜 100%			
その他（補助食品など）							
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	690kcal (11kcal/kg) 27g (0.4g/kg)	690kcal (11kcal/kg) 27g (0.4g/kg)	980kcal (17kcal/kg) 35g (0.6g/kg)	1400kcal (25kcal/kg) 50g (1.1g/kg)			
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	1200kcal (21kcal/kg) 45g (0.8g/kg)	1200kcal (21kcal/kg) 45g (0.8g/kg)	1400kcal (25kcal/kg) 50g (0.9g/kg)	1400kcal (25kcal/kg) 50g (1.1g/kg)			
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	1425kcal (25kcal/kg) 57g (1.0g/kg)						
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有			
食事の形態（コード）	嚥下調整食 2・1	嚥下調整食 2・1	嚥下調整食 2・2	嚥下調整食 2・2、3			
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い			
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有 (粥ミキサー ムース食)	□無 □有 (粥ミキサー ムース食)	□無 □有 (水切り粥 きざみとろみ食)	□無 □有 (水切り粥 粗きざみ食)			
本人の意欲	あまりよくない	あまりよくない	まあよい	まあよい			
食欲・食事の満足感	ややない	ややない	ややある	ふつう			
食事に対する意識	ややない	ややない	ややある	ふつう			
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連課題）	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下			
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□			
食事に集中することができない	□	□	□	□			
食事に傾倒や意識混乱がある	□	□	□	□			
嚥下（嚥下）のない状態で食事をしている	□	□	□	□			
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□			
固形の食べ物を咀嚼しやくむせる	□	□	□	□			
食後、頬の内側や口腔内に残量がある	□	□	□	□			
水分でむせる	□	□	□	□			
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□			
その他、気が付いた点	嚥下が不安定	嚥下が不安定	嚥下安定	嚥下安定			
嚥下・生活機能関係	□嚥下（嚥下） □生活機能低下 □嚥下・嚥下 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水						
消化器管関係	□嚥下 □脱水	□嚥下 □脱水	□嚥下 □脱水	□嚥下 □脱水			
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱			
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症			
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響			
特記事項	・言語聴覚士による嚥下評価依頼	・嚥下食への拒否あり ・嚥下の不安定あり ・歯科医師への嚥下調整の依頼	・嚥下の調整、咀嚼機能の評価 →食事形態のアップ	・リハビリによる運動量増加 →浮腫改善 →食への意欲あり →自宅に近い食事形態へのアップ			
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持			
計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有			
経口維持加算	□水飲みテスト □嚥下調整食 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の評価 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ）	□水飲みテスト □嚥下調整食 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の評価 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ）	□水飲みテスト □嚥下調整食 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の評価 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ）	□水飲みテスト □嚥下調整食 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の評価 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ）			
検査結果や観察等を通じて把握した課題の所在	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能			
参加者	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員			
実施日	3年4月1日	3年4月1日	3年4月7日	3年5月1日			
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更			
②食事の周回環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更			
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更			
④口腔ケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更			
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更			
特記事項							
※経口維持加算（II）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること							
★ブルダウ ¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング							
★ブルダウ ² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1k、0t、0）							
★ブルダウ ³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない							
★ブルダウ ⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない							
注1） スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。							
注2） 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。							

資料 1.3-3 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔機能に係る実施計画書
(記入例：千春会)

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設）（様式例）

氏名：	○ ○ ○ ○ 様			初回作成日：	3年 4月 1日
作成者：	理学療法士 ○○○○	管理栄養士 ○○○○	歯科衛生士 ○○○○	作成（変更）日：	年 月 日
利用者及び家族の意向	(ご本人) 家の生活に戻りたい、形のあるものを食べたい (ご家族) 体調を崩すことなく過ごし、リハビリをしてほしい				説明日 3年 4月 1日
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行*1・維持*2	口腔		
解決すべき課題 (ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活に向けた身体機能の維持・向上を図る 日常生活動作の維持・向上を図る 入所生活を安心して穏やかに過ごしてもらう 	低栄養状態のリスク (□低 □中 □高) <ul style="list-style-type: none"> 食事摂取量の改善 摂食・嚥下機能に合わせた食事形態の調整 	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□ 歯の汚れ <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input checked="" type="checkbox"/> 舌苔 <input checked="" type="checkbox"/> 口臭) <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (<input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし □ 舌の動きが悪い □ むせ □ 痰がらみ <input checked="" type="checkbox"/> 口腔乾燥) □ 歯の本数 (○) 本 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (□ 虫歯 □ 歯の破折 □ 修復物脱離) <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の問題 (<input checked="" type="checkbox"/> 不適合 □ 破損) <input type="checkbox"/> 歯周病 □ 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)		
長期目標・期間	(心身機能) <ul style="list-style-type: none"> 安心して楽しみのある生活を送ることができる (活動) 身体機能の維持・向上を図ることができる (参加) 住み慣れた地域で継続して生活ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 食事を楽しく、食べてもらい栄養状態の改善を図る 在宅生活ができるよう、食べやすい食事形態を提案する 	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input checked="" type="checkbox"/> 予防、□ 重症化予防) <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生 (□ 自立、 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□ 維持、 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 (□ 維持、 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 (□ 維持、 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (訪問歯科による義歯調整)		
短期目標・期間	(心身機能) <ul style="list-style-type: none"> 安心して楽しみのある生活を送ることができる (活動) 日常生活動作を実施することができる→座位、排泄、更衣等 (参加) 入所生活に慣れ、穏やかに過ごす 	<ul style="list-style-type: none"> 食事摂取量が改善・維持 食事時の観察を行い、食べやすい食事形態の調整を行う 誤嚥性肺炎の予防 	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (訪問歯科による義歯調整、ミールラウンドへの参加)		
具体的なケア内容	<ul style="list-style-type: none"> 基本動作訓練 筋力向上訓練 下肢関節可動域訓練 日常生活動作訓練 認知機能低下予防訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 食事、水分摂取量の把握 食事摂取状況の確認 摂食・嚥下機能の把握 適正な食事形態の調整 体重変化の把握 	<input type="checkbox"/> 口腔4回程度 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔2回程度 □ 口腔1回程度 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (訪問歯科による義歯調整)		
算定加算等	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント (介護老人保健施設) □ 個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 □ 作業療法 □ 言語聴覚療法 □ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 (介護医療院)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 □ 経口移行加算*1 <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算*2 (<input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II) □ 療養食加算				
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (I) <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (II)				

資料 1.3-4 栄養情報提供書（記入例：千春会）

栄養情報提供書

3 年 7 月 〇 日

氏名： 〇 〇 〇 〇 様 年齢： 80 歳 性別： 男 ・ 女

疾患名： 腰椎圧迫骨折

既往歴（摂食・嚥下に関するもの）： 脳血管疾患 ・ 神経疾患 ・ 誤嚥性肺炎 ・ 認知症

身長： 143 cm 体重： 54.1 kg BMI： 26.5 kg/m² 標準体重： 45.0 kg

[栄養管理]
 栄養補給方法： 経口 ・ 経腸（経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻） ・ 静脈栄養（中心静脈 ・ 末梢静脈）

必要栄養量
 エネルギー： 1358 kcal/day タンパク質： 55 g/day 水分： 1300 ml/day

栄養補給内容
 エネルギー： 1600 kcal/day タンパク質： 60 g/day 水分： 1000 ml/day

[食事内容]
 食種： 一般 食 栄養補助食品： 無 ・ 有（ _____ ）

食事形態

嚥下食ピラミッド

食事摂取量
 主食： 10 割
 副食： 10 割
 補食： 一 割

嚥下調整食※ 不要 必要（コード 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4）
※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食学会分類2021

[水分のとりみ]
 不要 ・ 必要 増粘剤は、トロメイクSPを水400mlに対し 3g ・ 7g 使用
※3g:ポタージュ状 7g:ケチャップ状

[食物アレルギー]
 無 ・ 有（ _____ ）

[備考] 医療法人社団 千春会
 ・ 自宅で準備しやすい、おにぎり、パン、めん類の摂取可能です。介護老人保健施設 春風
 ・ 小規模多機能居宅介護での食事での観察も継続していきます。Tel 075-954-2175
 管理栄養士 〇 〇

栄養C018-2021.7.9

1.4 介護老人保健施設（栄養マネジメント強化加算算定）の手順書の例

（介護老人保健施設リハパーク舞岡）

（１）理念

- ① ご利用者様の自己実現に向け、多職種協働で栄養ケアを実施します。
- ② ご利用者様の「食べる楽しみ」を優先した栄養ケアを実施します。
- ③ 栄養ケアを通し、ご利用者様の機能回復・機能維持に貢献します。

（２）施設概要

施設名称：介護保健施設 リハパーク舞岡

所在地：〒244-0813 神奈川県横浜市戸塚区舞岡町 3048-4

管理者：施設長 本田守弘

入所者定員：100名（内訳：本入所 100名、ショートステイ 空床利用）

併設通所定員：45名（登録者数 100名）

フローアール人数：完全ユニット型個室 1ユニット 10名、10ユニット

<栄養管理部門>

人数：管理栄養士 2名

責任者：苅部康子（役職 課長）

連絡先：TEL045-825-3388、FAX045-825-3133

<給食管理部門>

・委託（株式会社グリーンヘルスケアサービス 責任者氏名〇〇

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇）

管理栄養士 氏名〇〇〇 役職 所長

連絡先等 〇〇〇-〇〇〇〇

<内訳>

管理栄養士・栄養士：常勤 2名、非常勤 4名

調理師・調理員：常勤 1名、非常勤 2名

調理補助：非常勤 20名

（３）栄養管理体制

栄養ケア・マネジメントの実施：有

加算算定：栄養マネジメント強化加算、療養食加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ・Ⅱ）、再入所時栄養連携加算、その他（栄養アセスメント加算、栄養改善加算）

電子カルテ：有

管理栄養士 A

担当フロア（1CD、2ABCD ユニット 60名）

担当ケアマネ：〇〇

管理栄養士 B

担当フロア（3ABCD 40名）

担当ケアマネ：〇〇

<栄養管理に関わる日付・期間>

仮プランの期間設定：2週間

スクリーニングの頻度：3か月に1回（入所時は入所後1週間以内に実施）

アセスメント：本プラン作成までに行う。カンファレンスの前後で行うことが望ましい。

本プランの期間設定：3か月

モニタリング：低リスク3か月毎、中リスク1か月毎、高リスク2週間毎

回診日：第1・第3火曜日

カンファレンス：月水木金曜日 13時～14時、研修室

ミールラウンド：毎日

栄養委員会：毎月第3火曜日、研修室

口腔ケア委員会：毎月第3火曜日、研修室

栄養関連加算の算定一覧提出日、提出先：月初5日まで、事務課まで

<提供可能な食事の情報>

栄養量：普通量 1600kcal、ソフト食 1400kcal、ムース・ミキサー食 1200kcal

※詳細は約束食事せん参照

食事形態：日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類に準ずる

主食：米飯、軟飯、全粥、ミキサー粥、ゼリー粥

副食：4種類（常菜、ソフト食、ムース食、ミキサー食）

療養食：心臓病食、腎臓病食、糖尿病食

※詳細は食事せん規約参照

提供可能な栄養補助食

メイバランス、一挙千菜、高エネルギーゼリー

経管栄養剤

アイソカル 2K、PG ソフト EJ、明治インスロー

（4）連携体制について

施設内 医師（〇〇〇〇）

連絡先 ×××-××××-××××

看護課長（〇〇〇〇）

連絡先 ×××-××××-××××

栄養マネジメント強化加算算定の手順（老健）

1/2

版：1

発効日：2021/06/01

栄養マネジメント強化加算算定の手順

工程	担当者	手順	備考（参照文書、記録等）
<p>暫定栄養ケア計画の作成</p> <p>↓</p> <p>入所時対応</p>	<p>管理栄養士 相談員</p> <p>管理栄養士 介護支援専門員 (医師・看護・介護・リハビリの担当者)</p>	<p>入所判定会資料に基づき、情報収集を行い、入所迄に暫定栄養ケア計画書を作成する。 入所判定会で、情報が不足している場合は、相談員へ確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所時前医からの情報で確認事項があれば、相談員経由で前医またはご家族へ確認する。 暫定栄養ケア計画書は、栄養ケア計画書利用者実施承認までを、使用範囲とする。 入所時に暫定栄養ケア計画書をご家族に説明、同意してもらう。医師・看護・介護・リハビリ職員へ暫定栄養ケア計画書の説明を行い、本プランへ移行する。 暫定栄養ケア計画書に同意が頂けなかった場合は、ご家族の意見を取り入れ再度作成して、同意を得る。 	<p>入所判定会資料 暫定栄養ケア計画書</p> <p>前医からの情報提供書 暫定栄養ケア計画書</p>
<p>↓</p> <p>栄養スクリーニング書の依頼</p> <p>↓</p> <p>栄養スクリーニング</p>	<p>管理栄養士 (医師・看護・介護・リハビリの担当者)</p> <p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> 原則、入所より一週間以内に栄養スクリーニングが実施できるよう、協力を依頼する。 栄養状態のリスクを判別。(身長・体重・BMI・体重減少率・アルブミン・食事摂取量等総合的に) 	<p>栄養スクリーニング書</p> <p>栄養スクリーニング書</p>
<p>↓</p> <p>栄養アセスメントの準備</p> <p>↓</p> <p>栄養アセスメント実施</p>	<p>管理栄養士 (医師・看護・介護・リハビリの担当者)</p> <p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> リスクに応じ、医師・看護師・介護・リハビリの担当者に栄養アセスメント実施の協力を依頼する。 	<p>栄養アセスメント書</p> <p>栄養アセスメント書</p>
<p>↓</p> <p>栄養ケア計画書作成</p> <p>↓</p> <p>栄養ケア計画書</p>	<p>管理栄養士</p> <p>管理栄養士 介護支援専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> 栄養アセスメント書を基に、ご利用者の課題について把握し、高リスク・中リスクに応じ、栄養アセスメントを実施。 栄養ケア計画書を作成する。 	<p>栄養ケア計画書</p> <p>栄養ケア計画書</p>
<p>↓</p> <p>サービス提供の開始</p> <p>↓</p> <p>ミールラウンドの実施</p> <p>↓</p>	<p>全部署</p> <p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者同意後すみやかにサービス提供を行う。 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施する。 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応する。 	<p>ミールラウンド実施記録</p>

社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設リハパーク舞岡

2. 栄養マネジメント強化加算の算定のためのポイント（先進的取組施設の事例付）

POINT

栄養マネジメント強化加算の算定については、まず、管理栄養士の適切な配置体制が必要です。そのためには人材採用や育成が必須です。さらに、栄養ケア・マネジメントにおいて強化された頻回なミールラウンドの取組み、効果をあげるためのエネルギー・バランスの考え方、多職種連携した支援のポイントを解説しました。

2. 1 管理栄養士増員のための提言と書類作成

POINT

管理栄養士を増員するためには、栄養マネジメント強化加算を算定した場合と算定しない場合の収入の見積もりを示し、管理者等と相談しましょう。このとき、栄養マネジメント加算が基本サービスに包括されているので、施設として常勤管理栄養士が配置されていることが要件であることに留意しましょう。

栄養マネジメント強化加算の算定のためには 50 床に 1 名（常勤管理栄養士がいる場合は 70 床に 1 名）の管理栄養士の配置が必須とされ、多くの施設では管理栄養士の増員が必要となりました。しかし、一部の施設においては経営者からの理解が得られない等により管理栄養士の採用に踏み切れず、加算算定や適切な支援を行えないケースがあるようです。実際には、栄養マネジメント加算が基本サービスに包括されたことや、栄養マネジメント強化加算が算定できないことによる減収額を説明することで、増員につながるケースもあるようですが、管理栄養士から適切な提案が行われていないこともあります。

管理栄養士増員のため、栄養部門の加算算定の見積もりを試算・提示することで、当該加算の算定によって管理栄養士の人件費をまかなえること、また算定しない場合の減収を示すための資料として資料 2.1-1 に算出例を示します。この加算算定見積もりからわかる通り、栄養マネジメント強化加算の算定ありで常勤管理栄養士 2 名の場合は、年間約 640 万円の加算算定が見込めるところ、栄養マネジメント強化加算の算定なしで常勤管理栄養士 1 名の場合は 1/3 以下の約 190 万円の加算算定しかできないこととなります。また、1 名配置では栄養マネジメント強化加算を算定できないだけでなく、通常の栄養管理の業務に追われることになるため、経口維持加算の算定件数も減る可能性も考えられます。

もちろん、常勤管理栄養士 2 名配置で約 640 万円の収入では、管理栄養士 2 名分の人件費には満たないかもしれませんが、基本サービスに包括された以前の栄養マネジメント加算の収入を考慮することで栄養マネジメント強化加算を算定する意義につい

てご理解いただけます。

他にも施設の状況によって複合的な要因も考えられるため、一概にこの加算算定の見積もりだけで増員につなげることは難しいかもしれませんが、収益が予測不明のために増員の判断を鈍らせている場合には、このようなアピールも栄養ケア・マネジメントの実務を担う管理栄養士に必要なスキルの一つになります。

資料 2.1-1 栄養マネジメント強化加算を算定した場合の収入の見積もり（例）

常勤管理栄養士 2 名

<基本情報>			
施設名	介護老人福祉施設〇〇		
本入所（床）	100		
ショートステイ（床）	20		
栄養マネジメント強化加算の算定無	常勤管理栄養士 1 名		
ベッド総数（床）	120		
デイ定員（人）	20		
栄養管理 管理栄養士（人）	2 ※常勤換算数		
管理栄養士配置基準	2 ※本入所を50で除した数		
<栄養関連の加算算定額算出式>			
1ヶ月あたりの算定者数・件数・食数	単位数	算定目標を入力	金額（計算式）
栄養マネジメント強化加算（人）	11	100	¥330,000
療養食加算（本入所）（人）	6	20	¥108,000
療養食加算（SS）（食）	8		¥0
経口維持加算Ⅰ（人）	400	20	¥80,000
経口維持加算Ⅱ（人）	100	20	¥20,000
経口移行加算（人）	28		¥0
再入所時栄養連携加算（件）	200		¥0
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（件）	20		¥0 ※通所 金額は6ヶ月の平均
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（件）	5		¥0 ※通所 金額は6ヶ月の平均
栄養アセスメント加算（人）	50		¥0 ※通所
栄養改善加算（件）	200		¥0 ※通所
栄養管理体制加算（人）	30		¥0 ※認知症グループホーム
			¥538,000 円/月
		加算のみで：	¥6,456,000 円/年
		基本サービスに包括化された栄養マネジメント加算：	¥5,040,000 円/年

常勤管理栄養士 1 名

<基本情報>			
施設名	介護老人福祉施設〇〇		
本入所（床）	100		
ショートステイ（床）	20		
認知症GH（床）	0		
ベッド総数（床）	120		
デイ定員（人）	20		
栄養管理 管理栄養士（人）	1 ※常勤換算数		
管理栄養士配置基準	2 ※本入所を50で除した数		
<栄養関連の加算算定額算出式>			
1ヶ月あたりの算定者数・件数・食数	単位数	算定目標を入力	金額（計算式）
栄養マネジメント強化加算（人）	11	0	¥0
療養食加算（本入所）（人）	6	20	¥108,000
療養食加算（SS）（食）	8		¥0
経口維持加算Ⅰ（人）	400	10	¥40,000
経口維持加算Ⅱ（人）	100	10	¥10,000
経口移行加算（人）	28		¥0
再入所時栄養連携加算（件）	200		¥0
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（件）	20		¥0 ※通所 金額は6ヶ月の平均
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（件）	5		¥0 ※通所 金額は6ヶ月の平均
栄養アセスメント加算（人）	50		¥0 ※通所
栄養改善加算（件）	200		¥0 ※通所
栄養管理体制加算（人）	30		¥0 ※認知症グループホーム
			¥158,000 円/月
		加算のみで：	¥1,896,000 円/年
		基本サービスに包括化された栄養マネジメント加算：	¥5,040,000 円/年

2. 2 体重の変動に対応したエネルギー・バランスの考え方

POINT

エネルギーのバランスが負の場合、体重減少がみられるようになります。リハビリテーションや生活の自立支援にあたって、アセスメントにおいて把握していないエネルギー消費はないでしょうか。多職種と協働してエネルギーの摂取と消費のバランスに問題がないかをアセスメントします。

【体重増加を目標とする場合】

低栄養状態の要介護高齢者において、徐脂肪体重や骨格筋量を増加させるためには、現状の栄養状態を維持するだけでなく、エネルギー蓄積量を加味した栄養管理が必要になります。

体重は 1.0 kg 増加のためには約 7,000kcal が必要なため、1 か月で 1.0 kg 増加を目標とする場合は、エネルギー蓄積量は 233kcal/日(7,000kcal÷30 日)と推定し、総エネルギー消費量にエネルギー蓄積量を加味して、エネルギー必要量を求めます。

- ・筋肉量を増やす場合：体重 1 kg あたり、たんぱく質 1.2～1.5 g
- ・筋肉量維持の場合：体重あたり、たんぱく質を 1.0 g が必要とされています。

低栄養状態の高齢者に積極的な機能訓練を付加して、さらなる体重減少を引き起こすことや、脂肪による体重増加には注意します。なお、必要栄養量の算定方法は、参考資料をご参照ください。

【見落としているエネルギー消費量はないか？】

エネルギー必要量を求める際には、エネルギー消費量を考慮します。機能訓練室でのリハビリテーション以外でも、自主的なトレーニング、趣味活動や頻回なトイレなどの日常生活の中でのエネルギー消費、さらに認知症のために歩き続けているなど、見落としているエネルギー消費量には注意が必要です。これらを考慮しないで対応していると、体重は減少し続け、低栄養状態の悪化を招きます。

なお、リハビリテーションにおいて用いられているメッツ (METs) によるエネルギー消費量の計算方法は、資料 2.2-1 のとおりです。

メッツによるエネルギー消費量の計算方法²⁾

メッツ×実施時間(時間)×体重(kg)×1.05＝エネルギー消費量(kcal)

例) 50 kg の利用者が 1 回 20 分 1.5 メッツ程度のリハビリを 1 日 2 回行った場合
1.5 メッツ×0.6×50 kg×1.05 = 47kcal/日となります。

【意図しない体重減少】

意図しない体重減少が認められた高齢者について、自主トレーニングに対するエネルギー消費量を考慮し、体重を回復させていきます。介護職と1日当たりの自主トレーニングを時間で割り出し、理学療法士にリハビリテーションによる身体活動のメッツの程度を確認し、エネルギー消費量を求めることができます（資料 2.2-1）。

例) 50kg の利用者の自主トレーニング（施設の中を歩く 1 日合計 90 分）実施の場合
 $2.0 \text{ メッツ} \times 1.5 \times 50 \text{ kg} \times 1.05 = 158 \text{ kcal/日}$ をエネルギー必要量に加味する必要があります。

資料 2.2-1 身体活動のメッツ (METs)

メッツ	身体活動
1.0	横になって静かにテレビを観る、睡眠
1.3	座って静かにする、立位で静かにする
1.5	座位: 会話をする、食事をする
1.8	トイレ: 座位、立位、しゃがんで排泄
2.0	整容、家の中を歩く、シャワーを浴びる

参考: 国立健康・栄養研究所. 改訂版 身体活動のメッツ (METs) 表. 2012.
<http://www0.nih.go.jp/eiken/programs/2011mets.pdf> (閲覧日 2022 年 3 月 22 日)

【摂取栄養量が目標栄養量に満たない場合の対応例】

- ・本人の好物は何か。本人だけでなく、家族や介助者等からの情報も収集します。例えば低エネルギー・低たんぱく質食品でも、食べることのきっかけになる場合もあるため栄養提供量にこだわらず、まずは嗜好を確認しましょう。
- ・ふりかけ、海苔の佃煮など、主食に味付けを行うことで、食べ始めて頂ける場合もあります。
- ・主食をパンやパン粥、麺類、おにぎりに変更します。パンが食べられる場合は、副食を挟みサンドイッチにするとエネルギーに加え、たんぱく質等の確保にもつながります。
- ・郷土料理によって食への興味が改善した事例もありますので、馴染みの味付けを確認します。
- ・悩み事、うつ状態の方には、食品数を減らしたり（どんぶりにして一皿で提供する等）、食事形態のレベルを一時的に下げることによって食べることへの負担を減らすようにします。食べられるようになったらもとに戻します。
- ・冷たい温度、温かい温度など、好みの温度で配膳します。

- 1日3食以外でも10時、15時など食間を活用し、頻回食、少量高栄養食の経口的栄養補助食品（Oral Nutrition Supplements：ONS）の提供を検討します。
- 「朝食はおいしく食べられた」などの発言や記録があれば、昼食や夕食より朝食で提供量を増やすことを検討します。例）朝食時にONSを付加する等。

【ONS 選定のためのポイント】

- その方の摂食嚥下機能評価に適しているか
- 慢性疾患に配慮しているか
- 日本人の食事摂取基準³⁾における許容範囲を超えていないか
- 食品アレルギーは問題ないか
- 必要栄養量に見合った量か

参考資料

- 1) 杉山みち子編. 栄養ケア・マネジメントの実装. 日本ヘルスケアテクノ, 2022.
- 2) 国立健康・栄養研究所. 改訂版 身体活動のメッツ (METs) 表. 2012. <http://www0.nih.go.jp/eiken/programs/2011mets.pdf> (閲覧日 2022年3月22日)
- 3) 厚生労働省. 日本人の食事摂取基準 (2020年版) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf> (閲覧日 2022年3月22日)

2. 3 ミールラウンドの実際

POINT

「ミールラウンドは、利用者の食事の場において、専門職が食事時の摂食嚥下や認知機能の低下に伴う兆候・症状、食行動、姿勢や環境、食事形態等及び食事介助の適切性について観察し、患者にニーズや嗜好について問いかけ、患者個別の低栄養のリスク要因を早期に把握し、問題解決をはかり食事摂取量の増大、体重改善や栄養サービスの質の継続的な品質改善に寄与できる」（Keller ら、2006）と定義されています。ここでは、ミールラウンドのポイントを解説します。

平成 27 年度介護報酬改定において見直された経口維持加算は、多職種による食事の観察「多職種によるミールラウンド」を導入して定着してきました。令和 3 年度介護報酬改定で新設された栄養マネジメント強化加算では、低栄養状態の中・高リスクの利用者に対して、管理栄養士によるミールラウンドを週 3 回以上実施することが求められています。ここでは、新人の管理栄養士であっても「はじめてのミールラウンド」が適切に行えるようにいくつかの事例を通して解説します。

【介護老人保健施設リハパーク舞岡の事例から】

初めてミールラウンドを経験する管理栄養士は、ミールラウンドにどのように取り組んで、どのように観察をすればよいのかわからないものです。観察項目が多くなると、問題が絞り込めず、時間だけが経過していきます。そこで、次のSTEP1、STEP2の手順でミールラウンドを行っています。ミールラウンドの観察項目を絞り込むことで、初めて取り組む管理栄養士でもスムーズに実践できるようになります。

STEP1: 「食事形態は適切か」の視点で

- ① 食事時間 30 分程度
- ② 食事前後のバイタルサイン（脈拍・血圧・呼吸・体温・意識レベル）が安定
- ③ 75%以上摂取できる
- ④ むせがない、飲み込みがスムーズ
- ⑤ 発熱、痰の増加など呼吸器感染所見がない
- ⑥ 口腔内に食物残渣がない

この 6 つの項目¹⁾により、現在の食事形態は適切か、食事形態のレベルを下げた方がよいのか、または段階的に食事形態を上げられるのかを観察します。観察した内容は必ず記録に残すようにします。

STEP2： STEP1 の6つの項目で課題がある場合の原因の把握

STEP1 で課題が把握された場合には、各項目ごとにミールラウンドにより食具や環境も含めて様々な視点から原因を追究します（資料 2.3-1）。

資料 2.3-1 食事が75%以上摂取できないという課題に対する対応例

観察から把握された原因	対応例
食べられない	握力の低下で食器が持てない； 自助具の選定、軽食器の活用、2回に分けて提供、動作のトレーニングなど 失行で手づかみ； 主食を食べやすい大きさのおにぎり等にするなど
食事の認識ができない	見えにくい； 食器の選定、配膳する位置の配慮、光や明るさの配慮 食事であることがわからない； 1品ずつ説明する、好物の提供など
量が多い	少量頻回食、嗜好品の提供、器の大きさの工夫 など
食べにくい	食事形態の調節、カトラリーの選定、姿勢の修正など

実際の栄養ケアとしての対応として、「食欲がない」という利用者においては、便秘の解消後、食事摂取量が改善できる事例もありました。家族に会えないので寂しいという方には、家族に面会後に安心して食事摂取できるようになりました。活動量の低下では、リハビリテーションの付加量や質を見直し、活動量を増やすことによって食事の意欲が回復しました。また、「かくれ脱水」を疑った方には、経口補水療法開始後に食事量が増加しました。

ミールラウンドによって観察された課題については、何が背景や原因なのかを観察して把握し、よく考え、管理栄養士同士やその他の職種の意見も聞きながら諦めずに背景や原因を追究していくことが、課題解決の方法に繋がる改善の鍵となります。

【ミールラウンドの工夫】

食事形態が適切かどうか観察だけでは難しい場合は、食事時の摂食嚥下機能の確認に咽喉マイク（以下の写真：機種：咽喉マイク/南豆無線電機 ENG-12jK 標準サイズ、録音機/ソニーICD-X31 メモリーカードレコーダー）を活用することができます。咽喉マイクは、要介護高齢者においても安全に検査が可能で、日常の食事の場面で簡便に実施できます。咽喉マイク導入後、誤嚥の有無、及び咽頭運動の開始と終了を特定することができます。摂食嚥下機能評価は、検査内容により至近距離で実施する項目があります。感染症流行期では特に飛沫曝露を避けなければなりません。感染対策の上でも、利用者と距離を保ち評価ができる咽喉マイクによる摂食嚥下機能の評価は、支援者側も安心して実施できます。

写真 咽喉マイク



参考資料

- 1) 金谷節子編著. ベッドサイドから在宅で使える嚥下食のすべて. 医歯薬出版株式会社. 2006.
- 2) 杉山みち子編. 栄養ケア・マネジメントの実装. 日本ヘルスケアテクノ, 2022.

【平成医療福祉グループの事例から】

ミールラウンドでのチェックポイントをマニュアルでまとめ、最低限その視点で食事のポイントを見逃さないようにしています。

記録はチェック表ではなく、電子カルテの記録に残すようにしています。それは記録を残すことで他職種に管理栄養士がミールラウンドをしていることをアピールすることやその内容からディスカッションを行って、高齢者への適切な栄養ケアにつなげるためです。実際に、現場の介護職員から管理栄養士の記録を見て、夜間の状況を共有してくれたり、記録の内容を参考に介助をしてくれたり、利用者への支援へ活かしているケースも増えています。

また日中のミールラウンドだけでは算定要件を満たすことができず、早番や遅番をする管理栄養士も出てきています。当初は要件である回数を満たすために始めていましたが、実際に朝食と夕食とでは、昼食とは様子が異なることに気が付き、栄養ケア計画変更につながった例もありました。

実務としては記録を毎回残すことや勤務時間を調整することは負担もありますが、実際により良い支援につながっているため、管理栄養士は積極的にミールラウンドに取り組み、また記録を残すことが重要です。

● ミールラウンドでの主な流れ

- ①環境設定の観察
- ②摂食動作の観察
- ③咀嚼・嚥下状況の観察
- ④お話を伺う
- ⑤摂取量の確認
- ⑥他部署に情報共有記録を残す

随時、介護士に日々の状況を確認する。
必要であれば、その場到他職種を呼び評価してもらう。

【千春会 介護老人保健施設の事例から】

ミールラウンドは、“入所時から速やかに”を基本とし行います。また、経口維持・経口移行を目標としている入所者には、多職種で構成している栄養ケアチーム（施設長・看護師・介護職・歯科衛生士・言語聴覚士・管理栄養士・介護相談員等）によって週1回、昼食時の回診としてミールラウンドを行い、経口栄養：食事内容、食事形態、栄養補給量の調整（栄養補助食品の追加等）、経管栄養：注入速度、体位の確認ができます。

ミールラウンドの記録は、入所日、実施日、確認項目（摂取量、本人の意欲、食欲・食事満足度、食事に関する意識、口腔関連の問題点）、ミールラウンド時に気付いた点、担当者を記載します。記録を残すことで、管理栄養士が栄養ケアの経過を見ることができます。特に、記録として充実したいのは「ミールラウンド時に気付いた点」です。管理栄養士だけでなく、介護とリハビリに関わる多職種がミールラウンド記録を見ることができ、食事摂取量の変化、体調の異変、食事時の介助等の留意点を共有することができます。また、ミールラウンドを実践することで、栄養・食事を通して入所者・家族に寄り添える、多職種との意見交換ができる、という管理栄養士のスキルアップにもつながります。（資料 2.3-2 のミールラウンド記録例をご参照ください。）

資料 2.3-2 ミールラウンドの記録（記入例：千春会）

ミールラウンド記録

入所者氏名： ○ ○ ○ ○ 様

入所日： ○年 4月 1日

実施日 確認項目	4/1 (月)	4/3 (水)	4/5 (金)	4/8 (月)	4/10 (水)	4/12 (金)	4/15 (月)
主食	10割	10割	10割	10割	10割	5割	10割
副食（主菜/副菜）	10/10 割	10/10 割	10/10 割	10/10 割	10/10 割	5/5 割	10/10 割
補助食	—	—	—	—	—	—	—
本人の意欲	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	1・2・3・④・5	①・2・3・4・5
食欲・食事満足感	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	1・2・3・④・5	①・2・3・4・5
食事に対する意識	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	①・2・3・4・5	1・2・3・④・5	①・2・3・4・5
安定した正しい姿勢 が自分で取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
食事に集中すること ができない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中に傾眠や意識 混濁がある	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯（義歯）のない状態 で食事している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
固形の食べ物咀嚼 中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食後、頬の内側や口腔 内に残渣がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分でむせる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中、食後に咳あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ミールラウンド時に 気が付いた点	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> NST 回診 食事前の水分ム セ(+), 空間認 識不明瞭	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> NST 回診 後半、介助要 嚥下反射遅くな る	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> NST 回診 前半から介助要 動作の工夫必要	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> NST 回診 スプーン握る と、動作補助で 摂取可能	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> NST 回診 後半、疲労感あ り、介助にて摂 取	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> NST 回診 傾眠、回診後に 介助にて摂取	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> NST 回診 空腹感の訴えあ り、食意良好
担当者	○○	○○	○○	○○	○○	○○	○○

・本人の意欲 1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない・食欲・食事満足感 1.大いにある 2.ややある 3.ふつう 4.ややない 5.全くない

・食事に対する意識 1.大いにある 2.ややある 3.ふつう 4.ややない 6.全くない

2. 4 看取りのための対応

POINT

看取りのためのチームに、管理栄養士が参加して栄養ケアに取り組むにあたり、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」やACP（アドバンス・ケア・プランニング）を理解しましょう。また、看取り期の食事と栄養ケアにおいては苦痛症状を理解して、本人・家族の意向を尊重して、本人の持てる力を活かした支援が求められます。

令和 3 年度介護報酬改定では看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、看取りへの対応に係る加算（看取り介護加算、ターミナルケア加算）又は基本報酬の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士が明記されました。今までも看取り期において、人生の最期を自分らしく送る中では食事は重要とされてきましたが、その支援のためには管理栄養士が必要であることが明確に評価されたのです。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」がターミナルケアに関わる要件として組み込まれたことも重要なことです。

管理栄養士がどのように看取りに関わっていくのか、事例も含めて紹介します。

【人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン】

人生の最終段階における医療・ケアについては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行うことが重要です。

厚生労働省では、人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定しています。

ガイドラインでは ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念が盛り込まれるようになりました。ACP とは将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスであり、本人の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標とします。厚生労働省では ACP を普及・啓発を進めるために「人生会議」という愛称をつけて進めています。

参考資料

・厚生労働省、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」, H30.3. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000197721.pdf>（閲覧日 2022 年 3 月 22 日）

・厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン 解説編」, H30.3. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (閲覧日 2022 年 3 月 22 日)

【看取り期の食事と栄養に関する苦痛症状】

人生の最終段階では、必要とするエネルギー量も減少します。身体が今までと同じ栄養量を必要としていないのに、無理に必要な栄養量の提供をすすめることは、かえって本人の苦痛につながってしまいます。本人の身体の声（反応）を聞き、従うことが、最期まで穏やかに過ごすために必要な支援となります。看取り期の食事と栄養に関する苦痛症状に対する栄養ケアについて、下記の資料 2.4-1 にまとめられています。

また、いかに苦痛症状を緩和できるかも看取り期の食事支援では重要となります。食事を摂取すること自体が、エネルギーを消耗する行為であるため、かえって体力の低下や誤嚥などにより苦痛を与えてしまう可能性もあります。本人にとって、どちらが穏やかに過ごせるのかを考えて、提供栄養量や栄養ケアの内容を調整することも重要な支援となります。

【本人の意向を尊重し、持てる力を活かす】

看取り期の支援は本人・家族の意向によりケアの方向性は決まります。それは食事支援も同じであり、その中で本人の持てる力を最期まで活かして支援を行うことが求められます。前項の通り、人は死に近づく中で自然と食事を摂取すること難しくなります。その場合においても、食事は見た目やにおい、音など、その他の五感に働きかけることで支援をすることもできます。

苦痛緩和との間で支援方法に悩むケースは多いとは思いますが、看取り支援に正解はありません。その中で本人を中心に、家族、ケアスタッフ、多職種と意見交換をしながら、最期を自分らしく穏やかに過ごしていただけるよう、よく話し合い、支援を行うこと自体に重要な意味があると思いますので、一人ひとりを尊重して、大事に関わって頂ければと思います。

資料 2.4-1 看取り期の食事と栄養に関する苦痛症状に対する栄養ケア

嘔吐・嘔気	嘔吐・嘔気を引き起こしている要因を探り出し、それらを取り除く。食べやすい量を少しずつにする。なめらかで、冷たく、口当たりのよいものとし、油で調理をしたものは避けて、食材を活かした調理をする。
嚥下障害	衰弱による嚥下障害は、飲食の困難さは死へのプロセスであることを理解してもらう。飲食を強要することなく、少量のアイスクリームやシャーベット、氷片等を最小限の嚥下機能を最大限利用し水分補給すること。
便秘(イレウス)	残渣の多い食事の禁止や中止。通常便秘の場合には、水分摂取や腸管刺激のために暖かい飲み物をすすめること。
下痢	水分喪失の回復のため、電解質バランスのとれたイオン飲料を経口で少しとすること。刺激的なもの、カフェインの多いもの、乳製品、脂肪、生野菜、豆類は避ける。
脱水	脱水はエンドオブ・ライフのプロセス。水分補給の目的は、体内水分と電解質バランスを正常範囲に戻すことではなく、快適さを追及し、QOLを低下させている症状を緩和するところがある。
食欲不振	食事制限緩和、経口摂取をすすめる。食事摂取機能の低下に対する、食具などによる対応、嗜好への対応、感覚変化（臭覚、味覚）に対応すること。
口腔内の乾燥	肉類、魚類は加熱することによりたんぱく質が変性し固くなり、咀嚼が難しくなる。煮込み、あんかけ、蒸し物、スープなどで、口腔炎がなければレモン、ゆず、米酢、梅干しなどを用いると酸味による唾液分泌を促す。
医薬品の副作用による症状	低栄養、唾液分泌の低下などにより粘膜が傷つきやすくなり、咀嚼の刺激、義歯による口内炎、口腔カンジタ症など口腔内のダメージが発生しやすくなる。予防のためには水分摂取と義歯の調整、口腔ケアなどがあるが、食事を提供するうえでは科学的（酸味、塩味の強いもの）及び物理的（硬い、熱い、冷たい、形状）刺激の少ない調理法を選択すること。

梶井文子. 看取りのための栄養ケア・マネジメント.

杉山みち子編. 栄養ケア・マネジメントの実装. 日本ヘルスケアテクノ, 2022.

【看取りの取組み事例】（平成医療福祉グループ）

がん末期で治療は困難であるが、穏やかな最期を過ごしてほしいという家族の思いと、最後は施設に入所中の夫と一緒に過ごしたい、という本人の強い思いから、特養施設への入所に至りました。黄疸も目立ち始め、食思低下が強いため、経口摂取は無理をせず、楽しみを目的として支援を行って、チームでの看取りに取組んだ事例についてご紹介します。

入所当初の医師による病状の説明では、「肝機能増悪傾向であり、レントゲンでは肝転移されている。今後、黄疸が出てくる可能性が高く、その場合、食欲の低下や胆汁の減少により食事を摂っても消化吸収がされにくくなっていくでしょう。痛みに関しても服薬を中心に抑えていきます。」とのことでした。

本人の意向は「夫婦仲良く健康で暮らしたい」、家族の意向は「施設で夫婦ともに過ごす時間を優先してほしい。経口摂取は生命維持を目的とはせず楽しみにしてほしい。痛みに関しても弱い人なので痛みなく、苦しまないようにしてほしい」ということでした。

管理栄養士は多職種とのカンファレンス、本人への聞き取りのもと、①本人が食べたいものを食べられるように支援する、②疲労感軽減のため、離床時間に合わせた食事の提供を行う、③必要栄養量にこだわらず、無理のない食事の支援を行う、の3点について栄養ケア計画を作成しました。

①については、本人が関西出身であったことから「関西の出汁のきいたうどんを食べたい」という本人の希望から、直営の給食施設であることを活かし、調理師と相談しながら提供を行ったところ一口も食事が進まなかった時期に食事摂取につながり、また本人の笑顔が見ることができきっかけとなりました。

さらに、家族の協力を得て、本人好みの持ち込み食材を食べたいときに提供するような体制を作ることで、少しでも食べられるときに食べられるようにしたことで、本人にとっても喜ばれ、またその姿を見て家族も喜ばれていました。

最後のときには状態の悪化が進み、食事も調子のよい日やご家族がいらっしゃったときに一口二口しか食べられないことが続いた後、幸いなことにご家族が面会にいらっしゃった日に急変され、ご家族の見守りの下、看取りすることができました。

今回の看取りの事例において、本人が食事を摂取できるか、できないかの瀬戸際となる前から管理栄養士がチームに参加し、「食べる楽しみ」のための食事の支援ができました。このような看取り期の管理栄養士による「食べる楽しみ」の支援は、本人・家族からも、また、チームの専門職からも喜ばれました。

「看取り期」のステージに入られた方への支援を行う上では多職種との連携が重要であり、管理栄養士が積極的に「食べる楽しみ」の支援に関わっていくことが、本人や家族が栄養専門職に求めている「看取り期」の支援だと強く感じられました。本事例が支援の参考になれば幸いです。

【看取りの栄養ケア・マネジメントの事例】（特別養護老人ホーム グルーンヒル）

特養の入所者は、その入所時において在宅生活の継続が困難な状態であることが、サービス提供前の情報から把握することができます。入所時のアセスメントから、本人・家族の意向や必要な支援が明らかになっていきます。看取りに対する栄養ケア・マネジメントにあたっては、栄養ケア計画書の本人・家族への説明を通じて、本人・家族の意向を尊重しています。

平成18年介護報酬改定において、看取り加算が新設されました。看取りのための介護サービスの提供を受けている入所者には、食事摂取量の低下、食べることの苦痛、嚥下機能の低下が観察されます。そこで本施設は、入所者が最期の一口まで「食べること」を少しでも楽しめるように、食事形態等からエンド・オブ・ライフ（EOL）食Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期に分類し、約束食事箋に導入しています（資料2.4-3）。

看取り介護における食支援として、入所者が静かに自分らしい最期をお迎え頂くための“變（やわらぎ）膳”（特別食1,500円）を提供しています（申し込み制）（資料2.4-2）。

“變（やわらぎ）膳”の食事形態は、ミキサー食を嚥下調整食に準ずる仕上げに調理した一汁三菜膳です。松花堂弁当（常菜・軟菜食）や變膳（ミキサー・調整食）を祝膳として提供し、家族からも喜びのメッセージを頂いています。

看取り介護が提供されることになると、家族は医師から“最期の重篤な状態であることを告げられ”ます。家族の耐え難い憔悴感や本人への思いを苛まれる空気感のなかで、管理栄養士は、家族から本人の好きな食物や嗜好品を預かり、變膳とともに提供します。そして、管理栄養士は、見守る家族に“是非、おいしい一口をご家族様が差し上げて下さい”と申し上げます。このような最期の食事については、次のようなエピソードがあります。

利用者96歳（男性）のエピソード 食事は経口維持、自立。晩酌のビール1本（250ml）が何よりも楽しみの方でした。最期の食事には、娘が、ビールをお持ちになり、變膳として提供しました。健やかに日常生活を送られている時の夕食のミールラウンドでは管理栄養士「本日の居酒屋メニュー（夕食）はいかがですか」、男性「魚の煮付、胡麻和え、ビール最高だね。Vサイン」、管理栄養士「どうぞ、ゆっくりと召し上がって娘さんとお話ください」と話しました。その後、基礎疾患の増悪の為、ADL低下、食事摂取量低下、嚥下困難などのリスクを伴う日々が続き、娘様には医師から“看取り期”の説明がありました。その際、管理栄養士が「ここ数日間の〇〇様の食事摂取は数口で、とろみを付けた水分のみの状態です」と娘に話をすると、娘は、お楽しみのビールを持ってきました。管理栄養士は、このビールを「變のもてなし」として提供しました。

その時の会話は以下のようなようでした。娘「ビール大丈夫でしょうか？ お父さんよかったね。大好きなビール飲みたいね」、介護職「美味しいビールを飲みましょう」、〇〇さ

んが、とろみ剤によるビールをクルリーナ（食具）を用いて安全に嚥下したことが確認されました。娘は「お父さん美味しい！！嬉しいね、良かったね」と涙されていました。

“本人の様子は両腕を挙げ指は何かをさぐるような無作為動作、眼はうっすらと覚醒を数回繕された”と介護日誌に記録されました。…その3日後、安らかに眠るように永眠されました。

施設の栄養ケア・マネジメントの実務は、QOLの維持・向上から始まり、看取りにあたっては、クオリティ・オブ・デス（QODD）の質を検討するに至ります。看取りケア（ACP）は多職種協働の共有する姿勢が重要であり、施設の管理栄養士には、看取りに対しては、朝に夕に頻回にミールラウンドを行い、栄養の観点から全人的に見る、観る、視る、看る、鑑ることが求められます。看取りにおける栄養ケア・マネジメントこそ、ヒューマンサービスの原点と言えます。

資料 2.4-2 ^{やわらぎ} 変 膳メニュー（特別養護老人ホーム グリーンヒル）



資料 2.4-3 エンド・オブ・ライフ (EOL) 食 (特別養護老人ホーム グルーンヒル)

エンド・オブ・ライフ (EOL) 期における栄養ケア・マネジメントー食・栄養支援ー
(Quality of Dying & Death)

はじめに

人生の最終段階における終末期は筋肉、脂肪の両方が著名に減少する。

その原因は嚥下障害、食事摂取量の低下 (水分、栄養摂取が困難な状態) いわゆる「食べる行為」の廃用症候群を呈することにより、利用者の EOL 期における人生最期の一口までを EOL 食 I 期、II 期 III 期の段階別の食・栄養支援の指針を定め約束食事箋として導入する。

食欲不振の原因 (A)

- ・生化学異常
- ・低ナトリウム血症
- ・高カリウム血症
- ・胃内容物の停滞
- ・口腔内、咽頭の炎症
- ・倦怠感、脱水
- ・臓器不全、敗血症

原因 (B)

- 心因性、不安、抑うつ
- 不眠、歯の不具合
- 食べ物のにおい
- 多すぎる食事の盛り付け

EOL 食 I 期、II 期、III 期の区分

以下の☑を行うこと。

- 食事・栄養の摂取量は適切か。QOL に著しく影響するか
- 本人の「食べる」意欲、苦痛があるか。食べることの「適度」を探る
- 本人の病態とニーズを把握し、食事形態「嚥下調整食」を確認する
- 本人と家族の意思を確認し、食事の楽しみや喜びを引き出せるように配慮する
(栄養ケア EOL 支援指示書)
- 一時的絶食時の水分補給メニュー (茶、白湯、牛乳、アクエリアス、濃厚流動食)
医師の指示による医療的な栄養補給 AHN (人工的水分) (経管栄養・静脈栄養)
TPN (中心静脈栄養)
TNT-D (静脈、経腸栄養)

EOL 食 I 期 ・一般食 (常食 常菜、粥 刻み)

・25~30Kcal/kg/日 (糖尿病、療養食、医師の指示による)

II 期 ・食事形態コード 嚥下調整食 □1 j □0 t □0 j (個別濃度%仕上げ)

III 期 ・医師による絶食指示 (代謝異常を生じる合併症、浮腫、胸水、気道分泌増加)

2022 年 2 月

グリーンヒル栄養課

2. 5 多職種連携の強化

POINT

高齢者の栄養ケア・マネジメントの取組みは、多職種との相互連絡（情報収集）を日常的に行い、問題を共有して、いつでも、どこでも意見を交換しあって、早期の問題の解決に向けて。適時に適切な栄養ケア計画を作成していくことが成果につながります。

【介護老人保健施設リハパーク舞岡：高齢者の栄養ケアは刻々と変化する利用者の身体状況への対応】

当施設での栄養ケア・マネジメントにおいて、多職種連携を意識的に強化しているのは、次のポイントです。

- ① 急性期での治療を終え慢性期への移行
- ② 回復期リハビリテーションから老健における維持期のリハビリテーションへの移行
- ③ 介護施設から在宅への移行
- ④ 認知症状の経過（初期・中期・後期）
- ⑤ ターミナルケアへの移行、ターミナルケアの経過（前期・中期・後期）

介護老人保健施設では、上記の①、②のように回復の過程でストレス係数の見直しや、活動量増加により必要栄養量が変わります。医師・看護師・理学療法士と相談・討議し、栄養ケア計画の見直しを頻回に行っています。

さらに、③在宅に向けた栄養管理では実際の在宅生活を想定し、利用者個々の多様なニーズに合わせる必要があります。時には、利用者ニーズとできる動作と乖離が発生する場合もあります。当初、調理は本人が実施できるようになると想定していても、動作の獲得が得られずヘルパーの家事援助が必要の場合は、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士及び介護士等と相談し、迅速に栄養ケア計画を見直します。④認知症の徴候・症状にあわせ、多職種で提供栄養量をその都度見直します。

一方、⑤ターミナルケアにおいては、病態の変化や食事の意欲にあわせて、迅速に食べたいものを食べられる量に見直しています。

各過程において、要介護高齢者に対する必要栄養量が刻々と変化します。また本人・家族のニーズにより、一度決めた栄養ケア計画の目標が変わることもあり、より多職種との密度の濃い連携協働が求められる理由です。

【職種による視点が異なるからこそ多職種の視点を活用する】

当施設において、食事が75%以上摂取できない利用者について、ミールラウンドを多職種で行い、それぞれの職種が課題の原因としてあげたポイントは以下のとおりでした。

資料 2.5-1 食事が 75%以上摂取できない利用者に対する着眼の違い

職 種	原因としてあげたポイント
医師	電解質異常、アルツハイマー型認知症の影響
看護師	意欲の低下、円背で姿勢が保てない、便秘、味の好み
薬剤師	ポリファーマシー
理学療法士	不安定な姿勢、摂食嚥下障害
介護士	自発性の低下、便秘、味の好み
介護支援専門員	食べる意欲の低下
管理栄養士	電解質の補正が必要、食事形態不適合、咀嚼力低下、

管理栄養士は、日々のミールラウンドでの課題を解決するために多職種からの情報収集を行いますが、職種により視点や注意するポイントも異なり課題解決のために得られる情報も異なります。多職種が様々な視点から観察し、解決方法を提案し合うことによって、より迅速に具体的な栄養ケア計画を立案し、効果的な介入に繋げることが必要です。

また、多職種により密度の濃い協働を通じて、専門性の違いから意見の対立を生じることもあります。意見の対立に際しては、例えば、当施設では、ミールラウンドで活用している咽喉マイクなどによる評価結果によって、互いに納得しあってよい相乗効果を生み出し、適切な栄養ケア計画につながっています。多職種の意見の対立に対しては、データや過去の成功事例などからの根拠の提示することも大切です。

2. 6 業務時間調査からの業務の効率化について

POINT

栄養ケア・マネジメントの質の向上を図るためには、管理栄養士の業務時間調査から業務分担や業務時間の使い方を見直して、業務の効率化をはかることが求められます。ここでは、業務時間調査の方法、結果の活用について概説しました。

(詳細は、日本健康・栄養システム学会のホームページの令和3年度老人保健事業報告書：業務時間調査他を参照。業務時間調査とその計算のためのエクセルシートも本学会ホームページ(掲載予定)からダウンロードしてください。)

(1) 業務時間調査とは

栄養ケア・マネジメントを効率的に運営するためには、業務の標準化ならびに手順化が行われることが必要です。そのうえで、適正な人材の配置を行います。そのためには、栄養部門の業務時間を行い、ムリ・ムダ・ムラが生じていれば業務手順や管理栄養士等の配置等を再検討するといった業務改善活動を行います。

業務時間調査は、どの業務にそれだけの時間を費やしたかを計測するものです。代表的に調査方法は、調査者がストップウォッチを持って業務者の動作を分類しながら業務時間を測定するマンツーマン・タイムスタディです。もう一つの方法は、ここで解説するワークサンプリングで、時間の間隔を決めて業務者がその時点でどのような作業を行っているかを記録し、業務内容別に集計して時間に置き換え、業務内容別の割合を調べる方法です。管理栄養士が、配置人数が少ない状況の中で、自己の業務を分析・評価・改善できる方法として、10分間の間隔で調査者を置かずに自記式の調査方法を、平成19年度の厚生科学研究における業務時間調査において開発したものです。

【業務分類とコード化】

栄養ケア・マネジメントの業務時間調査を行うためには、業務内容を分類し、項目別にコード化することが必要です。資料 2.6-1 は、令和3年度介護報酬改定後の栄養ケア・マネジメントに対応できるように業務内容を分類しコード化したものです。6つの大項目、9つの中項目、63の小項目に分類し、栄養ケア・マネジメントを含めた栄養部門の業務項目をコード化しています。この調査表を活用する際には、追加する業務項目があれば追加して使用してください。

【業務時間調査の記入方法】

自記式の業務時間調査表が資料 2.6-2 です。記入時間単位は 10 分、調査期間は 3 日間、10 分間に複数の業務を行った場合は、その中で主業務とみなされる項目を優先的に回答するようになっています。

【業務時間調査の集計】

全業務時間は、3 日間の調査時間の合計時間とします。入力と集計ができるエクセルファイルは、日本健康・栄養システム学会のホームページから令和 4 年 4 月以降にダウンロードして利用してください。

コードの大項目、中項目及び小項目別の全業務時間に占める割合を栄養部門の業務を担っている管理栄養士全体で、また、個別の管理栄養士ごとにも集計してみてください。

(2) 結果の活用方法

業務時間調査の集計結果は、令和 3 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」における業務時間調査の特養・老健別、給食の直営・委託別、栄養マネジメント強化加算の算定の有無別の結果と比較して、自施設の業務分担や業務時間の配分について問題を明確にして、その解決方法について関連の人々と話し合ってみましょう。

人員配置や業務機能上の問題であれば、業務の流れやその内容、業務の優先性についても検討してみます。たとえば、その他に該当する栄養ケア・マネジメント、給食・衛生等の大項目に該当しないその他の業務時間を効率化できないか、情報伝達には昼食や休憩がランチミーティングなどとして使えないか、新人と熟練者の業務分担や管理栄養士と栄養士、調理担当者あるいは、給食委託の関係者との業務分担の内容や範囲を変える必要はないかなど意見を交換しあい、問題解決のための業務改善計画を作成しましょう、そして関係者で共有化し、実行していきましょう。

資料 2.6-1 栄養ケア・マネジメント（管理栄養士）業務時間コード

栄養ケア・マネジメント（管理栄養士）業務時間コード			No.1	
大項目	中項目	小項目	コード	
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング（入所、再入所）	入所前の居所（病院・施設・在宅等）からの情報収集（連絡・訪問を含めて）	1	
		情報収集（体重・喫食率などの実測、既存データ等の転記）	2	
		記録・コンピュータ入力等	3	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	4	
	栄養アセスメント・モニタリング	栄養アセスメント・モニタリング	情報収集（本人・家族、スタッフからの聞き取りや既存データから）	5
			ミーラウンド（管理栄養士単独）	6
			ミーラウンド（多職種協働）	7
			回診、検査、褥瘡ケア等の同行による情報収集	8
			記録・コンピュータ入力等	9
			上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	10
	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の作成（リハ・口腔等との連携した作成を含む）	11
			経口維持加算のための計画の作成	12
			多職種との連絡調整	13
			記録・コンピュータ入力等	14
	カンファレンス	カンファレンス	上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	15
			カンファレンスへの参加	16
			カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	17
	利用者・家族への説明	利用者・家族への説明	記録・コンピュータ入力等	18
			栄養ケア計画書内容の利用者及び家族への説明（家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む）	19
	栄養ケアの実施	栄養ケアの実施	個別対応のための給食関連業務（リスク者に対して特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	20
			看取り及びターミナル期の個別対応のための給食管理業務（特別に献立作成、調理指導等を行なった場合）	21
			栄養食事相談の実施	22
			他職種に対するコンサルテーション・紹介・報告（申し送りを含める）・相談等	23
			栄養ケア提供経過記録・コンピュータ入力	24
	再入院や退所時の計画の作成と説明	再入院や退所時の計画の作成と説明	その他（ ）	25
			再入院時情報連携（病院訪問、連絡、計画作成等の全業務）	26
			退所先に関する情報収集	27
			在宅訪問によるアセスメント	28
			退所時栄養ケア計画の作成	29
			介護専門員等退所後の関連職種への情報提供やコンサルテーション	30
			本人・家族への説明や相談	31
			その他（ ）	32
	サービス評価と継続的な品質改善活動	サービス評価と継続的な品質改善活動	栄養ケア・マネジメントに関する評価と継続的な品質改善活動の計画作成（アウトカム評価の実施も含む）	33
			施設長等への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告（アウトカム評価の報告も含む）	34
			LIFEへの栄養関連データの提供（入力）	35
			LIFEからのフィードバックされた情報の活用のための活動	36
			その他（ ）	37
通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所・認知症グループホームに関する栄養ケア	通所サービスの口腔・栄養スクリーニング加算に関する業務	38	
		通所サービスの栄養アセスメント加算に関する業務	39	
		通所サービスの栄養改善加算に関する業務	40	
		認知症グループホームの栄養管理に関する業務	41	
		それ以外の通所・在宅の栄養管理に関する業務	42	
給食に関する業務	給食に関する業務	献立作成	43	
		調理準備・調理・配食・配膳・片付け等	44	
		食事箋依頼・チェック、食札準備	45	
		残食調査、満足度調査、検査	46	
		委託会社との調整	47	
		購入先の選定、契約、発注	48	
		インシデント・アクシデント対応	49	
		その他（ ）	50	
衛生に関する業務	衛生に関する業務	危険分析・改善措置・統計的処理・事故予防の啓発業務等	51	
		温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	52	
		実施（細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等）・帳票作成及び確認	53	
研修	研修	一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	54	
		施設内での現任訓練（OJT等）	55	
		自己学習（文献検索、研修会等への参加）	56	
人事労務管理	人事労務管理	出席簿の確認、栄養部門従事者の作業計画管理、雇用計画・面接等	57	
その他	その他	強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	58	
		上記以外のスタッフミーティング・申し送り、連絡調整	59	
		個人的業務停滞時間（コーヒープレイク、出勤・退出時刻の記録）	60	
		移動時間（居宅訪問の移動を含む）	61	
		昼休み・休み時間	62	
その他	63			

2.7 評価とフィードバック

POINT

栄養ケア・マネジメントにおいては、6 か月ごと、あるいは1 年ごとに、個別のデータを集積して、サービス評価を行い、その結果からサービス上の問題をストラクチャー、プロセス、アウトカムについて把握し、その問題解決のために継続的品質改善活動（CQI：Continuous Quality Improvement）に取り組めます。このサービス評価や個別の利用者へのフィードバックが LIFE の導入によって促進されていますが、ここでは、LIFE のデータには含まれていない栄養ケア・マネジメントの実務プロセスの評価やフィードバックについて解説します。

【サービス評価と継続的品質改善活動】

栄養ケア・マネジメントにおいては、現状を出発点として、利用者の個別データを蓄積、継続的品質改善活動（CQI）の考え方を導入して、サービスの質を評価し、改善活動に取り組むことが、当該システムの胆となる重要なところといえます。

サービス評価は、6 か月あるいは1 年毎に行いますが、そのためには、個別の利用者に対する栄養スクリーニング、栄養アセスメント・モニタリング、栄養ケア計画作成・実施という個別の PDCA サイクルを適切に回し、信頼できるデータが収集できていることが基本です。LIFE には、このようなデータが提供されます。

サービス評価は、①実施上の問題点がなかったかどうかを検討し改善点をみつける。②有効性、効果、効率を明らかにする、③研究や理論化を行う3つの目的で行われます。また、構造 structure、経過 process、結果 outcome の3つの要素から構成されます（図 2.7-1）。

LIFE への提供データは、この実務の経過の部分の評価が十分ではありません。そこで、「令和3年度調査研究事業」で用いられた栄養ケア・マネジメントの実務のプロセス評価の質問票を資料 2.7-1 に示しました。実施できていない項目や、今後すすめていきたい項目について把握してみてください。プロセス評価については、先の2.6の業務時間分析の結果もあわせて評価してみましょう。そして、LIFE からフィードバックされた施設の結果や全国の施設と比較した結果とこのプロセスの評価の結果と関連づけてみましょう。

さらに、現在の実務をどのように改善したいのか、あるいは、例えば、併設する通所サービスや認知症グループホームにも業務をすすめていくにはどうしたらよいのかを考えて、関係者と話しあい、業務改善活動計画として共有化して協働して進めていきましょう。

一方、LIFE からの個別のデータを本人・家族にフィードバックする場合にも、その

ような問題が、どのような栄養ケア計画によって、いつ、どのように改善したのか、あるいは、うまく改善できなかった背景や原因には何があるのかを体重やエネルギー・たんぱく質の摂取量の経時的な推移と併せて見える化し、説明することが求められます（資料 2.7-2）。

サービス評価の結果は、経営者や関連する職種、そして利用者・家族が共有化できるよう見える化し、システムや取組上の問題を解決するために継続的な改善活動として組織的に取組み続けていきましょう。

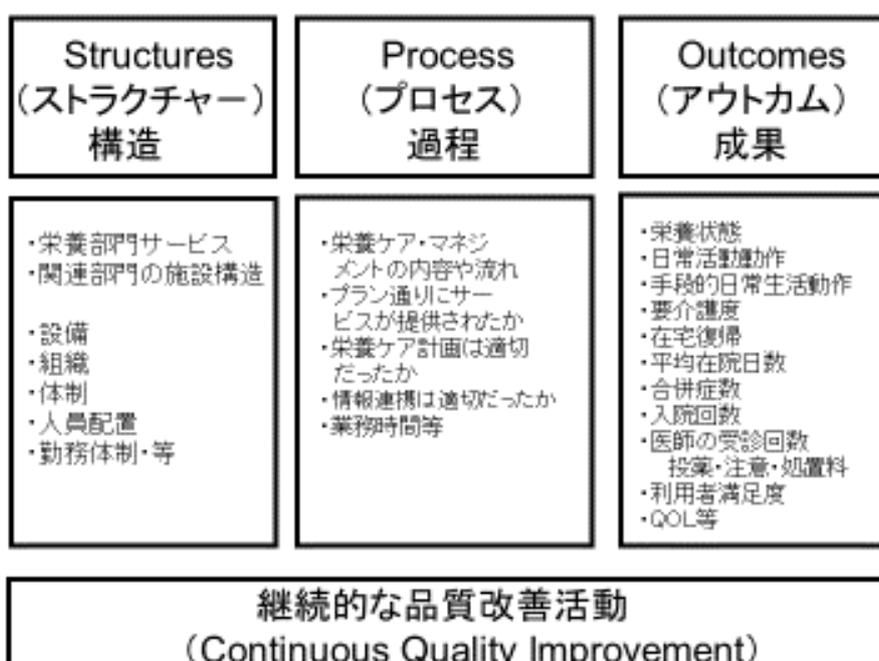


図 2.7-1 栄養ケア・マネジメントのサービス評価

資料 2.7-1 栄養ケア・マネジメント：プロセスの自記式評価表

	した	しなかつた
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】		
1. 栄養ケア・マネジメントの業務手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	a	b
2. 管理栄養士は、利用者の入所時か退所時に、サービス担当者（入所前、再入所前、退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等）と情報連携をしましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
3. 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	a	b
【アセスメント・モニタリングに関する項目】		
4. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の観察・面談・聞き取りをしましたか	a	b
5. 管理栄養士は、中高リスク者1人以上の家族との面談・聞き取りをしましたか	a	b
6. 管理栄養士は、ミールラウンド（経口維持加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること）を週に3回以上しましたか	a	b
7. 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断（栄養診断）を実施しましたか（対象期間に行ったアセスメント分の全て）	a	b
8. 栄養ケア計画を作成した全利用者にモニタリングを行って、計画の修正が必要かどうか確認しましたか	a	b
【栄養ケア計画に関する項目】		
9. 管理栄養士は、栄養ケア計画試案の作成にあたって、他職種との連携・連絡調整（聞き取り、問題把握、相談、ケア計画の調整）をしましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
10. 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
11. 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
12. 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
13. 管理栄養士は、サービス担当者会議（施設サービス提供のための）で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
14. 栄養ケア計画は、栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式（帳票）の中に記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	a	b
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	a	b
【評価についての項目】		
16. 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
17. 管理栄養士は、入所者の主観的健康感やQOLの変化を評価しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	a	b
【継続的な品質改善活動についての項目】		
18. 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いましたか（栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等）	a	b

19. LIFE に栄養関連項目を提供しましたか	a	b
20. LIFE からフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	a	b

資料 2.7-2 本人・家族への栄養ケア・マネジメントに関する退所時の情報提供の例

(介護保険施設 リハパーク舞岡)

.....

〇〇 〇〇様・ご家族様

〇〇様(女性・要介護3・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb・ご家族(同居)は50代息子〇〇様、入所時のご本人の希望：退所後は施設入所を検討したいとのことでした)

スクリーニング(入所時 〇月〇日)：身長148cm、体重38.0kg、BMI17.4kg/m²

通常体重45.0kg

アセスメント：既往歴(認知症、貧血)、通常体重45.0kgから6か月で38.0kg(7kg減少)

握力測定不可、下腿周囲長(右25.0cm、左25.5cm)、浮腫無

ツルゴール低下し脱水傾向、反復唾液嚥下テスト(RSST)1回/30秒

(嚥下機能低下をみられました)

義歯は使用していません。自宅での食事摂取量の聞き取りはできませんでした。息子の●●様によると、入所前の食事はとヘルパーに任せていたとのことでした。

栄養診断： 栄養の問題(P)は、経口摂取量の不足であり、その原因(E)は、義歯があわないので、使っていないことです。そのために、S(兆候・症状)として、6か月間の体重減少7kgがみられていました。

栄養ケア計画：エネルギー1,500kcal/日、タンパク質60g/日、水分1,620ml/日を提供することを目標にしました。

長期目標(6か月)：6か月後の退所時には、体重42.0kg、食事形態を学会分類コード4(ソフト食)、生活活動強度1.4にまで改善し、家族と外食をして頂くことを目標にしました。

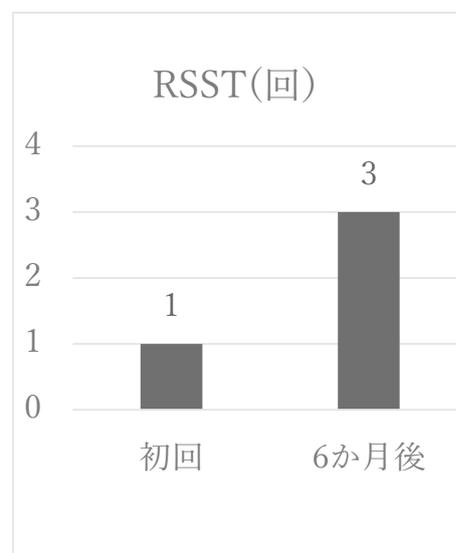
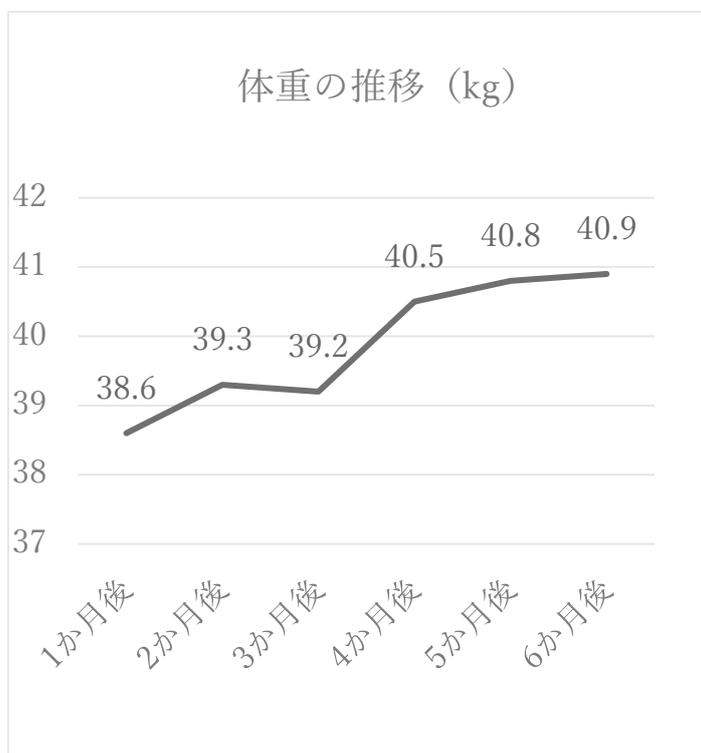
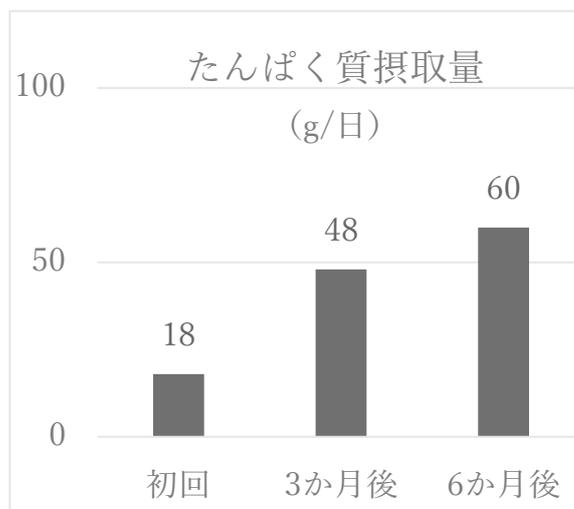
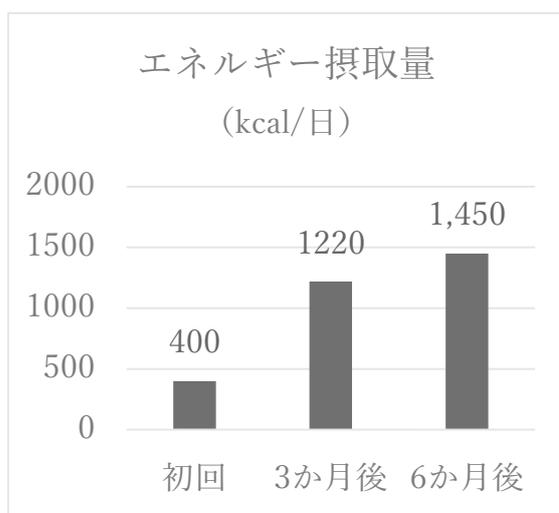
短期目標(3か月)：3か月目には、体重40.0kgまで、食事形態を学会群類コード3(ムース食)、生活活動係数1.3、外食に向け車へ乗り移りができることを目標にしました。

また、これらの目標を達成するために、経口維持支援を実施し、口腔嚥下機能の改善を図るために以下のことを行わせて頂きました。

- ・歯科医師による義歯作製をしてもらい、段階的な食事形態の見直しを行いました。
- ・口腔内の汚れ、舌の変色の改善を図るように口腔ケアを行いました。
- ・歯科衛生士の助言を受けて口腔咳嗽ができるように支援しました。

- ・食前の口腔体操を集団と個別（ブローイング）により実施しました
- ・リハビリテーション職による呼吸リハを実施しました。

その結果、以下の図にお示したように食事からのエネルギー量やたんぱく質量の摂取量を増やすことができました。体重も3か月、6か月後とほぼ順調に増大し、摂食嚥下機能を示すRSSTの回数も30秒に3回と正常になりました。今後は、この結果を息子様と共有して、退所後も口腔ケアの継続と同様の食事形態の食事が提供されるように、入所予定の特養施設の管理栄養士に情報提供を繋がせて頂きます。



3. 病院・居宅との管理栄養士間の連携「管管連携」

POINT

入退所時の継続した栄養ケアの充実に向けて、管理栄養士・栄養士間の連携を図ることは重要です。ここでは、栄養情報提供書やオンラインの活用での情報共有の方法を紹介します。

介護サービスに関わる関連職種が生活機能や全身状態を把握し、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理および口腔管理の取組みは一体化して運用し、自立支援・重度化予防を効果的に進めることが推進されています。そこで、各医療機関・介護保険施設内で完結する栄養ケア・マネジメントではなく、継続した栄養ケアの充実に向けて、管理栄養士間の連携「管管連携」を図ることは必要です。

【再入所時栄養連携加算について（200 単位/回）】

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、その後退院して再入所した際、栄養状態や摂食機能が入院前と大きく異なっていることがあります。特に経管栄養や嚥下調整食の導入など、摂食形態が以前と違う場合には栄養ケア・マネジメントに関する連携が特に重要となります。

施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、施設の管理栄養士が入院していた医療機関を訪問し、医療機関の管理栄養士と連携した上で、再入所後の栄養管理に関する調整を行うことを評価する加算です。

カンファレンスや指導への同席は、本人・家族の同意のもと、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。

【再入所時栄養連携加算の算定要件】

- ・施設の入所時には経口により食事を摂取していた入所者が、医療機関に入院し、入院中に経管栄養、嚥下調整食の新規導入となった場合
- ・施設の管理栄養士が、入所者の入院する医療機関を訪問し、栄養食事指導やカンファレンスに同席し、医療機関の管理栄養士と連携して栄養ケア計画を作成すること
- ・栄養ケア・マネジメント未実施減算に該当していないこと
- ・1 回に限り算定すること

【栄養情報提供書による連携】

医療機関・介護保険施設の入所者が施設間移動及び在宅に戻る際、食事形態等の栄養に関する情報を適切に提供することが栄養管理の継続につながります。

資料 1.3-4 の栄養情報提供書の記入例をご参照ください。

【栄養情報提供加算について（50 単位/回）】

地域包括ケアシステムの推進として、令和 2 年度診療報酬改定により、医療機関での「栄養情報提供加算（50 点）」が新設されています。医療と介護の管理栄養士連携のツールともなっていますので、理解しておきましょう。

【栄養情報提供加算 算定要件】

- ・栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明する
- ・医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設もしくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合
- ・入院中 1 回に限り、栄養情報提供加算として算定

【継続した栄養ケアの充実「管管連携」】

継続した栄養ケアの充実には、地域における医療機関や介護保険施設等の管理栄養士・栄養士同士で横のつながり持つことが重要になります。

栄養情報提供書からの情報を待つだけでなく、入院（入所）中の情報で知りたいこと・参考にしたいことについて、聞ける関係も大事です。例として、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返している利用者に対し、提供している食事形態の詳細やミールラウンドの様子を聞くことが求められています。

また、電子媒体を有効に活用したオンラインでのカンファレンスや勉強会の開催も管理栄養士・栄養士同士の距離感をも縮める方法の一つとなります。

4. 人材確保

POINT

管理栄養士による安定した栄養管理が持続するために、管理栄養士の人材の確保が鍵を握っています。施設が求めている管理栄養士を採用するためには、情報収集や日頃の大学との連携が必要となります。

令和 3 年度介護報酬改定では管理栄養士の配置について運営基準の見直しがあり、「栄養士を1以上配置」から「栄養士又は管理栄養士を1以上配置」となりました。さらに、栄養マネジメント強化加算においては、管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置することに見直されました。今後は施設内に留まらず地域に対する良質かつ適切な栄養管理を提供することに他ならないのです。栄養管理を担う質の高い管理栄養士の確保のためには、どこに問い合わせをすればよいのかについてご紹介します。

【日本栄養士会について】

公益社団法人日本栄養士会のホームページ 転職・再就職ガイドに各都道府県の栄養士会から求人情報が掲載されています。詳細は各都道府県栄養士会に確認してください。
参考：公益社団法人 日本栄養士会、転職・再就職ガイド。
<https://www.dietitian.or.jp/recruite/>（閲覧日 2022 年 3 月 22 日）

【管理栄養士・栄養士養成校との連携】

管理栄養士・栄養士養成校との連携は重要で、養成校は人材確保や生涯教育という側面で介護保険施設の強力なパートナーとなります。そのため日頃から臨地実習生を受け入れるなど連携を強めておく必要があります。臨地実習生の受け入れを積極的に行い、管理栄養士・栄養士養成施設の臨地実習担当教員と共に実習内容および研修課題などを検討し、臨地実習学生の管理栄養士としての知識と技術の統合に寄与することにも努めましょう。

管理栄養士・栄養士養成施設を設置している大学および専門学校において、就職活動をサポートしているキャリアセンターなどの就職窓口に求人票を提出します。緊急の場合は、求人票の送付に加え、直接、キャリアセンターの担当者と養成施設の教育職員に電話で依頼しましょう。なお、継続的に求人票を送りたい養成施設に対しては、キャリアセンターの担当者または養成施設の教育職員に面談を依頼し、介護保険施設の概要と理念、業務内容、福利厚生、人材育成の方針など説明する機会を設けることをお勧めします。

【優秀な人材を採用するために】

最近では、ソーシャルネットワーキングサービス（Social Networking Service）を活用して情報を得る人も少なくありません。施設のホームページ、Twitter、Facebook、Instagram等を活用し、日頃からどのような栄養管理を実践しているのかについて、言葉と写真で発信することにより、管理栄養士の日常業務のイメージが伝わりやすくなり、優秀な人材の獲得につながる可能性が高まります。

ただし、個人情報の取り扱い等には十分に注意する必要があります。

5. 人材育成

POINT

初任者の人材育成において大切なことは、心も体も健康に、働きやすく、働きがいのある職場の風土づくりをまず行うことです。手順書の作成の方法は1. で解説しましたが、これも人材育成に必要なことです。初任者が、指導者である管理栄養士の栄養ケア・マネジメントの実務を見て理解し、徐々に自立して実務を担えるように支援していきます。利用者の栄養・食事の状況を全人的な視点からどのように見て、コミュニケーションをとり、考え、判断して実務をすすめていくのかを丁寧に意見交換しながら指導していきます。そして、指導者のリスク管理のもとで、積極的に経験を積んでもらうことです。栄養ケア・マネジメントの質は、これを担う管理栄養士の実務能力のレベルそのものです。指導者である管理栄養士は教えることは学ぶことと肝に命じましょう。

令和3年度介護報酬改定によって管理栄養士の増員を図った介護保険施設は少なくありません。しかしながら、採用した管理栄養士が新卒であったり、介護保険施設での栄養ケア・マネジメントが未経験であることが多くみられています。また、今まで1名配置で頑張ってきた管理栄養士は、急に1名増員されたことにより、人材育成に苦戦している施設が少なくありません。各施設によって、給食が直営か委託か、電子カルテの有無、管理栄養士の経験年数など、多様な状況があるために、一概にはいえませんが、「令和3年度調査研究事業」のインタビュー調査を通じて、人材育成がうまくいっている施設のポイントをご紹介します。

- 職場になじめるようにする
新任の管理栄養士にとって心も体も健康に、働きやすく、働きがいの職場になるよう支援を行う。部下の心に関心を持ち、想像力を働かせて関わる必要がある。
- 業務の手順書を作る
介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおいては、①実務の取組み、②報酬上の要件の2点を理解して実際に実務が行えることが求められる。まず、1で解説した新任が業務を理解できる手順書を準備しておく。
- 経験数を積まなければ実務能力はつかない
栄養ケア・マネジメントの実務は、理解するだけでは難しく、実務経験の積み重ねによって、自らが実施できるようになる。実務能力は、実務経験の場数を踏まなければ得られない。指導者である管理栄養士は、多少心配があっても、新任に実務を挑戦させることが望ましい。ただし、利用者には実害がないように、指導者はリスク管理を行い、新任の実務の経過について絶えず確認をする。

- 人材育成の基本は我慢と忍耐

誰もが最初は未経験であり、様々な経験や失敗を経て、栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士として信頼されるようになる。指導者である管理栄養士と新任の管理栄養士の両者ともに、焦らず夫々の成長を目指していく。

介護保険施設は様々な機能があるため一概には言えませんが、共通して言えることとして、高齢者が慢性疾病を複合的に持ち合わせ、また治療することが難しいケースが多く、その病気と付き合って日常生活を送ることである。また、入所者の要介護度が重度化しているので、低栄養の高いリスクがある高齢者が多数存在しています。

高齢者の食事は生活の質に直結しているので、いかに「食べる楽しみの充実」をはかり、生活の質を高められるかが、介護保険サービスの栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士に求められます。このような視点を忘れずに利用者や家族、多職種に求められる管理栄養士を育てていきましょう。

6. 取組みの事例

POINT

栄養マネジメント強化加算では丁寧な栄養ケアの実践が求められていますが、ここでは、参考にして頂くとよい取組み事例をご紹介します（この事例は、2. 7に取り上げた事例の詳細です）

【栄養マネジメント強化加算の算定のためのポイントを踏まえて 介護老人保健施設リハパーク舞岡】

経過：80代女性・要介護3・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb

50代の息子と二人暮らし。

5年前にアルツハイマー型認知症と診断された。

日中は独居で自宅内は伝え歩き、排泄は自立で生活していた。訪問介護サービス（週4回、主に家事援助）や、他県に住む娘の訪問（月2～3回）により生活していた。先月、かかりつけ医から低栄養状態と診断され、居宅事業所の介護支援専門員の勧めもあり当施設に入所した。

ご家族の希望（息子）

最近、仕事が忙しく、母の事は姉やヘルパーさん任せになっていました。以前は編み物が趣味だった。今はボーっとしていることが多い。このまま食事が摂れなければ、特養に申し込みたいと思います。まず、バランスのよい食事が1日3回摂れ、体力が回復できればと思います。

栄養スクリーニング：体重減少率6か月に15.6%（通常体重45.0kgに対し38.0kg、6か月で7.0kg減）により、低栄養状態のスクリーニングは高リスク

栄養アセスメント：既往歴 アルツハイマー型認知症、貧血

身体計測：握力計測不能、下腿周囲長右25.0cm、左25.5cm

その他：浮腫無、ツルゴール低下

摂食嚥下機能の評価：RSST1回、OD不能で嚥下機能の低下。

その他の情報：無歯顎で義歯は汚れて使用していなかった口腔内も食物残渣を認め、舌の汚れが目立った自宅での食事摂取量については聞き取り不可。息子様に確認すると、ヘルパーさんの料理（やわらかく工夫はしている）が残っていることが多くなっていたとの情報があった。

栄養診断

P（問題）：経口摂取量不足

E（原因）：義歯未装着

S（兆候・症状）：6か月間の体重減少7Kg（通常体重45kgに対し38kg）

栄養ケア計画：必要栄養量

エネルギー1,500kcal/日、たんぱく質 60g/日、水分 1,620ml/日

長期目標（6か月）：体重 42.0 kg 食事形態は学会分類コード 4（ソフト食）

家族と外食ができる

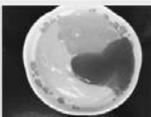
短期目標（3か月）：体重 40.0 kg

食事形態は学会分類コード 3（ムース食）

外食に向け車いすに乗り移りができる

管理栄養士によるミールラウンド：（初回）義歯は未装着で、口腔内は無菌顎。観察ではムース食（学会分類コード 3）を押しつぶすのに時間がかかっていた。姿勢の崩れはない。水分は薄いとろみではむせていた。食後の観察では、頬の内側や口腔内に食物の残渣があった。

経過<1か月目>

リハ	栄養	口腔
食事時の姿勢を理学療法士と介護士と検討した。	 <p>学会分類コード2-2 ミキサー食</p> <p>摂取量は800kcal、水分補給量は600ml、食事にかかる時間は50分で、特に水分量が少ないため、とろみからジュレ（学会分類コード0j）に変更した。</p>	薬剤師、看護師と内服薬の形状について検討した。
ブローイングは呼吸が続かず、1回3秒程度。	甘いものは召し上がられているため、朝食はパン粥に変更した。	口腔ケアは、歯科衛生士から助言を受け介護士が行う。
作業療法士より改定 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は14/30点で、リハでは集中が途切れ、疲労感があった。	面会時、息子様がクッキーを持参されたため、現在の口腔機能を説明し次回からヨーグルトやジュースを持ち込まれることに。	

経過<2か月目>

ご本人様「体を動かすようになったら、食事がおいしい」

リハ	栄養	口腔
ブローイングは1回5秒×10回程度。	 <p>学会分類コード3 ムース食</p> <p>口角が上がっている。食物の残渣もない。ミキサー食からムース食に変更した。</p>	新しい義歯が出来上がり、調節を行っていた。義歯が自分で洗浄できるよう、歯科衛生士が指導した。
作業療法士より、頭の体操でも集中できている。	摂取量は800kcalから1200kcal、水分補給量は600mlから1200ml、食事にかかる時間は50分から30分に改善が図られていた。	食前はアイスマッサージを介護士が実施し、食後は口腔ケアをご自身で行い、介護士がチェックする。
理学療法士より、施設の車へ移乗練習をしている。	体重は38.0kgから39.3kgで、目標の40.0kgには達成できていなかった。	食前の口腔体操への参加

経過〈6か月目〉

ご本人様「息子様と外食したい」

リハ	栄養	口腔
ブローイングは5秒×10回実施できている。	 <p>学会分類 コード4 ソフト食</p> <p>義歯調節後、食物の残渣はみられていない。食事形態をコード4ソフト食に変更した。水分でのむせはみられないため、はとろみ不要に見直した。</p>	義歯の不具合はなかった。口腔内は「きれい」と歯科衛生士に評価された。
作業療法士よりHDS-Rは14/30点から18/30点に改善された報告があった。	体重は39.3kgから40.0kgで、6か月後の目標42.0kgには達成できていなかった。	食後の歯磨きはご自分で行き、口腔咳嗽(ブクブク)ができるようになった。

週 3 回以上のミールラウンドで管理栄養士は、食事にかかる時間、口腔内の食物の残渣や飲み込みを観察し、摂食嚥下機能に配慮した水分の形状にプランを変更した。義歯調節により口腔機能が改善されたことに加え、他職種との連携を図り、食事形態を段階的に見直した。

6か月後の成果：体重 40.0 kg 食事形態は学会分類コード 4（ソフト食）、摂食嚥下機能の評価：RSST1 回→4 回、OD 不能→各 4 回で嚥下機能は改善した。自宅退所された。

退所時の情報提供：居宅事業所の介護支援専門員、訪問介護員、通所事業所の管理栄養士へ栄養情報提供書を提出した。

7. 通所サービスへの展開のために

POINT

通所サービスでの栄養改善加算や栄養アセスメント加算を算定して、利用者の栄養ケア・マネジメントを展開するためには、事業所の管理者、関連職員に理解してもらうことから始めて、最終的には、管理栄養士による在宅訪問が求められます。ここでは、その要点について実際の取組みの事例をもとに解説します。

7. 1 利用者・家族及び事業所職員への啓発活動

POINT

通所サービスでの栄養ケア・マネジメントを展開するためには、まず、管理栄養士が何をするのか、それがどのように利用者に役に立つのかを事業所の管理者、関連職員、そして、利用者や家族に理解してもらうところから始めることが求められています。そこで、このような啓発活動に活用できる資料しました。

資料を用いて説明することで利用者・家族及び事業所の職員の理解が深まります。ここでは、事業所でのミニレクチャーなどに利用できる資料を提供しましたので、まず、管理栄養士は、通所サービス事業所との連携できるように啓発活動から始めることをおすすめします。

資料

- 資料 7.1-1～2 しっかり食べて元気に過ごしましょう
- 資料 7.1-3 BMI を把握しましょう
- 資料 7.1-4 BMI 早見表を使って体格の確認
- 資料 7.1-5～8 食べて、元気にフレイル予防

資料 7.1-1 しっかり食べて元気に過ごしましょう①

通所サービス事業支援パンフレット ご家族様向け

しっかり食べて 元気に過ごしましょう



1

ご家族様の最近のご様子を 教えてください

当てはまる項目に □ チェックを付けてください。

- 食事量が減っている。
- 体重が減っている。
- 食事にかかる時間が長くなった。
- むせやすくなった。
- 食事が楽しみではない。

2

栄養が不足すると、 どのようなことが起こるのでしょうか？

栄養が不足すると、元気がなくなり、生活の質やADLが低下して、体重も減ります。病気にかかりやすくなり、転倒しやすくなります。要介護状態が重度化します。さらに、入院が長期化します。



3

低栄養のサインは体重減少です

毎月体重計測をしていると、栄養の不足を早期に気がつきます。

毎月、体重の減少が続いている場合には、注意する必要があります。



4

ご家族様の食べる力をチェックします

次の項目をチェックしてみましょう。

- 食事中にむせることが多くなった
- 食事中や食後によく咳やたんが出る
- 食材や形状の好みが変わった
- 食事に時間がかかるようになった
- 口腔内に食べカスが残っている
- 食べ物をお茶や味噌汁などで飲み込んでいる
- 食事量が減った

噛む力や飲み込む力は個人差があります。

5

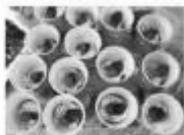
しっかり食べて 元気に過ごしましょう

ご家族様の食事のお困りごとや、体格が気になるなど心配なことがありましたら、是非、管理栄養士にご相談ください。

しっかり食べて元気に過ごせることが継続できるよう、支援いたします。

6

しっかり食べて 元気に過ごしましょう



1

最近のご様子を教えてください

当てはまる項目に ☐チェックを付けてください。

- 食事量が減っている。
- 体重が減っている。
- 食事にかかる時間が長くなった。
- むせやすくなった。
- 食事が楽しみではない。

2

通所サービスでの栄養不足の例

「おはようございます。
朝食は食べていらっしゃいましたか？」



朝食を食べないまま、リハビリテーション、レクリエーションの参加や入浴は、栄養状態の悪化を招きます。
通所サービスをご利用する日もしっかり朝食を摂って、お越しください。



3

栄養が不足すると、 どのようなことが起こるのでしょうか？

栄養が不足すると、元気がなくなり、生活の質やADLが低下して、体重も減ります。病気にかかりやすくなり、転倒しやすくなります。要介護状態が重度化します。さらに、入院が長期化します。



4

食べる力のチェック

次の項目をチェックしてみましょう。

- 食事中にむせることが多くなった
- 食事中や食後によく咳やたんが出る
- 食材や形状の好みが変わった
- 食事に時間がかかるようになった
- 口腔内に食べカスが残っている
- 食べ物をお茶や味噌汁などで飲み込んでいる
- 食事量が減った

噛む力や飲み込む力は個人差があります。

5

管理栄養士が適した 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



6

高齢者の食べる楽しみの支援の充実

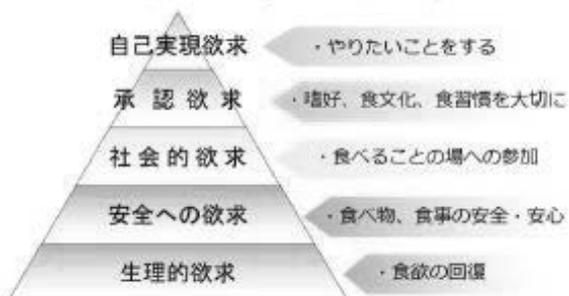
食べる楽しみを支援することは、利用者ひとり一人の「大きな喜び」を支える基本です。



食べることの意義



なぜ食べる楽しみが重要か



マズロー(A.H.Maslow 1908-1970)の欲求五段階説

栄養が不足すると、どのようなことが起こるのか?

栄養が不足すると、元気がなくなり、生活の質やADLが低下して、体重も減ります。病気にかかりやすくなり、転倒しやすくなります。要介護状態が重度化します。さらに、入院が長期化します。



栄養不足を早期に見つける

毎月体重計測をしていると、栄養の不足を早期に気がつきます。

毎月、体重の減少が続いている場合には、注意する必要があります。



体重を計測し、体重減少を見つけましょう

体重減少は、高齢者の低栄養を発見するために最も重要な指標です。

$$\frac{(\text{前回の体重} - \text{現在の体重})}{\text{前回の体重}} \times 100 = \text{体重減少率}(\%)$$

例：現在45kgで1か月前の体重が48kgの場合

$$(48 - 45) \div 48 \times 100 = 6.3\%$$

1か月で3%以上の体重減少

BMI(体格)を把握しましょう

高齢者はBMIが18.5未満(やせ)は、栄養に問題があると判定されます。

$$\text{BMI} = \text{体重} \div (\text{身長(m)} \times \text{身長(m)})$$

例：45kgで身長が158cmの場合

$$45 \div (1.58 \times 1.58) = 18.02$$

BMI18.0kg/m²で、BMI18.5未満になります。

参考:体重減少(率) 早見表

体重減少が簡単に把握できる表です。
該当した場合は、見逃さない体重減少となります。

①もとの体重(kg)	②に対する1か月の体重減少率3%(kg)	体重減少率を体重(kg)で示した場合
40	-1.2	38.8
45	-1.4	43.6
50	-1.5	48.5
55	-1.7	53.3
60	-1.8	58.2

7

8

通所サービスでの栄養不足の例

「おはようございます。
朝食は食べていらっしゃいましたか?」



朝食を食べないまま、リハビリテーション、レクリエーションの参加や入浴は、栄養状態の悪化を招きます。
通所サービスをご利用する日もしっかり朝食を摂って、お越しください。



9

通所サービスでの栄養不足の例

1日2食



主食中心



同じ食材が続く



10

食べる力が維持できる人の食事例



厚みのある肉



根菜類



発酵類

食べる力が低下している人の食事例



雑 類



パン類

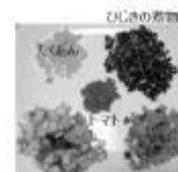


菓 子

11

きざみ食は危険!

きざみ食は、口の中でまとまりにくく、飲み込んでも、のどの奥で残り、気管に食べ物が入る危険もあります。
これが、誤嚥(ごえん)の大きな原因の1つです。



誤嚥の経路
喉の製品 さつまいもの目薬

12

かくれ脱水予防



13

このようなことで困った時には

困っている項目に、一つでもチェックが付きませう

- 食事量が減っている。
- 体重が減っている。
- 食事にかかる時間が長くなった。
- むせやすくなった。
- 食事時の笑顔が減った。

➔ 利用者が美味しく楽しく食べられるように、
管理栄養士がお手伝いします。

14

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
- 弱い力がかめる食事
- 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



15

食べる楽しみを チームで支援する



- 食事にお困りのことがあったら、是非、
管理栄養士にご連絡ください。
- 高齢者の食べる楽しみを継続できる
よう、チームで食べる楽しみを支援しま
しょう。

16

BMI 早見表を使って 身長と体重から、 自分の体格を確認してみましょう

BMI (Body Mass Index) とは
身長と体重の比率で肥満度を判定する指標です

(例)
身長 160 cm 体重 50 kg の場合

・早見表から

★印の位置になります

・BMI の計算法から

体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

BMI = 50 ÷ 1.6 ÷ 1.6 = 19.5 (やせ)

BMI 早見表		体重(kg)									
		35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
身長 (cm)	140	18	20	23	26	28	31	33	36	38	41
	145	17	19	21	24	26	29	31	33	36	38
	150	16	18	20	22	24	27	29	31	33	36
	155	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33
	160	14	16	18	20★	21	23	25	27	29	31
	165	13	15	17	18	20	22	24	26	28	29
	170	12	14	16	17	19	21	22	24	26	28
	175	11	13	15	16	18	20	21	23	24	26
	180	11	12	14	15	17	19	20	22	23	25

BMI 早見表		体重(kg)									
		35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
身長 (cm)	140	18	20	23	26	28	31	33	36	38	41
	145	17	19	21	24	26	29	31	33	36	38
	150	16	18	20	22	24	27	29	31	33	36
	155	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33
	160	14	16	18	20	21	23	25	27	29	31
	165	13	15	17	18	20	22	24	26	28	29
	170	12	14	16	17	19	21	22	24	26	28
	175	11	13	15	16	18	20	21	23	24	26
	180	11	12	14	15	17	19	20	22	23	25

BMI: 18.5 kg/m²未満

BMI: 21.5 kg/m²未満

※70 歳以上の目標とする BMI の範囲: 21.5~24.9 kg/m

BMI: 21.5 kg/m²未満に当てはまる方、やせてきた方は特に要注意!

～高齢期に気を付けたい低栄養～

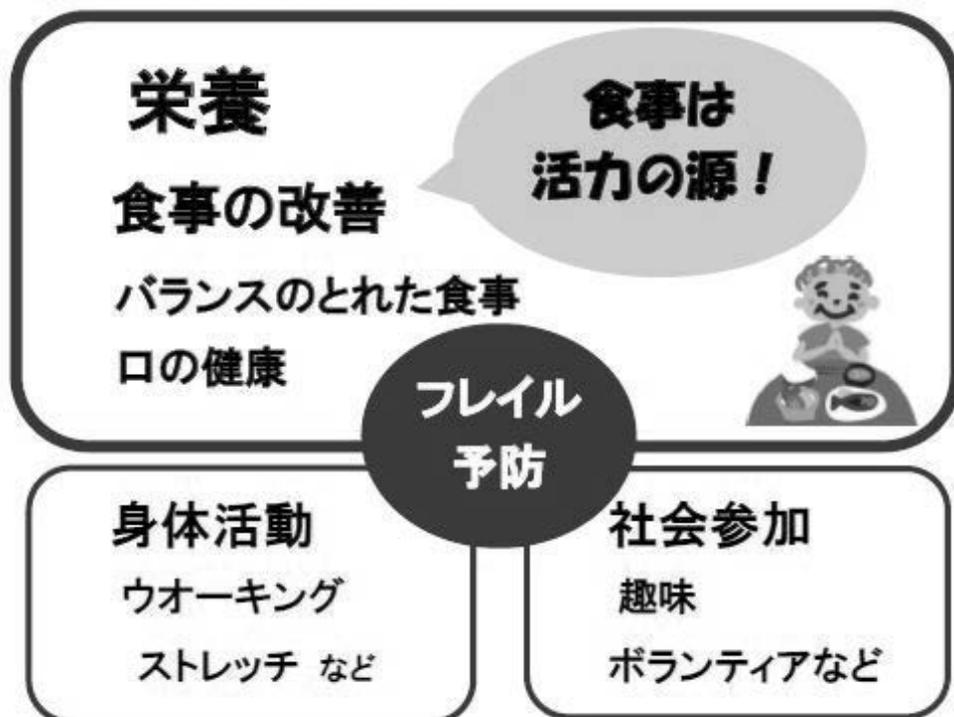
食べて、元気に、フレイル予防

フレイルをご存じですか？

年をとって、体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなり、そのまま放置すると、要介護状態になる可能性が・・・
大事なことは、早めに気づいて、適切な取り組みを行うこと。

フレイルの進行を防ぎ、健康に！！

フレイル予防のポイントは？



3・3・3元気の秘訣 食べるコツ

朝 昼 夕

3回食べよう

体と心の1日のリズムをつくり、胃腸の働きを整え、食欲を高めることにつながります。食事を抜いてしまうと、1日に必要なエネルギーやたんぱく質を補うことが難しくなります。

主食 主菜 副菜

3つの器の組み合わせ

1の器 主食

パン・ごはん・めん類



2の器 主菜

魚・肉・卵・大豆製品を使った料理



3の器 副菜

野菜を使った料理



プラス
+

牛乳・乳製品



赤 黄 緑

3色そろえて

赤

たんぱく質

筋肉や血などをつくる

主に主菜に含まれます

黄

炭水化物

力や熱のもとになる

主に主食に含まれます

緑

ビタミン・ミネラル

からだの調子を整える

主に副菜に含まれます

こんなとき、どうすればいいの？

食事の準備が大変と感じたとき

- 「あと一品」に市販のお惣菜や缶詰、レトルト食品の活用を
- 配食弁当の活用

災害時の
備蓄食品に
なります



食が進まず一度にたくさん食べられないとき

1回の食事の量を減らし、間食を利用してみるといいですね。

食欲がないときは、果物やお菓子など、まずは好きな物を食べてみてはどうでしょうか。

くだもの + ヨーグルト



ふかし芋 + 牛乳



噛みにくい、飲み込みにくいと感じたとき

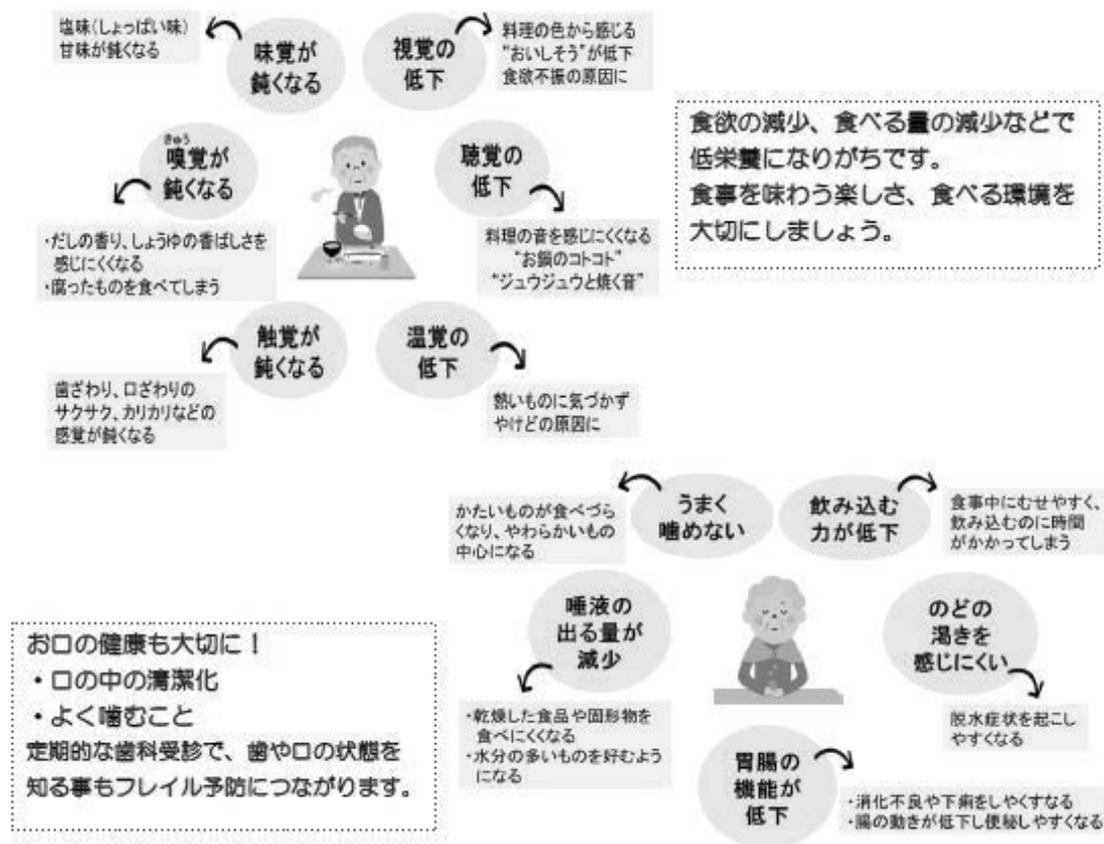
「食べたいものを食べやすく」という視点で

- お肉：やわらかい部位を選び、鶏肉は皮を取り除いて
- お魚：身がやわらかく、ほぐしやすいものに
- 野菜：生野菜より煮物や蒸したものに
- 食べやすい大きさにカットすること



“食に関する” 身体機能の変化

食事は、単に栄養を摂ることだけでなく料理の味や食感を楽しむことも大事なことです。加齢にともなう、身体機能の変化に気づき、食べる力を維持していきましょう。



家族や友人、地域の方との楽しい時間を大切に！

「栄養・身体活動・社会参加」を生活に取り入れ

今できることから始めてみましょう。

7. 2 在宅の食事内容・食習慣の課題把握の方法

POINT

通所サービスの利用者に対する栄養改善加算では、管理栄養士が利用者の居宅を訪問することによって、利用者の日常に潜んでいる食と栄養の課題をアセスメントすることができるようになりました。また、その居宅での日常生活の中で、本人や家族等が「できる」栄養ケア計画を作成できるようになりました。そのポイントを解説します。

令和3年度介護報酬改定では、利用者ごとの栄養ケア計画に従い、「必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うこと。」が追記されました。管理栄養による栄養アセスメントから「食べる意欲」の回復や「食事準備」等の「食べること」に向け、高齢者自らが自己実現を図れるように栄養ケア計画を作成します。しかし、栄養アセスメント実施の際、日常の食事内容、食材の調達や食事の準備は、誰がいつ、どのように行っているのか情報が得られないことがあります。その際は、管理栄養士が在宅を訪問し、日常に潜んでいる食と栄養の課題を把握します。

【訪問するための事前の準備】

- ・サービス計画書を共有しましょう。計画書を把握し、その方のニーズをしっかりと確認しましょう。
- ・在宅訪問前に通所事業所責任者に得たい食と栄養情報の確認をしましょう。
- ・何事も同意を得ましょう。今回の事例のように在宅訪問時の食環境の整備や、食事の写真を撮る場合は、本人や家族にも確認を行い、同意を得ることは必須です。

【通所利用者の在宅での課題把握の例】

次のような課題について訪問して把握してみましょう。

食事は誰と食べているか／1人で食べているのか	食環境の課題
食材の買い物や食事の支度は誰が行うか どこまで実施しているのか	
食事の回数(1日3食しっかり食べられているか)	
食事の量はどの程度か	健康状態の課題
食品摂取の多様性、食品の偏りがあるか	食習慣の課題
晩酌はどの程度か	
在宅での食事形態	摂食嚥下機能の課題
食事中にむせはないか、義歯の不適合はないか	

【食環境の課題を解決した訪問事例】

女性 A 様 80 歳代・要介護 2

現病歴：右大腿骨頸部骨折術後近位端骨折

既往歴：脳梗塞、左大腿骨頸部骨折、右大腿骨頸部骨折、骨粗しょう症、高血圧

内服薬：プラビックス ステプラ アダラト バロトル マグミット リピトル

移動は伝い歩きで、入浴は一部介助が必要。

自宅で独居生活の A 様は自宅内で転倒を繰り返し、骨折での入院は今回で 3 回目となります。3 か月間の回復期リハビリテーションを終え自宅復帰しました。

＜理学療法士の助言＞重心が後方にあるため、移動時にふらつきがある。家事を行う際は一つ一つの動作の確認が必要。外出は介助がなければ不可と判断している。

＜栄養スクリーニング＞高リスク Alb2.9g/dl、身長 154.5 cm、体重 46.4 kg (BMI 19.4 kg/m²)、体重減少無、食事摂取量 80%

＜ご本人の意向＞今までのように一人で暮らしたい。

＜通所での管理栄養士による食の聞き取り＞

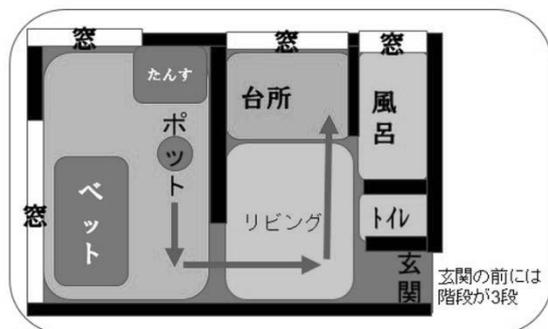
- ① 朝食は息子が買い置きしてくれている冷凍のパンを電子レンジで加熱し食べる。
- ② 昼食は週 3 回通所を利用し、週 2 回は敬老クラブで食事を摂る。
- ③ 夕食は配食弁当を週 7 回利用する。弁当箱は自分で洗いたい。

＜管理栄養士の訪問時に調査する内容＞

- ① 自宅での食事内容、水分補給の確認。
- ② 電子レンジでパンを加熱する動作、弁当箱を洗う動作は問題がないか。
- ③ 昼食の残りの 2 食はどのようにするのか。

管理栄養士は自宅で開催された担当者会議に出席しました。

自宅の間取り



サービス担当者会議参加者：本人、息子様、居宅介護支援事業所、理学療法士、管理栄養士

管理栄養士は、台所、日中生活している場所、洗面台を確認しました。

訪問した管理栄養士の視点①



①調理環境の整備

- ・冷蔵庫を開く際、重心が後方となり、転倒に繋がらないか
→実際に利用者本人に動作確認を依頼し実践
- ・調味料入れや電子レンジに手が届くか、姿勢の確認を実践
- ・室内はつたえ歩き。
「自分で味噌汁を調理したい」との希望あり。鍋は両手鍋
→ご家族に片手鍋の購入を依頼
- ・床のマットはすべりやすい。
→外して頂くことを提案

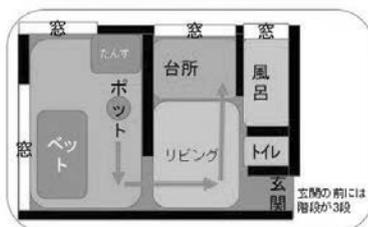
通所利用時に聞取った、朝食はパンを電子レンジで温めること、夕食に弁当箱を洗浄することを他職種へ伝え、動作確認を行い、課題はその場で話し合い解決できました。

訪問した管理栄養士の視点②



②水分補給環境の整備

- ・水分補給はどのように行うのか
「電気ポットを使用して、温かい飲み物を飲みたい。」
→ポットへの水分補充導線の確認。
台所から、隣室まで片手鍋を持ち、つたえ歩きが可能か確認した。



水分補給時の動作を確認しました。

訪問した管理栄養士の視点③



③購入食品の整備

・買い物は息子が行う。
床の飲料や、レトルト食品を持ち上げることは困難



・床に直置きしないよう、ご家族に依頼
・通所利用時、PTは物拾い訓練を開始

息子様に食品を床に直置きしないようご協力をお願いしました。
また、理学療法士は通所で、物拾いトレーニングを計画に追加することになりました。

訪問した管理栄養士の視点④



④食品調達の整備

・息子さんが購入していない食品があった



・近隣の商店に食品調達



荷物を持って階段を降りることは危険
コンビニエンスストアに食品を注文し、受け取る方法を検討

昼食は通所と敬老クラブで食べる以外に、近隣の商店で食品を購入していたことがわかりました。昼食2回分含めて、欲しい食材は電話注文で届けてもらうことに変更しました。

週3回以上のミールラウンドで管理栄養士は、食事にかかる時間、口腔内の食物の残渣や飲み込みを観察し、摂食嚥下機能に配慮した水分の形状にプランを変更した。義歯調節により口腔機能が改善されたことに加え、他職種との連携を図り、食事形態を段階的に見直した。

<6か月後の成果> 体重 40.0 kg 食事形態は学会分類コード4（ソフト食）、摂食嚥下機能の評価：RSST1回→4回、OD不能→各4回で嚥下機能は改善した。自宅退所された。

退所時の情報提供:居宅事業所の介護支援専門員、訪問介護員、通所事業所の管理栄養士へ栄養情報提供書を提出した。

参考資料

・在宅チーム医療栄養管理研究会. 訪問栄養指導って何をするの? 在宅訪問栄養ハンドブック. 2015年.

資料 7.2-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（記入例：リハパーク舞岡）

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所）

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	193X 年 5 月 15 日 生まれ	年齢	80 歳
氏名	通所 ○○○○様	要介護度	2	病名・特記事項等	現病歴：右大腿骨頭部骨折術後近位端骨折 既往歴：脳梗塞、左大腿骨頭部骨折、右大腿骨頭部骨折、骨粗しょう症、高血圧	記入者名	管理栄養士○○○○
利用者 家族の意向	本人の希望：通所リハビリテーションでリハビリをして、今までのように一人で生活がしたい。 ご家族の希望：転倒を繰り返しているため、次に転倒した場合は、私たち夫婦と同居の予定です。					家族構成と キーパーソン (支援者)	本人 一人 同居生活。主介護者は息子(隣町在住)
(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)							
実施日(記入者名)	2021年 4月 1日(○○)	2021年 4月 1日(○○)	2021年 4月 8日(○○)	2021年 4月 22日(○○)			
プロセス	スクリーニング		アセスメント		モニタリング		モニタリング
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高
身長	154.5 cm		154.5 cm		154.5 cm		154.5 cm
体重 / BMI	46.4 kg / 19.4 kg/m ²		46.4 kg / 19.4 kg/m ²		46.4 kg / 19.4 kg/m ²		46.4 kg / 19.4 kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 1ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 1ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 1ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 3ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 3ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 3ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 6ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 6ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 6ヶ月)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 6ヶ月)
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2.9 g/dl)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2.9 g/dl)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2.9 g/dl)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2.9 g/dl)
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
栄養補給法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口		<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口		<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口		<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口
その他	通常体重45.0kg		通常体重45.0kg		通常体重45.0kg		通常体重45.0kg
栄養補給の状態	食事摂取量(割合) 100 %		食事摂取量(割合) 100 %		食事摂取量(割合) 100 %		食事摂取量(割合) 100 %
	主食 100 %		主食 100 %		主食 100 %		主食 100 %
	主菜、副菜の摂取量(割合) 主菜 100 % 副菜 100 %		主菜 100 % 副菜 100 %		主菜 100 % 副菜 100 %		主菜 100 % 副菜 100 %
	その他(補助食品など)						
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal(kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal(kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal(kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)		1500 kcal(32 kcal/kg) 50 g(1.1 g/kg)
嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事の形態(コード)							
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど	()		食事は自立。常食。夕食のみ(配食弁当(〇〇会社 500kcal/食、食塩相当量2.0g未満)		食事は自立。常食。夕食のみ配(食弁当(〇〇会社 500kcal/食、食塩相当量2.0g未満)		食事は自立。常食。夕食のみ配(食弁当(〇〇会社 500kcal/食、食塩相当量2.0g未満)
本人の意欲			まあよい		まあよい		よい
食欲・食事の満足感			ややある		ややある		ややある
食事に対する意識			ややある		ややある		ややある
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)	口腔関係 <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
	<input type="checkbox"/> 安定した正しい姿勢が自分で取れない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 食事に集中することができない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 歯(義歯)のない状態で食事をしている		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内に溜め込む		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 水分でむせる		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他			口腔ケアは自立で、清潔は保持できている。口腔含嗽は可能で、咽喉咳嗽は不可。		自宅での口腔ケアは椅子座りで実施。		自宅での口腔ケアは椅子座りで実施。
	<input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下		<input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下		<input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下		<input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下
	<input type="checkbox"/> 消化器官関係 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
	<input type="checkbox"/> 水分関係 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水		<input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水		<input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水		<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水
	<input type="checkbox"/> 代謝関係 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱
	<input type="checkbox"/> 心理・精神・認知症関係 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症		<input checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 薬の影響		<input type="checkbox"/> 薬の影響		<input type="checkbox"/> 薬の影響		<input type="checkbox"/> 薬の影響
特記事項			リハ実施後の血圧132/78				水分補給量900~1000ml/日、便秘、かくれ脱水は改善傾向。
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善が認められない		<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

①食事摂取・栄養補給の状況			食事調査により、推定食事摂取量1500kcal/日で、必要栄養量を満たしていた。推定水分補給量900ml/日(-300ml/日)で、夜間の排泄時の転倒を恐れ水分摂取を控えている。	食事摂取量は維持。水分補給量900~1000ml/日。
②身体機能・臨床症状			6か月間の体重減少は認めず、握力右14.0kg、左13.8kg、歩行速度0.8m/秒、下腿周囲長右28.0cm、左28.5cm、ツルゴール低下、腋下乾燥、Alb2.9g/dL	ツルゴール正常、腋下の乾燥は認めず。
③習慣・周辺環境			自宅での状況(訪問実施)①朝食は息子が買い置きしてくれている冷凍のパンを電子レンジで加熱し食べる。②昼食は週3回通所を利用し、週2回は敬老クラブで食事を摂る。③夕食は配食弁当を週7回利用する。弁当箱は自分で洗う習慣があった。	
PES			(S)ツルゴール低下、腋下乾燥、飲水900ml/日(目標の300ml/日)を根拠として、(E)夜間の排泄時の転倒を恐れ水分摂取を控えたことによる、(P)NI-3.1水分摂取量不足と栄養診断した。	
計画変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合は必須	摂食・嚥下の課題	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() 実施日: 年 月 日
	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
	※食事の観察	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日
	※多職種会議	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: 年 月 日
	種会議	①食事の形態・とろみ、補助食の活用 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更			
	②食事の周辺環境 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	②食事の周辺環境 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	②食事の周辺環境 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	②食事の周辺環境 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	③食事の介助の方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	③食事の介助の方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	③食事の介助の方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	③食事の介助の方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	④口腔のケアの方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	④口腔のケアの方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	④口腔のケアの方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	④口腔のケアの方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	⑤医療又は歯科医療受療の必要性 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	⑤医療又は歯科医療受療の必要性 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	⑤医療又は歯科医療受療の必要性 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	特記事項				

※経口維持加算(Ⅱ)を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること
注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

7. 3 栄養改善加算・栄養アセスメント加算について

POINT

・令和3年度介護報酬改定による栄養改善加算及び栄養アセスメント加算の算定要件等について解説しました。

【栄養改善加算の算定要件】

栄養改善加算とは、低栄養状態にある利用者またはそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善や心身の状態の維持・向上に資する取組みの実施を評価する加算です。

＜対象となる施設＞

通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）通所リハビリテーションで、令和3年度介護報酬改定で看護小規模多機能型居宅介護も対象サービスに追加されました。

＜単位数＞200単位／回。月に2回算定可能。3か月以内の期間に限り1か月間に2回を限度として算定できますが、栄養改善サービスの開始から3か月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定が可能です。

＜算定要件＞

- ① 事業所の従業者または外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者の栄養状態を利用開始時に把握していること。
- ③ 管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ④ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うこと。
- ⑤ 利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ⑥ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- ⑦ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【高齢者に対する在宅訪問による栄養改善加算の効果】

介護支援専門員80名を対象とした調査において、食事・栄養に関する事項（食事形態・栄養補助食品・食事内容・食欲不振・治療食対応など）について「実際に相談できる管理栄養士がいる」と回答している介護支援専門員は34.6%にすぎない¹⁾という報告があります。さらに、令和2年の通所における栄養改善の算定率の報告²⁾は、通所介護0.6%、通所リハビリテーション3.1%に留まっていました。地域では栄養の問題に気付いている介護支援専門員が存在しているのにも関わらず、その受け皿がないこと、

そして、通所事業所で栄養改善を実践している管理栄養士の少なさも浮き彫りになっています。しかしその一方で、通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問を含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6か月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低い結果³⁾だったという嬉しい報告もあります。

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントはこうして、エビデンスの蓄積を通じてイノベーションを重ねてきました。介護保険施設の管理栄養士は、必要な人材を確保した上で、そのマネジメント能力を十分に発揮し、施設のみならず通所での栄養改善に働きかけ、必要時には在宅訪問を実践することが強く求められています。

【栄養アセスメント加算】

＜対象となる施設＞

通所介護、(介護予防)通所介護リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護

＜単位数＞ 50 単位/月

＜算定要件＞

- ① 事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること。
※外部との連携：医療機関、介護保険施設又は公益社団法人日本栄養士会もしくは都道府県栄養士会が設置し運営する栄養ケア・ステーションとの連携
- ② 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを3か月に1回以上実施していること。
※通所リハビリテーションの場合における共同して栄養アセスメントを行う職種：医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者
- ③ 利用者又はその家族に対して栄養アセスメントの結果を説明し、必要に応じ栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
- ④ LIFE を用いて、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受け、利用者の状態に応じた栄養管理の内容決定、決定に基づく支援の提供、支援内容の評価、評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善の一連のサイクルによりサービスの質の管理を行うこと。(LIFE への提出情報及びフィードバック情報を活用)
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【リハパーク舞岡の取組みの手順】

栄養アセスメントは、以下の流れで3か月に1回以上実施します。

- ① 利用者ごとの低栄養状態のリスクを利用開始時に把握します。

- ② 管理栄養士等が多職種で協働して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮し、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行います。
- ③ 栄養アセスメントの結果を、利用者又はその家族に対して説明し、
- ④ 必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行います。低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、居宅事業所と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼します。

原則として、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定できません。ただし、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定することができます。

【千春会 栄養アセスメント加算への取組み】

通所サービスでは、利用者の自立支援・重症化防止のための効果的なケアを提供する観点から、多職種による総合的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理および口腔管理を実施することが求められています。

千春会では、入所系施設に併設および通所系施設の通所介護・通所介護リハビリテーション・認知症対応型通所介護に管理栄養士が関わり、栄養アセスメントが行える体制となっています。

<管理栄養士の配置について>

- ・入所系施設（介護老人保健施設）と併設している通所事業所
介護老人保健施設の管理栄養士：随時対応
- ・通所系施設、短期入所生活介護や認知症グループホームと併設している通所事業所
千春会病院の管理栄養士：各事業所（10か所）週1回、訪問対応

<栄養アセスメント加算 算定までの流れ>

1. 利用者ごとに低栄養状態のリスク評価を利用開始時に行う（評価者：介護職）
2. 管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行う
3. 1. 2. の結果を介護支援専門員に送付、利用者又はその家族に説明、管理栄養士介入について「希望する」「希望しない」の返答をもらう
※「希望しない」場合は、介護支援専門員より理由を返答してもらう
例：他事業所で介入済、単位数不足、費用負担増のため等

＜栄養アセスメント加算 対象利用者への対応＞

1. 対象利用者の把握を栄養相談前に行うこと

- 基本情報（氏名・年齢・性別・要介護度・既往歴・家族構成・キーパーソン）
- 自宅での食事に関する情報（食生活環境・食習慣・食事回数・時間帯）
- 利用時の食事に関する情報（食種・食事形態・食事提供量調整の有無・食物アレルギー・禁食の有無）

2. 通所事業所に訪問し行うこと

- ミールラウンド（昼食時、おやつ時）の実施
食事摂取量、摂食・嚥下機能、口腔内の状況の把握に有効です。
- 利用者と対面で栄養相談および情報提供
直接話しができる環境（スペースと時間）を作ることが大切です。
食事に困っていること（自宅での食事内容、食生活、食事療法）、体調の変化（体重の変化、下痢・便秘）等について、把握し情報提供を行います。
食べることに利用者とその家族が関心を持つきっかけにもなります。
- 事業所職員（介護職・看護師等）との情報共有と記録
対象利用者の解決すべき栄養管理上の課題に対して、管理栄養士からの提案したことを多職種と情報共有し、実行状況のモニタリングを行います。
栄養相談記録を残すことで、経過を見ることができます。

資料 7.3.-2 栄養アセスメント加算における栄養相談記録（記入例：千春会）

栄養相談記録（通所）	
作成日：	〇 年 〇 月 〇 日
作成者：	管理栄養士 〇 〇
利用者氏名：	〇 〇 〇 〇 性別：(男)・女 年齢：73 歳
要介護度：	要介護3 既往歴：糖尿病 左片麻痺
家族構成：	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 キーパーソン：妻
自宅での食事に関する情報	
[食生活環境・食習慣] 買い物 食事の準備 自宅での食事内容等 ・買い物、食事の準備は家族(妻) ・朝はパン(サンドイッチ) 果物(バナナ、みかん) 昼・夕 ご飯(やわらかいもの) おかず	
[食事回数・時間帯] 食事回数 1日 3食(朝・昼・夕) 食事時間帯 朝8時 昼12時 夕19時	
利用時の食事に関する情報(利用曜日 日・月・火・水・木・金・土 / (1日)・午前・午後)	
[食種] (普通) ・ 糖尿病食 ・ 透析食 ・ 腎臓食 ・ 膵臓食 ・ 潰瘍食 <input type="checkbox"/> 食事提供なし	
[食事形態] 主食：米飯・(粥)・ 粥ミキサー ・ パン 副食：普通・(一口カット)・ 粗きざみ ・ きざみととみ ・ ミキサー ・ ムース 水分：とろみ要(低濃度・高濃度) ・ 不要	
[食事提供量の調整] <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
[食物アレルギー・禁食] <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
特記事項 ・かかりつけ医 〇〇クリニック ・訪問看護	
栄養相談日：	〇 年 〇 月 〇 日 担当管理栄養士： 〇 〇
低栄養状態のリスク判定 <input type="checkbox"/>低リスク <input checked="" type="checkbox"/>中リスク <input type="checkbox"/>高リスク	
身体計測 身長 157 cm 体重 50.8 kg BMI 20.6 kg/m ² 体重変化 <input type="checkbox"/> 増加(kg/ カ月) <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 減少(0.6 kg/1カ月)褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 栄養補給法 <input checked="" type="checkbox"/> 経口 (食事形態 主食：粥 副食：一口カット <input checked="" type="checkbox"/> 水分とろみ要) ⇒ 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 76~100% <input checked="" type="checkbox"/> 75%以下 ⇒ <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 () <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 ()	
栄養相談の内容	
<input type="checkbox"/> 食事内容 <input type="checkbox"/> 食事回数 <input checked="" type="checkbox"/> 食事量 <input type="checkbox"/> 食生活環境 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔内の状況 <input type="checkbox"/> 食欲の変化 <input type="checkbox"/> 体重の変化 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 ()	
聞き取り内容〔(本人)・家族・(介護職)・()〕 ・デイケアでの食事摂取量が減っている ・おかずによって食べにくものがある ・歯の調子が悪い ・食事の様子より →スプーンを使って、自力摂取可 →豆腐は大丈夫、から揚げは固い	提案事項 食事摂取量の減少は、本人からの訴えからも咀嚼機能の低下あり ・デイケアでの食事形態を調整し様子を見ることに(副食：一口カット→粗きざみ) ・自力摂取を維持するために小さいお碗に粥におかずを乗せてスプーンで食べる方法を提案
次回 栄養相談の時期	
<input checked="" type="checkbox"/> 1カ月後 <input type="checkbox"/> 3カ月後 <input 620="" 753="" 891="" 902"="" data-label="Text" type="checkbox/>(月 日)</input></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>栄養CO44-2021.11.29</p>	

参考資料

- 1) 杉山みち子, 榎裕美, 葛谷雅文, 古明地夕佳, 新出まなみ, 臼井正樹, 太田貞司. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業分担研究報告書「横須賀・三浦地域在宅療養高齢者における摂食嚥下・栄養障害と健康障害ならびに在宅非継続性との関連」. 2013.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 地域・在宅高齢者における摂食嚥下・栄養障害に関する研究—特にそれが及ぼす在宅療養の非継続性と地域における介入・システム構築に向けて—平成 26 年度 総括・分担研究報告書 (主任研究者 葛谷雅文)
- 3) 厚生労働省. 第 180 回 社会保障審議会介護給付費分科会資料 (令和 2 年 7 月 20 日)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12499.html?msckid=3cfe8aa0a9e611ec86db5f250e45503a (閲覧日 2022 年 3 月 22 日)
- 4) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等補助金(老人保健健康増進等事業分)『リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業』報告書. <https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2020/04/2020rouken-riha.pdf>
(閲覧日 2022 年 3 月 22 日)

7. 4 介護支援専門員等との連携のために

POINT

通所サービス等の在宅の利用者の栄養ケア・マネジメントを展開するうえでは、介護支援専門員との連携が欠かせません。管理栄養士が行う栄養改善サービスを、介護支援専門員に具体的に伝えることができるかが重要になります。まず、介護支援専門員の立場から見た場合の管理栄養士の役割やアプローチを考えてみましょう。管理栄養士は、本人、家族、介護支援専門員等に求められている支援について、発信する必要があるのです。

【管理栄養士の支援とは】

一般的な感覚として、管理栄養士が関わるということはどういった印象を持ちますか？

「あれを食べてはだめ、これを食べてはだめ、バランスの良い食生活をしましょう」このようなイメージをもつ一般の方はまだまだ多く、介護支援専門員の方の中にも管理栄養士とは何をしてくれるの？と感じている人は少なくありません。

本来であれば、前項の「利用者・家族及び事業所職員への啓発活動」で解説したように、管理栄養士は、低栄養や食べる楽しみの支援、脱水の支援、配食の調整から買い物場所の確認まで、高齢者の在宅生活において多岐にわたって支援を行います。

しかし、多くの介護支援専門員にはその支援内容が伝わっていません。それは管理栄養士がどのような支援を行うというアピールを、実は介護支援専門員にしていないことが多々あるからです。そのような環境では必要な支援であっても、管理栄養士からの支援は必要とされなくなります。

従って、本人や家族に向けて啓発活動を行うと同時に、介護支援専門員に対しても管理栄養士が行う栄養改善サービスをアピールすることが重要となります。

そのためには介護支援専門員の方が参加する担当者会議や地域包括ケアセンターでの研修への積極的な参加、場合によっては管理栄養士から介護支援専門員に直接電話で話すことも重要になります。管理栄養士の栄養改善サービスが利用者にとって有益であると認識した介護支援専門員からは支援の依頼が入るようになり、適切な情報提供や加算の算定につながることを期待できます。介護支援専門員側の問題で算定が難しいというのではなく、介護支援専門員が管理栄養士の支援を求めるような状況づくりに少し視点を変えてみることをお勧めします。

【介護支援専門員の立場から見る管理栄養士】

介護支援専門員は、介護保険法の中では、「要介護者または要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサー

ビスを利用できるよう、市区町村やサービス事業者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたもの」と定義されています。つまり、利用者の状況に応じて適切なサービスを利用できるように利用者の介護度ごとに決められた単位内で支援内容をコーディネート（マネジメント）する存在となります。介護支援専門員が作成したケアプランを熟読し、方向性等を確認したうえで協働すると、受け入れがスムーズです。

これを踏まえると、栄養管理の必要性が介護支援専門員の中で優先順位が高いか低いかが、実際に栄養改善サービスを導入し利用してもらえるかの判断の基準となることが理解できると思います。いかに管理栄養士が適切な支援を提供できる体制を整えていようと、利用者にとって必要な支援であっても、介護支援専門員や本人、家族が求めない限り、栄養改善サービスを利用していただけません。また反対に本人、家族が管理栄養士の支援を求めても、やはり介護支援専門員の理解を得ることができなければ栄養改善サービスとしての対象にはなりません。

管理栄養士の支援は、在宅高齢者に対して相互の理解・連携が不可欠です。その必要性を介護支援専門員や本人、家族への周知が欠かせません。

また、協働の誘いがあった場合は、極力参加してスキルの引き出しを増やし、時には交渉（ネゴシエーション）の技術も重要です。自分自身の研鑽の中に、栄養関係だけでなく他職種や異分野の学びから気づきも大切です。

他事業所であることの多い居宅の介護支援専門員と連携を行うことは一朝一夕では難しいかもしれませんが、回数を重ね、事例を重ねることで信頼関係を結ぶことができるので、地道に諦めずに活動をしていく必要があります。

7. 5 取組みの事例

POINT

通所サービスの利用者にとっても、摂食嚥下機能の低下は低栄養をもたらす大きな問題です。在宅訪問を行い、利用者の栄養支援だけでなく、介助者の調理技術にあわせた、食の提案を行った取組みの事例を紹介します。一度の訪問で、すべてが解決できるわけではなく、利用者にあわせ栄養計画を立案する必要があります。

【介護老人保健施設リハパーク舞岡：摂食嚥下障害が原因で体重減少を認めた事例】

A様 80代女性・要介護3

診断名：進行性核上性麻痺（progressive supranuclear palsy；PSP）

既往歴：高血圧

身体状況：身長 144 cm、体重 30.0 kg、BMI14.5 kg/m²、

半年前の体重は 38.0 kg（BMI18.4 kg/m²）、

握力右手 10.9 kg、左手 10.2 kg、下腿周囲長右 21.5 cm・左 22.0 cm、浮腫（-）

生活背景：同年齢の夫と二人暮らしで、調理担当は夫。近隣に住む長男の嫁が通院時の送迎を行っている。通所リハ週 2 回以外に、訪問歯科診療を週 1 回受けている。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱa

意向：ご本人:硬い物を食べたい。夫:最近やせてきた。歩けなくなるのが心配。

栄養スクリーニング：6 か月の体重減少率 21%（-8.0 kg） 高リスク

採血結果（介入 1 か月前）：Alb3.2g/dL,BUN13.8mg/dL,Cre0.93g/dL,

T-Chol32mg/dL,TG45mg/dL,GLU109mg/dL,Na134mEq/L,K3.2 mEq/L

摂食嚥下機能評価：RSST1 回、OD はパ 1 回、タ 1 回、カ 1 回、

咽喉マイクでは水分で反射遅延音を聴取した。

その他の症状：ツルゴール低下

栄養改善介入までの経過：82 歳時に自宅で転倒を繰り返すため、通所リハビリテーションでのリハが開始された。83 歳で PSP と診断された頃より、通所リハでは手引き歩行の際も転倒 リスクが高まったため、車椅子移動となった。体重は現在 30.0 kg（BMI14.5g kg/m²）、6 か月で 8.0 kg減少を認めたため、栄養改善が依頼された。

食生活状況（通所利用時本人へ聞き取り）：食事は全て夫が調理する。通所がある日は、身支度に時間が掛かり朝食を摂取しない。鶏肉、うどんが好き。肉や野菜が噛み切れなくて吐き出す。吐き出すことに対して、本人は胃が悪いからだと思い込んでいる。

初回在宅訪問 食生活状況を把握するため、通所相談員と自宅に訪問し夫に聞き取りを行った。推定摂取栄養量 800~1,000kcal/日、水分補給量（飲水）600ml/日。通所が無い日の朝食は耳なし食パン 8 枚切り 1 枚、バター10g、卵焼き 1/2 ケ、ヨーグル

ト1ケ、バナナ1/2本。昼食は蕎麦1/2玉（油揚げや葱を加え煮る）。夕食はご飯80g、餃子3ケ、ひじき少々、味噌汁。間食はジュースコップ1杯。飲水は麦茶一日3杯程度。夫は調理に不慣れで、夫が食べたいものを調理していると話す。

<栄養診断>

#1.NB-1.7 不適切な食物選択

ここ数ヶ月は水分でむせ、RSST1回、OD検査はパ1回、タ1回、カ1回で、咽喉マイクは水分で反射遅延音を聴取したこと、望ましい食事形態は学会分類コード3であることから(S)、本人と夫の摂食嚥下障害の程度に適した食事形態の理解不足が原因となった(E)、不適切な食物選択をしている状態(P)と栄養診断できる。

#2.NC-3.2 意図しない体重減少

6か月の体重減少率21%で低栄養状態のスクリーニングは高リスクであることから(S)、咀嚼や嚥下が難しい食材を吐き出すことで摂取エネルギーがエネルギー必要量を下回っていることが原因となった(E)、意図しない体重減少を認める状態(P)と栄養診断できる。

推定必要栄養量は半年前の体重38.0kg(BMI18.4kg/m²)より算出し、エネルギー1,300kcal/日(体重当たり34kcal)、たんぱく質45g(体重当たり1.2g)、水分1,900mL以上と設定した。

2回目の訪問 夫にパン粥の調理実習を自宅で行った。フレンチトーストも調理が可能であることがわかった。間食にプリンやムースを追加するよう提案した。水分にとろみをつける方法について、写真付きのマニュアルを渡した。

3回目の訪問 夫に妻が、蕎麦は嫌いであることを伝え、水でほぐすだけで食べられる素麺を提案した。夫から市販品の嚥下調整食品を利用したい希望あり紹介した。

4回目の訪問 (サービス担当者会議)

夫、嫁、居宅介護支援専門員、福祉用具サービス担当者、訪問歯科医師、当通所事業所(医師、相談員、理学療法士、管理栄養士)が参加した。共有した情報は、歩行のふらつきがあり、自宅の居室にポータブルトイレを設置すること。食事形態の工夫で体重が回復傾向にあること。通所リハに加え、入浴介助を目的に通所介護を週2回利用開始が決定した。

<栄養介入の成果>

目標体重には達成できなかったものの、半年間で36.4kg(6.4kg/6か月の増加)に回復した。以下、半年前の介入時との比較では、握力は維持、下腿周囲長右21.5cmか

ら 22.3 cm・左 22.0 cmから 22.5 cmに増加した。OD 検査はパタカ各 1 回がパ 1 回、タ 2 回、カ 2 回に改善された。水分摂取時に、とろみ調整食品を添加し、飲水 1,000mL/日補給に改善できた。ツルゴールは正常。

<栄養介入の問題点に対する訪問時の改善策>.

- 夫の調理負担軽減のために、調理技術にあわせた調理実習を行った。調理を行わなくて済む食品（主にたんぱく質;豆腐、卵豆腐、ネギトロ、プリン、ヨーグルトなど）を提案した。妻の体重が増加していることを定期的に伝え、称賛した。

8. 認知症グループホーム：取組みのための体制づくり、手順と事例

POINT

認知症対応型共同生活介護（以下、認知症 GH）において、管理栄養士が連携した栄養管理体制づくりは、管理栄養士が日常的には不在であり、介護職員の食支援に対してコンサルテーションすることを前提に行います。認知症の食事時の兆候・症状に対応していく必要があります。

【認知症対応型共同生活介護における栄養管理体制加算について】

認知症 GH において栄養ケア・マネジメントを推進するためには、以下のように体制づくりを行います。

【口腔・栄養スクリーニング加算の算定】 20 単位/回 ※6 か月に 1 回

事業所の管理者は、介護サービス事業所の従業員が、「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、当該情報を利用者の担当介護支援専門員に提供」する体制づくりをします。認知症 GH における記載例は、事例を参照してください。スクリーニングにおいての体重は 1 か月ごとに測定して記録しておくようにします。

口腔・栄養スクリーニングに記載し、健康状態に関する情報を介護支援専門員に情報提供します。以下の管理栄養士による栄養管理体制加算の算定に繋げる体制を作って、連携している管理栄養士にも同様の情報提供をしておくこと円滑にすすみます。

口腔・栄養スクリーニングは 6 か月毎に行います。

【栄養管理体制加算の算定】 30 単位/月（新設）

① 事業所の管理者は、管理栄養士と連携して栄養・口腔のリスクのある利用者に栄養・食事の課題解決のための助言等が得られる体制づくりをします。

この場合、管理栄養士については、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」との連携でも可とされています。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の管理栄養士が連携することができますので、要件を満たす管理栄養士との連携体制を確保します。

② 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、食事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。献立作成や調理を行ったことを評価する加算ではなく、栄養ケアに関わる事項への助言が評価されるものであるため、誤解がないよう事業所と支援内容を適切に決めておくことも重要です。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口腔・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重要です。

また、食事時の観察（ミールラウンド）は、介護職員等と一緒にいき、問題を共有化した上で助言や指導を行うことが求められます。

③ 「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、以下の事項を記録すること

- 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. 具体的方策
- 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状態に関する個別の課題の解決方法についても、認知症 GH の介護職員に助言・指導するとともに、利用者や介護職員の理解を得られるよう、低栄養やその栄養ケアの要点のポスターの掲示といった具体的な支援の提案や、管理栄養士の実演による説明などに取組める体制づくり、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。

あくまで、日常的には管理栄養士がいない生活の場であることを前提に、介護職員や本人が取組める内容を提案することが求められるため、そのような視点で助言を行う必要があります。資料 8.1-1、2 に様式例を用いて平成医療福祉グループの事例を示しました。

資料 8.1-1 認知症グループホームにおける口腔・栄養スクリーニング（記載例）

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	1 2 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）		
□ 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/ 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 3.5 g/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。食形態等をみてほしい。		

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

資料 8.1-2 認知症グループホーム 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告

(記載例)

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

令和3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）

「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

研究委員会（日本健康・栄養システム学会、代表理事 三浦公嗣）

委員

- | | |
|---------|-------------------------------|
| ★榎 裕美 | 愛知淑徳大学 教授__ |
| 大原 里子 | 大原歯科医院__ |
| 岡本 節子 | 十文字学園女子大学 准教授 |
| 加藤 すみ子 | 日本栄養士会 理事 |
| ★苅部 康子 | 介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課 課長 |
| 古明地 夕佳 | 十文字学園女子大学 准教授 |
| 小山 秀夫 | 兵庫県立大学大学社会科学研究科 特任教授__ |
| ○杉山 みち子 | 日本健康・栄養システム学会 専務理事（編集） |
| 高田 健人 | 十文字学園女子大学 講師 |
| ★田中 和美 | 神奈川県立保健福祉大学 教授 |
| ★谷中 景子 | 医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科 統括主任 |
| ★堤 亮介 | 平成医療福祉グループ 栄養管理部 課長（手引き作成責任者） |
| 遠又 靖丈 | 神奈川県立保健福祉大学 准教授 |
| 長瀬 香織 | 文教大学__講師 |
| 長谷川 未帆子 | 大和市役所 健康づくり推進課 管理栄養士（手引き編集支援） |
| 三浦 公嗣 | 学校法人藤田学園 顧問、藤田医科大学 教授 |

手引き協力

木下 福子 特別養護老人ホーム グルーンヒル 副施設長

★：執筆者・（ ）：責任者・編集等・○：事業の委員長

事務局 駒形公大 日本健康・栄養システム学会

令和3年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）

『介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業』

令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける

栄養ケア・マネジメントの実務の手引き（初版）

2022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

令和3年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）
『介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業』

2022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 : 03-5829-8590 Fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com