

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。（LIFE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					
○ ○ ○ ○様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	80 歳	要介護 2	管理栄養士○○	○年 ○月 ○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 <sup>2</sup>
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	○年 ○月 ○日	年齢	80 歳	
氏名	〇〇〇〇様		妻介護度	妻介護2	病名・特記事項等	認知症 作成年月日 3年 4月 1日	
利用者	本人より：家の生活に戻りたい 形のあるものを食べたい					家族構成とキーパーソン（支援者）	本人 長女 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）		
プロセス	スクリーニング		アセスメント		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		
身長	143 cm		143 cm		143 cm		
体重 / BMI	57.0kg / 27.9kg/m <sup>2</sup>		57.0kg / 27.9kg/m <sup>2</sup>		55.5kg / 27.1kg/m <sup>2</sup>		
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	☑無 □有( kg/ 1ヶ月)		☑無 □有( kg/ 1ヶ月)		☑無 □有( kg/ 1ヶ月)		
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	☑無 □有( kg/ 3ヶ月)		☑無 □有( kg/ 3ヶ月)		☑無 □有( kg/ 3ヶ月)		
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	☑無 □有( kg/ 6ヶ月)		☑無 □有( kg/ 6ヶ月)		☑無 □有( kg/ 6ヶ月)		
血清アルブミン値	□無 ☑有( 3.0 g/dl)		□無 ☑有( 3.0 g/dl)		☑無 □有( g/dl)		
褥瘡	☑無 □有		☑無 □有		☑無 □有		
経口のみ	☑経口のみ □一部経口		☑経口のみ □一部経口		☑経口のみ □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		
その他							
食事摂取量（割合）	50%		50%		70%		
主食の摂取量（割合）	主食 50%		主食 50%		主食 70%		
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%		
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)		
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 ( 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)		1425kcal ( 25kcal/kg) 57g ( 1.0g/kg)		1425kcal ( 25kcal/kg) 57g ( 1.0g/kg)		
嚥下調整食の必要性	□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		
とろみ	☑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 )		
本人の意欲	あまりよくない		あまりよくない		まあよい		
食欲・食事の満足感	ややない		ややない		ややある		
食事に対する意欲	ややない		ややない		ふつう		
多職種による栄養の課題（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		
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・生活機能関係	□嚥下（嚥下）☑生活機能低下		□嚥下（嚥下）☑生活機能低下		□嚥下（嚥下）☑生活機能低下		
消化器管関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘		□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘		□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘		
水分関係	☑浮腫 □脱水		☑浮腫 □脱水		☑浮腫 □脱水		
代謝関係	□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		
医薬関係	□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		
総合評価	□改善 □改善傾向 ☑維持		□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		
経口維持加算	□水飲みテスト ☑嚥下評価法 □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（ ） 実施日：3年4月1日		□水飲みテスト ☑嚥下評価法 □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（ ） 実施日：3年4月1日		□水飲みテスト ☑嚥下評価法 □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（ ） 実施日：3年4月7日		
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		
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 実施日：3年4月1日		☑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		☑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7日		
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 実施日：3年4月1日		☑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		☑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7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		
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		
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		
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		
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		
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 <sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング							
★ブルダウ <sup>2</sup> 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 <sup>3</sup> 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 <sup>4</sup> 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"> <li>在宅生活に向けた身体機能の維持・向上を図る</li> <li>日常生活動作の維持・向上を図る</li> <li>入所生活を安心して穏やかに過ごしてもらう</li> </ul>	低栄養状態のリスク (□低 □中 □高) <ul style="list-style-type: none"> <li>食事摂取量の改善</li> <li>摂食・嚥下機能に合わせた食事形態の調整</li> </ul>	<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 □ 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) □ 歯周病 □ 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)		
長期目標・期間	(心身機能) ・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"> <li>食事を楽しく、食べてもらい栄養状態の改善を図る</li> <li>在宅生活ができるよう、食べやすい食事形態を提案する</li> </ul>	<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) ・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"> <li>食事摂取量が改善・維持</li> <li>食事時の観察を行い、食べやすい食事形態の調整を行う</li> <li>誤嚥性肺炎の予防</li> </ul>	<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"> <li>基本動作訓練</li> <li>筋力向上訓練</li> <li>下肢関節可動域訓練</li> <li>日常生活動作訓練</li> <li>認知機能低下予防訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事、水分摂取量の把握</li> <li>食事摂取状況の確認</li> <li>摂食・嚥下機能の把握</li> <li>適正な食事形態の調整</li> <li>体重変化の把握</li> </ul>	<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)		
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 checked="" 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/m<sup>2</sup>      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。</p> <p>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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<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"> <li>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。</li> <li>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)</li> </ul>	<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"> <li>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。</li> </ul>	<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"> <li>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。</li> <li>栄養ケア計画書を作成する。</li> </ul>	<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"> <li>利用者同意後すみやかにサービス提供を行う。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<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

<p>栄養ケア提供経過記録書の作成</p>	<p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養補給、栄養食事相談、多職種によるケア、日々の食事提供経過等を記録する。</li> </ul>	<p>栄養ケア提供経過記録書</p>
<p>モニタリング</p>	<p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養ケア計画に従ったケアの実施状況、及び利用者に関する特記について記録。</li> <li>・高リスク：2週間毎</li> <li>・中リスク：1ヶ月毎</li> <li>・低リスク：3ヶ月毎</li> </ul>	<p>栄養ケアモニタリング書</p>
<p>継続の場合</p>	<p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続の場合期間経過前に栄養スクリーニング以降の手順に従う。</li> </ul>	<p>栄養ケア計画書</p>
<p>リスク変更等の場合</p> <p>科学的介護情報システム LIFE へのデータ提出</p> <p>データの活用</p> <p>栄養スクリーニング</p> <p>退所時</p>	<p>管理栄養士</p> <p>管理栄養士 事務課</p> <p>栄養委員会</p> <p>管理栄養士 介護支援専門員 相談員</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・変更する場合、すみやかに、栄養ケア計画書作成以降の手順に従う。</li> <li>・当月該当データについては、翌月 5 日までに事務課へ該当者リストを提出する。</li> <li>・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。</li> <li>・継続の場合期間経過前に栄養スクリーニング以降の手順に従う。</li> <li>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。</li> </ul>	<p>栄養ケア計画書</p> <p>科学的介護情報システム LIFE への情報提供リスト</p> <p>栄養委員会議事録</p> <p>栄養スクリーニング書</p> <p>栄養情報提供書</p>

＜サービス評価と継続的な品質改善活動＞

①LIFE に提供する栄養情報の入力は、新規入所者・当月サービス担当者会議の該当者（3 か月毎）・当月の退所者（LIFE データ送信終了者）及び栄養計画の見直しが発生した利用者に対し、管理栄養士が入力を行う。

②LIFE からの利用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する。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する。

③ 評価と継続的な品質改善活動

**栄養状態の評価：**新規入所者と継続入所者をあわせ、毎月、低栄養リスクの改善・維持・悪化の割合のリストを作成し、書面にて他職種へ情報を提供する。

**食事摂取量等の評価：**担当者会議にて、食事摂取量や調整食レベルの改善状況、ADL、IADL の評価を行い、介護支援専門員からプラン提示の際にご家族へ報告する。

**アウトカム評価：**毎週水曜日に開催される、全部署が参加する在宅復帰支援委員会で、入院率や在宅退所率との関係など、サービス評価を実施する。

**品質改善活動の評価：**法人内で取り組む目標管理制度に沿って実施する。評価シートは目標管理シートを使用し、目標と品質改善活動の取り組み計画を記載する。評価期間は 4 月～9 月を前期、10 月～3 月を下期とする。前期・下期で自己評価を行い、一次評価、二次評価後、評価が決定する。 **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はなく、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<sup>2)</sup>

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があります。
- ・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<sup>3)</sup>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<sup>1)</sup>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、その場に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で、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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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"/> 昼口タ <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。通常の便秘の場合には、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 <sup>やわらぎ</sup> 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		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（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		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		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		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		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
	サービス評価と継続的な品質改善活動		その他（ ）	32
			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		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		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	
人事労務管理		自己学習（文献検索、研修会等への参加）	56	
		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			



## 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。

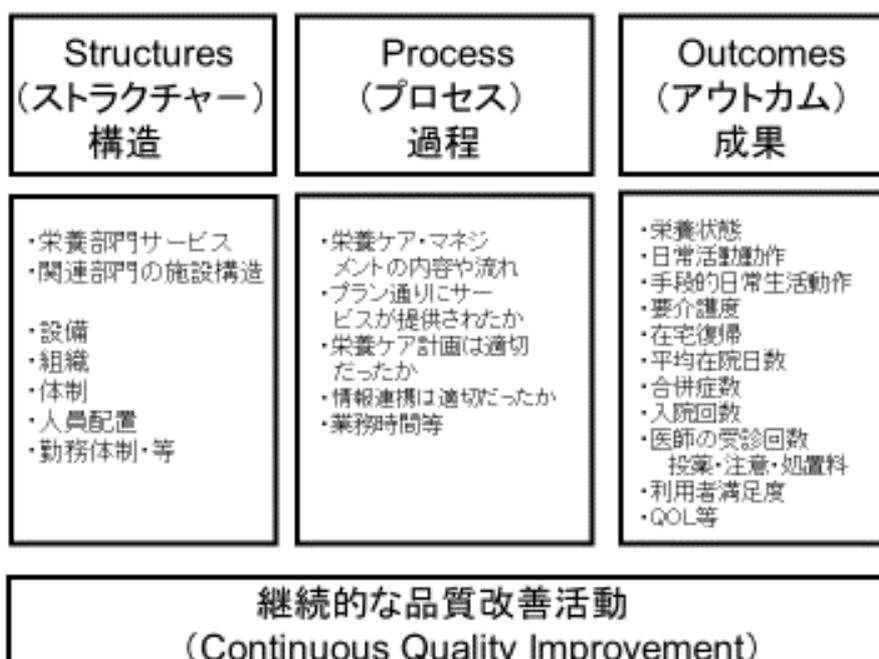


図 2.7-1 栄養ケア・マネジメントのサービス評価

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
<b>【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】</b>		
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
<b>【アセスメント・モニタリングに関する項目】</b>		
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
<b>【栄養ケア計画に関する項目】</b>		
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
<b>【評価についての項目】</b>		
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
<b>【継続的な品質改善活動についての項目】</b>		
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/m<sup>2</sup>

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。

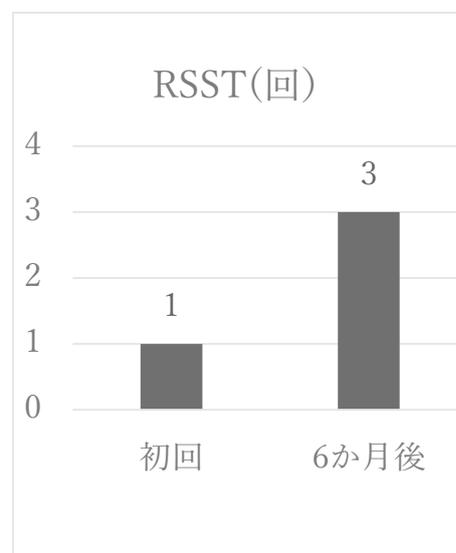
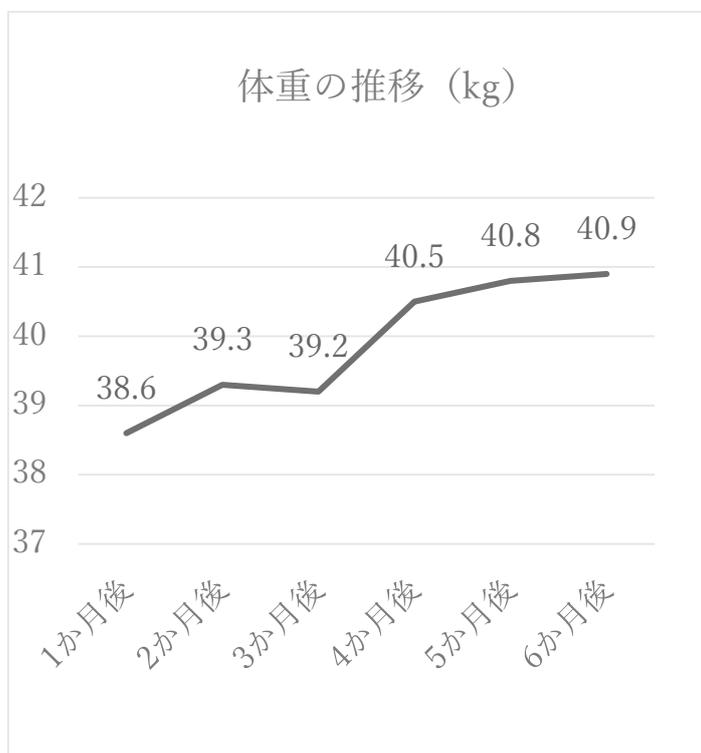
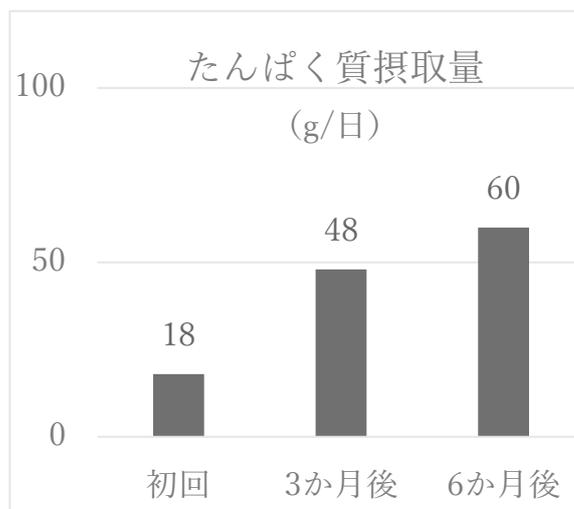
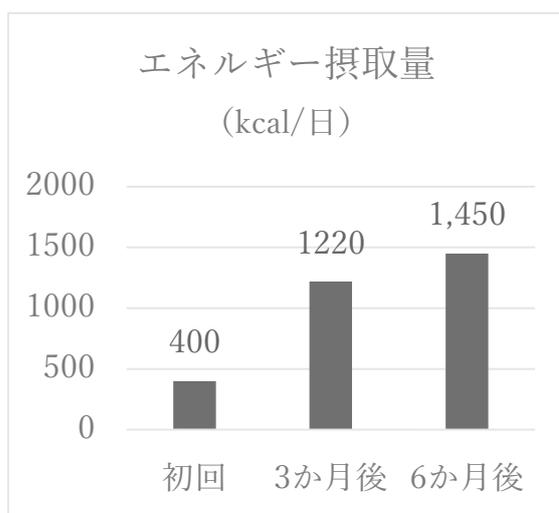
短期目標(3か月)：3か月目には、体重40.0kgまで、食事形態を学会群類コード3(ムース食)、生活活動係数1.3、外食に向け車へ乗り移りができることを目標にしました。

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にも食物残渣を認め、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

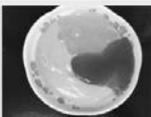
短期目標（3か月）：体重 40.0 kg

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

### 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

### 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

### 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

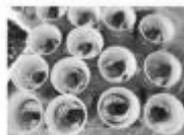
### しっかり食べて 元気に過ごしましょう

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
- ・弱い力でもかめる食事
- ・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/m<sup>2</sup>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



麺類



パン類

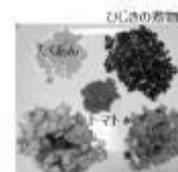


菓子

11

## きざみ食は危険!

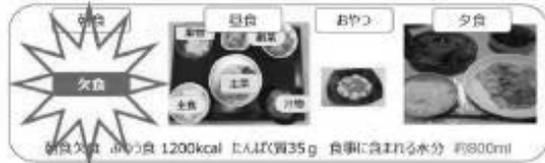
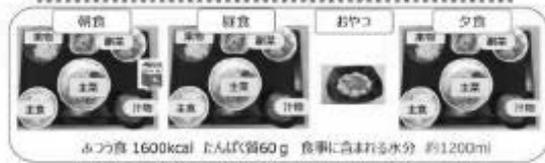
きざみ食は、口の中でまとまりにくく、飲み込んでも、のどの奥で残り、気管に食べ物が入る危険もあります。  
これが、誤嚥(ごえん)の大きな原因の1つです。



誤嚥の危険  
喉の製品 さつまい目の目薬

12

### かくれ脱水予防



朝食欠食では、ペットボトル約1本分の水分が不足していることと同じ

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/m<sup>2</sup>未満

BMI: 21.5 kg/m<sup>2</sup>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/m<sup>2</sup>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～

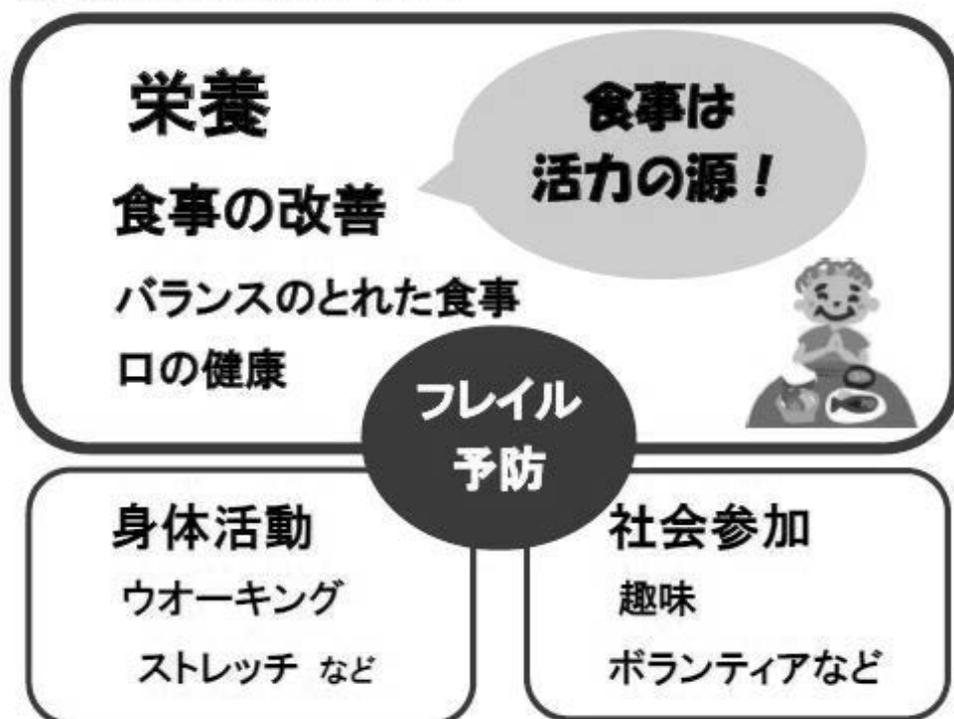
# 食べて、元気に、フレイル予防

### 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

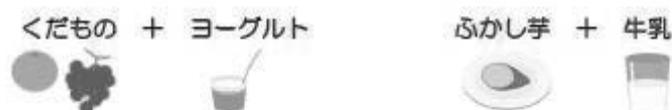
- 「あと一品」に市販のお惣菜や缶詰、レトルト食品の活用を
- 配食弁当の活用



### 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。



### 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/m<sup>2</sup>)、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＞

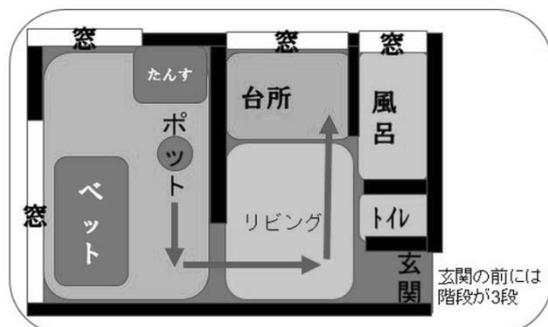
- ① 朝食は息子が買い置きしてくれている冷凍のパンを電子レンジで加熱し食べる。
- ② 昼食は週 3 回通所を利用し、週 2 回は敬老クラブで食事を摂る。
- ③ 夕食は配食弁当を週 7 回利用する。弁当箱は自分で洗いたい。

#### ＜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

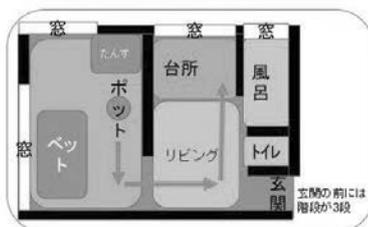
通所利用時に聞取った、朝食はパンを電子レンジで温めること、夕食に弁当箱を洗浄することを他職種へ伝え、動作確認を行い、課題はその場で話し合い解決できました。

### 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 独居生活。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
低栄養状態のリスク 状況(状況)	身長	154.5 cm		154.5 cm		154.5 cm	
	体重 / BMI	46.4 kg / 19.4 kg/m <sup>2</sup>		46.4 kg / 19.4 kg/m <sup>2</sup>		46.4 kg / 19.4 kg/m <sup>2</sup>	
	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 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 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 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)	
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input 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	
	その他	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	通常体重45.0kg		通常体重45.0kg		通常体重45.0kg	
食生活状況等	食事摂取量(割合)	100 %		100 %		100 %	
	主食の摂取量(割合)	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 %	
	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) g( 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) g( 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) g( 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	
	食事の形態(コード)						
	とうろみ	<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	
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		
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)		
本人の意欲			まあよい		まあよい		
食欲・食事の満足感			ややある		ややある		
食事に対する意識			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	
	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"/>	
	食事に集中できない	<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"/>	
	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"/>	
	食べ物を口腔内に溜め込む	<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"/>	
	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"/>	
	水分でむせる	<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・気が付いた点			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。		
その他	褥瘡・生活機能関係	<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	
	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	
	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 type="checkbox"/> 脱水	
	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	
	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 checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	
	医薬品	<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		

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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： <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
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
<b>自宅での食事に関する情報</b>	
[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( <input checked="" type="radio"/> 朝 <input checked="" type="radio"/> 昼 <input checked="" type="radio"/> 夕 ) 食事時間帯 朝8時 昼12時 夕19時	
<b>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)</b>	
[食種] <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 糖尿病食 <input type="radio"/> 透析食 <input type="radio"/> 腎臓食 <input type="radio"/> 膵臓食 <input type="radio"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> 食事提供なし	
[食事形態] 主食：米飯・ <input checked="" type="radio"/> 粥 <input type="radio"/> 粥ミキサー <input type="radio"/> パン 副食：普通 <input checked="" type="radio"/> 一口カット <input type="radio"/> 粗きざみ <input type="radio"/> きざみととみ <input type="radio"/> ミキサー <input type="radio"/> ムース 水分：とろみ要( <input checked="" type="radio"/> 低濃度 <input type="radio"/> 高濃度 ) <input type="radio"/> 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
<b>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</b>	
身体計測 身長 157 cm 体重 50.8 kg BMI 20.6 kg/m <sup>2</sup> 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 ( )	
<b>栄養相談の内容</b>	
<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 <input type="checkbox"/> ( )	
聞き取り内容〔本人・家族・ <input checked="" type="radio"/> 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
<b>次回 栄養相談の時期</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 1カ月後 <input type="checkbox"/> 3カ月後 <input type="checkbox"/> ( 月 日 )	

栄養CO44-2021.11.29

#### 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](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/m<sup>2</sup>、

半年前の体重は 38.0 kg（BMI18.4 kg/m<sup>2</sup>）、

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/m<sup>2</sup>）、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/m<sup>2</sup>)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Ⅱb	記入者名 〇〇〇〇			
				作成年月日：令和3年〇月〇日			
				事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	スクリーニング項目		前回（利用開始時）結果 （令和2年9月20日）		今回結果 （令和3年3月19日）		
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	入れ歯を使っている		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	むせやすい		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		食事は100%食べている		お茶を飲むとよくむせて心配		
栄 養	身長（cm）※1		155.3（cm）		155.3（cm）		
	体重（kg）		45.1（kg）		43.2（kg）		
	BMI（kg/m <sup>2</sup> ）※1 18.5未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（18.7kg/m <sup>2</sup> ）		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（17.9kg/m <sup>2</sup> ）		
	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 3.5g/dl未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      （g/dl））		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      （g/dl））		
	食事摂取量 75%以下※3		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（100%）		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（75.0%）		
	特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）				食事中に「むせる」ため体重減 少。食形態等をみてほしい。		

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