

# 栄養管理実施加算及び摂食・嚥下障害対策等に関する実態調査結果報告

平成 19 年 10 月 22 日

日本療養病床協会 栄養・摂食管理委員会

星野 和子（医療法人溪仁会法人本部）

## 【目的】

平成 18 年 4 月からの診療報酬改定によって、多職種協働による栄養管理実施加算が新設され、多くの病院で栄養状態を改善するための栄養管理を実施していることと思われる。そこで日本療養病床協会 栄養・摂食管理委員会では、会員病院における栄養管理体制及びサービス提供状況に関する実態調査を行い、その業務上の問題を明らかにすること、併せて誤嚥性肺炎、窒息や脱水及び低栄養の危険因子である摂食・嚥下障害の現状を把握し、会員病院の摂食・嚥下障害対策の推進を図るため、摂食・嚥下障害に対する取り組みの現状を把握することを目的に実態調査を行なった。

## 【調査対象】

日本療養病床協会会員 717 病院

## 【調査時期】

平成 19 年 4 月

## 【調査方法】

郵送によるアンケート調査

## 【調査内容】

- ・ 施設概要、提供している食事形態の実態と問題、居宅サービスの実施状況調査
- ・ 摂食・嚥下障害対策実態調査
  - 摂食・嚥下障害を伴う患者数、評価、対応の実態について
  - 摂食・嚥下障害を伴う患者のリハビリテーションの実態について
  - 摂食・嚥下障害に対応した食事形態の実態について
- ・ 栄養管理実施加算実態調査
  - 栄養管理体制の実態について
  - 栄養管理における多職種協働体制について
  - 栄養管理体制及び業務上感じている現状の問題について
  - 栄養管理導入に伴う給食業務の効率化の実態について

## 【回収状況】

- ・ 施設概要、提供している食事形態の実態と問題、居宅サービスの実施状況調査
  - 回答数 242 病院（回収率 33.8%）
- ・ 摂食・嚥下障害対策実態調査

回答数 230 病院 (回収率 32.1%)

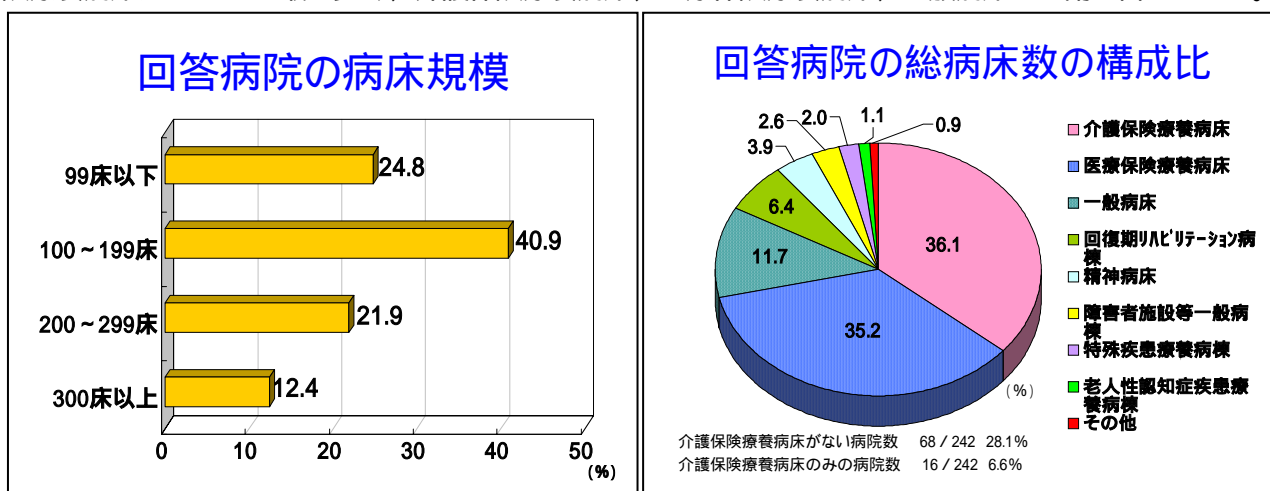
栄養管理実施加算実態調査

回答数 226 病院 (回収率 31.5%)

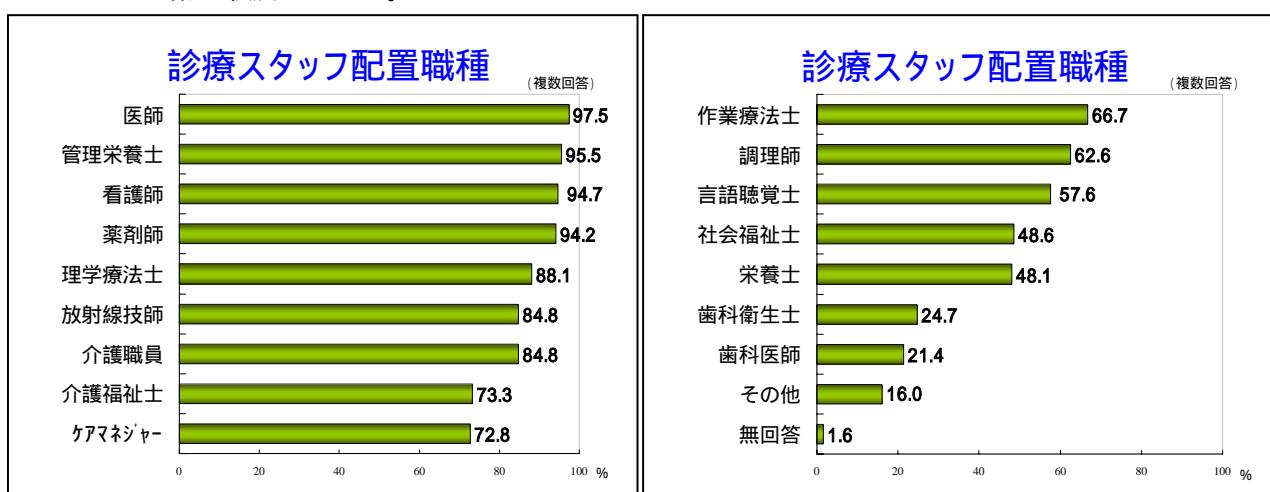
## 【結果】

施設概要、提供している食事形態の実態と問題、居宅サービスの実施状況調査

回答病床の病床規模は、100～199床が最も多く、40.9%を占めていた。総病床数の構成比では、介護保険療養病床が36.1%で最も多く、介護保険療養病床、医療保険療養病床、一般病床で8割を占めていた。

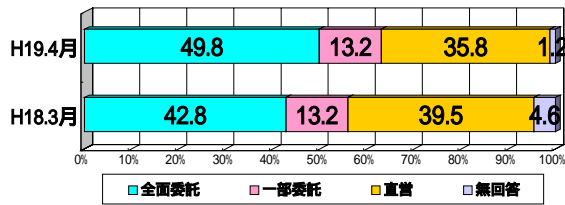


診療スタッフとして配置されている職種と割合については、基準として配置しなければならない医師、看護師、介護職員、薬剤師は80～90%台での回答で、単なる記載もれか栄養管理に関わっている診療スタッフと間違えての回答があったものと思われる。管理栄養士は95.5%、理学療法士、放射線技師、は80%台、介護福祉士、ケアマネジャーは70%台であった。また、言語聴覚士は57.6%、歯科医師21.4%、歯科衛生士は24.7%の配置状況であった。

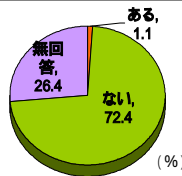


給食委託状況は、平成19年4月現在で、全面・一部含めて63%で、平成18年3月調査時と比較して7%の増加であった。栄養部門の人員構成をみると、病院の管理栄養士は平均で2.1人、栄養士は0.9人であった。

### 給食の委託状況



直営の場合、今後委託の予定はあるか



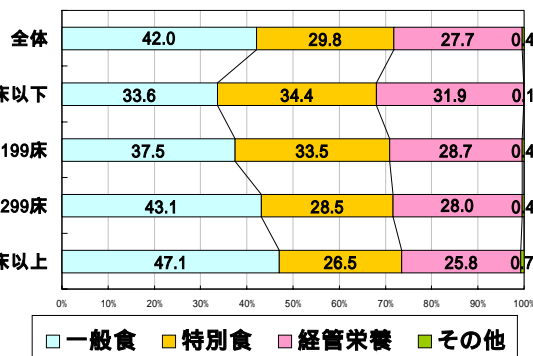
### 栄養部門平均人員構成

(人)

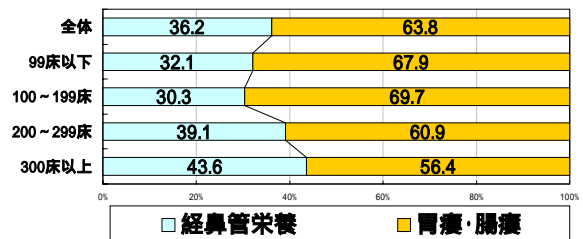
		常勤	パート	計
病院	管理栄養士	2.0	0.1	2.1
	栄養士	0.9	0.0	0.9
	調理師(員)等	3.2	0.7	3.9
委託	管理栄養士	0.3	0.0	0.3
	栄養士	1.2	0.0	1.2
	調理師(員)等	2.8	3.2	6.0

食事提供に関しては、病院全体で一般食が4割、特別食(療養食含む) 経管栄養・その他が各3割で、病床数が大きくなるほど一般食の割合が増加している。また経管栄養の内訳として、病院全体では胃瘻・腸瘻の占める割合が63.8%と6割以上を占めていた。経管栄養の内、経口摂取との併用者の割合は、病院全体では5.9%であったが、99床以下が8.3%と病床規模別の中では最も高い割合であった。

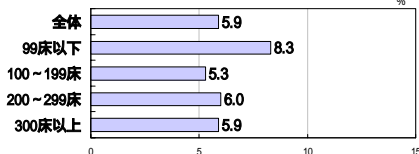
### 一日の食事提供数



### 経管栄養の内訳

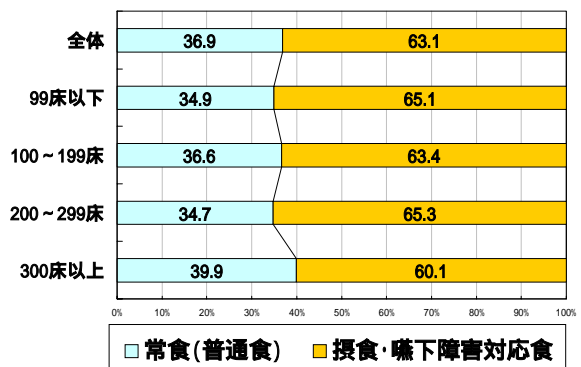


経管栄養の内  
経口摂取の併  
用者の割合

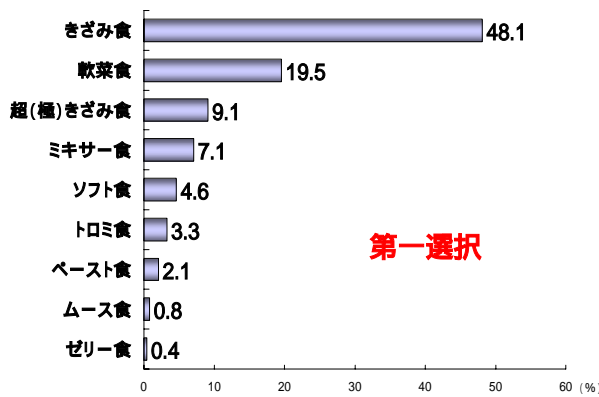


経口摂取患者の内、摂食・嚥下障害に対応する食事を提供している割合は、病院全体で6割を上回り、軽度摂食・嚥下障害に対応した食事形態の第一選択は、きざみ食が半数近くを占めており、次いで軟菜食の19.5%、超(極)きざみ食の9.1%でこの3種類で8割近くを占めていた。また重度摂食・嚥下障害に対応した食事形態の第一選択は、ミキサー食が最も多く30.1%、次いでゼリー食の14.6%、ペースト食14.1%の順で多かった。

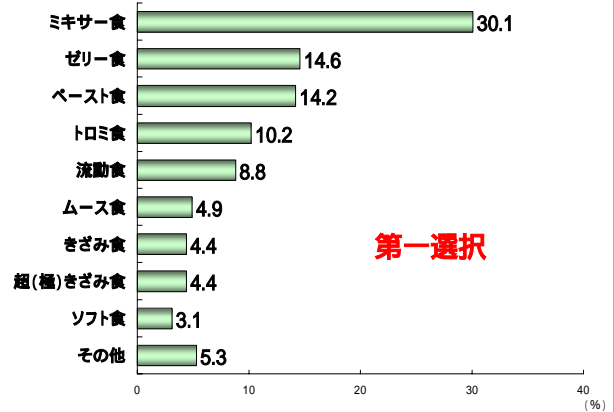
### 経口摂取の内、常食(普通食)と摂食・嚥下障害対応食の割合



### 軽度摂食・嚥下障害に対応した食事

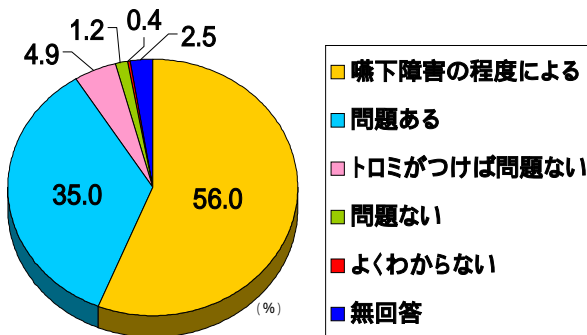


### 重度摂食・嚥下障害に対応した食事

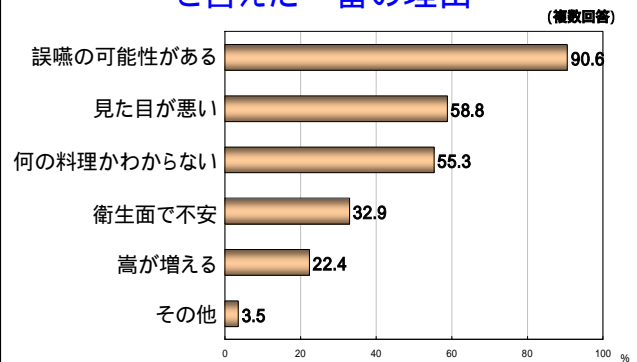


嚥下障害患者にきざみ食を提供することについて、「嚥下障害の程度によってはきざみ食を提供してもよい」とする回答が56%と半数以上を占め、次いで「問題がある」と回答した割合は35%であった。また、きざみ食の提供に問題があると回答した一番の理由としては、「誤嚥の可能性がある」が90.6%と最も高い割合で、次いで「見た目が悪い」58.8%、「何の料理かわからない」55.3%の順で多かった。また、問題あると回答された6割の病院ではきざみ食を提供していた。

### 嚥下障害患者にきざみ食を提供することについて

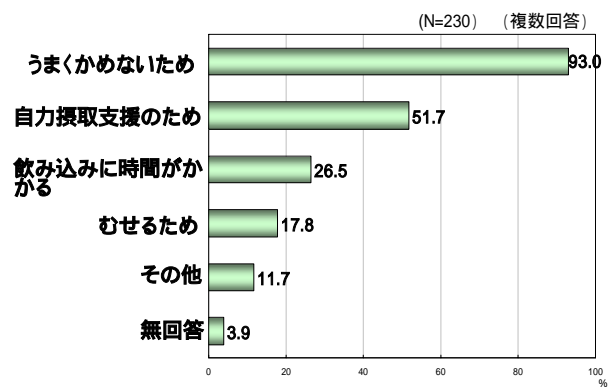


### きざみ食の提供が「問題である」と答えた一番の理由

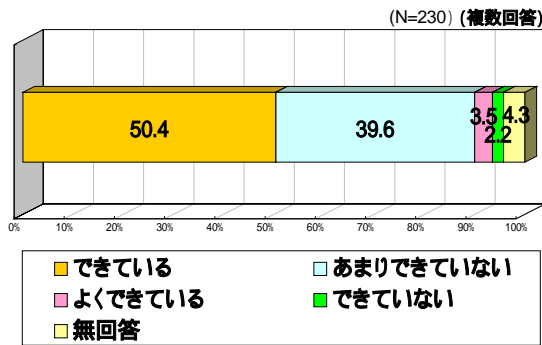


ざみ食を提供している230病院への設問で、常食からきざみ食へ移行する理由として、「うまくかめないため」が93%と最も多く、次いで「自力摂取支援のため」が51.7%、「飲み込みに時間がかかるため」26.5%であった。また、きざみ食は患者に適切な状態で提供されているかの問いでは、適切に提供できている施設は、半数しかおらず、「あまりできていない」、「できていない」と回答したのが41.8% (96病院) で、その理由としては、「見た目がよくない」が70.8%と最も多く、次いで「食べにくい」が40.6%、「患者にあわない」が14.6%であった。

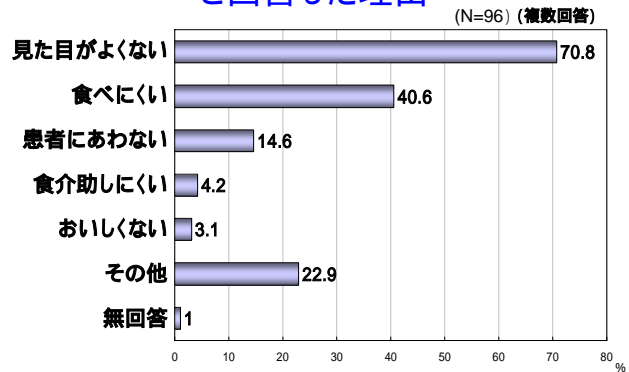
### 常食からきざみ食へ移行する理由



### きざみ食は個々の患者に適切な状態で提供されているか

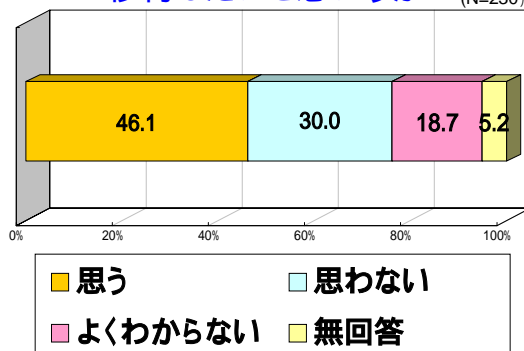


### 「あまりできていない」、「できていない」と回答した理由

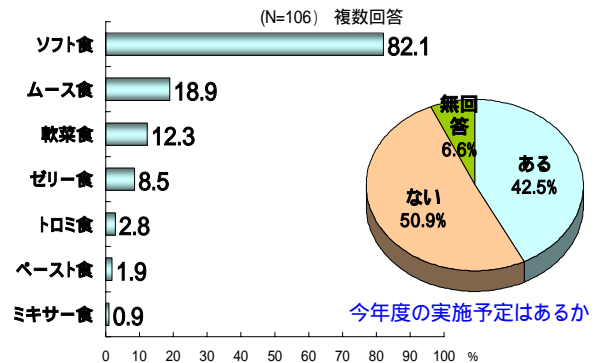


きざみ食を止めて、他の形態に移行したいと思うかの設問では、46.1% (106 病院) が移行したいと回答しており、移行したい形態として「ソフト食」が 82.1% と最も多く、今年度中にきざみ食から別の形態に移行の予定があると回答した割合は 4 割であった。

### きざみ食を止めて他の形態に移行したいと思うか



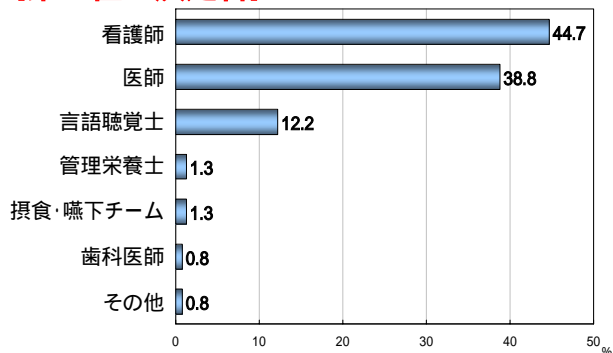
### 「思う」と回答した病院で、どのような形態へと考えているか



常菜食から食事形態をおとす場合、食事の形態を決定する第一位に上げられる職種は、看護師が 44.7% と最も多く、次いで医師の 38.8%、言語聴覚士の 12.2% と続いている。また、食事形態を決定する方法の第一にあげられる項目として、「摂食場面をみて」が 75.1% と最も多く、次いで「カンファレンスで」が 39.7% で、「摂食・嚥下機能評価を実施して」は 34.2% にとどまっていた。

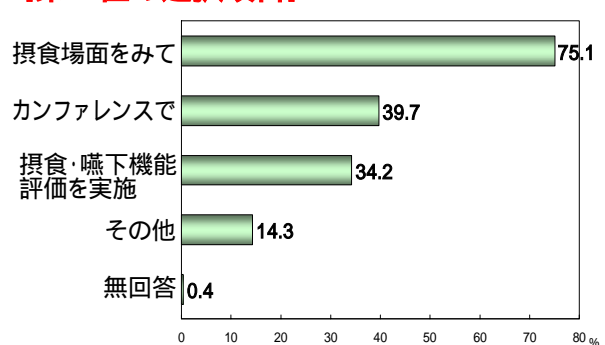
### 食事形態の決定者

#### 【第一位の決定者】

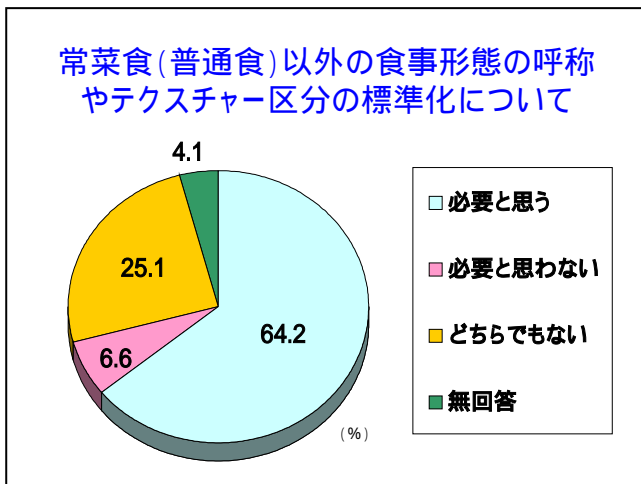


### 食事形態の決定方法

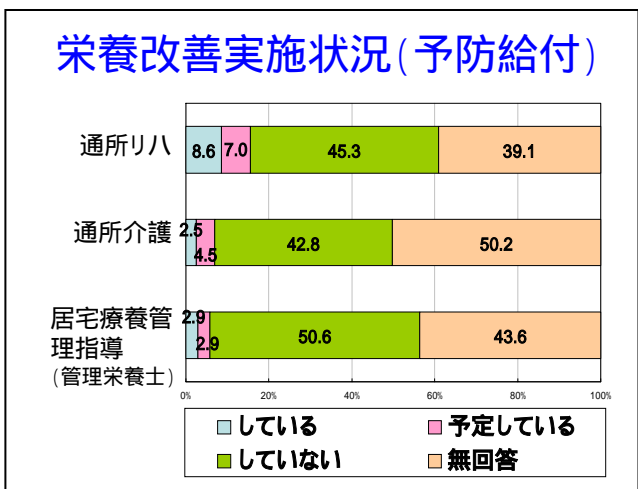
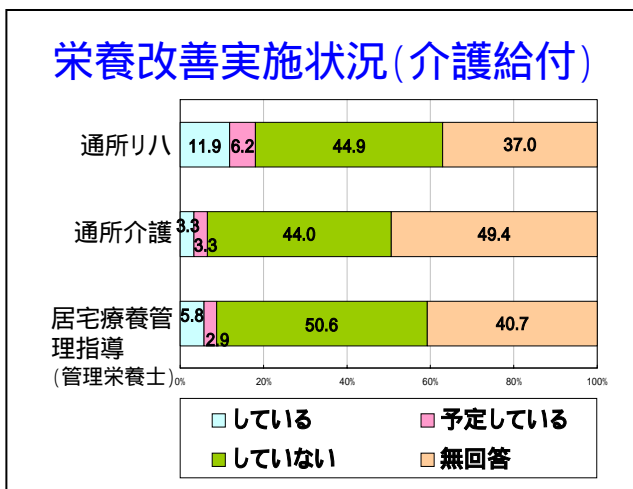
#### 【第一位の選択項目】



常菜食(普通食)以外の食事形態の呼称やテクスチャー区分に関しては、従来から施設によって独自に決定されているが、これらの標準化が必要かの問いに、「必要と思う」が64.2%、「必要と思わない」が6.6%であった。

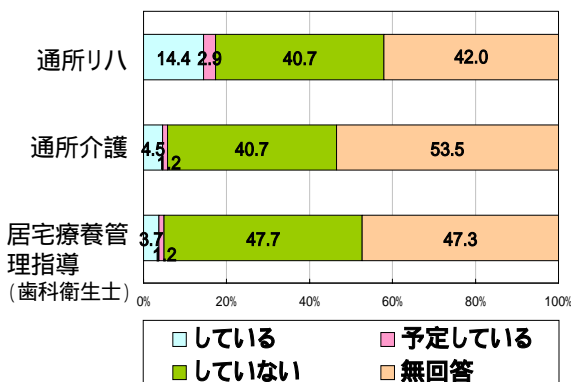


居宅サービスにおける栄養改善の実施状況は、介護給付の通所リハで11.9%、通所介護では3.3%の施設で実施していた。居宅療養管理指導(管理栄養士)においては、5.8%の施設で実施されていた。新予防給付の通所リハでは8.6%、通所介護で2.5%、居宅療養管理指導(管理栄養士)で、2.9%と介護給付に比較して実施している施設は少なかった。

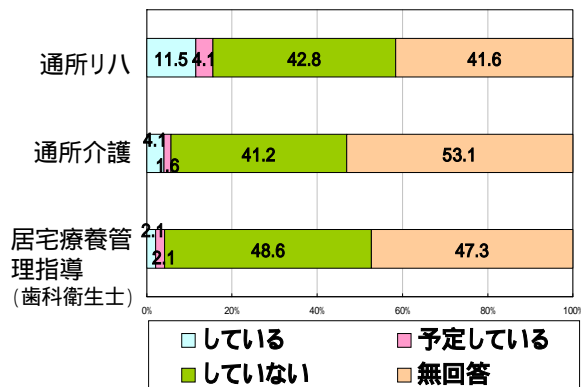


居宅サービスにおける口腔機能向上改善の実施状況は、介護給付の通所リハで14.4%、通所介護では4.5%の施設で実施していた。居宅療養管理指導(歯科衛生士)においては、3.7%の施設で実施されていた。新予防給付の通所リハでは11.5%、通所介護で4.1%、居宅療養管理指導(歯科衛生士)で、2.1%と口腔機能向上改善においても介護給付に比較して実施している施設は少なかった。

### 口腔機能向上改善実施状況(介護給付)



### 口腔機能向上改善実施状況(予防給付)

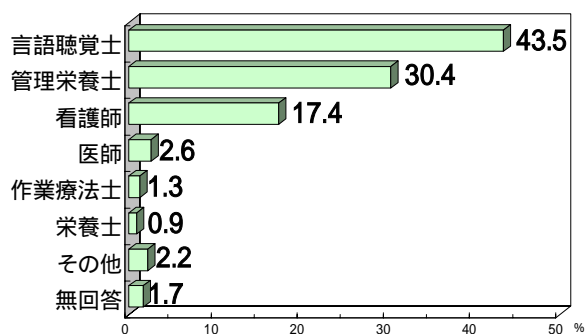


## 摂食・嚥下障害対策実態調査

本調査における代表記入者は、言語聴覚士が最も多く43.5%、次いで管理栄養士が30.4%、看護師が17.4%であった。

平成19年3月1日～3月31日の1ヶ月の期間における入院患者数は185.2名。その内摂食・嚥下障害を有する患者は73.9名で入院患者の約4割を占めていた。

### 回答職種



摂食・嚥下調査患者の把握については、下記の項目に1つ以上該当するものとした。

- ・食べ物が口からこぼれる
- ・食べ物が口の中に残る
- ・食事中によくむせる
- ・食事中または食後によく咳が出る
- ・食事中または食後の声の変化(がらがら声など)
- ・夜間に咳き込む
- ・発熱が続くまたは肺炎を繰り返す

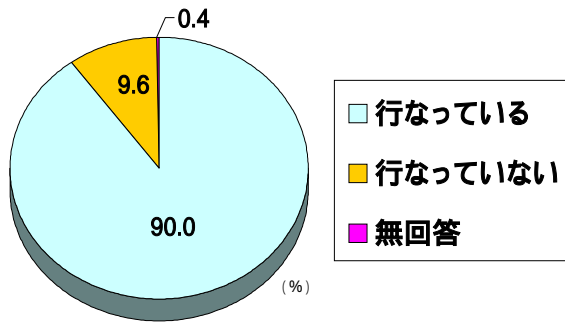
### 平成19年3月の1ヶ月間における摂食・嚥下障害を有する患者の状況

(平均)

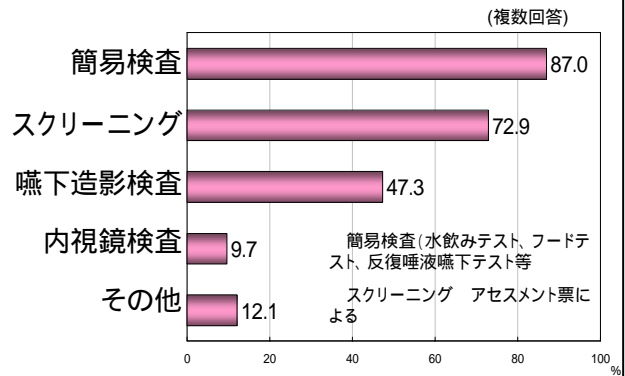
入院患者数	185.2名
摂食・嚥下障害患者数	73.9名

摂食・嚥下障害が認められる患者に対する検査(評価)の実施状況については、90%の病院で、何らかの検査(評価)を実施していた。内訳としては、水飲みテストなどの「簡易検査」が87%と最も多く、アセスメント票による「スクリーニング」が72.9%、「嚥下造影検査」が47.3%、「内視鏡検査」が9.7%となっている。

### 摂食・嚥下障害患者の検査(評価)の有無

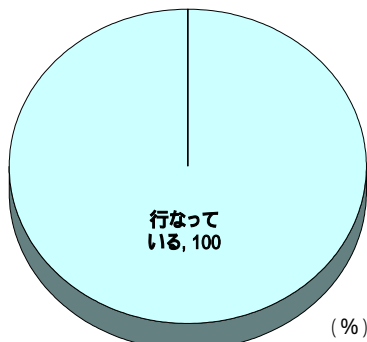


### 行っている検査(評価)の内訳

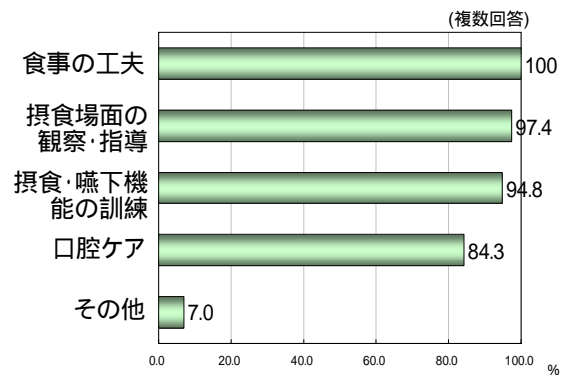


摂食・嚥下障害が認められる患者に対しては、100%の病院で何らかの対応をしており、その内訳として、「食事の工夫」が100%、「摂食場面の観察・指導」が97.4%、「摂食・嚥下機能の訓練」が94.8%、「口腔ケア」が84.3%とどの項目も非常に高い割合で対応されていた。

### 摂食・嚥下障害患者への対応

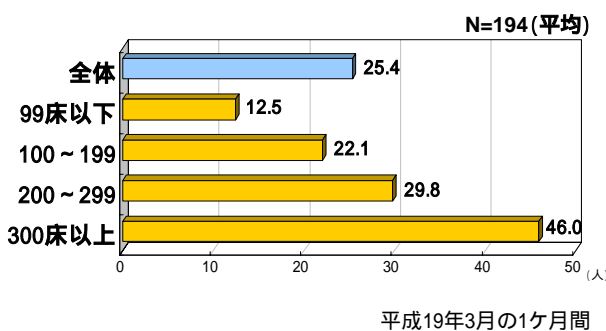


### 摂食・嚥下障害患者への対応の内訳

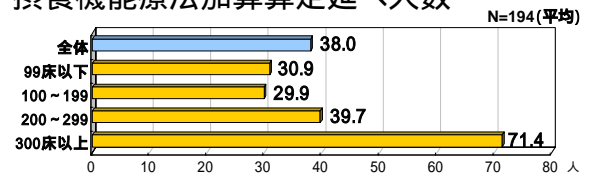


また、摂食・嚥下機能の訓練を行なっている194の病院で、平成19年3月の1ヶ月間で訓練を実施している人数は、病院全体の平均で25.4人、摂食機能療法加算を算定している延べ人数は、病院全体の平均で38人、摂食機能療法加算を算定している延べ回数は、病院全体の平均で117.6回であった。

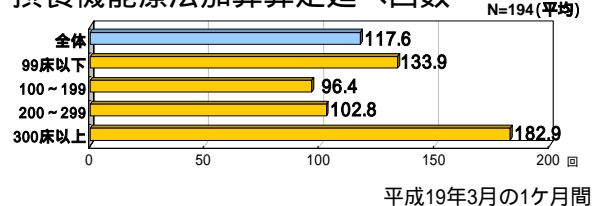
### 摂食・嚥下機能訓練実施者数



### 摂食機能療法加算算定延べ人数



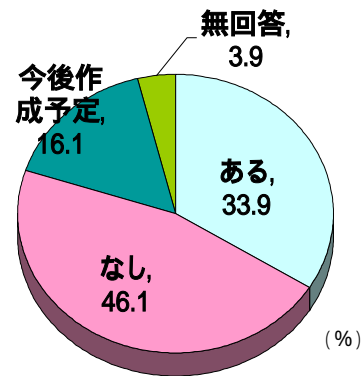
### 摂食機能療法加算算定延べ回数





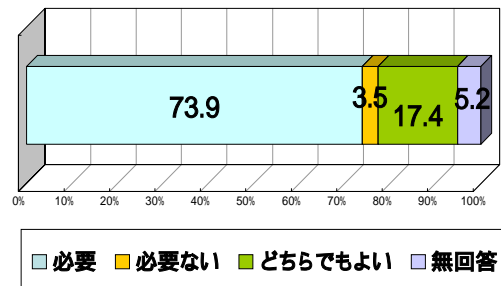
摂食・嚥下障害に対する病院内のガイドライン、マニュアルについては、33.9%の病院で保有しており、今後作成予定は16.1%であったが、半数近くの病院でガイドラインは作成されていなかった。

### 摂食・嚥下障害対策ガイドラインの有無



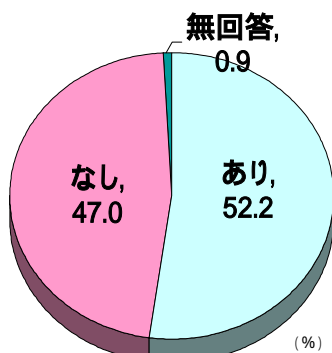
介護保険制度で給付サービスの対象になっている経口移行加算、経口維持加算（ 、 ）を診療報酬上にも必要かとの問いに、73.9%の病院が必要と回答した。

### 介護保険の経口移行加算、経口維持加算を、診療報酬上にも必要と思うか

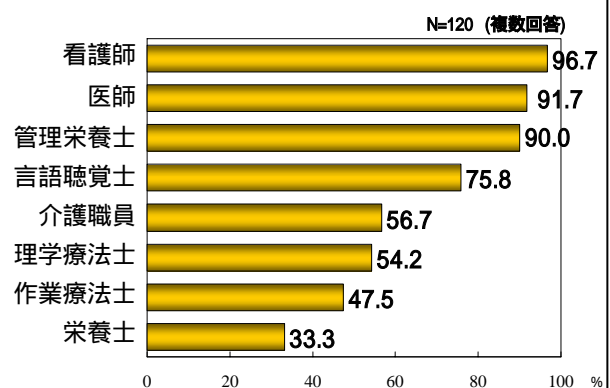


摂食・嚥下リハビリテーションに対応するチーム体制については、52.2%（120病院）と半数以上の病院が保有しており、摂食・嚥下チームに関わっている職種は、看護師が最も多く96.7%、次いで医師が91.7%、管理栄養士が90%、言語聴覚士が75.8%と高い割合で関わっており、多くの職種がチームに参画していた。また、NST（Nutrition Support Team）については、47%の病院で保有しており、ないと回答した119病院の内、72.3%の病院でNSTは必要と回答した。

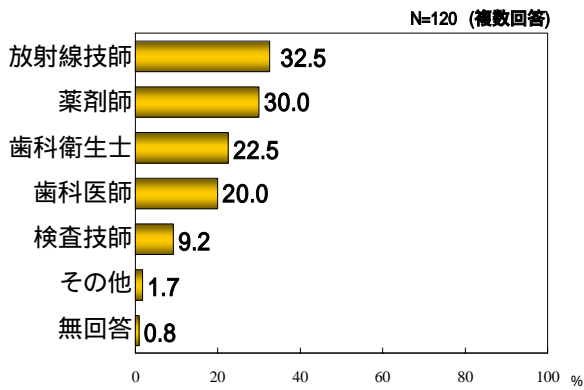
### 摂食・嚥下リハビリ対応のチームの有無



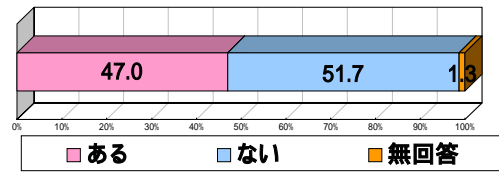
### 摂食・嚥下チームに関わっている職種



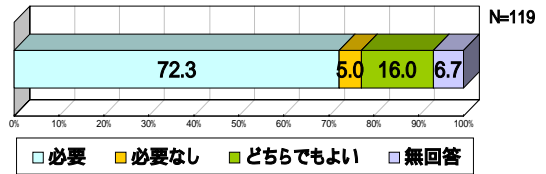
### 摂食・嚥下チームに関わっている職種



### NSTチームの有無



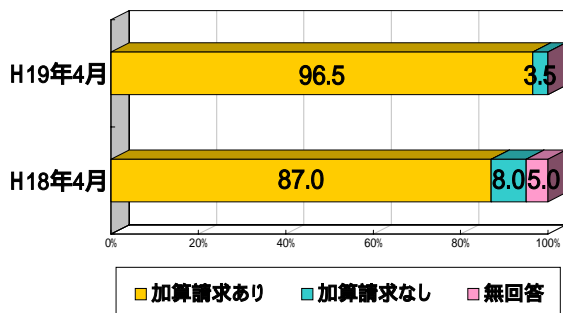
「ない」と回答した病院でのNSTの必要性は



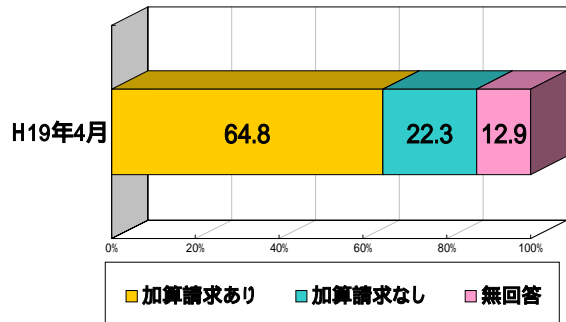
### 栄養管理実施加算実態調査

栄養管理実施加算の請求状況は、平成19年4月時点で96.5%と、平成18年4月時点より9.5%あがった。また、栄養管理実施加算の請求なしの内、8割弱の病院には常勤管理栄養士が配置されていた。

### 栄養管理実施加算の請求状況



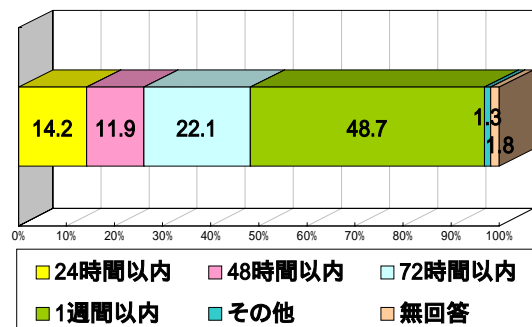
### 栄養マネジメント加算の請求状況



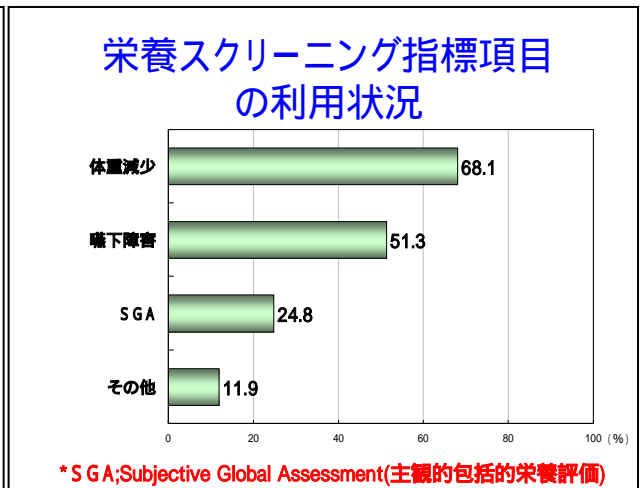
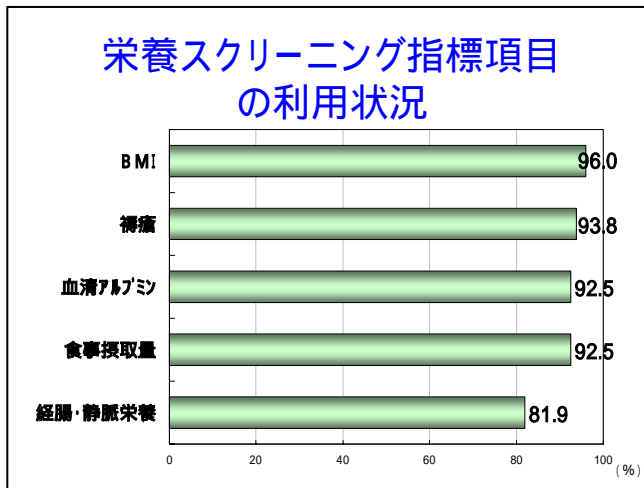
初期栄養スクリーニングを実施する時期は、入院から1週間以内が48.7%とほぼ半数を占め、次いで72時間以内が22.1%、24時間以内が14.2%であった。

栄養スクリーニング指標項目としてBMI、褥瘡、血清アルブミン値、食事摂取量は90%以上の病院で採用されており、SGA (Subjective Global Assessment; 主観的包括的栄養評価)は、24.8%の施設で実施されていた。その他として、身体計測

### 初期栄養スクリーニングの時期



では標準体重比、上腕三頭筋部皮下脂肪厚比(%TSF)、血液検査では、総リンパ球数、ヘモグロビン値等、臨床診査では、浮腫・脱水・便秘・下痢・嘔吐等が数施設からあがっていた。



栄養管理実施加算における栄養スクリーニングの指標項目は、介護保険の栄養ケア・マネジメントのように決められたものではなく、病院独自で決定されている。今回、各病院で使用されている栄養スクリーニング指標項目とカット・オフ値について調査し、216病院から回答を得た。栄養スクリーニング指標項目とカット・オフ値については、59.7%の病院で介護保険とほぼ同じ指標を用いており、38.4%は独自の指標を用いていた。

BMIでは2分類の基準を設けている病院が87.8%で、18.5未満がリスクありとして基準をもうけているところが最も多く76.4%、次いで18以下がリスクありで14.4%であった。

血清アルブミン値では3分類の基準を設けている病院が88.4%で、中リスクは3.0~3.5g/dlの基準が92.8%と最も多く、次いで2.5~3.0g/dlが2.1%であった。高リスクは3.0g/dl未満又は以下が90.6%と最も多く、次いで2.5g/dl未満又は以下が5.0%であった。

体重減少率では、3分類の基準を設けている病院が87.8%で、中リスクは1ヶ月3~5%未満の37.7%が最も多く、高リスクは1ヶ月5%が39.9%と最も多かった。

食事摂取量では2分類の基準を設けている病院が88.0%で、75%未満又は以下がリスクありとして最も多く69.6%、次いで70%以下がリスクありで18.8%であった。

### 栄養スクリーニングリスク分類状況

N=216

BMI	数値基準有り	2分類	3分類
	90.7%	87.8%	12.2%

2分類でのリスクあり  
又は中リスクのカットオフ値

18.5未満	76.4%
18以下	14.4%
18.5以上	9.2%

### 栄養スクリーニングリスク分類状況

N=216

Aib	数値基準有り	2分類	3分類
	92.1%	11.6%	88.4%

中リスク		高リスク	
3.0~3.5g/dl	92.8%	3.0g/dl未満、以下	90.6%
2.5~3.0g/dl	2.1%	2.5g/dl未満、以下	5.0%
その他	5.1%	2.0g/dl未満	1.7%
		その他	2.8%

## 栄養スクリーニングリスク分類状況

N=216

体重 減少率	数値基準有り	2分類	3分類
	72.2%	12.2%	87.8%

中リスク		高リスク	
1ヶ月3～5%未満	37.7%	1ヶ月5%以上	39.9%
3ヶ月3～7.5%未満	10.6%	3ヶ月7.5%以上	10.1%
6ヶ月10%	4.6%	6ヶ月10%以上	4.1%
1ヶ月3～5%未満 3ヶ月3～7.5%未満 6ヶ月3～10%未満	29.1%	1ヶ月5%以上 3ヶ月7.5%以上 6ヶ月10%以上	33.1%
その他	17.9%	その他	12.8%

## 栄養スクリーニングリスク分類状況

N=216

食事 摂取量	数値基準有り	2分類	3分類
	81.0%	88.0%	12.0%

2分類でのリスクあり  
又は中リスクのカットオフ値

75%以下、未満	69.6%
70%以下	18.8%
76%以上	6.6%
その他	5.0%

栄養管理実査加算の多職種協働の状況は、主担当者と主担当者以外で分類し、栄養管理の項目ごとに示した。ケア・カンファレンスの主担当者が看護師と経口移行の主担当者が言語聴覚士以外は、管理栄養士が主担当として担っていた。主担当者以外の職種としては、それぞれの栄養管理項目で多数の職種が関わっており、特に看護師、医師、介護職員が上位にあがっていた。

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 栄養スクリーニング 【主担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	145	64.2
看護師	66	29.2
医師	8	3.5
栄養士	3	1.3

### 栄養スクリーニング 【主担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	103	45.6	介護支援専門員	9	4.0
医師	48	21.2	作業療法士	8	3.5
管理栄養士	47	20.8	社会福祉士	4	1.8
介護職員	44	19.5	歯科医師	2	0.9
栄養士	28	12.4	歯科衛生士	2	0.9
介護福祉士	25	11.1	調理師	2	0.9
理学療法士	14	6.2	その他	8	3.5
言語聴覚士	12	5.3	無回答	57	25.2
薬剤師	10	4.4			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 栄養アセスメント 【主担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	178	78.8
看護師	37	16.4
医師	3	1.3
栄養士	2	0.9
無回答	6	2.7

### 栄養アセスメント 【主担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	122	54.0	介護支援専門員	15	6.6
医師	65	28.8	作業療法士	14	6.2
介護職員	38	16.8	社会福祉士	6	2.7
管理栄養士	29	12.8	歯科衛生士	6	2.7
栄養士	27	11.9	歯科医師	2	0.9
薬剤師	26	11.5	調理師	2	0.9
介護福祉士	22	9.7	その他	6	2.7
言語聴覚士	21	9.3	無回答	59	26.1
理学療法士	20	8.8			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 栄養管理計画作成 【主担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	210	92.9
看護師	6	2.7
医師	4	1.8
栄養士	2	0.9
介護福祉士	1	0.4
無回答	3	1.3

### 栄養管理計画作成 【主担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	101	44.7	介護支援専門員	15	6.6
医師	85	37.6	管理栄養士	10	4.4
介護職員	27	11.9	介護福祉士	10	4.4
栄養士	23	10.2	歯科衛生士	5	2.2
薬剤師	23	10.2	社会福祉士	3	1.3
言語聴覚士	21	9.3	調理師	1	0.4
理学療法士	17	7.5	その他	5	2.2
作業療法士	15	6.6	無回答	87	38.5

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### ケア・カンファレンス開催 【主担当者】

職種	人数	%
看護師	94	41.6
医師	37	16.4
管理栄養士	35	15.5
介護支援専門員	28	12.4
社会福祉士	5	2.2
理学療法士	4	1.8
介護福祉士	2	0.9
介護職員	2	0.9
その他	3	1.3
無回答	16	7.1

### ケア・カンファレンス開催 【主担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
管理栄養士	136	60.2	介護支援専門員	44	19.5
医師	130	57.5	社会福祉士	40	17.7
理学療法士	109	48.2	栄養士	27	11.9
看護師	103	45.6	歯科衛生士	14	6.2
薬剤師	98	43.4	歯科医師	3	1.3
介護職員	95	42.0	調理師	2	0.9
作業療法士	88	38.9	その他	12	5.3
言語聴覚士	83	36.7	無回答	37	16.4
介護福祉士	50	22.1			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 患者・家族への説明 【担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	73	32.3
医師	57	25.2
看護師	47	20.8
介護支援専門員	20	8.8
社会福祉士	7	3.1
介護福祉士	1	0.4
その他	2	0.8
無回答	19	8.4

### 患者・家族への説明 【担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	100	44.2	栄養士	12	5.3
管理栄養士	64	28.3	薬剤師	10	4.4
医師	56	24.8	介護福祉士	8	3.5
介護支援専門員	30	13.3	介護職員	8	3.5
理学療法士	16	7.1	調理師	1	0.4
社会福祉士	15	6.6	その他	1	0.4
言語聴覚士	13	5.8	無回答	70	31
作業療法士	12	5.3			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 栄養管理の実施 【担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	163	72.1
看護師	24	10.6
医師	26	11.5
栄養士	1	0.4
調理師	1	0.4
無回答	11	4.9

### 栄養管理の実施 【担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	136	60.2	薬剤師	32	14.2
医師	95	42.0	作業療法士	27	11.9
介護職員	86	38.1	介護支援専門員	22	9.7
調理師	61	27.0	社会福祉士	8	3.5
栄養士	45	19.9	歯科衛生士	8	3.5
言語聴覚士	44	19.5	歯科医師	1	0.4
介護福祉士	44	19.5	その他	2	0.9
管理栄養士	41	18.1	無回答	47	20.8
理学療法士	33	14.6			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### モニタリング 【担当者】

職種	人数	%
管理栄養士	177	78.3
看護師	26	11.5
医師	7	3.1
栄養士	3	1.3
無回答	13	5.8

### モニタリング 【担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
看護師	109	48.2	介護支援専門員	13	5.8
医師	49	21.2	薬剤師	11	4.9
介護職員	46	20.4	歯科衛生士	4	1.8
管理栄養士	24	10.6	社会福祉士	2	0.9
言語聴覚士	22	9.7	調理師	2	0.9
介護福祉士	21	9.3	歯科医師	1	0.4
栄養士	19	8.4	その他	6	2.7
理学療法士	17	7.5	無回答	83	36.7
作業療法士	14	6.2			

## 栄養管理実査加算の多職種協働の状況

### 経口移行への実施 【担当者】

職種	人数	%
言語聴覚士	80	35.4
医師	66	29.2
看護師	44	19.5
管理栄養士	8	3.5
理学療法士	2	0.9
介護支援専門員	1	0.4
作業療法士	1	0.4
介護職員	1	0.4
無回答	23	10.2

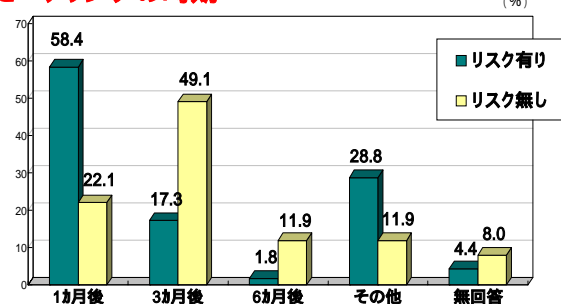
### 経口移行への実施 【担当者以外】(複数回答)

職種	人数	%	職種	人数	%
管理栄養士	130	57.5	理学療法士	18	8.0
看護師	124	54.9	作業療法士	14	6.2
医師	72	31.9	歯科衛生士	13	5.8
介護職員	54	23.9	介護支援専門員	10	4.4
言語聴覚士	47	20.8	歯科医師	9	4.0
調理師	31	13.7	薬剤師	3	1.3
栄養士	30	13.3	社会福祉士	1	0.4
介護福祉士	27	11.9	無回答	47	20.8

低栄養状態のリスク者のモニタリング時期は、1ヶ月後が最も多く58.4%で、次いで3ヶ月後の17.3%であった。リスク無しの患者の場合は、3ヶ月後が最も多く、49.1%、次いで1ヶ月の22.1%であった。また、体重の測定時期に関しては、毎月実施しているが87.2%、決まっていないが4.9%、3ヶ月毎が3.5%であった。

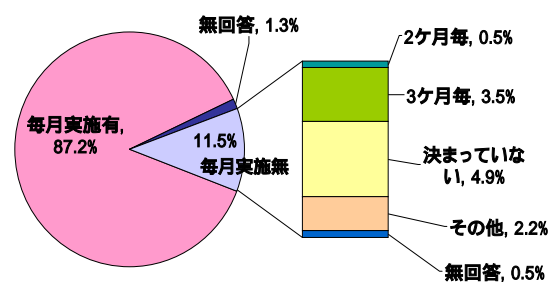
## モニタリングについて

### モニタリングの時期



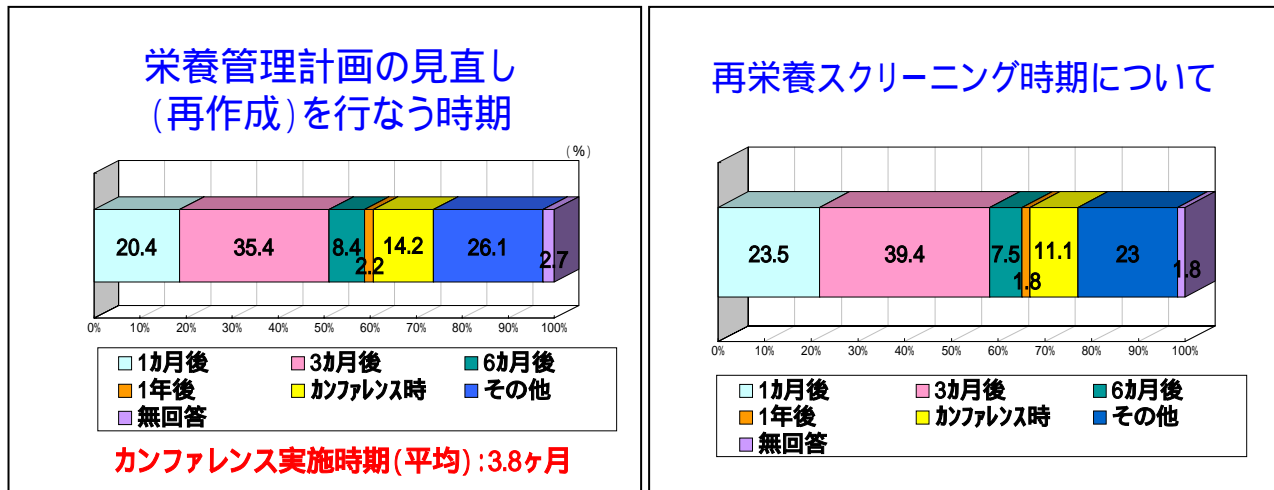
## モニタリングについて

### 毎月の体重計測実施の有無

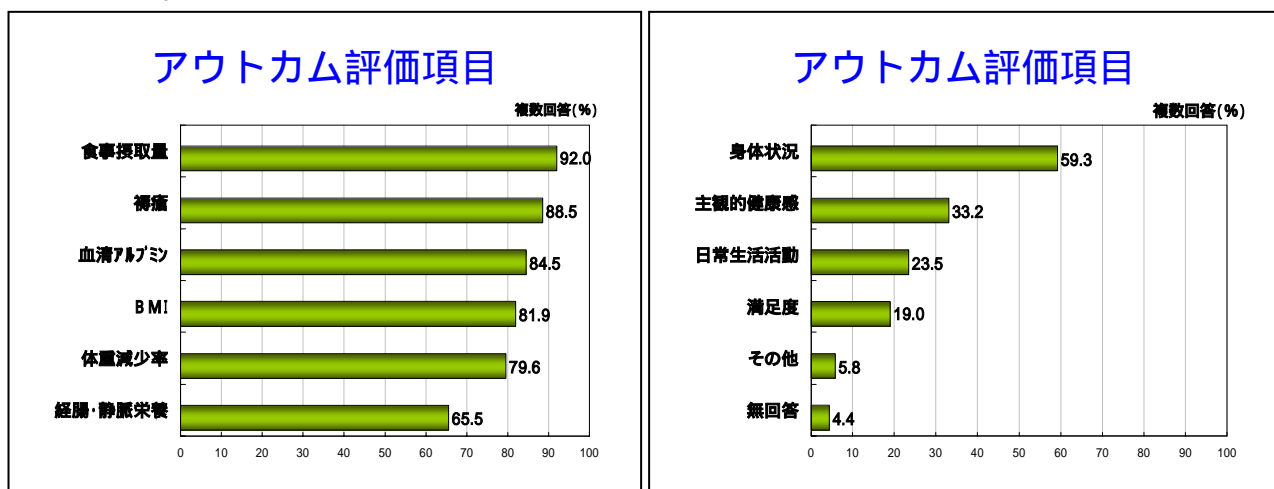


栄養管理計画の見直し時期に関しては、3ヶ月後が最も多く35.4%、ついで1ヶ月後が20.4%、カンファレンス時期毎が14.2%あり、カンファレンスの平均実施時期は、3.8ヶ月毎であった。

再栄養スクリーニングの時期については、3ヶ月後が最も多く39.4%、ついで1ヶ月後が23.5%、カンファレンス時期毎が11.1%であった。



アウトカム評価の項目として、食事摂取量が92%最も多く、褥瘡、血清アルブミン値、BMIが80%以上と高い割合で評価しているが、主観的健康感、日常生活活動、満足度に関しては2~3割と低い割合にとどまっていた。



栄養管理の実施状況に関して、管理栄養士による栄養管理体制の自己評価として10項目の回答状況から把握した。プロセスの各項目について、「よくできている」、「できている」、「今後実施予定」、「できていない」の回答率を示した。「よくできている」、「できている」を合わせて75%以下は、「1. 栄養管理に関する手順をあらかじめ定めて文書化しているか」で72.6%、「6. ケアカンファレンスに出席し、関連職種との話し合いのもと栄養管理計画を完成させているか」で66.4%、「7. 患者や家族に栄養管理計画書を説明し同意を得ているか」で56.2%、「10. 栄養管理に関する成果を評価し、改善すべき課題の設定し継続的な品質管理に努めているか」で54%であった。また、5割以下は、「9. 患者の退院時、総合的な評価結果を患者・家族へ説明するとともに、関連機関と連携を図っているか」が最も低く29.2%であった。自己評価の平均点数は26.7±4.2点で、NSTが設置しているほうがやや高い点数であった。

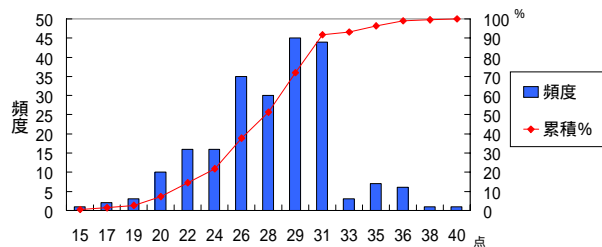
### 管理栄養士による 栄養管理体制の自己評価

		(%)				
		よくでき ている 4点	できている 3点	今後実施 予定 2点	できてい ない 1点	無回 答
1	栄養管理に関する手順を文書化している	16.4	56.2	16.8	8.0	2.7
2	栄養管理に関する手順を適切に実施している	9.7	77.9	8.0	1.3	3.1
3	栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種の連絡調整を適切に実施している	10.6	69.9	12.4	4.0	3.1
4	栄養アセスメントによって患者ごとに解決する課題の把握ができる	8.0	77.4	9.3	2.7	2.7
5	関連職種と協働して適正な栄養管理計画の作成ができる	7.1	68.6	15.9	5.8	2.7

### 管理栄養士による 栄養管理体制の自己評価

		(%)				
		よくでき ている 4点	できている 3点	今後実施 予定 2点	できてい ない 1点	無回 答
6	カンファレンスに出席し、関連職種と協議して栄養管理計画を完成させている	9.3	57.1	19.9	11.1	2.7
7	患者や家族に栄養管理計画書を説明し同意を得ている	9.3	46.9	20.4	19.9	3.5
8	定めた時期にモニタリングを実施している	10.6	68.1	10.2	7.1	4.0
9	退院時に総合評価し、結果を患者や家族に説明し、関連機関と連携を図っている	2.2	27.0	31.9	35.4	3.5
10	栄養管理に関する成果を評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質管理に努めている	2.2	51.8	30.5	11.1	4.4

### 栄養管理体制の自己評価ヒストグラム



40点満点	全体	NST有 (N=97)	NST無 (N= 102)
評価点数(平均)	26.7 ± 4.2	27.8 ± 3.9	26.0 ± 4.3

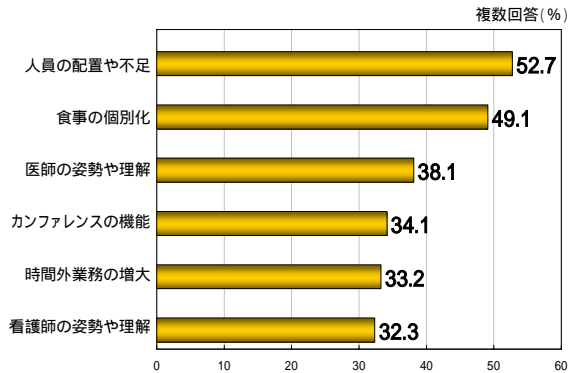
栄養管理実施加算を取得することによって、「よかった」と感じていることは、「低栄養状態の把握や改善が行なわれたこと」の79.6%が最も高い割合で、昨年度の調査と比較しても高い割合であった。しかしそれ以外の項目に関しては、昨年度の調査よりも減少しており、「よかったと感じていることはない」が倍に増大していた。

### 栄養管理実施加算によって 「よかった」と感じていること

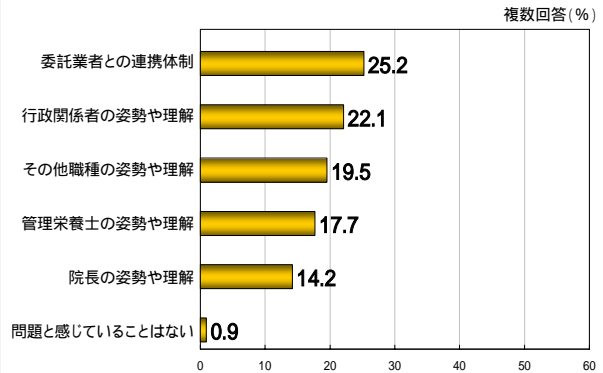
	H19年 栄養管理	H18年 栄養ケア・マネ
低栄養状態の把握や改善が行われたこと	79.6	78.9
他の職種との連携ができたこと	67.7	73.0
業務にやりがいを感じられたこと	41.6	43.4
患者・家族が喜んだこと	28.8	36.2
「よかった」と感じていることはない	2.7	1.3
その他	5.8	8.6
無回答	3.5	3.9

栄養管理実施加算の推進上の課題として、「人員の配置や不足」が最も高く52.7%、次いで「食事の個別化」が49.1%、「医師の姿勢や理解」の38.1%、「カンファレンスの機能」の34.1%、「時間外業務の増大」の33.2%の順で割合が高かった。前年度の結果では「人員の配置や不足」が67.1%、「食事の個別化」が56.6%、「時間外業務の増大」が55.3%と比較すると減少しているが、「医師の姿勢や理解」が前年度は25%、「カンファレンスの機能」が23.7%と比較すると増大しており、多職種との連携に課題が増大していた。

### 栄養管理実施加算推進上の課題

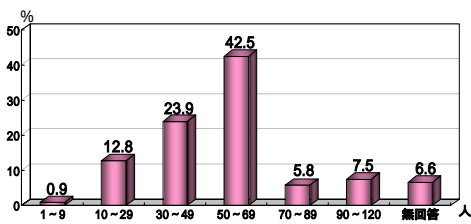


### 栄養管理実施加算推進上の課題



管理栄養士一人当たりの栄養ケア業務が望ましい患者数は、平均  $47.2 \pm 21.9$  人で、病床数が増加するほど管理栄養士一人に対する栄養ケア業務の適正人数は増加していたが、実際は平均 89.5 床の患者の栄養ケアを実施していた。

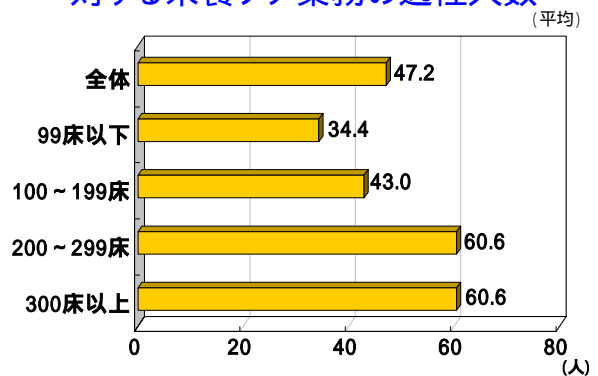
### 管理栄養士一人当たり何人の患者の栄養ケア業務が望ましいと思うか？



医療保険病床 平均  $47.2 \pm 21.9$  人

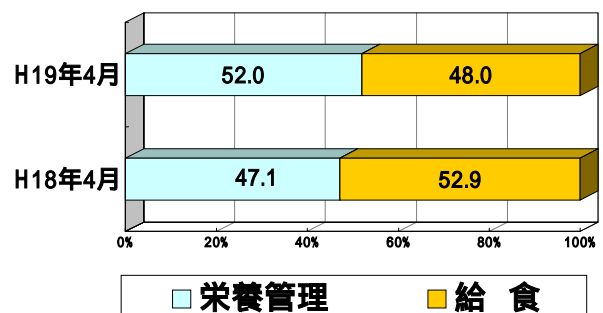
回答施設の管理栄養士(常勤)数の平均は、89.5床に 1人

### 病床単位別の管理栄養士一人に対する栄養ケア業務の適性人数



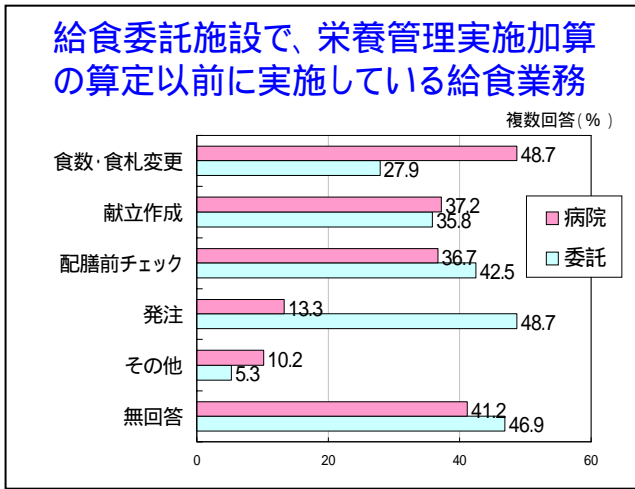
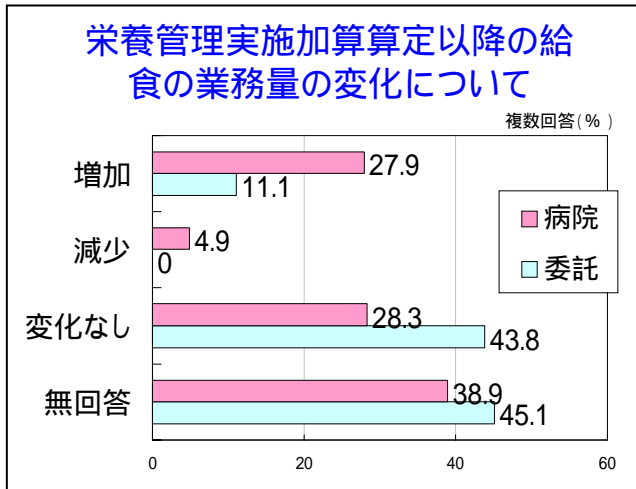
常勤管理栄養士の栄養管理と給食管理の業務時間の割合は、栄養管理が 52% と前年度の 47.1% から増大し、逆転していた。

### 常勤管理栄養士の栄養管理と給食管理の業務時間配分



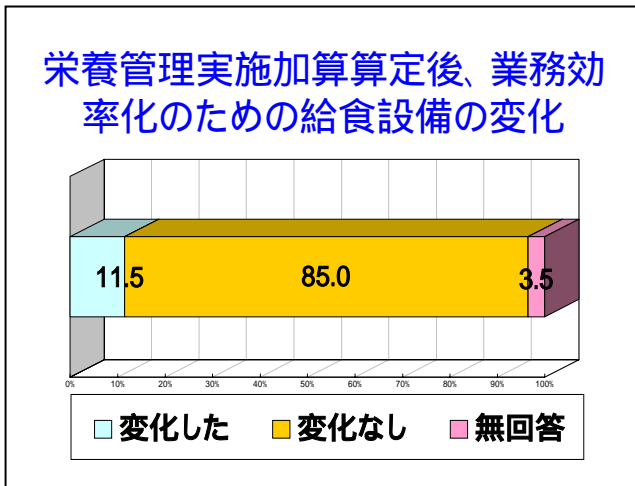
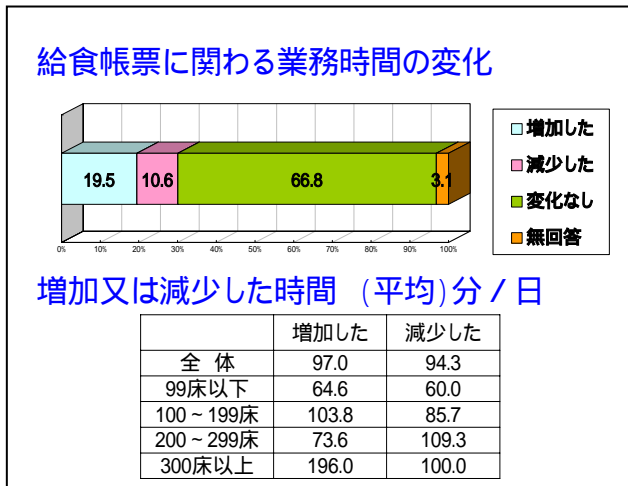


栄養管理実施加算算定以降の給食業務の業務量については、病院側では「変化無し」の28.3%が最も多く、次いで「増加」が27.9%、「減少」はわずか4.9%であった。委託側でも「変化なし」が43.8%と最も多く、次いで「増加」が11.1%、「減少」は0%であった。

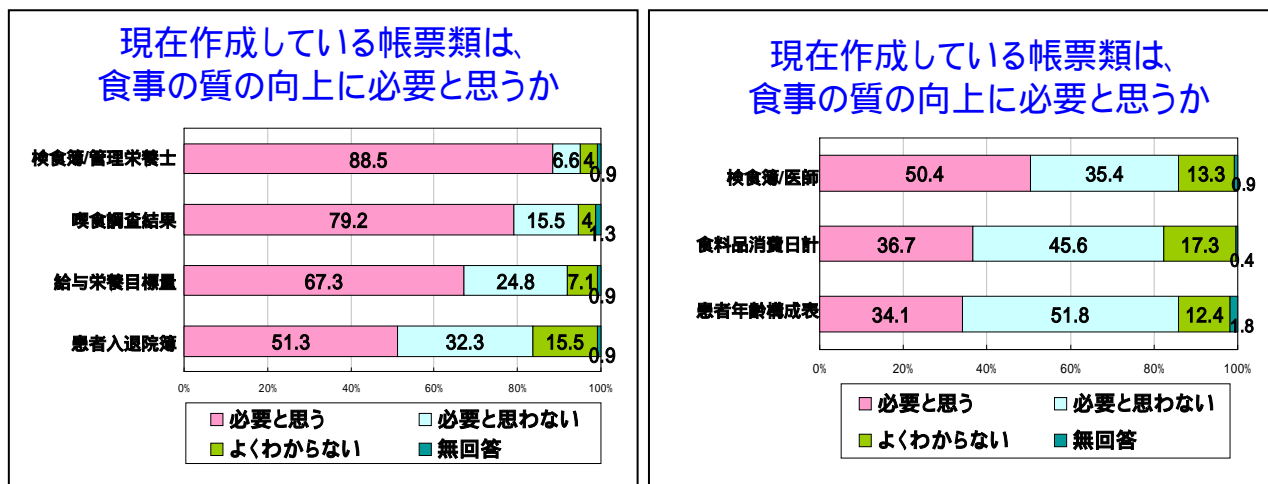


給食帳票に関わる業務量の変化では、「変化なし」が66.8%と最も多く、次いで「増加」が19.5%、「減少」は10.6%であり、1日の増加時間も減少時間も100分弱であった。

業務の効率化のために給食設備に変化があった病院は11.5%であったが、給食業務の時間の削減に影響はなかった。



介護保険において下表の帳票類は、栄養マネジメント加算を算定している場合、削減対象になっているが、医療法では、作成しなければならない帳票類となっている。本調査では、下表の帳票類が食事の質の向上にはたして必要な書類かを質問した。帳票類の中では、管理栄養士による検食簿が88.5%と最も多くの病院で必要とされている。次いで、喫食調査結果の79.2%、給与栄養量目標量の67.3%であった。一方、患者入退院簿、医師による検食簿は半数しか必要とされておらず、食料品消費日計表や患者年齢構成表に至っては、30%台しか必要と思われていなかった。



## 【考察】

### 1. 摂食・嚥下障害が認められる患者への対応に関する課題について

食事提供方法として、経管栄養の割合は3割を占め、前年度調査と比較しても増加しており、その内胃瘻・腸瘻の占める割合が6割を超えている。また経管栄養と経口摂取との併用者の割合は、5.9%である。経口摂取が難しいと診断されても、患者本人や家族から口から食べたいと希望されることがあり、QOLや機能面の安全性かを選択するのは困難なこともある。嚥下障害が悪化しても、できるかぎり経口摂取を継続するための最大限の努力を行い、また経管栄養を導入しても経口摂取への移行の可能性を模索し、十分な経口摂取への移行ができないとしても、味・香りを楽しむ少量の経口摂取を再開する努力を怠ってはいけないと思われる。しかし嚥下障害に対応するための食事内容、リハビリ、ケアなどには、時間やヒト等が費やされるため、診療報酬に関しても、介護保険制度で給付サービスの対象になっている経口移行加算や経口維持加算の算定ができることが望まれる。

一方、経口摂取において摂食・嚥下障害に対応する食事を提供している割合は、6割を上回り、軽度摂食・嚥下障害に対応した食事形態の第一選択は、きざみ食が半数近くを占めている。嚥下障害患者にきざみ食を提供することについて、「問題がある」と回答した割合は35%であり、問題があると回答した一番の理由は、「誤嚥の可能性がある」が90.6%と最も高い割合であったが、問題があると回答された6割の病院では、きざみ食を提供しているのが現実である。

きざみ食は95%の病院で提供されている中、今後、見た目や安全性を求めて、他の形態に移行したいと5割近くの病院が考えているが、実際に移行予定がある病院は、その内の4割ほどである。

食事の形態を決定する第一位に上げられる職種は、看護師が44.7%で、次いで医師の38.8%であり、摂食場面のみで食事形態を決定していることが多く、今後の課題として食事を作る側の意識、食事形態を決定する側の意識などさらに調査を続け、病院で提供されているきざみ食の是非を含め、個々の患者に適切な状態

で食事の提供ができるように検証していくことが必要であると思われる。

また、病院内での摂食・嚥下障害が認められる患者に対応するために摂食・嚥下障害に対する病院内のガイドラインについては、半数近くの病院で作成されておらず、摂食・嚥下リハビリテーションチームを保有している病院でも5割しか作成されていない状況であるため、摂食・嚥下障害患者に対する継続的な品質改善がどのように行なわれているのかを今後も模索していかなければならないと思われる。

## 2. 栄養管理の構造に関する課題について

栄養管理実施加算の推進上の課題として、「人員の配置や不足」と「食事の個別化」が半数の病院であげられているが、給食業務の委託率は、前年度の調査と比較して7%の増加が認められたが、管理栄養士の配置数には、大きな変化は認められなかった。病院管理栄養士の栄養管理と給食管理の業務時間割合は、栄養管理が5割以上と昨年度の配分割合を逆転し、増大しているが、半面、給食業務の業務量については、病院では3割弱に、委託側でも1割は「増加」していることから、栄養管理実施加算算定後、食事の個別化が増加し、献立作成等の給食業務が煩雑になっていることも考えられ、栄養管理の効率的な展開を図るためには、効率的な給食業務あり方についても検討していくことが必要と思われる。

## 3. 栄養管理システムに関する課題について

栄養管理実施加算の算定は、96.5%と、前年度の調査と比較して9.5%あがったが、栄養管理実施加算の請求なし3.5%の内、8割弱の病院には常勤管理栄養士が配置されている。算定していない理由が管理栄養士の採用困難や人材不足などの理由によるものなのかどうか今後、継続的な調査の必要があると思われる。

入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを把握するために、最初に実施するのが栄養スクリーニングになるが、その初期栄養スクリーニングの実施時期は、入院から1週間以内が48.7%とほぼ半数を占めているが、72時間以内が22.1%、24時間以内が14.2%、48時間以内が11.9%と病院によって栄養介入する時期が異なっている。また、栄養スクリーニングの指標項目としてBMI、褥瘡、血清アルブミン値、食事摂取量は90%以上の病院で採用されており、指標項目にはあまりバラツキがみられていないが、それぞれの指標項目のリスク分類のカット・オフ値については血清アルブミン値以外、バラツキがみられるため、介入時期や低栄養のリスクの分類によって、アウトカムに影響があるのかなども検討していく必要があると思われる。また、アウトカム評価の項目として、食事摂取量や褥瘡、血清アルブミン値、BMIといった栄養指標を用いて評価している病院が多い一方、主観的健康感、日常生活活動、満足度に関しては2~3割と低い割合にとどまっている。今後、栄養指標以外のアウトカム評価の具体的な指標とその評価方法について、今後取り組みが推進されるべき事項であり、先進的な事例等を示しながら検討していくことも必要と思われる。

## 4. 栄養管理のプロセスに関する課題について

栄養管理の実施状況に関して、管理栄養士による栄養管理体制の自己評価から把握すると、プロセスの各項目について、「よくできている」、「できている」を合わせて75%以下が「栄養管理に関するマニュアル作成」、「ケアカンファレンスの参画」、「患者や家族に対する栄養管理計画書の説明と同意」、「栄養管理の成果の評価と、継続的な品質管理」、「退院時の総合的な評価と関連機関と連携」と多項目にわたっており、まだまだ十分に実施できていない結果であったが、多職種協働による役割分担の影響が大きいと思われるため、自己評価の調査項目の内容も含めて、患者のための栄養管理の機能が果たされているのかを検証していく必要があると思われる。

管理栄養士自身の栄養管理実施加算に対する業務満足感は、「低栄養状態の把握や改善が行われたこと」が79.6%と最も高い割合で回答され、前年度の栄養ケア・マネジメント調査に比べて若干増大したが、それ以外の項目に関しては、前年度の調査よりも減少しており、「よかったと感じていることはない」が倍に増大している。介護保険の栄養ケア・マネジメントの導入から1年半、栄養管理実施加算の導入からも1年がたち、ルーチンワークとして栄養管理が定着し、当然の業務になったための意識の変化か、栄養管理実施加算の推進上に課題としてあげられているように、人員の配置や不足、時間外業務の増大など業務が煩雑になってきていることが要因になっているのかを、さらに検証する必要があると思われる。

#### 【まとめ】

今後も継続して栄養管理等の実態調査を実施し、さらに低栄養状態の出現状況や改善状況なども調査して、栄養管理実施加算が患者の療養にどのような効果をもたらしているのか、また摂食・嚥下障害患者に対する対応を食事形態の評価も含めて検証し、いかに品質改善に繋げていくか、併せて摂食・嚥下リハビリ対応チームやNSTが半数程度の病院で稼働していることから、これらの効果等については明らかにしていきたいと考える。