

認知症グループホームの施設特性と 栄養スクリーニング加算算定との関連

—施設単位の横断研究—

トオマタ ヤスタケ タカダ ケント ナガセ カオリ エノキ ヒロミ
遠又 靖丈*1 高田 健人*2 長瀬 香織*2 榎 裕美*4
タカタ カズコ オオハラ サトコ アサミ モモコ カリベ ヤスコ
高田 和子*5 大原 里子*6 浅見 桃子*7 荻部 康子*8
タニナカ ケイコ ツツミ リョウスケ ニシミヤ ヒロユキ ワダ リョウコ
谷中 景子*9 堤 亮介*10 西宮 弘之*11 和田 涼子*12
ノジ アリコ カトウ マサヒコ コヤマ ヒデオ
野地 有子*13 加藤 昌彦*14 小山 秀夫*15
タナカ カズミ スギヤマ コ ミウラ コウジ
田中 和美*3 杉山 みち子*3 三浦 公嗣*16

目的 2018年度の介護報酬の改定より認知症グループホームにおいて「栄養スクリーニング加算」が新設され、利用者個人々の低栄養状態のリスクを把握することが制度化された。しかし、どのような施設特性を持つ認知症グループホームで栄養スクリーニング加算の算定割合が高いのか明らかでなかった。本研究の目的は、認知症グループホームの施設特性として特に併設サービスの種類に着目し、併設サービスの種類と栄養スクリーニング加算算定との関連について検討することである。

方法 日本全国の認知症グループホームから無作為抽出（3割）された施設を対象として2020年6月に郵送による自記式質問紙調査を実施した。説明変数に併設サービスの種類（「病院・診療所」「介護保険施設」「居宅介護支援事業所」）を、アウトカム変数に栄養スクリーニング加算算定の有無を用い、ロジスティック回帰分析で多変量調整オッズ比と95%信頼区間を算出した。共変量には、事業主体、ユニット数、要介護4以上の利用者の割合を用いた。

結果 解析対象1,289施設のうち、栄養スクリーニング加算を算定していた施設は9.5%であった。併設サービスについて、「なし」の群を基準とした場合の粗オッズ比は、病院・診療所、介護保険施設、居宅介護支援事業所のいずれでも「あり」の群で有意に高かったが（オッズ比の範囲：1.60～3.13）、共変量をモデルに含めた場合（多変量調整モデル）では3つすべての併設サービスにおけるオッズ比に有意な差はみられなかった（オッズ比の範囲：1.22～1.49）。しかし併設サービスの組み合わせのパターンとして、「3つすべてなし」の群を基準とした場合の多変量調整オッズ比は、「3つすべてあり」で2.63（95%信頼区間：1.20, 5.76）と有意に高かった。

結論 同一法人の併設サービスとして「病院・診療所」「介護保険施設」「居宅介護支援事業所」があることが栄養スクリーニング加算算定の促進因子であることが示唆された。

キーワード 介護保険、認知症グループホーム、施設特性、栄養スクリーニング加算、栄養管理

*1 神奈川県立保健福祉大学准教授 *2 同助教 *3 同教授 *4 愛知淑徳大学教授 *5 東京農業大学教授
*6 大原歯科医院歯科医師 *7 神奈川県立保健福祉大学大学院博士後期課程
*8 介護老人保健施設リハパーク舞岡栄養課長 *9 医療法人社団千春会千春会病院栄養科統括主任
*10 平成医療福祉グループ管理栄養士 *11 公益財団法人積善会曾我病院栄養科長 *12 東京家政大学教授
*13 千葉大学教授 *14 椋山女学園大学教授 *15 兵庫県立大学特任教授 *16 慶應義塾大学医学部教授

I 緒 言

わが国の認知症高齢者のための介護保険サービスとして、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）がある。認知症グループホームは1ユニット9人までの少人数で構成されており、認知症の高齢者であっても、住み慣れた地域で共同生活を営むことを目的とした地域密着型サービスの1つである。2020年時点で、全国には13,892施設の認知症グループホームがあり、21万人が利用しているとされ¹⁾、将来的には25万人の利用が想定されている²⁾。認知症高齢者では、認知機能低下の進行に伴い、嚥下障害や生活機能の低下が生じやすく、低栄養状態のリスクが高いことが知られている³⁾。実際、認知症グループホーム利用者で認知機能が低かった者（Clinical Dementia Rating = 3）11名を対象とした日本国内の調査では27.3%が低栄養状態だったと報告している⁴⁾。

特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの介護保険施設においては、2005年の制度改定で低栄養状態のリスクの高い者に対して個別の栄養ケアを実施するための「栄養マネジメント加算」が導入されて久しい。一方、認知症グループホームについては、利用者の栄養状態の把握や適切な栄養改善サービスの提供のために、2018年度の介護報酬の改定により「栄養スクリーニング加算」が導入された。栄養スクリーニング加算は、利用者ごとに低栄養状態のリスク指標（Body Mass Index, 体重減少率, 血清アルブミン値, 食事摂取量など）を把握（スクリーニング）し、この情報を「居宅介護支援事業所」の介護支援専門員（ケアマネジャー。要介護者の心身の状況に応じたケアプラン作成を担当）と文書で共有することが算定要件となっている。栄養スクリーニング加算の導入によって、低栄養状態のリスクの高い者が把握されることで、利用者ごとの個別対応の栄養管理が推進されることが期待されている。

しかし、認知症グループホームは前述のとおり小規模な施設であり、常勤介護従業者の人員

基準も一人以上とされていることから、栄養管理のための専門職員を配置することが制度上の前提とされていない。先行研究において、介護保険のサービスである通所リハビリテーションにおいて併設する病院の管理栄養士と連携することで個別対応の栄養管理を実施したという事例も報告されており⁵⁾、認知症グループホームにおいても併設サービスといった施設特性によって栄養スクリーニングをはじめとする栄養管理の取り組みに違いがあるかもしれない。

しかし、栄養スクリーニング加算導入後の認知症グループホーム利用者に対する栄養管理の実態については研究報告が乏しく、どのような施設特性を持つ認知症グループホームで栄養スクリーニング加算の算定割合が高いのか明らかでなかった。

本研究は、認知症グループホームの施設特性と栄養スクリーニング加算算定との関連について検討することを目的とした。なお前述したような連携が決定要因になっているとすれば様々な併設サービスがある施設ほど栄養スクリーニング加算を算定しているだろうと仮定し、本研究では施設特性として特に併設サービスの種類に着目した。

II 方 法

(1) 調査の概要

本研究は、2020年6月に郵送・回収した自記式質問紙調査に基づく横断研究である。調査は、認知症グループホームの施設を単位とした（認知症グループホームの利用者個人の情報は含まない）。

(2) 対象施設

2017年に『認知症対応型共同生活介護入所者の栄養管理に関する実態把握』の調査対象となった全国の認知症グループホームを対象とした⁶⁾。同調査対象は、2017年時点で厚生労働省介護サービス情報公表システム (<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>) に登録されていた全国のグループホーム13,028施設から3割の無

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

図1に、解析対象を選別するまでの流れを示す。発送作業を実施した3,932施設のうち、質問紙を配達できなかった70施設を除き、質問紙の回答対象になる数は3,862施設であった。このうち、質問紙を回収できたのは、1,368施設であった。この1,368施設のうち、1,366施設から有効回答を得ることができた。このうち、解析に必要な変数情報（事業主体、ユニット数、要介護4以上の利用者の割合、栄養スクリーニング加算）が欠損であった77施設を除外した1,289施設を、本研究の主解析における解析対象とした（回答対象数3,862施設の33.4%）。

(3) 施設特性

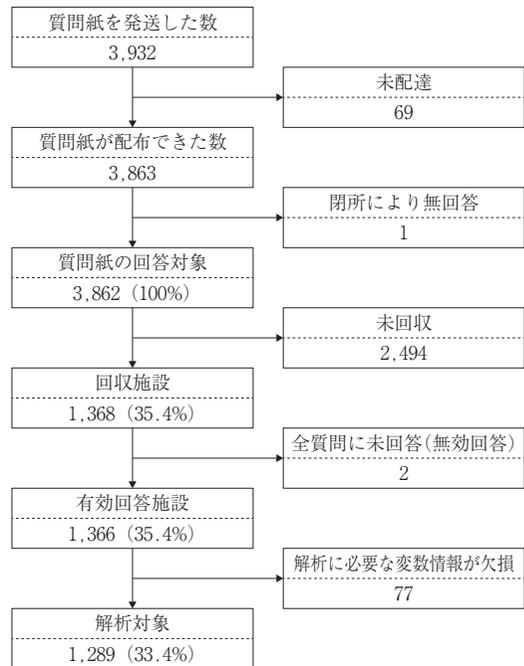
説明変数となる認知症グループホームの施設特性には、併設サービスの種類（同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所；病院・診療所、介護保険施設、居宅介護支援事業所）、事業主体（営利法人、医療法人、社会福祉法人、NPO法人、その他）、ユニット数、要介護4以上の利用者の割合（全利用者数に占める割合）について、記入日時点の自己申告の情報をを用いた。

ユニットとは、複数の居室（個室）・居間・食堂・台所などで構成されるグループ生活の単位のことで、認知症高齢者グループホームの場合、1ユニットで生活する入居者の人数は9人までとされている。

(4) 栄養スクリーニング加算

栄養スクリーニング加算の算定状況は、「栄養スクリーニング加算を算定した利用者が1人以上いましたか？（※記入日までの最近6カ月間の状況をお答えください）」の設問で把握した。本研究では、「いた」と回答した施設を「栄養スクリーニング加算算定あり」と定義し、アウトカム変数として設定した。

図1 解析対象のフロー図



(5) 個別対応の栄養管理の実施状況

副次的解析として、栄養スクリーニング加算による個別対応の栄養管理の実施状況の差を検討する目的で、「利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事が、毎食提供されていましたか？」の調査項目で「提供していた（提供量は個人ごとに設定するように考慮した）」と回答した施設を個別対応の栄養管理を実施している施設とみなし、副次アウトカム変数として定義した。

(6) 統計解析

3種類の併設サービス（病院・診療所、介護保険施設、居宅介護支援事業所）について、なしを基準群とした場合のありの栄養スクリーニング加算算定のオッズ比と95%信頼区間をロジスティック回帰分析によって算出した。

また併設サービスの組み合わせのパターンとして、3つすべてなし、病院・診療所のみ、介護保険施設のみ、居宅介護支援事業所のみ、病院・診療所＋介護保険施設、病院・診療所＋居宅介護支援事業所、介護保険施設＋居宅介護支

援事業所、3つすべてありの8群を説明変数とした解析も実施した（基準群：3つすべてなし）。

また副次的解析として、栄養スクリーニング加算による個別対応の栄養管理の実施状況の差を検討するため、有効回答1,366施設から解析に必要な変数情報（ユニット数、要介護4以上の利用者の割合、栄養スクリーニング加算、個別対応の栄養管理の実施）が欠損であった129施設を除外した1,237施設を解析対象として、オッズ比と95%信頼区間をロジスティック回帰分析によって算出した。

共変量には、事業主体（営利法人、医療法人、社会福祉法人、NPO法人・その他）、ユニット数（1ユニット、2ユニット、3ユニット以上）、要介護4以上の利用者の割合（3分位カテゴリ；≤21.05%，21.06～33.33%，≥33.34%）を用いた。

統計解析にはIBM SPSS Statistics version 25を使用し、 $p < 0.05$ を統計学的有意水準とした。

(7) 倫理的配慮

本調査は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（番号：保大第7-20-2）。なお、認知症グループホームの施設特性に関する情報に限られ、認知症グループホーム利用者の個人情報に関する調査は含まなかった。

III 結 果

(1) 解析対象施設の基本特性

表1に、解析対象施設の基本特性を示す。解析対象となった1,289施設のうち、事業主体別では営利法人が36.9%と最も多かった。同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所については、介護保険施設が56.6%と半数以上であった。ユニット数は、2ユニットが60.7%と最も多かった。要介護4以上の利用者の割合が50%以上であった施設は9.0%であった。

栄養スクリーニング加算を算定していた施設は9.5%であった。このうち、利用者全員分の加算を算定していたのは87.3%であった。

表1 基本特性（n=1,289）

	n (%)
事業主体	
営利法人	475(36.9)
医療法人	228(17.7)
社会福祉法人	340(26.4)
NPO法人	67(5.2)
その他	179(13.9)
同一法人で同じ市町村内にある施設・事業所	
病院・診療所	
なし	1 043(80.9)
あり	246(19.1)
介護保険施設	
なし	560(43.4)
あり	729(56.6)
居宅介護支援事業所	
なし	659(51.1)
あり	630(48.9)
ユニット数	
1ユニット	446(34.6)
2ユニット	782(60.7)
3ユニット以上	61(4.7)
要介護4以上の利用者の割合	
50%未満	1 173(91.0)
50%以上	116(9.0)
栄養スクリーニング加算 ¹⁾	
算定あり	123(9.5)
算定なし	1 166(90.5)
利用者ごとに栄養状態を考慮した量の食事提供 ²⁾	
提供していた	902(70.0)
提供しなかった	313(24.3)
わからない	60(4.7)
欠損	14(1.1)

注 1) 栄養スクリーニング加算を算定した利用者数が1人以上の場合を「算定あり」
2) 利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事が、毎食提供されていたか

(2) 施設特性と栄養スクリーニング加算

本研究の主解析の結果として、表2に、認知症グループホームの施設特性と栄養スクリーニング加算との関連について示す。

併設サービスについて、「なし」の群を基準とした場合の粗オッズ比は、病院・診療所、介護保険施設、居宅介護支援事業所のいずれでも「あり」の群で有意に高かった（オッズ比の範囲：1.60～3.13）。しかし共変量をモデルに含めた場合（多変量調整モデル）では、3つすべての併設サービスにおけるオッズ比に有意な差はみられなかった（オッズ比の範囲：1.22～1.49）。

事業主体の多変量調整オッズ比は、「営利法人」の群を基準とした場合、「医療法人」で3.22（95%信頼区間：1.62，6.42）と有意に高かった。

また、要介護4以上の利用者の割合が高い施設で多変量調整オッズ比が高く、最大3分位群（≥33.34%）で1.74（95%信頼区間：1.09, 2.77）であった。

(3) 併設サービスの組み合わせと栄養スクリーニング加算

表3に、併設サービスの組み合わせのパターンと栄養スクリーニング加算との関連について示す。多変量調整オッズ比は、「3つすべてなし」の群を基準とした場合、「3つすべてあ

り」で2.63（95%信頼区間：1.20, 5.76）と有意に高かった。

(4) 栄養スクリーニング加算と個別対応の栄養管理の実施

表4に、副次的解析として、栄養スクリーニング加算と個別対応の栄養管理の実施状況との関連を解析した結果を示す。利用者ごとに栄養状態を考慮した量の食事提供が「あり」の多変量調整オッズ比は、栄養スクリーニング加算が「算定なし」だった群を基準とした場合、「算

表2 認知症グループホームの施設特性と栄養スクリーニング加算との関連 (n=1,289)

	栄養スクリーニング加算 ¹⁾ n (%)		粗オッズ比		多変量調整オッズ比 ²⁾	
	算定なし	算定あり	オッズ比(95%信頼区間)	p 値	オッズ比(95%信頼区間)	p 値
病院・診療所						
なし	968(92.8)	75(7.2)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
あり	198(80.5)	48(19.5)	3.13(2.11, 4.64)	<0.001	1.37(0.76, 2.46)	0.292
介護保険施設						
なし	519(92.7)	41(7.3)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
あり	647(88.8)	82(11.2)	1.60(1.08, 2.37)	0.018	1.22(0.80, 1.87)	0.351
居宅介護支援事業所						
なし	616(93.5)	43(6.5)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
あり	550(87.3)	80(12.7)	2.08(1.41, 3.07)	<0.001	1.49(0.97, 2.29)	0.066
事業主体						
営利法人	450(94.7)	25(5.3)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
医療法人	180(78.9)	48(21.1)	4.80(2.87, 8.02)	<0.001	3.22(1.62, 6.42)	0.001
社会福祉法人	309(90.9)	31(9.1)	1.81(1.05, 3.12)	0.034	1.64(0.92, 2.95)	0.095
NPO法人・その他	227(92.3)	19(7.7)	1.51(0.81, 2.79)	0.193	1.50(0.80, 2.81)	0.205
ユニット数 (ユニット)						
1 ユニット	408(91.5)	38(8.5)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
2 ユニット	707(90.4)	75(9.6)	1.14(0.76, 1.71)	0.533	1.28(0.84, 1.95)	0.255
3 ユニット以上	51(83.6)	10(16.4)	2.11(0.99, 4.48)	0.053	1.75(0.79, 3.88)	0.166
要介護4以上の利用者の割合						
≤21.05%	399(92.4)	33(7.6)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
21.06~33.33%	305(90.8)	31(9.2)	1.23(0.74, 2.05)	0.430	1.33(0.79, 2.26)	0.284
≥33.34%	462(88.7)	59(11.3)	1.54(0.99, 2.41)	0.057	1.74(1.09, 2.77)	0.020

注 1) 栄養スクリーニング加算を算定した利用者数が1人以上の場合を「算定あり」
2) 表中の全変数を同時投入

表3 同一法人の併設サービスの組み合わせと栄養スクリーニング加算との関連 (n=1,289)

	栄養スクリーニング加算 ¹⁾ n (%)		粗オッズ比		多変量調整オッズ比 ²⁾	
	算定なし	算定あり	オッズ比(95%信頼区間)	p 値	オッズ比(95%信頼区間)	p 値
3つすべてなし	296(94.9)	16(5.1)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
病院・診療所のみ	22(84.6)	4(15.4)	3.36(1.04, 10.90)	0.044	1.50(0.41, 5.48)	0.537
介護保険施設のみ	273(93.8)	18(6.2)	1.22(0.61, 2.44)	0.574	1.17(0.58, 2.36)	0.660
居宅介護支援事業所のみ	166(91.2)	16(8.8)	1.78(0.87, 3.66)	0.115	1.74(0.84, 3.59)	0.134
病院・診療所+介護保険施設	25(83.3)	5(16.7)	3.70(1.25, 10.90)	0.018	1.87(0.57, 6.20)	0.304
病院・診療所+居宅介護支援事業所	35(87.5)	5(12.5)	2.64(0.91, 7.66)	0.073	1.28(0.40, 4.11)	0.679
介護保険施設+居宅介護支援事業所	233(90.3)	25(9.7)	1.98(1.04, 3.80)	0.039	1.71(0.85, 3.46)	0.135
3つすべてあり	116(77.3)	34(22.7)	5.42(2.88, 10.20)	<0.001	2.63(1.20, 5.76)	0.016

注 1) 栄養スクリーニング加算を算定した利用者数が1人以上の場合を「算定あり」
2) 事業主体、ユニット数、要介護4以上の利用者の割合を調整

表4 副次的解析：栄養スクリーニング加算と個別対応の栄養管理の実施との関連（n=1,237事業所）

	利用者ごとに栄養状態を考慮した量の食事提供 ¹⁾ n (%)		粗オッズ比		多変量調整オッズ比 ²⁾	
	提供なし	提供あり	オッズ比 (95%信頼区間)	p 値	オッズ比 (95%信頼区間)	p 値
栄養スクリーニング加算 ¹⁾						
算定なし	301(26.9)	816(73.1)	1.00(基準群)		1.00(基準群)	
算定あり	17(14.2)	103(85.8)	2.23(1.32, 3.80)	0.003	2.23(1.31, 3.80)	0.003

注 1) 利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事が、毎食提供されていたか（記入日までの最近1カ月間の状況）。「わからない」と回答した施設や欠損ケースは除外

2) ユニット数、要介護4以上の利用者の割合（3分位カテゴリ）を調整

定あり」で2.23（95%信頼区間：1.31, 3.80）と有意に高かった。

IV 考 察

本研究は、日本全国の認知症グループホームを対象とした2020年時点の調査データに基づいて、認知症グループホームの施設特性と栄養スクリーニング加算算定との関連を検討した。その結果、同一法人の併設サービスとして「病院・診療所」「介護保険施設」「居宅介護支援事業所」が「3つすべてあり」の場合に、栄養スクリーニング加算を算定していた施設が有意に多かった。また、「医療法人」や「要介護4以上の利用者の割合」（重度要介護認定者の割合）に該当した場合に、栄養スクリーニング加算を算定していた施設が有意に多かった。

同一法人の併設サービスとして「病院・診療所」「介護保険施設」「居宅介護支援事業所」がある施設で、栄養スクリーニング加算を算定した施設が多いであろう理由として、われわれの当初の仮説は「栄養ケアに関わる資源（保健医療福祉の専門職、病院や介護保険施設で完備されている栄養ケアの資源）が充実していること」や「ケアプランへの導入といった介護保険制度上の調整が円滑であること」であった。中でも、緒言に前述した通り、「認知症グループホーム内に栄養ケアに関わる専門職がいなかったとしても、同一法人内の併設サービスにおいて栄養ケアに関わる専門職が存在し、認知症グループホームにも関与できる体制があれば、栄養スクリーニング加算算定に至る可能性が高

い」という仮説を特に想定していた。こうした仮説は、表3に示した同一法人の併設サービスに関する多変量調整オッズ比の結果から、支持された（棄却されなかった）ものと解釈できるだろう。

また、「医療法人」で栄養スクリーニング加算を算定していた施設が有意に多かったという事業主体による差は、こうした併設サービスの違いによるものかを考慮すべきかもしれない。実際に、事後的にクロス集計を行ったところ、併設サービスの組み合わせのパターンが「3つすべてあり」であった割合は、「営利法人」で1.1%であったのに対して、「医療法人」では46.1%と、大きな違いがあった（それ以外の「社会福祉法人」では7.6%、「NPO法人・その他」では5.7%）。しかし、「医療法人」で栄養スクリーニング加算算定のオッズ比が有意に高いという結果は、粗オッズ比だけでなく、併設サービスが共変量に入っている場合でも有意であり（表2の多変量調整オッズ比）、なおかつ粗オッズ比から多変量調整オッズ比への減弱（オッズ比が1に近づく比率）も「病院・診療所」をはじめとする併設サービスに比べて小さく、より頑健な結果であった。このことから、「医療法人」で栄養スクリーニング加算算定のオッズ比が有意に高いという関連は、解析に用いた3つの併設サービスでは説明できないと解釈すべきであろう。つまり、「医療法人」で栄養スクリーニング加算算定のオッズ比が高かった理由として、例えば法人規模の大きさに伴う特性の違いなど、3つの併設サービス以外の要因も考慮すべきであると考えられる。併設サー

ビス以外の医療法人特有の要因が介在していたかどうかを明らかにすることで、栄養スクリーニング加算算定の促進因子が明らかにできるかもしれない。

本研究の長所として、第一に、本研究が認知症グループホームにおける栄養管理の実態を検討した希少なデータであることが挙げられる。特に、栄養スクリーニング加算に関する施設特性を疫学的に検証した研究報告はこれまでに見当たらず、今後の介護保険制度への提言につながる希少な基礎資料と考えられる。第二に、1,289施設という比較的大規模なデータに基づいて統計解析をしていることから、交絡因子の多変量調整を行っても比較的安定した推定結果を得られている点が挙げられる。

一方、本研究の限界点として、第一に、「栄養スクリーニング加算を算定しているかどうか」は直接的に「利用者ごとに低栄養状態のリスクを把握していたかどうか」を示す情報ではないことが挙げられる。つまり、「栄養スクリーニング加算を算定していない施設でも、利用者の低栄養状態のリスクを把握して個別対応の栄養ケアの実施内容が充実していた」という可能性は論理的に否定できない。しかし、表4の副次的解析の結果のとおり、栄養スクリーニング加算を算定していた施設の方が利用者ごとに栄養状態を考慮した量の食事提供をしていた割合が高かったことから、本研究データにおいては栄養スクリーニング加算の算定があった施設ほど個別対応の栄養ケアの実施状況が良好であったと見なすことに大きな問題はないかもしれない。第二に、本研究の解析対象者数は調査対象数の33.4%であったことから、栄養管理について関心が高い施設からの回収が相対的に多かったという選択バイアスの可能性が挙げられる。厚生労働省の報告によれば、2018年度における日本全国の認知症グループホームの中で栄養スクリーニング加算の加算請求をした施設の割合は2.1%と報告されており⁷⁾、本研究結果(9.5%)よりも低い。この厚生労働省の報告は栄養スクリーニング加算が導入されたばかりの2年前の実績値であるため単純比較はできな

いものの、やはり選択バイアスの可能性は否定できないだろう。よって栄養スクリーニング加算を算定していた施設が9.5%であったというような記述疫学的な結果は全国の実態としては過大評価であった可能性が高いことに留意すべきであり、本研究からの知見としては主解析である認知症グループホームの施設特性と栄養スクリーニング加算との関連に特に着目すべきであろう。

V 結 語

同一法人の併設サービスとして「病院・診療所」「介護保険施設」「居宅介護支援事業所」の3つがある施設で栄養スクリーニング加算を算定していた割合が高かったことから、これらの施設特性が栄養スクリーニング加算算定の促進因子であることが示唆された。現時点での栄養スクリーニング加算の算定状況は低調であるが、こうした特性を持つ施設を手始めとして、栄養スクリーニング加算におけるサービスのあり方を検討することが先決かもしれない。一方で、こうした併設サービスがない認知症グループホームでも栄養スクリーニング加算の算定を果たせるような栄養管理体制のあり方を模索することが今後求められるであろう。しかし、いずれにしても栄養スクリーニングは個別対応の栄養管理のための糸口にすぎない。リスクの把握にとどまることなく、認知症グループホーム利用者の栄養状態や生活機能の向上に資する栄養ケアを達成するためには、今後さらなる科学的根拠の蓄積が重要であろう。

謝辞

本研究は、厚生労働省の令和2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（テーマ番号45：一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）の一環として実施した。本調査にあたり、ご協力くださいました認知症グループホームの皆様にご心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 介護給付費等実態統計 月報 (2020年9月) (<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/pdf/gaiyou.pdf>) 2021.7.5.
- 2) 厚生労働省. 介護保険事業 (支援) 計画 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000547177.pdf>) 2021.7.5.
- 3) Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr 2015; 34(6): 1052-73.
- 4) 本川佳子, 田中弥生, 菅洋子, 他. 認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連. 日本在宅栄養管理学会誌 2017; 4(2): 135-41.
- 5) 市川翔悟, 水口健史, 竹村理帆, 他. 【医療介護連携を考える】病院併設の強みを活かした通所リハビリテーションでの支援 管理栄養士との連携から考える作業療法士の役割. 石川県作業療法学会誌 2020; 28(1): 23-5.
- 6) 日本健康・栄養システム学会. 平成29年度老人保健健康増進等事業 (老人保健事業費等補助金) 認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業 報告書 (https://j-ncm.com/wp/wp-content/uploads/2018/10/H29mhlw_Repo20180406.pdf) 2021.7.5.
- 7) 厚生労働省. 第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料 (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13472.html) 2021.7.5.