

令和6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

科学的介護情報システム (LIFE) データを活用した

栄養ケアの評価に関する調査研究事業

令和7 (2025) 年3月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

序

一般社団法人日本健康・栄養システム学会では、今後の介護報酬改定を見据え、科学的な栄養ケア・マネジメントの実施に資する基礎的資料を得ることを目的として、「科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの評価に関する調査研究事業（以下「本事業」という。）に取り組んできた。

令和3年度介護報酬改定において栄養マネジメント強化加算が新設されたが、本事業では、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの一層の充実を図る観点から、匿名介護保険関連データベース（「匿名介護認定情報」、「匿名介護レセプト等情報」、「匿名LIFE情報」等の総合的データベース）を初めて活用して、当該加算による栄養ケア・マネジメントの評価を行った。具体的には、栄養マネジメント強化加算の効果の検証を行い、LIFEデータを含めて今後の評価研究のあり方を検討した。また、副次的成果として当該データベースを活用した解析システムの構築をすることができた。さらに、並行的に実施したインタビュー調査を通じて、今後の科学的データの評価分析やフィードバックに関する課題の整理が行われたことによって、本事業は今後の科学的介護システム（LIFE）データを活用した栄養ケア・マネジメントの質の向上に貢献することができたと考える。

本事業によるこれらの成果を本学会のウェブサイトに掲載することとしており、本学会としては広く活用されることを願うものである。

さらに、高齢者の「食べることの楽しみをいつまでも」をめざして、効果的な栄養ケア・マネジメントの評価と改善に貢献できるよう、本学会は引き続き研究・教育活動に取り組んでいくこととしている。

令和6年3月

令和6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）

「科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの
評価に関する調査研究事業」

研究代表者 三浦公嗣

（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事）

令和6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
「科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの評価に関する
調査研究事業」

検討委員会

- | | | |
|---|--------|-----------------------|
| | 新井 英一 | 静岡県立大学 教授 |
| ○ | 宇田 淳 | 滋慶医療科学大学大学院 教授 |
| | 宇都宮 啓 | 慶應義塾大学 客員教授 |
| | 梶井 文子 | 東京慈恵会医科大学 教授 |
| | 加藤 昌彦 | 相山女学園大学 教授 |
| | 工藤 雄洋 | 済生会横浜市東部病院 栄養部部長 |
| | 小山 秀夫 | 学会事務局長 兵庫県立大学 名誉教授 |
| | 清水 昭雄 | 三重大学医学部附属病院リサーチアソシエイト |
| | 高田 健人 | 十文字学園女子大学 講師 |
| | 谷中 景子 | 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部 部長 |
| | 遠又 靖丈 | 神奈川県立保健福祉大学 准教授 |
| | 中島 啓 | 日本女子大学 教授 |
| | 西井 穂 | 神戸女子大学 講師 |
| | 深柄 和彦 | 東京大学医学部附属病院 教授 |
| | 矢野目 英樹 | 相澤病院 栄養科科长 |
| ◎ | 三浦 公嗣 | 学会代表理事 藤田医科大学 特命教授 |

◎委員長 ○副委員長

事業実施小委員会

データ分析実施小委員会、

- | | | |
|---|-------|----|
| | 宇田 淳 | 前述 |
| | 清水 昭雄 | 前述 |
| | 高田 健人 | 前述 |
| | 堤 亮介 | 前述 |
| ○ | 遠又 靖丈 | 前述 |

研究補助者

- | | |
|----------|-----------------|
| 太田 圭要 | 神奈川県立保健福祉大学大学院生 |
| カランタル 怜奈 | 神奈川県立保健福祉大学大学院生 |

○小委員長

インタビュー調査実施小委員会

荻部 康子	介護保険施設リハパーク舞岡栄養課 課長
杉山みち子	日本健康・栄養システム学会 専務理事
谷中 景子	前述
堤 亮介	前述
○ 西井 穂	前述

○小委員長

研究補助

萩原 奈緒	日本健康・栄養システム学会
-------	---------------

事務局

駒形 公大	日本健康・栄養システム学会
-------	---------------

目 次

研究概要	7
I. 介護保険施設入所者における栄養状態や栄養管理サービスの影響評価： 介護DBを用いた解析	
はじめに	13
方 法	
結 果	
考 察	
結 論	
文 献	
表一式	19
II. 科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの評価に関する インタビュー調査	
はじめに	25
方 法	
結 果	
考 察	
結 論	
文 献	
表一式	36

研究事業概要

本事業では、匿名介護保険等関連データベース（「匿名要介護認定情報」「匿名介護レセプト等情報」、「匿名 LIFE 情報」等の総合的なデータベース。以下「介護 DB」という。）を活用し、今後の介護報酬改定を見据え、栄養ケア・マネジメントの実施を通じた科学的な栄養関連サービスの提供に資する基礎的資料を得るとともに、介護保険施設において LIFE の活用が要件とされる栄養関連サービスの現状をインタビュー調査によって明らかにし、栄養ケア・マネジメントのさらなる発展を目指して介護 DB を活用する場合の課題や評価手法のあり方等を検討した。

I. 介護保険施設入所者における栄養状態や栄養管理サービスの影響評価：介護 DB を用いた解析

目的

介護保険施設における「栄養マネジメント強化加算」の影響評価として入所時の栄養マネジメント強化加算の算定と入院・死亡による退所との関連の検討を行う。そのために、全国データに基づくコホート研究を実施した。

方法

介護 DB データ：定型データセット（2021 年 4 月～2022 年 12 月）を用い、『栄養マネジメント強化加算』が算定されている場合には（算定されていない場合に比べて）個別対応の栄養ケアを受けやすい状態にあり、栄養状態が維持・改善されやすく、入所後の入院・死亡のリスクが低くなる」という前提仮説に基づいて解析した。全国の介護老人福祉施設（以下「特養」という。）または介護老人保健施設（以下「老健」という。）を利用して 65 歳以上の者を解析対象とした。2021 年 5 月 1 日以降の最も日付が古い入所日をベースラインとし、6 ヶ月以上の観察期間を確保できる特養または老健に 2021 年 5 月 1 日～2022 年 6 月 30 日に入所した者 394,705 人のうち、入所月の介護レセプトの情報がなかった者、65 歳未満または 95 歳以上の者、要介護度 2～5 以外の者、入所月に看取り関係の加算算定ありの者、退所日の不明な者、入所月に経口移行加算及び再入所時栄養連携加算の算定ありの者を除外した 273,281 人を解析対象者とした。曝露因子は、栄養マネジメント強化加算の算定の有無とし、主要アウトカム指標は、「入院または死亡による退所」（複合エンドポイント）とした。副次アウトカムは、「入院のみによる退所」と「死亡のみによる退所」とした。これらの情報は、「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の「給付実績情報（基本情報レコード）（DT1111_H1）」から定義した。入院または死亡の区分は、「退所（院）後の状態コード」から判定した。追跡開始日（ベースライン時点）は、「入所（院）年月日」の情報に基づく入所日とした。追跡終了日は、退所イベントが生じた者は理由によらず「退所（院）年月日」の

情報に基づく退所日、退所イベントが生じなかった者は2022年12月31日（観察期間終了日）として定義した。共変量は、年齢、性別、要介護度、褥瘡マネジメント加算Ⅰ、褥瘡マネジメント加算Ⅱ、サービス提供体制加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、認知症専門ケア加算Ⅰ、認知症専門ケア加算Ⅱ、療養食加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱを共変量（調整項目）とした。

Cox 比例ハザードモデルを用いて、栄養マネジメント強化加算が算定されていなかった入所者を基準とした場合のハザード比を算出した。また、 Kaplan-Meier 法（積極限法）によって、時点ごとの栄養マネジメント強化加算の累積発生割合を算出した。統計解析には、R version 4.3.3 および IBM SPSS Statistics version 30 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) を用いた。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会による承認を得て実施した（承認通知番号：保大第 10-24-1）。

結果

解析対象者 273,281 人のうち、特養の入所者は 108,547 人、老健の入所者は 164,734 人であった。追跡日数の中央値は、特養で 337 日、老健で 152 日であった。

特養における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連を Cox 比例ハザードモデルによって検討した結果、栄養マネジメント強化加算が算定されていた入所者の入院・死亡による退所のハザード比（95%信頼区間）は 0.99 (0.95-1.03) であり、統計学的に有意な関連はみられなかった。

一方、老健における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連を Cox 比例ハザードモデルによって検討した結果、栄養マネジメント強化加算が算定されていた入所者の入院・死亡による退所のハザード比（95%信頼区間）は 0.97 (0.95-0.99) であり、統計学的に有意な関連がみられた。

栄養マネジメント強化加算（初回発生）の時点別の累積割合については、追跡開始月時点（0ヶ月時点）の栄養マネジメント強化加算を曝露変数として定義したが、本事業の対象者が追跡期間中に栄養マネジメント強化加算の算定を経験した割合は最終的に 1.5 倍程度に増加していた。

考察

先行研究である平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」及び平成 28 年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設 124 における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」においては、管理栄養士 2 名以上配置した施設の入所者の入院リスクはハザード比にして 0.8 を下回っていたのに対して、本事業のハザード比は 0.9 を上回った理由としては、「①管理栄養士の能力の違い」、「②入院イベントの違い」、「③ Prevalent user bias」が想定される。

「①管理栄養士の能力の違い」については、先行研究の対象施設の管理栄養士は日本健康・栄養システム学会が認定する臨床栄養師等の研修において長期の研修時間を要する専門資格を有しており、また、管理栄養士が栄養管理に専念しやすい体制にあるという、いわば理想的な条件下での研究結果であった。一方、本事業は、介護 DB に基づく研究であり、日本全国の一般的な介護保険施設の管理栄養士が複数配置等の体制におかれた場合を反映した結果であり、栄養ケア・マネジメントの質が異なることが考えられる。

「②入院イベントの違い」については、特に本事業においては特養の入院退所の割合は著しく低い水準にあったが、先行研究に比べて本事業の追跡対象期間が長かったことをふまえると、退所はせずに外泊として入院した例については含めていないことの違いがある。本事業で用いた「給付実績情報（基本情報レコード）(DT1111_H1)」には、外泊先の情報は含まれないことから、他 NDB データなどの医療情報を組み合わせなければ入院を捕捉することは難しいと考えられる。

「③Prevalent user bias」とは、「追跡開始前からすでに研究対象とするサービスを使用していた者を曝露群に含めてしまうことで引き起こされるバイアス」であり、追跡開始前からすでに積極的な栄養管理のサービスを長期間受け続けた者が曝露群に一定数含まれていた可能性がある。

しかし、老健において入所時に栄養マネジメント強化加算が算定されていた者では統計学的に有意に主要アウトカムである入院・死亡による退所のリスクが低くなっていたことについては、栄養マネジメント強化加算が入院・死亡リスクに影響を与えている可能性を否定することはできないという結論を得たことになる。

本事業の目的は、介護保険施設における「栄養マネジメント強化加算」の影響評価の試みとして、入所時の栄養マネジメント強化加算の算定と入院・死亡による退所との関連の検討を行うことであったが、「栄養マネジメント強化加算」の影響については、入院や死亡という観点以外にも、利用者の健康寿命への影響や QOL の向上など広範な影響評価が可能であると考えられる。

本事業においては「介護レセプト等情報」の分析を中心として実施されたが、本事業によって介護 DB の分析基盤が整備できたことの意義は大きいものがある。今後、「要介護認定情報」、「介護レセプト等情報」、「LIFE 情報」の全てを組み合わせ、その限界を考慮した総合的な研究を行い、より効果的な栄養ケア・マネジメントのあり方を明らかにし、LIFE 情報等による栄養マネジメント強化加算等の制度の見直しに資する知見の蓄積が求められる。

結 論

老健において入所時に栄養マネジメント強化加算が算定されていた者では統計学的に有意に主要アウトカムである入院・死亡による退所のリスクが低くなっていた。

Ⅱ. 科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの評価に関するインタビュー調査

目的

科学的介護の基盤となる栄養ケア・マネジメントのさらなる発展を目指して、介護保険施設において LIFE の活用が要件とされる栄養関連サービスの現状をインタビュー調査によって明らかにし、栄養ケア・マネジメントにおける LIFE のデータ活用の課題やあり方を検討した。

方法

本学会が令和 4、5（2022、2023）年度に取り組んだ老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」においてインタビュー調査対象であった 19 施設のうち、引き続き本調査に対する協力が得られた 14 施設（特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）7 施設、老人保健施設（以下「老健」という。）7 施設）に勤務する施設管理者及び管理栄養士等を対象としてインタビュー調査を実施した。

調査内容は、栄養ケア・マネジメントにおいて、LIFE の活用が要件とされる栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等について、その効果的な取組の現状や体制、効果に影響する要件、LIFE 情報の活用に関する課題等についてであり、インタビューガイドを用いて半構造化インタビューをオンラインで実施した。

インタビュー終了後、調査者が、逐語録を整文した概要表を作成し、対象者が内容を確認した。さらに、調査者が概要表から質問項目ごとに得られた代表的な発言をカテゴリー化し分析を行った。その後、本事業の総合調整及び進捗管理等を担う検討委員会の意見を踏まえて、LIFE 情報等を活用した効果的な栄養ケア・マネジメントの実施に関する方策を検討した。

結果・考察

1. 栄養関連サービスに関する加算の算定状況

調査対象とした全 14 施設が、栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅰを算定し、栄養専門職については、管理栄養士が、いずれの施設においても入所者数を 50 で除して得た数以上が配置されていた。口腔衛生管理加算Ⅰ、Ⅱは特養 6 施設、老健 5 施設が算定していた。口腔専門職については、協力歯科医療機関からの歯科医の往診によるもの、歯科衛生士は、非常勤や時短勤務による体制が特徴的であった。老健 1 施設を除き、すべての施設において歯科医師または歯科衛生士の連携体制が整備されていた。リハビリテーション専門職は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかの職種が 1 人以上配置されていた。特に老健においては、理学療法士、作業療法士が施設の人員配置基準を上回っ

て配置されていた。個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱは特養6施設、老健2施設が算定し、短期集中リハビリテーション加算は老健5施設が算定していた。看取り介護加算Ⅰ、Ⅱは、特養6施設、老健4施設が算定をしており、看取りの期の利用者が増加していることが推察された。

2. 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算による効果

利用者側の効果として、看取り期の持続的な食支援や食事量の改善が報告されていた。栄養ケア・マネジメント提供者側では、利用者の日々の変化の把握や改善に繋がり、栄養状態の改善によって職員のモチベーション向上に繋がる効果も見られた。

栄養ケア・マネジメントをさらに効果的に進める観点から、アセスメントの標準化や、多職種とのコミュニケーションの効率化を図る上でのデジタル技術の導入が必要とされていることが示された。また、専門職の人材育成が重要との意見もあった。一方、現場では超高齢者、要介護重度者といった利用者が多く、食べる意欲がない場合や食事の拒否に関するケース対応に困難を感じていることが推察された。

3. LIFE情報の活用について

LIFE情報の活用に関して、現在、組織内でフィードバック情報の共有が進んでいない課題が明らかになった。また、サービス効果が得られにくいと考えられる利用者像である、超高齢者、看取り期、重度者、認知症、パーキンソン病、長期入所等の利用者のための栄養ケア・マネジメントの評価指標の提示が望まれていた。こうした改善効果が得られにくい利用者の時系列データの蓄積によって、人生の最終段階に向かう過程での栄養ケア・マネジメントにおいてADLや低栄養リスクに関わる効果については必ずしも改善されなくてもやむを得ないとする基準づくりが求められていることが考えられた。また、フィードバックされたデータの具体的な利用方法の指針、超高齢者を含む年齢階層別、栄養リスク別、疾患別、食べる意欲の有無に関する分析について要望があった。本調査では、栄養ケア・マネジメントの効果的な取組において、食べる意欲を引き出す工夫が示されていたが、こうした介護現場のケアプロセスや、サービス提供に関する深い知識や工夫を内包したデータの解析が望まれていると考えられた。

今後、LIFE情報を基にした評価や指標の整備が必要であり、個別の利用者特性に応じた改善効果の分析が課題とされた。

結 論

栄養ケア・マネジメントにおけるLIFEのデータ活用の課題として、フィードバック情報の組織内での共有や活用を改善していく必要性が示された。栄養ケア・マネジメントをさらに効果的に実践していく上で、特に、超高齢者や看取り期の利用者特性に対応した評

価値指標の確立が重要視され、ケアの課題解決や質向上へとつながる指標や方針が示されることが期待されていることが示された。また、ケアの質の向上のために、専門職の人材育成体制の構築が望まれる。

I. 介護保険施設入所者における栄養状態や栄養管理サービスの影響評価： 介護DBを用いた解析

はじめに

2021年4月より「栄養マネジメント強化加算」が新たに導入され、介護保険施設においては低栄養状態の入所者を対象として「食えること」を通じた個別対応の栄養管理を重視する施策が導入された。栄養マネジメント強化加算は介護保険施設における管理栄養士・栄養士の複数配置を促進して管理栄養士が栄養管理に適切に従事できるようにすることが念頭におかれた制度であり、その算定要件は表I-1-1の通りとなっている。栄養マネジメント強化加算の導入により、栄養マネジメント加算は廃止され、一層の体制整備の担保が求められるようになった。

導入前には、平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進分)「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)や平成28年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業費等補助金)「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)において、管理栄養士の複数配置による老健での在宅復帰促進効果あるいは特養での入院抑制効果を示唆した先行研究が報告された。しかし、こうした栄養管理サービスの効果評価に関連した先行研究は、一部の協力施設から得られた2千人未満の調査データに基づくものであり、全国規模で悉皆的なデータに基づく知見は見当たらない。また、「栄養マネジメント強化加算」が導入されたことによる影響評価を、個人の縦断研究で検討した研究報告は限られている。

本研究の目的は、介護保険施設における「栄養マネジメント強化加算」の影響評価として入所時の栄養マネジメント強化加算の算定と入院・死亡による退所との関連の検討を行うことである。そのために、全国データに基づくコホート研究を実施した。

方 法

1. 研究デザイン

本研究は、「匿名介護保険等関連情報データベース(介護DB)」に基づく縦断研究である。介護DBとは、「匿名要介護認定情報」、「匿名介護レセプト等情報」、「匿名LIFE情報」の3種類を中核とする介護保険サービス関連の総合的なデータベースである。具体的には、厚生労働省より提供された「定型データセット」を用いて解析を実施した。研究データの対象期間は、2021年4月～2022年12月であった。

本研究では、「2021年から制度化された『栄養マネジメント強化加算』が算定されている施設に入所した場合には(算定されていない場合に比べて)個別対応の栄養ケアを受けやすい状態にあり、栄養状態が維持・改善されやすく、それにより入所後の入院・死亡のリスクが低くなる」という仮説に基づく解析を計画した。

2. 対象者

日本全国の介護老人福祉施設（特養）または介護老人保健施設（老健）を利用していた65歳以上の者を解析対象とした（「サービス種類コード=51：介護老人福祉施設（特養）」、「サービス種類コード=52：介護老人保健施設（老健）」）。なお、本研究では Prevalent user bias を考慮する観点から2021年4月以前に入所していた継続入所者を対象から除き、2021年5月1日以降の最も日付が古い入所日（すなわち2021年5月1日以降で、5月1日に最も近い時点の入所）をベースラインとして定義した。また入所後に栄養管理サービスが行われた場合に入院か死亡による退所のリスクを低下させうる期間を確保するため、6ヶ月以上の観察期間（途中打ち切りがなかった場合の追跡期間）を確保できるように、2022年7月以降の入所者は解析に含めなかった。

特養または老健に2021年5月1日～2022年6月30日に入所した者394,705人のうち、入所月の介護レセプトの情報がなかった者、年齢が65歳未満または95歳以上の者、要介護度2～5以外の者、入所月に看取りケア関係の加算算定ありの者、退所理由があるものの退所日が不明であった者、入所月に経口移行加算の算定ありの者、入所月に再入所時栄養連携加算の算定ありの者を除外し、273,281人を解析対象者とした。

3. 栄養マネジメント強化加算

曝露因子は、栄養マネジメント強化加算の算定の有無とした。栄養マネジメント強化加算の算定は、「給付実績情報（明細情報レコード）（DT1111_D1）」から把握し、入所月における算定の有無によって定義した。

4. アウトカムの追跡

本研究の主要アウトカム指標は、「入院または死亡による退所」（入院による退所と死亡による退所複合エンドポイント）とした。副次アウトカムは、「入院のみによる退所」と「死亡のみ」による退所とした。これらの情報は、「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の「給付実績情報（基本情報レコード）（DT1111_H1）」から定義した。入院または死亡の区分は、「退所（院）後の状態コード」から判定した。追跡開始日（ベースライン時点）は、「入所（院）年月日」の情報に基づく入所日とした。追跡終了日は、退所イベントが生じた者は理由によらず「退所（院）年月日」の情報に基づく退所日、退所イベントが生じなかった者は2022年12月31日（観察期間終了日）として定義した。

5. 共変量

年齢、性別、要介護度、褥瘡マネジメント加算Ⅰ、褥瘡マネジメント加算Ⅱ、サービス提供体制加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、認知症専門ケア加算Ⅰ、認知症専門ケア加算Ⅱ、療養食加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱを共変量（調整項目）とした採用した。年齢、性別、要介護度は、栄養マネジメント強化加算の算定の有無によって入

所者の個人特性が異なっていた可能性を考慮するため、各種加算は栄養マネジメント強化加算の算定の有無によって栄養マネジメント強化加算に含まれない領域のサービスの実施内容が異なっていた可能性を考慮するために採用した。

6. 統計解析

Cox 比例ハザードモデルを用いて、栄養マネジメント強化加算が算定されていなかった入所者を基準とした場合のハザード比を算出した。また、 Kaplan-Meier 法（積極限法）によって、時点ごとの栄養マネジメント強化加算の累積発生割合を算出した。

統計解析には、R version 4.3.3 および IBM SPSS Statistics version 30 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) を用いた。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会による承認を得て実施した（承認通知番号：保大第 10-24-1）。

結 果

1. 基本特性

表 I-1-2 に解析対象者全体 (273, 281 人) の栄養マネジメント強化加算の算定有無別にみた基本特性を示した。273, 281 人のうち、特養の入所者は 108, 547 人、老健の入所者は 164, 734 人であった。また、表 I-1-3 に特養における基本特性、表 I-1-3 に老健における基本特性を示した。

追跡日数の中央値は、特養で 337 日、老健で 152 日であった。

2. 栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連

(1) 特養

表 I-1-5 に、特養における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連を Cox 比例ハザードモデルによって検討した結果を示した。多変量調整による Cox 比例ハザードモデルでは、栄養マネジメント強化加算が算定されていた入所者の入院・死亡による退所のハザード比 (95%信頼区間) は 0.99 (0.95-1.03) であり、統計学的に有意な関連はみられなかった。

(2) 老健

表 I-1-6 に、老健における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連を Cox 比例ハザードモデルによって検討した結果を示した。多変量調整による Cox 比例ハザードモデルでは、栄養マネジメント強化加算が算定されていた入所者の入院・死亡による退所のハザード比 (95%信頼区間) は 0.97 (0.95-0.99) であり、統計学的に有意な関連がみられた。

3. 栄養マネジメント強化加算の累積発生割合

図 1-1-1 に、栄養マネジメント強化加算（初回発生）の時点別の累積割合を示した。本研究は、追跡開始月時点（0ヶ月時点）の栄養マネジメント強化加算を曝露変数として定義したが、本研究の対象者が追跡期間中に栄養マネジメント強化加算の算定を経験した割合は最終的に 1.5 倍程度に増加していた。

考 察

本研究は、2021 年 4 月に導入された栄養マネジメント強化加算の影響を評価するために、入所時の栄養マネジメント強化加算の算定と入院・死亡による退所との関連を、全国データである介護 DB の情報を用いたコホート研究によって検討した。その結果、老健において栄養マネジメント強化加算が算定されていた入所者では入院・死亡による退所のリスクが統計学的に有意に低かった。一方で、特養においては、有意な関連はみとめられなかった。

先行研究である平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」や平成 28 年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」の報告では、管理栄養士 2 名以上配置した施設の入所者の入院リスクはハザード比にして 0.8 を下回る点推定値であったが、本研究結果ではハザード比（点推定値）は 0.9 以上であり 95%信頼区間も 0.9 を下回る結果ではなかった。すなわち、栄養マネジメント強化加算の導入の科学的根拠とされた先行研究のような結果ではなかったと解釈できるかもしれない。このように解釈される理由の候補として、「①管理栄養士の能力の違い」、「②入院イベントの違い」、「③ Prevalent user bias」が想定されるかもしれない。

「①管理栄養士の能力の違い」について、先行研究の著者らは、これらの研究協力施設を臨床栄養師などの日本の中でも長期の研修時間を要する専門資格を有している施設としたことから、代表性について研究の限界点にあげている。すなわち、先行研究は、より技量の優れた管理栄養士が栄養管理に専念しやすい体制にある理想的な条件下での研究結果と考えられる。その一方で、本研究は、介護 DB に基づく研究であり、より悉皆性が高い研究データであることから、日本全国の平均的な介護保険施設の管理栄養士が複数配置等の体制におかれた場合を反映した結果と解釈できるだろう。すなわち、ケアの内容や質が先行研究とは一致しない可能性が考えられる。栄養マネジメント強化加算は、人員配置やミーラウンドなどの体制的な要件に留まるものであるが、これにより想定する栄養ケアの実施内容が担保できているのか、評価が必要であろう。

「②入院イベントの違い」について、平成 28 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業費等補助金）介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業（日本健康・栄養システム学会）によれば、追跡期間中（平成 27 年 9 月 30 日～平成 28 年 9 月 30 日）の入院と死亡（施設内）の割合は、特養で 25.7%と 8.3%、老健で 13.5%と 7.5%と報告されている。本研究の方が、追跡対象期間が長かったことをふまえ

ると、特に本研究の特養の入院退所の割合は著しく低い水準にあった。しかし、本研究のアウトカム指標は入院退所であり、退所はせずに外泊として入院した例については含めていない。今回の研究で用いた「給付実績情報（基本情報レコード）（DT1111_H1）」には、外泊先の情報は含まれないことから、NDB データなどの医療情報を組み合わせなければ入院を捕捉することは難しいと考えられる。以上のことから、本研究の入院退所の結果は、入院イベントとして解釈する上で限界があることに留意が必要である。

「③Prevalent user bias」とは、「追跡開始前からすでに研究対象とするサービスを使用していた者（Prevalent user）を曝露群に含めてしまうことで引き起こされるバイアス」のことである。上記の先行研究では全入所者を対象としているため、追跡開始前からすでに研究対象とする曝露に長期間さらされていた可能性がある。つまり、積極的な栄養管理のサービスを長期間受け続けた者が曝露群に一定数含まれていた可能性があるため、本研究とは同一視することは適切ではないと考えられる。

また、上記の先行研究との比較については、アウトカムごとの結果の違いにも留意する必要がある。平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」では、管理栄養士 1 名配置の施設に入所していた者を基準群とした場合の管理栄養士 2 配置の施設に入所していた者での入院のハザード比は 0.61 (95%信頼区間 0.43-0.88, $p=0.008$) で、死亡のハザード比は 1.13 (95%信頼区間 0.76-1.68, $p=0.540$) と報告されている。また、平成 28 年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」では、特養においては、入所者 80 人以上の施設において管理栄養士 1 名配置の施設に入所していた者を基準群とした場合の管理栄養士 2 名以上配置の施設に入所していた者での入院ハザード比は 0.797 (95%信頼区間 0.645-0.986, $p=0.036$)、死亡のハザード比は 1.210 (95%信頼区間 0.845-1.732, $p=0.298$) と報告されている。つまり、いずれの研究結果も入院のハザード比は 1 よりも低いが、死亡のリスクは 1 よりも高かった。死亡した後には入院イベントは生じないため、死亡イベントが相対的に多かったことによるバイアス「競合リスク」(Competing Risk of Death) の可能性を考慮する必要があるかもしれない。対して、本研究は複合エンドポイントを主要アウトカムとしており、入院退所だけで特にハザード比が低いという結果にはなっていなかった。

本研究には複数の限界点があげられる。

第一に、追跡開始月のみの栄養マネジメント強化加算を曝露変数として採用したことがあげられる。本研究の対象者は、追跡開始後に栄養マネジメント強化加算の算定を経験した割合が増加していたが（図 1-1-1）、本研究の解析では、「算定なし群」に区分されているため、栄養マネジメント強化加算の効果評価としては、過小評価となっている可能性が高い。栄養マネジメント強化加算を時間依存性変数として考慮することが求められる。

第二に、入院と死亡以外の退所についての競合リスクは考慮していなかったことがあげられる。本研究は、入院・死亡以外の理由による退所の場合でも、その後の入院や死亡の頻

度は同等であると仮定での推定結果に基づいているが、特に老健においては、在宅復帰などの他の理由による退所が相当数いるものと考えられる。

第三に、ベースライン時点の栄養状態は考慮されていないことがあげられる。もしも、栄養マネジメント強化加算が算定されている施設ほど栄養状態の悪い者が入所している場合には、結果が過小評価となる可能性も否定できない。

第四に、本研究は、退所情報をアウトカム指標としたものであるため、退所後に一定日数が経過してからの死亡は死亡例に含まれていないため、イベント発生頻度は過小評価している可能性が高い。また、栄養マネジメント強化加算を算定している施設ほど、入所者の健康状態を留意したために入院が多かったという観察バイアスは否定できず、その場合には入院イベントが健康状態のアウトカム指標として適切でなかった可能性も否定できない。

第五に、2021年5月1日～2022年12月31日の1年8ヶ月の観察期間が絶対的に十分であったとは言い難い点があげられる。さらに長期追跡が重要かもしれない。

また、他のサービスと効果量を比較する研究も今後重要かもしれない。以上の限界点をふまえて、本研究の解析結果が解釈される必要がある。

結 論

老健において入所時に栄養マネジメント強化加算が算定されていた者では統計学的に有意に主要アウトカムである入院・死亡による退所のリスクが低くなっていた。

本研究は「介護レセプト等情報」のみによる検討であり、今後は「要介護認定情報」、「介護レセプト等情報」、「LIFE 情報」の全てを組み合わせ、上記の限界を考慮した総合的な研究を実施することが求められる。

表 I-1-1 栄養マネジメント強化加算

- 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
- 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こと
- 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、早期に対応すること
- 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の活用）

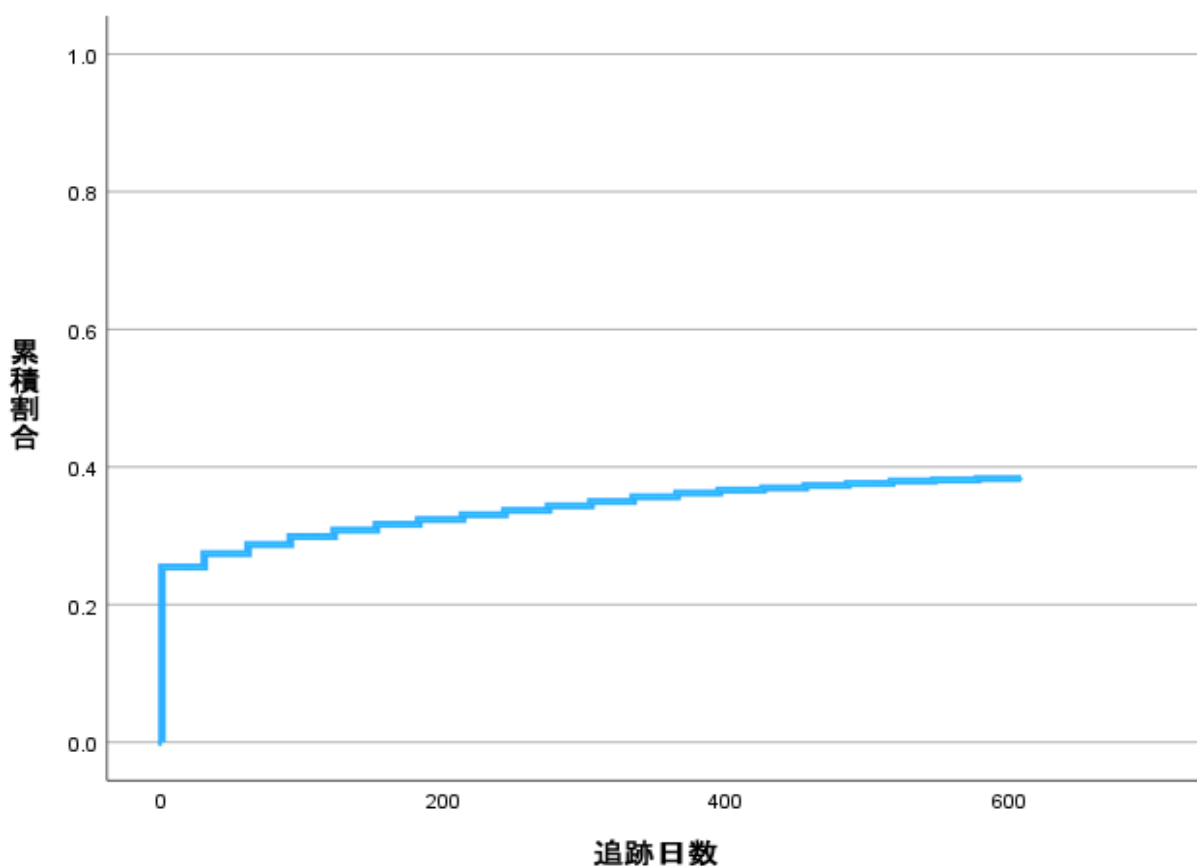


表 I-1-2 栄養マネジメント強化加算の算定有無別にみた基本特性 (合計, n=273, 281)

	栄養マネジメント強化加算					
	なし		あり		合計	
	n	%	n	%	n	%
施設種						
特養	86,854	42.6%	21,693	31.2%	108,547	39.7%
老健	116,860	57.4%	47,874	68.8%	164,734	60.3%
年齢						
65-69歳	5,259	2.6%	1,759	2.5%	7,018	2.6%
70-74歳	13,493	6.6%	4,676	6.7%	18,169	6.6%
75-79歳	22,945	11.3%	7,797	11.2%	30,742	11.2%
80-84歳	44,058	21.6%	15,065	21.7%	59,123	21.6%
85-89歳	65,342	32.1%	22,399	32.2%	87,741	32.1%
90-94歳	52,617	25.8%	17,871	25.7%	70,488	25.8%
性別						
男	70,341	34.5%	24,449	35.1%	94,790	34.7%
女	133,373	65.5%	45,118	64.9%	178,491	65.3%
要介護度						
要介護 2	30,135	14.8%	12,070	17.4%	42,205	15.4%
要介護 3	59,880	29.4%	20,253	29.1%	80,133	29.3%
要介護 4	73,847	36.3%	24,419	35.1%	98,266	36.0%
要介護 5	39,852	19.6%	12,825	18.4%	52,677	19.3%
褥瘡マネジメント加算 I						
なし	171,685	84.3%	43,255	62.2%	214,940	78.7%
あり	32,029	15.7%	26,312	37.8%	58,341	21.3%
褥瘡マネジメント加算 II						
なし	189,338	92.9%	57,821	83.1%	247,159	90.4%
あり	14,376	7.1%	11,746	16.9%	26,122	9.6%
サービス提供体制加算 II						
なし	157,459	77.3%	51,812	74.5%	209,271	76.6%
あり	46,255	22.7%	17,755	25.5%	64,010	23.4%
口腔衛生管理加算 I						
なし	196,955	96.7%	67,849	97.5%	264,804	96.9%
あり	6,759	3.3%	1,718	2.5%	8,477	3.1%
口腔衛生管理加算 II						
なし	196,381	96.4%	60,161	86.5%	256,542	93.9%
あり	7,333	3.6%	9,406	13.5%	16,739	6.1%
認知症専門ケア加算 I						
なし	200,451	98.4%	67,573	97.1%	268,024	98.1%
あり	3,263	1.6%	1,994	2.9%	5,257	1.9%
認知症専門ケア加算 II						
なし	202,598	99.5%	68,799	98.9%	271,397	99.3%
あり	1,116	0.5%	768	1.1%	1,884	0.7%
療養食加算						
なし	168,827	82.9%	52,791	75.9%	221,618	81.1%
あり	34,887	17.1%	16,776	24.1%	51,663	18.9%
経口維持加算 I						
なし	195,724	96.1%	63,779	91.7%	259,503	95.0%
あり	7,990	3.9%	5,788	8.3%	13,778	5.0%
経口維持加算 II						
なし	197,530	97.0%	64,986	93.4%	262,516	96.1%
あり	6,184	3.0%	4,581	6.6%	10,765	3.9%
科学的介護推進体制加算 I						
なし	173,636	85.2%	52,745	75.8%	226,381	82.8%
あり	30,078	14.8%	16,822	24.2%	46,900	17.2%
科学的介護推進体制加算 II						
なし	141,868	69.6%	25,598	36.8%	167,466	61.3%
あり	61,846	30.4%	43,969	63.2%	105,815	38.7%

表 I-1-3 特養:) 栄養マネジメント強化加算の算定有無別にみた基本特性

	栄養マネジメント強化加算				合計	
	なし		あり		n	%
	n	%	n	%		
施設種						
特養	86,854	100.0%	21,693	100.0%	108,547	100.0%
年齢						
65-69歳	2,027	2.3%	443	2.0%	2,470	2.3%
70-74歳	5,418	6.2%	1,329	6.1%	6,747	6.2%
75-79歳	9,441	10.9%	2,342	10.8%	11,783	10.9%
80-84歳	18,401	21.2%	4,531	20.9%	22,932	21.1%
85-89歳	27,930	32.2%	6,998	32.3%	34,928	32.2%
90-94歳	23,637	27.2%	6,050	27.9%	29,687	27.3%
性別						
男	27,680	31.9%	6,741	31.1%	34,421	31.7%
女	59,174	68.1%	14,952	68.9%	74,126	68.3%
要介護度						
要介護2	1,337	1.5%	205	0.9%	1,542	1.4%
要介護3	27,328	31.5%	6,606	30.5%	33,934	31.3%
要介護4	37,015	42.6%	9,463	43.6%	46,478	42.8%
要介護5	21,174	24.4%	5,419	25.0%	26,593	24.5%
褥瘡マネジメント加算 I						
なし	79,884	92.0%	16,626	76.6%	96,510	88.9%
あり	6,970	8.0%	5,067	23.4%	12,037	11.1%
褥瘡マネジメント加算 II						
なし	82,795	95.3%	18,179	83.8%	100,974	93.0%
あり	4,059	4.7%	3,514	16.2%	7,573	7.0%
サービス提供体制加算 II						
なし	81,165	93.4%	20,673	95.3%	101,838	93.8%
あり	5,689	6.6%	1,020	4.7%	6,709	6.2%
口腔衛生管理加算 I						
なし	84,212	97.0%	20,985	96.7%	105,197	96.9%
あり	2,642	3.0%	708	3.3%	3,350	3.1%
口腔衛生管理加算 II						
なし	85,024	97.9%	19,567	90.2%	104,591	96.4%
あり	1,830	2.1%	2,126	9.8%	3,956	3.6%
認知症専門ケア加算 I						
なし	85,235	98.1%	20,752	95.7%	105,987	97.6%
あり	1,619	1.9%	941	4.3%	2,560	2.4%
認知症専門ケア加算 II						
なし	86,398	99.5%	21,382	98.6%	107,780	99.3%
あり	456	0.5%	311	1.4%	767	0.7%
療養食加算						
なし	81,790	94.2%	19,943	91.9%	101,733	93.7%
あり	5,064	5.8%	1,750	8.1%	6,814	6.3%
経口維持加算 I						
なし	85,638	98.6%	20,777	95.8%	106,415	98.0%
あり	1,216	1.4%	916	4.2%	2,132	2.0%
経口維持加算 II						
なし	86,099	99.1%	21,193	97.7%	107,292	98.8%
あり	755	0.9%	500	2.3%	1,255	1.2%
科学的介護推進体制加算 I						
なし	76,831	88.5%	16,882	77.8%	93,713	86.3%
あり	10,023	11.5%	4,811	22.2%	14,834	13.7%
科学的介護推進体制加算 II						
なし	65,430	75.3%	9,032	41.6%	74,462	68.6%
あり	21,424	24.7%	12,661	58.4%	34,085	31.4%

表 I-1-4 老健) 栄養マネジメント強化加算の算定有無別にみた基本特性

	栄養マネジメント強化加算				合計	
	なし		あり		n	%
	n	%	n	%		
施設種						
老健	116,860	100.0%	47,874	100.0%	164,734	100.0%
年齢						
65-69歳	3,232	2.8%	1,316	2.7%	4,548	2.8%
70-74歳	8,075	6.9%	3,347	7.0%	11,422	6.9%
75-79歳	13,504	11.6%	5,455	11.4%	18,959	11.5%
80-84歳	25,657	22.0%	10,534	22.0%	36,191	22.0%
85-89歳	37,412	32.0%	15,401	32.2%	52,813	32.1%
90-94歳	28,980	24.8%	11,821	24.7%	40,801	24.8%
性別						
男	42,661	36.5%	17,708	37.0%	60,369	36.6%
女	74,199	63.5%	30,166	63.0%	104,365	63.4%
要介護度						
要介護2	28,798	24.6%	11,865	24.8%	40,663	24.7%
要介護3	32,552	27.9%	13,647	28.5%	46,199	28.0%
要介護4	36,832	31.5%	14,956	31.2%	51,788	31.4%
要介護5	18,678	16.0%	7,406	15.5%	26,084	15.8%
褥瘡マネジメント加算 I						
なし	91,801	78.6%	26,629	55.6%	118,430	71.9%
あり	25,059	21.4%	21,245	44.4%	46,304	28.1%
褥瘡マネジメント加算 II						
なし	106,543	91.2%	39,642	82.8%	146,185	88.7%
あり	10,317	8.8%	8,232	17.2%	18,549	11.3%
サービス提供体制加算 II						
なし	76,294	65.3%	31,139	65.0%	107,433	65.2%
あり	40,566	34.7%	16,735	35.0%	57,301	34.8%
口腔衛生管理加算 I						
なし	112,743	96.5%	46,864	97.9%	159,607	96.9%
あり	4,117	3.5%	1,010	2.1%	5,127	3.1%
口腔衛生管理加算 II						
なし	111,357	95.3%	40,594	84.8%	151,951	92.2%
あり	5,503	4.7%	7,280	15.2%	12,783	7.8%
認知症専門ケア加算 I						
なし	115,216	98.6%	46,821	97.8%	162,037	98.4%
あり	1,644	1.4%	1,053	2.2%	2,697	1.6%
認知症専門ケア加算 II						
なし	116,200	99.4%	47,417	99.0%	163,617	99.3%
あり	660	0.6%	457	1.0%	1,117	0.7%
療養食加算						
なし	87,037	74.5%	32,848	68.6%	119,885	72.8%
あり	29,823	25.5%	15,026	31.4%	44,849	27.2%
経口維持加算 I						
なし	110,086	94.2%	43,002	89.8%	153,088	92.9%
あり	6,774	5.8%	4,872	10.2%	11,646	7.1%
経口維持加算 II						
なし	111,431	95.4%	43,793	91.5%	155,224	94.2%
あり	5,429	4.6%	4,081	8.5%	9,510	5.8%
科学的介護推進体制加算 I						
なし	96,805	82.8%	35,863	74.9%	132,668	80.5%
あり	20,055	17.2%	12,011	25.1%	32,066	19.5%
科学的介護推進体制加算 II						
なし	76,438	65.4%	16,566	34.6%	93,004	56.5%
あり	40,422	34.6%	31,308	65.4%	71,730	43.5%

表 I-1-5 特養における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連 (n=108,547)

栄養マネジメント 強化加算	合計, n	イベント発生		粗ハザード比		性・年齢・要介護度を調整		多変量調整モデル ^a				
		n	%	ハザード比(95%信頼区間)	p	ハザード比(95%信頼区間)	p	ハザード比(95%信頼区間)	p			
入院・死亡による退所 (複合エンドポイント)												
なし	86,854	15685	18.1%	1	(基準)		1	(基準)		1	(基準)	
あり	21,693	3818	17.6%	1.02	(0.99, 1.06)	0.224	1.01	(0.98, 1.05)	0.501	0.99	(0.95, 1.03)	0.531
入院退所												
なし	86,854	2627	3.0%	1	(基準)		1	(基準)		1	(基準)	
あり	21,693	720	3.3%	1.14	(1.05, 1.24)	0.002	1.14	(1.05, 1.24)	0.002	1.09	(1.00, 1.19)	0.050
死亡退所												
なし	86,854	13058	15.0%	1	(基準)		1	(基準)		1	(基準)	
あり	21,693	3098	14.3%	1.00	(0.96, 1.04)	0.919	0.99	(0.95, 1.03)	0.495	0.97	(0.93, 1.01)	0.112

a. 年齢、性別、要介護度、褥瘡マネジメント加算Ⅰ、褥瘡マネジメント加算Ⅱ、サービス提供体制加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、認知症専門ケア加算Ⅰ、認知症専門ケア加算Ⅱ、療養食加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱを調整

表 I-1-6 老健における栄養マネジメント強化加算と入院・死亡との関連 (n=164,734)

栄養マネジメント 強化加算	合計, n	イベント発生		粗ハザード比		性・年齢・要介護度を調整		多変量調整モデル ^a		
		n	%	ハザード比(95%信頼区間)	p	ハザード比(95%信頼区間)	p	ハザード比(95%信頼区間)	p	
入院・死亡による退所 (複合エンドポイント)										
なし	116,860	32,559	27.9%	1	(基準)	1	(基準)	1	(基準)	
あり	47,874	12,032	25.1%	0.97	(0.95, 0.99)	0.007	0.97	(0.95, 0.99)	0.002	0.97 (0.95, 0.99) 0.010
入院退所										
なし	116,860	25,564	21.9%	1	(基準)	1	(基準)	1	(基準)	
あり	47,874	9,444	19.7%	0.97	(0.94, 0.99)	0.004	0.96	(0.94, 0.99)	0.002	0.97 (0.95, 1.00) 0.043
死亡退所										
なし	116,860	6,995	6.0%	1	(基準)	1	(基準)	1	(基準)	
あり	47,874	2,588	5.4%	0.99	(0.95, 1.04)	0.767	0.99	(0.94, 1.03)	0.532	0.96 (0.91, 1.01) 0.086

a. 年齢、性別、要介護度、褥瘡マネジメント加算Ⅰ、褥瘡マネジメント加算Ⅱ、サービス提供体制加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、認知症専門ケア加算Ⅰ、認知症専門ケア加算Ⅱ、療養食加算、経口維持加算Ⅰ、経口維持加算Ⅱを調整

II. 科学的介護情報システム (LIFE) データを活用した栄養ケアの評価に関するインタビュー調査

はじめに

令和3年度介護報酬改定により「科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; LIFE)」(以下「LIFE」という。)の運用が開始され、介護保険施設及び介護事業所により提出されたデータが蓄積されてきている。本学会においては、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)による「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」¹⁾、令和4、5(2022、2023)年度「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」^{2、3)}ならびに「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」^{4、5)}におけるインタビュー調査から、栄養ケア・マネジメントにおけるLIFEに関する要望や意見を明らかにしてきた。LIFEの導入時点では、多くの施設がデータの提供にあたり困難を極めている状況がみられ、LIFEの設計にも工夫の余地が残されていることが推察されたが、すべての施設が、LIFEによるその後のフィードバックに多くの期待を寄せていた⁶⁾。LIFEへ提出する栄養関連のデータは、従前により管理栄養士が多職種と連携した栄養ケア・マネジメントにおける栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングの項目であることから、栄養ケア・マネジメントの質が、科学的介護の推進の基盤となっていると考えられている^{7、8)}。そのため、当該データをもとに、どのような栄養ケア・マネジメントの取組が利用者の身体状況や栄養状態の維持・改善に有効か分析を行うことは重要である。

そこで、本研究は、科学的介護の基盤となる栄養ケア・マネジメントの質の向上を目的に、介護保険施設のLIFEの活用が要件とされる栄養関連サービスの現状をインタビュー調査によって明らかにし、栄養ケア・マネジメントにおけるLIFEのデータ活用の課題やあり方を検討した。

方 法

1. 調査対象

本学会が令和4、5(2022、2023)年度に取り組んだ老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」^{2、3)}におけるインタビュー調査対象であった19施設のうち、引き続き本調査に協力の得られた14施設(特養7施設、老健7施設)に勤務する施設管理者及び管理栄養士等を対象者とした。各施設の管理者に、依頼・説明書を送付し、データ管理及び廃棄方法、公表時のプライバシーの保護、研究協力への拒否の権利等について説明を実施し、承諾書の返送によって同意を得られた対象者にインタビュー調査を実施した。

2. 調査方法

インタビューは本事業実施小委員会の委員2名または1名とし、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューをオンラインで実施した。調査実施期間は、令和6年11月から令和7年1月末日までとし、調査は1回あたり60分程度で行った。

調査内容は、栄養ケア・マネジメントにおいて、LIFEデータの活用が要件とされる栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等について、その効果的な取組の現状や体制、効果に影響する要件、LIFEデータの活用に関する課題等についてであり、インタビューガイドは以下の内容で構成した。

- (1) 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等を算定している場合、効果がみられる要件はどのようなものか。また、効果がみられない要件はどのようなものか。
- (2) 今後、栄養ケア・マネジメントのさらなる効果をあげるために必要な体制や取組は何か。効果につながらない体制や取組にはどのようなものがあるか。
- (3) LIFEデータ等に基づく栄養ケア・マネジメントや今後の分析についての希望や意見について。さらに、令和6年度介護報酬改定に係わる取組の現状と意見についての内容を補足した。

インタビュー終了後、調査者は、個人情報保護管理規定に基づき、録音した電子媒体にパスワードを付与し逐語録を作成した。次に、逐語録を整文した概要表を作成し、対象者が内容を確認した。さらに、調査者が概要表から質問項目ごとに得られた代表的な発言をカテゴリー化し分析を行った。その後、検討委員会の意見を踏まえて、LIFEデータ等を活用した効果的な栄養ケア・マネジメントに関する方策を検討した。

3. 倫理的配慮

インタビューが対象者に研究の目的および意義、方法の他、研究への参加は自由意思であり、研究に参加しない場合も不利益は生じないこと等を説明文書で提示するとともに口頭で事前説明をした。対象者の同意を確認した後、インタビューを実施した。本報告について、事業所名を匿名化するためID番号を付与した。なお、ID番号は、令和4、5（2022、2023）年度の調査報告書と同一の番号を割当てた。

結 果

1. 対象施設のリハビリテーション、口腔、栄養関連専門職の体制と介護報酬算定状況

インタビュー調査対象である特養7施設、老健7施設のリハビリテーション、口腔、栄養関連サービスにおける専門職の配置、介護報酬の算定状況を表Ⅱ-1に示した。

まず、栄養専門職については、管理栄養士が、いずれの施設においても入所者数を50を除いて得た数以上が配置されていた。口腔専門職については、協力歯科医療機関からの歯科医の往診によるもの、歯科衛生士は、非常勤や時短勤務による体制が特徴的であった。老健1施設を除き、すべての施設において歯科医師または歯科衛生士の連携体制が整備されてい

た。リハビリテーション専門職は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかの職種が1人以上配置されていた。特に老健においては、理学療法士、作業療法士が施設の人員配置基準を上回って配置されていた。

介護報酬の算定状況については、全14施設が、栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅰを算定し、口腔衛生管理加算Ⅰ、Ⅱは特養6施設、老健5施設が算定していた。個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱは特養6施設、老健2施設が算定し、短期集中リハビリテーション加算は老健5施設が算定していた。看取り介護加算Ⅰ、Ⅱは、特養6施設、老健4施設が算定をしていた。

2. 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等のサービスによる効果

栄養ケア・マネジメントの効果的な取組として、栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等のサービスによる効果について、表Ⅱ-2-1、表Ⅱ-2-2、表Ⅱ-2-3に示した。

(1) 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等の効果

利用者側への効果は、栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等によるサービス提供によって、「看取り期の最期まで口から食べてもらう支援の継続可能（特養02）」、「歯科医師・歯科衛生士によって早期に歯科治療が行われ、口腔衛生が充実したことによる食事量の確実な改善（老健05）」、「歯科医師の参加による包括的なサービス提供による食事量の改善（特養03）」、「誤嚥性肺炎の軽減（老健01、06）」、「経口移行の成功と在宅復帰（老健03）」といった効果がみられるとされた。

ケア提供者側の効果は、栄養マネジメント強化加算においては、算定要件の一つである、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行うことで、「日々の変化の把握と対応による効果的サービスが提供（老健03、老健05）」、「入所者の変化に早く気づき、介護職や看護師と相談をし、食事形態等の変更等で改善（特養03）」、「電子データではわからない課題の把握（特養05）」、「医師業務の効率化（老健01）」、に結びつくと言われたもの、「本人・家族に喜ばれ、管理栄養士のやる気アップ（特養03）」といったやり甲斐に関するものもあった。一方、経口維持加算においては、「チームビルディングのきっかけ（特養02）」や、「チームで相談し共同して確認しあうことの基盤づくり（老健07）」へ至るとされた。さらに、他職種とのコミュニケーションの改善や強化が促進され、「栄養ケア計画への早期の適切な反映（特養02、特養05）」、「介護職、リハ職、看護職等の他職種による把握された課題とその解決が包括化された計画作成が可能となった（老健01、老健05）」、「他職種の食事に対する意識や食事に係わる支援内容の改善（特養02）」、「介護職による食事状況チェックによって低栄養リスクの改善（老健01、老健02）」といった効果がみられるとされた。また、「咽喉マイクの導入による効果（老健01）」によって、判定基準の創出や、判定会議時間の短縮、「医師業務の効率化」といった業務改善に繋がる効果が得られた施設も認められた。その他、「栄養補助食品の使用量が半分に減少した。新型コロナ禍後、病院からの重度者を受け入れ、入

所時の低栄養リスクの高い者の割合が増えているが、体重や食事量改善を根拠に栄養補助食品の取りやめに多職種からの合意が得られやすい状況(老健 01)」といった経費節約ができた施設もあった。

(2) 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等により効果がみられる要件

栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等によって、効果がみられる要件については、利用者の状態が「軽度者(特養 02、特養 03)」、「入所初期(老健 05)」、「若年層(特養 06)」、「食べる意欲のある者(特養 05、特養 06、老健 03、老健 05)」、「座位姿勢をとり他者との共食(老健 05)」、「姿勢の改善(特養 05)」、「認知症の軽度の者(特養 02)」において効果がみられていた。

(3) 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等により効果がみられない要件

一方、栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等によって、効果がみられない利用者の要件については、利用者が「重度者(特養 02)」、「長期入所者(老健 03)」、「食べる意欲が無い場合、食事の拒否がある場合(特養 02、特養 06、老健 03)」、「入所時超高齢者(老健 07)」であった。

(4) 栄養マネジメント強化加算と経口維持加算の併算定について

栄養マネジメント強化加算と経口維持加算の併算定については、特養では、「栄養マネジメント強化加算で対応できない摂食嚥下障害等を経口維持加算によりカバー(特養 02)」、「経口維持加算の対象者を栄養マネジメント強化加算によりフォロー(特養 03、特養 05)」が可能や、「『最期まで口から食べてもらいたい』『できるだけ美味しいものを形のあるままに食べ続けてほしい』という目的が施設に浸透した(特養 02)」、「個別対応可能な給食サービスがあって、併算定によって「おいしく食べることを支援できる(特養 05)」とされた。

老健では、「効果的・効率的な取組ができる(老健 01)」、「相互補完による効果：経口維持加算の多職種によるミールラウンド・カンファレンスを栄養マネジメント強化加算による週3回以上の管理栄養士によるミールラウンドが補完されている(老健 03)」、「食事摂取量の効果的改善(老健 05)」につながるとされた。

3. 栄養ケア・マネジメントのさらなる効果をあげるための必要な体制や取組

栄養ケア・マネジメントのさらなる効果をあげるための今後必要な体制や取組について、表Ⅱ-3-1、表Ⅱ-3-2に示した。

人材育成に関しては、例えば、「栄養ケア・マネジメントの効果をあげるため、施設と通所サービスの巡回による教育プログラムを作成(老健 02)」、「新任の管理栄養士には、経口維持加算によるミールラウンドによる観察が難しいので、栄養マネジメント強化加算によるミールラウンドによって一人の対象者を1週間連続してみよう。(老健 01)」、「新任

者に制度や取組の理解、会議での対応が困難である。実践までに6か月、独り立ちに1年必要（特養03、特養02、老健01、老健07）」ということであった。

また、サービス導入への取組として、「管理者等への説明に苦勞。経営的メリットについて本学会手引から収入の見積もり、業務の流れ、通所の栄養関連加算を併算定した場合の収入、地域へのサービス展開等について説明(老健01)」を実践したという施設があった。

ケア環境に関わるものとして、『『おいしい食事』が提供されていることが基盤(老健03)、「職員の声かけ、食堂で食事介助時の食堂に孤食にしない等の食事環境や食事のリズムづくりが寄与(老健03)」、「認知症に対応したコミュニケーション法が更に効果をあげるために必要(特養06)」とされた。さらに、「カンファレンスの要件が更に効果をあげるために必要(特養06)」、「多職種協働のやり甲斐とDXによるネット環境整備による推進(老健07)」があげられていた。

一方、効果につながらない体制や取組について、専門職の人材確保に関する意見が多くあった。例えば、「管理栄養士の確保が困難(特養06)」、「言語聴覚士の参加(特養03)」や「歯科医師との連携(特養03)」が無いとされ、また、栄養マネジメント強化加算のミールラウンドの算定要件の対応に関しては、「入居者50人の一人管理栄養士は、週3日以上ミールラウンドのために長期休暇や休暇がとれないことが精神的負担(特養02、特養03)」、「新任者には対応が困難(特養02)」とされていた。その他、「食べる意欲がない、特に食事摂取や食事介助の拒否、食事の認識ができない者への対応が困難(特養02、特養03、特養05、老健05、老健07)」ということであった。

4. LIFE データ等に基づく栄養ケア・マネジメントの今後の分析について

LIFE データ等に基づく栄養ケア・マネジメントの今後の分析に関する希望や意見について、表Ⅱ-4-1、表Ⅱ-4-2に示した。

(1) データ活用のあり方・分析に対する希望

LIFE データの活用のあり方に対する希望については、「系統だった活用には繋がっていない。データをどう活用すればよいか分かっていない(特養02)」や「エビデンスを提示してもらい、実務現場において何をすべきかを提示してもらいたい(特養08)」とされ、データの読み解き方の説明、活用の指針や、評価指標に関する手順書の提示等が望まれる意見があった。また、施設では超高齢者や看取り期、長期入所者が多く、このような利用者の「身体・栄養状態の経過やアプローチのあり方について提示してほしい(老健03)」ということであった。さらに、施設内等でLIFEのデータ活用は、「施設内での共有化がされていない(特養03)」、「施設全体で検討してデータの活用に関する場が設定されていない(特養05)」、「結果はみているが、活用できていない(老健03)」とされていた。

LIFE データ分析に関しては、超高齢者を含む年齢階層別、要介護度別及び特養・老健別、栄養リスク別、疾患別、食べる意欲の有無との関連、経口維持加算との関連分析等が希望さ

れていた。

(2) データに関する課題・意見

LIFE データに対する意見では、現状としてフィードバックデータの「施設内での共有化ができていない（老健 01、特養 03）」、「ダウンロードができないので、活用していない（老健 02）」とのことであった。

フィードバックデータにおける全国平均との比較については、「自施設と全国との比較について活用できるのか（特養 01）」、「全国の比較をもとに、施設が何をすべきかが曖昧（特養 08）」といった意見があった。一方、「1人体制の管理栄養士が、全国平均との比較することによって、栄養ケアの方法などを自己評価し、改善することができる（特養 02）」や「食事摂取量の全国比較から本施設のサービスの有効性が確認でき、施設全体で喜ぶことができた（老健 05）」という声もあった。個別データのフィードバックについては、「過去の入所者あるいは状況がすでに変化しているため（特養 02、特養 05）」や、「データ提出とフィードバックされるタイミングが実際の業務フローにあっていない（特養 08）」という意見があり活用ができていない状況であった。

LIFE データの項目に関する意見について、「エネルギー栄養量の推定式の統一（老健 01）」、「栄養補助食品や薬剤利用の減量をアウトカムとしてはどうか（老健 01）」という提案があった。また、項目が必要なものとして、「ミールラウンドにおけるケース内容の記録（老健 01）」、「食事の拒絶（特養 01、03）」の有無、「水分量（特養 02）」、「摂取量が不十分の場合、その理由（老健 04）」、「食事環境や声掛けが低栄養改善に影響する（老健 03）」、「フードサービスのマネジメントの評価（老健 07）」があげられた。一方、データ入力量、フィードバック項目が多いという意見もあり、「サービスへ反映することが難しい（特養 05）」、「できるだけ軽減してほしい（特養 09）」、「見にくいところに問題がある（特養 05、老健 08）」とのことであった。

一方、「フィードバックされた結果は、栄養マネジメント加算と経口維持加算の両方が反映された総合的な評価と理解して活用したい（老健 03）」や「経口維持に関しては、データ提供による効果が今のところ感じられていない（特養 02）」とされ、また、効果に影響する養成施設教育として「栄養ケア・マネジメントや介護保険制度をもっと教えてほしい（老健 07）」ということであった。

5. 令和6年度介護報酬改定に係わる取組の現状と意見

令和6年度介護報酬改定に係わる取組の現状と意見についての内容を補足した結果を表II-別表に示した。

考 察

本研究では、介護保険施設の LIFE の活用が要件とされる栄養マネジメント強化加算等に

よる栄養ケア・マネジメントの現状やその効果と課題を明らかにした。今後の科学的な栄養ケア・マネジメントの推進を目的に、LIFE データの活用における課題やあり方を検討した。

1. 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等の現状および効果

LIFE の活用が要件とされる栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等について、まず、サービス提供体制については、令和5年度の調査と比較したところ、人員配置や加算の算定状況について、歯科衛生士の常勤配置が進んだ施設（老健 05）では、口腔衛生管理加算の算定が開始されていた。口腔の専門職種の常勤配置により、「管理栄養士が歯科衛生士や言語聴覚士と話し合っただけで栄養ケア計画を変更し効果に繋がっている」との声があり、栄養管理が口腔、リハビリテーションとの統合ケアの体制が構築されていた。加算の算定状況からは、全対象施設が栄養マネジメント強化加算、経口維持加算の算定をしていることから、口から食べる楽しみの支援の充実が促進されていることが考えられた。また、9施設が看取り介護加算を算定している状況であることが特徴的であった。

次に、栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等の利用者における効果は、看取り期の支援の継続や口腔衛生の充実により食事量改善、誤嚥性肺炎のリスク軽減、経口移行の成功や在宅復帰の促進が図られていることが明らかになった。ケア提供者側の効果は、加算の算定を契機に、チームビルディングや組織力の強化が図られ、コミュニケーションが円滑化すると共に、ケアへの合意形成が得られやすくなった状況が推察された。先行研究⁶⁾においても、老健の管理栄養士は、「LIFE の導入によって多職種の意識が変わった」と言及されており、この効果の論拠を強化するものと考えられた。また、栄養マネジメント強化加算と経口維持加算の併算定によって、多職種が参加することで、効果的・効率的、相互補完による栄養ケア・マネジメントが実践されていた。

このようなケアに対する意識が向上した多職種からの情報提供から、利用者の変化の把握と対応によって効果的なサービス提供が可能となっていた。例えば特養では、「看取り期の最後の一口まで家族も参加して多職種協働によるサービス（特養 06）」を提供していた。こうした例をはじめとして、利用者への効果的なサービスは、本人や家族の満足度を向上させ、これが管理栄養士の業務意欲への向上へと好循環をもたらすことが語りから明らかになった。この効果的なサービスを支えるものとして、人材育成や、サービスの組織内での理解を促進すること、ケア環境の整備が肝要であることが結果より明らかになった。中でも、ケア環境の整備においては、アセスメントやモニタリングに、咽喉マイクや、タブレット端末等のデジタルデバイスを活用する施設が多数あった。リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組が進む施設においても、デジタル技術の活用によりコミュニケーションの向上やサービスの質改善に至ったとの声から、今後、組織内外の連携を容易にするものとして、活用の推進が必要と考えられた。また、効果につながらない体制や、一体的取組の推進にあたっては、リハビリテーション職や、口腔専門職等の専門職人材の確保が困難であるという施設がある。組織内の確保が困難である場合、組織外の専門職人材との協力体制を

構築するためにも、情報連携を容易にするデジタル技術の利活用が求められると考えた。

調査結果において、栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等の効果がみられる要件は、軽度、入所初期、若年層、食べる意欲のある者、姿勢、認知症軽度といった利用者の状態像が把握された。一方、効果がみられない要件については、利用者が重度者、長期入所者、食べる意欲が無い場合、入所時超高齢者との声があった。また、インタビューにおいて、現在の利用者の多くは、超高齢者、看取り期、重度者、認知症、パーキンソン病利用者等への対応が課題と意見があった。前述の算定状況の結果からも、看取り介護加算の算定が老健にも拡大されている状況であった。こうした利用者の状態像から、施設では改善効果が得られにくい状況も多くあるが、口から食べる楽しみを維持することや、誤嚥リスクの軽減といったサービスを提供している実態が明らかになった。

2. 栄養ケア・マネジメントにおける LIFE のデータ活用の課題やあり方

調査結果より、LIFE データの活用として、フィードバックデータが組織内で情報共有がされていないことが問題点と考えられた。ケアサービスに関わる専門職に情報が届いていない施設もあった。理由のひとつに、フィードバックファイルの入手の時点で、端末管理の環境が妨げとなっている意見があった。例えば、部署の端末がスタンドアロン型である等、各現場の情報セキュリティルールや ICT の環境によって入手が困難なケースも推察された。また、「特養・老健別データ」を希望する声があったが、これは、他の施設の意見と同様に、各専門職がフィードバックデータの原本を入手できていないということが示唆された。なぜならば、厚生労働省による LIFE の手引書⁹⁾では、LIFE の活用が算定要件となっている各加算について、「事業所フィードバック」からは、全国の同じサービスの施設・事業所における「位置」と、「利用者フィードバック」からは、利用者の過去からの「変化」を確認が可能と示され、特養と老健別のデータは分類できているためである。例えば、フィードバックデータが原本ではなく、印刷された状態で各部署に届いている場合、自施設と同じサービスの施設との比較であるという認識がなされないのかもしれない。一方、フィードバックの結果を確認しているものの、活用とまで至っていないという施設も複数みられた。このような状況ではあるが、インタビュー対象者からは、施設全体で検討や、データ活用に関する場の設定や、担当職種にフィードバックの結果を共有することが必要とされており、施設における管理者、ケアの質向上委員会や現場リーダー、現場職員等によって施設の課題を抽出し、フィードバックの原本データを共有する環境づくりを進めることが求められる。

本調査において、特に「事業所フィードバック」では、自施設と相対比較する考え方が適用できないという意見が多くみられた。一方、管理栄養士が一人職場の施設であれば、栄養ケア・マネジメントの自己評価に繋がる活用や、施設で情報共有ができている場合は、ケア効果の実感が得られるといったポジティブな反応が得られていた。「利用者フィードバック」では、フィードバックデータを確認する時点では、利用者の状況が変化していることにより活用ができておらず、データが継続的に変化する現場において、データの俊敏性を求める要

望があげられた。フィードバックを読みとくポイントとして、栄養マネジメント強化加算の算定要件では、LIFE の活用が通知されている¹⁰⁾が、フィードバックデータの利活用や施設が何をすべきか指針や手引きの提示が必要といった意見があり、活用方法やフィードバックを読みとくポイントをさらに具体的に示すことが今後求められる。

さらに、LIFE データの蓄積によって、前述のサービス効果が得られにくいと考えられる利用者像である、超高齢者、看取り期、重度者、認知症、パーキンソン病、長期入所等の利用者のための栄養ケア・マネジメントの評価指標の提示が望まれていた。現在、手引きの栄養基準の参考値では日本人の食事摂取基準が記され、75 歳以上は一括りの栄養基準となっている。現場では、例えば「平均年齢 90 歳以上、平均要介護度 4.2 以上の超高齢者」、「看取り期の利用者が多い」という現状である。そのため、改善効果が得られにくい利用者の時系列データの蓄積によって、終末期に向かう過程での栄養ケア・マネジメントにおいて ADL や低栄養リスクに関わる効果は降下状態でよいという基準づくりが求められていた。これは換言すると、効果が得られにくい利用者像のメルクマール（物事を判断する基準や指標、最終目標に至る過程での中間目標や目印を表す言葉）の設定が必要ということである。

今後のデータ分析として、超高齢者を含む年齢階層別の分析、栄養リスク別分析、疾患別分析、食べる意欲の有無に関する分析、経口維持加算との関連分析の要望があった。超高齢者、認知症、看取り期の利用者においても、食べる意欲が失われた状態や食事の拒絶への支援は困難なものであり、データ分析から導かれる効果的な栄養ケア・マネジメントの指針が望まれていた。LIFE データの項目について、この食事の拒絶に関する項目をはじめ多くの要望があったが、「何をしたら意欲を改善できるか」がケアの現場で求められるものであった。本調査において、栄養ケア・マネジメントで効果がみられる取組として、「食べる意欲」を引き出すために、食器の変更や、個室ベッド上の孤食ではなく、ホールで座位姿勢をとって他者との共食をすることや、嗜好を重視した対応、声掛けやコミュニケーションの工夫等があった。このような、介護現場のケアプロセスや、サービス提供に関する深い知識や工夫を内包したデータの解析が望まれている。さらには、定性的なデータの記録が多職種連携の強化と人材教育に必要という意見から、言語データの分析もケアの質と共に組織力向上のために重要であると考えられた。

LIFE とのデータ連携を評価した加算には、リハビリテーション・機能訓練・栄養・口腔、薬剤や社会交流等の多様な情報があり、蓄積されつつある。しかし、介護従事者の間でも、LIFE データのうち他職種が入力するデータへの理解は薄い部分が一部あると報告されている¹¹⁾。従って、これらのアセスメントやフィードバック情報を有機的に連結させる力や、課題に対する洞察力、アウトカムの分析や統合力を養うことが必要である。こうした力を養うためには、各専門職の養成施設における教育も必要と考えられた。

また、本調査では、ケアの効果が専門職のモチベーション向上に繋がっていたことが示されていた。しかし、ケアの効果が得られにくい場合は、目標に対する達成感が低下し、利用者や家族、ケア提供者においても心理的負担感があると推察される。そのため、安寧を享受

できるようなフィードバックのあり方の検討も必要であると考えられた。介護保険サービスは、医療サービスのように「退院」という結果や病気の治癒といった成果が考えにくい性質から、モニタリングのしくみをつくるのが難しいが、全国を網羅するデータベースの構築によって基準を決めることが可能¹²⁾と考えられている。従って、これらのニーズに対応した分析や指標の提示が望まれる。

さらに、介護サービスを受ける場所として、施設以外に、在宅、ケア付き住宅を選択する高齢者も増加している状況である。そのため、介護保険施設等における科学的介護ケアの充実によって新たなケアサービスの視点を養い、課題解決をすると共に、在宅サービスで科学的介護ケアの展開を進めていくことが求められる。

LIFE の運用は緒に就いたばかりであるが、本調査で得られた対象者からの多くの意見は、今後の介護報酬改定を見据えた科学的な栄養ケア・マネジメントの実施に資する基礎的資料となり、LIFE データの分析の検討とフィードバックの活用に貢献できると考えられた。

結 論

LIFE とのデータ連携した栄養マネジメント強化加算および経口維持加算について、介護保険施設では利用者は栄養リスクの改善や、最期まで口から食べることへの継続に繋がる効果が得られていた。一方、ケア提供者側においては、組織力の向上等に関する効果が得られていた。これらの効果を上げる取組としては、人材育成、管理者へのサービス内容の理解促進、ケア環境の整備が肝要であり、DX は多職種とのコミュニケーションや業務効率を向上させるものであった。

LIFE データの活用にあたっては、施設内でフィードバックデータが専門職に共有されていない施設があることが分かった。今後、LIFE データの活用のあり方として、データの共有に加え、活用方法や解説、指針、手順書の提示が求められていた。また、ケアの効果が得られにくい利用者像として、超高齢者や看取り期、長期入所者、認知症、食べる意欲の有無といった特徴が示され、これらに応じた栄養ケア・マネジメントにおける評価指標の必要性が明らかになった。

文 献

1. 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 介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業報告書. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r3-rouken-houkokusyo.pdf> (参照 2025. 2. 23)
2. 日本健康・栄養システム学会. 令和4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 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業報告書. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-56houkokusyo.pdf> (参照 2025. 2. 23)

3. 日本健康・栄養システム学会. 令和5年度老人保健健康増進等事業老人保健事業推進費等補助金 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業報告書. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2024/05/r5-25-houkokusho.pdf> (参照 2025. 2. 23)
4. 日本健康・栄養システム学会. 令和4年度老人保健健康増進等事業老人保健事業推進費等補助金 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究報告書. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf> (参照 2025. 2. 23)
5. 日本健康・栄養システム学会. 令和5年度老人保健健康増進等事業老人保健事業推進費等補助金 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業報告書. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2024/05/r5-28-zentai.pdf> (参照 2025. 2. 23)
6. 榎裕美, 苅部康子, 谷中景子, 堤亮介, 長谷川未帆子他. 介護保険事業所等における栄養ケア・マネジメントの実態～インタビュー調査から見えてきた令和3年度介護報酬改定による効果と今後の課題～. 日本健康・栄養システム学会誌. 2022 : 22 (2) : 31-42.
7. 日名子まき. 「令和3年度介護報酬改定」(栄養関連)の背景と管理栄養士・栄養士への期待. 日本栄養士会雑誌. 2021 : 64 : 366-367.
8. 杉山みち子編著. 栄養ケア・マネジメントの実装. 日本ヘルスケアテクノ株式会社. 2022 : 80.
9. 厚生労働省. ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム (LIFE) 利活用の手引き (令和6年度介護報酬改定 対応版) . <https://life-web.mhlw.go.jp/help> (参照 2025. 2. 23)
10. 厚生労働省. 令和3年度介護報酬改定の概要 (栄養関連) . <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000818036.pdf> (参照 2025. 2. 23)
11. 金子晴, 内村真寿, 三宅晃貴, 井上創造. 科学的介護情報システム LIFE データの活用・分析の検討. 研究報告モバイルコンピューティングと新社会システム (MBL). 2022 : 12 : 1-7.
12. 筒井孝子. 介護サービス論 ケアの基準化と家族介護のゆくえ. 有斐閣. 2001 : 126.

表Ⅱ-1 対象施設の定員、専門職種の配置、加算の算定状況について

ID	定員数	給食運営	管理栄養士の配置	歯科医師	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	栄養マネジメント強化加算	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ	口腔衛生管理加算Ⅰ・Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ	短期集中リハビリテーション加算	看取り介護加算Ⅰ・Ⅱ	リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	再入所時栄養連携加算	退所時栄養連携加算
特養01	入所50、 ショート10	直営	1(パート)		月4回 (時短勤務)			1	○	○	○	○	○	○		○		Ⅲは 算定	○	
特養02	特養50、 ショート30	委託	1.4	月2回往診	月3回 (1回2時間)	非常勤 1	非常勤 1		○	○	○	○	○	○		○				
特養03	50	委託	1	月4回往診 ×2人	月4回×2人				○	○	○	○	○	○		○				
特養05	124	直営	3	月2回往診	常勤1、 非常勤1		2		○	○	○	○	○	○		○		○	○	
特養06	特養110、 短期10	委託	2.4	嚥下の専門： 月4回/歯科医 院:月4回	月4回		1	0.4	○	○	○	○	○	○		○				
特養08	80	直営	2		1			1	○	○	○	○	○	○						
特養09	70	委託	1.4	協力歯科 医院	非常勤1			1	○	○	○	○	○	○		○		○	○	
老健01	100	委託	2	非常勤	非常勤		7.6	3.7	○	○	○	○	○	○	○	○				
老健02	100	委託	4	週3回	1.4	2	6.4	2.6	○	○	○	○	○	○						
老健03	100	委託	2		0.7	1.7	4	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	
老健04	54	委託	1	0	0.1	0.1	2.5	1.5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
老健05	80	委託	2	協力歯科 医院	1	0.8	1.8	2.8	○	○	○	○	○	○	○		○			
老健07	100	直営	2	0.1	0.1	2	4	5.7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
老健08	110	委託	2	月4回	非常勤1		5	1	○	○	○	○	○	○	○	○				

表Ⅱ-2-1 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等の算定による効果

栄養マネジメント強化加算の算定による効果	
カテゴリー	主な発言
利用者側	<ul style="list-style-type: none"> ・体重や食事量改善。(老健01、特養09) ・全体として口から食べられる人が多くなってきている。(特養01) ・看取り期の最期まで口から食べてもらう支援の継続可能。(特養02、特養06、老健08)
ケア提供者側	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の食べ方の変化等の気づきが増え、早期に深く介入できるようになった。(特養01) ・週3回のミールラウンドによる日々の変化の把握と対応による効果的サービスが提供。(老健03、老健05) ・ミールラウンド(毎日)により、入所者の変化に早く気づき、介護職や看護師と相談をし、食事形態等の変更等で改善。(特養03) ・電子データではわからない課題の把握：全量摂取でも食事時間が長いこと等。(特養05) ・日常のコミュニケーションの改善・強化による栄養ケア計画への早期の適切な反映(食事形態、姿勢、入れ歯等口腔の健康状態、排便状況等への対応)。(特養02、特養05) ・他職種の食事に対する意識や食事に係わる支援内容の改善：介護職等の他職種が個別の食事のことを話題や課題にし、管理栄養士に相談。(特養02) ・他職種からの依頼や相談が増えた。(老健04) ・介護職、リハ職、看護職等の他職種による把握された課題とその解決が包括化された計画作成が可能となった。(老健01、老健05) ・介護職による食事状況チェックによって低栄養リスクの改善。(老健01、老健02) ・栄養補助食品の使用量が半分に減少(収益上の効果)：新型コロナ禍後病院からの重度者を受け入れ、入所時の低栄養リスクの高い者の割合が増えているが、体重や食事量改善を根拠に栄養補助食品の取りやめに多職種からの合意が得られやすい状況。(老健01) ・医師業務の効率化：従来各フロアの各専門職それぞれに行われていた医師への相談が、一括化され看護師から相談するルートのみへ改善。(老健01) ・本人・家族に喜ばれ、管理栄養士のやる気アップ。(特養03)
経口維持加算の算定による効果	
カテゴリー	主な発言
利用者側	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科治療・口腔衛生による食事量の改善：歯科医師・歯科衛生士によって早期に歯科治療が行われ、口腔衛生が充実したことによって食事量が確実に改善している。(老健05) ・歯科医師の参加による包括的なサービス提供による食事量の改善：入れ歯調整、歯科医師からのアドバイスによる介護職による口腔マッサージや管理栄養士による食事形態の適切な変更等。(特養03) ・誤嚥性肺炎の軽減。(老健07) ・誤嚥性肺炎による入院が導入前1年1件から導入後9年間で1件に減少。(老健01) ・経口移行の成功と在宅復帰。(老健03)
ケア提供者側	<ul style="list-style-type: none"> ・チームビルディングのきっかけ。(特養02) ・チームで相談し共同して確認しあうことの基盤づくり：その後の栄養マネジメント強化加算や一体的取組にスムーズに取り組めた。(老健07) ・施設全体の食事形態、トロミ剤利用方法の改善：厨房職員として検討会議が行われた。(特養02) ・医師・看護師による重視化：入所者が重度化するなか、経口維持加算によって把握された課題に対して医師、看護師が重視するようになった。(特養02) ・多職種による摂食嚥下障害や食事に係わる知識の共有。(特養02) ・咽喉マイクの導入による効果：咽喉マイクの導入によって、認知症機能障害や神経筋疾患の日内変動に対応できた。多職種による判定が基準ができて効率化できた。判定会議時間が導入前の最高2時間から導入後は一人15-30分に短縮。(老健01) ・経口維持加算と同様に経口移行加算に対しても管理栄養士が中心になって言語聴覚士、介護職、看護職、医師が参加して、経口移行に成功し在宅復帰となることから、在宅パスも導入された。(老健03) ・栄養ケア計画の適切な変更：管理栄養士が歯科衛生士や言語聴覚士と話し合っって栄養ケア計画を変更し効果に繋がっている。(老健05)

表Ⅱ-2-2 栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算等を算定している場合の効果がみられる要件及び効果がみられない要件

カテゴリー	主な発言
効果がみられる要件	<p>栄養マネジメント強化加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・軽度者では効果。(特養02) ・軽度者に早期に食事内容、食器の変更等による対応、ミールラウンドによるモニタリングを通じて食事量の改善に効果。(特養03) ・入所初期者の低栄養リスク改善。(老健03) ・食べる意欲のある者では改善。(特養05) ・「食べたい」という意欲があれば改善：意欲がないと改善しないので、食べる意欲を引き出すことが課題。認知症の場合にはより顕著。(老健03、老健05) ・座位姿勢での食事や共食が「食べる意欲」に効果：個室でベットの上での孤食ではなく、ホールにおいて座位姿勢をとり他者との共食が「食べる意欲」を誘発。(老健05)
	<p>経口維持加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・軽度者では食事量の改善：歯科医師、歯科衛生士による入れ歯の調整、食事形態、作業療法士による姿勢の改善等による。(特養05) ・若年者では効果：年齢階層が効果に影響。(特養06) ・認知症の軽度の者には効果：重度者は難しい。認知症や精神障害に対応したコミュニケーション方法について、認知症心理士から面接技法として学んでいる。(特養02) ・本人の食べる意志及び家族の協力により効果。(特養05、特養06、老健03) ・食べる意欲がある場合に効果：本人の嗜好を重視している。(老健05)
効果がみられない要件	<p>栄養マネジメント強化加算及び経口維持加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度者ではみえにくい。(特養02) ・長期入所者(3年以上等)にみられない低栄養リスク改善。(老健03) ・食べる意欲がない場合、食事の拒否への対応が困難。(特養02、特養06、老健03) ・入所時超高齢者は食事形態の改善が評価指標：入所時超高齢者ではADL、低栄養リスク等には効果がみえないので、食事形態のアップが評価指標。(老健07)

表Ⅱ-2-3. 栄養マネジメント強化加算と経口維持加算の併算定について

カテゴリー	主な発言
特養	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養マネジメント強化加算で対応できない摂食嚥下障害等を経口維持加算によりカバー：一人管理栄養士が入所者50名、1週間に3回以上のミールラウンドが一人当たり5分程度では課題把握が限界に。摂食嚥下機能が気になる入所者には、経口維持加算が効果的に機能。(特養02) ・ 経口維持加算の対象者を栄養マネジメント強化加算によりフォロー。(特養03、特養05) ・ 「最期まで口から食べてもらいたい」「できるだけ美味しいものを形のあるままに食べ続けてほしい」という目的の多職種による共有：ミールラウンドによりサービスを効果的に提供しようということが施設に浸透した。(特養02) ・ 嗜好や食事形態等の個別対応可能な給食サービスがあって、併算定によって「おいしく食べることを」支援できる。(特養05)
老健	<ul style="list-style-type: none"> ・ 効果的・効率的：栄養マネジメント加算によるミールラウンドによって管理栄養士と介護職が入所時から課題を共有し対応する。摂食嚥下機能障害者64%程度に、口腔の専門職が参加して取組みモニタリングすることによって効果的な取組ができる。(老健01) ・ 相互補完による効果：経口維持加算の多職種によるミールラウンド・カンファレンスを栄養マネジメント強化加算による週3回以上の管理栄養士によるミールラウンドが補完されている。(老健03) ・ 食事摂取量の効果的改善：栄養マネジメント強化加算による管理栄養士による週3回のミールラウンドによって、個別の身体状況、栄養状態を早期に把握・対応し、経口維持加算によって摂食嚥下障害やその恐れのある者に対応して多職種のミールラウンドと話し合いが行われ歯科治療、歯科衛生が導入されることで食事摂取量の改善に効果。(老健05)

表Ⅱ-3-1 栄養ケア・マネジメント効果をあげるための必要な体制や取組

カテゴリー	主な発言
人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の施設内研修による質の向上の必要性：栄養ケア・マネジメントの効果をあげるため、施設と通所サービスの巡回による教育プログラムを作成(老健02) ・新任の管理栄養士教育：新任の管理栄養士には、経口維持加算によるミールラウンドによる観察が難しいので、栄養マネジメント強化加算によるミールラウンドによって一人の対象者を1週間連続してもらおう。次の他の一人の対象者を1カ月間毎日ミールラウンドしてもらおうと半年から1年で実施できるようになる。この間に、新任の管理栄養士が、対象者の身体状況や栄養状態の改善を通じて本人が嬉しい、楽しいと感じられるように研修をすすめる(老健01) ・新任者（保育園からの転職）に制度や取組の理解、会議での対応が困難である。実践までに6か月、独り立ちに1年必要(栄養士会の研修の活用、入所者観察等)(特養03、特養02、老健01、老健07)
管理者へのサービス内容の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者等への説明に苦勞。経営的メリットについて本学会手引から収入の見積もり、業務の流れ、通所の栄養関連加算を併算定した場合の収入、地域へのサービス展開等について説明(老健01)
ケア環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・「おいしい食事」が提供されていることが基盤(老健03) ・声かけや共食の効果：週3回のミールラウンドによる適切な食事形態の提供による食事量や体重、BMIの改善には、職員の声かけ、食堂で食事介助時の食堂に孤食にしない等の食事環境や食事のリズムづくりが寄与(老健03) ・認知症に対応したコミュニケーション法が更に効果をあげるために必要(特養06) ・カンファレンスの要件が更に効果をあげるために必要(特養06) ・多職種協働のやり甲斐とDXによるネット環境整備による推進：管理栄養士や介護職、看護職、リハビリテーション職、医師間の情報連携、多職種で協働した取組が効果をあげ、担当職種がやり甲斐を感じることができる。その効率化のためにはDXによるネット環境が必須(老健07) ・ITを活用した情報収集のしやすさは意義が大きい。音声入力も活用されている。(特養05) ・DXが推進され、デジタルデバイスが専門職に個別に支給され情報共有しやすく、チームビルディングが強化されていっている。栄養ケア・マネジメントにDXを取り入れていきたい(特養09) ・スマートフォン、タブレット端末により、画像の情報も共有可能であり、施設内及び法人内病院との多職種と情報連携はできている(特養01) ・法人によるDXの推進により、職員が個別にタブレット端末を持ちチームのディスカッションも容易であり、一体的取組にも活用されている。食事の動画についても、事前に

表Ⅱ-3-2 栄養ケア・マネジメントの効果があがらない体制や取組

カテゴリー	主な発言
専門職人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の確保が困難。(特養06) ・非常勤歯科衛生士の参加：法人内での歯科衛生士の巡回を求めている。(特養02、特養06) ・言語聴覚士の参加。(特養03) ・言語聴覚士が非配置のため食形態への適切な対応が困難。(特養03) ・歯科医師との連携がないこと。(特養03)
算定要件の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者50人の一人管理栄養士は、週3日以上以上のミールラウンドのために長期休暇や休暇がとれないことが精神的負担。(特養02、特養03) ・新任者には対応が困難：ミールラウンドの知識がなく、多職種や家族との関わり方がわからなかったが、一人配置のため相談できる管理栄養士がいなかった。研修会で食事形態を学び、管理栄養士間での情報交換、施設内で他職種からの学び、食事介助から始めた。(特養02)
利用者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・食べる意欲がない、特に食事摂取や食事介助の拒否、食事の認識ができない者への対応が困難。(特養01、特養02、特養03、特養05、老健05、老健07)

表Ⅱ-4-1 LIFEデータ等に基づく栄養ケア・マネジメントの今後の分析についての希望や意見

カテゴリー	主な発言
活用方法、解説書、指針、手順書等の提示	<ul style="list-style-type: none"> ・系統だった活用には繋がっていない。データをどう活用すればよいか分かっていない(特養02)。 ・エビデンスを提示してもらい、実務現場において何をすべきかを提示してもらいたい(特養08)。 ・食欲、満足感、意欲等の主観的な項目の解説：主観的項目の評価のために説明や解説書の提示(特養02、特養05、特養06) ・活用の指針や手順書の提示：看取り期の身体・栄養状態に対して、ADLや低栄養リスクに関わる指標に対する効果はマイナスでよいということを提示してほしい(特養02、老健07) ・評価指標に関する手順書の提示：新任者が経験者と同じように評価ができるため(特養05)。 ・フィードバックの活用方法や全国との比較に対して具体的なアドバイスがほしい。例えば改善率が良かった施設の特徴などの情報がほしい(老健02) ・活用のためのPDCAサイクル等マネジメント方法の提示：フィードバックの活用方法については、明確に目的やPDCAサイクル等のマネジメントに係わる活用方法を伝える必要がある(老健07)
超高齢者や看取り期、長期入所者のための栄養ケア・マネジメントの評価指標の提示	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の平均年齢90歳以上、平均要介護度4.2以上の超高齢者にリハビリテーションの効果はみられない。看取り期の入所者が多い。栄養ケアによって「食べる楽しみ」を支援している場合の評価指標が必要である。(特養02、老健07) ・看取りの最期まで栄養ケア・マネジメントを行っており、<家族が満足したこと><本人に苦痛がないこと>を評価指標とするのが一番と考えている(老健07) ・長期入所者の身体・栄養状態の経過やアプローチのあり方について。長期入所者に対するアプローチが難しいので。長期入所者の栄養状態の変化を追跡して、サービスが効果を示す時期や、その身体状況・栄養状態が崩れる(悪化していく)経過はどのようなものか提示してほしい(老健03) ・LIFEはビッグデータであるので、寝たきりの人がどういう人か、看取りの状態はどこからか、どういう人が看取りになる確立が高いか等を分析して、是非提示してほしい(特養08)
超高齢者を含む年齢階層別の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階層別、要介護度別及び特養・老健別のデータのフィードバック。(特養05、特養06、老健07) ・年齢階層別(70歳代～100歳代)、要介護度区分別及びリハビリテーションによる負荷量別のエネルギー必要量の提示：これらについて分析してほしい。(老健01) ・超高齢者における摂取量、体重の目安になる全国規模のデータ：例、90歳、女性、要介護度4等。(特養02) ・長期入所者への栄養ケア計画のあり方の提示：長期入所者の栄養ケア計画は安定していれば見直されない。同じ栄養ケア計画でよいのか、どういう時期にどのように対応するのか分析してほしい。(老健03) ・看取りにおける、経口摂取の継続性と誤嚥性肺炎のリスクとの関係。(老健04)
栄養リスク別分析	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養リスクの悪化者が改善する要因やその場合の取組のあり方について分析してほしい。(老健02) ・入所時低栄養の中高リスク者の1カ月毎のリハビリテーション強度と低栄養リスクの関係を分析してほしい。(老健07) ・入所前居所と入所時の低栄養リスク別割合を分析してほしい。(老健03) ・在宅復帰有無によるデータ：在宅復帰ができた者とできなかった者の相違を知りたい。(老健07) ・データの過去の年度にさかのぼって比較分析をしてほしい。(老健02)
疾患別分析	<ul style="list-style-type: none"> ・必要栄養量の計算式、疾患別の必要栄養量に関するデータ及び個別特性別目標体重等：これらのデータがほしい。(老健01) ・アルツハイマー型認知症及びパーキンソン病のエネルギー必要量の提示：当該疾患におけるエネルギー摂取量と体重減少との関係を分析してもらい、適正な必要エネルギー必要量の根拠について提示してほしい。(老健01、特養08) ・認知症レベル別のデータ：レベル別の食事内容や具体的ケア方法についての提示。(老健03) ・感情の起伏が激しい場合の服薬との関係を分析してほしい。(特養01)
食べる意欲の有無に関する分析	<ul style="list-style-type: none"> ・食べる意欲がある場合の低栄養リスクの改善：分析をしてほしい。(老健02) ・食べる意欲に関する評価指標の追加。(老健02) ・食べる意欲の有無によるデータ分析をしてほしい。(老健02、老健03、老健07) ・食事の拒絶にどのようにアプローチしたらよいかわからないので分析してほしい。(特養03)
経口維持加算との関連分析	<ul style="list-style-type: none"> ・経口維持加算の効果を誤嚥性肺炎との関係を分析してほしい。(特養03、老健07) ・経口維持加算のデータのフィードバック。(特養02、特養05)

表Ⅱ-4-2 LIFEデータ等に基づく栄養ケア・マネジメントの課題・意見

カテゴリー	主な発言
施設内等での情報共有を促進する要望	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内での共有化ができていない。LIFEデータのフィードバックが管理栄養士に情報提供されていない。(特養02、特養03) ・法人内施設間の比較や活用に関する話し合いの場の設置：フィードバックされた結果について、法人内の他施設との比較や施設全体で検討してデータの活用に関する場が設定されていないので活用しにくい。(特養05) ・家族への説明とその体制：個別データのフィードバックは家族の説明に活用しているが、家族がカンファレンスに参加してもらい説明できるようにして強化してほしい。(特養06) ・フィードバック結果の共有：担当職種にフィードバックの結果を提供するように周知してほしい。(老健01) ・フィードバックデータのダウンロードができないので、活用していない。(老健02) ・フィードバックの結果はみているが、活用できていない。(老健03、老健04、老健05、特養01) ・フィードバック結果は共通サイトからダウンロードして確認しなければならない。もっとシンプルで活用しやすいものにしてもらいたい。実際の活用には至っていない。(老健08) ・複数のPCを使用している場合、フィードバックファイルを読み込ませないと各PCからデータ提出を行えない状況。(特養08) ・フィードバック結果は印刷して部署間で共有しているが、その活用には至っていない。各部署が集まる会議で共同で検討できるとよい。(老健05)
全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ・自施設と全国との比較について活用できるのかがよくわからない。(特養01) ・特養・老健別データ：全介護保険施設の全国データとの比較なので本施設の状況が把握できない。(特養05) ・全国と比較しても、利用者の特性が違っていると、職員も家族も混乱をきたす可能性があるため、取扱いは慎重になるが、フィードバックは施設として活用する必要がある。(老健01) ・全国平均と相違があることで良い、悪いが言えない。(老健08) ・全国の比較をもとに、施設が何をすべきかが曖昧である。(特養08) ・1人体制の管理栄養士が、全国平均との比較することによって、栄養ケアの方法などを自己評価し、改善することができる。(特養02) ・1人体制で経験も少なく、知り合いや相談できる栄養士仲間も少ない自分にとってはなかなか他施設の状態が分からないので、全国の同じ施設と比較して自分の施設の今の状態を把握できるのは分かりやすくして良い。(特養03) ・全国平均と自施設の比較ができ、特に食事摂取量が高かったことは、取組の効果であることが確認できた。(老健07) ・全国平均との比較ができてよかった。食事摂取量の全国比較から本施設のサービスの有効性が確認でき、施設全体で喜ぶことができた。(老健05)
個別データについて	<ul style="list-style-type: none"> ・個別データが活用できない。過去の入所者あるいは状況がすでに変化しているため。(特養02、特養05) ・個別データについて、データ提出とフィードバックされるタイミングが実際の業務フローにあっていないため改善してほしい。(特養08)
項目について	<ul style="list-style-type: none"> ・エネルギー栄養量の推定式の提示：何か一つに統一して提案してほしい。(老健01) ・重度化した対象者の低栄養リスクやADLの改善が困難であることから、栄養補助食品や薬剤利用の減量をアウトカムとしてはどうか。(老健01) ・ミールラウンドおけるケース内容の記録：ミールラウンドの実施有無のチェックのみでなく、ケース内容を記録し残すことが多職種連携の強化と人材教育に必要である。(老健01) ・食事の拒絶が再重要課題であるので追加。(特養01、特養03) ・水分量の項目がない。看取り期には必要な項目であり、サービス提供のための一つの評価根拠になる。(特養02) ・摂取量が不十分の場合、その理由を各項目が必要である。(老健04) ・特記事項の欄が広くなり利用しやすい。(特養05) ・「食事環境や声掛けが低栄養改善に影響する」項目を追加し、何をしたら意欲を改善できるか知りたい。(老健03) ・フードサービスのマネジメントの評価：栄養ケア・マネジメント、経口維持加算の効果に影響するのが給食サービスである(調理師の関与状況を含めて)ことから、評価指標が必要である。(老健07) ・フィードバックされた項目が多い：食事摂取割合と体重等抜粋しているが、サービスへ反映することが難しい。(特養05) ・データ入力量が多いので、できるだけ軽減してほしい。(特養09) ・データ量が多く、見にくいところに問題がある。(特養05、老健08)
その他課題	<ul style="list-style-type: none"> ・総合的な評価としての理解：フィードバックされた結果は、栄養マネジメント加算と経口維持加算の両方が反映された総合的な評価と理解して活用したい。(老健03) ・経口維持に関しては、データ提供による効果が今のところ感じられていない。(特養02) ・栄養ケア・マネジメントや介護保険制度をもっと教えてほしい。(老健07)

表Ⅱ-別表 (参考) 令和6年度介護報酬改定に係わる取組の現状と意見

主な発言
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一体的取組が入居者50名の施設でPTの配置ができないので取組めない。(特養02)。 ・ 口腔管理体制の人材配置ができないので取組めない。(特養06) ・ 一体的取組の加算算定はしていないが、カルテの共有等準備中である。(老健02) ・ 一体的取組を開始して2か月目である。(老健06) ・ 一体的取組の準備を始めているところで管理栄養士と言語聴覚士による食事形態の調整やリハビリテーション職と体重の増減を評価指標とした食事によるエネルギー摂取とリハビリテーションによるエネルギー消費の調整についての検討を行っている。(老健03) ・ 従来のサービスの継続なので新設という感じが無い。但、カンファレンスにリハビリテーション職が参加して相談しやすくなった。(特養05) ・ ICTの活用により多職種間の意見交換が推進されている。(特養05) ・ 法人内の病院の管理栄養士とはビデオ電話を活用して情報連携が密に行われ、再入所時には病院での栄養関連情報の提供も受けて受け入れ準備が整い、受け入れるフロア他職種と情報共有もできている(再入所時栄養情報連携加算対応)。(特養05)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一体的取組に対して施設内ITの活用によって、個別データの推移、リハや口腔の個別状況の把握などが日常的に行われ、アセスメントは各専門職が入力し、計画は各自のスマートフォンにより何処でも入力・把握、音声入力ができるので、カンファレンスでは調整すればよい。このような各専門職にとってITの活用によって業務が効率化されている。(特養05) ・ 施設全体で「食べる楽しみを支援」する環境や3食を規則的に食べることが効果に繋がる。(特養06) ・ 本来の居宅生活において日常的だった調理、食事準備、買い物(施設内移動スーパー週1回程度の利用)ができる施設内環境の整備はサービス提供の効果に影響する。(特養06) ・ 入院時情報加算や再入所時情報連携加算によって栄養状態が提供されるようになったが、医療サービスに関わる情報が看護情報のなかにあり共有されにくいことが課題である。(老健03) ・ 居宅からの入所の場合に栄養情報が少ない。(老健03) ・ 法人内施設を統括する管理栄養士が本部にいたので合同勉強会によって人材育成が交流ができるので、令和6年度改定に対応しやすい。今後、併設の通所サービスに関わる予定である。(老健03) ・ 新卒者は対応できるまでに1年間必要とされるが、新卒の管理栄養士の確保は必須であり、養成施設の学生・教員に対して特養において管理栄養士が活躍でき、キャリア・アップできることをアピールしていく必要がある。(特養05) ・ 養成施設で栄養ケア・マネジメントに係わる制度や手順を教えてほしい。新任には日本栄養士会による研修も受けてもらった。(老健06)

令和6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
「科学的介護情報システム（LIFE）データを活用した栄養ケアの
評価に関する調査研究事業」

2025年3月発行

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 TJビル3階

TEL:03-5829-8590 Fax:03-5829-6679 e-mail:jimukyoku@j-ncm.com

<https://www.j-ncm.com>